

日 薬 業 発 第 426 号
令 和 4 年 2 月 9 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日 本 薬 剤 師 会
会 長 山 本 信 夫
(会 長 印 省 略)

令和4年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和4年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る検討状況につきましては、令和4年1月14日付け日薬業発第384号にてお知らせしたところですが、本日開催されました中央社会保険医療協議会において、後藤厚生労働大臣へ答申されましたのでお知らせいたします（別添1～2）。

官報告示並びに関係諸通知の発出につきましては3月上旬頃となる見込みであり、詳細が分かり次第ご連絡する予定です。

また、今回の答申を受けて本会としてのコメントを公表しました（別添3）。
つきましては、貴会会員にご周知下さいますようお願い申し上げます。

<別添>

1. 答申書等（抜粋）
 - ・ 答申書、附帯意見
 - ・ 別紙1-1、1-3（医科診療報酬点数表等、調剤報酬点数表）〈抄〉
 - ・ 別紙4、6（療養担当規則等）〈抄〉
2. 令和4年度診療報酬改定における個別項目〈抄〉
3. 令和4年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申を受けて

別添1

中医協 総 - 2
4 . 2 . 9

令和4年2月9日

厚生労働大臣
後藤 茂之 殿

中央社会保険医療協議会
会 長 小塩 隆士

答 申 書

(令和4年度診療報酬改定について)

令和4年1月14日付け厚生労働省発保0114第27号をもって諮問のあった件について、別紙1-1から別紙7までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(別添)

答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

(入院医療)

- 2 一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 3 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 4 DPC/PDPS、短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。

(かかりつけ医機能、リフィル処方、オンライン診療、精神医療)

- 5 かかりつけ医機能の評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医療計画の見直しに係る議論も踏まえながら、専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方等について引き続き検討すること。また、紹介状なしで受診する場合等の定額負担、紹介受診重点医療機関の入院医療の評価等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、外来医療の機能分化・強化、連携の推進について引き続き検討すること。

- 6 処方箋の様式及び処方箋料の見直し等、リフィル処方箋の導入に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

- 7 オンライン診療について、今回改定による影響の調査・検証を行い、運用上の課題が把握された場合は速やかに必要な対応を検討するとともに、診療の有効性等に係るエビデンス、実施状況、医療提供体制への影響等を踏まえ、適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

- 8 精神医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。特に経過措置の運用について注視しつつ、精神科救急医療体制加算の評価の在り方について引き続き検討すること。

(働き方改革)

- 9 医師の働き方改革の推進や、看護補助者の活用及び夜間における看護業務の負担軽減、チーム医療の推進に係る診療報酬上の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある適切な評価の在り方等について引き続き検討すること。

(在宅医療等)

- 10 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の拡大と質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

- 11 診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を把握し、それらを踏まえた適切な医療技術の評価・再評価を継続的に行うことができるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。また、革新的な医療機器(プログラム医療機器を含む)や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速且つ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 院内感染防止対策に係る初診料・再診料の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、院内感染防止対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 13 調剤基本料及び地域支援体制加算の見直しや調剤管理料及び服薬管理指導料の新設、オンライン服薬指導の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、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を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

- 14 バイオ後続品を含む後発医薬品使用の推進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(その他)

- 15 新型コロナウイルス感染症への対応に引き続き取り組みつつ、新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築に向け、感染対策向上加算、外来感染対策向上加算等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療報酬上の対応の在り方について引き続き検討すること。
- 16 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ついて、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、オンライン資格確認の導入状況も踏まえ、評価の在り方について引き続き検討すること。

- 17 不妊治療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、情報提供の在り方に関する早急な検討の必要性も踏まえ、学会等における対象家族・年齢、治療方法、保険適用回数、情報提供等に関する検討状況を迅速に把握しつつ、適切な評価及び情報提供の在り方等について検討すること。

- 18 医薬品、医療機器及び医療技術の評価について、保険給付範囲の在り方等に関する議論の状況も把握しつつ、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

- 19 明細書の無料発行について、施行状況や訪問看護レセプトの電子請求が始まること等を踏まえ、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、更なる促進の取組について引き続き検討すること。

- 20 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。

別紙 1 - 1 医科診療報酬点数表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 <u>医学管理料等</u> 第2節 <u>プログラム医療機器等医学管理加算</u> 第3節 <u>特定保険医療材料料</u> 第2部～第9部 (略) 第10部 手術 第1節 手術料 第1款～第12款 (略) 第13款 <u>手術等管理料</u> 第2節～第5節 (略) 第11部～第13部 (略) 第3章・第4章 (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略) 第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 288点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。<u>ただし、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</u></p>	<p>別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 (略) 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 (新設) (新設) (新設) 第2部～第9部 (略) 第10部 手術 第1節 手術料 第1款～第12款 (略) 第13款 <u>臓器提供管理料</u> 第2節～第5節 (略) 第11部～第13部 (略) 第3章・第4章 (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略) 第1節 初診料</p> <p>区分 A000 初診料 288点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。</p>

れた入院患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 6～A 2 3 1-2 （略）

A 2 3 1-3 依存症入院医療管理加算（1日につき）

1・2 （略）

注 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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1-4～A 2 3 3 （略）

A 2 3 3-2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点

注1 栄養管理体制その他の事項につき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、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養

A 2 2 6～A 2 3 1-2 （略）

A 2 3 1-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

1・2 （略）

注 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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1-4～A 2 3 3 （略）

A 2 3 3-2 栄養サポートチーム加算（週1回） 200点

注1 栄養管理体制その他の事項につき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、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、栄養

サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回(療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回) (障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月1回)に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

2・3 (略)

A234 (略)

A234-2 感染対策向上加算 (入院初日)

- | | | |
|---|------------------|------|
| 1 | <u>感染対策向上加算1</u> | 710点 |
| 2 | <u>感染対策向上加算2</u> | 175点 |
| 3 | <u>感染対策向上加算3</u> | 75点 |

注1 組織的な感染防止対策につき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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り(3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回

サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回(療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(結核病棟又は精神病棟に限る。))を算定している患者については、入院した日から起算して1月以内の期間にあっては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあっては月1回)に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B001-2-3に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

2・3 (略)

A234 (略)

A234-2 感染防止対策加算 (入院初日)

- | | | |
|---|------------------|------|
| 1 | <u>感染防止対策加算1</u> | 390点 |
| 2 | <u>感染防止対策加算2</u> | 90点 |
- (新設)

注1 組織的な感染防止対策につき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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。

- 3 ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、1又は2に含まれるものとする。

A 2 3 8 から A 2 3 8 - 5 まで ~ A 2 4 2 (略)

