

日 薬 業 発 第 369 号

平成 28 年 3 月 31 日

都道府県薬剤師会担当役員殿

日 本 薬 剤 師 会

副 会 長 森 昌 平

疑義解釈資料の送付について（その1）

標記について、厚生労働省保険局医療課より、別添のとおり平成 28 年診療報酬改定に伴う疑義解釈資料（その1）が示されましたのでお知らせいたします。

同資料につきましては、厚生労働省ホームページに掲載されており、同ページには特定薬剤管理指導加算等の算定対象となる薬剤一覧も掲載されております。

また、本年 3 月 30 日には「かかりつけ薬剤師指導料」（かかりつけ薬剤師包括管理料）に関する同意書等の様式例等の資料を作成し、お知らせしたところです。

取り急ぎお知らせいたしますので、貴会会員へご周知くださいますよう宜しくお願い申し上げます。

なお、これら資料につきましては、本会ホームページにも後日掲載予定であることを申し添えます。

○「平成 28 年度診療報酬改定について」

厚生労働省ホームページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 平成 28 年度診療報酬改定について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>

事務連絡
平成28年3月31日

関係団体 御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)及び都道府県後期高齢者医療主管部(局)後期高齢者医療主管課(部)あて通知するとともに別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

<抄>

事務連絡
平成28年3月31日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第52号）等については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日保医発0304第3号）等により、平成28年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添5のとおり取りまとめたので、改定説明会等にて回答した事項と併せて、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いいたします。

医科診療報酬点数表関係

【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度】

(問1) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」において、一部の評価項目において看護職員以外の職種が実施または評価するとあるが、

- ① 具体的にどの項目で、どのような職種が評価できるのか。
- ② 事務職員や看護補助者でも可能か。

(答) ① 看護職員以外の職種が実施する可能性のある項目については、「看護職員等」と示している。実施する内容については、各職種の実施できる業務範囲に基づいて実施されたものが評価の対象となり、当該項目について各職種が記録したのもも評価の根拠となる。また、各職種の業務範囲の項目であれば、院内研修を受けた上で評価者として評価することができる。

- ② できない。ただし、転記や入力することは可能。

(問2) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、新たに加わった「専門的な治療・処置」の「無菌治療室の治療」の定義に「無菌治療室で6時間以上行った場合に評価する」とあるが、

- ① 治療開始時刻は入室時刻としてよいか。
- ② 入室した時刻が19時の場合、評価の対象となるか。
- ③ 午前5時に無菌治療室を退室し多床室に移動した場合は対象となるか。

- (答) ① よい。
- ② 対象とならない。
 - ③ 対象とならない。

(問3) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き」について、「C 手術等医学的状況」において、手術の開始時刻及び終了時刻が0時をまたぐ場合、日数はどのように数

(答) 精神科医とともに精神疾患を有する入院患者に対して行う診療における看護の経験をいい、リエゾンチームに所属して行うものを含む。なお、必ずしも病棟専従の看護師として看護を行っていることを求めるものではない。

【栄養サポートチーム加算】

(問56) 歯科医師連携加算について、栄養サポートチームの構成員として継続的に診療に従事していれば、院外の歯科医師であっても差し支えないとされているが、どの程度診療に従事していれば継続的に従事しているものとみなされるか。

(答) 栄養サポートチームの構成員として、1回/2週以上の頻度で診療に携わっていることが必要。

【感染防止対策加算】

(問57) 感染防止対策加算において、感染制御チームによる1週間に1回程度の院内巡回が施設基準として規定されたが、
① 院内の巡回は施設基準で定められている構成員全員で行う必要があるのか。
② 院内巡回は、毎回全ての部署を回らなければならないのか。

(答) ① そのとおり。
② 必要性に応じて各部署を巡回すること。なお、少なくとも各病棟を毎回巡回するとともに、病棟以外の各部署についても巡回を行っていない月がないこと。

【病棟薬剤業務実施加算】

(問58) 病棟薬剤業務実施加算2について、算定対象となっている入院料ごとに届出を行うことは可能か。

(答) 可能。

【退院支援加算】

を達する前に、再度、入院して同手術を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「ヤ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術」を算定できるか。

(答) 不可。体外衝撃波腎・尿管結石破砕術において、一連の治療過程に当たる期間については、手術料又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

(問93) 区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療については、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても所定点数は1回のみ算定することとされているが、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定後、一連の治療過程において、再度、入院して同治療を実施した場合、短期滞在手術等基本料3「フ ガンマナイフによる定位放射線治療」を算定できるか。

(答) 不可。ガンマナイフによる定位放射線治療において、一連の治療過程に当たる期間については、放射線治療又は短期滞在手術等基本料3を再び算定することはできない。

【認知症地域包括診療料】

(問94) 認知症地域包括診療料の算定要件において、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合は算定の対象とならないこととされているが、内服薬の種類数には臨時の処方によるものを含むか。

