

【Ⅲ－８地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－①】

① 調剤基本料の見直し

第１ 基本的な考え方

「患者のための薬局ビジョン」の策定から 10 年が経過した現在の保険薬局の実態及び損益率の状況を踏まえ、保険薬局が立地に依存する構造から脱却し、薬剤師の職能発揮を促進する観点から、調剤基本料を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 保険薬局の面分業を推進する観点から、調剤基本料 1 及び 3 のハの点数を引き上げる。

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 調剤基本料（処方箋の受付 1 回につき） 1 調剤基本料 1 <u>47点</u> 2 （略） 3 調剤基本料 3 イ・ロ （略） ハ <u>37点</u> 4 （略）	【調剤基本料】 調剤基本料（処方箋の受付 1 回につき） 1 調剤基本料 1 <u>45点</u> 2 （略） 3 調剤基本料 3 イ・ロ （略） ハ <u>35点</u> 4 （略）

2. 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 85%を超え、95%以下である保険薬局であって、処方箋の受付回数が 1 月に 1,800 回を超え、2,000 回以下のものは、調剤基本料 2 を算定することとする。
3. 都市部に新規開設する保険薬局のうち、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が 85%を超え、処方箋の受付回数が 1 月に 600 回を超えるものは、調剤基本料 2 を算定することとする。
4. 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の計算に当たっては、同一建物内又は同一敷地内に複数の保険医療機関が所在している場合、当該複数の保険医療機関を 1 つの保険医療機関と見なすこととする（医療モールに所在する複数の保険医療機関を 1 つの保険医療

機関とみなす。)

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [施設基準]</p> <p>(2) 調剤基本料2の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局 ((3) 、 (4) 及び (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 (一月の全ての保 険医療機関に係る処方箋の受付回 数に対する一月の処方箋の受付回 数が多い上位三の保険医療機関 (同一の敷地内又は建物内に複数 の保険医療機関が存在するとき は、当該複数の保険医療機関を一 の保険医療機関とみなす。) に係 る処方箋の合計受付回数の割合が 七割を超える場合に限る。)</p> <p>ロ 処方箋の受付回数が一月に千八 百回を超えること (イに該当する 場合を除き、特定の保険医療機関 (同一の敷地内又は建物内に複数 の保険医療機関が存在するとき は、当該複数の保険医療機関を一 の保険医療機関とみなす。以下同 じ。) に係る処方箋による調剤の 割合が八割五分を超える場合に限 る。)</p> <p>ハ 処方箋の受付回数が一月に六百 回を超えること (イ又はロに該当 する場合を除き、特定の保険医療 機関に係る処方箋による調剤の割 合が八割五分を超える場合 (当該 保険薬局が別表第三の一に掲げる 地域に所在し、かつ、水平距離五 百メートル以内に他の保険薬局が ある場合に限る。) に限る。)</p> <p>ニ・ホ (略)</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準]</p> <p>(2) 調剤基本料2の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局 ((3) 、 (4) 及び (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。)</p> <p>ロ 処方箋の受付回数が一月に二千 回を超えること (イに該当する場 合を除き、特定の保険医療機関に 係る処方箋による調剤の割合が八 割五分を超える場合に限る。)</p> <p>ハ 処方箋の受付回数が一月に千八 百回を超えること (イ又はロに該 当する場合を除き、特定の保険医 療機関に係る処方箋による調剤の 割合が九割五分を超える場合に限 る。)</p> <p>ニ・ホ (略)</p>

[経過措置]

令和八年五月三十一日において、現に処方箋の受付回数が一月当たり

千八百枚以下であるとして届け出ている保険薬局であって、その後も一月当たりの処方箋の受付回数が継続的に千八百枚以下であるものについては、当面の間、第十五の一の適用に当たっては、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を八割五分以下とみなす。

5. 施設基準の別表において、都市部を設定する。

改 定 案	現 行
<p>[施設基準]</p> <p>別表第三の一 <u>調剤基本料2の施設基準のハ及び門前薬局等立地依存減算に規定する保険薬局の(1)のイに規定する地域</u></p> <p>一 <u>北海道札幌市</u></p> <p>二 <u>宮城県仙台市</u></p> <p>三 <u>埼玉県さいたま市</u></p> <p>四 <u>千葉県千葉市</u></p> <p>五 <u>東京都千代田区、中央区、港区、新宿区、文京区、台東区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、渋谷区、中野区、杉並区、豊島区、北区、荒川区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区及び江戸川区</u></p> <p>六 <u>神奈川県横浜市、川崎市及び相模原市</u></p> <p>七 <u>新潟県新潟市</u></p> <p>八 <u>静岡県静岡市及び浜松市</u></p> <p>九 <u>愛知県名古屋市</u></p> <p>十 <u>京都府京都市</u></p> <p>十一 <u>大阪府大阪市及び堺市</u></p> <p>十二 <u>兵庫県神戸市</u></p> <p>十三 <u>岡山県岡山市</u></p> <p>十四 <u>広島県広島市</u></p> <p>十五 <u>福岡県北九州市及び福岡市</u></p> <p>十六 <u>熊本県熊本市</u></p>	<p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>

6. 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 85%を超え、95%以下である保険薬局であって、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に3万5千回を超え、4万回以下のものは調剤基本料3のイを算定することとする。

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

7. 調剤基本料 3 のロ及びハの施設基準から、同一グループの店舗数が 300 以上であることを削除する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [施設基準] (4) 調剤基本料 3 のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（（6）に該当するものを除く。）のう</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準] (4) 調剤基本料 3 のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は<u>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</u></p>

