

MPI編集

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

# 中医協2016年2月10日「答申」から (調剤報酬点数表)

株式会社日医工医業経営研究所 (日医工MPI)

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217号 菊地祐男

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美



資料No.20160210-423

2016年2月10日に開催された  
中医協総会答申の資料「調剤  
報酬点数表」に「個別改定項目  
その3」の情報を併せてMPIが編  
集した資料です。厚労省ホーム  
ページにて原本もご確認ください

株式会社日医工医業経営研究所

## 調剤基本料 1/5

門前薬局の評価の見直し

1. 現行の調剤基本料の特例について、以下の項目を追加する。
  - (1) 処方せんの受付回数が1月に**2,000回**を超える保険薬局のうち、特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が**90%**を超える保険薬局。
  - (2) 特定の保険医療機関に係る処方せんの受付が1月に**4,000回**を超える保険薬局。
2. 同一法人グループ内の処方せん受付回数の合計が、1月に**40,000回**を超える法人グループに属する保険薬局のうち、以下の保険薬局については、調剤基本料を**20点**とする。
  - (1) 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が**95%**を超える保険薬局。
  - (2) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係のある保険薬局。
3. 特例の対象となった保険薬局であっても、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている場合には特例の対象から除外する。これに伴い、現在の特例対象を除外するための24時間開局の要件は廃止する。
4. 薬局における妥結状況の推移等を踏まえ、2. の法人グループに属する保険薬局以外の保険薬局については、妥結率の報告は、添付資料として契約書の写し等を提出することを不要とし、簡素化する。
5. 調剤基本料として算定する点数が随時把握できるように、算定する基本料の点数を施設基準の内容に含め、地方厚生（支）局へ届け出ることとする。
6. かかりつけ機能に係る業務として、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、重複投薬・相互作用防止等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を**1年**算定していない保険薬局は調剤基本料を**50**／**100**に減算する。ただし、処方せんの受付回数が1月に**600回**以下の保険薬局を除く。

[経過措置]

平成29年4月1日から適用とする。

## 調剤基本料 2/5

現行	改定案
<p><b>【調剤基本料】</b> 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 41点</p> <p>注1 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき25点を算定する。ただし、□に該当する保険薬局であって、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ものについてはこの限りでない。</p> <p>イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）</p> <p>□ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限り、イに該当するものを除く。）</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p> <div data-bbox="281 1148 992 1358" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>（P2の6.に記載） かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、重複投薬・相互作用防止等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定</p> </div>	<p><b>【調剤基本料】</b> 調剤基本料1 <b>41点</b> 調剤基本料2 <b>25点</b> 調剤基本料3 <b>20点</b> 調剤基本料4 <b>31点</b> 調剤基本料5 <b>19点</b></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薬局において調剤した場合には、処方せんの受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。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等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、当該基準に係る区分に従い、調剤基本料1又は調剤基本料4により算定する。</p> <div data-bbox="1442 876 1958 939" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>地方厚生（支）局への届け出</p> </div> <p>注2 注1の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として<b>15点</b>を算定する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局（かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を<b>1年</b>実施していない保険薬局）においては所定点数の<b>100分の50</b>に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付回数が1月に<b>600回</b>以下の保険薬局を除く。</p>

## 調剤基本料 3/5

現行	改定案
<p>注6 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（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（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が50%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点（注1に該当する場合には19点）により算定する。</p> <p><u>〔施設基準〕</u> <u>（新設）</u></p>	<p><u>（削除）</u></p> <p><u>〔施設基準〕</u> <u>調剤基本料1</u> <u>① 調剤基本料2の①又は調剤基本料3の①に該当しない保険薬局</u> <u>② 妥結率が5割を超える保険薬局</u></p> <p><u>調剤基本料2</u> <u>① 次に掲げるいずれかに該当する保険薬局。ただし調剤基本料3の①に該当する保険薬局を除く。</u> <u>イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が7割を超えるものに限る。）</u></p>

## 調剤基本料 4/5

現行	改定案
<p>2月3日資料のロとハを合わせてロと設定されたため、二がハに繰り上がった</p>	<p>ロ 処方せんの受付回数が1月に<b>2,000回</b>を超える保険薬局 （特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が9割を超えるものに限る。）</p> <p><del>ハ 処方せんの受付回数が1月に○回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が○割を超えるものに限る。）</del></p> <p><del>三ハ</del> 特定の保険医療機関に係る処方せんが月<b>4,000回</b>を超える保険薬局</p> <p>② 妥結率が5割を超える保険薬局</p> <p>調剤基本料3</p> <p>① 同一法人グループ内の処方せん受付回数の合計が1月に<b>40,000回</b>を超える法人グループに属する保険薬局のうち、以下のいずれかに該当する保険薬局</p> <p>イ 特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が<b>9割5分</b>を超える保険薬局</p> <p>ロ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局</p> <p>② 妥結率が5割を超える保険薬局</p> <p>調剤基本料4</p> <p>調剤基本料1の①に該当する保険薬局のうち、妥結率が5割以下の保険薬局</p> <p>調剤基本料5</p> <p>調剤基本料2の①に該当する保険薬局のうち、妥結率が5割以下の保険薬局</p>

