



薬局・薬剤師のためのニュースメディア

**HARMACY NEWSBREAK**

特別編集 2022年3月

# 2022年度調剤報酬改定 対物・対人で「再編」



# 2022年度調剤報酬改定 対物・対人で「再編」

## 4 総論

調剤料を再編、対物・対人を明確化  
コロナ禍初の改定、急転直下のリフィル導入

## 6 各論

- ・ 対物・対人業務の再編 調剤業務の「対物」「対人」を抜本的に再編  
服薬管理指導料は改正薬機法への対応も
- ・ 調剤基本料 基本料 3-ハを新設、大手チェーンの基本料 1 ほぼ消滅
- ・ 地域支援体制加算 4 区分に変更、点数は実績に応じ 3 種類 「連携強化加算」を新設
- ・ リフィル処方箋の導入 大臣折衝で決定「再診の効率化」へ  
最長 87 日まで処方箋料の減算なし
- ・ 対人業務の充実 医療機関への患者情報提供、持参薬整理含む新区分を新設
- ・ 在宅医療 緊急訪問指導料、主治医以外の医師の指示でも算定可
- ・ 後発医薬品の推進 下限を 80% に、供給不安の中でもインセンティブ強化
- ・ オンライン診療・服薬指導 算定要件を大幅緩和、初診・回の患者から実施可能に
- ・ 医療的ケア児の対応評価 光が当たった「医療的ケア児」対応  
評価新設で在宅への移行を後押し

## 16 インタビュー

**有澤 賢二 氏**（日本薬剤師会常務理事）

薬局全体に適正配分「頑張っている薬剤師」を評価 調剤料など切り分け、意義を理解して業務を

**岩崎 裕昭 氏**（日本保険薬局協会副会長）

敷地内への出店「厳しい目で判断せざるを得ない」 リフィル導入は“かかりつけ”にチャンス

**関口 周吉 氏**（日本チェーンドラッグストア協会理事）

ドラッグチェーンに厳しい改定 対人業務には「メッセージ性」感じる

## 22 資料① 2022年度 診療報酬改定における主要改定項目について（抜粋）

## 31 資料② 調剤報酬改定の推移（2018年4月～2022年4月）

# 調剤料を再編、対物・対人を明確化

## コロナ禍初の改定、急転直下のリフィル導入

日本国内で初めて新型コロナウイルス感染症が確認されてから2年が経過した。国民の受療行動に変化が生じ、診療科別では小児科や耳鼻咽喉科の患者数が顕著に減少。長期処方が増加傾向も見られる。

少子高齢化の進行や疾病構造の変化という従来からの課題に加え、新型コロナの感染拡大による影響が薬局の経営にも影を落とす中、コロナ禍で初の改定となる2022年度診療報酬改定が行われた。22年度までの3回分の改定率などをまとめたのが表1と表2だ。調剤報酬は2期連続で外枠による適正化を回避したが、今改定は用途を定めた特例的な対応が多い点の特徴と言える。

特例的な対応の中でとりわけ目を引くのが、「リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化」だ。リフィルは、21年6月にまとまった政府の「骨太の

方針2021」に「患者の通院負担を軽減する」名目で盛り込まれた。この流れを受け、21年末の厚生労働相と財務相の大臣折衝(表3)で導入を決定。これまで何度も議論の俎上に載りつつ、実現には至らなかった同制度だが、中医協での具体的な議論が行われないまま空中戦で結論が出された格好となった。

### 「対物」「対人」を明確に切り分け

調剤報酬では、これまでどおり「患者のための薬局ビジョン」や改正医薬品医療機器等法(薬機法)の流れを汲み、「対物中心から対人中心への転換」をより加速させるため、報酬体系の再編が行われた。

具体的には「調剤料」と「薬剤服用歴管理指導料」の業務内容を整理し、▽薬剤調製料▽調剤管理料▽服薬管理指導料—という3つに再編。対物業務と対

表1	診療報酬(本体)	医科	調剤	外枠による大型 門前薬局適正化 (医療費ベース)	薬価
18年度	プラス0.55%	プラス0.63%	プラス0.19%	約240億円	マイナス1.65%
20年度	プラス0.55% (うち消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応分としてプラス0.08%)	プラス0.53% ※勤務医の働き方改革への特例的な対応分0.08%を除くプラス0.47%分の内訳	プラス0.16%	なし	マイナス0.99%
22年度	プラス0.43% (用途を定めた特例的な対応分【表2】を除くとプラス0.23%)	プラス0.26% (どちらも、表2の特例的な対応を除くプラス0.23%分の内訳)	プラス0.08%	なし	マイナス1.35%

表2 特例的な対応分の内訳	
①看護の処遇改善(特例対応)	プラス0.20%
②リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化	マイナス0.10%
③不妊治療の保険適用(特例対応)	プラス0.20%
④小児の感染防止対策にかかる加算措置(医科分)の期限到来	マイナス0.10%

表3 調剤関連の大臣折衝事項
●リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化。症状が安定している患者が、医療機関に行かなくても医師と薬剤師の適切な連携の下で一定期間内に処方箋を反復利用できる「分割調剤とは異なる実効的な方策」を導入。再診の効率化につなげ、その効果検証を行う。
●費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制に関する評価の見直し
●薬局の収益状況、経営の効率性等も踏まえた多店舗を有する薬局等の評価の適正化
●OTC類似医薬品等の既掲載の医薬品の保険給付範囲の見直しなど、薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬の処方適正化

人業務がない交ぜになっていた評価体系を抜本的に見直し、明確に切り分けた（表 4）。

調剤基本料は昨今、「同一グループの処方箋受付回数」と「処方箋集中度」の2つを指標とし、大手チェーン薬局を中心に、段階的に適正化が進められてきた。今改定では、基本料3で新たに「同一グループの保険薬局数」という指標を導入。集中度についても85%以下の薬局を対象にすることで、大手ドラッグストアチェーンなどにメスが入った。

他方、地域支援体制加算は評価を4項目に切り分けることで、多くの薬局にとって“努力すれば”評価を得られる仕組みを構築。地域に貢献する体制の充実が促された。

薬局での後発医薬品の使用割合が80%を超え、費用対効果の観点で財務省から継続が疑問視されていた「後発医薬品調剤体制加算」は、長引く供給不安を踏まえ、今改定では一定の厳格化にとどまった。

### 地域包括ケアへ、在宅など評価充実

今改定は、25年までに構築が求められている地域包括ケアシステムの実現に向け、地域に貢献する薬局への評価が充実された改定でもある。地域支援体

制加算は評価が多層化されただけでなく、災害時などに医薬品供給等に対応する薬局への評価（連携強化加算）を新設。在宅薬学管理の充実や、医療的ケア児に対する薬学的管理の評価も設けられた。

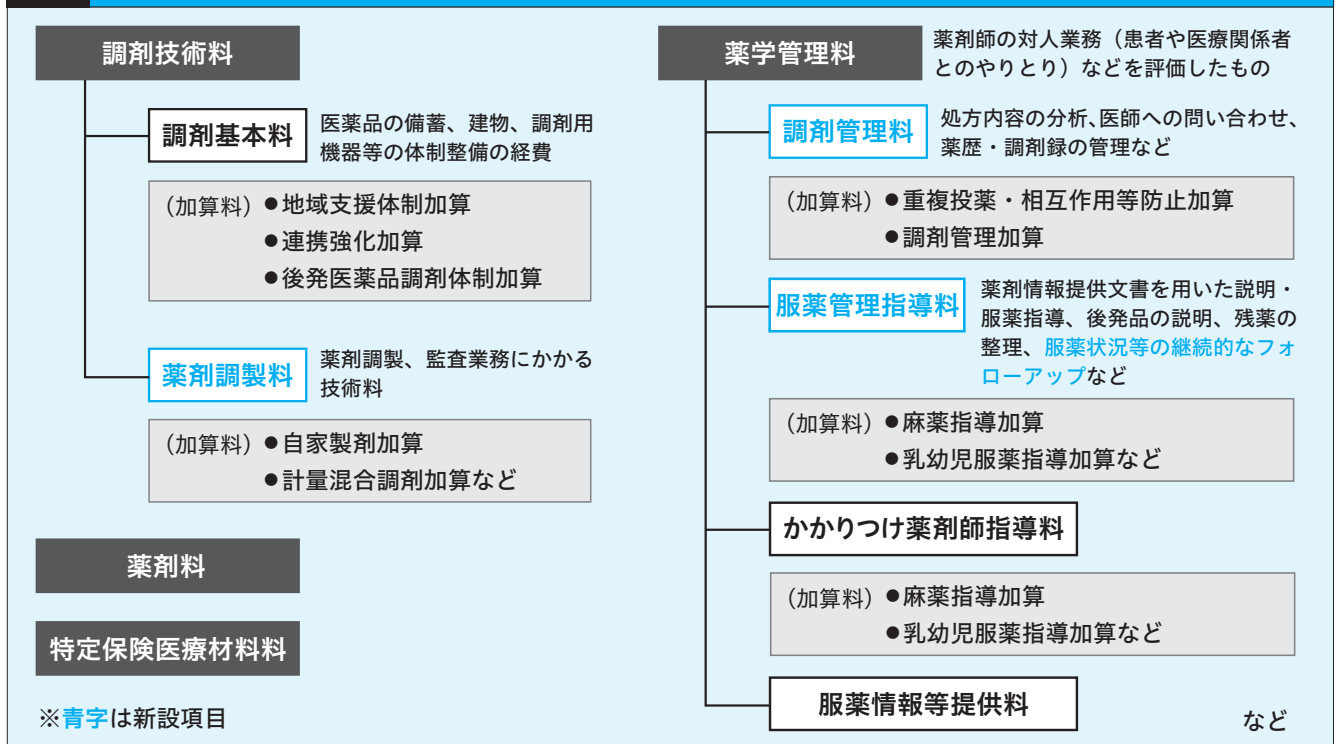
コロナ禍により社会全体で進んだデジタル化の影響も一定程度、受けた内容となった。薬局関連では、オンライン服薬指導の算定制限が撤廃。オンライン資格確認システムを使った薬剤情報の活用も評価された。

### 薬価“毎年”改定へ、強まる警戒感

見過ごせない状況になってきたのが「薬価改定」だ。初の“中間年”となる21年度改定では、医療費ベースで約4300億円（国費ベース約1000億円）削減。対象品目は全体の約7割にも上った。22年度薬価制度改革では、“中間年”改定の在り方について「引き続き検討する」ことが明記された。

薬局調剤医療費の4分の3を薬剤料等が占める現実を踏まえると、薬局にとって薬価の引き下げによる在庫医薬品の資産価値減少は大きな痛手だ。今後、事実上の“毎年”改定になった場合、経営的な影響が大きくなると見込まれ、警戒感が強まっている。

表4 調剤報酬の体系（22年度改定後）



対物・対人  
業務の再編調剤業務の「対物」「対人」を抜本的に再編  
服薬管理指導料は改正薬機法への対応も

薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換が推進される中、今改定では「調剤料」と「薬剤服用歴管理指導料」の業務内容をあらためて整理した上で「薬剤調製料」「調剤管理料」「服薬管理指導料」に再編した。対物業務の代表格である調剤料の引き下げが中心だったこれまでの改定と異なり、個々の業務内容に基づき抜本的に組み替えた格好だ。

厚生労働省は、これまで主に調剤料で評価してきた調剤業務の一連の流れを、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調剤した医薬品の薬剤情報提供・服薬指導・薬剤の交付⑦調剤録・薬歴の

