



# 令和2年度診療報酬改定速報 (調剤報酬)



## 個別改定項目について (2020.1.29)

中医協の資料から、調剤報酬関連を抜粋したものです。

2020.1.29

株式会社ユナイテッドサーブ

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

上田 恭子

### ③ 外来患者への重複投薬解消に対する取組の評価

#### 第1 基本的な考え方

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。

#### 第2 具体的な内容

服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、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の評価を新設する。

(新) 服用薬剤調整支援料2 ●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（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、患者若しくはその家族等の求めに応じて、当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行った結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、当該重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等に係る提案を行ったときは、3月に1回に限り所定点数を算定する。

## ④ かかりつけ薬剤師指導料等の評価

### 第1 基本的な考え方

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することなどの要件を見直すとともに評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

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、以下の見直しを行う。

1. 患者のプライバシーに配慮することを要件として追加する。
2. 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見直す。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料】 73点	【かかりつけ薬剤師指導料】 ●点
【かかりつけ薬剤師包括管理料】 281点	【かかりつけ薬剤師包括管理料】 ●点
[施設基準] <u>(新設)</u>	[施設基準] <u>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。</u>

3. 医療機関と薬局の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。  
※ かかりつけ薬剤師指導料が要件を引用する薬剤服用歴管理指導料の算定要件として追加。

現 行	改定案
【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】	【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】

<p>[算定要件]</p> <p>(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。</p> <p>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】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(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。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(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。</p> <p>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】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(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。<u>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。</u>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>
--	---

## ⑤ 同一薬局の利用推進

### 第1 基本的な考え方

複数の医療機関を受診する患者が同一の薬局を繰り返し利用することにより、処方薬の一元的・継続的な把握や重複投薬の解消をさらに進める観点から、薬剤服用歴管理指導料及び調剤基本料の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

患者が同一の薬局を繰り返し利用することを推進する観点から、以下の見直しを行う。

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1以外にも拡大する。  
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。
2. 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●に相当する点数を算定する。  
「Ⅱ－10－③」を参照のこと。
3. 薬剤服用歴管理指導料について、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。  
「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

## ⑥ がん患者に対する薬局での薬学的管理等の評価

### 第1 基本的な考え方

がん患者に対するより質の高い医療を提供する観点から、薬局が患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を行い、次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。

### 第2 具体的な内容

患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、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するとともに、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、その内容を文書等により医療機関に情報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 特定薬剤管理指導加算2

●点（月1回まで）

#### [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●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。

[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（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●年●月●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。

【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 ー①】

## ① 地域医療に貢献する薬局の評価

### 第1 基本的な考え方

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の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 地域支援体制加算の実績要件について、以下のとおり見直す。

現 行	改定案
<p>[施設基準]  <u>(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。</u></p> <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</p>	<p>[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>            (1) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u>            イ <u>調剤基本料1を算定する保険薬局であること。</u>            ロ <u>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。</u>            (2) <u>次のいずれにも該当する保険薬局であること。</u>            イ <u>調剤基本料1以外を算定する保険薬局であること。</u>            ロ <u>地域医療への貢献に係る相当な実績を有していること。</u></p> <p>(調剤基本料1を算定する保険薬局)  <u>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。）。</u>            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</p>

<p>受けていること。</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>ハ 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。</u> (新設)</p> <p><u>(新設)</u></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、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>① 夜間・休日等の対応実績 400回以上 ② <u>麻薬指導管理加算の実績</u> 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</p>	<p>受けていること。</p> <p>② <u>在宅患者に対する薬学的管理及び指導の回数 ●回以上</u> (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))</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 <u>患者の服薬情報等を文書で医療機関に提供した実績 ●回以上</u> (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>⑤ <u>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●回以上出席</u></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 400回以上 ② <u>調剤料の麻薬加算算定回数</u> 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</p>
--	--

