

個別改定項目について

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I-1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ① 入退院支援の推進 9
- ② 在宅復帰率の見直し 14
- ③ 歯科医療機関連携加算の対象拡大 20
- ④ 診療情報の共有に対する評価の新設 21
- ⑤ 地域包括診療料等における院外処方に係る服薬管理等の取扱いの
明確化..... 23
- ⑥ 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し 24
- ⑦ 退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価 28
- ⑧ 入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携 29
- ⑨ 特別の関係、入退院時の連携強化 30
- ⑩ 障害福祉サービスの相談支援専門員との連携 32
- ⑪ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し 36
- ⑫ 救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し 41
- ⑬ 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での
運用の支援 44
- ⑭ 周術期口腔機能管理の推進 48
- ⑮ 介護医療院の創設に伴う対応 56

I-2 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能 の評価

- ① 地域包括診療料等の見直し 59
- ② 小児かかりつけ診療料の見直し 67
- ③ 小児科療養指導料の見直し 69
- ④ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し 71
- ⑤ かかりつけ歯科医の機能の評価 73
- ⑥ かかりつけ薬剤師の評価 77
- ⑦ 地域医療に貢献する薬局の評価 79

I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ① 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し 83

②	重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し	89
③	療養病棟入院基本料の評価体系の見直し	100
④	医療区分の適正化	105
⑤	在宅復帰機能強化加算	107
⑥	療養病棟における夜間看護体制の充実	108
⑦	高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進	109
⑧	医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和	114
⑨	結核病棟のユニットに係る見直し	117
⑩	地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し	118
⑪	有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での運用の支援	119
⑫	回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し	120
⑬	診療実績データの提出への評価	125
⑭	特定集中治療室管理料等の見直し	129
⑮	短期滞在手術等基本料の見直し	133
⑯	DPC制度（DPC/PDPS）の見直し	137
⑰	入院中の患者に対する褥瘡対策	145
⑱	看護補助者の配置に係る加算の見直し	149

I - 4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

①	大病院の外来機能の分化の推進	150
②	病床数要件の見直し	153
③	かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価	157
④	未妥結減算の見直し	158
⑤	生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し	163
⑥	糖尿病の透析予防の推進	164

I - 5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

①	複数医療機関が行う訪問診療の評価	165
②	在支診以外の診療所による訪問診療の提供に係る評価	166
③	併設する介護施設等への訪問診療の整理	167
④	患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価	168
⑤	適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診の評価	177
⑥	入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携	179

⑦	訪問看護ステーションと関係機関の連携強化	182
⑧	喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進	184
⑨	地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価	186
⑩	複数の実施主体による訪問看護の連携強化	188
⑪	機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し	192
⑫	24時間対応体制の評価の見直し	194
⑬	理学療法士等の訪問看護の適正化	196
⑭	複数名による訪問看護の見直し	197
⑮	精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）の廃止	202
⑯	精神障害を有する者への重点的支援	203
⑰	医療的ケアが必要な児への対応の評価	206
⑱	過疎地域等の訪問看護の充実	208
⑲	連携する医師による訪問看護指示の見直し	211
⑳	在宅歯科医療の推進等	213
㉑	訪問指導料における居住場所に応じた評価	228
㉒	効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進	231

I－6 国民の希望に応じた看取りの推進

①	患者の希望に応じた看取りの推進	233
②	治療方針に関する意思決定支援体制の評価	238
③	訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化	239
④	在宅療養中のがん末期の患者に行う酸素療法の評価	240
⑤	特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアの評価の見直し	241

I－7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

①	疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象患者の追加	245
②	回復期リハビリテーション病棟における専従要件の見直し	247
③	維持期・生活期リハビリテーションの介護保険への移行	248
④	医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し	251

Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実

Ⅱ－１ 重点的な対応が求められる医療分野の充実

Ⅱ－１－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ① 緩和ケア病棟入院料の見直し 254
- ② 緩和ケア診療加算等の要件の見直し 256
- ③ 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化 259
- ④ 在宅療養中のがん末期の患者に対する診療の充実 260
- ⑤ がんゲノム医療中核拠点病院の評価 262
- ⑥ 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 264
- ⑦ がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実 265

Ⅱ－１－２ 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ① 重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し 267
- ② 地域包括ケア病棟における夜間看護職員体制の充実 268
- ③ 認知症治療病棟に係る評価の見直し 269
- ④ 連携型認知症疾患医療センター等の評価 272

