

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用の評価

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

- 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、処方箋の様式を見直す。

Original prescription form layout showing various fields for patient information, doctor details, and medication instructions.



	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。)
	<input type="checkbox"/> 1回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 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)

リフィル処方箋を使用した場合の処方箋料

- 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。

現行

【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日以上の場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

改定後

【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日以上の場合 **（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。）**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。

処方箋料について（概要）

F400 処方箋料

1	<u>向精神薬多剤投与を行った場合</u>	<u>28点</u>
2	<u>1以外の場合の多剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合</u>	<u>40点</u>
3	<u>1及び2以外の場合</u>	<u>68点</u>

➤ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定

[算定要件]（抜粋）

○ 処方箋料1

1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与した場合に算定

○ 処方箋料2

1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（※1）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（※2）を行った場合

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（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つて、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。）には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定

リフィル処方箋の仕組み

リフィル処方箋の仕組み

- 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。

[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ことを説明すること。
- (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。

歯科診療における院内感染防止対策の推進

基本診療料の施設基準及び評価の見直し

- ▶ 歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

現行

【初診料】

1 歯科初診料 261点

【再診料】

1 歯科再診料 53点

【施設基準】

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る研修**を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等**を実施していること。



改定後

【初診料】

1 歯科初診料 264点

【再診料】

1 歯科再診料 56点

【施設基準】

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の**院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修**を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした**院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等**を実施していること。

【経過措置】

令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

かかりつけ歯科医の機能の充実

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直し

- 地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件を見直す。

現行

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

【施設基準】

(2) 次のいずれにも該当すること。

ア 過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定していること。

イ～エ (略)

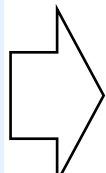
(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。

ア～ク (略)

(新設)

ケ 自治体が実施する事業に協力していること。

コ・サ (略)



改定後

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

【施設基準】

(2) 次のいずれにも該当すること。

ア 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。

イ～エ (略)

(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。

ア～ク (略)

ケ 過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。

コ 自治体が実施する事業 (ケに該当するものを除く。) に協力していること。

サ・シ (略)

総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

総合医療管理加算等の算定要件の見直し

- 口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

現行

【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】

[算定要件]

注11 **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医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。**

[対象患者]

糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者

[施設基準]

六の二の四 **歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び**歯科治療時医療管理料の施設基準

改定後

【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】

[算定要件]

注11 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

[対象患者]

糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、**血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者**

[施設基準]

六の二の四 歯科治療時医療管理料の施設基準

※ 在宅総合医療管理加算についても同様の見直しを行う。

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

歯周病安定期治療の見直し

- 全身の健康にもつなげる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を更に推進する観点から、歯周病安定期治療（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。

現行

【歯周病安定期治療（Ⅰ）】

[算定要件]

注2 2回目以降の歯周病安定期治療（Ⅰ）の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療（Ⅰ）の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。

(新設)

【歯周病安定期治療（Ⅱ）】

改定後

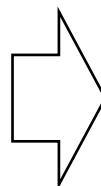
【歯周病安定期治療】

[算定要件]

注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合 **又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は**、この限りでない。

3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。

（削除）



歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

フッ化物洗口指導加算の対象患者の見直し

- フッ化物洗口指導について、小児のう蝕罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

現行

【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】

【算定要件】

注8 **13歳未満**のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。（略）

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	-
5～7歳	3歯以上	又は 1歯以上
8～10歳	-	2歯以上
11～12歳	-	3歯以上

改定後

【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】

【算定要件】

注8 **16歳未満**のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。（略）

（う蝕多発傾向者の判定基準）

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～4歳	1歯以上	-
5～7歳	2歯以上	又は 1歯以上
8～11歳	2歯以上	又は 2歯以上
12～15歳	-	2歯以上

歯科口腔疾患の重症化予防 の推進

フッ化物歯面塗布処置の対象患者見直し

- ▶ フッ化物歯面塗布処置について、高齢者のう蝕罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。

現行

【フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）】

2 在宅等療養患者の場合 110点

[算定要件]

注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

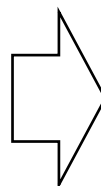
改定後

【フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）】

2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合
110点

[算定要件]

注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者 又は区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。



ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

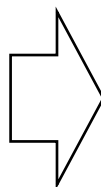
- ▶ ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

現行

【口腔機能管理料】

[算定要件]

- (1) 口腔機能管理料とは、**65歳以上**の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。
(略)



改定後

【口腔機能管理料】

[算定要件]

- (1) 口腔機能管理料とは、**50歳以上**の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。
(略)



ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

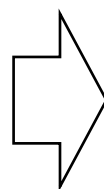
- ▶ ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料について、口腔機能の発達不全がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

現行

【小児口腔機能管理料】

[算定要件]

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する**15歳未満の小児**に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。



改定後

【小児口腔機能管理料】

[算定要件]

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する**18歳未満の児童**に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。



令和4年度調剤報酬改定の概要 (調剤)

