

### 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
<b>【調剤基本料】</b>		
1 調剤基本料 1	<u>47 点</u>	<u>45 点</u>
2 調剤基本料 2	<u>30 点</u>	<u>29 点</u>
3 調剤基本料 3		
イ	<u>25 点</u>	<u>24 点</u>
ロ	<u>20 点</u>	<u>19 点</u>
ハ	<u>37 点</u>	<u>35 点</u>

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及び2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>3点</u>
<u>2</u>	<u>再診時</u>	<u>1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 1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</u> <u>月の初日の訪問の場合</u>	<u>60円</u>
	<u>ロ</u> <u>月の2日目以降の訪問の場合</u>	<u>20円</u>
<u>2</u>	<u>訪問看護物価対応料 2</u>	<u>20円</u>

[算定要件]

[算定要件]

- (1) 歯科技工所に従事する歯科技工士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、補綴物等の製作等の委託を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

[施設基準]

- (1) 歯科技工士が所属する歯科技工所に補綴物等の製作等の委託を行っている保険医療機関であること。
- (2) 歯科技工所に勤務する歯科技工士の賃金の改善について十分に支援していること。

7. 調剤報酬において、薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、調剤ベースアップ評価料を新設する。  
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。

(新) 調剤ベースアップ評価料（処方箋の受付1回につき） 4点

[算定要件]

- (1) 当該保険薬局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薬局において調剤した場合には、処方箋の受付1回につき、所定点数を算定する。
- (2) 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険薬局に勤務する職員（以下この号において「対象職員」という。）がいること。
- (2) 対象職員の賃金の改善を実施するにつき必要な体制が整備されていること。

8. 訪問看護ステーションに勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、訪問看護ベースアップ評価料について、評価を見直す。  
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。

## 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】 13の2 <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】 13の3 <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  イ <u>かかりつけ薬剤師が行った場合</u> 45点 ロ <u>イ以外の場合</u> 45点	【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 1の患者以外の患者に対して行った場合	2 1の患者以外の患者に対して行った場合 59点

<p>イ <u>かかりつけ薬剤師が行った場合</u> 59点</p> <p>ロ <u>イ以外の場合</u> 59点</p> <p>3～4 (略)</p> <p>[算定要件] (削除)</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>3～4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>ホ 薬剤情報提供文書により、</u></p>
---	---

<p>注1 <u>1のイ及び2のイについて</u>  <u>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、あらかじめ当該算定項目に係る服薬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、手帳を提示した患者（継続的及び一元的に服薬管理しているものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険薬局の特定の保険薬剤師（別に厚生労働大臣が定める保険薬剤師に限る。以下「かかりつけ薬剤師」という。）が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。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 <u>1のロ及び2のロについて</u>  <u>は、かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が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。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>3 <u>1の患者であって手帳を提示しないものに対して、必要な指導等を行った場合は、2により</u></p>	<p><u>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。</u></p> <p>へ <u>処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
--	--

算定する。

4～12 (略)

13 1のイ又は2のイを算定して

いる患者であって、区分番号14

の2に掲げる外来服薬支援料

1、区分番号14の3に掲げる服

用薬剤調整支援料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50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に規定する

居宅療養管理指導費のハ若しく

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

に規定する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のイ又は2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、かかり

つけ薬剤師が患家に訪問して、

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230

点を所定点数に加算する。ただ

2～10 (略)

(新設)

(新設)

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、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供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に規定する居宅療養管理指導費のハ若しく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に規定する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。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、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。

15 (略)

16 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。

17 (略)

(削除)

11 (略)

12 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。

13 (略)

14 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。

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>【服薬管理指導料】 <u>十 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> <u>(1) 十の二に掲げる保険薬剤師が配置されていること。</u> <u>(2) 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><u>十の二 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剤師</u> <u>必要な指導等を行うにつき十分な経験等を有する保険薬剤師</u></p> <p>[施設基準（通知）] (削除)</p>	<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [施設基準] <u>十一 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】 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準（通知）] 第100 <u>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> <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> <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> <u>(1) 以下に掲げる勤務経験を有していること。</u> <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、</u></p>