Ⅱ－１－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ① 精神科措置入院退院支援加算の新設 276
- ② 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価 277
- ③ 精神疾患患者に対する訪問支援の充実 280
- ④ 精神障害を有する者への重点的支援 286
- ⑤ 発達障害に対する診療の評価 287
- ⑥ 認知行動療法の評価の見直し 289
- ⑦ 精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し . 292
- ⑧ 精神科救急入院料の算定要件の見直し 295
- ⑨ 精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実 300
- ⑩ 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
..... 302
- ⑪ 公認心理師の評価 304

Ⅱ－１－４ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ① 難病患者に対する適切な医療の評価 305
- ② 難病患者に対する情報通信機器を活用した医学管理の評価 ... 307

Ⅱ－１－５ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ① 小児入院医療管理料の包括範囲の見直し 308
- ② 小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の対象年齢の延長 309
- ③ 小児に対する退院支援の充実 310
- ④ かかりつけ医と連携した小児の運動器疾患に対する医学的管理の評価 311
- ⑤ 外来における妊婦加算の新設 312
- ⑥ 精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価 316
- ⑦ 夜間救急における外来看護体制の充実 319
- ⑧ 小規模病院における夜間救急外来対応 320
- ⑨ 救命救急入院料における充実段階評価の見直し 322

Ⅱ－１－６ 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進

- ① 感染防止対策加算の要件の見直し 324
- ② 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進 327
- ③ 医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設 329

Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- ① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進 331
- ② 歯科外来診療環境体制加算の見直し 335
- ③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 339
- ④ 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実 341
- ⑤ 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者の見直し 345
- ⑥ 歯科固有の技術の評価の見直し等 347
- ⑦ 特定薬剤料等の算定方法の見直し 366

Ⅱ－１－８ 薬剤師・薬局による対人業務の評価

- ① 薬局における対人業務の評価の充実 368

Ⅱ－２ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入

- ① 質の高い臨床検査の適切な評価 374
- ② 麻酔科の診療に係る評価の見直し 377

- ③ 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 381
- ④ デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し 382
- ⑤ 移植医療の評価の充実 386
- ⑥ 性別適合手術の保険適用 390
- ⑦ 手術等医療技術の適切な評価 391
- ⑧ オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設 395
- ⑨ 電話等再診の見直し 400
- ⑩ 在宅患者持続陽圧呼吸療法遠隔モニタリング加算の新設 401
- ⑪ 在宅患者酸素療法指導料遠隔モニタリング加算の新設 403
- ⑫ ICTを利用した死亡診断における連携 405

II-3 データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進

- ① データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進 407

II-4 明細書無料発行の推進

- ① 明細書無料発行の推進 408

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

III-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善

- ① 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進 409
- ② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和 418
- ③ 常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の特例 422
- ④ 救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和 423
- ⑤ ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和 425
- ⑥ 看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進 428
- ⑦ 専従要件の緩和 433
- ⑧ 地域包括診療料等の見直し 437
- ⑨ 小児科療養指導料の見直し 438
- ⑩ 情報通信技術（ICT）を活用した関係機関連携の推進 439
- ⑪ 麻酔科の診療に係る評価の見直し 443

III-2 業務の効率化・合理化

- ① 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進 444

Ⅲ－３	ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入	
①	ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入	446
Ⅲ－４	地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化	
①	地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化	447
Ⅲ－５	外来医療の機能分化	
①	外来医療の機能分化	448
IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化		
IV－１	薬価制度の抜本改革の推進	
①	薬価調査が適切に実施される環境の整備	449
IV－２	後発医薬品の使用促進	
①	薬局における後発医薬品の使用促進	450
②	後発医薬品使用体制加算の見直し	452
③	一般名処方加算の見直し	455
④	DPC対象病院における後発医薬品の使用促進	456
IV－３	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)	
①	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	457
IV－４	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)	
①	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進	458
IV－６	医薬品の適正使用の推進	
①	入院中等の減薬の取組みの評価	459
②	向精神薬処方の適正化	461
③	抗菌薬の適正使用	463
④	処方料等及び処方箋様式の見直し	464
⑤	多剤投薬の適正化の推進	469
IV－７	備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進	
①	いわゆる門前薬局の評価の見直し	470
IV－８	医薬品、医療機器、検査等の適正な評価	
①	実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化	477
②	実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価	480
③	透析医療に係る診療報酬の見直し	481

④	ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る要件の見直し.....	491
⑤	入院時食事療養費（Ⅱ）の見直し	492

⑥ かかりつけ薬剤師の評価

骨子< I-2 (7) (8) >

第1 基本的な考え方

患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握して業務を実施するかかりつけ薬剤師に関する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及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者の同意取得時に、患者の状態等を踏まえたかかりつけ薬剤師の必要性やかかりつけ薬剤師に対する患者の要望等を確認することを要件とする。
2. 上記1. と併せて患者の同意取得の様式を整備する。
3. 処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象の薬局について、かかりつけ薬剤師指導料等の一定の算定実績がある場合に特例対象から除く取扱いを廃止する。
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施設基準について、当該保険薬局における在籍期間の要件等を見直す。

