

2022年度診療報酬改定 調剤報酬改定について



2022年3月16日
東和薬品株式会社
医薬政策課

本資料における「改定前」は2022年3月16日時点では「現行」を意味します

本資料は2022年3月4日時点の情報をもとに作成しています。

また、正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解くださいますようお願い致します。

2022年2月9日答申時点の資料における訂正事項

- 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

2022年9月末まで経過措置は、数量割合のみに適用されます（点数には適用されません）。

- 地域支援体制加算の経過措置

加算2～4の⑦（単一建物診療患者が一人の在宅薬剤管理の実績）について、令和5年3月31日までの経過措置が設けられています。

- 調剤管理料 1（内服薬※を調剤した場合）

※内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬は対象外で、調剤管理料 2 に該当します。

赤字：追記

2022年3月4日の告示を踏まえた主な追加説明事項①

● 地域支援体制加算

- ・加算2～4の⑨以外の実績基準：小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで求めます。
- ・連携薬局の数：当該保険薬局を含めて最大で3つまでとする規定が無くなりました。

● 調剤管理料

調剤管理料1を算定した場合、調剤管理料2は算定することができません。

● 調剤管理加算の施設基準

「重複投薬等の解消に係る取組の実績」として、過去1年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績が必要です（届出は不要）。

● 電子的保健医療情報活用加算

施設基準を満たしていれば良く、届出は不要です。

● 服薬管理指導料

「継続的服薬指導」が要件の1つになっています。

● 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）の施設基準

対応する薬剤師1名について、あらかじめ患者の同意を得る必要があります。また、以下1・2の両方を満たす薬剤師であることが求められます。

(1) 保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を1年以上有する場合、1年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。

(2) 当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。

※かかりつけ薬剤師と同条件

2022年3月4日の告示を踏まえた主な追加説明事項②

● 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）

麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算、吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導加算が算定可能になります（調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算も算定可）。

● 在宅患者オンライン薬剤管理指導料

- ・麻薬管理指導加算、乳幼児加算、小児特定加算が算定可能になります（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料も算定可）。ただし、点数は対面時とは別に設定されています。
- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月 2 回以上算定する場合、算定する日の間隔は 6 日以上とする必要があります。

● 小児特定加算

算定対象は、児童福祉法第56条の6 第2項に規定する障害児（18歳未満）です。

● 服用薬剤調整支援料2のイの施設基準

「重複投薬等の解消に係る取組の実績」として、過去 1 年間に、服用薬剤調整支援料 1 を算定した実績、またはそれに相当する実績が必要です（薬剤服用歴に記録、届出は不要）。

● 外来服薬支援料2

この評価の新設に伴い、調剤料の一包化加算が廃止されます。

診療報酬改定について（改定率の変遷）

	2016年	2018年	2019年	2020年	2022年
診療報酬本体	+0.49%	+0.55%	+0.41%	+0.55%	+0.43% ※1-4を除く改定分： +0.23%
医 科	+0.56%	+0.63%	+0.48%	+0.53%	+0.26%
歯 科	+0.61%	+0.69%	+0.57%	+0.59%	+0.29%
調 剤	+0.17%	+0.19%	+0.12%	+0.16%	+0.08%
薬価等					
薬 価	▲1.22% 上記のほか、 ・市場拡大再算定による 薬価の見直しにより、 ▲0.19% ・年間販売額が極めて大 きい品目に対応する市 場拡大再算定の特 例 の実施により、 ▲0.28%	▲1.65% うち、実勢価等改定 ▲1.36% 薬価制度の抜本改革 ▲0.29%	▲0.51% うち、消費税対応分 +0.42% 実勢価改定等 ▲0.93%	▲0.99% うち、実勢価等改定 +0.43% 市場拡大再算定の見直 し等 ▲0.01%	▲1.35% うち、実勢価等改定 ▲1.44% 不妊治療の保険適用の ための特例的な対応 +0.09%
材料価格	▲0.11%	▲0.09%	+0.03% うち、実勢価等改定 +0.06% 市場拡大再算定の見直 し等 ▲0.02%	▲0.02% うち、実勢価等改定 +0.01%	▲0.02%

※1 看護の処遇改善のための特例的な対応

+0.20%

※2 リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による効率化

▲0.10%

※3 不妊治療の保険適用のための特例的な対応

+0.20%

※4 小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の期限到来

▲0.10%

2022年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

（1）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【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 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
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化等
- 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

（2）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【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者が高い専門性を発揮できる勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

（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

【具体的方向性の例】

- 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
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 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
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 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

（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

【具体的方向性の例】

- 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
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 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

令和4年度調剤報酬改定のポイント

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

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

➤ 調剤業務の評価体系の見直し

- 調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
- 重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
- 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等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設

➤ 服薬指導等業務の評価の見直し

- 薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編

➤ 外来服薬支援に係る評価

- 多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

➤ 糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充

- インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充

➤ 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

- 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を新設

➤ 入院時の持参薬整理の評価

- 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服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設

➤ 減薬提案に係る情報提供の評価の見直し

- 処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し

➤ 同一薬局の利用推進

- 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を特例的に評価

薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

➤ 調剤基本料の評価の見直し

- 損益率の状況等を踏まえた、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直し

➤ 特別調剤基本料の見直し

- 敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し

➤ 地域支援体制加算の要件及び評価の見直し

- 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への見直し
- 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の新設

➤ 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価

- 後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
- 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

在宅業務の推進

➤ 緊急訪問の評価の拡充

- 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を評価

➤ 在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充

- 医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、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の評価の新設
- 中心静脈栄養法が行われている患者に対する、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の評価の新設

ICTの活用

➤ 外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価

- 薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し

➤ 外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価

- 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検診情報等取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設

Topic

1. 調剤基本料について
2. リフィル処方について
3. 地域支援体制加算について
4. 後発医薬品調剤体制加算について
5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

調剤料

薬学管理料（薬剤服用歴管理指導料）

対物業務と対人業務の評価について、大きく整理

6. かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料について
7. オンライン服薬指導について
8. 医療的ケア児の評価について
9. 服用薬剤調整支援料について
10. 服薬情報等提供料について
11. 外来服薬支援料について
12. 在宅関連について
13. 退院時共同指導料について
14. その他

1. 調剤基本料について①

個別改定項目Ⅲ-6-①

地域医療に貢献する薬局の評価

基本的な考え方：地域におけるかかりつけ機能に応じた薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について要件及び評価を見直す。

具体的な内容：

2. 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を新設する。
(連携強化加算)

個別改定項目Ⅳ-8-①

調剤基本料の見直し

基本的な考え方：

調剤基本料について、損益率の状況等を踏まえ、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価を見直す。

具体的な内容：

1. 調剤基本料3のロ（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月に40万回を超える場合）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に係る要件について、85%を超える薬局を対象に追加する。
2. 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月に40万回を超える又は同一グループの店舗数が300以上である薬局について、特定の保険医療機関からの処方箋受付割合が85%以下の場合の評価を新設する。

1. 調剤基本料について②

個別改定項目Ⅳ-8-②

特別調剤基本料の見直し

基本的な考え方：

特別調剤基本料について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮し、評価を見直す。

具体的な内容：

1. 特別調剤基本料の点数を引き下げる。
2. 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、調剤基本料における加算の評価を見直す。
「Ⅲ－6－①」及び「Ⅳ－1－①」を参照のこと。
3. 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、保険医療機関への情報提供に係る評価を見直す。
「Ⅲ－6－③」を参照のこと。

個別改定項目 Ⅳ-1-①

薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進

基本的な考え方：

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。

具体的な内容：

2. 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、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。

改定前の評価

調剤 基本料	施設基準	点数		後発医薬品 調剤数量 40%以下 減算※ ²
			①～③いずれかに該当する場合 ①かかりつけ業務の不足※ ¹ ②受結率50%以下 ③受結書未報告の薬局	
1	調剤基本料 2、3-イ、3-ロ、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	21点	- 2 点
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	13点	
3	同一グループ薬局※ ³ 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	11点	
	同一グループ薬局※ ³ による処方箋受付回数が月40万回超で、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	8点	
特別 調剤 基本料	次のいずれかに該当 ①保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有 + 処方箋集中率70%超 (いわゆる敷地内薬局等を想定) ②地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	9点	5点	

青字：2020年診療報酬改定での変更箇所

※1 処方箋の受付回数が1月に600回以下の薬局を除く。

※2 処方箋の受付回数が1月に600回以下の薬局を除き、後発医薬品の規格単位数量の割合が4割以下の薬局（処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く）、もしくは、後発医薬品の規格単位数量の報告していない薬局に該当した薬局。

※3 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。

改定後の評価

改定後の評価		点数		後発医薬品 調剤数量 50%以下 減算 ^{※2}
調剤 基本料	施設基準		①～③いずれかに該当する場合 ①かかりつけ業務の不足 ^{※1} ②受結率50%以下 ③受結書未報告の薬局	
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	21点	経過措置 (R4.9.30まで) - 5 点
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	13点	
3	同一グループ薬局 ^{※3} 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	11点	
	同一グループ薬局 ^{※3} による処方箋受付回数が 月40万回超 又は、グループの 保険薬局が300軒以上 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	8点	
	ハ 同一グループ薬局 ^{※3} による処方箋受付回数が 月40万回超 又は、グループの 保険薬局が300軒以上 で、処方箋集中率 85%以下 (調剤基本料 2、3 のロ、特別調剤基本料に該当する場合は除く)	32点	16点	
特別 調剤 基本料	次のいずれかに該当 ①保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有 + 処方箋集中率 70%超 (いわゆる敷地内薬局等を想定) ②地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	7点	—	

※1 処方箋の受付回数が1月に600回以下の薬局を除く。

※2 処方箋の受付回数が1月に600回以下の薬局を除き、後発医薬品の規格単位数量の割合が5割以下の薬局（処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く）、もしくは、後発医薬品の規格単位数量の報告していない薬局に該当した薬局。

※3 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。

こころの笑顔を、すべてのひとに。あしたの健康を、あなたのものに。

医療経済実態調査の特別集計（法人店舗数別の損益率）

○ 同一グループの薬局の店舗数が多いほど、損益率が高くなる傾向がある。

1店舗あたりの状況 (上段：R1 下段：R2)	法人（同一グループの保険薬局の店舗数）				
	1店舗 (n=95)	2～5店舗 (n=256)	6～19店舗 (n=161)	20～299店舗 (n=197)	300店舗以上 (n=154)
Ⅰ. 収益*1	154,886	146,003	156,150	180,097	251,179
	149,443	142,394	154,748	178,679	247,458
Ⅱ. 介護収益	332	811	1,047	963	939
	274	846	1,195	944	979
Ⅲ. 費用	151,513	140,991	145,459	167,782	228,281
	148,754	139,100	146,190	166,157	221,237
1. 給与費	32,843	30,970	29,445	30,279	36,448
	32,835	30,919	30,228	30,287	35,954
2. 医薬品等費 (うち調剤用医薬品費*2)	104,584 (103,227)	95,848 (92,758)	101,520 (99,294)	114,783 (112,865)	153,507 (148,706)
	101,087 (99,605)	94,026 (91,570)	101,660 (100,166)	112,967 (110,929)	147,579 (142,862)
Ⅳ. 損益差額（税引前） (新型コロナウイルス感染症関連の補助金を 含めた損益差額)	3,705	5,823	11,737	13,279	23,837
	963 (1,211)	4,141 (4,459)	9,753 (10,150)	13,466 (14,022)	27,200 (27,603)
粗利益率*1 (%) ((収益+介護収益-医薬品等費) / (収益+介護収益))	32.6%	34.7%	35.4%	36.6%	39.1%
	32.5%	34.4%	34.8%	37.1%	40.6%
労働分配率*1 (%) (給与費/ (収益+介護収益-医薬品等費))	64.9%	60.8%	52.9%	45.7%	37.0%
	67.5%	62.8%	55.7%	45.4%	35.6%
損益率*1 (%) (損益差額/ (収益+介護収益))	2.4%	4.0%	7.5%	7.3%	9.5%
	0.6%	2.9%	6.3%	7.5%	10.9%

*1 新型コロナウイルス感染症関連の補助金を収益から除外して算出。

(単位：千円)

*2 調剤用医薬品費の回答がなかった施設については医薬品等費を調剤用医薬品費とみなして算出。

〔出典〕第23回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告より医療課作成

出典：厚生労働省 中医協総会（2021/11/26）総-3「調剤（その3）」をもとに作成

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000858717.pdf>

改定後の評価

調剤 基本料	施設基準	点数		後発医薬品 調剤数量 50%以下 減算 ^{※2}
			①～③いずれかに該当する場合 ①かかりつけ業務の不足 ^{※1} ②妥結率50%以下 ③妥結書未報告の薬局	
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	21点	経過措置 (R4.9.30まで)
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	13点	
3	イ 同一グループ薬局 ^{※3} 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料が 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料が 月4万回超40万回以下 で、次のいずれかに該当			- 5 点
	ロ 同一グループ薬局 ^{※3} による処方箋受付回数が 300軒以上 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料が 月4万回超40万回以下 で、次のいずれかに該当			
	ハ 同一グループ薬局 ^{※3} による処方箋受付回数が 300軒以上 で、処方箋集中率 85%超 (調剤基本料 2、3のロ、特別調剤基本料に該当する場合を除く)			
特別 調剤 基本料	次のいずれかに該当 ①保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有 + 処方箋集中率 70%超 (いわゆる敷地内薬局等を想定) ②地方厚生局に調剤基本料に係る届出を行わなかった場合	7点	—	

【特別調剤基本料】

- 点数引き下げ (9点⇒7点)
- 地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算は、『100分の80に相当する点数』しか算定できない
- 服薬情報等提供料について、特別な関係にある医療機関への提供は、算定対象外

※1 処方箋の受付回数が1月に600回以下の薬局を除く。

※2 処方箋の受付回数が1月に600回以下の薬局を除き、後発医薬品の規格単位数量の割合が**5割以下**の薬局 (処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く)、もしくは、後発医薬品の規格単位数量の報告していない薬局に該当した薬局。