## 調剤基本料 5/5

現行	改定案
<p>調剤基本料注1のただし書きに定める施設基準 二十四時間開局していること。 <u>(新設)</u></p>	<p>調剤基本料注1のただし書きに定める施設基準 <u>(削除)</u> 1 次のすべてに該当する保険薬局であること。 <u>(1)当該保険薬局に勤務している保険薬剤師の5割以上が、かかりつけ薬剤師指導料の施設基準に適合している薬剤師であること。</u> <u>(2)区分番号13の2かかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3かかりつけ薬剤師包括管理料に係る業務について、相当の実績を有していること。</u> 2 調剤基本料1を算定する保険薬局は、当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割を超えていること。</p>

※妥結率が低い保険薬局に対する特例の取扱いについては、当年4月から9月末日までの期間における妥結率の地方厚生（支）局への報告は従来どおり10月とするが、特例が適用されるのはこれまでの「11月1日」を「翌4月1日」からとする。なお、妥結率を報告していない薬局は、従来どおり妥結率が低い保険薬局とみなす。



## 調剤基本料（分割調剤）

継続的な服薬管理の評価

長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、患者の服薬管理が困難である等の理由により、医師が処方時に指示した場合には、薬局で分割調剤を実施する。その際、処方医は、処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載する。また、分割調剤を行った薬局は、2回目以降の調剤時は患者の服薬状況等を確認し、処方医に対して情報提供を行う。

現行	改定案
<p><b>【調剤基本料】</b> 注4～5（長期保存が困難、後発医薬品を初めて使用する等の理由により分割調剤を行う場合） <u>（新設）</u></p>	<p><b>【調剤基本料】</b> 注6～7（長期保存が困難、後発医薬品を初めて使用する等の理由により分割調剤を行う場合） 注8 医師の分割指示に係る処方せんを受け付けた場合（注6及び注7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、処方せんを交付した保険医（以下、「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、分割回数が2回の場合は、それぞれの所定点数の2分の1に相当する点数を、分割回数が3回以上の場合は、それぞれの所定点数の3分の1に相当する点数を1分割調剤につき算定する。<del>この場合において、注4及び注5に規定する点数は算定しない。</del></p>

答申には記載なし

注1～注3 調剤基本料（前述）

注4 基準調剤加算（後述）

注5 後発医薬品調剤体制加算（後述）

## 調剤基本料（基準調剤加算 1/3）

かかりつけ薬剤師が役割を發揮できる薬局の体制及び機能を評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

現行	改定案
<p><b>【基準調剤加算】調剤基本料</b></p> <p>注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（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。なお、注1の□に該当する場合にあっては、注1に規定する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のみ加算できる。</p> <p>イ 基準調剤加算1 12点            □ 基準調剤加算2 36点</p> <p>〔施設基準〕            通則            イ～□ 略            ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること。</p> <p><u>（新設）</u>            ニ 適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。</p>	<p><b>【基準調剤加算】調剤基本料</b></p> <p>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調剤した場合には、<u>基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。なお、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1を算定している保険薬局においてのみ加算できる。</u></p> <p><u>（削除）</u>  <u>（削除）</u></p> <p>〔施設基準〕  <u>（削除）</u>            イ～□ 略            ハ <u>一定時間以上開局していること。</u></p> <p><u>ニ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</u>            ホ <u>適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。</u></p>



## 調剤基本料（基準調剤加算 2/3）

現行	改定案
<p>木 略 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>△ 略</p> <p>ト <u>当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含んだ連携する近隣の保険薬局において、二十四時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>チ <u>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>リ <u>当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。</u></p> <p>ヌ <u>当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。</u></p> <p>ル <u>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の施設基準の届出を行っていること。</u></p> <p>ロ <u>特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が<b>9割</b>を超える場合であって、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薬剤の使用薬剤の薬価（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<b>3割</b>以上であること。</u></p> <p><u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p>
<p>基準調剤加算 1 イ～ハ 略</p> <p>基準調剤加算 2 イ～ハ 略</p>	<p>（削除）</p> <p>（削除）</p>

特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える場合であって、後発医薬品の調剤割合が30%未満の保険薬局については、基準調剤加算を算定できない

## 調剤基本料（基準調剤加算 3/3）

※「一定時間以上開局している」基準として、通知において、「平日は1日**8時間**以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週**45時間**以上開局していること」を規定する。

※「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、「**1,200品目**以上」を規定する。

※「体制及び機能の整備」として、通知において、現行で例示や努力規定とされていた「医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）の登録」、「患者のプライバシーに配慮した構造」を要件とし、「管理薬剤師は**5年**以上の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週**32時間**以上勤務しているとともに、当該保険薬局に**1年**以上在籍していること」、「健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示」を新たに要件として義務付ける。

。

## 調剤基本料（後発医薬品調剤体制加算）

後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が**65%以上及び75%**以上の2段階の評価に改めることとする。

