



薬局・薬剤師のためのニュースメディア

HARMACY NEWSBREAK

特別編集 2020.3

2020年度調剤報酬改定 医薬分業の再構築



株式会社 **じほう**



2020年度調剤報酬改定 医薬分業の再構築

4 総論

「外枠」の引き下げ回避、「対物から対人へ」の流れ変わらず
カギ握る医療機関・多職種との連携

6 個別項目

- ・ 調剤基本料 「3-イ」もじわり拡大、高集中率の中小薬局に照準
- ・ 地域支援体制加算 実績要件を基本料1以外で緩和、基本料1は厳格化
- ・ 薬学管理料・かかりつけ機能の評価 薬歴管理料の高低差拡大し、同一薬局の利用を推進
- ・ 連携・対人業務の評価 改正薬機法に先んじて医療機関との“連携”推進
問われる薬局薬剤師のコミュニケーション力
- ・ 在宅医療 原疾患増悪以外の緊急訪問を新たに評価
- ・ オンライン服薬指導 外来・在宅で新点数、対面と組み合わせる設計に
- ・ 後発医薬品の推進 調剤体制加算の3区分はそのまま、点数にめりはり
- ・ 病院薬剤師の評価 医師の働き方改革で薬剤師の病棟業務の評価拡充
- ・ 調剤料 「14日分以下」を日数倍から包括化、減収必至に

16 インタビュー

有澤 賢二氏（日本薬剤師会 常務理事）

地域包括ケア構築へ 薬剤師の存在と仕事ははっきり見える取り組みを

岩崎 裕昭氏（日本保険薬局協会 常務理事）

一生懸命やってきた薬局は評価 地域支援加算は依然「厳しい」

関口 周吉氏（日本チェーンドラッグストア協会 常任理事）

20年度改定は「薬局への最後通告」 面分業できない薬局は撤退も

22 2020年度診療報酬改定における主要改定項目について（抜粋）

30 調剤報酬改定の推移（2010年4月～2020年4月）

「外枠」の引き下げ回避、「対物から対人へ」の流れ変わらず カギ握る医療機関・多職種との連携

国民・患者からの医薬分業に対する厳しい評価や、医療費全体の伸びに対して調剤医療費の伸び率が著しく高いことなどを背景に、近年の診療報酬改定では、調剤報酬は常に「適正化」の波にさらされてきた。その極致といえるのが、2016年度と18年度の2回の改定で、診療報酬改定の枠組みとは別に行われた、大型門前薬局に対する適正化だった。20年度改定ではこうした「外枠」による適正化は見送られたが、全体としては過去の調剤報酬改定の流れに沿い、対物業務の適正化やかかりつけ機能の推進、対人業務の評価充実を図る内容となった。

20年度までの3回（19年10月の消費税増税に伴う改定は除く）の改定率を表1にまとめた。16年度と18年度の改定では、診療報酬改定率の医科：調剤の割合は従来と同様「1：0.3」でプラス改定となっている。ただ、この改定率には先に触れた大型門前薬局の「外枠」による適正化は含まれていない。実際には医療費ベースで、16年度は約170億円、18年度は約240億円が、改定率に反映されない形で引き下げられた。一方、調剤プラス改定財源は、調剤医療費を7.8兆円と仮定した場合、16年度が約136億円、18年度は約142億円。つまり、過去2回にわたって調剤は、事実上のマイナス改定だったといえる。

これに対し、20年度改定では外枠による大型門前薬局の適正化は行われなかった。診療報酬改定を前に医療機関などの経営状況を調査する「医療経済実態調査」の結果で、過去の調査時ほど大型門前薬局が突出して大きな利益を上げているわけではないことが判明したためとされている。

外枠による引き下げが行われなかった結果、調剤改定率は0.16%のプラス改定財源がすべて調剤報酬に充当されることになる。前述したとおりの仮定で20年度調剤報酬改定率から財源を試算すると、医療費ベースで約125億円のプラス改定となった。

改正薬機法も視野に

「かかりつけ機能」「対人業務」の評価を充実

もっとも、近年の調剤報酬改定の流れに沿い、「対物業務から対人業務への構造的転換」を推進する流れは、20年度改定でも大きな変わりはない。

厚生労働省は15年に公表した「患者のための薬局ビジョン」で、副作用や効果の継続的な確認、多剤・重複投薬や相互作用の防止、処方情報の一元的な把握、夜間・休日や在宅医療への対応などを薬局の在るべき姿として掲げている。

表 1	診療報酬（本体）	医科	調剤	「外枠」による 大型門前薬局の適正化 (医療費ベース)	薬価
16年度	プラス 0.49%	プラス 0.56%	プラス 0.17%	約 170 億円	マイナス 1.22% (このほか市場拡大再算定による見直しマイナス 0.19%、市場拡大再算定の特例実施による見直しマイナス 0.28%)
18年度	プラス 0.55%	プラス 0.63%	プラス 0.19%	約 240 億円	マイナス 1.65%
20年度	プラス 0.55% (うち消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応分としてプラス 0.08%)	プラス 0.53% ※ ※勤務医の働き方改革への特例的な対応分 0.08%を除くプラス 0.47%分の内訳	プラス 0.16% ※	なし	マイナス 0.99%

さらに、19年に成立した改正医薬品医療機器等法（薬機法）では、薬剤師による調剤後の服薬状況の継続的なフォローの義務や、薬局薬剤師が患者の薬剤使用に関する情報を医療機関の医師らに提供する努力義務を法制化した。また、患者自身が自分に適した薬局を選択できるように、「地域連携薬局」「専門医療機関連携薬局」という機能別の認定制度導入も規定されている。一定のルールの下でテレビ電話などを用いたオンライン服薬指導も可能にした（表2）。

改正薬機法は20年から段階的に施行されるが、20年度改定では薬局ビジョンや改正薬機法の潮流を踏まえ、主に「対物業務」を評価する調剤料や、薬局の施設・運用コストを評価する調剤基本料を一定程度適正化し、その財源にプラス改定財源を合わせた形で、薬局の「かかりつけ機能」や薬剤師が取り組むべき「対人業務」への評価に充てる内容だ。

調剤料、基本料は適正化、地域支援加算の要件に「多職種連携会議」

個別項目の詳細は後述するが、内服薬の調剤料に関しては、1日ごとに加点される「日数倍」の仕組みになっていた「1～7日目」「8～14日目」について、それぞれ定額を設定した。調剤基本料については、診療所門前薬局や中規模の門前薬局などを標的に、通常より低い基本料2（26点）や基本料3-イ（21点）の範囲を一定程度拡大した。

一方で、「かかりつけ機能」や「対人業務」を評価するために、いくつかの新たなメニューが示されている。新たな評価でカギとなるのが、薬局薬剤師と地域の医療機関や医療関係職種との「連携」による地域医療への貢献だ。

例えば、「地域支援体制加算」は18年度改定で創設されたものの、基本料1の薬局とそれ以外では求められる実績要件が大きく異なり、基本料1以外の薬局が算定するのが困難だと指摘されていた。20年度改定では、この実績要件に新たな項目を設けて基本料1の薬局の要件を厳格化する一方、基本料1以外は緩和した。

基本料1の薬局とそれ以外の薬局で共通して追加されたのは、研修を修了した薬剤師の地域の多職種

表2 改正薬機法の薬剤師・薬局に関わる主な変更点

- 薬剤師が、調剤時に限らず、必要に応じて患者の薬剤の使用状況の把握や服薬指導を行う義務の法制化
- 薬局薬剤師が、患者の薬剤の使用に関する情報を他医療提供施設の医師等に提供する努力義務の法制化
- 患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局の知事認定制度（名称独占）の導入
 - ① 入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（地域連携薬局）
 - ② がん等の専門的な薬学管理に他医療施設と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）
- 服薬指導について、対面義務の例外として、一定のルールの下で、テレビ電話等による服薬指導を規定（オンライン服薬指導）

連携会議への出席回数（基本料1の薬局は年1回、それ以外は年5回）だ。さらに、基本料1の薬局の要件には、服薬情報などの医療機関への提供を年12回以上行うことも盛り込まれた。

新たに盛り込まれた多職種連携会議への出席や服薬情報などの提供回数は、厚労省が17年6月に公表したかかりつけ薬剤師・薬局の取り組み状況を評価する指標として設定した「KPI（Key Performance Indicator）」にも共通する。地域支援体制加算の実績要件は「選択性」が導入され、必ずしも全てを満たさなければならないわけではない。ただ、20年度改定で新たに盛り込んだ要件からも、薬局に医療機関や多職種との連携を強化していこうとするメッセージを読み取ることができる。

地域包括ケアへの貢献を推進

近年の改定と比べ、20年度改定は変化に乏しい印象はぬぐえない。調剤料の適正化も決して大幅とはいえないし、調剤基本料が通常よりも低い薬局の範囲が大幅に増えるわけでもないようだ。

ただ、注意すべきなのは、調剤報酬全体がプラス改定であっても、調剤料や調剤基本料には適正化のメスを入れたことだ。これは財源の多寡にかかわらず、調剤料に依存する薬局を淘汰し、団塊世代が後期高齢者となる2025年を一つのめどとして構築を進める地域包括ケアシステムの中で、薬局・薬剤師が本来果たすべき役割を担うようにする流れを、推進していく姿勢を示しているといえる。

調剤基本料

「3-イ」もじわり拡大、高集中度の中小薬局に照準

20年度改定は、業績が好調な大型門前薬局をターゲットに調剤報酬の一部を一般財源に回す「外枠」がなくなったことが大きな特徴に挙げられる。外枠には16年度改定で約170億円（医療費ベース）、18年度改定では約240億円（同）が充てられ、20年度改定でも一定額を差し出すのが既定路線とみられて

いただけに、日本保険薬局協会などは胸をなで下ろしている。

外枠の原資になっていたのが調剤基本料だ。16年度改定では大型門前を対象に基本料1の半額以下となる基本料3を設け、18年度改定では超大型門前に絞ったさらに低額の3-ロを新設。18年度改定後の

