

(7) 医薬品品質情報提供料

(問1) 一般名による処方せんについて、医薬品品質情報提供料の算定要件を満たし、患者の同意に基づき、後発医薬品を調剤した場合、処方医への連絡は必要か。

(答) 特に連絡の必要はない。

(問2) 先発医薬品と後発医薬品に承認効能の相違がある場合（後発医薬品の一部効能の欠如）、効能の違いを無視して調剤することは可能か。

(答) 効能の違いを無視して調剤することはできない。

(問3) 今回の改定により、「-GE」による薬価収載が廃止されたことに伴い、従来の医師の一般名処方との区別がつかないが、どのように対応すべきか。

(答) 一般名による処方が行われた場合は、保険薬剤師の文書による説明により、患者が先発医薬品、後発医薬品のどちらを選択しても可能である。

(問4) 薬剤師による情報提供の結果、患者が安価な後発品を選択しても当該加算により、自己負担が高くなる場合はどうするのか。

(答) 先発医薬品、後発医薬品各々の価格および当該加算により自己負担が高くなる場合にはその旨を含め文書により薬剤師が説明を行うことが必要である。なお、後発医薬品を選択するかどうかは患者の判断であり、保険薬局の薬剤師が後発医薬品が調剤されるよう誘導するものではない。

(問5) 一般名で記載された場合、錠剤ではなくカプセル剤、又は細粒剤ではなく顆粒剤を患者の同意が得られれば、調剤してもよいか。

(答) 一般名処方では、通常「一般名」＋「剤型」＋「含量」で標記されるので、剤型の記入漏れ、及び徐放性製剤など一般名処方では判断できない場合などは、医師に照会すること。

(問6) 医薬品品質情報提供料は、1つの医薬品でも該当すれば算定可能か。

(答) 算定できる。

(問7) 処方せんに先発医薬品が記載されていた場合に、医師への照会を行わずに、医薬品品質情報提供料の算定要件を満たせば、後発医薬品を調剤できると考えて良いか。

(答) 調剤することはできない。医薬品品質情報提供料は、医師が一般名による処方を行った場合に限り、かつ保険薬剤師により先発医薬品及び後発医薬品について十分説明の上、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合のみ算定可能である。

(問8) 基準調剤加算2を算定している保険薬局においても、医薬品品質情報提供料は算定要件を満たせば算定できると考えて良いか。

(答) 基準調剤加算の要件とは関係なく、算定は可能である。

(問9) 医薬品品質情報提供料を算定した場合には、レセプト摘要欄への記載が必要か。

(答) 必要ない。ただし、一般名による処方の場合においては、「処方」欄には、現に調剤した医薬品名(商品名)、剤型、含量を記載することとなる。

(問10) 保険薬局内に一般名で処方された薬剤が後発医薬品のみしか備蓄していない場合に、医薬品品質情報提供料は算定可能か。

(答) 医薬品品質情報提供料は、医師による一般名処方が行われている場合に限り、保険薬局に当該一般名に係る先発医薬品及び後発医薬品が備蓄されており、当該備蓄品の品質、薬価などについて患者に説明し、患者が後発医薬品を選択した場合のみ算定できる。

(問11) 処方せんに後発医薬品が記載されていた場合には、医薬品品質情報提供料は算定できないと考えて良いか。

(答) 算定できない。

(問12) 溶出性データはメーカーの添付文書・インタビューフォームの引用でよい
か。

(答) 添付文書、インタビューフォーム、オレンジブックなどが品質情報となると考
えられる。

(問13) Do処方として一般名で繰り返しくれば、2回目以降も受付けのたびに算定し
てよいか。

(答) 前回と同様の処方せんを受付けた場合でも、その都度、文書により患者に説明
を行った結果、患者が新たな後発医薬品を選択した場合は算定可能であるが、一
度患者の同意により選択された後発医薬品を次回以降も患者が選択した場合には
算定できない。

(8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(問1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は月4回まで算定できるが、算定日の間隔は、
従来通り6日以上空ける必要があるか。

(答) その通り。

(問2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬加算も、月4回まで算定可能か。

(答) その通り。

(問3) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、調剤を行っていない日でも算定可能で
しょうか？

(答) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は投薬又は注射の投与が行われており、投薬期間
中であれば、算定可能である。(従来通り)

(問4) 介護保険の居宅療養管理指導料も在宅患者訪問薬剤管理指導料と同様に変更となるのか。

(答) 従来通りであり、変更とはならない。

なお、同月内に医療保険から介護保険に移行した場合の算定方法は、以下の通り。

<医療保険>		<介護保険>
(0回)	—————→	(2回)
(1～2回)	—————→	(1回)
(3～4回)	—————→	(0回)

(問5) 介護保険の居宅療養管理指導料を算定している場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できないのか。

(答) 算定できない。

(9) 調剤情報提供料

(問1) 調剤情報提供料を算定した場合には、レセプト摘要欄への記載が必要か。

(答) レセプト摘要欄への記載は必要ないが、医療機関等に情報提供した文書の写しを調剤録などに添付しておく必要がある。

(問2) 調剤情報提供料と服薬情報提供料は、同時に算定可能か。

(答) 算定できる。医療機関等に提供する調剤情報と服薬情報は異なる情報であり、前者は、薬学的な観点からの調剤上の疑義などについてであり、後者は、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の参考となる情報をさす。

(問3) 調剤情報提供料が算定できる情報とは具体的にどのようなものか。また医師から変更可能な薬剤などを聞かれた場合の対応は如何。

(答) 具体的には、腸溶性製剤又は徐放性製剤の粉碎、配合変化をおこす散剤、水剤の混合などが考えられる。また、医師からの質問に対しては、適宜、「類似薬選定のための薬剤分類」表（厚生労働省ホームページ参照）などが参考になる。

