

処方・調剤 保険請求の



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たが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答えいたします。

ご質問をお寄せください。要項は44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、2010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、留意事項通知などを確認されるようお願いします。

Q 調剤基本料は、どのように変更されたのですか。

A 調剤基本料は基本的に1区分(40点)ですが、1カ月の処方せん受付回数が4,000回を超え、かつ、特定の保険医療機関に係る処方せん調剤の割合が70%を超える保険薬局の場合は、特例の点数(18点)を算定することとなっていました。

しかし、近隣に比較的規模の大きい病院が1つしかないために、結果として、この特例の点数が適用されてしまうという問題があったことから、処方せん受付回数のカウントから、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料などの算定に係る処方せん受付回数を除いたうえでその適否を判断するように、計算方法の見直しが行われました。

また、通常区分の点数と特例の点数との差の大きさについても、これまで保険者や患者から「わかりにくい」、「理解が得られない」といった指摘があったことなどを踏まえ、この点数差を少しでも是正するため、特例の点数が18点から24点に引き上げられました。

さらに、後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進の観点から、後発医薬品調剤体制加算(厚生労働大臣の定める施設基準の1つ)についても新たな考

えが導入されました。これまでは、後発医薬品が含まれている処方せん枚数の割合に基づく基準とされてきましたが、「平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%(現状から倍増)以上」という政府目標を踏まえて、その指標にあわせたものとなるよう、調剤した後発医薬品の数量割合に応じた段階的な評価(3区分)の仕組みが導入されました。

なお、基準調剤加算1および2の要件、分割調剤の取り扱いなどについては、一切変更ありません(表1、図1)。

＜後発医薬品の数量割合の考え方＞

調剤した後発医薬品の数量割合の計算については、薬価基準に記載されている規格単位(例えば、錠剤の場合は「1錠」、カプセル剤の場合は「1カプセル」、散剤の場合は「1g」、「10g」など)を基準として考えます(以下、規格単位数量の割合)。

ただし、経腸成分栄養剤(エレンタール、エンシュア・リキッド、ラコールなど)と特殊ミルク製剤(フェニルアラニン除去ミルク、ロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク)については、後発医薬品が存在せず、かつ、1回あたり使用量と薬価基準上の規格単位数量との差が非常に大きいため、規格単位数量の割合の計算から除外することが認められています。

また、2010年度薬価改定に伴い、先発医薬品の薬価よりも高くなる後発医薬品が出てくることが判明したため、2010年4月1日から、そのような後発医薬品は「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することになりました(バルプロ酸ナトリウム、塩酸アンブロキシソール、テオフィリンなど、経過措置品目

表1 調剤基本料の変更点

旧 (2010年3月31日まで)	新 (2010年4月1日から)
調剤基本料 40点 (処方せん受付回数が月4,000回超, 集中率70%超の保険薬局は18点)	調剤基本料 40点 (処方せん受付回数が月4,000回超, 集中率70%超の保険薬局は24点)
後発医薬品調剤体制加算 4点 ※後発医薬品の調剤率(処方せん枚数の割合)が30%以上の保険薬局	後発医薬品調剤体制加算1 6点 後発医薬品調剤体制加算2 13点 後発医薬品調剤体制加算3 17点 ※調剤した後発医薬品の数量割合が, それぞれ20%以上(加算1), 25%以上(加算2), 30%以上(加算3)の保険薬局