作成一に整理し、あらためて対物・対人に切り分けた。

対物業務である④⑤は、新たに「薬剤調製料」（24点）として評価を一本化（表1）。他方、対人業務の①②③⑦を評価する「調剤管理料」も新設し、内服薬の場合、▽7日分以下＝4点▽8～14日分＝28点▽15～28日分＝50点▽29日分以上＝60点と、こちらは日数に応じた重み付けを維持した（表2）。

今回、見える化された調剤業務のうち、対人業務に当たる業務にこれまでもしっかりと取り組んできた薬局にとっては、評価の切り分けによる影響はなさそう。一方、患者にとっては「薬剤師が何をしているか」が少し見えやすくなったと言え、薬剤師に対する理解促進も期待される。また、薬剤師自身が日々の業務をあらためて意識するきっかけにしてほしいという思惑もあるようだ。評価切り分け後の点数配分については、次期改定以降も引き続きの検討課題となる見通し。

表1 薬剤調製料の点数

名称	点数
薬剤調製料（内服薬）	24点

表2 調剤管理料の点数と主な算定要件

名称	区分	点数	主な算定要件	
調剤管理料	内服薬	7日分以下	4点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●処方された薬剤について、患者や家族から服薬状況などの情報を収集し、必要な薬学的分析をした上で薬歴に記載するなどを行う</li> <li>●患者の基礎情報や他に服薬中の医薬品とその服薬状況について、調剤録か薬歴に記載</li> <li>●処方薬に対して必要な薬学的分析を行う</li> <li>●処方内容に疑義がある場合、処方医に照会を行う</li> <li>●調剤録と薬歴を作成し、適切に保管する</li> </ul>
		8～14日分	28点	
		15～28日分	50点	
		29日分以上	60点	
	内服薬以外	4点		

表3 調剤管理料・調剤管理加算

名称	区分	点数	主な算定要件
調剤管理加算	初めて処方箋を持参した場合	3点	複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方されている患者かその家族に対し、服薬状況の情報を一元的に把握し、薬学的管理を行う
	2回目以降に処方箋を持参した場合で処方内容の変更により薬剤の変更か追加があった場合	3点	

表4 調剤管理料・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で調剤が行われた患者
算定要件	電子資格確認で患者の薬剤情報等を取得し調剤
施設基準	①電子請求を行っている②電子資格確認を行う体制がある③そのことを当該保険薬局の見やすい場所に掲示

## 複数受診の多剤服用患者、対応に新加算 後期高齢者の増加を見据え

調剤管理料には「調剤管理加算」を新たに設け、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「初めて処方箋を持参した場合」と「2回目以降に処方箋を持参した場合で処方内容の変更により薬剤の変更か追加があった場合」に、いずれも3点を加算する。多剤服用による有害事象が生じやすい患者への対応を評価する形だ。今後、後期高齢者が急増し、複数の医療機関を受診して多剤服用になる患者の増加を見据えた対応とも言える（表3）。

21年10月に本格運用が開始されたオンライン資格確認システムの活用に対する評価も新設。患者の薬剤情報などを踏まえて調剤した場合に「電子的保健医療情報活用加算」（3点、月1回）が算定可能となった（表4）。

### 服薬管理指導料は継続フォローを要件化

これまで薬剤服用歴管理指導料として評価されてきた服薬指導に関する業務は、「服薬管理指導料」として新たに評価。薬歴の管理など一部の業務が調

剤管理料で評価されることになった一方、薬剤師が必要と認める場合の患者の服薬状況の継続的な把握と、必要な指導の実施が要件化された。

改正医薬品医療機器等法で継続フォローが義務化されたことに沿った対応だ。それに伴い、評価も2点ずつ上乗せされている（表5）。

### 実情踏まえ、“かかりつけ”評価の特例も

また、服薬管理指導料の特例として、「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合」（59点）の評価を新設。かかりつけ薬剤師指導料か、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、やむを得ない事情で患者の同意を得て別の薬剤師が指導した場合に、処方箋受付1回につき算定できる。別の薬剤師は一定の経験を有する者で、1人に限るとされた（表6）。

かかりつけ薬剤師による対応については、厚労省調査で、かかりつけ薬剤師指導料などを算定している患者に、かかりつけ以外の薬剤師が対応しているケースがある薬局が約6割に上ることが分かった。主な理由は「担当が勤務外の時」や「担当が他業務中」で、そうした実情に一定程度、配慮する特例となった。

名称	区分	点数		主な算定要件
服薬管理指導料	3カ月以内の再来局	手帳あり	45点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●薬剤服用歴に基づき、投薬に関して必要な情報を薬剤情報提供文書で患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行う</li> <li>●手帳を用いる場合には、服用に際して注意すべき事項を記載する</li> <li>●これまで投薬された薬剤のうち、服用していない薬剤の有無を確認し、必要な指導を行う</li> <li>●薬剤情報提供文書により、後発医薬品に関する情報を患者に提供する</li> <li>●薬剤師が必要と認める場合、患者の薬剤使用状況などを継続的、的確に把握し、必要な指導を実施する</li> </ul>
		手帳なし	59点	
	3カ月以内の再来局以外		59点	
	特別養護老人ホームの入居者を訪問		45点	
	オンラインで行った場合	3カ月以内の再来局	45点	
3カ月以内の再来局以外		59点		

算定対象	当該保険薬局での直近の調剤でかかりつけ薬剤師指導料か、かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者
算定要件	やむを得ない事情で当該患者の同意を得て、当該指導料が管理料の算定に関する保険薬剤師と、その所属する薬局の他の保険薬剤師が連携し、指導等を行う
施設基準	他の薬剤師は、かかりつけ薬剤師指導料か、かかりつけ薬剤師包括管理料に関する患者の同意を得た保険薬剤師と連携し指導等を行うための十分な経験を有する者（1名に限る）

調剤基本料

基本料 3-ハを新設、大手チェーンの基本料 1 ほぼ消滅

改定ごとに細分化されている調剤基本料。大型門前薬局をターゲットに2016年度改定で基本料「3」、18年度改定でさらに大型の薬局に絞った基本料「3-ロ」をそれぞれ新設。そして22年度改定では新たに基本料「3-ハ」(32点)を設けた。これにより基本料は、全薬局の8割を占める基本料「1」と、それ以外の5区分を合わせた計6区分に増えた(表)。

これまでの改定では、経営の効率性という観点から、主に処方箋受付回数と特定の医療機関からの処方箋応需の割合(集中度)を調整し、基本料1の薬局を少しずつそれ以外の区分に移してきた経緯がある。

今回、新設された基本料3-ハは、同一グループの処方箋受付回数月40万回超か300店舗以上で、集中度85%以下の薬局が対象になる。基本料の要件に店舗数が組み込まれたのも、集中度が一定以下というのも初めて。調剤事業で存在感を増している大手ドラッグストアチェーンの薬局が狙い打ちされたとの見方が専らだ。

ドラッグストア併設型薬局は、処方箋を特定の医療機関に依存しない面展開であるため集中度は低く、集中度70%超~95%超の基本料2・3とはほぼ無縁。多くが基本料1を算定しており、改定のたび

表 調剤基本料の点数と施設基準の概要 (下線は改定があった部分)					
区分	現点数	新点数	施設基準	減算規定	
①	調剤基本料 1	42点	<b>42点</b>	▽②~⑥に該当しない▽医療資源の少ない地域にある薬局一のいずれかに該当	▽妥結率が50%以下 ▽妥結率・単品単価契約率・一律値引き契約に関する状況について、地方厚生局などに報告していない▽かかりつけ薬剤師機能に関する業務の実施が年10回未満(特別調剤基本料の薬局の場合は年100回未満)一のいずれかに該当する薬局は、調剤基本料を50%減算
②	調剤基本料 2 (門前薬局、医療モールなどの薬局)	26点	<b>26点</b>	処方箋の受付回数が月4000回超で集中度70%超 処方箋の受付回数が月2000回超で集中度85%超 処方箋の受付回数が月1800回超で集中度95%超 特定の医療機関の処方箋受付回数が月4000回超 ●同じ建物内に複数の医療機関がある場合は全て合算 ●同一グループの他の薬局と集中度が最も高い医療機関が同じ場合には、他の薬局の分も合算	▽後発品の使用割合が50%以下(受付回数が月600回以下の薬局、処方箋受付状況を踏まえてやむを得ない場合を除く)▽上記を地方厚生局長らに報告していない一のいずれかに該当する薬局は調剤基本料から5点減点(※1)
③	調剤基本料 3 (大規模薬局)	イ 21点	<b>21点</b>	同一グループの処方箋受付回数が月3万5000回超で4万回以下の薬局のうち、▽集中度95%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある一のいずれかに該当 同一グループの処方箋受付回数が月4万回超で40万回以下の薬局のうち、▽集中度85%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある一のいずれかに該当	
④		ロ 16点	<b>16点</b>	同一グループの処方箋受付回数が月40万回超か店舗数300以上の薬局のうち、▽集中度85%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引がある一のいずれかに該当	
⑤		ハ (新設)	<b>32点</b>	同一グループの処方箋受付回数が月40万回超か店舗数300以上の薬局のうち、集中度85%以下	▽2カ所以上の医療機関から交付された処方箋を同時に受け付けた場合、2回目以降の調剤基本料は20%減算
⑥	特別調剤基本料 (敷地内薬局)	9点	<b>7点</b>	▽医療機関(病院・診療所)と不動産取引など特別な関係がある薬局で、当該医療機関の集中度が70%超(診療所の建物内薬局を除く)▽地方厚生局に調剤基本料の届け出を行っていない一のいずれかに該当	

(※1) 22年9月30日まで経過措置期間

に打撃を受けてきた門前中心の大手薬局チェーンを尻目に業績を伸ばし続けてきた。今や調剤事業売上トップ10のうち4社をドラッグストアが占める。

基本料3-ハは、いくら集中率が低くても店舗数300以上などであれば基本料1の算定ができなくなる、というこれまでになかった仕組みだ。基本料1を算定しているドラッグストア併設薬局の多くが4月以降、基本料3-ハを算定することになる。

### 300店舗の法人の損益率、他に比べて高く

これまでも店舗数を調剤基本料の要件にする案は中医協で議論されてきたが、20店舗以上など、どこで線引きするかを巡ってまとまらず、見送られてきた経緯がある。厚生労働省は21年11月の中医協で、直近の医療経済実態調査を基に店舗数別では300店舗以上の法人の損益率が最も高いとする資料を示した。

その資料の中では、基本料1・2を算定する薬局の中でも、300店舗以上の薬局の損益率が最も高いとするデータを提示。処方箋受付回数や集中度だけではなく、店舗数も経営の効率性に関わる指標になることを印象付けた。

基本料3-ハの点数は基本料1(42点)より10点少ない32点。いくら店舗数が多いとはいえ、集中度70%超～95%超の3-ロ(16点)、3-イ(21点)、2(26点)ほど効率性は高くないと判断されたとみられる。

影響は大手ドラッグストアチェーンだけにとどまらない。大手薬局チェーンの中にも集中度が低い面対応の薬局は存在するが、基本料3-ハができたことで、これ

までのように基本料1を算定できなくなるためだ。

22年度改定では、大手薬局チェーンの門前薬局を対象とした基本料3-ロの要件にも店舗数が取り入れられる。その結果、同一グループの処方箋受付回数月40万回超か300店舗以上で、集中度85%超なら3-ロ、85%以下なら3-ハを算定。一部、基本料3-ハより点数が低い基本料2の要件を満たす店舗がある場合には基本料2が優先されるが、いずれにせよ大手チェーンで基本料1を算定する薬局は、へき地にある場合を除いてなくなる。

