（１）次のア又はイを満たす保険薬局であること。
ア　以下の①から②までの要件を全て満たすこと。
①　医療用麻薬について、注射剤●●品目以上を含む●●品目以上を備蓄し､必要な薬剤交付及び指導を行うことができること。
②　無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。
イ　直近１年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注５若しくは注６に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注４若しくは注５に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注４若しくは注５に規定する加算の算定回数の合計が●●回以上であること。
（２）２名以上の保険薬剤師が勤務し、開局時間中は、常態として調剤応需の体制をとっていること。
（３）直近１年間に、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が●●回以上であること。
（４）医薬品医療機器等法第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。
（５）１の基準を満たすこと。

２．在宅患者調剤加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 １～５　（略） ６　外用薬（１調剤につき） 注１～７　（略） （削除） ［施設基準］ （削除）	【薬剤調製料】 １～５　（略） ６　外用薬（１調剤につき） 注１～７　（略） ８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付１回につき15点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 八　薬剤調製料の注８に規定する施

（削除）	設基準 （略） 九　薬剤調製料の注８に規定する患者 （略）

３．在宅患者訪問薬剤管理指導料について、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を週２回かつ月８回までに見直す。

４．調剤基本料の届出を行っていない薬局は、在宅患者訪問薬剤管理指導料及び在宅緊急患者訪問薬剤管理指導料を算定できないものとする。
「Ⅲ－８－④」を参照のこと。

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

定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。 ２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。 注３～９　（略）	２　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注１の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者１人につき、１から３までと合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週２回かつ月８回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師１人につき、１から３までと合わせて週40回に限り算定できる。 注３～９　（略）

５．在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の緊急訪問の回数上限について、末期の悪性腫瘍や注射による麻薬の投与が必要な患者の場合は、現行の月４回から原則として月８回に見直す。

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

改　定　案	現　　行
【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬

剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月８回）に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、算定できない。	剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、１と２を合わせて月４回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。
２～８　（略）	注２～８　（略）
９　１について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　夜間訪問加算　●●点 ロ　休日訪問加算　●●点 ハ　深夜訪問加算　●●点	（新設）

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

「Ⅱ－６－⑦」を参照のこと。

㉙　在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、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（１回に限り）　●●点

［算定要件］

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

（２）在宅移行初期管理料は、以下のア及びイを満たす患者のうち、薬学的管理の観点から保険薬剤師が患家を訪問して特に重点的な服薬支援を行う必要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。

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

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

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

改　定　案	現　　行
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 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　●●点 ロ　残薬調整に係るものの場合　●●点 ２　患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け	【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

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

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

㉚　医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

㉛　高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

第１　基本的な考え方

介護保険施設における適切な薬剤提供や服薬管理等を推進するため、短期入所を含めた介護老人福祉施設入所者に係る薬学管理の評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．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）等の利用者が含まれることを明確化する。

２．介護医療院又は介護老人保健施設に入所中の患者に対して、当該介護老人保険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、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に、服薬管理指導料３を算定できることとする。

３．服薬管理指導料３について、算定回数の上限を設ける。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 １・２　（略） ３　介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合　45点 ４　（略） ［算定要件］ 注１　（略） ２　３については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月●回に限り、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。	【服薬管理指導料】 １・２　（略） 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 ４　（略） ［算定要件］ 注１　（略） ２　３については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の５に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定す

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

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

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

場合に、施設連携加算として月に１回に限り●●点を所定点数に加算する。	

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

○　以下のうち、特に重点的な服薬管理の支援が必要であると薬剤師が判断した場合に実施すること。

(1)施設入所時であって、服用薬剤が多い場合

(2)新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となった場合

(3)副作用等の体調の変化における施設職員からの相談に基づく服薬支援が必要な場合

○　施設における患者の療養生活の状態等を確認した上で当該施設職員と協働して日常の服薬管理が容易になるような支援を実施すること。

○　当該保険薬局が調剤した薬剤以外に調剤済みの薬剤も含めて一包化等の調製を実施すること。

○　単に施設の要望に基づき服用薬剤の一包化等の調製を行い、当該施設職員に対して服薬指導や情報共有等を行ったのみの場合は算定不可。

①　入院時の食費の基準の見直し

第１　基本的な考え方

食材費等が高騰していること等を踏まえ、入院時の食費の基準を引き上げる。

第２　具体的な内容

入院時食事療養（Ⅰ）・（Ⅱ）の費用の額及び入院時生活療養（Ⅰ）・（Ⅱ）のうち食事の提供たる療養の費用の額について、それぞれ１食当たり30円引き上げる。

改　定　案	現　　行
【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第一　食事療養 １　入院時食事療養(Ⅰ)（１食につき） (1)　(2)以外の食事療養を行う場合 670円 (2)　流動食のみを提供する場合 605円 注　（略） ２　入院時食事療養(Ⅱ)（１食につき） (1)　(2)以外の食事療養を行う場合 536円 (2)　流動食のみを提供する場合 490円 注　（略） 第二　生活療養 １　入院時生活療養(Ⅰ) (1)　健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき	【食事療養及び生活療養の費用額算定表】 第一　食事療養 １　入院時食事療養(Ⅰ)（１食につき） (1)　(2)以外の食事療養を行う場合 640円 (2)　流動食のみを提供する場合 575円 注　（略） ２　入院時食事療養(Ⅱ)（１食につき） (1)　(2)以外の食事療養を行う場合 506円 (2)　流動食のみを提供する場合 460円 注　（略） 第二　生活療養 １　入院時生活療養(Ⅰ) (1)　健康保険法第六十三条第二項第二号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第六十四条第二項第二号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という。）（１食につき

） イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 584円 ロ　流動食のみを提供する場合 530円 ⑵　（略） 注　（略） ２　入院時生活療養(Ⅱ) ⑴　食事の提供たる療養（１食につき） 450円 ⑵　（略） 注　（略）	） イ　ロ以外の食事の提供たる療養を行う場合 554円 ロ　流動食のみを提供する場合 500円 ⑵　（略） 注　（略） ２　入院時生活療養(Ⅱ) ⑴　食事の提供たる療養（１食につき） 420円 ⑵　（略） 注　（略）

①　一般不妊治療管理料
及び胚凍結保存管理料の見直し

第１　基本的な考え方

不妊治療を保険診療で実施する医療機関を広げる観点から、一般不妊治療管理料について要件を見直すとともに、不妊治療における胚の凍結保存に係る実態を踏まえ、胚凍結保存管理料について要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．一般不妊治療管理料の施設基準について、「不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。」という要件を医療機関単位の基準から医師単位の基準に見直すとともに、一般不妊治療管理料を算定する保険医療機関についても、生殖補助医療管理料と同様に、情報提供に協力することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【一般不妊治療管理料】 ［施設基準］ イ～ハ　（略） （削除） ［施設基準通知］ (1)　（略） (2)　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。また、そのうち１名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。 （削除） (3)　（略）	【一般不妊治療管理料】 ［施設基準］ イ～ハ　（略） ニ　一般不妊治療を行うにつき必要な実績を有していること。 ［施設基準通知］ (1)　（略） (2)　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。 (3)　当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。 (4)　（略）

(4)　国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。 （削除）	（新設） (5)　令和４年９月 30 日までの間に限り、(2)から(4)までの基準を満たしているものとする。

２．胚の凍結保存が一定程度行われていることを踏まえ、胚の凍結保存を適切に評価する観点から、胚凍結保存管理料における算定上限年数を廃止する。

改　定　案	現　　行
【胚凍結保存管理料】 ［算定要件］ 注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、１年に１回に限り算定する。	【胚凍結保存管理料】 ［算定要件］ 注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度として、１年に１回に限り算定する。

②　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

③　遺伝学的検査の見直し

第１　基本的な考え方

難病患者に対する診断のための検査を充実させる観点から、指定難病の診断に必要な遺伝学的検査について、対象疾患を拡大するとともに、同一検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．新たに指定難病が追加されたこと等を踏まえ、診断に当たり遺伝学的検査の実施が必須とされる指定難病について、遺伝学的検査の対象疾患に追加する。

改　定　案	現　　行
【遺伝学的検査】 ［算定要件］ (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。（中略） ア～ウ　（略） エ 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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、脳内鉄沈着神経変性症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状20番染色体症候群（中略）、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症	【遺伝学的検査】 ［算定要件］ (1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。（中略） ア～ウ　（略） エ 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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの ①　（略） ②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20番染色体症候群（中略）、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、ＤＹＴ１ジストニア、ＤＹＴ６ジストニア／ＰＴＤ、ＤＹＴ８ジストニア／ＰＮＫＤ１、ＤＹＴ11

	ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹＴ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ及びパントテン酸キナーゼ関連神経変性症／ＮＢＩＡ１、根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症
③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患、エプスタイン症候群及び遺伝性ジストニア	③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群
オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの	オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、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（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの
①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症、肥厚性皮膚骨膜症、神経線維腫症、アレキサンダー病、非特異性多発性小腸潰瘍症及びＴＲＰＶ４異常症	①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症
②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症、ＣＡＣＴ欠損症、ＯＣ	②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症、ＣＡＣＴ欠損症、ＯＣ

ＴＮ－２異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β－ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群（中略） ③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、ミトコンドリア病及び線毛機能不全症候群（カルタゲナー症候群を含む。）	ＴＮ－２異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β－ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群（中略） ③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病

２．患者から１回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する遺伝学的検査を行った場合について、新たな評価を行う。

改　定　案	現　　行
【遺伝学的検査】	【遺伝学的検査】

［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者から１回に採取した検体を用いて複数の遺伝子疾患に対する検査を実施した場合は、主たる検査の所定点数及び当該主たる検査の所定点数の100分の●●に相当する点数を合算した点数により算定する。	［算定要件］ 注　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 （新設）
［施設基準］ 三の一の二　遺伝学的検査の施設基準等 (1) 遺伝学的検査の注１に規定する施設基準 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 遺伝学的検査の注１に規定する疾患 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの (3) 遺伝学的検査の注２に規定する施設基準 イ　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ロ　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。	［施設基準］ 三の一の二　遺伝学的検査の施設基準等 (1) 遺伝学的検査の施設基準 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2) 遺伝学的検査の注に規定する疾患 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの （新設）

ハ　遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たしていること。	

④　抗 HLA 抗体検査の算定要件の見直し

第１　基本的な考え方

「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗 HLA 抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、抗 HLA 抗体の測定に係る対象患者及び要件の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１.「臓器移植抗体陽性診療ガイドライン」において、移植前の抗 HLA 抗体測定の意義に係る見直しがなされたことを踏まえ、日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等の医学的に既存抗体陽性が疑われるものについて、抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）の対象患者に追加する。

改　定　案	現　　行
【自己抗体検査】 ［算定要件］ (29)「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者若しくは日本臓器移植ネットワークに移植希望者として登録された患者であって、輸血歴や妊娠歴等から医学的に既存抗体陽性が疑われるものに対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。	【自己抗体検査】 ［算定要件］ (29)「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

２. 抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）を１年に２回に限り更に算定できる要件について、抗 HLA 抗体（スクリーニング検査）において既存抗体陽性が確認された患者に対して、抗 HLA 抗体（抗体特異性同定検

査）を行い、かつ、その結果に基づき必要な脱感作療法を行った場合を追加する。

改　定　案	現　　行
【自己検体検査】 ［算定要件］ (30)　「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合又は既存抗体陽性の患者に対して行い、かつ、その結果に基づき必要な脱感作療法を行った場合には、１年に２回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。	【自己検体検査】 ［算定要件］ (30)　「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、１年に２回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

⑤　人工腎臓に係る導入期加算の見直し

第１　基本的な考え方

慢性腎臓病患者に対する移植を含む腎代替療法に関する情報提供及び共同意思決定を更に推進する観点から、人工腎臓の導入期加算について要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

令和４年度に新設された導入期加算の施設基準に係る届出を行っている医療機関数が限定的であることを踏まえ、慢性腎臓病の患者に対して心血管障害も含めた手厚い情報提供の実施を推進することや、それにより共同意思決定を推進するため、人工腎臓にかかる導入期加算について、心血管障害の治療法の説明を要件として追加するとともに、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　（略） ロ　導入期加算２　●●点 ハ　導入期加算３　●●点 ［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1)　導入期加算の施設基準	【導入期加算（人工腎臓）】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　（略） ロ　導入期加算２　400点 ハ　導入期加算３　800点 ［施設基準］ 二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等 (1)　導入期加算の施設基準

イ　導入期加算１の施設基準 当該療法を行うにつき必要な説明を行っていること。 ロ　導入期加算２の施設基準 ①・②　（略） ③　当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。 ハ　導入期加算３の施設基準 ①・②　（略） ③　当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。	イ　導入期加算１の施設基準 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。 ロ　導入期加算２の施設基準 ①・②　（略） （新設） ハ　導入期加算３の施設基準 ①・②　（略） （新設）
第57の２　人工腎臓 ２　導入期加算の施設基準 (1)　導入期加算１の施設基準 ア　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し必要な説明を行っていること。 イ　（略） (2)　導入期加算２の施設基準 次の全てを満たしていること。 ア～オ　（略） カ　(1)のアに加え、患者ごとの適応に応じて、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 (3)　導入期加算３の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ　（略） キ　(2)のカを満たしていること。	第57の２　人工腎臓 ２　導入期加算の施設基準 (1)　導入期加算１の施設基準 ア　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。 イ　（略） (2)　導入期加算２の施設基準 次の全てを満たしていること。 ア～オ　（略） （新設） (3)　導入期加算３の施設基準 次のすべてを満たしていること。 ア～カ　（略） （新設）