A 2 4 2 - 2 術後疼痛管理チーム加算 (1日につき) 100点

注 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、区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

A 2 4 3 ~ A 2 4 5 (略)

A 2 4 6 入退院支援加算 (退院時1回)

1 入退院支援加算 1

イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

2・3 (略)

注1~3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

2 ハイリスク分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。

A 2 3 8 から A 2 3 8 - 5 まで ~ A 2 4 2 (略)

(新設)

A 2 4 3 ~ A 2 4 5 (略)

A 2 4 6 入退院支援加算 (退院時1回)

1 入退院支援加算 1

イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点

ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

2・3 (略)

注1~3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保

6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィ一患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3①のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3②のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの

1,717点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの

1,569点

(新設)

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1～5 （略）

注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する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小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2～4 （略）

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

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

1～5 （略）

注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する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小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2～4 （略）

(新設)

険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。

イ 無菌治療管理加算1 2,000点

ロ 無菌治療管理加算2 1,500点

6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

(新設)

7 患者に対する支援体制につき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の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

(新設)

8 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につ

(新設)

げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)
1・2 (略)

- 注1 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(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て

げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料 (月1回)
1・2 (略)

- 注1 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(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合(初診の日を除く。)に、当該

、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）
（削る）

基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅲ並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

3 （略）

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用

	<p>いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、<u>所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>
<p>B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）</p> <p>1・2 （略）</p> <p>注1 （略）</p> <p>2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、<u>通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第二章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</u></p> <p>3 （略）</p>	<p>B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）</p> <p>1・2 （略）</p> <p>注1 （略）</p> <p>2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅲ並びに第二章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲ、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p>3 （略）</p>

<p>(削る)</p>	<p><u>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に認知症地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。</u></p>
<p>B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）</p> <p>1 <u>小児かかりつけ診療料1</u></p> <p>イ <u>処方箋を交付する場合</u></p> <p>① <u>初診時</u> 641点</p> <p>② <u>再診時</u> 448点</p> <p>ロ <u>処方箋を交付しない場合</u></p> <p>① <u>初診時</u> 758点</p> <p>② <u>再診時</u> 566点</p> <p>2 <u>小児かかりつけ診療料2</u></p> <p>イ <u>処方箋を交付する場合</u></p> <p>① <u>初診時</u> 630点</p> <p>② <u>再診時</u> 437点</p> <p>ロ <u>処方箋を交付しない場合</u></p> <p>① <u>初診時</u> 747点</p> <p>② <u>再診時</u> 555点</p> <p>注1 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、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、<u>当該基準に係る区分に従い、それ</u></p>	<p>B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）</p> <p>1 <u>処方箋を交付する場合</u></p> <p>イ <u>初診時</u> 631点 (新設)</p> <p>ロ <u>再診時</u> 438点 (新設)</p> <p>2 <u>処方箋を交付しない場合</u></p> <p>イ <u>初診時</u> 748点 (新設)</p> <p>ロ <u>再診時</u> 556点 (新設)</p> <p>注1 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、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。</p>

ぞれ算定する。

2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点

2 外来腫瘍化学療法診療料2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅲ、区分番号B011に掲げる診療情報提供料Ⅳ及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

4 (略)

(新設)

- 注1 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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- 2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
- 3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
- 4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 5 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する

。

- 6 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、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
- 7 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点を所定点数に加算する。

B001-3 生活習慣病管理料

- 1 脂質異常症を主病とする場合 570点
 (削る)
 (削る)
 (削る)
- 2 高血圧症を主病とする場合 620点
 (削る)
 (削る)
 (削る)
- 3 糖尿病を主病とする場合 720点
- 注1 (略)
- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理

B001-3 生活習慣病管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点
 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
- イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点
 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点
 (新設)
- 注1 (略)
- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理

料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3 (略)
(削る)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1の口の②を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診

料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。)、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1本文の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

(新設)

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 1の口の②を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診

2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ (略)

4～7 (略)

E 0 0 4 (略)

第2節 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

(略)

E 2 0 0 ・ E 2 0 1 (略)

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（一連につき）

1～3 (略)

注1～9 (略)

10 MR I 撮影について、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医療機関において、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

E 2 0 3 (略)

第4節・第5節 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調

2 頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ (略)

4～7 (略)

E 0 0 4 (略)

第2節 (略)

第3節 コンピューター断層撮影診断料

通則

(略)

E 2 0 0 ・ E 2 0 1 (略)

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（一連につき）

1～3 (略)

注1～9 (略)

(新設)

E 2 0 3 (略)

第4節・第5節 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1～3 (略)

注1 (略)

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（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第3号ロ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（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の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。

3～8 (略)

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1～3 (略)

注1 (略)

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。

3～8 (略)

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる

動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、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医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、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医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算 1	
(1) <u>15歳未満の患者の場合</u>	<u>670点</u>
(削る)	
(削る)	
(2) <u>15歳以上の患者の場合</u>	<u>450点</u>
(削る)	
(削る)	
ロ 外来化学療法加算 2	
(1) <u>15歳未満の患者の場合</u>	<u>640点</u>
(削る)	
(削る)	
(2) <u>15歳以上の患者の場合</u>	<u>370点</u>
(削る)	
(削る)	
(削る)	

イ 外来化学療法加算 1	
(1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u>	
① 15歳未満	<u>820点</u>
② 15歳以上	<u>600点</u>
(2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u>	
① 15歳未満	<u>670点</u>
② 15歳以上	<u>450点</u>
ロ 外来化学療法加算 2	
(1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u>	
① 15歳未満	<u>740点</u>
② 15歳以上	<u>470点</u>
(2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u>	
① 15歳未満	<u>640点</u>
② 15歳以上	<u>370点</u>
7 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイのIIを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、</u>	

7 前号に規定する場合であつて、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。

8・9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点

注1・2 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 34点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

3 (略)

G002～G003-3 (略)

G004 点滴注射（1日につき）

1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 101点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 99点

3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 50点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

(新設)

8・9 (略)

第1節 注射料

通則

(略)

第1款 注射実施料

区分

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20点

注1・2 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 32点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

3 (略)

G002～G003-3 (略)

G004 点滴注射（1日につき）

1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 99点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 98点

3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点

注1 (略)

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳

H003 呼吸器リハビリテーション料

1・2 (略)

注1～4 (略)

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医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

H003-2～H003-4 (略)

H004 摂食機能療法（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 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、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点
- ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点
- ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点

H005～H008 (略)

第2節 (略)

H003 呼吸器リハビリテーション料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

H003-2～H003-4 (略)

H004 摂食機能療法（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 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、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

H005～H008 (略)

第2節 (略)

