

令和4年度 調剤報酬改定のポイント

～調剤報酬と医科関連(抜粋)部分の解説～

調剤技術料

令和4年3月4日

株式会社KMS

代表取締役 近藤 朋胤

令和4年 調剤報酬改定

調剤技術料



調剤基本料3の施設基準に保険薬局数の導入

- ◆調剤基本料1 42点（変更なし）
- ◆調剤基本料2 26点（変更なし）
- ◆調剤基本料3 イ 21点（変更なし）
- ◆調剤基本料3 ロ 16点（点数変更なし・施設基準追加）
 - 同一グループの保険薬局の数300以上の要件追加
- ◆(新)調剤基本料3 ハ 32点
 - 特定医療機関の集中率85%以下で、下記いずれかに該当
 - 同一グループ保険薬局処方箋の受付回数の合計が40万回/月超
 - 同一グループの保険薬局数300以上の保険薬局



調剤基本料の施設基準概要

項目	要件	改定後	改定前
調剤基本料1	調剤基本料2、3-イ、3-ロ、3-ハ、特別調剤基本料以外 (医療資源の少ない地域にある薬局は、処方箋集中率の状況等によらず、調剤基本料1)	42点	変更なし
調剤基本料2	次のいずれかに該当 ① 処方箋受付回数が月4,000回超+処方箋集中率70%超 ② 処方箋受付回数が月2,000回超+処方箋集中率85%超 ③ 処方箋受付回数が月1,800回超~2,000回以下+処方箋集中率95%超 ④ いわゆる医療モール内の医療機関からの処方箋受付回数の合計が月4,000回超 など	26点	変更なし
調剤基本料3 (特別調剤基本料該当以外)	イ 同一グループ薬局*による処方箋受付回数が 月3.5万回超4万回以下で、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中率95%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有 月4万回超40万回以下で、次のいずれかに該当 ① 処方箋集中率85%超 ② 医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有	21点	変更なし
	ロ 同一グループ薬局*による処方箋受付回数が月40万回超、又は 同一グループ保険薬局*の数が300以上のグループに属する保険薬局で、次のいずれかに該当 ①処方箋集中率85%超 ②医療機関との間で不動産の賃貸借取引:有	16点	変更なし
	ハ 処方箋集中率85%以下で次のいずれかに該当 (調剤基本料2該当以外) ①同一グループ薬局*による処方箋受付回数が月40万回超 ②同一グループ保険薬局*の数が300以上のグループに属する保険薬局	32点	新設

※ 同一グループ薬局は、当該薬局にとっての、①最終親会社、②最終親会社の子会社、③最終親会社の関連会社、④①~③とフランチャイズ契約を締結している会社が該当。

調剤基本料の施設基準概要

令和4年度診療報酬改定 IV-8 効率性等に応じた薬局の評価の推進-①

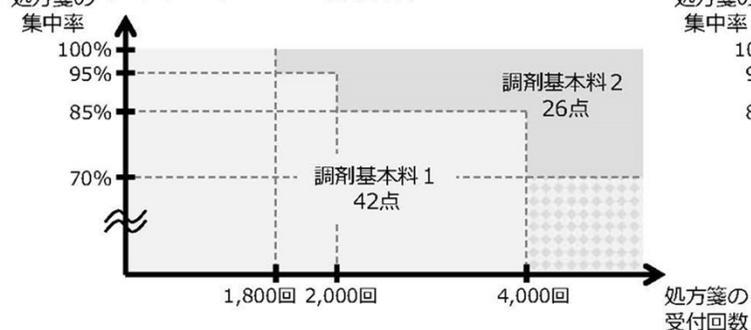
調剤基本料の見直し

大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

- ▶ 調剤基本料3の口の対象となる薬局に、同一グループの店舗数が300以上であって、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%を超える薬局を追加するとともに、85%以下の場合の評価を新設する。

	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・3、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2,000回超～4,000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が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	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ -	26点	
調剤基本料3	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40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%超	16点
	(新)ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%以下	32点

