

2022
速報版

令和4年度診療報酬改定速報 (調剤報酬)

個別改定項目について (点数あり)

(2022.2.9)

中医協の資料から、調剤報酬関連を抜粋したものです。

2022.2.9

株式会社ユナイテッドサーブ

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会
認定登録 医業経営コンサルタント 登録番号第7168号

上田 恭子

⑧ 地域における薬局のかかりつけ機能の評価

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対して、当該患者のかかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。

(新) 服薬管理指導料の特例 (かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合)

[算定要件]

当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、注1に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、59点を算定する。

[施設基準]

別に厚生労働大臣が定めるものは、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者であること。

② 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

第1 基本的な考え方

在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、訪問薬剤管理の要件等に応じた評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合を対象に加える。

改定案	現行
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p> <p>※ 在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p>

2. 在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

改定案	現行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

<p>[算定要件] <u>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。</u></p> <p>[施設基準] <u>十一の四 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注4に規定する施設基準</u> <u>(1) 麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</u> <u>(2) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。</u></p> <p>※ <u>在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</u></p>	<p>[算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
---	---

3. 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

改定案	現行
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] <u>注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保</u></p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p>

<p><u>険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>十一の五 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注7に規定する施設基準</u></p> <p><u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。</u></p> <p>※ <u>在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</u></p>	<p>[施設基準] (新設)</p>
--	------------------------

②③ 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

第1 基本的な考え方

入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携を推進する観点から、薬局に係る退院時共同指導料について、共同指導への参加者の要件を見直すとともに、関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器の利用に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。また、薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導に参加する場合の要件を緩和する。

改 定 案	現 行
<p>【退院時共同指導料】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、<u>准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患</p>	<p>【退院時共同指導料】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患</p>

者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

- (2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(削除)

- (3) (2)において、患者の個人情報

者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

- (2) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第2号）の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

- (3) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

- (4) (2)及び(3)において、患者の個人

当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(4)～(6) (略)

※ 情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(5)～(7) (略)

⑫ 処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

第1 基本的な考え方

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。

第2 具体的な内容

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する（別紙）。

[対象患者]

- (1) 医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

[留意事項]

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。
- (4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。
- (5) 保険薬局は、1回目又は2回目（3回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤

することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。

また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

新たな処方箋様式（案） （※）太字下線部が見直し内容

処 方 箋 （この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）										
公費負担番号			保険者番号							
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				（枝番）			
患者	氏名		明大昭平令 年 月 日 男・女				保険医療機関の所在地及び名称 電話番号 保険医氏名 ㊞			
	区分						被保険者		被扶養者	
	交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
処方	変更不可		「個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。							
			リフィル可 <input type="checkbox"/> （ 回 ）							
備考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。							
			保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供							
調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）										
□1回目調剤日（ 年 月 日 ） □2回目調剤日（ 年 月 日 ） □3回目調剤日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ） 次回調剤予定日（ 年 月 日 ）										
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		㊞		公費負担医療の受給者番号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

⑬ 処方箋料の見直し

第1 基本的な考え方

患者の状態に応じた適切な処方薬を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

リフィル処方箋により、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合は、処方箋料における長期投薬に係る減算規定を適用しないこととする。

改 定 案	現 行
<p>【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上<small>の投薬を行った場合（処方箋の複数回（3回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）</small>には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上<small>の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</small></p>

⑦ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

第1 基本的な考え方

オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導等について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合</u> 45点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ <u>イの患者以外の患者に対して行った場合</u> 59点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 <u>4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。</u></p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点</p> <p style="padding-left: 20px;">(新設)</p> <p style="padding-left: 20px;">(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 <u>4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定</u></p>

<p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>する加算は算定できない。</p> <p>[施設基準] 九の二 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する保険薬局の施設基準 (1) <u>情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> (2) <u>当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一分以下であること。</u> ① <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料</u> ② <u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</u></p> <p>九の三 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの <u>原則三月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したもの</u></p>
------------------------------------	---

2. 在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、算定上限回数等の要件及び評価を見直す。

改定案	現行
<p>【在宅患者オンライン薬剤管理指導料(在宅患者訪問薬剤管理指導料)】 [算定要件] 注2 <u>在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導(訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。)</u>を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回<u>(末期の悪性腫瘍の患者及び中</u></p>	<p>【在宅患者オンライン服薬指導料(在宅患者訪問薬剤管理指導料)】 [算定要件] 注2 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導(訪</u></p>

心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回)に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。

[施設基準]
(削除)

(削除)

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。)を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月1回に限り57点を算定する。この場合において、注3及び注4に規定する加算並びに区分番号15の6に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。

[施設基準]

十一の二 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する施設基準区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行っている保険薬局であること。

