

# 日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

## 2012年度診療報酬改定 「調剤」(通知 Q&A①②③)

株式会社日医工医業経営研究所 (日医工MPI)



nikky

### 参考Q&A「疑義解釈」

事務連絡(厚生労働省保険局医療課)

- ①(その1 2012年3月30日)
- ②(その2 2012年4月20日)
- ③(その3 2012年4月27日)

資料No.240502-269-34



株式会社日医工医業経営研究所

## 目次

5	2012年度調剤報酬シミュレーション	34	重複投薬・相互作用防止加算
8	後発医薬品調剤体制加算	36	小規模薬局間の連携による在宅業務の評価
12	調剤料(乳幼児服薬指導加算)	39	無菌製剤処理の施設基準
13	調剤料(自家製剤加算、計量混合調剤加算)	41	特定薬剤管理指導加算(ハイリスク薬)
14	調剤料(在宅患者調剤加算)	43	基準調剤加算
18	薬剤服用歴管理指導料	50	一般名処方の推進(処方せん料)
26	薬剤服用歴管理指導料(乳幼児服薬指導加算)	53	新たな処方せん様式
28	在宅患者訪問薬剤管理指導料	56	処方せんを受けた薬局の対応例①
31	服薬情報等提供料	57	処方せんを受けた薬局の対応例②

## 凡例

改定前	改定後
2010年度診療報酬の点数、施設基準等	2012年度診療報酬の点数、施設基準等

**実線枠白地青字**

2012年度診療報酬改定の通知等

**薄灰色地**

2012年度診療報酬改定の注釈・補足事項等

**点線緑枠緑字**

2012年度診療報酬改定の疑義解釈等

日医IMPIコメント  
内容解説、等

## 2012年度診療報酬改定率

2012年度改定率	医療費ベース		備考	2010年度	2008年度	2006年度	2004年度	2002年度
薬価改定率	▲1.26%	▲約5000億円	▲6.00%(薬価ベース) 通常改定、再算定(市場拡大、長期収載、等)	▲1.23%	▲1.1%	▲1.6%	▲0.89%	▲1.3%
材料価改定率	▲0.12%	▲約500億円		▲0.13%	▲0.1%	▲0.2%	▲0.16%	▲0.1%
(薬価+材料)	▲1.375%	▲約5500億円						
診療報酬改定率	+1.38%	+約5500億円	医科:歯科:調剤 1 : 1.1 : 0.3 (1.55%:1.70%:0.46%) (4700:500:300)億円	+1.55%	+0.38%	▲1.36%	±0%	▲1.3%
	+1.379%							
全体改定率	+0.00%	±0?	医師等負担軽減 1,200億円 在宅医療充実等 1,500億円 医療技術評価等 2,000億円	+0.19%	▲0.82%	▲3.16%	▲1.0%	▲2.7%
	+0.004%	+約16億円	+約4億円(国庫負担)					

2012年度診療報酬改定率は、薬価▲1.26%、材料▲0.12%で計▲1.38%。診療報酬は+1.38%で、一旦は+0.00%と発表された。しかし小数点以下3桁まで表示すると、薬価+材料が▲1.375%、診療報酬は+1.379%で、全体の改定率は+0.004%とされた。小数点以下3桁が4であるため、小数点以下3桁で四捨五入すると0になり、しかしプラスであるとも言える政治決着的な改定率決定となった。

## 2012年度診療報酬外財源（一般財源）

項目	改定率	医療費	国庫負担
追加引き下げ	▲0.9%	▲250億円	▲約60億円
	長期収載品市場		
長期収載品	▲0.86%	▲225億円	
	長期収載品市場		
後発医薬品	▲0.33%	▲25億円	
	後発医薬品市場		
後発品薬価ルール (10品目超えで6掛け)		▲88億円	▲約22億円
診療報酬外財源 計		▲338億円	▲約82億円
診療報酬改定率	+0.004%	+約16億円	+約4億円
実質改定率	▲0.08%	▲322億円	▲約78億円

長期収載品等の追加引き下げ（▲0.9%）は、後発品への置き換えが進まなかった分の精算のために行うものであり、今回は後発医薬品も対象になった。これで生じる財源は診療報酬改定の財源には含まないとしている。

後発医薬品の薬価算定ルールが改正され、10品目を超える内服剤は6掛けとなった。これで生じると予想される財源も診療報酬改定の財源には含まないとしている。

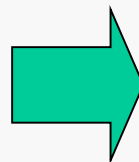
2012年度の診療報酬改定は、+0.004%のわずかなプラスとされているが、診療報酬改定財源とならない薬価の引き下げで、実質の改定率はマイナスとなる。

診療報酬外財源（追加引き下げ等）で捻出できる財源は、一般財源化され、介護報酬の処遇改善などに使われる予定

## 2012年度調剤報酬シミュレーション

【平成23年6月 全体】 (単位千円)

<b>I 収益</b>	<b>13,523</b>
1、保険調剤収益	13,134
2、公害等調剤収益	33
3、その他の薬局事業収益	356
<b>II 介護収益</b>	<b>32</b>
1、居宅サービス収益	28
2、その他の介護収益	4
<b>III 費用</b>	<b>12,766</b>
1、給与費	2,212
2、医薬品等	9,204
3、委託費	31
4、減価償却費	122
5、その他	1,197
<b>IV 損益差額(I+II-III)</b>	<b>788</b>
処方箋枚数	<b>1,566枚</b>



【平成24年4月以降(MPI推定)】 (単位千円)

<b>I 収益</b>	<b>12,870</b>
1、保険調剤収益	12,481
2、公害等調剤収益	33
3、その他の薬局事業収益	356
<b>II 介護収益</b>	<b>32</b>
1、居宅サービス収益	28
2、その他の介護収益	4
<b>III 費用</b>	<b>12,183</b>
1、給与費	2,264
2、医薬品等	8,569
3、委託費	31
4、減価償却費	122
5、その他	1,197
<b>IV 損益差額(I+II-III)</b>	<b>719</b>
処方箋枚数	<b>1,566枚</b>

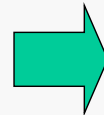
**2011年6月の保険調剤収益 13,134千円**

技術料: 26.0% ( $13,134 \times 0.260 = 3,415$ 千円)  
 薬剤料: 73.8% ( $13,134 \times 0.738 = 9,693$ 千円)  
 その他: 0.2% ( $13,134 \times 0.002 = 26$ 千円)

**2012年4月の保険調剤収益(予想) 12,481千円**

薬価改正率(▲6.9%)、調剤報酬改定率(+0.46%)  
 技術料分 3,431千円 ( $3,415$ 千円  $\times (1 + 0.46\%)$ )  
 薬剤料分 9,024千円 ( $9,693$ 千円  $\times (1 - 6.9\%)$ )  
 その他(材料等)分 26千円(変更なし)

<b>I 収益</b>	<b>13,523</b>
1、保険調剤収益	13,134
2、公害等調剤収益	33
3、その他の薬局事業収益	356
<b>II 介護収益</b>	<b>32</b>
1、居宅サービス収益	28
2、その他の介護収益	4
<b>III 費用</b>	<b>12,766</b>
1、給与費	2,212
2、医薬品等	9,204
3、委託費	31
4、減価償却費	122
5、その他	1,197
<b>IV 損益差額(I + II - III)</b>	<b>788</b>
処方箋枚数	1,566枚



<b>I 収益</b>	<b>12,870</b>
1、保険調剤収益	12,481
2、公害等調剤収益	33
3、その他の薬局事業収益	356
<b>II 介護収益</b>	<b>32</b>
1、居宅サービス収益	28
2、その他の介護収益	4
<b>III 費用</b>	<b>12,183</b>
1、給与費	2,264
2、医薬品等	8,569
3、委託費	31
4、減価償却費	122
5、その他	1,197
<b>IV 損益差額(I + II - III)</b>	<b>719</b>
処方箋枚数	1,566枚

**2012年4月の給与費 2,264千円**

実態調査で2009年と2011年の伸び率+4.7%で  
 按分  $2,212$ 千円  $\times 1.0235 = 2,264$ 千円

**2012年4月の費用(医薬品等) 8,569千円**

納入価格はスライドで設定。薬価(-6.9%)同様に  
 $9,204$ 千円  $\times 0.931 = 8,569$ 千円

# 利益確保の対策

788,000円－719,000円＝69,000円／月の減収をカバーするためには・・・。

後発医薬品調剤体制加算でカバーするとしたら・・・

- (算定なし) → 22% 5点アップ × 1,566枚 = 78,300円の増収
- (25%) → 30% 2点アップ × 1,566枚 = 31,320円の増収
- (30%) → 35% 2点アップ × 1,566枚 = 31,320円の増収

売上だけで8.5人、  
利益確保は約4倍として34人増

増患(処方せん枚数)でカバーするとしたら・・・ (処方せん1枚単価 8,121円)  
69,000円 ÷ 8,121円 ≒ 8.5人 × 4倍 = 34人／月の新患を増やせるか？

基準調剤加算を届けていない薬局は、届け出を行う方法を考える必要が・・・

- ・ 基準調剤加算1 10点 × 1,566枚 = 156,600円
- ・ 基準調剤加算2 30点 × 1,566枚 = 469,800円

結局は“在宅”

在宅患者の確保に向けた対策にも取り組むべき・・・

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料1 500点
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料2 350点
- 在宅患者調剤加算 15点(処方せん1枚につき)

調剤

GE

## 後発医薬品調剤体制加算

改定前

【後発医薬品調剤体制加算】(処方せんの受付1回につき直近3か月間の医薬品の調剤数量(調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。)のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。

- 1 20%以上 6点
- 2 25%以上 13点
- 3 30%以上 17点

想像していたより2と3の点数が低かった。財源不足が要因か？逆に1は1点減に留まった。2014年度改定までにここまで来てほしいとするメッセージか？

改定後

【後発医薬品調剤体制加算】(処方せんの受付1回につき直近3か月間の医薬品の調剤数量(調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。)のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。

- 1 22%以上 5点(改) 改
- 2 30%以上 15点(改) 改
- 3 35%以上 19点(改) 改

※1 後発医薬品の調剤数量の割合を計算する際に、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤に加えて、漢方製剤及び生薬については、後発医薬品の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

※2 平成24年度薬価改定の結果、一部の後発医薬品の薬価については、先発医薬品の薬価よりも「高くなる」、若しくは「同じとなる」見込みであることから、これら薬価が「高くなる」、若しくは「同じとなる」品目については、後発医薬品の使用に係る診療報酬上の評価の対象としている「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することとする。

**[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【後発医薬品調剤体制加算】**

(問1) 平成24年1月から同年3月までの後発医薬品の調剤数量割合を求めるに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品から除外する品目」(「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」平成24年3月5日保医発0305第14号の別紙2)を含めて計算するが、当該品目のうち、改定前から引き続き除外する品目(同、平成22年3月5日保医発0305第14号)については、これに含めないという理解で良いか。

(答) 貴見のとおり。



## 第89 後発医薬品調剤体制加算(平成24年3月5日施設基準)

### 1 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した薬剤(4に掲げる医薬品を除く。)について、当該薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が22%以上であること。なお、平成24年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」(平成24年3月5日保医発0305第14号)において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算するが、4において除外することとされたものについては除いて計算すること。
- (2) 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示するとともに、後発医薬品調剤体制加算を算定している旨を当該保険薬局の内側の見えやすい場所に掲示していること。

