事　務　連　絡

平成２４年２月２９日

都道府県薬剤師会

担当事務局　御中

日本薬剤師会

医薬・保険課

平成24年度調剤報酬改定等に係る資料の送付について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成24年度診療報酬（調剤報酬）改定に係る答申につきましては、平成24年2月10日付け日薬業発第475号にてお知らせしたところですが、調剤報酬点数表および医科点数表（薬剤師、処方せん関連）等について、別添のとおり資料（新旧対照表）を作成いたしました。

ご参考までにお送りいたしますので、貴会会務にご活用ください。

＜別添＞

平成24年度調剤報酬等改定項目

①調剤報酬点数表

②医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方せん関連を含む）

③保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等

平成24年度調剤報酬等改定項目①

○調剤報酬点数表　　（平成24年4月1日改正予定）

項　目	改正前	改正後
第1節　調剤技術料 区分00　調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 【注の見直し】 ※点数の見直し	注3　〈略〉 イ　後発医薬品調剤体制加算1　6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	注3　〈略〉 イ　後発医薬品調剤体制加算1　5点 ロ　後発医薬品調剤体制加算2　15点 ハ　後発医薬品調剤体制加算3　19点
【注の見直し】	注5　後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せん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、当該処方せん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（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料を除く。）は算定しない。	注5　後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せん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、当該処方せん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（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を除く。）は算定しない。
区分01　調剤料 【注の見直し】 ※自家製剤加算（特別の乳幼児用製剤）の廃止	注6　〈略〉 イ　内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。） (1)～(3)　〈略〉 ロ　内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。） (1)　錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤　120点 (2)　液剤　75点 ハ　外用薬 (1)～(3)　〈略〉	注6　〈略〉 イ　内服薬及び屯服薬 (1)～(3)　〈略〉 ロ　外用薬 (1)～(3)　〈略〉
【注の見直し】 ※計量混合調剤加算（特別の乳幼児用製剤）の廃止	注7　〈略〉 イ　特別の乳幼児用製剤を行った場合 (1)　液剤の場合　75点 (2)　散剤又は顆粒剤の場合　90点 (3)　軟・硬膏剤の場合　80点 ロ　イ以外の場合 (1)　液剤の場合　35点 (2)　散剤又は顆粒剤の場合　45点 (3)　軟・硬膏剤の場合　80点	注7　〈略〉 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

【注の削除】 ※後発医薬品調剤加算の廃止	注 8　後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1 剤に係る所定点数）に 1 調剤につき 2 点を加算する。	（削除）
【注の追加】 ※在宅患者調剤加算の新設	（追加）	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、処方せん受付 1 回につき 15 点を加算する。
第 2 節　薬学管理料 **区分 10　薬剤服用歴管理指導料**（処方せんの受付 1 回につき） 【点数の見直し】 ※点数の引き上げ	30 点	41 点
【注の見直し】 ※手帳による薬剤情報提供 ※残薬状況の確認 ※変更可能な後発医薬品情報の提供	注 1　〈略〉 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　〈略〉	注 1　〈略〉 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。 ロ　〈略〉 ハ　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。
【注の追加】 ※乳幼児服薬指導加算の新設	（追加）	注 5　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、所定点数に5点を加算する。
区分 11　薬剤情報提供料（処方せんの受付 1 回につき） 【項目の削除】 ※廃止（薬剤服用歴管理指導料へ統合）	15 点 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。 2　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。	（削除）
区分 14　後発医薬品情報提供料（処方せんの受付 1 回につき） 【項目の削除】 ※廃止	10 点 注 1　後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。 2　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。	（削除）
区分 15　在宅患者訪問薬剤管理指導料 区分 15 の 2　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 区分 15 の 3　在宅患者緊急時等共同指導料 【注の追加】 ※距離制限の設定	（それぞれの区分に追加）	注 3　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。
【項目の新設】 ※調剤情報提供料および服薬情報提供料の統廃合	（新設）	区分 15 の 5　服薬情報等提供料　15 点 注 1　処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。 2　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。

区分 16　調剤情報提供料 （処方せんの受付 1 回につき） 【項目の削除】 *※廃止（服薬情報等提供料へ統合）*	15 点 注 1　処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。 2　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。	（削除）
区分 17　服薬情報提供料 【項目の削除】 *※廃止（服薬情報等提供料へ統合）*	15 点 注 1　処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。 2　保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に 15 点を加算する。 3　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。	（削除）

