

令和2年度診療報酬改定 告示について（調剤報酬）

※告示（令和2年3月5日）に基づいて作成しています。

算定要件・留意事項・施設基準については、内容を抜粋して作成しているため、
詳細については原文をご確認いただくようお願いいたします。

資料の取り扱いに関するご注意

1. 本資料に記載された情報は、令和2年度診療報酬改定を説明するものです。情報を使用する場合には、各団体または個人の責任において行ってください。これらの使用に起因して生じた損害に関し、当社は、一切その責任を負いません。
2. 本資料に記載されている情報は、正確を期すため慎重に作成したのですが、誤りがないことを保証するものではありません。万一、本資料に記載されている情報の誤りに起因する損害が生じた場合においても、当社は、一切その責任を負いません。
3. 本資料の二次利用（複製、転載等）はしないでください。二次利用より生じた損害に関し、当社は、一切その責任を負いません。

※「令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）」
を踏まえて資料を更新

下線_ : 変更点 赤字 : ポイント

令和2年3月 作成

令和2年4月1日 更新

沢井製薬株式会社

第1節 調剤技術料の全体像

第1節 調剤技術料	加算
00 調剤基本料	
<ul style="list-style-type: none"> ● 調剤基本料 1/2/3イ/3ロ/特別 ● 分割調剤（長期投薬） ● 分割調剤（後発医薬品） ● 分割調剤（医師の指示） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域支援体制加算 ● 後発医薬品調剤体制加算 1/2/3
01 調剤料	
<ul style="list-style-type: none"> ● 内服薬 ● 屯服薬 ● 浸煎薬 ● 湯薬 ● 注射薬 ● 外用薬 ● 内服用滴剤 	<ul style="list-style-type: none"> ● 嚥下困難者用製剤加算 ● 一包装加算 ● 無菌製剤処理加算 ● 麻薬加算 ● 向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算 ● 時間外等加算 ● 夜間・休日等加算 ● 自家製剤加算 ● 計量混合調剤加算 ● 在宅患者調剤加算

調剤基本料

調剤基本料の見直し（全体像）

第88および89 調剤基本料		00 調剤基本料	
区分	施設基準（改定後）	点数	
		改定前	改定後
1	・調剤基本料2/3イ/3ロ/特別に該当しない ・「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に所在する」に該当	42点	42点
特例	2 ア 処方箋集中率等に基づく基準 (イ) 処方箋受付回数月4,000回超 かつ 処方箋集中率70%超 (ロ) 処方箋受付回数月2,000回超 かつ 処方箋集中率85%超 (ハ) 処方箋受付回数月1,800回超 かつ 処方箋集中率95%超 イ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数に基づく基準（アに該当するものを除く。） (イ) いわゆる医療モールの場合、処方箋受付回数月4,000回超 (ロ) 同一グループの保険薬局において、処方箋集中率が最も高い保険医療機関が同一の場合、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含め、処方箋受付回数月4,000回超	26点	26点
	3イ ア 同一グループの保険薬局における処方箋受付回数合計月3万5千回超、4万回以下の場合 (イ) 処方箋集中率95%超 (ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引 イ 同一グループの保険薬局における処方箋受付回数合計月4万回超、40万回以下の場合 (イ) 処方箋集中率85%超 (ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引	21点	21点
	3ロ 同一グループの保険薬局における処方箋受付回数合計月4万回超の場合 ア 処方箋集中率85%超 イ 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引	16点	16点
	特別 ア 保険医療機関と不動産取引等その他特別な関係 かつ 処方箋集中率70%超 イ 調剤基本料1/2/3イ/3ロを届け出た保険薬局以外	11点	9点

平成30年厚生労働省告示第43号および平成30年3月5日保医発0305第3号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> を加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第57号および令和2年3月5日保医発0305第3号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

調剤基本料2

調剤基本料2の施設基準の見直し

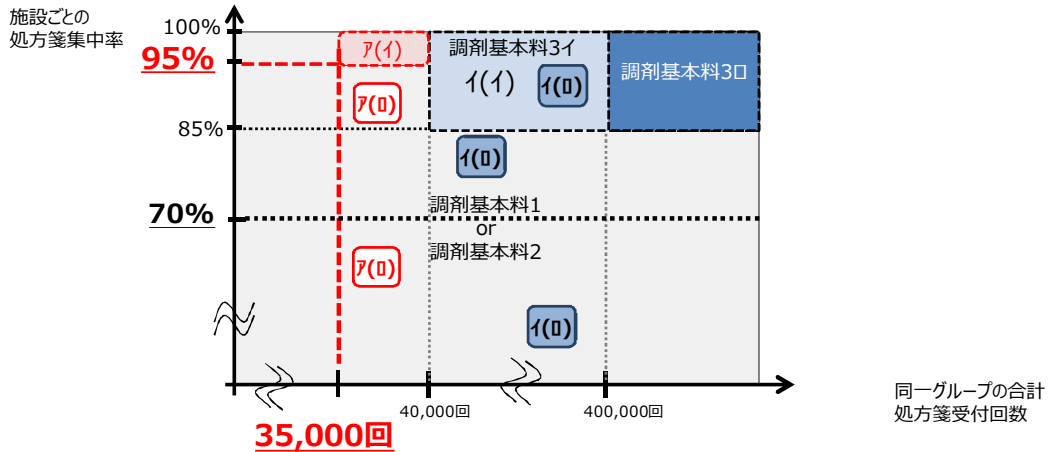
第88 調剤基本料		調剤基本料3イ/3ロ および特別調剤基本料 以外
区分	施設基準（改定後）	
特例	2 ア 処方箋集中率等に基づく基準 (イ) 処方箋受付回数月4,000回超 かつ 処方箋集中率70%超 (ロ) 処方箋受付回数月2,000回超 かつ 処方箋集中率85%超 (ハ) 処方箋受付回数月1,800回超 かつ 処方箋集中率95%超 イ 特定の保険医療機関からの処方箋受付回数に基づく基準（アに該当するものを除く。） (イ) いわゆる医療モールの場合 処方箋受付回数月4,000回超 (ロ) 同一グループの保険薬局において、処方箋集中率が最も高い保険医療機関が同一の場合、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含め、処方箋受付回数月4,000回超	

調剤基本料3イ

調剤基本料3イの施設基準の見直し

第88 調剤基本料

区分	施設基準（改定後）
特例	3イ ア 同一グループの保険薬局における処方箋受付回数合計月 3万5千回超、4万回以下 の場合 (イ) 処方箋集中度 95%超 (ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引 イ 同一グループの保険薬局における処方箋受付回数合計月4万回超、40万回以下の場合 (イ) 処方箋集中度 85%超 (ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引

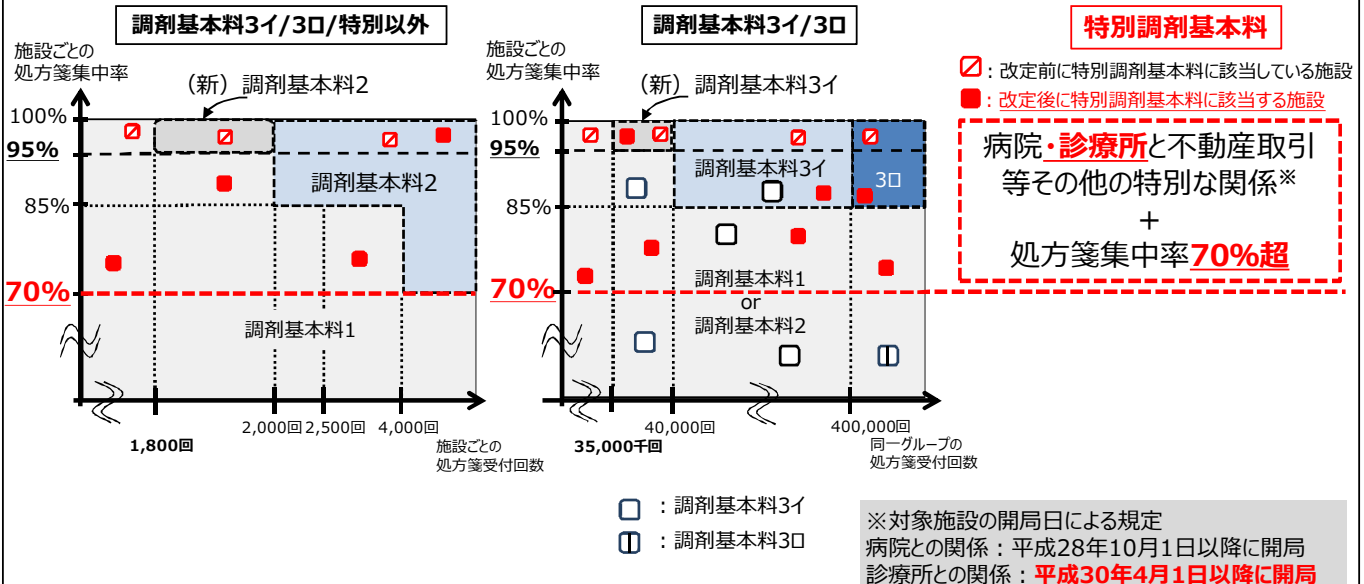


特別調剤基本料

特別調剤基本料の施設基準の見直し

第88 調剤基本料

区分	施設基準（改定後）
特例	特別 ア 保険医療機関 と不動産取引等その他特別な関係 かつ 処方箋集中度70%超 イ 調剤基本料1/2/3イ/3ロを届け出た保険薬局以外



【参考】不動産取引等その他の特別な関係の対象外要件

特掲診療料の施設基準等

第十五 調剤 (改定前)	第十五 調剤 (改定後)
二の二 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。 (1) 病院である保険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る保険薬局であって、当該病院に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超えること。 (2) 省略。	二の二 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。 (1) 保険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る保険薬局 (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。)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七割を超えること。 (2) 省略。

第90 調剤基本料の注2に規定する保険薬局 (特別調剤基本料)

施設基準 (改定後)

10	<p>「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」とは、保険薬局と診療所が一つの建築物に所在している場合のことをいう。 外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建築物の主要な構造部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続しているものは一つの建築物とみなす。</p>
----	---

平成30年厚生労働省告示第45号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> を加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第59号および令和2年3月5日保医発0305第3号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

調剤基本料 患者が複数枚の処方箋を薬局に提出した場合の取扱い

00 調剤基本料

調剤基本料の注 (改定後)

- 注1 特例除外要件に該当する薬局における調剤基本料1の算定要件
- 2 特別調剤基本料の算定要件
- 3 複数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、処方箋の受付1回につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。(新設)**
- 4 受結率/かかりつけ機能に係る基本的な業務の規定未達に対する所定点数の100分の50に相当する点数による算定要件
- 5 地域支援体制加算の算定要件
- 6 後発医薬品調剤体制加算の算定要件
- 7 後発医薬品置き換え率に係る減算の要件
- 8 分割調剤 (長期投薬)
- 9 分割調剤 (後発医薬品)
- 10 分割調剤 (医師の指示)

調剤基本料

調剤基本料の算定要件

区分00 調剤基本料																				
改定前	改定後																			
<p>(1) (略)</p> <p>(2) 同一患者から同一日に複数の処方箋を受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方箋又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方箋については一括して受付1回と数える。 ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方箋については歯科以外の処方箋と歯科の処方箋を別受付として算定できる。</p> <p>(3) 2以上の異なる保険医療機関が交付した処方箋を同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。</p> <p>(4)～(16)(略)</p>	<p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 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においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。また、この場合において、当該受付のうち、1回目は調剤基本料の所定点数を算定し、2回目以降は「注3」により調剤基本料の所定点数を100分の80にし、小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。なお、当該注3の規定は、注8から注10までの分割調剤に係る処方箋には適用しない。</p> <table border="1"> <caption>(参考) 調剤基本料</caption> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>所定点数</th> <th>100分の80</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>42点</td> <td>34点</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">特例</td> <td>2</td> <td>26点</td> <td>21点</td> </tr> <tr> <td>3イ</td> <td>21点</td> <td>17点</td> </tr> <tr> <td>3ロ</td> <td>16点</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>特別</td> <td>9点</td> <td>7点</td> </tr> </tbody> </table>	区分	所定点数	100分の80	1	42点	34点	特例	2	26点	21点	3イ	21点	17点	3ロ	16点	13点	特別	9点	7点
区分	所定点数	100分の80																		
1	42点	34点																		
特例	2	26点	21点																	
	3イ	21点	17点																	
	3ロ	16点	13点																	
	特別	9点	7点																	

