

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○ 脂質異常症、高血圧、糖尿病の生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組についての疾病管理に関して下記のとおり見直す。

現行

【生活習慣病管理料】 ※検査等の費用を包括
1 脂質異常症を主病とする場合 570点
2 高血圧症を主病とする場合 620点
3 糖尿病を主病とする場合 720点

【特定疾患療養管理料（月2回算定可）】
1 診療所の場合 225点 2 100床未満の病院 147点 3 100床以上200床未満の病院 87点

特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、脂質異常症、高血圧及び糖尿病を除外する。

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）】（月1回）
1 脂質異常症を主病とする場合
2 高血圧症を主病とする場合
3 糖尿病を主病とする場合

610点
660点
760点

【（新）生活習慣病管理料（Ⅱ）】（月1回） 333点
※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

（今後の生活習慣病管理料における診療のイメージ）

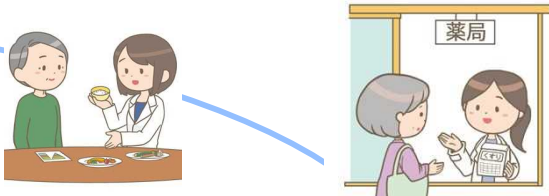


医療DXを活用した情報共有の推進

診療ガイドライン等を参考とした
質の高い疾病管理



治療に係る情報についての
療養計画書を用いた説明



歯科医師、薬剤師、看護師、
管理栄養士等による多職種連携

糖尿病患者に対する歯科受診の推奨



リフィル処方及び長期処方の活用



地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。

改定後

【地域包括診療料】 ※地域包括診療加算についても同様
[算定要件]

- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
 - 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、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。
 - 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。
- 【施設基準】 ※地域包括診療加算についても同様
- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
 - 次に掲げる事項を院内掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
 - ウ 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。
 - 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
 - ア～ケ（略）
 - コ 担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
 - 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
 - ア 担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。
 - イ 担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。
 - ウ 当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
 - 当該保険医療機関において、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、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

現行

地域包括診療加算 1	25点
地域包括診療加算 2	18点
認知症地域包括診療加算 1	35点
認知症地域包括診療加算 2	28点



改定後

地域包括診療加算 1	28点
地域包括診療加算 2	21点
認知症地域包括診療加算 1	38点
認知症地域包括診療加算 2	31点

処方等に関する評価の見直し

リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療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、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、**28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算1を廃止し、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す（66点→56点）**。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせ、**医師の判断により、リフィル処方や長期処方を利用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

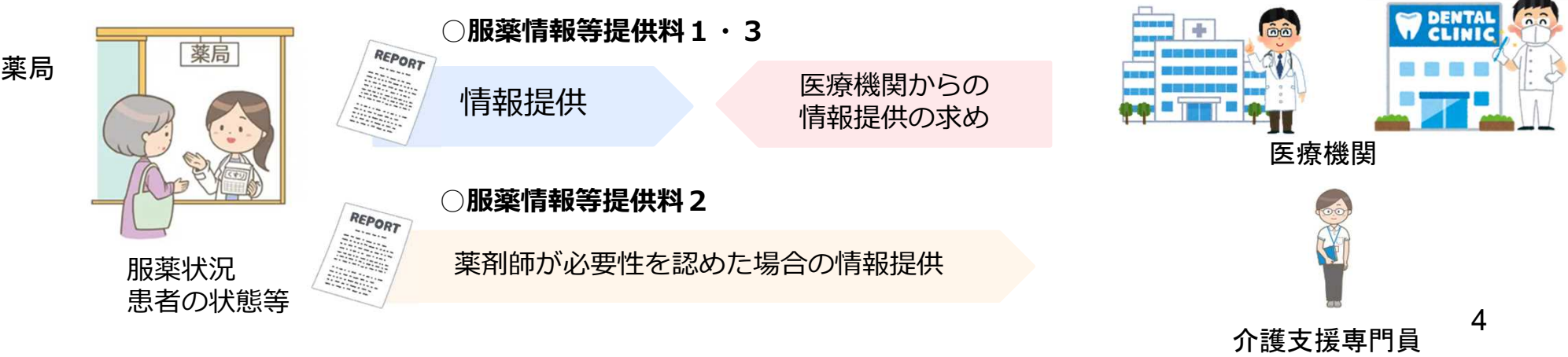
- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行		改定後	
【一般名処方加算】		【一般名処方加算】	
一般名処方加算 1	7点	一般名処方加算 1	<u>10点</u>
一般名処方加算 2	5点	一般名処方加算 2	<u>8点</u>
【後発医薬品使用体制加算】		【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算 1	47点	後発医薬品使用体制加算 1	<u>87点</u>
後発医薬品使用体制加算 2	42点	後発医薬品使用体制加算 2	<u>82点</u>
後発医薬品使用体制加算 3	37点	後発医薬品使用体制加算 3	<u>77点</u>
【外来後発医薬品使用体制加算】		【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算 1	5点	外来後発医薬品使用体制加算 1	<u>8点</u>
外来後発医薬品使用体制加算 2	4点	外来後発医薬品使用体制加算 2	<u>7点</u>
外来後発医薬品使用体制加算 3	2点	外来後発医薬品使用体制加算 3	<u>5点</u>
【薬剤情報提供料】		【薬剤情報提供料】	
	10点		<u>4点</u>
【処方箋料】		【処方箋料】 ※処方箋料を包括している評価も同様	
1 向精神薬他剤投与を行った場合	28点	1 向精神薬他剤投与を行った場合	<u>20点</u>
2 1 以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	40点	2 1 以外の場合の他剤投与又は 向精神薬長期処方を行った場合	<u>32点</u>
3 1 及び 2 以外の場合	68点	3 1 及び 2 以外の場合	<u>60点</u> 3

薬局から医療機関等への情報提供に係る評価（服薬情報等提供料）

- 服薬情報等提供料 1 30点
 - 医療機関（医科、歯科）からの求めによる医療機関への情報提供
- 服薬情報等提供料 2（評価の見直し） ※患者等に対する情報提供に伴う評価は廃止
 - 薬剤師が必要性を認めた場合における以下に対する情報提供
 - イ 医療機関（医科、歯科）への情報提供 20点
 - ロ リフィル処方箋調剤に伴う処方医への情報提供 20点
 - ハ 介護支援専門員への情報提供 20点
- 服薬情報等提供料 3 50点
 - 入院前の患者に関する医療機関への情報提供

（残薬に係る情報提供の留意点）
残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載するとともに、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。



薬局の歯科医療機関への情報提供

- 保険医療機関からの求めによる情報提供に歯科医療機関が含まれることを明確化。

現行

【服薬情報等提供料】

- (2) 服薬情報等提供料1は、保険医療機関から(5)のAから又はウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、その後の残薬が生じないために必要な内容とすべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。
- (3)～(7) 略
- (8) 保険医療機関への情報提供については、患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみの算定とする。ただし、複数の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。



改定後

【服薬情報等提供料】

- (2) 服薬情報等提供料1は、保険医療機関から(5)のAからウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載すべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。
- (3)～(7) 略
- (8) 保険医療機関への情報提供については、次の場合に算定する。
- ア 略
- イ 複数の保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。
- ウ 処方箋を発行していない保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、必要に応じて処方箋を発行した医療機関の医師又は歯科医師に対して同様の服薬情報等を提供すること。この場合においては、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。

歯科診療報酬

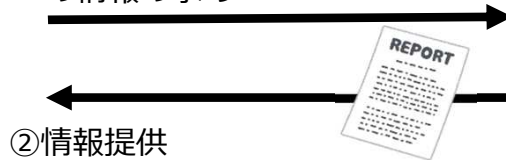
【新】診療情報等連携共有料1

歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、保険薬局が有する服用薬の情報等について、当該保険薬局に文書等により提供を求めた場合の評価
(保険薬局該当箇所のみ掲載)



歯科医療機関

① 歯科医師からの受診する患者の服用薬等の情報の求め



例：抗血小板薬の内服状況

ビスフォスフォネート製剤の内服状況 等



調剤報酬

服薬情報等提供料1

薬局

服薬情報等提供料の評価の見直し

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

現行	改定後
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 2 20点 注2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。	【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 2 <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 20点</u> <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 20点</u> <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 20点</u> 注2 2については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月1回に限り算定する。

※患者又はその患者等への情報提供は廃止し、緊急安全性情報等の安全に関する情報提供は「特定薬剤管理指導3」として評価を見直し

- [主な算定要件]
- (1) 服薬情報等提供料「2のイ」
保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合
 - (2) 服薬情報等提供料「2のロ」
保険薬局の薬剤師がリフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に対して当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合
 - (3) 服薬情報等提供料「2のハ」
保険薬局の薬剤師が情報提供の必要性を認め、介護支援専門員に対して、患者の服薬状況等を踏まえた薬学的な分析に基づき、特に必要な情報を文書等により提供した場合

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

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。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、①**銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、②**一般名処方の場合**は、**選定療養の対象とする**。
- ただし、①**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、②**薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**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**。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**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**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分**とする。

※具体的な対象品目や運用等の詳細については4月中を目途に通知予定

医薬品の安定供給に資する取組の推進

一般名処方加算の見直し

- 一般名処方加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

一般名処方加算 1 7点 → 10点 一般名処方加算 2 5点 → 8点

[施設基準]

- ・ 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。

後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し

- 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について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

後発医薬品使用体制加算 1 47点 → 87点 後発医薬品使用体制加算 2 42点 → 82点

後発医薬品使用体制加算 3 37点 → 77点

[追加の施設基準]

- ・ 医薬品の供給が不足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及び当該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。

外来後発医薬品使用体制加算 1 5点 → 8点 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点 → 7点

外来後発医薬品使用体制加算 3 2点 → 5点

[追加の施設基準]

- ・ 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及び当該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。

バイオ後続品の使用促進①

バイオ後続品使用体制加算の新設

- 入院医療においてバイオ後続品を使用している保険医療機関において、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評価を新設する。

(新)

バイオ後続品使用体制加算（入院初日）

100点

[算定要件]

- ・ バイオ後続品使用体制加算は、入院及び外来において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保険医療機関であって、当該医療機関の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（以下、「バイオ医薬品」という。）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が各成分に定められた割合以上である医療機関において、バイオ医薬品を使用する患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。

[施設基準]（概要）

- ・ 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。
- ・ 以下の①～③を満たすこと(ただし②と③の内、直近1年間の実績でどちらかの分母が50を超えない場合は50を超えるもののみ基準を満たしていれば良い)。

- ①

直近1年間の（1）及び（2）に掲げるバイオ医薬品の使用回数の合計

≥ 100回
- ②

（1）に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計

（1）に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計（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を除く）

≥ 0.8
- ③

（2）に掲げるバイオ医薬品の内、バイオ後続品の規格単位数量の合計

（2）に掲げるバイオ医薬品の規格単位数量の合計（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を除く）

≥ 0.5

(1)置き換え割合80%以上が目標のバイオ医薬品

- (イ)

エポエチン
- (ロ)

リツキシマブ
- (ハ)

トラスツズマブ
- (ニ)

テリパラチド

(2)置き換え割合50%以上が目標のバイオ医薬品

- (イ)

ソマトロピン
- (ハ)

エタネルセプト
- (ホ)

ベバシズマブ
- (ト)

インスリンアスパルト
- (ロ)

インフリキシマブ
- (二)

アガルシダーゼベータ
- (ヘ)

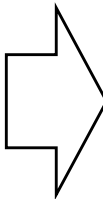
インスリンリスプロ
- (チ)

アダリムマブ

バイオ後続品の使用促進②

バイオ後続品導入初期加算の見直し

- 外来におけるバイオ後続品導入初期加算の対象患者について、外来化学療法を実施している患者から、医療機関において注射するバイオ後続品を使用する全ての患者に見直す。

現行		改定後
【第6部 注射】 [算定要件] <通則> ・ <u>外来化学療法を算定する場合について</u>、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。 【外来腫瘍化学療法診療料】 [算定要件] ・ 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点を所定点数に加算する。		【第6部 注射】 [算定要件] <通則> ・ <u>入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって</u>、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。 【外来腫瘍化学療法診療料】 [算定要件] ・ <u>(削除)</u>

※ 在宅自己注射指導管理料に係るバイオ後続品使用体制加算については従前のとおり。

〈参考〉今回の改定で新たにバイオ後続品導入初期加算の対象となる注射薬

- ・ アガルシダーゼベータ
- ・ ラニビズマブ



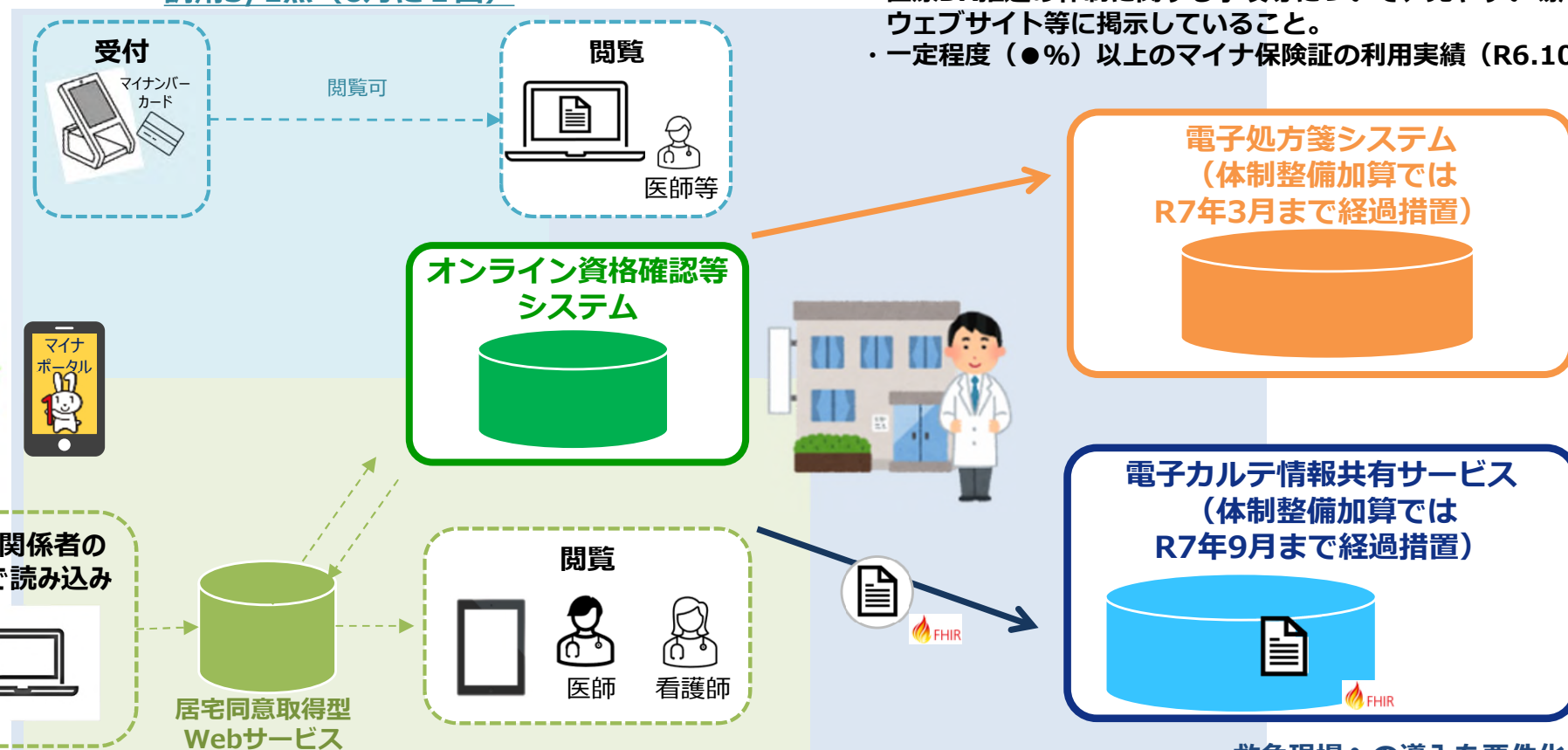
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

（新）医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点（3月に1回）
調剤3/1点（6月に1回）

（新）医療DX推進体制整備加算 8点、6点（歯科）、4点（調剤）

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度（●%）以上のマイナ保険証の利用実績（R6.10～）等



（新）在宅医療DX情報活用加算 10点

（新）訪問看護医療DX情報活用加算 5点

（新）在宅医療DX情報活用加算（歯科） 8点

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料
（救急時医療情報閲覧機能の評価）

※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

令和 6 年 6 月から11月までに適用

医療DXの推進①

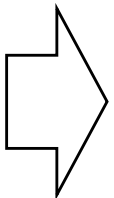
医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

初診時	
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1	4 点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2	2 点



改定後

【医療情報取得加算】

初診時	
医療情報取得加算 1	3 点
医療情報取得加算 2	1 点
再診時（3月に1回に限り算定）	
医療情報取得加算 3	2 点
医療情報取得加算 4	1 点



- 以下の場合を新たに評価
- 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
 - 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

【施設基準】

- 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

【施設基準】

- 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
 - ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

令和6年6月から9月までに適用

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

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

<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算</u>	<u>8点</u>
<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算（歯科点数表初診料）</u>	<u>6点</u>
<u>(新)</u>	<u>医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）</u>	<u>4点</u>



[算定要件（医科医療機関）]

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。

[施設基準（医科医療機関）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(歯科) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(調剤) 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) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
(調剤) 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。（経過措置 令和7年3月31日まで）
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月1日から適用）
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) (調剤) 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。

医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し

中医協 総-9
6. 7. 17

令和6年6月～9月

医療DX推進体制整備加算	8点
医療DX推進体制整備加算（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算（調剤）	4点

※初診時に所定点数を加算

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）
～中略～

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月1日から適用）

令和6年10月～

医療DX推進体制整備加算1	11点
医療DX推進体制整備加算1（歯科）	9点
医療DX推進体制整備加算1（調剤）	7点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**十分な実績**を有していること。

（新）マイナポータル医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算2	10点
医療DX推進体制整備加算2（歯科）	8点
医療DX推進体制整備加算2（調剤）	6点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**必要な実績**を有していること。

（新）マイナポータル医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。

医療DX推進体制整備加算3	8点
医療DX推進体制整備加算3（歯科）	6点
医療DX推進体制整備加算3（調剤）	4点

[施設基準（医科医療機関）]（要旨）

（6）マイナンバーカードの健康保険証利用について、**実績**を有していること。

マイナ保険証利用率（案）（注）利用率は通知で規定

利用率実績	令和6年7・8月～	令和6年10・11月～
適用時期	令和6年10月～	令和7年1月～
加算1	15%	30%
加算2	10%	20%
加算3	5%	10%

※ 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。ただし、令和6年10月～令和7年1月は、適用時期の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることもできる。

※ 令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年末を目途に検討、設定。

令和6年6月～11月

初診時	医療情報取得加算1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算2（マイナ保険証の場合）	1点
再診時（3月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算3（現行の保険証の場合）	2点
	医療情報取得加算4（マイナ保険証の場合）	1点

調剤時（6月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算1（現行の保険証の場合）	3点
	医療情報取得加算2（マイナ保険証の場合）	1点

令和6年12月～

初診時	医療情報取得加算	1点
再診時（3月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算	1点

調剤時（12月に1回に限り算定）		
	医療情報取得加算	1点

医療DX推進体制整備加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

- マイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年12月2日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと移行したことやこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療DX推進のための体制を整備するために必要な見直しを行う。
- 電子処方箋の要件については、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。



	改定後		
	(医科)	(歯科)	(調剤)
医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	なし
医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	なし
医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	なし

マイナ保険証利用率実績（令和7年4～9月）			
医療DX推進体制整備加算 1・4	30%※1	→	45%
医療DX推進体制整備加算 2・5	20%※1	→	30%
医療DX推進体制整備加算 3・6	10%※1	→	15%※2

※1 加算1～3における令和7年1～3月のマイナ保険証利用率実績。

※2「小児科特例」：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。

（注2）令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

[施設基準]

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科・歯科）医師・歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（調剤）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）（医科・歯科）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1～3のみ）
（調剤）電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。（加算1～3のみ）
- （5）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- （6）マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- （7）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- （8）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。
- （9）（調剤）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。

令和6年6月から
令和7年3月までに適用

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

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

<u>(新)</u>	<u>在宅医療DX情報活用加算</u>	<u>10点</u>
<u>(新)</u>	<u>在宅医療DX情報活用加算（歯科訪問診療料）</u>	<u>8点</u>
<u>(新)</u>	<u>訪問看護医療DX情報活用加算</u>	<u>5点</u>



〔対象患者（医科医療機関）〕

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

〔算定要件（医科医療機関）〕

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に8点を加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15、区分番号A001に掲げる再診料の注19若しくは区分番号A002に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号A000に掲げる初診料の注16に規定する医療DX推進体制整備加算、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の注8に規定する在宅医療DX情報活用加算又は区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

〔施設基準（医科医療機関）〕

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科）居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- （4）（医科）電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置 令和7年3月31日まで）
- （5）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- （6）（2）の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- （7）（6）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

在宅医療DX情報活用加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

- 電子処方箋の要件について、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。



改定後

（医科（※））（歯科訪問診療料）

在宅医療DX情報活用加算1

11点

9点

在宅医療DX情報活用加算2

9点

8点

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

〔施設基準（医科医療機関）〕（要旨）

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科）居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- （4）**電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1のみ）**
- （5）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- （6）（2）の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所やウェブサイトに掲示していること。

救急時医療情報閲覧機能の導入の推進

救急時医療情報閲覧機能の導入の要件化

- 救急時医療情報閲覧機能の導入により、救急患者に対する迅速かつ的確で効率的な治療を更に推進する観点から、総合入院体制加算、急性期充実体制加算及び救命救急入院料について要件を見直す。

現行

【急性期充実体制加算】
[施設基準]
第1の2 急性期充実体制加算
1 急性期充実体制加算に関する施設基準
(1)～(4) (略)

(5) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。
ア・イ (略)
(新設)



改定後

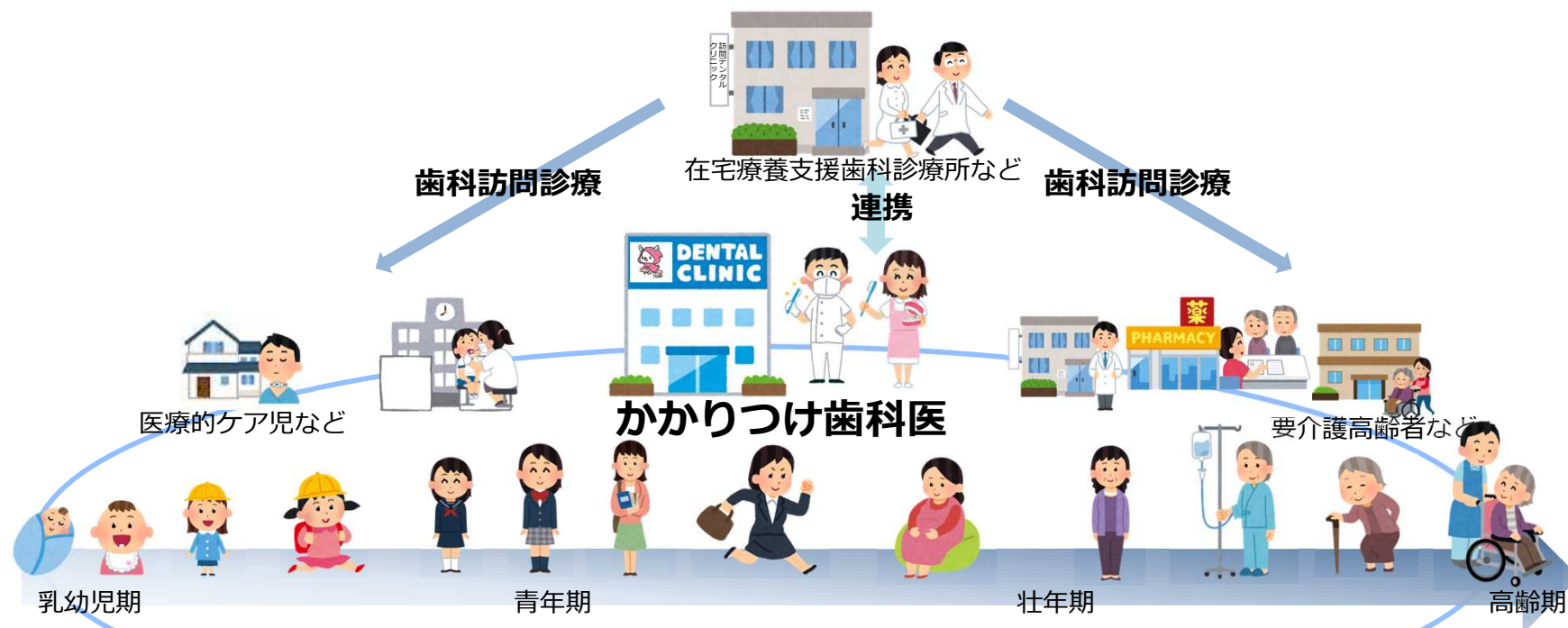
【急性期充実体制加算】
[施設基準]
第1の2 急性期充実体制加算
1 通則
(1)・(2) (略)