<p>ち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>(5) 調剤基本料3のハの施設基準同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（（2）、（4）のロ又は（6）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。</p>	<p>薬局（（6）に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>イ・ロ （略）</p> <p>(5) 調剤基本料3のハの施設基準同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は<u>同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループ</u>に属する保険薬局（（2）、（4）のロ又は（6）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。</p>
---	---

8. 新規開設する保険薬局について、既に多数の保険薬局が開局している地域（特に、病院の近隣）又は医療モール内に立地する場合は減算とする。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注15 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、門前薬局等立地依存減算として、所定点数から15点を減算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>五の六 門前薬局等立地依存減算に規定する保険薬局</u></p> <p><u>次のいずれかに該当する保険薬局（特別調剤基本料Aを算定しているものを除く。）であること。</u></p> <p><u>(1) 次のイからハまでのいずれにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>イ 別表第三の一に掲げる地域に所在し、かつ、水平距離五百メートル以内に他の</u></p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>

<p><u>保険薬局があること。</u></p> <p>ロ <u>特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</u></p> <p>ハ <u>次のいずれかに該当すること。</u></p> <p>① <u>保険医療機関（許可病床数が二百床以上のものに限る。）の敷地の境界線からの水平距離が百メートル以内の区域内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が二以上所在すること。</u></p> <p>② <u>当該保険薬局の周囲五十メートルの区域内に、他の保険薬局が二以上所在すること。</u></p> <p>③ <u>当該保険薬局の周囲五十メートルの区域内に所在する他の保険薬局が②に該当すること。</u></p> <p><u>（２） 次のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</u></p> <p>ロ <u>保険医療機関と同一の敷地内又は建物内に所在すること。</u></p>	
---	--

[経過措置]

令和八年五月三十一日において現に健康保険法第六十三条第三項第一号の指定を受けている保険薬局については、当面の間、第十五の五の六に該当しないものとする。

9. 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の計算に当たっては、同一建物内又は同一敷地内に複数の保険医療機関が所在している場合、当該複数の保険医療機関を1つの保険医療機関と見なすこととする（医療モールに所在する複数の保険医療機関を1つの保険医療機関とみなす。）。（再掲）

10. 介護保険施設や高齢者向け居住施設に居住する患者に対して交付された処方箋について、処方箋の受付回数には算入し、処方箋集中率の計算からは除外する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [施設基準（通知）] 第88の2 調剤基本料2 2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点 （1） 処方箋の受付回数 処方箋の受付回数の計算に当たり、<u>薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した患者に係る処方箋（以下「時間外等処方箋」という。）は、受付回数に数えない。</u>なお、療担規則第20条第3号ロ及び療担基準第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋（<u>時間外等処方箋を除く。</u>）の<u>受付回数</u>については、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。</p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準（通知）] 第88の2 調剤基本料2 2 調剤基本料2の施設基準に関する留意点 （1） 処方箋の受付回数 処方箋の受付回数の計算に当たり、<u>受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。</u>なお、療担規則第20条第3号ロ及び療担基準第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（<u>以下のアからウまでの本文に該当する場合を除く。</u>）。</p> <p>ア <u>薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋</u></p> <p>イ <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋。ただし、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。）の処方箋については、単一建物診療患者が1人の場合は受付回数の計算に含める。</u></p> <p>ウ <u>介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準</u></p>

<p>(2) (略)</p> <p>(3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、<u>一つの建物内又は一つの敷地内に複数の保険医療機関がある場合においては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数とみなして、処方箋集中率を算出する。</u>また、<u>1のアの（イ）の「処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位3の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。</u></p> <p>(4) (3) の計算に当たり、<u>次のいずれかに該当する処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方</u></p>	<p><u>（平成12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの（2）又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）別表の「4」の介護予防居宅療養管理指導費のハの（2）の基となる調剤に係る処方箋。ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、<u>処方箋集中率を算出する際に、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋の受付回数は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めない。1のアの（イ）の「処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位3の保険医療機関それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。</u></p> <p>(4) (3) の計算に当たり、<u>同一グループの保険薬局の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）及びその家族（同一グループの保険</u></p>
--	--

<p>箋の受付回数のいずれからも除く。</p> <p><u>ア 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋</u></p> <p><u>イ 同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含めた全ての職員をいう。）の処方箋</u></p> <p><u>ウ 同一グループの保険薬局の勤務者の家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋</u></p> <p><u>エ 介護保険法で定める介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋（ただし、単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合の処方箋は除く。）</u></p>	<p><u>薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。</u></p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>
---	--

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－②】

② 特別調剤基本料 A の見直し

第 1 基本的な考え方

健康保険事業の健全な運営の確保の観点から、特別調剤基本料 A の対象薬局について要件を見直す。

第 2 具体的な内容

1. へき地等において、地方自治体の所有する土地に所在する診療所の敷地内に所在する保険薬局であり、周囲に他の保険薬局がない場合は、特別調剤基本料 A を算定せず、調剤基本料 1 を算定する旨の規定を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 〔施設基準〕 二 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u> (1) <u>次のいずれにも該当すること。</u> イ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。 ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。</p>	<p>【調剤基本料】 〔施設基準〕 二 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準 (新設) (1) 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。 (2) 当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。</p>

<p><u>ハ 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</u></p> <p><u>(2) 次のいずれにも該当すること。</u></p> <p><u>イ 当該保険薬局が地方公共団体の所有する土地に所在する保険医療機関（診療所に限る。以下このイにおいて同じ。）又は地方公共団体の開設する保険医療機関と同一の土地又は建物に所在すること。</u></p> <p><u>ロ イに規定する保険医療機関がへき地の医療の提供のために必要な診療所として都道府県知事に認められたものであること。</u></p> <p><u>ハ 当該保険薬局から水平距離四キロメートル以内に他の保険薬局がないこと。</u></p>	<p><u>(3) 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</u> (新設)</p>
--	---

