

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

2022年度診療報酬改定 「答申」から（調剤抜粋版）

作成：日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6178号 栗原盛一
 日医工株式会社（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345号 寺坂裕美
 日医工株式会社 地域連携推進部 塩野英一

参考資料：2022年2月9日 中医協総会資料「答申について（個別改定項目について）」
 2022年2月9日 中医協総会資料「答申書（別紙1-3（調剤報酬点数表）」）」

2022年2月9日に開催された中医協総会配布資料「答申書」等から、MPS資料として編集しています。

厚労省ホームページにて原本もご確認ください。

（2月17日更新）

- ・P47：点数記入
- ・P47-49：資料No.ページ数修正

資料No.20220217-1184(1)-2

本資料は、2022年2月9日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです
 が、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接
 または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます

点数名	現行（2020年度）点数表		改定案		ページ数
	要件、算定上限点数	点数	要件、算定上限点数	点数	
調剤基本料 1	2~4・特別以外、 または 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局	42点	2~4・特別以外、 または 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局	42点	p.10
調剤基本料 2	次のいずれかに該当する薬局 イ) 月4,000回超 かつ 集中度70%超 ロ) 月2,000回超 かつ 集中度85%超 ハ) 月1,800回超 かつ 集中度95%超 ニ) 特定の医療機関に係る処方箋が月4,000回超	26点	次のいずれかに該当する薬局 イ) 月4,000回超 かつ 集中度70%超 ロ) 月2,000回超 かつ 集中度85%超 ハ) 月1,800回超 かつ 集中度95%超 ニ) 特定の医療機関に係る処方箋が月4,000回超	26点	
調剤基本料 3	同一グループの薬局の処方箋受付回数の合計が 月3.5万回超かつ次のいずれかに該当する薬局 イ) ①3.5万回超4万回以下かつ集中度95%超 ②3.5万回超4万回以下かつ不動産賃貸借関係 ③4万回超40万回以下かつ集中度85%超 ④4万回超40万回以下かつ不動産賃貸借関係 ロ) ①40万回超かつ集中度85%超 ②40万回超かつ不動産賃貸借関係	21点 16点	同一グループの薬局の処方箋受付回数の合計が 月3.5万回超かつ次のいずれかに該当する薬局 イ) ①3.5万回超4万回以下かつ集中度95%超 ②3.5万回超4万回以下かつ不動産賃貸借関係 ③4万回超40万回以下かつ集中度85%超 ④4万回超40万回以下かつ不動産賃貸借関係 ロ) ①40万回超かつ集中度85%超 ②40万回超かつ不動産賃貸借関係 ③同一グループ薬局数300以上かつ集中度85%超 ④同一グループ薬局数300以上かつ不動産賃貸借関係 ハ) ①40万回超かつ集中度85%以下 ②同一グループ薬局数300以上かつ集中度85%以下 (調剤基本料2に該当する場合を除く)	21点 16点 32点	
特別調剤基本料	次のいずれかに該当する保険薬局 イ) 医療機関と特別な関係 かつ 集中度70%超 ロ) 調剤基本料に係る届出を行っていない	9点	次のいずれかに該当する保険薬局 イ) 医療機関と特別な関係 かつ 集中度70%超 ロ) 調剤基本料に係る届出を行っていない	7点	
2回目減算	異なる保険医療機関の複数処方箋の同時受付で 2枚目以降	▲20%	異なる保険医療機関の複数処方箋の同時受付で 2枚目以降	▲20% 下限3点	
妥結率・かかりつけ減算	妥結率50%以下など	▲50%	妥結率50%以下など	▲50% 下限3点	
地域支援体制加算		38点	地域支援体制加算 1 (調剤基本料1算定薬局) 地域支援体制加算 2 (調剤基本料1算定薬局) 地域支援体制加算 3 (調剤基本料1以外算定薬局) 地域支援体制加算 4 (調剤基本料1以外算定薬局)	39点 47点 17点 特別は▲20% 39点 特別は▲20%	
【新設】 連携強化加算	(新設)		災害時等に医薬品供給等の対応を行う体制の確保 等	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75%以上 2 後発医薬品の調剤数量が80%以上 3 後発医薬品の調剤数量が85%以上	15点 22点 28点	1 後発医薬品の調剤数量が80%以上 2 後発医薬品の調剤数量が85%以上 3 後発医薬品の調剤数量が90%以上 特別調剤基本料算定薬局の場合	21点 28点 30点 各加算の▲20%	
後発医薬品減算	後発医薬品の調剤数量が40%以下	▲2点	後発医薬品の調剤数量が50%以下	▲5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	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	1分割調剤につき（1処方箋の2回目のみ）	5点	
“（医師の指示によるもの）	全点数を分割回数で除して算出		全点数を分割回数で除して算出		

	点数名	現行（2020年度）点数表		改定案		ページ数
		要件、算定上限点数	点数	要件、算定上限点数	点数	
調 剤 料 ↓ 薬 剤 調 製 料	内服薬 7日分以下、8～14日分、 15～21日分、22～30日分 31日分以上		28点、55点 64点、77点 86点		24点	p.23
	屯服薬		21点		21点	
	浸煎薬	1調剤につき、3調剤分まで	190点	1調剤につき、3調剤分まで	190点	
	湯薬 7日分以下		190点		190点	
	8～28日分 (1～7日目の部分) (8～28日目の部分)		190点 10点/1日分		190点 10点/1日分	
	29日分以上		400点		400点	
	注射薬		26点		26点	
	外用薬	1調剤につき、3調剤分まで	10点	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	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	※内服薬のみ	80点	
	一包化加算 42日分以下		34点/7日分	(削除)	(削除)	
	43日分以上	※内服薬のみ	240点			
	無菌製剤処理加算					
	中心静脈栄養法用輸液	1日につき ※注射薬のみ	69点、137点	1日につき ※注射薬のみ	69点、137点	
	抗悪性腫瘍剤	6歳以上、6歳未満の乳幼児	79点、147点	6歳以上、6歳未満の乳幼児	79点、147点	
	麻薬		69点、137点		69点、137点	
	麻薬等加算	1調剤につき (麻薬、向精神薬) (覚醒剤原料、毒薬)	70点、8点 8点、8点	1調剤につき (麻薬、向精神薬) (覚醒剤原料、毒薬)	70点、8点 8点、8点	
	自家製剤加算（内服薬）					
	錠剤、丸剤、カ ^o セル剤、 散剤、顆粒剤、I ⁺ S剤	1調剤につき	20点/7日分	1調剤につき 錠剤分割時は予製剤の点数算定	20点/7日分	p.24
	液剤		45点		45点	
	自家製剤加算（屯服薬）					
	錠剤、丸剤、カ ^o セル剤、 散剤、顆粒剤、I ⁺ S剤	1調剤につき	90点	1調剤につき 錠剤分割時は予製剤の点数算定	90点	
	液剤		45点		45点	
自家製剤加算（外用薬）						
錠剤、ト ^o 子剤、軟・硬膏剤、 パ ^o フ ^o 剤、リ ^o メント剤、坐剤	1調剤につき	90点	1調剤につき	90点		
点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤		75点		75点		
液剤		45点		45点		
自家製剤加算（予製剤）		各点数の 20%	錠剤分割時の場合が追加	各点数の 20%	p.24	
計量混合調剤加算 液剤		35点		35点		
散剤、顆粒剤	1調剤につき ※内服薬・屯服薬・外用薬	45点	1調剤につき ※内服薬・屯服薬・外用薬	45点		
軟・硬膏剤		80点		80点		