(3) 24時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。
ア・イ (略)
ウ 救急時医療情報閲覧機能を有していること。

[経過措置]
1の(3)のウに規定する救急時医療情報閲覧機能の要件については、令和7年4月1日以降に適用するものとする

かかりつけ歯科医の役割（イメージ）

- ライフコースを通じて、継続的・定期的な歯科疾患（う蝕、歯周病等）の重症化予防や口腔機能の問題に対応することにより **生涯を通じた口腔の健康の維持に寄与** する。



口腔疾患の管理

口腔機能の獲得

口腔機能の維持

口腔機能の回復

う蝕の重症化予防（エナメル質初期う蝕）

う蝕の重症化予防
（根面う蝕）

歯周病の重症化予防

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し①

- かかりつけ歯科医による歯科疾患の管理について、施設基準としてかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所による実施を評価してきたが、これを見直し、口腔機能管理に関する実績要検討も満たす診療所による実施を評価する。

現行

【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】

[算定要件]

(1) ～ (3) (略)

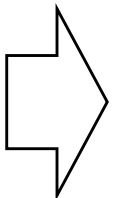
(新設)

(4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援歯科診療所 2 との連携の実績があること。

(5) ～ (8) (略)

[経過措置]

(新設)



改定後

【小児口腔機能管理料の注 3 に規定する
口腔管理体制強化加算】

[算定要件]

(1) ～ (3) (略)

(4) 口腔機能管理に関する実績があること。

(5) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科訪問診療料を算定していること。

ロ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2
又は在宅療養支援歯科病院との連携の実績があること。

ハ 在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。

(6) ～ (9) (略)

[経過措置]

令和 6 年 3 月 31 日において現にかかりつけ歯科医機能強化型
歯科診療所に係る届出を行っている保険医療機関については、
令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、(4) に該当するものとみ
なす。

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し②

◆ 口腔管理体制強化加算の施設基準

- (1) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - ア 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。
 - イ 過去1年間にエナメル質初期う蝕管理料又は根面う蝕管理料をあわせて12回以上算定していること。
 - ウ 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準を届け出ていること。
 - エ 在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る届出を行っていない診療所にあつては、歯科訪問診療料の注15に規定する届出を行っていること
- (3) 過去1年間に歯科疾患管理料（口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の管理を行う場合に限る。）、歯科衛生実地指導 口腔機能指導加算、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション料3をあわせて12回以上算定していること。
- (4) 以下のいずれかに該当すること。
 - ア 過去1年間の歯科訪問診療1、歯科訪問診療2若しくは歯科訪問診療3の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2若しくは在宅療養支援歯科病院に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。
 - イ 連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口とあらかじめ協議し、歯科訪問診療に係る十分な体制が確保されていること。
- (5) 過去1年間の診療情報提供料又は診療情報等連携共有料があわせて5回以上算定している実績があること。
- (6) 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理及び口腔機能の管理を含むものであること。）、高齢者並びに小児の心身の特性及び緊急時対応に関する適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (7) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の診療所にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りではない。
- (8) 当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

※経過措置

令和6年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件告示」による改正前のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和7年5月31日までの間に限り、1の(2)のイ及び、エ、及び(3)並びに(6)の基準を満たしているものとする。

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

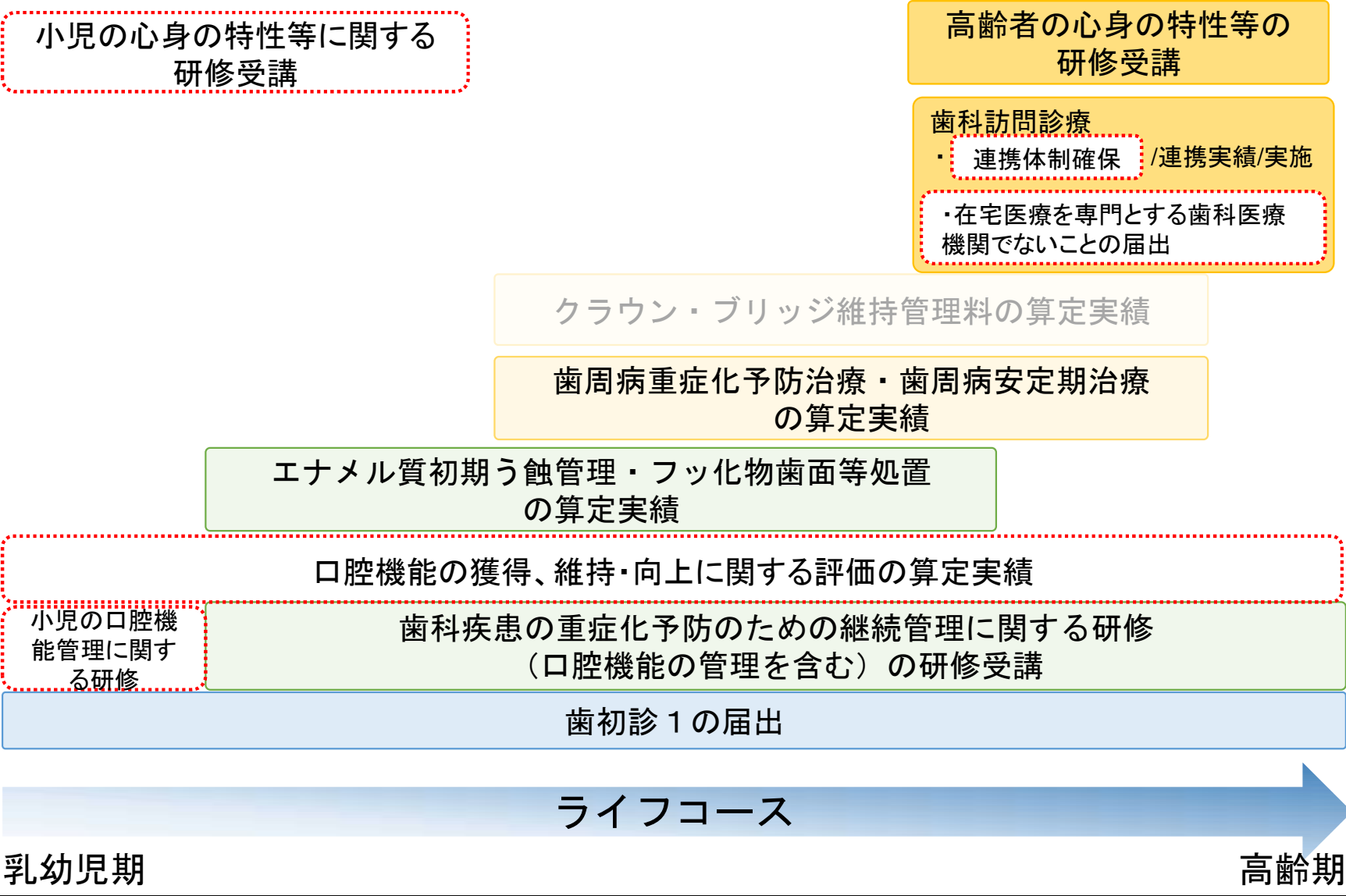
かかりつけ歯科医機能の評価の見直し③

◆ 口腔管理体制強化加算の施設基準（続き）

- (9) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。
- ア 過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。
 - イ 地域ケア会議に年1回以上出席していること。
 - ウ 介護認定審査会の委員の経験を有すること。
 - エ 年1回以上、在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・診療所・介護保険施設等が開催する多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。
 - オ 過去1年間に、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料を算定した実績があること。
 - カ 在宅医療又は介護に関する研修を受講していること。
 - キ 過去1年間に、退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1、在宅歯科医療連携加算2、在宅歯科医療情報連携加算、小児在宅歯科医療連携加算1、小児在宅歯科医療連携加算2、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した実績があること。
 - ク 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。
 - ケ 過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。
 - コ 自治体が実施する事業（ケに該当するものを除く。）に協力していること。
 - サ 学校歯科医等に就任していること。
 - シ 過去1年間に、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定した実績があること。
- (10) 歯科用吸引装置により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細やかな物質を吸引できる環境を確保していること。
- (11) 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
- ア 自動体外式除細動器（AED）
 - イ 経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - ウ 酸素供給装置
 - エ 血圧計
 - オ 救急蘇生セット
 - カ 歯科用吸引装置
- なお、自動体外式除細動器（AED）については保有していることがわかる院内掲示を行っていることが望ましい。

ライフコースとかかりつけ歯科医機能の評価（イメージ）

<かかりつけ歯科医機能の評価の見直しイメージ>



 : 現在の施設基準の要件に含まれていない内容

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し④

- 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料にかかりつけ歯科医による評価を新設する。

現行

【小児口腔機能管理料】
[算定要件]
(新設)

【口腔機能管理料】
[算定要件]
(新設)

改定後

【小児口腔機能管理料】
[算定要件]
注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、50点を所定点数に加算する。

【口腔機能管理料】
[算定要件]
注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、50点を所定点数に加算する。

- エナメル質初期う蝕管理加算を廃止する。

現行

【歯科疾患管理料エナメル質初期う蝕管理加算】
[算定要件]
注10 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

改定後

【歯科疾患管理料エナメル質初期う蝕管理加算】
[算定要件]
(廃止)

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し⑤

- 初期の根面う蝕に対する非切削による管理（65歳以上の患者に限る。）及びエナメル質初期う蝕の管理に対する評価と併せて口腔管理体制強化加算を新設する。

（新）

根面う蝕管理料

30点

[算定要件]

- 注1 歯科疾患管理料若しくは歯科特定疾患療養管理料を算定した患者（65歳以上のものに限る。）又は歯科訪問診療料を算定した患者であって、初期の根面う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、月1回に限り算定する。
- 2 小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。

（新）

エナメル質初期う蝕管理料

30点

[算定要件]

- 注1 歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、エナメル質初期う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、当該う蝕の管理を行う場合に、月1回に限り算定する。
- 2 小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し⑥

- かかりつけ歯科医による初期の根面う蝕に対する非切削による管理（65歳以上）の新設及びエナメル質初期う蝕の管理に対する評価の見直し等に伴い、機械的歯面清掃処置の算定要件を見直す。
- 周術期等口腔機能管理の評価の見直し及び回復期等口腔機能管理の評価の新設に伴い、機械的歯面清掃処置の算定要件を見直す。

現行

【機械的歯面清掃処置（1口腔につき）】

[算定要件]

注1 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（周術期等専門的口腔衛生処置、訪問歯科衛生指導料又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、初診料の注6、再診料の注4若しくは歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月1回に限り算定する。

2 歯科疾患管理料の注10に規定する加算、歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

改定後

【機械的歯面清掃処置（1口腔につき）】

[算定要件]

注1 歯科疾患管理料、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、回復期等口腔機能管理料、歯科特定疾患療養管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（周術期等専門的口腔衛生処置、回復期等専門的口腔衛生処置、訪問歯科衛生指導料又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、初診料の注6、再診料の注4若しくは歯科訪問診療料の注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者、根面う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、エナメル質初期う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月1回に限り算定する。

2 歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、非経口摂取患者口腔粘膜処置又は口腔バイオフィilm除去処置を算定した月は算定できない。

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し⑦

- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の名称変更に伴い、これまで「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」として評価していた項目について「口腔管理体制強化加算」に変更する。

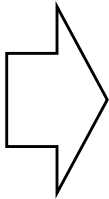
現行

【歯科疾患管理料】

[算定要件]

注12 初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 120点



改定後

【歯科疾患管理料】

[算定要件]

注11 初診日の属する月から起算して6月を超えて 歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関の場合 120点

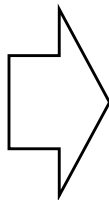
現行

【歯周病安定期治療】

[算定要件]

注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。

3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。



改定後

【歯周病安定期治療】

[算定要件]

注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。

3 小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

かかりつけ歯科医機能の評価の見直し⑧

現行

【歯科訪問診療料】

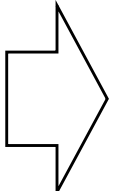
[算定要件]

注11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2
又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

15 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 150点



改定後

【歯科訪問診療料】

[算定要件]

注13 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2、小児口腔機能管理料の注 3 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診療所である保険医療機関又は在宅療養支援歯科病院の場合

17 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。

イ 小児口腔機能管理料の注 3 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診療所である保険医療機関の場合 150点

継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

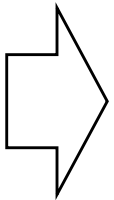
かかりつけ歯科医機能の評価の見直し⑨

現行

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

[算定要件]

注 4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、**かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算**として、75点を所定点数に加算する。



改定後

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

[算定要件]

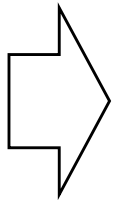
注 4 小児口腔機能管理料の注 3 に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、**口腔管理体制強化加算**として、75点を所定点数に加算する。

現行

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

[算定要件]

注 4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、**かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算**として、75点を所定点数に加算する。



改定後

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

[算定要件]

注 4 小児口腔機能管理料の注 3 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診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、**口腔管理体制強化加算**として、75点を所定点数に加算する。

口腔管理体制強化加算の評価（まとめ）

① 歯科疾患の重症化予防に対する評価

歯科疾患管理料 長期管理加算

口腔管理体制強化加算の届け出を行っている歯科診療所：[120点](#)
その他の保険医療機関：100点

NEW 根面う蝕管理料 + 口腔管理体制強化加算：[48点](#)

NEW エナメル質初期う蝕管理料 + 口腔管理体制強化加算：[48点](#)

NEW 機械的歯面清掃処置 （算定間隔）

- ・ 2月に1回算定
- ・ 根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者で特に必要と認められる場合は[月に1回](#)算定可能
- ・ エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者は[月に1回](#)算定可能

歯周病安定期治療 + 口腔管理体制強化加算：[120点](#)

歯周病安定期治療 （算定間隔）

- ・ 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、3月に1回算定
- ・ 口腔管理体制強化加算の施設基準の届け出を行っている歯科診療所においては[この限りでない](#)

NEW 歯周病重症化予防治療 （算定間隔）

- ・ 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、3月に1回算定
- ・ 口腔管理体制強化加算の施設基準の届け出を行っている歯科診療所において、歯周病安定期治療後の再評価に基づき歯周病重症化予防治療を開始した場合は、[この限りでない](#)

② 在宅歯科医療に対する評価

歯科訪問診療料 歯科訪問診療移行加算

口腔管理体制強化加算の届け出を行っている歯科診療所の場合：[150点](#)
それ以外の保険医療機関の場合：100点

歯科訪問診療料 歯科訪問診療補助加算

在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2、口腔管理体制強化加算の届け出を行っている歯科診療所の場合：
同一建物居住者以外の場合→ [115点](#)、同一建物居住者の場合→ [50点](#)
それ以外の保険医療機関の場合：
同一建物居住者以外の場合→ 90点、同一建物居住者の場合→ 30点

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

+ 口腔管理体制強化加算：[75点](#)

小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

+ 口腔管理体制強化加算：[75点](#)

③ 口腔機能の管理に対する評価

NEW 小児口腔機能管理料

+ 口腔管理体制強化加算：[50点](#)

NEW 口腔機能管理料

+ 口腔管理体制強化加算：[50点](#)

令和6年度診療報酬改定の概要 【調剤】

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

1. 診療報酬 + 0.88% (R6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 **+ 0.61%**
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） **+ 0.06%**
- ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 **▲ 0.25%**
- ④ ①～③以外の改定分 **+ 0.46%**（※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む）
うち各科改定率：医科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

2. 薬価等

- ① 薬価 **▲ 0.97%** (R6年4月1日施行)
- ② 材料価格 **▲ 0.02%** (R6年6月1日施行)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む（対象：約2000品目程度）

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする（R6年10月1日施行）

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、R6年度に2.5%、R7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

令和6年度調剤報酬改定の主なポイント

地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

- **調剤基本料の評価の見直し**
 - ・地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の質上げを実施すること等の観点から調剤基本料の引上げ
 - ・調剤基本料2の算定対象拡大による適正化（1月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が7割を超える薬局）
- **かかりつけ機能に係る薬局の評価（地域支援体制加算）の見直し**
 - ・薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から要件を強化
 - ・他の体制評価に係る評価を踏まえた点数の見直し
- **新興感染症等に対応できる薬局の評価（連携強化加算）の見直し**
 - ・改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえた見直し
- **医療DXの推進**
 - ・医療DXに対応する体制（電子処方箋、マイナ保険料利用率、電子カルテ情報共有サービス、電子薬歴等）を確保している場合の評価を新設
- **その他の見直し**
 - ・特別調剤基本料の区分新設（いわゆる同一敷地内薬局、調剤基本料の届出がない薬局に区別）
 - ・いわゆる同一敷地内薬局の評価見直し

質の高い在宅業務の推進

- **在宅業務に係る体制評価**
 - ・ターミナルケア、小児在宅医療に対応した訪問薬剤管理指導の体制を整備している薬局の評価を新設
- **ターミナル期の患者への対応に係る評価充実**
 - ・医療用麻薬を注射で投与されている患者を月8回の定期訪問ができる対象に追加（介護報酬も同様の対応）
 - ・ターミナル期の患者の緊急訪問の回数を月4回から原則月8回に見直し
 - ・ターミナル期の患者を夜間・休日・深夜に緊急訪問した場合の評価新設
 - ・医療用麻薬の注射剤を希釈しないで無菌調製した場合の評価追加
- **在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充**
 - ・処方箋交付前の処方提案に基づく処方変更に係る評価新設
 - ・退院直後などの計画的な訪問が始まる前に患者を訪問して多職種と連携した薬学的管理・指導を行った場合の評価新設
- **高齢者施設の薬学的管理の充実**
 - ・①ショートステイの利用者への対応、②介護医療院、介護老人保健施設の患者に対して処方箋が交付された場合の対応の評価新設（服薬管理指導料3）
 - ・施設入所時等に服薬支援が必要な患者に指導等を行った場合の評価新設

かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・薬剤師業務の評価の見直し

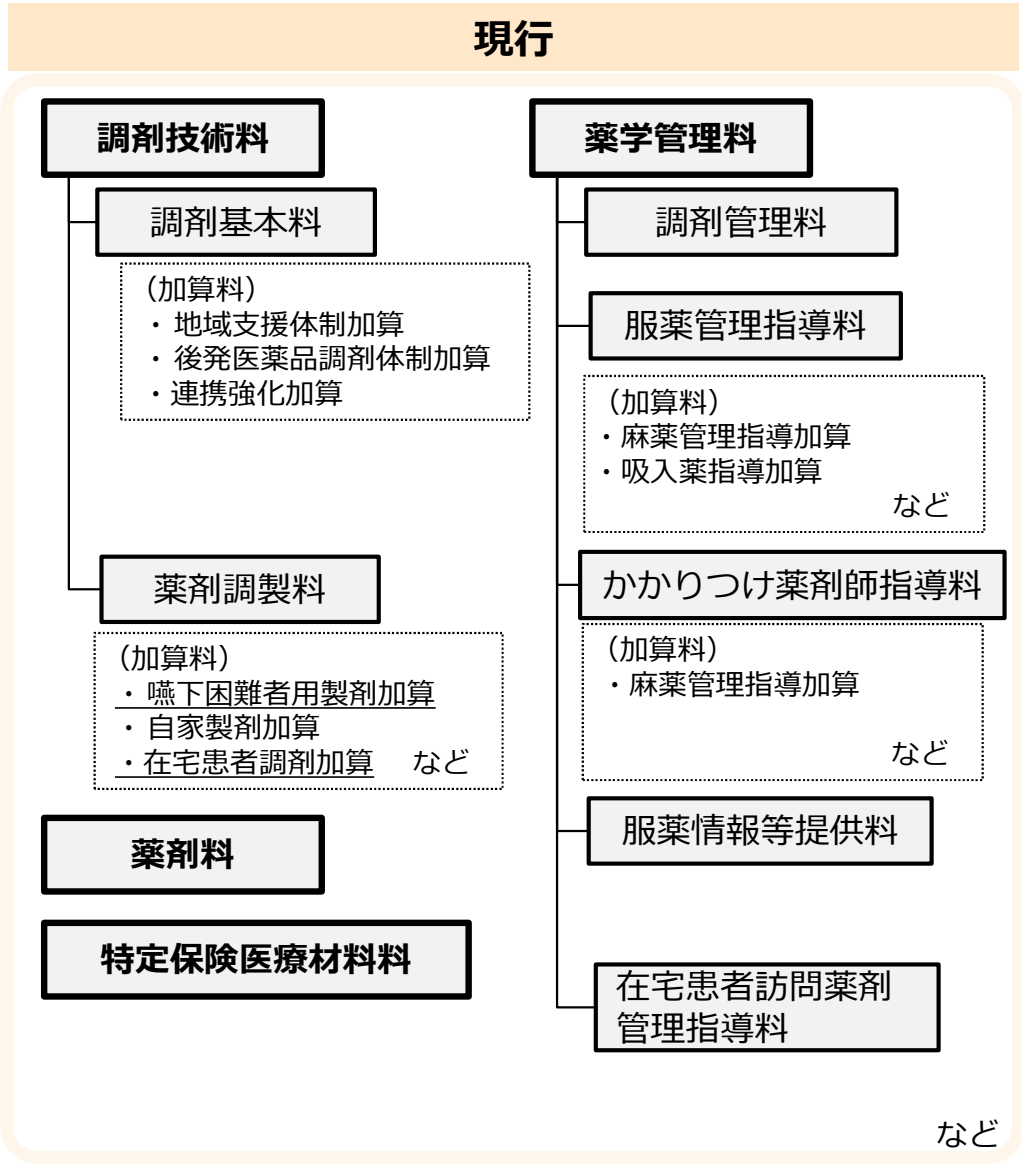
- **かかりつけ薬剤師業務の評価の見直し**
 - ・休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能とする見直し
 - ・かかりつけ薬剤師と連携して対応する薬剤師の範囲見直し（複数名可）
 - ・かかりつけ薬剤師指導料等を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合の評価、調剤後のフォローアップ業務の評価が算定可能となるよう見直し
- **調剤後のフォローアップ業務の推進**
 - ・糖尿病患者の対象薬剤拡大（インスリン製剤等→糖尿病薬）
 - ・慢性心不全患者へのフォローアップの評価を新設
- **医療・介護の多職種への情報提供の評価**
 - ・介護支援専門員に対する情報提供の評価を新設
 - ・リフィル処方箋調剤に伴う医療機関への情報提供の評価を明確化
- **メリハリをつけた服薬指導の評価**
 - ・ハイリスク薬の服薬指導（特定薬剤管理指導加算1）における算定対象となる時点等の見直し
 - ・特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合における評価（特定薬剤管理指導加算3）を新設（①医薬品リスク管理計画に基づく説明資料の活用等の安全性に関する特段の情報提供の場合、②長期収載品の選定療養、供給不足による医薬品の変更の説明をした場合の評価）
- **調剤業務に係る評価（自家製剤加算）の見直し**
 - ・嚥下困難者用製剤加算を廃止飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を、自家製剤加算での評価に一本化
 - ・供給不足によりやむを得ず錠剤を粉碎等する場合でも加算が算定できるように見直し

調剤報酬の体系（令和6年改定後）

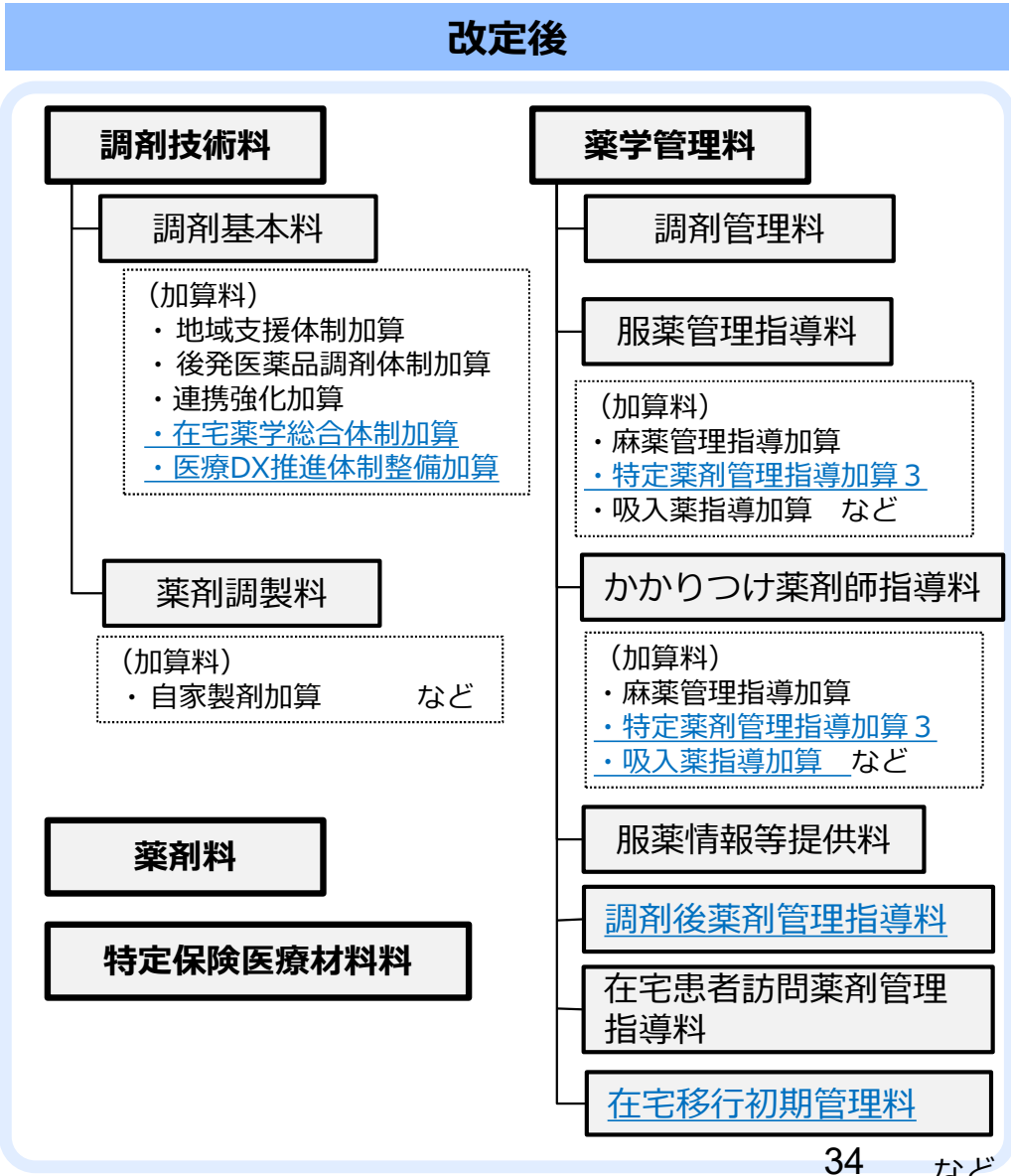
薬局・薬剤師業務の評価体系

<調剤報酬の構成>

現行



改定後



調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
 - ①医療従事者の賃上げ
 - ②調剤基本料等の体制評価
2. 質の高い在宅業務の推進
3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・
薬剤師業務の評価の見直し
4. その他の改定事項
5. 地方厚生局への届出と報告

