

事 務 連 絡

令和2年3月10日

都道府県薬剤師会

担当事務局 御中

日本薬剤師会

事務局 医薬・保険課

### 令和2年度調剤報酬改定等に係る資料の送付について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和2年度診療報酬（調剤報酬）改定に関する通知の発出につきましては、令和2年3月5日付け日薬業発第456号にてお知らせしたところですが、別添のとおり、新旧対照等の関連資料を作成いたしました。ご参考までにお送りいたしますので、貴会会務にご活用ください。

なお、これら資料につきましては、近日中に当会ホームページに掲載予定であることを申し添えます。

<別添>

#### 1. 新旧対照

- ① 調剤報酬点数表
- ② 医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方箋関連を含む）
- ③ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等
- ④ 特掲診療料の施設基準等

#### 2. 調剤報酬点数一覧

#### 3. 令和2年度調剤報酬改定に係る経過措置

## 令和 2 年度調剤報酬等改定項目①

○調剤報酬点数表

(令和 2 年 4 月 1 日施行)

項目	改正前	改正後
<b>第 1 節 調剤技術料</b> <b>区分 00</b> <b>調剤基本料</b> （処方せん の受付 1 回につき） 【注の見直し】 【点数の見直し】	1・2（略） 3 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 <b>4 万</b> <b>回</b> を超え 40 万回以下の場合（略） □（略） 注 1（略） 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 <b>11 点</b> を算定する。 <u>（追加）</u> <b>3</b> （略） <b>4</b> 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 <b>35 点</b> を加算する。 <b>5</b> 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規 則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）第 7 条の 2 に規定する後発医薬品（以下 「後発医薬品」という。）の調剤に関して 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、当該基準に係る区分に従い、次に 掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 後発医薬品調剤体制加算 1 <b>18 点</b> □ 後発医薬品調剤体制加算 2（略）	1・2（略） 3 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 <b>3 万</b> <b>5 千回</b> を超え 40 万回以下の場合 （略） □（略） 注 1（略） 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 <b>9 点</b> を算定する。 <b>3 複数の保険医療機関から交付された処  方箋を同時に受け付けた場合、当該処方  箋のうち、受付が 2 回目以降の調剤基本  料は、処方箋の受付 1 回につき所定点数  の 100 分の 80 に相当する点数により算  定する。</b> <b>4</b> （略） <b>5</b> 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 <b>38 点</b> を加算する。 <b>6</b> 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規 則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）第 7 条の 2 に規定する後発医薬品（以下 「後発医薬品」という。）の調剤に関して 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、当該基準に係る区分に従い、次に 掲げる点数を所定点数に加算する。 イ 後発医薬品調剤体制加算 1 <b>15 点</b> □ 後発医薬品調剤体制加算 2（略）

	<p>八 後発医薬品調剤体制加算3 <u>26点</u> <u>6~8</u> (略)</p> <p><u>9</u> 医師の分割指示に係る処方箋受付(注<u>7</u>及び注<u>8</u>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用状況等を確認し、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1分割調剤につき算定する。</p>	<p>八 後発医薬品調剤体制加算3 <u>28点</u> <u>7~9</u> (略)</p> <p><u>10</u> 医師の分割指示に係る処方箋受付(注<u>8</u>及び注<u>9</u>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用状況等を確認し、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(<u>区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料を除く。)</u>は、それぞれの所定点数を分割回数で除した1分割調剤につき算定する。</p>
<p><b>区分01</b> <b>調剤料</b> <b>1 内服薬</b>(浸煎薬及び湯薬を除く。(1剤につき)) 【点数の見直し】</p>	<p><u>イ</u> <u>14日分以下の場合</u> <u>(1)7日目以下の部分(1日分につき)</u> <u>5点</u> <u>(2)8日目以上の部分(1日分につき)</u> <u>4点</u></p> <p><u>ロ</u> <u>15日分以上21日分以下の場合</u> <u>67点</u> <u>ハ</u> <u>22日分以上30日分以下の場合</u> <u>78点</u> <u>ニ</u> <u>31日分以上の場合</u> (略)</p> <p>注1~3 (略) 2~6 (略)</p>	<p><u>イ</u> <u>7日分以下の場合</u> <u>28点</u></p> <p><u>ロ</u> <u>8日分以上14日分以下の場合</u> <u>55点</u> <u>ハ</u> <u>15日分以上21日分以下の場合</u> <u>64点</u> <u>ニ</u> <u>22日分以上30日分以下の場合</u> <u>77点</u> <u>ホ</u> <u>31日分以上の場合</u> (略)</p> <p>注1~3 (略) 2~6 (略)</p>
<p><b>第2節 薬学管理料</b> <b>区分10</b> <b>薬剤服用歴管理指導料</b> 【点数の見直し】</p>	<p>1 原則 <u>6月</u>以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 <u>41点</u></p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <u>53点</u></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 <u>41点</u> (追加)</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<u>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</u></p>	<p>1 原則 <u>3月</u>以内に再度処方箋を持参した患者に対して行った場合 <u>43点</u></p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 <u>57点</u></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 <u>43点</u></p> <p><u>4 情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合</u> <u>43点</u></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、<u>1の患者であって手帳を持参していないもの</u>に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、<u>2により</u>算定する。</p>