現行	改定案
<p><b>【後発医薬品調剤体制加算】</b>（処方せんの受付1回につき）  注3 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、当該基準にかかる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。  イ 後発医薬品調剤体制加算1 18点  ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点  <b>【施設基準】</b>  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それぞれ、以下のとおりであること。  後発医薬品調剤体制加算1 55%以上  後発医薬品調剤体制加算2 65%以上</p>	<p><b>【後発医薬品調剤体制加算】</b>（処方せんの受付1回につき）  注5 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、当該基準にかかる区分に従い、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 18点  ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点  <b>【施設基準】</b>  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それぞれ、以下のとおりであること。  後発医薬品調剤体制加算1 <b>65%以上</b>  後発医薬品調剤体制加算2 <b>75%以上</b></p>

特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える場合であって、後発医薬品の調剤割合が30%未満の保険薬局については、基準調剤加算を算定できない

## 調剤料

対人業務に関する業務の評価を充実するため、調剤料（内服薬の調剤料及び一包化加算）を見直す。

現行	改定案
<p><b>調剤料</b> 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p>イ 14日分以下の場合            (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点            (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点            □ 15日分以上 21日分以下の場合 71点            ハ 22日分以上 30日分以下の場合 81点            ニ 31日分以上の場合 89点</p> <p>注1～2（略）            注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。</p> <p>イ 56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 32点を加算して得た点数            □ 57日分以上の場合 290点</p>	<p><b>調剤料</b> 【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p>イ 14日分以下の場合            (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点            (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点            □ 15日分以上 21日分以下の場合 <b>70点</b>            ハ 22日分以上 30日分以下の場合 <b>80点</b>            ニ 31日分以上の場合 <b>87点</b></p> <p>注1～2（略）            注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。</p> <p>イ <b>42日分以下の場合</b> 投与日数が7又はその端数を増すごとに<b>32点</b>を加算して得た点数            □ 43日分以上の場合 <b>220点</b></p>

一包化加算

「○点」と示されていたが、32点が継続されることとなった

# 薬剤服用歴管理指導料 1/2

初回来局時の点数より、2回目以降の来局時の点数を低くする。ただし、手帳を持参していない患者又は調剤基本料の特例の対象となる保険薬局に処方せんを持参した患者については、来局回数にかかわらず、初回来局時の点数と同一の点数を算定することとする。特別養護老人ホームに入所している患者に対して、施設での適切な服薬管理等を支援するために、薬剤服用歴管理指導料に当該施設を訪問し、入所者に対して薬学的管理を行った場合の評価を新設する。

現行	改定案
<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b> （処方せんの受付1回につき）41点</p> <p style="text-align: center;"><b>在宅薬剤管理業務の推進</b></p> <p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。ただし、次に掲げる八を除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。</p> <p>イ・ロ 略 ハ 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・ホ 略</p>	<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b></p> <p>1 原則過去6月内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 <b>38点</b></p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <b>50点</b></p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合（処方せんの受付1回につき） <b>38点</b></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せん受付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又は区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せん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、<b>50点を算定する。</b></p> <p>イ・ロ 略 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・ホ 略</p>

※イの薬剤情報提供文書については、処方内容が前回と同様の場合等においては必ずしも毎回患者に交付する必要性はないことを通知において明確にする。

※ハの手帳については、必要性を確認した上で、手帳を提供しなかった場合又は複数の手帳を1冊にまとめなかった場合には、その

13 理由を薬剤服用歴に記載することを通知において明確にする。



# 薬剤服用歴管理指導料 2/2

現行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 (追加)</p> <p>個別改定項目にはへとして記載されていたが、答申では注8となった</p> <p>(追加)</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>注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、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>ニ 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。</p> <p>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。</p> <p>注8 薬剤服用歴管理指導料の3に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</p>

- 注3 現行の麻薬管理指導加算（変更なしのため略）
- 注4 重複投薬・相互作用等防止加算（後述）
- 注5 特定薬剤管理指導加算（後述）
- 注6 乳幼児指導管理加算（後述）
- 注7 在宅患者訪問薬剤管理指導料算定患者について（変更なしのため略）

## 電子版お薬手帳

電子版の手帳（電子版お薬手帳）についても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いとするが、電子版の手帳については、以下の要件を満たすこと。

### 改定案

#### 【要件】

- (1)電子版の手帳は、提供した保険薬局以外の保険薬局や保険医療機関及び患者等が容易に手帳の内容を閲覧し、手帳へ記入し、その内容を紙媒体へ出力（以下、「閲覧等」という。）できること。
- (2)電子版の手帳は、医療従事者が患者の保有する機器（スマートフォン等）を直接受け取ることなく手帳情報の閲覧等ができる仕組みを有していること。なお、当該仕組みを利用できない保険医療機関等においては、診察等の場合に、患者の保有するスマートフォン等の機器により手帳の内容を閲覧することも想定されるため、電子版の手帳を提供する保険薬局は、保有する手帳の内容が記録された機器を直接当該医師等に見せることが必要な場合があることについて患者に対して事前に説明し、同意を得ておくこと。
- (3)複数の運営事業者等が提供している電子版の手帳を一元的に情報閲覧等ができること。
- (4)算定する施設は、セキュリティに関して、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発1127第4号）の「第三運営事業者等が留意すべき事項」の「6 個人情報保護」に掲げる事項等、各種関係法令等を遵守すること。
- (5)過去の服薬情報などを適切に把握するため、電子版の手帳は、少なくとも過去1年分の服薬情報等を一覧的に閲覧できること。
- (6)電子版の手帳を利用している患者が、運営事業者が別の電子版の手帳を利用することを希望した場合に、データ移行が円滑にできるよう、電子版の手帳には関連情報の出力機能等を有していること。

