

# 投薬 2024年改定

届出

算定に関して、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出が必要となるもの

施設

算定に関して、厚生労働大臣が定める施設基準を満たす医療機関に関して算定可能となるもの

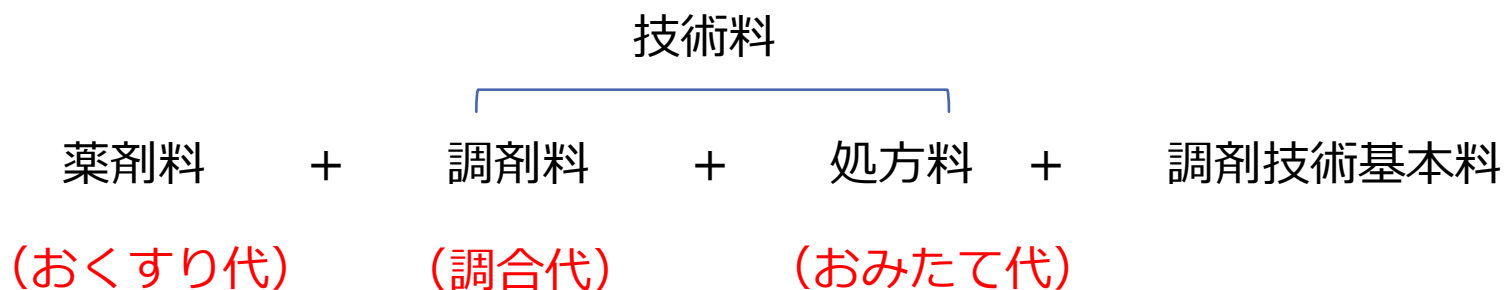


アイネット・システムズ 株式会社

## 【投薬について】

- ・ 院内処方 ➡ 保険医療機関の中での投薬の場合
- ・ 院外処方 ➡ 処方箋交付 ➡ 保険調剤薬局で投薬の場合

## 【算定のしくみ】



## 【薬剤料の算定方法（五捨五超入）】

薬剤の価格（薬価）は『薬価基準』に「円単位」で収載されていますが、レセプトには「円単位」を「点単位」に直して記載します。  
その際「**五捨五超入**」を使います。

<五捨五超入> 薬価 ÷ 10  
・小数点以下が0.5以下 → 切捨て  
・小数点以下が0.5を超えている → 切上げ  
※ 15円以下は1点

## 【薬剤料の算定単位】

飲み薬

| 使用薬剤           | 単位       |
|----------------|----------|
| 内服薬（定期処方）      | 1 剤 1 日分 |
| 頓服薬（臨時処方）      | 1 回分     |
| 外用薬（軟膏、湿布、座薬等） | 1 調剤     |

貼付剤の上限枚数  
1 処方につき **63枚**

1 剤：服用時点及び服用回数が同一のもの

1 調剤：1 度に調剤する薬剤の総量

## ②④調剤料（1処方につき）（調合代）

| 1処方につき                    | 調剤料 |
|---------------------------|-----|
| 内服薬・浸煎薬・頓服薬               | 11点 |
| 外用薬                       | 8点  |
| 麻薬等加算<br>麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬 | 1点  |

## ②⑤処方料（1処方につき）（おみたて代）

| 1処方につき                                                                            | 処方料 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合          | 18点 |
| 2. 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して厚生労働大臣が定める投薬を行った場合 | 29点 |
| 3. 1及び2以外の場合                                                                      | 42点 |

## ②⑤処方料加算

|    | 1 処方につき         | 点数    | 算定要件                                                                                                                                        |
|----|-----------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | 麻薬等加算           | 1 点   | 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合                                                                                                                    |
|    | 乳幼児加算           | 3 点   | 3 歳未満の乳幼児に処方した場合                                                                                                                            |
|    | 特定疾患処方管理加算      | 5 6 点 | 月 1 回<br>特定疾患を主病とする患者に、 <b>特定疾患に対する薬剤の処方期間が 2 8 日以上投与</b> された場合<br>初診より算定可能<br><b>2024年6月より、高血圧症・糖尿病・脂質異常症は対象疾患から除外</b>                     |
| 届出 | 外来後発医薬品使用体制加算 1 | 8 点   | 後発医薬品の規格単位数量の割合が 9 0 % 以上等の施設基準を満たし届出を行っている医療機関                                                                                             |
| 届出 | 外来後発医薬品使用体制加算 2 | 7 点   | 後発医薬品の規格単位数量の割合が 8 5 % 以上等の施設基準を満たし届出を行っている医療機関                                                                                             |
| 届出 | 外来後発医薬品使用体制加算 3 | 5 点   | 後発医薬品の規格単位数量の割合が 7 5 % 以上等の施設基準を満たし届出を行っている医療機関                                                                                             |
|    | 向精神薬調整連携加算      | 1 2 点 | 月 1 回<br>直近の処方が向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は 1 日当たりの用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定可能 |

