

## 個別改定項目について

### I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

#### I-1 医療従事者的人材確保や賃上げに向けた取組

- ① 賃上げに向けた評価の新設 ※ 今回は資料なし
- ② 入院基本料等の見直し
- ③ 初再診料等の評価の見直し
- ④ 歯科医療における初再診料等の評価の見直し
- ⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

#### I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し
- ③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ④ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上
- ⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

#### I-3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- ① ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進
- ② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

#### I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

- ① 地域医療体制確保加算の見直し
- ② 勤務医の働き方改革の取組の推進

#### I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

- ① 特定集中治療室管理料等の見直し
- ② 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
- ③ 感染対策向上加算等における専従要件の明確化
- ④ ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進
- ⑤ 訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進

#### I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

- ① 時間外対応加算の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し
- ③ 超急性期脳卒中加算の見直し

- ④ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
- ⑤ DPC／PDPS の見直し
- ⑥ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
- ⑦ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

## II ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

### II-1 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- ① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し
- ② 医療 DX 推進体制整備加算の新設
- ③ 在宅医療における医療 DX の推進
- ④ 訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設
- ⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進
- ⑥ へき地診療所等が実施する D to P with N の推進
- ⑦ 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑧ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設
- ⑨ 小児特定疾患カウンセリング料の見直し
- ⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設
- ⑪ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
- ⑫ 歯科遠隔連携診療料の新設
- ⑬ 超急性期脳卒中加算の見直し
- ⑭ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
- ⑮ 診療録管理体制加算の見直し
- ⑯ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価
- ⑰ 診療報酬における書面要件の見直し
- ⑱ 書面掲示事項のウェブサイトへの掲載
- ⑲ 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

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

- ① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
- ② 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進
- ③ 医療機関と介護保険施設の連携の推進
- ④ 介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- ⑤ リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進
- ⑥ 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進
- ⑦ 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進
- ⑧ 入退院支援加算1・2の見直しについて
- ⑨ 在宅療養指導料の見直し
- ⑩ 認知症ケア加算の見直し
- ⑪ 入院基本料等の見直し
- ⑫ 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し
- ⑬ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し
- ⑭ 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進
- ⑮ リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

## II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

- ① 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進
- ② 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進
- ③ 疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設
- ④ 呼吸器リハビリテーション料の見直し
- ⑤ 療養病棟入院基本料の見直し
- ⑥ 入院基本料等の見直し
- ⑦ 医療と介護における栄養情報連携の推進
- ⑧ 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

## II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- ① 急性期充実体制加算の見直し
- ② 総合入院体制加算の見直し
- ③ 急性期一般入院料1における平均在院日数の基準の見直し
- ④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
- ⑤ 特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑥ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し
- ⑦ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
- ⑧ 重症患者対応体制強化加算の要件の見直し
- ⑨ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し
- ⑩ 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
- ⑪ 主としてケアを担う看護補助者の評価の新設
- ⑫ 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

- ⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し
- ⑭ 療養病棟入院基本料の見直し
- ⑮ 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し
- ⑯ 児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設
- ⑰ 障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し
- ⑱ 障害者施設等入院基本料等の見直し
- ⑲ 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
- ⑳ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
- ㉑ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し
- ㉒ DPC／PDPS の見直し
- ㉓ 血友病患者の治療の評価の見直し

## II-5 外来医療の機能分化・強化等

- ① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し
- ② 特定疾患処方管理加算の見直し
- ③ 地域包括診療料等の見直し

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

- ① 感染対策向上加算の見直し
- ② 外来感染対策向上加算の見直し
- ③ 感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価
- ④ サーベイランス強化加算等の見直し
- ⑤ 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築
- ⑥ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し
- ⑦ 新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

## II-7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

- ① 地域包括診療料等の見直し
- ② 時間外対応加算の見直し
- ③ 小児かかりつけ診療料の見直し
- ④ 継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進
- ⑤ かかりつけ薬剤師指導料の見直し
- ⑥ 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し
- ⑦ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

## II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ① 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進
- ② 地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進
- ③ 往診に関する評価の見直し
- ④ 在宅医療における ICT を用いた医療情報連携の推進
- ⑤ 在宅療養移行加算の見直し
- ⑥ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
- ⑦ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
- ⑧ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ⑨ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し
- ⑩ 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進
- ⑪ 包括的支援加算の見直し
- ⑫ 訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し
- ⑬ 頻回訪問加算の見直し
- ⑭ 訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化
- ⑮ 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進
- ⑯ 訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し
- ⑰ 訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進
- ⑱ 緊急訪問看護加算の評価の見直し
- ⑲ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
- ⑳ 母子に対する適切な訪問看護の推進
- ㉑ 訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し
- ㉒ 訪問看護医療 D × 情報活用加算の新設
- ㉓ ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設
- ㉔ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進
- ㉕ 訪問歯科衛生指導の推進
- ㉖ 小児に対する歯科訪問診療の推進
- ㉗ 入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進
- ㉘ 多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し
- ㉙ 在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設
- ㉚ 医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し
- ㉛ 高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

### III 安心・安全で質の高い医療の推進

#### III-1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

- ① 入院時の食費の基準の見直し

#### III-2 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

- ① 一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し
- ② 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ③ 遺伝学的検査の見直し
- ④ 抗HLA抗体検査の算定要件の見直し
- ⑤ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑥ 入院基本料等の見直し
- ⑦ 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
- ⑧ 医療安全対策の推進
- ⑨ 手術等の医療技術の適切な評価
- ⑩ 質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑪ 医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進
- ⑫ 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

#### III-3 アウトカムにも着目した評価の推進

- ① データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し
- ② 回復期リハビリテーション病棟の評価及び要件の見直し
- ③ 回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

#### III-4 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

##### III-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

- ① 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価
- ② 救急医療管理加算の見直し

##### III-4-2 小児医療、周産期医療の充実

- ① 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設
- ② 小児特定疾患カウンセリング料の見直し
- ③ 小児緩和ケア診療加算の新設
- ④ 小児かかりつけ診療料の見直し
- ⑤ 小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し
- ⑥ 小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し
- ⑦ 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

- ⑧ 入退院支援加算3の見直し
- ⑨ 一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料3の見直し
- ⑩ 小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設
- ⑪ 母体・胎児集中治療室管理料の見直し
- ⑫ ハイリスク妊娠管理加算の見直し