(答) 臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものは除く。

【小児かかりつけ診療料】

(問95) 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していることが要件となっているが、1度でも往診に行っていれば実績として数えることができるか。

(答) 実績とは数えられない。3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番

【電子的診療情報評価料】

(問105) 別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の診療情報を閲覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合も算定可能か。

(答) 算定不可。

(問106) 保険医療機関が、同一月に同一患者について、同一の紹介先保険医療機関に診療情報提供書を複数回提供した場合には、月1回に限り診療情報提供料（I）の算定が可能だが、例えば月2回目以降の情報提供など、当該保険医療機関において診療情報提供料（I）が算定できない場合であっても、診療情報提供書の提供を受ける際に検査結果等の診療情報のうち主要なものを電子的方法により提供された紹介先保険医療機関において、当該検査結果等を診療に活用した場合には、その都度、電子的診療情報評価料を算定できるか。

(答) 算定不可。検査結果等の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料（I）を算定する他の保険医療機関からの1回の診療情報提供に対し、1回限り算定する。

【薬剤情報提供料】

(問107) 区分番号「B011-3」薬剤情報提供料について、電子版の手帳であって、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）の「第三 運営事業者等が留意すべき事項」を満たした手帳を保有する患者が医療機関を受診した際、当該手帳の内容を一元的に情報閲覧できる仕組みが利用できない医療機関では、

- ① どのように手帳の内容を確認することになるのか。
- ② 注2に規定する手帳記載加算は算定できるのか。

(答) ① 患者からお薬手帳の情報が含まれる電子機器の画面を見せてもらう

等の方法により、服薬状況を確認すること。なお、患者の保有する電子機器を直接受け取って閲覧等を行おうとすることは、患者が当該電子機器を渡すことを望まない場合もあるので、慎重に対応すること。

- ② 当面の間、この様な場合に限って、当該情報が記載されている文書（シール等）を交付することで手帳記載加算を算定できることとする。なお、保険薬局（電子版の手帳を提供した保険薬局等）においては、当該患者が来局した場合、当該医療機関が提供した文書の情報を電子的に手帳に入力するなど、電子版の手帳で一元的に管理できるよう対応すること。

【在宅医療のみを実施する保険医療機関】

(問108) 「在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機関の指定の取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第16号）において、保険医療機関の指定に当たっては、外来応需の体制を有することが必要であるが、在宅医療のみを実施する医療機関であっても、所定の要件を満たすことが確認できる場合にあっては保険医療機関としての指定が認められる旨示されたが、これまで外来応需の体制を有していた医療機関が在宅医療のみを実施することとした場合、地方厚生（支）局長に対して所定の要件を満たしている旨を報告する必要はあるか。

(答) 在宅医療のみを実施する医療機関については、所定の要件を満たすことが確認できる場合に限って保険医療機関としての指定が認められるものであり、要件を満たしていることを地方厚生（支）局長が確認できるよう報告することが求められる。

【往診料】

(問109) 区分番号「C000」往診料の注3に規定する死亡診断加算について、「死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する」と規定されているが、夜間に死亡した場合であって、死亡診断の結果、前日に死亡していると判断された場合に、当該加算を算定できるか。

(答) 算定できる。

(答) 算定できない。

【画像診断管理加算】

(問125) 画像診断管理加算について、夜間又は休日に撮影された画像を、当該専ら画像診断を担当する医師が、当該保険医療機関以外の場所で読影及び診断を行い、その結果を報告する場合、読影、診断及び報告は夜間又は休日以外の時間帯でも算定は可能であるか。

(答) 算定可能である。

【処方料】

(問126) 注11に掲げる外来後発医薬品使用体制加算は、薬剤師がいない診療所であっても算定できるか。

(答) 薬剤師がいない場合であっても、薬剤部門に医師等が配置され（兼務も可能）、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえて後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていれば算定できる。

(問127) 診療報酬改定等により処方せん様式が改正された場合、改定後に従前の様式を使用することはできないのか。

(答) 改正後の処方せん様式に係る必要事項が記載されていれば、従前の様式を取り繕って使用しても差し支えない。

なお、従前の処方せん様式の在庫が残っている保険医療機関において、既にある従前の様式をそのまま使用することも差し支えない。

【投薬】

(問128) 湿布薬については、1処方につき70枚の制限となっているが、「70枚」の判断は、湿布薬の種類ごとに70枚ではなく、処方された湿布薬全体の合計枚数が70枚という理解でよいか。

(答) そのとおり。

(問129) 「疑義解釈資料の送付について (その10)」 (平成26年10月10日事務連絡) において、「1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬の投薬を行った場合、同一処方したその他の薬剤を含む全ての内服・頓服・外用に係る薬剤料を所定点数の100分の80に相当する点数で算定することになるのか。」との間に「そのとおり。」と答えているが、平成28年度診療報酬改定により、100分の80に相当する点数で算定することになる薬剤料の範囲は抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬に限定されるのか。

