

## 令和4年度調剤報酬等改定項目①

○調剤報酬点数表

(令和4年4月1日施行)

項目	改正前	改正後
<b>通則</b>  【通則の見直し】	2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の調剤料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。	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 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の薬剤調製料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。 3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した所定点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
<b>第1節 調剤技術料</b> <b>区分00</b> <b>調剤基本料</b> （処方箋の受付1回につき） 【項目の見直し】	イ <a href="#">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。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数3万5千回を超え40万回以下の場合</a> 21点 ロ <a href="#">同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合</a> 16点 （新設）	00 <b>調剤基本料（処方箋の受付1回につき）</b> 1 調剤基本料1 42点 2 調剤基本料2 26点 3 調剤基本料3 イ 21点 ロ 16点 ハ <b>32点</b> 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方箋の受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、調剤基本料1により算定する。

【注の見直し】	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>9点</u>を算定する。</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき<u>7点</u>を算定する。</p> <p>注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おいて、当該処方箋のうち、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。</p> <p>注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。</p>
【注の見直し】	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、<u>地域支援体制加算として</u>、所定点数に<u>38点</u>を加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 地域支援体制加算1 39点</u></p> <p><u>ロ 地域支援体制加算2 47点</u></p> <p><u>ハ 地域支援体制加算3 17点</u></p> <p><u>ニ 地域支援体制加算4 39点</u></p>
【注の見直し】	<p>(新設)</p>	<p>注6 <u>注5に該当する場合であって、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薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。</u></p>
【注の見直し】	<p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p>	<p>注7 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数 <u>（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</u></p>

	<p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 <u>15点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 <u>22点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 <u>28点</u></p> <p><u>注7</u> 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<u>2点</u>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。</p> <p><u>注8</u> 長期投薬（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節薬学管理料は算定しない。</p> <p><u>注9</u> 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとな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回目の調剤に限り、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（<u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料</u>を除く。）は算定しない。</p> <p><u>注10</u> 医師の分割指示に係る処方箋受付（<u>注8</u>及び<u>注9</u>に該当する場合を除く。）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</p>	<p><u>働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 <u>21点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 <u>28点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 <u>30点</u></p> <p><u>注8</u> 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<u>5点</u>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。</p> <p><u>注9</u> 長期投薬（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、<u>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。）</u>は算定しない。</p> <p><u>注10</u> 後発医薬品に係る処方箋受付において、当該処方箋の発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとな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回目の調剤に限り、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（<u>区分番号10の2に掲げる調剤管理料、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援料の2</u>を除く。）は算定しない。</p> <p><u>注11</u> 医師の分割指示に係る処方箋受付（<u>注9</u>及び<u>注10</u>に該当する場合を除く。）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</p>
【点数の見直し】		
【注の見直し】		
【注の見直し】		
【注の見直し】		

	<p>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 に掲げる調剤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>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><b>区分 01</b> <b>薬剤調製料</b> 【名称の見直し】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>01 <b>調剤料</b></p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1 剤につき））</p> <p>イ <u>7 日分以下の場合 28 点</u></p> <p>ロ <u>8 日分以上 14 日分以下の場合 55 点</u></p> <p>ハ <u>15 日分以上 21 日分以下の場合 64 点</u></p> <p>ニ <u>22 日分以上 30 日分以下の場合 77 点</u></p> <p>ホ <u>31 日分以上の場合 86 点</u></p> <p>注 3 <u>2 剤以上の内服薬又は 1 剤で 3 種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>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</u></p> <p>ロ <u>43 日分以上の場合 240 点</u></p>	<p>01 <b>薬剤調製料</b></p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1 剤につき）） <b>24 点</b></p> <p>（削る）</p> <p>（削る）</p> <p>（削る）</p> <p>（削る）</p> <p>（削る）</p> <p>注 1 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1 剤として算定する。なお、4 剤分以上の部分については算定しない。</p> <p>注 2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、80 点を所定点数に加算する。</p> <p>（削る）</p> <p>2 屯服薬 21 点</p> <p>注 1 回の処方箋受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>3 浸煎薬（1 調剤につき） 190 点</p>

	<p>注 4 調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>4 湯薬（1調剤につき）</p> <p>イ 7日分以下の場合 190点</p> <p>ロ 8日分以上28日分以下の場合</p> <p>(1) 7日目以下の部分 190点</p> <p>(2) 8日目以上の部分（1日分につき）</p> <p>10点</p> <p>ハ 29日分以上の場合 400点</p> <p>注 4 調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>5 注射薬 26点</p> <p>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 外用薬（1調剤につき） 10点</p> <p>注 4 調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>注1 1の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定する。</p> <p>注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。</p> <p>注3 麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に1調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1調剤につき8点を各区分の所定点数に加算する。</p> <p>注4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場</p>
--	--

<p>【注の見直し】</p>	<p>注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。</p>	<p>合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。</p> <p>注5 午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方箋受付1回につき40点を所定点数に加算する。ただし、注4のただし書に規定する場合にあっては、この限りでない。</p> <p>注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、自家製剤加算として、1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点</p> <p>(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点</p> <p>(3) 液剤 45点</p> <p>ロ 外用薬</p> <p>(1) 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リメント剤、坐剤 90点</p> <p>(2) 点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75点</p> <p>(3) 液剤 45点</p> <p>注7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、</p>
----------------	---	---



		<p>かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場合は、計量混合調剤加算として、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。</p> <p>イ 液剤の場合 35点      ロ 散剤又は顆粒剤の場合 45点      ハ 軟・硬膏剤の場合 80点</p> <p>注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対する調剤を行った場合に、在宅患者調剤加算として、処方箋受付1回につき15点を所定点数に加算する。</p>
<p><b>第2節 薬学管理料</b></p>	<p><u>10 薬剤服用歴管理指導料</u></p> <p><u>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 43点</u></p> <p><u>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点</u></p> <p><u>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 43点</u></p> <p><u>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点</u></p> <p><u>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を持参していないものに対して、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></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</u></p>	<p>10 削除</p>

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。

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

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と。

ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者又はその家族等からの情報により、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を行うこと。

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。

注2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

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。

ロ 処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。

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と。

ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬



	<p><u>された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。</u></p> <p><u>ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</u></p> <p><u>注3 4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薬局において、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。</u></p> <p><u>注4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>注5 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、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、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。</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 30点</u></p> <p><u>注6 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、10点を所定点数に加算す</u></p>
--	---

る。

注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薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投与又は注射に関し、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15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

注8 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、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。

注9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。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10 区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患

<p>【新設】</p>	<p><u>者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等について当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月1回に限り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></p> <p><u>注11 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><u>注12 薬剤服用歴管理指導料の3に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</u></p> <p><u>注13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1、注2又は注3に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1、注2及び注3の規定にかかわらず、薬剤服用歴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、注4から注10までに規定する加算は算定できない。</u></p> <p>(新設)</p>	<p><b>10の2 調剤管理料</b></p> <p><b>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）</b></p> <p><b>イ 7日分以下の場合 4点</b></p> <p><b>ロ 8日分以上14日分以下の場合 28点</b></p> <p><b>ハ 15日分以上28日分以下の場合 50点</b></p> <p><b>ニ 29日分以上の場合 60点</b></p> <p><b>2 1以外の場合 4点</b></p> <p><b>注1 処方された薬剤について、患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集</b></p>
-------------	---	---

し、必要な薬学的分析を行った上で、薬剤服用歴への記録その他の管理を行った場合に、調剤の内容に応じ、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。

注2 1については、服用時点が同一である内服薬は、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については算定しない。

注3 薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合（別に厚生労働大臣が定める保険薬局において行われた場合を除く。）は、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。

イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点

ロ 残薬調整に係るもの場合 30点

注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。

イ 初めて処方箋を持参した場合 3点

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 3点

注5 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

【新設】	(新設)	<p>く。)において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等においては、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p> <p><b>10の3 服薬管理指導料</b></p> <p><u>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></p> <p><u>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 59点</u></p> <p><u>3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合 45点</u></p> <p><u>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</u></p> <p><u>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点</u></p> <p><u>ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点</u></p> <p><u>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。</u></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>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</u></p>
------	------	--

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。

ニ 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。

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。

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確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。

注2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第 20 条の 5 に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定する。

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。

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。

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と。

ニ 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。

ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書によ

り、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

△ 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。

注3 4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、4のロにより算定する。

注4 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

注5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、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 15 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

注 7 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。

注 8 児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350 点を所定点数に加算する。この場合において、注 7 に規定する加算は算定できない。

注 9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、当該患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3 月に 1 回に限り 30 点を所定点数に加算する。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 10 区分番号 00 に掲げる調剤基本料の注 5 に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者の同意を得て、調剤後も当該薬剤の服用に関し、電話等によりその服用状況、副作用の有無等につ