### 2 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した薬剤(4に掲げる医薬品を除く。)の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30%以上であること。なお、平成24年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」(平成24年3月5日保医発0305第14号)において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算するが、4において除外することとされたものについては除いて計算すること。
- (2) 1の(2)の基準を満たすこと。

### 3 後発医薬品調剤体制加算3の施設基準

- (1) 当該保険薬局において調剤した薬剤(4に掲げる医薬品を除く。)の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35%以上であること。なお、平成24年1月から同年3月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」(平成24年3月5日保医発0305第14号)において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算するが、4において除外することとされたものについては除いて計算すること。
- (2) 1の(2)の基準を満たすこと。

#### 4 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

##### (1) 経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインライン配合経腸用液、ハーモニック-M(経過措置品目)、ハーモニック-F(経過措置品目)、ラコール配合経腸用液、ツインラインNF配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用液

##### (2) 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

##### (3) 生薬(薬効分類番号510)

##### (4) 漢方製剤(薬効分類番号520)

##### (5) その他の生薬および漢方処方に基づく医薬品(薬効分類番号590)

#### 5 届出に関する事項

後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式85を用いること。

調剤

## 調剤料（後発医薬品調剤加算）

GE

改定前	改定後
<p>【後発医薬品調剤加算】(1調剤につき)</p> <p>[算定要件]</p> <p>後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数(内服薬の場合は、1剤に係る所定点数)に1調剤につき2点を加算する。</p>	<p><u>(廃止)</u></p> <p>調剤料における後発医薬品調剤加算は、薬剤服用歴管理指導料の要件に組み込まれ廃止された。</p>

## 調剤

## 調剤料（乳幼児服薬指導加算）

## 改定前

## 【自家製剤加算】（1調剤につき）

イ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）

①錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬 20点

②錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90点

③液剤 45点

ロ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。）

①錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点

②液剤 75点

## 【計量混合加算】（1調剤につき）

イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合

①液剤の場合 75点

②散剤又は顆粒剤の場合 90点

③軟・硬膏剤の場合 80点

ロ イ以外の場合

①液剤の場合 35点

②散剤又は顆粒剤の場合 45点

③軟・硬膏剤の場合 80点

## 改定後

## 【自家製剤加算】（1調剤につき）

イ 内服薬及び頓服薬

①錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の内服薬 20点

②錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90点

③液剤 45点

（削除）

調剤料における乳幼児加算は廃止され、全年齢が同加算を算定する。

乳幼児加算は、薬剤服用歴管理指導料に新設された。

## 【計量混合加算】（1調剤につき）

（削除）

①液剤の場合 35点

②散剤又は顆粒剤の場合 45点

③軟・硬膏剤の場合 80点

## 調剤料（自家製剤加算、計量混合調剤加算）

### 【疑義解釈(厚労省②2012年4月20日)】【自家製剤加算、計量混合調剤加算】

(問1) 自家製剤加算および計量混合調剤加算のうち、「特別の乳幼児用製剤を行った場合」の点数は廃止されたが、乳幼児の調剤のために、矯味剤等を加えて製剤した場合や微量のために賦形剤・矯味矯臭剤等を混合した場合には、自家製剤加算又は計量混合調剤加算を算定できるという理解で良いか。

(答) 貴見のとおり。

### 【疑義解釈(厚労省③2012年4月27日)】【自家製剤加算、計量混合調剤加算】

(問2) 6歳未満の乳幼児(以下単に「乳幼児」という。)の調剤のために、矯味剤等を加えて製剤した場合や微量のために賦形剤・矯味矯臭剤等を混合した場合には、自家製剤加算又は計量混合調剤加算を算定することができるとされているが、当該加算は、乳幼児ごとにその必要性を適切に判断した上で行われるものであって、すべての乳幼児に対して一律に算定できるものではないという理解で良いか。

(答) 貴見のとおり。

調剤

## 調剤料（在宅患者調剤加算）

在宅

改定後

（新）在宅患者調剤加算 15点

新

## [算定要件]

施設基準に適合している薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者に対する調剤を行った場合、処方せん受付1回につき15点を加算する。

施設基準に適合する在宅対応薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合に調剤料への加算が新設された。

## [疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【在宅患者調剤加算】

(問1) サポート薬局が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅基幹薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合、在宅患者調剤加算の届出に係る算定回数については、どちらの薬局のものとして計上するのか。

(答) 在宅基幹薬局の算定回数として計上する。

(問2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、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の投薬が行われた場合にも、在宅患者調剤加算は算定できるのか。

(答) 算定できる。

## [疑義解釈(厚労省②2012年4月20日)] 【在宅患者調剤加算】

(問1) 在宅患者調剤加算の届出に係る管理・指導の実績は、届出時の直近1年間の在宅薬剤管理指導(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費)の合計算定回数により判断するが、同加算は届出からどの程度適用することができるかと解釈するのか。また届出を行った以降も直近1年間の状況を毎月計算する必要があるのか。

(答) 在宅患者調剤加算は、届出時の直近1年間の実績で判断し、届出が受理された日の属する月の翌月1日(月の最初の開庁日に届出が受理された場合は、当月1日)から1年間適用することができる。したがって、その間は毎月直近の算定実績を計算する必要はない。

(問2) 在宅患者調剤加算の届出に係る在宅薬剤管理指導の実績(直近1年間の合計算定回数)については、①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②居宅療養管理指導費、③介護予防居宅療養管理指導費が対象とされているが、それ以外(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)は、算定実績の対象には含まれないのか。

(答) そのとおり。

## 第91 在宅患者調剤加算(平成24年3月5日施設基準)

### 1 在宅患者調剤加算に関する施設基準

- (1) 地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。
- (2) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、当該加算の施設基準に係る届出時の直近一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数が、合算して計10回以上であること。
- (3) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導(以下「在宅業務」という。)に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、サポート薬局の薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものであること。
- (4) 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対して、在宅業務実施体制に係る周知を自ら又は地域の薬剤師会等を通じて十分に行っていること。
- (5) 当該保険薬局において、在宅業務従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する学術研修(地域薬剤師会等が行うものを含む。)を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (6) 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。
- (7) 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取得し、必要な指導を行うことができること。

### 2 届出に関する事項

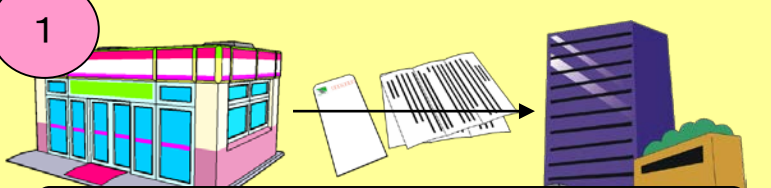
在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式87を用いること。

調剤図解

# 在宅患者調剤加算

## 施設基準

1




在宅患者訪問薬剤管理指導にかかる届出

- ・在宅患者訪問薬剤管理指導料
- ・居宅療養指導費
- ・介護予防居宅療養管理指導費

10回以上

2



1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料の実績

3



開局時間外の在宅患者への調剤、在宅対応

4



医療機関・福祉関係者への在宅対応周知

5



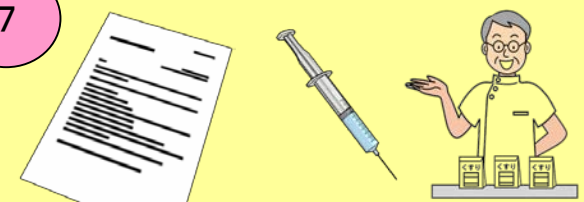
定期的な研修

6

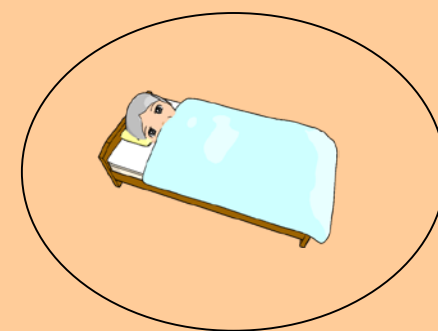


医療材料・衛生材料の供給体制

7



麻薬小売業者の免許と指導の体制





在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

1	開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況
2	在宅業務実施体制に係る周知の状況
3	在宅業務に必要な体制の整備状況
4	医療材料及び衛生材料の供給に必要な体制の整備状況
5	在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間） 期間： 年 月 ～ 年 月 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況 算定回数： 回 （実施患者数： ） （在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険） 算定回数： 回 （実施患者数： ） 居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（介護保険） 算定回数： 回 （実施患者数： ））
6	麻薬小売業者免許証の番号

【記載上の注意】

- 「1」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 「2」については、在宅業務実施体制に係る周知先の名称、及びその周知方法等を記載すること。
- 「3」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 「4」については、医療材料及び衛生材料の品目リストを添付すること。
- 「5」の実施回数については、届出時の直近一年間で在宅患者訪問薬剤管理指導料及び居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を合算して計10回以上であること。

在宅患者調剤加算の施設基準に係る届出書添付書類

開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況

在宅業務実施体制に係る周知の状況

在宅業務に必要な体制の整備状況

医療材料及び衛生材料の供給に必要な体制の整備状況

在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況（届出時の直近一年間）

麻薬小売業者免許証の番号

調剤

## 薬剤服用歴管理指導料

GE

改定前	改定後
<p>【薬剤服用歴管理指導料】(処方せんの受付1回につき) 30点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p><b>廃止</b></p> <p><b>手帳記載が要件に入った。</b></p> <p><del>【薬剤情報提供料】</del> <del>(処方せんの受付1回につき) 15点</del></p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】(処方せんの受付1回につき) <u>41点(改)</u> <b>改</b></p> <p>[算定要件]</p> <p>患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるもの(以下「<u>薬剤情報提供文書</u>」という。)により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>③ <u>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u></p> <p>④ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。</u></p> <p>⑤ <u>薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報(後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。)を患者に提供すること。</u></p>

調剤図解

# 薬剤服用歴管理指導料

現行		改定後	
薬剤服用歴管理指導料	30点	薬剤服用歴管理指導料	41点
—		・ 残薬の有無の確認	(新規要件)
—		・ 後発医薬品に関する情報提供	(新規要件)
薬剤情報提供料	15点	・ お薬手帳を通じた情報提供	薬剤服用歴管理指導料の要件
・ お薬手帳を通じた情報提供		薬剤情報提供料	廃止

