

5 福薬業発第 5 5 3 号

令和 6 年 3 月 2 7 日

各地区薬剤師会会長 殿

公益社団法人 福岡県薬剤師会

常務理事 竹野 将行

令和 6 年度調剤報酬改定等に係る資料の送付について

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきまして、日本薬剤師会より別添のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

なお、調剤報酬点数表につきましては、本会ホームページに掲載しております。

ご多忙中恐れ入りますが、貴会業務にご活用していただきますようお願い申し上げます。

事 務 連 絡

令和6年3月26日

都道府県薬剤師会

担当事務局 御中

日本薬剤師会

事務局 医薬・保険課

令和6年度調剤報酬改定等に係る資料の送付について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和6年度診療報酬（調剤報酬）改定に関する通知の発出につきましては、令和6年3月6日付け日薬業発第470号にてお知らせしたところですが、別添のとおり、新旧対照等の関連資料を作成いたしました。ご参考までにお送りいたしますので、貴会会務にご活用ください。

なお、これら資料につきましては、近日中に当会ホームページに掲載予定であることを申し添えます。

<別添>

1. 新旧対照

- ① 調剤報酬点数表
- ② 医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方箋関連を含む）
- ③ 療担規則、薬担規則等
- ④ 特掲診療料の施設基準等

2. 調剤報酬点数表

令和6年度調剤報酬等改定項目①

○調剤報酬点数表

(令和6年6月1日施行)

項目	改正後	改正前
<p>通則</p>	<p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の薬剤調製料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。</p> <p>3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した所定点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。</p>	
<p>第1節 調剤技術料 区分00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき） 【点数の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき）</p> <p>1 調剤基本料1 45点</p> <p>2 調剤基本料2 29点</p> <p>3 調剤基本料3</p> <p>イ 24点</p> <p>ロ 19点</p> <p>ハ 35点</p> <p>4 特別調剤基本料A 5点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料1により算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局</p>	<p>1 調剤基本料1 42点</p> <p>2 調剤基本料2 26点</p> <p>3 調剤基本料3</p> <p>イ 21点</p> <p>ロ 16点</p> <p>ハ 32点</p> <p>(新設)</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>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 3 点を算定する。</p> <p>注 3 から 4 (略)</p> <p>注 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局 (注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。) において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数 (特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の 100 分の 10 に相当する点数) を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域支援体制加算 1 32 点</p> <p>ロ 地域支援体制加算 2 40 点</p> <p>ハ 地域支援体制加算 3 10 点</p> <p>ニ 地域支援体制加算 4 32 点</p>	<p>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。</p> <p>注 3 から 4 (略)</p> <p>注 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数 (注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の 100 分の 80 に相当する点数) を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域支援体制加算 1 39 点</p> <p>ロ 地域支援体制加算 2 47 点</p> <p>ハ 地域支援体制加算 3 17 点</p> <p>ニ 地域支援体制加算 4 39 点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局 (注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。) において調剤を行った場合は、連携強化加算として、5 点を所定点数に加算する。また、特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関が、組織的な感染防止対策につき医科点数表の区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 11 及び A 001 に掲げる再診料の注 15 又は医科点数表の区分番号 A 234-2 及び歯科点数表の区分番号 A 224-2 に掲げる感染対策向上加算の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である場合は、算定できない。</p>	<p>注 6 注 5 又は注 12 に該当する場合であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2 点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 (昭和 32 年厚生省令第 16 号) 第 7 条の 2 に規定する後発医薬品 (以下「後発医薬品」という。) の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局 (注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。) において調剤</p>	<p>注 7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 (昭和 32 年厚生省令第 16 号) 第 7 条の 2 に規定する後発医薬品 (以下「後発医薬品」という。) の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数 (注</p>

<p>【注の削除】</p>	<p>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（<u>特別調剤基本料 A を算定する</u>保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の <u>100 分の 10</u> に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p>イ・ロ・ハ（略）</p> <p>注8から11（略）</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><u>2 に規定する別に厚生労働大臣が定める</u>保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の 100 分の 80 に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p>注8から11（略）</p> <p><u>注 12 注5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薬局において調剤した場合には、注5に規定する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。</u></p> <p><u>イ 地域支援体制加算 1</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 40 点</u></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算 3 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 42 点</u></p> <p><u>ロ 地域支援体制加算 2</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 48 点</u></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算 3 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 50 点</u></p> <p><u>ハ 地域支援体制加算 3</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 18 点</u></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算 3 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 20 点</u></p> <p><u>ニ 地域支援体制加算 4</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算 1 又は 2 に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合 40 点</u></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算 3 に係る届</u></p>
---------------	---	--

<p>【注の追加】</p> <p>【注の追加】</p>	<p><u>注 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 在宅薬学総合体制加算1 15点</u></p> <p><u>ロ 在宅薬学総合体制加算2 50点</u></p> <p><u>注 13 医療DX推進に係る体制として別に</u></p>	<p><u>出を行った保険薬局において調剤した場合 42点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>区分 01</p> <p>薬剤調製料</p> <p>【注の削除】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>01 薬剤調製料</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 24点</p> <p><u>注</u> 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。</p> <p><u>(削る)</u></p> <p>2から5 (略)</p> <p>6 外用薬（1調剤につき） 10点</p> <p>注 4 調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>注1から7 (略)</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><u>注1 (略)</u></p> <p><u>注2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80点を所定点数に加算する。</u></p> <p>2から5 (略)</p> <p>注1から7 (略)</p> <p><u>注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</u></p>

		<u>掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付 1 回につき 15 点を所定点数に加算する。</u>
第 2 節 薬学管理料 10 の 2 調剤管理料 【注の見直し】	10 削除 10 の 2 調剤管理料 1 内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬であるものを除く。）を調剤した場合（1 剤につき） イ 7 日分以下の場合 4 点 ロ 8 日分以上 14 日分以下の場合 28 点 ハ 15 日分以上 28 日分以下の場合 50 点 ニ 29 日分以上の場合 60 点 2 1 以外の場合 4 点 注 1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定する。 <u>ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u> 注 2（略） 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	注 1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定する。 注 2（略）
【点数の見直し】		

<p>【注の見直し】</p>	<p>□ 残薬調整に係るものの場合 20点</p> <p>注4 (略)</p> <p>注5 削除</p> <p>注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報取得加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報等^等を取得等した場合にあっては、医療情報取得加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>	<p>□ 残薬調整に係るものの場合 30点</p> <p>注4 (略)</p> <p>注5 (略)</p> <p>注6 調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（注3に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、6月に1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により患者に係る薬剤情報^等を取得等した場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、6月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>
<p>10の3 服薬管理指導料</p>	<p>10の3 服薬管理指導料</p>	
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 45点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 59点</p> <p>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</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点</p> <p>ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点</p>	<p>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</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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。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。</p> <p>イからハ (略)</p>	<p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 3については、保険薬剤師が別に厚生</p>	<p>注2 3については、保険薬剤師が老人福祉</p>

	<p><u>労働大臣が定める患者</u>を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、<u>月4回に限り</u>、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。<u>ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>イからニ（略）</p> <p>ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を<u>患者等</u>に提供すること。</p> <p>ハ（略）</p> <p>注3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。<u>なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>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、<u>麻薬管理指導加算として</u>、22点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、<u>次に掲げる点数をそれぞれ</u>所定点数に加算する。</p> <p><u>イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合 10点</u></p>	<p><u>法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム</u>を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p> <p>イからニ（略）</p> <p>ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を<u>患者</u>に提供すること。</p> <p>ハ（略）</p> <p>注3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。</p> <p>注4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、<u>10点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
--	---	---

<p>【注の追加】</p>	<p><u>□ 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等に基づき薬剤師が必要と認め、指導を行った場合 5点</u></p> <p>注6 (略)</p> <p><u>注7 調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>ロ 調剤前に医薬品の選択に係る情報が特に必要な患者に説明及び指導を行った場合</u></p>	<p>注6 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の見直し】</p>	<p><u>注8 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>注9 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、<u>注8</u>に規定する加算は算定できない。</u></p> <p><u>注10 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行う</u></p>	<p><u>注7 (略)</u></p> <p><u>注8 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、<u>注7</u>に規定する加算は算定できない。</u></p> <p><u>注9 (略)</u></p>

<p>【注の削除】</p>	<p>とともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><u>注10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注11から14（略）</p> <p><u>注15 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、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の情報提供を行った場合は、注6及び注10に規定する加算は、算定できない。</u></p> <p>11から13まで 削除</p>	<p>注11から14（略）</p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>13の2 かかりつけ薬剤師指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（<u>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を除く。</u>）において、当該施設基準に規定する要件を満たした保</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定</p>

	<p>険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。<u>この場合において、区分番号 15 の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u></p>	<p>する。</p>
【注の見直し】	<p>注2 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、<u>麻薬管理指導加算</u>として、22点を所定点数に加算する。</p>	<p>注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注3 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、<u>次に掲げる点数をそれぞれ</u>所定点数に加算する。</p> <p><u>イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合 10点</u></p> <p><u>ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認め</u> <u>て指導を行った場合 5点</u></p>	<p>注3 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、<u>10点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
【注の見直し】	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。</p>	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、特定薬剤管理指導加算2として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。<u>この場合において、区分番号 15 の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u></p>

【注の追加】	<p><u>注5</u> <u>調剤を行う医薬品を患者が選択するために必要な説明及び指導を行ったイ又はロに掲げる場合には、特定薬剤管理指導加算3として、患者1人につき当該品目に関して最初に処方された1回に限り、5点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ</u> <u>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</u></p> <p><u>ロ</u> <u>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</u></p> <p><u>注6</u> <u>6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>注5</u> (略)</p>
【注の見直し】	<p><u>注7</u> <u>児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、<u>注6</u>に規定する加算は算定できない。</u></p>	<p><u>注6</u> <u>児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、<u>注5</u>に規定する加算は算定できない。</u></p>
【注の追加】	<p><u>注8</u> <u>喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>注9</u> <u>区分番号10の3に掲げる服薬管理指</u></p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>注7</u> (略)</p>