表 調剤基本料の点数と施設基準の概要（下線は改定があった部分）				
区分	改定前	改定後	施設基準	減算規定
① 調剤基本料1	42点	42点	②～⑤に該当しない	▽妥結率が50%以下 ▽妥結率・単品単価契約率・一律値引き契約に関する状況について、地方厚生局などに報告していない▽かかりつけ薬剤師機能に関する業務（※1）の実施が年10回未満（特別調剤基本料の薬局の場合は年100回未満）のいずれかに該当する薬局は、調剤基本料を50%減算 ▽後発品の使用割合が40%以下（受付回数が月600回以下の薬局、処方箋受付状況を踏まえてやむを得ない場合を除く）▽上記を地方厚生局長らに報告していないのいずれかに該当する薬局は調剤基本料から2点減点（※2） （新設）▽2カ所以上の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、2回目以降の調剤基本料は20%減算
② 調剤基本料2 （門前薬局、医療モールなどの薬局）	26点	26点	処方箋の受付回数が月4000回超で集中度70%超 処方箋の受付回数が月2000回超で集中度85%超 （新設） 処方箋の受付回数が月1800回超で集中度95%超 特定の医療機関の処方箋受付回数が月4000回超 ・同じ建物内に複数の医療機関がある場合は全て合算 ・同一グループの他の薬局と集中度が最も高い医療機関が同じ場合には、他の薬局の分も合算	
③ 調剤基本料3 （大型門前薬局）	イ 21点	21点	（新設） 同一グループの処方箋受付回数が月3万5000回超の薬局のうち、▽集中度が95%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引があるのいずれかに該当 同一グループの処方箋受付回数が月4万回超で40万回以下の薬局のうち、▽集中度85%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引があるのいずれかに該当	
④	ロ 16点	16点	同一グループの処方箋受付回数が月40万回超の薬局のうち、▽集中度85%超▽特定の医療機関と不動産の賃貸借取引があるのいずれかに該当	
⑤ 特別調剤基本料 （敷地内薬局、未届け薬局）	11点	9点	医療機関（病院・診療所）と不動産取引など特別な関係がある薬局で、当該医療機関の集中度が <u>70%超</u> （診療所と同一建物内の薬局を除く）（※3）	

（※1）▽時間外等加算、夜間・休日等加算▽麻薬管理指導加算▽重複投薬・相互作用等防止加算▽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▽服用薬剤調整支援料▽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▽服薬情報等提供料▽在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料▽居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費

（※2）9月30日まで経過措置期間

（※3）2018年4月以降に開局した場合に限定

医療経済実態調査を基本料別に見ると、全般的に利益率が下がっており、中でも基本料2と基本料3-口の落ち込みが激しかった。大型門前が突出して利益を上げている構図ではなくなっている。

「3-イ」も小刻みに対象拡大の可能性

このため、20年度改定の基本料の見直し(P6の表)では、このところ顕著だった大型門前に特化した冷遇策は鳴りを潜めた。基本料2に加え、新たに基本料3-イの対象薬局が拡大しているが、いずれも打撃を受けるのは集中率の高い中小規模の薬局。特別調剤基本料を除いた点数は据え置かれている。

基本料2の対象には、「処方箋受け付け回数月1800回超・集中率95%超」という、より小規模で高集中率の薬局を追加する。現行の「月4000回超・70%超」「月2000回超・85%超」と合わせ、受け付け回数と集中率を組み合わせた区分は3つになる。18年度改定では月2000回超の集中率が90%超から85%超に引き下げられており、次の22年度改定では月1800回超の集中率が95%超から引き下げられる可能性がある。

また、基本料3-イには、同一グループの処方箋受け付け回数が月3万5000回超の薬局も加わることになった。これまでの月4万回超から範囲が広がった格好で、基本料2と同様、改定のたびに対象となる薬局グループが小刻みに拡大される可能性がある。

敷地内薬局、点数・要件ともに厳しく

前回改定に増して厳しい措置が講じられたのが、敷地内薬局だ。敷地内薬局が算定する特別基本料の点数は基本料の中で唯一、点数が引き下げられた(11点→9点)ほか、集中率も95%超から70%超に下がった。さらに、かかりつけ薬剤師関連業務の実施が年

10回未満の薬局の基本料を50%減にする減算規定を見直し、敷地内薬局に限ってその基準を年100回未満にする。増え続ける敷地内薬局に対する厚労省のさらなるけん制といえる。

また、特別基本料の対象は現在、病院の敷地内にある薬局だけだが、20年度改定では診療所の敷地内にある薬局も対象に加える。さほど規模が大きくないことからこれまでは見逃されていた側面もあるが、医療経済実態調査で診療所敷地内薬局の利益率がほかの立地の薬局に比べ突出していることが判明。これまで基本料1を算定していた場合には、点数が42点からいきなり9点に下がることになる。

ただ、診療所と同じ建物内にある場合は、特別基本料の対象外となる。診療所と同じビル内にある医療モールの薬局と構造上の区別がしにくいことなどが理由だが、診療所建物内への薬局開設を助長しかねないため、薬局経営者の中から見直しを求める声も出ている。

同一薬局への誘因策、基本料を20%減に

基本料の減算規定は、かかりつけ薬剤師業務の実施が不十分だったり、妥結率や後発医薬品の使用率が低かったりする場合のペナルティーとしての意味合いがあるが、20年度改定では同一薬局の利用を患者に促す誘因策として取り入れる。同じ患者から異なる医療機関の処方箋を同時に受け付けた場合、2回目以降については基本料を20%減にする。患者負担を低くすることで患者を呼び込む仕組みで、薬剤服用歴管理指導料でも既に取り入れられている。

18年度改定では、後発品の使用割合が20%以下の薬局の調剤基本料を2点減点する規定が導入されているが、20年度改定では40%以下の薬局を対象を広げる。

地域支援 体制加算

実績要件を基本料1以外で緩和、基本料1は厳格化

18年度改定で、基準調剤加算に代わって創設された「地域支援体制加算」。施設基準には従来の外形的なものだけでなく、地域医療に貢献していること

を示す実績要件が組み込まれたが、調剤基本料1とそれ以外の薬局の間で難易度に大きな差が設けられたため物議を醸した。基本料1を算定できない薬局

チェーンへの露骨な冷遇策と受け止められた。

基本料1以外の薬局に対しては8項目（常勤薬剤師1人当たりの年間実績）の実績の達成を求めているが、「夜間・休日等の対応実績」（年400回）や「麻薬管理指導加算の実績」（年10回）などについては患者ニーズに左右されるため達成が難しく、チェーン薬局を中心に見直しを求める声が強まっていた。

20年度改定では、基本料1と基本料1以外の実績要件をいずれも見直す。方向性は、基本料1以外を緩和し、基本料1を厳しくする（表）。

基本料1以外の新たな実績要件については、従来の8項目のうち、達成が困難とされていた「麻薬管理指導加算」（年10回）を「調剤料の麻薬加算」（年10回）に改める。さらに新たに「研修修了薬剤師が地域の多職種と連携する会議に出席した回数」（年5回）を加え、合計9項目のうち8項目以上を満たせば済む選択制の要素を取り入れた。多職種連携会議の出席回数のみ、1薬局当たりの年間実績となる。

基本料1の実績要件はKPIをスライド

一方、基本料1の新たな実績要件（1年間の経過措置あり）は①麻薬小売業者の免許②在宅実績（年12回）③かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料の届け出④服薬情報等提供料の算定（年12回）⑤「研修修了薬剤師が地域の多職種と連携する会議に出席した回数」（年1回）—の5つのうち、①～③と④か⑤のいずれかを満たすよう求めた。①～③は現在の実績要件にもあるが、数値目標は設定されていない。

数値目標の根拠となっているのは、厚生労働省がかかりつけ薬剤師・薬局の業務を評価するために設定しているKPI（Key Performance Indicator）だ。

KPIでは、①電子版お薬手帳または電子薬歴システムなどICTを導入している薬局数②在宅業務を実施した薬局数（過去1年間に平均月1回以上）③健康サポート薬局研修を修了した薬剤師が、地域ケア会議など地域の多職種と連携する会議に出席している薬局数（過去1年間に1回以上）④医師へ患者の服薬情報などを文書で提供した薬局数（過去1年間に平均月1回以上）—の4項目を設定しており、ほぼ基本料1の実績要件にスライドしていることが分かる。

表 地域支援体制加算の点数と施設基準		
地域支援体制加算（35点→38点）		
(1) 地域医療に貢献する体制があることを示す以下の実績（基本料1は1薬局当たり、基本料1以外は薬剤師1人当たりの年間件数）を全て満たす薬局。調剤基本料1の薬局は①～③と④か⑤、基本料1以外は8つ以上をそれぞれ満たす必要がある ※1		
基本料1	①麻薬小売業者の免許を受けている	
	②在宅実績 ※2	12回
	③かかりつけ薬剤師指導料・同包括管理料の届け出	
	④服薬情報等提供料の算定 ※3	12回
	⑤薬剤師研修認定制度などの研修を修了した薬剤師が地域の多職種連携会議に出席	1回
基本料1以外	①夜間休日などの対応	400回
	②調剤料の麻薬加算算定回数	10回
	③重複投薬・相互作用等防止加算などの算定	40回
	④かかりつけ薬剤師指導料などの算定	40回
	⑤外来服薬支援料などの算定	12回
	⑥服用薬剤調整支援料（1・2）の算定	1回
	⑦単一建物診療患者が1人の場合の在宅 ※2	12回
	⑧服薬情報等提供料の算定 ※3	60回
	⑨薬剤師研修認定制度などの研修を修了した薬剤師が地域の多職種連携会議に出席	5回
(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、投薬している薬剤に関する情報を提供している		
(4) 一定時間以上、開局している		
(5) 十分な数の医薬品を備蓄している		
(6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅の体制などに関する情報提供		
(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) 医療安全につながる取り組みの実績の報告		
(11) 集中率85%超の薬局は後発品の調剤割合が50%以上		

※1 基本料1の要件は2021年4月1日から適用

※2 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（グループ内の薬局に対して行った場合は除く）

※3 同等の業務を行った場合も含む

薬学管理料・
かかりつけ機能の
評価

薬歴管理料の高低差拡大し、同一薬局の利用を推進

重複投薬や相互作用の防止などの観点から、患者は同一の薬局を利用していることが望ましいとして、20年度改定では、患者が同一の薬局を利用することを推進するために、薬剤服用歴管理指導料の評価を見直す(表1)。

薬剤服用歴管理指導料は、従来は患者が6カ月以内に調剤基本料1の同一薬局にお薬手帳を持参して利用した場合は低い点数(41点)を算定していた。6カ月以内でない場合や手帳を持参しなかった場合は53点だった。

20年度改定では、低い点数を43点、高い点数を57点にそれぞれ引き上げ、両者の差を14点に拡大する。また、来局期間についても3カ月に短縮することで、同一薬局の利用を促進する。低い点数を算定できるのは従来は基本料1の薬局のみだったが、これも基本料1以外の薬局でも算定できるようにする。

併せて特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合の同指導料も2点引き上げ43点とする。さらに、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。

