

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
00	【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(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</u>所定点数に加算する。 イ <u>地域支援体制加算1 39点</u> ロ <u>地域支援体制加算2 47点</u> ハ <u>地域支援体制加算3 17点</u> ニ <u>地域支援体制加算4 39点</u>	【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>地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。</u>		
	【施設基準】 四 地域支援体制加算の施設基準 (1) <u>地域支援体制加算1の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 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。 (2) <u>地域支援体制加算2の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ (1)のイ及びロに該当する保険薬局であること。 ロ <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> (3) <u>地域支援体制加算3の施設基準</u> 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 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> ロ <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> ハ (1)のハに該当する保険薬局であること。 (4) <u>地域支援体制加算4の施設基準</u> (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。	【施設基準】 四 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> (1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 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。 (新設) (新設) (2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 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。		
	第92 地域支援体制加算 1 <u>地域支援体制加算1</u>に関する施設基準 (1) <u>調剤基本料1を算定している保険薬局において</u>、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。 ① (略) 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<u>24回</u>以上であること。(中略) ③ (略) ④ 服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで<u>12回</u>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。 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<u>1回</u>以上出席していること。	第92 地域支援体制加算 1 <u>地域支援体制加算</u>に関する施設基準 (1) <u>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。</u> ア <u>調剤基本料1を算定する保険薬</u> (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。 ① (略) 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<u>12回</u>以上であること。(中略) ③ (略) ④ 服薬情報等提供料の算定回数が保険薬局当たりで<u>12回</u>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。 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<u>1回</u>以上出席していること。		
	(2) (1)の④の「<u>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</u>」とは次のものをいう。 ・ <u>服薬管理指導料</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>服薬管理指導料</u>の調剤後薬剤管理指導加算 (略) (削除) (3)～(25) (略)	(ロ) ④の「<u>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</u>」とは次のものをいう。 ・ <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) イ <u>調剤基本料1以外を算定する保険薬局</u> (略) (2)～(24) (略)		
	2 <u>地域支援体制加算2に関する施設基準</u> (1) <u>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1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。</u> ① <u>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。</u> ② <u>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。</u> ③ <u>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。</u> ④ <u>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。</u> ⑤ <u>外来服薬支援料1の算定回数が12回以上であること。</u> ⑥ <u>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。</u> ⑦ <u>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。)</u>。(中略) ⑧ <u>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。</u> ⑨ <u>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。</u> (2) (1)の⑧の「<u>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</u>」については、1の(2)に準じて取り扱う。	(新設)		
	(3) <u>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。</u>			
	(4) (1)の「<u>当該保険薬局における直近1年間の処方箋受付回数</u>」は、<u>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乘以1万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。</u>			
	3 <u>地域支援体制加算3に関する施設基準</u> (1) <u>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。</u> (2) <u>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。</u>	(新設)		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済	
	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。	(新設)			
	5 届出に関する事項 (1) (略) (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。 (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。	2 届出に関する事項 (1) (略) (2) 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。			
		(新設)			
新設	(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。				
01	【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 2～6 (略) 〔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。 イ 内服薬及び屯服薬 (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 (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 (3) 液剤 45点 ロ (略) 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(区分番号 10の2に掲げる調剤管理料を除く。)は算定しない。 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(区分番号 10の2に掲げる調剤管理料及び区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料を除く。)は算定しない。 (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。 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。 (11) 自家製剤加算 (削除) オ・カ (略) 主「 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。 ク～コ (略)	【調剤料】 1 内服薬(浸煎薬及び湯薬を除く。(1剤につき)) イ 7日分以下の場合 28点 ロ 8日分以上14日分以下の場合 55点 ハ 15日分以上21日分以下の場合 64点 ニ 22日分以上30日分以下の場合 77点 ホ 31日分以上の場合 86点 2～6 (略) 〔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。 イ 内服薬及び屯服薬 (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 (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 (3) 液剤 45点 ロ (略) 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。 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(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。 (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。 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。 (11) 自家製剤加算 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収載されている場合は算定できない。 カ・キ (略) (新設) ク～コ (略)			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
新設	(新) 調剤管理料			
	1 内服薬(内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及びびとん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日以上 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。			
新設	(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 40点 ロ 残薬調整に係るものの 場合 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)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であると認められない保険薬局とする。			
15の6	【重複投薬・相互作用等防止加算(かかりつけ薬剤師指導料)】 (削除)	【重複投薬・相互作用等防止加算(かかりつけ薬剤師指導料)】 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、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。 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		
	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 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、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。	【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】 注2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、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。		
10	【服薬管理指導料】	【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 45点 2 1の患者以外の患者に対して行った場合 59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 45点 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 45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 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		
	【算定要件】 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 (略) 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 (略) 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 (略) へ 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。	【算定要件】 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 (略) 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 (略) 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 (略) (新設)		
