



事務連絡
平成14年4月11日

地方社会保険事務局
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について

「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成14年3月厚生労働省告示第71号）及び「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件」（平成14年3月厚生労働省告示第72号）については、「診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第54号）及び老人診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第72号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成14年3月8日付け保発第0308001号）等により4月1日より実施しているところであるが、今般、調剤報酬点数表の取扱いに係る疑義解釈資料を別添のとおり取りまとめましたので、参考までに送付いたします。

別 添

1 調剤報酬点数表
第1節 調剤技術料

(1) 基準調剤加算

(問1) 従来の基準調剤加算が基準調剤加算1となり、その算定要件は、従来通りと考えて良いか。

(答) 従来の基準調剤加算の算定要件に①調剤従事者等への研修の実施、②医薬品の品質情報、安全性情報などの提供体制が追加された。従来からこれら2項目について整備されていても新たな届出が必要であり、従来の届出により基準調剤加算1が算定できるものではない。

なお、平成14年4月16日までに地方社会保険事務局に届出書を提出し、同月30日までに要件審査を終え、届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができる。

(問2) 基準調剤加算の要件である調剤従事者等の資質の向上を図るための研修とは、地域薬剤師会による研修会でも良いか。

(答) 良い。職員等に対する研修実施計画を作成し、当該計画書に基づき資質向上のための研修を行うことであり、地域の薬剤師会による研修以外に、研修認定薬剤師制度の対象学会、セミナー等の参加もあり得る。また特に、研修時間、講師などについても制約はない。

(問3) 基準調剤加算2は、後発医薬品の備蓄に関する加算と考えて良いのか。

(答) 基準調剤加算1が500品目の備蓄であるのに対し、基準調剤加算2は700品目であるが、必ずしも後発品を備蓄することを意味するものではない。

(問4) 基準調剤加算1及び基準調剤加算2は、算定要件を満たせば、同時に算定できると考えて良いか。

(答) 同時に算定できない。届出に基づき、どちらか一方のみ算定する。

(問5) 基準調剤加算1あるいは基準調剤加算2に係るレセプト記載は、基本料欄に合算して記載するのか。

(答) 従来通り合算して記載する。

(問6) 基準調剤加算1と基準調剤加算2は、従来と同様、時間外加算の対象となるのか。

(答) 対象となる。今回の調剤報酬改定により、時間外加算、休日加算及び深夜加算を算定する場合の基礎額(調剤基本料+調剤料)には、基準調剤加算及び後発医薬品調剤加算が含まれる。

(問7) 患者連絡により調剤対応がとれる体制の場合でも、24時間対応と見なされるのか。

(答) 地方社会保険事務局長に届出の際に添付した患者等に交付する文書(所在地、連絡先などを記載したもの)が、適切に患者等に交付されており、24時間調剤に対応できる体制が整備されていれば問題ない。

(2) 一包化加算

(問1) 一包化加算の算定要件における「投与日数が7」とは、服用時点に関係なく、実際に調剤された日数と解釈して良いか。

(答) その通り、隔日投与の場合であっても実際に一包化した調剤日数分となる。

(問2) 一包化加算の算定要件において、「投与日数が7又はその端数を増すごとに」とあるが、日数が1～6日の範囲であれば0点、7日は30点、8～14日の範囲であれば60点となるのか。

(答) 以下の通りとなる。

1～7日分	30点
8～14日分	60点
15～21日分	90点
22～28日分	120点

また、これ以上の一包化についても算定可能だが、薬剤の吸湿性等に考慮すること。

(問3) 従来の老人用一包化加算では医師の指示が必要であったが、今後も医師の指示が必要となるのか。

(答) 必要である。なお、薬剤師が一包化の必要性を認め、医師の了解を得た場合には、一包化の理由を調剤録等に記載すること。

(問4) 一包化加算は、処方せんの受付1回に対して算定は1回と考えて良いか。

(答) 良い。

(問5) 一包化が一般にも拡大されたが、対象となる患者はどのような場合か。

(答) 一包化の目的は、薬剤の飲み誤り等を防止するため、又は錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に対し行う行為であり、対象となる患者の一例としては、リウマチ患者、アルツハイマー病などの患者が考えられる。
また、薬剤師が患者又はその家族等からの訴えにより一包化の必要性を認め、医師の了解を得た場合にも算定可能ではあるが、その場合は一包化の理由を調剤録等に記載すること。

(問6) 服薬における安全性の確保の観点等から散剤と錠剤を別々に一包化した場合でも算定できるとあるが、具体的にどのような場合か。別に一包化した場合の理由として「服用しづらいから」でもよいか。

(答) 一包化の目的を考えた場合、別々にして患者に交付することは好ましいことではないが、数種類の錠剤と1回数gの散剤を一包化することによって、服薬時に安全に服用することが困難な場合などは、別々に一包化することは可能である。その際は、別に一包化した理由を調剤録等に記載すること。
また一包化が医師の指示によるものであった場合には、別々に一包化する理由を処方医に伝え、了解を得た旨も併せて調剤録に記載すること。

