

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節まで及び <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回につき所定点数の100分の100に相当する点数により算定し、他の処方箋について</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。	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回目以降の調剤基本料は、処方箋の受付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。</u> 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

	<p>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。</p> <p><u>イ 地域支援・医薬品供給対応体制加算1</u> 27点</p> <p><u>ロ 地域支援・医薬品供給対応体制加算2</u> 59点</p> <p><u>ハ 地域支援・医薬品供給対応体制加算3</u> 67点</p> <p><u>ニ 地域支援・医薬品供給対応体制加算4</u> 37点</p> <p><u>ホ 地域支援・医薬品供給対応体制加算5</u> 59点</p>	<p>適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の10に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p><u>イ 地域支援体制加算1</u> 32点</p> <p><u>ロ 地域支援体制加算2</u> 40点</p> <p><u>ハ 地域支援体制加算3</u> 10点</p> <p><u>ニ 地域支援体制加算4</u> 32点</p> <p><u>(新設)</u></p>
【注の見直し】	<p>6 (略)</p> <p>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></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>6 (略)</p> <p>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></p> <p><u>イ 後発医薬品調剤体制加算1</u> 21点</p> <p><u>ロ 後発医薬品調剤体制加算2</u> 28点</p> <p><u>ハ 後発医薬品調剤体制加算3</u> 30点</p>
【注の見直し】	<p>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回以下</u></p>	<p>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</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>下の保険薬局を除く。</p> <p>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。</p> <p>10 (略)</p>	<p>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。</p> <p>10 (略)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合は、<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>所定点数の100分の10</u>に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p><u>（削る）</u></p> <p><u>（削る）</u></p>	<p>12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において、厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、<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>それぞれの点数の100分の10</u>に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p><u>イ 在宅薬学総合体制加算1 15点</u></p> <p><u>ロ 在宅薬学総合体制加算2 50点</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>13 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></p>	<p><u>（新設）</u></p>

	<p><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></p> <p><u>イ 区分番号15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></p> <p><u>ロ イ以外の場合</u> <u>50点</u></p> <p><u>14 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<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></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p><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、<u>所定点数から15点を減算する。</u></u></p> <p><u>16 注3又は注4と、注5から注8まで又は注12から注15までに規定する点数とを合算した点数が3点を下回る場合は、<u>3点を算定する。</u></u></p>	<p><u>13 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<u>医療DX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></p> <p><u>イ 医療DX推進体制整備加算1</u> <u>10点</u></p> <p><u>ロ 医療DX推進体制整備加算2</u> <u>8点</u></p> <p><u>ハ 医療DX推進体制整備加算3</u> <u>6点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
【注の見直し】		
【注の追加】		
【注の追加】		

<p>区分 01 薬剤調製料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>01 薬剤調製料</p> <p>1から4 (略)</p> <p>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</p> <p>6 (略)</p> <p>注及び注1 (略)</p> <p>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っては、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。</p> <p>注3から7 (略)</p>	<p>01 薬剤調製料</p> <p>1から4 (略)</p> <p>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</p> <p>6 (略)</p> <p>注及び注1 (略)</p> <p>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っては、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。</p> <p>注3から7 (略)</p>
<p>第2節 薬学管理料 10の2 調剤管理料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>10の2 調剤管理料</p> <p>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）</p> <p><u>イ 長期処方（28日分以上）の場合</u> 60点</p> <p><u>ロ イ以外の場合</u> 10点</p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p>2 1以外の場合 10点</p> <p>注1から注2 (略)</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>10の2 調剤管理料</p> <p>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）</p> <p><u>イ 7日分以下の場合</u> 4点</p> <p><u>ロ 8日分以上14日分以下の場合</u> 28点</p> <p><u>ハ 15日分以上28日分以下の場合</u> 50点</p> <p><u>ニ 29日分以上の場合</u> 60点</p> <p>2 1以外の場合 4点</p> <p>注1から2 (略)</p> <p><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></p>

<p>【注の追加】</p>	<p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><u>ニ イからハまで以外の場合</u> <u>30点</u></p>	<p><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></p> <p><u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合</u> <u>40点</u></p> <p><u>ロ 残薬調整に係るもの場合</u> <u>20点</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の見直し】</p>	<p><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></p>	<p><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></p>

