

# 処方・調剤・ 保険請求の

# Q & A

拡大版

日本薬剤師会

今回は、2018年4月施行の調剤報酬のうち、調剤技術料に関する事項の主な改正点について説明します。算定要件の詳細や具体的な内容などにつきましては、点数表や留意事項通知などを確認されるようお願いいたします。

して設けられていた区分について、項目の簡素化が図られました。

**Q** 調剤基本料は、どのように変更されたのですか。

**A** 調剤基本料については、前回改定(2016年度)に引き続き、いわゆる門前薬局の評価の見直しとして、特例部分(すなわち、調剤基本料1以外の区分)の対象範囲の拡大などが行われました(表1、図1)。

また、医薬品購入における妥結率が低い場合の措置と

## 調剤基本料1

調剤基本料の通常区分である調剤基本料1の要件については変更ありません。ただし、医療資源が少ない地域の中かで、医療提供体制が特に限定的な区域であるとの理由から、特定の保険医療機関に係る処方箋の調剤割合(以下、集中度)が高いために調剤基本料1の要件から外れてしまう保険薬局であって、一定基準を満たしている場合には、調剤基本料の特例対象の除外措置として調剤基本料1を適用できることになりました。

主な基準については、①医療を提供しているが、医療

表1 調剤基本料の主な変更点

改定前 <2018年3月31日まで>	改定後 <2018年4月1日から>
<p><b>【通常】</b></p> <p>(1) 調剤基本料1 41点(→調剤基本料4 31点)</p>	<p><b>【通常】</b></p> <p>(1) 調剤基本料1 (医療資源の少ない地域含む) 41点</p>
<p><b>【特例】</b></p> <p>(2) 調剤基本料2 25点(→調剤基本料5 19点) 受付回数と集中度が次のいずれかに該当 イ) 月4,000回超, 集中度70%超 ロ) 月2,000回超, 集中度90%超 ハ) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4,000回超</p>	<p><b>【特例】</b></p> <p>(2) 調剤基本料2 25点 受付回数と集中度が次のいずれかに該当 イ) 月4,000回超, 集中度70%超 ロ) 月2,000回超, 集中度85%超 ハ) 特定の保険医療機関に係る処方箋が月4,000回超 (同一建物内の複数医療機関は合算ほか)</p>
<p>(3) 調剤基本料3 20点(→特別調剤基本料 15点) 同一グループの保険薬局の処方箋の合計が月4万回超で、次のいずれかに該当 イ) 集中度95%超 ロ) 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係あり</p>	<p>(3) 調剤基本料3 20点(月4万回超), 15点(月40万回超) 同一グループの保険薬局の処方箋の合計が月4万回超または月40万回超で、次のいずれかに該当 イ) 集中度85%超 ロ) 特定の保険医療機関との不動産の賃貸借関係あり</p>
<p>(4) 特別調剤基本料 15点 次のいずれかに該当 イ) 調剤基本料3の対象で、妥結率50%以下 ロ) 届出を行っていない</p>	<p>(4) 特別調剤基本料 10点 次のいずれかに該当 イ) 病院と特別な関係で、集中度95%超 ロ) 届出を行っていない</p>
<p>※1. 妥結率50%以下の場合、括弧内の点数を適用 ※2. かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない場合、所定点数から50%減算</p>	<p>※妥結率50%以下の場合、または、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない場合、所定点数から50%減算(調剤基本料4・5は廃止)</p>



資源の少ない地域（基本診療料の施設基準等の別表で規定されている市町村）に所在する保険薬局である，②当該地域の中学校区の保険医療機関数が10以下であり（歯科医療のみを担当する保険医療機関は除く），200床以上の病院が存在しない，③処方箋の受付回数が月平均2,500回を超えない——などです。

すべての基準に該当する保険薬局であるとして調剤基本料1（41点）を算定する場合には，所定様式により地方厚生局への届出が必要です。

## 調剤基本料2

調剤基本料2（25点）の場合，処方箋の受付回数および集中率に関する要件については，①受付回数が月平均4,000回超かつ集中率が70%超，②受付回数が月平均2,000回超かつ集中率が90%超，③特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数が月平均4,000回超（集中率は関係なし）——に該当する保険薬局が対象とされていました。

しかし，備蓄医薬品の効率性や薬局の収益状況などを踏まえ，2018年4月からは，②の場合の集中率については「85%超」となり，対象範囲が拡大されています。また，③の場合の受付回数については，その計算にあたり，

イ) 保険薬局と同一建物内に複数の保険医療機関がある場合は，それらを合算する。  
ロ) 同一グループの他の保険薬局において集中率が最も高い保険医療機関が同一の場合は，当該処方箋の受付回数を含める。