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



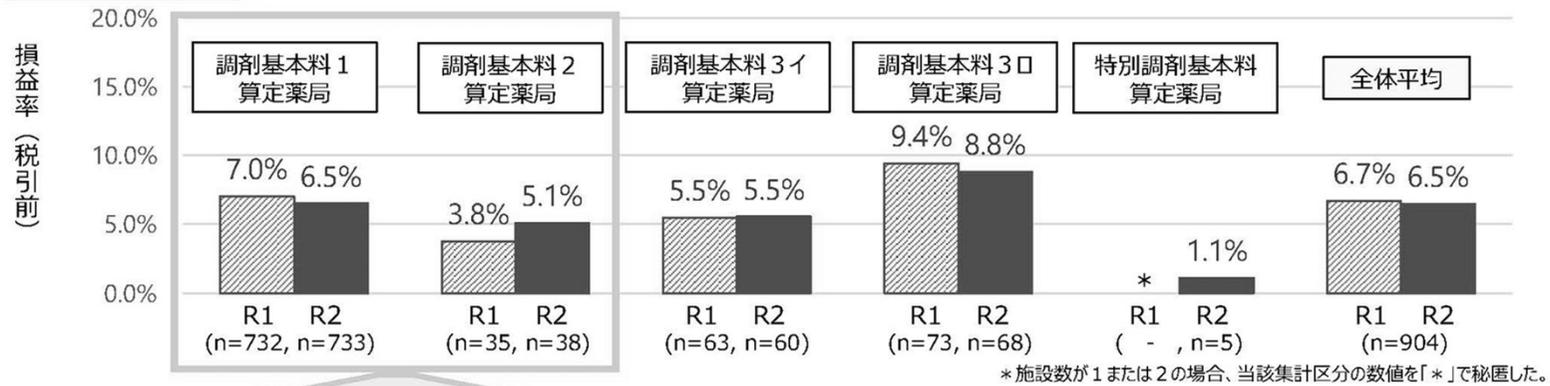
追加

調剤基本料の施設基準概要

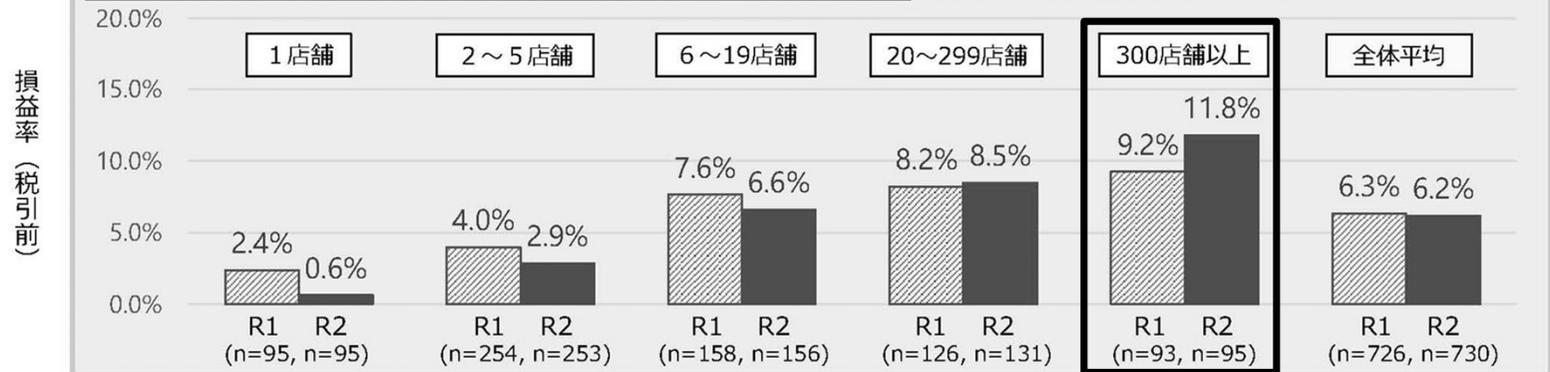
薬局の調剤基本料別の損益率

○ 調剤基本料 1 又は 2 の算定薬局においては、グループ店舗数300店舗以上の薬局の損益率が高かった。

調剤基本料別



調剤基本料 1 又は 2 の算定薬局におけるグループ店舗数別 (法人店舗数別の損益率)



[出典]医療経済実態調査 (医療機関等調査) 報告 (第23回) より医療課作成

* 損益率は新型コロナウイルス感染症関連の補助金を除外して算出



特別調剤基本料の引き下げと加算の減算追加

◆特別調剤基本料 9点 ⇒ 7点 (処方箋受付1回につき)

◆施設基準(抜粋)

- 不動産の賃貸借定義に、賃料未発生時及び複数回の転借等に関する事項の明文化
- 令和4年4月以降、保険薬局が直接関与できずに不動産所有者が変更になった際の取扱い
- 保険薬局が遡及指定を受ける場合の取扱い
- 病院、診療所の不動産賃貸借に関する記載の整理