#### III-4-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

- ① がん性疼痛緩和指導管理料の見直し
- ② 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
- ③ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
- ④ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
- ⑤ 小児緩和ケア診療加算の新設
- ⑥ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑦ がん拠点病院加算の見直し

#### III-4-4 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ① 入院基本料等の見直し
- ② 認知症ケア加算の見直し
- ③ 地域包括診療料等の見直し
- ④ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

#### III-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ① 精神疾患有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設
- ② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し
- ③ 精神科入退院支援加算の新設
- ④ 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し
- ⑤ 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設
- ⑥ 児童思春期支援指導加算の新設
- ⑦ 心理支援加算の新設
- ⑧ 精神科在宅患者支援管理料の見直し

#### III-4-6 難病患者に対する適切な医療の評価

- ① 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ② 遺伝学的検査の見直し

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

- ① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し
- ② 特定疾患処方管理加算の見直し
- ③ 地域包括診療料等の見直し
- ④ 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設
- ⑤ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

### III-6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- ① 医科歯科連携の推進
- ② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進
- ③ 歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し
- ④ 医歯薬連携の推進
- ⑤ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
- ⑥ 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進
- ⑦ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進
- ⑧ かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進
- ⑨ 歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し
- ⑩ う蝕の重症化予防の推進
- ⑪ 歯周病の重症化予防の推進
- ⑫ 歯科衛生士による実地指導の推進
- ⑬ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
- ⑭ 歯科遠隔連携診療料の新設
- ⑮ 歯科固有の技術の評価の見直し

### III-7 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

- ① 薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し
- ② 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し
- ③ 薬局における嚥下困難者製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し
- ④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑤ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ⑥ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

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

- ① 調剤基本料の見直し
- ② 地域支援体制加算の見直し
- ③ 休日・深夜加算の見直し
- ④ いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し
- ⑤ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し

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

- ① 長期収載品の保険給付の在り方の見直し
- ② 医薬品取引状況に係る報告の見直し
- ③ プログラム医療機器についての評価療養の新設

## IV 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

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

- ① 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編
- ② バイオ後継品の使用促進
- ③ 長期収載品の保険給付の在り方の見直し
- ④ 再製造単回使用医療機器の使用に対する評価
- ⑤ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

### IV-2 費用対効果評価制度の活用

### IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

- ① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化
- ② 人工腎臓の評価の見直し
- ③ 検査、処置及び麻酔の見直し

### IV-4 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

### IV-5 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

### IV-6 外来医療の機能分化・強化等

### IV-7 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

### IV-8 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進

- ① 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ② 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

③ 投薬用の容器に関する取扱いの見直し

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

【I－1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－⑤】

## ⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る 調剤基本料等の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<b>【調剤基本料】</b>	<b>【調剤基本料】</b>
1 調剤基本料 1	1 調剤基本料 1 <u>42点</u>
2 調剤基本料 2	2 調剤基本料 2 <u>26点</u>
3 調剤基本料 3	3 調剤基本料 3
イ	イ <u>21点</u>
ロ	ロ <u>16点</u>
ハ	ハ <u>32点</u>
4 特別調剤基本料 A	(新設)

[算定要件]	[算定要件]
注1 (略)	注1 (略)
2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、 <u>特別調剤基本料B</u> として、処方箋の受付1回につき●●点を算定する。	2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、 <u>特別調剤基本料</u> として、処方箋の受付1回につき7点を算定する。
3・4 (略)	3・4 (略)
5 (略) ※ 地域支援体制加算について は「III-8-②」を参照のこと。	5 (略) ※ 地域支援体制加算について は「III-8-②」を参照のこと。
6 (略) ※ 連携強化加算については 「II-6-⑥」を参照のこと。	6 (略) ※ 連携強化加算については 「II-6-⑥」を参照のこと。
7~11 (略)	7~11 (略)
12 (略) ※ 在宅薬学総合体制加算について は「II-8-⑧」を参照のこと。	(新設)
13 (略) ※ 医療DX推進体制整備加算について は「II-1-①」を参考のこと。	(新設)

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

※ 特別調剤基本料の評価の見直しについては、「III-8-④」を参照のこと。

【I－3 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－②】

## ② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

【Ⅱ－1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－①】

## ① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【初診料】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して<u>十分な情報</u>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1</u>として、<u>月●回</u>に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、<u>医療情報取得加算2</u>として、<u>月●回</u>に限り●●点を所定点数に加算する。</p>	<p>【初診料】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注15 <u>初診に係る十分な情報を取得する体制として</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初診を行った場合は、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算1</u>として、<u>月1回</u>に限り4点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合にあっては、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算2</u>として、<u>月1回</u>に限り2点を所定点数に加算する。</p>

<p><b>【再診料】</b>  <b>[算定要件]</b>            (削除)</p> <p><b>注18 别に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。</b></p> <p>※ 外来診療料についても同様。</p> <p><b>[施設基準]</b>            第3 初・再診料の施設基準等            3の7 医療情報取得加算の施設基準            (略)</p>	<p><b>【再診料】</b>  <b>[算定要件]</b></p> <p><b>注18 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</b></p> <p>(新設)</p> <p><b>[施設基準]</b>            第3 初・再診料の施設基準等            3の7 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準            (略)</p>
---	--

<p><b>【調剤管理料】</b></p> <p><b>[算定要件]</b></p> <p>注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<u>医療情報取得加算1</u>として、<u>●月に●回に限り●●点</u>を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、<u>医療情報取得加算2</u>として、<u>●月に●回に限り●●点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>九の五 調剤管理料の注6に規定する<u>医療情報取得加算</u>の施設基準</p> <p>(1)～(3) 略</p>	<p><b>【調剤管理料】</b></p> <p><b>[算定要件]</b></p> <p>注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算1</u>として、<u>6月に1回に限り3点</u>を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算2</u>として、<u>6月に1回に限り1点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>九の五 調剤管理料の注6に規定する<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算</u>の施設基準</p> <p>(1)～(3) 略</p>
--	---

【Ⅱ－1 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－②】

## ② 医療 DX 推進体制整備加算の新設

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

(新) 医療 DX 推進体制整備加算 ●●点

#### [算定要件]

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●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●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

#### [施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 1 条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。

- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (7) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