### 特別基本料、地域支援体制・後発品調剤加算の減算も

敷地内薬局を対象にした特別調剤基本料は、点数、要件ともにさらに厳しい措置を講じる。現行9点を7点に引き下げるほか、「地域支援体制加算」と「後発医薬品調剤体制加算」を2割減算にする。さらに、薬局が患者の服薬状況を医療機関にトレーシングレポートなどで伝えた場合に算定できる「服薬情報等提供料」は、敷地内の医療機関を相手先とする場合には算定できなくする。

敷地内薬局をめぐっては、公募に合わせ、薬局を含む事業者提案施設だけでなく、診療棟や体育館などの整備も条件にする医療機関の過大な要求が問題視されている。厚生労働省は、22年度改定で高度・専門急性期病院向けに新設する「急性期充実体制加算」について、敷地内薬局のある場合には算定できなくする制限を設ける。

## 地域支援体制加算

### 4区分に変更、点数は実績に応じ3種類「連携強化加算」を新設

地域支援体制加算は、調剤基本料1の薬局とそれ以外の薬局で実績要件は異なっているものの、点数は38点で一本化されていた。それが2022年度改定では、地域医療に貢献した体制や実績の難易度に応じて4区分、点数は47点(加算2)、39点(加算1・4)、17点(加算3)の3つに細分化される(次頁表1)。

現行の地域支援体制加算に相当するのが加算1と加算4。基本料1を算定する薬局であれば、これまで同様、①～③と④(服薬情報等提供料の実績年12回以上)か⑤(多職種との連携会議に年1回以上出席)

のいずれかを満たすことが求められる。また、加算4は基本料1以外の薬局が①～⑨のうち、8つ以上を満たせば算定可能。いずれも1点増の39点になる。

基本料1を算定する薬局向けに新設する加算2は、加算1の要件をクリアした上で、①～⑨の3つ以上を満たすことが条件で、点数は47点。一方、加算3は加算4に届かない基本料1以外の薬局が対象。麻薬小売業者の免許があり、①～⑨のうち、④(かかりつけ薬剤師指導料などの算定年40回以上)と⑦(単一建物1人の在宅年24回以上)を含む3つ以上を

満たせば17点を算定できる。

**在宅訪問の実績は年24回以上に**

実績要件の項目に大きな変化はなく、在宅訪問の実績のみ、従来の年12回以上から年24回以上に増える。これは、医薬品医療機器等法の改正で新設された地域連携薬局に要求される在宅訪問（月平均2

回以上）に合わせたためだ。また、①～⑧はこれまで薬剤師1人当たりの実績だったが、処方箋1万枚当たりに改める。

今改定ではまた、地域支援体制加算を算定している薬局が他の薬局と連携し、災害や新興感染症の発生時などの医薬品供給体制を確保した場合の「連携強化加算」（2点）を新設する（表2）。

**表1 地域支援体制加算の施設基準と点数（下線は改定があった部分）**

(1)地域医療に貢献する体制があることを示す実績を満たす薬局		(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
旧基本料1の実績要件（1薬局当たりの年間回数）		(3)患者の求めに応じ、投薬している薬剤に関する情報を提供している
①麻薬小売業者の免許を受けている		(4)一定時間以上、開局している
②在宅実績	24回以上	(5)十分な数の医薬品を備蓄している
③かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料の届け出		(6)薬学的管理・指導の体制整備、在宅の体制に関する情報提供
④服薬情報等提供料の提供	12回以上	(7)24時間調剤、在宅対応体制の整備
⑤薬剤師研修認定制度などの研修を修了した薬剤師が地域の多職種連携会議に出席	1回以上	(8)在宅医療を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
旧基本料1以外の実績要件（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回数）		(9)保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
①夜間・休日などの対応	400回以上	(10)医療安全につながる取り組み実績の報告
②麻薬の調剤実績	10回以上	(11)集中率85%超の薬局は後発品の使用割合が50%以上
③重複投薬・相互作用等防止加算などの算定	40回以上	
④かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料の算定	40回以上	
⑤外来服薬支援料の算定	12回以上	
⑥服用薬剤調整支援料の算定	1回以上	
⑦単一建物診療患者が1人の場合の在宅	24回以上	
⑧服薬情報等提供料の算定	60回以上	
⑨薬剤師研修認定制度などの研修を修了した薬剤師が地域の多職種連携会議に出席	5回以上	

**【経過措置】**

▽2022年3月末時点で地域支援体制加算を算定している薬局で、在宅実績を満たしていると届け出ている場合は、23年3月末まで在宅の新実績を満たしているとみなす▽22年3月末時点で調剤基本料1を算定している薬局で、後に調剤基本料3-ハを算定することになった薬局は23年3月末まで調剤基本料1を算定しているとみなす



加算区分	基本料	(1)の実績要件	点数
加算1	基本料1	①～③+④か⑤を満たす	38点→39点
加算2		加算1の要件+①～⑨のうち3つ以上を満たす	47点（新設）
加算3	基本料1以外	麻薬小売業者の免許+①～⑨のうち④⑦を含む3つ以上を満たす	17点（新設）
加算4		①～⑨のうち8つ以上を満たす	38点→39点
減算規定（新設）		特別調剤基本料を算定する薬局は20%減算	

**表2 連携強化加算（新設）：2点**

算定要件	地域支援体制加算を算定し、以下の施設基準に適合している
	<ul style="list-style-type: none"> <li>●他の薬局などとの連携により▽災害・新興感染症の発生時などにおける医薬品供給や衛生管理などに対応できる体制を確保▽災害・新興感染症の発生時などの対応に関する地域の協議会や研修などに参加するよう努める▽災害・新興感染症の発生時などでの対応が可能な体制を確保していることをホームページなどで広く周知</li> <li>●災害・新興感染症の発生時などに、都道府県などから医薬品の供給などについて協力要請があった場合には、地域の関係機関と連携して必要な対応を行う</li> </ul>

## リフィル処方箋 の導入

# 大臣折衝で決定「再診の効率化」へ 最長 87日まで処方箋料の減算なし

今改定の大きなトピックの一つが、「リフィル処方箋の導入」だ。これまでも議論の俎上には載りつつ、処方側の反対が強く実現に至らなかった制度だが、以前から導入を目指していた日本薬剤師会と、医療費の削減につなげたい財務省の思惑が一致。22年度予算編成に向けた厚生労働相と財務相による「大臣折衝」で導入が決まった。

大臣折衝により決定された診療報酬改定率の内訳では、「リフィル処方箋の導入・活用促進」により、医療の効率化を進めることで、国費ベースで110億円程度の減少につながると見込まれた。医療機関の再診料と処方箋料の減少を念頭に置いている。大臣折衝では、「分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげる」ことも明確にされた。

### 処方箋様式の見直し、使用は「3回まで」

こうした方向性を踏まえ、22年度改定の答申では、症状が安定している患者を対象に「医師の処方により医師およ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」と明記。処方箋様式を見直し、「リフィル可」のチェック欄と、実施可能な回数を記入する欄を設ける。

リフィル処方箋の総使用回数の上限は「3回まで」とし、1回当たりの投薬期間や総投薬期間は「医師が患者の病状などを踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間」が認められる。ただし、「保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）」で投薬量に制限を定めている医薬品と湿布薬は、リフィル処方箋による投薬の対象に含めない。

保険薬局が関わる仕組みとしては、5項目が示された。まず「調剤可能な期間」については、1回目の場合、通常の処方箋と同様に4日間とする。2回目以降は、原則的に「前回の調剤日を起点とし、当該調剤にかか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」と定めた。

「記載すべき事項」に関しては、次回の調剤がある場合、リフィル処方箋に調剤日と次回調剤予定日、調剤した薬局の名称、薬剤師の氏名を余白か裏面に記載し、写しを保管するよう求めた。また、総使用回数の調剤を終えた場合には、調剤済み処方箋として保管する。

「薬剤師による判断」については、患者の服薬状況などを確認した上で、リフィルが不適切と判断した場合、調剤せずに受診勧奨するとともに「処方医に速やかに情報提供を行うこと」を明記。適切と判断し調剤した場合にも、調剤した内容や患者の服薬状況などを、必要に応じて処方医に情報提供することを求めている。リフィル処方箋を交付された患者に対し、継続的な薬学的管理のために「同一薬局で調剤を受けるべき」であることについて「薬剤師による説明」が必要なことも明確化した。

さらに、患者に対して「次回の予定確認」を行った上で、予定される時期に来局しない場合、電話などで状況を確認することも求めた。また、患者が他の薬局で調剤を受ける意向を示した場合、その薬局に調剤の状況と必要な情報をあらかじめ提供することとした。

### 「1回当たり 29日以内」処方箋料の減算なし

処方箋料には通常、30日以上投薬を行った場合、所定の40%相当の点数で算定することになる長期処方方の減算規定がある。ただし、リフィル処方箋については「1回の使用による投与期間が29日以内の投薬」の場合、同減算規定を適用しない。リフィル処方箋を3回まで利用可とすれば、最長で87日まで減算なしで投薬できることになる。

### 「覚悟」が必要 日薬・山本会長

長年、主張してきたリフィル処方箋の導入が実現し、薬局・薬剤師業界内からは歓迎する声相次いだ。一方で、日本薬剤師会の山本信夫会長は「薬剤師の責任が今の100倍も200倍も重くなる」などと発言し、「覚悟」の必要性を重ねて訴えている。

対人業務の  
充実

## 医療機関への患者情報提供、持参薬整理含む新区分を新設

2022年度改定では、これまでの改定と同様、対人業務に関わる報酬が拡充されている（表1）。20年度改定で設けられた「調剤後薬剤管理指導加算」は、インスリン製剤などが処方された糖尿病患者の継続フォローに対する評価だが、現行30点を倍増する。

患者の服薬状況を医療機関に伝えるトレーシングレポートの送付などを評価した「服薬情報等提供料」には現在、医療機関の求めがあった場合の「1」（30点）とそれ以外の「2」（20点）があるが、入院時の持参

薬整理などを行った場合の「3」（50点）を新設する。

複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方されている患者に重複投薬などが見つかった場合、処方医に解消を提案する「服用薬剤調整支援料2」については、解消された実績がある場合の110点と、それ以外の90点に分ける。

新設する「外来服薬支援料2」には、廃止する調剤料の一包化加算を統合。服用時点ごとの一包化と必要な指導を行った場合に算定できるようにする。

表1 今改定で新設・改正された対人業務の充実に関わる点数

名称	改定前	改定後	算定要件など
調剤後薬剤管理指導加算	30点	60点	新規にインスリン製剤などを処方された患者らを継続的にフォローし、医療機関に必要な情報を提供
服薬情報等提供料3	(新設)	50点	医療機関の求めに応じ、入院予定の患者の持参薬の整理とともに服用薬の情報を一元的に把握し、医療機関に文書で提供
服用薬剤調整支援料2	100点	110点	重複投薬解消などの実績あり
		90点	上記以外
外来服薬支援料2	(新設)		医師の了解の下、薬剤師が内服薬の一包化や服薬指導を行い、患者の服薬支援を実施した場合に算定。42日分以下は投与日数が7又はその端数が増すことに34点を加算した点数、43日分以上は240点。調剤料の一包化加算は廃止

