

ほぼ骨子順

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2024年度診療報酬改定 「個別改定項目(短冊)」から (調剤抜粋版)

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美

参考資料：2024年1月26日 中医協総会資料「個別改定項目について（その1）」
2024年1月31日 中医協総会資料「個別改定項目について（その2）」
2024年2月7日 中医協総会資料「個別改定項目について（その3）」

2024年1月26日、31日、2月7日に開催された中医協総会配布資料「個別改定項目」から、MPS資料として編集しています。
厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

資料No.20240207-2109-1

調剤基本料

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

現 行	改 定 案
【調剤基本料】 1 調剤基本料 1 <u>42点</u> 2 調剤基本料 2 <u>26点</u> 3 調剤基本料 3 イ <u>21点</u> ロ <u>16点</u> ハ <u>32点</u> (新設)	【調剤基本料】 1 調剤基本料 1 ●●点 2 調剤基本料 2 ●●点 3 調剤基本料 3 イ ●●点 ロ ●●点 ハ ●●点 4 特別調剤基本料 A ●●点
[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、 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。 3・4 (略) 5 (略) ※ 地域支援体制加算 6 (略) ※ 連携強化加算 7～11 (略) (新設) (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、 特別調剤基本料B として、処方箋の受付1回につき●●点を算定する。 3・4 (略) 5 (略) ※ 地域支援体制加算 6 (略) ※ 連携強化加算 7～11 (略) 12 (略) ※ 在宅薬学総合体制加算 13 (略) ※ 医療DX推進体制整備加算

・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、評価を見直し

事務等の簡素化・効率化

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。

医療情報取得加算（調剤管理料）

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

現 行	改 定 案
<p>【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。</p> <p>[施設基準] 九の五 調剤管理料の注6に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (1)～(3) 略</p>	<p>【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、医療情報取得加算1として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合にあっては、医療情報取得加算2として、●月に●回に限り●●点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] 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)～(3) 略</p>

・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、体制整備への評価から、診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ見直し（名称も変更「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」⇒「医療情報取得加算」）

医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）

医療DX推進体制整備加算の新設

改定案

（新）医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）

●●点

[算定要件]

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

[施設基準]

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。
- (5) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
- (6) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (7) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (8) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
- (9) (8)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

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

・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、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

電子署名

診療報酬における書面要件の見直し

現 行	改 定 案
<p>[算定要件] 別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ (新設)</p> <p>・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を明確化</p>	<p>[算定要件] 別添 1 医科診療報酬点数表に関する事項 ＜通則＞ 9 文書による提供等をする事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、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。</p> <p>※ 別添 2 歯科診療報酬点数表に関する事項、別添 3 調剤報酬点数表に関する事項についても同様。</p>

電子署名

診療報酬における書面要件の見直し

現 行	改 定 案
<p>[施設基準] 第1 基本診療料の施設基準等 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。 なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。 (新設)</p> <p>・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を明確化</p> <p>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。 ※ 別添6の通則についても同様。</p>	<p>[施設基準] 第1 基本診療料の施設基準等 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。 なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。 文書による提供等をする事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、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</p>

書面揭示事項のウェブサイト掲載（薬担規則）

書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

現 行	改 定 案
<p>【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 （揭示） 第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 （新設）</p> <div data-bbox="259 574 955 714" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・書面揭示が必要な事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならない</p> </div>	<p>【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 （揭示） 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。 <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。</u></p> <p>※ 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揭示事項等」において、次のとおりとされている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数別表第一から別表第三までの病院の欄に掲げる病院であること ・ 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た事項に関する事項 ・ 保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する揭示

書面揭示事項のウェブサイト掲載（薬担規則）

書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

現 行	改 定 案
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。) ・ 予約診察を行う日時及び予約料 ・ 金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項 ・ う蝕に罹患している患者の指導管理に係る費用徴収その他必要な事項 ・ 金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項 ・ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項 ・ 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●年●月●日までの経過措置を設ける。

介護医療院入所者について 算定できる費用

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

現 行		改 定 案	
【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】		【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	患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
	(新設)		イロ 別表第三第1節に規定する点数
	(新設)		イハ 別表第三第2節区分番号10の2に掲げる調剤管理料
	(新設)		イニ 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
	(新設)		イホ 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
	(新設)		イハ 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）

・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

・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



介護医療院入所者について 算定できる費用

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

現 行		改 定 案	
患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養
	(新設)		イト 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。)
	(新設)		イチ 別表第三第4節に規定する点数

介護医療院入所者について 算定できる費用

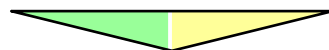
介護保険施設及び障害者支援施設
における医療保険で給付できる医療
サービスの範囲の見直し

現 行		改 定 案	
患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養
	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) (新設) (新設)		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。） イタ 別表第三第1節に規定する点数 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 イロ 別表第三第2節区分番号10の3に掲げる服管理指導料

介護医療院入所者について 算定できる費用

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

現 行		改 定 案	
患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養
	(新設)		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
	(新設)		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）
	(新設)		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。)
	(新設)		イラ 別表第三第4節に規定 する点数



介護老人保健施設入所者について 算定できる費用

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

現 行		改 定 案	
患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養
六 次に掲げる患者 イ 介護老人保健施設に入所している患者 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	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三 (略) (新設)	六 次に掲げる患者 イ 介護老人保健施設に入所している患者 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	次に掲げる点数が算定されるべき療養 一～三 (略) 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 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

介護老人保健施設入所者について 算定できる費用

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

現 行		改 定 案	
患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養	患者の区分	診療報酬の算定方法に 掲げる療養
			<p>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</p> <p>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）</p> <p>ハ 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。）</p> <p>ト 別表第三第4節に規定 する点数</p>



本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

特別養護老人ホーム入所者について 算定できる費用

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

現 行		改 定 案	
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) □ <u>別表第三区分番号 1 5の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</u> 八 (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。	二十四 次に掲げる点数が算定されるべき療養 イ (略) (削除) □ (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。
(新設) ・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、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定可能となる	(新設)	二十五 別表第三区分番号 1 5の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	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。
二十五 (略)	(略)	二十六 (略)	(略)
二十六 (略)	(略)	二十七 (略)	(略)

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

長期処方・リフィル処方箋の推進 (参考・医科) 生活習慣病管理料 (I) ・(II)

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

現 行	改 定 案
<p>【生活習慣病管理料】 [算定要件]</p> <p style="text-align: center;">・長期処方、リフィル処方箋の推進</p> <p>[施設基準] 第6の9 生活習慣病管理料 (新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【生活習慣病管理料(I)】 [算定要件]</p> <p>(9) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。</p> <p>[施設基準] 第6の9 生活習慣病管理料 1 生活習慣病管理料 (I) の注1に規定する施設基準 (1) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。</p> <p>【生活習慣病管理料(II)】 [施設基準] (2) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。</p>



本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

特定疾患処方管理加算の見直し

長期処方・リフィル処方箋の推進

(参考・医科) 特定疾患処方管理加算 (処方箋料)