このほか、同じ患者から異なる医療機関の処方箋を同時に複数受け付けた場合の調剤基本料について、2回目以降の分は2割引きとする。

かかりつけ指導料・包括管理料は引き上げ

16年度改定で創設した「かかりつけ薬剤師指導料」「かかりつけ薬剤師包括管理料」は、前回18年度改定に続いて引き上げる(表2)。同指導料は3点引き上げて76点、同包括管理料は10点引き上げて291点とする。パーティションで区切った独立したカウンターがあるなど、患者のプライバシーに配慮することを新たな施設基準とする。

分割調剤、服薬情報等提供料を満額算定可に
処方医へのフィードバックを要件化

医師の指示に基づき分割調剤を実施した場合の「服薬情報等提供料」の算定方法を見直す。従来は

改定前		調剤基本料1	調剤基本料1以外
6カ月以内の 再度の来局	手帳あり	41点	53点
	手帳なし	53点	
6カ月以内の 再度の来局で ない	手帳あり/なし	53点	
改定後		調剤基本料1	調剤基本料1以外
3カ月以内の 再度の来局	手帳あり	43点	
	手帳なし	57点	
3カ月以内の 再度の来局で ない	手帳あり/なし	57点	

	改定前	改定後	
かかりつけ薬剤師 指導料	73点	76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 ようパーティション などで区切られた独 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
かかりつけ薬剤師 包括管理料	281点	291点	

	現行	20年度改定
医師の指示 による分割 調剤	分割回数が2回なら2分の1、3回なら3分の1に相当する調剤基本料・加算、調剤料・加算、薬学管理料を1分割調剤につき算定	服薬情報等提供料に限り、分割回数で割った点数ではなく、通常30点の算定が可能。ただし、処方医に対し、患者の残薬の有無や副作用の有無などを伝える

分割回数に応じて点数(保険医療機関からの求めがあった場合:30点)を割り戻して算定するが、服薬や副作用の状況などを処方医にフィードバックする重要性を踏まえ、調剤するごとに30点を満額算定できるようにする(表3)。

その代わりに、残薬の有無や量、理由、副作用の有無や原因の可能性のある薬剤の推定などの情報を処方医に伝えることを要件に加える。

連携・対人
業務の評価

改正薬機法に先んじて医療機関との“連携”推進
問われる薬局薬剤師のコミュニケーション力

20年度改定の「対人業務」に関する評価では、薬局と医療機関の連携に関連した評価の新設項目は多い(表1)。改正医薬品医療機器等法(薬機法)でも、「他医療提供施設への必要な情報提供の努力義務化」や医療機関と連携してがん治療や在宅医療に取り組む薬局を認定する制度が盛り込まれているが、20年度改定では法の施行を待たずに、こうした取り組みを先取りして推進しようという意気込みが感じられる。

外来がん化学療法については、医療機関と薬局がレジメンを共有し、連携して薬物治療に当たることを推進する評価が新設された。医療機関を評価するために新設したのが、医科点数の「連携充実加算」150点(月1回)、薬局を評価するのが薬剤服用歴管

理指導料の「特定薬剤管理指導加算2」100点(月1回まで)だ。医療機関には、患者に対して治療目的や治療の進捗などに関する文書を提供し、それを薬局に提示することを指導することや、医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページなどで公開することなどを求め、患者を通じて外来化学療法についての情報を薬局と共有する。薬局サイドには患者から提供された文書など化学療法に関する情報を活用し、調剤後の抗がん剤の服用状況や副作用の有無などを電話などで確認、必要な情報を医療機関に提供することを求める。

医療機関は、薬局から提供された情報に基づいて分析・評価を行うことになる。また、医療機関側は

表1 創設された医療機関との連携に関する評価

◆外来がん化学療法の質向上の取り組み

診療報酬項目	点数	主な算定要件	主な施設基準
(医科) 連携充実加算	150点 (月1回)	<ul style="list-style-type: none"> ●医師または医師の指示に基づき薬剤師が、治療の目的および治療の進捗等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行う ●提供した文書を保険薬局等に提示するよう患者に指導を行う ●保険薬局等から服薬状況や副作用等に関する情報が報告された場合は、必要な分析・評価を行う…など 	<ul style="list-style-type: none"> ●対象は外来化学療法加算1(外来化学療法加算A)を算定する患者 ●地域の保険薬局等との連携体制として、以下の体制が整備されている ▽医療機関で実施される化学療法のレジメンをホームページなどで閲覧できるようにしておく ▽地域の薬局薬剤師等を対象にした研修会等を年1回以上実施する ▽保険薬局等からの患者のレジメンや患者の状況に関する相談や情報提供等に応じた体制を整備する
(調剤) 特定薬剤管理指導加算2	100点 (月1回まで)	<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん剤を注射された患者について、治療内容を文書で確認し、必要な薬学的管理・指導を行った場合で、患者の同意を得て調剤後に電話等により服用状況、副作用の有無等を確認し、医療機関に必要な情報を文書などで提供した場合 ●原則として医療機関のホームページなどでレジメン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 	<ul style="list-style-type: none"> ●保険薬剤師として勤務経験5年以上の薬剤師が勤務 ●患者のプライバシーに配慮している ●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 ●医療機関が実施する研修会に、勤務薬剤師が少なくとも1人が年1回以上参加している

◆重複投薬解消に対する取り組み

診療報酬項目	点数	主な算定要件
(調剤) 服用薬剤調整支援料2	100点 (3月に1回まで)	複数の医療機関から6種類以上の内服薬が処方されている患者について、患者・家族の求めに応じて、服用中の薬剤の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、処方医に対して、重複投薬の状況が記載された文書を用いてその解消等の提案を行った場合

地域の薬局薬剤師などを対象に、外来化学療法に関する研修会を年1回以上実施すること、薬局側にはこうした研修会に、少なくとも薬剤師1人が年1回以上参加していることを要件としている。

重複防止、ポリファーマシー是正で「プロセス評価」

重複投薬の是正に向けた評価として、従来の「減薬」というアウトカム評価に加えて、重複の是正に取り組む「プロセス」の評価も新設する。

前回の18年度改定で創設された「服用薬剤調整支援料」は、元々は6種類以上の内服薬を飲み始めて4週間以上が経過した患者について、薬局薬剤師が患者の意向や副作用の可能性などを踏まえて処方医に減薬の提案を行い、2種類以上が減薬（少なくとも1種類が薬局薬剤師の提案による減薬）された場合に125点を算定できるというものだ。しかし、せっかく提案をしたとしても実際に減薬に至らなかった場合には算定できないという課題があった。

20年度改定で新設する「服用薬剤調整支援料2」100点（3月に1回まで）では、複数医療機関から6種類以上の内服薬が処方されていた患者の要望に基づいて薬局が一元的に服用中の薬剤を把握し、重複投薬が確認され、その解消を処方医に提案した場合に評価する。減薬には至らなくても評価することで、

薬局薬剤師の積極的な取り組みを推進する。

支援料2は、そもそもはかかりつけ医が服用中の薬剤の一元的把握を薬局に依頼し、その結果に基づいて他の医療機関との連絡・調整を図るスキームが検討されていたが、最終的には薬局のみを評価することになった。一元的把握をした上で、どの処方医に減薬を提案するかなど、薬局薬剤師の判断が問われることになりそうだ。

これと同様の考え方は、入院時のポリファーマシー解消に向けた取り組みを評価する医科の「薬剤総合評価調整加算」の見直しにも表れている（表2）。同加算は従来、入院前に6種類以上の内服薬（精神病棟の場合は4種類以上の抗精神病薬）が処方されている患者について、退院時に2種類以上減少した場合の「アウトカム評価」だった。20年度改定では、これを処方薬に関する総合的な評価や指導を行うというプロセスに対する評価としてまず100点を算定できるようにし、実際に2種類以上の減少になったというアウトカムが認められた場合は150点を加算できる仕組みにする。さらに、入院中に処方薬の変更や中止があった場合、退院時に見直しの理由などを文書で薬局に情報提供した場合に算定できる「退院時薬剤情報連携加算」を新設し、医療機関と薬局の間での情報共有を推進する方向性も盛り込まれて

表2 ポリファーマシー解消に関する評価の見直し

◆入院時のポリファーマシー解消の推進

	改定前		改定後	
	点数	要件	点数	要件
薬剤総合評価調整加算 (医科)	250点 (退院時1回)	<ul style="list-style-type: none"> ●入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者の処方内容を総合的に評価・調整し、退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合 ●精神病棟に入院する患者で、入院直前または退院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が、退院日までに抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合など 	100点 (退院時1回)	<ul style="list-style-type: none"> ●入院前に6種類以上の内服薬が処方されていた患者について、処方内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上の必要な指導等を行った場合 ●精神病棟に入院する患者で、入院直前または退院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が、処方内容を総合的に評価し、その内容が変更され、療養上の必要な指導等を行った場合
			150点 (加算)	<ul style="list-style-type: none"> ●上記のいずれかの患者で退院時の処方薬が2種類以上減少した場合（精神病棟に関してはこれに準ずる場合も含む）
(新) 退院時薬剤情報連携加算 (医科)		—	60点	<ul style="list-style-type: none"> ●入院前の処方薬の内容に変更・中止等の見直しがあった場合に、見直しの理由や見直し後の患者の状態等を文書で薬局に対して情報提供を行った場合

いる。退院後も変更された処方薬を継続できるように医療機関と薬局が協力する取り組みを推進する。

また、薬剤服用歴管理指導料の要件に、残薬が一定程度あると判断された場合に残薬の状況や理由を患者の手帳に記載して、処方医に情報提供するように努めることも加える。

「対人業務」、合意なき創設、算定回数にも注目

このほかの新設項目でも、医療機関への必要な情報のフィードバックや調剤後のフォローアップなどを推進する評価がめじろ押しだ（表3）。

喘息やCOPDの患者にデモ機などを使って吸入薬の使用方法を実技指導した場合に薬剤服用歴管理指導料に「吸入薬指導加算」30点（3月に1回まで）を算定できるようにする。簡易懸濁法を開始する患者に必要な指導を行った場合を評価する「経管投薬支援料」100点（初回のみ）を創設する。

また、薬剤服用歴管理指導料の「調剤後薬剤管理指導加算」30点（月1回まで）では、糖尿病患者でインスリン製剤またはSU剤の使用を新たに処方された場合、または投薬内容が変更された場合に、調剤後も電話などでフォローアップをする薬局を評価する。

これらはいずれも患者・家族または医療機関からの要請や同意があった場合に限られる。吸入薬指導加算と調剤後薬剤管理指導加算については、指導やフォローアップの状況について医療機関にフィードバックすることも要件となっている。対人業務は薬局薬剤師

