

第 88 回 調剤事務管理士技能認定試験

(平成 28 年 5 月度)

- ◆学科問題の解答は、「黒鉛筆」を使用してはっきりと、別紙解答用紙（マークシート）に記入して下さい。
- ◆マークシートの記入にあたっては、解答用紙の注意事項に従って下さい。
- ◆実技試験の解答は、「黒ボールペン」を使用して記入して下さい。（消せるボールペンは不可）
- ◆試験問題
 - 学科問題 問 1～問 10
 - 実技問題 問 1 レセプト点検問題
 - 問 2 レセプト作成問題
 - 問 3 レセプト作成問題
- ◆この試験問題は、試験終了後、回収します。

目 次

学科試験問題	1 頁～4 頁
実技試験問題	5 頁～11 頁
実技問題薬価基準表	13 頁

受験番号

氏 名

学科試験問題

問 1. 調剤薬局事務員には、医療従事者として医師・薬剤師と同様に守らなければならない事項があります。厚生労働省通知の「診療情報の提供等に関する指針」の中で定めている義務を1つ選びなさい。

- A. 業務上知り得た「患者及び調剤等の秘密」を他に漏らしてはならない。
- B. 調剤報酬算定に関する通達や情報は、しっかり把握しておかなければならない。
- C. 受付で得られた患者情報は、必要に応じて薬剤師に漏れなく伝えなければならない。
- D. 処方せんの内容を正しく理解し、誤りのない調剤報酬の算定をしなければならない。
- E. 薬剤師が患者に話している薬の情報は、しっかり理解しなければならない。

問 2. 次の文章の (1) ~ (4) に入る最も適切なものを より選びなさい。

薬剤の剤型にはさまざまな種類があり、中でも錠剤が一番多く使用されている。内用薬では口中で噛み砕いて服用する (1) などがあり、外用薬では頬側部の口腔粘膜から吸収される (2)、口中で徐々に溶解させて咽頭などに適用する (3)、舌下部の口腔粘膜から速やかに吸収される (4) などがある。

- | | | | |
|----------|----------|-----------|-----------|
| A. 舌下錠 | B. カプセル剤 | C. チュアブル錠 | D. 含嗽剤 |
| E. トローチ剤 | F. パップ剤 | G. バッカル錠 | H. リニメント剤 |

問 3. グリーン保険調剤薬局において、次の (1) (2) の患者が持参した下記の処方せん 3 枚を同時に受け調剤しました。調剤報酬が次の場合、窓口で徴収する患者負担金額はどれですか。(乳幼児医療費助成制度は考慮外とする)

処方せん受付・調剤月日：平成 28 年 5 月 13 日			
藤の花医院		藤山医師	1,982 点
こいのぼり病院	内科	鯉沼医師	337 点
〃	皮膚科	尾野医師	705 点

- (1) 保険者番号 01020015 で処方せんの備考欄に「6歳」の記載がある被扶養者
- (2) 保険者番号 31270184 の被保険者 (47歳)

- A. 3,020 円
- B. 3,024 円
- C. 6,040 円
- D. 6,048 円
- E. 6,050 円
- F. 9,070 円
- G. 9,072 円
- H. 9,080 円

実技試験問題

算定条件

特別な注意書きがないかぎり次の条件に従います。

- ◆調剤基本料等は、処方せんの記載に準じます。
- ◆薬剤服用歴管理指導料の算定要件を満たしています。
- ◆かかりつけ薬剤師指導料の施設基準届出
- ◆国保の患者の一部負担割合は3割とします。
ただし、処方せんの備考欄に記入がある場合は、その指示に従って判断します。
- ◆開局時間：月曜日～土曜日 9：00～18：00
- ◆休業日：日曜日、祝日、12月31日～1月3日

点検問題処方せん

問1 処方せんをもとに点検問題レセプトの①～④③の各項目を点検し、項目内容が正しければ○、誤りがある場合は×を正誤欄に記入しなさい。又、誤り箇所のある項目については、記入例にならって、すべて正しい内容を記入しなさい。