◆減算規定

- 下記加算算定時、80/100に減算
 - 地域支援体制加算
 - 後発医薬品使用体制加算

◆算定制限

- 不動産取引等の特別な関係である医療機関への服薬情報等提供料の算定不可

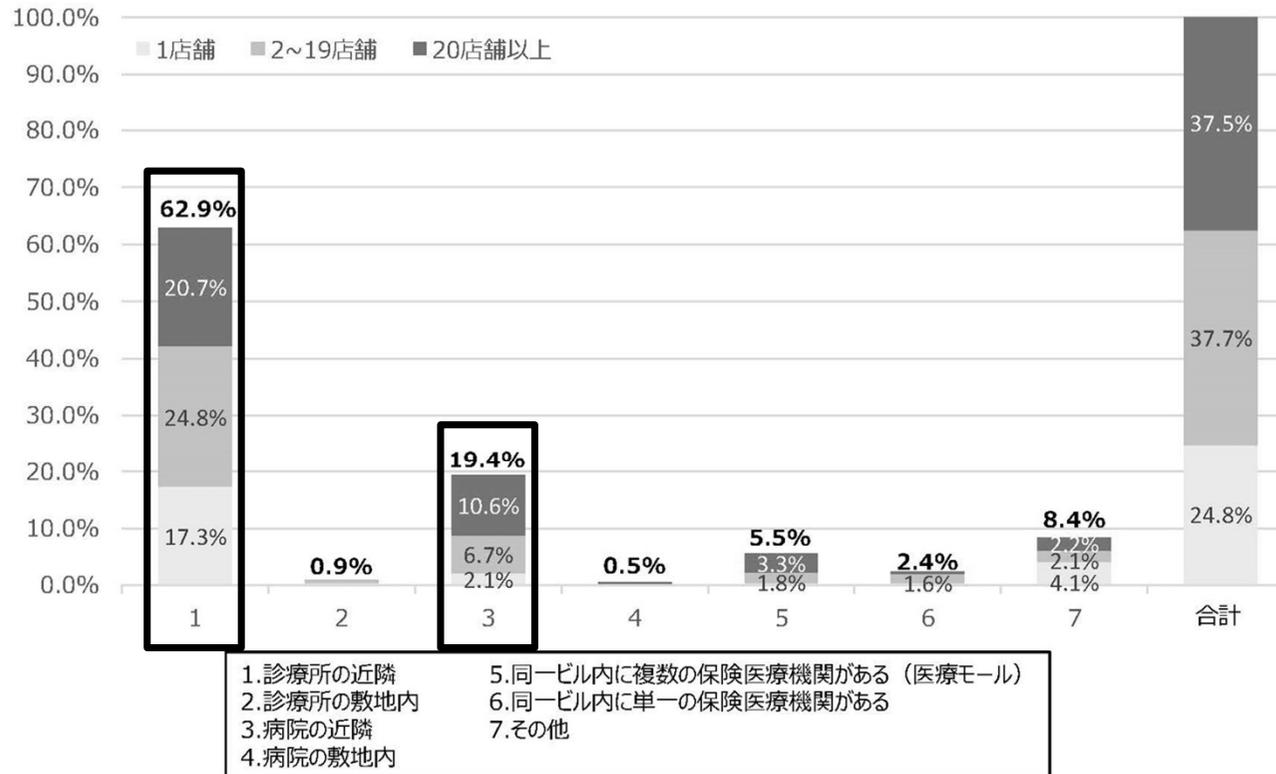


特別調剤基本料の施設基準追加

薬局の立地及び開局規模に関する現状

○ 薬局の立地に関する現状については、診療所の近隣が約 6 割と最も多く、次いで病院の近隣が約 2 割、その他（面薬局等）が約 1 割であった。

薬局の立地状況（開局規模別）（n=762）



中医協 総3
R3. 11. 26

：薬局の機能に係る実態調査（令和3年度医療課委託調査）速報値



調剤基本料の加算及び減算

◆注6 調剤基本料に規定する加算及び減算（複数該当時の計算順）

1. 複数医療機関同時受付（80/100）、妥結率5割以下等（50/100）を乗じ、端数処理
2. 地域支援体制加算、連携強化加算、後発医薬品調剤体制加算の該当点数を加算
（特別調剤基本料減算の80/100はそれぞれで計算、端数処理後に加算）
3. 後発医薬品減算
4. 3点未満になるか判定し、3点未満の場合は、3点

※端数処理は小数点以下第一位を四捨五入

➤ 例) 特別調剤基本料 7点 \times 80% \times 50% = 2.8点 \dots 3点

➤ ※詳細は通知で確認



地域支援体制加算の再編

◆地域支援体制加算 38点 ⇒ (要届出)	イ	地域支援体制加算1	39点	} 調剤基本料1 対象
	ロ	地域支援体制加算2	47点	
	ハ	地域支援体制加算3	17点	} 調剤基本料1 以外が対象
	ニ	地域支援体制加算4	39点	

◆地域支援体制加算概要

- 在宅療養関連実績 12回 ⇒ 24回に変更
- 地域支援体制加算2、3、4の実績要件
 - 薬剤師1人あたり ⇒ 処方箋1万回あたり
- 旧調剤基本料1算定の施設基準に該当 ⇒ 地域支援体制加算1の基準
- 旧調剤基本料1以外の施設基準に該当 ⇒ 地域支援体制加算4の基準(要届出)



