



# 令和4年度診療報酬改定 概要とポイント解説 (調剤報酬)

2022.3.4版



株式会社ユナイテッドサーブ

公益社団法人 日本医業経営コンサルタント協会  
認定登録 医業経営コンサルタント 登録番号第7168号

上田 恭子

## 令和4年度診療報酬改定率

2014年の ( )内は消費税対応分	H22年度 (2010年)	H24年度 (2012年)	H26年度 (2014年)	H28年度 (2016年)	H30年度 (2018年)	R2年度 (2020年)	R4年度 (2022年)
全体改定率	+0.19%	+0.00%	+0.10% (▲1.26%)	▲0.84%	▲1.19%	▲0.46%	▲0.94%
診療報酬本体	+1.55%	+1.38%	+0.73% (+0.10%)	+0.49%	+0.55%	+0.55%	+0.43%
薬価等	▲1.36%	▲1.38%	▲0.63% (▲1.36%)	▲1.33%	▲1.65%	▲1.01%	▲1.37%

### 診療報酬本体 +0.43%

《内訳》

- ※1 +0.23%  
医科：+0.26%、歯科：+0.29%、調剤：+0.08%
- ※2 看護の処遇改善のための特例的に対応 +0.20%
- ※3 リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%
- ※4 不妊治療の保険適用のための特例的に対応 +0.20%
- ※5 小児の感染防止対策に係る加算措置（医科分）の  
期限到来 ▲0.10%

### 薬価等 ▲1.37%

《内訳》

- ①薬価 ▲1.35%
  - ※1 実勢薬価改定 ▲1.44%
  - ※2 不妊治療の保険適用のための  
特例的に対応 +0.09%
- ②材料価格 ▲0.02%

- 看護における処遇改善について（救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関）看護職員の10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設
- 医療情報化支援 公費 735億円程度  
オンライン資格確認等の導入及び電子処方箋の運用開始にあたって、医療機関・薬局のシステム整備を支援
- 全世代型社会保障 後期高齢者の2割負担導入：令和4年10月1日から施行

## 令和4年度調剤報酬改定のポイント

### 薬局薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進

【薬局薬剤師業務の評価体系の見直し】

- 調剤業務の評価体系の見直し
  - ・調剤業務の評価について、対物業務である薬剤調製や取り揃え・監査業務の評価と、患者に応じた対応が必要となる処方内容の薬学的知見に基づく分析、調剤設計等及び調剤録・薬剤服用歴への記録の評価への再編
  - ・重複投薬・相互作用の防止等に係る加算の位置付けの見直し
  - ・複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方された患者が薬局を初めて利用する場合等において、必要な薬学的分析を行った場合の評価を新設
- 服薬指導等業務の評価の見直し
  - ・薬学的知見に基づく服薬指導と薬剤服用歴等への記録、薬剤の使用状況等の継続的な把握等に係る評価への再編
- 外来服薬支援に係る評価
  - ・多種類の薬剤が投与されている患者等における内服薬の一包化及び必要な服薬指導について、評価の位置付けの見直し

【対人業務の評価の拡充】

- 糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価の拡充
  - ・インスリン等の糖尿病治療薬の調剤後に、電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告することなどの評価を拡充
- 医療的ケア児に対する薬学的管理の評価
  - ・医療的ケア児である患者に対して、患者の状態に合わせた必要な薬学的管理及び指導を行った場合の評価を新設
- 入院時の持参薬整理の評価
  - ・医療機関からの求めに応じて、薬局において入院予定の患者の服用薬に関する情報等の把握と持参薬の整理、医療機関への情報提供を行った場合の評価を新設
- 減薬提案に係る情報提供の評価の見直し
  - ・処方された内服薬に係る減薬の提案による実績に応じた評価への見直し
- 同一薬局の利用推進
  - ・かかりつけ薬剤師と連携して必要な指導等を実施した場合を特例的に評価

### 薬局の機能と効率性に応じた評価の見直し

- 調剤基本料の評価の見直し
  - ・損益率の状況等を踏まえた、同一グループ全体の処方箋受付回数が多い薬局及び同一グループの店舗数が多い薬局に係る評価の見直し
- 特別調剤基本料の見直し
  - ・敷地内薬局について、医薬品の備蓄の効率性等を考慮した評価の見直し
- 地域支援体制加算の要件及び評価の見直し
  - ・調剤基本料の算定、地域医療への貢献に係る体制や実績に応じて類型化した評価体系への見直し
  - ・災害や新興感染症の発生時等における医薬品供給や衛生管理に係る対応など、地域において必要な役割を果たすことができる体制を確保した場合の評価の新設
- 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価
  - ・後発医薬品の調剤数量割合の基準の引き上げと評価の見直し
  - ・後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の評価の見直しと範囲の拡大

