

5 福薬業発第 4 9 5 号
令和 6 年 2 月 1 5 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事 竹野 将行

令和 6 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。

さて、標記につきまして 2 月 1 4 日開催されました中央社会保険医療協議会
において、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。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

日 薬 業 発 第 428 号
令 和 6 年 2 月 14 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6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6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6年1月13日付け日薬業発第353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、武見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、別添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〈抄〉、調剤報酬点数表）
 - ・ 別紙4、6、8（療養担当規則等）〈抄〉
2. 令和6年度診療報酬改定における個別項目〈抄〉
3. 令和6年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申を受けて

別添 1

令和 6 年 2 月 14 日

厚生労働大臣

武見 敬三 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 小塩 隆士

答 申 書

(令和 6 年度診療報酬改定について)

令和 6 年 1 月 12 日付け厚生労働省発保 0112 第 1 号をもって諮問のあった件について、別紙 1 - 1 から別紙 9 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。

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及び医療 DX の推進において簡素化が求められ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。

(賃上げ全般)

- 2 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種を対象とした賃上げに係る評価について、各医療機関における賃上げが適切に実施されているか、実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。また、40 歳未満の勤務医師及び勤務歯科医師並びに薬局の勤務薬剤師、事務職員や歯科技工所で従事する者等についても賃上げの実態を適切に把握した上で、検証を行うこと。

(医療 DX)

- 3 令和 6 年 12 月 2 日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和 6 年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療 DX 推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。

加えて、医療 DX 推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、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・人材確保)

- 4 医師の働き方改革の更なる推進を図る観点から、医療機関全体の取組に対する評価の在り方、タスクシフト・タスクシェアの進捗及び各医療従事者の負担の軽減、人材確保が困難である状況の中での看護補助者の定着等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、実効性のある取り組みに繋がる評価の在り方等について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10 対 1 の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。

- 6 急性期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、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFA スコア等、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。
- 7 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、障害者施設等入院基本料、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。
- 8 救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・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。
- 10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

(外来医療)

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。
加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。

14 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

(在宅医療等)

16 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質の向上に向け、同一建物居住者への効率的な訪問診療や訪問看護における対応等、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(精神医療)

17 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について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

(リハビリテーションへの対応等)

18 回復期リハビリテーション入院医療管理料の新設に伴い、医療資源の少ない地域におけるリハビリテーションへの対応等について、今回改定による影響の調査・検証を行うこと。

(医療技術の評価)

19 保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、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、迅速か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)

20 かかりつけ歯科医の機能の評価に係る施設基準の見直し等の影響や回復期リハビリテーション病棟等の入院患者に対する口腔管理・多職種連携の状況等を調査・検証し、口腔疾患の継続的な管理の在り方や口腔管理に係る関係者との連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

- 21 調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供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。

(敷地内薬局)

- 22 いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

(長期処方やリフィル処方)

- 23 長期処方やリフィル処方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。

(後発医薬品の使用促進)

- 24 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、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、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

(長期収載品)

- 25 選定療養の仕組みを用いた、長期収載品における保険給付の在り方の見直しについては、患者の動向、後発医薬品への置換え状況、医療現場への影響も含め、その実態を把握するとともに、制度の運用方法等に関して必要な検証を行うこと。

(薬価制度)

- 26 今回の薬価制度改革の骨子に基づき、ドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスの解消等の医薬品開発への影響や、後発医薬品の企業指標の導入や今後の情報公表も踏まえた医薬品の安定供給に対する影響等について、製薬業界の協力を得つつ分析・検証等を行うとともに、こうした課題に対する製薬業界としての対応を踏まえながら、薬価における評価の在り方について引き続き検討すること。

(保険医療材料制度)

27 今回の保険医療材料制度改革に基づくプログラム医療機器への対応や革新的な医療機器等に対する評価の導入の影響等について検証すること。また、医療上必要な医療機器等の安定供給の確保等の観点から、いわゆる物流 2024 年問題による影響を注視するとともに、我が国における医療機器等の製造や流通、研究開発に係る費用構造等について関係業界の協力を得つつ分析し、こうした課題に対する関係業界としての対応を踏まえながら、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(施策の検証)

28 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。医療機関・薬局の経営状況については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

改正後	改正前
別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 第2節 再診料 第2部 入院料等 第1節 入院基本料 第2節 入院基本料等加算 第3節 特定入院料 第4節 短期滞在手術等基本料 (削る) 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 医学管理料等 <u>第2節 削除</u> 第3節 特定保険医療材料料 第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 第2節 在宅療養指導管理料 第1款 在宅療養指導管理料 第2款 在宅療養指導管理材料加算 第3節 薬剤料 第4節 特定保険医療材料料 第3部 検査 第1節 検体検査料	別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 第2節 再診料 第2部 入院料等 第1節 入院基本料 第2節 入院基本料等加算 第3節 特定入院料 第4節 短期滞在手術等基本料 <u>第5節 看護職員処遇改善評価料</u> 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 医学管理料等 <u>第2節 プログラム医療機器等医学管理加算</u> 第3節 特定保険医療材料料 第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 第2節 在宅療養指導管理料 第1款 在宅療養指導管理料 第2款 在宅療養指導管理材料加算 第3節 薬剤料 第4節 特定保険医療材料料 第3部 検査 第1節 検体検査料

いて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

- (削る)
- (削る)
- (削る)

A 2 4 3 - 2 バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) 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 (特別入院基本料等含む。) 又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制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、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品 (バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。) 及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

1・2 (略)

注1 (略)

2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修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入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算

の区分番号において同じ。) について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。ただし、この注本文の規定にかかわらず、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に入院している患者については、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 後発医薬品使用体制加算 1 67点
- ロ 後発医薬品使用体制加算 2 62点
- ハ 後発医薬品使用体制加算 3 57点

(新設)

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

1・2 (略)

注 (略)

(新設)

1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り100点を所定点数に加算する。

A 2 4 5 データ提出加算

- 1 データ提出加算 1 (入院初日)
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 145点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 215点
- 2 データ提出加算 2 (入院初日)
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 155点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 225点
- 3 データ提出加算 3 (入院期間が90日を超えるごとに1回)
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 145点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 215点
- 4 データ提出加算 4 (入院期間が90日を超えるごとに1回)
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 155点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 225点

注1 (略)

- 2 3及び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、手術の実施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に、当該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、データ提出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、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、障害者施

A 2 4 5 データ提出加算

- 1 データ提出加算 1 (入院初日)
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点
- 2 データ提出加算 2 (入院初日)
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点
- 3 データ提出加算 3 (入院期間が90日を超えるごとに1回)
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 140点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 210点
- 4 データ提出加算 4 (入院期間が90日を超えるごとに1回)
 - イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 150点
 - ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 220点

注1 (略)

- 2 3及び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、手術の実施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に、当該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、データ提出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、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、障害者施

2 区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

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医療機関において、慢性腎臓病透析予防指導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、イ又はロの所定点数に代えて、261点又は218点を算定する

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）	
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 初診時	604点
ロ 再診時	410点
2 1以外の場合	
イ 初診時	721点
ロ 再診時	528点
注1・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、注10、 <u>注15及び注16</u> に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び <u>注19</u> に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から <u>第6号</u> 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B0	

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）	
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 初診時	599点
ロ 再診時	406点
2 1以外の場合	
イ 初診時	716点
ロ 再診時	524点
注1・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、注10及び <u>注15</u> に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び <u>注18</u> に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から <u>第5号</u> 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B010に	

10に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、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に掲げる往診料を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 1のイ又は2のイについて、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において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であつて、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-2~B001-2-6 (略)
B001-2-7 外来リハビリテーション診療料
1・2 (略)
注1 (略)
2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A

掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、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、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 1のイ又は2のイについて、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において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であつて、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-2~B001-2-6 (略)
B001-2-7 外来リハビリテーション診療料
1・2 (略)
注1 (略)
2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A

に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第6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Ⅰ、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 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において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

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
 Ⅰ 初回から3回目まで 800点

する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注18に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10まで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Ⅰ、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 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において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

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
 （新設）

② 4回目以降	450点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	350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	
① 初回から3回目まで	600点
② 4回目以降	320点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	220点
3 外来腫瘍化学療法診療料3	
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
① 初回から3回目まで	540点
② 4回目以降	280点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合	180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、注15及び注16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まで及び注19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10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

	(新設)
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
	(新設)
	(新設)
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
	(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まで及び注15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まで及び注18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10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のイの①、2のイの①及び3のイの①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のイの②、2のイの②及び3のイの②については、1のイの①、2のイの①又は3のイの①を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。
- 4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する

イ 1のイの①又は②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以外の必要な治療管理を行った場合

ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

- 5 2のロ及び3のロについては、2のイの①若しくは②又は3のイの①若しくは②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以外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。

6・7 (略)

- 8 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のイの①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

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。

(新設)

(新設)

4・5 (略)

- 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

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。

(削る)

9 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のイのⅡを算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方案の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

B001-3 生活習慣病管理料Ⅱ

- 1 脂質異常症を主病とする場合 610点
- 2 高血圧症を主病とする場合 660点
- 3 糖尿病を主病とする場合 760点

注1 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（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、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあつては、区分番号C1

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。

(新設)

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
- 2 高血圧症を主病とする場合 620点
- 3 糖尿病を主病とする場合 720点

注1 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、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあつては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定

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、所定点数に代えて、290点を算定する。

B001-4~B003 (略)

B004 退院時共同指導料1

1・2 (略)

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号B005、区分番号B015及び区分番号I002において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、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説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、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、在宅療養担当医療機関において算定する。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、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

2・3 (略)

B005~B005-1-2 (略)

B001-4~B003 (略)

B004 退院時共同指導料1

1・2 (略)

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号B005、区分番号B015及びI002において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、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説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、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、在宅療養担当医療機関において算定する。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、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

2・3 (略)

B005~B005-1-2 (略)

設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

B005-12・B005-13 (略)

B005-14 プログラム医療機器等指導管理料 90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医療機関において、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に1回に限り算定する。

2 プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。

B006～B011-2 (略)

B011-3 薬剤情報提供料 4点

注1～3 (略)

B011-4・B011-5 (略)

B011-6 栄養情報連携料 70点

注1 区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養

設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。

B005-12・B005-13 (略)

(新設)

B006～B011-2 (略)

B011-3 薬剤情報提供料 10点

注1～3 (略)

B011-4・B011-5 (略)

(新設)

ケア加算は算定できない。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。

イ～ハ (略)

- 6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8、注10、注12及び注13の規定は、在宅患者訪問診療料Ⅲについて準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」、同注12中「1について」とあるのは「注1のイについて」と読み替えるものとする。

C002 在宅時医学総合管理料(月1回)

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- イ 病床を有する場合
- (i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合
5,385点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の

療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。

イ～ハ (略)

- 6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料Ⅲについて準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。

C002 在宅時医学総合管理料(月1回)

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- イ 病床を有する場合
- (i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合
5,400点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の

場合	4,485点
③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u>	2,865点
④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	2,400点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	2,110点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (①の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,485点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,385点
③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u>	1,185点
④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	1,065点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	905点
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (①及び②の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	3,014点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,670点
③ <u>単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合</u>	865点
④ <u>単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	780点
⑤ <u>①から④まで以外の場合</u>	660点
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	

場合	4,500点
③ <u>①及び②以外の場合</u>	2,880点
(新設)	
(新設)	
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (①の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,500点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,400点
③ <u>①及び②以外の場合</u>	1,200点
(新設)	
(新設)	
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (①及び②の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	3,029点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,685点
③ <u>①及び②以外の場合</u>	880点
(新設)	
(新設)	
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	

- ① 単一建物診療患者が1人の場合
2,745点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,485点
- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
765点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
670点
- ⑤ ①から④まで以外の場合
575点
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
1,500点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
828点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
425点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
373点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合
317点
- ロ 病床を有しない場合
 - (i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
4,985点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
4,125点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
2,625点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合

- ① 単一建物診療患者が1人の場合
2,760点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,500点
- ③ ①及び②以外の場合
780点
- (新設)
- (新設)
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
1,515点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
843点
 - ③ ①及び②以外の場合
440点
 - (新設)
 - (新設)
- ロ 病床を有しない場合
 - (i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
5,000点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
4,140点
 - ③ ①及び②以外の場合
2,640点
 - (新設)

場合	2,205点
⑤ ①から④まで以外の場合	1,935点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,085点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,185点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	1,085点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	970点
⑤ ①から④まで以外の場合	825点
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1)及び(2)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,774点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,550点
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	805点
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	720点
⑤ ①から④まで以外の場合	611点
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,505点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,365点

(新設)	
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,100点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,200点
③ ①及び②以外の場合	1,100点
(新設)	
(新設)	
(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合 (1)及び(2)の場合を除く。)	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,789点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,565点
③ ①及び②以外の場合	820点
(新設)	
(4) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,520点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,380点

- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の
場合 705点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の
場合 615点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 525点
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,380点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 768点
- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の
場合 395点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の
場合 344点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 292点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 4,585点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,765点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の
場合 2,385点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の
場合 2,010点
- (5) (1)から(4)まで以外の場合 1,765点
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

- ③ ①及び②以外の場合 720点
- (新設)
- (新設)
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,395点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 783点
- ③ ①及び②以外の場合 410点
- (新設)
- (新設)
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 4,600点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,780点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 2,400点
- (新設)
- (新設)
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,685点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,985点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 985点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 875点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 745点
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,554点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,450点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 679点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 578点
- ニ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,285点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 665点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 570点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 490点
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,700点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,000点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 1,000点
- (新設)
- (新設)
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,569点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,465点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 780点
- (新設)
- (新設)
- ニ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,300点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,280点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 680点
- (新設)
- (新設)
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,270点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 718点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 275点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,435点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,820点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,785点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,500点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 1,315点
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,735点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,460点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 735点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 655点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 555点
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,285点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 733点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 390点
- (新設)
- (新設)
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,450点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,835点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 1,800点
- (新設)
- (新設)
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,750点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,475点
 - (3) (1)及び(2)以外の場合 750点
- (新設)
- (新設)
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療

を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,014点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,165点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 645点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 573点
- (5) (1)から(4)まで以外の場合 487点

ニ 月1回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,745点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 980点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 545点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 455点
- (5) (1)から(4)まで以外の場合 395点

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,000点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 575点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 315点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 264点
- (5) (1)から(4)まで以外の場合 225点

注1～4 (略)

5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理

を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,029点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,180点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 660点

(新設)

(新設)

ニ 月1回訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,760点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 995点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 560点

(新設)

(新設)

ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,015点
- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 590点
- (3) (1)及び(2)以外の場合 330点

(新設)

(新設)

注1～4 (略)

5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理

に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）
に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療
を行った場合には、患者1人につき1回に限り
、頻回訪問加算として、次に掲げる点数を所定
点数に加算する。

イ 初回の場合 800点

ロ 2回目以降の場合 300点

6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す
るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医
療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分
に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定
点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1)・(2) (略)

(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の
場合 100点

(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の
場合 85点

(5) (1)から(4)まで以外の場合 75点

ロ 在宅療養実績加算 1

(1)・(2) (略)

(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の
場合 75点

(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の
場合 63点

(5) (1)から(4)まで以外の場合 56点

ハ 在宅療養実績加算 2

(1)・(2) (略)

(3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の

に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）
に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療
を行った場合には、患者1人につき1回に限り
、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加
算する。

(新設)

(新設)

6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す
るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医
療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分
に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定
点数に加算する。

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1)・(2) (略)

(3) (1)及び(2)以外の場合 100点

(新設)

(新設)

ロ 在宅療養実績加算 1

(1)・(2) (略)

(3) (1)及び(2)以外の場合 75点

(新設)

(新設)

ハ 在宅療養実績加算 2

(1)・(2) (略)

(3) (1)及び(2)以外の場合 50点

場合	50点
<u>(4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合</u>	
場合	43点
<u>(5) (1)から(4)まで以外の場合</u>	38点
8 (略)	
9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ 在宅療養移行加算 1	316点
ロ 在宅療養移行加算 2	216点
ハ 在宅療養移行加算 3	216点
ニ 在宅療養移行加算 4	116点
10～13 (略)	
14 <u>1のイの(1)の③から⑤まで、1のイの(2)の③から⑤まで、1のイの(3)の③から⑤まで、1のイの(4)の③から⑤まで、1のイの(5)の③から⑤まで、1のロの(1)の③から⑤まで、1のロの(2)の③から⑤まで、1のロの(3)の③から⑤まで、1のロの(4)の③から⑤まで、1のロの(5)の③から⑤まで、2のイの(3)から(5)まで、2のロの(3)から(5)まで、2のハの(3)から(5)まで、2のニの(3)から(5)まで、2のホの(3)から(5)まで、3のイの(3)から(5)まで、3のロの(3)から(5)まで、3のハの(3)から(5)まで、3のニの(3)から(5)まで及び3のホの(3)から(5)までについて、別に厚生労働大臣が</u>	

(新設)

(新設)

8 (略)

9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関(診療所に限る。)が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 在宅療養移行加算 1 216点

ロ 在宅療養移行加算 2 116点

(新設)

(新設)

10～13 (略)

(新設)

定める基準を満たさない場合には、それぞれ所
定点数の100分の60に相当する点数を算定する

15 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訪
問診療を実施している保険医療機関の保険医が
、在宅での療養を行っている患者であって通院
が困難なものの同意を得て、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、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、訪問薬剤管理指導を実施して
いる保険薬局の保険薬剤師、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、管理栄養士、
介護支援専門員又は相談支援専門員等であって
当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用
する方法その他の情報通信の技術を利用する方
法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等
を活用した上で計画的な医学管理を行った場合
に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限
り、100点を所定点数に加算する。

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であ
って別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合

(i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対
し、月2回以上訪問診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合

3,885点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の
場合

3,225点

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であ
って別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合