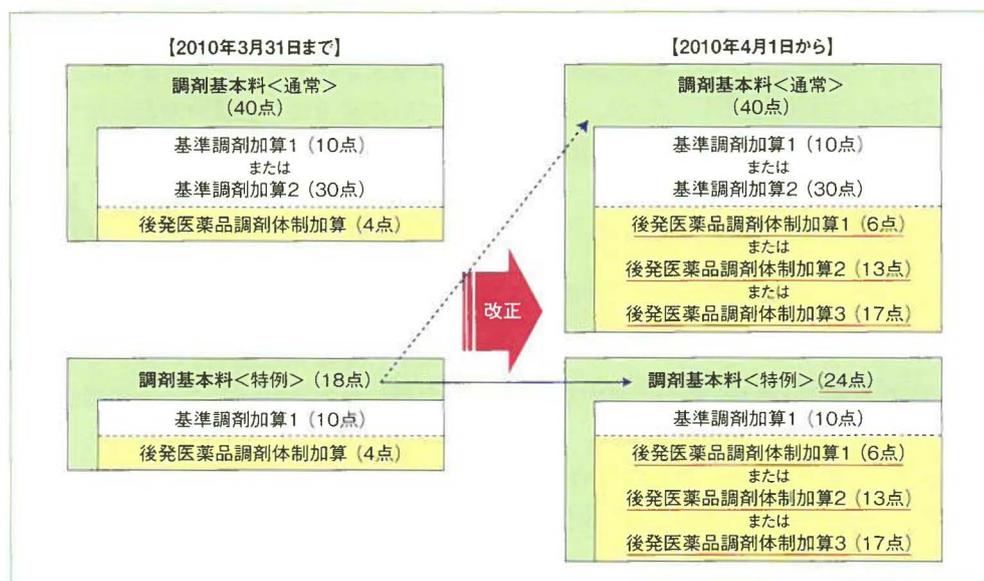


図1 調剤基本料の変更点 (イメージ)

を含めて8成分9銘柄16品目が該当)。そのため、2010年4月1日以降取扱分の規格単位数量の割合の計算(後発医薬品調剤体制加算)をはじめ、後発医薬品調剤加算(2点)や後発医薬品情報提供料(10点)の算定の際には、これら後発医薬品は対象外として取り扱わなければなりません。

しかし、「診療報酬における後発医薬品」から除外されたために、2010年1～3月の実績では後発医薬品調剤体制加算の基準(要件)を満たしていたが、それ以降は基準を満たすことができなくなるといった問題が生じる可能性もあることから、そのような保険薬局の場合に限り、約半年間、要件(規格単位数量の割合)の1割以内の変動を認めるという経過措置がとられています。

調剤料は、どのように変更されたのですか。

内服薬の調剤料については、調剤日数が14日分以下、15～21日分、22日分以上という区分しか設けられていませんでしたが、1回の処方あたりの投与日数が伸びているという状況を踏まえ、より実態に則した評価体系となるように、1カ月分の調剤日数の区分が新たに設けられました。

その一方で、一包化薬の調剤料については、長期日数部分における内服薬調剤料との点数差が大きすぎるという問題をはじめ、内服薬調剤料と併せて算定できる場合などの算定要件がわかりにくいという指摘が多く寄せられていました。そのようなことを踏まえ、一



表2 調剤料の変更点

旧 (2010年3月31日まで)		新 (2010年4月1日から)	
内服薬		内服薬	
14日分以下		14日分以下	
1～7日目(1日分につき)	5点	1～7日目(1日分につき)	5点
8～14日目(1日分につき)	4点	8～14日目(1日分につき)	4点
15～21日分	68点	15～21日分	71点
22日分以上	77点	22～30日分	81点
		31日分以上	89点
一包化薬(7日分につき)	89点	一包化加算(※内服薬)	
		56日分以下(7日分につき)	30点
		57日分以上	270点
浸煎薬	190点	浸煎薬	190点
湯薬	190点	湯薬	
		1～7日分	190点
		8～28日分	
		7日分以下	190点
		8～28日目(1日分につき)	10点
		29日分以上	400点

包化薬の調剤料を内服薬調剤料の加算項目として組み替えるとともに、長期日数部分の点数差を是正するため、57日分以上(すなわち、8週間分を超える部分)の加算点数が上限となるよう見直されました。

また、漢方生薬の調剤料(湯薬、浸煎薬)については、調剤日数に一切関係なく、一定の点数(190点)が設定されていました。しかし、漢方以外の医薬品と同じように1回の処方あたりの投与日数が伸びており、調剤の手間を反映した評価になっていないという指摘が多く寄せられていました。そのため、湯薬の調剤料については、調剤日数に応じた評価となるよう区分の見直しが行われました。ただし、浸煎薬については一切変更ありません(表2、図2)。

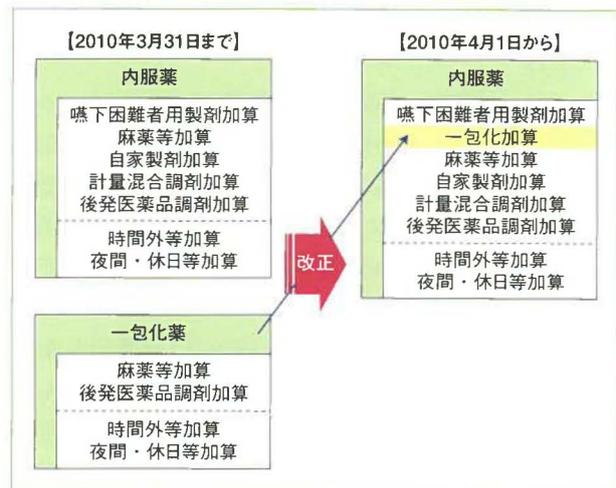


図2 一包化薬の変更点(イメージ)

