

2026年度診療報酬改定 短冊（調剤関連抜粋） 目次

ページ	項目番号	項目名
・ 物価高騰・賃上げ対応等		
P.1	-1	物件費の高騰を踏まえた対応（初・再診料、入院基本料等の引き上げ）
P.12	-2-1	賃上げに向けた評価の見直し（ベースアップ評価料の見直し）
・ 医療機能の分化・強化、連携推進		
P.16	-3	かかりつけ薬剤師の推進（かかりつけ薬剤師指導料・包括管理料の廃止と服薬管理指導料への組み込み等）
P.25	-5-1	医師と薬剤師の同時訪問の推進（訪問診療薬剤師同時指導料の新設）
P.27	-5-1	在宅薬学総合体制加算の見直し（要件および評価の細分化）
P.33	-5-1	在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し及び複数名薬剤管理指導訪問料の新設（算定間隔要件の緩和、複数名訪問の評価）
・ 医療DX・小児周産期・薬局機能		
P.36	-3	医療DX推進体制整備加算等の見直し（医療情報取得加算等の廃止、電子的診療情報連携体制整備加算の新設等）
P.47	-5-2	無菌製剤処理加算の見直し（対象年齢の拡大、点数引き上げ）
P.48	-8	調剤基本料の見直し（敷地内薬局、門前薬局等の評価見直し）
P.57	-8	特別調剤基本料Aの見直し（へき地等の除外規定、敷地内オンライン診療施設の規定）
P.60	-8	地域支援体制加算の見直し（「地域支援・医薬品供給対応体制加算」への名称変更と再編）
P.63	-8	調剤管理料の見直し（長期処方・それ以外への2区分化、調剤管理加算の廃止）
P.65	-8	重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し（調剤時残薬調整加算、薬学的有害事象等防止加算の新設等）
P.69	-8	かかりつけ薬剤師の推進（ -3-8を参照）
P.70	-8	吸入薬管理指導加算の見直し（インフルエンザ患者への拡大）
P.71	-8	服用薬剤調整支援料の見直し（かかりつけ薬剤師による支援の要件化）
P.73	-8	調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し（オンライン薬剤管理指導料等の統合）
・ 医薬品の効率的かつ安全・有効な使用（後発品・長期処方等）		
P.82	-1	処方箋料の見直し（一般名処方加算の見直し等）
P.86	-1	バイオ後続品使用体制加算の見直し（算定日変更、要件見直し）
P.91	-1	医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設（地域支援・医薬品供給対応体制加算（医療機関）の新設）
P.98	-1	医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止（薬局における後発品加算の廃止と地域支援加算への統合）
P.101	-1	バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進（バイオ後続品調剤体制加算の新設）
P.103	-1	長期収載品の選定療養の更なる活用（患者負担割合の引き上げ）
P.105		薬剤総合評価調整加算の見直し（情報連携要件の追加、退院時薬剤情報連携加算の廃止）
P.107		長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し（揭示要件の追加）
P.109		病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し（薬剤総合評価調整等の実績に応じた評価新設）

【Ⅰ－１ 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応－①】

① 物件費の高騰を踏まえた対応

第１ 基本的な考え方

これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和８年度及び令和９年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

１．医科診療報酬

- (１) 診療所については、初・再診料、有床診療所入院基本料等について、所要の点数の引上げを行う。
- (２) 病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料において引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
初診料	●●点	291点
注１ 情報通信機器を用いた場合	●●点	253点
注２ 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合	●●点	216点
(注２のうち、情報通信機器を用いた場合)	●●点	188点
注３ 400床以上の特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合	●●点	216点
(注３のうち、情報通信機器を用いた場合)	●●点	188点

	改定後 点数	現行 点数
注 4 妥結率が低い場合	●●点	216 点
(注 4 のうち、情報通信機器を用いた場合)	●●点	188 点
注 5 同一日に 2 科目目を初診として受診した場合	●●点	146 点
(注 5 のうち、情報通信機器を用いた場合)	●●点	127 点
(注 5 のうち、注 2 から注 4 に該当する場合)	●●点	108 点
(注 5 のうち、注 2 から注 4 に該当し、情報通信機器を用いた場合)	●●点	94 点
【再診料】		
再診料	●●点	75 点
注 2 妥結率が低い場合	●●点	55 点
注 3 同一日に 2 科目目を再診として受診した場合	●●点	38 点
(注 3 のうち、注 2 に該当する場合)	●●点	28 点
【一般病棟入院基本料】		
1 急性期一般入院基本料		
イ 急性期一般入院料 1	●●点	1,688 点
ロ 急性期一般入院料 2	●●点	1,644 点
ハ 急性期一般入院料 3	●●点	1,569 点
ニ 急性期一般入院料 4	●●点	1,462 点
ホ 急性期一般入院料 5	●●点	1,451 点

	改定後 点数	現行 点数
へ 急性期一般入院料 6	●●点	1,404 点
2 地域一般入院基本料		
イ 地域一般入院料 1	●●点	1,176 点
ロ 地域一般入院料 2	●●点	1,170 点
ハ 地域一般入院料 3	●●点	1,003 点
特別入院基本料	●●点	612 点

※ 初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。

(3) 高度機能医療等を担う特定機能病院及び急性期病院一般入院基本料等については、(2)に加えて、物価高の影響を受けやすいことを踏まえた点数とする。

(新) 急性期病院一般入院基本料（1日につき）

イ 急性期病院 A 一般入院料	●●点
ロ 急性期病院 B 一般入院料	●●点

(新) 急性期病院精神病棟入院基本料（1日につき）

イ 急性期病院 A 精神病棟入院料	
(1) 10 対 1 入院基本料	●●点
(2) 13 対 1 入院基本料	●●点
(3) 15 対 1 入院基本料	●●点
ロ 急性期病院 B 精神病棟入院料	
(1) 10 対 1 入院基本料	●●点
(2) 13 対 1 入院基本料	●●点
(3) 15 対 1 入院基本料	●●点

改 定 案	現 行
【特定機能病院入院基本料】 [算定要件]	【特定機能病院入院基本料】 [算定要件]
1 特定機能病院 A 入院基本料	(新設)
イ 一般病棟の場合	1 一般病棟の場合
(1) 7 対 1 入院基本料 ●●点	イ 7 対 1 入院基本料 1,822点

<p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>□ 結核病棟の場合</p> <p>(1) 7対1入院基本料 ●●点</p> <p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>(3) 13対1入院基本料 ●●点</p> <p>(4) 15対1入院基本料 ●●点</p> <p>ハ 精神病棟の場合</p> <p>(1) 7対1入院基本料 ●●点</p> <p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>(3) 13対1入院基本料 ●●点</p> <p>(4) 15対1入院基本料 ●●点</p> <p>2 特定機能病院B入院基本料</p> <p>イ 一般病棟の場合</p> <p>(1) 7対1入院基本料 ●●点</p> <p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>□ 結核病棟の場合</p> <p>(1) 7対1入院基本料 ●●点</p> <p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>(3) 13対1入院基本料 ●●点</p> <p>(4) 15対1入院基本料 ●●点</p> <p>ハ 精神病棟の場合</p> <p>(1) 7対1入院基本料 ●●点</p> <p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>(3) 13対1入院基本料 ●●点</p> <p>(4) 15対1入院基本料 ●●点</p> <p>3 特定機能病院C入院基本料</p> <p>イ 一般病棟の場合</p> <p>(1) 7対1入院基本料 ●●点</p> <p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>□ 結核病棟の場合</p> <p>(1) 7対1入院基本料 ●●点</p> <p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>(3) 13対1入院基本料 ●●点</p> <p>(4) 15対1入院基本料 ●●点</p> <p>ハ 精神病棟の場合</p> <p>(1) 7対1入院基本料 ●●点</p> <p>(2) 10対1入院基本料 ●●点</p> <p>(3) 13対1入院基本料 ●●点</p> <p>(4) 15対1入院基本料 ●●点</p> <p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p>	<p>□ 10対1入院基本料 1,458点</p> <p>2 結核病棟の場合</p> <p>イ 7対1入院基本料 1,822点</p> <p>□ 10対1入院基本料 1,458点</p> <p>ハ 13対1入院基本料 1,228点</p> <p>ニ 15対1入院基本料 1,053点</p> <p>3 精神病棟の場合</p> <p>イ 7対1入院基本料 1,551点</p> <p>□ 10対1入院基本料 1,393点</p> <p>ハ 13対1入院基本料 1,038点</p> <p>ニ 15対1入院基本料 948点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p>
--	---

1	小児入院医療管理料	<u>●●点</u>	1	小児入院医療管理料	<u>4,807点</u>
---	-----------	------------	---	-----------	---------------

2. 歯科診療報酬

初・再診料（地域歯科診療支援病院歯科初・再診料を含む。）を引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
1 歯科初診料	●●点	267 点
注 1 歯科初診料について、別に厚生労働大臣が定める基準に係る届出を行っていない場合	●●点	240 点
注 16 情報通信機器を用いた場合	●●点	233 点
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	●●点	291 点
【再診料】		
1 歯科再診料	●●点	58 点
注 1 歯科再診料について、別に厚生労働大臣が定める基準に係る届出を行っていない場合	●●点	44 点
注 12 情報通信機器を用いた場合	●●点	51 点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	●●点	75 点

※ 入院料については、医科診療報酬と同様に対応する。

※ 歯科初診料又は歯科再診料相当で評価されている項目についても、同様に対応する。

3. 調剤報酬

調剤基本料を引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【調剤基本料】		
1 調剤基本料 1	<u>●●点</u>	<u>45 点</u>
2 調剤基本料 2	<u>●●点</u>	<u>29 点</u>
3 調剤基本料 3		
イ	<u>●●点</u>	<u>24 点</u>
ロ	<u>●●点</u>	<u>19 点</u>
ハ	<u>●●点</u>	<u>35 点</u>

4. 訪問看護療養費

訪問看護管理療養費を引き上げる。また、新設する包括型訪問看護療養費についても同様の対応を行う。

	改定後 金額	現行 金額
【訪問看護管理療養費】		
1 月の初日の訪問の場合		
イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1	●●円	13,230 円
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2	●●円	10,030 円
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3	●●円	8,700 円
ニ 機能強化型訪問看護管理療養費 4	●●円	(新設)
ホ イからニまで以外の場合	●●円	7,670 円
2 月の 2 日目以降の訪問の場合（1 日につき）		
イ 単一建物居住者が20人未満	●●円	(新設)
ロ 単一建物居住者が20人以上49人以下		
（1） 1 月当たり訪問日数が15日以下の 場合	●●円	(新設)
（2） 1 月当たり訪問日数が16日以上24 日以下の場合	●●円	(新設)
（3） 1 月当たり訪問日数が25日以上 の場合	●●円	(新設)
ハ 単一建物居住者が50人以上		
（1） 1 月当たり訪問日数が15日以下の 場合	●●円	(新設)
（2） 1 月当たり訪問日数が16日以上24 日以下の場合	●●円	(新設)