<p>の在宅薬剤管理の実績 12 回以上</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上</p> <p>(新設)</p>	<p>の在宅薬剤管理の実績 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))</p> <p>⑧ 服薬情報等提供料の実績 60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)</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●回以上出席</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●年●月●日より適用することとし、令和●年●月●日までの間はなお従前の例による。

2. 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評価の見直しを行う。

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<u>35点</u>を加算する。</p>	<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<u>●点</u>を加算する。</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 ー②】

## ② 薬局における対人業務の評価の充実

### 第1 基本的な考え方

対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料の評価を見直すとともに、対人業務に係る薬学管理料の評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 服用薬剤調整支援料について、6種類以上の内服薬が処方されている患者からの求めに基づき、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の評価を新設する。  
「Ⅱ－1－③」を参照のこと。
2. 患者のレジメン（治療内容）の情報を活用し、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するとともに、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、その内容を文書等により医療機関に情報提供した場合の評価を新設する。  
「Ⅱ－7－1－⑥」を参照のこと。
3. 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。

現 行	改定案
<p>【調剤基本料】 [算定要件]</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</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件]</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</p>

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。

【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

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(「区分番号15の5」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。

【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

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

4. 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 ●点

[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ものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、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等により提供した場合に、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り●点を所定点数に加算する。

5. 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 ●点

[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若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、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。

6. 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について新たな評価を行う。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 調剤後薬剤管理指導加算 ●点

[算定要件]

地域支援体制加算を届け出ている保険薬局において、インスリン製剤又はスルホニルウレア剤（以下「糖尿病治療薬」という。）を使用している糖尿病患者であって、新たに糖尿病治療薬が処方されたもの又は糖尿病治療薬に係る投薬内容の変更が行われたものに対して、患者若しくはその家族等から求めがあった場合であって、処方医に了解を得たとき又は保険医療機関の求めがあった場合に、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等により提供した場合には、調剤後薬剤管理指導加算として、1月に1回に限り●点を所定点数に加算する。

7. 薬剤服用歴管理指導料について、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的な転換の観点から、以下の見直しを行う。

(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 1 以外にも拡大する。

- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。

現 行	改定案
<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b></p> <p>1 原則 <u>6 月以内</u>に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 41点</p> <p>2 1 の患者以外の患者に対して行った場合 53点</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 41点</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、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付 1 回につき、<u>53点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(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</p>	<p><b>【薬剤服用歴管理指導料】</b></p> <p>1 原則 <u>3 月以内</u>に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 ●点</p> <p>2 1 の患者以外の患者に対して行った場合 ●点</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 ●点</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に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、本文の規定にかかわらず、処方箋受付 1 回につき、<u>●点</u>を算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(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。<u>患者に残薬が一定程度認められると</u></p>

<p>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>(新設)</p>	<p>判断される場合には、<u>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。</u>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>(13) <u>保険薬局や保険医療機関等</u>の間で円滑に連携が行えるよう、<u>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。</u></p>
--	---

8. 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。

現 行	改定案
<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 14日分以下の場合</u></p> <p>(1) <u>7日目以下の部分（1日につき）</u> 5点</p> <p>(2) <u>8日目以上の部分（1日につき）</u> 4点</p> <p><u>ロ 15日分以上21日分以下の場合</u> 67点</p> <p><u>ハ 22日分以上30日分以下の場合</u> 78点</p> <p><u>ニ 31日分以上の場合</u> 86点</p>	<p>【調剤料 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】</p> <p><u>イ 7日目以下の場合</u> ●点</p> <p><u>ロ 8日目以上14日以下の場合</u> ●点</p> <p><u>ハ 15日分以上21日分以下の場合</u> ●点</p> <p><u>ニ 22日分以上30日分以下の場合</u> ●点</p> <p><u>ホ 31日分以上の場合</u> ●点</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 ー③】

### ③ 調剤基本料の見直し

#### 第1 基本的な考え方

特定の医療機関からの処方箋の受付割合が著しく高く、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結果における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2及び調剤基本料3の要件を見直す。

特別調剤基本料についても同様の観点から要件及び評価を見直す。また、地域でかかりつけ機能を発揮する薬局を普及・推進する観点から、いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、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。