令和2年厚生労働省告示第57号および令和2年3月5日保医発0305第1号および令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

調剤基本料

特別調剤基本料を算定する薬局における かかりつけ機能に係る基本的な業務の規定の見直し

00 調剤基本料
調剤基本料の注（改定後）
<p>注1 特例除外要件に該当する薬局における調剤基本料1の算定要件</p> <p>2 特別調剤基本料の算定要件</p> <p>3 複数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、処方箋の受付1回につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。（新設）</p> <p>4 受結率/かかりつけ機能に係る基本的な業務の規定未達に対する所定点数の100分の50に相当する点数による算定要件</p> <p>5 地域支援体制加算の算定要件</p> <p>6 後発医薬品調剤体制加算の算定要件</p> <p>7 後発医薬品置き換え率に係る減算の要件</p> <p>8 分割調剤（長期投薬）</p> <p>9 分割調剤（後発医薬品）</p> <p>10 分割調剤（医師の指示）</p>

令和2年厚生労働省告示第57号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

調剤基本料 注4の規定

区分00 調剤基本料

算定要件（改定後）

2 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

- (1) 以下のいずれかに該当する保険薬局である場合、調剤基本料を100分の50に減算する。なお、詳細な施設基準については、「特掲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(通知)」(令和2年3月5日保医発0305第3号)を参照すること。
- ア 医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下であること。
- イ 医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を地方厚生(支)局長に報告していない保険薬局
- ウ 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的業務を1年間実施していない保険薬局
- (2) 当該調剤基本料の減算については、調剤基本料の所定点数に100分の50にし、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。

(参考)

調剤基本料			
区分	点数		
	所定点数	100分の50	
1	42点	21点	
特例	2	26点	13点
	3イ	21点	11点
	3ロ	16点	8点
	特別	9点	5点

かかりつけ機能に係る基本的な業務の規定の見直し

第91 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

施設基準（改定後）

- 1 次のいずれかに該当する保険薬局は「注4」の規定により、調剤基本料を100分の50に減算する。

(1) および(2) (省略)

(3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局であること。

ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局である場合を除く。

- 2 妥結率等に関する留意点

(省略)

- 3 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務に関する留意点

(1) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務」は、以下のものをいう。

【医療保険】

- ✓ 時間外等加算 <調剤料>
- ✓ 在宅患者訪問薬剤管理指導料
- ✓ 夜間・休日等加算 <調剤料>
- ✓ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
- ✓ 麻薬管理指導加算 <薬剤服用歴管理指導料>
- ✓ 在宅患者緊急時等共同指導料
- ✓ 重複投薬・相互作用等防止加算 <薬剤服用歴管理指導料>
- ✓ 退院時共同指導料
- ✓ かかりつけ薬剤師指導料
- ✓ 服薬情報等提供料
- ✓ かかりつけ薬剤師包括管理料
- ✓ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料
- ✓ 外来服薬支援料
- ✓ 服用薬剤調整支援料

【介護保険】

- ✓ 居宅療養管理指導費
- ✓ 介護予防居宅療養管理指導費

かかりつけ機能に係る基本的な業務の規定の見直し

第91 調剤基本料の注4に規定する保険薬局

施設基準（改定後）

- (2) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」は、1年間の(1)に掲げる業務の算定が合計10回未満のものが該当する。**ただし、特別調剤基本料を算定する保険薬局においては合計100回未満のものが該当する。**
- (3) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」への該当性は、前年3月1日から当年2月末日までの1年間の実績をもって判断する。該当する場合は当年4月1日より翌年3月末日までの間は、調剤基本料の注4で定める点数で算定する。**ただし、前年3月1日から当年2月末日までに指定された保険薬局の場合は、3の(1)に掲げる業務の算定回数が、(2)に掲げる年間の実績基準（10回又は100回）を12で除して得た数に当年2月末日までの調剤基本料を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当しないものとする。**
- (4) 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を1年間実施していない保険薬局」に該当した場合であっても、当年4月1日から翌年3月末日までの期間中に、(1)に掲げる業務を合計10回（**特別調剤基本料を算定する保険薬局においては合計100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1年間実施していない保険薬局」に該当しない。
- (5) 処方箋の受付回数が1月に600回を超えるか否かの取扱いについては、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

後発医薬品に係る調剤基本料の減算規定の見直し

00 調剤基本料

調剤基本料の注（改定後）

注1～6 省略

7 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、**所定点数から2点を減算**する。ただし、処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

8～10 省略

第94 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

施設基準（改定後）

- 1 以下のいずれかに該当する保険薬局であること。ただし、処方箋受付回数が1月に600回以下の保険薬局は除くものとする。
- (1) 当該保険薬局において（中略）後発医薬品の規格単位数の割合が**40%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。
- (2) 当該保険薬局において（中略）後発医薬品の規格単位数の割合について、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について行う報告等を通じ、直近1年間に地方厚生（支）局長への報告していないこと。
- 2 「当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの」とは、直近1月間の当該保険薬局における処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回数が50%以上の場合のことをいう。この場合の処方箋受付回数は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。
- 3 1の(1)の後発医薬品の後発医薬品の調剤数量割合に基づく当該減算への該当性については、**直近3月間の（中略）後発医薬品の規格単位数の割合をもって翌月に判断し、該当する場合は、翌々月から調剤基本料を減算する。**
- 4 1の(2)（中略）、報告を行った月の翌月より、当該保険薬局に該当しないものとして取り扱う。
- 5 調剤基本料の注7に係る規定は、令和2年9月30日までの間に限り、なお従前の例による。**

調剤基本料

調剤基本料の減算要件のまとめ

00 調剤基本料

調剤基本料の注（改定後）

- 注1 特例除外要件に該当する薬局における調剤基本料1の算定要件
- 2 特別調剤基本料の算定要件
- 3 複数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、処方箋の受付1回につき所定点数の**100分の80に相当する点数**により算定する。（新設）
- 4 **受結率/かかりつけ機能に係る基本的な業務の規定未達に対する所定点数の100分の50に相当する点数による算定要件**
- 5 地域支援体制加算の算定要件
- 6 後発医薬品調剤体制加算の算定要件
- 7 **後発医薬品置き換え率に係る減算の要件**
- 8 分割調剤（長期投薬）
- 9 分割調剤（後発医薬品）
- 10 分割調剤（医師の指示）

（参考）

調剤基本料			
区分	所定点数	100分の50	
1	42点	21点	
特例	2	26点	13点
	3イ	21点	11点
	3ロ	16点	8点
	特別	9点	5点

後発医薬品置き換え率（40%以下）に係る2点の減算要件

調剤基本料（後発医薬品減算後の点数）			
区分	所定点数	100分の50	
1	40点	19点	
特例	2	24点	11点
	3イ	19点	9点
	3ロ	14点	6点
	特別	7点	3点

調剤基本料（分割調剤）

分割調剤（医師の指示）の見直し

00調剤基本料 分割調剤

区分	主な算定要件（改定後）	点数
		改定後
長期保存の困難性等の理由による分割調剤	<ul style="list-style-type: none"> ・長期投薬（14日超）に係る処方箋受付時に算定 ・薬剤の保存が困難であること等の理由による分割調剤 ・2回目以降の調剤について、1分割調剤につき算定 ・薬学管理料は算定しない 	5点
後発医薬品の試用のための分割調剤	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品に係る処方箋受付時に算定 ・初めて後発医薬品を服用する等の理由による分割調剤 ・2回目の調剤に限り算定 ・薬学管理料は算定しない（薬剤服用歴管理指導料を除く） 	5点
医師の指示による分割調剤	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の分割指示に係る処方せん受付時に算定 ・2回目以降の分割調剤時に、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に対して情報提供を行った場合に算定 ・調剤基本料（加算含む）、調剤料（加算含む）、薬学管理料（服薬情報等提供料を除く）は、所定点数を1分割調剤につき算定※ 	2分割 所定点数の2分の1相当 3分割 所定点数の3分の1相当

【3分割の場合】

※当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する

調剤基本料（加算含む）+調剤料（加算含む）+薬学管理料（服薬情報等提供料を除く）+服薬情報等提供料+薬剤料

医師の指示による分割調剤の算定要件①

区分00 調剤基本料

算定要件（改定後）

5 分割調剤

(1) 通則

ア 省略

イ 「注8」、「注9」又は「注10」に係る分割調剤のうち、複数の分割調剤を同一の保険薬局において同一日に行う場合にあっては、「注10」の分割調剤に係る点数により算定する。

(2) 長期保存の困難性等の理由による分割調剤(省略)

(3) 後発医薬品の試用のための分割調剤（省略）

(4) 医師の指示による分割調剤

ア（省略）

イ 調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料については、当該分割調剤を行う保険薬局が当該処方箋において分割調剤を実施しない場合に算定する点数をそれぞれ合算し、分割回数で除した点数を当該調剤時に算定する。当該点数は、小数点以下第一位を四捨五入して計算する。**ただし、服薬情報等提供料については、分割回数で除していない点数を算定できる。**

令和2年3月5日保医発0305第1号および

令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

医師の指示による分割調剤の算定要件②

区分00 調剤基本料

算定要件（改定後）

ウ 「注10」の医師の指示による分割調剤の場合、保険薬局の保険薬剤師は、以下を実施する。

(イ)（中略）同一の保険薬局に処方箋を持参するべきである旨を説明する。

(ロ)（中略）必要に応じ、電話等で服薬状況を確認し来局を促す。

(ハ)（中略）患者が次回処方箋を持参しようとする保険薬局に対し、調剤の状況とともに必要な情報をあらかじめ提供する。

(ニ) 2回目以降の調剤において患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について確認し、その結果を処方医に情報提供する。この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。

・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

6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」（100分の80）及び「注4」（100分の50）のうち該当するものを乗じ、次に「注5」（地域支援体制加算）、「注6」（後発医薬品調剤体制加算）及び「注7」（後発医薬品減算）のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

ア 「注3」100分の80

イ 「注4」100分の50

ウ 「注5」地域支援体制加算

エ 「注6」後発医薬品調剤体制加算

オ 「注7」後発医薬品減算

令和2年3月5日保医発0305第1号および

令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

地域支援体制加算の評価の見直し

00調剤基本料 地域支援体制加算

主な算定要件	点数	
	改定前	改定後
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、所定点数に加算。	35点	38点

平成30年厚生労働省告示第43号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> を加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第57号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

地域支援体制加算の施設基準の見直し（改定前）

調剤基本料 地域支援体制加算

主な施設基準（改定前）

調剤基本料の区分	調剤基本料1	調剤基本料1以外
		①麻薬小売業者の免許を受けていること ②在宅患者薬剤管理の実績を有していること(1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
開局時間	平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局	
医薬品の備蓄品目数	1,200品目以上	
かかりつけ薬剤師指導料	届出あり	
24時間体制	単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は3以下)	
在宅業務	在宅業務の体制整備 ①在宅業務実施体制の周知 ②医療材料・衛生材料の供給体制 ③在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーションとの連携体制 ④その他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携体制 在宅の業務実績(1回/年以上)	
後発医薬品	集中度が85%を超える薬局;後発医薬品の調剤割合が50%以上	
医療安全	PMDAメディナビの登録 プレアボイド事例の報告、副作用報告の体制	
その他	定期的な研修実施 プライバシーに配慮した構造 一般医薬品の販売及び購入者の薬剤服用歴に基づいた情報提供、健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示	