現 行	改 定 案
<p>【処方箋料】 [算定要件]</p> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、<u>月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。</u></p> <p>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、<u>月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</u></p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] (削除)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・リフィル処方箋、長期処方の活用、医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方日数が28日以内の特定疾患処方管理加算1を廃止</p> </div> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月●回に限り、1処方につき●●点を所定点数に加算する。</p>

・リフィル処方箋の合計処方期間が28日以上の場合も算定可

長期処方・リフィル処方箋の推進 (参考・医科) 地域包括診療料

地域包括診療料等の見直し

現 行	改 定 案
<p>【地域包括診療料】 [算定要件] (新設)</p> <p style="text-align: center;">・リフィル処方の推進</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] 1 地域包括診療料 1 に関する施設基準 (1)から(8)までの基準を全て満たしていること。 (3) <u>健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。</u></p>	<p>【地域包括診療料】 [算定要件]</p> <p>(8) <u>患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。</u></p> <p>(9) <u>(7)及び(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。</u></p> <p>[施設基準] 1 地域包括診療料 1 に関する施設基準 (1)から(10)までの基準を全て満たしていること。 (3) 次に掲げる事項を院内掲示していること。 ウ <u>患者の状態に応じ、30日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。</u> (4) <u>(3)のア、イ及びウ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。</u></p>

連携強化加算 (調剤基本料)

連携強化加算 (調剤基本料) の見直し

現 行	改 定 案
<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>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。</p> <div data-bbox="68 592 1062 806" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・地域支援体制加算の加算から調剤基本料の加算に変更 (地域支援体制加算を届け出していない薬局でも算定可) ・調剤基本料未届出薬局 (特別調剤基本料B) は算定不可 ・敷地内薬局 (特別調剤基本料A) は同一敷地内医療機関が感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算を届け出ている場合は算定不可 </div> <p>[施設基準]</p> <p>四の二 連携強化加算の施設基準 (新設)</p> <div data-bbox="167 1061 1031 1110" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・第二種協定指定医療機関であることに変更 (経過措置あり) </div> <p>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)</p> <div data-bbox="430 1275 1031 1325" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・オンライン服薬指導の体制整備を追加 </div>	<p>【調剤基本料】 [算定要件]</p> <p>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、●●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。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。</p> <p>[施設基準]</p> <p>四の二 連携強化加算の施設基準</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 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。 (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につき十分な体制が整備されていること。

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

連携強化加算（調剤基本料）

連携強化加算（調剤基本料）の見直し

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>[経過措置] (新設)</p>	<p>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。</p> <p>[経過措置] 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、 ●●年●●月●●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。</p>

- ※ 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

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

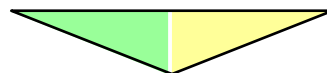
新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

現 行	改 定 案
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>・新興感染症等の自宅・施設入所の患者に対し、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 (オンライン服薬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)</p> <p>・2/7答申で「又はその家族等」追加</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注10 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、●●点を算定する。</p> <p>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。</p>

かかりつけ薬剤師指導料

かかりつけ薬剤師指導料の見直し

現 行	改 定 案
<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [算定要件] 注1～7 (略) (新設)</p> <p>・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、加算の算定を可能とする</p>	<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 [算定要件] 注1～7 (略)</p> <p>8 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●●点を所定点数に加算する。</p>



かかりつけ薬剤師指導料

かかりつけ薬剤師指導料の見直し

現 行	改 定 案
<p>(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） （新設）</p> <p>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。</p> <p>・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た見直し</p>	<p>(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） 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。 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。</p>

- 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。
- 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。

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

服薬管理指導料の特例

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

現 行	改 定 案
<p>【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（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）～（6）（略）</p>	<p>【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できる。 （2）～（6）（略）</p>

・患者の同一薬局利用推進のため、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合、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見直し（「1名迄の保険薬剤師に限る。」を削除）

服薬管理指導料の特例

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

現 行	改 定 案
<p>【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）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【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）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。</p>

・連携する薬剤師の基準をかかりつけ薬剤師指導料の基準と同じにする

調剤後薬剤管理指導料

薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

改定案

(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 ●●点
- 2 慢性心不全患者に対して行った場合 ●●点

- ・調剤後薬剤管理指導加算を廃止し、独立した薬学管理料として設定
- ・対象となる糖尿病薬の範囲の拡大
- ・対象患者を慢性心不全患者に拡大

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

- ・現行では、インスリン製剤又はスルフォニル系尿素系製剤の新規投与や追加投与、用法・用量の変更が対象だったが、糖尿病薬剤に拡大

(新設) 在宅薬学総合体制加算 (調剤基本料)

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

改定案

- (新) **在宅薬学総合体制加算**
- イ 在宅薬学総合体制加算 1 ●●点**
 - ロ 在宅薬学総合体制加算 2 ●●点**

・在宅薬学総合体制加算の新設に伴い、在宅患者調剤加算は廃止
 ・在宅薬学総合体制加算 1 の上の区分として、更に麻薬に関する基準を満たした場合の加算 2 を設定

[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 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。

(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 ●● に相当する点数を所定点数に加算する。

・2/7の短冊で追加

(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 **●●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。

(新設) 在宅薬学総合体制加算 (調剤基本料)

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

改定案

- (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。
- (8) 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●●にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。**
- (9) 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。**

・2/7の短冊で追加

(新設) 在宅薬学総合体制加算 (調剤基本料)

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

改定案

2 在宅薬学総合体制加算 2 の施設基準

(1) 次のア又はイを満たす保険薬局であること。

ア 以下の①から②までの要件を全て満たすこと。

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

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

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

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

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

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

(5) 1 の基準を満たすこと。

・加算 2 は加算 1 の上の基準に加えて、麻薬に関する基準を満たした場合に算定可能となる

在宅薬学総合体制加算 1 と 在宅患者調剤加算の比較

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

在宅患者調剤加算の施設基準（一部要約）	在宅薬学総合体制加算 1 の施設基準（一部要約）
(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出	(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出
(2) 直近 1 年間の算定回数が合計10回以上 (オンラインを除く) ・在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・居宅療養管理指導費 ・介護予防居宅療養管理指導費	(2) 直近 1 年間の算定回数が合計 ●●回以上 (オンラインを除く) ・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 ・介護予防居宅療養管理指導費 ※ 在宅協力薬局として連携した場合も含む (同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。) ※ 同等の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整備	(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整備
(4) 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施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ること。	(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。

在宅薬学総合体制加算 1 と 在宅患者調剤加算の比較

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

在宅患者調剤加算の施設基準（一部要約）	在宅薬学総合体制加算 1 の施設基準（一部要約）
<p>(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。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。</p>	<p>(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。<u>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。</u>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。</p>
<p>(6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制</p>	<p>(6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制</p>
<p>(7) 麻薬小売業者の免許を取得</p>	<p>(7) 麻薬小売業者の免許を取得</p>

(廃止) 在宅患者調剤加算

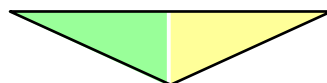
多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し