※患者が用いる手帳の媒体（紙媒体又は電子媒体）は患者が選択するものであり、手帳の提供にあたっては、患者に対して個人情報の取扱等の必要事項を説明した上で患者の意向を踏まえて媒体を判断することを通知において明確にする。

※紙媒体の手帳を利用している患者に対して、患者の希望により電子版の手帳を提供することになった場合は、電子版の手帳にこれまでの紙媒体の情報を入力するなど、紙媒体と電子媒体の情報が一元的に管理されるよう取り組むことを通知において明確にする。

## 特定薬剤管理指導加算・乳幼児指導管理加算

対人業務に関する業務の評価を充実するため、特定薬剤管理指導加算及び乳幼児指導管理加算の評価を見直す。

現行	改定案
<p><b>薬剤服用歴管理指導料</b>  <b>【特定薬剤管理指導加算】</b>            注4 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、<u>4点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><b>【乳幼児服薬指導加算】</b>            注5 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、<u>5点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p><b>薬剤服用歴管理指導料</b>  <b>【特定薬剤管理指導加算】</b>            注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、<b>10点</b>を所定点数に加算する。</p> <p><b>【乳幼児服薬指導加算】</b>            注6 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、<b>10点</b>を所定点数に加算する。</p>

## 重複投薬・相互作用防止加算

薬剤服用歴に基づき過去の副作用歴やアレルギー歴を有することから処方医に対して疑義照会を実施して処方変更となった場合等についても当該加算を算定可能とする。

現行	改定案
<p><b>薬剤服用歴管理指導料</b>  <b>【重複投薬・相互作用防止加算】</b>            注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 処方に変更が行われた場合 20点            ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点</p>	<p><b>薬剤服用歴管理指導料</b>  <b>【重複投薬・相互作用等防止加算】</b>            注4 薬剤服用歴に基づき、<u>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、30点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(削除)</u> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">処方変更になった場合のみ算定可能</span></p>

※現在は算定できない同一保険医療機関の同一診療科からの処方せんによる場合も算定できる旨を通知において明確にする。

## 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

在宅療養を行う患者への処方に対して、処方医に疑義照会することにより、重複投薬・相互作用の防止、残薬に伴う処方日数の調整、減薬などの薬物療法の適正化が実施された場合を評価するため、薬学管理料に在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を新設する。

在宅薬剤管理業務の推進

改定案

### (新)在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点

注1 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その他厚生労働大臣が定める患者に対して、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、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

注2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については算定しない。

答申にて注1、2が明記された（一部下記算定要件と重複）

改定案

### [算定要件]

- (1) 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、介護予防居宅療養管理指導を行っている患者に対して算定できる。
- (2) 薬剤服用歴に基づき重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行い、処方内容が変更になった場合に処方せん受付1回につき算定する。
- (3) 処方内容が変更にならなかった場合には算定できない。
- (4) 薬剤服用歴管理指導料、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ついては算定しない。

個別改定項目には記載されていたが、答申には記載されていない  
(3月に出る通知の内容か?)



## かかりつけ薬剤師指導料 1/3

患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

### 改定案

#### (新)かかりつけ薬剤師指導料 70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患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

注2 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。

注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。

注4 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、10点を所定点数に加算する。

注5 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、10点を所定点数に加算する。

注6 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。

答申にて注1～注6が明記された

## かかりつけ薬剤師指導料 2/3

### 改定案

#### [算定要件]

- (1) 患者の同意の上、かかりつけ薬剤師として服薬指導等の業務を実施した場合に算定する。
- (2) 患者の同意については、患者が選択した保険薬剤師をかかりつけ薬剤師とすることの同意を得ることとし、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、当該患者の薬剤服用歴にその旨を記載する。なお、患者の服用薬について、一元的・継続的な管理を推進する観点から患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師として算定できる。
- (3) 当該指導料は、患者の同意を得た後の次の来局時以降に算定可能とする。
- (4) 当該指導料を算定する保険薬剤師は、以下の要件を満たしている旨を地方厚生局長等に届け出ていること。
  - ① 薬剤師として**3年以上**の薬局勤務経験があり、同一の保険薬局に週**32時間**以上勤務していると同時に、当該保険薬局に**半年**以上在籍していること。
  - ② 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ていること。
  - ③ 医療に係る地域活動の取組に参画していること。（地域の行政機関や関係団体等が主催する講演会、研修会等への参加、講演等の実績）
- (5) 他の保険薬局及び保険医療機関においても、患者が選択したかかりつけ薬剤師の情報を確認できるよう、手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称を記載すること。
- (6) 患者に対する服薬指導等の業務はかかりつけ薬剤師が行うことを原則とする。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が服薬指導等を行った場合は当該指導料を算定できない。