いて当該患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導（当該調剤と同日に行う場合を除く。）を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、月 1 回に限り 60 点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 15 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

注 11 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。

注 12 服薬管理指導料の 3 に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。

注 13 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注 1、注 2 又は注 3 に掲げる指導等の全てを行った場合には、注 1 から注 3 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、注 4 から注 10 までに規定する加算は算定できない。

注 14 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。

**11 から 13 まで 削除**

<p>13の2 かかりつけ薬剤師指導料</p> <p>【注の削除】</p>	<p><u>注3</u> <u>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、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、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。</u></p> <p><u>イ</u> <u>残薬調整に係るもの以外の場合 40点</u></p> <p><u>ロ</u> <u>残薬調整に係るもの場合 30点</u></p> <p><u>注4</u> (略)</p> <p><u>注5</u> (略)</p>	<p>13の2 <b>かかりつけ薬剤師指導料</b> 76点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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。</p> <p>注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。</p> <p>(削る)</p> <p><b>注3</b> 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、10点を所定点数に加算する。</p> <p><b>注4</b> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の投薬又は注射に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について当該患者</p>
---------------------------------------	--	---

<p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>13 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注6 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>注7 <u>区分番号 10</u> に掲げる<u>薬剤服用歴管理指導料</u>を算定している患者については、算定しない。また、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号 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</p>	<p>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 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>注5</u> 6 歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、乳幼児服薬指導加算として、12 点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注6</u> <u>児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接当該患者又はその家族等に確認した上で、当該患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350 点を所定点数に加算する。この場合において、注 5 に規定する加算は算定できない。</u></p> <p>注7 <u>区分番号 10 の 3</u> に掲げる<u>服薬管理指導料</u>を算定している患者については、算定しない。また、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p> <p>13 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料 291 点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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</p>
---	---	--

	<p>地域包括診療加算、区分番号 B 001-2-9 に掲げる地域包括診療料又は区分番号 B 001-2-10 に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号 01 に掲げる調剤料の注 4、注 5 及び注 8 に規定する加算、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る。）、区分番号 15 の 2 に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号 15 の 3 に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号 15 の 4 に掲げる退院時共同指導料、区分番号 15 の 7 に掲げる経管投薬支援料、区分番号 20 に掲げる使用薬剤料及び区分番号 30 に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>注 2 <a href="#">区分番号 10</a> に掲げる<a href="#">薬剤服用歴管理指導料</a>又は区分番号 13 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><b>14 の 2 外来服薬支援料</b> 【項目の見直し】</p> <p><b>14 の 2 外来服薬支援料 <a href="#">185 点</a></b> (新設) (新設)</p> <p>注 1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理</p>	<p>地域包括診療加算、区分番号 B 001-2-9 に掲げる地域包括診療料又は区分番号 B 001-2-10 に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号 01 に掲げる薬剤調製料の注 4、注 5 及び注 8 に規定する加算、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る。）、区分番号 15 の 2 に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号 15 の 3 に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号 15 の 4 に掲げる退院時共同指導料、区分番号 15 の 7 に掲げる経管投薬支援料、区分番号 20 に掲げる使用薬剤料及び区分番号 30 に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>注 2 <a href="#">区分番号 10 の 3</a> に掲げる<a href="#">服薬管理指導料</a>又は区分番号 13 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><b>14 削除</b></p> <p><b>14 の 2 外来服薬支援料</b> <b><a href="#">1 外来服薬支援料 1 185 点</a></b> <b><a href="#">2 外来服薬支援料 2</a></b> <b><a href="#">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</a></b> <b><a href="#">ロ 43 日分以上の場合 240 点</a></b></p> <p>注 1 <a href="#">1</a>については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性</p>
--	---	--

	<p>に係る支援の必要性を<u>確認した</u>上で、患者の服薬管理を支援した場合に月 1 回に限り算定する。</p> <p>注2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>注3 <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、算定しない。</u></p>	<p>及び服薬管理に係る支援の必要性の<u>了解を得た</u>上で、患者の服薬管理を支援した場合に月 1 回に限り算定する。<u>ただし、区分番号 15 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</u></p> <p>注2 <u>1については、</u>患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>注3 <u>2については、</u>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、<u>2 剤以上の内服薬又は 1 剤で 3 種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。</u></p>
<p>14 の 3 服用薬剤調整支援料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>2 服用薬剤調整支援料 2 <u>100 点</u> (新設)</p> <p>(新設)</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合 110 点</u></p> <p><u>ロ イ以外の場合 90 点</u></p> <p>注1 1については、6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が 2 種類以上減少した場合に、月 1 回に限り所定点数を算定する。</p> <p>注2 2については、複数の保険医療機関か</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2 <a href="#">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、医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪</a></p>	<p>ら6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</p> <p>15 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 650点</p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点</p> <p>3 1及び2以外の場合 290点</p> <p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</p> <p>注2 <a href="#">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</a>に対して、情報通信機器を用いた<a href="#">薬学的管理及び指導</a>（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、<a href="#">在宅患者オンライン薬剤管理指導料</a>として、<a href="#">患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及</a></p>
--	--	--



	<p>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、<u>在宅患者オンライン服薬指導料</u>として、<u>月1回に限り57点</u>を算定する。<u>この場合において、注3及び注4に規定する加算並びに区分番号15の6に掲げる在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。</u>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、<u>週10回を限度として</u>算定できる。</p> <p>注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>注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薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</p>	<p><u>び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回)に限り59点</u>を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。</p> <p>注3 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点 <u>(注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき22点)</u>を所定点数に加算する。</p> <p><u>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合(注2に規定する場合を除く。)</u>は、<u>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。</u>この場合において、<u>注3に規定する加算は算定できない。</u></p> <p>注5 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、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薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点 <u>(注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき12点)</u>を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】		
【注の追加】		
【注の見直し】		

<p>【注の追加】</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>注5</u> (略)</p> <p><u>注6</u> (略)</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>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>注5</u> (略)</p> <p><u>注6</u> (略)</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、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</p>	<p><u>注6</u> <u>児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点（注2に規定する在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定する場合は、処方箋受付1回につき350点）を所定点数に加算する。この場合において、注5に規定する加算は算定できない。</u></p> <p><u>注7</u> <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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（注2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。</u></p> <p><u>注8</u> <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ない。</u></p> <p><u>注9</u> <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。</u></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 <u>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</u>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</p>
---	--	--

	<p>合わせて月4回に限り算定する。</p>	<p>訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。<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></p>
【注の見直し】	<p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。</p>	<p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点 <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。</p>
【注の見直し】	(新設)	<p><u>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合(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。</p>
【注の見直し】	<p><u>注3</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薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</p>	<p><u>注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薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点 <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。</p>
【注の追加】	(新設)	<p><u>注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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回</u></p>

<p>【注の追加】</p> <p>(新設)</p> <p>注4 (略)</p> <p>注5 (略)</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>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の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</p>	<p>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> <p>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合（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>注7 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ない。</p> <p>注8 在宅患者緊急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 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と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</p>
--	---	---

【注の追加】	(新設)	<p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、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。</u></p> <p>注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薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(新設)	<p><u>注3 (略)</u></p> <p><u>注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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、小児特定加算として、1回につき450点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。</u></p>
【注の追加】	(新設)	<p><u>注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、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、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、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></p> <p>注4 (略)</p> <p><u>注7 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つ</u></p>

<p>15 の 4 退院時共同指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p><u>注5</u> (略)</p> <p>注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師<u>若しくは</u>准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>	<p>ては、特殊の事情があった場合を除き算定できない。</p> <p><u>注8</u> 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は、別に算定できない。</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、<u>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</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>
<p>15 の 5 服薬情報等提供料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(新設)</p> <p>注 2 2 については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又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</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 20 点</p> <p><u>3 服薬情報等提供料 3 50 点</u></p> <p>注 1 1 については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月 1 回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。</p> <p>注 2 2 については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又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</p>







<p>【注の見直し】</p>		<p>定する。</p> <p>注2 <u>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</u>、区分番号 13 の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号 13 の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については、算定しない。</p> <p>15の7 <b>経管投薬支援料</b> 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。</p> <p>16から19まで <b>削除</b></p>
<p>第3節 薬剤料</p> <p>20 使用薬剤料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 使用薬剤の薬価が<u>調剤料</u>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>調剤料</u>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>20 <b>使用薬剤料</b></p> <p>1 使用薬剤の薬価が<u>薬剤調製料</u>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>薬剤調製料</u>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 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>
<p>第4節 特定保険医療材料料</p>		<p>30 <b>特定保険医療材料</b></p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>
<p>第5節 経過措置</p>	<p>1 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5</u>、区分番号15の2の<u>注4</u>及び区分番号15の3の<u>注4</u>の規定は適用しない。</p> <p>(新設)</p>	<p>1 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<u>注7</u>及び区分番号15の3の<u>注7</u>の規定は適用しない。</p> <p><u>2 区分番号 10 の2の注5のただし書の規定による加算は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</u></p>