#### 第2 具体的な内容

1. 特定の医療機関からの処方箋受付割合が●%を超える薬局について、処方箋の1月あたりの受付回数が●回を超える場合を調剤基本料2とし、また、同一グループ内全体で●回を超える場合を調剤基本料3イとする。
2. 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●に相当する点数を算定する。
3. 特別調剤基本料について、特定の診療所との不動産取引等その他の特別な関係がある診療所の敷地内薬局（同一建物内に診療所がある場合を除く。）を対象に追加する。さらに、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の基準を引き下げ、点数も引き下げる。
4. いわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料について、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		改定案	
【調剤基本料】		【調剤基本料】	
調剤基本料 1	42点	調剤基本料 1	●点
調剤基本料 2	26点	調剤基本料 2	●点

調剤基本料 3

- 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 4万回 を超え40万回以下の場合 21点
- 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
- 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 11点 を算定する。

(新設)

[施設基準]

(調剤基本料の注3に規定する保険薬局)

- 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。

[施設基準]

(2) 調剤基本料2の施設基準  
(新設)

調剤基本料 3

- 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 ●回 を超え40万回以下の場合 ●点
- 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 ●点
- 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 ●点 を算定する。

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●に相当する点数を算定する。

[施設基準]

(調剤基本料の注4に規定する保険薬局)

- 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 (特別調剤基本料を算定する薬局においては合計●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。

[施設基準]

(2) 調剤基本料2の施設基準  
ハ 処方箋の受付回数が1月に ●回

ハ 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。（イ又はロに該当する場合を除く。）

(3) 調剤基本料3のイの施設基準

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。

（新設）

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。

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。

を超えること。（イ又はロ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●割を超える場合に限る。）

ニ 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、ロ又はハに該当する場合を除く。）

※ ホ及びヘも同様。

(3) 調剤基本料3のイの施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

イ 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●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●割を超えること

ロ 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。

ハ 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●回を超え、40万回以下のグル

<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) 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、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が<u>9割5分</u>を超えること。</p>	<p><u>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> <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) <u>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。）</u>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<u>●割</u>を超えること。</p>
--	--

## ⑤ 情報通信機器を用いた服薬指導の評価

### 第1 基本的な考え方

医薬品医療機器等法が改正され、情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）が対面による服薬指導の例外として認められることなどを踏まえ、診療報酬上の評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

(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  
●点（月1回まで）

#### [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

#### [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。

- (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。

#### [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。）

#### 2. 在宅患者に対するオンライン服薬指導の評価を新設する。

(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  
●点（月1回まで）

### [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0002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

### [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●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。
- (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。

## ⑬ 患者の状態に応じた在宅薬学管理業務の評価

### 第1 基本的な考え方

質の高い在宅医療の確保の観点から、在宅薬学管理業務について見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

1. 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	改定案
<p>【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</p> <p style="text-align: right;">500点</p> <p>(新設)</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>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】</p> <p>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 ●点</p> <p>2 1以外の場合 ●点</p> <p>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。</p>

2. 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等を行った場合について新たな評価を行う。

「Ⅱ－10－②」を参照のこと。

## ① 薬局における後発医薬品の使用促進

### 第1 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、2020年9月までに後発医薬品使用割合80%を達成するという政府目標を踏まえつつ、更なる後発医薬品の使用を促進するため、薬局での後発医薬品の備蓄に一定のコストが必要であることや薬局全体の調剤数量割合を向上させる必要があることなども踏まえ、要件を見直す。

### 第2 具体的な内容

1. 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。
2. 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について、当該割合の基準を拡大する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) <u>18点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) <u>22点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) <u>26点</u></p> <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</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算 1 (75%以上) <u>●点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算 2 (80%以上) <u>●点</u></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算 3 (85%以上) <u>●点</u></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</p>

<p>規格単位数量の割合が<u>2割</u>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>規格単位数量の割合が●<u>割</u>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●年●月●日までの間はなお従前の例による。