	改定後 金額	現行 金額
(3) 1月当たり訪問日数が25日以上の場合	●●円	(新設)
【包括型訪問看護療養費】		
1 単一建物居住者が20人未満の場合		
イ 訪問看護時間が30分以上60分未満	●●円	(新設)
ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満	●●円	(新設)
ハ		
(1) 訪問看護時間が90分以上	●●円	(新設)
(2) 訪問看護時間が90分以上(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	●●円	(新設)
2 単一建物居住者が20人以上50人未満の場合		
イ 訪問看護時間が30分以上60分未満	●●円	(新設)
ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満	●●円	(新設)
ハ		
(1) 訪問看護時間が90分以上	●●円	(新設)
(2) 訪問看護時間が90分以上(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	●●円	(新設)
3 単一建物居住者が50人以上の場合		
イ 訪問看護時間が30分以上60分未満	●●円	(新設)
ロ 訪問看護時間が60分以上90分未満	●●円	(新設)
ハ		
(1) 訪問看護時間が90分以上	●●円	(新設)
(2) 訪問看護時間が90分以上(別に厚生労働大臣が定める場合に限る。)	●●円	(新設)

5. 物価対応料

令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

(新)	物価対応料（1日につき）	
	1 外来・在宅物価対応料	
	イ 初診時	●●点
	ロ 再診時等	●●点
	ハ 訪問診療時	●●点
	2 入院物価対応料	
	イ 急性期一般入院料1を算定する場合	●●点
	ロ 急性期一般入院料2を算定する場合	●●点
	ハ 急性期一般入院料3を算定する場合	●●点
	ニ 急性期一般入院料4を算定する場合	●●点
	ホ 急性期一般入院料5を算定する場合	●●点
	ヘ 急性期一般入院料6を算定する場合	●●点
	ト 地域一般入院料1を算定する場合	●●点
	チ 地域一般入院料2を算定する場合	●●点
	リ 地域一般入院料3を算定する場合	●●点
	ヌ 特別入院基本料（一般病棟）を算定する場合	●●点

※ その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

[算定要件]

- (1) 1のイについては、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) 1のロについては、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を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 1のハについては、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、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (4) 2については、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。

- (5) (1) から (4) までの点数について、令和 9 年 6 月以降は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。

(新) 歯科外来物価対応料 (1 日につき)

<u>1</u>	<u>初診時</u>	<u>●●点</u>
<u>2</u>	<u>再診時</u>	<u>●●点</u>

[算定要件]

- (1) 1 については、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、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を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) (1) 及び (2) の点数について、令和 9 年 6 月以降度は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。

※ 歯科診療に関しても、入院中の患者については、上記の「物価対応料」の「2 入院物価対応料」と同様に対応する。

(新) 調剤物価対応料

●●点

[算定要件]

保険薬局において、処方箋を提出した患者に対して調剤した場合に、3 月に 1 回に限り、所定点数を算定する。ただし、令和 9 年 6 月以降は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。

(新) 訪問看護物価対応料 (1 日につき)

<u>1</u>	<u>訪問看護物価対応料 1</u>	
	<u>イ 月の初日の訪問の場合</u>	<u>●●円</u>
	<u>ロ 月の 2 日目以降の訪問の場合</u>	<u>●●円</u>
<u>2</u>	<u>訪問看護物価対応料 2</u>	<u>●●円</u>

[算定要件]

- (1) 1 については、訪問看護ステーションが、区分番号 02 を算定している利用者 1 人につき、訪問看護物価対応料 1 として、区分に従い、それぞれ所定額を算定する。
- (2) 2 については、訪問看護ステーションが、区分番号 04 を算定している利用者 1 人につき、訪問看護物価対応料 2 として、所定額を算定する。
- (3) (1) 及び (2) については、令和 9 年 6 月以降は、所定額の 100 分の 200 に相当する額を算定する。

① 賃上げに向けた評価の見直し

第１ 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の実賃上げを更に推進するとともに、令和６年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価を見直す。

第２ 具体的な内容

- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び実賃上げを実施する観点から、賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価を見直す。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
また、令和８年度及び令和９年度において段階的な評価とする。

改 定 案	現 行
【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】 １ 初診時 ●●点 ２ 再診時等 ●●点 ３ 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 ●●点 ロ イ以外の場合 ●●点 [算定要件] 注１ １については、当該保険医療機関において勤務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	【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】 １ 初診時 ６点 ２ 再診時等 ２点 ３ 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 28点 ロ イ以外の場合 ７点 [算定要件] 注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。以下この節において同じ。）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

<p>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。</p> <p>2 2については、<u>当該保険医療機関において勤務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</u>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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</p> <p>3 3のイについては、<u>当該保険医療機関において勤務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</u>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～ハ (略)</p> <p>4 3のロについては、<u>当該保険医療機関において勤務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</u>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～ハ (略)</p> <p>5 <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</u></p>	<p>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。</p> <p>2 2については、<u>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</u>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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</p> <p>3 3のイについては、<u>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</u>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～ハ (略)</p> <p>4 3のロについては、<u>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</u>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～ハ (略) (新設)</p>
--	---

<p><u>て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2、3のイ及び3の口の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。</u></p> <p><u>6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</u></p> <p><u>7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては1、2、3のイ及び3の口の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点、●●点及び●●点を算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>二 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準</p> <p>（1）（略）</p> <p>（2）<u>当該保険医療機関に勤務する職員（この号において「対象職員」という。）がいること。</u></p> <p>（3）（略）</p> <p><u>二の二 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】</p> <table> <tr> <td>1 初診時</td> <td>●●点</td> </tr> <tr> <td>2 再診時等</td> <td>●●点</td> </tr> <tr> <td>3 歯科訪問診療時</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 同一建物居住者以外の場合</td> <td>●●点</td> </tr> </table>	1 初診時	●●点	2 再診時等	●●点	3 歯科訪問診療時		イ 同一建物居住者以外の場合	●●点	<p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>[施設基準]</p> <p>二 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準</p> <p>（1）（略）</p> <p>（2）<u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。</u></p> <p>（3）（略）</p> <p>（新設）</p> <p>【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】</p> <table> <tr> <td>1 初診時</td> <td>10点</td> </tr> <tr> <td>2 再診時等</td> <td>2点</td> </tr> <tr> <td>3 歯科訪問診療時</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 同一建物居住者以外の場合</td> <td>41点</td> </tr> </table>	1 初診時	10点	2 再診時等	2点	3 歯科訪問診療時		イ 同一建物居住者以外の場合	41点
1 初診時	●●点																
2 再診時等	●●点																
3 歯科訪問診療時																	
イ 同一建物居住者以外の場合	●●点																
1 初診時	10点																
2 再診時等	2点																
3 歯科訪問診療時																	
イ 同一建物居住者以外の場合	41点																

<p>□ 同一建物居住者の場合 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 1 1については、<u>当該保険医療機関において勤務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初診を行った場合に、所定点数を算定する。</u></p> <p>2 2については、<u>当該保険医療機関において勤務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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</u></p> <p>3 3のイについては、<u>当該保険医療機関において勤務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</u></p>	<p>□ 同一建物居住者の場合 10点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 1 1については、<u>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。以下この節において同じ。）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。</u></p> <p>2 2については、<u>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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</u></p> <p>3 3のイについては、<u>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</u></p>
--	--

⑧ かかりつけ薬剤師の推進

第１ 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師の本来の趣旨に立ち返り、かかりつけ薬剤師の普及及び患者によるかかりつけ薬剤師の選択を促進する観点から、かかりつけ薬剤師指導料及び服薬管理指導料について評価体系を見直す。

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を廃止する。

改 定 案	現 行
【かかりつけ薬剤師指導料】 (削除)	【かかりつけ薬剤師指導料】 <u>13の2</u> <u>かかりつけ薬剤師指導料</u> 76点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 (削除)	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 <u>13の3</u> <u>かかりつけ薬剤師包括管理料</u> 291点

2. 服薬管理指導料に、かかりつけ薬剤師が服薬指導した場合の評価を設定する。
3. 服薬管理指導料において、かかりつけ薬剤師が継続的服薬指導や患者を訪問しての残薬対策を実施した場合の評価を新たに設ける。

改 定 案	現 行
【服薬管理指導料】 1 原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 <u>イ</u> <u>かかりつけ薬剤師が行った場合</u> ●●点 <u>ロ</u> <u>イ以外の場合</u> ●●点 2～4 (略)	【服薬管理指導料】 1 原則３月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 45点 (新設) (新設) 2～4 (略)

<p>[算定要件] (削除)</p>	<p>[算定要件]</p> <p><u>注 1</u> 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。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤 服用歴に基づき、投薬に係る 薬剤の名称、用法、用量、効 能、効果、副作用及び相互作 用に関する主な情報を文書又 はこれに準ずるもの（以下こ の表において「薬剤情報提供 文書」という。）により患者 に提供し、薬剤の服用に関し て基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 服薬状況等の情報を踏まえ た薬学的知見に基づき、処方 された薬剤について、薬剤の 服用等に関して必要な指導を 行うこと。</p> <p>ハ 手帳を用いる場合は、調剤 日、投薬に係る薬剤の名称、 用法、用量その他服用に際し て注意すべき事項を手帳に記 載すること。</p> <p>ニ これまでに投薬された薬剤 のうち服薬していないものの 有無の確認に基づき、必要な 指導を行うこと。</p> <p>ホ 薬剤情報提供文書により、 投薬に係る薬剤に対する後発 医薬品に関する情報（後発医 薬品の有無及び価格に関する 情報を含む。）を患者に提供 すること。</p>
------------------------	--

援料 1 若しくは 2 又は区分番号 10 の 2 に掲げる調剤管理料の調剤時残薬調整加算若しくは薬学的有害事象等防止加算を算定したものに対し、患者又はその家族等の求めに応じて、前回の調剤後、当該患者が再度処方箋を持参するまでの間に、かかりつけ薬剤師が電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施していた場合には、再度処方箋を受け付けたときに、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算として、3 月に 1 回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、区分番号 14 の 4 に掲げる調剤後薬剤管理指導料、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料又は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のハ若しくは介護予防居宅療養管理指導費のハを算定している患者については、算定しない。

- 14 1 のイを算定している患者に対し、患者又はその家族等の求めに応じて、患家に訪問して、残薬の整理、服用薬の管理方法の指導等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合には、かかりつけ薬剤師訪問加算として、6 月に 1 回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、区分番号 14 の 2 に掲げる外来服薬支援料 1 若しくは施設連携加算、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料又は区分番号 15 の 5 に掲げる服薬情報等提供料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号 00 に掲げる特別調

