

## 調剤報酬点数表関係

### 【調剤基本料】

(問1) 処方せんの受付回数が月平均4,000回を超え、かつ特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超える薬局においては、調剤基本料の特例に関する施設基準(24時間開局)を満たした場合であっても、調剤基本料は41点を算定できないと理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。

(問2) 特例の除外規定である「24時間開局」とは、特定の曜日のみ等ではなく、いわゆる365日無休で開局していることを意味すると理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。

(問3) 特例の除外規定(24時間開局)に該当しない場合にも、該当する調剤基本料の点数の区分について地方厚生局への報告が必要か。

(答) 平成26年4月中、全ての保険薬局に対して一律に報告を求めるものである。なお、その後については、変更が生じた都度、報告が必要である。

### 【基準調剤加算】

(問4) 基準調剤加算については、平成26年3月31日において現に当該加算を算定していた保険薬局であっても改めて届出を行うこととされているが、その際、今回改正されなかった事項についても関係資料を添付することは必要か。

(答) 平成26年3月31日において現に基準調剤加算を算定している保険薬局であっても、4月14日までに改めて届出を行うことは必要だが、改正前の届出時の添付書類と内容に変更が生じていないものについては、改めて同じ資料を添付しなくても差し支えない。

### 【基準調剤加算 1】

(問 5) 近隣の複数薬局で連携体制を構築して基準調剤加算 1 を算定している場合において、連携体制にある薬局のうちある特定の薬局が主として夜間休日等の対応を行うことは認められるか。

(答) 当該加算の趣旨としては、自局のみで24時間体制を構築することが難しい場合において、近隣の複数薬局の連携を行うことを評価するものであり、当該例は適切でない。

(問 6) 連携する保険薬局の要件である「近隣」の定義はあるか。

(答) 地域における患者の需要に対応できること等が必要である。

### 【基準調剤加算 2】

(問 7) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績として、在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の各算定要件を満たしているが算定はしていない場合を実施回数に合算できるが、その際も、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される薬学的管理指導計画書の策定及び薬剤服用歴の記載は必要であると理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。算定したもの以外に実施回数として認められるのは、算定要件を満たすものだけである。

(問 8) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績として、医師からの指示はなく、自主的に実施した場合については、認められないと理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。算定したもの以外に実施回数として認められるのは、算定要件を満たすものだけである。

### 【時間外対応加算等】

(問9) 24時間開局薬局においては、時間外加算は算定できるか。

(答) 調剤技術料の時間外加算については算定できない。ただし、24時間開局薬局で、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局については、調剤技術料の時間外加算を算定できる。また、客観的に休日又は深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると思われる保険薬局においては、開局時間内に調剤した場合であっても、調剤技術料の休日加算又は深夜加算についても算定できる。

さらに、調剤技術料の時間外加算等が算定できない場合には、調剤料の夜間・休日等加算は算定可能である。

### 【無菌製剤処理加算】

(問10) 施設基準に適合した薬局において麻薬を無菌製剤処理した場合、無菌製剤処理加算と併せて麻薬加算も算定可能と理解して良いか。

さらに、当該麻薬の服用及び保管状況等について説明の上で必要な薬学管理等を行った場合は、無菌製剤処理加算及び麻薬加算と併せて麻薬管理指導加算についても算定可能と理解して良いか。

(答) いずれも貴見のとおり。

(問11) 中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤のうち1以上に加えて麻薬を合わせて一つの注射剤として無菌製剤処理を行い、主たるものとして、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤の所定点数のみを算定した場合であっても、無菌製剤処理加算と併せて麻薬加算も算定可能と理解して良いか。

さらに、当該麻薬の服用及び保管状況等について説明の上で必要な薬学管理等を行った場合は、無菌製剤処理加算及び麻薬加算と併せて麻薬管理指導加算についても算定可能と理解して良いか。

(答) いずれも貴見のとおり。

(問12) 中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬のうち2以上を合わせて一つの注射剤として無菌製剤処理を行った場合、無菌製剤処理加算については、主たるものの所定点数のみを算定すると理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。

(問13) 無菌調剤室を有しない薬局が他の薬局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を行った場合（薬事法施行規則第15条の9第1項のただし書における無菌調剤室の共同利用）、予め無菌調剤室提供薬局の名称・所在地について地方厚生局に届け出ていれば、無菌製剤処理加算を算定できると理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。

(問14) 以下について、無菌製剤処理料を算定できると理解して良いか。

- ① 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有しない薬局の薬剤師が、他局の無菌調剤室を利用して無菌製剤処理を行う
- ② 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有しない薬局の薬剤師が、他局のクリーンベンチを利用して無菌製剤処理を行う

(答) ①については、薬事法施行規則第15条の9第1項のただし書に該当するケースであり、届出を行った上で算定可能である。

②の設備（クリーンベンチ、安全キャビネット）の共同利用については、薬事法において認められていない。

#### 【在宅患者訪問薬剤管理指導料】

(問15) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、保険薬剤師1人につき「1」と「2」を合わせて1日につき5回に限り算定できるとされたが、当該回数には、介護保険の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数は含まれないと理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。

(問16) 1つの患家に同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合であって、同一日に当該同居している患者を2人以上、在宅患者訪問薬剤管理指導を行った場合は、患者ごとに同一建物居住者の場合の点数を算定することと理解して良いか。

