

精神科医療関連制度基礎テキスト

第7章 特掲診療料「投薬」

1. 特掲診療料「投薬」の概要

外来患者(院外処方の場合)

※1 向精神薬多剤投与とは、1回の処方において、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上投与した場合

処方せん料	処方せん交付1回	① 向精神薬多剤投与 ※1	30点
		② 7種類以上	40点
		③ ①・②以外 ※5	68点
		一般名処方加算	+2点
		乳幼児加算	+3点
		抗悪性腫瘍剤処方管理加算 ※2	+70点
		特定疾患処方管理加算 ※3	

外来患者(院内処方の場合)

※2 化学療法の経験を5年以上有する常勤医が1名以上勤務している許可病床数200床以上の保険医療機関で、抗悪性腫瘍剤の危険性等を文書で説明を行い、投薬を行った場合に算定可(月1回)

処方料	① 向精神薬多剤投与 ※1	処方1回	20点	+	調剤料	内服、浸煎薬、頓服薬	処方1回	9点	+	薬剤料	+	調剤技術基本料 ※4	月1回	8点
	② 7種類以上		29点			外用薬	処方1回	6点						
	③ ①・②以外 ※5		42点			麻薬等調剤加算	1処方	+1点						
	麻薬等加算	+1点												
	乳幼児加算	+3点												
	抗悪性腫瘍剤処方管理加算 ※2	+70点												
特定疾患処方管理加算 ※3														

① 紹介率等の低い大病院の減算規定に該当し30日以上投薬した場合は薬剤料を40%減額
 ② 向精神薬多剤投与に該当する場合は抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・抗精神病薬の薬剤料を20%減額
 ③ 7種類以上の処方に該当する場合は薬剤料を10%減額

※3 許可病床数200床未満の保険医療機関で、特定疾患(糖尿病等)が主病の患者に対して、28日未満処方:18点(月2回)、28日以上処方:65点(月1回)

処方料	算定不可 (入院基本料に含む)	+	調剤料	入院中の患者に投薬を行った場合	1日	7点	+	薬剤料	+	調剤技術基本料 ※4	月1回	42点		
				麻薬等調剤加算	1日	+1点								
												院内製剤加算	月1回	+10点

※4 同一月に薬剤管理指導料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者は算定不可

※5 紹介率・逆紹介率の低い大病院の減算規定に該当する医療機関が1処方につき30日以上投薬した場合は、所定点数を40%減額

2. 処方料

外来患者に院内で処方を行なった場合は、処方料として1回の処方ごとに42点を算定しますが、薬剤の種類数が7種類以上の場合(投与期間が2週間以内の臨時投与薬剤及び地域包括診療加算(再診料)を算定している場合は除く)は29点に、向精神薬多剤投与の減算規定に該当する場合は20点に、紹介率及び逆紹介率の低い大病院の減算規定に該当する医療機関が1処方につき30日以上の投薬(厚生労働大臣が定める薬剤を除く)を行った場合は所定点数が40%減額されます。

なお、入院患者に対しての処方料は入院基本料に含まれているため算定することはできません。処方料には以下の加算があります。

麻薬等加算	麻薬・向精神薬・覚せい剤原料または毒薬を処方した場合	+1点(1処方)	
乳幼児加算	3歳未満の乳幼児に処方した場合	+3点(1処方)	
特定疾患処方管理加算	診療所又は許可病床数200床未満で、厚生労働大臣が定めた特定疾患(糖尿病等)を主病とする患者に処方した場合	28日未満処方	+18点(月2回)
		28日以上処方	+65点(月1回)※
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	化学療法の経験を5年以上有する常勤医が1名以上勤務している許可病床数200床以上の病院で、抗悪性腫瘍剤の投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等を文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用・副作用管理に基づく処方管理を行った場合	+70点(月1回)	

※特定疾患に対する薬剤の処方期間28日以上の場合のみ算定、18点との同一月併算定は不可

(1) 特定疾患処方管理加算における厚生労働大臣が定めた特定疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリビド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患(経過が慢性なものに限る)、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性肝炎、その他の慢性肝炎、思春期早発症、性染色体異常

(2) 外来後発医薬品使用体制加算 (平成 28 年度改定で新設)