（新設）

<p><u>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、算定しない。</u></p> <p>15 (略)</p> <p>16 <u>服薬管理指導料の3及びかかりつけ薬剤師訪問加算に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</u></p> <p>17 (略) (削除)</p>	<p>11 (略)</p> <p>12 <u>服薬管理指導料の3に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</u></p> <p>13 (略)</p> <p>14 <u>当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、注1に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、59点を算定する。</u></p>
---	--

4. かかりつけ薬剤師に係る施設基準を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [施設基準] (削除)</p>	<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [施設基準]</p> <p>十一 <u>かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準</u> <u>当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。</u></p>

<p>【服薬管理指導料】</p> <p><u>九の六 服薬管理指導料の注1に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</u></p> <p>(1) <u>当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。</u></p> <p>(2) <u>当該指導等を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>[施設基準（通知）] (削除)</p>	<p>【服薬管理指導料】 (新設)</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p><u>第100 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</u></p> <p><u>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に関する施設基準</u></p> <p><u>以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。</u></p> <p>(1) <u>以下に掲げる勤務経験等を有していること。</u></p> <p><u>ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の保険薬局勤務経験がある。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を1年以上有する場合、1年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。</u></p> <p><u>イ 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つては週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。</u></p> <p><u>ウ 施設基準の届出時点にお</u></p>
---	--

<p>【服薬管理指導料】 [施設基準（通知）] 第● 服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局 <u>次の１及び２に該当する保険薬局であること。</u> １ 以下の要件を全て満たす保険薬剤師（派遣労働者であるものを含み、休職中のものを除く。）を配置していること。 （１） 次に掲げる勤務経験等を有していること。 ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として３年以上の保険薬局勤務経験がある。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。 イ 当該保険薬局に週31時間以上（31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</p>	<p><u>いて、当該保険薬局に継続して１年以上在籍している。</u> （２） 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。 （３） 医療に係る地域活動の取組に参画していること。 （４） 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ーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。</p> <p>【服薬管理指導料】 [施設基準（通知）] （新設）</p>
---	---

剤師について育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）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、当該保険薬剤師（労働者に限る。）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。

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6か月以上在籍している。なお、産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職する場合（復職後に勤務する保険薬局が休業の直前に勤務していた保険薬局と同一である場合に限る。）は、休業前の在籍期間を合算することができる。

（2） 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

（3） 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

2 施設基準の届出時点において、次のいずれの要件も満たしていること。

（1） 次のいずれかに該当すること。

ア 当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局の在籍期間（産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険

<p><u>薬剤師の休業前の在籍期間を含む。）が平均して1年以上であること。</u></p> <p><u>イ 当該保険薬局の管理薬剤師が当該保険薬局に継続して3年以上在籍していること。</u></p> <p><u>(2) 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。</u></p>	
---	--

【Ⅱ－５－１ 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑧】

⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進

第１ 基本的な考え方

在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、医師及び薬剤師が同時訪問することについて、新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

- １．訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。

(新) 訪問診療薬剤師同時指導料（６月に１回） ●●点

[対象患者]

当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者

[算定要件]

- (１) 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（施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）であって、通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と同時に訪問を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回に限り算定する。
- (２) 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

- ２．調剤報酬において、訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、訪問診療を行う医師と同時訪問することについて、新たな評価を行う。

(新) 訪問薬剤管理医師同時指導料（６月に１回） ●●点

[対象患者]

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（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患者

[算定要件]

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に訪問を行うとともに、薬学的管理及び指導を行った場合に、6 月に 1 回に限り算定する。ただし、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 8 に掲げる在宅移行初期管理料又は区分番号●に掲げる複数名薬剤管理指導訪問料を算定している場合については、算定しない。

[施設基準]

訪問薬剤管理医師同時指導料に規定する患者

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（単一建物診療患者が一人の場合に限る。）
- (2) 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であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者
- (3) 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であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者

【Ⅱ－５－１ 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑫】

⑫ 在宅薬学総合体制加算の見直し

第１ 基本的な考え方

今後、在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、高度な在宅訪問薬剤管理指導を含め、薬局において必要な在宅医療提供体制を整備する観点から、在宅薬学総合体制加算について、要件及び評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 在宅薬学総合体制加算１の要件及び評価を見直す。
2. 在宅薬学総合体制加算２の施設基準について、無菌製剤処理設備に関する基準を廃止し、単一建物診療患者が１人の場合の訪問薬剤管理指導の算定回数や、麻薬調剤、無菌製剤処理等の実績、当該保険薬局に勤務する常勤換算薬剤師の人数の基準を追加し、それに伴い評価を見直す。
3. 在宅薬学総合体制加算２について、単一建物診療患者（居住者）が１人の場合の訪問薬剤指導時の評価と、それ以外の場合の訪問薬剤指導時の評価を分ける。

改 定 案	現 行
【在宅薬学総合体制加算】 [算定要件] 注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は、 <u>在宅薬学総合体制加算１として、●●点</u> （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、所定点数の100分の10に相当する	【在宅薬学総合体制加算】 [算定要件] 注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、 <u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数</u> （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

<p>点数) を所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>注● <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(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。)</u>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、在宅薬学総合体制加算2として、次に掲げる区分に従い当該区分に掲げる点数(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。</p> <p>イ <u>単一建物診療患者が1人又は単一建物居住者が1人の場合</u> ●●点</p> <p>ロ <u>イ以外の場合</u> ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の三 <u>在宅薬学総合体制加算1の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注1に規定する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であること。</u></p> <p>(2) <u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>(削除)</p>	<p>10に相当する点数) を所定点数に加算する。</p> <p>イ <u>在宅薬学総合体制加算1</u> 15点</p> <p>ロ <u>在宅薬学総合体制加算2</u> 50点</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の三 <u>調剤基本料の注12に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</u></p> <p>(1) <u>在宅薬学総合体制加算1の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注1に規定する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であること。</u></p> <p>ロ <u>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が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>在宅薬学総合体制加算2の</u></p>
--	--

<p>● <u>在宅薬学総合体制加算 2 の施設基準</u></p> <p><u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>五の三の（１）に該当すること。</u></p> <p>ロ <u>在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導を行うために必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>五の五 <u>在宅薬学総合体制加算の 1 及び 2 に規定する患者</u> （１）～（５）（略）</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>第95 <u>在宅薬学総合体制加算</u></p> <p>1 <u>在宅薬学総合体制加算 1 に関する施設基準</u> （１）（略） （２）<u>直近 1 年間ににおける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（薬局の薬剤師が行うもの）に限り、情報通信機器を用いて行うものを除く。）及び介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うもの）に限り、情報通信機器を用いて行うものを除く。）</u>についての算定回数の合計が計●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。）</p>	<p><u>施設基準</u> <u>イ・ロ</u>（略）</p> <p>（新設）</p> <p>五の五 <u>在宅薬学総合体制加算に規定する患者</u> （１）～（５）（略）</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>第95 <u>在宅薬学総合体制加算</u></p> <p>1 <u>在宅薬学総合体制加算 1 に関する施設基準</u> （１）（略） （２）<u>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。）</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</p>
--	--

<p>む。)。なお、「同等の業務」とは、<u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</u>で規定される患者1人当たりの同一个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>(3)～(7) (略)</p> <p>(8) <u>地方厚生(支)局長に対して、施設基準に適合するものとして、あらかじめ服薬管理指導料1のイに規定する服薬管理指導を行う旨の届出を行っていること。</u></p> <p>2 在宅薬学総合体制加算2に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>次のいずれかを満たすこと。</u></p> <p>ア <u>直近1年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料の1、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並びに単一建物居住者が1人の場合の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数(ただし、いずれも情報通信機器を用いて行った場合の算定回数を除く。また、在宅協力薬局として連携した回数(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回数を含む。)の合計が、計●回以上であり、かつ直近1年間における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の算定回数(ただし、いずれも情報通信機器を</u></p>	<p>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>(3)～(7) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>2 在宅薬学総合体制加算2に関する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(新設)</p>
--	--

用いて行った場合の算定回数を除く。)の合計に占める割合が●割を超えること。

イ 直近 1 年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1、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並びに単一建物居住者が 1 人の場合の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いて行った場合の算定回数を除く。また、在宅協力薬局として連携した回数（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回数を含む。）の合計が、計●回以上であり、かつ直近 1 年間における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の算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いて行った場合の算定回数を除く。）の合計に占める割合が●割を超えること。

(3) 次のアからウまでのいずれかを満たす保険薬局であること。

ア 直近 1 年間における麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 3 に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注 2 に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注 2 に規定する加算）、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 4 に規定する加算、在宅患者緊急

(2) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。

ア 以下の①及び②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。

<p><u>訪問薬剤管理指導料の注3に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注3に規定する加算）、居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）の注3に規定する加算及び介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）の注3に規定する加算の算定回数の合計が10回以上であること。</u></p> <p><u>イ 直近1年間における薬剤調製料の注2に規定する無菌薬剤処理加算の算定回数が1回以上であること。</u></p> <p><u>ウ 直近1年間における乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注5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に規定する加算）及び小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注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。</u></p> <p><u>（4） 常勤換算で3名以上の保険薬剤師が勤務していること。また、原則として開局時間中は2名以上の保険薬剤師が保険薬局に常駐し、常態として調剤応需及び在宅患者の急変等に対応可能な体制をとっていること。</u></p> <p>（削除）</p> <p>（5） （略）</p>	<p>（新設）</p> <p><u>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。</u></p> <p>（3） <u>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。</u></p> <p>（4） <u>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。</u></p> <p>（5） （略）</p>
--	---

⑬ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し 及び複数名薬剤管理指導訪問料の新設

第１ 基本的な考え方

今後在宅で療養する患者の増加が見込まれることを踏まえ、訪問薬剤管理指導の円滑な実施及びその実効性の改善に向けて、在宅患者訪問薬剤管理指導料について、要件を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料について、算定する日の間隔を６日以上とする要件を廃止し、週１回算定可能とする。
2. 休日、夜間を含む開局時間外の調剤・訪問薬剤管理指導に対応できるようにするため、在宅協力薬局の情報を含め、夜間の連絡先を患者に知らせることを要件とする。

改 定 案	現 行
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件（通知）〕</p> <p>1 在宅患者訪問薬剤管理指導料 （１）～（７） （略） （８） 在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月２回以上算定する場合（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対するものを除く。）の算定回数は、週１回を限度とする。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又は中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件（通知）〕</p> <p>1 在宅患者訪問薬剤管理指導料 （１）～（７） （略） （８） 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月２回以上算定する場合（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対するものを除く。）は、算定する日の間隔は６日以上とする。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ついては、在宅患者オンライン薬剤管理指</p>

