

# 日医工MPI行政情報

<https://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

## 2020年度診療報酬改定 「答申」から（調剤抜粋版・ほぼ骨子順）

作成：日医工株式会社 吉川信弘 吉井優実

（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4310 山岸義彦

（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345 寺坂裕美

作成：監修

（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4828 長岡俊広

(2020年2月17日)コメントを追加しました。

資料No.20200217-1035(1)

本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

提案のみでも算定可の評価を追加新設

# 服用薬剤調整支援料

改定前	改定後
<p><b>服用薬剤調整支援料 125点 (月1回)</b> <b>(新設)</b></p> <p>注 6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。</p> <p><b>(新設)</b></p>	<p>1 服用薬剤調整支援料 1 125点 (月1回)  <b>2 服用薬剤調整支援料 2 100点 (3月に1回まで)</b></p> <p>注1 1については、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。                  2 2については、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。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、<b>3月に1回に限り</b>所定点数を算定する。</p>

6種類以上の内服薬が処方されている患者の求めに基づき、患者が服用中の薬剤について、重複投薬等の状況を含めた一元的把握を行い、処方医に重複投薬の解消に係る提案を行った場合

調剤13の2

調剤13の3

# かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料

現行	改定案
<p>【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】                      [施設基準]                      (新設)</p> <p>施設基準にプライバシー配慮を追加</p> <p>[算定要件]                      (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。                      ア「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】                      [算定要件]                      (1) Ⅰ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>	<p>【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】                      [施設基準]                      患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、<b>患者のプライバシーに配慮</b>していること。</p> <p>[算定要件]                      (6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。                      ア「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施した上で患者の理解に応じた適切な服薬指導等を行うこと。</p> <p>【薬剤服用歴管理指導料】                      [算定要件]                      (1) Ⅰ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。<b>患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</b>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</p>

# かかりつけ薬剤師指導料

対物業務から対人業務への転換を進める観点から評価を引き上げ

現 行	改定案
<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 <b>73点</b></p> <p>注1～3 (略)</p> <p>4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、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を行ったときには、<b>特定薬剤管理指導加算</b>として、10点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p> <p>5・6 (略)</p>	<p>【かかりつけ薬剤師指導料】 <b>76点</b></p> <p>注1～3 (略)</p> <p>4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、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を行ったときには、<b>特定薬剤管理指導加算1</b>として、10点を所定点数に加算する。</p> <p>5 <u>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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、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、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、<b>特定薬剤管理指導加算2</b>として、<b>月1回に限</b><b>り100点</b>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。</u></p> <p>6・7 (略)</p>

# かかりつけ薬剤師包括管理料

対物業務から対人業務への転換を進める観点から評価を引き上げ

現行	改定案
<p>【かかりつけ薬剤師包括管理料】 <b>281点</b></p> <p>注1 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、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る。）、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、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>2（略）</p>	<p>【かかりつけ薬剤師包括管理料】 <b>291点</b></p> <p>注1 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、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る。）、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、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、<b>区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料</b>、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>2（略）</p>

今回新設された経管投薬支援料はかかりつけ薬剤師包括管理料に包括され、別途出来高で算定はできない



# 特定薬剤管理指導加算 2 (薬剤服用歴管理指導料)

## 改定案

### (新) 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算 2

100点 (月1回まで)

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、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、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、**特定薬剤管理指導加算 2**として、**月1回に限り100点**を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 1 5 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。

個別改定項目(短冊)に記載された内容。  
今後発出される通知で示される。

外来化学療法の患者に対する薬局薬剤師の取り組みを評価  
(医科では調剤薬局との取り組みを評価する「連携充実加算」が新設されている)

### [対象患者]

保険医療機関 (**連携充実加算を届出ている場合に限る**) において、抗悪性腫瘍剤が注射されている悪性腫瘍の患者であって、化学療法のレジメン (治療内容) 等について、文書により交付されているもの。