⑥　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

⑦　看護補助体制充実加算に係る評価の見直し

「Ⅰ－５－②」を参照のこと。

⑧　医療安全対策の推進

第１　基本的な考え方

医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等について、医療安全対策加算１の届出を要件とする。

第２　具体的な内容

特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等の施設基準に、医療安全対策加算１の届出を要件とする。

改　定　案	現　　行
【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　特定集中治療室管理料１の施設基準 ①～⑥　（略） ⑦　医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　（略） ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準 ①　イの①、④及び⑦を満たすものであること。 ニ　（略） ［経過措置］ 令和６年３月31日において現に特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３又は特定集中治療室管理料４に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第九の三の(1)のイの⑦、	【特定集中治療室管理料】 ［施設基準］ 三　特定集中治療室管理料の施設基準等 (1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　特定集中治療室管理料１の施設基準 ①～⑥　（略） （新設） ロ　（略） ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準 ①　イの①及び④を満たすものであること。 ニ　（略） ［経過措置］ （新設）

ロの①（イの⑦に限る。）、ハの①（イの⑦に限る。）又はニの①（イの⑦に限る。）に該当するものとみなす。 ※　救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様。 【手術通則】 ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除に限る。）、胸腔鏡下弁形成術、経カテーテル弁置換術、胸腔鏡下弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるものに限る。）に限る。）、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜、傍大動脈及び側方に限る。）、腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限	【手術通則】 ［施設基準］ 第十二　手術 一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等 (2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、（中略）及び胚凍結保存管理料の施設基準 イ・ロ　（略） （新設）

る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるものに限る。）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨腟固定術、腹腔鏡下腟式子宮全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術及び腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術については、医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。	
二の五　医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等 (2)　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、（中略）	二の五　医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等 (2)　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、（中略）

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準 イ・ロ　（略） ハ　医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ［経過措置］ 令和六年三月三十一日において医科点数表第２章第10部手術の通則の第４号又は第18号に係る届出を行っている場合については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、第十二の一の（２）のハ又は二の五の（２）のハに該当するものとみなす。	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準 イ・ロ　（略） （新設） ［経過措置］ （新設）

⑨　手術等の医療技術の適切な評価

第１　基本的な考え方

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価を見直す。

２．新規医療材料等として保険適用され、現在準用点数で行われている医療技術について新たな評価を行う。

３．外科的手術等の医療技術の適正かつ実態に即した評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。)の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行うとともに、算定回数が極めて少なく、他の技術により置き換えられている技術について、項目を削除する。
　また、保険医療材料等専門組織において医療技術評価分科会における検討を要するとされ医療技術評価分科会で検討を行う技術について、直近の診療報酬改定において保険適用されるまでの間、評価療養として実施可能にする。

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】
（１）内視鏡手術用支援機器を用いた弁置換術
（２）大腿骨骨切り術
（３）抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎に伴う急速進行性間質性肺炎に対する血漿交換療法
（４）ポジトロン断層撮影　^{18}F 標識フルシクロビンを用いた場合
（５）排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査　その他のもの

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施されているもの】
（１）陽子線治療（※１）

（２）重粒子線治療（※２）
（３）腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術
（４）腹腔鏡下スリーブ状胃切除及び十二指腸空腸バイパス術
（５）遺伝子パネル検査による遺伝性網膜ジストロフィーの遺伝子診断（※３）

※１：早期肺癌（Ⅰ期～ⅡＡ期）に係るもの。なお、切除不能のものに限る。
※２：早期肺癌（Ⅰ期～ⅡＡ期）、大型の局所進行子宮頸部扁平上皮癌、婦人科領域悪性黒色腫に係るもの。なお、いずれも切除不能のものに限る。
※３：遺伝子診断以外の遺伝カウンセリングの部分について保険適用

【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術】
（１）インフルエンザ核酸検出
（２）プログラム医療機器による大腸内視鏡検査における大腸上皮性病変の検出支援

【廃止を行う技術の例】
（１）アレキサンダー手術

２．Ｃ２区分で保険適用された新規医療材料等について、技術料を新設する。

【技術の例】
（新）　乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）　●●点
注１　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、●●点を所定点数に加算する。
２　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算１として、●●点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
３　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算２として、●●点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

３．外科系学会社会保険委員会連合「外保連試案 2024」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術

料の見直しを行う。

⑩　質の高い臨床検査の適切な評価

第１　基本的な考え方

質の高い臨床検査の適正な評価を進めるため、新規臨床検査として保険適用され、現在準用点数で行われている検査について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

Ｅ３区分で保険適用された新規体外診断用医薬品等について、検査料を新設する。

【検査の例】

（新）　微生物核酸同定・定量検査

Ａ群β溶血連鎖球菌　●●点

⑪　医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進

第１　基本的な考え方

患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和６年６月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の義務の免除規定について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。

第２　具体的な内容

１　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準を改正し、訪問看護ステーションにおける明細書の無料発行について義務付ける。義務化にあたっては、既に交付が義務づけられている領収証において個別の項目ごとの金額等の記載が求められていることを踏まえ、現在の領収証を領収証兼明細書とする。

また、本改正に際し、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和●●年●●月●●日までの経過措置期間を設ける。

改　定　案	現　　行
【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （明細書の交付） 第十三条の二　指定訪問看護事業者は、前条の規定により利用者から利用料の支払を受けるときは、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。 ２　指定訪問看護事業者は、公費負担医療（訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５号）第１条各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われ	【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （新設） （新設）

るものを除く。）に限る。）を担当した場合（前項の規定により利用者から利用料の支払を受ける場合を除く。）において、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。	

２　診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定について、標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目処として廃止する。

改　定　案	現　　行
【医療費の内容が分かる領収証の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について】 １～９　（略） 10　指定訪問看護事業者においては、領収証兼明細書を無償で交付すること。なお、令和７年５月31日までの間に限り、現行の領収証を交付することで足りる。 11～13　（略） 14　「正当な理由」については、令和10年以降の標準型レセプトコンピュータ提供が実施される時期を目途に廃止する予定であることに留意すること。	【医療費の内容が分かる領収証の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について】 １～９　（略） 10　指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。 11～13　（略） （新設）

⑫　新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

「Ⅱ－６－⑤」を参照のこと。

【Ⅲ－３　アウトカムにも着目した評価の推進－①】

①　データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し

第１　基本的な考え方

データに基づくアウトカム評価を推進する観点から、入院患者のデータ提出に係る実態を踏まえ、データ提出加算の評価及び要件を見直すとともに、データ提出加算に係る届出を要件とする入院料の範囲を拡大する。

第２　具体的な内容

１．データ提出加算について、データ提出に係る実態を踏まえ評価を見直す。
２．提出データ評価加算について、未コード化傷病名の使用状況を踏まえ、評価を廃止する。
３．十分に診療情報の管理等を行っているにもかかわらず、サイバー攻撃により適切なデータ提出が行えない場合があることを踏まえ、要件を見直す。
４．新規に保険医療機関を開設する場合など、看護配置等の基準を満たしているにもかかわらず、データ提出加算に係る要件を満たさないために入院基本料が算定できない医療機関について、一定期間に限り入院基本料が算定できるよう、要件を見直す。
５．データ提出加算に係る届出を行っていることを要件とする入院料の範囲について、精神病棟入院基本料（10 対１入院基本料及び 13 対１入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料及び児童・思春期精神科入院医療管理料に拡大する。

改　定　案	現　　行
【データ提出加算】 ［算定要件］ １　データ提出加算１（入院初日） イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　●●点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　●●点 ２　データ提出加算２（入院初日） イ　許可病床数が200床以上の病院	【データ提出加算】 ［算定要件］ １　データ提出加算１（入院初日） イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　140点 ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210点 ２　データ提出加算２（入院初日） イ　許可病床数が200床以上の病院

の場合　●●点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　●●点 ３ データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　●●点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　●●点 ４ データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　●●点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　●●点 ［算定要件］ （削除） (3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がＤＰＣ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局宛てに、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をい	の場合　150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　220点 ３ データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　140点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　210点 ４ データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回） イ 許可病床数が200床以上の病院の場合　150点 ロ 許可病床数が200床未満の病院の場合　220点 ［算定要件］ 注３　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入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。 (3) データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がＤＰＣ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局宛てに、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をい

う。 ただし、区分番号「Ａ２０７」に掲げる診療録管理体制加算１の届出を行っている保険医療機関において、サイバー攻撃により診療体制に甚大な影響等が発生し、データを継続的かつ適切に提出することが困難である場合は、この限りでない。	う。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ (3) 提出データ評価加算の施設基準 （略）
【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ４　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって地域一般入院料３に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。	【地域一般入院基本料】 ［施設基準］ ロ　地域一般入院基本料の施設基準 ①　通則 ４　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (1) 療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ　通則 ⑧　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって療養病棟入院料２に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。	【療養病棟入院基本料】 ［施設基準］ 三　療養病棟入院基本料の施設基準等 (1) 療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準 イ　通則 ⑧　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

【精神病棟入院基本料】 ［施設基準］ 四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　十対一入院基本料の施設基準 ⑤　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ロ　十三対一入院基本料の施設基準 ⑥　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【精神病棟入院基本料】 ［施設基準］ 四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等 (1) 精神病棟入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準 イ　十対一入院基本料の施設基準 （新設） ロ　十三対一入院基本料の施設基準 （新設）
【精神科急性期治療病棟入院料】 ［施設基準］ 十五　精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1) 通則 へ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【精神科急性期治療病棟入院料】 ［施設基準］ 十五　精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等 (1) 通則 （新設）
【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 (8)　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	【児童・思春期精神科入院医療管理料】 ［施設基準］ 十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準 （新設）

[経過措置]

令和6年3月 31 日時点において現に精神病棟入院基本料（10 対１入院基本料又は 13 対１入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

令和6年3月 31 日において、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（13 対 1 入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、以下のいずれかに該当するもの、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

ア　地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注 11、専門病院入院基本料（13 対1入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満のもの

イ　精神病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料及び 13 対 1 入院基本料に限る。）、精神科急性期治療病棟入院料若しくは児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもの

②　回復期リハビリテーション病棟の評価及び要件の見直し

「Ⅱ－４－⑬」を参照のこと。

③　回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

第１　基本的な考え方

回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、１日６単位を超えた実施単位数の増加に伴う ADL の明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、運動器リハビリテーション料に係る算定単位数の上限が緩和される対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者について、回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者が対象となっているところ、対象から運動器リハビリテーション料を算定する患者を除外する。

改　定　案	現　　行
【リハビリテーション】 ［施設基準］ 別表第九の三　医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第４号に規定する患者 　回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。） 　脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの 　入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器	【リハビリテーション】 ［施設基準］ 別表第九の三　医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第４号に規定する患者 　回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 　脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの 　入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器

リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの	リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

①　初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

第１　基本的な考え方

第三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設するとともに、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．救急搬送の受入れに関する実績のある医療機関から、救急外来を受診した患者又は入院３日目までの患者について、医師、看護師又は救急救命士が同乗し連携する他の医療機関に転院搬送する場合の評価を新設する。

（新）　救急患者連携搬送料

１	入院中の患者以外の患者の場合	●●点
２	入院１日目の患者の場合	●●点
３	入院２日目の患者の場合	●●点
４	入院３日目の患者の場合	●●点

［対象患者］

救急外来を受診した患者又は緊急入院後３日目までの患者

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

［施設基準］

（１）救急搬送について、相当の実績を有していること。

（２）救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

（３）連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
（４）連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

２．救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しを行う。

改　定　案	現　　行
［施設基準］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４の４　急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について (1) 急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。(2)において同じ。）に転院した患者以外の患者をいう。 (2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。	［施設基準］ 第２　病院の入院基本料等に関する施設基準 ４の４　急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について (1) 急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。(2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。 ア　直近６か月間において、

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「●●」救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数 イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者、区分番号「●●」救急患者連携搬送料」を算定し他の保険医療機関に転院した患者及び死亡退院した患者を除く。）	当該病棟から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数 イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）

②　救急医療管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

救急医療管理加算について、入院時に重症であり緊急に入院を必要とする患者に対する入院医療を評価する趣旨を踏まえ、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．救急医療管理加算について、「経過観察が必要であるため入院させる場合」など算定の対象とならない場合を明確化する。

２．救急医療管理加算２を算定する場合のうち、「その他の重症な状態」の割合が●●割を超える保険医療機関について、評価を見直す。

３．救急医療管理加算を算定する患者の状態について詳細を把握する観点から、患者の状態の分類について見直すとともに、診療報酬明細書の摘要欄の記載事項の定義を明確化する。

改　定　案	現　　行
【救急医療管理加算】 ［算定要件］ 注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の	【救急医療管理加算】 ［算定要件］ 注１　救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の

