

令和 2 年度調剤報酬改定により、580～583 ページに追記修正がございます。

3 調剤報酬点数表（令和 2 年 4 月 1 日施行）

1) 調剤基本料

異なる保険医療機関の処方箋を受け付けた場合、それぞれの保険医療機関ごとに調剤基本料を算定できる。また、**歯科の処方箋については別受付として算定する。**

調剤基本料	処方箋枚数に関係なく、処方箋受付 1 回につき算定。 （複数医療機関からの処方箋の同時受付では、2 枚目以降が 100 分の 80 の点数） （未妥結減算などが適用：所定単位 50%減など）			
	①	調剤基本料 1	②～④、特別調剤基本料以外	42 点
	②	調剤基本料 2	処方箋の受付回数および集中度が次のいずれかに該当 ・月 4000 回超かつ集中度 70%超 ・月 2000 回超かつ集中度 85%超 ・月 1800 回超かつ集中度 95%超 ・特定の医療機関からの受付回数が月 4,000 回超	26 点
	③	調剤基本料 3-イ	・同一グループの保険薬局による処方箋受付回数が月 3 万 5000 回超 4 万回以下かつ集中度 95%超 ・4 万回超 40 万回以下かつ集中度 85%超 ・3 万 5000 回超 40 万回以下かつ特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	21 点
	④	調剤基本料 3-ロ	同一グループの保険薬局による処方箋受付回数が月 40 万回超で、以下のいずれかに該当 ・処方箋集中度が 85%超 ・特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある	16 点
	⑤	特別調剤基本料	(1)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、当該医療機関の処方箋調剤割合が 70%超 (2)調剤基本料 1、2、3-イおよび 3-ロのいずれも届けていない保険薬局	9 点
	地域支援体制加算		備蓄品目数 1200 以上などの基準に適合する場合、処方箋受付 1 回につき算定。(38 点)	
	後発医薬品の調剤数量割合が 40%以下		2020 年 10 月 1 日以降適用（処方箋受付回数が月 600 回超の薬局が対象）	
	後発医薬品調剤体制加算		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と後発医薬品を合算したものを分母とし、後発医薬品を分子として、その規格単位数量の割合が、それぞれ以下の場合に所定点数に加算する。 ・後発医薬品の調剤数量が 75%以上（15 点） ・後発医薬品の調剤数量が 80%以上（22 点） ・後発医薬品の調剤数量が 85%以上（28 点）	
	分割調剤		長期投薬 （2 回目以降の調剤時）	長期投薬（14 日分超）において、薬剤の保存が困難である等の理由で分割して調剤を行った場合。（5 点）
後発医薬品 （2 回目の調剤時のみ）			初めて後発医薬品を調剤する際に、患者の同意を得て後発医薬品を試せるように調剤期間を分割（5 点）	

わかる！用語解説 

※妥結率

卸から医療機関が医薬品を購入する際に価格が決まっていない状態で納入されることを未妥結という。よって、調剤基本料の条件である妥結率 50%以下というのは、納入価が決まっていない状態で多くの医薬品を卸から購入している薬局ということである。

2) 調剤料

調剤料	剤形（内服、外用、注射等）により異なる（剤は服用時点の違いを示すもの）。さらに内服薬は処方日数によっても異なる。調剤料の点数は保険医療機関における報酬とは異なる。			
	内用薬	7日分以下の場合	1回剤につき 3剤まで算定	28点
		8～14日分以下		55点
		15～21日分以下		64点
		22～30日分以下		77点
		31日分以上		86点
	頓服薬	処方箋受付1回につき（剤数にかかわらず）		21点
	外用薬	1調剤につき、3調剤分まで		10点
	注射薬	処方箋受付1回につき（剤数にかかわらず）		26点
	内服用滴剤	1調剤につき		10点
調剤料加算	麻薬等加算	麻薬（70点）、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬（8点）		
	時間外等加算	開局時間以外の調剤加算。 時間外（所定点数の10割）、休日（所定点数の14割） 深夜（22～6時）。（所定点数の20割）		
	夜間・休日等加算	午後7時～午前8時（土曜日は午後1時～午前8時）及び休日、深夜であって薬局が表示する開局時間内において調剤した場合。（40点）		
	自家製剤加算	内服薬（20点/7日分、液剤のみ45点） 頓服薬（90点、液剤のみ45点） 外用薬（点眼、点鼻、点耳、浣腸75点、液剤45点、その他90点）		
	嚙下困難者用製剤加算	嚙下困難者に対し、医師の了解を得た上で、患者の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合。（80点）		
	計量混合調剤加算	2種以上の医薬品を計量し、かつ、混合して調剤した場合。 液剤（35点）散剤・顆粒剤（45点）軟・硬膏剤（80点）が対象。		
	一包化加算	処方医の指示により、2剤以上の内服薬または1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合。 （42日分以下32点/7日、43日分以上240点）		
	無菌製剤処理加算	中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤、麻薬を調整した場合		
在宅患者調剤加算	処方箋受付1回につき。（15点）			

