

令和2年度調剤報酬改定のポイント

中医協 検-6-2参考
3 . 1 2 . 1

かかりつけ機能の評価

➤ 重複投薬解消に対する取組の評価

- 患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬等の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行った場合を評価

➤ 地域支援体制加算の要件の見直し

- 調剤基本料1の薬局では、医療機関への情報提供等の実績要件を追加
- 調剤基本料1以外の薬局では、麻薬の管理指導の実績要件を見直すなど、一部要件を緩和

➤ かかりつけ薬剤師指導料の評価の拡充

➤ 同一薬局の利用推進

- 薬剤服用歴管理指導料の点数が低くなる再来局期間を6月から3月に短縮し、評価を引上げ
- 患者が複数の医療機関の処方箋をまとめて提出した場合に、2枚目以降の調剤基本料の点数を一定程度低くする
- 患者が普段利用する薬局のお薬手帳への記載を促す

対物業務から対人業務への構造的な転換

【対人業務の評価の拡充】

➤ がん患者に対する質の高い医療の提供の評価

- ①患者の治療計画書等を踏まえた服薬指導を行い、②次回の診療時までの患者の状況を医療機関に情報提供する取組を評価

➤ 喘息等の患者に対する丁寧な服薬指導の評価

- 吸入薬の使用方法について、文書に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、医師に結果を報告することなどを評価

➤ 糖尿病患者に対する調剤後の状況の確認等の評価

- 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を評価

【対物業務等の評価の見直し】

➤ 調剤料（内服薬）の見直し

- 日数に比例した①1～7日分、②8～14日分の点数をそれぞれ定額化
- 15日分以上の点数も一定程度引き下げ、全体として適正化

➤ 調剤基本料の見直し

- 処方箋の集中率が95%を超え、かつ、1月あたりの処方箋の受付回数が一定以上(※)の場合の点数を引下げ
※ ①1店舗で1,800回を超える場合、又は②同一グループ全体で3万5千回を超える場合
- 特別調剤基本料について、診療所敷地内薬局を対象に追加し、点数を引下げ

在宅業務の推進

➤ 緊急訪問の評価の拡充

- 計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等の対応で、緊急に訪問薬剤管理指導を行った場合を評価

➤ 経管投薬の患者への服薬支援の評価

- 簡易懸濁法(錠剤等を粉砕せず、お湯で溶かし、経管投薬する方法)を開始する患者に必要な支援を行った場合を評価

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

- 薬機法改正でオンライン服薬指導が認められることを踏まえた対応

後発医薬品の使用推進

➤ 後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局の評価

- ①後発医薬品の調剤数量割合が75%～80%の区分の点数を引下げ、②調剤数量割合が85%以上の区分の点数を引上げ
- 後発医薬品の調剤数量割合が低い場合の減算規定の範囲を拡大(20%→40%)

残薬への対応の推進

➤ 薬局から医療機関への残薬に係る情報提供の推進

- お薬手帳により残薬の状況を医療機関に情報提供する規定を薬剤服用歴管理指導料の要件に追加
- 医師の指示による分割調剤を行う際、服薬情報等提供料を分割回数で除した点数ではなく、通常の点数(30点)を算定できることとする