状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当する保険医療機関においては、本文の規定にかかわらず、入院した日から起算して●日を限度として、●●点を所定点数に加算する。	状態に従い、入院した日から起算して７日を限度として所定点数に加算する。
(2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、「基本診療料の施設基準等別表●」（以下この項で「別表」という。）に掲げる状態のうちいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。	(2) 救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。
なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。	なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。
（削除）	ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 イ　意識障害又は昏睡 ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態 エ　急性薬物中毒 オ　ショック カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） キ　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 ク　外傷、破傷風等で重篤な状態 ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態 コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

	サ　蘇生術を必要とする重篤な状態 シ　その他の重症な状態
(3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいい、単なる経過観察で入院させる場合や、その後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症患者ではない患者は含まれない。 　なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。	(3) 救急医療管理加算２の対象となる患者は、(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。 　なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。
(4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　別表の一から十二までのうち該当する状態 イ　別表の二、三、四、六、七又は八の状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。） ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、別表の三に掲げる状態であってP/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であってNYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、	(4) 救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　(2)のアからサまでのうち該当する状態 イ　(2)のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、(2)のウに掲げる状態であってNYHA Ⅰ度若しくはP/F 比 400 以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であってBurn Index０の状態について、

緊急入院が必要であると判断した医学的根拠 (5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　別表の一から十二までに準ずる状態又は十三の状態として該当するもの イ　別表の二、三、四、六、七又は八に準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標（P/F 比は、酸素投与前の値とする。） ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、別表の二に掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、別表の三に掲げる状態であって P/F 比 400 以上の状態、別表の四に掲げる状態であって NYHA Ⅰ度の状態、又は別表の八に掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠	緊急入院が必要であると判断した医学的根拠 (5) 救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　(2)のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの イ　(2)のイ、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標 ウ　（略） エ　重症患者の状態のうち、(2)のイに掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、(2)のウに掲げる状態であって NYHA Ⅰ度若しくは P/F 比 400 以上の状態、又は(2)のキに掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠
［施設基準］ 六の二　救急医療管理加算の施設基準 (1)　救急医療管理加算の注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。 (2)　救急医療管理加算の注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準 救急医療管理加算２を算定した患者のうち、別表第●の	［施設基準］ 六の二　救急医療管理加算の施設基準 休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。 （新設）

十三の状態の患者の割合が一定割合以上であること。	
別表第●　救急医療管理加算に係る状態 一 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 二 意識障害又は昏睡 三 呼吸不全で重篤な状態 四 心不全で重篤な状態 五 急性薬物中毒 六 ショック 七 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） 八 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 九 外傷、破傷風等で重篤な状態 十 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態 十一 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 十二 蘇生術を必要とする重篤な状態 十三 その他の重症な状態	（新設）
第２の２ 救急医療管理加算 １ 救急医療管理加算の注１本文に関する施設基準 (1)～(3)　（略） ２ 救急医療管理加算の注１ただし書に規定する厚生労働大臣が定める施設基準 当該保険医療機関において、直近●●か月間で、救急医療管理加算２を算定した患者のうち、「基本診療料の施設基準等」の別表第●の十三「その他の重症な状態」の患者の割合が●●割以上であること。 ３　（略）	第２の２ 救急医療管理加算 １ 救急医療管理加算に関する施設基準 (1)～(3)　（略） （新設） ２　（略）

①　新生児特定集中治療室
重症児対応体制強化管理料の新設

第１　基本的な考え方

医療の質と医療安全を担保する観点から、新生児特定集中治療について十分な体制と実績を有する保険医療機関における、高度な医療を要する重症新生児に対する手厚い看護体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

新生児に対する集中治療を行うにつき十分な体制と実績を有する新生児特定集中治療室において、高度な医療が必要となる重症新生児に対して、手厚い看護配置での看護を行う場合の入院管理料を新設する。

（新）　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料（１日につき）
●●点

［対象患者］
集中治療が必要な重症新生児

（※）具体的には区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料の算定対象となる患者であって、以下のいずれかに該当する患者

- 体外式膜型人工肺を実施している
- 腎代替療法（血液透析、腹膜透析等）を実施している
- 交換輸血を実施している
- 低体温療法を実施している
- 出生時体重が●●g 未満であって人工呼吸管理を実施している
- 人工呼吸管理下に一酸化窒素吸入療法を実施している
- 人工呼吸管理下に胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している
- 開胸手術、開頭手術、開腹手術等の術後に人工呼吸管理を実施している
- 新興感染症や先天性感染症等のために陰圧個室管理など厳重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を実施している（合併症として発生した感染症は不可）

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して、当該管理料の届出を行っている病床を有する治療室に入室した日から起算して●日を限度として、所定点数を算定する。

（２）当該治療室に入室した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ３０２の１に掲げる新生児特定集中治療室管理料１の例により算定する。

（３）当該治療室に入室した患者が算定要件を満たす状態になった時点（入室時含む）から 24 時間以内は、Ａ３０２の１に掲げる新生児特定集中治療室管理料１の施設基準により看護を実施することができるが、この場合は、新生児特定集中治療室管理料１の例により算定する。

［施設基準］

（１）区分番号Ａ３０２の１の新生児特定集中治療室管理料１又はＡ３０３の２の新生児集中治療室管理料の届出を行っている治療室の病床を単位として行うものであること。

（２）当該病床を有する治療室内に重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。

（３）当該治療室内の当該管理料の届出を行っている病床における助産師又は看護師の数は、常時、当該病床に係る入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。

（４）重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な体制及び専用施設を有していること。

（５）重症新生児に対する集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。

②　小児特定疾患カウンセリング料の見直し

「Ⅱ－１－⑨」を参照のこと。

③　小児緩和ケア診療加算の新設

第１　基本的な考え方

小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

緩和ケアを要する小児患者に対して、小児科経験を有する医師及び看護師を含む緩和ケアチームによる診療及びその家族へのケアを行った場合の評価を新設する。

（新）　小児緩和ケア診療加算（１日につき）　●●点

［対象患者］

（１）悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ患者。

（２）末期心不全の患者とは、以下のアとイの基準及びウからオまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ　左室駆出率が 20%以下であること。

エ　医学的に終末期であると判断される状態であること。

オ　ウ又はエに掲げる状態に準ずる場合であること。

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する●●歳未満の小児に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）●●歳未満の小児患者に対する緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（２）当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において小児緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
（３）がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

（新）　小児個別栄養食事管理加算（１日につき）　●●点

［算定要件］
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、緩和ケアを要する●●歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、●●点を更に所定点数に加算する。

［施設基準］
（１）緩和ケアを要する●●歳未満の小児患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（２）当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

④　小児かかりつけ診療料の見直し

「Ⅱ－７－③」を参照のこと。

⑤　小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し

第１　基本的な考え方

臓器移植を行った小児患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料における算定上限日数を見直す。

第２　具体的な内容

小児特定集中治療室管理料について、臓器移植を行った小児の算定上限日数を延長する。

改　定　案	現　　行
【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、臓器移植を行った小児にあっては●日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。	【小児特定集中治療室管理料】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。

⑥　小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し

第１　基本的な考え方

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直すとともに、処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料について評価を見直す。

第２　具体的な内容

１　小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患に、急性中耳炎及び急性副鼻腔炎を追加する。

改　定　案	現　　行
【小児科外来診療料】 ［算定要件］ 注４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎、急性副鼻腔炎又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。 ※　小児かかりつけ診療料についても同様。	【小児科外来診療料】 ［算定要件］ 注４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

２　新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体

系の見直し等を踏まえ、小児科外来診療料の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児科外来診療料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　●●点 ロ　再診時　●●点 ２　１以外の場合 イ　初診時　●●点 ロ　再診時　●●点	【小児科外来診療料】 １　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　初診時　599点 ロ　再診時　406点 ２　１以外の場合 イ　初診時　716点 ロ　再診時　524点

⑦　医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

第１　基本的な考え方

医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

医療的ケア児（者）に対して、入院をする前段階において、患家を訪問し、あるいは情報通信機器を用いて患者の状態や医療的ケアの手技の確認等を実施した場合の評価を新設する。

（新）　医療的ケア児（者）入院前支援加算　●●点

［対象患者］
医療的ケア判定スコア●●点以上の医療的ケア児（者）

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（当該保険医療機関の入院期間が通算●●日以上のものを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、保険医療機関ごとに患者１人につき●回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
医療的ケア児（者）の入院医療について、十分な実績を有していること。

［経過措置］
令和●●年●●月●●日までの間は、上記の基準を満たしているも

のとする。

（新）　医療的ケア児（者）入院前支援加算（情報通信機器を用いた場合）
●●点

［算定要件］
　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を情報通信機器を用いて行った場合は、保険医療機関ごとに患者１人につき●回に限り、入院初日に限り所定点数に加算する。

［施設基準］
　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑧　入退院支援加算３の見直し

第１　基本的な考え方

重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であることや治療室から小児病棟等を経て退院すること等、新生児の退院支援の実態を踏まえ、入退院支援加算３の要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．入退院支援加算３の算定対象について、転院搬送された児であって退院困難な要因を有する患者の場合も算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算３】 ［算定要件］ ⑻ 入退院支援加算３は、当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者（他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定していない患者を含む）又は他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～オ（略）	【入退院支援加算３】 ［算定要件］ ⑻ 入退院支援加算３は、当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。 ア～オ（略）

２．入退院支援加算３の施設基準で求める入退院支援部門の専任の看護師の経験について、新生児の集中治療だけでなく小児科病棟における経験も含めることとする。

改　定　案	現　　行
【入退院支援加算３】 ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 (3) 入退院支援加算３に関する施設基準 ロ　当該部門に入退院支援、地域連携及び新生児の集中治療等に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。 第 26の５ 入退院支援加算 ３　入退院支援加算３に関する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師（３年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限る。）又は入退院支援、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験有する専任の看護師（３年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有するものに限	【入退院支援加算３】 ［施設基準］ 三十五の六　入退院支援加算の施設基準等 (3) 入退院支援加算３に関する施設基準 ロ　当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。 第 26の５ 入退院支援加算 ３　入退院支援加算３に関する施設基準 (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週 30 時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、週３日以上

る。）及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週 30 時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を２名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。	常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を２名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

⑨　一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料３の見直し

第１　基本的な考え方

少子化等による入院患者の減少により１病棟を維持できない小児科病棟について、一般病棟との一体的な運用を可能とするとともに、成人患者との混合病棟であっても子どもにとって必要な入院環境を確保するため、当該運用をする際は小児の区域特定がなされるよう、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．小児入院医療管理料３について、一般病棟（７対１に限る）との一体的な運用を可能とする。
２．一体的な運用を行い成人患者との混合病棟となる場合は、小児患者が安心して療養生活を送れるよう、小児用の病床を集めて区域特定することを要件とする。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ ２ 小児入院医療管理料１、２、３及び４の施設基準 (1)～(5)　（略） (6)　小児入院医療管理料３を算定しようとする保険医療機関であって、平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な病棟を有する場合は、急性期一般入院料１、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）の７対１入院基本料又は専門病院入院基本料の７対１入院基本料を算定すべき病棟と当該小児病棟を併せて１看護単位とすることができる。ただし、この場合は次の点に留意すること。 ア　小児入院医療管理料３を算	【小児入院医療管理料】 ［施設基準］ ２ 小児入院医療管理料１、２、３及び４の施設基準 (1)～(5)　（略） （新設）

定する病床を集めて区域特定する等により、小児患者が安心して療養生活を送れる環境を整備すること。 イ　アの区域特定した病床における夜勤については、看護職員を●人以上配置していることが望ましく、かつ、当該病棟における夜勤については、看護職員を●人以上配置していることが望ましい。	

⑩　小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設

第１　基本的な考え方

入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって家族等が子どもに付き添う場合に家族等に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保する観点から、保育士や看護補助者の配置について、小児入院医療管理料の要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

１．小児入院医療管理料の注２及び注４の加算について、保育士を複数名かつ夜間に配置している場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、当該基準の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。 ア　保育士１名の場合　●●点 イ　保育士２名以上の場合　●●点 ３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、当該基	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、１日につき100点を所定点数に加算する。 ３　（略） ４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、重症児

準の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 ア　重症児受入体制加算１ ●●点 イ　重症児受入体制加算２ ●●点	受入体制加算として、１日につき200点を所定点数に加算する。
［施設基準］ 九　小児入院医療管理料の施設基準 (7) 小児入院医療管理料の注２に規定する加算の施設基準 イ　保育士１名の場合の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。 ②　（略） ロ　保育士２名以上の場合の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が二名以上配置されていること。 ②　イの②を満たすものであること。	［施設基準］ 九　小児入院医療管理料の施設基準 (7)　小児入院医療管理料の注２に規定する加算の施設基準 イ　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。 ロ　（略） （新設）
(8) 小児入院医療管理料の注４に規定する加算の施設基準	(8) 小児入院医療管理料の注４に規定する加算の施設基準

イ　重症児受入体制加算１の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。 ②・③　（略） ロ　重症児受入体制加算２の施設基準 ①　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が二名以上配置されていること。 ②　イの②及び③を満たすものであること。	イ　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。 ロ・ハ　（略） （新設）