※3 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。

赤字：2022年診療報酬改定での変更箇所

参考：調剤基本料の減算（後発医薬品の調剤割合が著しく低い保険薬局）

後発医薬品の調剤割合が著しく低い薬局
（調剤基本料の注 7 に規定する保険薬局）とは、

- 後発医薬品の調剤数量割合が**5割**以下の保険薬局です。
- 調剤基本料が**5点**減算されます。
- ただし、以下の場合には対象から除外されます。
 - ① 処方箋の受付回数が 1 月に600回以下の保険薬局
 - ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合
・・・直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち、先発医薬品変更不可の処方箋の受付回数が5割以上

後発医薬品の調剤割合が著しく低い薬局には、調剤基本料を減算する規定がございます。但し、やむを得ないものは除外されます。除外対象となった場合は、「様式87」を用いて届出ます。

（改定前のルールです。様式番号の変更等にご注意ください。）

1. 調剤基本料について 【調剤基本料に規定する加算及び減算】

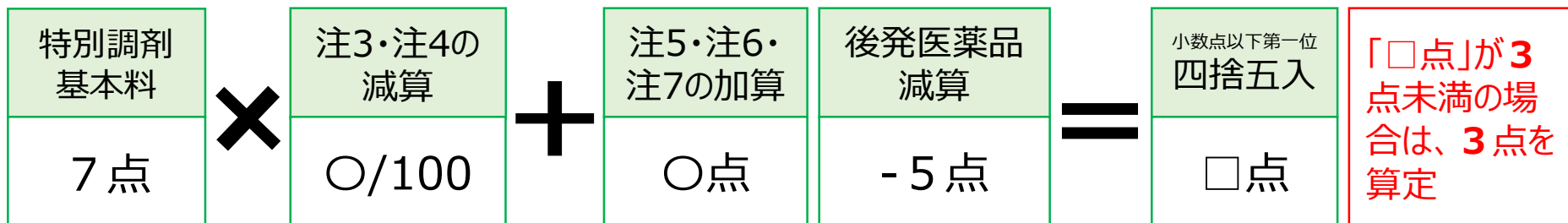
改定後

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乗じ、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。

- ・ 注3：複数医療機関の処方箋同時受付時の2枚目以降の調剤基本料（100分の80）
- ・ 注4：かかりつけ業務・妥結率の低い薬局等の減算（100分の50）
- ・ 注5：地域支援体制加算（ただし、特別調剤基本料の場合は100分の80の点数）
- ・ 注6：連携強化加算
- ・ 注7：後発医薬品調剤体制加算（ただし、特別調剤基本料の場合は100分の80の点数）
- ・ 注8：後発医薬品減算

イメージ図



1. 調剤基本料について（連携強化加算）

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。

※届出が必要です（様式87の3の4）

2. リフィル処方について

個別改定項目 I-7-⑫・IV-7-②

処方箋様式の見直し（リフィル処方箋の仕組み）

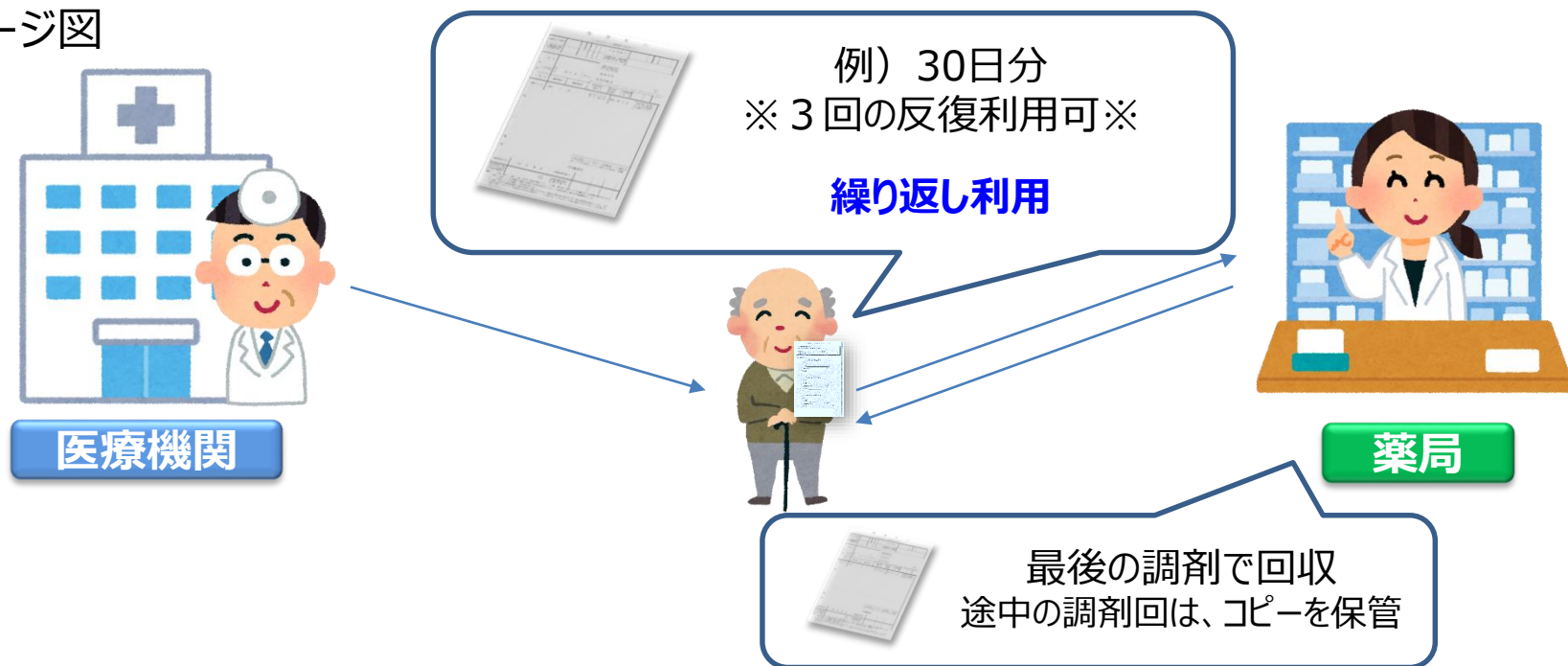
基本的な考え方：

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を設ける。

具体的な内容：

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する（別紙）。

イメージ図



2. リフィル処方について

分割調剤

リフィル処方

【参考：医師の指示による「分割調剤」と、「リフィル処方」の違い】

例) 90日分の内服薬を、30日分ごとに薬局で調剤して交付する場合

〈分割調剤〉

医師は90日分の処方箋（30日分×3枚）を発行し、薬局に対して3回の分割指示。

※調剤回数分の処方箋を発行 くわえて別紙も発行

〈リフィル制度〉

医師は30日分の処方箋を、繰り返し利用できる回数（3回）を記載した上で発行。

※1枚の処方箋を発行

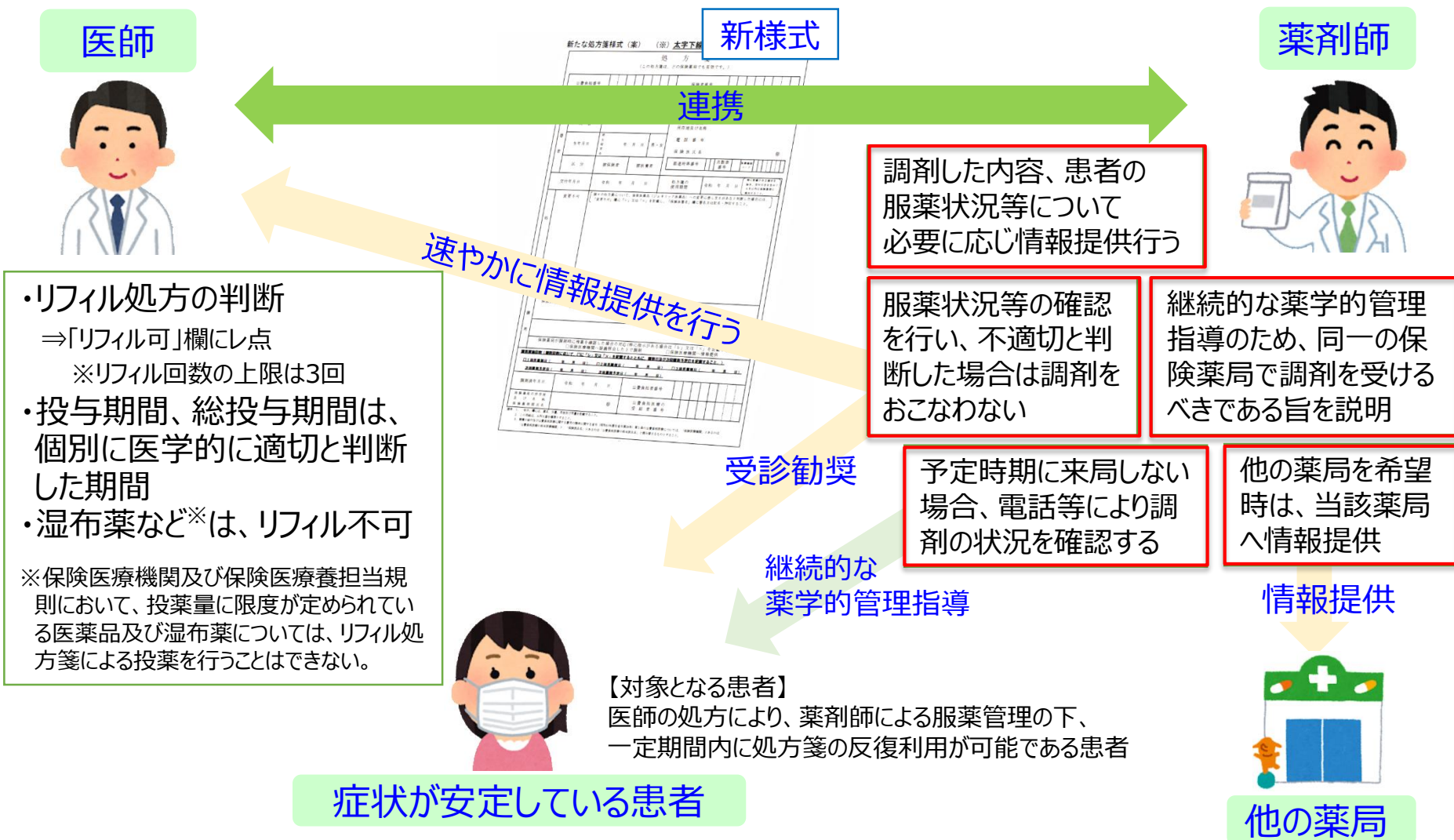
【リフィル処方をおこなう患者の背景について】

例)

- 30日の処方を繰り返し受けていた患者（都度、診察）
⇒ 30日×3回のリフィル処方に
- 90日の長期処方を受けていた患者
⇒ 30日×3回のリフィル処方に

2. リフィル処方について

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を設ける。



2. リフィル処方について（処方箋様式）

新たな処方箋様式（案） （※）太字下線部が見直し内容

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	男・女	電 話 番 号						
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名					
交付年月日			令和 年 月 日	処方箋の使用期間			令和 年 月 日	特にお薬のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
処 方	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 ☐ (回)		リフィル可 ☐ (回) 医師が記入						
	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。						
調 剤 考 察	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。) □保険医療機関へ延薬照会した上で調剤 □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					
保険薬局の所在地及び名称			公費負担医療の受給者番号						

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. 後発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59年厚生省令第34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「公費負担医療の振替医療機関」と、保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の振替医氏名」と読み替えるものとする。

- ・総使用回数の上限は3回
- ・1回目の調剤期間は、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、投薬期間を経過する日（次回調剤予定日）の前後7日以内とする
- ・1回目又は2回目（3回可の場合）の調剤時に調剤日及び次回調剤予定日を記載＋薬局名、薬剤師名を余白又は、裏面に記載
- ・総使用回数の調剤が終わった処方箋を保管（それまでは写しを保管）

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)

参考：処方箋料の見直しについて

1	3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合	28点
2	1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び再診料の地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合	40点
3	1及び2以外の場合	68点

処方箋料の算定要件 注2（いわゆる紹介率が低い大病院）

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。

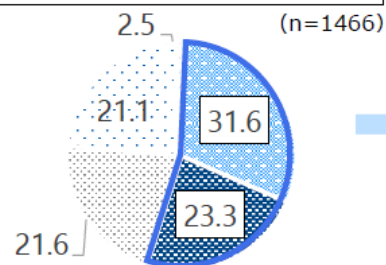
1回の投与期間が29日以下の
リフィル処方であれば、減算対象外

参考：処方箋の反復利用に対する患者の意向

- リフィル処方箋※を利用したいと思うと回答した患者は54.9%であり、患者がリフィル処方箋の仕組みを利用したいと思う場合は、「症状が長期に安定しているとき」、「忙しくて診察に行く時間が確保できないとき」という回答が多かった。
- リフィル処方箋で薬の交付を受ける場合、1回目に行く薬局としては、「自宅や職場の近くなど生活圏の中にある薬局」という回答が多かった。2回目以降に行く薬局としては、「1回目に利用した薬局」という回答が多かった。

※ 症状が安定している患者などに対し、医師が繰り返し使用できる回数を定めた上で、一定期間反復使用できる処方箋を交付し、この処方箋により、患者は受診することなく薬局で繰り返し薬を受け取ることができる。