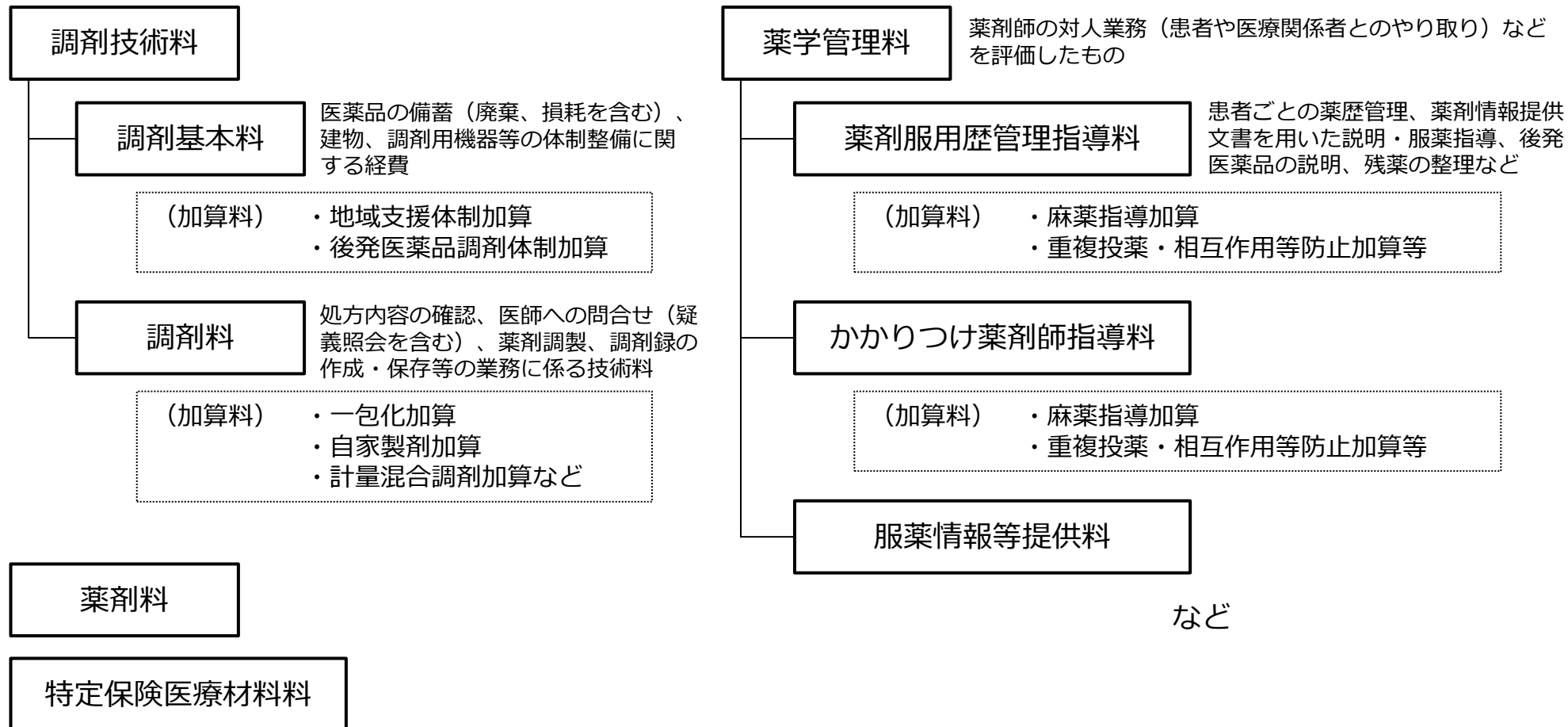
厚生労働省 保険局 医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

調剤報酬の体系

- 調剤報酬は、調剤基本料、調剤料、薬学管理料、薬剤料等から構成されている。

<調剤報酬の構成>



診療報酬改定

1. 診療報酬

+ 0. 4 3 %

- ※ 1 うち、※ 2～5を除く改定分 + 0. 2 3 %
 - 各科改定率
 - 医科 + 0. 2 6 %
 - 歯科 + 0. 2 9 %
 - 調剤 + 0. 0 8 %
- ※ 2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 + 0. 2 0 %
- ※ 3 うち、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化 ▲ 0. 1 0 %
 （症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、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、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う）
- ※ 4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 2 0 %
- ※ 5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来 ▲ 0. 1 0 %
 なお、歯科・調剤分については、感染防止等の必要な対応に充てるものとする。

2. 薬価等

① 薬価

▲ 1. 3 5 %

- ※ 1 うち、実勢価等改定 ▲ 1. 4 4 %
- ※ 2 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 + 0. 0 9 %

② 材料価格

▲ 0. 0 2 %

診療報酬改定

なお、上記のほか、新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療機能の分化・強化、連携の推進に向けた、提供されている医療機能や患者像の実態に即した、看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた医療の標準化に向けた、DPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に係る診療報酬上の措置について実効的な仕組みとなるよう見直し
- 外来医療の機能分化・連携に向けた、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に係る評価の見直し
- 薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- OTC類似医薬品等の既収載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方の適正化

令和4年度調剤報酬改定のポイント

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

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

- **調剤業務の評価体系の見直し**
 - ・ 調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
 - ・ 重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
 - ・ 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等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設
- **服薬指導等業務の評価の見直し**
 - ・ 薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編
- **外来服薬支援に係る評価**
 - ・ 多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

- **糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充**
 - ・ インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充
- **医療的ケア児に対する薬学的管理の評価**
 - ・ 医療的ケア児である患者に対して、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
- **入院時の持参薬整理の評価**
 - ・ 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服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設
- **減薬提案に係る情報提供の評価の見直し**
 - ・ 処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し
- **同一薬局の利用推進**
 - ・ 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を特例的に評価

薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

- **調剤基本料の評価の見直し**
 - ・ 損益率の状況等を踏まえた、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の見直し
- **特別調剤基本料の見直し**
 - ・ 敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し

- **地域支援体制加算の要件及び評価の見直し**
 - ・ 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への見直し
 - ・ 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の新設
- **後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価**
 - ・ 後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
 - ・ 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

在宅業務の推進

- **緊急訪問の評価の拡充**
 - ・ 主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合を評価
- **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
 - ・ 医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、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の評価の新設
 - ・ 中心静脈栄養法が行われている患者に対する、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の評価を新設