調剤報酬（その2）について（2019年10月30日 第429回 中央社会保険医療協議会 総会）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00044.html を加工して作成

地域支援体制加算の施設基準の見直し（改定後）

第92 地域支援体制加算

主な施設基準（改定後）

	(1)ア 調剤基本料1	(1)イ 調剤基本料1以外
調剤基本料の区分	<p>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。) なお、②、④及び⑤については、保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。</p> <p>①麻薬小売業者の免許を受けていること</p> <p>②在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 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） 保険薬局当たり 年12回以上</p> <p>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</p> <p>④患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績 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 保険薬局当たり 年12回以上</p> <p>⑤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出席 保険薬局当たり 年1回以上</p>	<p>・地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。 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9つの要件のうち8つ以上を満たすこと。 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(年400回以上/人)</p> <p>②調剤料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の実績(年10回以上/人)</p> <p>③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績(年40回以上/人)</p> <p>④かかりつけ薬剤師指導料等の実績(年40回以上/人)</p> <p>⑤外来服薬支援料の実績(年12回以上/人)</p> <p>⑥服用薬剤調整支援料1/2の実績(年1回以上/人)</p> <p>⑦単一建物診療患者が1人の在宅薬剤管理の実績(年12回以上/人) 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）</p> <p>⑧服薬情報等提供料の実績(年60回以上/人) 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</p> <p>⑨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出席（保険薬局当たり 年5回以上）</p>
	<p>調剤基本料1を算定する保険薬局の要件については、令和3年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。</p> <p style="font-size: small;">令和2年3月5日保医発0305第3号および 令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日） https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成</p>	

地域支援体制加算の施設基準の見直し（改定後）

第92 地域支援体制加算

主な施設基準（改定後）

(1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

ア 調剤基本料1を算定する保険薬局

(イ) 以下の①から③までの3つの要件を満たし、かつ、④及び⑤のいずれかの要件を満たすこと。

- ①麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
なお、②、④及び⑤については、**保険薬局当たりの直近1年間の実績とする。**
- ②在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績
在宅患者訪問薬剤管理指導料（**在宅患者オンライン服薬指導料を除く**）、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又は介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計が**保険薬局当たりで12回以上**であること。当該回数には、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めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。（省略）
- ③かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に係る届出を行っていること
- ④服薬情報等提供料の算定回数が**保険薬局当たりで12回以上**であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含めることができる。
- ⑤薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に**保険薬局当たりで1回以上出席していること。**

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

- ・薬剤服用歴管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料の**特定薬剤管理指導加算2**
- ・薬剤服用歴管理指導料の**調剤後薬剤管理指導加算**
- ・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（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（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。）**

吸入薬指導加算における相当業務は対象外

地域支援体制加算の施設基準の見直し（改定後）

第92 地域支援体制加算

主な施設基準（改定後）

(1) 以下のア又はイの区分に応じ、それぞれに掲げる基準を満たすこと。

イ 調剤基本料1以外を算定する保険薬局

(イ) 地域医療への貢献に係る相当の実績として、以下の①から⑨までの9つの要件のうち8つ以上を満たすこと。

①～⑨省略

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

(ハ) 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の調剤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・相互作用防止加等算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑤の外來服薬支援料並びに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。

(ニ) 常勤薬剤師数は、届出前3月間の勤務状況に基づき、以下の①及び②により小数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで算出する。

(イ) の①から⑧までの基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近1年間の実績が、常勤の保険薬剤師数を各基準に乗じて得た回数以上であるか否かで判定する。

①当該保険薬局における実労働時間が週32時間以上である保険薬剤師は1名とする。

②当該保険薬局における実労働時間が週32時間に満たない保険薬剤師については、実労働時間を32時間で除した数とする。

地域支援体制加算の施設基準の見直し（改定後）

第92 地域支援体制加算

主な施設基準【共通項目】（改定後）

(2)～(12) 省略

(13) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、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ィ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。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、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)～(18)省略

(19) 当該地域において、介護支援専門員（ケアマネージャー）、社会福祉士等の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。

(20) 「薬局機能に関する情報の報告及び公表にあたっての留意点について」（平成29年10月6日付け薬食総発第1006第1号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「レアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に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、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について、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当該加算の施設基準に係る届出時の直近3月間の実績として50%以上であること。

(23)～(24)省略

後発医薬品調剤体制加算の見直し

00調剤基本料 後発医薬品調剤体制加算

区分	主な算定要件	点数			
		改定前		改定後	
1	【後発医薬品シェアの算出方法】 直近3ヶ月間の医薬品の調剤数量のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、右記のとおりであること	75%以上	18点	75%以上	15点
2		80%以上	22点	80%以上	22点
3		85%以上	26点	85%以上	28点

平成30年厚生労働省告示第43号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> を加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第57号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

後発医薬品調剤体制加算の施設基準

第93 後発医薬品調剤体制加算

主な施設基準（改定後）

- (1) 後発医薬品の割合が75%、80%、85%以上であること。
- (2) カットオフ値が50%以上であること。
- (3) 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を掲示。

様式87 「記載上の注意」

後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について（令和2年3月5日保医発0305第7号）を参照すること。

$$\text{後発品置換え率} = \frac{\text{後発品}}{\text{先発品 (後発品あり)} + \text{後発品}}$$

上記計算式から除外する医薬品

先発品
(後発品なし)



その他
品目

【参考】後発医薬品に関する情報

薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について（令和2年4月1日適用）

厚生労働省ホームページ参考 <https://www.mhlw.go.jp/topics/2020/04/tp20200401-01.html>

各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報	分類名		診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品	先発医薬品	同一剤形・規格の後発医薬品がある先発医薬品
1	後発医薬品がない先発医薬品			先発品	
2	後発医薬品のある先発医薬品	剤形や規格が同一である		先発品	○
		剤型や規格が同一でない		先発品	
☆	★の後発医薬品のみがある先発医薬品			先発品	
3	後発医薬品	先発医薬品より薬価が安いもの	後発品		
★	先発医薬品と同額 又は 薬価が高い後発医薬品		★		
	その他の医薬品※	準先発品		準先発品	○
		基礎的医薬品			
		上記以外			

※基礎的医薬品(基礎的外れ医薬品を含む)、局方品、漢方エキス剤、生薬、生物製剤(ワクチン、血液製剤等)及び承認が昭和42年9月以前の医薬品

後発品置換え率は、 $< 3 \div (2 + 3) >$ により算出

【参考】カットオフ値、数量除外医薬品

第93 後発医薬品調剤体制加算

主な施設基準（改定後）

- ✓ 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める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の割合が50%以上であること。

$$\text{カットオフ値} = \frac{\text{後発医薬品あり先発医薬品 及び 後発医薬品の規格単位数量}}{\text{全医薬品の規格単位数量}}$$

上記計算式から除外する医薬品

- 経腸成分栄養剤
- 特殊ミルク製剤
- 生薬（510）
- 漢方製剤（520）
- その他の生薬および漢方処方に基づく医薬品（590）

- ✓ 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤 **及びイノラス配合経腸用液**

イ 特殊ミルク製剤

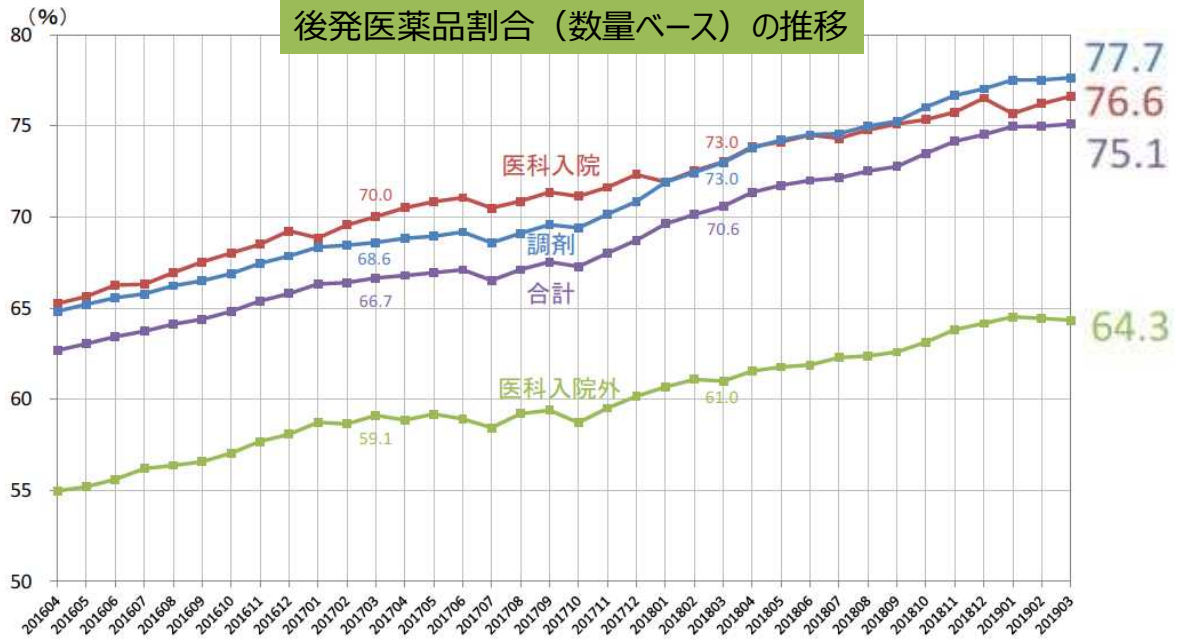
フェルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イノロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ 生薬（薬効分類番号 510）

エ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

【参考】医科・調剤分の後発医薬品割合（数量ベース）について



注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。
 注2) 「後発医薬品割合(数量ベース)」は、〔後発医薬品の数量〕/〔(後発医薬品のある先発医薬品の数量)+(後発医薬品の数量)〕で算出している。
 注3) 入院外の数量は、1/100の抽出率でランダム抽出したデータを100倍した値としている。
 注4) 「合計」とは、「医科入院」「医科入院外」「調剤」の数量を、電算化率の違いは考慮せずに単純に合計して算出した値としている。
 注5) 入院料等に含まれる薬剤料は含まれない。

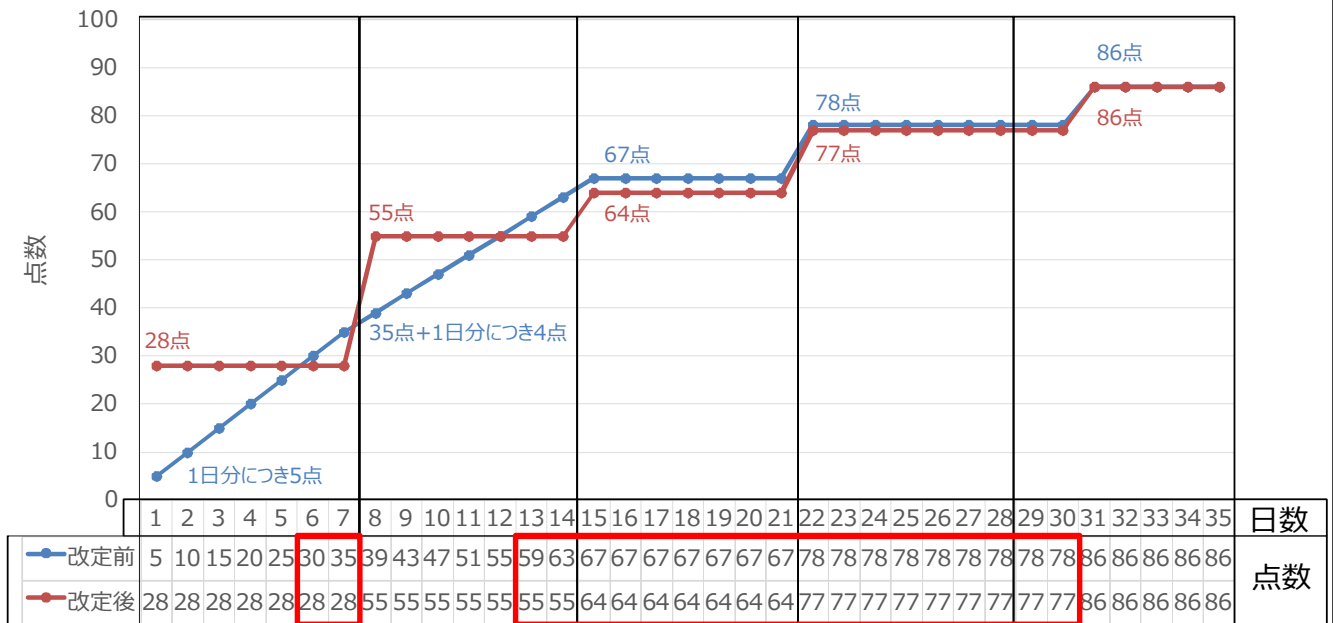
医科・調剤分の後発医薬品割合（数量ベース）について（令和元年12月）（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryuhoken/database/zenpan/cyouzai_doukou_topics_h31.htmlを加工して作成