(答) そのとおり。

(問130) 例えば、抗不安薬3種類、抗精神病薬1種類、睡眠薬1種類を1回に処方されていた場合、抗不安薬だけでなく、抗精神病薬、睡眠薬についても、薬剤料が所定点数の100分の80に相当する点数で算定するのか。

(答) そのとおり。

(問131) 処方料等について、「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」を別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出ることになっているが、届け出た医師が退職した場合、要件を満たさなくなった場合等は、その都度、改めて届け出ることが必要か。

(答) そのとおり。

(問132) 区分番号「F200」薬剤料の注2(向精神薬多剤投与の場合の100分の80減算)について、1剤(服用時点、服用回数が同じもの)に向精神薬とそれ以外が混在する場合、どのように計算するか。

(答) 以下の例のとおり。

<p>* 向精神薬A 79.3円 向精神薬B 184.4円 向精神薬C 20.4円 向精神薬以外 5.6円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤単位に求める点数 $79.3+184.4+20.4+5.6=289.7$円→29点 ・向精神薬の点数 $79.3+184.4+20.4=284.1$円→28点 ・向精神薬以外の点数 $29-28=1$点 ・薬剤料の逡減 $28 \times 0.8=22.4$→22点 ・逡減後の剤の合計点数 $22+1=23$点
<p>* 向精神薬D 164.4円 向精神薬E 61.0円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤単位に求める点数 $164.4+61.0=225.4$円→23点 ・向精神薬の点数 $164.4+61.0=225.4$円→23点 ・薬剤料の逡減 $23 \times 0.8=18.4$→18点 ・逡減後の剤の合計点数 18点
<p>* 向精神薬以外252.8円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤単位に求める点数 252.8円→25点
<p>* 向精神薬F 365.9円</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤単位に求める点数 365.9円→37点 ・向精神薬の点数 365.9円→37点 ・薬剤料の逡減 $37 \times 0.8=29.6$→30点 ・逡減後の合計点数 30点
	<p>薬剤料合計 $23+18+25+30=96$点</p>

【明細書無料発行】

(問206) 自己負担のない患者への明細書は、患者から求めのない場合も発行しなければならないのか。

(答) 患者から求めのない場合は発行する必要はない。なお、患者が希望する場合には自己負担のない患者にも明細書を無料発行する旨、院内掲示により予め周知すること。

(問207) 明細書の無料発行は、がん未告知の患者に対しても必要なのか。

(答) 患者から希望があれば明細書を無料発行する旨や、明細書には使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載される旨を院内掲示した上で、患者から求めがあった場合には発行が必要である。

(問208) 自己負担のない患者に明細書を発行しない場合、区分番号「A001」再診料の「注11」明細書発行体制等加算（1点）は算定可能なのか。

(答) 自己負担のない患者に明細書を発行しなくて良い正当な理由に該当しない限り、算定できない。

(問209) 公費負担医療であれば、全て今回の明細書無料発行の対象となるのか。例えば、生活保護受給者は対象となるのか。

(答) 費用負担が全額公費により行われる場合を除き、対象となる。生活保護については、健康保険と公費併用のものは対象となる。

(問210) 経過措置の対象となる「正当な理由」とは具体的にどのような場合か。

(答) ① 一部負担金等の支払がない患者に対応した明細書発行機能が付与

されていないレセコンを使用している場合、② 一部負担金等の支払がない患者への明細書発行を行うに当たり、自動入金機の改修が必要な場合が経過措置の対象となる。

【治験】

(問211) 治験に係る診療を保険外併用療養費の支給対象としているのは、どのような趣旨からであるのか。

(答) 治験に係る診療については、患者に対する適切な情報提供により患者の自由な選択と同意がなされた上で、医療としての質、治験の科学的な質等が確保されていることを前提として、当該治験に参加している患者の診療に係る費用について、医療保険制度と治験依頼者及び自ら治験を実施する者の適切な費用分担を図る観点から、評価療養費として、保険外併用療養費の支給になじむ部分について医療保険制度から委託するものであり、その支給対象となる診療の範囲について明確化するとともに、保険請求上の取扱いの簡素化を図り、かつ恣意性を排除する観点から、診療報酬点数表上の各部ごとの項目によることとしているものである。なお、治験に係る保険外併用療養費の取扱いについては、これまでは「治験に係る診療の特定療養費化について」（平成9年1月31日医療課事務連絡）により示してきたところであるが、今後は本疑義解釈資料によらねたいこと。

(問212) 医薬品の治験において、保険外併用療養費の支給対象となる「当該治験を実施した期間」とは具体的にどのような期間を指すのか。

(答) 当該治験を実施した期間（以下「治験実施期間」という。）とは、「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」（平成9年厚生省令第28号）第2条第7項に規定する治験薬の投与を開始した日から、投与を終了した日までをいう。