### 在宅業務の推進

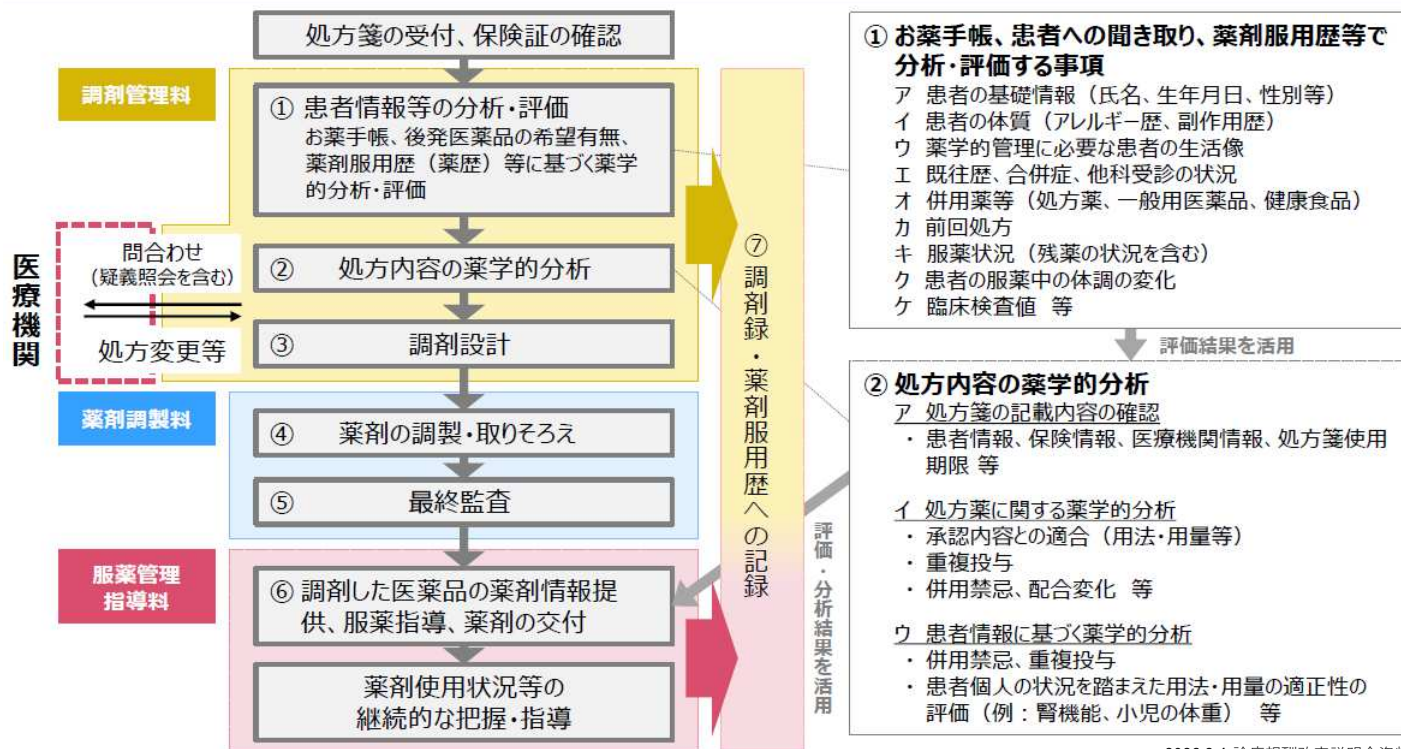
- 緊急訪問の評価の拡充
  - ・主治医と連携する他の医師の指示による訪問薬剤管理指導を実施した場合を評価
- 在宅患者への薬学的管理及び指導の評価の拡充
  - ・医療用麻薬持続注射療法が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価の新設
  - ・中心静脈栄養が行われている患者に対する、在宅での療養の状況に応じた薬学的管理及び指導を行った場合の評価の新設

### ICTの活用

- 外来患者及び在宅患者へのオンライン服薬指導の評価
  - ・薬機法改正を踏まえたオンライン服薬指導を実施した場合の評価の見直し
- 外来患者へのオンライン資格確認システムの活用の評価
  - ・オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定検診情報等取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価の新設

## 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。



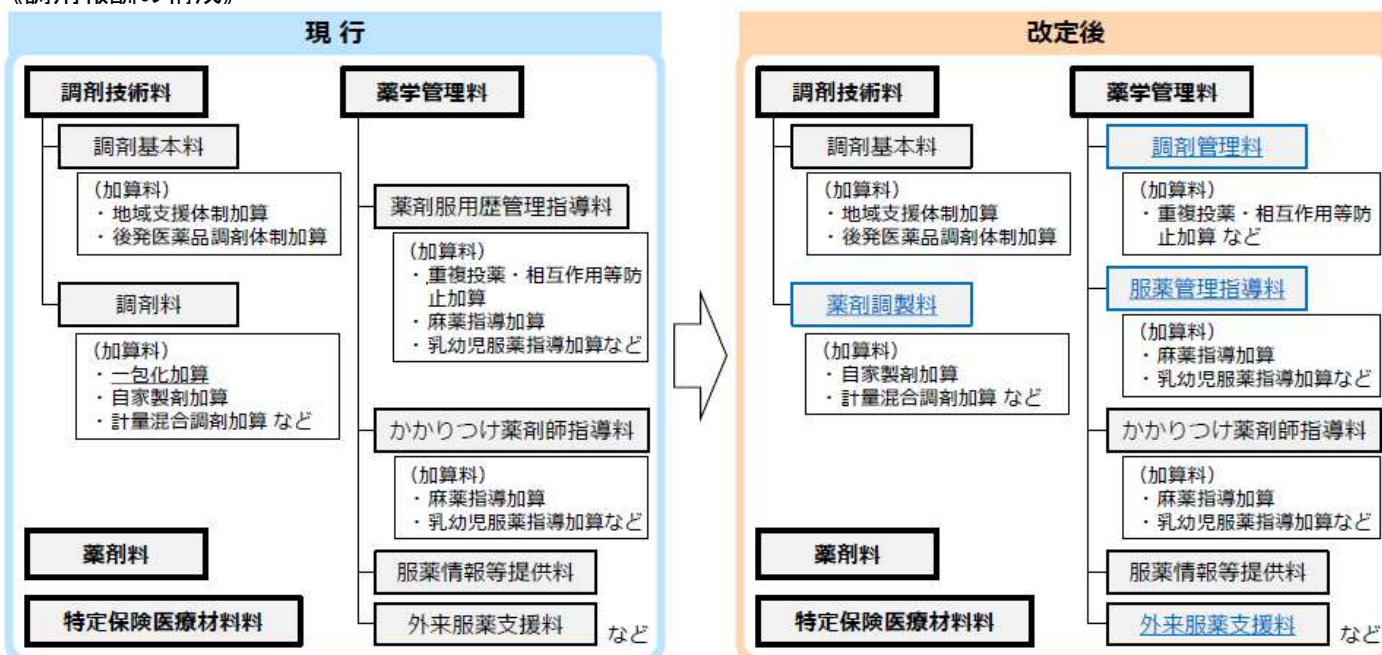
2022.3.4 診療報酬改定説明会資料

## 薬局・薬剤師業務の評価体系の見直し

### 改定のポイント

- ※ 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が見直され、薬剤調製料、調剤管理料、服薬管理指導料が新設されます。

### 《調剤報酬の構成》



2022.3.4 診療報酬改定説明会資料



## 調剤基本料

調剤基本料 1	42点
調剤基本料 2	26点
調剤基本料 3	
イ	21点
ロ	16点
ハ	32点
特別調剤基本料	7点

down ↓

現行

調剤基本料 1	42点
調剤基本料 2	26点
調剤基本料 3	
イ	21点
ロ	16点
特別調剤基本料	9点



改定のポイント

※ 特別調剤基本料の点数が引き下げられます。

届出

	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、調剤基本料 3 及び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4,000回超 ②処方箋受付回数が月2,000回超～4,000回 ③処方箋受付回数が月1,800回超～2,000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	①70%超 ②85%超 ③95%超 ④－	26点	
調剤基本料 3 ※ 特定の保険医療機関との間で不動産取引がある場合、集中度は無関係。	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		85%超
		同一グループの保険薬局数が300以上		
ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超	85%以下	32点	
	同一グループの保険薬局数が300以上			

