

令和2年度診療報酬改定の概要 (調剤)

厚生労働省北海道厚生局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、必ずしも最終的な施行内容が反映されていない場合等があります。算定要件・施設基準等の詳細については、関連する告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、適宜修正となる場合があります。厚生労働省本省HPにてご確認ください。

令和2年度診療報酬改定について

診療報酬改定

1. 診療報酬 + 0.55%

※1 うち、※2を除く改定分 + 0.47%

各科改定率	医科	+ 0.53%
	歯科	+ 0.59%
	調剤	+ 0.16%

※2 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 + 0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲ 0.99%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲ 0.01%

② 材料価格 ▲ 0.02%

※ うち、実勢価等改定 ▲ 0.01%

勤務医への働き方改革への対応について

診療報酬として 公費 126億円程度

地域医療介護総合確保基金として 公費 143億円程度

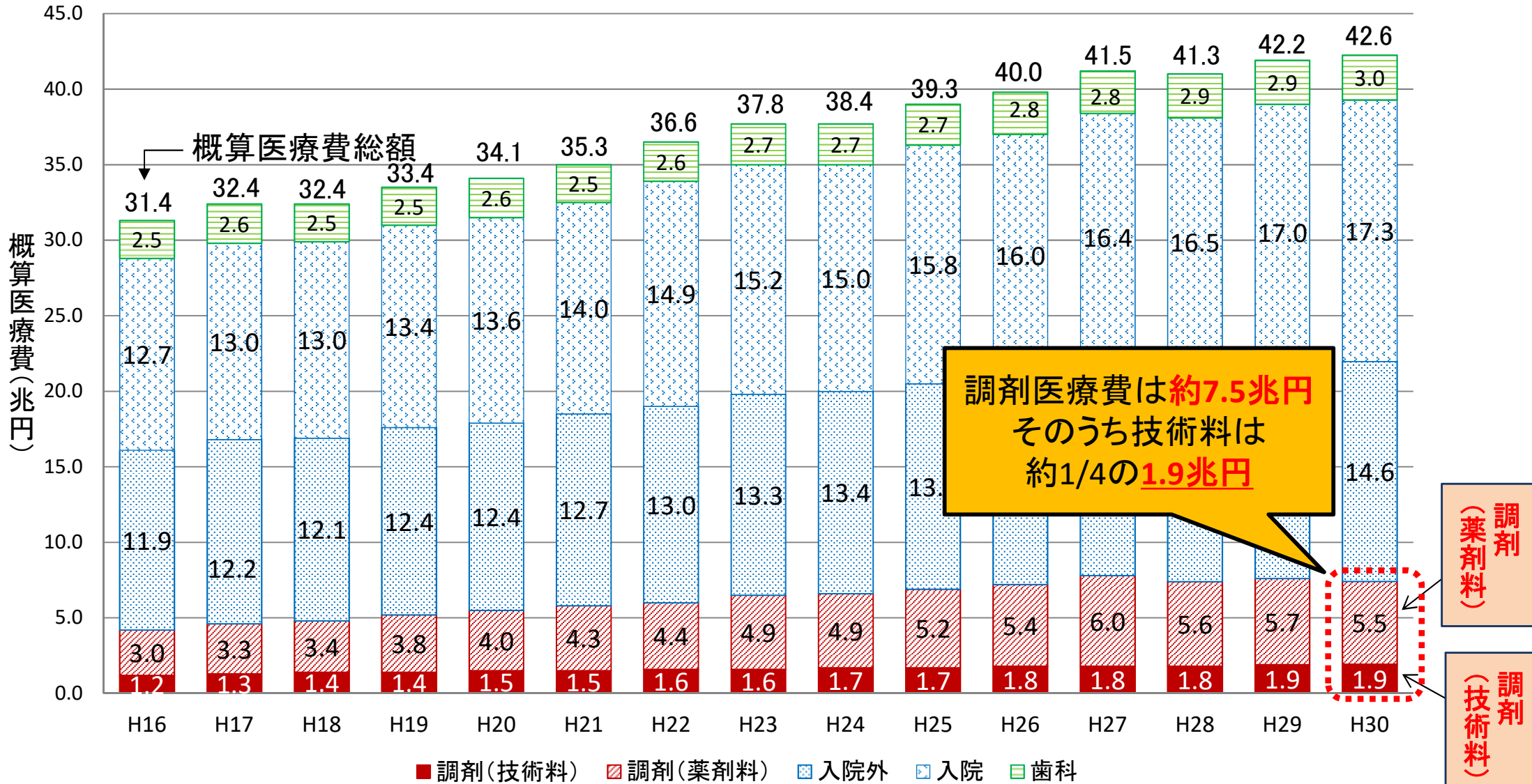
なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

令和2年度診療報酬改定の概要（調剤）

1. 薬剤師・薬局を取り巻く現状について
2. かかりつけ機能の評価
3. 対物業務から対人業務への構造的な転換
 - ① 対人業務の評価の拡充
 - ② 対物業務等の評価の見直し
4. その他の評価の見直し
5. 地方厚生局への届出と報告

調剤医療費の推移

- 平成30年度の概算医療費は約42.6兆円であった。
- 調剤医療費は約7.5兆円で、その内訳は、薬剤料が約5.5兆円、技術料が約1.9兆円であった。



※医科(入院外、入院)及び歯科には、薬剤料が含まれる。

患者のための薬局ビジョンの策定経緯とその後の動き

平成27年3月 規制改革会議 公開ディスカッション（医薬分業のあり方に関して議論）


➤ 規制改革会議公開ディスカッションにおける論点（抜粋）

院内処方として医薬品を医療機関で受け取るよりも、院外処方として薬局で受け取る方が、患者の負担額は大きくなるが、負担の増加に見合うサービスの向上や分業の効果などが実感できないとの指摘もある。


平成27年10月 患者のための薬局ビジョンの策定

- 患者本位の医薬分業の実現に向けて、「かかりつけ薬剤師・薬局」を推進。
- また、患者等のニーズに応じて強化・充実すべき機能として、「健康サポート機能」と「高度薬学管理機能」を提示。

平成28年4月以降



○ 診療報酬上の対応
平成28年度改定
平成30年度改定



○ 薬機法の改正
改正薬機法が令和元年12月に公布
※地域連携薬局、専門医療機関連携薬局

薬機法等制度改革に関するとりまとめ(抄)

(平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会)

(前略)今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、**現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業**であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、**単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がない**という指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、**この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきである**という指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。(後略)

令和2年度調剤報酬改定のポイント

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

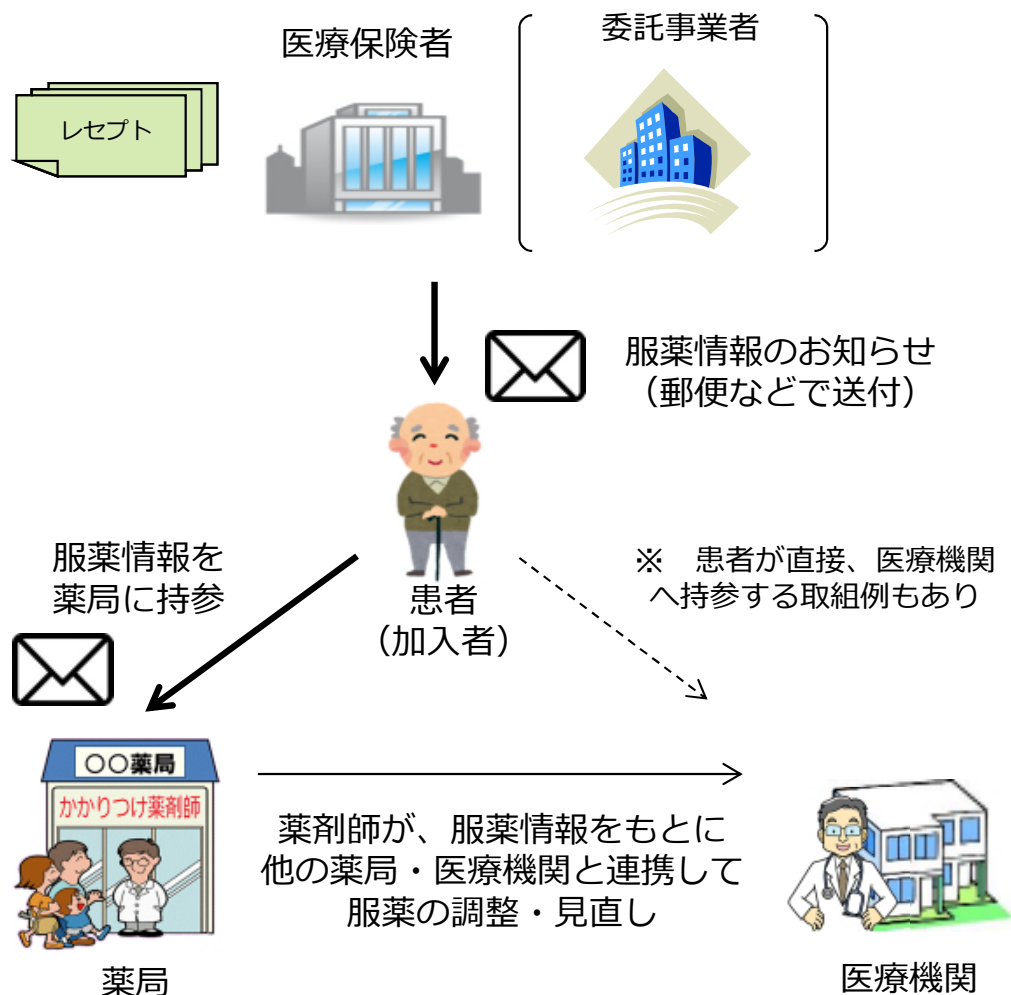
- お薬手帳により残薬の状況を医療機関に情報提供する規定を薬剤服用歴管理指導料の要件に追加
- 医師の指示による分割調剤を行う際、服薬情報等提供料を分割回数で除した点数ではなく、通常の点数(30点)を算定できることとする