薬局における対人業務の評価の充実 ①

外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

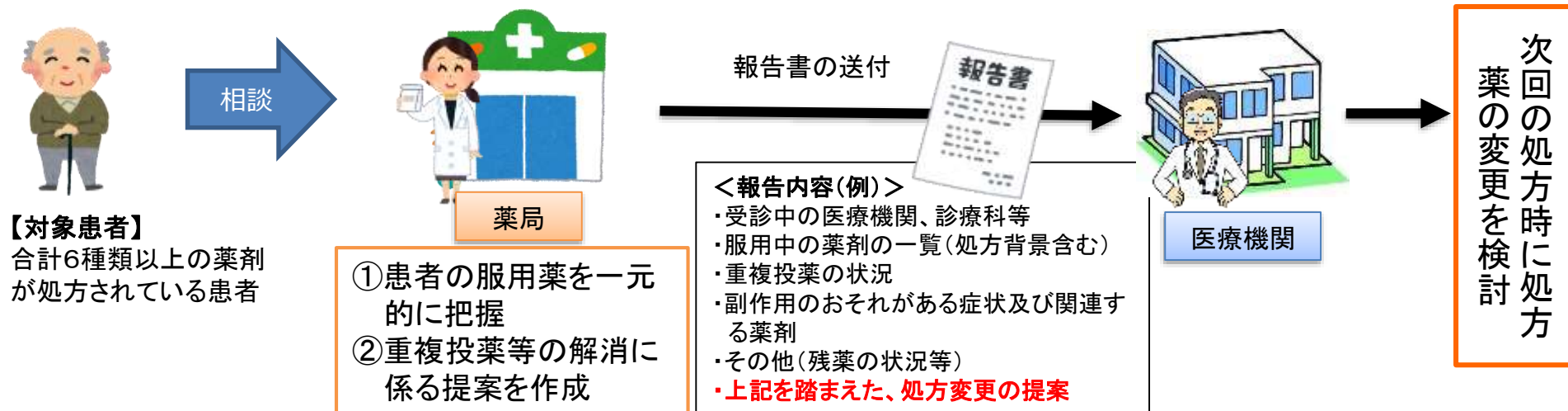
- 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

(新) 服用薬剤調整支援料2 100点 (3月に1回まで)

[算定要件]

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、患者等の求めに応じて、①当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行うとともに、②重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案^(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定する。

※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案



かかりつけ薬剤師指導料等の評価

- 対物業務から対人業務への転換を進める観点から、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、患者のプライバシーに配慮や残薬への対応に関する要件を見直すとともに評価を見直す。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】	73点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】	281点

[施設基準]
(新設)

【薬剤服用歴管理指導料※】

[算定要件]

- (1)エ 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。

※ かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して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とされている。

見直し後

【かかりつけ薬剤師指導料】	76点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】	291点

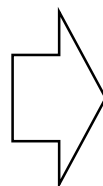
[施設基準]

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、患者のプライバシーに配慮していること。

【薬剤服用歴管理指導料※】

[算定要件]

- (1)エ 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。患者に残薬が一定程度認められる場合には、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。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。



同一薬局の利用推進

- 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。**

現行

		調剤基本料1の薬局	調剤基本料1以外
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/なし		



令和2年度改定

		調剤基本料1の薬局	調剤基本料1以外
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/なし		

地域医療に貢献する薬局の評価

➤ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価とする観点から、地域支援体制加算の実績要件や評価を見直す。

地域支援体制加算 35点 → 38点

※青字は変更部分

○地域支援体制加算の施設基準

(1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績
(2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている
(3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している
(4) 一定時間以上の開局
(5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供
(7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備
(8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制
(9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
(10) 医療安全に資する取組実績の報告
(11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

[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。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。

- 調剤基本料1を算定している保険薬局
以下の基準のうち①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。
(1薬局あたりの年間の回数)
- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
 - ② 在宅患者薬剤管理の実績 12回以上 ※1
 - ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
 - ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上 ※2
 - 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1回以上出席

- 調剤基本料1以外を算定している保険薬局
以下の基準のうち8つ以上の要件を満たすこと。
(①～⑧は常勤薬剤師1人あたりの年間回数、⑨は薬局あたりの年間の回数)
- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
 - ② 麻薬の調剤実績 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人の在宅薬剤管理の実績 12回以上 ※1
 - ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上 ※2
 - ⑨ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に5回以上出席

※1 在宅協力薬局として実施した場合(同一グループ内は除く)や同等の業務を行った場合を含む。

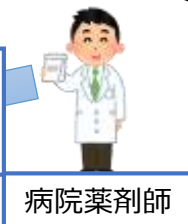
※2 同等の業務を行った場合を含む。

外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組

医療機関



レジメン（治療内容）を提供、他の医療機関に提示するよう指導



患者の状態に合わせた栄養食事指導



薬局



レジメン情報等に基づく服薬指導、医療機関へ必要な情報をフィードバック

質の高い外来がん化学療法の評価

（新）連携充実加算 150点（月1回）

- 患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している場合の評価を新設。

外来栄養食事指導料の評価の見直し

- 外来化学療法の患者は、副作用による体調不良等により、栄養食事指導を計画的に実施することができないことから、患者個々の状況に合わせたきめ細やかな栄養管理が継続的に実施できるよう、**外来栄養食事指導料について、要件を見直す。**

