

第5章 p150~327

保険薬局の行った保険調剤に関する調剤報酬は、「健康保険法第76条の2」に基づく「診療報酬の算方法定（厚生労働省告示）－別表第3調剤報酬算定表」に、調剤の各行為ごとにその点数が定められています。さらに、具体的に「どのような場合あるいはどのような調剤行為の場合に算定可能なのか」が「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意点について（厚生労働省保険局医療課長通知）」に明示されています。

本章では、上記の「調剤報酬点数表」及び「調剤報酬点数表の実施上の留意事項」並びに関連する「特掲診療料の施設基準等」及び「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」を示し、算定に関する解釈の概要を各点数項目ごとに明示します。



健康保険法の調剤報酬点数は医療保険、後期高齢者医療、公費負担医療のほか
労災保険医療、公害医療にも適用されます

◇ 調剤報酬体系 ◇

調剤技

調剤基本料

区分	点数
下記以外の保険薬局	40点
月4,000回超・集中度70%以上に該当する保険薬局	18点

分割調剤時調剤基本料

(14日分を超える投薬) 2回目以降1分割調剤につき5点	(後発医薬品における投薬) 2回目のみ5点
---------------------------------	--------------------------

基準調剤加算

区分	加算点数
基準調剤加算1	10点
基準調剤加算2	30点
後発医薬品調剤体制加算	4点

[算定基準は本文参照]

時間外・深夜・休日加算

夜間・休日等加算40点

調剤

内服薬

◎受付1回につき3調剤まで

投薬日数の区分	点数
1日分～7日分	5点/日
8日分～14日分	4点/日
15日分～21日分	68点
22日分以上	77点

内服用滴剤	1調剤	10点
屯服薬	調剤数・回数にかかわらず	21点
浸煎薬・湯薬	1調剤	190点
一包化薬	7日分ごとに	89点
注射薬	調剤数にかかわらず	26点
外用薬	3調剤まで1調剤	10点

◇ 概要 ◇

術料

料

◎内服薬調剤料の加算
・嚥下困難者用製剤加算 80点

◎内服薬・屯服薬・外用薬の加算
・自家製剤加算
・計量混合調剤加算

◎注射薬調剤料の加算
・無菌製剤処理加算
中心静脈栄養法用輸液 40点/日
抗悪性腫瘍剤 50点/日

◎調剤料全体の加算
・麻薬 70点
・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算 8点
・後発医薬品調剤加算 2点
・時間外・深夜・休日加算

薬学管理料

薬剤服用歴管理指導料
受付1回につき30点
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料
受付1回につき35点
・麻薬管理指導加算 22点
・重複投薬・相互作用防止加算
処方変更あり 20点
処方変更なし 10点

薬剤情報提供料
同一処方月4回まで1回15点

長期投薬情報提供料1・2
(14日分を超える投薬に限る)
1=情報提供1回につき18点
2=服薬指導1回につき28点

後発医薬品情報提供料
処方せん受付1回につき10点

外来服薬支援料 1回につき185点

在宅患者訪問薬剤管理指導料
在宅での療養患者 500点
居住系施設入居者 350点
(月4回まで)

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
(月4回まで) 500点

在宅患者緊急時等共同指導料
(月2回まで) 700点

退院時共同指導料 600点
調剤情報提供料
処方せんの受付1回につき15点

服薬情報提供料
月1回15点

後期高齢者終末期相談支援料
死亡時1回のみ 200点

薬剤料

使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下1点
10円又はその端数を増すごとに1点

特定保険医療材料

材料価格基準に定める価格を10円で除した点数とする

・麻薬管理指導加算100点

・麻薬管理指導加算100点

・麻薬管理指導加算100点

・服薬指導情報提供加算15点

通 則

診療報酬の算定方法	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>平成20年3月5日 厚生労働省告示第59号</p> <p>1. 健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関に係る療養（高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養を含む。以下同じ。）に要する費用の額は、歯科診療以外の診療にあっては別表第一医科診療報酬点数表により、歯科診療にあっては別表第二歯科診療報酬点数表により算定するものとする。ただし、別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養（健康保険法第63条第1項第5号に掲げる療養（同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養並びに高齢者医療確保法第64条第1項第5号に掲げる療養（同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第1項第1号から第3号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、当該療養を提供する病院の病棟ごとに別に厚生労働大臣が定めるところにより算定するものとする。</p> <p>2. 保険医療機関に係る療養に要する費用の額は、一点の単価を十円とし、別表第一又は別表第二に定める点数を乗じて算定するものとする。</p> <p>3. 健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険薬局に係る療養に要する費用の額は、別表第三調剤報酬点数表により、一点の単価を十円とし、同表に定める点数を乗じて算定するものとする。</p> <p>4. 前3号の規定により保険医療機関又は保険薬局が毎月分につき保険者（高齢者医療確保法第7条第2項に規定する保険者をいう。）又は後期高齢者医療広域連合（同法第48条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に一円未満の端数があるときは、その端数金額は</p>	<p>保医発第0305001号 平成20年3月5日</p> <p>地方社会保険事務局長 殿 都道府県民生主管部（局） 国民健康保険課（部）長 殿 都道府県老人医療主管部（局） 老人医療主管課（部）長 殿</p> <p>厚生労働省保険局医療課長 厚生労働省保険局歯科医療管理官</p> <p>診療報酬の算定方法の制定等に伴う 実施上の留意事項について</p> <p>標記については、本日、「診療報酬の算定方法を定める件」（平成20年厚生労働省告示第59号）等が公布され、平成20年4月1日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添1、歯科診療報酬点数表については別添2及び調剤報酬点数表については別添3のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。</p> <p>従前の「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306001号）は、平成20年3月31日限り廃止する。</p>

診療報酬の算定方法	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>切り捨てて計算するものとする。</p> <p>5. 特別の事由がある場合において、都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合において別に療養に要する費用の額は、前各号により算定した額に当該療養担当手当の額を加算して算定するものとする。</p> <p>6. 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法（平成9年法律第123号）第62条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。</p> <p>別表第三 調剤報酬点数表 【目次】</p> <p>第1部 調剤報酬 通 則 第1節 調剤技術料 第2節 薬学管理料 第3節 薬剤料 第4節 特定保険医療材料 第2部 算定制限</p> <p>第1部 調剤報酬 通則</p> <p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 第1節の各区分の所定単位を超えて調剤した場合の調剤料は、特段の定めのある場合を除き、当該所定単位又はその端数を増すごとに同節の各区分の所定点数を加算する。</p> <p>3 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この表において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した所定点数並びに第4節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>第2部 算定制限 前部の規定にかかわらず、区分番号19に掲げる後期高齢者終末期相談支援料は、別表第1第4章第2部に規定する日から算定できるものとする。 （編者注）「算定できる日」は現在のところ規定されていません。</p>	<p>別添3 調剤報酬点数表に関する事項 <通則></p> <p>1 保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。</p> <p>2 保険薬剤師は、投与日数が長期間にわたる処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある場合には、分割調剤を行うこと。</p> <p>また、分割調剤を行う場合（上記の場合のほか、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全て不可の場合の署名欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せん（以下「後発医薬品への変更が可能な処方せん」という。）を提出した患者の同意に基づき、処方せんに記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により、分割調剤を行う場合を含む。）は、その総量は、当然処方せんに記載された用量を超えてはならず、また、第2回以後の調剤においては使用期間の日数（ただし、処方せん交付の日を含めて4日を超える場合は4日とする。）と用量（日分）に示された日数との和から第1回調剤日から起算して当該調剤日までの日数を差し引いた日分を超えては交付できない。例えば4月3日交付、使用期間4日間、用量10日分の処方せんで4月4日に5日分の調剤を受け、次に10日に調剤を受けに来た場合は（10+4）-7=7であるから、残りの5日分を全部交付して差し支えないが、もし第2回の調剤を4月13日に受けに来た場合、（10+4）-10=4となるので4日分しか交付できない。</p> <p>3 保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方せんに薬剤師法第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録を作成した後、処方せんを患者に返却すること。</p> <p>4 保険薬局は、薬局内の見やすい場所に調剤報酬点数表の一覧等を掲示するとともに、患者の求めに応じて、その内容を説明すること。</p> <p>薬剤師法第26条は108ページ参照</p>

1点の単価は10円

- 調剤報酬点数表に規定する調剤基本料・調剤料・薬学管理料・薬剤料は点数表記で、その1点単価は10円です。
- 特定保険医療材料のみ「材料価格基準」において価格が円単位となっており、保険医療材料を調剤報酬明細書に記載して請求するときは、材料価格基準の価格×支給した本数÷10円として、点数とします。この場合において小数点以下が発生したときは、小数点第一位を四捨五入します（1円の単位で四捨五入）。

介護保険の要介護被保険者に対する費用の算定

- 介護保険の居宅療養管理指導費または介護予防居宅療養管理指導費と健康保険の在宅患者訪問薬剤管理指導料を重複算定することはできません。
- 介護保険法の要介護被保険者等であれば、介護保険を優先的に適用します。（給付する内容が同一であれば介護保険を優先するのが原則）

要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（要旨）

（平成20年3月27日、厚生労働省告示第128号）

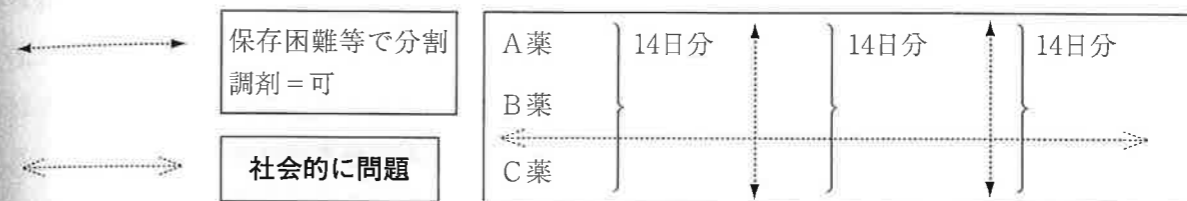
- ①要介護被保険者等である患者のうち入院中以外のものについては、在宅患者訪問薬剤管理指導料及び退院時共同指導料を除く点数が算定できる。
- ②介護療養病床以外の病床に入院している患者については、退院時共同指導料のみ算定できる。
- ③同一月において介護保険法の居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した患者については、健康保険法の薬剤服用歴管理料、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（ただし、いずれの場合も当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病とは別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除く）又は後期高齢者薬剤服用歴管理指導料、薬剤情報提供料、長期投薬情報提供料、後発医薬品情報提供料、外来服薬支援料、調剤情報提供料並びに服薬情報提供料は算定しない。
- ④介護老人福祉施設に入所している患者であって、末期の悪性腫瘍である患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医又は一般診療所等の保険医の処方に基づき実施した場合に限り、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及び在宅患者緊急時等共同指導料が算定できる。

※「在宅療養支援診療所」とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所をいいます。患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集

約する等の機能を果たす必要があり、このため①24時間の連絡体制、②24時間の往診体制、③当該診療所又は訪問看護ステーションとの連携により24時間の訪問看護提供体制、④患者の診療記録管理体制、⑤当該診療所又は別の保険医療機関との連携により緊急入院できる病床、⑥地域の保健及び福祉サービスとの連携体制、が確保されており、地方厚生（支）局長に届け出ている診療所を言います。

分割調剤

- 分割調剤は、投与日数が長期間にわたる処方せんを調剤する場合であって、長期保存が困難である等、及び処方せんに記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合で患者の希望がある等の理由が必要がある場合に行うものです。なお、日数について分割するのであって、備蓄している医薬品のみ調剤し、備蓄していない他の薬剤は他の薬局に任せるといった行為は社会的に認められません。



- 分割調剤時の第1回目の調剤報酬は、調剤基本料、調剤した数量に応じた調剤技術料、薬学管理料、調剤した数量に応じた薬剤料の合算点数となります。
- 同一保険薬局における分割調剤時の第2回目以降の調剤報酬は、調剤基本料（5点に限る、後発医薬品における分割調剤にあつては5点1回のみに限る）、調剤した数量に応じた調剤技術料（ただし、内服薬及び一包化薬にあつては1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数）、調剤した数量に応じた薬剤料の合算点数となります。後発医薬品調剤加算及び薬学管理料（薬剤服用歴管理料、薬剤情報提供料ほか薬学管理料の節に含まれるすべての調剤報酬）は算定できません。

後発医薬品における分割調剤にあつては、2回目の調剤を行う際に、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うとき、薬剤服用歴管理指導料、薬剤情報提供料又は後期高齢者薬剤服用歴管理指導料が算定できます。

- 分割調剤を行った場合は、調剤日・調剤した数量・分割調剤した理由及び保険薬局名・保険薬剤師名等必要事項を備考欄等に記載し、処方せんを患者に返却します。

区分00 調剤基本料

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>第1節 調剤技術料</p> <p>区分 00 調剤基本料 (処方せんの受付1回につき) 40点</p> <p>注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局 (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%を超えるものに限る。) においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。</p> <p>注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 (支) 局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数 (注1に該当する場合は注1に掲げる点数) に加算する。</p> <p>イ 基準調剤加算1 10点 ロ 基準調剤加算2 30点</p> <p>注3 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 (支) 局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数 (注1に該当する場合には注1に掲げる点数) に4</p>	<p>(1) 調剤基本料は、患者等が提出する処方せんの枚数に関係なく処方せんの受付1回につき算定する。なお、同一保険薬局において分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、2回目以降については「注4」又は「注5」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ調剤基本料を算定できる。</p> <p>(2) 同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては一括して受付1回と数える。</p> <p>ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方せんについては歯科以外の処方せんと歯科の処方せんを別受付として算定できる。</p> <p>(3) 2以上の異なる保険医療機関が交付した処方せんを同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え2回以上とする。</p> <p>(4) 処方せんの受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。</p> <p>ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について 前年3月1日から当年2月末日までの12か月の受付回数が48,000回を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。</p> <p>イ 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について 指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの受付回数が4,000回に月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。</p>

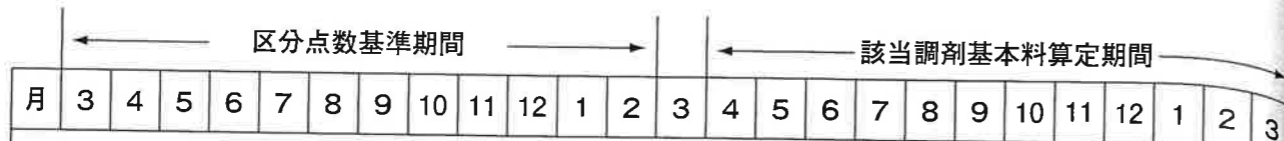
調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>点を加算する。</p> <p>注4 長期投薬 (14日分を超える投薬をいう。以下同じ。) に係る処方せん受付において、薬剤の保存が困難であること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目以降の調剤については、1分割調剤につき5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料は算定しない。</p> <p>注5 後発医薬品に係る処方せん受付において当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなる等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料 (区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分11に掲げる薬剤情報提供料 (後期高齢者である患者にあっては、区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料) を除く。) は算定しない。</p>	<p>ウ 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について 指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の受付回数が12,000回を超えるか否かで判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は40点を算定する。</p> <p>(5) 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%を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。</p> <p>ア 前年2月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について 前年3月1日から当年2月末日までの12か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。</p> <p>イ 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について 指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までに受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%を超えるか否かで判定し、4月1日から翌年3月31日まで適用する。</p> <p>ウ 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について 指定の日の属する月の翌月1日から3か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70%を超えるか否かで判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は40点を算定する。</p> <p>(6) 開設者の変更 (親から子へ、個人形態から法人形態へ、</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により薬事法上の薬局の許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(4)のウ及び(5)のウの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づき調剤基本料を算定する。</p> <p>(7) 「注4」については、長期投薬（14日分を越える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割調剤する必要があり、分割調剤を行った場合で、1処方せんの2回目以降の調剤を同一の保険薬局において2回目以降行った場合に算定する。</p> <p>(8) 「注4」に係る分割調剤を行う場合は、処方せんの受付時に、当該処方せんを発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。</p> <p>(9) 「注5」については、後発医薬品への変更が可能な処方せんを提出した患者の同意に基づき、処方せんに記載された先発医薬品を初めて後発医薬品に変更して調剤を行う場合であって、当該患者の希望により分割調剤を行った場合で、同一の保険薬局において1処方せんの2回目の調剤を行った場合に限り算定する。この場合において、2回目の調剤を行う際には、先発医薬品から後発医薬品への変更による患者の体調の変化、副作用が疑われる症状の有無等を確認するとともに、患者の意向を踏まえ、後発医薬品又は変更前の先発医薬品の調剤を行うこととする。なお、その際に、所定の要件を満たせば、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料及び「区分番号11」の薬剤情報提供料（後期高齢者である患者にあつては、「区分番号18」の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料）を算定できる。</p> <p>(10) 「注5」に係る分割調剤を行った場合は、処方せんを発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。また、2回目の調剤の際に、患者の意向により変更前の先発医薬品</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>の調剤を行った場合も、処方せんを発行した医療機関等にその旨を連絡するとともに、先発医薬品に再変更した理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。</p> <p>(11) 1処方せんについて、「注4」に係る分割調剤の2回目以降の調剤と「注5」に係る分割調剤の2回目の調剤を同一の保険薬局において同日に行う場合にあつては、いずれか一方の分割調剤に係る点数のみを算定する。</p>

調剤基本料算定基準月

○調剤基本料は、下記要領にしたがって改定します。以前から継続して存在する保険薬局は毎年4月1日に改定します。



既存薬局

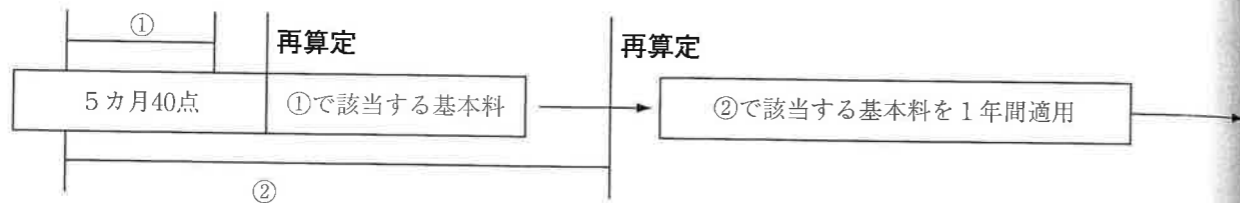
12カ月の受付回数が48,000回を超えるかどうか
集中度70%を超えるか

再算定

該当基本料を1年間適用

新規指定薬局 (3月1日から11月30日指定)

(例: 3月1日指定の薬局)

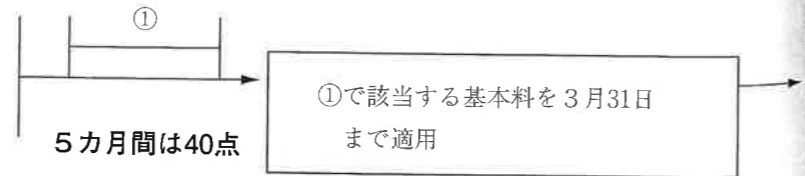


①: 5カ月前後の前後1カ月を除いた3カ月間で、受付回数が12,000回を超えるか・集中度70%を超えるか
②: 指定月の翌月から2月末日までの月数×4,000回を超えるか、集中度70%を超えるか

新規指定薬局 (12月1日以降)

(例: 12月1日指定の薬局)

①: 5カ月前後の前後1カ月を除いた3カ月間で受付回数12,000回を超えるか・集中度70%を超えるか



(集中度: 特定保険医療機関の回数/総受付回数)

- Q. 処方せんの受付回数及び集中度を算出する際、対象となる処方せんは健保、国保及び老人保健（编者注：現在は後期高齢者医療）に係る処方せんであり、公費、労災及びこれらの併用（健保、国保又は老人保健との併用を除く。）に係る処方せんは含まれないと解してよいか？
- A. 貴見のとおり。 (厚生労働省保険局医療課企画法令係-96.7.12)

届出は必要か

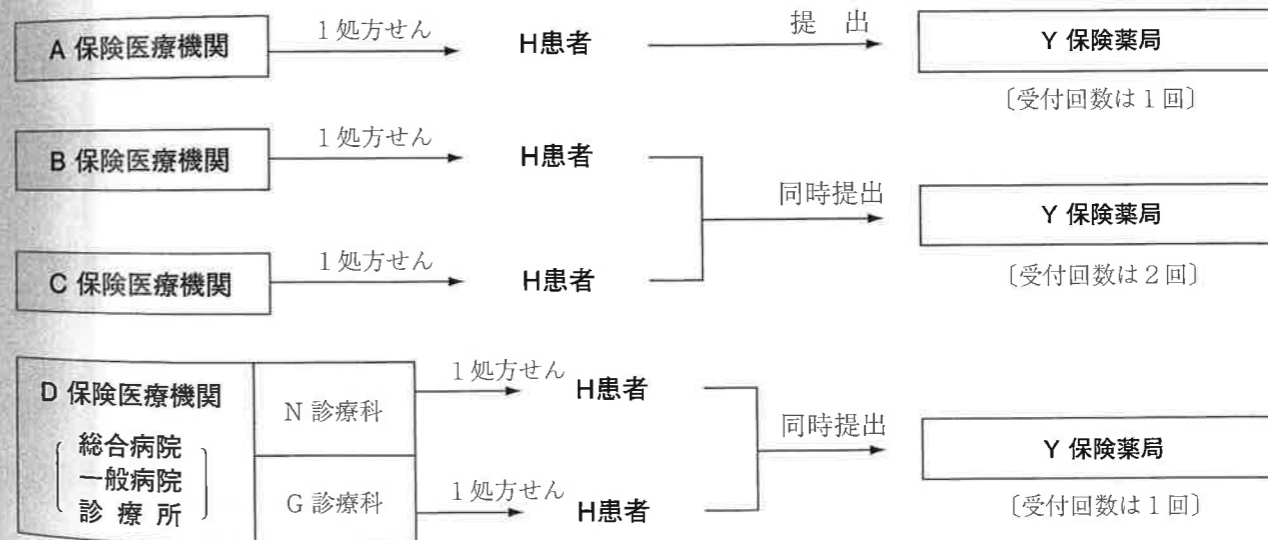
○関東信越厚生局（東京事務所）、東京都、東京都社会保険診療報酬支払基金、東京都国民健康保険団体連合会のいずれにも届け出る必要はありません。



算定する調剤基本料の「根拠」、すなわち基準期間中の月別の処方せん受付総回数、主たる保険医療機関からの処方せん受付回数の「統計」はいつでも提示できる状態にありますか？

受付回数の考え方

○異なる医療機関ごとに受付1回につき算定します。
○同時複数受付の場合、同一保険医療機関の同一医師又は一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては一括して受付1回と数えます（一方が歯科の場合を除く）。



- Q. 調剤基本料の算定に関して、「同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、…同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんは一括して受付1回と数える。」とされているが、同一日の受付では理由の如何を問わず受付1回と算定することとなるのか？
- A. 午前の処方せん受付後に患者の病態が急変し、夜に再度医療機関を受診して処方せんを持参したような場合は、別受付として取り扱って差し支えない。 (厚生労働省保険局医療課企画法令係-96.7.12)

なお、この場合、明細書の摘要欄に受付けた日付と時間を記載すること。

Q. 現在、調剤基本料の注1（18点：編者注）を算定していますが、年央に特定医療機関の集中度が70%を恒常的に下回るようになりました。調剤基本料（40点：編者注）を算定してもよいですか？

A. 調剤基本料は4月1日に決定した点数を翌年の3月31日まで変更することはできません。（新規開設保険薬局の場合で医療課長通知の規定に基づく場合を除く）。

また、移転等の場合で遡及指定を受けた場合も移転前の調剤基本料を引き継ぎます。

Q. 薬局において、公害健康被害補償法（以下「公健法」という。）に係る処方せんと健保法等に係る薬剤の処方せを同時に受け付け、受付1回と数える場合（同一の処方せんに公健法に係る薬剤が記載されている場合を含む。以下「公健法同時受付の場合」という。）の調剤基本料は、同時に算定できるか。

A. 同時には算定できない。調剤基本料は、主たる疾病に係るものとしてどちらか一方でのみ算定する。

Q. 薬局において、公健法等同時受付の場合の調剤基本料の算定に係る主たる疾病の判断はどのようにしたらよいか。

A. 各々の有効成分を有する薬剤の銘柄数（以下「銘柄数」という。）により主病を判断することで差し支えない。なお、銘柄数が同数である場合、調剤基本料は、公健法に係る調剤基本料として算定する。

（平成9年12月25日、環企第582号）

分割調剤時の調剤基本料

○同一の保険薬局において分割調剤を行う場合、初回調剤時は調剤基本料、2回目以降は5点を算定します。後発医薬品における分割調剤にあつては2回目のみ5点を算定します。

○異なる保険薬局において分割調剤された場合は、それぞれの保険薬局で初回目は調剤基本料が算定できます。

分割調剤に関するQ & A（厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日）

問1) 2回目以降の分割調剤分と新規調剤分の処方せを同時に受け付けた場合、調剤基本料はどのように考えたらいいのか。

答) 分割調剤に係る調剤基本料については、長期投薬に係る処方せんについて分割して調剤した時の調剤行為を評価したものであり、新規調剤分とは別途算定することとなる。

問2) 施設基準を満たした調剤薬局において、2回目以降の分割調剤5点の調剤基本料算定時に、基準調剤加算は認められるのか。

答) 認められない。

問3) 2回目と3回目の分割調剤を行った場合、それぞれ5点の算定することが可能か。

答) 分割して調剤をする毎にそれぞれ算定する。

問4) 2回目以降の分割調剤にかかる調剤基本料の算定は内服薬（浸煎薬、湯薬、一包化薬を除く。）のみが対象ということか。

答) 内服薬だけでなく、すべての薬剤が対象となるが、分割して調剤する必要がある場合に限られる。

問5) 2回目以降の分割調剤にかかる調剤基本料算定時の受付回数は、従来どおり「0回」としてよいか。

答) 従来通りでよい。

問6) 2回目以降の分割調剤にかかる調剤基本料は、時間外加算等の対象となるか。

答) 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に含まれるので、当該加算の対象となる。

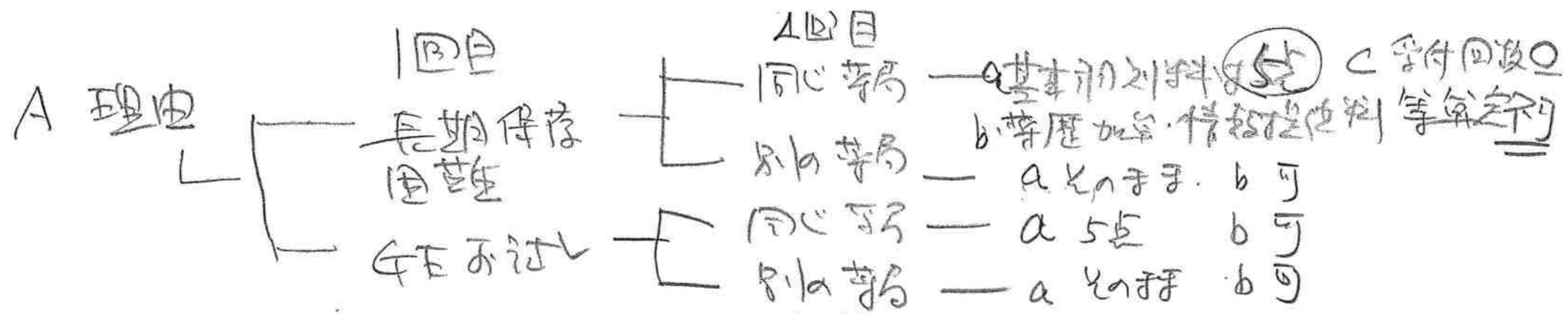
平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A（平成20年3月25日 日本薬剤師会）

Q1. 後発医薬品の分割調剤は、内服薬だけでなく、外用薬なども対象となるのか。

A. 医薬品の長期保存の困難性などの理由から分割調剤する場合と同様に、対象となる。

Q2. 分割調剤にあたり、医薬品の長期保存の困難性などの理由によるケースと後発医薬品の試用を目的とするケースが混在する場合には、どちらの分割調剤を行ったものとして算定しなければならないのか。

A. いずれか一方の点数しか算定できないが、どちらの分割調剤として算定しても差し支えない。ただし、長期保存の困難性などの理由で分割調剤を行った場合には、2回目の調剤時において薬剤服用歴管理指導料等を算定することはできない。



1回目 2点以上記入

- ① 分割/調製/付与理由
 - ② 調製/付与
 - ③ " 量
 - ④ " 等局名と等局/等局名 or 記号押印
- 分割/調製**

調製料は
1回分の料金をE311)2
算出

(a. 2点以上14点以内
では5点算定で1点
調製は5点)

▷ 2回目は何日調製が終了するか?

$$\begin{array}{r}
 \text{8月3日} \text{から} \text{4日} \text{間} \text{ } \text{8月6日} \text{ } \text{d} \\
 \text{a} \qquad \text{b} \qquad \text{+} \\
 \text{ } \qquad \text{ } \qquad \text{ } \text{10日} \text{ } \text{c} \\
 \text{ } \qquad \text{ } \qquad \text{ } \text{-15日} \text{ } \text{e} \\
 \hline
 \text{ } \qquad \text{ } \qquad \text{ } \text{= 2日分}
 \end{array}$$

- a 交入日: 8月3日
- b 便印期間: 4日
- c 2点以上 10日分
- d 1回目 8月6日 3日分
- e 2回目 8月15日

分割調剤に関するQ & A (日本薬剤師会 平成16年4月1日)

- 問1) 同一薬局で分割調剤した場合、2回目以降の調剤基本料は分割調剤として5点を算定するが、2回目以降を別の薬局で調剤した場合は何点となるのか。
- 答) 2回目以降を異なる薬局で調剤した場合は、その薬局に適用される調剤基本料を算定する。
- 問2) 分割調剤に係る調剤基本料(5点)は、投与日数が14日分以下の処方せんについても算定できるか。(編者注:後発医薬品の分割調剤を除く)
- 答) 14日分以下の処方せんを分割しても、分割調剤時の調剤基本料(5点)は算定できない。ただし、分割調剤は、算定の可否にかかわらず実施できる。
- 問3) 同一薬局で分割調剤した場合、2回目以降の処方せん受付は調剤基本料の区分を判断する上での受付回数としてカウントするのか。
- 答) 同一薬局における分割調剤に係る2回目以降の処方せん受付については、通常の処方せん受付回数としてカウントしない。
- 問4) 同一医師による処方せんのうち、通常の処方せん(新規)と分割調剤に係る処方せんを同時に調剤した場合、調剤基本料はそれぞれ算定できるか。
- 答) 同一医師による処方せんであるか否かにかかわらず、新規の処方せんについては通常の調剤基本料、分割調剤に係る処方せんについては調剤基本料として5点をそれぞれ算定できる。

施設基準と「基準調剤」及び「後発医薬品調剤体制加算」の具体的な届出方法

特掲診療料の施設基準等 (厚労省告示第63号、平成20年3月5日)	特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続き (保医発第0305003号、平成20年3月5日)
<p>第一 届出の通則</p> <p>一 保険医療機関(注釈略)は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。</p> <p>二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。</p> <p>三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。</p>	<p>第3 届出受理後の措置等</p> <p>1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。</p> <p>2 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い(原則として年1回、受理後6か月以内を目途)、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。</p> <p>3 特掲診療料の施設基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。</p> <p>4 届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。</p>
<p>第十五 調剤</p> <p>一 基準調剤加算の施設基準</p> <p>(1) 通 則</p> <p>イ 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。</p> <p>ロ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供していること。</p> <p>ハ 開局時間以外の時間において調剤を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>ニ 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が整備されていること。</p>	<p>第88 基準調剤</p> <p>1. 基準調剤加算1の施設基準</p> <p>(1) 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>(2) 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬</p>

特掲診療料の施設基準等 (厚労省告示第63号、平成20年3月5日)	特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続き (保医発第0305003号、平成20年3月5日)
<p>(2) 基準調剤加算1の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算2の基準 イ 処方せんの受付回数が一月に600回を超える保険薬局については、当該保険薬局の調剤のうち特定の保険医療機関に係る処方によるものの割合が7割以下であること。</p> <p>ロ 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。</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>	<p>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管理記録を作成し、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。</p> <p>(3) 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。</p> <p>(4) 基準調剤加算を算定する保険薬局は、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。</p> <p>(5) 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及び指導が可</p>

特掲診療料の施設基準等 (厚労省告示第63号、平成20年3月5日)	特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続き (保医発第0305003号、平成20年3月5日)
	<p>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。</p> <p>(6) 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。</p> <p>(7) 薬局内にコンピューターを設置し、インターネットを通じて定期的に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。</p> <p>(8) 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。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>2. 基準調剤加算2の施設基準</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>

特掲診療料の施設基準等 (厚労省告示第63号、平成20年3月5日)	特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続き (保医発第0305003号、平成20年3月5日)
<p>一の二 後発医薬品調剤体制加算の施設基準</p> <p>当該保険薬局における処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が3割以上であること。</p>	<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5) 1の(2)から(8)までの基準を満たしていること。</p> <p>第89 後発医薬品調剤体制加算</p> <p>1. 後発医薬品調剤体制加算の施設基準</p> <p>(1) 当該保険薬局における直近3か月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上であること。</p> <p>(2) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）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。</p>