ICTの活用

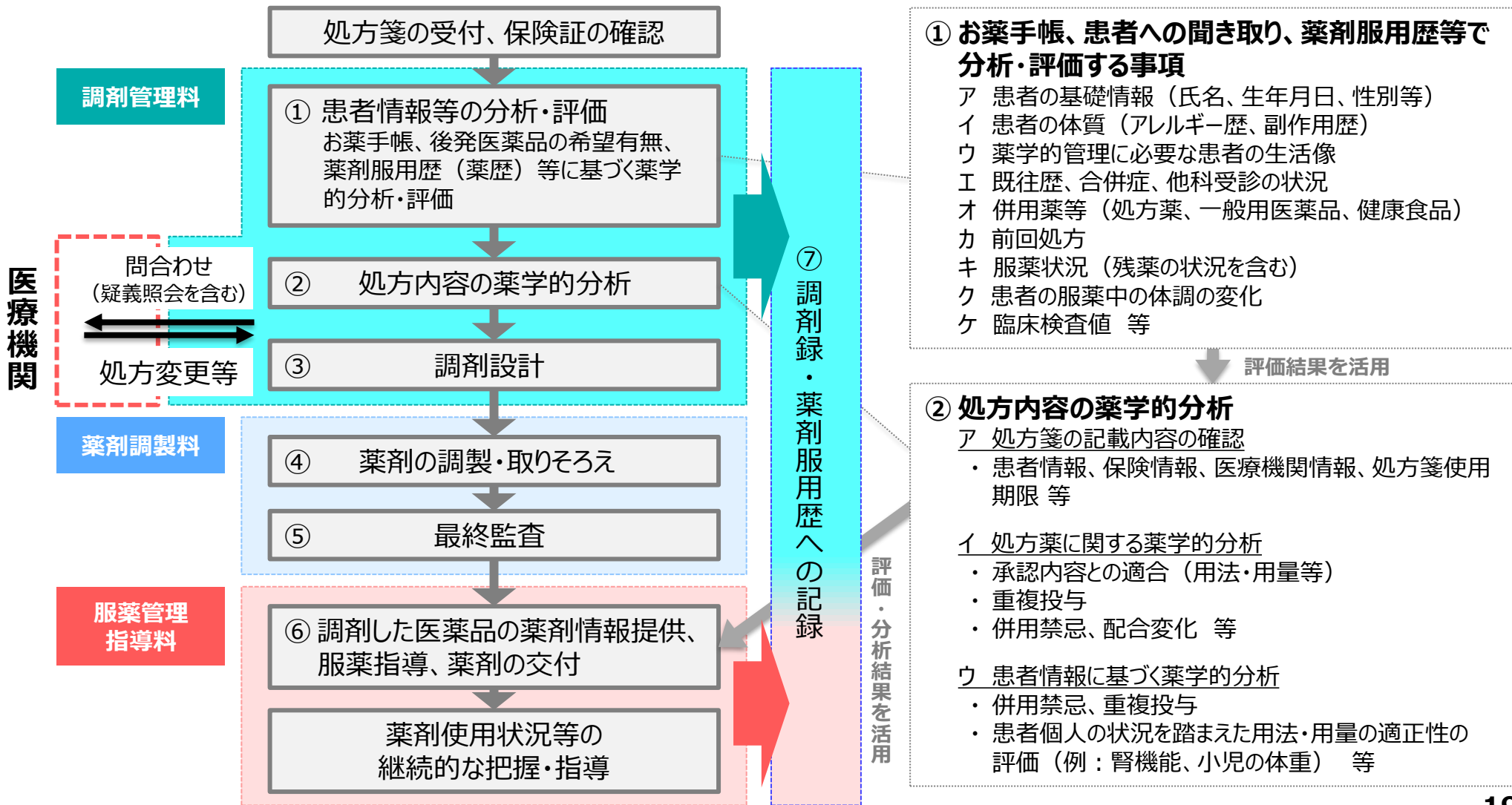
- **外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価**
 - ・ 薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し
- **外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価**
 - ・ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定検診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設

2. 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

i) 薬局薬剤師業務の評価体系の見直し

薬局での調剤業務の流れについて（令和4年改定）

- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成されている。
- このうち、①、②、③は調剤管理料、④、⑤は薬剤調製料、⑥及びその後の継続的な指導等は服薬管理指導料で評価することとし、調剤管理料及び服薬管理指導料で実施した業務の内容は、調剤録・薬剤服用歴に記録する。



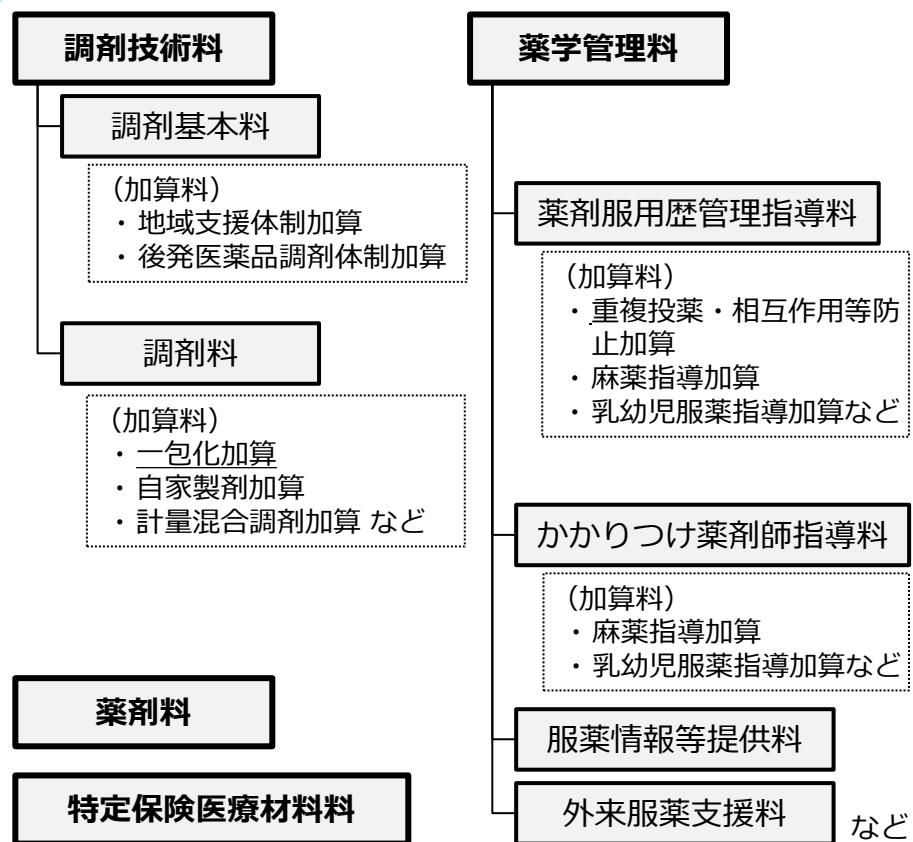
薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