	点数名	現行（2020年度）点数表		改定案		ページ数
		要件、算定上限点数	点数	要件、算定上限点数	点数	
薬劑調製料	時間外加算等 (時間外) (休日) (深夜)	基礎額 = 調劑基本料 (各加算を含む) + 調劑料 + 無菌製劑処理加算 + 在宅患者調劑加算	基礎額の100% 140% 200%	基礎額 = 調劑基本料 (各加算を含む) + 薬劑調整料 + 無菌製劑処理加算 + 在宅患者調劑加算	基礎額の100% 140% 200%	p.27
	夜間・休日等	処方箋受付1回につき	40点	処方箋受付1回につき	40点	
	在宅患者調劑加算	処方箋受付1回につき	15点	処方箋受付1回につき	15点	
薬学管理料	薬劑服用歴管理指導料 ⇒ 服薬管理指導料	処方箋受付1回につき		処方箋受付1回につき		p.28 p.29
	① 3カ月以内に再来局	かつ 手帳による情報提供	43点	① 3カ月以内に再来局 (かつ 手帳による情報提供)	45点	
	② ①、③、④以外		57点	② ①、③、④以外	59点	p.34 p.35
	③ 特別養護老人ホーム入所者		43点	③ 特別養護老人ホーム入所者	45点	
	④ 情報通信機器を使用		43点	④イ 原則3月以内に再度処方箋提出患者 ④ロ イの患者以外の患者に対して行った場合	45点 59点	
	【新設】 服薬管理指導料の特例	(新設)	(新設)	かかりつけ薬劑師指導料等算定患者に別の薬劑師が対応	59点	p.30
	薬劑服用歴管理指導料 (注13特例) ⇒ 服薬管理指導料 (注13特例)	手帳活用実績が50%以下	13点	手帳活用実績が50%以下	13点	p.29
	麻薬管理指導加算		22点		22点	
	重複投薬・相互作用等防止加算	残薬調整以外、残薬調整	40点、30点	(削除)	(削除)	
	特定薬劑管理指導加算 1	特に安全管理が必要な医薬品	10点	特に安全管理が必要な医薬品	10点	
	特定薬劑管理指導加算 2	悪性腫瘍の治療に係る調劑、月1回まで	100点	悪性腫瘍の治療に係る調劑、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	6歳未満の乳幼児	12点	
	吸入薬指導加算	3月に1回まで	30点	3月に1回まで	30点	
	調劑後薬劑管理指導加算	・月1回まで ・地域支援体制加算届出薬局	30点	・月1回まで ・地域支援体制加算届出薬局	60点	p.33
	【新設】 小児特定加算	(新設)	(新設)	医療的ケア児	350点	p.31
【新設】 調劑管理料	(新設)	(新設)	1. 内服薬 浸煎薬及び湯薬を除く 7日分以下、8～14日分 15日～28日分、29日分以上 2. 1以外の場合	4点、28点 50点、60点 4点	p.36 p.37	
【新設】 調劑管理加算	(新設)	(新設)	複数医療機関から6種類以上処方患者 イ 初回 ロ 2回目以降で処方変更時又は処方追加	3点 3点		
【新設】 電子的保健医療情報活用加算	(新設)	(新設)	オンライン資格確認システムの活用体制、掲示	3点 (特例1点)	p.38	
【新設】 重複投薬・相互作用等防止加算	(新設)	(新設)	イ 残薬調整に係るもの以外 ロ 残薬調整に係るものの場合	40点 30点	p.39	

点数名	現行（2020年度）点数表		改定案		ページ数
	要件、算定上限点数	点数	要件、算定上限点数	点数	
かかりつけ薬剤師指導料	処方箋受付1回につき	76点	処方箋受付1回につき	76点	
【新設】 小児特定加算	(新設)	(新設)	医療的ケア児	350点	p.31
麻薬管理指導加算		22点		22点	
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬調整以外、残薬調整	40点、30点	(削除)	(削除)	p.40
乳幼児服薬指導加算	6歳未満の乳幼児	12点	6歳未満の乳幼児	12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	処方箋受付1回につき	291点	
外来服薬支援料	月1回まで	185点	外来服薬支援料1（月1回まで） 外来服薬支援料2 イ 42日分以下の場合 ロ 43日以上の場合	185点 34点/7日分 240点	p.25
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	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	複数医療機関から内服薬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	100点	複数医療機関から内服薬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） イ 取り組み実績のある薬局 ロ イ以外の場合	110点 90点	p.41
服薬情報等提供料1	医療機関からの求め、月1回まで	30点	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	薬剤師が必要ありと判断（医療機関へは月1回まで）、 患者・家族からの求め	20点	p.42
【新設】 服薬情報等提供料3	(新設)	(新設)	入院前の持参薬の管理、医療機関からの求め、患者の同意 (3月に月1回限り)	50点	
在宅患者訪問薬剤管理指導料	・月4回まで (末期がんの患者等は週2回かつ月8回)	650点	・オンラインと合わせて月4回まで (末期がんの患者等は週2回かつ月8回)	650点	
① 単一建物患者 1人	・薬剤師1人につき週40回まで	320点	・薬剤師1人につき オンラインと合わせて週40回まで	320点	
② 単一建物患者 2～9人	・うちオンライン週10回までを含む	290点		290点	
③ 単一建物患者 10人以上					
在宅患者オンライン服薬指導料 ⇒在宅患者オンライン薬剤管理指導料	・在宅訪問月1回の患者 ・月1回まで ・薬剤師1人につき週10回まで (訪問と合わせて週40回)	57点	・訪問と合わせて月4回まで (末期がんの患者等の場合は週2回かつ月8回) ・薬剤師1人につき①～③と合わせて週40回まで	59点	p.48
麻薬管理指導加算		100点		100点 (オンライン) 22点	p.49
乳幼児加算	6歳未満の乳幼児	100点	6歳未満の乳幼児	100点 (オンライン) 12点	p.49
【新設】 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	(新設)	(新設)	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者	250点	p.44
【新設】 在宅中心静脈栄養法加算	(新設)	(新設)	在宅中心静脈栄養法を行っている患者	150点	p.45
【新設】 小児特定加算	(新設)	(新設)	医療的ケア児	450点 (オンライン) 350点	p.46