地域支援体制加算の再編

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-6 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-①

地域医療に貢献する薬局の評価

➤ 地域支援体制加算について、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す。

※青字は変更部分

【地域支援体制加算の施設基準】

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

(1 薬局当たりの年間の回数)

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 **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保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

(①～⑧は処方箋1万枚当たりの年間回数、⑨は薬局当たりの年間の回数)

- ① 夜間・休日等の対応実績 **400回以上**
- ② 麻薬の調剤実績 **10回以上**
- ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 **40回以上**
- ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 **40回以上**
- ⑤ 外来服薬支援料の実績 **12回以上**
- ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 **1回以上**
- ⑦ 単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 **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

ポイント

ポイント

調剤基本料1

地域支援体制加算1 38点 ⇒ 39点

①～⑨を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。

(新) 地域支援体制加算2 47点

地域支援体制加算1の要件を満たした上で、①～⑨のうち3つ以上を満たすこと。

調剤基本料1以外

(新) 地域支援体制加算3 17点

麻薬小売業者の免許を受けている上で、①～⑨のうち④及び⑦を含む3つ以上を満たすこと。

地域支援体制加算4 38点 ⇒ 39点

①～⑨のうち、8つ以上を満たすこと。

【経過措置】

- ・ 令和4年3月31日時点で地域支援体制加算を算定している保険薬局で、在宅薬剤管理の実績を満たしていると届出を行っている場合は令和5年3月31日まで当該実績を満たしているものとする。
- ・ 令和4年3月31日時点で調剤基本料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になった薬局については令和5年3月31日まで調剤基本料1を算定しているものとみなす。

地域支援体制加算の再編

◆令和4年3月31日時点で地域支援体制加算届出済み薬局の新点数移行概要

令和4年3月末時点	4月1日からの予定	届出等の対応
調剤基本料1を算定	地域支援体制加算1	令和5年3月31日まで届出不要 令和5年4月1日以降も算定する場合、要届出
調剤基本料1以外	地域支援体制加算4	要届出(在宅実績要件変更のため)
上記以外	地域支援体制加算2 地域支援体制加算3	要届出

◆経過措置

- 令和4年3月31日時点で調剤基本料1を算定しており、4月1日より調剤基本料3ハを算定する薬局
⇒ 要件を満たせば、地域支援体制加算1、または2の算定が可能



災害や新興感染症発生時の評価（調剤基本料加算）

◆(新)連携強化加算 2点 (要届出)

➤ 算定要件

- 地域支援体制加算届出薬局

➤ 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。
- 届出は：様式87の3の4

薬局における後発医薬品の更なる使用推進

◆後発医薬品調剤体制加算（要届出）

◆イ 後発医薬品調剤体制加算 1	15点(75%)	⇒	21点 (80%)
◆ロ 後発医薬品調剤体制加算 2	22点(80%)	⇒	28点 (85%)
◆ハ 後発医薬品調剤体制加算 3	28点(85%)	⇒	30点 (90%)

◆後発医薬品調剤数量割合が低い薬局の調剤基本料の減算

2点（4割以下） ⇒ 5点（5割以下）

※処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

➤ [経過措置]

