

7 福薬発第 3 1 3 号
令和 8 年 2 月 1 3 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
会長 小田 真稔

令和 8 年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、2 月 1 3 日に開催されました中央社会保険医療協議会において、厚生労働大臣へ答申されましたのでお知らせいたします（別添）。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

日 薬 業 発 第 436 号
令 和 8 年 2 月 13 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日 本 薬 剤 師 会
会 長 岩 月 進
(会 長 印 省 略)

令和8年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和8年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る検討状況につきましては、令和8年1月14日付け日薬業発第390号にてお知らせしたところですが、本日開催されました中央社会保険医療協議会において、上野厚生労働大臣へ答申されました（別添1、別添2）。官報告示並びに関係諸通知の発出につきましては3月上旬頃となる見込みであり、詳細が分かり次第ご連絡する予定です。

また、今回の答申を受けて本会としてのコメントを公表しました（別添3）。

つきましては、貴会会員にご周知下さいますようお願い申し上げます。

<別添>

1. 答申書等（抜粋）

- ・ 答申書、答申書附帯意見
- ・ 別紙1－1、1－3（医科診療報酬点数表〈抄〉、調剤報酬点数表）
- ・ 別紙4、6、7、8（療養担当規則等）〈抄〉

2. 令和8年度診療報酬改定における個別項目〈抄〉

3. 令和8年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申を受けて

令和 8 年 2 月 13 日

厚生労働大臣

上野 賢一郎 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 小塩 隆士

答 申 書

(令和 8 年度診療報酬改定について)

令和 8 年 1 月 14 日付け厚生労働省発保 0114 第 1 号をもって諮問のあった件について、別紙 1－1 から別紙 9 までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(別添)

答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。また、施設基準届出のオンライン化や共通算定モジュールの活用を進めるなど、診療報酬の請求手続きの負担軽減を図ること。

(物価対応)

- 2 物価対応に係る評価について、医療機関等の経営状況等を把握した上で、実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。また、物価対応に関する基本料・技術料を含めた今後の評価のあり方について検討すること。

(賃上げ)

- 3 賃上げに係る評価について、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工士等を含む幅広い医療関係職種において賃上げが適切に実施されているか、実態を迅速かつ詳細に把握した上で、医療機関等の経営状況及び実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。

(病棟業務等の向上・効率化・タスクシフト/シェア)

- 4 看護業務や医師の事務作業等の更なる向上や業務効率化・負担軽減を推進する観点から導入した、看護職員と他の医療職種が協働して病棟業務を行う体制、ICT、AI、IoT等の活用による看護職員等の配置基準の柔軟化、専従業務の柔軟化等について、職員の業務負担、医療の質、医療安全への影響、生産性向上、医療従事者の確保等の観点から、病棟の種別ごとに今回改定による影響を幅広く調査・検証するとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

(入院医療)

- 5 急性期病院一般入院基本料や急性期総合体制加算を新設したことによる影響の調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた急性期入院医療の適切な評価について、10対1急性期病棟の在り方も含め、引き続き検討すること。
- 6 特定集中治療室管理料等、高度急性期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、重症度、医療・看護必要度の項目、SOFAスコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、病院や病室の機能に応じた入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。

- 7 救急外来応需体制の評価、下り搬送の評価、在宅療養を行う高齢者・介護保険施設等入所者の後方支援機能の評価等、救急搬送に係る今回改定による影響について、在宅療養を行う高齢者や介護保険施設入所者の救急搬送・緊急入院の受入れや高次医療機関への転院搬送の実態を把握する等、幅広く調査・検証を行うとともに、病院や病床の機能に応じた高齢者救急受入れや三次救急医療機関の評価の在り方について、介護保険施設等の協力医療機関が果たす役割の観点も含め、引き続き検討を行うこと。
- 8 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し等、包括期入院医療に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理、円滑な入退院や早期の在宅復帰等、質の高い入院医療の実現に向けて、これらの病棟の適切な評価の在り方について、引き続き検討すること。また、療養病棟等の慢性期入院医療について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、在宅医療や介護保険施設等との役割分担や連携等の観点も踏まえ、評価の在り方を引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による影響等について調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。
- (人口少数地域の医療・医師偏在対策)
- 10 人口の少ない地域の外来・在宅医療提供体制の確保のための支援に対する評価や、外科医療確保特別加算の新設等、医師の地域偏在・診療科偏在対策等に係る今回改定による影響等について調査・検証を行うとともに、人口構成の地域差や病院薬剤師を含む医療従事者の偏在等を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- (外来医療)
- 11 初診料・外来診療料における逆紹介割合に基づく減算規定の見直しや連携強化診療情報提供料の見直し等、外来機能分化に係る今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、評価の在り方について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)や特定疾患療養管理料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、診療ガイドラインに沿った質の高い計画的な医学管理が推進されるよう、提供される医療の実態に基づく評価の在り方について引き続き検討すること。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、かかりつけ医機能報告制度の施行状況等を踏まえ、評価の在り方を検討すること。

(在宅医療・訪問看護)

14 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

15 訪問看護について、同一建物居住者への訪問看護の評価の見直しや、一連の訪問看護を1日あたりで包括的に評価する仕組みが新設されたこと等を踏まえ、指定訪問看護事業所の経営状況等の把握や今回改定の検証を行った上で、評価の在り方について引き続き検討すること。また、精神科訪問看護の利用者が増加傾向にある状況を踏まえ、利用者の状態や訪問看護の提供内容等も含め、実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（精神医療）

16 今回新設された精神科地域密着多機能体制加算の効果・影響等を検証する等、診療に当たって精神保健福祉法に基づく判断や手続きを伴う等の精神医療の特性を踏まえ、引き続き地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について検討すること。また、地域の重度な精神身体合併症患者を診療する役割を担う総合病院精神科に係る評価の在り方について、今回改定の効果検証を行った上で、引き続き検討すること。

（医療 DX・オンライン診療）

17 医療 DX（電子処方箋、電子カルテ共有サービス等）、オンライン診療（D to P with D、D to P with N など）、改正医療法に基づくオンライン診療受診施設の活用状況等について調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（医療技術の評価）

18 リアルワールドデータの解析結果、臨床的位置付け、効果の有無に係るエビデンス等を踏まえ、体系的な分類に基づいて見直しを行った医療技術を含め、医療技術の適切な再評価を継続的に行うこと。また、今回実施した特定保険医療材料の不採算品再算定やシェアが分散している場合の対応を踏まえ、なお市場実勢価格が償還価格を上回る機能区分が生じる要因の把握等を行うとともに、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえた革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術についての適切な評価の在り方を、引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

19 かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の評価の見直しや歯科治療のデジタル化の実施状況、入院患者等に対する医科歯科連携の評価の影響等を調査・検証し、口腔管理や治療の在り方や多職種連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

（調剤報酬）

20 敷地内薬局の開設状況の変化等に加え、いわゆる門前薬局や医療モール薬局等に関して今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な医薬品提供拠点の在り方も含め、薬局ビジョンを踏まえた薬局・薬剤師の在り方について引き続き検討すること。

21 薬局の都市部偏在に関して今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域支援体制加算・在宅薬学総合体制加算における実績要件や人員要件の在り方も含め、都市部における小規模乱立を解消するための評価の在り方、また、医療資源の少ない地域へ配慮した評価の在り方について引き続き検討すること。

（長期処方やリフィル処方等）

22 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、積極的な活用策について引き続き検討すること。また、医薬分業の現状やポリファーマシー対策の観点から踏まえた処方の評価について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

23 バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。

（医薬品の保険給付）

24 長期収載品や食品類似薬について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、医薬品の保険給付の在り方について、供給状況や患者の負担増に配慮しつつ、引き続き検討すること。

（薬価制度、保険医療材料制度、費用対効果評価制度）

25 イノベーションの推進、安定供給の確保、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減の観点から、諸外国の動向も踏まえつつ、各制度の在り方について引き続き検討すること。

（施策の検証）

26 施策の効果や医療の質を含む患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について、引き続き検討すること。

<抄>

別紙 1－1 医科診療報酬点数表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 第2節 再診料 第2部 入院料等 第1節 入院基本料 第2節 入院基本料等加算 第3節 特定入院料 第4節 短期滞在手術等基本料 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 医学管理料等 第2節 削除 第3節 特定保険医療材料料 第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 第2節 在宅療養指導管理料 第1款 在宅療養指導管理料 第2款 在宅療養指導管理材料加算 第3節 薬剤料 第4節 特定保険医療材料料 第3部 検査 第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料	別表第一 医科診療報酬点数表 〔目次〕 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 第1節 初診料 第2節 再診料 第2部 入院料等 第1節 入院基本料 第2節 入院基本料等加算 第3節 特定入院料 第4節 短期滞在手術等基本料 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 第1節 医学管理料等 第2節 削除 第3節 特定保険医療材料料 第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 第2節 在宅療養指導管理料 第1款 在宅療養指導管理料 第2款 在宅療養指導管理材料加算 第3節 薬剤料 第4節 特定保険医療材料料 第3部 検査 第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料

先行バイオ医薬品は除く。)及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、退院の日に1回に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | | |
|----------|-----------------------|------|
| <u>1</u> | 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | 300点 |
| <u>2</u> | 病棟薬剤業務実施加算 2 (週 1 回) | 120点 |
| <u>3</u> | 病棟薬剤業務実施加算 3 (1 日につき) | 100点 |

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第 3 節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 から病棟薬剤業務実施加算 3 までのいずれかを算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算 1 及び病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 3 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。

2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院

先登バイオ医薬品は除く。)及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- | | | |
|----------|-----------------------|------|
| (新設) | | |
| <u>1</u> | 病棟薬剤業務実施加算 1 (週 1 回) | 120点 |
| <u>2</u> | 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき) | 100点 |

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第 3 節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算 1 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。

2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院

<p>している患者であって、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>	<p>している患者であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>
<p>A 2 4 5 データ提出加算</p> <p>1 データ提出加算1（入院初日）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 145点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 215点</p> <p>2 データ提出加算2（入院初日）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 155点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 225点</p> <p>3 データ提出加算3（入院期間が90日を超えるごとに1回）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 145点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 215点</p> <p>4 データ提出加算4（入院期間が90日を超えるごとに1回）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 155点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 225点</p> <p>注1 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p>A 2 4 5 データ提出加算</p> <p>1 データ提出加算1（入院初日）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 145点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 215点</p> <p>2 データ提出加算2（入院初日）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 155点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 225点</p> <p>3 データ提出加算3（入院期間が90日を超えるごとに1回）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 145点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 215点</p> <p>4 データ提出加算4（入院期間が90日を超えるごとに1回）</p> <p>イ 許可病床数が200床以上の病院の場合 155点</p> <p>ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合 225点</p> <p>注1 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</p>

<p>ては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p>イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,816点</p> <p>ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,670点</p> <p>7 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(ロ)に規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、2,093点を算定する。</p>	<p>イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,734点</p> <p>ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,588点</p> <p>7 当該病棟に入院している患者のうち、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過、区分番号J039に掲げる血漿交換療法又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（注4及び注6に規定する点数を算定する患者を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(ロ)に規定する医療区分2の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、2,011点を算定する。</p>
<p>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 小児入院医療管理料1 5,216点</p> <p>2 小児入院医療管理料2 4,486点</p> <p>3 小児入院医療管理料3 4,022点</p> <p>4 小児入院医療管理料4 3,361点</p> <p>5 小児入院医療管理料5 2,357点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関す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小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を</p>	<p>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</p> <p>1 小児入院医療管理料1 4,807点</p> <p>2 小児入院医療管理料2 4,275点</p> <p>3 小児入院医療管理料3 3,849点</p> <p>4 小児入院医療管理料4 3,210点</p> <p>5 小児入院医療管理料5 2,235点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関す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小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を</p>

算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の精神病棟入院料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 保育士1名の場合	100点
ロ 保育士2名以上の場合	180点

- 3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600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医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 重症児受入体制加算1	200点
ロ 重症児受入体制加算2	280点

- 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医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて

算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 保育士1名の場合	100点
ロ 保育士2名以上の場合	180点

- 3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600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医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 重症児受入体制加算1	200点
ロ 重症児受入体制加算2	280点

- 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医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて

無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき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A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。

- イ 無菌治療管理加算1 2,000点
- ロ 無菌治療管理加算2 1,500点

6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

7 患者に対する支援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の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

8 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保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

無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき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A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。

- イ 無菌治療管理加算1 2,000点
- ロ 無菌治療管理加算2 1,500点

6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。

7 患者に対する支援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の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

8 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保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

険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外受入体制強化加算1 300点
- ロ 時間外受入体制強化加算2 180点

9 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、入院した日から起算して14日を限度として、151点を所定点数に加算する。この場合において、注10に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。

10 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者に限る。）について、看護補助体制充実加算として、入院した日から起算して14日を限度として、156点を所定点数に加算する。

11 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注10までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に

険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外受入体制強化加算1 300点
- ロ 時間外受入体制強化加算2 180点

9 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、入院した日から起算して14日を限度として、151点を所定点数に加算する。この場合において、注10に掲げる看護補助体制充実加算は別に算定できない。

10 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1、小児入院医療管理料2又は小児入院医療管理料3を算定している患者に限る。）について、看護補助体制充実加算として、入院した日から起算して14日を限度として、156点を所定点数に加算する。

11 診療に係る費用（注2、注3及び注5から注10までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔

限る。)に限る。)、第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第3部検査(区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛^{とう}管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算(1及び2に限る。)、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

- 12 診療に係る費用(注2から注7まで、注9(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))及び注10(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))に規定する加算、当該患者に対

、第12部放射線治療、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛^{とう}管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

- 12 診療に係る費用(注2から注7まで、注9(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))及び注10(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))に規定する加算、当該患者に対

して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第3部検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、特定薬剤治療環境特別加算、小児療養環境特別加算、口腔管理連携加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算（1及び2に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

- 13 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部

して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。

- 13 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第2部

<p><u>医学管理等（区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）</u>、第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、<u>第3部検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）</u>、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、<u>特定薬剤治療環境特別加算</u>、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、<u>口腔管理連携加算</u>、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、<u>褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算</u>、術後疼痛管理チーム加算、<u>病棟薬剤業務実施加算（1及び2に限る。）</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p>第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第2節病理診断・判断料及び第14部その他の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、<u>褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算</u>、術後疼痛管理チーム加算、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>
<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき） 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1</p>	<p>A308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき） 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1</p>