(問7) 従前通り、服用時点が1種類の場合には算定できないことでよいか。

(答) 算定できない。

(3) 嚥下困難者用製剤加算

(問1) 本来、流通している剤型で品質が保証されているので、なるべく粉碎等は避けたいと考えるが、複数の錠剤などが処方されている場合において、ある特定の1つの医薬品のみ嚥下困難であるため剤型変更を行った場合でも算定可能か。

(答) 他の医薬品が液剤等のため容易に服用することができる場合であって、当該1医薬品を加工することにより、処方せん中のすべての医薬品が、服用しやすくなる場合は算定可。基本的には、嚥下困難者用として処方せん中のすべての薬剤が容易に服用できるように加工する必要がある。1医薬品のみ剤形変更で技術評価されるものとは限らない。理由により、嚥下困難者用製剤加算ではなく自家製剤加算の散剤を算定することもありえる。

(問2) 嚥下困難者用製剤加算は、処方せんの受付1回につき算定は1回と考えて良いか。

(答) その通り。

(問3) 嚥下困難者用製剤加算は、医師の指示が必要となるのか。

(答) 医師の指示又は医師の了解が必要である。

(問4) 嚥下困難者のために錠剤を粉碎し、他の2種類の散剤と計量混合した場合、嚥下困難者用製剤加算と計量混合調剤加算のどちらも算定可能か。
また、嚥下困難者に対しゼリーやグミ製剤に加工した場合は、自家製剤加算と併せて算定することは可能か。

(答) 同時に算定することはできない。嚥下困難者用製剤加算は、嚥下困難者用に服用しやすくするために剤形を加工するなど、患者の心身の特性に応じた剤形に加工する調剤技術を評価したものである。

(問5) 嚥下困難者用製剤加算及び老人用製剤加算は、屯服薬の場合は算定できないのか。

(答) 算定できない。

(問6) 散剤を飲めない人へのカプセル充填は、自家製剤加算か嚥下困難者用製剤加算か。

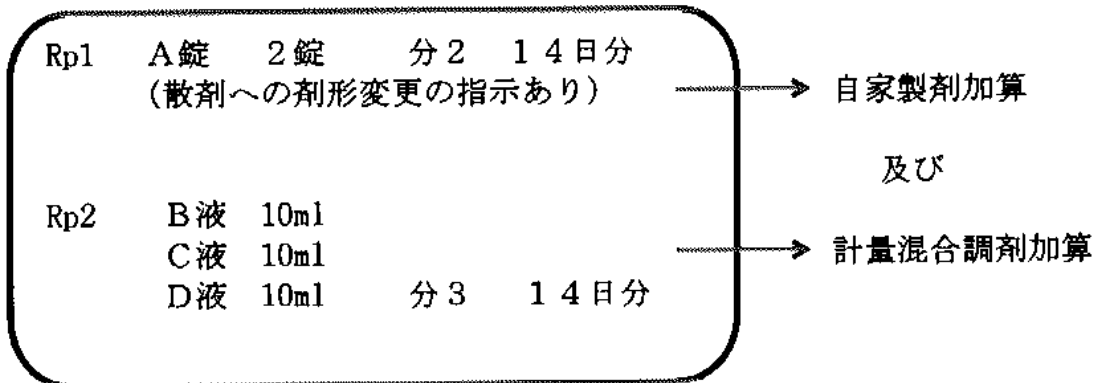
(答) 従来の老人製剤用加算の要件を若人にも拡大したものであり、嚥下障害等により市販の剤形では服用できない患者に対して剤形を加工した場合には算定できるが、カプセル剤の溶出性が散剤の場合と同じであることが担保されなくてはならない。体内動態に問題ないことが確認され、医師の了解が得られ、局方の製剤総則に従って調剤を行った場合に限り自家製剤加算を算定することができる。

(4) 自家製剤加算

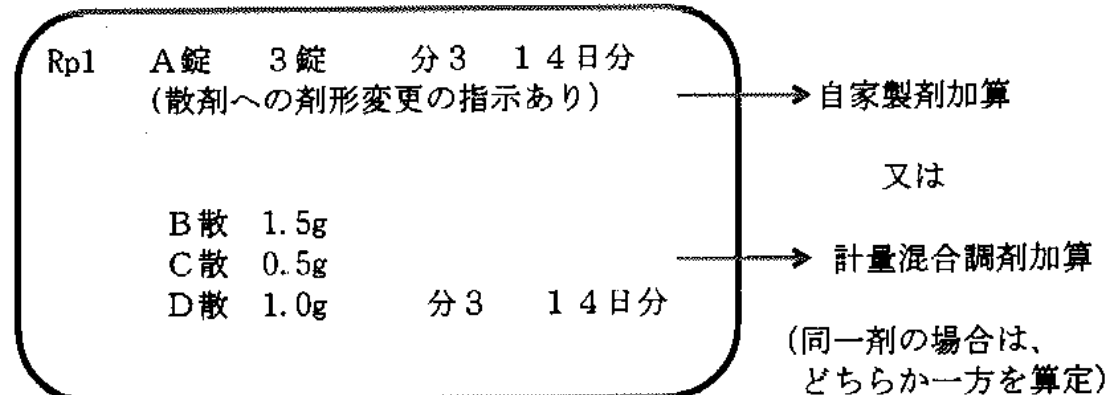
(問1) 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できないとあるが、剤が異なる場合は、算定可能か。