令和2年度診療報酬改定の概要（調剤）

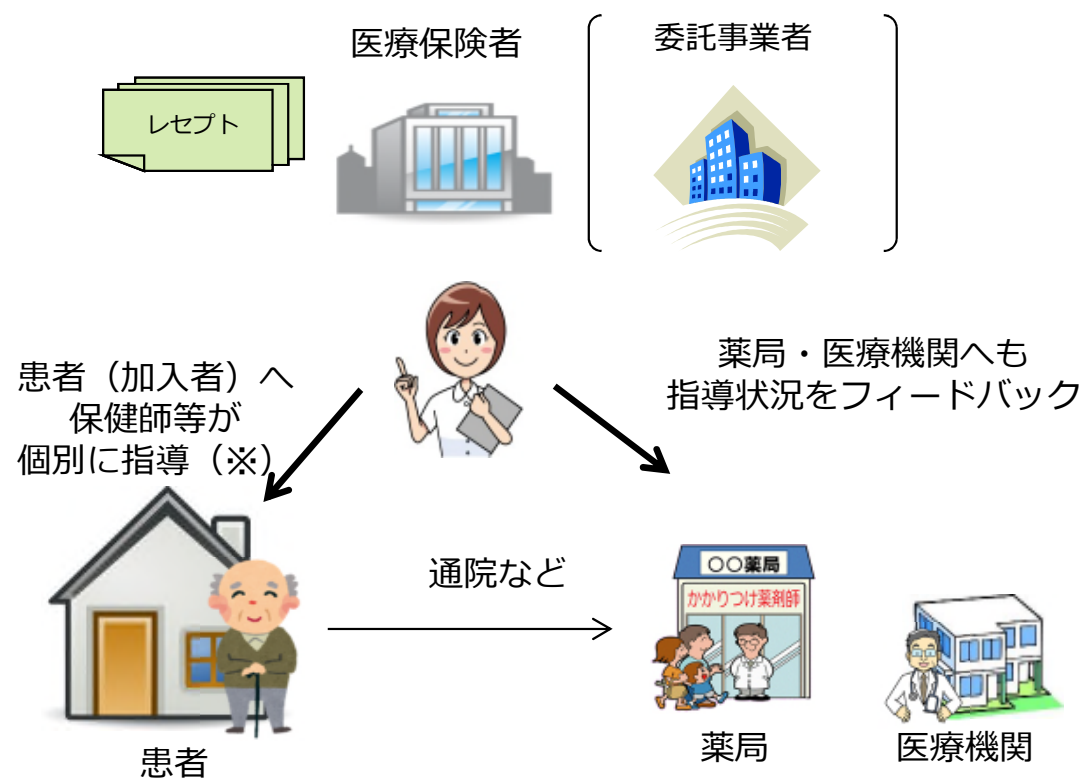
1. 薬剤師・薬局を取り巻く現状について
2. **かかりつけ機能の評価**
3. 対物業務から対人業務への構造的な転換
 - ① 対人業務の評価の拡充
 - ② 対物業務等の評価の見直し
4. その他の評価の見直し
5. 地方厚生局への届出と報告

- 保険者は、レセプト情報により患者（加入者）の服薬状況を把握できるため、それを活用して多剤・重複投薬されている者を抽出して取組を実施することが可能。対象の加入者に個別に訪問・指導を行う取組も行われている。

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問・指導するパターン



（※）重複・多剤服薬の指導を、薬の飲み残しや生活習慣の見直しの指導等とあわせて実施する取組例もある。

（※）服薬指導を、患者が利用する薬局（薬剤師）に直接委託することで、効果的に調剤・処方の見直しへつなげる取組例もある。

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

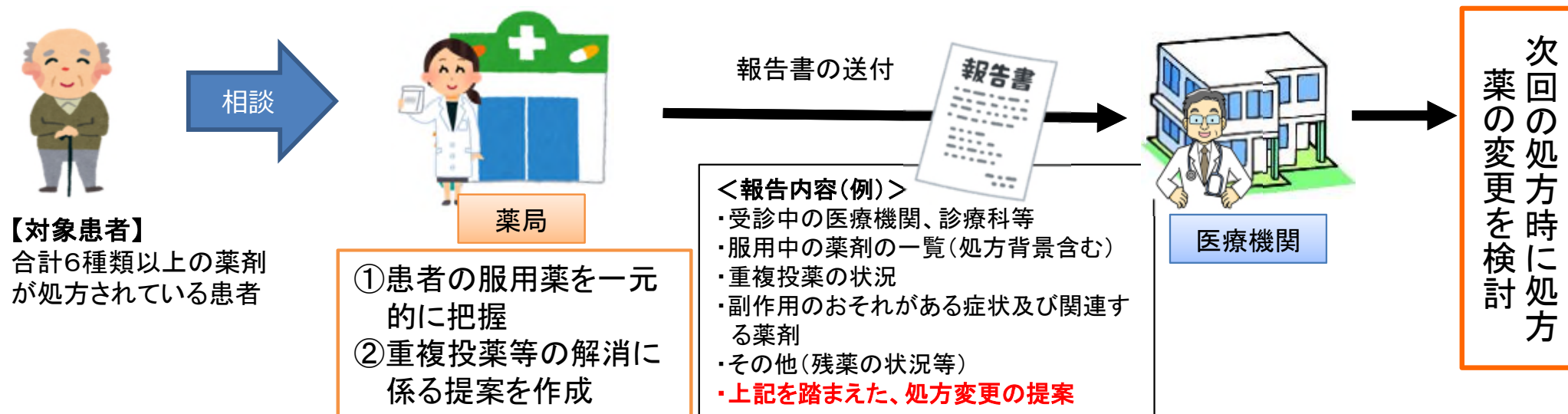
- 複数の医療機関を受診する患者の重複投薬の解消を推進する観点から、薬局において患者の服薬情報を一元的に把握し、重複投薬の有無の確認等を行った上で、処方医に重複投薬等の解消に係る提案を行う取組について新たな評価を行う。

(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



薬局と医療機関の連携による重複投薬等への対応（広島市）

- 広島市では、服薬情報通知書に加え、薬局の「服薬状況レポート」を活用した重複投薬の解消等の取組が行われている。

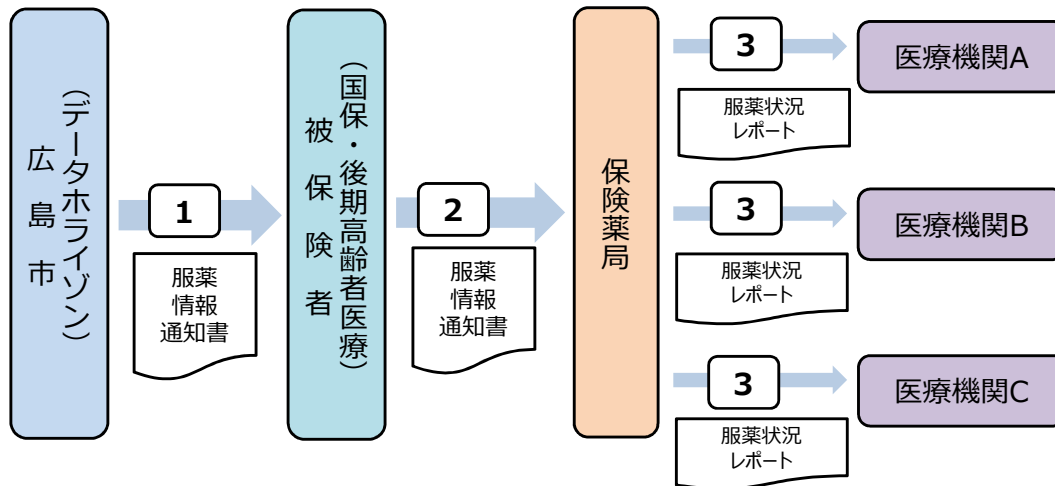
1. 対象患者

- 国保及び高齢者医療の被保険者で65歳以上、かつ、複数の医療機関から、月14日分以上の内服薬が9種類以上（平成30年度は10種類以上）処方されている患者

2. 実施手順

- ① 対象患者を抽出し、服薬情報を記載した「服薬情報通知書」を送付し、かかりつけの医師・薬剤師への相談を促す
- ② お知らせを受けた患者は、かかりつけ薬局等に「服薬情報通知書」を提示する
- ③ **薬局は「服薬状況レポート」を作成し、医療機関へ送付する（問題があれば医師に処方の見直しの提案を行う）**
- ④ 医師は、服薬状況レポートを活用し、処方の見直し等を行う

【実施フロー】 ※患者が薬局ではなく、医療機関に相談する場合もある



【薬局が作成する服薬状況レポートの内容例】

- **副作用**（高齢者に多い薬の副作用（食欲低下、ふらつき・転倒、排尿障害、便秘、物忘れ、うつ、せん妄）について聞取り）
- **残薬の状況**
- **重複投与**
- **相互作用**
- **慎重投与**

