



事 務 連 絡  
平成14年4月11日

地方社会保険事務局  
都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部） 御中  
都道府県老人医療主管部（局）  
老人医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

#### 疑義解釈資料の送付について

「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件」（平成14年3月厚生労働省告示第71号）及び「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件」（平成14年3月厚生労働省告示第72号）については、「診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第54号）及び老人診療報酬点数表（平成6年3月厚生省告示第72号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成14年3月8日付け保発第0308001号）等により4月1日より実施しているところであるが、今般、調剤報酬点数表の取扱いに係る疑義解釈資料を別添のおとり取りまとめましたので、参考までに送付いたします。

## 別 添

### 1 調剤報酬点数表 第1節 調剤技術料

#### (1) 基準調剤加算

(問1) 従来の基準調剤加算が基準調剤加算1となり、その算定要件は、従来通りと考えて良いか。

(答) 従来の基準調剤加算の算定要件に①調剤従事者等への研修の実施、②医薬品の品質情報、安全性情報などの提供体制が追加された。従来からこれら2項目について整備されていても新たな届出が必要であり、従来の届出により基準調剤加算1が算定できるものではない。

なお、平成14年4月16日までに地方社会保険事務局に届出書を提出し、同月30日までに要件審査を終え、届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができる。

(問2) 基準調剤加算の要件である調剤従事者等の資質の向上を図るための研修とは、地域薬剤師会による研修会でもよいか。

(答) 良い。職員等に対する研修実施計画を作成し、当該計画書に基づき資質向上のための研修を行うことであり、地域の薬剤師会による研修以外に、研修認定薬剤師制度の対象学会、セミナー等の参加もあり得る。また特に、研修時間、講師などについても制約はない。

(問3) 基準調剤加算2は、後発医薬品の備蓄に関する加算と考えて良いのか。

(答) 基準調剤加算1が500品目の備蓄であるのに対し、基準調剤加算2は700品目であるが、必ずしも後発品を備蓄することを意味するものではない。

(問4) 基準調剤加算1及び基準調剤加算2は、算定要件を満たせば、同時に算定できると考えて良いか。

(答) 同時に算定できない。届出に基づき、どちらか一方のみ算定する。

(問5) 基準調剤加算1あるいは基準調剤加算2に係るレセプト記載は、基本料欄に合算して記載するのか。

(答) 従来通り合算して記載する。

(問6) 基準調剤加算1と基準調剤加算2は、従来と同様、時間外加算の対象となるのか。

(答) 対象となる。今回の調剤報酬改定により、時間外加算、休日加算及び深夜加算を算定する場合の基礎額(調剤基本料+調剤料)には、基準調剤加算及び後発医薬品調剤加算が含まれる。

(問7) 患者連絡により調剤対応がとれる体制の場合でも、24時間対応と見なされるのか。

(答) 地方社会保険事務局長に届出の際に添付した患者等に交付する文書(所在地、連絡先などを記載したもの)が、適切に患者等に交付されており、24時間調剤に対応できる体制が整備されていれば問題ない。

## (2) 一包化加算

(問1) 一包化加算の算定要件における「投与日数が7」とは、服用時点に関係なく、実際に調剤された日数と解釈して良いか。

(答) その通り、隔日投与の場合であっても実際に一包化した調剤日数分となる。

(問2) 一包化加算の算定要件において、「投与日数が7又はその端数を増すごとに」とあるが、日数が1～6日の範囲であれば0点、7日は30点、8～14日の範囲であれば60点となるのか。

(答) 以下の通りとなる。

1～7日分	30点
8～14日分	60点
15～21日分	90点
22～28日分	120点

また、これ以上の一包化についても算定可能だが、薬剤の吸湿性等に考慮すること。

(問3) 従来の老人用一包化加算では医師の指示が必要であったが、今後も医師の指示が必要となるのか。

(答) 必要である。なお、薬剤師が一包化の必要性を認め、医師の了解を得た場合には、一包化の理由を調剤録等に記載すること。

(問4) 一包化加算は、処方せんの受付1回に対して算定は1回と考えて良いか。

(答) 良い。

(問5) 一包化が一般にも拡大されたが、対象となる患者はどのような場合か。

(答) 一包化の目的は、薬剤の飲み誤り等を防止するため、又は錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に対し行う行為であり、対象となる患者の一例としては、リウマチ患者、アルツハイマー病などの患者が考えられる。  
また、薬剤師が患者又はその家族等からの訴えにより一包化の必要性を認め、医師の了解を得た場合にも算定可能ではあるが、その場合は一包化の理由を調剤録等に記載すること。