2. 特別調剤基本料 A の施設基準について、当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在する場合には特別調剤基本料 A を算定しない旨の規定を削除する。
3. 保険薬局と同一敷地内においてオンライン診療受診施設を設置する場合、当該保険薬局は特別調剤基本料 A を算定する旨の規定を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [施設基準]</p> <p>(6) 特別調剤基本料 A の施設基準 <u>次のいずれかの要件を満たす保険薬局（調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものを除く。）であること。</u></p> <p><u>イ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。</u></p>	<p>【調剤基本料】 [施設基準]</p> <p>(6) 特別調剤基本料 A の施設基準</p> <p>保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（<u>当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除</u></p>

<p> <u>ロ</u> 当該保険薬局と同一の敷地内 において医療法（昭和二十三年 法律第二百五号）第二条の二第 二項に規定するオンライン診療 受診施設を設置していること。 ただし、療担規則及び薬担規則 並びに療担基準に基づき厚生労 働大臣が定める揭示事項等（平 成十八年三月六日厚生労働省告 示第百七号）第十二条の二に定 める要件に該当する場合を除 <u>く。</u> </p>	<p> <u>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 が五割を超えること。 （新設） </p>
---	--

[経過措置]

告示前日において当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診
 療所に限る。）が所在している保険薬局については、告示日以降、新た
 に他の保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しない場
 合又は当該保険医療機関（診療所に限る。）が所在し続ける場合に限り、
 当該保険薬局については、当面の間、第十五の一の（６）のイに該当しな
 いものとする。

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－③】

③ 地域支援体制加算の見直し

第１ 基本的な考え方

地域での医薬品供給を通じた適切な医療提供体制の構築を促進する観点から、地域支援体制加算の要件を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 地域支援体制加算の名称について、地域支援・医薬品供給対応体制加算に改める。（地域支援・医薬品供給対応体制加算１については、Ⅳ－１－（③）「医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止」に記載。）
2. 地域への貢献を行っている薬局を適切に評価するため、地域支援体制加算の各種算定要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注５ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p>イ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算１</u> 27点</p> <p>ロ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算２</u> 59点</p> <p>ハ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算３</u> 67点</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注５ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p>イ <u>地域支援体制加算１</u> 32点</p> <p>ロ <u>地域支援体制加算２</u> 40点</p> <p>ハ <u>地域支援体制加算３</u> 10点</p>

<p>ニ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 4</u> 37点</p> <p>ホ <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 5</u> 59点</p> <p>【地域支援・医薬品供給対応体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>四 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準</u></p> <p>(1) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。</u></p> <p>ロ <u>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。</u></p> <p>(2) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>(1) に掲げる施設基準を満たすこと。</u></p> <p>ロ <u>調剤基本料 1 を算定していること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制を整備していること。</u></p> <p>ニ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(3) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>(2) のイからハまでの全てに該当すること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p>	<p>ニ <u>地域支援体制加算 4</u> 32点</p> <p>(新設)</p> <p>【地域支援体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>四 <u>地域支援体制加算の施設基準</u></p> <p>(新設)</p> <p>(1) <u>地域支援体制加算 1 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>(新設)</p> <p>イ <u>調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p>(2) <u>地域支援体制加算 2 の施設基準</u></p> <p>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>(1) のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>ロ <u>地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p>
---	---

<p>(4) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算4の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <p>イ <u>(1)に掲げる施設基準を満たすこと。</u></p> <p>ロ 調剤基本料1又は調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料B以外を算定していること。</p> <p>ハ 地域医療への貢献に係る<u>十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>ニ <u>(2)のニに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>(5) <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算5の施設基準</u> <u>(3)のロ及び(4)のイからハまでの全てに該当する保険薬局であること。</u></p>	<p>(3) <u>地域支援体制加算3の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 (新設)</p> <p>イ 調剤基本料1又は調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料B以外を算定している<u>保険薬局であること。</u></p> <p>ロ 地域医療への貢献に係る<u>必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>ハ <u>(1)のハに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>(4) <u>地域支援体制加算4の施設基準</u> <u>(2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u></p>
---	---

[経過措置]

令和八年三月三十一日において現に後発医薬品調剤体制加算1、2又は3に係る届出を行っている保険薬局については、令和九年五月三十一日までの間に限り、第十五の四の(1)のロに該当するものとみなす。

※ 地域医療への貢献に係る体制及び実績については、施設基準通知において以下の内容等を規定する予定。

(体制について)

- 令和8年6月以降に開設する保険薬局又は改築若しくは増築する保険薬局においては、面積が16平方メートル以上の調剤室を有すること。
- セルフメディケーション関連機器を設置していること。
- 薬事未承認の研究用試薬・検査サービスを販売又は提供していないこと。

(実績について)

- 調剤時の薬剤一元管理による疑義照会や残薬調整に係る評価項目を一定程度算定していること。
- かかりつけ薬剤師による服薬指導を一定程度実施していること(服薬管理指導料1のイを算定していること。)
- 服用薬剤調整支援料2の見直しに伴い、実績要件の項目から服用薬剤調整支援料を削除すること。

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、
薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－④】