**既施設基準届出薬局における指導監督行政の
“関東信越厚生局”への移管に伴う対応について**

平成20年10月1日から保険医療機関・保険薬局及び保険医・保険薬剤師等に関する指導監督行政が東京社会保険事務局から関東信越厚生局へ移管されましたが、すでに施設基準を届出ている保険薬局は、新たに関東信越厚生局長に対し届出る必要はありません。

1. 基準調剤加算に関するQ & A

基準調剤加算に関するQ & A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

- 問1) 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よいか。
- 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。なお、研修で用いた資料は必要に応じて参照できるよう保存・管理を行うこと。
- 問2) 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3) 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4) 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、調剤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5) 基準調剤加算1と基準調剤加算2は、時間外加算の対象となるのか。
- 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6) 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。

疑義解釈 (平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

- (問1) 「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」(平成20年3月5日付け保医発第0305003号)において、基準調剤加算を算定する保険薬局は、時間外等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、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患者等に交付する旨の記載があるが、自局のみで時間外、休日及び夜間における調剤が可能である場合には、自局に関する情報（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）を記載した文書を患者等に交付することでも差し支えないか。
- (答) 自局のみで常時調剤ができる体制が整備されているのであれば、自局に関する情報を記載した文書を患者等に交付することで差し支えない。

【調剤基本料（施設基準加算）】（平成18年3月29日 日本薬剤師会）

- Q. 今回の改定において、調剤基本料の施設基準加算は変更されていないが、すでに届出を行っている保険薬局は改めて届出を行う必要があるか。
- A. 必要ない。届出書の内容に変更が生じた場合を除き、毎年7月1日現在における状況について報告すればよい。

【調剤基本料（基準調剤加算）】

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A（平成20年3月25日 日本薬剤師会）

- Q1. 基準調剤加算1および2の施設基準に係る留意事項が一部改正されているが、すでに平成20年3月末までに届出を済ませている保険薬局であっても、4月1日以降に改めて届出を行う必要があるのか。
- A. 新たな施設基準と照らし合わせ、当該基準を満たしていれば改めて届出を行う必要はない。当該基準を満たしていない場合には、速やかに変更の届出を行うこと。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A（平成20年4月17日 日本薬剤師会）

- Q2. 基準調剤加算1および2の施設基準の要件が一部改正され、初回の処方せん受付時に患者へ交付する文書には、時間外等に調剤応需が可能な「近隣の」保険薬局に関する情報（所在地、名称、開局時間、連絡先など）を記載するよう求められているが、自局のみで時間外・休日・夜間の調剤を応需している場合には、自局に関する情報を提供することで当該要件を満たしているものと解釈して差し支えないか。
- A. 差し支えない。基準調剤加算の要件において、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」と説明している。

【施設基準問い合わせ・届出先】

関東信越厚生局東京事務局
〒163-1111 新宿区西新宿6-22-1 新宿スクエアタワー11F
Tel 03-6692-5119

【基準調剤加算の届出書類】

1. 基準調剤に係る届出書（正副2通）
2. 基準調剤に勤務する従業者名簿（常勤・非常勤）
3. 基準調剤の施設基準に係る届出書添付書類
 - ①薬剤服用歴管理記録（5名分の原本・写し、及び当該患者の直近5調剤分の処方せんと調剤録の原本・写し）
 - ②情報提供における必要な体制の整備状況（情報の入手手段、患者等から連絡を受ける手段など）
 - ③開局時間以外の時間における調剤応需体制の整備状況（患者に交付する文書及び薬局内外の掲示物の写し）
 - ④薬局における薬学的管理指導に必要な体制の整備（各種研修会への出席の記録、その内容の勤務薬剤師全体への周知・研修体制の記録又は研修計画、必要文献などの周知方法）
 - ⑤備蓄品目リスト



2. 後発医薬品調剤体制加算に関するQ & A

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年3月25日 日本薬剤師会)

- Q1. 後発医薬品調剤体制加算に係る施設基準の届出については、届出後の内容に変更が生じない限り、改めて行う必要はないのか。
- A. 届出後については、毎月、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%以上であることを確認しなければならないが、当該基準を満たしている限りは改めて届出を行う必要はない(別途、毎年7月1日現在の状況については報告が必要)。当該基準を下回った場合(30%未満)には、速やかに変更の届出を行う必要がある。
- Q2. 後発医薬品の調剤率の算出にあたっては、調剤基本料における処方せん受付回数や集中率の考え方と同じく、医療保険に係る処方せん(社会保険および国民健康保険。また、これらとの公費併用を含む)のみが対象であると考えて差し支えないか。
- A. 差し支えない。たとえば、自費扱いや生保単独の処方せんのほか、公害医療や労災保険に係る処方せんについては対象外となる。
- Q3. 後発医薬品の調剤率は、後発医薬品調剤加算の算定回数の割合と考えて差し支えないか。
- A. 後発医薬品調剤加算の算定回数の割合ではない。処方せん受付回数のうち、調剤した医薬品の中に1品目でも後発医薬品が含まれていた処方せん受付回数の割合から算出する。
- Q4. 後発医薬品の調剤率の計算にあたり、小数点の部分については四捨五入して差し支えないか。それとも、切り捨てるのか。
- A. 小数点部分は切り捨てた上で、30%以上か否かを判断する。

疑義解釈 (平成20年3月28日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

- (問2) 後発医薬品調剤体制加算に係る届出書添付書類(様式85)において、届出時の直近3か月間の実績として、後発医薬品の調剤率を1か月ごとに記載することとされているが、後発医薬品の調剤率が30%を下回る月が1月でもある場合には、後発医薬品調剤体制加算は算定できないのか。
- (答) 届出時の直近3か月のうち、後発医薬品の調剤率が30%を下回る月がある場合でも、直近3か月間の合計で後発医薬品の調剤率が30%以上である場合には算定できる。
- (問3) 後発医薬品調剤体制加算の届出を行った場合は、毎月、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%以上であることを確認し、届出を行う必要があるのか。
- (答) 届出を行った薬局において、毎月、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%以上であるか否かを確認する必要があるが、当該基準を満たしている限り、改めて届出を行う必要はない。なお、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%を下回った場合には、速やかに変更の届出を行うこと。また、当該変更の届出を行った後に、再度、直近3か月間の後発医薬品の調剤率が30%以上となり、後発医薬品調剤体制加算を算定しようとする場合には、改めて後発医薬品調剤体制加算の届出を行うこと。

【後発医薬品調剤体制加算の届出書類】

- 提出書類
1. 後発医薬品調剤体制加算の届出書(正副2通)
 2. 様式85 後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類(正副2通)
- 提出方法
- 関東信越厚生局東京事務所へ持参する、または、郵送でも可(返信封筒を用意する必要はありません)。
- 届出日
- ①4月1日から算定する場合
- 1) 3月2日から3月30日に届け出、受理された場合、この場合の直近3か月とは12~2月となります。
 - 2) 4月1日関東信越厚生局東京事務所へ直接届け出、受理された場合(郵送は無理)、4月1日から算定できます。この場合の直近3か月とは1~3月となります。

別添2 特掲診療料の施設基準に係る届出書

医療機関コード 又は保険薬局コード	
連絡先 担当氏名 電話番号	
(届出事項) []の施設基準に係る届出	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくモノに限る。)を行ったことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において虚偽届出及び虚偽届出並びに虚偽届出に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の請求、医療内容又は医療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の算定及び運轉等の負数の算定並びに入院基本料の算定方法に規定する保険医療機関でないこと。	
記載について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。 平成 年 月 日 保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称 届出者名 印	

備考1 []欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
 2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。
 3 届出書は、正副2通提出のこと。

様式85 後発医薬品調剤体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

余処方せんの受付回数並びに後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数及びその割合				
期 間 (届出時の直近3か月間+1か月 ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ~ 年 月 (直近3か月間の 合計)
余処方せんの受付回数				
後発医薬品を調剤した処方せんの 受付回数				
割合(②/①)				

調 剤 料

内服薬調剤料

嚥下困難者用製剤加算

内服用滴剤の調剤料

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
区分	区分01 調剤料
01 調剤料	(1) 内服薬
1. 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く（1剤につき））	ア 内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く。以下同じ。）の調剤料については、内服用滴剤とそれ以外の内服薬とは所定単位及び所定点数が異なる。（内服用滴剤は「区分01」の「注1」による。）
イ 14日分以下の場合	イ 内服薬（内服用滴剤以外のもの）についての調剤料及び薬剤料の算定はそれぞれ「1剤」及び「1剤1日分」を所定単位とし、内服用滴剤についての調剤料及び薬剤料は「1調剤」を所定単位として算定するが、この場合の「1剤」とは、調剤料の算定の上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。
(1) 7日目以下の部分（1日分につき）	(イ) 1回の処方において、2種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、1剤として算定する。
5点	(ロ) 服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず1剤として算定する。
(2) 8日目以上の部分（1日分につき）	(ハ) (イ)及び(ロ)における「服用時点が同一である」とは、2種類以上の薬剤について服用日1日を通じて服用時点（例えば「朝食後、夕食後服用」、「1日3回食後服用」、「就寝前服用」、「6時間毎服用」等）が同一であることをいう。また、食事を目安とする
4点	
ロ 15日分以上21日分以下の場合	
68点	
ハ 22日分以上の場合	
77点	
注1 服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず、1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。	
注2 嚥下困難者に係る調剤について、当該患者の心身の特性に応じた剤形に製剤して調剤した場合は、嚥下困難者用製剤加算として、所定点数に80点を加算する。	

調剤報酬点数表

算定要件（厚労省保険局医療課長通知）

服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前30分」等であっても、調剤料の算定にあつては、「食前」とみなし、1剤として扱う。

(ニ) (イ)及び(ロ)にかかわらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。

- ① 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- ② 内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合
- ③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

ウ 内服薬の調剤料は、1回の処方せん受付について、4剤以上ある場合についても3剤として算定する。ただし、この場合、内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬、湯薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、浸煎薬及び湯薬については調剤数を、一包化薬については、内服薬に準じて剤数に含めることとする。

エ 同一薬局で同一処方せんを分割調剤した場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

オ 隔日投与等投与しない日がある処方に係る内服薬の調剤料は、実際の投与日数により算定する。

カ ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、内服用液剤（シロップ剤）にして患者に投与するときは内服用液剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服用固形剤として算定する。また、ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の他の液剤と一緒に投与する場合は1剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等）と一緒に投与する場合も1剤として算定する。

キ 嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があつて、市

調剤報酬点数表

算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)

- 販されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工した後調剤を行うことを評価するものである。
- ク 剤形の加工は、薬剤の性質、製剤の特徴等についての薬学的な知識に基づいて行わなければならないこと。
- ケ 嚥下困難者用製剤加算は、処方せん受付1回につき1回算定できるものであること。
- コ 剤形を加工したものをを用いて他の薬剤と計量混合した場合の計量混合調剤加算は算定できないものであること。
- サ 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合においては、自家製剤加算は算定できないものであること。
- シ 薬剤師が剤形の加工の必要を認め、医師の了解を得た後剤形の加工を行った場合は、その旨調剤録に記載すること。
- ス 時間外加算、休日加算及び深夜加算の加算額を算定する場合の基礎額には、嚥下困難者用製剤加算に係る加算分は含めないものであること。
- セ 内服用滴剤を調剤した場合の調剤料は、投薬日数にかかわらず、1調剤につき「注1」の所定点数を算定する。この場合の内服用滴剤とは、内服用の液剤であって、1回の使用量が極めて少量（1滴ないし数滴）であり、スポイト、滴瓶等により分割使用するものをいう。なお、当該薬剤の薬剤料は、1調剤分全量を1単位として薬剤料の項により算定するものであり、1剤1日分を所定単位とするものではない。

注1 1の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定する。

算定単位である1剤とは

- それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものは1剤とします。
- 服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず1剤とします。
- 「服用時点が同一」とは、服用日1日を通じて「1日3回食後服用」など服用時点が同一であるものをいい、「食後」「食後30分」などであっても調剤料の算定にあつては「食後」とみなし1剤として取り扱います。

別剤として算定できない例

〔食後と食直後服用の処方〕

1) ボルタレン錠	3錠
ダーゼン10mg錠	3錠
1日3回 毎食直後服用	5日分
2) マーズレンS顆粒	2.0g
1日3回 毎食後服用	5日分

- 「食後」と「食直後」は薬袋を別にしても、算定上は1剤とします。
- 食事を目安とする服用時点は食前、食後、食間の3区分のみ。

〔投与日数が異なるものの服用時点が同一の処方〕

1) ペルジピン錠20mg	3 Tab
パナルジン錠	3 Tab
シグマート錠5mg	3 Tab
3 × n.de	14TD
2) PL顆粒	3.0g
メイアクト錠100	3 Tab
3 × n.de	4TD

- 服用時点が同一であれば投与日数が異なっても1剤として算定します。
- したがって、処方2)は薬剤料のみ算定。

別剤として算定できる例

〔服用時点が異なるもの〕

1) レニベース錠 5mg	1錠
リポバス錠 5mg	1錠
1日1回朝食後	28日分
2) ユーロジン 1mg錠	1錠
1日1回就寝前	14日分

〔内服用固形剤と内服用液剤の処方〕

1) プロヘパール錠	6錠
グリチロン錠	6錠
分3毎食後	14日分
2) モニラック・シロップ	30ml
分3毎食後	14日分

〔配合不適の薬剤が処方されている場合〕

1) クラリスドライシロップ・小児用	1.5g
3×毎食後	7日分
2) アスベリンシロップ (0.5%)	4ml
レフトーゼシロップ	5ml
ペリアクチンシロップ	6ml
3×毎食後	7日分
3) ポンタールシロップ	2ml
発熱時屯用	9回分

○1日1回の服用ですが、服用時点の異なるものは別剤として算定します。

○「内服用固形剤」と「内服用液剤」が同時処方されている場合、服用時点が同一であっても2剤算定できます。

○アスベリンシロップとレフトーゼシロップは混合すると7日後にはゲル状化し再分散性が不良となります。7日未満であれば白濁は起こるが振とうするよう指導すれば問題は起こりません。

○服用時点が同一であっても本例のように7日分投与で配合不適となるため、別剤とした場合は別剤算定できます。(なお、請求にあたっては明細書の摘要欄に理由を明記すること)

○クラリスドライシロップは顆粒のまま投与したので、本例では内服薬3剤、屯服薬1剤となります。

〔服用方法が異なる処方〕

1) シングレアチュアブル錠 5	1錠
△△△	0.4g
1日1回 就寝前	14日分

○シングレアチュアブル錠の用法として「口中で溶かすか、噛み砕いて服用すること」と明らかに服用方法が異なるものとして認められているものは別剤として算定できます。なお、シングレアチュアブル錠と同一成分同一剤型としては他にキプレスチュアブル錠がありますが、1日1回就寝前服用が原則で、実際には、同一服用時点で他の薬剤と同時処方されるケースは極めて希。

なお、この他にバツカル錠も同様の取り扱いとなります。

○ガスターD錠やタケプロンOD錠などが市販されていますが、これら製剤はチュアブル錠とは異なり「口腔内で崩壊するが、口腔粘膜で吸収されることはなく」、唾液や水等で飲み込むこととされているため、チュアブル錠のような「服用方法が異なる」との取扱いはできません。

隔日投与の調剤料

○隔日投与など投与しない日がある場合の内服薬調剤料の算定上の日数は、実際に服用する日数(実投与日数)とします。

プレドニン錠 5mg	3錠
1日1回 朝食後	7日分
(1日おきに14日間で服用)	

○実投与日数で算定するので7日分35点となります。

○隔日投与の場合の処方せん上の日数記載については、実投与日数を記載する場合と服用期間を記載する場合の2通りがあります。不明の場合は処方医に問い合わせる必要があります。

同一薬局における分割調剤時の調剤料

○第1回目の調剤料=実調剤日数に対応する調剤料
○第2回目の調剤料=通算した調剤日数に対応する調剤料から第1回目の調剤料を引いた点数

漸減療法処方
の
剤数と日数

- 1) プレドニン錠5mg 3錠
1日3回 毎食後 7日分
- 2) プレドニン錠5mg 2錠
1日2回 朝夕食後 5日分
- 3) プレドニン錠5mg 1錠
1日1回 朝食後 3日分

○内服薬調剤料は1剤1日分を所定単位とし、服用時点が同一のものは1剤とするのが大原則ですが、左例のように同一薬剤を日を追って1日の服用回数及び錠数を漸減していくような場合、服用時点の差異にかかわらず一連の服用として調剤料を算定します（左例の場合15日分）。

○ただし、左例に加えて、例えば分3毎食後の他の薬剤が15日分処方されていた場合には、2剤、それぞれ15日分として算定します。

【明細書記載方法】

処 方	調剤数量	調剤料	薬剤料
プレドニン錠5mg 3錠 内服 分3 毎食後 ①	7	68	21
プレドニン錠5mg 2錠 内服 分2 朝夕食後 ②	5	0	10
プレドニン錠5mg 1錠 内服 分1 朝食後 ③	3	0	3

摘要欄：「プレドニン①～③は通算15日分の調剤料を算定」と記載

Q. 剤数の算定

オイグルコン錠2.5mg 1錠 分1 朝食後
オイグルコン錠1.25mg 1錠 分1 夕食後 14日分

という処方せんを受け付けました。2剤算定してよいのでしょうか？

A. 規格の違う同一銘柄を1日のうちで調剤する必要があっても1剤として算定します。なお、患者さんに朝食後と夕食後で薬剤の有効成分量が異なることを十分説明することが求められます。

参考

オイグルコン錠1.25mg 3錠
分2 朝夕食後 (2-1)

オイグルコン錠 3.75mg
分2 朝夕食後 (2.5-1.25)

上記はいずれも1剤算定です。

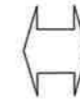
嚥下困難者用製剤
加算算定上の留意点

嚥下困難者用製剤加算の評価対象

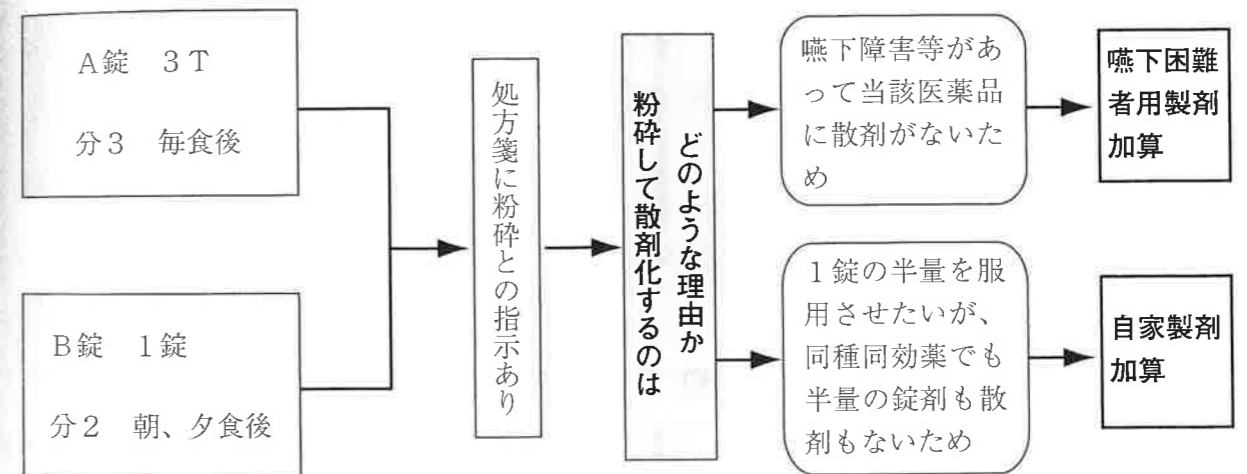
・嚥下障害等がある、市販されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で、錠剤を砕く等薬学的な知識に基づく剤形加工

「市販されている剤形」

錠剤等を粉碎する場合には、当該銘柄で散剤等が薬価基準に記載されている医薬品をさす



【図5-1 錠剤の粉碎と嚥下困難者用製剤加算・自家製剤加算の関係】



一般論として、明細書上では他の薬剤が散剤又は液剤で1種類以上の錠剤を粉碎・調剤する場合及び1回服用量が整数錠で粉碎・調剤する場合は嚥下困難者用製剤、1回服用量が半量など1錠量の端数量とする場合は自家製剤と考えられます。「算定誤り」ではないかと考えられる請求が散見されます。一般的な判断と異なる理由がある場合は明細書の摘要欄にその理由を記載することが必要です。

嚥下困難者用製剤加算に関するQ & A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

問1) 本来、流通している剤形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つの医薬品のみに嚥下困難であるため剤形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加工する必要があり、1医薬品のみの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) 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。

内服用滴剤とは

○内服用の液剤であって、1回量が1滴ないし数滴であり、スポイト、滴瓶等により分割使用するもの。具体的にはラキソベロン液、チョコラA滴等が該当します。

内服用滴剤の調剤料と内服薬調剤料算定上限との関係

○内服用滴剤の調剤料は、投与日数にかかわらず、1調剤につき10点です。

○内服薬調剤料は3剤まで算定可能ですが、内服薬の剤数には内服用滴剤は含めません。

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1) A薬 分1朝食後 | } 各剤において内服薬調剤料を算定 |
| 2) B薬 分3毎食後 | |
| 3) C薬 分2朝・夕食後 | |
| 4) ラキソベロン液 1回10滴 就寝前 | 内服用滴剤調剤料算定可 |

屯服薬調剤料

浸煎薬・湯薬調剤料

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
2 屯服薬 21点	(2) 屯服薬 屯服薬の調剤料は、調剤した剤数、回数にかかわらず、1回の処方せん受付につき所定点数を算定する。
注 1回の処方せん受付において、屯服薬を調剤した場合は、剤数にかかわらず、所定点数を算定する。	
3 浸煎薬 (1調剤につき) 190点	(3) 浸煎薬 ア 浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。 イ 浸煎薬の調剤料は、日数にかかわらず、1調剤につき算定する。 ウ 浸煎薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。
注 4調剤以上の部分については算定しない。	ただし、内服薬、湯薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を、一包化薬については内服薬に準じて剤数を調剤数に含めることとする。
4 湯薬 (1調剤につき) 190点	(4) 湯薬 ア 湯薬とは、薬局において2種類以上の生薬 (粗切、中切又は細切したもの) を混合調剤し、患者が服用するために煎じる量ごとに分包したものをいう。 イ 湯薬の調剤料は、投薬日数にかかわらず、1調剤につき算定する。 ウ 湯薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。ただし、内服薬、浸煎薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を、一包化薬については内服薬に準じて剤数を調剤数に含めることとする。
注 4調剤以上の部分については算定しない。	

内服薬と屯服薬の違い

○内服薬と屯服薬の区別は処方せんの記載内容によって判定するもので、屯服薬とはその指示された用法が定時的に服用するものではなく用に望んで服用するもので、次のように用量が1回量を単位とされているものです。

ニトログリセリン錠 1錠 発作時服用 20回分

同じ医薬品でも



屯服薬の調剤料は何回分調剤しても受付1回につき21点

○3調剤あろうとも調剤料は処方せんの受付1回につき1回しか算定できません。たとえば、屯服薬として駆虫剤と下剤が同時に処方されていても調剤料はどちらか1回しか算定できません。

Q. 屯服薬の許容投与回数には目安があるのか？ 例えば14日分処方の中に屯用28回分は構わないのか？

A. 昭和24年保険発第310号で「屯服薬は1日2回程度を限度として臨時的に投与するものをいい、1日2回以上にわたり時間的、量的に一定の方針のある場合は内服薬とする。」とされている。例えば、ニトログリセリン錠のように、屯服で処方された薬剤の特性からみて妥当な処方であれば構わない。なお、院外処方せん受付時に必要があれば処方医に照会すること。
(平成12.4.26 保険局保険医療課)

注1：東京都の審査支払機関では屯服薬の投与回数について、概ね10回が目安と考えられています（ニトログリセリン製剤等を除く）。ただし、10回を超える場合であっても、薬剤の特性等を考慮して妥当と考えられる範囲は認められています。

2：片頭痛薬であるイミグラン、ゾーミック、マクサルト、レルパックスについては、内服薬の処方とは認めず、屯服薬として1処方10単位までとされています。

浸煎薬・湯薬の調剤数の考え方

「湯薬」の2調剤処方例

キザミ生薬A 4g
キザミ生薬B 3g
キザミ生薬C 2g
キザミ生薬D 3g

以上、湯薬として14日分
煎じて分3 毎食間

キザミ生薬E 3g
キザミ生薬F 4g

以上、湯薬として14日分
煎じて分2

朝昼食間と夕食2時間後

○浸煎薬（薬局において浸煎する液剤）及び湯薬（煎じる量ごとにパックしたもの。煎じるのは患者自身）の調剤料は、1調剤につき算定します。内服薬の剤数の考え方の同じように1日当たりの服用回数及び服用時点が異なり別々に調剤した場合は別剤となります。なお、浸煎薬は腐敗しやすいので2日以上投与は避けるべきとされています（保存剤を入れれば4日も可）。

○また、浸煎薬は1処方に「浸薬」（精製水に約15分潤した後、熱精製水を注ぎ数回かき混ぜながら5分間加熱し、冷後、布ごしする）と「煎薬」（精製水を加え、数回かき混ぜながら30分間加熱し、温時、布ごしする）が同時にある場合は、1日の服用回数及び服用時点が同じ場合であっても別剤として算定できます。なお、この場合は抽出方法の違いを明細書に明記します。

湯薬も同様に、1日の服用回数及び服用時点が同じであっても、抽出方法が上記のように異なる場合は別剤として算定できます。なお、この場合も抽出方法の違いを明細書に明記します。

浸煎薬・湯薬に関するQ & A（厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日）

問1) 従来の自家製剤加算における「浸煎剤、湯剤」の算定要件と同様、2種類以上の生薬を混合調剤した場合に算定するものなのか。

答) 浸煎薬とは、生薬の種類数に関係なく、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいい、湯薬とは、薬局において2種以上の生薬（粗切、中切又は細切したもの）を混合調剤し、患者が服用するために煎じる量ごとに分包したものをいう。

問2) 浸煎薬、湯薬について、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を併せて算定することは可能か。

答) 従来の浸煎剤、湯剤に係る自家製剤加算を廃止・再編した上で新たに浸煎薬及び湯薬の調剤料を設定したものであり、当該調剤料について自家製剤加算及び計量混合調剤加算を併せて算定することはできない。

問3) 浸煎薬又は湯薬を屯服として服用した場合の調剤料の算定はどうなるのか。

答) 浸煎薬及び湯薬の調剤料については、それぞれの調製にかかる調剤技術を評価したものであることから、浸煎薬及び湯薬の定義に合致するものであれば、浸煎薬及び湯薬として算定する。

浸煎薬・湯薬に関するQ&A (日本薬剤師会 平成16年4月1日)

問1) 次のような場合、調剤料は何調剤として算定するか。

- 例) 処方1 A 3g
 B 3g
 C 6g 分3毎食後×28日分
 処方2 D 3g
 E 3g 分3毎食後×14日分

答) 2調剤(190点×2)として算定する。

問2) 浸煎薬または湯薬において、麻薬・向精神薬等が含まれていた場合、麻薬加算等は算定できるか。

答) 算定できる。

問3) 浸煎薬または湯薬において、自家製剤加算もしくは計量混合調剤加算は算定できるか。

答) 算定できない。今回新設された浸煎薬および湯薬については、従来の自家製剤加算および計量混合調剤加算を調剤料として評価したものであることから、自家製剤加算ならびに計量混合調剤加算は同時に算定することはできない。

問4) 浸煎薬または湯薬において、同一薬局で分割調剤を行った場合、2回目以降の調剤料はどのように算定するのか。

答) 浸煎薬および湯薬については、調剤日数にかかわらず1調剤につき190点を算定する。したがって、分割調剤の2回目以降にあっても1調剤につき190点となる。

浸煎薬・湯薬の
投与日数と調剤料

○浸煎薬・湯薬は投与日数に関係なく1調剤につき190点を算定します。

浸煎薬・湯薬の薬剤料
の考え方

○浸煎薬及び湯薬の薬剤料は、1日単位ではなく1調剤当たりの総量薬価を点数とします。

薬剤料の計算例

- キザミ A 4g × 14日分 × 単位当たり薬価 …… (a)
 キザミ B 3g × 14日分 × 単位当たり薬価 …… (b)
 キザミ C 2g × 14日分 × 単位当たり薬価 …… (c)
 キザミ D 3g × 14日分 × 単位当たり薬価 …… (d)

1調剤当たり薬剤料 = 全薬価合計 [(a) + (b) + (c) + (d)]

1調剤当たり薬剤料点数 = 全薬価合計 ÷ 10 (五捨五超入)

一包化薬調剤料

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
5 一包化薬 89点	(5) 一包化薬
注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。	ア 一包化薬とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与するものをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。
	イ 一包化は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により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配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に行うものであり、医師の了解を得た上で行うものであること。
	ウ 一包化薬の調剤料は、一包化を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。
	エ 薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を調剤録等に記載すること。
	オ 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包した場合等も算定できるが、別に一包化薬の調剤料は算定できない。
	カ 同一薬局で同一処方せんに係る分割調剤をした場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

2010.05
 一包化加算を算定した場合は、自家製剤加算や計量混合調剤加算などを同時に算定することはできませんが、算定の優先順位のようなものはあるのでしょうか。それとも、たとえば下のような処方せんの場合には、算定要件を満たしていればどの加算を算定しても構わないのでしょうか。

- 処方1 1日3回毎食後 × 14日分
 処方2 1日2回朝夕食後 × 14日分
 処方3 1日1回朝食後 × 14日分

→ すべて内服用固形剤。処方医の指示に基づき一包化を行ったが、いずれの処方にも自家製剤加算または計量混合調剤加算に該当する行為あり。

A 複数の加算の算定については、同時算定の可否が規定されているのであって、優先順位のようなものは一切ありません。したがって、上のような場合には、①一包化加算のみを14日分算定するか、それとも、②一包化加算は算定せず、剤ごとに自家製剤加算または計量混合調剤加算を算定することになります。

浸煎薬・湯薬に関するQ&A (日本薬剤師会 平成16年4月1日)

問1) 次のような場合、調剤料は何調剤として算定するか。

- 例) 処方1 A 3g
 B 3g
 C 6g 分3毎食後×28日分
 処方2 D 3g
 E 3g 分3毎食後×14日分

答) 2調剤(190点×2)として算定する。

問2) 浸煎薬または湯薬において、麻薬・向精神薬等が含まれていた場合、麻薬加算等は算定できるか。

答) 算定できる。

問3) 浸煎薬または湯薬において、自家製剤加算もしくは計量混合調剤加算は算定できるか。

答) 算定できない。今回新設された浸煎薬および湯薬については、従来の自家製剤加算および計量混合調剤加算を調剤料として評価したものであることから、自家製剤加算ならびに計量混合調剤加算は同時に算定することはできない。

問4) 浸煎薬または湯薬において、同一薬局で分割調剤を行った場合、2回目以降の調剤料はどのように算定するのか。

答) 浸煎薬および湯薬については、調剤日数にかかわらず1調剤につき190点を算定する。したがって、分割調剤の2回目以降にあっても1調剤につき190点となる。

浸煎薬・湯薬の
投与日数と調剤料

○浸煎薬・湯薬は投与日数に関係なく1調剤につき190点を算定します。

浸煎薬・湯薬の薬剤料
の考え方

○浸煎薬及び湯薬の薬剤料は、1日単位ではなく1調剤当たりの総量薬価を点数とします。

薬剤料の計算例

キザミA 4g×14日分×単位当たり薬価……………(a)

キザミB 3g×14日分×単位当たり薬価……………(b)

キザミC 2g×14日分×単位当たり薬価……………(c)

キザミD 3g×14日分×単位当たり薬価……………(d)

1調剤当たり薬剤料=全薬価合計 [(a) + (b) + (c) + (d)]

1調剤当たり薬剤料点数=全薬価合計÷10 (五捨五超入)

一包化薬調剤料

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
---------	---------------------

5 一包化薬 89点

注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

(5) 一包化薬

ア 一包化薬とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与するものをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。

イ 一包化は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により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配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に行うものであり、医師の了解を得た上で行うものであること。

ウ 一包化薬の調剤料は、一包化を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

エ 薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を調剤録等に記載すること。

オ 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包した場合等も算定できるが、別に一包化薬の調剤料は算定できない。

カ 同一薬局で同一処方せんに係る分割調剤をした場合は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

20/0.05

● 一包化加算を算定した場合は、自家製剤加算や計量混合調剤加算などを同時に算定することはできませんが、算定の優先順位のようなものはあるのでしょうか。それとも、たとえば下のような処方せんの場合には、算定要件を満たしていればどの加算を算定しても構わないのでしょうか。