現 行	改定案
【調剤基本料】 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準 (1) 次の全てを満たす保険薬局であること。	【調剤基本料】 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準 <u>(削除)</u>

<p>イ 当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の5割以上が、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の施設基準に適合している薬剤師であること。</p> <p>ロ 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の算定について、相当の実績を有していること。</p> <p>【かかりつけ薬剤師指導料】</p> <p>【かかりつけ薬剤師包括管理料】</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。</p> <p>(1) 以下に掲げる勤務要件等を有していること。</p> <p>ア、イ（略）</p> <p>ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に6月以上在籍している。</p>	<p>【かかりつけ薬剤師指導料】</p> <p>【かかりつけ薬剤師包括管理料】</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。</p> <p>(1) 以下に掲げる勤務要件等を有していること。</p> <p>ア、イ（略）</p> <p>ウ 施設基準の届出時において、当該保険薬局に <u>12月</u>以上在籍している。</p>
---	--

⑦ 地域医療に貢献する薬局の評価

骨子< I - 2 (9) >

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局について、夜間・休日対応等の地域支援の実績等を踏まえた評価を新設する。また、医療資源の少ない地域の薬局について、当該地域に存在する医療機関が限定されることを踏まえ、調剤基本料の特例対象から除外する。

第2 具体的な内容

1. 夜間・休日対応や医療機関等への服薬情報提供の実績など、地域に貢献する一定の実績があること等を前提として、地域支援に積極的に貢献するための一定の体制を整備している薬局を評価する。
2. 施設基準において、一定時間以上の開局や医薬品の備蓄品目数等に加えて、薬物療法の安全性向上に資する事例の報告や副作用報告体制の整備を要件とする。併せて、基準調剤加算を廃止する。

(新) 地域支援体制加算 35点

[算定要件]

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、地域支援体制加算として所定点数に35点を加算する。

[施設基準]

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績があること。

(※)

- (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っていること。
- (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供していること
- (4) 一定時間以上開局していること。
- (5) 十分な数の医薬品を備蓄していること。
- (6) 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。
- (7) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24 時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (8) 当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。
- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。
- (10) 当該保険薬局以外の医療従事者等に対し、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定の実績を有していること。
- (11) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超える場合にあっては、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5割以上であること。
- (12) 区分番号 00 の 1 に掲げる調剤基本料 1 を算定している保険薬局については、下記の基準を全て満たすこととし、(1) を適用しない。
 - ① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）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。
 - ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。
 - ③ 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届出を行っていること。

※ 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績の基準
1年に常勤薬剤師1人当たり、以下の全ての実績を有すること。

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回
- ② 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回
- ③ 服用薬剤調整支援料の実績 1回
- ④ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理の実績 12回
- ⑤ 服薬情報等提供料の実績 60回
- ⑥ 麻薬指導管理加算の実績 10回
- ⑦ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回
- ⑧ 外来服薬支援料の実績 12回

現 行	改定案
<p>【基準調剤加算】</p> <p>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、基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。</p> <p>なお、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1を算定している保険薬局においてのみ加算できる。</p>	<p>【基準調剤加算】</p> <p><u>(削除)</u></p>

3. 医療資源の少ない地域の中で、医療提供体制が特に限定的な区域に所在する薬局について、調剤基本料の特例対象から除外する。

[調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準]

次のすべてに該当する保険薬局であること。

- イ 「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第六の二に規定する地域に所在すること。
- ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)が10以下であって、許可病床数200床以上の保

険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が7割を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。

ハ 処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。

④ 未妥結減算の見直し

骨子< I-4 (4)>

第1 基本的な考え方

薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、初診料、再診料及び調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

第2 具体的な内容

1. 妥結率が低い保険薬局及び許可病床数 200 床以上の病院における、初診料、再診料及び調剤基本料等の減算の取扱いを以下のとおり見直す。
 - (1) 「流通改善ガイドライン」に基づき、①原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、②医薬品の価値を無視した過大な値引き交渉を慎むことを理念として明記する。
 - (2) 保険薬局及び許可病床数 200 床以上の病院に対し、「単品単価契約率」及び「一律値引き契約に係る状況」等に係る報告を求め、報告を行わなかった場合の減算を設ける。
 - (3) 妥結率の報告に係る取扱いについて、保険薬局及び病院の負担軽減の観点から、厚生局への報告時期を現在の 10 月の 1 ヶ月間から 10～11 月の 2 ヶ月間に変更する。
2. 保険薬局の調剤基本料等について、簡素化も考慮し、未妥結減算及びかかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない場合の減算を統合する。