## 調剤基本料



改定のポイント

- ※ 調剤基本料の施設基準に、同一グループの店舗数が加えられます。
- ※ 調剤基本料 3 のロの対象が追加されます。
- ※ 調剤基本料 3 の区分ハが新設されます。

## 調剤基本料 3 の施設基準

## 調剤基本料 3 のロ

同一グループの薬局の処方箋受付回数の合計が月40万回超 または  
同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する薬局  
次のいずれかに該当する場合

新設

新設

- ・ 自薬局の集中度85%超
- ・ 特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引

## 調剤基本料 3 のハ

同一グループの薬局の処方箋受付回数の合計が月40万回超 または  
同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する薬局  
・ 自薬局の集中度85%以下

同一グループの処方箋受付回数月40万回超 または 同一グループの保険薬局数300以上 に属する薬局は

- 優先 ↑
1. 医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有していて、集中度70%超 → 特別調剤基本料 (7点)
  2. 自薬局の集中度85%超 → 調剤基本料 3 のロ (16点)
  3. 調剤基本料 2 に該当 → 調剤基本料 2 (26点)
  4. 自薬局の集中度85%以下 → 調剤基本料 3 のハ (32点)

調剤基本料 1 は算定不可

## 調剤基本料

### 改定のポイント

- ※ 特別調剤基本料を算定する薬局について、調剤基本料における加算の評価が見直されます。
- ※ 特別調剤基本料を算定する薬局について、医療機関への情報提供に係る評価が見直されます。

特別調剤基本料を算定する薬局

地域支援体制加算 : 100分の80

後発医薬品調剤体制加算 : 100分の80

服薬情報等提供料 : 敷地内の医療機関への情報提供を行った場合は、算定できない。

### 改定のポイント

- ※ 調剤基本料の加算、減算について、調剤基本料の所定点数が3点未満になる場合の算定が変更になります。

答申から計算方法が変更になりました

①

$$\text{調剤基本料} \times \frac{80}{100} \times \frac{50}{100} = \text{〇.〇} \rightarrow \text{〇点}$$

受付2回目以降の減算 (80/100)      妥結率等の減算 (50/100)      小数点以下第一位四捨五入

加算、減算は該当するものを適応

特別調剤基本料の場合、地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算は、それぞれ、100分の80を掛けて小数点以下第一位四捨五入

②

$$\text{①で得た点数} + \text{地域支援体制加算} + \text{連携強化加算} + \text{後発医薬品調剤体制加算} + \text{後発医薬品減算} = \text{〇点 (調剤基本料の所定点数)}$$

ただし、点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。

## 調剤基本料

### 改定のポイント

- ※ 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、評価が見直されるとともに、対象となる薬局の範囲が拡大されます。

改定後

後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局の調剤基本料の減算 (50%以下) 5点減算

現行

40%以下 2点減算

以下の薬局は除く

- 処方箋受付回数が月600回以下の薬局

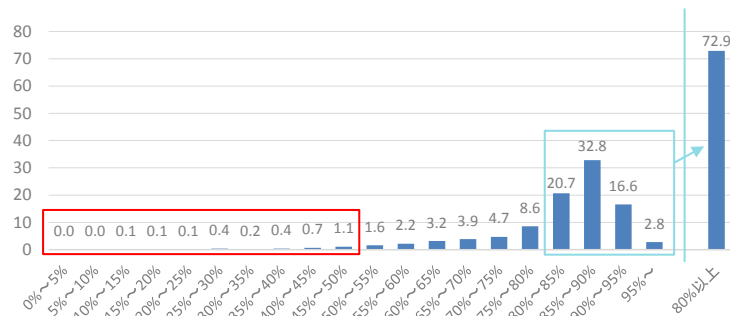
down ↓

#### [経過措置]

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。

40%以下 5点減算となる

後発医薬品の調剤割合別の薬局数の構成割合



## 地域支援体制加算

### 改定のポイント

※ 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されます。

イ	地域支援体制加算 1	39点	up ↑
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	

現行 地域支援体制加算 38点

届出

※ 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

特別調剤基本料を算定する薬局

### [施設基準]

	調剤基本料		地域医療への貢献				要件 (次ページ参照)
	1	1以外	体制		実績		
			十分な体制整備	必要な体制整備	十分な実績	相当の実績	
地域支援体制加算 1	○		○		○		A
地域支援体制加算 2	○		○			○	A + B (3項目以上)
地域支援体制加算 3		○		○	○		B (④⑦含む 3項目以上) + 麻薬小売業
地域支援体制加算 4		○		○		○	B (8項目以上)

現行と同様の施設基準

現行 8項目以上

## 地域支援体制加算

要件A 地域支援体制加算 1、2

現行の調剤基本料 1 の場合と同様

現行

①から⑤までの3つの要件を満たした上で、④、⑤のいずれかの要件を満たすこと。

- |                                                                                                       |                 |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|
| ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。                                                                                  | 厳しくなります。経過措置あり。 |       |
| ② 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 <b>24回以上</b><br>(在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む<br>(同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く)) |                 | 12回以上 |
| ③ 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届出を行っている。                                                              |                 |       |
| ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上<br>(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)                                      |                 | 12回以上 |
| ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席                                         |                 | 1回以上  |

②④⑤については、薬局当たりの直近1年間の実績

### [経過措置]

- 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薬局については、「在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績」の要件を満たしていると届出を行っている薬局については、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。調剤基本料1の薬局が②を満たしていることになっても、⑦を満たしていることにはならない
  - 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。
- 要件を満たせば、地域支援体制加算1、2が算定可

## 地域支援体制加算

要件B	地域支援体制加算2、3、4	現行の調剤基本料1以外の場合と同様	現行
①	時間外加算、夜間・休日等の算定回数	400回以上	400回以上
②	薬剤調製料の麻薬加算算定回数	10回以上	10回以上
③	重複投薬・相互作用等防止加算等の算定回数	40回以上	40回以上
④	かかりつけ薬剤師指導料等の算定回数	40回以上	40回以上
⑤	外来服薬支援料1の算定回数	12回以上	12回以上
⑥	服用薬剤調整支援料1、2の算定回数	1回以上	1回以上
⑦	単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理の算定回数 <b>24</b> 回以上 (在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含む (同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く))	24回以上	12回以上
⑧	服薬情報等提供料の算定回数 60回以上 (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)	60回以上	60回以上
⑨	薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席	5回以上	5回以上