平成24年度調剤報酬等改定項目②

○医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方せん関連を含む）　（平成24年4月1日改正予定）

項　目	改正前	改正後
第1章　基本診療料 第2部　入院料等 第1節　入院基本料 A102　結核病棟入院基本料（1日につき） 【点数の見直し】 ※入院中の服薬管理等（院内DOTS）の評価	1　7対1入院基本料　1,447点 2　10対1入院基本料　1,192点 3　13対1入院基本料　949点 4　15対1入院基本料　886点 5　18対1入院基本料　757点 6　20対1入院基本料　713点	1　7対1入院基本料　1,566点 2　10対1入院基本料　1,311点 3　13対1入院基本料　1,103点 4　15対1入院基本料　945点 5　18対1入院基本料　809点 6　20対1入院基本料　763点
第2節　入院基本料等加算 A226-2　緩和ケア診療加算（1日につき） 【注の追加】 ※医療資源の少ない地域に配慮した評価	（追加）	注2　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、200点を所定点数に加算することができる。
【項目の新設】 ※チーム医療の推進	（新設）	A230-4　精神科リエゾンチーム加算（週1回）　200点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要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、精神科リエゾン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、所定点数に加算する。

A233-2　栄養サポートチーム加算（週１回） 【注の見直し】 ※チーム医療の推進	注　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要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。）のうち、栄養サポート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、この場合において、区分番号Ｂ001 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ001 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ001-2-3 に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。	注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要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、栄養サポート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（療養病棟入院基本料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 30 日以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して 31 日以上 180 日以内の期間にあっては月１回に限る。）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ001 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ001 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ001-2-3 に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。
【注の追加】 ※医療資源の少ない地域に配慮した評価	（追加）	注２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、100 点を所定点数に加算することができる。
A234　医療安全対策加算（入院初日） 【注の削除】	注２　組織的な感染防止対策に係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入院している患者については、感染防止対策加算として、更に所定点数に 100 点を加算する。	（削除）

【項目の新設】 ※感染防止対策の評価	（新設）	A234-2　感染防止対策加算（入院初日） 1　感染防止対策加算１　400 点 2　感染防止対策加算２　100 点 注 1　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第 3 節の特定入院料又は第 4 節の短期滞在手術基本料のうち、感染防止対策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、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。 2　感染防止対策加算 1 を算定する保険医療機関であって、感染防止対策に関する医療機関の連携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ものに入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、更に所定点数に100 点を加算する。
A243　後発医薬品使用体制加算（入院初日） 【項目の見直し】 ※後発医薬品の使用促進 【注の見直し】	30 点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）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、入院初日に限り所定点数に加算する。	1　後発医薬品使用体制加算１　35 点 2　後発医薬品使用体制加算２　28 点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、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、当該施設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。
【新設】 ※チーム医療の推進	（新設）	A244 病棟薬剤業務実施加算（週 1 回） 100 点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬

		物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、病棟薬剤業務実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週 1 回に限り所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 4 週間を限度とする。
第2章　特掲診療料 第１部　医学管理等 B001 特定疾患治療管理料 【項目の新設】 ※チーム医療の推進		24　外来緩和ケア管理料　300 点 注 1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。 2　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 150 点を加算する。 3　区分番号B001 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。
【項目の新設】 ※チーム医療の推進		25 移植後患者指導管理料 1　臓器移植後の場合　300 点 2　造血幹細胞移植後の場合　300 点 注 1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月 1 回に限り算定する。 2　区分番号Ｂ000 に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

B008　薬剤管理指導料 【注の削除】 ※病棟薬剤業務実施加算の新設に伴う合理化（廃止）	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医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中１回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。	（削除）
第２部　在宅医療 C002　在宅時医学総合管理料（月１回） 【項目の見直し】 ※在宅医療の促進	1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点 ロ　処方せんを交付しない場合 4,500点 2　1以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点 ロ　処方せんを交付しない場合 2,500点	1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 5,000点 (2) 処方せんを交付しない場合 5,300点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,600点 (2) 処方せんを交付しない場合 4,900点 2　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 4,200点 ロ　処方せんを交付しない場合 4,500点 3　1及び2に掲げるもの以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 2,200点 ロ　処方せんを交付しない場合 2,500点
C002-2　特定施設入居時等医学総合管理料（月１回） 【項目の見直し】 ※在宅医療の促進	1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合	1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合

	イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000 点 ロ　処方せんを交付しない場合 3,300 点 2　1 以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500 点 ロ　処方せんを交付しない場合 1,800 点	(1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,600 点 (2) 処方せんを交付しない場合 3,900 点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,300 点 (2) 処方せんを交付しない場合 3,600 点 2　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1 に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 3,000 点 ロ 処方せんを交付しない場合 3,300 点 3　1 及び 2 に掲げるもの以外の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,500 点 ロ　処方せんを交付しない場合 1,800 点
C003　在宅末期医療総合診療料（月 1 回） 【名称の見直し】 【項目の見直し】 ※在宅緩和ケアの促進	在宅末期医療総合診療料（1 日につき） 1　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495 点 2　1 以外の場合 1,685 点	在宅がん医療総合診療料（1 日につき） 1　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合 イ　病床を有する場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,800 点 (2) 処方せんを交付しない場合 2,000 点 ロ　病床を有しない場合 (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,650 点 (2) 処方せんを交付しない場合 1,850 点 2　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1 に規定するものを除く。）の場合 イ　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 1,495 点 ロ　処方せんを交付しない場合 1,685 点

第5部　投薬 F200　薬剤料 【注の見直し】	注3　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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）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。	注3　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。
F400　処方せん料 【注の追加】 *※後発医薬品の使用促進*	（追加）	注6　薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。
第6部　注射 【通則の見直し】 *※外来化学療法の評価の充実*	6　（略） イ　外来化学療法加算1　550点 （15歳未満の患者に対して行った場合は、750点） ロ　外来化学療法加算2　420点 （15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）	6　（略） 1　外来化学療法加算1 イ　外来化学療法加算A (1) 15歳未満　780点 (2) 15歳以上　580点 ロ　外来化学療法加算B (1) 15歳未満　630点 (2) 15歳以上　430点 2　外来化学療法加算2 イ　外来化学療法加算A (1) 15歳未満　700点 (2) 15歳以上　450点 ロ　外来化学療法加算B (1) 15歳未満　600点 (2) 15歳以上　350点
第1節　注射料 第2款　無菌製剤処理料 G020　無菌製剤処理料 【項目の見直し】	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	1　無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患

	者) イ　閉鎖式接続器具を使用した場合 100 点 ロ　イ以外の場合　50 点 2　無菌製剤処理料 2（1 以外のもの） 40 点	者) イ　閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150 点 (2) (1)以外の場合　100 点 ロ　イ以外の場合　50 点 2　無菌製剤処理料 2（1 以外のもの） 40 点
第 8 部 精神科専門療法 I 013　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 【名称・項目の見直し】 ※地域における精神医療の評価 【注の追加】 ※地域における精神医療の評価	持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250 点 (追加)	抗精神病特定薬剤治療指導管理料 1　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料　250 点 2　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500 点 注 2　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、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

平成24年度調剤報酬等改定項目③

○療担規則、薬担規則等　（平成24年4月1日～平成26年4月1日改正予定）

項　目	改正前	改正後
保険医療機関及び保険医療養担当規則 ※ポイント付与禁止 *（平成24年10月1施行）*	（新設）	（経済上の利益の提供による誘引の禁止） 第2条の4の2　保険医療機関は、患者に対して、第5条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。
※処方せん様式の一部改正 *（平成24年4月1施行）*	（処方せんの交付） 第23条　保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第2号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。 2　〈略〉	様式第2号を一部改正 （「処方」欄、「備考」欄を一部改正）
保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 ※ポイント付与禁止 *（平成24年10月1施行）*	（新設）	（経済上の利益の提供による誘引の禁止） 第2条の3の2　保険薬局は、患者に対して、第4条の規定により受領する費用の額に応じて、当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。
※明細書の発行義務化 *（平成26年4月1施行）*	（領収証の交付） 第4条の2　〈略〉 2　厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。 3　前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。	（領収証の交付） 第4条の2　〈略〉 2　厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。 3　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。 *※ ただし、明細書を常に交付すること*

		が困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。
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 ※ポイント付与禁止 *（平成24年10月1施行）*	（新設）	（経済上の利益の提供による誘引の禁止） **第2条の4の2**　保険医療機関は、患者に対して、第5条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。 （経済上の利益の提供による誘引の禁止） **第25条の3の2**　保険薬局は、患者に対して、第4条の規定により受領する費用の額に応じて、当該保険薬局における商品の購入に係る対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、当該患者が自己の保険薬局において調剤を受けるように誘引してはならない。
※明細書の発行義務化 *（平成26年4月1施行）*	（領収証の交付） **第26条の5**　〈略〉 2　厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。 3　前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。	（領収証の交付） **第26条の5**　〈略〉 2　厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。 3　前項に規定する明細書の交付は、無償で行わなければならない。 *※ ただし、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。*