<参考・医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（抜粋）>

第二条

5 この省令において「被験薬」とは、治験の対象とされる薬物又は製造販売後臨床試験の対象とされる医薬品をいう。

調剤報酬点数表関係

【調剤基本料】

(問1) 同一グループ内の処方せん受付回数の合計が1月に4万回を超えるグループが新規に開設した保険薬局については、新規指定時における調剤基本料の施設基準の届出時には同一グループ内の処方せん受付回数が1月に4万回を超えるグループに属しているものとして取り扱うことでよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問2) 新規に指定された保険薬局(遡及指定が認められる場合を除く。)が、新規指定時に調剤基本料の施設基準を届出後、一定期間を経て、処方せん受付回数の実績の判定をした際に、算定している調剤基本料の区分が変わらない場合は、施設基準を改めて届け出る必要はないと考えてよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、新規指定時に届け出た調剤基本料の区分から変更になった場合は速やかに届け出ること。

(問3) 既に指定を受けている保険薬局がある薬局グループに新たに属することになり、その結果、調剤基本料3の施設基準の要件に該当することになった場合は、年度の途中であっても調剤基本料の区分を変更するための施設基準を改めて届け出る必要があるか。

(答) 既に指定を受けている保険薬局としては、調剤基本料は4月1日から翌年3月末日まで適用されているので、同一グループに新たに所属したことをもって改めて届け出ることには不要であり、所属する前の調剤基本料が算定可能である。なお、次年度の調剤基本料の区分は、当年3月1日から翌年2月末日までの実績に基づき判断し、現在の区分を変更する必要がある場合は翌年3月中に調剤基本料の区分変更の届出を行うこと。

(問4) 同一グループ内の処方せん受付回数を計算する際、2月末時点に所属する保険薬局のうち、前年3月1日以降に所属することになった保険薬局については、処方せん受付回数を計算する際に同一グループに所属する以前の期間も含めて

計算することでよいか。

(答) 貴見のとおり。前年3月1日から当年2月末の処方せん受付回数をもとに計算すること。

(問5) 不動産の賃貸借取引関係について、同一グループの範囲の法人が所有する不動産を保険医療機関に対して賃貸している場合は対象となるという理解でよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問6) 同一グループの確認はどのようにするのか。

(答) 同一グループの範囲については、保険薬局の最終親会社等に確認を行い判断すること。また、当該最終親会社等にあっては、保険薬局が同一グループに属していることを確認できるよう、グループ内の各保険薬局に各グループに含まれる保険薬局の親会社、子会社等のグループ内の関係性がわかる資料を共有し、各保険薬局は当該資料を保管しておくこと。

(問7) 不動産の賃貸借の取引を確認する際、名義人として対象となる開設者の近親者とはどの範囲を指すのか。

(答) 直系2親等、傍系2親等を指す。

(問8) 不動産の賃貸借取引関係を確認する範囲は「保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるもの」とされているが、薬局の建物のほか、来局者のための駐車場（医療機関の駐車場と共有している場合も含む。）も含まれるのか。

(答) 含まれる。

(問9) 調剤基本料の注1ただし書きに規定する施設基準（特例対象からの除外要件）について、薬剤師1人当たり月100回以上の算定とあるが、100人という意味か、それとも患者が同一月に複数回来局して算定した場合には、複数回カウントしてよいか。

(答) 患者数ではなく、実際に算定した回数として計算すること。

(問10) 調剤基本料の注3におけるかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務の算定回数について、処方せん受付1回につき複数項目を算定した場合は、算定項目ごとに回数をカウントしてよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問11) 調剤基本料の注3におけるかかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務の算定回数について、「平成28年3月1日から3月末日においては、改定前の区分番号に相当する内容の算定回数で計算する」と規定されているが、改定前の区分番号に相当する点数については、それぞれ以下のとおりと理解してよいか。

- ・「重複投薬・相互作用等防止加算」→「重複投薬・相互作用防止加算
- ・「服薬情報等提供料」→「長期投薬情報提供料1」、「長期投薬情報提供料2」
又は「服薬情報等提供料」

(答) 貴見のとおり。

(問12) 調剤基本料の注3（所定点数の100分の50に相当する点数により算定）に該当する保険薬局は、基準調剤加算を算定することが可能か。また、当該保険薬局の薬剤服用歴管理指導料についてはどのように取り扱えばよいか。

(答) 基準調剤加算は算定できない。薬剤服用歴管理指導料については、注1のただし書きに該当する保険薬局として取り扱うので50点を算定する。

(問13) 特定の保険医療機関に係る処方せん受付回数及び特定の医療機関に係る処方せんによる調剤の割合（集中率）の計算について、調剤基本料の施設基準に規定されている処方せんの受付回数に従い、受付回数に数えない処方せんを除いた受付回数を用いることでよいか。