２．小児入院医療管理料に、夜間を含めて看護補助者を配置している場合の評価を新設する。

（新）　看護補助加算（１日につき）　●●点

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１、小児入院医療管理料２又は小児入院医療管理料３を算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して●●日を限度として所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２）当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（３）看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

（新）　看護補助体制充実加算（１日につき）　●●点

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

［施設基準］
（１）当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（２）当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。
（３）看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

３．小児入院医療管理料において、小児の家族等が希望により付き添う場合は、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に配慮することを規定する。

改　定　案	現　　行
【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ (2) 小児入院医療管理料を算定する場合であって、小児の家族等が希望により付き添うときは、当該家族等の食事や睡眠環境等の付き添う環境に対して配慮すること。	【小児入院医療管理料】 ［算定要件］ （新設）

⑪　母体・胎児集中治療室管理料の見直し

第１　基本的な考え方

周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していることとする要件について、当該医師は宿日直を担当する医師であってはならないことを明確化する。
２．母体・胎児集中治療室内の医師の配置要件について、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が常時●名以上当該保険医療機関内に勤務しており、当該医師に専任の医師を●名含む場合も、要件を満たすこととする。

改　定　案	現　　行
【母体・胎児集中治療室管理料】 ［施設基準］ 第６　総合周産期特定集中治療室管理料 １　総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準 (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準 ア　（略） イ　以下のいずれかを満たすこと。 ①　専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一	【母体・胎児集中治療室管理料】 ［施設基準］ 第６　総合周産期特定集中治療室管理料 １　総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準 (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準 ア　（略） イ　専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること。 ② 専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時●名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち●名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとすること。 ウ～キ （略） ク 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。	ウ～キ （略） ク 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

⑫　ハイリスク妊娠管理加算の見直し

第１　基本的な考え方

ハイリスク妊婦に対する適切な管理を推進する観点から、ハイリスク妊娠管理加算の対象患者の見直しを行う。

第２　具体的な内容

ハイリスク妊娠管理加算のうち、早産に係る対象患者について、現行の妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者から、妊娠●●週から三十二週未満の早産の患者に見直す。

改　定　案	現　　行
【ハイリスク妊娠管理加算】 ［施設基準］ 別表第六の三　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者 妊娠●●週から三十二週未満の早産の患者 （中略）	【ハイリスク妊娠管理加算】 ［施設基準］ 別表第六の三　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者 妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者 （中略）

①　がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

第１　基本的な考え方

がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

がん性疼痛緩和指導管理料において、放射線治療と神経ブロックを実施する体制及び実績を有する医療機関において、当該治療が必要な患者に対して、診療方針等について文書を用いて説明を行った場合に係る評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【がん性疼痛緩和指導管理料】 ［算定要件］ 注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者１人につき●回に限り所定点数に●●点を加算する。 ３～４（略） ［施設基準］ (11)の２　がん性疼痛緩和指導管理料の注２に規定する施設基準 がん患者に対するがん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックを実施する体制及	【がん性疼痛緩和指導管理料】 ［算定要件］ （新設） ２～３（略） ［施設基準］ （新設）

び実績を有していること。 (11)の３　がん性疼痛緩和指導管理料の注４に規定する施設基準 （略）	(11)の２　がん性疼痛緩和指導管理料の注３に規定する施設基準 （略）

②　緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実

「Ⅱ－４－⑲」を参照のこと。

③　在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設

「Ⅱ－８－⑥」を参照のこと。

④　在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進

「Ⅱ－８－⑦」を参照のこと。

⑤　小児緩和ケア診療加算の新設

「Ⅲ－４－２－③」を参照のこと。

⑥　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

⑦　がん拠点病院加算の見直し

第１　基本的な考え方

がん診療連携拠点病院等について、令和４年８月の整備指針の改定により、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院が一時的に指定要件を満たさなくなった場合に該当する「特例型」の類型が新設されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について必要な見直しを行う。

第２　具体的な内容

都道府県がん診療連携拠点病院及び特定領域がん診療連携拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を明確化するとともに、地域がん診療拠点病院の特例型に指定された医療機関が算定する項目を新設する。

改　定　案	現　　行
【がん拠点病院加算】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。 ただし、本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、イ又はロの所定点数に代えて、それ	【がん拠点病院加算】 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

ぞれ●●点又は●●点を所定点数に加算する。	
［施設基準］ 二十七　がん拠点病院加算の施設基準等 (1)　がん診療連携拠点病院加算の施設基準 がん診療の拠点となる病院として必要な体制を有しているものであること。 (2)　がん診療連携拠点病院加算注１ただし書に規定する施設基準 がん診療の拠点となる病院として必要な体制を一部有しているものであること。 (3)・(4)　（略）	［施設基準］ 二十七　がん拠点病院加算の施設基準等 (1)　がん診療連携拠点病院加算の施設基準 がん診療の拠点となる病院であること。 （新設） (2)・(3)　（略）

①　入院基本料等の見直し

「Ⅰ－１－②」を参照のこと。

②　認知症ケア加算の見直し

「Ⅱ－２－⑩」を参照のこと。

③　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

④　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

第１　基本的な考え方

認知症患者について、かかりつけ歯科医と医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

歯科疾患管理料における総合医療管理加算の対象患者に、認知症の患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【総合医療管理加算】 ［算定要件］ (16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、ＨＩＶ感染症の患者又は認知症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。	【総合医療管理加算】 ［算定要件］ (16)「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はＨＩＶ感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

①　精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設

第１　基本的な考え方

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する精神病棟について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

精神疾患患者の地域移行・地域定着を推進する観点から、多職種の重点的な配置、在宅医療の提供実績、自宅等への移行率の実績、診療内容に関するデータの提出等の施設基準を設定した病棟の評価を新設する。

（新）　精神科地域包括ケア病棟入院料（１日につき）　●●点

［算定要件］

（１）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、区分番号Ａ３１１に掲げる精神科救急急性期医療入院料、区分番号Ａ３１１－２に掲げる精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号Ａ３１１－３に掲げる精神科救急・合併症入院料を算定した期間と通算して●●日を限度として、所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

（２）当該病棟に転棟若しくは転院又は入院した日から起算して●日間に限り、自宅等移行初期加算として、●●点を加算する。

（３）過去１年以内に、当該入院料又は（２）に規定する加算を算定した患者については、（１）又は（２）に規定する期間の計算に当たって、直近１年間に当該入院料又は当該加算を算定していた期間を●●日又は●●日に算入するものとする。

（４）区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料、18 対１入院基本料並びに 20 対１入院基本料、区分番号Ａ３１２に掲げる精神療養病棟入院料、区分番号Ａ３１４に掲げる認知

症治療病棟入院料及び区分番号Ａ３１８に掲げる地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟から、当該病棟への転棟は、患者１人につき●回に限る。

（５）当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した１日当たりの抗精神病薬が２種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、１日につき●●点を所定点数に加算する。

［施設基準］

（１）主として地域生活に向けた重点的な支援を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

（２）医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

（３）医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

（４）当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。

（５）当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。

（６）（５）の規定にかかわらず、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師の数は、一以上であること。

（７）（５）の規定にかかわらず、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

（８）当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

（９）夜勤については、（５）の規定にかかわらず、看護職員の数が二以上であること。

(10) 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力するにつき必要な体制及び実績を有している保険医療機関であること。

(11) 精神障害者の地域生活に向けた重点的な支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。

(12) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。

(13)データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

［経過措置］

令和６年３月 31 日において現に精神病棟を単位として届出を行う入

院料に係る届出を行っている病棟については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、(10)、(11) 及び (13) に該当するものとみなす。

②　地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し

第１　基本的な考え方

精神病棟の長期入院患者の地域移行を一層推進する観点から、地域移行機能強化病棟入院料について、当該入院料にかかる実績等を踏まえ、要件を見直すとともに、届出期間を延長する。

第２　具体的な内容

１．地域移行機能強化病棟入院料について、長期入院患者の退院実績に係る要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ (14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア　（略） イ　以下の式で算出される数値が●●%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ (14)届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。 ア　（略） イ　以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×

100（%） (15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が●●%以上であること。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の１か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数 ×100（%） (16)算定開始以降、１年ごとに１回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の●●%×当該病棟の算定年数） (17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の●●%×当該病棟の算定月数÷12） （中略） （削除）	100（%） (15)算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 2.4%以上であること。 当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の１か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数 ×100（%） (16)算定開始以降、１年ごとに１回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定年数） (17)地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定月数÷12） （中略） (21)令和２年３月 31 日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。

２．当該病棟において、専任の精神保健福祉士の配置に係る要件を緩和する。

改　定　案	現　　行

【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1)　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト　当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。 チ　当該病棟に退院調整を担当する者が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。 リ～ヲ　（略）	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等 (1)　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準 ト　当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。 （新設） チ～ル　（略）
(8)　当該病棟に１名以上の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。	(8)　当該病棟に１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤精神保健福祉士（入院患者の数が 40 を超える場合は２名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が 40 を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、１名以上の専従の常勤精神保健福祉士、１名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。
(9)　（略）	(9)　（略）
(10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下この項において「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。また、退院支援相談員のうち１名以上（入院患者の数が 40 を超える場合は２名以上）は、当該病棟に専任の常勤の者であること。なお、	(10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。

退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。 ア　精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可） イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士又は公認心理師として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者 ※　(10)のイに係る見直しについては、精神療養病棟入院料についても同様。	ア　精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可） イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者

３．地域移行機能強化病棟入院料については、令和６年３月31日までに届け出ることとしているところ、令和12年３月31日までに延長する。

改　定　案	現　　行
【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 第21　地域移行機能強化病棟入院料 ３　届出に関する事項 　地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添７の様式９、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式57の４を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式９の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和12年３月31日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算１について、精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算１とし	【地域移行機能強化病棟入院料】 ［施設基準］ 第21　地域移行機能強化病棟入院料 ３　届出に関する事項 　地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添７の様式９、様式20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専任の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤保健福祉士に加えて配置する場合に限る。）については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式57の４を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式９の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和６年３月31日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができるこ

て特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。	と（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算１について、精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算１として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

③　精神科入退院支援加算の新設

第１　基本的な考え方

精神病床に入院する患者に対して、入院早期から実施する退院調整の効果を踏まえ、精神病床における入退院支援について新たな評価を行うとともに、既存の退院支援に係る評価について見直す。

第２　具体的な内容

１．精神病床に入院する患者に対して、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を行った場合の評価を新設する。

（新）　精神科入退院支援加算（退院時１回）　●●点

［対象患者］

退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの

［算定要件］

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の注７若しくは区分番号Ａ３１２に掲げる精神療養病棟入院料の注６に規定する精神保健福祉士配置加算、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算又は区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定する場合は、算定できない。

ア　退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)に対して入退院支援を行った場合

イ　連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科入退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（１回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合

［施設基準］
（１）当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
（２）当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の精神保健福祉士が配置されていること。
（３）当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の精神保健福祉士が、専従の精神保健福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
（４）各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は精神保健福祉士が配置されていること。
（５）その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。

２．精神科入退院支援加算の新設に伴い、精神科措置入院退院支援加算について評価を見直した上で当該加算の注加算として新設するとともに、精神科措置入院退院支援加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【精神科措置入院退院支援加算】 ［算定要件］ （削除）	【精神科措置入院退院支援加算】 ［算定要件］ 注　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科措置入院退院支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。
【精神科入退院支援加算】 ［算定要件］ 注２　精神保健福祉法第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、精神科措置入院退院支援加	【精神科入退院支援加算】 ［算定要件］ （新設）

算として、退院時１回に限り、●●点を更に所定点数に加算する。	

３．精神科入退院支援加算の新設を踏まえ、院内標準診療計画加算及び退院調整加算を廃止する。

改　定　案	現　　行
【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ （削除） ※　精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料についても同様。	【精神科救急急性期医療入院料】 ［算定要件］ 注４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。
【精神療養病棟入院料】 ［算定要件］ （削除） ※　認知症治療病棟入院料についても同様。	【精神療養病棟入院料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に500点を所定点数に加算する。

④　療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し

第１　基本的な考え方

外来及び在宅患者に対する包括的支援マネジメントの実施を推進する観点から、療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算について、要件及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

療養生活継続支援加算について、療養生活環境整備指導加算を統合するとともに、在宅精神療法を算定する患者に対しても算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （削除）	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注８　１を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り 250 点を所定点数に加算する。
８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な支援を要する患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健	９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担

師、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、次に掲げる区分に従い、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り、いずれかを所定点数に加算する。 イ　直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者の場合 ●●点 ロ　イ以外の患者の場合 ●●点	当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定した場合は、算定しない。
［施設基準］ （削除）	［施設基準］ 一の一の四　通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準 療養生活環境整備のための指導を行うにつき十分な体制が確保されていること。
一の一の五　通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準 療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。	一の一の五　通院・在宅精神療法の注９に規定する施設基準 療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