	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 (略) 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 (略) 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 (略) へ 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。 3・4 (略) (削除) 5～12 (略)	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 (略) 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 (略) 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 (略) (新設) 3・4 (略) 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。 イ・ロ (略) 6～13 (略)		
新設	(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。			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
10	【調剤後薬剤管理指導加算（服薬管理指導料）】 【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 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。	【調剤後薬剤管理指導加算（薬剤服用歴管理指導料）】 【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 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。		
15の5	【服薬情報等提供料】 1・2（略） 3 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。 4（略） 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。 【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。	【服薬情報等提供料】 1・2（略） （新設） 【算定要件】 （新設） 3（略） （新設） 【施設基準】 （新設）		
14の2	【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 【算定要件】 注1 1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及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、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。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。 2 1については、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。 3 2については、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。	【外来服薬支援料】 185点 （新設） 【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。 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。 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。		
14の3	【服用薬剤調整支援料】 1（略） 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 【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。	【服用薬剤調整支援料】 1（略） 2 服用薬剤調整支援料2 100点 【施設基準】 （新設）		
00	【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】 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 28点 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（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。 イ～ハ（略） 【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 80%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 95%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 90%以上 であること。	【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】 イ 後発医薬品調剤体制加算1 15点 ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点 ハ 後発医薬品調剤体制加算3 28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。 イ～ハ（略） 【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 七割五分 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 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 八割五分 以上であること。		
00	【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 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。 【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 50%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。 【経過措置】 ● 第十五の五の二の(1)に係る規定は、 令和4年9月30日 までの間に限り、なお従前の例による。	【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。 【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 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。 【経過措置】 一 第十五の五の二の(1)に係る規定は、 令和二年九月三十日 までの間に限り、なお従前の例による。		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
新設	(新) 調剤管理料 注5 電子的保健医療情報活用加算 3点			
	【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。			
F100	【外来後発医薬品使用体制加算(処方料)】	【外来後発医薬品使用体制加算(処方料)】		
	【施設基準】 (1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準 イ (略) ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が90%以上であること。 ハ・ニ (略) (2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準 イ (略) ロ 当該保険医療機関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85%以上であること。 ハ・ニ (略) (3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準 イ (略) ロ 当該保険医療機関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75%以上であること。 ハ・ニ (略)	【施設基準】 (1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準 イ (略) ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)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。 ハ・ニ (略) (2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準 イ (略) ロ 当該保険医療機関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七割五分以上であること。 ハ・ニ (略) (3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準 イ (略) ロ 当該保険医療機関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七割以上であること。 ハ・ニ (略)		
F400	【処方箋料】	【処方箋料】		
	【算定要件】 注2 区分番号A000Iに掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002I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 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つて、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。	【算定要件】 注2 区分番号A000Iに掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002I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 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。		
新設	(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)			
	【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つ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。			
10	【服薬管理指導料】	【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 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	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) (新設)		
	【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のイの患者であつ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。	【算定要件】 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A003I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つて、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。		
	【施設基準】 (削除)	【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 (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。 (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。 ① 区分番号10Iに掲げる薬剤服用歴管理指導料 ② 区分番号15Iに掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料		
	(削除)	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 原則三月以内に区分番号10I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		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
15の2	【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。 ※在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 【算定要件】 注11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。		
15	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 【算定要件】 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。 【施設基準】 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 (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。 ※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】 【算定要件】 (新設) 【施設基準】 (新設)		
15	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 【算定要件】 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。 【施設基準】 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 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。 ※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】 【算定要件】 (新設) 【施設基準】 (新設)		
15	【在宅患者オンライン薬剤管理指導料(在宅患者訪問薬剤管理指導料)】 【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。 【施設基準】 (削除) (削除)	【在宅患者オンライン服薬指導料(在宅患者訪問薬剤管理指導料)】 【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、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つて、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。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。 【施設基準】 十一の二 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 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。 十一の三 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 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		
15の2	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 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つ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。 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。	【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 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つ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。		