現 行	改 定 案
<p>【薬剤調製料】 1～5 (略) 6 外用薬 (1 調剤につき) 注 1～7 (略) 8 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付 1 回につき 15 点を所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準] 八 <u>薬剤調製料の注 8 に規定する施設基準 (略)</u> 九 <u>薬剤調製料の注 8 に規定する患者 (略)</u></p>	<p>【薬剤調製料】 1～5 (略) 6 外用薬 (1 調剤につき) 注 1～7 (略) (削除)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 在宅薬学総合体制加算の新設に伴う廃止 </div> <p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p>

在宅患者訪問薬剤管理指導料

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

現 行	改 定 案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、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つては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</p> <div data-bbox="113 896 1015 1002" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・注射で麻薬を投与している患者の算定上限回数増加 ・特別調剤基本料B = 調剤基本料の届出を行っていない薬局 </div>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料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。</p>



在宅患者訪問薬剤管理指導料

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

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

・注射で麻薬を投与している患者の算定上限回数増加

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

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

現 行	改 定 案
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件〕</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。</p> <p>2～8 (略)</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件〕</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回 （末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあつては、原則として月8回） に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、算定できない。</p> <p>注2～8 (略)</p>

- ・末期がん患者と注射で麻薬を投与している患者の算定上限回数増加
- ・特別調剤基本料B = 調剤基本料の届出を行っていない薬局

夜間・休日・深夜訪問加算

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

現 行	改 定 案
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 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。</p> <p>イ 夜間訪問加算 ●●点 ロ 休日訪問加算 ●●点 ハ 深夜訪問加算 ●●点</p>

・末期がん患者と注射で麻薬を投与している患者に対する夜間・休日・深夜の緊急訪問に加算新設

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

(新設) 在宅移行初期管理料

在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

改定案

・退院直後など、定期訪問前に患家を訪問し、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

(新) 在宅移行初期管理料 (1回に限り) ●●点

[算定要件]

- (1) 在宅での療養へ移行が予定されている通院が困難な患者であって、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等と連携して、在宅療養を開始するに当たり必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、当該患者において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料(単一建物診療患者が1人の場合)その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。
- (2) 在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から保険薬剤師が患家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]

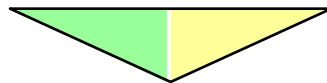
在宅移行初期管理料に規定する費用

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

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

現 行	改 定 案
<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</p> <p>1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>2 残薬調整に係るものの場合 30点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・薬剤師が、医師とともに患家を訪問する等において、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の新設</p> </div> <p>[算定要件]</p> <p>注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、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。</p> <p>2 (略)</p>	<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</p> <p>1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合</p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 ●●点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 ●●点</p> <p>2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合</p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 ●●点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して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。</p> <p>2 (略)</p>



在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

現 行	改 定 案
<p>[算定要件]</p> <p>(1) (略) (新設)</p> <p>(2) 「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。 ア 併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。） イ 併用薬、飲食物等との相互作用 ウ そのほか薬学的観点から必要と認める事項</p> <p>(3) 「ロ 残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。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 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。</p> <p>(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、次に掲げる内容である。 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</p> <p>(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は、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。</p>

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

現 行	改 定 案
<p>(4) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。</p> <p>(新設)</p> <p>(5) (略)</p>	<p>(5) 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の対象となる事項について、<u>受け付けた処方箋に基づき実施した場合は、</u>処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴等に記載する。</p> <p>(6) <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。</u>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、<u>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></p> <p>(7) (略)</p>

無菌製剤処理加算

医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

現 行	改 定 案
<p>【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、<u>2以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）</u>、<u>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日分製剤することによりそれぞれ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日分製剤することによりそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。</u></p> <p>・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も算定対象に追加</p>	<p>【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日分製剤することにより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 ●●点（6歳未満の乳幼児の場合は●●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 ●●点（6歳未満の乳幼児の場合は●●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 ●●点（6歳未満の乳幼児の場合は●●点） ウ～カ (略) (8)～(13) (略)</p>

服薬管理指導料 3

高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

現 行	改 定 案
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 <u>特別養護老人ホーム</u>に入所している患者に訪問して行った場合 45点</p> <p>4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 3については、保険薬剤師が<u>老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム</u>を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>3～14 (略)</p>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 <u>介護老人福祉施設等</u>に入所している患者に訪問して行った場合 45点</p> <p>4 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 3については、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●回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>3～14 (略)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・対象患者にショートステイ等の利用者も含まれることを明確化</p> <p>・介護医療院、老健入所者も対象に追加</p> </div>
<p>[施設基準]</p> <p>(新設) + 服薬管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当する患者</p> <p>(1) 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</p> <p>(2) 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号八に係る処方箋を交付したものの</p>	

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(新設) 施設連携加算 (外来服薬支援料 2分)

高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

現 行	改 定 案
<p>【外来服薬支援料】 [算定要件] (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・特別養護老人ホーム等と連携して患者の入所時に服用中の薬剤の整理等を実施した場合の評価の新設</p> </div>	<p>【外来服薬支援料】 [算定要件] 注4 介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設若しくは同条第27項に規定する介護老人福祉施設に入所中の患者を訪問し、注3に係る業務に加えて、当該施設職員と協働し当該患者が服薬中の調剤済みの薬剤を含めた服薬管理を支援した場合に、施設連携加算として月に1回に限り●●点を所定点数に加算する。</p>

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

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

(参考・歯科) 診療情報連携共有料

医歯薬連携の推進

現 行	改 定 案
<p>【診療情報連携共有料】 [算定要件] 診療情報等連携共有料 120点 注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、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。</p> <p>・名称を変更し、保険薬局に対して情報提供を求めた場合も算定可</p> <p>(新設)</p> <p>・医科医療機関からの依頼に基づく情報提供を行った場合にも算定可</p> <p>2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限り。)を算定した月は、別に算定できない。 (新設)</p>	<p>【診療情報等連携共有料】 [算定要件] 1 診療情報等連携共有料 1 ●●点 2 診療情報等連携共有料 2 ●●点 注1 1については、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、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等（以下この区分番号において「診療情報等」という。）について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者1人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。 2については、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して●月に●回に限り算定する。 3 1及び2について、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限り。)を算定した月は、別に算定できない。 4 2について、区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限り。）を算定した月は、別に算定できない。</p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

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

麻薬管理指導加算

現 行	改 定 案
<p>【服薬管理指導料】 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。</p> <p>[算定要件] 5 麻薬管理指導加算 (1) (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤交付後のフォローアップの方法を明確化 ・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の明示 </div> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ 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。</p> </div> <p>(2) (略)</p>	<p>【服薬管理指導料】 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。</p> <p>[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齐送信すること）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あたっては、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（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。 (4) (略)</p>

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

特定薬剤管理指導加算 1

現 行	改 定 案
<p>【服薬管理指導料】 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、<u>10点</u>を所定点数に加算する。</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>・算定対象となる場合の見直しと明確化 イ：ハイリスク薬の新規処方時 ロ：ハイリスク薬の用法用量の変更時 又は 患者の副作用の発現時など薬剤師が必要と認める場合 （Do処方で、副作用等の発生がないなど、重点的な服薬指導が必要とされないとされる場合の管理指導は算定不可となる）</p> </div>	<p>【服薬管理指導料】 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、<u>次に掲げる点数をそれぞれ</u>所定点数に加算する。</p> <p>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 ●●点</p> <p>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 ●●点</p> <p>※ かかりつけ薬剤師指導料の注3についても同様。</p>

