

③ 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。

(新) 服用薬剤調整支援料2 100点 (3月に1回まで)

[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者若しくはその家族等の求めに応じて、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行った結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、当該重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等に係る提案を行ったときは、3月に1回に限り所定点数を算定する。

④ かかりつけ薬剤師指導料等の評価

第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への転換を進める観点から、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、患者のプライバシーに配慮することなどの要件を見直すとともに評価を見直す。

第2 具体的な内容

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について、以下の見直しを行う。

1. 患者のプライバシーに配慮することを要件として追加する。
2. 対物業務から対人業務への転換を進める観点から評価を見直す。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料】 73点	【かかりつけ薬剤師指導料】 76点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 281点	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 291点
[施設基準] <u>(新設)</u>	[施設基準] <u>患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。</u>

3. 医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
※ かかりつけ薬剤師指導料が要件を引用する薬剤服用歴管理指導料の算定要件として追加。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】	【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】

<p>[算定要件]</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア 「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。<u>患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</u>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>
--	---

⑤ 同一薬局の利用推進

第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者が同一の薬局を繰り返し利用することにより、処方薬の一元的・継続的な把握や重複投薬の解消をさらに進める観点から、薬剤服用歴管理指導料及び調剤基本料の見直しを行う。

第2 具体的な内容

患者が同一の薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、以下の見直しを行う。

1. 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。
2. 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
「Ⅱ－10－③」を参照のこと。
3. 薬剤服用歴管理指導料について、医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー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

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とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 地域支援体制加算の実績要件について、以下のとおり見直す。

現 行	改定案
<p>[施設基準] <u>(1) 地域医療に貢献する体制を有し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料1を算定している保険薬局にあっては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。</u></p> <p>イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を</p>	<p>[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> (1) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>調剤基本料1を算定する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る体制及び十分な実績を有していること。</u> (2) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u> イ <u>調剤基本料1以外を算定する保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。</u></p> <p>(調剤基本料1を算定する保険薬局) <u>調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の5つの要件のうち4つ以上を満たすこと（ただし、①～③は必須とする。）。</u> ① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三条の規定による麻薬小売業者の免許を</p>

<p>受けていること。</p> <p><u>ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。</u></p> <p><u>ハ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。</u> (新設)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(調剤基本料 1 以外を算定する薬局) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近 1 年間に、以下の①から⑧までの<u>全ての実績を有すること。</u></p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上 ② <u>麻薬指導管理加算の実績</u> 10回以上 ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上 ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上 ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上 ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上 ⑦ 単一建物診療患者が 1 人の場合</p>	<p>受けていること。</p> <p>② <u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 12回以上</u> (在宅協力薬局(現「サポート薬局」)として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))</p> <p>③ かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。</p> <p>④ <u>患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績 12回以上</u> (服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</p> <p>⑤ <u>薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に 1 回以上出席</u></p> <p>(調剤基本料 1 以外を算定する薬局) 地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、以下の①から⑨までの<u>9つの要件のうち 8つ以上を満たすこと。</u>この場合において、①から⑧までは常勤薬剤師一人当たりの直近 1 年間の実績、⑨は薬局当たりの直近の 1 年間の実績とする。</p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上 ② <u>調剤料の麻薬加算算定回数</u> 10回以上 ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上 ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上 ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上 ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上 ⑦ 単一建物診療患者が 1 人の場合</p>
--	--

<p>の在宅薬剤管理の実績 12回以上</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上</p> <p>(新設)</p>	<p>の在宅薬剤管理の実績 12回以上 (在宅協力薬局(現「サポート薬局」)として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上 (服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</p> <p>⑨ 薬剤師研修認定制度等の研修を修了した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席</p>
--	---

[経過措置]

調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用することとし、令和3年3月31日までの間はなお従前の例による。

2. 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とする観点から、地域支援体制加算の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【地域支援体制加算】</p> <p>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調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に<u>35点</u>を加算する。</p>	<p>【地域支援体制加算】</p> <p>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調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に<u>38点</u>を加算する。</p>

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー②】

② 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

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係る薬学管理料の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合の評価を新設する。
「Ⅱ－1－③」を参照のこと。
2. 患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施するとともに、調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。
「Ⅱ－7－1－⑥」を参照のこと。
3. 服薬情報等提供料について、医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数（30点）を算定できることとする。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8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</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>9 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</p>

