

令和4年5月15日  
京都府薬剤師会 薬局業務研修会

# 2022年度調剤報酬改定の留意点

京都府薬剤師会 理事  
(薬局業務ワーキンググループ リーダー)  
大垣 聡彦

## 本日の内容

### 2022年度調剤報酬改定の留意点

- 改定後の調剤技術料・薬学管理料などの算定要件について
- リフィル処方箋について  
(疑義解釈の解説など)

# 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、対物業務である調剤調製や取り換え・監査業務の評価と、患者に与え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剤・薬剤服用歴への記録の評価への再編
  - 薬物投薬・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の新設
- 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
  - 多種類の薬剤が処方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の新設
- 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の新設
- 補綴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突進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
  - 集結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の見直し
- 特別調剤基本料の見直し
  - 数地内薬局について、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減算の拡大

## 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
  - 医療用薬剤特注注射薬が行われている患者に対する、在宅での服薬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、在宅での服薬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の新設

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤基本料		処方箋受付1回につき	注1)受給率50%以下などは▲50%で算定 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%で算定
① 調剤基本料 1	○	②～④以外、または 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局	42点
② 調剤基本料 2	○	処方箋受付回数および集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 a) 月4,000回超 かつ 集中度70%超 b) 月2,000回超 かつ 集中度85%超 c) 月1,800回超 かつ 集中度95%超 d) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4,000回超 ※1. 保険薬局と同一建物内の保険医療機関は合算 ※2. 同一グループの他の保険薬局で集中度が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該処方箋受付回数を含む	26点
③ 調剤基本料 3	○	同一グループの保険薬局の処方箋受付回数（または店舗数）の合計および当該薬局の集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 a) 同一グループ 月40万回超（または 300店舗以上） b) 同一グループ 月4万回超～40万回以下 かつ 集中度85%超 c) 同一グループ 月3.5万回超～4万回以下 かつ 集中度95%超 d) 同一グループ 月3.5万回超（または 300店舗以上） かつ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引あり	【月40万回超 または 300店舗以上】 集中度85%超 または d) 16点 集中度85%以下 32点 【月3.5万回超～40万回以下】 21点
④ 特別調剤基本料	—	次のいずれかに該当する保険薬局 a) 保険医療機関と特別な関係（数地内）かつ 集中度70%超 b) 調剤基本料に係る届出を行っていない ※地域支援体制加算・後発医薬品調剤体制加算は▲20%で算定	7点（減算適用時の最下限 3点）
分割調剤（長期保存の困難性等）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目以降）	5点
”（後発医薬品の試用）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目のみ）	5点
地域支援体制加算 1		調剤基本料 1 の保険薬局（必須3＋選択1）	39点
地域支援体制加算 2		調剤基本料 1 の保険薬局（地域支援体制加算 1＋選択3以上）	47点
地域支援体制加算 3		調剤基本料 1 以外の保険薬局（麻薬小売業＋必須2＋選択1以上）	17点
地域支援体制加算 4		調剤基本料 1 以外の保険薬局（選択8以上）	39点
連携強化加算	○	地域支援体制加算の届出、災害・新興感染症発生時等の対応体制	2点
後発医薬品調剤体制加算 1		後発医薬品の調剤数量が80%以上	21点
後発医薬品調剤体制加算 2		後発医薬品の調剤数量が85%以上	28点
後発医薬品調剤体制加算 3		後発医薬品の調剤数量が90%以上	30点
後発医薬品減算	—	後発医薬品の調剤数量が50%以下、月600回以下の保険薬局を除く	▲5点

薬剤調製料			
内服薬		1剤につき、3剤分まで	24点
屯服薬			21点
浸煎薬		1調剤につき、3調剤分まで	190点
湯薬		1調剤につき、3調剤分まで	7日分以下 190点 8~28日分 190点+1日分につき10点 29日分以上 400点
注射薬			26点
外用薬		1調剤につき、3調剤分まで	10点
内服用滴剤		1調剤につき	10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 137点)
抗悪性腫瘍剤			79点 (6歳未満 147点)
麻薬			69点 (6歳未満 137点)
麻薬等加算 (麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬)		1調剤につき	麻薬 70点、麻薬以外 8点
自家製剤加算 (内服薬)		1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、I注剤		錠剤を分割した場合は20/100に相当する点数を算定	7日分につき 20点
液剤			45点
自家製剤加算 (屯服薬)		1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、I注剤			90点
液剤			45点
自家製剤加算 (外用薬)		1調剤につき	
錠剤、ロ-子剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リメント剤、坐剤			90点
点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤			75点
液剤			45点
計量混合調剤加算		1調剤につき ※内服薬・屯服薬・外用薬	
液剤			35点
散剤、顆粒剤			45点
軟・硬膏剤			80点
時間外等加算 (時間外、休日、深夜)		基礎額 = 調剤基本料 (各加算を含む) + 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	基礎額の100%、140%、200%
夜間・休日等加算		処方箋受付1回につき	40点
在宅患者調剤加算	○	処方箋受付1回につき	15点

(令和4年3月31日 日本薬剤師会作成資料より抜粋)

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤管理料		処方箋受付1回につき、薬剤服用歴の記録・管理	
① 内服薬あり		内服薬 1剤につき、3剤分まで	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
② ①以外			4点
重複投薬・相互作用等防止加算		処方変更あり	残薬調整以外 40点、残薬調整 30点
調剤管理加算	-	複数医療機関から合計6種類以上の内服薬が処方されている患者	初来局時 3点 2回目以降 (処方変更・追加あり) 3点
電子的保健医療情報活用加算	-	月1回まで、オンライン資格確認システムを導入、薬剤情報等を取得 ※薬剤情報等の取得が困難な場合は3月に1回まで (令6.3.31まで)	3点 (薬剤情報等が取得困難 1点)
服薬管理指導料		処方箋受付1回につき、薬剤情報提供・服薬指導	
① 通常 (②・③以外)		3カ月以内の再調剤 (手帳による情報提供あり) または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
② 特別養護老人ホーム入所者		オンラインによる場合も含む	45点
③ 情報通信機器を使用 (オンライン)		3カ月以内の再調剤 (手帳による情報提供あり) または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算 1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	10点
特定薬剤管理指導加算 2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 かつ 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
乳幼児服薬指導加算		6歳未満の乳幼児	12点
小児特定加算		医療的ケア児 (18歳未満)	350点
吸入薬指導加算		3月に1回まで	30点
調剤後薬剤管理指導加算		月1回まで (地域支援体制加算に係る届出薬局に限る)	60点
服薬管理指導料 (特例)	-	3カ月以内の再調剤のうち手帳の活用実績が50%以下、加算は算定不可	13点
	-	処方箋受付1回につき、かかりつけ薬剤師との連携対応、かかりつけ薬剤師指導料等の算定患者	59点

(令和4年3月31日 日本薬剤師会作成資料より抜粋)

かかりつけ薬剤師指導料	○	処方箋受付1回につき		76点
麻薬管理指導加算				22点
特定薬剤管理指導加算 1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品		10点
特定薬剤管理指導加算 2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 かつ 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで		100点
乳幼児服薬指導加算		6歳未満の乳幼児		12点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）		350点
かかりつけ薬剤師包括管理料	○	処方箋受付1回につき		291点
外来服薬支援料 1		月1回まで		185点
外来服薬支援料 2		一包化支援、内服薬のみ	7日分につき 34点 (43日分以上 240点)	
服用薬剤調整支援料 1		内服薬6種類以上→2種類以上減少、月1回まで		125点
服用薬剤調整支援料 2	-	内服薬6種類以上→処方医への重複投薬等の解消提案、3月に1回まで 重複投薬等の解消の実績ありまたは それ以外	実績あり 110点、それ以外 90点	
服薬情報等提供料 1		保険医療機関からの求め、月1回まで		30点
服薬情報等提供料 2		薬剤師が必要ありと判断（月1回まで）、患者・家族からの求め		20点
服薬情報等提供料 3		保険医療機関からの求め、入院予定患者、3月に1回まで		50点

(令和4年3月31日 日本薬剤師会作成資料より抜粋)

在宅患者訪問薬剤管理指導料	○	月4回まで（④を含めて）、末期の悪性腫瘍の患者等は週2回かつ月8回まで		650点
① 単一建物患者 1人		} 保険薬剤師1人につき週40回まで（①～④合わせて）		320点
② 単一建物患者 2～9人				290点
③ 単一建物患者 10人以上				59点
④ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料				100点（オンライン 22点）
麻薬管理指導加算				250点
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者、オンライン不可		100点（オンライン 12点）
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児		450点（オンライン 350点）
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）		150点
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可		500点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		} 合わせて月4回まで、主治医と連携する他の保険医の指示でも可		200点
① 計画的な訪問薬剤指導に係る疾患の急変				59点
② ①・③以外				100点（オンライン 22点）
③ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料				250点
麻薬管理指導加算				100点（オンライン 12点）
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者、オンライン不可		450点（オンライン 350点）
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児		150点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）		700点
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可		100点
在宅患者緊急時等共同指導料		月2回まで、主治医と連携する他の保険医の指示でも可		250点
麻薬管理指導加算				100点
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者		100点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児		450点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）		150点
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者		100点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導費の算定患者	残薬調整以外 40点、残薬調整 30点	
経管投薬支援料		初回のみ		100点
退院時共同指導料		入院中1回（末期の悪性腫瘍の患者等は入院中2回）まで、ビデオ通話可		600点

(令和4年3月31日 日本薬剤師会作成資料より抜粋)

第3節 薬剤料

項目	主な要件	点数
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
" (所定単位につき15円を超える場合)	"	10円又はその端数を増すごとに1点

第4節 特定保険医療材料料

項目	主な要件	点数
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

介護報酬 (令和3年4月1日施行)

項目	主な要件、算定上限	単位数
居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費	《薬局の薬剤師が行う場合》	
① 単一建物居住者 1人	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	517単位
② 単一建物居住者 2~9人		378単位
③ 単一建物居住者 10人以上 (①および②以外)		341単位
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	月1回まで、各加算は算定不可	45単位
麻薬管理指導加算		100単位
特別地域加算		所定単位数の15%
中山間地域等小規模事業所加算		所定単位数の10%
中山間地域等居住者サービス提供加算		所定単位数の5%

