

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費担当規則において、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		保険医療機関の所在地及び名称														
	生年月日		明大昭平令 年 月 日				男・女		電話番号								
	区分		被保険者				被扶養者		保険医氏名 ⑩								
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				⑩				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〕</p> <p>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日以上投薬を行った場合（<u>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。</u>）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〕</p> <p>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。</p>

【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> <u>39点</u></p> <p>ロ <u>地域支援体制加算 2</u> <u>47点</u></p> <p>ハ <u>地域支援体制加算 3</u> <u>17点</u></p> <p>ニ <u>地域支援体制加算 4</u> <u>39点</u></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</u> 次のいずれにも該当する保険薬局 であること。</p> <p>イ <u>調剤基本料 1 を算定している</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>次のいずれにも該当する保険薬局</u> <u>であること。</u></p> <p>イ <u>(1)のイ及びロに該当する保険</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>次のいずれにも該当する保険薬局</u> <u>であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定して</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>あること。</u></p> <p>(4) <u>地域支援体制加算 4 の施設基準</u> <u>(2)のロ並びに(3)のイ及びロに該</u> <u>当する保険薬局であること。</u></p> <p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 <u>地域支援体制加算 1 に関する施</u> <u>設基準</u></p> <p>(1) <u>調剤基本料 1 を算定している保</u> <u>険薬局において、以下の①から③ま</u> <u>での 3 つの要件を満たし、かつ、④</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 <u>調剤基本料 1 を算定している</u> <u>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</u> <u>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</u> <u>な実績を有していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) <u>次のいずれにも該当する保険薬</u> <u>局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定して</u> <u>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</u> <u>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相当</u> <u>の実績を有していること。</u></p> <p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 <u>地域支援体制加算に関する施設</u> <u>基準</u></p> <p>(1) <u>以下のア又はイの区分に応じ、そ</u> <u>れぞれに掲げる基準を満たすこと。</u></p> <p>ア <u>調剤基本料 1 を算定する保険薬</u></p>
---	---

<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。</p> <p>① （略）</p> <p>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<u>24回</u>以上であること。（中略）</p> <p>③ （略）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>服薬管理指導料</u>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 ・ <u>服薬管理指導料</u>の調剤後薬剤管理指導加算 <p>（略）</p>	<p>局</p> <p>(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。</p> <p>① （略）</p> <p>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<u>12回</u>以上であること。（中略）</p> <p>③ （略）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>薬剤服用歴管理指導料</u>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 ・ <u>薬剤服用歴管理指導料</u>の調剤後薬剤管理指導加算 <p>（略）</p>
---	--

<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>
---	---

<p>⑥ <u>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。</u></p> <p>⑦ <u>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）</u></p> <p>⑧ <u>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。</u></p> <p>⑨ <u>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。</u></p> <p>(2) <u>(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。</u></p> <p>(3) <u>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</u></p>	
---	--

<p><u>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。</u></p> <p><u>(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。</u></p>	
<p><u>3 地域支援体制加算3に関する施設基準</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p><u>4 地域支援体制加算4に関する施設基準</u></p> <p><u>(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。</u></p>	<p>(新設)</p>

<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〕</p> <p>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）） イ 7日分以下の場合 28点 ロ 8日分以上14日分以下の場合 55点 ハ 15日分以上21日分以下の場合 64点 ニ 22日分以上30日分以下の場合 77点 ホ 31日分以上の場合 86点</p> <p>2～6 （略）</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>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>

<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。</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(3) 液剤 45点</p> <p>ロ (略)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(9) 調剤技術料の時間外加算等</p> <p>ア 時間外加算は調剤基本料、薬剤</p>	<p>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。</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(3) 液剤 45点</p> <p>ロ (略)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(9) 調剤技術料の時間外加算等</p> <p>ア 時間外加算は調剤基本料を含む</p>
--	---

<p>調製料及び調剤管理料（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、<u>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、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>オ・カ (略)</p> <p>キ <u>「錠剤を分割する」とは、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>ク～コ (略)</p>	<p>めた調剤技術料（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、<u>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、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 オ <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>カ・キ (略) (新設)</p> <p>ク～コ (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）

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

[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）

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

[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>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 <u>注 3 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> 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</p>
<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注 2 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。</p>	<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注 2 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。</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>

<p style="text-align: right;">45点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合</p> <p style="text-align: right;">59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</p> <p style="text-align: right;">45点</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="text-align: right;">45点</p>	<p style="text-align: right;">43点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合</p> <p style="text-align: right;">57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</p> <p style="text-align: right;">43点</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="text-align: right;">43点</p>
<p>[算定要件]</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、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。</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 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。</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>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>	<p>[算定要件]</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、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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>処方された薬剤について、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></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></p> <p>ホ (略) (新設)</p> <p>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>

<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 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、<u>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</u> (略)</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><u>5 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</u> (略)</p> <p><u>6～13</u> (略)</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
【調剤後薬剤管理指導加算（ <u>服薬管理指導料</u> ）】 〔算定要件〕 注10 区分番号〇〇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	【調剤後薬剤管理指導加算（ <u>薬剤服用歴管理指導料</u> ）】 〔算定要件〕 注10 区分番号〇〇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

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> <u>3</u> <u>50点</u></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>

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。	
--------------------------------------	--

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>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>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、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。</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】 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 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</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>	<u>ている患者については、算定しない。</u>
---	--------------------------

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></p> <p style="text-align: right;">110点</p> <p>ロ <u>イ以外の場合</u></p> <p style="text-align: right;">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

- 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 <u>21点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 <u>28点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 <u>30点</u></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 <u>15点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 <u>22点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 <u>28点</u></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>

イ～ハ （略）	イ～ハ （略）
<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>[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 点</u>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 点</u>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>
--	--

3. 後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

改 定 案	現 行
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分</p>

<p>であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>九割</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2</p>	<p>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2</p>
---	---

<p>の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p>	<p>の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>□ 当該保険医療機関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</u>以上であること。</p> <p>ハ・二 (略)</p>
---	---

【Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進－②】

② バイオ後続品の使用促進

第１ 基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入する場合について新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品に関する情報を提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
【第６部 注射】 通則 <u>７ 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り１５０点を更に所定点数に加算する。</u>	【第６部 注射】 通則 （新設）
※ <u>外来腫瘍化学療法診療料（新設）についても同様の加算を設ける。</u>	

【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

- 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。
- 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>

<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。</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>(5) <u>調剤基本料3のハの施設基準</u> <u>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。</u></p>	<p>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。</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>（新設）</p>
--	--

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〕</p> <p>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</p> <p>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」（連携強化加算）、「注７」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注８」（後発医薬品減算）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〕</p> <p>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</p> <p>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」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注７」（後発医薬品減算）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。