<p>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に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、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。</p> <p>【服薬情報等提供料】 [算定要件] イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合</p>	<p>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に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料(「<u>区分番号15の5</u>」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。</p> <p>【服薬情報等提供料】 [算定要件] イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合 <u>この場合において、残薬の有無、残薬が生じている場合はその量及び理由、副作用の有無、副作用が生じている場合はその原因の可能性のある薬剤の推定及びその他処方医に伝達すべき事項を情報提供するものとする</u></p>
--	--

4. 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算 30点

[算定要件]

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、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、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等により提供した場合に、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。

5. 経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援を行った場合について新たな評価を行う。

(新) 経管投薬支援料 100点

[算定要件]

胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に初回に限り算定する。

6. 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、医師の求めなどに応じて、地域支援体制加算を届け出ている薬局が調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い、その結果を医師に情報提供した場合について新たな評価を行う。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算 30点

[算定要件]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局において、インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「糖尿病治療薬」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たに糖尿病治療薬が処方されたもの又は糖尿病治療薬に係る投薬内容の変更が行われたものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、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等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、1月に1回に限り30点を所定点数に加算する。

7. 薬剤服用歴管理指導料について、同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造的な転換の観点から、以下の見直しを行う。

(1) 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来

局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大する。

- (2) 医療機関と薬局の連携による残薬への対応を推進する観点から、お薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を要件に追加する。
- (3) 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加する。
- (4) 同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則<u>6月以内</u>に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点</p> <p>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 41点</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、<u>53点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則<u>3月以内</u>に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 43点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点</p> <p>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、<u>57点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると</p>

<p>判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p> <p>(新設)</p>	<p>判断される場合には、<u>患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</u>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p> <p>(13) <u>保険薬局や保険医療機関等</u>の間で円滑に連携が行えるよう、<u>患者が日常的に利用する薬局があれば、その名称を手帳に記載するよう患者に促すこと。</u></p>
--	---

8. 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 14日分以下の場合</u></p> <p>(1) <u>7日分以下の部分（1日につき）</u> <u>5点</u></p> <p>(2) <u>8日分以上の部分（1日につき）</u> <u>4点</u></p> <p><u>ロ 15日分以上21日分以下の場合</u> <u>67点</u></p> <p><u>ハ 22日分以上30日分以下の場合</u> <u>78点</u></p> <p><u>ニ 31日分以上の場合</u> <u>86点</u></p>	<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 7日分以下の場合</u> <u>28点</u></p> <p><u>ロ 8日分以上14日分以下の場合</u> <u>55点</u></p> <p><u>ハ 15日分以上21日分以下の場合</u> <u>64点</u></p> <p><u>ニ 22日分以上30日分以下の場合</u> <u>77点</u></p> <p><u>ホ 31日分以上の場合</u> <u>86点</u></p>

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 ー③】

③ 調剤基本料の見直し

第1 基本的な考え方

特定の医療機関からの処方箋の受付割合が著しく高く、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査結果における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2及び調剤基本料3の要件を見直す。

特別調剤基本料についても同様の観点から要件及び評価を見直す。また、地域でかかりつけ機能を発揮する薬局を普及・推進する観点から、いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特定の医療機関からの処方箋受付割合が95%を超える薬局について、処方箋の1月あたりの受付回数が1,800回を超える場合を調剤基本料2とし、また、同一グループ内全体で3万5千回を超える場合を調剤基本料3イとする。
2. 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
3. 特別調剤基本料について、特定の診療所との不動産取引等その他の特別な関係がある診療所の敷地内薬局（同一建物内に診療所がある場合を除く。）を対象に追加する。さらに、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げ、点数も引き下げる。
4. いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

現 行		改定案	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
調剤基本料1	42点	調剤基本料1	42点
調剤基本料2	26点	調剤基本料2	26点

調剤基本料 3

- イ 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 4万回 を超え40万回以下の場合 21点
- ロ 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 16点

[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11点を算定する。

(新設)

[施設基準]

(調剤基本料の注3に規定する保険薬局)

- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

[施設基準]

調剤基本料 3

- イ 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 21点
- ロ 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 16点

[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9点を算定する。

注3 2以上の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、当該処方箋のうち、受付が2回目以降の調剤基本料は、注1及び注2の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(調剤基本料の注4に規定する保険薬局)

- 6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回（特別調剤基本料を算定する薬局においては合計100回）算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。

[施設基準]