①～⑧：直近1年間の処方箋受付回数 1万回当たりの実績。

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。

⑨：薬局当たりの直近1年間の実績。

※ 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、⑧の服薬情報等提供料のほか、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、③の重複投薬・相互作用防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑤の外来服薬支援料1、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。

## 地域支援体制加算

## 「在宅患者に対する薬学的管理及び指導」「在宅薬剤管理」とは

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、介護予防居宅療養管理指導費  
(在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を除く)

## 「同等の業務」とは

在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人あたりの同一月内の算定回数をの上限を超えて行った訪問薬剤管理指導業務

## 「相当する業務」とは

- 服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
- 服薬管理指導料の調剤後薬剤管理指導加算
- 服用薬剤調整支援料2
- かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対し、調剤後薬剤管理指導加算及び服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合(調剤録又は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。)
- 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、特定薬剤管理指導加算2、調剤後薬剤管理指導加算、服用薬剤調整支援料2又は服薬情報等提供料の算定に相当する業務を実施した場合(調剤録又は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。)

## 《実績の計算例》

直近1年間の処方箋受付回数：12,400回の場合、  
要件⑤ 外来服薬支援料1の実績必要回数は？

$$\frac{12回 \times 12,400回}{10,000回} = 14.88 \rightarrow 14.9回以上必要$$

小数点以下第二位四捨五入



## 地域支援体制加算

### 共通する施設基準

- (2) 保険調剤に係る医薬品として1200品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (3) 当薬局のみ又は当薬局を含む近隣の薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。  
~~ただし、連携薬局の数は、当薬局を含めて最大で3つまでとする。(削除)~~
- (4) 担当の薬剤師の連絡先等の情報提供（処方箋受付時に患者又はその家族等に説明の上、文書にて交付していること（薬袋で可））。
- (5) 24時間調剤・在宅業務に対応できる体制の周知を行っていること。
- (6) 患者ごとに薬歴を作成し、薬学的管理を行い、服薬指導を行っていること
- (7) 開局時間は、平日は8時間以上、土・日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上、かつ、週45時間以上開局していること。
- (8) 管理薬剤師は以下の要件を全て満たしていること。
  - ア 保険薬剤師として5年以上の薬局勤務経験があること。
  - イ 当薬局に週32時間以上勤務していること。
  - ウ 当薬局に継続して1年以上在籍していること。
- (9) 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。
- (10) 調剤従事者等の資質の向上を図っていること。
- (11) 医薬品安全情報へ対応していること。
- (12) 医薬品情報を随時提供できる体制にあること。
- (13) 患者のプライバシーに配慮していること。必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。
- (14) 一般用医薬品を販売していること。
- (15) 地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たしていること。
- (16) 健康相談又は健康教室を行っている旨を薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示し、周知していること。
- (17) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。
- (18) 在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、情報提供していること。
- (19) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。
- (20) 「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告していること。
- (21) 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。
- (22) 処方箋集中率が85%を超える場合にあっては、後発医薬品の使用数量割合が50%以上であること。

## 連携強化加算

### 改定のポイント

- ※ 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が新設されます。

調剤基本料

**新** 連携強化加算 **2点**

届出

具体的な要件は、今後の事務連絡等で

#### [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は、連携強化加算として、**2点**を更に所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 他の保険薬局等との連携に係る体制として、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。
- (2) 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。



## 後発医薬品調剤体制加算

### 改定のポイント

※ 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、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価が見直されます。

後発医薬品調剤体制加算 1 (80%以上) 21点  
 後発医薬品調剤体制加算 2 (85%以上) 28点  
 後発医薬品調剤体制加算 3 (90%以上) 30点

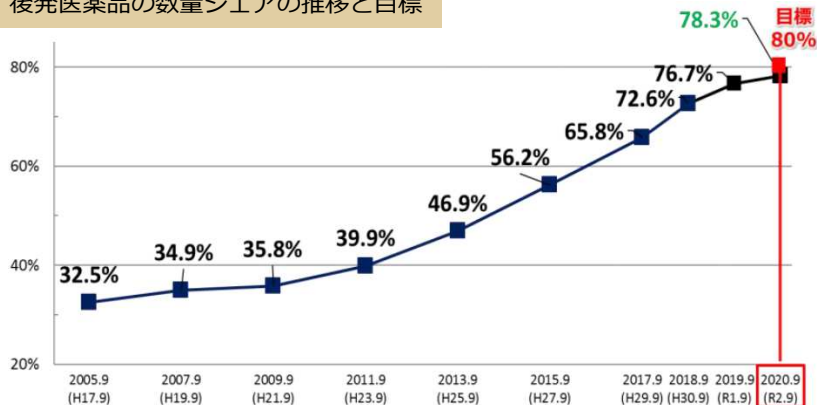
現行  
 75% 15点  
 80% 22点  
 85% 28点

届出

※ 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

特別調剤基本料を算定する薬局

### 後発医薬品の数量シェアの推移と目標



80%目標に対し、実績78.3%  
 ⇒目標には届かず  
 ※令和2年9月薬価調査

新たな目標  
 2023年度末までに  
 全ての都道府県で80%以上

2021.7.21 中央社会保険医療協議会資料「個別事項(その1)」

## 薬剤調製料

### 改定のポイント

※ 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が新設されます。

薬剤調製料  
 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。  
 （1剤につき）  
 3剤まで 24点

・ 剤数の取扱いは変更なし  
 ・ 内服薬以外の薬剤調製料は調剤料と同じ点数

現行 調剤料  
 1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。  
 （1剤につき）  
 7日分以下の場合 28点  
 8日分以上14日分以下の場合 55点  
 15日分以上21日分以下の場合 64点  
 22日分以上30日分以下の場合 77点  
 31日分以上の場合 86点

### 点数比較

	現行	改定後			差
	調剤料	薬剤調製料	調剤管理料	合計	
1日～7日分	28点	24点	4点	28点	0点
8日～14日分	55点	24点	28点	52点	-3点
15日～21日分	64点	24点	50点	74点	+10点
22日～28日分	77点	24点	50点	74点	-3点
29日～30日分	77点	24点	60点	84点	+7点
31日分～	86点	24点	60点	84点	-2点

調剤日数により、↑ ↓

## 薬剤調製料



### 改定のポイント

※ 錠剤を分割する場合の自家製剤加算の点数、要件が変更されます。

- 予製剤による場合又は錠剤を分割する場合は100分の20に相当する点数を加算する。
- 「錠剤を分割する」とは、医師の指示に基づき錠剤を分割することをいう。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掲載されている場合は算定できない。

