

調剤報酬・改定資料集

令和6年度版

〈調剤報酬〉

第1部	令和6年度診療報酬改定における個別改定項目について 調剤報酬関係	1
第2部	点数表新旧対照表 調剤報酬点数表	98
第3部	関係省令・告示(案)〈抄〉 (1) 保険医療機関及び保険医療養担当規則 (2) 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 (3) 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 (4) 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 (5) 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 (6) 特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準) (7) 特掲診療料の施設基準等	120 124 125 126 128 129 130
第4部	関係通知(案)〈抄〉 (1) 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項 について (2) 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続き の取扱いについて	143 215
第5部	令和6年度調剤報酬改定の概要 資料	284

〈介護報酬〉

令和6年度介護報酬改定について 資料	330
-----------------------	-----

頁数のダブル記載について

本書「調剤報酬・改定資料集」は、厚生労働省保険局医療課の令和6年度診療報酬改定の「医科・調剤 関係資料」と「関係資料（通知編）」の両書より、調剤報酬改定に関連する項目等を抜粋しており、頁上部端の頁数が厚生労働省資料のもの、頁下部中央が本書の通し頁数となっている。

〈調剤報酬〉

第1部 令和6年度診療報酬改定に おける個別改定項目について

調剤報酬関係

地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し	2
医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化	4
医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し	5
医療 DX 推進体制整備加算の新設	8
書面掲示事項のウェブサイトへの掲載	10
介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる 医療サービスの範囲の見直し	12
連携強化加算（調剤基本料）の見直し	21
新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し	24
かかりつけ薬剤師指導料の見直し	26
服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） の見直し	28
薬学的なフォローアップに関する評価の見直し	30
多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し	32
在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設	39
医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し	43
高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し	45
薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し	48
薬局における嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し	57
調剤基本料の見直し	59
地域支援体制加算の見直し	60
休日・深夜加算の見直し	81
いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し	83
長期収載品の保険給付の在り方を見直し	90
医薬品取引状況に係る報告の見直し	91
医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編	93
投薬用の容器に関する取扱いの見直し	95

【I－1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組－⑤】

⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改 定 案		現 行	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
1	調剤基本料 1	1	調剤基本料 1
2	調剤基本料 2	2	調剤基本料 2
3	調剤基本料 3	3	調剤基本料 3
イ		イ	
ロ		ロ	
ハ		ハ	
4	特別調剤基本料 A		(新設)

[算定要件] 注1 (略) 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、<u>特別調剤基本料B</u>として、処方箋の受付1回につき<u>3点</u>を算定する。 3・4 (略) 5 (略) ※ 地域支援体制加算については「Ⅲ－8－②」を参照のこと。 6 (略) ※ 連携強化加算については「Ⅱ－6－⑥」を参照のこと。 7～11 (略) 12 (略) ※ 在宅薬学総合体制加算については「Ⅱ－8－②8」を参照のこと。 13 (略) ※ 医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－1－①」を参照のこと。	[算定要件] 注1 (略) 2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、<u>特別調剤基本料</u>として、処方箋の受付1回につき<u>7点</u>を算定する。 3・4 (略) 5 (略) ※ 地域支援体制加算については「Ⅲ－8－②」を参照のこと。 6 (略) ※ 連携強化加算については「Ⅱ－6－⑥」を参照のこと。 7～11 (略) (新設) (新設)
---	--

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

「Ⅲ－8－③」を参照のこと。

※ 特別調剤基本料の評価の見直しについては、「Ⅲ－8－④」を参照のこと。

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

② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

【Ⅱ－１ 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－①】

① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

【再診料】 [算定要件] (削除) 注19 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u> ※ 外来診療料についても同様。 [施設基準] 第3 初・再診料の施設基準等 3の7 <u>医療情報取得加算の施設基準</u> (略)	【再診料】 [算定要件] 注18 <u>再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</u> (新設) [施設基準] 第3 初・再診料の施設基準等 3の7 <u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準</u> (略)
--	---

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

【Ⅱ－１ 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－②】

② 医療 DX 推進体制整備加算の新設

第 1 基本的な考え方

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

第 2 具体的な内容

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

(新) 医療 DX 推進体制整備加算（調剤基本料） 4 点

〔算定要件〕

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月 1 回 に限り 4 点 を所定点数に加算する。この場合において、注 2 に規定する特別調剤基本料 B を算定する保険薬局は当該加算を算定できない。

〔施設基準〕

(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 1 条に規定する電子情報処理組織の使

用による請求を行っていること。

- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。
- (5) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
- (6) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (7) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (8) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
- (9) (8) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

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

【Ⅱ－１ 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑱】

⑱ 書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 (掲示) 第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 2 保険薬局は、<u>原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> ※ 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準についても同様。 ※ 「厚生労働大臣が定める事項」については、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」において、次のとおりとされている。	【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 (掲示) 第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 (新設)

・ 保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する揭示 ・ 役務の提供及び物品の販売等であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項(当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く。) ・ 調剤管理料及び服薬管理指導料に関する事項等 ・ 調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項	
--	--

[経過措置]

本改正に際し、令和7年5月31日までの経過措置を設ける。

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

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

第１ 基本的な考え方

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

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

第２ 具体的な内容

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

場合、医療保険において算定可能とする。

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

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

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

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

【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】

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

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

【介護医療院に入所している患者について算定できる費用】

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

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

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

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

	<u>第二号に掲げる薬剤及び同第三号に掲げる薬剤(抗悪性腫瘍剤を除く。)に係るものに限る。)</u> <u>ト 別表第三第4節に規定する点数</u>		
別表第二		別表第二	
診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法	診療報酬の算定方法に掲げる療養	算定方法
二十四 次に掲げる点数が算定されるべき療養イ (略) (削除)	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。	二十四 次に掲げる点数が算定されるべき療養イ (略) <u>ロ 別表第三区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</u> <u>ハ</u> (略)	介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合に限り、算定できる。
<u>二十五 別表第三区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</u>	<u>介護老人福祉施設入所者については、末期の悪性腫瘍の患者に実施した場合又は注10に規定する場合に限り、算定できる。</u>	(新設)	(新設)
二十六 (略)	(略)	二十五 (略)	(略)
二十七 (略)	(略)	二十六 (略)	(略)

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

⑥ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 [算定要件] 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、<u>5点</u>を所定点数に加算する。<u>この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。また、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が医科点数表の区分番号A000に掲げる初診料の注11及びA001に掲げる再診料の注15に規定する外来感染対策向上加算又は区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。</u>	【調剤基本料】 [算定要件] 注6 <u>注5又は注12に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。</u>

[施設基準] 四の二 連携強化加算の施設基準 (1) <u>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）第六条第十七項に規定する「第二種協定指定医療機関」として都道府県知事の指定を受けた保険薬局であること。</u> (2) <u>災害の発生時等において、他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。</u> (3) <u>情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> 四の三 調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関 <u>当該保険薬局が特別調剤基本料Aを算定する場合の要件に係る保険医療機関であること。</u> [経過措置] <u>令和6年3月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、令和6年12月31日までの間に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。</u>	[施設基準] 四の二 連携強化加算の施設基準（新設） 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。 （新設） （新設） [経過措置] （新設）
---	--

※ 上記の改正に伴い、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえた算定要件について、特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）で下記の事項を規定予定。

○新型インフルエンザ等感染症等の発生時において自宅療養者等に対する調剤、オンライン又は訪問による服薬指導、薬剤等の交付等に対応する体制

○要指導医薬品・一般用医薬品、検査キット（体外診断用医薬品）の販売

○オンライン服薬指導を行うための必要な通信環境、セキュリティ対応等

○以下の研修の実施

・第二種協定指定医療機関の締結時に求められる新興感染症等の発生時におけ

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

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

⑦ 新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤 管理指導料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

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

<u>の家族等に対して対面による必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定できる。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。</u> <u>11 注10については、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。</u>	(新設)
--	-------------

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

⑤ かかりつけ薬剤師指導料の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
【かかりつけ薬剤師指導料】 〔算定要件〕 注１～７ （略） ８ <u>喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、３月に１回に限り30点を所定点数に加算する。</u> (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者	【かかりつけ薬剤師指導料】 〔算定要件〕 注１～７ （略） (新設) (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者

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

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

「Ⅱ－７－⑥」を参照のこと。

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

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

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

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

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

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

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

⑦ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

(新) 調剤後薬剤管理指導料

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

[算定要件]

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

行う場合を除く。).

ロ 必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。

ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。

2. 区分番号〇〇に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号〇〇に掲げる調剤基本料の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。
3. 区分番号〇〇に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。

[施設基準]

次のいずれかに該当するものであること。

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

【Ⅱ－８ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保－②⑧】

②⑧ 多様な在宅ニーズに対応した薬局の

高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

(新) 在宅薬学総合体制加算

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

〔算定要件〕

- (1) 在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。ただし、「区分 15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の(4)において規定する在宅協力薬局が処方箋を受け付けて調剤を行った場合は、この限りでない。
- (2) 特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の 100 分の 10 に相当する点数を所定点数に加算する。
- (3) 特別調剤基本料 B を算定する保険薬局は算定できない。

[施設基準]

1 在宅薬学総合体制加算 1 の施設基準

- (1) 地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 直近 1 年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の合計が計 24 回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者 1 人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
- (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。
- (4) 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (5) 当該保険薬局において、在宅業務の質の向上のため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき当該保険薬局で在宅業務に関わる保険薬剤師に対して在宅業務に関する研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する外部の学術研修（地域の薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、当該学術研修については、認知症、緩和医療、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則と

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

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

2 在宅薬学総合体制加算2の施設基準

- (1) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。

ア 以下の①から②までの要件を全て満たすこと。

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

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

- (2) 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとっていること。
- (3) 直近1年間に、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が24回以上であること。
- (4) 医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。
- (5) 1の基準を満たすこと。

2. 在宅患者調剤加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【薬剤調製料】 1～5 (略) 6 外用薬(1調剤につき) 注1～7 (略) (削除)	【薬剤調製料】 1～5 (略) 6 外用薬(1調剤につき) 注1～7 (略) <u>8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理</u>

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）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。<u>ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。</u> 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。 注3～9 （略）	性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。 2 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。 注3～9 （略）
---	--

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

改 定 案	現 行
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

〔算定要件〕

注 1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回

（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8回）に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、算定できない。

2～8 （略）

9 1について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ	夜間訪問加算	400点
ロ	休日訪問加算	600点
ハ	深夜訪問加算	1,000点

〔算定要件〕

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は、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。

2～8 （略）

（新設）

7. 新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に

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

「Ⅱ－6－⑦」を参照のこと。

【Ⅱ－8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保－②⑨】

②⑨ 在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

(新) 在宅移行初期管理料（1回に限り） 230点

〔算定要件〕

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

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

[施設基準]

在宅移行初期管理料に規定する費用

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

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

改 定 案	現 行
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】
1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合	1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点	(新設)
ロ 残薬調整に係るものの場合 20点	(新設)
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	2 残薬調整に係るものの場合 30点

<u>け付けた場合</u> イ <u>残薬調整に係るもの以外の場合</u> 40点 ロ <u>残薬調整に係るものの場合</u> 20点 [算定要件] 注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して<u>処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に</u>、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。 2 (略) (1) (略) (2) <u>受け付けた処方箋の処方内容について処方医に対して連絡・確認を行い、処方に変更が行われた場合には「1」を算定し、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方に係る提案を行い、当該提案に基づく処方内容の処方箋を受け付けた場合には「2」を算定する。</u> (3) <u>「1」のイ及び「2」のイにおける「残薬調整に係るもの以外の場合」とは、次に掲げる内容である。</u> ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。） イ 併用薬、飲食物等との相互作用 ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項 (4) <u>「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方</u>	(新設) (新設) [算定要件] 注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して<u>照会を行い、処方に変更が行われた場合は</u>、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。 2 (略) (1) (略) (新設) (2) <u>「イ 残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。</u> ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。） イ 併用薬、飲食物等との相互作用 ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項 (3) <u>「ロ 残薬調整に係るものの場合」は、残薬について、処方医に</u>
--	--

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

【Ⅱ－８ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保－③〇】

③〇 医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

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

イ～ヘ (略) 3～14 (略) [施設基準] 十 <u>服薬管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定める患者</u> <u>次のいずれかに該当する患者</u> (1) <u>介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者又は同条第9項に規定する短期入所生活介護若しくは同法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護を受けている患者</u> (2) <u>介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院又は同条第28項に規定する介護老人保健施設に入所中の患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ハに係る処方箋を交付したもの</u>	イ～ヘ (略) 3～14 (略) [施設基準] (新設)
--	--

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

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

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

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

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

【Ⅲ－７ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価－①】

① 薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズ に応じた薬学管理料の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
【服薬管理指導料】 注4 麻薬を調剤した場合であつて、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、<u>麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。</u> ※ <u>かかりつけ薬剤師指導料の注2、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注3、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注2、在宅患者緊急時等共同指導料の注2についても同様。</u> 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、<u>次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> イ <u>特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合</u> 10点 ロ <u>特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況の変化等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合</u> 5点 ※ <u>かかりつけ薬剤師指導料の注3についても同様。</u> 6 (略) 7 <u>調剤を行う医薬品を選択する</u>	【服薬管理指導料】 注4 麻薬を調剤した場合であつて、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、<u>22点を所定点数に加算する。</u> 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、<u>10点を所定点数に加算する。</u> 6 (略) (新設)

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

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

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

※ かかりつけ薬剤師指導料の注5についても同様。

※ 長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－9－①」を参照のこと。

[算定要件]

5 麻薬管理指導加算

(1) (略)

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

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

[算定要件]

5 麻薬管理指導加算

(1) (略)

(新設)

<u>ガイドブック」(日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。</u>	(新設)
(4) (略)	
8 特定薬剤管理指導加算3	
(1) <u>服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者1人につき当該医薬品に関して最初に処方された1回に限り算定する。</u>	(2) (略) (新設)
(2) <u>「イ」については、「区分10の2調剤管理料」の1の(1)を踏まえ、当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を用いて特に必要な患者に説明及び指導を行ったときとは、以下の場合をいう。</u> ・ <u>RMPの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り患者又はその家族等に対し、RMPに基づきRMPに係る情報提供資材を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合</u> ・ <u>処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合</u>	

- (3) 「ロ」に示す調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行ったときは、以下の場合をいう。
- ・ 後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合。
 - ※ 長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－９－①」を参照のこと。
 - ・ 医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合
- (4) 対象となる医薬品が複数処方されている場合に、処方箋受付１回につきそれぞれ１回に限り算定するものであること。また複数の項目に該当する場合であっても、重複して算定することができない。
- (5) 当該加算を算定する場合は、それぞれの所定の要件を満たせば特定薬剤管理指導１及び特定薬剤管理指導加算２を算定できる。
- (6) 薬剤服用歴等には対象となる医薬品がわかるように記載すること。また、医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。

--	--

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

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

5. 保険薬局と医療及び介護に関わる多職種との連携を推進するため、薬剤師が行う服薬情報等の提供に係る現行の評価体系を改正し、介護支援専門員やリフィル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供を新たに評価するとともに、薬剤師が必要性を認めて行う情報提供の評価を見直す。

– 54 –

の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月 1 回に限り算定する。 2 2 については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月 1 回に限り算定する。 3 3 については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に 3 月に 1 回に限り算定する。 4 (略) 5 区分番号 00 に掲げる特別調剤基本料 A を算定する保険薬局	の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月 1 回に限り算定する。<u>これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u> 2 2 については、<u>患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において</u>、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、<u>患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。</u>なお、<u>保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。</u><u>これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u> 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。<u>これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u> 4 (略) 5 区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生
--	--

において、<u>調剤基本料の注 6 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</u> <u>6 区分番号 00 に掲げる注 2 に規定する特別調剤基本料 B を算定する保険薬局においては、算定できない。</u> [施設基準] (削除)	<u>労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</u> (新設) [施設基準] <u>十二の二 服薬情報等提供料の注 5 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関</u> <u>当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。</u>
--	--

【Ⅲ－７ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価－③】

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

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
【薬剤調製料】 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき）） 24点 注１ （略） （削除） 2～6 （略） 〔算定要件〕 (11) 自家製剤加算 ア～ウ （略） エ 薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形	【薬剤調製料】 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき）） 24点 注１ （略） 2 <u>嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。</u> 2～6 （略） 〔算定要件〕 (11) 自家製剤加算 ア～ウ （略） エ 薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形

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

- (イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。

(ロ) (略)

オ～サ (略)

[施設基準]

七 薬剤調製料の注6ただし書に規定する薬剤

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

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

- (イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合

(ロ) (略)

オ～サ (略)

[施設基準]

七 薬剤調製料の注6ただし書に規定する薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

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

① 調剤基本料の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 〔施設基準〕 (1) (略) (2) 調剤基本料２の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局 （(3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。 イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（<u>一月の処方箋の受付回数が多い上位三の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が七割を超える場合に限る。</u>）。 ロ～ホ (略)	【調剤基本料】 〔施設基準〕 (1) (略) (2) 調剤基本料２の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局 （(3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。）であること。 イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（<u>特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合に限る。</u>）。 ロ～ホ (略)

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

② 地域支援体制加算の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 〔算定要件〕 注５ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。<u>この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、算定できない。</u> 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	【調剤基本料】 〔算定要件〕 注５ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ 地域支援体制加算 1 39点 ロ 地域支援体制加算 2 47点 ハ 地域支援体制加算 3 17点

ニ 地域支援体制加算 4 32点	ニ 地域支援体制加算 4 39点
【地域支援体制加算】 [施設基準] (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア 地域支援体制加算 1 (イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、<u>地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④を含む3項目以上を満たすこと。</u> ① <u>薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が40回以上であること。</u> ② <u>薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が1回以上であること。</u> ③ <u>調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が20回以上であること。</u> ④ <u>かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が20回以上であること。</u> ⑤ <u>外来服薬支援料 1 の算定回数が1回以上であること。</u> ⑥ <u>服用薬剤調整支援料 1 及び 2 の算定回数の合計が1回以上であること。</u> ⑦ <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療</u>	【地域支援体制加算】 [施設基準] (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア 地域支援体制加算 1 (イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、<u>以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④又は⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。</u> (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設) (新設)

養管理指導費及び介護予防
居宅療養管理指導費につい
て単一建物診療患者が1人
の場合の算定回数の合計が
計24回以上であること（在
宅協力薬局として連携した
場合（同一グループ薬局に
対して業務を実施した場合
を除く。）や同等の業務を
行った場合を含む。）。な
お、「同等の業務」とは、
在宅患者訪問薬剤管理指導
料で規定される患者1人当
たりの同一月内の算定回数
の上限を超えて訪問薬剤管
理指導業務を行った場合を
含む。

⑧ 服薬情報等提供料の算定
回数が30回以上であるこ
と。なお、当該回数には、
服薬情報等提供料が併算定
不可となっているもので、
相当する業務を行った場合
を含む。

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

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

(削除)

④ 服薬情報等提供料の算定
回数が保険薬局当たりで12
回以上であること。なお、
当該回数には、服薬情報等
提供料が併算定不可となっ
ているもので、相当する業
務を行った場合を含めるこ
とができる。

(新設)

⑤ 薬剤師認定制度認証機構
が認証している研修認定制
度等の研修認定を取得した
保険薬剤師が地域の多職種
と連携する会議に保険薬局
当たりで1回以上出席して
いること。

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

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

万回未満の場合は、処方箋受付回数 1 万回とみなす。

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

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

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

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

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

	<u>る研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近1年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数1万回当たりの実績とする。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。</u> ① <u>薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。</u> ② <u>薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。</u> ③ <u>調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。</u> ④ <u>かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。</u> ⑤ <u>外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。</u> ⑥ <u>服用薬剤調整支援料1及び2の算定回数の合計が1回以上であること。</u> ⑦ <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が1人</u>
--	---

	<u>の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。</u>なお、「同等の業務」とは、<u>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><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。</u> ⑧ <u>服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。</u>なお、当該回数には、<u>服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。</u> ⑨ <u>薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席していること。</u>
(削除)	(ロ) (イ)の⑧の「<u>服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務</u>」については、アの(ロ)に準じて取り扱う。
(削除)	(ハ) <u>かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(イ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(イ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(イ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(イ)の⑤の外来服薬支援料1並びに(イ)の⑥の服用薬剤調整支</u>

(削除) (削除) ウ 地域支援体制加算 3 (イ) 調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの10の要件のうち、④及び⑦を含む3項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ロ)から(ホ)までに準じて取り扱う。 ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が400回以上であること。	<u>援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。</u> (ニ) (イ)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(イ)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて1万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。 (ホ) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(イ)の①から⑨までについては、前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。 ウ 地域支援体制加算 3 (イ) 調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、イの(イ)の①から⑨までの9つの要件のうち、④及び⑦を含む3項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。
--	--

- ② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が10回以上であること。
- ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が40回以上であること。
- ④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が40回以上であること。
- ⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。
- ⑥ 服用薬剤調整支援料1及び2の算定回数の合計が1回以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
- ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。

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

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

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

(削除)

エ 地域支援体制加算 4

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

(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての体制として以下を満たすこと。

ア 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。

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

ウ 医療材料及び衛生材料を供給

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

エ 地域支援体制加算 4

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

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

(新設)

(17) 医療材料及び衛生材料を供給で

できる体制を有していること。 また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。 <u>エ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。</u> <u>オ 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として70%以上であること。この場合において、処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。</u> <u>カ 次に掲げる情報（当該保険薬局において取り扱う医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。</u> <u>(イ) 一般名</u> <u>(ロ) 剤形</u> <u>(ハ) 規格</u> <u>(ニ) 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）</u>	きる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。 (新設) <u>(22) 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として50%以上であること。</u> <u>(23) 上記(22)の処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88調剤基本料」の「2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。</u> <u>(12) 次に掲げる情報（当該保険薬局において調剤された医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。</u> <u>ア 一般名</u> <u>イ 剤形</u> <u>ウ 規格</u> <u>エ 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）</u>
---	---

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

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

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

(4) 在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下を満たすこと。

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

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

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

ること。

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

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

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

エ 当該保険薬局は、地方厚生

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

(5) 医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。

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

(9) 当該保険薬局は、地方厚生

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

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

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

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

(10) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。

(11) 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。

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

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

(13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。

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

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

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

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

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

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

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

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

(新設)

(新設)

<u>オ 当該保険薬局及び当該薬局に併設される医薬品の店舗販売業（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第25条第1号に基づく許可を有する店舗）において、たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。</u> (12) 施設基準に適合するとの届出をした後は、<u>(1)のア又はウの(イ)の①から⑩まで及び(4)のウについては、前年5月1日から当年4月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年6月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年5月1日から当年4月末日までの処方箋受付回数とする。</u> 2 届出に関する事項 (1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、<u>別添2の様式87の3及び様式87の3の2を用いること。</u> (2) <u>令和6年5月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(1)のアの(イ)の①から⑩、(2)のイ、オ、(3)のエ及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。また、令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間</u>	(新設) (24) 施設基準に適合するとの届出をした後は、<u>(1)のアの(イ)の②、④及び(1)のイ、ウ及びエの(イ)の①から⑨までについては、前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年3月1日から当年2月末日までの処方箋受付回数とする。</u> 2 届出に関する事項 (1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、<u>別添2の様式87の3及び様式87の3の2又は様式87の3の3を用いること。</u> (2) <u>令和4年3月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和5年3月31日までの間に限り、1の(1)のアの(イ)の②に規定する「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしているものとする。また、令和4年3月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしているとして、地域</u>
--	---

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

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

③ 休日・深夜加算の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

キ 深夜加算 (イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ① 地域医療の確保の観点から、<u>以下に掲げる場合において深夜に調剤を受けた患者</u> ・<u>救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による深夜当番保険薬局の場合</u> ・<u>感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合</u> ② (略) (ロ) (略)	キ 深夜加算 (イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ① 地域医療の確保の観点から、<u>救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っている</u>と認められる保険薬局で調剤を受けた患者 ② (略) (ロ) (略)
--	---

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

④ いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

改 定 案		現 行		
【調剤基本料】		【調剤基本料】		
1	調剤基本料 1	45点	1 調剤基本料 1	42点
2	調剤基本料 2	29点	2 調剤基本料 2	26点
3	調剤基本料 3		3 調剤基本料 3	
	イ	24点	イ	21点
	ロ	19点	ロ	16点
	ハ	35点	ハ	32点
4	特別調剤基本料 A	5点	(新設)	
[算定要件]		[算定要件]		
注 1 (略)		注 1 (略)		
2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注 1 本文の規定にかかわらず、 <u>特別調剤基本料 B</u> として、処方箋の受付 1 回につき 3 点を算定する。		2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注 1 本文の規定にかかわらず、 <u>特別調剤基本料</u> として、処方箋の受付 1 回につき 7 点を算定する。		

3・4 (略) 5 (略) ※ 地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 6 (略) ※ 連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年厚生省令第16号)第7条の2に規定する後発医薬品(以下「後発医薬品」という。)の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数(区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数)を所定点数に加算する。<u>この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。</u> 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 8～11 (略) 12 (略) ※ <u>在宅薬学総合体制加算</u>については「Ⅱ－８－②⑨」を参照のこと。 13 (略) ※ 医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－１－②」を参照のこと。 [施設基準] 一 調剤基本料の施設基準 (1) 調剤基本料1の施設基準	3・4 (略) 5 (略) ※ 地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 6 (略) ※ 連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年厚生省令第16号)第7条の2に規定する後発医薬品(以下「後発医薬品」という。)の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数(<u>注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数</u>)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 8～11 (略) (新設) (新設) [施設基準] 一 調剤基本料の施設基準 (1) 調剤基本料1の施設基準
--	--

(2)から(6)までのいずれにも該当しない保険薬局であること。 (2) 調剤基本料2の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局((3)、(4)及び(6)に該当するものを除く。)であること。 イ～ホ (略) (3) 調剤基本料3のイの施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局((6)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局((6)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局((6)に該当するものを除く。)のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。	(2)から(5)まで又は二の二の(1)のいずれにも該当しない保険薬局であること。 (2) 調剤基本料2の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局((3)、(4)及び二の二の(1)に該当するものを除く。)であること。 イ～ホ (略) (3) 調剤基本料3のイの施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局(二の二の(1)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局(二の二の(1)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局(二の二の(1)に該当するものを除く。)のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。
---	--

イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (5) 調剤基本料 3 のハの施設基準同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。 <u>(6) 特別調剤基本料 A の施設基準保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。</u> 二 （略） 二の二 調剤基本料の注 2 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 （削除） 一の(1)から(6)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。	イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (5) 調剤基本料 3 のハの施設基準同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は<u>二の二の(1)</u>に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。 （新設） 二 （略） 二の二 調剤基本料の注 2 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。 <u>(1) 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。</u> (2) 一の(1)から(5)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。
---	--

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

改 定 案	現 行
【服薬管理指導料】 [算定要件] 注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。<u>なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。</u> イ～ヘ (略) 15 <u>区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注6及び注9に規定する加算は、算定できない。</u> ※ <u>特別調剤基本料Aを算定する薬局に関しては、かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2及び吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料2、外来服薬支援料1並びに調剤後薬剤管理指導料についても同様。</u> ※ <u>特別調剤基本料Bを算定する薬局に関しては、調剤管理料、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、外来服薬支援料、服用薬剤調</u>	【服薬管理指導料】 [算定要件] 注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。 イ～ヘ (略) (新設)

<u>整支援助料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、服薬情報等提供料、調剤後薬剤管理指導料及び在宅移行初期管理料についても同様。</u>	
--	--

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

改 定 案	現 行
【使用薬剤料】 [算定要件] 1・2 (略) <u>3 区分番号〇〇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〇〇に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する薬局において、処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u>	【使用薬剤料】 [算定要件] 1・2 (略) (新設)

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

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

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。	
--	--

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

※ いわゆる同一敷地内薬局については、

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

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

① 長期収載品の保険給付の在り方の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

〔施行日等〕

令和６年１０月１日から施行・適用する。

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

② 医薬品取引状況に係る報告の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

１．（調剤報酬）

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

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

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

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

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

① 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

第１ 基本的な考え方

医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

4. いわゆる湿布薬の処方枚数制限の規定に関して、該当品目の承認状況を踏まえ、「湿布薬」の用語を見直す。

改 定 案	現 行
【第５部 投薬】 通則 ５ 入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて<u>貼付剤</u>を投薬した場合は、区分番号 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	【第５部 投薬】 通則 ５ 入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて<u>湿布薬</u>を投薬した場合は、区分番号 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。

[算定留意事項]

第5部 投薬

<通則>

10 「通則5」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。

F400 処方箋料

(15) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

別表第三 調剤報酬点数表

[算定留意事項]

8 リフィル処方箋による調剤

(1) 通則

ア (略)

イ 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）において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

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

[算定留意事項]

第5部 投薬

<通則>

10 「通則5」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。

F400 処方箋料

(15) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

別表第三 調剤報酬点数表

[算定留意事項]

8 リフィル処方箋による調剤

(1) 通則

ア (略)

イ 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）において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

【Ⅳ－８ 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
－③】

③ 投薬用の容器に関する取扱いの見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

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

第2部 点数表 新旧对照表

調剤報酬点数表 新旧対照表

項 目	改 正 後	改 正 前
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		
00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき）	00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき）	
【点数の見直し】	1 調剤基本料1 45点 2 調剤基本料2 29点 3 調剤基本料3 イ 24点 ロ 19点 ハ 35点	1 調剤基本料1 42点 2 調剤基本料2 26点 3 調剤基本料3 イ 21点 ロ 16点 ハ 32点
【項目の見直し】	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。	(新設)
【注の見直し】	注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。 注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、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。 注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。	注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき7点を算定する。
【注の見直し】	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 ニ 地域支援体制加算4 32点	注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ 地域支援体制加算1 39点 ロ 地域支援体制加算2 47点 ハ 地域支援体制加算3 17点 ニ 地域支援体制加算4 39点

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（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。	注6 注5又は注12に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。
【注の見直し】	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。 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 注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。 注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。 注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。 注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	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において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の削除】	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。 (削る)	注12 注5の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合には、注5に規定する基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ 地域支援体制加算1 (1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 40点 (2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 42点 ロ 地域支援体制加算2 (1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 48点 (2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 50点 ハ 地域支援体制加算3 (1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 18点 (2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 20点 ニ 地域支援体制加算4 (1) 後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 40点 (2) 後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 42点
【注の追加】	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)
【注の追加】	注13 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
01 薬剤調製料	01 薬剤調製料 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1 剤につき）） 24点 注 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。 （削る） 2 屯服薬 21点 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。 3 浸煎薬（1 調剤につき） 190点 注 4 調剤以上の部分については算定しない。 4 湯薬（1 調剤につき） イ 7 日分以下の場合 190点 ロ 8 日分以上28 日分以下の場合 (1) 7 日目以下の部分 190点 (2) 8 日目以上の部分（1 日分につき） 10点 ハ 29 日分以上の場合 400点 注 4 調剤以上の部分については算定しない。 5 注射薬 26点 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。 6 外用薬（1 調剤につき） 10点 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。 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。 注 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。 注 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	注 1 （略） 注 2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。

【注の削除】

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の削除】	を所定点数に加算する。 注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。 注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 注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 散剤又は顆粒剤の場合 45点 ハ 軟・硬膏剤の場合 80点 (削る)	注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付1回につき15点を所定点数に加算する。
第2節 薬学管理料	10 削除	
10の2 調剤管理料	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日以上14日分以下の場合 28点	

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	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。
	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。	
【点数の見直し】	注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。	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。
	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	
【注の見直し】	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。 イ 初めて処方箋を持参した場合 3点 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	ロ 残薬調整に係るものの場合 30点
	注5 削除 注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報等取得等した場合にあっては、医療情報取得加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。	
10の3 服薬管理指導料	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 45点 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 59点 3 介護老人福祉施設等に入所している患者に	注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。
【項目の見直し】	3 介護老人福祉施設等に入所している患者に	3 特別養護老人ホームに入所している患者に

項 目	改 正 後	改 正 前
	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 イの患者以外の患者に対して行った場合 59点 【注の見直し】 注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。 イ 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、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。 ヘ 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。 【注の見直し】 注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	訪問して行った場合 45点 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。 注2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	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。	ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。
【注の見直し】	注3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4の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。	注3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4の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。
【注の見直し】	注4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。	注4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合 10点 ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合 5点	注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、10点を所定点数に加算する。 (新設) (新設)
【注の追加】	注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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。 注7 調剤を行う医薬品を患者が選択するため必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。 イ 特に安全性に関する説明が必要な場合	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合 ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合 注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。 注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を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注8に規定する加算は算定できない。 注10 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。	注7 (略) 注8 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注7に規定する加算は算定できない。 注9 (略)
【注の削除】	(削る) 注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的投薬が行われた場合を除き、算定しない。 注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。 注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 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

項 目	改 正 後	改 正 前
	注10までに規定する加算は算定できない。 注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。 注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。 注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。 注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 注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	(新設) 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。 注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。 注3 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。 (新設) (新設) 注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
【注の追加】		
13の2 かかりつけ薬剤師指導料		
【注の見直し】		
【注の見直し】		
【注の見直し】		
【注の見直し】		

項 目	改 正 後	改 正 前
	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。	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。 <u>この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u>
【注の追加】	注5 <u>調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。</u> <u>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</u> <u>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</u>	(新設)
【注の見直し】	注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を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。 注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を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注6に規定する加算は算定できない。	注5 (略) 注6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。
【注の追加】	注8 <u>喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。</u>	(新設)
【注の追加】	注9 <u>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。</u> 注10 <u>区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注4及び注8に規定する加算は、算定できない。</u>	注7 (略) (新設)
13の3 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	
【注の見直し】	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	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に

項 目	改 正 後	改 正 前
	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A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる薬剤調製料の注4及び注5に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料、区分番号15の8に掲げる在宅移行初期管理料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。 注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。 14 削除	規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる薬剤調製料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。
14の2 外来服薬支援料	14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	
【注の見直し】	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。	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。
【注の見直し】	注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。	注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。
【注の見直し】	注3 2については、多種類の薬剤を投与され	注3 2については、多種類の薬剤を投与され

項 目	改 正 後	改 正 前
	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。	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。
【注の追加】	注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。	(新設)
14の3 服用薬剤調整支援料	14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 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 ロ イ以外の場合 90点	
【注の見直し】	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。	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。
【注の見直し】	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においては、算定できない。	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。
【注の追加】	注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。	(新設)
【新設】	14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	(新設)

項 目	改 正 後	改 正 前
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料	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。 注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。 注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。 15 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	
【注の見直し】	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っては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する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。	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及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
【注の見直し】	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	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。

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	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。	
【注の見直し】	注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。	注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注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。	
【注の見直し】	注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。	注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。
【注の見直し】	注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。	注6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2に規定す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。
15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	注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。	
	注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。	
	注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	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	
【注の見直し】	注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を	注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8回）に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。 注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。 注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。 注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。 注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。 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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	実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。 注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注1のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。

項 目	改 正 後	改 正 前									
【注の追加】	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。 注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。 注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。 注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。 <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>夜間訪問加算</td> <td>400点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>休日訪問加算</td> <td>600点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>深夜訪問加算</td> <td>1,000点</td> </tr> </table>	イ	夜間訪問加算	400点	ロ	休日訪問加算	600点	ハ	深夜訪問加算	1,000点	(新設)
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									
【注の追加】	注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。	(新設)									
15の3 在宅患者緊急時等共同指導料	15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点 注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。										
【注の見直し】	注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	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。 注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									
【注の見直し】											

項 目	改 正 後	改 正 前
	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。 注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。 注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。 注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。 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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。 注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。 注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。	の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。
15の4 退院時共同指導料	15の4 退院時共同指導料 600点 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。
15の5 服薬情報等提供料	15の5 服薬情報等提供料	

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	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	2 服薬情報等提供料 2 20点 (新設) (新設) (新設)
【注の見直し】	注 1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。	注 1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
【注の見直し】	注 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。	注 2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
【注の見直し】	注 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。	注 3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
【注の見直し】	注 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。	
【注の見直し】	注 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。	注 5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。
【注の追加】	注 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。	(新設)
15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	
【項目の見直し】	1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 ロ 残薬調整に係るものの場合 20点	1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 (新設) (新設)
【項目の見直し】	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	2 残薬調整に係るものの場合 30点

項 目	改 正 後	改 正 前
【注の見直し】	イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 ロ 残薬調整に係るものの場合 20点 注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、算定できない。 注2 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。	(新設) (新設) 注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。
15の7 経管投薬支援料	15の7 経管投薬支援料 100点	
【注の見直し】	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。	注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。
【新設】	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。 注2 在宅移行初期管理に要した交通費は、患者の負担とする。 16から19まで 削除	(新設)
第3節 薬剤料		
20 使用薬剤料	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	

項 目	改 正 後	改 正 前
【項目の見直し】	3 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局及び区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。 注 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	(新設)
第4節 特定保険医療材料料	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 経過措置	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の注8、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。	1 (略)
【項目の削除】	(削る)	2 区分番号00の注12の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。
【項目の削除】	(削る)	3 第2節の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（区分番号10の2の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、同区分番号の注6中「3点」とあるのは「4点」とする。

第3部 關係省令・告示(案)〈抄〉

療養担当規則等

(1)①**保険医療機関及び保険医療養担当規則**(昭和32年 4 月30日厚生省令第15号)
【令和 6 年 6 月 1 日施行】

改 正 後	改 正 前
(揭示) 第 2 条の 6 (略) 2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。 (食事療養) 第 5 条の 3 (略) 2～4 (略) 5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。 (生活療養) 第 5 条の 3 の 2 (略) 2～4 (略) 5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。 (保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第 5 条の 4 (略) 2 (略) 3 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	(揭示) 第 2 条の 6 (略) (新設) (食事療養) 第 5 条の 3 (略) 2～4 (略) (新設) (生活療養) 第 5 条の 3 の 2 (略) 2～4 (略) (新設) (保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第 5 条の 4 (略) 2 (略) (新設)

処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療 の受給者番号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号		(枝番)	

患 者	氏 名			保険医療機関の 所在地及び名称
	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	電 話 番 号
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	--------------	----------	--

処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品） への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記 載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先 発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載 した場合は、署名又は記名・押印すること。
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供	
	調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。） ☐ 1回目調剤日（ 年 月 日） ☐ 2回目調剤日（ 年 月 日） ☐ 3回目調剤日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号		
保険薬局の所在地 及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の 受給者番号		

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A列5番を標準とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

処 方 箋																
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)																
分割指示に係る処方箋 分割の 回目																
公費負担者番号				保 険 者 番 号												
公費負担医療 の受給者番号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号				(枝番)								
患 者	氏 名		保険医療機関の 所在地及び名称													
	生年月日		明 大 昭 平 令		年 月 日		男・女		電 話 番 号				保 険 医 氏 名			(印)
	区 分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表 番号		医療機関 コード					
交付年月日		令和 年 月 日				処 方 箋 の 使 用 期 間		令和 年 月 日		特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。						
処 方	変更不可 (医療上必要)		患者希望		個々の処方薬について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品） への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記 載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先 発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。											
備 考	保険医署名				「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載 した場合は、署名又は記名・押印すること。											
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供															
調剤済年月日		令和 年 月 日				公費負担者番号										
保険薬局の所在 地 及 び 名 称 保険薬剤師氏名		(印)				公費負担医療の 受 給 者 番 号										
備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機 関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。																

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

(1)②保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年4月30日厚生省令第15号)
【令和6年10月1日施行】

改 正 後	改 正 前
(一部負担金等の受領) 第5条 (略) 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条の2第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第63条第2項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。 3 (略)	(一部負担金等の受領) 第5条 (略) 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条の2第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第63条第2項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。 3 (略)

(2)①保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年4月30日厚生省令第16号)
【令和6年6月1日施行】

改 正 後	改 正 前
(揭示) 第2条の4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、<u>第4条の3第2項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</u> 2 保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。 (患者負担金の受領) 第4条 (略) 2 保険薬局は、法第63条第2項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。 (保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第4条の3 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第4条第2項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。 2 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。 3 保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。	(揭示) 第2条の4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 (新設) (患者負担金の受領) 第4条 (略) 2 保険薬局は、法第63条第2項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養又は同項第五号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。 (新設)

(2)②保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和32年4月30日厚生省令第16号)
【令和6年10月1日施行】

改 正 後	改 正 前
(患者負担金の受領) 第4条 (略) 2 保険薬局は、法第63条第2項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)(又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。))に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。<u>ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</u>	(患者負担金の受領) 第4条 (略) 2 保険薬局は、法第63条第2項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)(又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。))に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

(4)①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1月20日厚生省告示第14号)
【令和6年6月1日施行】

改 正 後	改 正 前
(掲示) 第2条の6 (略) 2 保険医療機関は、原則として、<u>前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> (食事療養) 第5条の3 (略) 2～4 (略) 5 保険医療機関は、原則として、<u>前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> (生活療養) 第5条の3の2 (略) 2～4 (略) 5 保険医療機関は、原則として、<u>前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> (保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第5条の4 (略) 2 (略) 3 保険医療機関は、原則として、<u>前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> (掲示) 第25条の4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、<u>第26条の6第2項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</u> 2 保険薬局は、原則として、<u>前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> (保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第26条の6 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第26条の4第2項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。 2 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、<u>前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。</u> 3 保険薬局は、原則として、<u>前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u>	(掲示) 第2条の6 (略) (新設) (食事療養) 第5条の3 (略) (新設) 2～4 (略) (新設) (生活療養) 第5条の3の2 (略) (新設) 2～4 (略) (新設) (保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第5条の4 (略) (新設) 2 (略) (新設) (掲示) 第25条の4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、<u>別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</u> (新設) (新設)

(4)②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 1 月20日厚生省告示第14号)
 【令和 6 年10月 1 日施行】

改 正 後	改 正 前
(一部負担金の受領等) 第 5 条 (略) 2 保険医療機関は、法第64条第 2 項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第74条第 2 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第64条第 2 項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第75条第 2 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第64条第 2 項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第76条第 2 項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。<u>ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</u> (一部負担金の受領等) 第26条の 4 (略) 2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第76条第 2 項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。<u>ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</u>	(一部負担金の受領等) 第 5 条 (略) 2 保険医療機関は、法第64条第 2 項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第74条第 2 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第64条第 2 項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第75条第 2 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第64条第 2 項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第76条第 2 項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。 (一部負担金の受領等) 第26条の 4 (略) 2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第76条第 2 項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。

(5)①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18年 9 月12日厚生労働省告示第495号)
 【令和 6 年 6 月 1 日施行】

改 正 後	改 正 前
第 1 条 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第 2 項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第64条第 2 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。 一～四 (略) 五 医薬品医療機器等法第23条の 2 の 5 第 1 項又は第23条の 2 の17第 1 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240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、当該医療機器又は体外診断用医薬品を用いた医療の提供の方法その他の当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する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っては、保険適用を希望した日から起算して2年以内）に行われるものに限り、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。） 五の二 医薬品医療機器等法第23条の25第 1 項又は第23条の37第 1 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再生医療等製品（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	第 1 条 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第 2 項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第64条第 2 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。 一～四 (略) 五 医薬品医療機器等法第23条の 2 の 5 第 1 項又は第23条の 2 の17第 1 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240日以内に行われるものに限る。） 五の二 医薬品医療機器等法第23条の25第 1 項又は第23条の37第 1 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再生医療等製品（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240日以内（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用した再生医療等製品の使用又は支給にあっては、保険適用を希望した日から起算して2年以内）に行われるものに限る。） 六～七の二（略） 八 医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項又は第23条の2の17第1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プログラム医療機器の使用又は支給（次の各号に掲げるプログラム医療機器の区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。） イ 医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項若しくは第23条の2の17第1項の規定による承認（医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項又は第23条の2の17第1項の規定による承認を受けた後に、改めて承認を受ける場合（使用目的、効果又は使用方法が変更される場合に限る。）における当該承認に限る。以下「医療機器承認」という。）又は同法第23条の2の5第15項（第23条の2の17第5項において準用する場合を含む。）の規定により承認を受けた事項の一部を変更しようとする場合（使用目的、効果又は使用方法を変更しようとする場合に限る。）における承認（以下「医療機器一部変更承認」という。）を受けようとする、又は受けた者が製造販売した当該医療機器承認若しくは医療機器一部変更承認に係るプログラム医療機器（保険適用を希望するものに限る。）であって、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの（1）の条件及び（2）の期間 (1) 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、別に厚生労働大臣が定める条件 (2) 保険適用を希望した日から起算して240日が経過するまでの間（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあっては、保険適用を希望した日から起算して2年が経過するまでの間）であって別に厚生労働大臣が定める期間 ロ 現に保険適用されているプログラム医療機器のうち、使用成績を踏まえた再評価（当該プログラム医療機器における保険適用されていない範囲における使用又は支給に係る有効性に関するものに限る。）に係る申請を行い、又は行おうとするものであって、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの（1）の条件及び（2）の期間 (1) 別に厚生労働大臣が定める条件 (2) 当該申請を行った日から起算して240日が経過するまでの間（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあっては、保険適用を希望した日から起算して2年が経過するまでの間）であって別に厚生労働大臣が定める期間 第2条 健康保険法第63条第2項第五号及び高齢者医療確保法第64条第2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。 一～十一（略） 十二 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用 十三 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。） 十四 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解	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240日以内に行われるものに限る。） 六～七の二（略） （新設） 第2条 健康保険法第63条第2項第五号及び高齢者医療確保法第64条第2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。 一～十一（略） （新設） （新設） （新設）
--	---