前回調剤した薬剤で、飲み残しや自ら服用を中止してらっしゃる薬はございませんか？  
本日調剤した薬についてはこちらのお薬手帳に記載しておきますね。

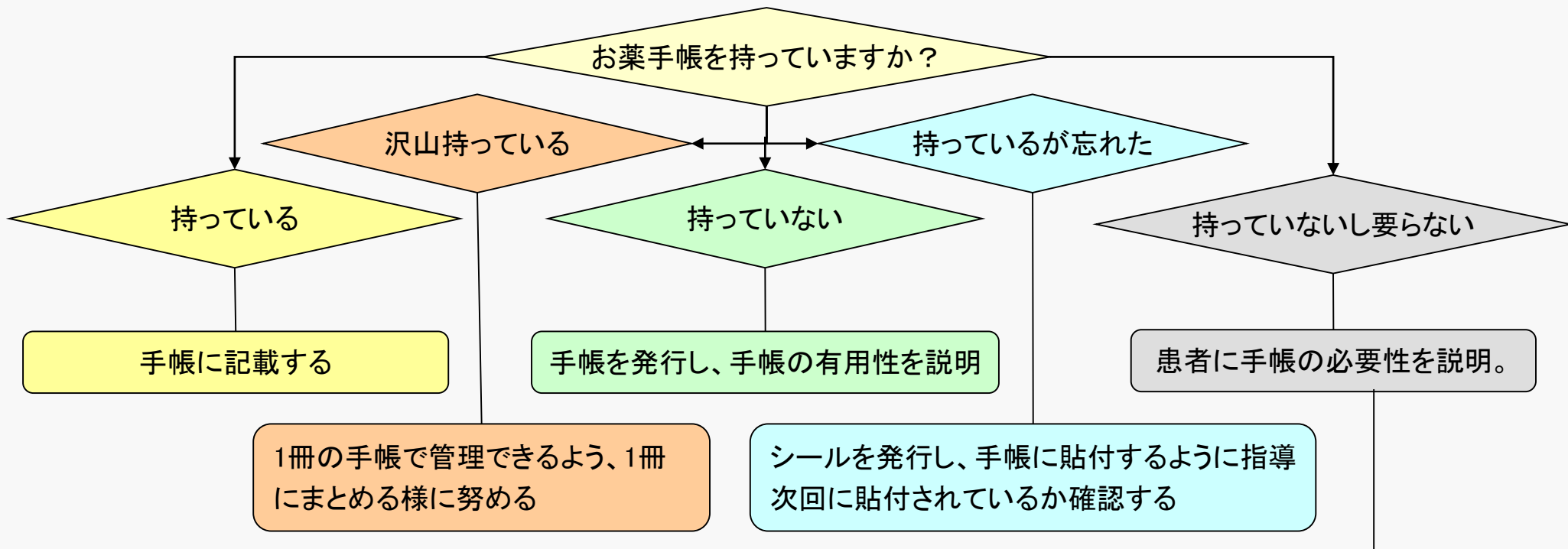


お薬の名称 (一般名)	写真など	効能・効果	用法・用量	薬剤に関する情報	薬価
ガスター錠10mg (ファモチジン錠)		胃潰瘍、十二指腸潰瘍、逆流性食道炎など	1日2回朝食後、夕食後または就寝前に服用してください。	胃の症状の原因となる「胃酸」の出過ぎを抑えるお薬です。 妊婦又は妊娠の可能性のある婦人は服用できません。 .....	31.10
このお薬には後発医薬品があります。ファモチジン錠10「〇〇」 〇〇製薬					12.40

お薬手帳は薬剤服用歴管理指導料を算定している全患者さんが対象になります。

文書による情報提供のイメージ

# 薬剤服用歴管理指導料



保険医療機関を受診する際に、医師に手帳を提示してくださいね！



手帳を渡せなくても、シールを発行し、手帳に貼付するように指導し、次回に貼付されているか確認すれば算定できる可能性がある。

薬剤服用歴管理指導料に手帳要件が導入されましたが、「患者の求めに応じて」という記述が無くなるなど、手帳交付のルールは緩和されました。

Q&Aでも明確な見解が示されなかったが、他の全ての要件を満たせば算定できるとの見方もある。(日医工MPI)

**[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【薬剤服用歴管理指導料】**

(問1) 患者がお薬手帳を持参しなかったため、手帳に貼付するシール等を交付した場合であっても、薬剤服用歴管理指導料は算定できると理解して良いか。

(答) 差し支えない。なお、シール等を交付した患者が次回以降に手帳を持参した場合は、当該シール等が貼付されていることを確認すること。

(問2) 患者から、薬剤情報提供文書の「後発医薬品に関する情報」として記載していること以上の内容について情報提供の求めがあった場合、後発医薬品情報提供料(平成24年3月31日をもって廃止)における「保険薬剤師が作成した文書又はこれに準ずるもの」を備え対応することで良いか。

(答) 貴見のとおり。

(問3) 薬剤情報提供文書による「後発医薬品に関する情報」の提供にあたり、後発医薬品の有無については、含量違い又は類似した別剤形も含めて判断しなければならないのか。

(答) 同一規格・同一剤形で判断する。ただし、異なる規格単位を含めた後発医薬品の有無等の情報を提供することは差し支えない。

(問4) 調剤した先発医薬品に対応する後発医薬品の有無の解釈については、該当する後発医薬品の薬価収載日を基準に判断するのか。それとも、販売の有無で判断すればよいのか。

(答) 後発医薬品の販売の時までに適切に対応できれば良い。

(問5) 調剤した先発医薬品に対して、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品が複数品目ある場合、全品目の後発医薬品の情報提供をしなければならないのか。

(答) いずれか1つの品目に関する情報で差し支えない。

(問6) 調剤した薬剤が全て先発医薬品しか存在しない場合又は全て後発医薬品である場合は、「後発医薬品に関する情報」として、薬価収載の有無又は既に後発医薬品であることを患者に提供する事で足りると理解して良いか。また、薬価が先発医薬品より高額又は同額の後発医薬品については、診療報酬上の加算等の算定対象から除外されているが、これらについても後発医薬品であることを薬剤情報提供文書で提供するものと理解して良いか。

(答) いずれも貴見のとおり。

(問7) 調剤した先発医薬品について、薬価基準に後発医薬品は収載されているが、自局の備蓄医薬品の中に該当する後発医薬品が一つもない場合は、「後発医薬品に関する情報」として、薬価収載の有無及び自局では該当する後発医薬品の備蓄がない旨を患者に提供することで足りると理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

**[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【薬剤服用歴管理指導料】**

(問8) 調剤した先発医薬品に対する後発医薬品の情報提供にあたっては、当該品目の「名称及びその価格」を含むこととされているが、この価格とは、規格・単位当たりの薬価であることが必要か。それとも、たとえば投与日数に応じた患者負担分の金額等でも構わないのか。

(答) 調剤した先発医薬品との価格差が比較できる内容になっていれば、いずれの方法でも差し支えない。

**[疑義解釈(厚労省②2012年4月20日)] 【薬剤服用歴管理指導料】**

(問1) 薬剤服用歴管理指導料の新たな算定要件に追加された「後発医薬品に関する情報」は、薬剤情報提供文書により提供することとされているが、当該情報は必ず同一の用紙でなければ認められないのか。

(答) 患者にとってわかりやすいものであれば、別紙であっても差し支えない。

(問2) 薬剤服用歴管理指導料の算定要件である「後発医薬品に関する情報」は、処方せんに後発医薬品への変更不可の指示があるか否かに関わらず、提供する必要はあるのか。

(答) そのとおり。

**[疑義解釈(厚労省②2012年4月20日)] 【薬剤服用歴管理指導料】**

(問3) 薬剤服用歴管理指導料の算定要件である「後発医薬品に関する情報」について、調剤した医薬品が先発医薬品に該当しない場合には、どのように取り扱うべきか。

(答) 医薬品の品名別の分類(先発医薬品/後発医薬品の別など)については、厚生労働省より「使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について(平成24年4月2日現在)」※が公表されている。

この整理の中で、

- ①「先発医薬品」であり、それに対する同一剤形・同一規格の後発医薬品が薬価収載されている場合は、
  - 1) 該当する後発医薬品が薬価収載されていること
  - 2) うち、自局で支給可能又は備蓄(以下「備蓄等」という。)している後発医薬品の名称とその価格(ただし、いずれの後発医薬品も備蓄等していなければ、後発医薬品の備蓄等がない旨でも可)
- ②「先発医薬品」であるが、それに対する同一剤形・同一規格の後発医薬品が薬価収載されていない場合は、
  - 1) 調剤した医薬品は先発医薬品であること
  - 2) これに対する後発医薬品は存在しないこと(含量規格が異なる後発医薬品または類似する別剤形の後発医薬品がある場合に、その情報を提供することは差し支えない)
- ③「後発医薬品」である場合は、調剤した医薬品は既に後発医薬品であること
- ④いずれにも該当しない場合は、長年に亘り使用されている医薬品であることや、漢方製剤や生薬であり後発医薬品は存在しないこと

などを「後発医薬品に関する情報」として患者へ提供することが求められる。

また、「後発医薬品に関する情報」に関しては、「可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい」とされていることにも留意されたい。

※ 2012年04月02日掲載「使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について(平成24年4月2日現在)」(今後、逐次更新予定。)

厚生労働省トップページ> 政策について> 分野別の政策一覧> 健康・医療> 医療保険> 使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について(平成24年4月2日現在)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html>

日医IMPIでは、厚労省に電話で確認したうえで、「使用薬剤の薬価(薬価基準)に収載されている医薬品について」に基づくMPI情報『一般名処方加算 算定可能薬剤の調べ方』をStu-GEで公開している。

## 区分10 薬剤服用歴管理指導料(平成24年3月5日留意事項)

(1) 薬剤服用歴管理指導料は、[略]

イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。

ウ 調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者等に対して、調剤日、当該薬剤の名称(一般名処方による処方せん又は後発医薬品への変更が可能な処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称)、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載すること。

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いて、また、患者又はその家族等から確認すること。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。

オ 薬剤情報提供文書により、調剤した薬剤に対する後発医薬品に関する情報について患者に提供すること。

[略]

(14) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、できるだけ同一の手帳で管理できるよう、保険薬局は1冊にまとめるなどに努める。

(15) 手帳を所有しているが処方せんの受付時に持参しなかった患者については、所有している手帳に貼付できるよう、必要な情報が記載された簡潔な文書(シール等)を交付することで差し支えない。なお、シール等を交付した患者が次回手帳を持参した場合には、当該シール等が貼付されていることを確認する。

(16) (1)のエの残薬の状況の確認にあたり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴の記録に記載する。

(17) (1)のオの「後発医薬品に関する情報」とは、次に掲げる事項とし、薬剤情報提供文書により提供するとともに、必要な説明を行うこと。また、後発医薬品の情報に関しては、可能であれば一般的名称も併せて記載することが望ましい。なお、ここでいう後発医薬品とは、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」(平成24年3月5日保医発0305第14号)の別紙1に掲げられたものに加え、別紙2に掲げられたものも含むものであること。

ア 該当する後発医薬品の薬価基準への収載の有無

イ 該当する後発医薬品のうち、自局において支給可能又は備蓄している後発医薬品の名称及びその価格(当該薬局において備蓄しておらず、かつ、支給もできない場合はその旨)

[略]



調剤図解

薬剤情報提供文書における  
後発医薬品の情報提供例  
(中医協提出資料から)

当薬局では、以下の後発医薬品(ジェネリック医薬品)を備蓄しています

5 後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更について 5 1/2

平成23年10月21日  
受付№ [ ]  
処方箋番号 [ ]  
診療科 [ ]  
処方医 [ ]