### [算定要件]

- (1) 保険医療機関で、抗悪性腫瘍剤を注射された患者について、当該患者の治療内容等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合であって、当該患者の同意を得た上で、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、当該保険医療機関に必要な情報を文書等により提供した場合には、**特定薬剤管理指導加算 2**として、**月1回に限り100点**を所定点数に加算する。
- (2) 当該加算における薬学的管理及び指導を行おうとする保険薬剤師は、原則として、保険医療機関のホームページ等でレジメン (治療内容) を閲覧し、あらかじめ薬学的管理等に必要な情報を把握すること。

①患者のレジメンの情報を活用し②患者への副作用対策の説明や支持療法に係る薬剤の服薬指導等を実施し③調剤後に電話等により服薬状況、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無を確認し④その内容を文書等により医療機関に情報提供を実施した場合を評価

# 特定薬剤管理指導加算 2 (薬剤服用歴管理指導料)

## 改定案

個別改定項目(短冊)に記載された内容。  
今後発出される施設基準通知で示される見込み。

### [施設基準]

特定薬剤管理指導加算 2 に規定する施設基準

- (1) 保険薬剤師としての勤務経験を5年以上有する薬剤師が勤務していること。
- (2) 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）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体制が整備されていること。
- (4) 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する薬剤師の少なくとも1名が年1回以上参加していること。

### [経過措置]

**令和2年9月30日まで**の間は、上記（4）の規定の基準を満たしているものとする。

### 【医科参考】充実連携加算(外来化学療法加算)

#### [施設基準]

- (1)、(2)、(4) (略)

#### **(3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、以下に掲げる体制が整備されていること。**

- ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）を当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
- イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を少なくとも年1回実施すること。
- ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からの患者のレジメン（治療内容）や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

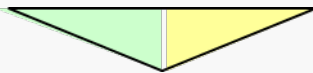
#### [経過措置]

令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間、上記（3）イの基準を満たしているものとする。

# 地域支援体制加算

かかりつけ機能の推進をさらに推進するため、地域支援体制加算の評価を引き上げ

現 行	改定案
<p>【地域支援体制加算】</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として所定点数に<b>35点</b>を加算する。</p>	<p>【地域支援体制加算】</p> <p><b>5</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、<b>地域支援体制加算</b>として、所定点数に<b>38点</b>を加算する。</p>
<p>[施設基準]</p> <p><b>(1) 地域医療に貢献する体制を有し、その活動における相当な実績を有していること。ただし、調剤基本料1を算定している保険薬局にあっては、本文の規定にかかわらず、次のいずれにも該当するものであること。</b></p>	<p>【地域支援体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p><b>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</b></p> <p><b>(1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 調剤基本料1を算定する保険薬局であること。</li> <li>ロ 地域医療への貢献に係る体制及び十分な実績を有していること。</li> </ul> <p><b>(2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 調剤基本料1以外を算定する保険薬局であること。</li> <li>ロ 地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。</li> </ul> <p>(調剤基本料1を算定する保険薬局)  <b>調剤基本料1を算定している保険薬局については、下記の5つの要件のうち4つ以上を満たすこと(ただし、①～③は必須とする。)</b></p>





【Ⅱ - 10薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 - ①】

地域医療に貢献する薬局の評価

調剤00注5

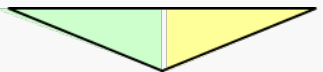
# 地域支援体制加算(調剤基本料1)

調剤基本料1を算定する保険薬局の基準に実績④⑤を追加  
 [改定前] 3/3 (イ,ロ,ハ)  
 [改定後] 4/5 (必須①②③ + ④or⑤)