	点数名	現行（2020年度）点数表		改定案		ページ数	
		要件、算定上限点数	点数	要件、算定上限点数	点数		
薬学管理料	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅主治医の求め		在宅主治医と連携する他医療機関の医師の求めも可		p.43	
	① 計画に係る疾患の急変	①②合わせて月4回に限り	500点	①②合わせて月4回に限り	500点		
	② ①以外		200点		200点		
	【新設】 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	(新設)		情報通信機器を用いた場合	59点		
	麻薬管理指導加算		100点		100点 (オンライン) 22点	p.49	
	乳幼児加算	6歳未満の乳幼児	100点	6歳未満の乳幼児	100点 (オンライン) 12点	p.49	
	【新設】 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	(新設)	(新設)	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者	250点	p.44	
	【新設】 在宅中心静脈栄養法加算	(新設)	(新設)	在宅中心静脈栄養法を行っている患者	150点	p.45	
	【新設】 小児特定加算	(新設)	(新設)	医療的ケア児	450点 (オンライン) 350点	p.46	
	在宅患者緊急時等共同指導料	月2回まで	700点	・月2回まで ・ビデオ通話の条件撤廃 ・在宅主治医と連携する他医療機関の医師の求めも可	700点	p.43,P51	
	麻薬管理指導加算		100点		100点 (オンライン) 22点	p.49	
	乳幼児加算	6歳未満の乳幼児	100点	6歳未満の乳幼児	100点 (オンライン) 12点	p.49	
	【新設】 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	(新設)	(新設)	医療用麻薬持続注射療法を行っている患者	250点	p.44	
	【新設】 在宅中心静脈栄養法加算	(新設)	(新設)	在宅中心静脈栄養法を行っている患者	150点	p.45	
	【新設】 小児特定加算	(新設)	(新設)	医療的ケア児	450点 (オンライン) 350点	p.46	
	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	残薬調整以外、残薬調整	40点、30点	残薬調整以外、残薬調整	40点、30点	p.52	
	経管投薬支援料	初回のみ	100点	初回のみ	100点		
	退院時共同指導料	入院中1回まで (末期がんの患者等の場合は入院中2回)	600点	・入院中1回まで (末期がんの患者等の場合は入院中2回) ・入院中の保険医療機関の対象職種の追加 ・ビデオ通話の条件撤廃	600点	p.50 p.51	
	医科	処方箋様式の見直し（リフィル処方箋） 処方箋料			処方箋様式の見直し（リフィル処方箋）		p.53 p.55
		湿布薬の処方制限			湿布薬の処方制限		p.56

2020年度改定時の資料

1月14日 「これまでの議論の整理」
 どのような項目を、どのように見直すか

1月26日 「短冊」
（「個別改定項目」）
 新設や変更となる点数項目と要件の提示
 例）・（新）△△指導加算 ●点
 ・施設基準 の新設や変更 等

2月9日 「答申」
 「短冊」に点数が入ったもの

本資料

3月初旬 「告示」「通知」
 個別改定項目の詳細な施設基準や算定基準
 厚労省が動画解説を公開

3月下旬～随時 「疑義解釈」
 告示・通知で示された基準のうち
 判断に迷う項目について随時個別に見解

短冊

現行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】	【薬剤服用歴管理指導料】
1 原則6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 41点	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 ●点
2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点	2 1の患者以外の患者に対して行った場合 ●点

答申

現行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】	【薬剤服用歴管理指導料】
1 原則6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 41点	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
2 1の患者以外の患者に対して行った場合 53点	2 1の患者以外の患者に対して行った場合 57点

告示

10 薬剤服用歴管理指導料	
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
2 1の患者以外の患者に対して行った場合	57点
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
4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	43点
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。	
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	

疑義解釈

【薬剤服用歴管理指導料】
問7 患者が日常的に利用する保険薬局の名称等の手帳への記載について、患者又はその家族等が記載する必要があるか。 (答) 原則として、患者本人又はその家族等が記載すること。
問8 手帳における患者が日常的に利用する保険薬局の名称等を記載する欄について、当該記載欄をシールの貼付により取り繕うことは認められるか。 (答) 認められる。

2022年度 改定率	国費ベース (財務省) [金額は概数]		備考
薬価 改定率	▲1.35%	▲1,553億円	国費ベース：▲1.35% 実勢価改定分：▲1.44%(▲1600億円) 不妊治療保険適用：+0.09%(+45億円) 薬価ベースは明示されていない
材料価 改定率	▲0.02%	▲17億円	
合計	▲1.37%	▲1,570億円	
通常分	+0.23%		医科：歯科：調剤 1：1.1：0.3 (0.26%：0.29%：0.08%) (+約220億円：+約20億円：+約20億円)
特例分	+0.20%		看護師の処遇改善のための特例的な対応
	▲0.10%		リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化
	+0.20%		不妊治療の保険適用のための特例的な対応
	▲0.10%		小児の感染防止対策に係る加算措置の期限到来
診療報酬改定率 合計	+0.43%	+300億円	
全体改定率	▲0.94%	▲1,270億円 (300-1,570)	

社会保障関係費の自然増“6600億円”を“2200億円”圧縮し、“4400億円”までに抑えることを目指す。

この改定（全体）の他に、一定以上の所得のある後期高齢者の医療費窓口負担を1割から2割（2022年10月から）に、雇用保険の失業等給付保険料率を0.2%から0.6%へ引上げ等も行われる。

本資料は、2022年2月9日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

2022年度改定の基本的視点と具体的な方向性 (調剤関連項目のみ抜粋)

●視点①【重点課題】

新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築

- 継続的な対応が見込まれるCOVID-19感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 地域包括ケアシステムの推進のための取組

●視点②【重点課題】

安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進

- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

●視点③

患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や革新的医薬品を含めた医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- 重点的な対応が求められる分野について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

●視点④

効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

調剤基本料

損益率の状況等を踏まえた見直し

現 行	改 定 案
<p>【調剤基本料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 調剤基本料 3</p> <p>イ <u>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</u> 21点</p> <p>ロ <u>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</u> 16点 (新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準 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一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局（二の二の(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。 イ・ロ (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・同一グループ受付回数40万回超又は300店舗以上の場合、特別調剤基本料⇒調剤基本料3(ロ)⇒調剤基本料2⇒調剤基本料3(ハ)の順に該当性を判断します</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・(2) = 調剤基本料2、(4)のロ = 調剤基本料3(ロ)、二の二(1) = 特別調剤基本料</p> </div>	<p>【調剤基本料】</p> <p>1・2 (略)</p> <p>3 調剤基本料 3</p> <p>イ 21点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・調剤基本料1、2、3 (イ)、3 (ロ) の点数は継続されます</p> </div> <p>ロ 16点</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">ハ 32点</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・調剤基本料の中では基本料1に次ぐ点数ですが、現行の基本料1算定薬局が3 (ハ) に該当すると処方箋1枚当たり10点マイナスとなります</p> </div> <p>[施設基準]</p> <p>(4) 調剤基本料3のロの施設基準 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一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（二の二の(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。 イ・ロ (略)</p> <p>(5) 調剤基本料3のハの施設基準 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一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局（(2)、(4)のロ又は二の二の(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八割五分以下であること。</p>

調剤00注2

特別調剤基本料・調剤基本料減算

損益率の状況等を踏まえた見直し

現 行	改 定 案
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 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9点を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを選び、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注7」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 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7点を算定する。</p> <p><調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを選び、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（連携強化加算）、「注7」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注8」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。</p>

・特別調剤基本料の引き下げに伴い、50%減算等の対象となった場合の下限が設定されました

・特別調剤基本料に該当する薬局に対し、基本料だけでなくその他の項目（地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算、服薬情報等提供料）でも減算規定等が追加されています

