

2022
速報版

令和4年度診療報酬改定速報
(調剤報酬)

個別改定項目について
(点数あり)

(2022.2.9)

《 解説 》

2022.2.9

株式会社ユナイテッドサーブ

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会
認定登録 医業経営コンサルタント 登録番号第7168号

上田 恭子

調剤基本料

| | |
|---------|-----|
| 調剤基本料 1 | 42点 |
| 調剤基本料 2 | 26点 |
| 調剤基本料 3 | |
| イ | 21点 |
| ロ | 16点 |
| ハ | 32点 |
| 特別調剤基本料 | 7点 |

現行

| | |
|---------|-----|
| 調剤基本料 1 | 42点 |
| 調剤基本料 2 | 26点 |
| 調剤基本料 3 | |
| イ | 21点 |
| ロ | 16点 |
| 特別調剤基本料 | 9点 |

改定のポイント
 ※ 特別調剤基本料の点数が引き下げられます。

down ↓

| | 要件 | | 点数 | |
|---|---|--------------------------------|------|------|
| | 処方箋受付回数等 | 処方箋集中度 | | |
| 調剤基本料 1 | 調剤基本料 2、調剤基本料 3 及び特別調剤基本料以外 | | 42点 | |
| 調剤基本料 2 | ①処方箋受付回数が月4,000回超 ②処方箋受付回数が月2,000回超～4,000回 ③処方箋受付回数が月1,800回超～2,000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超 | ①70%超 ②85%超 ③95%超 ④ - | 26点 | |
| 調剤基本料 3 ※ 特定の保険医療機関との間で不動産取引がある場合、集中度は無関係。 | イ | 同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回 | 95%超 | 21点 |
| | | 同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回 | 85%超 | |
| | ロ | 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超 | | 85%超 |
| | | 同一グループの保険薬局数が300以上 | | |
| ハ | 同一グループで処方箋受付回数が月40万回超 | 85%以下 | 32点 | |
| | 同一グループの保険薬局数が300以上 | | | |

調剤基本料

改定のポイント

- ※ 調剤基本料の施設基準に、同一グループの店舗数が加えられます。
- ※ 調剤基本料 3 のロの対象が追加されます。
- ※ 調剤基本料 3 の区分ハが新設されます。

調剤基本料 3 の施設基準

調剤基本料 3 のロ

同一グループの薬局の処方箋受付回数の合計が月40万回超 または
 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薬局
 次のいずれかに該当する場合

- ・ 自薬局の集中度85%超
- ・ 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引

新設

新設

調剤基本料 3 のハ

同一グループの薬局の処方箋受付回数の合計が月40万回超 または
 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薬局
 ・ 自薬局の集中度85%以下

同一グループの処方箋受付回数月40万回超 または 同一グループの保険薬局数300以上 に属する薬局は

特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引 → 特別調剤基本料
 自薬局の集中度85%超 → 調剤基本料 3 のロ
 自薬局の集中度85%以下 → 調剤基本料 3 のハ

調剤基本料 1 は算定不可

調剤基本料

改定のポイント

- ※ 特別調剤基本料を算定する薬局について、調剤基本料における加算の評価が見直されます。
- ※ 特別調剤基本料を算定する薬局について、医療機関への情報提供に係る評価が見直されます。

特別調剤基本料を算定する薬局

地域支援体制加算 : 100分の80

後発医薬品調剤体制加算 : 100分の80

服薬情報等提供料 : 不動産取引等その他の特別な関係のある医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

改定のポイント

- ※ 医師の指示による分割調剤の場合の算定について、調剤基本料の所定点数が3点未満の場合の算定が変更になります。

該当するものを適応

$$\text{調剤基本料} \times \frac{80}{100} \times \frac{50}{100} + \text{地域支援体制加算} + \text{連携強化加算} + \text{後発医薬品調剤体制加算} + \text{後発医薬品減算} = \text{〇.〇} \rightarrow \text{〇点}$$

受付2回目以降の減算 (80/100)
 妥結率等の減算 (50/100)
 小数点以下第一位四捨五入

ただし、点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。

調剤基本料

改定のポイント

- ※ 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について、評価が見直されるとともに、対象となる薬局の範囲が拡大されます。