(問6) 服薬における安全性の確保の観点等から散剤と錠剤を別々に一包化した場合でも算定できるとあるが、具体的にどのような場合か。別に一包化した場合の理由として「服用しづらいから」でもよいか。

(答) 一包化の目的を考えた場合、別々にして患者に交付することは好ましいことではないが、数種類の錠剤と1回数gの散剤を一包化することによって、服薬時に安全に服用することが困難な場合などは、別々に一包化することは可能である。その際は、別に一包化した理由を調剤録等に記載すること。  
また一包化が医師の指示によるものであった場合には、別々に一包化する理由を処方医に伝え、了解を得た旨も併せて調剤録に記載すること。

(問7) 従前通り、服用時点が1種類の場合には算定できないことでよいか。

(答) 算定できない。

### (3) 嚥下困難者用製剤加算

(問1) 本来、流通している剤型で品質が保証されているので、なるべく粉碎等は避けたいと考えるが、複数の錠剤などが処方されている場合において、ある特定の1つの医薬品のみ嚥下困難であるため剤型変更を行った場合でも算定可能か。

(答) 他の医薬品が液剤等のため容易に服用することができる場合であって、当該1医薬品を加工することにより、処方せん中のすべての医薬品が、服用しやすくなる場合は算定可。基本的には、嚥下困難者用として処方せん中のすべての薬剤が容易に服用できるように加工する必要がある、1医薬品のための剤形変更で技術評価されるものとは限らない。理由により、嚥下困難者用製剤加算ではなく自家製剤加算の散剤を算定することもありえる。

(問2) 嚥下困難者用製剤加算は、処方せんの受付1回につき算定は1回と考えて良いか。

(答) その通り。

(問3) 嚥下困難者用製剤加算は、医師の指示が必要となるのか。

(答) 医師の指示又は医師の了解が必要である。

(問4) 嚥下困難者のために錠剤を粉碎し、他の2種類の散剤と計量混合した場合、嚥下困難者用製剤加算と計量混合調剤加算のどちらも算定可能か。  
また、嚥下困難者に対しゼリーやグミ製剤に加工した場合は、自家製剤加算と併せて算定することは可能か。

(答) 同時に算定することはできない。嚥下困難者用製剤加算は、嚥下困難者用に服用しやすくするために剤形を加工するなど、患者の心身の特性に応じた剤形に加工する調剤技術を評価したものである。

(問5) 嚥下困難者用製剤加算及び老人用製剤加算は、屯服薬の場合は算定できないのか。

(答) 算定できない。

(問6) 散剤を飲めない人へのカプセル充填は、自家製剤加算か嚥下困難者用製剤加算か。

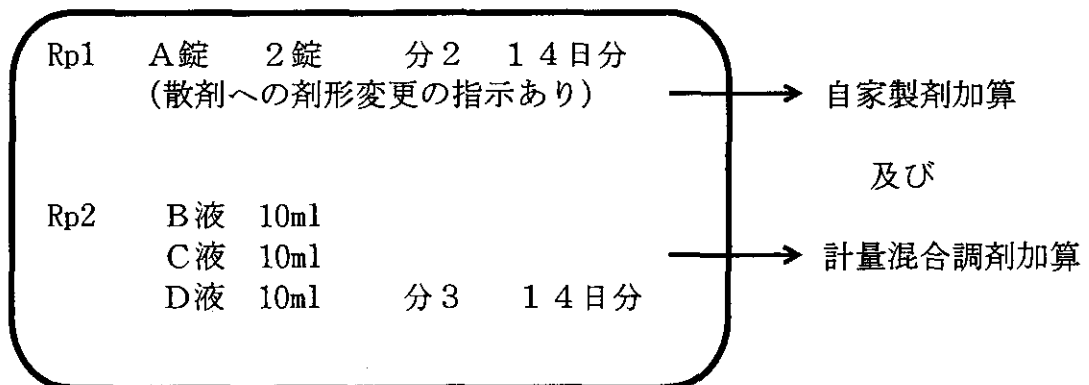
(答) 従来の老人製剤用加算の要件を若人にも拡大したものであり、嚥下障害等により市販の剤形では服用できない患者に対して剤形を加工した場合には算定できるが、カプセル剤の溶出性が散剤の場合と同じであることが担保されなくてはならない。体内動態に問題ないことが確認され、医師の了解が得られ、局方の製剤総則に従って調剤を行った場合に限り自家製剤加算を算定することができる。