<p>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する。</p> <p>3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、174点を算定する。</p>	<p>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する。</p> <p>3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、174点を算定する。</p>
<p>23 がん患者指導管理料</p> <p>イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点</p> <p>ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点</p> <p>ニ 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める</p>	<p>23 がん患者指導管理料</p> <p>イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点</p> <p>ロ 医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点</p> <p>ニ 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める</p>

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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。ただし、病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に1回に限り算定できる。

- 2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行

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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

- 2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行

った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3 ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

4 ニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

5 ロについて、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診

った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3 ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

4 ニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

5 ロについて、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診

<p>療料、区分番号B 0 0 8に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料の注6に規定する加算又は区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料の注5に規定する加算は、別に算定できない。</p> <p><u>7 ニについて、区分番号B 0 0 1－11に掲げる遺伝性疾患療養指導管理料の1は、別に算定できない。</u></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医療機関において、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定する。</u></p>	<p>療料、区分番号B 0 0 8に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料の注6に規定する加算又は区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料の注5に規定する加算は、別に算定できない。</p> <p>(新設)</p> <p><u>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医療機関において、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定する。</u></p>
<p>24 外来緩和ケア管理料 290点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。</p> <p>3 区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。</p> <p>4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機</p>	<p>24 外来緩和ケア管理料 290点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。</p> <p>3 区分番号B 0 0 1の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。</p> <p>4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機</p>

<p>り算定する。</p> <p>2 区分番号B 0 0 1 の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1 の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、261点又は218点を算定する</p>	<p>り算定する。</p> <p>2 区分番号B 0 0 1 の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1 の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、261点又は218点を算定する</p>
<p>B 0 0 1－2 小児科外来診療料（1日につき）</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</p> <p>イ 初診時 604点</p> <p>ロ 再診時 <u>411点</u></p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 721点</p> <p>ロ 再診時 <u>529点</u></p> <p>注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす</u>保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>2 区分番号A 0 0 1 に掲げる再診料の注9に規定する場合、区分番号B 0 0 1－2－11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合</p>	<p>B 0 0 1－2 小児科外来診療料（1日につき）</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</p> <p>イ 初診時 604点</p> <p>ロ 再診時 <u>410点</u></p> <p>2 1以外の場合</p> <p>イ 初診時 721点</p> <p>ロ 再診時 <u>528点</u></p> <p>注1 <u>小児科を標榜^{ほう}する</u>保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。</p> <p>2 区分番号A 0 0 1 に掲げる再診料の注9に規定する場合、区分番号B 0 0 1－2－11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合</p>

については、算定しない。

- 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から第6号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号C000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

- 4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して

については、算定しない。

- 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10、注15及び注16に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算、通則第3号から第6号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号C000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

- 4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して

<p>、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。</p>	<p>、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。</p>
<p>B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料</p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料1 450点</p> <p>2 地域連携小児夜間・休日診療料2 600点</p> <p><u>注1</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> <p><u>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関においては、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。</p>	<p>B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料</p> <p>1 地域連携小児夜間・休日診療料1 450点</p> <p>2 地域連携小児夜間・休日診療料2 600点</p> <p><u>注</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点</p> <p>注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。</p>

定点数に加算する。	定点数に加算する。
<p>B 0 0 1 - 2 - 12 外来腫瘍化学療法診療料</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から 3 回目まで (静注製剤等の場合) <u>801点</u></p> <p>(2) 初回から 3 回目まで (その他の場合) <u>351点</u></p> <p>(3) 4 回目以降 (静注製剤等の場合) <u>451点</u></p> <p>(4) 4 回目以降 (その他の場合) <u>201点</u></p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>351点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から 3 回目まで (静注製剤等の場合) <u>601点</u></p> <p>(2) 初回から 3 回目まで (その他の場合) <u>261点</u></p> <p>(3) 4 回目以降 (静注製剤等の場合) <u>321点</u></p> <p>(4) 4 回目以降 (その他の場合) <u>141点</u></p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>221点</u></p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から 3 回目まで (静注製剤等の場合) <u>541点</u></p> <p>(2) 初回から 3 回目まで (その他の場合) <u>241点</u></p> <p>(3) 4 回目以降 (静注製剤等の場合) <u>281点</u></p> <p>(4) 4 回目以降 (その他の場合) <u>121点</u></p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p>	<p>B 0 0 1 - 2 - 12 外来腫瘍化学療法診療料</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から 3 回目まで <u>800点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(2) 4 回目以降 <u>450点</u></p> <p>(新設)</p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>350点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から 3 回目まで <u>600点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(2) 4 回目以降 <u>320点</u></p> <p>(新設)</p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>220点</u></p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3</p> <p>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) 初回から 3 回目まで <u>540点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(2) 4 回目以降 <u>280点</u></p> <p>(新設)</p> <p>ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合</p>

181点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで、注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び注19に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- 2 1のイの①、2のイの①及び3のイの①については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合（区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く。）に、1のイの②、2のイの②及び3のイの②については、当該患者に対して、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
- 3 1のイの③、2のイの③及び3のイの③については、1のイの①若しくは②、2のイの①若しくは②又は3のイの①若しくは②を算定する日以外の日において、当該患者に対して、区分番

180点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで、注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び注19に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- 2 1のイの①、2のイの①及び3のイの①については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
- 3 1のイの②、2のイの②及び3のイの②については、1のイの①、2のイの①又は3のイの①を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1

号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、1のイの④、2のイの④及び3のイの④については、1のイの①若しくは②、2のイの①若しくは②又は3のイの①若しくは②を算定する日以外の日において、当該患者に対して、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。

4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

イ 1のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

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

5 2のロ及び3のロについては、2のイ又は3のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

6 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、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。

7 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する

回に限り算定する。

4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

イ 1のイの①又は②を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

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

5 2のロ及び3のロについては、2のイの①若しくは②又は3のイの①若しくは②を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

6 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、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。

7 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する

<p>。別</p> <p>8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイの①又は②を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイの①又は②を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>	<p>。別</p> <p>8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイの①を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイの①を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>												
<p>B001-3 生活習慣病管理料①</p> <table> <tr> <td>1 脂質異常症を主病とする場合</td> <td>610点</td> </tr> <tr> <td>2 高血圧症を主病とする場合</td> <td>660点</td> </tr> <tr> <td>3 糖尿病を主病とする場合</td> <td>760点</td> </tr> </table> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿</p>	1 脂質異常症を主病とする場合	610点	2 高血圧症を主病とする場合	660点	3 糖尿病を主病とする場合	760点	<p>B001-3 生活習慣病管理料①</p> <table> <tr> <td>1 脂質異常症を主病とする場合</td> <td>610点</td> </tr> <tr> <td>2 高血圧症を主病とする場合</td> <td>660点</td> </tr> <tr> <td>3 糖尿病を主病とする場合</td> <td>760点</td> </tr> </table> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿</p>	1 脂質異常症を主病とする場合	610点	2 高血圧症を主病とする場合	660点	3 糖尿病を主病とする場合	760点
1 脂質異常症を主病とする場合	610点												
2 高血圧症を主病とする場合	660点												
3 糖尿病を主病とする場合	760点												
1 脂質異常症を主病とする場合	610点												
2 高血圧症を主病とする場合	660点												
3 糖尿病を主病とする場合	760点												

<p>害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。</p>	<p>害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。</p>
<p>2 注1に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。</p>	<p>2 注1に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。</p>
<p>3 区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。</p>	<p>3 区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。</p>
<p>B012 傷病手当金意見書交付料 100点 注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。</p>	<p>B012 傷病手当金意見書交付料 100点 注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。</p>
<p>B013 療養費同意書交付料 100点 注 健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。</p>	<p>B013 療養費同意書交付料 100点 注 健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。</p>
<p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点 注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又</p>	<p>B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点 注1 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際し</p>

<p>はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p> <p>（削る）</p>	<p>て当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。</p> <p><u>2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B015 精神科退院時共同指導料</p> <p>1 精神科退院時共同指導料1（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合）</p> <p>イ 精神科退院時共同指導料Ⅰ 1,500点</p> <p>ロ 精神科退院時共同指導料Ⅱ 900点</p> <p>2 精神科退院時共同指導料2（入院医療を提供する保険医療機関の場合） 700点</p> <p>注1 1のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のものに対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療</p>	<p>B015 精神科退院時共同指導料</p> <p>1 精神科退院時共同指導料1（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合）</p> <p>イ 精神科退院時共同指導料Ⅰ 1,500点</p> <p>ロ 精神科退院時共同指導料Ⅱ 900点</p> <p>2 精神科退院時共同指導料2（入院医療を提供する保険医療機関の場合） 700点</p> <p>注1 1のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のものに対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療</p>

る。	る。
C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月 1 回）	C 0 0 2 在宅時医学総合管理料（月 1 回）
1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
イ 病床を有する場合	イ 病床を有する場合
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合	(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合
① 単一建物診療患者が 1 人の場合	① 単一建物診療患者が 1 人の場合
5,385点	5,385点
② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合
4,485点	4,485点
③ 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合	③ 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合
2,865点	2,865点
④ 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合	④ 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合
2,400点	2,400点
⑤ ①から④まで以外の場合	⑤ ①から④まで以外の場合
2,110点	2,110点
(2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）	(2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）
① 単一建物診療患者が 1 人の場合	① 単一建物診療患者が 1 人の場合
4,485点	4,485点
② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合
2,385点	2,385点
③ 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合	③ 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合
1,185点	1,185点
④ 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合	④ 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合
1,065点	1,065点
⑤ ①から④まで以外の場合	⑤ ①から④まで以外の場合
905点	905点
(3) 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）	(3) 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）

- ① 単一建物診療患者が1人の場合
3,014点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,670点
- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
865点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
780点
- ⑤ ①から④まで以外の場合
660点
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
2,745点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,485点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
765点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
670点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合
575点
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
1,500点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
828点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
425点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
373点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合
317点

- ① 単一建物診療患者が1人の場合
3,014点
- ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,670点
- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
865点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
780点
- ⑤ ①から④まで以外の場合
660点
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
2,745点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,485点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
765点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
670点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合
575点
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であつて、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合
1,500点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
828点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
425点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
373点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合
317点

ロ 病床を有しない場合

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

① 単一建物診療患者が1人の場合
4,985点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
4,125点

③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
2,625点

④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
2,205点

⑤ ①から④まで以外の場合 1,935点

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合
4,085点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
2,185点

③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
1,085点

④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
970点

⑤ ①から④まで以外の場合 825点

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合
2,774点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,550点

ロ 病床を有しない場合

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

① 単一建物診療患者が1人の場合
4,985点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
4,125点

③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
2,625点

④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
2,205点

⑤ ①から④まで以外の場合 1,935点

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合
4,085点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
2,185点

③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合
1,085点

④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合
970点

⑤ ①から④まで以外の場合 825点

(3) 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）

① 単一建物診療患者が1人の場合
2,774点

② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合
1,550点

- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 805点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 720点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 611点
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,505点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,365点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 705点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 615点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合 525点
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,380点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 768点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 395点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 344点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合 292点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

- ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 805点
- ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 720点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 611点
- (4) 月1回訪問診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 2,505点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,365点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 705点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 615点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合 525点
- (5) 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - ① 単一建物診療患者が1人の場合 1,380点
 - ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 768点
 - ③ 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 395点
 - ④ 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 344点
 - ⑤ ①から④まで以外の場合 292点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
 - イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 4,585点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,765点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,385点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,010点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 1,765点
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,685点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,985点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 985点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 875点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 745点
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,554点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,450点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 679点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 578点
- ニ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,285点

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 4,585点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 3,765点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 2,385点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 2,010点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 1,765点
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,685点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,985点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 985点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 875点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 745点
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,554点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,450点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 765点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 679点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 578点
- ニ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,285点

- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 665点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 570点
- (5) (1)から(4)まで以外の場合 490点
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,270点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 718点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 275点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,435点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,820点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,785点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,500点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 1,315点
 - ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

- (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,265点
- (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 665点
- (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 570点
- (5) (1)から(4)まで以外の場合 490点
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,270点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 718点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 375点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 321点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 275点
- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
 - イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合
 - (1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,435点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 2,820点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 1,785点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 1,500点
 - (5) (1)から(4)まで以外の場合 1,315点
 - ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,735点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,460点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 735点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 655点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 555点
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,014点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,165点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 645点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 573点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 487点
- ニ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,745点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 980点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 545点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 455点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 395点
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,735点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,460点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 735点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 655点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 555点
- ハ 月2回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち1回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 2,014点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,165点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 645点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 573点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 487点
- ニ 月1回訪問診療を行っている場合
- (1) 単一建物診療患者が1人の場合 1,745点
 - (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 980点
 - (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 545点
 - (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 455点
 - (5) (1) から (4) まで以外の場合 395点
- ホ 月1回訪問診療等を行っている場合であって、2月に1回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

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

注1 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。

- 2 注1において、処方箋を交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。
- 3 在宅時医学総管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

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

注1 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（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。

- 2 注1において、処方箋を交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。
- 3 在宅時医学総管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。

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

- | | |
|------------|------|
| イ 初回の場合 | 800点 |
| ロ 2回目以降の場合 | 300点 |

6 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

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

イ 在宅医療充実体制加算

- | | |
|----------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 800点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 400点 |
| (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 | 200点 |
| (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 | 170点 |
| (5) (1)から(4)まで以外の場合 | 150点 |

4 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。

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

- | | |
|------------|------|
| イ 初回の場合 | 800点 |
| ロ 2回目以降の場合 | 300点 |

6 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

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

イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

- | | |
|----------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 400点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 200点 |
| (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 | 100点 |
| (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 | 85点 |
| (5) (1)から(4)まで以外の場合 | 75点 |

ロ	在宅療養実績加算 1	
(1)	単一建物診療患者が 1 人の場合	300点
(2)	単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	150点
(3)	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点
(4)	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点
(5)	(1) から (4) まで以外の場合	56点
ハ	在宅療養実績加算 2	
(1)	単一建物診療患者が 1 人の場合	200点
(2)	単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	100点
(3)	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	50点
(4)	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	43点
(5)	(1) から (4) まで以外の場合	38点
8	3 について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。	
9	3 を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ	在宅療養移行加算 1	316点
ロ	在宅療養移行加算 2	216点
ハ	在宅療養移行加算 3	216点