などの取り扱いが追加されました。

## 調剤基本料3

前回改定で設けられた調剤基本料3（20点）については，同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が月4万回を超えており，かつ，①集中率が95%超，または，②特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局が対象となっていました。

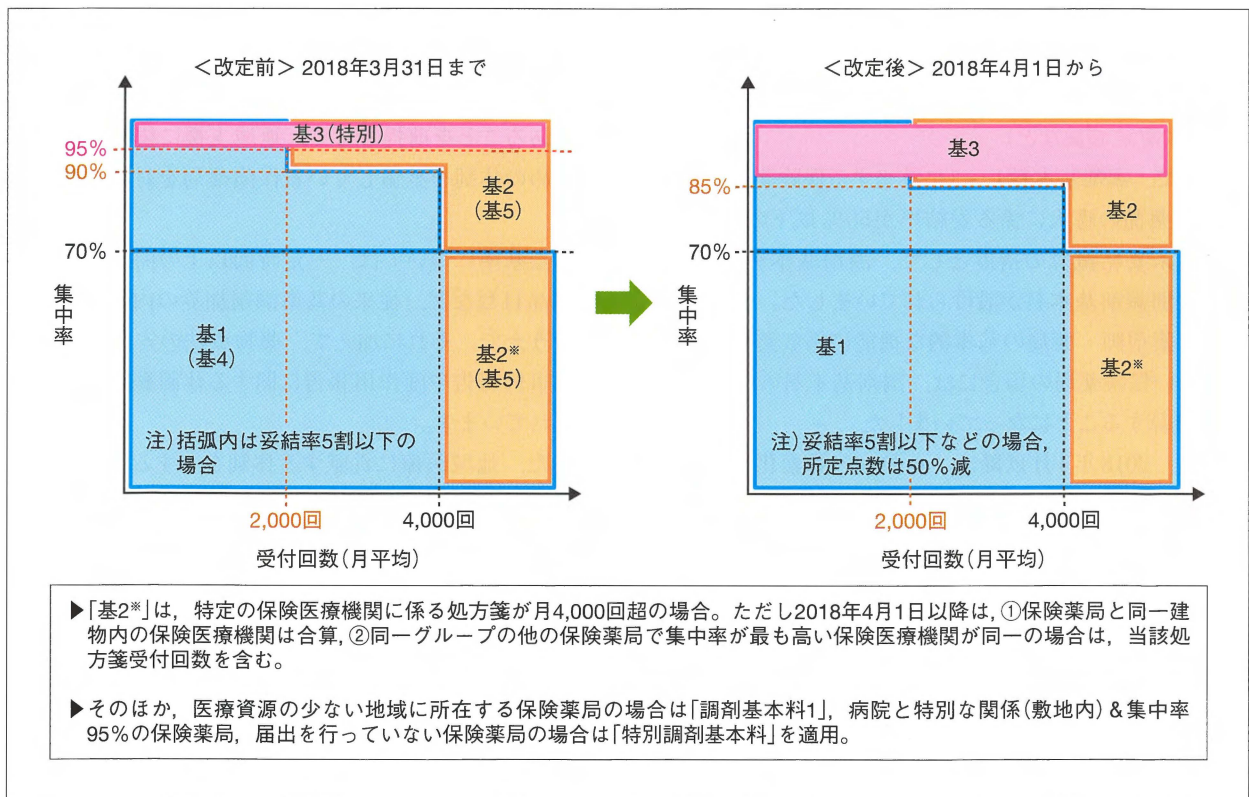


図1 調剤基本料の変更点（イメージ）

しかし、調剤基本料2の見直しと同様、薬局の収益状況などを踏まえて2018年4月からは、①の集中率は「85%超」に見直され、対象範囲が拡大されています。

そして、より規模の大きいグループ(処方箋の受付回数合計が月40万回超)に属する保険薬局である場合は、さらに低い点数(15点)を算定することになりました(集中率と不動産の賃貸借の有無に関する要件は、月4万回超の場合と同じです)。

### 特別調剤基本料

前回改定において、調剤基本料3の要件に該当するが医薬品の購入に係る妥結率が50%以下の保険薬局、または、調剤基本料に係る届出を行っていない保険薬局の場合には、特別調剤基本料(15点)を算定することになっていました。

2018年4月からは、調剤基本料に係る届出を行っていない保険薬局の場合は従来通り特別調剤基本料を適用しますが、これに加えて、病院と特別な関係を有しており、かつ、集中率が95%超の保険薬局(いわゆる同一敷地内薬局)の場合も対象になるとともに、所定点数が引き下げられました(10点)。

### その他(未妥結減算など)

これまで、調剤基本料1~3に該当する保険薬局であっても、医薬品の購入に係る妥結率が50%以下の場合は、いわゆる未妥結減算の措置として、調剤基本料4~5もしくは特別調剤基本料が設けられていました。また、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局の場合には、調剤基本料の所定点数を50%減算することになっていました。