令和4年9月30日までは従来通り4割以下。

（経過措置は割合のみ、減算点数は令和4年4月1日より5点）

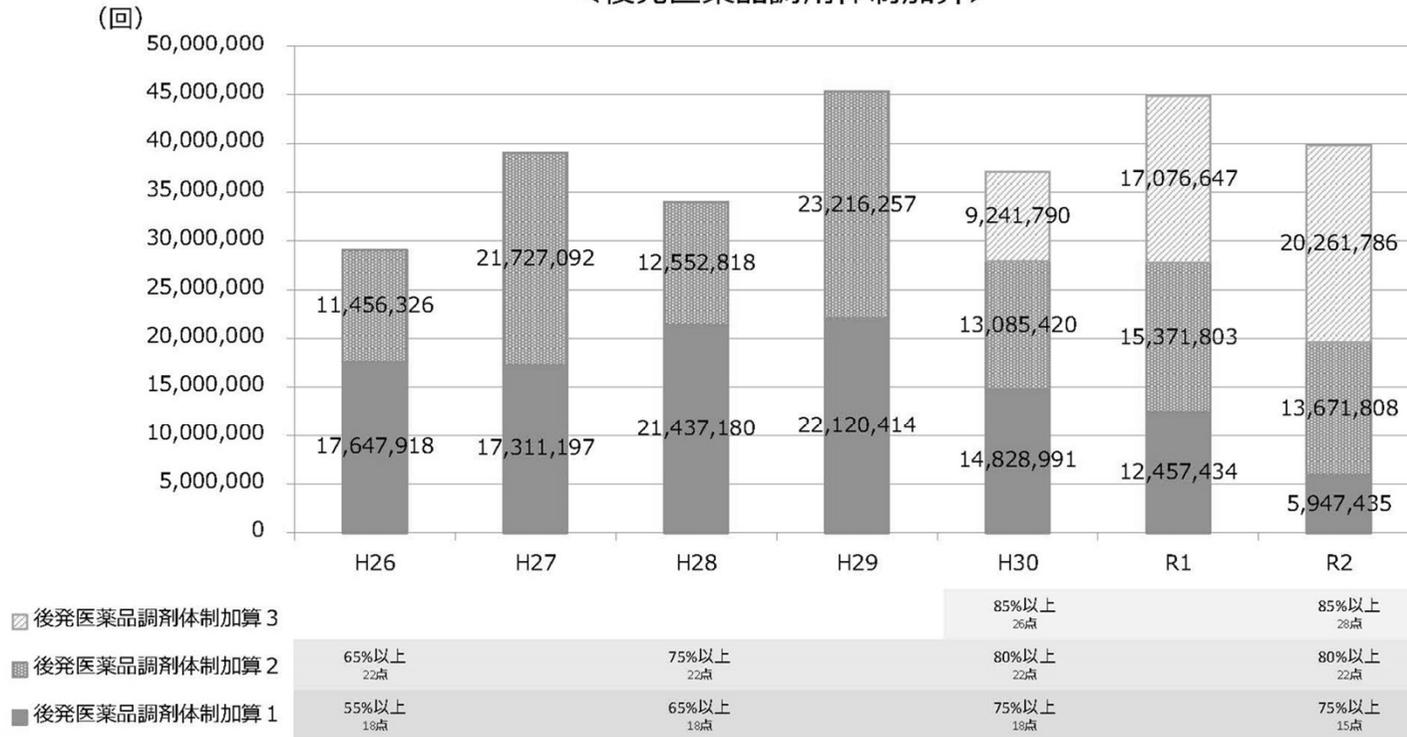


薬局における後発医薬品の更なる使用推進

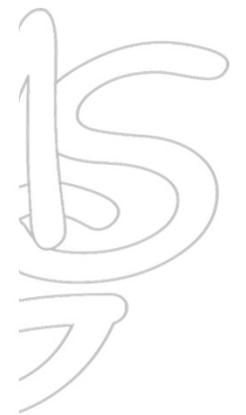
後発医薬品に係る診療報酬の算定状況（調剤）

- 後発医薬品調剤体制加算については、平成30年度診療報酬改定において、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げたため、平成30年度の後発医薬品使用体制加算の算定回数は、前年度より減少した。
- 令和2年度は、調剤数量割合が85%以上の調剤体制加算3を算定する薬局の割合が増加した。