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

①医療従事者の賃上げ

②調剤基本料等の体制評価

2. 質の高い在宅業務の推進

3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・

薬剤師業務の評価の見直し

4. その他の改定事項

5. 地方厚生局への届出と報告

1 医療従事者の賃上げの概要について

(1) 全体の概要①

- 昨今の食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰の状況、30年ぶりの高水準となる賃上げの状況などといった経済社会情勢は、医療分野におけるサービス提供や人材確保にも大きな影響を与えています。
- こうした中、令和6年度診療報酬改定では、医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組として、**特例的な対応**を行います。

物価高に負けない「賃上げ」の実現！

物価高に負けない「賃上げ」の実現を目指し、令和6年度診療報酬改定では、

1 病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げのための特例的な対応として、+0.61%の改定

2 40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置として、+0.28%の改定を行い、医療従事者の賃上げに必要な診療報酬を創設します。

また、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%の実現に向け、

① 医療機関等の過去の実績

② 今般の報酬改定による上乗せの活用

③ 賃上げ税制の活用

を組み合わせることにより、達成を目指していくことになります。

なお、今回の賃上げの状況について、薬局に対しては抽出調査などにより報告していただく予定です。（P13参照）



1 医療従事者の賃上げの概要について

(1) 全体の概要②

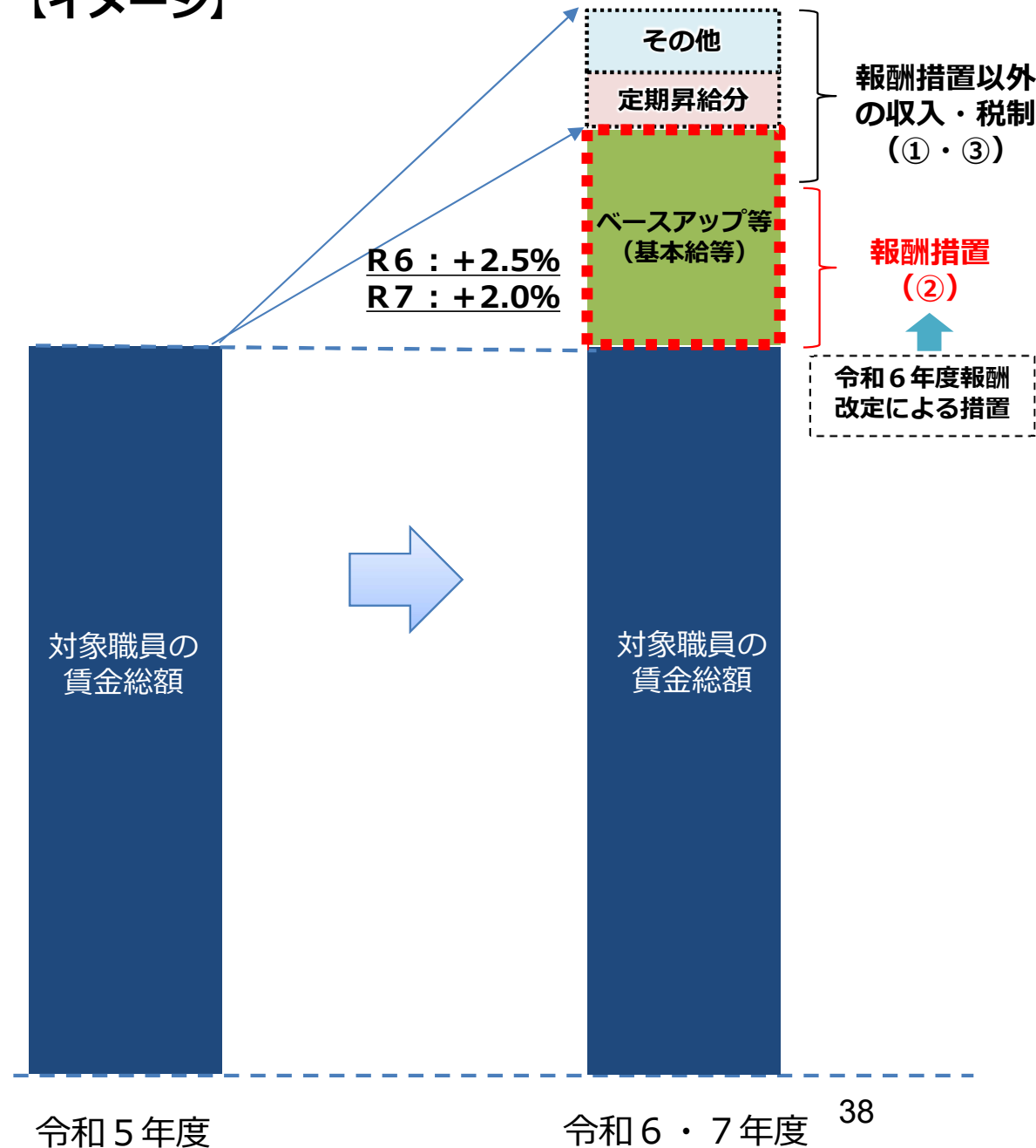
【基本的な方針】

■ 次の①～③を組み合わせた賃上げ対応

- ① 医療機関や事業所の過去の実績をベースにしつつ、更に
- ② 今般の報酬改定による上乗せの活用
- ③ 賃上げ促進税制の活用

- #### ■ 令和6年度に+2.5%、令和7年度に+2.0%のベースアップを実施し、定期昇給なども合わせて、昨年を超える賃上げの実現を目指す。

【イメージ】



1 医療従事者の賃上げの概要について

(2) 対象職種

○ 今般の診療報酬改定における賃上げの対象となる職種については、それぞれ以下のとおりです。

1 **病院、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーションに勤務する看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種の賃上げのための特例的な対応として、+ 0. 6 1 %の改定**

【対象職種】

薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者、診療放射線技師、診療工ックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、臨床工学技士、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、保育士、救急救命士、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゆう師、柔道整復師、公認心理師、診療情報管理士、医師事務作業補助者、その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）

2 **40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置として、+ 0. 2 8 %の改定**

【対象職種（想定）】

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・**薬局の勤務薬剤師、事務職員**、歯科技工所等で従事する者 等

薬局の場合は
②による対応です

1 医療従事者の賃上げの概要について

(3) 賃上げを考える前に –ベースアップとは–

- 賃上げに係る診療報酬の対応を踏まえ、薬局においては、ベースアップ（基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げ）を行っていただくこととなります。
 - また、ベースアップには、連動して引きあがる賞与分※や事業主負担の増額分も含まれます。
- ※ 業績に連動して引き上がる賞与については対象外です。

ベースアップの考え方

「ベースアップ（ベア）」とは、賃金表の改定等により賃金水準を引き上げることを行います。

号俸	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
2	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
3	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
4	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
5	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
6	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
7	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
8	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
9	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円
10	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円	〇〇〇,〇〇〇円

賃金表内の職員の給与の変動は、**定期昇給**に該当し、ベアには該当しません。

改定

号俸	職務の級			
	1級	2級	3級	4級
1	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
2	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
3	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
4	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
5	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
6	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
7	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
8	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
9	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円
10	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円	●●●●●円

賃金表に記載の額そのものを引き上げることがベースアップです。

●%
アップ!

賃金表がない場合

賃金表がない医療機関・薬局の場合は、給与規程や雇用契約に定める基本給等について、引上げを行います。

なお、基本給等とは、決まって毎月支払われる給与や手当のことを指し、例えば、年俸制で1年に1回定められる額の1月当たり分もこれに該当します。

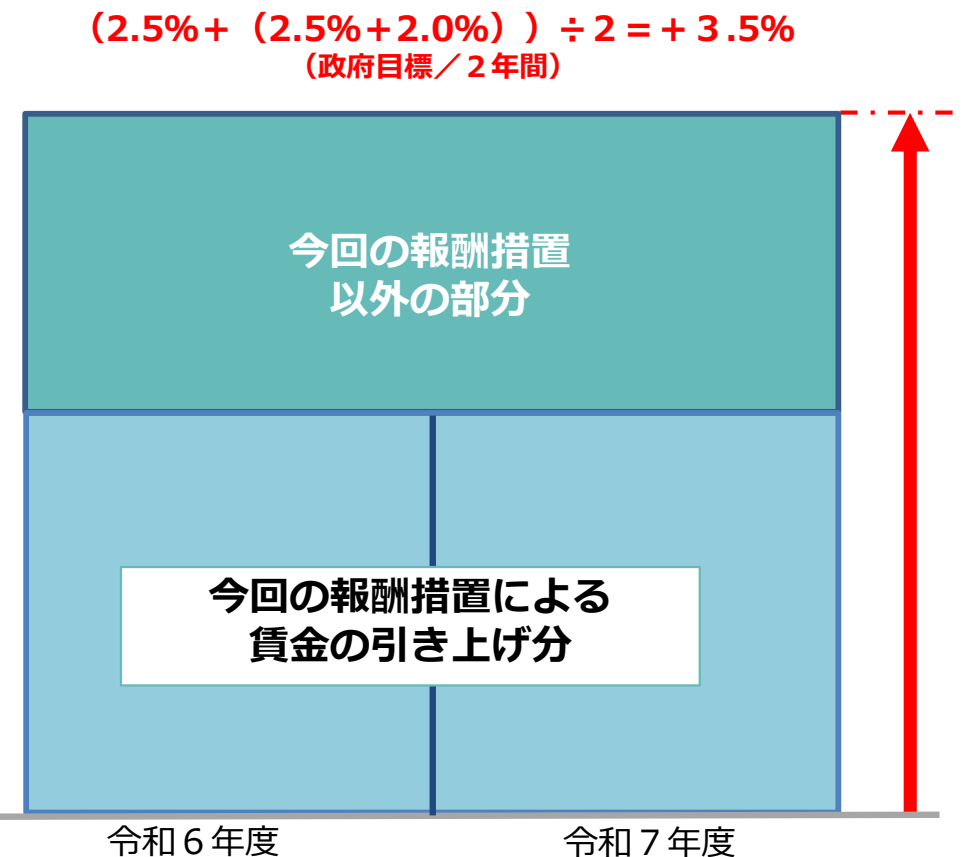
給与規程

1 医療従事者の賃上げの概要について

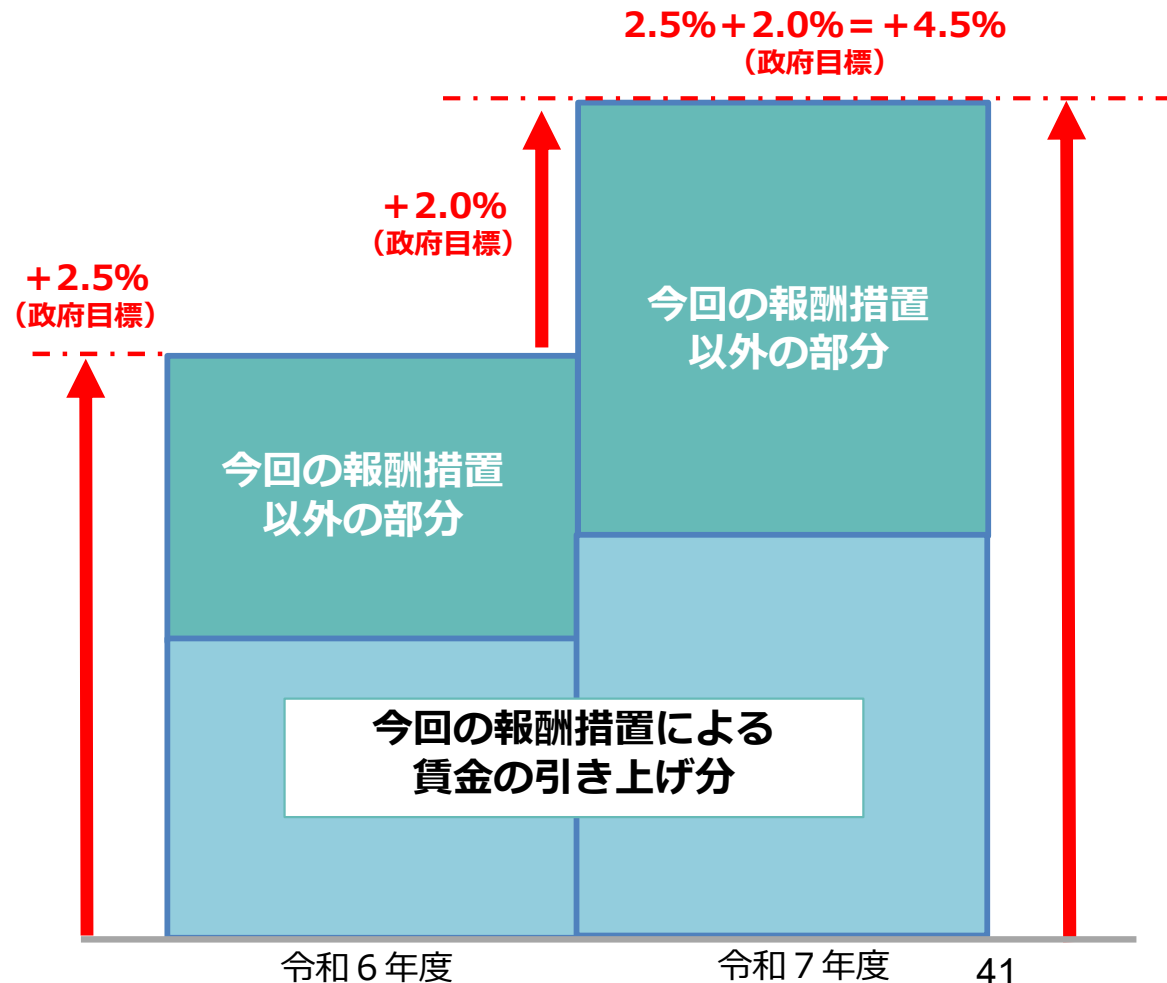
(4) 政府目標を踏まえたモデルケース

- 令和6年度の診療報酬改定では、薬局の場合、調剤基本料について、職員の賃上げを実施すること等も踏まえた引上げを行います。この報酬措置以外も活用して、賃上げを行うことになります。
- なお、診療報酬による賃上げについては、賃上げ促進税制における税額控除の対象となります。

(パターン1)
令和6年度にまとめて引き上げを行う配分方法



(パターン2)
2年間で段階的に引き上げを行う配分方法



賃上げ促進税制の概要

- 令和6年度以降、賃上げに係る診療報酬項目については、賃上げ促進税制の対象となる給与等支給額に含めることが可能。
- 医療機関・薬局の規模及び雇用者の給与等支給額の前年度比に応じて、所定の税額控除を受けられる。
- さらに、上乗せ要件を達成することで、給与等支給額の増加額の最大45%の税額控除が可能。

中小規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金1億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主

全雇用者の 給与等支給額 (前年度比)

税額控除率

+1.5%

15%

+2.5%

30%

中規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、従業員数2,000人以下の企業又は個人事業主

継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)

税額控除率

+3%

10%

+4%

25%

大規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、全企業又は個人事業主

継続雇用者の 給与等支給額 (前年度比)

税額控除率

+3%

10%

+4%

15%

+5%

20%

+7%

25%



【上乗せ要件】 ①教育訓練費の増加 ②子育てとの両立・女性活躍への支援

上乗せ要件も達成で
最大控除率**45%**

上乗せ要件も達成で
最大控除率**35%**

上乗せ要件も達成で
最大控除率**35%**

※税額控除額の計算は、全雇用者の前事業年度から適用事業年度の給与等支給額の増加額に税額控除率を乗じて計算。ただし、控除上限額は法人税額等の20%。

詳細は、右記QRコードのパンフレットをご確認ください。

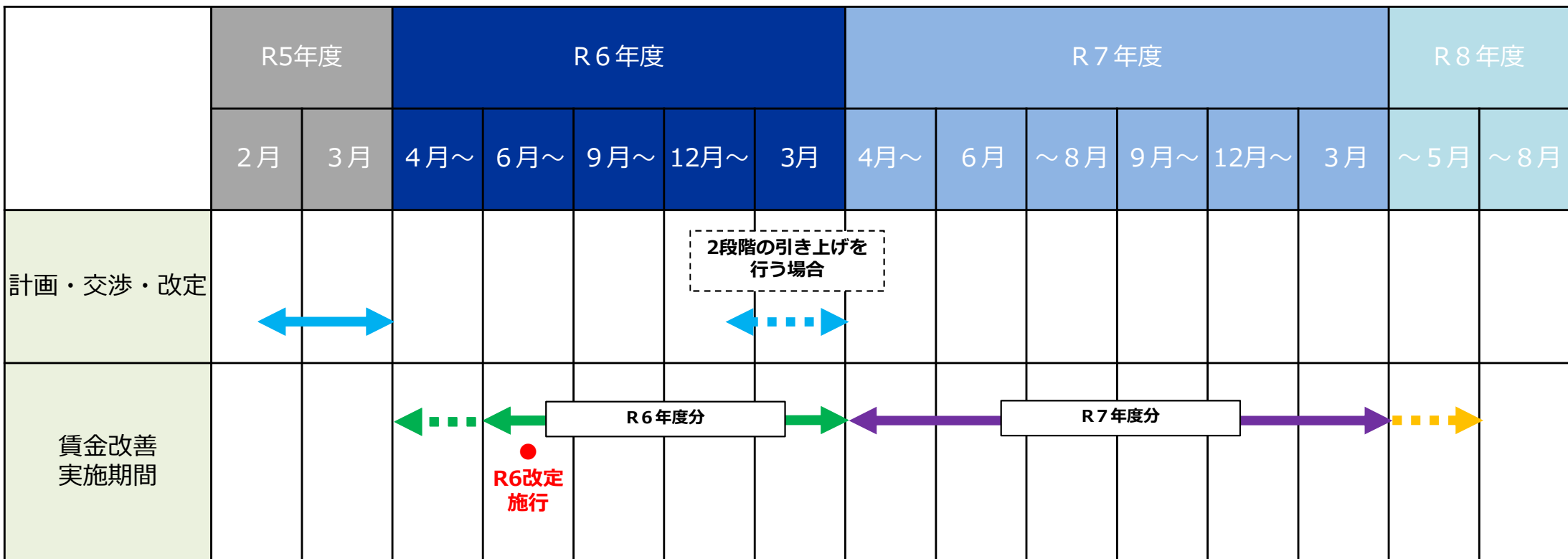
なお、本内容は、令和5年12月の政府決定時点のもので、今後の国会審議等を踏まえて施策内容が変更となる可能性があります。



1 医療従事者の賃上げの概要について

(5) 具体的なスケジュール

- 賃上げのスケジュールのイメージは以下のとおりです。
- 薬局においては、**賃金引き上げの検討→労使交渉等→給与規程の改正等による賃金引上げ**を実施していくこととなります。



1 医療従事者の賃上げの概要について

(6) 賃金引上げの実施状況の把握について

賃金引上げの実施状況の把握について

- これまで説明してきたとおり、令和6年度診療報酬改定においては、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%の実現を踏まえた内容となっています。
- 厚労省としても、今回の診療報酬改定が賃金の引き上げにしっかり反映されているかについて把握すべく、薬局に対して**抽出調査の実施等**も予定しております。
- なお、病院や内科診療所、歯科診療所においても同様に、抽出調査の実施や、診療報酬上の施設基準の届出書と合わせて、賃金引き上げに係る計画書及び報告書を提出いただくなどの対応を予定しています。



調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

①医療従事者の賃上げ

②調剤基本料等の体制評価

2. 質の高い在宅業務の推進

3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・

薬剤師業務の評価の見直し

4. その他の改定事項

5. 地方厚生局への届出と報告

薬局の体制に係る評価の見直し

➤ 薬局の体制に係る評価を見直す。

調剤基本料

- 地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、地域医療に貢献する薬局の整備を進めていくこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から調剤基本料を引上げ
- 特別調剤基本料の区分新設
(A：敷地内薬局、B：基本料の届出がない薬局)

調剤基本料 1	42点→ 45点
調剤基本料 2	26点→ 29点
調剤基本料 3 イ	21点→ 24点
調剤基本料 3 口	16点→ 19点
調剤基本料 3 ハ	32点→ 35点
特別調剤基本料 A	7点→ 5点
特別調剤基本料 B	7点→ 3点

一定の機能を有する薬局の体制の評価

- 地域におけるかかりつけ機能の役割を果たし、地域医療に貢献する薬局を評価（他の体制評価項目を踏まえた点数見直し）
- かかりつけ機能を推進するための要件強化（調剤基本料 1 の薬局とそれ以外の薬局の実績要件の項目をそろえる等）

【調剤基本料 1 の薬局】

地域支援体制加算 1	39点→ 32点
地域支援体制加算 2	47点→ 40点

【調剤基本料 1 以外の薬局】

地域支援体制加算 3	17点→ 10点
地域支援体制加算 4	39点→ 32点

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価（変更なし）

後発医薬品調剤体制加算 1（80%以上）	21点
後発医薬品調剤体制加算 2（85%以上）	28点
後発医薬品調剤体制加算 3（90%以上）	30点

- 感染・災害発生時に対応できる体制を整備する薬局を評価

連携強化加算	2点→ 5点
--------	---------------

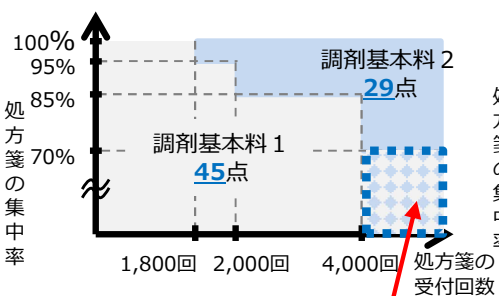
- 医療DXに対応する体制を確保する薬局を評価

（新）医療DX推進体制整備加算 4点（月に1回）

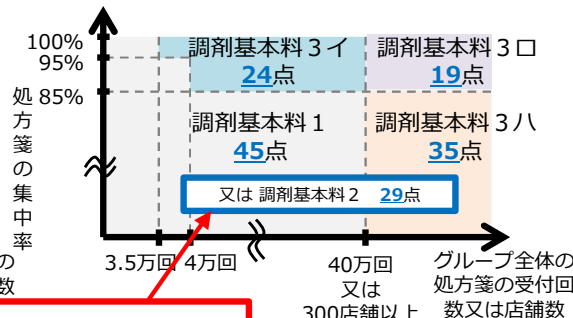
- 在宅訪問を十分行うための体制を整備する薬局を評価
（※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算）