ロ	在宅療養実績加算 1	
(1)	単一建物診療患者が 1 人の場合	300点
(2)	単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	150点
(3)	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	75点
(4)	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	63点
(5)	(1) から (4) まで以外の場合	56点
ハ	在宅療養実績加算 2	
(1)	単一建物診療患者が 1 人の場合	200点
(2)	単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合	100点
(3)	単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合	50点
(4)	単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合	43点
(5)	(1) から (4) まで以外の場合	38点
8	3 について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。	
9	3 を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関等との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、当該体制等に応じて、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ	在宅療養移行加算 1	316点
ロ	在宅療養移行加算 2	216点
ハ	在宅療養移行加算 3	216点

ニ 在宅療養移行加算 4 116点

- 10 1のイの②から⑤まで、1のロの②から⑤まで、2のロからホまで及び3のロからホまでについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。
- 11 区分番号I 0 0 2に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
- 12 1のイの③及び⑤、1のロの③及び⑤、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 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医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。
- 14 1のイの(Ⅰ)の③から⑤まで、1のイの(Ⅱ)の③から⑤まで、1のイの(Ⅲ)の③から⑤まで、1のイの(Ⅳ)の③から⑤まで、1のイの(Ⅴ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅰ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅱ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅲ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅳ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅴ)の③から⑤まで、2のイの③から⑤まで、2のロの③

ニ 在宅療養移行加算 4 116点

- 10 1のイの②から⑤まで、1のロの②から⑤まで、2のロからホまで及び3のロからホまでについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。
- 11 区分番号I 0 0 2に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
- 12 1のイの③及び⑤、1のロの③及び⑤、2のハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 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医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。
- 14 1のイの(Ⅰ)の③から⑤まで、1のイの(Ⅱ)の③から⑤まで、1のイの(Ⅲ)の③から⑤まで、1のイの(Ⅳ)の③から⑤まで、1のイの(Ⅴ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅰ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅱ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅲ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅳ)の③から⑤まで、1のロの(Ⅴ)の③から⑤まで、2のイの③から⑤まで、2のロの③

から⑤まで、2のハの③から⑤まで、2のニの③から⑤まで、2のホの③から⑤まで、3のイの③から⑤まで、3のロの③から⑤まで、3のハの③から⑤まで、3のニの③から⑤まで及び3のホの③から⑤までについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。

- 15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

- 16 1のイの②、1のイの③、1のロの②、1のロの③、2のロ、2のハ、3のロ及び3のハについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ1のイの④、1のイの④、1のロの④、1のロの④、2のニ、2のニ、

から⑤まで、2のハの③から⑤まで、2のニの③から⑤まで、2のホの③から⑤まで、3のイの③から⑤まで、3のロの③から⑤まで、3のハの③から⑤まで、3のニの③から⑤まで及び3のホの③から⑤までについて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の60に相当する点数を算定する。

- 15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

(新設)

3のニ及び3のニを算定する。	
<p>C 0 0 2 - 2 施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）</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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3, 885 点</p> <p>② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 3, 225 点</p> <p>③ 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合 2, 865 点</p> <p>④ 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合 2, 400 点</p> <p>⑤ ①から④まで以外の場合 2, 110 点</p> <p>(2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3, 185 点</p> <p>② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1, 685 点</p> <p>③ 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合 1, 185 点</p> <p>④ 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合 1, 065 点</p> <p>⑤ ①から④まで以外の場合 905 点</p> <p>(3) 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</p>	<p>C 0 0 2 - 2 施設入居時等医学総合管理料（月 1 回）</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) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月 2 回以上訪問診療を行っている場合</p> <p>① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3, 885 点</p> <p>② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 3, 225 点</p> <p>③ 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合 2, 865 点</p> <p>④ 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合 2, 400 点</p> <p>⑤ ①から④まで以外の場合 2, 110 点</p> <p>(2) 月 2 回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）</p> <p>① 単一建物診療患者が 1 人の場合 3, 185 点</p> <p>② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 1, 685 点</p> <p>③ 単一建物診療患者が 10 人以上 19 人以下の場合 1, 185 点</p> <p>④ 単一建物診療患者が 20 人以上 49 人以下の場合 1, 065 点</p> <p>⑤ ①から④まで以外の場合 905 点</p> <p>(3) 月 2 回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち 1 回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（(1)及び(2)の場合を除く。）</p>

設入居時等医学総合管理料について準用する。
 この場合において、同注3及び同注5中「在宅
 時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時
 等医学総合管理料」と読み替えるものとする。
 (削る)

(削る)

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であ
 って別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方
 箋を交付する場合 1,800点
 - (2) 処方箋を交付しない場合 2,002点
- ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方
 箋を交付する場合 1,650点
 - (2) 処方箋を交付しない場合 1,852点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1
 に規定するものを除く。）の場合
 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋
 を交付する場合 1,495点

設入居時等医学総合管理料について準用する。
 この場合において、同注3及び同注5中「在宅
 時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時
 等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

- 6 1のイの(3)及び(5)、1のロの(3)及び(5)、2の
 ハ及びホ並びに3のハ及びホについては、別に
 厚生労働大臣が定める施設基準に適合している
 ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療
 機関において行われる場合に限り算定する。
- 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
 険医療機関において、当該保険医療機関におけ
 る診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデ
 ータを継続して厚生労働省に提出している場合
 は、在宅データ提出加算として、50点を所定点
 数に加算する。

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であ
 って別に厚生労働大臣が定めるものの場合
 イ 病床を有する場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方
 箋を交付する場合 1,798点
 - (2) 処方箋を交付しない場合 2,000点
- ロ 病床を有しない場合
 - (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方
 箋を交付する場合 1,648点
 - (2) 処方箋を交付しない場合 1,850点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1
 に規定するものを除く。）の場合
 イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋
 を交付する場合 1,493点

ロ 処方箋を交付しない場合 1,687点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。
- 2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
- 3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。
- 4 在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患者の負担とする。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、300点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する
- 6 15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。
- 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医療機関において、当該保険医療機関におけ

ロ 処方箋を交付しない場合 1,685点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。
- 2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
- 3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。
- 4 在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患者の負担とする。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
- 6 15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対して総合的な医療を提供した場合は、小児加算として、週1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。
- 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医療機関において、当該保険医療機関におけ

る診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月1回に限り、50点を所定点数に加算する。

- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注16、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する電子的診療情報連携体制整備加算、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注8の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注18にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

イ	在宅医療DX情報活用加算1	11点
ロ	在宅医療DX情報活用加算2	9点

る診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月1回に限り、50点を所定点数に加算する。

- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

イ	在宅医療DX情報活用加算1	11点
ロ	在宅医療DX情報活用加算2	9点

<p>9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。</p>	<p>9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。</p>
<p>C O O 4 救急搬送診療料 1,300点</p> <p>注1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。</p> <p>2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。</p> <p>3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。</p> <p>4 注1に規定する場合であって、別に厚生労働</p>	<p>C O O 4 救急搬送診療料 1,300点</p> <p>注1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。</p> <p>2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。</p> <p>3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。</p> <p>4 注1に規定する場合であって、別に厚生労働</p>

<p>合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。</p> <p><u>2 1のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で、当該患者の搬送手段について調整を行い、当該患者の搬送を行った場合に算定する。</u></p> <p><u>3 2のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で1のロを算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料及び2のロについては別に算定できない。</u></p> <p><u>4 2のロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、他の保険医療機関で1のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。</u></p> <p><u>5 1のイ又は2のイに規定する場合であって、当該搬送に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>診療料は別に算定できない。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）</p>	<p>C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）</p>

イ	週 3 日目まで	580点
ロ	週 4 日目以降	680点
2	准看護師による場合	
イ	週 3 日目まで	530点
ロ	週 4 日目以降	630点
3	悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡 ^{じよくそう} ケア 又は人工肛門 ^{こう} ケア及び人工膀胱 ^{ぼうこう} ケアに係る専門の 研修を受けた看護師による場合	1, 285点
注 1	1 及び 2 については、保険医療機関が、在宅 で療養を行っている患者（当該患者と同一の建 物又は同一の敷地内の建物に居住する他の患者 に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護 ・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番 号及び区分番号 C 0 0 5－1－2 において「同 一建物等居住者」という。）を除く。注 8 及び 注 9 において同じ。）であって通院が困難なも のに対して、診療に基づく訪問看護計画により 、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下 この部において「看護師等」という。）を訪問 させて看護又は療養上必要な指導を行った場合 に、当該患者 1 人について日単位で算定する。 ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患 者以外の患者については、区分番号 C 0 0 5－ 1－2 に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導 料（3 を除く。）又は区分番号 I 0 1 2 に掲げ る精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わ せて週 3 日（保険医療機関が、診療に基づき患 者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護 ・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を 行う場合にあっては、1 月に 1 回（別に厚生労	

イ	週 3 日目まで	580点
ロ	週 4 日目以降	680点
2	准看護師による場合	
イ	週 3 日目まで	530点
ロ	週 4 日目以降	630点
3	悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡 ^{じよくそう} ケア 又は人工肛門 ^{こう} ケア及び人工膀胱 ^{ぼうこう} ケアに係る専門の 研修を受けた看護師による場合	1, 285点
注 1	1 及び 2 については、保険医療機関が、在宅 で療養を行っている患者（当該患者と同一の建 物に居住する他の患者に対して当該保険医療機 関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該 患者（以下この区分番号及び区分番号 C 0 0 5 －1－2 において「同一建物居住者」という。 ）を除く。注 8 及び注 9 において同じ。）であ って通院が困難なものに対して、診療に基づく 訪問看護計画により、保健師、助産師、看護師 又は准看護師（以下この部において「看護師等 」という。）を訪問させて看護又は療養上必要 な指導を行った場合に、当該患者 1 人について 日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣 が定める疾病等の患者以外の患者については、 区分番号 C 0 0 5－1－2 に掲げる同一建物居 住者訪問看護・指導料（3 を除く。）又は区分 番号 I 0 1 2 に掲げる精神科訪問看護・指導料 を算定する日と合わせて週 3 日（保険医療機関 が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時 的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて 、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1 月 に 1 回（別に厚生労働大臣が定めるものについ	

働大臣が定めるものについては、月2回)に限り、週7日(当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。))を限度とする。

2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者(区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者)又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者(いずれも同一建物等居住者を除く。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。

3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数

ては、月2回)に限り、週7日(当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。))を限度とする。

2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者(区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者)又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者(いずれも同一建物居住者を除く。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。

3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数

に加算する。

- 4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ 月14日目まで 265点

ロ 月15日目以降 200点

- 5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。

- 6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、1日につき140点（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあつては、180点）を所定点数に加算する。

- 7 1及び2については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関の他の看護師等又は看護補助者（以下この部において「その他職員」という。）と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を

に加算する。

- 4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ 月14日目まで 265点

ロ 月15日目以降 200点

- 5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあつては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。

- 6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、1日につき130点（別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合にあつては、180点）を所定点数に加算する。

- 7 1及び2については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関の他の看護師等又は看護補助者（以下この部において「その他職員」という。）と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を

実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 450点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1) 1日に1回の場合 300点

(2) 1日に2回の場合 600点

(3) 1日に3回以上の場合 1,000点

8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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、当該患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場

実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 450点

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1) 1日に1回の場合 300点

(2) 1日に2回の場合 600点

(3) 1日に3回以上の場合 1,000点

8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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、当該患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場

合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り300点を所定点数に加算する。

9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。

10 1及び2については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24

合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り300点を所定点数に加算する。

9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、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の状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。

10 1及び2については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24

時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。）

2,500点

ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの

1,000点

11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。

12 1及び2については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において同じ。）に訪問看護・指導を

時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。）

2,500点

ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの

1,000点

11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。

12 1及び2については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護

行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において同じ。）に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。

13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第27条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「^{かくたん}喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

14 次のいずれかに該当する訪問看護・指導を行う場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な

加算として420点を所定点数に加算する。

13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録^{かくたん}喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第27条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「^{かくたん}喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、^{かくたん}喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

14 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する

<p><u>経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が1時間以上である患者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合</u></p> <p><u>(1) 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合</u></p> <p><u>(2) 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合</u></p> <p>ロ 別に厚生労働大臣が定める<u>地域</u>に所在する保険医療機関の看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合であって、次のいずれにも該当する場合</p> <p><u>(1) 最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が30分以上である患者に訪問看護・指導を行う場合</u></p> <p><u>(2) 最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの往復にかかる時間及び訪問看護・指導の実施に要した時間の合計が2時間30分以上である場合</u></p> <p>15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p>	<p><u>保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ 別に厚生労働大臣が定める<u>地域外</u>に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p>
---	--

- 16 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、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、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。
- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。） 250点
- ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。以下この部において同じ。）に係る管理の対象となる患者に対して行った場合に限る。） 250点
- 17 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

- 16 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第2項第5号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、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、専門管理加算として、月1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。
- イ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。） 250点
- ロ 特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。以下この部において同じ。）に係る管理の対象となる患者に対して行った場合に限る。） 250点
- 17 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、患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1回に限り5点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注16、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する電子的診療情報連携体制整備加算、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱの注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8にそれぞれ規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注18に規定する訪問看護医療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。

- 18 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、区分番号C001の注8（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号C005の注10（区分番号C005-1-2の注8の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指

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、患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1回に限り5点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱの注13（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8にそれぞれ規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17に規定する訪問看護医療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。

- 18 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、区分番号C001の注8（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号C005の注10（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指

示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算する。

19 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護・指導を実施している保険医療機関の看護師等（准看護師を除く。）が、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の同意を得て、当該保険医療機関と連携する保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、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は、訪問看護医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する在宅患者連携指導加算を算定している場合及び区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料の注15（区分番号C002－2の注5の規定により準用する場合を含む。）又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注9にそれぞれ規定する在宅医療情報連携加算を算定した月は、訪問看護医療情報連携加算は算定できない。

20 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合に

示の下、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算する。

（新設）

19 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合に

<p>は、区分番号C 0 0 5－1－2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。</p> <p>21 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p>は、区分番号C 0 0 5－1－2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I 0 1 2に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。</p> <p>20 訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
<p>C 0 0 5－1－2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 580点</p> <p>(2) 週4日目以降 680点</p> <p>ロ 同一日に3人以上<u>9人以下</u></p> <p>(1) 週3日目まで 293点</p> <p>(2) 週4日目以降 343点</p> <p>ハ <u>同一日に10人以上19人以下</u></p> <p>(1) <u>月20日目まで</u> 290点</p> <p>(2) <u>月21日目以降</u> 280点</p> <p>ニ <u>同一日に20人以上49人以下</u></p> <p>(1) <u>月20日目まで</u> 285点</p> <p>(2) <u>月21日目以降</u> 275点</p> <p>ホ <u>同一日に50人以上</u></p> <p>(1) <u>月20日目まで</u> 275点</p> <p>(2) <u>月21日目以降</u> 265点</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 530点</p> <p>(2) 週4日目以降 630点</p> <p>ロ 同一日に3人以上<u>9人以下</u></p> <p>(1) 週3日目まで 268点</p>	<p>C 0 0 5－1－2 同一建物居住者訪問看護・指導料（1日につき）</p> <p>1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 580点</p> <p>(2) 週4日目以降 680点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 293点</p> <p>(2) 週4日目以降 343点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>2 准看護師による場合</p> <p>イ 同一日に2人</p> <p>(1) 週3日目まで 530点</p> <p>(2) 週4日目以降 630点</p> <p>ロ 同一日に3人以上</p> <p>(1) 週3日目まで 268点</p>