＜後発医薬品調剤体制加算＞



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）

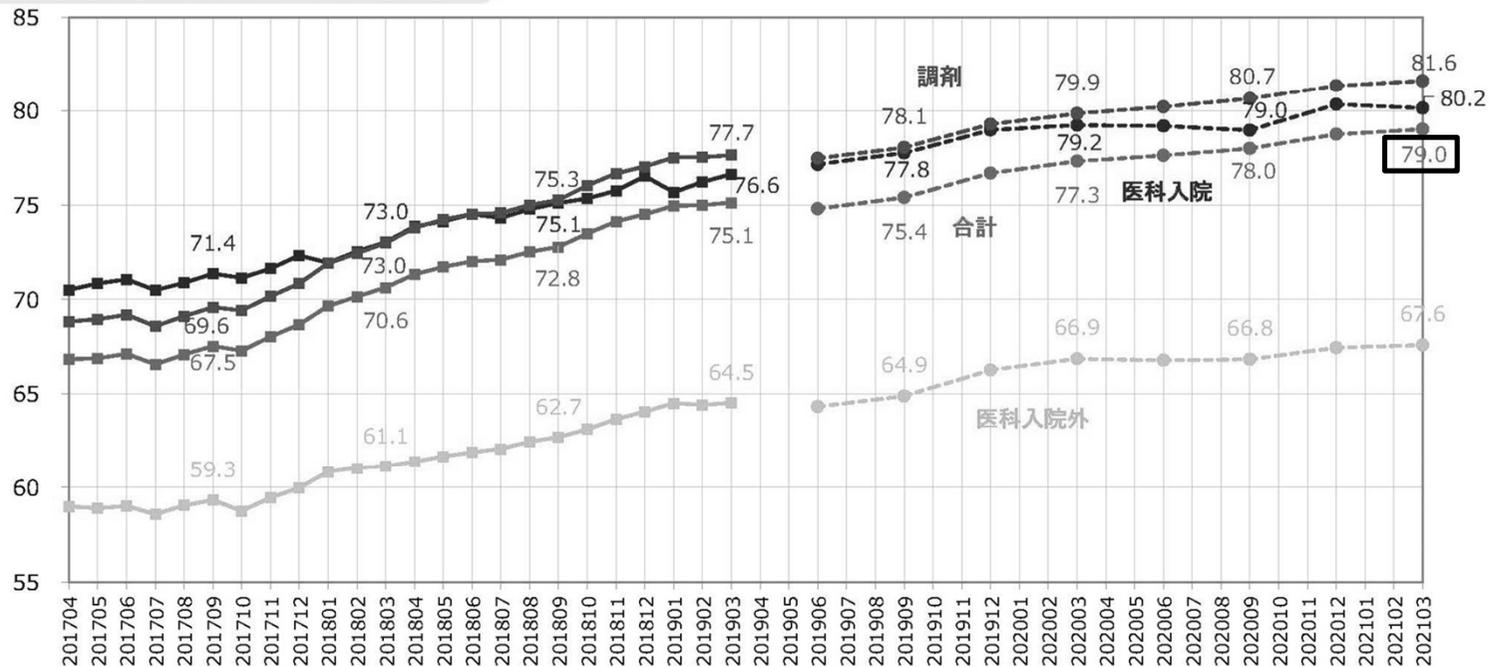


薬局における後発医薬品の更なる使用推進

医療機関、薬局における後発医薬品の使用・調剤割合

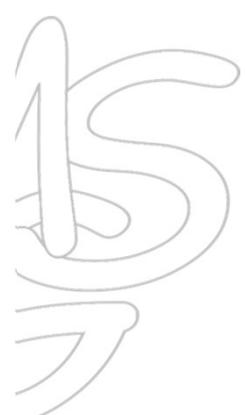
○ 医療機関、薬局における後発医薬品の使用・調剤割合は増加している。

後発医薬品割合（数量ベース）の推移



注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
 注2) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、〔後発医薬品の数量〕/〔（後発医薬品のある先発医薬品の数量）+（後発医薬品の数量）〕で算出している。
 注3) 入院外の数量は、1/100の抽出率でランダム抽出したデータを100倍した値としている。
 注4) 「合計」とは、「医科入院」「医科入院外」「調剤」の数量を、電算化率の違いは考慮せずに単純に合計して算出した値としている。
 注5) 入院料等に包括される薬剤料は含まれない。

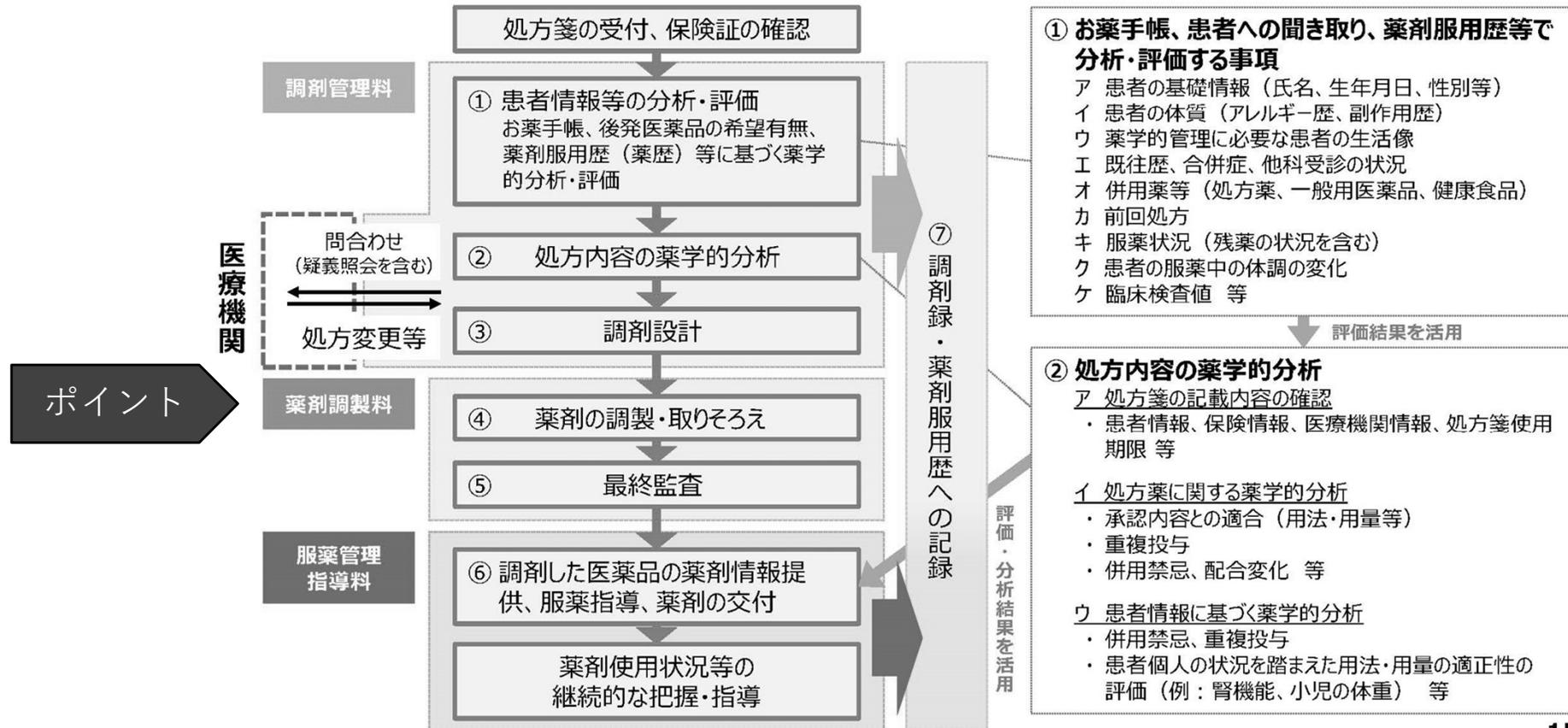
出典：2019年3月まで医科・調剤分の後発医薬品割合（数量ベース）について（保険局調査課（令和元年12月））より一部改変
 2019年4月以降NDBデータ



