

8 福薬業発第 8 号

令和 8 年 4 月 1 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 8 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。

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、新旧対照表および調剤報酬点数表につきましては、下記本会ホームページの会員ページに掲載しております。

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

記

福岡県薬剤師会ホームページ > 会員向け > 医療保険委員会 > 調剤報酬改定に関する資料

URL : https://www.fpa.or.jp/member/iryouhoken-i/_5200.html

以 上

事 務 連 絡

令和 8 年 3 月 31 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 8 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 8 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 8 年 3 月 6 日付け日薬業発第 457 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 8 年度調剤報酬等改定項目①

○調剤報酬点数表

(令和 8 年 6 月 1 日施行)

項目	改正後	改正前
調剤報酬点数表 【節の追加】	[目次] 第 1 節 調剤技術料 第 2 節 薬学管理料 第 3 節 薬剤料 第 4 節 特定保険医療材料料 <u>第 5 節 その他</u> <u>第 6 節 経過措置</u>	[目次] 第 1 節 調剤技術料 第 2 節 薬学管理料 第 3 節 薬剤料 第 4 節 特定保険医療材料料 <u>(新設)</u> <u>第 5 節 経過措置</u>
通則 【通則の見直し】	1 投薬の費用は、第 1 節から第 3 節まで <u>及び</u> <u>第 5 節</u> の各区分の所定点数を合算した点数 により算定する。 2 から 3 (略)	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。 2 から 3 (略)
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 <u>47 点</u> 2 調剤基本料 2 <u>30 点</u> 3 調剤基本料 3 イ <u>25 点</u> ロ <u>20 点</u> ハ <u>37 点</u> 4 特別調剤基本料 A 5 点 注 1 から 2 (略)	00 調剤基本料 (処方箋の受付 1 回につき) 1 調剤基本料 1 <u>45 点</u> 2 調剤基本料 2 <u>29 点</u> 3 調剤基本料 3 イ <u>24 点</u> ロ <u>19 点</u> ハ <u>35 点</u> 4 特別調剤基本料 A 5 点 注 1 から 2 (略)
【注の見直し】	3 複数の保険医療機関から交付された処方 箋を同時に受け付けた場合に <u>あっては</u> 、当該 処方箋のうち <u>一の処方箋について受付 1 回</u> <u>につき所定点数の 100 分の 100 に相当す</u> <u>る点数により算定し、他の処方箋について受</u> 付 1 回につき所定点数の 100 分の 80 に 相当する点数により算定する。 4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局にお いては、所定点数の 100 分の 50 に相当す る点数により算定する。	3 複数の保険医療機関から交付された処方 箋を同時に受け付けた場合に <u>において</u> 、当該 処方箋のうち、 <u>受付が 2 回目以降の調剤基</u> <u>本料は、処方箋の</u> 受付 1 回につき所定点数 の 100 分の 80 に相当する点数により算定 する。 4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局にお いては、所定点数の 100 分の 50 に相当す る点数により算定する。
【注の見直し】	5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に	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、100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。 <u>イ 地域支援・医薬品供給対応体制加算1</u> 27点 <u>ロ 地域支援・医薬品供給対応体制加算2</u> 59点 <u>ハ 地域支援・医薬品供給対応体制加算3</u> 67点 <u>ニ 地域支援・医薬品供給対応体制加算4</u> 37点 <u>ホ 地域支援・医薬品供給対応体制加算5</u> 59点 6 (略) 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、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第2号に規定するバイオ後続品（インスリン製剤を除く。）を調剤した場合には、バイオ後続品調剤体制加算として、50点（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、100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u> 8 <u>薬担規則第7条の2第1号に規定する後発医薬品（以下この表において「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保険薬局において調剤した場合には、所定点数から5点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以</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。 <u>イ 地域支援体制加算1</u> 32点 <u>ロ 地域支援体制加算2</u> 40点 <u>ハ 地域支援体制加算3</u> 10点 <u>ニ 地域支援体制加算4</u> 32点 <u>(新設)</u> 6 (略) 7 <u>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。</u> <u>イ 後発医薬品調剤体制加算1</u> 21点 <u>ロ 後発医薬品調剤体制加算2</u> 28点 <u>ハ 後発医薬品調剤体制加算3</u> 30点 8 後発医薬品の調剤に関して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、所定点数から5点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。
--	---	---

【注の見直し】

【注の見直し】

【注の見直し】	下の保険薬局を除く。 9 14 日分を超える投薬に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。 10 (略)	9 <u>長期投薬</u>（14 日分を超える投薬をいう。）に係る処方箋受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方箋に基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては、第2節薬学管理料（区分番号10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2を除く。）は算定しない。 10 (略)
【注の見直し】	11 医師の分割指示に係る処方箋受付（注9及び注10に<u>掲げるもの</u>を除く。）において、1回目の調剤については当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料（区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。	11 医師の分割指示に係る処方箋受付（注9及び注10に<u>該当する場合</u>を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる薬剤調製料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料（区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。
【注の見直し】	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出した保険薬局（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は、<u>在宅薬学総合体制加算1として、30点</u>（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、<u>所定</u>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>(削る)</u> <u>(削る)</u>	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出した保険薬局（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、<u>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を算定する保険薬局において調剤した場合には、<u>それぞれの</u>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>イ 在宅薬学総合体制加算1 15点</u> <u>ロ 在宅薬学総合体制加算2 50点</u>
【注の追加】	13 <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</u>	<u>(新設)</u>

	<u>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は、在宅薬学総合体制加算 2 として、次に掲げる区分に従い当該区分に掲げる点数（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> <u>イ 区分番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 1 に規定する単一建物診療患者が 1 人又は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の八若しくは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の八に規定する単一建物居住者が 1 人の場合</u> <u>100 点</u> <u>ロ イ以外の場合</u> <u>50 点</u> <u>14 医療 D X 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、<u>電子的調剤情報連携体制整備加算</u>として、月 1 回に限り、<u>8 点</u>を所定点数に加算する。</u> (削る) (削る) (削る) <u>15 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤をした場合には、<u>門前薬局等立地依存減算</u>として、所定点数から 15 点を減算する。</u>	<u>13 医療 D X 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、<u>医療 D X 推進体制整備加算</u>として、月 1 回に限り、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></u> <u>イ 医療 D X 推進体制整備加算 1</u> <u>10 点</u> <u>ロ 医療 D X 推進体制整備加算 2</u> <u>8 点</u> <u>ハ 医療 D X 推進体制整備加算 3</u> <u>6 点</u> (新設) (新設)
【注の見直し】		
【注の追加】		
【注の追加】		

区分 01 薬剤調製料 【注の見直し】	01 薬剤調製料 1 から 4 (略) 5 注射薬 26 点 注 1 回の処方箋受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する 6 (略) 注及び注 1 (略) 2 5 の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1 日につきそれぞれ 69 点、79 点又は 69 点 (15 歳未満の小児) の場合にあつては、1 日につきそれぞれ 237 点、147 点又は 137 点) を所定点数に加算する。 注 3 から 7 (略)	01 薬剤調製料 1 から 4 (略) 5 注射薬 26 点 注 1 回の処方箋受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する 6 (略) 注及び注 1 (略) 2 5 の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1 日につきそれぞれ 69 点、79 点又は 69 点 (6 歳未満の乳幼児) の場合にあつては、1 日につきそれぞれ 137 点、147 点又は 137 点 を所定点数に加算する。 注 3 から 7 (略)
第 2 節 薬学管理料 10 の 2 調剤管理料 【点数の見直し】 【注の削除】	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） <u>イ 長期処方（28 日以上）の場合</u> 60 点 <u>ロ イ以外の場合</u> 10 点 (削る) (削る) 2 1 以外の場合 10 点 注 1 から注 2 (略) (削る)	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） <u>イ 7 日分以下の場合</u> 4 点 <u>ロ 8 日以上 14 日分以下の場合</u> 28 点 <u>ハ 15 日以上 28 日分以下の場合</u> 50 点 <u>ニ 29 日以上の場合</u> 60 点 2 1 以外の場合 4 点 注 1 から 2 (略) <u>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</u>

	【注の追加】 <u>3 患者又はその家族等から収集した情報等に基づいて残薬が確認された患者において、処方医の指示又は処方医に対する照会の結果に基づき、残薬の調整のために7日分以上相当の調剤日数の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、調剤時残薬調整加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、保険薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、処方医の指示又は処方医に対する照会の結果に基づき、6日分以下相当の調剤日数の変更が行われた場合には、その理由を調剤報酬明細書に記載することで算定可能とする。</u> <u>イ 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する患者その他厚生労働大臣が定める患者（以下この表において「在宅患者」という。）へ処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談し、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> <u>50点</u> <u>ロ 在宅患者について調剤日数の変更が行われた場合（イの場合を除く。）</u> <u>50点</u> <u>ハ 区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料の注1に規定するかかりつけ薬剤師が調剤日数の変更が行われた場合（イ及びロの場合を除く。）</u> <u>50点</u> <u>ニ イからハまで以外の場合</u> <u>30点</u> 【注の見直し】 <u>4 薬剤服用歴、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋の仕組みを用いた重複投薬の確認等に基づき、</u>	<u>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。</u> <u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合</u> <u>40点</u> <u>ロ 残薬調整に係るものの場合</u> <u>20点</u> <u>（新設）</u> <u>4 別に厚生労働大臣が定める保険薬局（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、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定</u>
--	--	--

	<u>処方医に対する照会（残薬調整に係るものを除く。）の結果、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、薬学的有害事象等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> <u>イ 在宅患者へ処方箋を交付する前に処方内容を処方医に相談し、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> 50 点 <u>ロ 在宅患者について処方に変更が行われた場合（イの場合を除く。）</u> 50 点 <u>ハ 区分番号 10 の 3 に掲げる服薬管理指導料の注 1 に規定するかかりつけ薬剤師による照会の結果、処方に変更が行われた場合（イ及びロの場合を除く。）</u> 50 点 <u>ニ イからハまで以外の場合</u> 30 点 <u>(削る)</u> <u>(削る)</u>	<u>するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> <u>イ 初めて処方箋を持参した場合</u> 3 点 <u>ロ 2 回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合</u> 3 点 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>5 削除</u> <u>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、医療情報取得加算として、1 年に 1 回に限り 1 点を所定点数に加算する。</u>
10 の 3 服薬管理指導料 【項目の見直し】	10 の 3 服薬管理指導料 1 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 <u>イ かかりつけ薬剤師が行った場合</u> 45 点 <u>ロ イ以外の場合</u> 45 点 2 1 の患者以外の患者に対して行った場合 <u>イ かかりつけ薬剤師が行った場合</u> 59 点 <u>ロ イ以外の場合</u> 59 点 3 介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合 45 点 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 イ 原則 3 月以内に再度処方箋を提出した	10 の 3 服薬管理指導料 1 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 45 点 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 2 1 の患者以外の患者に対して行った場合 59 点 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 3 介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合 45 点 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 イ 原則 3 月以内に再度処方箋を提出した

【注の見直し】	患者に対して行った場合 45 点 □ <u>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行った場合（ハの場合を除く。）</u> 59 点 ハ □のうち、<u>患者の状態の急変等に伴い行った場合</u> 59 点 二 <u>イからハまで</u>以外の場合 59 点 注 1 <u>1 のイ及び 2 のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、あらかじめ当該算定項目に係る服薬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、手帳を提示した患者（継続的及び一元的に服薬管理しているものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等が選択する、当該保険薬局の特定の保険薬剤師（別に厚生労働大臣が定める保険薬剤師に限る。以下この表において「かかりつけ薬剤師」という。）が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>なお、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は、算定できない。 <u>(削る)</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u>	患者に対して行った場合 45 点 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> □ <u>イの患者以外の患者に対して行った場合</u> 59 点 注 1 <u>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。</u>なお、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は、算定できない。 <u>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下この表において「薬剤情報提供文書」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</u> □ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u> ハ <u>手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u> 二 <u>これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な</u>
---------	---	--

