１５の８　在宅移行初期管理料　230点

注１　在宅療養へ移行が予定されている患者であって通院が困難なもののうち、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、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指導等を行った場合に、当該患者において区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の１その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に１回に限り算定する。ただし、在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号１４の２に掲げる外来服薬支援料１は算定できない。なお、区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。

２　在宅移行初期管理に要した交通費は、患家の負担とする。

１５の９　訪問薬剤管理医師同時指導料　150点

注１　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の１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、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して訪問薬剤管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に訪問を行うとともに、必要な指導等を行った場合に、６月に１回に限り算定する。

２　区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料又は区分番号１５の８に掲げる在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。

３　訪問薬剤管理医師同時指導に要した交通費は、患家の負担とする。

１５の１０　複数名薬剤管理指導訪問料　300点

注１　区分番号１５に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の１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、当該患者の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、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険薬局又は在宅協力薬局に勤務する職員とともに複数名で訪問した上で、必要な指導等を行った場合に算定する。

２　区分番号１５の３に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号１５の８に掲げる在宅移行初期管理料又は区分番号１５の９に掲げる訪問薬剤管理医師同時指導料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。

３　複数名薬剤管理指導訪問に要した交通費は、患家の負担とする。

第３節　薬剤料

区分		
２０	使用薬剤料	
	１　使用薬剤の薬価が区分番号０１に掲げる薬剤調製料の所定単位につき15円以下の場合	１点
	２　使用薬剤の薬価が区分番号０１に掲げる薬剤調製料の所定単位につき15円を超える場合の加算	10円又はその端数を増すごとに１点

注１　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

２　区分番号００に掲げる特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局及び区分番号００に掲げる調剤基本料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、１処方につき７種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

第４節　特定保険医療材料料

区分		
３０	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　その他

区分		
４０	調剤ベースアップ評価料	４点

注１　当該保険薬局において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付１回につき、所定点数を算定する。

２　令和９年６月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

４１　調剤物価対応料　１点

注　処方箋を受け付けた場合に、３月に１回に限り、所定点数を算定する。ただし、令和９年６月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

第６節　経過措置

平成24年３月31日以前に区分番号１５の注１に規定する医師の指示があった患者については、区分番号１５の注７、区分番号１５の２の注７及び区分番号１５の３の注７の規定は適用しない。

○厚生労働省告示第七十号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、令和八年六月一日から適用する。

令和八年三月五日　厚生労働大臣　上野賢一郎

本則を次のように改める。

第一　基本診療料の施設基準等

一　届出の通則

一　保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。

二　保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。

三　届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、届出又は届出の変更は無効であること。

四　当該届出又は届出の変更を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

二　施設基準の通則

一　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療養の給付と直接関係のある保険医療機関及び保険薬局の指導及び監査に関する省令（昭和二十二年厚生省令第二十六号）第三条に規定する厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は著しい不当が認められた場合に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院基本料の施設基準等及び厚生労働省告示第二百七十四号）に規定する保険医療機関でないこと。

第二　初・再診料の施設基準等

一　医科初診料の注７及び再診料の注６、外来診療料の注９並びに歯科初診料の注７の時間加算等に係る厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険医療機関が通常の診療を行っている時間帯（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。）及び休日を除く。）