診療報酬項目	点数	主な算定要件
吸入薬指導加算	30点 (3月に1回まで)	喘息またはCOPDの患者に、患者や医療機関の求めに応じて文書や練習用吸入器を使って必要な薬学的管理指導を行い、必要な情報を医療機関に提供した場合
調剤後薬剤管理指導加算	30点 (月1回まで)	新たにインスリン製剤等を処方されたり、インスリン製剤等の投薬変更がされた患者に、患者や医療機関の求めに応じて調剤後の服用状況などを電話などで確認し、必要な情報を医療機関に提供した場合
経管投薬支援料	100点 (初回のみ)	経管投薬が行われている患者が簡易懸濁法を始める際に、医師などの求めに応じて必要な支援を行った場合

が単独で行うものでなく、地域の医療機関との協力体制の中で役割を果たすことが求められそうだ。

こうした評価の創設に対し、中医協での議論では「薬局薬剤師が担うべき当然の業務だ」など、懐疑的な意見が大勢を占めていたが、最終的には創設にこぎ着けた。それだけに現場の薬局薬剤師がどれだけ取り組みを見せるか、今後の算定状況も気になるところだ。改正薬機法が成立したことで、医療機関との連携強化の方向性がより鮮明な形で評価されることになり、薬局薬剤師にはこれまで以上のコミュニケーション力が求められる。

在宅医療

原疾患増悪以外の緊急訪問を新たに評価

超高齢社会を迎え、重要性がますます高まる在宅医療。20年度改定では、在宅患者が計画的な訪問薬剤管理指導の対象となっている原疾患以外の理由で緊急に訪問し、薬学的管理・指導を行った場合の評価を設ける。

従来の「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」500点は、原疾患の悪化以外の場合に医師の求めに応じて緊急訪問して薬剤管理指導を行った場合には算定できなかった。その場合は薬剤服用歴管理指導料が算定されていた。

20年度改定では、原疾患の増悪により医師の求めに応じて臨時に訪問薬剤管理指導を行った場合は、従来通り500点とするのに加え、原疾患の増悪以外の理由で訪問薬剤管理指導を行った場合を評価する「同管理指導料2」200点を創設する（表）。

改定前	500点	
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場合	500点
	2. 1以外の場合	200点

**オンライン
服薬指導**

外来・在宅で新点数、対面と組み合わせる設計に

対面による服薬指導の例外として、離れた患者に対して実施するオンライン服薬指導が医薬品医療機器等法（薬機法）の改正で認められる。改正薬機法は20年9月に施行される。これに伴って新設されるのがオンラインによる「薬剤服用歴管理指導料4」（43点、月1回）と「在宅患者オンライン服薬指導料」（57点、月1回）で、前者は外来患者、後者は在宅患者に対して算定する（表1）。

外来で対象となるのが、医科の「オンライン診療料」に基づき処方箋が交付され、原則3カ月以内に対面による薬剤服用歴管理指導料が算定されている患者。オンライン対応はあくまで対面との組み合わせが基本で、一度来局したからといって、その後ずっとオンラインで対応できるわけではない。

オンラインで対応できるのは対面時と同一処方

注意しなければならないのが、外来、在宅ともに薬機法の施行規則・通知を順守する規定があることだ。厚生労働省が19年12月に示した施行規則案（表2）では、オンライン服薬指導ができるのは対面で服薬指導を行ったときと同一処方か、同一成分の後発医薬品への変更などで患者の適正使用が確保できると薬剤師が判断した場合に限られる。つまり、新規の薬剤の追加などがある場合には対面ということになる。

また、施設基準には、オンラインによる対応が対面を含む全体の服薬指導と在宅訪問の1割以下であることも定めた。オンラインはあくまで対面の補完というメッセージを読み取ることができる。

表2 オンライン服薬指導に関する施行規則・通知案で定める実施要件（2019年12月19日に厚労省が公表）の概要

- 同一内容かこれに準じる内容（同一成分・効能の後発医薬品への変更など）の処方箋によって調剤された薬剤について、直接の服薬指導を行ったことがある場合。オンライン服薬指導をする薬剤は、当該薬局で調剤し、服薬指導したものであること
- 医師・歯科医師がオンライン診療を行った際に交付した処方箋か、訪問診療を行った際に交付した処方箋に基づき調剤された薬剤が対象

表1 オンライン服薬指導の算定要件と施設基準

**【外来】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）**

対象患者	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン診療料が算定され、処方箋が交付された患者 ・原則3カ月以内に薬剤服用歴管理指導料（1か2）を算定した患者
算定要件	<ol style="list-style-type: none"> ①薬剤服用歴管理指導料の加算算定は不可 ②薬剤服用歴管理指導料の業務を実施 ③医薬品医療機器等法の施行規則や関連通知（表2）に沿って実施 ④当該保険薬局内で行う ⑤患者同意を得た上で、対面と組み合わせた服薬指導計画を作成し、それに基づいて実施する ⑥同一の薬剤師が行うのが原則 ⑦お薬手帳で薬歴や服用中の医薬品を把握し、服薬指導などの内容をお薬手帳に記載する ⑧端末の運用に要する費用や医薬品の配送費は実費を別途請求することができる ⑨配送する場合は受領の確認を行う ⑩国家戦略特区の離島・へき地などに該当する場合には関連省令・通知に沿って対応する
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ・オンライン服薬指導を行うのに十分な体制が整備されている ・当該薬局における1カ月の薬歴指導管理料4と在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が、薬歴指導管理料と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含む）の1割以下であること

**【在宅】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）**

対象患者	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅時医学総合管理料が算定され、処方箋が交付された患者 ・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	<ol style="list-style-type: none"> ①薬剤師1人当たり週10回に限り算定可能 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薬剤師1人当たり週40回に限り算定可能 ③～⑦ 【外来】 ②～⑥と同じ ⑧訪問診療を行った医師に対し、オンライン服薬指導の結果について必要な情報を文書で提供する ⑨～⑪ 【外来】 ⑦～⑨とほぼ同じ
施設基準	薬歴管理指導料4の届け出を行った薬局

後発医薬品の推進

調剤体制加算の3区分はそのまま、点数にめりはり

20年9月までに後発医薬品の使用割合を80%以上にする政府目標の達成に向け、20年度改定が最後のブースターの役割を果たす。

「後発医薬品調剤体制加算」の見直しは「85%以上」の区分を新設した18年度改定に比べて小ぶり。3区分はそのままに、使用割合が最も低い「75%以上」を3点減の15点、使用割合が最も高い「85%以上」を2点増の28点に引き上げ、めりはりを付けた(表)。調剤基本料の減算規定も強化し、対象を後発品の使用割合が20%以下の薬局から40%以下に広げる。

医科点数では、医療機関の「後発品使用体制加算」

は4区分のうち、最低区分の「60%以上」を削除し、そのほかの3区分をいずれも2点増点した。「一般名処方加算」は前回改定に続く引き上げとなるが、増点は後発品がある全品目を一般名処方にする「1」と、1品目でも一般名処方がある場合の「2」でいずれも1点。前回改定でそれぞれ3点、2点を上乘せしたほどのインパクトはない。また、個々の薬剤費の削減額が大きいバイオシミラーの使用を促すため、バイオシミラーに関する説明を行い、処方した場合に「後続品導入初期加算」として算定できるようにした。

表 後発医薬品の使用促進策関連の調剤報酬(診療報酬)の概要					
名称	区分		改定前	改定後	備考
後発医薬品調剤体制加算	1	75%以上	18点	15点	85%以上を引き上げる一方、75%以上を引き下げ。調剤基本料の減算対象を40%以下に拡大(6ページの調剤基本料の表参照)
	2	80%以上	22点	22点	
	3	85%以上	26点	28点	
(医科) 後発医薬品使用体制加算	1	85%以上	45点	47点	70%以上、80%以上、85%以上の3区分の点数を引き上げる一方で、60%以上の区分は廃止
	2	80%以上	40点	42点	
	3	70%以上	35点	37点	
	4	60%以上	22点	廃止	
(医科) 一般名処方加算	1		6点	7点	1(後発品がある全品目を一般名処方)と 2(1品目でも一般名処方)のいずれも引き上げ
	2		4点	5点	
(医科) バイオ後続品導入初期加算	(新設)			150点	在宅自己注射指導管理料への加算

病院薬剤師の
評価

医師の働き方改革で薬剤師の病棟業務の評価拡充

医科の診療報酬改定では、病院に勤務する薬剤師に対する評価も引き上げられた。

薬剤師の病棟業務を評価する「病棟薬剤師業務実

施加算」は、一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料などを算定する患者が対象の「加算1」(週1回)、救命救急入院料、特定集中室管理料などを算定する

表1 病棟薬剤業務に関する見直し		
	改定前	改定後
病棟薬剤業務実施加算1(週1回)	100点	120点
病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)	80点	100点 (対象病棟に、ハイケアユニット入院医療管理料を追加)

患者が対象の「加算2」（1日）をそれぞれ20点引き上げ、加算1を120点、加算2を100点とする（表1）。また、加算2について、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する治療室内への薬剤師配置も評価する。同加算と薬剤管理指導料の常勤薬剤師の配置要件を緩和する（表2）。20年度改定の基本方針で重点課題に挙げられた勤務医などの働き方改革に

向けて、薬剤師の病棟業務を推進することにより医師の負担軽減を図る狙いだ。

また、病院の院内調剤に関しては、外来患者に対する調剤料や調剤技術基本料を引き上げる（表3）。薬局への評価に対して院内調剤への評価が著しく低いと不満を訴える意見が中医協で噴出したのが反映された格好だ。

表2 病棟薬剤業務実施加算、薬剤管理指導料の常勤薬剤師の配置要件の緩和

改定前	改定後
(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること	(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている非常勤の薬剤師を2人組み合わせで常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、1名は常勤薬剤師であることが必要
(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること	(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること

表3 院内調剤の評価の見直し

			改定前	改定後
(医科) 調剤料	入院患者以外に投薬を行った場合	内服薬、浸煎薬、頓服薬 (1回の処方にかかる調剤につき)	9点	11点
		外用薬 (同)	6点	8点
	入院患者に投薬を行った場合 (1日につき)		7点	7点
(医科) 調剤技術基本料	入院患者に投薬を行った場合		42点	42点
	そのほかの患者に投薬を行った場合		8点	14点

調剤料

「14日分以下」を日数倍から包括化、減収必至に

「対物業務」の代表格として、ここ数回の改定でじわりと引き下げられてきた調剤料。これまでその対象は15日以上を含む部分のみだったが、20年度改定では財務省などが見直しを求めている14日以下の

日数倍部分にも手が付けられた。1日当たり5点を算定できる「1～7日分」は28点に、1日当たり4点を請求できる「8～14日分」は55点にそれぞれ包括化する（表）。調剤料の減収は不可避とみられる。