<p>【注の追加】</p>	<p>導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p> <p><u>注 10 区分番号 00 に掲げる特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 6 に規定する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 4 及び注 8 に規定する加算は、算定できない。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>13 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>13 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291 点</p> <p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局 (<u>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を除く。</u>) において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号 A 001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算若しくは注 13 に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号 B 001-2-9 に掲げる地域包括診療料又は区分番号 B 001-2-10 に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用 (区分番号 01 に掲げる薬剤調製料の注 4 <u>及び注 5</u> に規定する加算、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 (当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。)、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、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 4 に掲げる退院時共同指導料、区分番号 15 の 7 に掲げる経管投薬支援料、区</p>	<p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号 A 001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算若しくは注 13 に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号 B 001-2-9 に掲げる地域包括診療料又は区分番号 B 001-2-10 に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用 (区分番号 01 に掲げる薬剤調製料の注 4、<u>注 5 及び注 8</u> に規定する加算、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 (当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。)、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、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 4 に掲げる退院時共同指導料、区分番号 15 の 7 に掲げる経管投薬支援料、区</p>

<p>14 の 2 外来服薬支援料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>導料、区分番号 15 の 4 に掲げる退院時共同指導料、区分番号 15 の 7 に掲げる経管投薬支援料、<u>区分番号 15 の 8 に掲げる在宅移行初期管理料</u>、区分番号 20 に掲げる使用薬剤料及び区分番号 30 に掲げる特定保険医療材料を除く。) は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>注 2 (略)</p> <p>14 削除</p> <p>14 の 2 外来服薬支援料</p> <p>1 外来服薬支援料 1 185 点</p> <p>2 外来服薬支援料 2</p> <p>イ 42 日分以下の場合 投与日数が 7 又はその端数を増すごとに 34 点を加算して得た点数</p> <p>ロ 43 日分以上の場合 240 点</p> <p>注 1 1 については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月 1 回に限り算定する。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を算定している患者については、算定しない。<u>なお、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>注 2 1 については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。<u>ただし、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</u></p>	<p>分番号 20 に掲げる使用薬剤料及び区分番号 30 に掲げる特定保険医療材料を除く。) は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>注 2 (略)</p> <p>注 1 1 については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月 1 回に限り算定する。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を算定している患者については、算定しない。</p> <p>注 2 1 については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p>
---	---	--

<p>【注の見直し】</p>	<p><u>きない。</u></p> <p>注3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。<u>ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p>	<p>注3 2については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>注4 介護保険法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設又は同条第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薬剤を含めた服薬管理を支援した場合に、施設連携加算として月に1回に限り50点を所定点数に加算する。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>14の3 服用薬剤調整 支援料</p>	<p>14の3 服用薬剤調整支援料</p> <p>1 服用薬剤調整支援料1 125点</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2</p> <p>イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合 110点</p> <p>ロ イ以外の場合 90点</p>	
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1については、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。<u>ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p>	<p>注1 1については、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。</p>

【注の見直し】	<p>注2 2については、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。<u>ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p>	<p>注2 2については、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p>
【注の追加】	<p><u>注3 2については、区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
【新設】	<p><u>14の4 調剤後薬剤管理指導料</u></p> <p><u>1 糖尿病患者に対して行った場合 60点</u></p> <p><u>2 慢性心不全患者に対して行った場合 60点</u></p> <p><u>注1 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については心疾患による入院の経験がある患者であって、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全のものに対して、患者又はその家族等の求めがあり、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合又は保険医療機関の求めがあった場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行った場合には、調剤後薬剤管理指導料として、月1回に限り算定できる。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u></p> <p><u>イ 調剤後に当該薬剤の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について当該患者へ電話等により確認すること（当該調</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

<p>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>剤と同日に行う場合を除く。) 。</p> <p>□ <u>必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。</u></p> <p>ハ <u>処方医へ必要な情報を文書により提供すること。</u></p> <p>注2 <u>区分番号 00 に掲げる特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 6 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</u></p> <p>注3 <u>区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 単一建物診療患者が 1 人の場合 650 点</p> <p>2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320 点</p> <p>3 1 及び 2 以外の場合 290 点</p> <p>注 1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者 1 人につき月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者、<u>注射による麻薬の投与が</u><u>必要な患者</u>及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、1 から 3 までを合わせて保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定できる。<u>ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定</u></p>	<p>注 1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者 1 人につき月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、1 から 3 までを合わせて保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定できる。</p>
--	---	---

<p>【注の見直し】</p>	<p><u>できない。</u></p> <p>注2 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者、<u>注射による麻薬の投与が必要な患者</u>及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。<u>ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p>	<p>注2 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、<u>麻薬管理指導加算として</u>、1回につき100点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。</p> <p>注4（略）</p>	<p>注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。</p> <p>注4（略）</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。</p>	<p>注5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点）を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2本文に規定する在宅患者オ</p>	<p>注6 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2に規定する在宅患者オンライ</p>

<p>15 の 2 在宅患者緊急 訪問薬剤管理指導料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付 1 回につき 350 点) を所定点数に加算する。この場合において、注 5 に規定する加算は算定できない。</p> <p>注 7 から 9 (略)</p> <p>15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 500 点</p> <p>2 1 以外の場合 200 点</p> <p>注 1 1 及び 2 について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1 と 2 を合わせて月 4 回 <u>(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)</u> 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。<u>なお、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>注 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、<u>麻薬管理指導加算として</u>、1 回につき 100 点 (注 1 のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付 1 回につき 22 点) を所定点数に加算する。</p>	<p>ン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付 1 回につき 350 点) を所定点数に加算する。この場合において、注 5 に規定する加算は算定できない。</p> <p>注 7 から 9 (略)</p> <p>注 1 1 及び 2 について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1 と 2 を合わせて月 4 回に限り算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59 点を算定する。</p> <p>注 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1 回につき 100 点 (注 1 のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付 1 回につき 22 点) を所定点数に加算する。</p>
--	--	---

<p>【注の追加】</p>	<p>注3から8 (略)</p> <p><u>注9 1</u>について、<u>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。</u></p> <p><u>イ 夜間訪問加算 400点</u></p> <p><u>ロ 休日訪問加算 600点</u></p> <p><u>ハ 深夜訪問加算 1,000点</u></p>	<p>注3から8 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>注10 注1の規定にかかわらず、感染症法第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養する者、介護老人保健施設、介護医療院、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方箋を発行した医師の指示により、当該保険薬局の薬剤師が患家又は当該施設を緊急に訪問し、当該患者又はその家族等に対して対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交付した場合には、1を算定する。ただし、情報通信機器を用いて必要な薬学的管理及び指導を行った場合には、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料として、59点を算定する。この場合において、注10については、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料は、別に算定できない。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>15の3 在宅患者緊急時等共同指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点</p> <p>注1 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</p>	<p>注1 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</p>

<p>【注の見直し】</p> <p>15 の 4 退院時共同指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。<u>ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>注 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、<u>麻薬管理指導加算として</u>、1 回につき 100 点を所定点数に加算する。</p> <p>注 3 から 8 (略)</p> <p>15 の 4 退院時共同指導料 600 点</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後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、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。<u>なお、区分番号</u></p>	<p>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、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月 2 回に限り算定する。</p> <p>注 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1 回につき 100 点を所定点数に加算する。</p> <p>注 3 から 8 (略)</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後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、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>
--	--	--

<p>15 の 5 服薬情報等提供料</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p><u>00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>15 の 5 服薬情報等提供料</p> <p>1 服薬情報等提供料 1 30 点</p> <p>2 服薬情報等提供料 2</p> <p><u>イ 保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合 20 点</u></p> <p><u>ロ リフィル処方箋による調剤後、処方医に必要な情報を文書により提供した場合 20 点</u></p> <p><u>ハ 介護支援専門員に必要な情報を文書により提供した場合 20 点</u></p> <p>3 服薬情報等提供料 3 50 点</p> <p>注 1 1 については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月 1 回に限り算定する。</p> <p>注 2 2 については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関 <u>又は介護支援専門員</u> に必要な <u>情報</u> を文書により提供を行った場合に月 1 回に限り算定する。</p> <p>注 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</p>	<p>2 服薬情報等提供料 2 <u>20 点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>注 1 1 については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月 1 回に限り算定する。<u>これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u></p> <p>注 2 2 については、<u>患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は</u>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、<u>患者若しくはその家族等又は</u>保険医療機関へ必要な <u>情報提供、指導等</u> を行った場合に算定する。なお、<u>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</u> を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。<u>これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u></p> <p>注 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</p>
---	--	--

<p>15 の 6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</p>	<p>の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。</p> <p>注4 (略)</p> <p>注5 区分番号 00 に掲げる<u>特別調剤基本料 A を算定する</u>保険薬局において、<u>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</u>への情報提供を行った場合は、算定できない。</p> <p>注6 <u>区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>15 の 6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</p> <p>1 <u>処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合</u> <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るもの以外の場合 40 点 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るものの場合 20 点</p> <p>2 <u>患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合</u> <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るもの以外の場合 40 点 <input type="checkbox"/> 残薬調整に係るものの場合 20 点</p> <p>注1 区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して<u>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、</u>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。<u>ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局</u></p>	<p>の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。<u>これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</u></p> <p>注4 (略)</p> <p>注5 区分番号 00 に掲げる<u>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</u>保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>1 <u>残薬調整に係るもの以外の場合 40 点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p> <p>2 <u>残薬調整に係るものの場合 30 点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u></p> <p>注1 区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して<u>照会を行い、</u>処方に変更が行われた場合は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。</p>
-----------------------------------	--	---

<p>15 の 7 経管投薬支援料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p><u>は、算定できない。</u></p> <p>注2 区分番号 10 の 2 に掲げる調剤管理料の注 3 に規定する重複投薬・相互作用等防止加算、区分番号 10 の 3 に掲げる服薬管理指導料、区分番号 13 の 2 に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号 13 の 3 に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>15 の 7 経管投薬支援料 100 点</p> <p>注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。<u>ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p> <p>15 の 8 在宅移行初期管理料 230 点</p> <p>注 1 <u>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。</u></p>	<p>注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>
--	---	--

