

平成 20 年度調剤報酬改定等に関する Q & A (その 2)

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)と併せて参考にされたい。

<<< 調剤技術料 >>>

一包化薬

Q 1. 同一用法の 3 種類以上の内服用固形剤(1 剤)を一包化し、さらに、それとは服用時点が重複しない内服用固形剤が 2 剤以上ある場合には、一包化薬のほかに内服薬として 2 剤分まで算定して差し支えないか。

A. 差し支えない。

Q 2. 1 処方せんに一包化薬の算定要件(用法の異なる 2 剤以上の内服薬、または、1 剤で 3 種類以上の内服薬)を満たすパターンが 2 以上ある場合は、調剤料はどのように算定するのか。

A. 算定要件を満たしていれば、どのパターンについて一包化薬を算定しても差し支えない(ただし、1 パターンのみに適用)。しかし、1 処方せんに、①用法の異なる 2 剤以上の内服薬と②1 剤で 3 種類以上の内服薬のパターンが混在している場合は、②は①と同一の剤数相当であるものとみなして考える。

具体的には、次に示す例示を参考にされたい(いずれの例も、すべて一包化の指示があるものと仮定)。

【例 1】	処方 1	A 錠、B 錠	1 日 3 回毎食後	× 14 日分
	処方 2	C 散、D 散	1 日 2 回朝夕食後	× 14 日分
	処方 3	E 錠、F 錠、G 散	1 日 1 回就寝前	× 14 日分

《考え方》

①処方 1 および処方 2 (内服薬 2 剤) と②処方 3 (内服薬 1 剤) は、いずれも一包化薬の要件を満たすことから、①または②のどちらか一方について一包化薬(14 日分、178 点)を算定する。

また、①を一包化薬として算定した場合は、処方 3 を内服薬として算定することができ(14 日分、63 点)、②を一包化薬として算定した場合は、②は①と同一の剤数相当とみなして考えることから、処方 1 もしくは処方 2 のいずれか一方を内服薬として算定することができる(14 日分、63 点)。

- 【例2】 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後 × 14日分
 処方2 D錠、E散、F散 1日1回就寝前 × 14日分
 処方3 G錠、H散 1日3回毎食後 × 14日分
 ※処方1および処方2の服用後（15日目以降）に処方3を服用

《考え方》

①処方1（内服薬1剤）と②処方2（内服薬1剤）は、いずれも一包化薬の要件を満たすことから、①または②のどちらか一方について一包化薬（14日分、178点）を算定する。

また、①と②はいずれも内服薬の1剤相当であることから、①を一包化薬として算定した場合は、処方2および処方3を内服薬として算定することができ（14日分、63点×2剤分）、②を一包化薬として算定した場合は、処方1および処方3を内服薬として算定することができる（14日分、63点×2剤分）。

- 【例3】 処方1 A錠、B錠、C錠 1日3回毎食後 × 14日分
 処方2 D錠、E散 1日2回朝夕食後 × 14日分

《考え方》

処方1のみで1剤3種類となるが、そもそも処方1および処方2で一包化薬の要件を満たすことから、処方1と処方2で一包化薬（14日分、178点）を算定する。処方2を別に内服薬として算定することはできない。

Q3. 同一保険医療機関の異なる診療科から交付された2枚の処方せんを同時に受け付けたケースにおいて、1枚の処方せんだけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんを併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬を算定しても差し支えないか。

なお、いずれの処方せんについても、処方医による一包化の指示があるものと仮定して考える。

A. 差し支えない。具体的には、次のような例が考えられる。

- 【例1】 処方せん1 A病院 内科 A錠、B錠 1日3回毎食後
 処方せん2 A病院 整形外科 C散、D散 1日1回朝食後
 → 2枚の処方せんを併せて一包化薬を算定（用法の異なる2剤）

- 【例2】 処方せん1 A病院 内科 A錠、B錠 1日3回毎食後
 処方せん2 A病院 整形外科 C散、D散 1日3回毎食後
 → 2枚の処方せんを併せて一包化薬を算定（1剤3種類以上）