表 調剤料の点数の推移

名称	区分	14年度改定	16年度改定	18年度改定	20年度改定
調剤料	1～7日分	5点/日	5点/日	5点/日	28点
	8～14日分	4点/日	4点/日	4点/日	55点
	15～21日分	71点	70点	67点	64点
	22～30日分	81点	80点	78点	77点
	31日分以上	89点	87点	86点	86点



地域包括ケア構築へ 薬剤師の存在と仕事が はっきり見える取り組みを

有澤 賢二 氏
日本薬剤師会常務理事

1987年9月 北海道薬科大学薬学部卒業後、2010年4月に薬局事業継承を目的に株式会社メディカルマネッジ・ケンを設立。同年6月屯田七条薬局、同年7月ミズキ薬局を開設。14年6月に日本薬剤師会常務理事に就任。19年5月から中医協委員

地域包括ケアで薬剤師が貢献すべきことが 報酬体系上、より鮮明に

—2020年度調剤報酬改定の全体的な受け止めを。

全体的には、団塊の世代が後期高齢者となる2025年や高齢者人口がピークとなる2040年を見据え、それぞれの問題に対応していく形の改定になったのではないかと感じます。かかりつけ薬剤師・薬局の機能に対する一定の評価や、対物業務から対人業務への構造的な転換を図る上での措置、在宅医療やICTの活用など、地域包括ケアシステムの構築に向け薬剤師がどのように貢献できるかということが報酬体系上、より鮮明になった。

中医協委員に就任後、実質的に初めての改定論議となったが、薬剤師の代表として、また製薬企業も含めてわれわれが扱う“モノ”である医薬品をしっかり守っていく立場として、あらためて守備範囲の広さを感じた。調剤に対する厳しい指摘も受け、プレッシャーを感じたし、ある意味で勉強にもなった。

主張すべきことは、しっかりと主張しなければならないが、各委員は皆、それぞれの立場からより良い医療を提供しようとして議論に臨んでいることも肌で感じた。

地域支援体制加算、実績要件の選択制は 「機能に合わせたバリエーション」

—対人業務の評価でポイントとなった項目は。

かかりつけ機能の評価については、受け身の姿勢でマンツーマンの診療所からの処方箋だけを応需するのではなく、さまざまな医療機関を受診する地域住民の服薬情報を一元的に把握する努力が一層必要になる。そのことが、今回かかりつけ薬剤師指導料および包括管理料の増点につながっている。

また、地域支援体制加算については、調剤基本料1の薬局に求める在宅実績を「年12回以上」に増やすなど厳格化した一方、基本料1以外の薬局に対しては、従来求めていた8要件のうち麻薬に

関する要件を見直すなど緩和する方向に見直された。これについては、前回の18年度改定で新設されたばかりの項目でもあり、薬局が地域にしっかりと貢献している姿として当初目指した形と今とで少し異なる部分に修正が加えられたと認識している。また、実績要件が選択制となったのは各薬局の業務や機能に合わせバリエーションを設けたと受け止めている。

調剤料の見直し 薬剤師の中で議論し主張すべき

—調剤基本料や調剤料の見直しについての受け止めは。

調剤基本料については、医療経済実態調査の結果に基づき効率性の観点から見直されたと考えている。今後、実調結果に基づき（処方箋の受け付け回数、集中率の基準が）段階的に進む（拡大する）かもしれないというメッセージでもあるので、より患者の服薬情報の一元的な把握に努める必要があるだろう。

ただ、薬局の実情を地域ごとに見ると、処方箋受け付け回数と集中率だけによる区分では評価が難しくなってきたケースもある。今後は、何か別の指標や評価軸について検討する必要があるようにも思う。

今回、内服薬の調剤料について日数倍だった「1～7日分」と「8～14日分」がそれぞれ28点、55点に定額化された。調剤料は、とかく「対物業務の評価」という見方がされるが、調剤の中には、確認や指導、疑義照会などの対人業務も当然含まれている。調剤料が、薬剤師の製剤技術を評価したもので

あれば一度、整理をする必要もあると思うが、主に調剤する者というのは薬剤師である以上、他から言われて見直すのではなく、われわれの中で議論し、こうした評価が必要だということを主張する必要があると考える。

また、服用薬剤調整支援料については重複投薬の解消に向け、患者の服用薬剤を一元的に把握し処方医へ重複投薬解消に向けた提案を行った場合の評価として「支援料2」が新設された。従来の支援料は「処方医への提案」といったプロセスに加え、「薬剤が減少した」というアウトカムが伴って初めて算定できる仕組みだったが、複雑でもあり実態は算定回数が少なかった。

今回の新設は、まずはプロセスを評価することから始めましょうという考え方だと受け止めている。支援料2を設けたことで、支援料1の算定がどのように推移するかを見る必要もあるだろう。

単独、1つの診療所と連携すれば良い という時代ではない

—20年度改定を踏まえ、今後薬局にはどのような変化が求められるか。

25年の地域包括ケアシステムの構築に向け、薬局も積極的に参画していかなければならない。薬局単独、あるいは地域の中で1つの診療所と連携していれば良いという時代ではない。地域の中で、患者はもちろん医療・介護関係職種に対しても薬剤師の存在と仕事の姿がはっきりと見えるよう取り組むことが重要だ。

一生懸命やってきた薬局は評価 地域支援加算は依然「厳しい」



岩崎 裕昭 氏

日本保険薬局協会常務理事

1998年4月株式会社阪神調剤薬局入社。2000年6月同社取締役商品本部長兼購買部長。12年12月阪神調剤ホールディング株式会社設立、専務取締役。19年11月I&H株式会社代表取締役社長（現任）。17年5月日本保険薬局協会医療制度検討委員会委員長

努力が評価されることをより明確化した改定

—2020年度調剤報酬改定をどのように評価しているか。

2年前の改定に比べて、より薬局と薬剤師の方向性をきっちりと示していただいた改定だと感じている。対物から対人に関してはさらに明確化されたメッセージが入っている。調剤料という一番薬局にとって大きいところがプラスではなくマイナスになっているので、同じことをしていたらマイナスになる。しかし、きっちりと取り組めれば、プラスにしている項目もある。やっていないところは下がり、過去から一生懸命やってきたところが評価される。今回は努力すれば評価されることがより明確化した改定。その積み重ねが将来の薬局薬剤師の地位の向上になる。

(20年度改定が)ゆるいとは思わない。前の改定は、大型チェーンが(標的に)という感じだった。そう考えれば今回の改定は調剤料にメスが入っているわ

けだから、今回の方が本来は苦しいはず。前は一部のところをやったわけであって、今回は(薬局)全体の6万軒ぐらいが対象になる。決して今回の改定が楽だとは思わない。

「3-イ」の対象拡大で会員企業に影響

—会員企業に対する20年度改定の影響は。

全体的にはいろいろあるが、「調剤基本料3-イ」の対象が)4万回超が3万5000回超になった。協会として考えたときに、5000回下がった部分で今まで影響がなかった会員に影響が当然出る。ではどうしていくかというところで、40万回、4万回、3万5000回といった部分じゃないところで、いかにわれわれの仕事を認めてもらうかというところを、協会としてこれからの2年間できっちりと数値的にエビデンスで発信していく。今のように回数で評価されてしまうのは、現場で働いている薬剤師にとって非常につらいものがある。同じいい仕事をしていて、

モチベーションが下がってしまう。

回数ではないもの（評価尺度）で、厚生労働省に理解してもらえるものを必死になって考えないといけない。改定も基本的に2年に1回ずっとあるので、2年先でできなくてもいつか考え方を違う形に変えていきたい。

門前であろうがなかろうが、 かかりつけ薬局を推進

—いわゆる「外枠」での引き下げが今回は行われなかったが。

ありがたいのはありがたいが、今回外枠がなかったから、ただありがたかったという単純なものではない。厚労省が目指しているかかりつけ薬局を、門前であろうがなかろうが目指していかなくてはいけない。今回はたまたま外枠はなかったが、だから喜んでいるのではなくて、かかりつけ薬局という方向に協会として全薬局がなっていけるようにする。この2年間また時間をいただけたので、いかに全加盟薬局と力を合わせてそっちに持っていけるか。最終的にはみんながかかりつけ薬局にならないといけない。

—地域支援体制加算では、基本料1以外の薬局に求められる実績要件が9項目のうち8項目を満たせば算定可能になるなど変更された。

もともと2年前の改定の時から条件としては非常に厳しい。今回チャンスをいただいて9項目になって、内容も少し変わったものもあるが、それでも非常に厳しいのは厳しい。ただ厳しいからやらないのではなくて、それをいかに加盟薬局と共に挑戦して行って、100（パーセント）できなくても、いかに80、90に近づけていくかというのが大事だとNPhAとして思っている。

（地域支援加算の）内容は当たり前に行っていないことなので、（基本料が）1であろうが2であろうが3であろうが、全てが同じレベル

になっていかななくてはいけない。

新設の対人業務評価「やりがいを感じる」

—調剤料（内服薬）が引き下げになったことについて。

調剤料については大きな流れのもので、当然下がれば痛いですが、厚労省が出してきている将来の薬局・薬剤師のビジョンに向かっていくために、これは致し方ない。それよりも真の薬局・薬剤師になることのほうが大事。将来のためには通っていかなくてはいけない道。その代わり地域支援体制加算が38点に上げられた。ここ（調剤料）は物から人へという流れや機械化も進んでいる中でもう仕方がない。

—新設された対人業務への評価項目への印象は。

新設された「吸入薬指導加算」や「経管投薬支援料」は、現場の薬剤師にとっては非常にありがたい点数。当然今までもやっていたでしょうし、これからさらにやっていくに当たって、非常にやりがいを感じるもの。きっちり協会として、この点数が新しくできて、それが現場でどうなったかというのをを出していかなくてはならない。簡単に言えば、ここが取りにくいだとか、そういったことをきっちり報告して、この点数がこれからはずっと安定的に加算として残っていくようなものにしていきたい。

—オンライン服薬指導を行った場合の薬剤服用歴管理指導料が新設されたが。

オンライン服薬指導に関しては、地方の高齢化、独居の方、交通の足がないといったいろいろな現実の問題に対して、厚労省がやり方を出してくれた。それに対してはしっかりと対応していく。患者に喜んでいただけるだろうと思っている。実施した薬局が会員薬局だったら、それはきっちりとフィードバックしていく。われわれと厚労省と、一緒にやらせていただく医療機関ときっちり情報共有しながら、喜んでいただける点数にしていきたい。