④ 調剤管理料の見直し

第１ 基本的な考え方

対人業務である薬学的管理の質を適切に評価する観点から、内服薬の調剤日数によって４つに区分されている調剤管理料を見直す。

第２ 具体的な内容

- 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬又は屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合の調剤管理料を、長期処方（28 日分以上）とそれ以外（27 日分以下）との２区分とし、これに伴い、調剤管理料全体の点数も見直す。
- 調剤管理加算を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤管理料】</p> <p>1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき）</p> <p>イ <u>長期処方（28日分以上）の場合</u> <u>60点</u></p> <p>ロ <u>イ以外（27日分以下）の場合</u> <u>10点</u></p> <p>（削除）</p> <p>（削除）</p> <p>2 1 以外の場合 <u>10点</u></p> <p>〔算定要件〕 （削除）</p>	<p>【調剤管理料】</p> <p>1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき）</p> <p>イ <u>7日分以下の場合</u> <u>4点</u></p> <p>ロ <u>8日分以上14日分以下の場合</u> <u>28点</u></p> <p>ハ <u>15日分以上28日分以下の場合</u> <u>50点</u></p> <p>ニ <u>29日分以上の場合</u> <u>60点</u></p> <p>2 1 以外の場合 <u>4点</u></p> <p>〔算定要件〕</p> <p><u>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</u></p>

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

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

⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

１．調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【調剤管理料】 [算定要件] (削除)	【調剤管理料】 [算定要件] <u>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。</u> <u>イ 残薬調整に係るもの以外の</u> <u>場合</u> 40点 <u>ロ 残薬調整に係るものの場合</u> 20点

2. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を廃止する。

改 定 案	現 行
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 (削除)	<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</p> <p><u>15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</u></p> <p><u>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</u></p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 20点</p> <p><u>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</u></p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 20点</p>

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

(新) 調剤時残薬調整加算

[対象患者]

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

[算定要件]

患者又はその家族等から収集した情報等に基づいて残薬が確認された患者において、処方医の指示又は処方医に対する照会の結果に基づき、残薬の調整のために7日分以上相当の調剤日数の変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、調剤時残薬調整加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、保険薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、処方医の指示又は処方医に対する照会の結果に基づき、6日分以下相当の調剤日数の変更が行われた場合には、その理

由を調剤報酬明細書に記載することで算定可能とする。

- イ 区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者その他厚生労働大臣が定める患者（以下「在宅患者」という。）へ処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 50 点
- ロ 在宅患者について調剤日数の変更が行われた場合（イの場合を除く。） 50 点
- ハ 区分番号 10 の 3 に掲げる服薬管理指導料の注 1 に規定するかかりつけ薬剤師が調剤日数の変更が行われた場合（イ及びロの場合を除く。） 50 点
- ニ イからハまで以外の場合 30 点

[施設基準]

調剤時残薬調整加算に規定する保険薬局

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。

調剤時残薬調整加算のイに規定する患者

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

4. 服用薬剤の一元管理に基づく薬剤調整を実施した場合の評価を新設する。

(新) 薬学的有害事象等防止加算

[対象患者]

調剤管理料を算定する患者であって、処方医に確認すべき点（残薬に係るものを除く。）がある処方箋が交付された患者

[算定要件]

薬剤服用歴、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第 64 号）に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋の仕組みを用いた重複投薬の確認等に基づき、処方医に対する照会（残薬調整に係るものを除く。）の結果、処方に変更が行われ

た場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、薬学的有害事象等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 在宅患者へ処方箋を交付する前に処方内容を処方医に相談し、
処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 50 点
- ロ 在宅患者について処方に変更が行われた場合（イの場合を除く。） 50 点
- ハ 区分番号 10 の 3 に掲げる服薬管理指導料の注 1 に規定する
かかりつけ薬剤師による照会の結果、処方に変更が行われた場合
（イ及びロの場合を除く。） 50 点
- ニ イからハまで以外の場合 30 点

[施設基準]

薬学的有害事象等防止加算に規定する保険薬局

適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局
であること。

薬学的有害事象等防止加算のイに規定する患者に規定する患者

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

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑥】

⑥ かかりつけ薬剤師の推進

「Ⅱ－３－⑧」を参照のこと。

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑦】

⑦ 吸入薬指導加算の見直し

第１ 基本的な考え方

保険薬局におけるインフルエンザ吸入薬指導について、慢性疾患と同様の服薬指導や曝露対策を実施している現状を踏まえ、吸入薬指導加算の要件と評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 吸入薬指導加算について、算定対象となる患者にインフルエンザウイルス感染症患者を含める。このとき、患者が自ら吸入を行う吸入薬の適応症は、喘息、慢性閉塞性肺疾患及びインフルエンザウイルス感染症のみであることを踏まえ、患者の範囲を整理する。
2. 算定可能な間隔及び評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【吸入薬指導加算】 [算定要件] 注10 吸入薬の投薬が行われている患者に対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、<u>6月</u>に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p>	<p>【吸入薬指導加算】 [算定要件] 注10 <u>喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているもの</u>に対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、<u>3月</u>に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p>

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

⑧ 服用薬剤調整支援料の見直し

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
<p>【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料 2 <u>1,000点</u></p>	<p>【服用薬剤調整支援料】 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 <u>110点</u> ロ イ以外の場合 <u>90点</u></p>
<p>[算定要件] 注 2　２については、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者について、患者又はその家族等の求めに応じ、<u>かかりつけ薬剤師（患者の服薬状況等に係る総合的な管理及び評価を行うために必要な研修を受けたものに限る。）が、当該患者の服用中の薬剤を継続的及び一元的に把握した結果、服用中の薬剤の調整を必要と認める場合であって、必要な評価等を実施した上で、処方医に対して、当該調整について文書を用いて提案した場合には、</u></p>	<p>[算定要件] 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、<u>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</u></p>

<p>同一の患者に対して6月に1回に限り、かかりつけ薬剤師1人につき月4回まで所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p> <p>[施設基準] (削除)</p>	<p>においては、算定できない。</p> <p>[施設基準] <u>十一の二 服用薬剤調整支援料2のイに規定する施設基準</u> <u>重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u></p>
--	--