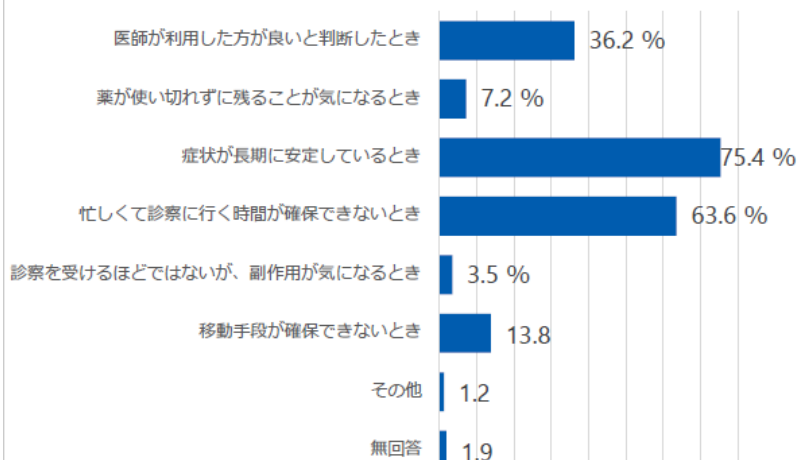
リフィル処方箋を利用したいと思うか（患者）



● 思う ● やや思う ● あまり思わない ● 思わない ● 無回答

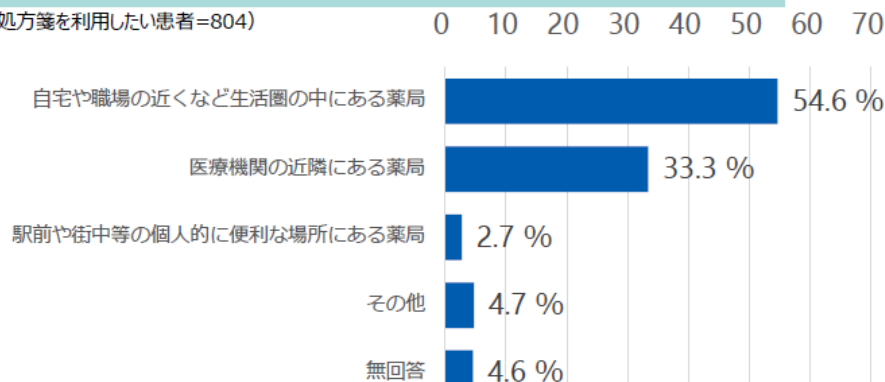
患者がリフィル処方箋の仕組みを利用したいと思う場合

(リフィル処方箋を利用したい患者=804、複数回答) 0 10 20 30 40 50 60 70 80



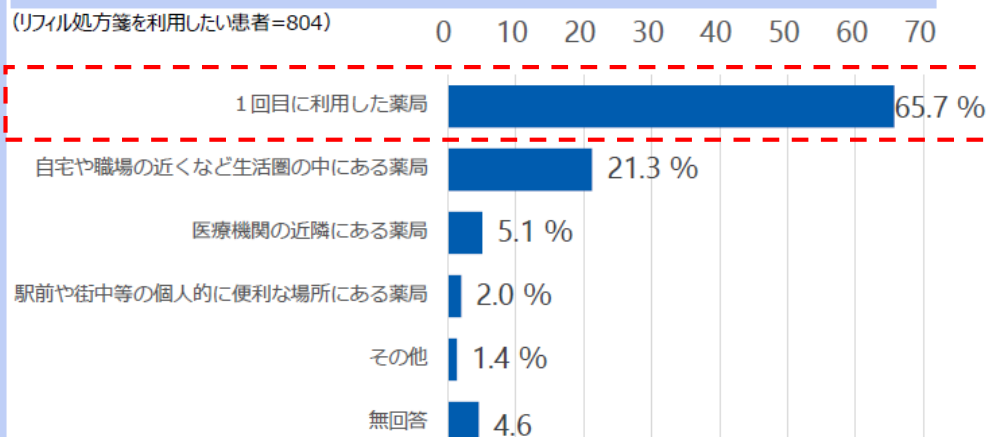
リフィル処方箋で薬の交付を受ける場合に1回目に行く薬局

(リフィル処方箋を利用したい患者=804)



リフィル処方箋で薬の交付を受ける場合に2回目以降に行く薬局

(リフィル処方箋を利用したい患者=804)



出典：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

参考：厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会（2021/12/8）総4-2 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000863579.pdf>

3. 地域支援体制加算について

個別改定項目 Ⅲ-6-①

地域医療に貢献する薬局の評価

基本的な考え方：

地域におけるかかりつけ機能に応じて薬局を適切に評価する観点から、地域支援体制加算について要件及び評価を見直す。

具体的な内容：

1. 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。
2. 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を新設する。
(連携強化加算)

※1. 調剤基本料について（13頁）参照

3. 地域支援体制加算について【改定前の評価】

参考：改定前の評価

地域支援体制加算

38点

※青字は変更部分

○地域支援体制加算の施設基準

(1) <u>地域医療に貢献する体制を有することを示す実績</u>
(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

[経過措置]

調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。

現行の評価では、調剤基本料1以外を算定する薬局の要件はかなり厳しいものになっています。

※青字：2020年度改定時変更箇所

▶ 調剤基本料1を算定している保険薬局
以下の基準のうち①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。
(1薬局あたりの年間の回数)

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績 12回以上 ※1
- 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 ※2
- 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

▶ 調剤基本料1以外を算定している保険薬局
以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。
(①～⑧は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、⑨は薬局あたりの年間の回数)

- 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 12回以上 ※1
- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上 ※2
- 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

※1 在宅協力薬局として実施した場合（同一グループ内は除く）や同等の業務を行った場合を含む。

※2 同等の業務を行った場合を含む。

3. 地域支援体制加算について

改定前		
	点数	加算対象
地域支援体制加算	38点	調剤基本料 1 を算定する薬局
		調剤基本料 1 <u>以外</u> を算定する薬局



改定後		
	点数	加算対象
地域支援体制加算 1	39点	調剤基本料 1 を算定する薬局
地域支援体制加算 2	47点	調剤基本料 1 を算定する薬局
地域支援体制加算 3	17点	調剤基本料 1 <u>以外</u> を算定する薬局
地域支援体制加算 4	39点	調剤基本料 1 <u>以外</u> を算定する薬局

※特別調剤基本料を算定する薬局は、80/100

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、同日後に調剤基本料 3 の八に該当した場合は、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。

3. 地域支援体制加算について（加算1・2）

加算1：“実績項目1”の①～③と④もしくは⑤を満たす

加算2：“実績項目1”の①～③と④もしくは⑤に加え、“実績項目2”の3つ以上を満たす

“実績項目1”

※②・④・⑤：1薬局あたりの直近1年間の実績

- ① 麻薬小売業者の免許を取得
- ② 在宅薬剤管理の実績 **24回以上**
- ③ かかりつけ薬剤師等に係る届出
- ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上
- ⑤ 多職種と連携する会議への出席 1回以上

経過措置

【例】⑦を満たすために必要な実績回数(直近1年間)

処方箋受付回数：2万回／年※¹の場合、
⇒24回×2万回／1万回＝48.0回※²

※¹ 処方箋受付が1万回未満の場合、1万回とみなす

※² 小数点第2位を四捨五入して小数点第1位まで求める

経過措置

“実績項目2”

常勤薬剤師1人当たり
⇒薬局当たり

※⑨：1薬局あたりの直近1年間の実績

⑨以外：直近1年間の処方箋受付回数1万回当たり

- ① 夜間・休日の対応実績 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一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 多職種と連携する会議への出席 5回以上

経過措置

令和4年3月31日時点で当該加算の届出を行い、在宅の実績を満たしていると届出ている場合は、令和5年3月31日まで基準を満たしているものとする。

参考：厚生労働省 中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/09）をもとに作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

3. 地域支援体制加算について（加算3・4）

加算3：“実績項目2”の④と⑦を含む3つ以上を満たす + 麻薬小売業者の免許取得

加算4：“実績項目2”の9つのうち8つ以上を満たす

“実績項目2”

常勤薬剤師1人当たり
⇒薬局当たり

※⑨：1薬局あたりの直近1年間の実績

⑨以外：直近1年間の処方箋受付回数1万回当たり

- | | |
|---|-----------------------------|
| ① | 夜間・休日の対応実績 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一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 | 多職種と連携する会議への出席 5回以上 |

経過
措置

経過
措置

令和4年3月31日時点で当該加算の届出を行い、在宅の実績を満たしていると届出ている場合は、令和5年3月31日まで基準を満たしているものとする。

参考：厚生労働省 中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/09）をもとに作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

参考：地域支援体制加算 2 の届出書（一部抜粋）

3 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数（①） （前年 3 月 1 日から当年 2 月末日）		(例)14,567 回
4 各基準の実績回数 ※以下の(1)から(9)までの9つの基準のうち、3つ以上を満たす必要がある。		
処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 （1 年間の各基準の算定回数）（満たす実績に○） 期間： 年 月 ～ 年 月	各基準に①を 乗じて 1 万で 除して得た回 数※1	保険薬局にお ける実績の合 計
() (1) 時間外等加算及び夜間・休日等加算（400 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (2) 麻薬の調剤回数（10 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (3) 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（40 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (4) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包管理料（40 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (5) 外来服薬支援料 1（12 回／受付回数 1 万回）	回	回
(○) (6) 服用薬剤調整支援料（1 回／受付回数 1 万回）	(例)1.5 回	(例) 2 回
() (7) 単一建物診療患者が 1 人の場合の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、介護保険における居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（24 回／受付回数 1 万回）	回	回
() (8) 服薬情報等提供料等（60 回／受付回数 1 万回）	回	回
※1 直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、①の代わりに処方箋受付回数 1 万回を使用して計算する。		
保険薬局当たりの基準	保険薬局における実績の合計	
(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の出席回数（5 回／保険薬局）	回	

赤枠内：求められる1年間の実績回数を計算して記入

※小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで求める
 ※処方箋受付が 1 万回未満の場合、1 万回とみなす

青枠内：1年間の実績合計回数を記入

【例】

1 年間の処方箋受付回数：14,567 回の場合

「(6)服用薬剤調整支援料（1 回／受付回数 1 万回）」を満たすために求められる1年間の実績回数は

$$1 \text{ 回} \times 14,567 \text{ 回} / 10,000 \text{ 回} = 1.45 \text{ 回} \\ \Rightarrow 1.5 \text{ 回}$$

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

調剤基本料1

地域支援体制加算1 38点 ⇒ 39点

①～③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。

3. 地域支援体制加算について 【補足】

地域連携薬局（薬機法における認定制度）も、地域支援体制加算も、「かかりつけ薬局」を推進するもの。

⇒薬機法との関係をどう整理するか？

地域連携薬局（2021.8.1～）



【主な要件】

- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

等

【診療報酬】

- 地域支援体制加算
- かかりつけ薬剤師指導料
- かかりつけ薬剤師包括管理料

患者のための薬局ビジョン
かかりつけ薬局

参考：地域支援体制加算と地域連携薬局の要件の比較

		地域支援体制加算	地域連携薬局
構造設備		・パーティション等で区切られた独立したカウンター ・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（望ましい）	・利用者の服薬指導等の際に配慮した構造設備（相談窓口への椅子の設置、パーティションの設置等） ・高齢者、障害者等の円滑な利用に適した構造設備（手すり、車いすでも来局できる構造等）
情報提供体制	会議	調基 1：地域の多職種と連携する会議への出席 1 回以上（薬局あたり） 調基 1 以外：地域の多職種と連携する会議への出席 5 回以上（薬局あたり）	・地域包括ケアシステムの構築に資する会議への参加（地域ケア会議、サービス担当者会議、地域の多職種が参加する退院時カンファレンス）
	報告実績	調基 1：服薬情報等提供料の実績 12 回以上 調基 1 以外：服薬情報等提供料の実績 60 回以上	・地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して報告及び連絡した実績（月平均 30 回以上）
	報告体制	・医薬品の情報提供の体制	・地域における医療機関に勤務する薬剤師等に対して随時報告及び連絡することができる体制 ・他の薬局に対して報告及び連絡することができる体制
専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務体制	開局時間	・調剤及び在宅業務に 24 時間対応できる体制 ・調基 1 以外：夜間・休日等の対応実績 400 回以上	・開店時間外の相談に対応する体制 ・休日及び夜間の調剤応需体制
	調剤体制	・1,200 品目以上の保険調剤に係る医薬品の備蓄 ・麻薬小売業者の免許（調基 1 以外：麻薬の調剤実績 10 回以上）	・在庫医薬品を他の薬局に提供する体制 ・麻薬の調剤応需体制 ・無菌製剤処理の実施体制（他の薬局の無菌調剤室を利用する場合も含む）
	医療安全対策	・アレルギード事例の報告、副作用報告の体制、PMDA メディナビへの登録	・医療安全対策（医薬品に係る副作用等の報告の対応、薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業への参加等）
	継続勤務・研修	・管理薬剤師に対する要件（5 年以上の勤務、週 32 時間以上の勤務、当該薬局での 1 年以上の勤務） ・かかりつけ薬剤師指導料等の届出（調基 1 以外：算定実績 40 回以上） ・定期的な研修受講	・1 年以上継続勤務する常勤薬剤師の人数（常勤薬剤師の半数以上） ・地域包括ケアシステムに関する研修を修了した常勤勤務薬剤師の人数（常勤薬剤師の半数以上） ・地域包括ケアシステムに関する内容の研修の受講（全ての薬剤師が毎年継続的に受講） ・地域の医療施設に対して医薬品に関する情報提供実績（地域の医薬品情報室）
在宅対応	実績	調基 1：在宅患者薬剤管理の実績 12 回以上 調基 1 以外：単一建物診療患者が 1 人の在宅薬剤管理の実績 12 回以上	・在宅患者薬剤管理の実績（月平均 2 回以上）
	体制	・医療材料・衛生材料の供給体制 ・在宅業務実施体制の周知 ・在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションとの連携体制、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携体制、地域包括ケアセンターとの必要な連携	・医療機器及び衛生材料の提供体制（高度管理医療機器又は特定保守管理医療機器の販売業許可）
その他		・後発医薬品の調剤割合 50% 以上（集中率 85% 以上のみ） ・OTC の販売 ・生活習慣全般に係る相談応需・対応（健康情報拠点） ・調基 1 以外：重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40 回以上 ・調基 1 以外：外来服薬支援料の実績 12 回以上 ・調基 1 以外：服用薬剤調整支援料の実績 1 回以上	

※実績要件については、調基 1 は薬局あたり、調基 1 以外は薬剤師あたり

下線部が要件に差異がある箇所
 ※地域支援体制加算については、年間実績

4. 後発医薬品調剤体制加算について

個別改定項目 IV-1-①

薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進

基本的な考え方：

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。

具体的な内容：

1. 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、後発医薬品調剤体制加算について、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、評価を見直す。
2. 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、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲を拡大する。 ※1. 調剤基本料について（10頁）参照

4. 後発医薬品調剤体制加算について

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、評価の見直しが行われます。区分は改定前と同じ3段階のままです。

	改定前		改定後	
後発医薬品調剤体制加算3	85%以上	28点	90%以上	30点 NEW
後発医薬品調剤体制加算2	80%以上	22点	85%以上	28点 ±0点
後発医薬品調剤体制加算1	75%以上	15点	80%以上	21点 ▲1点

(ご注意) 届出には3か月の実績が必要です

※特別調剤基本料を算定する薬局は、80/100

(「1. 調剤基本料について」で説明済み)