現行	改定案
<p>イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）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。</p> <p><b>ロ 在宅患者に対する薬学的管理及び指導について、実績を有していること。</b></p> <p>②在宅実績年1回以上⇒月平均1回以上。患者のための薬局ビジョンのKPIに基づき改定</p> <p>ハ <b>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こと。</b> <b>(新設)</b></p> <p>②サポート薬局としての業務もカウント可。(同一グループ薬局へのサポートは不可)</p> <p><b>(新設)</b></p> <p>患者のための薬局ビジョンのKPIに基づき追加。                  ④医療機関への情報提供実績                  ⑤研修規定と連携会議出席義務</p>	<p>① 麻薬及び向精神薬取締法（昭和二十八年法律第十四号）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。</p> <p>② <b>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数12回以上（在宅協力薬局（現「サポート薬局」）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））</b></p> <p>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こと。</p> <p>④ <b>患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績12回以上（服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む）</b></p> <p>⑤ <b>薬剤師研修認定制度等の研修を修了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</b></p>

[経過措置]

調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用することとし、令和3年3月31日までの間はなお従前の例による。



本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 地域支援体制加算（調剤基本料1以外）

調剤基本料1以外  
 [改定前] 8/8 (①~⑧)  
 [改定後] 8/9 (①~⑨ = ⑨は薬局の実績)

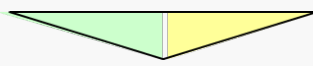
現行	改定案
<p>(調剤基本料1以外を算定する薬局)                      地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、常勤薬剤師一人当たり、当該加算の施設基準に係る届出時の直近1年間に、以下の①から⑧までの<u>全ての実績を有すること</u>。</p> <p>届出が困難な要因項目として1番多かったため、要件緩和された。</p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上                      ② <b>麻薬指導管理加算の実績</b> 10回以上                      ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上                      ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上                      ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上                      ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上                      ⑦ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理の実績 12回以上</p> <p>新設の服用薬剤調整支援料2もカウントできるかは、3/5の施設基準通知にて要確認。</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上</p> <p><b>(新設)</b></p>	<p>(調剤基本料1以外を算定する薬局)                      地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績として、以下の①から⑨までの<u>9つの要件のうち8つ以上を満たすこと</u>。                      この場合において、①から⑧までは常勤薬剤師一人当たりの直近1年間の実績、⑨は薬局当たりの直近の1年間の実績とする。</p> <p>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上                      ② <b>調剤料の麻薬加算算定回数</b> 10回以上                      ③ 重複投薬・相互作用等防止加算等の実績 40回以上                      ④ かかりつけ薬剤師指導料等の実績 40回以上                      ⑤ 外来服薬支援料の実績 12回以上                      ⑥ 服用薬剤調整支援料の実績 1回以上                      ⑦ 単一建物診療患者が1人の場合の在宅薬剤管理の実績 12回以上</p> <p><b>(在宅協力薬局(現「サポート薬局」)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))</b></p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上  <b>(服薬情報等提供料に加え、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、同等の業務を行った場合を含む)</b></p> <p>⑨ <b>薬剤師研修認定制度等の研修を修了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</b></p>

要件緩和

# 調剤基本料(分割調剤)

医師の指示による分割調剤を実施する場合の服薬情報等提供料の算定は分割回数で割らず、通常の点数(30点)を算定する。

現行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。</p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注8及び注9に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方箋を交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料（「<b>区分番号15の5</b>」に掲げる服薬情報等提供料を除く。）は、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を1分割調剤につき算定する。</p>



本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

## 服薬情報等提供料(分割調剤)

現行	改定案
<p>【服薬情報等提供料】 [算定要件] イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合</p>	<p>【服薬情報等提供料】 [算定要件] イ 「区分番号00」の調剤基本料の「注9」に掲げる分割調剤において、2回目以降の調剤時に患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、処方医に対して情報提供を行った場合 <b><u>この場合において、残薬の有無、残薬が生じている場合はその量及び理由、副作用の有無、副作用が生じている場合はその原因の可能性のある薬剤の推定及びその他処方医に伝達すべき事項を情報提供するものとする</u></b></p>

医師の指示による分割調剤で2回目以降の調剤時に残薬等の情報提供を義務化

本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



## 吸入薬指導加算(薬剤服用歴管理指導料)

改定案

(新) **薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算** **30点**

9 喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、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、患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、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、**吸入薬指導加算として、3月に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。