3) 薬学管理料

薬学管理料	薬剤服用歴管理指導料	① 原則 3 ヶ月以内に再来局かつ手帳による情報提供あり (43 点)
		② ①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 情報通信機器で服薬指導を受けた患者に対して行った場合 (43 点)
		薬剤服用歴管理指導料算定時の指導内容
	薬剤服用歴	指導後速やかに記載を完了させ、同一患者についての全ての記録が必要に感じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存、管理する。
	薬剤情報提供文書	患者に渡す薬の説明書として、薬の名称、薬の写真、効能・効果、用法・用量、副作用などの注意事項が書かれたもの。
	手帳	保有することの意義、役割、利用方法等について十分に説明し、患者の理解を得た上で提供。電子版の手帳について、紙媒体と同等の機能を有する場合、紙媒体と同様の扱いとする。
	乳幼児服薬指導加算	乳幼児 (6 歳未満) に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認し、必要な指導を行い、手帳に記載。(12 点)
	麻薬管理指導加算	麻薬の服用等に関し、必要な薬学的管理を行った場合。(22 点)
重複投薬・相互作用等防止加算	薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方箋を交付した保険医に対して照会を行い、処方変更が行われた場合。残薬以外/残薬の場合 (40 点/30 点)	
特定薬剤管理指導加算 1 注1	特に安全管理が必要な医薬品 (ハイリスク薬) を調剤した場合であって、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場合。(10 点)	
特定薬剤管理指導加算 2	抗悪性腫瘍薬を注射されている患者 (月 1 回まで)。(100 点)	
かかりつけ薬剤師指導料	<p>患者が選択した保険薬剤師 (かかりつけ薬剤師) が、処方医と連携して服薬状況を一元的・継続的に把握すること。患者の同意を得た上で、次の来局時以降に算定できる。同意は患者の署名つきの同意書を作成し、保管。その旨を薬剤服用歴に記載する。(76 点)</p> <p>麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用等防止加算、特定薬剤管理指導加算、乳幼児服薬指導加算あり。</p> <p>〈かかりつけ薬剤師の要件〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師として 3 年以上の薬局勤務経験。 ・ 同一の保険薬局に週 32 時間以上勤務。 ・ 当該保険薬局に 1 年以上在籍。 ・ 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。 ・ 医療に係る地域活動の取組に参画。 	

注 1：特定薬剤管理指導加算に規定される医薬品 (ハイリスク薬)

- | | | | |
|-----------|-----------|------------|---------------|
| ① 抗悪性腫瘍剤 | ② 免疫抑制剤 | ③ 不整脈用剤 | ④ 抗てんかん剤 |
| ⑤ 血液凝固阻止剤 | ⑥ シギタリス製剤 | ⑦ テオフィリン製剤 | ⑧ カリウム製剤 (注射) |
| ⑨ 精神神経用剤 | ⑩ 糖尿病用剤 | ⑪ 膵臓ホルモン製剤 | ⑫ 抗 HIV 薬 |

薬学 管理料	かかりつけ薬剤師包括管理料	<p>地域包括診療加算（診療料）もしくは認知症地域包括診療加算（診療料）を算定している患者に対して、かかりつけ薬剤師が調剤の都度、患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じ処方提案をすること。（291点）</p> <p>算定条件：かかりつけ薬剤師指導料の算定要件を満たすこと。</p> <p>〈包括の範囲は下記以外とする〉</p> <p>時間外等加算、夜間・休日等加算、在宅患者調剤加算、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、退院時共同指導料、薬剤料、特定保険医療材料</p>
	服薬情報等提供料	<p>保険医療機関もしくは患者・家族等の求めに応じ、又は薬剤師が必要と認めた場合において、患者の同意を得て、薬剤の使用が適切に行われるよう、患者や家族又は医療機関へ必要な情報提供、指導を行った場合算定できる。服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回限り算定できる。</p> <p>保険医療機関の求めがあった場合（30点）</p> <p>患者・家族の求めがあった場合または保険薬剤師が必要性を認めた場合（20点）</p>
	服用薬剤調整支援料 1	<p>6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、処方医に対して、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回に限り算定。（125点）</p>
	服用薬剤調整支援料 2	<p>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で、患者または家族の求めに応じて薬剤を一元的に把握し、重複投薬の解消を処方医に文書で提案した場合に、3月に1回に限り算定。（100点）</p>
	外来服薬支援料	<p>①服薬管理が困難な患者又は医療機関の求めに応じて、処方医に薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理の支援をした場合に月1回に限り算定。（185点）</p> <p>②患者又は医療機関の求めに応じ、患者やその家族が保険薬局に持参した薬剤の整理等の服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供した場合に算定。（185点）</p>
	在宅患者訪問薬剤管理指導料	<p>① 単一建物患者 1人の場合（650点）</p> <p>② 単一建物患者 2人～9人の場合（320点）</p> <p>③ ①および②以外（290点）</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者一人につき月4回まで。ただし、末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者は、週2回かつ月8回まで。 保険薬剤師1人につき週40回まで。
	在宅患者オンライン服薬指導料	<p>薬剤師1人につき週10回まで。（57点）</p>
	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	<p>在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導等を行っている患者に対し、薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方箋を交付した保険医に対して照会を行い、処方変更が行われた場合に算定。</p> <p>残薬調整に係る者以外（40点）残薬調整に係るもの（30点）</p>
	退院時共同指導料	<p>患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明や指導を医療機関の者と共同で行い、文書で情報提供した場合。（600点）</p>