「割線のある錠剤」の限定が削除されています。

- 錠剤を分割して予製剤とする場合においては、予製剤とする場合又は錠剤を分割する場合と同様に自家製剤加算の所定点数を100分の20にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

例. 内服薬の錠剤を14日分分割する場合

自家製剤加算（錠剤・内服薬） 20点/7日

現行

$$20点 \times 2 \times \frac{20}{100} = 8点 \quad \triangleleft \quad 40点$$

## 調剤管理料



### 改定のポイント

※ 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が新設されます。

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、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。
- 内服薬について、隔日投与等の指示により患者が服用しない日がある場合における調剤管理料1は、実際の投与日数により算定する。
- 調剤管理料2は、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。また、調剤管理料1を算定した場合は、調剤管理料の2は算定することができない。

## 調剤管理料

### [薬剤服用歴等]

薬剤服用歴等は同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存及び管理するものであり、次の事項等を記載し、最終記入日から起算して3年間保存すること。なお、薬剤服用歴等への記載は指導後速やかに完了させること。

ア 患者の基礎情報

(氏名、生年月日、性別、被保険者証の記号番号、住所、必要に応じて緊急連絡先)

イ 処方及び調剤内容等 (処方した保険医療機関名、処方医氏名、処方日、調剤日、調剤した薬剤、処方内容に関する照会の要点等)

ウ 患者の体質 (アレルギー歴、副作用歴等を含む)、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向

エ 疾患に関する情報 (既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。)

オ オンライン資格確認システムを通じて取得した患者の薬剤情報又は特定健診情報等

カ 併用薬 (要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。)等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況

キ 服薬状況 (残薬の状況を含む。)

ク 患者の服薬中の体調の変化 (副作用が疑われる症状など)及び患者又はその家族等からの相談事項の要点

ケ 服薬指導の要点

現行の「手帳」の要件と同じ。

コ 手帳活用の有無 (手帳を活用しなかった場合はその理由と患者への指導の有無。また、複数の手帳を所有しており1冊にまとめなかった場合は、その理由)

サ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点

シ 指導した保険薬剤師の氏名

現行の「薬剤服用歴管理指導料の薬剤服用歴の記録」とほぼ同じ。変更点に赤下線

## 重複投薬・相互作用等防止加算

### 改定のポイント

※ 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、調剤管理料の評価に見直されます。

#### 調剤管理料

### 新 重複投薬・相互作用等防止加算

- 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

現行 薬剤服用歴管理指導料  
重複投薬・相互作用等防止加算  
40点  
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。
- 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又は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。
- 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は算定不可。

3月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数うち、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が50%以下

## 調剤管理加算



## 改定のポイント

※ 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、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が新設されます。

調剤管理料

新

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

届出不要

屯服は含めない

## [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又はその家族等に対して、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。
- 調剤後も患者の服用薬や服薬状況に関する情報等を把握し、必要に応じ処方医に情報提供する。
- 確認した服薬状況等の情報及び薬学的分析の要点について薬剤服用歴等に記載する。

適切な手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局は算定不可。

## [施設基準]

重複投薬等の解消に係る取組の実績を有している保険薬局であること。

過去1年間に服用薬剤調製支援料を1回以上算定した実績

## 電子的保健医療情報活用加算



## 改定のポイント

※ 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が新設されます。

調剤管理料

新

電子的保健医療情報活用加算 3点（月1回）

適切な手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局は算定不可。

## [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]

- (1) 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、オンライン資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。
  - (2) オンライン資格確認により、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。
- (1)を算定した患者に(2)を算定しようとする場合、「3月に1回」は(1)も含めて判断する。
  - 患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等に該当し、(2)を算定した患者については、(2)を算定した日以降は、(1)の要件を満たせば算定できる。
  - オンライン資格確認により得られる薬剤情報及び特定健診情報等を薬剤服用歴等に記載する。

## [施設基準]

- レセプトのオンライン請求を行っていること。
- オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- 電子資格確認に関する事項について、薬局の見やすい場所に掲示していること。



## 服薬管理指導料

### 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 それ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入所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 |

up ↑

### 現行

- |            |     |
|------------|-----|
| 薬剤服用歴管理指導料 | 43点 |
|            | 57点 |
|            | 43点 |
|            | 43点 |

### 改定のポイント

※ 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が新設されます。

### 【算定要件の主な変更点】

	改定後	現行
	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。	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。
□	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。	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。
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。	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。
新 へ	処方された薬剤について、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。	(新設)

## 服薬管理指導料

### 【追加された算定要件】

#### 継続的服薬指導

薬剤師が、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的な確認のため、必要に応じて指導等を実施すること。

ア 薬剤師が、患者の服用している薬剤の特性や患者の服薬状況等に応じてその必要性を個別に判断した上で適切な方法で実施すること。

イ 薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、(3)のイに掲げる内容について、薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。

ウ 患者に対して実施した指導等を行った場合は、その要点について薬剤服用歴等に記載すること。

エ 電話や情報通信機器を用いた方法により実施して差し支えないが、患者等に電子メールを一律に一斉送信すること等をもって対応することは、継続的服薬指導を実施したことにはならず、個々の患者の状況等に応じて対応する必要があること。

オ 継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップの手引き」（日本薬剤師会）等を参考とすること。

- 患者の体質（アレルギー歴、副作用歴等を含む）、薬学的管理に必要な患者の生活像及び後発医薬品の使用に関する患者の意向
- 疾患に関する情報（既往歴、合併症及び他科受診において加療中の疾患に関するものを含む。）
- 併用薬（要指導医薬品、一般用医薬品、医薬部外品及び健康食品を含む。）等の状況及び服用薬と相互作用が認められる飲食物の摂取状況
- 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- 患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）及び患者又はその家族等からの相談事項の要点

## 服薬管理指導料

### 改定のポイント

※ 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、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が新設されます。

**新** 服薬管理指導料の特例 **59点**  
(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)

up ↑

#### [算定要件]

- 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に対して、やむを得ない事情により、患者の同意を得て、かかりつけ薬剤師と、かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が連携して、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。
- かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師は1名まで。

あらかじめ別紙様式2を参考に作成した文書で患者の同意を得る  
(かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師の氏名を記載する)

#### [施設基準]

「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。

- 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。
- 当該保険薬局に継続して1年以上在籍していること。

## 調剤後薬剤管理指導加算

服薬管理指導料  
調剤後薬剤管理指導加算 **60点** up ↑

現行 薬剤服用歴管理指導料  
調剤後薬剤管理指導加算 30点

### 改定のポイント

※ 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、評価が見直されます。

#### [算定要件]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局において、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医療機関の求めに応じて、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、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、服薬情報等提供料は算定できない。