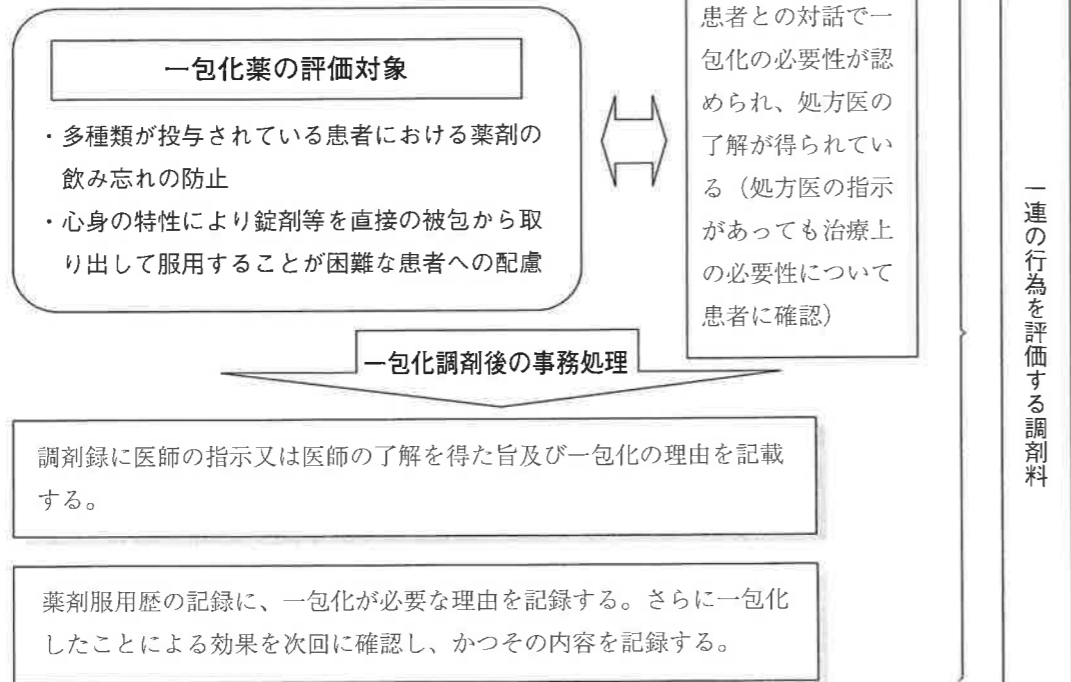
- 処方1 1日3回毎食後 × 14日分
 処方2 1日2回朝夕食後 × 14日分
 処方3 1日1回朝食後 × 14日分

➡ すべて内服用固形剤。処方医の指示に基づき一包化を行ったが、いずれの処方にも自家製剤加算または計量混合調剤加算に該当する行為あり。

▲ 複数の加算の算定については、同時算定の可否が規定されているのであって、優先順位のようなものは一切ありません。したがって、上のような場合には、①一包化加算のみを14日分算定するか、それとも、②一包化加算は算定せず、剤ごとに自家製剤加算または計量混合調剤加算を算定することになります。

一包化薬調剤料が算定できる基本的要件

○処方せん受付1回につき1回算定します。



治療上の必要性を調剤する薬剤師が理解している

服用時点の異なる2種類以上でかつ、服用時点が重複している内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤を(錠剤等は被包から取り出した後)服用時点ごとに一包とした場合に算定可。

処方	朝食後	昼食後	夕食後	就寝前
消化性潰瘍薬A錠	○			○
消化性潰瘍薬B細粒	○		○	○
健胃消化薬C細粒	○	○	○	
高血圧薬D錠	○		○	

一部分の一包化は一包化薬調剤料の対象となりません

朝食後：A錠・B細粒・C細粒・D錠	} 原則
昼食後：C細粒	
夕食後：B細粒・C細粒・D錠	
就寝前：A錠・B細粒	

朝食後：A錠・D錠	B細粒・C細粒	} 安全性の観点から錠剤と散剤を別々に一包化
昼食後：	C細粒	
夕食後：D錠	B細粒・C細粒	
就寝前：A錠	B細粒	

一包化薬は、どのような患者に対しても算定できるというものではありません。

- ・「飲み忘れや飲み誤りのおそれがある患者」とは例えばアルツハイマー病の方
- ・「錠剤など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」とは例えばリウマチの方 (日本薬剤師会)
- ・「治療上の必要性がない患者」や「患者の希望に基づく」内服薬の一包化(例えば旅行に行くので4日分一包化してあげる。)に要する費用については、無償サービスか又は実費を患者から徴収することになります。(実費徴収する場合は、あらかじめ薬局内に費用徴収について掲示されていることが前提です)

一包化薬に関するQ&A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

問1) 従来、一包化加算、自家製剤加算は、時間外加算等の対象外だったが、調剤料として新設されたことから、一包化薬、浸煎薬及び湯薬の調剤料は時間外加算等の対象となると考えて良いのか。

答) その通り。

問2) 一包化薬の調剤料は、例えば、2剤を一包化した場合、それぞれの剤で97点(编者注：現在は89点)、合計で194点(编者注：現在は178点)を算定できるのか。それとも併せて97点(编者注：現在は89点)の算定となるのか。

答) 一包化薬とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与するものをいい、その調剤自体につき算定するものである。従って、1剤毎に合算するものではない。

問3) 2剤を一包化し、それぞれの剤に後発医薬品が含まれる場合には、後発医薬品調剤加算はどのようになるのか。

答) 一包化薬における後発医薬品調剤加算として2点を加算する。

問4) 一包化薬に対して、自家製剤加算あるいは計量混合調剤加算は併せて算定できるのか。

答) 一包化薬は一包化という技術全体を評価したものであり、自家製剤加算及び計量混合調剤加算は併せて算定できない。

問5) 投与日数が異なる複数の剤を一包化する場合、調剤料の算定はどのようになるのか。例えば、以下のようなケースではどうか。

(例) A錠(1日2錠、分2、7日投与)、

B錠(1日3錠、分3、14日投与)で一包化する場合

- ・一包化された期間である7日のみ97点(编者注：現在は89点)
- ・最大の投与日数14日で計算し、194点(编者注：現在は178点)
- ・一包化された期間である7日の97点(编者注：現在は89点)と残り7日間の内服薬35点

答) 調剤の内容に合わせた算定とすべきであり、一包化薬の要件を充足しない期間に限っては内服薬の調剤料として算定する(なお、このようなケースでも全体的な考え方としては一包化薬とみなす)。内服薬としての調剤料は、通算した日数に対応する内服薬の

点数から、一包化の日数（7の整数倍）に対応する内服薬の点数を減じて算定する。例に示した場合は、一包化薬7日分の97点（编者注：現在は89点）と残りの内服薬調剤の日数に係る28点（8～14日分の調剤料）の合計125点（编者注：現在は117点）となる。

なお、A錠が当初の7日間は投与されず8日目から14日目まで投与される場合においても同様に扱う（内服薬としての調剤料は28点）。

問6) 一包化薬の調剤料の算定は、従来の一包化加算の算定基準からすれば、処方せん受付1回につき1回のみ算定ということによいか。

答) その通り。

問7) 一包化薬調剤料の算定は、投与日数による上限設定はないのか。

答) 投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定するものであり、投薬日数による上限はない。ただし、ここでの一包化とは薬剤の飲み誤り等を防止すること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配慮すること等を目的としたものであり、医師の了解を得た上で行う等の算定の要件があることに十分留意すること。

問8) 一包化薬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9) 一包化薬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97点（编者注：現在は89点）、8～14日の範囲であれば194点（编者注：現在は178点）となるのか。

答) 以下の通りとなる。

1～7日分 97点（编者注：現在は89点）、
8～14日分 194点（编者注：現在は178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10) 従来の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11) 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て了解を得た上で、その旨も併せて調剤録に記載すること。

問12) 一包化薬について、従前通り服用時点が1種類の場合（编者注：薬剤の種類が3種未満の場合）には算定できないことによいか。

答) 算定できない。

一包化薬に関するQ & A（日本薬剤師会 平成16年4月1日）

（投与日数が異なる場合の一包化薬の調剤料について）

問1) 投与日数が異なる医薬品を一包化薬として調剤した場合は、最長部分の投薬日数を基準として調剤料を算定するのか、それとも実際に一包化した日数分を算定するのか。

例1) 処方1 A錠 3錠 分3毎食後 ×14日分
処方2 B散 2g 分2朝夕食後 ×7日分
処方3 C散 1g 分1朝食後 ×7日分

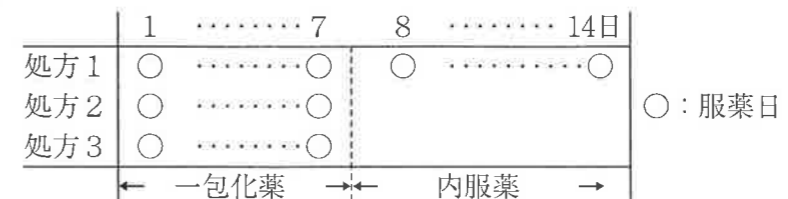
※上記を一包化

例2) 処方1 D錠 3錠 分3毎食後 ×14日分
処方2 E錠 2錠 分2朝夕食後 ×3日分
処方3 F散 3g 分1朝食後 ×3日分

※上記を一包化

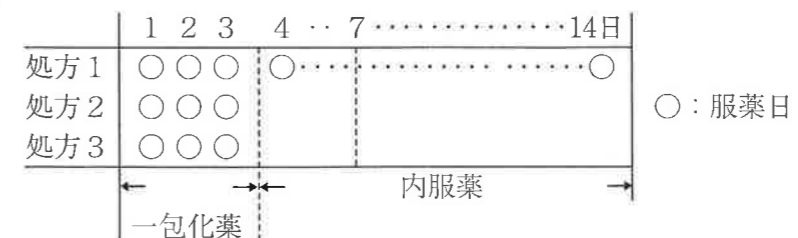
答) 実際に一包化した日数分の一包化薬調剤料を算定し、重複していない部分については内服薬として算定する。ただし、この内服薬の調剤料については、全投与日数分に係る調剤料から一包化した日数分の調剤料を差し引いたものとして算定する。

（例1の場合）



• 一包化薬 7日分 → 97点 × 1 = 97点
（编者注：現在は89点）
• 内服薬（処方1） 7日分 → 63点 - 35点 = 28点 計125点
（14日分）（7日分）
（编者注：現在は117点）

（例2の場合）



• 一包化薬 3日分 → 97点（7日分） × 1 = 97点
（编者注：現在は89点）
• 内服薬（処方1） 11日分 → 63点 - 35点 = 28点 計125点
（14日分）（7日分）
（编者注：現在は117点）

(一包化薬における算定上限の考え方について)

問2) 投与日数が異なる医薬品を一包化薬として調剤した場合は、実際に一包化した日数分を一包化薬とし、それ以外は内服薬として算定するが、その分の内服薬については算定上限(3剤まで)に含めるのか。

- 例1) 処方1 A錠 3錠 分3毎食後 ×14日分
 処方2 B錠 2錠 分2朝夕食後×7日分
 処方3 C液 5mL
 D液 5mL 分1朝食後 ×14日分
※処方1～処方2を一包化、処方3は計量混合

答) 投薬日数が異なる部分の調剤料(内服薬)については、算定上限(3剤まで)に含めない。

(例の場合)

	1	.....	7	8	.....	14日	
処方1	○	.....	○	○	.....	○	○: 服薬日
処方2	○	.....	○			
処方3	○	.....	○	○	.....	○
	← 一包化薬 →			← 内服薬 →			(処方1～2)
	← 内服薬(液剤、計量混合) →						(処方3)

- 一包化薬 7日分 → 97点 × 1 = 97点 (编者注: 現在は89点)
- 内服薬(処方1) 7日分 → 63点 - 35点 = 28点 (14日分)(7日分)
- 内服薬(処方3) 14日分 → 63点 + 35点 = 98点 計223点 (調剤料)(加算) (编者注: 現在は215点)

(一包化薬における麻薬・向精神薬等の調剤加算について)

問3) 一包化薬において、内服薬に準じた2以上の剤に麻薬や向精神薬等が含まれていた場合、麻薬加算等は1つしか算定できないのか。それとも内服薬と同様に算定できるのか。

例1) 異なる剤に含まれている場合

- 処方1 A錠 3錠 分3毎食後 ×14日分 ← 向精神薬
 処方2 B散 2g 分2朝夕食後×14日分
 処方3 C錠 1錠 分1朝食後 ×14日分 ← 向精神薬
※上記を一包化

例2) 同一剤に含まれている場合

- 処方1 D錠 3錠 分3毎食後 ×14日分
 処方2 E錠 2錠 分2朝夕食後×14日分 ← 向精神薬
 処方3 F散 2g 分2朝夕食後×7日分 ← 向精神薬
※上記を一包化

答) A: 従来どおり、内服薬と同様に算定できる。

(例1の場合)

- 調剤料 (一包化薬) 194点 (编者注: 現在は178点)
- 調剤加算(向精神薬) 16点 (8点×2)

(例2の場合)

- 調剤料 (一包化薬) 194点 (编者注: 現在は178点)
- 調剤加算(向精神薬) 16点 (8点×2)

(一包化薬における自家製剤加算および計量混合調剤加算の算定について)

問4) 一包化薬において、自家製剤加算もしくは計量混合調剤加算に相当する製剤を行った場合、自家製剤加算や計量混合調剤加算は算定できるのか。

- 例) 処方1 A錠 3錠 分3毎食後 ×14日分
 処方2 B錠 1錠 分2朝夕食後×14日分 ← 自家製剤
 処方3 C錠 1錠 分1朝食後 ×14日分
※上記を一包化

答) 一包化薬を算定した場合は、自家製剤加算もしくは計量混合調剤加算を同時に算定することはできない。

(一包化薬の算定について)

問5) 次のような場合、調剤料はどのように考えるか。

- 例) 処方1 A錠 3錠 分3毎食後 ×14日分
 処方2 B錠 2錠 分2朝夕食後×14日分
 処方3 C散 1g 分1朝食後 ×14日分
 処方4 D錠 1/2錠 分1就寝前 ×14日分 ← 自家製剤(半錠)
※上記を一包化

答) 一包化薬の算定要件は、2剤以上の内服固形薬で、かつ、服用時点が重複している場合のみ(编者注: 現在は1剤に3種類以上の内服用固形剤がある場合を含む)とされていることから、処方4については、保険請求上、一包化薬とは別に内服薬として取り扱う。したがって、内服薬の3剤目を超えているため調剤料は算定できないが、自家製剤加算については算定できる。

なお、算定要件にかかわらず、患者が容易に服用できるよう工夫することは言うまでもない。

	朝食後	昼食後	夕食後	就寝前	
処方1	○	○	○	-	1日における服用時点
処方2	○	-	○	-	
処方3	○	-	-	-	
処方4	-	-	-	○	

- 一包化薬 194点 (3剤目まで) (編者注: 現在は178点)
- 内服薬 0点 (4剤目以降)
- 自家製剤加算 90点 (編者注: 現在は40点)

(一包化薬の要件について)

問6) 次のような場合、一包化薬として算定できるか。

例) 処方1 A錠 3錠 分3毎食後×14日分
 処方2 B散 3g 分3毎食後×7日分
※上記を一包化

答) 一包化薬の算定要件は、2剤以上の内服固形薬で、かつ、服用時点が重複している場合のみ(編者注: 現在は1剤に3種類以上の内服固形剤がある場合を含む)とされている。したがって、このケースの場合は1剤であるため、一包化薬ではなく内服薬として調剤料を算定する。

(一包化薬における後発医薬品調剤加算について)

問7) 一包化薬の中に後発医薬品が含まれていた場合、後発医薬品調剤加算は算定できるか。また、複数の後発医薬品が含まれていた場合は何点として算定するのか。

例) 処方1 A錠 3錠 分3毎食後 ×14日分 ← 後発
 処方2 B錠 2錠 分2朝夕食後×14日分 ← 後発
 処方3 C散 1g 分1朝食後 ×14日分
※上記を一包化

答) 算定できる。ただし、内服薬に準じた2以上の剤にそれぞれ後発医薬品が含まれていた場合であっても、後発医薬品調剤加算は1回しか算定できない。

(一包化薬における薬剤料の計算方法について)

問8) 一包化薬の薬剤料については、調剤全量から点数を算出するのか。あるいは内服薬と同様に、1剤1日分を算出した上で調剤日数を乗じるのか。

答) 内服薬の場合と同様、1剤1日あたりを所定単位として算定する。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年3月28日及び4月17日 日本薬剤師会)

Q1. 同一用法の3種類以上の内服固形剤(1剤)を一包化し、さらに、それとは服用時点が重複しない内服固形剤が2剤以上ある場合には、一包化薬のほかに内服薬として2剤分まで算定して差し支えないか。

A. 差し支えない。

Q2. 1処方せんに一包化薬の算定要件(用法の異なる2剤以上の内服薬、または、1剤で3種類以上の内服薬)を満たすパターンが2以上ある場合は、調剤料はどのように算定するのか。

A. 算定要件を満たしていれば、どのパターンについて一包化薬を算定しても差し支えない(ただし、1パターンのみ適用)。しかし、1処方せんに、①用法の異なる2剤以上の内服薬と②1剤で3種類以上の内服薬のパターンが混在している場合は、②は①と同一の剤数相当であるものとみなして考える。

具体的には、次に示す例示を参考にされたい(いずれの例も、すべて一包化の指示があるものと仮定)。

【例1】 処方1 A錠、B錠 1日3回毎食後 ×14日分
 処方2 C散、D散 1日2回朝夕食後×14日分
 処方3 E錠、F錠、G散 1日1回就寝前 ×14日分

《考え方》

①処方1および処方2(内服薬2剤)と②処方3(内服薬1剤)は、いずれも一包化薬の要件を満たすことから、①または②のどちらか一方について一包化薬(14日分、178点)を算定する。また、①を一包化薬として算定した場合は、処方3を内服薬として算定することができ(14日分、63点)、②を一包化薬として算定した場合は、②は①と同一の剤数相当とみなして考えることから、処方1もしくは処方2のいずれか一方を内服薬として算定することができる(14日分、63点)。

【例2】 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後×14日分
 処方2 D錠、E散、F散 1日1回就寝前×14日分
 処方3 G錠、H散 1日3回毎食後×14日分

※処方1および処方2の服用後(15日目以降)に処方3を服用

《考え方》

①処方1(内服薬1剤)と②処方2(内服薬1剤)は、いずれも一包化薬の要件を満たすことから、①または②のどちらか一方について一包化薬(14日分、178点)を算定する。

また、①と②はいずれも内服薬の1剤相当であることから、①を一包化薬として算定した場合は、処方2および処方3を内服薬として算定することができ(14日分、63点×2剤分)、②を一包化薬として算定した場合は、処方1および処方3を内服薬として算定することができる(14日分、63点×2剤分)。

【例3】 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後 ×14日分
 処方2 D錠、E散 1日2回朝夕食後×14日分

《考え方》

処方1のみで1剤3種類となるが、そもそも処方1および処方2で一包化薬の要件を

満たすことから、処方1と処方2で一包化薬（14日分、178点）を算定する。処方2を別に内服薬として算定することはできない。

Q3. 同一保険医療機関の異なる診療科から交付された2枚の処方せんを同時に受け付けたケースにおいて、1枚の処方せんだけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんを併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬を算定しても差し支えないか。なお、いずれの処方せんについても、処方医による一包化の指示があるものと仮定して考える。

A. 差し支えない。具体的には、次のような例が考えられる。

【例1】処方せん1 A病院 内科 A錠、B錠 1日3回毎食後
処方せん2 A病院 整形外科 C散、D散 1日1回朝食後
→2枚の処方せんを併せて一包化薬を算定（用法の異なる2剤）

【例2】処方せん1 A病院 内科 A錠、B錠 1日3回毎食後
処方せん2 A病院 整形外科 C散、D散 1日3回毎食後
→2枚の処方せんを併せて一包化薬を算定（1剤3種類以上）

Q4. 異なる保険医療機関から交付された2枚の処方せんを同時に受け付けたケースにおいて、1枚の処方せんだけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんを併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬を算定しても差し支えないか。

なお、いずれの処方せんについても、処方医による一包化の指示があるものと仮定して考える。

A. 算定できない。

Q5. 1剤で3種類の内服用固形剤を一包化するよう指示された処方せんにおいて、患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にする等の観点から錠剤と散剤を別々に一包化した場合等であっても、一包化薬を算定して差し支えないか。

A. 別包にしたもの同士をテープや輪ゴムでまとめるなど、一包化薬の目的（薬剤の飲み忘れや飲み誤りの防止、または、薬剤を直接の被包から取り出すことが困難な患者への配慮）を十分踏まえた調剤が行われていれば、算定しても差し支えない。

Q6. 次のような処方例において、臨時の投薬に係るものを分けるため、処方1と処方2を別包として調剤（一包化）した場合は、処方1を一包化薬、処方2を内服薬として算定して差し支えないか。なお、処方せんには一包化の指示があるものと仮定する。

【例1】処方1 A錠、B錠、C散 1日3回 14日分
処方2 D錠、E錠 1日3回 3日分

A. 処方1と処方2を別包として調剤（一包化）した場合であっても、服用時点が重複していることから、処方1と処方2を併せて一包化薬として算定し、処方2を別に内服薬として算定することはできない。

疑義解釈（平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）

(問1) 一包化薬については、従来の要件（2剤以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合）に加えて、1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合にも算定できることとされたが、以下の例においては、どのように調剤料を算定することになるのか。なお、いずれも処方医による一包化の指示があるものとする。

例1) 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後×14日分
処方2 D錠 1日1回朝食前×14日分
処方3 E錠 1日1回就寝前×14日分

例2) 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後×14日分
処方2 D錠、E散 1日2回朝夕食後×14日分

例3) 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後×14日分
処方2 D錠、E散、F散 1日1回朝食前×14日分
処方3 G散 1日1回就寝前×14日分

(答) 例1においては、処方1が1剤で一包化薬の要件を満たしており、かつ、処方2と処方3は、処方1とは服用時点が重複していないことから、処方1について一包化薬調剤料を算定する。

また、一包化薬については内服薬に準じて剤数に含めることとされており、内服薬は3剤まで算定可能であることから、以下のとおり、処方1に係る一包化薬調剤料と別に、処方2及び処方3について内服薬調剤料を算定することができる。

処方1 一包化薬調剤料89点×2（14日分）
処方2 内服薬調剤料63点（14日分）
処方3 内服薬調剤料63点（14日分）

例2においては、処方1のみで一包化薬の要件を満たすものの、処方2と服用時点が重複しており、処方1と処方2の全体で一包化薬の要件を満たすと考えるべきであることから、以下のとおり、全体として一包化薬を算定し、処方2を別に内服薬として算定することはできない。

処方1 一包化薬調剤料89点×2（14日分）
処方2 算定なし

例3においては、処方1（1剤）と処方2（1剤）のいずれも一包化薬の要件を満たしており、かつ、処方1、処方2及び処方3の間で服用時点の重複はないことから、処方1又は処方2のいずれか一方について一包化薬調剤料を算定する。

また、処方1と処方2はいずれも内服薬の1剤相当であり、内服薬は3剤まで算定可能であることから、以下のとおり、処方1を一包化薬として算定した場合は、処方2及び処方3を内服薬として算定することができる。同様に、処方2を一包化薬として算定した場合は、処方1及び処方3を内服薬として算定することができる。

（処方1を一包化薬として算定した場合）

処方1 一包化薬調剤料89点×2（14日分）
処方2 内服薬調剤料63点（14日分）
処方3 内服薬調剤料63点（14日分）

（処方2を一包化薬として算定した場合）

- 処方1 内服薬調剤料63点 (14日分)
 処方2 一包化薬調剤料89点×2 (14日分)
 処方3 内服薬調剤料63点 (14日分)

(問2) 受け付けた処方せんに、一包化薬の算定要件である2剤以上の内服薬（以下「要件①」という。）に係る処方と1剤で3種類以上の内服薬（以下「要件②」という。）に係る処方が記載されており、かつ、これら2つの処方に服用時点の重複がない以下の例においては、どのように調剤料を算定することになるのか。なお、いずれも処方医による一包化の指示があるものとする。

例1) 処方1と処方2で要件①を満たし、処方3が要件②を満たす場合

- 処方1 A錠、B錠 1日3回毎食後×14日分
 処方2 C散、D散 1日2回朝夕食後×14日分
 処方3 E錠、F錠、G散 1日1回就寝前×14日分

例2) 処方1から3までで要件①を満たし、処方4が要件②を満たす場合

- 処方1 A錠 1日3回毎食後×14日分
 処方2 B散 1日2回朝夕食後×14日分
 処方3 C錠 1日1回朝食後×14日分
 処方4 D錠、E錠、F散 1日1回就寝前×14日分

(答) 要件①に係る処方と要件②に係る処方のいずれについて一包化薬調剤料を算定してもよいが、要件①で一包化薬を算定した場合と要件②で一包化薬を算定した場合との間で、別途算定できる内服薬の剤数に差が生じないようにするため、要件②に係る処方について一包化薬調剤料を算定する場合にあっては、要件②に係る処方については、要件①に係る処方と同一の剤数とみなして算定する。

すなわち、例1においては、要件①に係る処方（処方1と処方2の組合せ）は内服薬の2剤相当であることから、要件②に係る処方（処方3）も2剤相当として取り扱う。

よって、以下のとおり、要件①に係る処方（処方1と処方2の組合せ）で一包化薬を算定した場合には、内服薬の3剤目として処方3について内服薬調剤料を算定することができ、また、要件②に係る処方（処方3）で一包化薬を算定した場合には、内服薬の3剤目として処方1又は処方2について内服薬調剤料を算定することができる。

(要件①に係る処方（処方1と処方2の組合せ）で一包化薬調剤料を算定する場合)

- 処方1 一包化薬調剤料89点×2 (14日分)
 処方2 算定なし
 処方3 内服薬調剤料63点 (14日分)

(要件②に係る処方（処方3）で一包化薬調剤料を算定する場合)

- 処方1 (又は処方2) 内服薬調剤料63点 (14日分)
 処方2 (又は処方1) 算定なし
 処方3 一包化薬調剤料89点×2 (14日分)

また、例2においては、要件①に係る処方（処方1から処方3までの組合せ）は内服薬の3剤相当であることから、要件②に係る処方（処方4）も3剤相当として取り扱う。

よって、以下のとおり、要件①に係る処方（処方1から処方3までの組合せ）で一包化薬を算定した場合には、処方4について別に内服薬調剤料を算定することはできず、

また、要件②に係る処方（処方4）で一包化薬を算定した場合には、処方1から処方3までのいずれについても、別に内服薬調剤料を算定することはできない。

(要件①に係る処方（処方1から処方3までの組合せ）で一包化薬調剤料を算定する場合)

- 処方1 一包化薬調剤料89点×2 (14日分)
 処方2 算定なし
 処方3 算定なし
 処方4 算定なし

(要件②に係る処方（処方4）で一包化薬調剤料を算定する場合)

- 処方1 算定なし
 処方2 算定なし
 処方3 算定なし
 処方4 一包化薬調剤料89点×2 (14日分)

(問3) 処方せんの指示により、1剤で3種類の散剤を計量し、かつ、混合して、服用時点ごとに一包化した場合には、内服薬調剤料と計量混合調剤加算の合計により算定するのか、それとも、一包化薬調剤料を算定することになるのか。

(答) 処方せんの指示の具体的内容及び患者の状態（治療上、一包化が必要か否か）にもよるが、基本的には、1剤で3種類の散剤を計量し、かつ、混合して、服用時点ごとに一包化した場合には、内服薬調剤料と計量混合調剤加算の合計により算定する。ただし、患者の状態が一包化薬の算定要件を満たしており、かつ、処方せんににおける一包化の指示が当該患者の状態を踏まえたものであることが明確である場合には、一包化薬調剤料を算定することができる。

(問4) 同一保険医療機関の異なる診療科から交付された2枚の処方せんに同時に受け付けた場合（処方せんの受付回数が1回となる場合）において、個々の処方せんに記載された処方だけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんの処方内容を併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬調剤料を算定しても差し支えないか。なお、いずれも処方医による一包化の指示があるものとする。

(答) 2枚の処方せんの処方内容を併せて一包化薬の算定要件（2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬）を満たしている場合には、一包化薬調剤料を算定して差し支えない。

(問5) 異なる保険医療機関から交付された2枚の処方せんに同時に受け付けた場合において、個々の処方せんに記載された処方だけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんの処方内容を併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬調剤料を算定しても差し支えないか。

(答) 一包化薬調剤料は処方せんの受付1回につき1回のみ算定するものであり、質問の事例においては、別々の処方せん受付（受付回数が2回）となることから、一包化薬調剤料は算定できない。

注射薬調剤料
注射薬の無菌製剤処理加算

外用薬調剤料

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>6 注射薬 26点</p> <p>注 1 回の処方せん受付において、注射薬を調剤した場合は、調剤数にかかわらず、所定点数を算定する。</p> <p>7 外用薬（1調剤につき） 10点</p> <p>注 4調剤以上の部分については算定しない。</p> <p>注1 1の内服薬について、内服用滴剤を調剤した場合は、1調剤につき10点を算定する。（算定要件は178ページ参照）</p> <p>注2 6の注射薬について、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（支）局長に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。</p>	<p>(6) 注射薬</p> <p>ア 注射薬の調剤料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、1回の処方せん受付につき所定点数を算定する。</p> <p>イ 注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射のために投与される薬剤（インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジン₂製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコポラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤及びエリスロポエチン、ダ</p>

下線部 平成20年6月13日
厚生労働省保険局医療課長通知
保医発第0613002号により追加
(2重線部分は予定です。)

調剤報酬点数表

算定要件（厚労省保険局医療課長通知）

ルベポエチン)に限る。

なお、「塩酸モルヒネ製剤」、「クエン酸フェンタニル製剤」及び「複方オキシコドン製剤」は、薬液が取り出せない構造で、かつ患者等が注入速度を変えることができない注入ポンプ等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。ただし、患者又はその家族等の意を受け、かつ、これらの麻薬である注射薬の処方医の指示を受けた看護師が、患家に当該注射薬を持参し、患者の施用を補助する場合又は保険薬局の保険薬剤師が、患家に麻薬である注射薬を持参し、当該注射薬の処方医の指示を受けた看護師に手渡す場合は、この限りでない。

〔(編者注) 投薬できる注射薬の追加(平成20. 6. 13) アダリムマブ製剤(商品名: ヒュミラ皮下注 40mgシリンジ0.8mL)〕

ウ イの「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは高カロリー輸液をいい、高カロリー輸液以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。なお、上記イに掲げる薬剤のうち、処方医及び保険薬剤師の医学薬学的な判断に基づき適当と認められるものについて、在宅中心静脈栄養法用輸液に添加して投与することは差し支えない。

(7) 外用薬

ア 外用薬の調剤料は、投薬日数にかかわらず、1調剤につき算定する。

イ 外用薬の調剤料は、1回の処方せん受付について4調剤以上ある場合において、3調剤まで算定できる。

ウ トローチについては、外用薬として算定する。

(8) 注射薬の無菌製剤処理

ア 「注2」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ・安全キャビネット等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをい

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
	う。なお、その基準については別途通知する。
	イ 注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤を1日分製剤する毎にそれぞれ40点又は50点を加算する。
	ウ 抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射剤として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法(平成14年法律第192号)第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品(平成16年厚生省告示第185号)において指定されたものをいう。
	エ 無菌製剤処理加算は、2以上の中心静脈栄養法用輸液若しくは2以上の抗悪性腫瘍剤を同一日の使用のために製剤した場合又は中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤を合わせて1つの注射剤として製剤した場合においても、1日につき1回に限り、それぞれ40点若しくは50点又は50点を算定するものとする。
	オ 無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。

疑義解釈 (平成20年10月15日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

- (問) インターフェロン製剤の使用に当たっては、医学的妥当性があった場合に、72週連続投与の算定が可能か。
- (答) 算定可能。

注射薬の調剤料は処方せんの受付1回につき26点

- 注射薬を何種類調剤しても調剤料は処方せん受付1回につき算定します。
- 投薬できる注射薬は厚生労働大臣が指定した注射薬に限られ(上記の算定要件=医療課長通知参照)、これ以外の注射薬は保険薬局では調剤できません。