(i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対
し、月2回以上訪問診療を行っている場合

① 単一建物診療患者が1人の場合

3,900点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の
場合

3,240点

- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の
場合 2,865点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の
場合 2,400点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 2,110点
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)
の場合を除く。)
- ① 単一建物診療患者が1人の場合
3,185点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の
場合 1,685点
- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の
場合 1,185点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の
場合 1,065点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 905点
- (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合で
あって、うち1回以上情報通信機器を用いた
診療を行っている場合 (1)及び(2)の場合を除
く。)
- ① 単一建物診療患者が1人の場合
2,234点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の
場合 1,250点
- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の
場合 865点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の
場合 780点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 660点
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合

- ③ ①及び②以外の場合 2,880点
- (新設)
- (新設)
- (2) 月2回以上訪問診療を行っている場合 (1)
の場合を除く。)
- ① 単一建物診療患者が1人の場合
3,200点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の
場合 1,700点
- ③ ①及び②以外の場合 1,200点
- (新設)
- (新設)
- (3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合で
あって、うち1回以上情報通信機器を用いた
診療を行っている場合 (1)及び(2)の場合を除
く。)
- ① 単一建物診療患者が1人の場合
2,249点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の
場合 1,265点
- ③ ①及び②以外の場合 880点
- (新設)
- (新設)
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
- ① 単一建物診療患者が1人の場合

	<u>1,965点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>1,065点</u>
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>765点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>670点</u>
⑤ ①から④まで以外の場合	<u>575点</u>
㊦ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>1,110点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>618点</u>
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>425点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>373点</u>
⑤ ①から④まで以外の場合	<u>317点</u>
ロ 病床を有しない場合	
(i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>3,585点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>2,955点</u>
③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	<u>2,625点</u>
④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	<u>2,205点</u>

	<u>1,980点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>1,080点</u>
③ ①及び②以外の場合	<u>780点</u>
(新設)	
(新設)	
㊦ 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>1,125点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>633点</u>
③ ①及び②以外の場合	<u>440点</u>
(新設)	
(新設)	
ロ 病床を有しない場合	
(i) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	<u>3,600点</u>
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	<u>2,970点</u>
③ ①及び②以外の場合	<u>2,640点</u>
(新設)	

6・7 (略)

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (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 1,798点
 - (2) (略)
 - ロ 病床を有しない場合
 - (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 1,648点
 - (2) (略)
 - 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 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 1,493点
 - ロ (略)
- 注1～7 (略)

8 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、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号

6・7 (略)

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 - イ 病床を有する場合
 - (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 1,800点
 - (2) (略)
 - ロ 病床を有しない場合
 - (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 1,650点
 - (2) (略)
 - 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 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 1,495点
 - ロ (略)
- 注1～7 (略)

(新設)

C 0 0 1 に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注13 (区分番号C 0 0 1-2の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17 (区分番号C 0 0 5-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。)若しくは区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

9 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訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、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、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、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

(新設)

C 0 0 4 (略)

C 0 0 4 (略)

っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10及び同注18中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C005-2～C014 (略)

C015 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、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（区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料の注15（区分番号C002-2の注5の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注9に規定する在宅医療情報連携加算を算定しているものに限る。）の同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、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、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、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、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、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

第2節 在宅療養指導管理料

C005-2～C014 (略)

(新設)

第2節 在宅療養指導管理料

<p>点数に含まれる</p> <p>2・3 (略)</p> <p>4 <u>1及び2</u>については、新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</p> <p>E101-5・E102 (略)</p> <p>第3節～第5節 (略)</p> <p>第5部 投薬</p> <p>通則</p> <p>1～4 (略)</p>	<p>2・3 (略)</p> <p>4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</p> <p>E101-5・E102 (略)</p> <p>第3節～第5節 (略)</p> <p>第5部 投薬</p> <p>通則</p> <p>1～4 (略)</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<u>貼付剤</u>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>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<u>湿布薬</u>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1節 (略)</p> <p>第2節 処方料</p> <p>区分</p> <p>F100 処方料</p> <p>1～3 (略)</p> <p>注1～4 (略)</p> <p>(削る)</p>	<p>第1節 (略)</p> <p>第2節 処方料</p> <p>区分</p> <p>F100 処方料</p> <p>1～3 (略)</p> <p>注1～4 (略)</p> <p><u>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院で</u></p>

第3節・第4節 (略)
第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類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
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 32点
 - 3 1及び2以外の場合 60点
- 注1～3 (略)
(削る)

ぞれ所定点数に加算する。

- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 7点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点

第3節・第4節 (略)
第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類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 28点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点
 - 3 1及び2以外の場合 68点
- 注1～3 (略)
- 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付し

4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。

5 (略)

6 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において、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。

イ 一般名処方加算1 10点

ロ 一般名処方加算2 8点

7 (略)

(削る)

8 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が

た場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。

5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

6 (略)

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。

イ 一般名処方加算1 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

8 (略)

9 注7の規定にかかわらず、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において、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。

イ 一般名処方加算1 9点

ロ 一般名処方加算2 7点

(新設)

別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～6 (略)

7 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、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） 25点

注1 (略)

2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～6 (略)

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。

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 (略)

2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅲを算定

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略) 通則 (略) 第1節 調剤技術料 区分 00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき) 1 調剤基本料1 <u>45点</u> 2 調剤基本料2 <u>29点</u> 3 調剤基本料3 イ <u>24点</u> ロ <u>19点</u> ハ <u>35点</u> 4 <u>特別調剤基本料A</u> <u>5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、 <u>特別調剤基本料B</u> として、処方箋の受付1回につき <u>3点</u> を算定する。 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(注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)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	別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 (略) 通則 (略) 第1節 調剤技術料 区分 00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき) 1 調剤基本料1 <u>42点</u> 2 調剤基本料2 <u>26点</u> 3 調剤基本料3 イ <u>21点</u> ロ <u>16点</u> ハ <u>32点</u> (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、 <u>特別調剤基本料</u> として、処方箋の受付1回につき <u>7点</u> を算定する。 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

点数（特別調剤基本料Aを算定す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10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 32点
- ロ 地域支援体制加算 2 40点
- ハ 地域支援体制加算 3 10点
- ニ 地域支援体制加算 4 32点

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（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、連携強化加算として、5点を所定点数に加算する。また、特別調剤基本料Aを算定す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が、組織的な感染防止対策につき医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及びA001に掲げる再診料の注15又は医科点数表の区分番号A234-2及び歯科点数表の区分番号A224-2に掲げる感染対策向上加算の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である場合は、算定できない。

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（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）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

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又は注12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

に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定す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10に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ～ハ （略）

8～11 （略）

（削る）

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～ハ （略）

8～11 （略）

12 注5の規定にかかわらず、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調剤した場合には、注5に規定する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

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 40点

(2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 42点

ロ 地域支援体制加算2

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 48点

(2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 50点

ハ 地域支援体制加算3

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 18点

12 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（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定す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10に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ 在宅薬学総合体制加算1 15点

ロ 在宅薬学総合体制加算2 50点

13 医療DX推進に係る体制と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（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

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

(2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合

20点

ニ 地域支援体制加算4

(1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合

40点

(2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合

42点

(新設)

(新設)

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

注 (略)
(削る)

2～6 (略)
注1～7 (略)
(削る)

第2節 薬学管理料

区分

10 (略)
10の2 調剤管理料

1・2 (略)

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。た

注1 (略)

2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。

2～6 (略)

注1～7 (略)

8 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、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する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付1回につき15点を所定点数に加算する。

第2節 薬学管理料

区分

10 (略)
10の2 調剤管理料

1・2 (略)

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。

ただし、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は、算定できない。

2 (略)

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 (略)

ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

4・5 (略)

6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、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等した場合にあっては、医療情報取得加算2として、6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

2 (略)

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 (略)

ロ 残薬調整に係るものの場合 30点

4・5 (略)

6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6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

1・2 (略)

3 介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合 45点

4 (略)

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。なお、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は、算定できない。

イ～ハ (略)

2 3については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、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、月4回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、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は、算定できない。

イ～ニ (略)

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。）を患者等に提供すること。

ヘ (略)

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

1・2 (略)

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 (略)

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～ハ (略)

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～ニ (略)

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。

ヘ (略)

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。なお、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、麻薬管理指導加算として、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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合
10点

ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合
5点

6 (略)

7 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。

イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づ

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、10点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

6 (略)

(新設)

き製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合

ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合

8 (略)

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。

10 (略)

(削る)

11～14 (略)

7 (略)

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 (略)

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。

11～14 (略)

15 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注6及び注10に規定する加算は、算定できない。

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 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 (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を除く。) 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、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。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。

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、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。

3 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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方

(新設)

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 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、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

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。

3 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。

(新設)

された患者に対して必要な指導を行った場合

10点

ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合

5点

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、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当該患者に確認し、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。

5 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。

イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合

ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必

(新設)

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、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当該患者に確認し、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。

(新設)

要な患者に説明及び指導を行った場合

6 (略)

7 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6に規定する加算は算定できない。

8 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。

9 (略)

10 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注4及び注8に規定する加算は、算定できない。

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（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

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。
(新設)

7 (略)

(新設)

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

局を除く。)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及び注5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に掲げる経管投薬支援料、区分番号15の8に掲げる在宅移行初期管理料、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 (略)

1.4 (略)

1.4の2 外来服薬支援料

1・2 (略)

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

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 (略)

1.4 (略)

1.4の2 外来服薬支援料

1・2 (略)

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。なお、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は、算定できない。

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。ただし、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、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医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

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。ただし、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は、算定できない。

、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。

4 介護保険法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設又は同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者を訪問し、注3に係る業務に加えて、当該施設職員と協働し当該患者が服薬中の薬剤を含めた服薬管理を支援した場合に、施設連携加算として月に1回に限り50点を所定点数に加算する。

14の3 服用薬剤調整支援料

1・2 (略)

注1 1については、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、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が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。ただし、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は、算定できない。

2 2については、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。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。ただし、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は、算定できない。

3 2については、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に

(新設)

14の3 服用薬剤調整支援料

1・2 (略)

注1 1については、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、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が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。

2 2については、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。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。

(新設)

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。

1.4の4 調剤後薬剤管理指導料

1 糖尿病患者に対して行った場合 60点

2 慢性心不全患者に対して行った場合 60点

注1 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、1については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、2については心疾患による入院の経験がある患者であって、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全のものに対して、患者又はその家族等の求めがあり、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合又は保険医療機関の求めがあった場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行った場合には、調剤後薬剤管理指導料として、月1回に限り算定できる。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。

イ 調剤後に当該薬剤の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について当該患者へ電話等により確認すること（当該調剤と同日に行う場合を除く。）。

ロ 必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。

ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。

2 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げ

(新設)

る調剤基本料の注6に規定する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。

3 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は、算定できない。

1.5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

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、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、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、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な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）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。ただし、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は、算定できない。

2 在宅で療養を行っている患者であつ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

1.5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1～3 (略)

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、在宅で療養を行っている患者であつ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、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、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あつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

2 在宅で療養を行っている患者であつ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、注射による麻薬の投与が必要な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。ただし、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は、算定できない

- 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、麻薬管理指導加算として、1回につき100点（注2本文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 （略）
- 5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、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本文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本文に規

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。

- 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 （略）
- 5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、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

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。

7～9 (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(末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8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。なお、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は、算定できない。

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、麻薬管理指導加算として、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

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。

7～9 (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

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。

3～8 (略)

9 1について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、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は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 夜間訪問加算 400点

ロ 休日訪問加算 600点

ハ 深夜訪問加算 1,000点

10 注1の規定にかかわらず、感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の患者であつて、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定する。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。この場合において、注10については、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、区

、処方箋受付1回につき22点)を所定点数に加算する。

3～8 (略)

(新設)

(新設)

分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。

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。ただし、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は、算定できない。

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、麻薬管理指導加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

3～8 (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

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 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。

3～8 (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。なお、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は、算定できない。

15の5 服薬情報等提供料

1 (略)

2 服薬情報等提供料2

イ 保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合 20点

ロ リフィル処方箋による調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合 20点

ハ 介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合 20点

3 (略)

注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。

2 2については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も

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 (略)

2 服薬情報等提供料2

20点

(新設)

(新設)

(新設)

3 (略)

注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上

患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月1回に限り算定する。

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。

4 (略)

5 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、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医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

6 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 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合

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 20点

2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容

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、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

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。
(新設)

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

(新設)

(新設)

2 残薬調整に係るものの場合 30点

を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合

- 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 20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、処方医に対して処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、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は、算定できない。

2 (略)

15の7 経管投薬支援料 100点

注 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、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。ただし、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は、算定できない。

15の8 在宅移行初期管理料 230点

注1 在宅療養へ移行が予定されている患者であつて通院が困難なもののうち、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者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

(新設)

(新設)

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、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

2 (略)

15の7 経管投薬支援料 100点

注 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、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。

(新設)

を得て、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、当該患者において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の1その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。ただし、在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料1は算定できない。なお、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は、算定できない。

2 在宅移行初期管理に要した交通費は、患家の負担とする。

16から19まで (略)

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

1・2 (略)

3 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局及び区分番号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、1処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

注 (略)

第4節 (略)

第5節 経過措置

(略)

(削る)

16から19まで (略)

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

1・2 (略)

(新設)

注 (略)

第4節 (略)

第5節 経過措置

1 (略)

2 区分番号00の注12の規定による加算は、令和5年12月31日

(削る)

までの間に限り、算定できるものとする。

- 3 第2節の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（区分番号10の2の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、同区分番号の注6中「3点」とあるのは「4点」とする。

保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【令和六年六月一日施行】

改正後	改正前
<p>(揭示)</p> <p>第二条の六 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>(食事療養)</p> <p>第五条の三 (略)</p> <p>2と4 (略)</p> <p>5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>(生活療養)</p> <p>第五条の三の二 (略)</p> <p>2と4 (略)</p> <p>5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第五条の四 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p>	<p>(揭示)</p> <p>第二条の六 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(食事療養)</p> <p>第五条の三 (略)</p> <p>2と4 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(生活療養)</p> <p>第五条の三の二 (略)</p> <p>2と4 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第五条の四 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>(新設)</p>

(傍線部分は改正部分)

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	(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 <small>(医療上必要)</small>	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 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。）

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命令（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。

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 〃分割の〃回目

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	(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				保 険 医 氏 名
	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	(印)	

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 (医療上必要)	患者希望	個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。						

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	(印)		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命令(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。

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

改正後	改正前
<p>(一部負担金等の受領) 第五条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</p> <p>3 (略)</p>	<p>(一部負担金等の受領) 第五条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</p> <p>3 (略)</p>

改正後	改正前
<p>（揭示）</p> <p>第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、<u>第四条の三第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</u></p> <p>2 保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（患者負担金の受領）</p> <p>第四条（略）</p> <p>2 保険薬局は、<u>法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養</u>（以下「評価療養」という。）、<u>同項第四号に規定する患者申出療養</u>（以下「患者申出療養」という。）、<u>又は同項第五号に規定する選定療養</u>（以下「選定療養」という。）<u>に</u>関し、当該療養に要する費用の範囲内において、<u>法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けること</u>ができる。</p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等）</p> <p>第四条の三 保険薬局は、<u>評価療養、患者申出療養又は選定療養</u>に<u>関して</u>第四条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。</p> <p>2 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を揭示しなければならない。</p>	<p>（揭示）</p> <p>第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</p> <p>（新設）</p> <p>（患者負担金の受領）</p> <p>第四条（略）</p> <p>2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養又は同項第五号に規定する選定療養に<u>関し</u>、当該療養に要する費用の範囲内において、<u>法第八十六条第二項又は第一百条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けること</u>ができる。</p> <p>（新設）</p>

3| 保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(患者負担金の受領) 第四条 (略)</p> <p>2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)、又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関する額は、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</p>	<p>(患者負担金の受領) 第四条 (略)</p> <p>2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)、又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</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）

【令和六年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>（揭示）</p> <p>第二条の六（略）</p> <p>2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（食事療養）</p> <p>第五条の三（略）</p> <p>2と4（略）</p> <p>5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（生活療養）</p> <p>第五条の三の二（略）</p> <p>2と4（略）</p> <p>5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等）</p> <p>第五条の四（略）</p> <p>2（略）</p> <p>3 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>（揭示）</p>	<p>（揭示）</p> <p>第二条の六（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（食事療養）</p> <p>第五条の三（略）</p> <p>2と4（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（生活療養）</p> <p>第五条の三の二（略）</p> <p>2と4（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等）</p> <p>第五条の四（略）</p> <p>2（略）</p> <p>（新設）</p> <p>（揭示）</p>

<p>第二十五条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第二十六条の六第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</p> <p>2 保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第二十六条の六 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第二十六条の四第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。</p> <p>2 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。</p> <p>3 保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</p>	<p>第二十五条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</p> <p>2 (略)</p> <p>(新設)</p>
---	---

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(一部負担金の受領等) 第五条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養(以下「食事療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十四条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額を支払を、法第六十四条第二号に規定する生活療養(以下「生活療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十五条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額を支払を、法第六十四条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)と同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額を支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</p> <p>(一部負担金の受領等) 第二十六条の四 (略)</p> <p>2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額を支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</p>	<p>(一部負担金の受領等) 第五条 (略)</p> <p>2 保険医療機関は、法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養(以下「食事療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十四条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額を支払を、法第六十四条第二号に規定する生活療養(以下「生活療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十五条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額を支払を、法第六十四条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)と同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額を支払を受けることができる。</p> <p>(一部負担金の受領等) 第二十六条の四 (略)</p> <p>2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額を支払を受けることができる。</p>

保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）

【令和六年十月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改 正 後		改 正 前	
別表第二		別表第二	
(略)	(略)	(略)	(略)
<p>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養</p>	<p>上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数</p>		