(新設) 特定薬剤管理指導加算 3

改定案

【服薬管理指導料】 (新) 特定薬剤管理指導加算 3 ●●点

注 7 調剤を行う医薬品を選択する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●●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 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第●号に規定する選定療養を受けようとする患者、その他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。

・RMP資材を用いた説明や選定療養の説明、安定供給問題により前回と異なる薬剤を調剤する場合の説明などの評価を新設

[算定要件]

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、「区分 1 0 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

(新設) 特定薬剤管理指導加算 3

改定案

- (3) 「ロ」に示す厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第●号に規定する選定療養を受けようとする患者、その他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。
 - ・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加算1及び特定薬剤管理指導加算2を算定できる。
- (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。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。

- ・対象品目が複数処方されていても、処方箋受付1回につき1回に限り算定
- ・それぞれの要件を満たしていれば加算1・2との併算定可
- ・指導の要点を薬歴に記載 ⇒ 2/7の短冊で「対象となる医薬品がわかるように記載」に変更
- ・（医薬品供給状況による場合）レセプトの摘要欄に薬剤名と確保できなかった事情を記載

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

重複投薬・相互作用等防止加算

現 行	改 定 案
<p>【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。 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るものの場合 30点</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・点数の見直しと、算定要件として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追加</p> </div> <p>(1)～(7) (略)</p>	<p>【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。 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るものの場合 ●●点</p> <p>[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。 (2)～(8) (略)</p>

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

服薬情報等提供料 2

現 行	改 定 案
<p>【服薬情報等提供料】</p> <p>1 服薬情報等提供料 1 30点 2 服薬情報等提供料 2 20点</p> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・患者や家族等への情報提供は算定対象から除外 ・リフィル処方箋に基づく調剤後の情報提供とケアマネジャーへの情報提供を算定対象に追加</p> </div> <p>3 服薬情報等提供料 3 50点</p> <p>[算定要件] 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。<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></p> <p>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、<u>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。</u></p>	<p>【服薬情報等提供料】</p> <p>1 服薬情報等提供料 1 30点 2 服薬情報等提供料 2</p> <p><u>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</u> ●●点</p> <p><u>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</u> ●●点</p> <p><u>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</u> ●●点</p> <p>3 服薬情報等提供料 3 50点</p> <p>[算定要件] 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。</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・業務負担軽減のため、薬歴への記録要件は削除</p> </div>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

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

服薬情報等提供料 2

現 行	改 定 案
<p>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></p> <p>4 (略)</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・いわゆる同一敷地内薬局が同一敷地内の医療機関へ情報提供を行った場合は算定不可とする要件の継続</p> </div> <p>[施設基準]</p> <p><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> 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。</p>	<p>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。</p> <p>4 (略)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid purple; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・調剤基本料の届出を行っていない薬局(特別調剤基本料B)は算定不可</p> </div> <p>[施設基準]</p> <p><u>(削除)</u></p>

嚥下困難者用製剤加算、自家製剤加算

薬局における嚥下困難者製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し

現 行	改 定 案
<p>【薬剤調製料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 24点</p> <p><u>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。</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(11) 自家製剤加算 ア～ウ（略）</p> <p>エ 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。</p> <p>(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</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・同一剤形・同一規格が薬価基準に記載されている場合でも、供給問題により入手できない場合は、レセプトの摘要欄に薬剤名と理由を記載することで算定可</p> </div> <p>(ロ)（略） オ～サ（略）</p> <p>[施設基準]</p> <p>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）別表に記載されている薬剤と同一規格を有する薬剤</p>	<p>【薬剤調製料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 24点</p> <p>（削除）</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・嚥下困難者用製剤加算を廃止し自家製剤加算に一本化</p> </div> <p>[算定要件]</p> <p>(11) 自家製剤加算 ア～ウ（略）</p> <p>エ 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。</p> <p>(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、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。</p> <p>(ロ)（略） オ～サ（略）</p> <p>[施設基準]</p> <p>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）別表に記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）</p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

調剤基本料 2

現 行	改 定 案
<p>【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 (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。)</p> <p>□～ホ (略)</p>	<p>【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 (一月の処方箋の受付回数が多い上位●の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が七割を超える場合に限る。)</p> <p>□～ホ (略)</p>

・主に、同一建物内ではないものの、近隣に複数の医療機関が所在する（医療モールに似た形態の）薬局が対象

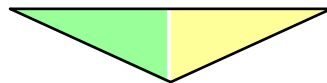
地域支援体制加算（点数）

現 行	改 定 案
<p>【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。</p> <p>イ 地域支援体制加算 1 <u>39</u>点 ロ 地域支援体制加算 2 <u>47</u>点 ハ 地域支援体制加算 3 <u>17</u>点 ニ 地域支援体制加算 4 <u>39</u>点</p>	<p>【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●●に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は、算定できない。</p> <p>イ 地域支援体制加算 1 ●●点 ロ 地域支援体制加算 2 ●●点 ハ 地域支援体制加算 3 ●●点 ニ 地域支援体制加算 4 ●●点</p>

・いわゆる敷地内薬局（特別調剤基本料A）の減額率の変更
 ・調剤基本料未届薬局（特別調剤基本料B）は算定不可

地域支援体制加算 1 (実績基準)

現 行	改 定 案
<p>【地域支援体制加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア 地域支援体制加算 1</p> <p>(イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④又は⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設) ・加算 1 も「十分な実績」が求められるような基準の見直し (実績に必要な回数は加算 3・4 より少ない設定)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【地域支援体制加算】 [施設基準]</p> <p>(1) 以下の区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。 ア 地域支援体制加算 1</p> <p>(イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、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。</p> <p>① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が40回以上であること。</p> <p>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1回以上であること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>⑤ 外来服薬支援料 1 の算定回数が1回以上であること。</p> <p>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。</p>



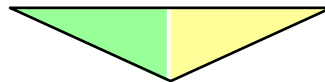
地域支援体制加算 1 (実績基準)

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>・現行では単一建物診療患者が「2～9人の場合」「10人以上の場合」も実績の対象だが、改定後は「1人の場合」のみが実績基準の対象となる ・数え方も「薬局当たり」から「処方箋受付回数1万回当たり」に変更</p> <p>・回数基準が「薬局当たり」から「処方箋受付回数1万回当たり」に代わり、回数も「12回以上」から「30回以上」に増加</p> <p>④ 服薬情報等提供料の算定回数が<u>保険薬局当たりで12回以上</u>であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。</p> <p>(新設)</p> <p>・「小児特定加算の算定回数」基準の追加</p> <p>⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に<u>保険薬局当たりで1回以上</u>出席していること。</p>	<p>⑦ <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について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</u>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。</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が<u>30回以上</u>であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。</p> <p>⑨ <u>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</u>であること。</p> <p>⑩ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席していること。</p>