## 令和4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）

（令和4年4月1日施行）

項目	改正前	改正後
<b>第1章 基本診療料 通則</b>		<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p> <p>2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、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。</p> <p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>
<b>第1節 初診料 A000 初診料</b> 【点数の見直し】	<p>注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）<u>及</u></p>	<p><b>A000 初診料 288点</b></p> <p>注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。<u>ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。</u></p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）</p>

	<p><u>び</u>地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）<u>に係るもの</u>の数が200未満の<u>病院</u>を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。</p>	<p>地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満で<u>あるもの</u>を除く。）<u>及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）</u>であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点（<u>注1のただし書に規定する場合にあっては、186点</u>）を算定する。</p>
<p><b>第2部 入院料等 通則</b></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>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4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。</li> <li>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。</li> <li>3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に</li> </ol>

	<p>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 3 に掲げる短期滞在手術等基本料 3 を算定し、6 日目以降は第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第 3 節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p> <p>4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p> <p>5 第 1 節から第 4 節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第 1 節（特別入院基本料等を含む。）及び第 3 節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>8 7 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）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</p>
--	--

【新設】	(新設)	<p>4節（短やかな診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム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。ただし、区分番号B011-4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。</p> <p><b>A242-2 術後疼痛管理チーム加算（1日につき） 100点</b></p> <p><u>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム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、手術日の翌日から起算して3日を限度として所定点数に加算する。</u></p> <p><b>A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</b></p> <p>1 後発医薬品使用体制加算1 47点 2 後発医薬品使用体制加算2 42点 3 後発医薬品使用体制加算3 37点</p> <p><u>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬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。）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。</u></p> <p><b>A244 病棟薬剤業務実施加算</b></p> <p>1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回）</p>
------	------	---

	<p style="text-align: right;">120 点</p> <p>2 病棟薬剤業務実施加算 2 (1 日につき)</p> <p style="text-align: right;">100 点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に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。</p> <p><b>A 245 データ提出加算</b></p> <p>1 データ提出加算 1 (入院初日)</p> <p>イ 許可病床数が 200 床以上の病院の場合</p> <p style="text-align: right;">140 点</p> <p>ロ 許可病床数が 200 床未満の病院の場合</p> <p style="text-align: right;">2,070 点</p> <p>注 1 重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関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（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。</p> <p>注 2 当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1 日につき所定点数に 600 点を加算する。</p>
--	--

		<p>注3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</p> <p>イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,909点</p> <p>ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,743点</p>
【注の見直し】	<p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、<u>感染防止対策加算</u>、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>注5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、<u>感染対策向上加算</u>、患者サポート体制充実加算、<u>報告書管理体制加算</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。</p>
【注の追加】	(新設)	<p><u>注6 当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。</u></p> <p><u>イ 医療区分2の患者に相当するもの</u></p>



<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する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小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p>	<p style="text-align: right;">1,717点</p> <p>□ <u>医療区分1の患者に相当するもの</u></p> <p style="text-align: right;">1,569点</p> <p><b>A307 小児入院医療管理料（1日につき）</b></p> <p>1 小児入院医療管理料1 4,750点</p> <p>2 小児入院医療管理料2 4,224点</p> <p>3 小児入院医療管理料3 3,803点</p> <p>4 小児入院医療管理料4 3,171点</p> <p>5 小児入院医療管理料5 2,206点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する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小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。</p> <p>注2 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の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を</p>
----------------	--	--

	(新設)	<p>所定点数に加算する。</p> <p><u>注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき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A221-2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。</u></p> <p><u>イ 無菌治療管理加算1 2,000点</u></p> <p><u>ロ 無菌治療管理加算2 1,500点</u></p>
【注の追加】	(新設)	<p><u>注6 当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、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、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上で、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、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所定点数に加算する。</u></p>
【注の追加】	(新設)	<p><u>注7 患者に対する支援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の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。</u></p>
【注の追加】	(新設)	<p><u>注8 当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる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の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料1又は小児入院医療管理料2を現に算定</u></p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>(新設) (新設)</p> <p><b>注5</b> 診療に係る費用（注2 <u>及び</u>注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、<u>感染防止対策加算</u>、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>	<p>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、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p><u>イ 時間外受入体制強化加算1 300点</u> <u>ロ 時間外受入体制強化加算2 180点</u></p> <p><b>注9</b> 診療に係る費用（注2、注3 <u>及び注5から注8まで</u>に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、<u>感染対策向上加算</u>、患者サポート体制充実加算、<u>報告書管理体制加算</u>、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>術後疼痛管理チーム加算</u>、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p><b>注6</b> 診療に係る費用（注2から<u>注4</u>までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、</p>	<p><b>注10</b> 診療に係る費用（注2から<u>注7</u>までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算、</p>

<p>【注の見直し】</p> <p><b>A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）</b></p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、<u>感染防止対策加算</u>、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>注7</u> 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、<u>感染防止対策加算</u>、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p>	<p>地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、<u>感染対策向上加算</u>、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>術後疼痛管理チーム加算</u>、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料3及び小児入院医療管理料4に含まれるものとする。</p> <p><u>注11</u> 診療に係る費用（注2から注7までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、<u>感染対策向上加算</u>、患者サポート体制充実加算、<u>報告書管理体制加算</u>、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、<u>術後疼痛管理チーム加算</u>、<u>病棟薬剤業務実施加算1</u>、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料5に含まれるものとする。</p> <p><b>A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料（1日につき）</b></p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料1</p>
---	--	---

		2,129点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,115点)
		2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 2,066点 (生活療養を受ける場合にあつては、 2,051点)
		3 回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,899点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,884点)
		4 回復期リハビリテーション病棟入院料4 1,841点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,827点)
	<u>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5</u> 1,736点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,721点)	(削る)
	<u>6 回復期リハビリテーション病棟入院料6</u> 1,678点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,664点)	<u>5 回復期リハビリテーション病棟入院料5</u> 1,678点 (生活療養を受ける場合にあつては、 1,664点)
		注1 主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であつて、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料I又は療養病棟入院料2の入院料







<p>【通則の追加】</p>		<p>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。</p> <p>5 <u>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 A 000 に掲げる初診料の注 13 及び区分番号 A 001 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。</u></p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>□ <u>再診時 438 点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>2 <u>処方箋を交付しない場合</u></p> <p>イ <u>初診時 748 点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>□ <u>再診時 556 点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6 歳以上の患者にあつては、6 歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であつて入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。</p>	<p><u>第 1 節 医学管理料等</u></p> <p>(2) <u>再診時 448 点</u></p> <p>□ <u>処方箋を交付しない場合</u></p> <p>(1) <u>初診時 758 点</u></p> <p>(2) <u>再診時 566 点</u></p> <p>2 <u>小児かかりつけ診療料 2</u></p> <p>イ <u>処方箋を交付する場合</u></p> <p>(1) <u>初診時 630 点</u></p> <p>(2) <u>再診時 437 点</u></p> <p>□ <u>処方箋を交付しない場合</u></p> <p>(1) <u>初診時 747 点</u></p> <p>(2) <u>再診時 555 点</u></p> <p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6 歳以上の患者にあつては、6 歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であつて入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、<u>当該基準に係る区分に従い、それぞれ</u>算定する。</p> <p>注 2 区分番号 A 001 に掲げる再診料の注 9 に規定する場合については、算定しない。</p>
<p>【注の見直し】</p>		

<p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、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、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。</p> <p>注4 <u>1のイ又は2のイについて</u>、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p>	<p>注3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、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、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに<u>通則第3号から第5号までに規定する加算</u>、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B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B011に掲げる<u>連携強化診療情報提供料</u>及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。</p> <p>注4 <u>別に</u>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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した<u>場合（初診時に限る。）</u>は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。</p> <p><b>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料</b></p> <p><b>1 外来腫瘍化学療法診療料 1</b></p> <p><u>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点</u></p> <p><u>ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点</u></p> <p><b>2 外来腫瘍化学療法診療料 2</b></p> <p><u>イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点</u></p> <p><u>ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点</u></p> <p><u>注1 別に</u>厚生労働大臣が定める施設基準</p>
----------------------------	--	--

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9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

注2 1のイ及び2のイについては、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3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

注4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

注5 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイ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