## 在宅医療

## 緊急訪問指導料、主治医以外の医師の指示でも算定可

患者ニーズが高まっている在宅医療については、薬局薬剤師が主治医以外の医師からの指示で患者宅を訪問した場合に「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導

料」を算定できるようにする。これまでは主治医以外から指示があった場合、訪問しても調剤報酬は算定できなかった。療養状況に応じたきめ細やかな対

表2 新設や改正された在宅医療関連の調剤報酬

名称	点数	算定要件	
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 (算定要件の見直し)	原疾患の急変	500点	主治医だけでなく、主治医と連携する他の医師の指示で訪問薬剤管理指導を実施した場合も算定可
	上記以外	200点	
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 (新設)	250点	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、在宅での療養状況に応じた薬学的管理や指導を行った場合に算定	
在宅中心静脈栄養法加算 (新設)	150点	在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対し、在宅での療養に応じた薬学的管理や指導を行った場合に算定	
退院時共同指導料 (算定要件の見直し)	600点	患者の入院先医療機関の医師・看護師らとだけでなく、薬剤師・管理栄養士らとの共同指導も可能に。オンラインでの参加要件を緩和	

応が求められる、医療用麻薬持続注射療法や在宅中心静脈栄養法を行う患者に対し、注入ポンプや輸液セットなどを用いたり、必要な薬学的管理・指導を行ったりする場合の「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」も新設する。

退院後の患者の在宅訪問を担う薬局薬剤師が、入院中の医療機関の多職種と薬剤に関する説明や指導を共同で行う「退院時共同指導料」は、医療機関の多職種の範囲を薬剤師や管理栄養士、理学療法士らにも拡大。オンラインによる共同指導もしやすくする(表2)。

## 後発医薬品の 推進

### 下限を80%に、供給不安の中でもインセンティブ強化

後発医薬品の使用をさらに促進するため、「後発品医薬品調剤体制加算」は算定要件の使用割合を引き上げ、点数にメリハリを付ける。大手後発品メーカーなどによる不祥事をきっかけとした後発品の供給不安が続き、薬局現場からは「在庫確保もままならないのに」と戸惑いの声上がる中での見直しとなる。

2023年度末までに全ての都道府県で後発品の数量シェアを80%以上にする政府目標を踏まえ、使用割合の下限を75%から80%、上限を85%から90%に引き上げる。現行の3区分を加算1(80%以上、21点)、加算2(85%以上、28点)、加算3(90%以上、30点)にそれぞれ改める(表3)。85%以上でないと、現行点数を維持できなくなる。

医科の「後発品使用体制加算」や「外来後発品使用体制加算」も、下限と上限をどちらも引き上げる。

#### ペナルティーも強化、50%以下なら基本料を5点減

後発品の使用促進に消極的な薬局に対するペナル

ティーも強化する。現在は後発品使用割合40%以下の薬局は調剤基本料を2点減算しているが、それぞれ50%以下、5点に拡大する(8頁の調剤基本料の施設基準の表参照)。また、特別調剤基本料を算定する薬局は、後発品調剤体制加算が20%減算となる措置も導入する。

後発品の供給不安を受け、厚生労働省は21年9月、供給停止となっている医薬品のうち、後発品の数量割合に影響が大きい27成分・1025品目について、使用割合の計算式からの除外を認める事務連絡「診療報酬上の臨時的取り扱い」を出した。

この事務連絡は22年3月までの時限措置だったが、厚労省は除外品目リストを58成分・1936品目に拡大し、9月末まで継続することを決定した。後発品企業の間では、注文の殺到を恐れ、新規後発品を薬価収載後にすぐ発売しないケースが増えており、現場には薬価収載から発売までの間の経過措置の設定を求める要望もある。

表3 後発医薬品の使用促進策関連の調剤報酬(診療報酬)の概要

名称	区分	改定前		改定後		備考・減算規定
後発医薬品調剤体制加算	1	75%以上	15点	80%以上	21点	下限を80%以上、上限を90%以上に引き上げ。調剤基本料の減算対象を50%以下に拡大(8頁の表参照)、特別調剤基本料を算定する薬局は20%減算
	2	80%以上	22点	85%以上	28点	
	3	85%以上	28点	90%以上	30点	
(医科) 後発医薬品使用体制加算	1	85%以上	47点	90%以上	47点	下限を75%以上、上限を90%以上に引き上げ
	2	80%以上	42点	85%以上	42点	
	3	70%以上	37点	75%以上	37点	
(医科) 外来後発医薬品使用体制加算	1	85%以上	5点	90%以上	5点	下限を75%以上、上限を90%以上に引き上げ
	2	75%以上	4点	85%以上	4点	
	3	70%以上	2点	75%以上	2点	
(医科) バイオ後続品導入初期加算(新設)				150点		外来腫瘍化学療法診療料 外来化学療法加算

オンライン診療・  
服薬指導

算定要件を大幅緩和、初診・回の患者から実施可能に

新型コロナウイルスの感染拡大を受けた2022年度改定では、オンライン診療・服薬指導に関わる診療報酬の算定要件が大幅に緩和される(表1、2)。

オンライン服薬指導については現在、医科のオンライン診療料に基づく処方箋が発行され、3カ月以内に対面による服薬指導を実施した患者を対象を限定しているが、この規定を撤廃。薬剤師の判断により、初回の患者に対しても算定できるようにする。対面の1割以下とする算定制限も廃止する。

点数は、現行の「薬剤服用歴管理指導料」(オンライン服薬指導を行った場合)が43点であるのに対し、改定後の「服薬管理指導料」(同)は原則3

カ月以内に再度来局した患者に実施した場合が45点、それ以外が59点。3カ月以内の再来局でもお薬手帳を持参しない場合は59点とするなど、対面と同じルールにした。

厚生労働省が22年2月に公表した医薬品医療機器等法施行規則の改正省令案では、オンライン服薬指導に関する新たなルールが定められた。初回や処方内容に変更のあった患者に対しては服薬状況などを確認することや、かかりつけ薬剤師による実施が望ましいなどとされている。

医科ではオンライン診療料を廃止。オンラインの初・再診料を定め、初診からの算定を可能にする(表3)。

表1 オンライン服薬指導の点数と算定要件

区分	名称	区分	点数	算定要件	
外来	服薬管理指導料	原則3カ月以内に再度処方箋を提出した患者	手帳あり	45点	外来患者に情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付回数1回につき算定。服薬管理指導料の加算も要件を満たせば対面同様に算定可能
			手帳なし	59点	
		上記以外の患者(手帳あり/手帳なし)		59点	
在宅	在宅患者オンライン薬剤管理指導料		59点	在宅患者に情報通信機器を用いた薬学的管理・指導を行った場合に算定。在宅患者訪問薬剤管理指導料1~3と合わせ、患者1人当たり月4回(末期がんや中心静脈栄養法の患者は週2回かつ月8回)算定可能。薬剤師1人当たりでは、同1~3と合わせ週40回算定可能。麻薬管理指導加算、乳幼児加算、小児特定加算については外来患者と同じ点数を算定可能	

表2 オンライン服薬指導に関する改正省令(施行通知)案(22年2月8日公表)の抜粋

実施要件	留意事項
<ul style="list-style-type: none"> <li>●薬剤師の判断と責任に基づき実施</li> <li>●初来局の患者や処方内容に変更のあった患者に対して実施する場合には、服薬状況などを把握した上で実施</li> <li>●注射や吸入薬など手技が必要な薬剤については受診時の医師の説明に対する患者の理解度に応じ、薬剤師が実施を判断</li> <li>●患者に対し、薬剤師がオンライン服薬指導を行う可否を判断した基礎、情報漏洩の危険などに関する事項を説明した上で実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●必要に応じ、事前に薬剤情報提供文書などを患者に送付してから実施する</li> <li>●かかりつけ薬剤師・薬局により行われるのが望ましい</li> <li>●本人と患者の双方が身分確認書類を用いて本人確認を行う</li> <li>●オンライン診療の初診患者に処方できない薬剤(麻薬・向精神薬、抗がん剤や免疫抑制剤など、基礎疾患などが把握できていない患者に対する8日分以上の処方)が含まれていないか確認する</li> <li>●薬剤師がオンライン服薬指導を行う場所は、調剤を行った薬局内とする</li> </ul>

表3 オンライン診療の点数と算定要件(医科)

名称	点数	主な施設基準・算定要件(初診の場合)
初診料(情報通信機器を用いた場合)	251点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●情報通信機器を用いた診療を行う十分な体制を整備している</li> <li>●「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿った診療を行う体制が整っている</li> </ul>
再診料(情報通信機器を用いた場合)	73点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●原則として医療機関に所属する医師が医療機関内で行う。医療機関外で行った場合には、事後的に確認可能な場所であること</li> </ul>
外来診療料(情報通信機器を用いた場合)	73点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の急変時など緊急時には原則として、オンライン診療を行う医療機関が必要な対応を行う</li> <li>●対面診療を提供できる体制を有している</li> </ul>

## 医療的ケア児の 対応評価

# 光が当たった「医療的ケア児」対応 評価新設で在宅への移行を後押し

22年度診療報酬改定では、19年12月の成育基本法の施行を受けて医療的ケア児への対応に関する評価が新設された。在宅へのスムーズな移行を図るため、医科と調剤で同時に評価を設ける形になった。

調剤では、薬局における医療的ケア児に対する薬学的管理への評価として、「服薬管理指導料」と「かかりつけ薬剤師指導料」に、「小児特定加算」(350点)を新設した。調剤の際に患者またはその家族に対し、服用に関する必要な指導を行い、指導内容をお薬手帳に記載した場合に加算する。在宅に関しても「在宅患者訪問薬剤管理指導料」などに「小児特定加算」(450点)を設けた。患者またはその家族に対して、必要な薬学的管理と指導を行った場合に加算する(表1)。

また、医科についても、医療的ケア児などに対する専門的な薬学管理の必要性を踏まえて、医療機関

と薬局の連携を推進する観点から、「退院時薬剤情報管理指導連携加算」(150点、退院時1回)を新設(表2)。「小児入院医療管理料」を算定する病棟で当該患者が退院する際に、医療機関の薬剤師が患者またはその家族に対して服用に関する必要な指導を行い、調剤に必要な情報などを薬局に文書で提供した場合に加算する。

医療機関の薬剤師に対する評価では、「周術期薬剤管理加算」(75点)の新設(表3)と「病棟薬剤業務実施加算」の見直しも行った。周術期薬剤管理加算は、全身麻酔を実施した患者に対して、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と連携して周術期に必要な薬学的管理を実施した場合に加算。病棟薬剤業務実施加算は、加算の算定対象になっていなかった、小児入院医療管理料を算定する病棟でも算定できるように見直した。

表1 小児特定加算		
名称	点数	算定要件
小児特定加算 (服薬管理指導料など)	350点	医療的ケア児の患者に対する調剤で、必要な情報を直接当該患者またはその家族に確認し、服薬に関して必要な指導を行い、指導内容などをお薬手帳に記載する
小児特定加算 (在宅患者訪問薬剤管理指導料など)	450点	医療的ケア児の患者またはその家族に対して、必要な薬学的管理と指導を行う

表2 退院時薬剤情報管理指導連携加算：150点（退院時1回）	
対象患者	小児入院管理料を算定する病棟に入院している小児慢性特定疾病医療支援の対象となる患者と医療的ケア児の患者
算定要件	医師の指示に基づいて薬剤師が、退院時に患者またはその家族に対して、薬剤の服用などに関する必要な指導を行う。その上で、薬局に対して調剤に関する必要な情報などを文書により提供した場合に加算する