## ②⑦調剤技術基本料（月1回） 14点

薬剤師が常勤する保険医療機関で、薬剤師の管理のもとに調剤を行った場合に算定  
院外処方箋を発行した場合算定不可

## 80 処方箋料（1処方につき）

| 1 処方につき                                                                           | 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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合          | 20点   |
| 2. 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して厚生労働大臣が定める投薬を行った場合 | 32点   |
| 3. 1及び2以外の場合                                                                      | 60点   |

# 8 0 処方箋料加算

| 1 処方につき                 | 点数    | 算定要件                                                                                                                                        |
|-------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 乳幼児加算                   | 3 点   | 3 歳未満の乳幼児に処方した場合                                                                                                                            |
| 特定疾患処方管理加算              | 5 6 点 | 月 1 回<br>特定疾患を主病とする患者に、特定疾患に対する薬剤の処方期間が 2 8 日の場合<br>初診より算定可能<br>2024年6月より、高血圧症・糖尿病・脂質異常症は対象疾患から除外                                           |
| <div>施設</div> 一般名処方加算 1 | 1 0 点 | 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在するすべての医薬品（2 品目以上の場合に限る）が一般名処方されている場合                                                                             |
| <div>施設</div> 一般名処方加算 2 | 8 点   | 交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品が 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                                                                                        |
| 向精神薬調整連携加算              | 1 2 点 | 月 1 回<br>直近の処方が向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は 1 日当たりの用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定可能 |

## 8 0 処方箋料（特定保険薬局）

| 1 処方につき                                                                            | 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、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬を行った場合           | 1 8 点 |
| 2. 1 以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して厚生労働大臣が定める投薬を行った場合 | 2 9 点 |
| 3. 1 及び 2 以外の場合                                                                    | 4 2 点 |

### 【算定要件】

- ①直近3月の処方箋交付回数が12000回超えの医療機関
- ②保険薬局と不動産取引等をその他の特別な関係がある
- ③保険薬局において当該医療機関に係る処方箋集中率（特定の医療機関に係る処方箋受付回数を全ての処方箋受付回数で除して得た価）が9割を超えている

# 【リフィル処方】 症状が安定している患者について、医師の処方により医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋をできる仕組み

| 処 方 箋                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                      |      |                         |              |  |          |      |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------|--------------|--|----------|------|--|--|
| (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      |      |                         |              |  |          |      |  |  |
| 公費負担者番号                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                      |      | 保険者番号                   |              |  |          |      |  |  |
| 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 (枝番) |              |  |          |      |  |  |
| 患<br>者                                                                                                                                                                                                       | 氏 名                                                                                                                                  |      | 保険医療機関の所在地及び名称          |              |  |          |      |  |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 生年月日                                                                                                                                 | 男・女  | 電 話 番 号                 |              |  |          |      |  |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 区 分                                                                                                                                  | 被保険者 | 被扶養者                    | 保 険 医 氏 名    |  |          |      |  |  |
| 交付年月日                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                      |      | 令和 年 月 日                | 処方箋の使用期間     |  | 令和 年 月 日 | 特記事項 |  |  |
| 処<br>方                                                                                                                                                                                                       | 変更不可                                                                                                                                 |      |                         |              |  |          |      |  |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 細々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を差し支えがあると判断した場合には、「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。                                        |      |                         |              |  |          |      |  |  |
| 備<br>考                                                                                                                                                                                                       | リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )                                                                                                 |      |                         |              |  |          |      |  |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 保険医署名                                                                                                                                |      |                         |              |  |          |      |  |  |
|                                                                                                                                                                                                              | 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。)<br><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 |      |                         |              |  |          |      |  |  |
| 調剤実施回数(調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)                                                                                                                                                    |                                                                                                                                      |      |                         |              |  |          |      |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回目調剤日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回目調剤日( 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 次回調剤予定日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 次回調剤予定日( 年 月 日) |                                                                                                                                      |      |                         |              |  |          |      |  |  |
| 調剤済年月日                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      |      | 令和 年 月 日                | 公費負担者番号      |  |          |      |  |  |
| 保険薬局の所在地及び名称                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                      |      | ◎                       | 公費負担医療の受給者番号 |  |          |      |  |  |