(令和4年3月31日 日本薬剤師会作成資料より抜粋)

# 各項目における留意点について

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤基本料		処方箋受付1回につき	注1)要結率50%以下などは▲50%で算定 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%で算定
① 調剤基本料1	○	②～④以外、または 医療資源の少ない地域に所在する保険薬局	42点
② 調剤基本料2	○	処方箋受付回数および集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 a) 月4,000回超 かつ 集中度70%超 b) 月2,000回超 かつ 集中度85%超 c) 月1,800回超 かつ 集中度95%超 d) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4,000回超 ※1. 保険薬局と同一建物内の保険医療機関は合算 ※2. 同一グループの他の保険薬局で集中度が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該処方箋受付回数を含む	26点
③ 調剤基本料3	○	同一グループの保険薬局の処方箋受付回数（または店舗数）の合計および当該薬局の集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 a) 同一グループ 月40万回超（または 300店舗以上） b) 同一グループ 月4万回超～40万回以下 かつ 集中度85%超 c) 同一グループ 月3.5万回超～4万回以下 かつ 集中度95%超 d) 同一グループ 月3.5万回超（または 300店舗以上） かつ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引あり	【月40万回超 または 300店舗以上】 集中度85%超 または d) 16点 集中度85%以下 32点 【月3.5万回超～40万回以下】 21点
④ 特別調剤基本料	-	次のいずれかに該当する保険薬局 a) 保険医療機関と特別な関係（敷地内）かつ 集中度70%超 b) 調剤基本料に係る届出を行っていない ※地域支援体制加算・後発医薬品調剤体制加算は▲20%で算定	7点（減算適用時の最下限 3点）
分割調剤（長期保存の困難性等） #（後発医薬品の試用）		1分割調剤につき（1処方箋の2回目以降） 1分割調剤につき（1処方箋の2回目のみ）	5点 5点
地域支援体制加算1		調剤基本料1の保険薬局（必須3+選択1）	39点
地域支援体制加算2	○	調剤基本料1の保険薬局（地域支援体制加算1+選択3以上）	47点
地域支援体制加算3		調剤基本料1以外の保険薬局（麻薬小売業+必須2+選択1以上）	17点
地域支援体制加算4		調剤基本料1以外の保険薬局（選択8以上）	39点
連携強化加算	○	地域支援体制加算の届出、災害・新興感染症発生時等の対応体制	2点
後発医薬品調剤体制加算1		後発医薬品の調剤数量が80%以上	21点
後発医薬品調剤体制加算2	○	後発医薬品の調剤数量が85%以上	28点
後発医薬品調剤体制加算3		後発医薬品の調剤数量が90%以上	30点
後発医薬品減算	-	後発医薬品の調剤数量が50%以下、月600回以下の保険薬局を除く	▲5点

（令和4年3月31日 日本薬剤師会作成資料より抜粋）

## 薬局経営の効率性と薬局の機能（体制）を踏まえた調剤基本料の設定

- 調剤基本料は医薬品の備蓄（廃棄、摩耗を含む）等の体制整備に関する経費を評価したものであり、その区分は薬局経営の「効率性」を踏まえて設定している。
- 一方で、一定の機能（体制）を有する薬局を評価する地域支援体制加算と後発医薬品調剤体制加算がある。

### 薬局経営の効率性を踏まえた調剤基本料の設定

- 集中度が高い  
→ 医薬品の備蓄種類数が少なくすむ
- 薬局単位での処方箋の受付回数が多い
- グループ単位での処方箋受付回数が多い  
→ 規模が大きいことによるメリットがある

医療経済実態調査等のデータを踏まえ、「効率性の観点」で調剤基本料を設定

### 一定の機能を有する薬局の体制の評価

- かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価

体制・実績に応じて地域支援体制加算を設定

<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  
⇒ 調剤基本料等に応じ、段階的な基準を設定
- (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、後発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) 医療安全に関する取組実績の報告
- (11) 集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

- 後発医薬品の使用促進に取り組む薬局を評価

後発医薬品の調剤数量割合に応じて後発医薬品調剤体制加算を設定

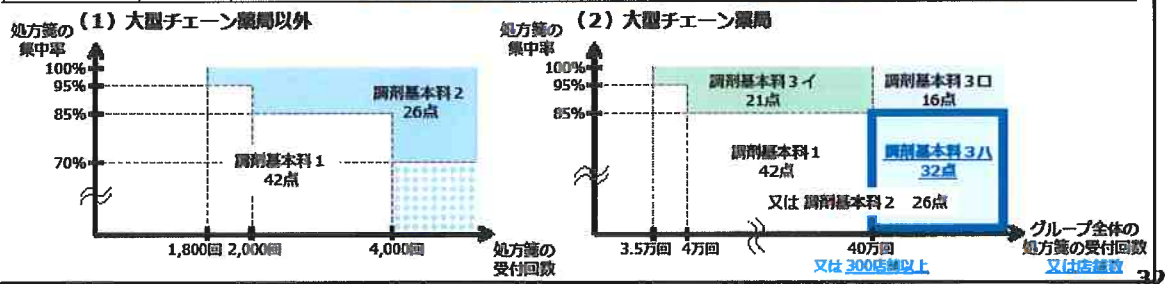
（厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋）

## 調剤基本料の見直し

### 大規模グループ薬局の調剤基本料の見直し

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

	要件		点数	
	処方箋受付回数等	処方箋集中度		
調剤基本料1	調剤基本料2・3、特別調剤基本料以外		42点	
調剤基本料2	① 処方箋受付回数が月2,000回超~4000回 ② 処方箋受付回数が月4,000回超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超~2,000回 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付回数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ -	26点	
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超~4万回	95%超	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超~40万回	85%超	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%超	16点
	(新)ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上	85%以下	32点



(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

## 特別調剤基本料の見直し

### いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料等の見直し

- 特別調剤基本料の点数を引き下げる。

現行	改定後
<b>【特別調剤基本料】</b> <b>【算定要件】</b> 処方箋の受付1回につき9点を算定する。	<b>【特別調剤基本料】</b> <b>【算定要件】</b> 処方箋の受付1回につき7点を算定する。

- 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。

現行	改定後
<b>【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】</b> <b>【算定要件】</b> 所定点数に加算する。	<b>【地域支援体制加算】 【後発医薬品調剤体制加算】</b> <b>【算定要件】</b> 区分番号0.0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。

- 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。

改定後
<b>【服薬情報等提供料】</b> <b>【算定要件】</b> 区分番号0.0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。

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

【調剤基本料】

問1 同一グループ内の処方箋受付回数合計が1月に4万回を超えるグループが新規に開設した保険薬局について、新規指定時における調剤基本料の施設基準の届出の際は、同一グループの処方箋受付回数が1月に4万回を超えるグループに属しているものとして取り扱うことでよいか。

(答) よい。なお、同一グループ内の処方箋受付回数合計が1月に3万5千回を超える場合及び40万回を超える場合並びに同一グループの保険薬局の数が300以上である場合についても同様の考え方である。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について(その2)」(平成28年3月31日事務連絡)別添4の間1は廃止する。

同一グループ内の処方箋受付回数合計及び保険薬局の数の考え方は、新規に開設した保険薬局について、新規指定時における調剤基本料の施設基準の届出の際にも適用。

問2 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合において、当該服薬指導に係る処方箋の受付回数は、処方箋の受付回数に含めるのか。

(答) 含める。なお、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に係る処方箋の受付回数を特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び同一期間内に受け付けた全ての処方箋の受付回数に含めず算出する。

情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合において、当該服薬指導に係る処方箋の受付回数は、処方箋の受付回数に含める。

特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に係る処方箋の受付回数を含めず算出する。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

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。

【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) 一定時間以上の閉局
- (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%以上の薬局は、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 薬剤師認定制度総協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特任種と連携する会議に1回以上出席
- (①~⑥は処方箋受付1万回当たりの年間回数、⑦は薬局当たりの年間の回数)
- ⑦ 夜間・休日等の対応実績 **400回以上**
  - ⑧ 麻薬の調剤実績 **10回以上**
  - ⑨ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 **40回以上**
  - ⑩ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 **40回以上**
  - ⑪ 外来服薬支援料の実績 **12回以上**
  - ⑫ 服用薬剤調整支援料の実績 **1回以上**
  - ⑬ 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**
  - ⑭ 服薬情報等提供料の実績 **60回以上**
  - ⑮ 薬剤師認定制度総協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特任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  
①~④を満たした上で、⑤又は⑥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、①~⑥のうち④及び⑤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  
①~⑥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且届出を行っている場合は令和5年3月31日まで当該実績を満たしているものとする。  
 ・ 令和4年3月31日時点で調剤基本料1を算定している保険薬局であって同日後に調剤基本料3の八を算定することになった薬局については令和5年3月31日まで調剤基本料1を算定しているものとみなす。



【地域支援体制加算】

問3 地域支援体制加算の届出を行っている調剤基本料1を算定する保険薬局において、地域支援体制加算2の新規届出を行う場合、地域支援体制加算1の実績を満たすことを改めて示す必要があるのか。

(答) そのとおり。

問4 地域支援体制加算2、3及び4の実績要件については、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の算定回数及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の合計が40回以上であること、…と定められているが、令和4年3月までの実績について、薬剤調製料を調剤料、調剤管理料を薬剤服用歴管理指導料と読み替えることでよいか。

(答) そのとおり。

問5 地域支援体制加算の実績要件のうち、「在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定回数」及び「在宅患者訪問薬剤管理指導料等の単一建物診療患者が1人の場合の算定回数」について、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その63)」(令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡)別添の問16における特例的な点数の算定回数を含めてよいか。

(答) 地域支援体制加算の施設基準に関して、「COV自宅」又は「COV宿泊」による対応において、薬剤師が訪問し対面による服薬指導その他の必要な薬学的管理指導を実施した場合(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1(500点)を算定する場合)、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者であれば、在宅患者への対応の実績として回数に加えることができる。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