喘息等の患者に対して、

- ①医師の求めなどに応じて(【医師の求め→患者の同意】又は【患者(家族)の求め→医師の了解】)
- ②吸入薬の使用方法について、文書での説明に加えて、練習用吸入器を用いた実技指導を行い
- ③その指導内容を医療機関に提供した場合を評価

# 経管投薬支援料

改定案

(新) 経管投薬支援料

100点

注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている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、患者の同意を得た上で、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に、**初回に限り**算定する。

経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を開始する場合について、医師の求めなどに応じて薬局が必要な支援を行った場合を評価

- (1)医師の求め→患者の同意  
又は
- (2)患者(家族)の求め→医師の了解

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(薬剤服用歴管理指導料)

改定案	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
<p>(新) <b>薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算</b></p> <p>10 区分番号 0 0 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、インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤を使用している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、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、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、<b>調剤後薬剤管理指導加算として、月 1 回に限り30点</b>を所定点数に加算する。この場合において、区分番号 1 5 の 5 に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</p>	<b>30点</b>

インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤を使用している糖尿病患者が対象

- ① 医師の求めなどに応じて
- ② **地域支援体制加算**を届け出ている薬局が
- ③ 調剤後も副作用の有無の確認や服薬指導等を行い
- ④ その結果を医師に情報提供した場合を評価

本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

【Ⅱ-10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 - ②】  
 【Ⅱ-1 かかりつけ機能の評価 - ⑤】

薬局における対人業務の評価の充実

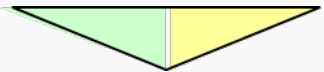
同一薬局の利用推進

# 薬剤服用歴管理指導料

点数が低くなる再来局の期間を「原則6ヶ月以内」から「原則3ヶ月以内」に短縮。  
 同一薬局利用による点数格差が12点(53-41)から14点(57-43)に拡大。

評価を引き上げ

現行	改定案
<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b></p> <p>1 原則 <b>6月</b>以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 <b>41点</b></p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <b>53点</b></p> <p>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 <b>41点</b></p> <p><b>(新設)</b></p> <p>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、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。</p>	<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b></p> <p>1 原則 <b>3月</b>以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 <b>43点</b></p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <b>57点</b></p> <p>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 <b>43点</b></p> <p>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合 <b>43点</b></p> <p>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、<b>1の患者であって手帳を持参していないもの</b>に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、<b>2により</b>算定する。</p>



「調剤基本料1以外」も再来局による低い点数の算定が可能となった。



【Ⅱ-10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 - ②】  
 【Ⅱ-1 かかりつけ機能の評価 - ⑤】

薬局における対人業務の評価の充実

同一薬局の利用推進

## 薬剤服用歴管理指導料

現行	改定案
<p>[算定要件]</p> <p>(1) <u>Ⅰ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</u></p> <p><b>(新設)</b></p>	<p>[算定要件]</p> <p>(1) <u>Ⅰ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。<b>患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。</b>また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。</u></p> <p><b>(13) 保険薬局や保険医療機関等の中で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する薬局があれば、その名称を手帳に記載するよう患者に促すこと。</b></p>

残薬についてお薬手帳による医療機関への情報提供を推進する規定を追加（かかりつけ薬剤師指導料も同じ）

患者が普段利用する薬局の名称をお薬手帳に記載するよう患者に促す規定を追加

# 調剤料

薬局における対人業務の評価の充実

調剤料は「1日分」の算定をやめて、区分ごとに定額化

現行	改定案
【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】	【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】
<b>イ 14日分以下の場合</b>	<b>イ 7日目以下の場合 28点</b>
(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点	<b>ロ 8日目以上14日以下の場合 55点</b>
(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点	
<b>ロ 15日分以上21日分以下の場合 67点</b>	<b>ハ 15日分以上21日分以下の場合 64点</b>
<b>ハ 22日分以上30日分以下の場合 78点</b>	<b>ニ 22日分以上30日分以下の場合 77点</b>
<b>ニ 31日分以上の場合 86点</b>	<b>ホ 31日分以上の場合 86点</b>