<p>住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。</p> <p>3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。</p> <p>4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。</p> <p>5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p>住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。</p> <p>3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。</p> <p>4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。</p> <p>5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
<p><u>C 0 1 2 - 2 訪問診療薬剤師同時指導料</u> 300点</p> <p><u>注 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</u></p>	<p>(新設)</p>

<p>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在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。</p> <p>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。</p>	
<p>C 0 1 3 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。</p> <p>2 区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 9に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定</p>	<p>C 0 1 3 在宅患者訪問褥瘡管理指導料 750点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。</p> <p>2 区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅰ、区分番号C 0 0 1－2に掲げる在宅患者訪問診療料Ⅱ、区分番号C 0 0 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C 0 0 9に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定</p>

<p>を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。</p> <p>2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>E 4 0 1 特定保険医療材料（フィルムを除く。）</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	<p>を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。</p> <p>2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>E 4 0 1 特定保険医療材料（フィルムを除く。）</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>
<p>第5部 投薬</p> <p>通則</p> <p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。</p> <p>3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調</p>	<p>第5部 投薬</p> <p>通則</p> <p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。</p> <p>3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0に掲げる調</p>

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

- 6 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F 0 0 0に掲げる調剤料、区分番号F 1 0 0に掲げる処方料、区分番号F 2 0 0に掲げる薬剤、区分番号F 4 0 0に掲げる処方箋料及び区分番号F 5 0 0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。

第1節 調剤料

区分

F 0 0 0 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
 - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。

剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

（新設）

第1節 調剤料

区分

F 0 0 0 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
 - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。

第2節 処方料

区分

F 1 0 0 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点
 - 3 1及び2以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、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。
 - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方につき3点を所

第2節 処方料

区分

F 1 0 0 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点
 - 3 1及び2以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、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。
 - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方につき3点を所

定点数に加算する。

- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。
- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の方を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1

8点

定点数に加算する。

- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の方を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。
- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の方を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算1

8点

<p>ロ <u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2</u> <u>7 点</u></p> <p>ハ <u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3</u> <u>5 点</u></p> <p>9 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号 F 4 0 0 において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 12 点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号 A 2 5 0 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 0 0 8－2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p>	<p>ロ <u>外来後発医薬品使用体制加算 2</u> <u>7 点</u></p> <p>ハ <u>外来後発医薬品使用体制加算 3</u> <u>5 点</u></p> <p>9 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号 F 4 0 0 において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 12 点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号 A 2 5 0 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 0 0 8－2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p>																
<p>第 3 節 薬剤料</p> <p>区分</p> <p>F 2 0 0 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が 15 円以下である場合は 1 点とし、15 円を超える場合は 10 円又はその端数を増すごとに 1 点を所定点数に加算する。</p> <table> <tr> <td>使用薬剤</td><td>単位</td></tr> <tr> <td>内服薬及び浸煎薬</td><td>1 剤 1 日分</td></tr> <tr> <td>屯服薬</td><td>1 回分</td></tr> <tr> <td>外用薬</td><td>1 調剤</td></tr> </table> <p>注 1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る</p>	使用薬剤	単位	内服薬及び浸煎薬	1 剤 1 日分	屯服薬	1 回分	外用薬	1 調剤	<p>第 3 節 薬剤料</p> <p>区分</p> <p>F 2 0 0 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が 15 円以下である場合は 1 点とし、15 円を超える場合は 10 円又はその端数を増すごとに 1 点を所定点数に加算する。</p> <table> <tr> <td>使用薬剤</td><td>単位</td></tr> <tr> <td>内服薬及び浸煎薬</td><td>1 剤 1 日分</td></tr> <tr> <td>屯服薬</td><td>1 回分</td></tr> <tr> <td>外用薬</td><td>1 調剤</td></tr> </table> <p>注 1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る</p>	使用薬剤	単位	内服薬及び浸煎薬	1 剤 1 日分	屯服薬	1 回分	外用薬	1 調剤
使用薬剤	単位																
内服薬及び浸煎薬	1 剤 1 日分																
屯服薬	1 回分																
外用薬	1 調剤																
使用薬剤	単位																
内服薬及び浸煎薬	1 剤 1 日分																
屯服薬	1 回分																
外用薬	1 調剤																

<p>合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p> <p>6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>第4節 特定保険医療材料料</p> <p>区分</p> <p>F 3 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	<p>合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p> <p>6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>第4節 特定保険医療材料料</p> <p>区分</p> <p>F 3 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>
<p>第5節 処方箋料</p> <p>区分</p> <p>F 4 0 0 処方箋料</p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず</p>	<p>第5節 処方箋料</p> <p>区分</p> <p>F 4 0 0 処方箋料</p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず</p>

投与するものを除く。)を行った場合 20点

2 1 以外の場合であって、7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2 週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1 に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1 年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 32点

3 1 及び2 以外の場合 60点

注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1 回につき算定する。

2 区分番号A 0 0 0 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注2 又は注3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が30 日以上投薬を行った場合（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32 年厚生省令第15 号）第20 条第3 号ロ及び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 号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1 回の使用による投与期間が29 日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100 分の40 に相当する点数により算定する。

3 3 歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した

投与するものを除く。)を行った場合 20点

2 1 以外の場合であって、7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2 週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1 に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1 年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 32点

3 1 及び2 以外の場合 60点

注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1 回につき算定する。

2 区分番号A 0 0 0 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注2 又は注3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が30 日以上投薬を行った場合（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32 年厚生省令第15 号）第20 条第3 号ロ及び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 号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1 回の使用による投与期間が29 日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100 分の40 に相当する点数により算定する。

3 3 歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した

場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。

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

5 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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 8点

ロ 一般名処方加算2 6点

7 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬

場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。

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

5 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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算1 10点

ロ 一般名処方加算2 8点

7 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬

<p>剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p> <p>8 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。</p>	<p>剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p> <p>8 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。</p>
<p>第6節 調剤技術基本料</p> <p>区分</p> <p>F500 調剤技術基本料</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p> <p>注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。</p> <p>2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。</p> <p>3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算</p>	<p>第6節 調剤技術基本料</p> <p>区分</p> <p>F500 調剤技術基本料</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p> <p>注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。</p> <p>2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。</p> <p>3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算</p>

<p>1 <u>中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いる場合</u> 5,000点</p> <p>2 <u>ウォーターパッド特定加温装置を用いる場合</u> 11,000点</p> <p>注1 <u>1については、急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき1回に限り算定する。</u></p> <p>2 <u>1については、注1に規定する場合のほか、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、重症熱中症又は偶発性低体温症の患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき1回に限り算定する。</u></p> <p>3 <u>2については、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において、重症熱中症又は偶発性低体温症の患者に対して、ウォーターパッド特定加温装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき1回に限り算定する。</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>L009 麻酔管理料(Ⅱ)</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点</p> <p>2 <u>声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を行った場合</u> 1,050点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師が行った場合に算定する。</p> <p>2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合</p>	<p>L009 麻酔管理料(Ⅱ)</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点</p> <p>2 <u>マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合</u> 1,050点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師 <u>(麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。)</u>が行った場合に算定する。</p> <p>2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合</p>

は、帝王切開術時麻酔加算として、700点を所定点数に加算する。

3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料Ⅲを算定している場合は算定できない。

4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の1、K529-2の2、K552、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K645-2、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4から7まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算

は、帝王切開術時麻酔加算として、700点を所定点数に加算する。

3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料Ⅲを算定している場合は算定できない。

4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の1、K529-2の2、K552、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1のハまで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K645-2、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4から7まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

<p>する。</p> <p>5 2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医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。</p> <p>L O 1 0 麻酔管理料Ⅱ</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点</p> <p>2 <u>声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う</u>閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。</p> <p>2 2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医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。</p>	<p>5 2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医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。</p> <p>L O 1 0 麻酔管理料Ⅱ</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150点</p> <p>2 <u>マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</u>を行った場合 450点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。</p> <p>2 2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医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。</p>
<p>第2節 神経ブロック料</p> <p>区分</p> <p>L 1 0 0 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）</p> <p>1 トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹</p>	<p>第2節 神経ブロック料</p> <p>区分</p> <p>L 1 0 0 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）</p> <p>1 トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹</p>

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 第 1 節 調剤技術料 第 2 節 薬学管理料 第 3 節 薬剤料 第 4 節 特定保険医療材料料 第 5 節 <u>その他</u> 第 6 節 <u>経過措置</u> 通則 1 投薬の費用は、第 1 節から第 3 節まで及び第 5 節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2 第 1 節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の薬剤調製料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前 2 号により算定した所定点数及び第 4 節の所定点数を合算した点数により算定する。 第 1 節 調剤技術料 区分 0 0 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> 2 調剤基本料 2 <u>30点</u> 3 調剤基本料 3 イ <u>25点</u> ロ <u>20点</u>	別表第三 調剤報酬点数表 〔目次〕 第 1 節 調剤技術料 第 2 節 薬学管理料 第 3 節 薬剤料 第 4 節 特定保険医療材料料 (新設) 第 5 節 <u>経過措置</u> 通則 1 投薬の費用は、第 1 節から第 3 節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 2 第 1 節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の薬剤調製料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前 2 号により算定した所定点数及び第 4 節の所定点数を合算した点数により算定する。 第 1 節 調剤技術料 区分 0 0 調剤基本料（処方箋の受付 1 回につき） 1 調剤基本料 1 <u>45点</u> 2 調剤基本料 2 <u>29点</u> 3 調剤基本料 3 イ <u>24点</u> ロ <u>19点</u>

ハ	37点
4 特別調剤基本料A	5点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料1により算定する。	
2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料Bとして、処方箋の受付1回につき3点を算定する。	
3 複数の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合にあっては、当該処方箋のうち一の処方箋について受付1回につき所定点数の100分の100に相当する点数により算定し、他の処方箋について受付1回につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	
4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
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、100分の10に相当す	

ハ	35点
4 特別調剤基本料A	5点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料1により算定する。	
2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料Bとして、処方箋の受付1回につき3点を算定する。	
3 複数の保険医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合において、当該処方箋のうち、 <u>受付が2回目以降の調剤基本料は、処方箋の受付1回につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u>	
4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
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、 <u>それぞれの点数の</u>	

る点数)を所定点数に加算する。

- イ 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 27点
- ロ 地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 59点
- ハ 地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 67点
- ニ 地域支援・医薬品供給対応体制加算 4 37点
- ホ 地域支援・医薬品供給対応体制加算 5 59点

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局(注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、連携強化加算として、5点を所定点数に加算する。また、特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が、組織的な感染防止対策につき医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11、A001に掲げる再診料の注15又は医科点数表の区分番号A234-2若しくは歯科点数表の区分番号A224-2に掲げる感染対策向上加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関である場合は、算定できない。

7 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、保険薬局及

100分の10に相当する点数)を所定点数に加算する。

- イ 地域支援体制加算 1 32点
- ロ 地域支援体制加算 2 40点
- ハ 地域支援体制加算 3 10点
- ニ 地域支援体制加算 4 32点

(新設)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局(注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、連携強化加算として、5点を所定点数に加算する。また、特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が、組織的な感染防止対策につき医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及びA001に掲げる再診料の注15又は医科点数表の区分番号A234-2及び歯科点数表の区分番号A224-2に掲げる感染対策向上加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関である場合は、算定できない。

7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年厚生省令第16号)第7条の2に規定する後発医薬品(以下「後発医薬品」という。)の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準

び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号。以下「薬担規則」という。）第7条の2第2号に規定するバイオ後続品（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。

（削る）

（削る）

（削る）

8 薬担規則第7条の2第1号に規定する後発医薬品（以下この表において「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保険薬局において調剤した場合には、所定点数から5点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

9 14日分を超える投薬に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。

10 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、

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。

イ 後発医薬品調剤体制加算 1 21点

ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 28点

ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点

8 後発医薬品の調剤に関して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、所定点数から5点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

9 長期投薬（14日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。

10 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、

5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。

11 医師の分割指示に係る処方箋受付（注9及び注10に掲げるものを除く。）において、1回目の調剤については当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料（区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

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、在宅薬学総合体制加算1として、30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、所定点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

（削る）

（削る）

13 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。

11 医師の分割指示に係る処方箋受付（注9及び注10に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料（区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

イ 在宅薬学総合体制加算1 15点

ロ 在宅薬学総合体制加算2 50点

（新設）

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、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。

イ 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の注1に規定する単一建物診療患者が1人又は指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）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（平成18年厚生労働省告示第127号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費のハに規定する単一建物居住者が1人の場合 100点

ロ イ以外の場合 50点

- 14 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、電子的調剤情報連携体制整備加算として、月1回に限り、8点を所定点数に加算する。

（削る）

（削る）

- 13 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 医療DX推進体制整備加算1 10点

ロ 医療DX推進体制整備加算2 8点

<p>(削る)</p> <p>15 <u>別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、所定点数から15点を減算する。</u></p> <p>16 <u>注3又は注4と、注5から注8まで又は注12から注15までに規定する点数とを合算した点数が3点を下回る場合は、3点を算定する。</u></p>	<p>△ <u>医療DX推進体制整備加算3</u> <u>6点</u></p> <p>(新設)</p>
<p>0 1 薬剤調製料</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 24点</p> <p>注 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。</p> <p>2 屯服薬 21点</p> <p>注 1回の処方箋受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>3 浸煎薬（1調剤につき） 190点</p> <p>注 4調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>4 湯薬（1調剤につき）</p> <p>イ 7日分以下の場合 190点</p> <p>ロ 8日分以上28日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分 190点</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 10点</p> <p>ハ 29日分以上の場合 400点</p> <p>注 4調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>5 注射薬 26点</p> <p>注 1回の処方箋受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>6 外用薬（1調剤につき） 10点</p>	<p>0 1 薬剤調製料</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 24点</p> <p>注 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。</p> <p>2 屯服薬 21点</p> <p>注 1回の処方箋受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>3 浸煎薬（1調剤につき） 190点</p> <p>注 4調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>4 湯薬（1調剤につき）</p> <p>イ 7日分以下の場合 190点</p> <p>ロ 8日分以上28日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分 190点</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 10点</p> <p>ハ 29日分以上の場合 400点</p> <p>注 4調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>5 注射薬 26点</p> <p>注 1回の処方箋受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>6 外用薬（1調剤につき） 10点</p>

