

平成 26 年 4 月 3 日

保険薬局各位

一般社団法人兵庫県薬剤師会
医療保険部

＜平成 26 年度調剤報酬改定に関する Q & A その① 及び保険薬局の施設基準の届出に係る留意事項＞

平素は、本会の会務運営にご協力賜り厚く御礼申し上げます。

今般、厚生労働省より新たな Q&A が発出されましたので、取り急ぎご連絡いたします。

今改定において、※調剤基本料の区分については全保険薬局が報告をすることとされました。

その中で「調剤基本料の特例除外」の薬局においては施設基準としての届出が必須となります。

下記を必ずご確認のうえ、届出及び報告漏れのなきよう、よろしくお願い申し上げます。

【調剤基本料】

(1) 必要書類

①別添 2 (特掲診療料の施設基準に係る届出書)

②様式 8 4 (調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出書添付書類)

※項目 1 「全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合」については、別添をご参照のうえ記載してください。

(2) 留意事項

A) 調剤基本料の特例のロに該当するが、24時間開局を行っている薬局は「調剤基本料の特例除外の施設基準に係る届出」を兵庫県薬剤師会へ平成 26 年 4 月 11 日、(近畿厚生局兵庫事務所へ直接提出する場合は平成 26 年 4 月 14 日) 必着で提出する必要があります。

B) 調剤基本料の特例のイに該当、または調剤基本料の特例のロに該当し、かつ 24 時間開局を行っていない薬局の場合も、「調剤基本料に関する報告」を兵庫県薬剤師会へ平成 26 年 4 月 28 日、(近畿厚生局兵庫事務所へ直接提出する場合は平成 26 年 4 月 30 日) 必着で提出する必要があります。

※C) 上記どちらにも該当しない(通常の調剤基本料を算定している)薬局の場合も「調剤基本料に関する報告」を兵庫県薬剤師会へ平成 26 年 4 月 28 日、(近畿厚生局兵庫事務所へ直接提出する場合は平成 26 年 4 月 30 日) 必着で提出する必要があります。(下記疑義解釈参照)

※平成 26 年 3 月 31 日厚生労働省保険局医療課 疑義解釈 参照

(問) 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。

D) 様式 8 4 の項目の 2 「(参考) 妥結率について」は、現時点では妥結率に係る報告を提出していないので(平成 26 年 10 月中に別様式にて報告を行う必要があります) 空欄で構いません。

【基準調剤加算】

(1) 必要書類

- ①別添 2 (特掲診療料の施設基準に係る届出書)
- ②様式 4 (従事者の名簿)
- ③様式 8 4 の 2 (基準調剤加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類)
- ④様式 8 4 の 2 の項目 1 薬剤服用歴の記録の見本 (1 名分)
- ⑤様式 8 4 の 2 の項目 2 情報の入手手段及び患者等からの連絡を受ける手段の一覧
- ⑥様式 8 4 の 2 の項目 3 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた調剤応需体制の整備状況
- ⑦様式 8 4 の 2 の項目 4 職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書
- ⑧様式 8 4 の 2 の項目 5 在宅での薬学的管理指導に必要な体制の整備状況
※「在宅患者訪問薬剤管理指導料届出済である」「在宅に関する研修会等を受講・実施している」旨を記載してください。
- ⑨様式 8 4 の 2 の項目 6 保険調剤に係る医薬品備蓄リスト (※品名の横に番号をつけ品目数を明確にすること)
- ⑩様式 8 4 の 2 の項目 7 全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合 ※「全処方せんの受付回数並びに主たる保険医療機関に係るものの回数及びその割合」については、別添をご参照のうえ記載してください。
- ⑪様式 8 4 の 2 の項目 8 麻薬小売業者免許証の番号
※今回の改定より、基準調剤加算 1 の申請においても麻薬小売業者免許を取得している必要があります。「(麻薬小売業者免許) 申請中」での基準調剤加算の届出は認められておりませんので、未取得の場合は早急に申請願います。なお、麻薬小売業者免許の取得申請先は兵庫県薬務課薬物対策係となります。
- ⑫様式 8 4 の 2 の項目 9 当該在宅支援連携体制を構築する保険薬局 (※基準調剤加算 1 の申請時のみ)
- ⑬様式 8 4 の 2 の項目 1 0 当該薬局における 2 4 時間の直接連絡を受ける体制
- ⑭様式 8 4 の 2 の項目 1 1 医療材料及び衛生材料の品目リスト (※基準調剤加算 2 の申請時のみ)
- ⑮様式 8 4 の 2 の項目 1 2 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実施状況(※基準調剤加算 2 の申請時のみ)

(2) 留意事項

- A) 既に届出を行っている薬局であっても届出直しが必要です。
- B) 平成 2 6 年 3 月 3 1 日において現に基準調剤加算を算定している保険薬局については、上記②・④⑤⑥の書類を省略できます。(下記疑義解釈参照)

※平成26年3月31日厚生労働省保険局医療課 疑義解釈 参照

(問)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。

- C) 新規に申請を届出る薬局は、上記①～⑬ (基準調剤加算 2 の申請時は⑭⑮も) の書類全てを取揃えてください。
- D) 届出内容に変更のある場合は (1 → 2、2 → 1 の変更を含む)、届出書類を省略する事はできません。上記①～⑬ (及び基準調剤加算 2 の申請時は⑭⑮) の書類を全て取揃えてください。
- E) 薬局の 2 4 時間対応・支援連携体制の記載内容についての疑問点等については、近畿厚生局兵庫事務所 [☎078-325-8925] へお問い合わせください。