算定要件変更なし



次のいずれかに該当する患者

- ・新たにインスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤が処方されたもの
- ・インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤に係る投薬内容の変更が行われたもの

## 服薬情報等提供料

### 改定のポイント

※ 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、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が新設されます。

服薬情報等提供料

**新** 服薬情報等提供料 3 50点（3月に1回）

特別調剤基本料を算定する薬局から敷地内の医療機関への服薬情報等提供料は算定不可

#### [算定要件]

- 入院前の患者に係る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、患者の服用薬の情報等について、患者若しくはその家族等への聞き取り又は他の薬局若しくは医療機関への聞き取り等により一元的に把握し、必要に応じて患者が薬局に持参した服用薬の整理を行うとともに、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。
- 医療機関の求めについては、患者が入院を予定している医療機関からの求めのほか、患者が受診している他の医療機関からの求めを含む。
- 患者の服用薬等については、当薬局で調剤した薬剤、他の薬局で調剤された薬剤、医療機関で院内投薬された薬剤等を一元的に把握すること。
- 算定に当たっては、別紙様式1-2又はこれに準ずるものを用いて、以下の内容について医療機関への情報提供を行うこと。
  - ・ 受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報
  - ・ 服用中の薬剤の一覧・患者の服薬状況・併用薬剤等の情報

## 服薬情報等提供料

### 《別紙様式1-2》

(別紙様式1-2)

### 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先保険医療機関名：○○病院  
担当者：薬剤部 ○○ ○○ 殿

令和 年 月 日  
情報提供元薬局の所在地及び名称  
電 話  
(FAX)  
保険薬剤師氏名 印

◎月▲日より入院予定の△△△△様の服用薬について、ご報告いたします。

患者氏名  
性別(男・女) 生年月日 年 月 日生( 歳)  
電話番号  
住所  
最終調剤日：○○年○○月○○日

特記事項：◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。

以下のとおり、情報提供いたします。

1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	備考
1	○○病院		
2	△△クリニック		
3			
4			
5			

2 現在服用中の薬剤の一覧  
※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

「1」の処方医療機関の番号	医薬品名	用法・用量	服用開始時期	処方状態(粉砕、一包装等)	入院時持参予定数(日分)	備考

医師の指示による 入院前中止薬	
自己調剤している薬	
3 患者の服薬状況(アドヒアランス及び残薬等)	
服薬管理者 (当てはまるものに☑)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他( )
服薬状況に関する留意点	
退院時の処方の際に お願いしたいこと	
4 併用薬剤等(要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。)の情報	
5 その他	

[記載上の注意]

- 1 保険医療機関への情報提供にあたっては、「1」、「2」及び「3」を記載した上で、必要に応じて「4」又は「5」により、患者の処方状況を報告すること。
- 2 服薬管理を行っている者について、当てはまる項目に☑を付けること
- 3 必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
- 4 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 5 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。

## 小児特定加算



### 改定のポイント

※ 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が新設されます。

服薬管理指導料

新

小児特定加算 350点

#### [算定対象]

児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である18歳未満の患者

#### [算定要件]

- 調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、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、指導の内容等を手帳に記載した場合には、小児特定加算として、350点を所定点数に加算する。
- 小児特定加算は、次に掲げる薬学的管理及び指導を行った場合に算定する。
  - ア 患者の服薬状況及び服薬管理を行う際の希望等について、患者又はその家族等から聞き取り、患者の薬学的管理に必要な情報を収集する。
  - イ アにおいて収集した情報を踏まえ、薬学的知見に基づき調剤方法を検討し調剤を行うとともに、服用上の注意点や適切な服用方法等について服薬指導を行う。
- 小児特定加算を算定した処方箋中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。
- 確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴等及び手帳に記載する。
- 乳幼児服薬指導加算と併算定不可。

※ かかりつけ薬剤師指導料についても同様。



## 小児特定加算

在宅患者訪問薬剤管理指導料

新

小児特定加算 450点（1回につき）

#### [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18歳未満の患者

#### [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は、小児特定加算として、1回につき450点を所定点数に加算する。
- 乳幼児加算と併算定不可。

※ 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。





## 外来服薬支援料



### 改定のポイント

※ 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、患者の服薬管理を支援した場合の評価が新設されます。

#### 外来服薬支援料

1 外来服薬支援料 1	185点
2 外来服薬支援料 2	
イ 42日分以下の場合	投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数
ロ 43日分以上の場合	240点

現行

外来服薬支援料 185点

現行の一包化加算と同じ点数

### [2の算定要件]

- 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医師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。
- 薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後に一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を薬剤服用歴等に記載する。

現行は「調剤録等」

※ 外来服薬支援料1は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。



## 服用薬剤調整支援料



### 改定のポイント

※ 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されます。

#### 服用薬剤調整支援料

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

現行

服用薬剤調整支援料  
2 服用薬剤調整支援料 2 100点

### [服用薬剤調整支援料2のイに関する施設基準]

施設基準を満たせば、届出不要

- (1) 重複投薬等の解消に係る実績として、内服を開始して4週間以上経過した内服薬6種類以上を薬局で調剤している患者に対して、当薬局の薬剤師が処方医に減薬の提案を行った結果、当薬局で調剤している内服薬の種類数が2種類以上（うち少なくとも1種類は当薬局の薬剤師が提案したものとする。）減少し、その状態が4週間以上継続したことが過去一年間に1回以上あること。
- (2) 前年3月1日から当年2月末日までの重複投薬等の解消に係る実績をもって該当性を判断し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。ただし、前年3月1日から当年1月末日までに新規指定された薬局の場合は、指定された日に属する月の翌月から、当年2月末日までの実績をもって該当性を判断する。
- (3) (1)について、服用薬剤調整支援料1を算定していない場合においても、重複投薬等の解消に係る提案及び実績について、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、提案の記録については、提案に係る文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存することで差し支えない。



## 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算



## 改定のポイント

※ 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、評価が新設されます。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

新

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 250点（1回につき）

届出

## 【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は、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算として、1回につき250点を所定点数に加算する。
- 麻薬管理指導加算は併算定不可。

## 【施設基準】

- (1) 麻薬小売業者の免許を受けていること。（麻薬及び向精神薬取締法第三条）
- (2) 高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。（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）