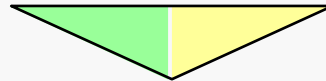
地域支援体制加算

地域医療に貢献する薬局の評価

現行	改定案								
<p>【地域支援体制加算】 [算定要件] 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</u>として、所定点数に<u>38点</u>を加算する。</p>	<p>【地域支援体制加算】 [算定要件] 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</u> <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)</u>を所定点数に加算する。</p>								
<p>・「注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局」 = 特別調剤基本料算定薬局 は20%減算の点数で算定します</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Ⅰ 地域支援体制加算 1</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">39点</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ⅱ 地域支援体制加算 2</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">47点</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ⅲ 地域支援体制加算 3</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">17点</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ⅳ 地域支援体制加算 4</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">39点</td> </tr> </table>	Ⅰ 地域支援体制加算 1	39点	Ⅱ 地域支援体制加算 2	47点	Ⅲ 地域支援体制加算 3	17点	Ⅳ 地域支援体制加算 4	39点
Ⅰ 地域支援体制加算 1	39点								
Ⅱ 地域支援体制加算 2	47点								
Ⅲ 地域支援体制加算 3	17点								
Ⅳ 地域支援体制加算 4	39点								

・調剤基本料区分と実績により6段階評価（点数は5パターン）となります

- ・調剤基本料1算定薬局 ⇒ 地域支援体制加算1 39点
- ⇒ 地域支援体制加算2 47点
- ・調剤基本料2、3算定薬局 ⇒ 地域支援体制加算3 17点
- ⇒ 地域支援体制加算4 39点
- ・特別調剤基本料算定薬局 ⇒ 地域支援体制加算3（減算） 14点 （17点×0.8=13.6 小数点以下第一位を四捨五入）
- ⇒ 地域支援体制加算4（減算） 31点 （30点×0.8=31.2 小数点以下第一位を四捨五入）



地域支援体制加算

地域医療に貢献する薬局の評価

現行	改定案
<p>[施設基準]</p> <p>四 地域支援体制加算の施設基準 次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。 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。 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>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 ロ 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。 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。 	<p>[施設基準]</p> <p>四 地域支援体制加算の施設基準</p> <p>(1) 地域支援体制加算 1 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。 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。 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>(2) 地域支援体制加算 2 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> イ (1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。 ロ 地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。 <p>(3) 地域支援体制加算 3 の施設基準 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 ロ 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。 ハ (1)のハに該当する保険薬局であること。 <p>(4) 地域支援体制加算 4 の施設基準 (2)のロ並びに(3)のイ及びロに該当する保険薬局であること。</p>



地域支援体制加算 1 (施設基準)

地域医療に貢献する薬局の評価

現行	改定案
<p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 地域支援体制加算に関する施設基準</p> <p>(1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。</p> <p>ア 調剤基本料 1 を算定する保険薬局</p> <p>(1) 以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。</p> <p>① (略)</p> <p>② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。(中略)</p> <p>③ (略)</p> <p>④ 服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。</p> <p>⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで1回以上出席していること。</p>	<p>第92 地域支援体制加算</p> <p>1 地域支援体制加算 1 に関する施設基準</p> <p>(1) 調剤基本料 1 を算定している保険薬局において、以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。</p> <div data-bbox="1253 496 1984 586" style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・地域連携薬局と同じ回数基準となりました (現在届出ている薬局には、在宅実績の経過措置あり)</p> </div> <p>① (略)</p> <p>② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を除く。第92において同じ。)、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。(中略)</p> <p>③ (略)</p> <p>④ 服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで12回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。</p> <p>⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に保険薬局当たりで1回以上出席していること。</p>

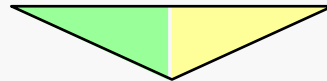
・④⑤短冊では「●●回」となっていますが、変更はありませんでした

調剤00注5

地域支援体制加算 1 (施設基準)

地域医療に貢献する薬局の評価

現行	改定案
<p>(0) ④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>薬剤服用歴管理指導料</u>及び かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算 2 ・ <u>薬剤服用歴管理指導料</u>の調剤後薬剤管理指導加算 (略) <p>イ <u>調剤基本料 1 以外を算定する保険薬局</u> (略)</p> <p>(2)~(24) (略)</p>	<p>(2) (1)の④の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 服薬管理指導料及び かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算 2 ・ 服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算 (略) <p>(削除)</p> <p>(3)~(25) (略)</p>



・現時点では実績要件以外の変更は示されていませんが、告示・通知発出後改めての確認が必要です

地域支援体制加算2 (施設基準)

地域医療に貢献する薬局の評価

改定案

2 地域支援体制加算2に関する施設基準

(1) 調剤基本料1を算定している保険薬局において、地域医療への貢献に係る相当の実績として、

1の(1)及び(3)から(25)までの基準を満たした上で、以下の①から⑨までの9つの要件のうち**3以上**を満たすこと。

この場合において、⑨の「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議」への出席は、当該保険薬局当たりの直近1年間の実績とし、

それ以外については当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数**1万回**当たりの実績とする。

なお、直近1年間の処方箋受付回数が**1万回未満**の場合は、処方箋受付回数**1万回**とみなす。

- ① 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が**400回**以上であること。
- ② 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が**10回**以上であること。
- ③ 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定回数の合計が**40回**以上であること。
- ④ かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数の合計が**40回**以上であること。
- ⑤ 外来服薬支援料1の算定回数が**12回**以上であること。
- ⑥ 服用薬剤調整支援料1及び2の算定回数の合計が**1回**以上であること。
- ⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費について単一建物診療患者が1人の場合の算定回数の合計が計**24回**以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。（中略）
- ⑧ 服薬情報等提供料の算定回数が**60回**以上であること。
 なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。
- ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に**5回**以上出席していること。

・現行の調剤基本料1以外の実績要件を踏襲しています
 ・実績は薬剤師1人当たりから処方箋受付回数当たりに変更されています

地域支援体制加算 2～4 (施設基準) 地域医療に貢献する薬局の評価

改定案

- (2) (1)の⑧の「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」については、1の(2)に準じて取り扱う。
- (3) かかりつけ薬剤師包括管理料を算定する患者については、
 - (1)の⑧の服薬情報等提供料のほか、(1)の②の薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数、(1)の③の重複投薬・相互作用防止等加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、(1)の⑤の外来服薬支援料1並びに(1)の⑥の服用薬剤調整支援料に相当する業務を実施した場合には、当該業務の実施回数を算定回数に含めることができる。
 - この場合において、薬剤服用歴の記録に詳細を記載するなどして、当該業務を実施したことが遡及して確認できるものでなければならないこと。
- (4) (1)の「当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数」は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。(1)の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、直近1年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて**1万**で除して得た回数以上であるか否かで判定する。

・加算3はかかりつけ実績と在宅実績、麻薬の免許が必須です

3 地域支援体制加算 3 に関する施設基準

- (1) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、1の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る十分な実績として、2の(1)の①から⑨までの9つの要件のうち、④及び⑦を含む**3**項目以上を満たすこと。
- なお、直近1年間の処方箋受付回数が**1万回**未満の場合は、処方箋受付回数**1万回**とみなす。
- (2) 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取得し、必要な指導を行うことができること。