20年度改定は 「薬局への最後通告」 面分業できない薬局は 撤退も

関口 周吉 氏

日本チェーンドラッグストア協会常任理事

1999年4月株式会社龍生堂本店入社。2003年4月同社管理薬剤師就任。16年1月同社代表取締役社長就任。19年6月日本チェーンドラッグストア協会常任理事就任

—2020年度調剤報酬改定を全体としてどのように評価しているか。

総論的に言うと、地域に密着して対人業務に取り組む面分業の調剤併設型ドラッグストアは2020年度改定でも影響がないという印象だ。

20年度改定は昨年成立した改正医薬品医療機器等法（薬機法）とリンクしているような内容になっている。改正薬機法でいうと、継続的な服薬状況の把握の義務化や、服薬状況に関する医師への情報提供の努力義務化が特に重要だ。それに関連した項目（「特定薬剤管理指導加算2」や「調剤後薬剤管理指導加算」など）も新設された。

調剤基本料といったわかりやすい項目に目が行くが、調剤基本料よりも薬学管理料の方がメッセージ性は強い。継続的な服薬状況の確認や医師へのフィードバックに関係するのは薬学管理料の部分だ。なので、いわゆる対人業務を評価する薬学管理料に対応できる薬剤師をどれだけ育成することができるかというのが大きなポイントになる。

薬局への「最後通告」

20年度改定でとても重要なのは、次の22年度改定を見据えている改定になっているということ。「面分業できない薬局は撤退する」というメッセージが読み取れ、厚生労働省は次の改定でさらに大きく踏み込むはずだ。

厚労省のメッセージはずっとぶれていない。今回の調剤報酬改定は、最後通告だ。22年に向けて、薬局が今回の改定で提示されたメッセージをクリアできなければ、薬局の数が半分になってしまうかもしれない。

面分業の方向性はずっと前から言われている。塩崎恭久厚生労働相の時に「病院の前の景色を変える」と言っていたが、変わっていない。病院の統廃合も始まっている。医療資源の集中と集約をしていて、地域に移行している。当然、薬局も地域に行かなければいけない。改定もそういう流れの表れなのだと思う。

一 会員の調剤併設型ドラッグストアにとって、特に影響が大きい改定項目はあるか。

対人業務に関する薬学管理料の項目に尽きると思う。薬学管理料と調剤料を見ると、まだ調剤料の方が割合としては大きいので調剤料の引き下げに目が行ってしまうかもしれないが、調剤料は対物フィーだ。これからは対人業務に関するフィーの方が増えていく。ちゃんと対人業務を評価する薬学管理料の方に目を向けて、それに対応していている薬局は、あまり影響がないと思う。

調剤基本料の影響はあまりないと思う。調剤併設型ドラッグストアは地域密着型が多く、面分業、かかりつけ型になっていると思う。ドラッグストアはOTC薬、化粧品、食品などさまざまなものを備えており、その中に調剤もある。当然地域に密着している。

評価の見直しが行われた調剤料に関しては、もっと引き下げられると思っていたが、今回は助かったという印象だ。調剤併設型ドラッグストアは地域支援体制加算も当然取り組めるはずだ。

対人業務やらないと薬歴管理料取れなくなる

一 22年度改定までに、会員の調剤併設型ドラッグストアが取り組むべきことは。

22年度改定には恐怖を感じている。恐怖というのは、調剤料と薬学管理料の割合の逆転が起きると予想していることだ。

今までの歴史を見ると、やるべき取り組みとして示された加算は全て薬学管理料の中に収まってきている。今回は、「特定薬剤管理指導加算2」や「吸入薬指導加算」など技術を要する対人業務にスポットライトが当たった。これがどんどん薬学管理料の中に集約されていく。今までの歴史から見ると、やるべき対人業務を実施できていないと薬学管理料を算定できなくなる。

2年間で取り組むべきことの1つ目は人的投資。今後薬学管理料はさらに要件が足されることが見込まれるが、これに対応するために薬剤師の技術を上げなければいけない。算定要件を見て「ちょっとこ

れは無理だ」と言うのはだめだ。国が出しているメッセージなのだから、それに近づく、そのために何をすれば良いか必死に考える、努力する、技術を磨く、切磋琢磨する。それができてこそ、薬剤師だ。

2点目は物的投資だ。機械化のバージョンアップやブラッシュアップがこの2年間で行われて、徹底的に薬剤師が対人業務の方に移行していく。そして、投薬後フォローや多職種連携のためのICTを活用するためのツールの開発が重要になる。ICTツールがなければ、進まない。

一 今後の調剤併設型ドラッグストアの展望は。

門前薬局の優位性は、病院から近くて便利なこと。だが医薬分業の歴史は不便性の追求だ。病院で薬をもらっていたのを、不便なのに分離した。門前薬局は不便の中の便利だが、不便性をさらに追求すると面になる。一番不便だけれど、患者のために一番良いのは面だ。国が進めたかったのは、便利さよりも継続性や一元管理。だから面に行く。これが大きな流れだ。

門前も敷地内もなくならないと思う。距離が近いことは医療の中では絶対に必要なもので、「あり」だと思う。門前は距離的な近さが優位だ。逆に言うとドラッグストアは面なので、距離は遠い。その距離をどう縮めるかということこれから考えなければならぬ。

物理的な距離を縮めることはできないわけだから、医療機関との連携を強化して、どう継続的に投薬フォローするかを考えていく。言い方を変えると、患者のために薬局同士も連携しなければいけない。同協会は全国チェーンも多く、病院の近くにあったり、地元にあったり、勤務先の近くにあったり、それは同協会の強みだ。チェーンのネットワークにより、距離的な優位性は門前よりも強くなる。

今後も同協会の影響力は大きくなっていくだろう。地域で連携がとれ、予防と医療と介護ができるのはチェーンドラッグストアだ。間違いなく地域包括ケアシステムの主たるものになっていくのはドラッグストアだと思う。

1 2020年度 診療報酬改定における主要改定項目について(抜粋)

II-1 (かかりつけ機能の評価) -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 2 100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(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。

II-1 (かかりつけ機能の評価) -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】 76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】 291点
[施設基準] (新設)	[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. 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】 [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。	【かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料】 [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。
【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。	【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。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。

II-1 (かかりつけ機能の評価) -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80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。

II-7-1 (緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価) 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2 100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している場合に限る）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。

【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。

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

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
【施設基準】 (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つては、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。	【施設基準】 次のいずれかに該当する保険薬局であること。 (1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。 イ 調剤基本料1を算定する保険薬局であること。 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。

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。
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。

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。
(新設)

(新設)

(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までの全ての実績を有すること。

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
- ② 麻薬指導管理加算の実績 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人の場合の在宅薬剤管理の実績 12回以上

- (2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。
- イ 調剤基本料1以外を算定する保険薬局であること。
- 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。

(調剤基本料1を算定する保険薬局)
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。）。

- 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。
- ② 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））
- 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。
- ④ 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）
- 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1回以上出席

(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。

- ① 夜間・休日等の対応実績 400回以上
- ② 調剤料の麻薬加算算定回数 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（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））

- ⑧ 服薬情報等提供料の実績 60回以上
- (新設)

- 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）
- 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5回以上出席

【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。

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
【地域支援体制加算】 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35点を加算する。	【地域支援体制加算】 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38点を加算する。

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） - 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] 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>【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>【調剤基本料】 [算定要件] 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（「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。</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 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が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</p>

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 30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30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 100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 30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フォニル尿素系製剤（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30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。
- (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>【薬剤服用歴管理指導料】 1 原則6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 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に入所している患者に訪問して行った場合 41点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 1 原則3月以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 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に入所している患者に訪問して行った場合 43点</p>

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95%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1,800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3万5千回を超える場合を調剤基本料3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。
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。

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、53点を算定する。

[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。

(新設)

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、57点を算定する。

[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。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。
- (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。

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

現 行	改定案
【調剤基本料】 調剤基本料1 42点 調剤基本料2 26点 調剤基本料3 イ 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	【調剤基本料】 調剤基本料1 42点 調剤基本料2 26点 調剤基本料3 イ 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3万5千回を超え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
[算定要件] 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	[算定要件] 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9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)

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っては、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

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80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1,800回を超えること。(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9割5分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っては、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
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

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。

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。

(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9割5分を超えること。

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。

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。

(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7割を超えること。

II-11 (医療におけるICTの利活用) - 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 43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 57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 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

【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（訪問薬剤管理指導料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。
- (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。

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
【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)	【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の場合 500点 2 1以外の場合 200点
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。	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。

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。

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
【後発医薬品調剤体制加算】 イ 後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上) 18点 ロ 後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上) 22点 ハ 後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上) 26点	【後発医薬品調剤体制加算】 イ 後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上) 15点 ロ 後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上) 22点 ハ 後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上) 28点
【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。	【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4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。

【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。

調剤報酬改定の推移 (2010年4月～2020年4月)