注 4 調剤以上の部分については算定しない。

注1 1の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定する。

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（15歳未満の小児の場合にあっては、1日につきそれぞれ237点、147点又は137点）を所定点数に加算する。

3 麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に1調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1調剤につき8点を各区分の所定点数に加算する。

4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。

5 午後7時（土曜日にあっては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、

注 4 調剤以上の部分については算定しない。

注1 1の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定する。

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（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、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。

3 麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に1調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1調剤につき8点を各区分の所定点数に加算する。

4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。

5 午後7時（土曜日にあっては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、

休日又は深夜であって、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方箋受付1回につき40点を所定点数に加算する。ただし、注4のただし書に規定する場合にあっては、この限りでない。

- 6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- | | |
|----------------------------------|-----|
| (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 | 20点 |
| (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 | 90点 |
| (3) 液剤 | 45点 |

ロ 外用薬

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| (1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 | 90点 |
| (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 | 75点 |
| (3) 液剤 | 45点 |

- 7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、計量混合調剤加算として、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合

休日又は深夜であって、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方箋受付1回につき40点を所定点数に加算する。ただし、注4のただし書に規定する場合にあっては、この限りでない。

- 6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬

- | | |
|----------------------------------|-----|
| (1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 | 20点 |
| (2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 | 90点 |
| (3) 液剤 | 45点 |

ロ 外用薬

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| (1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 | 90点 |
| (2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 | 75点 |
| (3) 液剤 | 45点 |

- 7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、計量混合調剤加算として、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合

はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数)を各区分の所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ	液剤の場合	35点
ロ	散剤又は顆粒 ^か 剤の場合	45点
ハ	軟・硬膏 ^{こう} 剤の場合	80点

第2節 薬学管理料

区分

10 削除

10の2 調剤管理料

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)

イ	長期処方(28日分以上)の場合	60点
ロ	イ以外の場合	10点

(削る)

(削る)

2 1以外の場合 10点

注1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 1については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、1剤として算定す

はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数)を各区分の所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。

イ	液剤の場合	35点
ロ	散剤又は顆粒 ^か 剤の場合	45点
ハ	軟・硬膏 ^{こう} 剤の場合	80点

第2節 薬学管理料

区分

10 削除

10の2 調剤管理料

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)

イ	7日分以下の場合	4点
ロ	8日分以上14日分以下の場合	28点
ハ	15日分以上28日分以下の場合	50点
ニ	29日分以上の場合	60点

2 1以外の場合 4点

注1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 1については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、1剤として算定す

る。なお、4 剤分以上の部分については算定しない。
(削る)

3 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1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管

る。なお、4 剤分以上の部分については算定しない。

3 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号1 5 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1 5 の3 に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。

イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

(新設)

<u>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（以下この表において「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</u>		
	50点	
<u>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。）</u>	50点	
<u>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。）</u>	50点	
<u>三 イからハまで以外の場合</u>	30点	
<u>4 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。</u>		<u>4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又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。</u>
<u>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</u>	50点	<u>イ 初めて処方箋を持参した場合</u>
<u>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。）</u>	50点	
<u>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</u>		<u>ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であつ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> (新設)
		3点

	<u>びロの場合を除く。)</u>	<u>50点</u>
	三 <u>イからハまで以外の場合</u>	<u>30点</u>
	(削る)	
	(削る)	
10の3	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>	<u>45点</u>
	ロ <u>イ以外の場合</u>	<u>45点</u>
2	1の患者以外の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>	<u>59点</u>
	ロ <u>イ以外の場合</u>	<u>59点</u>
3	介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合	45点
4	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
	ロ <u>在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して行った場合（ハの場合を除く。）</u>	<u>59点</u>
	ハ <u>ロのうち、患者の状態の急変等に伴い行った場合</u>	<u>59点</u>
	三 <u>イからハまで以外の場合</u>	59点
注1	<u>1のイ及び2のイについては、別に厚生労働</u>	

	(新設)	
5	削除	
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>	
10の3	服薬管理指導料	
1	原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	<u>45点</u>
	(新設)	
	(新設)	
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	<u>59点</u>
	(新設)	
	(新設)	
3	介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合	45点
4	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)	
	ロ <u>イの患者以外の患者に対して行った場合</u>	59点
注1	<u>1及び2については、患者に対して、次に掲</u>	

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が選択する、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。以下この表において「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。

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

イ 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。

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。

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ 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。

ホ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤

(削る)

2 1のロ及び2のロについては、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。

3 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により算定する。

4 3については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、必要な指導等を行った場合に、月4回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

(削る)

(削る)

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。

へ 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。

(新設)

(新設)

2 3については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月4回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

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

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

5 4のイ及びニについては、情報通信機器を用いた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。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必要な指導等を行った場合に、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必要な指導等を行った場合に、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

用等に関して必要な指導を行うこと。

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ 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。

ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者等に提供すること。

ヘ 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。

3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であ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。

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必要な指導等を行った場合は、4 の三により算定する。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。

6 麻薬を調剤した場合であつて、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な指導等を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22 点を所定点数に加算する。

7 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又はその家族等に確認し、必要な指導等を行ったときには、特定薬剤管理指導加算 1 として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、4 のロ又はハを算定する場合においては、次に掲げる加算は算定しない。

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

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

4 麻薬を調剤した場合であつて、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22 点を所定点数に加算する。

5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であつて、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算 1 として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

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

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

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、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、必要な指導等を行った上で、当該患者又はその家族等の同意を得て、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又はその家族等に確認し、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 1 5 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、当該加算は算定しない。

9 次の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、当該加算は算定しない。

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

5 点

ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に対して必要な指導等を行った場合

10 点

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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 1 5 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 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合

5 点

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

10 点

- 10 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導等を行い、かつ、当該指導等の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。
- 11 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導等を行い、かつ、当該指導等の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する加算は算定できない。
- 12 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、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な指導等を行うとともに、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、6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おいては、当該加算は算定しない。
- 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注3に規定する調剤時残薬調整

- 8 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導等を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。
- 9 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導等を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注8に規定する加算は算定できない。
- 10 ^{ぜん}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。
(新設)

加算若しくは注4に規定する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、当該加算は算定しない。

- 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。ただし、区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の1若しくは注4に規定する施設連携加算、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

(新設)

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、かかりつけ薬剤師訪問加算は算定しない。

15 区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、情報通信機器を用いた場合及び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

。

16 3 及び注14に規定する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 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注 1、注 2、注 4 又は注 5 に規定する必要な指導等を行った場合には、注 1、注 2、注 4 又は注 5 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、13点を算定する。この場合において、注 6 から注14までに規定する加算は算定できない。

(削る)

11 区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、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。

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 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注 1、注 2 又は注 3 に掲げる指導等の全てを行った場合には、注 1 から注 3 まで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、13点を算定する。この場合において、注 4 から注10までに規定する加算は算定できない。

14 当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号 1 3 の 2 に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号 1 3 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

18 区分番号 00 に掲げる特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 6 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注 8、注 12 及び注 14 に規定する加算は、算定できない。

11 から 13 まで 削除
(削る)

につき、59 点を算定する。

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

11 から 13 まで 削除

13 の 2 かかりつけ薬剤師指導料 76 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定する。この場合において、区分番号 15 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22 点を所定点数に加算する。

3 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算 1 として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

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

10点

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

5点

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

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

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

5点

ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必

- 要な患者に説明及び指導を行った場合 10点
- 6 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に關して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。
- 7 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に關して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注6に規定する加算は算定できない。
- 8 喘息又は慢性閉塞性肺疾患^{ぜん}の患者であつて、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。
- 9 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

(削る)

10 区分番号 0 0 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 0 0 に掲げる調剤基本料の注 6 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注 4 及び注 8 に規定する加算は、算定できない。

1 3 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（区分番号 0 0 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算若しくは注 13 に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号 B 0 0 1－2－9 に掲げる地域包括診療料又は区分番号 B 0 0 1－2－10 に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号 0 1 に掲げる薬剤調製料の注 4 及び注 5 に規定する加算、区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号 1 5 の 2 に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号 1 5 の 3 に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号 1 5 の 4 に掲げる退院時共同指導料、区分番号 1 5 の 7 に掲げる経管投薬支援料、区分番号 1 5 の 8 に掲

1 4 削除

1 4 の 2 外来服薬支援料

- 1 外来服薬支援料 1 185点
- 2 外来服薬支援料 2

イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 240点

注1 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報

げる在宅移行初期管理料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

2 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料又は区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

1 4 削除

1 4 の 2 外来服薬支援料

- 1 外来服薬支援料 1 185点
- 2 外来服薬支援料 2

イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 240点

注1 1については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 1については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報

提供した場合についても、所定点数を算定できる。ただし、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、処方医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な指導等を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

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

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1 服用薬剤調整支援料 1	125点
2 服用薬剤調整支援料 2	<u>1,000点</u>
(削る)	
(削る)	

提供した場合についても、所定点数を算定できる。ただし、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

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

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料

1 服用薬剤調整支援料 1	125点
2 服用薬剤調整支援料 2	
イ <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合</u>	<u>110点</u>
ロ <u>イ以外の場合</u>	<u>90点</u>

注1 1については、6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 2については、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬が処方されている患者について、患者又はその家族等の求めに応じ、かかりつけ薬剤師（患者の服薬状況等に係る総合的な管理及び評価を行うために必要な研修を受けたものに限る。）が、当該患者の服用中の薬剤を継続的及び一元的に把握した結果、服用中の薬剤の調整を必要と認める場合であって、必要な評価等を実施した上で、処方医に対して、当該調整について文書を用いて提案した場合には、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。

3 2については、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

1 4 の 4 調剤後薬剤管理指導料

- | | | |
|---|------------------|-----|
| 1 | 糖尿病患者に対して行った場合 | 60点 |
| 2 | 慢性心不全患者に対して行った場合 | 60点 |

注1 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規

注1 1については、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 2については、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

3 2については、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

1 4 の 4 調剤後薬剤管理指導料

- | | | |
|---|------------------|-----|
| 1 | 糖尿病患者に対して行った場合 | 60点 |
| 2 | 慢性心不全患者に対して行った場合 | 60点 |

注1 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規

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

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

ロ 必要な指導等を継続して実施すること。

ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。

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

3 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

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

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

ロ 必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。

ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。

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

3 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
- 3 1及び2以外の場合 290点

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、患者又はその家族等に対して必要な指導等を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、患者1人につき区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の4のロと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3まで及び区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の4のロを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

(削る)

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
- 3 1及び2以外の場合 290点

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

2 在宅で療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規

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又はその家族等に確認し、必要な指導等を行った場合は、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、必要な指導等を行った場合は、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

定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない

3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき100点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。

4 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必要な指導等を行った場合は、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、必要な指導等を行った場合は、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又はその家族等に対して、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、必要な指導等を行った場合は、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 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

8 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 500点

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、処方箋受付1回につき350点)を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。

7 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。

8 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

9 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 500点

- 2 1 以外の場合 200点
- 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、患者又はその家族等に対して必要な指導等を行った場合に、1 及び2 並びに区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の4のハを合わせて月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つては、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又はその家族等に確認し、必要な指導等を行った場合は、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

- 2 1 以外の場合 200点
- 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つては、原則として月8回）に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。
- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき100点（注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管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に確認し、必要な指導等を行った場合は、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必要な指導等を行った場合は、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、必要な指導等を行った場合は、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、患者又はその家族等に対して必要な指導等を行った場合は、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。

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

- 7 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
- 8 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- 9 1について、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対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して、患者又はその家族等に対して必要な指導等を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
- | | |
|----------|--------|
| イ 夜間訪問加算 | 400点 |
| ロ 休日訪問加算 | 600点 |
| ハ 深夜訪問加算 | 1,000点 |
- 10 注1の規定にかかわらず、感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の患者であつて、患家又は宿泊施設で療養するもの、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ものに対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方医の指示により、当該保険薬局の保険薬剤師が患家又は当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な指導等を実施し、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。

- 加算する。
- 7 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあつては、特殊の事情があつた場合を除き算定できない。
- 8 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- 9 1について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
- | | |
|----------|--------|
| イ 夜間訪問加算 | 400点 |
| ロ 休日訪問加算 | 600点 |
| ハ 深夜訪問加算 | 1,000点 |
- 10 注1の規定にかかわらず、感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の患者であつて、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オン

- 1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点
- 注 1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導等を行った場合に、月 2 回に限り算定する。ただし、区分番号 0 0 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又はその家族等に確認し、必要な指導等を行った場合は、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

ライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。
この場合において、注10については、区分番号 1 0 の 3 に掲げる服薬管理指導料、区分番号 1 3 の 2 に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号 1 3 の 3 に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。

- 1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点
- 注 1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。ただし、区分番号 0 0 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。
- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1 回につき 100 点を所定点数に加算する。
- 3 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、必要な指導等を行った場合は、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必要な指導等を行った場合は、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、必要な指導等を行った場合は、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、患者又はその家族等に対して必要な指導等を行った場合は、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 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

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。
。
- 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 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。

8 区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問 薬剤管理指導料は、別に算定できない。	
15の4 退院時共同指導料	600点
注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する <u>必要な指導等</u> を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	
15の5 服薬情報等提供料	
1 服薬情報等提供料1	30点
2 服薬情報等提供料2	
イ 保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合	20点
ロ リフィル処方箋による調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合	20点
ハ 介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合	20点
3 服薬情報等提供料3	50点
注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者 <u>又はその家族等</u> の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調	

8 区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問 薬剤管理指導料は、別に算定できない。	
15の4 退院時共同指導料	600点
注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する <u>説明及び指導</u> を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	
15の5 服薬情報等提供料	
1 服薬情報等提供料1	30点
2 服薬情報等提供料2	
イ 保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合	20点
ロ リフィル処方箋による調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合	20点
ハ 介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合	20点
3 服薬情報等提供料3	50点
注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者	

剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。

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

3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。

(削る)