	<p><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></p> <p><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> <u>50点</u></p> <p><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> <u>50点</u></p> <p><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> <u>50点</u></p> <p><u>ニ イからハまで以外の場合</u> <u>30点</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><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></p> <p><u>イ 初めて処方箋を持参した場合</u> <u>3点</u></p> <p><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> <u>3点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>5 削除</u></p> <p><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></p>
<p>10の3 服薬管理指導料 【項目の見直し】</p>	<p>10の3 服薬管理指導料</p> <p>1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合</p> <p><u>イ かかりつけ薬剤師が行った場合</u> <u>45点</u></p> <p><u>ロ イ以外の場合</u> <u>45点</u></p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合</p> <p><u>イ かかりつけ薬剤師が行った場合</u> <u>59点</u></p> <p><u>ロ イ以外の場合</u> <u>59点</u></p> <p>3 介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合 45点</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した</p>	<p>10の3 服薬管理指導料</p> <p>1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 <u>45点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <u>59点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>3 介護老人福祉施設等に入所している患者に訪問して行った場合 45点</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>患者に対して行った場合 45点</p> <p>□ <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</p> <p>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</p> <p>二 <u>イからハまで</u>以外の場合 59点</p> <p>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00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>患者に対して行った場合 45点</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p>□ <u>イの患者以外の患者に対して行った場合</u> 59点</p> <p>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00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p> <p><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></p> <p>□ <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></p> <p>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></p> <p>ニ <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></p>
----------------	--	---

【注の追加】	<p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><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></p>	<p><u>指導を行うこと。</u></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><u>(新設)</u></p>
【注の追加】	<p><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></p>	<p><u>(新設)</u></p>
【注の見直し】	<p><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></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><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></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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></p>

<p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>5</u> <u>4のイ及び</u><u>ニ</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つては、週2回かつ月8回）に限り、所定点数を算定する。</u><u>4のハ</u>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つては、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のイの患者であつ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のニにより算定する。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p> <p><u>6</u> 麻薬を調剤した場合であつて、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用</p>	<p>と。</p> <p><u>ニ</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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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のイの患者であつ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。</p> <p><u>4</u> 麻薬を調剤した場合であつて、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用</p>
-------------------------------	---	--

<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p> <p><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></p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>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。</p> <p><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。</p> <p>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</p> <p>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</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p><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></p> <p><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</p>	<p><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。</p> <p><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</u> 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</p>
<p>【注の見直し】</p>		

	<p>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></p> <p>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場合</u> 5点</p> <p>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を行った場合</u> 10点</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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></p>	<p>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。</p> <p>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>用いた場合</u> 5点</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
--	--	--

【注の追加】	<p><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></p>	(新設)
【注の追加】	<p><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></p>	(新設)

<p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>13の2かかりつけ薬剤</p>	<p><u>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、かかりつけ薬剤師訪問加算は算定しない。</u></p> <p><u>15</u> 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、<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。</p> <p><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</p> <p><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。</p> <p><u>(削る)</u></p> <p><u>18</u> 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する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。</p> <p>11から13まで 削除</p>	<p><u>11</u> 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p> <p><u>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。</p> <p><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</u>指導等の<u>全て</u>を行った場合には、注1から<u>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。</p> <p><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></p> <p><u>15</u> 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する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。</p> <p>11から13まで削除</p>
--	--	--

<p>師指導料 【項目の削除】</p>	<p><u>(削る)</u></p>	<p>13の2 <u>かかりつけ薬剤師指導料</u> 76点</p> <p><u>注1</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（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。</p> <p><u>2</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。</p> <p><u>3</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。</p> <p><u>イ</u> 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</p> <p><u>ロ</u> 特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合 5点</p> <p><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、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</p>
--------------------------------	--------------------	--

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に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

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に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。この場合において、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

<p>13の2 かかりつけ薬剤師包括指導料 【項目の削除】</p>	<p><u>(削る)</u></p>	<p>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。</p> <p>9 <u>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。</u></p> <p>10 <u>区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、区分番号00に掲げる調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、注4及び注8に規定する加算は、算定できない。</u></p> <p>13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291点 注1 <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（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に掲げる再診療の注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B001-2-10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</u></p>
--	--------------------	--

<p>14 の 2 外来服薬支援料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>14 削除</p> <p>14 の 2 外来服薬支援料</p> <p>1 外来服薬支援料 1 185 点</p> <p>2 外来服薬支援料 2</p> <p>イ 42 日分以下の場合 投与日数が 7 又はその端数を増すごとに 34 点を加算して得た点数</p> <p>ロ 43 日分以上の場合 240 点</p> <p>注 1 から注 2 (略)</p> <p>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、処方医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2 剤以上の内服薬又は 1 剤で 3 種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な指導等を行い、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</p>	<p>て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号 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の投薬が行われた場合に限る。）、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。）は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>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。</p> <p>14 削除</p> <p>14 の 2 外来服薬支援料</p> <p>1 外来服薬支援料 1 185 点</p> <p>2 外来服薬支援料 2</p> <p>イ 42 日分以下の場合 投与日数が 7 又はその端数を増すごとに 34 点を加算して得た点数</p> <p>ロ 43 日分以上の場合 240 点</p> <p>注 1 から注 2 (略)</p> <p>3 2 については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2 剤以上の内服薬又は 1 剤で 3 種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内</p>
--------------------------------------	--	--