調剤料（内服薬）の評価の見直し

01 調剤料				
区分	主な算定要件 点数			
	改定前		改定後	
内服薬 1剤につき (3剤まで)	14日分以下の場合 7日目以下の部分 (1日分につき)	5点	7日分以下の場合	28点
	14日分以下の場合 8日目以上の部分 (1日分につき)	4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	67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	78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	31日分以上の場合	86点

調剤料

【参考】調剤料(内服薬)の改定前後の比較



第2節 薬学管理料の全体像

第2節 薬学管理料	加算
10 ● 薬剤服用歴管理指導料1/2/3 /4(オンライン服薬指導を行った場合)【新】 /特例	● 麻薬管理指導加算 ● 重複投薬・相互作用等防止加算 ● 特定薬剤管理指導加算1/2【新】 ● 乳幼児服薬指導加算 ● 吸入薬指導加算【新】 ● 調剤後薬剤管理指導加算【新】
13の2 ● かかりつけ薬剤師指導料	● 麻薬管理指導加算 ● 重複投薬・相互作用等防止加算 ● 特定薬剤管理指導加算1/2【新】 ● 乳幼児服薬指導加算
13の3 ● かかりつけ薬剤師包括管理料	-
14の2 ● 外来服薬支援料	-
14の3 ● 服用薬剤調整支援料1/2【新】	-
15 ● 在宅患者訪問薬剤管理指導料1/2/3/在宅患者オンライン服薬指導料【新】	
15の2 ● 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1/2【新】	● 麻薬管理指導加算 ● 乳幼児加算
15の3 ● 在宅患者緊急時等共同指導料	
15の4 ● 退院時共同指導料	-
15の5 ● 服薬情報等提供料1/2	-
15の6 ● 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1/2	-
15の7 ● 経管投薬支援料【新】	-

薬剤服用歴管理指導料の見直し（全体像）

10 薬剤服用歴管理指導料

区分（改定後）		点数	
		改定前	改定後
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	41点	43点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	53点	57点
3	特別養護老人ホームに入所している患者に訪問して行った場合	41点	43点
(新設) 4※1	情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	—	43点
特例※2	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の場合	13点	13点

※1、※2 麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、**特定薬剤管理指導加算1、特定薬剤管理指導加算2**、乳幼児服薬指導加算、**吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導加算**は算定不可

平成30年厚生労働省告示第43号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>を加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第57号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

再度の来局の期間の短縮、調剤基本料1以外に係る算定の見直し

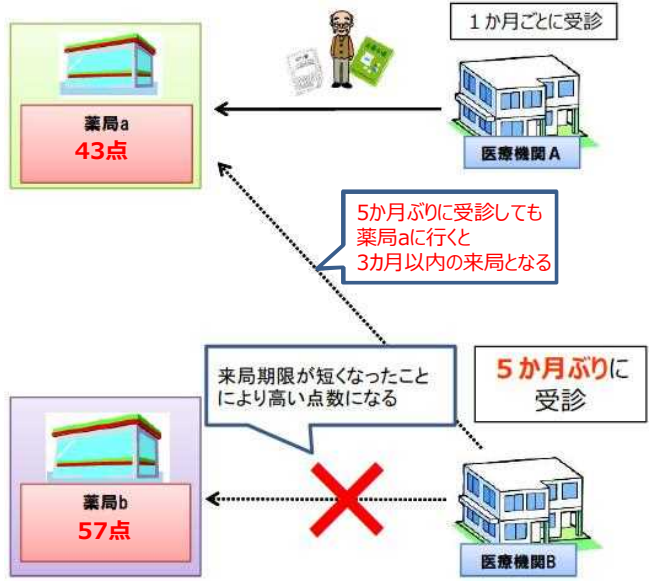
10 薬剤服用歴管理指導料

区分（改定後）		薬剤服用歴管理指導料の注（改定後）	点数	
			改定前	改定後
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	注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定する。ただし、 1の患者であって、手帳を持参していない患者又は区分番号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もの に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、 2により 算定する。 イ 薬剤情報提供文書の提供・説明 ロ 薬歴管理／服薬指導 ハ お薬手帳への記載 ニ 残薬確認 ホ 後発医薬品情報提供	41点	43点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合		53点	57点

平成30年厚生労働省告示第43号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>を加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第57号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

再来局期限の短縮等により期待される効果（イメージ）

		調剤基本料1の薬局※	調剤基本料1以外の薬局※
6ヶ月以内の再度の来局	手帳あり	41点	53点
	手帳なし	53点	
6ヶ月以内の再度の来局でない		手帳あり	53点
		手帳なし	53点



		すべての保険薬局※	
3ヶ月以内の再度の来局	手帳あり	43点	
	手帳なし	57点	
3ヶ月以内の再度の来局でない		手帳あり	57点
		手帳なし	57点

※特例（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）は手帳の有無にかかわらず、13点を算定する。

薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる来局期限を短くした場合、1つの薬局を利用する効果が期待される。

薬剤服用歴管理指導料の算定要件

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

1 通則

- (1) (省略)
- (2) 調剤基本料の「注10」の医師の指示による分割調剤における2回目以降の調剤を行う場合には、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、その結果を処方医に情報提供する。
この場合において、次に掲げる事項を含めるものとする。
 また、処方医に対して情報提供した内容を薬剤服用歴の記録に記載する。
 - ・**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**
- (3) 薬剤服用歴管理指導料は、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者の場合、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処方箋によって調剤を行った場合に限り算定できる。

薬剤服用歴管理指導料の算定要件

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

2 薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」

(1) 薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認した上で、(2)の「薬剤の服用に関する基本的な説明」及び(3)の「患者への薬剤の服用等に関する必要な指導」の全てを対面により行い、さらに(4)の「薬剤服用歴の記録」を実施した場合に、以下の区分により算定する。

ア 薬剤服用歴管理指導料「1」

3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を持参したもの

イ 薬剤服用歴管理指導料「2」

以下のいずれかに該当する患者

(イ) **初めて**処方箋を持参した患者

(ロ) **3月を超えて**再度処方箋を持参した患者

(ハ) **3月以内**に再度処方箋を持参した患者であって、**手帳を持参していないもの**

(2) 薬剤の服用に関する基本的な説明

患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を文書又はこれに準ずるもの（以下「薬剤情報提供文書」という。）により情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。**また、必要に応じて、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画（RMP：Risk anagement Plan）に基づく患者向け資料を活用すること。**

（省略）

薬剤服用歴管理指導料の算定要件

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

(3) 患者への薬剤の服用等に関する必要な指導

ア（省略）

イ (4)のウからキまでの事項については、処方箋の受付後、薬を取りそろえる前に、保険薬剤師が患者等に確認すること。

ウ（省略）

エ 残薬の状況について、薬剤服用歴の記録を踏まえつつ、患者又はその家族等に残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。**患者に残薬が一定程度認められると判断される場合は、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。**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し、投与日数等の確認を行うよう努めること。

オ **当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。**

カ（省略）

薬剤服用歴管理指導料の算定要件

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

(4) 薬剤服用歴の記録

- 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）
↓ 薬剤取り揃え前に薬剤師が患者に確認
- 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 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
- カ 服薬状況（残薬の状況を含む。）
- キ 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
- ク 服薬指導の要点
- ケ 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）
- コ 今後の継続的な薬学的管理及び指導の留意点
- サ 指導した保険薬剤師の氏名

薬剤服用歴管理指導料の算定要件

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

(5) 指導等に係る留意点

(2)から(4)までの業務を行うに当たっては、以下の点に留意すること。

ア 情報提供等

(省略)

イ 服薬指導

(イ)～(ロ) (省略)

(ハ) ポリファーマシーへの対策の観点から、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）及び日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考とすること。また、必要に応じて、患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うこと。その際、日本老年医学会及び日本老年薬学会が作成する「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」等を参考にすること。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

薬剤服用歴管理指導料の算定要件

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

(5) 指導等に係る留意点

ウ 手帳

(イ) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④までに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

- ① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
- ② 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
- ③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録
- ④ **患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先** 等（省略）

④については、当該保険薬局と他の保険薬局又は保険医療機関等の間で円滑に連携が行えるよう、患者が日常的に利用する保険薬局があれば、その名称及び保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を手帳に記載するよう患者に促すこと。なお、④の患者が日常的に利用する保険薬局の名称等については、令和3年3月31日までの間は適用しない。

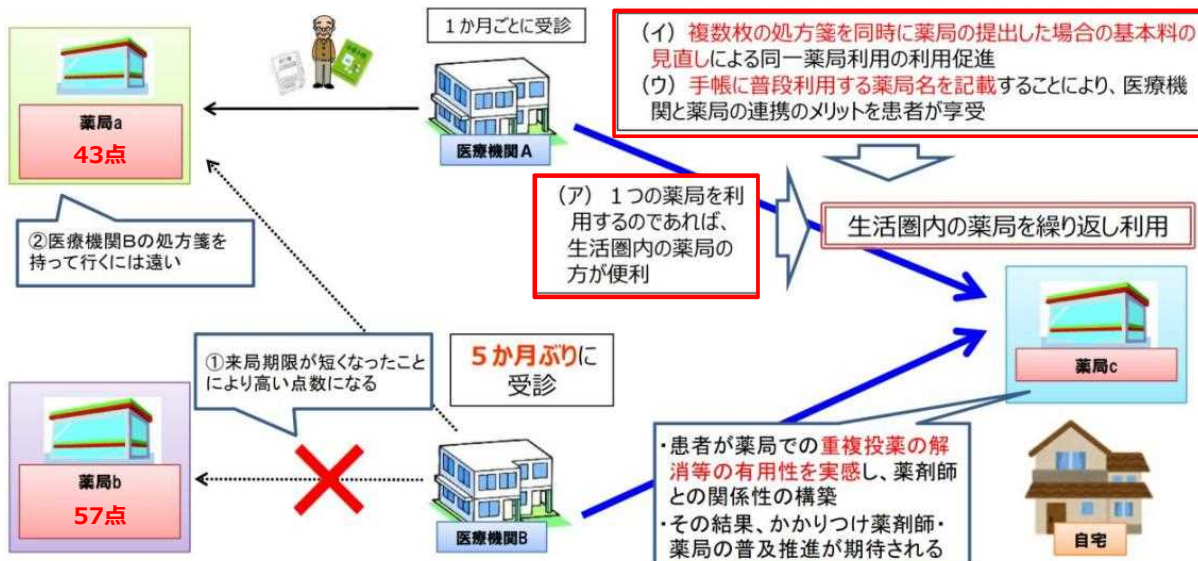
(ロ) ～(チ)(省略)