【注の追加】 【注の追加】 【注の見直し】	<u>(削る)</u> <u>(削る)</u> <u>2 1の口及び2の口については、かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が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。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> <u>3 1の患者であって手帳を提示しないものに対して、必要な指導等を行った場合は、2により算定する。</u> <u>4 3については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、必要な指導等を行った場合に、月4回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。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> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u>	<u>指導を行うこと。</u> <u>ホ 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。）を患者に提供すること。</u> <u>ハ 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>2 3については、保険薬剤師が別に厚生労働大臣が定める患者を訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、月4回に限り、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する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> <u>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。</u> <u>ロ 服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、処方された薬剤について、薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。</u> <u>ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載するこ</u>
--	--	--

	<u>(削る)</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u> 【注の見直し】 <u>5</u> <u>4のイ及び二</u>については、情報通信機器を用いた<u>必要な指導等</u>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>4のロ</u>については、<u>訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除き、情報通信機器を用いた必要な指導等を行った場合に、患者1人につき、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料と合わせて、月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は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、所定点数を算定する。</u>4のハについては、<u>患者1人につき、情報通信機器を用いた必要な指導等を行った場合に、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と合わせて、月4回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は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、所定点数を算定する。</u>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<u>必要な指導等</u>を行った場合は、4の二により算定する。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。 【注の見直し】 <u>6</u> 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	と。 <u>二</u> これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。 <u>ホ</u> 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。）を患者等に提供すること。 <u>ハ</u> 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。 <u>3</u> 4については、情報通信機器を用いた<u>服薬指導</u>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<u>服薬指導</u>を行った場合は、4のロにより算定する。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。 <u>4</u> 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
--	---	--

【注の見直し】	の有無等について患者<u>又はその家族等</u>に確認し、必要な<u>指導等</u>を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22 点を所定点数に加算する。 <u>7</u> 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<u>又はその家族等</u>に確認し、必要な<u>指導等</u>を行ったときには、特定薬剤管理指導加算 1 として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。<u>ただし、4 のロ又はハを算定する場合においては、次に掲げる加算は算定しない。</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行った場合 10 点 ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき<u>保険</u>薬剤師が必要と認めて行った場合 5 点	の有無等について患者に確認し、必要な<u>薬学的管理及び指導</u>を行ったときは、麻薬管理指導加算として、22 点を所定点数に加算する。 <u>5</u> 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<u>薬学的管理及び指導</u>を行ったときには、特定薬剤管理指導加算 1 として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して<u>必要な指導</u>を行った場合 10 点 ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて<u>指導</u>を行った場合 5 点
【注の見直し】	<u>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<u>指導等</u>を行った上で、当該患者<u>又はその家族等</u>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患者<u>又はその家族等</u>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。この場合において、区分番号 1 5 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。<u>また、4 のロ又はハを算定する場合においては、当該加算は算定しない。</u> <u>9</u> 次の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	<u>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<u>薬学的管理及び指導</u>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。この場合において、区分番号 1 5 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。 <u>7</u> 調剤を行う医薬品を患者が選択するために<u>必要な説明及び指導を行った</u>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
【注の見直し】		

	り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。<u>ただし、4のロ又はハを算定する場合においては、当該加算は算定しない。</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<u>用いて必要な指導等を行った</u>場合 5点 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<u>対して必要な指導等</u>を行った場合 10点 10 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<u>指導等</u>を行い、かつ、当該<u>指導等</u>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。 11 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<u>指導等</u>を行い、かつ、当該<u>指導等</u>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10</u>に規定する加算は算定できない。 12 吸入薬の投薬が行われている<u>患者</u>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<u>又はその家族等</u>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<u>指導等</u>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、<u>6月</u>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。<u>また、4のロ又はハを算定する場合においては、当該加算は算定しない。</u>	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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 特に安全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<u>用いた</u>場合5点 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<u>説明及び指導</u>を行った場合 10点 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<u>指導</u>を行い、かつ、当該<u>指導</u>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。 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<u>指導</u>を行い、かつ、当該<u>指導</u>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。 10 <u>喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であつて、吸入薬の投薬が行われているもの</u>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<u>薬学的管理及び指導</u>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、<u>3月</u>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。
--	--	---

【注の追加】	<u>13 1のイ又は2のイを算定している患者であって、区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料1、区分番号14の3に掲げる服用薬剤調整支援料1若しくは2又は区分番号10の2に掲げる調剤管理料の注3に規定する調剤時残薬調整加算若しくは注4に規定する薬学的有害事象等防止加算を算定したものに對し、患者又はその家族等の求めに応じて、前回の調剤後、当該患者が再度処方箋を持参するまでの間に、かかりつけ薬剤師が電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施していた場合には、再度処方箋を受け付けたときに、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算として、3月に1回に限り50点を所定点数に加算する。ただし、区分番号14の4に掲げる調剤後薬剤管理指導料、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料又は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に規定する居宅療養管理指導費の八若しくは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に規定する介護予防居宅療養管理指導費の八を算定している患者については、当該加算は算定しない。</u>	(新設)
【注の追加】	<u>14 1のイ又は2のイを算定している患者に対し、患者又はその家族等の求めに応じて、かかりつけ薬剤師が患家に訪問して、残薬の整理、服用薬の管理方法の指導等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合には、かかりつけ薬剤師訪問加算として、6月に1回に限り230点を所定点数に加算する。ただし、区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の1若しくは注4に規定する施設連携加算、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5に掲げる服薬情報等提供料又は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に規定する居宅療養管理指導費の八若しくは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に規定する</u>	(新設)

【注の見直し】 【注の見直し】 【注の見直し】 【注の削除】 【注の見直し】 13 の 2 かかりつけ薬剤	<u>介護予防居宅療養管理指導費のハを算定している患者については、かかりつけ薬剤師訪問加算は算定しない。</u> <u>15</u> 区分番号 1 5 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、<u>情報通信機器を用いた場合及び</u>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。 <u>16</u> <u>3 及び注 14 に規定するかかりつけ薬剤師訪問加算</u>に係る業務に要した交通費は、患者の負担とする <u>17</u> 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注 1、注 2、<u>注 4</u> 又は<u>注 5 に規定する必要な</u>指導等を行った場合には、注 1、<u>注 2、注 4 又は注 5</u>の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付 1 回につき、13 点を算定する。この場合において、<u>注 6 から注 14</u> までに規定する加算は算定できない。 <u>(削る)</u> <u>18</u> 区分番号 0 0 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 0 0 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、<u>注 8、注 12 及び注 14</u> に規定する加算は、算定できない。 11 から 13 まで 削除	<u>11</u> 区分番号 1 5 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。 <u>12</u> <u>服薬管理指導料の 3</u> に係る業務に要した交通費は、患者の負担とする。 <u>13</u> 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注 1、注 2 又は<u>注 3 に掲げる指導等の全て</u>を行った場合には、注 1 <u>から注 3</u> までの規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付 1 回につき、13 点を算定する。この場合において、<u>注 4 から注 10</u> までに規定する加算は算定できない。 <u>14</u> <u>当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号 1 3 の 2 に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号 1 3 の 3 に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、当該患者の同意を得て、当該指導料又は管理料の算定に係る保険薬剤師と、当該保険薬剤師の所属する保険薬局の他の保険薬剤師であって別に厚生労働大臣が定めるものが連携して、注 1 に掲げる指導等の全てを行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、服薬管理指導料の特例として、処方箋受付 1 回につき、59 点を算定する。</u> <u>15</u> 区分番号 0 0 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 0 0 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、<u>注 6 及び注 10</u> に規定する加算は、算定できない。 11 から 13 まで 削除
---	--	---

師指導料 【項目の削除】	<u>(削る)</u>	<u>13の2 かかりつけ薬剤師指導料 76点</u> <u>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（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。）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> <u>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、麻薬管理指導加算として、22点を所定点数に加算する。</u> <u>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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> <u>イ 特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合 10点</u> <u>ロ 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合 5点</u> <u>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</u>
-------------------------------	--------------------	--

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。

5 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、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 特に安全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 5 点

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 10 点

6 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を確認した上で、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。

7 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を確認した上で、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、注 6 に規定する加算は算定できない。

8 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者で

13 の 2 かかりつけ薬剤師包括指導料 【項目の削除】	<u>(削る)</u>	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。 9 区分番号10の3に掲げる服薬管理指 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。 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。 13の3かかりつけ薬剤師包括管理料 291 点 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（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。）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A001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B001-2-9に掲 げる地域包括診療料又は区分番号B0 01-2-10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、<u>処方箋受付 1 回につき所定点数を算定できる</u>。この場合、この表に規定する費用（<u>区分番号 0 1 に掲げる薬剤調製料の注 4 及び注 5 に規定する加算、区分番号 1 5 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的投薬が行われた場合に限る。）</u>、<u>区分番号 1 5 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 1 5 の 3 に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号 1 5 の 4 に掲げる退院時共同指導料、区分番号 1 5 の 7 に掲げる経管投薬支援料、区分番号 1 5 の 8 に掲げる在宅移行初期管理料、区分番号 2 0 に掲げる使用薬剤料及び区分番号 3 0 に掲げる特定保険医療材料を除く。</u>）は当該点数に含まれるものとする。 <u>2 区分番号 1 0 の 3 に掲げる服薬管理指導料又は区分番号 1 3 の 2 に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。</u>
14 の 2 外来服薬支援料	14 削除 14 の 2 外来服薬支援料 1 外来服薬支援料 1 185 点 2 外来服薬支援料 2 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 ロ 43 日分以上の場合 240 点 注 1 から注 2（略） 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、<u>処方医</u>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<u>指導等</u>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	14 削除 14 の 2 外来服薬支援料 1 外来服薬支援料 1 185 点 2 外来服薬支援料 2 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 ロ 43 日分以上の場合 240 点 注 1 から注 2（略） 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、<u>当該薬剤を処方した保険医</u>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<u>服薬指導</u>を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内
【注の見直し】		

	算定する。ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する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。 4 (略)	服薬の投与日数に応じて算定する。ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する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。 4 (略)
14 の 3 服用薬剤調整 支援料 【点数の見直し】	14 の 3 服用薬剤調整支援料 1 服用薬剤調整支援料 1 125 点 2 服用薬剤調整支援料 2 <u>1,000 点</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u>	14 の 3 服用薬剤調整支援料 1 服用薬剤調整支援料 1 125 点 2 服用薬剤調整支援料 2 <u>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 110 点</u> <u>ロ イ以外の場合 90 点</u>
【注の見直し】	注 1 1 については、6 種類以上の内服薬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。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。	注 1 1 については、6 種類以上の内服薬 <u>(特に規定するものを除く。)</u> 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。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。
【注の見直し】	2 2 については、複数の保険医療機関から 6 種類以上の内服薬が処方されている患者について、患者又はその家族等の求めに応じ、<u>かかりつけ薬剤師（患者の服薬状況等に係る総合的な管理及び評価を行うために必要な研修を受けたものに限る。）が、当該患者の服用中の薬剤を継続的及び一元的に把握した結果、服用中の薬剤の調整を必要と認める場合であって、必要な評価等を実施した上で、処方医に対して、当該調整について文書を用いて提案した場合には、同一の患者に対して 6 月に 1 回に限り、かかりつけ薬剤師 1 人につき月 4 回まで</u>所定点数を算定する。ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。	2 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 <u>(特に規定するものを除く。)</u> 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、<u>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</u>所定点数を算定する。ただし、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する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。
14 の 4 調剤後薬剤管理 指導料 【注の見直し】	14 の 4 調剤後薬剤管理指導料 1 糖尿病患者に対して行った場合 60 点 2 慢性心不全患者に対して行った場合 60 点 注 1 区分番号 00 に掲げる調剤基本料の	14 の 4 調剤後薬剤管理指導料 1 糖尿病患者に対して行った場合 60 点 2 慢性心不全患者に対して行った場合 60 点 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、<u>処方医</u>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又はその家族等の同意を得て、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。 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又はその家族等へ電話等により確認すること（当該調剤と同日に行う場合を除く。）。 ロ 必要な<u>指導等</u>を継続して実施すること。 ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。 注 2 から注 3（略）	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、<u>医師</u>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。 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（当該調剤と同日に行う場合を除く。）。 ロ 必要な<u>薬学的管理及び指導</u>を継続して実施すること。 ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。 注 2 から注 3（略）
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料	15 在宅患者訪問薬剤管理指導料	15 在宅患者訪問薬剤管理指導料
	1 単一建物診療患者が 1 人の場合 650 点 2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320 点 3 1 及び 2 以外の場合 290 点	1 単一建物診療患者が 1 人の場合 650 点 2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320 点 3 1 及び 2 以外の場合 290 点
【注の見直し】	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、<u>患者又はその家族等</u>に対して必要な指導等を行った場合に、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	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、<u>薬学的管理及び指導</u>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