※ 服用薬剤調整支援料2における具体的に必要な実施事項については、留意事項通知において以下のような内容を規定する予定。

- ア 薬物治療に関する患者又はその家族等からの主観的情報の聴取
- イ 検査値等の薬物治療に必要な客観的情報の収集
- ウ 服薬支援に必要な患者の生活状況及び意向に関する情報の聴取
- エ 各服用薬剤がもたらす治療効果及び有害事象の評価
- オ 解決すべき薬剤関連問題の特定及び整理
- カ 服用薬剤調整後の観察計画及び対応案の立案

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

[適用日]

令和9年6月1日から適用する。

【Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化－⑨】

⑨ 調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し

第１ 基本的な考え方

調剤報酬の簡素化の観点から、類似する算定項目を統合する。

第２ 具体的な内容

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

改 定 案	現 行
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件〕 (削除)	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 〔算定要件〕 <u>注２ 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り５９点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週４０回に限り算定できる。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u>
<u>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、</u>	<u>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、</u>

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

い。	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。
6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1 回につき150点を所定点数に加算する。	7 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。

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

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

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

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

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

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

改 定 案	現 行
<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点</p> <p><u>ロ 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して行った場合（ハの場合を除く。） 59点</u></p> <p><u>ハ ロのうち、患者の状態の急変等に伴い行った場合 59点</u></p> <p>ニ イからハまで以外の場合 59点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 4のイ及びニについては、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回</p>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定</p>

につき所定点数を算定する。4のロについては、訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除き、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、患者1人につき、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料と合わせて、月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り、所定点数を算定する。4のハについては、患者1人につき、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料と合わせて、月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り、所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であつて手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4の二により算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

4 （略）

5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であつて、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、4のロ又はハを算定する

点数を算定する。ただし、4のイの患者であつて手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

4 （略）

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

場合においては加算しない。

イ・ロ （略）

- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。また、4のロ又はハを算定する場合においては加算しない。
- 7 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、4のロ又はハを算定する場合においては加算しない。

イ・ロ （略）

8・9 （略）

- 10 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用い

イ・ロ （略）

- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

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

イ・ロ （略）

8・9 （略）

- 10 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用い

<p>て、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。<u>また、4のロ又はハを算定する場合においては加算しない。</u></p> <p>11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、<u>4のロ若しくはハを算定する場合又は当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病若しくは負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</u></p>	<p>て、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p> <p>11 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p>
--	--

① 処方箋料の見直し

第１ 基本的な考え方

後発医薬品の使用促進等の観点から、処方等に係る評価体系を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。
2. バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
3. 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【処方箋料】 注１～５ （略）</p> <p>６ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 １ <u>８点</u> ロ 一般名処方加算 ２ <u>６点</u></p> <p>７・８ （略）</p> <p>（１）～（８） （略）</p> <p>（９） 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処</p>	<p>【処方箋料】 注１～５ （略）</p> <p>６ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 １ <u>10点</u> ロ 一般名処方加算 ２ <u>８点</u></p> <p>７・８ （略）</p> <p>（１）～（８） （略）</p> <p>（９） 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処</p>

<p>方箋により投薬することは、原則として認められない。<u>ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。</u></p> <p>また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。</p> <p>(10)・(11) (略)</p> <p>(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品及びバイオ後続品のある</p>	<p>方箋により投薬することは、原則として認められない。</p> <p>また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。</p> <p>(10)・(11) (略)</p> <p>(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処</p>
---	--

<p>バイオ医薬品（２品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算１を、１品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算２を、処方箋の交付１回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。</p> <p>なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品といった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。</p> <p>また、一般名処方を行った場合の（６）の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。</p> <p>（１３）～（１６）（略）</p>	<p>方箋の交付１回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。</p> <p>なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。</p> <p>また、一般名処方を行った場合の（６）の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。</p> <p>（１３）～（１６）（略）</p>
--	--

② バイオ後続品使用体制加算の見直し

第１ 基本的な考え方

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医療機関をより適切に評価する観点から、バイオ後続品使用体制加算の要件を見直す。

第２ 具体的な内容

- １．バイオ後続品使用体制加算は、バイオ医薬品を使用する患者について、入院初日に算定するとされているところ、入院初日以降にバイオ医薬品を患者に使用する場合の算定方法を明確化する観点から、その算定日を退院日に変更する。

改 定 案	現 行
【バイオ後続品使用体制加算】 注 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（特別入院基本料等を含む。）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 <u>先行</u> 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 <u>先行</u> バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、 <u>退院の日に１回</u> に限り所定点数に加算する。	【バイオ後続品使用体制加算】 注 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（特別入院基本料等を含む。）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 <u>先発</u> 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 <u>先発</u> バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、 <u>入院初日</u> に限り所定点数に加算する。

- ２．バイオ後続品のある先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の使用回数の合計に係る要件を廃止し、バイオ後続品のあるバイオ医薬品のうち少なくとも１つ以上の成分で、直近１年間に調剤した規格単位数量の合計が５０以上であることを要件とする。

3. バイオ後続品のある先行バイオ医薬品として新たに収載された医薬品等について、その使用状況に応じて、バイオ後続品使用体制加算の要件の対象となる成分に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【バイオ後続品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>(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。</p> <p>(2) <u>バイオ後続品のある先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）及びバイオ後続品の使用について、十分な実績を有すること。</u></p> <p>(削除)</p>	<p>【バイオ後続品使用体制加算】 [施設基準] 三十五の三の二 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>(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。</p> <p>(2) <u>直近一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。「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が百回を超えること。</u></p> <p>(3) <u>当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品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、次のいずれにも該当すること。</u></p> <p>イ <u>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八割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。</u></p> <p>① <u>エポエチン</u></p> <p>② <u>リツキシマブ</u></p> <p>③ <u>トラスツズマブ</u></p> <p>④ <u>テリパラチド</u></p> <p>ロ <u>次に掲げる成分について、</u></p>