薬局でのレジメンを活用した薬学的管理等の評価

（新）特定薬剤管理指導加算2 100点（月1回）

以下の取組を評価

- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
- 次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供

薬局における対人業務の評価の充実 ②

がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

- 薬局が患者のレジメン(治療内容)等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供した場合について新たな評価を行う。

(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)

[対象患者]

連携充実加算を届け出ている保険医療機関で抗悪性腫瘍剤を注射された患者であって、当該保険薬局で抗悪性腫瘍剤や制吐剤等の支持療法に係る薬剤の調剤を受ける患者

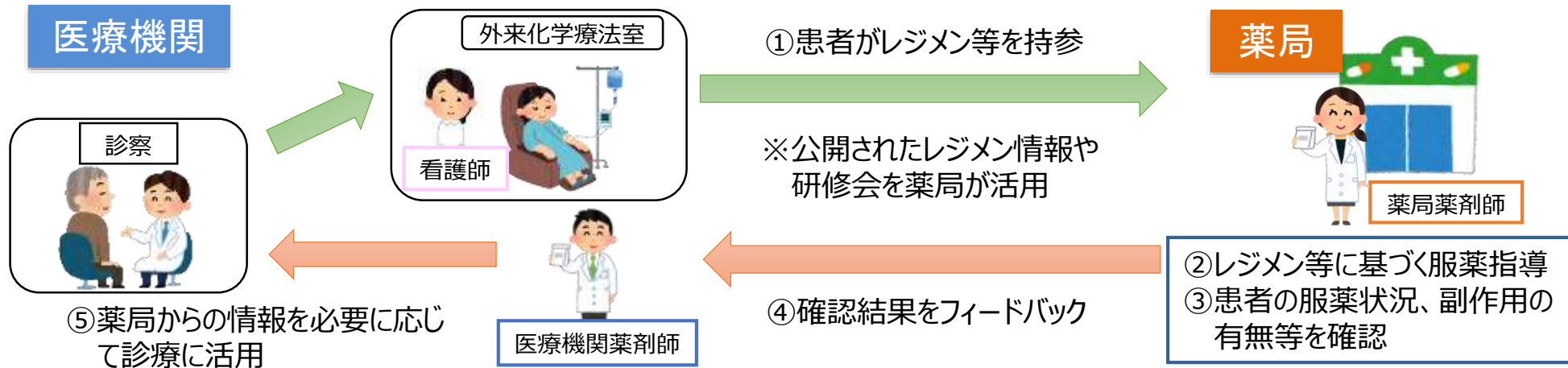
[算定要件]

①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とともに、②電話等により、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、服用状況や副作用の有無等を患者等に確認し、③その結果を踏まえ、当該保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 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。
- (2) 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年1回以上参加していること。

※ 経過措置として、令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。



薬局における対人業務の評価の充実 ③

吸入薬指導加算

- 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

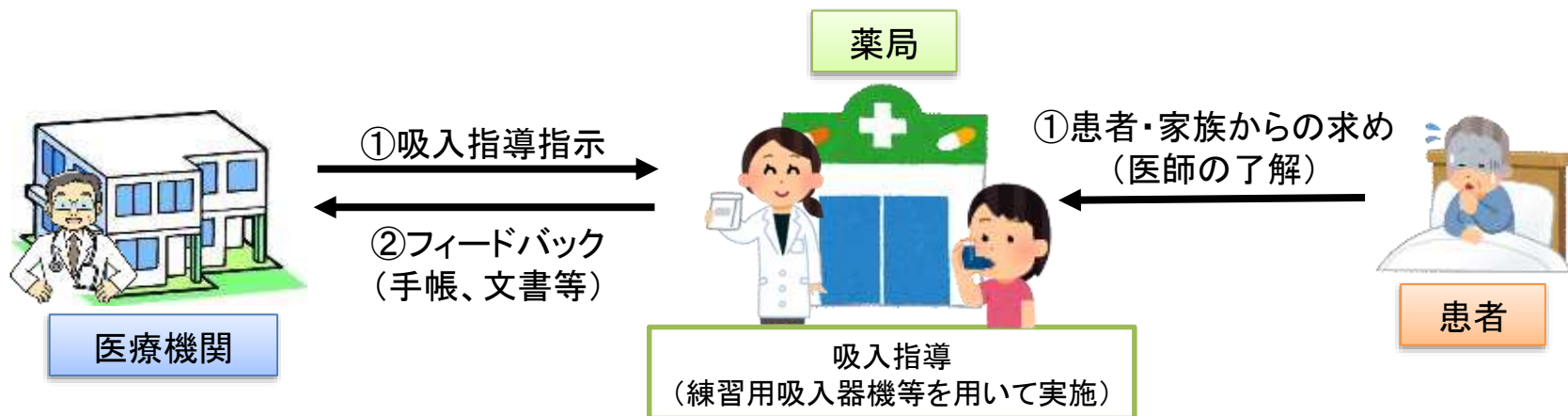
(新) 薬剤服用歴管理指導料 吸入薬指導加算 30点(3月に1回まで)