外来後発医薬品 使用体制加算	1	【数量シェアの割合】 「後発医薬品」/「後発医薬品のある先 発医薬品+後発医薬品」	70%以上	+4点/1処方
	2	【規格単位数量】	60%以上70%未満	+3点/1処方

平成28年度改定では、後発医薬品の更なる使用促進を図るため、院内処方を行っている後発医薬品の使用割合の高い診療所に対する後発医薬品の使用体制に係る評価として外来後発医薬品使用体制加算が新設されました。

診療所において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、70%以上の場合は外来後発医薬品使用体制加算1として1処方につき4点を、60%以上70%未満の場合は外来後発医薬品使用体制加算2として1処方につき3点を、所定点数に加算することができます。なお、規格単位数量の割合としては届出時の直近3か月の実績が必要となります。

後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品等については、入院基本料等加算の「後発医薬品使用体制加算」の項目(P86)を参照ください。

施設基準としては、以下の(1)～(3)を満たすことが必要となります。

施設基準	(1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、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、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された診療所 (2) 調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上 (3) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示
------	---

なお、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(兼務も可能)され、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することができます。

3. 調剤料

外来の調剤料は、1回の処方分(医師が1人の患者に1回につき何剤分又は何日分調剤しても1回分、なお外用薬を何種類調剤しても1回分)、について算定することになっています。点数は内服薬、侵煎薬、頓服薬の場合は9点、外用薬の場合は6点です。

入院の調剤料は、内服薬、侵煎薬、頓服薬、外用薬の区分なく一律1日につき7点を算定します。なお、内服薬とは、医師が定期的に服用を指示した処方であり、頓服薬とは臨時に服用を指示した処方です。また、外用薬はトローチ剤、嗅薬、噴霧吸入剤も外用薬の取り扱いとなります。調剤料には下記の加算があります。

麻薬等調剤加算	麻薬・向精神薬・覚せい剤または毒薬を処方した場合	外来: 1点(1処方)
		入院: 1点(1日)

4. 薬剤料

薬剤料は区分ごとの所定単位につき計算しますが、区分ごとの所定単位は下記のようになります。

内服薬、侵煎薬	1 剤 1 日分	1 回に 2 剤以上調剤した場合は、1 剤ごとに 1 日分の点数を算定します。
頓服薬	1 回分	頓服薬として服用する 1 回分のことです。
外用薬	1 調剤	調剤行為 1 回分(1 日調剤量×日数)のことです。

上記区分ごとの所定単位別に下記の計算式で計算します。

薬剤料 = (薬価 - 15 円) / 10 円 + 1 点 (1 点未満は切上げ)

(1) 所定単位当たりの購入価が 175 円以下の取り扱い

医事会計システムの電算化が行なわれておらず、従来から手書き請求が行なわれている医療機関は、届出を行なった上で所定単位当たりの薬価が 175 円以下のものは、診療報酬明細書に薬剤名、及び投与量等の記載を省略することができます。

(2) 多剤投与を行なった場合の薬剤料の取り扱い

1) 7 種類以上の内服薬の投与を行った場合

外来患者に 1 処方につき 7 種類以上 (1 銘柄ごとに 1 種類) の内服薬を院内で処方を行った場合は、薬剤料が 10% 減額となります。薬剤は原則 1 銘柄ごとに 1 種類と数えますが、下記の場合は数種類の処方を行なっても 1 種類とみなされます。

- ・ 散剤、顆粒剤、液剤は、1 銘柄ごとに 1 種類としますが、これらを混合して調剤した場合は 1 種類とします。
- ・ 所定単位 (1 剤 1 日分) 当たりの薬価が 205 円以下の場合は 1 種類とします。

投与期間が 2 週間以内の臨時投与薬剤及び地域包括診療加算 (再診料)、地域包括診療料 (在宅医療) を算定している場合は対象外となります。なお、2 週間を超える薬剤は臨時投与であっても 1 種類とみなされますが、投与中止期間が 1 週間以内の場合は、連続投与期間とみなされます。

2) 向精神薬多剤投与の減算規定に該当する場合 (平成 26 年度改定で新設)