	険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。<u>以下この表において同じ。</u>）の人数に従い、患者 1 人につき<u>区分番号 1 0 の 3 に掲げる服薬管理指導料の 4 の口と合わせて</u>月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、1 から 3 まで<u>及び区分番号 1 0 の 3 に掲げる服薬管理指導料の 4 の口</u>を合わせて保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定できる。ただし、区分番号 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は、算定できない。	理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者 1 人につき月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、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。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。
【注の削除】	<u>(削る)</u>	<u>2 在宅で療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注 1 の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者 1 人につき、1 から 3 までと合わせて月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、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。ただし、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は、算定できない。</u>
【注の見直し】	<u>2</u> 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<u>又はその家族等</u>に確認し、必要な<u>指導等</u>を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1 回につき 100 点を所定点数に加算する。	<u>3</u> 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<u>薬学的管理及び指導</u>を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1 回につき 100 点（<u>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</u>）を所定点数に加算する。
【注の見直し】	<u>3</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適	<u>4</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薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な <u>指導等</u> を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、 <u>注2</u> に規定する加算は算定できない。	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、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合（ <u>注2に規定する場合を除く。</u> ）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、 <u>注3</u> に規定する加算は算定できない。
【注の見直し】	<u>4</u> 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、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 <u>必要な指導等</u> を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。	<u>5</u> 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、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 <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（ <u>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</u> ）を所定点数に加算する。
【注の見直し】	<u>5</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又はその家族等に対して、必要な <u>指導等</u> を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、 <u>注4</u> に規定する加算は算定できない。	<u>6</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又はその家族等に対して、必要な <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（ <u>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350点</u> ）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。
【注の見直し】	<u>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薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者 <u>又はその家族等</u> に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な <u>指導等</u> を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。 <u>7</u> 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定でき	<u>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薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合（ <u>注2に規定する場合を除く。</u> ）は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。 <u>8</u> 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合にあっては、特殊の事情があった場合を除き算定でき

15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 【注の見直し】 【注の見直し】 【注の見直し】	ない。 <u>8</u> 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 500 点 2 1 以外の場合 200 点 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、<u>患者又はその家族等に対して</u>必要な指導等を行った場合に、<u>1 及び 2 並びに区分番号 10 の 3 に掲げる服薬管理指導料の 4 の 8</u>を合わせて月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月 8 回）に限り算定する。なお、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。 2 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 <u>又はその家族等</u>に確認し、必要な <u>指導等</u>を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1 回につき 100 点を所定点数に加算する。 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等に	ない。 <u>9</u> 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。 15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 500 点 2 1 以外の場合 200 点 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<u>薬学的管理及び指導</u>を行った場合に、1 と 2 を合わせて月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者にあっては、原則として月 8 回）に限り算定する。<u>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。 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<u>薬学的管理及び指導</u>を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1 回につき 100 点（<u>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</u>）を所定点数に加算する。 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等に
--	--	--

	ついて患者又はその家族等に確認し、必要な<u>指導等</u>を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する加算は算定できない。	ついて患者又はその家族等に確認し、必要な<u>薬学的管理及び指導</u>を行った場合（<u>注1のただし書に規定する場合を除く。</u>）は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する加算は算定できない。
【注の見直し】	4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、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<u>必要な指導等</u>を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。	4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、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<u>薬学的管理及び指導</u>を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点（<u>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12点</u>）を所定点数に加算する。
【注の見直し】	5 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<u>指導等</u>を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。	5 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<u>薬学的管理及び指導</u>を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（<u>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350点</u>）を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。
【注の見直し】	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において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、<u>患者又はその家族等に対して必要な指導等</u>を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。 7から8（略） 9 1について、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、<u>患者又はその家族等に対して必要な指導等</u>を行った場合は、次に掲げる点数をそれ	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において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な<u>薬学的管理及び指導</u>を行った場合（<u>注1のただし書に規定する場合を除く。</u>）は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。 7から8（略） 9 1について、末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して、保険医の求めにより開局時間以外の夜間、休日又は深夜に、緊急に患家を訪問して必要な<u>薬学的管理及び指導</u>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

	それ所定点数に加算する。 イ 夜間訪問加算 400 点 ロ 休日訪問加算 600 点 ハ 深夜訪問加算 1,000 点 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<u>もの</u>、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<u>もの</u>に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、<u>処方医</u>の指示により、当該保険薬局の<u>保険</u>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<u>指導等</u>を実施し、薬剤を交付した場合には、1 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は、別に算定できない。	算する。 イ 夜間訪問加算 400 点 ロ 休日訪問加算 600 点 ハ 深夜訪問加算 1,000 点 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、<u>処方箋を発行した医師</u>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<u>薬学的管理及び指導</u>を実施し、薬剤を交付した場合には、1 を算定する。<u>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>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、<u>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>
15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料 【注の見直し】	15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料 700 点 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	15 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料 700 点 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 <u>指導等</u> を行った場合に、月2回に限り算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する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。	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 <u>指導</u> を行った場合に、月2回に限り算定する。ただし、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する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。
【注の見直し】	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 <u>又はその家族等</u> に確認し、必要な <u>指導等</u> を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。	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 <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	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た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者 <u>又はその家族等</u> に確認し、必要な <u>指導等</u> を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する加算は算定できない。	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た保険薬局において、在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者 <u>又はその家族等</u> に確認し、必要な <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する加算は算定できない。
【注の見直し】	4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者 <u>又はその家族等</u> に対して <u>必要な指導等</u> を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。	4 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者 <u>又はその家族等</u> に対して <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	5 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 <u>又はその家族等</u> に対して、必要な <u>指導等</u> を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。	5 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 <u>又はその家族等</u> に対して、必要な <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。この場合において、注4に規定する加算は算定できない。
【注の見直し】	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た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、 <u>患者又はその家族等に対して必要な指</u>	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た保険薬局において、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場

15の4 退院時共同指導料 【注の見直し】 15の5 服薬情報等提供料 【注の見直し】	<u>導等</u>を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。 7から8（略） 15の4 退院時共同指導料 600点 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<u>又はその家族等</u>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<u>必要な指導等</u>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。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。 15の5 服薬情報等提供料 1 服薬情報等提供料1 30点 2 服薬情報等提供料2 イ 保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合 20点 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 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 3 服薬情報等提供料3 50点 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<u>又はその家族等</u>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	合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。 7から8（略） 15の4 退院時共同指導料 600点 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<u>説明及び指導</u>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。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。 15の5 服薬情報等提供料 1 服薬情報等提供料1 30点 2 服薬情報等提供料2 イ 保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合 20点 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 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 3 服薬情報等提供料3 50点 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
---	---	---

	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。	場合に月 1 回に限り算定する。
【注の見直し】	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、患者又はその家族等の同意を得た上で、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、保険医療機関又は介護支援専門員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。	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。
【注の見直し】	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、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に 3 月に 1 回に限り算定する。	3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に 3 月に 1 回に限り算定する。
【注の削除】	<u>(削る)</u> 4 区分番号 0 0 に掲げる特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において、調剤基本料の注 6 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。 5 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は、算定できない。	4 <u>区分番号 1 3 の 2 に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号 1 3 の 3 に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号 1 5 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> 5 区分番号 0 0 に掲げる特別調剤基本料 A を算定する保険薬局において、調剤基本料の注 6 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。 6 区分番号 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は、算定できない。
【注の追加】	6 <u>区分番号 1 5 の 9 に掲げる訪問薬剤管理医師同時指導料を算定した場合は、算定できない。ただし、医科点数表の C 0 1 2 - 2 に掲げる訪問診療薬剤師同時指導料を算定している保険医療機関以外の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は、この限りでない。</u>	<u>(新設)</u>
15 の 6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 【項目の削除】	<u>(削る)</u>	<u>15 の 6 在宅患者重複投薬・相互作用等</u>

		防止管理料 1 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合 イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40 点 ロ 残薬調整に係るものの場合 20 点 2 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合 イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40 点 ロ 残薬調整に係るものの場合 20 点 注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して処方箋の処方内容に係る照会又は患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を行った結果、処方に変更が行われた場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。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は、算定できない。 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。
15の7 経管投薬支援料	15の7 経管投薬支援料	15の7 経管投薬支援料
【注の見直し】	100 点	100 点
	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又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。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。	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。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。
15の8 在宅移行初期	15の8 在宅移行初期管理料	15の8 在宅移行初期管理料

管理料 【注の見直し】	230 点 注 1 在宅療養へ移行が予定されている患者であって通院が困難なもののうち、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者 <u>又はその家族等</u> 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 <u>指導等</u> を行った場合に、当該患者において区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1 その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に 1 回に限り算定する。ただし、在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号 14 の 2 に掲げる外来服薬支援料 1 は算定できない。なお、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。 2 在宅移行初期管理に要した交通費は、患者の負担とする。	230 点 注 1 在宅療養へ移行が予定されている患者であって通院が困難なもののうち、服薬管理に係る支援が必要なものに対して、当該患者の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、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 <u>薬学的管理及び指導</u> を行った場合に、当該患者において区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1 その他厚生労働大臣が定める費用を算定した初回算定日の属する月に 1 回に限り算定する。ただし、在宅移行初期管理料を算定した日には、区分番号 14 の 2 に掲げる外来服薬支援料 1 は算定できない。なお、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。 2 在宅移行初期管理に要した交通費は、患者の負担とする。
15 の 9 訪問薬剤管理医師同時指導料 【項目の新設】	<u>15 の 9 訪問薬剤管理医師同時指導料</u> 150 点 <u>注 1 区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1 を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に対して訪問薬剤管理指導を実施している保険薬剤師が、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医と同時に訪問を行うとともに、必要な指導等を行った場合に、6 月に 1 回に限り算定する。</u> <u>2 区分番号 15 の 3 に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料又は区分番号 15 の 8 に掲げる在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。</u> <u>3 訪問薬剤管理医師同時指導に要した交通費は、患者の負担とする。</u>	<u>(新設)</u>

15の10 複数名薬剤管理指導訪問料 【項目の新設】	15の10 複数名薬剤管理指導訪問料 300 点 注1 <u>区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の1を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対し、当該患者の訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険薬局又は在宅協力薬局に勤務する職員とともに複数名で訪問した上で、必要な指導等を行った場合に算定する。</u> 2 <u>区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の8に掲げる在宅移行初期管理料又は区分番号15の9に掲げる訪問薬剤管理医師同時指導料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない。</u> 3 <u>複数名薬剤管理指導訪問に要した交通費は、患家の負担とする。</u>	(新設)
第3節 薬剤料 20 使用薬剤料 【項目の見直し】	20 使用薬剤料 1 使用薬剤の薬価が<u>区分番号01に掲げる</u>薬剤調製料の所定単位につき15円以下の場合 1点 2 使用薬剤の薬価が<u>区分番号01に掲げる</u>薬剤調製料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに1点 注1 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。 2 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する<u>保険</u>薬局及び区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。	20 使用薬剤料 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 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 注1 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。 2 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局及び区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）の調剤を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
第4節 特定保険医療		

材料料 30 特定保険医療材料	30 特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	30 特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。
第5節 その他 40 調剤ベースアップ 評価料（処方箋の受付1回につき） 【項目の新設】	40 調剤ベースアップ評価料 <u>（処方箋の受付1回につき）</u> <u>4点</u> <u>注1 当該保険薬局において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付1回につき、所定点数を算定する。</u> <u>2 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</u>	<u>（新設）</u>
41 調剤物価対応料 【項目の新設】	41 調剤物価対応料 <u>1点</u> <u>注 処方箋を受け付けた場合に、3月に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。</u>	<u>（新設）</u>
第6節 経過措置 【節の見直し】	第6節 経過措置 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の <u>注7</u> 、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。	第5節 経過措置 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の <u>注8</u> 、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。

令和8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8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	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。 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、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。 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。	
第1節 初診料 A000 初診料 【注の削除】 【注の追加】	A000 初診料 291点 注1から14（略） <u>（削る）</u> <u>15 保険医療機関（診療所又は許可病床数</u>	<u>15 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</u> <u>（新設）</u>