※ 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

## 【その他の算定要件】

- 患者が麻薬の投与に使用している高度管理医療機器について、保健衛生上の危害の発生の防止に必要な措置を講ずること。
- 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、麻薬の投与状況、残液の状況、保管状況、残液の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等について情報提供すること。
- 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。
- 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に通常の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
  - ・ 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、投与状況、残液の状況、併用薬剤、疼痛緩和等の状況、麻薬の継続又は増量投与による患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無などの確認等）
  - ・ 訪問に際して行った患者又はその家族等への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残液の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
  - ・ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の投与状況、疼痛緩和及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点
- 患者又はその家族等から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴等に添付することで差し支えない。）

## 在宅中心静脈栄養法加算



### 改定のポイント

※ 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、評価が新設されます。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

新

在宅中心静脈栄養法加算 150点（1回につき）

届出

### 【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、副作用の有無等について患者又はその家族に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、在宅中心静脈栄養法加算として、1回につき150点を所定点数に加算する。

### 【施設基準】

高度管理医療機器の販売業の許可を受けている（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）

または

管理医療機器の販売業の届出を行っている（同法第三十九条の三第一項）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。

## 在宅中心静脈栄養法加算

### 【その他の算定要件】

- 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅中心静脈栄養法を行っている患者に係る薬学的管理指導の際に、患者を訪問し、患者の状態、投与環境その他必要な事項等の確認を行った上で、患者又はその家族等に対して保管方法、配合変化防止に係る対応方法等の必要な薬学的管理指導を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。
- 患者に対し2種以上の注射薬が同時に投与される場合には、中心静脈栄養法に使用する薬剤の配合変化を回避するために、必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、当該患者が使用する注射剤に係る配合変化に関する留意点、輸液バッグの遮光の必要性等について情報提供する。
- 在宅中心静脈栄養法加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。
- 在宅中心静脈栄養法加算を算定するためには、薬剤服用歴等に通常の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。
  - ・ 訪問に際して実施した在宅患者中心静脈栄養法に係る薬学的管理指導の内容（輸液製剤の投与状況、保管管理状況、残薬の状況、栄養状態等の状況、輸液製剤による患者の体調の変化（副作用が疑われる症状など）の有無、薬剤の配合変化の有無などの確認等）
  - ・ 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（輸液製剤に係る服薬指導、適切な保管方法の指導等）
  - ・ 処方医及び関係する医療関係職種に対して提供した訪問結果、輸液製剤の保管管理に関する情報（輸液製剤の投与状況、栄養状態及び患者の服薬中の体調の変化（副作用が疑われる症状など）等の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

## 在宅患者訪問薬剤管理指導料

### 改定のポイント

- ※ 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が対象に加えられます。

#### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

##### [算定要件の変更点]

在宅療養を担う医療機関の医師と連携する他の医師の求めにより、患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行った場合は、当該医師に加え、当該患者の在宅療養を担う医療機関の医師にも必要な情報提供を文書で行うこと。また、在宅療養を担う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。

#### 【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

##### [算定要件の変更点]

1及び2について、訪問薬剤管理指導を実施している薬局の薬剤師が、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、患者の在宅療養を担う医療機関の医師又は当該医療機関と連携する他の医療機関の医師の求めにより、患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

- ※ 在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。

## 退院時共同指導料

### 改定のポイント

- ※ 患者が入院している医療機関における参加職種の範囲が医療機関における退院時共同指導料の要件に合わせて拡大されます。
- ※ 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が緩和されます。

#### 【参加職種】

入院中の医療機関の医師又は保健師、助産師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士

#### 【算定要件】

- 医療機関に入院中の患者について、患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う薬局として患者が指定する薬局の薬剤師が、原則として患者が入院している医療機関（以下「入院医療機関」という。）に赴いて、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、入院医療機関の医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。
- 退院時共同指導料の共同指導は、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。

- ※ 情報通信機器の利用に係る要件の見直しについては、在宅患者緊急時等共同指導料についても同様。



- 退院時共同指導料の共同指導は対面で行うことが原則
- 薬局又は入院医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合は、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。
- 患者に対する診療等を行う医療関係職種等の3者（薬局の薬剤師を含む。）以上が参加しており、そのうち2者以上が入院医療機関に赴き共同指導を行っている場合に、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。



## オンライン服薬指導（外来）

### 改定のポイント

※ 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、要件及び評価が見直されます。

#### 服薬管理指導料

- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合
- イ 原則3月以内に再度処方箋を提出した患者に対して行った場合 45点
  - ロ イの患者以外の患者に対して行った場合 59点

up ↑

#### 現行

- 薬剤服用歴管理指導料
- 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 43点

#### [算定要件]

4については、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、4のイの患者であ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、4のロにより算定する。

#### [主な変更点]

	改定後	現行
対象患者	限定なし	・ オンライン診療により処方箋が交付された患者 ・ 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料を算定した患者
算定回数	限定なし	月1回
加算算定	算定可	算定不可
算定割合	限定なし	オンライン服薬指導は1割以下

## オンライン服薬指導（在宅）

### 改定のポイント

※ 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が見直されます。

- 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 59点

up ↑

#### 現行

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料  
在宅患者オンライン服薬指導料 57点

#### [算定要件]

在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬学的管理及び指導（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン薬剤管理指導料として、患者1人につき、1から3までと合わせて月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回）に限り59点を算定する。また、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。

新

- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料  
在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 59点

現行 月1回限定

現行 週40回、オンライン月10回限定

新

- 在宅患者オンライン薬剤管理指導料、在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料
- 麻薬管理指導加算 22点  
乳幼児加算 12点  
小児特定加算 350点
- （処方箋受付1回につき）
- ← 外来と同じ点数

# リフィル処方箋

## 改定のポイント

- ※ 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が設けられます。
- ※ 処方箋様式がリフィル処方箋に対応可能な様式に変更されます。

### 【対象患者】

医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

## 新たな処方せん様式（案）

リフィル可  ( 回 )

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

□1回目調剤日（ 年 月 日） □2回目調剤日（ 年 月 日） □3回目調剤日（ 年 月 日）  
 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）

# リフィル処方箋

## 【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箋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旨を説明すること。
- (8) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回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。

## 《参考》医療機関の診療報酬 — 処方箋料



## 改定のポイント

※ リフィル処方箋により処方を行った場合、処方箋料の要件が見直されます。

## 【処方箋料】

## 【算定要件】

注2 初診料の注2又は注3、外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上<sup>1</sup>の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

ただし、リフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。

- 注2 特定機能病院、地域医療支援病院で紹介率が低い病院  
一般病床数が200床以上の紹介受診重点医療機関で紹介率が低い病院  
注3 許可病床数が400床以上である病院で紹介率が低い病院