<p>(3)・(4) (略)</p> <p>第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(削除)</p> <p>(2) 当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下同じ。）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、ア及びイを満たすこ</p>	<p>当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品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五割以上であること。ただし、直近一年間における当該成分の規格単位数量が五十未満の場合を除く。</p> <p>① <u>ソマトロピン</u></p> <p>② <u>インフリキシマブ</u></p> <p>③ <u>エタネルセプト</u></p> <p>④ <u>アガルシダーゼベータ</u></p> <p>⑤ <u>ベバシズマブ</u></p> <p>⑥ <u>インスリンリスプロ</u></p> <p>⑦ <u>インスリンアスパルト</u></p> <p>⑧ <u>アダリムマブ</u></p> <p>⑨ <u>ラニビズマブ</u></p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>第26の2の3 バイオ後続品使用体制加算</p> <p>1 バイオ後続品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>直近1年間における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。以下「先発バイオ医薬品」という。）及びバイオ後続品の使用回数の合計が100回を超えること。</u></p> <p>(3) 当該保険医療機関において調剤した先発バイオ医薬品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、ア及びイを満たすこと。</p>
---	---

と。なお、ア又はイに掲げるそれぞれの成分について、直近 1 年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50未満の場合においては、当該成分に限り、ア又はイに定める基準未満であっても差し支えないが、ア又はイに掲げる成分のうち少なくとも 1 つ以上の成分については、規格単位数量の合計が50以上であること。

ア 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行バイオ医薬品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それぞれ80%以上であること。

(イ)～(ニ) (略)

(ホ) ラニビズマブ

(ヘ) インスリングルルギン

(ト) ダルベポエチン

(チ) フィルグラスチム

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行バイオ医薬品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それぞれ50%以上であること。

(イ)～(チ) (略)

(リ) アフリベルセプト

(ヌ) ウステキヌマブ

ア 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80%以上であること。ただし、直近 1 年間ににおける当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。

(イ)～(ニ) (略)

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

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50%以上であること。ただし、直近 1 年間ににおける当該成分の規格単位数量の合計が50未満の場合を除く。

(イ)～(チ) (略)

(リ) ラニビズマブ

(新設)

<p>(ル) <u>ペグフィルグラスチム</u></p> <p>(ヲ) <u>トシリズマブ</u></p> <p>(3) <u>入院及び外来においてバイオ後続品の使用に積極的に取り組んでいる旨及びバイオ後続品の導入に関する説明を積極的に行って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。</u></p> <p>(4) (略)</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(4) <u>入院及び外来において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。</u></p> <p>(5) (略)</p>
---	---

[経過措置]

令和8年3月31日時点で、現にバイオ後続品使用体制加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和9年5月31日までの間に限り、1の(2)のアの(ホ)から(チ)まで及びイの(リ)から(ヲ)までに掲げる成分について、1の(2)のア又はイに定める割合の基準を満たしているものとみなす。ただし、本文の規定により基準を満たす保険医療機関にあっては、アの(イ)から(ニ)まで及びイの(イ)から(チ)までのうち少なくとも1つ以上の成分について、直近1年間に当該保険医療機関において調剤した先行バイオ医薬品及びバイオ後続品の規格単位数量の合計が50以上である必要がある。

③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

第１ 基本的な考え方

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

「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」等の内容を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算を廃止する。

（新） 地域支援・医薬品供給対応体制加算

地域支援・医薬品供給対応体制加算 1	87 点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2	82 点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 3	77 点

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、地域支援・医薬品供給対応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。）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） 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後

発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。

ハ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハ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入院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。

ホ ニ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。

ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・医薬品供給対応体制加算2の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・医薬品供給対応体制加算3の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。

ハ (1)のハからヘまでの要件を満たしていること。

[施設基準(通知)]

(1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安

定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

- (2) 当該保険医療機関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使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 にあつては 90%以上、地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 にあつては 85%以上 90%未満、地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 にあつては 75%以上 85%未満であること。
- (3) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）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入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 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。
- (5) （4）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が変更とな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。
- (6) （3）及び（5）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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

(新) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1	8 点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2	7 点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3	5 点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。
- ハ 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。
- ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハ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。
- ホ ニ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。
- ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2 の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診

療所であること。

- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

ハ (1)のハからへまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。

ハ (1)のハからへまでの要件を満たしていること。

[施設基準（通知）]

- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関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使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1にあっては90%以上、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2にあっては85%以上90%未満、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3にあっては75%以上85%未満であること。
- (3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）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受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 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。
- (5) (4)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が変更とな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。
- (6) (3)及び(5)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。自ら管理するホームページ等を有しな

い場合については、この限りではないこと。

- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

④ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品調剤体制加算の廃止

第１ 基本的な考え方

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

第２ 具体的な内容

１．後発医薬品調剤体制加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【調剤基本料】 [算定要件] (削除)	【調剤基本料】 [算定要件] <u>注 7 保険薬局及び保険薬剤師療養</u> <u>担当規則（昭和32年厚生省令第</u> <u>16号）第 7 条の 2 に規定する後</u> <u>発医薬品（以下「後発医薬品」</u> <u>という。）の調剤に関して別に</u> <u>厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>に適合しているものとして地方</u> <u>厚生局長等に届け出た保険薬局</u> <u>（注 2 に規定する別に厚生労働</u> <u>大臣が定める保険薬局を除</u> <u>く。）において調剤した場合に</u> <u>は、当該基準に係る区分に従</u> <u>い、次に掲げる点数（特別調剤</u> <u>基本料 A を算定する保険薬局に</u> <u>おいて調剤した場合には、それ</u> <u>ぞれの点数の100分の10に相当す</u> <u>る点数）を所定点数に加算す</u> <u>る。</u> <u>イ 後発医薬品調剤体制加算 1</u> <u>21点</u> <u>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2</u> <u>28点</u>

	ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点
--	------------------------

2. 地域支援体制加算において、医薬品の安定供給に資する体制を有している薬局に対する評価を設けるとともに、その名称を医薬品の安定供給を踏まえたものに変更する。

(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算

1 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 27 点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、地域支援・医薬品供給対応体制加算として、27点（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

- イ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。
- ロ 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

[施設基準（通知）]

- (1) 地域における医薬品の安定供給を確保するため、医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行うこと。
- (2) 他の保険薬局に医薬品を分譲した実績があること。ただし、同一グループの保険薬局への医薬品の分譲は、当該実績に含めない。
- (3) 医薬品の供給不安等により、患者が持参した処方箋に記載された医薬品が入手困難な場合は、当該医薬品の在庫を持つ保険薬局を探し、当該薬局にあらかじめ連絡して在庫を確認した上で、別紙様式●を用いて当該患者に当該薬局を案内する、処方医に処方内容の変更可否を照会する等、適切に対応すること。
- (4) 重要供給確保医薬品のうち内用薬及び外用薬であるものについて、1か月分程度は備蓄するよう努めること。なお、ここでいう備蓄とは、当該保険薬局に現に医薬品の在庫を保有していることを指し、卸売販売業者が代わりに在庫を確保していること又は卸売販売業

者に在庫を確保させていることのみでは、備蓄には該当しない。

- (5) 個々の医薬品の価値や流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (6) 流通の効率化と安定供給の確保のため、常に適正な在庫量を維持し、卸売販売業者への頻回配送・休日夜間配送・急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (7) 厳格な温度管理を要する医薬品や、在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (8) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関や保険薬局、医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。
- (9) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が85%以上であること。
- (10) 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示すること。

方された患者に対して、バイオ後続品の品質や有効性、安全性について説明を行うことに対する評価を、特定薬剤管理指導加算３の口に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【特定薬剤管理指導加算３】 [算定要件]</p> <p>８ 特定薬剤管理指導加算３</p> <p>(３) 「口」に示す「調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ <u>バイオ医薬品の一般名処方による処方箋の交付を受けた患者又はバイオ後続品が処方された患者に対して、バイオ後続品の品質、有効性、安全性等について説明を行った場合</u> 	<p>【特定薬剤管理指導加算３】 [算定要件]</p> <p>８ 特定薬剤管理指導加算３</p> <p>(３) 「口」に示す「調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合」とは、以下のいずれかの場合をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合 ・ 医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

３．「保険医療機関及び保険医療養担当規則」及び「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」に、バイオ後続品の使用促進に係る規定を追加する。

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

<p><u>医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」という。）</u></p> <p>（２） <u>遺伝子組換え技術を用いて製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）</u></p> <p>ホ～ト （略）</p> <p>三 （略）</p> <p>四 注射</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 注射を行うに当たっては、<u>後発医薬品又はバイオ後続品の使用を考慮するよう努めなければならない。</u></p> <p>（歯科診療の具体的方針）</p> <p>第二十一条 （略）</p> <p>二 投薬</p> <p>イ～ハ （略）</p> <p>ニ 投薬を行うに当たっては、<u>次に掲げる医薬品の使用を考</u></p>	<p>（新設）</p> <p>ホ～ト （略）</p> <p>三 （略）</p> <p>四 注射</p> <p>イ （略）</p> <p>ロ 注射を行うに当たっては、<u>後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。</u></p> <p>（歯科診療の具体的方針）</p> <p>第二十一条 （略）</p> <p>二 投薬</p> <p>イ～ハ （略）</p> <p>ニ 投薬を行うに当たっては、<u>後発医薬品の使用を考慮する</u></p>
---	---

<p>慮するとともに、患者に<u>当該医薬品</u>を選択する機会を提供すること等患者が<u>当該医薬品</u>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <p>(1) <u>後発医薬品</u> (2) <u>バイオ後続品</u></p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>三 (略)</p> <p>四 注射</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 注射を行うに当たっては、<u>後発医薬品又はバイオ後続品</u>の使用を考慮するよう努めなければならない。</p> <p>【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 (<u>後発医薬品及びバイオ後続品の調剤</u>)</p> <p>第七条の二 保険薬局は、<u>次の各号に掲げる医薬品の備蓄に関する体制その他の当該医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。</u></p>	<p>とともに、患者に<u>後発医薬品</u>を選択する機会を提供すること等患者が<u>後発医薬品</u>を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <p>(新設) (新設)</p> <p>ホ～ト (略)</p> <p>三 (略)</p> <p>四 注射</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 注射を行うに当たっては、<u>後発医薬品の使用を考慮する</u>よう努めなければならない。</p> <p>【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】 (<u>後発医薬品の調剤</u>)</p> <p>第七条の二 保険薬局は、<u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品</u>(以下「<u>新医薬品等</u>」という。)<u>とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条又は第十九条の二の規定による製造販売の承認</u>(以下「<u>承認</u>」という。)<u>がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)</u>(以下「<u>後発医薬品</u>」という。)の備蓄に関する体制その他の<u>後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努め</u></p>
---	---

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

⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用

第１ 基本的な考え方

長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

患者の希望により長期収載品を使用する場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１相当を患者負担としているが、これを価格差の２分の１相当に引き上げる。