表5-1 薬局で支給できる注射薬製剤表

東京都薬剤師会調べ

薬局で支給できる注射薬製剤	薬効	IVH	自己注射	代表的な商品名
インスリン製剤	血糖降下剤		○	ペンフィル注
ヒト成長ホルモン製剤	ヒト成長ホルモン		○	ノルデイトロピン注
血凝固第VII因子製剤	血友病治療薬		○	ノボセブン注
血凝固第VIII因子製剤	血友病治療薬		○	クロスエイトM
血凝固第IX因子製剤	血友病治療薬		○	ノバクトM
生理食塩水、注射用水	注射用溶解及び希釈剤	-	-	
自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液	腹膜灌流	-	-	ダイアニール
在宅中心静脈栄養法用輸液	静脈栄養法	○		ハイカリック
性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤	性腺刺激剤		○	リユープロレリン注
性腺刺激ホルモン製剤	性腺刺激剤		○	プロゲデポー
ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体	性腺刺激剤		○	HCGモチダ
ソマトスタチンアナログ	先端巨大症・下垂体性巨人症治療薬		○	サンドスタチン注
インターフェロンアルファ製剤	腎癌等		○	スミフェロン注
インターフェロンベータ製剤	腎癌等		○	フェロン注
ブトルファンール製剤	鎮痛剤		○	スタドール注
ブプレノルフィン製剤	鎮痛剤		○	レバタン注
抗悪性腫瘍剤	抗悪性腫瘍剤		○	ラストット注
グルカゴン製剤	血糖上昇剤		○	グルカゴンG・ノボ
ヒトソマトメジンC製剤	インスリン受容体異常症改善薬		○	ソマゾン注
人工腎臓用透析液		-	-	AK-ソリタ
血液凝固阻止剤	血液凝固阻止剤	○		ヘパリン
プロスタグランジン ₂ 製剤	血管拡張剤		○	静脈用フローラン
塩酸モルヒネ製剤	鎮痛剤		●	アンベック注
エタネルセプト製剤	リウマチ治療薬		○	エンブレル皮下注
ベグビソマント製剤	成長ホルモン受容体拮抗薬		○	ソマバート皮下注
スマトリプタン製剤	片頭痛治療薬	○		イミグラン注
クエン酸フェンタニル製剤	麻薬		●	フェンタニル注
複方オキシコドン製剤	麻薬		●	パピナル注
ベタメサゾンリン酸エステルナトリウム製剤	ステロイド系消炎剤	○		リンデロン注
リン酸デキサメサゾンナトリウム製剤	ステロイド系消炎剤	○		デカドロン注
メタスルホ安息香酸デキサメサゾンナトリウム製剤	ステロイド系消炎剤	○		セルフチゾン注
プロトンポンプ阻害剤	潰瘍治療薬	○		タケブロン静注
H ₂ 遮断薬	潰瘍治療薬	○		ガスター注
カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤	止血剤	○		アドナ注
トラネキサム酸製剤	抗プラスミン剤	○		トランサミン注
フルルビプロフェンアキセチル製剤	消炎鎮痛薬	○		ロピオン注
メクロプラミド製剤	悪心・嘔吐・食欲不振・腹部膨満感改善薬	○		プリンペラン注
プロクロルペラジン製剤	悪心・嘔吐の防止薬	○		ノバミン注
臭化ブチルスコポラミン製剤	鎮痙剤	○		ブスコパン注
グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩製剤	肝臓疾患治療薬	○		強力ネオミノファーゲンシー静注
アグリマブ製剤	リウマチ治療薬		☆	ヒュミラ注
(性腺刺激ホルモン製剤) フォリトロピンベータ製剤	視床下部-下垂体機能障害に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発		○	フォリスチム注
エリスロポエチン(平成20年11月末現在・追加予定)	人工透析患者用		○	エスポー注
ダルベポエチン(平成20年11月末現在・追加予定)	人工透析患者用		○	ネスプ注

☆平成21年6月末日まで14日限度 ●条件ありp.203参照

**注射薬の無菌製剤
処理加算**

○無菌製剤処理加算は、施設基準に適合しているとして関東信越厚生局長に届け出た保険薬局において、中心静脈栄養法用輸液の2以上の注射薬を無菌的に混合し製剤した場合は1日分につき40点、抗悪性腫瘍剤の2以上の注射薬を無菌的に混合し製剤した場合は1日分につき50点算定します。

【施設基準の届出先】 関東信越厚生局東京事務所
〒163-1111 新宿区西新宿6-22-1
新宿スクエアタワー11F
Tel. 03-6692-5119

【厚生労働大臣が定める無菌製剤処理加算の施設基準】

厚生労働省告示第63号 (平成20年3月5日)	具体的基準 (保険発第0305003号 平成20年3月5日)
(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	(1) 2名以上の保険薬剤師(常勤の薬剤師は1名以上)がいること (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋(5平方メートル)を有していること (3) 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

外用薬調剤料の考え方

○外用薬の調剤料は1調剤につき10点で、1調剤とは基本的には投与する外用薬の1種類の調剤を意味します。なお、混合した場合は混合した薬剤全体で1調剤となります。
○トローチ剤は外用薬として取扱います。
○外用薬調剤料は3調剤まで算定できます。

タリビッド点眼液 5ml 1日4回
プリピナ〔眼科用〕 5ml 1日3回
↓
2調剤

レスタミン軟膏 20g
サトウザルベ10 10g 以上混和
↓
1調剤

Q. 注射用生理食塩水・注射用水は外用剤に転用できますか？

A. 注射用生理食塩水は外用に用いることはできますが、注射用水はできません。注射用生理食塩水の「効能・効果」は
注射：細胞外液欠乏時、ナトリウム欠乏時、クロール欠乏時、注射剤の溶解希釈
外用：皮膚・創傷面・粘膜の洗浄・湿布・含そう・噴霧吸入剤として
気管支粘膜洗浄・喀痰排出促進
とされています。したがって外用薬として用いることができます。
一方、注射用水の「効能・効果」は「粉末注射剤の溶解剤」とされており、外用のための溶解剤として用いるのは不適切です。

麻薬・向精神薬・覚せい剤原薬・毒薬加算

時間外・休日・深夜加算、夜間・休日等加算

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>注3 麻薬を調剤した場合は各区分の所定点数に1調剤につき70点を加算し、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき8点を加算する。</p>	<p>(9) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬加算</p> <p>ア 「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法(昭和28年法律第14号)第2条第6号の規定に基づく同法別表第3に掲げる向精神薬をいう。</p> <p>イ 本加算は、麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに1調剤行為につき70点、それ以外の場合に1調剤行為につき8点を加算するものであり、処方中の麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。</p> <p>ウ 使用した薬剤の成分が麻薬、覚せい剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚せい剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、本加算は算定できない。</p> <p>エ 重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は1調剤につき70点を算定し、それ以外の場合は1調剤につき8点を算定する。</p> <p>オ 本加算は、内服薬のほか、屯服薬、一包化薬、注射薬、外用薬についても算定できる。</p>

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>注4 保険薬局が開局時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。))及び休日(深夜を除く。))、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。))又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。</p>	<p>(10) 調剤技術料の時間外加算等</p> <p>ア 時間外加算は調剤基本料を含めた調剤技術料の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。</p> <p>イ 時間外加算等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体制加算並びに注8(編者注:後発医薬品調剤加算)に係る加算分は含まれ、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算に係る加算分は含まれない。</p> <p>ウ 時間外加算</p> <p>(イ) 各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。</p> <p>(ロ) (イ)により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。</p> <p>(ハ) 時間外加算等を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側のわかりやすい場所に表示する。</p> <p>(ニ) 「注4」のただし書に規定する時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局とは、一般の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保険薬局に限られる。</p> <p>(ホ) 「注4」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、当該地域において一般の保険薬局が概ね調剤応需の態勢を解除し、翌日調剤応</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>需の態勢を再開するまでの時間であって深夜時間を除いた時間をいう。</p> <p>エ 休日加算</p> <p>(イ) 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日、3日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。</p> <p>(ロ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると思われる保険薬局で調剤を受けた患者</p> <p>② 当該休日を開局しないこととしている保険薬局又は当該休日に調剤を行っている保険薬局の開局時間以外の時間（深夜を除く。）に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者</p> <p>オ 深夜加算</p> <p>深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。</p> <p>(イ) 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると思われる保険薬局で調剤を受けた患者</p> <p>(ロ) 深夜間帯（午後10時から午前6時までの間）を開局時間としていない保険薬局、及び当該保険薬局の</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>開局時間が深夜時間帯にまで及んでいる場合にあつては、当該開局時間と深夜時間帯とが重複していない時間に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者</p> <p>(11) 調剤料の夜間・休日等加算</p> <p>ア 夜間・休日等加算は、午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（休日加算の対象となる休日を除く。）又は休日加算の対象となる休日であつて、保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合に、処方せんの受付1回につき、調剤料の加算として算定する。ただし、時間外加算等の要件を満たす場合には、夜間・休日等加算ではなく、時間外加算等を算定する。</p> <p>イ 夜間・休日等加算を算定する保険薬局は開局時間を当該保険薬局の内側及び外側のわかりやすい場所に表示するとともに、夜間・休日等加算の対象となる日及び受付時間帯を薬局内のわかりやすい場所に掲示する。また、平日又は土曜日に夜間・休日等加算を算定する患者については、処方せんの受付時間を当該患者の薬剤服用歴の記録又は調剤録に記載する。</p>

注5 午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方せん受付1回につき40点を加算する。ただし、注4のただし書に規定する場合にあつては、この限りではない。

麻薬加算

- 麻薬を調剤するには「麻薬小売業の免許」が必要です。なお、麻薬は薬局間で次の場合を除いて小分け販売することはできません。
麻薬小売業者間の麻薬の譲受譲渡の許可を受けた薬局 (679ページ参照)
- 麻薬を調剤した場合は1調剤につき70点加算されます。

麻薬小売業免許の申請先

薬局所在地	申請先
1) 23区	管轄する保健所
2) 23区以外	管轄する東京都設置の保健所

向精神薬・覚せい剤原料・毒薬等の重複時の取扱い

- 向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算は、区分の重複並びに同一区分の種類数とは関係なく1調剤行為につき8点加算します。
- 1調剤中に麻薬と向精神薬などがある場合は麻薬加算のみ算定できます。

サイレース錠1mg 1錠 (向)
ベンザリン錠2 1錠 (向)
分1 就寝前

向精神薬加算1回のみ算定

MSコンチン錠10mg 2錠 (麻)
セルシン錠2mg 2錠 (向)
分2 朝・夕食後

麻薬加算のみ算定

時間外加算の特例
休日加算
深夜加算
の考え方

- 関東信越厚生局長に届け出ている開局時間以外の調剤応需体制を解除した時間帯において
 - ①おおむね午前8時前、午後6時以降 (深夜加算の時間帯を除く) 及び国民の休日以外を休日としている保険薬局における当該休業日の時間帯に調剤した場合は100/100の時間外加算
 - ②急病等やむを得ない理由により、日曜日・国民の祝日と1月2・3日及び12月29~31日に受付け調剤した場合は140/100の休日加算
 - ③午後10時から午前6時までの間に、急病等やむを得ない理由により調剤した場合は200/100の深夜加算

Q. 閉局時間を過ぎても次々と処方せんが持ち込まれ1時間以上も閉局が遅くなりました。閉局時間以降受け付けた患者さんについて時間外加算は算定できますか？

A. 算定できません。実態的に調剤応需態勢を解除した (シャッターを閉めるなど) 場合で、それ以降に応需した場合に算定できます。なお、応需態勢を解除しない場合でも、午後7時以降 (土曜にあっては午後1時以降) に処方せんを応需した場合には夜間・休日等加算が算定できます。

○調剤応需態勢を解除しない場合であっても次の場合、加算の算定が認められます。

- もっぱら夜間の救急医療確保のため地方公共団体等の開設する薬局が午後6時から午後10時までの時間帯に処方せんを応需し調剤した場合 = 時間外加算の特例 (100/100)
- 救急医療対策の一環として設けられている保険薬局又は輪番制による休日当番保険薬局が、当該休日に処方せんを応需し調剤した場合 (関東信越厚生局長に休日を閉局日として届け出ている場合及び臨時的に閉局した場合を除く) = 休日加算
- 救急医療対策の一環として開設されている保険薬局等が深夜時間帯に処方せんを応需し調剤した場合 = 深夜加算
- 調剤応需態勢を解除しない場合であっても、平日午後7時以降、土曜日午後1時以降、日曜日・祝日の終日にあつては夜間・休日等加算が算定できます。

○調剤基本料 (基準調剤加算を含む) + 調剤料 (後発医薬品調剤体制加算及び後発医薬品調剤加算を含む) について加算されます。(夜間・休日等加算を除く。)

○時間外加算、時間外加算の特例、休日加算、深夜加算及び夜間・休日等加算は重複して算定することはできません。

Q. 近隣の保険医療機関が休日当番で休日に診療を行うことになり、臨時に開局します。休日加算は算定できますか？

A. 単に保険医療機関との関係から調剤応需態勢をとる場合は休日加算を算定することはできません。区報・市報に掲載されているとか、地域薬剤師会から休日当番薬局として開局するよう依頼されたとか、客観的・組織的に、休日における救急医療の確保のために開局した場合のみ休日加算は算定できます。事前に地域薬剤師会等に連絡して認定してもらいましょう。

なお、休日当番薬局であること、「休日調剤料が適用される」旨掲示することを励行してください。

夜間・休日等 加算の加え方

○夜間・休日等加算は受付1回につき、調剤基本料に40点を加算します。

○開局時間が7時までの薬局においても、7時以降、患者が連続して来局する場合、7時以降において夜間・休日等加算が算定できます。(土曜日にあつては、午後1時以降)

○当該加算を算定する保険薬局は夜間・休日等加算の対象となる日、受付時間帯及び加算点数を薬局内のわかりやすい場所に掲示します。

○休日にあつては、(休日加算に当たる場合を除く)終日夜間・休日等加算が算定できます。

【夜間・休日等加算】

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年3月25日 日本薬剤師会)

Q1. 平日の開局時間が午後7時までの保険薬局において、来局患者が多かったため、やむを得ず平日の午後8時まで開局時間を延長した場合は、午後7時から8時までの間に処方せんを持参した患者について、夜間・休日等加算を算定しても差し支えないか。

A. 差し支えない。ただし、夜間・休日等加算の算定にあたっては、開局時間を薬局内外に表示するとともに、同加算の対象となる日および受付時間帯を薬局内に掲示しておく必要がある。

Q2. 土曜日の開局時間が午後3時までの保険薬局において、土曜日の午後3時過ぎにいったん閉局した後、午後5時に患者から処方せん調剤の求めがあつた場合は、夜間・休日等加算を算定しても差し支えないか。それとも、従来の時間外加算を算定すべきか。

A. 夜間・休日等加算を算定して差し支えない。従来の時間外加算は、午前8時前と午後6時以降が標準とされているため、土曜日の午後6時までは算定できない。ただし、夜間・休日等加算の算定にあたっては、開局時間を薬局内外に表示するとともに、同加算の対象となる日および受付時間帯を薬局内に掲示しておく必要がある。

Q3. 同一薬局において分割調剤を行った場合であっても、2回目以降の調剤時に夜間・休日等加算を算定することは可能か。

A. 夜間・休日等加算は「処方せん受付1回につき」算定するものとされている。同一薬局において分割調剤を行った際の2回目以降の調剤は、処方せん受付回数には含まれない取り扱いとなることから、夜間・休日等加算は算定することができない。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年3月28日 日本薬剤師会)

Q4. 平日の開局時間が午後7時までの保険薬局において、いったん午後7時に閉局した後、午後9時に患者から調剤の求めがあつたために、調剤を実施した上で時間外加算(100分の100)を算定したが、その間、さらに別の患者からも調剤の求めがあつた。この場合、2人目の患者については、1人目の患者と同様に時間外加算を算定しても差し支えないか。それとも、夜間・休日等加算を算定しなければならないのか。

A. 時間外加算を算定して差し支えない。

疑義解釈 (平成20年3月28日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問1) 開局時間を20時までとして表示している薬局において、20時以降も連続して患者が来局した場合、これらの患者に対して夜間・休日等加算を算定することは可能か。

(答) 可能である。なお、調剤応需の態勢を解除した後において、急病等やむを得ない理由により調剤を行った場合は、要件を満たしていれば、時間外加算等を算定できる。

(問2) 土曜日の開局時間を15時までとして表示している薬局において、調剤応需の態勢を解除した後、時間外加算の対象とならない時間帯 (例えば17時) に急病の患者が来局したため調剤を行った場合、当該患者に対して夜間・休日等加算を算定することは可能か。

(答) 可能である。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年4月17日 日本薬剤師会)

Q5. 日曜日と祝日を休日としている薬局が、近隣の医療機関が急きょ日曜日に診療することとなったため、それに合わせて日曜日に臨時に開局し、常態として調剤応需の態勢をとったような場合には、夜間・休日等加算を算定しても差し支えないか。

A. 差し支えない。ただし、夜間・休日等加算の算定要件である開局時間の表示や同加算の対象日・受付時間帯の掲示が必要であることは言うまでもない。なお、当日の開局が、輪番制などによる休日当番に該当し、「客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っている」と認められる」場合には、従来通り、休日加算を算定することができる。

疑義解釈 (平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問) 平日の開局時間が午後7時までの保険薬局において、午後7時に閉局し調剤応需の態勢を解除した後、午後9時に急病の患者から調剤の求めがあったため、調剤を実施した上で時間外加算を算定したところ、その間、さらに別の患者からも調剤の求めがあった。この場合、2人目の患者については、1人目の患者と同様に時間外加算を算定しても差し支えないか。それとも、夜間・休日等加算を算定することになるのか。

(答) 時間外加算を算定して差し支えない。

自家製剤加算

計量混合調剤加算

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき (イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに) それぞれ次の点数 (予製剤による場合は所定点数の100分の20に相当する点数) を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬 (特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。)</p> <p>(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</p> <p>(2)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤の屯服薬 90点</p> <p>(3)液剤 45点</p> <p>ロ 内服薬及び屯服薬 (特別の乳幼児用製剤を行った場合に限る。)</p> <p>(1)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 120点</p> <p>(2)液剤 75点</p> <p>ハ 外用薬</p> <p>(1)錠剤、トローチ剤、軟・硬膏剤、パップ剤、リニメント剤、坐剤 90点</p> <p>(2)点眼剤、点鼻・点耳剤、浣腸剤 75点</p> <p>(3)液剤 45点</p>	<p>(12) 自家製剤加算</p> <p>ア 「注6」の自家製剤加算は、イの(1)に掲げる場合以外の場合においては、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による1調剤行為に対し算定し、イの(1)に掲げる錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 (特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。) を自家製剤の上調剤した場合においては、自家製剤を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。</p> <p>イ 本加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫 (安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等) を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。</p> <p>(イ) 錠剤を粉砕して散剤とすること。</p> <p>(ロ) 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。</p> <p>(ハ) 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。</p> <p>ウ 「注6」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に記載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。</p> <p>エ 薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。</p> <p>(イ) 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合</p>

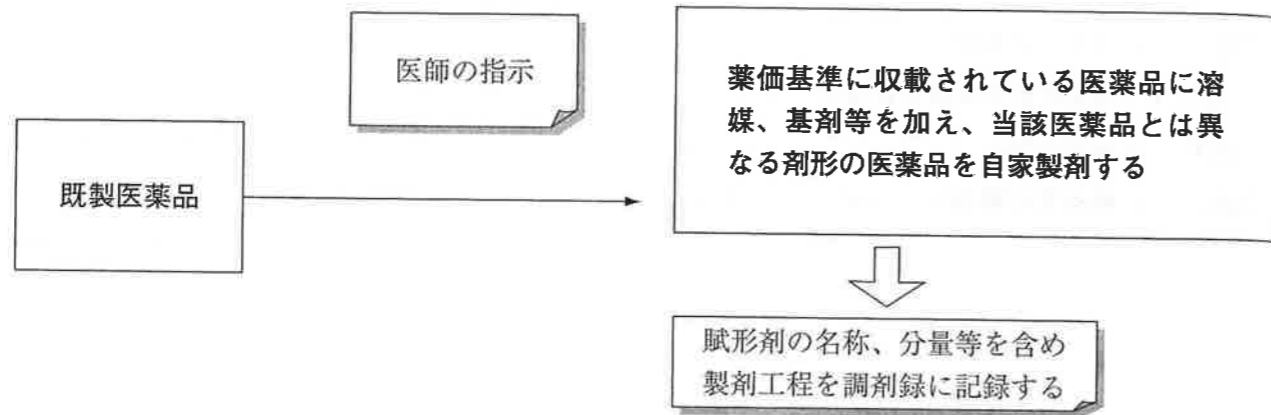
調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>(ロ) 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認事項において用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合</p> <p>オ 割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合は算定できない。</p> <p>カ 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。</p> <p>キ 「予製剤」とは、あらかじめ想定される調剤のために、複数回分を製剤し、処方せん受付時に当該製剤を投与することをいう。</p> <p>ク 「注6」のイ及びロの「特別の乳幼児用製剤を行った場合」とは、6歳未満の乳幼児（以下、「乳幼児」という。）に薬剤を調剤するときに、乳幼児が安全に、又は容易に服用できるように特別な工夫を施して製剤した場合をいう。</p> <p>ケ 通常、成人又は6歳以上の小児に対しても行うような製剤を自家製剤として行った場合は、「注6」の「イ」により算定する。なお、通常、成人又は6歳以上の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を乳幼児に対して調剤する場合において、薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても「注6」の「ロ」を算定できる。</p> <p>コ 自家製剤を行った場合には、賦形剤の名称、分量等を含め製剤工程を調剤録等に記載すること。</p> <p>サ 自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。</p> <p>(13) 計量混合調剤加算</p> <p>ア 「注7」の計量混合調剤加算は、薬価基準に記載されている2種類以上の医薬品（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合</p>

注7 2種以上の薬剤（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、内服薬若しくは屯服薬又は外用薬を調剤した場

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）												
<p>合は、所定点数に、1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、注6に規定する加算のある場合、又は当該薬剤が注6のただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤である場合は、この限りでない。</p> <p>イ 特別の乳幼児用製剤を行った場合</p> <table border="0"> <tr> <td>(1)液剤の場合</td> <td>75点</td> </tr> <tr> <td>(2)散剤又は顆粒剤の場合</td> <td>90点</td> </tr> <tr> <td>(3)軟・硬膏剤の場合</td> <td>80点</td> </tr> </table> <p>ロ イ以外の場合</p> <table border="0"> <tr> <td>(1)液剤の場合</td> <td>35点</td> </tr> <tr> <td>(2)散剤又は顆粒剤の場合</td> <td>45点</td> </tr> <tr> <td>(3)軟・硬膏剤の場合</td> <td>80点</td> </tr> </table>	(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	(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	<p>して、液剤、散剤若しくは顆粒剤として内服薬又は屯服薬を調剤した場合及び軟・硬膏剤として外用薬を調剤した場合に、投薬量、投薬日数に関係なく、計量して混合するという1調剤行為に対し算定できる。なお、同注のただし書に規定する場合とは、次の場合をいう。</p> <p>(イ) 液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤について注6の自家製剤加算を算定した場合</p> <p>(ロ) 薬価基準に記載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤を調剤した場合</p> <p>イ ドライシロップ剤を液剤と混合した場合は、計量混合調剤加算を算定するものとする。</p> <p>ウ 「注7」のイ及びロの「特別の乳幼児用製剤を行った場合」とは、乳幼児に薬剤を調剤するときに、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、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合をいう。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合はこの限りではない。</p> <p>エ 計量混合調剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。</p>
(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												
(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												

自家製剤加算の考え方

○市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った下記の場合に算定でき、既製剤を単に小分けする場合は該当しません。



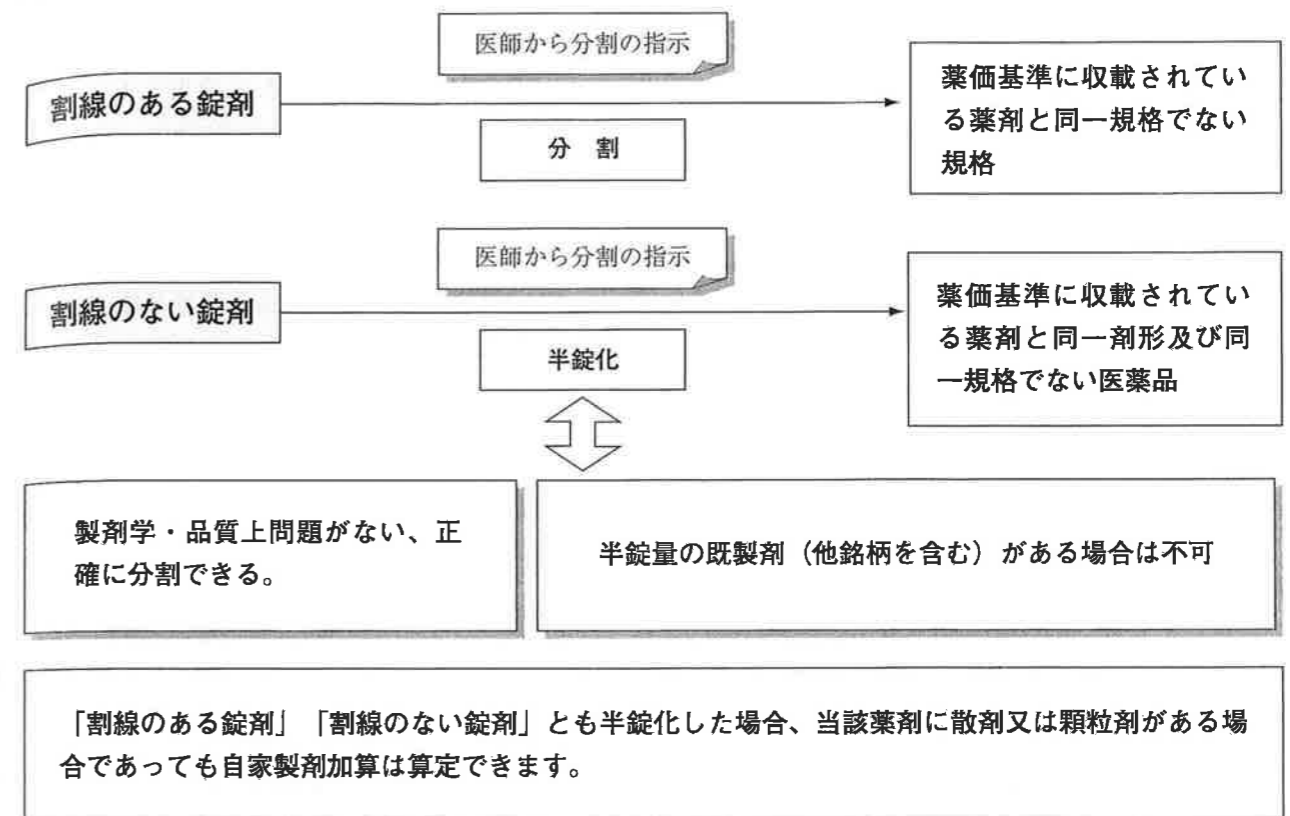
ただし、次の場合は算定できません。

- ・調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合
- ・ドライシロップなど用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合

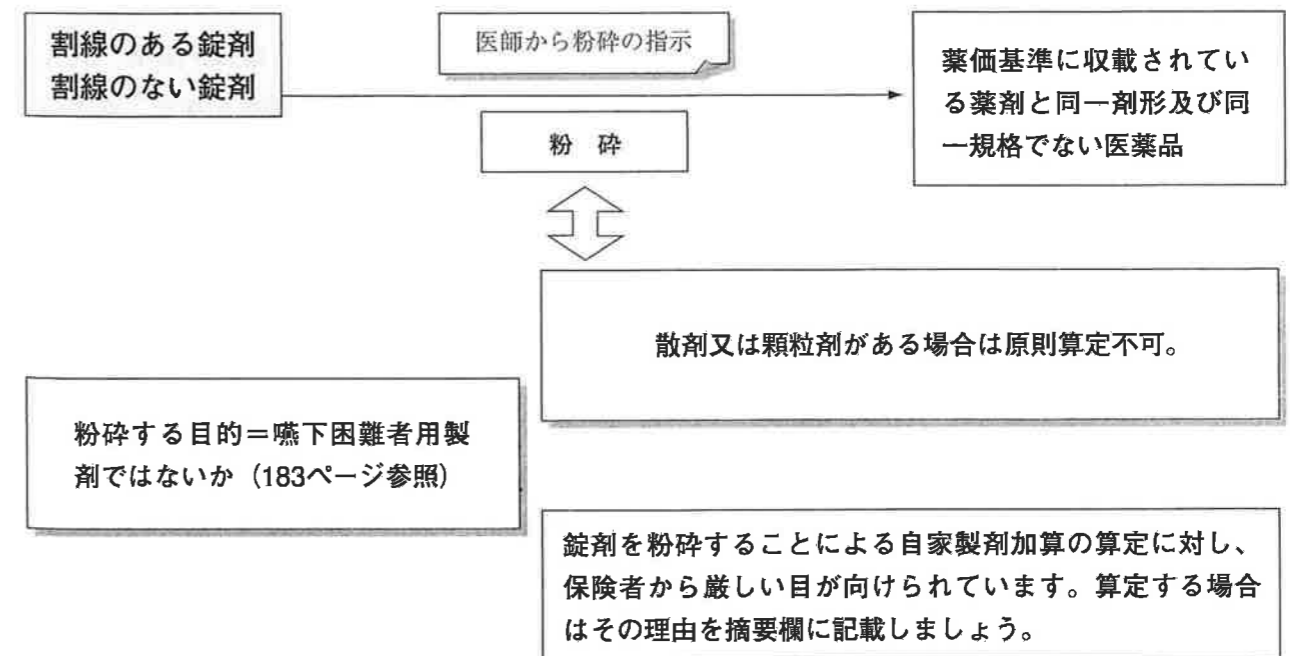
問1) ドライシロップを他のシロップ剤と混合した場合に自家製剤加算を算定できるか。
答) 計量混合調剤加算を算定する。

問2) 軟膏剤とクリーム剤の混合調剤は自家製剤加算の対象となるか。
答) 計量混合調剤加算を算定する。

◆図5-2 錠剤の半錠化は剤形変更が認められると判断する



◆図5-3 錠剤の粉碎

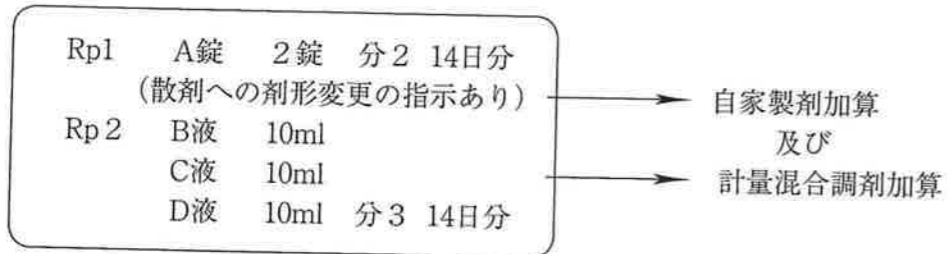


自家製剤加算に関するQ & A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

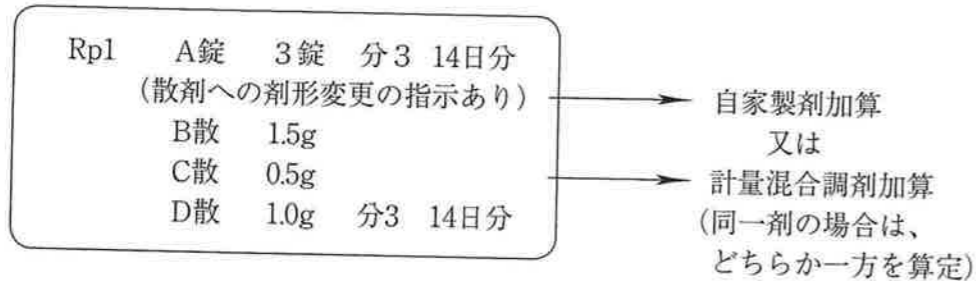
問1) 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できないとあるが、剤が異なる場合は、算定可能か？

答) 「剤」が異なれば、両者は算定可能である。

◇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できるか。

答) 賦形剤は請求できるが、製剤工程中に使用した安定剤、溶解剤、矯味・矯臭剤などは、薬価基準に記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) 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、剤形の変更を伴うものであるが、割線のある錠剤を半分に分ける場合は剤形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、半錠の含量の製品が薬価収載されている場合には算定できない。

問4) 割線のある錠剤の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5) 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。(編者注：前頁の解説も参照されたい。)

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年3月25日 日本薬剤師会)

Q1. 内服薬に係る自家製剤加算の算定方法について見直されたが、錠剤を半割した場合以外の製剤技術についても、7日分につき所定点数(20点)を算定するのか。

A. その通り。

Q2. 内服薬の自家製剤を伴う医薬品を分割調剤した場合、次の例について自家製剤加算はどのように算定するのか。

【例】 A錠2mg 1.5錠 1日3回毎食後 × 20日分

(※10日分ずつ、2回に分割して調剤)

A. 1回目および2回目の調剤時は、いずれも10日分の自家製剤を行っているので、どちらについても自家製剤加算(内服薬)として40点を算定する。

疑義解釈(平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問) 自家製剤加算において、錠剤の半割を行った場合に算定する区分(錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬。ただし、特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。)については、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定することとされたが、この「投与日数」とは、服用時点に関係なく、実際に自家製剤の上調剤した日数と解釈してよいか。

(答) そのとおり。隔日投与等の場合であっても実際に自家製剤の上調剤した日数分について算定する。

自家製剤加算の特別の乳幼児用製剤とは

- 製剤学的に品質が保証でき、特殊な技術又は方法を用い、6歳未満の乳幼児用に自家製剤した場合（例えばグミ剤を製剤する場合など）
- ただし、散剤若しくは顆粒剤又はシロップ剤が市販されておらず、市販の錠剤を粉砕又はカプセル剤をはずし数倍量の賦形薬を加え、乳幼児が安全に又は容易に服用できるように製剤した場合は算定できます。

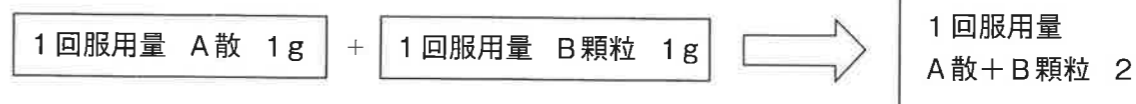
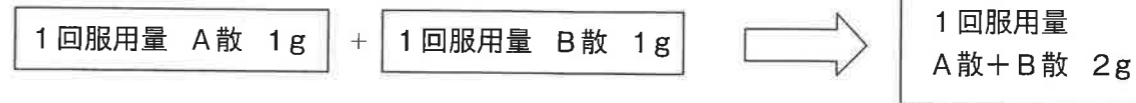
Q. 成人用のカプセル剤をあけて、又は錠剤を粉砕して小児用に計量した場合に自家製剤加算を算定できるか？

A. 自家製剤加算の算定要件を満たせば算定可能である。ただし、小児に対しても適応される医薬品であれば、通常、散剤又は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。（厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日）

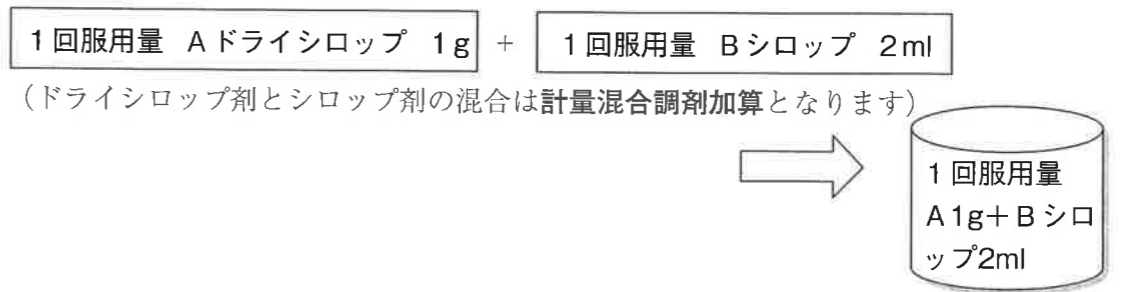
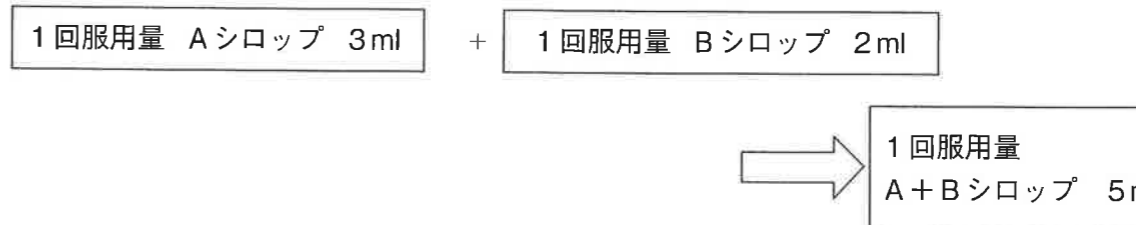
計量混合調剤加算の考え方

○2種以上の医薬品（液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤に限る）を計量し、かつ混合して調剤した場合、1調剤行為について算定します（ただし、調剤したものが薬価基準に記載されている場合は算定できません）。

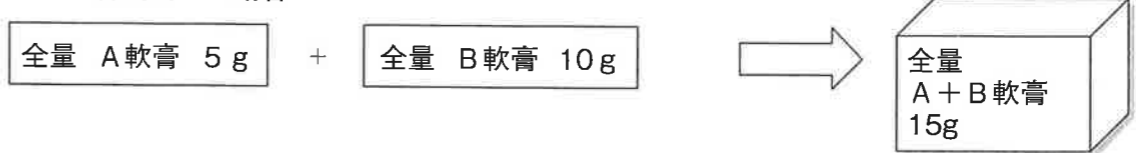
1) 散剤又は顆粒剤同士の場合



2) 液剤同士の場合



3) 軟・硬膏剤同士の場合



Q.