現 行	改定案
【初診料】	【初診料】

注4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

[施設基準]

（新設）

【再診料】

注2 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、53点を算定する

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

[施設基準]

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

(1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。

(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。

【再診料】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、53点を算定する

<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] <u>次のいずれかに該当する保険医療機関であること。</u> <u>(1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。</u> <u>(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。</u></p>
<p>【外来診療料】 注4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。</p>	<p>【外来診療料】 注4 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。</u></p>
<p>[施設基準] <u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準] <u>次のいずれかに該当する保険医療機関であること。</u> <u>(1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。</u> <u>(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、</u></p>

<p>【調剤基本料】</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。(略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>調剤基本料1</p> <p>□ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料2</p> <p>□ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料3</p> <p>□ 妥結率が5割を超えること</p> <p>調剤基本料4</p> <p>調剤基本料1のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が5割以下の保険薬局</p> <p>調剤基本料5</p> <p>調剤基本料2のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が5割以下の保険薬局</p> <p>調剤基本料の注1ただし書きに規定</p>	<p><u>単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険医療機関であること。</u></p> <p>【調剤基本料】</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>調剤基本料1</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>調剤基本料2</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>調剤基本料の注1ただし書きに規定</p>
---	--

<p>する施設基準</p> <p>(2) 調剤基本料 1 を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割を超えていること。</p> <p>調剤基本料の注3に規定する保険薬局</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(略)</p>	<p>する施設基準</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>調剤基本料の注3に規定する<u>厚生労働大臣が定める</u>保険薬局</p> <p><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>当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。</u></p> <p>(2) <u>当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していないこと。</u></p> <p>(3) (略)</p>
--	---

② 訪問指導料における居住場所に応じた評価

骨子< I-5 (21) >

第1 基本的な考え方

在宅時医学総合管理料等で単一建物診療患者の人数に応じた評価が行われていることや、介護報酬の居宅療養管理指導費についても同様の評価となることを踏まえ、薬剤師及び管理栄養士の訪問指導料について、居住場所に応じたきめ細かな評価を実施する。

第2 具体的な内容

在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料について、単一建物診療患者の人数に応じた評価に見直す。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>[同一建物居住者] 当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p> <p>1 <u>単一建物診療患者が1人の場合</u> <u>650点</u></p> <p>2 <u>単一建物診療患者が2～9人の場合</u> <u>320点</u></p> <p>3 <u>1及び2以外の場合</u> <u>290点</u></p> <p>[<u>単一建物診療患者の人数</u>] <u>当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同</u></p>

<p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 530点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 450点</p> <p>[同一建物居住者]</p> <p>当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問栄養食事指導を行う場合を「同一建物居住者の場合」という。</p>	<p>じ。)の人数を「単一建物診療患者の人数」という。</p> <p>ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみなす。</p> <p>【在宅患者訪問栄養食事指導料】</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 530点</p> <p>2 単一建物診療患者が2～9人の場合 480点</p> <p>3 1及び2以外の場合 440点</p> <p>[単一建物診療患者の人数]</p> <p>当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者(当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。)の人数を「単一建物診療患者の人数」という。</p> <p>ただし、当該建築物において当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養</p>
---	--

	<p><u>食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20戸未満であって、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が 2 人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が 1 人であるものとみなす。</u></p>
--	--

②② 効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進

骨子< I-5 (22) >

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 無菌製剤処理加算の評価を見直す。
2. 無菌製剤室を共同利用した場合の費用について、無菌製剤室を提供する薬局と処方箋受付薬局の両者の合議とすることを明確にする。
3. 乳幼児に対する業務の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【調剤料】</p> <p>注2 5の注射薬について、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、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ65点、75点又は65点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ130点、140点又は130点）を加算する。</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p>	<p>【調剤料】</p> <p>注2 5の注射薬について、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、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ<u>67点</u>、<u>77点</u>又は<u>67点</u>（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、1日につきそれぞれ<u>135点</u>、<u>145点</u>又は<u>135点</u>）を加算する。</p> <p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</p>

<p><u>(新設)</u></p>	<p>注3 <u>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。</u></p>
--------------------	---

② 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

骨子<Ⅱ－１－６(2)>

第1 基本的な考え方

薬剤耐性菌対策は国際的にも重要な課題となっており、様々な対策が進められている。外来診療等における抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上のため、地域包括診療料等及び薬剤服用歴管理指導料について、以下のように見直す。

第2 具体的な内容

1. 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に資する加算を新設する。

(新) 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

[算定要件]

急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定する。

なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。

[施設基準]