（新）在宅薬学総合体制加算 1	15点
（新）在宅薬学総合体制加算 2	450点

（1）大型チェーン薬局以外



（2）大型チェーン薬局



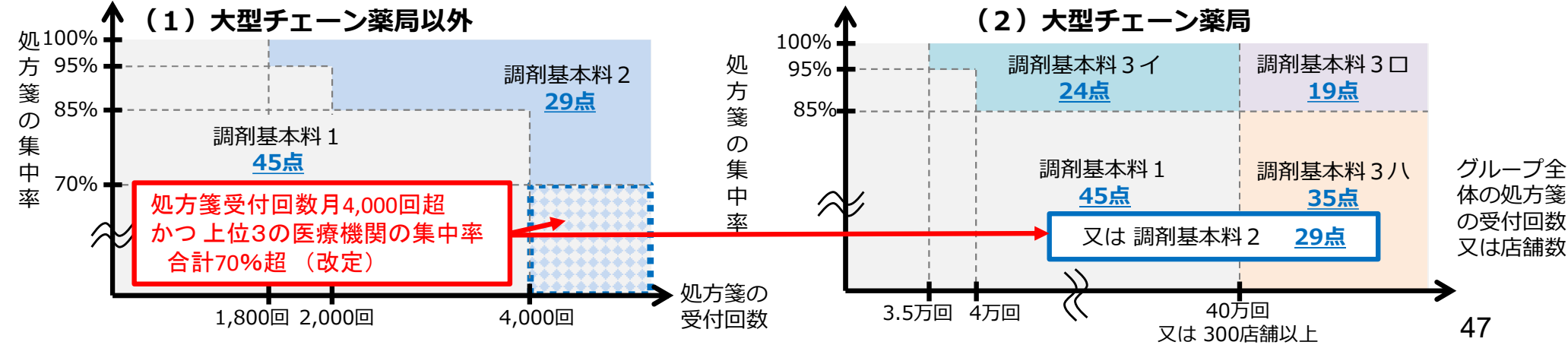
処方箋受付回数月4,000回超
かつ 上位3の医療機関の集中度合計70%超（改定）

調剤基本料の見直し

調剤基本料の見直し

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

		処方箋受付回数等及び処方箋集中度				点数	
調剤基本料1		調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外				45点	
調剤基本料2		① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回かつ処方箋集中度85%超 ② 処方箋受付回数が月4,000回超かつ上位3の医療機関の処方箋集中度の合計70%超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回かつ処方箋集中度95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超				29点	
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回かつ処方箋集中度95%超				24点	
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回かつ処方箋集中度85%超					
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%超				19点	
	ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中度85%以下				35点	
特別調剤基本料A		いわゆる同一敷地内薬局	5点		特別調剤基本料B	基本料の届出がない薬局	3点



地域支援体制加算の見直し

○地域支援体制加算の施設基準（（4）のウは薬局当たりの年間の回数）

青字：変更・新規の要件

（1）地域医療に貢献する体制を有することを示す実績（下記の要件） （2）地域における医薬品等の供給拠点としての対応 ア 十分な数の医薬品の備蓄、周知（医療用医薬品1200品目） イ 薬局間連携による医薬品の融通等 ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制 エ 麻薬小売業者の免許 オ 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合70%以上 カ 取り扱う医薬品に係る情報提供体制 （3）休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制 ア 一定時間以上の開局 イ 休日、夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制 ウ 当該薬局を利用する患者からの相談応需体制 エ 夜間・休日の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）の周知 （4）在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応 ア 診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携 イ 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制 ウ 在宅薬剤管理の実績 24回以上 エ 在宅に係る研修の実施	（5）医療安全に関する取組の実施 ア プレアボイド事例の把握・収集 イ 医療安全に資する取組実績の報告 ウ 副作用報告に係る手順書を作成 （6）かかりつけ薬剤師の届出 （7）管理薬剤師要件 （8）患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成 （9）研修計画の作成、学会発表などの推奨 （10）患者のプライバシーに配慮、椅子に座った状態での服薬指導 （11）地域医療に関連する取組の実施 ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等（基本的な48薬効群）の販売 イ 健康相談、生活習慣に係る相談の実施 ウ 緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応 エ 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い オ たばこの販売禁止（併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む）
--	---

○上記の（1）地域医療に貢献する体制を有することを示す実績（①～⑨は処方箋1万枚当たりの年間回数、⑩は薬局当たりの年間の回数）

要件	基本料1	基本料1以外	
①夜間・休日等の対応実績	40回以上	400回以上	
②麻薬の調剤実績	1回以上	10回以上	
③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	20回以上	40回以上	
④かかりつけ薬剤師指導料等の実績	20回以上	40回以上	
⑤外来服薬支援料1の実績	1回以上	12回以上	
⑥服用薬剤調整支援料の実績	1回以上	1回以上	
⑦単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績	24回以上	24回以上	
⑧服薬情報等提供料に相当する実績	30回以上	60回以上	
⑨小児特定加算の算定実績	1回以上	1回以上	
⑩薬剤師認定制度認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	1回以上	5回以上	

【調剤基本料1の薬局】

・地域支援体制加算1 **32点**
④を含む3つ以上

・地域支援体制加算2 **40点**
①～⑩のうち8つ以上

【調剤基本料1以外の薬局】

・地域支援体制加算3 **10点**
④、⑦を含む3つ以上

・地域支援体制加算4 **32点**
①～⑩のうち8つ以上

48

連携強化加算（調剤基本料）の見直し

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

現行			改定後	
調剤基本料 連携強化加算 ※地域支援体制加算に該当する場合に算定可能			調剤基本料 連携強化加算 <u>※地域支援体制加算の該当の要件は廃止</u>	
2点			5点	

〔算定要件〕

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

〔主な施設基準〕

- (1) 都道府県知事より第二種協定指定医療機関の指定を受けていること
- (2) 感染症対応に係る当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修、訓練を年1回以上実施
- (3) 個人防護具を備蓄
- (4) 新型インフルエンザ等感染症等の発生時等において、要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備し、これらを提供している
- (5) 自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制が整備
- (6) 災害対応に係る当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修、訓練を年1回以上実施
- (7) 災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等の作成
- (8) 情報通信機器を用いた服薬指導を行う体制が整備されている
- (9) 要指導医薬品及び一般用医薬品の販売、検査キット（体外診断用医薬品）の取扱い

都道府県と医療機関の協定の仕組み

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と**協議を行い**、感染症対応に係る**協定**（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を**締結（協定締結医療機関）**する。※併せてPPE備蓄も位置づける。
- 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定**を含む協定締結する医療機関（**流行初期医療確保措置付き**）を設定。
- 全ての医療機関に対して協議に応じる義務**を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、**全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務**を課す。
- 加えて**公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院**にはその機能を踏まえ**感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ**。
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、**協定の履行確保措置を設定**。

平時

うち、約500機関程度を想定

流行初期医療確保協定

協定締結医療機関（病床）

協定

協定締結医療機関は全部で約3000医療機関程度を想定

支援

補助金（平時の準備行為に応じた支援）

- 協定は今回の最終フェーズを想定し、病床数、発熱外来、後方支援、人材の派遣を定量的に盛り込む。
- 協定は、①**病床**、②**発熱外来**、③**自宅療養者**に対する医療の提供、④**後方支援**、⑤**人材派遣**のいずれか1種類以上の実施を想定。
- さらに、流行初期医療確保措置の対象となる協定は、**感染初期からの対応**、ピーク時には**一定規模以上の病床確保を行うこと等**を想定。

感染症発生・まん延時（感染初期）

※感染初期は特別な協定を締結した医療機関が中心に対応。

協定締結医療機関（流行初期確保措置付き）

支援

流行初期医療確保措置（※）

補助金・診療報酬（対応に応じた追加的な支援）

感染症発生・まん延時（一定期間経過後）

全ての協定締結医療機関

補助金・診療報酬

必要に応じて
協定変更

必要に応じて
対象拡大

（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設ける。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

医療措置協定の内容

		①病床確保	②発熱外来	③自宅療養者等に対する医療の提供	④後方支援	⑤人材派遣
協定の内容		病床を確保し（※１）、入院医療を実施 ※１ 新興感染症患者対応の病床を確保し、重症者用病床や、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児等の特に配慮を有する患者を受け入れる病床の確保も図る	発熱症状のある者の外来を実施	自宅療養者等（※２）に対し、 ・病院・診療所により、往診等、電話・オンライン診療 ・ 薬局により、医薬品対応等 ・訪問看護事業所により、訪問看護等を実施 ※２ 宿泊療養者、高齢者施設、障害者施設等の入所者を含む	（左記の病床確保等を行う協定締結医療機関を支援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者以外の患者の受入 ②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を実施	（感染症対応の支援を要する医療機関等を応援するため、） 医療機関において、 ①感染症患者に医療を提供する者 ②感染症予防等に従事する関係者を医療機関等に派遣
	実施主体と指定要件	第１種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な入院医療提供体制の整備	第２種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②動線分離等の院内感染対策 ③都道府県知事からの要請への対応に必要な診療・検査体制の整備	第２種協定指定医療機関 ①従事者への感染防止措置 ②都道府県知事からの要請への対応に必要な、往診等、電話・オンライン診療、 調剤・医薬品等交付・服薬指導 、訪問看護を行う体制の整備		
新型コロナ対応で確保した最大規模の体制を目指す						
数値目標 （全国での数値目標） <予防計画>	①流行初期（３か月を基本）	約１．９万床	約１５００機関	・病院・診療所（約２．７万機関） ・ 薬局（約２．７万機関） ・訪問看護事業所（約２８００機関）	約３７００機関	・医師（約２１００人） ・看護師（約４０００人）
	②流行初期以降（６ヶ月以内）	約５．１万床 流行初期以降開始時点： ①＋約１．６万床（公的医療機関等）	約４．２万機関 流行初期以降開始時点： ①＋約３８００機関（公的医療機関等）			
流行初期医療確保措置の要件 （参酌して都道府県知事が定める基準）		①発生の公表後、都道府県知事の要請後１週間以内を目途に措置を実施 ②３０床以上の病床の確保 ③一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含めあらかじめ確認	①発生の公表後、都道府県知事の要請後１週間以内を目途に措置を実施 ②１日あたり２０人以上の発熱患者を診察	-	-	-

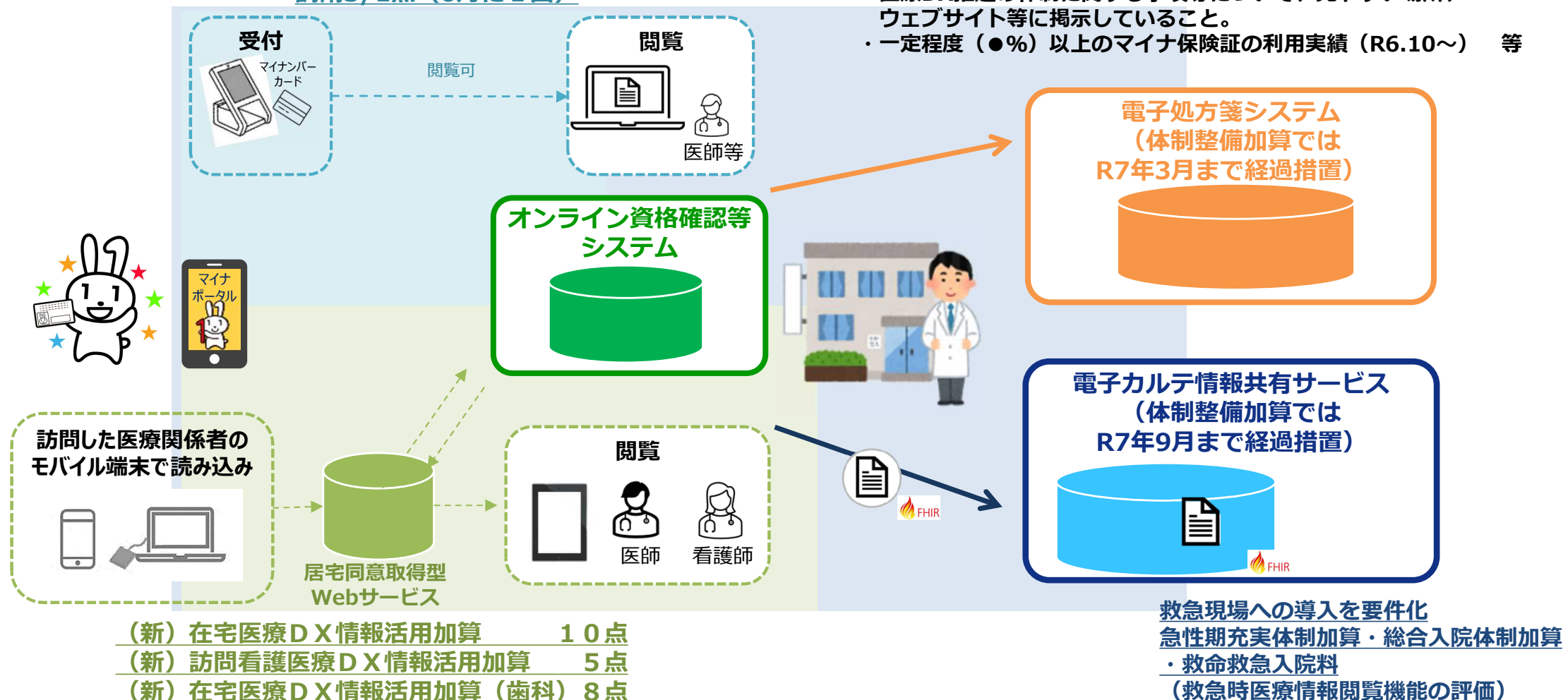
令和6年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

- 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

（新）医療情報取得加算 初診3/1点 再診2/1点（3月に1回）
調剤3/1点（6月に1回）

（新）医療DX推進体制整備加算 8点、6点（歯科）、4点（調剤）

- ・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
- ・一定程度（●%）以上のマイナ保険証の利用実績（R6.10～） 等



※答申書附帯意見 令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

2-1. 令和6年度診療報酬改定におけるマイナ保険証利用等に関する診療報酬上の評価（イメージ）

- ・マイナンバーカードを常時携帯する者が約4割となっている現状を踏まえると、医療現場における利用勧奨が重要。

《現行》

《見直しイメージ》

R 6. 6

R 6. 12

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

マイナンバーカードや問診票を利用し、
「診療情報取得・活用体制の充実」を評価

<調剤>

- ・マイナ保険証 利用なし 3点（6月に1回）
- ・マイナ保険証 利用あり 1点（6月に1回）

【医療情報取得加算】

同じ点数で継続

<調剤>

- ・マイナ保険証 利用なし 3点（6月に1回）
- ・マイナ保険証 利用あり 1点（6月に1回）

※答申書付帯意見

令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

利用率増加に応じた支援金

【医療DX推進体制整備加算】

マイナ保険証、電子処方箋などの「医療DX推進体制」を評価
調剤 4点

施設要件（例）

- ①マイナ保険証での取得情報を活用して調剤できる体制【R6. 6～】
- ②マイナ保険証の利用勧奨の掲示【R6. 6～】
- ③マイナ保険証利用実績が一定程度（●%）以上であること【R6. 10～】
- ④電子処方箋を受け付ける体制【R7. 4～】
- ⑤電子的な調剤録・薬剤服用歴の管理体制【R6. 6～】
- ⑥電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制【R7. 10～】



マイナンバーカードの携行率

○ 厚生労働省において18歳以上のマイナンバーカード保有者を対象に令和6年2月にWebアンケート調査を実施。

✓ 調査機関：2024年2月1日～2024年2月5日 ✓ 調査対象：18才以上の男女

✓ 調査手法：オンラインアンケート調査

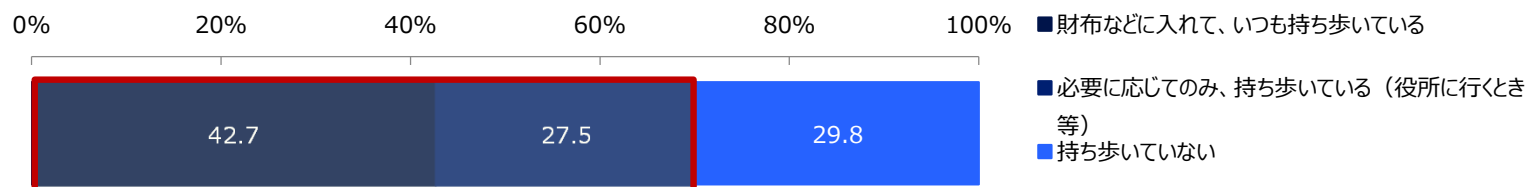
サンプル数3,000

マイナンバーカード保有者

業種排除（本人または家族が官公庁に就業または医療従事者）

◆ 約4割がマイナンバーカードを常に携行。必要に応じて持ち歩いている方も含めれば7割が携行。

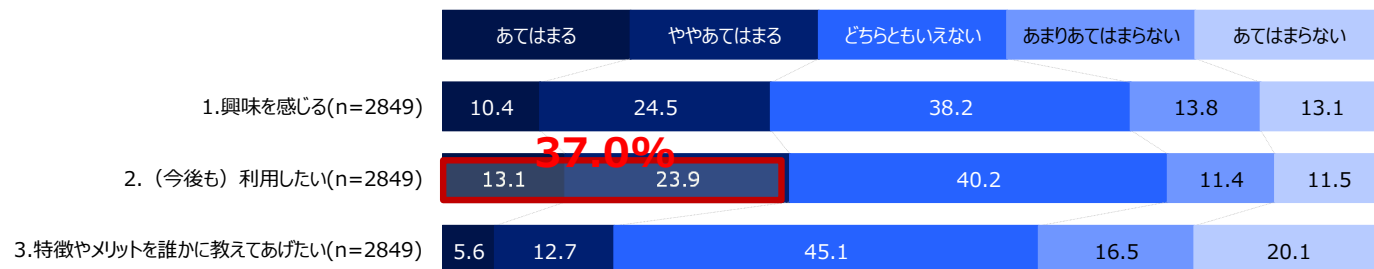
Q.あなたは、マイナンバーカードを持ち歩いていますか。あてはまるものを1つお答えください。



※調査対象がマイナンバーカード保有者であることに留意が必要

◆ 約4割弱がマイナ保険証を利用したいと考えている。

Q.あなたは、マイナ保険証について、どのような印象や考えをお持ちですか。それぞれについて、あなたのお気持ちに近いものを1つお答えください。

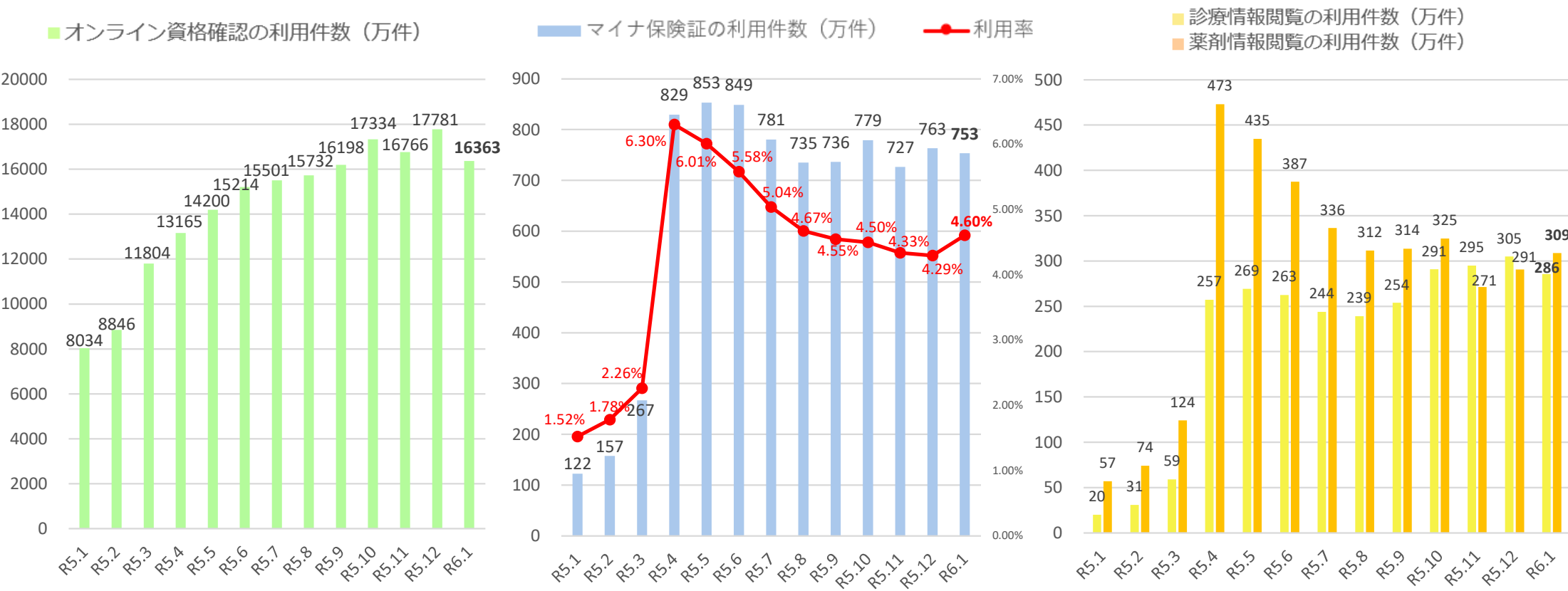


マイナンバーカードを携行している人が、医療機関・薬局でマイナ保険証を利用すれば、マイナ保険証の利用率が大きく伸びる可能性

➡ 医療機関・薬局におけるお声かけ等の取組が重要。

オンライン資格確認の利用状況

※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数



【1月分実績の内訳】

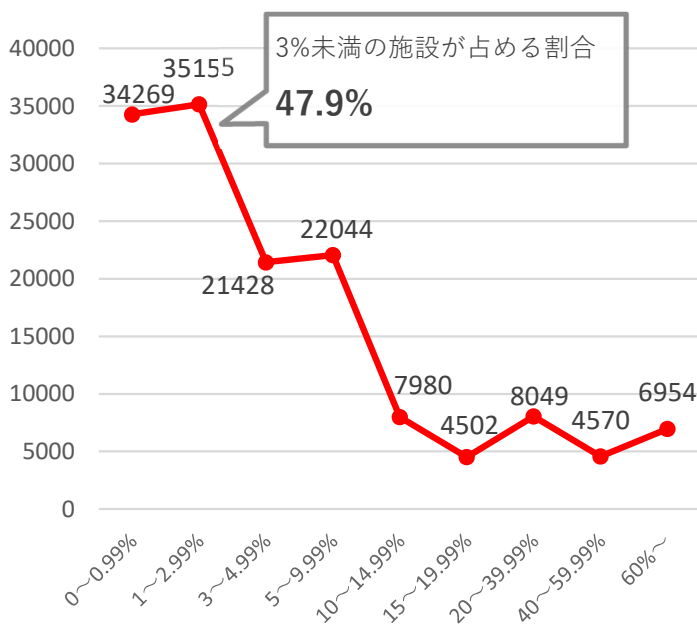
※紙の保険証受診であってオンライン資格確認を利用しない場合も含めた資格確認総件数は、直近で約2.46億件（令和5年6月）

	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	8,840,643	955,789	7,884,854
医科診療所	69,779,773	3,489,153	66,290,620
歯科診療所	11,175,310	1,100,826	10,074,484
薬局	73,831,805	1,987,502	71,844,303
総計	163,627,531	7,533,270	156,094,261

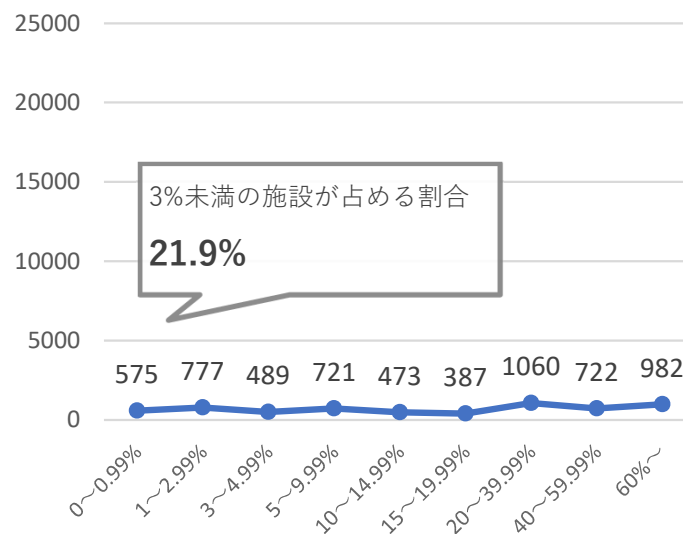
	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	246,895	220,163	339,889
医科診療所	997,594	1,821,719	1,842,423
歯科診療所	171,534	247,982	63,830
薬局	661,111	565,905	840,293
総計	2,077,134	2,855,769	55,308,435