第11部 麻酔

通則

(略)

第1節 麻酔料

区分

L000～L008 (略)

L008-2 体温維持療法 (1日につき) 12,200点

注1 体温維持療法を開始してから3日間を限度として算定する。

2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して体温維持療法を開始した場合は、体温維持迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(I)

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 2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医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

L010 麻酔管理料(II)

1・2 (略)

注1 (略)

2 2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医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等

第11部 麻酔

通則

(略)

第1節 麻酔料

区分

L000～L008 (略)

L008-2 低体温療法 (1日につき) 12,200点

注1 低体温療法を開始してから3日間を限度として算定する。

2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

L008-3 (略)

L009 麻酔管理料(I)

1・2 (略)

注1～4 (略)

(新設)

L010 麻酔管理料(II)

1・2 (略)

注 (略)

(新設)

において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

第2節 神経ブロック料

区分

L100 (略)

L101 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

1～4 (略)

注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L102～L105 (略)

第3節・第4節 (略)

第12部 放射線治療

通則

(略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000 (略)

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

1～5 (略)

6 神経内分泌腫瘍に対するもの 2,660点

7 褐色細胞腫に対するもの 1,820点

注1～4 (略)

5 6については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

第2節 神経ブロック料

区分

L100 (略)

L101 神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

1～4 (略)

注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。

L102～L105 (略)

第3節・第4節 (略)

第12部 放射線治療

通則

(略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

M000 (略)

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

1～5 (略)

(新設)

(新設)

注1～4 (略)

(新設)

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第三 調剤報酬点数表 [目次] (略)</p> <p>通則 1 (略) 2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の<u>薬剤調製料</u>は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3 (略)</p> <p style="text-align: center;">第1節 調剤技術料</p> <p>区分 00 調剤基本料 (処方箋の受付1回につき) 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ 21点 ロ 16点 ハ <u>32点</u> 注1 (略) 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</p>	<p>別表第三 調剤報酬点数表 [目次] (略)</p> <p>通則 1 (略) 2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の<u>調剤料</u>は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3 (略)</p> <p style="text-align: center;">第1節 調剤技術料</p> <p>区分 00 調剤基本料 (処方箋の受付1回につき) 1・2 (略) 3 調剤基本料3 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。)</u>による<u>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 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 (新設) 注1 (略) 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</p>

定する。

3・4 (略)

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、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。

- イ 地域支援体制加算1 39点
- ロ 地域支援体制加算2 47点
- ハ 地域支援体制加算3 17点
- ニ 地域支援体制加算4 39点

6 注5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。

7 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。

- イ 後発医薬品調剤体制加算1 21点
- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 28点

定する。

3・4 (略)

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、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。

- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)
- (新設)

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。

- イ 後発医薬品調剤体制加算1 15点
- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点

- ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点
- 8 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5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。
- 9 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。
- 10 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。
- 11 医師の分割指示に係る処方箋受付（注9及び注10に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「

- ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 28点
- 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。
- 8 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。
- 9 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
- 10 医師の分割指示に係る処方箋受付（注8及び注9に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「

処方医」という。) に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号 00 に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号 01 に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第 2 節に掲げる薬学管理料(区分番号 15 の 5 に掲げる服薬情報等提供料を除く。)は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を 1 分割調剤につき算定する。

01 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
(削る)
(削る)
(削る)
(削る)
(削る)
注 1・2 (略)
(削る)

2~6 (略)

注 1~5 (略)

- 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(i))に掲げる場合にあつては、投与日数が 7 又はその端

処方医」という。) に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号 00 に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号 01 に掲げる調剤料及びその加算並びに第 2 節に掲げる薬学管理料(区分番号 15 の 5 に掲げる服薬情報等提供料を除く。)は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を 1 分割調剤につき算定する。

01 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

注 1・2 (略)

- 3 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包化を行った場合には、一包化加算として、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

2~6 (略)

注 1~5 (略)

- 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(i))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・ロ (略)

7・8 (略)

第2節 薬学管理料

区分

10 削除

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・ロ (略)

7・8 (略)

第2節 薬学管理料

区分

10 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 43点
- 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点
- 3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点
- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点

注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。

イ 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文書又はこれに準ずるもの(以下この表において「薬剤情報提供文書」という。)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。

- ロ 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。
 - ハ 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。
 - ニ 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。
 - ホ 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関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
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。
- イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
 - ロ 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。
 - ハ 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。

三 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。

ホ 必要に応じて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関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

3 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。

4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

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。

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

6 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算 1 として、10点を所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、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、特定薬剤管理指導加算 2 として、月 1 回に限り 100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 1 5 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

8 6 歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患ぜんそくの患者であって、

吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該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た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、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、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点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。

10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ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30点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。

11 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、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

12 薬剤服用歴管理指導料の3に係る業務に要し

10の2 調剤管理料

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

- | | | |
|---|-----------------|-----|
| イ | 7日分以下の場合 | 4点 |
| ロ | 8日分以上14日分以下の場合 | 28点 |
| ハ | 15日分以上28日分以下の場合 | 50点 |
| ニ | 29日分以上の場合 | 60点 |

2 1以外の場合 4点

注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、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。

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 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（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算とし

た交通費は、患家の負担とする。

13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1、注2又は注3に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1、注2及び注3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4から注10までに規定する加算は算定できない。

(新設)

て、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。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、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。

- 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

4 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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- 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つて処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があつた場合 3点

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

10の3 服薬管理指導料

(新設)

- 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提出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

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。

イ 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文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）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。

ロ 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。

ハ 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。

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。

ホ 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関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

ヘ 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。

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。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 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。

ハ 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。

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。

ホ 必要に応じて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関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

へ 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。

3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。

4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。

6 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得

て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射
に関し、電話等により、その服用状況、副作用
の有無等について患者に確認し、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、
特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り
100点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。

7 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な
情報等を直接患者又はその家族等に確認した上
で、患者又はその家族等に対し、服用に関して
必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を
手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算
として、12点を所定点数に加算する。

8 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害
児である患者に係る調剤に際して必要な情報等
を直接当該患者又はその家族等に確認した上で
、当該患者又はその家族等に対し、服用に関し
て必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等
を手帳に記載した場合には、小児特定加算とし
て、350点を所定点数に加算する。この場合に
おいて、注7に規定する加算は算定できない。

9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、
吸入薬の投薬が行われているものに対して、当
該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た上で、文
書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的
管理及び指導を行うとともに、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、吸
入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を
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。

10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ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60点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。

11 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、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

12 服薬管理指導料の3に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。

13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1、注2又は注3に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1、注2及び注3の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算及び区分番号10の2に掲げる調剤管理料の注