(答) 以下の事例のように、「剤」が異なれば、両者の算定は可能である。

◇ 別剤（2剤）の場合



◇ 同一剤（1剤）の場合



(問2) 1回量が1錠に満たない場合など、錠剤を粉砕し乳糖などを賦形して散剤とした場合などに使用した乳糖は、薬剤料として別途請求可能か。

(答) 賦形剤は請求できる。なお、自家製剤加算は、個々の患者の特性に合わせて、市販されている剤形、含量では対応できない場合の製剤技術を評価したものであり、製剤工程中に使用した製剤化に必要な安定剤、溶解剤、矯味・矯臭剤などは、薬価収載されているものであっても別に請求することはできない。

(問3) 成人用のカプセル剤をあけて、又は錠剤を粉砕して小児用に計量した場合に自家製剤加算を算定できるか。

(答) 自家製剤加算の算定要件を満たせば算定は可能である。ただし、小児に対しても適応される医薬品であれば、通常、散剤また水剤があると思われるので、医師に照会を行い、処方変更等の可能性があると考えられ、当該製品がない場合に限る。

(問4) 処方せんに「半錠」の指示がある場合、自家製剤加算を算定できるか。

(答) 自家製剤加算の算定要件としては、剤形の変更が伴うものであるが、割線のある錠剤を半分に割る場合は剤形の変更が認められると判断し算定可能である。当然ながら割線のない錠剤の場合は、薬物動態及び品質上の問題がないことが前提であり、また、半錠の含量が薬価収載されている場合には算定できない。

(問5) 割線ある錠剤の4分割は算定可か。

(答) フリトランなど客観的に均一にできる根拠があれば算定可能。また、医師の了解を得た上で散剤として製剤した場合には、自家製剤加算が算定可能である。

(問6) 割線がない錠剤を分割しても、薬物動態に影響なければ算定可か。

(答) 含量の均一性を保障できない場合がある。ただし、医師の了解を得た上で散剤とした場合には、自家製剤加算が算定可能である。

(問7) 既にきざんである生薬を計量混合した場合、自家製剤加算を算定できるか。

(答) 既製剤を単に小分けする場合には自家製剤加算を算定できない。すでにきざんである生薬を購入の上、他のものと計量混合しても自家製剤加算を算定できず、計量混合調剤の算定となる。

(5) 計量混合加算

(問1) 医師の指示に基づき、液剤に散剤を加え、用時振とうして服用するよう患者に指示の上交付したものは、計量混合加算が算定可能か。

(答) 計量混合調剤加算は、①2種類以上の散剤または顆粒剤を各々計量混合した場合、②2種類以上の液剤を各々計量混合した場合、③2種類以上の軟・硬膏剤を各々計量混合した場合であり、それ以外には、調剤上の特殊な技術工夫を伴わない、ドライシロップ剤と液剤の混合なども計量混合加算の対象である。

(問2) 従来、プロチン液とセネガシロップを混合した場合には、自家製剤加算を算定していたが、今回の改定において計量混合調剤加算を算定するのか。

(答) その通り、今回の改正(平成14年3月8日保医発0308001号「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」)において、自家製剤加算は、個々の患者の特性に合わせ、市販されている剤形、含量では対応できない場合の製剤技術を評価したものであり、原則、剤形変更が伴う場合に算定可能である。一方、計量混合調剤加算は、剤形変更を認めない散剤、顆粒剤、液剤、軟・硬膏剤の混合の場合に算定する。

また、以下のような計量混合の場合も計量混合調剤加算を算定できる。

- ① 軟膏＋クリーム
- ② 散剤＋顆粒

(問3) 計量混合調剤加算は、内服薬及び屯服薬の場合のみか。

(答) その他、外用剤として軟・硬膏剤、外用散剤、外用液剤も算定可能である。

(問4) 服用しやすくするためにシロップ剤に単シロップなどの矯味・矯臭剤を加えても計量混合調剤加算が算定できるか。

(答) 医療上の必要性が認められる場合は算定可能であるが、医療上の必要性が認められず、患者の希望に基づく甘味剤等の添加では計量混合調剤加算は算定できない。なお、今回の改定により当該サービスについて、一定の要件を満たせば患者から実費を徴収しても差し支えないこととなった。

(問5) 計量混合調剤加算の場合、賦形のみでは算定不可か。(特別乳幼児除く)

(答) 算定できない。処方された医薬品が微量のためそのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤などを混合した場合に算定できるのは、乳幼児のみである。ただし、医療上の必要性から処方せんに保険医が乳糖などの混合の指示をした場合は、計量混合調剤加算を算定できる。