⑤　通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設

第１　基本的な考え方

質の高い精神医療の提供を推進する観点から、通院・在宅精神療法について評価を見直すとともに、精神疾患の早期発見及び早期に重点的な診療等を実施する体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．通院・在宅精神療法について、60 分以上の精神療法を行った場合及び 30 分未満の精神療法を行った場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法（１回につき）】 １　通院精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 ●●点 (2) (1)以外の場合 ●●点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 30 分以上の場合 （略） (2) 30 分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合 ●●点 ②　①以外の場合 ●●点	【通院・在宅精神療法（１回につき）】 １　通院精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 560 点 (2) (1)以外の場合 540 点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 30 分以上の場合 （略） (2) 30 分未満の場合 ①　精神保健指定医による場合 330 点 ②　①以外の場合 315 点
２　在宅精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初	２　在宅精神療法 イ　（略） ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初

診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 ●●点 (2) (1)以外の場合 600 点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60 分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 ●●点 ② ①以外の場合 ●●点 (2) 30 分以上 60 分未満の場合 （略） (3) 30 分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 ●●点 ② ①以外の場合 ●●点	診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合 (1) 精神保健指定医による場合 620 点 (2) (1)以外の場合 600 点 ハ　イ及びロ以外の場合 (1) 60 分以上の場合 ① 精神保健指定医による場合 550 点 ② ①以外の場合 530 点 (2) 30 分以上 60 分未満の場合 （略） (3) 30 分未満の場合 ① 精神保健指定医による場合 330 点 ② ①以外の場合 315 点

２．精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制を有する医療機関が精神療法を行った場合について、通院・在宅精神療法に加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注 11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、早期診療体制充実加算として、次に掲げる区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。 イ　病院の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●年以内の期間に行った場合 ●●点 (2) (1)以外の場合	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）

●●点 ロ　診療所の場合 (1) 当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●年以内の期間に行った場合 ●●点 (2) (1)以外の場合 ●●点 ［施設基準］ 一の一の八　通院・在宅精神療法の注11に規定する施設基準 精神疾患の早期発見及び症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が確保されていること。	［施設基準］ （新設）

⑥　児童思春期支援指導加算の新設

第１　基本的な考え方

児童･思春期の精神疾患患者に対する外来診療の充実を図る観点から、多職種が連携して患者の外来診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

１．20 歳未満の患者に対して、多職種が連携して外来診療を実施した場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注 10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において､20 歳未満の患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下､保健師､看護師､作業療法士､精神保健福祉士又は公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合は、児童思春期支援指導加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イについては、１回に限り算定する。また、注３又は注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 イ　●●分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から●●月以内の期間に行った場合に限る。） ●●点 ロ　イ以外の場合 (1)　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設）

２年以内の期間に行った場合　●●点 (2)　(1)以外の場合　●●点 ［施設基準］ 一の一の七　通院・在宅精神療法の注10に規定する施設基準 二十歳未満の精神疾患を有する患者の支援を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。	［施設基準］ （新設）

２．児童思春期支援指導加算の新設に伴い、20歳未満加算及び児童思春期精神科専門管理加算について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、●●点を所定点数に加算する。ただし、注４又は注10に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 ４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。また、注３又は注10に規定する加算を算定	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。 ４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。

した場合は、算定しない。 イ・ロ　（略）	イ・ロ　（略）

⑦　心理支援加算の新設

第１　基本的な考え方

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して適切な介入を推進する観点から、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合について、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

心的外傷に起因する症状を有する患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が心理支援を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ 注９　心理に関する支援を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、精神科を担当する医師の指示を受けた公認心理師が必要な支援を行った場合に、心理支援加算として、初回算定日の属する月から起算して●●年を限度として、月●●回に限り●●点を所定点数に加算する。 ［施設基準］ 一の一の六　通院・在宅精神療法の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める患者 心的外傷に起因する症状を有する患者	【通院・在宅精神療法】 ［算定要件］ （新設） ［施設基準］ （新設）

⑧　精神科在宅患者支援管理料の見直し

第１　基本的な考え方

精神障害者の地域定着を推進する観点から、精神科在宅患者支援管理料について対象患者を見直す。

第２　具体的な内容

精神科在宅患者支援管理料の算定患者に、在宅医療の提供に係る一定の基準を満たす患者及び精神科地域包括ケア病棟入院料から退院した患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ (2)　「１」のイ及び「２」のイについては、以下のア及びイに該当する患者又はウに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。 ア、イ　（略） ウ　平成31～令和３年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の研究班が作成した、別紙様式●に掲げる「在宅医療における包括的支援マネジメント導入基準」において、コア項目を●つ以上満たす者又は●点以上である者 (3)　「１」のロ及び「２」のロについては、（２）のア若しくはイに該当する患者又は以下のアからウまでの全て若しくはエに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。	【精神科在宅患者支援管理料】 ［算定要件］ (2)　「１」のイ及び「２」のイについては、以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。 ア、イ　（略） （新規） (3)　「１」のロ及び「２」のロについては、（２）のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。

ア～ウ　（略） エ　過去●月以内に精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟から退院した患者	ア～ウ　（略） （新規）

①　難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し

「Ⅱ－１－⑦」を参照のこと。

②　遺伝学的検査の見直し

「Ⅲ－２－③」を参照のこと。

①　生活習慣病に係る医学管理料の見直し

「Ⅱ－５－①」を参照のこと。

②　特定疾患処方管理加算の見直し

「Ⅱ－５－②」を参照のこと。

③　地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

④　慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

第１　基本的な考え方

慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、慢性腎臓病患者に対して多職種連携による透析予防の管理を行うことについて、新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

（新）　慢性腎臓病透析予防指導管理料

１　初回の指導管理を行った日から起算して●●年以内の期間に行った場合　●●点

２　初回の指導管理を行った日から起算して●●年を超えた期間に行った場合　●●点

［対象患者］

入院中以外の慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。）であって、透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

［算定要件］

(1)　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月●●回に限り算定する。

(2)　区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１の 11 に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

(3)　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、●●点又は●●点を算定する。

［施設基準］

（１）当該保険医療機関内に、以下から構成される慢性腎臓病透析予防診療チームが設置されていること。

ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師

イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師

ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士

（２）（１）のアに掲げる医師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を５年以上有する者であること。

（３）（１）のイに掲げる看護師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を３年以上有する者であること。

（４）（１）のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を２年以上有する者であること。

（５）（１）のウに掲げる管理栄養士は、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を３年以上有する者であること。

（６）（１）ア、イ及びウに掲げる慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。

（７）（２）から（４）までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤であること。

（８）（２）から（５）までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。

（９）腎臓病教室を定期的に実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。ただし、当該教室は区分番号Ｂ００１「26」糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室の実施により代えることとしても差し支えない。ただし、腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。

(10) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。

(11) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行う場合に係る厚生労働大臣が定める施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑤　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

【Ⅲ－６　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－①】

①　医科歯科連携の推進

第１　基本的な考え方

医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理の在り方を見直す。

第２　具体的な内容

１．手術を行わない急性期脳梗塞患者等、集中治療室における治療が必要な患者を、周術期等口腔機能管理計画策定料の対象に追加するとともに、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）について、放射線治療等を実施する患者の区分を見直す。

２．終末期の悪性腫瘍の患者等に対して周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）及び周術期等専門的口腔衛生処置を行う場合の算定回数制限を見直す。

改　定　案	現　　行
【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法、集中治療室における治療若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。

【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア（以下「放射線治療等」という。）を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月を超えて、注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として●●点を所定点数に加算する。	【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。 （新設）
【周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）】 ●●点 注１　放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師	（新設）

が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月以内においては月●●回に限り、その他の月においては月●●回に限り算定する。	
２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月を超えて注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として●●点を所定点数に加算する。	（新設）
３　周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。	（新設）
【周術期等専門的口腔衛生処置】 ［算定要件］ 注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ｉ）又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口	【周術期等専門的口腔衛生処置】 ［算定要件］ 注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ｉ）又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口

腔機能管理料（Ⅱ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。	腔機能管理料（Ⅱ）を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。
２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号Ｂ●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号Ｂ●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。	２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。
３　１について、注２の規定にかかわらず、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した緩和ケアを実施している患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月●●回に限り算定する。	（新設）
４　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、口腔	３　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、口腔

機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、●●月に●●回に限り算定する。 ５・６　（略）	機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回に限り算定する。 ４・５　（略）

②　回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

「Ⅱ－３－⑧」を参照のこと。

【Ⅲ－６　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－③】

③　歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し

第１　基本的な考え方

入院前から外来診療において歯科疾患について口腔管理を受けていて、当該疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理について、対象患者及び評価を見直す。

第２　具体的な内容

歯科疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の要件及び評価を見直す。

【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が●●日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 ２　歯科診療を実施している保険	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 （新設）

医療機関又は手術等を実施する保険医療機関において、区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者に対して、顎離断等の手術に係る注１に規定する管理計画を策定した場合（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く。）は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。	
【周術期等口腔機能管理料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が●●日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注２に規定する場合に策定した管理計画等に基づき、歯科医師が口腔機能の	【周術期等口腔機能管理料（Ｉ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。

管理等を行う場合は、算定できない。 【周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が●●日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定する。	【周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】 ［算定要件］ 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において月２回に限り算定する。

④　医歯薬連携の推進

第１　基本的な考え方

医歯薬連携を推進する観点から、医科からの依頼に基づく歯科診療情報の提供や患者の服薬状況等に関する歯科医療機関と薬局との情報連携・共有が可能となるよう、診療情報連携共有料について名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報連携共有料について、名称を変更するとともに、保険薬局に対して情報提供を求めた場合及び医科医療機関からの依頼に基づく情報提供を行った場合にも算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【診療情報等連携共有料】 ［算定要件］ １　診療情報等連携共有料１　●●点 ２　診療情報等連携共有料２　●●点 注１　１については、歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等（以下この区分番号において「診療情報等」という。）について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者１人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。 ２　２については、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除	【診療情報連携共有料】 ［算定要件］ 診療情報等連携共有料　120点 注１　歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。 （新設）

く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して●月に●回に限り算定する。 ３　１及び２について、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 ４　２について、区分番号Ｂ０１１－２に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。	２　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。 （新設）

⑤　ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、評価の在り方を見直すとともに、指導訓練に係る評価を新設する。

第２　具体的な内容

１．小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、要件及び評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【小児口腔機能管理料】 ●●点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	【小児口腔機能管理料】 100点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
【口腔機能管理料】 ●●点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であ	【口腔機能管理料】 100点 ［算定要件］ 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であ

って、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	って、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２．口腔機能発達不全症の患者及び口腔機能低下症の患者に対して、口腔機能の獲得や、口腔機能の回復又は維持を目的として指導訓練を実施した場合の評価を新設する。

（新）　歯科口腔リハビリテーション料３（１口腔につき）

１　口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合　●●点

２　口腔機能の低下を来している患者の場合　●●点

［算定要件］

（１）１については、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月●回に限り算定する。

（２）２については、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月●回に限り算定する。

（３）区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料３は算定できない。

⑥　客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進

第１　基本的な考え方

客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能の評価に関する検査について、要件を見直す。

第２　具体的な内容

１．咀嚼能力検査及び咬合圧検査の算定対象となる患者に、顎変形症に係る手術を実施する患者や有床義歯等を新製する患者を追加する。

２．口腔機能低下症の診断を目的とする患者又は口腔機能低下症の患者に咀嚼能力検査又は咬合圧検査を行う場合について、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【咀嚼能力検査（１回につき）】 １　咀嚼能力検査１　●●点 ２　咀嚼能力検査２　●●点 ［算定要件］ 注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して咀嚼能力測定を行った場合は、●●月に１回に限り算定する。 ２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は●	【咀嚼能力検査（１回につき）】 140点 ［算定要件］ 注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に６月に１回に限り算定する。 （新設）

●回に限り、手術後は●●月に１回に限り算定する。	
３　（略）	２　（略）
４　当該検査を算定した月から起算して●●月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、●●月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。	３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。
５　１及び２は同時に算定できない。	（新設）
【咬合圧検査（１回につき）】 １　咬合圧検査１　●●点 ２　咬合圧検査２　●●点	【咬合圧検査（１回につき）】 130点
［算定要件］	［算定要件］
注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して咬合圧検査を行った場合は、●●月に１回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に、６月に１回に限り算定する。
２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧検査を行った場合は、手術前は●●回に限り、手術後は●●月に１回に限り算定する。	（新設）
３　（略）	２　（略）
４　当該検査を算定した月から起算して●●月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、●●月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。	３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。
５　１及び２は同時に算定できない。	（新設）

⑦　認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

「Ⅲ－４－４－④」を参照のこと。

【Ⅲ－６　口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－⑧】

⑧　かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進

第１　基本的な考え方

医療的ケア児が安心して安全に学校等に通うことができるよう、かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携を促進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先を見直す。

第２　具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先に学校歯科医等を追加する。

改　定　案	現　　行
【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ 注９　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者及び同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者が通園又は通学する児童福祉法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月●●回に限り算定する。	【診療情報提供料（Ⅰ）】 ［算定要件］ （新設）

⑨　歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し

第１　基本的な考え方

強度行動障害を含む歯科治療環境への適応が困難な患者の歯科診療時に特別な対応が必要な患者に対して、歯科治療環境への円滑な導入を支援するとともに、患者の状態に応じた評価となるよう、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件を見直す。