令和4年 調剤報酬改定 薬剤調製料

薬局での調剤業務の流れについて（令和4年改定）

- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録・薬歴の作成などのステップから構成されている。
- このうち、①、②、③は調剤管理料、④、⑤は薬剤調製料、⑥及びその後の継続的な指導等は服薬管理指導料で評価することとし、調剤管理料及び服薬管理指導料で実施した業務の内容は、調剤録・薬剤服用歴に記録する。



薬剤製剤や取り揃え監査業務の評価新設（薬剤調製料）

◆薬剤調製料（旧 調剤料）

◆1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき、3剤まで））

~~イ 7日分以下の場合 28点~~ ⇒ 24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~~

◆屯服薬、浸煎薬、湯薬、注射薬、外用薬（点数変更なし）

◆（参考）R2改定後に追加された処方可能な注射薬

- 遺伝子組換えヒトvonWillebrand因子製剤、ブロスマブ製剤、メポリズマブ製剤、オマリズマブ製剤、テデュグルチド製剤、サトラリズマブ製剤



薬剤製剤や取り揃え監査業務の評価新設（薬剤調製料）

◆自家製剤加算（変更なし）

◆予製剤加算（変更なし）

◆嚥下困難者用製剤加算（点数変更なし）

➤表現の一部変更

➤（変更）市販されている ⇒ 薬価基準に記載されている

➤（算定不可）薬価基準に記載されている医薬品の剤形では対応できない場合

◆錠剤を分割する場合

➤予製剤加算との区別なく、20/100の算定

➤解釈追加

➤「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

➤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記載されている場合は算定不可



項目変更に伴う、分割調剤時の取扱いの整理

◆項目変更に伴い、分割調剤2回目以降での取り扱い整理

◆注9 長期投薬（14日分を超える投薬）等に係る分割調剤の場合

- 当該保険薬局における2回目以降の調剤時、下記を除き薬学管理料は算定不可
- 算定可：調剤管理料、外来服薬支援料2

◆注10 後発医薬品のお試しに係る分割調剤の場合

- 当該保険薬局における2回目の調剤時、下記を除き薬学管理料は算定不可
- 算定可：調剤管理料、外来服薬支援料2、服薬管理指導料

◆注11 医師の分割指示に係る処方箋

- 算定方法、様式、運用等の変更なし
- ・確認事項の一部変更
 - 副作用の有無 ⇒ 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無
 - 副作用が生じている場合 ⇒ 副作用が疑われる場合はその原因の可能性のある薬剤の推定



リフィル処方箋 (処方せん様式の変更)



処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の導入）

◆R2改定

◆200床以上の病院(一部を除く)で、処方箋料の減額が導入(長期投与制限の導入)

◆参考：30日以上長期投与を行う場合の要件

- 容体が安定し、服薬管理ができていることが要件、必要に応じて診療所に紹介が必要。
- 服薬管理必要の患者のために、医師の指示による分割調剤が導入。

➤R4改定

◆200床以上の病院(一部を除く)において、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、リフィル処方箋を利用することで、処方箋料における長期投薬に係る減算規定が適用されないこととなった。