改定案

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算 (50%以下) 5点減算

以下の薬局は除く

- 処方箋受付回数が月600回以下の薬局

現行

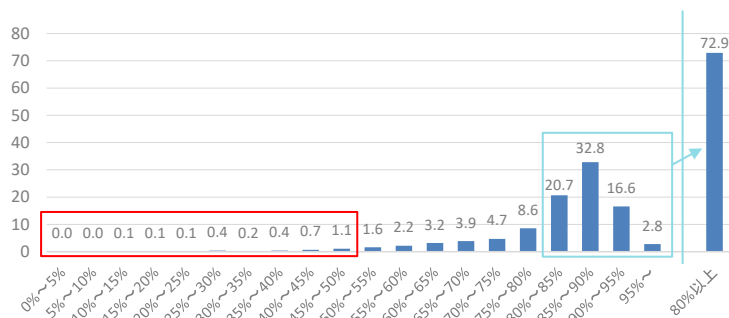
40%以下 2点減算

down ↓

[経過措置]

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については、令和4年9月30日までの間はなお従前の例による。

後発医薬品の調剤割合別の薬局数の構成割合



地域支援体制加算

改定のポイント

※ 調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系に見直されます。

| | | | | | | | |
|---|------------|-----|------|---|----|----------|-----|
| イ | 地域支援体制加算 1 | 39点 | up ↑ | ← | 現行 | 地域支援体制加算 | 38点 |
| ロ | 地域支援体制加算 2 | 47点 | | | | | |
| ハ | 地域支援体制加算 3 | 17点 | | | | | |
| ニ | 地域支援体制加算 4 | 39点 | | | | | |

※ 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

特別調剤基本料を算定する薬局

[施設基準]

| | 調剤基本料 | | 地域医療への貢献 | | | | 要件 (次ページ参照) |
|------------|-------|-----|----------|---------|-------|-------|------------------------------|
| | 1 | 1以外 | 体制 | | 実績 | | |
| | | | 十分な体制整備 | 必要な体制整備 | 十分な実績 | 相当な実績 | |
| 地域支援体制加算 1 | ○ | | ○ | | ○ | | A |
| 地域支援体制加算 2 | ○ | | ○ | | | ○ | A + B (3項目以上) |
| 地域支援体制加算 3 | | ○ | | ○ | ○ | | B (④⑦含む 3項目以上) + 麻薬小売業 |
| 地域支援体制加算 4 | | ○ | | ○ | | ○ | B (8項目以上) |

現行と同様の施設基準

現行 8項目以上

地域支援体制加算

要件A 地域支援体制加算 1、2

現行の調剤基本料 1 の場合と同様

現行

| | |
|--|----------------|
| ①から③までの3つの要件を満たした上で、④、⑤のいずれかの要件を満たすこと。 | |
| ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。 | 厳しくなります。みなしあり。 |
| ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 24回以上 (在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む (同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く)) | 12回以上 |
| ③ 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届出を行っている。 | |
| ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上 (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) | 12回以上 |
| 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薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席 | 1回以上 |

②④⑤については、薬局当りの直近1年間の実績

[届出に関する事項]

- 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。
- 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のハ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。

地域支援体制加算

| 要件B | 地域支援体制加算 2、3、4 | 現行の調剤基本料 1 以外の場合と同様 | 現行 |
|-----|--|---------------------|--------|
| ① | 時間外加算、夜間・休日等の算定回数 <u>400</u> 回以上 | 在宅の実績以外は変更なし | 400回以上 |
| ② | 薬剤調製料の麻薬加算算定回数 <u>10</u> 回以上 | | 10回以上 |
| ③ | 重複投薬・相互作用等防止加算等の算定回数 <u>40</u> 回以上 | | 40回以上 |
| ④ | かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数 <u>40</u> 回以上 | | 40回以上 |
| ⑤ | 外来服薬支援料 1 の算定回数 <u>12</u> 回以上 | | 12回以上 |
| ⑥ | 服用薬剤調整支援料 1, 2 の算定回数 <u>1</u> 回以上 | 厳しくなります。みなしあり。 | 1回以上 |
| ⑦ | 単一建物診療患者が 1 人の場合の在宅薬剤管理の算定回数 <u>24</u> 回以上 (在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む (同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く)) | | 12回以上 |
| ⑧ | 服薬情報等提供料の算定回数 <u>60</u> 回以上 (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) | | 60回以上 |
| 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薬剤師が地域の多職種と連携する会議に <u>5</u> 回以上出席 | | 5回以上 |