(5)②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18年9月12日厚生労働省告示第495号)

【令和6年10月1日施行】

改 正 後	改 正 前
第2条 健康保険法第63条第2項第五号及び高齢者医療確保法第64条第2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。 一～十四 (略) 十五 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。以下「薬担規則」という。)第7条の2に規定する後発医薬品のある薬担規則第7条の2に規定する新医薬品等(昭和42年9月30日以前の薬事法の規定による製造の承認(以下この号において「旧承認」という。)に係る医薬品であつて、当該医薬品とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有するものとして、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35年法律第145号)第14条又は第19条の2の規定による製造販売の承認(旧承認を含む。)がなされたものがあるものを含む。)であつて別に厚生労働大臣が定めるものの処方等又は調剤に係る療養(別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)	第2条 健康保険法第63条第2項第五号及び高齢者医療確保法第64条第2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。 一～十四 (略) (新設)

(6)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18年9月12日厚生労働省告示第496号)

【令和6年10月1日施行】

改 正 後	改 正 前								
別表第2 <table border="1"> <tr> <th>(略)</th><th>(略)</th></tr> <tr> <td>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18年厚生労働省告示第495号)第2条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等(下〔右〕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</td><td>上〔左〕欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に4分の1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</td></tr> </table>	(略)	(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18年厚生労働省告示第495号)第2条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等(下〔右〕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〔左〕欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に4分の1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	別表第2 <table border="1"> <tr> <th>(略)</th><th>(略)</th></tr> <tr> <td>(新設)</td><td>(新設)</td></tr> </table>	(略)	(略)	(新設)	(新設)
(略)	(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18年厚生労働省告示第495号)第2条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等(下〔右〕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〔左〕欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に4分の1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)	(略)								
(新設)	(新設)								

別表

Ⅶ 別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001 インスリン製剤等注射用ディスプレイスボーザブル注射器

- (1) 標準型
(2) 針刺し事故防止機能付加型

17 円
17 円

002 削除

003 ホルモン製剤等注射用ディスプレイスボーザブル注射器

004 腹膜透析液交換セット

- (1) 交換キット
(2) 回路

11 円
554 円

- ① Yセット

- ② APDセット

- ③ IPDセット

884 円
5,470 円
1,040 円

005 在宅中心静脈栄養用輸液セット

- (1) 本体

- (2) 付属品

- ① フーバー針

- ② 輸液バッグ

1,400 円
419 円
414 円

006 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイスボーザブルカテーテル

- (1) 経鼻用

- ① 一般用

- ② 乳幼児用

- ア 一般型

- イ 非DEHP型

- ③ 経腸栄養用

- ④ 特殊型

183 円
94 円
147 円
1,600 円
2,110 円
3,870 円

- (2) 腸灌用

007 万年筆型注入器用注射針

- (1) 標準型

- (2) 超微細型

17 円
18 円

008 携帯型ディスプレイスボーザブル注入ポンプ

- (1) 化学療法用

- (2) 標準型

- (3) PCA型

- (4) 特殊型

3,180 円
3,080 円
4,270 円
3,240 円

009 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ

- (1) 一般型

- ① カフ付き気管切開チューブ

- ア カフ上部吸引機能あり

- i 一重管

- ii 二重管

- イ カフ上部吸引機能なし

- i 一重管

- ii 二重管

4,020 円
5,690 円

- ② カフなし気管切開チューブ

- (2) 輪状甲状膜切開チューブ

- (3) 保持用気管切開チューブ

3,800 円
6,080 円
2,030 円
6,140 円

010 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスプレイスボーザブルカテーテル

- (1) 2管一般(1)

233 円

- (2) 2管一般(1)

- ① 標準型

- ② 閉鎖式導尿システム

- (3) 2管一般(1)

- ① 標準型

- ② 閉鎖式導尿システム

- (4) 特定(1)

- (5) 特定(1)

1,650 円
2,030 円
741 円
2,060 円

011 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。)

- (1) ダイアライザー

- ① Ia型

- ② Ib型

- ③ IIa型

- ④ IIb型

- ⑤ S型

- ⑥ 特定積層型

1,440 円
1,500 円
1,450 円
1,520 円
2,220 円
5,590 円
21,700 円

- (2) 吸着型血液浄化器(β_2 -ミクログロブリン除去用)

- 皮膚欠損用創傷被覆材

- (1) 真皮に至る創傷用

- (2) 皮下組織に至る創傷用

1㎤当たり6円
1㎤当たり10円
1g当たり35円
1㎤当たり25円

- ① 標準型

- ② 異形型

- (3) 筋・骨に至る創傷用

- 非固着性シリコンガーゼ

- (1) 広範囲熱傷用

- (2) 平坦部位用

- (3) 凹凸部位用

1,080 円
142 円
309 円

- 水循環回路セット

- 人工鼻材料

- (1) 人工鼻

- ① 標準型

- ② 特殊型

- (2) 接続用材料

- ① シール型

- ア 標準型

- イ 特殊型

- ② チューブ型

- ③ ボタン型

- (3) 呼吸弁

675 円
1,150 円
16,800 円
22,100 円
51,100 円

特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件

○厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次のように改正し、令和六年六月一日から適用する。

令和六年 月 日

厚生労働大臣 武見 敬三

本則を次のように改める。

特掲診療料の施設基準等

1

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やか

に届出の内容の変更を行わなければならないこと。

- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

第二 施設基準の通則

2

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において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（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者

の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

【中略】

第十五 調剤

3

一 調剤基本料の施設基準

(1) 調剤基本料1の施設基準

(2) から(6)までのいずれにも該当しない保険薬局であること。

(2) 調剤基本料2の施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)及び(6)に該当するものを除く。）であること。

イ 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。）。

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。）。

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。）。

ニ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあつては、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た回数とする。）が一月に四千回を超えること（イからハまでに該当する場合を除く。）。

4

ホ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）のうち、これに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が、一月に四千回を超えること（イからニまでに該当する場合を除く。）。

(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。

5

(4) 調剤基本料 3 のロの施設基準

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（⑥に該当するものを除く。）のう

ち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。

ロ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。

(5) 調剤基本料 3 のハの施設基準

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（②、④のロ又は⑥に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。

6

(6) 特別調剤基本料 A の施設基準

保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であつて、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。

二 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準

(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。

(3) 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。

二の二 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

一の(1)から(6)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。

7

三 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

(1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（医科点数表の初診料の注4に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が五割以下であること。

(2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流

通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。

(3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を一年間実施していない保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。

四 地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域支援体制加算1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 調剤基本料1を算定している保険薬局であること。

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。

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。

(2) 地域支援体制加算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 (1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。

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。

8

(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。

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。

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。

ハ (1)のヘに該当する保険薬局であること。

(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。

9

四の二 連携強化加算の施設基準

(1) 感染症法第六条第十七項に規定する第二種協定指定医療機関であること。

(2) 災害の発生時等において、他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。

(3) 情報通信機器を用いた服薬指導を行う体制が整備されていること。

四の三 調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該特別調剤基本料Aを算定する保険薬局と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関（当該保険薬局の所在する建物内に所在しているもの（診療所に限る。）を除く。）であつて、当該保険薬局における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保険医療機関であること。

五 後発医薬品調剤体制加算の施設基準

(1) 通則

当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数に占める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の割合が五割以上であること。

(2) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準

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以上であること。

(3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準

10

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。

(4) 後発医薬品調剤体制加算3の施設基準

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九割以上であること。

五の二 調剤基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

11

(1) 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五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

(2) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。

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

(1) 在宅薬学総合体制加算1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 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。

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。

(2) 在宅薬学総合体制加算2の施設基準

イ (1)のイに該当する保険薬局であること。

ロ 在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。

12

五の四 医療DX推進体制整備加算の施設基準

(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。

(2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。

(3) 保険薬剤師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。

- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。
- (5) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
- (6) 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。
- (7) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を一定程度有していること。

五の五 在宅薬学総合体制加算に規定する患者

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（ただし、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者
- (2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（ただし、注1のただし書きに規定する場合を除く。）を算定している患者
- (3) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者
- (4) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者
- (5) 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

13

十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者

六 薬剤調製料の注2に規定する無菌製剤処理加算の施設基準

- (1) 薬局であること。
- (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和三十六年厚生省令第一号）第十一条の八第一項ただし書の場合は、この限りでない。
- (3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

14

六の二 薬剤調製料の注4に規定する厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険薬局がおおむね調剤応需の態勢を解除した後、翌日に調剤応需の態勢を再開するまでの時間（深夜を除く。）

七 薬剤調製料の注6ただし書に規定する薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤（ただし、当該医薬

品の供給状況により、調剤時に必要な数量が確保できない場合を除く。)

八・九 削除

九の二 調剤管理料の注3に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

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。

九の三 調剤管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局であること。

九の四 削除

九の五 調剤管理料の注6に規定する医療情報取得加算の施設基準

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (2)の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

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

十 服薬管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定める患者

次のいずれかに該当する患者

- (1) 介護保険法第八条第二十二項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第二十七項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者又は同条第九項に規定する短期入所生活介護若しくは同法第八条の二第七項に規定する介護予防短期入所生活介護のサービスを受けている患者
- (2) 介護保険法第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設又は介護保険法第八条第二十九項に規定する介護医療院に入所中の患者であつて、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）第二十条第四号ハに係る処方箋を交付したもの

十の二 服薬管理指導料の注5及びかかりつけ薬剤師指導料の注3に規定する医薬品

別表第三の三に掲げる医薬品

十の三 特定薬剤管理指導加算2の施設基準

15

16

当該管理及び指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。

十の四 服薬管理指導料の注6及びかかりつけ薬剤師指導料の注4に規定する厚生労働大臣が定める患者次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表区分番号B001—2—12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の注8に規定する連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、化学療法（抗悪性腫瘍剤が注射されている場合に限る。）及び必要な指導が行われている悪性腫瘍の患者
- (2) 当該保険薬局において、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の調剤を受ける患者

17

十の五 服薬管理指導料の注13に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

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。

十の六 服薬管理指導料の注14に規定する厚生労働大臣が定めるもの

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に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者であること。

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

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。

十一の一 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。

十一の二 調剤後薬剤指導管理料に規定する厚生労働大臣が定めるもの

次のいずれかに該当するものであること。

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

18

十一の三 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注4、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注3及び在宅患者緊急時等共同指導料の注3に規定する在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の施設基準

- (1) 麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
- (2) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

十一の五 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注7、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注6及び在宅患者緊急時等共同指導料の注6に規定する在宅中心静脈栄養法加算の施設基準

医薬品医療機器等法第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

十二 退院時共同指導料の注ただし書に規定する疾病等の患者

別表第三の一の三に掲げる患者

十三 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の注1に規定する患者

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者
- (2) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者
- (3) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者
- (4) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限る。）を算定している患者

19

十四 在宅移行初期管理料に規定する費用

- (1) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の5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つて、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別表の5の注1に規定する単一建物居住者が一人の場合に限る。）
- (2) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の4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つて、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別表の4の注1に規定する単一建物居住者が一人の場合に限る。）

20

【中略】

第十七 経過措置

【中略】

七 令和六年三月三十一日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、同年十二月三十一日までの間に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。

八 令和七年五月三十一日までの間に限り、第三の四の四の①のへ及び第三の九の①のへ中「ロの揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第四の一の三の三④、第四の一の六の二の④、第四の四の三の六の④、第十の一の九の二の④、第十二の二の④、第十三の二の二の④、第十五の九の五の④中「③の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第四の一の五の三の⑥中「⑥の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第五の十一の①のロ中「イの揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第七の四の①のへ中「ホの揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第七の五の②中「①の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」とする。

21

九 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和六年厚生労働省告示第●号）による改正前の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保険医療機関であつて、令和六年三月三十一日において現に外来緩和ケア管理料の注4、糖尿病透析予防指導管理料の注3、在宅療養支援診療

所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院又は調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っているものは、令和八年五月三十一日までの間に限り、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ものとみなす。

別表第一から別表第十三までを次のように改める。

【中略】

別表第三の二 薬剤管理指導料の対象患者並びに服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料に規定する医薬品

抗悪性腫瘍剤

免疫抑制剤

不整脈用剤

抗てんかん剤

血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）

ジギタリス製剤

22

テオフィリン製剤

カリウム製剤（注射薬に限る。）

精神神経用剤

糖尿病用剤

甲状腺^{すい}ホルモン剤

抗HIV薬

第4部 關係通知（案）〈抄〉

別添 3

調剤報酬点数表に関する事項

—＜通則＞

- 1 保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。

— 2 保険薬剤師は、医師の分割指示に係る処方箋又は投与日数が長期間にわたる処方箋によって調剤を行う場合であって、処方箋の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある場合には、分割調剤を行うこと。

また、分割調剤を行う場合（上記の場合のほか、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない、又は署名欄に処方医の署名又は記名・押印があるものの「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されていない先発医薬品がある処方箋（以下「後発医薬品への変更が可能な処方箋」という。）を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により、分割調剤を行う場合を含む。）は、その総量は、当然処方箋に記載された用量を超えてはならず、また、第2回以後の調剤においては使用期間の日数（ただし、処方箋交付の日を含めて4日を超える場合は4日とする。）と用量（日分）に示された日数との和から第1回調剤日から起算して当該調剤日までの日数を差し引いた日分を超えては交付できない。例えば、4月3日交付、使用期間4日間、用量 10 日分の処方箋で4月4日に5日分の調剤を受け、次に 10 日に調剤を受けに来た場合は $(10 + 4) - 7 = 7$ であるから、残りの5日分を全部交付して差し支えないが、もし第2回の調剤を4月 13 日に受けに来た場合、 $(10 + 4) - 10 = 4$ となるので4日分しか交付できない。

- 3 保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方箋に薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第 26 条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録等を作成した後、処方箋を患者に返却すること。

- 4 保険薬局において、「リフィル可」欄に「✓」が記載されていた場合、当該処方箋を「リフィル処方箋」として取り扱い調剤を行うこと。

リフィル処方箋による調剤を行う場合は、1回目の調剤を行うことが可能な期間については、使用期間に記載されている日までとする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日（実際に投薬が終了する日）とし、その前後7日以内とする。

- 5 保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法第 26 条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却すること。その際、必要な事項が記入されたリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管すること。なお、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

- 6 処方箋において、残薬分を差し引いた減数調剤（調剤録又は薬剤服用歴の記録等（以下「薬剤服用歴等」という。）及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務をいう。）を行った後に、残薬に係る状況を情報提供することで差し支えない旨の指示があり、当該指示に基づき調剤を行った場

合は、保険薬剤師は、患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促すとともに、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、患者への説明内容等について、遅滞なく当該調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。

- 7 調剤基本料の「注7」の後発医薬品調剤体制加算及び「注8」に係る後発医薬品については、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について（令和4年3月4日保医発 0304第7号）を参照すること。
- 8 保険薬局は、患者が薬局における業務内容及びその費用を理解できるよう、調剤報酬点数表の一覧等について、薬剤を交付する窓口等、患者が指導等を受ける際に分かりやすい場所に掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。
- 9 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。
- 10 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。
- 11 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の薬剤服用歴等に関する情報を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。
- 12 区分番号は、「00」調剤基本料における「00」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「00」のみ記載する。

<調剤技術料>

—区分00 調剤基本料

—1 受付回数等

- (1) 調剤基本料は、患者等が提出する処方箋の枚数に関係なく処方箋受付1回につき算定する。なお、分割調剤を行う場合は、7により算定し、リフィル処方箋による調剤を行う場合は、8により算定する。
- (2) 同一患者から同一日に複数の処方箋（リフィル処方箋を含む。）を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方箋又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付1回と数える。
ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方箋について

は歯科以外の処方箋と歯科の処方箋を別受付として算定できる。

- (3) 複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。また、この場合において、当該受付のうち、1回目は調剤基本料の所定点数を算定し、2回目以降は「注3」により調剤基本料の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。なお、当該注3の規定は、注9から注11までの分割調剤に係る処方箋には適用しない。

2 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

- (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)」(令和4年6月3日4●日保医発 0304第3号-030●第●号)を参照すること。

ア 医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。

イ 医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況を地方厚生(支)局長に報告していない保険薬局

ウ 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的業務を1年間実施していない保険薬局

- (2) 当該調剤基本料の減算については、調剤基本料の所定点数を100分の50にし、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。

3 地域支援体制加算

- (1) 地域支援体制加算は、かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する薬局の体制等を評価するものであり、調剤基本料の区分によらない共通の施設要件(一定の開局時間、在宅体制整備等)及び調剤基本料の区分により一定の差がある実績等を満たした上で必要な届出を行った場合に算定できる。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局においては、地域支援体制加算の所定点数を100分の80~~10~~にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

- (2) 地域支援体制加算は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

4 連携強化加算

- (1) 連携強化加算は、地域支援体制加算を算定している場合であって、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において、調剤を行った場合に算定できる。なおこの場合において、災害又は新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて当該保険薬局をのほか、当該保険薬局の所在地の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知すること。

- (2) 連携強化加算は、「00」特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、「特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)」第十五の四の三に規定する保険医療機関が医科点数表の「A000」初診料の「注11」及び「A001」再診料の「注15」に規定する外来感染対策向上加算又は医科点数表の「A234-2」及び歯科点数表の「A224-2」感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合は、算定できない。

(3) 連携強化加算は特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

5 後発医薬品調剤体制加算

(1) 特別調剤基本料Aを算定している保険薬局においては、後発医薬品調剤体制加算の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

(2) 後発医薬品調剤体制加算は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

6 調剤基本料の注8に規定する保険薬局

(1) 後発医薬品の調剤数量割合が5割以下の保険薬局（処方箋受付回数が1月に600回以下の場合を除く。）である場合は、調剤基本料を5点減算する。なお、詳細な施設基準については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」を参照すること。

(2) 処方箋受付回数が1月に600回以下に該当するか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

7 分割調剤

(1) 通則

ア 「注9」又は「注10」に係る分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、2回目以降については「注9」又は「注10」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ調剤基本料を算定できる。

イ 「注9」、「注10」又は「注11」に係る分割調剤のうち、複数の分割調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、「注11」の分割調剤に係る点数により算定する。

(2) 長期保存の困難性等の理由による分割調剤

ア 「注9」の分割調剤については、長期投薬（14日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方箋によって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある、分割調剤を行った場合で、1処方箋の2回目以降の調剤を同一の保険薬局において2回目以降行った場合に算定する。

イ 「注9」に係る分割調剤を行う場合は、処方箋の受付時に、当該処方箋を発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録等に記入すること。

(3) 後発医薬品の試用のための分割調剤

ア 「注10」の分割調剤については、後発医薬品への変更が可能な処方箋を提出した患者の同意に基づき、処方箋に記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において1処方箋の2回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うこととする。なお、その際に、所定の要件を満たせば、調剤管理料、服薬管理指導料及び外来服薬支援料2を算定できる。

イ 「注10」に係る分割調剤を行った場合は、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録等に記入すること。また、2回目

の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品の調剤を行った場合も、処方箋を発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必要な事項を調剤録等に記入すること。

ウ 1 処方箋について、「注 9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤の 2 回目以降の調剤と「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤の 2 回目の調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、いずれか一方の分割調剤に係る点数のみを算定する。

(4) 医師の指示による分割調剤

ア 「注 11」については、医師の分割指示に係る処方箋（「注 9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤及び「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に該当する場合を除く。）により、患者の同意の下、分割調剤を行った場合に算定する。

イ 調剤基本料及びその加算、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料については、当該分割調剤を行う保険薬局が当該処方箋において分割調剤を実施しない場合に算定する点数をそれぞれ合算し、分割回数で除した点数を当該調剤時に算定する。当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。ただし、服薬情報等提供料については、分割回数で除していない点数を算定できる。

ウ 「注 11」の医師の指示による分割調剤の場合、保険薬局の保険薬剤師は、以下を実施する。

(イ) 分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、処方箋受付前に、継続的な薬学的管理及び指導のため、当該処方箋の 1 回目の調剤から全ての調剤が完了するまで、同一の保険薬局に処方箋を持参すべきであることを説明する。

(ロ) 患者に対し、次回の自局への処方箋持参の意向の有無及び予定時期を確認するとともに、予定時期に患者が来局しない場合は、必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

(ハ) また、患者から次回は別の保険薬局に処方箋を持参する旨の申し出があった場合は、患者の了解を得た上で、次回の円滑な薬剤交付に資するよう、調剤後遅滞なく、患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

(ニ) 2 回目以降の調剤において患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。

- ・ 残薬の有無
- ・ 残薬が生じている場合はその量及び理由
- ・ 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無
- ・ 副作用が疑われる場合はその原因の可能性のある薬剤の推定

8 リフィル処方箋による調剤

(1) 通則

ア リフィル処方箋による調剤を行う場合は、所定の要件を満たせば、調剤技術料及び薬学管理料を算定できる。なお、リフィル処方箋による調剤を行うごとに、処方箋受付回数 1 回として取扱う。

イ 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）において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

（２） リフィル処方箋による調剤

ア 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋による 1 回目又は 2 回目（総使用回数 3 回の場合）の調剤を行う場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を所定の欄に記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、調剤録等を作成した後、リフィル処方箋を患者に返却すること。その際、必要な事項が記入されたリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

イ 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤を行うに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤を行うことが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。

ウ 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。

エ 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。次回の来局の希望があるにもかかわらず予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により患者の状況を確認すること。

オ 保険薬局の保険薬剤師は、患者が次回の調剤を他の保険薬局において受けることを申し出た場合は、調剤の状況とともに必要な情報を当該他の保険薬局に提供する又は当該情報を記録したものを患者に提供すること。

9-9 在宅薬学総合体制加算

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

（２） 在宅薬学総合体制加算は、特別調剤基本料 A を算定している保険薬局においては、所定点数を 100 分の 10 にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

（３） 在宅薬学総合体制加算は、特別調剤基本料 B を算定している保険薬局は算定できない。

10 医療DX推進体制整備加算

（１） 医療DX推進体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報、薬剤情報等を調剤に実際に活用できる体制を有するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報

共有サービスを導入するなど、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を評価するものであり、処方箋受付1回につき4点を所定点数に加算する。ただし、患者1人につき同一月に2回以上調剤を行った場合においても、月1回のみの算定とする。

(2) 医療DX推進体制整備加算を算定する薬局では、以下の対応を行う。

ア オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の診療情報、薬剤情報等を閲覧及び活用し、調剤、服薬指導等を行う。

イ 患者の求めに応じて、電子処方箋（「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。令和5年12月28日最終改正。）に基づく電子処方箋をいう。）を受け付け、当該電子処方箋に基づき調剤するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録する。

(3) 医療DX推進体制整備加算は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

11 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、小数点以下第一位を四捨五入する。次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（連携強化加算）、「注7」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注8」（後発医薬品減算）及び「注12」（在宅薬学総合体制加算）のうち該当するもの（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局においては、「注5」、「注7」及び「注12」の所定点数に100分の80~~10~~を乗じ、それぞれ小数点以下第一位を四捨五入する。）の加算等を行う。ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。

—区分01 薬剤調製料

(1) 内服薬

ア 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）の薬剤調製料については、内服用滴剤とそれ以外の内服薬とは所定単位及び所定点数が異なる（内服用滴剤は薬剤調製料の「注1」による。）。

イ 内服薬（内服用滴剤以外のもの）についての薬剤調製料及び薬剤料の算定はそれぞれ「1剤」及び「1剤1日分」を所定単位とし、内服用滴剤についての薬剤調製料及び薬剤料は「1調剤」を所定単位として算定するが、この場合の「1剤」とは、薬剤調製料の算定上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。

(イ) 1回の処方において、2種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、1剤として算定する。

(ロ) 服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず1剤として算定する。

(ハ) (イ)及び(ロ)における「服用時点が同一である」とは、2種類以上の薬剤について服用日1日を通じて服用時点（例えば「朝食後、夕食後服用」、「1日3回食後服用」、「就寝前服用」、「6時間ごと服用」等）が同一であることをいう。また、食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、

服用時点が「食直前」、「食前 30 分」等であっても、薬剤調製料の算定にあつては、「食前」とみなし、1 剤として扱う。

(二) (イ)及び(ロ)にかかわらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。

- ① 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- ② 内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服液剤の場合
- ③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

—(ホ)— 同一有効成分であつて同一剤形の薬剤が複数ある場合は、その数にかかわらず 1 剤として算定する。

ウ— 内服薬の薬剤調製料は、1 回の処方箋受付について、4 剤以上ある場合についても、3 剤として算定する。ただし、この場合、内服液剤は剤数に含めないが、浸煎薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、当該浸煎薬又は湯薬の調剤数を内服薬の剤数に含めることとする。

エ 同一薬局で同一処方箋を分割調剤（調剤基本料の「注 9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤又は「注 10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）した場合は、1 回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

オ ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、液剤（シロップ剤）にして患者に投与するときは内服液剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服固形剤として算定する。また、ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の他の液剤と一緒に投与する場合は 1 剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等）と一緒に投与する場合も 1 剤として算定する。

なお、「処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について」（平成 24 年 3 月 5 日保医発 0305 第 12 号）に基づき、ドライシロップ剤の医薬品から類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤する場合又は類似する別剤形の医薬品からドライシロップ剤の後発医薬品に変更して調剤する場合は、同通知の第 3 の 5 を参照すること。

カ— 嚥下困難者用製剤加算の取扱いは、以下のとおりとすること。

—(イ)— 嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があつて、薬価基準に収載されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工した後調剤を行うことを評価するものである。

—(ロ)— 剤形の加工は、薬剤の性質、製剤の特徴等についての薬学的な知識に基づいて行わなければならない。

—(ハ)— 嚥下困難者用製剤加算は、処方箋受付 1 回につき 1 回算定できる。

—(ニ)— 1 剤として取り扱われる薬剤について、自家製剤加算は併算定できず、また、剤形を加工したものをを用いて他の薬剤と計量混合した場合には、計量混合調剤加算を併算定することはできない。

—(ホ)— 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合においては、外来服薬支援料 2 は算定できない。

—(ヘ)— 薬剤師が剤形の加工の必要を認め、医師の了解を得た後剤形の加工を行った場合は、その旨調剤録等に記載する。

(ト) 個々の患者に対し薬価基準に収載されている医薬品の剤形では対応できない場合は、嚥下困難者用製剤加算を算定できない。

キカ 内服用滴剤を調剤した場合の薬剤調製料は、投薬日数にかかわらず、1調剤につき「注1」の所定点数を算定する。この場合の内服用滴剤とは、内服用の液剤であって、1回の使用量が極めて少量（1滴ないし数滴）であり、スポイト、滴瓶等により分割使用するものをいう。なお、当該薬剤の薬剤料は、1調剤分全量を1単位として薬剤料の項により算定するものであり、1剤1日分を所定単位とするものではない。

(2) 屯服薬

屯服薬の薬剤調製料は、調剤した剤数、回数にかかわらず、1回の処方箋受付につき所定点数を算定する。

(3) 浸煎薬

ア 浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。

イ 浸煎薬の薬剤調製料は、日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

ウ 浸煎薬の薬剤調製料は、1回の処方箋受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は湯薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を浸煎薬の調剤数に含めることとする。

(4) 湯薬

ア 湯薬とは、薬局において2種以上の生薬（粗切、中切又は細切したもの）を混合調剤し、患者が服用するために煎じる量ごとに分包したものをいう。

イ 湯薬の薬剤調製料は、1調剤につき投薬日数に応じて所定点数を算定する。

ウ 湯薬の薬剤調製料は、1回の処方箋受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。ただし、内服薬又は浸煎薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を湯薬の調剤数に含めることとする。

(5) 注射薬

ア 注射薬の薬剤調製料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、1回の処方箋受付につき所定点数を算定する。

イ 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射等のために投与される薬剤（インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジンI₂製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタス

ルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤及びセルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、ブロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト vonWillebrand 因子製剤、ブロスマブ製剤、アガルシダーゼアルファ製剤、アガルシダーゼベータ製剤、アルグルコシダーゼアルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグルセラゼ製剤、エロスルファーゼアルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼアルファ製剤、ベラグルセラゼアルファ製剤、ラロニダーゼ製剤、メポリズマブ製剤、オマリズマブ製剤、テデュグルチド製剤、サトラリズマブ製剤、ビルトラルセン製剤、レムデシビル製剤、ガルカネズマブ製剤、オフアツムマブ製剤、ボソリチド製剤、エレヌマブ製剤、アバロパラチド酢酸塩製剤、カプラシズマブ製剤、濃縮乾燥人 C1-インアクチベーター製剤、フレマネズマブ製剤、メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤、ビメキズマブ製剤、ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤、ペグバリアーゼ製剤、パビナフスプ アルファ製剤、アバルグルコシダーゼ アルファ製剤、ラナデルマブ製剤、ネモリズマブ製剤、ペグセタコプラン製剤、ジルコプランナトリウム製剤、コンシズマブ製剤、テゼペルマブ製剤及びオゾラリズマブ製剤）に限る。

なお、「モルヒネ塩酸塩製剤」、「フェンタニルクエン酸塩製剤」、「複方オキシコドン製剤」、「オキシコドン塩酸塩製剤」及び「ヒドロモルフォン塩酸塩製剤」は、薬液が取り出せない構造で、かつ患者等が注入速度を変えることができない注入ポンプ等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。ただし、患者又はその家族等の意を受け、かつ、これらの麻薬である注射薬の処方医の指示を受けた看護師が、患者に当該注射薬を持参し、患者の施用を補助する場合又は保険薬局の保険薬剤師が、患者に麻薬である注射薬を持参し、当該注射薬の処方医の指示を受けた看護師に手渡す場合は、この限りでない。

ウ イの「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいい、高カロリー輸液以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

なお、上記イに掲げる薬剤のうち、処方医及び保険薬剤師の医学薬学的な判断に基づき適当と認められるものについて、在宅中心静脈栄養法用輸液に添加して投与することは差し支えない。

エ イの「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持

を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

オ イの「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

——（６） 外用薬

ア— 外用薬の薬剤調製料は、投与日数にかかわらず、１調剤につき算定する。

イ— 外用薬の薬剤調製料は、１回の処方箋受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。

ウ— トローチについては、外用薬として算定する。

エ 同一有効成分で同一剤形の外用薬が複数ある場合には、その数にかかわらず、１調剤として取り扱う。

——（７） 注射薬の無菌製剤処理

ア 「注２」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。—

イ 薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、次に示す注射薬を無菌的に製剤した場合に、１日分製剤するごとにそれぞれ次に示す点数を所定点数に加算する。

（イ） ２以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合には 69 点（6 歳未満の乳幼児の場合は 137 点）を加算する。

（ロ） 抗悪性腫瘍剤又はを含む 2 以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で希釈する場合を含む。）抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合には 79 点（6 歳未満の乳幼児の場合は 147 点）を加算する。

（ハ） 麻薬を含む 2 以上の注射薬を混合して（生理食塩水等で希釈する場合を含む。）無菌的に麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤する場合又は麻薬の注射薬を 1 日分無菌的に充填し製剤するごとにそれぞれ 69 点、79 点又は 69 点（6 歳未満の乳幼児の場合においては、1 日分製剤するごとにそれぞれ 137 点、147 点又は 137 点）を加算する。

ウ 抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射剤として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成 14 年法律第 192 号）第 4 条第 6 項第 1 号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成 16 年厚生労働省告示第 185 号）に掲げる医薬品等）をいう。

エ 無菌製剤処理加算は、同一日の使用のために製剤した場合又は組み合わせて 1 つの注射剤として製剤した場合においても、１日につき 1 回に限り、主たるものの所定点数のみ算定するものとする。

オ 無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。

カ 無菌調剤室を共同利用する場合に当たっては、「薬事法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」（平成 24 年 8 月 22 日薬食発 0822 第 2 号）を遵守し適正に実施すること。なお、この場合の費用については両者の合議とする。

——(8) 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬加算

- ア 「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 2 条第 6 号の規定に基づく同法別表第 3 に掲げる向精神薬をいう。
- イ 当該加算は、麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに 1 調剤行為につき 70 点、それ以外の場合に 1 調剤行為につき 8 点を加算するものであり、処方中の麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。
- ウ 使用した薬剤の成分が麻薬、覚醒剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚醒剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、当該加算は算定できない。
- エ 重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は 1 調剤につき 70 点を算定し、それ以外の場合は 1 調剤につき 8 点を算定する。
- オ 当該加算は、内服薬のほか、屯服薬、注射薬、外用薬についても算定できる。

——(9) 調剤技術料の時間外加算等

- ア 時間外加算は調剤基本料、薬剤調製料及び調剤管理料（基礎額）の 100 分の 100、休日加算は 100 分の 140、深夜加算は 100 分の 200 であり、これらの加算は重複して算定できない。
- イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注 1」から「注 413」までを適用して算出した点数）、薬剤調製料—及び無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算並びに調剤管理料の合計額とする。嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子的保健医療情報活用取得加算は基礎額に含まない。
- ウ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合の時間外加算等については、かかりつけ薬剤師包括管理料の所定点数を基礎額として取り扱う。
- エ 時間外加算等を算定する保険薬局は、開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示する。
- オ 時間外加算
- (イ) 各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前 8 時前と午後 6 時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。
- (ロ) (イ)により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。
- (ハ) 時間外加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴等に記載する。
- (ニ) 「注 4」のただし書に規定する時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局とは、一般の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保険薬局に限られる。

- (ホ) 「注4」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、当該地域において一般の保険薬局が概ね調剤応需の態勢を解除し、翌日調剤応需の態勢を再開するまでの時間であって、深夜時間を除いた時間をいう。

カ 休日加算

- (イ) 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。

- (ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。

- ① ~~地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っている~~と認められる保険薬局で調剤を受けた患者

以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者

・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による休日当番保険薬局の場合

・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合

- ② 当該休日を開局しないこととしている保険薬局で、又は当該休日に調剤を行っている保険薬局の開局時間以外の時間（深夜を除く。）に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

キ 深夜加算

- (イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。

- ① ~~地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っている~~と認められる保険薬局で調剤を受けた患者

以下に掲げる場合において深夜に調剤を受けた患者

・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による深夜当番保険薬局の場合

・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合

- ② 深夜時間帯（午後10時から午前6時までの間）を開局時間としていない保険薬局、及び当該保険薬局の開局時間が深夜時間帯にまで及んでいる場合にあっては、当該開局時間と深夜時間帯とが重複していない時間に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

- (ロ) 深夜加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴等に記載する。

(10) 薬剤調製料の夜間・休日等加算

ア 夜間・休日等加算は、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（休日加算の対象となる休日を除く。）又は休日加算の対象となる休日であって、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に、処方箋受付1回につき、薬剤調製料の加算として算定する。ただし、時間外加算等の要件を満たす場合には、夜間・休日等加算ではなく、時間外加算等を算定する。

イ 夜間・休日等加算を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側の分かりやすい場所に表示するとともに、夜間・休日等加算の対象となる日及び受付時間帯を薬局内の分かりやすい場所に掲示する。また、平日又は土曜日に夜間・休日等加算を算定する患者については、処方箋の受付時間を当該患者の薬剤服用歴等に記載する。

——(11) 自家製剤加算

ア— 自家製剤加算は、イの(1)に掲げる場合以外の場合においては、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による1調剤行為に対し算定し、イの(1)に掲げる錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬を自家製剤の上調剤した場合においては、自家製剤を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、いずれの場合においても、予製剤による場合又は錠剤を分割する場合にあっては所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。

イ 当該加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し薬価基準に収載されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。

- (イ) 錠剤を粉砕して散剤とすること。
- (ロ) 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。
- (ハ) 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。

ウ 「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」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。

エ 薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。

(イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。

(ロ) 液剤を調剤する場合であって、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35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等法」という。）上の承認事項において用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合

オ 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。

カ 「予製剤」とは、あらかじめ想定される調剤のために、複数回分を製剤し、処方箋受付時に当該製剤を投与することをいう。

キ 「錠剤を分割する場合」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。

ク 錠剤を分割して予製剤とする場合においては、予製剤とする場合又は錠剤を分割する場合と同様に自家製剤加算の所定点数を 100 分の 20 にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

ケ 通常、成人又は 6 歳以上の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を 6 歳未満の乳幼児（以下「乳幼児」という。）に対して調剤する場合において、薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても、「注 6」の「イ」を算定できる。

コ 自家製剤を行った場合には、賦形剤の名称、分量等を含め製剤工程を調剤録等に記載すること。

サ 自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

——(12) 計量混合調剤加算

ア 計量混合調剤加算は、薬価基準に収載されている 2 種類以上の医薬品（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、液剤、散剤若しくは顆粒剤として内服薬又は屯服薬を調剤した場合及び軟・硬膏剤等として外用薬を調剤した場合に、投薬量、投薬日数に関係なく、計量して混合するという 1 調剤行為に対し算定できる。なお、同注のただし書に規定する場合とは、次の場合をいう。

（イ）液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤について「注 6」の自家製剤加算を算定した場合

（ロ）薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤を調剤した場合

イ ドライシロップ剤を液剤と混合した場合は、計量混合調剤加算を算定するものとする。

ウ 処方された医薬品が微量のため、乳幼児に対してそのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合は、「注 7」を算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は、この限りでない。

エ 計量混合調剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

(13) 在宅患者調剤加算

~~在宅患者調剤加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費が算定されていない場合は、算定できない。ただし、「区分 1-5 在宅患者訪問薬剤管理指導料」の（4）において規定する在宅協力薬局が処方箋を受け付けて調剤を行った場合は、この限りでない。~~

<薬学管理料>

1 通則

——(1) 薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならないものとする。

(2) 患者に対する服薬指導、服薬支援等を行う際に、日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材（以下「服薬カレンダー等」という。）を提供する場合にあっては、患者から実費を徴収しても差し支えない。

~~(3) 別紙様式1-1、別紙様式1-2及び別紙様式3について、電子的方法によって、個々の患者の服薬に関する情報等を保険医療機関に提供(3する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名(厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書をを用いた電子署名、認定認証事業者(電子署名及び認証業務に関する法律(平成12年法律第102号)第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。))又は認証事業者(同条第2項に規定する認証業務を行う者(認定認証事業者を除く。))をいう。))の発行する電子証明書をを用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律(平成14年法律第153号)に基づき、平成16年1月20日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等)を施すこと。~~

(4) ①服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否、②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、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否、③同一月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管理指導料と他の薬学管理料の算定の可否は別表1のとおりであるため、参考とされたい。

(4) 薬学管理等の実施にあたっては、薬剤師法第28条で規定される調剤録において情報の提供及び指導の内容の要点等の記入が義務づけられていることから、必要事項等が記録されている薬剤服用歴等を作成すること。薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者の診療情報、薬剤情報等を含めて、次の事項等を記載すること。

ア 患者の基礎情報(氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先)

イ 処方及び調剤内容等(処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等)

ウ 以下の患者情報並びに当該情報等を踏まえた薬学的管理及び指導の要点

(イ) 患者の体質(アレルギー歴、副作用歴等を含む。)、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向

(ロ) 疾患に関する情報(既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。)

(ハ) 併用薬(要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。)等の

状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況

(二) 服薬状況（残薬の状況を含む。）

(ホ) 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点

(ヘ) 手帳活用の有無（手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由）

—エ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点

オ 指導した保険薬剤師の氏名

(5) 薬剤服用歴等の記載にあたっては、単に患者から収集した情報、相談事項及び患者への指導内容を単純に全て記載するのではなく、その要点を記載することで差し支えないが、指導後速やかに記載を完了させること。また、定型文を用いて画一的に記載するのではなく、指導等を行った保険薬剤師が必要事項を判断して記載すること。特に、薬学管理料やその加算を算定する場合には、その根拠及び指導内容等について簡潔に記載すること。なお、指導の内容等について処方医等へ情報提供した場合には、情報提供した文書等の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴等に記載又は添付すること。

(6) 薬剤服用歴等の保存については、最終記入日から起算して3年間保存すること。

区分10の2 調剤管理料

1 調剤管理料

~~(1) 調剤管理料は、同一患者の1回目の処方箋受付時から算定できる。~~

~~(2) 調剤管理料(1) 調剤管理料は、保険薬剤師が、患者又はその家族等から収集した当該患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、服薬状況等の情報、手帳、医薬品リスク管理計画（（医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成16年厚生労働省令第135号）第2条第3項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき製造販売業者が策定した医薬品に限る。）、薬剤服用歴等に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに薬剤服用歴への記録その他必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。~~

(2) 調剤管理料は、同一患者の1回目の処方箋受付時から算定できる。

(3) 調剤管理料1は、1回の処方箋受付について、4剤以上ある場合についても、3剤として算定する。

~~(3)4~~ 内服薬について、隔日投与等の指示により患者が服用しない日がある場合における調剤管理料1は、実際の投与日数により算定する。

~~(4)5~~ 調剤管理料2は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。また、調剤管理料1を算定した場合は、調剤管理料の2は算定することができない。

~~(5)6~~ 調剤管理料については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

(7) 同一薬局で同一処方箋を分割調剤（調剤基本料の「注9」の薬剤の保存が困難である等の理由による分割調剤又は「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）した場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

(6-8) 調剤基本料の「注 11」の医師の指示による分割調剤における2回目以降の調剤を行う場合には、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。また、処方医に対して情報提供した内容の要点を薬剤服用歴等に記載する。

- ・残薬の有無
- ・残薬が生じている場合はその量及び理由
- ・患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無
- ・副作用が疑われる場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

(7) ~~薬剤服用歴等~~

~~薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、次の事項等を記載し、最終記入日から起算して3年間保存すること。なお、薬剤服用歴等への記載は指導後速やかに完了させること。~~

~~ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先）~~

~~イ 処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）~~

~~ウ 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む⁹）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向~~

~~エ 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）~~

~~オ オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の薬剤情報又は特定健診情報等~~

~~カ 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況~~

~~キ 服薬状況（残薬の状況を含む。）~~

~~ク 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点~~

~~ケ 服薬指導の要点~~

~~コ 手帳活用の有無（手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由）~~

~~サ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点~~

~~シ 指導した保険薬剤師の氏名~~

(8) 重複投薬・相互作用等防止加算

ア 重複投薬・相互作用等防止加算は、薬剤服用歴等又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に処方箋受付1回につき算定する。ただし、複数の項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。なお、調剤管理料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。また、当該加算を算定する場合においては、残薬及び重複投薬が生じる理由を分析するとともに、処方医に対して連絡・確認する際に必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。

イ 「イ 残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容について、処方医に対して

連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

(イ) 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）

(ロ) 併用薬、飲食物等との相互作用

(ハ) そのほか薬学的観点から必要と認める事項

ウ 「ロ 残薬調整に係るものの場合」は、残薬について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。

エ 重複投薬・相互作用等防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。

オ 同時に複数の処方箋を受け付け、複数の処方箋について薬剤を変更した場合であっても、1回に限り算定する。

カ 当該加算は、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又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者については算定できない。

(9-10) 調剤管理加算-

ア 調剤管理加算は、複数の保険医療機関から合計で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であって、初めて処方箋を持参した場合又は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内服薬の変更又は追加があった場合に、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、重複投薬、相互作用等の有無を確認した上で、手帳、オンライン資格確認等システムを活用した診療情報、薬剤情報や特定健診等の情報、薬剤服用歴等、直接患者又はその家族等から収集した服薬状況等の情報等に基づき、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的分析を行った場合に処方箋受付1回につき算定する。

イ 算定に当たっては、調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、必要に応じ処方医に情報提供すること。

ウ アにおいて確認した服薬状況等の情報及び薬学的分析の要点について薬剤服用歴等に記載する。

エ 調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。

オ 内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。

カ 患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

キ 「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」とは、薬剤服用歴等が保存されている患者において、当該保険薬局で調剤している内服薬について、処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合又は内服薬の種類数が1種類以上増加した場合をいう。なお、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更は、内服薬の種類が変更した場合に含めない。

(10) 電子的保健医療情報活用加算

ア 電子的保健(11) 医療情報活用取得加算

ア 医療情報取得加算は、オンライン資格確認システムの活用を通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該導入している保険薬局において、患者に係る十分な情報を活用して調剤を行う実施すること等を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合に、医療情報取得加算 1 として、6 月に 1 回に限り 3 点を算定する。ただし、健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）により、当該患者の薬剤に係る診療情報等を取得等した上で調剤を行った場合は、医療情報取得加算 2 として、6 月に、処方箋受付 1 回につき月 1 回に限り 3 点 1 点を所定点数に加算算定する。算定

イ 医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、以下の事項について薬局内に当たっては、掲示するとともに、原則として、ウェブサイトに掲載し、必要に応じて患者に対して説明する。