Q 薬歴関係の点数は、どのように変更されたのですか。

A 薬剤服用歴管理指導料の加算項目として、特定薬剤管理指導加算が新設されました。この加算は、患者に対する薬学的管理や指導を充実させるため、特に安全管理が必要な医薬品(ハイリスク薬)が処方された際に、そのハイリスク薬の効果や関連副作用の自覚症状の有無などを確認するとともに、服用に際しての注意事項などを詳細に説明し、かつ、指導を

行った場合に算定します。

ハイリスク薬に該当する薬剤としては、①抗悪性腫瘍剤、②免疫抑制剤、③不整脈用剤、④抗てんかん剤、⑤血液凝固阻止剤、⑥ジギタリス製剤、⑦テオフィリン製剤、⑧カリウム製剤(注射薬に限る)、⑨精神神経用剤、⑩糖尿病用剤、⑪膵臓ホルモン剤、⑫抗HIV薬となります。ただし、これらは医科点数表の薬剤管理指導料の対象範囲と同一にしてあるため、カリウム製剤(注射薬)のように、現時点では薬局で交付されないものも一部含まれていますのでご注意ください

表3 薬剤服用歴管理指導料の変更点

旧(2010年3月31日まで)		新(2010年4月1日から)	
薬剤服用歴管理指導料	30点	薬剤服用歴管理指導料	30点
麻薬管理指導加算	22点	麻薬管理指導加算	22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	20点	処方変更あり	20点
処方変更なし	10点	処方変更なし	10点
		特定薬剤管理指導加算	4点

(表3, 図3)。

また、薬学的管理や指導の具体的な内容については、日本薬剤師会が作成した「薬局におけるハイリスク薬の薬学的管理指導に関する業務ガイドライン」などを参考にしてください。同ガイドラインは、日本薬剤師会ホームページからもダウンロードできます。

Q 在宅医療関係の点数は、何か変更されたのですか。

A 在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定については、訪問指導の効率性を踏まえ、これまでは在宅療養患者と居住系施設入居者の患者に区分され、それぞれ異なる点数(500点/350点)が設定されていました。

しかし、たとえば高齢者専用賃貸住宅に入居している患者の場合には、患者が1人だけであっても「居住系施設入居者」に該当する点数(350点)を算定しなければならず、一方、マンションなどの集合住宅に入居している患者の場合には、複数の患者であっても「在宅療養患者」に該当する点数(500点)を算定できるなど、点数設定の不合理が指摘されていました。

そのようなことを踏まえ、2010年4月からは、「同一建物に居住する複数の患者」と「それ以外の患者」という区分に見直されました。各区分の算定対象となる患者の範囲が若干異なってくると思いますが、点数

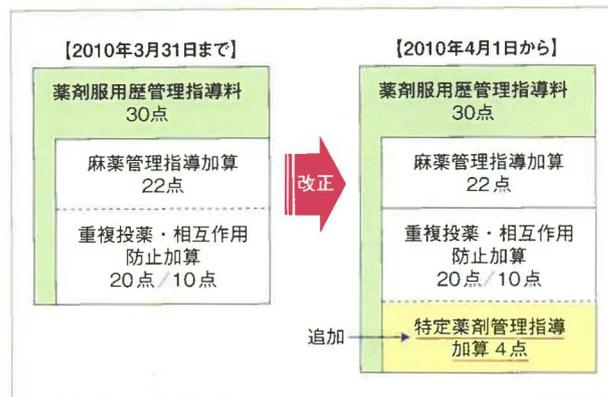


図3 薬剤服用歴管理指導料の変更点(イメージ)

自体は変更ありません(表4)。

Q 後期高齢者に関する点数は、どうなったのでしょうか。

A 社会保障審議会の医療保険部会・医療部会による「平成22年度診療報酬改定の基本方針」(2009年12月8日)において、後期高齢者医療の診療報酬については「75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止すること」とされました。

調剤報酬点数表の場合、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料と後期高齢者終末期相談支援料の2項目が設

表4 在宅患者訪問薬剤管理指導料の変更点

旧(2010年3月31日まで)		新(2010年4月1日から)	
在宅患者訪問薬剤管理指導料(月4回、がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)		在宅患者訪問薬剤管理指導料(月4回、がん末期患者等の場合は週2回かつ月8回)	
在宅患者	500点	同一建物居住者以外	500点
居住系施設入居者等	350点	同一建物居住者	350点
麻薬管理指導加算	100点	麻薬管理指導加算	100点