	<p><u>薬局に処方箋を持参した患者</u>に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、<u>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。</u></p> <p>イ～ホ（略）</p> <p>2（略）</p> <p style="text-align: right;"><u>(追加)</u></p> <p><u>3・4</u>（略）</p> <p><u>5</u> 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、<u>特定薬剤管理指導加算</u>として、10点を所定点数に加算する。</p> <p style="text-align: right;"><u>(追加)</u></p>	<p>イ～ホ（略）</p> <p>2（略）</p> <p><u>3・4</u>については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、<u>医科点数表の区分番号 A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該処方箋受付において、情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合に、月1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。</u></p> <p><u>4・5</u>（略）</p> <p><u>6</u> 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、<u>特定薬剤管理指導加算1</u>として、10点を所定点数に加算する。</p> <p><u>7</u> 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、<u>当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、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</u></p>
--	---	--

	<p><u>6</u> (略)</p> <p style="text-align: right;"><u>(追加)</u></p> <p style="text-align: right;"><u>(追加)</u></p> <p><u>7・8</u> (略)</p> <p><u>9</u> 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1 <u>又は</u>注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1 <u>及び</u>注2の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算</p>	<p>加算する。この場合において、<u>区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u></p> <p><u>8</u> (略)</p> <p><u>9</u> <u>喘息又は慢性閉塞性肺疾患の患者であって、吸入薬の投薬が行われているものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者の同意を得た上で、文書及び練習用吸入機器等を用いて、必要な薬学的管理及び指導を行うとともに、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、吸入薬指導加算として、3月に1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、<u>区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u></u></p> <p><u>10</u> <u>区分番号00に掲げる調剤基本料の注5に規定す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、インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤を使用している糖尿病患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者の同意を得て、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、月1回に限り30点を所定点数に加算する。この場合において、<u>区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u></u></p> <p><u>11・12</u> (略)</p> <p><u>13</u> 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1 <u>、</u>注2 <u>又は</u>注3に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1 <u>、</u>注2 <u>及び</u>注3の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付</p>
--	---	--

	定する。この場合において、注3から注6までに規定する加算は算定できない	1回につき、13点を算定する。この場合において、注4から注10までに記載する加算は算定できない。
<b>区分13の2</b> <b>かかりつけ薬剤師指導料</b> 【点数の見直し】 【注の見直し】	<p style="text-align: right;"><u>73点</u></p> 注1～3（略） 4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、 <u>特定薬剤管理指導加算</u> として、10点を所定点数に加算する。 <p style="text-align: right;"><u>(追加)</u></p> <p><u>5・6</u>（略）</p>	<p style="text-align: right;"><u>76点</u></p> 注1～3（略） 4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、 <u>特定薬剤管理指導加算1</u> として、10点を所定点数に加算する。 <u>5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の副作用の発現状況、治療計画等を文書により確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った上で、当該患者の同意を得て、調剤後の抗悪性腫瘍剤の服用に関し、電話等により、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供した場合には、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。この場合において、区分番号15の5に掲げる服薬情報等提供料は算定できない。</u> <u>6・7</u> （略）
<b>区分13の3</b> <b>かかりつけ薬剤師包括管理料</b> 【点数の見直し】 【注の見直し】	<p style="text-align: right;"><u>281点</u></p> 注1 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、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる認知症地域包括診療料加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療料加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地	<p style="text-align: right;"><u>291点</u></p> 注1 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、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、医科点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる認知症地域包括診療料加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10

	<p>域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>2（略）</p>	<p>に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方箋受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、<u>区分番号15の7に掲げる経管投薬支援料</u>、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。</p> <p>2（略）</p>
<p><b>区分14の3</b> <b>服用薬剤調整支援料</b> 【点数の見直し】 【注の見直し】</p>	<p style="text-align: right;"><u>125点</u> <u>(追加)</u></p> <p>注 6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。</p> <p style="text-align: right;"><u>(追加)</u></p>	<p><u>1 服用薬剤調整支援料1</u> <span style="float: right;"><u>125点</u></span> <u>2 服用薬剤調整支援料2</u> <span style="float: right;"><u>100点</u></span></p> <p>注 <u>1 1については</u>、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。</p> <p><u>2 2については、複数の保険医療機関から6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服用中の薬剤について、一元的に把握した結果、重複投薬等が確認された場合であって、処方医に対して、保険薬剤師が当該重複投薬等の解消に係る提案を文書を用いて行った場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。</u></p>