感染症の研修会等に定期的に参加していること。

病院においては、データ提出加算2を算定していること。

2. 再診料の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料又は小

児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料を算定する場合は、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること及び「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うことを要件として追加する。

① 薬局における対人業務の評価の充実

骨子<Ⅱ－１－８>

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係るかかりつけ薬剤師指導料や薬剤服用歴管理指導料等の薬学管理料を充実する。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整管理料を算定する医療機関と連携して、医薬品の適正使用に係る取組を調剤報酬において評価する。

(新) 服用薬剤調整支援料 125点

[算定要件]

6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

2. 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に対する薬剤服用歴管理指導料の区分を新設する。
3. 継続的な薬学的管理・指導等を推進するため、薬剤服用歴の記録に次の服薬指導の計画を追加するとともに、かかりつけ薬剤師指導料、薬剤服用歴管理指導料等について評価を見直す。これに併せて、乳幼児に対する当該加算の評価を充実する。

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】	【薬剤服用歴管理指導料】
1 原則6月以内に処方せんを持参	1 原則6月以内に再度処方箋を持

<p>した患者に対して行った場合 38点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点</p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 38点</p> <p>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、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1若しくは区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>[施設基準]</p>	<p>参した患者に対して行った場合 41点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点</p> <p>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 41点</p> <p>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、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、<u>本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。</u></p> <p>注9 <u>別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1又は注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注3から注6までに規定する加算は算定できない。</u></p> <p>[施設基準]</p>
--	--

<p>医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。</p> <p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点</p>	<p>医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、<u>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>1 <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点</p> <p>2 <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】 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</p> <p>イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点</p> <p>ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 30点</p>
---	--

5. 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 20点</p> <p>注1 患者、その家族等若しくは保険医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、</p>	<p>【服薬情報等提供料】</p> <p>1 服薬情報等提供料₁ 30点</p> <p>2 服薬情報等提供料₂ 20点</p> <p>注1 <u>1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、</u></p>

<p>調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月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。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>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>注2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月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>
---	---

6. かかりつけ薬剤師による在宅対応を推進するため、無菌製剤室の共同利用などの評価を見直す。

「I-5-⑳」を参照のこと。

7. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤

① 明細書無料発行の推進

骨子＜Ⅱ－４＞

第1 基本的な考え方

現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び保険薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）については、患者からの求めがあったときに限られている。患者に対する情報提供の観点から、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、無料発行を原則義務とする。

※ 自己負担がある患者については、診療所及び保険薬局において経過措置あり。
自己負担がない患者については、保険医療機関及び保険薬局において経過措置あり（病院及び保険薬局は平成 30 年 4 月から完全義務化）。

第2 具体的な内容

公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」及び「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」を改正し、自己負担がある患者と同様に、無料発行を原則義務とする。

③ 常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の特例

骨子<Ⅲ－１(3)>

第1 基本的な考え方

常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の要件について、育児・介護時の例外的な取扱いを調剤報酬において明確化する。

第2 具体的な内容

一つの保険薬局に常勤している薬剤師が、育児・介護休業法に定める短時間勤務を行う際の例外規定を設ける。

現 行	改定案
<p>【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】</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険薬局に週32時間以上勤務している。</p>	<p>【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】</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険薬局に週 32時間以上 (32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、<u>育児・介護休業法で定める期間は週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。</u>)勤務している。</p>

① 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進

骨子<Ⅲ－２>

第1 基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化・合理化や診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 医療機関等における業務の効率化・合理化の観点から、以下のような見直しを行う。
 - (1) 入院基本料等に係る施設基準の届出項目や手続き等について、重複した内容の項目などについて、届出の省略や手続きの簡素化を行う。
 - (2) 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を行うため、介護保険のリハビリテーション事業所でもリハビリテーション計画書を活用できるよう、様式の見直しを行う。
「I－7－④」を参照のこと。
 - (3) 診療報酬明細書について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、添付資料の見直しや算定理由等の摘要欄への記載事項を選択肢とする等の対応を行う。
2. 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、以下のような見直しを行う。
 - (1) 電子レセプト等について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、患者氏名にカタカナ併記の協力を求めることとする。

- (2) 診療実績データの記載項目について、急性期以外の病棟に入院する患者については、その状態を表す項目の記載を求めるとともに、急性期以外の病棟に入院する患者には有用性の乏しい項目については記載を任意とする等の簡素化を行う。
- (3) 診療実績データの記載項目に、外科系学会社会保険委員会連合が提供する基幹コードを記載することとする。
- (4) 診療報酬の請求にあたって使用する精神疾患の傷病名について、原則として、ICD-10に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。