区分	2010. 4. 1	2012. 4. 1		
調剤基本料	処方せん受付1回につき	40点	同左	
	① 月4000回超かつ集中度率70%超の保険薬局	24点		
	② 長期投薬の分割調剤時 1分割調剤につき (2回目以降の調剤時)	5点		
	③ 後発医薬品の分割調剤時 1分割調剤につき (2回目の調剤時)	5点		
調剤基本料	施設基準の届出薬局 基準調剤加算1	10点	施設基準の届出薬局	
	基準調剤加算2	30点	基準調剤加算1 備蓄医薬品700品目以上	
	後発医薬品調剤体制加算1 後発医薬品の調剤数量が20%以上の場合	6点	基準調剤加算2 備蓄医薬品1000品目以上	
	後発医薬品調剤体制加算2 後発医薬品の調剤数量が25%以上の場合	13点	後発医薬品調剤体制加算1 後発医薬品の調剤数量が22%以上の場合	
後発医薬品調剤体制加算3 後発医薬品の調剤数量が30%以上の場合	17点	後発医薬品調剤体制加算2 後発医薬品の調剤数量が30%以上の場合		
後発医薬品調剤体制加算3 後発医薬品の調剤数量が35%以上の場合	19点	後発医薬品調剤体制加算3 後発医薬品の調剤数量が35%以上の場合		
調剤料	1剤につき (3剤まで)		同左	
	1. 14日分以下の場合			
	① 7日以下の部分	5点/日		
	② 8日以上の部分	4点/日		
	2. 15日分以上21日分以下の場合	71点		
	3. 22日分以上30日分以下の場合	81点		
	4. 31日分以上の場合	89点		
	[内服薬]			
	[屯服薬]	21点	同左	
	[浸煎薬]	1調剤につき、3調剤まで	190点	同左
[湯薬]	1調剤につき、3調剤まで	190点	同左	
	1. 7日分以下の場合			
	2. 8～28日分の場合			
	① 1～7日目	190点		
② 8～28日目 1日分につき	10点			
③ 29日分以上の場合	400点			
[注射薬]	26点	同左		
[外用薬]	1調剤につき (3調剤まで)	10点	同左	
[内服用滴剤]	1調剤につき (4剤分までは算定しない)	10点	同左	
各種加算	[規制薬加算]	1調剤につき (麻薬) 70点 (向精神薬) 8点 (覚せい剤原料) 8点 (毒薬) 8点	同左	
	[自家製剤加算]	1調剤 (①の1については7日分) につき		1調剤 (①の1については7日分) につき
		①内服薬及び屯服薬 (特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く)		①内服薬及び屯服薬
		1. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 (内服薬)	20点	1. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 (内服薬)
		2. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 (屯服薬)	90点	2. 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 (屯服薬)
	3. 液剤	45点	3. 液剤	
	②外用薬		②外用薬	
	1. 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リネメント剤、坐剤	90点	1. 錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リネメント剤、坐剤	
	2. 点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤	75点	2. 点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤	
	3. 液剤	45点	3. 液剤	
(予製剤による場合は20/100に相当する点数)				
[計量混合加算]	1調剤につき	1調剤につき		
①特別の乳幼児用製剤を行った場合		①特別の乳幼児用製剤を行った場合		
1. 液剤	75点	1. 液剤		
2. 散剤、顆粒剤	90点	2. 散剤、顆粒剤		
3. 軟・硬膏剤	80点	3. 軟・硬膏剤		
②特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く		②特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く		
1. 液剤	35点	1. 液剤		
2. 散剤、顆粒剤	45点	2. 散剤、顆粒剤		
3. 軟・硬膏剤	80点	3. 軟・硬膏剤		
(予製剤による場合は20/100に相当する点数)				
[後発医薬品調剤加算]	1調剤 (内服薬の場合は1剤) につき	2点	同左	
[一包化加算]	[内服薬のみ] 5日分以下の場合 7日分につき 30点 57日分以上の場合 270点		同左	
[嚥下困難者用製剤加算]	[内服薬のみ] 80点		同左	
[無菌製剤処理加算]	1日につき 中心静脈栄養法用輸液 【注射薬のみ】 40点 抗悪性腫瘍剤 【注射薬のみ】 50点		同左	
[深夜加算]	(調剤基本料+調剤料+後発品調剤加算) 200/100		(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 200/100	
[時間外加算]	(調剤基本料+調剤料+後発品調剤加算) 100/100		(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 100/100	
[休日加算]	(調剤基本料+調剤料+後発品調剤加算) 140/100		(調剤基本料+調剤料+施設基準加算) 140/100	
[夜間・休日等加算]	処方せん受付1回につき 40点		同左	
指導管理料	薬剤服用歴管理指導料	処方せん受付1回につき 30点 麻薬管理指導加算 22点 重複投薬・相互作用防止加算 (処方変更あり) 20点 (処方変更なし) 10点 特定薬剤管理指導加算 4点	処方せん受付1回につき 41点	
	薬剤情報等提供料	処方せん受付1回につき、月4回まで 15点	-	
	長期投薬情報提供料	長期投薬情報提供料1 (服薬期間が14日ごとに) 18点 長期投薬情報提供料2 (服薬指導1回につき) 28点	同左	
	後発医薬品情報提供料	処方せん受付1回につき 10点	-	
	調剤情報提供料	処方せん受付1回につき 15点	-	
	服薬情報提供料	月1回に限り 15点 服薬指導情報提供加算 15点	月1回に限り 15点	
	外来服薬支援料	185点	-	
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回 (がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回) まで 同一建物居住者以外 500点 同一建物居住者 350点 麻薬管理指導加算 100点	同左 (注) 患者と保険薬局間の距離16km以内	
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	月4回まで 500点 麻薬管理指導加算 100点	同左 (注) 患者と保険薬局間の距離16km以内	
	在宅患者緊急時等共同指導料	月2回まで 700点 麻薬管理指導加算 100点	同左 (注) 患者と保険薬局間の距離16km以内	
退院時共同指導料	入院中1回 (がん末期患者等は2回) まで 600点	同左		
薬剤料	使用薬剤料 (所定単位につき15円以下の場合) 調剤料の所定単位につき 1点 (所定単位につき15円を超える場合) 調剤料の所定単位につき 10点 又はその端数を増すごとに1点	同左		
特定保険医療材料料	厚生労働大臣が定めるものを除く 材料価格を10円で除して得た点数	同左		

区分	2014. 4. 1	2016. 4. 1	
調剤基本料	<p>処方せん受付1回につき 41点 (ただし、妥結率50%以下の場合 31点) ① 1月4000回超かつ集中度70%超の保険薬局 25点 ② 1月2500回超かつ集中度90%超の保険薬局(24時間開局の場合は除く) 25点 (ただし、上記①・②で、妥結率50%以下の場合 19点)</p> <p>施設基準の届出薬局 (基本料特例の上記①・②該当の薬局は基準調剤加算1・2は算定不可、ただし②の適用外の24時間開局は「1」のみ算定可) 基準調剤加算1 12点 基準調剤加算2 36点 後発医薬品調剤体制加算1 新指標に基づき55%以上 18点 後発医薬品調剤体制加算2 新指標に基づき65%以上 22点</p>	<p>処方せん受付1回につき ①調剤基本料1 41点(②又は③以外) ②調剤基本料2 25点(処方せん受付回数及び集中度が以下のいずれかに該当) イ) 月4000回超かつ集中度70%超 ロ) 月2000回超かつ集中度90%超 ハ) 特定の保険医療機関に係る処方せんが月4000回超 ③調剤基本料3 20点(同一法人グループ内の処方せんの合計が月4000回超かつ以下のいずれかに該当) イ) 集中度95%超 ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり ④調剤基本料4 31点(①と同様 ただし妥結率50%以下) ⑤調剤基本料5 19点(②と同様 ただし妥結率50%以下) ⑥特別調剤基本料 15点(③と同様 ただし妥結率50%以下) ※調剤基本料の届出を行っていない保険薬局は特別調剤基本料かかりつけ機能に係る業務を行っていない保険薬局は調剤基本料を100分の50とする(ただし月600回以下の保険薬局を除く)</p> <p>後発医薬品調剤体制加算1 18点 新指標に基づき65%以上 後発医薬品調剤体制加算2 22点 新指標に基づき75%以上</p>	
調剤料	〔内服薬〕	同左	1剤につき(3剤まで) 1. 14日分以下の場合 ① 7日以下の部分 5点/日 ② 8日以上部分 4点/日 2. 15日分以上21日分以下の場合 70点 3. 22日分以上30日分以下の場合 80点 4. 31日分以上の場合 87点
	〔屯服薬〕	同左	同左
	〔浸煎薬〕	同左	同左
	〔湯薬〕	同左	同左
	〔注射薬〕	同左	同左
	〔外用薬〕	同左	同左
	〔内服用滴剤〕	同左	同左
各種加算	〔規制薬加算〕	同左	同左
	〔自家製剤加算〕	同左	同左
	〔計量混合加算〕	同左	同左
	〔一包装加算〕	〔内服薬のみ〕56日分以下の場合 7日分につき 32点 57日分以上の場合 290点	〔内服薬のみ〕42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごと 32点 43日分以上の場合 220点
	〔在宅患者調剤加算〕	同左	同左
	〔嚥下困難者用製剤加算〕	同左	同左
	〔無菌製剤処理加算〕	1日につき 中心静脈栄養法用輸液【注射薬のみ】65点 6歳未満の乳幼児の場合 130点 抗悪性腫瘍剤【注射薬のみ】75点 6歳未満の乳幼児の場合 140点 麻薬【注射薬のみ】65点 6歳未満の乳幼児の場合 130点	同左
	〔深夜加算〕	同左	同左
	〔時間外加算〕	同左	同左
	〔休日加算〕	同左	同左
〔夜間・休日等加算〕	同左	同左	
指導管理料	薬剤服用歴管理指導料	同左 (ただし、注意すべき事項を手帳に記載しない場合・シール交付の場合 34点)	処方せん受付1回につき ① 6カ月以内に再来局かつ手帳による情報提供あり(調剤基本料1又は4の場合のみ適用) 38点 ②①または③以外 50点 ③特別養護老人ホーム入所者 38点 麻薬管理指導加算 同左 重複投薬・相互作用等防止加算 30点(疑義照会で処方変更した場合に所定点数に加算) 乳幼児服薬指導加算 10点 特定薬剤管理指導加算 10点
	長期投薬情報提供料	同左	-
	かかりつけ薬剤師指導料	-	処方せん受付1回につき 70点 麻薬管理指導加算 22点 重複投与・相互作用等防止加算 30点 特定薬剤管理指導加算 10点 乳幼児服薬指導加算 10点
	かかりつけ薬剤師包括管理料	-	処方せん受付1回につき 270点
	服薬情報等提供料	-	20点(保険医療機関へ文書により情報提供した場合に月1回限り算定、残薬整理も対象化)
	外来服薬支援料	-	185点(患者・家族・医療機関の求めに応じて支援した場合に月1回に限り算定)
	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	-	同左
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	同左 月4回(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)、薬剤師1人につき1日5回に限る 同一建物居住者以外 650点 同一建物居住者 300点	処方せん受付1回につき 30点 月4回(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)、薬剤師1人につき週4回に限る 同一建物居住者以外 650点 同一建物居住者 300点
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	同左	同左
	在宅患者緊急時等共同指導料	同左	同左
退院時共同指導料	同左	同左	
薬剤料	同左	同左	
特定保険医療材料料	同左	同左	