平成 26 年度改定では、抗不安薬・睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬の適切な投薬を推進するため、向精神薬多剤投与の減算規定 (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、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬を投与した場合) が導入されました。さらに、抗精神病薬等の適切な処方を促すため、多剤・大量処方が行われている患者に対する診療報酬上の評価が平成 28 年度改定で見直され、向精神薬を多種類処方した場合の処方料、処方せん料、薬剤料の減算について、減算対象となる「抗うつ薬及び抗精神病薬」の基準が「4 種類以上」から「3 種類以上」に引下げられました。ただし、薬剤料については、1 回の処方において同一処方した全ての薬剤料が 20% 減額されていましたが、平成 28 年度改定では「抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬」の薬剤料に限り 20% 減額されることになりました。

平成 28 年度改定では、以下の (イ) から (ハ) までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を 3 種類若しくは抗精神病薬を 3 種類投与する場合であって (ニ) に該当する場合は、向精神薬多剤投与の減算規定に該当しないことになりました。そのため、(ニ) に該当す

精神科医療情報総合サイト「e-らぼ〜る」

る場合であっても、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投与を行った場合は、多剤投与の減算規定に該当することになります。

向精神薬多剤投与減算規定の除外項目	診療報酬明細書の摘要欄
(イ) 精神疾患を有する患者が当該疾患の治療のため、初めて受診した日に他の医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間	初診日を記載
(ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、すでに投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間(年2回まで)	薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載
(ハ) 臨時に投与した場合(連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のもの) ・投与中止期間が1週間以内の場合は連続する投与とみなす。 ・抗不安薬及び睡眠薬は臨時に投与した場合も種類数に含める。	臨時の投与の開始日を記載
(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」(※)として地方厚生(支)局長に届け出た医師が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合 ※ 「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」とは、以下の①～④の全てを満たし、確認できる文書を添付し地方厚生局(支)長等に届け出た医師 ① 5年以上の臨床経験 ② 3年以上の適切な医療機関における精神科の診療経験 ③ 国際疾病分類「精神及び行動の障害」における全ての診断カテゴリーについて主治医として治療経験 ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修の修了	

(二) については、上記の①～④のすべてを満たし、確認できる文書を添付し地方厚生局(支)長等に届け出ることが必要となります。確認できる文書とは、①～③の項目は日本精神神経学会が認定する精神科専門医であることを証する文書であり、④の項目は日本精神神経学会が認定する研修(e-ラーニング等)を修了したことを証する文書が該当します。

また、向精神薬多剤投与を行った医療機関は、年に1回、6月に受診した外来患者に対する向精神薬多剤投与の状況(6月1日から6月30日)を地方厚生(支)局に毎年7月31日までに報告することになっていました。ところが、平成28年度改定で向精神薬多剤投与を行った医療機関は、平成28年7月以降、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局に「向精神薬多剤投与に係る報告書」(別紙様式40)を用いて報告することになりました。

別紙様式40 向精神薬多剤投与に係る報告書

直近3月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない
対象期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日の3ヶ月間
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数(届出時点)	名

1 向精神薬の投与を受けている患者数、多剤投与を受けている患者数とその内訳(対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者)
※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
	うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②		
	うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④	
名	名	名	名

2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳(対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者)
※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①					
向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤					
	うち、抗不安薬3種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、睡眠薬3種類以上の投与を受けている患者数⑦	うち、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑧		
			うち、抗うつ薬3種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑩	
名	名	名	名	名	名

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※ ⑧/②が10%未満であるか、又は⑧が20名未満である場合、「1002」通院-在宅精神療法(17)のAに掲げる要件を満たす。

精神科医療情報総合サイト「eーらぼ〜る」

なお、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数については、「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）で示された「別紙36」を参考に一般名で計算することになります。

【抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の一般名リスト】 【別紙36から抜粋】

抗不安薬	オキサゾラム、クロキサゾラム、クロラゼパ酸ナトリウム、ジアゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、メダゼパム、ロラゼパム、アルプラゾラム、フルタゾラム、メキサゾラム、トフィソパム、フルトプラゼパム、クロルジアゼポキシド、ロフラゼパ酸エチル、タンドスピロンクエン酸塩、ヒドロキシジン塩酸塩、クロチアゼパム、ヒドロキシジパモ酸塩、エチゾラム、ガンマオリザノール	
睡眠薬	プロモバルレリル尿素、抱水クロラール、エスタゾラム、フルラゼパム塩酸塩、ニトラゼパム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、トリアゾラム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、ロルメタゼパム、クアゼパム、アモバルビタール、バルビタール、フェノバルビタール、フェノバルビタールナトリウム、ペントバルビタールカルシウム、トリクロホスナトリウム、「クロルプロマジン塩酸塩、プロメタジン塩酸塩、フェノバルビタール合剤」、リルマザホン塩酸塩水和物、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩、エスゾピクロン、ラメルテオン、 スボレキサント	
抗うつ薬	クロミプラミン塩酸塩、ロフェプラミン塩酸塩、トリミプラミンマレイン酸塩、イミプラミン塩酸塩、アモキサピン、アミトリプチリン塩酸塩、ノルトリプチリン塩酸塩、マプロチリン塩酸塩、ペモリン、ドスレピン塩酸塩、ミアンセリン塩酸塩、セチプチリンマレイン酸塩、トラゾドン塩酸塩、フルボキサミンマレイン酸塩、ミルナシبران塩酸塩、パロキセチン塩酸塩水和物、塩酸セルトラリン、ミルタザピン、デュロキセチン塩酸塩、エシタロプラムシウ酸塩、 ベンラファキシン塩酸塩	
抗精神病薬	定型薬	クロルプロマジン塩酸塩、クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩、ペルフェナジンフェンジゾ酸塩、ペルフェナジン、ペルフェナジンマレイン酸塩、プロペリシアジン、フルフェナジンマレイン酸塩、プロクロルペラジンマレイン酸塩、レボメプロマジンマレイン酸塩、ピバンペロン塩酸塩、オキシベルチン、スピペロン、スルピリド、ハロペリドール、ピモジド、ゾテピン、チミペロン、フロムペリドール、クロカブラミン塩酸塩水和物、スルトプリド塩酸塩、モサプラミン塩酸塩、ネモナプリド、レセルピン
	非定型薬	リスベリドン、クエチアピンマル酸塩、ペロスピロン塩酸塩水和物(ペロスピロン塩酸塩)、オランザピン、アリピラゾール、ブロナンセリン、クロザピン、バリベリドン

「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）

3) 紹介率等の低い大病院に対する減算規定に該当する場合（平成26年度改定で新設）

紹介率及び逆紹介率の低い大病院の減算規定の対象となる医療機関が1処方につき30日以上の投薬（次頁の厚生労働大臣が定めるア～コの薬剤を除く）を行った場合は薬剤料が40%減額されます。紹介率及び逆紹介率の低い大病院の減算規定の対象となる医療機関の詳細については、第1章「基本診療料（初診料、再診料、外来診療料）」の項目（P2）を参照ください。

【厚生労働大臣が定める薬剤】

ア	薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合
イ	薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合
ウ	薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合
エ	薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全又はその他の卵巣機能不全に対して用いた場合
オ	薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合
カ	薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合
キ	薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合
ク	薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合
ケ	薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合
コ	アからケの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケに該当する疾患に対して用いた場合

(3) 長期入院患者に対する薬剤料の算定上限

特別入院基本料の算定病棟を有する病院は、入院期間が1年を超える入院患者に対して投薬又は注射を行った場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合は除く）の薬剤料は、「220点×その月の入院日数」が上限であり、実際の投薬と注射の薬剤料の合計が超えていても算定することはできません。

※ その他の特定疾患

ベーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症、全身性エリテマトーデス、スモン、再生不良性貧血、サルコイドーシス、筋萎縮性側索硬化症、強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎、特発性血小板減少性紫斑病、結節性動脈周囲炎、潰瘍性大腸炎、大動脈炎症候群、ビュルガー病、天疱瘡、脊髄小脳変性症、クローン病、難治性肝炎のうち劇症肝炎、悪性関節リウマチ、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質核変性症、パーキンソン病）、アミロイドーシス、後縦靭帯骨化症、ハンチントン病、モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）、ウェゲナー肉芽腫症、特発性拡張型（うっ血型）心筋症、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、表皮水疱症、膿疱性乾癬、広範脊柱管狭窄症、原発性胆汁性肝硬変、重症急性膵炎、特発性大腿骨頭壊死症、混合性結合組織病、原発性免疫不全症候群、特発性間質性肺炎、網膜色素変性症、プリオン病、原発性肺高血圧症、神経線維腫症、亜急性硬化性全脳症、バッド・キアリ（Budd-Chiari）症候群、特発性慢性肺血栓塞栓症（肺高血圧型）、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー

(4) 退院時処方に係る薬剤料の取扱い

投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）又は特定入院料（精神療養病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に退院後に在宅で使用するための薬剤（在宅医療に係る薬剤を除く。）を投与した場合は、当該薬剤に係る費用（薬剤料に限る。）は、算定することができます。

(5) ビタミン剤の取り扱い

ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤は、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となっていました。平成24年度改定ではビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定することができなくなりました。

ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師がビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるため、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、以下のような場合が該当します。

- (イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
（例えば、悪性貧血のビタミンB12の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）
- (ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合
- (ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
- (ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合
- (ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

そのため、ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載することが必要です。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載する必要はありません。

(6) 算定上の留意点

1種類とは銘柄別の種類数をいい、1剤とは区分ごと（内服薬、侵煎薬、頓服薬、外用薬）に服用時点及び服用回数（例えば朝昼晩3回投与、1日2回投与、1日就寝前1回等）が同じ薬剤を1くりにした単位のことです。また、臨床試用医薬品（医療用医薬品サンプル）は、使用しても算定することはできません。

5. 調剤技術基本料

薬剤師が常時勤務する医療機関（病院、診療所にかかわらず）で、薬剤師の管理のもとに調剤が行なわれた場合に、1月に1回算定できる点数です。病院の入院患者の場合は42点、診療所及び病院の外来患者の場合は8点を算定します。ただし、同一月内に処方せんの交付がある場合や、薬剤管理指導料、または在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定することはできません。調剤技術基本料の加算には、下記の加算があります。

(1) 調剤技術基本料の加算

院内製剤加算	入院患者に対して調剤を院内製剤の上行なった場合に加算	10点(月1回)
--------	----------------------------	----------

院内製剤加算とは、入院患者に対して薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤として調剤した場合は算定することができます。

(2) 院内製剤加算が算定できない場合

- ・院内製剤した結果、同一規格の医薬品が薬価収載されている場合
- ・散剤を調剤した場合
- ・承認内容が溶解して使用することになっている液剤を溶解して調剤した場合
- ・1種類の薬剤を水に溶かして液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び技術上の処理を行なった場合を除く）

(3) 院内製剤加算が算定できる場合

- ・同一剤形の2種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く）を混合した場合（散剤、顆粒剤除く）
- ・安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要である添加剤を加えて調剤した場合
- ・調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為を必要とあって、これらの行為を行なった場合

なお、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算を算定することはできません。

6. 処方せん料

外来の患者に対し、医療機関が院内で処方を行わず、処方せんを交付し保険薬局が調剤を行なった場合は、処方せん交付1回につき68点を算定しますが、薬剤の種類数が7種類以上の場合（投与期間が2週間以内の臨時投与薬剤及び地域包括診療加算（再診料）を算定している場合は除く）は40点に、向精神薬多剤投与の減算規定に該当する場合は30点に、紹介率等の低い大病院の減算規定に該当する医療機関が1処方につき30日以上の投薬（厚生労働大臣が定める薬剤を除く：P263参照）を行った場合は所定点数が40%減額されます。

処方せん料は、院内処方処方料と同様に乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定することができますが、麻薬等加算は算定できません。

平成24年度改定では、後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減し、薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、一般名処方加算が新設されました。

(1) 一般名処方加算（平成24年度改定で新設）

一般名処方加算 (処方せん交付1回)	1	交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定	+3点
	2	交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定	+2点
処方せんの記載	処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合は、処方せんにその理由を記載		

平成24年度改定では、後発医薬品のある先発医薬品（昭和42年以後に新薬として承認・薬価収載されたもの）及び先発医薬品に準じたもの（昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品のうち、価格差のある後発医薬品があるもの）について、薬価基準に収載されている品名に代えて、交付した処方せんに1品目でも一般名処方（一般的名称に剤形及び含量を付加した記載）が含まれる場合に、処方せん交付1回につき2点を加算する一般名処方加算が新設されました。