(答) 貴見のとおり。

【分割調剤】

(問14) 同一医療機関で複数の診療科から発行された処方せんを同時に受け付けた際に、ある診療科からの処方せんは分割指示があり、他の診療科の処方せんでは

分割指示がない場合、調剤報酬の算定はどのように取り扱うべきか。

(答) 通常、同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合は受付回数を1回とするが、分割指示の処方せんが含まれる場合に限っては、同時に受け付けた場合であっても、分割指示の処方せんとして1回、分割指示のない処方せんとして1回のように、処方せんごとに別で取り扱い、それぞれの受付ごとに調剤報酬を算定して差し支えない。

なお、このような事例については、特定の診療科の処方せんのみ分割調剤することが妥当かどうか確認の上、医師に疑義照会するなど必要な対応を行うこと。

(問15) 上記の際に、分割指示の処方せんが複数あり、分割指示の方法（分割回数や期間）が異なる場合、どのように取り扱うべきか。

(答) 分割指示が異なる場合は、分割調剤の方法が異なることにより、患者が適切に服薬できるか等の妥当性を確認の上、医師に疑義照会するなど必要な対応を行うべきである。

(問16) 調剤基本料の「注8」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば2回目の調剤時に、残薬や副作用が確認され、医師に疑義照会して2回目以降の処方内容が変更された場合、重複投薬・相互作用等防止加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定は可能と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、当該分割調剤時に算定できる点数は、重複投薬・相互作用等防止加算又は在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含んだ技術料の合計の2分の1又は3分の1の点数を算定する。

(問17) 調剤基本料の「注8」の医師の指示に伴う分割調剤について、例えば、分割指示が3回で、1回目は時間外加算の対象、2回目は時間外加算の対象外、3回目は時間外加算の対象の場合、どのように算定することになるか。

(答) それぞれの分割調剤を実施する日に、当該処方せんについて分割調剤を実施しない場合に算定する点数（調剤基本料及びその加算、調剤料及びその加算並びに薬学管理料）を合算した点数の3分の1に相当する点数を算定する。したがって、調剤時に時間外加算の要件を満たす場合には、当該加算も合算した点数に基づき算定することになる。

【具体例】(90日分処方 → 30日×3回の分割指示、調剤時には一包化を行う)

※薬剤料は調剤した分を算定

〈1回目〉 ※時間外加算を含めて合算する。

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	(90日分)	
・一包化加算	220点	(90日分)	
・ 時間外加算	160点		
・薬剤服用歴管理指導料	50点		
計	590点	$\times 1/3 = 196.66 \dots \approx 196$ 点	+ 薬剤料(30日分)

〈2回目〉

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	(90日分)	
・一包化加算	220点	(90日分)	
・薬剤服用歴管理指導料	38点		
・服薬情報等提供料	20点		
計	438点	$\times 1/3 = 146$ 点	+ 薬剤料(30日分)

〈3回目〉 ※時間外加算を含めて合算する。

・調剤基本料	41点		
・基準調剤加算	32点		
・調剤料（1剤の場合）	87点	(90日分)	
・一包化加算	220点	(90日分)	
・ 時間外加算	160点		
・薬剤服用歴管理指導料	38点		
・服薬情報等提供料	20点		
計	598点	$\times 1/3 = 199.33 \dots \approx 199$ 点	+ 薬剤料(30日分)

【基準調剤加算】

(問18) 基準調剤加算の算定要件に「当該保険薬局の開局時間は、平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局していること」とあるが、祝日を含む週（日曜始まり）については、「週45時間以上開局」の規定はどのように取り扱うのか。

(答) 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日並びに1月2日、3日、12月29日、12月30日及び31日が含まれる週以外の週の開局時間で要件を満たすか否か判断すること。

(問19) 基準調剤加算の算定要件について、「土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局」とあるが、「一定時間以上」は具体的に何時間必要か。

(答) 基準調剤加算の開局時間の要件は、特定の医療機関の診療時間にあわせるのでは

なく、地域住民のため、必要なときに調剤応需や相談等に応じられる体制を評価するために定めたものである。平日は毎日1日8時間以上の開局が必要であるが、土曜日又は日曜日の開局時間に関しては、具体的な時間数は規定しない。ただし、算定要件を満たすためだけに開局するのではなく、地域の保険医療機関や患者の需要に対応できる開局時間を確保することが必要である。

(問20) 基準調剤加算の算定要件について、在宅の実績は年間1回でも算定実績があれば要件を満たしていると理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

(問21) 基準調剤加算の算定要件について「患者のプライバシーに配慮していること」とされているが、具体的にはどのような対応が必要となるのか。

(答) 患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないように配慮する必要がある。具体的には、複数のカウンターがある保険薬局はその両サイドをパーティションで区切ることが考えられる。また、カウンターと待合室との距離が短い場合は十分な距離を確保することや、会話が他の患者に聞こえないような対策をとるなど、やりとりが漏れ聞こえないような対応が必要となる。

【調剤料】

(問22) 自家製剤加算について「調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できないこと」とされているが、以下のような場合も同様に算定できないと理解してよいか。