<b>区分 15</b> <b>在宅患者訪問薬剤管理 指導料</b> 【注の見直し】	1～3 (略) 注1 (略)  <u>(追加)</u>  <u>2～5</u> (略)	1～3 (略) 注1 (略) <u>2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた服薬指導（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。</u> <u>3～6</u> (略)
<b>区分 15 の 2</b> <b>在宅患者緊急訪問薬剤 管理指導料</b> 【点数の見直し】 【注の見直し】	<u>(追加)</u>  500点 <u>(追加)</u> 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。  2～5 (略)	<u>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</u> 500点 <u>2 1以外の場合</u> 200点 注1 <u>1及び2について</u> 、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、 <u>1と2を合わせて</u> 月4回に限り算定する。 2～5 (略)
<b>区分 15 の 7</b> <b>経管投薬支援料</b> 【新設】	<u>(追加)</u>	100点 <u>注 胃瘻若しくは腸瘻による経管投薬又は経鼻経管投薬を行っている患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、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。</u>



## 令和2年度調剤報酬等改定項目②

○医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方箋関連を含む）

（令和2年4月1日施行）

項目	改正前	改正後
<b>第1章 基本診療料</b> <b>第2部 入院料等</b> <b>第2節 入院基本料等</b> <b>加算</b>  <b>A243 後発医薬品</b> <b>使用体制加算（入院</b> <b>初日）</b> 【点数の見直し】	後発医薬品使用体制加算（入院初日） 1 後発医薬品使用体制加算 1 <u>45点</u> 2 後発医薬品使用体制加算 2 <u>40点</u> 3 後発医薬品使用体制加算 3 <u>35点</u> <u>4 後発医薬品使用体制加算 4 22点</u>	後発医薬品使用体制加算（入院初日） 1 後発医薬品使用体制加算 1 <u>47点</u> 2 後発医薬品使用体制加算 2 <u>42点</u> 3 後発医薬品使用体制加算 3 <u>37点</u> <u>(削除)</u>
<b>A244 病棟薬剤業</b> <b>務実施加算</b> 【点数の見直し】	病棟薬剤業務実施加算 1 病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回） <u>100点</u> 2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき） <u>80点</u>	病棟薬剤業務実施加算 1 病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回） <u>120点</u> 2 病棟薬剤業務実施加算 2（1日につき） <u>100点</u>
<b>A250 薬剤総合評</b> <b>価調整加算（退院時</b> <b>1回）</b> 【項目の見直し】 【注の追加】	薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） <u>250点</u> 注 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価 <u>及び調整し、当該患者の退院時に処方する内服薬が 2 種類以上減少した場合</u> ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 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ものについて、 <u>退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が 2 種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u>  <u>(追加)</u>	薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回） <u>100点</u> 注 <u>1</u> 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。 イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価 <u>した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</u> ロ 精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院 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ものについて、 <u>当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</u> 注 <u>2</u> 次のいずれかに該当する場合に、薬剤評価調整加算として 150 点を更に所定点数に加算する。 イ 注 1 のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が 2 種類