【調剤基本料に係る減算規定】

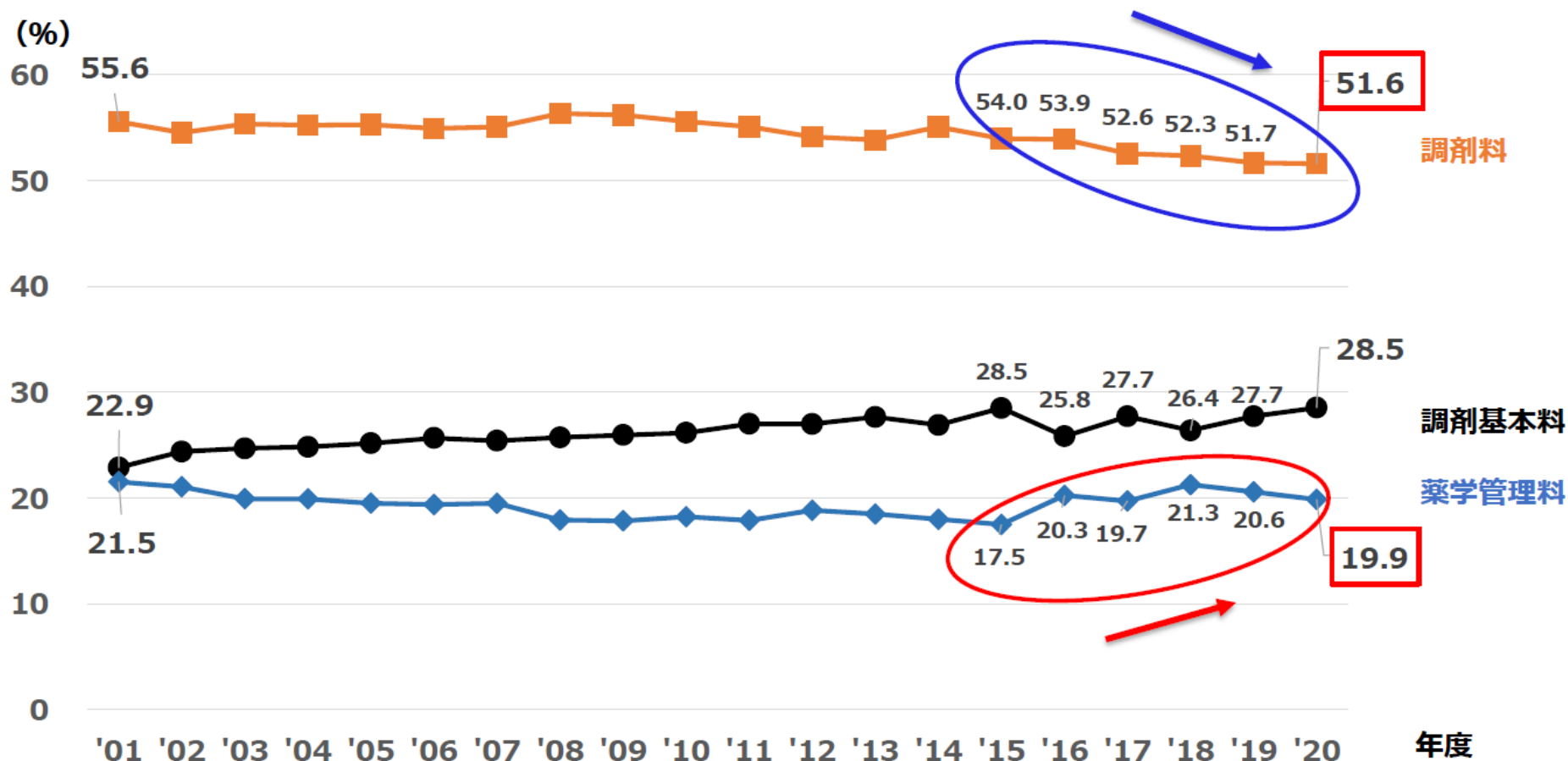
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定について、評価を見直すとともに、対象となる薬局の範囲が拡大されます。

	改定前		改定後	
調剤基本料の減算規定	40%以下	-2点	50%以下	-5点

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

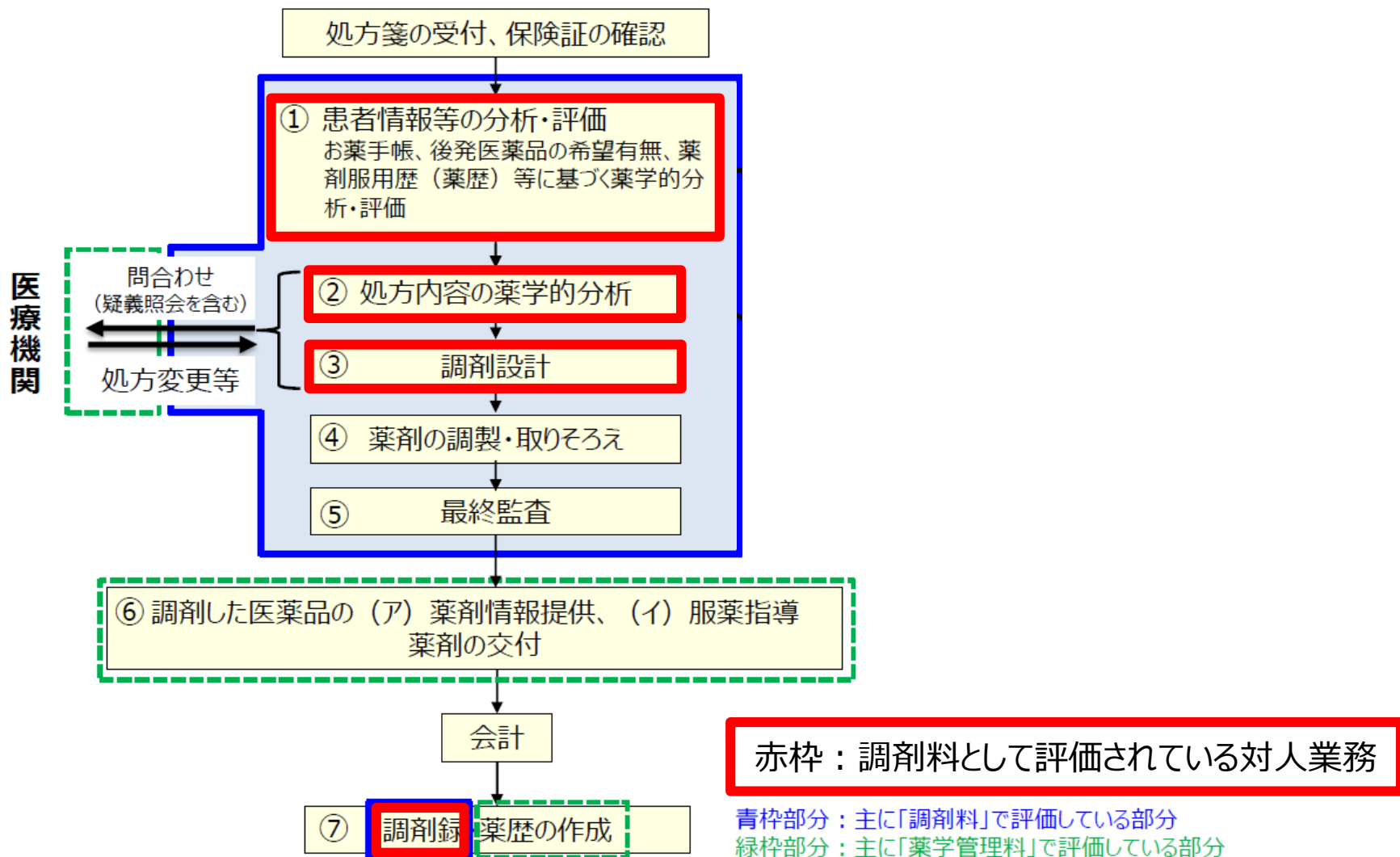
技術料に占める調剤基本料、調剤料、薬学管理料（点数ベース）の割合

- 「調剤料」の占める割合は近年減少傾向にあるが、引き続き技術料の50%を超えている。
- 対人業務を評価する「薬学管理料」の占める割合は、近年20%程度。



5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し【背景】

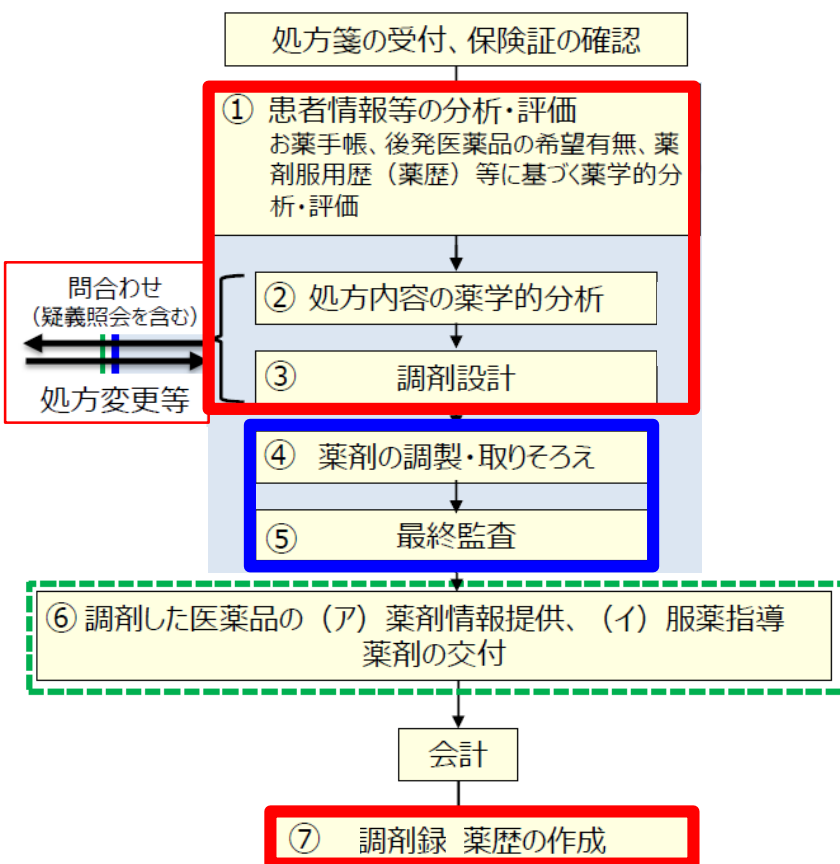
参考：薬局での調剤業務の流れ



5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

(薬局での調剤業務の流れ)

医療機関



改定後

薬剤調製料

④ ⑤

調剤管理料

① ② ③
⑦ (調剤録)
⑦ (薬歴)

服薬管理指導料

⑥ ※
※調剤後の継続的な指導
等を含む

改定前

調剤料

① ② ③ ④ ⑤
⑦ (調剤録)

薬剤服用歴
管理指導料等

⑥ ⑦ (薬歴)

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（**薬剤調製料**について）

個別改定項目 Ⅲ-6-②

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

基本的な考え方：

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

具体的な内容：

1. 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を新設する。

(薬剤調製料)

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（**薬剤調製料**について）

基本的な考え方：対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

具体的な内容：

1. 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**監査業務の評価を新設する。

改定後

薬剤調製料（新設）

- 1 内服薬※（1剤につき）
※浸煎薬及び湯薬を除く
24点
- 2～6（略）

（参考）改定前

調剤料

- 1 内服薬※（1剤につき）
※浸煎薬及び湯薬を除く

7日分以下の場合	28点
8日分～14日分の場合	55点
15日分～21日分の場合	64点
22日分～30日分以下の場合	77点
31日分以上の場合	86点
2～6（略）	

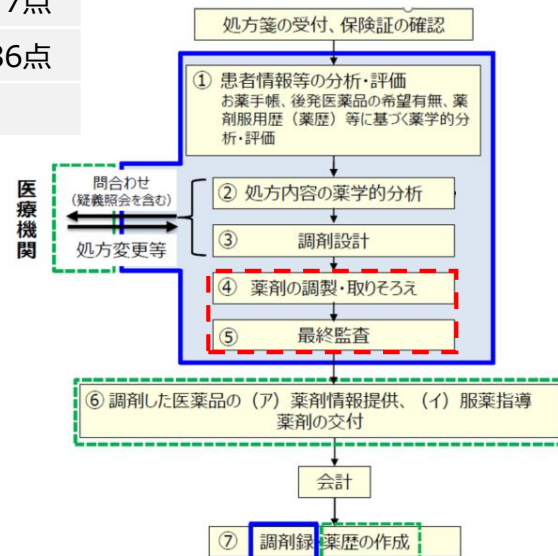
【補足】

「自家製剤加算」はこれまで同様、投与日数に従って加算

※ただし、錠剤を分割する場合は、予製剤と同様の扱い（100分の20に相当する点数）となる

※「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。

枠内が**薬剤調製料**



5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（調剤管理料について）

個別改定項目 Ⅲ-6-②

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

基本的な考え方：

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

具体的な内容：

2. 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を新設する。（調剤管理料）
3. 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、評価の在り方を見直す。（重複投薬・相互作用等防止加算（調剤管理料））
5. 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、当該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を新設する。（調剤管理加算（調剤管理料））

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（調剤管理料について）

個別改定項目 Ⅲ-2-⑬

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設

基本的な考え方：

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、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診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