●当薬局では、以下の後発医薬品(ジェネリック医薬品)を備蓄しております。

区分	写真	剤形	商品名	一般名	製造会社	規格 単位	単位 薬剤料	処方量	薬剤料 合計	処方薬との 薬剤料の差
先発		貼付剤	ホクナリンテープ2mg	ツロブテロール貼付剤	アボット	2mg	93.1円	10枚	931円	-
後発		貼付剤	ツロブテロールテープ2mg「日医工」	ツロブテロール貼付剤	日医工	2mg	54.9円	10枚	549円	382円

※ 薬価、および患者様負担金額はあくまで参考です。実際の患者様負担金額は心算が正しいです。

※ツロブテロールテープ2mg「日医工」

区分	写真	剤形	商品名	一般名	製造会社	規格 単位	単位 薬剤料	処方量	薬剤料 合計	処方薬との 薬剤料の差
先発		貼付剤	ホクナリンテープ2mg	ツロブテロール貼付剤	アボット	2mg	93.1円	10枚	931円	-
後発		貼付剤	ツロブテロールテープ2mg「日医工」	ツロブテロール貼付剤	日医工	2mg	54.9円	10枚	549円	382円

■今回処方分

処方薬薬剤料 合計	後発品薬剤料 合計	薬剤料 差額	患者様 負担差額 (10割負担)
2,744円	1,469円	1,275円	1,275円

■年間量 ※内服薬のみ

処方薬薬剤料 合計	後発品薬剤料 合計	薬剤料 差額	患者様 負担差額 (10割負担)
47,268円	23,981円	23,287円	23,287円



〇〇さんの処方された薬剤には、ジェネリックに切り替えられる薬剤がございます。こちらがジェネリックに替えられる薬剤です。

当薬局ではこの中のA剤とB剤のジェネリックの在庫がございます。ジェネリックに切り替えますと、△△円負担額を軽減できますが、変更されますか？

■今回処方分			患者様 負担差額 (10割負担)
処方薬薬剤料 合計	後発品薬剤料 合計	薬剤料 差額	1,275円
2,744円	1,469円	1,275円	
■年間量 ※内服薬のみ			患者様 負担差額 (10割負担)
処方薬薬剤料 合計	後発品薬剤料 合計	薬剤料 差額	23,287円
47,268円	23,981円	23,287円	

# 調剤 薬剤服用歴管理指導料（乳幼児服薬指導加算）

改定後

新

（新）乳幼児服薬指導加算 5点（薬剤服用歴管理指導料への加算）

**[算定要件]**

注 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た上で、患者又は患者の家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、指導内容等を手帳に記載した場合は、所定点数に5点を加算する。

乳幼児が安全に、又は容易に服用できるよう、乳幼児への服薬指導を行った場合に薬剤服用歴管理指導料の加算として算定する。

## （23）乳幼児服薬指導加算（平成24年3月5日留意事項）

- ア 乳幼児服薬指導加算は、乳幼児に係る処方せんの受付の際に、体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。
- イ 乳幼児服薬指導加算を算定した処方せん中の薬剤の服用期間中に、患者の家族等から電話等により当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合には、適切な対応及び指導等を行うこと。
- ウ アにおける確認内容及び指導の要点について、薬剤服用歴の記録及び手帳に記載する。

調剤

## 薬剤情報提供料 後発医薬品情報提供料

薬剤服用歴管理指導料の要件化に伴い廃止。

改定前		改定後
【薬剤情報提供料】(処方せん受付1回につき) 15点	<u>(廃止)</u>	
改定前		改定後
【後発医薬品情報提供料】(処方せん受付1回につき) 10点	<u>(廃止)</u>	

調剤

## 在宅患者訪問薬剤管理指導料

在宅

改定前

改定後

## 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 500点
- 2 同一建物居住者の場合 350点

距離要件(16km)は医科(訪問診療料等)では導入済。

## 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

- 1 同一建物居住者以外の場合 500点
- 2 同一建物居住者の場合 350点

## 【算定要件】

注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない。

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、および在宅患者緊急時等共同指導料にも同様に「注の追加(16km条項)」が設定された。

特殊な事情とは、16kmの圏内に訪問薬剤管理指導を行う薬局がない場合

**[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】**

(問1) サポート薬局が訪問薬剤管理指導を実施する場合にも、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生(支)局長へ届出を行う必要があるという理解で良いか。

(答) 貴見のとおり。

(問2) 既に在宅基幹薬局として訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局が、サポート薬局となることはできるのか。

(答) できる。ただし、同一の患者において、在宅基幹薬局とサポート薬局との位置付けが頻繁に変わることは認められない。

(問3) サポート薬局についても、在宅基幹薬局と同様に、患家からの距離が16km以内でなければならないのか。

(答) 貴見のとおり。ただし、特殊の事情のあった場合を除く。

(問4) サポート薬局として1つの保険薬局が、複数の在宅基幹薬局と連携することは可能か。

(答) 可能。ただし、サポート薬局として在宅業務に支障がない範囲で対応する必要がある。

(問5) サポート薬局が在宅基幹薬局に代わり医療用麻薬を使用している患者の訪問薬剤管理指導を実施する場合は、在宅基幹薬局及びサポート薬局のいずれの保険薬局も麻薬小売業の免許を取得していなければならないという理解で良いか。

(答) 貴見のとおり。

**[疑義解釈(厚労省②2012年4月20日)] 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】**

(問1) 在宅訪問薬剤管理指導業務のうち、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が実施することができるものはどれか。

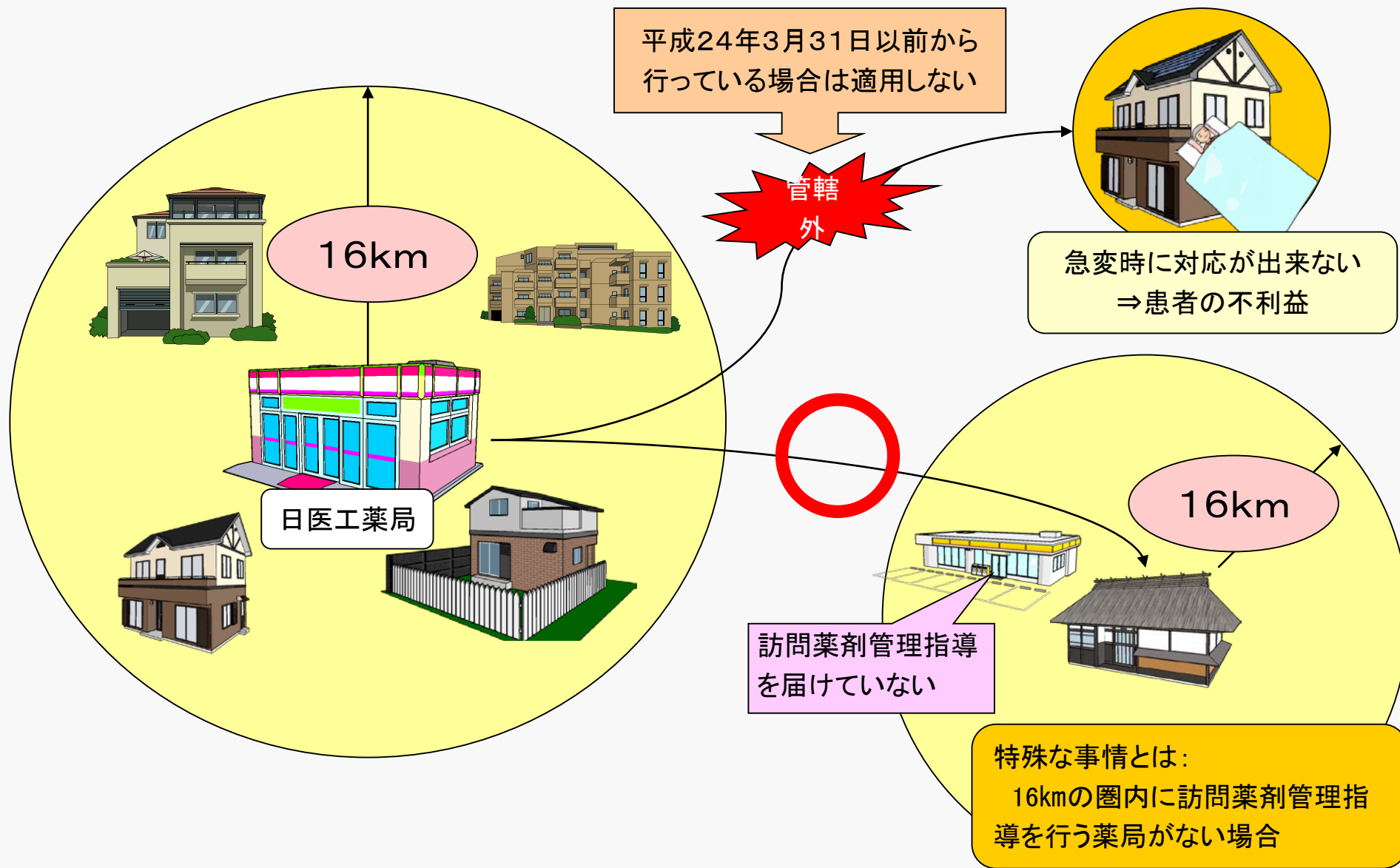
(答) サポート薬局による実施(在宅基幹薬局で算定)が認められているのは、①在宅患者訪問薬剤管理指導料、②在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、③居宅療養管理指導費、④介護予防居宅療養管理指導費に限られる。在宅患者緊急時等共同指導料および退院時共同指導料は認められていない。

(問2) どのような場合に、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が在宅訪問薬剤管理指導業務を実施することができるのか。

(答) 在宅薬剤管理指導は、1人の患者に対して1つの保険薬局(在宅基幹薬局)が担当することが基本であることから、連携している他の保険薬局(サポート薬局)に代替りの対応を求めることができるのは、在宅基幹薬局において「緊急その他やむを得ない事由がある場合」に限られている。したがって、1人の患者に対して、サポート薬局による在宅薬剤管理指導が頻繁に実施されることは認められない。

調剤図解

# 在宅患者訪問薬剤管理指導料



## 調剤

## 服薬情報等提供料

## 改定後

(新) 服薬情報等提供料 15点 新

[算定要件]

注 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、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回に限り算定する。

## 改定前

## 改定後

【調剤情報提供料】 15点

(削除)

## 改定前

## 改定後

【服薬情報提供料】 15点  
(服薬指導提供加算 15点)

(削除)

服薬情報等提供料の設定の伴って調剤情報提供料、服薬情報提供料(服薬指導の加算)は廃止。

## 【疑義解釈(厚労省②2012年4月20日)】 【服薬情報等提供料】

(問1) 点数表の簡素化の観点から、調剤情報提供料と服薬情報提供料が廃止され、服薬情報等提供料に統合された。平成24年3月までは、①吸湿性等の理由により長期保存の困難性等から分割調剤する必要がある場合や、②粉碎等の特殊な技術工夫により薬剤の体内動態への影響を認める場合には、調剤情報提供料を算定できたが、平成24年4月以降については、これに代わり服薬情報等提供料を算定するという理解で良いか。