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	0	6	1	1	0	0	8	4	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	180・200								
患者	氏名	池ヶ谷 結花			保険医療機関の所在地及び名称 青い鳥耳鼻咽喉科						
	生年月日	明大昭平	24年	4月	2日	男	女	電話番号			
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名		森 めい (印)			
交付年月日	平成	28年	5月	7日	処方せんの使用期間	平成	年	月	日	(特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)	
処方	変更不可	〔個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。〕									
		1) セフポドキシムプロキセチルDS 小児用5%「サワイ」 50mg 4.5 分3 毎食後 5日分 2) サールツーシロップ小児用 2% 8mL 発熱疼痛時屯用 6回分 3) セネガシロップ 8mL アニミングシロップ 0.04% 4mL 分3 毎食後 14日分 以下余白									
備考	保険医署名	〔「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕									
		6歳 ※5月7日(土)午後7時緊急受付 ※平成28年4月に処方せんによる調剤実施 ※乳幼児の服用に関する必要な指導を患者の家族に行い、その内容を手帳に記載 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									
調剤済年月日	平成	28年	5月	7日	公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	施設基準：調剤基本料1(届出) 後発医薬品調剤体制加算1(届出)				公費負担医療の受給者番号						
薬剤料	調剤量	薬剤料計	調剤料	加算	小計	薬学管理料	調剤基本料	合計点数			
							患者負担金	円			
							請求金額	円			

問 1 点検問題レセプト

調剤報酬明細書

平成 28 年 5 月分

都道府 薬局コード
県番号

問 1

4 調剤	② 1 社・国 2 公 費	3 後 期 4 退 職	③ 1 単 独 2 2 併 3 3 併	④ 2 本 外 4 六 外 6 家 外	8 高 外 一 0 高 外 7
---------	---------------------	----------------	------------------------------	------------------------------	--------------------

⑤ 保険者 番 号	0 6 1 1 1 0 8 4	給付割合 10 9 8 7 ()
--------------	-----------------	-------------------------

⑥ 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	180・20
---------------------------	--------

公担者 番号①		公担者 番号②		公担者 番号③		公担者 番号④		公担者 番号⑤		公担者 番号⑥		公担者 番号⑦		公担者 番号⑧		公担者 番号⑨		公担者 番号⑩	
------------	--	------------	--	------------	--	------------	--	------------	--	------------	--	------------	--	------------	--	------------	--	------------	--

⑦ 氏 名 池谷 結花
 1男 2女 1明 2大 3昭 4平 24・4・2 生
 職務上の事由 1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害

特記事項
 保険薬
局の所
在地区
及び名
称

⑧ 青い鳥耳鼻咽喉科

⑨ 都道府 1 1 点数表 1 医療機関 × × × ○ × × ○
 番号 番号 番号 番号
 ⑩ 1 森 めい
 2.
3.
 ⑪ 1 回
 回 回
 回数 回数

⑫ 医師 番号	処方月日 ⑮	調剤月日 ⑱	処 方 ⑲ 医薬品名・規格・用量・剤形・用法	単 位 薬 剤 料 ⑳ 点	調 剤 数 量 ㉑	調 剤 報 酬 点 数			公 費 分 点 数
						調 剤 料 ㉒ 点	薬 剤 料 ㉓ 点	加 算 料 ㉔ 点	
1	5・7	・	⑳ 「内服」 セフポドキシムプロキセチル DS 50mg 4.5 分 3 毎食後服用	18	5	0	90	計 45	
1	5・7	・	㉑ 「屯服」 サールーツシロップ小児用 2% 2% 8mL 発熱疼痛時屯用	4	6	21	24	計 35	
1	5・7	・	㉒ 「内服」 セネガシロップ 8mL アニミングシロップ 0.04% 4mL 分 3 毎食後服用	15	14	63	210	計 35	

⑬ 摘 要	⑳ 請 求 点	㉑ 決 定 点	一部負担金額 円	調剤基本料 点	時間外等加算 点	薬学管理料 点
	654			㉒ 基A 43	㉓ 夜 40	㉔ 薬A乳 48
公費①	点	点	円	点	点	点
公費②	点	点	円	点	点	点