【注の削除】	が 200 床未満である病院に限る。) において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が 200 床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が 400 床以上の病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、60 点を所定点数に加算する。 <u>(削る)</u>	<u>16 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医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月 1 回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> <u>イ 医療DX推進体制整備加算 1 12 点</u> <u>ロ 医療DX推進体制整備加算 2 11 点</u> <u>ハ 医療DX推進体制整備加算 3 10 点</u> <u>ニ 医療DX推進体制整備加算 4 10 点</u> <u>ホ 医療DX推進体制整備加算 5 9 点</u> <u>ヘ 医療DX推進体制整備加算 6 8 点</u>
【注の追加】	<u>16 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医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月 1 回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号 A001 に掲げる再診料の注 11 に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u> <u>イ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 15 点</u> <u>ロ 電子的診療情報連携体制整備加算 2 9 点</u> <u>ハ 電子的診療情報連携体制整備加算 3 4 点</u>	<u>(新設)</u>

第2節 再診料 A001 再診料 【点数の見直し】 【点数の見直し】 【点数の見直し】 【点数の見直し】 【注の見直し】 【注の見直し】	A001 再診料 76点 注1 (略) 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、56点を算定する。 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科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つ目の診療科に限り、39点（注2に規定する場合にあては、29点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。 4から9 (略) 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 時間外対応体制加算1 7点 ロ 時間外対応体制加算2 5点 ハ 時間外対応体制加算3 4点 ニ 時間外対応体制加算4 2点 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を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16及び区分番号A001に掲げる再診料の注19に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。</u> 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た保険医療機関（診療所に限る。）にお	A001 再診料 75点 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。 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科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つ目の診療科に限り、39点（注2に規定する場合にあては、29点）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ 時間外対応加算1 5点 ロ 時間外対応加算2 4点 ハ 時間外対応加算3 3点 ニ 時間外対応加算4 1点 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。 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た保険医療機関（診療所に限る。）にお
--	--	--

	いて、<u>入院中の患者以外</u>の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 地域包括診療加算 1 <u>(1) 認知症を有する患者等の場合 38 点</u> <u>(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合 28 点</u> ロ 地域包括診療加算 2 <u>(1) 認知症を有する患者等の場合 31 点</u> <u>(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合 21 点</u> <u>(削る)</u> <u>13 注 12 の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び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、月 1 回に限り 10 点を更に所定点数に加算する。</u>	いて、<u>脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する</u>患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する イ 地域包括診療加算 1 <u>28 点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> ロ 地域包括診療加算 2 <u>21 点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> <u>イ 認知症地域包括診療加算 1 38 点</u> <u>ロ 認知症地域包括診療加算 2 31 点</u> <u>(新設)</u> <u>14 注 12 又は注 13 の場合において、他の保</u>
【注の削除】		
【注の追加】		
【注の見直し】	14 注 12 の場合において、他の保険医療機関	14 注 12 <u>又は注 13</u> の場合において、他の保

【注の削除】 【注の追加】 A002 外来診療料 【点数の見直し】 【点数の見直し】	に入院した患者、介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者 <u>又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者</u>について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設 <u>に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後若しくは退所後1月以内又は当該情報提供から3月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、3月に1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。</u> 15 から 18（略） <u>（削る）</u> <u>19 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医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に1回に限り2点を所定点数に加算する。この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u> 20（略） A002 外来診療料 <u>77点</u> 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	険医療機関に入院した患者 <u>又は</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（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設 <u>と連携して</u> 薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する <u>情報共有等を行う</u>とともに、当該他の保険医療機関 <u>又は</u> 介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から <u>入院中又は入所中の</u> 処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、<u>退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに</u> 1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。 <u>19 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u> <u>（新設）</u> 20（略） A002 外来診療料 <u>76点</u> 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
--	--	--

【点数の見直し】	を行った場合には、76点を算定する。 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、57点を算定する。	を行った場合には、75点を算定する。 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。）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。
【点数の見直し】	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、57点を算定する。	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。
【点数の見直し】	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、57点を算定する。	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。
【点数の見直し】	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、別の診療科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つ目の診療科に限り 39点（注2から注4までに規定する場合にあっては、29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。 6から9（略）	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、別の診療科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つ目の診療科に限り 38点（注2から注4までに規定する場合にあっては、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10までに規定する加算は算定しない。 6から9（略）

【注の見直し】	10 <u>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</u>保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、<u>電子的診療情報連携体制整備加算</u>として、<u>月</u>に1回に限り<u>2点</u>を所定点数に加算する。 11 (略) <u>(削る)</u>	10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を<u>満たす</u>保険医療機関を受診した患者に対して<u>十分な情報を取得した上で</u>再診を行った場合は、<u>医療情報取得加算</u>として、<u>3月</u>に1回に限り<u>1点</u>を所定点数に加算する。 <u>A003 削除</u>
第2部 入院料等 通則 【注の追加】	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。 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。 <u>3 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化について別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟の入院料については、基本診療料の施設基準等第五、第九及び第十における1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数に関する規定並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率に関する規定を満たさない場合であっても、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</u> <u>4 別に厚生労働大臣が定める患者の場合に</u>	<u>(新設)</u>

【注の見直し】	は、特別入院基本料等、区分番号 A 108 に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号 A 109 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 A 400 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。 <u>5</u> 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。 <u>6</u> 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。 <u>6</u> 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。 7 から 9（略） <u>10</u> <u>8</u> に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第 1 節（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節及び第 4 節（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から 1 日につき 40 点を減算する。<u>ただし、8 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関につ</u>	<u>9</u> <u>7</u> に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第 1 節（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節及び第 4 節（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から 1 日につき 40 点を減算する。
----------------	--	---

【注の追加】	いては、当該減算の点数に代えて、所定点数から1日につき20点を減算する。 <u>11 継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき次に掲げる点数を減算する。</u> <u>イからラ（略）</u>	<u>(新設)</u>
第2節 入院基本料等加算 A200 急性期総合体制加算（1日につき） 【点数の見直し】	A200 <u>急性期総合体制加算</u>（1日につき） <u>1 急性期総合体制加算1</u> <u>イ 7日以内の期間</u> <u>530点</u> <u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>290点</u> <u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>210点</u> <u>2 急性期総合体制加算2</u> <u>イ 7日以内の期間</u> <u>470点</u> <u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>230点</u> <u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>150点</u> <u>3 急性期総合体制加算3</u> <u>イ 7日以内の期間</u> <u>440点</u> <u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>200点</u> <u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>120点</u> <u>4 急性期総合体制加算4</u> <u>イ 7日以内の期間</u> <u>360点</u> <u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>150点</u> <u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>90点</u> <u>5 急性期総合体制加算5</u> <u>イ 7日以内の期間</u> <u>300点</u> <u>ロ 8日以上11日以内の期間</u> <u>120点</u> <u>ハ 12日以上14日以内の期間</u> <u>60点</u> 注 <u>総合的な急性期医療及び高度かつ専門的な医療</u>を提供する体制、医療従事者の負担の軽減、処遇の改善に対する体制<u>並びに地域</u>	A200 <u>総合入院体制加算</u>（1日につき） <u>1 総合入院体制加算1</u> <u>260点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>2 総合入院体制加算2</u> <u>200点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>3 総合入院体制加算3</u> <u>120点</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> 注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減<u>及び</u>処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定め

	<u>の医療を支える体制</u>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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>急性期総合体制加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、<u>それぞれ所定点数に加算する。</u>	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（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、<u>総合入院体制加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、<u>入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</u>この場合において、<u>区分番号A200-2に掲げる急性期充実体制加算は別に算定できない。</u>												
【点数の削除】	<u>(削る)</u>	<u>A200-2 急性期充実体制加算（1日につき）</u> <u>1 急性期充実体制加算1</u> <table><tr><td><u>イ 7日以内の期間</u></td><td><u>440点</u></td></tr><tr><td><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u></td><td><u>200点</u></td></tr><tr><td><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u></td><td><u>120点</u></td></tr></table> <u>2 急性期充実体制加算2</u> <table><tr><td><u>イ 7日以内の期間</u></td><td><u>360点</u></td></tr><tr><td><u>ロ 8日以上11日以内の期間</u></td><td><u>150点</u></td></tr><tr><td><u>ハ 12日以上14日以内の期間</u></td><td><u>90点</u></td></tr></table> <u>注1 高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する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（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、急性期充実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。）について、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。</u>この場合において、<u>区分番号A200に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。</u> <u>2 小児患者、妊産婦である患者及び精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保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については、小児・周産期・精神科充実体制加算として、算定する急性期充実体制加算の区分に応じ、次に掲げる点数を更に所定</u>	<u>イ 7日以内の期間</u>	<u>440点</u>	<u>ロ 8日以上11日以内の期間</u>	<u>200点</u>	<u>ハ 12日以上14日以内の期間</u>	<u>120点</u>	<u>イ 7日以内の期間</u>	<u>360点</u>	<u>ロ 8日以上11日以内の期間</u>	<u>150点</u>	<u>ハ 12日以上14日以内の期間</u>	<u>90点</u>
<u>イ 7日以内の期間</u>	<u>440点</u>													
<u>ロ 8日以上11日以内の期間</u>	<u>200点</u>													
<u>ハ 12日以上14日以内の期間</u>	<u>120点</u>													
<u>イ 7日以内の期間</u>	<u>360点</u>													
<u>ロ 8日以上11日以内の期間</u>	<u>150点</u>													
<u>ハ 12日以上14日以内の期間</u>	<u>90点</u>													

A 243 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 【名称の見直し】 【注の見直し】 【項目の見直し】 【注の見直し】	A201 から A203 まで 削除 A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 1 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 1</u> 87 点 2 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 2</u> 82 点 3 <u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 3</u> 77 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（特別入院基本料等を含む。）又は第 3 節の特定入院料のうち、<u>地域支援・医薬品供給対応体制加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。 A243-2 バイオ後続品使用体制加算 100 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<u>先行</u>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<u>先行</u>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	点数に加算する。 <u>イ 急性期充実体制加算 1 の場合</u> 90 点 <u>ロ 急性期充実体制加算 2 の場合</u> 60 点 3 <u>注 2 に該当しない場合であって、精神疾患を有する患者の受入に係る充実した体制の確保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については、精神科充実体制加算として、30 点を更に所定点数に加算する。</u> A201 から A203 まで 削除 A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 1 <u>後発医薬品使用体制加算 1</u> 87 点 2 <u>後発医薬品使用体制加算 2</u> 82 点 3 <u>後発医薬品使用体制加算 3</u> 77 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（特別入院基本料等を含む。）又は第 3 節の特定入院料のうち、<u>後発医薬品使用体制加算</u>を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。 A243-2 バイオ後続品使用体制加算（入院初日） 100 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<u>先発</u>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<u>先発</u>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、 <u>退院の日の1回</u> に限り所定点数に加算する。	算として、 <u>入院初日</u> に限り所定点数に加算する。
A 244 病棟薬剤業務 実施加算	A244 病棟薬剤業務実施加算	A244 病棟薬剤業務実施加算
【点数の見直し】	1 <u>病棟薬剤業務実施加算 1（週1回）</u> 300点	1 病棟薬剤業務実施加算 1（週1回） 120点
	2 病棟薬剤業務実施加算 2（週1回） 120点	2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき） 100点
	3 病棟薬剤業務実施加算 3（1日につき） 100点	
【注の見直し】	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医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1から病棟薬剤業務実施加算3までのいずれかを算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算1及び病棟薬剤業務実施加算2にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算3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。	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入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第3節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算1又は病棟薬剤業務実施加算2を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算1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。
【注の見直し】	2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための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又は病棟薬剤業務実施加算2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。	2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための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。
【点数の見直し】	A250 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 160点	A250 薬剤総合評価調整加算（退院時1回） 100点

【注の見直し】	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。 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<u>及び情報連携</u>を行った場合 ロ 精神病棟に入院中の患者であって、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<u>及び情報連携</u>を行った場合 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。 イ 注1のイに該当する場合であって、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って、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	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。 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って、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 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。 イ 注1のイに該当する場合であって、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って、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
第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 通則 【注の見直し】	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。 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。 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	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。 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。 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。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。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14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。 イからチ（略） 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。 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。 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	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。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。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。
--	---	---