	<p><u>注 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。</u></p> <p>16 から 19 まで 削除</p>	
<p>第3節 薬剤料</p> <p>20 使用薬剤料</p> <p>【項目の追加】</p>	<p>20 使用薬剤料</p> <p>1 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき 15 円以下の場合 1 点</p> <p>2 使用薬剤の薬価が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</p> <p><u>3 区分番号 0 0 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 0 0 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。</u></p> <p>注 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>	<p>30 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を 10 円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	
<p>第5節 経過措置</p> <p>【項目の削除】</p> <p>【項目の削除】</p>	<p>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 8、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。</p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><u>1 (略)</u></p> <p><u>2 区分番号 0 0 の注 12 の規定による加算は、令和 5 年 12 月 31 日までの間に限り、算定できるものとする。</u></p> <p><u>3 第 2 節の規定にかかわらず、令和 5 年 12 月 31 日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局（区分番号 1 0 の 2 の注 3 に規定する別に厚生</u></p>

	<p><u>労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、同区分番号の注6中「3点」とあるのは「4点」とする。</u></p>
--	---

令和6年度調剤報酬等改定項目②

○医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方箋関連を含む（一部抜粋））

（令和6年6月1日施行）

項目	改正後	改正前
第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p> <p>2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。</p> <p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	
第1節 初診料 A000 初診料 【点数の見直し】 【点数の見直し】	A000 初診料 291点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合	A000 初診料 288点 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合

<p>【点数の見直し】</p>	<p>には、253点を算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。））、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、216点（注1のただし書に規定する場合にあっては、188点）を算定する。</p>	<p>には、251点を算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。））、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点（注1のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。</p>
<p>【点数の見直し】</p>	<p>注3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣</p>	<p>注3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣</p>

<p>【点数の見直し】</p>	<p>が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<u>216点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188点</u>）を算定する。</p> <p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。））に占める卸売販売業者（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35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、<u>216点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188点</u>）を算定する。</p>	<p>が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<u>214点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>）を算定する。</p> <p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。））に占める卸売販売業者（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35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、<u>214点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>）を算定する。</p>
<p>【点数の見直し】</p>	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り <u>146点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>127点</u>）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、<u>108点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>94点</u>）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から<u>注16</u>までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り <u>144点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>125点</u>）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、<u>107点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>93点</u>）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から<u>注15</u>までに規定する加算は算定しない。</p>

<p>第2節 再診料</p> <p>A001 再診料 【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>A002 外来診療料 【点数の見直し】 【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>A001 再診料 75点</p> <p>注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。</p> <p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、55点を算定する。</p> <p>A002 外来診療料 76点</p> <p>注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、75点を算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、56点を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病</p>	<p>A001 再診料 73点</p> <p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。</p> <p>A002 外来診療料 74点</p> <p>注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病</p>
--	--	--

<p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の 4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項第 1 号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、56 点を算定する。</p> <p>注 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、56 点を算定する。</p> <p>注 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療料に限り 38 点（注 2 から注 4 までに規定する場合にあつては、28 点）を算定する。この場合において、注 6 のただし書及び注 7 から注 11までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の 4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項第 1 号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、55 点を算定する。</p> <p>注 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、55 点を算定する。</p> <p>注 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療料に限り 37 点（注 2 から注 4 までに規定する場合にあつては、27 点）を算定する。この場合において、注 6 のただし書及び注 7 から注 10までに規定する加算は算定しない。</p>
<p>第 2 部 入院料等 通則</p>	<p>1 健康保険法第 63 条第 1 項第 5 号及び高齢者医療確保法第 64 条第 1 項第 5 号による入院及び看護の費用は、第 1 節から第 5 節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第 1 節、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特</p>	

	<p>別入院基本料等」という。)を含む。) 、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の2に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p> <p>4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。） 、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p> <p>5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、<u>栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化</u>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。） <u>、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）</u>の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p>	<p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策<u>及び栄養管理体制</u>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。） <u>及び第3節</u>の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p>
--	--	--

<p>【新設】</p> <p>A 244 病棟薬剤業務実 施加算</p>	<p><u>(削る)</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u></p> <p>A 243-2 バイオ後続品使用体制加算（入院 初日） 100 点</p> <p><u>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適 合しているものとして地方厚生局長等に届け 出た保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等含 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、バイオ後続品使 用体制加算として、入院初日に限り所定点 数に加算する。</u></p> <p>A 244 病棟薬剤業務実施加算</p> <p>1 病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回） 120 点</p> <p>2 病棟薬剤業務実施加算 2（1 日につき） 100 点</p> <p><u>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に</u></p>	<p><u>る基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日 に限り次に掲げる点数を所定点数に加算す る。</u></p> <p><u>イ 後発医薬品使用体制加算 1 67 点</u> <u>ロ 後発医薬品使用体制加算 2 62 点</u> <u>ハ 後発医薬品使用体制加算 3 57 点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>注 (略)</u></p>
---	--	---

<p>【注の追加】</p>	<p>にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。</p> <p>注 2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための (新設) <u>薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であつて、病棟薬剤業務実施加算 1 を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週 1 回に限り 100 点を所定点数に加算する。</u></p> <p>A 250 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） 100 点</p> <p>注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合 ロ 精神病棟に入院中の患者であつて、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合 <p>注 2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として 150 点を更に所定点数に加算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 注 1 のイに該当する場合であつて、当該患者の退院時に処方する内服薬が 2 種類以上減少した場合 ロ 注 1 のロに該当する場合であつて、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が 2 種類以上減少した場合その他これに準ずる場合
---------------	--

<p>第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>2 医学管理等に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する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（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。<u>ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合には、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</u>この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</p> <p>イ～リ（略）</p> <p>4 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げる再診料の注16に規定する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</p>	<p>2 医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定する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（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</p> <p>イ～リ（略）</p>
--	--	---

<p>【通則の追加】</p>	<p>厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</p> <p>5 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定する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、第3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p> <p><u>6 抗菌薬の使用状況につき区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A001に掲げる再診料の注18に規定する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、第3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>第1節 医学管理料等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>【新設】</p>	<p>B000 特定疾患療養管理料</p> <p>1 診療所の場合 225点</p> <p>2 許可病床数が100床未満の病院の場合 147点</p> <p>3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87点</p> <p>注1から5 (略)</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p><u>37 慢性腎臓病透析予防指導管理料</u></p> <p><u>イ 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 300点</u></p> <p><u>ロ 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 250点</u></p> <p><u>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に</u></p>	<p>(新設)</p>

<p>B 001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 【項目の見直し】</p>	<p><u>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 1 回に限り算定する。</u></p> <p><u>注 2 区分番号 B 001 の 9 に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号 B 001 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。</u></p> <p><u>注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、イ又はロの所定点数に代えて、261 点又は 218 点を算定する。</u></p> <p>B 001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料</p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から 3 回目まで 800 点</u></p> <p>(2) <u>4 回目以降 450 点</u></p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合 350 点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から 3 回目まで 600 点</u></p> <p>(2) <u>4 回目以降 320 点</u></p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合 220 点</u></p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料 3</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から 3 回目まで 540 点</u></p> <p>(2) <u>4 回目以降 280 点</u></p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合</u></p>	<p>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 <u>700 点</u> <u>(新設)</u></p> <p>ロ <u>抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400 点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 <u>570 点</u> <u>(新設)</u></p> <p>ロ <u>抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270 点</u> <u>(新設)</u></p>
---	--	---

<p>【注の見直し】</p>	<p style="text-align: center;"><u>180点</u></p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで、<u>注15及び注16</u>に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び<u>注19</u>に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び<u>注18</u>に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 <u>1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)</u>については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。</p>	<p>注2 <u>1のイ及び2のイ</u>については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 <u>1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)</u>については、<u>1のイの(1)、2のイの(1)又は3のイの(1)</u>を算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u>に、週1回に限り算定する。</p>	<p>注3 <u>1のロ及び2のロ</u>については、<u>1のイ又は2のイ</u>を算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合</u>に、週1回に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>注4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。</u></p> <p><u>イ 1のイの(1)又は(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合</u></p> <p><u>ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>注5 2のロ及び3のロについては、2のイの(1)若しくは(2)又は3のイの(1)若しくは(2)を算定</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

<p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p> <p>【注の追加】</p> <p>B001-3 生活習慣病管理料</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p><u>する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。</u></p> <p>注6 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注7 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。</p> <p>注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、<u>1のイの(1)</u>を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p><u>(削る)</u></p> <p>注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、<u>1のイの(1)</u>を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方案の提案等を行った場合は、<u>がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。</u></p> <p>B001-3 生活習慣病管理料 (I)</p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 <u>610点</u></p>	<p>注4 (略)</p> <p>注5 (略)</p> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>1のイ</u>を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 <u>当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>B001-3 生活習慣病管理料</p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 <u>570点</u></p>
--	---	---

<p>【注の見直し】</p>	<p>2 高血圧症を主病とする場合 <u>660点</u> 3 糖尿病を主病とする場合 <u>760点</u> 注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす</u>保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p>	<p>2 高血圧症を主病とする場合 <u>620点</u> 3 糖尿病を主病とする場合 <u>720点</u> 注1 保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った<u>区分番号A001の注8に掲げる医学管理</u>、第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、<u>区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料</u>を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、<u>生活習慣病管理料（I）</u>に含まれるものとする。</p>	<p>注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び<u>区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料</u>を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、<u>生活習慣病管理料</u>に含まれるものとする。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注3から4（略） 注5 <u>区分番号B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料（II）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（I）は、算定できない。</u></p>	<p>注3から4（略） <u>（新設）</u></p>
<p>【新設】</p>	<p><u>B001-3-3 生活習慣病管理料（II）</u> <u>333点</u> 注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす</u>保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に</p>	<p><u>（新設）</u></p>

関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料又はB005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

注3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

注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おいて、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

注5 区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生活習慣病管理料（Ⅱ）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、所定点数に代えて、290点を算定する。

B011-3 薬剤情報提供料 10点

注1から3（略）

<p>第5部 投薬 通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。</p> <p>3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 63 枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 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。</p>	<p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 63 枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 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。</p>
<p>第1節 調剤料</p>	<p>F 000 調剤料</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点</p>	

	<p>□ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8 点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合 （1日につき）7 点</p> <p>注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。</p>	
<p>第2節 処方料</p>	<p>F 100 処方料</p> <p>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 18 点</p> <p>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 29 点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42 点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。</p> <p>注2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った</p>	