◆200床未満の病院、診療所については、リフィル処方箋の導入等縛りはない。

◆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

処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の導入）

◆リフィル処方箋の留意事項（全体）

- 保険医がリフィル処方可能と判断した場合、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入
- 総使用回数の上限は3回まで。
 - 1回当たり投薬期間及び総投薬期間、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（投与日数制限は、既存の処方箋と同様）
- 療養担当規則で、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬は、リフィル処方箋の使用不可
- 処方箋の有効期間
 - 1回目の調剤可能な期間は、通常の処方箋の場合と同様
 - 2回目以降の調剤は、原則、前回の調剤日を起点とし、投薬期間経過日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内（15日間の有効期限）。
 - 医師の指示による分割調剤と運用面が類似
 - 処方箋の有効期限の考え方が、分割調剤と大きく異なるので注意



処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の導入）

◆リフィル処方箋の留意事項（薬局側）

➤ 処方箋の取扱い

- 1回目又は2回目(3回可の場合)の調剤を行った場合(リフィル処方箋の総使用回数の調剤終了以外)、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載、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し、当該リフィル処方箋の写しを保管する
- リフィル処方箋の総使用回数の調剤終了後、調剤済処方箋として保管する

➤ 薬剤師の対応

- 患者の服薬状況等を確認、リフィル処方箋による調剤が不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行い、処方医に速やかに情報提供を行う
- リフィル処方箋の、調剤内容、患者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
- 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旨を説明する
- 次回の調剤予定を確認。予定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
- 患者が他の保険薬局で調剤を申し出ている場合、他の保険薬局に調剤状況及び必要な情報をあらかじめ提供する

処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の導入）

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)				
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日	明大昭和 年月日	男・女	電話番号			保険医氏名					
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号		点数表番号	医療機関番号					
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を以てする旨に付し、保険医に提出すること。				
変更不可 <small>個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に応じた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。</small>												
処方	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)											
	保険医署名 <small>「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。</small>											
	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											
備考	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)											
	調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
	保険薬局の所在地及び名称				公費負担医療の受給者番号							

備考	リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)										
	保険医署名 <small>「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。</small>										
	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)											
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地				公費負担医療の受給者番号							

処方医記載

薬剤師記載

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とする。
 3. 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29号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

分割調剤の有効期限 (28日投与を14日毎、2分割の場合 変更なし)

	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)
1						4/1 処方&調剤日	4/2
2	4/3	4/4	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9
3	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16
4	4/17	4/18	4/19 受取期限	4/20	4/21	4/22	4/23
5	4/24	4/25	4/26	4/27	4/28	4/29	4/30
6	5/1	5/2 服用期日	5/3	5/4	5/5	5/6	5/7

処方日数 + 処方箋の有効期限 = 処方箋の投与制限 (受取期限は、残り 1 4 日分全て受け取れる日)

リフィル処方箋の有効期限例（28日分 予定日含まず 要通知確認）

	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)
1						4/1 調剤日	4/2
2	4/3	4/4	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9
3	4/10	4/11	4/12	4/13	4/14	4/15	4/16
4	4/17	4/18	4/19	4/20 受取不可	4/21	4/22	4/23
5	4/24	4/25	4/26	4/27	4/28 予定日	4/29	4/30
6	5/1	5/2	5/3	5/4	5/5	5/6 受取不可	5/7

医師の指示による分割調剤とリフィル処方箋点数比較

新点数算定例(4/1- 服用時点の異なる内服3種類 リフィル28日、医師指示84日(3分割))

	名称	リフィル	医師指示分割	
調剤技術料	調剤基本料 1	42	42	
	後発医薬品調剤体制加算 1	21	21	
	電子的保健医療情報活用加算	3	3	
	薬剤調製料(内服薬)	1剤目	24	24
		2剤目	24	24
		3剤目	24	24
薬学管理料	服薬管理指導料(3月以内に再度処方箋を持参)	45	45	
	調剤管理料	1剤目	50	60
		2剤目	50	60
		3剤目	50	60
	合計	333	363	

※リフィル処方箋は受付1回ごとに計算(2回目以降も同様)、医師指示分割は総投与日数を計算後、分割回数で除した分を請求

医師の指示による分割調剤とリフィル処方箋点数比較

新点数算定例 (4/1- 服用時点の異なる内服3種類 各28日分)

	1回目	2回目	3回目	合計
医師指示分割(1/3) (84日分を3分割して算定)	121点	121点	121点	363点
一部負担金(a)	360円	360円	360円	1,080円
リフィル処方箋 (28日分を都度算定)	333点	333点	333点	999点
一部負担金(b)	1,000円	1,000円	1,000円	3,000円
差額(b)-(a)	+640円	+640円	+640円	+1,920円

※リフィル処方箋は受付1回ごとに計算(2回目以降も同様)、医師指示分割は総投与日数を計算後、分割回数で除した分を請求

ご静聴・ご視聴ありがとうございました



Youtube MSGチャンネルにて、
様々な情報発信を行っております。