4 地域支援体制加算 4 に関する施設基準

- (1) 調剤基本料1以外を算定している保険薬局において、1の(3)から(25)までの基準を満たした上で、地域医療への貢献に係る相当の実績として、2の(1)の①から⑨までの9つの要件のうち**8**項目以上を満たすこと。
- なお、直近1年間の処方箋受付回数が**1万回**未満の場合は、処方箋受付回数**1万回**とみなす。



地域支援体制加算（経過措置）

地域医療に貢献する薬局の評価

現 行	改定案
<p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>1の(1)のアに規定する調剤基本料1を算定する保険薬局の要件については、令和3年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</u></p> <p>(新設)</p>	<p>5 届出に関する事項</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 令和4年3月31日時点で地域支援体制加算の施設基準に係る届出を行っている保険薬局については、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしていると届出を行っている保険薬局については、令和5年3月31日までの間に限り、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の基準を満たしているものとする。</p> <p>(3) 令和4年3月31日時点で現に調剤基本料1を算定している保険薬局であって、同日後に調剤基本料3の八を算定することとなったものについては、令和5年3月31日までの間に限り、調剤基本料1を算定しているものとみなす。</p>

- ・(2)現在届出ている薬局に対して、在宅実績については1年間の経過措置が設けられています
- ・(3)現在調剤基本料1算定薬局でグループ店舗数の影響等により調剤基本料3の八となる薬局には1年間の経過措置が設けられ、基準を満たしていれば加算1又は2を算定することができます

連携強化加算（調剤基本料）

地域医療に貢献する薬局の評価

改定案

（新）連携強化加算（調剤基本料） **2点**

[算定要件]

注5（地域支援体制加算）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。

[施設基準]

- (1) 他の保険薬局等との連携により非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。
- (2) (1) の連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。
 - ア 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行う体制を確保すること。
 - イ 都道府県等の行政機関、地域の医療機関若しくは薬局又は関係団体等と適切に連携するため、災害や新興感染症の発生時等における対応に係る地域の協議会又は研修等に積極的に参加するよう努めること。
 - ウ 災害や新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて、ホームページ等で広く周知していること。
- (3) 災害や新興感染症の発生時等に、都道府県等から医薬品の供給等について協力の要請があった場合には、地域の関係機関と連携し、必要な対応を行うこと。

・災害や新興感染症の発生時等の対応については手順書への記載が求められる可能性も考えられます
 ・文字通りの“連携”が重要な新設評価です

調剤00注7

後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）

現行	改定案
イ 後発医薬品調剤体制加算 1 <u>15点</u>	イ 後発医薬品調剤体制加算 1 21点
ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 <u>22点</u>	ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 28点
ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 <u>28点</u>	ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 30点
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。	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（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。
<p>・75%以上80%未満は-15点、80%以上85%未満は-1点、85%以上90%未満は±0点、90%以上は+2点</p>	<p>・特別調剤基本料算定薬局への減算規定が追加されました</p>
[施設基準]	[施設基準]
(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>七割五分</u> 以上であること。	(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 八割 以上であること。
(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>八割</u> 以上であること。	(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 八割五分 以上であること。
(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>八割五分</u> 以上であること。	(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 九割 以上であること。

本資料は、2022年2月9日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

調剤00注8

後発医薬品減算（調剤基本料）

現行	改定案
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注7 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2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>[施設基準] 五の二 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。 (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四割以下であること。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>【調剤基本料】 [算定要件] 注8 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から5点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>[施設基準] 五の二 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。 (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五割以下であること。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>

・該当する基準が厳しくなり、減算点数も大きくなりました（-3点）

[経過措置]

ー 第十五の五の二の(1)に係る規定は、**令和四年九月三十日**までの間に限り、なお従前の例による。

・前回改定時と同様に半年間の経過措置が設けられました

バイオ後続品導入初期加算

現行	改定案
<p>【第6部 注射】 通則 (新設)</p>	<p>【第6部 注射】 通則</p> <p>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。</p> <p>※ 外来腫瘍化学療法診療料（新設）についても同様の加算を設ける。</p>

- ・医療機関では外来患者に対するバイオ後続品導入の加算が設定されました
- ・薬局への影響がどれぐらいになるかは予想が難しいですが、バイオ後続品の処方が増える可能性も考えられます

薬剤調製料

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

現 行	改定案
<p>【調剤料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 7日分以下の場合 28点</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 8日分以上14日分以下の場合 55点</p> <p style="margin-left: 20px;">ハ 15日分以上21日分以下の場合 64点</p> <p style="margin-left: 20px;">ニ 22日分以上30日分以下の場合 77点</p> <p style="margin-left: 20px;">ホ 31日分以上の場合 86点</p> <p>2～6 （略）</p>	<p>【薬剤調製料】</p> <p>1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） 24点</p> <p>2～6 （略）</p>

・内服薬調剤における対物業務としては処方日数に関わらず1本化されました（ただし、薬学管理料では処方日数に応じた評価が設けられています）

自家製剤加算 (薬剤調製料)

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

現行	改定案
<p>【調剤料】 [算定要件] 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)に掲げる場合にあつては、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>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>□ (略)</p> <p>(11) 自家製剤加算</p> <p>オ 割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に掲載されている場合は算定できない。</p> <p>カ・キ (略) (新設)</p>	<p>【薬剤調製料】 [算定要件] 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)に掲げる場合にあつては、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>□ (略)</p> <p>(11) 自家製剤加算 (削除)</p> <p>オ・カ (略)</p> <p>キ「錠剤を分割する」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に掲載されている場合は算定できない。</p>
<p>・点数の変更はありません</p>	<p>・錠剤を分割した場合の自家製剤加算は予製剤と同じく80%減算の点数となります</p> <p>(予製剤・錠剤分割時の点数) ・内服薬：20点×0.2=4点 ・屯服薬：90点×0.2=18点</p>
<p>・詳細な要件は3月の通知で確認が必要ですが、錠剤分割時の要件に大きな変更はないと予想されます</p>	

調剤14の2

外来服薬支援料

薬局における対人業務の評価の充実

現行	改定案
<p>外来服薬支援料 185点 (新設)</p> <p>・一包化が必要な患者に対する指導や管理業務が外来服薬支援料2として評価されることになりました ・点数は現行の一包化加算と同じです</p> <p>[算定要件] 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に係る支援の必要性を確認した上で、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>・短冊では「●●点」となっていますが、変更はありませんでした</p> <p>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>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>・現行の一包化加算に指導要件が加わり薬学管理料として再編されましたが、対象患者要件などは変わらないと予想されます(3月の告示・通知で確認が必要)</p>	<p>1 外来服薬支援料1 185点 2 外来服薬支援料2 240点</p> <p><u>イ 42日分以下の場合 投与日数が7</u> <u>又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数</u> <u>ロ 43日分以上の場合</u></p> <p>[算定要件] 注1 <u>1については</u>、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>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>3 <u>2については</u>、<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、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>