第２　具体的な内容

歯科診療特別対応加算の算定対象に、強度行動障害の患者等を追加する。

改　定　案	現　　行
【歯科診療特別対応加算１（初診料）】 【歯科診療特別対応加算２（初診料）】 ［算定要件］ (14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） ホ　強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態 ※　再診料及び歯科訪問診療料についても同様。	【歯科診療特別対応加算（初診料）】 【初診時歯科診療導入加算（初診料）】 ［算定要件］ (14) 歯科診療特別対応加算 「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ　（略） （新設）

⑩　う蝕の重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

う蝕の重症化予防を推進する観点から、フッ化物歯面塗布処置等の見直しを行う。

第２　具体的な内容

１．フッ化物歯面塗布処置について、う蝕多発傾向者に、歯科訪問診療を行う患者を追加する。

２．フッ化物歯面塗布処置について、初期の根面う蝕に罹患している患者及びエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して実施する場合の評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【フッ化物歯面塗布処置】 ［算定要件］ １　う蝕多発傾向者の場合　110点 ２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　●●点 ３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　●●点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定	【フッ化物歯面塗布処置】 ［算定要件］ １　う蝕多発傾向者の場合　110点 ２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点 ３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　130点 ［算定要件］ 注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２

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った場合に限り、月１回に限り算定する。	月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。
２　２については、区分番号Ｂ●●に掲げる根面う蝕管理料を算定した患者であって、区分番号Ｃ００００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月１回に限り算定する。	２　２については、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月１回に限り算定する。
３　３については、区分番号Ｂ●●に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕管理料の注に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。）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った場合に限り、月１回に限り算定する。	３　３については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月１回に限り算定する。

３．65 歳以上の初期の根面う蝕に対する非接触による指導管理及びエナメル質初期う蝕の管理に対する評価を新設し、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算を削除する。

（新）　エナメル質初期う蝕管理料　●●点

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる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●●回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる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、●●点を所定点数に加算する。

（新）　根面う蝕管理料　●●点

［算定要件］

（１）区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理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 65 歳以上のものに対して、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●●回に限り算定する。

（２）区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる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、●●点を所定点数に加算する。

⑪　歯周病の重症化予防の推進

第１　基本的な考え方

歯周病の重症化予防を推進する観点から、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療について見直しを行う。

第２　具体的な内容

１. 糖尿病患者に対して歯周病安定期治療を行う場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ 注４　歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、●●点を所定点数に加算する。	【歯周病安定期治療】 ［算定要件］ （新設）

２. 歯周病重症化予防治療について、歯周病安定期治療を行っている患者が、再評価の結果に基づき歯周病重症化予防治療に移行する場合には、２回目以降の実施であっても、初回実施の翌月から月１回算定可能とする。

改　定　案	現　　行
【歯周病重症化予防治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる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、区分番号	【歯周病重症化予防治療】 ［算定要件］ 注２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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。

Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を算定した患者について、一連の歯周病治療終了後の再評価の結果に基づき、当該患者に対して、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。	

⑫　歯科衛生士による実地指導の推進

第１　基本的な考え方

歯科衛生士による実地指導を推進する観点から、歯科衛生士が口腔機能に関する指導を実施した場合について、新たに評価を行う。

第２　具体的な内容

歯科衛生実地指導料について、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能に係る指導を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【歯科衛生実地指導料】 ［算定要件］ 注３　１及び２について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注１及び注２に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、●●点を所定点数に加算する。	【歯科衛生実地指導料】 ［算定要件］ （新設）

⑬　情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

「Ⅱ－１－⑪」を参照のこと。

⑭　歯科遠隔連携診療料の新設

「Ⅱ－１－⑫」を参照のこと。

⑮　歯科固有の技術の評価の見直し

第１　基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等における検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第２　具体的な内容

１．小児の外傷歯に対して用いる、歯・歯列の保護を目的とした口腔内装置の製作を評価する。

改　定　案	現　　行
【口腔内装置（１装置につき）】 ［算定要件］ 注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	【口腔内装置（１装置につき）】 ［算定要件］ 注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２．舌接触補助床の算定対象となる患者に、舌の筋力や運動機能の低下等がみられる口腔機能低下症の患者を追加する。

改　定　案	現　　行
【舌接触補助床（１装置につき）】 ［算定要件］ (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者であって、当該疾患による摂食機能障害又は発音・構音障害を有するものに対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床	【舌接触補助床（１装置につき）】 ［算定要件］ (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。なお、「２　旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している

をいう。口腔機能低下症の患者については、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、低舌圧（区分番号Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）に該当するものに対して行った場合に算定できる。	有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。
(2) 「２　旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行って製作した場合をいう。	（新設）
(3)・(4)　（略）	(2)・(3)　（略）

３.口腔細菌定量検査の算定対象となる患者に、入院中の患者を加える。

改　定　案	現　　行
【口腔細菌定量検査（１回につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該検査は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。 イ　（略） ロ　イ又はハ以外の患者であって、入院中のもの ハ　（略）	【口腔細菌定量検査（１回につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該検査は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。 イ　（略） （新設） ロ　（略）

４．非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定対象となる患者に、経口摂取は可能であるが、ごく少量に限られる患者を加える。

改　定　案	現　　行
【非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、経口摂取が困難又は可能であってもわずかであり、患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔	【非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、経口摂取及び患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うものをい

内に剥離上皮膜の形成を伴うものをいう。 (3)　（略）	う。 (3)　（略）

５．口腔バイオフィルム感染症の患者に対して、口腔バイオフィルムの除去を行った場合の評価を新設するとともに、歯周基本治療の評価対象を見直す。

（新）　口腔バイオフィルム除去処置　●●点

［算定要件］

（１）口腔バイオフィルムの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィルムの除去を行った場合に、月●●回に限り算定する。

（２）口腔バイオフィルム除去処置を算定した月において、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号Ｉ●●に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。

改　定　案	現　　行
【歯周基本治療】 ［算定要件］ (1)～(6)　（略） （削除）	【歯周基本治療】 ［算定要件］ (1)～(6)　（略） (7)　(1)の規定に関わらず、Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査を行った場合、有歯顎患者に限り口腔バイオフィルム感染症の治療を目的として、「１　スケーリング」に限り算定して差し支えない。なお、「口腔バイオフィルム感染症に対する口腔細菌定量検査に関する基本的な考え方」（令和４年３月日本歯科医学会）を参考とし、歯周病と口腔バイオフィルム感染症の治療を目的として、それぞれの疾患につき当該処置を行った場合においても、歯周基本治療はどちらか一方の主たる疾患に対してのみ算定する。

６．口腔リンパ管腫局所注入等の医科点数表において評価されている処置について、診療実態を踏まえて歯科点数表においても評価するとともに、第８部処置に薬剤料の節を新設する。

（新）　口腔リンパ管腫局所注入　●●点

［算定要件］
６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、●●点を加算する。

（新）　摘便　●●点

（新）　ハイフローセラピー（１日につき）
１　15 歳未満の患者の場合　●●点
２　15 歳以上の患者の場合　●●点

（新）　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法　●●点

［算定要件］
区分番号Ｉ００９－２に掲げる創傷処置、区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

（新）　留置カテーテル設置　●●点

（新）　超音波ネブライザ（１日につき）　●●点

改　定　案	現　　行
【処置】 薬剤料 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。	（新設）

７．歯冠補綴物及び欠損補綴物の製作にあたり、ICT の活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等を行った場合の評価を新設する。

改　定　案	現　　行
【印象採得】 ［算定要件］ 注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、●●点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。 ２　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、●●点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とし	【印象採得】 ［算定要件］ （新設） （新設）

た印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【咬合採得】 ［算定要件］	【咬合採得】 ［算定要件］
注１　２のイ（２）並びにロ（２）及び（３）について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
２　２のイ（２）及びロ（２）（３）について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す	（新設）

るものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、●●点を所定点数に加算する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【仮床試適】 ［算定要件］ 注１　２及び３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴	【仮床試適】 ［算定要件］ （新設）

物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、●●点を所定点数に加算する。	
２　２及び３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、●●点を所定点数に加算する。	（新設）
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
【印象採得】 ［施設基準］ 一の二の二　印象採得、咬合採得及び仮床試適の歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２の施設基準 (1) 歯科技工士連携加算１の施設基	【印象採得】 ［施設基準］ （新設）

準 歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携が確保されていること。 (2)歯科技工士連携加算２の施設基準 イ　他の歯科技工所との連携が確保されていること。 ロ　情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。 ※　咬合採得及び仮床試適についても同様。	

８．大臼歯ＣＡＤ/ＣＡＭ冠について、要件を見直す。

改　定　案	現　　行
【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2)　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ　前歯又は小臼歯に使用する場合 ロ　大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を使用する場合 ハ　第一大臼歯又は第二大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を使用する場合 なお、ハの場合は、当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。以下、咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合をいう。 ①　当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位と同側に大臼歯に	【ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）】 ［算定要件］ (1)　（略） (2)　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。 イ　前歯又は小臼歯に使用する場合 （新設） ロ　上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を第一大臼歯に使用する場合

よる咬合支持があり、当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等 ② 当該ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がなく、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持がある場合 ニ・ホ　（略） (3)～(5)　（略） （削除） 【装着】 ［算定要件］ (6)「注１」の内面処理加算１とは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠、ＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びプライマー処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。 (7)　（略） (8)「注１」の内面処理加算１又は「注２」の内面処理加算２を算定する場合は、接着性レジンセメントを用いて装着すること。	ハ・ニ　（略） (3)～(5)　（略） (6) ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ｖ）を使用したＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する場合、歯質に対する接着力を向上させるためにサンドブラスト処理及びプライマー処理を行い接着性レジンセメントを用いて装着すること。 【装着】 ［算定要件］ (6)「注１」の内面処理加算１とは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠、ＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びシランカップリング処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。 (7)　（略） （新設）

９．クラウン・ブリッジ維持管理料について、対象となる歯冠補綴物を見直す。

改　定　案	現　　行
【クラウン・ブリッジ維持管理料	【クラウン・ブリッジ維持管理料

（１装置につき）】 ［算定要件］ 注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物（区分番号Ｍ０１０の２に掲げる４分の３冠（前歯）、区分番号Ｍ０１０の３に掲げる５分の４冠（小臼歯）、区分番号Ｍ０１０の４に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及び区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠を除く。）又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。	（１装置につき）】 ［算定要件］ 注１　クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

10. 学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断され、歯科医療機関を受診した患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断等を行う場合について、新たな評価を行う。

（新）　歯科矯正相談料

１　歯科矯正相談料１　●●点

２　歯科矯正相談料２　●●点

［算定要件］

（１）第 13 部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に●●回に限り算定する。

（２）区分番号Ｅ０００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影又は区分番号Ｅ１００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影は別に算定できる。

（３）保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

11. 歯科点数表第８部「処置」の抜髄等において、歯科麻酔薬を使用した場合の薬剤の費用の算定方法を見直す。

改　定　案	現　　行

【処置（通則）】 ［算定要件］ 7　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号Ｉ００４の１に掲げる生活歯髄切断又は区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄を行う場合の麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。	【処置（通則）】 ［算定要件］ 7　120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

12. 区分Ｃ２（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、技術料の新設等を行う。

（新）　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　●●点

［算定要件］
　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。

［施設基準］
（１）当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。
（２）当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（３）当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

13. 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

［診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例］
(1) 結合組織移植術
(2) 小児保隙装置
(3) ブリッジの支台装置としての第二小臼歯レジン前装冠
(4) ＣＡＤ/ＣＡＭインレー修復に対する光学印象法
(5) 小児の舌圧検査

14. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。

［評価の見直しを行う技術の例］

(1) 歯髄保護処置
(2) 歯髄切断
(3) 抜髄
(4) 感染根管処置
(5) 根管貼薬処置
(6) 加圧根管充填処置
(7) レジン前装金属冠
(8) 熱可塑性樹脂有床義歯
(9) 有床義歯修理
(10) 有床義歯内面適合法

①　薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

３．服薬指導を行う際に、特に患者に対して重点的に丁寧な説明が必要となる場合として、①特に安全性に関する情報活用が必要となる、医薬品リスク管理計画に基づく説明資料を活用する場合及び緊急安全性情報等の医薬品の安全性に関する情報を提供する場合、②長期収載品の保険給付の在り方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、患者に対してより丁寧な説明を実施する必要がある場合において､必要な指導･情報提供を行った際に、１回に限り、服薬管理指導料の加算として新たな評価を行う。

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 注４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注２、在宅患者訪問薬剤管理指導料の注３、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注２、在宅患者緊急時等共同指導料の注２についても同様。 ５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合　●●点 ロ　特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況の変化等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合　●●点 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注３についても同様。 ６　（略） ７　調剤を行う医薬品を選択する	【服薬管理指導料】 注４　麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。 ５　特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算１として、10点を所定点数に加算する。 ６　（略） （新設）