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

5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。

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

3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。

4 区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

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

6 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

<p>6 <u>区分番号15の9に掲げる訪問薬剤管理医師 同時指導料を算定した場合は、算定できない。 ただし、医科点数表のC012-2に掲げる訪 問診療薬剤師同時指導料を算定している保険医 療機関以外の保険医療機関に必要な情報を文書 により提供等した場合は、この限りでない。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>15の6 削除</p>	<p>15の6 <u>在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</u></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 <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> <p>2 <u>患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容 を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を 受け付けた場合</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> <p>注1 <u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理 指導料を算定している患者その他厚生労働大臣 が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、 重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医 に対して処方箋の処方内容に係る照会又は患者 へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を 行った結果、処方に変更が行われた場合に、処 方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただ し、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に 規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局は 、算定できない。</u></p> <p>2 <u>区分番号10の2に掲げる調剤管理料の注3 に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区 分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分</u></p>

15の7 経管投薬支援料 100点

注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

15の8 在宅移行初期管理料 230点

注1 在宅療養へ移行が予定されている患者であって通院が困難なもののうち、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、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指導等を行った場合に、当該患者において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の1その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。ただし、在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料1は算定できない。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

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

15の7 経管投薬支援料 100点

注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

15の8 在宅移行初期管理料 230点

注1 在宅療養へ移行が予定されている患者であって通院が困難なもののうち、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、当該患者において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の1その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。ただし、在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料1は算定できない。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

<p>2 在宅移行初期管理に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p>2 在宅移行初期管理に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
<p><u>15の9 訪問薬剤管理医師同時指導料</u> <u>150点</u></p> <p><u>注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の1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、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して訪問薬剤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、必要な指導等を行った場合に、6月に1回に限り算定する。</u></p> <p><u>2 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は、算定しない。</u></p> <p><u>3 訪問薬剤管理医師同時指導に要した交通費は、患家の負担とする。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p><u>15の10 複数名薬剤管理指導訪問料</u> <u>300点</u></p> <p><u>注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の1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、当該患者又はその家族等の同意を得て、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、必要な指導等を行った場合に算定する。</u></p> <p><u>2 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は、算定しない。</u></p>	<p>(新設)</p>

3 複数名薬剤管理指導訪問に要した交通費は、
患家の負担とする。

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

- 1 使用薬剤の薬価が区分番号01に掲げる薬剤調製料の所定単位につき15円以下の場合 1点
- 2 使用薬剤の薬価が区分番号01に掲げる薬剤調製料の所定単位につき15円を超える場合の加算10円又はその端数を増すごとに1点

注1 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

- 2 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局及び区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

第4節 特定保険医療材料料

区分

30 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 その他

区分

40 調剤ベースアップ評価料（処方箋の受付1回につき）

4点

注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

第3節 薬剤料

区分

20 使用薬剤料

- 1 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円以下の場合 1点
- 2 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円を超える場合の加算10円又はその端数を増すごとに1点

注1 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

- 2 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局及び区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

第4節 特定保険医療材料料

区分

30 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

（新設）

<p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>4 1 調剤物価対応料</u> <u>1 点</u></p> <p><u>注 処方箋を受け付けた場合に、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。</u></p> <p><u>第6節 経過措置</u></p> <p>平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の<u>注7</u>、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。</p>	<p><u>第5節 経過措置</u></p> <p>平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の<u>注8</u>、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。</p>
--	---

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

【令和八年六月一日施行】

改正後	改正前
<p>（財産上の利益の収受による特定の事業者等への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五の二 保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。</p> <p>一 指定訪問看護事業者（健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）</p> <p>二 介護保険法第四十一条第一項本文に規定する指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>三 介護保険法第四十二条の二第二項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>四 介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設</p> <p>五 介護保険法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）</p>	<p>（新設）</p>

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>（後発医薬品及びバイオ後続品の調剤）</p> <p>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。</p> <p>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（昭和三十五年法律第四百十五号）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</p>	<p>（後発医薬品の調剤）</p> <p>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なければならない。</p> <p>（新設）</p>

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。）

（調剤の一般的方針）

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当該処方箋に記載したときは、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。

（新設）

（調剤の一般的方針）

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。

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【令和八年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>（財産上の利益の收受による特定の事業者等への誘導の禁止）</p> <p>第二条の五の二 保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用するべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。</p> <p>一 指定訪問看護事業者（健康保険法第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第四十一条本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第八条第四項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）</p> <p>二 介護保険法第四十一条本文に規定する指定居宅サービス事業者（介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>三 介護保険法第四十二条の二第二項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第八条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護、同条第二十一項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>四 介護保険法第八条第二十五項に規定する介護保険施設</p> <p>五 介護保険法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護保険法第八条の二第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>六 介護保険法第五十四条の二第二項に規定する指定地域密着型</p>	<p>（新設）</p>

<p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>ハチ (略)</p> <p>六〇九 (略)</p>	<p>(後発医薬品及びバイオ後続品の調剤)</p> <p>第二十九条の二 保険薬局は、後発医薬品又はバイオ後続品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品又はバイオ後続品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。</p>
<p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>ハチ (略)</p> <p>六〇九 (略)</p>	<p>(後発医薬品の調剤)</p> <p>第二十九条の二 保険薬局は、後発医薬品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なければならない。</p>
<p>(調剤の一般的方針)</p> <p>第三十条 (略)</p> <p>2 (略)</p>	<p>(調剤の一般的方針)</p> <p>第三十条 (略)</p> <p>2 (略)</p>
<p>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当該処方箋に記載したときは、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。</p>	<p>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。</p>

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）

【令和八年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>第一条 健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第二項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第六十四条第二項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 四（略）</p> <p>五 医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内）当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する技術の評価に当たって、当該技術と類似する他の技術の評価、当該技術を用いた医療の提供の方法その他の当該技術に関連する事項と一体的な検討が必要と認められる技術（以下「評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術」という。）を活用した医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年以内（やむを得ない事情がある場合は三年以内とする。以下同じ。））に行われるものに限る、第八号に掲げるプログラム医療機器の使用又は支給を除く。</p> <p>五の二 八（略）</p> <p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法</p>	<p>第一条 健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第二項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第六十四条第二項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一 四（略）</p> <p>五 医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内）当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する技術の評価に当たって、当該技術と類似する他の技術の評価、当該技術を用いた医療の提供の方法その他の当該技術に関連する事項と一体的な検討が必要と認められる技術（以下「評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術」という。）を活用した医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給にあつては、保険適用を希望した日から起算して二年以内）に行われるものに限る、第八号に掲げるプログラム医療機器の使用又は支給を除く。）</p> <p>五の二 八（略）</p> <p>第二条 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法</p>

第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。

一・二 (略)

三 保険医療機関又は保険薬局が表示する診療時間又は開店時間以外の時間における診察等

四〇十五 (略)

十六 近視の進行抑制を効能又は効果として、医薬品医療機器等法第十四条第一項又は第十九条の二第一項の承認(医薬品医療機器等法第十四条第十五項(医薬品医療機器等法第十九条の二第五項において準用する場合を含む。))の変更の承認を含む。
〔を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品の支給

第六十四条第二項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。

一・二 (略)

三 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察

四〇十五 (略)

(新設)

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

【令和八年六月一日適用】

（傍線部分は改正部分）

改正後		改正前	
別表第二		別表第二	
(略)	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	(略)	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
(略)	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二分の一を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数	(略)	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四分の一を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数

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 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応 2
 - ① 物件費の高騰を踏まえた対応 2
 - ② 入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し 14
 - ③ 入院時の食事療養に係る見直し 16
- I-2 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
 - I-2-1 医療従事者の処遇改善 18
 - ① 賃上げに向けた評価の見直し 18
 - ② 夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化 44
 - I-2-2 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進 . 46
 - ① ICT 等の活用による看護業務効率化の推進 46
 - ② 医師事務作業補助体制加算の見直し 52
 - ③ 医療機関等における事務等の簡素化・効率化 58
 - ④ 様式 9 の見直し 63
 - I-2-3 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..... 65
 - ① 多職種が専門性を発揮して 病棟において協働する体制に係る評価の新設..... 65
 - I-2-4 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策 67
 - ① 医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進 67
 - ② 処置及び手術の休日・時間外・深夜加算 1 の見直し 76
 - I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化 79
 - ① やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し 79
 - ② 感染対策向上加算等における専従要件の見直し 82
 - ③ 常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し 88
 - ④ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進 92

⑤ 疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療 法士による専門性を生かした指導等の更なる推進	95
---	----

Ⅱ 2040 年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療 の確保、地域包括ケアシステムの推進

Ⅱ－１ 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

Ⅱ－１－１ 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、 医療提供体制の整備	105
① 急性期病院一般入院基本料等の新設	105
② 重症度、医療・看護必要度の見直し	121
③ 急性期総合体制加算の新設	129
④ 特定機能病院入院基本料の見直し	138
⑤ 特定集中治療室管理料の見直し	144
⑥ ハイケアユニット入院医療管理料の見直し	156
⑦ 救命救急入院料の見直し	161
⑧ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し	171
⑨ 地域包括医療病棟の見直し	173
⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見 直し.....	177
⑪ 療養病棟入院基本料の見直し	187
⑫ 障害者施設等入院基本料等の見直し	194
⑬ 障害者施設等入院基本料における看護補助者 に係る加算の見直し	195
⑭ 入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の範囲の見直し	197
⑮ DPC／PDPS の見直し	206
⑯ 短期滞在手術等基本料の見直し	216
⑰ 地域加算の見直し	230
⑱ 看護補助者に係る加算の名称の見直し	231
Ⅱ－１－２ 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価	232
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	232

② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価 の新設.....	236
③ 歯科巡回診療に係る適切な推進	244
Ⅱ－２ 「治し、支える医療」の実現	
Ⅱ－２－１ 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援(緊急入院 等)を担う医療機関の評価	246
① 協力医療機関が協力対象施設と行う カンファレンス等に係る施 設基準の見直し	246
② 包括期入院医療における充実した後方支援の評価	250
③ 地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し	252
Ⅱ－２－２ 円滑な入退院の実現	255
① 入退院支援加算等の見直し	255
② 介護支援等連携指導料の見直し	262
③ 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対す る退院支援の推進	264
④ 感染対策向上加算等における専従要件の見直し	267
Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活 を支えるケアの推進	268
① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更な る推進.....	268
② 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進	278
③ 口腔状態に係る課題を抱えた患者についての歯科医療機関との連 携の推進.....	279
④ 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進	281
Ⅱ－３ かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機 能の評価.....	283
① 機能強化加算の見直し	283
② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し	286
③ 特定疾患療養管理料の見直し	291
④ 地域包括診療加算等の見直し	293
⑤ 時間外対応体制加算の充実	306

⑥ 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し	307
⑦ 継続的・効果的な歯周病治療の推進	311
⑧ かかりつけ薬剤師の推進	314
Ⅱ－４ 外来医療の機能分化と連携	
Ⅱ－４－１ 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進	323
① 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し	323
② 特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設	328
③ 連携強化診療情報提供料の見直し	329
Ⅱ－５ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保	337
① 適正な訪問看護の推進	337
② 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し ...	340
③ 保険医療機関及び保険医療養担当規則の見直し	344
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	347
① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し	347
② 往診時医療情報連携加算の見直し	351
③ 退院直後の 訪問栄養食事指導に関する評価の新設	353
④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し	355
⑤ 在宅療養支援診療所・病院の見直し	361
⑥ 在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し .	362
⑦ 在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し	367
⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進	369
⑨ 残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し	371
⑩ へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し	375
⑪ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進	377
⑫ 在宅薬学総合体制加算の見直し	388

⑬ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し	394
Ⅱ－５－２ 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価	397
① 過疎地域等に配慮した評価の見直し	397
② 難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し	399
③ 訪問看護における ICT を用いた医療情報連携の推進	400
④ 地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーション の評価.....	402
⑤ 乳幼児加算の評価の見直し	404
⑥ 訪問看護管理療養費の見直し	405
⑦ 同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し	408
⑧ 包括型訪問看護療養費の新設	418
Ⅱ－６ 人口・医療資源の少ない地域への支援	422
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	422
② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価 の新設.....	423
③ へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学 総合管理料の見直し	424
④ 歯科巡回診療に係る適切な推進	425
Ⅱ－７ 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するた めの取組	
Ⅱ－７－１ 業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進	426
Ⅱ－７－２ 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.....	427
① 多職種が専門性を発揮して 病棟において協働する体制に係る評 価の新設.....	427
Ⅱ－８ 医師の地域偏在対策の推進	428
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	428
② 人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価 の新設.....	429

③ 外来医師過多区域に関する対応	430
------------------------	-----

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－１ 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	432
① 療養・就労両立支援指導料の見直し	432
② 健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化	435
③ 手術等の医療技術の適切な評価	438
④ 高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設	442
⑤ 全身麻酔の評価の見直し	444
⑥ 遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し	448
⑦ 遺伝学的検査の見直し	453
⑧ 迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設	459
⑨ 質の高い臨床検査の適切な評価	460
⑩ 骨塩定量検査の算定要件の見直し	461
⑪ 近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し	463
⑫ 検体検査管理加算の見直し	464
⑬ カルタヘナ法に基づく医学管理の推進	466
⑭ 慢性心不全の再入院予防の評価の新設	468
⑮ 人工腎臓の評価の見直し	471
⑯ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化	475
⑰ 医療機関間連携による腹膜透析管理の推進	477
Ⅲ－１－１ 身体的拘束の最小化の推進	479
① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進	479
② 認知症ケア加算の見直し	487
Ⅲ－１－２ 医療安全対策の推進	488
① 医療安全対策加算の見直し	488
Ⅲ－２ アウトカムにも着目した評価の推進	489
① リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し	489
② 入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化	496

Ⅲ－２－１	アウトカムにも着目した評価の推進	501
①	データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し	501
②	診療実績データの提出に係る評価の見直し	504
③	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び 終夜睡眠ポリグラフィー の見直し	508
Ⅲ－３	医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価	510
①	医療 DX 推進体制整備加算等の見直し	510
Ⅲ－３－１	電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の 推進	520
①	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	521
②	オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	523
Ⅲ－３－２	外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推 進	525
①	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	525
②	D to P with N のオンライン診療の評価の明確化	526
③	遠隔連携診療料の評価の拡大	532
④	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	539
⑤	オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	540
⑥	情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し	541
⑦	情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設	545
⑧	情報通信機器を用いた療養指導の見直し	547
⑨	情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設	549
Ⅲ－４	質の高いリハビリテーションの推進	550
①	退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し	550
②	医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の 見直し	552
③	疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見 直し	554
④	疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し	555
⑤	リハビリテーション総合実施計画評価料の見直し	558