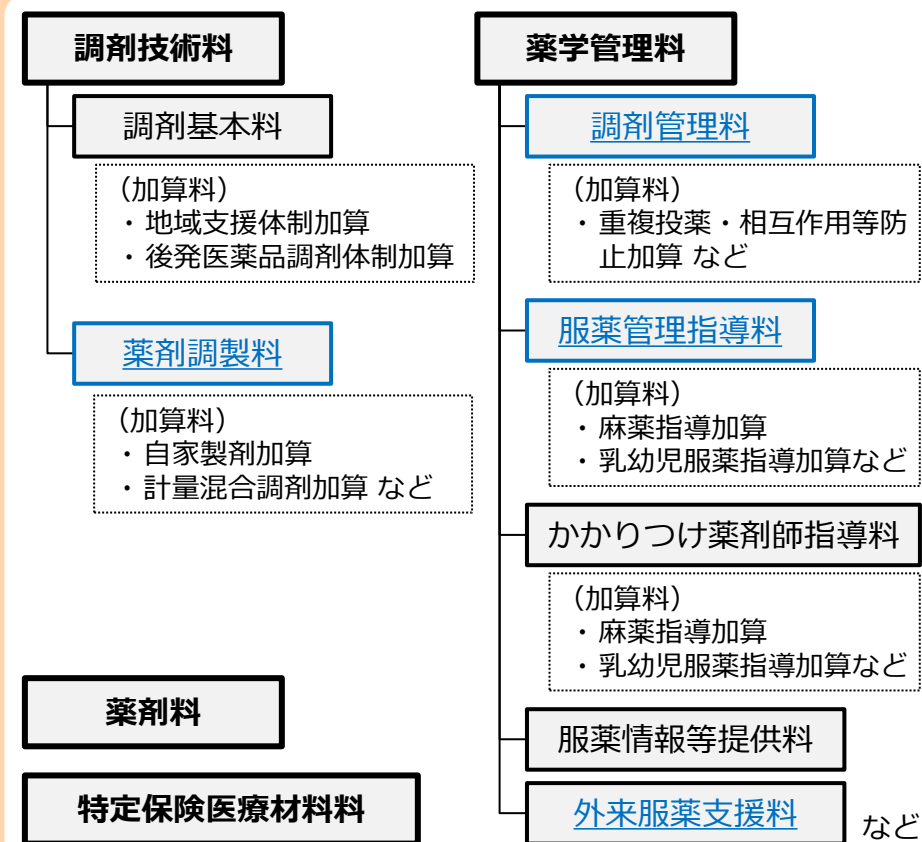
- ▶ 対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行い、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料を新設する。

<調剤報酬の構成>

現行



改定後



薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

調剤料の見直し

- 調剤料を廃止し、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。
- 内服薬の調剤料について処方日数に応じた段階的な評価を見直す。

現行

【調剤料】

- 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
- 2～6 （略）

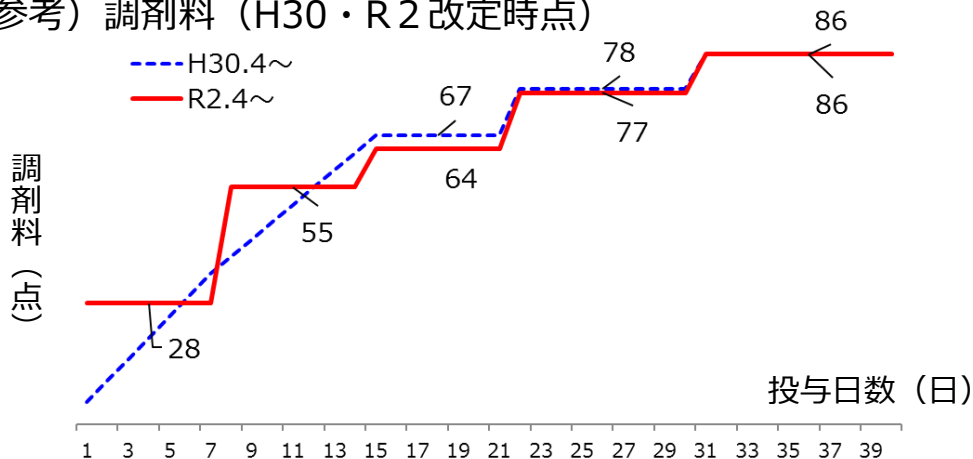
改定後

【薬剤調製料】

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） **24点**
- 2～6 （略）



(参考) 調剤料 (H30・R2 改定時点)



薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

自家製剤加算の見直し

- ▶ 自家製剤加算について、錠剤を分割した場合の評価を見直す。

現行

【自家製剤加算】

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 |
| □ (略) | |



改定後

【自家製剤加算】

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 |
| □ (略) | |

薬局における対人業務の評価体系の見直し

- ▶ 調剤料を廃止し、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（（浸煎薬及び湯薬を除く。）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]

- 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、必要な薬学的分析を行った上で、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。
 - 1については、服用時点が同一である内服薬は、投薬日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤以上の部分については算定しない。
- ▶ 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、評価の位置付けを見直す。

現行

【重複投薬・相互作用等防止加算（薬剤服用歴管理指導料）】

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



改定後

【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

薬局における対人業務の評価体系の見直し

- ▶ 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) 調剤管理料 調剤管理加算

<u>イ 初めて処方箋を持参した場合</u>	<u>3点</u>
<u>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</u>	<u>3点</u>

[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（過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績）を有している保険薬局であること。

薬局における対人業務の評価体系の見直し

- ▶ 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。

(新) 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	45点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	59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	45点
4	情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	
イ	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	45点
ロ	イの患者以外の患者に対して行った場合	59点

[算定要件]

- 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を薬剤情報提供文書により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
- 服薬状況等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。
- 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
- これまでに投薬された薬剤のうち、服用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。
- 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に係る情報を患者に情報提供すること。
- 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。
- 1の患者であって、手帳を提示しないものに対して、上記を行った場合は、2により算定する（4のイ及びロについても同様）。

薬局における対人業務の評価の充実

外来服薬支援料の見直し

- 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化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。併せて、調剤料の一化化加算を廃止する。

現行

【外来服薬支援料】

185点

- 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。
- 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。
- 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。

(参考)

【調剤料 一化化加算】

2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一化化を行った場合には、一化化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

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

ロ 43日分以上の場合 240点

改定後

【外来服薬支援料】

外来服薬支援料 1

185点

外来服薬支援料 2

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

ロ 43日分以上の場合

240点

[算定要件]

- 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。
- 2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。
- 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化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。

2. 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

ii) 対人業務の評価の拡充

基本的な服薬指導

○ 薬剤の基本的な説明

薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

○ 患者への必要な指導

患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。（手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。）