[算定要件]

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患者に対して、当該患者等の求めに応じて、

- ① 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の確認、
- ② 保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に算定する。

※ 保険医療機関への情報提供は、手帳による情報提供でも差し支えない。



薬局における対人業務の評価の充実 ④

調剤後薬剤管理指導加算

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

(新) 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算 30点(月1回まで)

[対象保険薬局]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局

[対象患者]

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。)を使用している糖尿病患者であって、新たにインスリン製剤等が処方されたもの又はインスリン製剤等に係る投薬内容の変更が行われたもの

[算定要件]

患者等の求めに応じて、

- ① 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
- ② その結果等を保険医療機関に文書により情報提供を行った場合に算定する。



薬局における対人業務の評価の充実 ⑤

薬剤服用歴管理指導料

1. 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2、調剤基本料3にも拡大する。**
2. 同一薬局の利用推進及び対物業務から対人業務への構造転換の観点から、評価を見直す。
3. 医療機関と薬局が連携による**残薬への対応を推進する観点から、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要件に追加する。**
4. 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。**

※お薬手帳への患者が日常的に利用する保険薬局の名称等の記載を促すにあたり、お薬手帳の要件としてこれらの記載欄があることを求める。ただし、記載欄に係る要件については、令和3年3月31日までの間は適用しない。

薬剤服用歴管理指導料の区分等の見直しの全体像

現行		
1	原則6月以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 ※ 手帳を持参していない患者又は調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する薬局に処方箋を持参した患者は、53点を算定。	41点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	53点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	41点



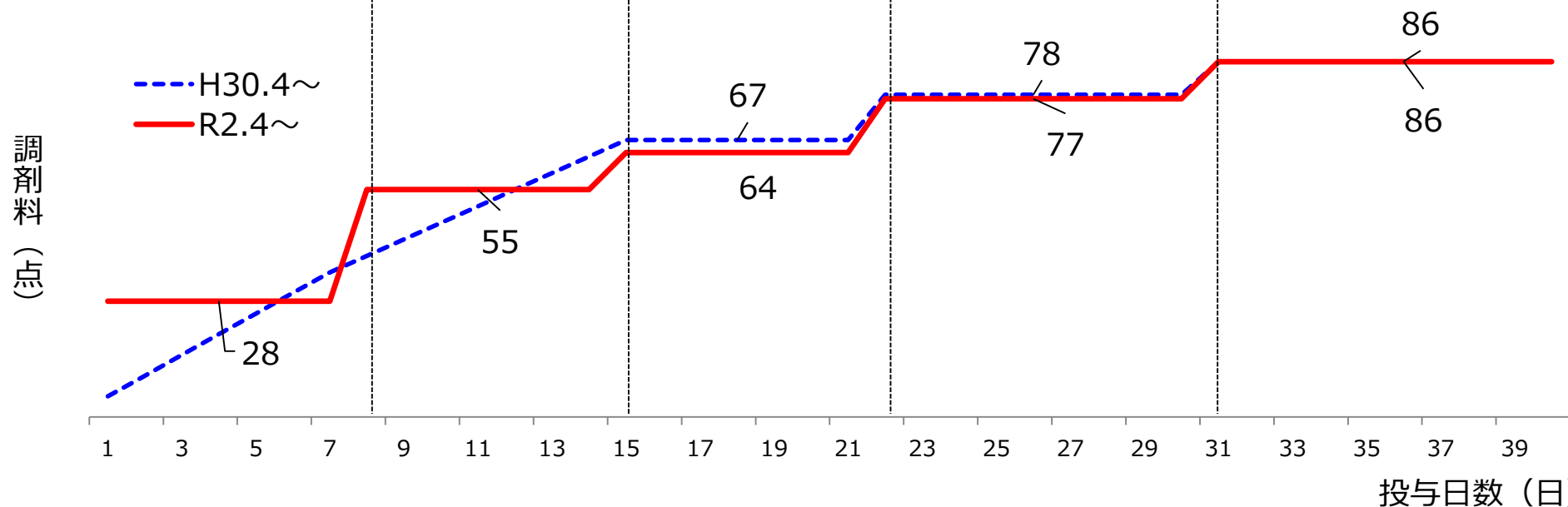
見直し後		
1	原則 3月 以内に再度処方箋を持参した患者に行った場合 ※ 手帳を持参していない患者は、57点を算定。	43点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	57点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	43点
4	オンライン服薬指導を行った場合	43点