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

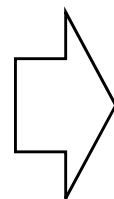
[施設基準]

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]

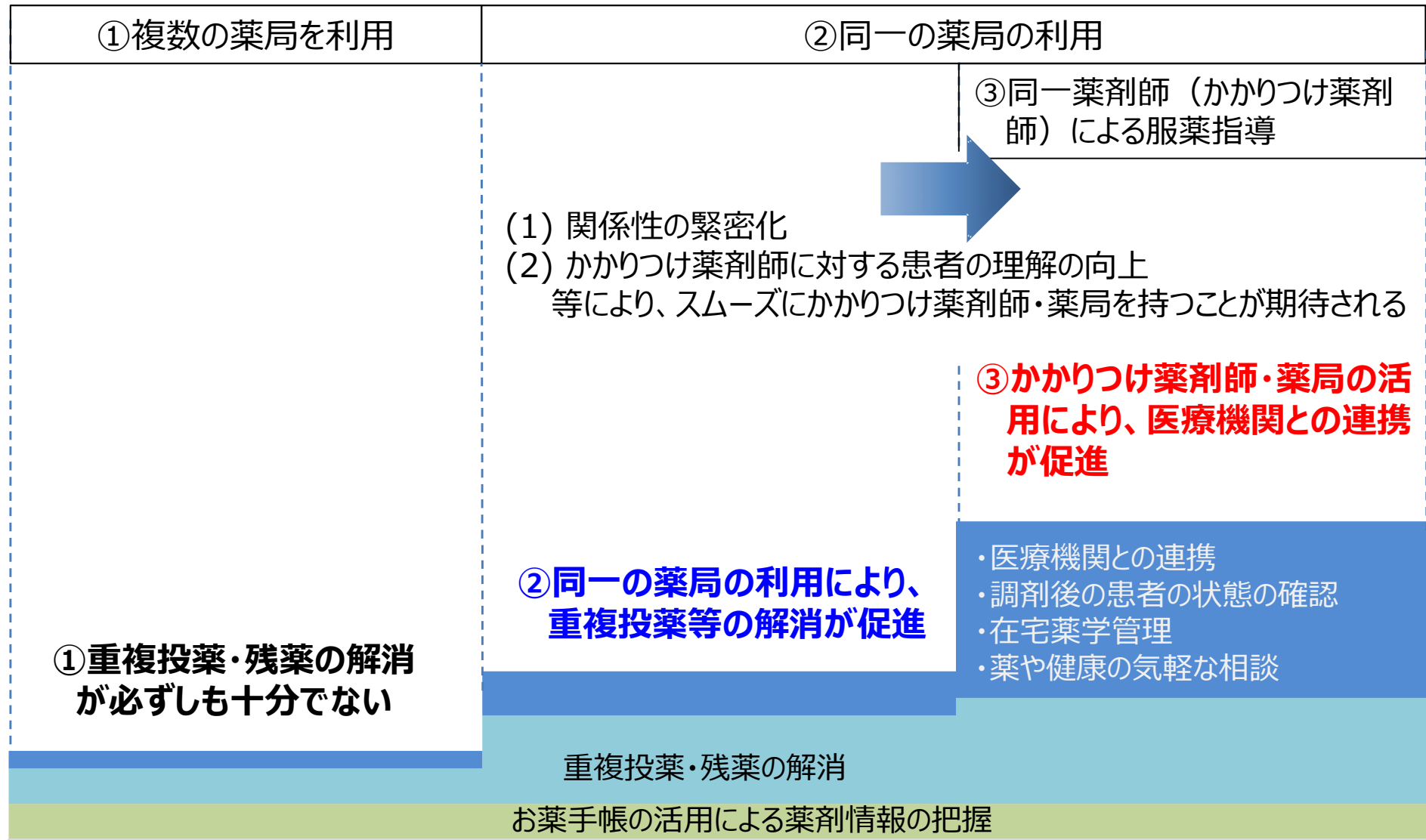
- (1)エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。患者に残薬が一定程度認められると判断される場合には、患者の意向を確認した上で、患者の残薬の状況及びその理由を患者の手帳に簡潔に記載し、処方医に対して情報提供するよう努めること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。



同一の薬局の利用による重複投薬等の解消、かかりつけ薬剤師・薬局の推進

- 同一の薬局の利用による薬剤の一元的な把握等により、重複投薬や残薬の解消が期待できる。
- さらに、同一の薬局を繰り返し利用することは、(1)患者と薬剤師との関係性の緊密化、(2)かかりつけ薬剤師に対する患者の理解の向上等につながり、将来的に患者がかかりつけ薬剤師・薬局を持つことが期待される。

同一の薬局の利用による効果のイメージ



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
<u>3ヶ月以内</u> 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		

地域支援体制加算の見直しについて

令和2年度改定の内容

- 実績要件について、**調剤基本料1では要件を強化**、一方、**調剤基本料1以外では一部要件を緩和**
- 地域支援体制加算の評価の引き上げ（35点 → **38点**）

<主な要件の見直し内容>

調剤基本料1：在宅訪問薬剤管理の回数の見直し、①医療機関への情報提供又は②地域ケア会議等の参加の実績を追加

調剤基本料1以外：麻薬に係る実績等を緩和。また、地域ケア会議等への参加を要件に追加し、9要件のうち8つを満たすこととする

○地域支援体制加算の実績要件

➤ 調剤基本料1の場合

以下の基準を全て満たすこと

- | | |
|---|--------------------------|
| 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 1回以上 |
| 3 | かかりつけ薬剤師指導料に係る届出を行っていること |

※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。

➤ 調剤基本料1以外の場合

以下の基準を全て満たすこと

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | 夜間・休日等の対応実績 400回以上 |
| 2 | 麻薬管理指導加算の実績 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人の在宅薬剤管理の実績 12回以上 |
| 8 | 服薬情報等提供料の実績 60回以上 |

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回以上出席していること。 |

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 | （変更なし） |
| 2 | 麻薬の調剤実績 10回以上 |
| 3 | （変更なし） |
| 4 | （変更なし） |
| 5 | （変更なし） |
| 6 | （変更なし） |
| 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回以上出席していること。 |

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) 集中度85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上

- 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

[経過措置]

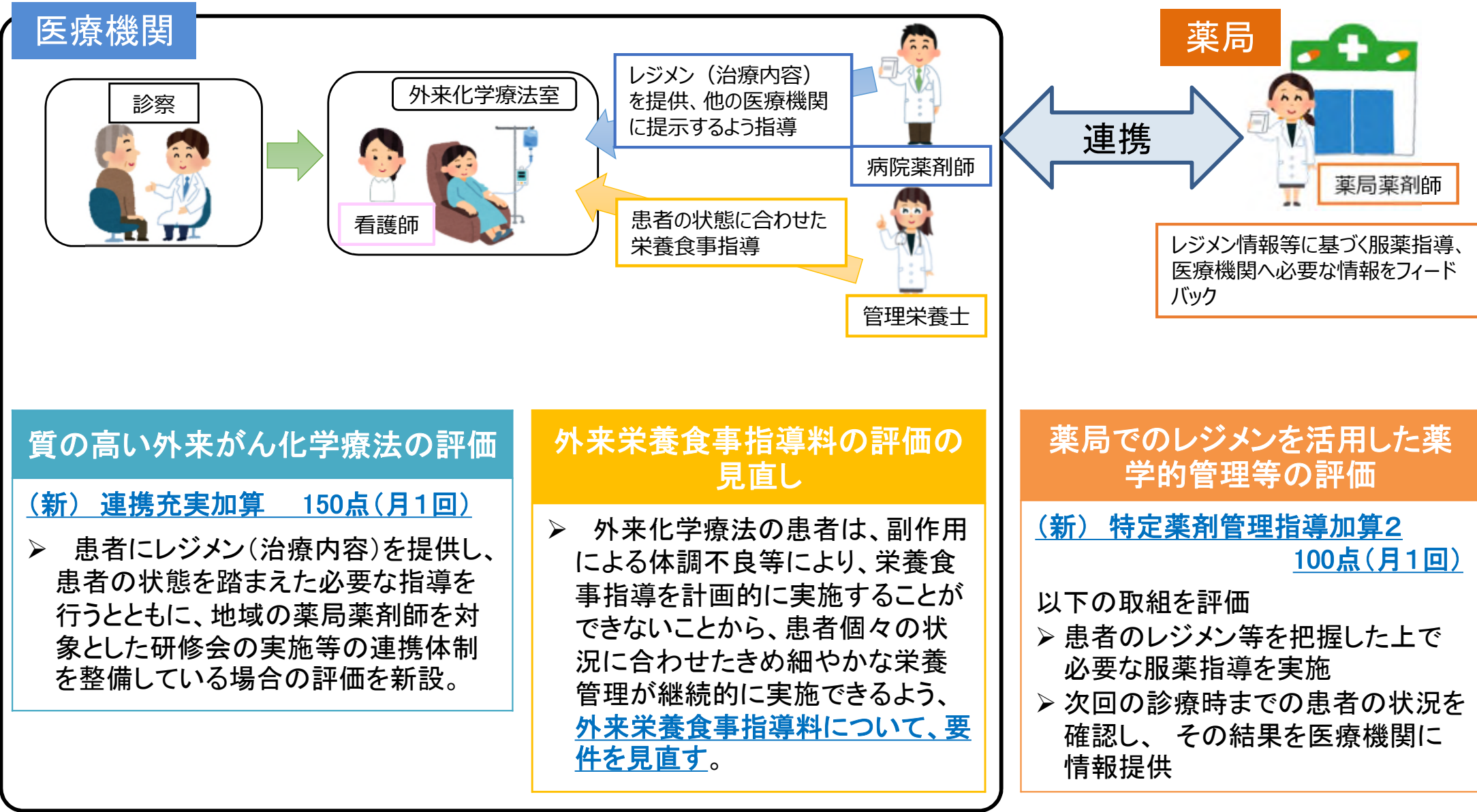
調剤基本料1を算定する保険薬局に適用される実績要件は令和3年4月1日より適用。令和3年3月31日までの間は現在の規定を適用する。