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列を基準とする。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

## 【対象患者】

医師の処方により、薬剤師に服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

## 【総使用回数】 3回まで

## 【対象外薬剤】

麻薬、向精神薬、新医薬品等（療養担当規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき掲示事項等）及び湿布薬

## 【有効期間】

- 1回目 : 4日以内
- 2回目、3回目 : 次回調剤予定日の前後7日以内

※リフィル処方を行う医薬品と行わない医薬品を処方する場合には、処方箋を分ける必要がある

※リフィル処方により2種類以上の医薬品を投与する場合であって、それぞれの医薬品に係るリフィル処方箋の1回の使用による投薬期間が異なる場合又は、リフィル処方箋の使用回数上限が異なる場合は、医薬品ごとに処方箋を分ける必要がある

# 2024年10月より長期収載品が選定療養となります

## 長期収載品とは

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養において、対象とする医薬品については、次の（１）から（３）までを全て満たすものとする。なお、詳細については「「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揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の第3の30（２）及び（３）で示したとおりであり、併せて参照すること。

- （１）後発医薬品のある先発医薬品（いわゆる「準先発品」を含む。）であること（バイオ医薬品を除く）。
- （２）後発医薬品が収載された年数及び後発品置換え率の観点から、組成及び剤形区分が同一であって、次のいずれかに該当する品目であること。
  - ①後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから５年を経過した品目（後発品置換え率が１％未満のものは除く。）
  - ②後発医薬品が初めて薬価基準に収載されてから５年を経過しない品目のうち、後発品置換え率が５０％以上のもの
- （３）長期収載品の薬価が、後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価を超えていること。この薬価の比較にあたっては組成、規格及び剤形ごとに判断するものであること。

対象医薬品リスト：<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001275356.pdf>

保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）別表第二に規定する診療報酬の算定方法に掲げるべつに厚生労働大臣が定める点数 として下記の区分が対象となります

在宅医療 C200薬剤料・投薬 F200薬剤料・注射 G100薬剤料

## 下記の場合は選定療養とはならず、保険給付となります

- ・医療上必要があると認められる場合
- ・病院若しくは診療所又は薬局において後発医薬品を提供することが困難な場合
- ・先発医薬品の薬価が後発医薬品の薬価以下の場合

# 長期収載品の処方等又は調剤について

## 第1 処方箋様式に関する事項（抜粋）

### 1 改正の趣旨

- ① 「変更不可」欄に「（医療上必要）」を追加し、処方を行う保険医（以下「処方医」という。）が、処方箋に記載した医薬品（長期収載品）について、医療上の必要性があるため、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合に、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載し、かつ、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印することとしたこと。
- ② 「患者希望」欄を新設し、患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載することとしたこと。

### 2 処方箋の交付等に係る基本的な考え方（抜粋）

- (2) 処方医は、選定療養に係る処方に当たり、後発医薬品が選択可能であること、**長期収載品を患者が希望した場合には特別の料金が生じ得ること等**に関し、**患者に十分な説明**を行うこと。また、保険薬局の薬剤師も、調剤時に同様の事項を説明し、患者の希望を確認すること。

### 3 銘柄名処方する場合における取扱について

- (5) なお、医療上の必要性の観点からは処方医が後発医薬品を使用することに差し支えないと判断し、長期収載品について患者の希望がない場合には、一般名処方がされることが望ましい。

### 4 一般名処方する場合における取扱について

- (2) **一般名処方の処方箋を保険薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合には、選定療養の対象となること。**

