

第5部 投薬

湿布薬

F000 調剤料、F100 処方料、F200 薬剤料、F400 処方せん料、F500 調剤技術基本料

[改定内容]

- ①外来患者に対して、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、調剤技術基本料を算定しない。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には、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可能とする。
- ②外来患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料は算定しない。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には、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可能とする。
- ③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。

※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（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。

[点数マスタ] (新設)

630010007	薬剤料減点 (湿布薬薬剤料上限超)	減点
-----------	-------------------	----

[算定方法]

- ①現行通りの入力方法により算定します。
- ②70枚を超える数量を入力した場合には警告を表示します。
- ③70枚を超える数量で算定した場合は調剤料、処方料、処方せん料、調剤技術基本料は自動発生しません。
- ④70枚を超える数量を入力した場合でも診療行為入力画面で算定する点数は、数量に対する点数を表示します。
- ⑤70枚を超える数量を算定した場合、確認画面では、該当剤の先頭に“(減)”コメントを自動で挿入します。
また、減点する点数を計算し、“薬剤料減点 (湿布薬薬剤料上限超)”を自動発生します。
- ⑥70枚を超える数量で算定したい場合は同一会計内に制限枚数を解除させるため以下のシステム予約マスタを入力します。これを入力すると薬剤料は全量に対する点数計算を行います。

システム予約マスタ (新設)

099200201	湿布薬制限枚数解除
-----------	-----------

この場合、理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載する必要がありますのでコメントコードにより入力します。

(本資料「19処方せん」の「3湿布薬の処方に対するコメント」を参照してください。)

⑦点数計算のルール

湿布薬の点数計算では先頭から順番に数量を累積し70枚に到達したところまでを算定する点数とし、残りの数量分を減点対象として点数計算を行います。

- (例) シップ薬A 薬価100円/枚 50枚 500点
- シップ薬B 薬価 80円/枚 30枚 240点 (10枚超過▲80点)
- シップ薬C 薬価 60円/枚 20枚 120点 (20枚超過▲120点)

薬価の高い湿布薬から順に入力してください。

⑧処方せん及び診療報酬明細書に全量や一日分の用量等の記載方法は、剤内にコメントコードにより入力します。

留意事項

外来まとめ入力では、警告メッセージは表示できません。
確認することなく減点した点数計算を行います。

規格単位が“g”である湿布薬の枚数については、入力された数量から医薬品の1枚当たりの膏体量で除算し枚数を求めています。

現在1つの医薬品コードに対し2つの膏体量がある医薬品は以下の3品目です。

- 660407074 MS温シップ「タイハウ」
- 660407077 MS冷シップ「タイハウ」
- 660412041 パステルハップ

いずれも、20g/枚と40g/枚です。

この医薬品の枚数換算は、枚数が少なくなる方を優先して枚数を求めるようにしています。今後、QA、記載要領、算定ルール又はレセプト電算システムの記録方法など情報があればそれに沿った対応を行いますし、また、入力方法についても再検討を行います。

向精神薬多剤投与

F100 処方料、F200 薬剤料、F400 処方せん料

[改定内容]

- ①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、減算対象となる基準を引き下げる。
- ②向精神薬多剤投与に係る報告書について、提出頻度を引き上げ、その報告範囲を各年6月のみから通年に拡大する。⇒別紙様式40を参照

【項目の見直し、注の見直し、関係通知】

現 行	改 正
<p>【処方料】</p> <p>1 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の投薬(臨時の投薬等のものを除く。)を行った場合 20点</p>	<p>【処方料】</p> <p>1 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(臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。)を行った場合 20点</p>

<p>[算定要件] 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。</p> <p>[別紙様式 40] 6月に受診した患者に対して、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</p> <p>【薬剤料】 注2 1処方につき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の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>【処方せん料】 1 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の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30点</p>	<p>[算定要件] 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、3月に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生（支）局に報告する。</p> <p>[別紙様式 40] 直近3か月に受診した患者に対して、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</p> <p>【薬剤料】 注2 1処方につき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（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>【処方せん料】 1 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（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 30点</p>
--	--

[算定方法]

現行通りの入力方法により算定します。

外来後発医薬品使用体制加算（院内処方の外来における後発医薬品使用体制の評価）

F100 処方料

[改定内容]

院内処方を行っている診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

【新設】

改 正	
注 11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。	
イ 外来後発医薬品使用体制加算 1	4点
ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2	3点

[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保険医療機関（診療所に限る。）であること。
- (2) 当該保険医療機関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薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては60%以上であること。
- (3) 当該保険医療機関において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%以上であること。
- (4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。

[点数マスタ]（新設）

120004070	外来後発医薬品使用体制加算1	4点
120004170	外来後発医薬品使用体制加算2	3点

[算定方法]

- ① 外来後発医薬品使用体制加算の届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3487	外来後発医薬品使用体制加算1
3488	外来後発医薬品使用体制加算2

- ② 施設基準の設定により自動算定します。

外来後発医薬品使用体制加算1 > 外来後発医薬品使用体制加算2

一般名処方加算

F400 処方せん料

[改定内容]

- ① 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の評価を新設されます。
- ② 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には、処方せんにその理由を記載します。

【注の見直し】

現 行	改 正
注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんである場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算する。	注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんである場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。 イ 一般名処方加算1 3点 ロ 一般名処方加算2 2点

[算定要件]

- ① 一般名処方加算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（2品目以上の場合に限る。）されている場合に算定します。

②一般名処方加算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します。

[点数マスタ]

120004270	一般名処方加算1（処方せん料）	3点	（新設）
120003570	一般名処方加算（処方せん料）	2点	（名称変更）
	↓ 一般名処方加算2（処方せん料）		

[算定方法]

①一般名処方加算の算定方法

診療行為入力で院外処方として医薬品の入力を行い確認画面へ進むと自動算定します。

後発医薬品が存在する医薬品とは、一般名処方マスターに該当する医薬品とします。

一般名処方加算1の算定要件を満たす場合は一般名処方加算1を自動算定します。

一般名処方加算1の算定要件は満たさず、一般名処方加算2の算定要件を満たす場合は一般名処方加算2を自動算定します。

医薬品の一般名記載の設定ルールは現行通りです。

②後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合に処方せんに理由を記載する方法

診療行為入力で該当剤内にコメントコードにより入力します。又は、処方せん備考欄にコメントを記載する方法（診療区分「.980」指定）により入力します。

理由を記載する内容であるかのチェックは行いません。

※記載方法は不明確

処方せん様式の変更

[改定内容]

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を行えるようにする。

[残薬確認欄のチェック]

処方せん備考欄に残薬確認欄が新設されました。

保険医が保険調剤薬局へ指示をする場合、「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」に以下のシステム予約マスタを会計内に入力することで処方せんの該当する項目に「×」の編集を行います。

システム予約マスタ（新設）

099209921	保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
099209922	保険医療機関へ情報提供