※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。

令和2年度診療報酬改定の概要（調剤）

1. 薬剤師・薬局を取り巻く現状について
2. かかりつけ機能の評価
- 3. 対物業務から対人業務への構造的な転換**
 - ① 対人業務の評価の拡充**
 - ② 対物業務等の評価の見直し
4. その他の評価の見直し
5. 地方厚生局への届出と報告

外来がん化学療法の質向上のための総合的な取組



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

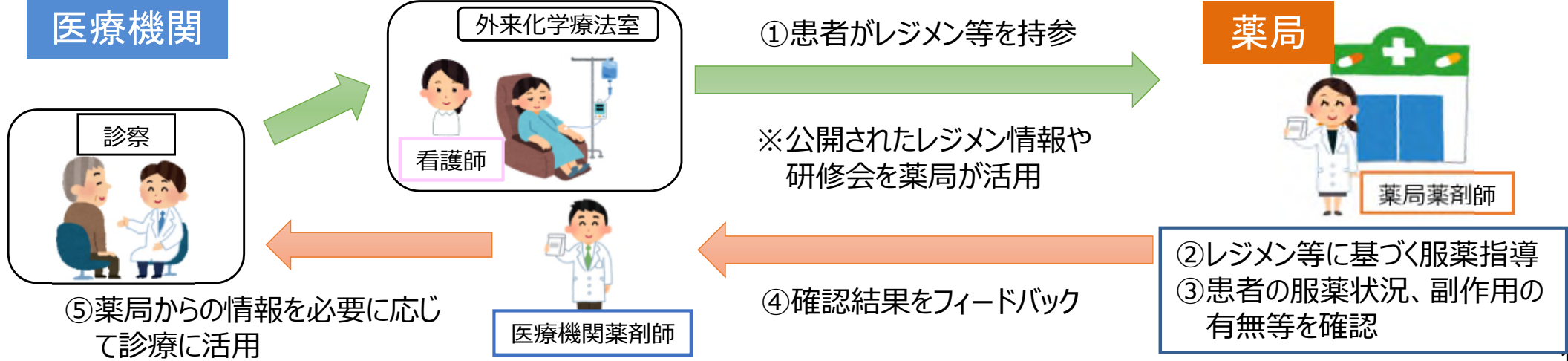
[算定要件]

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

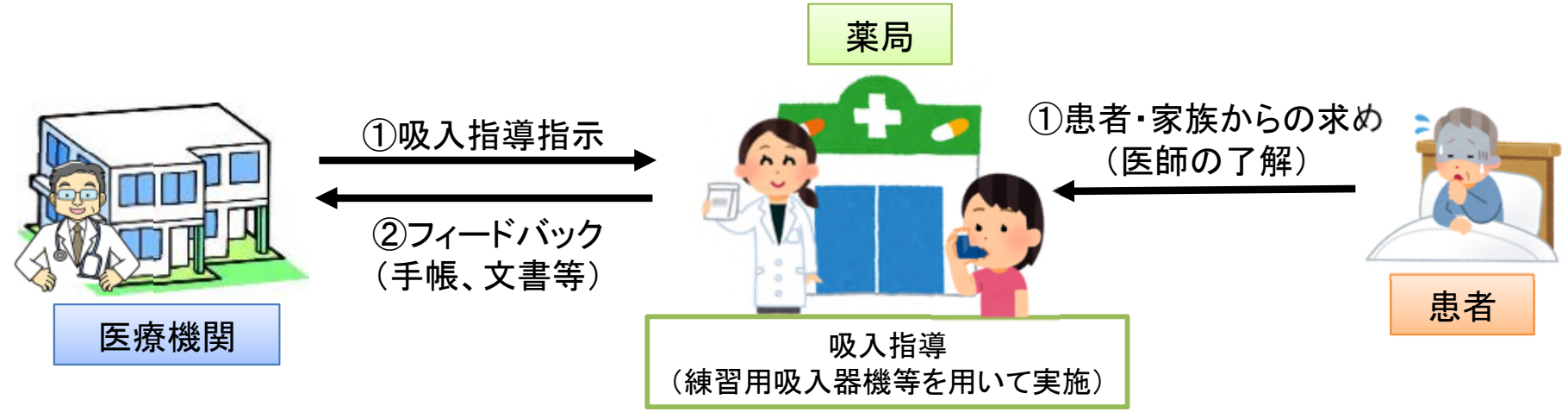
➤ 喘息等の患者について、医師の求めなどに応じて、吸入薬の使用方法について、文書での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導を行い、その指導内容を医療機関に提供した場合の評価を新設する。

(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

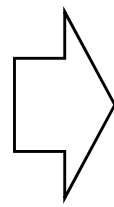
薬剤服用歴管理指導料

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

令和2年度診療報酬改定の概要（調剤）

1. 薬剤師・薬局を取り巻く現状について
2. かかりつけ機能の評価
- 3. 対物業務から対人業務への構造的な転換**
 - ① 対人業務の評価の拡充
 - ② 対物業務等の評価の見直し**
4. その他の評価の見直し
5. 地方厚生局への届出と報告

経済財政運営と改革の基本方針（いわゆる骨太の方針）（調剤報酬部分の抜粋）

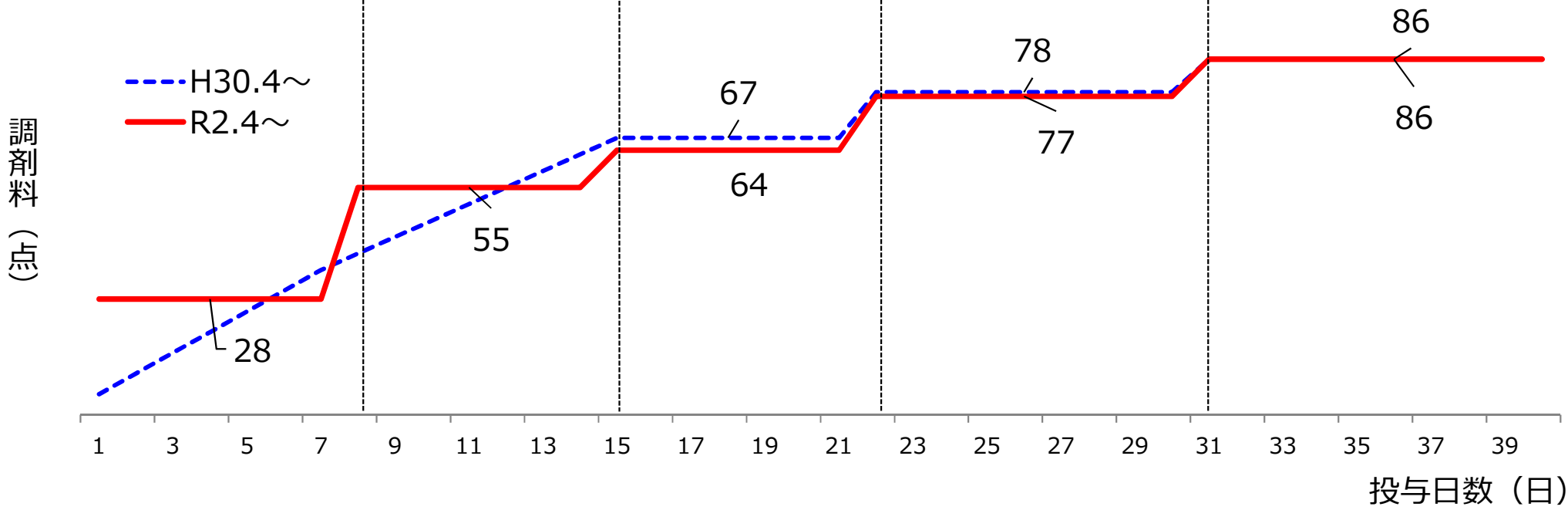
平成 28年	平成28年度診療報酬改定の影響について、調査・検証を行う。特に、かかりつけ薬剤師による服薬状況の一元的・継続的把握、服薬指導等への評価の新設を含む調剤報酬については、患者本位の医薬分業の実現の観点から、改定内容の「見える化」や効果の検証等を実施する。
平成 29年	調剤報酬については、薬剤の調製などの対物業務に係る評価の適正化を行うとともに、在宅訪問や残薬解消などの対人業務を重視した評価を、薬局の機能分化の在り方を含め検討する。これらの見直しと併せて、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査し、それに応じた評価を更に進める。
平成 30年	患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する。
令和 元年	調剤報酬について、2018年度診療報酬改定の影響の検証やかかりつけ機能の在り方の検討等を行いつつ、地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価や、 <u>対物業務から対人業務への構造的な転換の推進</u> やこれに伴う所要の適正化等、2020年度診療報酬改定に向け検討する。その際、 <u>医療機関及び薬局における調剤の実態や報酬体系を踏まえ、調剤料などの技術料について、2018年度診療報酬改定の影響や薬剤師の業務の実態も含めた当該技術料の意義の検証を行いつつ適正な評価に向けた検討を行う。</u>