#### (4) 自家製剤加算

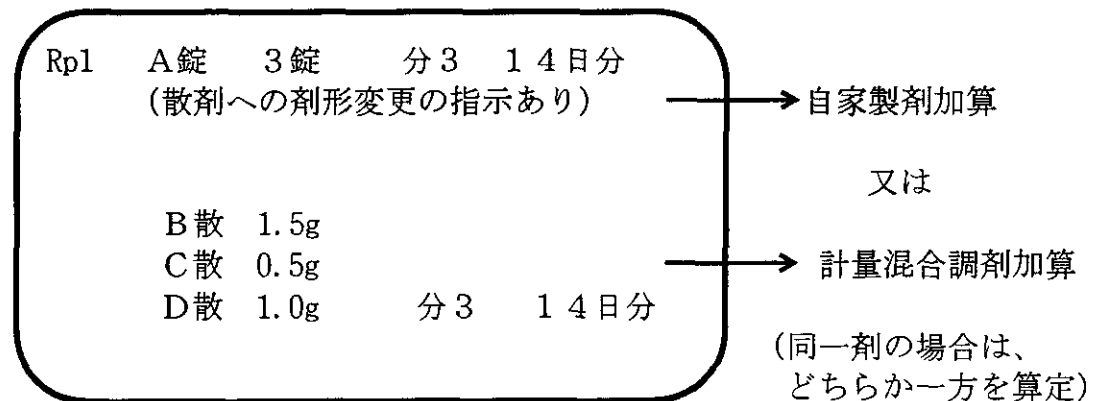
(問1) 自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できないとあるが、剤が異なる場合は、算定可能か。

(答) 以下の事例のように、「剤」が異なれば、両者の算定は可能である。

##### ◇ 別剤（2剤）の場合



##### ◇ 同一剤（1剤）の場合



(問2) 1回量が1錠に満たない場合など、錠剤を粉砕し乳糖などを賦形して散剤とした場合などに使用した乳糖は、薬剤料として別途請求可能か。

(答) 賦形剤は請求できる。なお、自家製剤加算は、個々の患者の特性に合わせ、市販されている剤形、含量では対応できない場合の製剤技術を評価したものであり、製剤工程中に使用した製剤化に必要な安定剤、溶解剤、矯味・矯臭剤などは、薬価収載されているものであっても別に請求することはできない。

(問3) 成人用のカプセル剤をあけて、又は錠剤を粉砕して小児用に計量した場合に自家製剤加算を算定できるか。

(答) 自家製剤加算の算定要件を満たせば算定は可能である。ただし、小児に対しても適応される医薬品であれば、通常、散剤また水剤があると思われるので、医師に照会を行い、処方変更等の可能性があると考えられ、当該製品がない場合に限る。

(問4) 処方せんに「半錠」の指示がある場合、自家製剤加算を算定できるか。

(答) 自家製剤加算の算定要件としては、剤形の変更が伴うものであるが、割線のある錠剤を半分に割る場合は剤形の変更が認められると判断し算定可能である。当然ながら割線のない錠剤の場合は、薬物動態及び品質上の問題がないことが前提であり、また、半錠の含量が薬価収載されている場合には算定できない。

(問5) 割線ある錠剤の4分割は算定可か。

(答) フロイトランなど客観的に均一にできる根拠があれば算定可能。また、医師の了解を得た上で散剤として製剤した場合には、自家製剤加算が算定可能である。

(問6) 割線がない錠剤を分割しても、薬物動態に影響なければ算定可か。

(答) 含量の均一性を保障できない場合がある。ただし、医師の了解を得た上で散剤とした場合には、自家製剤加算が算定可能である。

(問7) 既にきざんである生薬を計量混合した場合、自家製剤加算を算定できるか。

(答) 既製剤を単に小分けする場合には自家製剤加算を算定できない。すでにきざんである生薬を購入の上、他のものと計量混合しても自家製剤加算を算定できず、計量混合調剤の算定となる。