本資料は、2022年2月9日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

分割調剤2回目以降の取扱い（薬学管理料）

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

現行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>8 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>9 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を除く。</u>）は算定しない。</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>8 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 <u>（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>9 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を除く。）</u> は算定しない。</p>

・調剤料と薬剤服用歴管理指導料の再編による変更で、従来の内容と大きな変更はありません

時間外加算等の取扱い（調剤技術料）

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

現行	改定案
<p>(9) 調剤技術料の時間外加算等 ア 時間外加算は調剤基本料を含めた調剤技術料（基礎額）の100分の100、 休日加算は100分の140、 深夜加算は100分の200であり、 これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、 調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と調剤料のほか、 無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は基礎額に含まない。</p>	<p>(9) 調剤技術料の時間外加算等 ア 時間外加算は調剤基本料、薬剤調製料及び調剤管理料（基礎額）の100分の100、 休日加算は100分の140、 深夜加算は100分の200であり、 これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等を算定する場合の基礎額は、調剤基本料（調剤基本料における「注1」から「注10」までを適用して算出した点数）と薬剤調製料及び調剤管理料のほか、 無菌製剤処理加算及び在宅患者調剤加算の合計額とする。 嚥下困難者用製剤加算、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、自家製剤加算、計量混合調剤加算、重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算及び電子的保健医療情報活用加算は基礎額に含まない。</p>

・調剤料と薬剤服用歴管理指導料の再編による変更で、従来の内容とほぼ同じです

服薬管理指導料

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>1 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者に 対して行った場合 <u>43点</u></p> <p>2 1 の患者以外の患者に対して行った場合 <u>57点</u></p> <p>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 <u>43点</u></p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 <u>43点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ 処方された薬剤について、<u>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。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>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。</u></p> <p>ホ (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・薬歴の記録等の要件を削除し、服薬管理指導業務を 評価した点数に再編されました</p> <p>・フォローアップについても明記されています</p> </div>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>1 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者に 対して行った場合 45点</p> <p>2 1 の患者以外の患者に対して行った場合 59点</p> <p>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</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>イ (略)</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・「持参」から「提示」に表現が変わりました</p> </div> <p>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。</p> <p>ハ (略)</p> <p>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。</p> <p>ホ (略)</p> <p>△ 処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合 は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握す るとともに、必要な指導等を実施すること。</p>

服薬管理指導料

現行	改定案
<p>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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>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。</u></p> <p>ハ (略)</p> <p>ニ <u>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>ホ (略) (新設)</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>・特別養護老人ホームに入所している患者に対してもフォローアップの規定が明記されています</p> </div> <p>3・4 (略)</p> <p>5 <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>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。</p> <p>イ (略)</p> <p>ロ <u>服薬状況等の情報を踏まえた薬学的知見に基づき、</u>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。</p> <p>ハ (略)</p> <p>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<u>基づき、必要な指導</u>を行うこと。</p> <p>ホ (略)</p> <p>ハ <u>処方された薬剤について、保険薬剤師が必要と認める場合は、患者の薬剤の使用の状況等を継続的かつ的確に把握するとともに、必要な指導等を実施すること。</u></p> <p>3・4 (略) (削除)</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>・重複投薬・相互作用等防止加算は調剤管理料の加算に移行したため削除されました</p> </div>

服薬管理指導料の特例

地域における薬局のかかりつけ機能評価

あらかじめ患者が選定した薬剤師がかかりつけ薬剤師と連携して実施する服薬指導等の評価

改定案

(新) 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）

59点

[算定要件]

当該保険薬局における直近の調剤において、区分番号 1 3 の 2 に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号 1 3 の 3 に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者に対して、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。

[施設基準]

別に厚生労働大臣が定めるものは、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当該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。

- ・かかりつけ薬剤師以外が対応する場合の評価は「かかりつけ薬剤師指導料」ではなく「服薬管理指導料」の特例として算定できるようになりました
- ・かかりつけ薬剤師指導料（76点）より低いですが、通常の服薬管理指導料（3月以内再来局：45点）より高い点数となっています
- ・施設基準の「十分な経験等」の詳細は現時点では不明で、3月初旬の施設基準告示・通知で明示される見込みです

調剤10注8

調剤13の2注6

小児特定加算

(服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料)

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

現行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【服薬管理指導料】 [算定要件] 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。</p> <p>※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。</p>

- ・医療的ケア児への支援の充実を図る観点から新設された加算です
- ・乳幼児服薬指導加算（注7に規定する加算）との併算定はできません
- ・医療機関には退院時に薬局への情報提供を評価した点数が新設されています

・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児とは、「人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児」とされています

小児入院医療管理料

医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価の新設

現行	改定案
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注6 <u>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>

・医療機関側は、医療的ケア児の退院時に患者家族と薬局への情報提供に対する評価が新設されています

調剤10注10

調剤後薬剤管理指導加算（服薬管理指導料）

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

現 行	改定案
<p>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>薬剤服用歴管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件] 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<u>30点</u>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>【調剤後薬剤管理指導加算（<u>服薬管理指導料</u>）】</p> <p>[算定要件] 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<u>60点</u>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>

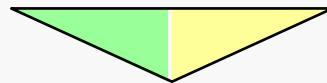
- ・評価が倍増しました
- ・地域支援体制加算の届出要件がなくなると予想されましたが継続されています
- ・ただ、地域支援体制加算の現行要件が緩和された区分も新設されたため、算定可能となる薬局は増えると予想されます

服薬管理指導料4 (オンライン服薬指導)

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

・全ての処方箋に対し初回からオンライン服薬指導による算定が可能となり、「3月以内の再来局(手帳の提示)」と「それ以外」の2段階評価となりました

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点 (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p>	<p>【服薬管理指導料】</p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</p> <p>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点</p> <p>ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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。</p> <p>・月1回の算定制限がなくなりました</p> <p>・現行では認められなかった各加算の算定が可能となりました</p>



服薬管理指導料4（オンライン服薬指導）

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

現 行	改定案
<p>[施設基準] 九の二 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する保険薬局の施設基準</p> <p>(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。</p> <p>(2) 当該保険薬局において、一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通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一割以下であること。</p> <p>① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料</p> <p>② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>九の三 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの</p> <p>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</p>	<p>[施設基準] (削除)</p> <p>(削除)</p>

- ・施設基準が廃止され届出なく算定できるようになりました
- ・研修要件や処方箋原本の取扱い等については薬機法ルールの改正に基づくと考えられ、3月の通知で示されると見込まれますが現時点では不明です

調剤管理料

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

改定案

(新) 調剤管理料

- | | |
|-------------------------------------------------|------------|
| 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） | |
| イ 7日分以下の場合 | 4点 |
| ロ 8日分以上14日分以下の場合 | 28点 |
| ハ 15日分以上28日分以下の場合 | 50点 |
| ニ 29日分以上の場合 | 60点 |
| 2 1以外の場合 | 4点 |

・現行の内服薬調剤料は5段階評価（※）ですが、調剤管理料は4段階です

- （※）「7日分以下」
 「8日～14日以下」
 「15日～21日以下」
 「22日～30日以下」
 「31日～」

[算定要件]