個別改定項目には記載されていたが、答申には記載されていない（3月に出る通知の内容か？）

## かかりつけ薬剤師指導料 3/3

### 改定案

(7) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の業務を行っていること。

- ① 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。
- ② 患者が服用中の薬剤等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、患者の意向を確認した上で手帳を用いて当該指導等の内容を記載すること。
- ③ 患者が受診している全ての保険医療機関の情報を把握し、服用している処方薬をはじめ、要指導医薬品及び一般用医薬品（以下「要指導医薬品等」という。）並びに健康食品等について全て把握するとともに、その内容を薬剤服用歴に記載すること。また、当該患者に対して、保険医療機関を受診する場合や他の保険薬局で調剤を受ける場合には、かかりつけ薬剤師を有している旨を明示するよう説明すること。
- ④ 患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。ただし、やむを得ない事由により、かかりつけ薬剤師が開局時間外の問い合わせに応じることができない場合には、あらかじめ患者に対して当該薬局の別の薬剤師が開局時間外の相談等に対応する必要があることを説明するとともに、当該薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、別の薬剤師が対応しても差し支えない。
- ⑤ 患者が他の薬局で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴の記録に記載すること。
- ⑥ 調剤後も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を薬剤を処方した保険医にその内容を情報提供し、必要に応じて処方提案すること。服薬状況の把握の方法は、患者の容態や希望に応じて、定期的に連絡できるようにすること（電話による連絡、患者への訪問、患者の来局時など）。また、服薬期間中に服用中の薬剤に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供し、患者への指導等の内容及び情報提供した内容については薬剤服用歴の記録に記載すること。
- ⑦ 継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋（いわゆるブラウンバッグ）を必要に応じて配布し、その取組の意義等を説明すること。また、患者が薬剤等を持参した場合は服用薬の整理等の薬学的管理を行うこととするが、必要に応じて患者を訪問して服用薬の整理等を行うこと。

(8) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は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を除く。）と同時に算定できないこと。

個別改定項目には記載されていたが、答申には記載されていない（3月に出る通知の内容か？）

## かかりつけ薬剤師包括管理料 1/2

かかりつけ薬剤師指導料に加え、地域包括診療料、地域包括診療加算等が算定される患者に対してかかりつけ薬剤師が業務を行う場合は、調剤料、薬学管理料等に係る業務を包括的な点数で評価することも可能とする。

### 改定案

#### (新)かかりつけ薬剤師包括管理料 270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、診療報酬点数表の区分番号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、処方せん受付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。

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

答申にて注1、2が明記された

## かかりつけ薬剤師包括管理料 2/2

### 改定案

#### [包括範囲]

下記以外は包括とする。

- (1) 時間外等加算、夜間・休日等加算
- (2) 在宅医療に係る点数
- (3) 薬剤料
- (4) 特定保険医療材料料

#### [算定要件]

- (1) 対象患者は地域包括診療料、地域包括診療加算等の算定対象患者とする。
- (2) 患者の服薬状況等については、薬学的知見に基づき随時把握して、保険医に対して、その都度情報提供するとともに、必要に応じて減薬等の処方提案を実施すること。なお、情報提供の要否、方法、頻度等については、あらかじめ保険医と相談して合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等によることで差し支えないこと。
- (3) 「かかりつけ薬剤師指導料」の算定要件の(1)～(7)を満たしていること。
- (4) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料（臨時の投薬が行われた場合を除く。）と同時に算定できないこと。

個別改定項目には記載されていたが、答申には記載されていない（3月に出る通知の内容か？）



# 外来服薬支援料

継続的な服薬管理の評価

患者が保険薬局に服用薬等を持参し、保険薬剤師が服薬管理等を行った場合の取組も算定可能とする。また、患者の来局時のほか、保険薬剤師が患家を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定可能とする。

現行	改定案
<p><b>【外来服薬支援料】 185点</b>            注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、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算定する。</p>	<p><b>【外来服薬支援料】 185点</b>            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<u>保険医療機関の求めに応じて</u>、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<b>月1回に限り</b>算定する。            注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、<u>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</u>、所定点数を算定できる。</p>

※注2の業務は、当該保険薬局で調剤された薬剤以外の薬剤や、服用中の要指導医薬品等なども含め服薬管理を行うものであり、あらかじめ保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けために薬剤等を入れる袋（いわゆるブラウンバッグ）を配布し、その取組を患者等に対して周知しておくことも通知上明確にする。

## （長期投薬情報提供料） 統合1/2

かかりつけ薬剤師の業務としては、これらの点数に係る業務を行うことが前提となっていることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は算定できないこととする。