		<p><u>以上減少した場合</u></p> <p><u>□ 注1の□に該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</u></p>
<p><b>第2章 特掲診療料</b></p> <p><b>第1部 医学管理等</b></p> <p><b>B014 退院時薬剤譲歩管理指導料</b></p> <p>【注の追加】</p>	<p>退院時薬剤情報管理指導料</p> <p>注(略)</p> <p><u>(追加)</u></p>	<p>退院時薬剤情報管理指導料</p> <p>注1(略)</p> <p>注2 <u>保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点も所定点数に加算する。</u></p>
<p><b>第2部 在宅医療</b></p> <p><b>第2節 在宅療養指導管理料</b></p> <p><b>第1款 在宅療養指導管理料</b></p> <p><b>C101 在宅自己注射指導管理料</b></p> <p>【注の追加】</p>	<p>在宅自己注射指導管理料</p> <p>1.2(略)</p> <p>注1～3(略)</p> <p><u>(追加)</u></p> <p><u>(追加)</u></p>	<p>在宅自己注射指導管理料</p> <p>1.2(略)</p> <p>注1～3(略)</p> <p>注4 <u>当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注5(略)</p>
<p><b>第5部 投薬</b></p> <p><b>第1節 調剤料</b></p> <p><b>F000 調剤料</b></p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>調剤料</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>イ 内服薬、浸煎薬及び頓服薬(1回の処方に係る調剤につき)</p> <p><u>9点</u></p> <p>□ 外用薬(1回の処方に係る調剤につき)</p> <p><u>6点</u></p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき)</p> <p>7点</p> <p>注(略)</p>	<p>調剤料</p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>イ 内服薬、浸煎薬及び頓服薬(1回の処方に係る調剤につき)</p> <p><u>11点</u></p> <p>□ 外用薬(1回の処方に係る調剤につき)</p> <p><u>8点</u></p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき)</p> <p>7点</p> <p>注(略)</p>
<p><b>第5節 処方箋料</b></p> <p><b>F400 処方箋料</b></p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1～3(略)</p> <p>注1～6(略)</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>6点</u></p>	<p>1～3(略)</p> <p>注1～6(略)</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>7点</u></p>

	<input type="checkbox"/> 一般名処方加算 2 <span style="float: right;"><u>4点</u></span> 注8 (略)	<input type="checkbox"/> 一般名処方加算 2 <span style="float: right;"><u>5点</u></span> 注8 (略)
<b>第6節 調剤技術基本料</b> <b>F500 調剤技術基本料</b> 【点数の見直し】	1 (略) 2 その他の患者に投薬を行った場合 <span style="float: right;"><u>8点</u></span>	1 (略) 2 その他の患者に投薬を行った場合 <span style="float: right;"><u>14点</u></span>
<b>第6部 注射</b> 【項目の見直し】	通則 1～5 (略) 6 区分番号 G001 に掲げる静脈内注射、G002 に掲げる動脈注射、G003 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3 に掲げる冠動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004 に掲げる点滴注射、G005 に掲げる中心静脈注射について、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医用機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号 C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。 イ 外来化学療法加算 1 (1) 外来化学療法加算 <u>A</u> ① 15歳未満 ② 15歳以上 (2) 外来化学療法加算 <u>B</u> ① 15歳未満 ② 15歳以上 <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 2 (1) 外来化学療法加算 <u>A</u> ① 15歳未満 ② 15歳以上	通則 1～5 (略) 6 区分番号 G001 に掲げる静脈内注射、G002 に掲げる動脈注射、G003 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3 に掲げる冠動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004 に掲げる点滴注射、G005 に掲げる中心静脈注射について、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医用機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号 C101 に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。 イ 外来化学療法加算 1 (1) 外来化学療法加算 <u>(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)</u> ① 15歳未満 ② 15歳以上 (2) 外来化学療法加算 <u>(抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)</u> ① 15歳未満 ② 15歳以上 <input type="checkbox"/> 外来化学療法加算 2 (1) 外来化学療法加算 <u>A</u> <u>(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)</u> ① 15歳未満 ② 15歳以上

	<p>(2) 外来化学療法加算<u>B</u></p> <p>① 15歳未満 ② 15歳以上</p> <p><u>(追加)</u></p> <p><u>7</u> 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。</p> <p><u>8</u> (略)</p>	<p>(2) 外来化学療法加算 <u>(抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)</u></p> <p>① 15歳未満 ② 15歳以上</p> <p><u>7</u> <u>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医療機関において、前号のイの(1)に規定する外来化学療法加算(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月に1回に限り150点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>8</u> 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、<u>特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。</u></p> <p><u>9</u> (略)</p>
--	--	---

## 令和2年度調剤報酬等改定項目③

○療担規則、薬担規則等

(令和2年4月1日施行予定)

項目	改正前	改正後
<b>保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則</b> （昭和32年厚生省令第16号）	(処方箋の確認) <b>第3条</b> 保険薬局は、被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第63条第3項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを <u>確め</u> なければならない。	(処方箋の確認) <b>第3条</b> 保険薬局は、被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第63条第3項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋、 <u>法第3条第13項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証</u> によって療養の給付を受ける資格があることを <u>確認</u> しなければならない。
<b>高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準</b> （昭和58年厚生省告示第14号）	(処方箋の確認) <b>第26条</b> 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを <u>確かめ</u> なければならない。	(処方箋の確認) <b>第26条</b> 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋、 <u>健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証</u> によって療養の給付を受ける資格があることを <u>確認</u> しなければならない。