① 薬局における後発医薬品の使用促進

骨子<IV-2(1)>

第1 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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、調剤数量に応じた評価に見直す。
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を設ける。

現 行	改定案
【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）	【後発医薬品調剤体制加算】（処方箋の受付1回につき）
イ 後発医薬品調剤体制加算1 18点	イ 後発医薬品調剤体制加算1 <u>18点</u>
ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点	ロ 後発医薬品調剤体制加算2 <u>22点</u>
<u>（新設）</u>	<u>ハ 後発医薬品調剤体制加算3</u> <u>26点</u>
[施設基準] 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合がそれぞれ、以下のとお	[施設基準] 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合がそれぞれ、以下のとお

<p>りであること。</p> <p>後発医薬品調剤体制加算 1 65%以上</p> <p>後発医薬品調剤体制加算 2 75%以上</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>りであること。</p> <p>後発医薬品調剤体制加算 1 75%以上</p> <p>後発医薬品調剤体制加算 2 80%以上</p> <p>後発医薬品調剤体制加算 3 85%以上</p>
<p>【調剤基本料】</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【調剤基本料】</p> <p><u>注 6 後発医薬品の調剤に関して、別に厚生労働大臣が定める薬局において調剤した場合には、所定点数から2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。</u></p>
<p>[施設基準]</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p><u>調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</u></p> <p><u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>(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2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。</u></p> <p><u>(2) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。</u></p>

③ 一般名処方加算の見直し

骨子<IV-2(3)>

第1 基本的な考え方

一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

第2 具体的な内容

後発医薬品の使用推進の観点から、一般名処方の推進を図るため、一般名処方加算を見直す。

現行		改定案	
【処方箋料】		【処方箋料】	
イ 一般名処方加算 1	3点	イ 一般名処方加算 1	<u>6点</u>
ロ 一般名処方加算 2	2点	ロ 一般名処方加算 2	<u>4点</u>

② 向精神薬処方適正化

骨子<IV-6(3)>

第1 基本的な考え方

向精神薬の多剤処方やベンゾジアゼピン系の抗不安薬等の長期処方の適正化推進のため、向精神薬を処方する場合の処方料及び処方箋料に係る要件を見直す。また、向精神薬の多剤処方等の状態にある患者に対し、医師が薬剤師等と連携して減薬に取り組んだ場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 処方料・処方箋料が減算となる多剤処方の範囲を拡大するとともに、多剤処方時の処方料・処方箋料等の報酬水準を適正化する。

現 行	改定案
<p>【処方料・処方せん料】</p> <p>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合</p> <p>処方料 20点</p> <p>処方せん料 30点</p> <p>【薬剤料】</p> <p>注 1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、</p>	<p>【処方料・処方箋料】</p> <p>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合</p> <p>処方料 18点</p> <p>処方箋料 28点</p> <p>【薬剤料】</p> <p>注 1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及</p>

所定点数の 100分の 80に相当する 点数により算定する。	び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、 所定点数の 100分の 80に相当する 点数により算定する。
-----------------------------------	---

2. 一定期間以上、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を長期にわたって継続して処方している場合について、処方料・処方箋料を適正化する。

(新)	<u>処方料</u>	29 点
(新)	<u>処方箋料</u>	40 点

[算定要件]

不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を 12 月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合（ただし、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合等特に規定する場合を除く。）

3. 向精神薬の多剤処方等の状態にある患者について、減薬した上で薬剤師又は看護師と協働して症状の変化等の確認を行っている場合の評価を新設する。

	処方料	
(新)	<u>向精神薬調整連携加算</u>	12 点
	処方箋料	
(新)	<u>向精神薬調整連携加算</u>	12 点

[算定要件]

直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を 12 月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬の上、薬剤師（処方料については薬剤師又は看護職員）に症状の変化等の確認を指示した場合

④ 処方料等及び処方箋様式の見直し

骨子<IV-6(5)(6)>

第1 基本的な考え方

外来機能の役割分担の推進及び分割調剤に係る医師の指示や分割調剤を行った際の手続きの明確化・合理化を図る観点から、処方に係る加算及び処方箋の様式を見直す。医療機関と薬局の連携による医薬品の適正使用を推進するため、残薬に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

第2 具体的な内容

1. 外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、処方日数に係る加算を見直す。

- (1) 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の30日以上処方減算を適正化する。
- (2) (1)に伴い、200床未満の医療機関における特定疾患への処方に関する管理加算を見直す。
- (3) 分割指示の取扱いを明確化する（分割調剤における処方箋様式の追加）。

現 行	改定案
<p>【処方料・処方せん料・薬剤料】</p> <p>注 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以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数によ</p>	<p>【処方料・処方箋料・薬剤料】</p> <p>注 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以上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</p>