エ その他

(3)の工残薬の状況の確認に当たり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴の記録に記載する。

令和2年3月5日保医発0305第1号および
令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

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を踏まえて）



- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる規定について、再度の来局の期間を「原則6月以内」から「原則3月以内」に短縮するとともに、対象を調剤基本料1以外にも拡大。
- 調剤基本料について、同一患者から異なる医療機関の処方箋を同時にまとめて複数枚受け付けた場合、2回目以上の受付分については所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
- 医療機関等から薬局への連絡を円滑に行うため、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する。

調剤報酬（その4）について（2019年12月18日 第442回 中央社会保険医療協議会 総会）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00058.htmlを加工して作成
令和2年度診療報酬改定説明資料 診療報酬改定の概要（調剤）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.htmlを加工して作成

薬剤服用歴管理指導料4の新設

10 薬剤服用歴管理指導料

区分	薬剤服用歴管理指導料の注（改定後）	点数	
		改定前	改定後
(新設) 4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合	<p>注1～2 省略</p> <p>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、別表第一医科診療報酬点数表（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。</p> <p>4 麻薬管理指導加算の算定要件 5 重複投薬・相互作用等防止加算の算定要件 6 特定薬剤管理指導加算1の算定要件 7 特定薬剤管理指導加算2の算定要件 8 乳幼児服薬指導加算の算定要件 9 吸入薬指導加算の算定要件 10 調剤後薬剤管理指導加算の算定要件</p>	-	43点

【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

平成30年厚生労働省告示第43号

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>を加工して作成

令和2年厚生労働省告示第57号

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

薬剤服用歴管理指導料4の算定要件

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

3 薬剤服用歴管理指導料「3」（省略）

4 薬剤服用歴管理指導料「4」

- (1) 薬剤服用歴管理指導料「4」は、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により処方箋が交付された患者**であって、当該オンライン診療を実施する保険医療機関の処方箋について3月以内に対面により薬剤服用歴管理指導料「1」又は「2」が算定されているものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、**月に1回に限り算定する**。この場合において、**薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない**。
- (2) オンライン服薬指導により、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) **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) **対面による服薬指導及び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、次のア及びイをいずれも満たしている場合に限り、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ときに当該薬局に勤務する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。ア 当該薬局に勤務する他の保険薬剤師（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。）の氏名を服薬指導計画に記載していること。
イ 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こと。

令和2年3月5日保医発0305第1号および

令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

薬剤服用歴管理指導料4の算定要件

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

- (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**必要な情報を手帳に添付又は記載すること**。
- (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) 薬剤を患者に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
- (10) なお、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号による特区における離島・へき地でのオンライン服薬指導の場合は、(1)から(9)までの規定を準用する。ただし、(1)、(3)、(5)、(6)及び(9)についてそれぞれ以下のとおり取り扱う。
- ア (1)について、3月以内に対面により薬剤服用歴管理指導料「1」又は「2」が算定されていることを要しない。
- イ (3)について、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。
- ウ (5)について、服薬指導計画を作成することを要しない。
- エ (6)について、当該薬局に勤務する他の保険薬剤師（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。）が対応しようとする場合には、服薬指導計画又はそれ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。
- オ (9)について、患者の手元に薬剤が届いた後にも、改めて必要な確認を行うこと。

薬剤服用歴管理指導料4の施設基準

第97 薬剤服用歴管理指導料の4（情報通信機器を用いた服薬指導）

施設基準（改定後）

1 薬剤服用歴管理指導料の4に関する施設基準

- (1) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿ってオンライン服薬指導を行う体制を有する保険薬局であること。
- (2) 当該保険薬局において、1月当たりの薬剤服用歴管理指導料及び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。）の算定回数に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数（薬剤服用歴管理料の注3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。

2 届出に関する事項

薬剤服用歴管理指導料の注3の施設基準に係る届出は、別添2の様式91を用いること。



【参考】手帳の活用実績

区分10 薬剤服用歴管理指導料

算定要件（改定後）

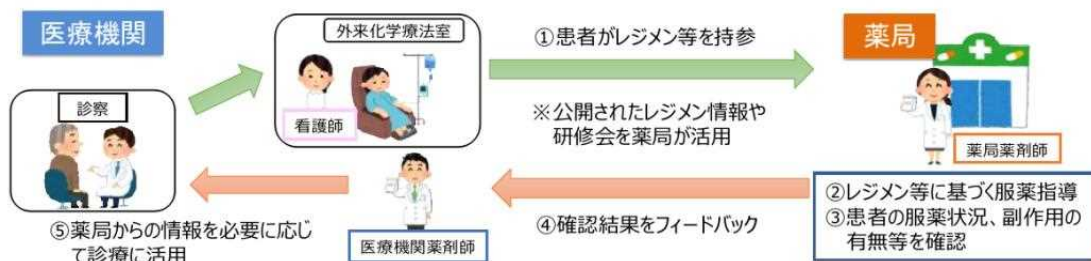
- 12 薬剤服用歴管理指導料の特例（手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局が算定する薬剤服用歴管理指導料）
- (1) 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、**3月以内**に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数うち、手帳を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数の割合が**50%以下**である保険薬局であること。算定回数の割合は小数点以下を四捨五入して算出する。
 - (2) 当該特例への該当性は、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年3月1日から当年2月末日までの薬剤服用歴管理指導料の実績をもって判断し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、調剤基本料の施設基準に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。
 - (3) 当該特例に該当した場合であっても、直近3月間における(1)の割合が50%を上回った場合には、(2)にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「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」に該当しないものとする。
 - (4) 薬剤服用歴管理指導料の特例を算定する場合は、薬剤服用歴管理指導料の加算は算定できない。
 - (5) (1)及び(2)の手帳の活用実績については、**令和元年度分の実績の計算は、(1)にかかわらず、6月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数を用いること。**

令和2年3月5日保医発0305第1号および
令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

特定薬剤管理指導加算2の新設

10 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算

区分	主な算定要件	点数	
		改定前	改定後
1	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、特定薬剤管理指導加算1として、10点を所定点数に加算する。	10点	10点
(新設) 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、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。	-	100点



特定薬剤管理指導加算2

平成30年厚生労働省告示第43号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> を加工して作成
令和2年厚生労働省告示第57号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成
令和2年度診療報酬改定説明資料 診療報酬改定の概要（調剤）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.html を加工して作成

特定薬剤管理指導加算2の算定要件

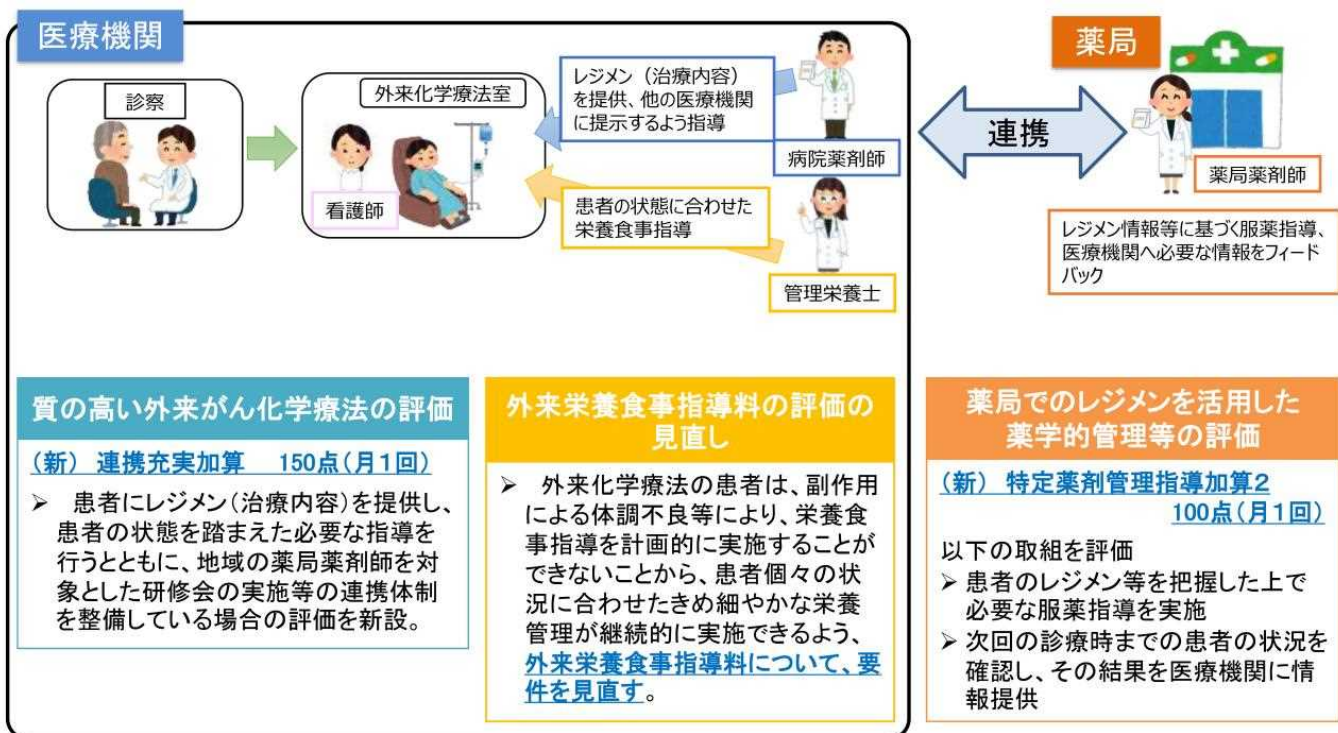
区分10 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導加算2

算定要件（改定後）

- (1) 特定薬剤管理指導加算2は、診療報酬点数表の第2章第6部注射通則第7号の**連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、抗悪性腫瘍剤を注射された悪性腫瘍の患者**に対して、抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局の保険薬剤師が以下のアからウまでの全てを実施した場合に算定する。
 - ア 当該患者のレジメン（治療内容）等を確認し、必要な薬学的管理及び指導を行うこと。
 - イ 当該患者が注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤及び制吐剤等の支持療法に係る薬剤に関し、電話等により服用状況、副作用の有無等について患者又はその家族等に確認すること。
 - ウ イの確認結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供すること。
- (2) 「抗悪性腫瘍剤等を調剤する保険薬局」とは、患者にレジメン（治療内容）等を交付した保険医療機関の処方箋に基づき、保険薬剤師が抗悪性腫瘍剤又は制吐剤等の支持療法に係る薬剤を調剤する保険薬局をいう。
- (3) 特定薬剤管理指導加算2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）等**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。
- (4) 電話等による患者の服薬状況及び副作用の有無等の確認は、**電話の他、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション**（以下「ビデオ通話」という。）による連絡及び患者が他の保険医療機関の処方箋を持参した際の確認が含まれる。電話又はビデオ通話により患者に確認を行う場合は、あらかじめ患者に対し、電話又はビデオ通話を用いて確認することについて了承を得ること。
- (5) 患者の緊急時に対応できるよう、あらかじめ保険医療機関との間で緊急時の対応方法や連絡先等について共有することが望ましい。また、患者の服薬状況の確認において、重大な副作用の発現のおそれがある場合には、患者に対して速やかに保険医療機関に連絡するよう指導することや受診勧奨を行うことなどにより、必要な対応を行うこと。
- (6) 保険医療機関に対して情報提供した文書の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴の記録に添付又は記載する。
- (7) 当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、服薬情報等提供料は算定できない。
- (8) 患者1人につき同一月に2回以上の情報提供を行った場合においても、当該加算の算定は月1回のみとする。
- (9) **抗悪性腫瘍剤等に関する患者の服用状況及び副作用の有無等の確認を行う際に、他の保険医療機関又は他の診療科で処方された薬剤に係る情報を得た場合には、必要に応じて、患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関等に情報提供を行うこと。この場合において、所定の要件を満たせば服薬情報等提供料を算定できる。**

令和2年3月5日保医発0305第1号および
令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

【参考】外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



特定薬剤管理指導加算2の施設基準

第98 特定薬剤管理指導加算2

施設基準（改定後）

- (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。
 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) 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ィ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常勤の保険薬剤師が年1回以上参加**していること。