<p>【注の削除】</p>	<p>場合は、乳幼児加算として、1 処方につき 3 点を所定点数に加算する。</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><u>注 5</u> 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、<u>特定疾患処方管理加算 1</u>として、月 2 回に限り、1 処方につき 18 点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p><u>注 5</u> 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、<u>特定疾患処方管理加算</u>として、月 1 回に限り、1 処方につき <u>56 点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><u>注 6</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、<u>抗悪性腫瘍剤処方管理加算</u>として、月 1 回に限り、1 処方につき 70 点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注 7</u> 区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 002 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。</p>	<p><u>注 6</u> 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、<u>特定疾患処方管理加算 2</u>として、月 1 回に限り、1 処方につき <u>66 点</u>を所定点数に加算する。<u>ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算 1 は算定できない。</u></p> <p><u>注 7</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、<u>抗悪性腫瘍剤処方管理加算</u>として、月 1 回に限り、1 処方につき 70 点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注 8</u> 区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 002 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。</p>
<p>【点数の見直し】</p>	<p><u>注 8</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、<u>外来後発医薬品使用体制加算</u>とし</p>	<p><u>注 9</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、<u>外来後発医薬品使用体制加算</u>とし</p>

<p>【注の削除】</p>	<p>て、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 8点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 7点</p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 5点</p> <p>注9 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号 F 400 において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 12 点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号 A 250 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 008-2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p> <p>(削る)</p>	<p>て、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 5点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 4点</p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 2点</p> <p>注10 (略)</p> <p>注 11 <u>注9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おいて投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注9に規定する基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 7点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 6点</p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3 4点</p>								
<p>第3節 薬剤料</p>	<p>F 200 薬剤</p> <p>薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が 15 円以下である場合は 1 点とし、15 円を超える場合は 10 円又はその端数を増すごとに 1 点を所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>使用薬剤</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>内服薬及び</td> <td></td> </tr> <tr> <td> 浸煎薬</td> <td>1 剤 1 日分</td> </tr> <tr> <td>屯服薬</td> <td>1 回分</td> </tr> </table>	使用薬剤	単位	内服薬及び		浸煎薬	1 剤 1 日分	屯服薬	1 回分	
使用薬剤	単位									
内服薬及び										
浸煎薬	1 剤 1 日分									
屯服薬	1 回分									

	外用薬 1 調剤 注1から6 (略)	
第4節 特定保険医療材料	F 300 特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数注 支給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 処方箋料 F 400 処方箋料	F 400 処方箋料	
【点数の見直し】	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 20点	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
【点数の見直し】	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 32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
【点数の見直し】	3 1及び2以外の場合 60点 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。 注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上の場合（保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第3号口及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による	3 1及び2以外の場合 68点

	<p>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 号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の 1 回の使用による投与期間が 29 日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。</p> <p>注 3 3 歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付 1 回につき 3 点を所定点数に加算する。</p>	
【注の削除】	<p><u>（削る）</u></p>	<p><u>注 4 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算 1 として、月 2 回に限り、処方箋の交付 1 回につき 18 点を所定点数に加算する。</u></p>
【注の見直し】	<p><u>注 4 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が 28 日以上を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 56 点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>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（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月 1 回に限り、処方箋の交付 1 回につき 70 点を所定点数に加算する。</u></p>	<p><u>注 5 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算 2 として、月 1 回に限り、1 処方につき 66 点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算 1 は算定できない。</u></p> <p><u>注 6 （略）</u></p>
【注の見直し】	<p><u>注 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を</u></p>	<p><u>注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を</u></p>

	<p><u>満たす保険医療機関において、薬剤の一般的な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。</u></p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>10点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>8点</u></p> <p><u>注7</u> 抗不安薬等が処方されていた患者であつて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>7点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>5点</u></p> <p><u>注8</u> (略)</p> <p><u>注9</u> <u>注7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おいて、薬剤の一般的な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。</u></p> <p>イ <u>一般名処方加算1 9点</u></p> <p>ロ <u>一般名処方加算2 7点</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の削除】</p> <p>【注の追加】</p>	<p><u>注8</u> <u>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つて、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。</u></p>	
<p>第6節 調剤技術基本料</p>	<p>F500 調剤技術基本料</p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p>	

	<p>注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。</p> <p>注2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。</p> <p>注3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p>	
<p>第2章 特掲診療料 第6部 注射 通則</p>	<p>1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前2号により算定した点数に15点を加算する。</p> <p>4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。</p> <p>5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に5点を加算する。</p> <p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる挿入型カテーテルによる中心静脈注射について、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</p>	

<p>【通則の見直し】</p>	<p>て、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p> <p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) 15歳未満の患者の場合 670点</p> <p>(2) 15歳以上の患者の場合 450点</p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) 15歳未満の患者の場合 640点</p> <p>(2) 15歳以上の患者の場合 370点</p> <p>7 <u>入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって</u>、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>7 <u>前号に規定する場合であって</u>、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を<u>更に</u>所定点数に加算する。</p>
<p>第1節 注射料</p> <p>第1款 注射実施料 G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>通則</p> <p>注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射</p>	<p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p style="text-align: center;">(1回につき) <u>25点</u></p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。</p>	<p style="text-align: center;">(1回につき) <u>22点</u></p> <p>注2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。</p>
<p>G 001 静脈内注射 (1回につき) 【点数の見直し】 【点数の見直し】 【注の見直し】</p>	<p>G001 静脈内注射 (1回につき) <u>37点</u></p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>52点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>注3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。</p> <p>G002 動脈注射 (1日につき)</p> <p>1 内臓の場合 155点 2 その他の場合 45点</p> <p>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 (1日につき) 165点</p>	<p>G001 静脈内注射 (1回につき) <u>34点</u></p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>48点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>注3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。</p> <p>G002 動脈注射 (1日につき)</p> <p>1 内臓の場合 155点 2 その他の場合 45点</p> <p>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 (1日につき) 165点</p>

<p>G 004 点滴注射（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>G 005 中心静脈注射（1日につき）</p>	<p>注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。</p> <p>G003-2 削除</p> <p>G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点</p> <p>G004 点滴注射（1日につき）</p> <p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 105点</p> <p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 102点</p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 53点</p> <p>注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。</p> <p>G005 中心静脈注射（1日につき） 140点</p> <p>注1から3（略）</p>	<p>注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。</p> <p>G003-2 削除</p> <p>G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点</p> <p>G004 点滴注射（1日につき）</p> <p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 101点</p> <p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 99点</p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 50点</p> <p>注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。</p> <p>G005 中心静脈注射（1日につき） 140点</p> <p>注1から3（略）</p>
--	---	---

<p>【注の見直し】</p> <p>G 006 植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注4 区分番号C 108 に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C 108-2 に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C 108-3 に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C 108-4 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注5（略）</p> <p>G 005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400 点 注1から3（略）</p> <p>G 005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700 点 注1から2（略）</p> <p>G 005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500 点 注1から2（略）</p> <p>G 006 植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1日につき) 125 点 注1（略） 注2 区分番号C 108 に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C 108-2 に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C 108-3 に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C 108-4 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注3（略）</p>	<p>注4 区分番号C 108 に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 108-2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注5（略）</p> <p>G 005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400 点 注1から3（略）</p> <p>G 005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700 点 注1から2（略）</p> <p>G 005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500 点 注1から2（略）</p> <p>G 006 植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1日につき) 125 点 注1（略） 注2 区分番号C 108 に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 108-2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注3（略）</p>
--	--	--

<p>G007 髄鞘内注射 【点数の見直し】</p> <p>G009 脳脊髄腔注射 【点数の見直し】</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 【点数の見直し】</p> <p>G012 結膜下注射 【点数の見直し】</p> <p>G014 球後注射 【点数の見直し】</p> <p>G015 テノン氏嚢内注射 【点数の見直し】</p> <p>G016 硝子体内注射 【点数の見直し】 【注の追加】</p>	<p>G007 髄鞘内注射 <u>42点</u></p> <p>G008 骨髄内注射 1 胸骨 80点 2 その他 90点</p> <p>G009 脳脊髄腔注射 1 脳室 300点 2 後頭下 220点 3 腰椎 <u>160点</u></p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。</p> <p>G010 関節腔内注射 80点</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 <u>100点</u></p> <p>G011 気管内注入 100点</p> <p>G012 結膜下注射 <u>42点</u> G012-2 自家血清の眼球注射 27点 G013 角膜内注射 35点</p> <p>G014 球後注射 <u>80点</u></p> <p>G015 テノン氏嚢内注射 <u>80点</u></p> <p>G016 硝子体内注射 <u>600点</u> <u>注 未熟児に対して行った場合には、未熟児加算として、600点を所定点数に加算する。</u></p> <p>G017 腋窩多汗症注射（片側につき） 200点</p> <p>G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの） 1,500点</p>	<p>G007 髄鞘内注射 <u>27点</u></p> <p>G008 骨髄内注射 1 胸骨 80点 2 その他 90点</p> <p>G009 脳脊髄腔注射 1 脳室 300点 2 後頭下 220点 3 腰椎 <u>140点</u></p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。</p> <p>G010 関節腔内注射 80点</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 <u>80点</u></p> <p>G012 結膜下注射 <u>27点</u></p> <p>G014 球後注射 <u>60点</u></p> <p>G015 テノン氏嚢内注射 <u>60点</u></p> <p>G016 硝子体内注射 <u>580点</u> <u>（新設）</u></p>
<p>第2款 無菌製剤処理料 G020 無菌製剤処理料</p>	<p>G020 無菌製剤処理料 1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</p>	

<p>【注の見直し】</p>	<p>□ イ以外の場合 45 点 2 無菌製剤処理料 2 (1 以外のもの) 40 点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、<u>植込型カテーテル</u>による中心静脈注射 <u>又は脳脊髄腔注射</u>を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する。</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射 <u>又は植込型カテーテル</u>による中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する。</p>
<p>第 2 節 薬剤料</p>	<p>G100 薬剤 1 薬価が 1 回分使用量につき 15 円以下である場合 1 点 2 薬価が 1 回分使用量につき 15 円を超える場合 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 注 1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が 1 年を超えるものに対する合算薬剤料が、220 点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合 (悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。) には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220 点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。 注 2 健康保険法第 85 条第 1 項及び高齢者医療確保法第 74 条第 1 項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第 85 条の 2 第 1 項及び高齢者医療確保法第 75 条第 1 項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の</p>	