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。

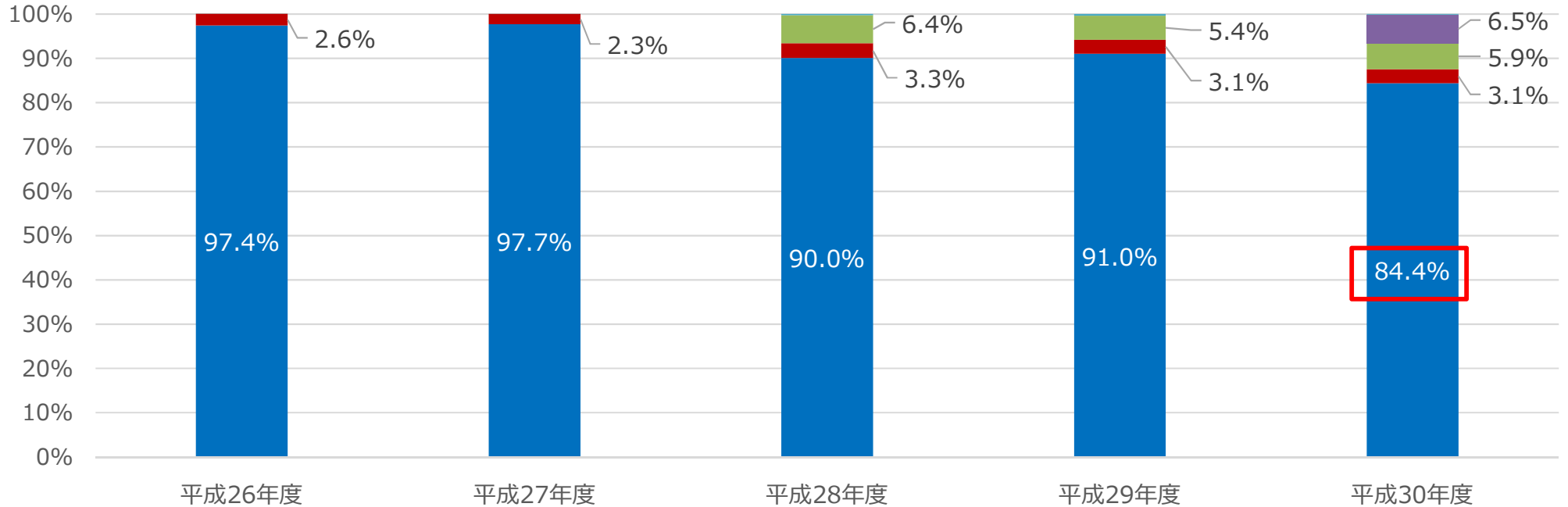
		1~7日分	8~14日分	15~21日分	22~30日分	31日分~
改定年度	平成22年	5点/日 ※最大35点	4点/日 ※最大63点	71点	81点	89点
	平成28年	※平均27点 (H30年度実績)	※平均61点 (H30年度実績)	70点(▲1)	80点(▲1)	87点(▲2)
	平成30年			67点(▲3)	78点(▲2)	86点(▲1)
	令和2年			28点	55点	64点(▲3)



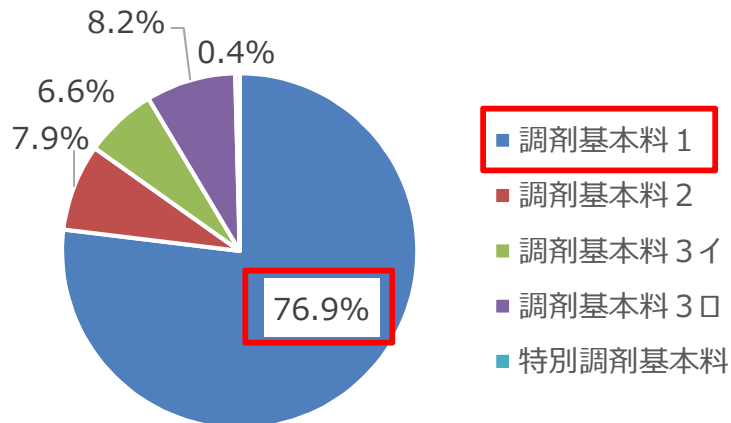
調剤基本料の構成比の推移等

- 調剤基本料 1 を算定する薬局の割合は減少しており、平成30年度末では約84%であった。
- 算定回数については、調剤基本料 1 の占める割合は平成30年度では約77%であった。

各調剤基本料の構成比の推移（各年度末時点の施設基準の届出状況）



各調剤基本料の算定回数の割合（平成30年6月審査分）



■ 調剤基本料 通常(41点)（～平成27年度） ■ 調剤基本料 1 (41点)（平成28年度～）

■ 調剤基本料 特例(25点)（～平成27年度） ■ 調剤基本料 2 (25点)（平成28年度～）

■ 調剤基本料 3 (20点)（平成28～29年度） / 調剤基本料 3イ(20点)（平成30年度～） ■ 調剤基本料 3ロ(15点)（平成30年度～）

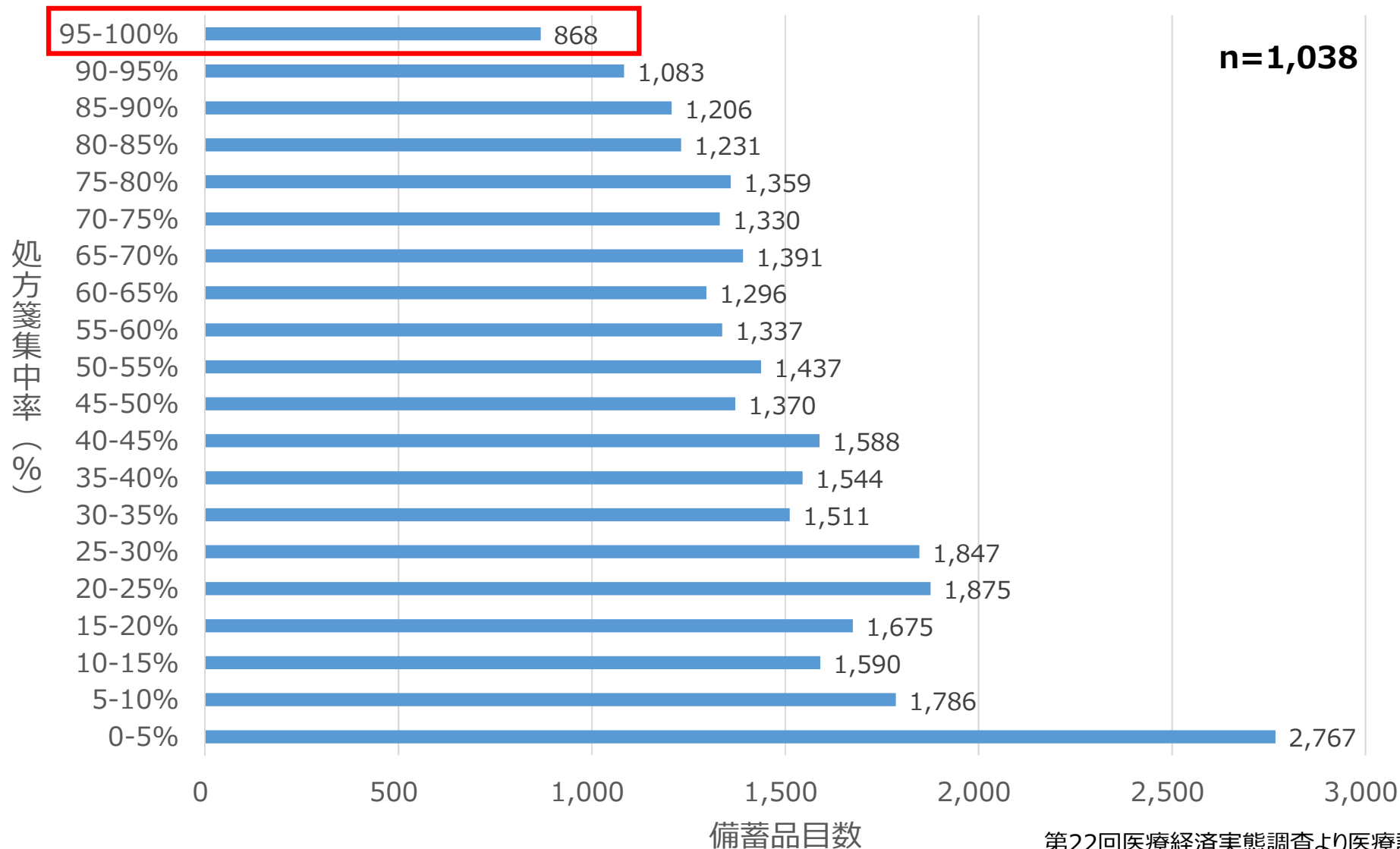
■ 調剤基本料 4 (31点)（平成28～29年度） ■ 特別調剤基本料(15点)（平成28～29年度） / 特別調剤基本料(10点)（平成30年度～）