個別改定項目について

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1	医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組	1
①	賃上げに向けた評価の新設	1
②	入院基本料等の見直し	18
③	初再診料等の評価の見直し	45
④	歯科医療における初再診料等の評価の見直し	47
⑤	地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し	49
I-2	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	51
①	医師事務作業補助体制加算の見直し	51
②	特定集中治療室管理料等の見直し	53
③	入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進	66
④	薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上	69
⑤	外来腫瘍化学療法診療料の見直し	70
I-3	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	78
①	ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進	78
②	医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化	80
I-4	地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保	81
①	地域医療体制確保加算の見直し	81
②	勤務医の働き方改革の取組の推進	83
I-5	多様な働き方を踏まえた評価の拡充	85
①	特定集中治療室管理料等の見直し	85
②	看護補助体制充実加算に係る評価の見直し	86
③	感染対策向上加算等における専従要件の明確化	90

④	ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進	94
⑤	訪問看護ステーションにおける持続可能な24時間対応体制確保の推進	95
I-6	医療人材及び医療資源の偏在への対応	99
①	時間外対応加算の見直し	99
②	特定集中治療室管理料等の見直し	103
③	超急性期脳卒中加算の見直し	104
④	脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価	106
⑤	DPC/PDPSの見直し	109
⑥	医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し	110
⑦	医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	120
II	<u>ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進</u>	
II-1	医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	122
①	医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し	122
②	医療DX推進体制整備加算の新設	125
③	在宅医療における医療DXの推進	129
④	訪問看護医療DX情報活用加算の新設	134
⑤	救急時医療情報閲覧機能の導入の推進	136
⑥	へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進	138
⑦	難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し	139
⑧	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設	141
⑨	小児特定疾患カウンセリング料の見直し	143
⑩	情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設	146
⑪	情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設	148
⑫	歯科遠隔連携診療料の新設	150
⑬	超急性期脳卒中加算の見直し	152
⑭	脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価	153
⑮	診療録管理体制加算の見直し	154

⑯	プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価	158
⑰	診療報酬における書面要件の見直し	159
⑱	書面掲示事項のウェブサイトへの掲載	162
⑲	医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化	168
II-2	生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組	169
①	地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価	169
②	介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進	177
③	医療機関と介護保険施設の連携の推進	179
④	介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し	181
⑤	リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進	196
⑥	退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進	201
⑦	就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進	203
⑧	入退院支援加算1・2の見直しについて	205
⑨	在宅療養指導料の見直し	210
⑩	認知症ケア加算の見直し	212
⑪	入院基本料等の見直し	216
⑫	地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し	217
⑬	地域包括ケア病棟の施設基準の見直し	223
⑭	有床診療所における医療・介護・障害連携の推進	231
⑮	リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進	234
II-3	リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進	237
①	急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進	237
②	病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進	239
③	疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設	242
④	呼吸器リハビリテーション料の見直し	249

⑤ 療養病棟入院基本料の見直し	250
⑥ 入院基本料等の見直し	268
⑦ 医療と介護における栄養情報連携の推進	269
⑧ 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進	271
II - 4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の 評価	274
① 急性期充実体制加算の見直し	274
② 総合入院体制加算の見直し	283
③ 急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の見直し ...	285
④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準 の見直し	286
⑤ 特定集中治療室管理料等の見直し	290
⑥ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し ...	291
⑦ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化	293
⑧ 重症患者対応体制強化加算の要件の見直し	298
⑨ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し	300
⑩ 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価	311
⑪ 主としてケアを担う看護補助者の評価の新設	312
⑫ 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し ...	320
⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し	322
⑭ 療養病棟入院基本料の見直し	327
⑮ 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し	328
⑯ 児童・思春期精神科入院医療管理料における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	333
⑰ 障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し ...	335
⑱ 障害者施設等入院基本料等の見直し	337
⑲ 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実	340
⑳ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し	342
㉑ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	343
㉒ DPC/PDPSの見直し	344

②③	血友病患者の治療の評価の見直し	360
II-5	外来医療の機能分化・強化等	362
①	生活習慣病に係る医学管理料の見直し	362
②	特定疾患処方管理加算の見直し	371
③	地域包括診療料等の見直し	374
II-6	新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組	380
①	感染対策向上加算の見直し	380
②	外来感染対策向上加算の見直し	384
③	感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価	387
④	サーベイランス強化加算等の見直し	393
⑤	新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築	396
⑥	連携強化加算（調剤基本料）の見直し	406
⑦	新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し	409
II-7	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	411
①	地域包括診療料等の見直し	411
②	時間外対応加算の見直し	412
③	小児かかりつけ診療料の見直し	413
④	継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進	415
⑤	かかりつけ薬剤師指導料の見直し	420
⑥	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）の見直し	422
⑦	薬学的なフォローアップに関する評価の見直し	424
II-8	質の高い在宅医療・訪問看護の確保	426
①	介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進	426
②	地域における24時間の在宅医療提供体制の構築の推進	428
③	往診に関する評価の見直し	429
④	在宅医療におけるICTを用いた医療情報連携の推進	432

⑤	在宅療養移行加算の見直し	435
⑥	在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設	438
⑦	在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進	442
⑧	在宅ターミナルケア加算等の見直し	444
⑨	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し	448
⑩	在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進	469
⑪	包括的支援加算の見直し	472
⑫	訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し	474
⑬	頻回訪問加算の見直し	477
⑭	訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化	478
⑮	虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進	481
⑯	訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し	483
⑰	訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進	487
⑱	緊急訪問看護加算の評価の見直し	488
⑲	医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し	490
⑳	母子に対する適切な訪問看護の推進	491
㉑	訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し	493
㉒	訪問看護医療DX情報活用加算の新設	495
㉓	ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設	496
㉔	質の高い在宅歯科医療の提供の推進	498
㉕	訪問歯科衛生指導の推進	507
㉖	小児に対する歯科訪問診療の推進	509
㉗	入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進	510
㉘	多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し	514

②9	在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設	521
③0	医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し	525
③1	高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し	527

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－1	食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応	530
①	入院時の食費の基準の見直し	530
Ⅲ－2	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	532
①	一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し	532
②	外来腫瘍化学療法診療料の見直し	534
③	遺伝学的検査の見直し	535
④	抗HLA抗体検査の算定要件の見直し	540
⑤	人工腎臓に係る導入期加算の見直し	542
⑥	入院基本料等の見直し	544
⑦	看護補助体制充実加算に係る評価の見直し	545
⑧	医療安全対策の推進	546
⑨	手術等の医療技術の適切な評価	550
⑩	質の高い臨床検査の適切な評価	553
⑪	医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進	554
⑫	新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築	556
Ⅲ－3	アウトカムにも着目した評価の推進	557
①	データ提出加算及び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	557
②	回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し	562
③	回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し	563
Ⅲ－4	重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）	
Ⅲ－4－1	高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進	565

① 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価	565
② 救急医療管理加算の見直し	568
Ⅲ－４－２ 小児医療、周産期医療の充実	573
① 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設	573
② 小児特定疾患カウンセリング料の見直し	575
③ 小児緩和ケア診療加算の新設	576
④ 小児かかりつけ診療料の見直し	578
⑤ 小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し ...	579
⑥ 小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し .	580
⑦ 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設	582
⑧ 入退院支援加算 3 の見直し	584
⑨ 一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料 3 の見直し .	587
⑩ 小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設	589
⑪ 母体・胎児集中治療室管理料の見直し	593
⑫ ハイリスク妊娠管理加算の見直し	595
Ⅲ－４－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	596
① がん性疼痛緩和指導管理料の見直し	596
② 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実	598
③ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設	599
④ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進	600
⑤ 小児緩和ケア診療加算の新設	601
⑥ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し	602
⑦ がん拠点病院加算の見直し	603
Ⅲ－４－４ 認知症の者に対する適切な医療の評価	605
① 入院基本料等の見直し	605
② 認知症ケア加算の見直し	606
③ 地域包括診療料等の見直し	607
④ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯 科医療の推進	608
Ⅲ－４－５ 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	609
① 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設	609
② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し	612
③ 精神科入退院支援加算の新設	617
④ 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し	620
⑤ 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設	622
⑥ 児童思春期支援指導加算の新設	625
⑦ 心理支援加算の新設	628
⑧ 精神科在宅患者支援管理料の見直し	629
Ⅲ－４－６ 難病患者に対する適切な医療の評価	631
① 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し	631
② 遺伝学的検査の見直し	632
Ⅲ－５ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進	633
① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し	633
② 特定疾患処方管理加算の見直し	634
③ 地域包括診療料等の見直し	635
④ 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設	636
⑤ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し	638
Ⅲ－６ 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	639
① 医科歯科連携の推進	639
② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進	644
③ 歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し	645
④ 医歯薬連携の推進	648
⑤ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進	650
⑥ 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進	652
⑦ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯	

科医療の推進	654
⑧ かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進	655
⑨ 歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し	656
⑩ う蝕の重症化予防の推進	657
⑪ 歯周病の重症化予防の推進	661
⑫ 歯科衛生士による実地指導の推進	663
⑬ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設	664
⑭ 歯科遠隔連携診療料の新設	665
⑮ 歯科固有の技術の評価の見直し	666
Ⅲ－7 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、病院薬剤師業務の 評価	679
① 薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理 料の見直し	679
② 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し	688
③ 薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製 に係る評価の見直し	689
④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し	691
⑤ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進	692
⑥ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上	693
Ⅲ－8 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応し た機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進	694
① 調剤基本料の見直し	694
② 地域支援体制加算の見直し	695
③ 休日・深夜加算の見直し	716
④ いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し	718
⑤ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し	725
Ⅲ－9 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価 や医薬品の安定供給の確保等	726
① 長期収載品の保険給付の在り方の見直し	726
② 医薬品取引状況に係る報告の見直し	727

③	プログラム医療機器についての評価療養の新設	731
IV	<u>効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上</u>	
IV-1	後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等	732
①	医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編	732
②	バイオ後続品の使用促進	739
③	長期収載品の保険給付の在り方の見直し	742
④	再製造単回使用医療機器の使用に対する評価	743
⑤	プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価	744
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	745
①	実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化	745
②	人工腎臓の評価の見直し	747
③	検査、処置及び麻酔の見直し	748
IV-4	医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	749
	医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進	749
IV-5	患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価	750
IV-6	外来医療の機能分化・強化等	751
	外来医療の機能分化・強化等	751
IV-7	生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進	752
IV-8	医師・病院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	753
①	入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進	753
②	医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編	754
③	投薬用の容器に関する取扱いの見直し	755
IV-9	薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進	757

【I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組-①】

① 賃上げに向けた評価の新設

第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）</u>	
	<u>1 初診時</u>	<u>6点</u>
	<u>2 再診時等</u>	<u>2点</u>
	<u>3 訪問診療時</u>	
	<u>イ 同一建物居住者等以外の場合</u>	<u>28点</u>
	<u>ロ イ以外の場合</u>	<u>7点</u>

[算定要件]

- (1) 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る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において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る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において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 3のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る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において、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、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。
イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問

して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者（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診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合

□ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合

ハ 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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）

(4) 3のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る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において、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、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合

□ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下

に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者である場合ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合

[施設基準]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (4) (3) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの除く。）を行うことができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (7) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

2. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（歯科）において、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）</u>	
	1 <u>初診時</u>	<u>10点</u>
	2 <u>再診時等</u>	<u>2点</u>
	3 <u>歯科訪問診療時</u>	
	イ <u>同一建物居住者以外の場合</u>	<u>41点</u>

[算定要件]

- (1) 1については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下同じ。）の賃金の改善を図る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において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る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において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 3のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る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において、在宅等において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歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「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、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。
 - イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
 - ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療
- (4) 3のロについては、在宅等において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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。
 - イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
 - ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

[施設基準]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（歯科業務補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。

- (3) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (4) (3) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (5) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、40歳未満の勤務歯科医及び勤務医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を行うことができること。
- (6) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (7) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

3. 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない診療所であって、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）</u>		
	<u>1</u>	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u>	
		イ 初診又は訪問診療を行った場合	<u>8点</u>
		ロ 再診時等	<u>1点</u>
	<u>2</u>	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u>	
		イ 初診又は訪問診療を行った場合	<u>16点</u>
		ロ 再診時等	<u>2点</u>
	↓		
	<u>8</u>	<u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8</u>	
		イ 初診又は訪問診療を行った場合	<u>64点</u>
		ロ 再診時等	<u>8点</u>

[算定要件]

- (1) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る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において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、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。

- (2) 各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定している患者について、各区分のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

[施設基準]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の1分2厘未満であること。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みを用いて算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること。

$$\begin{aligned}
 \text{【A】} = & \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) 及び} \\
 & \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\left(\begin{array}{l} \text{外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) イの算定回数を見込み} \times 8 \\ + \text{外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) ロの算定回数を見込み} \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) イの算定回数を見込み} \times 8 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) ロの算定回数を見込み} \end{array} \right) \times 10 \text{円}}
 \end{aligned}$$

- (5) (4) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の

算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込みのいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (6) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (7) (6) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (8) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (10) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。
- (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

4. 外来医療又は在宅医療を実施し、入院医療を実施していない歯科診療所であって、勤務する歯科衛生士、歯科技工士その他の医療関係職種¹の賃金の改善を強化する必要がある医療機関において、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）</u>		
	<u>1</u>	<u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u>	
		イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	<u>8点</u>
		ロ 再診時等	<u>1点</u>
	<u>2</u>	<u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u>	
		イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	<u>16点</u>
		ロ 再診時等	<u>2点</u>
	↓		
	<u>8</u>	<u>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8</u>	
		イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	<u>64点</u>

[算定要件]

- (1) 主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る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において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、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。
- (2) 各区分のイについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定している患者について、各区分のロについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定している患者について、それぞれの所定点数を算定する。

[施設基準]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (2) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の1分2厘未満であること。
- (4) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みを用いて算出した数【A】に基づき、別表2に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。ただし、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準の届出を行う保険医療機関については、同一の区分を届け出ること。

$$\begin{aligned}
 \text{【A】} &= \frac{\text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{分} 2 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) 及び} \\
 &\quad \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) イの算定回数を見込み} \times 8 \\
 &\quad + \text{外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) ロの算定回数を見込み} \\
 &\quad + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) イの算定回数を見込み} \times 8 \\
 &\quad + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) ロの算定回数を見込み}} \times 10 \text{円}
 \end{aligned}$$

(5) (4) について、「対象職員の給与総額」は、直近 12 か月の 1 月あたりの平均の数値を用いること。外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) の算定回数の見込みは、初診料等の算定回数を用いて計算し、直近 3 か月の 1 月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年 3、6、9、12 月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近 3 か月の【A】、対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅰ) により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) の算定回数の見込みのいずれの変化も 1 割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

(6) 当該評価料を算定する場合は、令和 6 年度及び令和 7 年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和 6 年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

(7) (6) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。

(8) 令和 6 年度及び令和 7 年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。

(9) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

(10) 対象職員が常勤換算で 2 人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する保険医療機関にあっては、当該規定を満たしているものとする。

(11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

5. 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>入院ベースアップ評価料 (1 日につき)</u>	
	<u>1 入院ベースアップ評価料 1</u>	<u>1 点</u>
	<u>2 入院ベースアップ評価料 2</u>	<u>2 点</u>
	↓	
	<u>165 入院ベースアップ評価料 165</u>	<u>165 点</u>

[算定要件]

主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の賃金の改善を図る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に入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、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。

[施設基準]

- (1) 入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込みの10倍の数が、対象職員の給与総額の2分3厘未満であること。
- (5) 入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの点数については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数（入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定している患者の延べ人数をいう。以下同じ。）の見込みを用いて次の式により算出した数【B】に基づき、別表3に従い該当する区分を届け出ること。

$$\text{【B】} = \frac{\left(\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{分}3 \text{厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料 (I) 及び} \right. \\ \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円} \right)}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

- (6) (5) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。延べ入院患者数は、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【B】、対象

職員の給与総額、外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (7) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。
- (8) (7) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行い、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (9) 令和6年度及び令和7年度における当該保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (10) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (11) 主として保険診療等から収入を得る保険医療機関であること。

6. 訪問看護ステーションにおいて、勤務する看護職員その他の医療関係職種¹の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 訪問看護ベースアップ評価料（I） 780円

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定め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訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（I）として、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。対象職員は別表1に示す職員であり、専ら事務作業（看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く。）を行うものは含まれない。
- (2) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの

限りではない。

- (3) (2) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (4) 対象職員の基本給等を令和5年度と比較して一定水準以上引き上げた場合は、事務職員等の当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を行うことができること。
- (5) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (6) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。

7. 訪問看護ステーションであって、勤務する看護職員その他の医療関係職種の賃金の改善を強化する必要がある訪問看護ステーションにおいて、賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新)	<u>訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）</u>	
	<u>イ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u>	<u>10 円</u>
	<u>ロ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u>	<u>20 円</u>
	↓	
	<u>ヌ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 10</u>	<u>100 円</u>
	<u>ル 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 11</u>	<u>150 円</u>
	↓	
	<u>ソ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 18</u>	<u>500 円</u>

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定め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訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）として、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。

[施設基準]

- (1) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
- (2) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込みの数が、対象職員の給与総額から当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受

けた者の割合（以下「医療保険の利用者割合」とする。）を乗じた数の1分2厘未満であること。

ただし、同一月に医療保険制度と介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者については、医療保険制度の給付による場合として取り扱うこと。

$$\text{医療保険の利用者割合} = \frac{\text{直近3か月の1月あたりの区分番号02の1の算定回数の平均}}{\text{直近3か月の1月あたりの医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者} + \text{介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者}}$$