マイナ保険証の利用状況（利用率ごとの施設数割合）【令和6年1月実績】

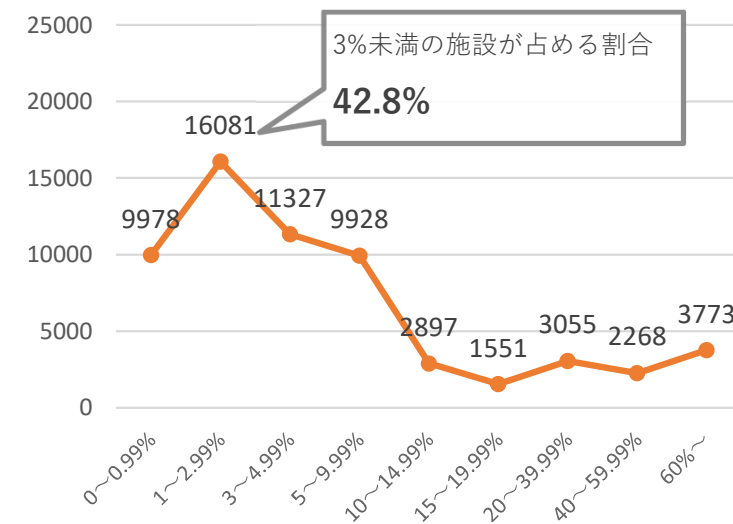
全体



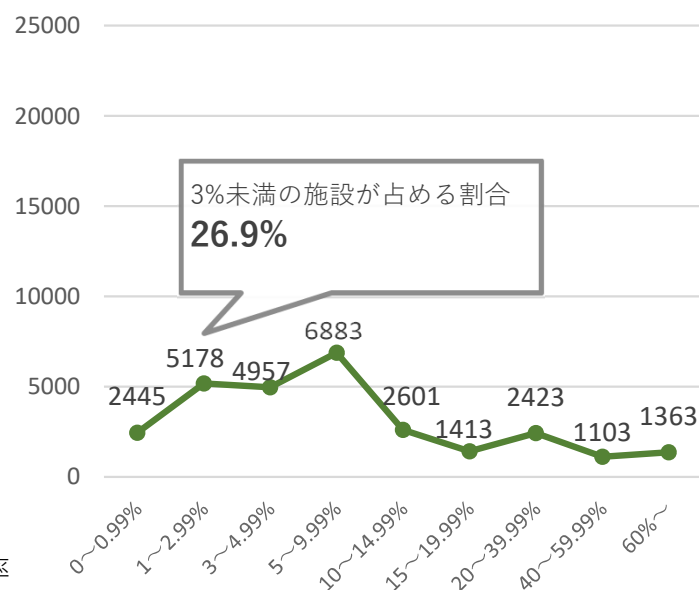
病院



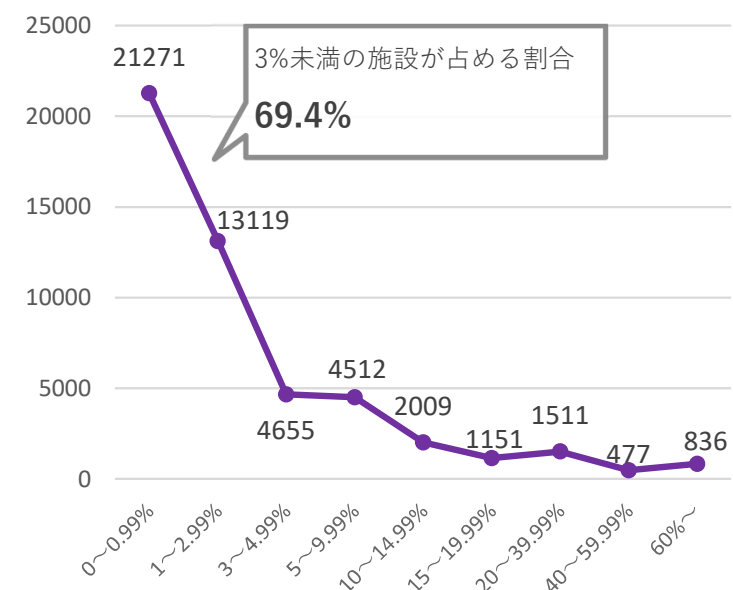
内科診療所



歯科診療所



薬局



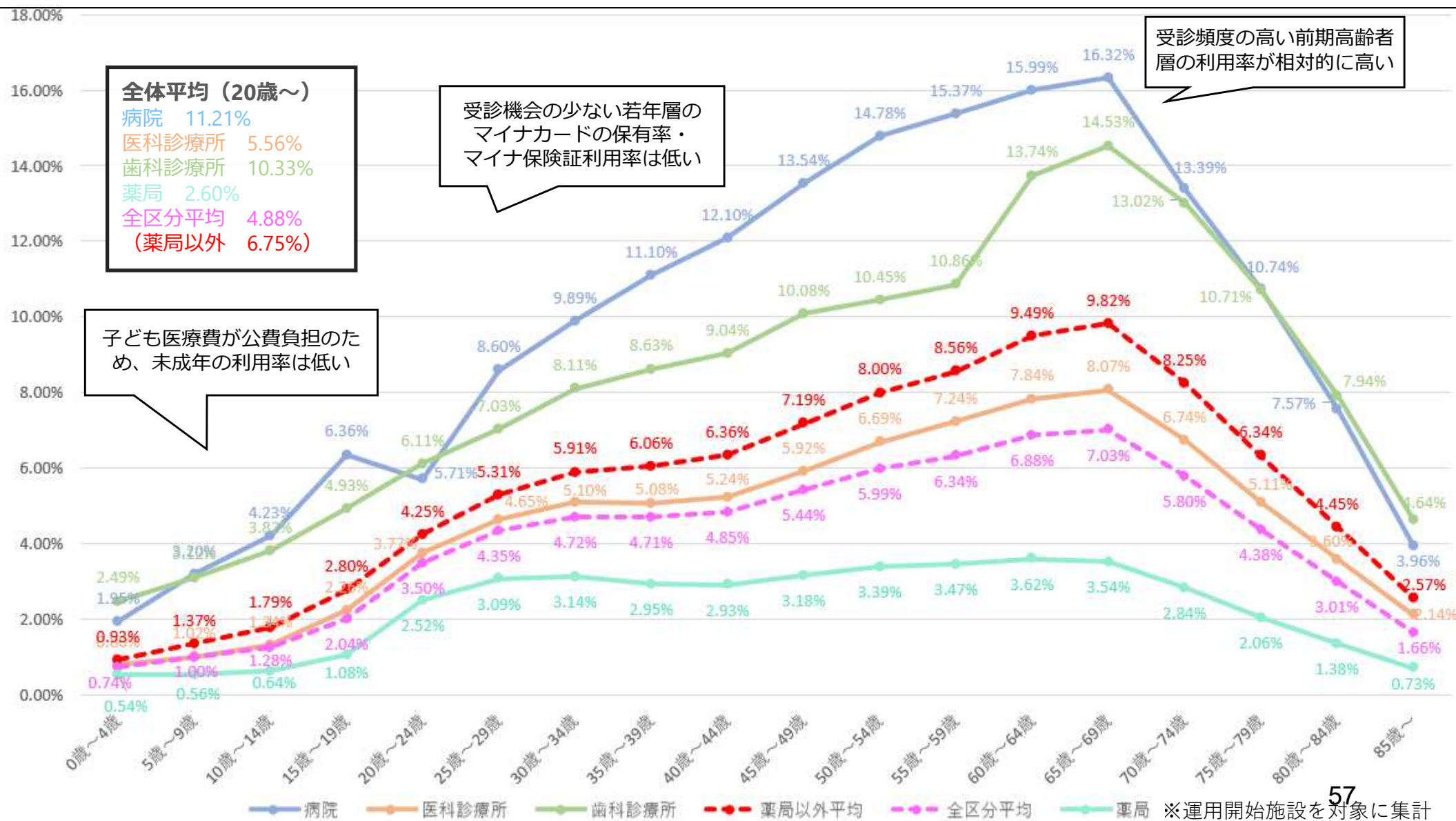
※それぞれ、縦軸が施設数、横軸がマイナ保険証利用率

※ 利用割合 = MNC利用件数 / オン資利用件数

※ オンライン資格確認利用件数50以上等の運用開始施設を対象に算出（R6.1施設数 144,951）

オンライン資格確認における マイナ保険証年代別・施設類型別利用率（令和5年12月）

- 病院、歯科診療所では、20歳以上の10人に1人がマイナ保険証を利用している。
 - 薬局は処方箋があれば保険証やマイナンバーカードの提示が不要（ただし薬剤情報等の閲覧は不可）であるため、相対的に利用率が低くなっている。
- ※利用率＝マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数



医療DXの推進による医療情報の有効活用の推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

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

現行		改定後
【調剤管理料】 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 施設基準を満たす保険薬局において調剤を行った場合 3点（6月に1回） 2 1であって、オンライン資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合 1点（6月に1回）		【調剤管理料】 <u>医療情報取得加算</u> 1 施設基準を満たす保険薬局において調剤を行った場合 3点（6月に1回） 2 1であって、オンライン資格確認により患者に係る診療情報を取得等した場合 1点（6月に1回） 診療情報（薬剤情報、特定健診情報等を含む）を取得・活用した場合の評価

[施設基準]

- (1) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 当該保険薬局に来局した患者に対し、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用して調剤等を行うこと。
- (4) (2) (3) の体制に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
- (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。



医療DXの推進による医療情報の有効活用の推進②

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



(新) 医療DX推進体制整備加算 (調剤基本料) 4点 (月に1回)

[算定要件]

医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

[主な施設基準]

- (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、オンライン資格確認を通じて取得した薬剤情報、特定健診情報等を閲覧又は活用し、調剤、服薬指導等を行う体制を有していること。
- (4) **電子処方箋を受け付ける体制**を有していること。
(紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録する。)
- (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。
(オンライン資格確認、薬剤服用歴等の管理、レセプト請求業務等を担う当該薬局内の医療情報システム間で情報の連携が取られていることが望ましい。)
- (6) **電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制**を有していること。
- (7) **マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、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及びウェブサイト等に掲示していること。



[経過措置]

- (1) 令和7年3月31日までの間に限り、(4)に該当するものと見なす。
- (2) 令和7年9月30日までの間に限り、(6)に該当するものと見なす。
- (3) (7)については、令和6年10月1日から適用する。

医療DXの推進に関する工程表を踏まえた今後の進め方

施策		2023年度 (令和5年度)	2024年度 (令和6年度)	2025年度 (令和7年度)	2026年度～ (令和8年度～)	
電子処方箋・電子カルテ情報共有サービスの構築	電子処方箋の普及拡大・機能拡充	2022年度1月から運用開始				
		対応施設について戦略的に拡大		オンライン資格確認を導入した概ね全ての医療機関・薬局で導入		
			電子処方箋の普及とともに多剤重複投薬等の適正化			
		リフィル処方・処方箋預かりサービス等の機能拡充について実施	重複投薬等チェックの精度向上等			
	電子カルテ情報共有サービスの構築	仕様整理・調達	システム開発			
				標準化を実現した医療機関等から順次運用開始		
電子カルテ情報の標準化等	電子カルテ等情報の拡充検討と標準化	透析情報、アレルギーの原因となる物質のコード情報の標準規格化	蘇生処置等の情報、歯科・看護等の領域の情報の標準規格化	その他共有すべき情報の検討・順次標準化・規格化 交換する情報の粒度の確認※1		
		医療情報化支援基金の活用による電子カルテ情報の標準化を普及				
	救急時に医療情報を閲覧する仕組みの整備	救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備	運用開始 (レセプト情報)	電子カルテ情報共有サービスの運用開始に伴いさらに情報拡充し、普及		

在宅訪問を行う体制に係る評価の新設

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

現行			改定後	
【薬剤調製料】 (廃止) 在宅患者調剤加算 15点			【調剤基本料】 (新) <u>1 在宅薬学総合体制加算 1</u> 15点 <u>2 在宅薬学総合体制加算 2</u> 50点	

[算定要件]

- 在宅薬学総合体制加算は、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制を評価するものであり、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料若しくは在宅患者緊急時等共同指導料又は介護保険における居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者等が提出する処方箋を受け付けて調剤を行った場合に算定できる。

[施設基準]

○在宅薬学総合体制加算 1

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- (2) 在宅薬剤管理の実績 24回以上／年
- (3) 開局時間外における在宅業務対応 (在宅協力薬局との連携含む)
- (4) 在宅業務実施体制に係る地域への周知
- (5) 在宅業務に関する研修 (認知症・緩和医療・ターミナルケア) 及び学会等への参加
- (6) 医療材料及び衛生材料の供給体制
- (7) 麻薬小売業者の免許の取得

○在宅薬学総合体制加算 2

- (1) 加算 1 の施設基準を全て満たしていること
- (2) 開局時間の調剤応需体制 (2 名以上の保険薬剤師が勤務)
- (3) かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数の合計 24回以上／年
- (4) 高度管理医療機器販売業の許可
- (5) ア又はイの要件への適合
 - ア がん末期などターミナルケア患者に対する体制
 - ① 医療用麻薬の備蓄・取扱 (注射剤 1 品目以上を含む 6 品目以上)
 - ② 無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットの整備
 - イ 小児在宅患者に対する体制 (在宅訪問薬剤管理指導等に係る小児特定加算及び乳幼児加算の算定回数の合計 6 回以上／年)

薬局の体制に係る情報の周知に関する要件

地域の行政機関や薬剤師会等を通じた薬局情報の周知を求める要件（施設基準）

【地域支援体制加算】

- 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

【連携強化加算】

- 災害や新興感染症発生時における対応可能な体制を確保していることについて、当該保険薬局及び同一グループのほか、地域の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知していること。

【在宅薬学総合体制加算】

- 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制（医療用麻薬の対応等の在宅業務に係る内容を含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

＜参考＞

上記に該当する内容について、薬局ごとの情報提供のほか、わかりやすい情報提供の観点から地図を用いた方法などの活用も考えられる。

（夜間対応薬局を地図で表示）

夜間応需薬局一覧



● 夜間応需薬局一覧（令和6年2月13日更新）

（該当箇所をクリックすると対応薬局一覧や個別の薬局の情報を表示）

夜間応需可能薬局一覧（※平日19：00～翌8：00、土曜日13：00～で開局している薬局です。電話対応のみや緊急時のみ対応は含みません。）

所属地区薬剤師会	薬局名	管理薬剤師名	電話番号	夜間及び土曜日の応需体制
福岡市薬剤師会	イオン薬局ショパーズ福岡店			平日、土曜日 9:00～19:00
福岡市薬剤師会	そうごう薬局天神中央店			土曜日 18:30まで営業
福岡市薬剤師会	クオ薬局			土曜日 9:00～17:30
福岡市薬剤師会	どんぐり薬局			平日・土曜日 19:00～翌8:00、日曜日 8:00～翌8:00
福岡市薬剤師会	なごみ薬局天神店			第三土曜日は9-16
福岡市薬剤師会	日本調剤福岡中央薬局			土曜日 13:00～18:30
福岡市薬剤師会	日本調剤福岡天神薬局			土曜日 13:00～19:00
福岡市薬剤師会	薬局自十字			元日以外 9:30～19:30

※ 福岡県薬剤師会のホームページでは、夜間・休日が可能な薬局を地図上に表記しており、クリックすると個別の薬局の情報が表示される。

薬局の体制に係る情報の周知に関する項目イメージ

○ 具体的に周知すべき情報の項目は追って示す予定であるが、例えば以下のような項目を想定している。

【地域支援体制加算】 休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る情報

- ・ 休日、夜間に対応できる薬局の名称、所在地、対応できる時間帯、連絡先等
（地域ごとに、輪番制の対応を含め、具体的な日付における休日、夜間対応できる薬局を示す） など

【連携強化加算】 災害や新興感染症発生時における対応可能な体制に係る情報

- ・ 改正感染症法に基づく第二種協定指定医療機関としての指定の有無
- ・ オンライン服薬指導の対応の可否
- ・ 要指導医薬品・一般用医薬品の取扱いの有無、品目数
- ・ 検査キット（体外診断用医薬品）の取扱いの有無 など

【在宅薬学総合体制加算】 急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る情報

- ・ 休日、夜間における在宅業務の可否（対応可能な時間帯を含む。）
- ・ 医療用麻薬の取扱いの可否（注射薬の取扱いを含む。）
- ・ 無菌製剤処理の対応の可否（自局での対応の可否を含む。）
- ・ 小児在宅（医療的ケア児等）の対応の可否
- ・ 医療材料・衛生材料の取扱いの可否
- ・ 高度管理医療機器の取扱いの可否 など

(参考) 薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ とりまとめ (令和4年7月11日)

- 地域において求められる夜間・休日等の対応については、地域の実情に応じた体制構築が必要となるが、地域の薬剤師会が中心的な役割を担うとともに、会員・非会員を問わず地域の薬局が協力して議論を行うことの必要性が示されている。

第4 具体的な対策

4. 地域における薬剤師の役割

(3) 地域の実情に応じた薬剤師サービス等の提供体制の検討

- 地域において求められる薬剤師サービスとしては、

- ・医薬品の供給拠点（患者に必要な医薬品について、適切な薬学的管理・指導、服薬指導とともに提供する。要指導・一般用医薬品を含む。）
- ・夜間、休日の対応
- ・健康サポート（セルフケアの啓発を含む。）
- ・新興感染症、災害等の有事への対応
- ・在宅対応（無菌調剤、麻薬調剤等を含む。）
- ・医薬品関連情報の発信（症例検討会、勉強会の実施・参加等を含む。）
- ・薬事衛生（医薬品・医療機器の正しい使い方の説明、学校薬剤師、薬物濫用の防止等）

などが考えられる。

- このような薬剤師サービスを全ての薬局が個別に対応することは困難であり、また、新興感染症、災害時等の有事への対応等、地域全体で効率的・効果的に提供すべき薬剤師サービスもある。このように、薬剤師サービスを地域全体で提供していくという観点も必要であり、地域の実情に応じた体制の構築について、自治体の関係部局及び関係団体等が協議・連携して取り組むことが重要である。またこの前提として、地域において、薬剤師サービスの必要量やリソース等を把握することが必要である。

- このため、地域において、地域医療に必要な機能を把握するとともに、自治体や医療関係者が協議の場を持ち、必要な薬剤師サービスの確保策を検討する仕組みを構築すべきである。なお、当該地域での検討においては、地域の薬剤師会が中心的な役割を担うとともに、会員・非会員を問わず地域の薬局が協力し、議論を行う必要がある。

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し

①医療従事者の賃上げ

②調剤基本料等の体制評価

2. 質の高い在宅業務の推進

3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・

薬剤師業務の評価の見直し

4. その他の改定事項

5. 地方厚生局への届出と報告

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（１）

項目	点数	内容	回数
<u>○在宅薬学総合体制加算 1</u> <u>○在宅薬学総合体制加算 2</u>	<u>1 5 点</u> <u>5 0 点</u>	<u>基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算</u>	
○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 ・単一建物診療患者が 2 ～ 9 人の場合 ・単一建物診療患者が 1 0 人以上の場合	6 5 0 点 3 2 0 点 2 9 0 点	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	薬剤師 1 人 週 4 0 回まで 患者 1 人につき 月 4 回まで
麻薬管理指導加算	1 0 0 点		※末期の悪性腫瘍の患者、 <u>注射による麻薬の投与が必要な患者</u> 及び中心静脈栄養法の対象患者の場合は週 2 回かつ月 8 回まで
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	2 5 0 点		
乳幼児加算	1 0 0 点		
小児特定加算	4 5 0 点		
在宅中心静脈栄養法加算	1 5 0 点		
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料	5 9 点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	2 2 点		
乳幼児加算	1 2 点		
小児特定加算	3 5 0 点		
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1 以外の場合	1 : 5 0 0 点 2 : 2 0 0 点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月 4 回まで
麻薬管理指導加算	1 0 0 点		※ <u>末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者の場合は原則として月 8 回まで</u>
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	2 5 0 点		
乳幼児加算	1 0 0 点		
小児特定加算	4 5 0 点		
在宅中心静脈栄養法加算	1 5 0 点		
○在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	5 9 点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
麻薬管理指導加算	2 2 点		
乳幼児加算	1 2 点		
小児特定加算	3 5 0 点		

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（2）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 <u>夜間訪問加算</u> <u>休日訪問加算</u> <u>深夜訪問加算</u>	<u>400点</u> <u>600点</u> <u>1,000点</u>	<u>末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の緊急訪問について、休日、夜間、深夜に実施した場合に算定</u>	
○在宅患者緊急時等共同指導料	700点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	月2回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	40点 <u>20点</u>	重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合に算定	
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 2 ・残薬調整に係るもの以外 ・残薬調整に係るもの	<u>40点</u> <u>20点</u>	<u>患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合に算定</u>	
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○在宅移行初期管理料	<u>230点</u>	<u>計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導を行った場合に算定</u>	<u>1回に限る</u>

(参考) 介護報酬	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合） ・ 単一建物居住者が1人の場合 <u>518単位</u> ・ 単一建物居住者が2～9人の場合 <u>379単位</u> ・ 単一建物居住者が10人以上の場合 <u>342単位</u> ・ 情報通信機器を用いて行う場合 <u>46単位</u> 麻薬指導加算 +100単位 <u>医療用麻薬持続注射療法加算</u> <u>+250単位</u> <u>在宅中心静脈栄養法加算</u> <u>+150単位</u>
--------------	--

在宅業務に関する調剤報酬改定の概要

外来／在宅移行期

在宅療養

ターミナル期

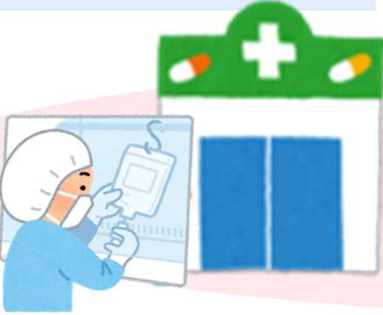
薬学管理に関する評価

薬局の体制の評価

■在宅移行初期管理料の新設
退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価の新設



■介護支援専門員への情報提供の評価
外来患者に関する情報を介護支援専門員へ提供した場合の評価の新設
(服薬情報等提供料2のハ)



■在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し
注射による麻薬の投与が必要な患者への定期訪問の上限回数見直し
(末期の悪性腫瘍の場合と同様の措置)
月4回 → 週2回かつ月8回
※介護保険の評価
(居宅療養管理指導費等) も同様の改定



■在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の見直し
薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、処方箋交付前に医師と処方内容を調整した場合の評価の追加



■無菌製剤処理加算の評価対象の見直し
無菌製剤処理加算の対象に、医療用麻薬を希釈せず原液のまま注入器等に無菌的に調製した場合を追加



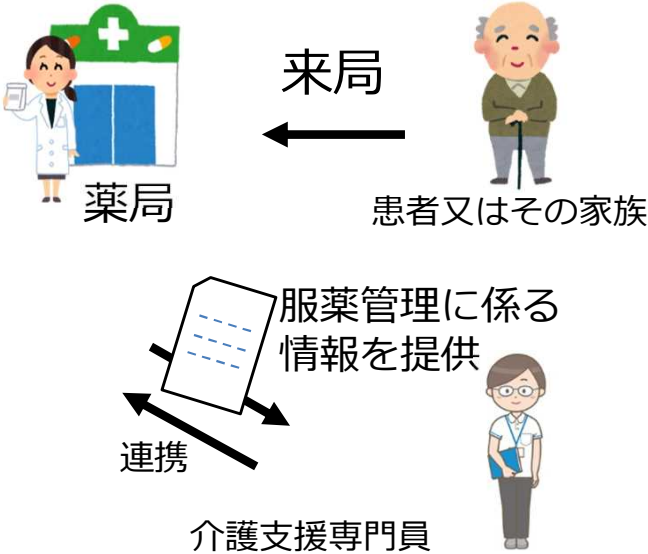
■在宅訪問の体制評価の新設(在宅薬学総合体制加算)
(加算1) 在宅患者に対する必要な薬学的管理及び指導の体制を整備した薬局の評価
(加算2) 上記に加え、がん末期などのターミナルケア又は医療的ケア児等の小児在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導の体制を整備した薬局の評価
※在宅患者の処方箋に基づく対応の場合の加算 (在宅患者調剤加算の廃止)

薬局薬剤師の介護支援専門員との連携の推進

医療保険

外来

- 要支援・要介護の者
(居宅療養指導費を算定していない場合)



(新) 服薬情報等提供料 2 八

- 介護支援専門員への情報提供を新設

居宅療養への移行期

- 要支援・要介護の者
(居宅療養指導費を算定予定の場合)



(新) 在宅移行初期管理料

- 介護支援専門員への情報提供は算定要件の一つ

介護保険

居宅療養

- 要支援・要介護の者
(居宅療養指導費を算定している場合)



居宅療養指導費

- 介護支援専門員への情報提供はの算定要件の一つ

介護支援専門員への情報提供について

服薬情報等提供料 2 八

介護支援専門員への情報提供に当たっては、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」（令和4・5年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学政策研究事業 薬学的視点を踏まえた自立支援・重度化防止推進のための研究）等を参照されたい。また、介護支援専門員への情報提供については、「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」別添の**報告書様式及び薬学的評価シートを参考**にすること。

○介護支援専門員への情報提供時に参考とする薬学的評価シートと情報提供様式

患者の生活様式を評価するための薬学的評価シート

薬学的評価シートにおける評価項目：

- ①検査値、②睡眠、③認知・感覚器機能、④食事・口腔ケア、⑤歩行・運動機能、⑥排泄、⑦薬物有害事象

（例）排泄の項目
（排泄状況、排尿障害の有無、排便障害の有無、排尿・排便障害治療薬の有無等を記載）

排泄	排泄状況	排尿回数 1日__回（日中__回 夜間__回） 排便回数 1日__回（日中__回 夜間__回）または、週に__回 オムツ着用 ☐ なし ☐ あり
	排尿障害	☐ なし ☐ あり（頻尿・尿漏れや失禁・残尿感・尿意切迫感・その他（ ）） 影響を与える薬剤：
	排便障害	☐ なし ☐ あり（便秘・下痢・便失禁・残便感・腹部膨満感・その他（ ）） Bristol スケール： 影響を与える薬剤：
	排尿・排便障害治療薬	☐ なし ☐ あり 定期薬： 頓服薬：
	特記事項	