【後発医薬品調剤体制加算】

(1) 必要書類

- ①別添 2 (特掲診療料の施設基準に係る届出書)
- ②様式 8 5 (後発医薬品調剤体制加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出書添付書類)

(2) 留意事項

- A) 既に届出を行っている薬局であっても届出直しが必要です。
- B) 平成 2 6 年 1 月～3 月の実績を算出してください。
(※平成 2 6 年 1 月～3 月までの実績を求めるに当たっては、後発医薬品の規格単位数量について、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について(平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号)において後発医薬品調剤体制加算の算定対象となる後発医薬品から除外することとされたものを含めて計算すること。)
- C) 規格単位数量、割合ともに四捨五入等はず、小数点以下の桁数を揃えて記載してください。

【共通事項】

- ・ 基準調剤加算及び後発医薬品調剤体制加算は、必ず「新様式」で届出をしてください。
近畿厚生局兵庫事務所 HP、兵庫県薬剤師会 HP《会員ページ》または《調剤報酬改定ページ》にてダウンロード可能です。また、今回の Q&A についても詳細が掲載されております。
- ・ 正副 2 セットを届出ください。
- ・ 平成 2 6 年 4 月 1 日に遡って算定する場合は平成 2 6 年 4 月 1 1 日 (金) 兵庫県薬剤師会、または平成 2 6 年 4 月 1 4 日 (月) 近畿厚生局兵庫事務所必着で届出をしてください。
ただし、調剤基本料の特例除外規定に該当しない薬局が、その報告を提出する場合に限り、報告期限が平成 2 6 年 4 月 2 8 日 (月) 兵庫県薬剤師会、または平成 2 6 年 4 月 3 0 日 (水) 近畿厚生局兵庫事務所必着となりますのでご注意ください。 (郵便事情もあるので、できる限り早期にご提出ください。)
- ・ 届出期限の翌日 (4 月 1 5 日) 以降に到着した場合は、4 月 1 日に遡って算定をすることは出来ません。
- ・ 届出にあたっては、施設基準に係る「告示・通知」を参照し、施設基準の要件を満たしていることを確認のうえ、届出をしてください。
- ・ 添付書類 (様式 8 4 ・ 8 4 の 2 ・ 8 5) の記載にあたっては、書類中に記載の「記載上の注意」を参照してください。

一般名処方において後発医薬品を調剤しなかった場合のレセプト摘要欄の記載について

平成 2 6 年 3 月 2 6 日 保医発 0 3 2 6 第 3 号 「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正についてにて、一般名処方において後発医薬品を調剤しなかった場合の調剤報酬明細書の摘要欄に記載する理由として、下記のように通知がなされています。

セ 一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合は、その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。

「調剤基本料(様式 8 4 の項目 1)」及び

「基準調剤加算 1・2(様式) 8 4 の 2 の項目 7」の記載について

【調剤基本料】処方せんの受付回数が月 2,500 回超かつ特定の保険医療機関に係るものの割合が 90%を超えるか否か、または処方せんの受付回数が月 4,000 回を超かつ特定の保険医療機関に係るものの割合が 70%を超えるか否かの取扱いについては、下記に準じて行なう。

【基準調剤加算 1・2】

基準調剤加算 1 処方せんの受付回数が月 4,000 回を超える薬局の、特定の保険医療機関に係るものの割合が 70%を超えるか否かの取扱いについては、下記に準じて行なう。

基準調剤加算 2 処方せんの受付回数が月 600 回を超える薬局の、特定の保険医療機関に係るものの割合が 70%を超えるか否かの取扱いについては、下記に準じて行なう。

①前年 2 月末日以前より継続して保険薬局に指定されている薬局

前年 3 月 1 日から今年 2 月末日までの 1 2 か月間に受け付けた処方せんのうち、特定の保険医療機関に係る受付回数が、全ての処方せんの受付回数の 70%又は 90%を超えるか否かで判定

②前年 3 月 1 日から前年 1 1 月 3 0 日までの間に保険薬局に指定された薬局

指定された翌月 1 日から今年 2 月末日までに受け付けた処方せんのうち、特定の保険医療機関に係る受付回数が、全ての処方せんの受付回数の 70%又は 90%を超えるか否かで判定

例、前年 3 月 1 日指定 → 前年 4 月 1 日から今年 2 月末日までの受付回数

前年 4 月 1 日指定 → 前年 5 月 1 日から " "

：

前年 11 月 1 日指定 → 前年 12 月 1 日から " "

③前年 12 月 1 日以降に新規に保険薬局に指定された薬局

指定された翌月 1 日から 3 か月間に受け付けた処方せんのうち、特定の保険医療機関に係る受付回数が、全ての処方せんの受付回数の 70%又は 90%を超えるか否かで判定

例、前年 12 月 1 日指定 → 今年 1 月 1 日から 3 か月間

今年 1 月 1 日指定 → 今年 2 月 1 日から 3 か月間