地域支援体制加算の届出を行っている調剤基本料1を算定する保険薬局において、地域支援体制加算2の新規届出を行う場合、地域支援体制加算1の実績を満たすことを改めて示す必要がある

地域支援体制加算の施設基準に関して、「COV自宅」又は「COV宿泊」による対応において、薬剤師が訪問し対面による服薬指導した場合(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1(500点)を算定する場合)、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者であれば、在宅患者への対応の実績として回数に加えることができる。

1. 地域支援体制加算

	質問(要旨)	回答
1	「処方箋1万枚当たりの基準」について、対象となる処方箋は調剤基本料の計算に用いる場合と同じと考えてよいか(生活保護受給者、公費単独は除く)。	そのとおり。

事前に頂いたご質問

4月1日算定分申請時の直近実績の期間について(地域支援体制加算2)

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 ・処方箋集中率	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は除く)	~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			
4 後発医薬品調剤体制加算	・後発医薬品の調剤実績			

直近実績の期間  
様式87の3は、  
令和3年3月～令和4年2月

直近実績の期間  
様式87の3の2は、  
2. 令和3年4月～令和4年3月  
3. 令和3年3月～令和4年2月  
4. 令和3年4月～令和4年3月

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届出様式
1 調剤基本料	・処方箋受付回数 ・処方箋集中率	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			
		直近3か月の実績(毎月判断)	次月	区分変更時※

直近実績の期間  
令和5年4月からの算定については、  
全て令和4年3月～令和5年2月で統一

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。

55

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価-①

地域医療に貢献する薬局の評価

- 地域支援体制加算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) 調剤基本料 連携強化加算 2点

[算定要件]

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に所定点数を加算する。

[施設基準]

- ・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。
- ・上記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。
- ・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。

1. 「連携強化加算」に係る施設基準等の具体的な取扱いについて

連携強化加算の施設基準等の具体的な取扱いについては、次に掲げる体制等が整備されていること等をいうものであること。

(1) 「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」について（第92の2の(1)のア）

- ① 災害や新興感染症の発生時等に、医薬品の提供施設として薬局機能を維持し、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行うこと。また、災害の発生時における薬局の体制や対応について手順書等を作成し、薬局内の職員に対して共有していること。
- ② 災害や新興感染症の発生時等において、医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行うことについて、薬局内で研修を実施する等、必要な体制の整備が行われていること。

災害や新興感染症の発生時に薬局機能を維持

避難所・救護所等における医薬品の供給  
調剤所の設置に係る人員派遣等の協力

災害時の薬局の体制や対応について手順書等  
を作成、職員に共有

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について、薬局  
内での研修等の体制整備

(2) 「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」について（第92の2の(1)イ）

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、研修又は訓練等に参加するよう計画を作成すること。また、協議会、研修又は訓練等には、年1回程度参加することが望ましい。なお、参加した場合には、必要に応じて地域の他の保険薬局等にその結果等を共有すること。

災害や新興感染症に係る地域の協議会、研修、  
訓練等に参加するよう計画を作成

協議会、研修又は訓練等には、年1回程度参加  
することが望ましい。

参加した場合には地域の他の保険薬局等に共有

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

(3) 「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」について（第92の2の(1)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、薬局内での掲示又は当該薬局のホームページ等において公表していること。また、自治体や関係団体等（都道府県薬剤師会又は地区薬剤師会等）のホームページ等においても、災害や新興感染症の発生時等に係る対応等が可能である旨、広く周知されていることが望ましい。

対応可能な体制を確保していることについて、  
薬局内での掲示又は当該薬局のホームページ等  
において公表していること。  
自治体や薬剤師会等のホームページ等において  
も、広く周知されていることが望ましい。

(4) 「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」について（第92の2の(2)）

PCR等検査無料化事業に係る検査実施事業者として登録され、当該事業を実施していること。また、当該検査実施事業者として登録されていることについて、自治体等のホームページ等において広く周知されていること。

PCR等検査無料化事業に係る検査実施事業者と  
して登録され、当該事業を実施していること。  
当該検査実施事業者として登録されていることを  
自治体等のホームページ等において広く周知

2. 届出について

- (1) 施設基準通知の別添2の様式87の3の4に必要な事項を記載した上で地方厚生(支)局へ届出を行うこと。
- (2) 1.(4)について、当該検査実施事業者として登録されていることについて、自治体等のホームページ等で公表されていることが確認できるウェブページのコピー等を添付すること。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

【連携強化加算】

問5 地域支援体制加算の届出を行っている保険薬局において、必要な体制等が整備された場合に、地域支援体制加算の届出とは別に連携強化加算の届出を行ってよいか。

(答) よい。

(厚生労働省保険局医療課令和4年4月11日事務連絡より抜粋)

後発医薬品の使用促進について

【今後の対応】

- ✓ 後発医薬品メーカーの不祥事による後発医薬品使用割合の変化・傾向を注視
  - ✓ 後発医薬品使用割合の見える化を地域や医療機関等の別に着目して拡大することを2021年度中に実施に向けて検討
- NDBを活用し、都道府県、二次医療圏、年齢、薬効分類、医療機関等の別の後発医薬品使用割合の見える化を検討し(2021年度中)、早期に実施  
分析結果を都道府県に提供することにより、都道府県は後発医薬品安心使用促進協議会や保険者協議会等の場において使用促進策に活用し、全体の底上げを図る

<新たな目標>

**・後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性の確保を柱とし、官民一体で、製造管理体制強化や製造所への監督の厳格化、市場流通品の品質確認検査などの取組を進める**

**・後発医薬品の数量シェアを、2023年度末までに全ての都道府県で80%※以上とする**

※NDBデータにおける後発医薬品割合

<参考:2020年3月後発医薬品数量割合 77.9%>

※バイオシミラーに係る新たな目標について、バイオシミラーの特性や医療費適正化効果を踏まえて引き続き検討

## 薬局における後発医薬品の使用促進

### 後発医薬品調剤体制加算

- ▶ 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。

現行	改定後
後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上) 1.5点	後発医薬品調剤体制加算1 (80%以上) <u>2.1</u> 点
後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上) 2.2点	後発医薬品調剤体制加算2 (85%以上) 2.8点
後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上) 2.8点	後発医薬品調剤体制加算3 ( <u>90%</u> 以上) <u>3.0</u> 点

- ▶ 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。

現行	改定後
<p><b>【調剤基本料】</b>  <b>【算定要件】</b>                      後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数<sup>1</sup>が1月に600回以下の保険薬局を除く。  <b>【施設基準】</b>                      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に占める後発医薬品の規格単位数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><b>【調剤基本料】</b>  <b>【算定要件】</b>                      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</u>点を減算する。ただし、処方箋の受付回数<sup>1</sup>が1月に600回以下の保険薬局を除く。  <b>【施設基準】</b>                      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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が<u>五割以下</u>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><b>【経過措置】</b>                      後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和4年9月30日までの間は現在の規定を適用する。</p>	

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

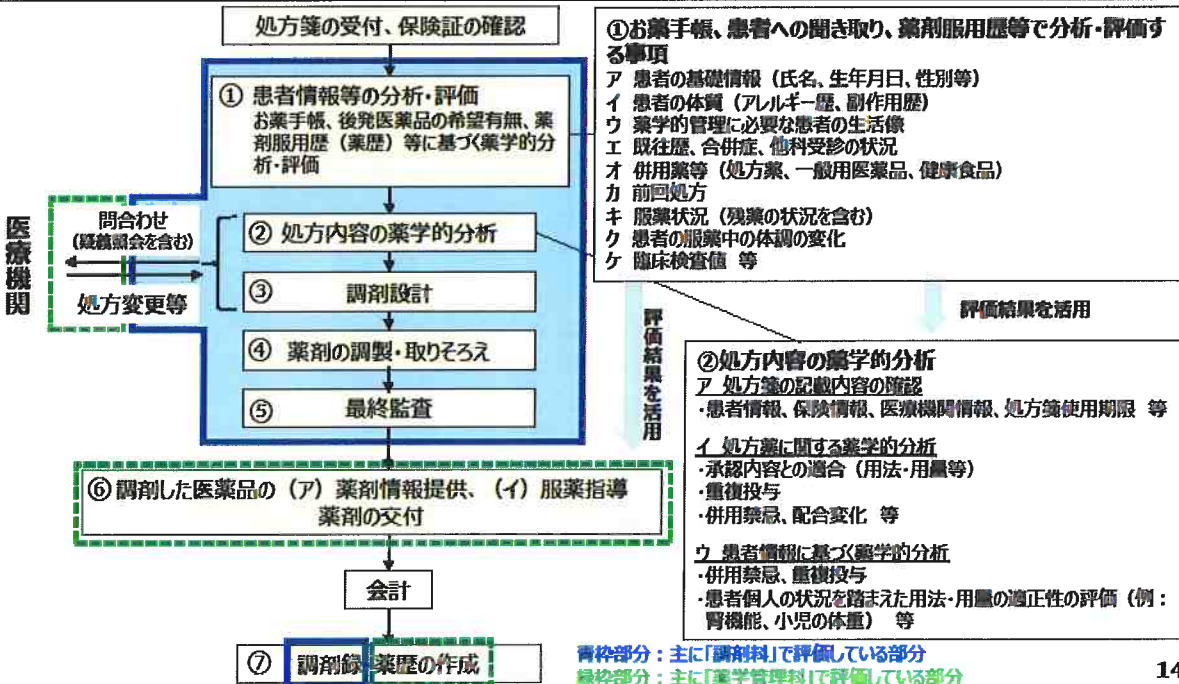
薬剤調製料			
内服薬		1剤につき、3剤分まで	24点
屯服薬			21点
浸煎薬		1調剤につき、3調剤分まで	190点
湯薬		1調剤につき、3調剤分まで	7日分以下 190点 8~28日分 190点+1日分につき10点 29日分以上 400点
注射薬			26点
外用薬		1調剤につき、3調剤分まで	10点
内服用滴剤		1調剤につき	10点
嚥下困難者用製剤加算		内服薬のみ	80点
無菌製剤処理加算	○	1日につき ※注射薬のみ	
中心静脈栄養法用輸液			69点 (6歳未満 137点)
抗悪性腫瘍剤			79点 (6歳未満 147点)
麻薬			69点 (6歳未満 137点)
麻薬等加算 (麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬)		1調剤につき	麻薬 70点、麻薬以外 8点
自家製剤加算 (内服薬)		1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、注射剤		錠剤を分割した場合は20/100に相当する点数を算定	7日分につき 20点
液剤			45点
自家製剤加算 (屯服薬)		1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、注射剤			90点
液剤			45点
自家製剤加算 (外用薬)		1調剤につき	
錠剤、トロチド剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リメント剤、坐剤			90点
点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤			75点
液剤			45点
計量混合調剤加算		1調剤につき ※内服薬・屯服薬・外用薬	
液剤			35点
散剤、顆粒剤			45点
軟・硬膏剤			80点
時間外等加算 (時間外、休日、深夜)		基礎額 = 調剤基本料 (各加算を含む) + 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	基礎額の100%、140%、200%
夜間・休日等加算		処方箋受付1回につき	40点
在宅患者調剤加算	○	処方箋受付1回につき	15点