(イ) オンライン資格確認システムの活用を通じて得られる行う体制を有していること。

(ロ) 当該保険薬局に処方箋を提出した患者に対し、診療情報、薬剤情報及び特定健診その他必要な情報等を取得・活用して調剤を行うこと。

ウ 医療情報取得加算を算定する保険薬局においては、「10 の 3」服薬管理指導料の 2 (3) イ (イ) から (ホ) までに示す事項を参考に、患者から調剤に必要な情報を取得し、薬剤服用歴等に記載する。なお、患者に対し薬学的管理及び指導を行う場合には、必要に応じて当該情報を活用すること。こと。

イ 健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和 6 年 3 月 31 日までの間に限り、処方箋受付 1 回につき 3 月に 1 回に限り 1 点を所定点数に加算する。なお、アを算定したことがある患者が調剤時にイを算定しようとする場合には、アを算定したことをイを算定したこととみなし、算定の可否を判断すること。

ウ 算定に当たっては、電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。

エ 当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等に該当し、イを算定した患者については、イを算定した日以降は、アの要件を満たせば算定できる。

区分 10 の 3 服薬管理指導料

1 通則

- (1) 服薬管理指導料は、同一患者の 1 回目の処方箋受付時から算定できる。
- (2) 服薬管理指導料は、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者の場合、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的処方箋によって調剤を行った場合に限り算定できる。
- (3) 算定にあたっては、薬学管理料の通則（5-4）の薬剤服用歴等を活用して必要な情報提供及び指導を行うものであり、指導後は、その要点を薬剤服用歴等に速やかに記載すること。

2 服薬管理指導料「1」及び「2」

- (1) 服薬管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認した上で、(2)の「薬剤の服用に関する基本的な説明」及び(3)の「患者への薬剤の服用等に関する必要な指導」の全てを対面により行った場合に、以下の区分により算定する。

ア 服薬管理指導料「1」

—3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

イ 服薬管理指導料「2」

—以下のいずれかに該当する患者

(イ) 初めて処方箋を持参した患者

(ロ) 3月を超えて再度処方箋を持参した患者

(ハ) 3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示しないもの

(2) 薬剤の服用に関する基本的な説明

患者ごとに作成した薬剤服用歴等に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。また、必要に応じて、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画（以下「RMP：Risk Management Plan：RMP」という。）に基づく患者向け資材を活用すること。

(イ) 当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）

(ロ) 用法、用量、効能、効果

(ハ) 副作用及び相互作用

(ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項

(ホ) 調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報

(ヘ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

(ト) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

(3) 患者への薬剤の服用等に関する必要な指導

ア— 薬剤服用歴等を参照しつつ、患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、それを踏まえて、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。患者に対して実施した指導等の要点について薬剤服用歴等に記載なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たって、特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすること。

イ 以下の事項については、処方箋の受付後、薬を取りそろえる前に、保険薬剤師が患者等に確認すること。

(イ) 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む。）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向

(ロ) 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）

(ハ) 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況

(ニ) 服薬状況（残薬の状況を含む。）

(ホ) 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点

ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載すること。

エ 残薬の状況について、薬剤服用歴等を踏まえつつ、患者又はその家族等に残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡し、投与日数等の確認を行うよう努めること。

オ 当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。

カ 一般名処方が行われた医薬品については、原則として後発医薬品を調剤することとするが、患者に対し後発医薬品の有効性、安全性や品質について適切に説明した上で、後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由を調剤報酬明細書の摘要欄に記載する。

キ 抗微生物薬の適正使用を推進する観点から、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省結核感染症課）を参考に、必要な服薬指導を行うこと。また、服薬指導を円滑に実施するため、抗菌薬の適正使用が重要であることの普及啓発に資する取組を行っていることが望ましい。

ク ポリファーマシーへの対策の観点から、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。また、必要に応じて、患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。その際、日本老年医学会及び日本老年薬学会が作成する「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」等を参考にすること。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

(4) 継続的服薬指導

保険薬剤師が、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的な確認のため、必要に応じて指導等を実施すること。

ア 保険薬剤師が、患者の服用している薬剤の特性や患者の服薬状況等に応じてその必要性を個別に判断した上で適切な方法で実施すること。

イ 保険薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、(3)のイに

掲げる内容について、保険薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。

ウ 患者に対して実施した指導等を行った場合イの対応は、~~その要点について薬剤服用歴等に記載すること。~~

エ ~~電話や情報通信機器を用いた方法により実施して差し支えないが、患者等に一方的に一律の内容の電子メールを一律に一斉送信すること等のみをもって対応することは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて対応する必要があること。~~

ホエ 継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」（日本薬剤師会）等を参考とすること。

(5) 指導等に係る留意点

——(2)から(4)までの業務を行うに当たっては、以下の点に留意すること。

ア 情報提供等

(イ) 2の(2)の薬剤情報提供文書により行う薬剤に関する情報提供は、調剤を行った全ての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤を複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。なお、薬剤情報提供文書については、処方内容が前回と同様の場合等においては、必ずしも指導の都度、患者に交付する必要はないが、患者の意向等を踏まえた上で交付の必要性を判断し、~~交付しない患者にあってはその理由を薬剤服用歴等に記載する~~すること。

(ロ) 薬剤情報提供文書における「これに準ずるもの」とは、ボイスレコーダー等への録音、視覚障害者に対する点字その他のものをいう。

(ハ) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。

(ニ) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方箋発行医に確認する等慎重に対応すること。

(ホ) (2)の(ホ)の「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」の別紙1に掲げられたものに加え、別紙2に掲げられたものも含むものであること。

① 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無

② 該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格（当該薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨）

(ヘ) 指導の内容等について、処方医へ情報提供した場合は、その要点について薬剤服

用歴等に記載すること。

イ 服薬指導

- (イ) ~~服薬指導は、処方箋の受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬剤服用歴等を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直す。また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴等に記載する。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とする。~~
- (ロ) ~~服薬指導に当たっては、抗微生物薬の適正使用の観点から、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省）を参考とすること。また、服薬指導を円滑に実施するため、抗菌薬の適正使用が重要であることの普及啓発に資する取組を行っていることが望ましい。~~
- (ハ) ~~ポリファーマシーへの対策の観点から、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。また、必要に応じて、患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。その際、日本老年医学会及び日本老年薬学会が作成する「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」等を参考にすること。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。~~

ウ 手帳

- (イ) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④までに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。
- ① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
 - ② 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
 - ③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録
 - ④ 患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等
- ①から③までの手帳の欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、手帳を有効に活用する観点から、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。④については、当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が当該薬局を日常的に利用する保険している場合には、当該薬局があれば手帳に記入し、患者が他の保険薬局を日常的に利用している場合には、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。
- (ロ) 手帳については、患者に対して、手帳を活用することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供することとし、患者の意向等を確認した上で手帳を用いないこととした場合にあっては、その理由を薬剤服

用歴等に記載する。なお、手帳を活用しているが、持参を忘れたこと等により提示できない患者に対しては、「注1」のただし書の点数を算定することになる旨説明するとともに、次回以降は手帳を提示するよう指導すること。

(ハ) (3)のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行った全ての薬剤について行うこととする。この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等であり、投薬された薬剤や患者の病態に応じるものである。

(ニ) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は1冊にまとめる。なお、1冊にまとめなかった場合については、その理由を薬剤服用歴等に記載する。

(ホ) 患者が手帳の持参を忘れたことにより提示できない場合は、手帳に追加すべき事項が記載されている文書（シール等）を交付し、患者が現に利用している手帳に貼付するよう患者に対して説明することで、既に患者が保有している手帳が有効に活用されるよう努めるとともに、当該患者が次回以降に手帳を提示した場合は、当該文書が貼付されていることを確認する。

(ヘ) 電子版の手帳については、「電子版お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項ガイドラインについて」（平成27年11月27日）（令和5年3月31日薬生総発第1127第4号-0331第1号）の「第三—運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳であれば、紙媒体の手帳と同様の取扱いとする。2. 運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳であれば、紙媒体の手帳と同様の取扱いとする。その際、保険薬局においては、同通知の「第二—3. 提供薬局等施設が留意すべき事項」を満たす必要がある。

(ト) 手帳の媒体（紙媒体又は電子媒体）は患者が選択するものであり、手帳の提供に当たっては、患者に対して個人情報の取扱い等の必要事項を説明した上で、患者の意向を踏まえて提供する媒体を判断すること。

(チ) 紙媒体の手帳を利用している患者に対して、患者の希望により電子版の手帳を提供する場合には、電子版の手帳にこれまでの紙媒体の情報を活用できるようにするなど、提供する保険薬局が紙媒体から電子媒体への切り替えを適切に実施できるよう対応すること。

エウ その他

(3)のエの残薬の状況の確認に当たり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴等に記載する。

(6) 服薬管理指導料「1」及び「2」については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

3 服薬管理指導料「3」

(1) 服薬管理指導料「3」は、保険薬剤師が患者の入所している特別養護老人ホーム以下

の場合に算定できる。

ア 保険薬剤師が地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護を受けている患者（以下「介護老人福祉施設等の患者」という。）を訪問し、当該患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して対面により必要な指導等を行った場合に算定する。特別養護。

イ 介護医療院又は介護老人ホームの保健施設に入所している患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和 58 年厚生省告示第 14 号）第 20 条第 4 号ハに係る処方箋を交付した場合に、保険薬剤師が患者を訪問し、当該患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して対面により必要な指導等を行った場合。

(2) 服薬管理指導料「3」は月に 4 回に限り算定する。また、上記(1)に掲げる指導等について、情報通信機器を用いた服薬指導（以下「オンライン服薬指導」という。）等を行った場合においても、服薬管理指導料「3」を算定することとし、服薬管理指導料「4」は算定できない。

(2-3) 服薬管理指導料「3」についても、「区分 10 の 3—」服薬管理指導料—の 2 の(2)から(4)に関する業務を実施すること。ただし、(3)のイについては、必要に応じて実施すること。

(2-4) 「注 12」に規定する交通費は実費とする。

(5) 服薬管理指導料「3」については、特別調剤基本料 B を算定している保険薬局は算定できない。

4 服薬管理指導料「4」

(1) 服薬管理指導料「4」は、オンライン服薬指導等を行った場合に、以下の区分により算定する。ただし、特別養護老人ホームの介護老人福祉施設等の患者及び介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者等（当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して、オンライン服薬指導等を行った場合においては、服薬管理指導料「3」を算定する。

ア 服薬管理指導料「4のイ」

— 3 月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

イ 服薬管理指導料「4のロ」

— 以下のいずれかに該当する患者

(イ) 初めて処方箋を持参した患者

(ロ) 3 月を超えて再度処方箋を持参した患者

(ハ) 3 月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示していないもの

(2) オンライン服薬指導等により、服薬管理指導料に係る業務を実施すること。

(3) 医薬品医療機器等法施行規則（昭和 36 年厚生省令第 1 号）及び関連通知又は厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則（平成 26 年厚生労働省令第 33 号）及び関連通知に沿って実施すること。

(4) 患者の薬剤服用歴等を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、

患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう必要な情報を手帳に添付又は記載すること。

- (5) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (6) 薬剤を患者に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
- (7) 服薬管理指導料「4」については、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

5 麻薬管理指導加算

- (1) 麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、調剤後、継続的に電話等により定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。
- ~~(2) 指導の要点は、薬剤服用歴等に記載する。~~
- (2) (1)の電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。
- (3) (1)の麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

6 特定薬剤管理指導加算 1

- (1) 特定薬剤管理指導加算 1 は、服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、特に安全管理が必要な医薬品が処方された患者又はその家族等に当該薬剤が特に安全管理が必要な医薬品である旨を伝え、当該薬剤についてこれまでの指導内容等も踏まえ適切な指導を行った場合に算定する。なお、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参照し、特に安全管理が必要な医薬品に関して薬学的管理及び指導等を行う上で必要な情報については事前に情報を収集することが望ましいが、薬局では得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要とはしない。
- ~~(2) 「イ」については、新たに当該医薬品が処方された場合に限り、算定することができる。~~
- (3) 「ロ」については、次のいずれかに該当する患者に対して指導を行った場合をいう。
 - ア 特に安全管理が必要な医薬品の用法又は用量の変更に伴い保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者
 - イ 患者の副作用の発現状況、服薬状況等の変化に基づき保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者

- (4) 特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤及び抗HIV薬をいう。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。
- (3-5) 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、その全てについて保険薬剤師が必要と認める薬学的管理及び指導を行うこと。ただし、この場合において、当該加算は処方箋受付1回につきそれぞれ1回に限り算定するもの。なお、「イ」及び「ロ」のいずれにも該当する場合であるあっても、重複して算定することはできない。
- (4-6) 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴等に記載すること。なお、従来と同一の処方内容にもかかわらず当該加算を継続の場合は、「ロ」として算定する場合には、特に指導が必要な内容を重点的に保険薬剤師が認めた場合に限り算定することができるが、この場合において、特にを行い、その内容を指導が必要と判断した理由の要点を薬剤服用歴等に記載すること。

7 特定薬剤管理指導加算 2

- (1) 特定薬剤管理指導加算 2 は、医科点数表の区分番号「B001-2-12」の「注6」に規定する連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、抗悪性腫瘍剤を注射された悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局の保険薬剤師が以下のアからウまでの全てを実施した場合に算定する。
- ア 当該患者のレジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うこと。
- イ 当該患者が注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、電話等により服用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者又はその家族等に確認すること。
- ウ イの確認結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供すること。
- (2) 「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。
- (3) 特定薬剤管理指導加算 2 における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン（治療内容）等を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。
- (4) 電話等による患者の服薬状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認は、電話の他、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による連絡及び患者が他の保険医療機関の処方箋を持参した際の確認が含まれる。電話又はビデオ通話により患者に確認を行う場合は、あらかじめ患者に対し、電話又はビデオ通話を用いて確認することについて了承を得ること。
- (5) 患者の緊急時に対応できるよう、あらかじめ保険医療機関との間で緊急時の対応方法や連絡先等について共有することが望ましい。また、患者の服薬状況の確認において、

重大な副作用の発現のおそれがある場合には、患者に対して速やかに保険医療機関に連絡するよう指導することや受診勧奨を行うことなどにより、必要な対応を行うこと。

(6) 保険医療機関に対して情報提供した文書の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴等に添付又は記載する。

(7(6)) 当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。

(7) 特定薬剤管理指導加算 2 は、特別調剤基本料 A を算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

(8) 患者 1 人につき同一月に 2 回以上の情報提供を行った場合においても、当該加算の算定は月 1 回のみとする。

(9) 抗悪性腫瘍剤等に関する患者の服用状況及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等の確認を行う際に、他の保険医療機関又は他の診療科で処方された薬剤に係る情報を得た場合には、必要に応じて、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関等に情報提供を行うこと。この場合において、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料を算定できる。

8.8 特定薬剤管理指導加算 3

(1) 服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者 1 人につき当該医薬品に関して最初に処方された 1 回に限り算定する。

(2) 「イ」については、「10の2」調剤管理料の1の(1)を踏まえ、当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を用いて特に必要な患者に説明及び指導を行ったときとは、以下の場合をいう。

・ RMP の策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り、患者又はその家族等に対し、RMP に基づき RMP に係る情報提供資材を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合

・ 処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合

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

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

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

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

算定することができない。

(5) 特定薬剤管理指導加算3を算定する場合は、それぞれの所定の要件を満たせば特定薬剤管理指導1及び特定薬剤管理指導加算2を算定できる。

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

9 乳幼児服薬指導加算

(1) 乳幼児服薬指導加算は、乳幼児に係る処方箋の受付の際に、年齢、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。

(2) 乳幼児服薬指導加算を算定した処方箋中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うとともに、~~その要点について、薬剤服用歴等に記載すること。~~

~~(3) (1)における確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴等及び手帳に記載する。~~

9-10 小児特定加算

(1) 小児特定加算は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る調剤において、患者又はその家族等に患者の服薬状況等を確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。

(2) 小児特定加算は、次に掲げる薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。

ア 患者の服薬状況及び服薬管理を行う際の希望等について、患者又はその家族等から聞き取り、当該患者の薬学的管理に必要な情報を収集する。

イ アにおいて収集した情報を踏まえ、薬学的知見に基づき調剤方法を検討し調剤を行うとともに、服用上の注意点や適切な服用方法等について服薬指導を行う。

(3) 小児特定加算を算定した処方箋中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。

(4) ~~確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴等及び手帳に記載する。~~

~~(5) 当該加算は乳幼児服薬指導加算と併算定することはできない。~~

10-11 吸入薬指導加算

(1) 吸入薬指導加算は、喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者が吸入薬を適切に使用し、治療効果の向上や副作用の回避に繋がるよう、以下のア及びイを行った場合に3月に1回に限り算定する。ただし、当該患者に対し他の吸入薬が処方された場合であって、必要な吸入指導等を別に行ったときには、前回の吸入薬指導加算の算定から3月以内であっても算定できる。

ア 文書及び練習用吸入器等を用いて、吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かなどの確認等を行うこと。

イ 保険医療機関に対し、吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと。

(2) 当該加算に係る指導は以下のア又はイの場合に、患者の同意を得て行うものであること。

- ア 保険医療機関からの求めがあった場合
- イ 患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、吸入指導の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき
- (3) 当該加算に係る吸入指導を行うに当たっては、日本アレルギー学会が作成する「アレルギー総合ガイドライン」等を参照して行うこと。
- (4) (1)の「吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと」とは、吸入指導の内容や患者の吸入手技の理解度等について、保険医療機関に情報提供することであり、文書の他、手帳により情報提供することでも差し支えない。ただし、患者への吸入指導等を行った結果、患者の当該吸入薬の使用について疑義等がある場合には、処方医に対して必要な照会を行うこと。なお、保険医療機関に情報提供した文書等の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴等に添付又は記載すること。
- (5) 当該加算は、~~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を算定している患者については算定できない。また、当該加算の算定に関する保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。~~

11 ~~調剤後薬剤管理指導加算~~

- (1) ~~調剤後薬剤管理指導加算は、低血糖の予防等の観点から、糖尿病患者に新たにインスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤（以下「インスリン製剤等」という。）が処方等された患者に対し、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する。なお、インスリン製剤等の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。~~
- (2) ~~(1)の「新たにインスリン製剤等が処方等された患者」とは次のいずれかに該当する患者をいう。~~
 - ア ~~新たにインスリン製剤等が処方された患者~~
 - イ ~~既にインスリン製剤等を使用している患者であって、新たに他のインスリン製剤等が処方された患者~~
 - ウ ~~インスリン製剤の注射単位の変更又はスルフォニル尿素系製剤の用法・用量の変更があった患者~~
- (3) ~~当該加算に係る電話又はビデオ通話によるインスリン製剤等の使用状況の確認等は、以下のア又はイの場合に患者の同意を得て行うものであること。~~
 - ア ~~保険医療機関からの求めがあった場合~~
 - イ ~~患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、調剤後の薬剤管理指導の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき~~
- (4) ~~本加算の調剤後のインスリン製剤等の使用状況等の確認は、処方医等の求めに応じて実施するものであり、計画的な電話又はビデオ通話による確認を原則とすること。この場合において、あらかじめ患者等に対し、電話等を用いて確認することについて了承を得ること。~~
- (5) ~~保険医療機関に対して情報提供した文書の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴~~

等に添付又は記載する。

- (6) ~~電話等による患者のインスリン製剤等の使用状況等の確認を行った結果、速やかに保険医療機関に伝達すべき患者の服薬中の体調の変化等の情報を入手した場合（インスリン製剤等以外の薬剤による副作用が疑われる場合を含む。）は、当該情報を患者が受診中の保険医療機関に提供するとともに、必要に応じて保険医療機関への受診勧奨を行うこと。~~
- (7) ~~当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。~~
- (8.6) 当該加算は、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特別調剤基本料Aを算定している患者保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。
- 12 服薬管理指導料の特例（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が算定する服薬管理指導料）
- (1) 「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」とは、3月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数うち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が50%以下である保険薬局であること。算定回数の割合は小数点以下を四捨五入して算出する。
- (2) 当該特例への該当性は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年3月5月1日から当年2月末日4月30日までの服薬管理指導料の実績をもって判断し、当年4月6月1日から翌年3月5月31日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
- (3) 当該特例に該当した場合であっても、直近3月間における(1)の割合が50%を上回った場合には、(2)にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「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」に該当しないものとする。
- (4) 当該特例を算定する場合は、調剤管理料及び服薬管理指導料の加算は算定できない。
- (5) 当該特例を算定する場合は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

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

- (1) 患者に対する服薬指導等の業務について、患者が選択した保険薬剤師（以下「かかりつけ薬剤師」という。）がやむを得ない事情により業務を行えない場合に、あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師（~~1名までの保険薬剤師に限る。~~以下「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」という。）が、かかりつけ薬剤師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で服薬指導等を行った場合に算定できる。
- (2) 当該特例は、当該保険薬局における当該患者の直近の調剤において、区分「13の2に掲げる」かかりつけ薬剤師指導料又は区分「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ついて算定できるものとする。
- (3) 算定に当たっては、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希

望する場合は、あらかじめ別紙様式2を参考に作成した文書で患者の同意を得ること。

その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。

- (4) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師がかかりつけ薬剤師指導料の(6)に準じて、服薬管理指導料の注1に規定する指導等を全て行った場合に算定する。
- (5) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師は、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化及び当該患者の指導において注意すべき事項等の情報をかかりつけ薬剤師と共有すること。
- (6) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行った場合は、当該服薬指導等の要点について薬剤服用歴等に記載するとともに、かかりつけ薬剤師に必要な情報を共有すること。
- (7) 当該特例を算定する場合は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分13の2 かかりつけ薬剤師指導料

- (1) かかりつけ薬剤師指導料は、かかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定できる。
- (2) 算定に当たっては、当該指導料を算定しようとする薬剤師本人が次に掲げる全ての事項を説明した上で、患者に対し、別紙様式2を参考に作成した同意書に、かかりつけ薬剤師に希望する事項及び署名の記載を求め、同意を得る。また、かかりつけ薬剤師に関する情報を文書により提供する。必要な記入を行った同意書は、当該保険薬局において保管し、当該患者の薬剤服用歴等にその旨を記載する。なお、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて、患者が希望する場合は、あらかじめ文書で患者の同意を得ること。その場合、当該保険薬剤師の氏名について当該文書に記載すること。

ア かかりつけ薬剤師の業務内容

イ かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等

ウ かかりつけ薬剤師指導料の費用

エ 当該指導料を算定しようとする薬剤師が、当該患者がかかりつけ薬剤師を必要とする
と判断した理由

- (3) 同意取得は、当該薬局に複数回来局している患者に行うこととし、患者の同意を得た後、次回の処方箋受付時以降に算定できる。なお、1人の患者に対して、1か所の保険薬局における1人の保険薬剤師のみについてかかりつけ薬剤師指導料を算定できるものであり、同一月内は同一の保険薬剤師について算定すること。
- (4) 他の保険薬局及び保険医療機関においても、かかりつけ薬剤師・薬局の情報を確認できるよう、患者が保有する手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。
- (5) 患者に対する服薬指導等の業務はかかりつけ薬剤師が行うことを原則とする。ただし、やむを得ない事由により、かかりつけ薬剤師が業務を行えない場合は、当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師が服薬指導等を行っても差し支えないが、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない(要件を満たす場合は、服薬管理指導料を算定できる。)

この場合、他の保険薬剤師が服薬指導等で得た情報については、薬剤服用歴等に記載するとともに、かかりつけ薬剤師と情報を共有すること。

(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。

ア 服薬管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。

イ 患者が服用中の薬剤等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、患者の意向を確認した上で、服薬指導等の内容を手帳等に記載すること。

ウ 患者が受診している全ての保険医療機関の情報を把握し、服用している処方薬をはじめ、要指導医薬品及び一般用医薬品（以下「要指導医薬品等」という。）並びに健康食品等について全て把握するとともに、その内容を薬剤服用歴等に記載すること。また、当該患者に対して、保険医療機関を受診する場合や他の保険薬局で調剤を受ける場合には、かかりつけ薬剤師を有している旨を明示するよう説明すること。

エ 患者がかかりつけ薬剤師から 24 時間の服薬指導等を受けられるよう、当該薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。

オ 患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則とともに、勤務表を作成して患者、かかりつけ薬剤師が相談に渡す対応すること。この場合においてとするが、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることによりしても差し支えない。ただし、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない場合においては、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制がとられていること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所に対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。

カ 患者が他の保険薬局等で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴等に記載すること。

キ 調剤後も患者の服薬状況の把握、指導等を行い、その内容を薬剤を処方した保険医に情報提供し、必要に応じて処方提案すること。服薬状況の把握は、患者の容態や希望に応じて、定期的にすること（電話による連絡、患家への訪問、患者の来局時など）。また、服用中の薬剤に係る重要な情報を知ったときは、患者に対し当該情報を提供し、患者への指導等の内容及び情報提供した内容については薬剤服用歴等に記載すること。

ク 継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を必要に応じて提供し、その取組（いわゆるブラウンバック運動）の意義等を説明すること。また、患者が薬剤等を持参した場合は服用薬の整理等の薬学的管理を行うこととするが、必要に応じて患家を訪問して服用薬の整理等を行うこと。なお、訪問に要した交通費（実費）は、患家の負担とする。

ケ 必要に応じ、患者が入手している調剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及

び指導を行う。

- (7) かかりつけ薬剤師指導料を算定する患者以外の患者への服薬指導等又は地域住民からの要指導医薬品等の使用に関する相談及び健康の維持増進に関する相談に対しても、丁寧に対応した上で、必要に応じて保険医療機関へ受診勧奨を行うよう努める。
- (8) 麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算 1、特定薬剤管理指導加算 2、特定薬剤管理指導加算 3、乳幼児服薬指導加算及び、小児特定加算及び吸入薬指導加算の取扱いについては、服薬管理指導料の麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算 1、特定薬剤管理指導加算 2、特定薬剤管理指導加算 3、乳幼児服薬指導加算及び、小児特定加算及び吸入薬指導加算に準じるものとする。
- (9) 「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 16 条の 8 で定める期間に、当該保険薬局の勤務時間が週 32 時間に満たない薬剤師が算定する場合には、次に掲げる対応を行う。
- ア 同意取得に当たり、勤務時間が通常より短いことを説明する。
- ~~イ 患者に渡す勤務表には、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で定める期間であるため短時間勤務となっている旨を記載する。~~
- ウイ 当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師と当該患者についての情報を共有し、同意している保険薬剤師の不在時に患者から問い合わせがあった場合等に、他の保険薬剤師が同意している保険薬剤師と連絡を取るなどして円滑に対応できる体制を整えておく。
- (10) かかりつけ薬剤師指導料は、服薬管理指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料と同時に算定することはできない。
- (11) 平成 30 年 4 月 1 日前に取得した同意は、(2)の規定によらずその効力を有する。ただし、患者が同意の取消しを申し出た場合は、この限りでない。
- (12) かかりつけ薬剤師指導料は、特別調剤基本料 B を算定している保険薬局は算定できない。

区分 13 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料

- (1) かかりつけ薬剤師包括管理料は、(2)に該当する患者のかかりつけ薬剤師が、保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定できる。
- (2) かかりつけ薬剤師包括管理料の対象患者は、医科点数表の区分番号「A001」の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料若しくは区分番号「B001-2-10」認知症地域包括診療料を算定している患者とする。なお、これらの患者のかかりつけ薬剤師として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を算定する場合には、患者の同意の下で保険薬局においていずれかを算定できる。
- (3) 患者の服薬状況等については、薬学的知見に基づき随時把握し、保険医に対して、その都度情報提供するとともに、必要に応じて処方提案すること。なお、情報提供の要否、方法、頻度等については、あらかじめ保険医と相談して合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等によることで差し支えない。
- (4) かかりつけ薬剤師包括管理料の算定に当たっては、「区分 13 の 2—」かかりつけ薬

剤師指導料」の(2)から(7)まで、(9)及び(11)を準用する。この場合において、「かかりつけ薬剤師指導料」は「かかりつけ薬剤師包括管理料」と読み替える。

(5) かかりつけ薬剤師包括管理料は、服薬管理指導料又はかかりつけ薬剤師指導料と同時に算定できない。

(6) かかりつけ薬剤師包括管理料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分14の2 外来服薬支援料

1 外来服薬支援料1

(1) 外来服薬支援料1は、保険薬局の保険薬剤師が、自己による服薬管理が困難な外来の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、当該患者又はその家族等が持参した服薬中の薬剤について、治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を判断し、当該薬剤を処方した保険医にその必要性につき了解を得た上で、一包化や及び服薬カレンダー等の活用により薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援した場合に、「注1」及び「注2」合わせて服薬支援1回につき、月1回に限り算定する。また、患者の来局時のほか、患者の求めに応じて保険薬剤師が患者を訪問して服用薬の整理等を行った場合でも算定できる。この場合、訪問に要した交通費（実費）は患家の負担とする。なお、服薬管理を容易にするような整理を行わずに単に服薬指導を行っただけでは算定できない。また、服用薬の整理等の支援を行った場合においては、当該支援が必要となった背景、理由等を分析し薬学的管理を実施するとともに、同様の支援が今後必要とならないように努めること。

(2) 「注1」については、外来服薬支援を行うに当たり、患者が、当該保険薬局で調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を服用していないか確認し、極力これらの薬剤も含めて一包化や及び服薬カレンダー等の活用により整理するよう努める。また、実際にこれらの薬剤も含めて服薬支援を行う場合には、重複投薬、相互作用等の有無を確認し、処方医に必要な照会を行い、適切な措置を講じる。なお、患者に対する服薬中の薬剤の確認や処方医への照会等を行った上で、結果として、他の保険薬局で調剤された薬剤又は保険医療機関で院内投薬された薬剤のみについて服薬支援を行うこととなった場合（当該保険薬局で調剤を受けていない患者が持参した、他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤について服薬支援を行う場合を含む。）でも算定できる。

(3) 「注2」については、患者が保険薬局に持参した服用中の薬剤等の服薬管理を行い、その結果を関係する保険医療機関へ情報提供した場合に算定できる。算定に当たっては、あらかじめ、患者又はその家族等に対して、保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を提供し、患者等が薬剤等を持参することで服薬管理を行う取組（いわゆるブラウンバッグ運動）を周知しておく。この場合において、外来服薬支援料1は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

(4) 外来服薬支援料1に係る外来服薬支援は、処方箋によらず、調剤済みの薬剤について

服薬管理の支援を目的として行うものであるため、薬剤の一包化を行った場合でも、調剤技術料は算定できない。

- (5) 薬剤の一包化による服薬支援は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に行うものである点に留意する。
- (6) 外来服薬支援料1を算定する場合は、服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨又は情報提供した内容並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴等に記載する。
- (7) 外来服薬支援料1は、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できない。また、現に他の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている患者についても算定できない。
- (8) 外来服薬支援料1は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

2 外来服薬支援料2

- (1) 外来服薬支援料2は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的とし、保険薬局の保険薬剤師が治療上の必要性が認められると判断されるした場合に、医師の了解を得た上で、処方箋受付ごとに、当該保険薬局で一包化及び必要な指導を行い、患者の服薬管理を支援した場合について評価するものである。
- (2) 外来服薬支援料2は、処方箋受付1回につき1回算定できるものであり、投与日数が42日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算した点数を、投与日数が43日分以上の場合には、投与日数にかかわらず240点を算定する。この場合において、外来服薬支援料1は算定できない。
- (3) 一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点ごとに一包として患者に投与することをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。
- (4) 保険薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を薬剤服用歴等に記載する。
- (5) 患者の服薬管理を支援するため、一包化した場合には当該保険薬局の保険薬剤師が必要な服薬指導を行った上で、調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、必要に応じ処方医に情報提供する。
- (6) 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等も算定できるが、処方箋受付1回につき1回に限り算定する。
- (7) 同一薬局で同一処方箋に係る分割調剤（調剤基本料の「注9」の長期保存の困難性等の理由による分割調剤又は「注10」の後発医薬品の試用のための分割調剤に限る。）をした上で、2回目以降の調剤について一包化を行った場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数を所定点数に加

算する。

- (8) 外来服薬支援料2を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は算定できない。
- (9) 外来服薬支援料2を算定する場合は、当該処方箋の調剤に係る調剤技術料を同時に算定できる。
- (10) 外来服薬支援料2は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

3 施設連携加算

- (1) 施設連携加算は、保険薬剤師が患者の入所している地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設を訪問し、当該施設職員と協働して、日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することを評価するものである。
- (2) 当該患者又はその家族等の同意を得て、当該薬剤を処方した保険医にその必要性につき了解を得た上で実施すること。
- (3) 当該患者の服薬状況等に基づき継続的に適切な服薬が行えるよう、特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な以下のいずれかの場合に限り、外来服薬支援料2に加えて算定することとし、該当する理由について、調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設への入所時であって、服用している薬剤が多く、入所後の服薬管理について当該施設職員と協働した服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - イ 新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった患者のうち、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - ウ 患者が服薬している薬剤に関する副作用等の状況、体調の変化等における当該施設職員からの相談に基づき薬剤師が当該患者の服薬状況等の確認を行った結果、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
- (4) 日常の服薬管理が容易になるような支援については、当該保険薬局が調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤等の調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を行うこと。
- (5) (1)の当該施設職員との協働した服薬管理については、施設における患者の療養生活の状態を薬剤師自らが直接確認し、薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診に関する情報、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用、実施する服薬支援措置、施設職員が服薬の支援・管理を行う上で留意すべき事項等に関する確認等を行った上で実施すること。また、実施した内容の要点を薬剤服用歴等に記載すること。
- (6) 単に当該施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設の職員に対して服薬の支援・管理に関する情報共有等を行ったのみの場合は算定できない。

区分14の3 服用薬剤調整支援料

(1) 服用薬剤調整支援料1

- ア 服用薬剤調整支援料1は、内服を開始して4週間以上経過した内服薬6種類以上を保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の意向を

踏まえ、当該患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。

イ 服用薬剤調整支援料1は、当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が2種類以上（うち少なくとも1種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定する。

ウ 保険医療機関名及び保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。

エ 調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。また、当該内服薬の服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。

オ 内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。

カ 患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うに当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

キ 保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに薬学的見地から検討した薬学的内容を薬剤服用歴等に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴等に添付する等の方法により記録・保持する。保存しておくこと。なお、服用薬剤調整支援料1に係る提案を行った直後に受け付けた当該処方医の発行した処方箋に関しては、実施した服用薬剤調整支援料1の提案内容と同一の処方内容の場合において、重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。

ク 当該保険薬局で服用薬剤調整支援料1を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り、新たに算定することができる。

（2）服用薬剤調整支援料2

ア 服用薬剤調整支援料2は、複数の保険医療機関から内服薬が合計で6種類以上処方されている患者に対して、患者若しくはその家族等の求めに応じて、保険薬局の保険薬剤師が、重複投薬等の解消のために以下の取組を全て行った場合に算定する。なお、詳細な施設基準については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（通知）」を参照すること。

（イ） 患者の服用薬について、手帳の確認、患者への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握すること。なお、同種・同効薬が処方されている場合は、必要に応じて処方背景を処方医又は患者若しくはその家族等に確認すること。

（ロ） 重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案を検討し、当

該提案及び(イ)の内容を記載した報告書を作成し、処方医に対して送付すること。

イ 内服薬の種類数の考え方は、服用薬剤調整支援料1に準ずる。また、6種類以上の内服薬について、少なくとも1種類は当該保険薬局で調剤されている必要がある。

ウ アの(ロ)の報告書は以下の内容を含む別紙様式3又はこれに準ずるものをいう。

- (イ) 受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報
- (ロ) 服用中の薬剤の一覧
- (ハ) 重複投薬等に関する状況
- (ニ) 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する薬剤
- (ホ) その他(残薬、その他患者への聞き取り状況等)

エ 「重複投薬等の解消に係る提案」とは、重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案をいう。この場合において、当該文書の写しを薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存しておくこと。なお、服用薬剤調整支援料2に係る提案を行った直後に受け付けた当該処方医の発行した処方箋に関しては、実施した服用薬剤調整支援料2の提案内容と同一の処方内容の場合において、重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。

オ 重複投薬等の解消に係る提案を行う場合、患者の希望、かかりつけ医の有無及び処方開始日等について十分な聞き取りを行った上で、処方内容の見直しを依頼する処方医に対して報告書を送付すること。

カ 処方内容の見直し状況について患者の次回以降の来局時に確認すること。

~~オ 重複投薬等の解消に係る提案を行う場合、患者の希望、かかりつけ医の有無及び処方開始日等について十分な聞き取りを行った上で、処方内容の見直しを依頼する処方医に対して報告書を送付すること。~~

~~カ 処方内容の見直し状況について患者の次回以降の来局時に確認すること。~~

キ 当該加算の算定に係る保険医療機関、患者又はその家族等への情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。また、服用薬剤調整支援料2は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等其他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

区分14の4 調剤後薬剤管理指導料

(1) 調剤後薬剤管理指導料「1」は、新たに糖尿病用剤が処方等された患者に対し、薬物治療を適切に継続する観点から、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を受診中の保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する。なお、当該指導料に係る薬剤の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。

(2) (1)の「新たに糖尿病用剤が処方された患者」とは次のいずれかに該当する患者をいう。

- ア 新たに糖尿病用剤が処方された患者
- イ 糖尿病用剤の用法・用量の変更があった患者

- (3) 調剤後薬剤管理指導料「2」は、心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対し、薬物治療を適切に継続するとともに、特に入院歴を有する慢性心不全患者の再入院を抑制する観点から、地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を受診中の保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する。なお、当該指導料に係る薬剤の調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。
- (4) (3)の「心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者」とは、日本循環器学会及び日本心不全学会が作成する最新の「急性・慢性心不全診療ガイドライン」等を参照し、複数の作用機序の異なる循環器疾患に係る治療薬の処方を受けている慢性心不全患者をいう。
- (5) 調剤後薬剤管理指導料に係る電話等による当該治療薬の服薬状況の確認等は、以下のいずれかの場合に患者の同意を得て行うものであること。なお、電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて必要な対応を行うこと。
- ア 保険医療機関からの求めがあった場合
- イ 患者若しくはその家族等の求めがあり、保険薬剤師が調剤後の薬剤管理指導を必要と認め、医師の了解を得た場合
- (6) 調剤後薬剤管理指導料に係る調剤後の糖尿病又は慢性心不全の治療薬の服薬状況等の確認は、処方医等の求めに応じて実施するものであり、計画的な電話等による確認を原則とすること。この場合において、あらかじめ患者等に対し、電話等を用いて確認することについて了承を得ること。
- (7) 電話等による患者の糖尿病又は慢性心不全の治療薬の服薬状況等の確認を行った結果、速やかに保険医療機関に伝達すべき患者の服薬中の体調の変化等の情報を入手した場合は、当該情報を患者が受診中の保険医療機関に提供するとともに、必要に応じて保険医療機関への受診勧奨を行うこと。
- (8) 医療機関への情報提供に当たっては、単に確認された服薬状況、副作用の状況を記載して情報提供するだけでなく、医療機関との連携の下で、処方医等の求めに応じた情報の収集と、薬学的分析及び評価に基づく情報提供を実施するとともに、必要に応じて処方に係る提案等を行うこと。この際、体重の増減、塩分摂取、飲水の状況など、薬学的管理に密接に関係する情報も積極的に収集し、活用することが望ましい。また、医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。
- (9) 調剤後薬剤管理指導料の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。
- (10) 調剤後薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、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、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況、薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3まで及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月4回に限り算定する。在宅患者訪問薬剤管理指導料は、定期的に訪問して訪問薬剤管理指導を行った場合の評価であり、継続的な訪問薬剤管理指導の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族又は介助者等の助けを借りずに来局ができる者等は、来局が容易であると考えられるため、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。なお、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここである単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築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料を算定する者の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

(3) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいう。ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

(4) 在宅協力薬局

ア (3)にかかわらず、訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、連携する他の保険薬局（以下「在宅協力薬局」という。）と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって当該患者又はその家族等に訪問薬剤管理指導を行うことについて、あらかじめ当該患者又はその家族等の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は、在宅基幹薬局が

行うこととするが、費用については両者の合議とする。

- イ 在宅協力薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴等を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行った在宅協力薬局名及び当該訪問薬剤管理指導を行った日付を記載する。また、在宅協力薬局が処方箋を受け付け、調剤を行った在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等は在宅協力薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄には在宅協力薬局が処方箋を受け付けた旨を記載する。

-(5) 薬学的管理指導計画

- ア 「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ、処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（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及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、薬剤特性（薬物動態、副作用、相互作用等）を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。
- イ 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存する。
- ウ 薬学的管理指導計画は、原則として、患家を訪問する前に策定する。
- エ 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報を踏まえ計画の見直しを行う。
- オ 薬学的管理指導計画は少なくとも1月に1回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行う。
- (6) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、訪問薬剤管理指導の結果及び当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点について情報提供する。
- (7) 訪問薬剤管理指導は、当該保険薬局の調剤した薬剤の服用期間内に、患者の同意を得て実施する。なお、調剤を行っていない月に訪問薬剤管理指導を実施した場合は、当該調剤年月日及び投薬日数を調剤報酬明細書の摘要欄に記入する。
- (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導料と合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。
- (9) 保険薬剤師1人につき在宅患者訪問薬剤管理指導料1、2及び3並びに在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて週40回に限り算定できる。
- (10) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2—調剤薬学管理料—の1の(6)通則(5-4)」の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名

- イ 処方医から提供された情報の要点
 - ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用等に関する確認、実施した服薬支援措置等）
 - エ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
 - オ 処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合にあっては、当該医療関係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報の要点
 - カ 在宅協力薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行った場合には、（４）のイで規定する事項
- (11) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、服薬管理指導料、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処方箋によって調剤を行った場合を除いて算定できない。また、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、外来服薬支援料１又は服薬情報等提供料は算定できない。
- (12) １つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の１０％以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。
- (13) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

２ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者オンライン薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局において、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、情報通信機器を用いた薬剤管理指導（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、在宅患者訪問薬剤管理指導料１、２及び３並びに在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月４回に限り算定する。
- (2) 当該指導料は、保険薬剤師１人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料１から３までと合わせて週４０回に限り算定できる。
- (3) 在宅患者オンライン薬剤管理指導により、服薬管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知又は厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5) 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン薬剤管理指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。
- (6) 患者の薬剤服用歴等を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう必要な情報を手帳に添付又は記載すること。

- (7) 薬剤を患家に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
- (8) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (9) 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、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。
- (10) 在宅患者オンライン薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

3 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、処方箋発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。ただし、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。

イ 麻薬管理指導加算は、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が算定されていない場合は算定できない。

ウ アの麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

エ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2—調剤薬学管理料」の1の(6)通則(5-4)及び「区分15—在宅患者訪問薬剤管理指導料」の1の(10)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

- (イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）
- (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
- (ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

- (二) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

4 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

ア 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

ウ 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

エ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

オ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分1-0の2—調剤薬学管理料」の1の(6)通則(5-4)及び「区分15—在宅患者訪問薬剤管理指導料」の1の(10)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

(ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

(ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

(ニ) 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

5 乳幼児加算

乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。ただし、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 小児特定加算

小児特定加算は、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその

家族等に対し、当該患者の状態に合わせた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、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。また、乳幼児加算を併算定することはできない。

7 在宅中心静脈栄養法加算

ア 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患家を訪問し、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者に対し 2 種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。

ウ 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

エ 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分 10 の 2—調剤薬学管理料—」の 1 の (6) 通則 (5-4) 及び「区分 15—在宅患者訪問薬剤管理指導料—」の 1 の (10) の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(イ) 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等）

(ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）

(ハ) 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

8 その他留意点

(1) 保険薬局（在宅協力薬局を含む。）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る訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から 16 キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定については 16 キロメートル以内の場合と同様に算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により 16 キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「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」とは、患家を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成 24 年 3 月 31 日以前に「注 1」に規定する医師の指示があった患者につ

いては、当該規定は適用しないものであること。

(2) 「注9」に規定する交通費は実費とする。

区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、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（以下この項で単に「保険医」という。）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指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1及び2並びに在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を合わせて月4回に限り算定する。

(2) (1)の規定にかかわらず、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、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料に係る業務を実施する場合は、1と2を合わせて原則として月8回まで算定できる。ただし、特に医療上の必要がある場合であって、保険医の発行した処方箋に基づくときに限り、月8回を超えて算定することができる。ただし、この場合にあつては、保険医からの指示内容、訪問が必要になった患者の容態等について、必要な薬学的分析を実施し、薬剤服用歴等に記載した上で、当該訪問が必要であった理由を調剤報酬明細書の摘要欄に簡潔に記載すること。

(3) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象疾患の急変等に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

(3-4) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象となっていない疾患の急変等に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

(4) (2-5) (3)及び(3-4)については、情報通信機器を用いて療養上必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する。この場合において、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は算定できない。

(5) (2-6) (3)から(4-5)までについては、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。

(6) 「区分7」「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(4)に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が緊急訪問薬剤管理指導を行った場合は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、その場合においては、「区分15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(4)の取扱いに準ずること。

(7-8) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2—調剤薬学管理料」の1の(6)通則(5-4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

- ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
- イ 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と連携する他の保険医から緊急の要請があった日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨
- ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）
- エ 保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

(8-9) 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。ただし、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。

イ 麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

ウ アの麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

エ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2—調剤薬学管理料」の1の(6)通則(5-4)及び「区分15の2—在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」の(7-8)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

- (イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）
- (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
- (ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
- (ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

(9-10) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

ア 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

ウ 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

エ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

オ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2—調剤薬学管理料—」の1の(6)通則(5-4)及び「区分15の2—」在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料—の(7-8)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

(ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

(ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

(ニ) 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届けた麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

~~(11イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）~~

~~(ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）~~

~~(ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点~~

~~(ニ) 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届けた麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）~~

- ~~カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。~~
- (10) 乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。ただし、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。
- (11) 小児特定加算は、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた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、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。また、乳幼児加算を併算定することはできない。
- (12) 在宅中心静脈栄養法加算
- ア 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
- イ 当該患者に対し2種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。
- ウ 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。
- エ 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「~~区分10の2~~調剤薬学管理料」の1の(6)通則(5-4)及び「区分15の2」在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」の(7-8)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- (イ) 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等）
- (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）
- (ハ) 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
- (13) 保険薬局（在宅協力薬局を含む。）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る訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定については16キロメートル

以内の場合と同様に算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により 16 キロメートルを超えて訪問薬剤管理指導を行った場合の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は保険診療としては認められないことから、患者負担とする。この場合において、「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」とは、患家を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成 24 年 3 月 31 日以前に在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注 1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

(1415) 「注 8」に規定する交通費は実費とする。

(16) 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算

ア 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算は、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、以下に掲げる夜間、休日及び深夜時間帯に、保険薬局の保険薬剤師が、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算定する。ただし、当該夜間、休日及び深夜に、常態として開局している保険薬局は除く。

(イ) 夜間訪問加算の対象となる時間帯は、午前 8 時前と午後 6 時以降であって深夜を除く時間帯とする。ただし、休日訪問加算に該当する休日の場合は、休日訪問加算により算定する。

(ロ) 休日訪問加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）第 3 条に規定する休日という。なお、1 月 2 日、3 日、12 月 29 日、30 日及び 31 日は休日として取り扱う。ただし、深夜に該当する場合は深夜訪問加算により算定する。

(ハ) 深夜訪問加算の対象となる時間帯は、深夜（午後 10 時から午前 6 時までの間）とする。

イ 訪問時間については、保険医から日時指定の指示のある場合を除き、処方箋の受付時間又は保険医の指示より直ちに患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合に限るものであること。

ウ 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算を算定する患者については、処方箋の受付時間（又は保険医から指示を受けた時間）及び患家を訪問した時間について、当該患者の薬剤服用歴等に記載すること。

エ 「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1 の（4）に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が当該夜間、休日又は深夜時間帯に緊急訪問薬剤管理指導を行った場合（ただし、当該夜間、休日及び深夜に、常態として開局している場合は除く。）は、夜間訪問加算、休日訪問加算又は深夜訪問加算を算定できる。なお、その場合においては、「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1 の（4）の取扱いに準ずること。

オ 夜間訪問加算、休日訪問加算及び深夜訪問加算を算定する保険薬局は、開局時間及び当該加算の費用について、患者及びその家族等に対して説明すること。

(17) 「注 10」については、患家又は宿泊施設及び入所中の施設を保険薬剤師が緊急に訪問し、当該患者又はその家族等（現にその看護に当たっている者及び当該患者の薬剤を管理している当該施設の職員を含む。）に対して、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「注1」に規定する計画的な訪問薬剤管理指導の実施の有無によらず算定できる。また、この場合において、服薬管理指導料、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は、別に算定できない。

- (18) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

- (1) 在宅患者緊急時等共同指導料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等（居宅介護支援事業者の介護支援専門員を含む。以下同じ。）が一堂に会す等によりカンファレンスを行うことで、より適切な治療方針を立てることが可能となるとともに、カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の情報を的確に共有することができ、患者及び家族が安心して療養生活を送ることに資することから、そのような取組を評価するものである。
- (2) 在宅患者緊急時等共同指導料は、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病状の急変や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じたことに伴い、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、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行うとともに、共有した当該患者の診療情報及び当該カンファレンスの結果を踏まえ、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えて、患家を訪問した上で患者に対し療養上必要な薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該薬学的管理指導を行った場合でも算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに薬学的管理指導を行うものであること。また、カンファレンス及びそれに基づく薬学的管理指導1回につき1回に限り算定する。
- (3) (1)及び(2)については、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該保険医に加え、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること。
- (4) 当該カンファレンスは、保険薬局の保険薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。ただし、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の1者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること。
- (5) (4)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (6) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2—調剤薬学管理料—」の1の(6)通則(5-4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていないこと。

ア カンファレンス及び薬学的管理指導の実施日、薬学的管理指導を行った薬剤師の氏名並

びにカンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名

イ 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と連携する他の保険医から要請があつて患家を訪問し、他の医療関係職種等と共同してカンファレンスを行い、その結果を踏まえて薬学的管理指導を実施した旨及びその理由

ウ カンファレンスの要点及びカンファレンスの結果を踏まえて実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）

エ 保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

(7) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。また、情報通信機器を用いて療養上必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定し、在宅患者緊急時等共同指導料は算定できない。

（8）（8） 在宅患者緊急時等共同指導料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

（9） 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

イ 麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。

ウ アの麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

エ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2—調剤薬学管理料—」の1の（6）通則（5-4）及び「区分15の3—在宅患者緊急時等共同指導料—」の（6）の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

（イ） 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

（ロ） 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

（ハ） 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

（ニ） 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

(9-10) 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

ア 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅において医療用麻薬持続注射療法を行っている患者又はその家族等に対して、患家を訪問し、麻薬の投与状況、残液の状況及び保管状況について確認し、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無を確認し、薬学的管理及び指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ 当該患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。

ウ 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。

エ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。

オ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「区分10の2—調剤薬学管理料」の1の(6)通則(5-4)及び「区分15の3—」在宅患者緊急時等共同指導料」の(6)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）

(ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

(ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

(ニ) 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。

~~(11イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）~~

~~(ロ) 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）~~

~~(ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点~~

~~(ニ) 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）~~

- ~~カ 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない。~~
- (40) 乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。
- (1112) 小児特定加算は、児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である 18 歳未満の患者に係る薬学的管理指導の際に、服薬状況等を確認した上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対し、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。また、乳幼児加算を併算定することはできない。
- (1213) 在宅中心静脈栄養法加算
- ア 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患家を訪問し、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
- イ 当該患者に対し 2 種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。
- ウ 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。
- エ 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に「~~区分 10 の 2 調剤薬学管理料~~」の ~~1 の (6) 通則 (5-4)~~ 及び「~~区分 15 の 3~~」在宅患者緊急時等共同指導料の (6) の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
- (イ) 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等）
- (ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）
- (ハ) 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
- (1314) 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る訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から 16 キロメートルの圏域の内側に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなど、当該保険薬局からの訪問薬剤管理指導を必要とする特殊な事情がある場合に認められるものであって、この場合の在宅患者緊急時等共同指導料の算定については 16 キロメートル以内の場合と同様に算定する。特殊な事情もなく、特に患家の希望により 16 キロメートルを超えて療養上必要な指導を行った場合の在宅患者緊急時等共同指導料は保険診療としては認められないことから、患

者負担とする。この場合において、「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」とは、患家を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に当該保険薬局が所在する場合をいう。

ただし、平成 24 年 3 月 31 日以前に在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注 1」に規定する医師の指示があった患者については、当該規定は適用しないものであること。

区分 15 の 4 退院時共同指導料

- (1) 退院時共同指導料は、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、原則として当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、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（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については 2 回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、医科点数表の第 1 章第 2 部通則 5 に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
- (2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
- (3) (2)において、患者の個人情報当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (4) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (5) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴等に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴等に添付する。
- (6) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。
- (7) 退院時共同指導料は、特別調剤基本料 B を算定している保険薬局は算定できない。

区分 15 の 5 服薬情報等提供料

- (1) 服薬情報等提供料は、保険薬局において調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関に当該情報を提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下で医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。
- (2) 服薬情報等提供料 1 は、保険医療機関から (5) のア又は イからウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定でき

る。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけでなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載すべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

ア 処方箋を発行した保険医療機関が患者の服用薬の残薬の報告を求めており、保険薬局において患者の服用薬の残薬を確認し、残薬が生じている場合はその理由を薬学的に分析した上で当該保険医療機関に対して情報提供を行った場合

イ 調剤基本料の「注 11」に掲げる医師の指示による分割調剤及びリフィル処方箋による調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。

- ・残薬の有無
- ・残薬が生じている場合はその量及び理由
- ・副作用の有無
- ・副作用が生じている場合はその原因の可能性がある薬剤の推定

ウ 保険医療機関からの求めに応じ、入院前の患者の服用薬について確認し、依頼元の医療機関に情報提供した場合

~~（3）服薬情報等提供料 2 は、以下の場合に算定できる。~~

~~ア 患者又はその家族等の求めがあった場合、患者の同意を得て、次に掲げる情報等の内容について、患者又はその家族等に対して速やかに提供等し、当該情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を次回以降の来局時に行った場合。~~

~~（イ）緊急安全性情報、安全性速報や医薬品・医療機器等安全性情報など、処方箋受付時に提供した薬剤情報以外の情報で患者の服薬期間中に新たに知り得た情報~~

~~（ロ）患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導~~

イ （3）服薬情報等提供料 2 は、保険薬剤師が患者の服薬状況等について薬学的な分析に基づき患者の薬学的管理に必要な情報を文書により以下のとおり情報提供した場合に算定できる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけでなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載するとともに、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

ア 服薬情報等提供料「2のイ」

保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の服薬に関する（5）のアからウエまでに掲げる情報提供の必要性を認めた場合にその理由とともにであって、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合。これには、保険薬局において患者の服用薬の残薬、副作用の発現状況等を確認し、処方箋を発行した保険医療機関に対して情報提供を行った場合、現に歯科医療機関を受診している患者について、当該歯科医療機関に対して他の医療機関の処方に基づく当該患者の服用薬、服薬状況等の情報提供を行った場合が含まれる。

イ 服薬情報等提供料「2のロ」

保険薬局の薬剤師がリフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に対して当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合。

ウ 服薬情報等提供料「2のハ」

保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の服薬に関する（5）のアからエまでに掲げる情報提供の必要性を認め、介護支援専門員が関与する要介護又は要支援認定を受けた患者で、居宅療養管理指導を同一月に算定していない場合において、患者の同意を得て、当該患者の介護支援専門員に対して、患者の服薬状況等を踏まえた薬学的な分析に基づき、特に必要な情報を文書等により提供した場合。なお、この場合において、介護支援専門員からの情報提供の求めがあった場合においても保険薬局の薬剤師が情報提供の必要性を認めたうえで要件を満たせば算定することができる。

（4） 服薬情報等提供料3は、以下の場合に算定できる。

ア 入院を予定している患者について、保険医療機関の求めがあった場合において、患者が服用中の薬剤について、当該患者若しくはその家族等への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、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、患者が入院を予定している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。

イ—保険医療機関の求めについては、患者が入院を予定している保険医療機関からの求めのほか、患者が受診している他の保険医療機関からの求めを含む。

ウ 患者の服用薬等については、当該保険薬局で調剤した薬剤、他の保険薬局で調剤された薬剤、保険医療機関で院内投薬された薬剤等を一元的に把握すること。

エ 算定に当たっては、別紙様式1－2又はこれに準ずるものを用いて、以下の内容について保険医療機関への情報提供を行うこと。

- ・受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報
- ・服用中の薬剤の一覧
- ・患者の服薬状況
- ・併用薬剤等の情報

——（5） 保険医療機関に対する情報提供の内容は次のとおりとする。

ア 当該患者の服用薬及び服薬状況

イ 当該患者に対する服薬指導の要点、~~患者の状態等~~

ウ 服薬期間中の患者の状態の変化等、自覚症状がある場合はその原因の可能性のある薬剤の推定

エ 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

（6） 服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えや自覚症状がある場合には、患者の自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果も含めてを踏まえて服薬指導し、当該分析及び指導の要点を情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」（厚生労働省）等を参考とすることが望ましい。

（7）（5）のウについては、処方箋の記入上の疑義照会等では算定できない。

（8） 保険医療機関への情報提供については、患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみの算定とする。ただし、複数の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる次の場合に算定する。

- (9ア) 患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみの算定とする。
- イ 複数の保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。
- ウ 処方箋を発行していない保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、必要に応じて処方箋を発行した医療機関の医師又は歯科医師に対して同様の服薬情報等を提供すること。この場合においては、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。
- (9) 介護支援専門員に対して服薬情報等を提供し服薬情報等提供料2を算定した場合であつて、処方箋を発行した保険医療機関の医師又は歯科医師に対しても同様の服薬情報等の提供を行った場合においては、服薬情報等提供料2を月に1回に限り更に算定できる。
- (10) 保険医療機関への情報提供に当たっては、別紙様式1-1、別紙様式1-2又はこれに準ずる様式の文書等に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書等の写しを薬剤服用歴等に添付する等の方法により保存しておくこと。なお、介護支援専門員への情報提供に当たっては、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」（令和4年度令和5年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究）等を参照されたい。また、介護支援専門員への情報提供については、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」別添の報告書様式及び薬学的評価シートを参考に当該患者の生活様式を踏まえた薬学的分析を行うとともに、情報提供の際には介護支援専門員が理解しやすい表現で実施すること。
- ~~(10) (3)のアについて、患者の服薬期間中に情報提供した事項、服薬期間中及び処方箋受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導等については、情報提供の都度、薬剤服用歴等の記録に記載する。~~
- (11) 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。また、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料若しくは在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に係る情報提供を行った場合は算定できない。
- (12) 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- (1) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は、薬剤服用歴等又は患者及びその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定する。ただし、複数項目に該当した場合であっても、重複して算定することはできない。
- (2) 「イ 残薬調整に係るもの以外の場合」は、次に掲げる内容受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「1」を算定し、処方箋の交付前に処方しようとする医師へ処方に係る提案を行い、当該提案に基づく処方内容の処方箋を受け付けた場合には「2」を算定する。
- (3) 「1」のイ及び「2」のイにおける「残薬調整に係るもの以外の場合」とは、次に掲げ

る内容が該当する。

ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）

イ 併用薬、飲食物等との相互作用

ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項

(3)「ロ」4)「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定するは「1」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「2」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。

(4)5) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、受け付けた処方箋に基づき実施した場合は、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。

(4)6) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに薬学的見地から検討した内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。この場合において、医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい

(7) 同時に複数の処方箋を受け付け、複数の処方箋について薬剤を変更した場合であっても、1回に限り算定する。

(8) 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の7 経管投薬支援料

(1) 経管投薬支援料は、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に対して、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算定する。

(2) 当該加算に係る服薬支援は、以下の場合に患者の同意を得て行うものであること。

ア 保険医療機関からの求めがあった場合

イ 家族等の求めがあった場合等、服薬支援の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき

(3) 「簡易懸濁法」とは、錠剤の粉砕やカプセルの開封等を行わず、経管投薬の前に薬剤を崩壊及び懸濁させ、投薬する方法のことをいう。

(4) 必要な支援とは主に次に掲げる内容をいう。

ア 簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援

イ 患者の家族又は介助者が簡易懸濁法により経管投薬を行うために必要な指導

ウ 必要に応じて保険医療機関への患者の服薬状況及びその患者の家族等の理解度に係る情報提供

(5) 患者1人につき複数回の支援を行った場合においても、1回のみ算定とする。

(6) 患者の服薬状況等を保険医療機関に情報提供した場合であって所定の要件を満たすとき

は、服薬情報等提供料 1、2 又は 3 を算定できる。

(7) 経管投薬支援料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

区分15の8 在宅移行初期管理料

(1) 在宅移行初期管理料は、在宅での療養に移行する予定の服薬管理に係る支援が必要な患者に対して、計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前に、保険薬剤師が患家を訪問して、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と連携しながら、退院時の処方内容を踏まえた薬剤の調整、残薬の整理、適切な服薬方法の提案等の必要な薬学的管理及び指導を行うことを評価するものである。

(2) 在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援の行う必要性があると判断したものを対象とする。

ア 認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者、6歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。

イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療患者が1人の場合に限る。）、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。

(3) (2)のイの場合においては、「15」在宅患者訪問薬剤管理指導料の1の(2)及び(12)における単一建物診療患者の取扱いに準ずること。

(4) 必要な薬学的管理及び指導として、薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。

ア 患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報を収集すること。

イ 患家における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。

ウ 日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。

エ 在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。

オ 退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。

(5) 実施した薬学的管理及び指導の内容等について薬剤服用歴等に記載し、必要に応じて、薬学的管理指導計画書を作成・見直しすること。また、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員に対して必要な情報提供を文書で行うこと。なお、この場合の文書での情報提供については、服薬情報等提供料を別途算定できない。

(6) 在宅移行初期管理料は、計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して(4)に掲げる業務を実施した場合に算定する。なお、この場合に実施した服薬管理の支援等については、外来服薬支援料1を別途算定できない。

(7) 在宅移行初期管理料は、当該患者において在宅患者訪問薬剤管理指導料（単一建物診療

患者が1人の場合に限る。）、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも薬局の薬剤師が行う場合に限り、単一建物居住者が1人の場合に限る。）の算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。

(8) 在宅移行初期管理料に係る業務について、「15」に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の(4)に規定する在宅協力薬局が実施した場合は算定できない。

(9) (6)に掲げる訪問を実施した日付について、調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(10) 「注32」に規定する交通費は実施とする。

(11) 在宅移行初期管理料は、特別調剤基本料Bを算定している保険薬局は算定できない。

<薬剤料>

—区分20 使用薬剤料

(1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。

ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還するを交付する場合は、その実費を徴収できる。

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

(2) 保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返還した場合は当該実費を返還する。

(3) 被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため（天災地変その他やむを得ない場合を除く。）再交付された処方箋に基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

(4) 内服用液剤を投与する際には常水（水道水、自然水）を使用するが、特に蒸留水を使用しなければならない理由があれば使用して差し支えない。

(5) 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

—(6) 「注2」の多剤投与の場合の算定

ア 「注2」の算定は、特別調剤基本料A及び特別調剤基本料Bを算定する薬局に限り、1回の処方箋受付のうち、内服薬（内服用滴剤を含む。以下、(イ)及び(ホ)について同じ。）についてのみ対象とする。

この場合の「種類」については、次のように計算する。

(イ) 内服薬の種類に屯服薬は含めない。

(ロ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) 散剤、顆粒剤、液剤、浸煎薬及び湯薬については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ニ) (ハ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ホ) 複数の診療科を標榜する同一保険医療機関における異なる診療科の複数の保険医が発行する処方箋を同時に受け付けた場合は、内服薬の「種類」については、それぞれの処方箋の内服薬の「種類」を合計して計算する。

イ 「注2」の「所定点数」とは、1回の処方箋受付のうち所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、浸煎薬にあつては1調剤分）ごとの内服薬の薬剤料（単位薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数）をいう。ただし、同一保険医療機関における異なる診療科の複数の保険医が発行する処方箋を同時に受け付けた場合は、それぞれの処方箋の内服薬の薬剤料を合計して計算する。

＜特定保険医療材料料＞

——区分30 特定保険医療材料

- (1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表2に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。

ア— 別表3に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器

イ— 在宅医療以外の目的で患者が使用する「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料

- (2) 特定保険医療材料の定義については、「特定保険医療材料の定義について」（令和4年3月46年●月●日保医発0304第12●●第●●号）を参照すること。

別表 1

(1) 服薬管理指導料

及びかかりつけ薬剤師指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

			服薬管理指導料	手帳減算に該当する場合	かかりつけ薬剤師と連携する 他の薬剤師が対応した場合	かかりつけ薬剤師指導料	かかりつけ薬剤師包括管理料
項目		算定回数					
加算 調剤管理料等の	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	電子的保健医療情報活用加算 医療情報取得加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
服薬管理指導料の加算	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	特定薬剤管理指導加算 1	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	特定薬剤管理指導加算 2	月 1 回まで	○	×	○	○	×
	乳幼児服薬特定薬剤管理指導 加算 3	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	小児特定乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×
	吸入薬指導小児特定加算	3 月に 1 回まで 処方箋受付ごと	○	×	○	× ○	×
	調剤後薬剤管理吸入薬指導加算	月 3 月に 1 回まで	○	×	○	× ○	×
外来服薬支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×
外来服薬支援料 2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 2		3 月に 1 回まで	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 2		月 1 回まで	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料 1		月 1 回まで	○	○	○	×	×
服薬情報等提供料 2		月 1 回まで※ ¹	○	○	○	×	×
服薬情報等提供料 3		3 月に 1 回まで	○	○	○	×	×
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管		処方箋受付ごと	×	×	×	×	×

理料						
経管投薬支援料	1回まで	○	○	○	○	○

※1 患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。

(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

			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※ ₂	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料※ ₂	在宅患者緊急時等共同指導料	
項目		算定回数						
加算	調剤管理料等の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
		調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
		電子的保健医療情報活用加算 医療情報取得加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
指導料等の加算	在宅患者訪問薬剤管理	麻薬管理指導加算	1 回ごと	○	△	○	△	○
		在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1 回ごと	○	×	○	×	○
		乳幼児加算	1 回ごと	○	△	○	△	○
		小児特定加算	1 回ごと	○	△	○	△	○
		在宅中心静脈栄養法加算	1 回ごと	○	×	○	×	○
外来服薬支援料 1		月 1 回まで	×	×	×	×	×	
外来服薬支援料 2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	
服用薬剤調整支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	○	
服用薬剤調整支援料 2		3 月に 1 回まで	○	○	○	○	○	
調剤後薬剤管理指導料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	○	
調剤後薬剤管理指導料 2		月 1 回まで	○	○	○	○	○	
服薬情報等提供料 1		月 1 回まで	×	×	×	×	×	
服薬情報等提供料 2		月 1 回まで※ ₁	×	×	×	×	×	
服薬情報等提供料 3		3 月に 1 回まで	×	×	×	×	×	

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
経管投薬支援料	1回まで	○	○	○	○	○

※1 患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。

※2 在宅患者オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の算定に当たっては、麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算は外来における点数を算定する。
(別表では△として記載している。)

(3) 同一个月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管理指導料と他の薬学管理料の算定の可否

			服薬情報等提供料 1、2、3	在宅患者訪問薬剤管理指導料
項目		算定回数		
服薬管理指導料			○	×※2
かかりつけ薬剤師指導料			×	
かかりつけ薬剤師包括管理料			×	
の調剤管理料の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	○	
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○
	電子的保健医療情報活用加算医療情報取得加算	処方箋受付ごと	○	○
服薬管理指導料の加算	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	×※2
	特定薬剤管理指導加算 1	処方箋受付ごと	○	
	特定薬剤管理指導加算 2	月 1 回まで	○※1	
	乳幼児服薬特定薬剤管理指導加算 3	処方箋受付ごと	○	
	小児特定乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	
	吸入薬指導小児特定加算	3月に1回まで処方箋受付ごと	○※1	
	調剤後薬剤管理吸入薬指導加算	月 3 月に 1 回まで	○※1	
外来服薬支援料 1			○	×
外来服薬支援料 2			○	○
服用薬剤調整支援料 1			○	○

服用薬剤調整支援料 2	3 月に 1 回まで	○※1	○
調剤後薬剤管理指導料 1	月 1 回まで	○※1	○
調剤後薬剤管理指導料 2	月 1 回まで	○※1	○
経管投薬支援料	患者ごとに 1 回のみ	○	○

※1 当該薬学管理料の算定に係る保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。

※2 訪問薬剤管理指導の薬学的管理指導計画に係る別の疾病又は負傷に係る臨時の処方を行った場合を除く。

別表 2

- インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、エタネルセプト製剤、ヒトソマトメジンC製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アボモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト vonWillebrand 因子製剤、プロスマブ製剤、メボリズマブ製剤、オマリズマブ製剤、テデュグルチド製剤、サトラリズマブ製剤、ガルカネズマブ製剤、オフアツムマブ製剤、ボソリチド製剤、エレヌマブ製剤、アバロパラチド酢酸塩製剤、カブラシズマブ製剤、濃縮乾燥人 C1-インアクチベーター製剤、フレマネズマブ製剤、メトトレキサート製剤、チルゼパチド製剤、ビメキズマブ製剤、ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤、ペグバリアーゼ製剤、ラナデルマブ製剤、ネモリズマブ製剤、ペグセタコプラン製剤、ジルコプランナトリウム製剤、コンシズマブ製剤、テゼペルマブ製剤及びオゾラリズマブ製剤の自己注射のために用いるディスポーザブル注射器（針を含む。）
- 万年筆型注入器用注射針
- 「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料

別表 3

インスリン製剤

ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤

乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）

回活性複合体を含む。)

性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤

性腺刺激ホルモン製剤

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導體

ソマトスタチンアナログ

顆粒球コロニー形成刺激因子製剤

インターフェロンアルファ製剤

インターフェロンベータ製剤

ブプレノルフィン製剤

抗悪性腫瘍剤

グルカゴン製剤

グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト

ヒトソマトメジンC製剤

エタネルセプト製剤

ペグビソマント製剤

スマトリプタン製剤

グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤

アダリムマブ製剤

テリパラチド製剤

アドレナリン製剤

ヘパリンカルシウム製剤

アポモルヒネ塩酸塩製剤

セルトリズマブペゴル製剤

トシリズマブ製剤

メトレレプチン製剤

アバタセプト製剤

pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤

アスホターゼ アルファ製剤

グラチラマー酢酸塩製剤

セクキヌマブ製剤

エボロクマブ製剤

プロダルマブ製剤

アリロクマブ製剤

ベリムマブ製剤

イキセキズマブ製剤

ゴリムマブ製剤

エミシズマブ製剤

イカチバント製剤

サリルマブ製剤

デュピルマブ製剤
インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤
ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤
遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤
ブロスマブ製剤
メポリズマブ製剤
オマリズマブ製剤
テデュグルチド製剤
サトラリズマブ製剤
ガルカネズマブ製剤
オフアツムマブ製剤
ボソリチド製剤
エレヌマブ製剤
アバロパラチド酢酸塩製剤
カプラシズマブ製剤
濃縮乾燥人 C1-インアクチベーター製剤
フレマネズマブ製剤
メトトレキサート製剤
チルゼパチド製剤
ビメキズマブ製剤
ホスレボドパ・ホスカルビドパ水和物配合剤
ペグバリアーゼ製剤
ラナデルマブ製剤
ネモリズマブ製剤
ペグセタコプラン製剤
ジルコプランナトリウム製剤
コンシズマブ製剤
テゼベルマブ製剤
オゾラリズマブ製剤

保 医 発 第 号
令 和 6 年 3 月 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和6年厚生労働省告示第○号）の告示に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和6年厚生労働省告示第○号）が告示され、令和6年6月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発 0304 第3号）は、令和6年5月31日限り廃止する。

記

第1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるものの他、別添1のとおりとすること。
- 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、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。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第 23 条第 2 項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第 24 条第 1 項の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。
また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。
- 5 区分番号は、「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。

第2 届出に関する手続き

- 1 「特掲診療料の施設基準等」に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添 2 の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を 1 通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として 2 週間以内を標準とし、遅くとも概ね 1 か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

【中略】

- (5) 後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準
届出前 3 月間の実績を有していること。

【中略】

- (13) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

—((イ)—) 前年3月5月1日から当年2月4月末日までの1年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月6月1日から翌年3月5月末日まで所定点数を算定する。

—((ロ)—) (イ)にかかわらず、前年3月5月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う（ただし、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ものとして別添1の第9088の1—(1)—から—(4)—まで4の2(2)に該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料Aの施設基準に該当する場合を除き、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等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、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40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。）。

- a 前年3月5月1日から前年11月30日当年1月31日までの間に新規に指定された保険薬局について

指定の日の属する月の翌月1日から当年2月4月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年4月6月1日から翌年3月5月31日まで適用する。

- b 前年12月当年2月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の処方箋受付回数で判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月5月31日まで適用する。

- (ハ) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、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35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、遡及指定後も当該許可の日より前の調剤基本料の状況を引き継ぎ、遡及指定を受けた翌年度の調剤基本料については、当該許可の日より前の処方箋受付回数の実績も含めて(イ)又は(ロ)に基づき判定引き継ぐこととする。ただし、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ものとして別添1の第90の88の4の1—(1)—から—(4)—までに該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料Aの施設基準に該当する場合を除き、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等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。

新規届出の場合

例：令和6年8月1日に新規指定された薬局（—((ロ)—)の場合）

・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、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ものとして第9088の1—(1)—から—(4)—まで4の2(2)に該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料Aの施設基準に該当する場合を除き、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等の施設基準

に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、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40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。）。

・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。

・令和7年4月6月1日（⑥の翌日）から令和8年3月5月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



(14) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月6月1日から翌年3月5月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年4月6月1日から翌年3月5月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月5月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(15) 妥結率の実績

イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。

ロ イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年4月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。

ハ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：5年5月7月1日に新規指定された薬局の場合

・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす

・②から③までの妥結率の実績を令和5年4月6月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。



(16) 調剤基本料の注8に規定する保険薬局

届出前3月間の実績にて判定すること。

5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

【中略】

調剤基本料1	(調基1) 第 号
調剤基本料2	(調基2) 第 号
調剤基本料3イ	(調基3イ) 第 号
調剤基本料3ロ	(調基3ロ) 第 号
調剤基本料3ハ	(調基3ハ) 第 号
特別調剤基本料A	(調基特A) 第 号
調剤基本料1（注1のただし書に該当する場合）	(調基特1) 第 号
地域支援体制加算1	(地支体1) 第 号
地域支援体制加算2	(地支体2) 第 号
地域支援体制加算3	(地支体3) 第 号
地域支援体制加算4	(地支体4) 第 号
連携強化加算	(薬連強) 第 号
後発医薬品調剤体制加算1	(後発調1) 第 号
後発医薬品調剤体制加算2	(後発調2) 第 号
後発医薬品調剤体制加算3	(後発調3) 第 号
無菌製剤処理加算	(薬菌) 第 号
在宅患者調剤加算	(在宅調) 第 号

制加算 1	(在薬総 1) 第 号
在宅薬学総合体制加算 2	(在薬総 2) 第 号
医療 DX 推進体制整備加算	() 第 号
特定薬剤管理指導加算 2	(特薬管 2) 第 号
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	(か薬) 第 号
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	(在医麻) 第 号
在宅中心静脈栄養法加算	(在中栄) 第 号

【中略】

- 8 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。令和6年6月1日からの届出については、令和6年5月〇日以降に届出を行うことができる。
- 9 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

- 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算1、2及び3、歯科画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（Ⅰ）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びMRI撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 「特掲診療料の施設基準等」に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。
- 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年7月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

- 5 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、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。以下「療担規則」という。）、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。以下「療担基準」という。）及び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）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第 4 経過措置等

第 2 及び第 3 の規定にかかわらず、令和 6 年〇月 31 日現在において現に特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局において、引き続き当該特掲診療料を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和 6 年 6 月以降の実績により、届出を行っている特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和 6 年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された特掲診療料（表 1）及び施設基準が改正された特掲診療料（表 2）については、令和 6 年 6 月 1 日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。

表 1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

表 2 施設基準の改正された特掲診療料

表 3 施設基準等の名称が変更されたが、令和 6 年〇月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

別添 1

特掲診療料の施設基準等

【中略】

第 88—調剤基本料

1—調剤基本料に関する施設基準

(1) 調剤基本料 1

1 調剤基本料 1 に関する施設基準

調剤基本料 2、調剤基本料 3 及び特別調剤基本料 A のいずれにも該当しない保険薬局であつて、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること。なお、調剤基本料の「注 1」のただし書の施設基準に該当する保険薬局（「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局）は、以下の(第 88 の 2)から(6)4 までの基準にかかわらず調剤基本料 1 となる。

(2) 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 84 を用いること。

第 88 の 2 調剤基本料 2

1 調剤基本料 2 に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であつて、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（調剤基本料 3 のイ及びロ並びに特別調剤基本料 A に該当するものを除く。）。

ア 処方箋集中率等に基づく基準

(4イ) 1 月における処方箋受付回数が多い上位 3 の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が 70%を超え、処方箋の受付回数が 1 月に 4,000 回を超えるもの

(ロ) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合(以下「処方箋集中率」という。)が 70%を超え、処方箋の受付回数が 1 月に 4,000 回を超えるもの

(ロ) 処方箋集中率が 85%を超え、処方箋の受付回数が 1 月に 2,000 回を超えるもの

(ハ) 処方箋集中率が 95%を超え、処方箋の受付回数が 1 月に 1,800 回を超えるもの

イ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数に基づく基準（アに該当するものを除く。）

(イ) 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一の建物内に複数の保険医療機関が所在するいわゆる医療モールの場合にあつては、当該建物内の全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算したものとする。）が 1 月に 4,000 回を超えること。

(ロ) 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）のうち、これに属する他の保険薬局において、処方箋集中率が最も高い保険医療機関が同一の場合は、処方箋の受付回数は当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が、1 月に 4,000 回を超えること。

(3) 調剤基本料 3—イ

次のいずれかに該当する保険薬局であること（特別調剤基本料に該当するものを除く。）。

ア 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、

~~4万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合~~

~~(イ) 処方箋集中率が95%を超えるもの~~

~~(ロ) 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があるもの~~

~~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1月に4万回を超え、40万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合~~

~~(イ) 処方箋集中率が85%を超えるもの~~

~~(ロ) 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があるもの~~

(4) 調剤基本料3 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1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上である場合であって以下のいずれかに該当するものであること（特別調剤基本料に該当するものを除く。）。

~~ア 処方箋集中率が85%を超えるもの~~

~~イ 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もの~~

(5) 調剤基本料3 ハ

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40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上である場合であって、処方箋集中率が85%以下であること（調剤基本料2、調剤基本料3のロ又は特別調剤基本料に該当するものを除く。）。

(6) 特別調剤基本料

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

~~ア 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、処方箋集中率が70%を超えるもの。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合を除く。~~

~~イ 調剤基本料の施設基準に係る届出を行っていないもの~~

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、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。なお、療担規則第20条第3号ロ及び療担基準第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋については、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（以下のアからウまでの本文に該当する場合を除く。）。

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（平成12年厚生省告示第19号）別表の「4」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「5」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。

- (2) 処方箋の受付回数及び特定処方箋集中率等の保険医療機関算出に係る処方箋の受付回数が、調剤基本料の施設基準に該当するか否かの取扱いについては、処方箋受付回数の合計が、調剤基本料の施設基準で定められている回数に、受付回数を計算した月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定する。
- (3) 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合集中率は、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、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合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割合」も、処方箋集中率の例により算出する。
- (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。
- (5) 「当該保険薬局の所在する建物内に複数保険医療機関が所在している場合」とは、保険薬局と複数の保険医療機関が一つの建築物に所在している場合のことをいう。外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建築物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続しているものは一つの建築物とみなす。
- (6) 同一グループは次の基準により判断する（第88の3、第88の4、第92、第92の2及び第95において同じ。）。

ア 同一グループの保険薬局とは、次のいずれかに掲げる者の全ての該当する保険薬局とする。

- ① 保険薬局の事業者の最終親会社等
- ② 保険薬局の事業者の最終親会社等の子会社等
- ③ 保険薬局の事業者の最終親会社等の関連会社等
- ④ ①から③までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

イ アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、親会社等がない法人又は個人（以下「法人等」という。）をいう（カにおいて同じ。）。

ウ イの親会社等は、次に掲げる者とする。

- ① 他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等
- ② 他の法人（持分会社（会社法（平成17年法律第86号）第575条第1項に規定する持分会社をいう。以下同じ。）その他これに準じる形態の法人に限る。）の資本金の過半数を出資している法人等
- ③ 他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有

すると認められる法人等

エ ア②及びイの子会社等は、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす（法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を含む。）。

① 法人等が議決権の過半数を所有している他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）

② 法人等が資本金の過半数を出資している他の法人（持分会社その他これに準じる形態の法人に限る。）

③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同等以上の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人

オ ア③の関連会社等とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合（財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和38年大蔵省令第59号）第8条第6項に規定する場合をいう。）における当該子会社等以外の他の法人をいう。

カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社（連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和51年大蔵省令第28号）第2条第1号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。）である場合には、当該最終親会社の連結子会社（同条第4号に規定する連結子会社をいう。）をア②に掲げる者とみなし、当該最終親会社等の関連会社（同条第7号に規定する関連会社をいう。）をア③に掲げる者とみなす。

(7) (6)ウ③及びエ③における「同等以上の支配力を有すると認められる」とは、例えば、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則第8条第4項第2号及び第3号に規定する要件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当するものであること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

3 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。

第88の3 調剤基本料3

1 調剤基本料3に関する施設基準

(1) 調剤基本料3 イ

次のいずれかに該当する保険薬局であって、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（特別調剤基本料Aに該当するものを除く。）。

ア 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、4万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合

(イ) 処方箋集中率が95%を超えるもの

(ロ) 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があるもの

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1月に4万回を超え、40万回以下であり、同一グループの保険薬局の数が300未満の場合

(イ) 処方箋集中率が85%を超えるもの

(ロ) 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があるもの

(2) 調剤基本料 3 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 1 月に 40 万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が 300 以上である場合であって以下のいずれかに該当する調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（特別調剤基本料 A に該当するものを除く。）。

ア 処方箋集中率が 85%を超えるもの

イ 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もの

(8) 3) 調剤基本料 3 ハ

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 40 万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が 300 以上である場合であって、処方箋集中率が 85%以下の調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（調剤基本料 2、調剤基本料 3 のロ又は特別調剤基本料 A に該当するものを除く。）。

2 調剤基本料 3 の施設基準に関する留意点

(1) 処方箋の受付回数及び処方箋集中率の取扱いについては、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の 2 と同様である。

(2) 同一グループ内の処方箋受付回数が 1 月に 3 万 5 千回、4 万回又は 40 万回を超えるか否かの取扱いは、当年 2 月 4 月末日時点で(6)に規定する同一グループ内の保険薬局について、保険薬局ごとの 1 月当たりの処方箋受付回数を合計した値が 3 万 5 千回、4 万回又は 40 万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの 1 月当たりの処方箋の受付回数は以下のとおりとする。

ア 前年 2 月 4 月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局の場合は、前年 3 月 5 月 1 日から当年 2 月 4 月末日までに受け付けた処方箋受付回数を 12 で除した値とする。

イ 前年 3 月 5 月 1 日から当年 1 月 3 月末日までに新規指定された保険薬局の場合は、指定された日の属する月の翌月から、当年 2 月 4 月末日までに受け付けた処方箋受付回数を月数で除した値とする。

ウ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、処方箋受付回数について、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績を含めて算出した値とする。

(9) 3) 同一グループ内の保険薬局数が 300 以上か否かの取扱いは、当年 2 月 4 月末時点で「第 88 の 2 調剤基本料 2」の 2 の (6) に規定する同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）が 300 以上であるか否かで判定する。

(10) 4) 「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」に関して、ここでいう「不動産」とは、土地又は建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。また、ここでいう賃貸借取引関係とは、保険医療機関と保険薬局の事業者が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている

~~場合を含むものである。~~

なお、(5) 「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」における「賃貸借取引関係」とは、保険医療機関と保険薬局が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指す他、次のアからウまでの場合を含む。

ア 保険医療機関が所有又は賃借（賃料が発生しない場合を含む。以下同じ。）する不動産を第三者（「第 88 の 2 調剤基本料 2」の 2 の(6)に規定する事業者の最終親会社等を含む。以下同じ。）が賃借し、当該賃借人と保険薬局との間で賃貸借取引を契約している場合（第三者による転借が複数回行われている場合を含む。）

イ 保険薬局が所有又は賃借する不動産を第三者が賃借し、当該賃借人と保険医療機関との間で賃貸借取引を契約している場合（第三者による転借が複数回行われている場合を含む。）

ウ 保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合

(6) 「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の 2 の(6)ア①から④までに定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア 保険薬局の個々の店舗について、その土地又は建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ 保険医療機関が保険薬局の事業者（当該保険薬局の事業者の最終親会社等、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の 2 の(6)ア①から④までに定める者を含む。）から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

3 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 84 を用いること。

~~第 89 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料 1 を算定することができる保険薬局）~~

~~1 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準~~

~~(1) 対象となるのは、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについての別添 3 の別紙 2 の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局であること。~~

~~(2) 「特定の区域内」とは、原則として、学校教育法施行令（昭和 28 年政令第 340 号）第 5 条第 2 項に基づき、就学すべき中学校の指定をする際の判断基準として、市町村（特別区を含む。）の教育委員会があらかじめ設定した区域（以下「中学校区」という。）とする。ただし、当該保険薬局の所在する中学校区外に所在する保険医療機関であっても、当該保険薬局における当該保険医療機関に係る処方箋による第 88 の 4 特別調剤の割合が 70 基本料 A~~

~~1 特別調剤基本料 A に関する施設基準~~

~~保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、処方箋集中率が 50% を超える場合として調剤基本料には係る届出を行う保険薬局であること。ただし、当該保険医療機関は特定薬局の区域内に所在する建物内にあるものとみなす診療所が所在している場~~

合を除く。

~~(3) 「特定の区域内における保険医療機関」の数には、歯科医療のみを担当する保険医療機関を含めず、医科歯科併設の保険医療機関は含める。~~

(4) 2 特別調剤基本料Aの施設基準に関する留意点

(1) 処方箋の受付回数が1月に2,500回を超えるか否か及び処方箋集中率の取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う2と同様である。

2 届出に関する事項

~~(1) 施設基準に係る届出は、別添2の様式87の2を用いること。~~

~~(2) 当該保険薬局が所在する中学校区について、当該区域の地名がわかる資料を添付すること。~~

(2)

第90 調剤基本料の注2に規定する保険薬局（特別調剤基本料）

1 「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」とは、次の

(1) アから(4)エまでのいずれかに該当するものであること。ただし、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合は、ここでいう「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」には該当しない。

(1) ア 当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合

(2) イ 当該保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している保険薬局である場合

(3) ウ 当該保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している保険薬局である場合

(4) エ 当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した保険薬局である場合

(3) (2—1の)における「不動産」については、「第88 調剤基本料」の2の(10)に準じて取り扱う。

3 1の及び「賃貸借取引関係」とは、保険医療機関と保険薬局が直接不動産の賃貸借取引を契約している場合を指す他、次の(1)から(3)までの場合を含むの取扱いについては、「第88の3 調剤基本料3」の2の(4)及び(5)と同様である。

~~(1) 保険医療機関が所有又は賃借（賃料が発生しない場合を含む。以下同じ。）する不動産を第三者（第88の2の(6)の事業者の最終親会社等を含む。（以下同じ。））が賃借し、当該賃借人と保険薬局との間で賃貸借取引を契約している場合（第三者による転借が複数回行われている場合を含む。）~~

~~(2) 保険薬局が所有又は賃借する不動産を第三者が賃借し、当該賃借人と保険医療機関との間で賃貸借取引を契約している場合（第三者による転借が複数回行われている場合を含む。）~~

~~(3) 保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合及び保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合~~

4—1) (2)の(1)アについては、保険薬局（保険薬局の事業者の最終親会社等、「第88第88の2 調剤基本料2」の2の(6)ア①から④までに定める者を含む。）の不動産を保険

医療機関が賃借している場合であって、当該保険医療機関と近接する位置に同一グループの他の保険薬局があるときは、当該他の保険薬局は「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。

(5—1) (2)の(1)アについては、次の(1)アから(4)エまでのいずれかに該当する場合に「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。

(1)ア 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局（「第88の3 調剤基本料3」の(1)―(5)のアから(3)―ウまでに該当する場合を含む。以下、(5)において同じ。）であって、平成28年10月1日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成28年9月30日以前から、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

(2)イ 平成28年9月30日以前に開局した保険薬局であって、平成28年10月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成28年10月1日以降に、病院である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。

(3)ウ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局であって、平成30年4月1日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成30年3月31日以前から、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

(4)エ 平成30年3月31日以前に開局した保険薬局であって、平成30年4月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成30年4月1日以降に、診療所である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。

(5)―(3)オ ウ及び(4)エについては、平成30年3月31日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、(3)ウのただし書きに該当するものとみなす。

(6—1の) (2)のイについては、次の(1)アから(4)エまでのいずれかに該当する場合に「当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係がある場合」と判断する。この場合において、譲り受けた者が更に別の者に譲り渡した場合を含め、譲り受けた者にかかわらず適用する。

(1)ア 病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して、平成28年10月1日以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局である場合。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成28年9月30日以前から、病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している場合を除く。

(2)イ 平成28年9月30日以前に開局した保険薬局であって、平成28年10月1日以降に、病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局しているもの。

(3)ウ 診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して、平成30年4月1日以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局である場合。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成30年3月31日以前から、診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している場合を除く。