	<p>患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p> <p>注3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p>第3節 特定保険医療材料</p>	<p>G200 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第14部 その他</p> <p>【新設】</p> <p>通則</p>	<p><u>1 処遇の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</u></p> <p><u>2 処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第2節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。</u></p>	
<p>第2節 ベースアップ評価料</p>	<p><u>O100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）（1日につき）</u></p> <p><u>1 初診時 6点</u></p> <p><u>2 再診時等 2点</u></p> <p><u>3 訪問診療時</u></p> <p><u>イ 同一建物居住者等以外の場合 28点</u></p> <p><u>ロ イ以外の場合 7点</u></p> <p><u>注1 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節に</u></p>	

において同じ。)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医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

注2 2については、主として医療に従事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医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

注3 3のイについては、主として医療に従事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医療機関において、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、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設(以下この区分番号及び区分番号O101において「有料老人ホーム等」という。)に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。)であって、当該患者が同一建物居住者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号及び区分番号O101において同じ。)以外である場合

ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区

	<p><u>分番号 C 003 に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合</u></p> <p><u>ハ 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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）</u></p> <p><u>注4 3のロについては、主として医療に従事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医療機関において、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、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。</u></p> <p><u>イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号 A 000 に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合</u></p> <p><u>ロ 区分番号 C 002 に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号 C 002-2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分</u></p>
--	--

	<p>番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合</p> <p>ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合</p> <p><u>O101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）</u></p> <p><u>（1日につき）</u></p> <p><u>1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u></p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点</p> <p>ロ 再診時等 1点</p> <p><u>2 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u></p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点</p> <p>ロ 再診時等 2点</p> <p><u>3 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 3</u></p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 24点</p> <p>ロ 再診時等 3点</p> <p><u>4 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 4</u></p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 32点</p> <p>ロ 再診時等 4点</p> <p><u>5 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 5</u></p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 40点</p> <p>ロ 再診時等 5点</p> <p><u>6 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 6</u></p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 48点</p> <p>ロ 再診時等 6点</p> <p><u>7 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 7</u></p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 56点</p> <p>ロ 再診時等 7点</p> <p><u>8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8</u></p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 64点</p> <p>ロ 再診時等 8点</p> <p>注1 主として医療に従事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</p>
--	---

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、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

注2 1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（I）の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

注3 1のロ、2のロ、3のロ、4のロ、5のロ、6のロ、7のロ又は8のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（I）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

O102 入院ベースアップ評価料（1日につき）

1 入院ベースアップ評価料1 1点

2 入院ベースアップ評価料2 2点

↓

165 入院ベースアップ評価料165 165点

注 主として医療に従事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医療機関に入院している患者であつて、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

令和6年度調剤報酬等改定項目③

○療担規則、薬担規則等

(令和6年6月1日施行、令和6年10月1日施行予定)

項目	改正後	改正前
保険医療機関及び保険医療養担当規則 (昭和32年4月30日厚生省令第15号) 【令和6年6月1日施行】	(掲示) 第2条の6 (略) <u>2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> (食事療養) 第5条の3 (略) 2～4 (略) <u>5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> (生活療養) 第5条の3の2 (略) 2～4 (略) <u>5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u> (保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第5条の4 (略) 2 (略) <u>3 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u>	(掲示) 第2条の6 (略) <u>(新設)</u> (食事療養) 第5条の3 (略) 2～4 (略) <u>(新設)</u> (生活療養) 第5条の3の2 (略) 2～4 (略) <u>(新設)</u> (保険外併用療養費に係る療養の基準等) 第5条の4 (略) 2 (略) <u>(新設)</u>
保険医療機関及び保険医療養担当規則 (昭和32年4月30日厚生省令第15号) 【令和6年10月1日施行】	(一部負担金等の受領) 第5条 (略) 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条の2第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第63条第2項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する	(一部負担金等の受領) 第5条 (略) 2 保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第85条の2第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第63条第2項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する

	<p>患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 86 条第 2 項又は第 110 条第 3 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。<u>ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</u></p> <p>3（略）</p>	<p>患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 86 条第 2 項又は第 110 条第 3 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</p> <p>3（略）</p>
<p>保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 （昭和 32 年 4 月 30 日厚生省令第 16 号） 【令和 6 年 6 月 1 日施行】</p>	<p>（揭示） 第 2 条の 4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、<u>第 4 条の 3 第 2 項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</u></p> <p><u>2 保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p> <p>（患者負担金の受領） 第 4 条（略） 2 保険薬局は、法第 63 条第 2 項第三号に規定する評価療養（以下「<u>評価療養</u>という。））、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「<u>患者申出療養</u>という。））又は同項第五号に規定する選定療養（以下「<u>選定療養</u>という。））に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第 86 条第 2 項又は第 110 条第 3 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</p> <p>（保険外併用療養費に係る療養の基準等） 第 4 条の 3 <u>保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第 4 条第 2 項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。</u></p> <p><u>2 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事</u></p>	<p>（揭示） 第 2 条の 4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</p> <p><u>（新設）</u></p> <p>（患者負担金の受領） 第 4 条（略） 2 保険薬局は、法第 63 条第 2 項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養又は同項第五号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第 86 条第 2 項又は第 110 条第 3 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</p> <p><u>（新設）</u></p>

	<p><u>項を掲示しなければならない。</u></p> <p><u>3 保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p>	
<p>保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則</p> <p>(昭和 32 年 4 月 30 日厚生省令第 16 号)</p> <p>【令和 6 年 10 月 1 日施行】</p>	<p>(患者負担金の受領)</p> <p>第 4 条 (略)</p> <p>2 保険薬局は、法第 63 条第 2 項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第 86 条第 2 項又は第 110 条第 3 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。<u>ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。</u></p>	<p>(患者負担金の受領)</p> <p>第 4 条 (略)</p> <p>2 保険薬局は、法第 63 条第 2 項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第 86 条第 2 項又は第 110 条第 3 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。</p>
<p>指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準</p> <p>(平成 12 年 3 月 31 日厚生省令第 80 号)</p> <p>【令和 6 年 6 月 1 日施行】</p>	<p>(管理者)</p> <p>第 3 条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>(明細書の交付)</p> <p>第 13 条の 2 <u>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。</u></p> <p><u>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るものを除く。）に限る。）を担当した場合（前項の規定によ</u></p>	<p>(管理者)</p> <p>第 3 条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</p> <p>2・3 (略)</p> <p>(新設)</p>

	<p><u>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。</u></p> <p>(指定訪問看護の具体的取扱方針)</p> <p>第 15 条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p><u>三 指定訪問看護の提供に当たっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行ってはならない。</u></p> <p><u>四 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。</u></p> <p><u>五～七 (略)</u></p> <p>(運営規定)</p> <p>第 21 条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。</p> <p>一～六 (略)</p> <p><u>七 虐待の防止のための措置に関する事項</u></p> <p><u>八 (略)</u></p> <p>(掲示)</p> <p>第 24 条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項（<u>次項において単に「重要事項」という。</u>）を掲示しなければならない。</p> <p><u>2 指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p>	<p>(指定訪問看護の具体的取扱方針)</p> <p>第 15 条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>三～五 (略)</u></p> <p>(運営規定)</p> <p>第 21 条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。</p> <p>一～六 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>七 (略)</u></p> <p>(掲示)</p> <p>第 24 条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。</p> <p><u>(新設)</u></p>
--	--	--

<p>高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準</p> <p>(昭和 58 年 1 月 20 日厚生省告示第 14 号)</p> <p>【令和 6 年 6 月 1 日施行】</p>	<p>(揭示)</p> <p>第 2 条の 6 (略)</p> <p><u>2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p> <p>(食事療養)</p> <p>第 5 条の 3 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p><u>5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p> <p>(生活療養)</p> <p>第 5 条の 3 の 2 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p><u>5 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第 5 条の 4 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p><u>3 保険医療機関は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p> <p>(揭示)</p> <p>第 25 条の 4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、<u>第 26 条の 6 第 2 項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</u></p> <p><u>2 保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第 26 条の 6 保険薬局は、<u>評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第 26 条の 4 第 2 項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。</u></p> <p><u>2 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所</u></p>	<p>(揭示)</p> <p>第 2 条の 6 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(食事療養)</p> <p>第 5 条の 3 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(生活療養)</p> <p>第 5 条の 3 の 2 (略)</p> <p>2～4 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(保険外併用療養費に係る療養の基準等)</p> <p>第 5 条の 4 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(揭示)</p> <p>第 25 条の 4 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
---	--	--

	<p><u>に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。</u></p> <p><u>3 保険薬局は、原則として、前項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p>	
<p>高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準 (昭和 58 年 1 月 20 日厚生省告示第 14 号) 【令和 6 年 10 月 1 日施行】</p>	<p>(一部負担金の受領等) 第 5 条 (略) 2 保険医療機関は、法第 64 条第 2 項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 74 条第 2 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第 64 条第 2 項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 75 条第 2 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第 64 条第 2 項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 76 条第 2 項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。<u>ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるとする。</u></p> <p>(一部負担金の受領等) 第 26 条の 4 (略) 2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 76 条第 2 項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。<u>ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるとする。</u></p>	<p>(一部負担金の受領等) 第 5 条 (略) 2 保険医療機関は、法第 64 条第 2 項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 74 条第 2 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第 64 条第 2 項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 75 条第 2 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第 64 条第 2 項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 76 条第 2 項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。</p> <p>(一部負担金の受領等) 第 26 条の 4 (略) 2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第 76 条第 2 項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。</p>
<p>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 18 年 9 月 12</p>	<p>第 1 条 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 63 条第 2 項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」とい</p>	<p>第 1 条 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 63 条第 2 項第三号及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」とい</p>

<p>日厚生労働省告示第495号) 【令和6年6月1日施行】</p>	<p>う。)第64条第2項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～四 (略)</p> <p>五 医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項又は第23条の2の17第1項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)の使用又は支給(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する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240日以内(当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する技術の評価に当たって、当該技術と類似する他の技術の評価、当該医療機器又は体外診断用医薬品を用いた医療の提供の方法その他の当該医療機器又は体外診断用医薬品を活用する技術に関連する事項と一体的な検討が必要と認められる技術(以下「評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術」という。)を活用した医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給にあつては、保険適用を希望した日から起算して2年以内)に行われるものに限り、第八号に掲げるプログラム医療機器の使用又は支給を除く。)</p> <p>五の二 医薬品医療機器等法第23条の25第1項又は第23条の37第1項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)の使用又は支給(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する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240日以内(評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用した再生医療等製品の使用又は支給にあつては、保険適用を希望した日から起算して2年以内)に行われるものに限り。)</p> <p>六～七の二 (略)</p> <p>八 医薬品医療機器等法第23条の2の5</p>	<p>う。)第64条第2項第三号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～四 (略)</p> <p>五 医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項又は第23条の2の17第1項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)の使用又は支給(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する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240日以内に行われるものに限る。)</p> <p>五の二 医薬品医療機器等法第23条の25第1項又は第23条の37第1項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品(別に厚生労働大臣が定めるものを除く。)の使用又は支給(別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する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240日以内に行われるものに限る。)</p> <p>六～七の二 (略)</p> <p>(新設)</p>
--	---	---

第1項又は第23条の2の17第1項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係るプログラム医療機器の使用又は支給（次の各号に掲げるプログラム医療機器の区分に応じ、それぞれ当該各号に掲げる条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。

イ 医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項若しくは第23条の2の17第1項の規定による承認（医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項又は第23条の2の17第1項の規定による承認を受けた後に、改めて承認を受ける場合（使用目的、効果又は使用方法が変更される場合に限る。）における当該承認に限る。以下「医療機器承認」という。）又は同法第23条の2の5第15項（第23条の2の17第5項において準用する場合を含む。）の規定により承認を受けた事項の一部を変更しようとする場合（使用目的、効果又は使用方法を変更しようとする場合に限る。）における承認（以下「医療機器一部変更承認」という。）を受けようとする、又は受けた者が製造販売した当該医療機器承認若しくは医療機器一部変更承認に係るプログラム医療機器（保険適用を希望するものに限る。）であって、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの(1)の条件及び(2)の期間

(1)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において、別に厚生労働大臣が定める条件

(2)保険適用を希望した日から起算して240日が経過するまでの間（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあっては、保険適用を希望した日から起算して2年が経過するまでの間）であって別に厚生労働大臣が定める期間

ロ 現に保険適用されているプログラム医療

	<p><u>機器のうち、使用成績を踏まえた再評価（当該プログラム医療機器における保険適用されていない範囲における使用又は支給に係る有効性に関するものに限る。）に係る申請を行い、又は行おうとするものであって、評価療養としてその使用又は支給を行うことが適当と認められるものとして厚生労働大臣が定めるもの(1)の条件及び(2)の期間</u></p> <p><u>(1)別に厚生労働大臣が定める条件</u></p> <p><u>(2)当該申請を行った日から起算して 240 日が経過するまでの間（評価に当たって他の事項と一体的な検討を要する技術を活用したプログラム医療機器にあっては、保険適用を希望した日から起算して 2 年が経過するまでの間）であって別に厚生労働大臣が定める期間</u></p> <p>第2条 健康保険法第 63 条第 2 項第五号及び高齢者医療確保法第 64 条第 2 項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～十一 (略)</p> <p><u>十二 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用</u></p> <p><u>十三 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（診療報酬の算定方法に掲げる療養としての使用を除く。）</u></p> <p><u>十四 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解</u></p>	<p>第2条 健康保険法第 63 条第 2 項第五号及び高齢者医療確保法第 64 条第 2 項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～十一 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>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</p> <p>(平成 18 年 9 月 12 日厚生労働省告示第 495 号)</p> <p>【令和 6 年 10 月 1 日施行】</p>	<p>第2条 健康保険法第 63 条第 2 項第五号及び高齢者医療確保法第 64 条第 2 項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～十四 (略)</p> <p><u>十五 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。以下「薬担規則」という。）第 7 条の 2 に規定する後発医薬品のある薬担規則第 7 条の 2 に規定する新医薬品等（昭和 42 年 9 月 30</u></p>	<p>第2条 健康保険法第 63 条第 2 項第五号及び高齢者医療確保法第 64 条第 2 項第五号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。</p> <p>一～十四 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>

	<p><u>日以前の薬事法の規定による製造の承認（以下この号において「旧承認」という。）に係る医薬品であって、当該医薬品とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有するものとして、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 35 年法律第 145 号）第 14 条又は第 19 条の 2 の規定による製造販売の承認（旧承認を含む。）がなされたものがあるものを含む。）であって別に厚生労働大臣が定めるものの処方等又は調剤に係る療養（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）</u></p>										
<p>保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法 （平成 18 年 9 月 12 日厚生労働省告示第 496 号） 【令和 6 年 10 月 1 日施行】</p>	<p>別表第 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="437 801 708 846">(略)</th> <th data-bbox="708 801 946 846">(略)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="437 846 708 1908"> <p><u>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 18 年厚生労働省告示第 495 号）第 2 条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等（下〔右〕欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養</u></p> </td> <td data-bbox="708 846 946 1908"> <p><u>上〔左〕欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号 F 200 に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に 4 分の 1 を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数</u></p> </td> </tr> </tbody> </table>		(略)	(略)	<p><u>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 18 年厚生労働省告示第 495 号）第 2 条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等（下〔右〕欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養</u></p>	<p><u>上〔左〕欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号 F 200 に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に 4 分の 1 を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数</u></p>	<p>別表第 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="971 801 1243 846">(略)</th> <th data-bbox="1243 801 1479 846">(略)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="971 846 1243 1908"> <p><u>(新設)</u></p> </td> <td data-bbox="1243 846 1479 1908"> <p><u>(新設)</u></p> </td> </tr> </tbody> </table>	(略)	(略)	<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
(略)	(略)										
<p><u>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 18 年厚生労働省告示第 495 号）第 2 条第十五号に規定する後発医薬品のある新医薬品等（下〔右〕欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養</u></p>	<p><u>上〔左〕欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号 F 200 に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる厚生労働大臣が定める区分に定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に 4 分の 1 を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数</u></p>										
(略)	(略)										
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>										

処方箋 (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				(校番)			
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日	男・女	電話番号								
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名						⑤	
				都道府県番号		点数表番号		医療機関コード			
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特記事項のある場合を除き、交付の日を計る日以内の保険期間に有効なことを示す。			
処方	変更不可 (添付必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。								
			リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)								
備考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。								
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
調剤実地回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。) <input type="checkbox"/> 1回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日(年 月 日)											
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				⑤ 公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する法令(昭和21年厚生省令第20号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

平成27年11月(第11号)発布

様式第二号の二(第二十三条関係)

処方箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
分割指示に係る処方箋 分割の 〇 回目											
公費負担者番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者千帳の記号・番号 (保険)							
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称				電話番号				
	生年月日		男・女		保険医氏名 (印)						
	区分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。								
	備考 保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		(印)		公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和54年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

令和6年度調剤報酬等改定項目④

○特掲診療料の施設基準等

(令和6年6月1日施行)

項目	改正後	改正前
第15 調剤	<p>1 調剤基本料の施設基準 (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(6)に該当するものを除く。）であること。 イ 処方箋の受付回数が1月に4千回を超えること（1月の処方箋の受付回数が多い上位3の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が七割を超える場合に限る。）。 ロ・ハ・ニ・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1月に3万5千回を超え、4万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9割5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1月に4万回を超え、40万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、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1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300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。 イ・ロ（略）</p>	<p>1 調剤基本料の施設基準 (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2の2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1月に4千回を超えること（特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が七割を超える場合に限る。）。 ロ・ハ・ニ・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1月に3万5千回を超え、4万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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9割5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1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2(1)に該当するものを除く。）のうち、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1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する保険薬局（2の2(1)に該当するものを除く。）のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ（略）</p>

	<p>(5) 調剤基本料3のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300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8割5分以下であること。</p> <p><u>(6) 特別調剤基本料Aの施設基準</u> <u>保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局（当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合を除く。）であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が5割を超えること。</u></p>	<p>(5) 調剤基本料3のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は<u>2の2の(1)</u>に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分以下であること。</p> <p><u>(新設)</u></p>
	<p>2 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準 (1)~(3) (略) 2の2 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。</p> <p><u>(1)</u> 1の(1)から<u>(6)</u>までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険薬局以外の保険薬局であること。</p>	<p>2 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準 (1)~(3) (略) 2の2 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。</p> <p><u>(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7割を超えること。</u></p> <p><u>(2)</u> 1の(1)から<u>(5)</u>までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険薬局以外の保険薬局であること。</p>
	<p>3 調剤基本料の注4に規定する保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1)(略) (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、<u>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」</u>に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。</p>	<p>3 調剤基本料の注4に規定する保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1)(略) (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、<u>単品単価契約率（卸売販売業者（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35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等方」という。）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。以下同</u></p>

		<p>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。</p>
	(3)(略)	(3)(略)
	<p>4 地域支援体制加算の施設基準 (1)(2)(略) (3) 地域支援体制加算 3 の施設基準 次のいずれかにも該当する保険薬局であること。 <u>イ 調剤基本料 1 又は調剤基本料の注 2 に規定する特別調剤基本料 B 以外を算定している保険薬局であること。</u> □・八 (略)</p>	<p>4 地域支援体制加算の施設基準 (1)(2)(略) (3) 地域支援体制加算 3 の施設基準 次のいずれかにも該当する保険薬局であること。 <u>イ 調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u> □・八 (略)</p>
	(4)(略)	(4)(略)
	<p>4 の 2 連携強化加算の施設基準 <u>(1)感染症法第 6 条第 17 項に規定する第 2 種協定指定医療機関であること。</u> <u>(2)災害の発生時等において、他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。</u> <u>(3)情報通信機器を用いた服薬指導を行う体制が整備されていること。</u></p>	<p>4 の 2 連携強化加算の施設基準 <u>他の保険薬局等との連携により非常における対応につき必要な体制が整備されていること。</u></p>
	<p>4 の 3 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 <u>当該特別調剤基本料 A を算定する保険薬局と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関(当該保険薬局の所在する建物内に所在しているもの(診療所に限る。)を除く。)であって、当該保険薬局における当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が 5 割を超える保険医療機関であること。</u></p>	(新設)