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

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

[算定要件]

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●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●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 1 条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度

有していること。

- (7) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

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

(新) 医療 DX 推進体制整備加算（調剤基本料） ●●点

[算定要件]

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。

[施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号) 第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。
- (5) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
- (6) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (7) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。

- (8) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
- (9) (8) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

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

【Ⅱ－1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－③】

### ③ 在宅医療における医療DXの推進

#### 第1 基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

1. 在宅患者訪問診療料（I）の1、在宅患者訪問診療料（I）の2、在宅患者訪問診療料（II）及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

(新) 在宅医療DX情報活用加算

●●点

##### [対象患者]

在宅患者訪問診療料（I）の1、在宅患者訪問診療料（I）の2、在宅患者訪問診療料（II）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

##### [算定要件]

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健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療DX推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

##### [施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を

有していること。

- (3) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (4) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (5) (2) 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。
- (6) (5) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

#### [経過措置]

- (1) 令和●年●月●日までの間に限り、(3)に該当するものとみなす。
- (2) 令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。
- (3) 令和●年●月●日までの間に限り、(6)に該当するものとみなす。

(※) 在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料についても同様。

## 2. 医療DX及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴い、処方箋を交付する場合の在宅がん医療総合診療料の点数を見直す。

改定案	現行
<p>【在宅がん医療総合診療料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>　イ 病床を有する場合</p> <p>　　(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>●●点</u></p> <p>　　(2) 処方箋を交付しない場合 <u>●●点</u></p> <p>　ロ 病床を有しない場合</p> <p>　　(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>●●点</u></p> <p>　　(2) 処方箋を交付しない場合 <u>●●点</u></p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療</p>	<p>【在宅がん医療総合診療料】</p> <p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>　イ 病床を有する場合</p> <p>　　(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>1,800点</u></p> <p>　　(2) 処方箋を交付しない場合 <u>2,000点</u></p> <p>　ロ 病床を有しない場合</p> <p>　　(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <u>1,650点</u></p> <p>　　(2) 処方箋を交付しない場合 <u>1,850点</u></p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療</p>

養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <span style="text-decoration: underline;">●●点</span> □ 処方箋を交付しない場合 <span style="text-decoration: underline;">●●点</span>	養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 <span style="text-decoration: underline;">1,495点</span> □ 処方箋を交付しない場合 <span style="text-decoration: underline;">1,685点</span>
--	--

3. 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムが導入されることを踏まえ、初回訪問時等に利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

(新) 訪問看護医療DX情報活用加算

●●点

[対象患者]

在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定する患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等（准看護師を除く）が、健康保険法第3条第13項の規定による電子資格確認により、利用者の診療情報を取得等した上で訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、訪問看護医療DX情報活用加算として、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●●に掲げる医療情報取得加算、区分番号●●に掲げる医療DX推進体制整備加算又は区分番号●●に掲げる在宅医療DX情報活用加算を算定した月は、訪問看護医療DX情報活用加算は算定できない。

[施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (2)の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して訪問看護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。

(4)(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

[経過措置]

令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

4. 歯科訪問診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

(新) 在宅医療DX情報活用加算（歯科訪問診療料）

●●点

[対象患者]

歯科訪問診療料を算定する患者

[算定要件]

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健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算又は区分番号●●に掲げる医療DX推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

[施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (4) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (5) (2)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。
- (6) (5)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

[経過措置]

- (1)令和●年●月●日までの間に限り、(3)に該当するものとみなす。
- (2)令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。
- (3)令和●年●月●日までの間に限り、(6)に該当するものとみなす。

## (18) 書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

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

用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

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

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

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

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

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

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

用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

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

(新設)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

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

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

(新設)

**【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】**

(掲示)

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

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

※ 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。

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

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

**【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】**

(掲示)

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

(新設)

<p>用の支払が法令の規定に基づくものを除く。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予約診察を行う日時及び予約料</li> <li>・ 金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項</li> <li>・ う蝕に罹患している患者の指導管理に係る費用徴収その他必要な事項</li> <li>・ 金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項</li> <li>・ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項</li> <li>・ 調剤管理料及び服薬管理指導料に関する事項等</li> <li>・ 調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項</li> </ul> <p><b>【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】</b></p> <p>(掲示)</p> <p><b>第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要な事項（次項において単に「重要な事項」という。）を掲示しなければならない。</b></p> <p><b>2 指定訪問看護事業者は、原則として、重要な事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</b></p> <p><b>【後発医薬品使用体制加算】</b></p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p><b>三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準</b></p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ～ハ (略)</p>	<p><b>【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】</b></p> <p>(掲示)</p> <p><b>第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要な事項を掲示しなければならない。</b></p> <p>(新設)</p> <p><b>【後発医薬品使用体制加算】</b></p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p><b>三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準</b></p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準 イ～ハ (略)</p>
--	---

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

ハ 二の後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

※ 算定告示別表第一医科診療報酬点数表のうち、明細書発行体制等加算、第二部入院料等第一節入院基本料の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料

(以下「一般病棟入院基本料等」という。)、ハイリスク分娩等管理加算、後発医薬品使用体制加算、特定一般病棟入院料、外来後発医薬品使用体制加算、院内トリアージ実施料、ハイリスク妊娠婦共同管理料(Ⅰ)、ハイリスク妊娠婦共同管理料(Ⅱ)、コンタクトレンズ検査料及び特掲診療料の施設基準等第12第2の医科点数表第2章第10部手術通則第5号及び第6号並びに歯科点数表第2章第9部手術通則第4号に掲げる手術についても同様。

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

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

[経過措置]

本改正に際し、令和●年●月●日までの経過措置を設ける。

【II-1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進-⑯】

## ⑯ 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

「I-3-②」を参照のこと。

【Ⅱ－7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価－⑤】

## ⑤ かかりつけ薬剤師指導料の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [算定要件] 注1～7 (略)</p> <p>8 <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了場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者</p>	<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [算定要件] 注1～7 (略) (新設)</p> <p>(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者</p>

<p>に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p><u>エ 患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導等を受けられるよう、当該薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。</u></p> <p><u>オ 患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制とすること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所で対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。</u></p>	<p>に対して、以下の服薬指導等を行う。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>(新設)</p> <p><u>エ 患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。</u></p>
---	--

3. かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合の要件を見直し、患者の同意を得た上で、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）が服薬管理指導料の特例を算定できるようにする。

「II-7-⑥」を参照のこと。

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

「II-7-⑦」を参照のこと。

【Ⅱ－7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価－⑥】

## ⑥ 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し

### 第1 基本的な考え方

服薬情報の一元的・継続的把握の推進の観点から、同一薬局の利用をさらに進めるため、かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に係る要件について見直す。

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1～12 （略）</p> <p>13 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）</p> <p>（1）患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定できる。</p>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>1～12 （略）</p> <p>13 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）</p> <p>（1）患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（<u>1名までの保険薬剤師に限る</u>。以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定</p>

<p>(2)～(6) (略)</p> <p><b>【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】</b></p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)・(2) (略)</li> <li>(3) <u>当該保険薬局に週32時間以上</u>  <u>(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。) 勤務していること。</u></li> <li>(4) <u>薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。</u></li> <li>(5) <u>医療に係る地域活動の取組に参画していること。</u></li> </ul>	<p>できる。</p> <p>(2)～(6) (略)</p> <p><b>【服薬管理指導料の注14に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）】</b></p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1)・(2) (略)</li> </ul> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	---

## 【Ⅱ－7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価－⑦】

### ⑦ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

#### 第1 基本的な考え方

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

#### 第2 具体的な内容

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

#### (新) 調剤後薬剤管理指導料

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

#### [算定要件]

1. 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については糖尿病であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については心疾患による入院の経験があり、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全の患者に対して、保険医療機関の求めがあった場合又は患者若しくはその家族等の求めがあり、かつ、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行ったときに、調剤後薬剤管理指導料として、月1回に限り算定できる。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

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

行う場合を除く。)。

- 必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。
  - ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。
2. 区分番号〇〇に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号〇〇に掲げる調剤基本料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。
3. 区分番号〇〇に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。

[施設基準]

次のいずれかに該当するものであること。

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

【Ⅱ－8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保－⑧】

⑧ 多様な在宅ニーズに対応した薬局の

高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 在宅薬学総合体制加算

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

  


[算定要件]

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

[施設基準]

1 在宅薬学総合体制加算1の施設基準

- (1) 地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 直近1年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問

薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の合計が計●●回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

- (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。
- (4) 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (5) 当該保険薬局において、在宅業務の質の向上のため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき当該保険薬局で在宅業務に関わる保険薬剤師に対して在宅業務に関する研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する外部の学術研修（地域の薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、当該学術研修については、認知症、緩和医療、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を当該患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。
- (7) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

## 2 在宅薬学総合体制加算2の施設基準

(1) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。

ア 以下の①から②までの要件を全て満たすこと。

① 医療用麻薬について、注射剤●●品目以上を含む●●品目以上を備蓄し、必要な薬剤交付及び指導を行うことができること。

② 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

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

(2) 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとっていること。

(3) 直近1年間に、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が●●回以上であること。

(4) 医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

(5) 1の基準を満たすこと。

## 2. 在宅患者調剤加算を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【薬剤調製料】</p> <p>1～5 (略)</p> <p>6 外用薬 (1調剤につき)</p> <p>注1～7 (略) (削除)</p>	<p>【薬剤調製料】</p> <p>1～5 (略)</p> <p>6 外用薬 (1調剤につき)</p> <p>注1～7 (略)</p> <p><u>8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付1回につき15点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>[施設基準]</p> <p>(削除)</p>	<p>[施設基準]</p> <p>八 薬剤調製料の注8に規定する施</p>

(削除)	<u>設基準</u> (略)  <u>九 薬剤調製料の注8に規定する患者</u> (略)
------	--

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

改 定 案	現 行
<p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</b>  <b>[算定要件]</b></p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、单一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者、<u>注射による麻薬の投与が必要な患者</u>及び<u>中心静脈栄養法の対象患者</u>にあっては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算</p>	<p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</b>  <b>[算定要件]</b></p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、单一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び<u>中心静脈栄養法の対象患者</u>にあっては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</p>

<p><u>定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。</u></p> <p>2 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者、<u>注射による麻薬の投与が必要な患者</u>及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。</p> <p>注3～9 (略)</p>	<p>2 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難るものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。</p> <p>注3～9 (略)</p>
--	--

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

改 定 案	現 行
<p><b>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</b>  <b>[算定要件]</b></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</p>	<p><b>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</b>  <b>[算定要件]</b></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</p>

<p>剤管理指導とは別に、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（<u>末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8回</u>）に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。<u>ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、算定できない。</u></p> <p><b>2～8 (略)</b></p> <p><b>9 1について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</b></p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td><b>イ 夜間訪問加算</b></td> <td><b>●●点</b></td> </tr> <tr> <td><b>ロ 休日訪問加算</b></td> <td><b>●●点</b></td> </tr> <tr> <td><b>ハ 深夜訪問加算</b></td> <td><b>●●点</b></td> </tr> </tbody> </table>	<b>イ 夜間訪問加算</b>	<b>●●点</b>	<b>ロ 休日訪問加算</b>	<b>●●点</b>	<b>ハ 深夜訪問加算</b>	<b>●●点</b>	<p>剤管理指導とは別に、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。</p> <p><b>注2～8 (略)</b></p> <p><b>(新設)</b></p>
<b>イ 夜間訪問加算</b>	<b>●●点</b>						
<b>ロ 休日訪問加算</b>	<b>●●点</b>						
<b>ハ 深夜訪問加算</b>	<b>●●点</b>						

7. 新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定できることとする。
- 「II-6-⑦」を参照のこと。

【Ⅱ－8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保－㉙】

㉙ 在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 在宅移行初期管理料（1回に限り）

●●点

[算定要件]

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

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

#### [施設基準]

##### 在宅移行初期管理料に規定する費用

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

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

改 定 案	現 行
<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</p> <p>1 <u>処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合</u></p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 ●●点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 ●●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</p>	<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</p> <p>1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>2 残薬調整に係るものの場合 30点</p>