○ 継続的な把握等

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。

➔ 服薬管理指導料（45点又は59点／1回につき）

○ 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

➔ 乳幼児服薬指導加算（12点／1回につき）

○ 医療的ケア児に対する薬学的管理

医療的ケア児に対し、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

➔ 小児特定加算（350点／1回につき）

○ ハイリスク薬に対する管理指導

ハイリスク薬の服用状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

➔ 特定薬剤管理指導加算 1（10点／1回につき）

○ 麻薬に対する管理指導

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

➔ 麻薬管理指導加算（22点／1回につき）

○ 吸入薬に対する管理指導

喘息等の患者に対し吸入薬の吸入指導等を行い、その結果等を医療機関へ情報提供

➔ 吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）

追加的な対応

○ 医療機関への情報提供

保険医療機関等の求めがあった場合に、必要な情報を文書により提供等した場合に算定

➔ 服薬情報等提供料（20又は30点／月1回まで、50点／3月に1回まで）

○ 残薬への対応

① 自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理

② 患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（ブラウンバッグ運動）し、保険医療機関に情報提供した場合に算定

➔ 外来服薬支援料 1（185点／月1回まで）

○ 一包化による服薬支援

多種類の薬剤を投与されている患者等に対して、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

➔ 外来服薬支援料 2（34点／7日分ごと、240点／43日分以上）

○ ポリファーマシー対策

保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が2種類以上減少した場合に算定

➔ 服用薬剤調整支援料 1（125点／月1回まで）

保険薬剤師が処方医に減薬等の提案を行った場合に算定

➔ 服用薬剤調整支援料 2（110点又は90点／3月に1回まで）

○ 調剤後のフォローアップ

薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で、抗がん剤を注射された悪性腫瘍の患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

➔ 特定薬剤管理指導加算 2（100点／月1回まで）

インスリン製剤等が処方等された患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

➔ 調剤後薬剤管理指導加算（60点／月1回まで）

薬局における対人業務の評価の充実

調剤後薬剤管理指導加算の見直し

- ▶ 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。

現行

【薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算】
調剤後薬剤管理指導加算 30点

改定後

【**服薬管理指導料** 調剤後薬剤管理指導加算】
調剤後薬剤管理指導加算 **60点**

[対象保険薬局]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

[対象患者]

インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「インスリン製剤等」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの

[算定要件]

患者等の求めに応じて、

- ① 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
- ② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供を行った場合に算定する。



① 医師の指示
退院時共同指導時に依頼

③ フィードバック



① 患者・家族からの求め
(医師の了解)

② フォローアップ
(電話、訪問等)



医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

- ▶ 保険薬局において、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。

[算定対象]

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（18歳未満の患者）

【服薬管理指導料】

（新） 小児特定加算 350点

[算定要件]

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、服用に際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に加算する。

※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

（新） 小児特定加算 450点

[算定要件]

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に加算する。

※ 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。

医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人（推計）

児童福祉法

第五十六条の六 第二項

地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

薬局における対人業務の評価の充実

服薬情報等提供料の見直し

- ▶ 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服用薬に関する情報等を一元的に把握し、必要に応じて持参した服用薬の整理を行うとともに、医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書により提供した場合の評価を新設する。

(新) 服薬情報等提供料3

50点（3月に1回に限り）

[算定要件]

- 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。

(参考) 服薬情報等提供料1・2

服薬情報等提供料1	30点
服薬情報等提供料2	20点

[算定要件]

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、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。

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。

薬局における対人業務の評価の充実

服用薬剤調整支援料2の見直し

- ▶ 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。

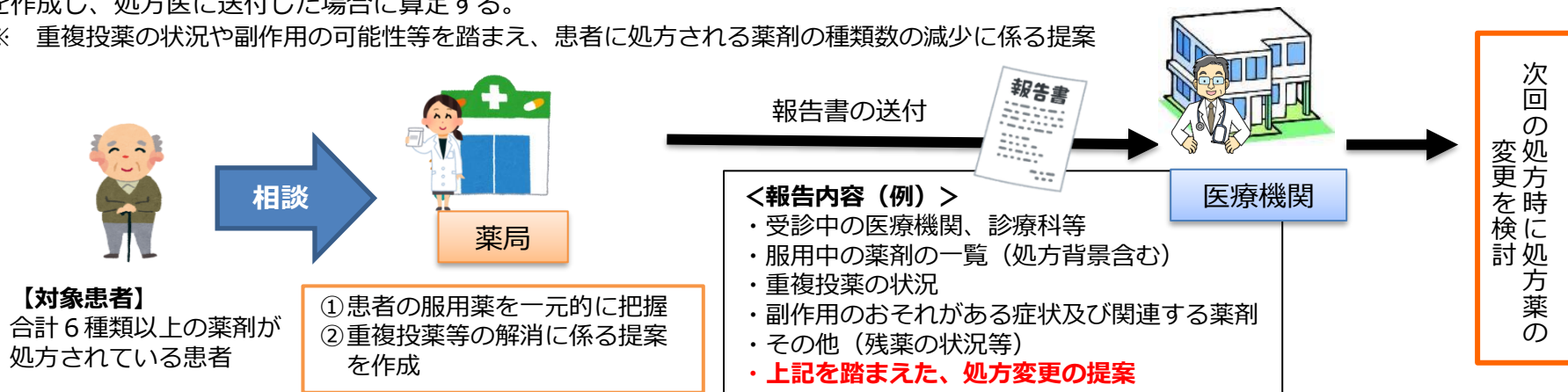
現行	改定後
【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料2 100点	【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料2 <u>イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合</u> <u>110点</u> <u>ロ イ以外の場合</u> <u>90点</u> [施設基準] <u>重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u>

(参考) 服用薬剤調整支援料2

[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案^(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



薬局における対人業務の評価の充実

- 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) 59点

[算定対象]

当該保険薬局における直近の調剤において、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た患者

[算定要件]

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、指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき、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※（1名に限る。）であること。

※「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。

- (1) 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を1年以上有する場合、1年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
- (2) 当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。

3. 薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算と後発医薬品調剤体制加算がある。

薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中率が高い
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくてすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い
→ 規模が大きいことによるメリットがある

医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- 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を評価

体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

<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実績
⇒ 調剤基本料等に応じ、段階的な基準を設定
- (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
- (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
- (4) 一定時間以上の開局
- (5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
- (6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
- (7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
- (8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
- (9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
- (10) 医療安全に資する取組実績の報告
- (11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価