項目	届出	主な要件、算定上限	点数
調剤管理料		処方箋受付1回につき、薬剤服用歴の記録・管理	
① 内服薬あり		内服薬 1剤につき、3剤分まで	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
② ①以外			4点
重複投薬・相互作用等防止加算		処方変更あり	残薬調整以外 40点、残薬調整 30点 初来局時 3点
調剤管理加算	-	複数医療機関から合計6種類以上の内服薬が処方されている患者	2回目以降（処方変更・追加あり）3点
電子的保健医療情報活用加算	-	月1回まで、オンライン資格確認システムを導入、薬剤情報等を取得 ※薬剤情報等の取得が困難な場合は3月に1回まで（令6.3.31まで）	3点（薬剤情報等が取得困難 1点）
服薬管理指導料		処方箋受付1回につき、薬剤情報提供・服薬指導	
① 通常（②・③以外）		3カ月以内の再調剤（手帳による情報提供あり）または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
② 特別養護老人ホーム入所者		オンラインによる場合も含む	45点
③ 情報通信機器を使用（オンライン）		3カ月以内の再調剤（手帳による情報提供あり）または それ以外	再調剤 45点、それ以外 59点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	10点
特定薬剤管理指導加算2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 かつ 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
乳幼児服薬指導加算		6歳未満の乳幼児	12点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	350点
吸入薬指導加算		3月に1回まで	30点
調剤後薬剤管理指導加算		月1回まで（地域支援体制加算に係る届出薬局に限る）	60点
	-	3カ月以内の再調剤のうち手帳の活用実績が50%以下、加算は算定不可	13点
服薬管理指導料（特例）	-	処方箋受付1回につき、かかりつけ薬剤師との連携対応、かかりつけ薬剤師指導料等の算定患者	59点

（令和4年3月31日 日本薬剤師会作成資料より抜粋）

## 薬局での調剤業務の流れについて

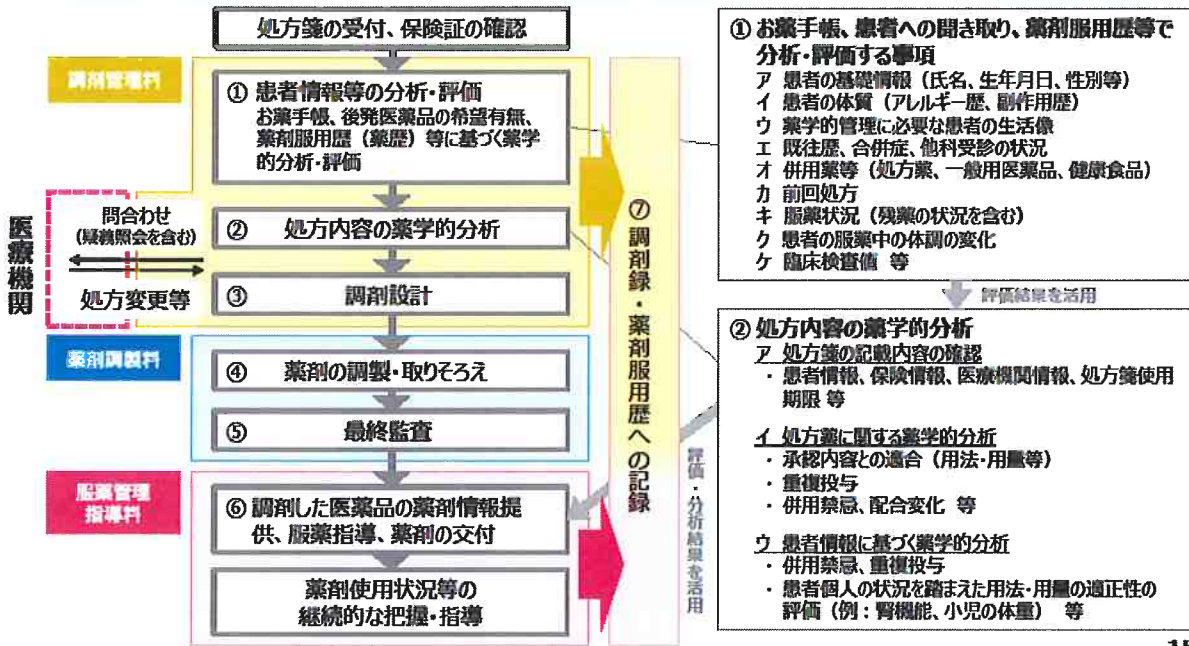
- 薬局の調剤業務は、①患者情報等の分析・評価、②処方内容の薬学的分析、③調剤設計、④薬剤の調製・取りそろえ、⑤最終監査、⑥患者への服薬指導・薬剤の交付、⑦調剤録、薬歴の作成などのステップから構成されている。
- このうち、①、②、③、⑥、⑦は、患者の状態や処方内容等に応じた薬剤師による薬学的判断を伴い、対人業務的な要素を含む。



（厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋）

## 薬局での調剤業務の流れについて（令和4年改定）

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



15

（厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋）

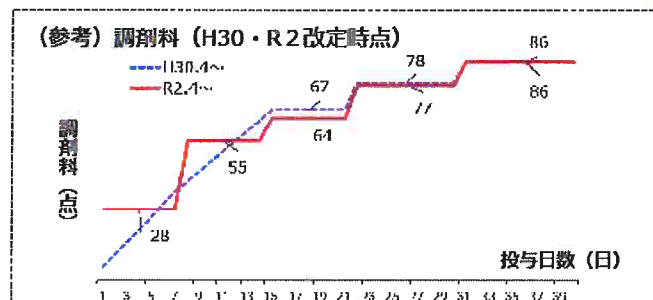
令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価-①

## 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

### 調剤料の見直し

- 調剤料を廃止し、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。
- 内服薬の調剤料について処方日数に応じた段階的な評価を見直し。

現行	改定後
<b>【調剤料】</b> 1 内服薬（濃煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） イ 7日分以下の場合 28点 ロ 8日分以上14日分以下の場合 55点 ハ 15日分以上21日分以下の場合 64点 ニ 22日分以上30日分以下の場合 77点 ホ 31日分以上の場合 86点 2～6（略）	<b>【薬剤調製料】</b> 1 内服薬（濃煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき）） <b>24点</b> 2～6（略）



17

（厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋）

## 薬局における対人業務の評価体系の見直し

- ▶ 調剤料を廃止し、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（湯煎薬及び湯薬を除く。）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、必要な薬学的分析を行った上で、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、投薬日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤以上の部分については算定しない。

- ▶ 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、評価の位置付

現行		改定後	
【重複投薬・相互作用等防止加算（薬剤服用歴管理指導料）】		【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	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	ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

19

## 薬局における対人業務の評価体系の見直し

- ▶ 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。

### (新) 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
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	
イ 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
ロ イの患者以外の患者に対して行った場合	59点

#### 【算定要件】

- ・ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を薬剤情報提供文書により患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
- ・ 服薬状況等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。
- ・ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
- ・ これまでに投薬された薬剤のうち、服用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。
- ・ 薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に係る情報を患者に情報提供すること。
- ・ 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。
- ・ 1の患者であって、手帳を提示しないものに対して、上記を行った場合は、2により算定する（4のイ及びロについても同様）。

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

21

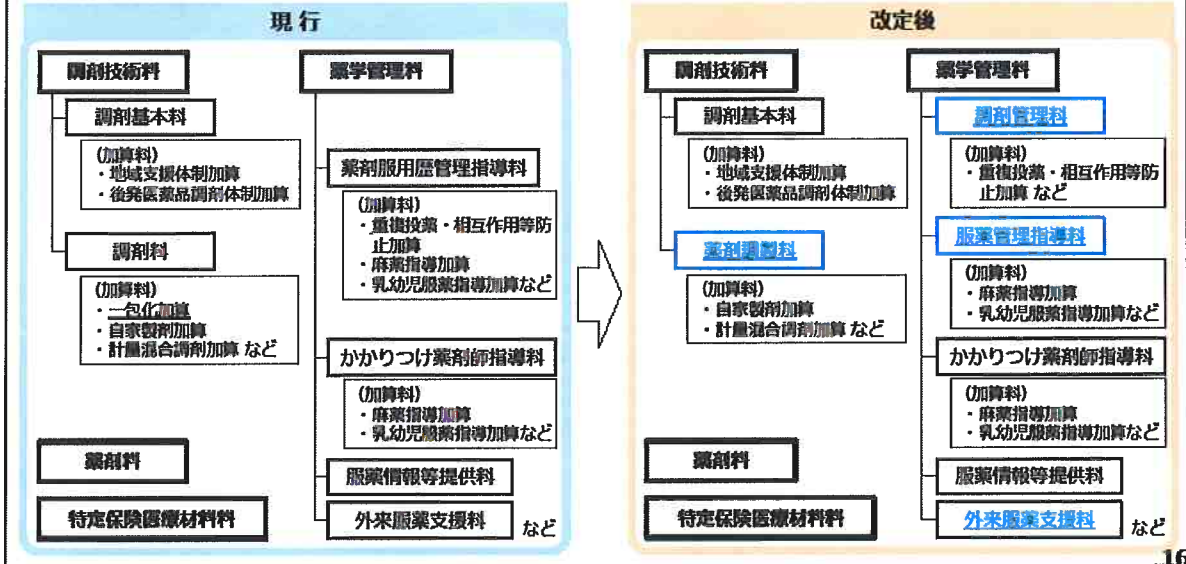


## 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

### 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>



(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

### 【調剤管理料】

問 15 調剤管理料における「内服薬」に、浸煎薬及び湯薬は含まれないのか。  
(答) そのとおり。

調剤管理料における「内服薬」に、  
浸煎薬及び湯薬は含まれない

問 16 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。）と外用薬が同時に処方された場合、調剤管理料1及び調剤管理料2を同時に算定可能か。