表3 周術期薬剤管理加算：75点	
対象患者	全身麻酔を実施した患者
算定要件	薬剤師が、病棟などで薬剤関連業務を実施している薬剤師などと連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合に加算する
施設基準	医療機関内に周術期の薬学的管理の実施に当たって必要な専任の薬剤師が配置されている 病棟薬剤業務実施加算1に関する届け出を行っている医療機関



## interview

### 有澤 賢二 氏

日本薬剤師会常務理事

1987年9月 北海道薬科大学薬学部卒業後、2010年4月に薬局事業継承を目的に株式会社メディカルマネッジ・ケンを設立。同年6月屯田七条薬局、同年7月ミズキ薬局を開設。14年6月に日本薬剤師会常務理事に就任。19年5月から中医協委員

# 薬局全体に適正配分「頑張っている薬剤師」を評価 調剤料など切り分け、意義を理解して業務を

## コロナ禍でのプラス改定、現場の励みに

——2022年度調剤報酬改定の受け止めを。

コロナ禍で現場に混乱があり、財政状況も厳しい中でプラス改定になった。医科との適正な配分比率(1:0.3)も維持され、外枠もなかった。なんとかやりくりして全国6万軒の薬局に適正に配分され、(プラス分は)わずかではあるが、現場には励みになるのではないかと。頑張っている薬剤師にしっかりとフィーが付く、それなりの評価を得られた。

——調剤料などを組み替え、報酬体系が再編された。

対物中心から対人中心の業務へとずっと言われてきた中で、これまでも一定程度はいじってきたが、今回のような再編はかなり勇気がある。正直、避けて通りたい問題ではあったが、今回うまく具合にまずは切り分けられた。

ただ、今回の切り分けを受けて、きちんと検証調査などが入り、実際に対人業務としての評価が正し

かったのかどうか、あらためて評価されることになる。今までの点数が上がった下がったではなく、あえて再編した意義を理解した上で、現場の業務を行っていただきたい。現場感覚では、ルーティーンで流れているところ(業務)だが、特に調剤管理料に位置付けられた業務を意識し、患者さんに対しても「見える化」を心掛けてやってほしい。

今回はとりあえず切り分けたということ。具体的にこの点数が妥当かどうかは、検証結果を踏まえて次期以降の検討課題になる。当然、現時点では妥当な点数だと考えている。

## “効率性”で適正化、流れに沿った対応

——調剤基本料には、新たな指標として「店舗数」が取り入れられ、集中率85%以下が対象になる「3-八」が新設された。

基本料については、基本的には「基本料1」の1本だけであるべきという考えだ。ただ、その上で医療経済実態調査の結果を踏まえ、効率性に基づいた適正化が行われ、特例的なものが存在する(と認識

している)。

今回は、店舗数に応じて損益率に差がある部分が適正化されたということ。マクロで見た結果だが、ミクロでどうなるかはこれからの課題だ。ただ、多店舗展開による効率性の良いところへの適正化は、いろいろなところから言われてきていたので、流れに沿った形だと言える。

(これまで基本料1で地域支援体制加算を算定していた薬局が基本料3-ハになる場合)影響は大きいので、そういうことも考慮して地域支援体制加算が類型化され、基本料1以外でも算定しやすくなった。

加算2と3は、現状よりさらに上を目指してくれということの設定された。つまり、今のままでいいのかということだ。地域に貢献するということ。地域の医薬品提供体制を構築する中で、しっかりとこういう薬局が増えていかないと地域を守れない。

#### ——敷地内薬局は、さらに適正化が進んだ。

実調でも、サンプル数は少なかったが損益率が少し上がっていた。日本薬剤師会としては、とにかく“形態”が駄目だという姿勢。昨今、だんだんと増加している中で、なんとか止めたいがいきなり全部をなしにすることはできない。現時点でできる限りのことはした。今回の改定を踏まえ、企業側も病院側もいま一度、踏みとどまって考えてほしい。本来の在るべき姿では、絶対でない。

#### ——中医協の議論では、敷地内薬局でありながらも「特別調剤基本料」に該当するかどうかの判断が難しい5事例が示された。

すり抜けているところもあるということだ。あそこも厳格化していく必要があるが、網を掛ければそれをすり抜ける新しいビジネスモデルが出てくる。実態を調査してもらった上で、療養担当規則などを変えていかないと、おそらくこの流れは止まらない。

#### リフィルでも「やることは変わらない」が「止める責任」ある

#### ——ついに「リフィル処方箋の導入」が決まった。

医療の体系が変わるきっかけにはなったと思うが、あくまでも医師がリフィルを書いて大丈夫だという患者に対し、連携して対応するという。やることは今までとそんなに変わらない。ただ、責任の重さはある。2回目以降は、直前に診療を受けていない。当然、医師は診療した際にその間(リフィルによって認められた総日数)は大丈夫と判断しているが、服薬状況や状態の変化などは見逃さないようにしないといけない。止める責任はあるので、しっかり医師に情報提供し、その上で対応を考える必要がある。

#### ——財務省から厳しい主張もあった後発医薬品調剤体制加算の見直しはどう受け止めたのか。

薬局の平均が80%を超えているので、見直さないといけないのは当然だ。ただ、供給問題があるので、そこについては一定の配慮をしてもらえるように主張してきた。また後発品は、使いたくないという患者さんが一定程度いる。そうすると90%はかなりハードルが高い。実効的なところとして、85~90%が目指すところになってくると思う。

#### 「入院時」「退院時」セットで連携を

#### ——薬薬連携や在宅関連の評価も充実した印象だ。

病薬との連携がすごく大きい。退院時カンファレンスはオンラインでできるように緩和された。今までなかなか進まなかったが、これを機に進んでほしい。自分の生活圏にいる患者が入院したときには、地域の薬局にしっかりと関わってもらいたい。

入院時に薬局が薬の整理をすることで、病院薬剤師の手間を減らせる。退院時のカンファレンスとセットになっていくべきだ。病薬が薬局との連携の窓口になることで、結果的に患者の安心につながる。

医療的ケア児も同様だ。在宅も入院も評価が付いたので、しっかりと患者のために取り組んでほしい。



## interview

### 岩崎 裕昭 氏

日本保険薬局協会副会長

1998年4月株式会社阪神調剤薬局入社。2000年6月同社取締役商品本部長兼購買部長。12年12月阪神調剤ホールディング株式会社設立、専務取締役。19年11月I&H株式会社代表取締役社長（現任）。17年5月日本保険薬局協会医療制度検討委員会委員長

# 敷地内への出店「厳しい目で判断せざるを得ない」 リフィル導入は“かかりつけ”にチャンス

## 総括的には厳しい改定

—2022年度調剤報酬改定をどのように受け止めているか。

（調剤の改定率は）プラス0.08%だが、薬価改定（マイナス1.35%）も含めると、総括的には厳しいと言わざるを得ない。一番は、4段階に分かれた「地域支援体制加算」。調剤基本料1以外の薬局にはハードルが高いと思っている。（同加算に対して）最初から諦めて何もしてこなかった薬局は厳しい。ただ、（20年度改定からの）この2年間にきっちりと取り組んで、（要件の内）4～5項目まで達成できていた薬局は加算3（17点）を算定できるだろう。基本料1の薬局は算定しやすいと思う。

「調剤基本料」で、集中度が関係ない基本料3-ハが新設されたのも厳しい。日本保険薬局協会（NPhA）の会員は小さなチェーン薬局も多く、調剤専業で（300店舗以上に該当するのは）あっても7社程度だが、一部の大手チェーンにとっては（現行の基本料1から3-ハに変われば）10点の引き下

げになるので大きい。基本料が下げられた分、地域支援体制加算の「加算3」があるが、現行が基本料1（42点）で地域支援体制加算（38点）を算定していた店舗は、この2項目だけ見るとどうしてもマイナスになってしまう。

## 薬剤師は対人に特化、意識変えないと

—調剤料の再編による薬局経営への影響は。

現行の「調剤料」の再編については、業務を対人へシフトしていくに当たって厚生労働省が「薬剤調製料」と「調剤管理料」にきれいに切り分けたというイメージだ。対人業務へのスライドの流れの一環だろう。医師のタスクシフトもにらんだ上で、薬剤師が対人業務で医療・介護の全般で力にならないといけないと捉え、再編に対してはポジティブに受け止めている。再編による経営への大きな影響はないとみている。

今回の改定を受け、薬局で働いている薬剤師や事務員は意識を変えないといけない。今後、薬剤師は対人業務に特化しなければ在宅や患者の入退院など

への対応がしづらい。薬局のオペレーションを一から変えるくらいしないとイケない。次の24年度改定では、さらに在宅に重点を置いてくると思うので、時間はないと思っている。フォローアップが（服薬管理指導料で）要件化されたことや、在宅に関する加算が新設されたことは、それを見据えてということもあり得る。

## 敷地内の評価引き下げで「採算厳しく」

### ——敷地内薬局への評価が引き下げられた。

立地で判断されるのは非常に辛い。機能の部分を見てほしい。患者から見たら敷地内にあろうが門前にあろうが一緒。何をしているかで評価いただきたい。グループの処方箋受け付け回数で基本料が分けられた時もそうだったが、（機能によらない評価の引き下げは）現場のモチベーションが下がる。

敷地内の基本料が2点引き下げられたのは想定内だが正直低い。患者から見れば3割負担といえども、かなりの価格差が出る。今回の改定内容を見て、敷地内薬局の採算は正直厳しくなるだろうと思った。敷地内というのは患者さんから見ると（立地的に）いいもの。社会的な使命として敷地内薬局は必要でやっていかななくてはいけないが、経費では厳しい。当然だが敷地内薬局といっても（敷地内の医療機関が発行する）処方箋を全て応需できる訳ではない。その中で評価の引き下げは損益として厳しい。中長期で見ると2年後の改定で評価が上がることはまずない。敷地内への出店は厳しい目で判断せざるを得ない。

### ——リフィル処方箋による影響については。

リフィル処方箋は昔から改定のたびに言われてきたが、こんなに（実現が）早いとは思っていなかった。しかし導入されても、これまで90日処方を受けていた患者がリフィル処方箋に変わるかといえば、そうではないのではないかと。服用中の薬で安定している場合に、わざわざリフィル処方箋にするメリットが患者にない。ただ、新しく長期処方を受ける患者の場合は、

リフィル処方箋の使用があり得る。（薬局の経営的には）敷地内や大病院前の門前にとってはマイナスだろう。患者は会社の近くや帰り道、自宅の近くで薬をもらう形になる。面型の薬局や、かかりつけ機能をしっかり果たしてきた薬局にはチャンスだ。

薬剤師が患者の服薬状況を確認し、容体に変化があれば医師に報告をする。これをしっかりとしないとリフィル処方箋は成り立たない。医師が不安になってしまうと、リフィル処方箋をやめて単純に30日処方切るなど逆行してしまう。医師に不安を与えず、信頼してもらえるように6万軒の全薬局がきっちりやっていかななくてはいけない。

### ——後発医薬品調剤体制加算の基準が引き上げられた。

厳しくなるのは想定していた。自社でも、2割弱の薬局が後発品体制加算を算定できなくなるので、全体的にも影響はあると思う。算定できなくなった薬局もさらに努力して算定につなげていくが、（今は）後発品の調達がなかなか難しい。後発品の供給不安は現場の力ではどうしようもない問題だ。患者の不安にもつながってしまうので、なるべく早く安定供給を実現してもらいたい。

