

平成 20 年度調剤報酬改定等に関する Q & A (その 3)

平成 20 年 4 月 1 日施行の新たな調剤報酬点数について、次のとおり、疑義解釈が明らかとなった事項を追加分として示すので、これまでに示している疑義解釈(その 1、その 2)と併せて参考にされたい。

なお、本件については、すべて厚生労働省当局に確認済みである(その 1、その 2 を含む)。

<<< 調剤技術料 >>>

基準調剤加算

Q 2. 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。

一包化薬

Q 5. 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こと等の観点から、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. 別々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。

【処方例】

処方1 A錠、B錠、C散 1日3回毎食後 14日分

処方2 D錠、E錠 1日1回朝食後 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。

夜間・休日等加算

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。

後発医薬品調剤加算

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 >>>

在宅患者訪問薬剤管理指導料ほか

Q 1. 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）

<<< 薬剤料、特定保険医療材料料 >>>

薬剤料

Q 1. 精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予見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、その変化が予見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

<<< その他 >>>

後発医薬品

Q 1. 後発医薬品へ変更可能な処方せんの場合であっても、漢方製剤については変更の対象外（すなわち、他の銘柄の漢方製剤へ変更するためには疑義照会が必要）と解釈するのか。

A. そのとおり。漢方製剤の場合は、先発・後発という概念はないことから、後発医薬品への変更可能という指示には該当しない。

後期高齢者医療

Q 1. 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す」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。