「7日目以下」と「8日目以上14日以下」をそれぞれ定額化した。  
2018年度実績（日数倍）の平均値から、1点から6点ほど低く設定

7日分については35点(5点×7日)から28点に(7点減)  
14日分については63点((5点×7日)+(4点×7日))から55点に(8点減)

【Ⅱ-10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 - ③】  
 【Ⅱ-1 かかりつけ機能の評価 - ⑤】

調剤00

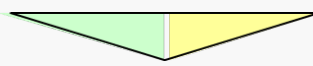
調剤基本料の見直し

# 調剤基本料

特別調剤基本料以外は点数維持

現行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>調剤基本料 1 42点</p> <p>調剤基本料 2 26点</p> <p>調剤基本料 3</p> <p>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 <b>4万回</b> 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>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<b>11点</b>を算定する。</p> <p><b>（新設）</b></p>	<p>【調剤基本料】</p> <p>調剤基本料 1 42点</p> <p>調剤基本料 2 26点</p> <p>調剤基本料 3</p> <p>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 <b>3万5千回</b> 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>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<b>9点</b>を算定する。</p> <p><b>注3 2以上の保険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、当該処方箋のうち、受付が2回目以降の調剤基本料は、注1及び注2の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。</b></p>

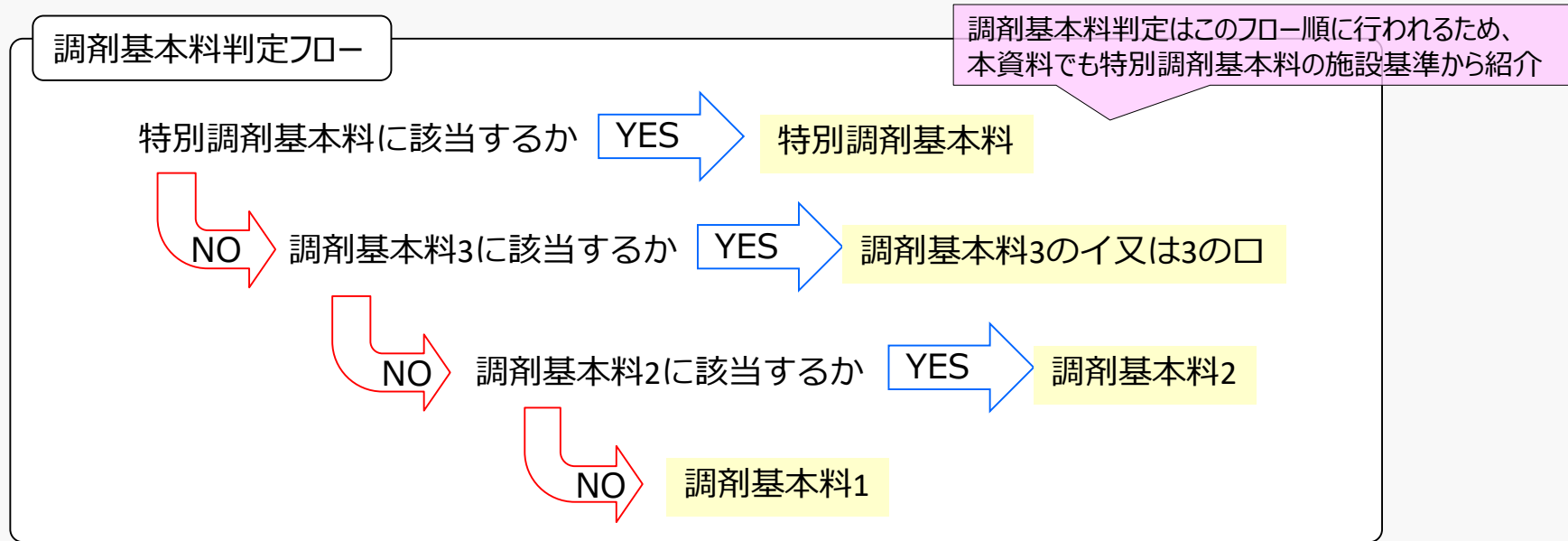
同一患者から異なる医療機関の処方箋をまとめて複数枚受け付けた場合の減算規定を新設