<p>と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。</p> <p>(9)～(12) (略)</p> <p>(13) <u>当該保険薬局又は在宅協力薬局との連携により、休日及び夜間を含む開局時間外であっても調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できるよう、原則として初回の訪問薬剤管理指導時に（変更があった場合はその都度）、当該保険薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号及び緊急時の注意事項（在宅協力薬局との連携により、休日及び夜間を含む開局時間外に調剤及び訪問薬剤管理指導に対応できる体制を整備している保険薬局においては、在宅協力薬局の所在地、名称及び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（これらの事項が記載された薬袋を含む。）により交付すること。また、やむを得ない事由により、患者又はその家族等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、速やかに折り返しの連絡を行うこと。</u></p>	<p>導料と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。</p> <p>(9)～(12) (略)</p> <p>(新設)</p>
---	---

3. 行動面での運動興奮等がみられる状態にある患者に対する保険薬局の保険薬剤師による訪問薬剤管理指導において、薬剤師が薬剤管理指導のために他の者（薬剤師以外の者も含む。）と同時に複数名で患者宅に訪問する場合の評価を新設する。

(新) 複数名薬剤管理指導訪問料

●●点

[対象患者]

通院が困難な患者のうち、医師が複数名訪問の必要性があると認めるもの

[算定要件]

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（単一建物診療患者が 1 人の場合）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、当該患者の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、患者又はその家族等に同意を得て、当該保険薬局又は在宅協力薬局に勤務する職員とともに複数名で訪問した上で、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。ただし、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 8 に掲げる在宅移行初期管理料又は区分番号●に掲げる訪問薬剤管理医師同時指導料を算定している場合については、算定しない。

[施設基準]

複数名薬剤管理指導訪問料に規定する患者

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者（在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1 を算定している患者に限る。）
- (2) 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であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者
- (3) 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であって、単一建物居住者が一人の場合に限る。）を算定している患者

① 医療 DX 推進体制整備加算等の見直し

第 1 基本的な考え方

医療 DX 関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算の評価を見直す。

第 2 具体的な内容

1. 医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算を廃止し、診療録管理体制加算におけるサイバーセキュリティ対策に係る要件を見直した上で、初診料、再診料及び入院料加算として、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

改 定 案	現 行
<p>医科診療報酬点数表 【A000 初診料】 〔算定要件〕 注1～14 （略）</p> <p>15 <u>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、電子的診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p>イ <u>電子的診療情報連携体制整備加算1</u> ●●点</p> <p>ロ <u>電子的診療情報連携体制整備加算2</u> ●●点</p> <p>ハ <u>電子的診療情報連携体制整備</u></p>	<p>医科診療報酬点数表 【A000 初診料】 〔算定要件〕 注1～14 （略）</p> <p>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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、<u>医療情報取得加算</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>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>

●●点

【A002 外来診療料】

【A002 外来診療料】

<p>[算定要件]</p> <p>注 1～9 (略)</p> <p>10 <u>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再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に1回に限り●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>11 (略)</p> <p>歯科診療報酬点数表 【A000 初診料】 [算定要件] 注 1～13 (略)</p> <p>14 <u>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歯科診療を実施する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、電子的歯科診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料の注10に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p>イ <u>電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1</u> ●●点</p> <p>ロ <u>電子的歯科診療情報連携体制整備加算 2</u> ●●点 (削除)</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注 1～9 (略)</p> <p>10 <u>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、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>11 (略)</p> <p>歯科診療報酬点数表 【A000 初診料】 [算定要件] 注 1～13 (略)</p> <p>14 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している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初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>15 <u>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歯科診療を実施している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</u></p>
--	--

<p>15 (略)</p> <p>【A002 再診料】 注1～9 (略)</p> <p>10 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。この場合において、<u>区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A002に掲げる再診料の注11に規定する電子的歯科診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。</u></p> <p>11 <u>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歯科診療を実施する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、電子的歯科診療情報連携体制整備加算として、月に1回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p>12 (略)</p> <p>[施設基準] (削除)</p> <p><u>三の七 医科初診料、再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料及び再</u></p>	<p><u>り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ～ハ</u> (略)</p> <p>16 (略)</p> <p>【A002 再診料】 注1～9 (略)</p> <p>10 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。</p> <p>11 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している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再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>12 (略)</p> <p>[施設基準] <u>三の七 医療情報取得加算の施設基準</u></p> <p>(新設)</p>
--	--

診療の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準

(1) 電子的診療情報連携体制整備加算1の施設基準

イ 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第一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。

ロ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに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。以下「療担基準」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第二十七号）附則第三条又は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の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第五十号）附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。

ハ 健康保険法第三条第十三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。

ニ 医師又は歯科医師が、健康保

険法第三条第十三項に規定する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。

ホ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る十分な実績を有していること。

ヘ ロの体制に関する事項、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。

ト ヘ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。

チ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。

リ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。

ヌ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。

(2) 電子的診療情報連携体制整備加算2及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算1の施設基準

(1)のイからチまで及びリ又はヌのいずれかを満たすものであること。

(3) 医科初診料の電子的診療情報連携体制整備加算3、医科再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯

科初診料の電子的歯科診療情報
連携体制整備加算2及び歯科再
診料の電子的歯科診療情報連携
体制整備加算の施設基準

(1)のイからホまでを満たすものであること。

(削除)

【A207 診療録管理体制加算】

[算定要件]

医科診療報酬点数表

- | | | |
|---|------------|-----|
| 1 | 診療録管理体制加算1 | ●●点 |
| 2 | 診療録管理体制加算2 | ●●点 |

(削除)

[施設基準]

七 診療録管理体制加算の施設基準

(1) 診療録管理体制加算1

- イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
- ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
- ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
- ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

(削除)

(2) 診療録管理体制加算2

- イ (1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。
- ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されて

三の八 医療DX推進体制整備加算の施設基準

【A207 診療録管理体制加算】

[算定要件]

医科診療報酬点数表

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 診療録管理体制加算1 | 140点 |
| 2 | 診療録管理体制加算2 | 100点 |
| 3 | 診療録管理体制加算3 | 30点 |

[施設基準]

七 診療録管理体制加算の施設基準

(1) 診療録管理体制加算1

- イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
- ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
- ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
- ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

ヘ 非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。

(2) 診療録管理体制加算2

(1)のイからホまでを満たすものであること。

(新設)

(新設)

<p><u>いること。</u> (削除)</p> <p>【A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算】 [算定要件]</p> <p>1 <u>電子的診療情報連携体制整備加算1</u> ●●点</p> <p>2 <u>電子的診療情報連携体制整備加算2</u> ●●点</p> <p>注 <u>電子的診療情報連携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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、電子的診療情報連携体制整備加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>七の五 電子的診療情報連携体制整備加算</u></p> <p>(1) <u>電子的診療情報連携体制整備加算1の施設基準</u></p> <p>イ <u>第三の三の七の（１）のイからチまでを満たすものであること。</u></p> <p>ロ <u>非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>電子的診療情報連携体制整備加算2の施設基準</u></p> <p>イ <u>第三の三の七の（１）のイからチまでを満たすものであること。</u></p> <p>ロ <u>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>(3) <u>診療録管理体制加算3</u></p> <p>【A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
--	---

2. 在宅医療DX情報活用加算の電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長する。

改 定 案	現 行
<p>【在宅医療DX情報活用加算】 [施設基準（通知）] 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1・2 （略） 3 届出に関する事項 （1） （略） （2） 1の（5）については令和9年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （3） 令和9年5月31日までの間に限り、1の（6）のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。</p>	<p>【在宅医療DX情報活用加算】 [施設基準（通知）] 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1・2 （略） 3 届出に関する事項 （1） （略） （2） 1の（5）については令和8年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 （3） 令和8年5月31日までの間に限り、1の（6）のウの事項について、掲示を行っているものとみなす。</p>

3. 調剤報酬における医療情報取得加算を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤管理料】 [算定要件] 注1～5 （略） （削除）</p>	<p>【調剤管理料】 [算定要件] 注1～5 （略） 6 <u>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、医療情報取得加算として、1年に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p>

4. 調剤報酬における医療DX推進体制整備加算を電子的調剤情報連携体制整備加算に改称し、評価区分を1つにするとともに、電子処方箋システムによる重複投薬等チェックを行う体制を有することを要件に追加する。

改 定 案	現 行
-------	-----

<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注 1～12 (略)</p> <p>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、<u>電子的調剤情報連携体制整備加算</u>として、月１回に限り、<u>●●点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>[施設基準] 五の四 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準</u> (1) <u>電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準</u> イ～ハ (略) 二 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、<u>調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制及び患者の服用する薬剤における有効成分の重複その他薬学的知見の観点から不適切な組合せの有無を電磁的記録に基づいて確認する体制</u>を有していること。 ホ～ヌ (略) (削除) (削除)</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注 1～12 (略)</p> <p>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、<u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u>として、月１回に限り、<u>当該基準に係る区分に従い、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>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 1 10点 ロ <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 2 8点 ハ <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 3 6点</p> <p>[施設基準] 五の四 <u>医療ＤＸ推進体制整備加算の施設基準</u> (1) <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 1の施設基準 イ～ハ (略) 二 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及び調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。</p> <p>ホ～ヌ (略) (2) <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 2の施設基準 (3) <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> 3の施設基準</p>
--	--

5. 調剤報酬の電子的調剤情報連携体制整備加算（現在の医療ＤＸ推進体制整備加算）の電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長する。

改 定 案	現 行
<p>【電子的調剤情報連携体制整備加算】 [施設基準（通知）]</p> <p>第95の2 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算</u></p> <p>1 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算に関する施設基準</u> (1)～(13) (略) (削除) (削除)</p> <p>2 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(6)については令和9年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (3) (略) (4) 令和9年5月31日までの間に限り、1の(10)の(ハ)の事項について、掲示を行っているものとみなす。</p>	<p>【医療ＤＸ推進体制整備加算】 [施設基準（通知）]</p> <p>第95の2 <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u></p> <p>1 <u>医療ＤＸ推進体制整備加算 1</u> に関する施設基準 (1)～(13) (略)</p> <p>2 <u>医療ＤＸ推進体制整備加算 2</u> に関する施設基準</p> <p>3 <u>医療ＤＸ推進体制整備加算 3</u> に関する施設基準</p> <p>4 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(6)については令和8年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。 (3) (略) (4) 令和8年5月31日までの間に限り、1の(10)の(ハ)の事項について、掲示を行っているものとみなす。</p>

