

## 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		
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		
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		
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

## 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

<b>処 方 箋</b> （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"/> （ 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、 <input type="checkbox"/> 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		㊟		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（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。）</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] <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] <u>三の二 周術期薬剤管理加算の施設基準</u> <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> <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>

## 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) イ・ロ (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 イ <u>病院であること。</u> ロ・ハ (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

- |                             |       |
|-----------------------------|-------|
| 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 |

#### [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>
---	--

【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 <span style="float: right;">21点</span></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 <span style="float: right;">28点</span></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 <span style="float: right;">30点</span></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 <span style="float: right;">15点</span></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 <span style="float: right;">22点</span></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 <span style="float: right;">28点</span></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 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 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 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 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 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 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。</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。</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の二 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p>

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

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

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

<p>であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割五分</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p>	<p>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p>
<p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>九割</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (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）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分</u>以上であること。</p> <p>ハ・ニ (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)  □ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分</u>以上であること。  ハ・二 (略)  (3) 外来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量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割五分</u>以上であること。  ハ・二 (略)</p>	<p>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量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割五分</u>以上であること。  ハ・二 (略)  (3) 外来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量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割</u>以上であること。  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>

## 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>