【注の追加】 【注の追加】	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、抗菌薬適正使用体制加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。 <u>7 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診療の際に地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋（以下この部において「電子処方箋」という。）を発行した場合、遠隔電子処方箋活用加算として、月に1回に限り10点を所定点数に加算する。</u> <u>8 区分番号A254に掲げる医療提供機能連携確保加算の注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1節医学管理等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合は、医療提供機能連携確保加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。</u>	<u>(新設)</u> <u>(新設)</u>
第1節 医学管理料等 B001 特定疾患治療管理料 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 【点数の見直し】	B000 特定疾患療養管理料 1 診療所の場合 225点 2 許可病床数が100床未満の病院の場合 147点 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87点 注1から5（略） B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで（<u>静注製剤等の場合</u>） 801点 (2) 初回から3回目まで（<u>その他の場合</u>） 351点 (3) 4回目以降（<u>静注製剤等の場合</u>）	B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料 1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から3回目まで 800点 <u>(新設)</u> (2) 4回目以降

【点数の見直し】	<u>451 点</u> <u>(2) 4 回目以降 (その他の場合)</u> <u>451 点</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合	<u>450 点</u> <u>(新設)</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合
【点数の見直し】	<u>351 点</u> 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から 3 回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u> <u>601 点</u> <u>(2) 初回から 3 回目まで (その他の場合)</u> <u>261 点</u> <u>(3) 4 回目以降 (静注製剤等の場合)</u> <u>321 点</u> <u>(4) 4 回目以降 (その他の場合)</u> <u>141 点</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>221 点</u> 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から 3 回目まで <u>(静注製剤等の場合)</u> <u>541 点</u> <u>(2) 初回から 3 回目まで (その他の場合)</u> <u>241 点</u> <u>(3) 4 回目以降 (静注製剤等の場合)</u> <u>281 点</u> <u>(4) 4 回目以降 (その他の場合)</u> <u>121 点</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>181 点</u>	<u>350 点</u> 2 外来腫瘍化学療法診療料 2 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から 3 回目まで <u>600 点</u> <u>(新設)</u> <u>(2) 4 回目以降</u> <u>320 点</u> <u>(新設)</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>220 点</u> 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 (1) 初回から 3 回目まで <u>540 点</u> <u>(新設)</u> <u>(2) 4 回目以降</u> <u>280 点</u> <u>(新設)</u> □ イ以外の必要な治療管理を行った場合 <u>180 点</u>
	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、注 15 及び注 16 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 まで及び注 19 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	

【注の見直し】	を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号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。 2 1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)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 <u>(区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く。)</u> に、1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)については、<u>当該患者に対して、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、</u> 月3回に限り算定する。	2 1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)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。
【注の見直し】	3 1のイの <u>(3)</u>、2のイの <u>(3)</u> 及び3のイの(3)については、1のイの(1) <u>若しくは(2)</u>、2のイの(1) <u>若しくは(2)</u> 又は3のイの(1) <u>若しくは(2)</u> を算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、1のイの(4)、2のイの(4)及び3のイの(4)については、1のイの(1)若しくは(2)、2のイの(1)若しくは(2)又は3のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週</u> 1回に限り算定する。 4から7 (略)	3 1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)については、1のイの(1)、2のイの(1)又は3のイの(1)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。
【注の見直し】	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た保険医療機関において、1のイの(1) <u>又は(2)</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。	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た保険医療機関において、1のイの(1)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。

【注の見直し】 B001-3 生活習慣病管理料	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た保険医療機関において、1のイの(1) <u>又は(2)</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提案等を行った場合は、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。 B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ) 1 脂質異常症を主病とする場合 610点 2 高血圧症を主病とする場合 660点 3 糖尿病を主病とする場合 760点	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た保険医療機関において、1のイの(1)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提案等を行った場合は、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。 B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ) 1 脂質異常症を主病とする場合 610点 2 高血圧症を主病とする場合 660点 3 糖尿病を主病とする場合 760点
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(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、<u>別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって</u>、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。 2から3(略)	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(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。
【注の見直し】	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た保険医療機関において、<u>は、当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> <u>イ 充実管理加算(脂質異常症を主病とする場合)</u> (1) 充実管理加算1 30点 (2) 充実管理加算2 20点 (3) 充実管理加算3 10点	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た保険医療機関において、<u>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。</u> <u>(新設)</u>

【注の追加】	<u>□ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）</u> (1) <u>充実管理加算 1</u> 30 点 (2) <u>充実管理加算 2</u> 20 点 (3) <u>充実管理加算 3</u> 10 点 <u>ハ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）</u> (1) <u>充実管理加算 1</u> 30 点 (2) <u>充実管理加算 2</u> 20 点 (3) <u>充実管理加算 3</u> 10 点 <u>5 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者 1 人につき年 1 回に限り所定点数に 60 点を加算する。</u>	(新設) (新設) (新設)
【注の追加】	<u>6 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者 1 人につき年 1 回に限り所定点数に 60 点を加算する。</u> B001-3-2 ニコチン依存症管理料（略） B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333 点	(新設) (新設) B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333 点
【注の見直し】	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（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、<u>別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、区分番号 C 1 0 1 に掲げる在宅自己注射指導管理料を</u>	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（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 C 1 0 1 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。

【注の見直し】	算定しているときは、算定できない。 2から3（略） 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>は、当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> <u>イ 充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）</u> (1) <u>充実管理加算 1</u> 30 点 (2) <u>充実管理加算 2</u> 20 点 (3) <u>充実管理加算 3</u> 10 点 <u>ロ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）</u> (1) <u>充実管理加算 1</u> 30 点 (2) <u>充実管理加算 2</u> 20 点 (3) <u>充実管理加算 3</u> 10 点 <u>ハ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）</u> (1) <u>充実管理加算 1</u> 30 点 (2) <u>充実管理加算 2</u> 20 点 (3) <u>充実管理加算 3</u> 10 点	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、<u>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。</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>
【注の追加】	<u>5 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者 1 人につき年 1 回に限り所定点数に 60 点を加算する。</u>	<u>(新設)</u>
【注の追加】	<u>6 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者 1 人につき年 1 回に限り所定点数に 60 点を加算する。</u>	<u>(新設)</u>

【注の削除】	7から8 (略) B011-3 薬剤情報提供料 4点 注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。 2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳（以下単に「手帳」という。）に記載した場合には、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。 3 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患者については、算定しない。 B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点 注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。 <u>(削る)</u>	7から8 (略) B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点 注1 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。 <u>2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</u>
第2部 在宅医療 C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料 【項目の追加】	C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料	<u>(新設)</u>

	<u>300 点</u> <u>注 1 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者（施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）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、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と同時に訪問を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、6 月に 1 回に限り算定する。</u> <u>2 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して 1 月以内に行った指導の費用は、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。</u>	
第 5 部 投薬 通則	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。 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。 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。 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。 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	

【通則の追加】	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。 <u>6 入院中の患者以外の患者に対して、栄養保持を目的とした医薬品を投薬した場合は、区分番号 F 0 0 0 に掲げる調剤料、区分番号 F 1 0 0 に掲げる処方料、区分番号 F 2 0 0 に掲げる薬剤、区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 5 0 0 に掲げる調剤技術基本料は算定しない。ただし、当該患者が、手術後の患者である場合又は経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨を、必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合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。</u>	(新設)
第1節 調剤料	F000 調剤料 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 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 ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8 点 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 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。	
第2節 処方料	F100 処方料	

	1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18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 29点 3 1及び2以外の場合 42点 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。 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。 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。 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、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。 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。 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
--	--

【注の見直し】	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、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 70 点を所定点数に加算する。 7 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。 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た保険医療機関において投薬を行った場合には、<u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算</u>として、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。 イ <u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1</u> <u>8 点</u> ロ <u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2</u> <u>7 点</u> ハ <u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3</u> <u>5 点</u> 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 F400 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 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 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。 イ <u>外来後発医薬品使用体制加算 1</u> <u>8 点</u> ロ <u>外来後発医薬品使用体制加算 2</u> <u>7 点</u> ハ <u>外来後発医薬品使用体制加算 3</u> <u>5 点</u>
---------	---

	調整管理料は別に算定できない。	
第3節 薬剤料	F200 薬剤 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。 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 特定保険医療材料料	F300 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 F400 処方箋料	F400 処方箋料 1 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬、3 種類以上の抗精神病薬又は 4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 20 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 32 点 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。 2 区分番号 A000 に掲げる初診料の注 2 又	

【注の見直し】	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日以上の投薬を行った場合（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号ロ及び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。 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。 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日以上処方を含む。）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。 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には、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。 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該	6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該
----------------	---	---

	処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 <u>8点</u> ロ 一般名処方加算 2 <u>6点</u> 7 抗不安薬等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。 8 1、2 及び 3 について、直近 3 月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号 00 調剤基本料に掲げる特別調剤基本料 A を算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2 又は 3 の所定点数に代えて、それぞれ 18 点、29 点又は 42 点を算定する。	処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 <u>10点</u> ロ 一般名処方加算 2 <u>8点</u>
第 6 節 調剤技術基本料	F 500 調剤技術基本料 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42 点 2 その他の患者に投薬を行った場合 14 点 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。 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。 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。	

	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。	
第2章 特掲診療料 第6部 注 射 通則	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。 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。 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。 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。 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。 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 に掲げる植込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。 イ 外来化学療法加算1 (1) 15歳未満の患者の場合 670点	

【通則の追加】	(2) 15 歳以上の患者の場合 450 点 □ 外来化学療法加算 2 (1) 15 歳未満の患者の場合 640 点 (2) 15 歳以上の患者の場合 370 点 7 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して 3 月を限度として、月 1 回に限り 150 点を所定点数に加算する。 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。 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。 <u>10 看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合であって、第 1 節に掲げる注射を実施した場合は、看護師等遠隔診療注射実施料として、第 1 節の各区分の所定点数に代えて、1 日につき、100 点を算定する。ただし、第 9 部通則第 9 号に規定する看護師等遠隔診療処置実施料の口を算定する場合は算定しない。なお、当該実施料を算定した場合には、区分番号 C 0 0 5 - 2 に掲げる在宅患者訪問点滴注射管理指導料は別に算定できない。</u>	(新設)
第 1 節 注射料 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）	通則 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。 G000 皮内、皮下及び筋肉内注射 （1 回につき） 25 点 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。	

G 001 静脈内注射 (1回につき)	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。 G001 静脈内注射（1回につき） 37点 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。 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、52点を所定点数に加算する。 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。 G002 動脈注射（1日につき） 1 内臓の場合 155点 2 その他の場合 45点 G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 （1日につき） 165点 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。	
--	---	--

【点数の追加】 【点数の見直し】 G004 点滴注射 (1日につき) 【注の追加】	G003-2 薬液膀胱ぼうこう内注入 (1日につき) 60 点 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) 198 点 G004 点滴注射 (1日につき) 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 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 3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る。) 53点 注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。 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。 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。 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。 <u>5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、血液製剤を無菌的に分割して投与した場合は、無菌的分割製剤作成加算として、当該行為を実施し</u>	G003-2 削除 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 (新設)
--	---	---

G 005 中心静脈注射 (1日につき)	<u>た日に限り、400 点を所定点数に加算する。</u> G005 中心静脈注射（1日につき） 140 点 注 1 から 5（略）	
【点数の見直し】	G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400 点 注 1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。	G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400 点
【項目の追加】	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、 600 点 を所定点数に加算する。 3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000 点を所定点数に加算する。	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、 500 点 を所定点数に加算する。
	G005-3 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）	
	G005-4 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）	
	<u>G005-5 上腕静脈用カテーテル挿入 350 点</u> <u>注 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は当該点数に含まれるものとする。</u>	<u>(新設)</u>
G 006 植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1日につき)	G006 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 から 2（略）	
G007 腱鞘内注射	G007 腱鞘内注射 42 点	
G008 骨髓内注射	G008 骨髓内注射 1 胸骨 80 点 2 その他 90 点	
G009 脳脊髄腔注射 【点数の見直し】	G009 脳脊髄腔注射 1 脳室 360 点 2 後頭下 264 点 3 腰椎 160 点	G009 脳脊髄腔注射 1 脳室 300 点 2 後頭下 220 点 3 腰椎 160 点
	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。	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。
G010 関節腔内注射	G010 関節腔内注射 80 点	
G010-2 滑液嚢穿刺後の注入	G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 100 点	
G011 気管内注入	G011 気管内注入	G011 気管内注入