- (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し、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。
- (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。
- (3) 次に掲げる調剤録又は薬剤服用歴の記録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 患者の基礎情報、他に服用中の医薬品の有無及びその服薬状況等について、お薬手帳、マイナポータルの薬剤情報等、薬剤服用歴又は患者若しくはその家族等から収集し、調剤録又は薬剤服用歴に記録すること。
 - ロ 服薬状況等の情報を踏まえ、処方された薬剤について、必要な薬学的分析を行うこと。
 - ハ 処方内容に疑義があるときは、処方医に対して照会を行うこと。
 - ニ 調剤録及び薬剤服用歴を作成し、適切に保管すること。

・調剤料として評価されていた「処方内容の薬学的分析、調剤設計等」と薬剤服用歴管理指導料として評価されていた「薬歴の管理等」に係る業務の評価として新設されました

調剤管理加算（調剤管理料）

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

改定案

（新）調剤管理加算（調剤管理料）

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

〔算定要件〕

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、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一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

〔施設基準〕

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。

- ・服用種類数が多い場合、情報提供や服薬指導、薬歴作成等の所要時間が長くなることを考慮して新設されました
- ・ただし、「Do処方であれば所要時間は比較的短くて済む」という指摘も踏まえて「初回」もしくは「2回目以降で、処方変更があった場合」と条件がつけました
- ・複数の処方箋を同時に受け付けなければならないのか、別日の受付でも良いか、当該薬局での調剤種類数が6種類でなくても良いかは、現時点では不明です
- ・施設基準として設定された「重複投薬の取組実績」は、重複投薬・相互作用等防止加算や服用薬剤調整支援料の算定回数が予想されますが、詳細は3月の通知で確認が必要です

電子的保健医療情報活用加算（調剤管理料）

改定案

(新) 調剤管理料 注5 電子的保健医療情報活用加算 3点

・オンライン資格確認システムの活用を評価した点数として新設されました

[対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

[算定要件]

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、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回に限り所定点数に加算する。

(※) 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、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3月に1回に限り**1点**を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (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。
- (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。
- (3) 電子資格確認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。

- ・マイナンバーカードによる資格確認でなければ薬剤情報を取得できませんが、実際に運用が開始できている薬局が多くないこと等への救済措置と考えられます
- ・3年の間に、システムの運用開始、患者へメリットを説明するなどマイナンバーカードの保険証利用について積極的に進めていくことが重要と考えます
(例：高額療養費該当患者、複数医療機関受診患者等)

重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

改定案

(新) 重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料）

- イ 残薬調整に係るもの以外の場合
- ロ 残薬調整に係るものの場合

40点
30点

・薬剤服用歴管理指導料の加算が、調剤管理料の加算として再編されましたが点数に変更はありません

[算定要件]

- (1) 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は、重複投薬・相互作用等防止加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料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保険薬局においては、当該加算は算定できない。
- (2) 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、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。

[施設基準]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、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とする。

・現行の薬剤服用歴管理指導料の特例に該当する手帳の活用実績が少ない薬局は各加算が算定できないとされており、その考え方が継続されます

調剤13の2注3

重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

現 行	改定案
<p>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】</p> <p>注3 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、<u>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>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 30点</p>	<p>【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】</p> <p>（削除）</p> <div style="border: 1px solid #FF00FF; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>・調剤管理料の加算となったため廃止されました</p> <p>・今後は調剤管理料の加算として算定します</p> </div>

服用薬剤調整支援料

薬局における対人業務の評価の充実

現 行	改定案
<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料 2 <u>100点</u></p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料 2</p> <p style="padding-left: 20px;">イ <u>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</u> 110点</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ <u>イ以外の場合</u> 90点</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>十一の二 服用薬剤調整支援料 2 のイに規定する施設基準 重複投薬等の解消に係る実績を有していること。</u></p>

- ・服用薬剤調整支援料2は実績の有無により2段階評価となりました
- ・施設基準として設定された「重複投薬の取組実績」は、重複投薬・相互作用等防止加算や服用薬剤調整支援料の算定回数が予想されますが、詳細は3月の通知で確認が必要です
- ・算定要件に大きな変更はないと予想されますが、具体的な内容は3月初旬の通知で確認が必要です
- ・疑義解釈で示されていた1の算定要件（2を算定後、薬剤が減少した場合には1を算定できない）について変更が行われるかは、現時点では明記されておらず、3月初旬の通知又は3月末の疑義解釈で確認が必要です

服薬情報等提供料

薬局における対人業務の評価の充実

現行	改定案
<p>【服薬情報等提供料】 1・2 (略) (新設)</p> <p>[算定要件] (新設)</p> <p>3 (略) (新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>	<p>【服薬情報等提供料】 1・2 (略) 3 服薬情報等提供料 3 50点</p> <p>[算定要件] 注3 3については、入院前の患者に係る保険医療機関の求めがあった場合において、当該患者の同意を得た上で、当該患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて当該患者が保険薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に3月に1回に限り算定する。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>4 (略)</p> <p>5 区分番号00に掲げる調剤基本料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める保険医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。</p> <p>[施設基準] 十二の二 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 当該保険薬局が二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。</p>

・入院予定患者の持参薬整理と情報提供の評価が新設されました

・特別調剤基本料算定薬局は、不動産取引等を行っている医療機関への情報提供での算定ができなくなりました

調剤15の2

調剤15の3

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等共同指導料

主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合の評価の追加

現 行	改 定 案
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 【算定要件】</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を合わせて月4回に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 【算定要件】</p> <p>注1 1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。</p> <p>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。</p> <p>※ 在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p>

- ・在宅主治医以外の指示でも緊急訪問や緊急共同指導にかかる報酬が算定可能となりました
- ・初回は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料などを算定し、以降は計画に含めた上で在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定することになると考えられます
- ・また、オンラインによる実施も可能となりました

調剤15注4

調剤15の2注3

調剤15の3注3

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

(在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料)

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

現 行	改 定 案
<p>「在宅患者訪問薬剤管理指導料」 [算定要件] (新設)</p> <p>在宅で医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する新たな評価</p> <p>・麻薬管理指導加算との併算定はできません</p> <p>[施設基準] (新設)</p> <p>・地域支援薬局であれば既に施設基準を満たしています ・高度管理医療機器の販売許可については、処方箋に基づいて支給する場合に限り要件を満たせば届出不要とされていますが、本加算の算定に当たっては許可取得が必要です</p>	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</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3に規定する加算は算定できない。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一の四 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注4に規定する施設基準</p> <p>(1) 麻薬及び向精神薬取締法第三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、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一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>※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様</p>

調剤15注7

調剤15の2注6

調剤15の3注6

在宅中心静脈栄養法加算

(在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料)

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

現 行	改 定 案
<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)</p> <p>在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対する新たな評価</p> <p>[施設基準] (新設)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域支援薬局であれば既に満たしています ・高度管理医療機器の販売許可については、処方箋に基づいて支給する場合に限り要件を満たせば届出不要とされていますが、本加算の算定に当たっては許可取得が必要です ・管理医療機器の販売許可については、保険薬局であればみなしで届出不要とされていますが、本加算の算定に当たっては届出が必要です 	<p>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件]</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。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一の五 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注7に規定する施設基準</p> <p>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第三十九条第一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三十九条の三第一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。</p> <p>※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様</p>