ただし、後発医薬品の存在しない漢方、後発医薬品のみ存在する薬剤等について一般名処方した場合は算定することはできません。

平成28年度改定では、後発医薬品の更なる使用促進を図るため、交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品(2品目以上の場合に限る)が一般名処方されている場合に、処方せん交付1回につき3点を加算することができる一般名処方加算1が新設されました。そのため、平成28年度改定前の一般名処方加算は、一般名処方加算2になりました。なお、処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合は、処方せんにその理由を記載することが必要となります。

また、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行うものであり、一般名処方を行った場合の処方せん料の「種類」の考え方については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には1種類となりますので、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することになりました。

一般名処方加算の対象となるすべての成分・規格（院外処方が想定されないものを除く）についての、処方せんに記載する一般名処方の標準的な記載例は「一般名処方マスタ」に示されています。「一般名処方マスタ」では、一般名処方の標準的な記載、一般名コード、成分名、規格、同一剤形・規格内の最低薬価等が整理されており、厚生労働省のホームページで公開しています。

▽ 参考URL（厚生労働省）

「処方せんに記載する一般名処方の標準的な記載例（一般名処方マスタ）について」（平成28年6月17日適用）
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/shohosen_160401.html

(2) 処方せんの取り扱い

同一の患者に一連の診療に基づき 2 枚以上の処方せんを交付しても 1 回の算定となります。しかし、複数の診療科を標榜する医療機関において、2 以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方せん料を算定することができます。

同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められません。

処方せんの使用期間は、交付の日を含めて 4 日以内（長期の旅行等で特殊な事情があると認められる場合を除く）です。患者自身の過失により処方せんを紛失して、処方せんの再交付を行った場合の費用は患者負担となります。

(3) 処方せんの様式及び記載要領

処 方 せ ん										一般名処方 ¹ の推進
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)										
公費負担番号					保 険 者 番 号					
公費負担医療の受給者番号					被保険者証・被保険者手帳の※・番号					
患 者	氏名			保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称			印			
	生年月日		男・女	電 話 番 号						
	区 分	被扶養者	被扶養者	都道府県番号	点数表番号	医療機関コード				
文 付 年 月 日		平成 年 月 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	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更にし差し支えがあると判断した場合は、「変更不可」欄に「レ」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。 </div>								
	備考	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 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「レ」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 </div>								

平成 24 年度改定前の処方せん様式は、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっていました。平成 24 年度改定では個々の処方薬ごとに後発医薬品への変更の可否を明示する様式に変更されました。

そのため、処方医が、処方せんに記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更にし差し支えがあると判断したときは、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び調剤を行う薬剤師に対して変更不可であることが明確に分かるように

記載することが必要となります。

また、処方医が、処方せんに記載した医薬品のうち「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していない医薬品のうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び薬剤師に対して含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載することが必要となります。

類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、以下のア〜ウに掲げる分類の範囲内の他の医薬品が該当します。

ア 錠剤(普通錠)、錠剤(口腔内崩壊錠)、カプセル剤、丸剤
イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤(内服用固形剤として調剤する場合に限る。)
ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤(内服用液剤として調剤する場合に限る。)

「処方」欄に記載する医薬品名は、一般名処方又は薬価基準に記載されている名称を記載します。可能な限り一般名処方を考慮することになりますが、一般名処方の場合は会社名(屋号)を付加しないこととなります。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合には、薬価基準上で2以上の規格単位がある場合は規格単位を記載することが必要となります。

平成28年度改定では、医薬品の適正使用を推進するため、処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せんの様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄が新たに設けられました。

当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、「医療機関へ疑義照会した上で調剤」若しくは「医療機関へ情報提供」のいずれかの対応を行うこととなります。

(4) 保険医療機関及び保険医療養担当規則

平成20年度改定では、後発医薬品の使用を促進するため、保険医療機関及び保険医療養担当規則が改正され、「保険医は投薬、処方せんの交付又は注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。」と規定されました。

また、薬剤服用歴の確認と「お薬手帳」の活用を促進するため、「保険医は、診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りでない。」と改正されました。