調剤料の見直し

調剤料(内服薬)の見直し

- 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料について評価を見直す。

		1～7日分	8～14日分	15～21日分	22～30日分	31日分～
改定年度	平成22年	5点/日 ※最大35点	4点/日 ※最大63点	71点	81点	89点
	平成28年			70点(▲1)	80点(▲1)	87点(▲2)
	平成30年	※平均27点 (H30年度実績)	※平均61点 (H30年度実績)	67点(▲3)	78点(▲2)	86点(▲1)
	令和2年	28点	55点	64点(▲3)	77点(▲1)	86点



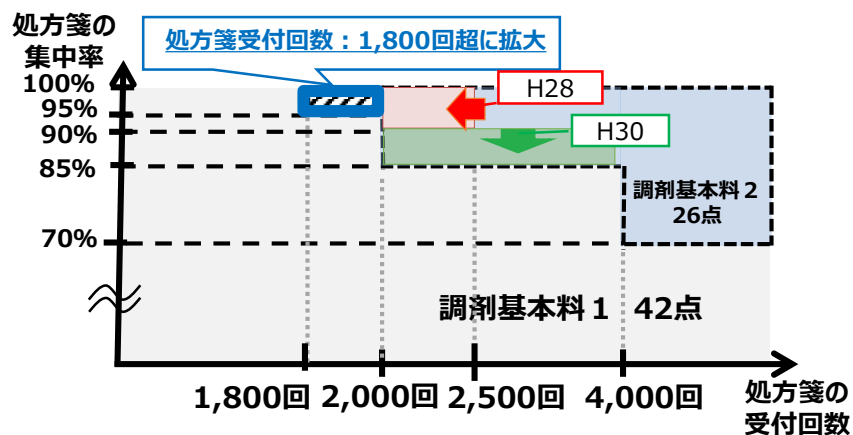
調剤基本料の見直し ①

処方箋の集中度が著しく高い薬局の調剤基本料の見直し

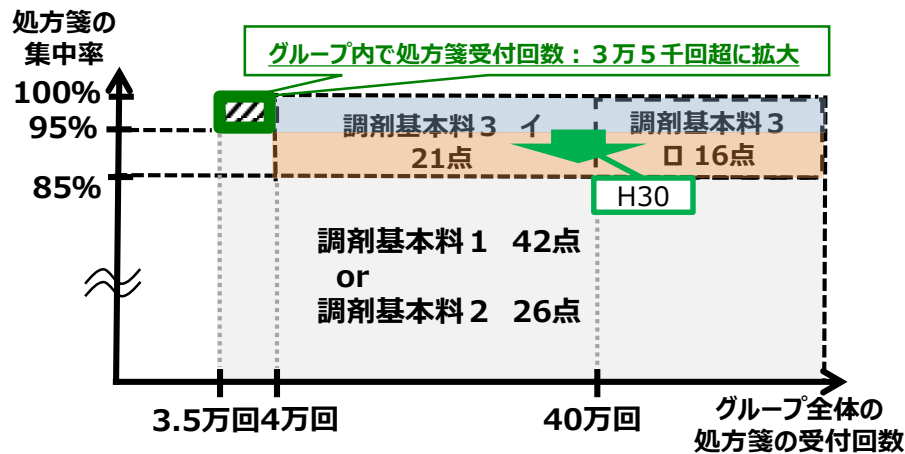
- 特定の医療機関からの処方箋の受付割合が95%を超え、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2又は調剤基本料3の対象とする。