<p>り算定する。</p> <p>【処方料・処方せん料】</p> <p>注 診療所又は許可病床数が 200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28日以上の処方を行った場合は、月 1 回に限り、1 処方につき 65点を加算する。ただし、この場合において同一月に注 5（編：院外処方 は注 4）の加算は算定できない。</p>	<p>り算定する。</p> <p>【処方料・処方箋料】</p> <p>注 診療所又は許可病床数が 200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28日以上の処方を行った場合は、月 1 回に限り、1 処方につき <u>66</u>点を加算する。ただし、この場合において同一月に注 5（編：院外処方 は注 4）の加算は算定できない。</p>
--	--

2. 分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、分割調剤に係る処方箋様式を追加するとともに、具体的な取扱いを明確にする。

[分割調剤に係る留意事項]

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合、分割の回数は 3 回までとすること。
- (2) 分割指示に係る処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。
- (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る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。
- (4) 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。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。

- (5) 受付保険薬局情報において、1枚目の処方箋が処方箋の使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方箋は無効とすること。
3. あらかじめ医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整の疑義照会に係る取扱いを明確にする。

新たな処方箋様式（案）

様式第二号の二（第二十三条関係）

<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;">処方箋</div> <div style="margin-right: 20px;">(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)</div> <div style="margin-right: 20px;">分割指示に係る処方箋</div> <div>分割の__回目</div> </div>																						
公費負担者番号												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										
患者	氏名						保険医療機関の所在地及び名称															
	生年月日	明大昭平	年	月	日	男・女	電話番号															
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名 (印)																
	都道府県番号					点数表番号	医療機関コード															
交付年月日	平成	年	月	日	処方箋の使用期間			平成	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。																				
	備考	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 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。 </div> 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																				
調剤済年月日	平成	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	(印)					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、日本工業規格 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。																						

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____

F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

① いわゆる門前薬局の評価の見直し

骨子<IV-7 (1) (2) (3) (4)>

第1 基本的な考え方

1. 医薬品の備蓄等の効率性や医療経済実態調査に基づく薬局の収益状況等を踏まえ、現行の処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲について拡大するとともに、特に大型の門前薬局について、更なる評価の見直しを行う。また、同様に医薬品の備蓄等の効率性も考慮し、いわゆる同一敷地内薬局の評価を見直す。
2. 薬価調査が適切に実施される環境整備を図るため、「流通改善ガイドライン」を踏まえ、調剤基本料等に係る未妥結減算制度を見直す。

第2 具体的な内容

1. 現行の処方箋受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤割合に基づく調剤基本料の特例対象範囲について以下のとおり拡大する。
 - (1) 調剤基本料3について、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げる。
 - (2) 調剤基本料3について、グループ全体の処方箋受付回数が多い、特に大型の門前薬局の評価をさらに適正化する。
 - (3) 調剤基本料2について、処方箋の受付回数が2,000回を超える保険薬局における特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げる。
 - (4) 調剤基本料2について、以下の場合を追加する。

- ① 当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在する場合にあっては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数
が一定数を超える場合。
- ② 同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係
る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、
当該他の保険薬局の処方箋を含めた受付回数が一定数を超える場合。

(5) 特定の医療機関との不動産取引の関係がある等のいわゆる同一敷
地内薬局に対する評価を見直す。

2. 保険薬局の調剤基本料について、簡素化も考慮し、未妥結減算及び薬
剤師のかかりつけ機能に係る業務を実施していない場合の減算を統合す
る。

「I-4(4)」を参照のこと。

現 行	改定案
【調剤基本料】	【調剤基本料】
調剤基本料 1 41 点	調剤基本料 1 <u>41 点</u>
調剤基本料 2 25 点	調剤基本料 2 <u>25 点</u>
調剤基本料 3 20 点	<u>調剤基本料 3</u>
	イ <u>同一グループの保険薬局によ</u> <u>る処方箋受付回数 4 万回を超え</u> <u>40 万回以下の場合 20 点</u>
	ロ <u>同一グループの保険薬局によ</u> <u>る処方箋受付回数 40 万回を超え</u> <u>る場合 15 点</u>
調剤基本料 4 31 点	<u>(削除)</u>
調剤基本料 5 19 点	<u>(削除)</u>
注 2 注 1 の規定に基づき地方厚生 局長等に届け出た保険薬局以外の 保険薬局については、特別調剤基本	注 2 <u>別に厚生労働大臣が定める保</u> <u>険薬局においては、注 1 本文の規定</u> <u>にかかわらず、特別調剤基本料とし</u>

料として15点を算定する。

注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付が1月に600回以下の保険薬局を除く。

[施設基準]