具体的な内容：

2. 保険薬局において、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を新設する。

（電子的保健医療情報活用加算）

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（調剤管理料について）

基本的な考え方：対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

具体的な内容：

2. 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を新設する。

改定後

調剤管理料（新設）

1 内服薬※（1剤につき、3剤まで）

※内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬を除く

7日分以下の場合 4点

8日分～14日分の場合 28点

15日分～28日分の場合 50点

29日分以上の場合 60点

2 1以外の場合

4点

（参考）改定前

調剤料

内服薬※（1剤につき）

※浸煎薬及び湯薬を除く

7日分以下の場合 28点

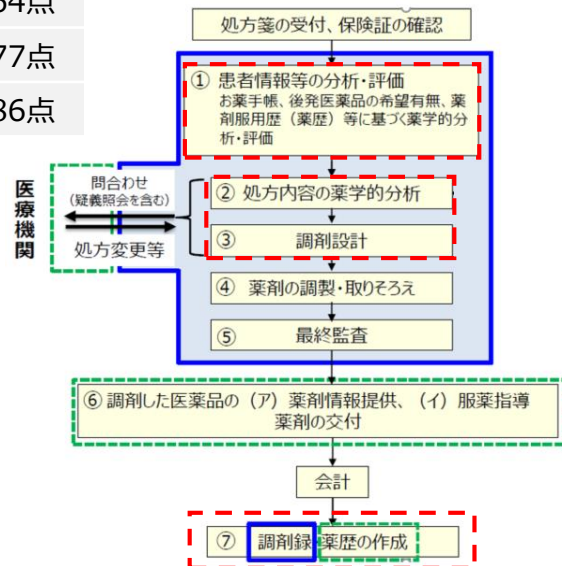
8日分～14日分の場合 55点

15日分～21日分の場合 64点

22日分～30日分以下の場合 77点

31日分以上の場合 86点

枠内が調剤管理料



※調剤管理料 1 を算定した場合、調剤管理料 2 は算定することができません。

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（調剤管理料について）

具体的な内容：

3. 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、評価の在り方を見直す。

改定後

（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 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号 1 5 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 1 5 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。

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（調剤管理料について）

改定後	改定前				
【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） 【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、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。</u>	【重複投薬・相互作用等防止加算（かかりつけ薬剤師指導料）】 <u>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。</u> <table> <tr> <td>イ 残薬調整に係るもの以外の場合</td><td>40点</td></tr> <tr> <td>ロ 残薬調整に係るものの場合</td><td>30点</td></tr> </table> 【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、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。</u>	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
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				

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（調剤管理料について）

具体的な内容：

5. 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、当該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を新設する。

改定後

（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。

※過去1年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（調剤管理料について）

基本的な考え方： オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、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診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

具体的な内容：

2. 保険薬局において、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を新設する。

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。

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（調剤管理料について）

改定後

[施設基準]

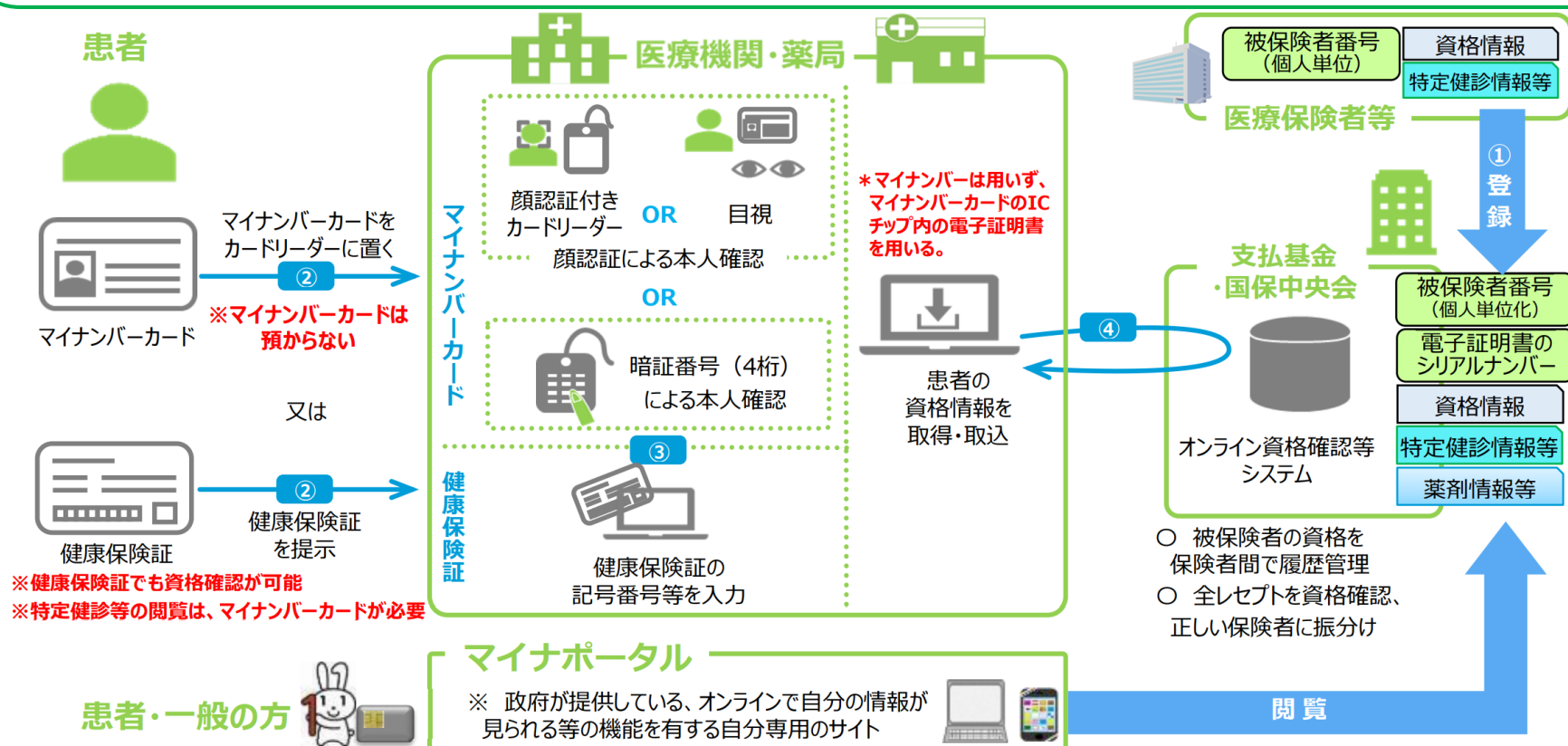
- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

※当該基準を満たしていればよく、届出を行う必要はありません

オンライン資格確認の導入（マイナンバーカードの保険証利用）について

○ オンライン資格確認等システムの導入により、

- ① 医療機関・薬局の窓口で、患者の方の直近の資格情報等（加入している医療保険や自己負担限度額等）が確認できるようになり、期限切れの保険証による受診で発生する過誤請求や手入力による手間等による事務コストが削減できます。
- ② また、マイナンバーカードを用いた本人確認を行うことにより、医療機関や薬局において特定健診等の情報や薬剤情報を閲覧できるようになり、より良い医療を受けられる環境となります（マイナポータルでの閲覧も可能）。



5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

【分割調剤時の併算定について】

- **分割調剤（長期投薬）**

改定前：薬学管理料は算定不可

改定後：調剤管理料、外来服薬支援料 2を除く薬学管理料は算定不可

- **分割調剤（後発品）**

改定前：薬剤服用歴管理指導料を除く薬学管理料は算定不可

改定後：服薬管理指導料、調剤管理料、外来服薬支援料 2を除く薬学管理料は算定不可

【時間外加算等について】

- **時間外加算の点数**

改定前：調剤基本料を含めた調剤技術料（基礎額）

改定後：調剤基本料、薬剤調製料及び調剤管理料（基礎額）

- **基礎額の計算**

改定前：調剤基本料(各加算含む) + 調剤料 + 無菌製剤処理加算 + 在宅患者調剤加算

改定後：調剤基本料(各加算含む) + 薬剤調製料 + 調剤管理料 + 無菌製剤処理加算 + 在宅患者調剤加算

基礎額に含まないものに追加：重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算、電子的保健医療情報活用加算
基礎的に含まないものから削除：一包化加算

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（服薬管理指導料について）

個別改定項目 Ⅲ-6-②

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

基本的な考え方：

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

具体的な内容：

4. 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を新設する。

（服薬管理指導料）

個別改定項目 Ⅲ-6-③

薬局における対人業務の評価の充実

基本的な考え方：

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

具体的な内容：

2. 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、評価を見直す。

（調剤後薬剤管理指導加算（服薬管理指導料））

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（服薬管理指導料について）

個別改定項目 I-5-⑧

地域における薬局のかかりつけ機能の評価

基本的な考え方：

かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、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について新たな評価を行う。

具体的な内容：

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、当該患者の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を新設する。 ※「6. かかりつけ薬剤師指導料等について」で説明（服薬管理指導料の特例）

個別改定項目 III-2-⑦

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

基本的な考え方：

オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導等について、要件及び評価を見直す。

具体的な内容：

1. 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、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。 ※「7. オンライン服薬指導について」で説明

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（服薬管理指導料について）

個別改定項目 Ⅲ-4-6-⑧

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

基本的な考え方：

医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

具体的な内容：

医療的ケア児である患者に対して、当該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を新設する。（「8. 医療的ケア児の評価について」で説明）（小児特定加算）

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（服薬管理指導料について）

基本的な考え方：対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

具体的な内容：

4. 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を新設する。

改定後

服薬管理指導料（新設）

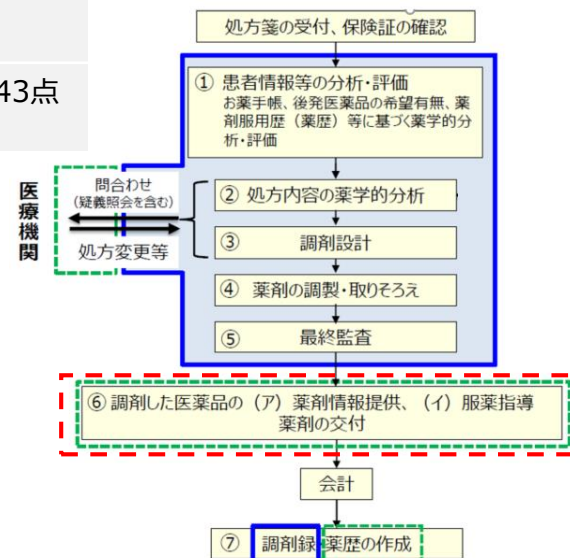
1 原則 3 月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合	45点
2 1 の患者以外の患者に対して行った場合	59点
3 特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	45点
4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	45点

（参考）改定前

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

枠内が服薬管理指導料



※「継続的服薬指導」が要件の 1 つになっています。

5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し（服薬管理指導料について）

基本的な考え方：薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

具体的な内容：

2. 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、評価を見直す。

改定後

調剤後薬剤管理指導加算
（服薬管理指導料）

月1回 60点

改定前

調剤後薬剤管理指導加算
（薬剤服用歴管理指導料）

月1回 30点



出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）調剤 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

出典：厚生労働省 中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/09） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

6. かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料について

個別改定項目 I-5-⑧

地域における薬局のかかりつけ機能の評価

基本的な考え方：

かかりつけ薬剤師指導料等を算定する患者に対して、かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合に、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について新たな評価を行う。

具体的な内容：

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、当該患者の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を新設する。

個別改定項目 Ⅲ-6-②

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

基本的な考え方：

対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行う。

具体的な内容：

3. 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、評価の在り方を見直す。（「5. 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直しの項目」で説明）

6. かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料について

個別改定項目 Ⅲ-6-③

薬局における対人業務の評価の充実

基本的な考え方：

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

具体的な内容：

1. 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、当該患者の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を新設する。「Ⅰ－5－⑧」を参照のこと。

個別改定項目 Ⅲ-4-6-⑧

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

基本的な考え方：

医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

具体的な内容：

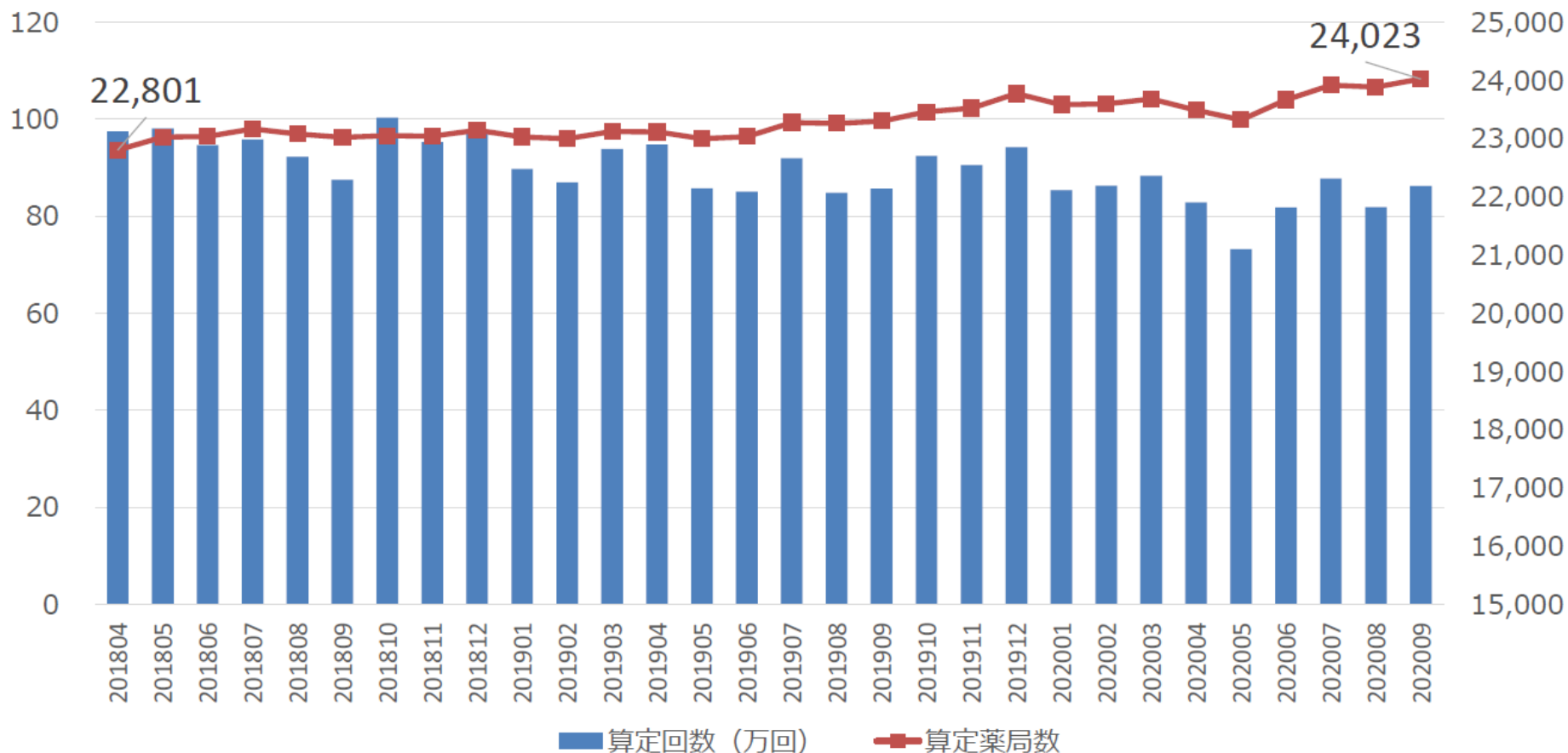
医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。（「8.医療的ケア児の評価について」で説明）
(小児特定加算)

6. かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料について

○ 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・算定薬局数は近年横ばいである。

算定回数（万回）

算定薬局数

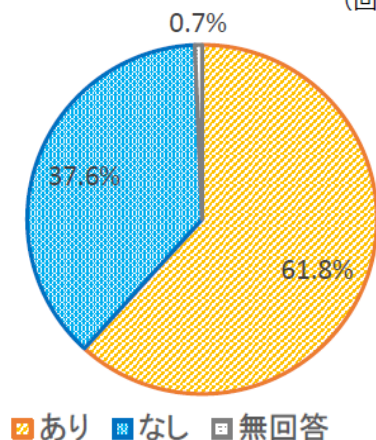


〔出典〕 NDBデータ

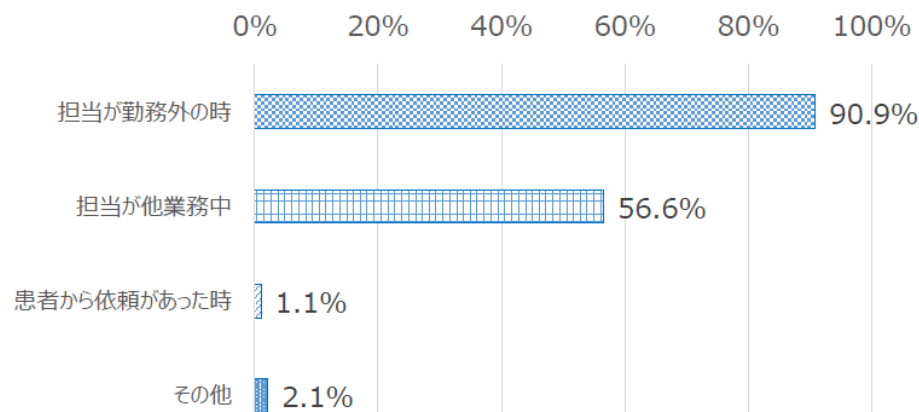
出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/22）総-2 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000846288.pdf>

6. かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料について

(1) 通常かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に、かかりつけ薬剤師以外が対応する場合
(回答薬局数=767)



(2) かかりつけ薬剤師以外が対応する場合 (回答薬局数=373)



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)

処方箋受付1回 **59点**

参考：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 |

出典：厚生労働省_中医協総会(2021/10/22) 総-3「調剤(その2)」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000846287.pdf>

参考：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」(2022/02/09) をもとに作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

6. かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料について

改定後

(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 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指導等を行うにつき**十分な経験等を有する者※（1名に限る）**であること。

※「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」は以下の要件を全て満たす保険薬剤師であること。

- (1) 保険薬剤師として **3年以上の薬局勤務経験**があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を1年以上有する場合、1年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。
- (2) **当該保険薬局に継続して1年以上在籍**していること。

6. かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料について

(別紙様式2)

様式例

かかりつけ薬剤師指導料（かかりつけ薬剤師包括管理料）について

〇〇薬局

患者さんの「かかりつけ薬剤師」として、安心して薬を使用していただけるよう、複数の医療機関にかかった場合でも処方箋をまとめて受け付けることで、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握し、薬の飲み合わせの確認や説明を行っています。こうした取組を通じ、多職種と連携することで患者さんの安心・安全や健康に貢献します。

次の内容を薬剤師が説明いたしますので、同意していただける場合はご署名ください。

《かかりつけ薬剤師が実施すること》

薬剤師の_____が

1. 安心して薬を使用していただけるよう、使用している薬の情報を一元的・継続的に把握します。
2. お薬の飲み合わせの確認や説明などは、かかりつけ薬剤師が担当します。
3. お薬手帳に、調剤した薬の情報を記入します。
4. 処方医や地域の医療に関わる他の医療者（看護師等）との連携を図ります。
5. 開局時間内／時間外を問わず、お問い合わせに応じます。
6. 血液検査などの結果を提供いただいた場合、それを参考に薬学的な確認を行います。
7. 調剤後も、必要に応じてご連絡することがあります。
8. 飲み残したお薬、余っているお薬の整理をお手伝いします。
9. 在宅での療養が必要となった場合でも、継続してお伺いすることができます。

注) かかりつけ薬剤師包括管理料は、医療機関で地域包括診療料／加算等が算定されている方が対象です。

《薬学的観点から必要と判断した理由》（かかりつけ薬剤師記入欄）

《かかりつけ薬剤師に希望すること》（患者記入欄）

- | | |
|--|---|
| ☐ 薬の一元的・継続的な把握 | ☐ 他の医療関係者との連携 |
| ☐ 薬の飲み合わせなどのチェック | ☐ 飲み残した場合の薬の整理 |
| ☐ 薬に関する丁寧な説明 | ☐ 調剤後のフォロー |
| ☐ 時間外の電話相談 | ☐ 在宅療養が必要になった場合の対応 |
| ☐ かかりつけ薬剤師が不在の場合、かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師による対応※ | |
| ☐ その他（_____） | |

※《希望する場合》（かかりつけ薬剤師記入欄）

連携する薬剤師の氏名（_____）※1名まで

薬剤師による説明を理解し、かかりつけ薬剤師による服薬指導を受けることに同意します。

年 月 日

お名前（ご署名）：_____

《かかりつけ薬剤師に希望すること》（患者記入欄）

☐ かかりつけ薬剤師が不在の場合、かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師による対応※

※《希望する場合》（かかりつけ薬剤師記入欄）

連携する薬剤師の氏名（_____）※1名まで

7. オンライン服薬指導について

個別改定項目 Ⅲ-2-⑦

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

基本的な考え方：

オンライン服薬指導に係る医薬品医療機器等法のルールの見直しを踏まえ、外来患者及び在宅患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導等について、要件及び評価を見直す。

具体的な内容：

1. 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、服薬管理指導料に位置付け、要件及び評価を見直す。
2. 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を見直す。

参考：改定前の評価

●【外来患者】

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（月1回まで）

●【在宅患者】

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（月1回まで）

7. オンライン服薬指導について

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）

改定後	
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

※イの患者は、手帳の提示が必要

改定前
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

改定による変更点について

- 施設基準の届出が不要になります。
- 回数制限（月1回）や、割合制限（1割以下）が無くなります。
- オンライン診療による処方箋以外も可能になります。
- 3か月以内の薬局での対面指導（薬服の算定）の要件が無くなります。
- 麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算、吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導加算が算定可能になります。
（調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算も算定可）

7. オンライン服薬指導について

在宅患者オンライン薬剤管理指導料

改定後

在宅患者オンライン薬剤管理指導料

59点

※患者 1 人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料と合わせて月 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

※在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者オンライン薬剤管理指導料を合わせて月 2 回以上算定する場合（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対するものを除く。）は、算定する日の間隔は 6 日以上とする。

改定前

在宅患者オンライン服薬指導料

57点

改定による変更点について

- 「薬剤服用歴管理指導料 4」の届出が不要になります。
- 回数制限（患者1人に対し月1回、薬剤師当たり月10回）が無くなります。
- 在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴う処方箋以外も可能になります。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定（月 1 回）が不要になります。
- 麻薬管理指導加算、乳幼児加算、小児特定加算が算定可能になります。
（在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料も算定可）

7. オンライン服薬指導について

改定後

在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料

59点

緊急を要する患者に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

改定後

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】（59点）
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。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。

改定前

【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。

オンライン服薬指導に係る薬機法に基づくルールの改正について

- 0410事務連絡の実績や規制改革実施計画等を踏まえ、薬機法に基づくルールの改正（省令・通知）について、検討中。
- オンライン診療の議論とも足並みを揃え、年度内の公布・施行を目指す。

=コロナ特例

	＜現行＞薬機法に基づくルール	0410事務連絡	＜改正方針＞薬機法に基づくルール
実施方法	初回は対面（オンライン服薬指導不可）	初回でも、薬剤師の判断により、電話・オンライン服薬指導の実施が可能 ※薬剤師が判断する上で必要な情報等について例示	初回でも、薬剤師の判断と責任に基づき、オンライン服薬指導の実施が可能 ※薬剤師が責任を持って判断する上で必要な情報等について例示
通信方法	映像及び音声による対応（音声のみは不可）	電話（音声のみ）でも可	映像及び音声による対応（ <u>音声のみは不可</u> ）
薬剤師	原則として同一の薬剤師がオンライン服薬指導を実施 ※やむを得ない場合に当該患者に対面服薬指導を実施したことのある当該薬局の薬剤師が当該薬剤師と連携して行うことは可	かかりつけ薬剤師・薬局や、患者の居住地にある薬局により行われることが望ましい	かかりつけ薬剤師・薬局や、患者の居住地にある薬局により行われることが望ましい
診療の形態	オンライン診療又は訪問診療を行った際に交付した処方箋 ※介護施設等に居住する患者に対しては実施不可	どの診療の処方箋でも可能（オンライン診療又は訪問診療を行った際に交付した処方箋に限られない）	どの診療の処方箋でも可能（オンライン診療又は訪問診療を行った際に交付した処方箋に限られない）
薬剤の種類	これまで処方されていた薬剤又はこれに準じる薬剤（後発品への切り替え等を含む。）	原則として全ての薬剤（手技が必要な薬剤については、薬剤師が適切と判断した場合に限る。）	原則として全ての薬剤（手技が必要な薬剤については、薬剤師が適切と判断した場合に限る。）
服薬指導計画	服薬指導計画を策定した上で実施	特に規定なし	服薬指導計画と題する書面の作成は求めず、 <u>服薬に関する必要最低限の情報等を記載</u>

8. 医療的ケア児の評価について

※医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。

個別改定項目 Ⅲ-4-6-⑧

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

基本的な考え方：

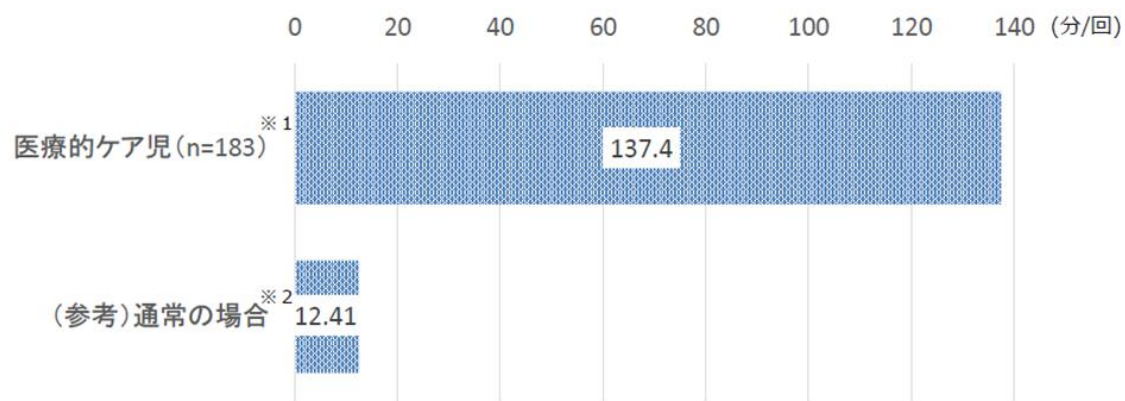
医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

具体的な内容：

医療的ケア児である患者に対して、当該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を新設する。
(小児特定加算)

○ 医療的ケア児（183例）の調剤に係る平均所要時間は約137.4分であった。

調剤に係る所要時間（回答薬局数＝132）



※1

処方入力や処方薬の取り揃えの時間も含めて、計量・分包・調製を行い薬袋に入れるまでにかかる時間の平均。

（出典）医療的ケア児に対する薬学的ケアの実態調査（日本薬剤師会）（令和3年度）

※2

処方箋1枚あたりの受付・薬袋準備、薬歴確認・処方箋監査、計数調剤、監査、薬剤交付・服薬指導にかかる時間の平均。

（出典）タイムスタディ調査（令和2年度薬剤師の需給動向把握事業）

出典：厚生労働省_中央社会保険医療協議会総会（2021/10/22）総-2 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000846288.pdf>

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/09） https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

8. 医療的ケア児の評価について

小児特定加算（新設）

改定後		
加算対象	点数	点数 (オンライン服薬指導時)
服薬管理指導料	350点	—
かかりつけ薬剤師指導料	350点	—
在宅患者訪問薬剤管理指導料	450点	350点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	450点	350点
在宅患者緊急時共同指導料	450点	—

【算定対象】

児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児（18歳未満）

【算定要件】

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服薬指導を行い、かつ、当該指導の内容等を薬剤服用歴等及び手帳に記載する。

出典：厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要（2022/03/04）調剤 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

参考：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/09）をもとに作成 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

9. 服用薬剤調整支援料について

個別改定項目 Ⅲ-6-③

薬局における対人業務の評価の充実

基本的な考え方：

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

具体的な内容：

5. 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する。
- （服用薬剤調整支援料 2）

9. 服用薬剤調整支援料について

参考：改定前の評価

- 服用薬剤調整支援料1 125点（月1回）
・・・内服薬の処方数が2種類以上減少した場合の評価
- 服用薬剤調整支援料2 100点（3月に1回）
・・・内服薬の処方数を減らす提案をした場合の評価

改定後	改定前
【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 <u>100点</u> 〔施設基準〕 （新設）