<p><u>付けた場合</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <u>イ 残葉調整に係るもの以外の場合</u> <u>●●点</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>ロ 残葉調整に係るものの場合</u> <u>●●点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して<u>処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</u></p> <p><u>2 (略)</u></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>受け付けた処方箋の処方内容について処方医に対して連絡・確認を行い、処方に変更が行われた場合は「1」を算定し、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方内容の処方箋を受け付けた場合には「2」を算定する。</u></p> <p>(3) 「1」のイ及び「2」のイにおける「残葉調整に係るもの以外の場合」とは、次に掲げる内容である。</p> <p>ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）  イ 併用薬、飲食物等との相互作用  ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項</p> <p>(4) 「残葉調整に係るものの場合」は、残葉に關し、受け付けた処方箋について処方医に対して連絡・確認を行</p>	<p>[算定要件]</p> <p>注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して<u>照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</u></p> <p><u>2 (略)</u></p> <p>(1) (略)  (新設)</p> <p>(2) 「イ 残葉調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、<u>処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。</u></p> <p>ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）  イ 併用薬、飲食物等との相互作用  ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項</p> <p>(3) 「ロ 残葉調整に係るものの場合」は、残葉について、<u>処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更</u></p>
--	--

<p>い、処方の変更が行われた場合には「1」の「口」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「2」の「口」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。</p> <p>(5) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、受け付けた処方箋に基づき実施した場合は、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。</p> <p>(6) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。この場合において、医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随时確認できることが望ましい。</p> <p>(7) (略)</p>	<p>が行われた場合に算定する。</p> <p>(4) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。</p> <p>(新設)</p> <p>(5) (略)</p>
--	---

## (30) 医療用麻薬における 無菌製剤処理加算の要件の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

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

希釈する場合を含む。) 無菌的に麻薬を製剤する場合又は  
麻薬の注射薬を無菌的に充填し製剤する場合 ●●点  
(6歳未満の乳幼児の場合は  
●●点)

ウ～カ (略)

(8)～(13) (略)

ウ～カ (略)

(8)～(13) (略)

## 【Ⅱ－8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保－③】

### ③ 高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

#### 第1 基本的な考え方

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

#### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 <u>介護老人福祉施設等</u>に入所している患者に訪問して行った場合 45点</p> <p>4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 3については、<u>保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者</u>を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月●回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 <u>特別養護老人ホーム</u>に入所している患者に訪問して行った場合 45点</p> <p>4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 3については、<u>保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム</u>を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定す</p>

<p>イ～ヘ (略) 3～14 (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>土 服薬管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定める患者</u></p> <p><u>次のいずれかに該当する患者</u></p> <p>(1) <u>介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者又は同条第9項に規定する短期入所生活介護若しくは同法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護を受けている患者</u></p> <p>(2) <u>介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院又は同条第28項に規定する介護老人保健施設に入所中の患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ハに係る処方箋を交付したもの</u></p>	<p>る。</p> <p>イ～ヘ (略) 3～14 (略)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>
---	---

4. 特別養護老人ホーム等と連携した保険薬局の薬剤師が、患者の入所時等において特に服薬支援が必要と判断し、服用中の薬剤の整理等を実施した場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p><b>【外来服薬支援料】</b></p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注4 介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者を訪問し、注3に係る業務に加えて、当該施設職員と協働し当該患者が服薬中の調剤済みの薬剤を含めた服薬管理を支援した</u></p>	<p><b>【外来服薬支援料】</b></p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p>

<p><u>場合に、施設連携加算として月に1回に限り●●点を所定点数に加算する。</u></p>	
--	--

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

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

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

## ① 調剤基本料の見直し

### 第1 基本的な考え方

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、特定の医療機関からの処方箋受付が集中しており、処方箋受付回数が多い薬局等の評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 調剤基本料2の施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局 ((3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。)であること。</p> <p>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●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>)。</p> <p>ロ～ホ (略)</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 調剤基本料2の施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局 ((3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。)であること。</p> <p>イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること (<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七割を超える場合に限る。</u>)。</p> <p>ロ～ホ (略)</p>

【III-8 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進一②】

## ② 地域支援体制加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について、要件及び評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>〔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●●に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、算定できない。</p> <p>イ 地域支援体制加算 1 ●●点 ロ 地域支援体制加算 2 ●●点 ハ 地域支援体制加算 3 ●●点 ニ 地域支援体制加算 4 ●●点</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>〔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において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域支援体制加算 1 39点 ロ 地域支援体制加算 2 47点 ハ 地域支援体制加算 3 17点 ニ 地域支援体制加算 4 39点</p>

<p><b>【地域支援体制加算】</b></p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>(1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。</p> <p>ア 地域支援体制加算 1</p> <p>(イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、<u>地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④を含む3項目以上を満たすこと。</u></p> <p>① <u>薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が40回以上であること。</u></p> <p>② <u>薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が1回以上であること。</u></p> <p>③ <u>調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が20回以上であること。</u></p> <p>④ <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の算定回数の合計が20回以上であること。</u></p> <p>⑤ <u>外来服薬支援料 1 の算定回数が1回以上であること。</u></p> <p>⑥ <u>服用薬剤調整支援料 1 及び 2 の算定回数の合計が1回以上であること。</u></p> <p>⑦ <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</u></p>	<p><b>【地域支援体制加算】</b></p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>(1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。</p> <p>ア 地域支援体制加算 1</p> <p>(イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④又は⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、<u>保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	---

<p><u>居宅療養管理指導費について</u>  <u>单一建物診療患者が1人</u>  <u>の場合の算定回数の合計が</u>  <u>計24回以上であること（在</u>  <u>宅協力薬局として連携した</u>  <u>場合（同一グループ薬局に</u>  <u>対して業務を実施した場合</u>  <u>を除く。）や同等の業務を</u>  <u>行った場合を含む。）。な</u>  <u>お、「同等の業務」とは、</u>  <u>在宅患者訪問薬剤管理指導</u>  <u>料で規定される患者1人当</u>  <u>たりの同一月内の算定回数</u>  <u>の上限を超えて訪問薬剤管</u>  <u>理指導業務を行った場合を</u>  <u>含む。</u></p>	<p>(8) 服薬情報等提供料の算定回数が<u>30回以上</u>であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。</p>	<p>(4) 服薬情報等提供料の算定回数が<u>保険薬局当たりで12回以上</u>であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。</p>
<p>(9) 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が1回以上であること。</p>	<p>(10) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席していること。</p>	<p>(新設)</p>
<p>(削除)</p>	<p></p>	<p>(5) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に<u>保険薬局当たりで1回以上出席</u>していること。</p> <p>(1) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要</p>