	要件		点数
	処方箋受付回数等	処方箋集中度	
調剤基本料1	調剤基本料2、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2,000回超～4000回 ②処方箋受付回数が月4,000回超 (新)③処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	①85%超 ②70%超 ③95%超 ④ -	26点
調剤基本料3 ※ 右記のほか、特定の保険医療機関との間で不動産取引があるもの。	イ	(新)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
		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

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局



調剤基本料の見直し ②

いわゆる同一敷地内薬局等の調剤基本料の見直し

- 特別調剤基本料について、診療所と不動産取引等その他の特別な関係がある診療所敷地内の薬局等を対象に追加する。さらに、処方箋集中率の基準を引き下げ、点数も引き下げる。

現行	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料 <u>11点</u>
	病院と不動産取引等その他の特別な関係：有 + 処方箋集中率 <u>95%超</u>

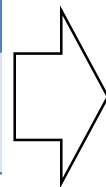


改定後	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料 <u>9点</u>
診療所敷地内の薬局等※(同一建物内である場合を除く)	医療機関と不動産取引等その他の特別な関係：有 + 処方箋集中率 <u>70%超</u>

※ 診療所と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局については、平成30年4月1日以降に開局した場合のみを対象とするなど、一定の緩和措置あり

- 特別調剤基本料を算定する保険薬局について、かかりつけ機能に係る基本的な業務を実施していない場合の要件を見直す。

現行
○ かかりつけ機能に係る基本的な業務が年間合計 <u>10回未満</u> の場合に、調剤基本料を50%減



改定後
○ かかりつけ機能に係る基本的な業務が年間合計10回未満の場合に基本料を50%減
○ <u>いわゆる同一敷地内薬局</u> については <u>合計100回未満</u> の場合に、調剤基本料を50%減

<かかりつけ機能に係る基本的な業務> 平成30年度診療報酬改定時

- ①時間外等加算及び夜間・休日等加算、②麻薬管理指導加算、③重複投薬・相互作用等防止加算、④かかりつけ薬剤師指導料、⑤かかりつけ薬剤師包括管理料、⑥外来服薬支援料、⑦服用薬剤調整支援料、⑧在宅患者訪問薬剤管理指導料、⑨在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、⑩在宅患者緊急時等共同指導料、退院時共同指導料、⑪服薬情報等提供料、⑫在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、⑬居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費

患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

- 緊急時の訪問薬剤管理指導について、医師の求めにより、計画的な訪問薬剤管理指導の対象とはなっていない疾患等に対応するために緊急に患家に訪問し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合について新たな評価を行う。

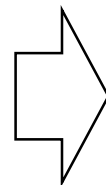
現行

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

500点

(新設)

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。



見直し後

【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】

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場合

500点

2 1以外の場合 200点

注1 1及び2については、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、1と2を合わせて月4回に限り算定する。

薬局における対人業務の評価の充実 ⑥

経管投薬支援料

- 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について新たな評価を行う。

(新) 経管投薬支援料 100点(初回のみ)

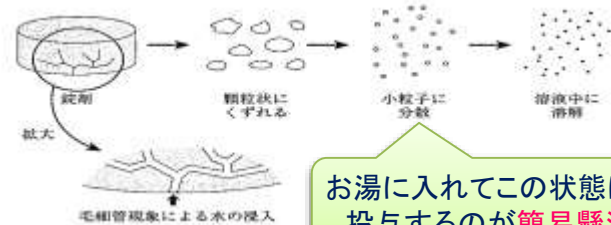
[算定要件]

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、保険医療機関等からの求めに応じて、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。

<具体的な支援内容>

- ① 簡易懸濁法に適した薬剤の選択の支援
- ② 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
- ③ 保険医療機関への患者の服薬状況及び家族等の理解度に係る情報提供(必要に応じて)