※過去1年間に、服用薬剤調整支援料1を算定した実績、またはそれに相当する実績
（薬剤服用歴に記録、届出は不要）

薬局における対人業務の評価の充実

服用薬剤調整支援料2の見直し

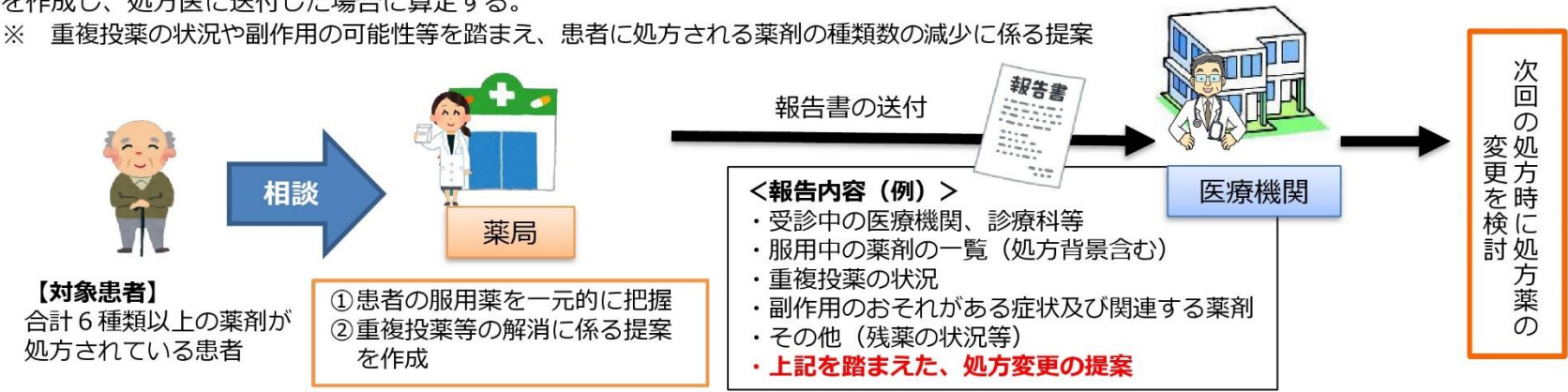
- 服用薬剤調整支援料2について、減薬等の提案により、処方された内服薬が減少した実績に応じた評価に変更する。

現 行	改定後
【服用薬剤調整支援料】 服用薬剤調整支援料2 100点	【服用薬剤調整支援料】 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 ロ イ以外の場合 110点 90点
	[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。

(参考) **服用薬剤調整支援料2**
[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



10. 服薬情報等提供料について

個別改定項目 Ⅲ-6-③

薬局における対人業務の評価の充実

基本的な考え方：

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

具体的な内容：

3. 服薬情報等提供料について、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、当該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を新設する。
(服薬情報等提供料 3)

10. 服薬情報等提供料について

改定後	改定前
【服薬情報等提供料】 1・2 (略) <u>3 服薬情報等提供料 3</u> 50点 [算定要件] <u>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。</u> 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] <u>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。</u>	【服薬情報等提供料】 1・2 (略) (新設) [算定要件] (新設) 3 (略) (新設) 【特別調剤基本料】 ➤ 服薬情報等提供料について、特別な関係にある医療機関への提供は、算定対象外

11. 外来服薬支援料

個別改定項目 Ⅲ-6-③

薬局における対人業務の評価の充実

基本的な考え方：

薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換を推進する観点から、対人業務に係る薬学管理料の評価について見直しを行う。

具体的な内容：

4. 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、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。
- (外来服薬支援料 2)

改定後

外来服薬支援料 1

185点

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

ロ 43日分以上の場合

240点

改定前

外来服薬支援料

185点

【算定要件（一部抜粋）】

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

薬局における対人業務の評価の充実

外来服薬支援料の見直し

- 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、当該患者の服薬管理を支援した場合の評価を新設する。併せて、調剤料の一包化加算を廃止する。

現行

【外来服薬支援料】

185点

- 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。

(参考)

【調剤料 一包化加算】

2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- 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

改定後

【外来服薬支援料】

外来服薬支援料1

185点

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】

- 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。

12. 在宅関連について

個別改定項目 I-6-㉔

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

基本的な考え方：

在宅患者に対する薬学的管理指導を推進する観点から、訪問薬剤管理の要件等に応じた評価の見直しを行う。

具体的な内容：

1. 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を対象に加える。
2. 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、新たな評価を行う。
(在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算)
3. 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、新たな評価を行う。
(在宅中心静脈栄養法加算)

個別改定項目 III-2-㉔

情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

具体的な内容：

2. 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を見直す。
(「7.オンライン服薬指導について」で説明)

12. 在宅関連について

個別改定項目 Ⅲ-4-6-⑧

医療的ケア児に対する薬学的管理の評価の新設

基本的な考え方：

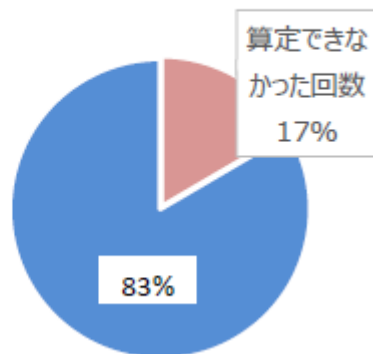
医療的ケア児に対する支援の充実を図る観点から、医療的ケア児に対して薬学的管理及び指導を行った場合について、新たな評価を行う。

具体的な内容：

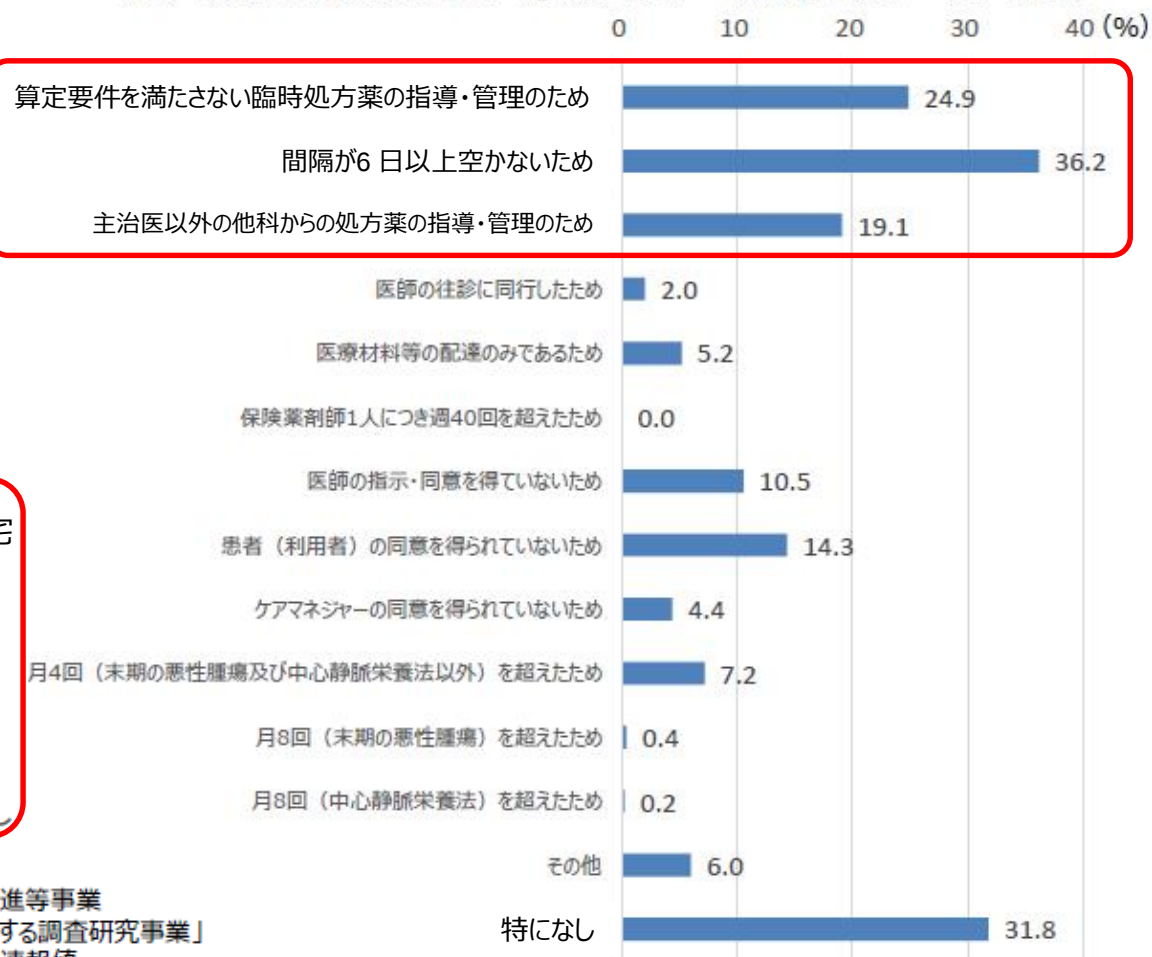
医療的ケア児である患者に対して、当該患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設する。（「8.医療的ケア児の評価について」で説明）（小児特定加算）

参考：在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定できなかった理由

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療
算定出来なかった回数 (薬局数=752) ※1



(2) 算定できなかった理由 (複数回答) (無回答除く) (n=503) ※1



(3) 在宅を担当する医師以外の指示による訪問 (在宅
患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局 =681) ※2



出典
※1：令和元年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業
「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する調査研究事業」
※2：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

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

主治医と連携する他の医師からの指示による場合も要件が整えば算定可能になります。

※在宅患者緊急時等共同指導料についても同様

12. 在宅関連について 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の加算

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

【加算について】

在宅患者訪問薬剤管理指導料等※を算定する際に、以下を併せて算定することができます。

※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も同様

加算名	加算点数	加算の対象
麻薬管理指導加算	100点 (22点)	麻薬の管理・指導
乳幼児加算	100点 (12点)	6歳未満の乳幼児（またはその家族等）への管理・指導
小児特定加算	450点 (350点)	医療的ケア児の患者に合わせた薬学的管理・指導 （「8.医療的ケア児の評価について」で説明）
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	250点	医療用麻薬持続注射療法が行われている患者への管理・指導
在宅中心静脈栄養法加算	150点	在宅中心静脈栄養法が行われている患者への管理・指導

※青字の点数は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料算定時

12. 在宅関連について 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の加算

具体的な内容：

2. 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、新たな評価を行う。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料※の加算

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

250点

医療用麻薬持続注射療法が行われている患者への管理・指導

※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も同様

改定後	改定前
【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。	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] (新設)

12. 在宅関連について 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の加算

改定後	改定前
[施設基準] <u>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</u> <u>(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。</u> <u>(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。</u> <u>※ 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。</u>	[施設基準] (新設)

12. 在宅関連について 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の加算

具体的な内容：

3. 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、新たな評価を行う。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料※の加算

在宅中心静脈栄養法加算

150点

在宅中心静脈栄養法が行われている患者への管理・指導

※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も同様

改定後

【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。

改定前

【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

〔算定要件〕

(新設)

12. 在宅関連について 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の加算

改定後	改定前
<u>〔施設基準〕</u> <u>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</u> <u>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。</u> ※ <u>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。</u>	<u>〔施設基準〕</u> <u>(新設)</u>

13. 退院時共同指導料について

個別改定項目 I-6-②③

薬局に係る退院時共同指導料の見直し

基本的な考え方：

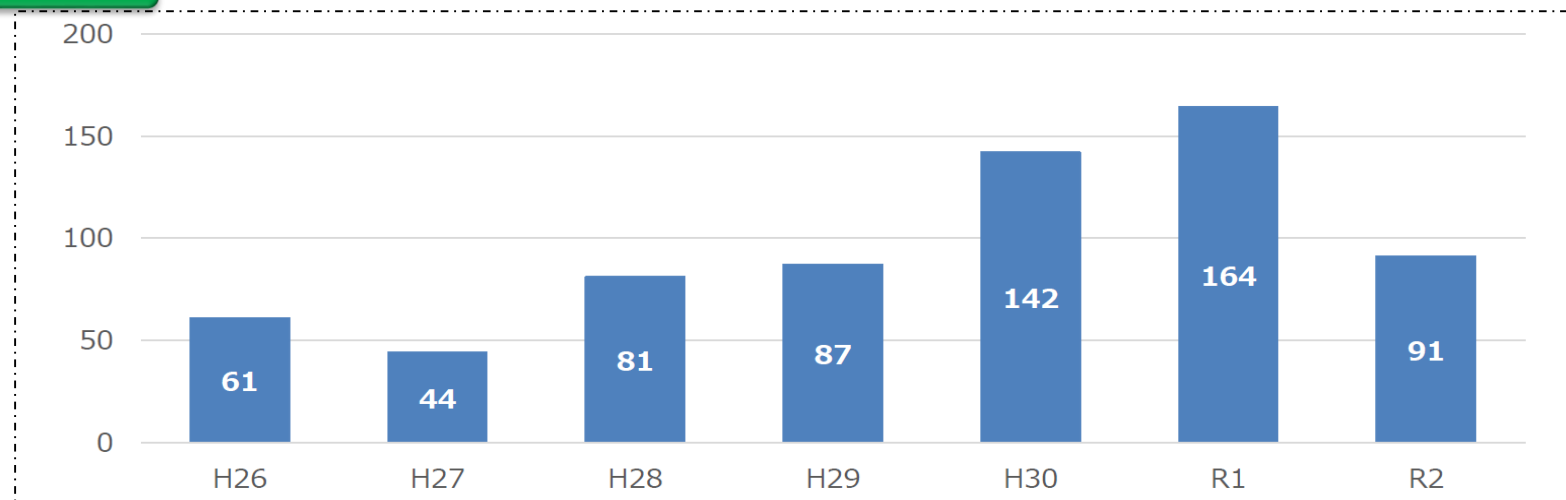
入院患者に対する退院時共同指導における関係機関間の連携を推進する観点から、薬局に係る退院時共同指導料について、共同指導への参加者の要件を見直すとともに、関係医療機関・医療従事者間の効率的な情報共有・連携を促進する観点から、情報通信機器の利用に係る要件を見直す。

具体的な内容：

退院時共同指導について、患者が入院している医療機関における参加職種の範囲を医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせ拡大する。また、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を緩和する。

参考

退院時共同指導料の算定回数（回数／各年6月審査分）



出典：厚生労働省_中医協総会（2021/10/22）総-3「調剤（その2）」

出典：厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」（2022/02/09）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000846287.pdf>

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_128154.html

13. 退院時共同指導料について

項目（一部）	現在の要件
参加者	入院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
指導の方法	・対面が原則 ・医療資源が少ない地域に属する場合は、ビデオ通話での指導も可 ・参加者3者のうち2者は現地で実施する場合は、ビデオ通話での指導も可

【改定案】

- **参加者**：職種範囲を拡大
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 追加
- **指導の方法**：条件なくオンライン指導可能に（ビデオ通話）