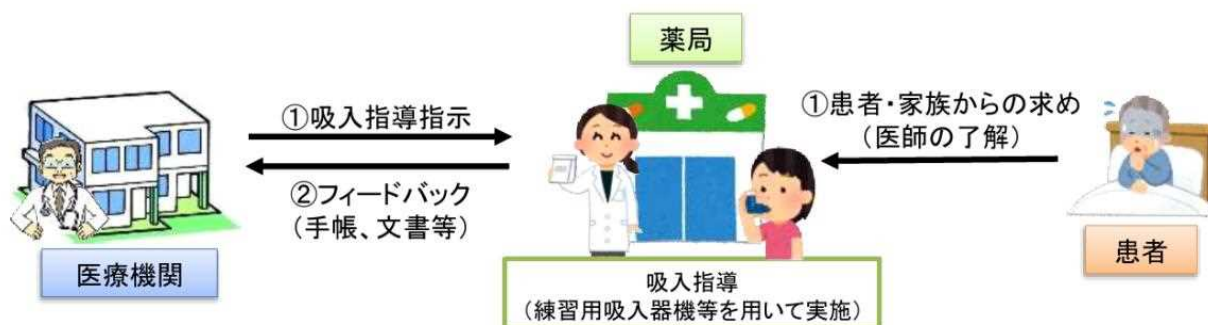
〔経過措置〕

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。

吸入薬指導加算の新設

10 薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算（新設）

主な算定要件	点数	
	改定前	改定後
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、 服薬情報等提供料は算定できない 。	-	30点



吸入薬指導加算の新設

区分10 薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算

算定要件（改定後）

- (1) 吸入薬指導加算は、**喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者**が吸入薬を適切に使用し、治療効果の向上や副作用の回避に繋がるよう、以下のア及びイを行った場合に**3月に1回**に限り算定する。ただし、当該患者に対し**他の吸入薬が処方された場合**であって、必要な吸入指導等を別に行ったときには、前回の吸入薬指導加算の算定から**3月以内であっても算定できる**。
 ア 文書及び練習用吸入器等を用いて、吸入手技の指導を行い、患者が正しい手順で吸入薬が使用されているか否かなどの確認等を行うこと。
 イ 保険医療機関に対し、**吸入指導の結果等を文書により情報提供を行うこと**。
- (2) 当該加算に係る指導は以下のア又はイの場合に、患者の同意を得て行うものであること。
 ア 保険医療機関からの求めがあった場合
 イ 患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、吸入指導の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき
- (3) 当該加算に係る吸入指導を行うにあたっては、日本アレルギー学会が作成する「**アレルギー総合ガイドライン**」等を参照して行うこと。
- (4) (1)の「文書による吸入指導の結果等に関する情報提供」とは、吸入指導の内容や患者の吸入手技の理解度等について、保険医療機関に情報提供することであり、**文書の他、手帳により情報提供することでも差し支えない**。ただし、患者への吸入指導等を行った結果、患者の当該吸入薬の使用について疑義等がある場合には、処方医に対して必要な照会を行うこと。なお、保険医療機関に情報提供した文書等の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴の記録に添付又は記載すること。
- (5) 当該加算は、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を算定している患者については算定できない。また、当該加算の算定に関す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**。

令和2年3月5日保医発0305第1号および
 令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

調剤後薬剤管理指導加算の新設

10 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算（新設）

主な算定要件	点数	
	改定前	改定後
地域支援体制加算を届け出た保険薬局 において、糖尿病患者であって、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、 月1回に限り30点 を所定点数に加算する。 この場合において、 服薬情報等提供料は算定できない 。	-	30点



令和2年厚生労働省告示第57号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成
 令和2年度診療報酬改定説明資料 診療報酬改定の概要（調剤）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.htmlを加工して作成

調剤後薬剤管理指導加算の新設

区分10 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算

算定要件（改定後）

- (1) 調剤後薬剤管理指導加算は、低血糖の予防等の観点から、糖尿病患者に**新たにインスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤**（以下「インスリン製剤等」という。）が処方等された患者に対し、**地域支援体制加算を届け出ている保険薬局の保険薬剤師が、調剤後に電話等により、その使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導を行うとともに、その結果等を保険医療機関に文書により情報提供した場合に算定する。**なお、インスリン製剤等の**調剤と同日に電話等により使用状況の確認等を行った場合には算定できない。**
- (2) (1)の「新たにインスリン製剤等が処方等された患者」とは次のいずれかに該当する患者をいう。
ア 新たにインスリン製剤等が処方された患者
イ 既にインスリン製剤等を使用している患者であって、新たに他のインスリン製剤等が処方された患者
ウ インスリン製剤の注射単位の変更又はスルフォニル尿素系製剤の用法・用量の変更があった患者
- (3) 当該加算に係る電話又はビデオ通話によるインスリン製剤等の使用状況の確認等は、以下のア又はイの場合に患者の同意を得て行うものであること。
ア 保険医療機関からの求めがあった場合
イ 患者若しくはその家族等の求めがあった場合等、調剤後の薬剤管理指導の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき
- (4) 本加算の調剤後のインスリン製剤等の使用状況等の確認は、処方医等の求めに応じて実施するものであり、計画的な電話又はビデオ通話による確認を原則とすること。この場合において、あらかじめ患者等に対し、電話等を用いて確認することについて了承を得ること。
- (5) 保険医療機関に対して情報提供した文書の写し又はその内容の要点等を薬剤服用歴の記録に添付又は記載する。
- (6) 電話等による患者のインスリン製剤等の使用状況等の確認を行った結果、速やかに保険医療機関に伝達すべき副作用等の情報を入手した場合（インスリン製剤等以外の薬剤による副作用が疑われる場合を含む。）は、当該情報を患者が受診中の保険医療機関に提供するとともに、必要に応じて保険医療機関への受診勧奨を行うこと。
- (7) 当該加算の算定時に行う保険医療機関への文書による情報提供については、**服薬情報等提供料は算定できない。**
- (8) 当該加算は、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を算定している患者については算定できない。

令和2年3月5日保医発0305第1号および
 令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

かかりつけ薬剤師指導料の見直し

13の2 かかりつけ薬剤師指導料

主な算定要件	点数	
	改定前	改定後
設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、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する。	73点	76点

区分13の2 かかりつけ薬剤師指導料

主な算定要件（改定後）

- (1) **保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握**した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定
- (2) ~ (5) (省略)
- (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 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*
イ~ウ (省略)
エ 患者から24 時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。
この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合は、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。
オ~ク (省略)
- (8)~(11) (省略)

あらかじめ患者に説明しているのであれば、やむを得ない事由以外でも、当該薬局の別の薬剤師が対応しても差し支えないこととした。

※『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』等

平成30年厚生労働省告示第43号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> を加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第57号および令和2年3月5日保医発0305第1号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

【参考】かかりつけ薬剤師指導料に対する加算

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 各加算

注	加算名	点数	
		改定前	改定後
2	麻薬管理指導加算		22点
3	重複投薬・相互作用等防止加算	イ 残薬以外	40点
		ロ 残薬	30点
4	特定薬剤管理指導加算	1	10点
		2	100点
5	乳幼児服薬指導加算		12点

かかりつけ薬剤師包括管理料の見直し

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料

主な算定要件	点数	
	改定前	改定後
施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料又は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。 下記以外を包括範囲とする 時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者調剤加算、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、 経管投薬支援料 、使用薬剤料、特定保険医療材料	281点	291点

*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の投薬が行われた場合に限る

区分13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料

主な算定要件（改定後）

- (1) **保険医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握**した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定
- (2) 対象患者は、地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療料を算定している患者とする
- (3) 調剤の都度患者の服薬状況、指導等の内容を**処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案する**
- (4) **かかりつけ薬剤師指導料の算定要件[(2)から(7)まで、(9)及び(11)]を準用**
- (5) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料と併算定できない。

かかりつけ薬剤師指導料/包括管理料〔施設基準〕の見直し

第100 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料

施設基準（改定後）

1 以下の要件を全て満たす保険薬剤師が配置されていること。

(1) 以下に掲げる勤務経験等を有していること。

ア 施設基準の届出時点において、**保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験**がある。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。

イ 当該保険薬局に週32時間以上（32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。）勤務している。

ウ 施設基準の届出時点において、**当該保険薬局に1年以上在籍**している。

(2) 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**を取得していること。

(3) **医療に係る地域活動の取組に参画**していること。

(4) 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、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。

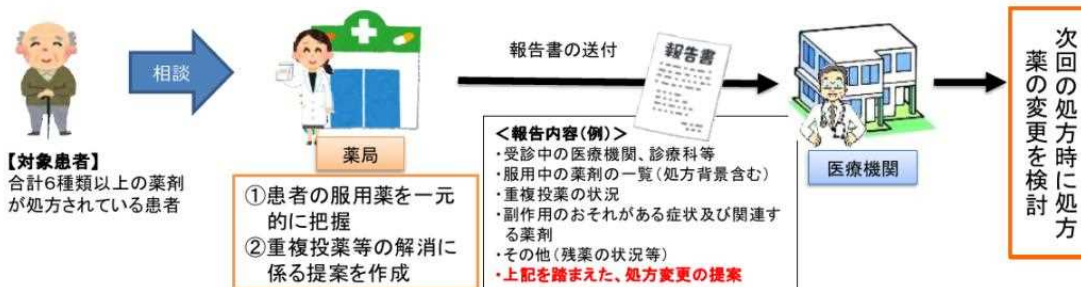
令和2年3月31日において、届出を行っている保険薬局については、1(4)にかかわらず、令和2年9月30日までの間は、なお従前の例により算定することができる。

令和2年3月5日保医発0305第3号および
令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

服用薬剤調整支援料2の新設

14の3 服用薬剤調整支援料

区分	主な算定要件	点数	
		改定前	改定後
1	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。	125点	125点
(新設) 2	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、 3月に1回に限り所定点数を算定 する。	-	100点



服用薬剤調整支援料2

平成30年厚生労働省告示第43号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html>を加工して作成
令和2年度診療報酬改定説明資料 診療報酬改定の概要（調剤）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.htmlを加工して作成
令和2年厚生労働省告示第57号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

服用薬剤調整支援料1の算定要件

区分14の3 服用薬剤調整支援料1

算定要件（改定後）

ア	内服を開始して4週間以上経過した内服薬6種類以上を保険薬局で調剤している患者に対して、当該保険薬局の保険薬剤師が、当該患者の意向を踏まえ、当該患者の服薬アドヒアランス及び副作用の可能性等を検討した上で、処方医に減薬の提案を行い、その結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。
イ	当該保険薬局で調剤している当該内服薬の種類数が2種類以上（うち少なくとも1種類は当該保険薬局の保険薬剤師が提案したものとす。）減少し、その状態が4週間以上継続した場合に算定する。
ウ	保険医療機関名及び保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を調剤報酬明細書の摘要欄に記載すること。
エ	調剤している内服薬の種類数に屯服薬は含めない。また、当該内服薬の服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。また、調剤している内服薬と同一薬効分類の有効成分を含む配合剤及び内服薬以外の薬剤への変更を保険薬剤師が提案したことで減少した場合は、減少した種類数に含めない。
オ	内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
カ	患者の服用する薬剤の副作用の可能性の検討等を行うにあたっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。
キ	保険薬剤師は処方医へ提案を行う際に、減薬に係る患者の意向や提案に至るまでに検討した薬学的内容を薬剤服用歴の記録に記載する。また、保険医療機関から提供された処方内容の調整結果に係る情報は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により記録・保持する。
ク	当該保険薬局で服用薬剤調整支援料1を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少したときに限り、新たに算定することができる。