令和6年10月1日から処方箋に追加されます！

| 処 方 箋                                                                                                                                                          |                                                    |                                        |         |              |  |                                        |  |         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|---------|--------------|--|----------------------------------------|--|---------|--|
| (この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)                                                                                                                                         |                                                    |                                        |         |              |  |                                        |  |         |  |
| 公費負担者番号                                                                                                                                                        |                                                    | 保険者番号                                  |         |              |  |                                        |  |         |  |
| 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 (枝番)                |         |              |  |                                        |  |         |  |
| 患 者                                                                                                                                                            | 氏 名                                                | 保険医療機関の所在地及び名称                         |         |              |  |                                        |  | 電 話 番 号 |  |
|                                                                                                                                                                | 生年月日                                               | 男・女                                    | 電 話 番 号 |              |  |                                        |  |         |  |
| 被保険者                                                                                                                                                           |                                                    | 被扶養者                                   |         | 都道府県番号       |  | 点数表番号                                  |  | 医療機関コード |  |
| 令和 年 月 日                                                                                                                                                       |                                                    | 処方箋の使用期間                               |         | 令和 年 月 日     |  | 特記事項のある場合を除き、交付の日を定めて4日以内に保険薬局に提出すること。 |  |         |  |
| 個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に関し支えがあると判断した場合には、「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。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。 |                                                    |                                        |         |              |  |                                        |  |         |  |
| 処 方                                                                                                                                                            | 患者希望                                               | 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。 |         |              |  |                                        |  |         |  |
|                                                                                                                                                                | 処方                                                 | 処方                                     |         |              |  |                                        |  |         |  |
| 備 考                                                                                                                                                            | 保険医署名                                              | 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医薬品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。） | □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供        |         |              |  |                                        |  |         |  |
| 調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）                                                                                                      |                                                    |                                        |         |              |  |                                        |  |         |  |
| □1回目調剤日（ 年 月 日） □2回目調剤日（ 年 月 日） □3回目調剤日（ 年 月 日）                                                                                                                |                                                    |                                        |         |              |  |                                        |  |         |  |
| 次回調剤予定日（ 年 月 日） 次回調剤予定日（ 年 月 日）                                                                                                                                |                                                    |                                        |         |              |  |                                        |  |         |  |
| 調剤済年月日                                                                                                                                                         |                                                    | 令和 年 月 日                               |         | 公費負担者番号      |  |                                        |  |         |  |
| 保険薬局の所在地及び名称                                                                                                                                                   |                                                    | 調剤薬剤師氏名                                |         | 公費負担医療の受給者番号 |  |                                        |  |         |  |

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
2. この用紙は、A判5番を標準とする。  
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和59年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

## 療養担当規則（抜粋）

- (5) 院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。  
また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとする。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関又は保険薬局については、この限りではない。なお、ウェブサイトへの掲載について、令和7年5月31日までの間、経過措置を設けている。
- (6) 本制度が適用されるのは、次の①から③までのすべてを満たす場合に限られるものであること。
- ① 患者に対して長期収載品の処方等又は調剤に関する十分な情報提供がなされ、医療機関は薬局との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。なお、今般、本制度の導入にあたっては、院外処方や院内処方等及びそれを踏まえた調剤時における患者の希望による長期収載品の選択を対象とし、入院中の患者については対象外とする。
  - ② 長期収載品を処方等又は調剤することに医療上必要があると認められる場合に該当しないこと。具体的には、処方箋の「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載された長期収載品は、医療上必要があると認められるため保険給付の対象となり、選定療養の対象にはならないこと。他方、患者の希望を踏まえ銘柄名処方され、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載された長期収載品や、一般名処方され、患者が調剤を希望した長期収載品は、選定療養の対象となること。
  - ③ 当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当しないこと。
- (7) 患者から長期収載品の処方等又は調剤に係る特別の料金の費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

## 別表 I より下記のレセプト記載が必要となります

（長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合（長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。））

医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。

| 記載事項                                                                                                                   | レセプト電算処理システム用コード | 左記コードによるレセプト表示文言                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------|
| なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。                                                                                              |                  |                                                                |
| ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師が判断する場合。                               | 820101320        | 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため                              |
| ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 | 820101321        | 患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため |
| ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。                  | 820101322        | 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため |
| ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。              | 820101323        | 剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため                                    |
|                                                                                                                        | 820101324        | 後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため                              |