【点数の見直し】	120 点	100 点
G012 結膜下注射	G012 結膜下注射 42 点	
G012-2 自家血清の 眼球注射	G012-2 自家血清の眼球注射 27 点	
G013 角膜内注射	G013 角膜内注射 35 点	
G014 球後注射	G014 球後注射 80 点	
G015 テノン氏嚢内注射	G015 テノン氏嚢内注射	
G016 硝子体内注射	G016 硝子体内注射	
	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。	
G017 腋窩多汗症注射（片側につき）	G017 腋窩多汗症注射（片側につき） 200 点	
G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）	G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの） 1,500 点	
第2款 無菌製剤処理料		
G020 無菌製剤処理料	G020 無菌製剤処理料	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）	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	イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180 点
	ロ イ以外の場合 45 点	ロ 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	2 無菌製剤処理料 2（1 以外のもの） 40 点
【注の見直し】	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、植込型カテーテルによる中心静脈注射、脳脊髄腔注射又は薬液膀胱内注入を行う際に、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、必要があっ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。	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、植込型カテーテルによる中心静脈注射又は脳脊髄腔注射を行う際に、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、必要があっ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。
【注の追加】	2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、1 のイを実施した場合であって、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合は、投与時閉鎖式接続器具使用加算として、150 点を所定点数に加算する。	(新設)
第2節 薬剤料	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って入院期間が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。 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。 3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。	
第3節 特定保険医療材料料	G200 特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
第2章 特掲診療料 第14部 その他 通則		

【通則の見直し】	1 処遇の費用は、第1節の所定点数を合算した点数により算定する。	1 処遇の費用は、第1節 <u>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</u> の所定点数を合算した点数により算定する。
【通則の見直し】	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 <u>第1節（看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を除く。）及び歯科点数表第15部第1節（看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を除く。）</u> の各区分に掲げるベースアップ評価料等を算定する。	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 <u>第2節（入院ベースアップ評価料を除く。）</u> の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。
【通則の追加】	<u>3 物価対応の費用は、第2節の各区分の所定点数により算定する。</u>	<u>(新設)</u>
【通則の追加】	<u>4 物価対応に係る費用について、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（入院物価対応料を除く。）及び歯科点数表第15部第2節（歯科入院物価対応料を除く。）の各区分に掲げる物価対応料を算定する。</u>	<u>(新設)</u>
第1節 ベースアップ評価料等	0000 看護職員処遇改善評価料 (1日につき) (略)	
【点数の見直し】	0001 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	0100 外来・在宅ベースアップ評価 (I) (1日につき)
	1 初診時 <u>17点</u>	1 初診時 <u>6点</u>
	2 再診時等 <u>4点</u>	2 再診時等 <u>2点</u>
	3 訪問診療時	3 訪問診療時
	イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>79点</u>	イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>28点</u>
	ロ イ以外の場合 <u>19点</u>	ロ イ以外の場合 <u>7点</u>
【注の見直し】	注1 1については、 <u>当該保険医療機関において勤務する職員</u> 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1 1については、 <u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）</u> 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

【注の見直し】	2 2については、<u>当該保険医療機関において勤務する職員</u>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。	数を算定する。 2 2については、<u>主として医療に従事する職員</u>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。
【注の見直し】	3 3のイについては、<u>当該保険医療機関において勤務する職員</u>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。 イからハ（略）	3 3のイについては、<u>主として医療に従事する職員</u>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。 イからハ（略）
【注の見直し】	4 3のロについては、<u>主として医療に従事する職員</u>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。 イからハ（略）	4 3のロについては、<u>主として医療に従事する職員</u>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。 イからハ（略）
【注の追加】	<u>5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。</u>	<u>(新設)</u>
【注の追加】	<u>6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</u>	<u>(新設)</u>
【注の追加】	<u>7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10</u>	<u>(新設)</u>

【項目の見直し】 【項目の見直し】 【注の追加】	<u>点、186点及び45点を算定する。</u> 0002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1から24（略） 0003 入院ベースアップ評価料（1日につき） 1から<u>500</u>（略） 注1 当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、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。 <u>2 251 から 500 までに規定する点数について</u> <u>は、令和9年6月以降において算定する。</u>	0101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） <u>（1日につき）</u> 1から8（略） 0102 入院ベースアップ評価料（1日につき） 1から<u>165</u>（略） 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って、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。 <u>（新設）</u>
第2節 物価対応料 【項目の新設】	0001 物価対応料 <u>1 外来・在宅物価対応料</u> <u>イ 初診時</u> <u>2点</u> <u>ロ 再診時等</u> <u>2点</u> <u>ハ 訪問診療時</u> <u>3点</u> <u>2 入院物価対応料（1日につき）</u> <u>イからヘン（略）</u> 注11のイについては、保険医療機関において、<u>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。</u> 2 <u>1のロについては、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を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。</u> 3 <u>1のハについては、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、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。</u> 4 <u>2については、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</u>	<u>（新設）</u>

	<u>短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定している患者について、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。</u> <u>5 1 及び 2 の点数について、令和 9 年 6 月以降は、所定点数の 100 分の 200 に相当する点数を算定する。</u>	
--	--	--

令和8年度調剤報酬等改定項目③

○療担規則、薬担規則等

(令和8年6月1日施行)

項目	改正後	改正前
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 16 号) 【令和8年6月1日施行】	(後発医薬品及びバイオ後続品の調剤) 第7条の2 保険薬局は、 <u>次の各号に掲げる医薬品の備蓄に関する体制その他の当該医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。</u> <u>1 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 14 条の 4 第 1 項各号に掲げる医薬品（以下、「新医薬品等」という。）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医薬品として、同法第 14 条又は第 19 条の 2 の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。以下「後発医薬品」とい</u>	(後発医薬品の調剤) 第7条の2 保険薬局は、 <u>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第 14 条の 4 第 1 項各号に掲げる医薬品（以下、「新医薬品等」という。）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医薬品として、同法 14 条又は第 19 条の 2 の規定による製造販売の承認（以下、「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第 14 条の 4 第 1 項第 2 号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であってその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場所における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。）の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。</u> <u>(新設)</u>

	う。) <u>2 遺伝子組換え技術を応用して製造される新医薬品等と同等の品質、有効性及び安全性を有する医薬品として承認がなされたもの（以下「バイオ後続品」という。）</u> （調剤の一般的方針） 第8条（略） 2（略） 3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているとき、<u>又は遺伝子組み換え技術を応用して製造される医薬品の一般的名称を当該処方箋に記載したとき</u>は、患者に対して、後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> を調剤するよう努めなければならない。	<u>（新設）</u> （調剤の一般的方針） 第8条（略） 2（略） 3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。
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） 【令和 8 年 6 月 1 日施行】	（後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> の調剤） 第 29 条の 2 保険薬局は、後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> の備蓄に関する体制その他の後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。 （調剤の一般的方針） 第 30 条（略） 2（略） 3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているとき、<u>又は遺伝子組み換え技術を応用して製造される医薬品の一般的名称を当該処方箋に記載したとき</u>は、患者に対して、後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> を調剤するよう努めなければならない。	（後発医薬品 <u>又はバイオ後続品</u> の調剤） 第 29 条の 2 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。 （調剤の一般的方針） 第 30 条（略） 2（略） 3 保険薬剤師は、処方箋に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方箋を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

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) 【令和 8 年 6 月 1 日施行】	第 1 条 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 63 条第 2 項第 3 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」という。）第 64 条第 2 項第 3 号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。 1～4（略） 5 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っては、保険適用を希望した日から起算して 2 年以内 <u>（やむを得ない事情がある場合は 3 年以内とする。以下同じ。）</u>）に行われるものに限り、第 8 号に掲げるプログラム医療機器の使用又は支給を除く。） 5 の 2 から 8（略） 第 2 条 健康保険法第 63 条第 2 項第 5 号及び高齢者医療確保法第 64 条第 2 項第 5 号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。 1・2（略） 3 保険医療機関 <u>又は保険薬局</u> が表示する診療時間 <u>又は閉店時間</u> 以外の時間における診察等 4 から 15（略）	第 1 条 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 63 条第 2 項第 3 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」という。）第 64 条第 2 項第 3 号に規定する評価療養は、次の各号に掲げるものとする。 1～4（略） 5 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っては、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 8 号に掲げるプログラム医療機器の使用又は支給を除く。） 5 の 2 から 8（略） 第 2 条 健康保険法第 63 条第 2 項第 5 号及び高齢者医療確保法第 64 条第 2 項第 5 号に規定する選定療養は、次の各号に掲げるものとする。 1・2（略） 3 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察等 4 から 15（略）
--	---	--

	<u>16 近視の進行抑制を効能又は効果として、医薬品医療機器等法第 14 条第 1 項又は第 19 条の 2 第 1 項の承認（医薬品医療機器等法第 14 条第 15 項（医薬品医療機器等法 19 条の 2 第 5 項において準用する場合を含む。）の変更の承認を含む。）を受けたものが製造販売した当該承認に係る医薬品の支給</u>		<u>(新設)</u>	
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 年厚生労働省告示第 496 号) 【令和 8 年 6 月 1 日施行】	別表第 2		別表第 2	
	(略)	(略)	(略)	(略)
	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 15 号に規定する後発医薬品（下欄において単に「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養	上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 1 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 <u>2 分の 1</u> 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	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 15 号に規定する後発医薬品（下欄において単に「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（下欄において単に「先発医薬品」という。）の処方等又は調剤に係る療養	上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 1 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 <u>4 分の 1</u> 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

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					被保険者資格に係る記号・番号					(枝番)					
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											
					郡道府県番号		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、交付の日をきめて5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 ☐ (回) ※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し、最大3回まで反復利用できる処方箋														
	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。) ☐ 保険医療機関へ残薬照会した上で調剤 ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供														
調剤実施回数(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。) ☐ 1回目調剤日(年 月 日) ☐ 2回目調剤日(年 月 日) ☐ 3回目調剤日(年 月 日) 次回調剤予定日(年 月 日) 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			②			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冊を標準とする。
 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。

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 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										被保険者資格に係る記号・番号									(印)

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称													
	生年月日	年	月	日	男・女	電話番号												
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 (印)														
						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、交付の日を定めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可 (変更が必要)	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。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供	

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61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。

様式第二号の二（第二十三条関係）

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8年度調剤報酬等改定項目④

○特掲診療科の施設基準等

(令和8年6月1日施行)

項目	改正後	改正前
第15 調剤	1 調剤基本料の施設基準 (1)調剤基本料1の施設基準 (2)から(6)までのいずれにも該当しない保険薬局であること。 (2)調剤基本料2の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)又は(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一月に四千回を超えること（<u>一月の全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数に対する一月の処方箋の受付回数が多い上位三の保険医療機関（同一の敷地内又は建物内に複数の保険医療機関が存在するときは、当該複数の保険医療機関を一の保険医療機関とみなす。）</u>に係る処方箋の合計受付回数の割合が七割を超える場合に限る。）。 ロ 処方箋の受付回数が一月に千八百回を超えること（イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関（<u>同一の敷地内又は建物内に複数の保険医療機関が存在するときは、当該複数の保険医療機関を一の保険医療機関とみなす。以下この号において同じ。）</u>に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。）。 ハ 処方箋の受付回数が一月に六百回を超えること（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合（<u>当該保険薬局が別表第三の一に掲げる地域に所在し、かつ、当該保険薬局から水平距離五百メートル以内に他の保険薬局がある場合に限る。）</u>に限る。）。 二 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（イからハまでのいずれかに該当する場合を除く。）	1 調剤基本料の施設基準 (1)調剤基本料1の施設基準 (2)から(6)までのいずれにも該当しない保険薬局であること。 (2)調剤基本料2の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局（(3)、(4)及び(6)に該当するものを除く。）であること。 イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること（一月の処方箋の受付回数が多い上位三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 処方箋の受付回数が一月に二千回を超えること（イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。）。 ハ 処方箋の受付回数が一月に千八百回を超えること（イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える場合に限る。）。 二 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（<u>当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が存在している場合にあっては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算し</u>