	<p><u>な指導を行うことができる</u> <u>こと。</u></p> <p><u>② 在宅患者に対する薬学的</u> <u>管理及び指導の実績として</u> <u>は、在宅患者訪問薬剤管理</u> <u>指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。</u> <u>第92において同じ。）、在</u> <u>宅患者緊急訪問薬剤管理指</u> <u>導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除</u> <u>く。第92において同</u> <u>じ。）、在宅患者緊急時等</u> <u>共同指導料、居宅療養管理</u> <u>指導費又は介護予防居宅療</u> <u>養管理指導費の算定回数の</u> <u>合計が保険薬局当たりで24</u> <u>回以上であること。当該回</u> <u>数には、在宅協力薬局とし</u> <u>て連携した場合や同等の業</u> <u>務を行った場合を含めるこ</u> <u>とができる（同一グループ</u> <u>薬局に対して業務を実施し</u> <u>た場合を除く。）。なお、</u> <u>「同等の業務」とは、在宅</u> <u>患者訪問薬剤管理指導料で</u> <u>規定される患者1人当たり</u> <u>の同一月内の訪問回数を超</u> <u>えて行った訪問薬剤管理指</u> <u>導業務を含む。</u></p> <p><u>③ 地方厚生（支）局長に対</u> <u>してかかりつけ薬剤師指導</u> <u>料及びかかりつけ薬剤師包</u> <u>括管理料に係る届出を行っ</u> <u>ていること。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(ロ) (イ)の⑩は、当該保険薬局</u> <u>当たりの直近1年間の実績と</u> <u>し、それ以外については当該</u> <u>保険薬局における直近1年間</u> <u>の処方箋受付回数1万回当たり</u> <u>の実績とする。なお、直近</u> <u>1年間の処方箋受付回数が1</u> <u>万回未満の場合は、処方箋受</u></p>
--	---

付回数 1 万回とみなす。

(八) (イ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となるもので、相当する業務」とは次のものをいう。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の「注6」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。

- ・ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算 2
- ・ 調剤後薬剤管理指導料
- ・ 服用薬剤調整支援料 2
- ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならぬこと。）

(ロ) (イ)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。

- ・ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算 2
- ・ 服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算
- ・ 服用薬剤調整支援料 2
- ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）
- ・ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、特定薬剤管理指導加算 2、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料 2 又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）

<p>(ニ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(イ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(イ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(イ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(イ)の⑤の外来服薬支援料1並びに(イ)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならぬこと。</p>	<p>(新設)</p>
<p>(ホ) (イ)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(イ)の⑩以外の基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて1万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。</p>	<p>(新設)</p>
<p>イ 地域支援体制加算2 (イ) 調剤基本料1を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(イ)の①から⑩までの10の要件のうち、8項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ロ)から(ホ)までに準じて取り扱う。</p>	<p>イ 地域支援体制加算2 (イ) 調剤基本料1を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(イ)の基準を満たした上で、以下の①から⑨までの9つの要件のうち3項目以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定</p>

を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近1年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数1万回当たりの実績とする。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。

- ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。
- ② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。
- ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。
- ④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。
- ⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。
- ⑥ 服用薬剤調整支援料1及び2の算定回数の合計が1回以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数の合計が

計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。

⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席していること。

(ロ) (イ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、アの(ロ)に準じて取り扱う。

(ハ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(イ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(イ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(イ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(イ)の⑤の外来服薬支援料1並びに(イ)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施し

(削除)

(削除)

	<p>た場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。</p> <p>(二) (イ)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(イ)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて1万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。</p> <p>(ホ) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(イ)の①から⑨までについては、前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。</p>
(削除)	
(削除)	<p>ウ 地域支援体制加算3</p> <p>(イ) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④及び⑦を含む3項目以上を満たすこと。この場合において、この場合において、アの(ロ)から(ホ)までに準じて取り扱う。</p> <p>① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。</p>

<p>② <u>薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。</u></p> <p>③ <u>調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。</u></p> <p>④ <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の算定回数の合計が40回以上であること。</u></p> <p>⑤ <u>外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。</u></p> <p>⑥ <u>服用薬剤調整支援料1及び2の算定回数の合計が1回以上であること。</u></p> <p>⑦ <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について单一建物診療患者が1人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。</u></p> <p>⑧ <u>服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること</u></p>	
---	--

と。なお、当該回数には、  
服薬情報等提供料が併算定  
不可となっているもので、  
相当する業務を行った場合  
を含む。

⑨ 服薬管理指導料、かかり  
つけ薬剤師指導料、在宅患  
者訪問薬剤管理指導料、在  
宅患者緊急訪問薬剤管理指  
導料及び在宅患者緊急時等  
共同指導料の小児特定加算  
の算定回数の合計が1回以  
上であること。

⑩ 薬剤師認定制度認証機構  
が認証している研修認定制  
度等の研修認定を取得した  
保険薬剤師が地域の多職種  
と連携する会議に5回以上  
出席していること。

(削除)

## エ 地域支援体制加算4

調剤基本料1以外を算定してい  
る保険薬局において、地域医療へ  
の貢献に係る相当の実績として、  
ウの(イ)の①から⑩までの10の要  
件のうち8項目以上を満たすこと。  
この場合において、この場合  
において、アの(ロ)から(ホ)までに  
準じて取り扱う。

(2) 地域における医薬品等の供給拠  
点としての体制として以下を満た  
すこと。

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

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

ウ 医療材料及び衛生材料を供給

(ロ) 麻薬及び向精神薬取締法第  
3条の規定による麻薬小売業  
者の免許を取得し、必要な指  
導を行うことができること。

## エ 地域支援体制加算4

調剤基本料1以外を算定してい  
る保険薬局において、地域医療へ  
の貢献に係る相当の実績として、  
イの(イ)の①から⑨までの9つの  
要件のうち8項目以上を満たすこと。  
なお、直近1年間の処方箋受  
付回数が1万回未満の場合は、処  
方箋受付回数1万回とみなす。