国立長寿医療研究センター
薬剤師向け「多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド」の公開

介護支援専門員への情報提供様式

医療機関名： 報告日 年 月 日
処方医： 薬局名：
住所： 電話番号：
薬剤師名：

訪問日 年 月 日 ケアマネジャー
患者氏名 (男・女) 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日
患者連絡先 住所： 電話番号：

医師・他職種への連絡事項（処方提案等）

訪問目的
患者及び介護者主訴

薬学的評価シート詳細・薬歴 別紙参照

服薬管理・支援に関する評価まとめ
残薬（有・無） 残薬調整（必要・不要） 頓用薬調整（必要・不要）
服薬管理状況まとめ
【服薬管理状況まとめ】
残薬等の服薬状況に係る情報を記載

薬物有害事象 ☐ なし ☐ あり
薬学的評価シートアセスメントのまとめ
【薬学的評価シートアセスメントのまとめ】
患者の生活様式等の情報収集に基づき実施した薬学的評価を記載

次回訪問予定日 次回への申し送り事項および計画

在宅療養へ移行する患者に対する服薬支援等の評価（新設）

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

（新）在宅移行初期管理料 230点（1回に限り）



[算定要件]

- (1) 以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援の行う必要性があると判断したものを対象とする。
 - ア **認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者、6歳未満の乳幼児、末期のがん患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者。**
 - イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）に係る医師の指示のある患者。
- (2) 薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。
 - ア 患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報を収集すること。
 - イ 患家における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。
 - ウ 日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。
 - エ 在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。
 - オ 退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。
- (3) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師及び居宅介護支援事業者の介護支援専門員の関係職種に対して必要な情報提供を文書で行うこと。
- (4) 計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して（2）に掲げる業務を実施した場合に算定する。
- (5) **在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（いずれも単一建物診療患者が1人の場合に限る。）の算定した初回算定日の属する月に1回に限り算定する。**

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➤ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理、処方内容の調整を行った場合の評価、患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価等を実施。



医師と連携して処方内容を調整した場合の評価

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

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

現行	改定後
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 2 残薬調整に係るものの場合 30点	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点 □ 残薬調整に係るものの場合 <u>20点</u> <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> イ 残薬調整に係るもの以外の場合 <u>40点</u> □ 残薬調整に係るものの場合 <u>20点</u>



[主な算定要件]

- (1) 「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「□」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「□」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。
- (2) 患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的見地から検討した内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載する。
- (3) 医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

※調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算の「□ 残薬調整に係るものの場合」についても同様の見直しを実施（30点→20点）。

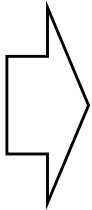
ターミナル期の訪問の評価充実（対象患者の拡大、算定回数の増加）

在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 注射による麻薬の投与が必要な患者に対する定期訪問の上限回数の見直し（月8回の算定が可能となる対象に、注射による麻薬を投与するがん以外の患者を追加）

現行

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。



改定後

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。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- 末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者に対する緊急訪問の上限回数の見直し（月4回→原則として月8回）

現行

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。



改定後

当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（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。

休日・夜間等にターミナル期の患者を訪問した場合の評価

開局時間外に緊急訪問を実施したことに対する評価

➤ 末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の急変時等の医師の指示に基づいた緊急訪問について、休日や夜間・深夜に実施した場合の加算を設ける。

<u>(新) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</u>	<u>夜間訪問加算</u>	<u>400点</u>
	<u>休日訪問加算</u>	<u>600点</u>
	<u>深夜訪問加算</u>	<u>1,000点</u>

[主な算定要件]

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1について、**末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者**に対して、保険医の求めにより**開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合**に加算する。
- (イ) 夜間訪問加算の対象となる時間帯は、午前8時前と午後6時以降であって深夜を除く時間帯とする。ただし、休日訪問加算に該当する休日の場合は、休日訪問加算により算定する。
- (ロ) 休日訪問加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。ただし、深夜に該当する場合は深夜訪問加算により算定する。
- (ハ) 深夜訪問加算の対象となる時間帯は、深夜（午後10時から午前6時までの間）とする。
- (2) 訪問時間については、保険医から日時指定の指示のある場合を除き、処方箋の受付時間又は保険医の指示より直ちに患家を訪問して薬学的管理及び指導を行った場合に限る。

■(参考) 開局時間外に調剤を実施したことに対する評価 ※要件を満たせば夜間・休日・深夜訪問加算とは別に算定可

○調剤技術料の時間外加算等 ・時間外加算 ・休日加算 ・深夜加算	保険薬局が ・開局時間以外の時間（深夜及び休日を除く） ・休日（深夜を除く） ・深夜（午後10時から午前6時まで） において調剤を行った場合	基礎額の100分の100 基礎額の100分の140 基礎額の100分の200 をそれぞれ加算
---	---	---

医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

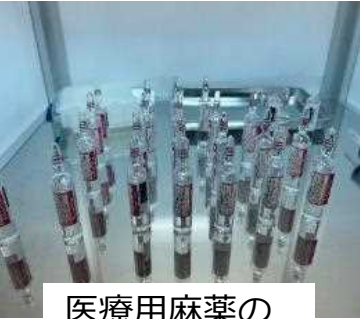
無菌製剤処理加算

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

現行

【無菌製剤処理加算】

薬剤調製料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を1日分製剤するごとにそれぞれ69点、79点又は69点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤するごとにそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。



医療用麻薬の
アンプル製剤



無菌製剤処理



医療用麻薬を充填した
注入ポンプ

改定後

【無菌製剤処理加算】 ※括弧内は6歳未満の乳幼児の場合の点数

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

- (イ) 2以上の注射薬を混合して
中心静脈栄養法用輸液を無菌的に製剤する場合 69点
(137点)
- (ロ) 抗悪性腫瘍剤を含む2以上の注射薬を混合して
(生理食塩水等で希釈する場合を含む。)
抗悪性腫瘍剤を無菌的に製剤する場合 79点
(147点)
- (ハ) 麻薬を含む2以上の注射薬を混合して
(生理食塩水等で希釈する場合を含む。)
無菌的に麻薬を製剤する場合又は麻薬の
注射薬を無菌的に充填し製剤する場合 69点
(137点)

高齢者施設における薬剤師業務の評価の概要

入所時

施設入所中

■施設連携加算の新設

（外来服薬支援料 2 の加算）

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の施設職員と協働して、入所時等に日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することを評価



■ショートステイの利用者に対する薬学的管理の評価の明確化

ショートステイ（短期入所生活介護等）の利用者に訪問して服薬指導等を行った場合、服薬管理指導料 3が算定できることを明確化（特別養護老人ホームの対応と同様の評価）

■介護老人保健施設・介護医療院の入所者に対する薬学的管理の評価

介護老人保健施設（老健）及び介護医療院へ入所中の患者の処方箋を応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携して服薬指導等を実施した場合、調剤報酬が算定可能（介護保険との給付調整の見直し） ※服薬指導等の評価は服薬管理指導料 3

■服薬管理指導料 3 の算定回数の見直し

服薬管理指導料 3 について、算定回数上限を新設（月 4 回まで）

■新興感染症等の患者に対する訪問・薬剤交付等の評価の新設

新興感染症等の患者（患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設（老健）、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所する者）に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が訪問して必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 を算定可能

高齢者施設における薬学管理に係る評価の見直し

服薬管理指導料 3

- 服薬管理指導料 3 の対象患者について、短期入所生活介護（ショートステイ）等の利用者についても算定できるよう明確化する。
- 介護医療院又は介護老人保健施設（老健）へ入所中の患者の処方箋を応需した保険薬局の薬剤師が訪問して施設職員と連携しつつ服薬指導等を実施した場合、服薬管理指導料 3 を算定できることとする。
- 服薬管理指導料 3 について、算定回数の上限を月 4 回までとする。



現行

【服薬管理指導料 3】
特別養護老人ホームに入所している患者
に訪問して行った場合 45点

3 については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定する。



改定後

【服薬管理指導料 3】
介護老人福祉施設等に入所している患者
に訪問して行った場合 45点

3 については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者※を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月 4 回に限り、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定する。

[※対象患者]

- (1) 地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム等）に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）のサービスを受けている患者
- (2) 介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合（当該施設等の医師以外の医師が、専門的な薬学的管理を必要とする薬剤に係る処方箋を発行した場合に限る）

高齢者施設における調剤報酬の取扱いの見直し

		介護医療院	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)
施設配置基準	医師	○ Ⅰ型: 3以上 / 48:1以上 Ⅱ型: 1以上 / 100:1以上	○ 1以上	○ 必要数 (非常勤可)
	薬剤師	○ Ⅰ型: 150:1 以上 Ⅱ型: 300:1 以上	○ 適当数 (300:1)	×
薬剤管理の現状等		・ 自施設の医師・薬剤師等が薬剤管理を実施 ・ 抗がん剤・抗ウイルス剤・麻薬等の一部の薬剤については、往診を行う医師が処方する場合は、薬剤費について医療保険による給付が可能 (処方箋の交付も可能)		・ 薬局の薬剤師が訪問し、服薬管理指導を実施 (服薬管理指導料 3) ・ 末期の悪性腫瘍の患者に対しては、計画に基づく訪問薬剤管理指導が可能
調剤報酬	現行	交付された処方箋を応需しても算定不可		算定可能
	改定後	算定可能※1		算定可能 ショートステイの利用者も算定可能

※ 1 : 施設の医師以外の医師が高度な薬学的管理を必要とする薬剤 (※ 2) に係る処方箋を発行した場合に限り、以下の調剤報酬が算定できる
調剤基本料、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料 3、外来服薬支援料 2、薬剤料、特定保険医療材料料

※ 2 : 抗悪性腫瘍剤の費用、H I F - P H 阻害剤の費用、疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用、抗ウイルス剤 (B 型肝炎又は C 型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は H I V 感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) の費用

特別養護老人ホームの職員と連携した服薬支援の評価

施設連携加算

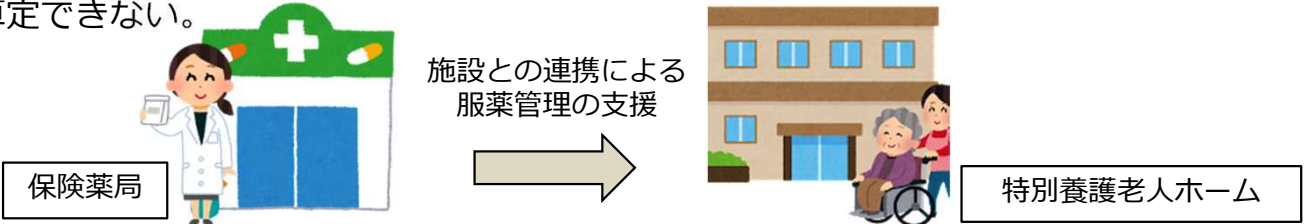
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の施設職員と協働して、日常の服薬管理が容易になるよう薬学的観点から支援や指導等を実施することの評価を新設する。

（新）外来服薬支援料2 施設連携加算 50点（月に1回に限り）



〔主な算定要件〕

- （1）当該患者の服薬状況等に基づき継続的に適切な服薬が行えるよう、特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な以下の場合に限り、外来服薬支援料2に加えて算定する。
 - ア 地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設への入所時であって、服用している薬剤が多く、入所後の服薬管理について当該施設職員と協働した服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - イ 新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった患者のうち、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
 - ウ 患者が服薬している薬剤に関する副作用等の状況、体調の変化等における当該施設職員からの相談に基づき薬剤師が当該患者の服薬状況等の確認を行った結果、これまでの服薬管理とは異なる方法等での服薬支援が必要と薬剤師が認めた場合
- （3）**当該保険薬局が調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤等の調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を行うこと。**
- （4）当該施設職員との協働した服薬管理については、**施設における患者の療養生活の状態を薬剤師自らが直接確認し**、薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診に関する情報、患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）、重複服用、相互作用、実施する服薬支援措置、施設職員が服薬の支援・管理を行う上で留意すべき事項等に関する確認等を行った上で実施すること。
- （5）単に当該施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設の職員に対して服薬の支援・管理に関する情報共有等を行ったのみの場合は算定できない。



新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

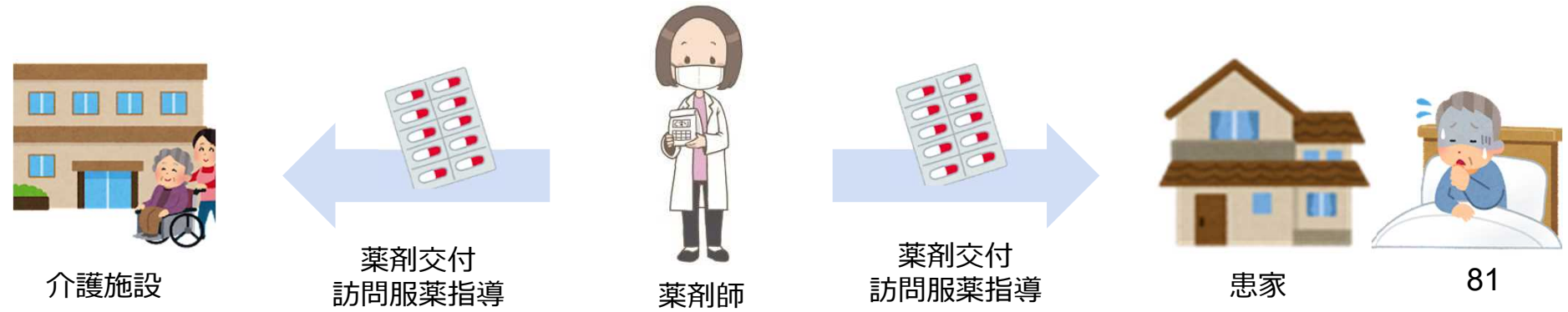
- 新興感染症等の自宅及び施設入所の患者に対して、医師の処方箋に基づき、薬剤師が自宅・宿泊療養者等を訪問して薬剤交付・服薬指導した場合に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定できることとする。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 500点（1回に限り）



[算定要件]

- (1) 感染症法に規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、**当該保険薬局の薬剤師が患家又は当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合**には、1を算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。
- (2) 計画的な訪問薬剤管理指導の実施の有無によらず算定できる。
- (3) 服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。



調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
 - ①医療従事者の賃上げ
 - ②調剤基本料等の体制評価
2. 質の高い在宅業務の推進
3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・
薬剤師業務の評価の見直し
4. その他の改定事項
5. 地方厚生局への届出と報告

薬局における服薬指導等の業務の評価の主な見直し項目

かかりつけ薬剤師業務の見直し

- **24時間対応に係る要件の見直し**
 - ・ 休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう見直し
 - ➡ **かかりつけ薬剤師指導料（76点）**
 - ➡ **かかりつけ薬剤師包括管理料（291点）**
- **服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師の場合）の見直し**
 - ・ かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合には、当該保険薬局に勤務する複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）が対応可能となるよう見直し
 - ➡ **服薬管理指導料の特例（59点）**
- **かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲の見直し**
 - ・ 吸入薬指導加算が算定可能となるよう見直し
 - ➡ **吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）**
 - ・ 調剤後のフォローアップを行う調剤後薬剤管理指導料が算定可能となるよう見直し
 - ➡ **調剤後薬剤管理指導料 1・2（60点／月1回まで）**

調剤後のフォローアップ業務の推進

- **糖尿病患者へのフォローアップの充実（対象薬剤の拡大）**
 - ・ 糖尿病患者に対するフォローアップ業務の対象薬剤をインスリン製剤等から糖尿病用剤に拡大
 - ➡ **調剤後薬剤管理指導料 1（60点／月1回まで）**
- **慢性心不全患者へのフォローアップの拡大**
 - ・ 作用機序の異なる複数の循環器用治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対するフォローアップ業務の評価の新設
 - ➡ **調剤後薬剤管理指導料 2（60点／月1回まで）**

多職種との連携の充実

- **医療及び介護に関わる多職種への情報提供の評価**

保険薬局の薬剤師が医療機関等へ情報提供を行った評価の見直し（服薬情報等提供料 2 の評価内容の見直し）

 - ・ 医療機関への情報提供を行った場合の評価（従来どおり）
 - ➡ **服薬情報等提供料 2 イ（20点／月1回まで）**
 - ・ リフィル処方箋を処方した医師へ情報提供を行った場合の評価（明確化）
 - ➡ **服薬情報等提供料 2 ロ（20点／月1回まで）**
 - ・ 介護支援専門員に対して情報提供した場合の評価（新設）
 - ➡ **服薬情報等提供料 2 ハ（20点／月1回まで）**

メリハリを付けた服薬指導の充実

- **ハイリスク薬の服薬指導の評価の見直し**

特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）の服薬指導に対する評価の見直し（新規処方時、用量変更時等に限り算定可能とする）

 - ・ **新たに処方された患者**に対して必要な指導を行った場合
 - ➡ **特定薬剤管理指導加算 1 イ（10点／1回につき）**
 - ・ 用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に応じて必要な指導を行った場合
 - ➡ **特定薬剤管理指導加算 1 ロ（5点／1回につき）**
- **重点的な服薬指導・説明が必要な場合の評価**
 - ・ 特に医薬品の**安全性に関する説明・指導**を行った場合（医薬品リスク管理計画に基づく説明資料、緊急安全性情報等の情報に基づく説明・指導）
 - ➡ **特定薬剤管理指導加算 3 イ（5点／1回につき）**
 - ・ 調剤前に**医薬品の選択に係る情報の説明・指導**を行った場合（選定療養の対象となる先発医薬品を選択する患者、医薬品の供給状況により調剤する医薬品を変更する必要がある患者への説明・指導）
 - ➡ **特定薬剤管理指導加算 3 ロ（5点／1回につき）**

薬剤服用歴の記載

薬学管理料 通則

➤ 薬剤服用歴の記載については、薬学管理料の通則で以下のとおり規定した。

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

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

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

ウ 以下の患者情報並びに当該情報等を踏まえた薬学的管理及び指導の要点

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

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

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

（ニ） 服薬状況（残薬の状況を含む。）

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

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

エ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点

オ 指導した保険薬剤師の氏名

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

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

薬局・薬剤師の休日・夜間対応

○ 地域における薬局の休日、夜間対応としては

- ①地域の休日、夜間の診療にあわせて対応したり、休日、夜間に来局する患者に対応する調剤応需体制
 - ②かかりつけ薬剤師として、かかりつけとしている患者からの相談等に対応する体制
 - ③計画訪問している在宅・施設で療養を受ける患者の体調急変時等に対応する調剤・訪問体制
- といったことが想定される。

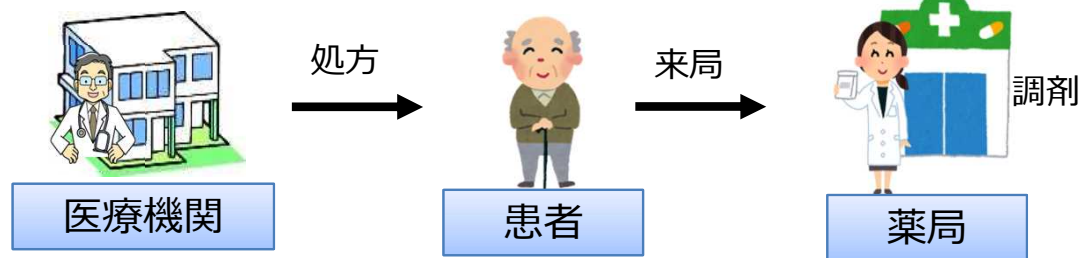
■ 薬局の体制評価に関する休日、夜間対応の要件

地域支援体制加算	在宅薬学総合体制加算
○ 休日、夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制（近隣の薬局との連携可）	○ 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制（在宅協力薬局との連携可）

■ かかりつけ薬剤師指導料の薬剤師に対する夜間・休日対応の要件

かかりつけ薬剤師指導料
○ 患者から休日、夜間を含む時間帯の相談に応じる体制 ○ 原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応するが、当該薬局の別の保険薬剤師が対応も可能

● 地域の休日・夜間の診療にあわせて調剤応需

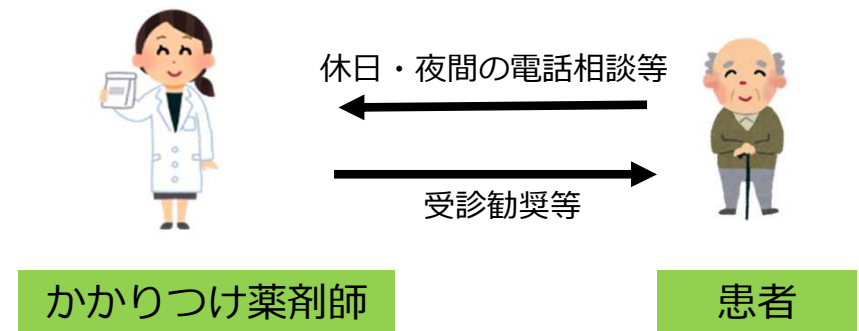


● 在宅等で療養を受ける患者の急変時の対応



● 休日・夜間の調剤、在宅対応についての薬剤師会等を通じた周知
地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対する周知

● かかりつけとしている患者への対応



やむを得ない事由により、問い合わせに応じることができなかった場合は、**薬局単位での対応でも可能。**

→速やかに折り返して連絡することができる体制を整備

かかりつけ薬剤師指導料の業務に係る評価の見直し

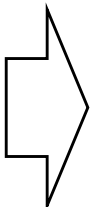
- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の薬剤師としての24時間対応に係る要件について、休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう見直しを行う。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】

(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う

エ 患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。



改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】

(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う

エ 患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導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しても差し支えない。ただし、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が対応した場合には、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制がとられていること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所に対応する場合にあつては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。

- 吸入薬に係る情報提供、服薬指導は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の内容とは異なることから、かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合でも吸入薬指導加算を算定可能とする。

（新）かかりつけ薬剤師指導料 吸入薬指導加算 30点（3月に1回）

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

（新）調剤後薬剤管理指導料 1（糖尿病患者） 60点（月に1回）

（新）調剤後薬剤管理指導料 2（慢性心不全患者） 60点（月に1回）

服薬管理指導料の特例の見直し（かかりつけ薬剤師指導料関連）

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

現行	改定後
【服薬管理指導料】 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師は 1 名までの保険薬剤師に限る	【服薬管理指導料】 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） あらかじめ患者が選定した当該保険薬局に勤務する他の保険薬剤師は <u>当該保険薬局における常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）であれば複数人で対応可能</u>

[算定対象]
当該保険薬局における直近の調剤において、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者

[施設基準]
「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。

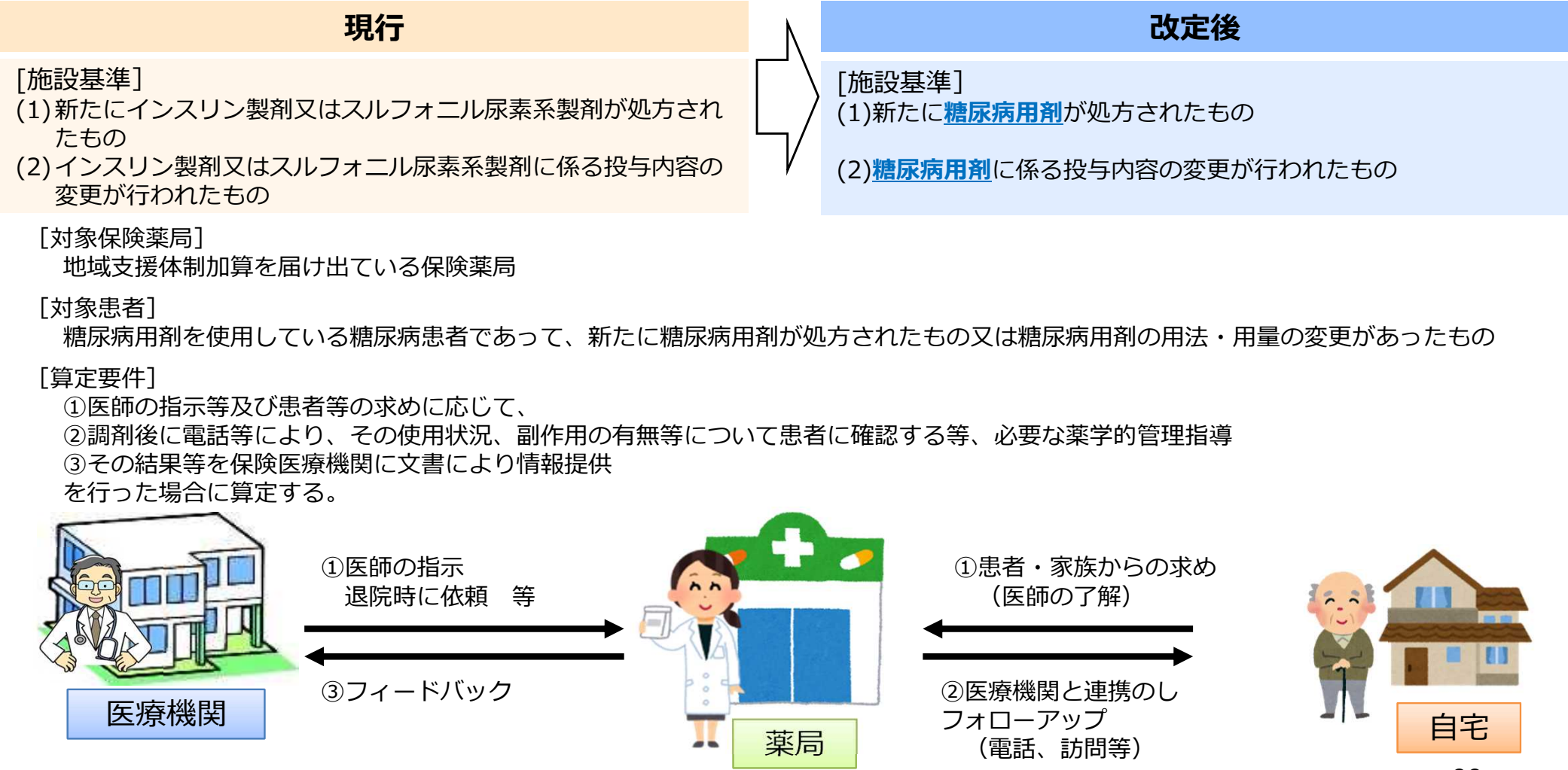
- (1) 保険薬剤師として 3 年以上の薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を 1 年以上有する場合、1 年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
- (2) 当該保険薬局に継続して 1 年以上在籍していること。
- (3) 当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第23条第 1 項若しくは第 3 項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週 4 日以上である場合を含む。）勤務していること。
- (4) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
- (5) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