3から注5までに規定する加算は算定できない

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

11から13まで (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76点
注1・2 (略)
(削る)

3～5 (略)

6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算とし

11から13まで (略)

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76点
注1・2 (略)

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。

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

4～6 (略)

(新設)

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

7 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、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、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291点

注1 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、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる薬剤調製料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、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、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に

7 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、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、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291点

注1 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、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、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、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲げ

掲げる経管投薬支援料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。)は当該点数に含まれるものとする。

2 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料又は区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

14 (略)

14の2 外来服薬支援料

1 外来服薬支援料1 185点

2 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

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。

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。

3 2については、多種類の薬剤を投与されてい

る経管投薬支援料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。)は当該点数に含まれるものとする。

2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料又は区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

14 (略)

14の2 外来服薬支援料

185点

(新設)

(新設)

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。

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。

3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理

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。

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1 (略)

2 服用薬剤調整支援料 2

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 110点

ロ イ以外の場合 90点

注1・2 (略)

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注1 (略)

2 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。

指導料を算定している患者については、算定しない。

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1 (略)

2 服用薬剤調整支援料 2 100点
(新設)

(新設)

注1・2 (略)

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

注1 (略)

2 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つて、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

- 3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注2に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。
- 5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。
- 6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な

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。

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

（新設）

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

（新設）

薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注2に規定する場合を除く。）は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。

8・9 （略）

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1・2 （略）

注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻

（新設）

5・6 （略）

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1・2 （略）

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

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻

薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する加算は算定できない。

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

5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理

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

（新設）

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

（新設）

指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点)を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅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（注1のただし書に規定する場合を除く。）は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。

7・8 (略)

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点

注1 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、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 (略)

3 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

(新設)

4・5 (略)

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点

注1 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、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 (略)

(新設)

険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する加算は算定できない。

4 (略)

5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。

7・8 (略)

15の4 退院時共同指導料 600点
注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護

3 (略)

(新設)

(新設)

4・5 (略)

15の4 退院時共同指導料 600点
注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護

師、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。

15の5 服薬情報等提供料

1・2 (略)

3 服薬情報等提供料 3 50点

注1・2 (略)

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。

4 (略)

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。

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

1・2 (略)

注1 (略)

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

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。

15の5 服薬情報等提供料

1・2 (略)

(新設)

注1・2 (略)

(新設)

3 (略)

(新設)

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

1・2 (略)

注1 (略)

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

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。

15の7・16から19まで (略)

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

- 1 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円以下の場合 1点
- 2 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに1点

注 (略)

第4節 (略)

第5節 経過措置

- 1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。
- 2 区分番号10の2の注5のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

ては、算定しない。

15の7・16から19まで (略)

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

- 1 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合 1点
- 2 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに1点

注 (略)

第4節 (略)

第5節 経過措置

- 1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注5、区分番号15の2の注4及び区分番号15の3の注4の規定は適用しない。
- (新設)

改正後	改正前
<p>(診療の具体的方針)</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ ホ (略)</p> <p>ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならぬ。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。</p> <p>ト (略)</p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認められた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。</p> <p>ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用によ</p>	<p>(診療の具体的方針)</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ ホ (略)</p> <p>ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならぬこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。</p> <p>ト (略)</p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ 前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>

(傍線部分は改正部分)

る投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

四〇七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ ホ (略)

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならぬ。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方箋の交付

イ (略)

ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

四・五 (略)

六 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

四〇七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ ホ (略)

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならぬこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

三 処方箋の交付

イ (略)

(新設)

ロ 前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四・五 (略)

六 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ (略)
ロ 欠損補綴

(1) (略)

(2)ブリッジ

(-)(略)

(ロ)ブリッジは、代用合金を使用する。

(3) (略)
七〇九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2| 保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

3| (略)

イ (略)
ロ 欠損補綴

(1) (略)

(2)ブリッジ

(-)(略)

(ロ)ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポントイックに限って使用する。

(3) (略)
七〇九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

(新設)

2| (略)

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			都道府県番号		点数表番号	医療機関コード			

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。） <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）											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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		④	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。

改正後	改正前
<p>(一部負担金等の受領) 第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。) 同法第四条の第二項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。) であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること(厚生労働大臣の定める場合を除く。) 。</p>	<p>(一部負担金等の受領) 第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。) 及び同法第四条の第二項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること(厚生労働大臣の定める場合を除く。) 。</p>

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（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【令和四年四月一日施行】

（傍線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>（診療の具体的方針）</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イ ホ （略）</p> <p>ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。</p> <p>ト （略）</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ <u>イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認め</u>た処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、<u>直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。</u></p> <p>ハ （略）</p> <p>ニ <u>イからハまで</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処</p>	<p>（診療の具体的方針）</p> <p>第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 （略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イ ホ （略）</p> <p>ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、<u>こととし</u>、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。</p> <p>ト （略）</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ （略）</p> <p>イ （新設）</p> <p>ロ</p> <p>ハ <u>イ及びロ</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>

方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

五〇八 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 投薬

イホ (略)

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならぬ。この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

四 処方箋の交付

イ (略)

ロ イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。

五〇六 (略)

五〇八 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 投薬

イホ (略)

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならぬこととし、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

四 処方箋の交付

イ (略)

(新設)

ロ イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

五〇六 (略)

七 歯冠修復及び欠損補綴
歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ (略)
ロ 欠損補綴

(1) (略)
(2)ブリッジ

(イ) (略)
(ロ) ブリッジは、代用合金を使用する。

(3) (略)
八〇九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2| 保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上
限を記載しなければならない。

3| (略)

七 歯冠修復及び欠損補綴
歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ (略)
ロ 欠損補綴

(1) (略)
(2)ブリッジ

(イ) (略)
(ロ) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複
雑窩洞又はポントイックに限つて使用する。

(3) (略)
八〇九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

(新設)

2| (略)

個別改定項目について

I 新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

I - 1	当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応	1
①	令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応	1
I - 2	医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組	2
①	外来診療時の感染防止対策の評価の新設及び感染防止対策加算の見直し	2
I - 3	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	16
①	高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設	16
②	総合入院体制加算の見直し	18
③	重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し	21
④	重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化	25
⑤	短期滞在手術等基本料の評価の見直し	27
⑥	特定集中治療室等における重症患者対応体制の強化に係る評価の新設	39
⑦	重症患者等に対する支援に係る評価の新設	42
⑧	バイオクリーンルーム設置に係る要件の見直し	44
⑨	救命救急入院料等における算定上限日数の見直し	45
⑩	早期離床・リハビリテーション加算の見直し	49
⑪	早期離床・リハビリテーション加算における職種要件の見直し	54
⑫	早期栄養介入管理加算の見直し	56
⑬	重症度、医療・看護必要度の評価項目及び判定基準の見直し	60
⑭	救命救急入院料1及び3における重症度、医療・看護必要度の評価票の見直し	62
⑮	地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し	63
⑯	地域包括ケア病棟入院料の見直し	75
⑰	回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系及び要件の見直し	77