処方箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号										保険者番号	
公費負担医療の受給者番号										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(特番)
患者	氏名					保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大平字令	年	月	日	男・女	電話番号				
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名		(印)			
	都道府県番号		点数表番号		医療機関コード						
交付年月日	令和	年	月	日	処方箋の使用期間	令和	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
	備考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									
調剤済年月日	令和	年	月	日	公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)				公費負担医療の受給者番号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号 (第二十三条関係)

処方箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
分割指示に係る処方箋										__分割の__回目	
公費負担者番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号							
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称								
	生年月日	明大福平七 年 月 日	男・女		電話番号						
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名			(印)				
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード							
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。) 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供										
備考											
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号							
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		(印)		公費負担医療の受給者番号							

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号の二（第二十三条関係）

## 分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）  
 処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX番号 \_\_\_\_\_  
 その他の連絡先 \_\_\_\_\_

## （受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

保険薬剤師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

調剤年月日 \_\_\_\_\_



## 令和2年度調剤報酬等改定項目④

○特掲診療科の施設基準等

(令和2年4月1日施行)

項目	改正前	改正後
<b>第15 調剤</b>	<p>1 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)調剤基本料2の施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局 ((3)、(4)及び2の2の(1)に該当するものを除く。) であること。</p> <p>イ 処方箋の受付回数が1月に4,000回を超えること。(特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超える場合に限る。)</p> <p>ロ 処方箋の受付回数が1月に2,000回を超えること。(イ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8割5分を超える場合に限る。)</p> <p style="text-align: right;"><u>(新設)</u></p> <p><u>ハ</u> 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4,000回を超えること。(イ又はロに該当する場合を除く。)</p> <p><u>ニ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(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。以下同じ。)のうち、これに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。)が、1月に4,000回を超えること。(イからハまでに該当する場合は除く。)</p> <p>(3)調剤基本料3のイの施設基準</p>	<p>1 調剤基本料の施設基準</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)調剤基本料2の施設基準</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局 ((3)、(4)及び2の2の(1)に該当するものを除く。) であること。</p> <p>イ 処方箋の受付回数が1月に4,000回を超えること。(特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超える場合に限る。)</p> <p>ロ 処方箋の受付回数が1月に2,000回を超えること。(イ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8割5分を超える場合に限る。)</p> <p><u>ハ</u> 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。)</p> <p><u>ニ</u> 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4,000回を超えること。(イからハまでに該当する場合を除く。)</p> <p><u>ホ</u> 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(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。以下同じ。)のうち、これに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合は、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。)が、1月に4,000回を超えること。(イからニまでに該当する場合は除く。)</p> <p>(3)調剤基本料3のイの施設基準</p>

	<p><u>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 40,000 回を超え、400,000 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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p><u>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。</u></p> <p>(4) (略)</p>	<p><u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>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 35,000 回を超え、40,000 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 分を超える又は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><u>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 40,000 回を超え、400,000 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 分を超える又は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>(4) (略)</p>
	<p>2 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準</p> <p>(1)~(3)(略)</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</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1) <u>病院である</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であって、当該<u>病院</u>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>(2)(略)</p>	<p>2 調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準</p> <p>(1)~(3) (略)</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</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(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(<u>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<u>保険医療機関</u>に係る処方箋による調剤の割合が <u>7 割</u>を超えること。</p> <p>(2)(略)</p>
	<p>3 調剤基本料の注 3 に規定する保険薬局</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1)~(3)(略)</p>	<p>3 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局</p> <p>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</p> <p>(1)~(3)(略)</p>

	<p>4 地域支援体制加算の施設基準</p> <p><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。</u></p> <p><u>イ 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受けていること。</u></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></p> <p><u>(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こと。</u></p> <p><u>(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こと。</u></p> <p><u>(4)一定時間以上開局していること。</u></p> <p><u>(5)十分な数の医薬品の備蓄していること。</u></p> <p><u>(6)適切な薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制及び機能が整備されており、患者に対し在宅に係る当該薬局の体制の情報を提供していること。</u></p> <p><u>(7)当該保険薬局のみ又は当該薬局を含む連携する近隣の保険薬局において、24 時間調剤並びに在宅患者に対する薬学的管理及び服薬指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(8)当該地域において、在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの連携体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(9)当該地域において、他の保健医療サービス</u></p>	<p>4 地域支援体制加算の施設基準</p> <p><u>次のいずれかに該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>(1)次のいずれかにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>イ 調剤基本料 1 を算定している保険薬局であること。</u></p> <p><u>ロ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>ハ 地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。</u></p> <p><u>(2)次のいずれかにも該当する保険薬局であること。</u></p> <p><u>イ 調剤基本料 1 以外を算定している保険薬局であること。</u></p> <p><u>ロ 地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。</u></p> <p><u>ハ 地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
--	--	---