<p><b>B001-3 生活習慣病管理料</b></p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 <u>保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</u></p> <p>イ <u>脂質異常症を主病とする場合 650 点</u></p> <p>ロ <u>高血圧症を主病とする場合 700 点</u></p> <p>ハ <u>糖尿病を主病とする場合 800 点</u></p> <p>2 <u>1 以外の場合</u></p> <p>イ <u>脂質異常症を主病とする場合 1,175 点</u></p> <p>ロ <u>高血圧症を主病とする場合 1,035 点</u></p> <p>ハ <u>糖尿病を主病とする場合 1,280 点</u></p> <p>(新設)</p>	<p><u>数に加算する。</u></p> <p><u>注7 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</u> <u>は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</u></p> <p><b>B001-3 生活習慣病管理料</b></p> <p>1 <u>脂質異常症を主病とする場合 570 点</u> (削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>2 <u>高血圧症を主病とする場合 620 点</u> (削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>3 <u>糖尿病を主病とする場合 720 点</u></p> <p>注1 保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p>
<p><b>第5部 投薬通則</b></p>		<p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所</p>

【通則の見直し】	<p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき <b>70枚</b> を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず <b>70枚</b> を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>定点数により算定する。</p> <p>3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき <b>63枚</b> を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず <b>63枚</b> を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>
第1節 調剤料		<p>調剤料</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>イ 内服薬、浸煎薬及び頓服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点</p> <p>ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点</p> <p>注（略）</p>
第2節 処方料		<p><b>F 100 処方料</b></p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安</p>

	<p>薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。</p> <p>注2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方につき3点を所定点数に加算する。</p> <p>注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 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</p>
--	---

	<p>方を行った場合は、特定疾患処方管理加算 2 として、月 1 回に限り、1 処方につき 66 点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算 1 は算定できない。</p> <p>注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（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。</p> <p>注8 区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 002 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算 15 点      ロ 外来後発医薬品使用体制加算 24 点      ハ 外来後発医薬品使用体制加算 32 点</p> <p>注10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号 F 400 において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を</p>
--	--



	<p>指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p>										
<p><b>第3節 薬剤料</b></p>	<p><b>F200 薬剤</b></p> <p>薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。</p> <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">使用薬剤</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td colspan="2">内服薬及び</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">浸煎薬</td> <td>1剤1日分</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">屯服薬</td> <td>1回分</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">外用薬</td> <td>1調剤</td> </tr> </table> <p>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同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）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。</p> <p>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、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。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	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
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										

	<p>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。</p> <p>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日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>注5 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投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p> <p>注6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>
<p><b>第4節 特定保険医療材料</b></p>	<p><b>F300 特定保険医療材料</b></p> <p>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。</p>
<p><b>第5節 処方箋料</b> <b>F400 処方箋料</b></p>	<p><b>F400 処方箋料</b></p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以</p>

<p>【通則の見直し】</p>	<p>注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p>	<p>上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点</p> <p>3 1及び2以外の場合 68点</p> <p>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。</p> <p>注2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合 <u>（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。）</u>には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。</p> <p>注3 3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算す</p>
-----------------	---	---

る。

注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。

注5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（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。

注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容及び、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 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

注8 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

	<p>として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p>
<p><b>第6節 調剤技術基本料</b></p>	<p><b>F500 調剤技術基本料</b></p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p> <p>注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。</p> <p>注2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。</p> <p>注3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p>
<p><b>第2章 特掲診療料</b> <b>第6部 注射</b> <b>通則</b></p>	<p>1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前2号により算定した点数に15点を加算する。</p> <p>4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。</p> <p>5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、</p>

<p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、<a href="#">G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入</a>、<a href="#">G004に掲げる点滴注射</a>、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であって、<a href="#">悪性腫瘍等の患者であるもの</a>に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p> <p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) <a href="#">抗悪性腫瘍剤を注射した場合</a></p> <p>① <a href="#">15歳未満 820点</a></p> <p>② <a href="#">15歳以上 600点</a></p> <p>(2) <a href="#">抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</a></p> <p>① <a href="#">15歳未満 670点</a></p> <p>② <a href="#">15歳以上 450点</a></p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) <a href="#">抗悪性腫瘍剤を注射した場合</a></p> <p>① <a href="#">15歳未満 740点</a></p> <p>② <a href="#">15歳以上 470点</a></p> <p>(2) <a href="#">抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</a></p> <p>① <a href="#">15歳未満 640点</a></p> <p>② <a href="#">15歳以上 370点</a></p>	<p>麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に5点を加算する。</p> <p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる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（<a href="#">悪性腫瘍を主病とする患者を除く。</a>）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p> <p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) <a href="#">15歳未満の患者の場合 670点</a> (削る)</p> <p>(2) <a href="#">15歳以上の患者の場合 450点</a> (削る)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) <a href="#">15歳未満の患者の場合 640点</a> (削る)</p> <p>(2) <a href="#">15歳以上の患者の場合 370点</a> (削る)</p>
-----------------	--	---

<p>【通則の削除】</p> <p>【通則の追加】</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医療機関において、前号のイの(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に、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。</u></p> <p>(新設)</p>	<p>(削る)</p> <p><u>7 前号に規定する場合であって、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点を更に所定点数に加算する。</u></p> <p>8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>
<p><b>第1節 注射料</b></p> <p><b>第1款 注射実施料</b></p> <p><b>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）</b></p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） <u>20点</u></p>	<p>通則</p> <p>注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） <u>22点</u></p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者</p>





【点数の見直し】	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） <u>98点</u>	<u>点</u> 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） <u>99点</u>
【点数の見直し】	3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） <u>49点</u>	3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） <u>50点</u>
【点数の見直し】	注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <u>45点</u> を所定点数に加算する。	注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。 注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <u>46点</u> を所定点数に加算する。 注3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。 注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。 G005 中心静脈注射（1日につき）140点 注1 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。 注2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。 注3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定し

	<p>ない。</p> <p>注4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注5 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、50点を所定点数に加算する。</p> <p>G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点</p> <p>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。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注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。</p> <p>G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点</p> <p>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。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>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</p> <p>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。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。</p>
--	--

	<p>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</p> <p>注1 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注2 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>G007 腱鞘内注射 27点</p> <p>G008 骨髓内注射</p> <p>1 胸骨 80点</p> <p>2 その他 90点</p> <p>G009 脳脊髄腔注射</p> <p>1 脳室 300点</p> <p>2 後頭下 220点</p> <p>3 腰椎 140点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。</p> <p>G010 関節腔内注射 80点</p> <p>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 80点</p> <p>G011 気管内注入 100点</p> <p>G012 結膜下注射 27点</p> <p>G012-2 自家血清の眼球注射 27点</p> <p>G013 角膜内注射 35点</p> <p>G014 球後注射 60点</p> <p>G015 テノン氏嚢内注射 60点</p> <p>G016 硝子体内注射 580点</p> <p>G017 腋窩多汗症注射(片側につき) 200点</p> <p>G018 外眼筋注射(ボツリヌス毒素によるも</p>
--	---

		の) 1,500 点
<b>第 2 款 無菌製剤処理料</b>		<p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>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)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180 点</p> <p>ロ イ以外の場合 45 点</p> <p>2 無菌製剤処理料 2 (1 以外のもの) 40 点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤については、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する。</p>
<b>第 2 節 薬剤料</b>		<p>G100 薬剤</p> <p>1 薬価が 1 回分使用量につき 15 円以下である場合 1 点</p> <p>2 薬価が 1 回分使用量につき 15 円を超える場合</p> <p>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</p> <p>注 1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が 1 年を超えるものに対する合算薬剤料が、220 点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合 (悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。) には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220 点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p> <p>注 2 健康保険法第 85 条第 1 項及び高齢者医療確保法第 74 条第 1 項に規定する</p>

	<p>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。</p> <p>注 3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>
<p><b>第 3 節 特定保険医療材料料</b></p>	<p>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。</p>
<p><b>第 2 章 特掲診療料</b> <b>第 9 部 処置</b> <b>通則</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 処置の費用は、第 1 節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第 1 節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</li> <li>2 処置に当たって、第 2 節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第 2 節、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</li> <li>3 第 1 節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数のみにより算定する。</li> <li>4 第 1 節に掲げられていない処置であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定</li> </ol>

	<p>点数により算定する。</p> <p>5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 処置の所定点数が 1,000 点以上の場合であって、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において行われる場合</p> <p>(1) 休日加算 1 所定点数の 100 分の 160 に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算 1 (入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。) 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算 1 所定点数の 100 分の 160 に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する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、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数</p> <p>ロ 処置の所定点数が 150 点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合 (イに該当する場合を除く。)</p> <p>(1) 休日加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算 2 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算 2 所定点数の 100 分の 80 に相当する点</p>
--	---