(問4) 処方せんの記入上の疑義等では算定できないとあるが、具体的にはどのようなものか。

(答) 薬学的な判断を伴わない、以下のようなものがあげられる。

- ①単なる処方せん上の記入漏れ、記入ミス、判読不能。
- ②軟膏をどこに塗るか。
- ③点眼をどちらの目にさすか。 など

(問5) 調剤上問題のある処方「Do」で続く場合は、その都度算定してよいか。

(答) 算定できない。

(10) 服薬情報提供料

(問1) 服薬情報提供料は、医療機関ごとに月1回算定できると考えて良いか。

(答) その通り。ただし、異なる医療機関又は診療科に対する服薬情報提供であれば、当該医療機関又は診療科ごとに月1回に限り算定できる。

(問2) 服薬情報提供料は、薬剤服用歴管理・指導料を算定していなくても算定可能か。

(答) 算定できる。薬歴に基づき保険薬局が情報提供の必要性を認めた場合のほか、医師の求めに応じ患者の服薬状況を保険医療機関に情報提供する場合もある。

(問3) 服薬情報提供料は、処方せん受付のない日でも、算定要件を満たせば算定可能か。

(答) 可能。次回の処方せん受付時に算定できる。

(問4) 同月内ですでに服薬情報提供料を算定し、後日、服薬指導情報提供加算の15点は算定可能か。

(答) 服薬指導情報提供加算は服薬情報提供料と併せて算定できるものであり、同月内において各々別の日に算定することはできない。

(問5) 指導料関連で、同時に算定が出来ない組み合わせはあるか。算定できない項目に×をつけて下さい。

- | | |
|-------------------|---------------------|
| (歴) : 薬剤服用歴管理・指導料 | (長1) : 長期投薬情報提供料1 |
| (特指) : 特別指導加算 | (長2) : 長期投薬情報提供料2 |
| (麻指) : 麻薬指導加算 | (防) : 重複投薬・相互作用防止加算 |
| (手) : 薬剤情報提供料1 | (品) : 医薬品品質情報提供料 |
| (薬) : 薬剤情報提供料2 | (訪) : 在宅患者訪問薬剤管理指導料 |
| (服) : 服薬情報提供料 | (調) : 調剤情報提供料 |
| (服加) : 服薬情報提供料加算 | |

※上記記号は簡便的なもの。

(答) 算定できない組み合わせ項目(×印)は以下の通り。

	歴	特指	麻指	手	薬	服	服加	調	長1	長2	防	品	訪
歴	/												×
特指	/	/											×
麻指	/	/	/										×
手	/	/	/	/	×								×
薬	/	/	/	/	/	/							×
服	/	/	/	/	/	/	/						×
服加	/	/	/	/	/	/	/	/					×
調	/	/	/	/	/	/	/	/	/				×
長1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			×
長2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		×
防	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		×
品	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	×
訪	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

2 老人調剤報酬点数表

(問1) 老人の一包化加算は、従来と変更ないと考えて良いか。

(答) 若人と同様の取り扱いとなる。

(問2) 老人用製剤加算の名称がなくなり、嚥下困難者用製剤加算に名称が変更されたと考えて良いか。

(答) 算定要件及び加算点数は、若人と同一であるが、保険請求上の取扱いは、老人用製剤加算となる。

3 薬剤料に係わる減額措置の廃止

(問1) レセプトにおける“臨時投薬”の記載は必要なくなると考えて良いか。

(答) その通り。今回、多剤投与による減額措置が廃止されたことに伴い、調剤報酬明細書の摘要欄への記載の必要はない。

4 選定療養

(問1) 薬事法上の承認後90日間は、薬剤料について患者から特別の料金を徴収することができるが、90日以前に保険収載されたことが明らかな場合は、どうなるのか。

(答) 処方せん受付時に当該医薬品が保険収載されていた場合は、保険上の取り扱いとなる。処方せん受付時に当該医薬品が保険収載されていなければ、処方せん受付時点が薬事法上の承認後90日以内の範囲であれば、服用時点が91日目以降となっても特別の料金を徴収することができる。

(問2) 収載前医薬品を処方せんにより交付する場合においても、医療機関において当該医薬品の名称、用法・用量、効能・効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により患者に提供することとなっているが、保険薬局で患者に情報提供した場合、薬剤情報提供料の1又は2などが算定可能か。

(答) 薬剤料以外は保険上の請求が可能である。

(問3) 薬剤一部負担金に係る種類数の算定には、選定療養の対象となる医薬品も含めて、算定するのか。

(答) 選定療養の対象となる医薬品は、薬剤一部負担の対象とはならない。

(問4) 収載前医薬品の投与日数の制限はあるか。

(答) 薬事法上の承認内容に従い、個々の患者の疾患及び当該医薬品の特性に応じ、処方医の判断による。

5 205円ルールの見直し

(問1) 205円ルールの見直しに関しては、レセプトの薬剤名称記載のみの見直しであり、薬剤一部負担金の種類数カウント方法は現状通り20点以下は1種類と考えて良いか。

(答) 205円ルールは、薬剤一部負担金の計算方法とレセプト請求時の記載方法の省略に係るが、薬剤一部負担金の計算方法については変更なし。レセプト記載については、診療報酬請求事務の透明化の観点から、医事会計システムの電算化が行われている保険医療機関、保険薬局については、205円ルールを適用しないことである。また、医事会計システムの電算化が行われていないため、従来から手書きにより請求が行われている保険医療機関、保険薬局については、届け出を行った上で、175円以下について、薬剤名等の記載省略を認めることに変更された。

— 以上 —