後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定

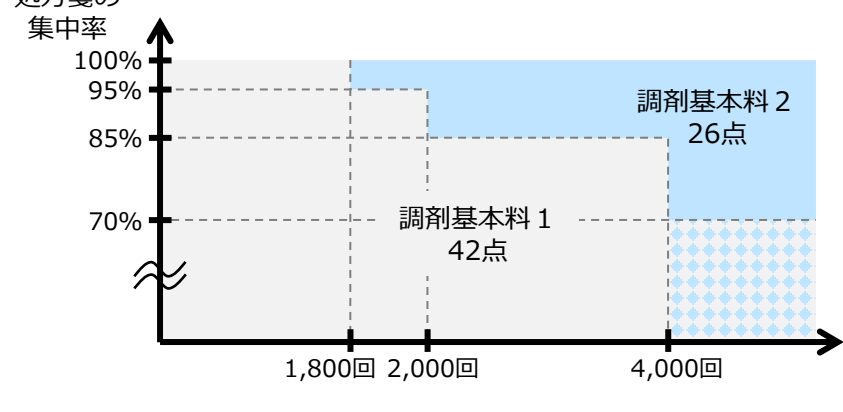
調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

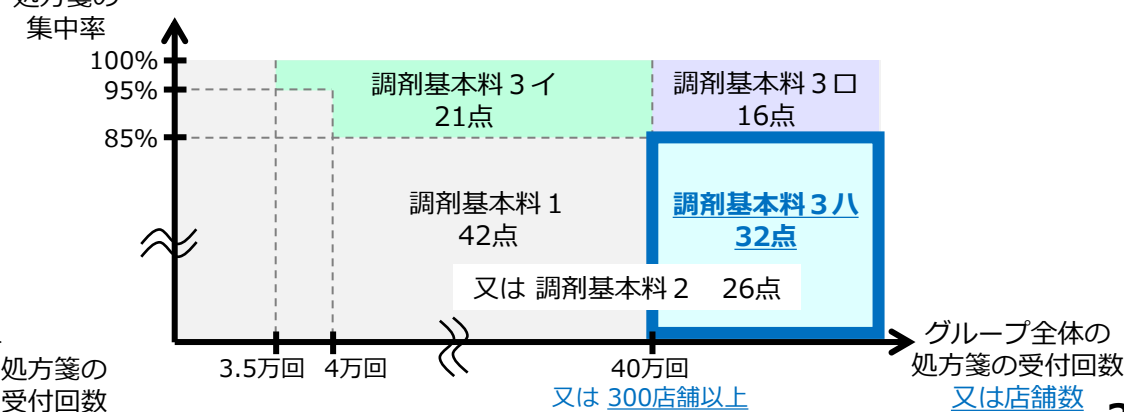
- ▶ 調剤基本料3の口の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

	要件		点数	
	処方箋受付回数等	処方箋集中度		
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外		42点	
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付回数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ -	26点	
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	85%超	
	□	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%超	16点
	(新) 八	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%以下	32点

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



特別調剤基本料の見直し

いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料等の見直し

- ▶ 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

現行

【特別調剤基本料】
[算定要件]
処方箋の受付1回につき9点を算定する。



改定後

【特別調剤基本料】
[算定要件]
処方箋の受付1回につき7点を算定する。

- ▶ 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。

現行

【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】
[算定要件]
所定点数に加算する。



改定後

【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】
[算定要件]
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。

- ▶ 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。

改定後

【服薬情報等提供料】

[算定要件]
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。

地域医療に貢献する薬局の評価

- ▶ 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。

※青字は変更部分

【地域支援体制加算の施設基準】

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(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
(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
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

(1 薬局当たりの年間の回数)

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 **12回以上**
- 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1回以上出席

(①～⑧は処方箋受付1万回当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 **400回以上**
- ② 麻薬の調剤実績 **10回以上**
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 **40回以上**
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 **40回以上**
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 **12回以上**
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 **1回以上**
- ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 **60回以上**
- 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

調剤基本料1

地域支援体制加算1 38点 ⇒ 39点

①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

(新) 地域支援体制加算2 47点

地域支援体制加算1の要件を満たした上で、①～⑨のうち3つ以上を満たすこと。

調剤基本料1以外

(新) 地域支援体制加算3 17点

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算4 38点 ⇒ 39点

①～⑨のうち、8つ以上を満たすこと。

[経過措置]

- ・ 令和4年3月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局で、在宅薬剤管理の実績を満たしていると届出を行っている場合は令和5年3月31日まで当該実績を満たしているものとする。
- ・ 令和4年3月31日時点で調剤基本料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の八を算定することになった薬局については令和5年3月31日まで調剤基本料1を算定しているものとみなす。

地域医療に貢献する薬局の評価

- ▶ 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) 調剤基本料 連携強化加算 2点

[算定要件]

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に所定点数を加算する。

[施設基準]

- 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。
- 上記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。
- 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。

4. 在宅業務の推進（調剤報酬）

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（1）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が1人の場合 ・単一建物診療患者が2～9人の場合 ・単一建物診療患者が10人以上の場合	650点	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	薬剤師1人 週40回まで 患者1人につき 月4回まで ※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	250点		
乳幼児加算 小児特定加算	100点 450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	59点 22点 12点 350点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合 麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算 乳幼児加算 小児特定加算 在宅中心静脈栄養法加算	1：500点 2：200点 100点 250点 100点 450点 150点	急変等に伴い、医師の求めにより、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算定	月4回まで
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	59点 22点 12点 350点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（2）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急時等共同指導料	700点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、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算定	月2回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		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に算定	
・残薬調整に係るもの以外	40点		
・残薬調整に係るもの	30点		
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○（調剤料）在宅患者調剤加算	15点	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	

(参考) 介護報酬	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）		
	・単一建物居住者が1人の場合	517単位	（麻薬指導加算 +100単位）
	・単一建物居住者が2～9人の場合	378単位	（麻薬指導加算 +100単位）
	・単一建物居住者が10人以上の場合	341単位	（麻薬指導加算 +100単位）

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

- ▶ 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。

現行

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

[算定要件]

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。



改定後

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

[算定要件]

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。

※ 在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

- ▶ 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。

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 250点

[算定要件]

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を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に1回につき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（麻薬管理指導加算）は算定できない。