	<p>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。</p> <p>4 (略)</p>	<p>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。</p> <p>4 (略)</p>
<p>14 の 3 服用薬剤調整支援料 【点数の見直し】</p>	<p>14 の 3 服用薬剤調整支援料</p> <p>1 服用薬剤調整支援料 1 125 点</p> <p>2 服用薬剤調整支援料 2 <u>1,000 点</u> <u>(削る)</u></p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>14 の 3 服用薬剤調整支援料</p> <p>1 服用薬剤調整支援料 1 125 点</p> <p>2 服用薬剤調整支援料 2</p> <p><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></p> <p><u>ロ イ以外の場合 90 点</u></p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 1 1 については、6 種類以上の内服薬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。</p>	<p>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。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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。)</u> が、当該患者の服用中の薬剤を <u>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、</u> 処方医に対して、<u>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。</p> <p>3 (略)</p>	<p>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 <u>について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3 月に 1 回に限り</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。</p> <p>3 (略)</p>
<p>14 の 4 調剤後薬剤管理指導料 【注の見直し】</p>	<p>14 の 4 調剤後薬剤管理指導料</p> <p>1 糖尿病患者に対して行った場合 60 点</p> <p>2 慢性心不全患者に対して行った場合 60 点</p> <p>注 1 区分番号 00 に掲げる調剤基本料の</p>	<p>14 の 4 調剤後薬剤管理指導料</p> <p>1 糖尿病患者に対して行った場合 60 点</p> <p>2 慢性心不全患者に対して行った場合 60 点</p> <p>注 1 区分番号 00 に掲げる調剤基本料の</p>

<p>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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、処方医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。</p> <p>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。）。</p> <p>ロ 必要な指導等を継続して実施すること。</p> <p>ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。</p> <p>注2から注3（略）</p> <p>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 650点</p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点</p> <p>3 1及び2以外の場合 290点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、患者又はその家族等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</p>	<p>注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、2については心疾患による入院の経験がある患者であって、作用機序が異なる循環器官用薬等の複数の治療薬の処方を受けている慢性心不全のものに対して、患者又はその家族等の求めがあり、保険薬剤師が必要性を認め、医師の了解を得た場合又は保険医療機関の求めがあった場合に当該患者の同意を得て、調剤後に次に掲げる業務等の全てを行った場合には、調剤後薬剤管理指導料として、月1回に限り算定できる。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p> <p>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。）。</p> <p>ロ 必要な薬学的管理及び指導を継続して実施すること。</p> <p>ハ 処方医へ必要な情報を文書により提供すること。</p> <p>注2から注3（略）</p> <p>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 650点</p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点</p> <p>3 1及び2以外の場合 290点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管</p>
--	---	--

	<p>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10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10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00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p>	<p>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。</p>
【注の削除】	<p><u>(削る)</u></p>	<p><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00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</u></p>
【注の見直し】	<p><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。</p>	<p><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（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、<u>処方箋受付1回につき22点</u>）を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p><u>3</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>	<p><u>4</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適</p>

	<p>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。</p>	<p>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。</p>
【注の見直し】	<p><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、患者を訪問して、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。</p>	<p><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、患者を訪問して、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。</p>
【注の見直し】	<p><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。</p>	<p><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。</p>
【注の見直し】	<p><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。</p> <p><u>7</u> 保険薬局の所在地と患者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</p>	<p><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。</p> <p><u>8</u> 保険薬局の所在地と患者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</p>

<p>15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>ない。</p> <p>8 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。</p> <p>15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの場合 500 点</p> <p>2 1 以外の場合 200 点</p> <p>注1 1 及び 2 について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して、患者又はその家族等に対して必要な指導等を行った場合に、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 の八を合わせて月 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。</p> <p>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又はその家族等に確認し、必要な指導等を行った場合は、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。</p> <p>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</p>	<p>ない。</p> <p>9 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。</p> <p>15 の 2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの場合 500 点</p> <p>2 1 以外の場合 200 点</p> <p>注1 1 及び 2 について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1 と 2 を合わせて月 4 回（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。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。なお、区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p> <p>2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1 回につき 100 点（注 1 のただし書に規定する在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付 1 回につき 22 点）を所定点数に加算する。</p> <p>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</p>
--	---	--

	<p>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。</p>	<p>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（注1のただし書に規定する場合を除く。）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。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p>	<p>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（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）を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p>	<p>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（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）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。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p> <p>7から8（略）</p> <p>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</p>	<p>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（注1のただし書に規定する場合を除く。）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。</p> <p>7から8（略）</p> <p>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</p>

	<p>それ所定点数に加算する。</p> <p>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</p> <p>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もの、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もの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。</p>	<p>算する。</p> <p>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</p> <p>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></p>
<p>15の3 在宅患者緊急時等共同指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っ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</p>	<p>15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っ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</p>