⑦ 無菌製剤処理加算の見直し

第１ 基本的な考え方

６歳以上の小児の薬剤調製において体重による投与量調整が発生すること等を踏まえ、無菌製剤処理加算の評価対象を見直す。

第２ 具体的な内容

- １．無菌製剤処理加算を算定する患者の対象年齢について、６歳未満の乳幼児から１５歳未満の小児に拡大する。
- ２．１５歳未満の小児患者に対して、中心静脈栄養法用輸液の無菌製剤処理を行った場合の点数を引き上げる。

改 定 案	現 行
<p>【無菌製剤処理加算】 [算定要件]</p> <p>注２ ５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、１日につきそれぞれ69点、79点又は69点（<u>15歳未満の小児</u>の場合にあっては、１日につきそれぞれ●●点、147点又は137点）をそれぞれ所定点数に加算する。</p>	<p>【無菌製剤処理加算】 [算定要件]</p> <p>注２ ５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、１日につきそれぞれ69点、79点又は69点（<u>6歳未満の乳幼児</u>の場合にあっては、１日につきそれぞれ137点、147点又は137点）を所定点数に加算する。</p>

【Ⅲ－８地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－①】

① 調剤基本料の見直し

第１ 基本的な考え方

「患者のための薬局ビジョン」の策定から 10 年が経過した現在の保険薬局の実態及び損益率の状況を踏まえ、保険薬局が立地に依存する構造から脱却し、薬剤師の職能発揮を促進する観点から、調剤基本料を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 保険薬局の面分業を推進する観点から、調剤基本料 1 及び 3 のハの点数を引き上げる。

改 定 案	現 行																								
【調剤基本料】 調剤基本料（処方箋の受付 1 回につき） <table> <tr> <td>1 調剤基本料 1</td><td>●●点</td></tr> <tr> <td>2 （略）</td><td></td></tr> <tr> <td>3 調剤基本料 3</td><td></td></tr> <tr> <td>イ・ロ （略）</td><td></td></tr> <tr> <td>ハ</td><td>●●点</td></tr> <tr> <td>4 （略）</td><td></td></tr> </table>	1 調剤基本料 1	●●点	2 （略）		3 調剤基本料 3		イ・ロ （略）		ハ	●●点	4 （略）		【調剤基本料】 調剤基本料（処方箋の受付 1 回につき） <table> <tr> <td>1 調剤基本料 1</td><td>45点</td></tr> <tr> <td>2 （略）</td><td></td></tr> <tr> <td>3 調剤基本料 3</td><td></td></tr> <tr> <td>イ・ロ （略）</td><td></td></tr> <tr> <td>ハ</td><td>35点</td></tr> <tr> <td>4 （略）</td><td></td></tr> </table>	1 調剤基本料 1	45点	2 （略）		3 調剤基本料 3		イ・ロ （略）		ハ	35点	4 （略）	
1 調剤基本料 1	●●点																								
2 （略）																									
3 調剤基本料 3																									
イ・ロ （略）																									
ハ	●●点																								
4 （略）																									
1 調剤基本料 1	45点																								
2 （略）																									
3 調剤基本料 3																									
イ・ロ （略）																									
ハ	35点																								
4 （略）																									

2. 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 85%を超え、95%以下である保険薬局であって、処方箋の受付回数が 1 月に 1,800 回を超え、2,000 回以下のものは、調剤基本料 2 を算定することとする。
3. 都市部に新規開設する保険薬局のうち、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が 85%を超え、処方箋の受付回数が 1 月に 600 回を超えるものは、調剤基本料 2 を算定することとする。

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 [施設基準] (2) 調剤基本料 2 の施設基準	【調剤基本料】 [施設基準] (2) 調剤基本料 2 の施設基準

<p>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。</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 処方箋の受付回数が一月に<u>千八百回</u>を超えること（イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。）。 ハ 処方箋の受付回数が一月に<u>六百回</u>を超えること（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が<u>八割五分</u>を超える場合（当該保険薬局が別表第●に掲げる地域に所在し、かつ、水平距離五百メートル以内に他の保険薬局がある場合に限る。）に限る。）。 二・ホ （略）</p>	<p>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。</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 処方箋の受付回数が一月に<u>二千回</u>を超えること（イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。）。 ハ 処方箋の受付回数が一月に<u>千八百回</u>を超えること（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が<u>九割五分</u>を超える場合に限る。）。 二・ホ （略）</p>
---	---

[経過措置]

令和八年五月三十一日において、現に処方箋の受付回数が一月当たり千八百枚以下であるとして届け出ている保険薬局であって、その後も一月当たりの処方箋の受付回数が継続的に千八百枚以下であるものについては、当面の間、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を八割五分以下とみなす。

４．施設基準の別表において、都市部を設定する。

改 定 案	現 行
<p>[施設基準]</p> <p>別表第● <u>厚生労働大臣が定める地域</u></p> <p>一 <u>北海道札幌市</u></p> <p>二 <u>宮城県仙台市</u></p> <p>三 <u>埼玉県さいたま市</u></p> <p>四 <u>千葉県千葉市</u></p> <p>五 <u>東京都千代田区、中央区、港区、新宿区、文京区、台東区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、渋谷区、中野区、杉並区、豊島区、</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>

<p>北区、荒川区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区及び江戸川区</p> <p>六 神奈川県横浜市、川崎市及び相模原市</p> <p>七 新潟県新潟市</p> <p>八 静岡県静岡市及び浜松市</p> <p>九 愛知県名古屋市</p> <p>十 京都府京都市</p> <p>十一 大阪府大阪市及び堺市</p> <p>十二 兵庫県神戸市</p> <p>十三 岡山県岡山市</p> <p>十四 広島県広島市</p> <p>十五 福岡県北九州市及び福岡市</p> <p>十六 熊本県熊本市</p>	
--	--

5. 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 85%を超え、95%以下である保険薬局であって、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が 1 月に 3 万 5 千回を超え、4 万回以下のものは調剤基本料 3 のイを算定することとする。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(3) 調剤基本料 3 のイの施設基準</p> <p>(削除)</p> <p>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<u>三万五千回</u>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</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(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。</p> <p>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<u>三万五千回</u>を超え、<u>四万回以下</u>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<u>九割五分</u>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。</p> <p>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<u>四万回</u>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</p>

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。	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。
---	--

6. 調剤基本料3のロ及びハの施設基準から、同一グループの店舗数が300以上であることを削除する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局((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。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(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。</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における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<u>同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループ</u>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。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(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<u>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</u>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。</p>

7. 新規開設する保険薬局について、既に多数の保険薬局が開局している地域(特に、病院の近隣)又は医療モール内に立地する場合は減算とする。

改 定 案	現 行
-------	-----

<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注● <u>別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、所定点数から●●点を減算する。</u></p> <p>[施設基準] ● <u>調剤基本料の注●に規定する保険薬局</u> <u>次のいずれかに該当する保険薬局（特別調剤基本料Aを算定しているものを除く。）であること。</u> <u>（１） 次のイからハまでのいずれにも該当する保険薬局であること。</u> <u>イ 別表第●に掲げる地域に所在し、かつ、水平距離五百メートル以内に他の保険薬局があること。</u> <u>ロ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●割を超えること。</u> <u>ハ 次のいずれかに該当すること。</u> <u>① 保険医療機関（許可病床数が二百床以上のものに限る。）の敷地の境界線からの水平距離が百メートル以内の区域内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が二以上所在すること。</u> <u>② 当該保険薬局の周囲五十メートルの区域内に、他の保険薬局が二以上所在すること。</u> <u>③ 当該保険薬局の周囲五十メートルの区域内に所在する他の保険薬局が②に該当すること。</u> <u>（２） 次のイ及びロに該当する保</u></p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
--	---

<p><u>陰薬局であること。</u></p> <p><u>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●割を超えること。</u></p> <p><u>ロ 保険医療機関が所在する建物又は敷地と同一の建物内又は敷地内に所在すること。</u></p>	
---	--

[経過措置]

令和八年五月三十一日において現に健康保険法第六十三条第三項第一号の指定を受けている保険薬局については、当面の間、第十五の●に該当しないものとする。

8. 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の計算に当たっては、同一建物内又は同一敷地内に複数の保険医療機関が所在している場合、当該複数の保険医療機関を1つの保険医療機関と見なすこととする（医療モールに所在する複数の保険医療機関を1つの保険医療機関とみなす。）。
9. 介護保険施設や高齢者向け居住施設に居住する患者に対して交付された処方箋について、処方箋の受付回数には算入し、処方箋集中率の計算からは除外する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>第88の2 調剤基本料2</p> <p>2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点</p> <p>（1） 処方箋の受付回数</p> <p>処方箋の受付回数の計算に当たり、<u>薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した患者に係る処方箋（以下「時間外等処方箋」という。）は、受付回数に数えない。</u>なお、療担規則第20条第3号ロ及び療担基準第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋（時間外等処方箋を除く。）の<u>受付回数</u>については、</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>第88の2 調剤基本料2</p> <p>2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点</p> <p>（1） 処方箋の受付回数</p> <p>処方箋の受付回数の計算に当たり、<u>受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。</u>なお、療担規則第20条第3号ロ及び療担基準第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋については、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（<u>以下のアからウまでの本文に該当する場合を除く。</u>）。</p>

<p>調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。 (削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除し</p>	<p><u>ア 薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋</u></p> <p><u>イ 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又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋。ただし、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。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合は受付回数の計算に含める。</u></p> <p><u>ウ 介護保険法に基づく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12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの（2）又は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18年厚生労働省告示第127号）別表の「4」の介護予防居宅療養管理指導費のハの（2）の基となる調剤に係る処方箋。ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除し</p>
--	--

<p>て得た値とする。ただし、<u>一つの建物内又は一つの敷地内に複数の保険医療機関がある場合においては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数とみなして、処方箋集中率を算出する。また、</u></p> <p>1のアの（イ）の「<u>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</u>」は、上位3の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。</p> <p>(4) (3)の計算に当たり、次のいずれかに該当する処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除く。</p> <p><u>ア 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋</u></p> <p><u>イ 同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含めた全ての職員をいう。）の処方箋</u></p> <p><u>ウ 同一グループの保険薬局の勤務者の家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋</u></p> <p><u>エ 介護保険法で定める介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確</u></p>	<p>て得た値とする。ただし、<u>処方箋集中率を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。1のアの（イ）の「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</u>」は、上位3の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。</p> <p>(4) (3)の計算に当たり、<u>同一グループの保険薬局の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）及びその家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
--	---

<u>保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋（ただし、単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合の処方箋は除く。）</u>	
--	--