糖尿病患者の調剤後フォローアップの見直し

➤ 現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象となる糖尿病薬の範囲を拡大し、医療機関と薬局が連携して糖尿病患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。

(新) 調剤後薬剤管理指導料

1 糖尿病患者に対して行った場合



慢性心不全患者の調剤後フォローアップの評価の新設

➤ 現行の服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算について、対象患者を慢性心不全患者に拡大し、医療機関と薬局が連携して慢性心不全患者の治療薬の適正使用を推進する観点から評価体系を見直し、当該加算を調剤後薬剤管理指導料として新設する。

(新) 調剤後薬剤管理指導料

2 慢性心不全患者に対して行った場合

60点 (月に1回)

[対象保険薬局]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

[対象患者]

心疾患による入院歴のある作用機序が異なる複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全患者

[参考] 関連するガイドライン※に記載されている治療薬

- ・アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤 (ARB)/アンジオテンシン変換酵素 (ACE) 阻害剤
- ・β1受容体遮断薬
- ・ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬 (MRA)
- ・ナトリウム・ブドウ糖共輸送担体2 (SGLT2) 阻害薬
- ・アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬 (ARNI) 等

※出典：「急性期・慢性心不全ガイドライン」(2021年 日本循環器学会/日本心不全学会合同ガイドライン フォーカスアップデート版)

[算定要件]

- ①医師の指示等及び患者等の求めに応じて、
- ②調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導
- ③その結果等を保険医療機関に文書により情報提供を行った場合に算定する。



医療機関

①医師の指示
退院時に依頼 等



③フィードバック



薬局

①患者・家族からの求め
(医師の了解)



②医療機関と連携した
フォローアップ
(電話、訪問等)

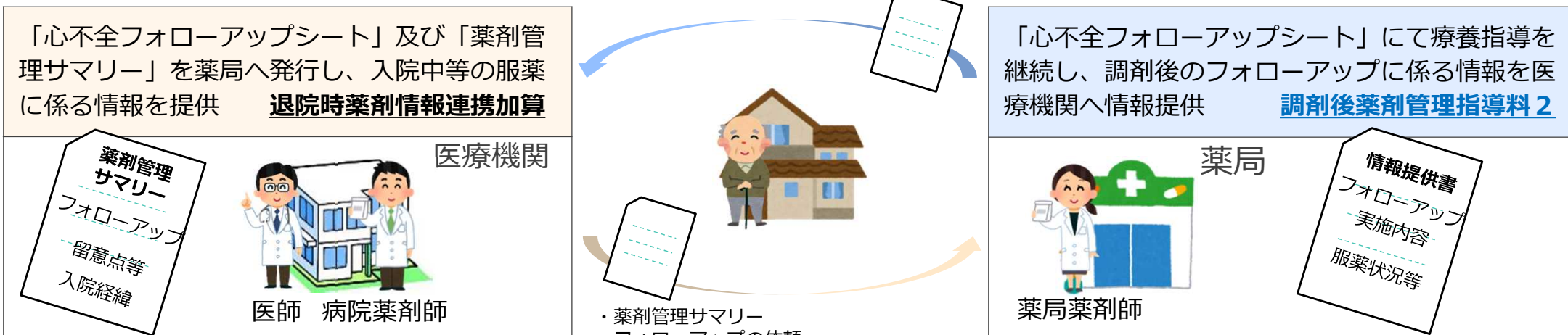


自宅

慢性心不全患者に対する連携の取組イメージ

- 退院時の医療機関からの情報に基づき、薬局は退院後に継続した患者フォローアップを実施することで、症状の悪化・再入院の回避等につなげることが期待できる。

■心不全における医療機関と薬局の連携体制の例



■「心不全フォローアップシート」

《以下のチェック項目を確認》

1. 薬の飲み忘れの有無
2. 塩分過剰摂取の有無
3. 過労の有無
4. 禁煙の実施
5. 節酒の実施
6. 体重測定の有無
7. 浮腫の確認
8. 労作時の息切れの確認
9. BNPの推移
10. 心不全増悪時の受診目安の理解

■薬局での「心不全フォローアップシート」活用事例

直近2週間の聞き取りを行ってください	退院1か月後	2か月後	3か月後	5か月後
●薬を飲み忘れることはありますか？	なし／ほとんどなし 月に1回	なし／ほとんどなし 月に1回	なし／ほとんどなし 月に1回	なし／ほとんどなし 月に1回
●塩分の摂りすぎに注意していますか？	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●汁物は1日1杯までにし、 麺類では汁を残すようにしていますか？	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●漬物を控えていますか？	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●外食や加工食品を控えていますか？	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●日常生活で過労しないよう注意していますか？	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●禁煙はできていますか？	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●節酒はできていますか？ (日本酒1合、ビール500mLまで)	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●毎日の体重測定を行っていますか？	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●毎日の浮腫の確認を行っていますか？	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ
●体重	(58 Kg)	(58 Kg)	(58 Kg)	(59 Kg)
●労作時の息切れはありませんか？	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
●就寝時に呼吸苦や、苦しくて横になれないことはありますか？	なし／あり	なし／あり	なし／あり	なし／あり
●BNP(心臓に負担がかかる上昇 前回の比較)	150Pg/mL	132Pg/mL	112Pg/mL	88.3Pg/mL
●心不全増悪時の受診の目安を知っていますか？ (1週間での2Kgの体重増加、浮腫の悪化、 息切れの悪化、夜間呼吸困難の出現)	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ	はい／いいえ

- ✓ 来局時に心不全フォローアップシートを用いて、退院後のセルフケアの状況を確認。
- ✓ セルフケアが十分できていない場合は、薬剤師が、セルフケアの必要性を説明。



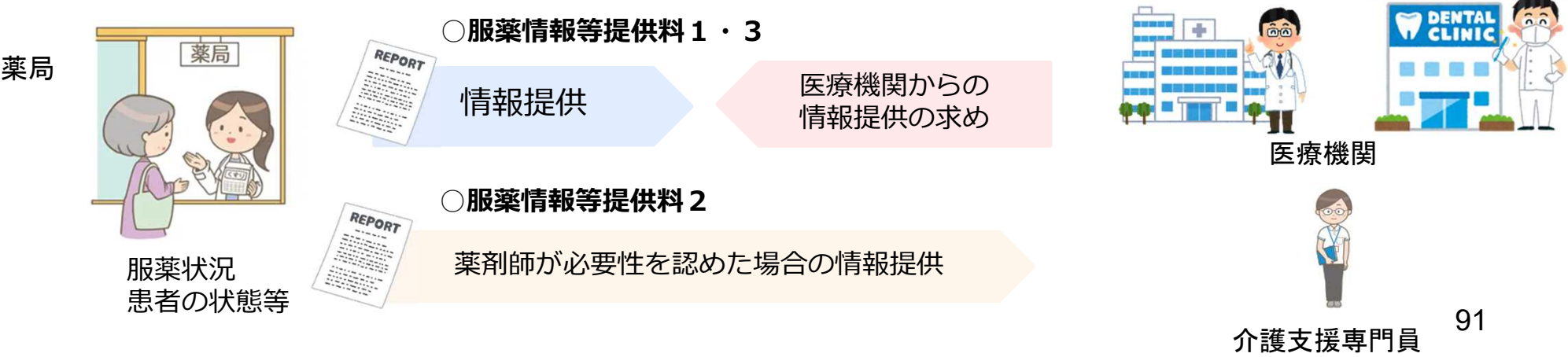
再入院の回避

※「心不全フォローアップシート」は滋賀県における事例をもとに作成

薬局から医療機関等への情報提供に係る評価（服薬情報等提供料）

- 服薬情報等提供料 1 30点
 - 医療機関（医科、歯科）からの求めによる医療機関への情報提供
- 服薬情報等提供料 2（評価の見直し） ※患者等に対する情報提供に伴う評価は廃止
 - 薬剤師が必要性を認めた場合における以下に対する情報提供
 - イ 医療機関（医科、歯科）への情報提供 20点
 - ロ リフィル処方箋調剤に伴う処方医への情報提供 20点
 - ハ 介護支援専門員への情報提供 20点
- 服薬情報等提供料 3 50点
 - 入院前の患者に関する医療機関への情報提供

（残薬に係る情報提供の留意点）
残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載するとともに、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。



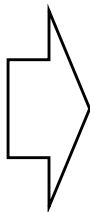
薬局の歯科医療機関への情報提供

➤ 保険医療機関からの求めによる情報提供に歯科医療機関が含まれることを明確化。

現行

【服薬情報等提供料】

- (2) 服薬情報等提供料1は、保険医療機関から(5)のアから又はウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、その後の残薬が生じないために必要な内容とすべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。
- (3)～(7) 略
- (8) 保険医療機関への情報提供については、患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみの算定とする。ただし、複数の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。



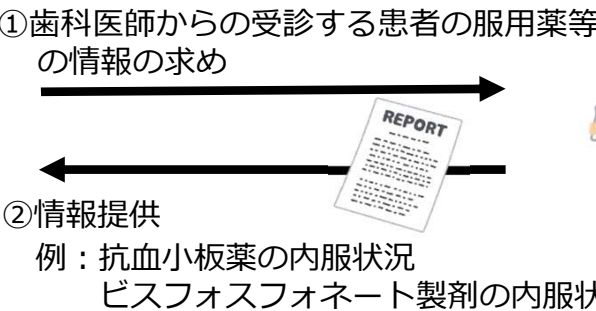
改定後

【服薬情報等提供料】

- (2) 服薬情報等提供料1は、保険医療機関から(5)のアからウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載すべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。
- (3)～(7) 略
- (8) 保険医療機関への情報提供については、次の場合に算定する。
 - ア 略
 - イ 複数の保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。
 - ウ 処方箋を発行していない保険医療機関の医師又は歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、必要に応じて処方箋を発行した医療機関の医師又は歯科医師に対して同様の服薬情報等を提供すること。この場合においては、当該保険医療機関の医師又は歯科医師ごとに月1回に限り算定できる。

歯科診療報酬 (新) 診療情報等連携共有料1

歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、保険薬局が有する服用薬の情報等について、当該保険薬局に文書等により提供を求めた場合の評価
(保険薬局該当箇所のみ掲載)



服薬情報等提供料の評価の見直し

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

現行	改定後
【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 2 20点 注2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者若しくはその家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。	【服薬情報等提供料】 服薬情報等提供料 2 イ 保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合 20点 ロ リフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合 20点 ハ 介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合 20点 注2 2については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月1回に限り算定する。

※患者又はその患者等への情報提供は廃止し、緊急安全性情報等の安全に関する情報提供は「特定薬剤管理指導3」として評価を見直し

- [主な算定要件]
- (1) 服薬情報等提供料「2のイ」
保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴等に基づき患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合
 - (2) 服薬情報等提供料「2のロ」
保険薬局の薬剤師がリフィル処方箋に基づく調剤後、処方医に対して当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合
 - (3) 服薬情報等提供料「2のハ」
保険薬局の薬剤師が情報提供の必要性を認め、介護支援専門員に対して、患者の服薬状況等を踏まえた薬学的な分析に基づき、特に必要な情報を文書等により提供した場合

特定薬剤管理指導加算1の評価の見直し（ハイリスク薬の指導）

➤ 特定薬剤管理指導加算1について、ハイリスク薬等の特に重点的な服薬指導が必要な場合における業務実態を踏まえ、算定対象となる時点等を見直し、明確化する。

現行		改定後
【特定薬剤管理指導加算1】 特定薬剤管理指導加算1	10点	【特定薬剤管理指導加算1】 <u>特定薬剤管理指導加算1</u> <u>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</u> <u>対して必要な指導を行った場合</u> <u>10点</u> <u>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、</u> <u>患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて</u> <u>指導を行った場合</u> <u>5点</u>

〔主な算定要件〕

- (1) 「イ」については、新たに当該医薬品が処方された場合に限り、算定することができる。
- (2) 「ロ」については、次のいずれかに該当する患者に対して指導を行った場合をいう。
 - ア 特に安全管理が必要な医薬品の用法又は用量の変更に伴い保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者
 - イ 患者の副作用の発現状況、服薬状況等の変化に基づき保険薬剤師が必要と認めて指導を行った患者
- (3) 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、保険薬剤師が必要と認める薬学的管理及び指導を行うこと。この場合において、当該加算は処方箋受付1回につきそれぞれ1回に限り算定する。なお、「イ」及び「ロ」のいずれにも該当する場合であっても、重複して算定することはできない。
- (4) 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴等に記載すること。
なお、従来と同一の処方内容の場合は、「ロ」として特に指導が必要と保険薬剤師が認めた場合に限り算定することができるが、この場合において、特に指導が必要と判断した理由と指導の要点を薬剤服用歴等に記載すること。

重点的に丁寧な説明が必要となる場合の評価

- 服薬指導を行う際に、特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合における評価の新設
 - ①特に安全性に関する情報活用が必要となる、医薬品リスク管理計画に基づく説明資料を活用する場合及び緊急安全性情報等の医薬品の安全性に関する情報を提供する場合
 - ②長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして導入された選定療養の対象となる品目が処方された患者に対する制度の説明が必要な場合等

（新）特定薬剤管理指導加算3 5点

- イ 特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合**
- ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合**

[主な算定要件]

- (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、以下の場合をいう。
 - ・RMPの策定が義務づけられている医薬品について、当該医薬品を新たに処方された場合に限り患者又はその家族等に対し、RMPに基づきRMPに係る情報提供資料を活用し、副作用、併用禁忌等の当該医薬品の特性を踏まえ、適正使用や安全性等に関して十分な指導を行った場合
 - ・処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合
- (3) 「ロ」については、以下の場合をいう。
 - ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合
 - ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

医薬品リスク管理計画（RMP）に基づいた薬学的管理

RMP活用

RMPを用いた分析及び評価

【調剤管理料】（見直し）

【算定要件】

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

「医薬品リスク管理計画」

重要な特定されたリスク

重要な潜在的リスク

重要な不足情報

リスク最小化活動の概要

1. 安全に関する事項	頁	2. 医薬品安全性監視計画の概要	頁
【重要な特定されたリスク】		追加の医薬品安全性監視活動	24
重篤な感染症（結核、肺念、ニューモシスチス肺炎、敗血症、日和見感染症を含む）	4	特定使用成績調査（開錠リウマチ）	24
重篤な副作用	5	特定使用成績調査（増殖性大腸炎）	25
肝中減少、リンパ球減少、ヘモグロビン減少	7	製造販売後試験（増殖性大腸炎）	26
【重要な潜在的リスク】		3. 有効性に関する調査・試験の計画の概要	
重篤な副作用	14	なし	—
【重要な不足情報】		4. リスク最小化計画の概要	
なし	—	追加のリスク最小化活動	29

各項目の内容は RMP の本文でご確認ください。

「医療関係者向け資料」

医療関係者の方へお願い

錠の注意を要する副作用とその対策

— 間質性肺疾患 —

本剤投与により、間質性肺疾患(ILD)があらわれ、死亡に至った症例も報告されているので、次の事項に注意してください。

適切な患者選択

患者指導

慎重なモニタリング

22元コードをカメラで読み取りサイトにアクセスしてください。

RMPに係る資料の活用

RMP患者向け資料を用いた指導

（新）特定薬剤管理指導加算3

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

- RMPの追加のリスク最小化活動の一環として作成・配布される資料（RMP資料）は当該医薬品の安全対策上、通常の添付文書等による情報提供に加え、**個々の医薬品の特性に合わせた情報を医療関係者・患者に提供することが必要と判断された場合に作成されるものである。**
- 該当する資料には「**RMPマーク**」が表示されている。

医薬品リスク管理計画 (RMP)

本資料はRMPの一環として位置付けられた資料です



「患者向け資料」

RMP

錠を服用される患者さんへ

錠の服用中に

「間質性肺疾患」があらわれることがあります。

以下のような症状が見られた場合には、**服用を中止し、速やかに**治療を受けている医療機関に連絡してください。

□ 階段を登ったり、少し無理をしたりすると息切れがする・息苦しくなる

□ 空咳(痰のない咳)が出る

□ 発熱する など

※間質性肺炎・肺臓炎とよばれることがあります

調剤管理料に関連する見直し

- 薬剤師が調剤時に薬剤服用歴や医薬品リスク管理計画等の情報に基づき薬学的分析及び評価を行うことを算定要件に加える。

現行

【調剤管理料】
調剤管理料
〔算定要件〕
(新設)



改定後

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

- 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算について、
薬剤師から処方医への照会により残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す。
※在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の「□ 残薬調整に係るものの場合」についても同様の見直しを実施（30点→20点）。

現行

【調剤管理料】
重複投薬・相互作用等防止加算
イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
□ 残薬調整に係るものの場合 30点



改定後

【調剤管理料】
重複投薬・相互作用等防止加算
イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
□ 残薬調整に係るものの場合 20点

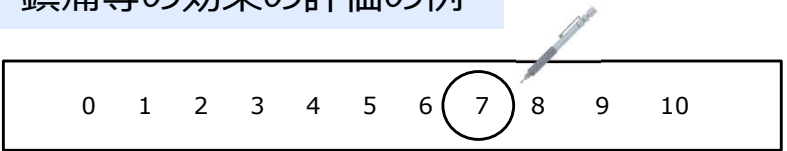
算定する場合においては、残薬及び重複投薬が生じる理由を分析するとともに、処方医に対して連絡・確認する際に必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。

麻薬管理指導における評価等の方法の明確化

➤ 麻薬管理指導加算について、疼痛緩和の評価等の実施に当たり参考となる緩和ケアに関するガイドラインを示すとともに、薬剤交付後のフォローアップの方法を明確化する。

現行	改定後
【麻薬管理指導加算】 [算定要件] (新設)	【麻薬管理指導加算】 [算定要件] <u>(2) 電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。</u> <u>(3) 麻薬による鎮痛等の効果や患者の服薬中の体調の変化の有無の確認等に当たっては、「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）等の緩和ケアに関するガイドラインを参照して実施すること。</u>

鎮痛等の効果の評価の例



疼痛の強さをNRS (Numerical Rating Scale)で表してもらう。
現在の強さ、24時間を平均した場合の強さ、1日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に0～3点を軽度の疼痛、4～6点を中等度の疼痛、7点以上を強い疼痛と考える。

出典：「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）

服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料（全体）

服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料

➤ 服薬管理指導料	
1 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	4 5 点
2 1 の患者以外の患者に対して行った場合	5 9 点
3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	4 5 点
4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	
イ 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	4 5 点
ロ イの患者以外の患者に対して行った場合	5 9 点
➤ かかりつけ薬剤師指導料	7 6 点
➤ かかりつけ薬剤師包括管理料	2 9 1 点
➤ 特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）	5 9 点

服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料の加算※

◆ ハイリスク薬に対する薬学的管理指導【見直し】

特定薬剤管理指導加算 1 イ（10点／1回につき）

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

特定薬剤管理指導加算 1 ロ（5点／1回につき）

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

◆ がん患者に対する薬学的管理指導

特定薬剤管理指導加算 2（100点／月 1 回まで）

レジメンを確認し、必要な薬学管理・指導を行った上で、副作用の有無等を確認し、結果を医療機関に情報提供した場合に算定

◆ 重点的に指導が必要な場合の薬学的管理指導【新設】

特定薬剤管理指導加算 3 イ（5点／1回につき）

RMPの基づく資材を用いて患者に説明を行った場合に算定

特定薬剤管理指導加算 3 ロ（5点／1回につき）

選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者、
医薬品の供給の状況が安定していないため別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合に算定

◆ 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児服薬指導加算（12点／1回につき）

患者又はその家族に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載した場合に算定

◆ 医療的ケア児に対する薬学的管理及び指導

小児特定加算（350点／1回につき）

患者又はその家族に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載した場合に算定

◆ 麻薬に対する管理指導【見直し】

麻薬管理指導加算（22点／1回につき）

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、必要な薬学的管理・指導を行った場合に算定

◆ 吸入薬に対する薬学的管理指導【見直し】

吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）

喘息等の患者に吸入手技の指導を行い、結果を医療機関に情報提供した場合に算定

※かかりつけ薬剤師包括管理料の点数には当該加算が含まれる

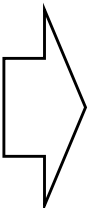
休日加算・深夜加算における要件の明確化

➤ 地域の行政機関からの要請を受けて開局して対応した場合に休日加算・深夜加算が算定できることを明確化する。

現行

【休日加算】

(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、
①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。
① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者



改定後

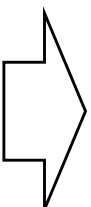
【休日加算】

(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、
①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。
① 地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者
・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、
輪番制による休日当番保険薬局の場合
・感染症対応等の一環として地域の行政機関の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合

現行

【深夜加算】

(イ) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、
①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。
① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者



改定後

【深夜加算】

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

自家製剤加算の評価の見直し

- 薬剤調製料における薬剤調製行為の評価を整理する観点から、嚥下困難者用製剤加算に係る評価を廃止して、飲みやすくするための製剤上の調製を行った場合の評価を自家製剤加算における算定のみとする。

現行

【嚥下困難者用製剤加算】

注2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。



改定後

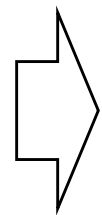
(削除)

- 自家製剤加算について、医薬品供給に支障が生じている際に不足している医薬品の製剤となるよう他の医薬品を用いて調製した場合も評価できるように改正する。

現行

【自家製剤加算】

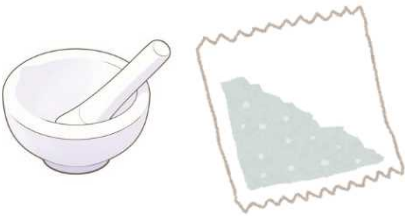
ウ 「注6」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。



改定後

【自家製剤加算】

ウ 「注6」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄に調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。



(例) ドライシロップが供給不足で入手できない状況下において、同成分のカプセル剤の脱カプセルによる内容物をもとに賦形剤を加え散剤とする場合

医薬品安定供給に向けた薬局の取組

- 医薬品の供給拠点として体制の評価を行うとともに医薬品の供給不足に係る患者への説明等について薬局での業務実態に基づき評価の見直しを行った。

医薬品の供給拠点としての評価

調剤基本料（見直し）

医薬品の備蓄等の地域の医薬品供給拠点として役割を担い、地域の医療に貢献するための体制評価の充実

後発医薬品調剤体制加算

後発医薬品の使用を推進する薬局の体制評価を維持

薬局間での医薬品の融通

地域支援体制加算（見直し）

地域の保険薬局に対する在庫状況の共有、医薬品の融通について要件追加

患者への説明・指導

（新）特定薬剤管理指導加算3口

医薬品の供給に支障が生じている際に別の医薬品に変更となった患者に対して説明を行った場合の評価を新設

代替の薬剤の調製（錠剤の粉碎等）

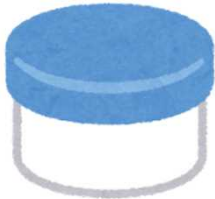
自家製剤加算（見直し）

医薬品の供給に支障が生じている際に不足している医薬品の製剤となるように他の医薬品を用いて調製した場合においても算定可能とする見直し

投薬用の容器に関する取扱いの見直し

投薬・使用薬剤料

- 投薬時における薬剤の容器等については、衛生上の理由等から薬局において再利用されていない現状を踏まえ、患者が医療機関又は薬局に当該容器を返還した場合の実費の返還の取扱いを廃止する。



現行

(医科診療報酬点数表)
【第5部 投薬】
<通則>

投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費を求めて容器を交付できるが、**患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。**

(調剤報酬点数表)
【薬剤料】

区分20 使用薬剤料

投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、**患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部分が再使用できるものについては当該実費を返還する。**なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

改定後

(医科診療報酬点数表)
【第5部 投薬】
<通則>

投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。

(調剤報酬点数表)
【薬剤料】

区分20 使用薬剤料

投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

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。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、①**銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、②**一般名処方の場合**は、**選定療養の対象とする**。
- ただし、①**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、②**薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**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**。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、
 - ① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後5年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後5年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。
 - ② また、**後発品上市後5年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**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**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の1相当分**とする。