しかし、2018年4月以降は、点数表の簡素化の観点から、未妥結減算の要件(医薬品の購入に係る妥結率が50%以下)に該当する場合は所定点数の50%を算定する仕組みに統合することとし、それに伴い調剤基本料4および5の区分は廃止されました。かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能に係る業務を実施していない保険薬局に対する減額措置は変更ありません。

また、妥結状況に直接関係する事項ではありませんが、妥結率に係る報告の際に医薬品購入に係る契約内容(単品単価契約率、一律値引き契約の状況)についても報告

が求められることになりました。当該内容の報告を行っていない場合は、未妥結減算が適用されてしまいますのでご注意ください。

## Q 基準調剤加算は、どのように変更されたのですか。

A 従来の基準調剤加算を廃止するとともに、かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域包括ケアシステムのなかで地域医療に貢献する保険薬局について、夜間・休日対応などの地域支援に係る実績を評価するものとして、地域支援体制加算が新設されました(表2)。

### 届出

これまで基準調剤加算の届出は調剤基本料1の保険薬局しか認められていませんでしたが、新たに設けられた地域支援体制加算については、調剤基本料の区分に関係なく届出を行うことが可能です。

### 対象薬局、基準

地域支援体制加算は、夜間・休日対応や保険医療機関への服薬情報提供の実績など、地域に貢献する一定の実績があることを前提として、地域支援に積極的に貢献するための体制を整備している保険薬局を対象としています。

主な基準については、一定時間以上の開局や医薬品の備蓄品目数など、従来の基準調剤加算の内容をベースとしたうえで、それに加えて、薬物療法の安全性向上に資する事例報告や副作用報告に関する体制整備なども要件とされています。

また、地域医療に貢献する体制を有することを示す相当の実績の基準(いずれも1年間の常勤薬剤師1人あたり)として、①夜間・休日等加算など(40回)、②重複投薬・相互作用等防止加算(40回)、③服用薬剤調整支援料(1回)、④単一建物患者1人に対する在宅患者訪問薬剤管理指導料など(12回)、⑤服薬情報等提供料(60回)、⑥麻薬指導管理加算(10回)、⑦かかりつけ薬剤師指導料など(40回)、⑧外来服薬支援料(12回)が設けられています。

ただし、調剤基本料1の保険薬局の場合は、これら①~⑧



表2 基準調剤加算(地域支援体制加算)の主な変更点

改定前 <2018年3月31日まで>	改定後 <2018年4月1日から>
基準調剤加算 32点 ※調剤基本料1の届出を行っている施設に限り算定可	(廃止)
(新設)  【経過措置あり】⇒ ▶2018年10月1日から適用 副作用手順書の作成・整備 ▶2019年4月1日から適用 ヒヤリハット事例提供実績  【経過措置あり】⇒ ▶2018年10月1日から適用 服用薬剤調整支援料 麻薬管理指導加算(適用前は1回)	地域支援体制加算 35点 ※調剤基本料の区分に関係なく算定可。 ただし、調剤基本料1の場合、③は適用しない。 【要件】 ①これまでの基準調剤加算の基準 + ②当該保険薬局以外の医療従事者等に対して、医薬品に係る医療安全に資する情報の共有を行うにつき必要な体制が整備され、一定以上の実績を有していること。 (ヒヤリハット事例提供実績、副作用報告手順書の作成・整備) + ③常勤薬剤師1人あたりの実績(年間) 夜間・休日等対応 40回、重複投薬・相互作用等防止加算 40回、服用薬剤調整支援料 1回、在宅薬剤管理(単一建物)12回、服薬情報等提供料 60回、麻薬管理指導加算 10回、かかりつけ薬剤師指導料 40回、外来服薬支援料 12回

の実績基準は適用されません。

### 経過措置

所定の基準のうち、例えば薬物療法の安全性向上に資する事例報告は1年間、副作用報告に関する体制整備は6カ月など、一部の項目については経過措置期間が設けられています。詳細については、関係告示もしくは通知をご確認ください。

**Q** 後発医薬品調剤体制加算は、どのように変更されたのですか。

**A** 新たに示された政府目標を踏まえ、基準の見直しが行われました(表3)。

### 後発医薬品調剤体制加算

前回改定では、「経済財政運営と改革の基本方針2015」

表3 後発医薬品調剤体制加算の主な変更点

改定前 <2018年3月31日まで>	改定後 <2018年4月1日から>
(1) 後発医薬品調剤体制加算1 後発医薬品の調剤数量 65%以上 18点	(1) 後発医薬品調剤体制加算1 後発医薬品の調剤数量 75%以上 18点
(2) 後発医薬品調剤体制加算2 後発医薬品の調剤数量 75%以上 22点	(2) 後発医薬品調剤体制加算2 後発医薬品の調剤数量 80%以上 22点
	(3) 後発医薬品調剤体制加算3 後発医薬品の調剤数量 85%以上 26点
	(4) 後発医薬品減算 ▲2点 <sup>※1</sup> ※2 後発医薬品の調剤数量 20%以下 ※1. 月600回以下の保険薬局は除く ※2. 先発品の変更不可の処方箋が50%以上の保険薬局は除く ※3. 経過措置(2018年10月1日から適用)