本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

調剤基本料の見直し

# 特別調剤基本料



現行	改定案
<p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること</p> <p>(1) <b>病院である保険医療機関</b>と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が<b>9割5分</b>を超えること。</p>	<p>2の2 調剤基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <b>保険医療機関</b>と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局 <b>(当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関(診療所に限る。)が所在している場合を除く。)</b>であって、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が<b>7割</b>を超えること。</p>
<p>診療所と不動産取引等その他の特別な関係がある薬局も対象になる。</p>	<p>11点⇒9点</p> <p>医療モールやビル診内薬局は対象外とされるが、1医療機関1薬局の場合も除外されるか？</p>
	<p>集中率は95%超⇒70%超と厳格化</p>

本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。



## 調剤基本料 3

現 行	改定案 <span style="float: right;">21点</span>
<p>(3) 調剤基本料3のイの施設基準  <u>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1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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。</u>  <u>（新設）</u></p> <p>イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が8割5分を超えること。</p> <p>ロ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</p>	<p>(3) 調剤基本料3のイの施設基準  <u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">同一グループ薬局の受付回数3万5千回超4万回以下の場合も集中率又は医療機関との不動産賃貸借関係により3のイに該当</p> <p>イ <u>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1月に3万5千回を超え、4万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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9割5分を超えること</u></p> <p>ロ <u>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1月に4万回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局（2の2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8割5分を超えること。</u></p> <p>ハ <u>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1月に3万5千回を超え、40万回以下のグループに属する保険薬局2の2の（1）に該当するものを除く。）のうち、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。</u></p>

4万回超40万回以下のグループは基準に変更なし

調剤基本料3のロ(40万回超グループ:16点)の基準は変更なし

## 調剤基本料 2

現行	改定案
<p>[施設基準] (2) 調剤基本料 2 の施設基準 <b>(新設)</b></p> <p>受付回数1,800回超・集中度95%超薬局が調剤基本料2の基準として追加</p> <p><b>ハ</b> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあつては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。（イ又は□に該当する場合を除く。）</p>	<p>[施設基準] <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">26点</span></p> <p>(2) 調剤基本料 2 の施設基準</p> <p><b>ハ</b> <u>処方箋の受付回数が1月に1,800回を超えること。</u> <u>（イ又は□に該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が9割5分を超える場合に限る。）</u></p> <p><b>ニ</b> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合にあつては、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。）が1月に4千回を超えること。（イ、□又はハに該当する場合を除く。）</p> <p>※ <b>ホも同様。</b></p>

現行の基準は変更なし  
 イ(受付回数4,000回超・集中度70%超)  
 □(受付回数2,000回超・集中度85%超)  
 ニ(医療モール内薬局等)  
 ホ(同一グループで集中度が最も高い医療機関が同一の場合の受付回数合算)

【Ⅱ - 10 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた評価、薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価 - ③】

調剤00注4

調剤基本料の見直し

# 調剤基本料(50%減算)

現行	改定案
<p>[施設基準] (調剤基本料の注3に規定する保険薬局)</p> <p>6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。</p>	<p>[施設基準] (調剤基本料の注4に規定する保険薬局)</p> <p>6 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない薬局に該当した保険薬局は、5で定める当年4月1日から翌年3月末日までの期間中であっても、4に掲げる業務を合計10回 <b>(特別調剤基本料を算定する薬局においては合計100回)</b> 算定した場合には、算定回数を満たした翌月より薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない保険薬局とはみなさない。</p>