⑱	回復期リハビリテーションを要する状態の見直し	82
⑲	特定機能病院においてリハビリテーションを担う病棟の評価の新設	85
⑳	療養病棟入院基本料に係る経過措置の見直し	88
㉑	中心静脈栄養の実施に係る療養病棟入院基本料の見直し	92
㉒	障害者施設等入院基本料等の見直し	94
㉓	緩和ケア病棟入院料の見直し	98
㉔	有床診療所入院基本料等の見直し	100
㉕	有床診療所における慢性維持透析患者の受入れに係る評価の新設	103
㉖	医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し	104
㉗	DPC/PDPSの見直し	105
I-4	外来医療の機能分化等	119
①	紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し	119
②	紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設	122
③	診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し	123
④	外来在宅共同指導料の新設	128
⑤	紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進	130
I-5	かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価	134
①	地域包括診療料等における対象疾患等の見直し	134
②	小児かかりつけ診療料の見直し	137
③	紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設	140
④	耳鼻咽喉科処置の見直し	141
⑤	機能強化加算の見直し	143
⑥	継続診療加算の見直し	149
⑦	かかりつけ歯科医の機能の充実	152
⑧	地域における薬局のかかりつけ機能の評価	154
I-6	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	155
①	在支診及び在支病による地域連携の推進	155

②	在支診及び在支病における適切な意思決定支援の推進	157
③	在宅療養支援病院の実績に係る要件の見直し	158
④	外来在宅共同指導料の新設	160
⑤	継続診療加算の見直し	161
⑥	在宅がん医療総合診療料の見直し	162
⑦	緊急往診加算の見直し	163
⑧	複数の訪問看護ステーションによる24時間対応体制の見直し	164
⑨	業務継続に向けた取組強化の推進	166
⑩	機能強化型訪問看護ステーションの見直し	167
⑪	医療的ケア児等に対する訪問看護に係る関係機関の連携強化	169
⑫	訪問看護指示書の記載欄の見直し	172
⑬	専門性の高い看護師による同行訪問の見直し	173
⑭	専門性の高い看護師による訪問看護における専門的な管理の評価の新設	175
⑮	訪問看護における特定行為の手順書の交付に係る評価の新設	177
⑯	退院日のターミナルケアの見直し	179
⑰	複数名訪問看護加算の見直し	181
⑱	医療的ニーズの高い利用者の退院支援の見直し	183
⑲	同一建物居住者に対する訪問看護に係る評価区分の見直し	184
⑳	質の高い在宅歯科医療の提供の推進	186
㉑	在宅医療における医科歯科連携の推進	190
㉒	患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進	191
㉓	薬局に係る退院時共同指導料の見直し	194
㉔	ICTを活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設	197
I-7	地域包括ケアシステムの推進のための取組	199
①	医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	199
②	小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	200
③	医療的ケア児に対する支援に係る医療機関及び児童相談所の連携強化	201
④	周術期の栄養管理の推進	202
⑤	栄養サポートチーム加算の見直し	203

⑥	病棟における栄養管理体制に対する評価の新設	205
⑦	褥瘡対策の見直し	207
⑧	手術後の患者に対する多職種による疼痛管理に係る評価の新設	208
⑨	在宅医療における医科歯科連携の推進	210
⑩	総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進	211
⑪	薬局に係る退院時共同指導料の見直し	214
⑫	処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）	215
⑬	処方箋料の見直し	218

II 安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

II-1	地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保	219
①	地域医療体制確保加算の見直し	219
II-3	医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進	222
①	勤務医の負担軽減の取組の推進	222
②	夜間の看護配置に係る評価及び業務管理等の項目の見直し	224
II-4	各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進	230
①	医師事務作業補助体制加算の見直し	230
②	特定行為研修修了者の活用の推進	233
③	病棟薬剤業務実施加算の見直し	234
④	周術期における薬学的管理の評価の新設	236
⑤	看護補助者の更なる活用に係る評価の新設	237
II-5	業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価	241
①	医療機関におけるICTを活用した業務の効率化・合理化	241
②	医療機関等における事務等の簡素化・効率化	244
③	標準規格の導入に係る取組の推進	245

Ⅲ 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

Ⅲ－１ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や 医薬品の安定供給の確保等	246
① 入退院支援の推進	246
② 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し	249
③ 画像診断情報等の適切な管理による医療安全対策に係る評価の新設	250
④ 療養・就労両立支援指導料の見直し	252
⑤ 手術等の医療技術の適切な評価	254
⑥ 質の高い臨床検査の適切な評価	257
⑦ 家族性大腸腺腫症の適切な治療の推進	258
⑧ 人工呼吸器等の管理に係る評価の見直し	259
⑨ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し	264
⑩ 在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングの評価の新設	267
⑪ 在宅血液透析指導管理料の見直し	269
⑫ プログラム医療機器に係る評価の新設	270
⑬ 生活習慣病管理料の見直し	272
⑭ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進	275
Ⅲ－２ 医療における ICT の利活用・デジタル化への対応	278
① 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設	278
② 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設及びオンライン診療料 の廃止.....	280
③ 情報通信機器を用いた医学管理等に係る評価の見直し	283
④ 在宅時医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評価の見 直し.....	286
⑤ 施設入居時等医学総合管理料におけるオンライン在宅管理に係る評 価の新設.....	288
⑥ 訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設	290
⑦ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し	291
⑧ 情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導の評価の見直し	296
⑨ データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し	298

⑩	診療録管理体制加算の見直し	302
⑪	標準規格の導入に係る取組の推進	304
⑫	外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設	305
⑬	オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価 の新設.....	308
Ⅲ-3	アウトカムにも着目した評価の推進	310
①	摂食嚥下支援加算の見直し	310
②	疾患別リハビリテーション料の見直し	316
③	リハビリテーション実施計画書の署名欄の取扱いの見直し	318
④	データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し	320
⑤	外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設	321
Ⅲ-4-1	子どもを持ちたいという方々が安心して有効で安全な不妊治 療を受けられるようにするための適切な医療の評価	322
①	一般不妊治療に係る評価の新設	322
②	生殖補助医療に係る評価の新設	325
③	男性不妊治療に係る評価の新設	335
Ⅲ-4-2	質の高いがん医療の評価	338
①	がん患者指導管理料の見直し	338
②	外来化学療法に係る栄養管理の充実	342
③	放射線治療病室管理加算の見直し	343
④	がんゲノムプロファイリング検査の見直し	345
⑤	無菌製剤処理料の見直し	350
⑥	悪性腫瘍の治療における安心・安全な外来化学療法の評価の新設	351
Ⅲ-4-3	認知症の者に対する適切な医療の評価	354
①	認知症専門診断管理料の見直し	354
Ⅲ-4-4	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.....	356
①	療養・就労両立支援指導における相談支援に係る職種要件の見直し	356
②	薬物依存症患者に対する入院医療管理の充実	358

