

3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1部 調剤報酬 第1節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 【注の見直し】	注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。 注3 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は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に4点を加算する。	注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。 注3 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（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。 イ 後発医薬品調剤体制加算 1 6点

01 調剤料

【項目の見直し】

- 1 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く（1剤につき））
 - イ 14日分以下の場合
 - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
 - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
 - ロ 15日分以上21日分以下の場合 68点
 - ハ 22日分以上の場合 77点

- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 13点
- ハ 後発医薬品調剤体制加算3 17点

- 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く（1剤につき））
 - イ 14日分以下の場合
 - (1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点
 - (2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点
 - ロ 15日分以上21日分以下の場合 71点
 - ハ 22日分以上30日分以下の場合 81点
 - ニ 31日分以上の場合 89点

【注の追加】

(追加)

- 注3 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。
 - イ 56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30点を加算して得た点数
 - ロ 57日分以上の場合 270点

【項目の見直し】	4 湯薬（1調剤につき） 190点	→	4 湯薬（1調剤につき） イ 7日分以下の場合 190点 ロ 8日分以上28日分以下の場合 （1） 7日目以下の部分 190点 （2） 8日目以上の部分（1日分につき） 10点 ハ 29日分以上の場合 400点
【項目の削除】	5 一包化薬 89点 注 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薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。	→	(削除)
第2節 薬学管理料			
10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）			
【注の見直し】	注1 患者（後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。）について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 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により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。	→	注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。 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

	<p>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必要な指導を行うこと。</p>		<p>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。</p>
<p>【注の追加】</p> <p>1 1 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき）</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注4 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、所定点数に4点を加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>
<p>1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点</p> <p>2 居住系施設入居者等である患者の場合 350点</p>	<p>→</p>	<p>1 同一建物居住者以外の場合 500点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 350点</p>

【注の見直し】

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等であ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、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

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、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、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、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。

18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）

【削除】

35点

注1 後期高齢者である患者について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。
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により患者に提供し、薬剤の服用に関し、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

（削除）

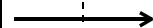
	<p>その家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</p> <p>2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。</p> <p>3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 処方に変更が行われた場合 20点</p> <p>ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点</p> <p>4 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>19 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>200点</p> <p>注 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者（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に限る。）に対</p>	<p>→ (削除)</p>

第2部 算定制限

【削除】

して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

前部の規定にかかわらず、区分番号19に掲げる後期高齢者終末期相談支援料は、別表第一第4章第2部に規定する日から算定できるものとする。



(削除)