

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
通則	<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>	
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】	00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき） 1 調剤基本料1 45点 2 調剤基本料2 29点 3 調剤基本料3 イ 24点 ロ 19点 ハ 35点 4 特別調剤基本料A 5点	1 調剤基本料1 42点 2 調剤基本料2 26点 3 調剤基本料3 イ 21点 ロ 16点 ハ 32点 (新設)
【項目の見直し】	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。	
【注の見直し】	注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局	注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局

<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A000に掲げる初診料の注11及びA001に掲げる再診料の注15又は医科点数表の区分番号A234-2及び歯科点数表の区分番号A224-2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、医療DX推進体制整備加算として、月 1 回に限り 4 点を所定点数に加算する。</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】 【点数の見直し】	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）

<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、<u>特定薬剤管理指導加算1として、次に掲げる点数をそれぞれ</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、<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</u> <u>て指導を行った場合 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、<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>	(新設)
【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>	<u>注5</u> (略)
【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>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> <p>(新設)</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><u>剤と同日に行う場合を除く。）。</u></p> <p><u>ロ 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><u>ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。</u></p> <p><u>注2 区分番号 00 に掲げる特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において、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><u>注3 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必要な患者</u>及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、1 から 3 までを合わせて保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定できる。<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っては、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、1 から 3 までを合わせて保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定できる。</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</u>として、1回につき100点（注2本文に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点）を所定点数に加算する。</p>	<p>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>【注の見直し】</p>	<p>注4（略）</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4（略）</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、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。</p> <p>イ <u>夜間訪問加算 400 点</u></p> <p>ロ <u>休日訪問加算 600 点</u></p> <p>ハ <u>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</u>の規定にかかわらず、<u>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>15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料 700 点</p>	
<p>【注の見直し】</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、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月 1 回に限り算定する。</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> <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。<u>なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</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</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>

		<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>
--	--	--