RP A錠200mg 1回1.5錠 疼痛時服用

(注 A錠と同一有効成分の100mg規格は薬価基準に収載されていないが、300mg規格が収載されている。)

(答) この場合、200mg錠を1.5錠調剤したとしても、同量に相当する300mg錠があるので算定不可。

【薬剤服用歴管理指導料】

(問23) 薬剤服用歴管理指導料「1」について、「原則過去6月内に処方せんを持参した患者」とあるが、「6月内」の判断については、診療報酬改定前である

平成28年3月31日以前の来局についても対象となるか。

(答) 貴見のとおり。

(問24) 薬剤服用歴管理指導料「1」について、「原則過去6月内に処方せんを持参した患者」とあるが、6月を超えた処方せんであっても、当該指導料を算定するのはどのようなケースか。

(答) 1回の投薬が6ヶ月を超える場合の次回来局時などが考えられる。

(問25) 手帳を持参していない患者に対して、患者から求めがなければ手帳に関する説明をしなくても50点を算定可能か。

(答) そのような患者については、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者が手帳を用いない場合はその旨を薬剤服用歴の記録に記載することとしているため、手帳に関する説明を全くしていない場合は薬剤服用歴管理指導料を算定してはならない。

(問26) 乳幼児服薬指導加算について、「指導の内容等について、手帳に記載すること」とされているが、手帳を持参していない患者に対して、手帳を交付又は手帳に貼付するシール等を交付した場合であっても、当該加算を算定できると理解してよいか。

(答) 乳幼児服薬指導加算については、手帳を利用しているが手帳を持参し忘れた患者にはシール等を交付することでよいが、手帳を利用していない患者に対しては手帳を交付した場合に算定できるものであること。

なお、シール等を交付した患者が次回以降に手帳を持参した場合は、当該シール等が貼付されていることを確認すること。

(問27) 薬剤情報提供料(医科)の手帳記載加算や、薬剤服用歴管理指導料(調剤)の算定に当たっては、薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳(経時的に薬剤の記録が記入でき、必要事項を記録する欄があるもの)を用いることとされているが、算定のために必須のこれらの欄に加えて、医療・介護サービスを提供する事業者等による情報共有及び連携のため、患者自らの健康管理に必要な情報の記録(患者の状況・治療内容・サービス提供の状況等)を含めて総合的に記載することができる手帳についても、当該手帳として用いても差

し支えないか。

(答) 差し支えない。

(問28) 患者が電子版の手帳を持参してきたが、保険薬局が提携している電子版の手帳の運営事業者と患者が利用する電子版の手帳の運営事業者が異なる場合や運営事業者と提携していない保険薬局の場合など、薬剤師が薬局の電子機器等から患者の手帳の情報を閲覧できない場合はどのようなになるのか。

(答) 電子版の手帳については、「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）の「第二 提供薬局等が留意すべき事項」の4（2）に規定する一元的に情報閲覧できる仕組みが公益社団法人日本薬剤師会より提供されているので（平成28年4月1日より）、当該仕組みの活用により、患者から手帳の情報が含まれる電子機器の画面を直接閲覧することなく情報把握することを原則とする。

このような仕組みが活用できない保険薬局においては、受付窓口等で患者の保有する手帳情報が含まれる電子機器の画面を閲覧し、薬剤服用歴に必要情報を転記した場合に限り、薬剤服用歴管理指導料を算定可能とする。この際、患者の保有する電子機器を直接受け取って閲覧等を行おうとすることは、患者が当該電子機器を渡すことを望まない場合もあるので、慎重に対応すること。

なお、このような方法で情報を閲覧等できない場合は、患者が手帳を持参していない場合の点数（50点）を算定するのではなく、薬剤服用歴管理指導料自体が算定できないことに留意すること。

(問29) 上記の保険薬局において、手帳に記載すべき情報はどのように提供すべきか。

(答) 「お薬手帳（電子版）の運用上の留意事項について」（平成27年11月27日薬生総発第1127第4号）で示しているとおり、QRコード等により情報を提供すること。

【重複投薬・相互作用等防止加算】

(問30) 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の算定対象の範囲について、「そのほか薬学的観点から必要と認める事項」とあるが、具体的にはどのような内容が含まれるのか。

(答) 薬剤師が薬学的観点から必要と認め、処方医に疑義照会した上で処方に変更された場合は算定可能である。具体的には、アレルギー歴や副作用歴などの情報に基づき処方変更となった場合、薬学的観点から薬剤の追加や投与期間の延長が行われた

場合は対象となるが、保険薬局に備蓄がないため処方医に疑義照会して他の医薬品に変更した場合などは当てはまらない。

(問31) これまでの「重複投薬・相互作用防止加算」では、同一医療機関の同一診療科の処方せんについて処方変更があったとしても算定できないとされていたが、平成28年度診療報酬改定で見直した「重複投薬・相互作用等防止加算」及び「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」については、同一医療機関の同一診療科から発行された処方せんであっても、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は算定可能と理解してよいか。