※錠剤粉碎・カプセル開封をせずに、投与時にお湯(約55℃)等に入れて崩壊・懸濁を待ち(10分程度)、経管投与する方法



情報通信機器を用いた服薬指導の評価 ①

外来患者へのオンライン服薬指導

(新) 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 (月1回まで)

[対象患者]

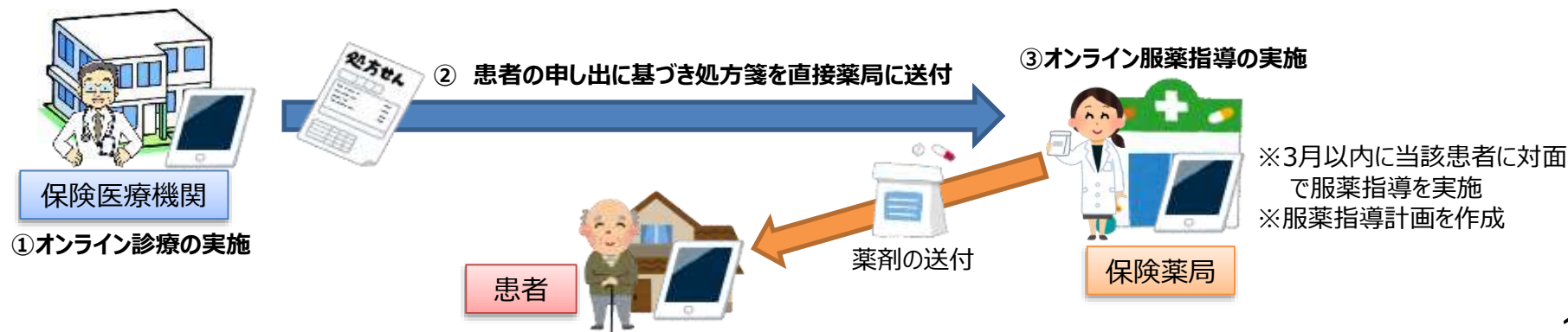
- (1) オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療により処方箋が交付された患者、かつ、
- (2) 原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料「1」又は「2」を算定した患者

[主な算定要件]

- ・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
 - ・ 服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
 - ・ 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
 - ・ 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
- ※ このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤について、オンライン診療による処方箋により調剤することなどが要件として求められる。

[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月当たりの次の①、②の算定回数の合計に占めるオンライン服薬指導(※)の割合が1割以下であること。
 - ① 薬剤服用歴管理指導料
 - ② 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。)
- ※ 薬剤服用歴管理指導料「4」及び「在宅患者オンライン服薬指導料」の合計



情報通信機器を用いた服薬指導の評価 ②

在宅患者へのオンライン服薬指導料

(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)

[対象患者]

- (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、かつ、
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料が月1回算定されている患者

[主な算定要件]

- ・ 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。
 - ・ 薬機法施行規則及び関連通知に沿って実施すること
 - ・ 服薬指導計画を作成し、当該計画に基づき実施すること
 - ・ 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
 - ・ 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
- ※ このほか薬機法により、当該薬局において調剤したものと同一内容の薬剤であることなどが要件として求められる

[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

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

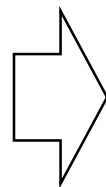
第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

薬局における後発医薬品の使用促進

後発医薬品調剤体制加算

- 後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とする。

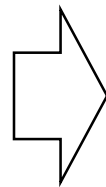
現行	
後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上)	18点
後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上)	22点
後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上)	26点



改定後	
後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上)	<u>15点</u>
後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上)	22点
後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上)	<u>28点</u>

- 後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局(現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下)に対する調剤基本料の減算規定(2点減算)について、当該割合の基準を拡大する。

現行
(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2割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。



改定後
(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 <u>4割以下</u> であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。

[経過措置]

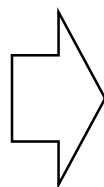
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

医療機関における後発医薬品の使用促進

一般名処方加算

- 一般名での処方を推進するために、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	
一般名処方加算1	6点
一般名処方加算2	4点