<p>【服薬管理指導料】  [施設基準（通知）]  <b>第● 服薬管理指導料の注1に規定する保険薬剤師及び保険薬局</b>  1 <u>かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。</u>  <u>（1）次に掲げる勤務経験等を</u></p>	<p><u>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>  イ <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。</u>  ウ <u>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。</u>  （2） <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>  （3） <u>医療に係る地域活動の取組に参画していること。</u>  （4） <u>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。</u></p> <p>【服薬管理指導料】  [施設基準（通知）]  （新設）</p>
--	--

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) 1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。

(2) 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。

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。

(3) 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。

【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） 300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） 150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又は区分番号15の8に掲げる在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合については、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

## 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
<p>【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、30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、<u>所定点数の100分の10に相当する点</u></p>	<p>【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、<u>それぞれの点数の100分の</u></p>

<p>数) を所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p><u>注13 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><u>イ 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> <u>100点</u></p> <p><u>ロ イ以外の場合</u> <u>50点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>五の三 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) 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。</p> <p>(2) 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。</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><u>イ 在宅薬学総合体制加算1</u> <u>15点</u></p> <p><u>ロ 在宅薬学総合体制加算2</u> <u>50点</u></p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>五の三 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><u>イ 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><u>ロ 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>五の三の二 在宅薬学総合体制加算</u> <u>2の施設基準</u> <u>次のいずれにも該当する保険</u> <u>薬局であること。</u></p> <p><u>イ 五の三の（１）に該当する</u> <u>こと。</u></p> <p><u>ロ 在宅患者に対する高度な薬</u> <u>学的管理及び指導を行うため</u> <u>に必要な体制が整備されてい</u> <u>ること。</u></p> <p><u>ハ 在宅患者に対する高度な薬</u> <u>学的管理及び指導に係る十分</u> <u>な実績を有していること。</u></p> <p>五の五 在宅薬学総合体制加算の<u>1</u> <u>及び2</u>に規定する患者 (1)～(5) (略)</p> <p>[施設基準（通知）] 第95 在宅薬学総合体制加算 1 在宅薬学総合体制加算1に関する施設基準 (1) (略) (2) 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（<u>薬局の薬剤師が行うもの</u>に限り、<u>情報通信機器を用いて行うものを除く。</u>）及び介護予防居宅療養管理指導費（<u>薬局の薬剤師が行うもの</u>に限り、<u>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48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 在宅薬学総合体制加算に規定する患者 (1)～(5) (略)</p> <p>[施設基準（通知）] 第95 在宅薬学総合体制加算 1 在宅薬学総合体制加算1に関する施設基準 (1) (略) (2) 直近1年間に、<u>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</u>についての算定回数（<u>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。</u>）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</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の「注1」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。)</u>の合計が、計240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</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>
---	--

数を除く。)の合計に占める割合が2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480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1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、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注3に

(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。

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及び注7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及び注7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。

イ 直近1年間における薬剤調製料の注2に規定する無菌製剤処理加算の算定回数が1回以上であること。

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。

(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。

(削除)

(5) (略)

(新設)

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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) (略)

## 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、<u>週1回を限度とする</u>。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、<u>算定する日の間隔は6日以上とする</u>。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

300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 8 に掲げる在宅移行初期管理料又は区分番号 15 の 9 に掲げる訪問薬剤管理医師同時指導料に係る必要な指導等を同日に行った場合については、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

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、<u>当面的間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。</u> (削除)</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<u>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。</u>  (3) <u>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。</u></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>8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) ニ <u>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、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)</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</u>に加算する。</p> <p>イ <u>医療DX推進体制整備加算</u> <u>1</u> <u>10点</u></p> <p>ロ <u>医療DX推進体制整備加算</u> <u>2</u> <u>8点</u></p> <p>ハ <u>医療DX推進体制整備加算</u> <u>3</u> <u>6点</u></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> <u>1の施設基準</u> イ～ハ (略) ニ <u>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</u>を有していること。 ホ～ヌ (略)</p>