また、その場合、在宅患者訪問薬剤管理指導を算定した人数は、薬剤師1人当たり5回の上限規定にいずれも算定されると理解して良いか。

(答) いずれも貴見のとおり。

### 【後発医薬品調剤体制加算】

(問17) 平成26年1月から同年3月までの後発医薬品の調剤数量割合を求めるに当たっては、具体的にどのようにしたらよいか。

(答) 平成26年度より後発医薬品の調剤数量割合の計算方法が変更されたことに鑑み、これが計算できるように平成24年度薬価基準収載医薬品について、平成26年1～3月現在の各先発医薬品の後発医薬品の有無に関する情報を、厚生労働省ホームページにおいて平成26年3月20日付けで公開しているところである (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2014/03/tp0305-01.html> 5. その他【過去情報はこちら】におけるエクセル表を参照)。具体的な計算はこのリストに基づいて算出すること。

### 【薬剤服用歴管理指導料】

(問18) 患者がお薬手帳を持参しなかったため、手帳に貼付するシール等を交付した場合であっても、他の要件を満たしていれば、薬剤服用歴管理指導料は算定できると理解して良いか。

(答) 34点を算定すること。

なお、薬剤の記録を記入する欄が著しく少なく手帳とはいえないもの（例えば、紙1枚を折って作っただけの簡易型のもの）では、薬剤服用歴を経時的に管理することができないため、34点を算定すること。

(問19) 患者がお薬手帳を持参し忘れたため、新しい手帳を交付した場合には、他の要件を満たしていれば、薬剤服用歴管理指導料は41点を算定できると理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。

ただし、次回来局時に従前のお薬手帳を持参するように患者に説明するとともに、次回患者が複数のお薬手帳を持参して来局した際には1冊にまとめること。

(問20) 薬局において患者からお薬手帳を預かることは認められるか。

また、調剤の際に、当該薬局において保管しているお薬手帳により情報提供を行い、薬剤服用歴管理指導料を算定することは認められるか。

(答) お薬手帳については、記載した薬局以外の医療機関等との情報共有を行うこと等を目的とするものであることから、患者が保管し活用することを前提としている。複数のお薬手帳を1つに集約化するために一時的に預かったような場合を除いて、患者にお薬手帳を渡していない状態が持続することは想定していない。

なお、薬局において保管しているお薬手帳に記入等を行った場合は、薬剤服用歴管理指導の要件に係る業務を行ったとは認められない。

#### 【衛生材料等の支給】

(問21) 主治医が、在宅医療に必要な衛生材料の提供を指示できる薬局については、当該患者に健康保険に基づく「在宅患者訪問薬剤管理指導」を行っている薬局とされているが、介護保険法に基づく「居宅療養管理指導」又は「居宅予防療養管理指導」を行っている場合についても、同様と理解して良いか。

(答) 貴見のとおり。

## 訪問看護療養費関係

### 【機能強化型訪問看護管理療養費】

(問1) 主たる事業所ではなく、サテライトに居宅介護支援事業所が設置されている場合も要件を満たしていることになるのか。

(答) ならない。主たる事業所の同一敷地内に設置されていることが必要。

(問2) 主たる事業所よりサテライトに多く看護職員が配置されていても、常勤の看護職員が合計で7人以上配置されていれば、要件をみたすことになるのか。

(答) サテライトより主たる事業所に看護職員が同数以上配置されていることを原則とする。なお、指定訪問看護の提供状況の把握、技術指導、職員管理等が主たる事業所において一元的に行われていることは、従来どおり。

(問3) 同一敷地内に設置される居宅介護支援事業所は、同一法人でなくてもいいのか。

(答) 良い。

(問4) 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していることという要件は、どのような趣旨か。

(答) 当該要件については、患者の困込みを助長することは本旨でなく、医療と介護の連携、調整等を進め、医療と介護の一体的な提供を推進する趣旨のものである。

(問5) 当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していることという要件は、具体的にどのような内容なのか。

(答) 当該要件については、指定訪問看護事業所と同一敷地内に設置している居宅介護支援事業所において、当該指定訪問看護事業所の訪問看護利用者（要介護・要支援者に限る。）のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者（特別訪問看護指示書が頻回に交付されている者、点滴等の医療処置が多く行われている者等）等について、介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していることを求めるものである。

なお、「1割程度」については、訪問看護利用者（要介護・要支援者に限る。）のうち、概ね1割程度の者に介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していることを目安とする趣旨である。

#### 【訪問看護管理療養費】

(問6) 訪問看護管理療養費の留意事項通知に「祝日休日を含めた管理」とあるがどのような意味か。

(答) 訪問看護の必要性を踏まえ、土日、祝日についても訪問看護を実施するということ。

(問7) 褥瘡のリスク評価はいつ行うのか。

(答) 訪問看護の利用開始時及び褥瘡発生時に行う。日常生活の自立度が低い利用者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、適切な褥瘡対策の看護計画を作成、実施及び評価を行うこと。



**【精神科重症者早期集中支援管理連携加算】**

(問8) 注10の精神科重症者早期集中支援管理連携加算は、チームメンバーとなる職員が常勤職員でないといけないのか。

(答) 常勤である必要がある。

(問9) 注10の精神科重症者早期集中支援管理連携加算は、医療機関が複数の訪問看護ステーションと連携した場合、それぞれの訪問看護ステーションで当該加算を算定してよいのか。

(答) 算定することができない。

**【別表7に掲げる疾病等の利用者】**

(問10) 医科点数表のC107在宅人工呼吸指導管理料の留意事項通知には、SASに対するASVが除外されたが、別表第7の「人工呼吸」にはSASに対するASVやCPAPは含まれるのか。

(答) 含まれない。