### ——NPhAとして改定に対する要望を出していたが。

小児在宅や、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服薬管理指導料の特例的な評価など、NPhAとして要望していた部分も一定程度改定に反映された。（かかりつけ薬剤師以外が指導を行うことは）どうしてもあり得る。要望の中で反映されたものがあることで、やりがいを感じる。小児在宅の件数は少ないだろうが、これまで点数がついていなくてもやってきたことが評価された。ありがたい。

今回の改定で新設された項目や、要件が見直された項目がどうなっていくか。いくら頑張っても算定できない項目があるなら、改善を訴えていく。新設項目は、どれくらい算定できているかの数値を出していくことが絶対に大切だ。



## interview

### 関口 周吉 氏

日本チェーンドラッグストア協会理事

1999年4月株式会社龍生堂本店入社。2003年4月同社管理薬剤師就任。16年1月同社代表取締役社長（現任）。20年8月日本チェーンドラッグストア協会理事就任。21年6月日本チェーンドラッグストア協会勤務薬剤師委員長

# ドラッグチェーンに厳しい改定 対人業務には「メッセージ性」感じる

## 対物・対人の再編で「現場は動きやすくなる」

——2022年度診療報酬改定をどのように受け止めているか。

ドラッグストアチェーンに関しては非常に厳しい改定になっている。（地域支援体制加算で設けられた）経過措置が、1年間で終わる部分もあるので、かなり痛手なことは確か。しかし、業務全般に関しては、今までしっかりとやっていたら、そこまで大きな減額にはならないだろう。一貫したメッセージ性がうかがわれるので、今までの延長線上で改定が行われていることが見て取れる。その部分は安心した。特に対物業務と対人業務が完全に分けられた内容になっているので、そういった意味では、対物に対して何をすればいいのか、対人に対して何をすればいいのかということが、ある程度はっきりしてよかった。現場としては動きやすくなる。

——調剤基本料ではグループ薬局数が300店舗以上で、集中率85%以下の薬局を対象とした3-ハ

が新設された。

厳しいことは厳しい。個人的には努力を促すメッセージだと捉えている。他のところで評価はしてくれた。例えば、地域支援体制加算には救われる部分がある。多くの要件があり、経過措置もあるが、ちゃんとやっていたら全く（評価が）なくなったということにはならない。

——調剤料の再編をどう捉えるか。

調剤料が薬剤調製料と調剤管理料に再編されて、対物業務と対人業務が分かりやすくなった。そのため（対物業務に関しては）評価しやすくなりよかった点だと感じている。対人業務に関しては、これから重きが置かれるというメッセージ性がよく分かる。

対人業務にも2種類あって、調剤時の対人業務と、非調剤時の対人業務に大きく分かれる。他職種などとの連携は、ほぼ非調剤時の対人業務を指す。対患者に関しては調剤時の対人業務で、薬学的知識やいろいろなことが必要。例えば、患者情報の分析や、処方内容の薬学的分析、調剤設計などは、対物業務

も含まれるかもしれないが、対人業務だ。それから医師へのフィードバックなど（非調剤時の対人業務）は、かなり重要視されていると非常に強く感じる。

対人業務の強化は絶対的に必要なこと。非調剤時の対人業務に重きを置かなくてはいけない。そして、対物業務に関しては機械化や、ファーマシーアシスタントといった薬剤師の補助的な人の教育に取り組み、効率化することが必要だ。

——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に対する薬学的分析への評価が新設された。

それこそが対人業務だ。さらに言うと、薬剤師ができる患者へのサービスはなんだということを聞かれている。それに対して加算も付く。加算が付くからやるのではなく、そうしたサービスを患者に提供できれば、薬剤師として評価される。それは素晴らしいことだと思う。もっとそこが評価されていていいはず。

## リフィル×オンライン服薬指導で「調剤の委受託」危惧

——リフィル処方箋が導入された。

一番恐れているのは、リフィル処方からのオンライン服薬指導。これによって調剤の委受託につながる。リフィル処方箋であれば、患者は病院に行かなくていい。そうすると理論的に、なぜ病院に行かなくていいのに薬局に行かないといけないのか、そこはオンラインでいいのではないかとかなりかねない。リフィル処方箋とオンライン服薬指導がセットになることで、なし崩し的に調剤の委受託が広がっていくのを危惧している。

リフィル処方箋は、患者フォローの延長線上にある。薬剤師の対人業務という意味では活躍の場が広がるはず。患者に連絡を取ることや、服薬指導をした後に医師にフィードバックすることは、当然の非調剤時の対人業務。やっけて当たり前のことなので、今までやっていなかった薬剤師は大変だろう。

薬剤師の活躍に対する評価はものすごく上がると思う。ただ、現時点のリフィル処方箋は、まだ分割調剤の延長のような印象だ。この2年間で成功事例などを積み上げていければ。

## オンラインで「通院困難者のすくい上げ」可能

——オンライン服薬指導に対する評価も見直された。

新型コロナウイルス感染症対策の暫定措置として行われてきたオンライン服薬指導は、改正により今後も一般的に行うことになった。薬局としては当然、取り組むべき。大きく言えばICTの活用になる。患者の利便性の向上は当然のことながら、そういったシステムを介した医師へのフィードバックなどにも最後はつながってくるのではないかな。

薬剤師は処方内容の薬学的分析や、患者情報を分析するとき、処方意図を考える。医師側から情報が提供されると、さらにできることが増える。医師と情報共有しやすくなることで、よりよい医療の提供ができるはず。

また、“通院以上”だが“在宅未満”の通院困難者が実は多くいると思う。そういう人たちも（ICTの活用により）すくい上げられる。なにも離島や過疎地だけではなく、東京の真ん中にもいるはず。そういう人を薬局が起点となって医療・介護とつなげられたら素晴らしい。

——次期改定に向けて、どのように臨んでいくか。

次期改定に向けてやらなければいけないことは一貫している。対人業務として評価されているもの、それに付随するものは広げていかないといけないし、チャレンジする必要がある。報酬があるからやるのではなく、薬剤師としてやらないといけないからやっている。それを行政や、地域の関係者が評価できるような表立った行動が必要になってくる。そのため準備期間、チャレンジ期間がこの2年間になる。希望としては今、当然やっていることが調剤報酬という形で評価されればうれしい。

# ① 2022年度 診療報酬改定における主要改定項目について(抜粋)

## I-5 かかりつけ薬剤師の機能の評価-⑧

### 地域における薬局のかかりつけ機能の評価

#### 第1 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して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。

#### 第2 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。

#### (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であること。

## I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組-⑫

### 処方箋様式の見直し(リフィル処方箋の仕組み)

#### 第1 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。

#### 第2 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。

##### [対象患者]

(1) 医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期

間内に処方箋の反復利用が可能である患者

##### [留意事項]

- (1) 保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。
- (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総使用回数の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。
- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次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。

## III-2 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応-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

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) 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付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。

**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**

**① 地域医療に貢献する薬局の評価**

**第1 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。

**第2 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。

改定案	現行
<p><b>【地域支援体制加算】</b> [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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数）を所定点数に加算する。</p> <p>イ 地域支援体制加算1 39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</p>	<p><b>【地域支援体制加算】</b> [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、地域支援体制加算として、所定点数に38点を加算する。</p>

**[施設基準]**

**四 地域支援体制加算の施設基準**

- (1) **地域支援体制加算1の施設基準**  
次のいずれにも該当する保険薬局であること。  
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) 地域支援体制加算2の施設基準**

- 次のいずれにも該当する保険薬局であること。  
イ (1) のイ及びロに該当する保険薬局であること。  
ロ 地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。

**(3) 地域支援体制加算3の施設基準**

- 次のいずれにも該当する保険薬局であること。  
イ 調剤基本料1以外を算定している保険薬局であること。  
ロ 地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。  
ハ (1) のハに該当する保険薬局であること。

**(4) 地域支援体制加算4の施設基準**

- (2) のロ並びに (3) のイ及びロに該当する保険薬局であること。

**第92 地域支援体制加算**

**1 地域支援体制加算1に関する施設基準**

- (1) 調剤基本料1を算定している保険薬局において、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、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料の合計が保険薬局当たりで24回以上であること。(中略)

**[施設基準]**

**四 地域支援体制加算の施設基準**

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

- (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 地域支援体制加算に関する施設基準**

- (1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。  
ア 調剤基本料1を算定する保険薬局  
イ 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。)、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、在宅患者緊急時等共同指導料の合計が保険薬局当たりで12回以上であること。(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12回以上  
であること。なお、当該回数  
には、服薬情報等提供料が併  
算定不可となっているもので  
、相当する業務を行った場合  
を含めることができる。

⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認  
証している研修認定制度等の  
研修認定を取得した保険薬剤  
師が地域の多職種と連携する  
会議に保険薬局当たりで1回  
以上出席していること。

(2) (1) の④の「服薬情報等提  
供料が併算定不可となってい  
るもので、相当する業務」と  
は次のものをいう。

- ・ 薬管理指導料及びかかりつ  
け薬剤師指導料の特定薬剤管  
理指導加算2
- ・ 薬管理指導料の調剤後薬剤  
管理指導加算

(略)

(削除)

(3) ~ (25) (略)

## 2 地域支援体制加算2に関する 施設基準

(1) 調剤基本料1を算定してい  
る保険薬局において、地域  
医療への貢献に係る相当の  
実績として、1の(1)及び  
(3) から(25)までの基  
準を満たした上で、以下の  
①から⑨までの9つの要件  
のうち3以上を満たすこと。  
この場合において、⑨の「薬  
剤師認定制度認証機構が認  
証している研修認定制度等  
の研修認定を取得した保険  
薬剤師が地域の多職種と連  
携する会議」への出席は、  
当該保険薬局当たりの直近  
1年間の実績とし、それ以  
外については当該保険薬局  
における直近1年間の処方  
箋受付回数1万回当たりの  
実績とする。なお、直近1  
年間の処方箋受付回数が  
1万回未満の場合は、処方  
箋受付回数1万回とみなす。

① 薬剤調製料の時間外等加算及  
び夜間・休日等加算の算定回  
数の合計が400回以上であ  
ること。

② 薬剤調製料の麻薬を調剤した  
場合に加算される点数の算定  
回数が10回以上であること。

③ 調剤管理料の重複投薬・相互  
作用等防止加算及び在宅患者  
重複投薬・相互作用等防止管  
理料の算定回数の合計が40  
回以上であること。

④ かかりつけ薬剤師指導料及び  
かかりつけ薬剤師包括管理料  
の算定回数の合計が40回以  
上であること。

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12回以上  
であること。なお、当該回数  
には、服薬情報等提供料が併  
算定不可となっているもので  
、相当する業務を行った場合  
を含めることができる。

⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認  
証している研修認定制度等の  
研修認定を取得した保険薬剤  
師が地域の多職種と連携する  
会議に保険薬局当たりで1回  
以上出席していること。

(ロ) ④の「服薬情報等提供料が  
併算定不可となっているも  
ので、相当する業務」とは  
次のものをいう。

- ・ 薬剤服用歴管理指導料及びか  
かりつけ薬剤師指導料の特定  
薬剤管理指導加算2
- ・ 薬剤服用歴管理指導料の調剤  
後薬剤管理指導加算

(略)