(答) そのとおり。

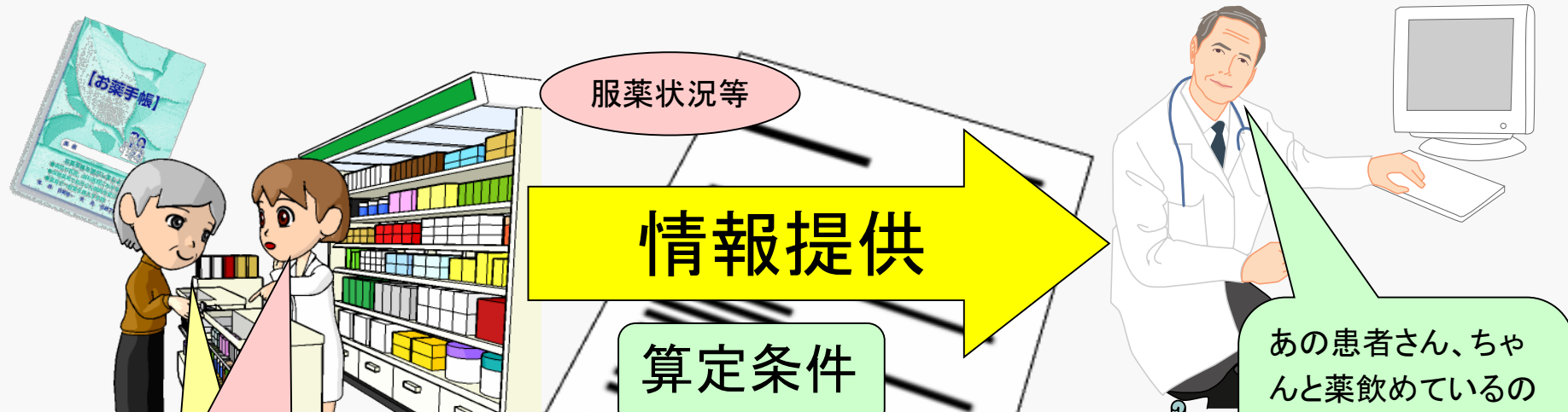
## 区分15の5 服薬情報等提供料(平成24年3月5日留意事項)

- (1) 服薬情報等提供料は、患者の服薬に関する情報等を保険医療機関に提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下に医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。
- (2) 服薬情報等提供料は、処方せん発行保険医療機関から次のア若しくはイに掲げる情報提供の求めがあった場合、又は保険薬局の薬剤師が薬剤服用歴に基づき患者の服薬に関する次のア、イ若しくはウに掲げる情報提供の必要性を認めた場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書により提供したときに算定する。
  - ア 当該患者の服薬状況
  - イ 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等
  - ウ 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報
- (3) ここでいう「服薬状況」とは、患者が薬剤の用法及び用量に従って服薬しているか否かに関する状況のほか服薬期間中の体調の変化等の患者の訴えに関する情報を含むものであること。患者に自覚症状がある場合には、当該自覚症状が薬剤の副作用によるものか否かに関する分析結果も含めて情報提供することとし、また、患者に対する服薬指導は、当該分析結果を踏まえたものとする。なお、患者の自覚症状の分析に当たっては、「重篤副作用疾患別対応マニュアル」(厚生労働省)等を参考とすることが望ましい。
- (4) ウについては、処方せんの記入上の疑義照会等では算定できない。
- (5) 患者1人につき同一月に2回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月1回のみ算定とする。ただし、2以上の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。
- (6) 情報提供に当たっては、別紙様式1又はこれに準ずる様式の文書に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。
- (7) 服薬情報等提供料は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。



調剤図解

# 服薬情報等提供料



お薬、ちゃんと飲めていますか？

結構、忘れることが多くてね。うちに1ヶ月分くらい余分にあるのよ

飲み忘れた時は体調が悪くなったりしていませんか？私から先生に話しておきましょうか？

お願いしようかしら。

服薬状況等

## 情報提供

算定条件

処方医からの情報提供の求めに応じて  
(ア、イ)

薬剤師が必要性感じた場合に  
患者の同意を得て(ア、イ、ウ)

- ア 当該患者の服薬状況
- イ 当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等
- ウ 当該患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報

あの患者さん、ちゃんと薬飲めているのか不安だなあ。薬局から情報提供してもらおうか。

## 文書にて

## 薬剤服用歴管理指導料 重複投薬・相互作用防止加算（通知）

### 【重複投薬・相互作用防止加算】

薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。

- イ 処方に変更が行われた場合 20点
- ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

点数の変更はないが、通知が追加され、“残薬”でも算定可になった。

### (21) 重複投薬・相互作用防止加算(平成24年3月5日留意事項)

- ア 重複投薬・相互作用防止加算は、薬剤服用歴の記録に基づき、併用薬との重複投薬(薬理作用が類似する場合を含む。)及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために、処方医に対して連絡・確認を行った場合に算定する。処方医の同意を得て、処方の変更が行われた場合に「注3」のイを算定し、処方に変更が行われなかった場合は「注3」のロを算定する。なお、薬剤服用歴管理指導料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。
- イ 薬剤の追加、投与期間の延長が行われた場合は、「注3」のイは算定できない。
- ウ 重複投薬・相互作用防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。
- エ 複数の保険医療機関又は複数の診療科で処方せんを交付された患者について、処方せんの受付時点が異なる場合であっても所定の要件を満たした場合は重複投薬・相互作用防止加算を算定できる。
- オ 同時に複数の保険医療機関又は複数の診療科の処方せんを受け付け、複数の処方せんについて薬剤を変更した場合であっても、1回に限り「注3」のイを算定する。
- カ 院内投薬と院外処方せんによる投薬に係る処方変更についても、重複投薬・相互作用防止加算は算定できる。
- キ 残薬の確認の結果、処方の変更が行われた場合についても、「注3」のイを算定できる。

**[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【重複投薬・相互作用防止加算】**

(問1) 通常、同一医療機関・同一診療科の処方せんによる場合は重複投薬・相互作用防止加算を算定出来ないが、薬剤服用歴管理指導料の新たな要件として追加された「残薬の状況の確認」に伴い、残薬が相当程度認められて処方医への照会により処方変更(投与日数の短縮)が行われた場合に限り、同加算の「処方に変更が行われた場合」を算定できるものと解釈して差し支えないか。

(答) 差し支えない。ただし、残薬の状況確認に伴う処方変更は、頻回に発生するものではないことに留意する必要がある。

**日医工MPI見解****「重複投薬・相互作用防止加算」**

口頭での連絡でも良く、残薬の存在を知らせて、処方が変更になった場合に算定できるもの。

**「服薬情報等提供料」**

文書による提供が要件であり、残薬が増えた理由などから服薬指導を行ったこと、また剤形変更の検討を依頼するなどが、月1回算定できるもの。

調剤

## 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

在宅

## 改定後

在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局(以下「在宅基幹薬局」という。)が、それを支援する薬局(以下「サポート薬局」という。)とあらかじめ連携している場合、在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等についても算定できることとする。ただし、保険請求は在宅基幹薬局が行うものとする。

今までは、在宅の応援を依頼した場合は点数請求ができず、在宅基幹薬局がサポート薬局に自腹を切って謝礼を行う必要があったが、改定後は在宅基幹薬局が請求を行い、報酬としてサポート薬局に支払うことができるようになる。

## 区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料(平成24年3月5日留意事項)

[略]

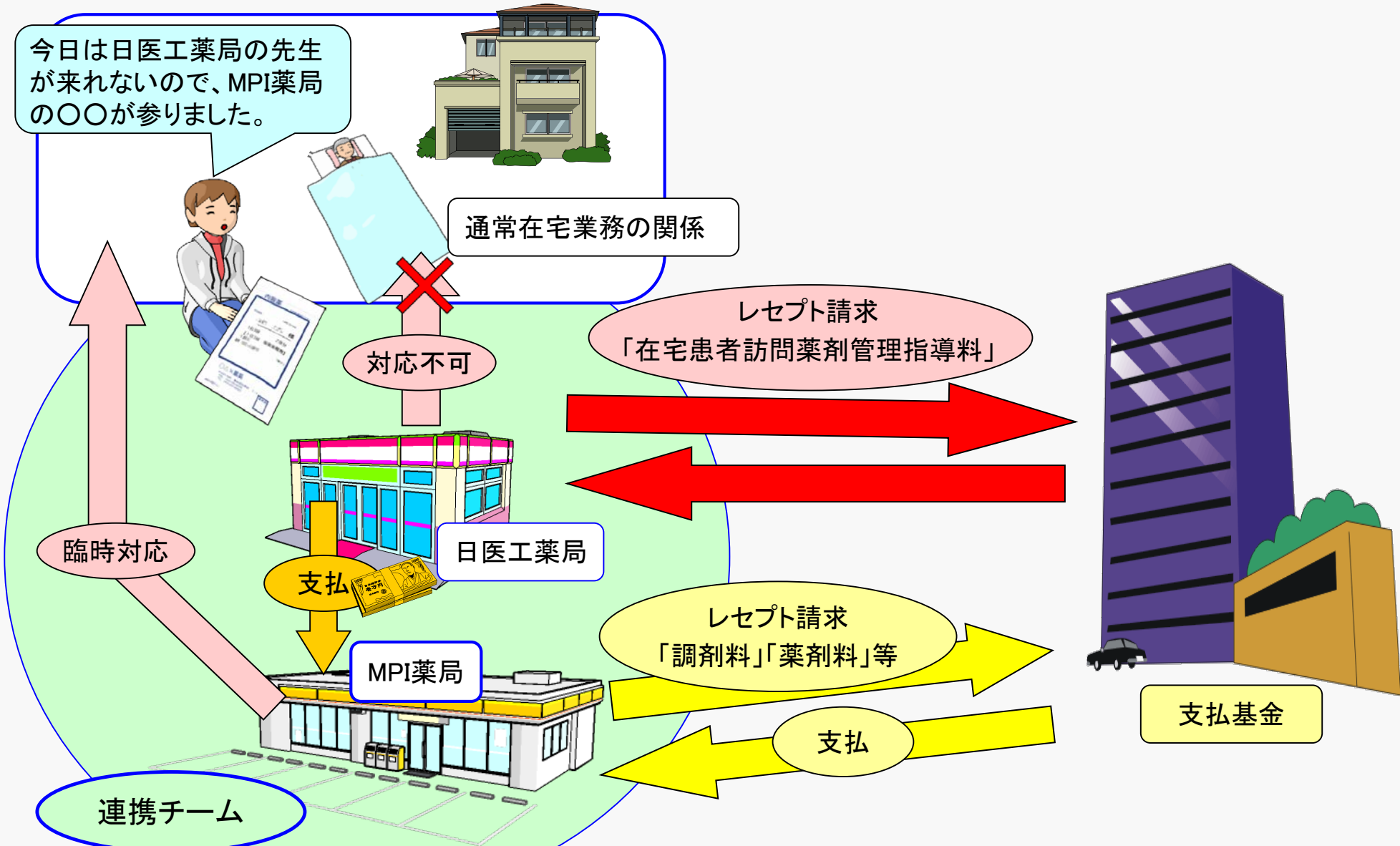
(4) (3)にかかわらず、訪問薬剤管理指導を主に行っている保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。)が、連携する他の保険薬局(以下「サポート薬局」という。)と薬学的管理指導計画の内容を共有していること及び緊急その他やむを得ない事由がある場合には在宅基幹薬局の薬剤師に代わって当該患者又はその家族等に訪問薬剤管理指導を行うことについて、あらかじめ当該患者又はその家族等の同意を得ている場合には、在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できる。なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は、在宅基幹薬局が行うこととするが、費用については両者の合議とする。

