

平成 26 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、処方せん関連を含む）

（平成 26 年 4 月 1 日改正予定）

項 目	改正前	改正後
第 1 章 基本診療料 第 1 部 初・再診料 第 2 節 再診料 A001 再診料 【注の追加】	(追加)	<u>注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、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、20点を所定点数に加算する。</u>
第 2 部 入院料等 第 2 節 入院基本料等 加算 A244 病院薬剤業務実施 加算（週 1 回） 【注の見直し】	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について、薬剤師が病棟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。）のうち、病棟薬剤業務実施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、週1回に限り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 4週間 を限度とする。	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入院している患者について、薬剤師が病棟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。）のうち、病棟薬剤業務実施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、週1回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8週間 を限度とする。

<p>A311 精神科緊急入院費 (1日につき)</p> <p>A311-2 精神科急性期治療棟入院費 (1日につき)</p> <p>A311-3 精神科救急・合併症入院料 (1日につき)</p> <p>A312 精神療養病棟入院料 (1日につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 非定型抗精神病薬加算1 (2種類以下の場合) 15点</p> <p>ロ 非定型抗精神病薬加算2 (イ以外の場合) 10点</p>	<p>注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、1日につき15点を所定点数に加算する。</p>
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>23 がん患者カウンセリング料</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>がん患者カウンセリング料 500点</p>	<p>がん患者指導管理料</p> <p>1 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点</p> <p>2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点</p> <p>3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。</p>

<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注5 3について、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方せん料の注6に規定する加算は、別に算定できない。</p>
<p>B001-2 小児科外来診療料 (1日につき) 【点数の見直し】 <u>※消費税引き上げ対応分</u></p>	<p>1 保険薬局において調剤を受けるため処方せんを交付する場合 イ 初診時 560点 ロ 再診時 380点 2 1以外の場合 イ 初診時 670点 ロ 再診時 490点</p>	<p>1 保険薬局において調剤を受けるため処方せんを交付する場合 イ 初診時 572点 ロ 再診時 383点 2 1以外の場合 イ 初診時 682点 ロ 再診時 493点</p>
<p>【項目の新設】 <u>※消費税引き上げ対応分を含む</u></p>	<p>(新設)</p>	<p>B001-2-9 地域包括診療料 (月1回) 1,503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医療機関 (<u>許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。</u>) において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、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 (初診の日を除く。) に、患者1人につき月1回に限り算定する。 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号A001に掲げる再診料の注5から注8までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第2章第2部在宅医療 (区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) 及び第5部投薬 (区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。) を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p>

<p>第2部 在宅医療 第1節 在宅患者診療・指導料 C002 在宅時医学総合管理料（月1回） 【項目の見直し】</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 5,300点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 4,900点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 4,500点</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 2,500点</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>① 同一建物居住者以外の場合 5,000点</p> <p>② 同一建物居住者の場合 1,200点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合</p> <p>① 同一建物居住者以外の場合 5,300点</p> <p>② 同一建物居住者の場合 1,500点</p> <p>ロ 病床を有しない場合</p> <p>(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>① 同一建物居住者以外の場合 4,600点</p> <p>② 同一建物居住者の場合 1,100点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合</p> <p>① 同一建物居住者以外の場合 4,900点</p> <p>② 同一建物居住者の場合 1,400点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>(1) 同一建物居住者以外の場合 4,200点</p> <p>(2) 同一建物居住者の場合 1,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合</p> <p>(1) 同一建物居住者以外の場合 4,500点</p> <p>(2) 同一建物居住者の場合 1,300点</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合</p> <p>(1) 同一建物居住者以外の場合 3,150点</p> <p>(2) 同一建物居住者の場合 760点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合</p> <p>(1) 同一建物居住者以外の場合 3,450点</p> <p>(2) 同一建物居住者の場合 1,060点</p>
--	---	---

<p>C002-2 特定施設入居時 等医学総合管理料（月 1回） 【項目の見直し】</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,900点</p> <p>ロ 病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 3,600点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 3,300点</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 1,800点</p>	<p>1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合</p> <p>イ 病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ①同一建物居住者以外の場合 3,600点 ②同一建物居住者の場合 870点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 ①同一建物居住者以外の場合 3,900点 ②同一建物居住者の場合 1,170点</p> <p>ロ 病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 ①同一建物居住者以外の場合 3,300点 ②同一建物居住者の場合 800点</p> <p>(2) 処方せんを交付しない場合 ①同一建物居住者以外の場合 3,600点 ②同一建物居住者の場合 1,100点</p> <p>2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 3,000点 (2) 同一建物居住者の場合 720点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 3,300点 (2) 同一建物居住者の場合 1,020点</p> <p>3 1及び2に掲げるもの以外の場合</p> <p>イ 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 2,250点 (2) 同一建物居住者の場合 540点</p> <p>ロ 処方せんを交付しない場合 (1) 同一建物居住者以外の場合 2,550点 (2) 同一建物居住者の場合 840点</p>
---	---	---

<p>C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 550点 2 同一建物居住者の場合 385点</p> <p>注 1 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1 と 2 を合わせて月 2 回に限り算定する。</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 650点 2 同一建物居住者の場合 300点</p> <p>注 1 1 については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1 と 2 を合わせて患者 1 人につき月 4 回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週 2 回かつ月 8 回）に限り算定する。この場合において、1 と 2 を合わせて薬剤師 1 人につき 1 日につき 5 回に限り算定できる。</p>
<p>第 5 部 投薬 第 1 節 調剤料 F000 調剤料 【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注2 入院中の患者以外の患者に対して、<u>うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。</u></p>
<p>第 2 節 処方料 F100 処方料 【項目の追加】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p> <p>1 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週間以内のものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>2 1 以外の場合 42点</p> <p>(追加)</p>	<p>1 <u>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合</u> 20点</p> <p>2 1 以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p> <p>注8 <u>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</u></p>

		<p>期間が30日以上<u>の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</u></p> <p>(追加) <u>注9 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算定しない。</u></p>
<p>第3節 薬剤料 F200 薬剤 【注の追加】</p>		<p>(追加) <u>注2 1処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u></p>
<p>【注の見直し】</p>	<p><u>注2 1処方につき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週間内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u></p>	<p><u>注3 注2以外の場合であって、1処方につき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又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。</u></p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) <u>注4 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<u>の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</u></u></p>
		<p>(追加) <u>注7 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算定しない。</u></p>

<p>第5節 処方せん料 F400 処方せん料 【項目の追加】</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p> <p>1 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週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p> <p>(追加)</p> <p>(追加)</p>	<p>1 <u>3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30点</u></p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>3 1及び2以外の場合 68点</p> <p>注2 <u>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</u>の投薬を行った場合には、<u>所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。</u></p> <p>注8 <u>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算定しない。</u></p>
<p>第6節 調剤技術基本料 F500 調剤技術基本料 【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注5 <u>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算定しない。</u></p>
<p>第8部 精神科専門療法 第1節 精神科専門療法料 I002-2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき） 【注の見直し】</p>	<p>注2 <u>当該患者に対して、1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</u></p>	<p>注2 <u>当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬又は3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等を除く。）には、算定しない。</u></p>