<p><b>J 038 人工腎臓（1日につき）</b> 【項目の見直し】</p>	<p>数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合限度として加算する。</p> <p><b>J 028 インキュベーター（1日につき） 120点</b></p> <p>注 使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p><b>J 029 鉄の肺（1日につき） 260点</b></p> <p><b>J 029-2 減圧タンク療法 260点</b></p> <p><b>J 030 食道ブジー法 120点</b></p> <p><b>J 031 直腸ブジー法 120点</b></p> <p><b>J 032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの） 150点</b></p> <p>注 3歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して3月以内に限り、100点を所定点数に加算する。</p> <p><b>J 033 削除</b></p> <p><b>J 034 イレウス用ロングチューブ挿入法 730点</b></p> <p><b>J 034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術 180点</b></p> <p><b>J 034-3 内視鏡的結腸軸念転解除術（一連につき） 5,360点</b></p> <p><b>J 035 削除</b></p> <p><b>J 036 非還納性ヘルニア徒手整復法 290点</b></p> <p>注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ110点又は55点を加算する。</p> <p><b>J 037 痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。） 290点</b></p> <p><b>J 038 人工腎臓（1日につき）</b></p>
--	--

<p>1 慢性維持透析を行った場合 1</p> <p>イ 4 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 1,924 点</p> <p>ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 2,084 点</p> <p>ハ 5 時間以上の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 2,219 点</p> <p>ニ 4 時間未満の場合 (イを除く。) 1,798 点</p> <p>ホ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (ロを除く。) 1,958 点</p> <p>ヘ 5 時間以上の場合 (ハを除く。) 2,093 点</p> <p>2 慢性維持透析を行った場合 2</p> <p>イ 4 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 1,884 点</p> <p>ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 2,044 点</p> <p>ハ 5 時間以上の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 2,174 点</p> <p>ニ 4 時間未満の場合 (イを除く。) 1,758 点</p> <p>ホ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (ロを除く。) 1,918 点</p> <p>ヘ 5 時間以上の場合 (ハを除く。) 2,048 点</p> <p>3 慢性維持透析を行った場合 3</p> <p>イ 4 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 1,844 点</p> <p>ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 1,999 点</p> <p>ハ 5 時間以上の場合 <u>(別に厚生労働大臣が定める患者に限る。)</u> 2,129 点</p> <p>ニ 4 時間未満の場合 (イを除く。) 1,718 点</p> <p>ホ 4 時間以上 5 時間未満の場合 (ロを除く。) 1,873 点</p> <p>ヘ 5 時間以上の場合 (ハを除く。)</p>	<p>1 慢性維持透析を行った場合 1</p> <p>イ 4 時間未満の場合 <u>1,885 点</u></p> <p>ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>2,045 点</u></p> <p>ハ 5 時間以上の場合 <u>2,180 点</u></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>2 慢性維持透析を行った場合 2</p> <p>イ 4 時間未満の場合 <u>1,845 点</u></p> <p>ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>2,005 点</u></p> <p>ハ 5 時間以上の場合 <u>2,135 点</u></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>3 慢性維持透析を行った場合 3</p> <p>イ 4 時間未満の場合 <u>1,805 点</u></p> <p>ロ 4 時間以上 5 時間未満の場合 <u>1,960 点</u></p> <p>ハ 5 時間以上の場合 <u>2,090 点</u></p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p> <p>(削る)</p>
---	--

<p>【項目の見直し】</p>	<p><u>2,003点</u></p> <p>注2 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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 導入期加算2 <u>500点</u> (新設)</p>	<p>4 その他の場合 1,580点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、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。</p> <p>イ 導入期加算1 200点</p> <p>ロ 導入期加算2 <u>400点</u></p> <p>ハ <u>導入期加算3 800点</u></p> <p>注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき140点を加算する。</p> <p>注4 カニュレーション料を含むものとする。</p> <p>注5 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号C102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号J042に掲げる腹膜灌流（1に限る。）の実施回数と併せて週1回）に限り算定する。</p> <p>注6 1から3までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注7 人工腎臓を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>注8 区分番号J038-2に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りで</p>
-----------------	---	--

<p>【注の追加】</p>	<p>(新設)</p>	<p>ない。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。</p> <p>注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出た保険医療機関において、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。</p> <p>注11 通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。</p> <p>注12 1及び2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行った場合には、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。</p> <p>注13 1から3までについては、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慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p><u>注14 人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。</u></p> <p><b>J038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき）1,990点</b></p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して、午</p>
---------------	-------------	---

<p><b>J 039 血漿交換療法 (1日につき)</b></p> <p>【注の追加】</p>	<p>注 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、300点を所定点数に加算する。</p> <p>注2 著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき120点を加算する。</p> <p>注3 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>注4 区分番号J 038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1月に14回に限り算定する。ただし、区分番号J 038に掲げる人工腎臓の注8に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。</p> <p><b>J 039 血漿交換療法 (1日につき)</b> 4,200点</p> <p><u>注1</u> 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p><u>注2</u> <u>難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法については、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行われる場合に限り算定する。</u></p> <p><u>注3</u> <u>移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、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行われる場合に限り算定する。</u></p> <p><b>J 040 局所灌流 (1日につき)</b></p> <p>1 悪性腫瘍に対するもの 4,300点</p> <p>2 骨膜・骨髄炎に対するもの 1,700点</p> <p>注 局所灌流を夜間に開始し、午前0時以降</p>
--	--------------------------------------	--

	<p>に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p><b>J 041 吸着式血液浄化法（1日につき）</b> 2,000点</p> <p>注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p><b>J 041-2 血球成分除去療法（1日につき）</b> 2,000点</p> <p>注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p><b>J 042 腹膜灌流（1日につき）</b></p> <p>1 連続携行式腹膜灌流 330点</p> <p>注1 導入期の14日の間に限り、導入期加算として、1日につき500点を加算する。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注1の規定にかかわらず、乳幼児加算として、それぞれ1日につき1,100点又は550点を加算する。</p> <p>注3 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜灌かん流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回に限り、算定する。</p> <p>2 その他の腹膜灌流 1,100点</p>
<p><b>第2章 特掲診療料</b> <b>第11部 麻酔</b> <b>通則</b></p>	<p>1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻</p>

	<p>酔の所定点数にそれぞれ所定点数の 100 分の 200、100 分の 200、100 分の 50 又は 100 分の 20 に相当する点数を加算する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の 100 分の 80 又は 100 分の 40 若しくは 100 分の 80 に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数を加算した点数により算定する。</p> <p>4 同一の目的のために 2 以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。</p> <p>5 第 1 節に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>6 第 1 節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第 3 節の所定点数のみにより算定する。</p>
<p><b>第 1 節 麻酔科</b></p>	<p>L 000 迷う麻酔 31 点</p> <p>L 001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120 点</p> <p>L 001-2 静脈麻酔</p> <p>1 短時間のもの 120 点</p> <p>2 十分な体制で行われる長時間のもの（単</p>



<p><b>L 008-2 体温維持療法（1日につき）</b> 【名称の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p><b>L 009 麻酔管理料（I）</b></p>	<p><b>L 008-2 低体温療法（1日につき）</b> 12,200点</p> <p>注1 <b>低体温療法</b>を開始してから3日間を限度として算定する。</p> <p>注2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して<b>低体温療法</b>を開始した場合は、<b>低体温迅速導入加算</b>として、5,000点を所定点数に加算する。</p>	<p>純な場合）600点</p> <p>3 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）1,100点</p> <p>注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、幼児加算として、所定侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注11 区分番号K609に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p> <p><b>L 008-2 体温維持療法（1日につき）</b> 12,200点</p> <p>注1 <b>体温維持療法</b>を開始してから3日間を限度として算定する。</p> <p>注2 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して<b>体温維持療法</b>を開始した場合は、<b>体温維持迅速導入加算</b>として、5,000点を所定点数に加算する。</p> <p>L 008-3 経皮的体温調節療法（一連につき）5,000点</p> <p><b>L 009 麻酔管理料（I）</b></p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受け</p>
---	--	---

【注の追加】	(新設)	<p>た者に限る。)が行った場合に算定する。</p> <p>注2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術時麻酔加算として、700点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料(Ⅱ)を算定している場合は算定できない。</p> <p>注4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K169の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2の2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の1、K529-2の2、K552、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1のイからK560の1の八まで、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2のニ、K567の3、K579-2の2、K580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4から7まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注5 2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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75</u></p>
--------	------	--