表5 後期高齢者関係の変更点

旧(2010年3月31日まで)		新(2010年4月1日から)	
後期高齢者薬剤服用歴管理指導料	35点	薬剤服用歴管理指導料	30点
麻薬管理指導加算	22点	麻薬管理指導加算	22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	20点	処方変更あり	20点
処方変更なし	10点	処方変更なし	10点
		特定薬剤管理指導加算	4点
		薬剤情報提供料	15点
後期高齢者終末期相談支援料	200点	(廃止)	

けられていましたが、この基本方針に基づいて、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料については「後期高齢者」という名称を削除し、年齢に関係なく、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料による評価に統一されることになりました。

一方、後期高齢者終末期相談支援料については、終末期に関する医療従事者との話し合いについては国民からも望まれているものの、それを診療報酬で評価することについては国民的合意が得られていないとの理由から、廃止されることになりました(表5, 図4)。

Q 「薬担」や「療担」などは、何か変更されたのですか。

A 後発医薬品の使用促進の観点や、医療の透明化や患者への情報提供の観点から、「医療機関及び保険医療養担当規則」(以下、療担規則)、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」(以下、薬担規則)、「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」(以下、療担基準)の内容が一部改正されました。

<後発医薬品の使用促進>

後発医薬品の使用促進の観点から、療担規則および薬担基準が一部変更され、保険医に対して、外来患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めるよう、新たな規定が追加されました(表6)。

<明細書発行の義務化>

医療の透明化や患者への情報提供の観点から、レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関およ

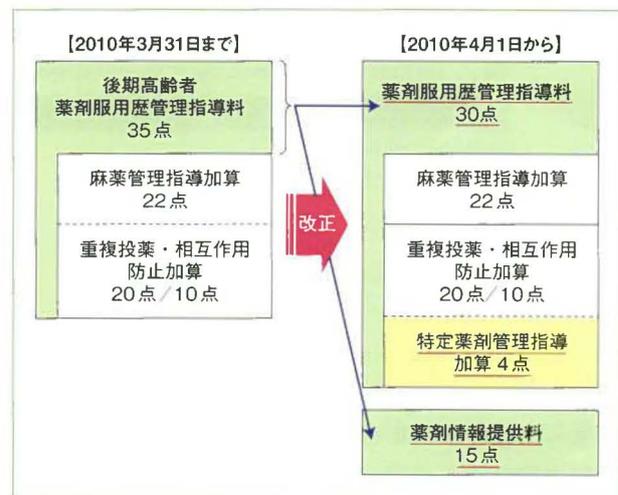


図4 後期高齢者薬剤服用歴管理指導料の変更点(イメージ)

び保険薬局に対して、個別点数項目の内容がわかる明細書(保険請求する際のレセプトではなく、患者向けの明細書)を原則として無料で発行することが義務づけられました。

ただし、患者向けの明細書発行機能を有するレセプトコンピュータの普及状況を鑑み、正当な理由(例:明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している)がある場合には義務化は適用されません。しかし、そのような際は、その旨と希望する患者には明細書を発行することなどを薬局内に掲示するとともに、地方厚生支局長にその内容について届出を行うことが必要です(表7)。

<処方せん様式、調剤レセプト様式の変更>

保険者において、調剤レセプトと医科レセプト(または歯科レセプト)の突合を容易にできるようにする

表6 後発医薬品の使用促進(療担規則の変更点)

旧(2010年3月31日まで)	新(2010年4月1日から)
<p>(診療の具体的方針) 第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>1 診療 〈略〉 2 投薬 イ～ハ 〈略〉 ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。</p> <p>〈以下、略〉</p>	<p>(診療の具体的方針) 第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前12条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>1 診療 〈略〉 2 投薬 イ～ハ 〈略〉 ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <p>〈以下、略〉</p>

表7 明細書発行の義務化(薬担規則の変更点)

旧(2010年3月31日まで)	新(2010年4月1日から)
<p>(領収証の交付) 第4条の2 〈略〉</p>	<p>(領収証の交付) 第4条の2 〈略〉 2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。</p>

ため、処方せん様式を一部改正し、①都道府県番号(2桁)、②点数表番号(医科は「1」、歯科は「3」)、③医療機関コード(7桁)に関する情報が記載されることになりました。これに伴い、調剤レセプトの様式も一

部改正され、これらの情報を転記することが必要になりました。ただし、2010年9月まで経過措置期間が設けられています。

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たがいまひとつ納得できないことはありませんか？ 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事例や疑義照会の際に処方医の指示で納得できないでいる事例で、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」誌への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