

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、医師または患者から質問されて困ったこと、医師に疑義照会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お答えいたします。

ご質問をお寄せください。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FAX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、ご了承ください。

Q 自家製剤加算について質問です。①錠剤とシロップ剤が薬価収載されている同一銘柄の医薬品の錠剤を粉砕した場合、自家製剤加算を算定することは認められるのでしょうか。また、②同一銘柄で0.625mg、2.5mg、5mgという含量の錠剤が薬価収載されていて、このうち2.5mgの錠剤を半分に分割した場合はどうでしょう。
(宮城県 匿名希望)

A ①の場合、嚥下障害などの理由による剤形加工ではなく、かつ、「散剤」や「顆粒剤」を自家製剤したのであれば算定可能です。また、②については算定可能です。

自家製剤加算は、「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」であって、「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)」を行った際に算定することが認められています。主なケースとしては、(イ)錠剤を粉砕して散剤とする、(ロ)主薬を溶解して点眼剤を無菌に製する、(ハ)主薬に基剤を加えて坐剤とする——が例として挙げられていますが、錠剤を分割した場合も加算の対象となります。

ただし、ある剤形の医薬品を用いて別の剤形(錠剤を分割した場合は同一の剤形)となるよう自家製剤しても、製剤後の医薬品と同一剤形および同一規格のものがすでに薬価収載されている場合には、自家製剤加算を算定することはできません。

ご質問の①のケースでは、錠剤を「粉砕した」ということしかわかりませんので、その背景や詳細などは不明で

すが、嚥下障害などの理由から剤形を加工したのではなく(嚥下障害などがあって、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て錠剤を砕くなど剤形を加工した場合は、「嚥下困難者用製剤加算」の要件に該当することになります)、「散剤」や「顆粒剤」として自家製剤したのであれば、自家製剤加算を算定することができます。

一方、②のケース(錠剤の分割)については、2.5mgの錠剤を半分に分割し、1.25mgの錠剤にしています。この銘柄の場合、薬価基準には0.625mg、2.5mg、5mgという3つの規格の錠剤はありますが、1.25mgの錠剤は薬価収載されていません。すなわち、製剤後の医薬品と同一剤形および同一規格のものが薬価収載されていないことから、錠剤として自家製剤加算を算定することができます。

Q 広域病院を受診した患者から、負担割合が10割の処方せんを受け付けました。月初めの受診の際に保険証を持参するのを忘れたため、病院での支払いは10割負担となったそうですが、当薬局に来られた際には処方せんと一緒に保険証を提出され、保険調剤として取り扱うよう求められました。このような場合、薬局で保険番号などを確認できれば、保険処方せん(保険証に従った負担割合)として取り扱うことは可能ですか。それとも、患者が再度病院へ行って、保険番号が記載された処方せんを発行し直してもらわないといけないのでしょうか。
(兵庫県 匿名希望)

A 保険処方せんとして交付されていないのであれば、保険薬局の判断で、それを保険処方せんに変更することはできませんが、保険医療機関に疑義照会を



行い、保険処方せんに切り替えても差し支えないことを確認できた場合には、保険調剤として取り扱うことは可能でしょう。

保険薬局は、患者から提出された処方せん、すなわち、保険医療機関で交付された処方せんに記載された内容に基づいて調剤を実施します。その際、保険調剤として取り扱う必要がある処方せんである場合には、処方内容に加えて、保険者番号や被保険者証の記号・番号などの情報が処方医により記載されることになっていますので、保険薬局がその取り扱いを勝手に変更することはできません。

ご質問のケースでは、自費扱い(10割負担)の処方せんとして交付されている以上、患者の求めであったとして

も、保険薬局のみの判断で保険処方せんに切り替えることはできませんが、月初めの受診時に保険証を確認できなかったという理由から、とりあえず10割負担として交付されたということであれば、処方医に疑義照会を行い、保険調剤として取り扱っても構わないかどうか確認してはいかがでしょうか。

そして、保険処方せんとして取り扱って差し支えないとの回答が得られれば、保険者番号や被保険者証の記号・番号などの必要な情報を患者から確認し、処方せんに必要事項を追記したうえで、保険調剤として取り扱ってください。また、その際には、疑義照会の内容を処方せんや調剤録などへ忘れないよう記入してください。

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などはありませんか？皆さんの疑問に各分野の専門家がお答えいたします。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