- ①～⑧：直近 1 年間の処方箋受付回数 1 万回当たりの実績。
 なお、直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未滿の場合は、処方箋受付回数 1 万回とみなす。
 ⑨：薬局当たりの直近 1 年間の実績。

地域支援体制加算

共通する施設基準

- (3) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (4) 当薬局のみ又は当薬局を含む近隣の薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。
- (5) 担当の薬剤師の連絡先等の情報提供（処方箋受付時に患者又はその家族等に説明の上、文書にて交付していること（薬袋で可））。
- (6) 24時間調剤・在宅業務に対応できる体制の周知を行っていること。
- (7) 患者ごとに薬歴を作成し、薬学的管理を行い、服薬指導を行っていること
- (8) 開局時間は、平日は8時間以上、土・日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上、かつ、週45時間以上開局していること。
- (9) 管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。
 - ア 保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当薬局に週32時間以上勤務していること。
 - ウ 当薬局に継続して1年以上在籍していること。
- (10) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。
- (11) 調剤従事者等の資質の向上を図っていること。
- (12) 医薬品安全情報へ対応していること。
- (13) 医薬品情報を随時提供できる体制にあること。
- (14) 患者のプライバシーに配慮していること。必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
- (15) 一般用医薬品を販売していること。
- (16) 地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たしていること。
- (17) 健康相談又は健康教室を行っている旨を薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること。
- (18) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。
- (19) 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、情報提供していること。
- (20) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。
- (21) 「プレアポイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告していること。
- (22) 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。
- (23) 処方箋集中度率が85%を超える場合にあっては、後発医薬品の使用数量割合が50%以上であること。

連携強化加算

改定のポイント

※ 地域支援体制加算を算定している薬局が、災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価が新設されます。

調剤基本料

新 連携強化加算 **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。

後発医薬品調剤体制加算

改定のポイント

※ 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局に重点を置いた評価とするため、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価が見直されます。

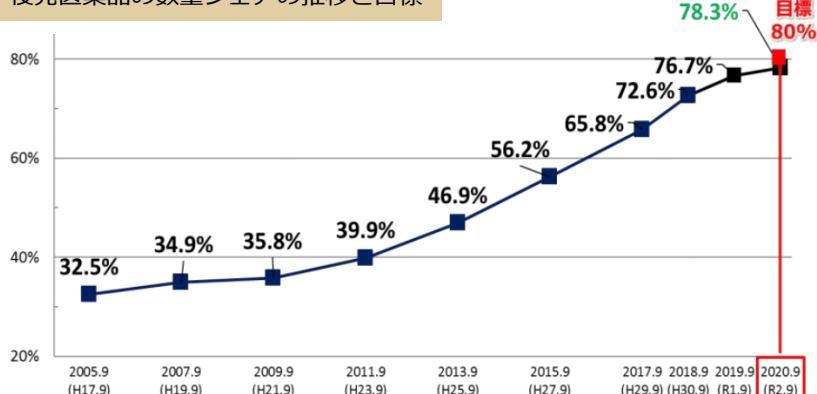
後発医薬品調剤体制加算 1 (80%以上) 21点
 後発医薬品調剤体制加算 2 (85%以上) 28点
 後発医薬品調剤体制加算 3 (90%以上) 30点