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－②】

② 特別調剤基本料 A の見直し

第 1 基本的な考え方

健康保険事業の健全な運営の確保の観点から、特別調剤基本料 A の対象薬局について要件を見直す。

第 2 具体的な内容

1. ヘキ地等において、地方自治体の所有する土地に所在する診療所の敷地内に所在する保険薬局であり、周囲に他の保険薬局がない場合は、特別調剤基本料 A を算定せず、調剤基本料 1 を算定する旨の規定を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 〔施設基準〕 二 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u> (1) <u>次のいずれにも該当すること。</u> イ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。 ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、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ついては、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。</p>	<p>【調剤基本料】 〔施設基準〕 二 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準 (新設) (1) 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。 (2) 当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、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ついては、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。</p>

<p><u>ハ 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</u></p> <p><u>(2) 次のいずれにも該当すること。</u></p> <p><u>イ 当該保険薬局が地方公共団体の所有する土地に所在する保険医療機関（診療所に限る。以下このイにおいて同じ。）又は地方公共団体の開設する保険医療機関と同一の土地又は建物に所在すること。</u></p> <p><u>ロ イに規定する保険医療機関がへき地の医療の提供のために必要な診療所として都道府県知事に認められたものであること。</u></p> <p><u>ハ 当該保険薬局から水平距離四キロメートル以内に他の保険薬局がないこと。</u></p>	<p><u>(3) 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</u> (新設)</p>
--	---

2. 特別調剤基本料 A の施設基準について、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在する場合には特別調剤基本料 A を算定しない旨の規定を削除する。
3. 保険薬局と同一敷地内においてオンライン診療受診施設を設置する場合、当該保険薬局は特別調剤基本料 A を算定する旨の規定を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [施設基準]</p> <p>(6) 特別調剤基本料 A の施設基準 <u>次のいずれかの要件を満たす保険薬局であること。</u></p> <p><u>イ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、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。</u></p> <p><u>ロ 当該保険薬局と同一の敷地内</u></p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準]</p> <p>(6) 特別調剤基本料 A の施設基準</p> <p>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（<u>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。</u>）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。 (新設)</p>

<p>において医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第二条の二第二項に規定するオンライン診療受診施設を設置していること。<u>ただし、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掲示事項等（平成十八年三月六日厚生労働省告示第百七号）第十二条の二に定める要件に該当する場合を除く。</u></p>	
---	--

[経過措置]

告示日において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。）が所在している保険薬局については、告示日以降、新たに他の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ない場合に限り、当面の間、第十五の一の（６）のイに該当しないものとする。

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－③】

③ 地域支援体制加算の見直し

第１ 基本的な考え方

地域での医薬品供給を通じた適切な医療提供体制の構築を促進する観点から、地域支援体制加算の要件を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 地域支援体制加算の名称について、地域支援・医薬品供給対応体制加算に改める。（地域支援・医薬品供給対応体制加算１については、Ⅳ－１－（③）「医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止」に記載。）
2. 地域への貢献を行っている薬局を適切に評価するため、地域支援体制加算の各種算定要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 〔算定要件〕</p> <p>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（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。</p> <p>イ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算１</u> ●●点</p> <p>ロ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算２</u> ●●点</p> <p>ハ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算３</u> ●●点</p>	<p>【調剤基本料】 〔算定要件〕</p> <p>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（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。</p> <p>イ <u>地域支援体制加算１</u> 32点</p> <p>ロ <u>地域支援体制加算２</u> 40点</p> <p>ハ <u>地域支援体制加算３</u> 10点</p>

<p>二 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 4</u> ●●点</p> <p>ホ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 5</u> ●●点</p> <p>【地域支援・医薬品供給対応体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>四 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準</u></p> <p>(1) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。</u></p> <p>ロ <u>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●割以上であること。</u></p> <p>(2) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>(1) に掲げる施設基準を満たすこと。</u></p> <p>ロ <u>調剤基本料 1 を算定していること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制を整備していること。</u></p> <p>ニ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(3) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>(2) のイからハまでに該当すること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p>	<p>二 <u>地域支援体制加算 4</u> 32点</p> <p>(新設)</p> <p>【地域支援体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>四 <u>地域支援体制加算の施設基準</u></p> <p>(新設)</p> <p>(1) <u>地域支援体制加算 1 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>(新設)</p> <p>イ <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(2) <u>地域支援体制加算 2 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>(1) のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p>
--	---

<p>(4) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算4の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>(1)に掲げる施設基準を満たすこと。</u></p> <p>ロ 調剤基本料1又は調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料B以外を算定していること。</p> <p>ハ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</p> <p>ニ <u>(2)のニに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>(5) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算5の施設基準</u> <u>(3)のロ及び(4)のイからハまでに該当する保険薬局であること。</u></p>	<p>(3) <u>地域支援体制加算3の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 (新設)</p> <p>イ 調剤基本料1又は調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料B以外を算定している保険薬局であること。</p> <p>ロ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</p> <p>ハ <u>(1)のハに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>(4) <u>地域支援体制加算4の施設基準</u> <u>(2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p>
---	---

[経過措置]

令和8年3月31日において現に後発医薬品調剤体制加算1、2又は3に係る届出を行っている保険薬局については、令和9年5月31日までの間に限り、第十五の四の(1)のロに該当するものとみなす。

※ 地域医療への貢献に係る体制及び実績については、施設基準通知において以下の内容等を規定する予定。

(体制について)

- 令和8年6月以降に開設する保険薬局又は改築若しくは増築する保険薬局においては、面積が16平方メートル以上の調剤室を有すること。
- セルフメディケーション関連機器を設置していること。
- 薬事未承認の研究用試薬・検査サービスを販売又は提供していないこと。

(実績について)

- 調剤時の薬剤一元管理による疑義照会や残薬調整に係る評価項目を一定程度算定していること。
- かかりつけ薬剤師による服薬指導を一定程度実施していること(服薬管理指導料1のイを算定していること。)
- 服用薬剤調整支援料2の見直しに伴い、実績要件の項目から服用薬剤調整支援料を削除すること。

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、
薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－④】

④ 調剤管理料の見直し

第１ 基本的な考え方

対人業務である薬学的管理の質を適切に評価する観点から、内服薬の調剤日数によって４つに区分されている調剤管理料を見直す。

第２ 具体的な内容

- 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬又は屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合の調剤管理料を、長期処方（28 日分以上）とそれ以外（27 日分以下）との２区分とし、これに伴い、調剤管理料全体の点数も見直す。
- 調剤管理加算を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤管理料】</p> <p>1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬又は屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき）</p> <p>イ 長期処方（28日分以上）の場合 ●●点</p> <p>ロ イ以外（27日分以下）の場合 ●●点</p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p> <p>2 1 以外の場合 ●●点</p> <p>〔算定要件〕 （削除）</p>	<p>【調剤管理料】</p> <p>1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき）</p> <p>イ 7 日分以下の場合 4 点</p> <p>ロ 8 日分以上14日分以下の場合 28点</p> <p>ハ 15日分以上28日分以下の場合 50点</p> <p>ニ 29日分以上の場合 60点</p> <p>2 1 以外の場合 4 点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局（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、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又</p>

	<p>はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 初めて処方箋を持参した場合 3点</p> <p>ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点</p>
--	---

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑤】

⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し

第１ 基本的な考え方

かかりつけ薬剤師の推進並びに服用薬剤の継続的・一元的把握に基づく薬剤調整及び実効性の高い残薬対策を評価する観点から、重複投薬・相互作用等防止加算等の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１．調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【調剤管理料】 [算定要件] (削除)	【調剤管理料】 [算定要件] <u>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。</u> <u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点 <u>ロ 残薬調整に係るものの場合</u> 20点

2. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を廃止する。

改 定 案	現 行
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 (削除)	<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</p> <p>15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</p> <p>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</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>2 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け付けた場合</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>

3. 患者又はその家族等から残薬の聞き取りを行い、残薬調整を実施した場合の評価を新設する。

(新) 調剤時残薬調整加算

[対象患者]

調剤管理料を算定する患者であって、飲み残した医薬品や飲み忘れた医薬品（残薬）が確認された患者

[算定要件]

患者又はその家族等から収集した情報等に基づいて残薬が確認された患者において、処方医の指示の下に、残薬の調整のために7日分以上相当の処方日数の変更を行った場合（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、調剤時残薬調整加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、6日分以下相当の処方日数の変更を行う場合には、その理由を調剤報酬明細書に記載することで算定可能とする。

- イ 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する患者その他厚生労働大臣が定める患者（以下「在宅患者」という。）へ処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 ●●点
- ロ 在宅患者に対して処方日数の変更を行った場合（イの場合を除く。） ●●点
- ハ 服薬管理指導料の注１に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局において、患者から同意を得た特定の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）が、当該患者に対して行った場合（イ又はロの場合を除く。） ●●点
- ニ イからハまで以外の場合 ●●点

[施設基準]

調剤時残薬調整加算に規定する保険薬局

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。

調剤時残薬調整加算のイに規定する患者

- (１) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者
- (２) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者
- (３) 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る。）を算定している患者
- (４) 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る。）を算定している患者

4. 服用薬剤の一元管理に基づく薬剤調整を実施した場合の評価を新設する。

(新) 薬学的有害事象等防止加算

[対象患者]

調剤管理料を算定する患者であって、処方医に確認すべき点（残薬に係るものを除く。）がある処方箋が交付された患者

[算定要件]

薬剤服用歴、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋の仕組みを用いた重複投薬の確認等に基づき、処方医に対する照会（残薬調整に係るものを除く。）の結果、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った場合

を除く。)は、薬学的有害事象等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 在宅患者へ処方箋を交付する前に処方内容を処方医に相談し、
処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 ●●点
- ロ 在宅患者に対して行った場合（イの場合を除く。） ●●点
- ハ かかりつけ薬剤師が、同意を得た患者に対して行った場合（イ
又はロの場合を除く。） ●●点
- ニ イからハまで以外の場合 ●●点

[施設基準]

薬学的有害事象等防止加算に規定する保険薬局

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局
であること。

薬学的有害事象等防止加算のイに規定する患者に規定する患者

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者
- (2) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者
- (3) 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
る。）を算定している患者
- (4) 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
う場合に限る。）を算定している患者

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑥】

⑥ かかりつけ薬剤師の推進

「Ⅱ－３－⑧」を参照のこと。

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑦】

⑦ 吸入薬管理指導加算の見直し

第１ 基本的な考え方

保険薬局におけるインフルエンザ吸入薬指導について、慢性疾患と同様の服薬指導や曝露対策を実施している現状を踏まえ、吸入薬管理指導加算の要件と評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 吸入薬管理指導加算について、算定対象となる患者にインフルエンザウイルス感染症患者を含める。このとき、患者が自ら吸入を行う吸入薬の適応症は、喘息、慢性閉塞性肺疾患及びインフルエンザウイルス感染症のみであることを踏まえ、患者の範囲を整理する。
2. 算定可能な間隔及び評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【吸入薬管理指導加算】 [算定要件] 注10 吸入薬の投薬が行われている患者に対して、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、<u>6</u>月に1回に限り●●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。</p>	<p>【吸入薬管理指導加算】 [算定要件] 注10 <u>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</u>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、<u>3</u>月に1回に限り<u>30</u>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。</p>