	<p>5 の 2 調剤基本料の注 <u>8</u> 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)(2)(略)</p> <p><u>5 の 3 調剤基本料の注 12 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</u> (1) <u>在宅薬学総合体制加算 1 の施設基準</u> 次のいずれかにも該当する保険薬局であること。 <u>イ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 1 に規定する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であること。</u> <u>ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> (2) <u>在宅薬学総合体制加算 2 の施設基準</u> <u>イ (1)のイに該当する保険薬局であること。ロ 在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p>	<p>5 の 2 調剤基本料の注 <u>7</u> 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)(2)(略)</p> <p><u>(新設)</u></p>
	<p><u>5 の 4 医療 D X 推進体制整備加算の施設基準</u> (1) <u>療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第 1 条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。</u> (2) <u>健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。</u> (3) <u>保険薬剤師が電子資格確認を利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。</u> (4) <u>電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。</u> (5) <u>電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。</u> (6) <u>電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。</u> (7) <u>健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認に係る実績を一定程度有していること。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

	<p><u>5の5 在宅薬学総合体制加算に規定する患者</u></p> <p><u>(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料（ただし、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者</u></p> <p><u>(2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料（ただし、注1のただし書きに規定する場合を除く。）を算定している患者</u></p> <p><u>(3) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者</u></p> <p><u>(4) 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12年厚生省告示第19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、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者</u></p> <p><u>(5) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
	<p>7 薬剤調製料の注6ただし書に規定する薬剤</p> <p>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 <u>(ただし、当該医薬品の供給状況により、調剤時に必要な数量が確保できない場合を除く。)</u></p>	<p>7 薬剤調製料の注6ただし書に規定する薬剤</p> <p>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</p>
	<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>8 薬剤調製料の注8に規定する薬剤(1)(2)(3)(略)</u></p>
	<p><u>(削除)</u></p>	<p><u>9 薬剤調製料の注8に規定する患者(1)(2)(3)(4)(略)</u></p>
	<p><u>(削除)</u></p>	<p>9の4 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準</p> <p>(1)(2)(3)(略)</p>
	<p><u>9の5 調剤管理料の注6に規定する医療情報取得加算の施設基準</u></p> <p><u>(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

	<p>(2) <u>健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。</u></p> <p>(3) <u>(2)の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>(4) <u>(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。</u></p>	
	<p>10 <u>服薬管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定める患者</u></p> <p>(1) <u>介護保険法第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のサービスを受けている患者</u></p> <p>(2) <u>介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設又は介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院に入所中の患者であつて、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</u></p>	<p>10 <u>服薬管理指導料の注5又はかかりつけ薬剤師指導料の注3に規定する医薬品別表第3の3に掲げる医薬品</u></p>
	<p>10の2 <u>服薬管理指導料の注5及びかかりつけ薬剤師指導料の注3に規定する医薬品別表第3の3に掲げる医薬品</u></p>	<p>10の2 <u>特定薬剤管理指導加算2の施設基準</u> <u>当該管理及び指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p>
	<p>10の3 <u>特定薬剤管理指導加算2の施設基準当該管理及び指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p>	<p>10の3 <u>服薬管理指導料の注6及びかかりつけ薬剤師指導料の注4に規定する厚生労働大臣が定める患者</u> <u>次のいずれにも該当する患者であること。</u> <u>(1)(2)(略)</u></p>
	<p>10の4 <u>服薬管理指導料の注6及びかかりつけ薬剤師指導料の注4に規定する厚生労働大臣が定める患者</u> <u>次のいずれかにも該当する患者であること。</u> <u>(1) 医科点数表区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の注8に規定する連携充実加算を届け出ている保険</u></p>	<p>10の4 <u>服薬管理指導料の注10に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>次のいずれかにも該当するものであること。</u> <u>(1)(2)(略)</u></p>

	<p><u>医療機関において、化学療法（抗悪性腫瘍剤が注射されている場合に限る。）及び必要な指導が行われている悪性腫瘍の患者</u></p> <p><u>(2) 当該保険薬局において、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の調剤を受ける患者</u></p>	
	<p><u>1 0 の 6 服薬管理指導料の注 14 に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u></p> <p><u>かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者であること。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
	<p><u>1 1 の 3 調剤後薬剤指導管理料に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u></p> <p><u>次のいずれかに該当するものであること。</u></p> <p><u>(1) 新たに糖尿病用剤が処方されたもの</u></p> <p><u>(2) 糖尿病用剤に係る投薬内容の変更が行われたもの</u></p>	<p><u>1 1 の 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 4、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注 3 及び在宅患者緊急時共同指導料の注 3 に規定する在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の施設基準</u></p> <p><u>(1)(2)(略)</u></p>
	<p><u>1 1 の 4 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 4、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注 3 及び在宅患者緊急時等共同指導料の注 3 に規定する在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の施設基準</u></p> <p><u>(1) 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受けていること。</u></p> <p><u>(2) 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 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）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。</u></p>	<p><u>1 1 の 4 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 7、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注 6 及び在宅患者緊急時等共同指導料の注 6 に規定する在宅中心静脈栄養法加算の施設基準</u></p> <p><u>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又は同法第 39 条の 3 第 1 項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。</u></p>
	<p><u>1 1 の 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 7、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注 6 及び在宅患者緊急時等共同指導料の注 6 に規定する在宅中心静脈栄養法加算の施設基準</u></p> <p><u>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又は同法第 39 条の 3 第 1 項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

	<u>(削除)</u>	<u>1 2 の 2 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 2 の 2 (1) に該当する場合に係る保険医療機関であること。</u>
	<u>1 4 在宅移行初期管理料に規定する費用</u> <u>(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別表の 5 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であって、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別表の 5 の注 1 に規定する単一建物居住者が 1 人の場合に限る。）</u> <u>(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別表の 4 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であって、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別表の 4 の注 1 に規定する単一建物居住者が 1 人の場合に限る。）</u>	<u>(新設)</u>
第 17 経過措置	<u>[中略]</u> <u>8 令和 6 年 3 月 31 日において現に調剤基本料の連携強化加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、同年 12 月 31 日までの間に限り、第 15 の 4 の 2 の(1)の基準を満たしているものとみなす。</u> <u>9 令和 7 年 5 月 31 日までの間に限り、第 3 の 4 の 4 の 2 の(1)の八及び第 3 の 9 の(1)の八中「口の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第 4 の 1 の 3 の 3 (4)、第 4 の 1 の 6 の 2 の(4)、第 4 の 4 の 3 の 6 の(4)、第 10 の 1 の 9 の 2 の(4)、第 12 の 2 の(4)、第 13 の 2 の 2 の(4)、第 15 の 9 の 5 の(4)中「(3)の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第 4 の 1 の 5 の 3 の(6)中「(5)の揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第 5 の 11 の(1)の口中「イの揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。」とあるのは「削除」と、第 7 の 4 の</u>	<u>(新設)</u> <u>(新設)</u>

(1)のへ中「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。」とあるのは「削除」と、第7の5の(2)中「(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。」とあるのは「削除」とする。