(5) サポート薬局の薬剤師が在宅基幹薬局の薬剤師に代わって訪問薬剤管理指導を行った場合には、薬剤服用歴の記録を記載し、在宅基幹薬局と当該記録の内容を共有することとするが、訪問薬剤管理指導の指示を行った医師又は歯科医師に対する訪問結果についての報告等は在宅基幹薬局が行う。なお、調剤報酬明細書に当該訪問薬剤管理指導を行ったサポート薬局名、当該訪問薬剤管理指導を行った日付及びやむを得ない事由等を記載する。また、サポート薬局が処方せんを受け付け、調剤を行ったサポート薬局が訪問薬剤管理指導を行った場合には、算定については、調剤技術料及び薬剤料等はサポート薬局、また、在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が処方せんを受け付けた旨を記載する。

[略]

調剤図解

# 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価



**【疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)】 【その他】**

(問1) 在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が処方せん調剤及び訪問薬剤管理指導を実施し、在宅基幹薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合、在宅基幹薬局及びサポート薬局がレセプト請求できる項目は何か。

(答) 次のとおりである。

	在宅基幹薬局	サポート薬局
調剤技術料(調剤基本料、調剤料)及びその加算	×	○
薬学管理料(在宅患者訪問薬剤管理指導料等)及びその加算※	○	×
薬剤料及び 特定保険医療材料料	×	○

※ 医療用麻薬が処方され、麻薬管理指導加算を算定する場合には、在宅基幹薬局及びサポート薬局の双方が麻薬小売業の免許を取得していなければならない。

調剤

## 無菌製剤処理の施設基準

在宅

改定前	改定後
(調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準) ①薬局であること。 ②無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。 ③無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	(調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準) ①薬局であること。 ②無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。 ③無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

※なお、これに伴い、通知において「無菌製剤処理を行うための専用の部屋(5平方メートル以上)を有していること。」の要件を削除する。

### 第90 保険薬局の無菌製剤処理加算(平成24年3月5日施設基準)

#### 1 保険薬局の無菌製剤処理加算に関する施設基準

- (1) 2名以上の保険薬剤師(常勤の保険薬剤師は1名以上)がいること。
- (2) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

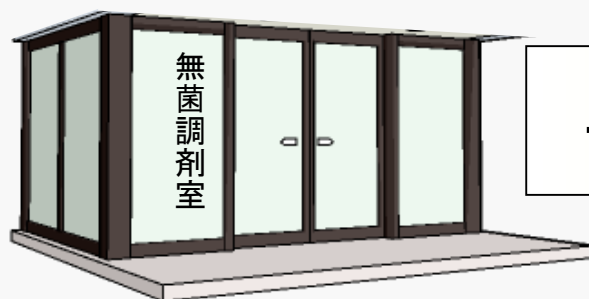
#### 2 届出に関する事項

- (1) 保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式86を用いること。
- (2) 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用い提出すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の配置図及び平面図(クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。)を添付すること。

## 調剤図解

## 無菌製剤処理の施設基準

&lt;卓上型&gt;



要件緩和

「無菌製剤処理を行うための専用の部屋  
(5平方メートル以上)を有していること。」  
の要件を削除する。



クリーンベンチ (clean bench, laminar flow cabinet) とは、生物学、生化学的な研究に用いられる、埃や環境微生物の混入 (コンタミネーション) を避けながら作業を行う (無菌操作) ための装置である。周囲からの微生物の混入を避けるため、作業を行う机の上のようなスペースの周囲に壁と天井を設けた、箱のような構造をしており、濾過 (精密濾過) した空気を作業スペースに吹き付けることで無埃、無菌の状態に保つものである。



調剤

## 特定薬剤管理指導加算（ハイリスク薬）

明確化した？

## (22) 特定薬剤管理指導加算（平成24年3月5日留意事項）

- ア 特定薬剤管理指導加算（「注4」に規定する加算をいう。以下同じ。）は、薬剤服用歴管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、患者又はその家族等に当該薬剤が特に安全管理が必要な医薬品である旨を伝え、当該薬剤についてこれまでの指導内容等も踏まえ適切な指導を行った場合に算定する。なお、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参照し、特に安全管理が必要な医薬品に関して薬学的管理及び指導等を行う上で必要な情報については事前に情報を収集することが望ましいが、薬局では得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要とはしない。
- イ 特に安全管理が必要な医薬品とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（ワルファリンカリウム、塩酸チクロピジン、硫酸クロピドグレル及びシロスタゾール並びにこれらと同様の薬理作用を有する成分を含有する内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、隣臓ホルモン剤及び抗HIV薬をいう。
- ウ 特に安全管理が必要な医薬品が複数処方されている場合には、そのすべてについて必要な薬学的管理及び指導を行うこと。ただし、処方せんの受付1回につき1回に限り算定するものであること。
- エ 対象となる医薬品に関して患者又はその家族等に対して確認した内容及び行った指導の要点について、薬剤服用歴の記録に記載すること。

## (22) 特定薬剤管理指導加算

2010年度

- ア 特定薬剤管理指導加算（「注4」に規定する加算をいう。以下同じ。）は、処方せんの受付の際に、特に安全管理が必要な医薬品について、患者の服用状況、効果の発現状況、注意すべき副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況、注意すべき併用薬の有無等について確認するとともに、過去の薬剤服用歴の記録を参照した上で、服用に際して注意すべき副作用やその対処方法、服用及び保管に係る取扱い上の注意事項等について詳細に説明し、必要な指導を行った場合に算定する。なお、具体的な薬学的管理及び指導の内容については、「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」（日本薬剤師会）等を参照すること。

**[疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【特定薬剤管理指導加算】**

(問1) これまで薬効分類上「腫瘍用薬」、「不整脈用剤」及び「抗てんかん剤」以外の薬効分類に属する医薬品であって、悪性腫瘍、不整脈及びてんかんに対応する効能を有するものについて、当該目的で処方された場合は「特に安全管理が必要な医薬品」に含まれるとされてきたが、この取扱いに変更はないか。また、薬局では得ることが困難な診療上の情報の収集については必ずしも必要としないとあるが、前述に該当する場合、当該目的で処方された場合か否かの確認をする必要はあるか。

(答) 処方内容等から「特に安全管理が必要な医薬品」に該当するか否かが不明である場合には、これまで通り、当該目的で処方されたものであるかの情報収集及び確認を行った上で、当該加算の算定可否を判断する必要がある。

## 調剤

## 基準調剤加算

改定前	改定後
<p><b>【基調剤加算】</b></p> <p>1 基準調剤加算1 10点</p> <p>2 基準調剤加算2 30点</p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p><b>基準調剤加算1</b> 保険調剤に係る医薬品として500品目以上の医薬品を備蓄していること。</p> <p><b>基準調剤加算2</b> 保険調剤に係る医薬品として700品目以上の医薬品を備蓄していること。</p>	<p><b>【基準調剤加算】</b></p> <p>1 基準調剤加算1 10点</p> <p>2 基準調剤加算2 30点</p> <p><b>[施設基準]</b></p> <p>(3) 当該保険薬局の開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。</p> <p><b>基準調剤加算1</b> 保険調剤に係る医薬品として700品目以上の医薬品を備蓄していること。</p> <p><b>基準調剤加算2</b> 保険調剤に係る医薬品として1000品目以上の医薬品を備蓄していること。</p>

「地域」の定義などまだ不明な点も多い

**第88 基準調剤加算(平成24年3月5日施設基準)****1 基準調剤加算1の施設基準**

- (1) 保険調剤に係る医薬品として700品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴の記録を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。
- (3) 当該保険薬局の開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。
- (4) 緊急時等の開局時間以外の時間における調剤に対応できる体制が整備されていること。緊急時等の調剤に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は地域薬剤師会等の輪番制に参加するなど近隣の保険薬局により常時調剤ができる体制を整備していること、又は調剤を自ら行わない時間帯において、患者の同意を得て当該患者の調剤に必要な情報を他の保険薬局に提供すること等により、他の保険薬局の保険薬剤師が緊急連絡等に対して常時調剤することができる連携体制を整備していることをいうものである。
- (5) 当該保険薬局は、時間外、休日、夜間における調剤応需が可能な近隣の保険薬局の所在地、名称、開局日、開局時間帯及び直接連絡が取れる連絡先電話番号等を記載した文書を、原則として初回の処方せん受付時に(記載事項に変更があった場合はその都度)、患者又はその家族等に交付するとともに、調剤した薬剤についての問合せ等への対応ができるように、自局についても同様の事項を記載した文書(これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。)を交付すること。また、これら近隣の薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。
- (6) 当該保険薬局は、地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制を整備していること。また、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示していること。

- (7) 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。
- (8) 薬局内にコンピューターを設置し、医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。
- (9) 次に掲げる情報(当該保険薬局において処方された医薬品に係るものに限る。)を随時提供できる体制にあること。
- ア 一般名
  - イ 剤形
  - ウ 規格
  - エ 内服薬にあつては製剤の特徴(普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等)
  - オ 医薬品緊急安全性情報
  - カ 医薬品・医療機器等安全性情報

## 2 基準調剤加算2の施設基準

- (1) 保険調剤に係る医薬品として1000品目以上の医薬品を備蓄していること。
- (2) 処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保険医療機関に係るものの割合が70%以下であること。
- (3) 上記(2)に該当するか否かの取扱いについては、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における処方せんの受付回数が1月に4,000回を超えるか否かの取扱い及び特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるか否かの取扱いに準じて行う。
- (4) 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取得し、必要な指導を行うことができること。
- (5) 1の(2)から(9)までの基準を満たしていること。

調剤図解

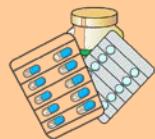
# 基準調剤加算の施設基準

## [施設基準]

当該保険薬局の開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるように、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。

### 備蓄品目要件

- 「1」 500品目  
→ 700品目以上
- 「2」 700品目  
→ 1000品目以上



地域

A病院  
月曜～土曜  
9:00～12:00  
14:00～17:00

地域の保険医療機関の通常  
の診療時間に応じた開局時  
間のイメージ

B診療所  
月曜～土曜  
水曜日午後休  
9:00～13:00  
15:00～17:30

主たる医療機関

主たる医療機関

日医工薬局  
月曜～土曜  
9:00～17:00

お昼休憩時間を設定  
していないのでOK

NIK薬局  
月曜～土曜  
水曜日午後休  
9:00～18:30

平日半日閉局となっている  
が、主たる医療機関の総診療  
時間を超えているためOK

MPI薬局  
月曜～土曜  
9:00～13:30  
15:00～18:00

お昼休憩時間が設定  
されているため不可

基準調剤加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類

基準調剤加算の種類	( ) 基準調剤加算 1 ( ) 基準調剤加算 2 (いずれかに○を付す)
1 薬剤服用歴管理記録の作成・整備状況	
2 薬局における情報提供に必要な体制の整備状況	
3 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた調剤応需体制の整備状況	
4 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況	
5 薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
6 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況	
7 備蓄品目数	( ) (1の場合は700以上、2の場合は1000以上)
8 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 期間： 年 月 ~ 年 月 受付回数①： 主たる医療機関の回数②： 割合(②/①)：	
9 麻薬小売業者免許証の番号	