調剤基本料1

イ 調剤基本料2のイ又は調剤基本料3のイに該当しない保険薬局であること

ロ 妥結率が5割を超えること

調剤基本料2

イ 以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3のイに該当する保険薬局を除く。

- ① (略)
- ② 処方せんの受付回数が1月に2,000回を超えること(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が9割を超える場合に限る。)
- ③ 特定の保険医療機関に係る処方せんの受付回数が月4,000回を超えること

て、処方箋の受付1回につき10点を算定する。

注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

[施設基準]

調剤基本料1

調剤基本料2、調剤基本料3のイ、調剤基本料3のロ又は調剤基本料の注2の(1)に該当しない保険薬局であること

(削除)

調剤基本料2

イ 以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3のイ、調剤基本料3のロ又は調剤基本料の注2の(1)に該当する保険薬局を除く。

- ① (略)
- ② 処方箋の受付回数が1月に2,000回を超えること(特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超える場合に限る。)
- ③ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療

(新設)

□ 妥結率が5割を超えること

調剤基本料3

イ 同一グループの処方せん受付回数の合計が1月に4万回を超えるグループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局

① 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が9割5分を超えること

② (略)

□ 妥結率が5割を超えること

(新設)

機関が所在する場合にあつては、当該保険医療機関からの処方箋を全て合算した回数とする。)が月4,000回を超えること

④ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(同一グループに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。)が月4,000回を超えること

(削除)

調剤基本料3のイ

同一グループの保険薬局における処方箋受付回数の合計が1月に4万回を超えて、40万回以下のグループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし、調剤基本料3のロ又は調剤基本料の注2の(1)に該当する保険薬局を除く。

① 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超える保険薬局

② (略)

(削除)

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受付回数の合計が1月に

<p>調剤基本料 4</p> <p>調剤基本料 1 のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が 5 割以下の保険薬局</p> <p>調剤基本料 5</p> <p>調剤基本料 2 のイに該当する保険薬局のうち、妥結率が 5 割以下の保険薬局</p> <p>[調剤基本料の注 1 ただし書きに規定する施設基準]</p> <p>(1) 次の全てを満たす保険薬局であること。</p> <p>イ 当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の 5 割以上が、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の施設基準に適合している薬剤師であること。</p> <p>ロ 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の</p>	<p><u>40 万回を超えるグループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局。ただし、調剤基本料の注 2 の(1)に該当する保険薬局を除く。</u></p> <p><u>① 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 8 割 5 分を超える保険薬局</u></p> <p><u>② (略)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>[調剤基本料の注 1 ただし書きに規定する施設基準]</p> <p><u>(削除)</u></p>
--	---

算定について、相当の実績を有していること。

(新設)

(2) 調剤基本料 1 を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が 5 割を超えていること。

[調剤基本料注 2 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局]

(新設)

(1) 次のすべてに該当する保険薬局であること。

イ 「基本診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 62 号) の別表第六の二に規定する地域に所在すること。

ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内において、保険医療機関数(歯科医療を担当するものを除く。)の数が 10 以下であって、許可病床の数が 200 床以上の保険医療機関が存在しないこと。ただし、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合が 7 割を超える場合であって、当該保険医療機関が特定区域外に所在するものについては、当該保険医療機関を含むものとする。

ハ 処方箋受付回数が一月に 2,500 回を超えないこと。

(削除)

[調剤基本料注 2 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局]

次のいずれかに該当する保険薬

<p>[調剤基本料の注3に規定する保険薬局]</p> <p>かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を1年間実施していない保険薬局であること。</p>	<p>局であること。</p> <p><u>(1) 病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超えること。</u></p> <p><u>(2) 調剤基本料1、2、3のイ及び3のロのいずれにも該当しない保険薬局</u></p> <p>[調剤基本料の注3に規定する保険薬局]</p> <p><u>次のいずれかに該当する保険薬局であること</u></p> <p><u>(1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告し、妥結率が5割以下であること。</u></p> <p><u>(2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、地方厚生局長等に定期的に報告していない保険薬局であること。</u></p> <p><u>(3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局。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。</u></p>
--	--

④ ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の 処方に係る要件の見直し

骨子<IV-8(4)④>

第1 基本的な考え方

疾病の改善の目的外で、一度に多量に処方される血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）が一定程度あり、適正使用が求められていることを踏まえ、保険給付適正化の観点から、以下のような見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）の使用について、美容目的などの疾病の治療以外を目的としたものについては、保険給付の対象外である旨を明確化する。
2. 審査支払機関において適切な対応がなされるよう周知する。

【投薬】

[算定要件]

入院中の患者以外の患者に対して血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療であることが明らかであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。