(答) 「重複投薬・相互作用等防止加算」及び「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」は、薬学的観点から必要と認められる事項により処方に変更された場合には算定可能としているので、上記の内容も含め、これまで算定できないとされていた「薬剤の追加、投与期間の延長」等であっても、要件に該当するものについては算定可能である。

【特定薬剤管理指導加算】

(問32) 薬効分類上の「腫瘍用薬」、「不整脈用剤」、「抗てんかん剤」に該当するが他の効能も有する薬剤については、それぞれ、「悪性腫瘍」、「不整脈」、「てんかん」の目的で処方され、必要な指導等を実施した場合に限り算定可能と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、対象薬剤の一覧については、厚生労働省のホームページに掲載している。

<http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/>

【かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料】

(問33) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の患者の同意取得について、例えば、患者が最初に来局した際にアレルギー歴や後発医薬品を使用することの意向等を確認するアンケートの中でかかりつけ薬剤師についても意向を確認した場合、そのアンケートの署名をもって同意を取得したことになるのか。

(答) アンケートを行う際に、アンケートとは別に、かかりつけ薬剤師を選択することの意向確認を行うことは差し支えないが、同意の取得に当たっては、かかりつけ薬剤師の業務内容、かかりつけ薬剤師を持つことの意義、役割等について、当該指導

料を算定しようとする薬剤師が改めて説明した上で、かかりつけ薬剤師に対する患者の同意を取得する必要がある。また、アンケートへの署名ではかかりつけ薬剤師の同意を取得したことにならないので、別途、かかりつけ薬剤師への同意に係る署名であることが明確にわかるようにすること。

(問34) 患者がかかりつけ薬剤師を別薬局の薬剤師に変更する場合はどのような対応が必要になるか。

(答) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、同一月内は同じ薬剤師により算定することが必要である。このため、患者の希望によりかかりつけ薬剤師を変更する場合、変更後のかかりつけ薬剤師は、変更前の算定状況を患者に確認して、算定可能となる時期（変更前のかかりつけ薬剤師が算定していた翌月以降）に留意して対応すること。この場合、変更前後の薬局においては、薬剤服用歴の記録に、かかりつけ薬剤師が変更された旨記載しておくこと。

なお、かかりつけ薬剤師は頻繁に変更されるものではないが、患者の引っ越し等の理由により、患者が別薬局で新たなかかりつけ薬剤師を選択する場合も想定されるため、かかりつけ薬剤師は患者に対して、かかりつけ薬剤師を変更する場合は、その旨を事前に伝えるよう説明しておくこと。

(問35) かかりつけ薬剤師が退職する等の理由で、当該薬局の別の薬剤師に引き継ぎを行う場合、新たなかかりつけ薬剤師として当該薬剤師が継続してかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 同一薬局内であっても、かかりつけ薬剤師を変更する場合には、新たなかかりつけ薬剤師を選択することの患者の同意が必要である。また、同一月内は同じ薬剤師により算定することとしているため、患者の同意を取得する時期も含め、薬局内で円滑に引き継ぎを行うこと。

なお、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は、患者の同意を取得した後の次回処方せん受付時以降に算定可能となるので、患者の同意を得る時期によっては、継続して算定することができない場合があることにも留意すること。

(問36) 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料のいずれを算定するかは、薬局側が選択できるという理解でよいか。

(答) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、患者の同意を得た薬剤師が算定できるものであり、算定要件を満たす場合は患者の同意の下

でいずれかの点数を算定する。それ以外の場合は、算定要件を満たせば薬剤服用歴管理指導料を算定することになる。

(問37) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定要件に「患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝える」とあるが、担当患者に伝える連絡先は、かかりつけ薬剤師が専有する携帯電話等でなければならないか。

(答) 相談に応じる体制は、かかりつけ薬剤師が対応することを原則としているが、やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師による対応でも可能である。したがって、かかりつけ薬剤師又はあらかじめ患者に伝えた当該薬局の別の薬剤師が対応できる連絡先であればよい。

(問38) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する際の患者の同意については、患者本人の同意取得が困難な場合は、介護を行っている家族等の同意でもよいか。

(答) 貴見のとおり。

なお、施設の入所者等に対する患者本人の同意取得については、患者ごとの状況に応じて個別に判断すべきものであり、施設単位でまとめて同意取得すべきではない。

(問39) 特別養護老人ホーム入所者に対して、患者の同意を得た場合、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 特別養護老人ホームに入所している患者に対して、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料は算定できない。施設での適切な服薬管理等を支援するための評価として新設された、薬剤服用歴管理指導料「3」を算定すること。

(問40) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、「保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること」とされているが、病院薬剤師の勤務経験についても勤務実績の期間に含めることは可能か。

(答) 制度が新設された経過的な取扱いとして、当面の間、病院薬剤師としての勤務経験が1年以上ある場合、1年を上限として薬局勤務経験の期間に含めることでよい。
なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の勤