⑥ リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し	560
Ⅲ－４－１ 発症早期からのリハビリテーション介入の推進	561
① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリ テーションの適切な評価	561
Ⅲ－４－２ 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実	564
① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリ テーションの適切な評価	564
Ⅲ－５ 重点的な対応が求められる分野への適切な評価	
Ⅲ－５－１ 救急医療の充実	565
① 救急外来医療に係る評価の再編	565
② 救急患者連携搬送料の見直し	583
Ⅲ－５－２ 小児・周産期医療の充実	587
① 母体・胎児集中治療室管理料の見直し	587
② 新生児特定集中治療室管理料の見直し	591
③ 小児の成人移行期医療に係る受入の推進	592
④ 小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応	594
⑤ 産科管理加算の新設	596
⑥ 療養病棟入院基本料の見直し	597
⑦ 無菌製剤処理加算の見直し	598
Ⅲ－５－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	599
① 外来腫瘍化学療法診療料の見直し	599
② がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリン グ評価提供料に係る要件の見直し	604
③ 人口減少地域における I M R T の施設基準の見直し	606
④ がん患者指導管理料の見直し	611
⑤ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し	613
⑥ 閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設	615
⑦ 非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し	616
⑧ 療養病棟入院基本料の見直し	623
Ⅲ－５－４ 質の高い精神医療の評価	624
① 精神病床における多職種協働の推進	624

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する 小規模多機能病院に係る評価の新設	629
③ 精神科リエゾンチーム加算の見直し	633
④ 精神科慢性身体合併症管理加算の新設	635
⑤ 精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し	636
⑥ 精神科救急医療体制加算の見直し	638
⑦ 精神科救急急性期医療入院料等の新規入院患者割合要件の見直し	641
⑧ 精神科救急急性期医療入院料等の見直し	642
⑨ 精神科棟入院基本料の見直し	645
⑩ 精神科急性期医師配置加算の見直し	646
⑪ 通院・在宅精神療法の見直し	649
⑫ 精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し	651
⑬ 心理支援加算の見直し	653
⑭ 認知療法・認知行動療法の見直し	655
⑮ 臨床心理技術者に係る経過措置の見直し	661
⑯ 児童思春期支援指導加算の見直し	663
⑰ 早期診療体制充実加算の見直し	667
⑱ 情報通信機器を用いた精神療法の見直し	669
Ⅲ－５－５ 難病患者等に対する適切な医療の評価	671
① 脳死臓器提供管理料の見直し	671
② 臓器移植手術に係る評価の新設	673
③ 臍帯血移植の見直し	674
④ 抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し	675
Ⅲ－６ 感染症対策や薬剤耐性対策の推進	676
① 感染症に係る検査の見直し	676
② 感染対策向上加算の見直し	680
③ 結核に係る入院医療提供体制の確保	682
④ 特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加 算の見直し	686
Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、	

口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進 690

- ① 障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価 690
- ② 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し 692
- ③ 有床義歯管理の評価体系の見直し 693
- ④ 継続的・効果的な歯周病治療の推進 695
- ⑤ 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実 696
- ⑥ 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し 699
- ⑦ 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進 703
- ⑧ 歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進 706
- ⑨ 歯科医師と歯科技工士の連携の推進 708
- ⑩ 歯科治療のデジタル化等の推進 716
- ⑪ 有床義歯の新たな製法に係る評価の新設 723
- ⑫ 歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化 724
- ⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し 737

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 742

- ① 調剤基本料の見直し 742
- ② 特別調剤基本料 A の見直し 751
- ③ 地域支援体制加算の見直し 754
- ④ 調剤管理料の見直し 757
- ⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し 759
- ⑥ かかりつけ薬剤師の推進 763
- ⑦ 吸入薬管理指導加算の見直し 764
- ⑧ 服用薬剤調整支援料の見直し 765
- ⑨ 調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し 767

Ⅲ－９ 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

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・バイオ後続品の使用促進 776

① 処方箋料の見直し	776
② バイオ後続品使用体制加算の見直し	779
③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設	784
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	790
⑤ バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進	793
⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用	800
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	
IV-3-1 市場実勢価格を踏まえた適正な評価	802
① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化	802
IV-4 電子処方箋の活用や医師・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	
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	803
① 薬剤総合評価調整加算の見直し	803
② オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	805
③ オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	806
④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し	807
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	808
IV-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安 全で有効な使用の促進	810
① 薬剤総合評価調整加算の見直し	810
② 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し	811
③ 医師と薬剤師の同時訪問の推進	814
IV-4-3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進 ...	815
① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化	815
IV-4-4 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の 推進.....	817
IV-5 外来医療の機能分化と連携	818

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

① 物件費の高騰を踏まえた対応

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

１．医科診療報酬

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

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

3. 調剤報酬

調剤基本料を引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【調剤基本料】		
1 調剤基本料 1	<u>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>

5. 物価対応料

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

(新)	物価対応料（1日につき）	
	1 外来・在宅物価対応料	
	イ 初診時	2点
	ロ 再診時等	2点
	ハ 訪問診療時	3点
	2 入院物価対応料	
	イ 急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点
	ロ 急性期病院B一般入院料を算定する場合（ハの場合を除く。）	58点
	ハ 急性期病院B一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合	58点
	ニ 急性期一般入院料1を算定する場合	58点
	ホ 急性期一般入院料2を算定する場合	45点
	ヘ 急性期一般入院料3を算定する場合	45点
	ト 急性期一般入院料4を算定する場合（チの場合を除く。）	45点
	チ 急性期一般入院料4及び看護・多職種協働加算を算定する場合	58点
	リ 急性期一般入院料5を算定する場合	36点
	ヌ 急性期一般入院料6を算定する場合	34点
	ル 地域一般入院料1を算定する場合	32点
	ヲ 地域一般入院料2を算定する場合	32点
	ワ 地域一般入院料3を算定する場合	23点
	カ 特別入院基本料（一般病棟）を算定する場合	17点

※ その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

[算定要件]

- (1) 1のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術

若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。

- (3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (5) 1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]

【Ⅰ－２－１ 医療従事者の処遇改善－①】

① 賃上げに向けた評価の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】</p> <p>１ 初診時 17点</p> <p>２ 再診時等 4点</p> <p>３ 訪問診療時</p> <p>イ 同一建物居住者等以外の場合 79点</p> <p>ロ イ以外の場合 19点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注１ １については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療</p>	<p>【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）】</p> <p>１ 初診時 6点</p> <p>２ 再診時等 2点</p> <p>３ 訪問診療時</p> <p>イ 同一建物居住者等以外の場合 28点</p> <p>ロ イ以外の場合 7点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注１ １については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している</p>

[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 かかりつけ薬剤師指導料 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 かかりつけ薬剤師包括管理料 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 かかりつけ薬剤師が行った場合 45点 ロ イ以外の場合 45点 2 1の患者以外の患者に対して行った場合	【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 59点

<p>イ かかりつけ薬剤師が行った場合 59点</p> <p>ロ イ以外の場合 59点</p> <p>3～4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>(削除)</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>3～4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</p> <p>ロ 服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</p> <p>ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</p> <p>ニ これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。</p> <p>ホ 薬剤情報提供文書により、</p>
--	---

<p>注 1 1のイ及び2のイについて は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、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。</p> <p>2 1のロ及び2のロについて 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。</p> <p>3 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</p>	<p>投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</p> <p>へ 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。</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>
--	--

4 ~ 12 (略)

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)

<p>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。</p> <p>15 (略)</p> <p>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。</p> <p>17 (略) (削除)</p>	<p>11 (略)</p> <p>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。</p> <p>13 (略)</p> <p>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。</p>
---	--

4. かかりつけ薬剤師に係る施設基準を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [施設基準] (削除)</p> <p>【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> <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）] <u>第100 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料</u> <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）] 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 1 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。 （1）次に掲げる勤務経験等を</p>	<p>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。 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。 （2）薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。 （3）医療に係る地域活動の取組に参画していること。 （4）薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。</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

<p>組に参画していること。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(2) 次のいずれかに該当すること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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ィション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。</p>	
--	--

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

⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

(新) 訪問診療薬剤師同時指導料（６月に１回） 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

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

⑫ 在宅薬学総合体制加算の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【在宅薬学総合体制加算】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>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、在宅薬学総合体制加算１として、30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、所定点数の100分の10に相当する点</p>	<p>【在宅薬学総合体制加算】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>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、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</p>

<p>数)を所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>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。)において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅薬学総合体制加算2として、次に掲げる区分に従い当該区分に掲げる点数(特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数)を所定点数に加算する。</p> <p>イ 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 100点</p> <p>ロ イ以外の場合 50点</p> <p>[施設基準]</p> <p>五の三 在宅薬学総合体制加算1の施設基準</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>イ 在宅薬学総合体制加算1 15点</p> <p>ロ 在宅薬学総合体制加算2 50点</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>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</p> <p>(1) 在宅薬学総合体制加算1の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ 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>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。</p> <p>(2) 在宅薬学総合体制加算2の</p>
--	---

<p>五の三の二 在宅薬学総合体制加算 2の施設基準 次のいずれにも該当する保険 薬局であること。 イ 五の三の（１）に該当する こと。 ロ 在宅患者に対する高度な薬 学的管理及び指導を行うため に必要な体制が整備されてい ること。 ハ 在宅患者に対する高度な薬 学的管理及び指導に係る十分 な実績を有していること。</p> <p>五の五 在宅薬学総合体制加算の 1 及び 2 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 年間ににおける在宅患 者訪問薬剤管理指導料、在宅 患者緊急訪問薬剤管理指導 料、在宅患者緊急時等共同指 導料、居宅療養管理指導費 （薬局の薬剤師が行うものに 限り、情報通信機器を用いて 行うものを除く。）及び介護 予防居宅療養管理指導費（薬 局の薬剤師が行うものに限 り、情報通信機器を用いて行 うものを除く。）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>施設基準 イ・ロ （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、在宅患者訪 問薬剤管理指導料、在宅患者 緊急訪問薬剤管理指導料、在 宅患者緊急時等共同指導料、 居宅療養管理指導費及び介護 予防居宅療養管理指導費につ いての算定回数（ただし、い ずれも情報通信機器を用いた 場合の算定回数を除く。）の 合計が計24回以上であること （在宅協力薬局として連携し た場合（同一グループ薬局に 対して業務を実施した場合を 除く。）及び同等の業務を行 った場合を含む。）。なお、 「同等の業務」とは、在宅患 者訪問薬剤管理指導料で規定 される患者 1 人当たりの同一</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で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数</u>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、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 <u>在宅薬学総合体制加算2に関する施設基準</u></p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>次のいずれかを満たすこと。</u></p> <p>ア <u>直近1年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料の1、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料並びに単一建物居住者が1人の場合の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数(ただし、いずれも情報通信機器を用いて行った場合の算定回数を除く。また、在宅協力薬局として連携した回数(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。))及び同等の業務を行った回数を含む。の合計が、計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</u></p>	<p>月内の算定回数^の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>2 <u>在宅薬学総合体制加算2に関する施設基準</u></p> <p>(1) (略)</p> <p>(新設)</p>
--	--

<p>数を除く。)の合計に占める割合が2割を超えること。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>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</p>	<p>(2) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。</p> <p>ア 以下の①及び②の要件を全て満たすこと。</p> <p>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。</p> <p>② 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。</p>
---	--

<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(削除)</p> <p>(5) (略)</p>	<p>(新設)</p> <p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5) (略)</p>
---	--

【Ⅱ－５－１ 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価－⑬】

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
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件（通知）〕 1 在宅患者訪問薬剤管理指導料 （１）～（７）（略） （８）在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月２回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）の算定回数は、週１回を限度とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指導料	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件（通知）〕 1 在宅患者訪問薬剤管理指導料 （１）～（７）（略） （８）在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月２回以上算定する場合（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は６日以上とする。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者オンライン薬剤管理指

<p>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) 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。</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

【Ⅱ－５－２ 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価－①】

① 過疎地域等に配慮した評価の見直し

第１ 基本的な考え方

住み慣れた地域で療養しながら生活を継続することができるよう、過疎地域等における訪問看護について、遠方への移動負担を考慮し、特別地域訪問看護加算の対象となる訪問の要件を見直す。

第２ 具体的な内容

特別地域訪問看護加算について、移動時間のみによる評価となっているが、移動及び訪問看護の提供の合計にかかる時間が極めて長い場合も含めて評価する。

改 定 案	現 行
<p>【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注８ <u>次のいずれかに該当する指定訪問看護を行う場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。</u></p> <p>イ <u>訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である利用者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合</u></p> <p>（１） <u>別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等</u></p>	<p>【特別地域訪問看護加算（訪問看護基本療養費）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注８ <u>訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。</u></p> <p>イ <u>別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合</u></p> <p>（新設）</p>

【Ⅲ－３ 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価－①】

① 医療 DX 推進体制整備加算等の見直し

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>医科診療報酬点数表 【A000 初診料】 〔算定要件〕 注 1～14 （略）</p> <p>15 <u>医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月 1 回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A001 に掲げる再診料の注 11 に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p><u>イ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 15 点</u></p> <p><u>ロ 電子的診療情報連携体制整備加算 2 9 点</u></p> <p><u>ハ 電子的診療情報連携体制整備</u></p>	<p>医科診療報酬点数表 【A000 初診料】 〔算定要件〕 注 1～14 （略）</p> <p>15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、<u>医療情報取得加算</u>として、月 1 回に限り <u>1 点</u> を所定点数に加算する。</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>

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>当面の間、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 点を所定点数に加算する。</u></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)</p> <p>二 <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を有していること。</u></p> <p>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に加算する。</u></p> <p>イ <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> <u>1 10 点</u></p> <p>ロ <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> <u>2 8 点</u></p> <p>ハ <u>医療ＤＸ推進体制整備加算</u> <u>3 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 1 の施設基準</u> イ～ハ (略)</p> <p>二 <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を有していること。</u></p> <p>ホ～ヌ (略)</p>