・「保険薬局当たりで」の文言は削除されているが別の所で明記されており、多職種連携会議については「薬局当たり」で数える

地域支援体制加算 1 (実績基準)

現 行	改 定 案
<p>① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。</p> <p>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、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。</p> <p>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。</p>	<p>(削除) ・加算 1～4 共通の体制基準に((2)のIに移行)</p> <p>(削除) ・加算 1～4 共通の体制基準に((4)のウに移行)</p> <p>(削除) ・加算 1～4 共通の体制基準に((6)に移行)</p>



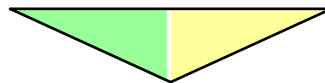
地域支援体制加算 1 (実績基準)

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>・「多職種連携会議実績」は「薬局当たり」、その他は「処方箋受付回数1万回当たり」で数える</p> <p>(Ⅷ) (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。</p> <p>・敷地内薬局が同一敷地内の医療機関に行った情報提供は実績に含めない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算 2 ・ 服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 ・ 服用薬剤調整支援料 2 ・ かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。） ・ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、特定薬剤管理指導加算 2、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料 2 又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。） 	<p>(Ⅷ) (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 万回未満の場合は、処方箋受付回数 1 万回とみなす。</p> <p>(Ⅷ) (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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。） <p>・ かかりつけ薬剤師包括管理料に含まれる項目をまとめて次の項目で規定（次ページ）</p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

地域支援体制加算 1 (実績基準)

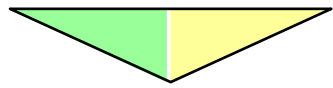
現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>・かかりつけ薬剤師包括管理料算定患者に「服薬等情報提供料」「麻薬加算（薬剤調製料）」「重複投薬・相互作用等防止加算」「外来服薬支援料 1」「服用薬剤調整支援料」と同等の業務を実施した場合は、薬歴等に詳細を記入することで、実績に含めることができる</p> <p>(新設)</p> <p>・現行では加算 2 の所で記載されていたため移動したもの（考え方に変更はない）</p>	<p>(二) <u>かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(1)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(1)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(1)の③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、(1)の⑤の外来服薬支援料 1 並びに(1)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></p> <p>(ホ) <u>(1)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。(1)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></p>



地域支援体制加算 2 (実績基準)

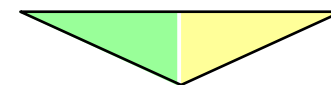
現 行	改 定 案
<p>イ 地域支援体制加算 2 (イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(イ)の<u>基準を満たした上で、以下の①から⑨までの9つの要件のうち3項目以上を満たすこと。この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近1年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数1万回当たりの実績とする。なお、直近1年間の処方箋受付回数が1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。</u></p>	<p>イ 地域支援体制加算 2 (イ) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、アの(イ)の①から⑩までの10の要件のうち、8項目以上を満たすこと。この場合において、アの(ロ)から(ホ)までに準じて取り扱う。</p>

・加算 2 の実績要件はほとんどの項目で基準回数が少なく設定され、その代わりに満たさなければならない項目数が大幅に増加 (基準回数は次ページ)



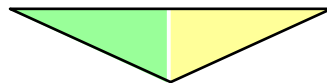
地域支援体制加算 2 (実績基準)

地域支援体制加算 2 (実績基準)	現 行	改 定 案
		3項目以上
① 薬剤調製料の時間外等加算、夜間・休日等加算	400回以上	40回以上
② 薬剤調製料の麻薬調剤加算	10回以上	1回以上
③ 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	40回以上	20回以上
④ かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料	40回以上	20回以上
⑤ 外来服薬支援料 1	12回以上	1回以上
⑥ 服用薬剤調整支援料 1、2	1回以上	1回以上
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（単一建物診療患者が1人の場合）	24回以上	24回以上
⑧ 服薬情報等提供料	60回以上	30回以上
⑨ 小児特定加算（新）	（新設）	1回以上
⑩ 認定薬剤師による地域の多職種連携会議への出席	5回以上	1回以上



地域支援体制加算 3、4（実績基準）

現 行	改 定 案
<p>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、<u>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。</u> <u>(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。</u></p> <p>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、<u>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。</u></p>	<p>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。<u>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> (削除) ・加算 1～4 共通の体制基準に((2)のエに移行)</p> <p>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。<u>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></p>



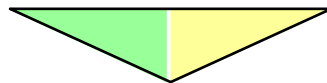
地域支援体制加算 3, 4 (実績基準)

地域支援体制加算 3, 4 (実績基準)	現 行	改 定 案
		加算 3 : 3項目以上 加算 4 : 8項目以上
① 時間外等加算、夜間・休日等加算 (薬剤調製料)	400回以上	400回以上
② 麻薬調剤加算 (薬剤調製料)	10回以上	10回以上
③ 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	40回以上	40回以上
④ かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料	40回以上 (加算 3 必須)	40回以上 (加算 3 必須)
⑤ 外来服薬支援料 1	12回以上	12回以上
⑥ 服用薬剤調整支援料 1、2	1回以上	1回以上
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 (単一建物診療患者が 1 人の場合)	24回以上 (加算 3 必須)	24回以上 (加算 3 必須)
⑧ 服薬情報等提供料	60回以上	60回以上
⑨ 小児特定加算 (新)	<u>(新設)</u>	1回以上
⑩ 認定薬剤師による地域の多職種連携会議への出席	5回以上	5回以上

・加算 3、4 の実績要件は「小児特定加算実績」の追加以外は変更なし

地域支援体制加算（共通_医薬品等供給体制）

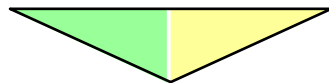
現 行	改 定 案
<p>(2) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。 (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin: 10px 0;"> ・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加 </div> <p>(17) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。 また、当該患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。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。 (新設)</p>	<p><u>(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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>ウ 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。</u> 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。</p> <p><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></p>



地域支援体制加算（共通_医薬品等供給体制）

現 行	改 定 案
<p>(22) 処方箋集中率が85%を超える場合にあつては、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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>ア 一般名 イ 剤形 ウ 規格 エ 内服薬にあつては製剤の特徴（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</p>	<p>オ 処方箋集中率が85%を超える場合にあつては、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。</p> <p>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。</p> <p>(イ) 一般名 (ロ) 剤形 (ハ) 規格 (ニ) 内服薬にあつては製剤の特徴（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</p>

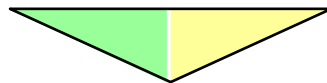
・処方箋集中率85%超の薬局に対する後発品使用割合基準が50%以上から70%以上に引き上げ



地域支援体制加算（共通_調剤・相談応需体制）

現 行	改 定 案
<p>(7) 当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。</p> <p>(3) 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、<u>24時間調剤及び在宅業務</u>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。</p>	<p>(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</p> <p>ア 当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること。</p> <p>イ 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、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。）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。</p>