他の50%減算基準は変更なし  
 ・妥結率50%以下  
 ・妥結率未報告

敷地内薬局等は、調剤基本料のかかりつけ機能に係る要件が厳格化

- 【現行】薬剤師の「かかりつけ機能に係る基本的な業務」
- 調剤料の時間外加算、深夜加算、休日加算、夜間・休日等加算
  - かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料
  - 外来服薬支援料、服薬情報等提供料
  - 薬剤服用歴管理指導料の麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算
  - 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、退院時共同指導料、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
  - 介護予防居宅療養管理指導費、居宅療養管理指導費

項目に追加等の変更があるかは3月5日の施設基準通知で示される

本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

# 薬剤服用歴管理指導料4(オンライン服薬指導時)

改正薬機法により認められるオンライン服薬指導について  
薬剤服用歴管理指導料の4番目の項目として追加

改定案

## (新) 薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合

43点 (月1回まで)

注3 4については、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、医科点数表の区分番号A003に掲げるオンライン診療料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は算定できない。**

### [対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号A003オンライン診療料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
- (2) 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定した患者

薬剤服用歴管理指導料に係る加算(重複投薬・相互作用等防止加算など)は算定できない

### [算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に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は算定できない。
- (2) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (3) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (4) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (5) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (6) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師(あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。



## 薬剤服用歴管理指導料4(オンライン服薬指導時)

### 改定案

- (7) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容を手帳に記載すること。
- (8) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (9) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。
- (10) 厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則（平成26年厚生労働省令第33号）第31条第1号に該当する場合（以下「特区における離島・へき地の場合」という。）は、次のとおりとする。
  - ア（3）については、厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
  - イ（5）については、服薬指導計画を作成することを要しない。
  - ウ（6）については、他の保険薬剤師が対応しようとする場合には、服薬指導計画以外の文書に当該他の保険薬剤師の氏名を記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ること。

2019年12月26日発出の疑義解釈の内容が算定要件に加わる。

### [施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該保険薬局において、1月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める薬剤服用歴管理指導料の4及び在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下であること。
  - 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（在宅患者オンライン服薬指導料を含む。）



# 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

改定案

在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価を新設

(新) **在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料** **57点 (月1回まで)**

注2 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、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57点を算定する。この場合において、**保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。**

薬剤師1人につき、週10回限度

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料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
- (2) 保険薬局において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定している患者

在宅患者訪問薬剤管理指導料を月2回以上算定すると算定できない？

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導（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服薬指導料として57点を算定する。この場合において、保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者オンライン服薬指導料を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- (3) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (6) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。

## 在宅患者オンライン服薬指導料

### 改定案

- (7) オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師（あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。）の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。
- (8) 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。
- (9) 患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容が手帳に記載されるようにすること。
- (10) 当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (11) 医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

### [施設基準]

- (1) 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

# 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

医師の求めにより計画的な訪問対象となっていない疾患での在宅患者の緊急訪問を評価

現行	改定案
<p><b>在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</b> <b>500点</b></p> <p><b>(新設)</b></p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>	<p><b>1 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うもの</b> <b>500点</b></p> <p><b>2 1以外の場合</b> <b>200点</b></p> <p>注1 <b>1及び2については</b>、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、<b>1と2を合わせて</b>月4回に限り算定する。</p>

現行は原疾患急変時以外の臨時投薬では在宅患者緊急訪問管理指導料が算定できず、薬剤服用歴管理指導料(かかりつけ薬剤師指導料等)を算定することとなっていた

2の対象となる具体例(2019年11月6日中医協総会資料参考)：  
 肺気腫の在宅患者の訪問を実施していた場合で、  
 便秘や発熱など肺気腫とは関係のない疾患に対応する臨時投薬に係る薬剤管理指導