務経験の取扱いも同様である。

(問41) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、別薬局と併任して勤務を行っていた期間であっても、当該期間については在籍期間とみなしてよいか。

(答) 施設基準として当該保険薬局に週32時間以上の勤務を求めていることを踏まえると、在籍期間に関しても勤務要件と同等の当該保険薬局における十分な勤務を前提とするものであり、当該保険薬局において施設基準と同等の十分な勤務時間が必要である。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍期間の取扱いも同様である。

(問42) 保険薬局の在籍・勤務期間に関しては、施設基準の届出時点における直近の連続した在籍・勤務期間になるのか。例えば、3年前に当該保険薬局に「半年間の在籍期間」又「3年間の勤務期間」があれば、それぞれ「当該保険薬局に6月以上の在籍」又は「3年以上の薬局勤務経験」を満たすのか。

(答) 届出時点における直近の連続した在籍・勤務期間が必要となる。例示のような場合は、要件を満たさない。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍・勤務期間の取扱いも同様である。

(問43) 当該保険薬局の在籍・勤務期間中に、育児休暇を取得した場合、育児休暇から復帰して6月又は3年経過しないと「当該保険薬局に6月以上の在籍」「3年以上の薬局勤務経験」を満たさないのか。

(答) 育児休暇の場合は、当該期間を除いた期間が6月又は3年あれば要件を満たすものとする。したがって、育児休暇前に6月以上在籍又は3年以上勤務していれば、育児休暇復帰時点でも要件を満たすことになる。

なお、この考え方については、基準調剤加算の施設基準である、管理薬剤師の在籍・勤務期間の取扱いも同様である。

(問44) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準について、M&Aで店舗を買収した場合、買収前の薬局における在籍期間を買収後の在籍期間に含めることは可能か。

(答) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、当該期間を在籍期間に含めることは可能。

(問45) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準における研修要件について、平成29年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱うこととされているが、施設基準の届出時に研修要件に係る内容の添付は不要と理解してよいか。

(答) 貴見のとおり。

平成29年3月31日以前に当該施設基準の届出をした保険薬局のうち、研修要件に係る内容の添付をしていない保険薬局については、平成29年4月1日以降に継続して当該指導料等を算定する場合は、研修要件に係る内容を添付して改めて施設基準を届け出る必要がある。

なお、平成29年3月31日までの期間であっても、研修要件に係る内容を添付して届出をした保険薬局については、平成29年4月1日以降も継続して当該要件を満たしている場合は新たに届け出る必要はない。

(問46) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料に関する施設基準の研修要件について、「薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること」とされているが、「等」には日本学術会議協力学術研究団体である一般社団法人日本医療薬学会の認定制度は含まれるか。

(答) 含まれる。

(問47) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準として、「医療に係る地域活動の取組に参画していること」とあるが、具体的にはどのような取組が該当するか。

(答) 地域の行政機関や医療関係団体等が主催する住民への説明会、相談会、研修会等への参加や講演等の実績に加え、学校薬剤師として委嘱を受け、実際に児童・生

徒に対する医薬品の適正使用等の講演等の業務を行っている場合が該当する。

なお、企業が主催する講演会等は、通常、地域活動の取組には含まれないと考えられる。

(問48) かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料については、「患者の同意を得た後の次回の処方せん受付時以降に算定できる」とされているが、午前中に処方せんを持参した患者の同意を取得し、午後に当該患者が別の処方せんを持参した場合、かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料を算定することは可能か。

(答) 同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては算定できない。それ以外の場合は、別の受付となるので、午後の処方せん受付時に算定できる。

(問49) 平成28年3月31日以前にかかりつけ薬剤師として患者の同意を得て同意書が作成されていれば、同年4月1日以降の調剤時から当該患者に対して、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料が算定可能と理解してよいのか。

(答) 患者の同意取得及び同意書の作成は平成28年3月31日以前に行ったものについても有効である。なお、4月1日から算定するためには、施設基準の届出を4月14日までにを行うことが必要であるので留意すること。

(問50) 患者の同意を得ていても、来局時に患者が手帳を持参し忘れた場合、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定できないのか。

(答) 手帳を持参し忘れたことのみをもって、当該指導料及び管理料が算定できないものではないが、患者や処方医等から確認すること等により、必要な情報を収集した上で指導等を行う必要がある。

【服薬情報等提供料】

(問51) 服薬情報等提供料について、患者、その家族等へ必要な情報提供、指導等を行った場合は月1回の算定制限がないと考えてよいのか。

(答) 貴見のとおり。

(問52) 服薬情報等提供料について、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には算定できないこととされているが、同一月内でこれらの指導料等を算定していれば、服薬情報等提供料は算定できないのか。

(答) かかりつけ薬剤師指導料等を算定している月であれば、服薬情報等提供料に相当する業務も当該指導料等の中で行うことになるので、服薬情報等提供料は算定できない。