(答) 不可。内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び屯服薬を除く。）以外のみが処方された場合、調剤管理料2を算定する。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

内服薬の処方が無く、  
・内服用滴剤  
・外用薬  
・注射薬  
・屯服薬  
・浸煎薬  
・湯薬  
が処方された場合は、  
調剤管理料2(4点)を算定

### 3. 調剤管理料

	質問 (要旨)	回答
1	医師や薬剤師等である患者に交付された処方箋を調剤した場合、調剤管理料の算定は可能と考えてよいのか。	算定要件を満たした場合に算定可能。

(日本薬剤師会 医薬保険課 令和4年4月22日事務連絡  
令和4年度調剤報酬改定等説明会における質問等についてより抜粋)

## 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

### 自家製剤加算の見直し

▶ 自家製剤加算について、錠剤を分割した場合の評価を見直す。

現行	改定後
<p>【自家製剤加算】</p> <p>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)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(3) 液剤 45点</p> <p>□ (略)</p>	<p>【自家製剤加算】</p> <p>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)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）、それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を各区分の所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(3) 液剤 45点</p> <p>□ (略)</p>

#### 【嚥下困難者用製剤加算、自家製剤加算】

問 11 薬価基準に記載されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、錠剤を分割する場合、嚥下困難者用製剤加算は算定可能か。

(答) 不可。医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工する場合は算定可。

問 12 嚥下困難者用製剤加算及び自家製剤加算について、それぞれどのような場合に算定できるのか。

(答) 原則として、処方された用量に対応する剤形・規格があり、患者の服薬困難解消を目的として錠剤を砕く等剤形を加工する場合は嚥下困難者用製剤加算を算定でき、処方された用量に対応する剤形・規格がなく、医師の指示に基づき自家製剤を行う場合は自家製剤加算を算定できる。

問 13 自家製剤加算について、錠剤を分割する場合は、割線の有無にかかわらず、所定点数の100分の20に相当する点数を算定するのか。

(答) そのとおり。

問 14 自家製剤加算における「同一剤形」の範囲は、どのように考えたらよいか。

(答) 内服薬の下記の剤形については、それぞれ別剤形として取り扱うこと。その他については、内服薬及び外用薬における「同一剤形」の取扱いと同様である。なお、本取扱いは、内服薬に係る自家製剤加算における考え方であり、例えば、調剤時の後発医薬品への変更に関する剤形の範囲の取扱いとは異なることに留意すること。

#### ○内用薬

- ① 錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤
- ② 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤

(参考)

「薬価算定の基準について」(令和3年2月10日保発0210第3号)別表1

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

処方された全内服薬について、服薬困難解消を目的として、全部又は一部剤形を加工する場合は嚥下困難者用製剤加算

処方された用量に対応する剤形・規格がなく、医師の指示に基づき錠剤の分割又は剤形変更を伴った自家製剤を行う場合は自家製剤加算

(原則として)

自家製剤は、医薬品の特性を十分に理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

自家製剤加算における「同一剤形」の範囲は、

#### ○内用薬

- ① 錠剤、口腔内崩壊錠、分散錠、粒状錠、カプセル剤、丸剤
  - ② 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤
- については、それぞれ別剤形として取り扱うこと。

その他については、内服薬及び外用薬における「同一剤形」の取扱いと同様である。

2. 自家製剤加算

	質問（要旨）	回答
1	錠剤の分割は所定点数（7日分につき20点）の100分の20を算定することとなったが、割線がない錠剤を分割した場合も算定可能と考えてよいか。	そのとおり。

（日本薬剤師会医薬保険課 令和4年4月22日事務連絡  
令和4年度調剤報酬改定等説明会における質問等についてより抜粋）

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-6 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価-②

## 薬局における対人業務の評価体系の見直し

- 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） 調剤管理料 調剤管理加算**

- イ 初めて処方箋を持参した場合 3点**
- ロ 2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合 3点**

**【算定要件】**

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、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（過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績）を有している保険薬局であること。

【調剤管理加算】

問 17 同一保険医療機関の複数診療科から合計で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について、調剤管理加算は算定可能か。

(答) 不可。

問 18 複数の保険医療機関から合計で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について、当該患者の複数の保険医療機関が交付した処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、処方箋ごとに調剤管理加算を算定可能か。

(答) 算定不可。複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、調剤管理加算は1回のみ算定できる。

問 19 「初めて処方箋を持参した場合」とは、薬剤服用歴に患者の記録が残っていない場合と考えてよいか。

(答) よい。ただし、薬剤服用歴等に患者の記録が残っている場合であっても、当該患者の処方箋を受け付けた日として記録されている直近の日から3年以上経過している場合には、「初めて処方箋を持参した場合」として取り扱って差し支えない。

問 20 「処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合」とは、処方されていた内服薬について、異なる薬効分類の有効成分を含む内服薬に変更された場合を指すのか。

(答) そのとおり。

問 21 調剤管理加算の施設基準における「過去一年間に服用薬剤調整支援料を1回以上算定した実績を有していること」について、「過去一年間」の範囲はどのように考えればよいか。

(答) 服用薬剤調整支援料の直近の算定日の翌日から翌年の同月末日までの間は、「1回以上算定した実績」を有するものとしてよい。例えば、令和4年4月20日に服用薬剤調整支援料を算定した場合、その翌日の令和4年4月21日から令和5年4月末日までの間、調剤管理加算の施設基準を満たすこととする。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

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が対象。  
同一医療機関の複数診療科は対象外。

複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を同時にまとめて受け付けた場合、調剤管理加算は1回のみ算定。

直近の受付日から3年以上経過している場合は対象

「内服薬の種類が変更した場合」とは、処方されていた内服薬について、異なる薬効分類の有効成分を含む内服薬に変更された場合を指す

服用薬剤調整支援料の直近の算定日の翌日から翌年の同月末日までの間は、「1回以上算定した実績」を有するものとしてよい。

4. 調剤管理加算

	質問（要旨）	回答
1	複数の医療機関からの投薬とあるが、複数の医療機関からの処方箋の受付が必要か。又はお薬手帳などにより処方箋を応需していない医療機関で処方されることが確認できれば算定可能なのか。	必ずしも当該薬局で複数の処方箋を受け付ける必要はないが、少なくとも1つの医療機関からの処方箋を受け付ける必要がある。
2	調剤管理加算「ロ」では、「当該保険薬局で調剤している内服薬について、処方内容の変更により内服薬の種類が変更した場合又は内服薬の種類数が1種類以上増加した場合」とあるが、内服薬の種類が減った場合には加算の対象とはならないのか。	ならない。
3	「2回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容に変化又は追加があった場合」とあるが、継続して来局されている患者の処方が、この算定要件を満たした場合、算定可能と考えてよいか。	よい。
4	複数の処方箋については、同時受付の場合に限られるのか。	複数の処方箋を受け付ける必要はないが、受け付ける場合は同時受付でなくてもよい。
5	6種類以上の内服薬を服用中とあるが、規格違いの医薬品は1種類と考えるのか。	規格違いは1種類と取り扱う。

複数の医療機関からの投薬については、お薬手帳などにより処方箋を応需していない医療機関で処方されていることが確認できれば算定可能。

少なくとも1つの医療機関からの処方箋を受け付ける必要がある。

異なる薬効分類の有効成分を含む内服薬に変更された場合又は1種類以上増加した場合が対象

内服薬の種類が減った場合には加算の対象とはならない。

同一有効成分の規格違いは1種類と取り扱う

かかりつけ薬剤師指導料	○	処方箋受付1回につき	76点
麻薬管理指導加算			22点
特定薬剤管理指導加算 1		厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	10点
特定薬剤管理指導加算 2	○	抗悪性腫瘍剤の注射 かつ 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
乳幼児服薬指導加算		6歳未満の乳幼児	12点
小児特定加算		医療的ケア児（18歳未満）	350点
かかりつけ薬剤師包括管理料	○	処方箋受付1回につき	291点
外来服薬支援料 1		月1回まで	185点
外来服薬支援料 2		一包化支援、内服薬のみ	7日分につき 34点 (43日分以上 240点)
服用薬剤調整支援料 1		内服薬6種類以上→2種類以上減少、月1回まで	125点
服用薬剤調整支援料 2	-	内服薬6種類以上→処方医への重複投薬等の解消提案、3月に1回まで 重複投薬等の解消の実績ありまたは それ以外	実績あり 110点、それ以外 90点
服薬情報等提供料 1		保険医療機関からの求め、月1回まで	30点
服薬情報等提供料 2		薬剤師が必要ありと判断（月1回まで）、患者・家族からの求め	20点
服薬情報等提供料 3		保険医療機関からの求め、入院予定患者、3月に1回まで	50点

(令和4年3月31日 日本薬剤師会作成資料より抜粋)

令和4年度診療報酬改定 I-5 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-⑧

## 薬局における対人業務の評価の充実

➤ 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) 59点

#### 【算定対象】

当該保険薬局における直近の調剤において、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定した患者

#### 【算定要件】

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、指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき、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。

(厚生労働省 保険局  
医療課資料より抜粋)

【服薬管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）】

問 25 服薬管理指導料の注 13 に規定する特例（手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）の対象薬局について、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は服薬管理指導料の注 14 に規定する特例（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）は算定可能か。

(答) 不可。

【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）】

問 26 「算定に当たっては、かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合にかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて、…あらかじめ患者の同意を得ること」とあるが、処方箋を受け付け、実際に服薬指導等を実施する際に同意を得ればよいか。