改 定 案		現 行	
【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二		【保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法】 別表第二	
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に規定する後発医薬品（下欄において単に「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号 F200 に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に <u>二分の一</u> を乗じて得た価格を控除	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に規定する後発医薬品（下欄において単に「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号 F200 に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に <u>四</u> <u>分の一</u> を乗じて得た価格を控除

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

【Ⅳ－３－１ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価－①】

① 実勢価格等を踏まえた
検体検査等の評価の適正化

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

【評価を見直す検査の例】

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

【Ⅳ－４－１重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応－①】

① 薬剤総合評価調整加算の見直し

第１ 基本的な考え方

処方変更理由や服薬状況等の薬剤情報が適切に共有されないことにより、ポリファーマシー対策が途切れてしまうことを防止する観点（転院・退院等があっても継続的な薬物治療を行う観点）から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携が促進されるよう、薬剤総合評価調整加算の要件及び評価を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 薬剤総合評価調整加算について、転院時又は退院時における施設間での文書による薬剤情報連携を要件に追加するとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【薬剤総合評価調整加算】</p> <p>A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) <u>160点</u></p> <p>注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更</p>	<p>【薬剤総合評価調整加算】</p> <p>A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算 (退院時 1 回) <u>100点</u> [算定要件]</p> <p>注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。</p> <p>イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</p> <p>ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更</p>

し、かつ、療養上必要な指導及び情報連携を行った場合	し、かつ、療養上必要指導を行った場合
---------------------------	--------------------

2. 1に伴い、退院時薬剤情報連携加算を廃止する。

改 定 案	現 行
【退院時薬剤情報連携加算】 (削除)	【退院時薬剤情報連携加算】 注2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

【Ⅳ－４－１ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方への在り方への対応－②】

② オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

「Ⅲ－３－１－①」を参照のこと。

【Ⅳ－４－１ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方への在り方への対応－③】

③ オンライン診療における電子処方箋の活用の推進

「Ⅲ－３－１－②」を参照のこと。

【Ⅳ－４－１ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方の在り方への対応－④】

④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

【Ⅳ－４－１ 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方への在り方への対応－⑤】

⑤ 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し

第１ 基本的な考え方

長期処方及びリフィル処方箋による処方を適切に推進する観点から、計画的な医学管理を継続して行うこと等を評価する医学管理料の要件を見直すとともに、処方箋様式を見直す。

第２ 具体的な内容

1. 長期処方及びリフィル処方箋による処方の活用を適切に推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、特定疾患療養管理料等の要件に追加する。

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

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

2. リフィル処方箋の患者認知度を向上する観点から、処方箋様式を見直す。

【Ⅳ－４－２ 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進－①】

① 薬剤総合評価調整加算の見直し

「Ⅳ－４－１－①」を参照のこと。

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

② 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第１ 基本的な考え方

ポリファーマシー対策や施設間の薬剤情報連携、転院・退院時の服薬指導等に資する薬学的介入の実績を適切に評価する観点から、病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整や退院時薬剤情報管理指導の実績に応じた評価に見直す。

第２ 具体的な内容

病棟薬剤業務実施加算について、薬剤総合評価調整加算及び退院時薬剤情報管理指導料の算定回数が多い場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【病棟薬剤業務実施加算】</p> <p><u>１ 病棟薬剤業務実施加算 １</u>（週 １回） 300点</p> <p><u>２ 病棟薬剤業務実施加算 ２</u>（週 １回） 120点</p> <p><u>３ 病棟薬剤業務実施加算 ３</u>（１日につき） 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 １ から病棟薬剤業務実施加算 ３ までのいずれかを算定できるものを現に算定している患者に限る。）につい</p>	<p>【病棟薬剤業務実施加算】 （新設）</p> <p><u>１ 病棟薬剤業務実施加算 １</u>（週 １回） 120点</p> <p><u>２ 病棟薬剤業務実施加算 ２</u>（１日につき） 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 １ 又は病棟薬剤業務実施加算 ２ を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務</p>

て、病棟薬剤業務実施加算 1 及び 病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 3 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。

- 2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週 1 回に限り 100 点を所定点数に加算する。

[施設基準]

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準

イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。

ロ 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性並びに安全性に資するために十分な時間が確保されていること。

ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。

ニ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安

実施加算 1 にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。

- 2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、病棟薬剤業務実施加算 1 を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週 1 回に限り 100 点を所定点数に加算する。

[施設基準]

三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(新設)

<p><u>全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。</u></p> <p><u>ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。</u></p> <p><u>ヘ 薬剤総合評価調整業務及び退院時薬剤情報管理指導につき十分な実績を有していること。</u></p> <p><u>(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準</u> <u>(1) のイからホまでに該当する保険医療機関であること。</u> (削除)</p> <p><u>(3) 病棟薬剤業務実施加算 3 の施設基準</u> イ～ホ (略)</p> <p><u>(4) (略)</u></p>	<p><u>(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準</u> (新設)</p> <p><u>イ～ホ (略)</u></p> <p><u>(2) 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準</u> イ～ホ (略)</p> <p><u>(3) (略)</u></p>
---	--

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

③ 医師と薬剤師の同時訪問の推進

「Ⅱ－５－１－⑧」を参照のこと。

① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化

第１ 基本的な考え方

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

第２ 具体的な内容

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

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

改 定 案	現 行
<p>【第５部 投薬】 通則</p> <p><u>６ 入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である</u></p>	<p>【第５部 投薬】 通則 (新設)</p>

<p><u>場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</u></p>	
---	--

【Ⅳ－４－４ 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進】

電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利 活用の推進

「Ⅲ－３－１」を参照のこと。

【Ⅳ－５ 外来医療の機能分化と連携】

外来医療の機能分化と連携

「Ⅱ－４」を参照のこと。

【Ⅳ－６ 医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価】

医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制 の評価

「Ⅲ－３」を参照のこと。