(6) 後発医薬品調剤加算

(問1) 後発医薬品調剤加算は、調剤料を算定した剤のみ算定可能か。

(答) その通り。調剤料の算定限度に応じ、内服薬(内服用滴剤を除く)の場合は、3剤まで算定できる。

(参考1) 内服薬3剤まで
内服用滴剤1調剤ま
屯服薬1調剤まで
外用剤3調剤まで
注射薬1調剤まで

(参考2) 処方例
A錠(後発品)
B錠(後発品)
C錠(後発品) 分3 → 2点

D錠(先発品)
E錠(先発品) 分2 → 0点

F錠(先発品)
G錠(後発品) 分1 → 2点

(問2) 後発医薬品を調剤した場合の調剤料の加算は、内・注・外を問わず算定可能か。

(答) 剤型を問わず算定可能である。

(問3) 処方せんに後発医薬品が指定されていた場合でも、後発医薬品調剤加算は算定可能か。

(答) 算定できる。この他、一般名による処方が行われた場合、医薬品品質情報提供料の算定要件を満たし、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合も算定可能である。

(問4) 後発医薬品調剤加算は、時間外加算等の対象となるのか。

(答) 対象となる。時間外加算、休日加算及び深夜加算を算定する場合の基礎額（調剤基本料＋調剤料）には、基準調剤加算及び後発医薬品調剤加算が含まれる。

(問5) 一般名で処方されたが、後発医薬品しか備蓄されていなかった場合、後発医薬品調剤加算は算定できるか。

(答) 後発医薬品しか備蓄されていない場合でも、後発医薬品調剤加算は算定可能である。

(問6) 基準調剤加算2を算定している場合でも、後発医薬品調剤加算は算定可能か。

(答) 基準調剤加算の要件とは関係なく算定可能である。

(問7) 1剤中に後発医薬品が1品目でも含まれていれば、後発医薬品調剤加算は算定可能か。

(答) 算定できる。

(問8) レセプトにおいて、後発医薬品の識別が必要か。

(答) 必要ない。ただし一般名による処方の場合においては、「処方」欄には、現に調剤した医薬品名（商品名）、剤型及び含量を記載することとなる。

第1節 指導管理料

(1) 薬剤服用歴管理・指導料

(問1) 従来の薬歴では、22点が17点に変更されたとの理解でよいか。

(答) その通りである。今回の改定において、かかりつけ薬局機能の明確化を図り、重複投薬、相互作用などを防止し、個々の患者に応じた特別指導を強化する目的から患者情報の収集は必須事項と考えており、従来の薬剤服用歴管理・指導料の項目に従来の特別指導時に収集していた6項目などを含めることとした。ただし、薬剤服用歴管理・指導料の算定の可否は、その記載項目数により決まるのではなく、あくまで薬歴としての記載内容に基づくものとする。処方された個々の患者の薬剤に応じた薬歴を作成する必要があるため、項目数にとらわれるものではない。

(2) 特別指導加算

(問1) 月の1回目と2回目以降では点数が異なるが何故か。

(答) 特別指導の内容は、追加される患者情報（他科受診、飲食物、副作用など）により前月までの指導に追加すべき事項等がないか、又は指導方法、指導内容を変更する必要があるかなどを薬歴に基づきレビューすることが重要と考える。

(問2) 特別指導は患者又はその家族等に対してとあるが、どの範囲まで含むのか。例えば特別養護老人ホームなどの入所者の場合などはどうか。

(答) 基本的に「直接看護に当たっているもの」であり、複数の施設入所者の薬歴を作成し、個々の患者に対する特別指導を行うためには、直接看護に当たっていると考えられない施設の運転手、事務職員に対してでは算定できない。

(問3) 生活習慣病の生活指導も適正使用のための指導となるか。

(答) 算定要件は処方された薬剤に係る指導である。例えばワーファリンと納豆の相互作用、ニューキノロン剤の服用中の日光（紫外線）による発疹の出現を回避するための指導などは認められる。なお、適正使用とは医薬品を正しく使用することであり、ヒートシールが不燃物であることなどを指導しても算定できないことは当然である。

(問4) 特別指導加算の月1回目/2回目以降とは、レセプト単位(医療機関/保険別)で算定できると考えて良いか。

(答) 特別指導加算に係る算定回数は、保険医療機関毎ではなく患者毎である。すなわち同一医療機関、異なる医療機関に関わらず同一保険薬局の場合、同一の患者であれば同一月内の算定は、①当初受け付けた処方せんの内容に変更のある場合、または、②異なる医療機関の異なる疾病又は負傷による処方せんの場合のどちらにおいても2回目は、25点として算定する。なお、患者が異なる保険薬局を利用した場合には、それぞれの保険薬局で特別指導加算は、月1回目は30点ずつとなる。

(3) 麻薬管理指導加算

(問1) 薬剤服用歴管理・指導料において、麻薬を調剤した場合に必要な薬学的管理及び指導を行った場合の加算は、毎回算定可能か。

(答) 薬剤服用歴管理・指導料を算定した日に限り算定可能である。

(4) 重複投薬・相互作用防止加算

(問1) 異なる医療機関から同時に2枚の処方せんを受け、一方の疑義照会では処方変更は行われず、他方の疑義照会では処方変更が行われた場合、重複投薬・相互作用防止加算の10点、20点はそれぞれ算定できるか。

(答) 重複投薬・相互作用防止加算が算定できるのは、どちらか一方の処方せんについてのみ算定する。また、2枚の処方せんが共に処方変更された場合は20点のみの算定である。