(答) 事前に患者の同意を得ている必要があり、同意を得た後、次回の処方箋受付時以降に算定できる。

問 27 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師に該当する薬剤師が、異動等により不在の場合は、次回の服薬指導の実施時まで、新たに別の薬剤師を当該他の薬剤師として選定すれば、当該服薬指導の実施時に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）を算定可能か。

(答) 不可。次に要件を満たした際に算定可能。（厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋）

「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が服薬指導等を行うことについて」

処方箋を受け付け、実際に服薬指導等を実施する際に同意を得ることでは不可。

事前に患者の同意を得ている必要があり、同意を得た後、次回の処方箋受付時以降に算定できる。

かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師に新たに別の薬剤師を選定する場合は、再度同意を得る必要があり、次に要件を満たした際に算定可能。

問 28 既にかかりつけ薬剤師指導料等の算定に係る同意を得ている患者に対し、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特例に係る同意を追加で得る場合は、かかりつけ薬剤師の同意書に追記する又は別に当該特例に係る同意を文書で得るといった対応をすればよいか。

(答) よい。ただし、既存の同意書に当該特例に係る同意に関して追記する場合には、当該同意を得た日付を記載するとともに、改めて患者の署名を得るなど、追記内容について新たに同意を取得したことが確認できるようにすること。また、別に文書により当該特例に係る同意を得る場合については、既存の同意書と共に保管すること。

既存の同意書に追記する場合には、当該同意を得た日付を記載するとともに、改めて患者の署名を得るなど、追記内容について新たに同意を取得したことが確認できるようにすること。

また、別に文書により当該特例に係る同意を得る場合については、既存の同意書と共に保管すること。

問 29 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応することについて、事前に患者の同意を得ている場合であって、当該他の薬剤師が以下のとおり対応する場合は、それぞれ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）を算定可能か。

- ① 週3回勤務の薬剤師が対応する場合
- ② 当該店舗で週3回、他店舗で週2回勤務の薬剤師が対応する場合

(答) かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師の要件を満たせば、①及び②のいずれの場合についても算定可。

かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師については、届出は不要。

問 30 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師については、かかりつけ薬剤師と同様に届出が必要か。

(答) 不要。

問 31 服薬管理指導料の注 14 に規定する特例（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）を算定した場合についても、服薬管理指導料の注 13 に規定する特例（手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局が算定する服薬管理指導料）に係る手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合の算出に含める必要があるのか。

(答) そのとおり。（厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋）

問 32 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）を算定した場合には、算定要件を満たせば服薬管理指導料の各注に規定する加算を算定できるのか。

(答) そのとおり。

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）を算定した場合には、算定要件を満たせば服薬管理指導料の各注に規定する加算を算定できる

【かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料】

問 33 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（以下「かかりつけ薬剤師指導料等」という。）について、かかりつけ薬剤師が情報通信機器を用いた服薬指導を行う場合は算定可能か。

(答) それぞれの算定要件を満たせば算定可。

「かかりつけ薬剤師指導料等」について、かかりつけ薬剤師が情報通信機器を用いた服薬指導を行う場合、それぞれの算定要件を満たせば算定可。

問 34 薬剤師が在籍・勤務期間中に、育児休業、産前・産後休暇又は介護休業（以下「育児休業等」という。）を取得した場合、当該薬剤師が育児休業等から復帰して1年又は3年以上経過しない限り、「当該保険薬局に1年以上の在籍」「3年以上の薬局勤務経験」の要件を満たさないのか。

(答) 育児休業等を取得した薬剤師については、育児休業等の期間を除いた通算の期間が1年又は3年以上であれば、要件を満たすものとする。したがって、育児休業等の取得前に1年以上在籍又は3年以上勤務していれば、育児休業等から復帰した時点においても当該要件を満たすこととなる。

なお、この取扱いについては、地域支援体制加算の施設基準における管理薬剤師の在籍・勤務期間についても同様である。

これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成28年3月31日事務連絡）別添4の問43は廃止する。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

5. 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）

	質問（要旨）	回答
1	「かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師」については、患者からあらかじめ同意を取っていれば良いか。また、施設基準について改めて届出を出す必要はあるか。また、かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師を複数とすることは可能か。	あらかじめ文書で同意を取ることでよい。 かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師により実施する施設基準の届出は必要としない。 また、患者ごとでかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師は1名まで。
2	かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師については、十分な経験等を有する者であることとされているが、医療機関の経験は含まれないか。	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経験に含めることができる。
3	かかりつけ薬剤師がやむを得ない事情により業務を行えない場合とは、「休暇」も該当するのか。	そのとおり。
4	かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師もやむを得ず対応できなかった場合は、服薬管理指導料の算定は不可となるのか。	通常の服薬管理指導料として算定する。
5	本特例を算定した場合、地域支援体制加算におけるかかりつけ薬剤師指導料の実績や、調剤基本料におけるかかりつけ機能に係る基本的な業務の実施回数に含まれるのか。	含まれない。

患者ごとでかかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師は1名まで。

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経験に含めることができる。

かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師もやむを得ず対応できなかった場合は、通常の服薬管理指導料として算定する。

## 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	改定後
<p><b>【外来服薬支援料】</b></p> <p style="text-align: right;">185点</p> <p>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 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> <p><b>【参考】</b> <b>【調剤料 一包化加算】</b> 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</p>	<p><b>【外来服薬支援料】</b></p> <p>外来服薬支援料1 <span style="float: right;">185点</span> 外来服薬支援料2</p> <p>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 <span style="float: right;">240点</span></p> <p><b>【算定要件】</b></p> <p>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>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、多種類の薬剤が投与されている患者又は自ら被包を用いて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>

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

### 【外来服薬支援料】

問 35 処方医からの一包化薬の指示がある処方箋と共に、他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を併せて薬局に持参した場合であって、処方箋に基づく調剤を行う際に全ての薬剤の一包化を行い、服薬支援を行った場合には、外来服薬支援料2は算定可能か。

(答) 他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を一包化したことに対しては外来服薬支援料1、一包化薬の指示がある処方箋を一包化したことに対しては外来服薬支援料2を算定できるが、併算定不可。

(厚生労働省 保険局 医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

### 6. 外来服薬支援料2

	質問 (要旨)	回答
1	一包化加算を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算や計量混合調剤加算の算定は認められなかったが (改正前)、外来服薬支援料2の場合は算定してよいか。	算定不可。
2	調剤料の加算であった一包化加算が薬学管理料の項目として再編されたが、薬剤調製料は併算定できると考えてよいか。	よい。

改定前の一包化加算と同様に、外来服薬支援料2を算定した範囲の薬剤については、自家製剤加算や計量混合調剤加算の算定は不可。

(日本薬剤師会 医薬保険課 令和4年4月22日事務連絡 令和4年度調剤報酬改定等説明会における質問等についてより抜粋)



## 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。

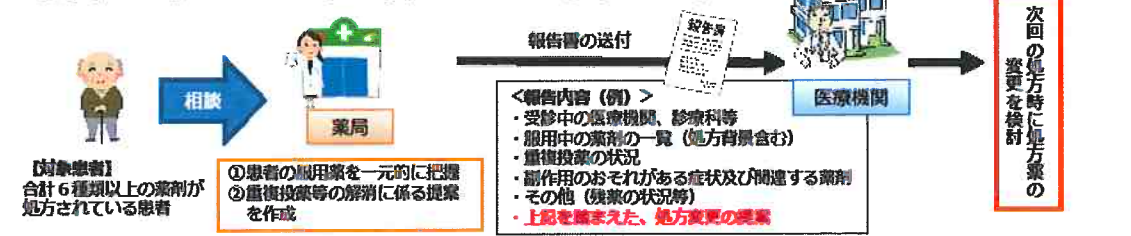
現行	改定後
<b>【服用薬剤調整支援料】</b> 服用薬剤調整支援料2 100点	<b>【服用薬剤調整支援料】</b> 服用薬剤調整支援料2 イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において行った場合 <b>110点</b> ロ イ以外の場合 <b>90点</b>

#### (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<sup>(※)</sup>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



(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

28

## 薬局における対人業務の評価の充実

### 服薬情報等提供料の見直し

- 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服用薬に関する情報等を一元的に把握し、必要に応じて持参した服用薬の整理を行うとともに、医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書により提供した場合の評価を新設する。

#### (新) 服薬情報等提供料3 50点(3月に1回に限り)

##### 【算定要件】

- ・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。

##### (参考) 服薬情報等提供料1・2

服薬情報等提供料1	30点
服薬情報等提供料2	20点

##### 【算定要件】

1については、保険医療機関の求めがあった場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、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月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。

2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月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。

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

27

【服薬情報等提供料】

問 42 服薬情報等提供料1を算定する患者について、同一月内に服薬情報等提供料3は算定可能か。

(答) 異なる内容について情報提供を行う場合は、算定可。

問 43 服薬情報等提供料は、特別調剤基本料を算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他の特別な関係を有してい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こととされているが、当該保険医療機関が不明である場合は算定できるのか。

(答) 不可。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

【服薬情報等提供料】

問 2 服薬情報等提供料について、「保険医療機関への情報提供については、患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみ算定とする」こととされているが、服薬情報等提供料1、2又は3をそれぞれ同一月に1回算定することは可能か。

(答) 可能。ただし、同一の情報を同一保険医療機関に対して提供した場合は算定できない。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料1及び2については月1回に限り、服薬情報等提供料3については3月に1回に限り算定可。

(厚生労働省保険局医療課令和4年4月11日事務連絡より抜粋)

服薬情報等提供料1、2又は3をそれぞれ同一月に1回算定することは可能。  
(異なる内容について情報提供を行う場合)

保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料1及び2については月1回に限り、服薬情報等提供料3については3月に1回に限り算定可。

問 3 服薬情報等提供料3について、「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」とあるが、服用薬の整理の可否については、薬剤師の判断によるという理解でよいか。

(答) そのとおり。ただし、当該患者が保険薬局に持参した服用薬の現品を確認した上で判断すること。

患者が持参した服用薬の現品を確認することが必要

問 4 服薬情報等提供料3について、保険医療機関への情報提供時又は患者の次回来局時に算定できるという理解でよいか。

(答) そのとおり。

(厚生労働省保険局医療課令和4年4月11日事務連絡より抜粋)