現行
 75% 15点
 80% 22点
 85% 28点

※ 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

特別調剤基本料を算定する薬局

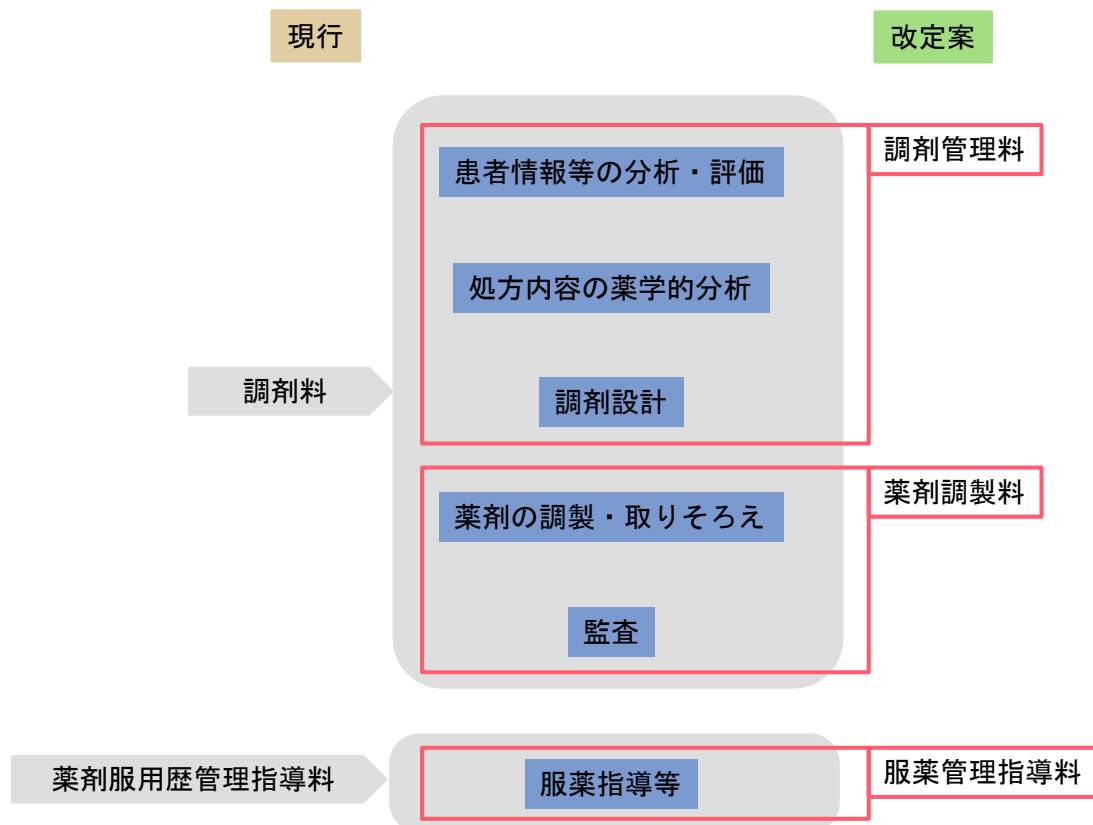
後発医薬品の数量シェアの推移と目標



80%目標に対し、実績78.3%
 ⇒目標には届かず
 ※令和2年9月薬価調査

新たな目標
 2023年度末までに
 全ての都道府県で80%以上

調剤料、薬剤服用歴管理指導料の評価体系の見直し



薬剤調製料

改定のポイント

※ これまで調剤料として評価されていた薬剤調製や取り揃え監査業務の評価が新設されます。

薬剤調製料
1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。
（1剤につき））
24点

現行 調剤料
1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。
（1剤につき））
7日分以下の場合 28点
8日分以上14日分以下の場合 55点
15日分以上21日分以下の場合 64点
22日分以上30日分以下の場合 77点
31日分以上の場合 86点

点数比較

| | 現行 | 改定案 | | | 差 |
|----------|-----|-------|-------|-----|------|
| | 調剤料 | 薬剤調製料 | 調剤管理料 | 合計 | |
| 1日～7日分 | 28点 | 24点 | 4点 | 28点 | 0点 |
| 8日～14日分 | 55点 | 24点 | 28点 | 52点 | -3点 |
| 15日～21日分 | 64点 | 24点 | 50点 | 74点 | +10点 |
| 22日～28日分 | 77点 | 24点 | 50点 | 74点 | -3点 |
| 29日～30日分 | 77点 | 24点 | 60点 | 84点 | +7点 |
| 31日分～ | 86点 | 24点 | 60点 | 84点 | -2点 |

調剤日数により、↑ ↓

薬剤調製料



改定のポイント

※ 錠剤を分割する場合の自家製剤加算の点数、要件が変更されます。

- 予製剤による場合又は錠剤を分割する場合は100分の20に相当する点数を加算する。
- 「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収載されている場合は算定できない。

「割線のある錠剤」の限定が削除されています。

調剤管理料



改定のポイント

※ これまで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、これまで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が新設されます。

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 |

[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、マイナポータル等の薬剤情報等、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。

重複投薬・相互作用等防止加算

改定のポイント

※ 重複投薬、相互作用の防止等に係る薬剤服用歴管理指導料における加算について、評価の在り方が見直されます。

調剤管理料

新

重複投薬・相互作用等防止加算

- 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の場合 30点

現行 薬剤服用歴管理指導料
重複投薬・相互作用等防止加算
40点
30点

[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) 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又は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。

調剤管理加算

改定のポイント

※ 複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は2回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価が新設されます。

調剤管理料

新

調剤管理加算

- 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、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。

電子的保健医療情報活用加算



改定のポイント

※ オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価が新設されます。

調剤管理料

新

電子的保健医療情報活用加算 3点（月1回）

[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、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、薬局の見やすい場所に掲示していること。



Copyright©2022 Kyoko Ueda a member of UnitedServe Co.,Ltd.