・「24時間」から「休日、夜間を含む開局時間外」に表現変更
 ・輪番制への参加も含まれることを明記



地域支援体制加算（共通_調剤・相談応需体制）

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該担当者及び当該担当者 と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により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、 <u>それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者</u>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。</p> <p>また、これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。</p> <p>(5) 地方公共団体、保険医療機関及び福祉関係者等に対して、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ること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・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・周知への取組強化</p> </div>	<p>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。</p> <p>(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つた場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制が整備されていること。</p> <p>(ロ) 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、<u>当該薬局の保険薬剤師</u>と連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。</p> <p>(ハ) これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。</p> <p>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、<u>休日、夜間を含む開局時間外</u>であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制（<u>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。</u>）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、<u>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。</u></p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

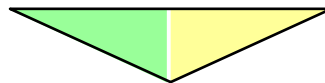
地域支援体制加算（共通_在宅体制）

現 行	改 定 案
<p>(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。</p> <p>(19) 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネージャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。（新設）</p> <div data-bbox="327 1063 1004 1156" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <p>・現行の加算 1、2 の基準が共通の体制基準に ⇒薬局当たり年24回の在宅実績が必須</p> </div>	<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>イ 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネージャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。</p> <p>ウ <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</u>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、<u>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。）。</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>この場合において、<u>保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。</u></p>

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

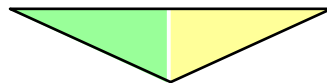
地域支援体制加算（共通_在宅連携体制）

現 行	改 定 案
<p>(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。</p>	<p>Ⅰ 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。</p>



地域支援体制加算（共通_医療安全の取組等）

現 行	改 定 案
<p>(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。</p> <p>(20) 「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月6日付け薬食総発第1006第1号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。</p> <p>(21) 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。 （新設）</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #E6E6FA; padding: 5px; margin-left: 20px;"> ・現行の加算1、2の基準が共通の体制基準に </div> <p>(6) （薬歴作成等基準） (8) （管理薬剤師基準） (10) （資質向上のための研修実施基準） (13) （プライバシーへの配慮基準）</p>	<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>イ 「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月6日付け薬食総発第1006第1号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。</p> <p>ウ 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。</p> <p>(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。</p> <p>(7) （変更なし） (8) （変更なし） (9) （変更なし） (10) （変更なし）</p>



地域支援体制加算（共通_地域医療の取組）

現 行	改 定 案
<p>(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。</p> <div data-bbox="107 644 994 839" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・要指導医薬品の追加 ・一般用医薬品は健康サポート薬局の届出要件に倣って48薬効群の品目を取り扱う（2024年5月31日時点で地域支援体制加算の届出を行っている薬局は2024年8月31日までの経過措置あり） </div> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>(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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

地域支援体制加算（共通_地域医療の取組）

現 行	改 定 案
<p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">・緊急避妊薬の備蓄要件追加 (経過措置あり)</div> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">・敷地内禁煙等の取組要件追加</div> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">・たばこ、喫煙器具の販売不可 (経過措置あり)</div>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="margin-left: 20px;">① 当該保険薬局の敷地内が禁煙であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">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。</p> <p>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四百四十五号）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。</p> <p>(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。</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #e0ffe0; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>・診療報酬改定施行時期に後ろ倒しに伴う、届出後の継続について基準を判定する期間の変更</p> </div>	

地域支援体制加算（共通_届出について）

現 行	改 定 案
<p>2 届出に関する事項</p> <p>(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。</p> <p>(2) 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A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。</p> <p>(3) 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の八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。</p>	<p>2 届出に関する事項</p> <p>(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●の●を用いること。</p> <p>(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Aの(イ)の①から⑩、(2)のイ、オ、(3)のI及び(11)のA、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日までの間に限り、1の(2)のイ、オ、(3)のI、(4)のウ(6)及び1の(11)のA、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。</p> <p>(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。</p>

・現在算定できている薬局はそのままスライドして2024年5月31日時点で届出を行っている薬局となるのか、現行要件に照らし、2023年3月1日から2024年2月末日までの実績を基に判断し、満たしていない場合は2024年5月31日時点で届出を行っている薬局と見なされないのかは現時点では不明

地域支援体制加算（経過措置）

2024年5月31日時点での届出区分	調剤基本料 1		調剤基本料 1 以外	
	加算 1	加算 2	加算 3	加算 4
実績基準（1の(1)のアの(イ)の①から⑩）	経過措置あり		－	
医薬品の融通（1の(2)のイ）	経過措置あり		経過措置あり	
処方箋集中率85%超薬局の後発品割合70%超（1の(2)のオ）	経過措置あり		経過措置あり	
時間外対応体制の周知（1の(3)の工）	経過措置あり		経過措置あり	
在宅実績24回以上/薬局当たり（1の(4)のウ）	－		－	経過措置あり
かかりつけ薬剤師指導料の届出（1の(6)）	－		－	経過措置あり
要指導医薬品販売、一般用医薬品48薬効群（1の(11)のア）	経過措置あり		経過措置あり	
緊急避妊薬の備蓄（1の(11)のウ）	経過措置あり		経過措置あり	
たばこ、喫煙道具を販売しない（1の(11)のオ）	経過措置あり		経過措置あり	

【2024年8月31日時点で地域支援体制加算を算定し、2024年9月1日以降も算定する場合】

- ・2023年8月1日から2024年7月末日までの実績で施設基準の適合性を判断し、2024年9月1日から2025年5月末日まで所定点数を算定できる。
- ・処方箋受付回数は、2023年8月1日から2024年7月末日までの処方箋受付回数とする。

時間外加算等（調剤技術料）

現 行	改 定 案
<p>【調剤技術料の時間外加算等】〔算定要件〕</p> <p>カ 休日加算</p> <p>(イ) (略)</p> <p>(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① 地域医療の確保の観点から、<u>救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っている</u>と認められる保険薬局で調剤を受けた患者</p> <p>② (略)</p> <p>キ 深夜加算</p> <p>(イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① 地域医療の確保の観点から、<u>救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っている</u>と認められる保険薬局で調剤を受けた患者</p> <p>② (略)</p> <p>(ロ) (略)</p>	<p>【調剤技術料の時間外加算】〔算定要件〕</p> <p>カ 休日加算</p> <p>(イ) (略)</p> <p>(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① 地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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方自治体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 <p>② (略)</p> <p>キ 深夜加算</p> <p>(イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① 地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において深夜に調剤を受けた患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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方自治体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 <p>② (略)</p> <p>(ロ) (略)</p>

・自治体からの要請を受けて対応した場合も評価に含まれることの明確化

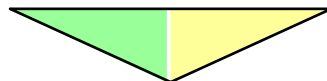
・2/7の短冊で「地方自治体」から「地域の行政機関」に修正

いわゆる同一敷地内薬局に
 関する評価の見直し

調剤基本料、特別調剤基本料A・B

現 行	改 定 案
<p>【調剤基本料】</p> <p>1 調剤基本料 1 <u>42点</u></p> <p>2 調剤基本料 2 <u>26点</u></p> <p>3 調剤基本料 3 <u>イ 21点</u> <u>ロ 16点</u> <u>ハ 32点</u></p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>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。</p> <p>3～11 (略)</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>1 調剤基本料 1 ●●●点</p> <p>2 調剤基本料 2 ●●●点</p> <p>3 調剤基本料 3 イ ●●●点 ロ ●●●点 ハ ●●●点</p> <p>4 特別調剤基本料A ●●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 (略)</p> <p>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●●●点を算定する。</p> <p>3～13 (略)</p>