<p>L 010 麻酔管理料 (Ⅱ)</p> <p>【注の追加】</p>	<p>注 (略)</p> <p>(新設)</p>	<p><u>点を所定点数に加算する。</u></p> <p>L 010 麻酔管理料(Ⅱ)</p> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150 点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式 全身麻酔を行った場合 450 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 に届け出た保険医療機関において行った場 合に算定する。</p> <p><u>注2</u> <u>2</u>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 入院している患者に対して、当該保険医療 機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関 連業務を実施している薬剤師等と連携し て、周術期に必要な薬学的管理を行った 場合は、<u>周術期薬剤管理加算として、75 点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>第2節 神経ブロック料</p>		<p>L 100 神経ブロック (局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)</p> <p>1 トータルスピナルブロック、三叉神経半月 神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹 腔神経叢ブロック、頸・胸骨硬膜外ブロック、 神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロッ ク、上下腹神経叢ブロック 1,500 点</p> <p>2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神 経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経 節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800 点</p> <p>3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神 経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロッ ク 570 点</p> <p>4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、 上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリ ヌス毒素を用いた場合 400 点</p> <p>5 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロッ ク、顔面神経ブロック 340 点</p> <p>6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、 舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブ</p>

	<p>         ロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不對神経節ブロック、前頭神経ブロック 170 点       </p> <p>         7 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、       </p>
--	---

## 令和4年度調剤報酬等改定項目③

○療担規則、薬担規則等

(令和4年4月1日施行予定)

項目	改正前	改正後
<p><b>保険医療機関及び保険医療費担当規則</b> (昭和32年4月30日厚生省令第15号)</p>	<p><b>(診療の具体的方針)</b> <b>第20条</b> 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。</p> <p>ト (略)</p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ (略) (新設)</p> <p><u>ロ</u> <u>前イ</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p> <p>四～七 (略)</p>	<p><b>(診療の具体的方針)</b> <b>第20条</b> 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならない。<u>この場合において</u>、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。</p> <p>ト (略)</p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p><u>ロ</u> <u>イの規定にかかわらず、リフィル処方箋(保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回(3回までに限る。)の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。)</u>の2回目以降の使用期間は、<u>直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後7日以内とする。</u></p> <p><u>ハ</u> <u>イ及びロ</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。<u>ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の1回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。</u></p> <p>四～七 (略)</p>

(歯科診療の具体的方針)	(歯科診療の具体的方針)
<p><b>第 21 条</b> 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第 12 条から第 19 条の 3 までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに 1 回 14 日分、30 日分又は 90 日分を限度とする。</p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ <u>前イ</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p> <p>四・五 (略)</p> <p>六 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) ブリッジ</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二) ブリッジは、<u>金位 14 カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位</u></p>	<p><b>第 21 条</b> 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第 12 条から第 19 条の 3 までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 投薬</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならない。<u>この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに 1 回 14 日分、30 日分又は 90 日分を限度とする。</u></p> <p>三 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の 2 回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後 7 日以内とする。</u></p> <p>ハ <u>イ及びロ</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。<u>ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の 1 回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。</u></p> <p>四・五 (略)</p> <p>六 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) ブリッジ</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二) ブリッジは、代用合金を使用する。</p>

	<p><a href="#">14 カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限って使用する。</a></p> <p>(3) (略)</p> <p>七～九 (略)</p> <p><b>(処方箋の交付)</b></p> <p><b>第 23 条</b> 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。</p> <p>(新設)</p> <p>2 (略)</p>	<p>(3) (略)</p> <p>七～九 (略)</p> <p><b>(処方箋の交付)</b></p> <p><b>第 23 条</b> 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。</p> <p><u>2 保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。</u></p> <p>3 (略)</p>
<p><b>保険医療機関及び保険医療費担当規則</b></p> <p>(昭和 32 年 4 月 30 日厚生省令第 15 号)</p>	<p><b>(一部負担金等の受領)</b></p> <p><b>第 5 条</b> (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 7 条第 2 項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が 200 未満であるものを除く。) <u>及び</u>同法第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院であるものは、法第 70 条第 3 項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。<u>(厚生労働大臣の定める場合を除く。)</u></p>	<p><b>(一部負担金等の受領)</b></p> <p><b>第 5 条</b> (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 7 条第 2 項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が 200 未満であるものを除く。) <u>同法第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院及び同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第 30 条の 18 の 4 第 1 項第二号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が 200 未満であるものを除く。)</u>であるものは、法第 70 条第 3 項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること(厚生労働大臣の定める場合を除く。)</p>



<p><b>指定訪問看護の事業の 人員及び運営に関する基 準</b></p> <p>(平成 12 年 3 月 31 日厚生省令第 80 号)</p>	<p>(新設)</p>	<p><b>(業務継続計画の策定等)</b></p> <p><b>第 2 条の 2</b> 指定訪問看護事業者は、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。</p> <p><b>2</b> 指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施しなければならない。</p> <p><b>3</b> 指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。</p>
<p><b>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</b></p> <p>(昭和 58 年 1 月 20 日厚生省告示第 14 号)</p>	<p><b>(診療の具体的方針)</b></p> <p><b>第 20 条</b> 医師である保険医の診療の具体的方針は、第 12 条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 投薬</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに 1 回 14 日分、30 日分又は 90 日分を限度とする。</p> <p>ト (略)</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ (略)</p> <p>ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>	<p><b>(診療の具体的方針)</b></p> <p><b>第 20 条</b> 医師である保険医の診療の具体的方針は、第 12 条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 投薬</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに 1 回 14 日分、30 日分又は 90 日分を限度とする。</p> <p>ト (略)</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p><b>ロ</b> イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（3 回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の 2 回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号</p>

	<p>五～八 (略)</p> <p><b>(歯科診療の具体的方針)</b></p> <p><b>第 21 条</b> 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第 12 条から第 19 条の 3 までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 投薬</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない<u>こととし</u>、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに 1 回 14 日分、30 日分又は 90 日分を限度とする。</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p><u>ロ</u> イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。</p>	<p><u>への必要期間が終了する日の前後 7 日以内とする。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>イからハまで</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。<u>ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の 1 回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。</u></p> <p>五～八 (略)</p> <p><b>(歯科診療の具体的方針)</b></p> <p><b>第 21 条</b> 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第 12 条から第 19 条の 3 までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p> <p>三 投薬</p> <p>イ～ホ (略)</p> <p>ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。<u>この場合において</u>、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに 1 回 14 日分、30 日分又は 90 日分を限度とする。</p> <p>四 処方箋の交付</p> <p>イ (略)</p> <p><u>ロ</u> <u>イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の 2 回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後 7 日以内とする。</u></p> <p>ハ <u>イ及びロ</u>によるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。<u>ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号へ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処</u></p>
--	--	---

	<p>五・六 (略)</p> <p>七 歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行ふ。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) ブリッジ</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二) ブリッジは、<u>金位 14 カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位 14 カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>八～九 (略)</p> <p><b>(処方箋の交付)</b></p> <p>第 23 条 保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。</p> <p>(新設)</p> <p><u>2</u> (略)</p>	<p><u>方箋の 1 回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号へ後段の規定は、適用しない。</u></p> <p>五・六 (略)</p> <p>七 歯冠修復及び欠損補綴 歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行ふ。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 欠損補綴</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) ブリッジ</p> <p>(一) (略)</p> <p>(二) ブリッジは、代用合金を使用する。</p> <p>(3) (略)</p> <p>八～九 (略)</p> <p><b>(処方箋の交付)</b></p> <p>第 23 条 保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。</p> <p><u>2 保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。</u></p> <p><u>3</u> (略)</p>
<p>高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準 (昭和 58 年 1 月 20 日厚生省告示第 14 号)</p>	<p><b>(一部負担金の受領等)</b></p> <p>第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 7 条第 2 項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が 200 未満であるものを除く。)及び同法第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第 70 条第 3 項に規</p>	<p><b>(一部負担金の受領等)</b></p> <p>第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 7 条第 2 項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第 4 条第 1 項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が 200 未満であるものを除く。) <u>同法第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院及び同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項に規定する</u></p>

	<p>定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。）</p> <p>4 (略)</p>	<p><a href="#">外来機能報告対象病院等（同法第 30 条の 18 の 4 第 1 項第二号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が 200 未満であるものを除く。）</a>であるものは、健康保険法第 70 条第 3 項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一 (略)</p> <p>二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること（厚生労働大臣の定める場合を除く。）。</p> <p>4 (略)</p>
--	--	---

<h2 style="margin: 0;">処方箋</h2> <p style="margin: 0;">（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）</p>															
公費負担者番号				保険者番号											
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (枝番)											
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称											
	生年月日		明大 昭平 令	年 月 日	男・女	電話番号					保険医氏名 <span style="float: right;">④</span>				
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号		点数表番号	医療機関コード								
交付年月日		令和 年 月 日			処方箋の使用期間		令和 年 月 日			特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。					
処方	変更不可		<input type="checkbox"/> 個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に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。												
			リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回)												
備考	保険医署名			<input type="checkbox"/> 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。											
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供														
調剤実施回数（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。） <input type="checkbox"/> 1回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 2回目調剤日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 3回目調剤日（ 年 月 日） 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		④										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省令（昭和51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。															