【記載上の注意】

- 当該保険薬局に勤務する保険薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤の別）及び勤務時間について、別紙2の様式4を添付すること。ただし、当該様式において、「専従・非専従、専任・非専任の別」についての記載は要しない。
- 「1」については、薬剤服用歴の記録の見本を添付すること。
- 「2」については、情報の入手手段（インターネット、書籍等）及び患者等からの連絡を受ける手段（電話、FAX、Eメール等）の一覧を添付すること。
- 「3」については、自局の開局時間に加えて、処方せんを発行している主たる保険医療機関の名称及び通常の診療時間を併せて記載すること。
- 「4」については、開局時間以外の時間における調剤応需体制について患者等に交付する文書（他の保険薬局と連携の場合にはその名称・所在地・電話番号等を記載）の見本を添付すること。
- 「5」については、職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること。
- 「6」については、地方厚生（支）局長に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行った年月日を併せて記載すること。
- 「7」については、品目リストを別に添付すること。
- 「8」の期間については、調剤報酬点数表の区分番号00に掲げる調剤基本料における特定の保険医療機関に係る処方による調剤の割合の判定の取扱いに準じるものであること。
- 「8」及び「9」については、基準調剤2に係る届出を行う場合に限り記載すれば足りるものであること。

# 基準調剤加算 1 及び 2 の 施設基準に係る 届出書添付書類

4 開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況

自局の開局時間に加えて、処方せんを発行している主たる保険医療機関の名称及び通常の診療時間を併せて記載すること。

平成24年3月31日において、現に基準調剤に係る届出を行っている保険薬局については、同年6月30日までの間に限り、実際の開局時間にかかわらず「地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっている」とみなし取り扱う。

### [疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)] 【基準調剤加算】

(問1) 基準調剤加算の施設基準の要件に「地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となっていること」とあるが、例えば、以下のような事例はどう判断すべきか。

＜処方せんを応需している主たる保険医療機関の診療時間＞

9:00～12:00、14:00～18:00

＜当該保険薬局の開局時間＞

① 9:00～12:00、14:00～18:00

② 9:00～13:00、14:00～18:00

③ 9:00～12:00、14:00～18:30

④ 9:00～13:00、14:00～18:30

いずれも要件を満たしていない。

(答) 保険薬局の開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものであってはならず、具体的には、特定の保険医療機関の休憩時間に応じた一時閉局となっていないことが求められる。したがって、いずれの事例の場合も当該要件を満たしていないと考えられる。ただし、一時閉局することがある場合であっても、その時間帯を活用して在宅薬剤管理指導を実施しているケースなどについては、当該要件を満たしていると解釈して差し支えない。

(問2) 基準調剤加算については、平成24年3月31日において現に当該加算を算定していた保険薬局であっても改めて届出を行うこととされているが、その際、今回改正されなかった事項についても関係資料を添付することは必要か。

(答) 平成24年3月31日において現に基準調剤加算を算定している保険薬局であっても、4月16日までに改めて届出を行うことは必要だが、改正前の届出時の添付書類と内容に変更が生じていないもの(今回改正となった備蓄品目数及び開局時間に係る事項を除く)については、改めて同じ資料を添付しなくて差し支えない。

(問3) 基準調剤加算の施設基準については、平成24年4月16日までに届出を行うことになるが、7月1日以降の算定にあたり、開局時間に係る事項について改めて届出を行う予定である場合には、当該届出様式の「地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた調剤応需体制の整備状況」に関する記載は不要であると理解して良いか。また、4月の届出の際に当該欄の記載をしておき、かつ、既に地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じたものとなっている場合には、7月1日以降に算定するにあたり再度届出を行う必要はないという理解で良いか。

(答) いずれも貴見のとおり。



**【疑義解釈(厚労省③2012年4月27日)】 【基準調剤加算】**

(問1) 基準調剤加算を算定する保険薬局は、特定の保険医療機関の休憩時間に応じた一時閉局となっていないことが求められるとあるが、平日の日中に閉局日を設定している場合についてはどのように解釈すべきか。

(答) 基準調剤加算における開局時間に関する基準要件は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需のみに対応したものとなっていないことを求めているものである。

したがって、平日(土曜日を含む。)の日中の時間帯(時間外加算の対象となる時間以外)については、特定の保険医療機関の休憩時間に応じた一時閉局とはなっていないとしても、診療時間外や休診日(半日もしくは全日)と完全に合わせて閉局している場合には、基準調剤加算の開局時間に係る要件は満たさないものとして取り扱う。

ただし、①当該保険薬局における特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%以下である場合、②当該閉局時間もしくは当該閉局日を活用して在宅薬剤管理指導を恒常的に実施している場合、③特定の保険医療機関は休診しているにもかかわらず日曜日も開局している場合、または、④当該薬局における1週間の総開局時間が特定の保険医療機関の1週間の総診療時間(休憩時間を含む。)を超えている場合は、この限りでない。

**<日医IMPI見解>**

基準調剤加算の施設基準に「当該保険薬局の開局時間は、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できるよう、特定の保険医療機関からの処方せん応需にのみ対応したものでないこと。」が規定され、そのルール運用が注目されていた。

「疑義解釈その1」では、お昼休憩の設定が問題とされ、原則として薬局は一日を通して開局することになった。これにより、薬剤師の休憩時間は処方せん対応ができない時間が生ずる場合も想定される。

「疑義解釈その3」では、半日閉局について、原則として要件を満たさないとの解釈が示された。しかし例外として4項目が示され、多くの場合は該当すると考えられるため結果として半日閉局は容認されたと考えられる。ただし通則にある“地域”についてはまだ明確にされていないため、関西(京都など)のように午後休憩が長く、終業時間の遅い“地域”についての対応はまだ分からない(2012年5月2日時点)。

医科

## 一般名処方への推進（処方せん料）

GE

改定前	改定後
<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p> <p>後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合に算定できる。</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点</p> <p>2 1以外の場合 68点</p> <p>（注を追加）</p> <p>一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</p>

最低薬価を用いるのは、医科での処方せん料の計算においてのみであり、調剤において関係することはない。

処方せんに1品目でも一般名の記載があれば算定可能。

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

### [疑義解釈(厚労省①2012年3月30日)]

(問2) 処方せんの交付にあたり、後発医薬品のある医薬品を一般名処方で行った場合、保険医療機関では「該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなす」とされているが、保険薬局において当該処方せんを調剤する際にも、最も低い薬価の後発医薬品を調剤しなければならないのか。

(答) 患者と相談の上、当該薬局で備蓄している後発医薬品の中から選択することで差し支えない。

(問3) 一般名処方による処方せんを受け付け、先発医薬品もしくは後発医薬品のいずれを調剤した場合であっても、実際に調剤した医薬品の名称等に関する処方せん発行医療機関への情報提供は必要か。

(答) 必要となる。ただし、当該医療機関との間であらかじめ合意が得られている場合には、当該合意に基づく方法で情報提供することで差し支えない。

## 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について(保医発0326第2号 平成24年3月26日)

## 第5 処方せんの記載上の注意事項

## 7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

- (1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載(以下「一般名処方」という。)又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名(屋号)を付加しないこと。なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。
- (2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。
- (3) 用法及び用量は、1回当たりの服用(使用)量、1日当たり服用(使用)回数及び服用(使用)時点(毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等)、投与日数(回数)並びに服用(使用)に際しての留意事項等を記載すること。
- (4) 特定保険医療材料(自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器(針を含む。)、万年筆型注入器用注射針、自己連続携帯式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット、在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ)を保険薬局より支給させる場合は名称及び本数又はセット数を記載すること。
- (5) 処方医が処方せんに記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更にし支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。
- (6) 処方医が処方せんに記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形(※)の後発医薬品への変更にし支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る。)

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る。)

- (7) なお、内服薬の処方せんへの記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」(平成22年1月29日付医政発0129第3号薬食発0129第5号)も参考にされたい。

調剤図解

# 一般名処方箋の推進 (処方せん料)

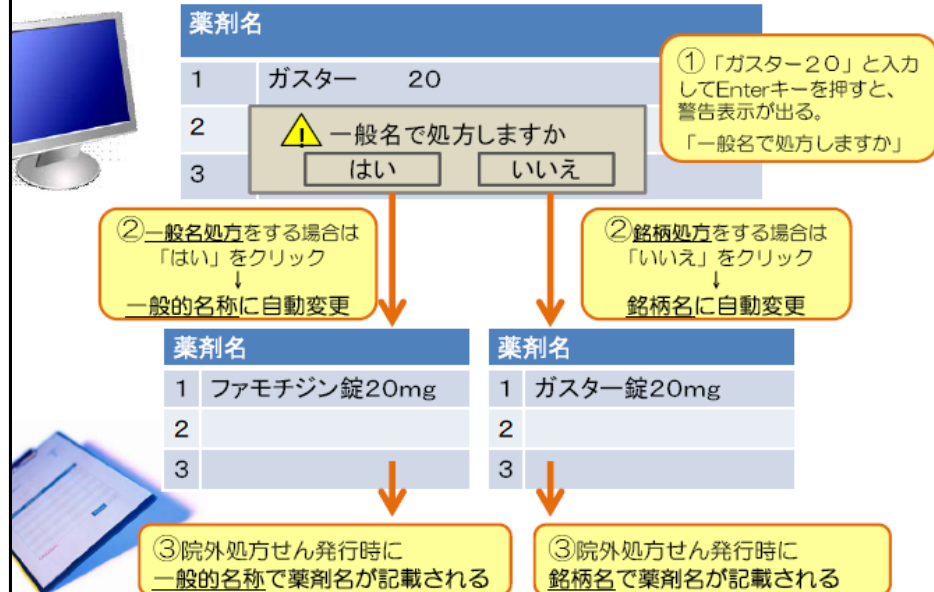
処方せん											
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号		保険者番号		公費負担医療の受給者番号		被保険者証、被保険者手帳の記号・番号					
患者	氏名	保険医療機関の所在地及び名称				電話番号					
	生年月日	年	月	日	男・女	保険医氏名					
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日		平成	年	月	日	処方せんの使用期間		平成	年	月	日
<p>特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。</p>											
処方	<p>変更不可</p> <p>個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。</p>										
	<p>Rp1 プラバスタチンナトリウム錠 5mg 2T ファモチジン錠 10mg 2T 分2 朝・夕</p> <p>Rp2 アムロジピン錠 5mg 1T 分1 朝</p>										
備	<p>保険医署名 (変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)</p>										

様式第二号(第二十三条関係)

一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。

100人/日 × 25日 × 12か月 × 2点 = 6万点

システム改修費用?