(削除)	(2) <u>医療DX推進体制整備加算 2の施設基準</u>
(削除)	(3) <u>医療DX推進体制整備加算 3の施設基準</u>

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）] 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、<u>当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険薬局は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。</u> (3) (略) (削除)</p>	<p>【医療DX推進体制整備加算】 [施設基準（通知）] 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に関する施設基準</u> (1)～(13) (略)</p> <p>2 <u>医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準</u></p> <p>3 <u>医療DX推進体制整備加算3に関する施設基準</u></p> <p>4 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(6)については<u>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。</u></p> <p>(3) (略) (4) <u>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。</u></p>

## ⑦ 無菌製剤処理加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

保険薬局での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. 調剤報酬の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><b>【無菌製剤処理加算】</b> [算定要件] 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237点、147点又は137点）をそれぞれ所定点数に加算する。</p>	<p><b>【無菌製剤処理加算】</b> [算定要件] 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）		【調剤基本料】 調剤基本料（処方箋の受付1回につき）	
1	調剤基本料1 <u>47点</u>	1	調剤基本料1 <u>45点</u>
2	（略）	2	（略）
3	調剤基本料3	3	調剤基本料3
	イ・ロ（略）		イ・ロ（略）
	ハ <u>37点</u>		ハ <u>35点</u>
4	（略）	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。
4. 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。)

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [施設基準] (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 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（<u>一月の全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数に対する一月の処方箋の受付回数が多い上位三の保険医療機関（同一の敷地内又は建物内に複数の保険医療機関が所在するとき</u>は、<u>当該複数の保険医療機関を一の保険医療機関とみなす。</u>）に係る処方箋の合計受付回数の割合が七割を超える場合に限る。）。 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（<u>同一の敷地内又は建物内に複数の保険医療機関が所在するとき</u>は、<u>当該複数の保険医療機関を一の保険医療機関とみなす。</u>以下同じ。）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八割五分を超える場合（<u>当該保険薬局が別表第三の一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。</u>）に限る。）。 ニ・ホ （略）</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準] (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 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（<u>一月の処方箋の受付回数が多い上位三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。</u>） 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。）。 ニ・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、第十五の一の適用に当たっては、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。

5. 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] 別表第三の一 調剤基本料2の施設基準のハ及び門前薬局等立地依存減算に規定する保険薬局の(1)のイに規定する地域</p> <p>一 北海道札幌市</p> <p>二 宮城県仙台市</p> <p>三 埼玉県さいたま市</p> <p>四 千葉県千葉市</p> <p>五 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、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>	<p>[施設基準] (新設)</p>

6. 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】 [施設基準] (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、<u>四十万回以下</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>八割五分</u>を超える又は特定の保険医療機関との間で<u>不動産取引等その他の特別な関係</u>があること。</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準] (3) 調剤基本料3のイの施設基準 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p>

7. 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] (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<u>四十万回</u>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</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準] (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<u>四十万回</u>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</u>のグループに属する保険</p>

<p>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>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。</p>
--	--

8. 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] <u>注15 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15点を減算する。</u></p> <p>[施設基準] <u>五の六 門前薬局等立地依存減算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 別表第三の一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</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>保険薬局があること。</u></p> <p>ロ <u>特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</u></p> <p>ハ <u>次のいずれかに該当すること。</u></p> <p>① <u>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></p> <p>② <u>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></p> <p>③ <u>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></p> <p>(2) <u>次のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</u></p> <p>ロ <u>保険医療機関と同一の敷地内又は建物内に所在すること。</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、第十五の五の六に該当しないものとする。