出典：
各調剤基本料の構成比の推移：保険局医療課調べ（各年3月31日時点の届出状況）
算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（平成30年6月審査分）

医療経済実態調査の特別集計（集中率と医薬品備蓄品目数）

- 集中率が高くなるにつれて医薬品の備蓄品目数が少なくなる。
- 特に集中率95%以上では備蓄品目数が少ない。

処方箋集中率と備蓄品目数（平成30年度）



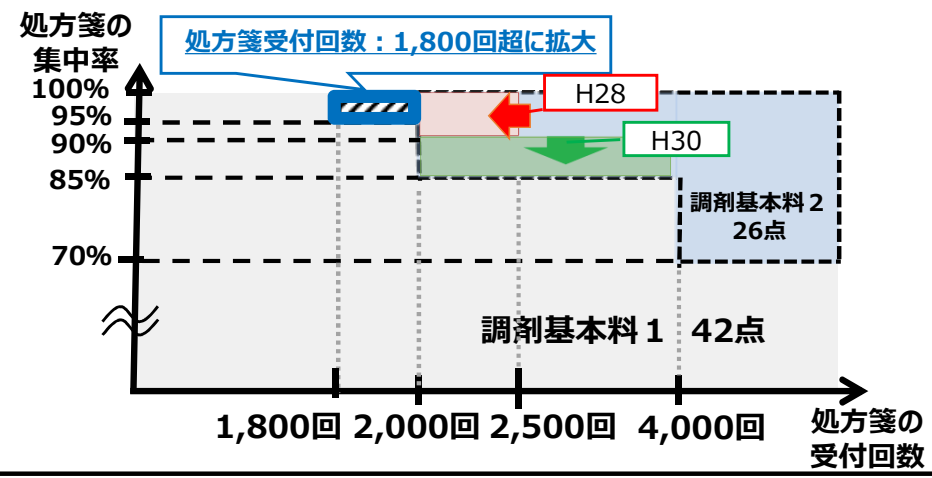
調剤基本料の見直し ①

処方箋の集中率が著しく高い薬局の調剤基本料の見直し

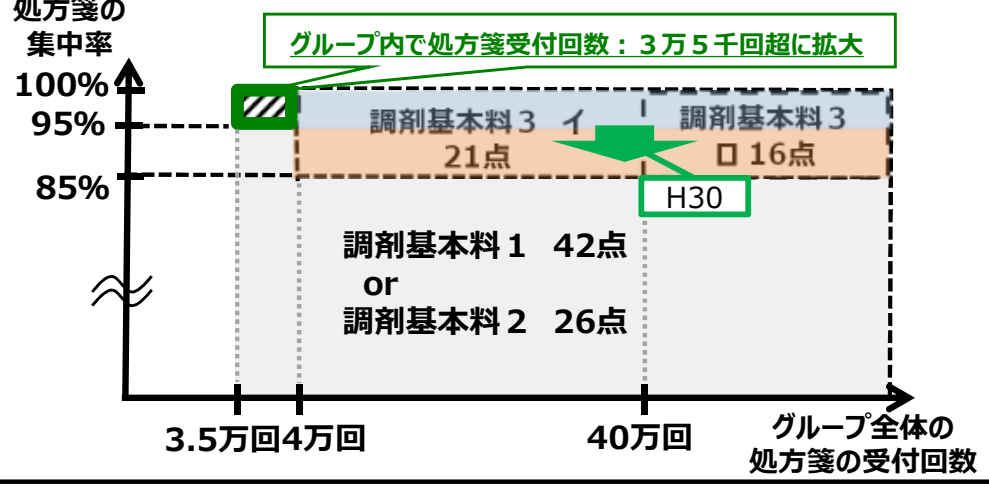
➤ 特定の医療機関からの処方箋の受付割合が95%を超え、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2又は調剤基本料3の対象とする。

	要件		点数
	処方箋受付回数等	処方箋集中率	
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



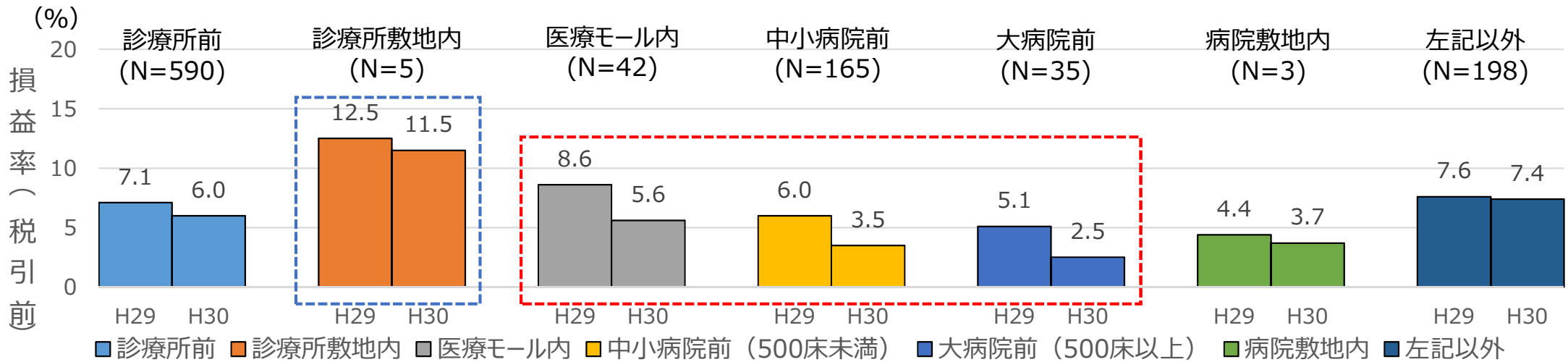
(2) 大型チェーン薬局



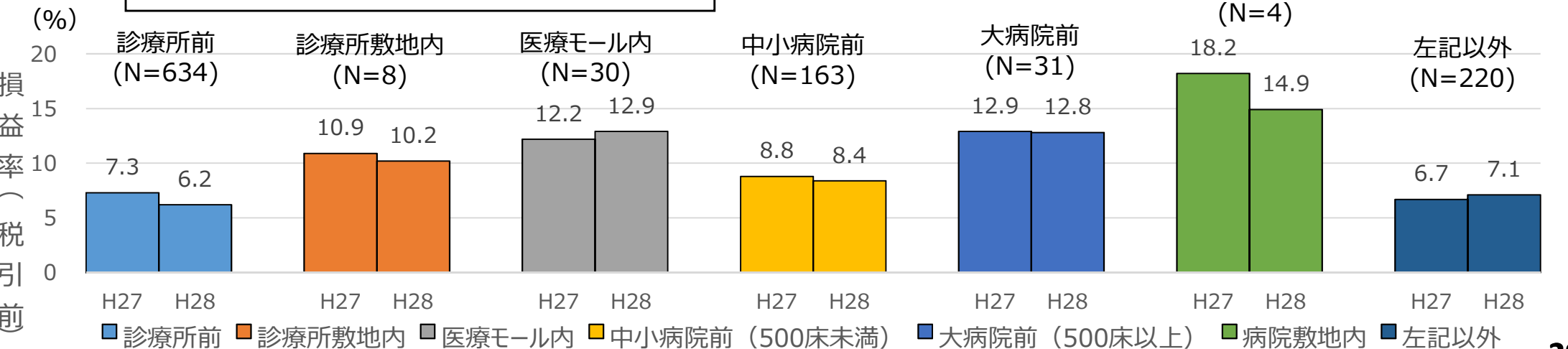
薬局の立地別の損益率

- 平成30年度改定後の損益率の減少幅は、医療モール内、中小病院前、大病院前の薬局で大きかった。
- 回答のあった薬局数は少ないものの、診療所敷地内の薬局の損益率が高かった。

第22回医療実態調査（今回の調査）



(参考) 第21回医療実態調査（前回の調査）

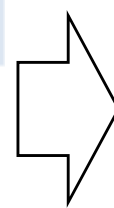


調剤基本料の見直し ②

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>

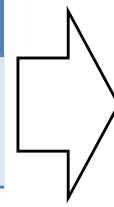


改定後	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料 <u>9点</u> <u>医療機関</u> と不動産取引等その他の特別な関係：有 + 処方箋集中率 <u>70%超</u>
<u>診療所敷地内の薬局等※(同一建物内である場合を除く)</u>	

※ 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

令和2年度診療報酬改定の概要（調剤）

1. 薬剤師・薬局を取り巻く現状について
2. かかりつけ機能の評価
3. 対物業務から対人業務への構造的な転換
 - ① 対人業務の評価の拡充
 - ② 対物業務等の評価の見直し
4. **その他の評価の見直し**
5. 地方厚生局への届出と報告

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)

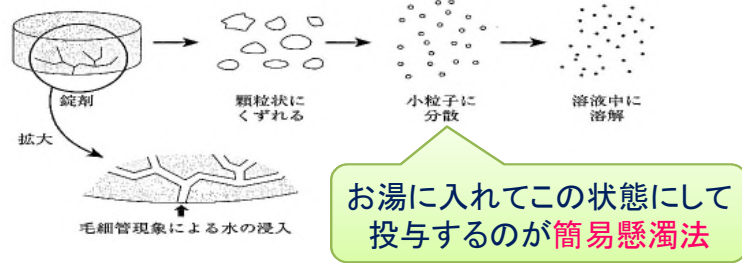
[算定要件]