現行	改定案
<p><b>【長期投薬情報提供料】</b></p> <p>1 長期投薬情報提供料 1（情報提供 1 回につき） 18点</p> <p>2 長期投薬情報提供料 2（服薬指導 1 回につき） 28点</p> <p>注 1 長期投薬情報提供料 1 は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次回の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>注 2 長期投薬情報提供料 2 は、患者又はその家族等の求めに応じ、注 1 に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次回の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>注 3 区分番号 1 5 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><u>（削除）</u></p> <div data-bbox="1156 582 1997 691" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>服薬情報等提供料と長期投薬情報提供料は、調剤後の薬学的管理として統合</p> </div>

## （服薬情報等提供料）統合2/2

かかりつけ薬剤師の業務としては、これらの点数に係る業務を行うことが前提となっていることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定要件に当該業務の実施を規定し、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は算定できないこととする。

現行	改定案
<p><b>【服薬情報等提供料】15点</b>  注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>注2 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><b>【服薬情報等提供料】20点</b>  注1 <u>患者若しくはその家族等若しくは保険医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。</u>なお、保険医療機関への情報提供については、<u>服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。</u>これらの内容等については薬剤服用歴の記録に記載すること。</p> <p>注2 <u>区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号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。</u></p>

服薬情報等提供料と長期投薬情報提供料は、調剤後の薬学的管理として統合

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料（調剤 & 医科）

薬剤師1人が行う算定制限と、同一世帯に居住している複数の患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導業務を行った場合の評価を見直す。（調剤点数表）

在宅薬剤管理業務の推進

現行	改定案
<p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】（調剤点数表）</b></p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月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ついては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日につき5回に限り算定できる。</p> <p>注2～3略</p>	<p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】（調剤点数表）</b></p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 650点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月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ついては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき<b>週40回</b>に限り算定できる。</p> <p>注2～3略</p>

※なお、同一世帯の複数の患者に対して実施した場合には、1人目の患者に対しては同一建物以外の場合の点数を算定できるように通知で明記する。

## 療養担当規則

### 改定案

薬剤師による服薬管理を推進する観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則を改正し、正当な理由なく療養に関する指導に従わない患者等を把握した場合について、保険者への通知義務を規定する。



療担

参考：医科

## 処方せん

保険医療機関と保険薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

…次ページ（処方せん様式案）

## 改定案

- ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に、調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。
- ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、当該記載欄に基づいて、
  - i) 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
  - ii) 保険医療機関へ情報提供
 のいずれかの対応を行う。

医師が処方する投薬量については、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ないこととされており、長期の投薬に当たっては、以下のような取扱いとする。

- ① 30日を超える投薬を行う際には、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認する。病状が変化した際の対応方法等を患者に周知する。
- ② ①の要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対応を行うこととする。
  - ・30日以内に再診する
  - ・200床以上の保険医療機関にあっては、200床未満の保険医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う
  - ・患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

具体的な記載方法は現時点で不明（MPI）

湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

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1処方につき70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで超過分の薬剤料等を算定可能とする

# 処方せん様式の変更 現行 ← 改定案

<b>処方せん</b> <small>(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>											
公費負担者番号			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		
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称			電話番号		保険医氏名 <span style="float: right;">印</span>			
	生年月日	男・女									
	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		平成 年 月 日	処方せんの使用期間		平成 年 月 日	<small>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。</small>					
処方方	<b>変更不可</b> <small>個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>										
	<small>「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>										
<b>保険医署名</b> <small>(変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)</small>											
調剤済年月日		平成 年 月 日	公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称		印	公費負担医療の受給者番号								

<b>せん</b> <small>(このせんは、どの保険薬局でも有効です。)</small>											
公費負担者番号			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		
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称			電話番号		保険医氏名 <span style="float: right;">印</span>			
	生年月日	男・女									
	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		平成 年 月 日	処方せんの使用期間		平成 年 月 日	<small>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。</small>					
処方方	<b>変更不可</b> <small>個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>										
	<small>「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</small>										
<b>保険医署名</b> <small>(変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)</small>											
調剤済年月日		平成 年 月 日	公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称		印	公費負担医療の受給者番号								

**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。)**  
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤       保険医療機関へ情報提供

**残薬対応指示欄**

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。)  
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤       保険医療機関へ情報提供

十三条関係

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、日本工業規格 A 列5番とすること。  
 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。

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、日本工業規格 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。

## 調剤報酬点数一覧表の掲示

患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、利点等を含め、患者に対する丁寧な情報提供を推進する。

### 改定案

調剤報酬点数表の一覧等については、現在、薬局内の見やすい場所に掲示することとされているが、薬剤交付窓口等、指導等の際に患者にわかりやすい場所に掲示することを通知において規定する。

## 明細書無料発行の推進

現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、自己負担のない患者については、対象外となっている。

(※)400床未満の病院・診療所は経過措置あり（400床未満の病院は平成28年4月から完全義務化）

### 改定案

1. 公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、患者に対する情報提供の観点から、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」を改正し、患者から求めがあった場合の無料発行を原則義務とする。
2. ただし、自己負担がない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューターを使用している、又は自動入金機の改修が必要な医療機関及び薬局に対しては、**2年間**（診療所については、当面の間）の猶予措置を設ける。