十一の三 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの区分番号15の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。

【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。

【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。

【小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1

【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

（新設）

回につき350点)を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

※ 麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算に係る見直しについては、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様。

⑬ オンライン資格確認システムを通じた 患者情報等の活用に係る評価の新設

第 1 基本的な考え方

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

第 2 具体的な内容

1. オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

(新)	初診料		
	注 14	電子的保健医療情報活用加算	7 点
	再診料		
	注 18	電子的保健医療情報活用加算	4 点
	外来診療料		
	注 10	電子的保健医療情報活用加算	4 点

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月 1 回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

- (※) 初診の場合であって、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限り、3 点を所定

点数に加算する。

[施設基準]

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3)電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

2. 保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。

(新) 調剤管理料

注5 電子的保健医療情報活用加算 3点

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。

- (※)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3)電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

⑧ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】 [算定要件] <u>注9 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合</u>には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注8に規定する加算は算定できない。</p> <p>※ <u>かかりつけ薬剤師指導料についても同様。</u></p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] <u>注6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合</u>は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p>

定する加算は算定できない。

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－①】

① 地域医療に貢献する薬局の評価

第1 基本的な考え方

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域支援体制加算について、調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【地域支援体制加算】 [算定要件] 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>地域支援体制加算1</u> 39点</p> <p>ロ <u>地域支援体制加算2</u> 47点</p> <p>ハ <u>地域支援体制加算3</u> 17点</p> <p>ニ <u>地域支援体制加算4</u> 39点</p> <p>[施設基準] 四 地域支援体制加算の施設基準</p>	<p>【地域支援体制加算】 [算定要件] 注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、<u>地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。</u></p> <p>[施設基準] 四 地域支援体制加算の施設基準 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p>

<p>(1) <u>地域支援体制加算 1 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(2) <u>地域支援体制加算 2 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>(1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p> <p>(3) <u>地域支援体制加算 3 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>(1)のハに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>(4) <u>地域支援体制加算 4 の施設基準 (2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p>	<p>(1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ 調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</p> <p>ロ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</p> <p>ハ 地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ 調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</p> <p>ロ 地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</p> <p>ハ 地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</p>
<p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 地域支援体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、以下の①から③までの 3 つの要件を満たし、かつ、④</u></p>	<p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 地域支援体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) <u>以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。</u></p> <p>ア 調剤基本料 1 を算定する保険薬</p>

及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

- ① (略)
- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。(中略)
- ③ (略)
- ④ 服薬情報等提供料の算定回数
が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで1回以上出席していること。

(2) (1)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。

- ・ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
- ・ 服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算

(略)

局

(1) 以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

- ① (略)
- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。(中略)
- ③ (略)
- ④ 服薬情報等提供料の算定回数
が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで1回以上出席していること。

(ロ) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。

- ・ 薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
- ・ 薬剤服用歴管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算

(略)

<p>(削除)</p> <p>(3)～(25) (略)</p> <p>2 地域支援体制加算2に関する施設基準</p> <p>(1) 調剤基本料1を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、1の(1)及び(3)から(25)までの基準を満たした上で、以下の①から⑨までの9つの要件のうち3以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近1年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数1万回当たりの実績とする。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。</p> <p>① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。</p> <p>② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。</p> <p>③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。</p> <p>④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。</p> <p>⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。</p>	<p>イ 調剤基本料1以外を算定する保険薬局</p> <p>(略)</p> <p>(2)～(24) (略)</p> <p>(新設)</p>
---	---

- ⑥ 服用薬剤調整支援料 1 及び 2 の算定回数の合計が 1 回以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が 1 人の場合の算定回数の合計が計 24 回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。（中略）
- ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が 60 回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に 5 回以上出席していること。

(2) (1)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、1の(2)に準じて取り扱う。

(3) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(1)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(1)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(1)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(1)の⑤の外来服薬支援料 1 並びに(1)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴の記録に詳

細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。

(4) (1)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(1)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて1万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。

3 地域支援体制加算3に関する施設基準

(新設)

(1) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、1の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る十分な実績として、2の(1)の①から⑨までの9つの要件のうち、④及び⑦を含む3項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。

(2) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

4 地域支援体制加算4に関する施設基準

(新設)

(1) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、1の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る相当の実績として、2の(1)の①から⑨までの9つの要件のうち8項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。

<p><u>5 届出に関する事項</u></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>令和4年3月31日時点で地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしていると届出を行っている保険薬局については、令和5年3月31日までの間に限り、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の基準を満たしているものとする。</u></p> <p>(3) <u>令和4年3月31日時点で現に調剤基本料1を算定している保険薬局であって、同日後に調剤基本料3のハを算定することとなったものについては、令和5年3月31日までの間に限り、調剤基本料1を算定しているものとみなす。</u></p>	<p><u>2 届出に関する事項</u></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>1の(1)のアに規定する調剤基本料1を算定する保険薬局の要件については、令和3年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</u></p> <p>(新設)</p>
---	---