イ 調剤基本料1以外を算定する  
保険薬局

(略)

(2) ~ (24) (略)

(新設)

⑤ 外来服薬支援料1の算定回数  
が12回以上であること。

⑥ 服用薬剤調整支援料1及び2  
の算定回数の合計が1回以上  
であること。

⑦ 在宅患者訪問薬剤管理指導  
料、在宅患者緊急訪問薬剤管  
理指導料、在宅患者緊急時等  
共同指導料、居宅療養管理指  
導費及び介護予防居宅療養管  
理指導費について単一建物診  
療患者が1人の場合の算定回  
数の合計が計24回以上であ  
ること（在宅協力薬局として  
連携した場合（同一グループ  
薬局に対して業務を実施した  
場合を除く。）や同等の業務を  
行った場合を含む。）。(中略)

⑧ 服薬情報等提供料の算定回数  
が60回以上であること。な  
お、当該回数には、服薬情報  
等提供料が併算定不可と  
なっているもので、相当する  
業務を行った場合を含む。

⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認  
証している研修認定制度等の  
研修認定を取得した保険薬剤  
師が地域の多職種と連携する  
会議に5回以上出席している  
こと。

(2) (1) の⑧の「服薬情報等提  
供料が併算定不可となってい  
るもので、相当する業務」  
については、1の(2)に準  
じて取り扱う。

(3) かかりつけ薬剤師包括管理  
料を算定する患者について  
は、(1)の⑧の服薬情報等  
提供料のほか、(1)の②の  
薬剤調製料の麻薬を調剤し  
た場合に加算される点数、  
(1)の③の重複投薬・相互  
作用防止等加算及び在宅患  
者重複投薬・相互作用等防  
止管理料、(1)の⑤の外来  
服薬支援料1並びに(1)の  
⑥の服用薬剤調整支援料に  
相当する業務を実施した場  
合には、当該業務の実施回  
数を算定回数に含めること  
ができる。この場合におい  
て、薬剤服用歴の記録に詳  
細を記載するなどして、当  
該業務を実施したことが遡  
及して確認できるものでな  
ければならないこと。

(4) (1) の「当該保険薬局に  
おける直近1年間の処方箋  
受付回数」は、調剤基本料  
の施設基準に定める処方箋  
受付回数に準じて取り扱う。  
(1)の①から⑧までの基準  
を満たすか否かは、当該保  
険薬局における直近1年間の  
実績が、直近1年間の処方  
箋受付回数を各基準に乘じ  
て1万で除して得た回数以  
上であるか否かで判定する。

## 3 地域支援体制加算3に関する 施設基準

(1) 調剤基本料1以外を算定し  
ている保険薬局において、

(新設)

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1万回未満の場合は、処方箋受付回数1万回とみなす。

(2) 麻薬及び向精神薬取締法第3条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

4 地域支援体制加算4に関する施設基準

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

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。

(新設)

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)

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。

**(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う場合は、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に努めること。
  - 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。

**② 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し**

**第1 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。

**第2 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。

改定案	現行
<b>【薬剤調製料】</b>	<b>【調剤料】</b>
1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。(1剤につき) 24点	1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。(1剤につき) 28点 イ 7日分以下の場合 28点 ロ 8日以上14日分以下の場合 55点 ハ 15日以上21日分以下の場合 64点 ニ 22日以上30日分以下の場合 77点 ホ 31日以上の場合 86点
2～6 (略)	2～6 (略)
<b>[算定要件]</b>	<b>[算定要件]</b>
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。	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、	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及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援助料の2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、区分番号10の3に掲げる服薬管理指導料及び区分番号14の2に掲げる外来服薬支援助料の2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)  
キ「錠剤を分割する」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。ただし、分割した医薬品と同一規格を有

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記載されている場合は算定できない。

カ・キ(略)  
(新設)

する医薬品が薬価基準に記載されている場合は算定できない。

ク～コ(略)

ク～コ(略)

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。

### (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]

- 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。
- 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。
- 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。

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。

### (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]

- 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。
- 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者については、算定しない。

**【施設基準】**

別に厚生労働大臣が定める保険薬局は、適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局とする。

改定案	現 行
<p><b>【重複投薬・相互作用等防止加算(かかりつけ薬剤師指導料)】</b> (削除)</p> <p><b>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</b> 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。</p>	<p><b>【重複投薬・相互作用等防止加算(かかりつけ薬剤師指導料)】</b> 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</p> <p><b>【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】</b> 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。</p>

**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。**

改定案	現 行
<p><b>【服薬管理指導料】</b> 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</p> <p><b>【算定要件】</b> 注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、1の患者であって手帳を提示しないものに対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、2により算定する。 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</p>	<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b> 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</p> <p><b>【算定要件】</b> 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</p>

無の確認に基づき、必要な指導を行うこと。

- ホ (略)
- ヘ 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。
- 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)
- ヘ 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)

- 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)

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 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)

**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。**

**(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。

## ③ 薬局における対人業務の評価の充実

### 第1 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。

### 第2 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。
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。

改定案	現 行
<p><b>【調剤後薬剤管理指導加算（服薬管理指導料）】</b> [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。</p>	<p><b>【調剤後薬剤管理指導加算（薬剤服用歴管理指導料）】</b> [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。</p>

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。

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

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装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。

改定案	現 行
<p><b>【外来服薬支援料】</b> 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</p> <p>[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。</p>	<p><b>【外来服薬支援料】</b> 185点 （新設）</p> <p>[算定要件] 注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。</p>

<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。</p> <p>3 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。</p>
---	--

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。

改定案	現 行
<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2</p> <p>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 <u>110点</u></p> <p>ロ イ以外の場合 <u>90点</u></p> <p>【施設基準】</p> <p>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。</p>	<p>【服用薬剤調整支援料】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 服用薬剤調整支援料2 <u>100点</u></p> <p>【施設基準】</p> <p>(新設)</p>

#### IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進①

### 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進

#### 第1 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。

#### 第2 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。

改定案	現 行
<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 <u>21点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算2 <u>28点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算3 <u>30点</u></p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 <u>15点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算2 <u>22点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算3 <u>28点</u></p>

<p>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。</p>	<p>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。</p>
---	---

イ～ハ (略)

施設基準]
<p>(2) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割以上</u>であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分以上</u>であること。</p> <p>(4) 後発医薬品調剤体制加算3の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>九割以上</u>であること。</p>

イ～ハ (略)

施設基準]
<p>(2) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>七割五分以上</u>であること。</p> <p>(3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割以上</u>であること。</p> <p>(4) 後発医薬品調剤体制加算3の施設基準</p> <p>当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>八割五分以上</u>であること。</p>

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。

改定案	現 行
<p>【調剤基本料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>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<u>5点</u>を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>【施設基準]</p> <p>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</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(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</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>【算定要件】</p> <p>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<u>2点</u>を減算する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。</p> <p>【施設基準]</p> <p>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</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(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</p>

<p>医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p> <p>[経過措置] 一 第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和四年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。</p>	<p>薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。</p> <p>[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。</p>
--	---

<p>イ・ロ(略)</p> <p>(5) 調剤基本料3のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局(2)、(4)のロ又は二の二の(1)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分以下であること。</p>	<p>イ・ロ(略)</p> <p>(新設)</p>
--	---------------------------

## 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

#### 第1 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。

#### 第2 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。

改定案	現 行
<p><b>【調剤基本料】</b> 1・2(略) 3 調剤基本料3 イ 21点</p> <p>ロ 16点</p> <p>ハ 32点</p> <p>[施設基準] (4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が三百以上のグループに属する保険薬局(二の二の(1)に該当するものを除く。)のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p>	<p><b>【調剤基本料】</b> 1・2(略) 3 調剤基本料3 イ 同一グループの保険薬局(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。)による処方箋受付回数3万5千回を超え40万回以下の場合 21点</p> <p>ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 16点</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] (4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局(二の二の(1)に該当するものを除く。)のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p>

### ② 特別調剤基本料の見直し

#### 第1 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。

#### 第2 具体的な内容

1. 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

改定案	現 行
<p><b>【調剤基本料】</b> [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき7点を算定する。</p> <p>&lt;調剤技術料&gt; 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」(100分の80)及び「注4」(100分の50)のうち該当するものを選び、次に「注5」(地域支援体制加算)、「注6」(連携強化加算)、「注7」(後発医薬品調剤体制加算)及び「注8」(後発医薬品減算)のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。</p>	<p><b>【調剤基本料】</b> [算定要件] 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき9点を算定する。</p> <p>&lt;調剤技術料&gt; 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」(100分の80)及び「注4」(100分の50)のうち該当するものを選び、次に「注5」(地域支援体制加算)、「注6」(後発医薬品調剤体制加算)及び「注7」(後発医薬品減算)のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。</p>