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

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

⑦ 無菌製剤処理加算の見直し

第１ 基本的な考え方

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>【無菌製剤処理加算】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注２ ５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、１日につきそれぞれ６９点、７９点又は６９点（１５歳未満の小児の場合にあっては、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>【無菌製剤処理加算】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注２ ５の注射薬について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、１日につきそれぞれ６９点、７９点又は６９点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、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 47点	1 調剤基本料 1 45点
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 37点	ハ 35点
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】</p> <p>[施設基準]</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 (6)) 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 (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 は、当該複数の保険医療機関を一 の保険医療機関とみなす。) 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。) 。</p> <p>ロ 処方箋の受付回数が一月に千八 百回を超えること (イに該当する 場合を除き、特定の保険医療機関 (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 は、当該複数の保険医療機関を一 の保険医療機関とみなす。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。) 。</p> <p>ハ 処方箋の受付回数が一月に六百 回を超えること (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 (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。) に限る。) 。</p> <p>二・ホ (略)</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>[施設基準]</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 (6)) 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 (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。)</p> <p>ロ 処方箋の受付回数が一月に二千 回を超えること (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。) 。</p> <p>ハ 処方箋の受付回数が一月に千八 百回を超えること (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 割合が九割五分を超える場合に限 る。) 。</p> <p>二・ホ (略)</p>

[経過措置]

令和八年五月三十一日において、現に処方箋の受付回数が一月当たり

千八百枚以下であるとして届け出ている保険薬局であって、その後も一月当たりの処方箋の受付回数が継続的に千八百枚以下であるものについては、当面の間、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]</p> <p>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]</p> <p>(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三万五千回を超え、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取引等その他の特別な関係があること。</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 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局（（6）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（（6）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</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四十万回を超えるグループに属する保険薬局（（6）に該当するものを除く。）のう</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</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】</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、<u>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]</p> <p>五の六 <u>門前薬局等立地依存減算に規定する保険薬局</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。 (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。 イ <u>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】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>

<p>保険薬局があること。</p> <p>ロ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</p> <p>ハ 次のいずれかに該当すること。</p> <p>① 保険医療機関（許可病床数が二百床以上のものに限る。）の敷地の境界線からの水平距離が百メートル以内の区域内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が二以上所在すること。</p> <p>② 当該保険薬局の周囲五十メートルの区域内に、他の保険薬局が二以上所在すること。</p> <p>③ 当該保険薬局の周囲五十メートルの区域内に所在する他の保険薬局が②に該当すること。</p> <p>(2) 次のイ及びロに該当する保険薬局であること。</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 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。</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（時間外等処方箋を除く。）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（以下のアからウまでの本文に該当する場合を除く。）。</p> <p>ア 薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋 イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋。ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合は受付回数の計算に含める。 ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準</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、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、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。</p> <p>(4) (3) の計算に当たり、次のいずれかに該当する処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方</p>	<p>（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。</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、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。</p> <p>(4) (3) の計算に当たり、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</p>
---	---

<p>箋の受付回数のいずれからも除く。</p>	<p>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。</p>
<p>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</p>	<p>(新設)</p>
<p>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</p>	<p>(新設)</p>
<p>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</p>	<p>(新設)</p>
<p>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。)</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 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 次のいずれにも該当すること。 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>ハ 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</p> <p>(2) 次のいずれにも該当すること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>(3) 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</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】</p> <p>【施設基準】</p> <p>(6) 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。</p> <p>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。</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>【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（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</p>

<p>ロ 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。</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
【調剤基本料】 〔算定要件〕 注５ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（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。 イ 地域支援・医薬品供給対応体制加算１ 27点 ロ 地域支援・医薬品供給対応体制加算２ 59点 ハ 地域支援・医薬品供給対応体制加算３ 67点	【調剤基本料】 〔算定要件〕 注５ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（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。 イ 地域支援体制加算１ 32点 ロ 地域支援体制加算２ 40点 ハ 地域支援体制加算３ 10点

<p>二 地域支援・医薬品供給対応 体制加算 4 37点</p> <p>ホ 地域支援・医薬品供給対応 体制加算 5 59点</p> <p>【地域支援・医薬品供給対応体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>四 地域支援・医薬品供給対応体制 加算の施設基準</p> <p>(1) 地域支援・医薬品供給対応 体制加算 1 の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当する保険 薬局であること。</p> <p>イ 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。</p> <p>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を合算し た規格単位数に占める後発 医薬品の規格単位数の割合 が八割五分以上であること。</p> <p>(2) 地域支援・医薬品供給対応 体制加算 2 の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当する保険 薬局であること。</p> <p>イ (1) に掲げる施設基準を 満たすこと。</p> <p>ロ 調剤基本料 1 を算定してい ること。</p> <p>ハ 地域医療への貢献に係る十 分な体制を整備しているこ と。</p> <p>ニ 地域医療への貢献に係る十 分な実績を有していること。</p> <p>(3) 地域支援・医薬品供給対応 体制加算 3 の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当する保険 薬局であること。</p> <p>イ (2) のイからハまでの全 てに該当すること。</p> <p>ロ 地域医療への貢献に係る相 当の実績を有していること。</p>	<p>二 地域支援体制加算 4 32点</p> <p>(新設)</p> <p>【地域支援体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>四 地域支援体制加算の施設基準</p> <p>(新設)</p> <p>(1) 地域支援体制加算 1 の施設 基準</p> <p>次のいずれにも該当する保険薬 局であること。</p> <p>(新設)</p> <p>イ 調剤基本料 1 を算定してい る保険薬局であること。</p> <p>ロ 地域医療への貢献に係る十 分な体制が整備されているこ と。</p> <p>ハ 地域医療への貢献に係る十 分な実績を有していること。</p> <p>(2) 地域支援体制加算 2 の施設 基準</p> <p>次のいずれにも該当する保険 薬局であること。</p> <p>イ (1) のイ及びロに該当す る保険薬局であること。</p> <p>ロ 地域医療への貢献に係る相 当の実績を有していること。</p>
--	--

<p>(4) 地域支援・医薬品供給対応体制加算4の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ (1)に掲げる施設基準を満たすこと。</p> <p>ロ 調剤基本料1又は調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料B以外を算定していること。</p> <p>ハ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</p> <p>ニ (2)のニに該当する保険薬局であること。</p> <p>(5) 地域支援・医薬品供給対応体制加算5の施設基準 (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。</p>	<p>(3) 地域支援体制加算3の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 (新設)</p> <p>イ 調剤基本料1又は調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料B以外を算定している保険薬局であること。</p> <p>ロ 地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</p> <p>ハ (1)のハに該当する保険薬局であること。</p> <p>(4) 地域支援体制加算4の施設基準 (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。</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 長期処方（28日分以上）の場合 60点</p> <p>ロ イ以外（27日分以下）の場合 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〕</p> <p>（削除）</p>	<p>【調剤管理料】</p> <p>１ 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき）</p> <p>イ 7日分以下の場合 4点</p> <p>ロ 8日分以上14日分以下の場合 28点</p> <p>ハ 15日分以上28日分以下の場合 50点</p> <p>ニ 29日分以上の場合 60点</p> <p>２ １以外の場合 4点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注４ 別に厚生労働大臣が定める保険薬局（注３に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又</p>

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

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

⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

１．調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【調剤管理料】 〔算定要件〕 (削除)	【調剤管理料】 〔算定要件〕 注３ 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号１５の２に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。 イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

2. 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】</p> <p>15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</p> <p>1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合</p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 20点</p> <p>2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合</p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 20点</p>

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

(新) 調剤時残薬調整加算

[対象患者]

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

[算定要件]

患者又はその家族等から収集した情報等に基づいて残薬が確認された患者において、処方医の指示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】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>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月</u>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】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>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月</u>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>

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

⑧ 服用薬剤調整支援料の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>服用薬剤調整支援料２ 1,000点</p>	<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>服用薬剤調整支援料２</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合 110点</p> <p>ロ イ以外の場合 90点</p>
<p>〔算定要件〕</p> <p>注２ ２については、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、患者又はその家族等の求めに応じ、かかりつけ薬剤師（患者の服薬状況等に係る総合的な管理及び評価を行うために必要な研修を受けたものに限る。）が、当該患者の服用中の薬剤を継続的及び一元的に把握した結果、服用中の薬剤の調整を必要と認める場合であって、必要な評価等を実施した上で、処方医に対して、当該調整について文書を用いて提案した場合には、</p>	<p>〔算定要件〕</p> <p>注２ ２については、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局</p>

<p>同一の患者に対して6月に1回に限り、かかりつけ薬剤師1人につき月4回まで所定点数を算定する。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 服用薬剤調整支援料2のイに規定する施設基準 重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</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>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件〕 注２ 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り５９点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週４０回に限り算定できる。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</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>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>

<p>副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。</p> <p>4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。</p>	<p>副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき100点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注2に規定する場合を除く。）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注3に規定する加算は算定できない。</p> <p>5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。</p> <p>6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処</p>
--	--

<p>い。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</p>	<p>方箋受付1回につき350点)を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。</p> <p>7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合(注2に規定する場合を除く。)は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</p>
--	--

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

改 定 案	現 行
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回(末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8回)に限り算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回(末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8回)に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬</p>

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

<p>5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。</p> <p>7～9 (略)</p> <p>10 注1の規定にかかわらず、感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は</p>	<p>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。</p> <p>5 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点(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。</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(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。</p> <p>7～9 (略)</p> <p>10 注1の規定にかかわらず、感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は</p>
--	--

<p>当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定する。この場合において、注10については、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料は、別に算定できない。</p>	<p>当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。この場合において、注10については、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。</p>
---	---

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

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点</p> <p>ロ 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。） 59点</p> <p>ハ ロのうち、患者の状態の急変等に伴い行った場合 59点</p> <p>二 イからハまで以外の場合 59点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注3 4のイ及び二については、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】</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点</p> <p>【算定要件】</p> <p>注3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定</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っては、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っては、週2回かつ月8回）に限り、所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のニにより算定する。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って、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。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のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

4 （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って、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

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

<p>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おいては加算しない。</p> <p>11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、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。</p>	<p>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。</p> <p>11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病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。</p>
--	--

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] <u>注７ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（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 後発医薬品調剤体制加算 1 21点 ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 28点</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】</p> <p>[算定要件]</p> <p>8 特定薬剤管理指導加算３</p> <p>(3) 「口」に示す「調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合 ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合 ・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、<u>バイオ後続品の品質、有効性、安全性等について説明を行った場合</u> 	<p>【特定薬剤管理指導加算３】</p> <p>[算定要件]</p> <p>8 特定薬剤管理指導加算３</p> <p>(3) 「口」に示す「調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合 ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

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（以下「新</u></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（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。）の使用を考慮するとともに、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。</u> （新設）</p>

<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。)</p> <p>(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。)</p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>三 (略)</p> <p>四 注射</p> <p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>(歯科診療の具体的方針)</p> <p>第二十一条 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>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</p>	<p>(新設)</p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>三 (略)</p> <p>四 注射</p> <p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>(歯科診療の具体的方針)</p> <p>第二十一条 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>二 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮する</p>
---	---

<p>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) 後発医薬品</p> <p>(2) バイオ後続品</p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>三 (略)</p> <p>四 注射</p> <p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】</p> <p>(後発医薬品及びバイオ後続品の調剤)</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>三 (略)</p> <p>四 注射</p> <p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】</p> <p>(後発医薬品の調剤)</p> <p>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</p>
--	--

<p>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。）</p> <p>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。）</p> <p>（調剤の一般的方針）</p> <p>第八条 （略）</p> <p>2 （略）</p> <p>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</p>	<p>なければならない。</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（調剤の一般的方針）</p> <p>第八条 （略）</p> <p>2 （略）</p> <p>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。</p>
---	--

<p>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。</p>	
---	--

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】		【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		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二分の一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四分の一を乗じて得た価格を控除

	して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数		して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数
<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】</p> <p>第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額</p> <p>第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に二分の一を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額</p>		<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】</p> <p>第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額</p> <p>第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一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－３－１ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価－①】

① 実勢価格等を踏まえた
検体検査等の評価の適正化

第１ 基本的な考え方

衛生検査所検査料金調査による実勢価格等を踏まえ、検体検査の実施料等について評価を見直す。

第２ 具体的な内容

衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格等に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

【評価を見直す検査の例】

改 定 案	現 行
【アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）】 174点	【アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）】 179点
【SARS-CoV-2 核酸検出】 650点	【SARS-CoV-2 核酸検出】 700点

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

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

2. リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式を見直す。

【Ⅳ－４－２ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進－③】

③ 医師と薬剤師の同時訪問の推進

「Ⅱ－５－１－⑧」を参照のこと。

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
【第５部 投薬】 通則 6 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	【第５部 投薬】 通則 (新設)

令和8年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申を受けて

本日、中央社会保険医療協議会総会において、令和8年度診療報酬改定について上野厚生労働大臣へ答申がなされました。中医協におけるこれまでの精力的な議論、そして関係者のご理解のもと、医薬品の適正使用ならびに医薬分業のあるべき姿の実現に向け、さらなる取り組みが進むことに変感謝申し上げます。

令和8年度診療報酬改定は、職員の処遇改善のための取組や物価高騰を踏まえた対応を中心に、2040年頃を見据えた医療提供体制の構築、医療DX等の推進による医療の質の向上、社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和という基本認識に基づき、検討が進められました。

調剤報酬においては、賃上げ・物価上昇に係る対応としてベースアップ評価料および物価対応料が新たに導入されるほか、かかりつけ薬剤師機能のさらなる推進のため、既存の評価体系の見直しや、患者の服用薬剤の一元的・継続的把握・管理に基づく薬学的有害事象等の防止、残薬対策、ポリファーマシー対策等の評価、さらには、薬剤師による在宅医療提供体制を整備・強化する観点から、在宅薬学総合体制加算の評価の充実などが図られます。

また、保険薬局の医薬品の安定供給に資する体制を評価する観点から、後発医薬品の調剤体制に係る加算を廃止するとともに、地域支援体制との一体的な評価の形となるよう見直しが行われます。今回の改定を受けて薬剤師・薬局においては、「患者のための薬局ビジョン」で示された姿の実現に向け、かかりつけ機能をより一層強化し、国民が質の高い薬剤師サービスを実感できるようにするとともに、地域の医薬品提供体制及び在宅医療提供体制の確保のための取組を早急かつ積極的に進めることが求められます。一方、今回の調剤報酬改定では、都市部において薬局が密集している状況などを踏まえた調剤基本料の見直しが行われます。今後はこれらの影響も確認しつつ丁寧に検証を進めていく必要があると考えております。

地域医療において安定かつ確実な医薬品提供機能を担う保険薬局においては、従業員の処遇改善・物価高騰対応など大変厳しい状況が続きますが、本会としては、国民皆保険の一翼を担う立場として地域住民・患者のため地域医療を支える薬剤師・薬局を支援していくとともに、その責務を果たすべく、医療・介護関係者との連携・協力のもと、医薬分業制度のあるべき姿の実現に向けて尽力していく所存です。

令和8年2月13日

日本薬剤師会

会長 岩月 進