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



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。

薬機法関係

診療報酬関係

令和元年

12月4日 薬機法の一部を改正する法律公布

12月 中医協における議論

令和2年

オンライン服薬指導に関する要件や手順等の設定(省令及び医薬・生活衛生局の通知)

4月 令和2年度診療報酬改定の施行

公布から1年以内 施行(オンライン服薬指導開始)

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

- 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*
オンライン診療による処方箋に基づき調剤

在宅患者へのオンライン服薬指導

- 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 **訪問診療による処方箋**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）

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	



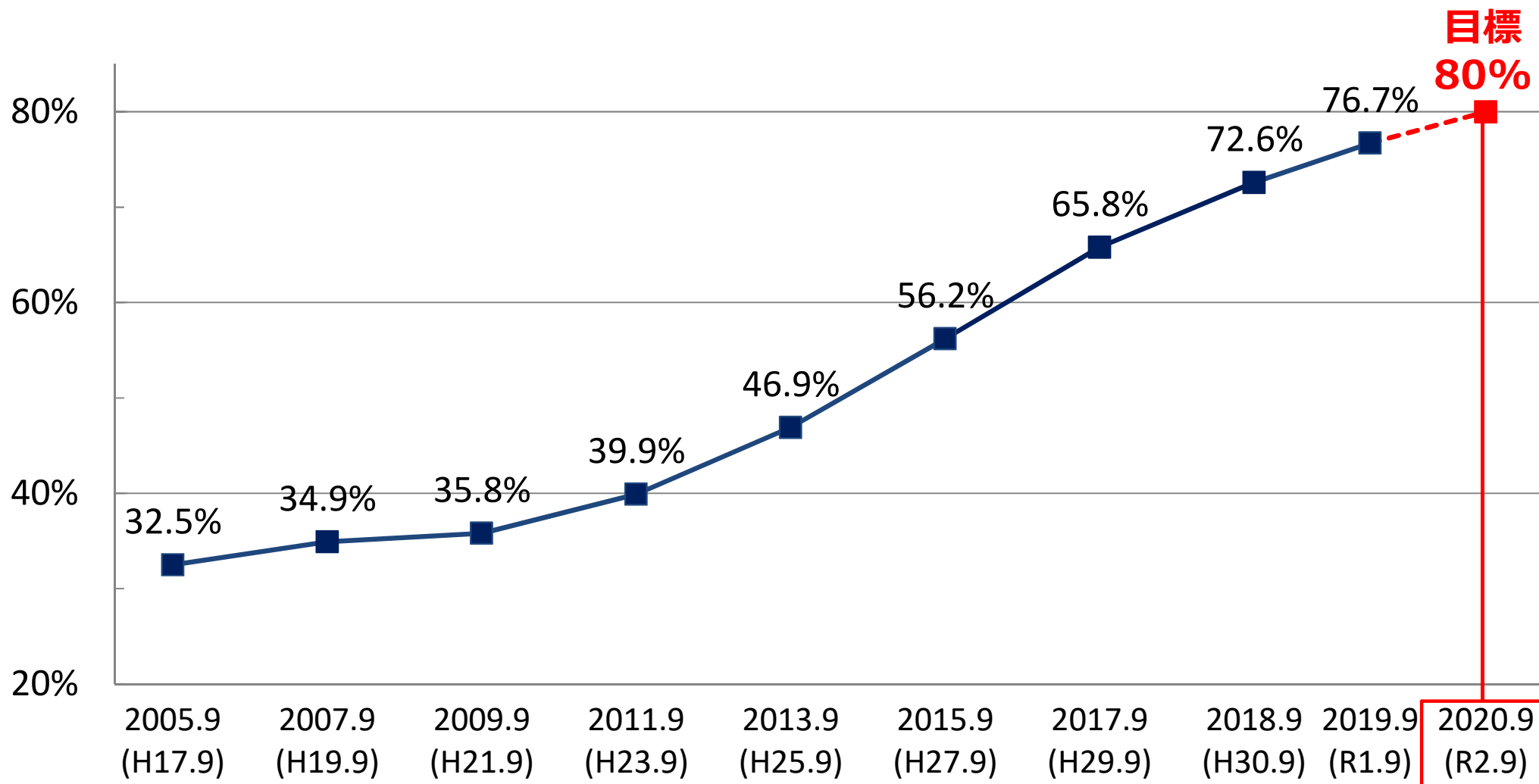
月2回の訪問(※)のうち、1回をオンライン服薬指導で対応した場合は「在宅患者オンライン服薬指導料」の算定が可能
 ※在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定

第1週	第2週	第3週	第4週
訪問		オンライン	

後発医薬品の使用割合の推移と目標

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

- ⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



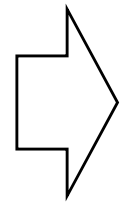
注) 「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

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

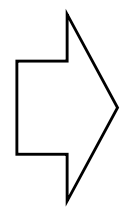


改定後	
後発医薬品調剤体制加算1(75%以上)	<u>15点</u>
後発医薬品調剤体制加算2(80%以上)	22点
後発医薬品調剤体制加算3(85%以上)	<u>28点</u>

➤ 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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が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。

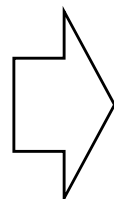
[経過措置]
後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定については、令和2年9月30日までの間は現在の規定を適用する。

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

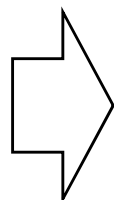


改定後	
一般名処方加算1	<u>7点</u>
一般名処方加算2	<u>5点</u>

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>
<u>(削除)</u>	

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]

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、その結果を処方医に対して情報提供する。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

(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（処方箋受付回数考え方）

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受ける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）

令和2年度診療報酬改定の概要（調剤）

1. 薬剤師・薬局を取り巻く現状について
2. かかりつけ機能の評価
3. 対物業務から対人業務への構造的な転換
 - ① 対人業務の評価の拡充
 - ② 対物業務等の評価の見直し
4. その他の評価の見直し
5. 地方厚生局への届出と報告

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1の 又は87の3の2
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 ※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。	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)		
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。

令2
改定

北海道厚生局への届出等

令和2年3月5日現在
厚生労働省保険局医療課事務連絡により
訂正が行われる場合があります。

施設基準の届出の留意点

・本資料は、診療報酬改定の**全ての項目を網羅していない**ので、**ご注意願います**。

・施設基準の届出書の提出の際には、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○基本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
(保医発0305第2号令和2年3月5日)

○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
(保医発0305第3号令和2年3月5日) 等

・算定の際にも、**告示、通知を必ず熟読**してください。

○診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
(保医発0305第1号令和2年3月5日) 等

・厚生労働省ホームページ「令和2年度診療報酬改定について」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html

① 「厚生労働省トップページ」 → 「診療報酬改定」をクリック

分野別の情報

- 健康・医療
関心の高いキーワード
* **診療報酬改定**
* 医療保険
* 風しん対策
* 子宮頸がん予防ワクチン
* 食品
* 水道
* その他の情報はこちら
- 子ども・子育て
関心の高いキーワード
* 児童虐待防止対策
* くまみんマーク
* 児童扶養手当
* 里親制度
* その他の情報はこちら
- 福祉・介護
関心の高いキーワード
* 自殺対策
* 生活保護・福祉一般
* 認知症サポーター
* 成年後見制度利用促進
* 障害者優先調達推進法
* 介護分野における新たな外国人材の受入
* その他の情報はこちら
- 雇用・労働
- 年金
- 他分野の取り組み

② 「令和2年度診療報酬改定」をクリック

平成28年度診療報酬改定
[平成28年度診療報酬改定](#)

平成30年度診療報酬改定
[平成30年度診療報酬改定](#)

令和元年度診療報酬改定
[令和元年度診療報酬改定](#)

令和2年度診療報酬改定
[令和2年度診療報酬改定](#)

関連リンク

- 情報提供サービス
ルマカ登録
- 子どものページ

施設基準の届出について

お願い



- 令和2年4月1日から算定を行うためには、令和2年4月20日(月曜日)必着までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますのでご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、可能な限り4月15日(水曜日)までの提出にご協力をお願いします。
- 複数の施設基準等の届出を同時に提出した場合であっても、審査等の関係から各施設基準の受理通知書の発送日が異なる場合がありますので、ご承知おきください。
- 北海道厚生局へ直接持参される場合は、受付印の押印のみとさせていただきますので、予めご承知おきください。

施設基準の届出について

・届出書・届出書添付書類は1通のみ提出

提出した届出書・届出書添付書類の写しは当該保険医療機関にて適切に保管してください。

※前回の改定より、**副本の提出が不要**となりました。

- 施設基準ごとに一組とし、ホチキス・ダブルクリップ等で **一纏めにする**
- 届出書の四つの□の中にレ点
- 封筒には朱書きで「薬局施設基準在中」と記載

★チェックリスト★

「届出書」及び「届出書添付書類」に記載漏れはありませんか。

※届出書・・・基本診療料：別添7、特掲診療料：別添2

※届出書は、届出を行う施設基準ごとに提出が必要なので、複数の施設基準を届出する場合は別葉としてください。

「届出書」に開設者印を押印していますか。

「届出書」の連絡先欄を記入していますか。

「届出書」に記載されている備考2を確認し、チェックを入れましたか。

必要な「添付書類」が添付されていますか。

※通知及び各様式で示している添付書類を再度ご確認ください。

施設基準の届出について

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名称	今回届出	既届出		算定しない	様式（別添2）	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月		<input type="checkbox"/>
88	調剤基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	87の2
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	87の3, 87の3の2, 4
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	87
95	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	88
96	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	89
97	薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	91
98	特定薬剤管理指導加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	92
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年	月	<input type="checkbox"/>	90