たとえば、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

たとえば、どのようなケースが調剤拒否に該当するのか？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

たとえば、A散とB末を配合してもよいか？ また、C

錠を粉碎してよいか？ 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

処方・調剤・ 保険請求のQ&A ビギナーズ

第1回 調剤基本料

日本薬剤師会

今月号から「処方・調剤・保険請求のQ&A ビギナーズ」が始まります。初回は、「調剤基本料」をテーマとして取り上げました。保険処方せんを取り扱ううえで非常に基本的な点数でありながら、該当区分は1年に1回しか見直す機会がないため、普段の業務ではあまり気にしないことが多いかもしれません。その結果、チェックを忘れがちになってしまうところがあるのも事実です。これを機に、改めて確認しておきましょう。なお、本連載は隔月掲載です。

Q1 調剤報酬点数表の調剤基本料は、40点と24点の2つがあります。どちらの点数を適用するのは、何によって決まるのでしょうか。また、点数が異なる理由は何ですか。

A 調剤報酬点数表は、①調剤技術料、②薬学管理料、③薬剤料、④特定保険医療材料料という大きく4つの「節」に分かれており、調剤の内容に応じて算定した各節の点数を合算したものが調剤医療費となります(表1)。

「調剤基本料」という点数は、調剤技術料の1区分として設けられているもので、現在、原則として40点に一本化されています。ただし、その保険薬局が過去1年間に取り扱った処方せんの1月当たりの受付回数と特定の保険医療機関にかかる集中度が、一定の基準(処方せん受付回数が4,000回、集中度が70%)をいずれも超えている場合には、「特例的」に24点へ引き下げることになります。

この特例的な取り扱いとは、一般的な保険薬局と比較して、処方せん応需規模や集中度による経営上の効率性などの影響を考慮しているもので、患者に提供される薬局機能の違いを評価しているものではありません。

表1 調剤報酬点数表の構成

第1節 調剤技術料	
区分	
00	調剤基本料
01	調剤料
第2節 薬学管理料	
区分	
10	薬剤服用歴管理指導料
13	長期投薬情報提供料
14の2	外来服薬支援料
15	在宅患者訪問薬剤管理指導料
15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
15の3	在宅患者緊急時等共同指導料
15の4	退院時共同指導料
15の5	服薬情報等提供料
第3節 薬剤料	
区分	
20	使用薬剤料
第4節 特定保険医療材料料	
区分	
30	特定保険医療材料
第5節 経過措置	

Q2 処方せんの「受付回数」と「集中度」は、どのように計算するのでしょうか。また、歯科の処方せんは、何か取り扱いが異なるのでしょうか。

A 各保険薬局における「1月当たりの処方せん受付回数」と「特定の保険医療機関にかかる集中度」は、過去1年間の処方せんの応需実績、具体的には、前年3月

1日から当年2月末日までに取り扱った処方せんに基づいて計算します。そして、それに基づいて判断された調剤基本料は、当年4月1日から1年間適用されます。

受付回数とは

「1月当たりの処方せん受付回数」は、対象期間(1年間)の受付回数の合計が4万8,000回(すなわち、1月当たり4,000回)を超えているか否かで判断しますが、保険調剤における「受付回数」とは、必ずしも処方せんの「枚数」と同一ではなく、処方せんを交付した保険医療機関ごとにカウントすることになっています。

例えば、患者から2枚の処方せんを同時に提出された場合、それらが異なる保険医療機関で交付されたものであれば、受付回数はそれぞれ1回としてカウントしますが、いずれも同一保険医療機関で交付されたものであれば、交付日や診療科の違いに関係なく、受付回数はまとめて1回となります。

ただし、同一保険医療機関で交付された処方せんであっても、歯科の処方せんについては別受付としてカウントすることが認められています。

集中度とは

「特定の保険医療機関にかかる集中度」は、対象期間に必要した処方せんの受付回数のうち、最も多かった保険医療機関にかかる処方せんの割合が70%を超えているか否かで判断します。

ただし、集中度の算出にあたっては、同一保険医療機関で交付された処方せんであっても、歯科の処方せんは別受付とするのではなく、ほかの診療科の受付回数に含めて計算することが必要です。前述の受付回数にかかる取り扱いとは若干異なりますので、間違えないよう注意しましょう。

Q3 処方せんの受付回数や集中度を計算する際、自費や労災保険にかかるものまで含める必要があるのでしょうか。また、除外すべき処方せんはあるのでしょうか。

A 保険調剤は、医療保険にかかるものです。そのため、処方せんの受付回数や集中度を計算する際に対

象となるのは、①健康保険法、②国民健康保険法、③後期高齢者医療制度にかかる処方せん(これら保険と公費負担医療制度を併用する場合を含む)——に限られます。

すなわち、自費扱いの処方せんはもちろん、労災保険や公費負担医療制度単独にかかる処方せんは対象外です。

また、2010年4月1日からは、処方せんの受付回数が月4,000回を超えるか否かを判断する場合、時間外加算、休日加算、深夜加算、夜間・休日等加算のほか、在宅薬剤管理に関する点数(在宅患者訪問薬剤管理指導料や居宅療養管理指導費など)を算定した処方せんを含めずに計算するよう見直しされています。