調剤報酬改定の概要

- 1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
 - ①医療従事者の賃上げ
 - ②調剤基本料等の体制評価
- 2. 質の高い在宅業務の推進
- 3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・
薬剤師業務の評価の見直し
- 4. その他の改定事項
- 5. 地方厚生局への届出と報告

医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し及び対象地域の見直し

対象地域の見直し

- 医療資源の少ない地域に配慮した評価を適切に推進する観点から、第8次医療計画における二次医療圏の見直しの予定等を踏まえ、医療資源の少ない地域の対象となる地域を見直す。

【調剤基本料の注1ただし書】

- ・基本診療料の施設基準等別表六の二に規定する地域であること。等

[別表 六の二]

現行

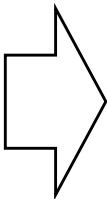
【対象地域】

- ・ 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
- ・ 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
- ・ 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
- ・ 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
- ・ (新設)
- ・ 島根県大田市及び邑智郡の地域

改定後

【対象となる入院料等】

- ・ (削除)
- ・ (削除)
- ・ 秋田県大仙市、仙北市、美郷町、横手市、湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
- ・ 石川県輪島市、珠洲市、穴水町及び能登町の地域
- ・ (削除)



[経過措置]

令和6年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、**令和8年5月31日**までの間、なお効力を有するものとする。

医療資源の少ない地域（令和6年度診療報酬改定）

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市及び住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村及び洋野町
秋田県	県南	大仙市、仙北市、美郷町、 <u>横手市</u> 、湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	<u>能登北部</u>	<u>輪島市、珠洲市、穴水町、能登町</u>
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町
長野県	木曽	木曽郡
	大北	大町市及び北安曇野郡
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市及び白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町及び豊根村
滋賀県	湖北	長浜市及び米原市
	湖西	高島市
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町及び飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡
	奄美	奄美市、大島郡
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

特別調剤基本料の見直し

特別調剤基本料の見直し

➤ 特別調剤基本料についてA及びBの区分を設け、評価を見直す。

(新) 特別調剤基本料A
(いわゆる同一敷地内薬局)

5点

[施設基準]
保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が**五割**を超えること

【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】
【在宅薬学総合体制加算】
[算定要件]
特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の**100分の10**に相当する点数

【連携強化加算】
[算定要件]
特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。

【特定薬剤管理指導加算2】 【吸入薬指導加算】
【服用薬剤調整支援料2】 【外来服薬支援料1の注2】
【調剤後薬剤管理指導料】
[算定要件]
特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は算定できない。

【使用薬剤料】
[算定要件]
特別調剤基本料Aを算定する薬局において、処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

(新) 特別調剤基本料B
(調剤基本料の届出がない薬局)

3点

[施設基準]
調剤基本料1、2、3のイ、ロ、ハ及び特別調剤基本料Aのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。

【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】 【連携強化加算】
【在宅薬学総合体制加算】 【医療DX推進体制整備加算】
[算定要件]
特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は算定できない

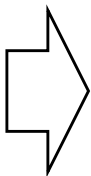
【調剤管理料】 【服薬管理指導料】 【かかりつけ薬剤師指導料】
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 【外来服薬支援料】
【服用薬剤調整支援料】 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 【在宅患者緊急時等共同指導料】
【退院時共同指導料】 【服薬情報等提供料】 【調剤後薬剤管理指導料】
【在宅移行初期管理料】
[算定要件]
特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は算定できない

【使用薬剤料】
[算定要件]
区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する薬局において、処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

敷地内薬局における評価の見直し

- 特別調剤基本料についてA（いわゆる同一敷地内薬局）及びB（調剤基本料の届出がない薬局）の区分を設け、評価を見直す。
- 特別調剤基本料Aを算定する保険薬局においては、特別な関係を有する医療機関への情報提供等に係る評価を見直す。
- 医療機関の多剤処方時の薬剤料と同様に、敷地内薬局においても多剤調剤時の薬剤料を減額する規定を設ける。

現行		改定後
特別調剤基本料 7点 【施設基準】 特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること 【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】 それぞれの点数の100分の80に相当する点数 【薬学管理料】 特別な関係を有する保険医療機関への情報提供を行った場合は、服薬情報等提供料を算定できない。		特別調剤基本料A 5点 【施設基準】 特別調剤基本料Aについては、特別な関係を有する保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が <u>五割</u> を超えること 【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】 【在宅薬学総合体制加算】 それぞれの点数の <u>100分の10</u> に相当する点数 【連携強化加算】 <u>特別な関係を有する保険医療機関が外来感染対策向上加算又は感染対策向上加算の届出を行った保険医療機関である場合においては算定できない。</u> 【薬学管理料】 特別な関係を有する保険医療機関への情報提供を行った場合は、服薬情報等提供料、 <u>特定薬剤管理指導加算2、吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料2、外来服薬支援料1の注2及び調剤後薬剤管理指導料を算定できない。</u> 【薬剤料】 <u>7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する</u>

医療機関における敷地内薬局に関する評価の見直し

- 1月あたりの処方箋の交付が平均4,000回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が9割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。
【処方箋料】
注9 1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。

令和6年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

- いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

- 平成28年に「保険薬局の独立性と患者の利便性」の両立を図る観点から保険薬局における構造設備規制を見直したことで、いわゆるフェンス規制が廃止され、医療機関と薬局との間にフェンス等を設ける必要がなくなったことから、公道に面していない医療機関の敷地内に薬局を開設することが可能となったが、以下のような現状がある。

（医療機関と薬局の独立性）

- 医療機関と薬局の独立性の規定は、昭和時代からの双方の不適切な事案を踏まえ、その都度関連規定の見直しが行われ、平成28年には構造設備規制が見直された。
- 昨今、医療機関の敷地内に薬局を開設することが多くなっている中で、医療機関側で薬局開設等を行う事業者に対して公募型プロポーザル方式にて薬局を公募する際の公募要件で、薬局の開局時間や機能の指定、病院の業務の軽減を求める取組を条件することがあるなど、医療機関と独立した機能を持つべき薬局に対して、医療機関側の意向が強く示されている内容が散見される。
- 薬局開設者は300店舗以上のグループによる場合が多く、一部のグループに偏って開設されている。医療機関側も、公募の際に敷地内薬局の運営実績を求めることがあり、開設できる法人が限られる事例もある。
- 構造設備規制の見直し後も保険医療機関と保険薬局の構造上の独立性を確保することが引き続き求められているものの、医療機関の建物に関係する場所に薬局が開設されることで、一体的な構造と認識されてもおかしくない状況になっている。（同一建物に医療機関と薬局が開設している、いわゆる医療モールとは状況が異なり、一体的な要素がかなり強くなっている）
- このような状況が今後さらに進んでいくと、医療機関と薬局との間の独立した関係性に影響を与えかねない。

（敷地内薬局の経営状況）

- 敷地内薬局の経営実態は、損益率が令和4年改定を経ても増加しており、損益額は高い傾向がある。
- 薬局の収益構造に関して、特別調剤基本料を算定している薬局では、薬局の費用としては「医薬品等費」とその他の費用のうち土地賃借料、建物賃借料の費用が、他の基本料を算定している薬局より突出して高い。

（薬局のかかりつけ機能）

- 医療機関の敷地に開設しているにもかかわらず、医療機関から連携先と認識されていない薬局が多く、退院患者に対して、当該薬局が利用先とは考えられていない傾向がある。敷地の医療機関に対応して高度な薬学管理を担う機能を有している場合がある。
- 厚生労働省の薬局関係の会議においても、特定の医療機関に依存する薬局に関しては、患者本位の医薬分業とはならないことが指摘されており、敷地内薬局の実態を踏まえて、議論を進めることとされている。

⇒ 診療報酬においては、令和6年度改定では現状分析を踏まえたこれまでの情報に基づき対応するとともに、今後の敷地内薬局の実態に基づき、次期改定以降でさらなる対応を検討することが考えられる。

妥結率等に係る報告の見直し

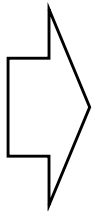
- 令和6年3月に改訂された「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」（流通改善ガイドライン）を踏まえ、現在報告を求めている医療用医薬品の単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況に代えて、取引に係る状況の報告を求めるとともに、流通改善ガイドラインを踏まえた流通改善に関する取組状況について報告を求めるとする。
- ※医科診療報酬点数表の初診料、再診料、外来診療料においても同様の見直し

現行

【調剤基本料】

[算定要件]

- 2 調剤基本料の注4に規定する保険薬局
- (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。
- ア (略)
- イ 医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を地方厚生（支）局長に報告していない保険薬局



改定後

【調剤基本料】

[算定要件]

- 2 調剤基本料の注4に規定する保険薬局
- (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。
- ア (略)
- イ 医療用医薬品の取引価格の妥結率、**取引に係る状況並びに流通改善に係る取組状況**を地方厚生（支）局長に報告していない保険薬局

流通改善ガイドラインの主な改訂内容

- ① 特に医療上の必要性が高い医薬品として**基礎的医薬品、不採算品再算定品等については、価格交渉の段階から別枠とし、単品単価交渉**とすることを明記
- ② これまでも単品単価交渉を行ってきた**新薬創出等加算品等についても引き続き単品単価交渉**を行うことを明記
- ③ **一方的な値引き交渉や同一の納入単価での取引を各卸売業者に求める交渉などは厳に慎む**ことを明記
- ④ 価格交渉を依頼する場合は、**価格交渉を代行する者に対して、流通改善ガイドラインを遵守させる**ことを明記
- ⑤ **当年度内は妥結価格の変更を原則行わないこと。**変更を行うのは期中で薬価改定があるなどの場合と明記

(参考) 新たに報告を求める項目の例

- 医薬品取引に係る状況
- ・価格交渉の方法
 - ・当年度下半期の取引予定
 - ・前年度の取引状況（上半期と下半期を比較した下半期の取引状況）
- 医療用医薬品の流通改善に係る取組状況（流通改善ガイドラインの改訂内容に基づく主な取組事項の確認）
- ・単品単価交渉の状況
 - ・卸売販売業者との値引き交渉（ベンチマークの活用、同一の総値引率を用いた交渉、個々の医薬品の価値を踏まえた価格交渉 等）
 - ・妥結価格の変更
 - ・価格交渉を代行する者に依頼して交渉する場合の確認事項
- 1

研修の実施に関する取扱い

体制整備に係る研修の実施を求める要件

【連携強化加算】

- **感染症に係る最新の科学的知見に基づいた適切な知識を習得**することを目的として、年1回以上、当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修を実施
- **災害の被災状況に応じた対応を習得**する研修
- オンライン服薬指導の実施要領の第4の（5）に基づき、薬局内の保険薬剤師に対して、必要な知識を習得させるための研修（**オンライン服薬指導に特有の知識等を習得させるための研修**）

【在宅薬学総合体制加算】

- 当該学術研修については、**認知症、緩和医療、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項**が含まれていることが望ましい。

【地域支援体制加算】

- 緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制（オンライン診療に伴う調剤に対応することも当然必要なので、緊急避妊薬を調剤する薬剤師に対する研修を受講していることが望ましい。）

※「「オンライン診療の適切な実施に関する指針」を踏まえた緊急避妊に係る診療の提供体制整備に関する薬剤師の研修について（依頼）」（令和2年1月17日医薬・生活局総務課長通知）に基づき実施する研修

調剤報酬改定の概要

1. 地域の医薬品供給拠点としての役割を発揮するための体制評価の見直し
 - ①医療従事者の賃上げ
 - ②調剤基本料等の体制評価
2. 質の高い在宅業務の推進
3. かかりつけ機能を発揮して患者に最適な薬学的管理を行うための薬局・
薬剤師業務の評価の見直し
4. その他の改定事項
5. 地方厚生局への届出と報告

施設基準の届出について

以下の項目については、令和6年6月以降に当該点数を算定するために届出が必要

◆ 新たに施設基準が創設されたもの

- **特別調剤基本料A**（いわゆる同一敷地内薬局に該当する場合）
- **在宅薬学総合体制加算**
- **医療DX推進体制整備加算**

◆ 施設基準が改正されたもの

- **調剤基本料2：**
→ 区分の変更がない場合は届出不要
- **地域支援体制加算：**
→ 令和6年6月1日より新たな施設基準に基づき算定する場合は、**令和6年6月3日（最初の開庁日）**までに届出が必要
- **連携強化加算：**
→ 令和6年6月1日より新たな施設基準に基づき算定する場合は、**令和6年6月3日（最初の開庁日）**までに届出が必要

- ※ 地域支援体制加算に係る施設基準及び実績要件については令和6年8月末日に経過措置期間が終了することから、経過措置を適用する場合は、**本年9月2日（最初の開庁日）までに届出**が必要となる予定。
- ※ 連携強化加算に係る経過措置については、令和6年12月末日に経過措置期間が終了することから、経過措置を適用する場合は、**令和7年1月6日（最初の開庁日）までに届出**が必要となる予定。

※令和6年度改定の施行前（4月・5月）における取扱い

令和6年3月末までの区分で引き続き算定可（区分が変更する場合は届出が必要）

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
 - ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
 - 無菌製剤処理加算の施設基準の届出**について、**施設・設備の平面図の添付を省略**
 - ◆ 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合を行う。
 - 地域支援体制加算の施設基準の届出様式の見直し**
 - ◆ レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行う。
- 施設基準の届出について、現在主に紙で届け出ることとされている施設基準について**電子的な届出を可能にする**ことで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

診療報酬における書面要件の見直し

- 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。
- 具体的には、
 - ・ 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、当該ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。
 - ・ 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

- デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。
 - ※ 自ら管理するウェブサイトを持しない保険医療機関等は対象外。
 - ※ 令和7年5月31日までの間の経過措置を設ける。

経過措置について

	項目	経過措置
1	調剤基本料の注1ただし書に係る地域	令和6年3月31日において、現に改正前の厚生労働大臣が定める地域に存在する保険医療機関が、医療資源の少ない地域の評価に係る届出を行っている場合は、 令和8年5月31日までの間 、なお効力を有するものとする。
2	地域支援体制加算1・2	令和6年5月31日時点で調剤基本料1の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っているものについては、 令和6年8月31日までの間 に限り、1の(1)のアの(イ)の①から⑩、(2)のイ、オ、(3)の工及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
3	地域支援体制加算3	令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算3の施設基準に係る届出を行っているものについては、 令和6年8月31日までの間 に限り、1の(2)のイ、オ、(3)の工及び(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
4	地域支援体制加算4	令和6年5月31日時点で調剤基本料1以外の届出を行っている保険薬局であって、従前の要件を満たしているとして、地域支援体制加算4の施設基準に係る届出を行っているものについては、 令和6年8月31日までの間 に限り、1の(2)のイ、オ、(3)の工、(4)のウ、(6)及び1の(11)のア、ウ、オに規定する要件を満たしているものとする。
5	連携強化加算	令和6年3月31日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、 令和6年12月31日までの間 に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。

<参考> 地域支援体制加算の経過措置に係る施設基準の一覧

(1) アの(イ) 地域医療に貢献する体制を有することを示す(①～⑩)の実績	(11) 地域医療に関連する取組の実施
(2) イ 薬局間連携による医薬品の融通等	ア 一般用医薬品及び要指導医薬品等(基本的な48薬効群)の販売
エ 麻薬小売業者の免許	ウ 緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応
オ 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合70%以上	オ たばこの販売禁止(併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む)
(3) 工 夜間・休日の調剤、在宅対応体制(地域の輪番体制含む)の周知	
(4) ウ 在宅薬剤管理の実績 24回以上	
(6) かかりつけ薬剤師の届出	

施設基準の届出における主な実績要件の取扱い

新規の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出様式
1	調剤基本料	・ 処方箋受付回数 ・ 処方箋集中度	指定当初は要件なし、その後 3 か月の実績（特別調剤基本 料等に該当する場合を除く）	～翌年 5 月末 日まで	様式84
2	地域支援体制加算	・ 在宅患者への指導実績 ・ 服薬情報等提供料 等	直近 1 年の実績		様式87の 3 + 様式 87の 3 の 2
3	在宅薬学総合体制加算	・ 在宅患者への指導実績			様式87の 4
4	後発医薬品調剤体制加算	・ 後発医薬品の調剤数量の割合	直近 3 か月の実績	次月	様式87

継続の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出のタイミング
1	調剤基本料	・処方箋受付回数 ・処方箋集中度	前年5月1日から当年4月末 日までの1年の実績（毎年5 月に判断）	当年6月1日 から翌年5月末 日まで	区分変更時
2	地域支援体制加算	・在宅患者への指導実績 ・服薬情報等提供料 等			地域支援体制加算の 区分変更時
3	在宅薬学総合体制加算	・在宅患者への指導実績 ・かかりつけ薬剤師指導料等			区分変更時
4	後発医薬品調剤体制加算	・後発医薬品の調剤数量の割合	直近3か月の実績（毎月判 断）	次月	区分変更時

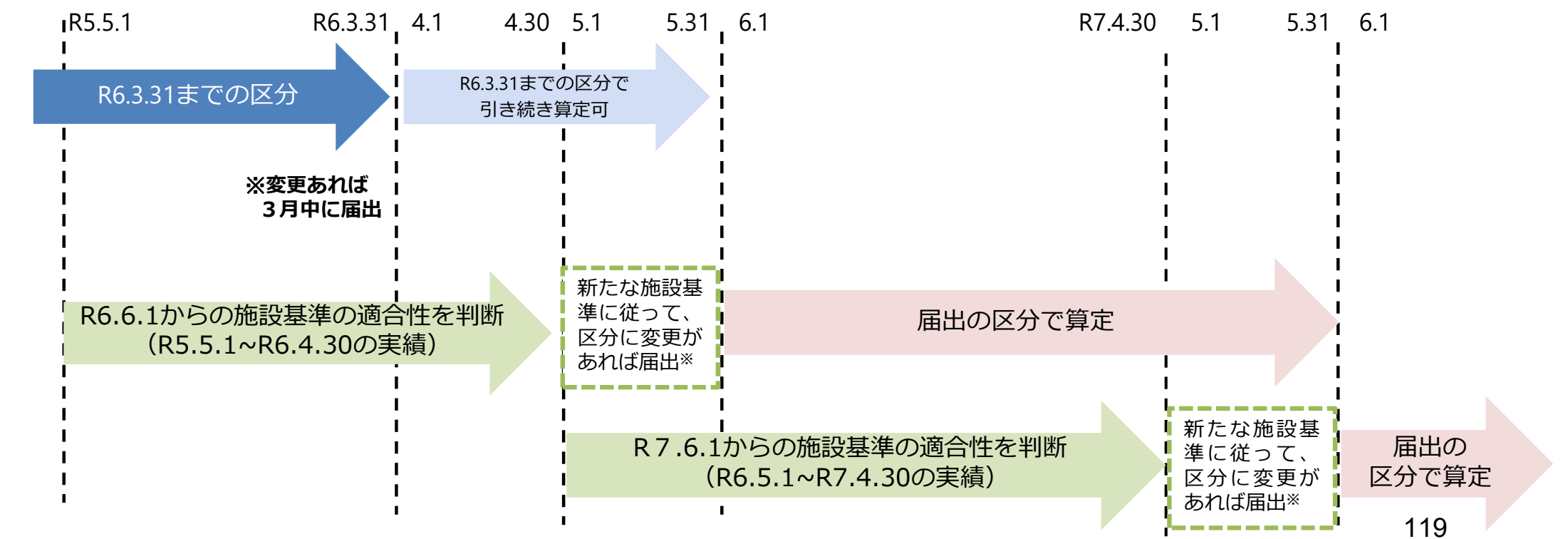
調剤基本料等の届出時期・経過措置（1）

1. 施設基準における届出時期（調剤基本料、地域支援体制加算、在宅薬学総合体制加算（令和6年度改定までは在宅患者調剤加算））
- 基本的な考え方としては、
- （従来）前年3月1日～当年2月末までの実績（当年4月の最初の開庁日までに届出、当年4月1日から算定可能）
- （今後）**前年5月1日～当年4月末までの実績**（当年**6月**の最初の開庁日までに届出、当年**6月1日**から算定可能）
- ※令和6年度改定の施行前（4月・5月）における取扱い

令和6年3月末までの区分で引き続き算定可（区分が変更する場合は届出が必要）

令和6年6月施行以降の区分は、**令和6年5月2日から6月3日**までに届け出ることが必要

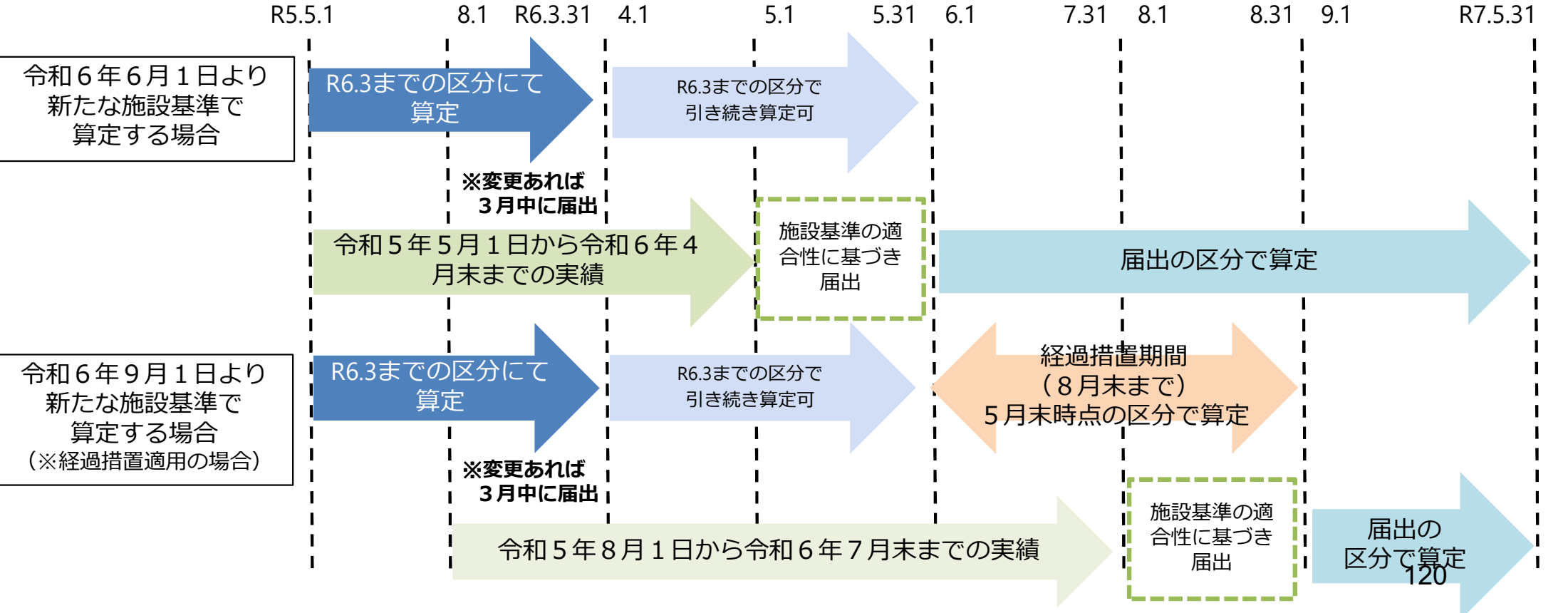
基本料及び加算の適用



調剤基本料等の届出時期・経過措置（2）

2. 令和6年度改定に伴う地域支援体制加算の経過措置と届出時期

- ◆ **令和6年6月1日より新たな施設基準に基づき算定する場合**
令和5年5月1日～令和6年4月末までの期間の実績を**令和6年5月2日から6月3日（最初の開庁日）までに届出**。
- ◆ **今回の改定で新たに追加・変更となった要件**
令和6年8月末まで経過措置が適用（5月末時点の区分による算定が8月末まで可能）
- ◆ **経過措置を適用する薬局**
令和5年8月1日～令和6年7月末までの期間の新基準に基づく実績を**本年9月2日（最初の開庁日）までに届出**



減算に係る実績要件の取扱い

	①減算	②主な要件	③実績要件の判断期間	④減算期間	⑤届出方法
1	未妥結減算 (調剤基本料の注4に係る減算)	①妥結率 ②妥結率、 <u>医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況を未報告</u>	①4月1日から9月末日までの実績 ②11月末までに報告	<u>翌年6月1日から翌々年5月末日</u> (次年度) ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	様式85
2	かかりつけ減算 (調剤基本料の注4に係る減算)	かかりつけ機能に係る基本的な業務の算定回数	<u>前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績</u> (毎年5月に判断)	<u>当年6月1日から翌年5月末日</u> (次年度) ※算定回数の実績を満たした場合は、対象期間であっても減算の対象外となる	届出不要 (随時、自局で判断) ※定例報告により状況を確認
3	手帳減算 (服薬管理指導料の注13)	手帳持参患者の割合	<u>前年5月1日から当年4月末日までの1年の実績</u> (毎年5月に判断)	※手帳減算については直近3か月の割合が50%を上回った場合は減算の対象外となる。	
4	後発医薬品減算 (調剤基本料の注8)	①後発医薬品の調剤数量の割合 ②定例報告を未提出	①直近3か月 (毎月判断)	①次月 ②次回報告月まで ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	

「定例報告」は、8月に行う報告を指す。