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。

## 調剤報酬改定の推移 (2018年4月～2022年4月)

区分	2018. 4. 1 (青字は2019年10月改定で変更した点数)		
調剤基本料	処方箋受付1回につき (注: 妥結率50%以下などは50%減で算定) ① 調剤基本料1 42点 (②又は③以外) ② 調剤基本料2 26点 (③以外、処方箋受付回数及び集中度が以下のいずれかに該当) イ) 月4000回超かつ集中度70%超 ロ) 月2000回超かつ集中度85%超 ハ) 特定の保険医療機関(同一敷地内)に係る処方箋の受付回数が月4000回超 ニ) 特定の保険医療機関に係る処方箋(同一グループ)受付回数が月4000回超 ③ 調剤基本料3 イ 21点 (同一法人グループ内の処方箋受付回数4万回以下の場合で以下のいずれかに該当) ロ 16点 (同一法人グループ内の処方箋受付回数4万回を超える場合で以下のいずれかに該当) イ) 集中度85%超 ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり ④ 特別調剤基本料 11点 (以下のいずれかに該当する保険薬局) イ) 保険医療機関と特別な関係(敷地内)かつ集中度95%超 ロ) 調剤基本料に係る届出を行っていない 分割調剤(長期保存困難性など) 5点 ※1分割調剤につき(1処方箋の2回目以降) 分割調剤(後発医薬品の試用) 5点 ※1分割調剤につき(1処方箋の2回目的み) 地域支援体制加算 35点 後発医薬品調剤体制加算1 18点 後発医薬品の調剤数量が75%以上 後発医薬品調剤体制加算2 22点 後発医薬品の調剤数量が80%以上 後発医薬品調剤体制加算3 26点 後発医薬品の調剤数量が85%以上 後発医薬品減算▲2点 後発医薬品の調剤数量20%以下		
調剤料	(内服薬)	1剤につき(3剤まで) 1. 14日分以下の場合 ① 7日以下の部分 5点/日 ② 8日以上部分 4点/日 2. 15日分以上21日分以下の場合 67点 3. 22日分以上30日分以下の場合 78点 4. 31日分以上の場合 86点	
	(屯服薬)	21点	
	(浸煎薬)	1調剤につき、3調剤まで 190点	
	(湯薬)	1調剤につき、3調剤まで 1. 7日分以下の場合 190点 2. 8～28日分の場合 190点 ① 1～7日目 10点 ② 8～28日目 1日分につき 3. 29日分以上の場合 400点	
	(注射薬)	26点	
	(外用薬)	1調剤につき(3調剤まで) 10点	
	(内服用滴剤)	1調剤につき(4剤分までは算定しない) 10点	
各種加算	(規制薬加算)	1調剤につき (麻薬) 70点 (向精神薬) 8点 (覚せい剤原料) 8点 (毒薬) 8点	
	(自家製剤加算)	1調剤(①の1については7日分)につき ①内服薬及び屯服薬 1. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤(内服薬) 20点 2. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤(屯服薬) 90点 3. 液剤 45点 ②外用薬 1. 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点 2. 点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤 75点 3. 液剤 45点	
	(計量混合加算)	1調剤につき 1. 液剤 35点 2. 散剤、顆粒剤 45点 3. 軟・硬膏剤 80点	
	(一包装加算)	42日分以下の場合 34点/7日分 ※内服薬のみ 43日分以上の場合 240点 ※内服薬のみ	
	(在宅患者調剤加算)	処方せん受付1回につき 15点	
	(嚥下困難者用製剤加算)	【内服薬のみ】80点	
	(無菌製剤処理加算)	1日につき(注射薬のみ) 中心静脈栄養法用輸液 69点 6歳未満の乳幼児の場合 137点 抗悪性腫瘍剤 79点 6歳未満の乳幼児の場合 147点 麻薬 69点 6歳未満の乳幼児の場合 137点	
	(深夜加算)	(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 200/100	
	(時間外加算)	(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 100/100	
	(休日加算)	(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 140/100	
	(夜間・休日等加算)	処方せん受付1回につき 40点	
指導管理料	薬剤服用歴管理指導料	処方箋受付1回につき ①6カ月以内に再来局かつ手順により情報提供あり(調剤基本料1又は4の場合のみ適用) 41点 ②①または③以外 53点 ③特別薬師老人ホーム入所している患者に訪問 41点 ※特別薬剤服用歴管理指導料 13点(6カ月以内に再来局患者中手帳の持参割合50%以下の場合) 麻薬管理指導加算 同左 重複投薬・相互作用等防止加算 40点(残薬調整に係るもの以外の場合) 30点(残薬調整に係るもの場合) 乳幼児服薬指導加算 12点 特定薬剤管理指導加算 同左	
	服用薬剤調整支援料	125点(6種類以上の内服薬について内服薬が2種類以上減少した場合、処方医に文書で月1回文書で提案した場合)	
	かかりつけ薬剤師指導料	処方箋受付1回につき 73点 麻薬管理指導加算 22点 重複投薬・相互作用等防止加算 30点 特定薬剤管理指導加算 10点 乳幼児服薬指導加算 12点	
	かかりつけ薬剤師包括管理料	処方箋受付1回につき 281点	
	服薬情報等提供料	30点(保険医療機関の求めがあった場合、患者の同意を得て保険医療機関へ文書により情報提供した場合に月1回限り算定) 20点(患者・家族の求めがあった場合、患者の同意を得て保険医療機関へ文書により情報提供した場合に月1回限り算定)	
	外来服薬支援料	同左	
	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	40点(残薬調整に係るもの以外の場合) 30点(残薬調整に係るもの以外の場合)	
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)、薬剤師1人につき週40回に限る ① 単一建物診療患者が1人の場合 650点 ② 単一建物診療患者が2～9人の場合 320点 ③ ①及び②以外の場合 290点 麻薬管理指導加算 100点 乳幼児加算(6歳未満の乳幼児) 100点	
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	月4回まで 麻薬管理指導加算 500点 100点 乳幼児加算(6歳未満の乳幼児) 100点	
	在宅患者緊急時等共同指導料	月2回まで 麻薬管理指導加算 700点 100点	
	退院時共同指導料	入院中1回(がん末期患者等は2回)まで 600点	
	薬剤料	使用薬剤料(所定単位につき15円以下の場合) 調剤料の所定単位につき 1点 (所定単位につき15円を超える場合) 調剤料の所定単位につき 10円又はその端数を増すごとに1点	
	特定保険医療材料	厚生労働大臣が定めるものを除く 材料価格を10円で除して得た点数	



区分		2022. 4. 1	
調剤技術料	調剤基本料	<p>処方箋受付1回につき</p> <p>注1) 妥結率50%以下などは▲50% (当該点数が3点未満の場合は3点算定)</p> <p>注2) 異なる保険医療機関の複数処方箋の同時受付、1枚目以外は▲20% (当該点数が3点未満の場合は3点算定)</p> <p>① 調剤基本料1 同左</p> <p>② 調剤基本料2 同左</p> <p>③ 調剤基本料3 21点 (要件は同左)</p> <p>16点 (要件は同左、ただし以下追加)</p> <p>イ) 同一薬局グループで店舗数が300以上かつ集中度85%超</p> <p>ロ) 同一薬局グループで店舗数が300以上かつ不動産賃貸関係</p> <p>32点</p> <p>イ) 40万回超かつ集中度85%以下</p> <p>ロ) 同一薬局グループで店舗数300以上かつ集中度85%以下 (調剤基本料2除く)</p> <p>④ 特別調剤基本料 7点 (要件は同左)</p> <p>地域支援体制加算1 39点 (調剤基本料1の算定薬局)</p> <p>地域支援体制加算2 47点 (調剤基本料1の算定薬局)</p> <p>地域支援体制加算3 17点 (調剤基本料1以外の算定薬局)</p> <p>地域支援体制加算4 39点 (調剤基本料1以外の算定薬局)</p> <p>連携強化加算 2点</p> <p>後発医薬品調剤体制加算1 21点 (調剤数量が80%以上)</p> <p>後発医薬品調剤体制加算2 28点 (調剤数量が85%以上)</p> <p>後発医薬品調剤体制加算3 30点 (調剤数量が90%以上)</p> <p>特別調剤基本料の算定薬局の場合 20% (各点数に加算)</p> <p>後発医薬品減算 ▲5点 (調剤数量が50%以下)</p> <p>分割調剤 (長期保存困難性など) 同左</p> <p>分割調剤 (後発医薬品の試用) 同左</p>	
		[内服薬]	1剤につき (浸煎薬及び湯薬を除く) 24点
		[頓服薬]	同左
		[浸煎薬]	同左
		[湯薬]	同左
		[注射薬]	同左
		[外用薬]	同左
		[内服薬]	同左
		[嚥下困難者用製剤加算]	同左
		[無菌製剤処理加算]	同左
		[麻薬加算]	同左
		[自家製剤加算]	同左 (但し、内服薬、頓服薬、予製剤は、錠剤分割時の場合追加)
		[計量混合調剤加算]	同左
		[時間外加算]	同左
	[夜間・休日等加算]	同左	
	[在宅患者調剤加算]	同左	
薬剤調製料	調剤管理料	<p>調剤管理料</p> <p>イ) 内服薬 (浸煎薬及び湯薬を除く)</p> <p>7日以下 4点</p> <p>8～14日分 28点</p> <p>15日～28日分 50点</p> <p>29日分以上 60点</p> <p>ロ) イ以外 4点</p> <p>調剤管理加算 (複数の医療機関から6種類以上の処方箋を受け取る患者)</p> <p>イ) 初回 3点</p> <p>ロ) 2回目以降で処方変更又は処方追加 3点</p>	
	服薬管理指導料	<p>処方箋受付1回につき</p> <p>① 3カ月以内に再来局で手帳による情報提供 45点</p> <p>②③④以外 59点</p> <p>③特別養護老人ホーム入所している患者訪問 45点</p> <p>④原則3月以内に再度処方箋を提出した患者 45点</p> <p>⑤④以外の患者の場合 59点</p> <p>服薬管理指導料の特例 (かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に別の薬剤師が対応) 59点</p> <p>麻薬管理指導加算 同左</p> <p>特定薬剤管理指導加算1 同左</p> <p>特定薬剤管理指導加算2 同左</p> <p>乳幼児服薬指導加算 同左</p> <p>吸入薬指導加算 同左</p> <p>調剤後薬剤管理指導加算 60点 (月1回、地域支援体制加算届出の薬局)</p> <p>小児特定加算 350点</p> <p>電子的保健医療情報活用加算 3点 (特例1点/令和6年3月31日限り3月に1回限り)</p> <p>重複投薬・相互作用等防止加算</p> <p>イ) 残薬調製に係る以外 40点</p> <p>ロ) 残薬調製に係る場合 30点</p>	
	服用薬剤調整支援料	<p>服用薬剤調整支援料1 同左</p> <p>服用薬剤調整支援料2 (複数医療機関から内服薬6種類以上、処方医への重複投薬の解消提案を3月に1回)</p> <p>イ) 取り組み薬局 110点</p> <p>ロ) イ以外 90点</p>	
	かかりつけ薬剤師指導料	<p>処方箋受付1回につき 同左</p> <p>小児特定加算 350点</p> <p>麻薬管理指導加算 同左</p> <p>乳幼児服薬指導加算 同左</p>	
	かかりつけ薬剤師包括管理料	同左	
	服薬情報等提供料	<p>服薬情報等提供料1 同左</p> <p>服薬情報等提供料2 同左</p> <p>服薬情報等提供料3 50点 (入院前持参管理など、3月に1回)</p>	
	外来服薬支援料	<p>外来服薬支援料1 185点 (月1回)</p> <p>外来服薬支援料2</p> <p>イ) 42日分以下 34点 (/7日分)</p> <p>ロ) 43日分以上 240点</p>	
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	<p>同左</p> <p>在宅患者オンライン薬剤管理指導料 59点 (訪問と合わせて月4回、末期がん患者の場合は週2回かつ月8回)</p> <p>麻薬管理指導加算 100点 (オンライン22点)</p> <p>乳幼児加算 100点 (オンライン12点)</p> <p>在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 250点</p> <p>在宅中心静脈栄養法加算 150点</p> <p>小児特定加算 450点 (オンライン350点)</p>	
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	<p>同左</p> <p>在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点 (情報通信機器利用)</p> <p>麻薬管理指導加算 100点 (オンライン22点)</p> <p>乳幼児加算 100点 (オンライン12点)</p> <p>在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 250点</p> <p>在宅中心静脈栄養法加算 150点</p> <p>小児特定加算 450点 (オンライン350点)</p>	
	在宅患者緊急時等共同指導料	<p>同左 (ビデオ通話撤廃、他医療機関の医師可)</p> <p>麻薬管理指導加算 100点 (オンライン22点)</p> <p>乳幼児加算 100点 (オンライン12点)</p> <p>在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 250点</p> <p>在宅中心静脈栄養法加算 150点</p> <p>小児特定加算 450点 (オンライン350点)</p> <p>在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 同左</p>	
	経管投与支援料	同左	
	退院時共同指導料	同左 (ビデオ通話撤廃、入院中の保険医療機関の対象職種追加)	
	薬剤料	<p>使用薬剤料 (所定単位につき15円以下の場合) 薬剤調製料の所定単位につき 1点</p> <p>〃 (所定単位につき15円を超える場合) 薬剤調製料の所定単位につき 10円又はその端数を増すごとに1点</p>	
	特定保険医療材料料	同左	



薬局・薬剤師のためのニュースメディア

**HARMACY NEWSBREAK**

特別編集 2022年3月

## 2022年度調剤報酬改定 対物・対人で「再編」

頒布価格 880 円（本体 800 円＋税 10%）（送料別）

2022 年 3 月 31 日発行

【編集・発行】

株式会社じほう

本社 〒101-8421 東京都千代田区神田猿楽町 1-5-15 猿楽町 SS ビル

TEL：03-3233-6351（編集）03-3233-6333（販売）

支局 〒541-0044 大阪市中央区伏見町 2-1-1 三井住友銀行高麗橋ビル

TEL：06-6231-7061

---

©じほう 2022 本誌記事の無断複写を禁じます。