レセプト作成問題

問2-①

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号				保険者番号		200170	
公費負担医療の 受給者番号				被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号		217・10105	
患者	氏名	香川 幸四郎		保険医療機関の 所在地及び名称		さくやま医院	
	生年月日	明大 30年 2月 24日 (男) 女		電話番号			
	区分	被保険者		被扶養者		保険医氏名 佐久山 はるか (印)	
		都道府県 番号	20	点数表 番号	1	医療機関 コード	○○○××△△
交付年月日		平成 28 年 5 月 12 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日 (特に記載のある場合を除き、 交付の日を含めて4日以内に 保険薬局に提出すること)	
処方	変更不可	〔 個々の処方薬について、後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更にし支えがあると判断した場 合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。 〕					
		<p>1) ゼンアスピリン錠100 100mg 1T パリエット錠 10mg 1T グラクティブ錠 50mg 1T 分1 朝 n.d.E. 10日分</p> <p>2) カルベジロール錠10mg「TCK」 10mg 2T 分2 朝・夕 n.d.E. 14日分</p> <p>3) リピトール錠 5mg 1T アパプロ錠 50mg 1T 分1 朝 n.d.E. 21日分</p> <p>4) メトグルコ錠 250mg 2T 分2 朝・夕 n.d.E. 14日分 上記一包化</p> <p>5) (般) リラナフタートクリーム 20g <ゼフナートクリーム2% 10g 2本> 1日1回~2回 患部に塗布</p>					
備考	保険医署名 [「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、 署名又は記名・押印すること。]						
	※特に安全管理が必要な糖尿病用剤 (グラクティブ錠・メトグルコ錠) について必要な指導を行う ※平成 28 年 4 月に処方せんによる調剤実施 ※(般) リラナフタートクリームは一般名処方のため、患者が選択した < > の医薬品で調剤						
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応 (特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供						
調剤済年月日		平成 28 年 5 月 12 日		公費負担者番号			
保険薬局の所 在地及び名称 保険薬剤師氏名		施設基準: 調剤基本料1 (届出) 後発医薬品調剤体制加算2 (届出)		公費負担医療 の受給者番号			
薬剤料	調剤 数量	薬剤料計	調剤料	加算	小計	薬学管理料	調剤基本料
							合計点数
							患者負担金 円
							請求金額 円

レセプト作成問題

問2-②

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号				保険者番号				200170												
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				217・10105												
患者	氏名	香川 幸四郎			保険医療機関の所在地及び名称				さくやま医院											
	生年月日	明大 平	30年	2月24日	男・女	電話番号				保険医氏名				佐久山 はるか ㊞						
	区分	被保険者			被扶養者				都道府県番号	20	点数表番号	1	医療機関コード	○	○	○	×	×	△	△
交付年月日		平成 28 年 5 月 21 日			処方せんの使用期間		平成 年 月 日				<small>(特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)</small>									
処方	変更不可	<small>(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)</small>																		
		1) ゼンアスピリン錠100	100mg	1T																
			パリエット錠	10mg	1T															
			グラクティブ錠	50mg	1T	分1	朝	n.d.E.												21日分
			2) カルベジロール錠10mg「TCK」	10mg	2T	分2	朝・夕	n.d.E.												14日分
			3) リピトール錠	5mg	1T															
			アバプロ錠	50mg	1T	分1	朝	n.d.E.												10日分
		4) メトグルコ錠	250mg	2T	分2	朝・夕	n.d.E.												14日分 上記一包装	
		5) ゼフナートクリーム2%	10g	2本	1日	1回~2回													患部に塗布	
		6) プロチゾラム錠0.25mg「ワ」	0.25mg	1T	5回分														不眠時就寝前屯用	
備考	保険医署名 <small>(「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)</small>																			
	※5/21(土)14時受付 ※特に安全管理が必要な糖尿病用剤(グラクティブ錠・メトグルコ錠)について必要な指導を行う																			
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「✓」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供																			
調剤済年月日		平成 28 年 5 月 21 日			公費負担者番号															
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		施設基準:調剤基本料1(届出) 後発医薬品調剤体制加算2(届出)			公費負担医療の受給者番号															
薬剤料	調剤数	薬剤料計	調剤料	加算	小計	薬学管理料		調剤基本料		合計点数										
								患者負担金		円										
								請求金額		円										