(4)エ 平成30年3月31日以前に開局した保険薬局であって、平成30年4月1日以降

に、診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局しているもの。

(5) ~~(3)オ~~ ウ及び~~(4)エ~~については、平成30年3月31日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、~~(3)ウ~~のただし書きに該当するものとみなす。

(7—1) ~~(2)の(3)ウ~~については、特定の保険医療機関に対する貸与時間の割合がそれ以外のものへの貸与時間全体の3割以上である場合に「当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している」と判断する。この場合において、災害等の発生により、緊急にやむを得ず当該保険医療機関に貸与した場合は、当該貸与に係る時間は含めないものとする。

(8—1) ~~(2)の(4)エ~~については、次の~~(1)ア~~又は~~(2)イ~~のいずれかに該当する場合に「当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した」と判断する。なお、公募の際に、開局時期が明示されていない場合であっても、開局時期の指定を受けたものとみなす。

(1) ~~ア~~ 病院又はその開設者からの公募（病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む。）に応じるなど、開局時期の指定を受けて平成28年10月1日以降に開局した場合

(2) ~~イ~~ 診療所からの公募に応じるなど、開局時期の指定を受けて平成30年4月1日以降に開局した場合（ただし、平成30年3月31日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、平成30年4月1日以降に開局したものと判断しない。）

(9—1) ~~(2)の(4)エ~~については、開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開業許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合についても適用する。

(10) 「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」とは、保険薬局と診療所が一つの建築物に所在している場合のことをいう。~~外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建築物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続しているものは一つの建築物とみなすの~~取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の2の(5)と同様である。

(11) 令和4年4月以降に、保険薬局が直接関与できずに、保険薬局が利用していた不動産について、不動産の所有者が変更になった場合等において、~~12の(1)ア~~又は~~(2)イ~~のいずれかに該当することとなった場合においては、新たに「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」になった当該月の翌月から6か月間に限り、特別調剤基本料Aを適用しない（当該保険薬局が移転した場合を除く。）。

(12) 保険薬局が遡及指定を受ける場合において、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、特別調剤基本料Aへの該当性を判断すること。

(13) 令和4年2月6年4月末時点で、次の~~(1)ア~~から~~(6)カ~~までのいずれかに該当する保険薬局においては、~~1(2)の(1)ア~~から~~(4)エ~~までの該当性について改めて確認し、特別調剤基本料Aへの該当性を判断した上で、必要に応じて、~~地方厚生（支）局長に対して、届出を行うこと。~~

(1) ~~ア~~ 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成2

8年10月以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成28年9月30日以前から、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

(2)イ 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局（「第88の3 調剤基本料3」の(1)-2の(5)のアから(3)-ウまでに該当する場合を含む。以下、(13)において同じ。）のうち、平成28年9月以前に開局したものであって、平成28年10月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成28年10月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

(3)ウ 病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成28年9月以前に開局し、平成28年10月以降に遡及指定を受けたものであって、平成28年10月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成28年10月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

(4)エ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成30年4月1日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成30年3月31日以前から、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

(5)オ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成30年3月以前に開局したものであって、平成30年4月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成30年4月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

(6)カ 診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成30年3月以前に開局し、平成30年4月以降に遡及指定を受けたものであって、平成30年4月1日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成30年4月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

3 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添2の様式84を用いること。

第89 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料1を算定することができる保険薬局）

1 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

(1) 対象となるのは、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについての別添3の別紙2の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局であること。また、地方厚生（支）局長に対して、調剤基本料の施設基準に係る届出を行っている薬局であること。

(2) 「特定の区域内」とは、原則として、学校教育法施行令（昭和28年政令第340号）第5条第2項に基づき、就学すべき中学校の指定をする際の判断基準として、市町村（特別区を含む。）の教育委員会があらかじめ設定した区域（以下「中学校区」という。）とする。ただし、当該保険薬局の所在する中学校区外に所在する保険医療機関であっても、当該保険薬局における当該保険医療機関に係る処方箋集中率が70%を超える場合には、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとみなす。

(3) 「特定の区域内における保険医療機関」の数には、歯科医療のみを担当する保険医療機関を含めず、医科歯科併設の保険医療機関は含める。

(4) 処方箋の受付回数が1月に2,500回を超えるか否かの取扱いについては、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

2 届出に関する事項

(1) 施設基準に係る届出は、別添2の様式87の2を用いること。

(2) 当該保険薬局が所在する中学校区について、当該区域の地名がわかる資料を添付すること。

(3) 令和6年3月31日において、現に改正前の別添3の別紙2の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局が、調剤基本料の注1ただし書に規定に係る届出を行っている場合は、令和8年5月31日までの間、なお効力を有するものとする。

第90 調剤基本料の注2に規定する保険薬局

対象となるのは、地方厚生(支)局長に対して、調剤基本料に係る届出を行っていない保険薬局であること。

第91 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

1 次のいずれかに該当する保険薬局は「注4」の規定により、調剤基本料を100分の50に減算する。

(1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。

(2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況について、地方厚生(支)局長等に報告していない保険薬局であること。

(3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局であること。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局である場合を除く。

2 妥結率等に関する留意点

(1) 保険薬局と卸売販売業者との価格交渉においては、医薬品特有の取引慣行や過度な薬価差、薬価差の偏在の是正を図り、適切な流通取引が行われる環境を整備するため、厚生労働省「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」(以下「流通改善ガイドライン」という。)に基づき、原則として全ての品目について単品単価契約交渉とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から定めているものであり、「妥結率」、「単品単価契約率医療用医薬品の取引に係る状況」及び「一律値引き契約流通改善に係る関する取組状況」については以下のとおりとする。なお、医薬品取引に係る契約書の写し等の資料については求めに応じて説明できるよう、適切に保管していること。

ア 「妥結率」の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未

決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝卸売販売業者（医薬品医療機器等法第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額

イ 「単品単価契約率」における単品単価契約とは、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約をいう。

※ 単品単価契約率の計算については、下記のとおりとする。

単品単価契約率＝単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

ウ 「一律値引き契約に係る状況」における一律値引き契約とは、「卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約」をいう。この場合、一定割合以上とは、以下の計算により得られた割合が5割以上であることとし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとするとは、前年度における価格交渉及び妥結価格についての状況をいう。

また、一律値引き契約ウ「流通改善に係る関する取組状況について」とは、一律値引き契約の該当の有無及び該当有りとした場合にあっては、取引流通改善ガイドラインにおいて、卸売販売業者ごとのとの保険医療機関・保険薬局との関係において留意する事項とされている、単品単価契約の推進、個々の医薬品の価値に基づいた価格交渉の推進、価格交渉の頻度の改善等の取組について、当該契約保険薬局における値引き率（薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率をいう。）状況を報告するものであること。

※ 一律値引き契約における割合の計算については、下記のとおりとする。

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

- (2) 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況に係る状況について、別添2の様式85により、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく調剤基本料は、翌年4月6月1日から翌々年3月5月末日まで適用する。

3 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務に関する留意点

- (1) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務」は、以下のものをいう。

- ・ 薬剤調製料の時間外加算、休日加算及び深夜加算並びに夜間・休日等加算
- ・ 服薬管理指導料の麻薬管理指導加算
- ・ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算

- ・在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - ・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
 - ・外来服薬支援料 1
 - ・服用薬剤調整支援料
 - ・在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料並びに居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務
 - ・退院時共同指導料
 - ・服薬情報等提供料
- (2) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」は、1年間の(1)に掲げる業務の算定が合計10回未満のものが該当する。ただし、特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局においては合計100回未満のものが該当する。
- (3) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」への該当性は、前年3月5月1日から当年2月4月末日までの1年間の実績をもって判断する。該当する場合は当年4月6月1日より翌年3月末日までの間は、調剤基本料の注4で定める点数で算定する。ただし、前年3月5月1日から当年2月4月末日までに指定された保険薬局の場合は、3の(1)に掲げる業務の算定回数が、(2)に掲げる年間の実績基準(10回又は100回)を12で除して得た数に当年2月4月末日までの調剤基本料を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当しないものとする。
- (4) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当した場合であっても、当年4月6月1日から翌年3月5月末日までの期間中に、(1)に掲げる業務を合計10回(特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局においては合計100回)算定した場合には、算定回数を満たした翌月より「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当しない。
- (5)―処方箋の受付回数が1月に600回を超えるか否かの取扱いについては、「第88の2調剤基本料2」の「2調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

第92 地域支援体制加算

1 地域支援体制加算に関する施設基準

- (1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 地域支援体制加算 1

(イ)―調剤基本料1を算定している保険薬局であること。

(ロ) 地域医療への貢献において係る十分な実績として、以下の①から④⑩までの3→10の要件のうち、④を満たし、かつ、④又は⑤のいずれかの要件含む3項目以上を満たすこと。なお、②、④

① 薬剤調製料の時間外等加算及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間夜間・休日等加算の実績とする算定回数の合計が40回以上であること。

- ④② 薬剤調製料の麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定を調剤した場合による麻薬小売業者加算される点数の免許を取得し、必要な指導を行う算定回数が1回以上であることができる。
- ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が20回以上であること。
- ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が20回以上であること。
- ⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が1回以上であること。
- ⑥ 服用薬剤調整支援料1及び2の算定回数の合計が1回以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は及び介護予防居宅療養管理指導費（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。）について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回計24回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人1人当たりの同一月内の訪問算定回数の上限を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
- ③ 地方厚生（支）局長に対してかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。
- ④⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで1230回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる含む。
- ⑤⑨ 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が1回以上であること。
- ⑩ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで1回以上出席していること。
- (ロ) (イ)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。
- ・ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2
 - ・ 服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算
 - ・ 服用薬剤調整支援料2
 - ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を

実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。)

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

イ 地域支援体制加算 2

- (イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(イ)の基準を満たした上で、以下の①から④までの 9 つの要件のうち 3 項目以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席(ハ) (ロ)の⑩は、当該保険薬局当たりの直近 1 年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数 1 万回当たりの実績とする。なお、直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、処方箋受付回数 1 万回とみなす。

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

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

- (ホ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(ロ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(ロ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(ロ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(ロ)の⑤の外来服薬支援料 1 並びに(ロ)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。

- (ヘ) (ロ)の「当該保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数」は、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(ロ)の⑩以外の基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近 1 年間の実績が、直近 1 年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて 1 万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。

イ 地域支援体制加算 2

- (イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。
- (ロ) 地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(ロ)の①から⑩までの 10 の要件

のうち、8項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ハ)から(ヘ)までに準じて取り扱う。

ウ 地域支援体制加算 3

(イ) 調剤基本料 1 又は特別調剤基本料 B を算定している保険薬局以外の保険薬局であること。

(ロ) 地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下の①から⑩までの 10 の要件のうち、④及び⑦を含む 3 項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ハ)から(ヘ)までに準じて取り扱う。

- ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が 400 回以上であること。
 - ② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が 10 回以上であること。
 - ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が 40 回以上であること。
 - ④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が 40 回以上であること。
 - ⑤ 外来服薬支援料 1 の算定回数が 12 回以上であること。
 - ⑥ 服用薬剤調整支援料 1 及び 2 の算定回数の合計が 1 回以上であること。
 - ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費(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。)について単一建物診療患者が 1 人の場合の算定回数の合計が計 24 回以上であること(在宅協力薬局として連携した場合(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。))や同等の業務を行った場合を含む。)。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者 1 人当たりの同一月内の算定回数を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
 - ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が 60 回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。
 - ④⑨ 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。)及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が 1 回以上であること。
 - ⑩ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に 5 回以上出席していること。
- ~~(ロ) (イ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、アの(ロ)に準じて取り扱う。~~
- ~~(ハ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(イ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(イ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(イ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止~~

管理料、(イ)の⑤の外来服薬支援料1並びに(イ)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。この場合において、~~薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。~~

~~(ニ) (イ)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(イ)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて1万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。~~

~~(ホ) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(イ)の①から⑨までについては、前年3月1日から当年2月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。~~

~~ウ 地域支援体制加算3~~

~~(イ) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る十分な実績として、イの(イ)の①から⑨までの9つの要件のうち、④及び⑦を含む3項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。~~

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

エ 地域支援体制加算4

(イ) 調剤基本料1以外又は特別調剤基本料Bを算定している保険薬局において、以外の保険薬局であること。

(ロ) 地域医療への貢献に係る相当の実績として、イウの(イロ)の①から⑨⑩までの9つ⑩の要件のうち8項目以上を満たすこと。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満のこの場合は、処方箋受付回数1万回とみなすにおいて、アの(ハ)から(ヘ)までに準じて取り扱う。

(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての体制として以下を満たすこと。

ア 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。

~~(3) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて24時間調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）が提供できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において連やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。~~

~~(4) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者とは直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により24時間調剤ができる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜~~

日、時間帯ごとの担当者及びイ 当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

また、これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

(5) ~~地方公共団体、の存する地域の保険医療機関及び福祉関係者等又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）~~ に対して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。

(6) ~~当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。~~

(7) ~~当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。~~

(8) ~~当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。~~

ア ~~施設基準の届出時点において、保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験があること。~~

イ ~~当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。~~

ウ ~~施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。~~

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

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

(11) ~~医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。~~

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

ア 一般名

イ 剤形

ウ 規格

~~エ 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）~~

~~オ 緊急安全性情報、安全性速報~~

~~カ 医薬品・医療機器等安全性情報~~

~~キ 医薬品・医療機器等の回収情報~~

~~(13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。~~

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

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

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

~~(17) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。~~

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

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

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

(イ) 一般名

(ロ) 剤形

(ハ) 規格

(ニ) 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

(ホ) 緊急安全性情報、安全性速報

(ヘ) 医薬品・医療機器等安全性情報

(ト) 医薬品・医療機器等の回収情報

(3) 休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制等の対応

ア 当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。

イ 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）(18)に対応できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務が自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。また、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制には、地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含まれる。

ウ 当該保険薬局を利用する患者及びその家族等からの相談等に対して、以下の(イ)から(ハ)までの体制が整備されていること。

(イ) 夜間、休日を含む時間帯に対応できる体制が整備されていること。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制が整備されていること。

(ロ) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。

(ハ) これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

エ 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

(4) 在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下を満たすこと。

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

(19)イ 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー＝ケアマネジャー）、社会

福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。

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

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

(20) (5) 医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。

ア 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。

イ 「薬局機能に関する情報提供制度の考え方及び報告及び公表にあたって当たっての留意点について」（平成29年10月6日付け薬食1日付け医薬総発第1006第1号）1101第2号に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。

(21) ウ 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。

(6) 地方厚生（支）局長に対してかかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること。

(7) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。

(8) 当該保険薬局の管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。

ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験があること。

イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。

ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。

- (9) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (10) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
- (22) 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として50%以上であること。
- (23) 上記(22)の処方箋集中率が85%を超えるか否かの取扱いについては、「第88 調剤基本料」の「2 調剤基本料の施設基準に関する留意点」に準じて行う。
- (24)(11) 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。
- ア 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。なお、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売の際には、購入される要指導医薬品及び一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。また、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していればいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、様々な種類の医薬品を取り扱うべきであり、健康サポート薬局（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第1条第2項第5号で規定する薬局）の届出要件とされている48薬効群の品目を取り扱うこと。薬効群については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の一般用医薬品・要指導医薬品の添付文書検索システムに記載されているものであること。
- イ 健康相談又は健康教室を行うとともに、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談について応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。
- ウ 緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制を整備していること。なお、オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤等の対応も適切に行えるようにするため、「「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を踏まえた緊急避妊に係る診療の提供体制整備に関する薬剤師の研修について（依頼）」（令和2年1月17日医薬・生活局総務課長通知）に基づく緊急避妊薬を調剤する薬剤師に対する研修を受講していることが望ましい。
- エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

① 当該保険薬局の敷地内が禁煙であること。

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

オ 当該保険薬局及び当該薬局に併設される医薬品の店舗販売業（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第25条第1号に基づく許可を有する店舗）において、たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。

(12) 施設基準に適合すると届出をした後は、(1)のア又はウの(イ)の②、④及び(1)のイ、ウ及びエの(イ)(ロ)の①から⑨⑩まで及び(4)のウについては、前年3月5月1日から当年2月4月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月6月1日から翌年3月5月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年3月3月5月1日から当年2月4月末日までの処方箋受付回数とする。

2 地域支援体制加算の施設基準に関する留意点

当該加算における処方箋の受付回数及び処方箋集中率の取扱いは、「第88の2調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」に準じて行う。

3 届出に関する事項

(1) 地域支援体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3及び様式87の3の2又は様式87の3の3を用いることを用いること。ただし、当年6月1日から翌年5月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の5月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(2) 令和6年5月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(1)のアの(ロ)の①から⑩、(2)のイ、オ、(3)のエ及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。また、令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(2)のイ、オ、(3)のエ及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとし、地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、1の(2)のイ、オ、(3)のエ、(4)のウ、(6)及び1の(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。

(3) 令和6年8月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局であって、令和6年9月1日以降も算定する場合においては、前年8月1日から当年7月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年9月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年8月1日から当年7月末日までの処方箋受付回数とする。

第92の2—連携強化加算

1 連携強化加算に関する施設基準—

(1) 他の保険薬局等との連携に係る体制として都道府県知事より第二種協定指定医療機関の

指定を受けており、次に掲げる体制が整備されていること。

- ア 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の当該保険薬局において、感染症に係る最新の科学的知見に基づいた適切な知識を習得することを目的として、年1回以上、当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修を実施する、又は、外部の機関が実施する研修に当該保険薬局の保険薬剤師を参加させること。
- イ 新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）に係る医療の提供に当たっての訓練を、年1回以上、当該保険薬局において実施する、又は、外部の機関が実施する訓練に当該保険薬局の保険薬剤師を参加させること。
- ウ 新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われたときから新型インフルエンザ等感染症等と認められなくなった旨の公表等が行われるまでの間において、都道府県知事からの要請を受けて、自宅療養者等に対して、調剤、オンライン又は訪問による服薬指導、薬剤等の交付（配送による対応を含む。）等の対応を行う体制が整っていること。
- エ 新型インフルエンザ等感染症等に係る医療の提供を迅速かつ的確に行う観点から、個人防護具を備蓄していること。
- オ 新型インフルエンザ等感染症等の発生時等において、要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備し、これらを提供していること。

(2) 災害の発生時等において他の保険薬局等（同一薬局グループ以外の薬局を含む。）との連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

- ア 災害の発生時等に、医薬品の提供施設として薬局機能を維持し、自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制が整備されていること。
- イ 医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保することことについて、災害の被災状況に応じた対応を習得する研修を薬局内で実施する、又は、地域の協議会、研修又は訓練等に参加するよう計画を作成し、実施すること。また、協議会、研修又は訓練等には、年1回程度参加することが望ましい。
- イ 都道府県等の行政機関、ウ 災害の発生時等において、地方公共団体や地域の医療機関若しくは薬剤師会等と協議の上で、当該保険薬局のみ又は関係団体等と適切に当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携するため、災害や新興感染症の発生時して、夜間、休日等における開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めることができる体制が整備されていること。

ウ(3) 災害や新興感染症の発生時等においておける対応可能な体制を確保していることについて、当該保険薬局及び同一グループのほか、地域の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知していること。

(2-4) 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品おける薬局の供給等体制や対応について協力、それぞれの要請があった場合状況には、地域の関係機関と連携応じた手順書等を作成し、必要な対応を行う当該保険薬局の職員に対して共有していること。

2(5) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うために以下の体制が整備されていること。

ア 「オンライン服薬指導の実施要領について」(令和4年9月30日付け薬生発0930第1号)の別添(以下「オンライン服薬指導の実施要領」という。)の第4の(4)に基づき、必要な通信環境を確保すること。

イ オンライン服薬指導の実施要領の第4の(5)に基づき、薬局内の保険薬剤師に対して、必要な知識を習得させるための研修を実施すること。

ウ 最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」等について」(令和5年10月13日付け医政参発1013第2号・医薬総発1013第1号医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・薬局総務課長通知)の別添1、別添2及び別添4を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行うこと。

(6) 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。ただし、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していればいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、新型インフルエンザ等感染症等の発生時に必要となる様々な種類の医薬品及び検査キット(体外診断用医薬品)を取り扱うべきであること。なお、取り扱う要指導医薬品等の選択に当たっては、健康サポート薬局(薬機法施行規則第1条第5項第10号で規定する薬局)の届出要件とされている48薬効群を参考にすること。

2 連携強化加算の施設基準に関する留意点

1の(3)について、単に厚生局の届出のウェブサイトに掲載される一覧にリンクを張ったのみでは、行政機関又は薬剤師会等が情報提供していることには該当しない。

3 届出に関する事項

(1) 保険薬局の連携強化加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の3の4を用いること。

(2) 令和6年3月31日において現に連携強化加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、1の(1)に該当するものとみなす。

第93 後発医薬品調剤体制加算

1 後発医薬品調剤体制加算1に関する施設基準

(1) 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50%以上であること。

(2) 当該保険薬局において調剤した薬剤(4に掲げる医薬品を除く。)の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

(3) 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とともに、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の内側の見えやすい場所に掲示していること。

2 後発医薬品調剤体制加算2に関する施設基準

(1) 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。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 後発医薬品調剤体制加算 3 に関する施設基準

(1) 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 90%以上であること。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

4 後発医薬品調剤体制加算の施設基準に関する留意点

(1) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

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

イ 特殊ミルク製剤

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

ウ 生薬（薬効分類番号 510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

(2) 当該加算への該当性については、直近 3 月間の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をもって翌月に判断し、同月内に必要な届出を行った上で、翌々月から当該加算の区分に基づく所定点数を算定する。

5 届出に関する事項

後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 87 を用いること。

第 94 調剤基本料の注 8 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

1 以下のいずれかに該当する保険薬局は調剤基本料を 5 点減算する。ただし、処方箋受付回数が 1 月に 600 回以下の保険薬局を除くものとする。

(1) 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 50%以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものを除く。

(2) 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について、毎年 7 月 1 日現在で届出書の記載事項について行う報告等を通じ、直近 1 年間に地方厚生（支）局長への報告して行っていないこと。

2 「当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの」とは、直近 1 月間の当該保険薬局における処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回

数が50%以上の場合のことをいう。この場合の処方箋受付回数は、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

- 3 1の(1)の後発医薬品の後発医薬品の調剤数量割合に基づく当該減算への該当性については、直近3月間の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をもって翌月に判断し、該当する場合は、翌々月から調剤基本料を減算する。
- 4 1の(2)の直近1年間に地方厚生(支)局長に報告を行っていない保険薬局に該当した場合は、当該報告を行った場合には、報告を行った月の翌月より、当該保険薬局に該当しないものとして取り扱う。

第95—無菌製剤処理加算

~~1—無菌製剤処理加算に関する施設基準~~

- ~~(1) 2名以上の保険薬剤師(うち1名以上が常勤の保険薬剤師)がいること。~~
- ~~(2) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則(昭和36年厚生省令第1号)第11条の8第1項のただし書の規定に基づき無菌調剤室(薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。)を共同利用する場合は、この限りでない。~~

~~2—届出に関する事項~~

- ~~(1) 保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式88を用いること。~~
- ~~(2) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の平面図(クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。)を添付すること第95の1。~~

第96 在宅患者調剤薬学総合体制加算

1 在宅患者調剤薬学総合体制加算1に関する施設基準—

- (1) 地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績として、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間のに、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、在宅患者オンライン薬剤管理緊急時等共同指導料を除く。)—、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、合算して計10回計24回以上であること(在宅協力薬局として連携した場合(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。))及び同等の業務を行った場合を含む。)。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。
- (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。

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

4-2 在宅薬学総合体制加算2に関する施設基準

- (1) 1の基準を満たすこと。
- (2) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。

ア 以下の①及び②の要件を全て満たすこと。

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

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

- (3) 2名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとっていること。
- (4) 直近1年間に、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が24回以上であること。
- (5) 医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

3 在宅薬学総合体制加算の施設基準に関する留意点

(1) 施設基準に適合するとの届出をした後は、(2) 1 の (2)、2 の (2) イ及び (4) については、前年3月5月1日から当年2月4月末日までの実績により判定し、当年の4月6月1日から翌年の3月5月末日まで所定点数を算定できるものとする。

2(2) 2 の (4) の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を計算するに当たり、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薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）に係る算定回数を除いて計算する。

4 届出に関する事項

在宅患者調剤薬学総合体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式8987の4を用いること。

第95の2 医療DX推進体制整備加算

1 医療DX推進体制整備加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。
- (3) オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制を有していること。
- (4) 「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和4年10月28日付け薬生発1028第1号医政発1028第1号保発1028第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋（以下「電子処方箋」という。）により調剤する体制を有していること。
- (5) 電磁的記録により調剤録及び薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）を管理する体制を有していること。ただし、紙媒体で受け付けた処方箋、情報提供文書等を紙媒体のまま保管することは差し支えない。なお、薬局における医療DXによる情報活用等の観点から、オンライン資格確認、薬剤服用歴等の管理、レセプト請求業務等を担う当該薬局内の医療情報システム間で情報の連携が取られていることが望ましい。
- (6) 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- (7) マイナンバーカードの健康保険証としての利用率が一定割合以上であること。
- (8) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い医療を提供するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
 - (イ) オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用している保険薬局であること。
 - (ロ) マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険薬局であること。
 - (ハ) 電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療DXに係る取組を実施している保険薬局であること。

- (9) (8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険薬局については、この限りではない。

2 届出に関する事項

- (1) 医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87の5を用いること。
- (2) 1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、1の(6)については令和7年9月30日までの間に限り、それぞれの基準を満たしているものとみなす。
- (3) 1の(8)については、令和6年10月1日から適用する。なお、利用率の割合については別途示す予定である。

第96 無菌製剤処理加算

1 無菌製剤処理加算に関する施設基準

- (1) 2名以上の保険薬剤師（うち1名以上が常勤の保険薬剤師）がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和36年厚生省令第1号）第11条の8第1項のただし書の規定に基づき無菌調剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。）を共同利用する場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

- 第97保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式88を用いること。

第97の1 調剤管理料の注3に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

- 1 「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」とは、3月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が50%以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年5月1日から当年4月末日までの服薬管理指導料の実績をもって該当性を判断し、当年6月1日から翌年5月31日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第88の2 調剤基本料2」の「2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点」の(1)に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
- 3 1及び2により、「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」に該当した場合であっても、直近3月間における1の割合が50%を上回った場合には、2にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「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」に該当しないものとする。

第97の2 調剤管理加算

1 調剤管理加算に関する施設基準

- (1) 「重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局」とは、過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績を有している保険薬局であること。
- (2) 服用薬剤調整支援料の直近の算定日の翌日から翌年の同月末日までの間は、「1回以上算定した実績」をもって重複投薬等の解消に係る取組の実績として適用する。

2 届出に関する事項

調剤管理加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。

第97の3 医療情報・システム基盤整備体制充実取得加算

1 医療情報・システム基盤整備体制充実取得加算に関する施設基準

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う必要があることに留意すること。
- (3) 次に掲げる事項について、当該保険薬局の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
- ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- イ 当該保険薬局に来局した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。

2 届出に関する事項

医療情報・システム基盤整備体制充実取得加算に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第98 特定薬剤管理指導加算2

1 特定薬剤管理指導加算2に関する施設基準

- (1) 施設基準の届出時点において、保険薬剤師としての勤務経験を5年以上有する薬剤師が勤務していること。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。
- (2) 薬学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。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されていること。
- (4) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年1回以上参加していること。

2 届出に関する事項

特定薬剤管理指導加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式92を用いること。

第 99 服薬管理指導料の注 13 に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

- 1 「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」とは、3 月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50% 以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。
- 2 手帳の活用実績は、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年 3 月 5 月 1 日から当年 2 月末 4 月 30 日までの服薬管理指導料の実績をもって該当性を判断し、当年 4 月 6 月 1 日から翌年 3 月 5 月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第 88 の 2 調剤基本料 2」の「2 調剤基本料 2 の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
- 3 1 及び 2 により、「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」に該当した場合であっても、直近 3 月間における 1 の割合が 50% を上回った場合には、2 にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「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」に該当しないものとする。

第 99 の 2 服薬管理指導料の注 14 に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

- 1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。
 - （1） 保険薬剤師として 3 年以上の薬局勤務経験があること。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。
 - （2） 当該保険薬局に継続して 1 年以上在籍していること。
 - （3） 当該保険薬局に週 32 時間以上（32 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第 1 項若しくは第 3 項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週 24 時間以上かつ週 4 日以上である場合を含む。）勤務していること。
 - （4） 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。
 - （5） 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

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

- 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

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。

 - （1） 以下に掲げる勤務経験等を有していること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として 3 年以上の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 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) 薬学薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

2 届出に関する事項

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施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 90 を用いること。

第 101 服用薬剤調整支援料 2

1 服用薬剤調整支援料 2 のイに関する施設基準

(1) 重複投薬等の解消に係る実績として、内服を開始して 4 週間以上経過した内服薬 6 種類以上を保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行った結果、当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が 2 種類以上（うち少なくとも 1 種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が 4 週間以上継続したことが過去一年間に 1 回以上あること。

(2) 前年 3 月 5 月 1 日から当年 2 月末日 4 月 30 日までの重複投薬等の解消に係る実績をもって該当性を判断し、当年 4 月 6 月 1 日から翌年 3 月 5 月 31 日まで適用する。ただし、前年 3 月 5 月 1 日から当年 1 月 3 月末日までに新規指定された保険薬局の場合場合は、指定された日に属する月の翌月から、当年 2 月 5 月末日までの実績をもって該当性を判断する。

(3) (1) について、服用薬剤調整支援料 1 を算定していない場合においても、重複投薬等の解消に係る提案及び実績について、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、提案の記録については、提案に係る文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存することとで差し支えない。

2 届出に関する事項

服用薬剤調整支援料 2 のイに係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。

第 102 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

1 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関する施設基準

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

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

2 届出に関する事項

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式89を用いること。

第103 在宅中心静脈静脈栄養法加算 在宅中心静脈栄養法加算

1 在宅中心静脈静脈栄養法加算に関する施設基準

- (1) 医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第39条の3第1項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

在宅中心静脈静脈栄養法加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式89を用いること。

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける)	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	調剤基本料 3 - ハ
	()	特別調剤基本料 A
2 届出の区分 (該当する項目の□に「☑」を記入する)		
□	新規指定に伴う新規届出 (遡及指定が認められる場合を除く)	
	指定日	令和 年 月 日
□	新規指定に伴う届出 (遡及指定が認められる場合)	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他 ()	
3 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無 (医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)		☐ あり (様式 87 の 2 の添付が必要) ☐ なし
4 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係 (特別調剤基本料 A への該当性)		
ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無※1 ※1 ウの (イ) から (ニ) までのいずれかに該当する場合は「あり」に☑する。		☐ なし →「5」へ ☐ あり
イ 特別な関係を有する保険医療機関名		名称 : ☐ 病院 ☐ 診療所
ウ (イ) から (ニ) のうち保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係に該当するものは「あり」に☑する		
(イ)	保険医療機関と不動産の賃貸借取引	☐ なし ☐ あり※2
(ロ)	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	☐ なし ☐ あり※2
(ハ)	保険薬局が所有する設備の貸与	☐ なし ☐ あり
(ニ)	保険医療機関による開局時期の指定	☐ なし ☐ あり※2
エ 特別な関係を有する保険医療機関からの処方箋受付回数		回
オ 特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中度		%
※2 病院と平成 28 年 10 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局との間でア、イ若しくはエの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 4 月 1 日以降に新規に開局し指定を受けた保険薬局 (同一建物内に診療所が所在している場合を除く。) との間でア、イ若しくはエの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。 また、遡及指定が認められる場合であって、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との間でアの関係がある場合に「あり」に☑を記入すること。ただし、病院と平成 28 年 9 月 30 日以前からア若しくはイの関係がある場合又は診療所と平成 30 年 3 月 31 日以前からア若しくはイの関係がある場合を除く。		

5 同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料3への該当性）		
ア 薬局グループへの所属の有無	☐ 所属していない（個店） →「6」へ ☐ 所属している	
イ 所属するグループ名		
ウ 同一グループの保険薬局数（①）		
エ 1月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計（②）	回	
オ 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借取引の有無	☐ なし ☐ あり	
6 処方箋の受付回数及び集中度等		
期間： 年 月 ～ 年 月 （ か月間③）		
(1) 全処方箋受付回数等		
ア 全処方箋受付回数（④）	回	
イ アのうち、主たる（処方箋受付回数が第1位の）保険医療機関からの処方箋受付回数（⑤）	回	
ウ 主たる保険医療機関名		
エ 処方箋集中度（⑥）	%	
オ アの全処方箋受付回数が4000回を超える場合 下記のカからケを記載する。	☐ 4000回を超えていない →「6」の(2)へ ☐ 4000回を超える	
	処方箋受付回数が 第2位の医療機関	処方箋受付回数が 第3位の医療機関
カ 保険医療機関名		
キ アのうち、それぞれの保険医療機関からの 処方箋受付回数	回（⑦）	回（⑧）
ク それぞれの保険医療機関の処方箋集中度	%（⑨）	%（⑩）
ケ 処方箋受付回数が多い上位3の保険医療 機関に係る処方箋集中度の合計 （⑥、⑨及び⑩の合計）	%（⑪）	
(2) 同一建物内にある保険医療機関の有無等（調剤基本料2の該当性）		
ア 同一建物内の保険医療機関の有無	☐ なし →「(3)」へ ☐ あり	
イ 同一建物内の保険医療機関数（⑫）	施設	
ウ イの保険医療機関からの処方箋受付回数の合計（⑬）	回	
(3) 主たる保険医療機関が同一のグループ内の他の保険薬局の有無等（調剤基本料2の該当性）		
ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険 薬局の有無	☐ なし →記載終了 ☐ あり	
イ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険 薬局数（⑭）	施設	
ウ イの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋 受付回数の合計（⑮）	回	
エ ⑤と⑮を合計した処方箋受付回数（⑯）	回	

(参考)

調剤基本料の区分については、以下のAからEに基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局への該当性（表の「3」の「あり」に☑）

該当 → 調剤基本料 1 に該当

該当しない → Bへ

B 特別調剤基本料 A への該当性

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係にない（表の「4」でアで「なし」に☑）
→ Cへ

・ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係があり（表の「4」のウの（イ）から（ニ）いずれかの「あり」に☑）、かつ、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋集中率（「4」のオ）が50%を超える

該当 → 特別調剤基本料 A に該当

該当しない → Cへ

C 調剤基本料 3 への該当性

（1） 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）
→ D-1へ

（2） 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

・ 300 以上 → C-3へ

・ 300 未満 → (3)へ

（3） 同一グループの1月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

・ 3万5千回以下 → D-1へ

・ 3万5千回を超え、4万回以下 → C-1へ

・ 4万回を超え、40万回以下 → C-2へ

・ 40万回を超える → C-3へ

C-1 同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：3万5千回を超え、4万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当

・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に☑）

・ 処方箋集中率（表の⑥）が95%を超える

・ いずれにも該当しない → D-1へ

C-2 同一グループの保険薬局数：300 未満かつ

グループ内の1月当たりの処方箋受付回数：4万回を超え、40万回以下

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 イに該当

- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に「☑」）
- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

C-3 同一グループの保険薬局数：300 以上又は

グループ内の 1 月あたりの処方箋受付回数：40 万回を超える

・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 3 ロに該当

- ・ 保険医療機関との不動産賃貸借取引がある（表の「5」のオの「あり」に「☑」）
- ・ 処方箋集中率（表の⑥）が 85%を超える
- ・ いずれにも該当しない → D-1 へ

D-1 調剤基本料 2 への該当性 1

- ・ 1 つの保険医療機関からの 1 月あたりの処方箋受付回数の合計（表の⑤）：4,000 回を超える

該当 → 調剤基本料 2 に該当

該当しない → D-2 へ

D-2 調剤基本料 2 への該当性 2

- ・ 同一建物内に保険医療機関がない（表の「6」の（2）のアの「なし」に「☑」）
→ D-3 へ

- ・ 同一建物内に保険医療機関がある（表の「6」の（2）のアの「あり」に「☑」）

- ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の⑬/③）：4,000 回を超える

該当 → 調剤基本料 2 に該当

該当しない → D-3 へ

D-3 調剤基本料 2 への該当性 3

- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がない（表の「6」の（3）のアの「なし」に「☑」）

→ D-4 へ

- ・ 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局がある（表の「6」の（3）のアの「あり」に「☑」）

- ・ 当該保険医療機関からの 1 月当たりの処方箋受付回数の合計（表の⑮/③）：4,000 回を超える

該当 → 調剤基本料 2 に該当

該当しない → D-4 へ

D-4 調剤基本料 2 への該当性 4

- ・ 次のいずれかに該当 → 調剤基本料 2 に該当

1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）及び処方箋集中率（表の⑥）がそれぞれ、

- ・ 4,000 回を超え、かつ、70%を超える
- ・ 2,000 回を超え、かつ、85%を超える
- ・ 1,800 回を超え、かつ、95%を超える

1 月当たりの処方箋受付回数（表の④/③）が 4,000 回を超え、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集中率の合計（表の⑪）が 70%を超える

- ・ いずれにも該当しない → E-1 へ

E 調剤基本料 3 のハへの該当性

(1) 薬局グループに所属していない（表の「5」のアの「所属していない（個店）」に☑）

→ 調剤基本料 1 に該当

(2) 同一グループの保険薬局数（表の①）が、

- ・ 300 以上 → 調剤基本料 3 のハに該当
- ・ 300 未満 → (3) へ

(3) 同一グループの 1 月当たりの処方箋受付回数（表の②）が、

- ・ 40 万回を超える → 調剤基本料 3 のハに該当
- ・ 40 万回以下 → 調剤基本料 1 に該当

〔記載上の注意〕

- 1 「2」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、令和6年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和6年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 5 「4」については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月●日保医発●●●●第●号。以下「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1の「第88の4 特別調剤基本料A」により判断する。
- 6 「5」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の④／③の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。同一グループの保険薬局数は、当年2月末時点における同一グループ内の保険薬局の数（当該保険薬局を含む。）を記載すること。
- 7 「5」のオについては、特掲診療料施設基準通知の別添1の「第88の3 調剤基本料3」の2の（5）により判断する。
- 8 「6」については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（ただし、9のアからウの本文に該当する場合を除く。）。
- 9 「6」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・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人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の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。）
- 10 「6」の⑥については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、⑤／④、同様に、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、「6」の⑧については⑦／④、「6」の⑨については⑧／④として計算する。
- 11 「6」の⑫について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑬については、⑤を含めて記載する。

様式 85

妥結率等に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

所属する法人・グループ名（ ）

同一グループの保険薬局数（ ）

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に当該保険薬局において購入された医療用医薬品の 薬価総額 (①)	円
当年度上半期に卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格 が定められた医療用医薬品の薬価総額 (②)	円
妥結率 (②/①) %	%

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1) 価格交渉の方法（該当する項目に☑を記入すること。）

- ☐ 自施設が卸売販売業者と直接交渉している。
- ☐ 法人・グループの本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉している。
- ☐ 価格交渉を代行する者に依頼して交渉している。

(2) 価格交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

ア 当年度下半期の取引予定

- ☐ 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。
- ☐ 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。
- ☐ 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況（上半期と比較した下半期の取引状況）

- ☐ 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。

- ☐ 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。
- ☐ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥結価格であった。(上半期より小さい乖離率での取引)
- ☐ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。(上半期より大きい乖離率での取引)

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

(1) 単品単価交渉の状況 (該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 全ての品目について単品単価交渉を行っている。
- ☐ 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。
基礎的医薬品、安定確保医薬品 (カテゴリーA)、不採算品再算定品、血液製剤、麻薬並びに覚醒剤及び覚醒剤原料
- ☐ 新薬創出等加算品目について単品単価交渉を行っている。
- ☐ 単品単価交渉を行っていない。

(2) 卸売販売業者との値引き交渉 (該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。
- ☐ 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。
- ☐ 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。
- ☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

(3) 妥結価格の変更 (該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。
- ☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2. (1) で「価格交渉を代行する者に依頼して交渉している」を選択した場合

(4) 価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

(該当する項目に☑を記入すること。)

- ☐ 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。
- ☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。
- ☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

[記載上の注意]

- 1 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。
- 2 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
- 3 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 4 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
- 5 当年度上半期とは、当年4月1日から9月30日までをいい、当年度下半期とは、当年10月1日から翌年3月31日までをいう。
- 6 前年度上半期とは、前年4月1日から9月30日までをいい、前年度下半期とは、前年10月1日から当年3月31日までをいう。
- 7 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
- 8 本報告書による報告については、報告年度の4月1日から9月30日の実績を同年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることに留意すること。
- 9 同一グループ内の保険薬局の処方箋受付回数の合計が1月に3万5千回を超えると判断されるグループに属する保険薬局については、保険薬局と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を添付すること。

様式 87

調剤基本料の注 7 に係る後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類及び「調剤基本料の注 8 の後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局に係る報告書」

届出に係る後発医薬品調剤体制加算の区分 (いずれかに○を付す)	☐ 後発医薬品調剤体制加算 1 (カットオフ値50%以上かつ新指標80%以上) ☐ 後発医薬品調剤体制加算 2 (カットオフ値50%以上かつ新指標85%以上) ☐ 後発医薬品調剤体制加算 3 (カットオフ値50%以上かつ新指標90%以上)
調剤基本料の「注 8」(後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局)への該当性 (該当する場合に○を付す)	☐ 該当しない(新指標50%超) ☐ 該当する(新指標50%以下) → ☐ 処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないものに該当

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期 間 (届出時の直近 3 か月間：1 か月ごと及び 3 か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 (直近 3 か月間の合計)
全医薬品の規格単位数量 (①)				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量 (②)				
後発医薬品の規格単位数量 (③)				
カットオフ値の割合 (②/①) (%)				
新指標の割合 (③/②) (%)				

以下は、新指標の割合が 50% 以下で、「処方箋の受付状況を踏まえやむを得ないもの」に該当する場合のみ記載する。なお、下記に基づき算出した割合（小数点以下四捨五入）が 50% 以上である場合が該当するものである。

判定に用いた年月： 年 月	
直近 1 か月間における処方箋受付回数（①）	回
直近 1 か月間における先発品変更不可のある処方箋の受付回数（②）	回
割合（②／①）（%）	%

〔記載上の注意〕

- 1 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 2 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第●号）を参照すること。
- 3 「調剤基本料の「注 8」（後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局）への該当性」については、処方箋受付回数が 1 月に 600 回を超える保険薬局であり、後発医薬品調剤体制加算の施設基準のいずれにも該当しない保険薬局が、調剤基本料の「注 8」への該当性を地方厚生（支）局長へ報告する際に用いること。

様式 87 の 2

調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に係る届出書添付書類

1 基本診療料の施設基準等の別表第六の二に所在する保険薬局である		☐
2 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月 (ヶ月間)		
ア 1月あたりの平均処方箋受付回数		回
イ 主たる医療機関に係る処方箋の集中度		%
ウ 主たる保険医療機関名		
許可病床数（病院の場合のみ記載）		床
所在地が当該保険薬局の所在する中学校区内か否か		☐ 該当 ☐ 非該当
3 当該保険薬局の所在する中学校区における医療機関の情報		
保険医療機関名		許可病床数（病院のみ記載）
(1)		床
(2)		床
(3)		床
(4)		床
(5)		床
(6)		床
(7)		床
(8)		床
(9)		床
(10)		床
4 特定の区域内の許可病床数 200 床以上の医療機関の有無		☐ あり ☐ なし
5 特定の区域内の保険医療機関数		

[記載上の注意]

- 「1」については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発 0305 第●号）の別添3の別紙2を参照すること。
- 「2」については、調剤報酬点数表の区分番号 00 に掲げる調剤基本料に係る届出書添付書類に準じるものとする。
- 「3」の保険医療機関名については、当該保険薬局が所在する中学校区内に所在しているすべての保険医療機関名と許可病床数を記載すること。ただし、病院以外の保険医療機関については許可病床数の記載は不要とする。

- 4 「4」及び「5」については、原則として、「特定の区域内」は当該保険薬局の所在する中学校区として記載する。ただし、「2」の主たる保険医療機関が当該保険薬局の所在する中学校区内に所在しない場合でも、当該保険医療機関に係る処方箋の集中率が70%以上である場合は、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとして記載する。
- 5 当該届出にあたっては、当該保険薬局の所在する中学校区の地名がわかる資料を添付する。

様式 87 の 3

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	調剤基本料の区分	
	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3 - イ
	()	調剤基本料 3 - ロ
	()	調剤基本料 3 - ハ
	()	特別調剤基本料 A

2 当該保険薬局における地域支援体制加算の区分等 (いずれかに○)	地域支援体制加算の区分		提出が必要な様式 様式87の3及び様式87の3の2
	()	地域支援体制加算 1	
	()	地域支援体制加算 2	
	()	地域支援体制加算 3	
	()	地域支援体制加算 4	