Rp1 アスベリン散 0.3g
 ペリアクチン100倍散 0.4g
 分3毎食後 3日分
 Rp2 ナウゼリンドライシロップ 1.5g
 ロベミン小児用 0.8g
 分3毎食後 3日分

の処方ではRp1と2に従い別々に計量混合調剤した。計量混合調剤加算も2回算定できるでしょうか？

A. 内服固形型剤の調剤であり、服用時点と投与日数が同じことから調剤料の算定は1剤となります。したがって、別々に計量混合し分包しても計量混合調剤加算は1回の算定となります。

計量混合調剤加算に関するQ & A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

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) プロチン液とセネガシロップを混合した場合には、計量混合調剤加算を算定するか。

答) そのとおり。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) その他外用薬として軟・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、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差し支えない。

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

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上に保険医が乳糖などの混合を指示した場合は、計量混合調剤加算を算定できる。



1種類のシロップ剤を投与する場合で目盛り合わせのために単シロップを追加する調剤行為は計量混合加算の対象とはなりません。

Rp イクタモール5g
 プロベト 10g Mix



プロベト(白色ワセリン)は軟膏基剤ですが、医療上の必要から処方され、混合の指示があるので、計量混合調剤加算が算定できます

計量混合調剤加算の特別の乳幼児用製剤の考え方

○「第11改訂調剤指針」では「分包重量が少量の場合には賦形薬を加え1回0.3g～1gにする方法がとられている」との記述があるが、日本を代表する大学病院で最低1回量を0.2gとするとされていることから、算定要件にいう「微量」とは概ね1回服用量が0.2gに満たない場合と考えたい。

該当例

Rp1 ジゴシン散0.1% 0.03g
1日2回朝・夕食後14日分
Rp2 アルダクトンA細粒10% 0.06g
ラシックス細粒4% 0.15g
1日2回朝・夕食後14日分

製剤工程

1) Rp1 ジゴシン散0.1% 0.42gに乳糖5.18gを以下の順に加える(1包当たり0.2g)。
①ジゴシン散0.1% 0.42g
乳糖 0.42g
② ① 0.84g
乳糖 0.84g
③ ② 1.68g
乳糖 1.68g
④ ③ 3.36g
乳糖 2.24g

2) Rp2アルダクトンA細粒0.84g、ラシックス細粒2.1gに乳糖2.66gを加える(1包当たり0.2g)。

3) 調製したRp1とRp2を各々2度撒きして1包0.4gとする。

後発医薬品調剤加算

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
注8 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。	(14) 後発医薬品調剤加算 ア 後発医薬品調剤加算は、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を受け付けた場合であって、保険薬局において患者の同意を得た上で後発医薬品を調剤した場合又は処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合(後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合で、患者の同意を得た上で、処方せんに記載された後発医薬品と別銘柄の後発医薬品を調剤した場合を含む。)のいずれの場合においても算定できる。 イ 内服薬(内服用滴剤を除く。)については1剤につき、その他のものについては1調剤につき、2点を加算する。なお、1剤に複数の後発品が含まれている場合についても2点を加算するものとする。 ウ 後発医薬品への変更が可能な処方せんを受け付けた場合で、処方せんに記載された先発医薬品を後発医薬品に変更して調剤した場合又は処方せんに記載された後発医薬品と別銘柄の後発医薬品を調剤した場合であって、後発医薬品調剤加算を算定する場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、当該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する。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

後発医薬品とは

- 「後発医薬品」とは「薬価算定の基準（平成14年2月13日、中央社会保険医療協議会）」に規定する新規後発品として薬価基準に収載された医薬品を言います。
- 「新規後発品」とは新薬（①薬事法第14条の4第1項（同法第19条の4及び第23条において準用する場合を含む）の規定に基づき厚生労働大臣の審査を受けなければならないとされた医薬品、②組成、投与形態及び製造業者等が同一の既収載品（①に規定する新規収載品として薬価基準に収載されたものに限る）がある新規収載品。）以外の新規収載品を言います。（以上、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則において規定）
- 具体的には、市販薬価基準等をご覧下さい。

新薬として上市後、新たに規格追加した場合も新薬として扱われるという意味

後発医薬品調剤加算に関するQ&A（厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日）

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て算定できる。例えば内服薬（内服用滴剤を除く）の場合は3剤まで算定できる。

（参考）処方例（内服薬の場合）

- 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) 剤形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（编者注：現在は後発医薬品情報提供料）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) 内服薬について、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）、剤形及び含量を記載することとなる。

後発医薬品調剤加算に関するQ & A (日本薬剤師会 平成16年4月1日)

(分割調剤時の後発医薬品調剤加算について)

問) 後発医薬品が含まれている処方せんを同一薬局で分割調剤した場合、2回目以降の処方せん受付時に後発医薬品調剤加算は算定できるか。

答) 算定できない。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年4月17日 日本薬剤師会)

Q1. 後発医薬品調剤加算の算定にあたり、後発医薬品へ変更可能な処方せんに基づいて、①処方せんに記載されている先発医薬品を後発医薬品に変更、または、②処方せんに記載されている後発医薬品を別銘柄の後発医薬品に変更した場合には、処方せん発行医療機関に対し、実際に調剤した後発医薬品の銘柄などの情報を提供することとされているが、同点数を算定しなければ医療機関へ情報提供しなくても差し支えないか。

A. 処方した医療機関に対する変更後の後発医薬品に関する情報提供は、後発医薬品調剤加算または後発医薬品情報提供料の算定要件とされているため、同点数を算定しない場合は実施しないことも考えられる。しかし、医療機関との連携を図る観点から、点数の算定の有無にかかわらず情報提供に努めるべきと考える。

薬学管理料

薬剤服用歴管理指導料

麻薬管理指導加算

重複投薬・相互作用防止加算

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>第2節 薬学管理料</p> <p>区分</p> <p>10 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>注1 患者 (後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。) について、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>イ 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、基本的な説明及び指導を行うこと。</p> <p>ロ 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>注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に</p>	<p><薬学管理料></p> <p>薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならないものとする。なお、患者に対する服薬指導、服薬支援等を行う際に、日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材 (以下「服薬カレンダー」という。) を提供する場合には、患者から実費を徴収しても差し支えない。</p> <p>区分10 薬剤服用歴管理指導料</p> <p>(1) 薬剤服用歴管理指導料は、保険薬剤師が、患者 (後期高齢者を除く。以下この区分において同じ。) について、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>ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤についての重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を患者又はその家族等に行うこと。</p> <p>(イ) 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)、形状 (色、剤形等)</p> <p>(ロ) 用法、用量、効能、効果</p> <p>(ハ) 副作用及び相互作用</p> <p>(ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。</p>	<p>(ホ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名</p>
<p>注3 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。</p> <p>イ 処方に変更が行われた場合 20点</p> <p>ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点</p>	<p>(ハ) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等</p> <p>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。</p> <p>(2) 薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方せん受付時から算定できる。</p> <p>(3) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。</p>
<p>注4 区分番号15に掲げる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、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を除き、算定しない。</p>	<p>ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録</p> <p>イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録</p> <p>ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録</p> <p>エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録</p> <p>オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点</p> <p>カ 服薬状況</p> <p>キ 患者の服薬中の体調の変化</p> <p>ク 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報</p> <p>ケ 合併症の情報</p> <p>コ 他科受診の有無</p> <p>サ 副作用が疑われる症状の有無</p> <p>シ 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等</p> <p>ス 服薬指導の要点</p> <p>セ 指導した保険薬剤師の氏名</p> <p>(4) 薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>☆</p>	<p>録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。</p> <p>(5) 薬剤に関する情報提供は、文章又はこれに準ずるものにより行うこととし、当該文書は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。</p> <p>(6) 「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、カセットテープ又はボイスレコーダーへの録音その他のものをいう。</p> <p>(7) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期することとし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。</p> <p>(8) 情報提供に当たっては、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。</p> <p>(9) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、副作用に係る自覚症状の有無の確認に当たっては、「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。</p> <p>(10) 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して3年間保存する。</p> <p>(11) 「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、当該患者の薬学的管理指導計画</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の処方せんによって調剤を行った場合に限り算定でき、それ以外の場合には算定できない。</p> <p>(12) 麻薬管理指導加算</p> <p>ア 麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、電話等により定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。</p> <p>イ 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載すること。</p> <p>(13) 重複投薬・相互作用防止加算</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>オ 同時に複数の保険医療機関又は複数の診療科の処方</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>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。</p> <p>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。</p>

薬剤服用歴管理料に関するQ&A（日本薬剤師会 平成18年3月29日・4月7日）

問1) 薬剤服用歴管理料に係る業務の中で、調剤した薬剤に関する情報提供は実施したが、患者から「文書による交付は不要」との申し出があった場合、その他の要件を満たしていれば、薬剤服用歴管理料を算定できるか。

答) 患者への薬剤情報提供文書の交付は、服薬指導の一環として実施される情報提供の中に含まれている手段の一つである。患者からの特段の申し出があったために、結果として患者に薬剤情報提供文書を交付しなかった場合であっても、患者の医薬品の適正使用が確保されるよう、文書を用いた説明を行うなど調剤した医薬品に関する情報提供が適切に実施されていれば問題ない。

問2) 薬剤服用歴管理料に係る業務に含まれる薬剤情報提供は「文書又はこれに準ずるもの」により行うとあるが、「これに準ずるもの」とは具体的に何を指すのか。
口頭による行為も含まれるのか。

答) 視覚障害者に対する点字、カセットテープ又はボイスレコーダーへの録音などが該当する。口頭による行為は含まれない。

問3) これまでの薬剤情報提供料1もしくは薬剤情報提供料2において交付していた薬剤情報提供文書については、当該文書と同様の内容を患者の薬剤手帳に記載したものであっても差し支えなかったが、本年4月から薬剤服用歴管理料の中で交付することとなった薬剤情報提供文書についても、従来通りの情報提供の方法でよいか。

答) 患者の医薬品の適正使用が確保されるよう、調剤した医薬品に関する情報提供が適切に実施されていれば、従来どおりの方法で差し支えない。

薬剤服用歴管理指導料・疑義解釈

(平成20年3月28日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問) 薬剤服用歴管理指導料を算定する場合には、患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録、患者又はその家族等からの相談事項の要点、服薬状況、患者の服薬中の体調の変化等を薬剤服用歴の記録に記載することとされているが、これらについて、その有無のみを記載した場合でも算定可能か。

(答) 従来の薬剤服用歴管理料の場合と同様に、単にこれらの事項の有無を記載しただけでは算定できない。副作用歴等の患者情報等については、どのような副作用等に着目して聴取を行ったかなどの点を含め、薬学的な観点から聴取・確認した内容を記載すること。

薬剤服用歴管理指導料の算定における注意点と薬歴簿の記載

- 薬剤服用歴の記録(薬歴簿)は、全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保管・管理されていなければなりません。
- 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から3年間保存します。
- 薬剤服用歴管理指導料の算定にあたって、調剤した薬剤の名称、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で提供するほか、必要な事項を「確認事項、指導事項、薬歴簿への記載事項」の各区分別に示すと次表のようになります。

患者情報収集時の注意点

患者さんから、患者情報の収集にあたって症状や病名を一律的に尋ねることは、薬剤師の職能を越えているのではないかと、また、プライバシーが保たれていない窓口で回答を強要されることは不愉快などの苦情が薬剤師会に寄せられることがあります。あくまでも調剤した薬剤の効能・効果及び副作用などを説明するなかで症状又はその変化などを確認するなど、患者に配慮した対応が求められます。

	項 目
確認事項	①処方された薬剤についての重複投薬、相互作用、薬物アレルギー ②患者の体質・アレルギー歴・副作用歴 ③服薬状況 ④患者の服薬中の体質の変化 ⑤併用薬(一般用医薬品、医薬部外品、健康食品を含む)の情報 ⑥合併症の情報 ⑦他科受診の有無 ⑧副作用が疑われる症状の有無 ⑨飲食物(現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められるものに限る)の摂取状況等
指導事項	①薬剤の服用に関する基本的な事項(例えば薬剤の名称、用法・用量など) ②保管上の注意事項 ③副作用や相互作用 ④服薬中の注意事項 ⑤患者からの相談に対応した指導事項
薬歴簿への記載事項	①患者についての記録 ②処方についての記録 ③調剤についての記録 ④患者情報 <ul style="list-style-type: none"> 1) 体質・アレルギー歴、副作用歴 2) 服薬状況、服薬中の体調の変化、副作用の発現の有無、合併症の情報、他科受診、併用薬、飲食物 ⑤患者からの相談事項 ⑥患者への指導事項 ⑦指導した薬剤師名

薬剤服用歴管理指導料設定の背景

薬剤服用歴管理指導料は、患者情報を記録することに対する報酬ではありません。処方薬に関する重複投薬、相互作用、アレルギー歴などについて確認した上で、調剤した薬剤の名称や用法・用量、副作用及び相互作用等に関する情報を文書で患者に提供するとともに、薬剤の服用に関し基本的な説明及び指導を患者に行い、得られた情報や指導事項を記録する一連の行為を評価するものです。

No. _____ 薬 歴 簿 作成年月日 年 月 日

フリガナ	男	住	□□□ - □□□□
氏名	女	様	
明・大・昭・平	年	月	日
Tel ()			

公費負担者番号 (市町村番号)	社 国 本 家	負担割合	保険者番号
受給者番号	割	記号・番号	
公費負担者番号 (市町村番号)	社 国 本 家	負担割合	保険者番号
受給者番号	割	記号・番号	

患者についての記録

◆副作用歴	◆調剤方法など特記事項
◆アレルギー歴 : (無 ・ 不明 ・ 有) 特に気を付けるアレルギー 薬物アレルギー (薬品名) 食物アレルギー (食品名) ハウスダスト (ほこり・ダニ・毛) その他 () 確認日 (/ /)	◆患者の体質及び既往歴: 胃が弱い・下痢しやすい・便秘しやすい 不眠・皮膚過敏・喘息・花粉症・アトピー 蕁麻疹・鼻炎・結膜炎・光線過敏・その他 確認日 (/ /)
◆併用薬 (処方薬、OTC)	◆生活像 (薬剤との関連) 車の運転 : アルコール : タバコ : 仕事 : 妊娠 : 無・有 授乳中 (年) その他 : () 確認日 (/ /)

患者の
・体質
・アレルギー
歴
・副作用歴

については調剤月日欄から表紙へ転記します
新たに収集した重要な患者情報

1	医療機関名	3	医療機関名	5	医療機関名
	電話番号		電話番号		電話番号
2	医療機関名	4	医療機関名	6	医療機関名
	電話番号		電話番号		電話番号

No. _____ 氏 名 _____

処方月日 調剤月日	医療機関名 医師氏名	処方内容 ・ 患者確認事項 ・ 指導及び疑義照会の内容	薬剤師名
↑	↑	処方された薬剤についての記録	調剤に関する情報 疑義照会と回答の内容
↑	↑	処方された薬剤についての重複投薬・相互作用、薬物アレルギーの有無、他科受診、併用薬、合併症情報、影響ある飲食物の摂取	↑ 指導した薬剤師名
↑	↑	初回調剤以外の場合は服薬状況、服薬中の体調の変化、着目した副作用又はその他の副作用発現の有無	
↑	↑	患者からの相談事項、患者への指導事項	
↑	↑	在宅患者訪問薬剤管理指導における薬学的管理指導計画、医師への訪問結果報告の写し及び医師への服薬情報提供書の写しなどを貼付	

薬剤情報提供料を算定した場合にはその旨

①服薬状況 ②体調変化 ③併用薬 ④他科受診 ⑤副作用 ⑥飲食物 ⑦その他

麻薬管理指導加算の算定の留意点

○麻薬を調剤した場合には調剤料の麻薬加算が算定できませんが、本加算は薬剤服用歴の管理の一環として定期的に「麻薬の服用及び保管取扱い上の注意等」に関し必要な指導を行った場合に算定します。

薬剤服用歴管理料に関するQ&A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

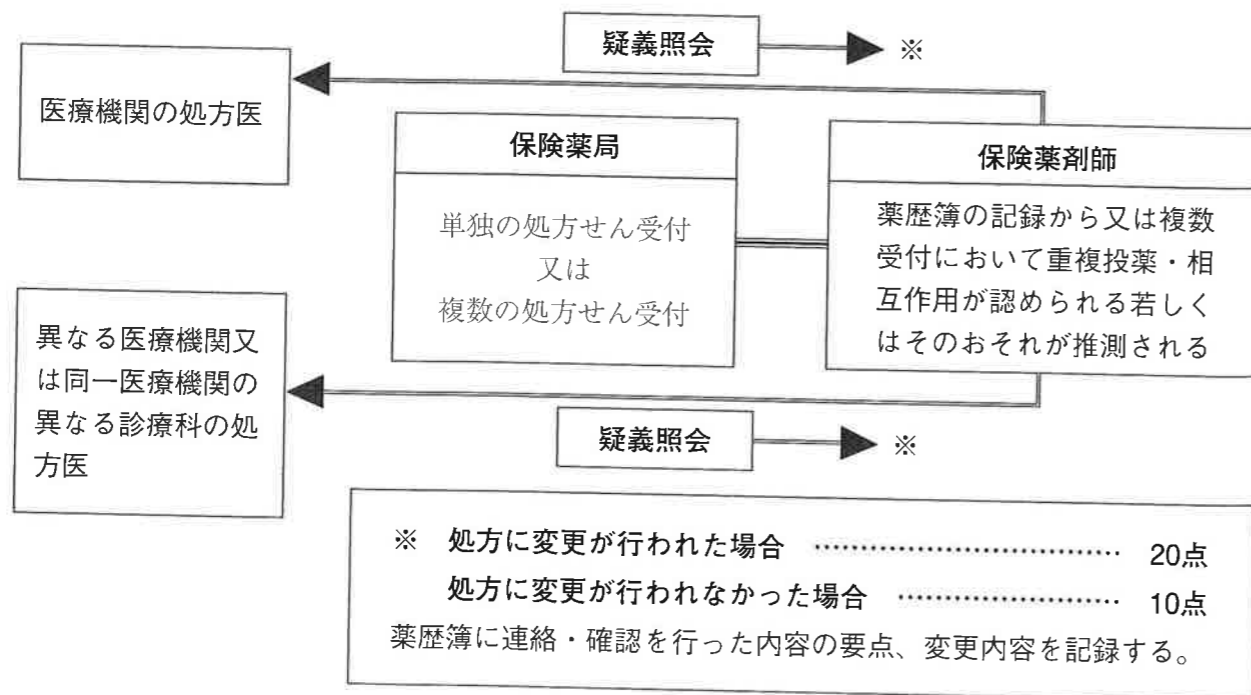
問) 薬剤服用歴管理料において、麻薬を調剤した場合に必要な薬学的管理及び指導を行った場合の加算は、毎回算定可能か。

答) 薬剤服用歴管理料を算定した日に限り算定可能である。

重複投薬・相互作用防止加算算定にあたっての留意事項

○1枚の処方せんの処方中、又は同一医師又は同一診療科の医師の前回と今回の処方せんに係る重複投薬又は相互作用について処方医に対して連絡・確認を行った場合は本加算の算定対象とはなりません(薬剤服用歴管理指導料の本体に含まれます)。

図5-4 重複投薬・相互作用防止加算の考え方



重複投薬・相互作用防止加算に関するQ&A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

問1) 異なる医療機関から同時に2枚の処方せんを受付け、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) 同一の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、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のようなものか。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(编者注:現在はその種の加算はない。)を算定できるとはどのようなケースか。

答) 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、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(编者注:現在はその種の加算はない。)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。

薬剤情報提供料

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>区分</p> <p>11 薬剤情報提供料（処方せんの受付1回につき） 15点</p> <p>注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号15に掲げる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、算定しない。</p> <p>12 削除</p>	<p>区分11 薬剤情報提供料</p> <p>(1) 薬剤情報提供料は、1回の処方せん受付において調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者（後期高齢者を除く。以下この区分において同じ。）等に対して、当該患者の求めに応じて、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、用量及び相互作用その他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した場合に、月4回（当該薬局において継続して調剤を受けている患者であって、処方内容に変更があった場合には、上記にかかわらず処方ごとに月4回）を限度として算定する。</p> <p>(2) 薬剤情報提供料は、調剤を行ったすべての薬剤についての情報提供を行った場合に算定する。また、類似する効能・効果を有する薬剤への変更の場合は算定できるが、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、処方内容の変更には該当せず、算定できない。</p> <p>(3) 「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等をいい、投薬された薬剤や病態に応じて、服用患者ごとに異なるものである。</p> <p>(4) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録専用の手帳をいう。</p> <p>ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録</p> <p>イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録</p> <p>ウ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>(5) 手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。</p> <p>(6) 情報提供に当たっては、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。</p> <p>(7) 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こと。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、所有している場合には、次の来局時にそれらを持参してもらうこととし、当該保険医療機関等で交付された薬剤の分も含め、当該患者の薬剤服用歴が同一の手帳で管理できるように、保険薬局において1冊にまとめること。</p> <p>(8) 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、新たに手帳を交付して薬剤情報提供料を算定するのではなく、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）を交付するとともに、次回、当該シール等が貼付されていることを確認するよう努めること。なお、手帳を持参しなかった患者にシール等を交付した場合は、薬剤情報提供料は算定できない。</p> <p>(9) 薬剤情報提供料を算定する場合は、その旨を薬剤服用歴等に記録する。</p> <p>(10) 「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。</p>

薬剤情報提供料算定にあたっての留意事項

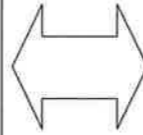
○薬剤情報提供料の算定は、患者の求めに応じて提供した場合に算定できます。なお、患者が手帳を持参せず単に必要事項を記載したシールを渡すだけでは算定できません。

薬剤服用歴管理料算定にあたっての薬剤情報提供の内容

- ・調剤した薬剤の名称及び形状（色、剤形）
 - ・用法・用量、効能・効果
 - ・副作用及び相互作用
 - ・服用及び保管取扱い上の注意事項
 - ・保険薬局の名称・連絡先
 - ・情報提供した薬剤師の氏名
- を文書で提供する。

薬剤情報提供料における手帳による情報提供

- ・調剤日
 - ・薬剤の名称
 - ・用法・用量
 - ・相互作用
 - ・服用に際し注意すべき事項
（重大な副作用又は有害事象を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状）
 - ・保険薬局名称・連絡先
- を文書で提供する。



注意すべき事項

- 薬剤情報提供料は患者の求めに応じて実施すること
- 「手帳」は算定要件に規定する内容を備えていること
- 薬剤情報提供料は同一処方であれば月4回のみ算定であること（処方変更があった場合は処方ごとに4回まで）

薬剤情報提供料に関するQ & A（厚生労働省保険局医療課 平成12年4月26日）

- 問1) 患者に手帳を交付する場合、手帳の実費を患者から徴収してもいいか。
- 答2) 手帳の費用は所定点数（15点）に含まれるので、徴収できない。

薬剤情報提供料に関するQ & A（厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日）

- 問) 老人健康手帳に記入していたが、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となるよう薬剤師により転記等を行うこと。

疑義解釈（平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）

- （問9）高血圧症等の慢性疾患を主病とし、長期間、同一の処方及び調剤が行われている患者に対して薬剤情報提供料又は後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を算定する場合、「お薬手帳」への薬剤名等の記載は、「前回と同じ」などと記載することでよいか。
- （答）慢性疾患を主病とする患者であっても、別の疾病又は負傷に係る投薬が行われる可能性があること、また、「前回と同じ」などと連続して手帳に記載した場合、いつの時点の調剤まで遡ればよいのかが患者及び他の医療関係者にも分かりづらいことから、基本的には、調剤する都度、薬剤の名称、用法、用量等の必要な情報を記載すべきである。ただし、記載を行う手帳の頁と同一の見開きの頁に以前調剤した薬剤の名称等が記載されており、薬剤師が、当該調剤と同一内容であることを確認した上で記載する場合など、患者及び医療関係者が容易に当該調剤に係る必要な情報を確認できる形で記載した場合（シール等を直接手帳に貼付する場合を含むが、シール等を患者に交付する場合は含まない。）は、この限りでない。
- また、経時的に記載されていない手帳の記載を時系列順に整理する場合や複数の手帳の記載を1冊にまとめる場合など、過去の薬剤情報を見やすく整理する観点から「前回と同じ」などと記載するのは差し支えない。

長期投薬情報提供料

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>区分</p> <p>13 長期投薬情報提供料</p> <p>1 長期投薬情報提供料1（処方せんの受付1回につき） 服薬期間が14日又はその端数を増すごとに 18点</p> <p>2 長期投薬情報提供料2（服薬指導1回につき） 28点</p> <p>注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>注2 長期投薬情報提供料2は、患者又はその家族等の求めに応じ、注1に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬</p>	<p>区分13 長期投薬情報提供料</p> <p>(1) 長期投薬情報提供料1</p> <p>ア 長期投薬情報提供料1は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。</p> <p>(イ) 長期投薬に係る処方せんの受付時に、当該処方せん受付薬局が、当該処方せんに係る薬剤の服薬期間中にその使用に係る新たな重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対して当該情報を提供することにつき、あらかじめ患者又はその家族等の同意を得ること。</p> <p>(ロ) (イ)の情報を入手後、速やかに患者又はその家族等に対して実際に当該情報を提供し、注意を促すこと。</p> <p>(ハ) 当該患者の次の処方せんの受付時に、当該保険薬局の保険薬剤師が、提供した情報に関連した副作用の発現状況、注意事項の遵守状況等を確認し、必要な指導を行うこと。</p> <p>イ アの(イ)の同意を得た場合には、その旨を当該患者の薬剤服用歴の記録に記載すること。</p> <p>ウ 「重要な情報」とは、処方せん受付時に提供した薬剤情報以外の情報で新たに知り得た情報であって、当該患者の薬剤服用歴に基づき、服薬中の患者に重大な影響を与えると思われる事項のことであり、例えば、以下のような情報が挙げられる。</p> <p>(イ) 医薬品緊急安全性情報</p> <p>(ロ) 医薬品・医療機器等安全性情報</p> <p>エ 情報提供に当たっては、特に配慮が必要と考えられる薬剤については、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。</p> <p>オ 患者の服薬期間中に新たに情報提供した事項については、薬剤服用歴等の記録に記載する。</p> <p>カ 長期投薬情報提供料1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。</p>

調剤報酬点数表

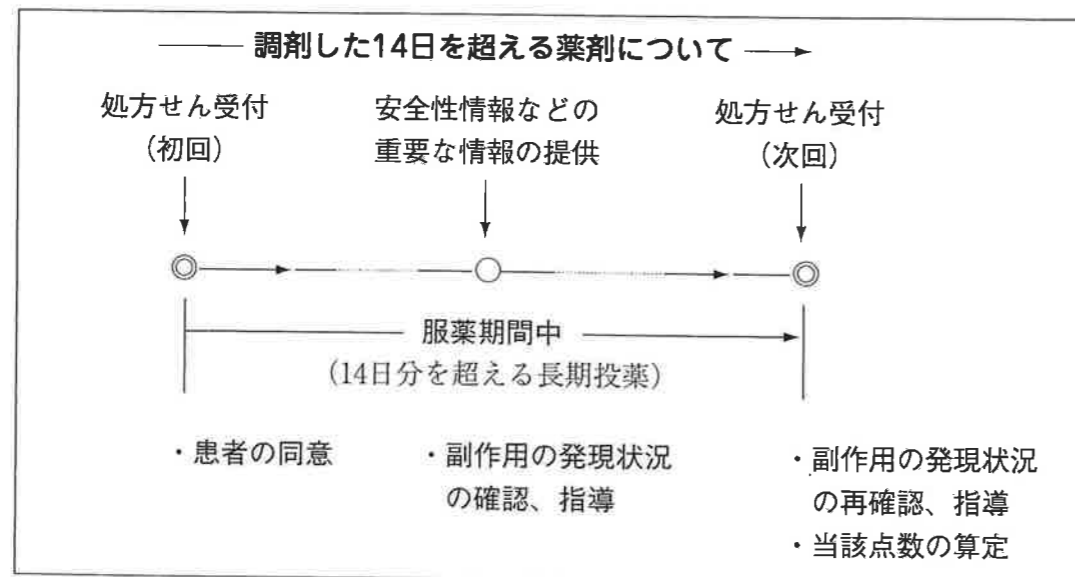
算定要件（厚労省保険局医療課長通知）

<p>状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する</p> <p>注3 区分番号15に掲げる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、算定しない。</p>	<p>(2) 長期投薬情報提供料2</p> <p>ア 長期投薬情報提供料2は、次に掲げる事項をすべて満たした場合に算定する。</p> <p>(イ) 当該長期投薬に係る処方せんにおける薬剤の服用期間中に、患者又はその家族等が保険薬局を訪れた際又は電話等により、当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合に、本情報提供料の算定について患者の同意を得た上で、薬剤師が患者の服薬状況等を確認すること。</p> <p>(ロ) (イ)の際に患者又はその家族等に対して薬剤の適正な使用のための指導を行うこと。</p> <p>(ハ) 当該患者の次の処方せんの受付時（当初受付の処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）に当該保険薬局の薬剤師が再度服薬状況等の確認を行うこと。</p> <p>イ 服薬期間中の「服薬状況等の確認」とは、患者の服薬状況や服薬期間中の体調変化等の確認を行うことをいう。</p> <p>ウ 「当初受付の処方せんと同一の疾病又は負傷に係るもの」とは、当初受け付けた処方せんの処方と同様の処方又は処方された薬剤から一連の治療に基づくことが類推され、患者等から確認が得られたものをいう。</p> <p>エ 長期投薬情報提供料2は、長期投薬に係る処方せんの初回受付時には算定できない。また、次の処方せん受付日に薬剤服用歴管理指導料を算定した場合にあっては、同日に行った当該情報提供料に係る服薬状況等の確認及び必要な指導については、当該情報提供料は算定できない。ただし、同日前に行った確認及び指導については算定できる。</p> <p>オ 患者の服薬期間中及び処方せん受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導事項については、薬剤服用歴等の記録に記載する。</p> <p>カ 長期投薬情報提供料2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。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

長期投薬情報提供料1
算定にあたっての留意点

- 長期投薬情報提供料1及び2は、平成14年に実施された長期投与制限の原則廃止にともない、「かかりつけ薬局機能」の明確化を図る観点から、長期投薬時の薬剤の使用が適切に行われるよう、患者への継続的な医薬品情報提供及び服薬指導を実施することを評価し導入されましたが、平成20年改定において算定の仕方が変更されました。
- 長期投薬（15日分以上）の患者の服用期間中に、その薬剤に関する安全性情報など重要な情報を入手した場合、その情報を患者に連絡するというもので、情報提供を行った場合に処方せん受付1回につき1回算定することができます。これにより、患者の服薬期間中の安全性をより確保することが可能となります。
- 上記の目的に沿った薬剤師サービスを受けることについての患者の同意が必要です。
- 他の薬学管理料の各区分と同様、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者には算定できません。
- 「新たな重要な情報」とは
「緊急安全性情報」はもちろんのこと「医薬品・医療機器等安全性情報」などが該当します。なお、情報提供に当たっては、特に配慮が必要と考えられる事項については、患者への情報提供の前に処方医に確認・相談する等慎重に対応し情報提供する必要があります。

【図5-5 長期投薬情報提供料1の考え方（概念図）】



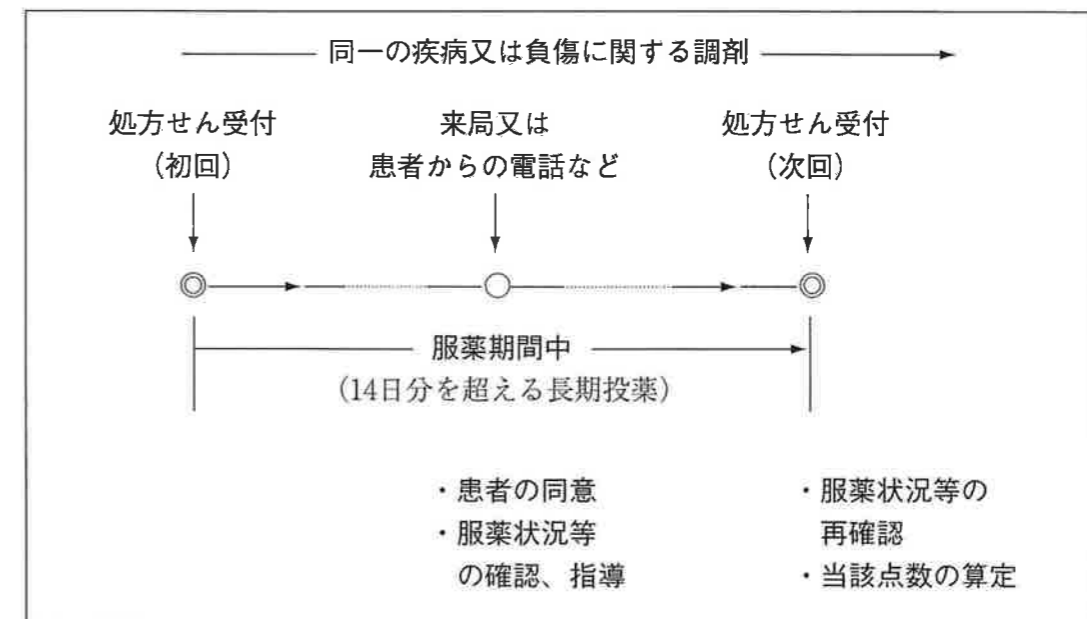
長期投薬情報提供料2
算定にあたっての留意点

長期投薬情報提供料2

平成14年3月までの長期投薬特別指導料と同じく、長期投薬の患者の服薬期間中の服薬状況の確認・指導を評価するものです。これまでは、原則として直接患者が来局した場合にしか算定できませんでしたが、平成14年4月の改定に伴い、患者からの電話などによる場合であっても、薬剤師が確実に確認・指導できる手段が用いられれば算定できるよう見直されました。

また、点数や算定方法についても見直され、服薬指導ごとに算定できるようになっています。
(日本薬剤師会)

【図5-6 長期投薬情報提供料2の考え方（概念図）】



長期投薬情報提供料に関するQ&A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

問2) 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4) 服用期間中に患者に重大な影響を与える新たな知り得た情報とはどのようなものか。

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に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6) 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7) 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8) 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今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、次回受け付けた処方せんが、当初受け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9) 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10) 長期投薬情報提供料2の算定日に間隔の制限はないと考えて良いか。

答) その通り。

問11) 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よいか。

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) ニトロゲームTTS 1日1回 28日分 (算定可能)

問14) 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15) 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られた場合、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。

疑義解釈 (平成20年3月28日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問) 患者又はその家族等の同意は文書により得なければならないか。

(答) 文書による同意を求めているものではない。ただし、同意を得た場合はその旨を当該患者の薬剤服用歴の記録(薬剤服用歴を作成できていない患者にあつては、調剤録)に記載すること。

疑義解釈 (平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問) 長期投薬情報提供料1については、長期投薬情報提供料2と異なり、当初に受け付けた処方せんと同一の疾患又は負傷に係る処方せんに限らず、当該患者の次回の処方せんの受付時に、提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定できると考えてよいか。

(答) そのとおり。長期投薬情報提供料1の対象となる情報は、薬局が新たに入手した重大な副作用に関する情報等、患者が服薬中の薬剤の使用に係る重要な情報であることから、当初に受け付けた処方せんと同一の疾患又は負傷に係る処方せんに限らず、情報提供後の最初の処方せんの受付時に、当該患者に対して、提供した情報に関連した副作用の発現状況、注意事項の遵守状況等を確認し、必要な指導を行うことが重要である。

後発医薬品情報提供料

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
区分 14 後発医薬品情報提供料（処方せん の受付1回につき） 10点	区分14 後発医薬品情報提供料 (1) 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を受け付けた場合において、次に掲げる事項その他の事項を、保険薬剤師が作成した文書（保険薬剤師が記載した手帳でも可とする。）又はこれに準ずるものにより交付し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合にその種類数にかかわらず10点を算定する。 ア 一般名 イ 剤形 ウ 規格 エ 内服薬にあつては、製剤の特性（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等） オ 備蓄医薬品の一覧とその品質（溶出性等）に関する情報 カ 先発医薬品との薬剤料の差に係る情報 キ 保険薬局の名称並びに保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等 (2) 後発医薬品を調剤した場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、当該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する。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。 (3) 後発医薬品情報提供料は、「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。
注1 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。	
注2 区分番号15に掲げる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、算定しない。	

後発医薬品情報提供料
算定にあたっての留意点

- 後発医薬品調剤加算と同様に後発医薬品の使用環境整備の観点から、平成14年4月に新設された医薬品品質情報提供料を平成18年の改定でより具体的な名称及び内容へと変更されました。一般名処方の処方せん又は後発医薬品への変更可能な処方せんを受け付け、後発医薬品の主たる情報（剤形、品質情報、価格など）を文書で患者に提供し、かつ、患者の求めにより後発医薬品を調剤した場合に算定します。
- 後発医薬品への変更が可能な処方せんの取扱いについては54ページを参照されたい。

（文書事例） 後発医薬品等の品質に関する説明書

一般名（有効成分名）：△△△△△△△△

医薬品名	製剤の特性・剤形	規格	値段	品質情報
○○○○錠 20mg	一般錠剤	1錠中20mg を含有	1錠 36.0円 〔先発医薬品〕 1錠 52.0円	○厚生労働省が定める試験法に基づく有効成分が溶けて体内に吸収される状態に到る時間は下左図（略）のように規定範囲であると保証された製品です。また、体内に吸収された後の血中濃度の変化は下右図（略）の実線のようになっています。 ○製剤に使用されている添加剤は○○です。 ○フィルムコーティングされ、直径4.5ミリメートルの飲みやすい製剤です。 ○お渡しできる製品は○年○月まで効力が保証されたものです。 ○その他：
□□□□錠 20mg	一般錠剤	1錠中20mg を含有	1錠 25.0円 〔先発医薬品〕 1錠 52.0円	○厚生労働省が定める試験法に基づく有効成分が溶けて体内に吸収される状態に到る時間は下左図（略）のように規定範囲であると保証された製品です。また、体内に吸収された後の血中濃度の変化は下右図（略）のように他の製品とほぼ同等です。 ○製剤に使用されている添加剤は○○です。 ○フィルムコーティングされ、直径6.0ミリメートルと普通の大きさの製剤です。 ○お渡しできる製品は○年○月まで効力が保証されたものです。 ○その他：

高齢社会の到来により今後の医療費の増大が確実視され（厚生省の推計（2006年1月）：2000年で29.1兆円、国民所得の7.5%→2025年に65兆円、国民所得の12.0～13.2%）、「質が高く効率的な医療の提供」が求められる時代となっています。一方、個人所得は伸び悩み、医療を受ける際の患者一部負担は強化され、保険料も引き上げられています。

薬剤師が、品質＝〔有用性（溶出性・生物学的同等性）、服用性（形状・コーティング・大きさなどから導かれる飲み易さ）、添加剤に関する安全性〕を評価した上で経済性に優れた医薬品を供給することは、「国民誰もが」「いつでも・どこでも」「多額の費用を支払わずに」医療技術の進歩を享受できる現行の医療保険制度の維持に貢献するだけでなく、この分野は薬剤師のみに託された専門分野です。

後発医薬品情報提供料に関するQ & A（日本薬剤師会 平成18年3月29日）

問1) 後発医薬品情報提供料に係る業務の中で、後発医薬品に変更する場合は「先発医薬品との薬剤料の差に係る情報」についても患者へ提供することとされているが、規格単位あたり、1日あたり、処方期間全体のいずれでもよいか。

答) 差し支えない。患者が先発医薬品または後発医薬品を選択する上で、必要かつ適切な価格の情報となっていれば、いずれの方法であっても差し支えない。

問2) 「後発医薬品への変更可」と指示がある（编者注：後発医薬品への変更が可能な）処方せんに基づいて後発医薬品へ変更して調剤した場合、後発医薬品情報提供料の算定要件として「調剤した薬剤の銘柄等について、当該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、方法や手段については制限があるのか。

答) 具体的な方法や手段までは決められていない。それぞれの地域において、処方せんを発行した保険医療機関と協議するなど、薬剤師の責任の下で、適切に対応することが求められる。

問3) 前回の来局時と同じく「後発医薬品への変更可」との指示がある（编者注：後発医薬品への変更が可能な）処方せんを患者が持参し、前回と同じ銘柄の後発医薬品を調剤した場合、後発医薬品情報提供料は算定できるか。

答) 患者への必要な情報提供の実施や患者の同意を得ることなど、算定要件とされている内容をきちんと満たしていれば、結果的に前回と同じ銘柄の後発医薬品を調剤したとしても、算定できる場合はあり得ると考える。ただし、単に「前回と同じ」という理由から後発医薬品を選択、調剤しただけでは算定できない。

後発医薬品情報提供料に関するQ & A（厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日）

問1) 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2) 一般名で記載された場合、錠剤でなくカプセル剤、又は細粒剤ではなく顆粒剤を患者の同意が得られれば、調剤してよいか。

答) 一般名処方では、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3) 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) 後発医薬品情報提供料は、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6) 基準調剤加算2を算定している保険薬局においても、後発医薬品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7) 後発医薬品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。

外来服薬支援料

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>区分</p> <p>14の2 外来服薬支援料</p> <p style="text-align: right;">185点</p> <p>注 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該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、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。</p>	<p>区分14の2 外来服薬支援料</p> <p>(1) 外来服薬支援料は、保険薬局の保険薬剤師が、自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者又はその家族等が持参した服薬中の薬剤について、治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を判断し、当該薬剤の処方医にその必要性につき了解を得た上で、一包化や服薬カレンダーの活用等により薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援した場合に、服薬支援1回につき算定する。なお、服薬管理を容易にするような整理を行わずに単に服薬指導を行っただけでは算定できない。</p> <p>(2) 外来服薬支援を行うに当たっては、患者が、当該保険薬局で調剤した薬剤以外に他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤を服用していないか確認し、極力これらの薬剤も含めて整理するよう努めること。また、実際にこれらの薬剤も含めて服薬支援を行う場合には、重複投薬、相互作用等の有無を確認し、処方医に必要な照会を行い、適切な措置を講じること。なお、患者に対する服薬中の薬剤の確認や処方医への照会等を行った上で、結果として、他の保険薬局で調剤された薬剤又は保険医療機関で院内投薬された薬剤のみについて服薬支援を行うこととなった場合（当該保険薬局で調剤を受けていない患者が持参した、他の保険薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤について服薬支援を行う場合を含む。）でも算定できる。</p> <p>(3) 外来服薬支援は、処方せんによらず、調剤済みの薬剤について服薬管理の支援を目的として行うものであるため、薬剤の一包化を行った場合でも、調剤技術料は算定できない。</p> <p>(4) 薬剤の一包化による服薬支援は、多種類の薬剤が投与</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により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配慮することを目的とし、治療上の必要性が認められる場合に行うものである点に留意する。</p> <p>(5) 外来服薬支援料を算定する場合は、服薬支援に係る薬剤の処方医の了解を得た旨並びに当該薬剤の名称、服薬支援の内容及び理由を薬剤服用歴の記録に記載する。</p> <p>(6) 外来服薬支援料は、「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。また、現に他の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている患者についても算定できない。</p>

【外来服薬支援料】

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A（平成20年3月25日 日本薬剤師会）

- Q1. 外来服薬支援料については、どの時点で算定するのか。
 A. 実施した時点で、その都度、算定する。
- Q2. 外来服薬支援料に係る服薬支援は、当該薬局で調剤した薬剤のみ対象になるのか。
 A. 当該薬局で調剤した薬剤のほか、他の薬局で調剤された薬剤や医療機関から直接投与された薬剤（院内投薬）についても対象となる。
 ただし、実施にあたっては、他の薬局で調剤された薬剤や院内投薬された薬剤まで含めて整理するよう努めることが求められている。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年3月28日 日本薬剤師会)

Q3. 外来服薬支援料の算定にあたっては、たとえば、同一月内における算定上限などの制限は設けられているのか。

A. 算定上限は設けられていない。ただし、処方せんに基づく調剤を行う際に、併せて他の薬局で調剤された薬剤等を一包化するなどして外来服薬支援料を算定する場合は、処方せんに基づく調剤に係る調剤料は内服薬として算定する（一包化薬として算定しない）。

また、たとえば、院内投薬の薬剤について外来服薬支援料を算定したが、その後も引き続き一包化が行われずに院内投薬が行われたため、さらに当該薬局で外来服薬支援を実施したようなケースについては、本来、服薬支援の必要性を認識している処方医が自院で薬剤の一包化をするか、もしくは、処方せんにより薬局での一包化を指示すべきものであると考えられるため、外来服薬支援料を算定することはできない。

疑義解釈 (平成20年3月28日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問) 患者が、処方医からの一包化薬の指示がある処方せんとともに、他の薬局で調剤された薬剤や保険医療機関で院内投薬された薬剤も併せて薬局に持参した場合であって、処方せんに基づく調剤を行う際にすべての薬剤の一包化を行い、服薬支援を行った場合には、調剤に係る薬剤服用歴管理指導料等と外来服薬支援料の併算定が可能か。

(答) 調剤に係る薬剤服用歴管理指導料等及び外来服薬支援料それぞれの要件を満たしている場合には、併算定は可能である。ただし、外来服薬支援料を算定する場合には、処方せんに基づく調剤に係る調剤料については、一包化薬の調剤料ではなく内服薬の調剤料として算定すること。

疑義解釈 (平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問) 院内投薬された薬剤を持参した患者に対して、服薬支援の必要性を処方医に確認の上、一包化等を行い、外来服薬支援料を算定した場合において、その後も引き続き一包化が行われずに院内投薬が行われたため、繰り返し当該薬局で外来服薬支援を実施したような場合、毎回、外来服薬支援料を算定してよいか。

(答) 質問の例においては、本来、服薬支援の必要性を認識している処方医が自院で薬剤の一包化をするか、又は、処方せんにより薬局での一包化を指示すべきものであると考えられるため、繰り返し外来服薬支援料を算定することはできない。

外来服薬支援料
算定にあたっての留意点

○過去に調剤された薬剤に対して、服薬上、困難または服用時点がわからない等の問題があり、当該医師の了解を得た後、一包化や服薬カレンダーを活用する等により問題を解決した場合に外来服薬支援料を算定します。

○処方せんを持参し、過去に別のところで調剤された薬剤とともに一包化してほしいとの患者の要望がある場合、当該両医師の了解を得た後、一包化した場合にも外来服薬支援料を算定できます。

外来服薬支援料が算定できる具体的な事例

事例1 (認知機能がやや低下している患者の例)

○薬局での最初の処方せん受付時、自分で錠剤を取り出して服用できるとのことであったため、錠剤をシートのまま交付。

○後日、介護者と一緒に来局した際に大量に飲み残しがあることが判明。
⇒介護者によると、錠剤シートのままでは、いつ、どの薬を服用してよいか自己判断不能とのことであった。

○処方医に連絡し、了解を得た後に、調剤済みの薬剤を持参してもらい、シートから取り出した錠剤を、服用時点ごとにまとめて一包化し、服用時点を記入して交付。

○自己での服薬管理は十分ではないものの、家族及び介護者の助けを得て、適切な服薬が可能となった。

事例2 (複数の医療機関から多くの種類の薬剤が処方された患者の例)

○最初の処方せん受付時、他の医療機関から処方された併用薬があることが判明。

○次回、当該併用薬を持参してもらったところ、薬剤の飲み残しあり。
⇒薬剤の種類が多く、どうしても、薬の飲み誤り、飲み残しが出てしまうとのことであった。

○併用薬の処方医に連絡し、了解を得た後に、当該薬局で調剤した薬剤と併せて、服用時点ごとに一包化。

○服薬状況の改善に併せて、病状も改善し、その後、服用薬剤の種類も減少。

事例3 (一包化薬を服用中の患者が他院で錠剤シートの交付を受けた例)

○医療機関Aで院外処方された薬剤については、処方医の指示により、薬局において一包化して交付していた。

○別の疾患で他の医療機関Bを受診した際に、院内処方により複数の薬剤がシートのまま交付されたが、薬剤をいつ服用すべきか分からなくなるとして、薬局に相談。

○医療機関Bの処方医に連絡し、了解を得た後に、医療機関Aの薬剤と併せて、服用時点ごとに一包化。服薬状況が改善。

在宅患者訪問薬剤管理指導料

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
区分	
15 在宅患者訪問薬剤管理指導料	区分15 在宅患者訪問薬剤管理指導料
1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点	(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、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に対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方厚生局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。
2 居住系施設入居者等である患者の場合 350点	(2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等である患者を除く。）に対して、「2」は、居住系施設入居者等である患者に対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患者を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回。いずれについても、同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合について同じ。）に限り算定する。	(3) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関又は介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者をいい、自宅、社会福祉施設又は障害者施設等で療養を行う患者及び居住系施設入居者等である患者をいう。ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成18年厚生労働省告示第176号）等に規定する場合を除き、患者が医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。
注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、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は、1回につき所定点数に100点を加算する。	(4) 居住系施設入居者等とは、次に掲げる患者をいう。 ア 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している
注3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要し	

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
た交通費は、患者の負担とする。	患者 (イ) 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム（ホ）に規定する特定施設を除く。） (ロ) 同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（ホ）に規定する特定施設を除く。） (ハ) 同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（ホ）に規定する特定施設を除く。） ニ) 同法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム ホ) 特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、施設及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、施設及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）第240条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。） ハ) 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（ホ）に規定する特定施設を除く。） イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者 (イ) 介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第9
在宅患者訪問薬剤管理指導料については、同一建物居住者であるか否かによって点数が区分されていますが、同一敷地内だが別棟となっている場合や、マンション群や公団住宅などのように別棟となっている場合には、別の建物であると解釈して構わないのでしょうか。	
構いません。 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、同一建物への1回の訪問で、複数の居住者（患者）に対して実施した場合は350点を算定することになっていますが、マンション群や公団住宅などのように同一敷地内に異なる建物が隣接しているケースについては、別の建物として取り扱って構いません。 また、外観上明らかに別の建物であるが、渡り廊下のみで繋がっているようなケースについても、別の建物として取り扱って差し支えありません（表2）。	
表2 同一建物の考え方	
<p><在宅医療></p> <p>【問117】 在宅患者訪問診療料等について、同一敷地内又は隣接地に棟が異なる建物が集まったマンション群や公団住宅等はそれぞれの建物を別の建物と扱ってよいか。 (答) そのとおり。</p> <p>【問118】 在宅患者訪問診療料等について、外観上明らかに別建物であるが渡り廊下のみで繋がっている場合は別建物として扱ってよいか。 (答) よい。</p> <p>「疑義解釈資料の送付について(その1)」 (2010年3月29日、厚生労働省保険局医療課・事務連絡)</p>	

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>項に規定する短期入所生活介護</p> <p>(ロ) 介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）</p> <p>(ハ) 介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護</p> <p>(ニ) 介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護</p> <p>(ホ) 介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）</p> <p>(ハ) 介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護</p> <p>(5) 「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ、処方医と相談するとともに、他の医療関係職種（歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等及び訪問看護ステーションの看護師等）との間で情報を共有しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。</p> <p>(6) 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存すること。</p> <p>(7) 薬学的管理指導計画は、原則として、患家を訪問する前に策定する。</p> <p>(8) 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報を踏まえ計画の見直しを行うこと。</p> <p>(9) 薬学的管理指導計画は少なくとも1月に1回は見直し</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p style="text-align: center;">医科点数表</p> <p>診療情報提供料（Ⅰ） 250点 注1～2、4～10略</p> <p>3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要性を認め、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同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>「注3」については、在宅での療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者（以下「在宅患者」という）に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保険薬局の薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方せん又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合において、交付した文書の他、処方せんの写しを診療録に添付する。なお、処方せんによる訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。</p>	<p>を行うほか、処方薬剤の変更があった場合及び他職種から情報提供を受けた場合にも適宜見直しを行うこと。</p> <p>(10) 必要に応じて、処方医以外の医療関係職種に対しても、訪問薬剤管理指導の結果及び当該医療関係職種による当該患者に対する療養上の指導に関する留意点について情報提供すること。</p> <p>(11) 訪問薬剤管理指導は、当該保険薬局の調剤した薬剤の服用期間内に、患者の同意を得て実施する。なお、調剤を行っていない月に訪問薬剤管理指導を実施した場合は、当該調剤年月日及び投薬日数を調剤報酬明細書の摘要欄に記入する。</p> <p>(12) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を月2回以上算定する場合（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は6日以上とする。がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回に限り算定できる。</p> <p>(13) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。</p> <p>ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名</p> <p>イ 処方医から提供された情報の要点</p> <p>ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複服用、相互作用等に関する確認、実施した服薬支援措置等）</p> <p>エ 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点</p> <p>オ 処方医以外の医療関係職種との間で情報を共有している場合にあっては、当該医療関係職種から提供された情報の要点及び当該医療関係職種に提供した訪問結果に関する情報の要点</p> <p>(14) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料（当該患者</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>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処方せんによって調剤を行った場合を除く。）、「区分番号11」の薬剤情報提供料、「区分番号13」の長期投薬情報提供料、「区分番号14」の後発医薬品情報提供料、「区分番号14の2」の外来服薬支援料、「区分番号16」の調剤情報提供料、「区分番号17」の服薬情報提供料又は「区分番号18」の後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（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の処方せんによって調剤を行った場合を除く。）は算定できない。</p> <p>(15) 麻薬管理指導加算</p> <p>ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。</p> <p>イ 「注2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。</p> <p>ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15」の(4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。</p> <p>(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等）</p> <p>(ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取り扱い方法を含めた保管管理の指導等）</p> <p>(ハ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点</p> <p>(二) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない）。</p> <p>(16) 「注3」に規定する交通費は実費とする。</p>

適用される保険の確認

在宅訪問薬剤管理指導を行う場合は、患者が要介護・要支援者であれば介護保険（居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導）が優先して適用されます。在宅訪問薬剤管理指導を行う場合には適用される保険を最初に確認しましょう！

施設入所者と在宅患者訪問薬剤管理指導料

○在宅患者訪問薬剤管理指導料は、医師又は薬剤師の配置されている施設に入所している患者には、訪問薬剤管理指導を行ったとしても算定することはできません。

ただし平成18年4月から、特例的に特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に入所している末期がんの患者に限って、訪問薬剤管理指導を行った場合に在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定できるようになりました。

**在宅患者訪問
薬剤管理指導実施の届出**

○関東信越厚生局長（東京事務所）へ届け出た薬局のみが算定することができます。届出書類は正副2通作成し、提出します。

届出先：関東信越厚生局東京事務所
〒163-1111 新宿区西新宿6-22-1
新宿スクエアタワー11F
Tel. 03-6692-5119

Q. 在宅患者訪問薬剤管理指導の届け出に条件はありますか？

A. 特別な条件は定められていません。保険薬局であれば届け出ることができます。ただ、在宅で療養する患者に痛み止めの麻薬が処方されることも想定されますので、麻薬小売業の許可を受けておくことが必要でしょう。

在宅患者訪問薬剤管理指導届

届出番号
在宅指第
号

在宅患者訪問薬剤管理指導を行うので届出いたします。

平成 年 月 日

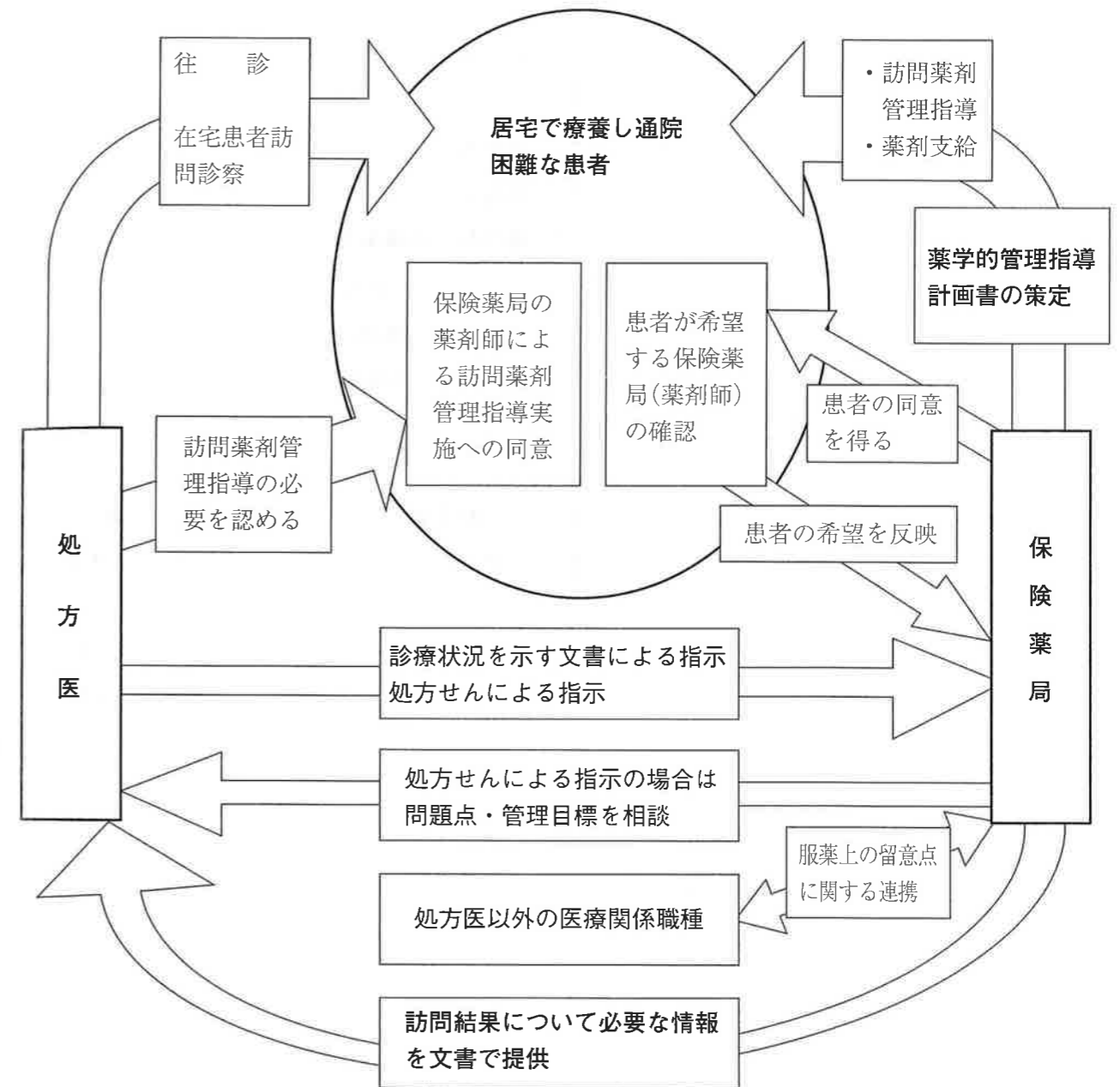
関東信越厚生局長 殿

薬局コード _____

保険薬局の名称
所在地
開設者(法人：代表者)

○届書の入手は関東信越厚生局ホームページからダウンロードできます。また、東京都薬剤師会ホームページの「保険関係用紙ダウンロード」からも入手できます。

図5-7 在宅患者訪問薬剤管理指導の流れ



薬歴簿への最低限必要な記録事項

- 薬剤服用歴管理指導料で薬剤服用歴に記載すべきとされる事項 (234ページ参照)
- 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名
- 処方医から提供された情報の要点
- 訪問に際して実施した薬学的管理の内容 (薬剤の保管状況、服薬状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複投薬、相互作用の確認)
- 訪問に際して行った指導の要点
- 処方医に対して行った訪問結果に関する情報の要点

麻薬管理指導加算
算定にあたっての留意点

○定期的に麻薬の服用・残薬状況及び保管状況について確認し、残薬を含めた取扱い上の注意事項等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、処方医に対して必要な情報提供を行った場合に算定します。

麻薬管理指導加算算定にかかる薬歴簿への最低限必要な記載事項

- 薬剤服用歴管理指導料において薬剤服用歴に記載すべきとされた事項及び在宅患者訪問薬剤管理指導料において記載すべきとされた事項
- 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等）
- 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な保管取り扱い方法を含めた保管管理の指導等）
- 処方医に対して行った訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む）の要点
- 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写し）を薬剤服用歴に添付する。

在宅患者訪問薬剤管理指導料に関するQ & A（厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日）

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か。

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

問4) がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、月8回までに上限が変わったが、算定する日の間隔はどうなるのか。

答) がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回まで算定できることとなるが、算定する日の間隔については特に規定はない。

問5) がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、麻薬管理指導加算も月8回まで可能なのか。

答) その通り。

問6) 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。

Q. 医師の指示により在宅患者訪問薬剤管理指導料を行った場合、医師への訪問結果の情報提供は、文書により行うことが必要なのでしょうか？

A. 処方医への訪問結果に関する情報提供は、特に様式は定められていませんが、文書により行わなければなりません。

Q. 在宅で療養している患者に、A診療所から内科の処方せんが交付され、その指示に基づき患家を訪問し、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定しているとき、同一月にB診療所の眼科からの処方せんを調剤した場合は、薬学管理料の薬剤服用歴管理料を算定できますか？

A. 同一患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導料を重複して算定することはできませんが、眼科についての薬剤服用歴管理料を算定することはできます。

在宅患者訪問薬剤管理指導料は保険薬局の薬剤師が継続してかかりつけ薬局として、在宅患者の服薬について総合的に管理・指導することを評価するものであるために、同一患者について1つの薬局が月4回まで算定できます。

Q. 他の保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されている患者に対して、異なる保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定することは可能ですか？

A. 他の保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合は、算定できません。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年3月25日 日本薬剤師会)

- Q1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、新たに4月から居住系施設入所者等に係る点数が別途設定された。居住系施設には特別養護老人ホームも含まれているが、同ホームの入所者についても在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定することはできるのか。
- A. 特別養護老人ホームの入所者にあたっては、末期の悪性腫瘍の患者である場合に限り算定することができる。

疑義解釈 (平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

(問) 医科診療報酬点数表の区分番号「B015」後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料については、患者、家族のほか、当該患者が退院後に入所する栄養士の配置が義務付けられていない施設の職員又はヘルパーなどの退院後の当該患者の食事管理を行う者に対して指導を行っても算定できるとされているが、高齢者専用賃貸住宅に入居している患者など、居住系施設入居者等である患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導料を行う場合についても、同様と考えてよいか。

(答) 在宅患者訪問薬剤管理指導料については、薬剤師が、患家を訪問し、患者の状態を直接確認した上で、薬剤の保管状況、服薬状況、残薬の状況、副作用等の確認や服薬指導、服薬支援等の薬学的管理指導を行うことが重要であり、患者の状態を確認せずに施設の職員等に対して指導を行っただけでは在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

訪問薬剤指導記録簿 (例)

初回作成日： 年 月 日 ○○薬局

利用者名	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	緊急連絡先 ()		
電話				
主介護者 関係 ()	住所			
電話		薬剤管理支援	有・無	
介護度	介護保険者番号	被保険者番号		
難病 他	医療保険者番号	被保険者番号		
病院名	担当医			
在宅支援事業所	担当ケアマネ			
身体状況	視力低下・聴力低下・麻痺あり () ・認知低下・精神疾患あり・意思疎通可・不可			
介護状況	独居・家族同居 (高齢者・Ⅱ世帯) ・家族の介護力 (良・不良・過重)			
日常生活自立度	障害度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知度	自立・I・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		
その他のサービス利用状況	訪問介護			
	訪問看護			
	その他	通院時介助 (あり・なし)		
初回訪問までの経緯				
初回訪問の状況				
訪問の目的				
注意事項 (処方せんの流れ上の注意を含む)		訪問前のTEL (必要・不要)		
訪問開始時処方・他科受診・併用薬 及び主な処方変更				

薬学的管理指導計画書 (例1)

訪問頻度	回 (週・月)	曜	希望時間	午前・午後	時頃
生活パターンと服薬状況	食事の回数	回 (朝 昼 夜)	歯の状況 (入れ歯 有り 無し)		
	飲み込み	錠剤 (可・不可・小さいものなら) 散剤 (可・不可) 胃ろう			
	生活パターン	起床	時	夕食	時 就寝 時
	薬の取り扱い	問題点 ()			
特記すべき事項					
薬の管理方法と訪問時作業	カレンダー ・ 配薬BOX ・ ()				
	薬剤への依存感情 (強い・弱い・特別な薬のみ) ()				
保管場所:					
作業内容					
医療材料及び用品館との連携					
調剤方法の注意点					
駐車位置・地図・その他					

氏名		生年月日	MTSH 年 月 日 (歳)
住所		電話番号	

管理指導重点項目	1	対応方針	1
	2		2
	3		3

訪問予定日 / 実施日	管理指導目標	服薬・保管状況	改善すべき事項	処方医等への連絡必要事項	薬剤師名

注) 薬剤の服用期間内に実施し、訪問間隔は6日以上あけること。

注) 作成した「薬学的管理指導計画書」は薬歴簿に貼付してセットとして用いられる。

薬学的管理指導計画書 (例2)

年 月 日作成	
作成者 ○○薬局 薬剤師氏名:	
年 月分	患者氏名
	年 月 日生 (歳)
訪問回数	2週間毎 1週間毎 1ヶ月毎 その他 () ○曜日訪問
医師からの情報	(診断名) (既往歴)
患者の心身の特性	
注目すべき点 問題・課題など	(管理方法・副作用・ADLへの影響・相互作用等)
今月行った主な指導内容(確認項目・指導項目)	
計画に加味すべき追加・変更項目⇒次回に反映させる。	

医師への報告書 (例)

訪問薬剤管理指導・報告書			
医療機関名 ○○病院		担当医師名 先生侍史	
氏 名		男 女	MTS 年 月 日生 (歳)
訪問回数	2週間毎 1週間毎 1ヶ月毎 その他 ()		水・金曜日訪問
服薬管理者	本人・家族・ヘルパー・その他 ()		
管理方法	お薬カレンダー・配薬BOX・薬袋・その他		
調剤形態	完全分包:別包あり・なし・散剤:ヒート・分包 粉碎		
併用薬			
特記事項			

上記のとおり、訪問薬剤管理指導の実施について報告いたします。

平成 年 月 日

○○市○○-○○-○○
○○薬局

押 印

在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

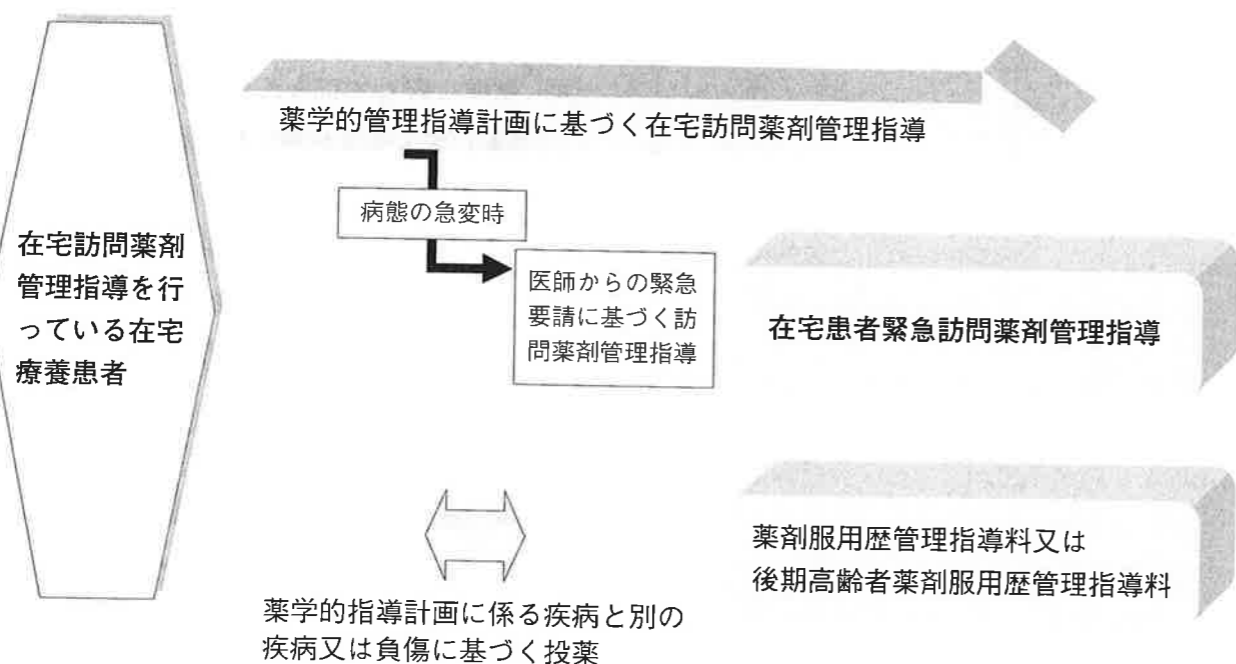
調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>区分</p> <p>15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 500点</p> <p>注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に月4回に限り算定する。</p> <p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。</p> <p>注3 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。</p>	<p>区分15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料</p> <p>(1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理指導を行い、当該保険医に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に、月4回に限り算定する。</p> <p>(2) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。</p> <p>ア 訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名</p> <p>イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から緊急の要請があった日付及び当該要請の内容並びに当該要請に基づき訪問薬剤管理指導を実施した旨</p> <p>ウ 訪問に際して実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）</p> <p>エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点</p> <p>(3) 麻薬管理指導加算</p> <p>ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>イ 「注2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。</p> <p>ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15の2」の(2)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。</p> <p>(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等）</p> <p>(ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）</p> <p>(ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点</p> <p>(ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）</p> <p>(4) 「注3」に規定する交通費は実費とする。</p>

在宅患者緊急訪問
薬剤管理指導料
算定にあたっての留意点

○在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している患者に対して、医師の緊急の要請によって、患者を訪問し、服薬に関する指導等を行ったときに算定できます。もちろん病態の急変に伴う処方せんに基づき調剤した薬剤を持って訪問する場合を含みます。

ただし、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処方せんに基づく訪問は薬剤服用歴管理指導料又は後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を算定します。



平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年4月17日 日本薬剤師会)

Q1. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料や在宅患者緊急時等共同指導料など、在宅医療に関連する項目が新設されたが、これらの点数は、介護保険の適用患者である場合にも算定できると解釈して差し支えないか。

A. 差し支えない。介護保険の適用患者の場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料（医療保険）ではなく、居宅療養管理指導費または介護予防居宅療養管理指導費（いずれも介護保険）を算定することとされているが、今回新設された在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料や在宅患者緊急時等共同指導料などについては、医療保険を適用（算定）することができる。

また、介護保険の適用患者であって、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病または負傷に係る臨時の投薬が行われた場合（ただし、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料には該当しない場合）は、薬剤服用歴管理指導料または後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を算定することができる。

※薬学管理料のうち、介護保険の適用患者（居宅療養管理指導費または介護予防居宅療養管理指導費を算定）であって算定可能な項目

- 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（居宅療養管理指導の実施日は算定不可）
- 退院時共同指導料
- 後期高齢者終末期相談支援料
- 薬剤服用歴管理指導料、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料（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の処方せんによって調剤を行った場合）

在宅患者緊急時等共同指導料

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
<p>区分</p> <p>15の3 在宅患者緊急時等共同指導料 700点</p> <p>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、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家へ赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。</p> <p>注2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、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は、1回につき所定点数に100点を加算する。</p> <p>注3 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は、別に算定できない。</p>	<p>区分15の3 在宅患者緊急時等共同指導料</p> <p>(1) 在宅患者緊急時等共同指導料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等（居宅介護支援事業者の介護支援専門員を含む。以下同じ。）が一堂に会しカンファレンスを行うことで、より適切な治療方針を立てることが可能となるとともに、カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の情報を的確に共有することができ、患者及び家族が安心して療養生活を送ることに資することから、そのような取組を評価するものである。</p> <p>(2) 在宅患者緊急時等共同指導料は、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの病状の急変や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じたことに伴い、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、患家を訪問し、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行うとともに、共有した当該患者の診療情報及び当該カンファレンスの結果を踏まえ、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えて患者に対し療養上必要な薬学的管理指導を行った場合に、月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該薬学的管理指導を行った場合でも算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに薬学的管理指導を行うものであること。また、カンファレンス及びそれに基づく薬学的管理指導1回につき1回に限り算定するものであること。</p> <p>(3) 当該カンファレンスは、原則として、患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。</p>

調剤報酬点数表

算定要件（厚労省保険局医療課長通知）

	<p>(4) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。</p> <p>ア カンファレンス及び薬学的管理指導の実施日、薬学的管理指導を行った薬剤師の氏名並びにカンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名</p> <p>イ 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医から要請があつて患家を訪問し、他の医療関係職種等と共同してカンファレンスを行い、その結果を踏まえて薬学的管理指導を実施した旨及びその理由</p> <p>ウ カンファレンスの要点及びカンファレンスの結果を踏まえて実施した薬学的管理指導の内容（服薬状況、副作用、相互作用等に関する確認等を含む。）</p> <p>エ 当該保険医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点</p> <p>(5) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定する場合は、「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料は別に算定できない。</p> <p>(6) 麻薬管理指導加算</p> <p>ア 麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。</p> <p>イ 「注2」の麻薬管理指導加算は、在宅患者緊急時等共同指導料が算定されていない場合は算定できない。</p> <p>ウ 麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分番号10」の(3)及び「区分番号15の3」の(4)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。</p> <p>(イ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理指導</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

調剤報酬点数表	算定要件（厚労省保険局医療課長通知）
	<p>の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等）</p> <p>(ロ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）</p> <p>(ハ) 当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点</p> <p>(ニ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）</p>

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A（平成20年3月25日 日本薬剤師会）

- Q 1. 在宅患者緊急時等共同指導料は、医療関係職種等によるカンファレンスとともに、それに伴う薬学的管理指導を実施した場合に算定できるが、カンファレンス1回につき指導を2回実施した場合には、当該点数を2回算定することは可能か。
- A. カンファレンス1回につき薬学的管理指導を2回実施した場合であっても、在宅患者緊急時等共同指導料は1回しか算定できない。

疑義解釈（平成20年5月9日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）

問) 午前中に在宅患者訪問薬剤管理指導を行った患者について、病状の急変や診療方針の大幅な変更等の必要が生じたことに伴い、同日の夕方に、当該患者の在宅療養を担う保険医の求めにより患家を訪問し、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスを行い、必要な薬学的管理指導を行った場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者緊急時等共同指導料の両方を算定してもよいか。

また、同様に、在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を同日に算定することは可能か。

答) 在宅患者緊急時等共同指導料は、計画的な訪問薬剤管理指導の内容に加えてカンファレンスの結果を踏まえた療養上必要な薬学的管理指導を行うことを評価したものであるため、同日に両方を算定することはできない。

なお、在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料については、それぞれの算定要件を満たしていれば、同日でも両方を算定することが可能である。

退院時共同指導料

調剤報酬点数表

算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)

区分
15の4 退院時共同指導料 600点

注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、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及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。

区分15の4 退院時共同指導料

- (1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関（以下「入院保険医療機関」という。）に赴いて、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及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り算定できる。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。
- (3) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴の記録に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付すること。
- (4) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

厚生労働大臣が定める疾患の患者

(平成20年3月5日、厚生労働省告示第63号)

- 一 末期の悪性腫瘍しゅようの患者（在宅末期医療総合診療料を算定している患者）
- 二 イであって、ロ又はハの状態である患者
 - イ 在宅自己腹膜灌流かん指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍しゅよう患者指導管理、在宅自己疼痛とう管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 - ロ ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある患者
 - ハ 人工肛門こう又は人工膀胱ぼうこうを設置している状態にある患者
- 三 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

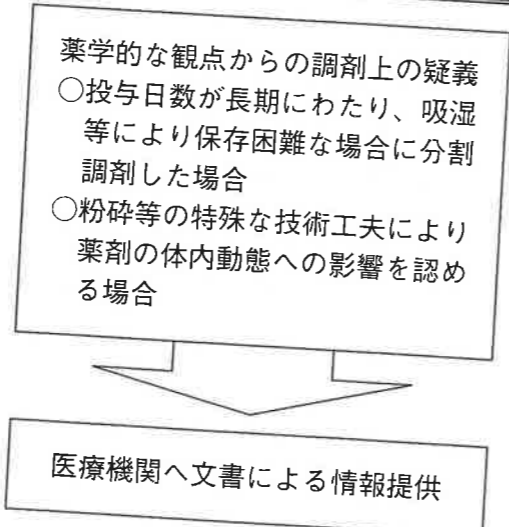
平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成20年3月25日 日本薬剤師会)

- Q1. 退院時共同指導料については、どの時点で算定するのか。
 - A. 指導を実施した時点で算定する。
- Q2. 退院時共同指導料は、介護保険の適用患者についても算定できるのか。
 - A. 算定できる（医療保険が適用される）。ただし、退院後に在宅で療養を行う患者が対象であり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院もしくは入所する患者（いわゆる転院や転床）、または、死亡退院した場合については算定できない。
- Q3. 退院時共同指導料の算定後に患者が死亡退院した場合、当該指導料の保険請求についてはどう取り扱うべきか。
 - A. 患者が死亡退院した場合は、退院時共同指導料に係る保険請求を取り下げる必要がある。
- Q4. 入院から在宅医療へ移行するにあたっては、病院（入院中）ではなく、退院直後に患家でカンファレンスを実施することもあるが、患家でカンファレンスを実施した場合にも退院時共同指導料は算定できるのか。
 - A. 退院時共同指導料は入院中の患者について算定するものであり、患家で指導を実施した場合には算定できない。

調剤情報提供料

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
区分 16 調剤情報提供料 (処方せんの受付 1回につき) 15点	区分16 調剤情報提供料 (1) 調剤情報提供料は、受け付けた処方せんが次に掲げる場合に該当し、調剤するに当たって薬学的な観点から疑義が生じた場合等において、当該処方せんを発行した医療機関等に情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該医療機関等に対し照会を行い、かつ、文書によりこの情報を提供した場合に算定する。 ア 投与日数が長期にわたる処方であって、吸湿性等の理由により薬剤の長期にわたる保存の困難性等から分割して調剤を行う必要を認める場合 イ 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 (2) 処方せんの記入上の疑義照会等では算定できない。 (3) 調剤情報提供料は、「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。
注1 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、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これを照会し、かつ、文書により提供した場合に算定する。	
注2 区分番号15に掲げる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、算定しない。	

調剤情報提供料
算定にあたっての留意点



なお、情報提供にあたっては、患者の同意を得ることが必要です。

調剤情報提供料に関するQ & A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

- 問1) 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碎、配合変化を起こす散剤、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2) 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3) 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4) 調剤上問題のある処方が続く場合は、その都度算定してよいか。
- 答) 算定できない。

服薬情報提供料

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>区分</p> <p>17 服薬情報提供料 15点</p> <p>注1 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、<u>服薬状況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。</u></p> <p>注2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、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、<u>当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。</u></p> <p>注3 区分番号15に掲げる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、算定しない。</p>	<p>区分17 服薬情報提供料</p> <p>(1) 服薬情報提供料は、患者の服薬に関する情報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。</p> <p>(2) 服薬情報提供料は、次の場合において患者の同意を得て、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について文書により提供したときに算定する。</p> <p>ア 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</p> <p>イ 薬剤服用歴に基づき保険薬局が患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合</p> <p>(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。</p> <p>(4) 患者1人につき同一月に2回以上服薬情報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。</p> <p>(5) 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。</p> <p>(6) 服薬指導情報提供加算</p> <p>服薬指導情報提供加算は、患者の同意を得て、服薬状況に併せて現に患者が受診している保険医療機関に対し</p>

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
	<p>て、当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等を示す文書を添えて薬剤の適正使用に必要な情報を提供したときに算定する。この場合において、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。</p> <p>(7) 服薬情報提供料は、「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。</p>

服薬情報提供料
算定にあたっての留意点

○服薬情報提供料は、処方医への情報提供を評価する点数として、薬剤服用歴管理指導料の加算項目であった服薬情報提供加算が独立したものです。この点数は、①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、あるいは、②長期投薬中の患者について、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、の何れかのケースにおいて、患者の同意を得た上で、当該患者の服薬状況を保険医療機関に対して情報提供した場合に算定できます。

また、患者の服薬状況に加え、服薬指導内容をも含めて情報提供した場合には、服薬指導情報提供加算が加算できます。

服薬情報提供料に関するQ & A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

問1) 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2) 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3) 服薬情報提供料は、薬剤服用歴管理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、医師の求めに応じ服薬状況を保険医療機関に情報提供する場合もある。

問4) 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5) 同月内に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6) 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。

(別紙様式1)

情報提供先医療機関名
担当医 科 殿

平成 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話
(FAX)

保険薬剤師氏名

印

患者氏名

性別(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生(歳) 職業

住所

電話番号

処方せん発行日 平成 年 月 日 調剤日 平成 年 月 日

処方薬剤の服薬状況(コンプライアンス)に関する情報

併用薬剤(一般用医薬品を含む。)の有無(有・無)

薬剤名:

患者の訴え(アレルギー、副作用と思われる症状等)に関する情報

症状等に関する家族、介護者等からの情報

その他特記すべき事項(薬剤保管状況等)

注意1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。

2. わかりやすく記入すること。

3. 必要な場合には、処方せんの写しを添付すること。

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料

調剤報酬点数表	算定要件（厚生労働省保険局医療課長通知）
<p>区分</p> <p>18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料 35点</p> <p>注1 後期高齢者である患者について、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>イ 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、基本的な説明及び指導を行うこと。</p> <p>ロ 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>ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に関して注意すべき事項を手帳に記載すること。</p> <p>注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、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は、所定点数に22点を加算する。</p> <p>注3 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</p>	<p>区分18 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料</p> <p>(1) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料は、保険薬剤師が、後期高齢者である患者について、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（「区分番号11」の(4)に掲げる手帳をいう。以下同じ。）等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、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>ア 患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を患者又はその家族等に行うこと。</p> <p>(イ) 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）、形状（色、剤形等）</p> <p>(ロ) 用法、用量、効能、効果</p> <p>(ハ) 副作用及び相互作用</p> <p>(ニ) 服用及び保管取扱い上の注意事項</p> <p>(ホ) 保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名</p> <p>(ハ) 保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等</p> <p>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。</p> <p>ウ 1回の処方せん受付において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</p>

調剤報酬点数表	算定要件（厚生労働省保険局医療課長通知）
<p>た場合は、所定点数に次の点数を加算する。</p> <p>イ 処方に変更が行われた場合 20点</p> <p>ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点</p> <p>注4 区分番号15に掲げる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、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を除き、算定しない。</p>	<p>に調剤した薬剤の名称)、用法、用量及び相互作用その他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。</p> <p>(2) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料は、同一患者について第1回目の処方せん受付時から算定できる。</p> <p>(3) 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。</p> <p>ア 氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録</p> <p>イ 処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録</p> <p>ウ 調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録</p> <p>エ 患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録</p> <p>オ 患者又はその家族等からの相談事項の要点</p> <p>カ 服薬状況</p> <p>キ 患者の服薬中の体調の変化</p> <p>ク 併用薬等（一般用医薬品、医薬部外品及びいわゆる健康食品を含む。）の情報</p> <p>ケ 合併症の情報</p> <p>コ 他科受診の有無</p> <p>サ 副作用が疑われる症状の有無</p> <p>シ 飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等</p> <p>ス 服薬指導の要点</p> <p>セ 指導した保険薬剤師の氏名</p> <p>(4) 薬剤服用歴の記録は、同一患者についてのすべての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。</p> <p>(5) (1)のアの薬剤に関する情報提供は、文書又はこれに準ずるものにより行うこととし、当該文書は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交</p>

算定要件（厚生労働省保険局医療課長通知）

- 付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。
- (6) 「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、カセットテープ又はボイスレコーダーへの録音その他のものをいう。
- (7) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。
- (8) 情報提供に当たって、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。
- (9) 服薬指導は、処方せんの受付の都度、患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化（特に重大な副作用が発現するおそれがある医薬品については、当該副作用に係る自覚症状の有無及び当該症状の状況）を確認し、新たに収集した患者の情報を踏まえた上で行うものであり、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて確認・指導内容を見直すこと。また、確認した内容及び行った指導の要点を、薬剤服用歴の記録に記載すること。なお、副作用に係る自覚症状の確認に当たっては、「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。
- (10) (1)のウの手帳への記載による情報提供は、調剤を行ったすべての薬剤について行うこととする。この場合において、「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等をいい、投薬された薬剤や病態に応じて、服用患者ごとに異なるものである。

算定要件（厚生労働省保険局医療課長通知）

- (11) 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こと。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、所有している場合には、次回の来局時にそれらを持参してもらうこととし、当該保険医療機関等で交付された薬剤の分も含め、当該患者の薬剤服用歴が同一の手帳で管理できるように、保険薬局において1冊にまとめること。
- (12) 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）を交付した場合でも算定できる。したがって、やむを得ない場合を除き、新たに手帳を交付して算定することのないようにすること。なお、シール等を交付した場合は、次回、当該シール等が貼付されていることを確認すること。
- (13) 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して3年間保存する。
- (14) 「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、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処方せんによって調剤を行った場合に限り算定でき、それ以外の場合には算定できない。
- (15) 麻薬管理指導加算
 ア 麻薬管理指導加算は、当該患者又はその家族等に対して、電話等により定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛等の効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
 イ 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載すること。
- (16) 重複投薬・相互作用防止加算

調剤報酬点数表

算定要件 (厚生労働省保険局医療課長通知)

- 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、後期高齢者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。

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料算定にあたっての留意事項

○後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の算定は、薬歴・薬剤情報提供・お薬手帳への記載の3点がそろった場合に算定できます。なお、患者が手帳を持参しない場合は、必要事項を記載したシールを渡し、次回そのシールが貼布されていることを確認しなければなりません。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ&A (平成20年4月17日 日本薬剤師会)

- Q. 75歳以上の患者であって、生保単独扱いの処方せんの場合には、後期高齢者に係る調剤報酬点数を適用するのか。
- A. 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第51条では、75歳以上の場合であっても、生活保護法による保護を受けている世帯（その保護を停止されている世帯を除く）に属する者は「後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者としなない」とされているが、75歳以上の生活保護制度の被保護者については後期高齢者に係る調剤報酬点数を適用する。ただし、後期高齢者医療制度は75歳に達した日から被保険者の資格を取得できるが、生活保護の医療扶助は月単位（すなわち、誕生月の翌月1日から）の適用となるので注意されたい。
- また、75歳以上の患者であっても、労災保険や公害医療に係る処方せんの場合には、一般医療（すなわち、後期高齢者医療以外）の調剤報酬点数を適用する。

後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の算定について

都道府県薬剤師会 社会保険担当理事 宛

(平成20年6月2日 日薬業発第85号 日本薬剤師会)

平素は本会会務に対してご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年度診療報酬等の改定では、75歳以上の高齢者（後期高齢者）を対象とした長寿医療制度（後期高齢者医療制度）の創設に伴い、高齢者の特性を考慮した点数が新設されました。

とりわけ、お薬手帳につきましては、一般的に多剤投与や複数科受診の機会が多い高齢者の服薬履歴の情報を一元的に記録・管理することで、医薬品の相互作用や重複投薬の防止が可能となるほか、患者自身による服薬情報の確認が随時可能になることから、患者が安全に医薬品を使用するための有効なツールとして明確に位置付けられました。特に、医師・歯科医師・薬剤師に対しては、（療担）や保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（薬担）において、診療または調剤を行うにあたり「患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない」と規定されており、お薬手帳の積極的な活用が期待されているところです。

このような背景から、調剤報酬点数表の「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」では、算定要件の1つとして、患者の投薬に際して必要な事項をお薬手帳に記載かつ交付することを求めています。しかし、本年4月の施行以降、お薬手帳の交付や同点数の算定があたかも義務化されたかのような説明を受けたとの苦情が散見され、本会もしくは行政当局に対して、患者から説明を求める問い合わせが寄せられています。

お薬手帳による情報提供は、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の算定要件ではありますが、その趣旨ならびに目的は、患者が安全に医薬品を使用するために不可欠な「服薬情報の一元化」であって、あくまでも患者の「安全確保」という観点から実施するものです。強制的にお薬手帳を持つてもらうものではありません。

つきましては、お薬手帳の交付を含む「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」を新設した目的は、「患者の安全な服薬を確保するために必須なこと」という趣旨であることをご理解いただき、調剤現場における患者対応の際には、「強制」あるいは「義務」といった誤解を招かないよう適切に説明し、理解を得るよう貴会会員にご周知賜りたくお願い申し上げます。

会務ご多用のところとは存じますが、新たな医療保険制度並びに改定診療報酬等の適切な運用を図るため、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

後期高齢者終末期相談支援料

調剤報酬点数表	算定要件（厚生労働省保険局医療課長通知）
区分	
19 後期高齢者終末期相談支援料 200点	区分19 後期高齢者終末期相談支援料
注 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的見地に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者（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に限る。）に対して、患者に同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。	<p>(1) 後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものである。</p> <p>(2) 保険薬局の保険薬剤師が、一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した後期高齢者である患者（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に限る。）について、患者の同意を得て、保険医及び看護師と共同し、患者及び主に患者の介護を行う家族等とともに、薬物治療等の診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>(3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重することとし、保険医が終末期と判断した患者であるからといって、患者に意思の決定を迫ってはならない。</p> <p>(4) 話し合う内容には、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病</p>
↑ 現在は算定凍結。	

調剤報酬点数表	算定要件 (厚生労働省保険局医療課長通知)
	<p>状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望 (希望する場合によっては搬送先の医療機関等を含む。) が含まれるものであること。</p> <p>(5) 話し合いの内容をとりまとめ患者に交付した文書等の写しを当該患者の薬剤服用歴の記録に添付すること。</p> <p>(6) 終末期における診療方針等については、時間の経過、患者の病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化等に応じて、また、患者の意思の変化により変更されるものであることに留意するとともに、状況等の変化の都度、患者に説明し、患者の十分な理解を得ること。ただし、終末期における診療方針等の変更があった際の文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(7) 後期高齢者終末期相談支援料は、患者の死亡時に算定する。</p>

後期高齢者終末期相談支援料(医科・歯科・調剤共通)の凍結について

「後期高齢者終末期相談支援料」は、患者本人の納得のいく診療方針で、尊厳と安心をもって充実した環境の中で残された日々を過ごすことができるようにすることを目的に平成20年度診療・調剤報酬改定で新設されたところです。

しかし、長寿医療制度 (後期高齢者医療制度) に係る保険料の額及びその徴収が実際に適用されるにおよび、そのあり方が国民の間で問題視されるようになりました。加えて、「後期高齢者終末期相談支援料」があたかも患者・家族の自発的な意思や終末期医療が制限されるかのような誤解を生み、結果的に国民に危惧や不安を与えたところです。

6月25日、中央社会保険医療協議会が開催され、後期高齢者終末期相談支援料の算定を一時凍結することが厚生労働大臣より諮問され、即日答申されました。

これにともない、平成20年6月30日保医発第0630001号により後期高齢者終末期相談支援料は次のとおり取扱うことになりました。

後期高齢者終末期相談支援料は、7月1日以降、別に厚生労働大臣が定める日 (未定) から算定できるものとする。



算定の凍結

薬剤料

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>第3節 薬剤料</p> <p>区分</p> <p>20 使用薬剤料</p> <p>1 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円以下の場合 1点</p> <p>2 使用薬剤の薬価が調剤料の所定単位につき15円を超える場合の加算 10円又はその端数を増すことに1点</p> <p>注 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	<p><薬剤料></p> <p>区分20 使用薬剤料</p> <p>(1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。</p> <p>ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。</p> <p>なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。</p> <p>(2) 保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具 (散粉器) を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返還した場合は当該実費を返還する。</p> <p>(3) 被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため (天災地変その他やむを得ない場合を除く。) 再交付された処方せんに基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。</p> <p>(4) 内服用液剤を投与する際には常水 (水道水、自然水) を使用するが、特に蒸留水を使用しなければならない理由があれば使用して差し支えない。</p> <p>(5) 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。</p>

別に厚生労働大臣が定める薬価とは「薬価基準」に定められた価格です。

薬剤料の所定単位

○薬剤料は下記所定単位につき算定します。

○算定単位当たり薬価合計額の一円の位を「5捨5超入」(5.00円は繰り捨て、5.10円は切り上げ)して10円単位にし、点数とします。

薬剤料を算定する単位

内服薬	1剤1日分
内服用滴剤	1調剤分
一包化薬	内服薬に準じた1剤1日分
屯服薬	1調剤分
浸煎薬・湯薬	1調剤分
外用薬	1調剤分
注射薬	1調剤分

【薬剤料の算定事例】

(薬価：平成20年4月現在による)

〔内服薬〕	
ノルバスク錠5mg	1錠
レニベース錠5mg	1錠
バファリン81mg錠	1錠
分1 朝食後	
○1剤1日分	
ノルバスクの薬価	75.60×1
レニベースの薬価	83.70×1
バファリンの薬価	6.10×1
1日分合計	165.40円
≒	170円
点数=	17点

〔屯服薬〕	
ボルタレン錠25mg	1錠
疼痛時 屯用	6回分
ハルシオン0.25mg錠	1錠
不眠時 屯用	10回分
○1調剤分	
ボルタレンの薬価	15.30×6
全量合計	91.80円
≒	90円
点数=	9点
ハルシオンの薬価	17.00×10
全量合計	170.00円
≒	170円
点数=	17点

〔一包化薬〕

1) ノルバスク錠5mg	1錠
レニベース錠5mg	1錠
バファリン81mg錠	1錠
分1 朝食後	
2) シグマート錠5mg	3錠
分3 毎食後	
	以上1包化

○1剤1日分

1) ノルバスクの薬価	75.60×1
レニベースの薬価	83.70×1
バファリンの薬価	6.10×1
1日分合計	165.40円
≒	170円
点数=	17点
2) シグマートの薬価	28.50×3
1日分合計	85.50円
≒	90円
点数=	9点

〔浸煎薬・湯薬〕

トウキ	3g
シャクヤク	4g
センキュウ	3g
ソウジュツ	4g
タクシャ	4g
ブクリョウ	4g
以上湯薬として14日分	
煎じて分3毎食間	

○1調剤分(全量)

トウキの薬価	29.30÷10×3×14
シャクヤクの薬価	27.40÷10×4×14
センキュウの薬価	21.70÷10×3×14
ソウジュツの薬価	13.10÷10×4×14
タクシャの薬価	14.00÷10×4×14
ブクリョウの薬価	20.40÷10×4×14
1調剤(全量)の合計	633.64円
≒	630円
点数=	63点

〔外用薬〕

クラビット点眼液 5ml	2本
1日2回両眼	
フルメトロン点眼液0.1% 5ml	2本
1日3回両眼	
クラビット点眼液の薬価	138.40×5×2
全量合計	1,384.0円
≒	1,380円
点数=	138点
フルメトロン点眼液0.1%の薬価	78.90×5×2
全量合計	789.0円
≒	790円
点数=	79点

〔注射薬〕

ノボリン30R注100 10ml	1本
1回20単位 1日2回朝・夕食前	
ノボリン30R注100の薬価	387×10ml
全量合計	3,870円
≒	3,870円
点数=	387点

薬剤料に関するQ & A (日本薬剤師会 平成18年4月7日)

問1) 今回の薬価改定により、これまでに薬価基準に一般名収載されていた医薬品のうち、薬価調査の結果から低薬価品に該当しないことが確認できたアスピリンや酸化マグネシウムなど(159成分に係る189規格 1,140品目)は銘柄毎の収載とされている。保険薬局においては、どのように対応すればよいのか。

答) 従来通りの取扱いとなる。処方せんに一般名で記載されている場合、保険薬局においては、該当する医薬品の中から選択して調剤し、実際に使用した医薬品名(薬価基準収載名)および当該医薬品の薬価により保険請求することになる。

選定療養と薬剤料に関するQ & A (厚生労働省保険局医療課 平成16年3月30日)

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。

Q. 検査薬は処方せんによる投与が認められていないと聞いていますが、受付した処方せんの中に検査薬が記載されていた場合はどうすればよいのでしょうか。

A. 検査用の薬剤(以下、検査薬)の処方せんによる支給については、保険請求上、なじまないものとして取り扱われています。しかし実際には、治療用の医薬品と一緒に検査薬も処方せんに記載されてしまうことがまれにあるようです。そのような場合、わざわざ患者に医療機関まで戻ってもらうわけにはいきませんので、実際の対応としては、患者に検査薬を支給したうえで、検査薬に係る部分については調剤技術料や薬学管理料は一切算定せず、薬剤料のみ算定することになります。また処方医には、処方せんによる検査薬の支給はなじまないものであることを説明し、理解してもらうよう努めて下さい。

平成20年度調剤報酬改定等に係るQ & A (平成18年4月17日 日本薬剤師会)

Q1. 精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予測できる安定した患者に対しては、4月1日から一部の向精神薬の30日分投与が可能となった。これと同時に、一部の麻薬についても30日分投与が可能となるよう改正されたが、今回の改定で投与期間の上限が緩和された麻薬については、精神疾患患者への投与に限られるのか。

A. 精神疾患患者への投与に限られるものではない。今回の改定で行われた投与期間の上限の見直しは、向精神薬については精神疾患患者等の社会復帰の観点から、麻薬については外来および在宅での緩和ケアを推進する観点から、それぞれ行われたものと位置付けられている。

なお、投与期間に上限が設けられている麻薬または向精神薬の処方にあたっては、「薬物依存症候群の有無等、患者の病状や疾患の兆候に十分注意した上で、病状が安定し、その変化が予測できる患者に限って行う」とされているほか、「当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について患者に確認し、診療録に記載する」とされている(平成20年3月28日、保医発第0328001号)。

【参考】 4月1日より30日分投与が可能として追加された医薬品

<内服薬> エスタゾラム、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物、塩酸フルラゼパム、塩酸モルヒネ、クアゼパム、酒石酸ゾルピデム、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、硫酸モルヒネ、ロルメタゼパム

<外用薬> 塩酸モルヒネ、フェンタニルを含有する外用薬

ニコチネルTTS及びチャンピックス錠の取扱いについて

両製剤は薬価基準に収載されているものの、両製剤の薬剤料はニコチン依存管理料に伴って処方された場合に限り算定できるとされ、処方せんの「備考」欄に「ニコチン依存管理料の算定に伴う処方である」と記載されている場合にのみ薬剤料が算定できます。

なお、医療保険が適用される場合は、調剤報酬明細書の「摘要」に「ニコチン依存管理料の算定に伴う処方」と記載します。

特定保険医療材料料

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>第4節 特定保険医療材料料</p> <p>区分</p> <p>30 特定保険医療材料料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>材料価格基準 厚生労働省告示第61号 (平成20年3月5日)</p> </div> <p>(平成20年4月1日現在)</p> <p>VIII 別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格</p> <p>001 インスリン製剤注射用ディスプレイ注射器 17円</p> <p>002 ヒト成長ホルモン剤注射用ディスプレイ注射器 10円</p> <p>003 ホルモン製剤等注射用ディスプレイ注射器 11円</p> <p>004 腹膜透析液交換セット</p> <p>(1) 交換キット 577円</p> <p>(2) 回路</p> <p>① Yセット 915円</p> <p>② APDセット 5,700円</p> <p>③ IPDセット 1,040円</p> <p>005 在宅中心静脈栄養用輸液セット</p> <p>(1) 本体 1,930円</p> <p>(2) 付属品</p> <p>① フーバー針 400円</p> <p>② 輸液バッグ 400円</p>	<p><特定保険医療材料料></p> <p>区分30 特定保険医療材料料</p> <p>(1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表1に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。</p> <p>ア 別表2に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器</p> <p>イ 自己連続携帯式腹膜灌流以外の目的で患者が使用する自己連続携帯式腹膜灌流液交換セット</p> <p>ウ 在宅中心静脈栄養法以外の目的で患者が使用する在宅中心静脈栄養用輸液セット</p> <p>エ 在宅成分栄養経管栄養法以外の目的で患者が使用する在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイカテーテル</p> <p>(2) 「在宅中心静脈栄養用輸液セット」とは、体外式カテーテル又は埋込式カテーテルに接続して使用するチューブセット(輸液バッグ、輸液ライン(フィルター、プラグ、延長チューブ、フーバー針を含む。)、注射器及び穿刺針を含む。)をいう。</p> <p>別表1</p> <p>○インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤(活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。)、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、エタネルセプト製剤、ヒトソマトメジンC製剤、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤及びグリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤の自己注</p>

調剤報酬点数表	算定要件 (厚労省保険局医療課長通知)
<p>006 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイカテーテル</p> <p>(1) 経鼻用</p> <p>① 一般用 204円</p> <p>② 乳幼児用</p> <p>ア 一般用 90円</p> <p>イ 非DEHP型 140円</p> <p>③ 経腸栄養用 1,670円</p> <p>④ 特殊型 2,020円</p> <p>(2) 腸瘻用 4,350円</p> <p>007 万年筆型注入器用注射針</p> <p>(1) 標準型 15円</p> <p>(2) 針折れ防止型 17円</p> <p>(3) 超微細型 18円</p> <p>008 携帯型ディスプレイカテーテル注入ポンプセット 4,000円</p>	<p>射のために用いるディスプレイカテーテル注射器(針を含む。)</p> <p>○万年筆型注入器用注射針</p> <p>○自己連続携帯式腹膜灌流のために用いる腹膜透析液交換セット</p> <p>○在宅中心静脈栄養用輸液セット</p> <p>○在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイカテーテル</p> <p>○携帯型ディスプレイカテーテル注入ポンプセット</p> <p>別表2</p> <p>インスリン製剤</p> <p>ヒト成長ホルモン剤</p> <p>遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤</p> <p>遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤</p> <p>乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤</p> <p>乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤(活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。)</p> <p>性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤</p> <p>性腺刺激ホルモン製剤</p> <p>ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体</p> <p>ソマトスタチンアナログ</p> <p>インターフェロンアルファ製剤</p> <p>インターフェロンベータ製剤</p> <p>ブトルファノール製剤</p> <p>ブプレノルフィン製剤</p> <p>抗悪性腫瘍剤</p> <p>グルカゴン製剤</p> <p>ヒトソマトメジンC製剤</p> <p>エタネルセプト製剤</p> <p>ペグビソマント製剤</p> <p>スマトリプタン製剤</p> <p>グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤</p>

特定保険医療材料料の
端数処理

○特定保険医療材料料は交付した全材料の材料価格を10円で除して得た点数とします。ただし、1点未満の端数が生じた場合は、端数を四捨五入して得た点数とします。(特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項、平成20年3月5日、保医発第0305005号の一般的留意事項)

(例) 万年筆型インスリン注入器用注射針 35本(標準型)
15円 × 35本 ÷ 10 = 52.5 ⇒ 53点

処方せんにより注射針のみ給付することは認められていません。

医科診療報酬点数に関する実施上の留意事項

(保医発第0305001号、平成20年3月5日)

F400 処方せん料

(6) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両方のみを処方せんにより投与することは認められない。

万年筆型注入器用注射針

機能区分	注 射 針
標準型	○ペンニードル(ノボ ノルディスク ファーマ) 30G
	○B-Dマイクロファインプラス(日本ベクトン・ディッキントン) 31G 5mm 31G 8mm
	○ペンニードル(ノボ ノルディスク ファーマ) 32Gテーパー
超微細型	○ナノパスニードル(テルモ)

問1) 塩酸モルヒネを交付する際の、バルーン式ディスポーザブルタイプの注入器は算定できるか?

答) 算定不可。バルーン式ディスポーザブルタイプの注入器は保険医療機関で交付を受けること。(医科点数の在宅療養指導管理材料加算内の項目が算定できる)
(編者注:平成20年3月5日厚生労働省告示第61号により、「携帯型ディスポーザブル注入ポンプセット」として4月1日より支給できるようになりました。)



問2) 抗悪性腫瘍剤に分類されるスミフェロンD S300又は600は、1バイアルがディスポーザブル注射器にセットされていますが、注射針が付いていません。注射針を交付した場合、特定保険医療材料は算定できるか?

答) 抗悪性腫瘍剤のうちシリンジの中に薬剤が充填されている形のもの注射する場合に用いる注射針は、在宅悪性腫瘍患者自己注射用ディスポーザブル注射器に準じて算定します。
(平成12年3月21日、保医発第37号)

エタネルセプト製剤注射用ディスポーザブル注射器の取扱い

エタネルセプト製剤注射用ディスポーザブル注射器については、当分の間、「特定保険医療材料及びその材料価格(「材料価格基準」)(平成18年厚生労働省告示第96号)別表中Ⅷの「001 インスリン製剤注射用ディスポーザブル注射器」に準じて算定することとする。
(平18.3.29 保医発第0329004号)

エタネルセプト製剤:皮下注射用キット(エンブレル皮下注25mgシリンジ0.5mL)の保険適用について

平成20年6月20日厚生労働省告示339号により、薬価基準に収載され、6月30日に発売されました。この製剤は、ディスポーザブル注射器(注射針を含む)に薬剤があらかじめセットされたもので、このキット全体で薬価が設定されています。

インスリン注入器を“処方せん”により交付する場合の高度管理医療機器販売業許可の必要性について

インスリン注入器等を交付する薬局に係る取扱いについて

(平成17年3月25日、薬食機発第0325001号)

平成17年4月1日より施行される改正後の薬事法（昭和36年法律第145号）第39条の高度管理医療機器販売業につき、特に、薬局（医療機関内の薬剤部を含まない。）において高度管理医療機器の交付を行う場合の取扱いにつき複数の都道府県から照会があり、下記のとおり回答しているため、参考にされたい。

記

1. インスリン注入用の医療機器

(1) インスリン自己注射用ディスポーザブル注射器、注射針

インスリン皮下注射用注射筒は、針なし、針付きとも高度管理医療機器に分類されているところであるが、処方せんに記載することによりインスリンと合わせて、インスリン製剤の自己注射のために用いる注射用ディスポーザブル注射器（針を含む）を薬局において交付する場合には、高度管理医療機器販売業の許可を取得する必要はないこと。

なお、万年筆型インスリン注入器用注射針（注入器は含まず注射針のみ）は管理医療機器であるため、高度管理医療機器の販売業許可を取得する必要はない。

(2) 万年筆型インスリン注入器

① 一体型インスリン注入器

薬液たるインスリンが注入器と一体であり、インスリンを使い切ったあと注入器を再使用できない、薬液と一体となった注入器は、全体として医薬品として取扱われているものであり、これを処方せんに基づき薬局において交付する場合、当該薬局は高度管理医療機器販売業の許可を取得する必要はないこと。

② 分離型インスリン注入器

薬液たるインスリンのカートリッジが注入器と分離でき、カートリッジ内のインスリンを使い切った後も、新しいカートリッジに交換の上、注入器を再利用できる分離型のインスリン注入器を薬局において処方せんに基づき交付することはないことから、当該薬局は、高度管理医療機器販売業の許可を取得する必要があること。

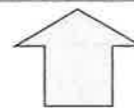
2. 自己検査用グルコース測定器

薬局において自己検査用グルコース測定器を交付する場合、当該薬局は、高度管理医療機器の販売業の許可を取得する必要があること。

保険外併用療養費制度と調剤報酬

保険外併用療養費制度とは

保険適用	通常の診察・手術・投薬、入院など
保険外併用療養費	特別なアメニティ、高度先進医療など



混合診療禁止の特例

健康保険法では、被保険者の医療を受ける権利を保障するために保険を適用する場合、「すべて保険」で、そして保険が適用されない療養が含まれる場合は「すべて自費」で行うことを原則としているため、医療が保険と自費が混合して行われることを基本的に認めていません。しかし、患者ニーズの多様化から自ら希望して、特に定められた高度な医療や特別なサービス（アメニティ部分）を含む療養を受けた場合に、療養費用のうち一般の治療と重なる部分については保険を適用し、特別なサービス部分を自己負担とし、患者の選択の幅を広げたのが保険外併用療養費制度です（従来の特定療養費制度から名称変更となっています）。

保険外併用療養費は大別して、12ページにも示したように“評価療養”と“選定療養”に分けられます。

平成14年4月に、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則に次の条文を追加することで保険薬局にも保険外併用療養費制度が導入されています。

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(患者負担金の受領)

第4条 2 保険薬局は、法第63条第2項第3号に規定する評価療養又は同項第4号に規定する選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第86条第2項又は第110条第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

(使用医薬品)

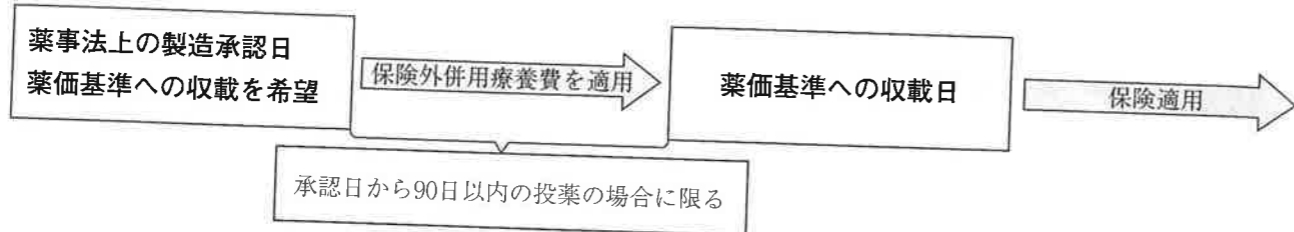
第9条 保険薬剤師は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の医薬品を使用して調剤してはならない。ただし、厚生労働大臣が定める場合においては、この限りでない。

ここで言う「厚生労働大臣が定める場合」を次に示します。

1 薬事法の製造承認を受けた薬価基準収載前の医薬品投与

1. 対象となる医薬品及び期間

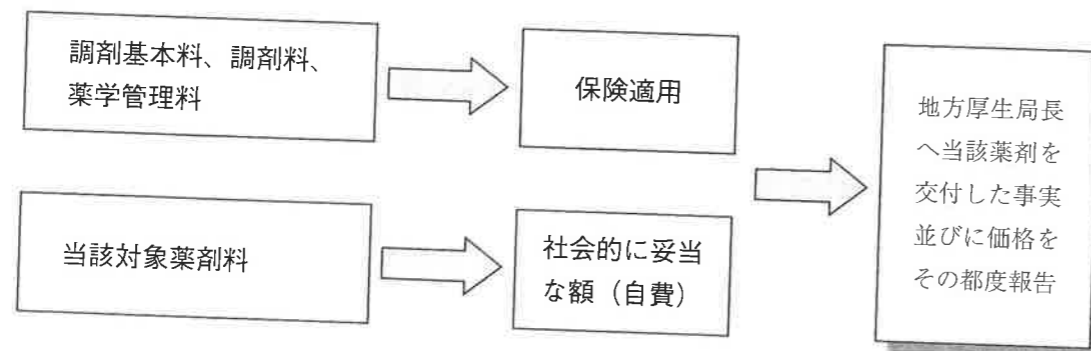
薬事法の製造承認を受け、薬価基準に収載を希望している医薬品を薬価基準収載前に医師の処方せんに基づき調剤した医薬品 — 承認された日から90日以内に限る。



2. 取り扱える保険薬局及び保険医療機関

当該薬剤を処方できる保険医療機関	当該薬剤の処方せんを 応需できる保険薬局
<ul style="list-style-type: none"> ○常勤の薬剤師が2名以上配置されていること。 ○医薬品情報室を有し、常勤の薬剤師が1名以上配置されていること。 ○医薬品情報室の薬剤師が有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に情報提供を行っていること。 ○処方せんを交付する場合であっても、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医療機関が提供していること。 ○薬局において特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うこと。 	<p>基準調剤の施設基準の 届出を行った保険薬局</p>

3. 当該保険薬局での取扱い



保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等

【平成20年3月19日、厚生労働省告示第99号】

- 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養告示第1条第4号に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
- ロ 薬局にあっては、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第3調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注2の規定に基づく届出を行った薬局であって、イに掲げる基準に適合している病院又は診療所（編者注：必要な薬剤師数が配置されており、当該医薬品の投与を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有している病院又は診療所）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から交付された処方せんに基づき告示第1条第4号に規定する医薬品を投与するものであること。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成20年3月28日、保医0328001号）

第3の10 薬事法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

- (1)薬事法の承認（同法第14条第1項又は第19条第1項の規定による承認）を受けた者が製造し、又は輸入した当該承認に係る医薬品のうち、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、薬事法上の承認を受けた医薬品の投与について、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2)保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。
- (3)病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすものであること。（図内に解説のため略）
- (4)薬局にあっては、算定告示別表第三調剤報酬点数表（以下、「調剤報酬点数表」という。）第1節に規定する調剤基本料の注2の規定に基づく届出を行った薬局であって、(3)の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医薬品を投与するものであること。
- (5)薬事法上の承認を受けた日から起算して90日以内に行われた投薬について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が90日以内であれば、服用時点が91日目以後になる場合であっても特別な料金を徴収することができるものとする。
- (6)及び(7)は 編者注：処方せんを交付した場合の病院又は診療所の情報提供及び説明に関する規定で、前出図の解説を参照されたい。
- (8)特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- (9)特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式9により地方厚生局長にその都度報告するものとする。

(別紙様式9)

薬事法に基づき承認を受けた医薬品の投与
の実施(変更)報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名 ⑩

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1. 医薬品等

成分名	販売名	効能・効果	用法・用量	薬事法の承認年月	患者からの徴収額

2. 薬剤師の勤務状況

氏名	勤務時間	氏名	勤務時間

2 薬価基準に記載されている医薬品の薬事法に基づく承認に係る用法、
用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与

1. 対象となる医薬品及び期間

- ① 医学薬学上公知で一部変更の承認の申請を行うことが適当と認められるものとして薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した医薬品----評価が開始された日から6月
- ② 医学薬学上公知で一部変更承認の申請が受理された医薬品----申請が受理された日から2年

2. 具体的に対象となる医薬品(平成20年10月1日現在)

平成16年度から導入され、当初、該当する薬剤は抗がん剤の併用療法が中心でした。その後、抗がん剤については効能追加承認が行われ、保険薬局において投与されるもので、該当する医薬品は、現在は存在しません。(東京都薬剤師会調べ)。

3. 保険薬局での取扱い

一般の保険薬局(施設基準を届出ていなくても可)。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について(平成20年3月28日、保医0328001号)

第3の12 薬価基準に記載されている医薬品の薬事法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に関する事項

- (1)薬価基準に記載されている医薬品の薬事法第14条第1項又は第19条第1項の規定による承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に対する患者のニーズに対応する観点から、当該投与に係る薬剤料に相当する部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2)保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。
- (3)薬事法第14条第9項(同法第19条の2第5項において準用する場合を含む。)の規定による承認事項(用法、用量、効能又は効果に限る。)の一部変更の承認(以下、「医薬品一部変更承認」という。)の申請(申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。)を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法(平成11年法律第97号)第11条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した医薬品にあつては、当該評価が

開始された日から6月（当該期間内に医薬品一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間）、医薬品一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された医薬品の投与にあっては、当該申請が受理された日から2年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が上記期間内であれば、服用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

(4)特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、薬事法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。

(5)処方せんを交付する場合であっても、(4)の情報の提供は医療機関において行うものとする。

(6)特別の料金については、当該医薬品についての薬価基準の別表に定める価格を標準とする。

(7)特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式11により地方厚生局長にその都度報告するものとする。

(別紙様式11)

薬価基準に収載されている医薬品の薬事法に基づく承認に係る用法等と異なる用法等に係る投与の実施（変更）報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

印

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

成分名	販売名	効能・効果	用法・用量	患者からの徴収額

注 「効能・効果」の欄及び「用法・用量」の欄には、薬事法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果を記載すること。

3 薬事法に基づく承認を受けた医療機器の使用及び保険適用されている医療機器の承認事項と異なる使用目的等に係る使用

薬事法上の承認又は認証を受けた医療機器のうち保険適用されていないもの及び承認事項と異なる使用目的等に係る使用に対する患者のニーズに対応する観点から、その使用又は支給について、当該医療機器に係る費用等に相当する部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものです。

保険薬局ではほとんど関係のない項目かもしれませんが、制度として知っておく必要があります。なお、当該医療機器を交付した場合、地方厚生局長に価格等を届け出ることになっています。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成20年3月28日、保医0328001号）

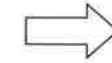
第3の13 薬事法に基づく承認等を受けた医療機器等の使用

- (1)薬事法上の承認（同法第14条第1項又は第19条の2第1項による承認）又は認証（同法第23条の2第1項の規定による認証）を受けた者が製造し、又は輸入した当該承認に係る医療機器のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、薬事法上の承認又は認証を受けた医療機器の使用又は支給について、当該医療機器に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2)保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び措置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器の費用については含まれないものであること。
- (3)病院又は診療所にあつては、次の要件を満たすことが望ましい。
 - ア 医療機器の保守管理等を行うための専用施設（以下「医療機器管理室」という。）を有し、臨床工学技士等の医療機器の専門家（以下「臨床工学技士等」という。）が配置されていること。
 - イ 医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括して実施し、医療機器の操作方法、安全性情報等の医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4)薬局にあつては、算定告示別表第三調剤報酬算定表第1節に規定する調剤基本料の注3の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方せんに基づき医療機器を支給するものであること。

（承認事項と異なる使用目的等に係る使用に関する事項については略）

4 患者の希望に基づく次のサービス

- ①患者の希望に基づく内服薬の一包化
- ②患者の希望に基づく甘味剤等の添加
（いずれも治療上の必要性がない場合に限る）
- ③患者の希望に基づく服薬カレンダーの提供



費用（実費）は患者負担

薬局内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に実費徴収に係るサービス等の内容及び料金について分かりやすく掲示する。

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成20年3月28日、保医0328001号）

第7 医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第7関係）

2の(3) 保険薬局において、患者の希望に基づき次の①から③に定めるサービスを提供した場合には、当該サービスについて、患者から実費を徴収しても差し支えないものとする。ただし、患者から実費を徴収する場合には、「療養の給付と直接関係のないサービス等の取扱いについて」（平成17年9月1日、保医発第0901002号）に定める手続きを経る必要があるものであること。

①患者の希望に基づく内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る。）

ア. 一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与することであること。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものであること。

イ. 治療上の必要性の有無について疑義がある場合には、処方せんを交付した医師に確認すること。

ウ. 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤を別々に一包化した場合等は、その理由を調剤録に記載すること。

②患者の希望に基づく甘味剤等の添加（治療上の必要性がなく、かつ、治療上問題がない場合に限る。）

治療上の必要性及び治療上の問題点の有無について疑義がある場合には、処方せんを交付した医師に確認すること。

③患者の希望に基づく服薬カレンダー（日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材をいう）の提供

【参考—医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合以外の医薬品の使用】

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成20年3月28日、保医0328001号）

第7 医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第7関係）

1 保険医について、第6に規定する医薬品（编者注：保険医が施用又は使用できる医薬品を薬価基準に記載されている医薬品とする規定）以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養告示第1条第4号（编者注：薬事承認後、保険収載前の医薬品に係る診療）に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

2 1のほか、他の医薬品の使用等に関し留意すべき事項は以下のとおりであること。

(1)我が国の健康保険制度においては、一連の診療の中で、①保険医が保険診療と特殊療法等を併せて行うこと、②保険診療と自由診療とを併せて行い、保険医療機関が、自由診療部分について患者から追加的な負担を求めることは、原則として禁止されており、これを行った場合には、当該診療は健康保険制度の対象としない（全てを自由診療とする。）こととしているため、日本で承認されていない医薬品を医師が個人的に輸入し、患者に処方した場合、当該診療は健康保険制度の対象とならないものであること。

ただし、患者自身が、自己の責任においてこのような医薬品を輸入し、これを使用すること自体は禁止されておらず、また、このような患者に対する保険給付が一律に制限されるものではない。

なお、このような医薬品の輸入・使用は、患者個人の責任において行われるものであり、当該医薬品の使用により生ずる副作用等については、公的な補償の対象とならないものであること。

(2)保険医が使用することが認められる医薬品は、揭示事項等告示第6に定められており、当該告示に規定されている医薬品を、当該医薬品の薬事法上の承認に係る効能・効果の範囲外で使用すること自体は禁止されているものではないこと。

5 療養の給付と直接関係ないサービスの取扱い

保険薬局において保険外負担として患者から徴収できるものとして以下のようなものがありますが、必ず「保険外負担として実費徴収するサービス又は物とその価格」に関して薬局内の見やすい場所に掲示します。（掲示方法については略—82ページ参照）

保険外併用療養費以外で実費徴収が可能と思われるサービス又は物

1. 患者の希望に基づく内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る）
2. 患者の希望に基づく甘味剤等の添加（治療上の必要性がない場合に限る）
3. 喘息治療剤の施用のための小型吸入器、口腔内治療剤施用のための噴霧・吸入用器具（ただし、当該吸入器を変換した場合は実費を返還すること）
4. 再使用できない液剤容器又は軟膏つぼ
5. 調剤録等の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）
6. 在宅医療に係る交通費
7. 患者宅への調剤した医薬品の持参料
8. 患者の希望に基づく服薬カレンダーの提供 など

療養の給付と直接関係のないサービス等の取扱いについて（平成17年9月1日、保医発第0901002号）

1 費用徴収する場合の手続きについて

療養の給付と直接関係のないサービス等については、社会保険医療とは別に提供されるものであることから、もとより、その提供及び提供に係る費用の徴収については、関係法令を遵守した上で、保険医療機関等と患者の同意に基づき行われるものであるが、保険医療機関等は、その提供及び提供に係る費用の徴収に当たっては、患者の選択に資するよう次の事項に留意すること。

- (1)保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。
- (2)患者からの費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容や料金等について明確かつ適切に説明し、同意の上徴収すること。この同意の確認は、徴収に係るサービス内容及び料金を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。ただし、この同意による確認は、費用徴収の必要が生じるとに逐次行う必要はなく、入院に係る説明等の際に具体的な内容及び料金を明示した同意書により包括的に確認する方法で差し支えないこと。なお、このような場合でも、以後別途費用徴収する事項が生じたときは、その都度、同意書により確認すること。

また、徴収する費用については、社会的にみて妥当適切なものとする。

- (3)患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収書を発行すること。

(4)なお、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」に示したとおり、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められないので、改めて留意されたいこと。

2 療養の給付と直接関係のないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

(1)日常生活上のサービスに係る費用

- ア おむつ代、尿とりパット、腹帯代、T字帯代
- イ 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。）
- ウ テレビ代 エ 理髪代 オ クリーニング代
- カ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸し出し
- キ MD、CD、DVD各プレイヤーの貸出し及びソフトの貸出し
- ク 患者図書館の利用料 等

(2)公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

- ア 証明書代
- （例）産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要診断書等の作成代等
- イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）
- ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要診断書等の翻訳料 等

(3)診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

- ア 在宅医療に係る交通費
- イ 薬剤の容器（ただし、原則として保険医療機関等から患者へ貸与するものとする。）等

(4)医療行為であるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

- ア インフルエンザ等の予防接種
- イ 美容形成（しみとり等）
- ウ 禁煙補助剤の処方（ニコチン依存症の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、禁煙補助剤を処方する場合に限る。） 等

(5)その他

- ア 保険薬局における患家への調剤した医薬品の持参料
- イ 日本語を理解できない患者に対する通訳料
- ウ 他院より借りたフィルムの返却時の郵送代
- エ 院内併設プールで行うマタニティスイミングに係る費用

オ 患者の自己利用目的によるレントゲンのコピー代 等

3 療養の給付と直接関係のないサービス等とはいえないもの

療養の給付と直接関係のないサービス等とはいえないものとしては、具体的には次に掲げるものが挙げられること。

(1)手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア 入院環境等に係るもの

（例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ、電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査などの検査結果の印刷費用代 等

イ 材料に係るもの

（例）衛生材料（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫糸糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポット代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代 等

ウ サービスに係るもの

（例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等により取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用 等

(2)診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。）

(3)新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

- ア 薬事法上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。）
- イ 適用外使用の医薬品（評価療養を除く。）
- ウ 保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。） 等

4 その他

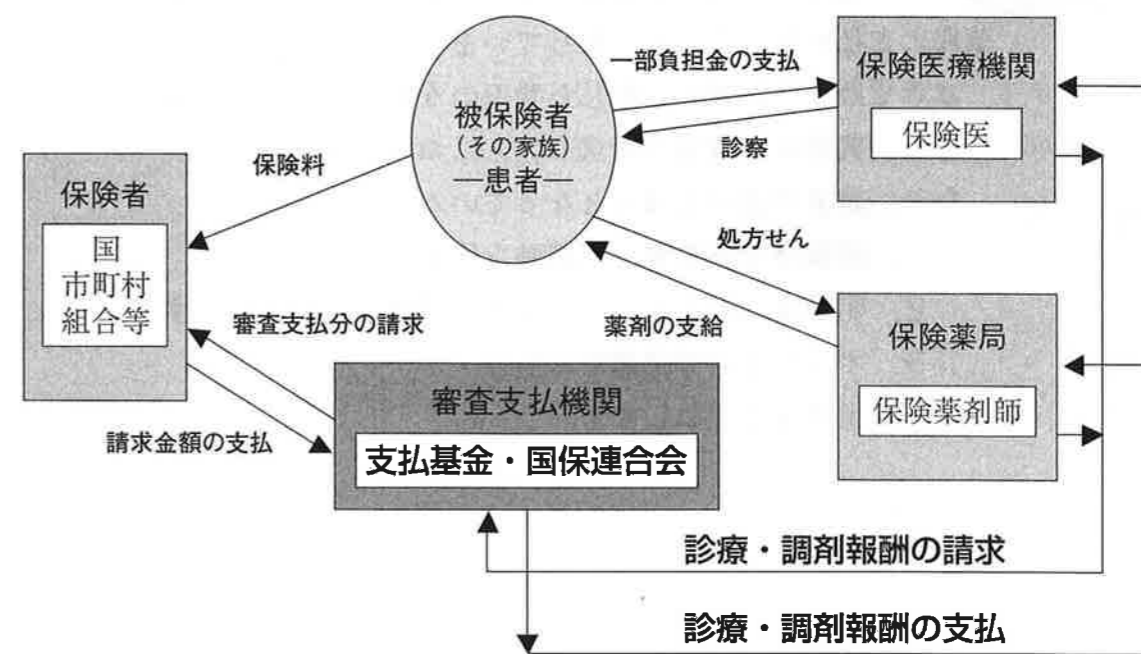
上記1から3までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険（医療）給付と重複する保険外負担について」及び「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」を参照されたい。

なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭（いわゆる「預り金」）については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあっては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、清算方法等の明示などの適正な手続きを確保すること。

第 6 章

調剤報酬の請求事務

図 6-1 保険調剤のしくみ



1 医療保険の種類と調剤報酬の請求先

第1章にも解説しましたが、日本の医療保険制度は、「国民皆保険」・「現物給付」・「フリーアクセス」という3つの特徴ある仕組みの上に成り立っています。

保険調剤は「現物給付（診察や投薬そのものを給付すること）」であることにより、医療に要した費用のうち7割～9割は患者が加入する医療保険すなわち「保険者」から「審査支払機関」を経由して保険薬局に支払われる仕組みとなっています。

本章では、保険調剤に要した費用のうち、患者から徴収しなかった医療保険負担分の費用の請求の仕方について解説します。

なお、請求方法が3通りとなっているため、

1. 紙帳票で請求書・明細書を作成・提出する場合
2. 明細書に代えてフレキシブルディスク等で請求する仕組み
3. オンラインで請求する場合

の順で解説することとします。

調剤報酬は、法律によって設立された審査支払機関、すなわち国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金へ請求しますが、それぞれの審査支払機関は下図の医療保険加入者分について取扱います。なお、平成14年改正健康保険法では、保険者と直接契約した保険医療機関又は保険薬局は、契約した保険者に直接請求することが可能となりましたが、現在、2健康保険組合が実施を表明している状況です。

表6-1 医療保険の種類と請求先審査支払機関

医療保険の種類（保険者番号）	請求先審査支払機関
全国健康保険協会管掌健康保険（4桁または8桁の頭2桁が01） 船員保険（8桁の頭2桁が02） 日雇特例被保険者の保険（8桁の頭2桁が03・04） 組合管掌健康保険（8桁の頭2桁が06） 自衛官等の療養の給付（8桁の頭2桁が07） 各種共済組合（8桁の頭2桁が31～34） 特定健康保険組合（8桁の頭2桁が63） 特定共済組合（8桁の頭2桁が72～75） 上記医療保険と公費併用 公費単独医療	社会保険診療報酬支払基金 東京都の保険薬局は 東京都社会保険診療報酬支払基金
区市町村国民健康保険（6桁） 国民健康保険組合（6桁） 後期高齢者医療（8桁の頭2桁が39） 退職者医療（6桁の頭2桁が67） 上記医療保険と公費併用 社会保険診療報酬支払基金が扱わない社保と併用 される東京都の公費負担医療負担分（※）	国民健康保険団体連合会 東京都の保険薬局は 東京都国民健康保険団体連合会

※現在、公費併用明細書で一括請求できるよう関係者間で協議が進められています。