<p>(2) <u>調剤基本料 2 の施設基準 (新設)</u></p> <p><u>ハ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。 （イ又はロに該当する場合を除く。）</p> <p>(3) <u>調剤基本料 3 のイの施設基準 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1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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。</u> <u>(新設)</u></p> <p><u>イ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超えること。</p>	<p>(2) <u>調剤基本料 2 の施設基準</u></p> <p><u>ハ</u> <u>処方箋の受付回数が1月に1,800回を超えること。（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超える場合に限る。）</u></p> <p><u>ニ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。 （イ、ロ又はハに該当する場合を除く。）</p> <p><u>※</u> <u>ホも同様。</u></p> <p>(3) <u>調剤基本料 3 のイの施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>イ</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に3万5千回を超え、4万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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9割5分を超えること</u></p> <p><u>ロ</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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</u></p>
---	--

<p><u>ロ</u> 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であつて、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超えること。</u></p>	<p>調剤の割合が8割5分を超えること。</p> <p><u>ハ</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に3万5千回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2の（1）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</u></p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であつて、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超えること。</u></p>
---	---

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 －④】

④ 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

「Ⅰ－2－③」を参照のこと。

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 －⑤】

⑤ 薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

「Ⅰ－2－④」を参照のこと。

【Ⅱ－10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 －⑥】

⑥ 入院時のポリファーマシー解消の推進

「Ⅳ－6－②」を参照のこと。

① 薬局における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、2020年9月までに後発医薬品使用割合80%を達成するという政府目標を踏まえつつ、更なる後発医薬品の使用を促進するため、薬局での後発医薬品の備蓄に一定のコストが必要であることや薬局全体の調剤数量割合を向上させる必要があることなども踏まえ、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。
2. 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局（現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下）に対する調剤基本料の減算規定について、当該割合の基準を拡大する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) 18点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) 26点</p> <p>[施設基準] (調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局) 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (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に占める後発医薬品の規格単位</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) 28点</p> <p>[施設基準] (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) 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (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に占める後発医薬品の規格単位</p>

<p>数量の割合が<u>2割</u>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>数量の割合が<u>4割</u>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>
--	--

[経過措置]

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は、令和2年9月30日までの間はなお従前の例による。

② 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

医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、後発医薬品使用体制加算に係る基準を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>45点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>40点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>35点</u></p> <p>4 後発医薬品使用体制加算 4 (60%以上) <u>22点</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）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、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算4にあっては60%以上70%未満であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <u>47点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <u>42点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <u>37点</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>[施設基準] 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）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、後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあっては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上80%未満であること。</p>

2. 一般名処方加算の見直し

「Ⅳ－6－③」を参照のこと。

③ バイオ後続品に係る情報提供の評価

第1 基本的な考え方

バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、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。

現 行	改定案
<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件] <u>注4 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、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処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。</u></p>

【IV－6 医師・院内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の推進
－①】

① 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

「II－1－③」を参照のこと。

② 入院時のポリファーマシー解消の推進

第1 基本的な考え方

入院時は処方の一元的な管理や処方変更後の患者の状態の確認が可能であることから、処方薬剤の総合評価の取組を推進するため、入院時のポリファーマシー解消の取組等を推進する。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、現在は2種類以上の内服薬の減薬が行われた場合を評価しているが、これを見直し、①処方の総合的な評価及び調整の取組と、②減薬に至った場合、に分けた段階的な報酬体系とする。

現 行	改定案
<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 250点</p> <p>注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、退院日までの間に、抗精神病</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 100点</p> <p>注₁ 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の</p>

<p><u>薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>処方</u>を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</p> <p>2 <u>薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 1のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</u></p> <p><u>ロ 1のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p>
---	---

2. 入院前の処方薬の内容に変更、中止等の見直しがあった場合について、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を記載した文書を薬局に対して情報提供を行った場合について、退院時薬剤情報管理指導料の加算を新設する。

(新) 退院時薬剤情報連携加算 60点

[算定要件]

保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

③ 調剤料等の見直し

第1 基本的な考え方

医療機関での外来時における調剤料等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

医療機関における外来患者に対する調剤料、処方箋料の一般名処方加算及び調剤技術基本料を見直す。

現 行	改定案
<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 一般名処方加算1 6点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 一般名処方加算2 4点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 8点</p>	<p>【調剤料】</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>【処方箋料】</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 一般名処方加算1 7点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 一般名処方加算2 5点</p> <p>【調剤技術基本料】</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p>

【IV－6 医師・院内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の推進
－④】

④ 薬局における後発医薬品の使用促進

「IV－1－①」を参照のこと。

【IV－6 医師・院内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の推進
－⑤】

⑤ 医療機関における後発医薬品の使用促進

「IV－1－②」を参照のこと。

【IV－6 医師・院内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の推進
－⑥】

⑥ バイオ後続品に係る情報提供の評価

「IV－1－③」を参照のこと。