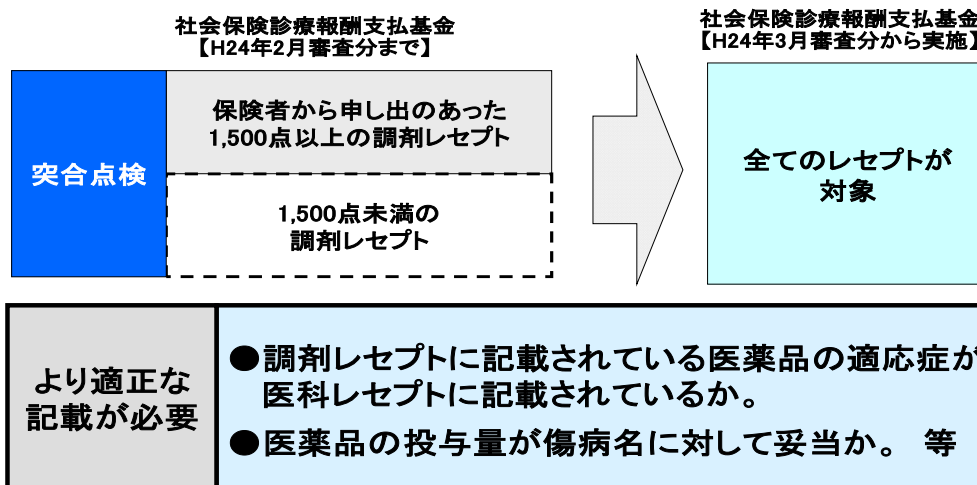
平成22年度改定では、外来患者がより後発医薬品を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療養担当規則において、以下の通り改正されました。

保険医療機関及び保険医療養担当規則を改正し、「保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が**後発医薬品を選択しやすくするための対応**に努めなければならない。」を規定

患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応とは、例えば、診察時に後発医薬品の使用に関する患者の意向を確認すること、保険薬局において後発医薬品に変更して調剤することや後発医薬品の使用に関する相談の対応等が可能な旨を患者に伝えること等が該当します。

(5) 処方せんへの「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」の記載

審査支払機関では、医科レセプトと調剤レセプト双方が電子レセプトの場合、レセプト点数等に係わらず、全てのレセプトで突合点検が可能



平成 22 年 4 月 1 日以降は、処方せん及び調剤レセプトに、「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄が追加され、都道府県番号には都道府県別の 2 桁の番号を、点数表番号には医科は 1、歯科は 3 を、医療機関コードには医療機関別の 7 桁の番号を記載することが必要となりました。

保険者は、調剤レセプトが 1,500 点以上の場合、医科若しくは歯科レセプトと突き合わせて点検し、不適切な投薬が行われていると考えられるものについては、査定が行われていました。ところが、平成 22 年 4 月 1 日以降の調剤レセプトに、「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」を記載することになり、1,500 点以上の調剤レセプトでなくても、全ての調剤レセプトを審査することが可能となりました。

社会保険診療報酬支払基金は、平成 24 年 3 月審査分（2 月診療分）より同一医療機関・同一患者に係る同一診療（調剤）月において医科レセプト若しくは歯科レセプトと調剤レセプトを電子的に照合して、院内で処方しているレセプトと同じ観点により点検を行う「突合点検」が実施されています。国保連合会は、各都道府県によって対応が異なりますが、体制が整ったところから順次実施されています。

そのため、病名に照らして処方せんの内容が不適切と判断された場合は、その部分が減点されるため、医療機関への支払から相殺されることとなります。医療機関はレセプト請求の点検時に、院外処方せんを発行したレセプトに関しても、今まで以上に傷病名と処方した医薬品の適応、投与量及び投与日数等を確認することが必要となります。

7. うがい薬だけを処方する場合の取扱い（平成 26 年度改定で新設）

平成 26 年度改定では、医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみを処方する場合は、うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定することができなくなりました。

8. 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合（平成28年度改定で新設）

平成28年度改定では、残薬削減等の保険給付適正化のため、一定枚数を超えて貼付薬を投薬する場合について、見直しが行われました。そのため、入院中の患者以外の患者に、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、調剤料、処方料、処方せん料、調剤技術基本料及び超過分の薬剤料を算定することができなくなりました。

ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合は、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定が可能となります。なお、湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量のほか、一日分の用量又は何日分に相当するかを記載することになりました。

湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤が該当しますが、専ら皮膚疾患に用いるものは除かれます。

9. 薬剤の投与期間

内服薬及び外用薬の投与量は、「保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令」（平成14年厚生労働省令第23号）により、「投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする」となりました。

規則には、薬剤の投与期間は「予見することができる必要期間」と規定されているため医師が医薬品医療機器法上の用法を考慮した上で患者の症状に応じて決定することになります。また、特に規定される以下の場合を除き、投与期間の制限はありません。

なお、平成20年度診療報酬改定では、精神疾患患者等の社会復帰を促進するため、経過が予見できる安定した患者に対し、1回の処方量が14日分に制限されていた薬剤の一部が30日分を限度として処方できるように見直されました。投与期間に上限が設けられている薬剤の処方に当たっては、既に処方されている当該薬剤の残薬と重複処方の有無について、患者に確認の上、診療録に記載することが必要となりました。

平成22年度改定では30日処方できる内服薬にモダフィニルが追加されました。平成24年度改定では医療用麻薬の処方日数制限が緩和され、コデインリン酸塩（内服薬）、ジヒドロコデインリン酸塩（内服薬）、フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射薬）、フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用薬）については30日処方が可能となりました。

また、エチゾラム及びゾピクロンは、平成28年10月14日から「麻薬及び向精神薬取締法」第2条第6号に規定する向精神薬に指定されました。そのため、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」が改正され、平成28年11月1日よりエチゾラム及びゾピクロンは投薬量が30日を限度とされる内服薬に定められました。

（1）投与期間に上限が設けられている医薬品

厚生労働大臣が定める以下の内服薬及び外用薬には投与期間の上限が定められています。

1) 1回14日分を限度とする内服薬、外用薬、注射薬（国内発売品）

- ①新医薬品であって、薬価基準収載日の属する月の翌月の初日から起算して1年（厚生労働大臣が指定する場合は厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの

- ②麻薬及び向精神薬取締法に規定されている1回14日分が限度とされる麻薬、向精神薬麻薬（30日分を限度とするものを除く）、向精神薬（30日分・90日分を限度とするものを除く）

向精神薬	第1種	セコバルビタール(注射薬)
	第2種	アモバルビタール、ブプレノルフィン、ペンタゾシン、ペントバルビタール
	第3種	クロラゼブ酸、バルビタール、アロバルビタール、マジンドール、ミダゾラム(注射)
麻薬		ペチジン塩酸塩 等

- 2) 1回30日分を限度とする内服薬、注射薬

①内服薬	アルプラゾラム、エスタゾラム、 エチゾラム 、オキシドロン塩酸塩、オキシドロン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキsid、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、 ゾピクロン 、ゾルピデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メタゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、メベンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤
②外用薬	フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬
③注射薬	フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬

- 3) 1回90日分を限度とする内服薬

ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェントイン・フェノバルビタール配合剤

(2) 長期の旅行等特殊な事情がある場合の投与期間

1回14日分を限度とされている内服薬、外用薬についても、長期の旅行等特殊な事情がある場合、旅程その他の事情を考慮し、必要最小限の範囲において1回30日分を限度として投与することができます。

(3) 長期の航海に従事する船舶に乗り組む船員保険の被保険者に対する投与期間

長期の航海に従事する船舶に乗り組む船員保険の被保険者に対しては、航海日程その他の事情を考慮し、必要最小限の範囲において、1回180日分を限度として投与することができます。

(4) 30日を超える長期投薬について（平成28年度改定で新設）

平成28年度改定では、30日を超える長期の投薬については、予見することができる必要期間に従った投薬量が適切に処方されるよう、処方料及び処方せん料において取扱いが明示されました。

医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該医療機関の連絡先を患者に周知することが必要です。この要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対応を行うこととなります。

- 30日以内に再診する。
- 200床以上の医療機関にあっては、200床未満の医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せん(処方せんの備考欄に分割日数及び分割回数を記載)を交付する。