9. 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。）。（再掲）

10. 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】 [施設基準（通知）] 第88の2 調剤基本料2 2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点 (1) 処方箋の受付回数 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号口及び療担基準第20条第4号口に規定するリフィル処方箋（<u>時間外等処方箋を除く。</u>）の受付回数については、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。 (削除)  (削除)  (削除)</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準（通知）] 第88の2 調剤基本料2 2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点 (1) 処方箋の受付回数 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号口及び療担基準第20条第4号口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>ア <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処方箋</u></p> <p>イ <u>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>ウ <u>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</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>  <u>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」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。</u></p> <p>(4) (3)の計算に当たり、<u>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</u></p>	<p><u>（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」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。</u></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</u></p>
---	---

<p>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></p>	<p><u>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>
---	--

【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. へき地等において、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></p> <p>(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) <u>特別調剤基本料Aの施設基準次のいずれかの要件を満たす保険薬局（調剤基本料の注1ただし書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ものを除く。）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>【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</u></p>

<p>ロ <u>当該保険薬局と同一の敷地内において医療法（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。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揭示事項等（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>	<p>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。 (新設)</p>
--	--

[経過措置]

告示前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又は当該保険医療機関（診療所に限る。）が所在し続ける場合に限り、当該保険薬局については、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> 27点</p> <p>ロ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算2</u> 59点</p> <p>ハ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算3</u> 67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>ニ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算4</u> 37点</p> <p>ホ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算5</u> 59点</p> <p>【<u>地域支援・医薬品供給対応体制加算</u>】</p> <p>[<u>施設基準</u>]</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>  次のいずれにも該当する保険薬局であること。  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>  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八割五分以上であること。</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>  次のいずれにも該当する保険薬局であること。  イ <u>(1)に掲げる施設基準を満たすこと。</u>  ロ <u>調剤基本料1を算定していること。</u>  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>  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>  次のいずれにも該当する保険薬局であること。  イ <u>(2)のイからハまでの全てに該当すること。</u>  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>ニ <u>地域支援体制加算4</u> 32点</p> <p>(新設)</p> <p>【<u>地域支援体制加算</u>】</p> <p>[<u>施設基準</u>]</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>  次のいずれにも該当する保険薬局であること。  (新設)  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>  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>  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>  次のいずれにも該当する保険薬局であること。  イ <u>(1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u>  ロ <u>地域医療への貢献に係る相当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。 イ <u>(1)に掲げる施設基準を満たすこと。</u> 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。 ハ <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> ニ <u>(2)のニに該当する保険薬局であること。</u> (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)のイからハまでの全て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)  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<u>保険薬局であること。</u> ロ <u>地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</u> ハ <u>(1)のハに該当する保険薬局であること。</u> (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]

令和八年三月三十一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、令和九年五月三十一日までの間に限り、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

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。
2. 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 <u>長期処方（28日分以上）の場合</u> 60点</p> <p>ロ <u>イ以外（27日分以下）の場合</u> 10点</p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p> <p>2 1以外の場合 10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 <u>7日分以下の場合</u> 4点</p> <p>ロ <u>8日分以上14日分以下の場合</u> 28点</p> <p>ハ <u>15日分以上28日分以下の場合</u> 50点</p> <p>ニ <u>29日分以上の場合</u> 60点</p> <p>2 1以外の場合 4点</p> <p>[算定要件] 注4 <u>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</u></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 <u>初めて処方箋を持参した場合</u> 3点</p> <p>ロ <u>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</u> 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
<p>【調剤管理料】 [算定要件] (削除)</p>	<p>【調剤管理料】 [算定要件] 注3 <u>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></p> <p>イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点</p> <p>ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 20点</p>