## 令和4年度調剤報酬等改定項目④

○特掲診療料の施設基準等

(令和4年4月1日施行)

項目	改正前	改正後
第15 調剤	<p>1 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)(略)</p> <p>(3)(略)</p> <p>(4) 調剤基本料3の口の施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超えるグループに属する保険薬局(2の2の(1)に該当するものを除く。)のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>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8割5分を超えること。</p> <p>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。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>1 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)(略)</p> <p>(3)(略)</p> <p>(4) 調剤基本料3の口の施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える<u>又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループ</u>に属する保険薬局(2の2の(1)に該当するものを除く。)のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>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8割5分を超えること。</p> <p>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。</p> <p><u>(5) 調剤基本料3のハの施設基準</u> <u>同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する保険薬局(2)、(4)のロ又は2の2の(1)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分以下であること。</u></p>
	<p>2 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準</p> <p>(1)~(3) (略)</p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2) 一の(1)から<u>(4)</u>までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険薬局以外の保険薬局であること。</p>	<p>2 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準</p> <p>(1)~(3) (略)</p> <p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2) 一の(1)から<u>(5)</u>までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届けた保険薬局以外の保険薬局であること。</p>



	<p>3 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1)(略)</p> <p>(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、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 34 条第 3 項に規定する卸売販売者をいう。以下同じ。）と当該保険薬局との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。</p> <p>(3)(略)</p>	<p>3 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1)(略)</p> <p>(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、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）<u>以下「医薬品医療機器等方」という。</u>）第 34 条第 5 項に規定する卸売販売者をいう。以下同じ。）と当該保険薬局との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。</p> <p>(3)(略)</p>
	<p>4 地域支援体制加算の施設基準 <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>(1)<u>次のいずれかにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ 調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</p> <p>ロ 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。</p> <p>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。</p> <p>(2)<u>次のいずれかにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u></p>	<p>4 地域支援体制加算の施設基準 <b>(削除)</b></p> <p>(1)<b>地域支援体制加算 1 の施設基準</b> <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ 調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</p> <p>ロ 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。</p> <p>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。</p> <p>(2) <b>地域支援体制加算 2 の施設基準</b> <u>次のいずれかにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p>イ <b>(1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</b></p>



	<p><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></p> <p><u>ハ 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></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><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></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(3) 地域支援体制加算 3 の施設基準</u> <u>次のいずれかにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>イ 調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u></p> <p><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></p> <p><u>ハ 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></p> <p><u>(4) 地域支援体制加算 4 の施設基準</u> <u>(2)の□並びに(3)のイ及び□に該当する保険薬局であること。</u></p>
	<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>4 の 2 連携強化加算の施設基準</u> <u>他の保険薬局等との連携により非常における対応につき必要な体制が整備されていること。</u></p>
	<p>5 後発医薬品調剤体制加算の施設基準</p> <p>(1)通則 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。</p> <p>(2)後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準 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 <u>7 割 5 分</u>以上であること。</p> <p>(3)後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準 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 <u>8 割</u>以上であること。</p> <p>(4)後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準 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</p>	<p>5 後発医薬品調剤体制加算の施設基準</p> <p>(1)通則 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。</p> <p>(2)後発医薬品調剤体制加算 1 の施設基準 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 <u>8 割</u>以上であること。</p> <p>(3)後発医薬品調剤体制加算 2 の施設基準 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 <u>8 割 5 分</u>以上であること。</p> <p>(4)後発医薬品調剤体制加算 3 の施設基準 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</p>

<p>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 <u>8 割 5 分</u>以上であること。</p>	<p>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 <u>9 割</u>以上であること。</p>
<p>5 の 2 調剤基本料の注 7 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(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 <u>4 割</u>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。</p> <p>(2)(略)</p>	<p>5 の 2 調剤基本料の注 7 に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(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 <u>5 割</u>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。</p> <p>(2)(略)</p>
<p>6 調剤料の注 2 に規定する無菌製剤処理加算の施設基準</p> <p>(1)(略)</p> <p>(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。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 36 年厚生省令第 1 号）<u>第 15 条の 9 第 1 項</u>のただし書の場合は、この限りでない。</p> <p>(3)(略)</p>	<p>6 調剤料の注 2 に規定する無菌製剤処理加算の施設基準</p> <p>(1)(略)</p> <p>(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。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 36 年厚生省令第 1 号）<u>第 11 条の 8 第 1 項</u>のただし書の場合は、この限りでない。</p> <p>(3)(略)</p>
<p>6 の 2 調剤料の注 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 <u>(深夜(午後 10 時から午前 6 時までの時間をいう。)を除く。)</u></p>	<p>6 の 2 調剤料の注 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 <u>(深夜を除く。)</u></p>
<p>8 調剤料の注 8 に規定する薬剤 (1)(2)(3)(略)</p>	<p>8 <u>薬剤調製料</u>の注 8 に規定する薬剤 (1)(2)(3)(略)</p>
<p>9 調剤料の注 8 に規定する患者 (1)(2)(3)(4)(略)</p>	<p>9 <u>薬剤調製料</u>の注 8 に規定する患者 (1)(2)(3)(4)(略)</p>
<p>9 の 2 <u>薬剤服用歴管理指導料</u>の注 3 に規定する保険薬局の施設基準 <u>(1)情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u> <u>(2)当該保険薬局において、1 月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報</u></p>	<p>9 の 2 <u>調剤管理料</u>の注 3 に規定する保険薬局の施設基準 <u>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></p>

<p><u>通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が1割以下であること。</u></p> <p><u>①区別番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料</u></p> <p><u>②区別番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</u></p>	
<p>9の3 <u>薬剤服用歴管理指導料</u>の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p><u>原則三月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したもの</u></p>	<p>9の3 <u>調剤管理料</u>の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p><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></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>9の4 <u>調剤管理料</u>の注5に規定する<u>電子的保健医療情報活用加算の施設基準</u></p> <p><u>(1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。</u></p> <p><u>(2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。</u></p> <p><u>(3)(2)の体制に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。</u></p>
<p>10 <u>薬剤服用歴管理指導料</u>の注6又はかかりつけ薬剤師指導料の注4に規定する医薬品</p> <p>別表第3の3に掲げる医薬品</p>	<p>10 <u>服薬管理指導料</u>の注5又はかかりつけ薬剤師指導料の注3に規定する医薬品</p> <p>別表第3の3に掲げる医薬品</p>
<p>10の3 <u>薬剤服用歴管理指導料</u>の注7に規定する厚生労働大臣が定める患者</p> <p>次のいずれにも該当する患者であること。</p> <p>(1)<u>医科点数表の第二章第六部注射通則第7号</u>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</p> <p>(2)(略)</p>	<p>10の3 <u>服薬管理指導料</u>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</p> <p>次のいずれにも該当する患者であること。</p> <p>(1)<u>医科点数表区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の注6</u>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</p> <p>(2)(略)</p>
<p>10の4 <u>薬剤服用歴管理指導料</u>の注10に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1)(2)(略)</p>	<p>10の4 <u>服薬管理指導料</u>の注10に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>次のいずれかに該当するものであること。</p> <p>(1)(2)(略)</p>
<p>10の5 <u>薬剤服用歴管理指導料</u>の注13に</p>	<p>10の5 <u>服薬管理指導料</u>の注13に規定す</p>

<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>10の6 服薬管理指導料の注14に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る患者の同意を得た保険薬剤師と連携した指導等を行うにつき十分な経験等を有する者であること。</u></p>
<p>11の2 <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する施設基準</u> <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行っている保険薬局であること。</u></p>	<p>11の2 <u>服用薬剤調製支援料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></p>
<p>11の3 <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>区分番号15の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの</u></p>	<p>11の3 <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注4、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注3及び在宅患者緊急時共同指導料の注3に規定する在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の施設基準</u> (1)麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。 (2)医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。</p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>11の4 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注7、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注6及び在宅患者緊急時等共同指導料の注6に規定する在宅中心静脈栄養法加算の施設基準</u> <u>医薬品医療機器等法第39条第1項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第39条の3第1項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>12の2 服薬情報等提供料の注5に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関</u> <u>当該保険薬局が2の2の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。</u></p>