※在宅患者緊急時等共同指導料についても同様

14. その他

個別改定項目 Ⅱ-5-②

医療機関等における事務等の簡素化・効率化

基本的な考え方：

医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

具体的な内容：

1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。

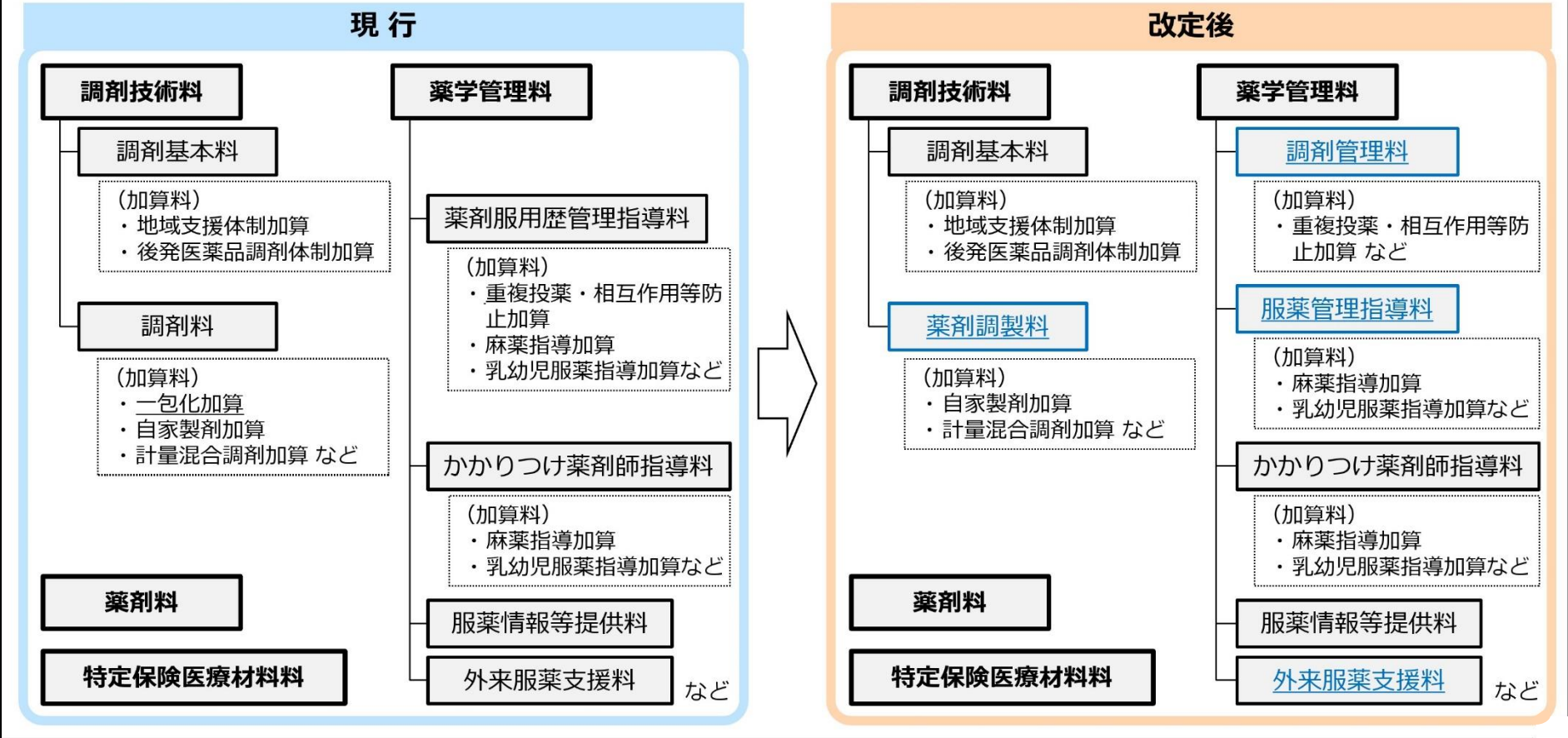
以降のスライドは、参考資料となります

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

- 対物業務及び対人業務を適切に評価する観点から、薬局・薬剤師業務の評価体系について見直しを行い、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料を新設する。

<調剤報酬の構成>



薬局における服薬指導等の業務の主な評価（令和4年改定）

基本的な服薬指導

○ 薬剤の基本的な説明

薬歴を踏まえ、薬剤情報提供文書により、薬剤の服用に関する基本的な説明（薬剤の名称、形状、用法・用量、効能・効果、副作用・相互作用、服用及び保管上の注意事項等）を行う。

○ 患者への必要な指導

患者の服薬状況や服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等を踏まえ、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行う。（手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、①調剤日、②当該薬剤の名称、③用法・用量等を記載する。）

○ 継続的な把握等

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。

→ 服薬管理指導料（45点又は59点／1回につき）

○ 乳幼児（6歳未満）に対する服薬指導

乳幼児等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

→ 乳幼児服薬指導加算（12点／1回につき）

○ 医療的ケア児に対する薬学的管理

医療的ケア児に対し、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行い、かつ、当該内容を手帳に記載

→ 小児特定加算（350点／1回につき）

○ ハイリスク薬に対する管理指導

ハイリスク薬の服用状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

→ 特定薬剤管理指導加算1（10点／1回につき）

○ 麻薬に対する管理指導

麻薬の服用及び保管の状況、副作用の有無等を確認し、薬学的管理・指導

→ 麻薬管理指導加算（22点／1回につき）

○ 吸入薬に対する管理指導

喘息等の患者に対し吸入薬の吸入指導等を行い、その結果等を医療機関へ情報提供

→ 吸入薬指導加算（30点／3月に1回まで）

追加的な対応

○ 医療機関への情報提供

保険医療機関等の求めがあった場合に、必要な情報を文書により提供等した場合に算定

→ 服薬情報等提供料（20又は30点／月1回まで、50点／3月に1回まで）

○ 残薬への対応

- ① 自己による服薬管理が困難な患者に対し、一包化や服薬カレンダー等を用いて薬剤を整理
- ② 患者が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を実施（ブラウンバッグ運動）し、保険医療機関に情報提供した場合に算定

→ 外来服薬支援料1（185点／月1回まで）

○ 一包化による服薬支援

多種類の薬剤を投与されている患者等に対して、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

→ 外来服薬支援料2（34点／7日分ごと、240点／43日分以上）

○ ポリファーマシー対策

保険薬剤師が処方医に減薬の提案を行い、処方薬が2種類以上減少した場合に算定

→ 服用薬剤調整支援料1（125点／月1回まで）

保険薬剤師が処方医に減薬等の提案を行った場合に算定

→ 服用薬剤調整支援料2（110点又は90点／3月に1回まで）

○ 調剤後のフォローアップ

薬局が患者のレジメン（治療内容）等を把握した上で、抗がん剤を注射された悪性腫瘍の患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

→ 特定薬剤管理指導加算2（100点／月1回まで）

インスリン製剤等が処方等された患者に対し、必要な薬学的管理指導を行い、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定

→ 調剤後薬剤管理指導加算（60点／月1回まで）

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（１）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・単一建物診療患者が１人の場合 ・単一建物診療患者が２～９人の場合 ・単一建物診療患者が１０人以上の場合 麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算 乳幼児加算 小児特定加算 在宅中心静脈栄養法加算	 650点 320点 290点 100点 250点 100点 450点 150点	医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に算定	薬剤師１人 週４０回まで 患者１人につき 月４回まで ※末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週２回かつ月８回まで
○在宅患者オンライン薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算 乳幼児加算 小児特定加算	 59点 22点 12点 350点	訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付等されている患者に対して、オンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	
○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 2 1以外の場合 麻薬管理指導加算 在宅患者医療用麻薬持続注射法加算 乳幼児加算 小児特定加算 在宅中心静脈栄養法加算	 1：500点 2：200点 100点 250点 100点 450点 150点	急変等に伴い、医師の求めにより、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算定	月４回まで
○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 乳幼児加算 小児特定加算	 59点 22点 12点 350点	急変等に伴い、医師の求めにより、緊急にオンラインで必要な薬学的管理及び指導を行った場合に算定	

薬局における訪問薬剤管理指導業務（調剤報酬）（２）

項目	点数	内容	回数
○在宅患者緊急時等共同指導料	700点	急変等に伴い、医師の求めにより、医師等と共同でカンファレンスを行い、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算定	月2回まで
麻薬管理指導加算	100点		
在宅患者医療用麻薬持続注射法加算	250点		
乳幼児加算	100点		
小児特定加算	450点		
在宅中心静脈栄養法加算	150点		
○在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	40点 30点	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に算定	
○経管投薬支援料	100点		初回のみ
○（調剤料）在宅患者調剤加算	15点	基準を満たした薬局において、在宅患者の処方箋1枚につき加算	

(参考) 介護報酬	○ 居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行う場合）			
	・ 単一建物居住者が1人の場合	517単位	（麻薬指導加算	+100単位）
	・ 単一建物居住者が2～9人の場合	378単位	（麻薬指導加算	+100単位）
	・ 単一建物居住者が10人以上の場合	341単位	（麻薬指導加算	+100単位）

6. 地方厚生局への届出と報告

施設基準の届出

以下の項目については、令和4年4月以降に当該点数を算定するために届出が必要

◆ 新たに施設基準が創設されたもの

- 調剤基本料3の八
- 地域支援体制加算2・3
- 連携強化加算
- 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
- 在宅中心静脈栄養法加算

◆ 施設基準が改正されたもの

○ 調剤基本料3のロ：

→ 区分の変更がない場合は届出不要

○ 後発医薬品調剤体制加算1～3：

→ 区分の変更がない場合も届出が必要

○ 地域支援体制加算4：

→ 令和4年度改定で地域支援体制加算（調剤基本料1以外の場合）の実績要件について、「薬剤師1人当たり」から「処方箋1万枚当たり」に変更しており、当該加算を算定している場合であっても地域支援体制加算4を算定するためには届出が必要。

△ 地域支援体制加算1：

→ 令和4年度改定で在宅薬剤管理の実績に係る要件が改正されているが、令和4年3月末日時点で、地域支援体制加算（調剤基本料1の場合）の届出をしている薬局において、地域支援体制加算1の要件を満たして令和4年4月以降に当該加算を算定する場合は届出不要。

※ 在宅薬剤管理の実績に係る要件については令和5年3月末日までの経過措置を実施。

※ 地域支援体制加算に係る経過措置については、令和5年3月末日に経過措置期間が終了することから、その時点で別途届出が必要となる予定。

経過措置について

	項目	経過措置
1	調剤基本料の注8に規定する 厚生労働大臣が定める保険薬局 (後発医薬品減算)	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の 施設基準については、令和4年9月30日までの間は現在の規定を適用する。 (減算は5点が適用される)
2	地域支援体制加算1・2	令和4年3月末日時点で調剤基本料1を算定していた保険薬局であって、令和 4年4月から調剤基本料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月末日までは、調剤基本料1を算定している保険薬局とみなし、要件を 満たせば地域支援体制加算1・2を算定可能。 (※調剤基本料については3のハを算定)
3		令和4年3月末時点で調剤基本料1を算定していた保険薬局であって、従前の 「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績(調剤基本料1の場合)」を満 たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについては、令和 5年3月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」を満たし ていることとする。
4	地域支援体制加算3・4	令和4年3月末時点で調剤基本料1以外を算定していた保険薬局であって、従 前の「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績(調剤基本料1以外の場合)」 を満たしているとして地域支援体制加算の届出を行っているものについ ては、令和5年3月末日までは「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実 績」を満たしていることとする。

施設基準の届出における主な実績要件の取扱い

新規の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出様式
1	調剤基本料	・ 処方箋受付回数 ・ 処方箋集中度	指定当初は要件なし、その後 3 か月の実績（特別調剤基本 料等に該当する場合を除く）	～翌年 3 月末 日まで （当年度）	様式84
2	地域支援体制加算	・ 在宅患者への指導実績 ・ 服薬情報等提供料 等	直近 1 年の実績		様式87の 3 + 様式 87の 3 の 2 又は87の 3 の 3
3	在宅患者調剤加算	・ 在宅患者への指導実績			様式89
4	後発医薬品調剤体制加算	・ 後発医薬品の調剤数量の割合	直近 3 か月の実績	次月	様式87

継続の場合

	①施設基準	②主な要件	③実績要件の判断期間	④適用期間	⑤届出のタイミング
1	調剤基本料	・処方箋受付回数 ・処方箋集中度	前年3月1日から当年2月末 日までの1年の実績（毎年3 月に判断）	当年4月1日 から翌年3月 末日まで（次 年度）	区分変更時
2	地域支援体制加算	・在宅患者への指導実績 ・服薬情報等提供料 等			地域支援体制加算の 区分変更時
3	在宅患者調剤加算	・在宅患者への指導実績			
4	後発医薬品調剤体制加算	・後発医薬品の調剤数量の割合	直近3か月の実績（毎月判 断）	次月	区分変更時※

※ 令和4年4月に引き続き後発医薬品調剤体制加算を算定する場合は、区分変更がなくても届出が必要。

減算に係る実績要件の取扱い（令和2年度改定から変更なし）

	①減算	②主な要件	③実績要件の判断期間	④減算期間	⑤届出方法
1	未受結減算 （調剤基本料の注4に係る減算）	①受結率 ②受結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を未報告	①4月1日から9月末日までの実績 ②11月末までに報告	翌年4月1日から翌々年3月末日（次年度） ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	様式85
2	かかりつけ減算 （調剤基本料の注4に係る減算）	かかりつけ機能に係る基本的な業務の算定回数	前年3月1日から当年2月末日までの1年の実績 （毎年3月に判断）	当年4月1日から翌年3月末日（次年度） ※算定回数の実績を満たした場合は、対象期間であっても減算の対象外となる ※手帳減算については直近3か月の割合が50%を上回った場合は減算の対象外となる。	届出不要 （随時、自局で判断） ※定例報告により状況を確認
3	手帳減算 （服薬管理指導料の注13）	手帳持参患者の割合	前年3月1日から当年2月末日までの1年の実績 （毎年3月に判断）		
4	後発医薬品減算 （調剤基本料の注8）	①後発医薬品の調剤数量の割合 ②定例報告を未提出	①直近3か月（毎月判断）	①次月 ②次回報告月まで ※②については、報告を行えば対象期間であっても減算の対象外となる	

「定例報告」は、7. 1 報告をさす。