地域支援体制加算の施設基準（対応している内容に☑すること）

3 地域における医薬品等の供給拠点としての体制		
ア 備蓄品目数	(年 月現在)	品目
イ 当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施		□あり
ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制		□あり
エ 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載：)		
オ 全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ～ 年 月		
①処方箋の受付回数		回
②主たる医療機関の処方箋受付回数		回
③集中度（％）		％
カ 後発医薬品の調剤割合		％
キ 当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制		□あり
4 休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制		
ア 開局時間		
イ 休日、夜間を含む開局時間外における調剤・在宅業務に対応できる体制		□あり
他の保険薬局との連携	連携薬局名	
	連携する業務内容	
ウ 休日、夜間を含む開局時間外における当該薬局を利用する患者からの相談応需体制		□あり
あらかじめ患者に伝えてある電話 に回答できない場合の体制 (該当するものに☑)	□ 薬剤師の携帯・自宅電話へ転送	
	□ 留守録による応答後、速やかに折り返し	
	□ その他 ()	
エ 休日、夜間を含む時間外における調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）の薬局における周知（グループでの周知を含む）		□周知している

オ	エの体制に係る地域での周知の方法 (該当するものに☑)	☐ 地域の行政機関を通じて周知している。 ☐ 地域の薬剤師会等を通じて周知している。
5 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応		
ア	診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携	☐ あり
イ	保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	☐ あり
ウ	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (保険薬局当たり 24 回以上／年) (実績回数の期間： 年 月～ 年 月)	回
エ	在宅患者訪問薬剤管理指導の届出の有無	☐ あり
オ	在宅に係る研修の実施の有無	☐ あり
6 医療安全に関する取組の実施		
ア	医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）への登録 (薬局が登録した登録番号を記載すること)	登録証明書番号 ()
イ	常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知	☐ あり
ウ	プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施	☐ あり
エ	副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	☐ あり
7	かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出	☐ あり
8 管理薬剤師		
①	氏名	
②	薬局勤務経験年数	年
③	週あたりの勤務時間	時間
④	在籍年数	年
9	薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	☐ あり
10	研修計画の作成、学会発表などの推奨	☐ あり
11	患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制 (パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有する等)	☐ あり
12 地域医療に関連する取組の実施		
ア	要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売（基本的な48薬効群）	☐ あり
イ	健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	☐ あり
ウ	緊急避妊薬を備蓄し、相談・調剤対応する体制	☐ あり
エ	当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い	☐ あり
オ	薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	☐ 販売していない

〔記載上の注意〕

- 令和6年5月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ、「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
- 令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の

要件を満たしているとして、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ及び「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとし、地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、令和6年8月31日までの間に限り、「3」のイ、カ、「4」のオ、「5」のウ、「7」及び「12」のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。

- 1 「1」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 3 「2」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援体制加算の区分に該当するもの1つに○をすること。
- 4 「3」のオの期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 5 「3」のオの集中率については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で計算すること。
- 6 「3」のカについては、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料の注7に掲げる後発医薬品調剤体制加算における後発医薬品の規格単位数量の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 7 「4」のアについては、自局の開局時間を記載すること。
- 8 「4」のオについては、地域の行政機関または地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料。
- 9 「5」のウの実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 10 「5」のウの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 11 「6」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。
- 12 「6」のウの「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。
- 13 「8」の②の「薬局勤務経験年数」については、当該薬剤師の薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該薬剤師の1週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。
- 14 「10」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること
- 15 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

参考を要する場合は下記

13 地域支援体制加算の届出薬局が記載すること	
(1)在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (保険薬局当たり24回以上/年)(ア+イ+ウ+エ) (実績回数の期間: 年 月～ 年 月)	回
(参考)	
ア 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料(医療保険)の算定実績	回
イ 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費(介護保険)の算定実績	回
ウ ア及びイについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
エ ア及びイについて、同等の業務を行った場合の実績	回

様式 87 の 3 の 2

地域支援体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分 (いずれかに○)	()	地域支援体制加算 1
	()	地域支援体制加算 2
	()	地域支援体制加算 3
	()	地域支援体制加算 4

2 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数 (①)		回
3 各基準の実績回数 以下の(1)から(10)までの 10 の基準のうち、下記の必要な基準を満たすこと。 地域支援体制加算 1 : (4)を含む 3 つ以上を満たすこと。 地域支援体制加算 2・4 : いずれか 8 つ以上を満たすこと。 地域支援体制加算 3 : (4)と(7)を含む 3 つ以上を満たすこと。		
処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) (満たす実績に○) 期間: 年 月 ~ 年 月 ※下記 () 内は各加算の実績基準を示す		各基準に① を乗じて 1 万で除して 得た回数※1
()	(1) 時間外加算等及び夜間・休日等加算 (加算 1 または 2 : 40 回、加算 3 または 4 : 400 回)	回
()	(2) 麻薬の調剤回数 (加算 1 または 2 : 1 回、加算 3 または 4 : 10 回)	回
()	(3) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (加算 1 または 2 : 20 回、加算 3 または 4 : 40 回)	回
()	(4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料 (加算 1 又は 2 : 20 回、加算 3 又は 4 : 40 回)	回
()	(5) 外来服薬支援料 1 (加算 1 又は 2 : 1 回、加算 3 又は 4 : 12 回)	回
()	(6) 服用薬剤調整支援料 (加算の区分によらず 1 回)	回
()	(7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の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、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 (加算 1 又は 2 : 24 回、加算 3 又は 4 : 24 回)	回
()	(8) 服薬情報等提供料等 (加算 1 又は 2 : 30 回、加算 3 又は 4 : 60 回)	回
()	(9) 小児特定加算 (加算の区分によらず 1 回)	回
※1 直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回を使用して計算する。		
保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計
()	(10) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 (加算 1 又は 2 : 1 回、加算 3 又は 4 : 5 回)	回

〔記載上の注意〕

- 1 「2」の「保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、新規届出及び区分変更の場合は直近1年間の実績を記載する。施設基準に適合すると届出をした後は、前年5月1日から当年4月末日までの実績で判断する。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で計算すること。
- 2 「3」の「各基準に①を乗じて1万で除して得た回数」欄の計算については、小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数1万回を使用して計算する。
- 3 「3」の「保険薬局における実績の合計」欄には当該保険薬局が「3」に記載されている期間における、それぞれの実績の合計を記載すること。なお、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。
- 4 「3」の(1)から(9)の実績の範囲は以下のとおり。
 - (1) ①時間外加算等：薬剤調製料の「注4」の時間外加算、②夜間・休日等加算：薬剤調製料の「注5」の夜間・休日等加算
 - (2) 麻薬の調剤回数：薬剤調製料の「注3」の麻薬を調剤した場合に加算される点数
 - (3) ①重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料の「注3」）、②在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
 - (4) ①かかりつけ薬剤師指導料、②かかりつけ薬剤師包括管理料
 - (5) 外来服薬支援料1（外来服薬支援料2は除く。）
 - (6) 服用薬剤調整支援料：服用薬剤調整支援料1及び2
 - (7) 以下における、単一建物診療患者に対する算定実績。なお、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く）。ただし、在宅患者オンライン薬剤管理指導料等のオンライン服薬指導等を行った場合を除く。
 - ①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③在宅患者緊急時等共同指導料、④介護保険における居宅療養管理指導費、⑤介護保険における介護予防居宅療養管理指導費
 - (8) 服薬情報等提供料及びそれに相当する業務の算定実績。なお、「相当する業務」とは、以下の①から④をいう。ただし、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の「注6」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除く。
 - ①服薬管理指導料の「注6」の特定薬剤管理指導加算2、②調剤後薬剤管理指導料、③服用薬剤調整支援料2、④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を算定している患者に対し、①から③に相当する業務を実施した場合
 - (9) 服薬管理指導料の「注9」、かかりつけ薬剤師指導料の「注7」、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「注6」、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「注5」、在宅患者緊急時等共同指導料の「注5」にかかる小児特定加算。
- 6 「3」の(10)については、出席した会議の名称（具体的な名称がない場合は、その内容を簡潔に説明することで差し支えない。）及び参加日のリストを別に添付すること。なお、出席した会議が複数ある場合、最大でも10までの記載とすること。
- 7 届出に当たっては、様式87の3を併せて提出すること。

様式 87 の 3 の 4

連携強化加算（調剤基本料）の施設基準に係る届出書添付書類

連携強化加算の施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

1 第二種協定指定医療機関の指定を受けている。		□
2 新型インフルエンザ等感染症の発生時における体制の整備について		
ア	感染症の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合も可）	□
イ	要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備している。	□
ウ	個人防護具を備蓄している。	□
3 災害の発生時における体制の整備について		
ア	災害の発生時における医療の提供にあたっての研修・訓練の実施（外部の機関での研修・訓練に参加する場合も可）	□
イ	自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制がある。	□
ウ	地方公共団体や地域の薬剤師会等と協議の上で、当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、夜間、休日等の開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制がある。	□
4 災害の被災状況に応じた対応を習得する研修を薬局内で実施する、又は、地域の協議会・研修・訓練等に参加するよう計画を作成・実施している。		□
5 災害や新興感染症発生時等における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成し、当該保険薬局の職員に対して共有している。		□
6 災害や新興感染症発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。		□
7 「6」に係る薬局の体制の周知方法（該当する項目に☑する）		
・地域の行政機関による周知		□
・地域の薬剤師会等による周知		□
8 災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成している。		□
9 オンライン服薬指導を実施する体制がある。		□
10 要指導医薬品及び一般用医薬品並びに検査キット（対外診断用医薬品）を販売している。		□
以下は、特別調剤基本料 A を算定している保険薬局の場合に回答する。		
11 特別な関係を有している保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関でないこと。		□
12 特別な関係を有している保険医療機関名		

〔記載上の注意〕

- 令和 6 年 3 月 31 日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、令和 6 年 12 月 31 日までの間に限り、「1」を満たしているものとみなす。
- 「6」の「周知媒体」については、災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を

確保していることについて、広く周知している媒体を記載すること。

- 3 「11」及び「12」は特別調剤基本料Aを算定する保険薬局が届出を行う場合に記載すること。
- 4 「11」の外来感染対策向上加算とは、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に規定する外来感染対策向上加算、感染対策向上加算とは、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を指す。

様式 87 の 4

在宅薬学総合体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分 (該当するものに○)	()	在宅薬学総合体制加算 1
	()	在宅薬学総合体制加算 2

2 在宅薬学総合体制加算 1 又は 2 の届出薬局が記載すること。	
(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出	☐ あり
(2) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制	☐ あり
(3) 在宅業務実施体制に係る周知 (該当するものに☑)	☐ 自局及び同一グループにより周知している。 ☐ 地域の薬剤師会又は行政機関を通じて周知している。 ☐ その他 (具体的に記入)
(4) 在宅業務に必要な体制の整備状況 ・在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画 ・外部の学術研修の受講	☐ あり ☐ あり
(5) 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況	☐ あり
(6) 麻薬小売業者免許の取得 (免許証の番号を記載 :)	
(7) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (保険薬局当たり 24 回以上／年) (実績回数の期間 : 年 月～ 年 月)	回

※ 2 (7) について参考を要する場合は下記

(参考)	
ア 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料（医療保険）の算定実績	回
イ 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険）の算定実績	回
ウ ア及びイについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
エ ア及びイについて、同等の業務を行った場合の実績	回

3 在宅薬学総合体制加算 2 の届出薬局が記載すること	
(1) 当該保険薬局に在籍する保険薬剤師の人数 (2 名以上の保険薬剤師、うち 1 名以上が常勤)	() 人 (うち、常勤) 人
(2) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料の算定実績 (保険薬局当たり 24 回以上／年) (実績回数の期間： 年 月～ 年 月)	回
(3) 高度管理医療機器等の販売業の許可等 (許可番号：)	
※以下の項目の全てに記載した上で、ア又はイのうち、要件に適合するいずれかに○を記載し届け出ること	
() ア. がん末期などターミナルケアに対する体制	
(4) 医療用麻薬の備蓄品目数 (6 品目以上、うち注射剤 1 品目以上)	() 品目 (うち、注射剤) 品目
(5) 無菌製剤処理を行うための設備 (該当するものに○) 1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット 4 なし	
() イ. 小児在宅患者に対する体制	
(6) 小児在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 (保険薬局当たり 6 回以上／年) (A + B) (実績回数の期間： 年 月～ 年 月)	回
(参考)	
A 小児特定加算の算定実績 (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に係るものに限る)	回
B 乳幼児加算の算定実績 (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に係るものに限る)	回

[届出上の注意]

- 「1」の届出区分は、該当するものに○をすること。
- 在宅薬学総合体制加算 1 を届出する場合、2 について記載すること。
- 在宅薬学総合体制加算 2 を届出する場合、2 及び 3 について記載すること。
- 2 (7) の実績については、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 2 (7) の (参考) ウについて、在宅協力薬局として実施した場合には、ア及びイに含めず、ウとして記載すること。
- 2 (7) の (参考) エの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者 1 人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 3 (2) の算定実績については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族に係る実績を除外した上で計算すること。
- 3 (4) の備蓄品目数については、規格単位ごとの品目数を記載すること。(例：A 錠 10mg と A 錠 20mg を備蓄している場合は 2 品目と数える。)

様式 87 の 5

医療DX推進体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類

医療DX推進体制整備加算の施設基準

(□には、適合する場合「✓」を記入すること)

1	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている。	□ あり
2	健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制がある。	□ あり
3	電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報・薬剤情報・特定健診等情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制がある。	□ あり
4	電子処方箋により調剤する体制を有している	□ あり
5	電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制	電子薬歴システム導入している□ 電子薬歴システムの製品名 ()
6	電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有している。	□
7	来局患者のマイナ保険証の利用率	利用率 () % 小数点1桁まで記載
8	当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。 (原則、ウェブサイトに掲載していること)	□ あり
9	サイバーセキュリティの確保のために必要な措置 ・薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、セキュリティ対策を行っている	□ あり

[記載上の注意]

- 1 令和7年3月31日までの間に限り、「4」に該当するものと見なす。
- 2 令和7年9月31日までの間に限り、「6」に該当するものと見なす。
- 3 「7」については、令和6年10月1日から適用する。利用率の記載については、令和6年9月末までは記載不要。

様式 88

無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出書添付書類

保険薬剤師	常 勤	名	非常勤	名
1 無菌処理施設・設備				
1 無菌室 2 クリーンベンチ 3 安全キャビネット (番号に○をつけること)				
形 式 ・ 規 格				
空気清浄度、集塵効率等				
台 数 等				
無菌製剤処理用器具・備品等の一覧				
2 無菌調剤室提供薬局の名称・所在地				

〔記載上の注意〕

「2」については、他の薬局の無菌調剤室を使用して無菌製剤処理を行う場合のみ記載すること。無菌調剤室提供薬局を利用して無菌製剤処理を行う場合は、「薬事法施行規則の一部改正する省令の施行等について」（平成 24 年 8 月 22 日薬食発 0822 第 2 号）に「記」の「第 2」の（1）に基づく契約書等の写しを添付すること。

様式 90

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 施設基準に係る届出書添付書類

かかりつけ薬剤師指導料等に関する業務を行う保険薬剤師の氏名等（□には、「✓」又は「×」を記入し、必要な書類を添付すること。）

	業務を実施する 保険薬剤師の氏名	保険薬局 勤務経験	短時間勤務	週あたりの勤務 時間及び日数	当該薬局で の在籍期間	研修	地域 活動
1		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
2		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
3		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
4		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐
5		年	☐ 該当 ☐ 非該当	時間/週 日/週	年 月	☐	☐

〔記載上の注意〕

- 「保険薬局勤務経験」については、施設基準の届出時点における保険薬剤師としての薬局勤務経験の年数を記載すること。ただし、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合は、1年を上限として当該勤務経験の期間に含めることができる。
- 「短時間勤務」については、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置の該当性について、該当もしくは非該当のどちらか一方に「✓」又は「×」を記入すること。なお、「短時間勤務」に該当する薬剤師のみで当該届出を提出することはできない。
- 「週あたりの勤務時間・日数」については、当該薬剤師の1週間当たりの平均勤務時間及び1週間当たりの平均勤務日数を記載すること。
- 「在籍期間」については、当該保険薬局において勤務を開始してから、届出時までの当該薬剤師の在籍期間を記載すること。なお、在籍期間には、週32時間以上勤務した期間のみを算入することができる。
- 「研修」については、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を確認できる文書を添付すること。
- 「地域活動」に参加していることがわかる書類として、届出時までの過去1年間に医療に係る地域活動の取組に主体的に参加していることがわかる文書（事業の概要、参加人数、場所及び日時、当該活動への関わり方等）を添付すること。

様式 92

特定薬剤管理指導加算 2 に係る届出書添付書類

1 業務を実施する保険薬剤師としての勤務経験を 5 年以上有する保険薬剤師の氏名等	保険薬剤師の氏名	勤務経験
		年
		年
		年
		年
2 患者のプライバシーに配慮した服薬指導の方法 (配慮方法) (具体的に記入)		
3 麻薬小売業者免許証の番号		
4 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会への出席状況 (直近 1 年)	実施保険医療機関名	出席回数
		回
		回
		回

[記載上の注意]

- 「1」については、保険医療機関で薬剤師としての勤務経験が 1 年以上ある場合、1 年を上限として薬局の勤務経験の期間に含めることができる。
- 「4」については、同一の研修会に複数名の保険薬剤師が参加した場合であっても、出席回数は 1 回と数えること。

第5部 令和6年度調剤報酬改定の概要

令和6年度診療報酬改定の概要（薬局関係）

厚生労働省保険局医療課

※ 本資料は現時点の情報をもとに作成したものであり、算定要件・施設基準等の詳細は関連する告示・通知等をご確認ください。

1

令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

1. 診療報酬 +0.88% (R6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%
 - ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） +0.06%
 - ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%
 - ④ ①～③以外の改定分 +0.46%（※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、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む）
- うち各科改定率：医科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

2. 薬価等

- ① 薬価 ▲0.97% (R6年4月1日施行)
 - ② 材料価格 ▲0.02% (R6年6月1日施行)
- ※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。
- ※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む（対象：約2000品目程度）
- ※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。
- ⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする（R6年10月1日施行）

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

2

令和6年度調剤報酬改定の主なポイント

地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

- **調剤基本料の評価の見直し**
 - 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から調剤基本料の引上げ
 - 調剤基本料2の算定対象拡大による適正化（1月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が7割を超える薬局）
- **かかりつけ機能に係る薬局の評価（地域支援体制加算）の見直し**
 - 薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から要件を強化
 - 他の体制評価に係る評価を踏まえた点数の見直し
- **新興感染症等に対応できる薬局の評価（連携強化加算）の見直し**
 - 改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえた見直し
- **医療DXの推進**
 - 医療DXに対応する体制（電子処方箋、マイナ保険料利用率、電子カルテ情報共有サービス、電子薬歴等）を確保している場合の評価を新設
- **その他の見直し**
 - 特別調剤基本料の区分新設（いわゆる同一敷地内薬局、調剤基本料の届出がない薬局に区別）
 - いわゆる同一敷地内薬局の評価見直し

質の高い在宅業務の推進

- **在宅業務に係る体制評価**
 - ターミナルケア、小児在宅医療に対応した訪問薬剤管理指導の体制を整備している薬局の評価を新設
- **ターミナル期の患者への対応に係る評価充実**
 - 医療用麻薬を注射で投与されている患者を月8回の定期訪問ができる対象に追加（介護報酬も同様の対応）
 - ターミナル期の患者の緊急訪問の回数を月4回から原則月8回に見直し
 - ターミナル期の患者を夜間・休日・深夜に緊急訪問した場合の評価新設
 - 医療用麻薬の注射剤を希釈しないで無菌調製した場合の評価追加
- **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
 - 処方箋交付前の処方提案に基づく処方変更に係る評価新設
 - 退院直後などの計画的な訪問が始まる前に患者を訪問して多職種と連携した薬学的管理・指導を行った場合の評価新設
- **高齢者施設の薬学的管理の充実**
 - ①ショートステイの利用者への対応、②介護医療院、介護老人保健施設の患者に対して処方箋が交付された場合の対応の評価新設（服薬管理指導料3）
 - 施設入所時等に服薬支援が必要な患者に指導等を行った場合の評価新設

かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・薬剤師業務の評価の見直し

- **かかりつけ薬剤師業務の評価の見直し**
 - 休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能とする見直し
 - かかりつけ薬剤師と連携して対応する薬剤師の範囲見直し（複数名可）
 - かかりつけ薬剤師指導料等を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合の評価、調剤後のフォローアップ業務の評価が算定可能となるよう見直し
- **調剤後のフォローアップ業務の推進**
 - 糖尿病患者の対象薬剤拡大（インスリン製剤等→糖尿病薬）
 - 慢性心不全患者へのフォローアップの評価を新設
- **医療・介護の多職種への情報提供の評価**
 - 介護支援専門員に対する情報提供の評価を新設
 - リフィル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供の評価を明確化
- **メリハリをつけた服薬指導の評価**
 - ハイリスク薬の服薬指導（特定薬剤管理指導加算1）における算定対象となる時点等の見直し
 - 特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合における評価（特定薬剤管理指導加算3）を新設（①医薬品リスク管理計画に基づく説明資料の活用等の安全性に関する特段の情報提供の場合、②長期収載品の選定療養、供給不足による医薬品の変更の説明をした場合の評価）
- **調剤業務に係る評価（自家製剤加算）の見直し**
 - 嚥下困難者用製剤加算を廃止し飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を、自家製剤加算での評価に一本化
 - 供給不足によりやむを得ず錠剤を粉砕等する場合でも加算が算定できるよう見直し

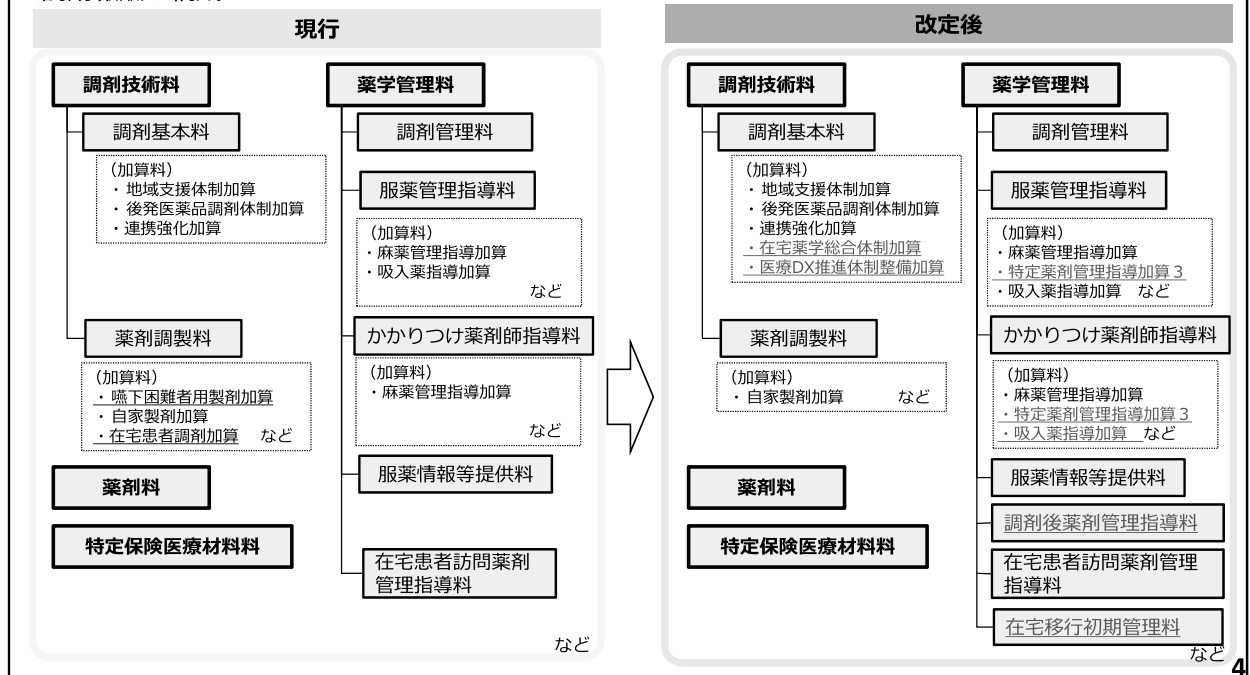
3

令和6年度診療報酬改定

調剤報酬の体系（令和6年改定後）

薬局・薬剤師業務の評価体系

<調剤報酬の構成>



調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
 - ①医療従事者の賃上げ
 - ②調剤基本料等の体制評価
2. 質の高い在宅業務の推進
3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・
薬剤師業務の評価の見直し
4. その他の改定事項
5. 地方厚生局への届出と報告

5

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
 - ①医療従事者の賃上げ
 - ②調剤基本料等の体制評価
2. 質の高い在宅業務の推進
3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・
薬剤師業務の評価の見直し
4. その他の改定事項
5. 地方厚生局への届出と報告

6

1 医療従事者の賃上げの概要について (1) 全体の概要①

- 昨今の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えています。
- こうした中、令和6年度診療報酬改定では、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組として、**特例的な対応**を行います。

物価高に負けない「賃上げ」の実現！

物価高に負けない「賃上げ」の実現を目指し、令和6年度診療報酬改定では、

1 **病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種**の賃上げのための特例的な対応として、**+0.61%の改定**

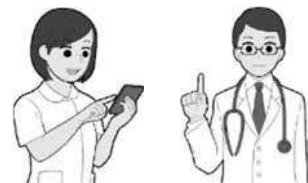
2 **40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者**の賃上げに資する措置として、**+0.28%の改定**を行い、**医療従事者の賃上げに必要な診療報酬を創設**します。

また、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%の実現に向け、

- ① 医療機関等の過去の実績
- ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
- ③ 賃上げ税制の活用

を組み合わせることにより、達成を目指していくことになります。

なお、今回の賃上げの状況について、薬局に対しては抽出調査などにより報告していただく予定です。(P13参照)



7

1 医療従事者の賃上げの概要について (1) 全体の概要②

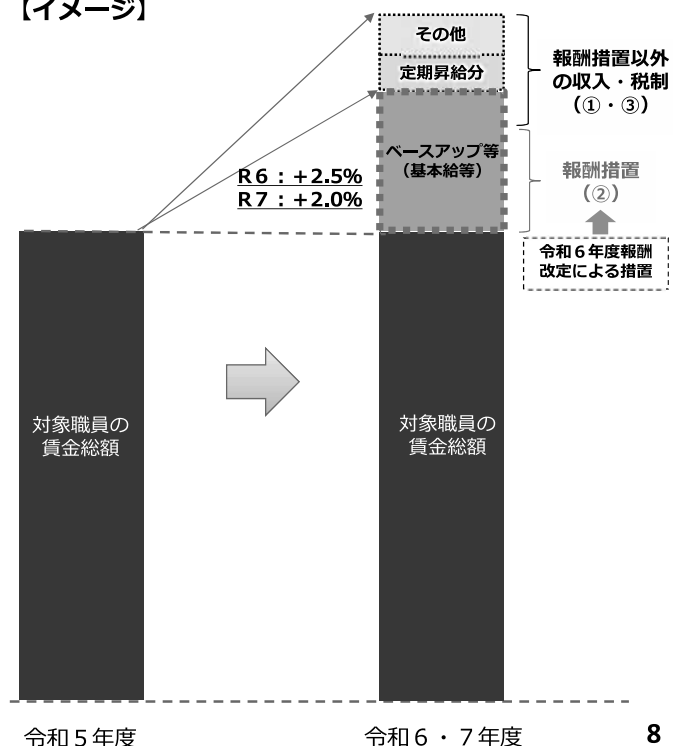
【基本的な方針】

■ 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応

- ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
- ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
- ③ 賃上げ促進税制の活用

- 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

【イメージ】



8

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

①医療従事者の賃上げ

②調剤基本料等の体制評価

2. 質の高い在宅業務の推進

3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・

薬剤師業務の評価の見直し

4. その他の改定事項

5. 地方厚生局への届出と報告

15

薬局の体制に係る評価の見直し

➤ 薬局の体制に係る評価を見直す。

調剤基本料

- 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から調剤基本料を引上げ
- 特別調剤基本料の区分新設
(A: 敷地内薬局、B: 基本料の届出がない薬局)

調剤基本料 1	42点→ <u>45点</u>
調剤基本料 2	26点→ <u>29点</u>
調剤基本料 3 イ	21点→ <u>24点</u>
調剤基本料 3 ロ	16点→ <u>19点</u>
調剤基本料 3 ハ	32点→ <u>35点</u>
特別調剤基本料 A	7点→ <u>5点</u>
特別調剤基本料 B	7点→ <u>3点</u>

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- 地域におけるかかりつけ機能の役割を果たし、地域医療に貢献する薬局を評価（他の体制評価項目を踏まえた点数見直し）
- かかりつけ機能を推進するための要件強化（調剤基本料 1 の薬局とそれ以外の薬局の実績要件の項目をそろえる等）

【調剤基本料 1 の薬局】

地域支援体制加算 1	39点→ <u>32点</u>
地域支援体制加算 2	47点→ <u>40点</u>

【調剤基本料 1 以外の薬局】

地域支援体制加算 3	17点→ <u>10点</u>
地域支援体制加算 4	39点→ <u>32点</u>

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価（変更なし）

後発医薬品調剤体制加算 1（80%以上）	21点
後発医薬品調剤体制加算 2（85%以上）	28点
後発医薬品調剤体制加算 3（90%以上）	30点

- 感染・災害発生時に対応できる体制を整備する薬局を評価

連携強化加算	2点→ <u>5点</u>
--------	---------------

- 医療DXに対応する体制を確保する薬局を評価

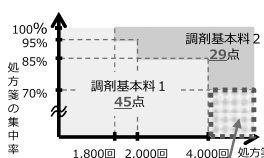
（新）医療DX推進体制整備加算 4点（月に1回）

- 在宅訪問を十分行うための体制を整備する薬局を評価
（※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算）

（新）在宅薬学総合体制加算 1	<u>15点</u>
（新）在宅薬学総合体制加算 2	<u>50点</u>

16

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局

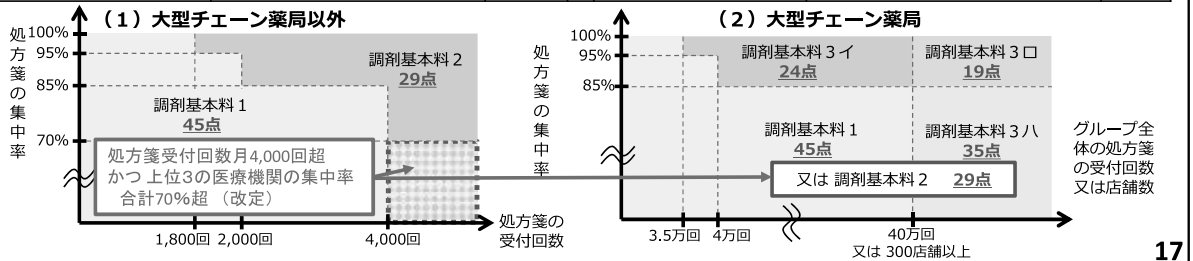


調剤基本料の見直し

調剤基本料の見直し

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

	処方箋受付回数等及び処方箋集中度	点数
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外	45点
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超～4,000回かつ処方箋集中度85%超 ② 処方箋受付回数が月4,000回超かつ上位3の医療機関の処方箋集中度の合計70%超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回かつ処方箋集中度95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	29点
調剤基本料3	イ 同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回かつ処方箋集中度95%超	24点
	同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回かつ処方箋集中度85%超	
	ロ 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%超	19点
ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%以下	35点
特別調剤基本料A	いわゆる同一敷地内薬局	5点
特別調剤基本料B	基本料の届出がない薬局	3点



17

地域支援体制加算の見直し

○地域支援体制加算の施設基準（（4）のウは薬局当たりの年間の回数）

青字：変更・新規の要件

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績（下記の要件） (2) 地域における医薬品等の供給拠点としての対応 ア 十分な数の医薬品の備蓄、周知（医療用医薬品1200品目） イ 薬局間連携による医薬品の融通等 ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制 エ 麻薬小売業者の免許 オ 集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合70%以上 カ 取り扱う医薬品に係る情報提供体制 (3) 休日・夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制 ア 一定時間以上の開局 イ 休日・夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制 ウ 当該薬局を利用する患者からの相談応需体制 エ 夜間・休日の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）の周知 (4) 在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応 ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携 イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制 ウ 在宅薬剤管理の実績 24回以上 エ 在宅に係る研修の実施	(5) 医療安全に関する取組の実施 ア プレアボイド事例の把握・収集 イ 医療安全に資する取組実績の報告 ウ 副作用報告に係る手順書を作成 (6) かかりつけ薬剤師の届出 (7) 管理薬剤師要件 (8) 患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成 (9) 研修計画の作成、学会発表などの推奨 (10) 患者のプライバシーに配慮、椅子に座った状態での服薬指導 (11) 地域医療に関連する取組の実施 ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等（基本的な48薬効群）の販売 イ 健康相談、生活習慣に係る相談の実施 ウ 緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応 エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い オ たばこの販売禁止（併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む）
---	---

○上記の（1）地域医療に貢献する体制を有することを示す実績（①～⑨は処方箋1万枚当たりの年間回数、⑩は薬局当たりの年間の回数）

要件	基本料1	基本料1以外
①夜間・休日等の対応実績	40回以上	400回以上
②麻薬の調剤実績	1回以上	10回以上
③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	20回以上	40回以上
④かかりつけ薬剤師指導料等の実績	20回以上	40回以上
⑤外来服薬支援料1の実績	1回以上	12回以上
⑥服用薬剤調整支援料の実績	1回以上	1回以上
⑦単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	24回以上	24回以上
⑧服薬情報等提供料に相当する実績	30回以上	60回以上
⑨小児特定加算の算定実績	1回以上	1回以上
⑩薬剤師認定制度認定機構が認定している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席	1回以上	5回以上

- 【調剤基本料1の薬局】
- ・地域支援体制加算1 32点
 - ④を含む3つ以上
 - ・地域支援体制加算2 40点
 - ①～⑩のうち8つ以上
- 【調剤基本料1以外の薬局】
- ・地域支援体制加算3 10点
 - ④、⑦を含む3つ以上
 - ・地域支援体制加算4 32点
 - ①～⑩のうち8つ以上

18

連携強化加算（調剤基本料）の見直し

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

現行	改定後
調剤基本料 連携強化加算 ※地域支援体制加算に該当する場合に算定可能 2点	調剤基本料 連携強化加算 ※地域支援体制加算の該当の要件は廃止 5点

〔算定要件〕

連携強化加算は、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において、調剤を行った場合に算定できる。この場合において、災害又は新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて当該保険薬局のほか、当該保険薬局の所在地の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知すること。

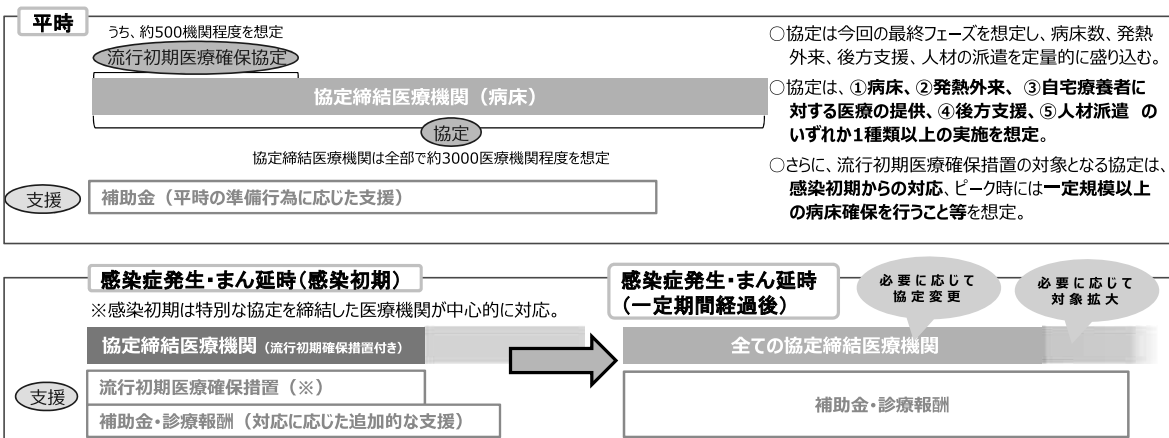
〔主な施設基準〕

- (1) 都道府県知事より第二種協定指定医療機関の指定を受けていること
- (2) 感染症対応に係る当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修、訓練を年1回以上実施
- (3) 個人防護具を備蓄
- (4) 新型インフルエンザ等感染症等の発生時等において、要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備し、これらを提供している
- (5) 自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制が整備
- (6) 災害対応に係る当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修、訓練を年1回以上実施
- (7) 災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等の作成
- (8) 情報通信機器を用いた服薬指導を行う体制が整備されている
- (9) 要指導医薬品及び一般用医薬品の販売、検査キット（体外診断用医薬品）の取扱い

19

都道府県と医療機関の協定の仕組み

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）する。※併せてPPE備蓄も位置づける。
- 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課す。
- 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。



（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設ける。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

20

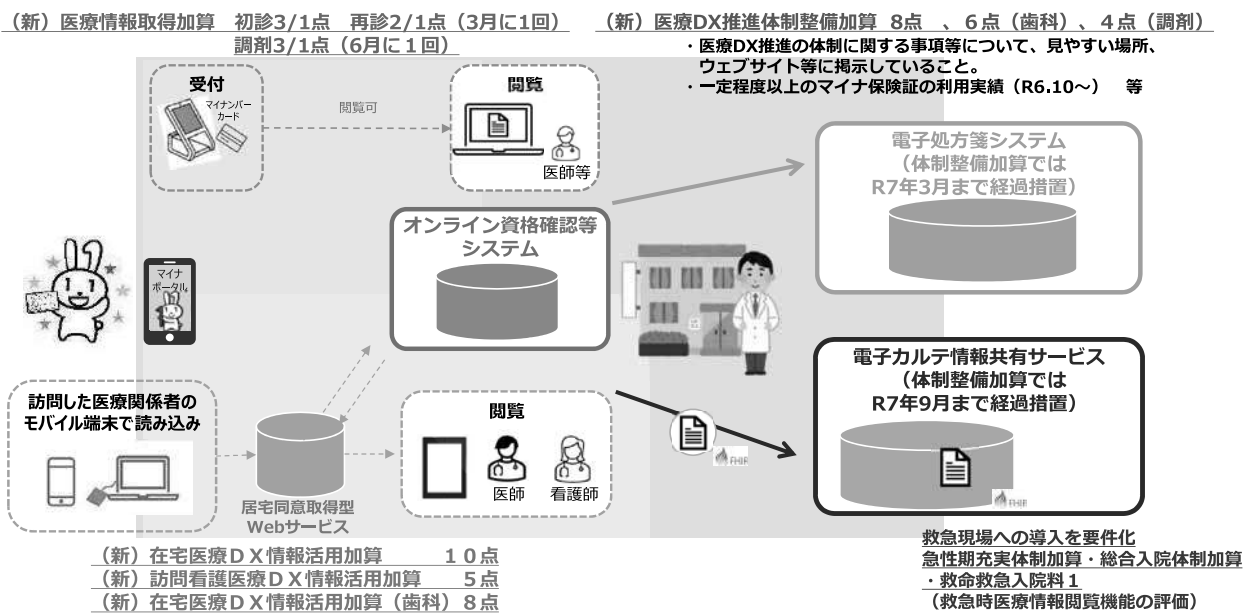
医療措置協定の内容

	①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容	病床を確保し（※1）、入院医療を実施 ※1 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る 第1種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備	発熱症状のある者の外来を実施 第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備	自宅療養者等（※2）に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施 ※2 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む 第2種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、調剤・医薬品等交付・服薬指導、訪問看護を行う体制の整備	（左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施	（感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣
数値目標 （全国での数値目標） ＜予防計画＞	①流行初期（3か月を基本） 約1.9万床 ②流行初期以降（6ヶ月以内） 約5.1万床 流行初期以降開始時点： ①+約1.6万床（公的医療機関等）	約1500機関 約4.2万機関 流行初期以降開始時点： ①+約3800機関（公的医療機関等）	・病院・診療所（約2.7万機関） ・薬局（約2.7万機関） ・訪問看護事業所（約2800機関）	約3700機関	・医師（約2100人） ・看護師（約4000人）
流行初期医療確保措置の要件 （参酌して都道府県知事が定める基準）	①発生の公表後、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②30床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後、都道府県知事の要請後1週間以内を目途に措置を実施 ②1日あたり20人以上の発熱患者を診察	-	-	-

21

令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）



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

22

2-1. 令和6年度診療報酬改定におけるマイナ保険証利用等に関する診療報酬上の評価（イメージ）

・マイナンバーカードを常時携帯する者が約4割となっている現状を踏まえると、医療現場における利用勧奨が重要。

《現行》

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

マイナンバーカードや問診票を利用し、
「診療情報取得・活用体制の充実」を評価

<調剤>

- ・マイナ保険証 利用なし 3点（6月に1回）
- ・マイナ保険証 利用あり 1点（6月に1回）

《見直しイメージ》

R 6. 6

R 6. 12

【医療情報取得加算】

同じ点数で継続

<調剤>

- ・マイナ保険証 利用なし 3点（6月に1回）
- ・マイナ保険証 利用あり 1点（6月に1回）

※答申書付帯意見

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

利用率増加に応じた支援金



○△薬局受付

【医療DX推進体制整備加算】

マイナ保険証、電子処方箋などの「**医療DX推進体制**」を評価
調剤 4点

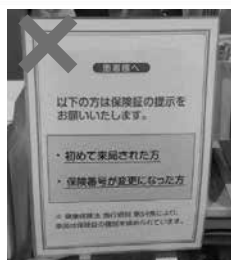
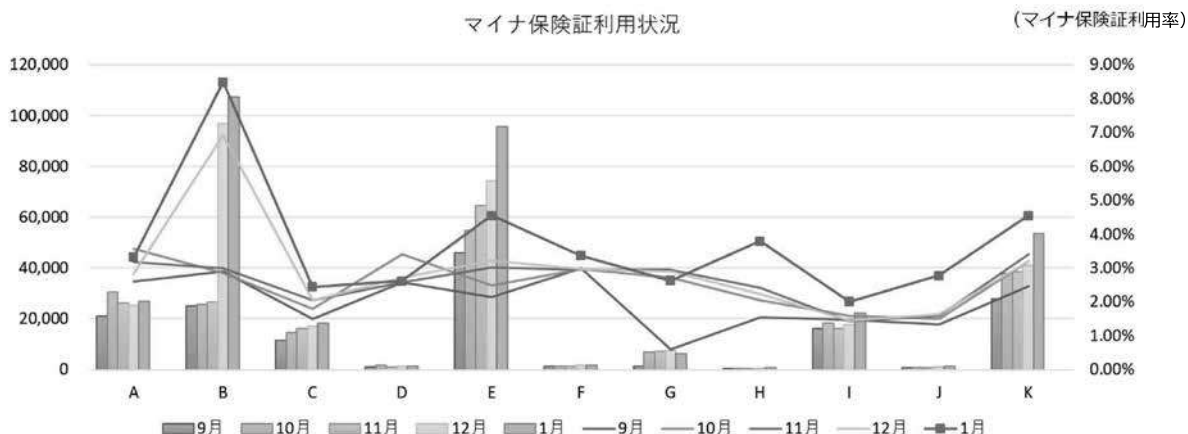
施設要件（例）

- ①マイナ保険証での取得情報を活用して調剤できる体制【R6. 6～】
- ②マイナ保険証の利用勧奨の掲示【R6. 6～】
- ③マイナ保険証利用実績が一定程度（●%）以上であること【R6. 10～】
- ④電子処方箋を受け付ける体制【R7. 4～】
- ⑤電子的な調剤録・薬剤服用歴の管理体制【R6. 6～】
- ⑥電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制【R7. 10～】

23

（参考）マイナ保険証の利用状況の変化の例（令和5年9月～令和6年1月）

法人ごとの取組状況が大きく異なる



※保険証の提示ではなく
マイナ保険証の提示を促すようお願いします。
（写真：実際の薬局の受付で提示されていたもの）

28

医療DXの推進による医療情報の有効活用の推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行	改定後
【調剤管理料】 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 施設基準を満たす保険薬局において調剤を行った場合 3点（6月に1回） 2 1であって、オンライン資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合 1点（6月に1回）	【調剤管理料】 医療情報取得加算 1 施設基準を満たす保険薬局において調剤を行った場合 3点（6月に1回） 2 1であって、オンライン資格確認により患者に係る診療情報を取得等した場合 1点（6月に1回）

診療情報（薬剤情報、特定健診情報等を含む）を取得・活用した場合の評価

【施設基準】

- 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 当該保険薬局に来院した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。
- (2)(3)の体制に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
- (4)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。