	<p><u>及び福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(10)当該保険薬局以外の医療従事者等に対して、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定の実績を有していること。</u></p> <p><u>(11)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 分を超える場合にあっては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品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 5 割以上であること。</u></p>	<p>(削除)</p> <p>(削除)</p>
	<p>5 の 2 調剤基本料の注 <u>6</u> 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)当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が <u>2</u> 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。</p> <p>(2)(略)</p>	<p>5 の 2 調剤基本料の注 <u>7</u> 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)当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が <u>4</u> 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。</p> <p>(2)(略)</p>
	<p>8 調剤料の注 8 に規定する薬剤</p> <p>(1)(2)(略)</p> <p>(3)麻薬及び向精神薬取締法第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</p>	<p>8 調剤料の注 8 に規定する薬剤</p> <p>(1)(2)(略)</p> <p>(3)麻薬及び向精神薬取締法(<u>昭和 28 年法律第 14 号</u>) 第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。</p>
	<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>9 の 2 薬剤服用歴管理指導料の注 3 に規定する保険薬局の施設基準</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(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情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が 1 割以下であること。</u></p> <p><u>① 区別番号 1 0 に掲げる薬剤服用歴管理指導料</u></p> <p><u>② 区別番号 1 5 に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料</u></p>

	<u>(新設)</u>	<u>9の3 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>原則 3月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したもの</u>
	<u>(新設)</u>	<u>10の2 特定薬剤管理指導加算2の施設基準</u> <u>当該管理及び指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u>
	<u>(新設)</u>	<u>10の3 薬剤服用歴管理指導料の注7に規定する厚生労働大臣が定める患者</u> <u>次のいずれにも該当する患者であること。</u> <u>(1)医科点数表の第2章第6部注射通則第7号に規定する連携充実加算を届け出ている保険医療機関において、化学療法(抗悪性腫瘍剤が注射されている場合に限る。)及び必要な指導が行われている悪性腫瘍の患者</u> <u>(2)当該保険薬局において、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の調剤を受ける患者</u>
	<u>(新設)</u>	<u>10の4 薬剤服用歴管理指導料の注10に規定する厚生労働大臣が定めるもの</u> <u>次のいずれかに該当するものであること。</u> <u>(1)新たにインスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤が処方されたもの</u> <u>(2)インスリン製剤又はスルフォニル尿素系製剤に係る投薬内容の変更が行われたもの</u>
10の2 薬剤服用歴管理指導料の注9に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局適切な手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局であること。		10の5 薬剤服用歴管理指導料の注13に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局適切な手帳の活用実績が相当程度であると認められない保険薬局であること。
11 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の施設基準 別当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。		11 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の施設基準 別当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。
	<u>(新設)</u>	<u>11の2 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する施設基準</u> <u>区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行っている保険薬局であること。</u>

	<u>(新設)</u>	<u>11 の 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注 2 に規定する厚生労働大臣が定めるもの 区別番号 1 5 の在宅患者訪問薬剤管理指 導料を月 1 回算定しているもの</u>
<p><b>第 16 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等</b></p>	<p>3 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用</p> <p>医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 1 に掲げる静脈内注射(保険医療機関の保険医が平成 18 年 7 月 1 日から平成 30 年 3 月 31 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 40 号)附則第 13 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設(以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。)に赴いて行うもの又は医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 2 に掲げる動脈注射(医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 3 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入(医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 3—3 に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 4 に掲げる点滴注射(保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又は医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 5 に掲げる中心静脈注射(医科点数表第 2 章第 6 部注</p>	<p>3 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用</p> <p>医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 1 に掲げる静脈内注射(保険医療機関の保険医が平成 18 年 7 月 1 日から令和 4 年 3 月 31 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 40 号)附則第 13 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設(以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。)に赴いて行うもの又は医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 2 に掲げる動脈注射(医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 3 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入(医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 3—3 に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 4 に掲げる点滴注射(保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又は医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G 0 0 5 に掲げる中心静脈注射(医科点数表第 2 章第 6 部注</p>

	<p>射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G006 に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射(医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)の費用</p> <p>ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)の費用</p> <p>抗悪性腫瘍剤(<a href="#">医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定する注射に係るもの</a>に限る。)の費用</p> <p>疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用</p> <p>インターフェロン製剤(B 型肝炎又は C 型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。)の費用</p> <p>抗ウイルス剤(B 型肝炎又は C 型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能又は効果を有するものに限る。)の費用</p> <p>血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用</p>	<p>射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>医科点数表区分番号 G006 に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射(医科点数表第 2 章第 6 部注射通則第 6 号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)</p> <p>エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)の費用</p> <p>ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。)の費用</p> <p>抗悪性腫瘍剤(<a href="#">悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合</a>に限る。)の費用</p> <p>疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用</p> <p>インターフェロン製剤(B 型肝炎又は C 型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。)の費用</p> <p>抗ウイルス剤(B 型肝炎又は C 型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又は HIV 感染症の効能又は効果を有するものに限る。)の費用</p> <p>血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用</p>
--	---	---