(5) 計量混合加算

(問1) 医師の指示に基づき、液剤に散剤を加え、用時振とうして服用するよう患者に指示の上交付したものは、計量混合加算が算定可能か。

(答) 計量混合調剤加算は、①2種類以上の散剤または顆粒剤を各々計量混合した場合、②2種類以上の液剤を各々計量混合した場合、③2種類以上の軟・硬膏剤を各々計量混合した場合であり、それ以外には、調剤上の特殊な技術工夫を伴わない、ドライシロップ剤と液剤の混合なども計量混合加算の対象である。

(問2) 従来、プロチン液とセネガシロップを混合した場合には、自家製剤加算を算定していたが、今回の改定において計量混合調剤加算を算定するのか。

(答) その通り、今回の改正(平成14年3月8日保医発0308001号「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」)において、自家製剤加算は、個々の患者の特性に合わせ、市販されている剤形、含量では対応できない場合の製剤技術を評価したものであり、原則、剤形変更が伴う場合に算定可能である。一方、計量混合調剤加算は、剤形変更を認めない散剤、顆粒剤、液剤、軟・硬膏剤の混合の場合に算定する。

また、以下のような計量混合の場合も計量混合調剤加算を算定できる。

- ① 軟膏+クリーム
- ② 散剤+顆粒

(問3) 計量混合調剤加算は、内服薬及び屯服薬の場合のみか。

(答) その他、外用剤として軟・硬膏剤、外用散剤、外用液剤も算定可能である。

(問4) 服用しやすくするためにシロップ剤に単シロップなどの矯味・矯臭剤を加えても計量混合調剤加算が算定できるか。

(答) 医療上の必要性が認められる場合は算定可能であるが、医療上の必要性が認められず、患者の希望に基づく甘味剤等の添加では計量混合調剤加算は算定できない。なお、今回の改定により当該サービスについて、一定の要件を満たせば患者から実費を徴収しても差し支えないこととなった。



(問5) 計量混合調剤加算の場合、賦形のみでは算定不可か。(特別乳幼児除く)

(答) 算定できない。処方された医薬品が微量のためそのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤などを混合した場合に算定できるのは、乳幼児のみである。ただし、医療上の必要性から処方せんに保険医が乳糖などの混合の指示をした場合は、計量混合調剤加算を算定できる。

(6) 後発医薬品調剤加算

(問1) 後発医薬品調剤加算は、調剤料を算定した剤のみ算定可能か。

(答) その通り。調剤料の算定限度に応じ、内服薬（内服用滴剤を除く）の場合は、3剤まで算定できる。

(参考1) 内服薬3剤まで  
内服用滴剤1調剤まで  
屯服薬1調剤まで  
外用剤3調剤まで  
注射薬1調剤まで

(参考2) 処方例  
A錠(後発品)  
B錠(後発品)  
C錠(後発品) 分3 → 2点  
D錠(先発品)  
E錠(先発品) 分2 → 0点  
F錠(先発品)  
G錠(後発品) 分1 → 2点

(問2) 後発医薬品を調剤した場合の調剤料の加算は、内・注・外を問わず算定可能か。

(答) 剤型を問わず算定可能である。

(問3) 処方せんに後発医薬品が指定されていた場合でも、後発医薬品調剤加算は算定可能か。

(答) 算定できる。この他、一般名による処方が行われた場合、医薬品品質情報提供料の算定要件を満たし、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合も算定可能である。

(問4) 後発医薬品調剤加算は、時間外加算等の対象となるのか。

(答) 対象となる。時間外加算、休日加算及び深夜加算を算定する場合の基礎額（調剤基本料＋調剤料）には、基準調剤加算及び後発医薬品調剤加算が含まれる。

(問5) 一般名で処方されたが、後発医薬品しか備蓄されていなかった場合、後発医薬品調剤加算は算定できるか。

(答) 後発医薬品しか備蓄されていない場合でも、後発医薬品調剤加算は算定可能である。

(問6) 基準調剤加算2を算定している場合でも、後発医薬品調剤加算は算定可能か。

(答) 基準調剤加算の要件とは関係なく算定可能である。

(問7) 1剤中に後発医薬品が1品目でも含まれていれば、後発医薬品調剤加算は算定可能か。

(答) 算定できる。

(問8) レセプトにおいて、後発医薬品の識別が必要か。

(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）、剤型及び含量を記載することとなる。