2016年1月27日中医協総会資料より抜粋、**1月29日中医協総会にて了承**

敷地内薬局の規制緩和

## 1. 課題

- 現在、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則において、医薬分業の下、保険医療機関と保険薬局は、「一体的な経営」だけでなく「一体的な構造」も禁止されており、公道等を介さずに専用通路等により患者が行き来する形態であってはならないとされている。
- これについては、車いすを利用する患者や高齢者等に過度な不便を強いているのではないかとの指摘があり、「規制改革実施計画」において、「医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。」とされた。（平成27年度検討・結論、平成28年度措置）

## 2. 対応の方向性

- 保険薬局の独立性と患者の利便性の向上の両立を図る観点から、現在の「一体的な構造」の解釈を改め、公道等を介することを一律に求める運用を改めることとしてはどうか。
- ただし、その場合であっても、保険薬局の独立性の確保のため、保険医療機関の建物内に保険薬局がある形態や、両者が専用通路等で接続されている形態については、引き続き、認めないこととしてはどうか。
- また、公道等を介さずに行き来する形態であっても、
  - ・保険薬局の存在や出入口を公道等から容易に確認できないもの
  - ・保険医療機関の休診日に、公道等から保険薬局に行き来できなくなるもの
  - ・実際には、当該医療機関を受診した患者の来局しか想定できないもの
 等は認めないこととしてはどうか。  
 ※現地の実態を踏まえ、地方社会保険医療協議会において検討し、地方厚生局で判断。
- 保険薬局の経営上の独立性を確保するため、保険薬局の指定の更新時に、不動産の賃貸借関連書類や経営に関する書類など、「一体的な経営」に当たらないことを証明する書類の提出を求めることとしてはどうか。
- なお、これらの見直しについては、円滑な施行のため、一定の周知期間を設けることとしてはどうか。

フェンス規制の撤廃  
門内(院内)薬局は引き続き禁止



参考：医科

## 後発医薬品使用体制加算

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品使用体制加算の後発医薬品使用体制加算の施設基準の見直しを行う。

現行	改定案
<p><b>【後発医薬品使用体制加算】</b>  <u>(新設)</u>                      後発医薬品使用体制加算 1 35点                      後発医薬品使用体制加算 2 28点                      [施設基準]                      ① 当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては30%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては20%以上30%未満であること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><b>【後発医薬品使用体制加算】</b>                      後発医薬品使用体制加算 1 <b>42点(新)</b>                      後発医薬品使用体制加算 2 35点                      後発医薬品使用体制加算 3 28点                      [施設基準]                      ① 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 にあつては<b>70%以上</b>、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては<b>60%以上70%未満</b>、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては<b>50%以上60%未満</b>であること。                      ② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が<b>50%以上</b>であること。</p>

F100  
参考：医科

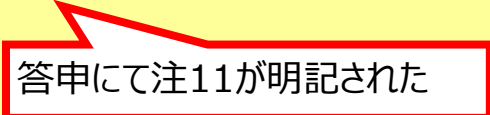
## 外来後発医薬品使用体制加算

院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

## 改定案

**注11** 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。

## 【処方料】

(新)外来後発医薬品使用体制加算 1 **4点**(新)外来後発医薬品使用体制加算 2 **3点**

 答申にて注11が明記された

## 【施設基準】

- (1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関（診療所に限る。）であること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（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、外来後発医薬品使用体制加算 1 にあっては**70%以上**、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあっては**60%以上**であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が**50%以上**であること。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

参考：医科

# 一般名処方加算

後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合の評価を新設する。

現行	改定案
<p><b>【処方せん料】</b> 注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</p> <p><u>(新設)</u> 一般名処方加算 2点 [算定要件] <u>(新設)</u></p> <p>交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>	<p><b>【処方せん料】</b> 注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、<u>当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。</u></p> <p>一般名処方加算1 <b>3点</b> (新) 一般名処方加算2 2点 [算定要件] 一般名処方加算1 <u>交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる。</u> 一般名処方加算2 交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p> <div data-bbox="1655 508 1980 662" style="border: 2px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> <p>答申にて記載された注7を追記</p> </div>

参考：医科（入院）

## 薬剤総合評価調整加算

入院時において6種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた入院患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、退院時に2種類以上減少した場合の評価を新設する。

## 改定案

(新)薬剤総合評価調整加算 **250点**（退院時に1回）

答申にて記載された注を追記

注 入院中の患者について、以下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。

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

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

## [算定要件]

保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

(1) 入院前に**6種類**以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して**4週間**以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が**2種類**以上減少した場合

(2)精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうち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までの間に抗精神病薬の種類数が**2以上**減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で**2,000mg**以上内服していたものについて、**1,000mg**以上減少した場合を含めることができる。

B009  
参考：医科

## 薬剤総合評価調整管理料

外来受診時又は在宅医療受診時において6種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた外来患者又は在宅患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、受診時に2種類以上減少した場合の評価を新設する。

保険薬局との連携を評価

改定案

(新)薬剤総合評価調整管理料 **250点**（月1回に限り）  
連携管理加算 **50点**

答申にて記載された注を追記

注1 入院中の患者以外の患者であって、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、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

注2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

## [算定要件]

## (1) 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類**以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して**4週間**以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。