調剤報酬点数表（令和2年4月1日施行）

令和2年3月10日 日本薬剤師会作成

第1節 調剤技術料

項目	要件、算定上限	点数
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	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	42点
② 調剤基本料 2	処方箋受付回数および集中度が、次のいずれかに該当する保険薬局 イ) 月4,000回超 かつ 集中度70%超 ロ) 月2,000回超 かつ 集中度85%超 ハ) 月1,800回超 かつ 集中度95%超 ニ) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4,000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	26点
③ 調剤基本料 3	同一グループの保険薬局の処方箋受付回数の合計が月3.5万回超 かつ 次のいずれかに該当する保険薬局 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3.5万回超～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	同一グループの合計 月3.5万回超～40万回以下 21点 月40万回超 16点
④ 特別調剤基本料	次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	9点
分割調剤（長期保存の困難性等）	1分割調剤につき（1処方箋の2回目以降）	5点
”（後発医薬品の試用）	1分割調剤につき（1処方箋の2回目のみ）	5点
地域支援体制加算		38点
後発医薬品調剤体制加算 1	後発医薬品の調剤数量が75%以上	15点
後発医薬品調剤体制加算 2	後発医薬品の調剤数量が80%以上	22点
後発医薬品調剤体制加算 3	後発医薬品の調剤数量が85%以上	28点
後発医薬品減算	後発医薬品の調剤数量が40%以下	▲2点
調剤料		
内服薬 7日分以下	} 1剤につき、3剤分まで	28点
8～14日分		55点
15～21日分		64点
22～30日分		77点
31日分以上		86点
屯服薬		21点
浸煎薬	1調剤につき、3調剤分まで	190点
湯薬 7日分以下	} 1調剤につき、3調剤分まで	190点
8～28日分（1～7日目の部分）		190点
”（8～28日目の部分）		10点/1日分
29日分以上		400点
注射薬		26点
外用薬	1調剤につき、3調剤分まで	10点
内服用滴剤	1調剤につき	10点
嚥下困難者用製剤加算	※内服薬のみ	80点
一包化加算 42日分以下	} ※内服薬のみ	34点/7日分
43日分以上		240点
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	6歳以上、6歳未満の乳幼児	69点、137点
抗悪性腫瘍剤	6歳以上、6歳未満の乳幼児	79点、147点
麻薬	6歳以上、6歳未満の乳幼児	69点、137点
麻薬等加算（麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬）	1調剤につき	70点、8点、8点、8点
自家製剤加算（内服薬）	1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、Iキ剤		20点/7日分
液剤		45点
自家製剤加算（屯服薬）	1調剤につき	
錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、Iキ剤		90点
液剤		45点
自家製剤加算（外用薬）	1調剤につき	
錠剤、トーチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リメント剤、坐剤		90点
点眼剤、点鼻・点耳剤、洗腸剤		75点
液剤		45点
計量混合調剤加算	1調剤につき ※内服薬・屯服薬・外用薬	
液剤		35点
散剤、顆粒剤		45点
軟・硬膏剤		80点
時間外等加算（時間外、休日、深夜）	基礎額 = 調剤基本料（各加算を含む） + 調剤料 + 無菌製剤処理加算 + 在宅患者調剤加算	基礎額の100%、140%、200%
夜間・休日等加算	処方箋受付1回につき	40点
在宅患者調剤加算	処方箋受付1回につき	15点