(2015年6月閣議決定)において、後発医薬品の数量シェアの目標値が「2017年(平成29年)中に70%以上とする」とともに、2018年度(平成30年度)から2020年度(平成32年度)末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする」と示されたことなどを踏まえ、後発医薬品調剤体制加算1の調剤数量「65%以上」、同加算2の調剤数量「75%以上」とされていました。

その後、「経済財政運営と改革の基本方針2017」(2017年6月閣議決定)において、「2020年(平成32年)9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する」と示されました。また、保険薬局における直近の後発医薬品の使用状況(2017年9月調剤分で全国平均69.6%)などを踏まえ、2018年4月からは、後発医薬品調剤体制加算1・2の基準値を「75%以上」「80%以上」にそれぞれ引き上げるとともに(ただし、所定点数は変更なし)、さらなる評価として後発医薬品調剤体制加算3(85%以上)が追加され、所定点数は26点に設定されました。

### 後発医薬品減算

一方、後発医薬品の使用割合を80%にするという政府目標を踏まえ、後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い保険薬局に対する措置として、調剤基本料の減算規定が設けられました。対象となる保険薬局の基準については「後発医薬品の調剤数量が20%以下」とされ、該当する

場合には調剤基本料の所定点数から2点を減算しなければなりません。

ただし、先発医薬品の変更不可の指示がある処方箋が50%以上の保険薬局や、処方箋の受付回数が月平均600回以下の保険薬局は除外となるほか、6カ月の経過措置が設けられています(2018年10月1日から適用)。

### 届出

数量割合の計算方法については変更ありませんが、改定前の同加算に係る届出を行った時点で、すでに改定後の新たな基準を満たしていたとしても、2018年4月1日以降に改めて地方厚生局へ届出を行う必要があります(4月1日から同加算を算定するためには、同16日までに届出を完了することが必要)。

**Q** 調剤料および製剤加算については、どのように変更されたのですか。

**A** 保険薬局における対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、調剤料の適正化として、内服薬の調剤料の見直しが図られました。また、かかりつけ薬剤師による在宅薬剤管理指導に係る対応を推進するため、無菌製剤処理加算の評価の見直しが行われました(表4)。

表4 調剤料および製剤加算の主な変更点

改定前 <2018年3月31日まで>	改定後 <2018年4月1日から>
(1) 内服薬 14日分以下の場合 1～7日目の部分 5点/1日分 8～14日目の部分 4点/1日分 15～21日分の場合 70点 22～30日分の場合 80点 31日分の場合 87点	(1) 内服薬 14日分以下の場合 1～7日目の部分 5点/1日分 8～14日目の部分 4点/1日分 15～21日分の場合 67点 22～30日分の場合 78点 31日分の場合 86点
(2) 注射薬 無菌製剤処理加算 中心静脈栄養法用輸液 6歳以上 65点, 6歳未満 130点 抗悪性腫瘍剤 6歳以上 75点, 6歳未満 140点 麻薬 6歳以上 65点, 6歳未満 130点	(2) 注射薬 無菌製剤処理加算 中心静脈栄養法用輸液 6歳以上 67点, 6歳未満 135点 抗悪性腫瘍剤 6歳以上 77点, 6歳未満 145点 麻薬 6歳以上 67点, 6歳未満 135点

## 内服薬調剤料

内服薬の調剤料のうち、14日分を超える部分の所定点数が見直され、15日～21日分の部分で3点、22日～30日分の部分で2点、31日分以上の部分で1点が、それぞれ引き下げとなりました。

## 無菌製剤処理加算(注射薬)

注射薬の加算である無菌製剤処理加算について、中心

静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤、麻薬に係る所定点数(6歳未満の乳幼児、6歳以上の場合)が、2点または5点、それぞれ引き上げられました。

また、薬局の無菌製剤室を共同利用した場合の費用については、無菌製剤室を提供する保険薬局と処方箋の受付薬局の両者の合議とすることが明確になるよう、留意事項通知に示されました。

## 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

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に納得できないでいる実例で、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？  
請求漏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』係までお送りください。

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してください。

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。

**送付先** 〒160-8389 東京都新宿区四谷 3-3-1 四谷安田ビル 日本薬剤師会「調剤と情報」事務局  
TEL.03(3353)1170 FAX.03(3353)6270