## 調剤報酬点数表（令和4年4月1日施行）

## 第1節 調剤技術料

令和4年3月10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) 妥結率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	○	②～④以外、または 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局	42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 a) 月4,000回超 かつ 集中度70%超 b) 月2,000回超 かつ 集中度85%超 c) 月1,800回超 かつ 集中度95%超 d) 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保険医療機関は合算 ※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	26点
③ 調剤基本料 3	○	同一グループの保険薬局の処方箋受付回数（または店舗数）の合計および当該薬局の集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 a) 同一グループ 月40万回超（または 300店舗以上） b) 同一グループ 月4万回超～40万回以下 かつ 集中度85%超 c) 同一グループ 月3.5万回超～4万回以下 かつ 集中度95%超 d) 同一グループ 月3.5万回超（または 300店舗以上） かつ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引あり	【月40万回超 または 300店舗以上】 集中度85%超 または d) 16点 集中度85%以下 32点 【月3.5万回超～40万回以下】 21点
④ 特別調剤基本料	—	次のいずれかに該当する保険薬局 a) 保険医療機関と特別な関係（敷地内）かつ 集中度70%超 b) 調剤基本料に係る届出を行っていない ※地域支援体制加算・後発医薬品調剤体制加算は▲20%で算定	7点（減算適用時の最下限 3点）
分割調剤（長期保存の困難性等）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目以降）	5点
〃（後発医薬品の試用）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目のみ）	5点
地域支援体制加算 1		調剤基本料 1 の保険薬局（必須3 + 選択1）	39点
地域支援体制加算 2	○	調剤基本料 1 の保険薬局（地域支援体制加算 1 + 選択3以上）	47点
地域支援体制加算 3		調剤基本料 1 以外の保険薬局（麻薬小売業 + 必須2 + 選択1以上）	17点
地域支援体制加算 4		調剤基本料 1 以外の保険薬局（選択8以上）	39点
連携強化加算	○	地域支援体制加算の届出、災害・新興感染症発生時等の対応体制	2点
後発医薬品調剤体制加算 1		後発医薬品の調剤数量が80%以上	21点
後発医薬品調剤体制加算 2	○	後発医薬品の調剤数量が85%以上	28点
後発医薬品調剤体制加算 3		後発医薬品の調剤数量が90%以上	30点
後発医薬品減算	—	後発医薬品の調剤数量が50%以下、月600回以下の保険薬局を除く	▲5点
薬剤調製料			
内服薬		1剤につき、3剤分まで	24点
屯服薬			21点
浸煎薬		1調剤につき、3調剤分まで	190点
湯薬		1調剤につき、3調剤分まで	7日分以下 190点 8～27日分 120点 + 1日分につき10点 28日分以上 400点
注射薬			26点
外用薬		1調剤につき、3調剤分まで	10点
内服用滴剤		1調剤につき	10点
嚥下困難者用製剤加算		内服薬のみ	80点
無菌製剤処理加算	○	1日につき ※注射薬のみ	69点（6歳未満 137点） 79点（6歳未満 147点） 69点（6歳未満 137点）
麻薬等加算（麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬）		1調剤につき	麻薬 70点、麻薬以外 8点
自家製剤加算（内服薬）		1調剤につき 錠剤を分割した場合は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（各加算を含む） + 薬剤調製料 + 調剤管理料 + 無菌製剤処理加算 + 在宅患者調剤加算	基礎額の100%、140%、200%
夜間・休日等加算		処方箋受付1回につき	40点
在宅患者調剤加算	○	処方箋受付1回につき	15点

第2節 薬学管理料

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤管理料		処方箋受付1回につき、薬剤服用歴の記録・管理	
① 内服薬あり		内服薬 1剤につき、3剤分まで	7日分以下 4点 8～14日分 28点 15～28日分 50点 29日分以上 60点
② ①以外			4点
重複投薬・相互作用等防止加算		処方変更あり	残薬調整以外 40点、残薬調整 30点
調剤管理加算	-	複数医療機関から合計6種類以上の内服薬が処方されている患者	初来局時 3点 2回目以降（処方変更・追加あり） 3点
電子的保健医療情報活用加算	-	月1回まで、オンライン資格確認システムを導入、薬剤情報等を取得 ※薬剤情報等の取得が困難な場合は3月に1回まで（令6.3.31まで）	3点（薬剤情報等が取得困難 1点）
服薬管理指導料		処方箋受付1回につき、薬剤情報提供・服薬指導	
① 通常（②・③以外）		3か月以内の再調剤（手帳による情報提供あり）または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
② 特別養護老人ホーム入所者		オンラインによる場合も含む	45点
③ 情報通信機器を使用（オンライン）		3か月以内の再調剤（手帳による情報提供あり）または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算 1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	10点
特定薬剤管理指導加算 2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 かつ 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100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		3月に1回まで	30点
調剤後薬剤管理指導加算		月1回まで（地域支援体制加算に係る届出薬局に限る）	60点
服薬管理指導料（特例）	-	3か月以内の再調剤のうち手帳の活用実績が50%以下、加算は算定不可	13点
	-	処方箋受付1回につき、かかりつけ薬剤師との連携対応、かかりつけ薬剤師指導料等の算定患者	59点
かかりつけ薬剤師指導料	○	処方箋受付1回につき	76点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算 1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	10点
特定薬剤管理指導加算 2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 かつ 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100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
かかりつけ薬剤師包括管理料	○	処方箋受付1回につき	291点
外来服薬支援料 1		月1回まで	185点
外来服薬支援料 2		一包化支援、内服薬のみ	7日分につき 34点 (43日分以上 240点)
服用薬剤調整支援料 1		内服薬6種類以上→2種類以上減少、月1回まで	125点
服用薬剤調整支援料 2	-	内服薬6種類以上→処方医への重複投薬等の解消提案、3月に1回まで 重複投薬等の解消の実績あり または それ以外	実績あり 110点、それ以外 90点
服薬情報等提供料 1		保険医療機関からの求め、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（月1回まで）、患者・家族からの求め	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	○	月4回まで（④を含めて）、末期の悪性腫瘍の患者等は週2回かつ月8回まで	
① 単一建物患者 1人	}	保険薬剤師1人につき週40回まで（①～④合わせて）	650点
② 単一建物患者 2～9人			320点
③ 単一建物患者 10人以上			290点
④ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料			59点
麻薬管理指導加算			100点（オンライン 22点）
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者、オンライン不可	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児	100点（オンライン 12点）
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	450点（オンライン 350点）
在宅中心静脈栄養加算	○	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			
① 計画的な訪問薬剤指導に係る疾患の急変	}	合わせて月4回まで、主治医と連携する他の保険医の指示でも可	500点
② ①・③以外			200点
③ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料			59点
麻薬管理指導加算			100点（オンライン 22点）
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者、オンライン不可	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児	100点（オンライン 12点）
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	450点（オンライン 350点）
在宅中心静脈栄養加算	○	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
在宅患者緊急時等共同指導料		月2回まで、主治医と連携する他の保険医の指示でも可	700点
麻薬管理指導加算			100点
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者	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
在宅中心静脈栄養加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者	150点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導費の算定患者	残薬調整以外 40点、残薬調整 30点
経管投薬支援料		初回のみ	100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

### 第4節 特定保険医療材料料

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

### 介護報酬（令和3年4月1日施行）

項目	主な要件、算定上限	単位数
居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費	《薬局の薬剤師が行う場合》	
① 単一建物居住者 1人	月4回まで、末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回まで	517単位
② 単一建物居住者 2～9人		378単位
③ 単一建物居住者 10人以上（①および②以外）		341単位
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	月1回まで、各加算は算定不可	45単位
麻薬管理指導加算		100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%



## 令和4年度調剤報酬改定に係る経過措置

点数	該当部分	経過措置期限	備考
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（後発医薬品減算）	注8（後発医薬品減算 ▲5点） ➤ 後発医薬品の数量割合が5割以下	令和4年 9月30日	・後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定の施設基準については、現在の規定を適用する（減算は5点が適用される）。
地域支援体制加算1・2	地域支援体制加算の施設基準	令和5年 3月31日	<p>・令和4年3月末日時点で調剤基本料1を算定していた保険薬局であって、令和4年4月から調剤基本料3の八を算定することとなったものについては、調剤基本料1を算定している保険薬局とみなし、要件を満たせば地域支援体制加算1・2を算定可能（※調剤基本料については3の八を算定）。</p> <p>・令和4年3月末日時点で調剤基本料1を算定していた保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（調剤基本料1の場合）」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。</p>
地域支援体制加算3・4	調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、適用される実績要件	令和5年 3月31日	<p>・令和4年3月末日時点で調剤基本料1以外を算定していた保険薬局であって、従前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績（調剤基本料1以外の場合）」を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たしていることとする。</p>

※通知1：令和4年3月4日、保医発0304第1号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」

※通知2：令和4年3月4日、保医発0304第3号「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」