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑧】

⑧ 服用薬剤調整支援料の見直し

第１ 基本的な考え方

必ずしも服用薬剤数の削減によらない服用薬剤調整支援の手法が策定されている状況を踏まえ、服用薬剤調整支援料について、要件及び評価を見直す。

第２ 具体的な内容

服用薬剤調整支援料２について、かかりつけ薬剤師が患者に対し薬物療法の適正化支援を実施することを算定要件とするとともに、その評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>服用薬剤調整支援料２ ●●点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注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。）が処方されている患者について、患者又はその家族等の求めに応じ、かかりつけ薬剤師（患者の服薬状況等に係る総合的な管理及び評価を行うために必要な研修を受けたものに限る。）が、当該患者の服用中の薬剤を継続的及び一元的に把握した結果、服用中の薬剤の調整を必要と認める場合であって、必要な評価等を実施した上で、処方医に対して、当該調整について文書を用いて提案した場合には、</p>	<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>服用薬剤調整支援料２</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合 110点</p> <p>ロ イ以外の場合 90点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注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</p>

<p>同一の患者に対して6月に1回に限り、かかりつけ薬剤師1人につき月4回まで所定点数を算定できる。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。</p> <p>[施設基準] (削除)</p>	<p>においては、算定できない。</p> <p>[施設基準] <u>十一の二 服用薬剤調整支援料2のイに規定する施設基準</u> <u>重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u></p>
---	--

※ 服用薬剤調整支援料2における具体的に必要な実施事項については、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。

- ア 薬物治療に関する患者又はその家族等からの主観的情報の聴取
- イ 検査値等の薬物治療に必要な客観的情報の収集
- ウ 服薬支援に必要な患者の生活状況及び意向に関する情報の聴取
- エ 各服用薬剤がもたらす治療効果及び有害事象の評価
- オ 解決すべき薬剤関連問題の特定及び整理
- カ 服用薬剤調整後の観察計画及び対応案の立案

[適用日]

令和9年6月1日から適用する。

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑨】

⑨ 調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し

第１ 基本的な考え方

調剤報酬の簡素化の観点から、類似する算定項目を統合する。

第２ 具体的な内容

1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注２に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を廃止する。

改 定 案	現 行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件〕 (削除)	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件〕 <u>注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、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。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。</u>
<u>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、</u>	<u>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、</u>

<p>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。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。</p> <p>4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。</p>	<p>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。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注2に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。</p> <p>5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2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。</p> <p>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</p>
--	--

<p>い。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</p>	<p>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。</p> <p>7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合(注2に規定する場合を除く。)は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</p>
--	--

2. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注1に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <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 (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。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <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 (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、<u>情報通信機器を用いて必要な薬</u></p>

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

<p>5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>7～9 (略)</p> <p>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って、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</p>	<p><u>急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点)</u>を所定点数に加算する。</p> <p>5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点<u>(注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点)</u>を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合<u>(注1のただし書に規定する場合を除く。)</u>は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>7～9 (略)</p> <p>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って、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</p>
--	---

<p>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。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は、別に算定できない。</p>	<p>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。<u>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>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、<u>区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料</u>は、別に算定できない。</p>
---	---

3. 在宅で療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して情報通信機器を用いて服薬指導を行った場合、服薬管理指導料4を算定可能にするとともに、所要の改正を行う。

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点</p> <p>ロ <u>在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して行った場合</u> ●●点</p> <p>ハ <u>ロのうち、患者の状態の急変等に伴い行った場合</u> ●●点</p> <p>ニ <u>イからハまで以外の場合</u> 59点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 4のイ及びニについては、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。4</p>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注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</p>

の口については、訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除き、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、患者1人につき、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料と合わせて、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又は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、所定点数を算定する。4のハについては、患者1人につき、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、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又は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、所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であつ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のニにより算定する。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 （略）

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、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。ただし、4のロ又はハを算定する場合においては加算しない。

イの患者であつ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 （略）

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、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・ロ (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薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。また、4のロ又はハを算定する場合においては加算しない。

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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、4のロ又はハを算定する場合においては加算しない。

イ・ロ (略)

8・9 (略)

10 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

イ・ロ (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薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

7 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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

8・9 (略)

10 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

<p>を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。<u>また、4のロ又はハを算定する場合においては加算しない。</u></p> <p>11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、<u>4のロ若しくはハを算定する場合又は当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病若しくは負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</u></p>	<p>を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p> <p>11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病<u>又は</u>負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p>
--	---

① 処方箋料の見直し

第１ 基本的な考え方

後発医薬品の使用促進等の観点から、処方等に係る評価体系を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。
2. バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
3. 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【処方箋料】 注１～５ （略）</p> <p>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。</p> <p>イ 一般名処方加算 １ <u>●●点</u> ロ 一般名処方加算 ２ <u>●●点</u></p> <p>７・８ （略）</p> <p>（１） 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投</p>	<p>【処方箋料】 注１～５ （略）</p> <p>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。</p> <p>イ 一般名処方加算 １ <u>10点</u> ロ 一般名処方加算 ２ <u>8点</u></p> <p>７・８ （略）</p> <p>（１） 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投</p>

薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

(削除)

イ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

(2)～(8) (略)

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用してい

薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

(2)～(8) (略)

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

ない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

(10)・(11) (略)

(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品といった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場

(10)・(11) (略)

(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

<p>合の(6)の取扱いにおいて、 「種類」の計算に当たっては、 該当する医薬品の薬価のうち最 も低いものの薬価とみなすもの とする。</p> <p>(13)～(16) (略)</p>	<p>(13)～(16) (略)</p>
--	----------------------

② バイオ後続品使用体制加算の見直し

第１ 基本的な考え方

バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されている医療機関をより適切に評価する観点から、バイオ後続品使用体制加算の要件を見直す。

第２ 具体的な内容

- １．バイオ後続品使用体制加算は、バイオ医薬品を使用する患者について、入院初日に算定するとされているところ、入院初日以降にバイオ医薬品を患者に使用する場合の算定方法を明確化する観点から、その算定日を退院日に変更する。

改 定 案	現 行
【バイオ後続品使用体制加算】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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 <u>先行</u> 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 <u>先行</u> 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、 <u>退院の日に１回</u> に限り所定点数に加算する。	【バイオ後続品使用体制加算】 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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 <u>先発</u> 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 <u>先発</u> 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、 <u>入院初日</u> に限り所定点数に加算する。

- ２．バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の使用回数の合計に係る要件を廃止し、バイオ後続品のあるバイオ医薬品のうち少なくとも１つ以上の成分で、直近１年間に調剤した規格単位数量の合計が５０以上であることを要件とする。

3. バイオ後続品のある先行バイオ医薬品として新たに収載された医薬品等について、その使用状況に応じて、バイオ後続品使用体制加算の要件の対象となる成分に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【バイオ後続品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>(1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。</p> <p>(2) <u>バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品の使用について、十分な実績を有すること。</u></p> <p>(削除)</p>	<p>【バイオ後続品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>(1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。</p> <p>(2) <u>直近一年間に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。「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が百回を超えること。</u></p> <p>(3) <u>当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、次のいずれにも該当すること。</u></p> <p>イ <u>次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が八割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。</u></p> <p>① <u>エポエチン</u></p> <p>② <u>リツキシマブ</u></p> <p>③ <u>トラスツズマブ</u></p> <p>④ <u>テリパラチド</u></p> <p>ロ <u>次に掲げる成分について、</u></p>

<p>(3)・(4) (略)</p> <p>第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) 当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品（<u>バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。</u>）及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこ</p>	<p><u>当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が五割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。</u></p> <p>① <u>ソマトロピン</u></p> <p>② <u>インフリキシマブ</u></p> <p>③ <u>エタネルセプト</u></p> <p>④ <u>アガルシダーゼベータ</u></p> <p>⑤ <u>ベバシズマブ</u></p> <p>⑥ <u>インスリンリスプロ</u></p> <p>⑦ <u>インスリンアスパルト</u></p> <p>⑧ <u>アダリムマブ</u></p> <p>⑨ <u>ラニビズマブ</u></p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>直近1年間における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。以下「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。</u></p> <p>(3) 当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、ア及びイを満たすこと。</p>
--	--

と。なお、ア又はイに掲げるそれぞれの成分について、直近 1 年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも 1 つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。

ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ80%以上であること。

(イ)～(ニ) (略)

(ホ) ラニビズマブ

(ヘ) インスリングルルギン

(ト) ダルベポエチン

(チ) フィルグラスチム

イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合がそれぞれ50%以上であること。

(イ)～(チ) (略)

(リ) アフリベルセプト

(ヌ) ウステキヌマブ

ア 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上であること。ただし、直近 1 年間ににおける当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。

(イ)～(ニ) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が50%以上であること。ただし、直近 1 年間ににおける当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。

(イ)～(チ) (略)

(リ) ラニビズマブ

(新設)

<p>(ル) <u>ペグフィルグラスチム</u></p> <p>(ヲ) <u>トシリズマブ</u></p> <p>(3) <u>入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行って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。</u></p> <p>(4) (略)</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4) <u>入院及び外来においてバイオ後続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。</u></p> <p>(5) (略)</p>
---	---

[経過措置]

令和8年3月31日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和9年5月31日までの間に限り、1の(2)のアの(ホ)から(チ)まで及びイの(リ)から(ヲ)までに掲げる成分について、1の(2)のア又はイに定める割合の基準を満たしているものとみなす。ただし、本文の規定により基準を満たす保険医療機関にあっては、アの(イ)から(ニ)まで及びイの(イ)から(チ)までのうち少なくとも1つ以上の成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50以上である必要がある。

③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

第１ 基本的な考え方

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

「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」等の内容を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算を廃止する。

（新） 地域支援・医薬品供給対応体制加算

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1	●●点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2	●●点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 3	●●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含む。）又は第３節の特定入院料のうち、地域支援・医薬品供給対応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。）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。

〔施設基準〕

（１） 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後

発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ホ ニ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。

ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・医薬品供給対応体制加算2の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・医薬品供給対応体制加算3の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

[施設基準(通知)]

(1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員

会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 にあっては●●%以上、地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 にあっては●●%以上●●%未満、地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 にあっては●●%以上●●%未満であること。

- (3) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタール P 乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン NF 配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号 510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

- (4) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）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入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (5) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- (6) (5) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (7) (4) 及び (6) 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。自ら管理するホームページ等を有しな

い場合については、この限りではないこと。

- (8) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (9) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (10) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (11) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について、あらかじめ取決めを行っておくことが望ましい。

(新) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1	●●点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2	●●点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3	●●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投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。
- ハ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に