29

医療DXの推進による医療情報の有効活用の推進②

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

（新）医療DX推進体制整備加算（調剤基本料） 4点（月に1回）

【算定要件】

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

【主な施設基準】

- 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- 保険薬剤師が、オンライン資格確認を通じて取得した薬剤情報、特定健診情報等を閲覧又は活用し、調剤、服薬指導等を行う体制を有していること。
- 電子処方箋を受け付ける体制を有していること。
(紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録する。)
- 電磁的記録による調剤記録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
(オンライン資格確認、薬剤服用歴等の管理、レセプト請求業務等を担う当該薬局内の医療情報システム間で情報の連携が取られていることが望ましい。)
- 電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
- マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。

【経過措置】

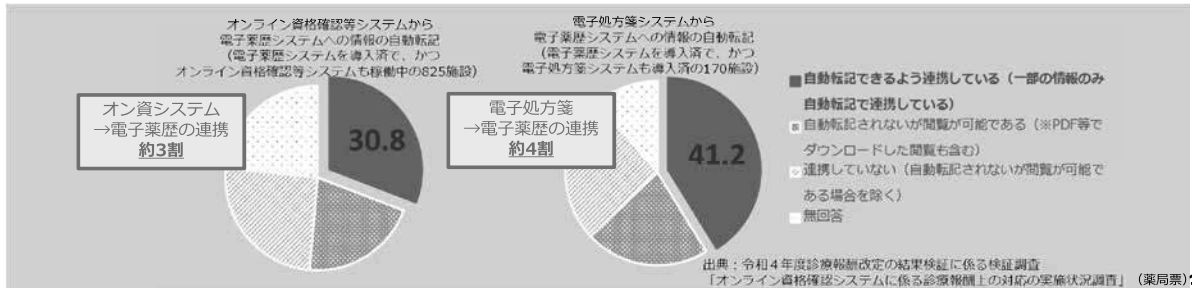
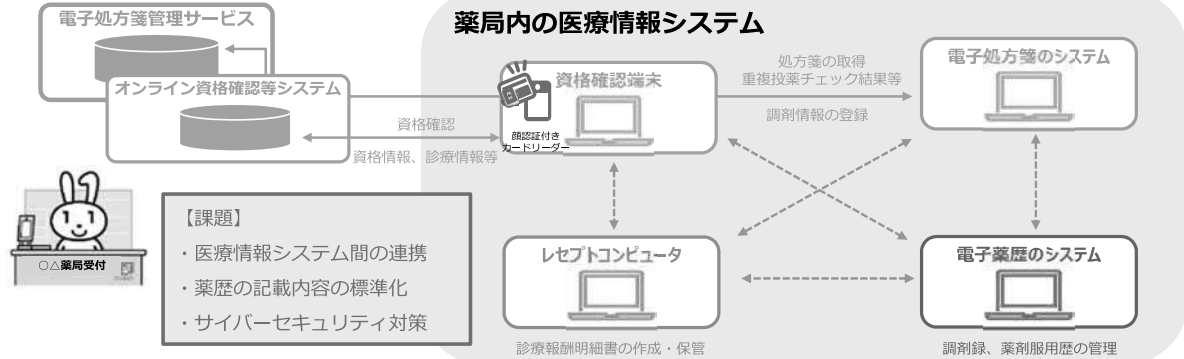
- 令和7年3月31日までの間に限り、(4)に該当するものと見なす。
- 令和7年9月30日までの間に限り、(6)に該当するものと見なす。
- (7)については、令和6年10月1日から適用する。



30

医療DXによる情報の利活用のための薬局の課題

- 薬局において医療DXによる質の高い医療を提供するためには、オンライン資格確認によって得られる診療情報・薬剤情報・特定健診情報、電子処方箋の調剤情報、薬局で管理している調剤録・薬剤服用歴を活用することが重要。
- そのためには、薬局内の医療情報システム間で情報の連携が取られている必要があるが、必ずしも十分とはいえない現状がある。
- また、医療DXを進めていくためには、電子薬歴などの標準化等とともに、サイバーセキュリティ対策を進展させていく必要がある。



医療DXの推進に関する工程表を踏まえた今後の進め方

第4回「医療DX令和ビジョン2030」厚生労働省推進チーム資料（一部改変）

施策		2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度～ (令和8年度～)
電子処方箋・電子カルテ情報共有サービスの構築	電子処方箋の普及拡大・機能拡充	2022年度1月から運用開始		オンライン資格確認を導入した概ね全ての医療機関・薬局で導入	
		対応施設について戦略的に拡大			
			電子処方箋の普及とともに多剤重複投薬等の適正化		
	リフィル処方・処方箋預かりサービス等の機能拡充について実施	重複投薬等チェックの精度向上等			
電子カルテ情報共有サービスの構築	電子カルテ情報共有サービスの構築	仕様整理・調達	システム開発		
		標準化を実現した医療機関等から順次運用開始			
電子カルテ情報の標準化等	電子カルテ等情報の拡充検討と標準化	透析情報、アレルギーの原因となる物質のコード情報の標準規格化	蘇生処置等の情報、歯科・看護等の領域の情報の標準規格化	その他共有すべき情報の検討・順次標準化・規格化交換する情報の粒度の確認※1	
		医療情報化支援基金の活用による電子カルテ情報の標準化を普及			
	救急時に医療情報を閲覧する仕組みの整備	救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備		運用開始（レセプト情報）	電子カルテ情報共有サービスの運用開始に伴いさらに情報拡充し、普及

在宅訪問を行う体制に係る評価の新設

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

現行			改定後		
【薬剤調製料】 (廃止) 在宅患者調剤加算			【調剤基本料】		
		15点	(新) 1 在宅薬学総合体制加算 1		15点
			2 在宅薬学総合体制加算 2		50点

[算定要件]

- 在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。

[施設基準]

○在宅薬学総合体制加算 1

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- (2) 在宅薬剤管理の実績 24回以上/年
- (3) 開局時間外における在宅業務対応
(在宅協力薬局との連携含む)
- (4) 在宅業務実施体制に係る地域への周知
- (5) 在宅業務に関する研修(認知症・緩和医療・ターミナルケア)及び学会等への参加
- (6) 医療材料及び衛生材料の供給体制
- (7) 麻薬小売業者の免許の取得

○在宅薬学総合体制加算 2

- (1) 加算 1 の施設基準を全て満たしていること
- (2) 開局時間の調剤応需体制(2名以上の保険薬剤師が勤務)
- (3) かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の合計 24回以上/年
- (4) 高度管理医療機器販売業の許可
- (5) ア又はイの要件への適合
 - ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制
 - ① 医療用麻薬の備蓄・取扱(注射剤 1品目以上を含む 6品目以上)
 - ② 無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備
 - イ 小児在宅患者に対する体制(在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6回以上/年)

33

薬局の体制に係る情報の周知に関する要件

地域の行政機関や薬剤師会等を通じた薬局情報の周知を求める要件(施設基準)

【地域支援体制加算】

- 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制(地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。)に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

【連携強化加算】

- 災害や新興感染症発生時における対応可能な体制を確保していることについて、当該保険薬局及び同一グループののほか、地域の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知していること。

【在宅薬学総合体制加算】

- 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制(医療用麻薬の対応等の在宅業務に係る内容を含む。)に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

<参考>

上記に該当する内容について、薬局ごとの情報提供のほか、わかりやすい情報提供の観点から地図を用いた方法などの活用も考えられる。

(夜間対応薬局を地図で表示)



(該当箇所をクリックすると対応薬局一覧や個別の薬局の情報を表示)

夜間応需可能薬局一覧 (※平日19:00～翌日0:00、土曜日13:00～翌日0:00まで開業している薬局です。電話応対のみや処方箋のみの対応は含みません。)			
所属地区薬剤師会	薬局名	電話番号	夜間及び土曜日の応需体制
福岡県薬剤師会	イオン薬局小倉西店	093-725-0571	平日 土曜日 9:00～19:00
福岡県薬剤師会	セブンドラッグ天神中央店	092-734-7311	土曜日 18:30～翌日 0:00
福岡県薬剤師会	クオア薬局	092-713-3861	土曜日 9:00～17:30
福岡県薬剤師会	ひかり薬局	092-721-1310	平日 土曜日 19:00～翌日 0:00
福岡県薬剤師会	なごみ薬局天神店	092-761-6401	平日 土曜日 19:00～翌日 0:00
福岡県薬剤師会	日本調剤福岡中央薬局	092-730-3100	土曜日 13:00～18:30
福岡県薬剤師会	日本調剤福岡天神薬局	092-726-5301	土曜日 13:00～19:00
福岡県薬剤師会	高尾山+手	092-771-6921	平日以外 9:30～19:30

※ 福岡県薬剤師会のホームページでは、夜間・休日が可能な薬局を地図上に表記しており、クリックすると個別の薬局の情報が表示される。

34

薬局の体制に係る情報の周知に関する項目イメージ

○ 具体的に周知すべき情報の項目は追って示す予定であるが、例えば以下のような項目を想定している。

【**地域支援体制加算**】 休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る情報

- ・ 休日、夜間に対応できる薬局の名称、所在地、対応できる時間帯、連絡先等
(地域ごとに、輪番制の対応を含め、具体的な日付における休日、夜間対応できる薬局を示す) など

【**連携強化加算**】 災害や新興感染症発生時における対応可能な体制に係る情報

- ・ 改正感染症法に基づく第二種協定指定医療機関としての指定の有無
- ・ オンライン服薬指導の対応の可否
- ・ 要指導医薬品・一般用医薬品の取扱いの有無、品目数
- ・ 検査キット(体外診断用医薬品)の取扱いの有無 など

【**在宅薬学総合体制加算**】 急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る情報

- ・ 休日、夜間における在宅業務の可否(対応可能な時間帯を含む。)
- ・ 医療用麻薬の取扱いの可否(注射薬の取扱いを含む。)
- ・ 無菌製剤処理の対応の可否(自局での対応の可否を含む。)
- ・ 小児在宅(医療的ケア児等)の対応の可否
- ・ 医療材料・衛生材料の取扱いの可否
- ・ 高度管理医療機器の取扱いの可否 など

35

(参考) 薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ とりまとめ(令和4年7月11日)

○ 地域において求められる夜間・休日等の対応については、地域の实情に応じた体制構築が必要となるが、地域の薬剤師会が中心的な役割を担うとともに、会員・非会員を問わず地域の薬局が協力して議論を行うことの必要性が示されている。

第4 具体的な対策

4. 地域における薬剤師の役割

(3) 地域の实情に応じた薬剤師サービス等の提供体制の検討

○ 地域において求められる薬剤師サービスとしては、

- ・ 医薬品の供給拠点(患者に必要な医薬品について、適切な薬学的管理・指導、服薬指導とともに提供する。要指導・一般用医薬品を含む。)

・ 夜間、休日の対応

- ・ 健康サポート(セルフケアの啓発を含む。)

・ 新興感染症、災害等の有事への対応

・ 在宅対応(無菌調剤、麻薬調剤等を含む。)

- ・ 医薬品関連情報の発信(症例検討会、勉強会の実施・参加等を含む。)
- ・ 薬事衛生(医薬品・医療機器の正しい使い方の説明、学校薬剤師、薬物濫用の防止等)などが考えられる。

○ このような薬剤師サービスを全ての薬局が個別に対応することは困難であり、また、新興感染症、災害時等の有事への対応等、地域全体で効率的・効果的に提供すべき薬剤師サービスもある。このように、薬剤師サービスを地域全体で提供していくという観点も必要であり、地域の实情に応じた体制の構築について、自治体の関係部局及び関係団体等が協議・連携して取り組むことが重要である。またこの前提として、地域において、薬剤師サービスの必要量やリソース等を把握することが必要である。

○ このため、地域において、地域医療に必要な機能を把握するとともに、自治体や医療関係者が協議の場を持ち、必要な薬剤師サービスの確保策を検討する仕組みを構築すべきである。なお、当該地域での検討においては、地域の薬剤師会が中心的な役割を担うとともに、会員・非会員を問わず地域の薬局が協力し、議論を行う必要がある。

36

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

①医療従事者の賃上げ

②調剤基本料等の体制評価

2. 質の高い在宅業務の推進

3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・

薬剤師業務の評価の見直し

4. その他の改定事項

5. 地方厚生局への届出と報告

37

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（1）

項目	点数	内容	回数
○在宅薬学総合体制加算1	15点	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	
○在宅薬学総合体制加算2	50点		
○在宅患者訪問薬剤管理指導料		医師の指示に基づき、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算定	薬剤師1人 週40回まで 患者1人につき 月4回まで ※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の場合は週2回かつ月8回まで
・単一建物診療患者が1人の場合	650点		
・単一建物診療患者が2～9人の場合	320点		
・単一建物診療患者が10人以上の場合	290点		
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	250点		
乳幼児加算	100点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料	59点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	22点		
乳幼児加算	12点		
小児特定加算	350点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月4回まで ※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の場合は原則として月8回まで
○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	1:500点		
2 1以外の場合	2:200点		
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	250点		
乳幼児加算	100点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	59点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	22点		
乳幼児加算	12点		
小児特定加算	350点		

38

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（２）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	400点 600点 1,000点	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の急変時等の緊急訪問について、休日、夜間、深夜に実施した場合に算定	
○在宅患者緊急時等共同指導料 麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算 乳幼児加算 小児特定加算 在宅中心静脈栄養法加算	700点 100点 250点 100点 450点 150点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月2回まで
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	40点 20点	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に算定	
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 2 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	40点 20点	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に算定	
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○在宅移行初期管理料	230点	計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患者を訪問し、今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導を行った場合に算定	1回に限る
(参考) 介護報酬	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合） ・単一建物居住者が1人の場合 518単位 ・単一建物居住者が2～9人の場合 379単位 ・単一建物居住者が10人以上の場合 342単位 ・情報通信機器を用いて行う場合 46単位 麻薬指導加算 +100単位 医療用麻薬持続注射療法加算 +250単位 在宅中心静脈栄養法加算 +150単位		

39

令和6年度診療報酬改定 II-8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

在宅業務に関する調剤報酬改定の概要



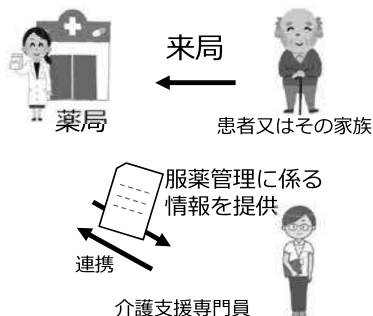
40

薬局薬剤師の介護支援専門員との連携の推進

医療保険

外来

- ・要支援・要介護の者
(居宅療養指導費を算定していない場合)

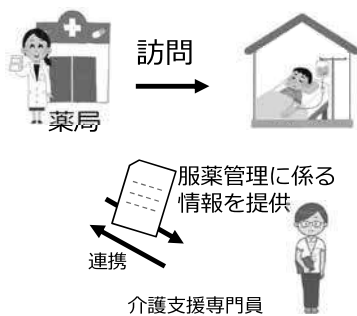


(新) 服薬情報等提供料28

- ・介護支援専門員への情報提供を新設

居宅療養への移行期

- ・要支援・要介護の者
(居宅療養指導費を算定予定の場合)



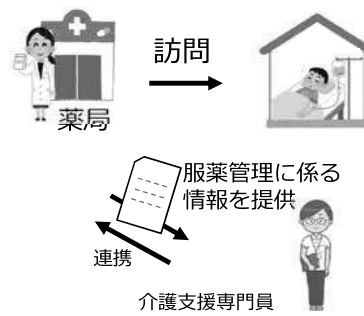
(新) 在宅移行初期管理料

- ・介護支援専門員への情報提供は算定要件の一つ

介護保険

居宅療養

- ・要支援・要介護の者
(居宅療養指導費を算定している場合)



居宅療養指導費

- ・介護支援専門員への情報提供は算定要件の一つ

41

介護保険における居宅療養管理指導の実施と多職種連携の推進

中医協 総-3
5. 1 1. 8

- 介護保険の関連規定では、居宅療養管理指導を行う薬剤師、サービス提供責任者、居宅介護支援事業者、介護支援専門員等の関係者間で、服薬状況等の必要な情報提供を行うことが示されている。

<居宅療養管理指導を行う薬剤師→介護支援専門員、関連事業者等>

- 居宅療養管理指導を行う薬剤師は、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行う。
 - 併せて、利用者の服薬状況や薬剤の保管状況に問題がある場合等、その改善のため訪問介護員等の援助が必要と判断される場合には、関連事業者等に対して情報提供及び必要な助言を行う。
- ※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（告示）/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及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項

<サービス提供責任者→居宅介護支援事業者等>

- サービス提供責任者は、居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行う。
- ※指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（省令）

<（居宅介護支援事業者の）介護支援専門員→薬剤師>

- 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。
- ※指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（省令）

42

介護支援専門員への情報提供について

服薬情報等提供料 28

介護支援専門員への情報提供に当たっては、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」（令和4・5年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業 薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究）等を参照されたい。また、介護支援専門員への情報提供については、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」別添の報告書様式及び薬学的評価シートを参考にする。

○介護支援専門員への情報提供時に参考とする薬学的評価シートと情報提供様式

患者の生活様式を評価するための薬学的評価シート

薬学的評価シートにおける評価項目：

- ①検査値、②睡眠、③認知・感覚器機能、
④食事・口腔ケア、⑤歩行・運動機能、
⑥排泄、⑦薬物有害事象

(例) 排泄の項目

(排泄状況、排尿障害の有無、排便障害の有無、排尿・排便障害治療薬の有無等を記載)

新 薬	試験状況 試験回数 ①日 ②回 (③日中 ④回 ⑤夜間 ⑥回) 使用回数 ①日 ②回 (③日中 ④回 ⑤夜間 ⑥回) または、週に ⑦回
	試験障害 オムツ着用 ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり 影響を与える薬物: (便秘、尿漏れや欠精、夜尿感、尿意切迫感、その他 ())
	試験障害 ☐ なし ☐ あり (便秘、下痢、便欠精、尿尿感、腹部膨満感、その他 ()) プラストレステール: 影響を与える薬物:
	試験、試験障害 治療薬 ☐ なし ☐ あり 定剂量:
	特記事項 定剂量:

国立長寿医療研究センター
薬剤師向け「多職種連携推進のための在宅
患者訪問薬剤管理指導ガイド」の公開



※令和4・5年度厚生労働科学研究費補助金「薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究」（研究代表者：国立長寿医療研究センター 溝神文博）より

介護支援専門員への情報提供様式

[illegible]

43

在宅療養へ移行する患者に対する服薬支援等の評価（新設）

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

(新) 在宅移行初期管理料 230点 (1回に限り)



[算定要件]

- (1) 以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援の行う必要性がある」と判断したものを対象とする。
 - ア 認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者、6歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。
- (2) 薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。
 - ア 患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報を収集すること。
 - イ 患家における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。
 - ウ 日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。
 - エ 在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。
 - オ 退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。
- (3) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員の関係職種に対して必要な情報提供を文書で行うこと。
- (4) 計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して（2）に掲げる業務を実施した場合に算定する。
- (5) 在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）の算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。

44

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

- 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理、処方内容の調整を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



45

医師と連携して処方内容を調整した場合の評価

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

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

現行	改定後
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 2 残薬調整に係るものの場合 30点	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 ロ 残薬調整に係るものの場合 20点 2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、 処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 ロ 残薬調整に係るものの場合 20点

【主な算定要件】

- 「残薬調整に係るもの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「1」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「2」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。
- 患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容(具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的見地から検討した内容及び理由等)の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。
- 医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

※調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算の「ロ 残薬調整に係るもの場合」についても同様の見直しを実施(30点→20点)。

46

ターミナル期の訪問の評価充実（対象患者の拡大、算定回数の増加）

在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 注射による麻薬の投与が必要な患者に対する**定期訪問**の上限回数の見直し（月8回の算定が可能となる対象に、注射による麻薬を投与するがん以外の患者を追加）

現行	改定後
患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り算定する。	患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者、 <u>注射による麻薬の投与が必要な患者</u> 及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り算定する。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- 末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者に対する**緊急訪問**の上限回数の見直し（月4回→原則として月8回）

現行	改定後
当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。	当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（ <u>末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月8回</u> ）に限り算定する。

47

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

- 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、**名称を変更**するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、**心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価**を新設する。

現行	改定後
【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】 1,500点 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。	【在宅麻薬等注射指導管理料】 1 悪性腫瘍の場合 1,500点 悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。 2 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合 1,500点 筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。 3 （新）心不全又は呼吸器疾患の場合 1,500点 1又は2に該当しない場合であって、緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。 【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】 1,500点 悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

※ 注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

（新）在宅強心剤持続投与指導管理料 1,500点

〔算定要件〕（主なもの）

- 在宅強心剤持続投与指導管理料は、循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip 分類 class IV）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
- 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
- 当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに5年以上の経験を有する常勤の医師であること。

48

休日・夜間等にターミナル期の患者を訪問した場合の評価

開局時間外に緊急訪問を実施したことに対する評価

- 末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の医師の指示に基づいた緊急訪問について、休日や夜間・深夜に実施した場合の加算を設ける。

(新) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

夜間訪問加算	400点
休日訪問加算	600点
深夜訪問加算	1,000点

[主な算定要件]

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1について、**末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者**に対して、保険医の求めにより**開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患者を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合**に加算する。
- (イ) 夜間訪問加算の対象となる時間帯は、午前8時前と午後6時以降であって深夜を除く時間帯とする。ただし、休日訪問加算に該当する休日の場合は、休日訪問加算により算定する。
- (ロ) 休日訪問加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。ただし、深夜に該当する場合は深夜訪問加算により算定する。
- (ハ) 深夜訪問加算の対象となる時間帯は、深夜（午後10時から午前6時までの間）とする。
- (2) 訪問時間については、保険医から日時指定の指示のある場合を除き、処方箋の受付時間又は保険医の指示より直ちに患者を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合に限る。

■(参考) 開局時間外に調剤を実施したことに対する評価 ※要件を満たせば夜間・休日・深夜訪問加算とは別に算定可

○調剤技術料の時間外加算等	保険薬局が	基礎額の100分の100 基礎額の100分の140 基礎額の100分の200 をそれぞれ加算
・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算	・開局時間以外の時間（深夜及び休日を除く） ・休日（深夜を除く） ・深夜（午後10時から午前6時まで）	において調剤を行った場合

※基礎額は、調剤基本料（各加算）、薬剤調製料、無菌製剤処理加算、調剤管理料の合計額。

49

医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

無菌製剤処理加算

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

現行

【無菌製剤処理加算】

薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を1日分製剤するごとにそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤するごとにそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。



医療用麻薬の
アンプル製剤



無菌製剤処理



医療用麻薬を充填した
注入ポンプ

改定後

【無菌製剤処理加算】 ※括弧内は6歳未満の乳幼児の場合の点数

薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、次に示す注射薬を無菌的に製剤した場合に、1日分製剤するごとにそれぞれ次に示す点数を所定点数に加算する。

- (イ) 2以上の注射薬を混合して
中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合 69点
(137点)
- (ロ) 抗悪性腫瘍剤を含む2以上の注射薬を混合して
(生理食塩水等で希釈する場合を含む。)
抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合 79点
(147点)
- (ハ) 麻薬を含む2以上の注射薬を混合して
(生理食塩水等で希釈する場合を含む。)
無菌的に麻薬を製剤する場合又は麻薬の
注射薬を無菌的に充填し製剤する場合 69点
(137点)

50

高齢者施設における薬剤師業務の評価の概要

入所時

■施設連携加算の新設

(外来服薬支援料2の加算)

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の施設職員と協働して、入所時等に日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することを評価



施設入所中

■ショートステイの利用者に対する薬学的管理の評価の明確化

ショートステイ(短期入所生活介護等)の利用者に訪問して服薬指導等を行った場合、服薬管理指導料3が算定できることを明確化(特別養護老人ホームの対応と同様の評価)

■介護老人保健施設・介護医療院の入所者に対する薬学的管理の評価

介護老人保健施設(老健)及び介護医療院へ入所中の患者の処方箋を応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携して服薬指導等を実施した場合、調剤報酬が算定可能(介護保険との給付調整の見直し) ※服薬指導等の評価は服薬管理指導料3

■服薬管理指導料3の算定回数の見直し

服薬管理指導料3について、算定回数上限を新設(月4回まで)

■新興感染症等の患者に対する訪問・薬剤交付等の評価の新設

新興感染症等の患者(患者又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設(老健)、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(特別養護老人ホーム)に入所する者)に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して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在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定可能

51

高齢者施設における薬学管理に係る評価の見直し

服薬管理指導料3

- 服薬管理指導料3の対象患者について、短期入所生活介護(ショートステイ)等の利用者についても算定できるよう明確化する。
- 介護医療院又は介護老人保健施設(老健)へ入所中の患者の処方箋を応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携しつつ服薬指導等を実施した場合、服薬管理指導料3を算定できるとする。
- 服薬管理指導料3について、算定回数の上限を月4回までとする。



現行

【服薬管理指導料3】

特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合

45点

3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

改定後

【服薬管理指導料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

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。

[※対象患者]

- (1) 地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム等)に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)のサービスを受けている患者
- (2) 介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合(当該施設等の医師以外の医師が、専門的な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に限る)

52

高齢者施設における調剤報酬の取扱いの見直し

		介護医療院	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
施設 配置 基準	医師	○ I型: 3以上 / 48:1以上 II型: 1以上 / 100:1以上	○ 1以上	○ 必要数(非常勤可)
	薬剤師	○ I型: 150:1以上 II型: 300:1以上	○ 適当数(300:1)	×
薬剤管理 の現状等		・自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施 ・抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、往診を行う医師が処方する場合は、薬剤費について医療保険による給付が可能(処方箋の交付も可能)		・薬局の薬剤師が訪問し、服薬管理指導を実施(服薬管理指導料3) ・末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問薬剤管理指導が可能
調剤報酬	現行	交付された処方箋を応需しても算定不可		算定可能
	改定後	算定可能※1		算定可能 ショートステイの利用者も算定可能

- ※1：施設の医師以外の医師が高度な薬学的管理を必要とする薬剤(※2)に係る処方箋を発行した場合に限り、以下の調剤報酬が算定できる
調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料3、外来服薬支援料2、薬剤料、特定保険医療材料料
- ※2：抗悪性腫瘍剤の費用、HIF-PH阻害剤の費用、疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用、抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)の費用

53

特別養護老人ホームの職員と連携した服薬支援の評価

施設連携加算

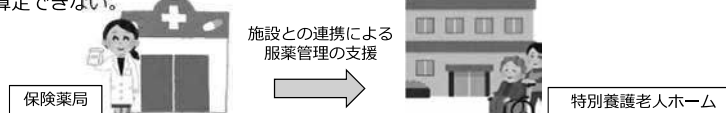
- 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の施設職員と協働して、日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することの評価を新設する。

(新) 外来服薬支援料2 施設連携加算 50点(月に1回に限り)



[主な算定要件]

- 当該患者の服薬状況等に基づき継続的に適切な服薬が行えるよう、特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な以下の場合に限り、外来服薬支援料2に加えて算定する。
 - 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設への入所時であって、服用している薬剤が多く、入所後の服薬管理について当該施設職員と協働した服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - 新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった患者のうち、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - 患者が服薬している薬剤に関する副作用等の状況、体調の変化等における当該施設職員からの相談に基づき薬剤師が当該患者の服薬状況等の確認を行った結果、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
- 当該保険薬局が調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤等の調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を行うこと。
- 当該施設職員との協働した服薬管理については、施設における患者の療養生活の状態を薬剤師自らが直接確認し、薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診に関する情報、患者の服薬中の体調の変化(副作用が疑われる症状など)、重複服用、相互作用、実施する服薬支援措置、施設職員が服薬の支援・管理を行う上で留意すべき事項等に関する確認等を行った上で実施すること。
- 単に当該施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設の職員に対して服薬の支援・管理に関する情報共有等を行ったのみの場合は算定できない。



54

新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

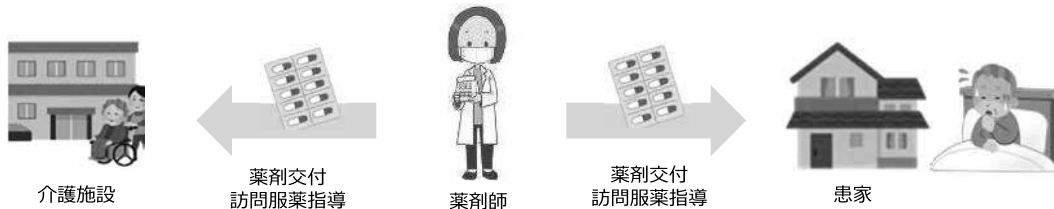
- 新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が自宅・宿泊療養者等を訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定できることとする。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 500点（1回に限り）



[算定要件]

- (1) 感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、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。
- (2) 計画的な訪問薬剤管理指導の実施の有無によらず算定できる。
- (3) 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。



55

令和6年度診療報酬改定での感染症への対応

- 令和6年度診療報酬改定において、コロナに限らない感染症を対象とした恒常的な対策へと見直し。
- 外来での評価は、感染症疑いの患者（＝発熱患者等）を対象とした新たな措置。
- 入院での評価は、コロナに限らず感染対策が特に必要な感染症（患者）を対象とした新たな措置。

1. 将来の新興感染症への備え

・新興感染症に備えた第8次医療計画にあわせ、診療報酬上の加算要件（施設基準）も強化。

加算措置		加算における新興感染症関係の施設基準	
		現行	令和6年度から
外来	外来感染対策向上加算	○新型コロナウイルスの発熱外来	○新興感染症に備えた果との協定締結（発熱外来）
入院	感染対策向上加算	○ " 重点医療機関・協力医療機関等	○ " （病床確保）

2. 感染症患者への対応

・新型コロナ特例は終了し、恒常的な感染症対策へ見直し。
・その際、新型コロナウイルスを含む感染症患者への対応も一定措置。

コロナ前の通常の診療報酬		令和6年度からの診療報酬（主な内容）
外来	○結核等は管理料あり ○その他には特段の評価なし	○発熱患者等への診療に加算（＋20点/回） ※外来感染対策向上加算の医療機関が対象 ※外来において受入患者を限定せずに発熱患者等に対応する旨を公表する場合 ※適切な感染防止対策を講じた上で診療
入院	○一類感染症：管理料あり ○二類感染症：個室加算あり ○その他は特になし（標準予防策は入院基本料で評価）	○特に感染対策が必要な感染症（新型コロナウイルス含む）の患者入院の管理を評価 ① 入院加算の新設（＋100～200点/日） ② 個室加算の拡充（＋300点/日） ③ リハビリに対する加算の新設（＋50点/回）
歯科	－	○特に感染対策が必要な感染症（新型コロナウイルス含む）の患者への歯科治療を評価
調剤	－	（新型コロナウイルス患者である介護施設入所者への服薬指導は薬剤管理指導料の算定可）

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

①医療従事者の賃上げ

②調剤基本料等の体制評価

2. 質の高い在宅業務の推進

3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・
薬剤師業務の評価の見直し

4. その他の改定事項

5. 地方厚生局への届出と報告

57

薬局における服薬指導等の業務の評価の主な見直し項目

かかりつけ薬剤師業務の見直し

- 24時間対応に係る要件の見直し
 - ・休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう見直し
 - ⇒ 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（291点）
- 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師の場合）の見直し
 - ・かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合には、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）が対応可能となるよう見直し
 - ⇒ 服薬管理指導料の特例（59点）
- かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲の見直し
 - ・吸入薬指導加算が算定可能となるよう見直し
 - ⇒ 吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）
 - ・調剤後のフォローアップを行う調剤後薬剤管理指導料が算定可能となるよう見直し
 - ⇒ 調剤後薬剤管理指導料 1・2（60点／月1回まで）

調剤後のフォローアップ業務の推進

- 糖尿病患者へのフォローアップの充実（対象薬剤の拡大）
 - ・糖尿病患者に対するフォローアップ業務の対象薬剤をインスリン製剤等から糖尿病用剤に拡大
 - ⇒ 調剤後薬剤管理指導料 1（60点／月1回まで）
- 慢性心不全患者へのフォローアップの拡大
 - ・作用機序の異なる複数の循環器用治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対するフォローアップ業務の評価の新設
 - ⇒ 調剤後薬剤管理指導料 2（60点／月1回まで）

多職種との連携の充実

- 医療及び介護に関わる多職種への情報提供の評価
 - 保険薬局の薬剤師が医療機関等へ情報提供を行った評価の見直し（服薬情報等提供料 2 の評価内容の見直し）
 - ・医療機関への情報提供を行った場合の評価（従来どおり）
 - ⇒ 服薬情報等提供料 2 イ（20点／月1回まで）
 - ・リフィル処方箋を処方した医師へ情報提供を行った場合の評価（明確化）
 - ⇒ 服薬情報等提供料 2 ロ（20点／月1回まで）
 - ・介護支援専門員に対して情報提供した場合の評価（新設）
 - ⇒ 服薬情報等提供料 2 ハ（20点／月1回まで）

メリハリを付けた服薬指導の充実

- ハイリスク薬の服薬指導の評価の見直し
 - 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）の服薬指導に対する評価の見直し（新規処方時、用量変更時等に限り算定可能とする）
 - ・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
 - ⇒ 特定薬剤管理指導加算 1 イ（10点／1回につき）
 - ・用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に応じて必要な指導を行った場合
 - ⇒ 特定薬剤管理指導加算 1 ロ（5点／1回につき）
- 重点的な服薬指導・説明が必要な場合の評価
 - ・特に医薬品の安全性に関する説明・指導を行った場合（医薬品リスク管理計画に基づく説明資料、緊急安全性情報等の情報に基づく説明・指導）
 - ⇒ 特定薬剤管理指導加算 3 イ（5点／1回につき）
 - ・調剤前に医薬品の選択に係る情報の説明・指導を行った場合（選定療養の対象となる先発医薬品を選択する患者、医薬品の供給状況により調剤する医薬品を変更する必要がある患者への説明・指導）
 - ⇒ 特定薬剤管理指導加算 3 ロ（5点／1回につき）

58

薬剤服用歴の記載

薬学管理料 通則

- 薬剤服用歴の記載については、薬学管理料の通則で以下のとおり規定した。

- (4) 薬学管理等の実施にあたっては、薬剤師法第28条で規定される調剤録において情報の提供及び指導の内容の要点等の記入が義務づけられていることから、必要事項等が記録されている薬剤服用歴等を作成すること。薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるように患者ごとに保存及び管理するものであり、オンライン資格確認等システムを通じて取得した患者の診療情報、薬剤情報等を含めて、次の事項等を記載すること。

ア 患者の基礎情報（氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先）

イ 処方及び調剤内容等（処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等）

ウ 以下の患者情報並びに当該情報等を踏まえた薬学的管理及び指導の要点

（イ）患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む。）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向

（ロ）疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）

（ハ）併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況

（ニ）服薬状況（残薬の状況を含む。）

（ホ）患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点

（ヘ）手帳活用の有無（手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由）

エ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点

オ 指導した保険薬剤師の氏名

- (5) 薬剤服用歴等の記載に当たっては、患者から収集した情報、相談事項及び患者への指導内容を単に全て記載するのではなく、その要点を記載することで差し支えないが、指導後速やかに記載を完了させること。また、定型文を用いて画一的に記載するのではなく、指導等を行った保険薬剤師が必要事項を判断して記載すること。特に、薬学管理料やその加算を算定する場合には、その根拠及び指導内容等について簡潔に記載すること。なお、指導の内容等について処方医等へ情報提供した場合には、情報提供した文書等の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴等に記載又は添付すること。

- (6) 薬剤服用歴等の保存については、最終記入日から起算して3年間保存すること。

59

薬局・薬剤師の休日・夜間対応

- 地域における薬局の休日、夜間対応としては

- ①地域の休日、夜間の診療にあわせて対応したり、休日、夜間に来局する患者に対応する調剤応需体制
 - ②かかりつけ薬剤師として、かかりつけとしている患者からの相談等に対応する体制
 - ③計画訪問している在宅・施設で療養を受ける患者の体調急変時等に対応する調剤・訪問体制
- といったことが想定される。

■薬局の体制評価に関する休日、夜間対応の要件

地域支援体制加算	在宅薬学総合体制加算
○ 休日、夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制（近隣の薬局との連携可）	○ 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制（在宅協力薬局との連携可）

●地域の休日・夜間の診療にあわせて調剤応需



●在宅等で療養を受ける患者の急変時の対応

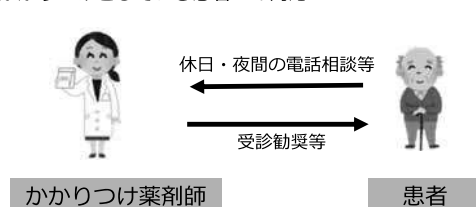


- 休日・夜間の調剤、在宅対応についての薬剤師会等を通じた周知
地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対する周知

■かかりつけ薬剤師指導料の薬剤師に対する夜間・休日対応の要件

かかりつけ薬剤師指導料
○ 患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制 ○ 原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応するが、当該薬局の別の保険薬剤師が対応も可能

●かかりつけとしている患者への対応



やむを得ない事由により、問い合わせに応じることができなかった場合は、薬局単位での対応でも可能。
→速やかに折り返して連絡することができる体制を整備

60

かかりつけ薬剤師指導料の業務に係る評価の見直し

- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の薬剤師としての24時間対応に係る要件について、休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう見直しを行う。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】

(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う

エ 患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する必要があるときは、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】

(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う

エ 患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導を受けられるよう、当該薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。

オ 患者から休日・夜間を含む時間帯の相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応しても差し支えない。ただし、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が対応した場合においては、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制がとられていること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所に対応する場合にあつては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。

※かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）の同意書についても併せて見直し

- 吸入薬に係る情報提供、服薬指導は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の内容とは異なることから、かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合でも吸入薬指導加算を算定可能とする。

（新） かかりつけ薬剤師指導料 吸入薬指導加算 30点（3月に1回）

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

（新） 調剤後薬剤管理指導料 1（糖尿病患者） 60点（月に1回）

（新） 調剤後薬剤管理指導料 2（慢性心不全患者） 60点（月に1回）

61

服薬管理指導料の特例の見直し（かかりつけ薬剤師指導料関連）

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

現行

【服薬管理指導料】

服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師は1名までの保険薬剤師に限る

改定後

【服薬管理指導料】

服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師は当該保険薬局における常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）であれば複数人でも対応可能

【算定対象】

当該保険薬局における直近の調剤において、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を算定した患者

【施設基準】

「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。

- (1) 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。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。
- (2) 当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。
- (3) 当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。）勤務していること。
- (4) 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。
- (5) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

62

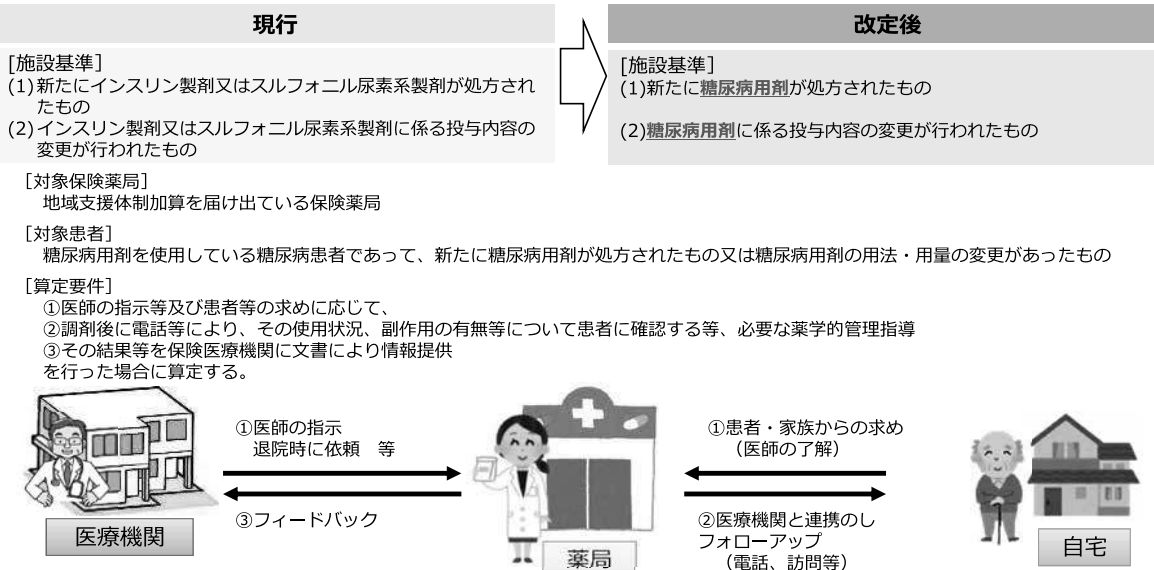
糖尿病患者の調剤後フォローアップの見直し

- 現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象となる糖尿病薬の範囲を拡大し、医療機関と薬局が連携して糖尿病患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。

(新) 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 (月に1回)



63

慢性心不全患者の調剤後フォローアップの評価の新設

- 現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象患者を慢性心不全患者に拡大し、医療機関と薬局が連携して慢性心不全患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。

(新) 調剤後薬剤管理指導料

2 慢性心不全患者に対して行った場合

60点 (月に1回)

[対象保険薬局]
地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

[対象患者]

心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者

[参考] 関連するガイドライン※に記載されている治療薬

- ・アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤 (ARB)/アンジオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害剤
- ・β1受容体遮断薬
- ・ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬 (MRA)
- ・ナトリウム・ブドウ糖共輸送担体2 (SGLT2) 阻害薬
- ・アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬 (ARNI) 等

※出典: 「急性期・慢性心不全ガイドライン」(2021年 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン フォーカスアップデート版)

[算定要件]

- ① 医師の指示等及び患者等の求めに応じて、
- ② 調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
- ③ その結果等を保険医療機関に文書により情報提供を行った場合に算定する。

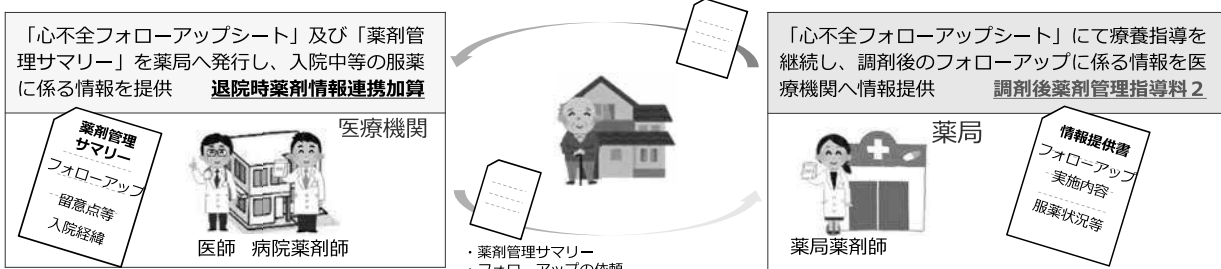


64

慢性心不全患者に対する連携の取組イメージ

- 退院時の医療機関からの情報に基づき、薬局は退院後に継続した患者フォローアップを実施することで、症状の悪化・再入院の回避等につなげることが期待できる。

■心不全における医療機関と薬局の連携体制の例



■「心不全フォローアップシート」

《以下のチェック項目を確認》

1. 薬の飲み忘れの有無
2. 塩分過剰摂取の有無
3. 過労の有無
4. 禁煙の実施
5. 節酒の実施
6. 体重測定の有無
7. 浮腫の確認
8. 労作時の息切れの確認
9. BNPの推移
10. 心不全増悪時の受診目安の理解

■薬局での「心不全フォローアップシート」活用事例

直近2週間の服薬履歴を振り返る	退院1か月後	2か月後	3か月後	5か月後
●薬を飲み忘れることはありますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
●塩分の摂取に注意していますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
●禁煙していますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
●節酒していますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
●体重測定していますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
●浮腫の確認していますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
●労作時の息切れはありますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
●BNPの推移を確認していますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
●心不全増悪時の受診目安の理解はありますか？	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ

✓来局時に心不全フォローアップシート

を用いて、退院後のセルフケアの状況を確認。

✓セルフケアが十分できていない場合は、薬剤師が、セルフケアの必要性を説明。

再入院の回避

※「心不全フォローアップシート」は滋賀県における事例をもとに作成 **65**

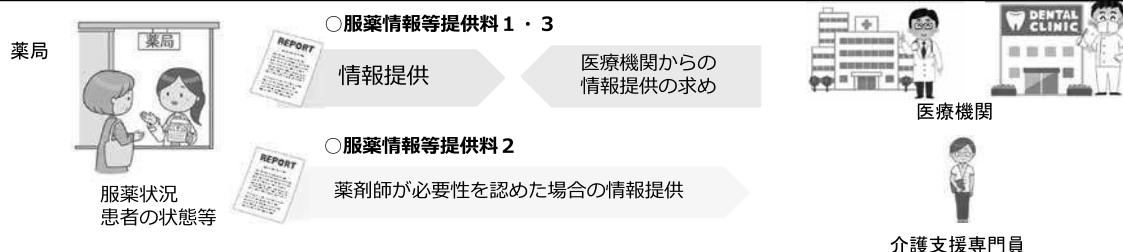
令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-7 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価-①