③	アルコール依存症の外来患者に対する集団療法の評価の新設	361
④	摂食障害入院医療管理加算及び精神科身体合併症管理加算の見直し	362
⑤	精神疾患を有する者の地域定着に向けた多職種による支援の評価の新設	363
⑥	継続的な精神医療の提供を要する者に対する訪問支援の充実	366
⑦	児童思春期精神科専門管理加算の見直し	367
⑧	通院・在宅精神療法の見直し	369
⑨	精神科救急医療体制の整備の推進	371
⑩	クロザピンの導入を目的とする転院患者に係る要件の見直し	385
⑪	かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設	387
⑫	救急患者精神科継続支援料の見直し	390
⑬	救命救急医療における自殺企図患者等に対する治療等に係る評価の見直し	392
Ⅲ－４－５	難病患者に対する適切な医療の評価	394
①	遺伝学的検査の見直し	394
②	遺伝カウンセリングの見直し	397
③	生体移植時における適切な検査の実施	401
④	知的障害を有するてんかん患者の診療に係る遠隔連携診療料の見直し	403
⑤	アレルギー疾患を有する児童等に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	405
⑥	難病患者又はてんかん患者の診療における医療機関間の情報共有・連携の推進	407
Ⅲ－４－６	小児医療、周産期医療、救急医療の充実	409
①	小児運動器疾患指導管理料の見直し	409
②	医療的ケア児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	410
③	小児慢性特定疾病の児に対する支援に係る主治医及び学校医等の連携強化	411
④	医療的ケア児に対する支援に係る 医療機関及び児童相談所の連携強化	412

⑤ 造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する無菌治療管理の評価の新設	413
⑥ 時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設	415
⑦ 医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価の新設	417
⑧ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設	419
⑨ 不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設	421
⑩ 小児特定集中治療室管理料の見直し	423
⑪ 新生児特定集中治療室管理料等の見直し	425
⑫ 専門機関との連携分娩管理の評価の新設	428
⑬ 胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等に対する多職種による支援の評価の新設	430
⑭ ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し	431
⑮ 救急医療管理加算の見直し	433
⑯ 救急搬送診療料の見直し	436

Ⅲ－５ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進	438
① 歯科診療における院内感染防止対策の推進	438
② 歯科口腔疾患の重症化予防の推進	440
③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進	441
④ 歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化	443
⑤ 歯科固有の技術の評価の見直し	445

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	448
① 地域医療に貢献する薬局の評価	448
② 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し	456
③ 薬局における対人業務の評価の充実	464
④ 病棟薬剤業務実施加算の見直し	468

Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進	469
-----------------------	-----

①	薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進	469
②	バイオ後続品の使用促進	474
IV-2 費用対効果評価制度の活用		
IV-3	市場実勢価格を踏まえた適正な評価等	475
①	実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化	475
②	実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化	476
③	医療技術の評価・再評価の在り方の見直し	477
④	人工腎臓の評価の見直し	478
IV-4	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）	481
①	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	481
IV-5	外来医療の機能分化等（再掲）	482
①	外来医療の機能分化等	482
IV-6	重症化予防の取組の推進	483
①	透析中の運動指導に係る評価の新設	483
②	継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設	484
③	生活習慣病管理料の見直し	486
④	高度難聴指導管理料の見直し	487
⑤	歯科口腔疾患の重症化予防の推進	488
IV-7	医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進	489
①	医薬品の給付の適正化	489
②	処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）	490
③	処方箋料の見直し	491
IV-8	効率性等に応じた薬局の評価の推進	492
①	調剤基本料の見直し	492
②	特別調剤基本料の見直し	494

⑧ 地域における薬局のかかりつけ機能の評価

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

[算定要件]

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

[施設基準]

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

② 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

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

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

② 薬局に係る退院時共同指導料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

(削除)

- (3) (2)において、患者の個人情報

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

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

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

- (4) (2)及び(3)において、患者の個人

<p>当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p><u>(4)～(6)</u> (略)</p> <p>※ <u>情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</u></p>	<p>情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p><u>(5)～(7)</u> (略)</p>
--	---

⑦ 褥瘡対策の見直し

第1 基本的な考え方

入院患者に対する褥瘡対策を推進する観点から、褥瘡対策の実施内容を明確化する。

第2 具体的な内容

入院患者に対する褥瘡対策について、薬剤師又は管理栄養士が他職種と連携し、当該患者の状態に応じて、薬学的管理や栄養管理を実施することに関し、診療計画への記載を求める。

改定案	現行
<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】</p> <p>[施設基準]</p> <p>4 褥瘡対策の基準</p> <p>(4) <u>褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。</u></p> <p>(5) <u>栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫等の有無等の別添6の別紙3に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。</u></p> <p>(6)～(8) (略)</p>	<p>【入院基本料及び特定入院料に係る褥瘡対策】</p> <p>[施設基準]</p> <p>4 褥瘡対策の基準</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4)～(6) (略)</p>

⑧ 手術後の患者に対する 多職種による疼痛管理に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

術後患者に対する質の高い疼痛管理を推進する観点から、術後疼痛管理チームによる疼痛管理について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

全身麻酔下手術を行った患者に対して、麻酔に従事する医師を中心とした多職種により構成される術後疼痛管理チームが、質の高い疼痛管理を実施した場合の評価を新設する。

(新) 術後疼痛管理チーム加算（1日につき） 100点

[対象患者]

全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、手術後において、硬膜外局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は静脈内への麻薬の持続的注入を行っているもの

[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医療機関において、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される手術後の患者の疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）

が設置されていること。

ア 麻酔に従事する専任の常勤医師

イ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

なお、アからウまでのほか、手術後の患者の疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。

(4) 術後疼痛管理チームにより、手術後の患者に係る術後疼痛管理実施計画が作成されること。また、当該患者に対して、当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

(5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(※) 急性期一般入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟又は結核病棟に限る。）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料に限る。）、小児入院医療管理料及び特定一般病棟入院料において算定可能とする。

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

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

⑬ 処方箋料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上<small>の投薬を行った場合（<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>）</small>には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上<small>の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</small></p>