[施設基準]

- (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。
- (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。

※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。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

- ▶ 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。

(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅中心静脈栄養法加算 150点

[算定要件]

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に1回につき所定点数に加算する。

[施設基準]

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。

※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。

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

退院時共同指導料の見直し

- 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の範囲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。
- 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。

現行

【退院時共同指導料】

[算定要件]

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。

[留意事項]

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。

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。



改定後

【退院時共同指導料】

[算定要件]

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、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。

[留意事項]

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)

※在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

- ▶ 外来診療を受けた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。

現行

【薬剤服用歴管理指導料】

情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43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、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までに規定する加算※は算定できない。

※ 麻薬等加算、乳幼児服薬指導加算、吸入薬指導加算 等

【施設基準】

- ・ 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) 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。
 - (2) 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割以下であること。
 - ① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料
 - ② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
- ・ 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

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

改定後

【服薬管理指導料】

情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合

<u>イ</u> 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者	45点
<u>ロ</u> イの患者以外の患者	59点

【算定要件】

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、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、ロにより算定する。

※ 服薬管理指導料の加算については、要件を満たせば対面による服薬指導を行った場合と同様に算定可能

【施設基準】

(削除)

(削除)

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

- ▶ 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。

現行

【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】
57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、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

改定後

【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】
59点

[算定要件]

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。）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（末期の悪性腫瘍の患者及び中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。

※ 麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算については、外来患者に係る点数と同じ点数を算定可能。

[施設基準]
(削除)

(削除)

※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置（全体像）

- 医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、患者への適切な薬剤の処方や、保険薬局の地域における協力促進などの観点から、保険医療機関・保険薬局に対する加算について、特例措置を講ずる。
- この特例措置は、令和5年4月から12月まで（9か月間）時限的に適用する。

特例措置の全体像

	現行の加算	特例措置
診療報酬	処方箋料の関係 一般名処方加算 1 <u>7点</u> 一般名処方加算 2 <u>5点</u>	<u>+2点</u>
	入院基本料等の関係（※入院初日） 後発医薬品使用体制加算 1（90%以上） <u>47点</u> 後発医薬品使用体制加算 2（85%以上） <u>42点</u> 後発医薬品使用体制加算 3（75%以上） <u>37点</u>	<u>+20点</u>
	処方料の関係 外来後発医薬品使用体制加算 1（90%以上） <u>5点</u> 外来後発医薬品使用体制加算 2（85%以上） <u>4点</u> 外来後発医薬品使用体制加算 3（75%以上） <u>2点</u>	<u>+2点</u>
調剤報酬	調剤基本料の関係（特別調剤基本料を算定している場合は80/100に相当する点数） 地域支援体制加算 1 <u>39点</u> 地域支援体制加算 2 <u>47点</u> 地域支援体制加算 3 <u>17点</u> 地域支援体制加算 4 <u>39点</u>	<u>+1点 又は +3点</u>

※特例措置は、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、適切な提供に資する取組を実施した場合が対象（要件を追加）。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置 (①)

①一般名処方加算

一般名処方加算について、一般名処方を推進することにより、保険薬局において銘柄によらず調剤できることで対応の柔軟性を増し、患者に安定的に薬物治療を提供する観点から、一般名処方加算の評価の特例措置を講ずる。(令和5年4~12月)

・処方箋料

一般名処方加算 1 7点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 9点 (+2点)
一般名処方加算 2 5点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 7点 (+2点)

[算定要件]

交付した処方箋に1品目でも一般名処方が含まれている場合に一般名処方加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を算定する。

[追加の施設基準]

薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

一般名処方のイメージ

銘柄名処方

原則、当該銘柄を用いて調剤

○○○錠 20mg 2錠
(銘柄名 + 剤形 + 含量)

1日2回 朝食後・就寝前 ○日分



一般名処方

有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

【般】 ファモチジン錠 20mg 2錠
(一般的名称 + 剤形 + 含量)

1日2回 朝食後・就寝前 ○日分

②後発医薬品使用体制加算

後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、後発医薬品の推進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の評価の特例措置を講ずる（令和5年4月～12月）。

・後発医薬品使用体制加算（入院初日）

後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上) 47点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 67点 (+20点)
後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上) 42点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 62点 (+20点)
後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上) 37点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 57点 (+20点)

[既存の施設基準]

- ① 薬剤部門等が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の使用を決定する体制が整備された病院又は有床診療所であること。
- ② 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては90%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては75%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める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の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[追加の施設基準]

- (1) 後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等適切に対応する体制を有していること。
- (3) (1) 及び (2) の体制に関する事項及び医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

③外来後発医薬品使用体制加算

外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、後発医薬品の推進を図りながら、医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の評価の特例措置を講ずる（令和5年4月～12月）。

・処方料

外来後発医薬品使用体制加算 1 (90%以上) 5点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 7点 (+ 2点)

外来後発医薬品使用体制加算 2 (85%以上) 4点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 6点 (+ 2点)

外来後発医薬品使用体制加算 3 (75%以上) 2点 → 下記「追加の施設基準」を満たしている場合は 4点 (+ 2点)

[既存の施設基準]

- ① 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- ② 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について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数が、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあっては90%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあっては85%以上、外来後発医薬品使用体制加算 3 にあっては75%以上であること。
- ③ 当該医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める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の割合が50%以上であること。
- ④ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[追加の施設基準]

- (1) 外来後発医薬品使用体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して十分な対応ができる体制が整備されていること。
- (3) (1) 及び (2) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置 (④)

④地域支援体制加算

医薬品の供給が不安定な状況を踏まえ、地域医療への貢献の観点から、地域支援体制加算について、後発医薬品の使用促進を図りながら、保険薬局が地域において協力しつつ医薬品の安定供給に資する取組を実施する場合の評価の特例措置を講ずる。(令和5年4月~12月)

調剤基本料1を算定している保険薬局

- ・地域支援体制加算1 39点
- ・地域支援体制加算2 47点

調剤基本料1以外を算定している保険薬局

- ・地域支援体制加算3 17点*
- ・地域支援体制加算4 39点*

- (1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2を算定する場合 → 下記の「追加の施設基準」を満たす場合 (+1点)
- ・地域支援体制加算1 40点
 - ・地域支援体制加算2 48点
 - ・地域支援体制加算3 18点*
 - ・地域支援体制加算4 40点*
- (2) 後発医薬品調剤体制加算3を算定する場合 → 下記の「追加の施設基準」を満たす場合 (+3点)
- ・地域支援体制加算1 42点
 - ・地域支援体制加算2 50点
 - ・地域支援体制加算3 20点*
 - ・地域支援体制加算4 42点*