関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ホ ニ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。

ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●●以上であること。

ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

[施設基準(通知)]

(1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

(2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成20年厚生労働省告示第60号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1にあっては●●%以上、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2にあっては●●%以上●●%未満、地域支

援・外来医薬品供給対応体制加算 3 にあつては●●%以上●●%未満であること。

(3) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

① 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタール P 乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン NF 配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤、イノラス配合経腸用液及びイノソリッド配合経腸用半固形剤

② 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬（薬効分類番号 510）

④ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

(4) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

(5) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

(6) (5) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(7) (4) 及び (6) 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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

(8) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

(9) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

(10) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

(11) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目

について、あらかじめ取決めを行っておくことが望ましい。

④ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止

第１ 基本的な考え方

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

１．後発医薬品調剤体制加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 [算定要件] (削除)	【調剤基本料】 [算定要件] <u>注 7 保険薬局及び保険薬剤師療養</u> <u>担当規則（昭和32年厚生省令第</u> <u>16号）第 7 条の 2 に規定する後</u> <u>発医薬品（以下「後発医薬品」</u> <u>という。）の調剤に関して別に</u> <u>厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>に適合しているものとして地方</u> <u>厚生局長等に届け出た保険薬局</u> <u>（注 2 に規定する別に厚生労働</u> <u>大臣が定める保険薬局を除</u> <u>く。）において調剤した場合に</u> <u>は、当該基準に係る区分に従</u> <u>い、次に掲げる点数（特別調剤</u> <u>基本料 A を算定する保険薬局に</u> <u>おいて調剤した場合には、それ</u> <u>ぞれの点数の100分の10に相当す</u> <u>る点数）を所定点数に加算す</u> <u>る。</u> <u>イ 後発医薬品調剤体制加算 1</u> <u>21点</u> <u>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2</u> <u>28点</u>

	ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点
--	------------------------

2. 地域支援体制加算において、医薬品の安定供給に資する体制を有している薬局に対する評価を設けるとともに、その名称を医薬品の安定供給を踏まえたものに変更する。

(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算

1 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 ●●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、地域支援・医薬品供給対応体制加算として、●●点（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、100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。
- ロ 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の規格単位数量を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●割以上であること。

[施設基準（通知）]

- (1) 地域における医薬品の安定供給を確保するため、医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行うこと。
- (2) 他の保険薬局に医薬品を分譲した実績があること。ただし、同一グループの保険薬局への医薬品の分譲は、当該実績に含めない。
- (3) 医薬品の供給不安等により、患者が持参した処方箋に記載された医薬品が入手困難な場合は、当該医薬品の在庫を持つ保険薬局を探し、当該薬局にあらかじめ連絡して在庫を確認した上で、別紙様式●を用いて当該患者に当該薬局を案内する、処方医に処方内容の変更可否を照会する等、適切に対応すること。
- (4) 重要供給確保医薬品のうち内用薬及び外用薬であるものについて、1か月程度分は備蓄するよう努めること。なお、ここでいう備蓄とは、当該保険薬局に現に医薬品の在庫を保有していることを指し、卸売販売業者が代わりに在庫を確保していること又は卸売販売業

者に在庫を確保させていることのみでは、備蓄には該当しない。

- (5) 個々の医薬品の価値や流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (6) 流通の効率化と安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送・休日夜間配送・急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (7) 厳格な温度管理を要する医薬品や、在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (8) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関や保険薬局、医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目についての情報共有や、事前の取決めを行っておくことが望ましい。
- (9) 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、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が●%以上であること。
- (10) 後発医薬品の調剤を積極的に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すること。

⑤ バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進

第１ 基本的な考え方

バイオ後続品の使用を促進する観点から、薬局におけるバイオ後続品の調剤体制の整備及び患者への説明について、新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

- １．バイオ後続品の使用促進に資する体制を有している薬局に対する評価を新設する。

(新) バイオ後続品調剤体制加算

●●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。）においてバイオ後続品（インスリン製剤を除く。）を調剤した場合には、バイオ後続品調剤体制加算として、●●点（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、100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

[施設基準]

バイオ医薬品の適切な保管及び患者への適切な説明が可能であり、バイオ後続品の調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。

[施設基準（通知）]

- （１） 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品（バイオ後続品のあるものに限る。以下本項において同じ。）の規格単位数量及び当該バイオ後続品の規格単位数量を合算した数量に占める当該バイオ後続品の規格単位数量の割合が80%以上となるバイオ医薬品の成分の数が、当該保険薬局において調剤実績のあるバイオ医薬品の成分数の60%以上であることが望ましい。
- （２） バイオ後続品の調剤を積極的に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すること。

- ２．一般名処方による処方箋の交付を受けた患者又はバイオ後続品が処

方された患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うことに対する評価を、特定薬剤管理指導加算３の口に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【特定薬剤管理指導加算３】 〔算定要件〕</p> <p>８ 特定薬剤管理指導加算３</p> <p>（３） 「口」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場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ <u>バイオ医薬品の一般名処方による処方箋の交付を受けた患者又はバイオ後続品が処方された患者に対して、バイオ後続品の品質、有効性、安全性等について説明を行った場合</u> 	<p>【特定薬剤管理指導加算３】 〔算定要件〕</p> <p>８ 特定薬剤管理指導加算３</p> <p>（３） 「口」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場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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

⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用

第１ 基本的な考え方

長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

患者の希望により長期収載品を使用する場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１相当を患者負担としているが、これを価格差の２分の１相当に引き上げる。

改 定 案		現 行	
【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】 別表第二		【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】 別表第二	
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（下欄において単に「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（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	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別に厚生労働大臣が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 <u>二分の一</u> を乗じて得た価格を控除	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（下欄において単に「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（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	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別に厚生労働大臣が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 <u>四</u> <u>分の一</u> 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		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>【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】</p> <p>第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額</p> <p>第一の一の二に規定する療養に係る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第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）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<u>二分の一</u>を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額</p>		<p>【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】</p> <p>第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額</p> <p>第一の一の二に規定する療養に係る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第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）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<u>四分の一</u>を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額</p>	

【Ⅳ－４－１重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応－①】

① 薬剤総合評価調整加算の見直し

第１ 基本的な考え方

処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことにより、ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を要件に追加するとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【薬剤総合評価調整加算】 A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) ●●点</p> <p>注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の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</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】 A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) 100点 [算定要件]</p> <p>注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の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</p>

し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合	し、かつ、療養上必要指導を行った場合
---------------------------	--------------------

2. 1に伴い、退院時薬剤情報連携加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【退院時薬剤情報連携加算】 (削除)	【退院時薬剤情報連携加算】 注2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

【Ⅳ－４－１ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方への在り方への対応－⑤】

⑤ 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

第１ 基本的な考え方

長期処方及びリフィル処方箋による処方を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件を見直すとともに、処方箋様式を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、特定疾患療養管理料等の要件に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【特定疾患療養管理料】</p> <p>注１ <u>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、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する。</u></p> <p>２～５ （略）</p> <p>〔算定要件（通知）〕</p> <p>（１）～（１１） （略）</p> <p>（１２） <u>患者の状態に応じ、２８日以上</u> <u>の長期の投薬を行うこと又はリ</u> <u>フィル処方箋を交付すること</u> <u>について、当該対応が可能である</u> <u>ことを当該保険医療機関の見や</u> <u>すい場所に掲示するとともに、</u> <u>患者から求められた場合に、患</u> <u>者の状態を踏まえて適切に対応</u> <u>を行うこと。</u></p>	<p>【特定疾患療養管理料】</p> <p>注１ 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する。</p> <p>２～５ （略）</p> <p>〔算定要件（通知）〕</p> <p>（１）～（１１） （略）</p> <p>（新設）</p>

<p>(13) (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>一の● 特定疾患療養管理料の注 1</u> <u>に規定する施設基準</u> <u>特定疾患療養管理を行うにつき</u> <u>必要な体制が整備されているこ</u> <u>と。</u></p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>第 1 特定疾患療養管理料</p> <p><u>1 特定疾患療養管理料に関する</u> <u>施設基準</u> <u>患者の状態に応じ、28日以上</u> <u>の長期の投薬を行うこと又はリ</u> <u>フィル処方箋を交付すること</u> <u>について、当該対応が可能である</u> <u>ことを当該保険医療機関の見や</u> <u>すい場所に掲示すること。</u></p> <p><u>2 ～ 3</u> (略)</p> <p>※ <u>皮膚科特定疾患指導管理料、婦</u> <u>人科特定疾患治療管理料、耳鼻咽</u> <u>喉科特定疾患指導管理料、二次性</u> <u>骨折予防継続管理料及び小児科外</u> <u>来診療料についても同様。</u></p>	<p>(12) (略)</p> <p>[施設基準] (新設)</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>第 1 特定疾患療養管理料 (新設)</p> <p><u>1 ～ 2</u> (略)</p>
--	--

2. リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式を見直す。

【Ⅳ－４－２ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進－②】

② 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第１ 基本的な考え方

ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整や退院時薬剤情報管理指導の実績に応じた評価に見直す。

第２ 具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整加算及び退院時薬剤情報管理指導料の算定回数が多い場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【病棟薬剤業務実施加算】</p> <p><u>１ 病棟薬剤業務実施加算 １</u>（週 １回） ●●点</p> <p><u>２ 病棟薬剤業務実施加算 ２</u>（週 １回） 120点</p> <p><u>３ 病棟薬剤業務実施加算 ３</u>（１日につき） 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 １ から病棟薬剤業務実施加算 ３ までのいずれかを算定できるものを現に算定している患者に限る。）につい</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 （新設）</p> <p><u>１ 病棟薬剤業務実施加算 １</u>（週 １回） 120点</p> <p><u>２ 病棟薬剤業務実施加算 ２</u>（１日につき） 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 １ 又は病棟薬剤業務実施加算 ２ を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務</p>

て、病棟薬剤業務実施加算 1 及び 病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 3 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。

- 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つて、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 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。

[施設基準]

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準

イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。

ロ 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性並びに安全性に資するために十分な時間が確保されていること。

ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。

ニ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安

実施加算 1 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。

- 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つて、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 100 点を所定点数に加算する。

[施設基準]

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(新設)

<p><u>全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。</u></p> <p><u>ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p><u>ヘ 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。</u></p> <p><u>(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準</u> <u>(1) のイからホまでに該当する保険医療機関であること。</u> (削除)</p> <p><u>(3) 病棟薬剤業務実施加算 3 の施設基準</u> イ～ホ (略)</p> <p><u>(4) (略)</u></p>	<p><u>(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準</u> (新設)</p> <p><u>イ～ホ (略)</u></p> <p><u>(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準</u> イ～ホ (略)</p> <p><u>(3) (略)</u></p>
---	--