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

(新設)

(17) 医療材料及び衛生材料を供給で

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

エ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる。

オ 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として70%以上であること。この場合において、処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。

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

- (イ) 一般名
- (ロ) 剂形
- (ハ) 規格
- (ニ) 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

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

(新設)

(22) 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として50%以上であること。

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

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

- ア 一般名
- イ 剂形
- ウ 規格
- エ 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

<p>(木) 緊急安全性情報、安全性速報</p> <p>(火) 医薬品・医療機器等安全性情報</p> <p>(水) 医薬品・医療機器等の回収情報</p> <p>(3) <u>休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制等の対応</u></p> <p>ア 当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。</p> <p>イ 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、<u>休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。</u> <u>休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患者の求めに応じて<u>休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）</u>に対応できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。<u>また、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制には、地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含まれる。</u></u></p>	<p>オ 緊急安全性情報、安全性速報</p> <p>カ 医薬品・医療機器等安全性情報</p> <p>キ 医薬品・医療機器等の回収情報</p> <p>(7) 当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。</p> <p>(3) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、<u>24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。</u> <u>24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患者の求めに応じて<u>24時間調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）</u>が提供できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。</u></p>
--	---

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

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

(4) 在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下を満たすこと。

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

イ 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。

ウ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患

ること。

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

(19) 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネージャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。

（新設）

者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。この場合において、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。

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

(5) 医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。

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

(9) 当該保険薬局は、地方厚生

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

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

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

- (9) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (10) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテ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。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
- (11) 地域医療に関する取組の実施として以下を満たすこと。
- ア 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。なお、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売の際には、購入される要指導医薬品及び一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。また、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していれば
- (10) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテ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。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
- (14) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。

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

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

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

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

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

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

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

(新設)

(新設)

<p><b>才 当該保険薬局及び当該薬局に併設される医薬品の店舗販売業（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第二百四十五号）第25条第1号に基づく許可を有する店舗）において、たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。</b></p> <p>(12) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(1)のア又はウの(イ)の①から⑩まで及び(4)のウについては、前年<u>5月</u>1日から当年<u>4月末</u>日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年6月1日から翌年<u>5月末</u>日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年<u>5月</u>1日から当年<u>4月末</u>日までの処方箋受付回数とする。</p>	<p>(新設)</p> <p>(24) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(1)のアの(イ)の②、④及び(1)のイ、ウ及びエの(イ)の①から⑨までについては、前年<u>3月</u>1日から当年<u>2月末</u>日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年<u>4月</u>1日から翌年<u>3月末</u>日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年<u>3月</u>1日から当年<u>2月末</u>日までの処方箋受付回数とする。</p>
<p><b>2 届出に関する事項</b></p> <p>(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、<u>別添2の様式●の●</u>を用いること。</p> <p>(2) <u>令和6年5月31日</u>時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の<u>要件を満たしている</u>として、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、<u>令和6年8月31日</u>までの間に限り、1の(1)のアの(イ)の①から⑩、(2)のイ、才、(3)のエ及び(11)のア、ウ、才に規定する要件を満たしているものとする。また、<u>令和6年5月31日</u>時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の<u>要件を満たしている</u>として、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、<u>令和6年8月31日</u>までの間</p>	<p><b>2 届出に関する事項</b></p> <p>(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、<u>別添2の様式87の3及び様式87の3の2又は様式87の3の3</u>を用いること。</p> <p>(2) <u>令和4年3月31日</u>時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の「<u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績</u>」を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、<u>令和5年3月31日</u>までの間に限り、1の(1)のアの(イ)の②に規定する「<u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績</u>」の要件を満たしているものとする。また、<u>令和4年3月31日</u>時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の「<u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績</u>」を満たしているとして、地域</p>

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

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

### ③ 休日・深夜加算の見直し

#### 第1 基本的な考え方

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

#### 第2 具体的な内容

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

改定案	現行
<p>【調剤技術料の時間外加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>ア～オ (略)</p> <p>カ 休日加算</p> <p>(イ) (略)</p> <p>(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① 地域医療の確保の観点から、<u>以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・<u>救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による休日当番保険薬局の場合</u></li><li>・<u>感染症対応等の一環として地方自治体の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合</u></li></ul> <p>(②) (略)</p>	<p>【調剤技術料の時間外加算等】</p> <p>[算定要件]</p> <p>ア～オ (略)</p> <p>カ 休日加算</p> <p>(イ) (略)</p> <p>(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① 地域医療の確保の観点から、<u>救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者</u></p> <p>(②) (略)</p>

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

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

## ④ いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<b>【調剤基本料】</b>	<b>【調剤基本料】</b>
1 調剤基本料1 2 調剤基本料2 3 調剤基本料3	<u>●●点</u> <u>●●点</u> <u>●●点</u>
イ 口 ハ	<u>●●点</u> <u>●●点</u> <u>●●点</u>
4 特別調剤基本料A	<u>●●点</u>
<b>[算定要件]</b>	<b>[算定要件]</b>
注1 (略)	注1 (略)
2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、 <u>特別調剤基本料B</u> として、処方箋の受付1回につき <u>●●点</u> を算定する。	2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、 <u>特別調剤基本料B</u> として、処方箋の受付1回につき <u>7点</u> を算定する。
3・4 (略)	3・4 (略)