- (3) 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の訪問看護ステーションごとの区分については、当該訪問看護ステーションにおける対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みを用いて算出した数【C】に基づき、別表4に従い該当する区分のいずれかを届け出ること。

$$\text{【C】} = \frac{\text{対象職員の給与総額} \times \text{医療保険の利用者割合} \times 1\text{分}2\text{厘} - \text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}}{\text{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込み}}$$

- (4) (3) について、「対象職員の給与総額」は、直近12か月の1月あたりの平均の数値を用いること。訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みは、訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）の算定回数を用いて計算し、直近3か月の1月あたりの平均の数値を用いること。また、毎年3、6、9、12月に上記の算定式により新たに算出を行い、区分に変更がある場合は地方厚生局長等に届け出ること。

ただし、前回届け出た時点と比較して、直近3か月の【C】、対象職員の給与総額、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数を見込みのいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとする。

- (5) 当該評価料を算定する場合は、令和6年度及び令和7年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるもの

を除く。)を実施しなければならない。ただし、令和6年度において、翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合においてはこの限りではない。

- (6) (5) について、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図ることを原則とする。
- (7) 令和6年度及び令和7年度における当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善に係る計画を作成していること。
- (8) 前号の計画に基づく職員の賃金の改善に係る状況について、定期的に地方厚生局長等に報告すること。
- (9) 対象職員が常勤換算で2人以上勤務していること。ただし、特定地域に所在する訪問看護ステーションにあっては、当該規定を満たしているものとする。
- (10) 主として保険診療等から収入を得る訪問看護ステーションであること。

8. 令和6年度及び令和7年度に賃金の改善を確実に実施するために、看護職員処遇改善評価料の施設基準を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準]</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) (3) について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。</p> <p>ただし、<u>令和6年度及び令和7年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち3分の2以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。</u></p>	<p>【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準]</p> <p>1 看護職員処遇改善評価料に関する施設基準</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) (3) について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。</p> <p>ただし、<u>「令和4年度（令和3年度からの繰越分）看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。</u></p>

<p><u>(6)</u> <u>(5)</u>について、原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要があること。ただし、届出時点の計画を上回る収入が生じた場合又は看護職員が減った場合であって、当該計画に基づく収入の3分の2以上を賃金の改善措置を行っている場合に限り、当該差分については、翌年度の12月までに賃金の改善措置を行えばよいものとする。</p> <p><u>(7)</u>～<u>(10)</u> (略)</p>	<p>(新設)</p> <p><u>(6)</u>～<u>(9)</u> (略)</p>
---	--

別表 1

ア	薬剤師
イ	保健師
ウ	助産師
エ	看護師
オ	准看護師
カ	看護補助者
キ	理学療法士
ク	作業療法士
ケ	視能訓練士
コ	言語聴覚士
サ	義肢装具士
シ	歯科衛生士
ス	歯科技工士
セ	歯科業務補助者
ソ	診療放射線技師
タ	診療エックス線技師
チ	臨床検査技師
ツ	衛生検査技師
テ	臨床工学技士
ト	管理栄養士
ナ	栄養士
ニ	精神保健福祉士
ヌ	社会福祉士
ネ	介護福祉士
ノ	保育士
ハ	救急救命士
ヒ	あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
フ	柔道整復師
ヘ	公認心理師
ホ	診療情報管理士
マ	医師事務作業補助者

ミ その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

別表 2

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	点数（イ）	点数（ロ）
0 を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1	8 点	1 点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2	16 点	2 点
↓			
7.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8	64 点	8 点

別表 3

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0 を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料 2	2 点
↓		
164.5 以上	入院ベースアップ評価料 165	165 点

別表 4

【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
0 を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1	10 円
15 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2	20 円
↓		
95 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10	100 円
125 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11	150 円
↓		
475 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18	500 円

⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る調剤基本料等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、調剤基本料の評価を見直す。
2. 薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価体系の在り方を見直し、地域支援体制加算の要件を強化する。
3. 連携強化加算について、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえて要件及び評価を見直すとともに、当該加算の地域支援体制加算の届出にかかる要件については求めないこととする。
4. オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

改 定 案		現 行	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
1 調剤基本料 1	45点	1 調剤基本料 1	42点
2 調剤基本料 2	29点	2 調剤基本料 2	26点
3 調剤基本料 3		3 調剤基本料 3	
イ	24点	イ	21点
ロ	19点	ロ	16点
ハ	35点	ハ	32点
4 特別調剤基本料 A	5点	(新設)	

<p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>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、<u>特別調剤基本料B</u>として、処方箋の受付1回につき<u>3点</u>を算定する。</p> <p>3・4 (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>※ 地域支援体制加算については「Ⅲ-8-②」を参照のこと。</p> <p>6 (略)</p> <p>※ 連携強化加算については「Ⅱ-6-⑥」を参照のこと。</p> <p>7~11 (略)</p> <p>12 (略)</p> <p>※ 在宅薬学総合体制加算については「Ⅱ-8-⑳」を参照のこと。</p> <p>13 (略)</p> <p>※ 医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ-1-①」を参照のこと。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>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、<u>特別調剤基本料</u>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>3・4 (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>※ 地域支援体制加算については「Ⅲ-8-②」を参照のこと。</p> <p>6 (略)</p> <p>※ 連携強化加算については「Ⅱ-6-⑥」を参照のこと。</p> <p>7~11 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	--

5. 閉局時間のうち休日及び深夜における薬局での対応について、コロナ禍における自治体からの要請を受けて対応した実態も踏まえ、薬局の休日・深夜の業務に係る評価の明確化を行う。
「Ⅲ-8-③」を参照のこと。

※ 特別調剤基本料の評価の見直しについては、「Ⅲ-8-④」を参照のこと。

【I-2 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 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

第1 基本的な考え方

病棟における多職種連携によるポリファーマシー対策をさらに推進する観点から、業務の合理化がなされるよう、薬剤総合評価調整加算について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、カンファレンスの実施に限らず、多職種による薬物療法の総合的評価及び情報共有・連携ができる機会を活用して必要な薬剤調整等が実施できるよう要件を見直す。
2. 必要な薬剤調整等の実効性を担保するため、医療機関内のポリファーマシー対策に係る評価方法についてあらかじめ手順書を作成等することとする。

改 定 案	現 行
<p>【薬剤総合評価調整加算】 [算定要件]</p> <p>(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による連</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 [算定要件]</p> <p>(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の内服薬が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種による力</p>

携の下で、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載し、多職種で共有すること。

ウ 処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再評価を行う。

オ イ、ウ、エを実施するに当たっては、ポリファーマシー対策に係るカンファレンスを実施する他、病棟等における日常的な薬物療法の総合的評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。

カ (7)に規定するガイドライン等を参考にして、ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

(2) ～(6) (略)

(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更にあたっては、

ンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。

ウ 当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。

(新設)

(新設)

(2) ～(6) (略)

(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更にあたっては、

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、
「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）、「ポリファーマシー対策の進め方」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、
「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

【I-2 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 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

第1 基本的な考え方

病棟薬剤業務に関して、チーム医療の推進と薬物治療の質の向上を図る観点から、地域医療に係る業務の実践的な修得を含めた病院薬剤師の研修体制が整備された医療機関の病棟薬剤業務について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算1について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

(新) 薬剤業務向上加算 100点

[算定要件]

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修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入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること。
- (2) 都道府県との協力の下で、当該保険医療機関の薬剤師が、一定期間、別の保険医療機関に勤務して地域医療に係る業務を実践的に修得する体制を整備していること。

【I-2 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-⑤】

⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

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、外来腫瘍化学療法診療料について、要件及び評価を見直すとともに、診察前に薬剤師が服薬状況等の確認・評価を行い、医師に情報提供、処方提案等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

1. 外来腫瘍化学療法診療料について、実施医療機関における更なる体制整備等の観点から、次のとおり要件及び評価を見直す。
 - (1) やむを得ない理由等により専任の医師、看護師又は薬剤師を院内に常時1人以上配置することが困難であって、電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制を整備している医療機関の評価を新たに設ける。
 - (2) (1)の医療機関からの患者について、当該医療機関と連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出医療機関において副作用等による有害事象等への対応を行った場合の評価を新たに設ける。
 - (3) 「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」について、抗悪性腫瘍剤を投与した場合と抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合の評価に細分化する。
 - (4) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に「がん性疼痛緩和指導管理料」の届出を行っていることを追加する。
 - (5) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に「がん患者指導管理料の口」の届出を行っていることが望ましいとする要件を追加する。
 - (6) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準に医師の研修要件を追加する。
 - (7) 患者が事業者と共同して作成した勤務情報を記載した文書を、医療機関に提出した場合の療養上の必要な指導の実施について、ウェブサイトに掲載していることが望ましいとする要件を追加する。
 - (8) 患者の急変時等の対応に関する指針を作成することが望ましいとする要件を設ける。
 - (9) 外来化学療法の体制(24時間対応できる体制があること等)について、ウェブサイトに掲載していることを施設基準に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から3回目まで</u> 800点</p> <p>(2) <u>4回目以降</u> 450点</p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合</u> 350点</p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から3回目まで</u> 600点</p> <p>(2) <u>4回目以降</u> 320点</p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合</u> 220点</p> <p>3 <u>外来腫瘍化学療法診療料 3</u></p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から3回目まで</u> 540点</p> <p>(2) <u>4回目以降</u> 280点</p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合</u> 180点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 1 (略)</p> <p>2 <u>1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)</u>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。</p> <p>3 <u>1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)</u>については、<u>1のイの(1)、2のイの(1)又は3のイの(1)</u>を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。</p> <p>4 <u>1のロ</u>については、次に掲げ</p>	<p>【外来腫瘍化学療法診療料】</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点</p> <p>ロ <u>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> 400点</p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点</p> <p>ロ <u>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> 270点</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 1 (略)</p> <p>2 <u>1のイ及び2のイ</u>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。</p> <p>3 <u>1のロ及び2のロ</u>については、<u>1のイ又は2のイ</u>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<u>その他の必要な治療管理を行った場合</u>に、週1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>

るいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

ア 1のイの(1)又は(2)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以外の必要な治療管理を行った場合

イ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

5 2のロ及び3のロについては、2のイの(1)若しくは(2)又は3のイの(1)若しくは(2)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以外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。

6～9 (略)

(1) (略)

(2) 「1」の「ロ」、 「2」の「ロ」及び「3」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

また、外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている医療機関において外来化学療法を実施している患者が、連携する外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている医療機関を緊急的な副作用等で受

(新設)

4～7 (略)

(1) (略)

(2) 「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

診した場合には、「1」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により当該外来腫瘍診療料3の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

(3)～(6) (略)

(7) 「注8」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。

ア～オ (略)

(8) (略)

[施設基準]

(1) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準

イ～ハ (略)

ニ 当該保険医療機関内に外来化学療法を担当する医師であつて、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。

ホ がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) (略)

(3) 外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準

イ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行う体制が整備されていること。

ロ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分

(3)～(6) (略)

(7) 「注6」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。

ア～オ (略)

(8) (略)

[施設基準]

(1) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準

イ～ハ (略)

(新設)

(新設)

(2) (略)

(新設)

<p><u>な体制が整備されている別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</u></p>	
<p><u>ハ (1)の口を満たすものであること。</u></p>	
<p><u>(4)・(5) (略)</u></p>	<p><u>(3)・(4) (略)</u></p>
<p>第6の8の4 外来腫瘍化学療法診療料</p>	<p>第6の8の4 外来腫瘍化学療法診療料</p>
<p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p>	<p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p>
<p>(1)～(7) (略)</p>	<p>(1)～(7) (略)</p>
<p><u>(8) 区分番号「B001・22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p><u>(9) 区分番号「B001・23」に掲げるがん患者指導管理料の口の届出を行っていることが望ましい。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p><u>(10) (2)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p><u>ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会</u></p>	
<p><u>イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等</u></p>	
<p><u>(11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p><u>(12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p><u>(13) 外来腫瘍化学療法診療料3の</u></p>	<p>(新設)</p>

<p><u>届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、連携する医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>(14) <u>(5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>(15) <u>(5)、(6)、(7)及び(13)の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2 (1) <u>1の(1)、(5)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。</u> (2)～(3) (略)</p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3 (1) <u>1の(1)、(6)、(11)及び(12)を満たしていること。</u> (2) <u>2の(2)及び(3)を満たしていること。</u> (3) <u>当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料 1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2 (1) <u>1の(1)、(5)及び(6)を満たしていること。</u> (2)～(3) (略)</p> <p>(新設)</p>
---	--

<p>(4) <u>(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p> <p>(5) <u>当該保険医療機関から、他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に1回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。</u></p> <p>(6) <u>標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。</u></p> <p>[経過措置] 令和7年5月31日までの間に限り、1の(15)又は3の(4)を満たすものとする。</p>	
---	--

2. 医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について確認・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

(新) がん薬物療法体制充実加算 100点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り 100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

化学療法を実施している患者の薬学的管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

【I-3 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-②】

② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

第1 基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直すとともに、施設基準の届出の電子化を推進する。

第2 具体的な内容

1. 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合及び必要以上に添付書類を求めている施設基準の添付書類の省略化などを行う。
2. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行い、医療機関・薬局のレセプト作成に係る事務負担軽減を図る。
3. 施設基準の届出について、現在紙で届け出ることとされている施設基準について電子的な届出を可能にすることで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

第1 基本的な考え方

保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を医療情報取得加算に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【初診料】 [算定要件] 注15 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<u>十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1</u>として、月1回に限り<u>3点</u>を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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にあつては、<u>医療情報取得加算2</u>として、月1回に限り<u>1点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注15 初診に係る十分な情報を取得する体制として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初診を行った場合は、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算1</u>として、月1回に限り<u>4点</u>を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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にあつては、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算2</u>として、月1回に限り<u>2点</u>を所定点数に加算する。</p>

【再診料】

[算定要件]

(削除)

注19 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

※ 外来診療料についても同様。

[施設基準]

第3 初・再診料の施設基準等
3の7 医療情報取得加算の施設基準
(略)

【再診料】

[算定要件]

注18 再診に係る十分な情報を取得する体制として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再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

(新設)

[施設基準]

第3 初・再診料の施設基準等
3の7 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準
(略)

<p>【調剤管理料】 [算定要件] 注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<u>医療情報取得加算1</u>として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した場合にあっては、<u>医療情報取得加算2</u>として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 九の五 調剤管理料の注6に規定する<u>医療情報取得加算</u>の施設基準</p> <p>(1)～(3) 略</p>	<p>【調剤管理料】 [算定要件] 注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算1</u>として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した場合にあっては、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算2</u>として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 九の五 調剤管理料の注6に規定する<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算</u>の施設基準</p> <p>(1)～(3) 略</p>
--	---

② 医療 DX 推進体制整備加算の新設

第 1 基本的な考え方

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療 DX の推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療 DX を推進する体制について、新たな評価を行う。

第 2 具体的な内容

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 医療 DX 推進体制整備加算 8 点

[算定要件]

医療 DX 推進に係る体制と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医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月 1 回に限り 8 点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算又は区分番号●●●に掲げる訪問看護医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[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命令(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) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。

- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (7) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- (9) 現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、B001-2に掲げる小児科外来診療料、B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料、B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料及びB001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

[経過措置]

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(5)の基準に該当するものとみなす。
- (3) (6)の基準については、令和6年10月1日から適用する。
- (4) 令和7年5月31日までの間に限り、(8)の基準に該当するものとみなす。

(新) 医療 DX 推進体制整備加算
(歯科初診料・地域歯科診療支援病院歯科初診料) 6点

[算定要件]

医療 DX 推進に係る体制と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医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[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命令(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) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
 - (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
 - (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
 - (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
 - (7) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
 - (8) (7) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
 - (9) 現行の医療情報・システム基盤整備体制充実加算と同様に、B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料、B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料及びB004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料において、包括範囲外とする。

[経過措置]

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4) の基準に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(5) の基準に該当するものとみなす。
- (3) (6) の基準については、令和6年10月1日から適用する。
- (4) 令和7年5月31日までの間に限り、(8) の基準に該当するものとみなす。

(新) 医療 DX 推進体制整備加算 (調剤基本料) 4点

[算定要件]

医療 DX 推進に係る体制と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を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。

[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命令(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) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
 - (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。
 - (5) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
 - (6) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
 - (7) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
 - (8) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
 - (9) (8) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4) の基準に該当するものとみなす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(6) の基準に該当するものとみなす。
- (3) (7) の基準については、令和6年9月30日から適用する。
- (4) 令和7年5月31日までの間に限り、(9) の基準に該当するものとみなす。

⑰ 診療報酬における書面要件の見直し

第1 基本的な考え方

医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

第2 具体的な内容

1. 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。

改 定 案	現 行
<p>[算定要件] 別添1 医科診療報酬点数表に関する事項 <通則> 9 <u>文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者</u></p>	<p>[算定要件] 別添1 医科診療報酬点数表に関する事項 <通則> (新設)</p>

（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

※ 別添2 歯科診療報酬点数表に関する事項、別添3 調剤報酬点数表に関する事項についても同様。

[施設基準]

第1 基本診療料の施設基準等

7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、

[施設基準]

第1 基本診療料の施設基準等

7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

<p><u>本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。</u></p> <p>※ 別添6の通則についても同様。</p>	
---	--

2. 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

改 定 案	現 行
<p>[算定要件] 別添1の2 <通則> (略) <u>様式11について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。</u></p>	<p>[算定要件] 別添1の2 <通則> (略) (新設)</p>

⑱ 書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

第1 基本的な考え方

デジタル原則に基づき書面揭示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面揭示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

第2 具体的な内容

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面揭示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

改 定 案	現 行
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 (揭示)</p> <p>第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</p> <p><u>2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p> <p>(食事療養)</p> <p>第五条の三 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらか</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 (揭示)</p> <p>第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</p> <p>(新設)</p> <p>(食事療養)</p> <p>第五条の三 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらか</p>

はじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

5 保険医療機関は、原則として、第4項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

3 保険医療機関は、原則として、第2項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

はじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(新設)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(新設)

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(揭示)

第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。

2 保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

※ 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についても同様。

※ 「厚生労働大臣が定める事項」については、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」において、次のとおりとされている。

- ・ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数別表第一から別表第三までの病院の欄に掲げる病院であること
- ・ 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た事項に関する事項
- ・ 保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する揭示
- ・ 役務の提供及び物品の販売等であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項(当該費

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(揭示)

第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。

(新設)

用の支払が法令の規定に基づくものを除く。)

- ・ 予約診察を行う日時及び予約料
- ・ 金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項
- ・ う蝕に罹患している患者の指導管理に係る費用徴収その他必要な事項
- ・ 金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項
- ・ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項
- ・ 調剤管理料及び服薬管理指導料に関する事項等
- ・ 調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(揭示)

第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項(次項において単に「重要事項」という。)を揭示しなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

【後発医薬品使用体制加算】

[施設基準]

三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- (1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準
イ～ハ (略)

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(揭示)

第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を揭示しなければならない。

(新設)

【後発医薬品使用体制加算】

[施設基準]

三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- (1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準
イ～ハ (略)

ニ 後発医薬品の使用に積極的
に取り組んでいる旨を、当該
保険医療機関の見やすい場所
に掲示していること。

ホ ニの後発医薬品の使用に積
極的に取り組んでいる旨につ
いて、原則として、ウェブサ
イトに掲載していること。

※ 算定告示別表第一医科診療報酬
点数表のうち、明細書発行体制等
加算、第二部入院料等第一節入院
基本料の一般病棟入院基本料、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、特
定機能病院入院基本料、専門病院
入院基本料、障害者施設等入院基
本料、有床診療所入院基本料及び
有床診療所療養病床入院基本料
（以下「一般病棟入院基本料等」
という。）、ハイリスク分娩等管
理加算、後発医薬品使用体制加
算、特定一般病棟入院料、外来後
発医薬品使用体制加算、院内トリ
アージ実施料、ハイリスク妊産婦
共同管理料（Ⅰ）、ハイリスク妊産
婦共同管理料（Ⅱ）、コンタクトレ
ンズ検査料及び特掲診療料の施設
基準等第12第2の医科点数表第2
章第10部手術通則第5号及び第6
号並びに歯科点数表第2章第9部
手術通則第4号に掲げる手術につ
いても同様。

算定告示別表第二歯科診療報酬
点数表のうち、第一章第一部初・
再診料第一節初診料の注1、地域
歯科診療支援病院歯科初診料、初
診料及び地域歯科診療支援病院歯
科初診料の注10、第二部入院料等
第一節入院基本料の一般病棟入院
基本料等、有床義歯修理及び有床
義歯内面適合法の歯科技工加算1
及び2についても同様。

ニ 後発医薬品の使用に積極的
に取り組んでいる旨を、当該
保険医療機関の見やすい場所
に掲示していること。

（新設）

[経過措置]

本改正に際し、令和7年5月31日までの経過措置を設ける。

【Ⅱ－１ 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑱】

⑱ 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

「Ⅰ－３－②」を参照のこと。

【Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－④】

④ 介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

第1 基本的な考え方

医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、医療保険で給付できる医療サービスの範囲を以下のとおり見直す。

- ① 介護保険施設及び障害者支援施設において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。
- ② 令和6年3月末をもって介護療養病床が廃止されることに伴い、医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床に関する記載を削除する。
- ③ 保険薬局の薬剤師が介護老人保健施設及び介護医療院に入所する患者に対し、専門的な薬学管理が必要な薬剤の調剤や服薬指導等を行った場合の医療保険と介護保険の給付調整の範囲を見直す。

第2 具体的な内容

1. 介護老人保健施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対する放射線治療の医学管理及び緩和ケアの医学管理に関する費用を医療保険において算定可能とする。
2. 介護老人保健施設に入所している患者に対し、当該介護老人保健施設の医師及び当該介護老人保健施設の併設医療機関に所属する医師（以下「当該介護老人保健施設等の医師」という。）以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合、処方箋の発行にかかる費用を医療保険において算定可能とする。
3. 介護老人保健施設及び介護医療院における重症心不全患者に対する植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る指導管理の費用を医療保険において算定可能とする。
4. 介護老人保健施設及び介護医療院に入所している患者に対し、当該施設の医師以外の医師が、高度な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局における調剤等にかかる費用を医療保険において算定可能とする。
5. 新興感染症等発生時において、施設に入所している感染症患者に対して医師の処方箋に基づき薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した

場合、医療保険において算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【介護老人保健施設入所者について算定できない診療料】 [算定要件] 第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項 4 その他の診療料 併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等（<u>がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）及び外来放射線照射診療料を除く。</u>）及び第2部在宅医療に掲げる診療料（<u>在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を除く。</u>） ロ～リ （略）</p> <p>第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 4 その他の診療料 併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。</p>	<p>【介護老人保健施設入所者について算定できない診療料】 [算定要件] 第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項 4 その他の診療料 併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。 イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料 ロ～リ （略）</p> <p>第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 4 その他の診療料 併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。</p>

<p>イ (略)</p> <p>ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料 (<u>がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料 (悪性腫瘍の患者に限る。)</u>、<u>外来放射線照射診療料、退院時共同指導料1、診療情報提供料 (I) (注4に掲げる場合に限る。)</u> 及び診療情報提供料 (II) を除く。)</p> <p>ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料 (<u>往診料及び在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料</u>を除く。)</p> <p>ニ～ル (略)</p> <p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】</p> <p>[施設基準]</p> <p>第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等</p> <p>一 (略)</p> <p>二 <u>介護老人保健施設入所者について算定できる投薬</u> <u>医科点数表F400に掲げる処方箋料 (三に規定する薬剤を投与した場合に限る。)</u></p> <p>三 (略)</p> <p>四 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 (中略) 医科点数表区分番号G001に掲げる静脈内注射 (保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和八年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成十一年厚生省令第四十号) 附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設 (以下「療養病床から転換した介</p>	<p>イ (略)</p> <p>ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料 (退院時共同指導料1、診療情報提供料 (I) (注4に掲げる場合に限る。)) 及び診療情報提供料 (II) を除く。)</p> <p>ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料 (往診料を除く。)</p> <p>ニ～ル (略)</p> <p>【介護老人保健施設入所者について算定できない検査等】</p> <p>[施設基準]</p> <p>第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等</p> <p>一 (略) (新設)</p> <p>二 (略)</p> <p>三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用 (中略) 医科点数表区分番号G001に掲げる静脈内注射 (保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和六年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 (平成十一年厚生省令第四十号) 附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設 (以下「療養病床から転換した介</p>
--	--

護老人保健施設」という。)に赴いて行うもの、医科点数表区分番号B001-22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、医科点数表区分番号B001-24に掲げる外来緩和ケア管理料(悪性腫瘍の患者に限る。)、医科点数表区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)

※ G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈栄養、G006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養についても同様。

【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】

患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
五 次に掲げる患者 イ 介護医療院に入所している患者 ロ 介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一 次に掲げる点数が算定されるべき療養(指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の4のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。) イ～メ (略) ニ 別表第一区分番号C116に掲げる在

護老人保健施設」という。)に赴いて行うもの、医科点数表区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の1のイ若しくは2のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)

【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】

患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
五 次に掲げる患者 イ 介護医療院に入所している患者 ロ 介護医療院において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	一 次に掲げる点数が算定されるべき療養(指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準別表の4のイからへまでの注11に規定する所定単位数を算定した日に行われたものを除く。) イ～メ (略) (新設)

	<p><u>宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料</u></p> <p><u>シ～ヒ</u>（略）</p> <p><u>モ</u> 別表第一区分番号F400に掲げる処方箋料（特掲診療料の施設基準等第十六第三号に掲げる薬剤に係るものに限る。）</p> <p><u>セ～イイ</u></p> <p><u>イロ</u> 別表第三第1節に規定する点数</p> <p><u>イハ</u> 別表第三第2節区分番号10の2に掲げる調剤管理料</p> <p><u>イニ</u> 別表第三第2節区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料</p> <p><u>イホ</u> 別表第三第2節区分番号14の2の2に掲げる外来服薬支援料</p> <p><u>イヘ</u> 別表第三第2節区分番号15の2の1に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（注10に規定する場合</p>		<p><u>ミ～エ</u>（略） （新設）</p> <p><u>ヒ～ス</u>（略） （新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>
--	--	--	---

	<p>に限る)</p> <p><u>イト 別表第三</u> <u>第3節に規定</u> <u>する点数(特</u> <u>掲診療料の施</u> <u>設基準等第十</u> <u>六第二号に掲</u> <u>げる薬剤及び</u> <u>同第三号に掲</u> <u>げる薬剤(抗</u> <u>悪性腫瘍剤を</u> <u>除く。)</u>に係 <u>るものに限</u> <u>る。)</u></p> <p><u>イチ 別表第三</u> <u>第4節に規定</u> <u>する点数</u></p> <p>二 次に掲げる点 数が算定される べき療養(指定 施設サービス等 に要する費用の 額の算定に關す る基準別表の4 のイからへまで の注11に規定す る所定単位数を 算定した日に行 われたものに限 る。)</p> <p>イ～ス (略)</p> <p><u>ン 別表第一区</u> <u>分番号C11</u> <u>6に掲げる在</u> <u>宅植込型補助</u> <u>人工心臓(非</u> <u>拍動流型)指</u> <u>導管理料</u></p> <p><u>イイ～イヨ</u> (略)</p> <p><u>イタ 別表第三</u> <u>第1節に規定</u> <u>する点数</u></p>		<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>二 次に掲げる点 数が算定される べき療養(指定 施設サービス等 に要する費用の 額の算定に關す る基準別表の4 のイからへまで の注11に規定す る所定単位数を 算定した日に行 われたものに限 る。)</p> <p>イ～ス (略)</p> <p>(新設)</p> <p><u>ン～イカ</u> (略)</p> <p>(新設)</p>
--	---	--	--

	<p><u>イレ 別表第三 第2節区分番 号10の2に 掲げる調剤管 理料</u></p>		(新設)
	<p><u>イソ 別表第三 第2節区分番 号10の3に 掲げる服薬管 理指導料</u></p>		(新設)
	<p><u>イツ 別表第三 第2節区分番 号14の2の 2に掲げる外 来服薬支援料 2</u></p>		(新設)
	<p><u>イネ 別表第三 第2節区分番 号15の2の 1に掲げる在 宅患者緊急訪 問薬剤管理指 導料(注10に 規定する場合 に限る)</u></p>		(新設)
	<p><u>イナ 別表第三 第3節に規定 する点数(専 門的な診療に 特有の薬剤に 係るものに限 る特掲診療料 の施設基準等 第十六第二号 に掲げる薬剤 及び同第三号 に掲げる薬剤 (抗悪性腫瘍 剤を除く。) に係るものに 限る。)</u></p>		(新設)
	<p><u>イラ 別表第三 第4節に規定</u></p>		(新設)

	する点数		
	三 (略)		三 (略)
六 次に掲げる患者 イ 介護老人保健施設に入所している患者 ロ 介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三 (略) 四 <u>別表第三のうち次に掲げる点数が算定されるべき療養</u> イ <u>別表第三第1節に規定する点数</u> ロ <u>別表第三第2節区分番号10の2に掲げる調剤管理料</u> ハ <u>別表第三第2節区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料</u> ニ <u>別表第三第2節区分番号14の2の2に掲げる外来服薬支援料2</u> ホ <u>別表第三第2節区分番号15の2の1に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(注10に規定する場合に限る)</u> ヘ <u>別表第三第3節に規定する点数(特掲診療料の施設基準等第十六</u>	六 次に掲げる患者 イ 介護老人保健施設に入所している患者 ロ 介護老人保健施設において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三 (略) (新設)

	<p>第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤(抗悪性腫瘍剤を除く。)に係るものに限る。)</p> <p>ト 別表第三第4節に規定する点数</p>		
--	--	--	--

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
<p>二十四 次に掲げる点数が算定されるべき療養イ (略) (削除)</p> <p>ロ (略)</p>	<p>介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。</p>
<p>二十五 別表第三区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p>	<p>介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に実施した場合又は注10に規定する場合に限り、算定できる。</p>
<p>二十六 (略)</p>	<p>(略)</p>
<p>二十七 (略)</p>	<p>(略)</p>

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
<p>二十四 次に掲げる点数が算定されるべき療養イ (略)</p> <p>ロ 別表第三区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p> <p>ハ (略)</p>	<p>介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。</p>
<p>(新設)</p>	<p>(新設)</p>
<p>二十五 (略)</p>	<p>(略)</p>
<p>二十六 (略)</p>	<p>(略)</p>

6. 障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に訪問診療を行った場合の費用を医療保険において算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】</p> <p>4 特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。</p> <p>(中略)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料（Ⅱ） <p>(中略)</p> <p>また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合、<u>指定障害者支援施設（生活介護を行う施設に限る。）</u>については、<u>以下のアに該当する場合には、それぞれ在宅患者訪問診療料を算定することができる。</u>ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。</p> <p>ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合</p> <p>イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療</p>	<p>【特別養護老人ホーム等において算定可能な診療料】</p> <p>4 特別養護老人ホーム等に入所している患者については、次に掲げる診療報酬等の算定の対象としない。</p> <p>(中略)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医科点数表区分番号C001の在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び医科点数表区分番号C001-2の在宅患者訪問診療料（Ⅱ） <p>(中略)</p> <p>また、特別養護老人ホームの入所者については、以下のア又はイのいずれかに該当する場合には在宅患者訪問診療料を算定することができる。ただし、看取り加算については、当該患者が介護福祉施設サービス又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る看取り介護加算（以下「看取り介護加算」という。）のうち、看取り介護加算（Ⅱ）を算定していない場合に限り算定できる。</p> <p>ア 当該患者が末期の悪性腫瘍である場合</p> <p>イ 当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療</p>

<p>機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。)</p> <p>※ <u>C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料及びC003に掲げる在宅がん医療総合診療料においても同様。</u></p>	<p>機関の医師により、死亡日から遡って30日間に行われたものに限る。)</p>
---	--

7. 医療保険で給付できる医療サービスの範囲について、介護療養病床等に係る記載を削除する。

改 定 案		現 行	
【入院している患者について算定できる費用】		【介護療養病床等に入院している患者について算定できる費用】	
患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
二 入院している患者	<p>次に掲げる点数が算定されるべき療養</p> <p>一 別表第一及び別表第二に規定する点数</p> <p>二 別表第三区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料</p>	<p>二 <u>指定介護療養施設サービスを行う療養病床等（療養病床のうちその一部について専ら要介護者を入院させるものにあつては、当該専ら要介護者を入院させる部分に限る。以下「<u>介護療養病床等</u>」という。）以外の病床に入院している患者（短期入所療養介護又は介</u></p>	<p>次に掲げる点数が算定されるべき療養</p> <p>一 別表第一及び別表第二に規定する点数</p> <p>二 別表第三区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料</p>

		<u>護</u> <u>予</u> <u>防</u> <u>短</u> <u>期</u> <u>入</u> <u>所</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>介</u> <u>護</u> <u>を</u> <u>受</u> <u>け</u> <u>て</u> <u>い</u> <u>る</u> <u>患</u> <u>者</u> <u>を</u> <u>除</u> <u>く</u> <u>。</u> <u>）</u>	
(削除)	(削除)	<u>三</u> <u>次</u> <u>に</u> <u>掲</u> <u>げ</u> <u>る</u> <u>患</u> <u>者</u> <u>イ</u> <u>介</u> <u>護</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>病</u> <u>床</u> <u>等</u> <u>（</u> <u>老</u> <u>人</u> <u>性</u> <u>認</u> <u>知</u> <u>症</u> <u>疾</u> <u>患</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>病</u> <u>棟</u> <u>の</u> <u>病</u> <u>床</u> <u>を</u> <u>除</u> <u>く</u> <u>。</u> <u>）</u> <u>に</u> <u>入</u> <u>院</u> <u>し</u> <u>て</u> <u>い</u> <u>る</u> <u>患</u> <u>者</u> <u>ロ</u> <u>短</u> <u>期</u> <u>入</u> <u>所</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>介</u> <u>護</u> <u>（</u> <u>介</u> <u>護</u> <u>老</u> <u>人</u> <u>保</u> <u>健</u> <u>施</u> <u>設</u> <u>の</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>室</u> <u>又</u> <u>は</u> <u>老</u> <u>人</u> <u>性</u> <u>認</u> <u>知</u> <u>症</u> <u>疾</u> <u>患</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>病</u> <u>棟</u> <u>の</u> <u>病</u> <u>床</u> <u>（</u> <u>以</u> <u>下</u> <u>「</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>室</u> <u>等</u> <u>」</u> <u>と</u> <u>い</u> <u>う</u> <u>。</u> <u>）</u> <u>に</u> <u>お</u> <u>い</u> <u>て</u> <u>行</u> <u>わ</u> <u>れ</u> <u>る</u> <u>も</u> <u>の</u> <u>を</u> <u>除</u> <u>く</u> <u>。</u> <u>）</u> <u>又</u> <u>は</u> <u>介</u> <u>護</u> <u>予</u> <u>防</u> <u>短</u> <u>期</u> <u>入</u> <u>所</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>介</u> <u>護</u> <u>（</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>室</u> <u>等</u> <u>に</u> <u>お</u> <u>い</u> <u>て</u> <u>行</u> <u>わ</u> <u>れ</u> <u>る</u> <u>も</u> <u>の</u> <u>を</u> <u>除</u>	<u>次</u> <u>に</u> <u>掲</u> <u>げ</u> <u>る</u> <u>療</u> <u>養</u> <u>二</u> <u>～</u> <u>三</u> <u>（</u> <u>略</u> <u>）</u>