2. 地域支援体制加算を算定している薬局が、災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価を新設する。

(新) 連携強化加算(調剤基本料) 2点

[算定要件]

注5(地域支援体制加算)に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。

(2) (1)の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。

イ 都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等にお

ける対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。

ウ 災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。

(3) 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価 ー②】

② 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え監査業務の評価を新設する。

改定案	現行
<p>【薬剤調製料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。 （1剤につき）） 24点</p> <p>2～6 （略）</p> <p>[算定要件] 注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の</p>	<p>【調剤料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。 （1剤につき））</p> <p>イ <u>7日分以下の場合</u> 28点</p> <p>ロ <u>8日分以上14日分以下の場合</u> 55点</p> <p>ハ <u>15日分以上21日分以下の場合</u> 64点</p> <p>ニ <u>22日分以上30日分以下の場合</u> 77点</p> <p>ホ <u>31日分以上の場合</u> 86点</p> <p>2～6 （略）</p> <p>[算定要件] 注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。た</p>

所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点
- (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点
- (3) 液剤 45点

ロ (略)

8 長期投薬(14日分を超える投薬をいう。)に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料(区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。)は算定しない。

9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料(区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。)は算定しない。

(9) 調剤技術料の時間外加算等
ア 時間外加算は調剤基本料、薬剤

ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点
- (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点
- (3) 液剤 45点

ロ (略)

8 長期投薬(14日分を超える投薬をいう。)に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。

9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料(区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。)は算定しない。

(9) 調剤技術料の時間外加算等
ア 時間外加算は調剤基本料を~~含~~

<p><u>調製料及び調剤管理料</u>（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と<u>薬剤調製料及び調剤管理料</u>のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、<u>計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子的保健医療情報活用加算</u>は基礎額に含まない。</p> <p>(11) 自家製剤加算 （削除）</p> <p><u>オ・カ</u>（略）</p> <p><u>キ</u> 「<u>錠剤を分割する</u>」とは、<u>医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。</u></p> <p><u>ク～コ</u>（略）</p>	<p><u>めた調剤技術料</u>（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と調剤料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、<u>一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算</u>は基礎額に含まない。</p> <p>(11) 自家製剤加算 <u>オ</u> <u>割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。</u></p> <p><u>カ・キ</u>（略） （新設）</p> <p><u>ク～コ</u>（略）</p>
---	---

2. これまで調剤料として評価されていた処方内容の薬学的分析、調剤設計等と、これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されていた薬歴の管理等に係る業務の評価を新設する。

（新）

調剤管理料

1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（1剤につき）

イ	7日分以下の場合	4点
ロ	8日分以上14日分以下の場合	28点
ハ	15日分以上28日分以下の場合	50点
ニ	29日分以上の場合	60点
2	1以外の場合	4点

[算定要件]

- (1) 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
- (2) 1については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。
- (3) 次に掲げる調剤録又は薬剤服用歴の記録等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
 - イ 患者の基礎情報、他に服用中の医薬品の有無及びその服薬状況等について、お薬手帳、マイナポータルの薬剤情報等、薬剤服用歴又は患者若しくはその家族等から収集し、調剤録又は薬剤服用歴に記録すること。
 - ロ 服薬状況等の情報を踏まえ、処方された薬剤について、必要な薬学的分析を行うこと。
 - ハ 処方内容に疑義があるときは、処方医に対して照会を行うこと。
 - ニ 調剤録及び薬剤服用歴を作成し、適切に保管すること。

3. 重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の在り方を見直す。

(新) 重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）

イ	残薬調整に係るもの以外の場合	40点
ロ	残薬調整に係るものの場合	30点

[算定要件]

- (1) 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、当該加算は算定できない。
- (2) 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者

については、算定しない。

[施設基準]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局とする。

改 定 案	現 行
<p>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 （削除）</p> <p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 <u>区分番号10の2に掲げる調剤管理料の注3に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。</u></p>	<p>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 注3 <u>薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>残薬調整に係るもの以外の</u> 40点 場合</p> <p>ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 30点</p> <p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。</u></p>

4. 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合</p>

45点	43点
2 1の患者以外の患者に対して行った場合	2 1の患者以外の患者に対して行った場合
59点	57点
3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合
45点	43点
4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
45点	43点
[算定要件]	[算定要件]
注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。	注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。
イ (略)	イ (略)
ロ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u>	ロ <u>処方された薬剤について、<u>直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></u>
ハ (略)	ハ (略)
ニ <u>これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。</u>	ニ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u>
ホ (略)	ホ (略)
ヘ <u>処方された薬剤について、<u>保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></u>	(新設)
2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する	2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する