(問2) 同じ医療機関の同じ診療科の異なる医師が異なる日に処方せんを発行した場合に、重複投薬あるいは相互作用防止のために医師に確認し、処方の変更があった場合は、算定可能か。

(答) 同一医療機関の同一診療科の処方せんは算定できない。

(問3) 服用中の他の医療機関の薬剤、服用中のOTC、あるいはお薬手帳との重複投薬、相互作用が認められる場合も算定可能か。

(答) 患者が持参したお薬手帳、院内処方などにより、重複投薬などの可能性が判明した場合は、その医薬品を処方している医療機関等に照会を行い、確認の結果、重複などが認められる場合は、算定可能。

(問4) 重複投薬あるいは相互作用防止のために医師に確認した結果、処方に変更がない場合とはどういうものか。また、この際、処方医の指示に基づき、適切な指導を患者に行った場合は、特別指導加算を算定できるとはどのようなケースか。

(答) 今回の改定で当該加算は、複数の処方せんがなくとも、薬歴に基づき併用しているOTC薬、飲食物などから重複投薬あるいは相互作用が認められると判断された場合に医師に照会を行うことを評価したものである。医師への照会の結果、患者の疾患の改善が優先されるケースはあり、処方医から併用しているOTC薬、飲食物などを中止するなどの指示があった場合などは、当該患者に特別指導を行うことは可能である。

(問5) 過去の副作用歴、アレルギー歴から処方薬剤について処方発行医に照会を行った結果、処方変更が行われても算定できないのか。

(答) 重複投薬又は相互作用防止の理由ではないので算定できない。

(5) 長期投薬情報提供料 1 / 2

(問 1) 長期投薬に係る処方せんを複数受付けた場合、算定要件を満たせば、長期投薬情報提供料 1 はそれぞれ算定可能か。

(答) 長期投薬情報提供料 1 は、受付けた処方せんに係る医薬品の安全性情報の提供を目的とするものであり、処方せん受付 1 回につき算定できる。具体的には以下のような取り扱いとなる。

(例示)

○同一医療機関にて交付された複数の処方せんを同時に受付けた場合

処方せん A → 28日(算定不可)
処方せん B → 84日(算定可: 90点)

○異なる医療機関にて交付された複数の処方せんを同時に受付けた場合

処方せん A → 28日(算定可: 30点)
処方せん B → 84日(算定可: 90点)

○同一医療機関又は異なる医療機関にて交付された複数の処方せんを異なる日に受付けた場合

処方せん A → 84日(算定可: 90点)
処方せん B → 84日(算定可: 90点)

なお、患者の同意を得て算定する場合においては、14日以下の服薬期間の医薬品も含め処方中のすべてに医薬品について情報提供の必要性が生じることに留意されたい。

(問2) 長期投薬情報提供料1の算定要件で「服薬期間が14日又はその端数を増すごとに15点」とありますが、これは、1～13日は0点、14日なら15点、15～28日なら30点と考えて良いか。

また、隔日服用などの変則的な服用における解釈として、下記の事例に関してはどうか。

① 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
服薬日 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

※この場合には、30点が算定できると考えて良いか。

② 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
服薬日 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

※この場合には、15点が算定できないと考えて良いか。

③ 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
服薬日 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

※この場合には、15点が算定できると考えて良いか。

(答) 事例①のみ服薬期間が14日を超えているので、患者の同意が得られれば算定可能。

算定方法は以下の例の通り。

15日分以上	28日分まで	30点
29日分	～ 42日分まで	45点
43日分	～ 56日分まで	60点
57日分	～ 70日分まで	75点
71日分	～ 84日分まで	90点

事例②及び③は、14日分を超えていないため算定不可。

(問3) 長期投薬情報提供料1を算定していなくても、長期投薬情報提供料2は算定できるか。

(答) 算定できる。長期投薬情報提供料1と長期投薬情報提供料2は独立したものである。ただし、長期投薬情報提供料1に基づく情報提供を患者に行い、後日この件で患者から問い合わせを受け、追加として情報提供及び服薬指導を行っても長期投薬情報提供料2は算定できない。

(問4) 長期投薬情報提供料2は、次回処方せん受付時に、前回の処方について服薬指導を行った回数分算定できると考えて良いか。

(答) その通り。ただし本情報提供料の算定について患者の同意が得られている場合であって、かつ次回受付時に再度、服薬状況や患者の体調変化などを確認することが必要である。なお、次回受付時における服薬状況等の確認及び必要な指導の算定については、その確認及び指導の内容に応じて算定することができる。

(問5) 長期投薬情報提供料2は、次回処方せん受付時に算定できるが、前回の処方せん受付日から次回の処方せん受付日までの経過期間に制限はないと考えて良いか。

(答) その通り。ただし、次回受付けた処方せんが、当初受付けた処方せんと同一の疾患又は負傷に係るものに限る。

(問6) 長期投薬情報提供料2は、患者や家族からの電話により服薬指導を行った場合であっても算定可能か。

(答) 算定できる。ただし、本情報提供料の算定について患者の同意が得られている場合であって、かつ次回受付時に再度、服薬状況や患者の体調変化などを確認した場合に限る。