		く。)を 受けてい る患者	
(削除)	(削除)	<u>四 次に掲げ る患者</u> <u>イ 介護療 養病床等 (老人性 認知症疾 患療養病 棟の病床 に限 る。)に 入院して いる患者</u> <u>ロ 老人性 認知症疾 患療養病 棟の病床 において 短期入所 療養介護 又は介護 予防短期 入所療養 介護を受 けている 患者</u>	<u>次に掲げる療養 二～三 (略)</u>
備考 一～十 (略) (削除)		備考 一～十 (略) <u>十一 この表において「指定介護 療養施設サービス」とは、健康 保険法等の一部を改正する法律 (平成十八年法律第八十三号) 附則第三百十条の二第一項の規 定によりなおその効力を有する ものとされた同法第二十六条に よる改正前の介護保険法(以下 「旧介護保険法」という。)第 四十八条第一項第三号に規定す る指定介護療養施設サービスを いう。</u> <u>十二 この表において「療養病床</u>	
(削除)			

(削除)

十一 この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二 別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注2に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養	入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 (削除)

等」とは、旧介護保険法第八条第二十六項に規定する療養病床等をいう。

十三 この表において「老人性認知症疾患療養病棟」とは、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年厚生省令第三十七号）第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。

十四 この表において「別表第一」とは、診療報酬の算定方法別表第一をいい、「別表第二」とは、診療報酬の算定方法別表第二をいい、「別表第三」とは、診療報酬の算定方法別表第三をいう。

別表第二

診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二 別表第一区分番号B009に掲げる診療情報提供料（I）（注2に規定する場合に限る。）が算定されるべき療養	二 入院中の患者以外の患者について、同一月において、居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導（医師が行う場合に限る。）を行い、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した場合には、算定できない。 二 <u>介護療養病床等（老人性認知症疾患療養病棟の病床を除く。）</u> に入院し

			<p><u>ている患者については、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている場合に限りに、算定できる。</u></p>
<p>備考 <u>一～七</u> (略) (削除)</p> <p><u>八～二十八</u> (略)</p>		<p>備考 <u>一～七</u> (略) <u>八</u> この表において「<u>老人性認知症疾患療養病棟</u>」とは、<u>指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第百四十四条に規定する老人性認知症疾患療養病棟をいう。</u></p> <p><u>九～二十九</u> (略)</p>	

⑥ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し

第1 基本的な考え方

薬局における新興感染症発生・まん延時に対応する体制整備の観点から、第二種協定指定医療機関の指定要件等を踏まえ、連携強化加算について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

連携強化加算について、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえて要件及び評価を見直すとともに、当該加算の地域支援体制加算の届出にかかる要件については求めないこととする。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注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調剤を行った場合は、<u>連携強化加算として、5点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。また、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定す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が医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及びA0001に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算又は区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。</u></p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注6 <u>注5又は注12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。</u></p>

<p>[施設基準]</p> <p>四の二 連携強化加算の施設基準</p> <p><u>(1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する「第二種協定指定医療機関」として都道府県知事の指定を受けた保険薬局であること。</u></p> <p><u>(2) 災害の発生時等において、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。</u></p> <p><u>(3) 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></p> <p>四の三 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医療機関</p> <p><u>当該保険薬局が特別調剤基本料Aを算定する場合の要件に係る保険医療機関であること。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p><u>令和6年3月31日において現に調剤基本料の連携強化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、令和6年12月31日までの間に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>四の二 連携強化加算の施設基準（新設）</p> <p>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。</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>[経過措置]</p> <p>（新設）</p>
---	--

※ 上記の改正に伴い、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえた算定要件について、特掲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（通知）で下記の事項を規定予定。

- 新型インフルエンザ等感染症等の発生時において自宅療養者等に対する調剤、オンライン又は訪問による服薬指導、薬剤等の交付等に対応する体制
- 要指導医薬品・一般用医薬品、検査キット（体外診断用医薬品）の販売
- オンライン服薬指導を行うための必要な通信環境、セキュリティ対応等
- 以下の研修の実施
 - ・ 第二種協定指定医療機関の締結時に求められる新興感染症等の発生時におけ

- る自宅・宿泊療養患者への対応に係る研修
 - ・災害発生時における対応に係る研修
 - ・オンライン服薬指導実施要領に基づく、必要な知識を習得するための研修
- 地域の住民が薬局の体制を把握できるよう、災害や新興感染症発生時における対応体制の確保について、行政機関や薬剤師会を通じて公表・周知

【Ⅱ－6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組一
⑦】

⑦ 新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤 管理指導料の見直し

第1 基本的な考え方

感染症に係る対応として、薬局が自宅・宿泊療養者等の患者に対して行う服薬指導・薬剤交付について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定できることとする。

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] 注10 <u>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の発生時又はまん延時においては、注1の規定にかかわらず、当該感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養を行っている者、介護医療院又は介護老人保健施設に入所する者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方医の指示により、保険薬局の保険薬剤師が患家又は宿泊施設及び当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はそ</u></p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p>

<p><u>の家族等に対して対面による必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定できる。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。</u></p> <p><u>11 注10については、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、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。</u></p>	<p>(新設)</p>
--	-------------

⑤ かかりつけ薬剤師指導料の見直し

第1 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師の業務を推進するため、かかりつけ薬剤師指導料と個別に評価されている薬学的管理の業務、算定している薬剤師の業務実態等を踏まえ、かかりつけ薬剤師が算定できる評価とともに、かかりつけ薬剤師としての要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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薬剤師としての24時間対応に係る要件について、休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう薬剤師の勤務状況や患者への対応実態に合わせて見直しを行う。
2. 吸入薬に係る情報提供、服薬指導は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の内容とは異なることから、かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合でも吸入指導加算を算定可能とする。

改定案	現行
<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [算定要件] 注1～7 (略)</p> <p><u>8 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。</u></p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者</p>	<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [算定要件] 注1～7 (略) (新設)</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者</p>

<p>に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア～ウ (略) エ <u>患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導等を受けられるよう、当該薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。</u> オ <u>患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があります。当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制とすること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所に対応する場合にあつては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。</u></p>	<p>に対して、以下の服薬指導等を行う。 ア～ウ (略) (新設) エ <u>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。この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があります。その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。</u></p>
---	--

3. 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の要件を見直し、患者の同意を得た上で、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）が服薬管理指導料の特例を算定できるようにする。

「Ⅱ－7－⑥」を参照のこと。

4. 調剤後薬剤管理指導料（新設）で必要とされる対応は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能とする。

「Ⅱ－7－⑦」を参照のこと。

⑥ 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）の見直し

第1 基本的な考え方

服薬情報の一元的・継続的把握の推進の観点から、同一薬局の利用をさらに進めるため、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係る要件について見直す。

第2 具体的な内容

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おける要件について、1名までの保険薬剤師に限るとする規定を見直し、当該保険薬局における常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）であれば複数人でも患者にあらかじめ同意を得ることで特例を算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】 [算定要件] 1～12（略） 13 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） (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師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服薬指導等を行った場合に算定</p>	<p>【服薬管理指導料】 [算定要件] 1～12（略） 13 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） (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（<u>1名までの保険薬剤師に限る。</u>以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師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</p>

<p>できる。</p> <p>(2)～(6) (略)</p> <p>【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（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）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。）勤務していること。</u></p> <p>(4) <u>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。</u></p> <p>(5) <u>医療に係る地域活動の取組に参画していること。</u></p>	<p>服薬指導等を行った場合に算定できる。</p> <p>(2)～(6) (略)</p> <p>【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（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）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
--	--

⑦ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

第1 基本的な考え方

薬剤師による充実した薬学管理を推進し、質の高い薬物療法が適用できるようにするため、地域における医療機関と連携して行う、調剤後の薬学管理に係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象となる糖尿病薬の範囲を拡大し、対象患者を慢性心不全患者に拡大するとともに、医療機関と薬局が連携して糖尿病患者、慢性心不全患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。これに伴い、服薬管理指導料の注10の調剤後薬剤管理指導加算は廃止する。
2. 調剤後薬剤管理指導料が対象とする業務は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能となるよう見直す。

(新) 調剤後薬剤管理指導料

<u>1</u>	<u>糖尿病患者に対して行った場合</u>	<u>60点</u>
<u>2</u>	<u>慢性心不全患者に対して行った場合</u>	<u>60点</u>

[算定要件]

1. 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、1については糖尿病であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については心疾患による入院の経験があり、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全の患者に対して、保険医療機関の求めがあった場合又は患者若しくはその家族等の求めがあり、かつ、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行ったときに、調剤後薬剤管理指導料として、月1回に限り算定できる。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。
イ 調剤後に当該薬剤の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について当該患者へ電話等により確認すること（当該調剤と同日に

行う場合を除く。)

- ロ 必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。
 - ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。
2. 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する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。
 3. 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特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。

[施設基準]

次のいずれかに該当するものであること。

- (1) 新たに糖尿病用剤が処方されたもの
- (2) 糖尿病用剤に係る投薬内容の変更が行われたもの

⑳ 多様な在宅ニーズに対応した薬局の 高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し

第1 基本的な考え方

悪性腫瘍以外の患者も含むターミナル期の患者に対する薬剤の提供を含む適切な薬学的管理のニーズの増加に対応するため、薬剤師が行う訪問薬剤管理指導を充実する観点から、医療用麻薬等の提供体制、急変時の夜間・休日における対応等を含めた在宅患者（緊急）訪問薬剤管理指導について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 調剤基本料について、麻薬の備蓄や無菌製剤処理の体制、小児在宅医療の対応等の在宅訪問を十分行うための体制整備や実績に基づく薬局の評価を新設する。

(新) 在宅薬学総合体制加算

<u>イ</u>	<u>在宅薬学総合体制加算 1</u>	<u>15 点</u>
<u>ロ</u>	<u>在宅薬学総合体制加算 2</u>	<u>50 点</u>

[算定要件]

- (1) 在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、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若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。ただし、「区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の(4)において規定する在宅協力薬局が処方箋を受け付けて調剤を行った場合は、この限りでない。
- (2) 特別調剤基本料Aを算定す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10に相当する点数を所定点数に加算する。
- (3) 特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は算定できない。

[施設基準]

1 在宅薬学総合体制加算1の施設基準

- (1) 地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 直近1年間に、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の算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）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。）及び同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
- (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。
- (4) 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (5) 当該保険薬局において、在宅業務の質の向上のため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき当該保険薬局で在宅業務に関わる保険薬剤師に対して在宅業務に関する研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する外部の学術研修（地域の薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、当該学術研修については、認知症、緩和医療、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則と

して衛生材料を当該患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

- (7) 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。

2 在宅薬学総合体制加算2の施設基準

- (1) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。

ア 以下の①から②までの要件を全て満たすこと。

- ① 医療用麻薬について、注射剤1品目以上を含む6品目以上を備蓄し、必要な薬剤交付及び指導を行うことができること。
- ② 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

イ 直近1年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注5若しくは注6に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注4若しくは注5に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注4若しくは注5に規定する加算の算定回数の合計が6回以上であること。

- (2) 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとっていること。
- (3) 直近1年間に、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24回以上であること。
- (4) 医薬品医療機器等法第39条第1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。
- (5) 1の基準を満たすこと。

2. 在宅患者調剤加算を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【薬剤調製料】</p> <p>1～5 (略)</p> <p>6 外用薬(1調剤につき)</p> <p>注1～7 (略)</p> <p>(削除)</p>	<p>【薬剤調製料】</p> <p>1～5 (略)</p> <p>6 外用薬(1調剤につき)</p> <p>注1～7 (略)</p> <p>8 <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、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理</u></p>

<p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p>	<p><u>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する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付1回につき15点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 八 <u>薬剤調製料の注8に規定する施設基準</u> (略)</p> <p>九 <u>薬剤調製料の注8に規定する患者</u> (略)</p>
------------------------------------	--

3. 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、注射による麻薬の投与が必要な患者に対する定期訪問の上限回数を週2回かつ月8回までに見直す。
4. 調剤基本料の届出を行っていない薬局は、在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅緊急患者訪問薬剤管理指導料を算定できないものとする。「Ⅲ－8－④」を参照のこと。

改 定 案	現 行
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 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、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、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、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 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、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、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、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪</p>

<p>性腫瘍の患者、<u>注射による麻薬の投与が必要な患者</u>及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。<u>ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。</u></p> <p>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、<u>注射による麻薬の投与が必要な患者</u>及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、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。</p> <p>注3～9 （略）</p>	<p>性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</p> <p>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っては、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。</p> <p>注3～9 （略）</p>
---	--

5. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の緊急訪問の回数上限について、末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の場合は、現行の月4回から原則として月8回に見直す。
6. 末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の医師の指示に基づいた緊急訪問について、休日や夜間・深夜に実施した場合の加算を設ける。

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

<p>[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 <u>（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8回）</u>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。<u>なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、算定できない。</u></p> <p>2～8 (略)</p> <p>9 <u>1について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、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は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>夜間訪問加算</td> <td>400点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>休日訪問加算</td> <td>600点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>深夜訪問加算</td> <td>1,000点</td> </tr> </table>	イ	夜間訪問加算	400点	ロ	休日訪問加算	600点	ハ	深夜訪問加算	1,000点	<p>[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。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。</p> <p>2～8 (略)</p> <p>(新設)</p>
イ	夜間訪問加算	400点								
ロ	休日訪問加算	600点								
ハ	深夜訪問加算	1,000点								

7. 新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に

に基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定できることとする。

「Ⅱ－6－⑦」を参照のこと。

②⑨ 在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

在宅医療において、薬剤師が医療・介護の多職種と連携しつつ、質の高い薬学管理を推進するため、退院後の在宅訪問を開始する移行期における薬学的管理、医師等との連携による処方内容の調整、介護関係者に対する服用薬等に係る情報提供等について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患者を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価を設ける。

(新) 在宅移行初期管理料（1回に限り） 230点

[算定要件]

- (1) 在宅での療養へ移行が予定されている通院が困難な患者であって、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者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、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、当該患者において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が1人の場合）その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。
- (2) 在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から保険薬剤師が患者を訪問して特に重点的な服薬支援を行う必要があると判断したものを対象とする。
 - ア 認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者、6歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。

- (3) 実施した薬学的管理及び指導の内容等について薬剤服用歴等に記載し、必要に応じて、薬学的管理指導計画書を作成・見直しすること。また、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員に対して必要な情報提供を文書で行うこと。なお、この場合の文書での情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。
- (4) 在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料1は算定できない。
- (5) 在宅移行初期管理に要した交通費は、患家の負担とする。

[施設基準]

在宅移行初期管理料に規定する費用

- (1) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。）
- (2) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。）

2. 在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設けるとともに、残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</p> <p>1 <u>処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合</u></p> <p style="margin-left: 20px;">イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 20点</p> <p>2 <u>患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受</u></p>	<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</p> <p>1 <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点</p> <p style="margin-left: 20px;">(新設)</p> <p style="margin-left: 20px;">(新設)</p> <p>2 <u>残薬調整に係るものの場合</u> 30点</p>

<p><u>け付けた場合</u></p> <p><u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点</p> <p><u>ロ 残薬調整に係るものの場合</u> 20点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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<u>処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</u></p> <p>2 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>受け付けた処方箋の処方内容について処方医に対して連絡・確認を行い、処方に変更が行われた場合には「1」を算定し、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方に係る提案を行い、当該提案に基づく処方内容の処方箋を受け付けた場合には「2」を算定する。</u></p> <p>(3) <u>「1」のイ及び「2」のイにおける「残薬調整に係るもの以外の場合」とは、次に掲げる内容である。</u></p> <p>ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）</p> <p>イ 併用薬、飲食物等との相互作用</p> <p>ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項</p> <p>(4) <u>「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>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<u>照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</u></p> <p>2 (略)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) <u>「イ 残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。</u></p> <p>ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）</p> <p>イ 併用薬、飲食物等との相互作用</p> <p>ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項</p> <p>(3) <u>「ロ 残薬調整に係るものの場合」は、残薬について、処方医に</u></p>
--	--

箋について処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「1」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「2」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合には、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。

(5) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、受け付けた処方箋に基づき実施した場合は、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。

(6) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。この場合において、医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

(7) (略)

対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

(4) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。

(新設)

(5) (略)

③〇 医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

第1 基本的な考え方

医療用麻薬の持続皮下投与では医療用麻薬を希釈せず原液で投与する実態があることを踏まえ、これらの無菌製剤処理に係る業務が評価できるよう、無菌製剤処理加算について、評価を見直す。

第2 具体的な内容

医療用麻薬を希釈せず原液のまま注入器等に無菌的に調製した場合について、無菌製剤処理加算の評価の対象範囲に加える。

改 定 案	現 行
<p>【薬剤調製料】 [算定要件] (1)～(6) (略) (7) 注射薬の無菌製剤処理 ア (略) イ 薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、次に示す注射薬を無菌的に製剤した場合に、1日分製剤するごとにそれぞれ次に示す点数を所定点数に加算する。</p> <p>(イ) <u>2以上の注射薬を混合して中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合</u> 69点 (6歳未満の乳幼児の場合は137点)</p> <p>(ロ) <u>抗悪性腫瘍剤を含む2以上の注射薬を混合して(生理食塩水等で希釈する場合を含む。)抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合</u> 79点 (6歳未満の乳幼児の場合は147点)</p> <p>(ハ) <u>麻薬を含む2以上の注射薬を混合して(生理食塩水等で</u></p>	<p>【薬剤調製料】 [算定要件] (1)～(6) (略) (7) 注射薬の無菌製剤処理 ア (略) イ 薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、<u>2以上の注射薬を無菌的に混合して(麻薬の場合は希釈を含む。)、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を1日分製剤するごとにそれぞれ69点、79点又は69点(6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤するごとにそれぞれ137点、147点又は137点)を加算する。</u></p>