・現行の特別調剤基本料に該当する薬局を特別調剤基本料AとBに区分
 ⇒いわゆる同一敷地内薬局：特別調剤基本料A
 ⇒調剤基本料未届薬局：特別調剤基本料B



いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

調剤基本料、特別調剤基本料A・B

現 行	改 定 案
<p>[施設基準]</p> <p>一 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1)調剤基本料 1 の施設基準</p> <p>(2)から(5)まで又は<u>二の二の(1)</u>のいずれにも該当しない保険薬局であること。</p> <p>(2) 調剤基本料 2 の施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局 ((3)、(4)及び<u>二の二の(1)</u>に該当するものを除く。) であること。</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>(3) 調剤基本料 3 のイの施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局 (<u>二の二の(1)</u>に該当するものを除く。) のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p> <p>ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局 (<u>二の二の(1)</u>に該当するものを除く。) のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>一 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1) 調剤基本料 1 の施設基準</p> <p>(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。</p> <p>(2) 調剤基本料 2 の施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局 ((3)、(4)及び(6)に該当するものを除く。) であること。</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>(3) 調剤基本料 3 のイの施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局 ((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。</p> <p>ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局 ((6)に該当するものを除く。) のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p>

・調剤基本料 2 の変更はP48

・記号の変更のみ

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

調剤基本料、特別調剤基本料A・B

現 行	改 定 案
<p>(4) 調剤基本料 3 の□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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 □ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 <p>(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□又は二の二の(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以下であること。</p> <p>(新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・敷地内薬局を特別調剤基本料Aとして、届出を必須とする（現行では、届出をしない薬局も特別調剤基本料とひとくりにされていたため、これからはどこが敷地内薬局であるかが明確になる）</p> </div>	<p>(4) 調剤基本料 3 の□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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 □ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 <p>(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□又は(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。</p> <p>(6) 特別調剤基本料 A の施設基準 <u>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●●割を超えること。</u></p>

いわゆる同一敷地内薬局に
 関する評価の見直し

調剤基本料、特別調剤基本料A・B

現 行	改 定 案
<p>二 (略)</p> <p>二の二 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>保険医療機関と不動産取引等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。）</u>であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。</p> <p>(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。</p>	<p>二 (略)</p> <p>二の二 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</p> <p>(削除)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・旧特別調剤基本料を特別調剤基本料Bとして、該当する薬局から敷地内薬局を削除（特別調剤基本料Aに移行）</p> </div> <p>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。</p>

いわゆる同一敷地内薬局に
関する評価の見直し

後発医薬品調剤体制加算

現 行	改 定 案
<p>【調剤基本料】</p> <p>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。</p> <p>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</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>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（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●●に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。</p> <p>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</p>

- ・敷地内薬局（特別調剤基本料A）の減額率変更
- ・調剤基本料未届薬局（特別調剤基本料B）は算定不可
- ・現行点数と数量シェア基準（1：80%以上85%未満、2：85%以上90%未満、3：90%以上）は変更なし？

いわゆる同一敷地内薬局に
関する評価の見直し

特別調剤基本料A・B（薬学管理料の算定）

現 行	改 定 案
<p>【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。</p> <p>イ～ハ（略） （新設）</p> <p>・敷地内薬局（特別調剤基本料A届出薬局）は、同一敷地内医療機関への情報提供を行っても特定薬剤管理指導加算2（注6）、吸入薬指導加算（注9）は算定不可</p>	<p>【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。 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。</p> <p>イ～ハ（略） 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、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。</p>
<p>※ 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。</p> <p>※ 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、服用薬剤調整支援料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、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。</p>	

・調剤基本料未届薬局（特別調剤基本料B薬局）は、全ての薬学管理料が算定できない

特別調剤基本料A・B（薬学管理料等の算定）

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

		A	B
調剤基本料	地域支援体制加算	●●/100	×
	連携強化加算	※1	×
	後発医薬品調剤体制加算	●●/100	×
	(新) 在宅薬学総合体制加算	○	※2
	(新) 医療DX推進体制整備加算	○	×
薬学管理料	調剤管理料（+加算）	○	×
	服薬管理指導料	○	×
	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	敷地内×	×
	(新) 特定薬剤管理指導加算3	○	×
	乳幼児服薬指導加算	○	×
	小児特定加算	○	×
	吸入薬指導加算	敷地内×	×
	かかりつけ薬剤師指導料 (加算は服薬管理指導料と同じ)	○	×
	かかりつけ薬剤師包括管理料	○	×

※1 敷地内医療機関が感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算届出医療機関の場合は算定不可
 ※2 短冊の「在宅薬学総合体制加算」の箇所では明記されていないが、「敷地内薬局」箇所で『調剤基本料の諸加算の算定を不可とする。』とされている

		A	B
薬学管理料	外来服薬支援料1	敷地内×	×
	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	敷地内×	×
	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	○	×
	(新) 調剤後薬剤管理指導料	敷地内×	×
	(新) 在宅移行初期管理料	○	×

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

いわゆる同一敷地内薬局に
 関する評価の見直し

特別調剤基本料A（薬剤料の減額規定）

現 行	改 定 案
【使用薬剤料】 [算定要件] 1・2（略） （新設）	【使用薬剤料】 [算定要件] 1・2（略） 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 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●●に相当する点数 により算定する。

・現行の医療機関での規定は100分の90で算定する

※ 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。

いわゆる同一敷地内薬局に
 関する評価の見直し

(参考・医科) 処方箋料 (敷地内医療機関)

現 行	改 定 案
<p>【処方箋料】 [算定要件] 注1～8 (略) (新設)</p>	<p>【処方箋料】 [算定要件] 注1～8 (略) 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 の関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、 それぞれ●●点、●●点又は●●点を算定する。</p>

・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を減額

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

長期収載品の選定療養

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。

医薬品取引状況に係る報告
の見直し

(調剤) 医薬品取引状況に係る報告

現 行	改 定 案
<p>【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</u>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 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（略）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。）</u>に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3) (略)</p>	<p>【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 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、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) (略)</p>

・「単品単価契約率及び一律値引きに係る状況」から「取引に係る状況」に変更
・「流通改善に係る取組」を報告事項に追加
・報告書の見直し

本資料は、2024年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(参考・医科) 一般名処方加算

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

現 行	改 定 案
<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>7点</u> ロ 一般名処方加算2 <u>5点</u></p> <p>[施設基準] 第七 投薬 (新設)</p> <p>・2023年4月～12月の特例は+2点であった (1 : 9点、2 : 7点)</p> <p>・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加 ・短冊では「地方厚生局長等に届け出た保健医療機関」とはなっていないため、特例と同様に届出は不要と考えられる</p>	<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 ●●点 ロ 一般名処方加算2 ●●点</p> <p>[施設基準] 第七 投薬 五 医科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注7 及び 歯科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注6 に規定する一般名処方加算の施設基準 (1) 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (2) (1)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。</p> <p>[経過措置] 令和●年●月●日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。</p>