(問7) 長期投薬情報提供料2の算定日の間隔に制限はないと考えて良いか。

(答) その通り。

(問8) 長期投薬情報提供料1や2は、内服薬が処方されていない場合でも算定可能か。また、算定可能な場合には、服薬期間はどのように判断すれば良いか。

(答) 内服薬以外でも算定可能である。外用薬などにおいても投薬期間が処方せんに記載されている場合などは、算定可能である。また本数や枚数で記載された処方せんの場合にあつては、薬剤の適応症などに応じて、医師に照会して投薬期間を確認してもよい。

(例示)

ニトロダームTTS 1日1回 28日分 (算定可能)

(問9) 長期投薬情報提供料1の同意文書は患者の署名が必要か。

(答) 通常、同意文書とは、患者等のサインなどが記載されるものである。

(問10) 長期投薬情報提供料2の算定の同意の場合はどうか。

(答) 口頭で可能。

(問11) 長期投薬情報提供料1を算定している患者に対し当該服薬期間中に提供すべき重要な情報がなかった場合は返還するのか。

(答) 長期投薬情報提供料1は、服用期間中の患者に重大な影響を与える新たに知り得た情報を提供するために保険薬局が行う情報の収集管理及び情報提供にかかるコストを評価したものである。従って、患者の服薬期間中に該当するような情報がなくても返還は発生しない。ただし患者等とのトラブルを防ぐためその旨も含め十分な説明を行った上で文書による同意を得ること。

(問12) 一度、文書により同意を得た患者に対しては、次回以降の同意の必要はあるか。

(答) 長期に係る処方せんの受付ごとに文書による同意が必要である。

(問13) 服用期間中の患者に重大な影響を与える新たに知り得た情報とはどういうものか。

(答) 医薬品緊急安全性情報(いわゆるドクターレター)、医薬品等安全性情報などがあげられる。薬歴に基づき、新たに認められた一部の併用薬、飲食物との「相互作用」や「警告」、「禁忌」などの重篤な副作用の追加などが、服用期間中の患者に重大な影響を与えると判断される場合を想定している。当該情報提供に当たっては、単に患者を不安がらせ、薬剤の中止や一律に受診を促すなどのことがないよう十分な経験を積んだ薬剤師により適切に行われるものと理解している。

(問14) 長期投薬情報提供料1を算定している患者に対し当該服薬期間中に提供すべき重要な情報を患者が先に入手し、その薬剤についての問い合わせがあった場合は当該情報提供料は返還するのか。

(答) 本提供料の目的は、新たな重大な情報について、保険薬剤師が患者にわかりやすく、かつ正確に説明及び指導することであり、入手することだけが目的ではない。ただし、患者等とのトラブルを防ぐためこの旨も含め十分な説明を行った上で文書による同意を得ることが必要である。

(問15) 長期投薬情報提供料2は、長期投薬情報提供料1を算定している患者から問い合わせがあった場合に限り、次回受付時に算定できるものか。

(答) 長期投薬情報提供料1と長期投薬情報提供料2は各々独立したものである。長期投薬情報提供料2は患者からの求めに応じ当該処方薬剤に対する情報を追加して行うことを評価したものである。ただし長期投薬情報提供料1に係る情報提供が十分ではないために、患者から再問い合わせを受けた場合には算定できない。

(問16) 長期投薬情報提供料1又は2の場合において、情報提供の結果、患者の服薬状況等を処方せん発行保険医療機関に情報提供する必要性を認めた場合、患者の同意を得て文書により提供した場合は、服薬情報提供料を算定できるか。

(答) 次回の処方せん受付時に算定できる。

(6) 薬剤情報提供料1

(問1) 老人健康手帳に記入していた患者が手帳を忘れた時に、他のお薬手帳に記入しても算定は可能か。

(答) 算定可能である。ただし、本点数の趣旨は継続した薬剤の情報を提供することにより、患者に手帳を所持してもらい薬剤使用の適正化を図ることが目的である。従来使用している手帳と異なる別の手帳に記載した場合は、次回以降の受付時に継続した情報になるよう薬剤師により転記等を行うこと。

(7) 医薬品品質情報提供料

(問1) 一般名による処方せんについて、医薬品品質情報提供料の算定要件を満たし、患者の同意に基づき、後発医薬品を調剤した場合、処方医への連絡は必要か。

(答) 特に連絡の必要はない。

(問2) 先発医薬品と後発医薬品に承認効能の相違がある場合（後発医薬品の一部効能の欠如）、効能の違いを無視して調剤することは可能か。

(答) 効能の違いを無視して調剤することはできない。

(問3) 今回の改定により、「-GE」による薬価収載が廃止されたことに伴い、従来の医師の一般名処方との区別がつかないが、どのように対応すべきか。

(答) 一般名による処方が行われた場合は、保険薬剤師の文書による説明により、患者が先発医薬品、後発医薬品のどちらを選択しても可能である。

(問4) 薬剤師による情報提供の結果、患者が安価な後発品を選択しても当該加算により、自己負担が高くなる場合はどうするのか。

(答) 先発医薬品、後発医薬品各々の価格および当該加算により自己負担が高くなる場合にはその旨を含め文書により薬剤師が説明を行うことが必要である。なお、後発医薬品を選択するかどうかは患者の判断であり、保険薬局の薬剤師が後発医薬品が調剤されるよう誘導するものではない。