	ホ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）のうち、これに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が、一月に四千回を超えること（イからニまでのいずれかに該当する場合を除く。）。 (3)調剤基本料 3 のイの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産取引等その他の特別な関係がある保険薬局であること。 (4)調剤基本料 3 のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える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 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ 特定の保険医療機関との間で不動産取引があること。	<u>た回数とする。）</u>が一月に四千回を超えること（イからハまでに該当する場合を除く。）。 ホ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）のうち、これに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が、一月に四千回を超えること（イからニまでに該当する場合を除く。）。 (3)調剤基本料 3 のイの施設基準 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u> <u>イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</u> <u>ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局（(6)に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</u> (4)調剤基本料 3 のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える<u>又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局</u>（(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 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。 ロ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。
--	---	--

	<u>引等その他の特別な関係があること。</u> (5)調剤基本料 3 のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局 ((2)、(4)のロ又は(6)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下のものであること。 (6)特別調剤基本料 A の施設基準 <u>次のいずれかの要件を満たす保険薬局であること。</u> <u>イ 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。</u> <u>ロ 当該保険薬局と同一の敷地内又は建物内において医療法第二条の二第二項に規定するオンライン診療受診施設を設置していること。ただし、療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第十二の二に定める要件に該当する場合を除く。</u>	<u>貸借取引があること。</u> (5)調剤基本料 3 のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える<u>又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループ</u>に属する保険薬局 ((2)、(4)のロ又は(6)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。 (6)特別調剤基本料 A の施設基準 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局 (<u>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。</u>)であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が五割を超えること。
	2 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1)<u>次のいずれにも該当すること。</u> <u>イ 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。</u> <u>ロ 当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。</u> <u>ハ 処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</u>	2 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準 (1)<u>基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在すること。</u>

	(2)<u>次のいずれにも該当すること。</u> <u>イ 当該保険薬局が地方公共団体の所有する土地に所在する保険医療機関（診療所に限る。以下このイにおいて同じ。）又は地方公共団体の開設する保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在すること。</u> <u>ロ イに規定する保険医療機関がへき地の医療の提供のために必要な診療所として都道府県知事に認められたものであること。</u> <u>ハ 当該保険薬局から水平距離四キロメートル以内に他の保険薬局がないこと。</u> 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 1の(1)から(6)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。	(2)<u>当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関（歯科医療のみを担当するものを除く。）について、許可病床数が二百床未満であり、その数が十以下であること。ただし、当該保険薬局において、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合については、当該保険医療機関は、当該特定の区域内に所在するものとみなす。</u> <u>(3)処方箋受付回数が一月に二千五百回を超えないこと。</u> 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 1の(1)から(6)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。
	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)当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（医科点数表の初診料の注4に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が五割以下であること。 (2)当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3)<u>服薬管理指導料の注1に規定する</u>保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。	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)当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（医科点数表の初診料の注4に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が五割以下であること。 (2)当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。 (3)<u>薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を一年間実施していない</u>保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。
	4 地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準 (1)地域支援・<u>医薬品供給対応</u>体制加算1の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 <u>イ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。</u>	4 地域支援体制加算の施設基準 (1)地域支援体制加算1の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 <u>イ 調剤基本料1を算定している保険薬局であること。</u>

	<u>□ 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。</u> (2)地域支援・<u>医薬品供給対応</u>体制加算 2 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ (1)<u>に掲げる施設基準を満たすこと。</u> <u>□ 調剤基本料 1 を算定していること。</u> <u>ハ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u> <u>ニ 地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u> (3)地域支援・<u>医薬品供給対応</u>体制加算 3 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ (2)<u>のイからハまでの全てに該当すること。</u> <u>□ 地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u> (4)地域支援・<u>医薬品供給対応</u>体制加算 4 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ (1)<u>に掲げる施設基準を満たすこと。</u> <u>□ 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こと。</u> <u>ハ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u> <u>ニ (2)のニに該当すること。</u> (5)地域支援・<u>医薬品供給対応</u>体制加算 5 の施設基準 <u>(3)のロ及び(4)のイからハまでの全てに該当する保険薬局であること。</u>	<u>□ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u> ハ 地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。 (2)地域支援体制加算 2 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ (1)<u>のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u> <u>□ 地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u> (3)地域支援体制加算 3 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ <u>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> <u>□ 地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</u> <u>ハ (1)のハに該当する保険薬局であること。</u> (4)地域支援体制加算 4 の施設基準 <u>(2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u> <u>(新設)</u>
--	--	--

	四の二 連携強化加算の施設基準 (1) <u>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号）</u> 第六条第十七項に規定する第二種協定指定医療機関であること。 (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。 (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。	四の二 連携強化加算の施設基準 (1) <u>感染症法</u> 第六条第十七項に規定する第二種協定指定医療機関であること。 (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。 (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。
	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 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五割を超えるものであること。	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 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（<u>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。</u>）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五割を超える保険医療機関であること。
	<u>5 バイオ後続品調剤体制加算の施設基準</u> <u>バイオ医薬品の適切な保管及び患者への適切な説明を行うことができる保険薬局であって、バイオ後続品の調剤を行うにつき必要な体制が整備されているものであること。</u>	<u>5 後発医薬品調剤体制加算の施設基準</u> (1) <u>通則</u> <u>当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。</u> (2) <u>後発医薬品調剤体制加算1の施設基準</u> <u>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。</u> (3) <u>後発医薬品調剤体制加算2の施設基準</u> <u>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。</u> (4) <u>後発医薬品調剤体制加算3の施設基準</u> <u>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。</u>

	5の2 調剤基本料の注8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)当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 (2)(1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。	5の2 調剤基本料の注8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) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。 (2) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。
	5の3 <u>在宅薬学総合体制加算1の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 (1)<u>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> (2)<u>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> <u>5の3の2 在宅薬学総合体制加算2の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 (1)五の三の(1)に該当すること。 (2)在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導を行うために必要な体制が整備されていること。 (3)在宅患者に対する高度な薬学的管理及び指導に係る十分な実績を有していること。	5の3 <u>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。</u> <u>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> <u>(新設)</u>
	5の4 <u>電子的調剤情報連携</u>体制整備加算の施設基準 (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一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	5の4 <u>医療DX推進</u>体制整備加算の施設基準 (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一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

	ること。 (2)健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3)保険薬剤師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報等を閲覧又は活用し、<u>調剤を行うこと</u>ができる体制を有していること。 (4)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、<u>調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制及び患者の服用する薬剤における有効成分の重複その他薬学的知見の観点から不適切な組合せの有無を電磁的記録に基づいて確認する体制</u>を有していること。 (5)電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。 (6)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。 (7)健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る<u>十分な</u>実績を有していること。 (8)医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。 (9)(8)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。 (10)マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。	ること。 (2)健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。 (3)保険薬剤師が、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、<u>調剤</u>できる体制を有していること。 (4)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。 (5)電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。 (6)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。 (7)健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る実績を<u>一定程度</u>有していること。 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>
	5の5 在宅薬学総合体制加算<u>の1及び2</u>に規定する患者 (1)在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者 (2)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者 (3)在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者 (4)指定居宅サービスに要する費用の額の算定	5の5 在宅薬学総合体制加算に規定する患者 (1)在宅患者訪問薬剤管理指導料 <u>(ただし、注2に規定する場合を除く。)</u>を算定している患者 (2)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 <u>(ただし、注1のただし書きに規定する場合を除く。)</u>を算定している患者 (3)在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者 (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（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者 (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（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者	に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）に規定する居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者 (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（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）に規定する介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合に限り、注2に規定する場合を除く。）を算定している患者
	5の6 門前薬局等立地依存減算に規定する保険薬局 <u>次のいずれかに該当する保険薬局（特別調剤基本料Aを算定しているもの及び二の(2)に規定する保険薬局を除く。）であること。</u> <u>(1)次のイからハまでのいずれにも該当する保険薬局であること。</u> <u>イ 別表第三の一に掲げる地域に所在し、かつ、水平距離五百メートル以内に他の保険薬局があること。</u> <u>ロ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</u> <u>ハ 次のいずれかに該当すること。</u> <u>①保険医療機関（許可病床数が二百床以上のものに限る。）の敷地の境界線からの水平距離が百メートル以内の区域に所在し、当該保険医療機関の敷地内又は当該区域内に他の保険薬局が二以上所在すること。</u> <u>②当該保険薬局の周囲五十メートル以内の区域に他の保険薬局が二以上所在すること。</u> <u>③当該保険薬局の周囲五十メートル以内の区域に所在する他の保険薬局が②に該当すること。</u> <u>(2)次のイ及びロに該当する保険薬局であること。</u> <u>イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。</u> <u>ロ 保険医療機関と同一の敷地内又は建物内に所在すること。</u>	<u>(新設)</u>

	6 薬剤調製料の注 2 に規定する無菌製剤処理加算の施設基準 (1)薬局であること。 (2)無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。 (3)無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	6 薬剤調製料の注 2 に規定する無菌製剤処理加算の施設基準 (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。<u>ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和三十六年厚生省令第一号）第十一条の八第一項ただし書の場合は、この限りでない。</u> (3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
	6 の 2 薬剤調製料の注 4 に規定する厚生労働大臣が定める時間 当該地域において一般の保険薬局がおおむね調剤応需の態勢を解除した後、翌日に調剤応需の態勢を再開するまでの時間（深夜を除く。）	6 の 2 薬剤調製料の注 4 に規定する厚生労働大臣が定める時間 当該地域において一般の保険薬局がおおむね調剤応需の態勢を解除した後、翌日に調剤応需の態勢を再開するまでの時間（深夜を除く。）
	7 薬剤調製料の注 6 ただし書に規定する薬剤使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に記載されている薬剤と同一規格を有する薬剤（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ものを除く。）	7 薬剤調製料の注 6 ただし書に規定する薬剤使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に記載されている薬剤と同一規格を有する薬剤（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。）
	8・9 削除	8・9 削除
	9 の 2 調剤管理料の注 3 及び注 4 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。 <u>9 の 2 の 2 調剤管理料の注 3 のイ及び注 4 のイに規定する患者</u> <u>(1)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者</u> <u>(2)在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者</u> <u>(3)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> <u>(4)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</u>	9 の 2 調剤管理料の注 3 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。

	<u>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>	
	<u>(削除)</u>	<u>9 の 3 調剤管理料の注 4 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局</u> <u>重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局であること。</u>
	<u>(削除)</u>	<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> <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一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> <u>(2)健康保険法第三条第十三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> <u>(3)(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> <u>(4)(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>
	10 服薬管理指導料の注 <u>1</u> に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 (1) <u>10 の 2 に掲げる薬剤師が配置されていること。</u> (2) <u>必要な指導等を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u>	10 服薬管理指導料の注 <u>2</u> に規定する厚生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当する患者 (1) <u>介護保険法 第八条第二十二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二十七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九項に規定する短期入所生活介護若しくは同法第八条の二第七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> (2) <u>介護保険法第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設又は介護保険法第八条第二十九項に規定する介護医療院に入所中の患者であって、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）第二十条第四号八に係る処方箋を交付したものであること。</u>
	10 の 2 服薬管理指導料の注 <u>1</u> に規定する厚	10 の 2 服薬管理指導料の注 <u>5</u> 及びかかりつ

	<u>厚生労働大臣が定める保険薬剤師 必要な指導等を行うにつき十分な経験等を有 する保険薬剤師</u>	<u>け薬剤師指導料の注 3 に規定する医薬品 別表第三の三に掲げる医薬品</u>
	10 の 3 <u>服薬管理指導料の注 4 に規定する厚 生労働大臣が定める患者 次のいずれかに該当する患者 (1)介護保険法第八条第二十二項に規定す る地域密着型介護老人福祉施設若しくは 同条第二十七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九項 に規定する短期入所生活介護若しくは同 法第八条の二第七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 (2)介護保険法第八条第二十八項に規定す る介護老人保健施設又は介護保険法第 八条第二十九項に規定する介護医療院に 入所中の患者であって、医師が高齢者の医 療の確保に関する法律の規定による療養の 給付等の取扱い及び担当に関する基準 (昭和五十八年厚生省告示第十四号) 第二十条第四号ハに係る処方箋を交付し たもの</u>	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>
	10 の 4 <u>服薬管理指導料の注 7 に規定する医 薬品 別表第三の三に掲げる医薬品</u>	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 次のいずれにも該当する患者であること。 (1)医科点数表区分番号 B 0 0 1—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 (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>
	10 の 5 <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>	10 の 5 <u>服薬管理指導料の注 13 に規定する 厚生労働大臣が定める保険薬局 適切な手帳の活用実績が相当程度あると認 められない保険薬局であること。</u>
	10 の 6 <u>服薬管理指導料の注 8 に規定する厚</u>	10 の 6 <u>服薬管理指導料の注 14 に規定する</u>