薬局から医療機関等への情報提供に係る評価（服薬情報等提供料）

- **服薬情報等提供料1 30点**
➢ 医療機関（医科、歯科）からの求めによる医療機関への情報提供
- **服薬情報等提供料2（評価の見直し）** ※患者等に対する情報提供に伴う評価は廃止
➢ 薬剤師が必要性を認めた場合における以下に対する情報提供
イ 医療機関（医科、歯科）への情報提供 **20点**
ロ リフィル処方箋調剤に伴う処方医への情報提供 **20点**
ハ 介護支援専門員への情報提供 **20点**
- **服薬情報等提供料3 50点**
➢ 入院前の患者に関する医療機関への情報提供

（残薬に係る情報提供の留意点）

残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載するとともに、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。



薬局の歯科医療機関への情報提供

- 保険医療機関からの求めによる情報提供に歯科医療機関が含まれることを明確化。

現行	改定後
【服薬情報等提供料】 (2) 服薬情報等提供料1は、保険医療機関から(5)のAから又はウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、その後の残薬が生じないために必要な内容とすべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。 (3)～(7) 略 (8) 保険医療機関への情報提供については、患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみ算定とする。ただし、複数の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。	【服薬情報等提供料】 (2) 服薬情報等提供料1は、保険医療機関から(5)のAからウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけでなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載すべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。 (3)～(7) 略 (8) 保険医療機関への情報提供については、次の場合に算定する。 ア 略 イ 複数の保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。 ウ 処方箋を発行していない保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、必要に応じて処方箋を発行した医療機関の医師又は歯科医師に対して同様の服薬情報等を提供すること。この場合においては、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。

歯科診療報酬
(新) 診療情報等連携共有料1

歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、保険薬局が有する服用薬の情報等について、当該保険薬局に文書等により提供を求めた場合の評価
(保険薬局該当箇所のみ掲載)

① 歯科医師からの受診する患者の服用薬等の情報の求め

② 情報提供
例：抗血小板薬の内服状況
ビスホスフォネート製剤の内服状況 等

調剤報酬
服薬情報等提供料1

67

服薬情報等提供料の評価の見直し

- 保険薬局と医療及び介護に関わる多職種との連携を推進するため、薬剤師が行う服薬情報等の提供に係る現行の評価体系を改正し、介護支援専門員やリフィル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供を新たに評価するとともに、薬剤師が必要性を認めて行う情報提供の評価を見直す。

現行	改定後
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料2 20点 注2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。	【服薬情報等提供料】 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 リフィル処方箋に基づく調剤後、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 注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。

※患者又はその患者等への情報提供は廃止し、緊急安全性情報等の安全に関する情報提供は「特定薬剤管理指導3」として評価を見直し

[主な算定要件]

(1) 服薬情報等提供料「2のイ」
保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合

(2) 服薬情報等提供料「2のロ」
保険薬局の薬剤師がリフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に対して当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合

(3) 服薬情報等提供料「2のハ」
保険薬局の薬剤師が情報提供の必要性を認め、介護支援専門員に対して、患者の服薬状況等を踏まえた薬学的な分析に基づき、特に必要な情報を文書等により提供した場合

68

特定薬剤管理指導加算1の評価の見直し（ハイリスク薬の指導）

- 特定薬剤管理指導加算1について、ハイリスク薬等の特に重点的な服薬指導が必要な場合における業務実態を踏まえ、算定対象となる時点等を見直し、明確化する。

現行	改定後
【特定薬剤管理指導加算1】 特定薬剤管理指導加算1 10点	【特定薬剤管理指導加算1】 特定薬剤管理指導加算1 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

【主な算定要件】

- 「イ」については、新たに当該医薬品が処方された場合に限り、算定することができる。
- 「ロ」については、次のいずれかに該当する患者に対して指導を行った場合をいう。
 - 特に安全管理が必要な医薬品の用法又は用量の変更に伴い保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者
 - 患者の副作用の発現状況、服薬状況等の変化に基づき保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者
- 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、保険薬剤師が必要と認める薬学的管理及び指導を行うこと。この場合において、当該加算は処方箋受付1回につきそれぞれ1回に限り算定する。なお、「イ」及び「ロ」のいずれにも該当する場合であっても、重複して算定することはできない。
- 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴等に記載すること。なお、従来と同一の処方内容の場合は、「ロ」として特に指導が必要と保険薬剤師が認めた場合に限り算定することができるが、この場合において、特に指導が必要と判断した理由と指導の要点を薬剤服用歴等に記載すること。

69

重点的に丁寧な説明が必要となる場合の評価

- 服薬指導を行う際に、特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合における評価の新設
- 特に安全性に関する情報活用が必要となる、医薬品リスク管理計画に基づく説明資料を活用する場合及び緊急安全性情報等の医薬品の安全性に関する情報を提供する場合
 - 長期収載品の保険給付の在り方を見直しとして導入された選定療養の対象となる品目が処方された患者に対する制度の説明が必要な場合等

（新）特定薬剤管理指導加算3 5点

- イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合
- ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合

【主な算定要件】

- 服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者1人につき当該医薬品に関して最初に処方された1回に限り算定する。
- 「イ」については、以下の場合をいう。
 - RMPの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り患者又はその家族等に対し、RMPに基づきRMPに係る情報提供資料を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合
 - 処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合
- 「ロ」については、以下の場合をいう。
 - 後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合
 - 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

70

医薬品リスク管理計画（RMP）に基づいた薬学的管理

RMP活用

RMPを用いた分析及び評価

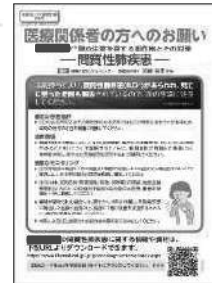
【調剤管理料】（見直し）

【算定要件】

(1) 調剤管理料は、保険薬剤師が、患者又はその家族等から収集した当該患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、服薬状況等の情報、手帳、医薬品リスク管理計画（医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成16年厚生労働省令第135号）第2条第3項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。

「医薬品リスク管理計画」

「医療関係者向け資料」



RMPに係る資料の活用

RMP患者向け資料を用いた指導

（新）特定薬剤管理指導加算3

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

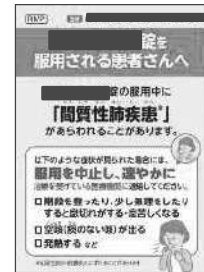
- RMPの追加のリスク最小化活動の一環として作成・配布される資料（RMP資料）は当該医薬品の安全対策上、通常の添付文書等による情報提供に加え、個々の医薬品の特性に合わせた情報を医療関係者・患者に提供することが必要と判断された場合に作成されるものである。
- 該当する資料には「RMPマーク」が表示されている。

医薬品リスク管理計画
(RMP)

RMP

本資料はRMPの一環として位置付けられた資料です。

「患者向け資料」



71

調剤管理料に関連する見直し

- 薬剤師が調剤時に薬剤服用歴や医薬品リスク管理計画等の情報に基づき薬学的分析及び評価を行うことを算定要件に加える。

現行

【調剤管理料】

調剤管理料
【算定要件】
(新設)

改定後

【調剤管理料】

調剤管理料
【算定要件】

(1) 調剤管理料は、保険薬剤師が、患者又はその家族等から収集した当該患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、服薬状況等の情報、手帳、医薬品リスク管理計画（（医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成16年厚生労働省令第135号）第2条第3項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき製造販売業者が策定した医薬品に限る。）に基づき製造販売業者が策定した医薬品に限る。）に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに薬剤服用歴への記録その他必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。

- 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算について、
薬剤師から処方医への照会により残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す。

※在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の「□ 残薬調整に係るものの場合」についても同様の見直しを実施（30点→20点）。

現行

【調剤管理料】

重複投薬・相互作用等防止加算
イ 残薬調整に係るものの以外の場合
□ 残薬調整に係るものの場合

40点
30点

改定後

【調剤管理料】

重複投薬・相互作用等防止加算
イ 残薬調整に係るものの以外の場合
□ 残薬調整に係るものの場合

40点
20点

算定する場合においては、残薬及び重複投薬が生じる理由を分析するとともに、処方医に対して連絡・確認の際に必要な応じてその理由を処方医に情報提供すること。

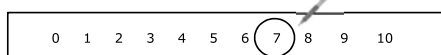
72

麻薬管理指導における評価等の方法の明確化

- 麻薬管理指導加算について、疼痛緩和の評価等の実施に当たり参考となる緩和ケアに関するガイドラインを示すとともに、薬剤交付後のフォローアップの方法を明確化する。

現行	改定後
【麻薬管理指導加算】 【算定要件】 (新設)	【麻薬管理指導加算】 【算定要件】 (2) 電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。 (3) 麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。

鎮痛等の効果の評価の例



疼痛の強さをNRS (Numerical Rating Scale)で表してもらう。現在の強さ、24時間を平均した場合の強さ、1日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に0～3点を軽度の疼痛、4～6点を中等度の疼痛、7点以上を強い疼痛と考える。

出典：「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）

73

服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料（全体）

服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料

- 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 4 5 点
 - 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 5 9 点
 - 3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 4 5 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持参した患者に対して行った場合 4 5 点
 - ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 5 9 点
- かかりつけ薬剤師指導料 7 6 点
- かかりつけ薬剤師包括管理料 2 9 1 点
- 特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） 5 9 点

服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料の加算※

◆ハイリスク薬に対する薬学的管理指導【見直し】

特定薬剤管理指導加算1イ（10点／1回につき）

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に算定

特定薬剤管理指導加算1ロ（5点／1回につき）

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

◆がん患者に対する薬学的管理指導

特定薬剤管理指導加算2（100点／月1回まで）

レジメンを確認し、必要な薬学管理・指導を行った上で、副作用の有無等を確認し、結果を医療機関に情報提供した場合に算定

◆重点的に指導が必要な場合の薬学的管理指導【新設】

特定薬剤管理指導加算3イ（5点／1回につき）

RMPの基づく資料を用いて患者に説明を行った場合に算定

特定薬剤管理指導加算3ロ（5点／1回につき）

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、医薬品の供給の状況が安定していないため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に算定

◆乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児服薬指導加算（12点／1回につき）

患者又はその家族に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載した場合に算定

◆医療的ケア児に対する薬学的管理及び指導

小児特定加算（350点／1回につき）

患者又はその家族に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載した場合に算定

◆麻薬に対する管理指導【見直し】

麻薬管理指導加算（22点／1回につき）

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、必要な薬学的管理・指導を行った場合に算定

◆吸入薬に対する薬学的管理指導【見直し】

吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）

喘息等の患者に吸入手技の指導を行い、結果を医療機関に情報提供した場合に算定

※かかりつけ薬剤師包括管理料の点数には当該加算が含まれる

74

休日加算・深夜加算における要件の明確化

- 地域の行政機関からの要請を受けて開局して対応した場合に休日加算・深夜加算が算定できることを明確化する。

現行	改定後
【休日加算】 (ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、 ①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っているとして認められる保険薬局で調剤を受けた患者	【休日加算】 (ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、 ①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ① 地域医療の確保の観点から、 <u>以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者</u> ・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、 輪番制による休日当番保険薬局の場合 ・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合
現行	改定後
【深夜加算】 (イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、 ①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っているとして認められる保険薬局で調剤を受けた患者	【深夜加算】 (イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、 ①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ① 地域医療の確保の観点から、 <u>以下に掲げる場合において深夜に調剤を受けた患者</u> ・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、 輪番制による深夜当番保険薬局の場合 ・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合

75

自家製剤加算の評価の見直し

- 薬剤調製料における薬剤調製行為の評価を整理する観点から、嚥下困難者用製剤加算に係る評価を廃止して、飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を自家製剤加算における算定のみとする。

現行	改定後
【嚥下困難者用製剤加算】 注2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。	【(削除)】
➤ 自家製剤加算について、医薬品供給に支障が生じている際に不足している医薬品の製剤となるよう他の医薬品を用いて調製した場合も評価できるように改正する。	
現行	改定後
【自家製剤加算】 工 薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。 (イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合。	【自家製剤加算】 工 薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。 (イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合。ただし、当該医薬品が薬価基準に記載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、 <u>医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかった やむを得ない事情を記載すること。</u>



(例) ドライシロップが供給不足で入手できない状況下において、同成分のカプセル剤の脱カプセルによる内容物をもとに賦形剤を加え散剤とする場合

76

医薬品安定供給に向けた薬局の取組

- 医薬品の供給拠点として体制の評価を行うとともに医薬品の供給不足に係る患者への説明等について薬局での業務実態に基づき評価の見直しを行った。

医薬品の供給拠点としての評価

調剤基本料（見直し）

医薬品の備蓄等の地域の医薬品供給拠点として役割を担い、地域の医療に貢献するための体制評価の充実

後発医薬品調剤体制加算

後発医薬品の使用を推進する薬局の体制評価を維持

薬局間での医薬品の融通

地域支援体制加算（見直し）

地域の保険薬局に対する在庫状況の共有、医薬品の融通について要件追加

患者への説明・指導

（新）特定薬剤管理指導加算3口

医薬品の供給に支障が生じている際に別の医薬品に変更となった患者に対して説明を行った場合の評価を新設

代替の薬剤の調製（錠剤の粉碎等）

自家製剤加算（見直し）

医薬品の供給に支障が生じている際に不足している医薬品の製剤となるように他の医薬品を用いて調製した場合においても算定可能とする見直し

77

投薬用の容器に関する取扱いの見直し

投薬・使用薬剤料

- 投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の実費の返還の取扱いを廃止する。



現行

（医科診療報酬点数表）

【第5部 投薬】

＜通則＞

投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについては当該実費を返還しなければならない。

（調剤報酬点数表）

【薬剤料】

区分20 使用薬剤料

投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部分が再使用できるものについては当該実費を返還する。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

改定後

（医科診療報酬点数表）

【第5部 投薬】

＜通則＞

投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。

（調剤報酬点数表）

【薬剤料】

区分20 使用薬剤料

投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

78

※具体的な対象品目や運用等の詳細については3月中に通知予定 79

様式の改正は令和6年10月1日より施行

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

①医療従事者の賃上げ

②調剤基本料等の体制評価

2. 質の高い在宅業務の推進

3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・

薬剤師業務の評価の見直し

4. その他の改定事項

5. 地方厚生局への届出と報告

81

特別調剤基本料の見直し

特別調剤基本料の見直し

➤ 特別調剤基本料についてA及びBの区分を設け、評価を見直す。

(新) 特別調剤基本料A

(いわゆる同一敷地内薬局)

5点

【施設基準】

保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、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

【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】

【在宅薬学総合体制加算】

【算定要件】

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

【連携強化加算】

【算定要件】

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外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合には算定できない。

【特定薬剤管理指導加算2】 【吸入薬指導加算】

【服用薬剤調整支援料2】 【外来服薬支援料1の注2】

【調剤後薬剤管理指導料】

【算定要件】

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。

【使用薬剤料】

【算定要件】

特別調剤基本料Aを算定する薬局において、処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

(新) 特別調剤基本料B

(調剤基本料の届出がない薬局)

3点

【施設基準】

調剤基本料1、2、3のイ、ロ、ハ及び特別調剤基本料Aのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。

【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】 【連携強化加算】

【在宅薬学総合体制加算】 【医療DX推進体制整備加算】

【算定要件】

特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は算定できない

【調剤管理料】 【服薬管理指導料】 【かかりつけ薬剤師指導料】

【かかりつけ薬剤師包括管理料】 【外来服薬支援料】

【服用薬剤調整支援料】 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 【在宅患者緊急時等共同指導料】

【退院時共同指導料】 【服薬情報等提供料】 【調剤後薬剤管理指導料】

【在宅移行初期管理料】

【算定要件】

特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は算定できない

【使用薬剤料】

【算定要件】

区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する薬局において、処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

84

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

敷地内薬局における評価の見直し

- 特別調剤基本料についてA（いわゆる同一敷地内薬局）及びB（調剤基本料の届出がない薬局）の区分を設け、評価を見直す。
- 特別調剤基本料Aを算定する保険薬局においては、特別な関係を有する医療機関への情報提供等に係る評価を見直す。
- 医療機関の多剤処方時の薬剤料と同様に、敷地内薬局においても多剤調剤時の薬剤料を減額する規定を設ける。

現行	改定後
特別調剤基本料 7点 【施設基準】 特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること 【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】 それぞれの点数の100分の80に相当する点数 【薬学管理料】 特別な関係を有する保険医療機関への情報提供を行った場合は、服薬情報等提供料を算定できない。	特別調剤基本料A 5点 【施設基準】 特別調剤基本料Aについては、特別な関係を有する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 【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】 【在宅薬学総合体制加算】 それぞれの点数の100分の10に相当する点数 【連携強化加算】 特別な関係を有する保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。 【薬学管理料】 特別な関係を有する保険医療機関への情報提供を行った場合は、服薬情報等提供料、特定薬剤管理指導加算2、吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料2、外来服薬支援料1の注2及び調剤後薬剤管理指導料を算定できない。 【薬剤料】 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

医療機関における敷地内薬局に関する評価の見直し

- 1月あたりの処方箋の交付が平均4,000回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が9割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。
- 【処方箋料】
 注9 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、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。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

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

85

構造設備規制の見直しに伴う敷地内薬局の現状

 中医協 総-2
 5. 11. 29

- 平成28年に「保険薬局の独立性と患者の利便性」の両立を図る観点から保険薬局における構造設備規制を見直したことで、いわゆるフェンス規制が廃止され、医療機関と薬局との間にフェンス等を設ける必要がなくなったことから、公道に面していない医療機関の敷地内に薬局を開設することが可能となったが、以下のような現状がある。

（医療機関と薬局の独立性）

- 医療機関と薬局の独立性の規定は、昭和時代からの双方の不適切な事案を踏まえ、その都度関連規定の見直しが行われ、平成28年には構造設備規制が見直された。
- 昨今、医療機関の敷地内に薬局を開設することが多くなっている中で、医療機関側で薬局開設等を行う事業者に対して公募型プロポーザル方式にて薬局を公募する際の公募要件で、薬局の開局時間や機能の指定、病院の業務の軽減を求める取組を条件することがあるなど、医療機関と独立した機能を持つべき薬局に対して、医療機関側の意向が強く示されている内容が散見される。
- 薬局開設者は300店舗以上のグループによる場合が多く、一部のグループに偏って開設されている。医療機関側も、公募の際に敷地内薬局の運営実績を求めることがあり、開設できる法人に限られる事例もある。
- 構造設備規制の見直し後も保険医療機関と保険薬局の構造上の独立性を確保することが引き続き求められているものの、医療機関の建物に関係する場所に薬局が開設されることで、一体的な構造と認識されてもおかしくない状況になっている。（同一建物に医療機関と薬局が開設している、いわゆる医療モールとは状況が異なり、一体的な要素がかなり強くなっている）
- このような状況が今後さらに進んでいくと、医療機関と薬局との間の独立した関係性に影響を与えかねない。

（敷地内薬局の経営状況）

- 敷地内薬局の経営実態は、損益率が令和4年改定を経ても増加しており、損益額は高い傾向がある。
- 薬局の収益構造に関して、特別調剤基本料を算定している薬局では、薬局の費用としては「医薬品等費」とその他の費用のうち土地賃借料、建物賃借料の費用が、他の基本料を算定している薬局より突出して高い。

（薬局のかかりつけ機能）

- 医療機関の敷地に開設しているにもかかわらず、医療機関から連携先と認識されていない薬局が多く、退院患者に対して、当該薬局が利用先とは考えられていない傾向がある。敷地の医療機関に対応して高度な薬学管理を担う機能を有している場合がある。
- 厚生労働省の薬局関係の会議においても、特定の医療機関に依存する薬局に関しては、患者本位の医薬分業とはならないことが指摘されており、敷地内薬局の実態を踏まえて、議論を進めることとされている。

⇒ 診療報酬においては、令和6年度改定では現状分析を踏まえたこれまでの情報に基づき対応するとともに、今後の敷地内薬局の実態に基づき、次期改定以降でさらなる対応を検討することが考えられる。

86

保険薬局の指定に当たっての構造上・経営上の独立性の取扱い（改正）

- 健康保険事業の健全な運営の確保関係の取扱いとして、以下の改正を行った。（令和6年3月5日通知、4月1日より適用）

保険医療機関と一体的な経営を行う場合 ※の規定についての見直し

- 経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合として、以下を追加。

オ 特定の保険医療機関から、夜間、休日等における開局、医薬品の備蓄又は管理、当該医療機関の薬剤関連業務への協力等の保険薬局としての機能に関して具体的な指示がされているもの。特に、保険医療機関と不動産取引関係を有する薬局を開設するにあたり、保険医療機関からこのような薬局の機能に関して具体的な指示又は要請を明示的に受けた上で開設するような場合は、保険薬局の保険医療機関からの独立性の観点から、機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合があることに留意すること。

- 保険薬局の更新時における一体的な経営に当たらないことの確認事項として、以下を追加。

- 保険医療機関と不動産取引関係を有する保険薬局に関しては、その際に当該保険薬局が当該保険医療機関から土地又は建物を賃借する際の賃料（賃料の名目以外でも、賃貸借に関連して保険薬局から保険医療機関に支払われる費用も含む。）について確認すること。

※（三）保険医療機関と一体的な経営を行う場合とは、（二）のまた以下に該当する場合等保険医療機関と保険薬局が一定の近接的な位置関係にあり、かつ、次のアからオまでに規定するような経営主体の実質的同一性が認められる場合又は機能上医療機関とのつながりが強いとみなされる場合を指すものであること。（「保険医療機関及び保険医療療養担当規則の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（平成8年3月8日保険発第22号）の第二の一）

保険薬局の指定及び更新時の提出資料の見直し

- 保険薬局の新規指定及び更新時の提出資料として「公募に係る資料及び公募に応じた際の資料」を追加。

- 地方社会保険医療協議会に当該保険薬局の指定又は更新を諮る際の確認事項として、以下を追加。

- 特に、保険医療機関の敷地内に所在する保険薬局にあっては、・・・当該公募に係る資料（新規指定時にあっては、薬局開設に当たって医療機関から提示された条件、契約に係る関係費用の詳細、更新時にあってはこれまでの土地又は建物を賃貸借する際の賃料に係る資料を含む。）及び当該保険薬局が当該公募に応じた際に提出した資料も確認できるようにすること。

87

妥結率等に係る報告の見直し

- 令和6年3月に改訂された「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」（流通改善ガイドライン）を踏まえ、現在報告を求めている医療用医薬品の単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況に代えて、取引に係る状況の報告を求めるとともに、流通改善ガイドラインを踏まえた流通改善に関する取組状況について報告を求めるとする。

※医科診療報酬点数表の初診料、再診料、外来診療料においても同様の見直し

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

流通改善ガイドラインの主な改訂内容

- ① 特に医療上の必要性が高い医薬品として基礎的医薬品、不採算品再算定品等については、価格交渉の段階から別格とし、単品単価交渉とすることを明記
- ② これまでも単品単価交渉を行ってきた新薬創出等加算品等についても引き続き単品単価交渉を行うことを明記
- ③ 一方的な値引き交渉や同一の納入単価での取引を各卸売業者に求める交渉などは厳に慎むことを明記
- ④ 価格交渉を依頼する場合は、価格交渉を代行する者に対して、流通改善ガイドラインを遵守させることを明記
- ⑤ 当年度内は妥結価格の変更を原則行わないこと。変更を行うのは期中で薬価改定があるなどの場合と明記

（参考）新たに報告を求める項目の例

- 医薬品取引に係る状況
 - ・ 価格交渉の方法
 - ・ 当年度下半期の取引予定
 - ・ 前年度の取引状況（上半期と下半期を比較した下半期の取引状況）
- 医療用医薬品の流通改善に係る取組状況（流通改善ガイドラインの改訂内容に基づく主な取組事項の確認）
 - ・ 単品単価交渉の状況
 - ・ 卸売販売業者との値引き交渉（ベンチマークの活用、同一の総値引率を用いた交渉、個々の医薬品の値を踏まえた価格交渉 等）
 - ・ 妥結価格の変更
 - ・ 価格交渉を代行する者に依頼して交渉する場合の確認事項

88

研修の実施に関する取扱い

体制整備に係る研修の実施を求める要件

【連携強化加算】

- 感染症に係る最新の科学的知見に基づいた適切な知識を習得することを目的として、年1回以上、当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修を実施
- 災害の被災状況に応じた対応を習得する研修
- オンライン服薬指導の実施要領の第4の（5）に基づき、薬局内の保険薬剤師に対して、必要な知識を習得させるための研修（オンライン服薬指導に特有の知識等を習得させるための研修）

【在宅薬学総合体制加算】

- 当該学術研修については、認知症、緩和医療、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。

【地域支援体制加算】

- 緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制（オンライン診療に伴う調剤に対応することも当然必要なので、緊急避妊薬を調剤する薬剤師に対する研修を受講していることが望ましい。）

※ 「「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を踏まえた緊急避妊に係る診療の提供体制整備に関する薬剤師の研修について（依頼）」（令和2年1月17日医薬・生活局総務課長通知）に基づき実施する研修

89

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

診療報酬における書面要件の見直し

- 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。
- 具体的には、
 - ・ 文書による提供等をするくとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、当該ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
 - ・ 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

- デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。
- ※ 自ら管理するウェブサイトを有しない保険医療機関等は対象外。
 ※ 令和7年5月31日までの間の経過措置を設ける。

90

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(全般的事項)

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療 DX の推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

(賃上げ全般)

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

(医療 DX)

- 3 令和 6 年 12 月 2 日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の評価の在り方について令和 6 年度早期より見直しの検討を行うとともに、医療 DX 推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの保険証利用の利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けて検討を行うこと。
加えて、医療 DX 推進体制整備加算について、電子処方箋の導入状況および電子カルテ共有サービスの整備状況を確認しつつ、評価の在り方について引き続き検討すること。

(働き方改革・人材確保)

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

(入院医療)

- 5 新設された地域包括医療病棟において、高齢者の急性疾患の受け入れ状況、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理などのアウトカムなどについて、幅広くデータに基づいた分析を行い、評価の在り方について検討すること。また、地域包括医療病棟の新設に伴い、10 対 1 の急性期一般病棟については、その入院機能を明確にした上で、再編を含め評価の在り方を検討すること。
- 6 急性期一般病棟入院基本料や高度急性期医療に係る評価、地域で急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、人口構造や医療ニーズの変化も見据え、重症度、医療・看護必要度、SOFA スコア等、入院患者のより適切な評価指標や測定方法等、入院料の評価の在り方等について、引き続き検討すること。
- 7 地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、障害者施設等入院基本料、療養病棟入院基本料等について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、求められている役割の更なる推進や提供されている医療の実態の反映の観点から、入院料の評価の在り方等について引き続き検討すること。
- 8 救急医療管理加算の見直しについて、今回改定による影響の調査・検証を行い、より適切な患者の重症度に応じた評価の在り方について引き続き検討すること。
- 9 DPC/PDPS 及び短期滞在手術等基本料について、今回改定による在院日数等への影響の調査・検証を行うとともに、医療の質の向上と標準化に向け、診療実態を踏まえた更なる包括払いの在り方について引き続き検討すること。
- 10 入院時の食費の基準の見直しについて、今回改定による影響、食費等の動向等を把握し、検証を行うこと。

94

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(外来医療)

- 11 地域包括診療料・加算における介護保険サービスとの連携に係る評価について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、介護保険サービスとの連携の推進について引き続き検討すること。
- 12 生活習慣病の管理について、今回の改定による影響の調査・検証を行うとともに、より適切な管理がなされるよう、患者の視点を十分に踏まえつつ、引き続き検討すること。
加えて、他の疾病管理についても実態を踏まえた適切な評価の在り方について引き続き検討を行うこと。
- 13 かかりつけ医機能を有する医療機関について、改正医療法に基づく制度整備の状況を踏まえ、かかりつけ医機能がより発揮される評価の在り方を検討すること。
- 14 情報通信機器を用いた精神療法について、患者の受療行動を含め、その実態について調査・検証を行うとともに、より適切な評価の在り方について引き続き検討すること。
- 15 情報通信機器を用いた診療については、初診から向精神薬等を処方している医療機関や大半の診療を医療機関の所在地とは異なる都道府県の患者に対して行っている医療機関があることを踏まえ、今後、より丁寧に実態を把握するとともに、引き続き評価の在り方について検討すること。

(在宅医療等)

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

(精神医療)

- 17 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価について引き続き検討すること。特に新設された精神科地域包括ケア病棟入院料については、地域定着等の状況も含め、データを用いて適切に調査・検証し、評価の在り方について検討すること。

(リハビリテーションへの対応等)

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

(医療技術の評価)

- 19 保険適用された医療技術に対する評価について、レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果や関係学会等による臨床的位置付けを踏まえ、適切な再評価が継続的に行われるよう、医療技術の評価のプロセスも含め引き続き検討すること。
また、革新的な医療機器や検査等のイノベーションを含む先進的な医療技術について、迅速かつ安定的に患者へ供給・提供させる観点も踏まえ、有効性・安全性に係るエビデンスに基づく適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

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

95

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(調剤報酬)

21 調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(敷地内薬局)

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

(長期処方やリフィル処方)

23 長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

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

(長期収載品)

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

(薬価制度)

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

(保険医療材料制度)

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

(施策の検証)

28 施策の効果や患者への影響等について、データやエビデンスに基づいて迅速・正確に把握・検証できるようにするための方策について引き続き検討すること。医療機関・薬局の経営状況については、医療経済実態調査等の結果に基づき、議論することを原則とすること。

96

令和6年度診療報酬改定

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

①医療従事者の賃上げ

②調剤基本料等の体制評価

2. 質の高い在宅業務の推進

3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・

薬剤師業務の評価の見直し

4. その他の改定事項

5. 地方厚生局への届出と報告

97

施設基準の届出について

以下の項目については、令和6年6月以降に当該点数を算定するために届出が必要

◆ 新たに施設基準が創設されたもの

- **特別調剤基本料A**（いわゆる同一敷地内薬局に該当する場合）
- **在宅薬学総合体制加算**
- **医療DX推進体制整備加算**

◆ 施設基準が改正されたもの

- **調剤基本料2：**
→ 区分の変更がない場合は届出不要
 - **地域支援体制加算：**
→ 令和6年6月1日より新たな施設基準に基づき算定する場合は、**令和6年6月3日（最初の開庁日）**までに届出が必要
 - **連携強化加算：**
→ 令和6年6月1日より新たな施設基準に基づき算定する場合は、**令和6年6月3日（最初の開庁日）**までに届出が必要
- ※ 地域支援体制加算に係る施設基準及び実績要件については令和6年8月末日に経過措置期間が終了することから、経過措置を適用する場合は、**本年9月2日（最初の開庁日）**までに届出が必要となる予定。
- ※ 連携強化加算に係る経過措置については、令和6年12月末日に経過措置期間が終了することから、経過措置を適用する場合は、**令和7年1月6日（最初の開庁日）**までに届出が必要となる予定。

※令和6年度改定の施行前（4月・5月）における取扱い
令和6年3月末までの区分で引き続き算定可（区分が変更する場合は届出が必要）

98

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
 - ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
無菌製剤処理加算の施設基準の届出について、施設・設備の平面図の添付を省略
 - ◆ 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合を行う。
地域支援体制加算の施設基準の届出様式の見直し
 - ◆ レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行う。
- 施設基準の届出について、現在主に紙で届け出ることとされている施設基準について**電子的な届出を可能にする**ことで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

99

経過措置について

	項目	経過措置
1	調剤基本料の注1ただし書に係る地域	令和6年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、 令和8年5月31日までの間 、なお効力を有するものとする。
2	地域支援体制加算1・2	令和6年5月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、 令和6年8月31日までの間 に限り、1の(1)のアの(イ)の①から⑩、(2)のイ、オ、(3)の工及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
3	地域支援体制加算3	令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、 令和6年8月31日までの間 に限り、1の(2)のイ、オ、(3)の工及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
4	地域支援体制加算4	令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、 令和6年8月31日までの間 に限り、1の(2)のイ、オ、(3)の工、(4)のウ、(6)及び1の(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
5	連携強化加算	令和6年3月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、 令和6年12月31日までの間 に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。

＜参考＞地域支援体制加算の経過措置に係る施設基準の一覧

- (1) アの(イ) 地域医療に貢献する体制を有することを示す(①～⑩)の実績 (11) 地域医療に関連する取組の実施
 (2) イ 薬局間連携による医薬品の融通等 ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等(基本的な48薬効群)の販売
 工 麻薬小売業者の免許 ウ 緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応
 オ 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合70%以上 オ たばこの販売禁止(併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む)
 (3) 工 夜間・休日の調剤、在宅対応体制(地域の輪番体制含む)の周知
 (4) ウ 在宅薬剤管理の実績 24回以上
 (6) かかりつけ薬剤師の届出

100

施設基準の届出における主な実績要件の取扱い

新規の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出様式
1	調剤基本料	・ 処方箋受付回数 ・ 処方箋集中度	指定当初は要件なし、その後 3 か月の実績（特別調剤基本 料等に該当する場合を除く）	～翌年 5 月末 日まで	様式84
2	地域支援体制加算	・ 在宅患者への指導実績 ・ 服薬情報等提供料 等	直近 1 年の実績		様式87の 3 + 様式 87の 3 の 2
3	在宅薬学総合体制加算	・ 在宅患者への指導実績			様式87の 4
4	後発医薬品調剤体制加算	・ 後発医薬品の調剤数量の割合	直近 3 か月の実績	次月	様式87

継続の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出のタイミング
1	調剤基本料	・処方箋受付回数 ・処方箋集中度	前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績(毎年5月に判断)	当年6月1日から翌年5月末日まで	区分変更時
2	地域支援体制加算	・在宅患者への指導実績 ・服薬情報等提供料 等			地域支援体制加算の区分変更時
3	在宅薬学総合体制加算	・在宅患者への指導実績 ・かかりつけ薬剤師指導料等			区分変更時
4	後発医薬品調剤体制加算	・後発医薬品の調剤数量の割合	直近3か月の実績(毎月判断)	次月	区分変更時

101

調剤基本料等の届出時期・経過措置（1）

1. 施設基準における届出時期（調剤基本料、地域支援体制加算、在宅薬学総合体制加算（令和6年度改定までは在宅患者調剤加算））

基本的な考え方としては、

（従来）前年3月1日～当年2月末までの実績（当年4月の最初の開庁日までに届出、当年4月1日から算定可能）

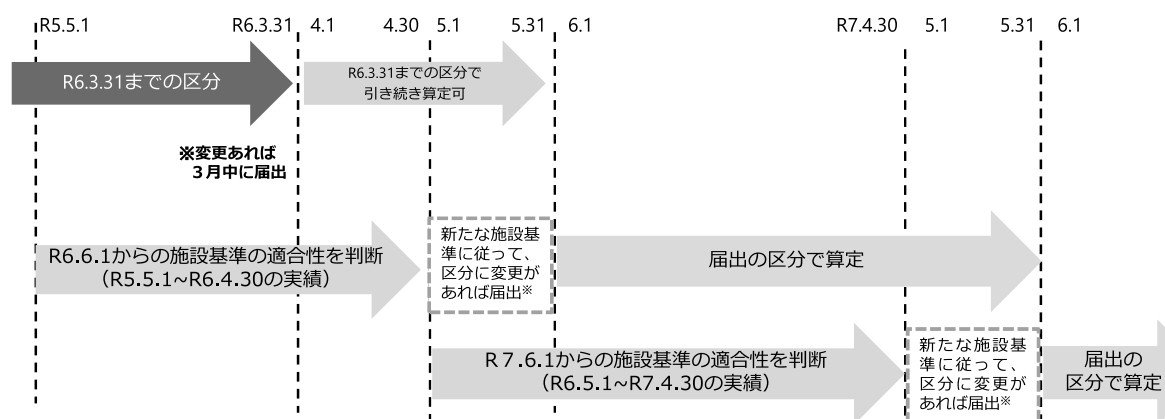
（今後）前年5月1日～当年4月末までの実績（当年6月の最初の開庁日までに届出、当年6月1日から算定可能）

※令和6年度改定の施行前（4月・5月）における取扱い

令和6年3月末までの区分で引き続き算定可（区分が変更する場合は届出が必要）

令和6年6月施行以降の区分は、令和6年5月2日から6月3日までに届け出ることが必要

基本料及び加算の適用



102

調剤基本料等の届出時期・経過措置（2）

2. 令和6年度改定に伴う地域支援体制加算の経過措置と届出時期

◆ 令和6年6月1日より新たな施設基準に基づき算定する場合

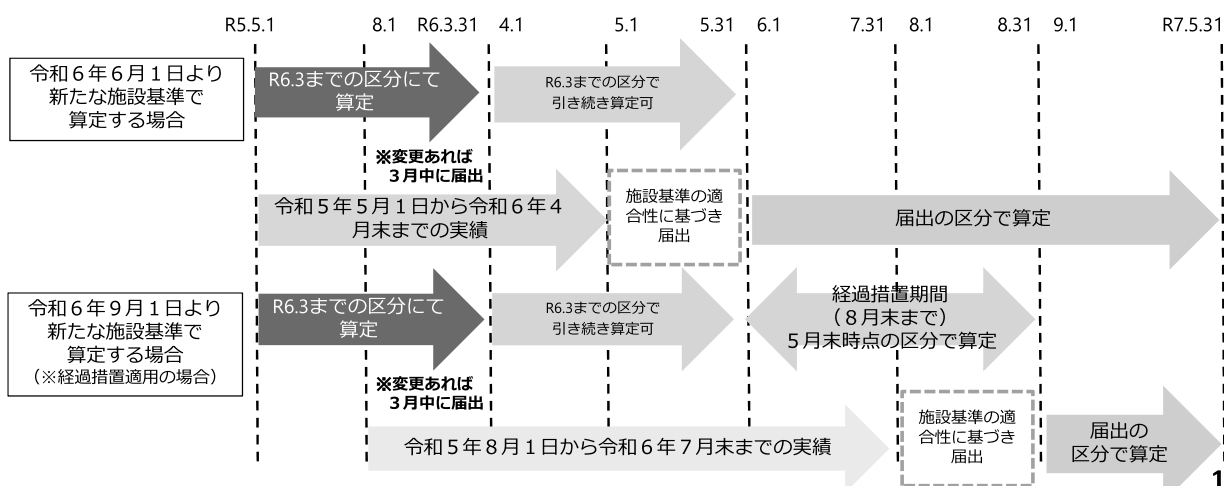
令和5年5月1日～令和6年4月末までの期間の実績を令和6年5月2日から6月3日（最初の開庁日）までに届出。

◆ 今回の改定で新たに追加・変更となった要件

令和6年8月末まで経過措置が適用（5月末時点の区分による算定が8月末まで可能）

◆ 経過措置を適用する薬局

令和5年8月1日～令和6年7月末までの期間の新基準に基づく実績を本年9月2日（最初の開庁日）までに届出



103

減算に係る実績要件の取扱い

	①減算	②主な要件	③実績要件の判断期間	④減算期間	⑤届出方法
1	未妥結減算 (調剤基本料の注4に係る減算)	①妥結率 ②妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況を未報告	①4月1日から9月末日までの実績 ②11月末までに報告	翌年6月1日から翌々年5月末日(次年度) ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	様式85
2	かかりつけ減算 (調剤基本料の注4に係る減算)	かかりつけ機能に係る基本的な業務の算定回数	前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績 (毎年5月に判断)	当年6月1日から翌年5月末日(次年度) ※算定回数の実績を満たした場合は、対象期間であっても減算の対象外となる ※手帳減算については直近3か月の割合が50%を上回った場合は減算の対象外となる。	届出不要 (随時、自局で判断) ※定例報告により状況を確認
3	手帳減算 (服薬管理指導料の注13)	手帳持参患者の割合	前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績 (毎年5月に判断)		
4	後発医薬品減算 (調剤基本料の注8)	①後発医薬品の調剤数量の割合 ②定例報告を未提出	①直近3か月 (毎月判断)	①次月 ②次回報告月まで ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	

「定例報告」は、8月に行う報告を指す。

施設基準の届出について

お願い

- 令和6年6月1日から算定を行うためには、令和6年5月2日(木曜日)から6月3日(月曜日)(必着)までに、届出を行う保険薬局等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いします。



〈介護報酬〉

令和6年度介護報酬改定について

令和6年度介護報酬改定について

居宅療養管理指導 基本報酬①

社会保障審議会 介護給付費分科会（第239回） 令和6年1月22日	参考資料1
---	-------

単位数		※以下の単位数はすべて1回あたり（介護予防も同様）			
○医師が行う場合		< 現行 >		< 改定後 >	
(1) 居宅療養管理指導（Ⅰ） （Ⅱ以外の場合に算定）	単一建物居住者が1人	514単位	➡	515単位	
	単一建物居住者が2～9人	486単位		487単位	
	単一建物居住者が10人以上	445単位		446単位	
(2) 居宅療養管理指導（Ⅱ） （在宅時医学総合管理料等を算定する 利用者を対象とする場合に算定）	単一建物居住者が1人	298単位	➡	299単位	
	単一建物居住者が2～9人	286単位		287単位	
	単一建物居住者が10人以上	259単位		260単位	
○歯科医師が行う場合		< 現行 >		< 改定後 >	
	単一建物居住者が1人	516単位	➡	517単位	
	単一建物居住者が2～9人	486単位		487単位	
	単一建物居住者が10人以上	440単位		441単位	
○薬剤師が行う場合		< 現行 >		< 改定後 >	
(1) 病院又は診療所の薬剤師	単一建物居住者が1人	565単位	➡	566単位	
	単一建物居住者が2～9人	416単位		417単位	
	単一建物居住者が10人以上	379単位		380単位	
(2) 薬局の薬剤師	単一建物居住者が1人	517単位	➡	518単位	
	単一建物居住者が2～9人	378単位		379単位	
	単一建物居住者が10人以上	341単位		342単位	
情報通信機器を用いて行う場合		45単位		46単位	

+ 1 単位

+ 1 単位

1. (3) ② 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

概要	【居宅療養管理指導★】
○ 薬剤師が行う居宅療養管理指導について、在宅患者に対して適切な薬物療法を提供する観点から、以下の見直しを行う。【告示改正】	
ア 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、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行うことを評価する新たな加算を設ける。	
イ 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行うことを評価する新たな加算を設ける。	
ウ 心不全や呼吸不全で麻薬注射剤を使用する患者は頻回な訪問が必要となることから、末期の悪性腫瘍の者及び中心静脈栄養を受けている者と同様に、週に2回かつ1月に8回を限度として算定することを可能とする。	
単位数	
＜現行＞ なし	＜改定後＞ 医療用麻薬持続注射療法加算 250単位/回（新設） 在宅中心静脈栄養法加算 150単位/回（新設）
算定要件等	
＜医療用麻薬持続注射療法加算＞（新設） ○ 在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている利用者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について当該利用者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合に、1回につき250単位を所定単位数に加算する。 ※ 疼痛緩和のために厚生労働大臣が定める特別な薬剤の投与が行われている利用者に対して、必要な薬学的管理指導を行っている場合に算定する加算（100単位）との併算は不可。 ○ 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。 ○ 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39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。	
＜在宅中心静脈栄養法加算＞（新設） ○ 在宅中心静脈栄養法を行っている利用者に対して、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、必要な薬学的管理指導を行った場合に、1回につき150単位を所定単位数に加算する。 ○ 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39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第39条の3第1項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。	
＜終末期におけるがん以外の在宅患者への薬学管理＞（変更） ○ 在宅の利用者であって通院が困難なものに対して、薬局の薬剤師が、医師又は歯科医師の指示に基づき、当該薬剤師が策定した薬学的管理指導計画に基づき、当該利用者を訪問し、薬学的管理指導を行い、介護支援専門員に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供を行った場合に、単一建物居住者の人数に依り、1月に4回を限度として、所定単位数を算定する。ただし、薬局の薬剤師にあつては、以下の者に対して、当該利用者を訪問し、薬学的管理指導等を行った場合は、1週に2回、かつ、1月に8回を限度として、所定単位数を算定する。 イ 末期の悪性腫瘍の者 ロ 中心静脈栄養を受けている者 ハ 注射による麻薬の投与を受けている者	

6

3. (3) ⑥ 薬剤師による情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

概要	【居宅療養管理指導★】
○ オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、薬剤師による情報通信機器を用いた居宅療養管理指導について、以下の見直しを行う。【告示改正】	
ア 初回から情報通信機器を用いた居宅療養管理指導の算定を可能とする。	
イ 訪問診療において交付された処方箋以外の処方箋に係る情報通信機器を用いた居宅療養管理指導についても算定可能とする。	
ウ 居宅療養管理指導の上限である月4回まで算定可能とする。	
単位数	
＜現行＞ 情報通信機器を用いた場合 45単位/回（月1回まで）	＜改定後＞ 46単位/回（月4回まで）（変更）
算定要件等	
＜現行＞ ○ 診療報酬における在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された利用者であること。 ○ 指定居宅サービス介護給付費単位数表の居宅療養管理指導費のハ(2)を月に1回算定していること。	＜改定後＞ （削除） （削除）

7

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO