

処方・調剤・保険請求の

Q&A

日本薬剤師会

調剤をしていて  
疑問に思ったこと、  
医師または患者さんに聞  
かれて困ったこと、医師に疑  
義照会して対応しがたいまひとつ納  
得できないこと、ありませんか？ 皆さんの疑問  
に各分野の専門家がお答えいたします。

ご質問をお寄せくだ  
さい。要項は48頁にあり  
ます。なお、回答は本誌に掲載す  
ることによってのみ行います。電話や  
ファクシミリによる回答はご容赦くださ  
い。また、特殊なケースの質問は、採用されない  
こともありますのであらかじめご了承ください。

今回は、2008年4月から施行されている調剤報酬点数などの主な改正点について説明します。ただし、詳しい内容や具体的な算定要件につきましては、点数告示や留意事項通知を確認されるようお願いいたします。

**Q** 調剤基本料はどのように変更されたのですか。

**A** 後発医薬品の使用促進の観点から、薬局における後発医薬品の調剤に要するコストの負担に鑑み、調剤基本料を若干引き下げたうえで(42点→40点、19点→18点)、後発医薬品の調剤料が30%以上の場合を評価する仕組みとして「後発医薬品調剤体制加算」(4点)が新設されました(表1、図1)。

当該加算は、厚生労働大臣の定める施設基準として、直近3カ月間の後発医薬品の調剤率(処方せん受付回数のうち、調剤した医薬品の中に後発医薬品が1品目でも含まれていた処方せんの割合)が30%以上である

ことが要件とされており、調剤基本料に加算して保険請求するためには、所定の様式により、あらかじめ地方社会保険事務局長あてに届け出を行っておく必要があります。

また、後発医薬品に変更可能な処方せんの場合において、患者の後発医薬品に対する不安を和らげるため、短期間、後発医薬品を試せるように調剤期間を分割して調剤することが明確に可能となりました(ただし、患者の同意を得たうえで行うことが前提となります)。

この場合、分割調剤の2回目の調剤時には、調剤基本料の代わりとして「後発医薬品分割調剤時5点」を算定するほか、そのように後発医薬品を試すことを理由とする分割調剤時に限っては、「薬剤服用歴管理指導料」(旧・薬剤服用歴管理料)と「薬剤情報提供料」(ただし後期高齢者の場合は「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」のみ)についても同時に算定できるよう見直しを図られました(表1)。

なお、基準調剤加算(1および2)の点数や長期保存

表1 調剤基本料の変更点

旧(2008年3月まで)		新(2008年4月から)	
調剤基本料 (処方せん受付回数が月4,000回超、 集中度70%超の保険薬局は19点)	42点	調剤基本料 (処方せん受付回数が月4,000回超、 集中度70%超の保険薬局は18点)	40点
		後発医薬品調剤体制加算	4点
(該当なし)		後発医薬品分割調剤時 ※2回目の調剤時のみ算定。また、「薬剤服用歴管理指導料」と「薬剤情報提供料」(後期高齢者の場合は「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」のみ)についても同時算定可。	5点



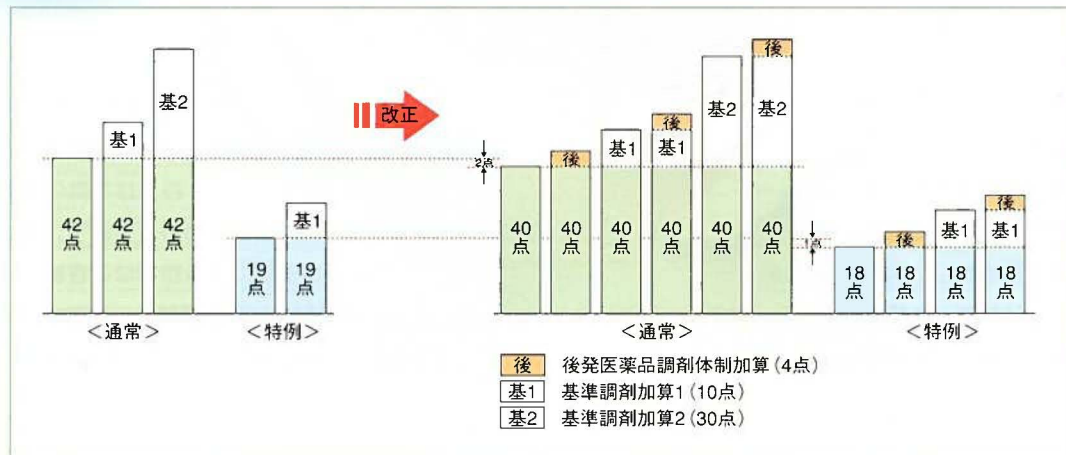


図1 調剤基本料の考え方 (算定パターン)

表2 調剤料の変更点

旧 (2008年3月まで)		新 (2008年4月から)	
一包化薬	97点	一包化薬	89点
自家製剤加算 (錠剤, 散剤ほか)	90点	自家製剤加算 (錠剤, 散剤ほか)	20点/7日分
		内服薬	20点/7日分
		屯服薬	90点
(該当なし)		夜間・休日等加算 (受付1回につき)	40点

の困難性などを理由とする分割調剤の取り扱いについては一切変更ありません。ただし、基準調剤加算に係る施設基準の要件については若干変更されていますので注意してください (47頁のQ参照)。

## Q 調剤料はどのように変更されたのですか。

**A** 調剤料に関する事項としては、一包化薬の算定要件 (対象範囲) と内服薬に係る自家製剤加算の算定方法について見直しが図られたほか、保険薬局における夜間や休日などの常態的な処方せん応需体制を評価する仕組みとして「夜間・休日等加算」が新設されました (表2)。

### <一包化薬>

内服薬の一包化に要する手間に鑑み、これまで算定可能であった範囲に加え、一定の要件を満たした場合についても一包化薬を算定することができるように見直

されました。

これまで一包化薬の調剤料は、用法が異なる2剤以上の内服用固型剤を服用時点ごとに一包化した場合に算定可能でしたが、2008年4月からは従来の要件に加えて、1剤で3種類以上の内服用固型剤を一包化した場合にも算定できます。

これにより算定範囲は緩和されましたが、所定点数については、これまでの97点から89点に引き下げられています。

### <自家製剤加算>

内服薬の調剤料に係る自家製剤加算のうち、錠剤の半割を行った場合に該当する算定区分 (錠剤, 散剤, エキス剤ほか) については、自家製剤に要する手間の少なさを考慮して、投与日数に応じた算定方法となるように見直されました。

これまで調剤量に関係なく90点を算定していましたが、2008年4月からは調剤日数が7日分につき20点を算定します。

表3 薬歴関係の変更点(74歳以下の場合)

旧(2008年3月まで)		新(2008年4月から)	
薬剤服用歴管理料	22点	薬剤服用歴管理指導料	30点
服薬指導加算	22点	麻薬管理指導加算	22点
麻薬管理指導加算	8点		
		※服薬指導加算→廃止	

なお、屯服薬に係る自家製剤加算の算定方法については変更ありません。これまでと同じく、調剤量に関係なく90点を算定してください。

#### <夜間・休日等加算>

保険薬局の機能強化の観点から、地域の救急医療体制や診療所の夜間開業などに対応する薬局を評価する仕組みが新たに導入されました。具体的には、当該薬局の開局時間内であって、かつ平日の場合は0～8時・19～24時、土曜日場合は0～8時・13～24時、休日の場合は0～24時の時間帯に算定できる点数として、「夜間・休日等加算」(40点)が新設されました。

この加算は、調剤料の加算として位置付けられていますが、処方せん受付1回につき算定できます。また、算定に当たっては当該薬局の開局時間だけでなく、「夜間・休日等加算」が適用される時間帯についても薬局内に表示しておくことが必要です。

なお、開局時間外の加算である時間外加算、休日加算、深夜加算については変更ありません。

**Q** 薬歴関係の点数については、どのように変更されたのですか。

**A** 保険薬局における患者への服薬指導を充実させ、また服薬指導に係る調剤報酬体系の簡素

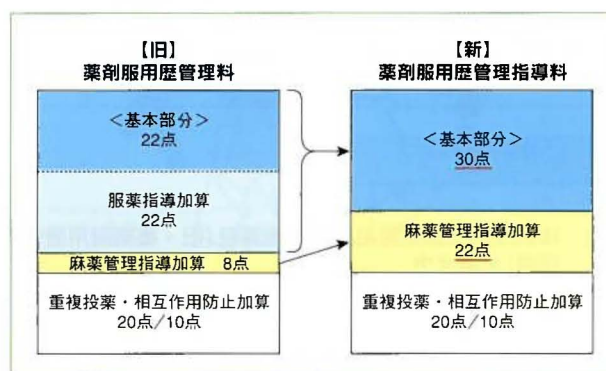


図2 薬剤服用歴管理指導料(旧・薬剤服用歴管理料)の考え方

化を図るため、薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算(22点)を廃止するとともにこれまでの薬剤服用歴管理料(22点)と統合し、新たに「薬剤服用歴管理指導料」(30点)として項目名称が変更されました(表3, 図2)。

さらに後期高齢者の場合には、薬剤服用歴管理料と服薬指導加算の統合に加え、お薬手帳による情報提供を評価した薬剤情報提供料(15点)についても廃止・統合され、新たに「後期高齢者薬剤服用歴管理指導料」(35点)として項目が設けられました(表4, 図3)。

また、外来患者の緩和ケアを推進する観点から、従来の麻薬管理指導加算(旧・薬剤服用歴管理料の加算)

表4 薬歴関係の変更点(後期高齢者:75歳以上の場合)

旧(2008年3月まで)		新(2008年4月から)	
薬剤服用歴管理料	22点	後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	35点
服薬指導加算	22点	麻薬管理指導加算	22点
麻薬管理指導加算	8点	重複投薬・相互作用防止加算	
重複投薬・相互作用防止加算			
	処方変更あり	処方変更あり	20点
	処方変更なし	処方変更なし	10点
薬剤情報提供料	15点	※服薬指導加算、薬剤情報提供料→廃止	



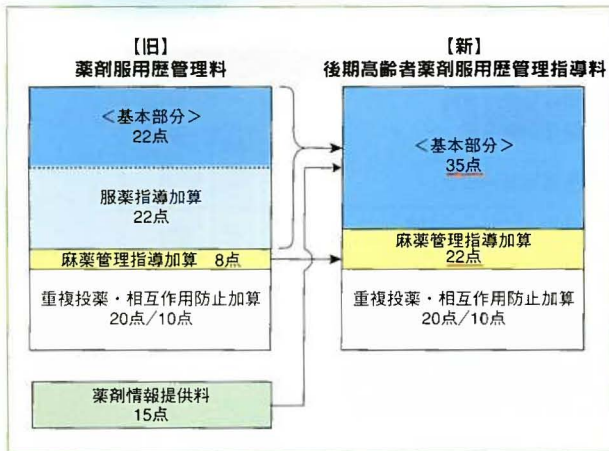


図3 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料(旧・薬剤服用歴管理料)の考え方

の算定要件に、定期的な麻薬の服薬状況(残薬の状況を含む)や保管状況を確認することなどが追加され、所定点数についても8点から22点に大幅に引き上げられました(表3~4、図2~3)。

**Q** 薬剤情報提供関係の点数については、どのように変更されたのですか。

**A** これまで長期投薬情報提供料1は、長期投薬された処方せんの受付の際に、調剤日数分に応じてあらかじめ算定することとされていました(14日分につき18点)。しかし、情報提供の実態を調査した結果、算定された回数と比較して、実際に患者への重要な情報が提供された回数が少なかったことから、2008年4月以降は実際に情報提供した場合のみ所定

点数(14点)を算定する仕組みとなるよう見直されました(表5)。なお、長期投薬情報提供料2については変更ありません。

**Q** 薬学管理料の中で、外来患者に関する事項については、ほかにもどのような変更があったのですか。

**A** 薬剤師による服薬支援の取り組みを一層推進する観点から、自己による服薬管理が困難な外来患者もしくはその家族などの求めに応じて、その患者が服用している薬剤を整理するとともに、一包化や服薬カレンダーの活用などによる日々の服薬管理の支援を評価する仕組みとして「外来服薬支援料」(185点)が新設されました(表6)。

実際の服薬支援に当たっては、患者が服用している薬剤を処方した医師に対して、治療上の必要性や服薬支援の必要性を確認したうえで実施しなければならぬほか、薬剤の名称や実施内容、また、その理由などを薬剤服用歴の記録(薬歴簿)に記載することなどが要件とされています。

**Q** 在宅医療に関係する点数については、どのように変更されたのですか。

**A** これまで、在宅医療に関係する調剤報酬点数については、薬学的管理指導計画に基づく訪問薬剤管理指導を評価した「在宅患者訪問薬剤管理指

表5 薬剤情報提供関係の変更点

旧(2008年3月まで)		新(2008年4月から)	
長期投薬情報提供料1	18点/14日分	長期投薬情報提供料1	18点/情報提供
		※長期投薬情報提供料2は変更なし	

表6 その他の外来患者に関する変更点

旧(2008年3月まで)	新(2008年4月から)
(該当なし)	外来服薬支援料 185点



導料」(月の1回目500点,月の2回目以降300点)しか設けられていませんでした。

2008年4月からは,薬局の薬剤師による訪問薬剤管理指導の一層の充実を図るため,従来の要件である医師との連携に加えて,在宅医療を支える他の医療関係職種と一層の連携を行うことなどが新たな要件として追加されるとともに,当該月の何回目の算定であるかに関係なく500点に引き上げられました。ただし,高齢者専用賃貸住宅やグループホームなどの居住系施設入居者を対象として訪問薬剤管理指導を実施した場合には,その効率性を考慮して,在宅患者の場合よりも低く抑えられた350点に設定されています(表7)。

なお「麻薬管理指導加算」については,薬剤服用歴管理指導料(もしくは後期高齢者薬剤服用歴管理指導料)と同様に,定期的な麻薬の服薬状況(残薬の状況を含む)や保管状況を確認することなどが要件として追加されましたが,所定点数(100点)については変更ありません(表7)。

また,在宅患者の訪問薬剤管理指導に関連する事項としては,従来の点数項目以外として,患者の状態の



急変に伴う対応などについても評価されることとなり,計画的な訪問薬剤管理指導とは別の仕組みとして「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料」(500点)が新設されました。算定に当たっては,処方医による緊急の要請を受けて実施(患家を訪問)することとされており,月4回を限度として算定が可能です(表8)。

さらに在宅医療に関連する事項として,①入院患者

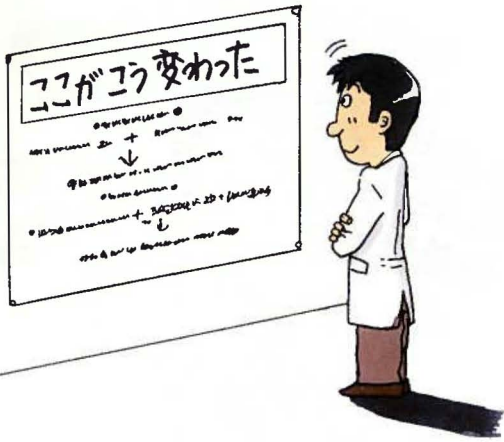
表7 在宅患者訪問薬剤管理指導料の変更点

旧(2008年3月まで)		新(2008年4月から)	
在宅患者訪問薬剤管理指導料(月4回)		在宅患者訪問薬剤管理指導料(月4回)	
月の1回目	500点	在宅患者	500点
月の2回目以降	300点	居住系施設入居者等	350点
麻薬管理指導加算	100点	麻薬管理指導加算	100点
		※算定要件のみ見直し	

表8 在宅医療関係(在宅患者訪問薬剤管理指導料以外)の変更点

旧(2008年3月まで)	新(2008年4月から)
(該当なし)	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(月4回) 500点 麻薬管理指導加算 100点
(該当なし)	在宅患者緊急時等共同指導料(月2回) 700点 麻薬管理指導加算 100点
(該当なし)	退院時共同指導料(入院中1回) 600点 ※厚生労働大臣が定める疾患の場合,入院中2回
(該当なし)	後期高齢者終末期相談支援料(患者1人) 200点





の退院時に際して情報共有を円滑に行うため、地域での在宅療養を担う医療関連職種が共同して患者への指導を実施すること、②在宅療養中の患者について、保険医の求めにより行う関係医療従事者とのカンファレンスへ参加するとともに、それら関係者と共同で患者へ指導すること、③回復の見込みが難しいと判断された後期高齢者について、医療関連職種が共同して、患者およびその家族などと終末期における診療方針などについて十分話し合い、その内容を文書により提供すること——などが評価されることとなりました。

調剤報酬点数では、①については「退院時共同指導料」(600点)、②については「在宅患者緊急時等共同指導料」(700点)、③については「後期高齢者終末期相談支援料」(200点)が新設され、「退院時共同指導料」は入院中1回(厚生労働大臣が定める疾患の場合には入院中2回)に限り、「在宅患者緊急時等共同指導料」は月2回に限り、「後期高齢者終末期相談支援料」は患者1人につき算定できます(表8)。

**Q** 薬担や療担などは、どのように変更されたのですか。

**A** 2006年4月に引き続いて処方せんの様式が変更されたほか、医薬品の相互作用や重複投薬を防止するため、また保険薬局における後発医薬品の使用促進を図るため、「保険薬局及び保険薬剤師療養

担当規則」(薬担)の内容についても一部改正されました。

<処方せん様式の変更>

前回(2年前)の診療報酬改定に引き続き、再度、処方せんの様式が変更されました。これまでは処方せんの備考欄の「後発医薬品への変更可」の欄に処方医の指示(記名押印または署名)があった場合に限り、患者と相談のうえ、後発医薬品に変更することが認められていました。

しかし、2008年4月からは同欄の内容(処方せん様式)が変更され、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合」に限り、処方医が記名押印または署名するよう見直されました。したがって、処方せんの同欄に処方医による指示がない限りは、患者と相談のうえで後発医薬品に変更することが可能です(ただし、処方欄の

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
氏名	医療機関の所在地及び名称		
生年月日	明 人 給 平	年 月 日	男・女
区 分	被保険者	被扶養者	電話番号
交付年月日	平成 年 月 日	保険氏名	⑩
処方せんの使用期間	平成 年 月 日	⑪	
<b>変更点</b>			
後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印			
処方医署名			
調剤年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地 調剤及び保険 薬剤師署名	⑬	公費負担医療の 受給者番号	

備考 ①「処方」には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その他、処方箋の一部分で後発医薬品への変更が認められると判断した場合には、当該薬剤の調剤時の成程にその旨を記載することとし、「後発医薬品」欄には何も記載しないこと。  
②この欄には、日本薬局方規格を明記すること。  
③療養の進行、重大医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する者(昭和55年厚生省令第36号)第3条の公費負担医療については、「後発医薬品」欄に記入し、「公費負担医療の担当氏名」欄に記入すること。  
④「後発医薬品」欄に記入し、「公費負担医療の担当氏名」欄に記入すること。

図4 新たな処方せん様式



中で個別に「変更不可」と指示されている場合を除く)  
(図4)。

#### <相互作用や重複投薬の防止>

調剤を行う場合、医薬品の相互作用や重複投薬を防止するため、保険薬剤師は患者の服薬状況と薬剤服用歴を「確認しなければならない」となり、いわゆる義務規定が設けられました(表9)。これは、特に後期高齢者におけるお薬手帳を用いた情報管理・情報共有を一層推進する観点から規定されたものですが、ここで言う「薬剤服用歴」とは必ずしも患者ごとに作成された薬剤服用歴の記録(薬歴簿)だけを意味しているのではなく、患者が服用する薬剤の履歴のようなものを指しています。

なお、保険医についても「保険医療機関及び保険医療養担当規則」(療担)において、保険薬剤師と同様の規定が新たに設けられています。

#### <後発医薬品の使用促進>

後発医薬品の使用を促進するため、保険薬局に対しては後発医薬品の調剤体制の確保に「努めなければならない」(努力規定)とされ、また保険薬剤師に対しては

後発医薬品に変更可能な処方せんの場合に、患者への後発医薬品に関する説明を「適切に行わなければならない」(義務規定)、後発医薬品を調剤することに「努めなければならない」(努力規定)とする規定が設けられました(表10)。

なお、保険医についても療担において、後発医薬品の使用を考慮することに「努めなければならない」との努力規定が新たに設けられています。

**Q** その他、点数以外に関する事項で何か変更されたことはありませんか。

**A** 点数改定に直接関係することではありませんが、通知レベルでの変更事項が若干ありますので注意してください。

#### <調剤報酬点数表の揭示>

調剤報酬点数表に関する事項(留意事項通知)の「通則」において、「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」という一文が追加されまし

表9 薬担の変更点(相互作用・重複投薬の防止)

旧(2008年3月まで)	新(2008年4月から)
(調剤の一般的方針) 第8条 (略)	(調剤の一般的方針) 第8条 (略) 2 保険薬剤師は、調剤を行う場合は、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。

表10 薬担の変更点(後発医薬品の使用促進)

旧(2008年3月まで)	新(2008年4月から)
(調剤の一般的方針) 第8条 (略)	(後発医薬品の調剤) 第7条の2 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。 (調剤の一般的方針) 第8条 (略) 2 (略) 3 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であって、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。



た。

今月号では付録として、「調剤報酬点数表」の一覧表(下敷き)も付いていますので、投薬窓口や待合室などでこれらを活用していただくのもよいでしょう。

#### <基準調剤加算に係る施設基準の見直し>

基準調剤加算(1または2)の点数は変更されていませんが、これらの基準を着実に実施させるよう、一部の要件について若干の見直しが図られています。

今回は詳しい内容の説明は割愛しますが、主な事項としては、①緊急時など開局時間以外における調剤体制の整備(輪番制への参加など)、②在宅患者訪問薬

剤管理指導に必要な研修の受講や、薬局内外への訪問薬剤管理指導を実施することの掲示、③外部の学術研修の受講のほか、関係学会への定期的な参加・発表や学術論文の投稿など(努力規定)、④インターネットを活用した定期的な医薬品情報の収集——などを実施していることが求められています。

すでに3月末まで(改定前)に地方社会保険事務局長への届け出を済ませている場合であっても、今一度、4月以降の新たな施設基準の内容を確認されるようお願いいたします。

## 質 問 の 募 集

調剤をしていて疑問に思ったこと、医師または患者さんに聞かれて困ったこと、医師に疑義照会して対応しがたいものがあることなど、皆さまの疑問に各分野の専門家がお答えいたします。どしどしご質問ください。

#### 「質問の募集」要項

##### 1. 質問の範囲

###### ①実際の処方せんの疑義解釈に関する質問

例えば、処方医に疑義照会すべきかどうか迷っている実例や疑義照会の際に処方医の指示で納得できない実例で、専門家の意見が知りたい、という場合など。

###### ②保険調剤・調剤報酬などに関する質問

例えば、どのようなケースが調剤拒否に該当するのか? や、請求もれがあった場合の対応は? という質問など。

###### ③調剤技術などに関する質問

例えば、A散とB末を配合してもよいか? また、C錠を粉砕してよいか? という調剤技術上の質問など。

2. 質問は文書で日本薬剤師会『調剤と情報』係まで、ご連絡ください。

3. 誌上では匿名の扱いをいたしますが、さらに詳しい内容をお聞きしないと回答できないこともありますので、住所、氏名、電話番号を必ず明記ください。

4. 質問の採否ならびに回答者の選択は、編集委員会で決めさせていただきます。

5. 質問ならびに回答は無料です。

6. 質問が採用された方には、じほうから図書カードが贈呈されます。

ただし、本コーナーへの質問はあくまでも『調剤と情報』誌に掲載を前提としておりますので、個人的・特殊な質問にはお答えできません。ご了承ください。また、回答は本誌面によるのみ行います。電話やファクシミリによる回答はご容赦ください。

### 送 付 先

〒160-8389 東京都新宿区四谷3-3-1 富士・国保連ビル  
日本薬剤師会 「調剤と情報」事務局  
TEL.03(3353)1170 FAX.03(3353)6270