(問5) 一般名で記載された場合、錠剤ではなくカプセル剤、又は細粒剤ではなく顆粒剤を患者の同意が得られれば、調剤してもよいか。

(答) 一般名処方とは、通常「一般名」＋「剤型」＋「含量」で標記されるので、剤型の記入漏れ、及び徐放性製剤など一般名処方では判断できない場合などは、医師に照会すること。

(問6) 医薬品品質情報提供料は、1つの医薬品でも該当すれば算定可能か。

(答) 算定できる。

(問7) 処方せんに先発医薬品が記載されていた場合に、医師への照会を行わずに、医薬品品質情報提供料の算定要件を満たせば、後発医薬品を調剤できると考えて良いか。

(答) 調剤することはできない。医薬品品質情報提供料は、医師が一般名による処方を行った場合に限られ、かつ保険薬剤師により先発医薬品及び後発医薬品について十分説明の上、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合のみ算定可能である。

(問8) 基準調剤加算2を算定している保険薬局においても、医薬品品質情報提供料は算定要件を満たせば算定できると考えて良いか。

(答) 基準調剤加算の要件とは関係なく、算定は可能である。

(問9) 医薬品品質情報提供料を算定した場合には、レセプト摘要欄への記載が必要か。

(答) 必要ない。ただし、一般名による処方の場合においては、「処方」欄には、現に調剤した医薬品名(商品名)、剤型、含量を記載することとなる。

(問10) 保険薬局内に一般名で処方された薬剤が後発医薬品のみしか備蓄していない場合に、医薬品品質情報提供料は算定可能か。

(答) 医薬品品質情報提供料は、医師による一般名処方が行われている場合に限られ、保険薬局に当該一般名に係る先発医薬品及び後発医薬品が備蓄されており、当該備蓄品の品質、薬価などについて患者に説明し、患者が後発医薬品を選択した場合のみ算定できる。

(問11) 処方せんに後発医薬品が記載されていた場合には、医薬品品質情報提供料は算定できないと考えて良いか。

(答) 算定できない。

(問12) 溶出性データはメーカーの添付文書・インタビューフォームの引用でよい
か。

(答) 添付文書、インタビューフォーム、オレンジブックなどが品質情報となると考
えられる。

(問13) Do処方として一般名で繰り返しくれば、2回目以降も受付けのたびに算定し
てよいか。

(答) 前回と同様の処方せんを受付けた場合でも、その都度、文書により患者に説明
を行った結果、患者が新たな後発医薬品を選択した場合は算定可能であるが、一
度患者の同意により選択された後発医薬品を次回以降も患者が選択した場合には
算定できない。

(8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(問1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は月4回まで算定できるが、算定日の間隔は、
従来通り6日以上空ける必要があるか。

(答) その通り。

(問2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬加算も、月4回まで算定可能か。

(答) その通り。

(問3) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、調剤を行っていない日でも算定可能で
しょうか？

(答) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は投薬又は注射の投与が行われており、投薬期間
中であれば、算定可能である。(従来通り)

(問4) 介護保険の居宅療養管理指導料も在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様に変更となるのか。

(答) 従来通りであり、変更とはならない。

なお、同月内に医療保険から介護保険に移行した場合の算定方法は、以下の通り。

<医療保険>		<介護保険>
(0回)	—————→	(2回)
(1～2回)	—————→	(1回)
(3～4回)	—————→	(0回)

(問5) 介護保険の居宅療養管理指導料を算定している場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できないのか。

(答) 算定できない。

(9) 調剤情報提供料

(問1) 調剤情報提供料を算定した場合には、レセプト摘要欄への記載が必要か。

(答) レセプト摘要欄への記載は必要ないが、医療機関等に情報提供した文書の写しを調剤録などに添付しておく必要がある。

(問2) 調剤情報提供料と服薬情報提供料は、同時に算定可能か。

(答) 算定できる。医療機関等に提供する調剤情報と服薬情報は異なる情報であり、前者は、薬学的な観点からの調剤上の疑義などについてであり、後者は、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の参考となる情報をさす。

(問3) 調剤情報提供料が算定できる情報とは具体的にどのようなものか。また医師から変更可能な薬剤などを聞かれた場合の対応は如何。

(答) 具体的には、腸溶性製剤又は徐放性製剤の粉砕、配合変化をおこす散剤、水剤の混合などが考えられる。また、医師からの質問に対しては、適宜、「類似薬選定のための薬剤分類」表（厚生労働省ホームページ参照）などが参考になる。

(問4) 処方せんの記入上の疑義等では算定できないとあるが、具体的にはどのようなものか。

(答) 薬学的な判断を伴わない、以下のようなものがあげられる。

- ①単なる処方せん上の記入漏れ、記入ミス、判読不能。
- ②軟膏をどこに塗るか。
- ③点眼をどちらの目にさすか。 など

(問5) 調剤上問題のある処方「Do」で続く場合は、その都度算定してよいか。

(答) 算定できない。

(10) 服薬情報提供料

(問1) 服薬情報提供料は、医療機関ごとに月1回算定できると考えて良いか。

(答) その通り。ただし、異なる医療機関又は診療科に対する服薬情報提供であれば、当該医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。