## 医薬品



## 改定のポイント

※ 医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数が、1処方につき70枚までから63枚までに変更されます。

## 改定後

1処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合  
調剤料、処方料、薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、  
処方箋料、調剤技術基本料は、算定しない。  
ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、  
やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方  
箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

## 現行

70枚

参考資料

✳ 服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目	算定回数	服薬管理指導料					かかりつけ薬剤師包括管理料	
		手帳減算に該当する場合	他の薬剤師が対応した場合	かかりつけ薬剤師と連携する	かかりつけ薬剤師指導料	かかりつけ薬剤師包括管理料	○	×
調剤管理料の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×	
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×	
	電子的保健医療情報活用加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×	
服薬管理指導料の加算	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×	
	特定薬剤管理指導加算1	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×	
	特定薬剤管理指導加算2	月1回まで	○	×	○	○	×	
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×	
	小児特定加算	処方箋受付ごと	○	×	○	○	×	
	吸入薬指導加算	3月に1回まで	○	×	○	×	×	
	調剤後薬剤管理指導加算	月1回まで	○	×	○	×	×	
	経管投薬支援料	1回まで	○	○	○	○	○	
外来服薬支援料1	月1回まで	○	○	○	○	×		
外来服薬支援料2	処方箋受付ごと	○	○	○	○	×		
服用薬剤調整支援料1	月1回まで	○	○	○	○	×		
服用薬剤調整支援料2	3月に1回まで	○	○	○	○	×		
服薬情報等提供料1	月1回まで	○	○	○	×	×		
服薬情報等提供料2	月1回まで ※1	○	○	○	×	×		
服薬情報等提供料3	3月に1回まで	○	○	○	×	×		
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×		

✳ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目	算定回数	在宅患者訪問薬剤管理指導料					在宅患者緊急時等共同指導料	
		在宅患者オンライン薬剤管理指導料 ※2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 ※2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 ※2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料 ※2	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	○
調剤管理料の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×	
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	
	電子的保健医療情報活用加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	
在宅患者訪問薬剤管理指導料等の加算	麻薬管理指導加算	1回ごと	○	△	○	△	○	
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1回ごと	○	×	○	×	○	
	乳幼児加算	1回ごと	○	△	○	△	○	
	小児特定加算	1回ごと	○	△	○	△	○	
	在宅中心静脈栄養法加算	1回ごと	○	×	○	×	○	
	経管投薬支援料	1回まで	○	○	○	○	○	
外来服薬支援料1	月1回まで	×	×	×	×	×		
外来服薬支援料2	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○		
服用薬剤調整支援料1	月1回まで	○	○	○	○	○		
服用薬剤調整支援料2	3月に1回まで	○	○	○	○	○		
服薬情報等提供料1	月1回まで	×	×	×	×	×		
服薬情報等提供料2	月1回まで ※1	×	×	×	×	×		
服薬情報等提供料3	3月に1回まで	×	×	×	×	×		
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○		
経管投薬支援料	1回まで	○	○	○	○	○		

参考資料

✳ 同一月内における服薬情報等提供料及び在宅患者訪問薬剤管理指導料と他の薬学管理料の算定の可否

項目	算定回数	在宅患者訪問薬剤管理指導料	
		服薬情報等提供料 1, 2, 3	在宅患者訪問薬剤管理指導料
服薬管理指導料	処方箋受付ごと	○	
かかりつけ薬剤師指導料	処方箋受付ごと	×	×
かかりつけ薬剤師包括管理料	処方箋受付ごと	×	※4
調剤管理料の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	○
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○
	電子的保健医療情報活用加算	処方箋受付ごと	○
服薬管理指導料の加算	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○
	特定薬剤管理指導加算1	処方箋受付ごと	○
	特定薬剤管理指導加算2	月1回まで	○※3
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○
	小児特定加算	処方箋受付ごと	○
	吸入薬指導加算	3月に1回まで	○※3
	調剤後薬剤管理指導加算	月1回まで	○※3
	経管投薬支援料	患者ごとに1回のみ	○
外来服薬支援料1	月1回まで	○	×
外来服薬支援料2	処方箋受付ごと	○	○
服用薬剤調整支援料1	月1回まで	○	○
服用薬剤調整支援料2	3月に1回まで	○※3	○

※1 患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。

※2 在宅患者オンライン薬剤管理指導料及び在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の算定に当たっては、麻薬管理指導加算、乳幼児加算及び小児特定加算は外来における点数を算定する。(△で表示)

※3 当該薬学管理料の算定に係る保険医療機関への情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。

※4 訪問薬剤管理指導の薬学的管理指導計画に係る別の疾病又は負傷に係る臨時的処方を行った場合を除く。



## 施設基準の届出



以下の項目については、令和4年4月以降に当該点数を算定するために届出が必要

### 新たに施設基準が創設されたもの

- 調剤基本料3のハ (様式84)
- 地域支援体制加算2・3 (様式87の3、87の3の2、87の3の3)
- 連携強化加算 (様式87の3の4)
- 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 (様式89)
- 在宅中心静脈栄養法加算 (様式89)



令和4年4月1日から  
算定を行うためには、  
**令和4年4月20日**  
**(水曜日) 必着**



### 施設基準が改正されたもの

- 調剤基本料3のロ：
  - 区分の変更がない場合は届出不要 (様式84)
- 後発医薬品調剤体制加算1～3：
  - 区分の変更がない場合も届出が必要 (様式87)
- 地域支援体制加算4：
  - 令和4年度改定で地域支援体制加算(調剤基本料1以外の場合)の実績要件について、「薬剤師1人当たり」から「処方箋1万枚当たり」に変更しており、当該加算を算定している場合であっても地域支援体制加算4を算定するためには届出が必要。(様式87の3、87の3の3)
- 地域支援体制加算1：
  - 令和4年度改定で在宅薬剤管理の実績に係る要件が改正されているが、令和4年3月末日時点で、地域支援体制加算(調剤基本料1の場合)の届出をしている薬局において、地域支援体制加算1の要件を満たして令和4年4月以降に当該加算を算定する場合は届出不要。(様式87の3、87の3の2)
  - ※ 在宅薬剤管理の実績に係る要件については令和5年3月末日までの経過措置を実施。
  - ※ 地域支援体制加算に係る経過措置については、令和5年3月末日に経過措置期間が終了することから、その時点で別途届出が必要となる予定。

## 施設基準の届出における主な実績要件の取扱い

### 新規の場合

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

### 継続の場合

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

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

## 減算に係る実績要件の取扱い（令和2年度改定から変更なし）

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

「定例報告」は、7.1報告をさす。