保険医療機関への情報提供時又は患者の次回来局時に算定

7. 服薬情報等提供料3

	質問 (要旨)	回答
1	検査入院において一時的に抜薬をした場合でも、要件を満たしていれば算定できると考えてよいか。	入院時に他の服用薬があり、要件を満たしていればよい。

(日本薬剤師会医薬保険課 令和4年4月22日事務連絡  
令和4年度調剤報酬改定等説明会における質問等についてより抜粋)

## 薬局における対人業務の評価の充実

### 調剤後薬剤管理指導加算の見直し

- 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。



(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

25

## 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価

- 保険薬局において、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。

### 【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である患者（18歳未満の患者）

### 【服薬管理指導料】

**（新）小児特定加算 350点**

### 【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指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合に加算する。

※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。

### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

**（新）小児特定加算 450点**

### 【算定要件】

患者又はその家族等に対して、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に加算する。

※ 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。

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。  
 全国の医療的ケア児（在宅）は約2万人（推計）

### 児童福祉法

#### 第五十六条の六 第二項

地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

26

【小児特定加算】

問 39 小児特定加算の対象患者について、「児童福祉法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である患者」であることは、どのように確認するのか。

(答) 国や地方自治体が発行する手帳の確認、処方医への問合せ等の適切な方法により確認すること。なお、確認できない場合は、当該加算は算定できない。

小児特定加算の対象患者であることは、国や地方自治体が発行する手帳の確認、処方医への問合せ等により確認すること。確認できない場合は、算定できない。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

在宅患者訪問薬剤管理指導料	○	月4回まで(④を含めて)、末期の悪性腫瘍の患者等は週2回かつ月8回まで	
① 単一建物患者 1人	}	保険薬剤師1人につき週40回まで(①~④合わせて)	650点
② 単一建物患者 2~9人			320点
③ 単一建物患者 10人以上			290点
④ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料			59点
麻薬管理指導加算			100点(オンライン 22点)
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者、オンライン不可	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児	100点(オンライン 12点)
小児特定加算		医療的ケア児(18歳未満)	450点(オンライン 350点)
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可	150点
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料		}	合わせて月4回まで、主治医と連携する他の保険医の指示でも可
① 計画的な訪問薬剤指導に係る疾患の急変	500点		
② ①・③以外	200点		
③ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料			59点
麻薬管理指導加算			100点(オンライン 22点)
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者、オンライン不可	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児	100点(オンライン 12点)
小児特定加算		医療的ケア児(18歳未満)	450点(オンライン 350点)
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者、オンライン不可	150点
在宅患者緊急時等共同指導料		月2回まで、主治医と連携する他の保険医の指示でも可	700点
麻薬管理指導加算			100点
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	○	医療用麻薬持続注射療法を行っている在宅患者	250点
乳幼児加算		6歳未満の乳幼児	100点
小児特定加算		医療的ケア児(18歳未満)	450点
在宅中心静脈栄養法加算	○	在宅中心静脈栄養法を行っている患者	150点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料		在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導費の算定患者	残薬調整以外 40点、残薬調整 30点
経管投薬支援料		初回のみ	100点
退院時共同指導料		入院中1回(末期の悪性腫瘍の患者等は入院中2回)まで、ビデオ通話可	600点

## 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

### 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

- ▶ 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。

#### 現行

##### 【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

##### 【算定要件】

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、緊急に患者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。

#### 改定後

##### 【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

##### 【算定要件】

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、緊急に患者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。

※ 在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

問 36 「在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医については、担当医に確認し、薬学的管理指導計画書等に当該医師の氏名と医療機関名を記載すること」とあるが、担当医への確認は、在宅療養を担う保険医療機関の保険医と連携する他の保険医の求めにより、患者を訪問して必要な薬学的管理指導を行った後に行ってもよい。

(答) よい。なお、この場合においては、薬学的管理指導の実施後に担当医への情報提供を行う際に確認を行うこと。

「在宅療養を担う保険医と連携する他の保険医についての担当医への確認は、在宅療養を担う保険医と連携する他の保険医の求めにより、患者を訪問して必要な薬学的管理指導を行った後に行うことで可。この場合においては、薬学的管理指導の実施後に担当医への情報提供を行う際に確認を行うこと。

### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

問 37 在宅患者訪問薬剤管理指導における医師の指示は、どのような方法で行えばよい。

(答) 医師による訪問の指示については、診療状況を示す文書、処方箋等（電子メール、FAX 等によるものを含む。以下「文書等」という。）に、「要訪問」「訪問指導を行うこと」等の指示を行った旨が分かる内容及び処方日数を記載することにより行われる必要がある。ただし、処方日数については、処方から1か月以内の訪問を指示する場合は記載されている必要はなく、緊急やむを得ない場合においては、後日文書等により処方日数が示されていればよい。

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

問 38 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料における「状態の急変等に伴い」には、化学療法の副作用対策としての支持薬処方、状態変化に伴う処方変更など、今後の継続的な薬物療法に影響を及ぼすことが想定される場合は該当するか。

(答) 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がある場合には、該当する。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

8. 在宅患者訪問薬剤管理指導料

	質問(要旨)	回答
1	在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る麻薬管理指導加算、乳幼児加算、小児特定加算については、オンラインで実施した場合は、処方箋受付1回につき算定するという理解でよいか。	そのとおり。

(日本薬剤師会医薬保険課 令和4年4月22日事務連絡  
令和4年度調剤報酬改定等説明会における質問等についてより抜粋)

令和4年度診療報酬改定 I-6 質の高い在宅医療・訪問看護の確保-②

患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

➤ 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。

**(新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 250点**

【算定要件】

在宅で医療用麻薬持続注射療法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に1回につき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(麻薬管理指導加算)は算定できない。

【施設基準】

- (1) 麻薬及び向精神薬取締法第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。
- (2) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

※在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

## 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

- ▶ 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。

### (新) 在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅中心静脈栄養法加算 150点

**【算定要件】**

在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、その投与及び保管の状況、配合変化の有無について確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合に1回につき所定点数に加算する。

**【施設基準】**

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第三十九条第一項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第三十九条の三第一項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

※在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

**【在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算】**

問 40 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算について、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様に、処方箋受付がない場合であっても算定可能か。

(答) 算定可。在宅患者中心静脈栄養法加算についても同様である。

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算・在宅患者中心静脈栄養法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様、処方箋受付がない場合であっても算定可

**【在宅中心静脈栄養法加算】**

問 41 在宅中心静脈栄養法加算について、薬剤調製料の無菌製剤処理加算（中心静脈栄養法用輸液）との併算定は可能か。また、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算との併算定は可能か。

(答) いずれも併算定可。

(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

在宅中心静脈栄養法加算は薬剤調製料の無菌製剤処理加算、または在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算との併算定は可

**【在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算】**

問 1 「在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算については、麻薬管理指導加算を算定している患者については算定できない」とあるが、これらの加算は併算定不可ということか。

(答) そのとおり。なお、麻薬管理指導加算を算定する日以外の日に在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定し、要件を満たせば、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定できる。  
(厚生労働省保険局医療課令和4年4月11日事務連絡より抜粋)

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は、介護保険における居宅療養管理指導を算定している患者においては算定不可。

**9. 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**

	質問 (要旨)	回答
1	介護保険における居宅療養管理指導を算定している患者においても算定は可能か。	算定不可。

## 患者の状態に応じた在宅薬学管理の推進

### 退院時共同指導料の見直し

- ▶ 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。
- ▶ 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。

現行	改定後
<p><b>【退院時共同指導料】</b>  <b>【算定要件】</b>                      保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の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と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p><b>【留意事項】</b>                      退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、保険薬局又は入院保険医療機関のいずれかが「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医第0305第2号）の別添3の別紙2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する場合は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p> <p>退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則であるが、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（当該保険薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院保険医療機関に付き共同指導を行っている場合に、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p>	<p><b>【退院時共同指導料】</b>  <b>【算定要件】</b>                      保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は保健師、助産師、看護師、准看護師、<u>薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p><b>【留意事項】</b>                      退院時共同指導料の共同指導は、保険薬局の薬剤師が、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。</p> <p style="text-align: center;">(削除)</p>
<p>※在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。</p>	

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

### 10. 退院時共同指導料

	質問 (要旨)	回答
1	医療機関の薬剤師との1対1によるビデオ通話でも算定可能か。	要件を満たせば算定可。

(日本薬剤師会医薬保険課 令和4年4月22日事務連絡  
 令和4年度調剤報酬改定等説明会における質問等についてより抜粋)



# ICTの活用に関連した 調剤報酬の改定について

## 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も鑑みながら、年度内の公布・施行を目指す。

	<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（音声のみは不可）
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が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（後完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、服薬に関する必要最低限の情報等を明らかにする

## 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

▶ 外来診療を受けた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。

現行	改定後
<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b> 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> 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、<u>地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別表第一「医師診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号A003に掲げるオンライン診療科に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算<sup>*</sup>は算定できない。</u></p> <p>※ 麻酔等加算、乳幼児服薬指導加算、吸入薬指導加算 等</p> <p><b>【施設基準】</b> ・<u>薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する保険薬局の施設基準(1)情報通信機器を用いた服薬指導を行うに十分な体制が整備されていること。</u> (2)当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が<sup>①</sup>以下であること。 ① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料 ② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料 ・<u>薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>原則3月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したもの</u></p>	<p><b>【服薬管理指導料】</b> 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 <u>イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者 45点</u> <u>ロ イの患者以外の患者 59点</u></p> <p><b>【算定要件】</b> 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、<u>処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、イの患者であって手帳を提示しないものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、ロにより算定する。</u></p> <p>※ 服薬管理指導料の加算については、要件を満たせば対面による服薬指導を行った場合と同様に算定可能</p> <p><b>【施設基準】</b> (削除)</p> <p>(削除)</p>