別添 2

調剤報酬点数表（令和6年6月1日施行予定）

第1節 調剤技術料

令和6年3月26日 日本薬剤師会作成

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤基本料		処方箋受付1回につき	注1) 受結率50%以下などは▲50%で算定 注2) 異なる保険医療機関の複数処方箋の同時受付、1枚目以外は▲20%で算定
① 調剤基本料 1	○	②～⑤以外、または 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局 処方箋受付回数および集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 イ) 月4,000回超 & 上位3医療機関に係る合計受付回数の集中度70%超 ロ) 月2,000回超 & 集中度85%超	45点
② 調剤基本料 2	○	ハ) 月1,800回超 & 集中度95%超 ニ) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4,000回超 ※1. 保険薬局と同一建物内の複数保険医療機関の受付回数は合算 ※2. 同一グループの他の保険薬局で集中度が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該処方箋受付回数を含む	29点
③ 調剤基本料 3	○	同一グループの保険薬局の処方箋受付回数（または店舗数）の合計および当該薬局の集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 イ) ・月3.5万回超～4万回以下 & 集中度95%超 ・月4万回超～40万回以下 & 集中度85%超 ロ) ・月3.5万回超 & 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引 ・月40万回超（または 300店舗以上） & 集中度85%超 ・月40万回超（または 300店舗以上） & 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引 ハ) ・月40万回超（または 300店舗以上） & 集中度85%以下	イ) 24点 ロ) 19点 ハ) 35点
④ 特別調剤基本料 A	○	保険医療機関と特別な関係（同一敷地内） & 集中度50%超の保険薬局 ※1. 地域支援体制加算・後発医薬品調剤体制加算等は▲90%で算定 ※2. 薬学管理料に属する項目（一部を除く）は算定不可 ※3. 1処方につき7種類以上の内服薬の薬剤料は▲10%で算定	5点
⑤ 特別調剤基本料 B	—	調剤基本料に係る届出を行っていない保険薬局 ※1. 調剤基本料の各種加算および薬学管理料に属する項目は算定不可 ※2. 1処方につき7種類以上の内服薬の薬剤料は▲10%で算定	3点
分割調剤（長期保存の困難性等）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目以降）	5点
”（後発医薬品の試用）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目のみ）	5点
地域支援体制加算 1		調剤基本料 1 の保険薬局、基本体制 + 必須1 + 選択2以上	32点
地域支援体制加算 2	○	調剤基本料 1 の保険薬局、基本体制 + 選択8以上	40点
地域支援体制加算 3		調剤基本料 1 以外の保険薬局、基本体制 + 必須2 + 選択1以上	10点
地域支援体制加算 4		調剤基本料 1 以外の保険薬局、基本体制 + 選択8以上	32点
連携強化加算	○	災害・新興感染症発生時等の対応体制	5点
後発医薬品調剤体制加算 1		後発医薬品の調剤数量が80%以上	21点
後発医薬品調剤体制加算 2	○	後発医薬品の調剤数量が85%以上	28点
後発医薬品調剤体制加算 3		後発医薬品の調剤数量が90%以上	30点
後発医薬品減算	—	後発医薬品の調剤数量が50%以下、月600回以下の保険薬局を除く	▲5点
在宅薬学総合体制加算 1		在宅患者訪問薬剤管理指導料等24回以上、緊急時等対応、医療・衛生材料等	15点
在宅薬学総合体制加算 2	○	同加算 1 の算定要件、①医療用麻薬（注射薬含）の備蓄 & 無菌製剤処理体制 または ②乳幼児・小児特定加算6回、かかりつけ薬剤師24回、高度管理医療機器ほか	50点
医療DX推進体制整備加算	○	電子処方箋の応需体制、電子薬歴、マイナ保険証の利用実績ほか、月1回まで	4点
薬剤調製料			
内服薬		1剤につき、3剤分まで	24点
屯服薬			21点
浸煎薬		1調剤につき、3調剤分まで	190点
湯薬		1調剤につき、3調剤分まで	7日分以下 190点 8～27日分 120点 + 10点 / 1日分 28日分以上 400点
注射薬			26点
外用薬		1調剤につき、3調剤分まで	10点
内服用滴剤		1調剤につき	10点
無菌製剤処理加算	○	1日につき ※注射薬のみ 2以上の注射薬を混合 2以上の注射薬を混合（生理食塩水等で希釈する場合を含む） 麻薬を含む2以上の注射薬を混合（ ” ）または 原液を無菌的に充填	69点（6歳未満 137点） 79点（6歳未満 147点） 69点（6歳未満 137点）
麻薬等加算（麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬）		1調剤につき	麻薬 70点、麻薬以外 8点
自家製剤加算（内服薬）		1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、I+I剤		錠剤を分割した場合は20/100に相当する点数を算定	7日分につき 20点
液剤			45点
自家製剤加算（屯服薬）		1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、I+I剤			90点
液剤			45点
自家製剤加算（外用薬）		1調剤につき	
錠剤、トイ剤、軟・硬膏剤、ハップ剤、リント剤、坐剤			90点
点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤			75点
液剤			45点
計量混合調剤加算		1調剤につき ※内服薬・屯服薬・外用薬	
液剤			35点
散剤、顆粒剤			45点
軟・硬膏剤			80点
時間外等加算（時間外、休日、深夜）		基礎額 = 調剤基本料（加算含） + 薬剤調製料 + 無菌製剤処理加算 + 調剤管理料	基礎額の100%（時間外）、 140%（休日）、200%（深夜）
夜間・休日等加算		処方箋受付1回につき	40点

第2節 薬学管理料

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤管理料		処方箋受付1回につき、薬剤服用歴の記録・管理	
① 内服薬あり		内服薬 1剤につき、3剤分まで	7日分以下 4点、8～14日分 28点 15～28日分 50点、29日分以上 60点
② ①以外			4点
重複投薬・相互作用等防止加算		処方変更あり	残薬調整以外 40点、残薬調整 20点
調剤管理加算		複数医療機関から合計6種類以上の内服薬が処方されている患者	初来局時 3点 2回目以降（処方変更・追加） 3点
医療情報取得加算1		オンライン資格確認体制、6月に1回まで	3点
医療情報取得加算2		オン資体制、電子資格確認による薬剤情報等取得、6月に1回まで	1点
服薬管理指導料		処方箋受付1回につき、薬剤情報提供・服薬指導	
① 通常（②・③以外）		3か月以内の再調剤（手帳による情報提供あり）または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
② 介護老人福祉施設等入所者		ショートステイ等の利用者も対象、オンラインによる場合含む。月4回まで	45点
③ 情報通信機器を使用（オンライン）		3か月以内の再調剤（手帳による情報提供あり）または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	新たに処方 10点、指導の必要 5点
特定薬剤管理指導加算2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 & 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
特定薬剤管理指導加算3		イ) 医薬品リスク管理計画に基づく指導、対象医薬品の最初の処方時1回まで ロ) 選定療養（長期収載品の選択）等の説明、対象薬の最初の処方時1回	5点
乳幼児服薬指導加算		6歳未満の乳幼児	12点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	350点
吸入薬指導加算		喘息または慢性閉塞性肺疾患の患者、3月に1回まで	30点
服薬管理指導料（特例）	-	3か月以内の再調剤のうち手帳の活用実績が50%以下、加算は算定不可	13点
	-	処方箋受付1回につき、かかりつけ薬剤師との連携対応、かかりつけ薬剤師指導料等の算定患者	59点
かかりつけ薬剤師指導料	○	処方箋受付1回につき、服薬情報等提供料の併算定不可	76点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	新たに処方 10点、指導の必要 5点
特定薬剤管理指導加算2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 & 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
特定薬剤管理指導加算3		イ) 医薬品リスク管理計画に基づく指導、対象医薬品の最初の処方時1回まで ロ) 選定療養（長期収載品の選択）等の説明、対象薬の最初の処方時1回	5点
乳幼児服薬指導加算		6歳未満の乳幼児	12点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	350点
吸入薬指導加算		喘息または慢性閉塞性肺疾患の患者、3月に1回まで	30点
かかりつけ薬剤師包括管理料	○	処方箋受付1回につき	291点
外来服薬支援料1		月1回まで	185点
外来服薬支援料2		一包化支援、内服薬のみ	34点/7日分、43日分以上 240点
施設連携加算		入所中の患者を訪問、施設職員と協働した服薬管理・支援、月1回まで	50点
服用薬剤調整支援料1		内服薬6種類以上→2種類以上減少、月1回まで	125点
服用薬剤調整支援料2	-	内服薬6種類以上→処方医への重複投薬等の解消提案、3月に1回まで 重複投薬等の解消の実績ありまたは それ以外	実績あり 110点、それ以外 90点
調剤後薬剤管理指導料		地域支援体制加算の届出を行っている保険薬局、月1回まで 1) 糖尿病患者、糖尿病用剤の新たな処方または投薬内容の変更 2) 慢性心不全患者、心疾患による入院経験あり	60点 60点
服薬情報等提供料1		保険医療機関からの求め、文書による情報提供、月1回まで	30点
服薬情報等提供料2		薬剤師が必要ありと判断、文書による情報提供、月1回まで イ) 保険医療機関、ロ) リフィル処方箋の調剤後、ハ) 介護支援専門員	20点
服薬情報等提供料3		保険医療機関からの求め、入院予定患者、3月に1回まで	50点
在宅患者訪問薬剤管理指導料	○	在宅療養患者、医師の指示、薬学的管理指導計画	
① 単一建物患者 1人		合わせて月4回まで（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者、中心静脈栄養法の患者は週2回 & 月8回まで） 保険薬剤師1人につき週40回まで（①～④合わせて）	650点
② 単一建物患者 2～9人			320点
③ 単一建物患者 10人以上			290点
④ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料			59点
麻薬管理指導加算		オンラインの場合は処方箋受付1回につき	100点（オンライン 22点）
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者、オンライン不可	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児、オンラインの場合は処方箋受付1回につき	100点（オンライン 12点）
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）、オンラインの場合は処方箋受付1回につき	450点（オンライン 350点）
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可	150点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		在宅療養患者、医師の指示、状態の急変等に伴う対応 ※新興感染症対応 合わせて月4回まで（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者は原則として月8回まで） 主治医と連携する他の保険医の指示でも可	500点 200点 59点
① 計画的な訪問薬剤指導に係る疾患の急変		合わせて月4回まで（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者は原則として月8回まで） 主治医と連携する他の保険医の指示でも可	500点
② ①・③以外			200点
③ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料			59点
麻薬管理指導加算		オンラインの場合は処方箋受付1回につき	100点（オンライン 22点）
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者、オンライン不可	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児、オンラインの場合は処方箋受付1回につき	100点（オンライン 12点）
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）、オンラインの場合は処方箋受付1回につき	450点（オンライン 350点）
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可	150点
夜間・休日・深夜訪問加算		末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者	夜間400点、休日600点、深夜1,000点
在宅患者緊急時等共同指導料		在宅療養患者、主治医と連携する他の保険医の指示でも可、月2回まで	700点
麻薬管理指導加算			100点
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児	100点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	450点
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者	150点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費の算定患者 1) 疑義照会に伴う処方変更、2) 処方箋交付前の処方提案に伴う処方箋	残薬調整以外 40点、残薬調整 20点
経管投薬支援料		初回のみ	100点
在宅移行初期管理料		在宅療養開始前の管理・指導、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の初回に算定	230点
退院時共同指導料		入院中1回（末期の悪性腫瘍の患者等は入院中2回）まで、ビデオ通話可	600点

第3節 薬剤料

項目	主な要件	点数
使用薬剤料（所定単位につき15円以下の場合）	薬剤調製料の所定単位につき	1点
“（所定単位につき15円を超える場合）	“	10円又はその端数を増すごとに1点
多剤投与時の逓減措置	1処方につき7種類以上の内服薬、特別調剤基本料A・Bの保険薬局の場合	所定点数の90/100に相当する点数

第4節 特定保険医療材料料

項目	主な要件	点数
特定保険医療材料	厚生労働大臣が定めるものを除く	材料価格を10円で除して得た点数

介護報酬（令和6年6月1日施行）

項目	主な要件、算定上限	単位数
居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費	《薬局の薬剤師の場合》	
① 単一建物居住者 1人	} 合わせて月4回まで（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬投与が必要な患者、中心静脈栄養法の患者は週2回 & 月8回まで）	518単位
② 単一建物居住者 2～9人		379単位
③ 単一建物居住者 10人以上		342単位
④ 情報通信機器を用いた服薬指導		46単位
麻薬管理指導加算		100単位
医療用麻薬持続注射療法加算	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者、オンライン不可	250単位
在宅中心静脈栄養法加算	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可	150単位
特別地域加算		所定単位数の15%
中山間地域等小規模事業所加算		所定単位数の10%
中山間地域等居住者サービス提供加算		所定単位数の 5%