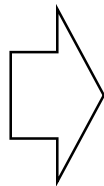


改定後	
一般名処方加算1	<u>7点</u>
一般名処方加算2	<u>5点</u>

後発医薬品使用体制加算

- 後発医薬品使用体制加算について、加算4を廃止するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

現行	
後発医薬品使用体制加算1(85%以上)	45点
後発医薬品使用体制加算2(80%以上)	40点
後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算4(60%以上)	22点



改定後	
後発医薬品使用体制加算1(85%以上)	<u>47点</u>
後発医薬品使用体制加算2(80%以上)	<u>42点</u>
後発医薬品使用体制加算3(70%以上)	<u>37点</u>
(削除)	

薬局における対人業務の評価の充実 ⑦

分割調剤時の服薬情報等提供料の取扱い

- 服薬情報等提供料について、医師の指示による分割調剤を実施する際に処方医に情報提供を行う場合、分割回数で除した点数ではなく、通常の点数(30点)を算定できることとする。

【服薬情報等提供料】

[算定要件]

調剤基本料の「注10」に掲げる医師の指示によ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に算定する。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

(下線部を要件として追加)

令和2年度調剤報酬改定におけるその他のポイント

1 調剤基本料（処方箋受付回数の方）

在宅患者訪問薬剤管理指導料等による処方箋は受付回数に含めないものとしていたが、単一建物診療患者（居住者）が1人の場合の処方箋は受付回数の計算に含めることとする。

2 地域支援体制加算

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、患者が椅子に座った状態で服薬指導を行うことが可能な体制を有していることが望ましい旨を要件に追加。

3 薬剤服用歴管理指導料（手帳の要件）

日常的に利用する保険薬局の名称等の記載欄があることを要件化（一方で、初めて記載する保険薬局の名称等の記載は求めない）※ 記載欄に係る要件については、令和3年3月31日までの間は適用しない。

4 かかりつけ薬剤師指導料（24時間の相談体制）

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。

5 在宅患者訪問薬剤管理指導料（サポート薬局の名称変更）

（旧）サポート薬局 → （新）在宅協力薬局

6 服薬指導等に用いる資料

（1）必要に応じて、医薬品リスク管理計画（RMP：Risk Management Plan）に基づく患者向け資料を活用することとした。（薬剤服用歴管理指導料）

（2）ポリファーマシーの解消等に次のガイドラインを参考とする旨を明記。

「高齢者の医薬品適正使用指針」（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）

施設基準の届出

以下の項目については、令和2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

○ 特定薬剤管理指導加算 2

○ 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）

➤ 施設基準が改正されたもの

○ 調剤基本料 2、3のイ：

→ 区分の変更がない場合は届出不要

○ 地域支援体制加算：

→ 調剤基本料 1 とそれ以外の区分との間で変更があり（適用される施設基準に変更がある場合）、継続して地域支援体制加算を算定する場合は届出が必要

※調剤基本料 1 を算定している保険薬局が令和3年4月1日以降も地域支援体制加算を継続して算定する場合は、令和3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。

経過措置について

	項目	経過措置
1	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準(医療資源の少ない地域)	令和2年3月31日時点で、調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っている薬局については、令和4年3月31日までの間に限り、改正前の基本診療料の施設基準等別表第6の2に規定する地域に所在するものとみなす。
2	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(後発医薬品減算)	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日までの間は現在の規定を適用する。
3	地域支援体制加算	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。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。
4	特定薬剤管理指導加算2	令和2年9月30日までの間は、研修会への参加の基準は満たしているものとして取り扱う。

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ヶ月の実績	～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の 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ヶ月の実績	次月	様式87
5	薬剤服用歴管理指導料「4」 (オンライン服薬指導)	・オンライン服薬の割合	－		様式91

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			基本料の区分変更時 (※)
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
5	薬剤服用歴管理指導料「4」 (オンライン服薬指導)	・オンライン服薬の割合	直近1ヶ月の実績（毎月判断）		

※ ①調剤基本料1と②それ以外の区分との間で変更があった場合であって、継続して地域支援体制加算を算定しようとする薬局である場合のみ届出が必要。

減算要件の取扱い

	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	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 (薬剤服用歴管理指導料の注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)	※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。	
4	後発医薬品減算 (調剤基本料の注7)	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。