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

現行	改定案
<p>【調剤基本料】</p> <p>注5 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> <p>イ後発医薬品調剤体制加算1（75%以上） <b>18点</b></p> <p>ロ後発医薬品調剤体制加算2（80%以上85%未満） 22点</p> <p>ハ後発医薬品調剤体制加算3（85%以上） <b>26点</b></p>	<p>【調剤基本料】</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> <p>イ後発医薬品調剤体制加算1（75%以上） <b>▲3点 15点</b></p> <p>ロ後発医薬品調剤体制加算2（80%以上85%未満） 22点</p> <p>ハ後発医薬品調剤体制加算3（85%以上） <b>28点</b></p>

基準は変更せず、評価のみ変更  
(調剤数量割合のより高いものを評価)

+2点

薬局における後発医薬品の  
使用促進

# 調剤基本料(後発品減算)

後発品の調剤数量割合が著しく低い薬局（現行基準では20%以下）に対する調剤基本料の減算規定基準を40%以下に引き上げ

現行	改定案
<p>〔施設基準〕                      (調剤基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局)                      次のいずれかに該当する保険薬局であること。                      (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<b>2割</b>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>〔施設基準〕                      (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)                      次のいずれかに該当する保険薬局であること。                      (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<b>4割</b>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>

〔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2年9月30日**までの間はなお従前の例による。

経過措置は半年間。骨太の方針で数量割合80%とされた期日(2020年9月)に合わせたか？



## (参考医科)後発医薬品使用体制加算(入院患者)

現行	改定案
1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <b>45点</b>	1 後発医薬品使用体制加算 1 (85%以上) <b>47点</b>
2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <b>40点</b>	2 後発医薬品使用体制加算 2 (80%以上) <b>42点</b>
3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <b>35点</b>	3 後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) <b>37点</b>
4 後発医薬品使用体制加算 4 (60%以上) <b>22点</b>	(削除)

60%以上の区分はなくなったが、残った区分は全て点数増

## (参考医科)一般名処方加算

現行	改定案
<b>【処方箋料】</b> 注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 <b>6点</b> ロ 一般名処方加算 2 <b>4点</b>	<b>【処方箋料】</b> 注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 <b>7点</b> ロ 一般名処方加算 2 <b>5点</b>

一般名処方加算の点数増

## (参考医科)バイオ後続品導入初期加算

現行	改定案
<b>【在宅自己注射指導管理料】</b> <b>(新設)</b> 在宅自己注射の管理料にバイオ後続品の説明・処方を評価する加算が新設	<b>【在宅自己注射指導管理料】</b> <b>注4 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。</b>

本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

(参考医科) 薬剤総合評価調整加算、退院時薬剤情報連携加算

現行	改定案
<p>薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） <b>250点</b>                      注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。                      イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、<b>当該患者の退院時に処方する内服薬が 2 種類以上減少した場合</b>                      ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、<b>退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が 2 種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</b>                      （新設）</p> <div data-bbox="120 743 969 872" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>入院患者の内服薬調整について、現行は種類数の減少がなければ点数の算定はできないが、改定後は、処方の変更による評価と減少の評価の2段階となり、医療機関は取り組みやすくなる。</p> </div>	<p>薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） <b>100点</b>                      注 <b>1</b> 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。                      イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価し、<b>その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</b>                      ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、<b>当該抗精神病薬の処方を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上必要な指導等を行った場合</b>  <b>2 薬剤総合評価調整加算を算定する場合について、次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。</b>                      イ <b>1 のイを算定する患者について、当該患者の退院時に処方する内服薬が 2 種類以上減少した場合</b>                      ロ <b>1 のロを算定する患者について、退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が 2 種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</b></p>

<p><b>(新) 退院時薬剤情報連携加算</b> <span style="float: right;"><b>60点</b></span>                      保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況等を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。</p>
---

入院患者が入院中に内服薬を変更中止した場合、退院時に医療機関から薬局への情報提供を評価する加算が新設され、医療機関からの情報が得られやすくなる

本資料は、2020年2月7日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。