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
<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 (削除)</p>	<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 15の6 <u>在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</u> 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> イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点 ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 20点 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け付けた場合</u> イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点 ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 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、処方医の指示又は処方医に対する照会の結果に基づき、残薬の調整のために7日分以上相当の調剤日数の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、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、保険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、処方医の指示又は処方医に対する照会の結果に基づき、6日分以下相当の調剤日数の変更が行われた場合には、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 50点
- ロ 在宅患者について調剤日数の変更が行われた場合（イの場合を除く。） 50点
- ハ 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の注1に規定するかかりつけ薬剤師が調剤日数の変更が行われた場合（イ及びロの場合を除く。） 50点
- ニ イからハまで以外の場合 30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り、注2に規定する場合を除く。）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り、注2に規定する場合を除く。）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64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われた場合を除く。）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 50点
- ロ 在宅患者について処方に変更が行われた場合（イの場合を除く。） 50点
- ハ 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の注1に規定する  
かかりつけ薬剤師による照会の結果、処方に変更が行われた場合  
（イ及びロの場合を除く。） 50点
- ニ イからハまで以外の場合 30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り、  
注2に規定する場合を除く。）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  
う場合に限り、注2に規定する場合を除く。）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>【吸入薬指導加算】 [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>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。</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] 十一の二 <u>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

※ 服用薬剤調整支援料2は、相当程度の保険薬局勤務年数及び極めて高度な水準の専門性を有する薬剤師であって、ポリファーマシー対策に関し、十分な時間の研修を受講したものに限り実施可能とする旨を、留意事項通知において規定する予定。

[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
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (削除)</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、</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注2 <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、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></p> <p>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、</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。

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に確認し、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。

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。

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

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 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に確認し、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。

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。

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>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、情報通信機器を用いて必要な薬</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。

- 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 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。
- 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。

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 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1のただし書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2に規定する加算は算定できない。
- 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（注1のただし書に規定する在宅患者緊

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。

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。

7～9 (略)

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

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)を所定点数に加算する。

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(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)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。

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(注1のただし書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。

7～9 (略)

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>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】 1～3 (略) 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 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 <u>ロ 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（ハの場合を除く。）</u> 59点 <u>ハ ロのうち、患者の状態の急変等に伴い行った場合</u> 59点 <u>ニ イからハまで以外の場合</u> 59点 [算定要件] 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</p>	<p>【服薬管理指導料】 1～3 (略) 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 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) (新設) <u>ロ イの患者以外の患者に対して行った場合</u> 59点 [算定要件] 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</p>

につき所定点数を算定する。4のロについては、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

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。

場合においては加算しない。

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

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。また、4のロ又はハを算定する場合には加算しない。

- 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、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。

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。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 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

## 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 style="margin-left: 2em;">イ 一般名処方加算1 <span style="float: right;"><u>8点</u></span></p> <p style="margin-left: 2em;">ロ 一般名処方加算2 <span style="float: right;"><u>6点</u></span></p> <p>7・8 (略)</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>(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</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 style="margin-left: 2em;">イ 一般名処方加算1 <span style="float: right;"><u>10点</u></span></p> <p style="margin-left: 2em;">ロ 一般名処方加算2 <span style="float: right;"><u>8点</u></span></p> <p>7・8 (略)</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>(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</p>

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

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。

(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

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。

(13)～(16) (略)

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。

(13)～(16) (略)

## 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
<p>【調剤基本料】 [算定要件] (削除)</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注7 <u>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。</u> イ <u>後発医薬品調剤体制加算 1</u> <span style="float: right;">21点</span> ロ <u>後発医薬品調剤体制加算 2</u> <span style="float: right;">28点</span></p>

	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 27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、27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八割五分以上であること。

[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か月分程度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情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。
  - (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85%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 50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、50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"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ <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></li> </ul>	<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"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>

3. 「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」に、バイオ後続品の使用促進に係る規定を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】  (診療の具体的方針)  第二十条 (略)  二 投薬  イ～ハ (略)  二 投薬を行うに当たっては、次に掲げる医薬品の使用を考慮するとともに、患者に当該医薬品を選択する機会を提供すること等患者が当該医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <p>(1) <u>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第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品</u> (以下「新</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】  (診療の具体的方針)  第二十条 (略)  二 投薬  イ～ハ (略)  二 投薬を行うに当たっては、<u>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第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品</u> (以下「<u>新医薬品等</u>」という。)と<u>その有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認</u> (以下「<u>承認</u>」という。)がなされたもの (ただし、<u>同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。</u>) (以下「<u>後発医薬品</u>」という。)の使用を考慮するとともに、患者に<u>後発医薬品</u>を選択する機会を提供すること等患者が<u>後発医薬品</u>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <p>(新設)</p>