<p>特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ホ (略)</p> <p>ヘ <u>処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></p> <p>3・4 (略) (削除)</p> <p><u>5～12 (略)</u></p>	<p>特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u></p> <p>ホ (略) (新設)</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 <u>薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ・ロ (略)</u></p> <p><u>6～13 (略)</u></p>
---	--

5. 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設する。

(新) 調剤管理加算 (調剤管理料)

- イ 初めて処方箋を持参した場合 3点
ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の
変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

[施設基準]

重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局であること。

【Ⅲ－6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価－③】

③ 薬局における対人業務の評価の充実

第1 基本的な考え方

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対して、当該患者のかかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価を新設する。
「I－5－⑧」を参照のこと。
2. 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>服薬管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ</p>	<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>薬剤服用歴管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ</p>

り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り <u>60点</u> を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。	り提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り <u>30点</u> を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。
---	---

3. 服薬情報等提供料について、医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の持参薬の整理を行うとともに、当該患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、医療機関に文書により提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【服薬情報等提供料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p><u>3 服薬情報等提供料</u> 3 50点</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u></p> <p><u>4 (略)</u></p> <p><u>5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>十二の二 服薬情報等提供料の注5に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関</u></p>	<p>【服薬情報等提供料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p> <p><u>3 (略)</u></p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>

<p>当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。</p>	
---	--

4. 多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【外来服薬支援料】</p> <p>1 外来服薬支援料 1 185点</p> <p>2 外来服薬支援料 2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 43日分以上の場合 240点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、<u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</u></p> <p>2 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被</p>	<p>【外来服薬支援料】</p> <p style="text-align: right;">185点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>3 <u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定し</u></p>

<p><u>包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。</u></p>	<p><u>ている患者については、算定しない。</u></p>
--	---------------------------------

5. 服用薬剤調整支援料2について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更する。

改 定 案	現 行
<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2</p> <p>イ <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合</u> 110点</p> <p>ロ <u>イ以外の場合</u> 90点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>十一の二 服用薬剤調整支援料2のイに規定する施設基準</u></p> <p><u>重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u></p>	<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2 <u>100点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>

【IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進-①】

① 薬局及び医療機関における 後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 21点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 28点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点</p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 28点</p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p>

<p style="text-align: center;">イ～ハ (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割以上</u>であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分以上</u>であること。</p> <p>(4) 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>九割以上</u>であること。</p>	<p style="text-align: center;">イ～ハ (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割五分以上</u>であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割以上</u>であること。</p> <p>(4) 後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分以上</u>であること。</p>
---	---

2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から<u>5</u>点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の二 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から<u>2</u>点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の二 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p>

<p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p> <p>[経過措置]</p> <p>一 第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和四年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。</p>	<p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p> <p>[経過措置]</p> <p>一 第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和二年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。</p>
--	--

① 医薬品の給付の適正化

第1 基本的な考え方

薬剤給付の適正化の観点から、湿布薬を処方する場合に、処方箋等に理由を記載することなく処方ができる枚数の上限を見直す。

第2 具体的な内容

医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1処方につき70枚までから63枚までに変更する。

改定案	現行
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>

【IV－8 効率性等に応じた薬局の評価の推進－①】

① 調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 調剤基本料3のロ（同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に40万回を超える場合）の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合に係る要件について、85%を超える薬局を対象に追加する。
2. 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月に40万回を超える又は同一グループの店舗数が300以上である薬局について、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%以下の場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>1・2 （略）</p> <p>3 調剤基本料3</p> <p>イ 21点</p> <p>ロ 16点</p> <p>ハ 32点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>1・2 （略）</p> <p>3 調剤基本料3</p> <p>イ <u>同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数3万5千回を超え40万回以下の場合</u> 21点</p> <p>ロ <u>同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合</u> 16点</p> <p>（新設）</p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における</p>

処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ・ロ （略）

(5) 調剤基本料3のハの施設基準

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。

処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ・ロ （略）

(新設)

② 特別調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

特別調剤基本料について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮し、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>7点</u>を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（<u>連携強化加算</u>）、「注7」（<u>後発医薬品調剤体制加算</u>）及び「注8」（<u>後発医薬品減算</u>）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。<u>ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。</u></p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>9点</u>を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（<u>後発医薬品調剤体制加算</u>）及び「注7」（<u>後発医薬品減算</u>）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。</p>

2. 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、調剤基本料における加算の評価を見直す。

「Ⅲ－6－①」及び「Ⅳ－1－①」を参照のこと。

3. 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、保険医療機関への情報提供に係る評価を見直す。
「Ⅲ－6－③」を参照のこと。