	厚生労働大臣が定める<u>患者</u> 次のいずれにも該当する患者であること。 (1) <u>医科点数表区分番号 B 0 0 1—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> (2) <u>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>	厚生労働大臣が定める<u>もの</u> <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>
	<u>10 の 7 服薬管理指導料の注 17 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局であること。</u>	<u>(新設)</u>
	11 及び 11 の 2 <u>削除</u>	<u>11 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の施設基準</u> <u>当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。</u> <u>11 の 2 服用薬剤調整支援料 2 のイに規定する施設基準</u> <u>重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u>
	11 の 3 調剤後薬剤管理指導料に規定する厚生労働大臣が定めるもの 次のいずれかに該当するものであること。 (1) <u>新たに糖尿病用剤が処方されたもの</u> (2) <u>糖尿病用剤に係る投薬内容の変更が行われたもの</u>	11 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 次のいずれかに該当するものであること。 (1) <u>新たに糖尿病用剤が処方されたもの</u> (2) <u>糖尿病用剤に係る投薬内容の変更が行われたもの</u>
	11 の 4 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 3、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注 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 (1) <u>麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）第三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> (2) <u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第三十九条第一</u>	11 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 (1) <u>麻薬及び向精神薬取締法第三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> (2) <u>医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第三十九条第一</u>

	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。	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。
	11 の5 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注6、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 医薬品医療機器等法第三十九条第一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医薬品医療機器等法第三十九条の三第一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。	11 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 医薬品医療機器等法第三十九条第一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三十九条の三第一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。
	12 退院時共同指導料の注ただし書に規定する疾病等の患者 別表第三の一の三に掲げる患者	12 退院時共同指導料の注ただし書に規定する疾病等の患者 別表第三の一の三に掲げる患者
	13 削除	<u>13 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の注1に規定する患者</u> <u>(1)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者</u> <u>(2)在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者</u> <u>(3)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る。）を算定している患者</u> <u>(4)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る。）を算定している患者</u>
	14 在宅移行初期管理料に規定する費用 (1)指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の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一人の場合に限り、注2に規定する場合を除く。） (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	14 在宅移行初期管理料に規定する費用 (1)指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の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一人の場合に限る。） (2)指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の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 居住者が一人の場合に限り、 <u>注2に規定 する場合を除く。</u>)	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 居住者が一人の場合に限る。)
	<u>15 訪問薬剤管理医師同時指導料に規定す る患者</u> <u>(1)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を 算定している患者（単一建物診療患者が 一人の患者に限る。）</u> <u>(2)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、単一建物居住者が一人の場合に限り、 注2に規定する場合を除く。）を算定して いる患者</u> <u>(3)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、単一建物居住者が一人 の場合に限り、注2に規定する場合を除 く。）を算定している患者</u>	<u>(新設)</u>
	<u>16 複数名薬剤管理指導訪問料に規定する 患者</u> <u>(1)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を 算定している患者（在宅患者訪問薬剤管 理指導料の1を算定している患者であっ て、単一建物診療患者が一人のものに限 る。）</u> <u>(2)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、単一建物居住者が一人の場合に限り、 注2に規定する場合を除く。）を算定して いる患者</u> <u>(3)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、単一建物居住者が一人 の場合に限り、注2に規定する場合を除 く。）を算定している患者</u>	<u>(新設)</u>
	<u>17 調剤ベースアップ評価料の注1に規定する</u>	<u>(新設)</u>

	<u>厚生労働大臣が定める保険薬局</u> <u>(1)当該保険薬局に勤務する職員（以下この号において「対象職員」という。）がいること。</u> <u>(2)対象職員の賃金の改善を実施するにつき必要な体制が整備されていること。</u>	
第十六	削除	(略)
第17 経過措置	(中略) <u>6 令和八年五月三十一日において、現に一月当たりの処方箋の受付回数が千八百枚以下であるとして届け出していた保険薬局であって、その後も一月当たりの処方箋の受付回数が継続的に千八百枚以下であったものについては、当面の間、第十五の一の適用に当たっては、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合を八割五分以下とみなす。</u>	(中略) <u>(新設)</u>
	<u>7 令和八年三月四日において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。以下この号において「当該保険医療機関」という。）が現に所在していた場合であって、同年三月五日以降、新たに他の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ない場合かつ当該保険医療機関が所在し続ける場合に限り、当該保険薬局については、当面の間、第十五の一の(6)のイに該当しないものとみなす。</u>	<u>(新設)</u>
	<u>8 令和八年三月三十一日において現にこの告示による改正前の特掲診療料の施設基準等第十五の五の後発医薬品調剤体制加算1、2又は3に係る届出を行っていた保険薬局については、令和九年五月三十一日までの間に限り、第十五の四の(1)のロに該当するものとみなす。</u>	<u>8 令和六年三月三十一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、同年十二月三十一日までの間に限り、第十五の四の二の(1)の基準を満たしているものとみなす。</u>
	<u>9 令和八年五月三十一日において現に健康保険法第六十三条第三項第一号の指定を受けていた保険薬局については、当面の間、第十五の五の六に該当しないものとみなす。</u>	<u>9 令和七年五月三十一日までの間に限り、第三の四の四の(1)のハ及び第三の九の(1)のハ中「ロ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、第四の一の三の三(4)、第四の一の六の二の(4)、第四の四の三の六の(4)、第十の一の九の二の(4)、第十二の二の(4)、第十三の二の二の(4)、第十五の九の五の(4)中「(の掲示事項について、</u>

		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、第四の一の五の三の(6)中「(5)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、第五の十一の(1)のロ中「イ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、第七の四の(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、第七の五の(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。
別表第3の1 調剤基本料2の施設基準の八及び門前薬局等立地依存減算に規定する保険薬局の(1)のイに規定する地域	<u>1 北海道札幌市</u> <u>2 宮城県仙台市</u> <u>3 埼玉県さいたま市</u> <u>4 千葉県千葉市</u> <u>5 東京都千代田区、中央区、港区、新宿区、文京区、台東区、墨田区、江東区、品川区、目黒区、大田区、世田谷区、渋谷区、中野区、杉並区、豊島区、北区、荒川区、板橋区、練馬区、足立区、葛飾区及び江戸川区</u> <u>6 神奈川県横浜市、川崎市及び相模原市</u> <u>7 新潟県新潟市</u> <u>8 静岡県静岡市及び浜松市</u> <u>9 愛知県名古屋市</u> <u>10 京都府京都市</u> <u>11 大阪府大阪市及び堺市</u> <u>12 兵庫県神戸市</u> <u>13 岡山県岡山市</u> <u>14 広島県広島市</u> <u>15 福岡県北九州市及び福岡市</u> <u>16 熊本県熊本市</u>	(新設)

別添2

調剤報酬点数表（令和8年6月1日施行）

第1節 調剤技術料

令和8年3月31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)収結率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	47点
② 調剤基本料 2	○	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 ・月4,000回超、集中度70%超 ・月600回超～4,000回以下、集中度85%超 （ただし、月600回超～1,800回以下は都市部の新規保険薬局が対象） ・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	30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の合計および各施設の集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 イ) ・月3.5万回超～40万回以下、集中度85%超 ・月3.5万回超～40万回以下、特定の保険医療機関と不動産賃貸借取引あり ロ) ・月40万回超、集中度85%超 ・月40万回超、特定の保険医療機関と不動産賃貸借取引あり ハ) ・月40万回超、集中度85%以下	イ) 25点 ロ) 20点 ハ) 37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・医薬品供給対応体制加算 1		医薬品の安定供給体制の確保、後発医薬品の調剤数量が85%以上	27点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2		調剤基本料 1 の保険薬局、基本体制＋必須1＋選択2以上	59点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 3	○	調剤基本料 1 の保険薬局、基本体制＋選択7以上	67点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 4		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	37点
地域支援・医薬品供給対応体制加算 5		調剤基本料 1 以外の保険薬局、基本体制＋選択7以上	59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
バイオ後続品調剤体制加算	○	バイオ後続品の積極的調剤の揭示、バイオ後続品の調剤	50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48回以上、緊急時等対応、医療・衛生材料等	30点
在宅薬学総合体制加算 2	○	同加算 1 の算定要件、在宅患者への高度な薬学的管理・指導体制および十分な実績	単一建物患者 100点、 それ以外 50点
電子的調剤情報連携体制整備加算	○	電子処方箋、電子薬歴、マイナ保険証 30%以上、月1回まで	8点
門前薬局等立地依存減算	－	都市部の保険薬局が多数の地域、または、医療モール。既存薬局は除く。	▲15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日分以上 10点／1日分 29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（15歳未満 237点） 79点（15歳未満 147点） 69点（15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 45点
自家製剤加算（屯服薬）		1調剤につき	90点 45点
自家製剤加算（外用薬）		1調剤につき	90点 75点 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	35点 45点 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剤につき、3剤分まで	27日分以下 10点、 28日分以上 60点 10点
① 内服薬 ② 内服薬以外			
調剤時残薬調整加算		7日分以上の残薬調整	在宅処方前提案反映・処方後日数変更、かかりつけ薬剤師 50点 それ以外 30点
薬学的有害事象等防止加算		処方変更あり	在宅処方前提案反映・処方後処方変更、かかりつけ薬剤師 50点 それ以外 30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）	(○) (○)	イ) 3か月以内の再調剤（手帳による薬剤情報提供を含む） ロ) 3か月以内の再調剤以外	かかりつけ薬剤師・それ以外 45点 かかりつけ薬剤師・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）		イ) 3か月以内の再調剤（手帳による薬剤情報提供を含む） ロ) 在宅患者 ハ) 在宅患者で患者の状態の急変等に伴い行った場合 ニ) イ・ロ・ハ以外	45点 59点 59点
麻薬管理指導加算		投与された麻薬の服用状況、残薬状況および保管状況について確認、必要な指導等	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) 選定療養に係る選択・バイオ後続品の説明、対象薬の最初の処方時1回まで	5点 10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		吸入薬の処方患者（喘息、慢性閉塞性肺疾患、インフルエンザ）、6月に1回まで	30点
かかりつけ薬剤師フォローアップ加算		かかりつけ薬剤師による服薬期間中の患者フォロー、3月に1回まで	50点
かかりつけ薬剤師訪問加算		かかりつけ薬剤師が患者を訪問して残薬整理、服薬管理指導など、6月に1回まで	230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
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		複数の医療機関から内服薬 6 種類以上の患者に対して、 必要な研修を受けたかかりつけ薬剤師による、服用薬剤総合評価および処方医への調整提案	1,000点（令和9年6月1日から）
調剤後薬剤管理指導料		地域支援・医薬品供給対応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 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	650点 320点 290点
① 単一建物患者 1人 ② 単一建物患者 2～9人 ③ 単一建物患者 10人以上			
麻薬管理指導加算		投与された麻薬の服用状況、残薬状況および保管状況について確認、必要な指導等	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	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、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 ※新興感染症対応含む 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
① 計画的な訪問薬剤指導に係る疾患の急変 ② ①以外			
麻薬管理指導加算		投与された麻薬の服用状況、残薬状況および保管状況について確認、必要な指導等	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、オンライン不可	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、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		投与された麻薬の服用状況、残薬状況および保管状況について確認、必要な指導等	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
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
訪問薬剤管理医師同時指導料		単一建物診療患者／居住者 1 人の場合、訪問診療医との同時訪問、6月に1回まで	150点
複数名薬剤管理指導訪問料		単一建物診療患者／居住者 1 人の場合、当該薬局職員との複数名訪問	300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
多剤投与時の遞減措置	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

第5節 その他

項目	主な要件	点数
調剤ベースアップ評価料	地方厚生局への要届出、処方箋受付1回につき	4点（令和9年6月1日から 8点）
調剤物価対応料	処方箋受付時、3月に1回まで	1点（令和9年6月1日から 2点）

介護報酬（令和6年6月1日施行分）

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%