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

## 情報通信機器を用いた服薬指導の評価の見直し

▶ 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。

現行	改定後
<p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</b> <u>在宅患者オンライン服薬指導料</u> 57点</p> <p><b>【算定要件】</b> 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、<u>地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医療総合管理科に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた服薬指導（訪問薬剤管理指導料と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として、月1回に限り57点を算定する。この場合において、注3及び注4に規定する加算並びに区分番号15の6に掲げる在宅患者服薬指導源・相互作用等防止管理料は算定できない。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り、週10回を限度として算定できる。</u></p> <p><b>【施設基準】</b> 十一の二 <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する施設基準区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行っている保険薬局であること。</u> 十一の三 <u>在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>区分番号15の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの</u></p>	<p><b>【在宅患者訪問薬剤管理指導料】</b> <u>在宅患者オンライン薬剤管理指導料</u> 59点</p> <p><b>【算定要件】</b> 在宅で服薬を行っている患者であって通院が困難なものに対して、<u>情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導料と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあっては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。</u></p> <p>※ 麻酔管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算については、外来患者に係る点数と同じ点数を算定可能。</p> <p><b>【施設基準】</b> (削除)</p> <p>(削除)</p> <p>※ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても同様</p>

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

## 【服薬管理指導料】

問 24 服薬管理指導料の「4」情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合（オンライン服薬指導）及び在宅患者オンライン薬剤管理指導料における「関連通知」とは、具体的には何を指すのか。

（答）「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施行規則等の一部を改正する省令の施行について（オンライン服薬指導関係）」（令和4年3月31日薬生発0331第17号。厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）を指す。

なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その5）」（令和2年4月16日事務連絡）別添2の問4は廃止する。

（厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋）

## 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その69）より

問7 令和4年度診療報酬改定において、薬剤服用歴管理指導料が廃止され、服薬管理指導料が新設されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その10）」（令和2年4月10日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「4月10日事務連絡」という。）等に示されている、保険薬局において①電話や②情報通信機器を用いて服薬指導を行う場合の取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答）令和4年4月1日以降は、以下の取扱いとする。

- ① 電話を用いて服薬指導を行った場合は、改定後の調剤点数表における服薬管理指導料等の算定要件を満たせば、令和4年4月1日以降は、引き続き旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料の点数（注に規定する加算（注5に規定する加算を除く。）を含む。）等を算定できる。
- ② 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、算定要件を満たせば、改定後の調剤点数表における服薬管理指導料4等を算定できる。なお、4月10日事務連絡の2に基づく情報通信機器を用いた服薬指導に係る特例的な取扱いは廃止する。

（厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋）

いわゆる0410対応において、

電話を用いて服薬指導を行った場合は、改定後の服薬管理指導料等の算定要件を満たせば、引き続き旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料の点数（注に規定する加算（注5に規定する加算を除く。）を含む。）等を算定できる。

情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、算定要件を満たせば、改定後の服薬管理指導料4等を算定できる。

問8 令和4年度診療報酬改定において、薬剤服用歴管理指導料が廃止され、在宅患者オンライン薬剤管理指導料に係る改定が行われたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その14）」（令和2年4月24日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下「4月24日事務連絡」という。）別添の問8及び問9に示されている、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者に対して①電話や②情報通信機器を用いて薬学的管理指導を行った場合の取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答）令和4年4月1日以降は、以下の取扱いとする。

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、

- ① 電話を用いて薬学的管理指導を行った場合は、4月24日事務連絡に記載のとおり、その他の要件を満たせば、令和4年4月1日以降も、旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料の「1」に掲げる点数を算定できる。
- ② 情報通信機器を用いた薬学的管理指導を行った場合は、算定要件を満たせば、改定後の調剤点数表における在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定できる。なお、4月24日事務連絡別添の問8に基づく情報通信機器を用いた薬学的管理指導に係る特例的な取扱いは廃止する。

居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定している患者については、4月24日事務連絡に記載のとおり、その他の要件を満たせば、同一月内において一度も居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定しなかった場合に限り、令和4年4月1日以降も、旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料に掲げる点数を算定できる。

（厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋）

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、

電話を用いて服薬指導を行った場合は、4月24日事務連絡に記載のとおり、その他の要件を満たせば、令和4年4月1日以降も、旧調剤点数表における薬剤服用歴管理指導料の「1」に掲げる点数を算定できる。

情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合は、算定要件を満たせば、改定後の在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定できる。

問9 令和4年度診療報酬改定において、薬剤服用歴管理指導料が廃止され、服薬管理指導料が新設されたが、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その63）」（令和3年9月28日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添の問16及び問17における薬剤服用歴管理指導料に係る取扱いについて、令和4年4月1日以降はどのように考えればよいか。

（答）当該取扱いにおける「薬剤服用歴管理指導料」を「服薬管理指導料」と読み替えて適用する。

（厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋）

## 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

- 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 電子的保健医療情報活用加算 3点 (月1回まで)**

#### 【算定対象】

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】

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に月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) 療費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。

(厚生労働省 保険局  
医療課資料より抜粋)

49

### 【電子的保健医療情報活用加算】

問 22 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算について、ただし書の「当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合」とは、どのような場合が対象となるのか。

(答) 当該加算は、保険薬局においてオンライン資格確認等システムが開始され、薬剤情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施できる体制が整えられていることを評価する趣旨であることから、オンライン資格確認等システムの運用を開始している保険薬局であれば、実際に患者が個人番号カードを持参せず、薬剤情報等の取得が困難な場合であっても、ただし書の「当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合」に該当するものとして差し支えない。

また、患者の個人番号カードが破損等により利用できない場合や患者の個人番号カードの利用者証明用電子証明証が失効している場合なども、同様に該当する。

「当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合」とは、  
患者がマイナンバーカードを持参せず、  
薬剤情報等の取得が困難な場合、  
患者のマイナンバーカードが破損等により  
利用できない場合や利用者証明用電子証  
明証が失効している場合などが該当

問 23 調剤管理料の注5に規定する電子的保健医療情報活用加算の施設基準において、「当該情報を活用して調剤等を実施できる体制を有していることについて、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示していること」とされているが、薬局の窓口や掲示板に「マイナ受付」のポスターやステッカーを掲示することでよいか。

(答) よい。

保険薬局の内側及び外側への掲示は、  
薬局の窓口や掲示板に「マイナ受付」の  
ポスターやステッカーを掲示することで可

# リフィル処方箋について

令和4年度診療報酬改定 I-7 地域包括ケアシステムの推進のための取組-⑬

## リフィル処方箋の仕組み

### リフィル処方箋の仕組み

- 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。

#### 【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」欄にし点を記入する。
- (2) リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。
- (3) 保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。
- (4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その後7日以内とする。
- (5) 保険薬局は、1回目又は2回目（3回可の場合）に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。
- (6) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。
- (7) 保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回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。

## リフィル処方箋の仕組み

### リフィル処方箋の仕組み

- ▶ 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。

51

(厚生労働省 保険局 医療課資料より抜粋)

#### 【リフィル処方箋による調剤】

問6 「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」とされているが、この場合において、服薬情報等提供料は算定可能か。

(答) 算定要件を満たしていれば、服薬情報等提供料1又は2を算定可。

リフィル処方箋により調剤した場合、算定要件を満たしていれば、服薬情報等提供料1又は2を算定可。

問7 リフィル処方箋による2回目以降の調剤については、「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」に行うこととされているが、具体的にはどのように考えればよいか。

(答) 例えば、次回調剤予定日が6月13日である場合、次回調剤予定日を含まない前後7日間の6月6日から6月20日までの間、リフィル処方箋による調剤を行うことが可能である。ただし、調剤した薬剤の服薬を終える前に次の調剤を受けられるよう、次回調剤予定日までに来局することが望ましいこと等を患者に伝えること。

2回目以降の調剤については、次回調剤予定日を含まない前後7日間

次回調剤予定日までに来局することが望ましいこと等を患者に伝える

問8 リフィル処方箋の写しは、いつまで保管する必要があるのか。

(答) 当該リフィル処方箋の写しに係る調剤の終了日から3年間保管すること。

リフィル処方箋の写しは、当該リフィル処方箋の写しに係る調剤の終了日から3年間保管

問9 一般名処方によるリフィル処方箋を受け付けた場合、2回目以降の調剤においてはどのように取り扱えばよいか。

(答) 2回目以降の調剤においても、一般名処方されたものとして取り扱うことで差し支えないが、初回来局時に調剤した薬剤と同一のものを調剤することが望ましい。

(厚生労働省 保険局 医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

問 10 リフィル処方箋を次回調剤予定日の前後7日以外の日を受け付けた場合は、当該リフィル処方箋による調剤を行うことはできるか。

(答) 不可。なお、調剤可能な日より前に患者が来局した場合は、再来局を求めするなど適切に対応すること。(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

リフィル処方箋を次回調剤予定日の前後7日以外の日を受け付けた場合は、調剤を行うことはできない。

(参考: 医科診療報酬点数表関係)

【リフィル処方】

問 254 処方箋の交付について、リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要があるか。

(答) 処方箋を分ける必要がある。

リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要がある

問 255 処方箋の交付について、リフィル処方により2種類以上の医薬品を投薬する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の1回の使用による投薬期間が異なる場合又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる場合は、医薬品ごとに処方箋を分ける必要があるか。

(答) 処方箋を分ける必要がある。(厚生労働省保険局医療課令和4年3月31日事務連絡より抜粋)

1回の使用による投薬期間が異なる医薬品の場合、又はリフィル処方箋の使用回数の上限が異なる医薬品の場合は、処方箋を分ける必要がある

11. リフィル処方箋による調剤

	質問(要旨)	回答
1	分割調剤の際の調剤基本料を適用するのではなく、通常の受付時と同様の取り扱いとして算定してよいか(調剤基本料、薬学管理料等)。	よい。

分割調剤の際の点数ではなく、通常の受付時と同様の算定(調剤基本料、薬学管理料等)

(日本薬剤師会医薬保険課 令和4年4月22日事務連絡 令和4年度調剤報酬改定等説明会における質問等についてより抜粋)

**調剤報酬を正しく理解し、  
適切な保険薬局業務を行い、  
適正に保険算定を行って頂きますよう、  
お願い致します。**

**ご清聴ありがとうございました。**