初期の改修費用、運用時のメンテナンス(医薬品情報の加除修正)費用が必要

調剤図解

新たな処方せん様式

様式第二号（第二十三条関係）

GE

処方せん									
(この処方せんは、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						
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称						
	生年月日	男・女	電話番号		保険医氏名			印	
	区分	被保険者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード			
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 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。	
変更不可		個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。							
処方									
保険医署名 (変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)									
備考									
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称		印		公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名									

個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には、「変更不可」欄に「レ」または「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

旧処方せん様式は、平成24年9月30日までは手書き等の修正を行うことで使用できる。

**保険医署名**  
(変更不可欄に「レ」または「×」を記載した場合は、署名または記名・押印すること。)

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、日本工業規格 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。

**保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について(平成24年3月5日)****第2 処方せん様式に関する事項(療担規則様式第2号関係)**

- (1) 処方せんの様式を変更し、処方を行う保険医(以下「処方医」という。)が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載し、かつ、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印することとしたこと。
- (2) 「保険医署名」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せんを受け付けた保険薬局における調剤は従来どおりとすること。また、「保険医署名」欄に処方医の署名又は記名・押印がある処方せんを受け付けた場合でも、「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されていない医薬品(銘柄名で記載されたものに限る。)について、患者の選択に基づき、従来と同様に、後発医薬品を調剤することができること。
- (3) 一部改正省令の施行の際現にある改正前の保険医療機関及び保険医療養担当規則様式第2号による処方せん(以下「改正前処方せん」という。)については、平成24年4月1日から同年9月30日までの間、これを手書き等で修正することにより、使用することができるものであること。この場合にあつては、改正前処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断したときは、改正前処方せんの「保険医署名」欄にある「全て」という文言を削除した上で「保険医署名」欄に署名又は記名・押印し、かつ、医薬品ごとに「✓」又は「×」を記載するなど、医薬品ごとに、当該判断が保険薬局へ明確に伝わるようにすること。

(平成24年4月1日施行)

**[疑義解釈(厚労省②2012年4月20日)] 【後発医薬品の変更調剤】**

(問1) 後発医薬品への変更調剤において、処方医から含量規格や剤形に関する変更不可の指示がなく、かつ、変更調剤後の薬剤料が変更前と同額以下である場合に限り、含量規格が異なる後発医薬品または類似する別剤形の後発医薬品に変更できるが、一般名で記載された処方せんにより、先発医薬品を調剤する場合にも、含量規格や剤形の変更は可能か。

(答) 含量規格が異なる医薬品または類似する別剤形の医薬品への変更については、後発医薬品へ変更調剤する場合に限り認められる。変更調剤は、後発医薬品の使用促進のための一環として導入されている措置であることから、一般名処方に基づき、先発医薬品を調剤する場合は対象とされていない。

(問2) 処方せんに含量規格や剤形に関する変更不可の指示がなく、変更調剤後の薬剤料が変更前と同額以下であれば「含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品」に変更できるが、一般名処方に基づいて後発医薬品を調剤する際に、該当する先発医薬品が複数存在し、それぞれ薬価が異なる場合には、変更前の薬剤料についてどのように考えるべきか。

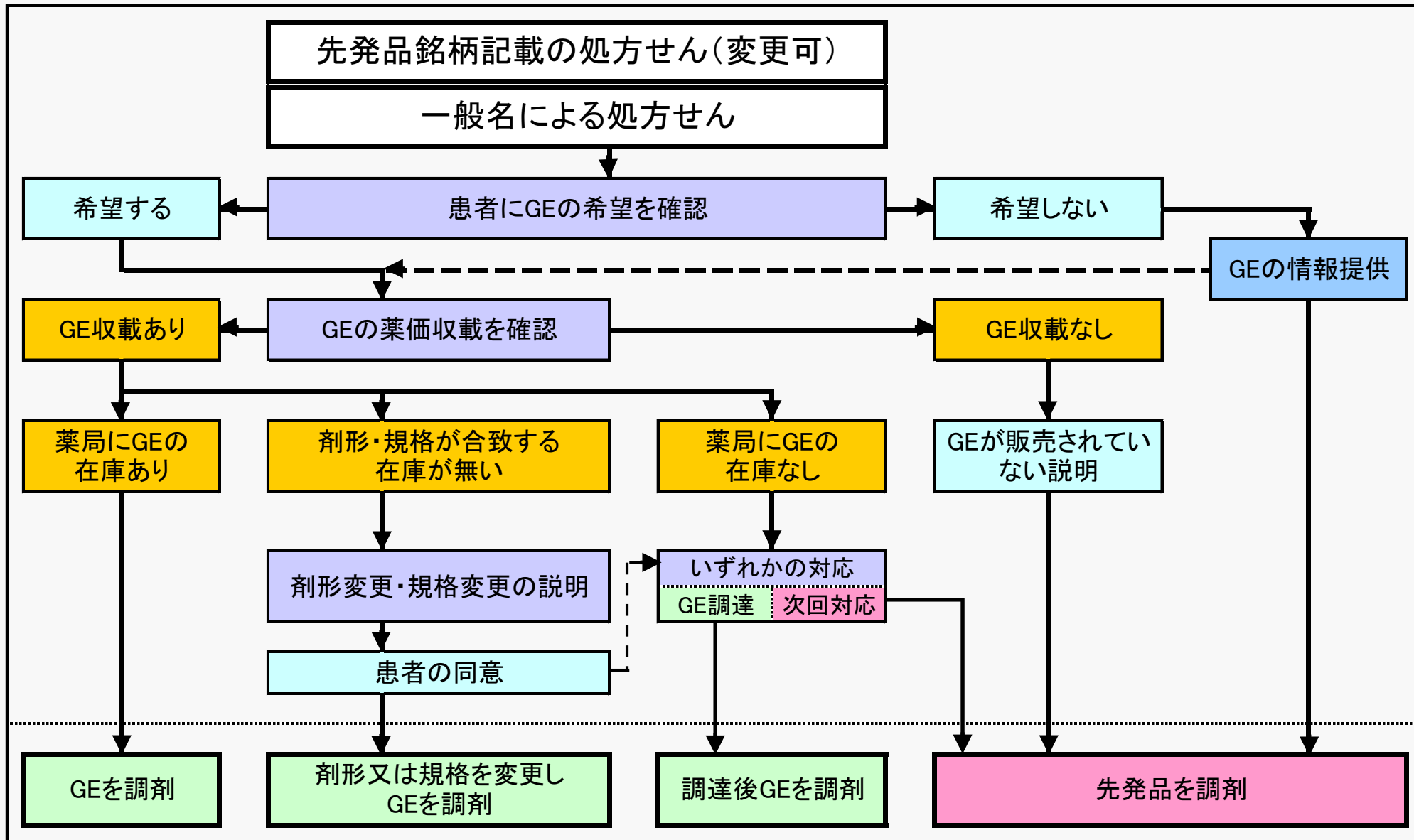
(答) 一般名で記載された先発医薬品に該当していれば、いずれの先発医薬品の薬剤料と比較するものであっても差し支えない。ただし、患者が当該一般名に該当する先発医薬品を既に使用している場合は、当該医薬品の薬剤料と比較すること。

**[疑義解釈(厚労省②2012年4月20日)] 【その他】**

(問1) 一般名処方の場合、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に、情報提供することとされているが、すべてのケースで実施される必要はなく、例えば医療機関との合意に基づき、保険薬局で調剤した薬剤が前回の来局時に調剤した薬剤と同一である場合には、保険薬局から保険医療機関へ改めて情報提供する必要はないものとしてよいか。

(答) よい。

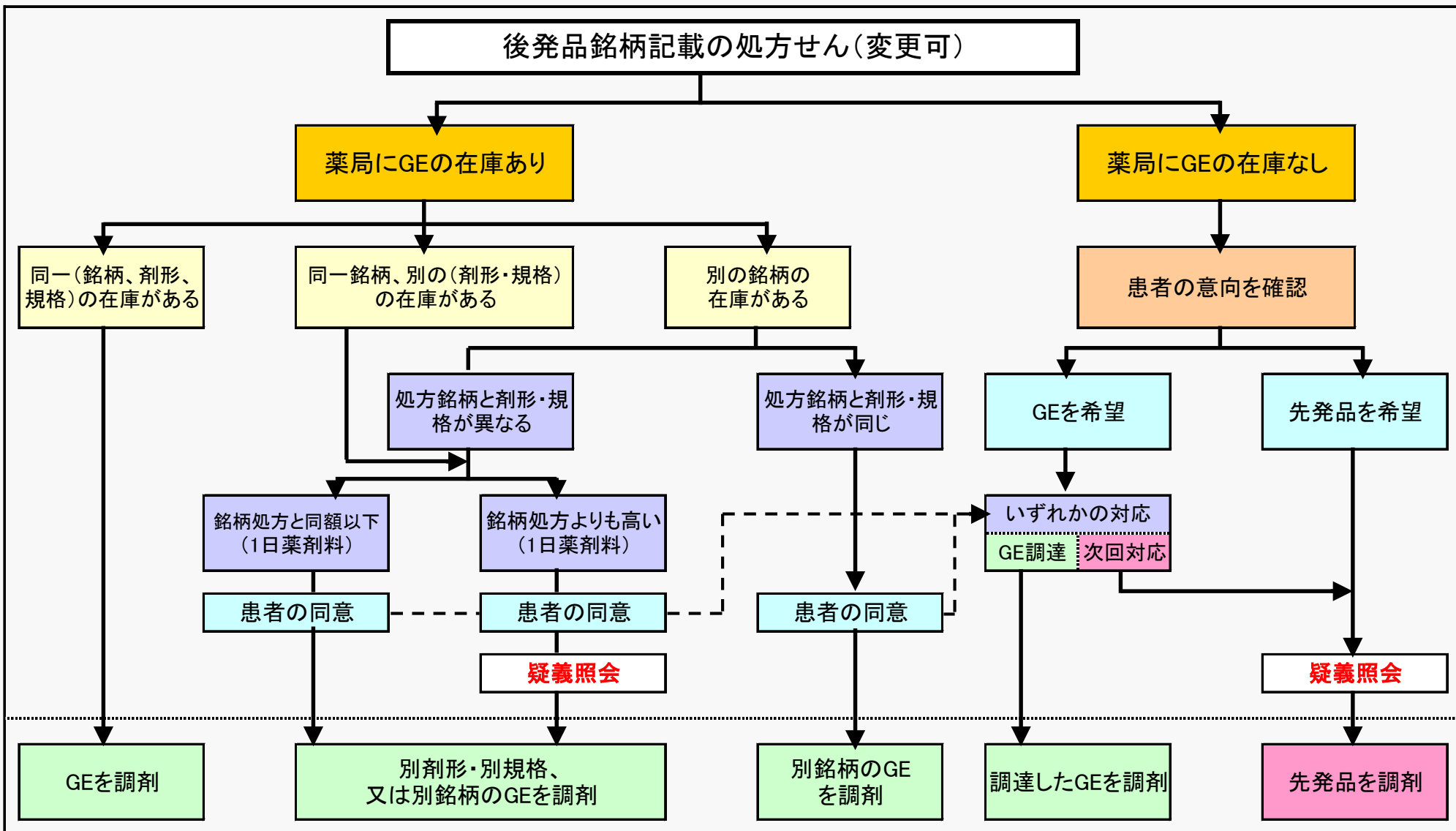
# 処方せんを受けた薬局の対応例（フローチャート①）



一般名による処方せんで調剤した薬剤の銘柄名、又は先発品銘柄記載処方せんによりGEを調剤した場合は、  
処方元に報告が必要(合議の方法で可)



# 処方せんを受けた薬局の対応例（フローチャート②）



処方せんに記載された薬剤以外を調剤した場合の薬剤名は処方元に報告が必要(合議の方法で可)