服用薬剤調整支援料2の算定要件

区分14の3 服用薬剤調整支援料2

算定要件（改定後）

ア	複数の保険医療機関から内服薬が合計で6種類以上 処方されている患者に対して、患者若しくはその家族等の求めに応じて、保険薬局の保険薬剤師が、重複投薬等の解消のために以下の取組をすべて行った場合に算定する。 (イ) 患者の服用薬について、 手帳の確認、患者への聞き取り又は他の保険薬局若しくは保険医療機関への聞き取り等により、一元的に把握 すること。なお、同種・同効薬が処方されている場合は、必要に応じて処方の背景を処方医又は患者若しくはその家族等に確認すること。 (ロ) 重複投薬等のおそれがある場合には、 重複投薬等の解消に係る提案を検討し、当該提案及び(イ)の内容を記載した報告書を作成し、処方医に対して送付 すること。
イ	内服薬の種類数の考え方は、服用薬剤調整支援料1に準ずる。また、6種類以上の内服薬について、 少なくとも1種類は当該保険薬局で調剤されている必要がある。
ウ	アの(ロ)の報告書は以下の内容を含む 別紙様式3又はこれに準ずるもの をいう。 (イ) 受診中の保険医療機関、診療科等に関する情報 (二) 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する薬剤 (ロ) 服用中の薬剤の一覧 (ホ) その他（残薬、その他患者への聞き取り状況等） (ハ) 重複投薬等に関する状況
エ	「重複投薬等の解消に係る提案」とは、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 をいう。この場合において、当該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しておくこと。
オ	重複投薬等の解消に係る提案を行う場合、患者の希望、かかりつけ医の有無及び処方開始日等について十分な聞き取りを行った上で、処方内容の見直しを依頼する処方医に対して報告書を送付すること。
カ	処方内容の見直し状況について 患者の次回以降の来局時に確認 すること。
キ	当該加算の算定に係る保険医療機関、患者又はその家族等への情報提供については、 服薬情報等提供料を別途算定できない。

別添様式3：患者の重複投薬等に係る報告書（新設）

様式3

(別添様式3)

患者の重複投薬等に係る報告書

情報提供先保険医療機関名
担当医 科 院 令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称
電 話 (FAX)
保険薬剤師氏名 印

患者氏名
性別(男・女) 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生(歳)
住所
電話番号

以下のとおり、重複投薬等の状況について報告いたします。

番号	保険医療機関名	診療科	処方医の氏名
1			
2			
3			

2 現在服用中の薬剤の一覧

※用は、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

薬効分類又は効能・効果	医薬品名(先発医薬品名)	服用開始時期	「1」の番号

3 重複投薬等に関する状況

「1」の番号	医薬品名(先発医薬品名)	服用開始日

薬剤師のコメント

4 副作用のおそれがある患者の症状及び関連する医薬品名

「1」の番号	症状	関連する医薬品名

薬剤師のコメント

5 その他特記すべき事項(殊薬及びその他の患者への聞き取り内容等)

[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」及び「2」を記載した上で「3」又は「4」により重複投薬等の解消等、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案を行うこと。
- 2 必要に応じて、横紙に記載して添付すること。
- 3 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。
- 4 「2」については、後発医薬品を服用中の場合であっても、当該医薬品に先発医薬品がある場合はその名称を併記すること。
- 5 「3」については、同種・同効薬が処方されている場合は、必要に応じて処方背景を確認すること。
- 6 「5」については、必要に応じて記載すること。

【参考】重複投薬等の確認結果として 薬局から医療機関に報告する内容（イメージ）

お薬手帳、患者等への聞き取り等から、服用中の薬剤やその服用期間、処方医療機関等を把握し、一覧表を作成して医療機関に報告（必要に応じて、処方医に処方背景等を確認）

患者例：高血圧、高脂血症、腰痛症、狭心症等で複数の医療機関に通院

医療機関への報告内容のイメージ

(1) 受診中の医療機関、診療科名等

- ①A診療所 内科 ○○医師
- ②B診療所 内科 △△医師
- ③C病院 整形外科 □□医師
- ④C病院 循環器内科 ◇◇医師

調整の主体となる医療機関
(薬局に確認を指示)
ロスタチン、アムロジピンを
定期的に処方

(3) 重複投薬等に関する報告

- ロキソプロフェンNa(ロキソニン)がC病院 整形外科より定時処方されていますが、B診療所 内科でも3か月に1回程度処方されています。
- C病院 循環器内科に確認したところ、シルチアゼム(ヘルベッサ)は狭心症に対し処方されていると回答をいただきました。
- 患者に確認したところ、プレガバリン(リリカ)は飲みきり終了と説明を受けているそうです。

(2) 薬剤の一覧

薬効分類	成分名(先発品名)	医療機関
脂質異常症薬	ロスタチン(クレストール)	①
非ステロイド抗炎症薬	ロキソプロフェンNa(ロキソニン)	②
	ロキソプロフェンNa(ロキソニン)	③
神経障害性疼痛緩和薬	プレガバリン(リリカ)	③
消化性潰瘍薬	ボノプラザン(タケキャブ)	③
カルシウム拮抗薬	アムロジピン(アムロジン等)	①
	シルチアゼム(ヘルベッサ)	④
ベンゾジアゼピン系睡眠薬	プロチゾラム(レンドルミン)	④
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	エチゾラム(デパス)	④
気道粘膜修復薬	カルボシステイン(ムコダイン)	②

※上記のほか、服用期間等も記載

(参考) その他連絡事項のイメージ

○ その他必要に応じて確認することが期待される事項

- 服用薬の理解度、アドヒアランス等を確認
 - 常用しているOTC、サプリメント等の情報を確認
 - 食事の回数や睡眠の状況等、患者の生活状況を確認
 - その他、患者が気になっている事項等を確認
- など

○ 重複投薬以外の報告

- 頓用薬の服用頻度について情報提供致します。
患者に確認したところ、プロチゾラムは、1週間に2、3回程度の服用頻度。エチゾラムは、ほとんど服用していないとのことでした。
- めまいの訴えがありました。
プレガバリン(リリカ)の尿中排泄率は約90%ですので、今後の腎機能の変化にご留意をお願い致します。

診療報酬（医科）

【参考】薬剤総合評価調整管理料の算定要件概要

B008-2 薬剤総合評価調整管理料（月1回）		改定前	改定後
<p>入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合</p> <p>算定上の留意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている ● 当該保険医療機関で処方された内服薬の種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合 ● 他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、薬剤総合評価調整加算と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できる ● 屯服薬については内服薬の種類数から除外 ● 服用開始後、4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外 ● 1銘柄ごとに1種類として計算 ● 「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）等のGLを踏まえて評価、調整 ● 薬剤総合評価調整加算（管理料）を1年以内に算定した場合、前回減少した種類数から更に2種類以上減少する時に限る 		250点	250点
<p>連携管理加算</p> <p>処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合に加算</p> <p>算定上の留意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 診療情報提供料（I）（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない ● 他の保険医療機関等からの情報提供を受けた場合、処方内容の調整又は評価の結果について当該他の保険医療機関等に情報提供を行う 		50点	50点

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の新設

15 在宅患者訪問薬剤管理指導料			
区分	主な算定要件	点数	
		改定前	改定後
1 単一建物診療患者が1人の場合	● 医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合	650点	650点
2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	● 患者1人につき月4回まで（がん末期、中心静脈栄養法の患者は週2回かつ月8回まで） ● 保険薬局の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない	320点	320点
3 1及び2以外の場合	● 1～3を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定 ● 交通費は、患者の負担とする。	290点	290点
	<p>● 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く）</p> <p>● 患者1人につき月1回まで</p> <p>● 保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定（保険薬剤師1人につき、1から3までと合わせて週40回）</p> <p>[対象患者]</p> <p>次のいずれにも該当する患者であること。</p> <p>(1) 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</p> <p>(2) 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※</p>	-	57点

※麻薬管理指導加算、乳幼児加算、重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない

※令和2年厚生労働省告示第59号に記載

在宅患者オンライン服薬指導料の算定要件

区分15 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

算定要件（改定後）

- (1) 在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施により処方箋が交付された患者であって、在宅患者訪問薬剤管理指導料が月1回算定されているものに対して、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、月1回に限り算定する。この場合において、在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算*及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定できない。
- (2) 当該指導料は、保険薬剤師1人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料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。
- (3) オンライン服薬指導により、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。
- (7) 訪問薬剤管理指導及び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、次のア及びイをいずれも満たしている場合に限り、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ときに当該薬局に勤務する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。
 - ア 当該薬局に勤務する他の保険薬剤師（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。）の氏名を服薬指導計画に記載していること。
 - イ 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こと。
- (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必要な情報を手帳に添付又は記載すること。
- (10) 薬剤を患者に配送する場合は、その受領の確認を行うこと。
- (11) 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。

*在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算：麻薬管理指導加算、乳幼児加算

令和2年3月5日保医発0305第1号および
令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年3月31日）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

在宅患者オンライン服薬指導料の施設基準

第101 在宅患者オンライン服薬指導料

施設基準（改定後）

1 在宅患者オンライン服薬指導料に関する施設基準

薬剤服用歴管理指導料の4に規定するオンライン服薬指導に係る届出を行っていること。

2 届出に関する事項

在宅患者オンライン服薬指導料として届出を行う必要はない。

オンライン服薬指導を活用した在宅患者への薬学管理（イメージ）

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		訪問	

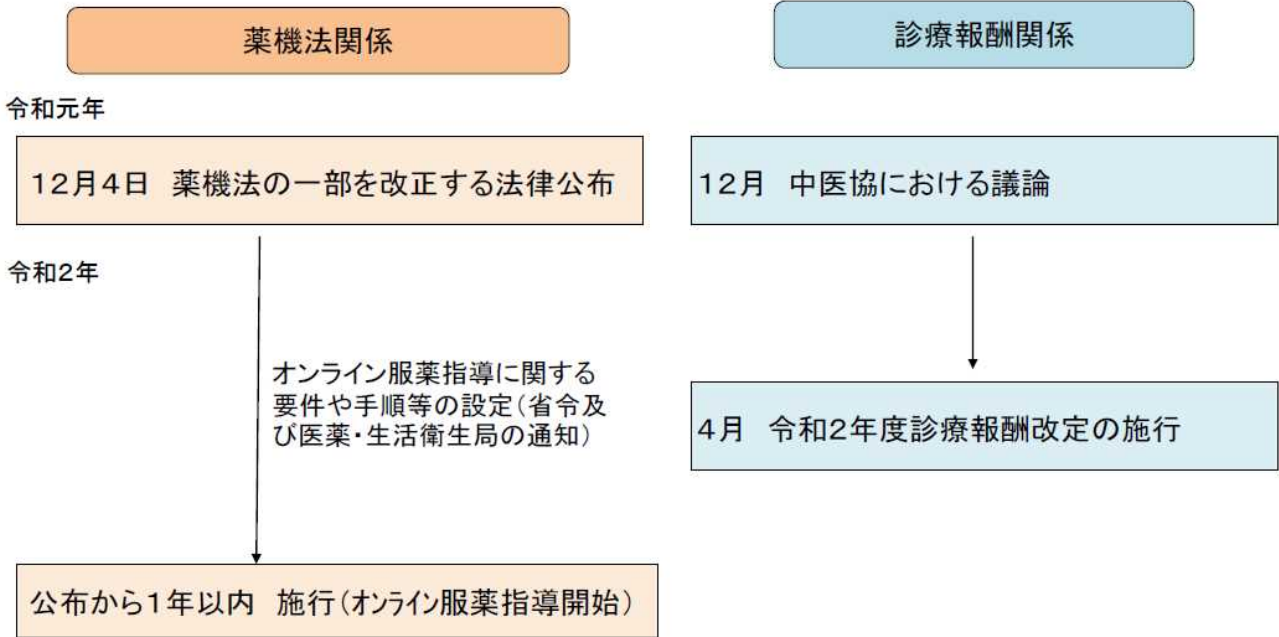


月2回の訪問（※）のうち、1回をオンライン服薬指導で対応した場合は「在宅患者オンライン服薬指導料」の算定が可能
※在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