(※特別調剤基本料を算定している場合は増点後の80/100に相当する点数)

[追加の施設基準]

- (1) 地域支援体制加算に係る届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 後発医薬品調剤体制加算に係る届出を行っている保険薬局であること。
- (3) 地域の保険医療機関・同一グループではない保険薬局に対する在庫状況の共有、医薬品融通などを行っていること。
- (4) (3)※に係る取組を実施していることについて当該薬局の見やすい場所に掲示していること。

※取組の例

- ・地域の薬局間での医薬品備蓄状況の共有と医薬品の融通
- ・医療機関への情報提供(医薬品供給の状況、自局の在庫状況)、処方内容の調整
- ・医薬品の供給情報等に関する行政機関(都道府県、保健所等)との連携

(参考) 後発医薬品調剤体制加算1 (後発医薬品の調剤数量割合80%以上)	21点
後発医薬品調剤体制加算2 (後発医薬品の調剤数量割合85%以上)	28点
後発医薬品調剤体制加算3 (後発医薬品の調剤数量割合90%以上)	30点

バイオ後続品に係る情報提供の評価

- ▶ 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した場合の評価を新設する。

改定後

【在宅自己注射管理指導料】

バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等

【外来腫瘍化学療法診療料】

(新) バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：抗悪性腫瘍剤（リツキシマブ製剤、トラスツズマブ製剤、ヘバシズマブ製剤）

【外来化学療法加算】

(新) バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インフリキシマブ製剤

[算定要件]

- 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、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月を限度として所定点数に加算する。

外来医療の強化・機能分化

1. 外来の機能分化の推進
2. リフィル処方 of 仕組み
3. 電子的保健医療情報活用の評価

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

電子的保健医療情報活用加算の新設

- 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。

初診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料

(新) 電子的保健医療情報活用加算 4点

外来診療料

(新) 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の診療情報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) オンライン請求を行っていること。
- (2) 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。

医療DXを推進し、医療機関・薬局において診療情報を取得・活用し質の高い医療を実施する体制の評価

- 令和5年度より、保険医療機関・薬局に、医療DXの基盤となるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されることを踏まえ、当該システムを通じた患者情報の活用に係る現行の評価を廃止。
- その上で、医療DXの推進により、国民が医療情報の利活用による恩恵を享受することを推進する観点から、初診時等における情報の取得・活用体制の充実及び情報の取得の効率性を考慮した評価を新設。

オンライン資格確認等システムを通じた情報活用に係る現行の評価の廃止

○ 電子的保健医療情報活用加算

- 【医科・歯科】マイナ保険証を利用する場合 7点（初診）4点（再診） / 利用しない場合 3点（初診）
【調剤】マイナ保険証を利用する場合 3点（月1回） / 利用しない場合 1点（3月に1回）

廃止

初診時等における診療情報取得・活用体制の充実に係る評価の新設（令和4年10月～）

（新）医療情報・システム基盤整備体制充実加算

- 1 施設基準を満たす医療機関で初診を行った場合 **4点**
- 2 1であって、オンライン資格確認等により情報を取得等した場合 **2点**
※調剤は、1 **3点（6月に1回）**、2 **1点（6月に1回）**

医療機関・薬局に求められること

【施設基準】

- 次の事項を当該医療機関・薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること（対象はオンライン請求を行っている医療機関・薬局）。
 - ① オンライン資格確認を行う体制を有していること。（厚労省ポータルサイトに運用開始日の登録を行うこと）
 - ② 患者に対して、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用（※）して診療等を行うこと。

【算定要件】

- 上記の体制を有していることについて、掲示するとともに、必要に応じて患者に対して説明すること。（留意事項通知）

（※）この情報の取得・活用の具体的な方法として、上記にあわせて、初診時の問診票の標準的項目を新たに定めることを予定（薬局については、文書や聞き取りにより確認する項目を定めるとともに、当該情報等を薬剤服用歴に記録することを求める予定）

診療情報を取得・活用する効果（例）

医療機関	問診票の標準的項目を新たに定める（イメージ）	薬局
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、<u>重複投薬を適切に避けられる</u>ほか、<u>投薬内容から患者の病態を把握</u>できる。 ✓ 特定健診結果を<u>診療上の判断や薬の選択等に生かす</u>ことができる。 	<p>問診票（初診時）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●今日の症状 ●他の医療機関の受診歴 ●過去の病気 ●処方されている薬 ●特定健診の受診歴 ●アレルギーの有無 ●妊娠・授乳の有無 ●…… <p>※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 薬剤情報により、<u>重複投薬や相互作用の確認が可能</u>になる。 ✓ 特定健診の<u>検査値を踏まえた処方内容の確認や服薬指導が可能</u>になる。

今後、閲覧可能な情報が増えること等によって、正確な情報をより効率的に取得・活用可能となり、更なる医療の質の向上を実現

医療DXの推進のためのオンライン資格確認の 導入・普及に関する加算の特例措置

中医協 総 - 6
4. 12. 23 一部改変

「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」の特例措置【令和5年4～12月】

【概要】 オンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、初診時・調剤時における追加的な加算、再診時における加算を設定するとともに、加算に係るオンライン請求の要件を緩和する
(令和5年4月～12月の特例)

		現行の加算	特例措置（令和5年4～12月）	
初診	マイナンバーカードを利用しない	4点	<u>6点</u>	
	〃 利用する	2点	2点	
再診	マイナンバーカードを利用しない	-	<u>2点</u>	〔再診での算定は 1月に1回〕
	〃 利用する場合	-	-	
調剤	マイナンバーカードを利用しない	3点	<u>4点</u>	〔調剤での算定は 6月に1回〕
	〃 利用する場合	1点	1点	

※ この加算は、医療機関・薬局による薬剤情報等の患者情報の取得・活用を要件として、より質の高い診療を実施することを評価するもの

※ 現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、今般の特例として、令和5年12月末までにオンライン請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局に限り、この要件を満たすものとみなす（令和5年4～12月の特例）