調剤15注3、4

調剤15の2注5

調剤15の3注5

小児特定加算

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料)

改定案

【小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】

注6 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。

※ 麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算に係る見直しについては、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様。

- ・児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児とは、「人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児」とされています
- ・乳幼児加算との併算定はできません
- ・医療機関には退院時に薬局への情報提供を評価した点数が新設されています

退院時薬剤情報管理指導連携加算（小児入院医療管理料）

医療的ケア児等に対する専門的な薬学管理の評価の新設

現行	改定案
<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件] (新設)</p> <p>・医療機関側は、医療的ケア児の退院時に患者家族と薬局への情報提供に対する評価が新設されています</p>	<p>【小児入院医療管理料】 [算定要件]</p> <p>注6 <u>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>

在宅患者オンライン薬剤管理指導料

現行	改定案
<p>・全ての在宅患者に対する処方箋が対象となりました</p> <p>【在宅患者オンライン服薬指導料】 〔算定要件〕 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薬局において、<u>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（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月1回に限り57点を算定する。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、週10回を限度として算定できる。</p> <p>〔施設基準〕 十一の二 <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> 十一の三 <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>【在宅患者オンライン薬剤管理指導料】 〔算定要件〕 注2 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、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。</p> <p>・週10回の制限が撤廃されました</p> <p>・現行では認められなかった各加算や重複投薬等解消の管理料の算定が可能となりました</p> <p>〔施設基準〕 (削除) ・施設基準が廃止され届出なく算定できるようになりました</p> <p>(削除) ・研修要件の取扱い等については薬機法ルールの改正に基づくと考えられ、現時点では不明です</p> <p>・月3回+オンライン1回なども可能となりました</p>

調剤15注3、4

調剤15の2注2、4

麻薬管理指導加算、乳幼児加算

(在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料)

現 行	改定案
<p>【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 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>・オンラインの場合の点数が新設されました</p> <p>【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 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>【麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 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（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）を所定点数に加算する。</p> <p>【乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料）】 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（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）を所定点数に加算する。</p> <p>※ 麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算に係る見直しについては、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様。</p>

退院時共同指導料

現 行	改 定 案
<p>【退院時共同指導料】 [算定要件] 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、看護師若しくは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>(1)退院時共同指導料は、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、<u>原則として</u>当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、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、入院保険医療機関の保険医又は看護師等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（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p>	<p>【退院時共同指導料】 [算定要件] 注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>(1)退院時共同指導料は、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、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、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、入院保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p>

・医療機関薬剤師との共同指導で算定できるようになりました



退院時共同指導料

現 行	改 定 案
<p>(2) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「<u>基本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</u>」(令和2年3月5日保医発0305第2号)の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p> <p>(3) 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者(当該保険薬局の薬剤師を含む。)以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p> <p>(4) (2) 及び (3) において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>(5)～(7) (略)</p>	<p>(2) 退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p> <div style="border: 1px solid #FF69B4; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>・ビデオ通話が認められる条件が撤廃され、条件なくビデオ通話による算定が可能となりました</p> </div> <p>(削除)</p> <p>(3) (2)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>(4)～(6) (略)</p> <p>※ 情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p>

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (併算定不可項目の変更)

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

現行	改定案
<p>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料</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>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 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</u>、<u>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>

・重複投薬・相互作用等防止加算の建付けが変更されたことによる変更で、併算定ができない項目の考え方は従来と変わりません

処方箋様式の見直し (リフィル処方箋)

改定案

[対象患者]
 (1) 医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

[留意事項]
 (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
 (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は**3回**までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
 (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担番号				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)			
氏名		明大 昭和 平合		保険医療機関の所在地及び名称			
生年月日		年 月 日 男・女		電 話 番 号			
区 分		被保険者 被扶養者		保 険 医 氏 名			
				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	
変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差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)							
リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)							
保険医署名		「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。					
備 考		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。)					
		□1回目調剤日(年 月 日)		□2回目調剤日(年 月 日)		□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。)

□1回目調剤日(年 月 日) □2回目調剤日(年 月 日) □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)

処方箋様式の見直し (リフィル処方箋)

改定案

[留意事項]

- (4) リフィル処方箋による **1 回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。**
2 回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後 7 日以内とする。
- (5) 保険薬局は、1 回目又は 2 回目（3 回可の場合）に調剤を行った場合、**リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。**また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、**患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。**
また、**リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。**
- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が他の保険薬局において調剤を受けることを申し出ている場合は、当該他の保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供すること。

- ・1回目の調剤可能期間
⇒処方箋発行日を含め4日以内
- ・2回目以降の調剤可能期間
(前回調剤日 + 前回調剤日数) ±7日
- ・3回可の処方箋で2回目の調剤可能期間を過ぎて来局した場合の取扱いは不明で、3月初旬の告示・通知で確認が必要です

- ・調剤が完了しない場合の処方箋の取扱いについて明確化されました

- ・リフィル処方箋による調剤が不適切と判断した場合は、調剤を行わず受診勧奨を行い、処方医への情報提供が求められています (不適切な場合についての詳細は現時点では不明です)
- ・情報提供については、現行の分割調剤と同じと予想されます

- ・(7) (8) 現行の分割調剤と同じ内容です

- ・調剤報酬の算定が現行の分割調剤と同様になるかは不明ですが、答申資料では、「医師の指示による分割調剤」の規定も残されています

処方箋料

現 行	改 定 案
<p>【処方箋料】 [算定要件] 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¹の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>【処方箋料】 [算定要件] 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¹の投薬を行った場合 （処方箋の複数回（3回までに限る。）の使用を可能とする場合であって、当該処方箋の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。）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>

・特定機能病院等の大病院ではリフィル処方箋の発行を行うことで30日以上¹の処方に対する減算規定がなくなりますが、実際にどのくらいリフィル処方箋が発行されるようになるかはわからない状況です

・リフィル処方箋の普及には処方医と薬剤師の連携強化が必須と考えられます

湿布薬の処方制限

医薬品の給付の適正化

現行	改定案
<p>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500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70枚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>【第5部 投薬】 通則</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500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63枚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>

- ・中医協議論では「35枚」案が提示されましたが、最終的には63枚となりました
- ・制限枚数を半分にする事で、通院回数が増えることを考慮されたのではないかと推察されます



日医工がお届けする **Stu-GE** は、

医療従事者の方のための医療行政情報サイトです。

ご覧頂ける
テーマ別
情報一覧

- 診療報酬改定関連の速報情報
- 診療報酬点数の施設基準や算定要件の情報
- 調剤報酬全点数情報
- 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の施設基準
- DPC/PDPS関連 新規薬価収載に係る包括評価対象外薬剤一覧
DPC公開データを用いた各種医療圏分析
- その他医療制度に関する情報

会員登録は、**無料**

いますぐ、会員登録サイトで登録を!!

会員特典1 → メールマガジンの受信

会員特典2 → 会員限定コンテンツの閲覧

スマートフォンで簡単登録

パソコン画面で入力



<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/registrations/index>