## 第2節 薬学管理料

項目	要件、算定上限	点数
薬剤服用歴管理指導料	処方箋受付1回につき	
① 3か月以内に再来局（かつ手帳による情報提供）		43点
② ①、③、④以外		57点
③ 特別養護老人ホーム入所者		43点
④ 情報通信機器を使用	月1回まで、各加算は算定不可	43点
麻薬管理指導加算		22点
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬調整以外、残薬調整	40点、30点
特定薬剤管理指導加算1	厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	10点
特定薬剤管理指導加算2	抗悪性腫瘍剤の注射 かつ 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
乳幼児服薬指導加算	6歳未満の乳幼児	12点
吸入薬指導加算	3月に1回まで	30点
調剤後薬剤管理指導加算	月1回まで（地域支援体制加算に係る届出薬局に限る）	30点
薬剤服用歴管理指導料（特例）	3か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	13点
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		22点
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬調整以外、残薬調整	40点、30点
特定薬剤管理指導加算1	厚生労働大臣が定める特に安全管理が必要な医薬品	10点
特定薬剤管理指導加算2	抗悪性腫瘍剤の注射 かつ 悪性腫瘍の治療に係る調剤、月1回まで	100点
乳幼児服薬指導加算	6歳未満の乳幼児	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	291点
服用薬剤調整支援料1	内服薬6種類以上→2種類以上減少、月1回まで	125点
服用薬剤調整支援料2	内服薬6種類以上→処方医への重複投薬等の解消提案、3月に1回まで	100点
服薬情報等提供料1	保険医療機関からの求め、月1回まで	30点
服薬情報等提供料2	薬剤師が必要と判断（月1回まで）、患者・家族からの求め	20点
外来服薬支援料	月1回まで	185点
在宅患者訪問薬剤管理指導料	月4回（末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回）まで	
① 単一建物患者 1人	保険薬剤師1人につき週40回まで	650点
② 単一建物患者 2～9人		320点
③ 単一建物患者 10人以上（①および②以外）		290点
在宅患者オンライン服薬指導料	在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回算定の患者、月1回まで、保険薬剤師1人につき週10回まで、各加算および在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料は算定不可	57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		
① 計画的な訪問薬剤指導に係る疾患の急変	①と②を合わせて月4回まで	500点
② ①以外		200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
在宅患者緊急時等共同指導料	月2回まで	700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
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	残薬調整以外、残薬調整	40点、30点
経管投薬支援料	初回のみ	100点
退院時共同指導料	入院中1回（末期の悪性腫瘍の患者等の場合は入院中2回）まで	600点

## 第3節 薬剤料

項目	要件	点数
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）	“ ”	10円又はその端数を増すごとに1点

## 第4節 特定保険医療材料

項目	要件	点数
特定保険医療材料	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

## 介護報酬（令和元年10月1日施行）

項目	要件、算定上限	単位数
居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費	月4回（末期の悪性腫瘍の患者等の場合は週2回かつ月8回）まで	
① 単一建物居住者 1人	薬局の薬剤師が行う場合	509単位
② 単一建物居住者 2～9人		377単位
③ 単一建物居住者 10人以上（①および②以外）		345単位
麻薬管理指導加算		100単位
特別地域加算		所定単位数の15%
中山間地域等小規模事業所加算		所定単位数の10%
中山間地域等居住者サービス提供加算		所定単位数の5%

## 令和 2 年度調剤報酬改定に係る経過措置

点数	該当部分	経過措置期限	備考
調剤基本料	注 6（後発医薬品減算 ▲2 点） ➢ 後発医薬品の数量割合が 4 割以下	令和 2 年 9 月 30 日	・経過措置期間は改定前の例により算定する
薬剤服用歴管理指導料	薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」 （5）指導等に係る留意点 ➢ ウ 手帳（イ）④ 患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等	令和 3 年 3 月 31 日	・経過措置期間は「患者が日常的に利用する保険薬局の名称」の部分は適用しない ・通知 1 別添 3 調剤報酬点数表に関する事項（5）指導等に係る留意点（P16）参照
（新設） 薬剤服用歴管理指導料 特定薬剤管理指導料算 2	施設基準（4） ➢ 保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年 1 回以上参加していること。	令和 2 年 9 月 30 日	・経過措置期間は基準を満たしているものとする ・通知 2 第 98 特定薬剤管理指導料算 2（P262）参照
薬剤服用歴管理指導料 手帳の活用実績が少ない 保険薬局	3 月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数のうち、手帳を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数の割合が 50%以下である保険薬局	令和 3 年 3 月 31 日	・経過措置期間における令和元年度分の実績の計算は、6 月以内に再度処方箋を持参した患者への薬剤服用歴管理指導料の算定回数を用いる ・通知 2：第 99 薬剤服用歴管理指導料の注 13 に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）（P262）参照
地域支援体制助算	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	令和 3 年 3 月 31 日	・経過措置期間は改定前の例により算定する ・通知 2：第 92 地域支援体制助算（P254-P256）参照
かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	施設基準（4） ➢ 薬学管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること	令和 2 年 9 月 30 日	・経過措置期間の間は改定前の例により算定する ・通知 2：第 100 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料（P263）参照

※通知 1：令和 2 年 3 月 5 日、保医発 0305 第 1 号「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」

※通知 2：令和 2 年 3 月 5 日、保医発 0305 第 3 号「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」