ために必要な説明及び指導を行った次に掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算３として、患者１人につき当該品目に関して最初に処方された１回に限り、それぞれ●●点を所定点数に加算する。 イ　特に安全性に関する説明が必要な場合として当該医薬品の医薬品リスク管理計画に基づき製造販売業者が作成した当該医薬品に係る安全管理等に関する資料を当該患者に対して最初に用いた場合 ロ　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第●号に規定する選定療養を受けようとする患者、その他調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合 ※　かかりつけ薬剤師指導料の注５についても同様。 ※　長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－９－①」を参照のこと。	
［算定要件］ ５　麻薬管理指導加算 (1)　（略） (2)　(1)の電話等による確認方法については、電話の他に情報通信機器を用いた方法も含まれるが、患者等に一方的に情報発信すること（例えば、一律の内容の電子メールを一斉送信すること）のみでは継続的服薬指導を実施したことにはならないため、個々の患者の状況等に応じた必要な対応を行うこと。	［算定要件］ ５　麻薬管理指導加算 (1)　（略） （新設）

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

分な指導を行った場合 ・処方された薬剤について緊急安全性情報、安全性速報が新たに発出された場合に、安全性に係る情報について提供及び十分な指導を行った場合 (3) 「ロ」に示す厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第●号に規定する選定療養を受けようとする患者、その他調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行ったときとは、以下の場合をいう。 ・後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合。 ※　長期収載品の選定療養については、「Ⅲ－９－①」を参照のこと。 ・医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合 (4) 対象となる医薬品が複数処方されている場合に、処方箋受付１回につきそれぞれ１回に限り算定するものであること。また複数の項目に該当する場合であっても、重複して算定することができない。 (5) 当該加算を算定する場合は、それぞれの所定の要件を満たせ	

ば特定薬剤管理指導１及び特定薬剤管理指導加算２を算定できる。 (6) 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して行った指導の要点について、薬剤服用歴等に記載すること。また、医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	

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

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

ロ　残薬調整に係るものの場合 ●●点 ［算定要件］ (1) 調剤管理料は、保険薬剤師が、患者又はその家族等から収集した当該患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴、服薬状況等の情報、手帳、医薬品リスク管理計画（医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器及び再生医療等製品の製造販売後安全管理の基準に関する省令（平成16年厚生労働省令第135号）第２条第３項に規定するものをいう。以下同じ。）に基づき、受け付けた処方箋の処方内容について、薬学的分析及び評価を行った上で、患者ごとに必要な薬学的管理を行った場合に算定できる。 (2)～(8)　（略）	ロ　残薬調整に係るものの場合 30点 ［算定要件］ （新設） (1)～(7)　（略）

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

改　定　案	現　　行
【服薬情報等提供料】 １　服薬情報等提供料１　30点 ２　服薬情報等提供料２ イ　保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合 ●●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　●●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 ●●点 ３　服薬情報等提供料３　50点	【服薬情報等提供料】 １　服薬情報等提供料１　30点 ２　服薬情報等提供料２　20点 ３　服薬情報等提供料３　50点

［算定要件］ 注１　１については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。	［算定要件］ 注１　１については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
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。	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。
３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。	３　３については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に３月に１回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。
４　（略）	４　（略）

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

②　薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

「Ⅱ－７－⑦」を参照のこと。

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

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

改　定　案	現　　行
【薬剤調製料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点 注１　（略） （削除） ２～６　（略） ［算定要件］ (11) 自家製剤加算 ア～ウ　（略） エ　薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤し	【薬剤調製料】 １　内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（１剤につき））　24点 注１　（略） ２　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。 ２～６　（略） ［算定要件］ (11) 自家製剤加算 ア～ウ　（略） エ　薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤し

た場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。 (ｲ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合。ただし、当該医薬品が薬価基準に収載されている場合であっても、供給上の問題により当該医薬品が入手困難であり、調剤を行う際に必要な数量を確保できない場合は除く。なお、医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合には、調剤報酬明細書の摘要欄には調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名とともに確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。 (ﾛ) （略） オ～サ （略） ［施設基準］ 七 薬剤調製料の注６ただし書に規定する薬剤 使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤（供給の状況が安定していないため、調剤時に必要な数量が確保できない医薬品を除く）	た場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。 (ｲ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合 (ﾛ) （略） オ～サ （略） ［施設基準］ 七 薬剤調製料の注６ただし書に規定する薬剤 使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に収載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

④　外来腫瘍化学療法診療料の見直し

「Ⅰ－２－⑤」を参照のこと。

⑤　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

⑥　薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

「Ⅰ－２－④」を参照のこと。

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

①　調剤基本料の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

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

②　地域支援体制加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．薬局の地域におけるかかりつけ機能を適切に評価する観点から、薬局の体制に係る評価体系の在り方を見直し、地域支援体制加算の要件を強化する。

２．夜間・休日対応について、輪番制等の周囲の薬局と連携した体制でも引き続き可能とするとともに、地域の住民や医療・介護等の関係者が地域の体制を把握できるよう、行政機関や薬剤師会を通じて地域における夜間・休日の対応状況を公表・周知するよう見直す。

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の●●に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、算定できない。 イ　地域支援体制加算１　●●点 ロ　地域支援体制加算２　●●点 ハ　地域支援体制加算３　●●点 ニ　地域支援体制加算４　●●点	【調剤基本料】 ［算定要件］ 注５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　地域支援体制加算１　39点 ロ　地域支援体制加算２　47点 ハ　地域支援体制加算３　17点 ニ　地域支援体制加算４　39点

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

居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。	
⑧　服薬情報等提供料の算定回数が30回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。	④　服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
⑨　服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が１回以上であること。	（新設）
⑩　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に１回以上出席していること。	⑤　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで１回以上出席していること。
（削除）	①　麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要

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

付回数１万回とみなす。 (ﾊ)　(ｲ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。ただし、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の「注６」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。 ・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　調剤後薬剤管理指導料 ・　服用薬剤調整支援料２ ・　かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）	(ﾛ)　(ｲ)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。 ・　服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２ ・　服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 ・　服用薬剤調整支援料２ ・　かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（調剤録又は薬剤服用歴（以下「薬剤服用歴等」という。）の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。） ・　かかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者に対し、特定薬剤管理指導加算２、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料２又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合（薬剤服用歴等の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。）

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

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

	計24回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。 ⑧　服薬情報等提供料の算定回数が60回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。 ⑨　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。
（削除）	(ﾛ) (ｲ)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、アの(ﾛ)に準じて取り扱う。
（削除）	(ﾊ) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、(ｲ)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(ｲ)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(ｲ)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(ｲ)の⑤の外来服薬支援料１並びに(ｲ)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施し

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

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

と。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。 ⑨　服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が１回以上であること。 ⑩　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。	
（削除）	(ﾛ) 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
エ　地域支援体制加算４ 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、ウの(ｲ)の①から⑩までの10の要件のうち８項目以上を満たすこと。この場合において、この場合において、アの(ﾛ)から(ﾎ)までに準じて取り扱う。	エ　地域支援体制加算４ 調剤基本料１以外を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、イの(ｲ)の①から⑨までの９つの要件のうち８項目以上を満たすこと。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。
(2) 地域における医薬品等の供給拠点としての体制として以下を満たすこと。	
ア　保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。	(2) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。
イ　当該薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。	（新設）
ウ　医療材料及び衛生材料を供給	(17) 医療材料及び衛生材料を供給で

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

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

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

る体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。	ること。
(4) 在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下を満たすこと。	
ア　在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。	(18) 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患家の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
イ　当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。	(19) 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネージャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。
ウ　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料（在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。）、在宅患	（新設）

者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。この場合において、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。	
エ　当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。	(9) 当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。
(5) 医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。	
ア　医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）に登録することにより、常に最新	(11) 医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬

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

(9) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。	(10) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
(10) 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。	(13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
(11) 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。 ア　要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。なお、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売の際には、購入される要指導医薬品及び一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。また、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していれ	(14) 一般用医薬品を販売していること。なお、一般用医薬品の販売の際には、購入される一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。

ばいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、様々な種類の医薬品を取り扱うべきであり、健康サポート薬局（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第１条第２項第５号で規定する薬局）の届出要件とされている48薬効群の品目を取り扱うこと。薬効群については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の一般用医薬品・要指導医薬品の添付文書検索システムに記載されているものであること。	
イ　健康相談又は健康教室を行うとともに、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談について応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。	(16) 健康相談又は健康教室を行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること。 (15) 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談についても応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。
ウ　緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤を行う体制を整備していること。	（新設）
エ　当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。 ① 当該保険薬局の敷地内が禁煙であること。 ② 保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。	（新設）

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

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

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

③　休日・深夜加算の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
【調剤技術料の時間外加算】 ［算定要件］ ア～オ　（略） カ　休日加算 (ｲ)　（略） (ﾛ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、以下に掲げる場合において休日に調剤を受けた患者 ・救急医療対策の一環として設けられている保険薬局の場合、輪番制による休日当番保険薬局の場合 ・感染症対応等の一環として地方自治体の要請を受けて休日に開局して調剤を行う保険薬局の場合 ②　（略）	【調剤技術料の時間外加算等】 ［算定要件］ ア～オ　（略） カ　休日加算 (ｲ)　（略） (ﾛ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、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 ②　（略）

キ　深夜加算 (ｲ)　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、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方自治体の要請を受けて深夜に開局して調剤を行う保険薬局の場合 ②　（略） (ﾛ)　（略）	キ　深夜加算 (ｲ)　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。 ①　地域医療の確保の観点から、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 ②　（略） (ﾛ)　（略）

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

④　いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．特別調剤基本料についてＡ及びＢの区分を設け、評価を見直す。

２．いわゆる同一敷地内薬局を対象とする特別調剤基本料Ａにおいては、調剤基本料１、２及び３のイ～ハと同様に調剤基本料の施設基準の届出を求める。

３．調剤基本料にかかる施設基準の届出を行っていない保険薬局に対しては特別調剤基本料Ｂの算定区分を適用するとともに、調剤基本料の諸加算の算定を不可とする。

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

５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の●●に相当する点数）を所定点数に加算する。この場合において、注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点 ８～11　（略） 12　（略） ※　在宅薬学総合体制加算については「Ⅱ－８－㉙」を参照のこと。 13　（略） ※　医療DX推進体制整備加算については「Ⅱ－１－②」を参照のこと。 ［施設基準］ 一　調剤基本料の施設基準	５　（略） ※　地域支援体制加算については「Ⅲ－８－②」を参照のこと。 ６　（略） ※　連携強化加算については「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。 ７　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第７条の２に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。 イ　後発医薬品調剤体制加算１　21点 ロ　後発医薬品調剤体制加算２　28点 ハ　後発医薬品調剤体制加算３　30点 ８～11　（略） （新設） （新設） ［施設基準］ 一　調剤基本料の施設基準

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

イ　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ　特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (5)　調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。 (6)　特別調剤基本料Ａの施設基準 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●●割を超えること。	ること。 イ　特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ　特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。 (5)　調剤基本料３のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(1)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。 （新設）
二　（略） 二の二　調剤基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 （削除） 一の(1)から(6)までのいずれかに適合しているものとして地方厚	二　（略） 二の二　調剤基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1)　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。 (2)　一の(1)から(5)までのいずれかに適合しているものとして地

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。	方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。

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

改　定　案	現　　行
【服薬管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。ただし、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局は、いずれの場合においても算定できない。 イ～へ　（略） 14　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局において、調剤基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注６及び注９に規定する加算は、算定できない。 ※　特別調剤基本料Ａを算定する薬局に関しては、かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算２及び吸入薬指導加算、服用薬剤調整支援料２、外来服薬支援料１並びに調剤後薬剤管理指導料についても同様。 ※　特別調剤基本料Ｂを算定する薬局に関しては、調剤管理料、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指	【服薬管理指導料】 ［算定要件］ 注１　１及び２については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付１回につき所定点数を算定する。ただし、１の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、２により算定する。 イ～へ　（略） （新設）

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及び在宅移行初期管理料についても同様。	

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

改　定　案	現　　行
【使用薬剤料】 ［算定要件］ １・２　（略） ３　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する薬局及び区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する特別調剤基本料Ｂを算定する薬局において、処方につき７種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。	【使用薬剤料】 ［算定要件］ １・２　（略） （新設）

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

改　定　案	現　　行
【処方箋料】 ［算定要件］ 注１～８　（略） 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	【処方箋料】 ［算定要件］ 注１～８　（略） （新設）

ているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合は、１、２又は３の所定点数に代えて、それぞれ●●点、●●点又は●●点を算定する。	

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

※　いわゆる同一敷地内薬局については、

・医療機関及び薬局が地域医療に果たす役割、

・同一敷地内の医療機関と薬局における、①構造的、機能的及び経済的な独立性、②医療機関の敷地内薬局を開設する際の公募等における要件、③土地・建物の賃貸借料等を踏まえた双方の関係性、

・薬局の収益構造において費用に占める医薬品等費と医薬品購入状況等の医薬品流通の観点からの実態等を踏まえた、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、中医協で引き続き検討する。

⑤　連携強化加算（調剤基本料）の見直し

「Ⅱ－６－⑥」を参照のこと。

①　長期収載品の保険給付の在り方の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後５年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が 50%以上となった長期収載品を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の４分の３までを保険給付の対象とする。

２．医療上の必要性があると認められる場合（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、後発医薬品を提供することが困難な場合（例：薬局に後発医薬品の在庫が無い場合）については、選定療養とはせず、引き続き、保険給付の対象とする。