医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。)

(2) 遺伝子組換え技術を用いて製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの(以下「バイオ後続品」という。)

ホ～ト (略)

三 (略)

四 注射

イ (略)

ロ 注射を行うに当たつては、後発医薬品又はバイオ後続品の使用を考慮するよう努めなければならない。

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 (略)

二 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たつては、次に掲げる医薬品の使用を考

(新設)

ホ～ト (略)

三 (略)

四 注射

イ (略)

ロ 注射を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 (略)

二 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮する

慮するとともに、患者に当該医薬品を選択する機会を提供すること等患者が当該医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

(1) 後発医薬品

(2) バイオ後続品

ホ～ト (略)

三 (略)

四 注射

イ (略)

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品又はバイオ後続品の使用を考慮するよう努めなければならない。

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(後発医薬品及びバイオ後続品の調剤)

第七条の二 保険薬局は、次の各号に掲げる医薬品の備蓄に関する体制その他の当該医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

とともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

(新設)

(新設)

ホ～ト (略)

三 (略)

四 注射

イ (略)

ロ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(後発医薬品の調剤)

第七条の二 保険薬局は、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第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努め

一 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第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。）

二 遺伝子組換え技術を応用して製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）

（調剤の一般の方針）

第八条（略）

2（略）

3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品又はバイオ後続品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているとき、又は遺伝子組換え技術を応用して製造される医薬品の一般的名称を記載する処方箋を交付したときは、患者に対して、後発医薬品又はバイオ後続品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合におい

なければならない。

（新設）

（新設）

（調剤の一般の方針）

第八条（略）

2（略）

3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

て、保険薬剤師は、後発医薬品又はバイオ後続品を調剤するよう努めなければならない。	
--	--

## 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>四分の一</u> を乗じて得た価格を控除

	<p>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>		<p>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>
<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掲示事項等】</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掲示事項等】</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-④】

## ④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

### 第1 基本的な考え方

保険薬局において、患家に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。
2. 残薬対策に係る保険医療機関と保険薬局との連携を強化する観点から、留意事項通知の調剤報酬点数表に関する事項において、以下の内容を規定する。
  - 薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、
    - ・患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに保険医療機関に情報提供すること。
    - ・数量を減じて調剤した旨を、手帳に記載すること。

【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】 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> 2～5 (略)</p> <p>[算定要件 (通知)] (1)～(11) (略) (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】 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。  2～5 (略)</p> <p>[算定要件 (通知)] (1)～(11) (略) (新設)</p>

<p>(13) (略)</p> <p>[施設基準]  <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）]  第1 特定疾患療養管理料  <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 (略)</u></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）]  第1 特定疾患療養管理料  (新設)</p> <p><u>1～2 (略)</u></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。

# ① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

## 第1 基本的な考え方

保険給付の適正化の観点から、栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

薬効分類が「たん白アミノ酸製剤」に分類される医薬品のうち、効能又は効果が「一般に、手術後患者の栄養保持」であり、用法及び用量に「経口投与」が含まれる栄養保持を目的とした医薬品を処方する場合については、以下の患者に対する使用に限り、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保険給付の対象とすることを明確化する。

- ・ 手術後の患者
- ・ 経管により栄養補給を行っている患者
- ・ 疾病の治療のために必要であり、他の食事では代替できないなど、医師が特に医療上、栄養保持を目的とした医薬品の使用の必要があると判断した患者

改 定 案	現 行
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>6 <u>入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、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、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、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である</u></p>	<p>【第5部 投薬】 通則 (新設)</p>

場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合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。