Q 4. 異なる保険医療機関から交付された2枚の処方せんを同時に受け付けたケースにおいて、1枚の処方せんだけでは一包化薬の要件を満たさないが、2枚の処方せんを併せれば要件を満たすような場合には、一包化薬を算定しても差し支えないか。

なお、いずれの処方せんについても、処方医による一包化の指示があるものと仮定して考える。

A. 算定できない。

夜間・休日等加算

Q 4. 平日の開局時間が午後7時までの保険薬局において、いったん午後7時に閉局した後、午後9時に患者から調剤の求めがあったために、調剤を実施した上で時間外加算(100分の100)を算定したが、その間、さらに別の患者からも調剤の求めがあった。この場合、2人目の患者については、1人目の患者と同様に時間外加算を算定しても差し支えないか。それとも、夜間・休日等加算を算定しなければならないのか。

A. 時間外加算を算定して差し支えない。

<<< 薬学管理料 >>>

外来服薬支援料

Q 3. 外来服薬支援料の算定にあたっては、たとえば、同一月内における算定上限などの制限は設けられているのか。

A. 算定上限は設けられていない。ただし、処方せんに基づく調剤を行う際に、併せて他の薬局で調剤された薬剤等を一包化するなどして外来服薬支援料を算定する場合は、処方せんに基づく調剤に係る調剤料は内服薬として算定する(一包化薬として算定しない)。

また、たとえば、院内投薬の薬剤について外来服薬支援料を算定したが、その後も引き続き一包化が行われずに院内投薬が行われたため、さらに当該薬局で外来服薬支援を実施したようなケースについては、本来、服薬支援の必要性を認識している処方医が自院で薬剤の一包化をするか、もしくは、処方せんにより薬局での一包化を指示すべきものであると考えられるため、外来服薬支援料を算定することはできない。

<<< その他 >>>

処方せん

Q 2. 4月1日から、義務教育就学前の子供や前期高齢者（70～74歳）の保険給付割合が変更となるが、これらを区別するための記号について、処方せんにはどのように記載されるのか。

A. 処方せんの「備考」欄に、未就学者の患者の場合は「6歳」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」、高齢受給者または後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載される。

Q 3. 4月1日より、後期高齢者医療制度や新たな公費負担医療制度が施行されるが、これらの法別番号について、処方せんにはどのように記載されるのか。

A. 新たに設定される法別番号は、次のとおり。

<社会保険制度>

後期高齢者医療（高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付） → 「39」

<公費負担医療制度>

肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付 → 「38」

中国残留邦人等に対する医療支援給付 → 「25」

Q 4. 後発医薬品への変更が可能な処方せんにおいて、先発医薬品と後発医薬品で効能・効果などに違いがある医薬品が含まれていた場合は、どのように取り扱うべきか。

A. 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して調剤することに差し支えがある場合は、処方医により、処方せんの処方欄（当該医薬品の近傍）もしくは備考欄に変更不可の旨が記載されることになっているが、後発医薬品への変更が可能な処方せんであっても、処方せんに記載されている先発医薬品の用法・用量または併用薬などから後発医薬品が有しない効能・効果に係る使用が推測されるなど、後発医薬品への変更にあたり疑義が生じた場合には、処方医に対して照会する必要がある。

なお、先発医薬品等と効能・効果等に違いがある後発医薬品リスト^{*1}（再審査期間中、特許期間中、審査期間中等の理由により、後発医薬品が効能を取得できないもの）については、医薬工業協議会^{*2}のホームページにも掲載されているので参考にされたい（<http://www.epma.gr.jp/>）。

※1. 「先発医薬品等と効能・効果等に違いがある後発医薬品リスト」

http://www.epma.gr.jp/Effect%20correction%20list%202007_12_28.pdf

※2. 本年4月1日より「日本ジェネリック製薬協会」に名称変更