処方せん受付回数や集中度は、各保険薬局が自ら計算・確認し、毎年度適用するものです。届け出制ではありませんので、地方厚生(支)局などに書類を提出することは求められていませんが、だからこそ、各薬局が正しく計算し、適切に把握しておくことが重要です。例えば個別指導や共同指導などの際に、正しく計算・判断していることを確認されたとしても、直ちにその根拠(資料)を提示できるようにしておくことが必要です。

Q4 最近、処方せんの取扱枚数が増えつつあり、一時的に処方せん受付回数が1月に4,000回を超えることがあるのですが、途中で(4月1日以外の時期に)調剤基本料の算定点数を変更することは必要でしょうか。

A 調剤基本料は、1年間(前年3月1日～当年2月末日)に受け付けた処方せんの実績に応じて、4月1日から1年間(翌年の3月31日まで)適用することになっています。

すなわち、その適用期間の途中で一時的に処方せん受付回数が4,000回を超えることがあったとしても、次の見直し時期まで現在の点数を適用することは問題ありませんし、そもそも、途中で点数を変更することはできません。

Q5 新規開局の場合は、受付回数や集中度はどう考えるのでしょうか。

A 3月1日の時点で保険指定から1年以上を経過している保険薬局であれば、前年3月1日から当年2月

末日まで(1年間)の処方せん応需実績に基づいて計算・判断すればよいのですが、それ以外の保険薬局(新規)については少々取り扱いが異なります。

具体的には、保険指定当初は通常の場合と同じであると見なして40点を算定することになります。その後は、保険指定日の属する月の翌月1日から3カ月間の処方せん応需実績により受付回数と集中度を計算し、受付回数が1月当たり4,000回を超え、かつ、集中度が70%を超えていれば24点、そうでない場合には引き続き40点を、その3カ月間の最終月の翌々月1日(すなわち、保険指定日の属する月を含めて6カ月目の1日)から翌年3月31日までの間、新たな調剤報酬点数として適用します。

その後は、通常の保険薬局における取り扱いと同じです。

Q6 調剤基本料には、どのような業務が含まれていると考えればよいのでしょうか。

A 調剤基本料は、その性格上、調剤料や各種製剤加算、さらには指導管理料などのように個別具体的な調剤行為を評価しているものとは異なることから、評価されている内容を1つ1つ列挙していくことは困難です。

しかし、あえて説明するならば、処方せん記載内容の確認や記載漏れなどのチェックから始まり、重複投薬や相互作用、さらには一般用医薬品を含めた併用薬の有無の確認(各種点数で個別評価されている部分を除く)、必要に応じて行う処方医への疑義照会や問い合わせ、多くの処方せんに対応すべく先発医薬品や後発医薬品を含めた医薬品の備蓄や管理、調剤録や調剤済み処方せんの保存や管理、そして、薬剤交付にかかる薬袋などの諸費用まで、処方せん応需体制ならびに調剤業務全般に関する基礎的な費用について広く評価しているものと言えるでしょう。

Q7 2枚の処方せんを同時に受け付けた場合、調剤基本料をそれぞれ算定できるケースとそうでないケースはどう違うのでしょうか。

A Q2でも少し触れましたが、例えば患者から2枚の処方せんを同時に提出された場合、それらが異なる保険医療機関で交付されたものであれば受付回数はそれぞれ1回としてカウントし、いずれも同一保険医療機関で交付されたものであれば、交付日や診療科の違いに関係なく(ただし、歯科の処方せんは除く)、受付回数はまとめて1回となります。

調剤基本料は、「処方せんの受付1回につき」算定するものです。したがって、受付回数の取り扱いに連動して算定されます。

Q8 同一の保険薬局で分割調剤を行った場合、2回目も調剤基本料を算定することができるのでしょうか。また、2回目の調剤を、初回とは別の保険薬局で実施した場合、調剤基本料はどうなるのでしょうか。

A 同一の保険薬局で分割調剤を実施した場合、処方せん受付回数は初回時しかカウントすることができません。Q7でも触れましたが、調剤基本料は「処方せんの受付1回につき」算定するものですので、分割調剤を実施した場合の調剤基本料については、おのずと初回時しか算定できないということになります。

ただし、同一薬局における分割調剤の2回目の場合には、調剤基本料として40点または24点を算定することはできませんが、1分割調剤につき5点を算定することができます。

また、2回目の分割調剤を初回とは異なる保険薬局で調剤した場合は、処方せん受付回数をそれぞれの保険薬局でカウントすることができますので、調剤基本料も保険薬局ごとに算定することが可能です。