17

服薬管理指導料

服薬管理指導料

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 | <u>45点</u> |
| 2 それ以外の患者に対して行った場合 | <u>59点</u> |
| 3 特別養護老人ホーム入所者に訪問して行った場合 | <u>45点</u> |
| 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 | <u>45点</u> |

up ↑

現行

薬剤服用歴管理指導料
43点
57点
43点
43点



改定のポイント

※ 薬剤服用歴管理指導料として評価されていた服薬指導等に係る業務の評価が新設されます。

[算定要件の主な変更点]

| | 改定案 | 現行 |
|---|--|---|
| | 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。 | 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>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> | 処方された薬剤について、 <u>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> |
| 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、 <u>必要な指導を行うこと。</u> | <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> |
| へ | 処方された薬剤について、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。 | （新設） |



Copyright©2022 Kyoko Ueda a member of UnitedServe Co.,Ltd.

18

服薬管理指導料

改定のポイント

※ 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を算定している患者に対して、かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が、かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合の特例的な評価が新設されます。

新 服薬管理指導料の特例 **59点** (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)

up ↑

【算定要件】

直近の調剤において、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を算定した患者に対して、やむを得ない事情により、患者の同意を得て、かかりつけ薬剤師と、別に厚生労働大臣が定める他の薬剤師が連携して、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薬剤師は、かかりつけ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。

調剤後薬剤管理指導加算

服薬管理指導料
調剤後薬剤管理指導加算 **60点** up ↑

現行 薬剤服用歴管理指導料
調剤後薬剤管理指導加算 **30点**

改定のポイント

※ 地域において医療機関と薬局が連携してインスリン等の糖尿病治療薬の適正使用を推進する観点から、調剤後薬剤管理指導加算について、評価が見直されます。

【算定要件】

注10 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医療機関の求めに応じて、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、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、服薬情報等提供料は算定できない。

算定要件変更なし

服薬情報等提供料



改定のポイント

※ 医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の持参薬の整理を行うとともに、患者の服用薬に関する情報等を一元的に把握し、医療機関に文書により提供した場合の評価が新設されます。

服薬情報等提供料

新

服薬情報等提供料 3 50点

【算定要件】

注3 3については、入院前の患者に係る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、患者の服用薬の情報等について一元的に把握し、必要に応じて患者が薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、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。

4 (略)

5 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。

特別調剤基本料を算定する薬局から
敷地内の医療機関への情報提供

【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
当該保険薬局が十二の二の(1)に該当する場合に係る保険医療機関であること。

小児特定加算



改定のポイント

※ 医療的ケア児である患者に対して、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価が新設されます。

服薬管理指導料

新

小児特定加算 350点

【算定要件】

注9 児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者に係る調剤に際して必要な情報等を直接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、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8に規定する加算は算定できない。

※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。

乳幼児服薬指導加算

在宅患者訪問薬剤管理指導料

新

小児特定加算 450点 (1回につき)

【算定要件】

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。

乳幼児加算

※ 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。

外来服薬支援料



改定のポイント

※ 多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包から取り出して服用することが困難な患者に対して、医師の了解を得た上で、薬剤師が内服薬の一包化及び必要な服薬指導を行い、患者の服薬管理を支援した場合の評価が新設されます。

外来服薬支援料

- 1 外来服薬支援料 1 185点
- 2 外来服薬支援料 2
 - 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
 - ロ 43日分以上の場合 240点

現行

外来服薬支援料 185点

← 現行の一包化加算と同じ点数

[2の算定要件]

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医師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。

※ 外来服薬支援料1は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。



服用薬剤調製支援料



改定のポイント

※ 服用薬剤調整支援料2について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更されます。

服用薬剤調整支援料

- 2 服用薬剤調整支援料 2
 - 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
 - ロ イ以外の場合 90点

up ↑

現行

服用薬剤調整支援料 2 服用薬剤調整支援料 2 100点

[施設基準]

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。



在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料



改定のポイント

- ※ 在宅患者への訪問薬剤管理指導について、主治医と連携する他の医師の指示により訪問薬剤管理指導を実施した場合が対象に加えられます。

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

【算定要件】

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薬局の薬剤師が、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、患者の在宅療養を担う医療機関の医師又は当該医療機関と連携する他の医療機関の医師の求めにより、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。