区分		2018. 4. 1 (青字は2019年10月改定で変更した点数です)	
調剤基本料	処方箋受付1回につき (注: 妥結率50%以下などは50%減で算定)		
	① 調剤基本料1 42点 (②又は③以外)		
調剤料	② 調剤基本料2 26点 (③以外、処方箋受付回数及び集中度が以下のいずれかに該当)		
	イ) 月4000回超かつ集中度70%超		
	ロ) 月2000回超かつ集中度85%超		
	ハ) 特定の保険医療機関(同一敷地内)に係る処方箋の受付回数が月4000回超		
	ニ) 特定の保険医療機関に係る処方箋(同一グループ)受付回数が月4000回超		
	③ 調剤基本料3 イ 21点 (同一法人グループ内の処方箋受付回数4万回を超え40万回以下の場合で以下のいずれかに該当)		
	ロ 16点 (同一法人グループ内の処方箋受付回数40万回を超える場合で以下のいずれかに該当)		
	イ) 集中度85%超		
	ロ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり		
	④ 特別調剤基本料 11点 (以下のいずれかに該当する保険薬局)		
	イ) 保険医療機関と特別な関係(敷地内)かつ集中度95%超		
	ロ) 調剤基本料に係る届出を行っていない		
	分割調剤(長期保存困難性など) 5点 ※1分割調剤につき(1処方箋の2回目以降)		
	分割調剤(後発医薬品の試用) 5点 ※1分割調剤につき(1処方箋の2回目のみ)		
	地域支援体制加算 35点		
各種加算	後発医薬品調剤体制加算1 18点 後発医薬品の調剤数量が75%以上		
	後発医薬品調剤体制加算2 22点 後発医薬品の調剤数量が80%以上		
	後発医薬品調剤体制加算3 26点 後発医薬品の調剤数量が85%以上		
	後発医薬品減算▲2点 後発医薬品の調剤数量20%以下		
	1剤につき(3剤まで)		
	1. 14日分以下の場合		
	① 7日以下の部分 5点/日		
	② 8日以上部分 4点/日		
	2. 15日以上21日分以下の場合 67点		
	3. 22日以上30日分以下の場合 78点		
	4. 31日以上の場合 86点		
	[内服薬]		
	[屯服薬]	同左	
	[湿煎薬]	同左	
	[湯薬]	同左	
[注射薬]	同左		
[外用薬]	同左		
[内服用滴剤]	同左		
[規制薬加算]	同左		
[自家製剤加算]	同左		
[計量混合加算]	同左		
[一包化加算]	42日分以下の場合 34点/7日分 ※内服薬のみ		
	43日分以上の場合 240点 ※内服薬のみ		
[在宅患者調剤加算]	同左		
[嚥下困難者用製剤加算]	同左		
[無菌製剤処理加算]	1日につき(注射薬のみ)		
	中心静脈栄養法用輸液 69点	6歳未満の乳幼児の場合 137点	
	抗悪性腫瘍剤 79点	6歳未満の乳幼児の場合 147点	
	麻薬 69点	6歳未満の乳幼児の場合 137点	
[深夜加算]	同左		
[時間外加算]	同左		
[休日加算]	同左		
[夜間・休日等加算]	同左		
指導管理料	薬剤服用歴管理指導料	処方箋受付1回につき	
		① 6カ月以内に再来局かつ手順により情報提供あり(調剤基本料1又は4の場合のみ適用) 41点	
		②①または③以外 53点	
		③ 特別養護老人ホーム入所している患者に訪問 41点	
		※ 特別薬剤服用歴管理指導料 13点(6カ月以内に再来局患者中手帳の持参割合50%以下の場合)	
		麻薬管理指導加算 同左	
		重複投薬・相互作用等防止加算 40点(残薬調整に係るもの以外の場合)	
		30点(残薬調整に係るものの場合)	
		乳幼児服薬指導加算 12点	
		特定薬剤管理指導加算 同左	
	服用薬剤調整支援料	125点(6種類以上の内服薬について内服薬が2種類以上減少した場合、処方医に文書で月1回文書で提案した場合)	
	かかりつけ薬剤師指導料	処方箋受付1回につき 73点	
		麻薬管理指導加算 22点	
		重複投与・相互作用等防止加算 30点	
		特定薬剤管理指導加算 10点	
	乳幼児服薬指導加算 12点		
かかりつけ薬剤師包括管理料	処方箋受付1回につき 281点		
服薬情報等提供料	30点(保険医療機関の求めがあった場合、患者の同意を得て保険医療機関へ文書により情報提供した場合に月1回限り算定)		
	20点(患者・家族の求めがあった場合、患者の同意を得て保険医療機関へ文書により情報提供した場合に月1回限り算定)		
外来服薬支援料	同左		
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	40点(残薬調整に係るもの以外の場合)		
	30点(残薬調整に係るもの以外の場合)		
在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)、薬剤師1人につき週40回に限る		
	① 単一建物診療患者が1人の場合 650点		
	② 単一建物診療患者が2~9人の場合 320点		
	③ ①及び②以外の場合 290点		
	麻薬管理指導加算 100点		
	乳幼児加算(6歳未満の乳幼児) 100点		
在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	同左		
在宅患者緊急時共同指導料	乳幼児加算(6歳未満の乳幼児) 100点		
退院時共同指導料	同左		
薬剤料	同左		
特定保険医療材料料	同左		

区分	2020. 4. 1	
調剤基本料	処方箋受付1回につき 注1) 妥結率50%以下などは▲50%で算定 注2) 異なる保険医療機関の複数処方箋の同時受付、1枚目以外は▲20%で算定 ① 調剤基本料1 42点 (②～④以外または医療資源の少ない地域に所在する保険薬局) ② 調剤基本料2 26点 (処方箋受付回数及び集中度が以下のいずれかに該当) イ) 月4000回超かつ集中度70%超 ロ) 月2000回超かつ集中度85%超 ハ) 月1800回超かつ集中度95%超 二) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4000回超 ※1. 保険薬局と同一建物内の保険医療機関は合算 ※2. 同一グループの他の保険薬局で集中度が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該処方箋受付回数を含む ③ 調剤基本料3 21点 (同一グループ内の処方箋受付回数の合計が月3万5千回を超え40万回以下の場合) 16点 (同一グループ内の処方箋受付回数の合計が月40万回を超える場合) 同一グループの保険薬局の処方箋受付回数の合計が月3万5千回を超えかつ以下のいずれかに該当 イ) 集中度85%超 (同一グループ 月4万回超、月40万回超) ロ) 集中度95%超 (同一グループ 月3万5千回超～4万回以下) ハ) 特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係あり ④ 特別調剤基本料 9点 (以下のいずれかに該当する保険薬局) イ) 保険医療機関と特別な関係(敷地内)かつ集中度70%超 ロ) 調剤基本料に係る届出を行っていない 分割調剤(長期保存困難性など) 同左 分割調剤(後発医薬品の試用) 同左 地域支援体制加算 38点 後発医薬品調剤体制加算1 15点 後発医薬品の調剤数量が75%以上 後発医薬品調剤体制加算2 22点 後発医薬品の調剤数量が80%以上 後発医薬品調剤体制加算3 28点 後発医薬品の調剤数量が85%以上 後発医薬品減算 ▲2点 後発医薬品の調剤数量が40%以下	
調剤料	〔内服薬〕	1剤につき(3剤まで) 1. 7日分以下の場合 28点 2. 8日分以上14日分以下の場合 55点 3. 15日分以上21日分以下の場合 64点 4. 22日分以上30日分以下の場合 77点 5. 31日分以上の場合 86点
	〔電服薬〕	同左
	〔浸煎薬〕	同左
	〔湯薬〕	同左
	〔注射薬〕	同左
	〔外用薬〕	同左
	〔内服用滴剤〕	同左
各種加算	〔規制薬加算〕	同左
	〔自家製剤加算〕	同左
	〔計量混合加算〕	同左
	〔一包化加算〕	同左
	〔在宅患者調剤加算〕	同左
	〔嚥下困難者用製剤加算〕	同左
	〔無菌製剤処理加算〕	同左
	〔深夜加算〕	同左
	〔時間外加算〕	同左
	〔休日加算〕	同左
〔夜間・休日等加算〕	同左	
薬剤服用歴管理指導料	処方箋受付1回につき ① 3ヵ月以内に再来局かつ手帳による情報提供 43点 ②①③④以外 57点 ③ 特別養護老人ホーム入所している患者に訪問 43点 ④ 情報通信機器使用(月1回まで、各加算は算定不可) 43点 麻薬管理指導加算 同左 重複投薬・相互作用等防止加算 同左 乳幼児服薬指導加算 同左 特定薬剤管理指導加算1 10点(特に安全管理が必要な医薬品) 特定薬剤管理指導加算2 100点(抗悪性腫瘍剤の注射かつ悪性腫瘍治療に係る調剤 1月1回まで) 吸入薬指導加算 30点(3月1回) 調剤後薬剤管理指導加算 30点(地域支援体制加算に係る届出薬局に限る 1月1回) 薬剤服用歴管理指導料(特例) 13点(3ヵ月以内の再来局患者のうち手帳の活用実績が50%以下、各加算は算定不可)	
	服用薬剤調整支援料	服用薬剤調整支援料1 125点 (6種類以上の内服薬について内服薬が2種類以上減少した場合、処方医に文書で月1回文書で提案した場合 1月1回まで) 服用薬剤調整支援料2 100点 (複数の医療機関より6種類以上の内服薬が処方されたものについて処方医に対して文書を用いて提案した場合 3月1回まで)
指導管理料	かかりつけ薬剤師指導料	処方箋受付1回につき 76点 麻薬管理指導加算 同左 重複投薬・相互作用等防止加算 同左 特定薬剤管理指導加算1 10点(特に安全管理が必要な医薬品) 特定薬剤管理指導加算2 100点(抗悪性腫瘍剤の注射かつ悪性腫瘍治療に係る調剤 1月1回まで) 乳幼児服薬指導加算 同左
	かかりつけ薬剤師包括管理料	処方箋受付1回につき 291点
	服薬情報等提供料	同左
	外来服薬支援料	同左
	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	同左
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回(がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)、薬剤師1人につき週40回に限る ① 単一建物診療患者が1人の場合 同左 ② 単一建物診療患者が2～9人の場合 同左 ③ ①及び②以外の場合 同左 麻薬管理指導加算 同左 乳幼児加算 同左 在宅患者オンライン服薬指導料 57点(在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回算定の患者、1月1回、保険薬剤師1人につき週10回まで、各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不可)
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	500点(計画的訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴う場合/※200点と合せて1月4回) 200点(上記以外の場合/※500点と合せて1月4回) 麻薬管理指導加算 同左 乳幼児加算(6歳未満の乳幼児) 同左
在宅患者緊急時等共同指導料	同左	
退院時共同指導料	同左	
経管投薬支援料	100点(初回のみ)	
薬剤料	同左	
特定保険医療材料料	同左	



HARMACY NEWSBREAK

特別編集 2020.3

2020 年度調剤報酬改定 医薬分業の再構築

頒布価格 本体 800 円 + 税 (送料別)

2020 年 3 月 31 日発行

【編集・発行】

株式会社 **じほう**

本社 〒101-8421 東京都千代田区神田猿樂町 1-5-15 (猿樂町 SS ビル)

編集 TEL : 03 (3233) 6351 販売 TEL : 03 (3233) 6333

支局 〒541-0044 大阪市中央区伏見町 2-1-1 (三井住友銀行高麗橋ビル)

TEL : 06 (6231) 7061

©じほう 2020 本誌記事の無断複写を禁じます。