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－③】

③ 病棟薬剤業務実施加算の見直し

第1 基本的な考え方

小児入院医療管理において、病棟薬剤師による介入が医療の質の向上につながっている実態を踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟における病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

小児入院医療管理料を算定する病棟について、病棟薬剤業務実施加算を算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p>6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、（中略）褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療</p>

<p>を除く。)は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。)及び排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p>管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p>7 診療に係る費用(注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、(中略)褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算(精神病棟を除く。)及び排尿自立支援加算を除く。)は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>
--	--

【Ⅱ－４ 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進－④】

④ 周術期における薬学的管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、周術期における薬剤師による薬学的管理について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【麻酔管理料(Ⅰ)】 [算定要件]</p> <p><u>注5 2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医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>三の二 周術期薬剤管理加算の施設基準</u></p> <p><u>(1) 当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。</u></p> <p><u>(2) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>※ 麻酔管理料(Ⅱ)についても同様。</p>	<p>【麻酔管理料(Ⅰ)】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

⑦ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p style="padding-left: 2em;">イ <u>原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合</u> 45点</p> <p style="padding-left: 2em;">ロ <u>イの患者以外の患者に対して行った場合</u> 59点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 <u>4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。</u></p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点</p> <p style="padding-left: 2em;">(新設)</p> <p style="padding-left: 2em;">(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 <u>4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定</u></p>

<p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>する加算は算定できない。</p> <p>[施設基準] 九の二 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する保険薬局の施設基準 (1) <u>情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> (2) <u>当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一割以下であること。</u> ① <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料</u> ② <u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</u></p> <p>九の三 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの <u>原則三月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したもの</u></p>
------------------------------------	---

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

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

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

[施設基準]
(削除)

(削除)

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

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

[施設基準]

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

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

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

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

【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

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

【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

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

【小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

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

【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

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

【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

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

（新設）

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

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

⑬ オンライン資格確認システムを通じた 患者情報等の活用に係る評価の新設

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

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

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

[算定要件]

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

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

点数に加算する。

[施設基準]

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

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

(新) 調剤管理料

注5 電子的保健医療情報活用加算 3点

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

[算定要件]

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

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

[施設基準]

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

⑤ 無菌製剤処理料の見直し

第1 基本的な考え方

質の高い無菌製剤処理の適切な評価を推進する観点から、無菌製剤処理料の対象となる施設に診療所を追加する。

第2 具体的な内容

無菌製剤処理料の施設基準から「病院であること」を削除し、診療所においても算定可能とする。

改 定 案	現 行
【無菌製剤処理料】 [施設基準] 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 (削除) <u>イ</u> ・ <u>ロ</u> (略)	【無菌製剤処理料】 [施設基準] 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 <u>イ</u> <u>病院であること。</u> <u>ロ</u> ・ <u>ハ</u> (略)

⑥ 悪性腫瘍の治療における 安心・安全な外来化学療法の評価の新設

第1 基本的な考え方

悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 必要な診療体制を整備した上で外来化学療法を実施する場合の評価を新設する。

(新) 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料 1

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u> | <u>700 点</u> |
| <u>ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合</u> | <u>400 点</u> |

2 外来腫瘍化学療法診療料 2

- | | |
|------------------------------------|--------------|
| <u>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u> | <u>570 点</u> |
| <u>ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合</u> | <u>270 点</u> |

[対象患者]

悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者

[算定要件]

- (1) 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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番

- 号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- (2) 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
 - (3) 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
 - (4) 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - (5) 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。
 - (6) 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、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されていること。
 - (2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
 - (3) 外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射のいずれかにより抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。
 - (4) 連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。
 - イ 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ロ 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。
2. 1に伴い、抗悪性腫瘍剤を注射により投与した場合に係る第6部注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算のイの(1)及びロの(1)

並びに通則第7号に規定する連携充実加算は廃止する。

⑦ 医療的ケア児等に対する 専門的な薬学管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児に対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえ、医療機関と薬局の連携を更に推進する観点から、小児入院医療管理料を算定する病棟における退院時の当該患者等に対する服薬指導及び薬局に対する情報提供について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の退院時に、医師又は薬剤師が、当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、薬局に対して特殊な調剤方法等を文書により情報提供した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] <u>注6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p>

<p><u>7</u> 診療に係る費用（注2、注3及び注6に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p><u>8</u> 診療に係る費用（注2から注6までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>9</u> 診療に係る費用（注2から注6までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p><u>5</u> 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p> <p><u>6</u> 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>7</u> 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料（中略）、排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>
---	--

⑧ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

定する加算は算定できない。

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

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

① 地域医療に貢献する薬局の評価

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

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

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

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

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

(略)

局

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

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

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

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

(略)

<p>(削除)</p> <p>(3)～(25) (略)</p> <p>2 地域支援体制加算2に関する施設基準</p> <p>(1) <u>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。</u></p> <p>① <u>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。</u></p> <p>② <u>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。</u></p> <p>③ <u>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。</u></p> <p>④ <u>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。</u></p> <p>⑤ <u>外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。</u></p>	<p><u>イ 調剤基本料1以外を算定する保険薬局</u></p> <p>(略)</p> <p>(2)～(24) (略)</p> <p>(新設)</p>
---	--

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

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

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

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

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

3 地域支援体制加算3に関する施設基準

(新設)

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

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

4 地域支援体制加算4に関する施設基準

(新設)

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

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

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

(新) 連携強化加算（調剤基本料） 2点

[算定要件]

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

[施設基準]

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

(2) (1)の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

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

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

ける対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。

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

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

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

② 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

イ 内服薬及び屯服薬

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

ロ (略)

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

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

(9) 調剤技術料の時間外加算等
ア 時間外加算は調剤基本料、薬剤

ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

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

ロ (略)

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

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

(9) 調剤技術料の時間外加算等
ア 時間外加算は調剤基本料を含

<p><u>調製料及び調剤管理料</u>（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と<u>薬剤調製料及び調剤管理料</u>のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、<u>計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子的保健医療情報活用加算</u>は基礎額に含まない。</p> <p>(11) 自家製剤加算 (削除)</p> <p>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><u>めた調剤技術料</u>（基礎額）の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と調剤料のほか、無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、<u>一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算</u>は基礎額に含まない。</p> <p>(11) 自家製剤加算 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）

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

[算定要件]

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

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

(新) 重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）

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

[算定要件]

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

については、算定しない。

[施設基準]

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

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

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

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

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

<p>特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。</u></p> <p>ホ (略)</p> <p>ヘ <u>処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></p> <p>3・4 (略) (削除)</p> <p><u>5～12</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
<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>服薬管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ</p>	<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>薬剤服用歴管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書によ</p>