- ※ 在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

在宅患者訪問薬剤管理指導料



改定のポイント

- ※ 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して、注入ポンプによる麻薬の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、評価が新設されます。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

新

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 250点（1回につき）

届出

【算定要件】

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。

麻薬管理指導加算

【施設基準】

- (1) 麻薬小売業者の免許を受けていること。（麻薬及び向精神薬取締法第三条）
- (2) 高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。（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）

- ※ 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。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

改定のポイント

- ※ 在宅中心静脈栄養法が行われている患者に対して、輸液セットを用いた中心静脈栄養法用輸液等の薬剤の使用など在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合について、評価が新設されます。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

新 在宅中心静脈栄養法加算 150点（1回につき）

届出

[算定要件]

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。

[施設基準]

高度管理医療機器の販売業の許可を受けている（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）

または
管理医療機器の販売業の届出を行っている（同法第三十九条の三第一項）こと。

- ※ 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。

退院時共同指導料

改定のポイント

- ※ 患者が入院している医療機関における参加職種の範囲が医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせて拡大されます。
- ※ 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に参加する場合の要件が緩和されます。

[参加職種]

入院中の医療機関の医師又は保健師、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、社会福祉士

[算定要件]

- (1) 医療機関に入院中の患者について、患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う薬局として患者が指定する薬局の薬剤師が、患者が入院している医療機関（以下「入院医療機関」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、入院医療機関の医師又は看護師等、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、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。
- (2) 退院時共同指導料の共同指導は、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。

- ※ 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。



- 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則
- 薬局又は入院医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合は、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。
- 患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、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。

オンライン服薬指導（外来）

改定のポイント

※ 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、要件及び評価が見直されます。

服薬管理指導料

- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
- 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
 - ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点

up ↑

現行

- 薬剤服用歴管理指導料
- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点

[算定要件]

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。

[主な変更点]

| | 改定案 | 現行 |
|------|------|---|
| 対象患者 | 限定なし | ・ オンライン診療により処方箋が交付された患者 ・ 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料を算定した患者 |
| 算定回数 | 限定なし | 月1回 |
| 加算算定 | 算定可 | 算定不可 |
| 算定割合 | 限定なし | オンライン服薬指導は1割以下 |

オンライン服薬指導（在宅）

改定のポイント

※ 在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、算定上限回数等の要件及び評価が見直されます。

- 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 59点

up ↑

現行

- 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 57点

[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っては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、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。

新

- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点

現行 月1回限定

現行 週40回、オンライン月10回限定

新

在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料

- 麻薬管理指導加算 22点
乳幼児加算 12点
小児特定加算 350点
- （処方箋受付1回につき）

リフィル処方箋



改定のポイント

- ※ 症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みが設けられます。
- ※ 処方箋様式がリフィル処方箋に対応可能な様式に変更されます。

【対象患者】

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

新たな処方せん様式（案）

| 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 | 保険医療機関・保険診療番号の記号・番号 (特筆) |
| 氏名 | 保険医療機関の所在地及び名称 |
| 生年月日 | 電話番号 |
| 性別 | 保険医氏名 |
| 区分 | 都道府県番号 |
| 交付年月日 | 処方箋の使用期間 |
| 変更不可 | 処方箋の返却 |
| 処方箋番号 | リフィル可 <input type="checkbox"/> (回) |
| 調剤年月日 | 公費負担番号 |
| 調剤年月日 | 公費負担医療の受給者番号 |

リフィル可 (回)

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）

リフィル処方箋

【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箋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費担当規則において、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。
- (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旨を説明すること。
- (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。

《参考》医療機関の診療報酬 — 処方箋料



改定のポイント

※ リフィル処方箋により処方を行った場合、処方箋料の要件が見直されます。

【処方箋料】

【算定要件】

注2 初診料の注2又は注3、外来診療料の注2又は注3を算定する医療機関において、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³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。

ただし（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。

- 注2 特定機能病院、地域医療支援病院で紹介率が低い病院
一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関で紹介率が低い病院
注3 許可病床数が400床以上である病院で紹介率が低い病院

医薬品



改定のポイント

※ 医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数が、1処方につき70枚までから63枚までに変更されます。

改定案

1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合
調剤料、処方料、薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、
処方箋料、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。

現行

70枚