## (2) 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009診療情報提供料（I）は算定できない。



参考：医科

## 医薬品の適正給付（湿布薬）

(F200注8)

一度に多量に処方される湿布薬が一定程度あり、その状況が地域によって様々であることを踏まえ、残薬削減等の保険給付適正化の観点から見直しを行う。

現行	改定案
<p><b>【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】</b> <u>(追加)</u></p> <p><b>【投薬 薬剤料】</b> <u>(新設)</u></p>	<p><b>【投薬 調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】</b> 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき<b>70枚</b>を超えて湿布薬を投薬した場合は算定しない。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<b>70枚</b>を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん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><b>【投薬 薬剤料】 F200注8</b> 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき<b>70枚</b>を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料は算定しない。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<b>70枚</b>を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん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処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、超過分の薬剤料を算定しない。ただしやむを得ない場合はその理由を記載する

湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

参考：医科

## 処方料（向精神薬）

抗精神病薬等の適切な処方を促す観点から、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価を見直す。

向精神薬の適切な処方促進

現行	改定案
<p><b>【処方料】</b> 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 20点</p> <p>〔算定要件〕 「臨時の投薬等のもの」とは以下のいずれかを満たすことをいう。 ①他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合 ②薬剤を切り替える場合 ③臨時に投薬する場合 ④精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合</p>	<p><b>【処方料】</b> 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<b>3種類</b>以上の抗うつ薬又は<b>3種類</b>以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び<b>3種類</b>の抗うつ薬又は<b>3種類</b>の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20点</p> <p>〔算定要件〕 「臨時の投薬等のもの」とは以下のいずれかを満たすことをいう。 ①他院で多剤投与を受けていた患者を引き継いだ場合 ②薬剤を切り替える場合 ③臨時に投薬する場合 <u>（削除）</u></p> <p>「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めたものをいう。</p>

参考：医科

## 薬剤料・処方せん料 (向精神薬)

向精神薬の適切な処方促進

現行	改定案
<p><b>【薬剤料】</b> 注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>[算定要件] （「臨時の投薬等のもの」の内容は処方料のものと同様。）</p> <p><b>【処方せん料】</b> 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30点</p> <p>[算定要件] （「臨時の投薬等のもの」の内容は処方料のものと同様。）</p>	<p><b>【薬剤料】 F200</b> 注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<b>3種類</b>以上の抗うつ薬又は<b>3種類</b>以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び<b>3種類</b>の抗うつ薬又は<b>3種類</b>の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、<u>抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、指定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u></p> <p>[算定要件] （「臨時の投薬等のもの」及び「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」の内容は処方料のものと同様。）</p> <p><b>【処方せん料】 F400</b> 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<b>3種類</b>以上の抗うつ薬又は<b>3種類</b>以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び<b>3種類</b>の抗うつ薬又は<b>3種類</b>の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与する場合を除く。）を行った場合 30点</p> <p>[算定要件] （「臨時の投薬等のもの」及び「患者の病状等によりやむを得ないもの」の内容は処方料のものと同様。）</p>

## 参考：医科 **通院・在宅精神療法等 (向精神薬)**

医学的管理が不十分なまま抗精神病薬又は抗うつ薬が多種類又は大量に処方された可能性が高い患者について、通院・在宅精神療法等の評価を引き下げる。

現行	改定案
<p><b>【通院・在宅精神療法】</b>  <b>【精神科継続外来支援・指導料】</b>            (追加)</p> <p>(新設)</p> <p><b>【精神科継続外来支援・指導料】</b>            注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等を除く。）には、算定しない。</p>	<p><b>【通院・在宅精神療法】</b>  <b>【精神科継続外来支援・指導料】</b></p> <p>注5 当該患者に対して、1回の処方において、抗精神病薬が<b>3種類以上</b>又は抗うつ薬が<b>3種類以上</b>処方されている場合は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>[別に厚生労働大臣が定める場合]</p> <p><b>短冊記載事項</b></p> <p>①～③の全てを満たすこと。            ①当該保険医療機関において、<b>3種類以上</b>の抗うつ薬及び<b>3種類以上</b>の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること。            ②当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること。            ③当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ず投与するものであること。</p> <p><b>【精神科継続外来支援・指導料】</b>            注2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、<b>3種類以上</b>の抗うつ薬又は<b>3種類以上</b>の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等のもの及び<b>3種類</b>の抗うつ薬又は<b>3種類</b>の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。</p>

向精神薬の適切な処方促進

短冊記載事項

参考：医科

## 処方料（報告要件 向精神薬）

向精神薬多剤投与に係る報告書について、提出頻度を引き上げ、その報告範囲を各年6月のみから通年に拡大する。

向精神薬の適切な処方促進

短冊記載事項

現行	改定案
<p><b>【処方料】</b>            [算定要件]            向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。</p> <p>[別紙様式40]            6月に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること</p>	<p><b>【処方料】</b>            [算定要件]            向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、<b>3月に1回</b>、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。</p> <p>[別紙様式40]  <u>直近3か月</u>に受診した患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること</p>