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

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】 1・2 (略) <u>3 服薬情報等提供料</u> 3 50点</p> <p>[算定要件] <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> <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] <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】 1・2 (略) (新設)</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p><u>3 (略)</u> (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>

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

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

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

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

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

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

【Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進－①】

① 薬局及び医療機関における 後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

<p>イ～ハ (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。</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八割五分以上であること。</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九割以上であること。</p>	<p>イ～ハ (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(2) 後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。</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八割以上であること。</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八割五分以上であること。</p>
--	--

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

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

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

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】 [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<u>九割以上</u></p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】 [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<u>八割五分</u></p>

<p>であること。 ハ・二 (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ (略) □ 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>八割五分</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ (略) □ 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>七割五分</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p>	<p>以上であること。 ハ・二 (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準 イ (略) □ 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>八割</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準 イ (略) □ 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>七割</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p>
<p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】 [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 イ (略) □ 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」という。）に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>九割</u>以上であること。 ハ・二 (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算 2</p>	<p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】 [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 イ (略) □ 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」という。）に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>八割五分</u>以上であること。 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 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<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 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<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 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<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 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<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
<p>【第6部 注射】 通則</p> <p><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></p> <p>※ <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></p>	<p>【第6部 注射】 通則 （新設）</p>

④ 人工腎臓の評価の見直し

第1 基本的な考え方

包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

人工腎臓においてHIF-PH阻害剤を用いる場合について、その使用実態を踏まえ、HIF-PH阻害剤の費用を包括して評価することとする。また、人工腎臓に係る包括薬剤の実勢価格等を踏まえ、要件及び評価を見直す。

改定案	現行
<p>【人工腎臓（1日につき）】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合1</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,885点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,045点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,180点</u></p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>2 慢性維持透析を行った場合2</p> <p>イ 4時間未満の場合 <u>1,845点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合 <u>2,005点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合 <u>2,135点</u></p>	<p>【人工腎臓（1日につき）】</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合1</p> <p>イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>1,924点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,084点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,219点</u></p> <p>ニ 4時間未満の場合（イを除く。） <u>1,798点</u></p> <p>ホ 4時間以上5時間未満の場合（ロを除く。） <u>1,958点</u></p> <p>ヘ 5時間以上の場合（ハを除く。） <u>2,093点</u></p> <p>2 慢性維持透析を行った場合2</p> <p>イ 4時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>1,884点</u></p> <p>ロ 4時間以上5時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。） <u>2,044点</u></p> <p>ハ 5時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）</p>

(削除)	2,174点
(削除)	ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,758点
(削除)	ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 1,918点
	ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,048点
3 慢性維持透析を行った場合3	3 慢性維持透析を行った場合3
イ 4時間未満の場合 1,805点	イ 4時間未満の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,844点
ロ 4時間以上5時間未満の場合 1,960点	ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,999点
ハ 5時間以上の場合 2,090点	ハ 5時間以上の場合(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,129点
(削除)	ニ 4時間未満の場合(イを除く。) 1,718点
(削除)	ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 2,003点
(削除)	ヘ 5時間以上の場合(ハを除く。) 2,003点
[算定要件]	[算定要件]
(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。	(7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。
ア 「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。(中略)	ア 「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の費用(「イ」から「ハ」までの場合に限る。)は所定点数に含まれており、別に算定できない。(中略)
イ 「1」から「3」までにより算定する場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)においても、透析液(灌流液)、血液凝固阻止	イ 「1」から「3」までにより算定する場合(「注13」の加算を算定する場合を含む。)においても、透析液(灌流液)、血液凝固阻止

剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にHIF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。

[施設基準]

二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等
(削除)

(1)～(7) (略)

別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤

エリスロポエチン
ダルベポエチン
エポエチンベータペゴル
HIF-PH阻害剤

剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

(24) 「1」から「3」までのうち、「二」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PH阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。

[施設基準]

二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

(1) 人工腎臓に規定する患者HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者

(2)～(8) (略)

別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤

エリスロポエチン
ダルベポエチン
エポエチンベータペゴル
HIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）

【Ⅳ－7 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
－①】

① 医薬品の給付の適正化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

① 調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

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

イ・ロ （略）

(5) 調剤基本料3のハの施設基準

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

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

イ・ロ （略）

(新設)

② 特別調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

特別調剤基本料について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮し、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 〔算定要件〕 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>7点</u>を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（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。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。</p>	<p>【調剤基本料】 〔算定要件〕 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>9点</u>を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（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。

令和4年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申を受けて

本日、中央社会保険医療協議会において、令和4年度診療報酬改定について後藤厚生労働大臣に答申がなされました。

今回は、社会保障審議会（医療保険部会・医療部会）の改定基本方針で示された「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」「患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」等に基づき、調剤関連では「かかりつけ薬剤師の機能の評価」「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」「医療における ICT 利活用・デジタル化への対応」などを中心に議論が行われました。

具体的には、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の評価、医療的ケア児に着目した薬学的管理の評価、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等に係る評価などが新設されました。一方、服薬情報等提供料、服用薬剤調整支援料、後発医薬品調剤体制加算等の見直しも行われました。さらに、地域支援体制加算については地域医療への貢献に係る体制や実績に応じた類型化と連携強化加算が新設され、地域医療における薬剤師・薬局の貢献がさらに重要性を増しているものと理解しております。

また、これまで指摘されてきた調剤料の在り方については、調剤料と薬剤服用歴管理指導料に係る業務内容を整理し、新たに「薬剤調製料」「調剤管理料」「服薬管理指導料」として再編成されました。これは、対物中心から対人中心へ業務の転換を進める観点から、薬剤師・薬局業務の評価の在り方が患者志向へと前進したものと考えております。

さらに、症状が安定している患者について、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を可能とするリフィル処方箋の仕組みが導入されました。リフィル処方箋の導入によって、医師・薬剤師の連携体制の強化を目指すうえで、薬剤師の担う責任はさらに大きくなると同時に、薬物治療における薬剤師の役割に期待が寄せられているものと受け止めております。

今回の改定は、2024年の診療報酬と介護報酬の同時改定、2025年の地域包括ケアシステムの実現を見据えた超高齢化社会を意識した内容となっており、地域住民・患者への医薬品アクセスや安全・安心な医薬品使用の確保等について、薬剤師・薬局が多職種と連携し、その機能をさらに発揮することへの期待を鮮明に示した内容と理解しております。本会としては、今改定の趣旨やそこに込められた社会からの期待や要請に的確に応えられるよう、引き続き努力して参る所存です。

令和4年2月9日
日本薬剤師会会長
山本 信夫