<p>5 (略)</p> <p>※ 地域支援体制加算について は「Ⅲ-8-②」を参照のこと。</p>	<p>5 (略)</p> <p>※ 地域支援体制加算について は「Ⅲ-8-②」を参照のこと。</p>
<p>6 (略)</p> <p>※ 連携強化加算については 「Ⅱ-6-⑥」を参照のこと。</p>	<p>6 (略)</p> <p>※ 連携強化加算については 「Ⅱ-6-⑥」を参照のこと。</p>
<p>7 保険薬局及び保険薬剤師療養 担当規則（昭和32年厚生省令第 16号）第7条の2に規定する後 発医薬品（以下「後発医薬品」 といふ。）の調剤に関して別に 厚生労働大臣が定める施設基準 に適合しているものとして地方 厚生局長等に届け出た保険薬局 において調剤した場合には、当 該基準に係る区分に従い、次に 掲げる点数（区分番号〇〇に掲 げる特別調剤基本料Aを算定す る保険薬局において調剤した場 合には、それぞれの点数の100分 の●●に相当する点数）を所定 点数に加算する。<u>この場合にお</u> <u>いて、注2に規定する特別調剤</u> <u>基本料Bを算定する保険薬局は</u> <u>当該加算を算定できない。</u></p>	<p>7 保険薬局及び保険薬剤師療養 担当規則（昭和32年厚生省令第 16号）第7条の2に規定する後 発医薬品（以下「後発医薬品」 といふ。）の調剤に関して別に 厚生労働大臣が定める施設基準 に適合しているものとして地方 厚生局長等に届け出た保険薬局 において調剤した場合には、当 該基準に係る区分に従い、次に 掲げる点数（<u>注2に規定する別</u> <u>に厚生労働大臣が定める保険薬</u> <u>局において調剤した場合には、</u> <u>それぞれの点数の100分の80に相</u> <u>当する点数</u>）を所定点数に加算 する。</p>
<p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 21点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 28点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点</p>	<p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 21点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 28点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点</p>
<p>8~11 (略)</p>	<p>8~11 (略)</p>
<p>12 (略)</p> <p>※ 在宅薬学総合体制加算につ いては「Ⅱ-8-⑨」を参照のこと。</p>	<p>(新設)</p>
<p>13 (略)</p> <p>※ 医療DX推進体制整備加算に ついては「Ⅱ-1-②」を参 照のこと。</p>	<p>(新設)</p>
<p>[施設基準] — 調剤基本料の施設基準</p>	<p>[施設基準] — 調剤基本料の施設基準</p>

<p>(1) 調剤基本料 1 の施設基準            (2) から <u>(6)</u>までのいずれにも該当しない保険薬局であること。</p> <p>(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 <u>(6)</u>に該当するものを除く。) であること。            イ～ホ (略)</p>	<p>(1) 調剤基本料 1 の施設基準            (2) から <u>(5)</u>まで又は二の二の (1)のいずれにも該当しない保険薬局であること。</p> <p>(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 <u>二の二の (1)</u>に該当するものを除く。) であること。            イ～ホ (略)</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 (<u>(6)</u>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。</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 (<u>二の二の (1)</u>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。</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 (<u>(6)</u>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。</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 (<u>二の二の (1)</u>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。</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 (<u>(6)</u>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>(4) 調剤基本料 3 のロの施設基準            同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局 (<u>二の二の (1)</u>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</p>

<p>イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</p> <p>ロ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</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<u>(6)</u>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>(6) <u>特別調剤基本料 A の施設基準</u> <u>保険医療機関と不動産取引等</u> <u>その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●●割を超えること。</u></p> <p>二 (略)</p> <p>二の二 調剤基本料の注 2 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 (削除)</p> <p>一の(1)から<u>(6)</u>までのいずれかに適合しているものとして地方厚</p>	<p>ること。</p> <p>イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</p> <p>ロ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</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<u>二の二の(1)</u>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>(新設)</p> <p>二 (略)</p> <p>二の二 調剤基本料の注 2 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>保険医療機関と不動産取引等</u> <u>その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。</u></p> <p>(2) 一の(1)から<u>(5)</u>までのいずれかに適合しているものとして地</p>
--	---

生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。	方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。
----------------------------	------------------------------

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

改 定 案	現 行
<p><b>【服薬管理指導料】</b>  <b>[算定要件]</b></p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付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。<u>ただし、区分番号〇〇に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。</u></p> <p>イ～ヘ (略)</p> <p><u>14 区分番号〇〇に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注6及び注9に規定する加算は、算定できない。</u></p> <p>※ <u>特別調剤基本料Aを算定する薬局に関しては、かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2及び吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料2、外来服薬支援料1並びに調剤後薬剤管理指導料についても同様。</u></p> <p>※ <u>特別調剤基本料Bを算定する薬局に関しては、調剤管理料、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指</u></p>	<p><b>【服薬管理指導料】</b>  <b>[算定要件]</b></p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。</p> <p>イ～ヘ (略)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、外来服薬支援料、服用薬剤調整支援料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、服薬情報等提供料、調剤後薬剤管理指導料及び在宅移行初期管理料についても同様。</u></p>	
--	--

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

改 定 案	現 行
<p><b>【使用薬剤料】</b>  <b>[算定要件]</b>  <u>1・2 (略)</u>  <u>3 区分番号〇〇に掲げる特別調剤</u>  <u>基本料Aを算定する薬局及び区分番号〇〇に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する薬局において、処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定期数の100分の●●に相当する点数により算定する。</u></p>	<p><b>【使用薬剤料】</b>  <b>[算定要件]</b>  <u>1・2 (略)</u>  <u>(新設)</u></p>

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

改 定 案	現 行
<p><b>【処方箋料】</b>  <b>[算定要件]</b>  <u>注1～8 (略)</u>  <u>9 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号〇〇調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付け</u></p>	<p><b>【処方箋料】</b>  <b>[算定要件]</b>  <u>注1～8 (略)</u>  <u>(新設)</u></p>

ているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点又は●●点を算定する。

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

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

## ⑤ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し

「Ⅱ－6－⑥」を参照のこと。

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

## ① 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

[施行日等]

令和6年10月1日から施行・適用する。

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

## ② 医薬品取引状況に係る報告の見直し

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

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

#### 1. (調剤報酬)

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

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

## 2. (医科点数表)

改 定 案	現 行
<p><b>【初診料】</b></p> <p><b>[算定要件]</b></p> <p>(10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、<u>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組</u>に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。</p> <p>(11) 妥結率、<u>医療用医薬品の取引及び流通改善に関する取組の取扱い</u>については、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。</p> <p>(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。</p> <p>※ 再診料及び外来診療料においても同様の取扱いとなる。</p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、<u>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組</u>に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。</p>	<p><b>【初診料】</b></p> <p><b>[算定要件]</b></p> <p>(10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、<u>単品単価契約率及び一律値引き契約</u>に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。</p> <p>(11) 妥結率、<u>単品単価契約率及び一律値引き契約</u>の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。</p> <p>(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。</p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>一の二 医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、<u>単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間</u></p>

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

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

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