<p><u>希釈する場合を含む。）無菌的に麻薬を製剤する場合又は麻薬の注射薬を無菌的に充填し製剤する場合</u> 69点</p> <p><u>（6歳未満の乳幼児の場合は137点）</u></p> <p>ウ～カ (略)</p> <p>(8)～(13) (略)</p>	<p>ウ～カ (略)</p> <p>(8)～(13) (略)</p>
--	------------------------------------

③ 高齢者施設における薬学的管理に係る 評価の見直し

第1 基本的な考え方

介護保険施設における適切な薬剤提供や服薬管理等を推進するため、短期入所を含めた介護老人福祉施設入所者に係る薬学管理の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 服薬管理指導料3の対象患者について、短期入所生活介護（ショートステイ）等の利用者が含まれることを明確化する。
2. 介護医療院又は介護老人保健施設に入所中の患者に対して、当該介護老人保険施設等の医師以外の医師が、専門的な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に、応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携しつつ服薬指導等を実施した場合に、服薬管理指導料3を算定できることとする。
3. 服薬管理指導料3について、算定回数の上限を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 <u>介護老人福祉施設等</u>に入所している患者に訪問して行った場合 45点</p> <p>4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 3については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、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、<u>月4回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</u></p>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 <u>特別養護老人ホーム</u>に入所している患者に訪問して行った場合 45点</p> <p>4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 3については、保険薬剤師が<u>老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム</u>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、<u>処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</u></p>

<p>イ～ハ (略) 3～14 (略) [施設基準] <u>十 服薬管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定める患者</u> <u>次のいずれかに該当する患者</u> (1) <u>介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者又は同条第9項に規定する短期入所生活介護若しくは同法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護を受けている患者</u> (2) <u>介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院又は同条第28項に規定する介護老人保健施設に入所中の患者であって、医師が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号ハに係る処方箋を交付したもの</u></p>	<p>イ～ハ (略) 3～14 (略) [施設基準] (新設)</p>
--	--

4. 特別養護老人ホーム等と連携した保険薬局の薬剤師が、患者の入所時等において特に服薬支援が必要と判断し、服用中の薬剤の整理等を実施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】 [算定要件] <u>注4 介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者を訪問し、注3に係る業務に加えて、当該施設職員と協働し当該患者が服薬中の調剤済みの薬剤を含めた服薬管理を支援した場合に、施設連携加算として月</u></p>	<p>【外来服薬支援料】 [算定要件] (新設)</p>

に1回に限り50点を所定点数に 加算する。	
--------------------------	--

※ 施設連携加算における具体的業務内容等については、留意事項通知において以下のような内容を規定する予定。

- 以下のうち、特に重点的な服薬管理の支援が必要であると薬剤師が判断した場合に実施すること。
 - (1) 施設入所時であって、服用薬剤が多い場合
 - (2) 新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった場合
 - (3) 副作用等の体調の変化における施設職員からの相談に基づく服薬支援が必要な場合
- 施設における患者の療養生活の状態等を確認した上で当該施設職員と協働して日常の服薬管理が容易になるような支援を実施すること。
- 当該保険薬局が調剤した薬剤以外に調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を実施すること。
- 単に施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設職員に対して服薬指導や情報共有等を行ったのみの場合は算定不可。

【Ⅲ－５ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進－⑤】

⑤ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

【Ⅲ－７ 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、病院薬剤師業務の評価－①】

① 薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズ に応じた薬学管理料の見直し

第1 基本的な考え方

薬剤師による患者の処方状況に応じた服薬指導の推進とともに、これらの業務の合理化を行う観点から、服薬管理指導料、服薬情報提供料等の薬学管理料について、業務実態に応じた要件及び評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. 麻薬管理指導加算について、疼痛緩和の評価等の実施に当たり参考となる緩和ケアに関するガイドラインを示すとともに、薬剤交付後のフォローアップの方法を明確化する。
2. 特定薬剤管理指導加算1について、ハイリスク薬等の特に重点的な服薬指導が必要な場合における業務実態を踏まえ、算定対象となる時点等を見直し、明確化する。
3. 服薬指導を行う際に、特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合として、①特に安全性に関する情報活用が必要となる、医薬品リスク管理計画に基づく説明資料を活用する場合及び緊急安全性情報等の医薬品の安全性に関する情報を提供する場合、②長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして導入された選定療養の対象となる品目が処方された患者に対する制度の説明が必要な場合等、患者に対してより丁寧な説明を実施する必要がある場合において、必要な指導・情報提供を行った際に、1回に限り、服薬管理指導料の加算として新たな評価を行う。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>注4 麻薬を調剤した場合であつて、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、<u>麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。</u></p> <p>※ <u>かかりつけ薬剤師指導料の注2、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注3、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注2、在宅患者緊急時等共同指導料の注2についても同様。</u></p> <p>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つて、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>特定薬剤管理指導加算1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>特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合</u> 10点</p> <p>ロ <u>特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況の変化等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合</u> 5点</p> <p>※ <u>かかりつけ薬剤師指導料の注3</u> についても同様。</p> <p>6 (略)</p> <p>7 <u>調剤を行う医薬品を選択する</u></p>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>注4 麻薬を調剤した場合であつて、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、<u>22点を所定点数に加算する。</u></p> <p>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つて、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>10点を所定点数に加算する。</u></p> <p>6 (略)</p> <p>(新設)</p>

ために必要な説明及び指導を行った次に掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、それぞれ5点を所定点数に加算する。

イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合

ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合

※ かかりつけ薬剤師指導料の注5についても同様。

※ 長期収載品の選定療養については、「Ⅲ-9-①」を参照のこと。

[算定要件]

5 麻薬管理指導加算

(1) (略)

(2) (1)の電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること(例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること)のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。

(3) (1)の麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」(日本緩和医療学会)、「新版 がん緩和ケア

[算定要件]

5 麻薬管理指導加算

(1) (略)

(新設)

<p><u>ガイドブック」(日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)」等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>(4) (略)</p>	
<p>8 特定薬剤管理指導加算 3</p>	
<p>(1) <u>服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者1人につき当該医薬品に関して最初に処方された1回に限り算定する。</u></p>	<p>(2) (略)</p>
<p>(2) 「イ」については、「区分10の2調剤管理料」の1の(1)を踏まえ、当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を用いて特に必要な患者に説明及び指導を行ったときは、以下の場合をいう。</p>	<p>(新設)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>RMPの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り患者又はその家族等に対し、RMPに基づきRMPに係る情報提供資材を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合</u> ・ <u>処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合</u> 	

(3) 「ロ」に示す調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行ったときは、以下の場合をいう。

・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合。

※ 長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－９－①」を参照のこと。

・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

(4) 対象となる医薬品が複数処方されている場合に、処方箋受付1回につきそれぞれ1回に限り算定するものであること。また複数の項目に該当する場合であっても、重複して算定することができない。

(5) 当該加算を算定する場合は、それぞれの所定の要件を満たせば特定薬剤管理指導1及び特定薬剤管理指導加算2を算定できる。

(6) 薬剤服用歴等には対象となる医薬品がわかるように記載すること。また、医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。

--	--

4. 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算について、薬剤師から処方医への照会により残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直すとともに、薬剤師が調剤時に薬剤服用歴や医薬品リスク管理計画等の情報に基づき薬学的分析及び評価を行うことを算定要件に加える。

改 定 案	現 行
<p>【調剤管理料】</p> <p>注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。</p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 20点</p>	<p>【調剤管理料】</p> <p>注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。</p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 30点</p>

の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。

2 2については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月1回に限り算定する。

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。

4 (略)

5 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局

の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

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

<p>において、<u>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><u>6 区分番号00に掲げる注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>[施設基準] (削除)</p>	<p><u>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> (新設)</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> 当該保険薬局が<u>十二の二(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。</u></p>
--	--

【Ⅲ－７ 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、病院薬剤師業務の評価－②】

② 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

【Ⅲ－7 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、病院薬剤師業務の評価－③】

③ 薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

調剤に係る業務の実態を踏まえ、嚥下困難者用製剤加算等の薬剤調製に係る評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. 薬剤調製料における薬剤調製行為の評価を整理する観点から、嚥下困難者用製剤加算に係る評価を廃止して、飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を自家製剤加算における算定のみとする。
2. 自家製剤加算について、医薬品供給に支障が生じている際に不足している医薬品の製剤となるよう他の医薬品を用いて調製した場合も評価できるように改正する。

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 注1 （略） （削除）</p> <p>2～6 （略）</p> <p>[算定要件] (11) 自家製剤加算 ア～ウ （略） エ 薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形</p>	<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 注1 （略）</p> <p><u>2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。</u></p> <p>2～6 （略）</p> <p>[算定要件] (11) 自家製剤加算 ア～ウ （略） エ 薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形</p>

の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。

(イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び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。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。

(ロ) (略)
オ～サ (略)

[施設基準]

七 薬剤調製料の注6ただし書に規定する薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤（供給の状況が安定していないため、調剤時に必要な数量が確保できない医薬品を除く。）

の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。

(イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び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

(ロ) (略)
オ～サ (略)

[施設基準]

七 薬剤調製料の注6ただし書に規定する薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

【Ⅲ－７ 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、病院薬剤師業務の評価－④】

④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

【Ⅲ－７ 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、病院薬剤師業務の評価－⑤】

⑤ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

【Ⅲ－７ 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、病院薬剤師業務の評価－⑥】

⑥ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

「Ⅰ－２－④」を参照のこと。

【Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－①】

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、特定の医療機関からの処方箋受付が集中しており、処方箋受付回数が多い薬局等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

調剤基本料2の算定対象となる薬局に、1月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が7割を超える薬局を加える。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [施設基準] (1) (略) (2) 調剤基本料2の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局 (3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。)であること。 イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること(一月の処方箋の受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が七割を超える場合に限る。))。 ロ～ホ (略)</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準] (1) (略) (2) 調剤基本料2の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局 (3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。)であること。 イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること(特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合に限る。))。 ロ～ホ (略)</p>

【Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－②】

② 地域支援体制加算の見直し

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、要件及び評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価体系の在り方を見直し、地域支援体制加算の要件を強化する。
2. 夜間・休日対応について、輪番制等の周囲の薬局と連携した体制でも引き続き可能とするとともに、地域の住民や医療・介護等の関係者が地域の体制を把握できるよう、行政機関や薬剤師会を通じて地域における夜間・休日の対応状況を公表・周知するよう見直す。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定す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10に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、算定できない。</p> <p>イ 地域支援体制加算 1 32点 ロ 地域支援体制加算 2 40点 ハ 地域支援体制加算 3 10点</p>	<p>【調剤基本料】 [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、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>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</p>

二 地域支援体制加算 4 32点

【地域支援体制加算】

[施設基準]

(1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 地域支援体制加算 1

(イ) 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十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④を含む3項目以上を満たすこと。

① 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40回以上であること。

② 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1回以上であること。

③ 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20回以上であること。

④ 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20回以上であること。

⑤ 外来服薬支援料 1 の算定回数が1回以上であること。

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

二 地域支援体制加算 4 39点

【地域支援体制加算】

[施設基準]

(1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 地域支援体制加算 1

(イ) 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又は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。

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

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。）。な
お、「同等の業務」とは、
在宅患者訪問薬剤管理指導
料で規定される患者1人当
たりの同一月内の算定回数
の上限を超えて訪問薬剤管
理指導業務を行った場合を
含む。

⑧ 服薬情報等提供料の算定
回数が30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 服薬管理指導料、かかり
つけ薬剤師指導料、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
導料及び在宅患者緊急時等
共同指導料の小児特定加算
の算定回数の合計が1回以
上であること。

⑩ 薬剤師認定制度認証機構
が認証している研修認定制
度等の研修認定を取得した
保険薬剤師が地域の多職種
と連携する会議に1回以上
出席していること。

(削除)

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。

(新設)

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。

① 麻薬及び向精神薬取締法
（昭和28年法律第14号）第
3条の規定による麻薬小売

<p>(削除)</p>	<p><u>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。</u></p> <p>② <u>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。当該回数には、在宅協力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めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。</u></p>
<p>(削除)</p> <p>(ロ) <u>(イ)の⑩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</u></p>	<p>③ <u>地方厚生（支）局長に対して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係る届出を行っていること。</u></p> <p>(新設)</p>

万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。

(ハ) (イ)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」とは次のものをいう。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の「注6」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。

- ・ 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
- ・ 調剤後薬剤管理指導料

- ・ 服用薬剤調整支援料2
- ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）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ぬこと。）

(ロ) (イ)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
- ・ 服用薬剤調整支援料2
- ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）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ぬこと。）
- ・ 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、特定薬剤管理指導加算2、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料2又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴等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ぬこ

<p>(ニ) <u>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、(イ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(イ)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、(イ)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、(イ)の⑤の外来服薬支援料1並びに(イ)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、薬剤服用歴等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。</u></p> <p>(ホ) <u>(イ)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。(イ)の⑩以外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。</u></p> <p>イ 地域支援体制加算2</p> <p>(イ) <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、アの(イ)の①から⑩までの10の要件のうち、8項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ロ)から(ホ)までに準じて取り扱う。</u></p>	<p><u>と。)</u> (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>イ 地域支援体制加算2</p> <p>(イ) <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、アの(イ)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項目以上を満たすこと。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</u></p>
--	---

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。

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 外来服薬支援料1の算定
回数が12回以上であるこ
と。
- 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

	<p><u>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。）。</u>なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。</p> <p>⑧ <u>服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。</u>なお、当該回数には、<u>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。</u></p> <p>⑨ <u>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。</u></p> <p>(ロ) <u>(イ)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、アの(ロ)に準じて取り扱う。</u></p> <p>(ハ) <u>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、(イ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(イ)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、(イ)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、(イ)の⑤の外来服薬支援料1並びに(イ)の⑥の服用薬剤調整支</u></p>
(削除)	
(削除)	

	<p><u>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、薬剤服用歴等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。</u></p>
<p>(削除)</p>	<p>(ニ) (イ)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。(イ)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。</p>
<p>(削除)</p>	<p>(ホ) 施設基準に適合すると届出をした後は、(イ)の①から⑨までについては、前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。</p>
<p>ウ 地域支援体制加算3</p> <p>(イ) 調剤基本料1以外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十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④及び⑦を含む3項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ロ)から(ホ)までに準じて取り扱う。</p> <p>① 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。</p>	<p>ウ 地域支援体制加算3</p> <p>(イ) 調剤基本料1以外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十分な実績として、イの(イ)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。</p>

- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。
- 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。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
- ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。

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 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、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及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が1回以上であること。

⑩ 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。

(削除)

エ 地域支援体制加算4

調剤基本料1以外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、ウの(イ)の①から⑩までの10の要件のうち8項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ロ)から(ホ)までに準じて取り扱う。

(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての体制として以下を満たすこと。

ア 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。

イ 当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局(同一グループの保険薬局を除く。)に対して在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。

ウ 医療材料及び衛生材料を供給

(ロ) 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。

エ 地域支援体制加算4

調剤基本料1以外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、イの(イ)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。

(2) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。

(新設)

(17) 医療材料及び衛生材料を供給で

できる体制を有していること。
また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

エ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）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。

オ 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、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について、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当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として70%以上であること。この場合において、処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。

カ 次に掲げる情報（当該保険薬局において取り扱う医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。

(イ) 一般名

(ロ) 剤形

(ハ) 規格

(ニ) 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

できる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

(新設)

(22) 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、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について、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当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として50%以上であること。

(23) 上記(22)の処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。

(12) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。

ア 一般名

イ 剤形

ウ 規格

エ 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

<p>(ホ) <u>緊急安全性情報、安全性速報</u></p> <p>(ハ) <u>医薬品・医療機器等安全性情報</u></p> <p>(ト) <u>医薬品・医療機器等の回収情報</u></p> <p>(3) <u>休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制等の対応</u></p> <p>ア 当該保険薬局の開局時間は、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。</p> <p>イ 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、<u>休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）に対応できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。また、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制には、地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含まれる。</u></p>	<p>才 緊急安全性情報、安全性速報</p> <p>カ 医薬品・医療機器等安全性情報</p> <p>キ 医薬品・医療機器等の回収情報</p> <p>(7) 当該保険薬局の開局時間は、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。</p> <p>(3) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、<u>24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）が提供できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。</u></p>
---	--

<p><u>ウ 当該保険薬局を利用する患者及びその家族等からの相談等に対して、以下の(イ)から(ハ)までの体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(イ) 夜間、休日を含む時間帯の対応できる体制が整備されていること。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(ロ) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。</u></p> <p><u>(ハ) これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。</u></p> <p><u>エ 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応でき</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、<u>当該担当者及び当該担当者</u>と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により<u>24時間調剤</u>ができる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。<u>なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者</u>と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。</p> <p>また、これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。</p> <p>(5) <u>地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等</u>に対して、<u>24時間調剤及び在宅業務</u>に対応できる体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行ってい</p>
---	--

る体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

(4) 在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下を満たすこと。

ア 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円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

イ 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の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連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。

ウ 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

ること。

(18) 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円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

(19) 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の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連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。

(新設)

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。当該回数には、在宅協力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めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。この場合において、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

エ 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。

(5) 医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。

ア 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）に登録することにより、常に最新

(9) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。

(11) 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬

<p>の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。</p> <p>イ 「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月6日付け薬食総発第1006第1号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。</p> <p>ウ 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。</p> <p>(6) <u>地方厚生（支）局長に対して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係る届出を行っていること。</u></p> <p>(7) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。</p> <p>(8) 当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。</p> <p>ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験があること。</p> <p>イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。</p> <p>ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。</p>	<p>品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。</p> <p>(20) 「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月6日付け薬食総発第1006第1号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。</p> <p>(21) 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。 (新設)</p> <p>(6) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。</p> <p>(8) 当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。</p> <p>ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験があること。</p> <p>イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。</p> <p>ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。</p>
---	---