(参考・医科) 後発医薬品使用体制加算

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

現 行	改 定 案
<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 <u>5点</u></p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 <u>4点</u></p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 <u>2点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p>	<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 ●●点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 ●●点</p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。</p> <p>ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びにニの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>ハ ホ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。</p> <p>[経過措置]</p> <p>令和●年●月●日までの間に限り、(1)のハ、(2)のハ又は(3)のハに該当するものとみなす。</p> <p>※加算 2、3 も同様</p>
<p>・2023年4月～12月の特例は+2点であった (1 : 7点、2 : 6点、3 : 4点)</p>	
<p>・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加 (ハは経過措置あり)</p> <p>・数量シェア基準 (1 : 90%以上、2 : 85%以上90%未満、3 : 75%以上85%未満) は変更なしか？</p>	

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

(参考・医科) 外来後発医薬品使用体制加算

現 行	改 定 案
<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 <u>5点</u></p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 <u>4点</u></p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 <u>2点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p>	<p>【外来後発医薬品使用体制加算】</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 ●●点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 ●●点</p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 ●●点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>ニ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。</p> <p>ホ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びにニの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>ハ ホ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。</p> <p>[経過措置]</p> <p>令和●年●月●日までの間に限り、(1)のハ、(2)のハ又は(3)のハに該当するものとみなす。</p> <p>※加算 2、3 も同様</p>
<p>・2023年4月～12月の特例は+2点であった (1 : 7点、2 : 6点、3 : 4点)</p>	
<p>・2023年4月～12月の特例で設定された要件の追加 (ハは経過措置あり)</p> <p>・数量シェア基準 (1 : 90%以上、2 : 85%以上90%未満、3 : 75%以上85%未満) は変更なしか？</p>	

(参考・医科) 薬剤情報提供料、処方箋料

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

現 行	改 定 案
<p>【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 <u>10点</u></p> <p>【処方箋料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>28点</u> 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 <u>40点</u> 1及び2以外の場合 <u>68点</u> 	<p>【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料 <u>●●点</u></p> <p>【処方箋料】</p> <ol style="list-style-type: none"> 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <u>●●点</u> 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 <u>●●点</u> 1及び2以外の場合 <u>●●点</u>

・医療DXの推進による効率的な処方体系の整備が進められていることや一般名処方加算等の見直しに伴う点数の見直し（減額か？）

(参考・医科) 湿布薬

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

現 行	改 定 案
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>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。</p> <p>[算定留意事項]</p> <p>第5部 投薬 <通則></p> <p>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。</p> <div data-bbox="285 996 1019 1088" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・用語の見直しと2023年4月5日の疑義解釈の内容（「各種がんにおける鎮痛」目的は対象外）を追加</p> </div> <p>F400 処方箋料</p> <p>(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。</p>	<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>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。</p> <p>[算定留意事項]</p> <p>第5部 投薬 <通則></p> <p>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。</p> <p>F400 処方箋料</p> <p>(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。</p>

(調剤) 湿布薬

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

現 行	改 定 案
<p>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。</p>	<p>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。</p>

・用語の見直し

(参考・医科) バイオ後続品使用体制加算

改定案

(新) バイオ後続品使用体制加算 (入院初日) ●●点

[対象患者]

入院患者であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用している患者

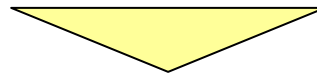
[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等含む。）又は第3節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- (2) 直近1年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品の使用回数が●●回を超えること。

- ・バイオ後続品を使用している医療機関が、患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性について十分な説明を行った上で使用し、成分の特性を踏まえた使用目標を達成した場合の入院患者に対する評価を新設
- ・直近1年間の最低使用回数の設定（後発医薬品でいうところのカットオフ値代わりか？）



(参考・医科) バイオ後続品使用体制加算

改定案

(3) 当該保険医療機関において調剤したバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合について、以下のいずれも満たすこと。

イ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が **●●%以上** であること。ただし、当該成分の規格単位数量が **●●未滿** の場合を除く。

① エポエチン ② リツキシマブ ③ トラスツズマブ ④ テリパラチド

ロ 次に掲げる成分について、当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品について、当該成分全体の規格単位数量に占めるバイオ後続品の規格単位数量の割合が **●●%以上** であること。ただし、当該成分の規格単位数量が **●●未滿** の場合を除く。

① ソマトロピン ② インフリキシマブ ③ エタネルセプト ④ アガルシダーゼベータ ⑤ ベバシズマブ
⑥ インスリンリスプロ ⑦ インスリンアスパルト ⑧ アダリムマブ ⑨ ラニビズマブ

(4) バイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(5) (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。

[経過措置]

令和●年●月●日までの間に限り、(5) に該当するものとみなす。

(参考・医科) バイオ後続品導入初期加算

現 行	改 定 案
<p>【第6部 注射】 〔算定要件〕 通則</p> <p>7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【外来腫瘍化学療法診療料】 注7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【第6部 注射】 〔算定要件〕 通則</p> <p>・外来で注射のバイオ後続品を使用する全ての患者に対象拡大</p> <p>7 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。</p> <p>【外来腫瘍化学療法診療料】 (削除)</p> <p>・上記の見直しに伴い廃止</p>

薬剤の容器

現 行	改 定 案
<p>(医科診療報酬点数表) 【第5部 投薬】 <通則> 1・2 (略) 3 <u>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当該実費を返還しなければならない。</u> 4・5 (略)</p> <p>(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> <u>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。</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。 (2)~(5) (略)</p>	<p>(医科診療報酬点数表) 【第5部 投薬】 <通則> 1・2 (略) 3 <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> 4・5 (略)</p> <p>(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。</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #FFDAB9; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・衛生上の理由等で容器が再利用されていない現状を踏まえた見直し</p> </div> <p>(2)~(5) (略)</p>



薬剤師の皆様に見て頂きたい

Oncology関連コンテンツのご紹介

会員登録
不要

「薬剤師のためのBasic Evidence」と「診療現場最前線」
2つのコンテンツをセットで閲覧することで
オンコロジー分野の基礎と実践を総合的に学ぶことができます。

薬剤師のためのBasic Evidence

各種ガイドラインの薬物療法を中心とし、薬剤師に役立つ内容を分かりやすくまとめています。
これからオンコロジーを学ぼうとお考えの薬剤師や、基礎的な知識を改めて整理したいという薬剤師にぴったりのコンテンツです。

診療現場最前線

さまざまな職種の先生方の取り組みを紹介しているため、処方意図から患者指導まで幅広く実践的な内容を知ることができます。
薬薬連携実践のヒントも得ることができ、連携にお悩みの薬剤師の参考になるコンテンツです。

■ アクセス方法



<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



20230001296

<https://www.nichiiko.co.jp/medicine/oncology-contents/>



日医工がお届けする **Stu-GE** は、

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 メールマガジンの受信

会員特典2 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>