３．長期収載品は、準先発品を含むこととし、バイオ医薬品は対象外とする。また、後発医薬品への置換率が極めて低い場合（置換率が１％未満）である長期収載品は、上市後５年以上経過したものであっても、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当することから、対象外とする。

４．あわせて、次のような対応を行う。

- 長期収載品の投与に係る特別の料金その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。
- 医療上の必要性があると認められる場合について、処方等の段階で明確になるよう、処方箋様式を改正する。

［施行日等］
令和６年 10 月１日から施行・適用する。

②　医薬品取引状況に係る報告の見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

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

１．（調剤報酬）

改　定　案	現　　行
【調剤基本料】 ［算定要件］ ２　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、特掲診療料施設基準通知を参照すること。 ア　（略） イ　医療用医薬品の取引価格の妥結率、取引に係る状況並びに流通改善に係る取組状況を地方厚生（支）局長に報告し	【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 ウ　（略） (2)　（略） ［施設基準］ 三　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　（略） (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3)　（略）	ていない保険薬局 ウ　（略） (2)　（略） ［施設基準］ 三　調剤基本料の注４に規定する保険薬局 (1)　（略） (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険薬局との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3)　（略）

２．（医科点数表）

改　定　案	現　　行
【初診料】 ［算定要件］ (10)　「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。 (11)　妥結率、医療用医薬品の取引及び流通改善に関する取組の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添１の第２の５を参照のこと。 (12)　(11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。 ※　再診料及び外来診療料においても同様の取扱いとなる。 ［施設基準］ 一の二　医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1)　（略） (2)　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。	【初診料】 ［算定要件］ (10)　「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。 (11)　妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添１の第２の５を参照のこと。 (12)　(11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。 ［施設基準］ 一の二　医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準 (1)　（略） (2)　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間

	で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

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

○　医薬品取引に係る状況（報告の前年度の医薬品取引の状況も含む。）

○　医療用医薬品の流通改善に向けた取組（流通改善ガイドラインの改訂内容に基づく主な取組事項の確認）

③　プログラム医療機器についての評価療養の新設

第１　基本的な考え方

イノベーションの促進の観点から、一般的に侵襲性が低いプログラム医療機器の特性も踏まえつつ、薬事上の第１段階承認を取得したプログラム医療機器及びチャレンジ申請を行うプログラム医療機器の使用又は支給について、評価療養として実施可能とする。

第２　具体的な内容

１．薬事上の第１段階承認を取得しているものの保険適用がされていないプログラム医療機器であって、市販後に臨床的エビデンスが確立された後、承認事項一部変更承認申請等を行うことで第２段階承認を取得し、保険適用を目指しているものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。

（１）第１段階承認を取得後、第２段階承認の申請前のものについては、当該プログラム医療機器の第２段階承認及び保険適用のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする。

（２）第２段階承認の申請中のものについては、第２段階承認の申請に係る使用目的等に従って、第２段階承認の申請が受理されてから２年間に限り実施可能とする。

（３）第２段階承認を取得後、保険適用前のものについては、必要な体制が整備された病院若しくは診療所又は薬局において、保険適用を希望した日から起算して●●日間に限り実施可能とする。

２．既に保険適用されているプログラム医療機器であって、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関し、使用成績を踏まえた再評価を目指すものの使用又は支給であって、次の事項を満たすものについて、保険診療との併用を認め、評価療養として実施可能とする。

（１）使用成績を踏まえた再評価に係る申請前のものについては、再評価のための申請に係る権利の取得の際に付された条件に従って、再評価のための準備に必要と認められる期間に限り実施可能とする。

（２）使用成績を踏まえた再評価に係る申請中のものについては、再評価の申請を行った日から起算して●●日間に限り実施可能とする。

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

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

１．一般名処方加算について、医薬品の供給不足等の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。

改　定　案	現　　行
F400　処方箋料 ［算定要件］ 注７　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　●●点 ロ　一般名処方加算２　●●点 ［施設基準］ 第七　投薬 五　医科点数表区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注７及び歯科点数表区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注６に規定する一般名処方加算の施設基準 (1) 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に	F400　処方箋料 ［算定要件］ 注７　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　７点 ロ　一般名処方加算２　５点 ［施設基準］ 第七　投薬 （新設）

十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 (2) (1)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 ［経過措置］ 令和●年●月●日までの間に限り、(2)に該当するものとみなす。	

２.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。

改　定　案	現　　行
【後発医薬品使用体制加算】 １　後発医薬品使用体制加算１　●●点 ２　後発医薬品使用体制加算２　●●点 ３　後発医薬品使用体制加算３　●●点	【後発医薬品使用体制加算】 １　後発医薬品使用体制加算１　47点 ２　後発医薬品使用体制加算２　42点 ３　後発医薬品使用体制加算３　37点
［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） 二　医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、	［施設基準］ 三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準 (1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	
(2) 後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） 二　医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	(2)　後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(3)　後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） 二　医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び薬剤を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	(3)　後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

すい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 ［経過措置］ 令和●年●月●日までの間に限り、(1)のへ、(2)のへ又は(3)のへに該当するものとみなす。	
【外来後発医薬品使用体制加算】 イ　外来後発医薬品使用体制加算１　●●点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　●●点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　●●点	【外来後発医薬品使用体制加算】 イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点 ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点
［施設基準］ (1)　外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） 二　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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 へ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	［施設基準］ (1)　外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(2)　外来後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） 二　医薬品の供給が不足した場合	(2)　外来後発医薬品使用体制加算２の施設基準 イ～ハ　（略） （新設）

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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ヘ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。	二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(3)　外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） 二　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。 ホ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨並びに二の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ヘ　ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。 ［経過措置］ 令和●年●月●日までの間に限り、(1)のヘ、(2)のヘ又は(3)のヘに該当するものとみなす。	(3)　外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準 イ～ハ　（略） （新設） 二　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

３．医療 DX の推進による効率的な処方体系の整備が進められていること並びに一般名処方加算、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬

品使用体制加算の見直しに伴い、薬剤情報提供料及び処方箋料の点数を見直す。

改　定　案	現行
【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料　●●点 【処方箋料】 １　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　●●点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　●●点 ３　１及び２以外の場合　●●点	【薬剤情報提供料】 薬剤情報提供料　10点 【処方箋料】 １　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　28点 ２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　40点 ３　１及び２以外の場合　68点

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

改　定　案	現　　行

【第５部　投薬】 通則 ５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。	【第５部　投薬】 通則 ５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
［算定留意事項］ 第５部　投薬 ＜通則＞ 10　「通則５」の貼付剤とは、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。ただし、各種がんにおける鎮痛の目的で用いる場合はこの限りでない。	［算定留意事項］ 第５部　投薬 ＜通則＞ 10　「通則５」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。
Ｆ４００　処方箋料 (15)保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。	Ｆ４００　処方箋料 (15)　保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。
別表第三　調剤報酬点数表 ［算定留意事項］ ８　リフィル処方箋による調剤	別表第三　調剤報酬点数表 ［算定留意事項］ ８　リフィル処方箋による調剤

(1)　通則 ア　（略） イ　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。	(1)　通則 ア　（略） イ　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による調剤を行うことはできない。

②　バイオ後続品の使用促進

第１　基本的な考え方

バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、入院医療におい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い、バイオ医薬品ごとの特性を踏まえた使用数量割合の基準を満たす医療機関について新たな評価を行うとともに、バイオ後続品導入初期加算について対象患者を拡大する。

第２　具体的な内容

１．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）　●●点

［対象患者］

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

［算定要件］

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

［施設基準］

（１）バイオ後続品の使用を促進するための体制が整備されていること。

（２）直近１年間にバイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）

及びバイオ後続品の使用回数が●●回を超えること。

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

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

①　エポエチン
②　リツキシマブ
③　トラスツズマブ
④　テリパラチド

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

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

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

（５）（４）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

［施設基準］

令和●年●月●日までの間に限り、（５）に該当するものとみなす。

２．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。

改　定　案	現　　行
【第６部　注射】 ［算定要件］ 通則 ７　入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。	【第６部　注射】 ［算定要件］ 通則 ７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

３．２に伴い、外来腫瘍化学療法診療料におけるバイオ後続品導入初期加算は廃止する。

改　定　案	現　　行
【外来腫瘍化学療法診療料】 （削除）	【外来腫瘍化学療法診療料】 注７　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

③　長期収載品の保険給付の在り方の見直し

「Ⅲ－９－①」を参照のこと。

④　再製造単回使用医療機器の使用に対する評価

第１　基本的な考え方

再製造単回使用医療機器の使用を推進する観点から、再製造単回使用医療機器の使用実績を有する医療機関において、手術における再製造単回使用医療機器の使用について新たな評価を行う。

第２　具体的な内容

再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料の使用に係る実績を有する医療機関において、手術に再製造単回使用医療機器である特定保険医療材料を使用した場合の加算を設ける。

改　定　案	現　　行
【第10部　手術】 通則 21　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した場合に、再製造単回使用医療機器使用加算として当該特定保険医療材料の所定点数の100分の●●に相当する点数を当該手術の所定点数に加算する。	【第10部　手術】 通則 （新設）
［施設基準］ 二の八　医科点数表第２章第10部第21号に規定する再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準 (1)　再製造単回使用医療機器の使用に係る実績を有していること。 (2)　再製造単回使用医療機器の使用につき必要な体制が整備されていること。	［施設基準］ （新設）

⑤　プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価

「Ⅱ－１－⑯」を参照のこと。

①　実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

【評価を見直す検査の例】

改　定　案	現　　行
【血液化学検査】 注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ　（略） ハ　10項目以上　●●点 【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 ●●点	【血液化学検査】 注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の１から８までに掲げる検査を５項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。 イ・ロ　（略） ハ　10項目以上　106点 【SARS-CoV-2抗原検出（定性）】 300点

２．材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 ２　ＣＰＡＰを使用した場合 ●●点	【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 ２　ＣＰＡＰを使用した場合 1,000点

【在宅ハイフローセラピー装置加算】 １　自動給水加湿チャンバーを用いる場合 ●●点 ２　１以外の場合 ●●点	【在宅ハイフローセラピー装置加算】 1,600点

３．アルブミン（BCP 改良法・BCG 法）のうち、BCG 法によるものについて、臨床実態等を踏まえ、算定可能な期間を●●年間延長する。

改　定　案	現　　行
【血液化学検査】 ［経過措置］ ４　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和●●年●●月●●日までの間に限り、算定できるものとする。	【血液化学検査】 ［経過措置］ ４　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

②　人工腎臓の評価の見直し

第１　基本的な考え方

包括されている医薬品の実勢価格を踏まえ、人工腎臓について評価を見直す。

第２　具体的な内容

人工腎臓について、包括薬剤の実勢価格を踏まえ、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【人工腎臓（１日につき）】	【人工腎臓（１日につき）】
１　慢性維持透析を行った場合１	１　慢性維持透析を行った場合１
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,885点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,045点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,180点
２　慢性維持透析を行った場合２	２　慢性維持透析を行った場合２
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,845点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,005点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,135点
３　慢性維持透析を行った場合３	３　慢性維持透析を行った場合３
イ　４時間未満の場合　●●点	イ　４時間未満の場合　1,805点
ロ　４時間以上５時間未満の場合　●●点	ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,960点
ハ　５時間以上の場合　●●点	ハ　５時間以上の場合　2,090点

③　検査、処置及び麻酔の見直し

第１　基本的な考え方

外来診療の実態を踏まえ、効率的な検査、処置及び麻酔の実施を図る観点から、一部の検査、処置及び麻酔の評価を見直す。

第２　具体的な内容

下記の処置、検査及び麻酔について、評価を見直す。

改　定　案	現　　行
【眼底三次元画像解析】 ●●点	【眼底三次元画像解析】 200点
【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 ●●点	【細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）】 112点
【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 １　片側 ●●点 ２　両側 ●●点	【耳垢栓塞除去（複雑なもの）】 １　片側 100点 ２　両側 180点
【トリガーポイント注射】 ●●点	【トリガーポイント注射】 80点

医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

「Ⅱ－１」を参照のこと。

患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

「Ⅱ－４」を参照のこと。

外来医療の機能分化・強化等

「Ⅱ－５」を参照のこと。

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推進

「Ⅲ－５」を参照のこと。

①　入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進

「Ⅰ－２－③」を参照のこと。

②　医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

「Ⅳ－１－①」を参照のこと。

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

③　投薬用の容器に関する取扱いの見直し

第１　基本的な考え方

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

第２　具体的な内容

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

改　定　案	現　　行
（医科診療報酬点数表） 【第５部　投薬】 ＜通則＞ １・２　（略） ３　投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。 ４・５　（略） （調剤報酬点数表） 【使用薬剤料】 (1) 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。	（医科診療報酬点数表） 【第５部　投薬】 ＜通則＞ １・２　（略） ３　投薬時における薬剤の容器は、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。 ４・５　（略） （調剤報酬点数表） 【使用薬剤料】 (1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。 ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。 なお、患者に直接投薬する目的

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

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

「Ⅲ－８」を参照のこと。