(9) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

(10) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、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ィ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。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。

(11) 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。

ア 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。なお、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売の際には、購入される要指導医薬品及び一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。また、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していれば

(10) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

(13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、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ィ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。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。

(14) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。

ばいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、様々な種類の医薬品を取り扱うべきであり、健康サポート薬局（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施行規則第1条第2項第5号で規定する薬局）の届出要件とされている48薬効群の品目を取り扱うこと。薬効群については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の一般用医薬品・要指導医薬品の添付文書検索システムに記載されているものであること。

イ 健康相談又は健康教室を行うとともに、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談について応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。

ウ 緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制を整備していること。

エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

- ① 当該保険薬局の敷地内が禁煙であること。
- ② 保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。

(16) 健康相談又は健康教室を行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること。

(15) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。

(新設)

(新設)

オ 当該保険薬局及び当該薬局に併設される医薬品の店舗販売業（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（昭和三十五年法律第百四十五号）第25条第1号に基づく許可を有する店舗）において、たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。

(12) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(1)のア又はウの(イ)の①から⑩まで及び(4)のウについては、前年5月1日から当年4月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年6月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年5月1日から当年4月末日までの処方箋受付回数とする。

2 届出に関する事項

- (1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3及び様式87の3の2を用いること。
- (2) 令和6年5月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(1)のアの(イ)の①から⑩、(2)のイ、オ、(3)のエ及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。また、令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間

(新設)

(24) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(1)のアの(イ)の②、④及び(1)のイ、ウ及びエの(イ)の①から⑨までについては、前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年3月1日から当年2月末日までの処方箋受付回数とする。

2 届出に関する事項

- (1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3及び様式87の3の2又は様式87の3の3を用いること。
- (2) 令和4年3月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和5年3月31日までの間に限り、1の(1)のアの(イ)の②に規定する「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ものとする。また、令和4年3月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして、地域

<p>に限り、<u>1の(2)のイ、オ、(3)のエ及び(11)のア、ウ、オ</u>に規定する要件を満たしているものとし、<u>地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(2)のイ、オ、(3)のエ、(4)のウ、(6)及び1の(11)のア、ウ、オ</u>に規定する要件を満たしているものとする。</p> <p>(3) <u>令和6年8月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局であって、令和6年9月1日以降も算定する場合においては、前年8月1日から当年7月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年9月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年8月1日から当年7月末日までの処方箋受付回数とする。</u></p>	<p>支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、<u>令和5年3月31日までの間に限り、1の(1)のイのイの⑦</u>に規定する「<u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績</u>」の基準を満たしているものとする。</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を算定している保険薬局とみなし、地域支援体制加算の施設基準を満たしているかを判断する。</u></p>
--	--

【Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－③】

③ 休日・深夜加算の見直し

第1 基本的な考え方

地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていく観点から、夜間・休日対応を含めた、薬局における体制に係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

閉局時間のうち休日及び深夜における薬局での対応について、コロナ禍における地域の行政機関からの要請を受けて対応した実態も踏まえ、薬局の休日・深夜の業務に係る評価の明確化を行う。

改 定 案	現 行
<p>【調剤技術料の時間外加算等】 [算定要件] ア～オ (略) カ 休日加算 (イ) (略) (ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、 ①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ① <u>地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者</u> ・<u>救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による休日当番保険薬局の場合</u> ・<u>感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合</u> ② (略)</p>	<p>【調剤技術料の時間外加算等】 [算定要件] ア～オ (略) カ 休日加算 (イ) (略) (ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、 ①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ① <u>地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っている</u>と認められる<u>保険薬局で調剤を受けた患者</u> ② (略)</p>

<p>キ 深夜加算</p> <p>(イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① <u>地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において深夜に調剤を受けた患者</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による深夜当番保険薬局の場合</u> ・ <u>感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合</u> <p>② (略)</p> <p>(ロ) (略)</p>	<p>キ 深夜加算</p> <p>(イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① <u>地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っている」と認められる保険薬局で調剤を受けた患者</u></p> <p>② (略)</p> <p>(ロ) (略)</p>
--	--

【Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－④】

④ いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

第1 基本的な考え方

いわゆる同一敷地内薬局への対応として、医薬品の備蓄等の効率性、医療経済実態調査に基づく薬局の費用構造や損益率の状況、同一敷地における医療機関との関係性等を踏まえ、特別調剤基本料を算定する薬局の調剤及び当該同一敷地における医療機関の処方について、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 特別調剤基本料についてA及びBの区分を設け、評価を見直す。
2. いわゆる同一敷地内薬局を対象とする特別調剤基本料Aにおいては、調剤基本料1、2及び3のイ～ハと同様に調剤基本料の施設基準の届出を求める。
3. 調剤基本料にかかる施設基準の届出を行っていない保険薬局に対しては特別調剤基本料Bの算定区分を適用するとともに、調剤基本料の諸加算の算定を不可とする。

改 定 案		現 行	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
1 調剤基本料 1	45点	1 調剤基本料 1	42点
2 調剤基本料 2	29点	2 調剤基本料 2	26点
3 調剤基本料 3		3 調剤基本料 3	
イ	24点	イ	21点
ロ	19点	ロ	16点
ハ	35点	ハ	32点
4 特別調剤基本料 A	5点	(新設)	
[算定要件]		[算定要件]	
注1 (略)		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 Bとして、処方箋の受付1回につき3点を算定する。		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7点を算定する。	

<p>3・4 (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>※ 地域支援体制加算については「Ⅲ－8－②」を参照のこと。</p> <p>6 (略)</p> <p>※ 連携強化加算については「Ⅱ－6－⑥」を参照のこと。</p> <p>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(区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定す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10に相当する点数)を所定点数に加算する。<u>この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。</u></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>8～11 (略)</p> <p>12 (略)</p> <p>※ <u>在宅薬学総合体制加算</u>については「Ⅱ－8－⑳」を参照のこと。</p> <p>13 (略)</p> <p>※ 医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－1－②」を参照のこと。</p> <p>[施設基準]</p> <p>一 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1) 調剤基本料1の施設基準</p>	<p>3・4 (略)</p> <p>5 (略)</p> <p>※ 地域支援体制加算については「Ⅲ－8－②」を参照のこと。</p> <p>6 (略)</p> <p>※ 連携強化加算については「Ⅱ－6－⑥」を参照のこと。</p> <p>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。</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>8～11 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>一 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1) 調剤基本料1の施設基準</p>
--	--

(2)から(6)までのいずれにも該当しない保険薬局であること。

- (2) 調剤基本料2の施設基準
次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)及び(6)に該当するものを除く。）であること。

イ～ホ（略）

- (3) 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。

イ 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三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局（(6)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九割五分を超える又は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。

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一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（(6)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を超える又は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。

- (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（(6)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。

(2)から(5)まで又は二の二の(1)のいずれにも該当しない保険薬局であること。

- (2) 調剤基本料2の施設基準
次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。

イ～ホ（略）

- (3) 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。

イ 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三万五千回を超え、四万回以下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、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は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。

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一月に四万回を超え、四十万回以下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、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を超える又は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。

- (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 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を超えること。

ロ 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。

(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(6)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。

(6) 特別調剤基本料Aの施設基準
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。)であって、
当該保険医療機関に係る処方箋
による調剤の割合が五割を超える
こと。

二 (略)

二の二 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

(削除)

一の(1)から(6)までのいずれか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以外の保険薬局であること。

イ 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を超えること。

ロ 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。

(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。

(新設)

二 (略)

二の二 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。

(1) 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。)であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。

(2) 一の(1)から(5)までのいずれか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以外の保険薬局であること。

4. 薬学管理料の各算定項目について、特別調剤基本料Aを算定する保険薬局においては特別な関係を有する医療機関への情報提供等に係る評価を見直すとともに、特別調剤基本料Bを算定する保険薬局においては算定を不可とする。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】 〔算定要件〕</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、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。なお、<u>区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。</u></p> <p>イ～へ (略)</p> <p>15 <u>区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、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医療機関への情報提供を行った場合は、注6及び注9に規定する加算は、算定できない。</u></p> <p>※ <u>特別調剤基本料Aを算定する薬局に関しては、かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2及び吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料2、外来服薬支援料1並びに調剤後薬剤管理指導料についても同様。</u></p> <p>※ <u>特別調剤基本料Bを算定する薬局に関しては、調剤管理料、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、外来服薬支援料、服用薬剤調</u></p>	<p>【服薬管理指導料】 〔算定要件〕</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、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。</p> <p>イ～へ (略)</p> <p>(新設)</p>

<u>整支援料、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、退院時共同指導料、服薬情報等提供料、調剤後薬剤管理指導料及び在宅移行初期管理料についても同様。</u>	
---	--

5. 医療機関の多剤処方時の薬剤料と同様に、いわゆる同一敷地内薬局においても多剤調剤時の薬剤料を減額する規定を設ける。

改定案	現行
【使用薬剤料】 [算定要件] 1・2 (略) <u>3 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局及び区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する薬局において、処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u>	【使用薬剤料】 [算定要件] 1・2 (略) (新設)

6. 1月あたりの処方箋の交付が平均4000回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が9割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。

改定案	現行
【処方箋料】 [算定要件] 注1～8 (略) <u>9 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合</u>	【処方箋料】 [算定要件] 注1～8 (略) (新設)

<p>は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。</p>	
---	--

※ 上記に併せて、保険薬局の指定・更新時の土地・建物の賃貸借料等の確認を含めた保険薬局に係る指定手続きの見直しを行う。

- ※ いわゆる同一敷地内薬局については、
- ・ 医療機関及び薬局が地域医療に果たす役割、
 - ・ 同一敷地内の医療機関と薬局における、①構造的、機能的及び経済的な独立性、②医療機関の敷地内薬局を開設する際の公募等における要件、③土地・建物の賃貸借料等を踏まえた双方の関係性、
 - ・ 薬局の収益構造において費用に占める医薬品等費と医薬品購入状況等の医薬品流通の観点からの実態
- 等を踏まえた、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、中医協で引き続き検討する。

【Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進－⑤】

⑤ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し

「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。

【Ⅲ－９ 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等－①】

① 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

第1 基本的な考え方

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。

第2 具体的な内容

1. 長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期収載品を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする。
2. 医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、後発医薬品を提供することが困難な場合（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。
3. 長期収載品は、準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外とする。また、後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が1%未満）である長期収載品は、上市後5年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、対象外とする。
4. あわせて、次のような対応を行う。
 - ・ 長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。
 - ・ 医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、処方箋様式を改正する。

[施行日等]

令和6年10月1日から施行・適用する。

【Ⅲ－９ 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等－②】

② 医薬品取引状況に係る報告の見直し

第1 基本的な考え方

「医療用医薬品の流通の改善に関する懇談会」で取りまとめられた「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」（以下「流通改善ガイドライン」という。）の改訂を踏まえ、医薬品の適正な流通を確保する観点から、保険医療機関及び保険薬局の医薬品取引状況に係る報告の見直しを行う。

第2 具体的な内容

医療用医薬品の適正な流通取引が行われる環境を整備するため、今般改訂される流通改善ガイドラインを踏まえ、現在報告を求めている医療用医薬品の単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況に代えて、取引に係る状況の報告を求めるとともに、流通改善ガイドラインを踏まえた流通改善に関する取組状況について報告を求めるとする。

なお、流通改善ガイドラインは本年度中に改訂予定であり、現在示されている改訂案に基づき報告内容を見直すものである。

1. (調剤報酬)

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 2 調剤基本料の注4に規定する保険薬局 (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。 ア (略) イ 医療用医薬品の取引価格の妥結率、取引に係る状況並びに流通改善に係る取組状況を地方厚生(支)局長に報告して</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 2 調剤基本料の注4に規定する保険薬局 (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。 ア (略) イ 医療用医薬品の取引価格の妥結率、<u>単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況</u>を地方厚生(支)局長に報告して</p>

<p style="text-align: center;">いない保険薬局 ウ (略) (2) (略)</p> <p>[施設基準] 三 調剤基本料の注4に規定する保険薬局</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 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、<u>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。</u></p> <p>(3) (略)</p>	<p style="text-align: center;">いない保険薬局 ウ (略) (2) (略)</p> <p>[施設基準] 三 調剤基本料の注4に規定する保険薬局</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 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、<u>単品単価契約率（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（昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険薬局との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。</u></p> <p>(3) (略)</p>
--	---

2. (医科点数表)

改 定 案	現 行
<p>【初診料】 [算定要件] (10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、<u>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。</u></p> <p>(11) 妥結率、<u>医療用医薬品の取引及び流通改善に関する取組の取扱い</u>については、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。</p> <p>(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。</p> <p>※ 再診料及び外来診療料においても同様の取扱いとなる。</p> <p>[施設基準] 一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、<u>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。</u></p>	<p>【初診料】 [算定要件] (10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、<u>単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。</u></p> <p>(11) 妥結率、<u>単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱い</u>については、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。</p> <p>(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。</p> <p>[施設基準] 一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、<u>単品単価契約率（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（昭和三十五年法律第四百四十五号）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同</u></p>

	<p>じ。)と当該保険医療機関との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。)及び一律値引き契約(卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。)に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。</p>
--	---

※ 上記の改正に伴い、「妥結率等に係る報告書」(現行の様式2の4及び様式85)における報告事項については、妥結率のほか、現行の報告書で求めている単品単価契約率、一律値引き契約の状況に代えて、以下の事項の報告を求めることとする。

- 医薬品取引に係る状況(報告の前年度の医薬品取引の状況も含む。)
- 医療用医薬品の流通改善に向けた取組(流通改善ガイドラインの改訂内容に基づく主な取組事項の確認)

【Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等－③】

③ 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

「Ⅲ－９－①」を参照のこと。

【IV－8 医師・病院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 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

「I－2－③」を参照のこと。

【Ⅳ－８ 医師・病院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
－②】

② 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

「Ⅳ－１－①」を参照のこと。

③ 投薬用の容器に関する取扱いの見直し

第1 基本的な考え方

投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、返還に関する規定の見直しを行う。

第2 具体的な内容

投薬時における薬剤の容器について、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の実費の返還の取扱いを廃止する。

改 定 案	現 行
<p>(医科診療報酬点数表) 【第5部 投薬】 <通則> 1・2 (略) 3 <u>投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。</u></p> <p>4・5 (略)</p> <p>(調剤報酬点数表) 【使用薬剤料】 (1) <u>投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。</u>なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。</p>	<p>(医科診療報酬点数表) 【第5部 投薬】 <通則> 1・2 (略) 3 <u>投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。</u></p> <p>4・5 (略)</p> <p>(調剤報酬点数表) 【使用薬剤料】 (1) <u>投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。</u> <u>ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。</u></p>

(2) ~ (5) (略)	なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。 (2) ~ (5) (略)
---------------	---

【Ⅳ－９ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進】

薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民の ニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点と しての役割の評価を推進

「Ⅲ－８」を参照のこと。

別添 3

令和6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6年度診療報酬改定について武見厚生労働大臣へ答申がなされました。

令和6年度改定は、社会保障審議会 医療保険部会・医療部会による「診療報酬改定の基本方針」として示された、①物価高騰・賃金上昇等の影響を踏まえた対応、②全世代型社会保障の実現や新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応、③医療DX・イノベーションの推進等による質の高い医療の実現、④社会保障制度の安定性・持続可能性の確保や経済・財政との調和—という4つの柱に基づき議論され、このうち、物価高騰・賃金上昇並びに医療DXの推進は、国民皆保険を堅持・維持しつつ保険薬局の経営基盤を支えていく上で、最も重要な課題であると認識しています。

調剤報酬については、薬局が地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献していくために不可欠な体制整備や人材確保、そのために必要な職員の賃上げ等に対応していく観点から、その確実な実現の原資となる調剤基本料が引き上げられることとなり、これと併せて地域支援体制加算等の要件の見直しや報酬体系の組み換えが行われます。また、医療DX推進に係る体制整備の評価が導入されたことは、マイナ保険証を基盤とする電子処方箋、電子薬歴等をより一層推進していく上で非常に重要であると言えます。

さらに、患者・地域住民へより質の高い医療・調剤を提供するため、薬局の安定的な経営基盤の確保とともに、薬剤師業務に対する評価も行われます。かかりつけ薬剤師機能を発揮した調剤後のフォローアップをはじめ、質の高い在宅医療の推進のため、医師や多職種と連携した薬学的管理指導や、訪問薬剤管理指導の実施前（処方箋交付前）の処方提案に基づく評価の新設など、きめ細かい対応は、今後さらなる取り組みが求められる在宅医療において、患者により適切かつ質の高い薬剤師サービスを提供していく上で、大変重要なポイントであると受け止めています。

一方、「いわゆる敷地内薬局」に係る対応については、特別調剤基本料のさらなる見直しのほか、医科診療報酬において処方箋料の評価の見直しなども行われることになりましたが、答申書附帯意見にも明確に示されたとおり、医療機関と敷地内薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえた、敷地内薬局及び当該薬局を有するグループの評価の在り方を含む引き続きの検討が必要です。

今回の改定を受けて、各薬局においては、職員の賃上げや医療DXの推進を喫緊の重要事項として積極的に取り組んでいくこととなります。一方、急速な物価高騰や、依然として続いている医薬品の供給不足問題などに追われており、大変厳しい状況の中での薬局運営が続きますが、第8次医療計画を踏まえた医薬品提供体制の確立や医療安全の確保、医療の質の向上のための医療DXの推進、そして2025年のみならず2040年を視野に入れた地域共生社会の実現に向けて、薬剤師・薬局に対する期待に応えていかなければならず、本会としても、その着実な実現に向けて引き続き取り組んでいく所存です。

令和6年2月14日
日本薬剤師会
会長 山本 信夫