(問2) 服薬情報提供料は、薬剤服用歴管理・指導料を算定していなくても算定可能か。

(答) 算定できる。薬歴に基づき保険薬局が情報提供の必要性を認めた場合のほか、医師の求めに応じ患者の服薬状況を保険医療機関に情報提供する場合もある。

(問3) 服薬情報提供料は、処方せん受付のない日でも、算定要件を満たせば算定可能か。

(答) 可能。次回の処方せん受付時に算定できる。

(問4) 同月内ですでに服薬情報提供料を算定し、後日、服薬指導情報提供加算の15点は算定可能か。

(答) 服薬指導情報提供加算は服薬情報提供料と併せて算定できるものであり、同月内において各々別の日に算定することはできない。

(問5) 指導料関連で、同時に算定が出来ない組み合わせはあるか。算定できない項目に×をつけて下さい。

- | | |
|-------------------|---------------------|
| (歴) : 薬剤服用歴管理・指導料 | (長1) : 長期投薬情報提供料1 |
| (特指) : 特別指導加算 | (長2) : 長期投薬情報提供料2 |
| (麻指) : 麻薬指導加算 | (防) : 重複投薬・相互作用防止加算 |
| (手) : 薬剤情報提供料1 | (品) : 医薬品品質情報提供料 |
| (薬) : 薬剤情報提供料2 | (訪) : 在宅患者訪問薬剤管理指導料 |
| (服) : 服薬情報提供料 | (調) : 調剤情報提供料 |
| (服加) : 服薬情報提供料加算 | |

※上記記号は簡便的なもの。

(答) 算定できない組み合わせ項目(×印)は以下の通り。

	歴	特指	麻指	手	薬	服	服加	調	長1	長2	防	品	訪
歴	/												×
特指	/	/											×
麻指	/	/	/										×
手	/	/	/	/	×								×
薬	/	/	/	/	/	/							×
服	/	/	/	/	/	/	/						×
服加	/	/	/	/	/	/	/	/					×
調	/	/	/	/	/	/	/	/	/				×
長1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			×
長2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		×
防	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		×
品	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	×
訪	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

2 老人調剤報酬点数表

(問1) 老人の一包化加算は、従来と変更ないと考えて良いか。

(答) 若人と同様の取り扱いとなる。

(問2) 老人用製剤加算の名称がなくなり、嚥下困難者用製剤加算に名称が変更されたと考えて良いか。

(答) 算定要件及び加算点数は、若人と同一であるが、保険請求上の取扱いは、老人用製剤加算となる。

3 薬剤料に係わる減額措置の廃止

(問1) レセプトにおける“臨時投薬”の記載は必要なくなると考えて良いか。

(答) その通り。今回、多剤投与による逡減措置が廃止されたことに伴い、調剤報酬明細書の摘要欄への記載の必要はない。

4 選定療養

(問1) 薬事法上の承認後90日間は、薬剤料について患者から特別の料金を徴収することができるが、90日以前に保険収載されたことが明らかな場合は、どうなるのか。

(答) 処方せん受付時に当該医薬品が保険収載されていた場合は、保険上の取り扱いとなる。処方せん受付時に当該医薬品が保険収載されていなければ、処方せん受付時点が薬事法上の承認後90日以内の範囲であれば、服用時点が91日目以降となっても特別の料金を徴収することができる。

(問2) 収載前医薬品を処方せんにより交付する場合においても、医療機関において当該医薬品の名称、用法・用量、効能・効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により患者に提供することとなっているが、保険薬局で患者に情報提供した場合、薬剤情報提供料の1又は2などが算定可能か。

(答) 薬剤料以外は保険上の請求が可能である。

(問3) 薬剤一部負担金に係る種類数の算定には、選定療養の対象となる医薬品も含めて、算定するのか。

(答) 選定療養の対象となる医薬品は、薬剤一部負担の対象とはならない。

(問4) 収載前医薬品の投与日数の制限はあるか。

(答) 薬事法上の承認内容に従い、個々の患者の疾患及び当該医薬品の特性に応じ、処方医の判断による。

5 205円ルールの見直し

(問1) 205円ルールの見直しに関しては、レセプトの薬剤名称記載のみの見直しであり、薬剤一部負担金の種類数カウント方法は現状通り20点以下は1種類と考えて良いか。

(答) 205円ルールは、薬剤一部負担金の計算方法とレセプト請求時の記載方法の省略に係るが、薬剤一部負担金の計算方法については変更なし。レセプト記載については、診療報酬請求事務の透明化の観点から、医事会計システムの電算化が行われている保険医療機関、保険薬局について、205円ルールを適用しないことである。また、医事会計システムの電算化が行われていないため、従来から手書きにより請求が行われている保険医療機関、保険薬局については、届け出を行った上で、175円以下について、薬剤名等の記載省略を認めることに変更された。

- 以上 -