	<p>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。</p>	<p>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。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p>	<p>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。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p>	<p>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。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p>	<p>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。</p>
【注の見直し】	<p>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。</p>	<p>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。</p>
【注の見直し】	<p>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></p>	<p>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</p>

<p>15の4 退院時共同指導料 【注の見直し】</p>	<p>導等を行った場合は、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。</p> <p>7から8（略）</p> <p>15の4 退院時共同指導料 600点</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する必要な指導等を、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。</p>	<p>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。</p> <p>7から8（略）</p> <p>15の4 退院時共同指導料 600点</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。なお、区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p>
<p>15の5 服薬情報等提供料 【注の見直し】</p>	<p>15の5 服薬情報等提供料</p> <p>1 服薬情報等提供料1 30点</p> <p>2 服薬情報等提供料2</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>3 服薬情報等提供料3 50点</p> <p>注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者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、保険医療機関に必要</p>	<p>15の5 服薬情報等提供料</p> <p>1 服薬情報等提供料1 30点</p> <p>2 服薬情報等提供料2</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>3 服薬情報等提供料3 50点</p> <p>注1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>な情報を文書により提供等した場合に月1回に限り算定する。</p> <p>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。</p>	<p>場合に月1回に限り算定する。</p> <p>2 2については、保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関又は介護支援専門員に必要な情報を文書により提供を行った場合に月1回に限り算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>【注の削除】</p>	<p><u>(削る)</u></p> <p>4 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</p> <p>5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p>	<p>4 <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又は区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</u></p> <p>5 区分番号00に掲げる特別調剤基本料Aを算定する保険薬局において、調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</p> <p>6 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、算定できない。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>6 <u>区分番号15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C012-2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></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料</p> <p>【項目の削除】</p>	<p><u>(削る)</u></p>	<p><u>15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等</u></p>

<p>15 の 7 経管投薬支援料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>15 の 8 在宅移行初期</p>	<p>15 の 7 経管投薬支援料</p> <p>100 点</p> <p>注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者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。</p> <p>15 の 8 在宅移行初期管理料</p>	<p>防止管理料</p> <p>1 <u>処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合</u></p> <p><u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40 点</u></p> <p><u>ロ 残薬調整に係るものの場合 20 点</u></p> <p>2 <u>患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合</u></p> <p><u>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40 点</u></p> <p><u>ロ 残薬調整に係るものの場合 20 点</u></p> <p><u>注 1 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 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は、算定できない。</u></p> <p><u>2 区分番号 1 0 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 1 0 の 3 に掲げる服薬管理指導料、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ている患者については、算定しない。</u></p> <p>15 の 7 経管投薬支援料</p> <p>100 点</p> <p>注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、初回に限り算定する。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。</p> <p>15 の 8 在宅移行初期管理料</p>
---	---	---

<p>管理料 【注の見直し】</p>	<p style="text-align: right;">230 点</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p style="text-align: right;">230 点</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>15の9 訪問薬剤管理医師同時指導料 【項目の新設】</p>	<p>15の9 訪問薬剤管理医師同時指導料 150 点</p> <p>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></p> <p>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></p> <p>3 <u>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></p>	<p>(新設)</p>

<p>15の10 複数名薬剤管理指導訪問料 【項目の新設】</p>	<p>15の10 複数名薬剤管理指導訪問料 300点</p> <p><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></p> <p><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、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></p> <p><u>3 複数名薬剤管理指導訪問に要した交通費は、患家の負担とする。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>第3節 薬剤料 20 使用薬剤料 【項目の見直し】</p>	<p>20 使用薬剤料</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>注1 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>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。</p>	<p>20 使用薬剤料</p> <p>1 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円以下の場合 1点</p> <p>2 使用薬剤の薬価が薬剤調製料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すごとに1点</p> <p>注1 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <p>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。</p>
<p>第4節 特定保険医療</p>		

<p>材料料</p> <p>30 特定保険医療材料</p>	<p>30 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	<p>30 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>
<p>第5節 その他</p> <p>40 調剤ベースアップ</p> <p>評価料（処方箋の受付1回につき）</p> <p>【項目の新設】</p> <p>41 調剤物価対応料</p> <p>【項目の新設】</p>	<p>40 調剤ベースアップ評価料</p> <p><u>(処方箋の受付1回につき)</u></p> <p><u>4点</u></p> <p><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></p> <p><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></p> <p>41 調剤物価対応料</p> <p><u>1点</u></p> <p><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></p>	<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>第6節 経過措置</p> <p>【節の見直し】</p>	<p>第6節 経過措置</p> <p>平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注7、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。</p>	<p>第5節 経過措置</p> <p>平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。</p>