※抜粋 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(令和2年3月5日保医発0305第3号)

施設基準の届出について

別添 2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	
連絡先 担当者氏名： 電話番号：			
(届出事項) [] の施設基準に係る届出			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び業担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。			
備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「√」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1	当該保険薬局における調剤基本料の区分 (いずれかに○)	<input type="checkbox"/> 調剤基本料1 <input type="checkbox"/> 調剤基本料2 <input type="checkbox"/> 調剤基本料3-イ <input type="checkbox"/> 調剤基本料3-ロ <input type="checkbox"/> 特別調剤基本料(「区分番号00」の「注2」)
2	届出の区分(該当する項目の□に「☑」を記入する) <input type="checkbox"/> 新規指定に伴う新規届出(選及指定が認められる場合を除く) 指定日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 新規指定に伴う届出(選及指定が認められる場合) <input type="checkbox"/> 調剤基本料の区分変更に伴う届出 <input type="checkbox"/> その他()	
3	保険医療機関との不動産取引等があることその他の特別な関係の有無 (特別な関係を有する保険医療機関名:)	
ア	保険医療機関との不動産の賃貸借取引	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
イ	保険医療機関が譲り渡した不動産の利用	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
ウ	保険薬局が所有する設備の貸与	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
エ	保険医療機関による開局時期の指定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
4	所属するグループ名とグループ内の1月当たりの処方箋受付回数の合計	所属するグループ名() 1月当たりの処方箋受付回数の合計(①) ()回
5	全処方箋の受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの受付回数及びその割合 期間: 年 月 ~ 年 月 (ヶ月間②)	
ア	全処方箋受付回数(③)	回
イ	アのうち、主たる医療機関に係る処方箋受付回数(④)	回
ウ	主たる保険医療機関名	
エ	業中率(%) (⑤)	%
オ	当該保険薬局と同一建物内にある保険医療機関数(⑥)	施設
カ	⑥に該当する保険医療機関の処方箋受付回数の合計(⑦)	回
キ	同一グループに属する他の保険薬局で、主たる保険医療機関が同一の保険薬局数(⑧)	施設
ク	⑧に回答する保険薬局における主たる保険医療機関に係る処方箋受付回数の合計(⑨)	回
ケ	④と⑨を合計した処方箋受付回数(⑩)	回
6	調剤基本料の注1ただし書きへの該当の有無 (医療資源の少ない地域に所在する保険薬局)	(様式87の2の添付必要)

※例 調剤基本料の施設基準に係る届出添付書類

施設基準の届出について

(参考)

調剤基本料の区分については、以下のAからDに基づき判定し、表の「1」に該当する区分に○をつける。ただし、実績が判定されるまではそれぞれの項目について、該当しないものとして取り扱う。

A 医療資源の少ない地域に所在する薬局への該当性(表の「6」の「あり」に☑)

該当→調剤基本料1に該当

該当しない → Bへ

B 特別調剤基本料への該当性

処方箋集中度(表の⑤)が70%を超え、医療機関との不動産取引等がある(表の「3」の「あり」に☑)

該当→特別調剤基本料に該当

該当しない → Cへ

C いわゆる大型チェーン薬局への該当性

同一グループの1月当たりの処方箋受付回数(表の①)が、

・3万5千回を超え、4万回以下の場合 → C-1へ

・4万回を超え、40万回以下の場合 → C-2へ

・40万回を超える場合 → C-3へ

該当しない → Dへ

C-1 グループ内の1月あたりの処方箋受付回数: 3万5千回を超え、4万回以下の場合

次のいずれかに該当する → 調剤基本料3 イに該当

・保険医療機関との不動産取引等がある(表の「5」の「ある」に☑)

・処方箋集中度(表の⑤)が95%超

該当しない → Dへ

C-2 グループ内の1月あたりの処方箋受付回数: 4万回を超え、40万回以下の場合

次のいずれかに該当する → 調剤基本料3 イに該当

・保険医療機関との不動産取引等がある(表の「5」の「ある」に☑)

・処方箋集中度(表の⑤)が85%超

該当しない → Dへ

C-3 グループ内の1月あたりの処方箋受付回数: 40万回を超える場合

次のいずれかに該当する → 調剤基本料3 イに該当

・保険医療機関との不動産取引等がある(表の「5」の「ある」に☑)

・処方箋集中度(表の⑤)が85%超

該当しない → Dへ

D-1 調剤基本料2への該当性①

・いわゆる医療モール(当該薬局が保険医療機関と同一建物内に存在する場合)に該当
当該保険医療機関からの処方箋受付回数(表の⑦/②): 4,000回/月超

該当→調剤基本料2に該当、

該当しない→D-1へ

・同一グループの他の保険薬局と主たる保険医療機関が同一の場合に該当
当該保険医療機関からの処方箋受付回数(表の⑩/②)の合計: 4,000回/月超

該当→調剤基本料2に該当

該当しない→D-1へ

D-2 調剤基本料2への該当性②

次のいずれかに該当する→調剤基本料2に該当

1月あたりの処方箋の受付回数(表の③/②)及び処方箋集中度(表の⑤)がそれぞれ、

・4,000回超、かつ、70%超

・2,000回超、かつ、85%超

・1,800回超、かつ、95%超

該当しない→調剤基本料1に該当

※例 調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

施設基準の届出について

[記載上の注意]

- 1 「2」については、新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 2 「2」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 3 「2」については、令和2年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和2年度改定に伴う届出」と記載する。
- 4 「3」については、保険医療機関所有の不動産については、不動産登記簿の記載により、次のとおり判断する。その他については、「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」（令和2年3月5日保医発0305第3号以下、「特掲診療料施設基準通知」という。）の別添1第90の（2）から（6）までにより判断する。
 - ア 保険医療機関が所有する不動産を利用して開局している場合には、「保険医療機関と不動産の賃貸借」を「あり」とする。
 - イ 平成28年10月以降に保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している保険薬局においては、「保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局」を「あり」とする。
- 4 「3」については、グループ内で統一したグループ名を記載すること。また、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年2月末時点でグループに属している保険薬局の③/②の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載すること。なお、グループに所属していない保険薬局の場合はグループ名に「なし」と記載する。
- 5 「4」については、特掲診療料施設基準通知の別添1第88の1（9）により判断する。
- 6 「5」については、処方箋の受付回数は次の処方箋を除いた受付回数を記載する。
 - ア 時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋
 - イ 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又は在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物診療患者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
 - ウ 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基となる調剤に係る処方箋（ただし、単一建物居住者が1人の場合の処方箋については受付回数の計算に含める。）
- 7 ⑤については、同一グループの保険薬局の勤務者及びその家族の処方箋を除外した上で、④/③にて算出する。
- 8 ⑥について、主たる保険医療機関が同一建物内にある場合は、当該保険医療機関を含めた数を記載する。また、⑦については、④を含めて記載する。
- 9 「6」については、注1ただし書きに該当する保険薬局の場合においては、「あり」に☑を記入する。また、様式87の2を添付する。

① 「北海道厚生局」トップページ → 「申請等手続」をクリック



② 「医療課」の「施設基準の届出等」をクリック

医療課

- [保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出](#)
- [保険医・保険薬剤師の登録等に関する申請・届出](#)
- [施設基準の届出等](#)

③ 「基本診療料の届出一覧」・「特掲診療料の届出一覧」をクリック

施設基準の届出等

1. 施設基準・入院時食事療養(I)等の届出

• [基本診療料の届出一覧](#)

• [特掲診療料の届出一覧](#)

令和2年度診療報酬改定に関する質問表について

4. 令和2年度診療報酬改定に関する質問票

項目	ダウンロード	
質問票 (R02改定版)	(ワード:41KB)	(PDF:108KB)

※ [告示](#)、[通知](#)、[疑義解釈\(Q&A\)](#)等を今一度、ご確認いただきますようお願いいたします。

<提出方法>

令和2年度診療報酬改定に関するご質問につきましては、上記の所定様式の「質問票」に内容を記載のうえ、北海道厚生局医療課へFAX又は郵送にて送付願います(FAXの場合は、FAX送信票は不要です)。

<提出先>

- FAXの場合 : FAX番号 [011-796-5133](tel:011-796-5133) (お間違えのないようご注意願います。)
- 郵送の場合 : 〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1野村不動産札幌ビル2階 北海道厚生局医療課 宛

<記載上の留意事項>

- 「質問票」は、1枚につき1問とさせていただきます。
- 「質問票」の受付は、保険医療機関・保険薬局、訪問看護ステーションに限定させていただきます。
- ご質問に対する回答は内容を精査後、順次行って参りますが、特に診療報酬改定等の直前・直後の時期にご質問が集中すること、また、ご質問の内容によっては各関係機関との調整が必要な場合があること等から、大変恐縮ではございますが、回答までに相当の期間を要することがありますことを予めご了承願います。

「北海道厚生局」(トップページ) → 「知りたい分野から探す」 → 「保険医療機関・保険医等」 → 「保険医療機関・保険薬局の方へ」 → 「令和2年度診療報酬改定に伴う関連資料等について」