【参考】オンライン服薬指導の関連スケジュール

令和元年12月4日に薬機法等の一部を改正する法律が公布され、公布から1年以内にオンライン服薬指導の実施が可能となる。



【参考】薬機法改正により、今後実施可能となるオンライン服薬指導（概要）

薬機法の改正により実施可能となるオンライン服薬指導には、
 ①オンライン診療時の処方箋に基づく服薬指導と、②在宅訪問診療時の処方箋に基づく服薬指導に分かれる。

外来患者へのオンライン服薬指導	在宅患者へのオンライン服薬指導
① 対面服薬指導を行ったことのある患者 ② 当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤＊ ③ <u>オンライン診療による処方箋</u> に基づき調剤	① 患家で対面服薬指導を行ったことがある患者 ② 同左 ③ <u>訪問診療による処方箋</u> に基づき調剤

* 後発品への切り替えなど同一内容と見なせる場合を含む

【その他の要件等】

- ④ 原則として同一の薬剤師がオンライン服薬指導を実施すること
- ⑤ 服薬指導計画を策定すること（主な内容は以下のア～エ）
 - ア 取り扱う薬剤の種類（当該患者に対面で服薬指導したことのある処方箋薬剤又はそれに準じる処方箋薬剤であること）、授受の方法
 - イ オンラインと対面との組合せ
 - ウ 実施できない場合の規定（実施しないと判断する場合の基準など）
 - エ 緊急時対応方針（医療機関との連絡、搬送）

患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

区分		主な算定要件	点数	
			改定前	改定後
1	計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合	<ul style="list-style-type: none"> 訪問薬剤管理指導を実施している患者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算定 1と2を合わせて月4回に限り算定 	500点	500点
(新設) 2	1以外の場合	<ul style="list-style-type: none"> 患者の薬剤服用歴に、在宅療養を担う保険医からの緊急の要請があつて実施した旨を記載 実施した薬学的管理の内容の薬剤服用歴への記載などの要件については、在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様の要件とする 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない 	-	200点

平成30年厚生労働省告示第43号および平成30年3月5日保医発0305第3号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411.html> を加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第57号および令和2年3月5日保医発0305第1号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html を加工して作成

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の算定要件

区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

算定要件（改定後）

- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、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つ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指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、**在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1及び2を合わせて月4回に限り算定**する。
- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象疾患の急変等**に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。
- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2は、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導の対象となっていない疾患の急変等**に関して、保険医の求めにより、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、訪問結果について当該保険医に必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。
- 「区分15在宅患者訪問薬剤管理指導料」の(4)に規定する同意を得ている場合において、在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が緊急訪問薬剤管理指導を行った場合は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、その場合においては、「区分15在宅患者訪問薬剤管理指導料」の(4)の取扱いに準ずること。
- 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分10薬剤服用歴管理指導料」の(4)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。
 - ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
 - イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から緊急の要請があつた日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨
 - ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）
 - エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点
- (6)～(9)省略

経管投薬支援料の新設

15の7 経管投薬支援料（新設）

主な算定要件	点数	
	改定前	改定後
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、当該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。	—	100点

経管投薬支援



令和2年度診療報酬改定説明資料 診療報酬改定の概要（調剤）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00001.htmlを加工して作成
 令和2年厚生労働省告示第57号および令和2年3月5日保医発0305第1号
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.htmlを加工して作成

経管投薬支援料の算定要件

区分15の7 経管投薬支援料

算定要件（改定後）

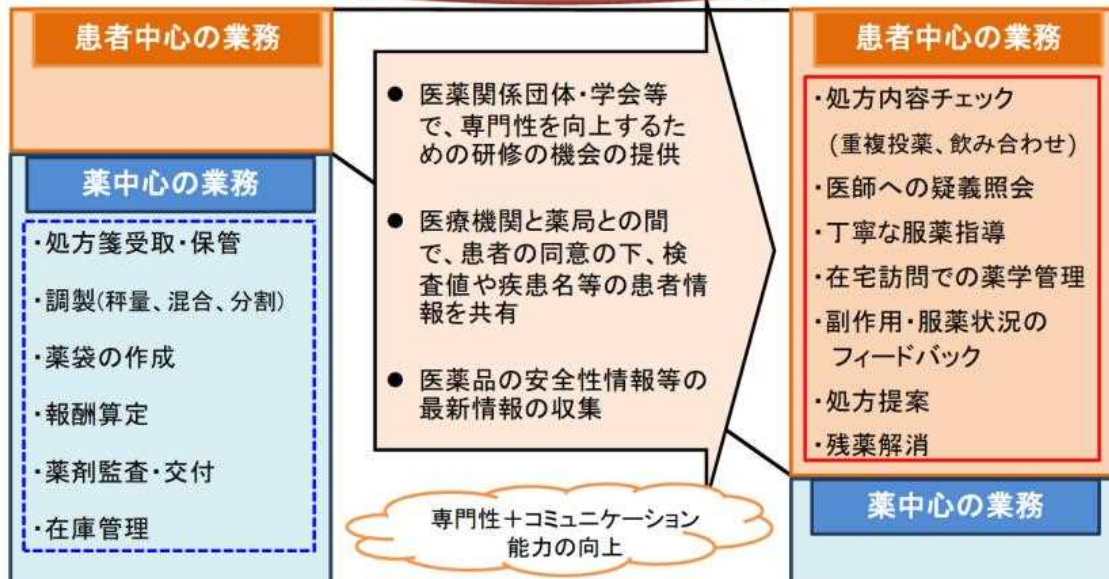
- 経管投薬支援料は、胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者に対して、簡易懸濁法による薬剤の服用に関して必要な支援を行った場合に算定する。
- 当該加算に係る服薬支援は、以下の場合に患者の同意を得て行うものであること。
 - 保険医療機関からの求めがあった場合
 - 家族等の求めがあった場合等、服薬支援の必要性が認められる場合であって、医師の了解を得たとき
- 「簡易懸濁法」とは、錠剤の粉砕やカプセルの開封等を行わず、経管投薬の前に薬剤を崩壊及び懸濁させ、投薬する方法のことをいう。
- 必要な支援とは主に次に掲げる内容をいう。
 - 簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援
 - 患者の家族又は介助者が簡易懸濁法により経管投薬を行うために必要な指導
 - 必要に応じて保険医療機関への患者の服薬状況及びその患者の家族等の理解度に係る情報提供
- 患者1人につき複数回の支援を行った場合においても、1回のみ算定とする。
- 患者の服薬状況等を保険医療機関に情報提供を行った場合であって所定の要件を満たす場合は、服薬情報等提供料1又は2を算定できる。

患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」そして「地域」へ～

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

平成27年10月23日
厚生労働省公表資料改変

～対物業務から対人業務へ～



※赤枠及び青枠は医療課によるもの

【参考】

薬剤服用歴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	薬剤服用歴管理指導料 1、2、3		手帳減算に該当する場合	かかりつけ薬剤師指導料	かかりつけ薬剤師包括管理料	在宅患者訪問薬剤管理指導料	
		○	×					
算 薬 剤 服 用 歴 管 理 指 導 料 等 の 加	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	×	×	○	×	○
	重複投薬・相互作用等防止加算 ^{※1}	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	○	×	×	○	×	○
	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	○	×	×	×	×	×
	外来服薬支援料	月 1 回まで	○	○	○	○	×	×
	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 2	月 1 回まで ^{※2}	○	○	○	×	×	×
	経管投薬支援料	1回まで	○	○	○	○	○	○

※1 在宅患者訪問薬剤管理指導料の場合は、当該指導料に規定される加算及び「在宅重複投薬・相互作用等防止管理料」を指す。

※2 患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。

【参考】

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	服薬情報等提供 1、2	在宅患者訪問薬剤管理指導料
薬剤服用歴管理指導料1、2、3、4		処方箋受付ごと	○	× ^{※2}
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	×	
算 薬剤服用歴管理指導料等の加	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	
	重複投薬・相互作用等防止加算	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	○ ^{※1}	
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	
	吸入薬指導加算	3月に1回まで	○ ^{※1}	
調剤後薬剤管理指導加算		月1回まで	○ ^{※1}	
外来服薬支援料		月1回まで	○	×
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	○ ^{※1}	○
経管投薬支援料		患者ごとに1回のみ	○	○

※1 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。

※2 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の処方を行った場合を除く。

調剤基本料

厚生労働省説明会時のQ&A ※事務連絡による疑義解釈資料ではありません

調剤基本料について

Q 特別調剤基本料については、保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合は対象外とされている。次のうち、どの場合が特別調剤基本料に該当する可能性があるか。

- (a) 同一建物内に診療所及び薬局のみが所在する場合
- (b) 同一敷地内に複数の建物があり、診療所と薬局が別の建物にそれぞれ所在する場合
- (c) ビル内に複数の診療所及び薬局が所在する場合(いわゆる医療モールの場合)

A (b)のみ、特別調剤基本料に該当する場合がある。

厚生労働省説明会時のQ&A ※事務連絡による疑義解釈資料ではありません

調剤基本料について

Q 調剤基本料について、「複数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、(中略)所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。」とある。2つ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、1つ目は100分の100、2つ目は100分の80となると思料するが、受付順序に特段の定めはないと考えて良いか。

A 特に定めはない。

厚生労働省説明会時のQ&A ※事務連絡による疑義解釈資料ではありません

地域支援体制加算について

Q 地域支援体制加算について、調剤基本料1の実績要件は直近の1年間のものでよいか。

A 直近1年間の実績でよい。

Q 地域支援体制加算における地域の多職種と連携する会議への出席について、どのような会議であれば要件に該当するのか。

A この規定は、医薬・生活衛生局が作成する薬局KPIを参考に設定している。具体的なものは追って示す予定であるが、地域ケア会議などになる見込み。

Q 地域支援体制加算について、調剤基本料1に適用される実績要件は令和3年3月31日までの間はなお従前の例によるとされている。改定前に地域支援体制加算の届出を行っていなかった保険薬局であっても、令和3年3月末までの間は、改定前の基準を満たせば新たに届出を行うことが可能か。

A 改定前の基準を満たせば届出を行うことが可能。

厚生労働省説明会時のQ&A ※事務連絡による疑義解釈資料ではありません

後発医薬品調剤体制加算について

Q 後発医薬品調剤体制加算について、1～3の後発医薬品の割合に変更がないので、要件を満たしていれば、改めての届出は必要か。

A 改めての届出は不要。

厚生労働省説明会時のQ&A ※事務連絡による疑義解釈資料ではありません

薬剤服用管理指導料「4」について

Q 薬剤服用歴管理指導料「4」について、医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿ってオンライン服薬指導を行う体制を有することを求めているが、具体的に何を指すのか。

A 今後、医薬・生活衛生局より示される予定。

厚生労働省説明会時のQ&A ※事務連絡による疑義解釈資料ではありません

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料について

Q かかりつけ薬剤師指導料について、「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ィ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。」とあるが、経過措置はあるのか。また、届出直し等は必要か。

A 令和3年9月末まで経過措置を設けている。また、届出直しは不要。

厚生労働省説明会時のQ&A ※事務連絡による疑義解釈資料ではありません

服用薬剤調整支援料2について

Q 服用薬剤調整支援料2について、薬局が処方医に対して重複投薬等の解消にかかる提案をしたものの状況が変わらなかった場合、3月後に同一内容で再度提案を行った場合に服用薬剤調整支援料2は算定可能か。

A 同一内容の提案については算定できない。

Q 服用薬剤調整支援料2について、当該支援料を算定した事案に関してその後処方内容の見直しが行われ、2種類以上の減薬となり、服用薬剤調整支援料1の要件も満たすこととなった場合、服用薬剤調整支援料1を算定することは可能か。

A 算定できない。

厚生労働省説明会時のQ&A ※事務連絡による疑義解釈資料ではありません

経管投薬支援料について

Q 経管投薬支援料と薬剤服用歴管理指導料は同時に算定は可能か。

A 算定可能。