

日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

MPIのFAQ解説 09

「向精神薬について」

日医工株式会社 学術部

作成：（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345 寺坂裕美
日医工医業経営研究所（日医工MPI）

監修：（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4463 菊地祐男



1月30日付厚労省疑義解釈で全日本病院協会による「向精神薬の適正使用に係る研修」も対象となることが示されたため、改訂しました(P13)。
原本でのご確認もお願いいたします。
日医工MPIでは、直接のお問い合わせはお受けしていません。ご質問等は日医工MRにお尋ねください。

資料No.20190131-495-2

日医工株式会社

向精神薬のルールについて



- Q1 : 2018年度診療報酬改定で向精神薬についてどのような変更があったのですか？
- Q2-1 : ベンゾジアゼピン受容体作動薬には何が含まれますか？
- Q2-2 : 向精神薬長期処方はいつの処方から数えて1年以上と判断するのですか？
- Q2-3 : 通知に記載された「不安又は不眠に係る適切な研修」及び「精神科薬物療法に係る適切な研修」とは何ですか？
- Q2-4 : 精神科医の助言とは何ですか？
- Q3-1 : 向精神薬調整連携加算とは何ですか？
- Q3-2 : 向精神薬調整連携加算の指示は口頭でもよいですか？
- Q3-3 : 院外処方・院内処方、また病院・診療所に関わらず算定できますか？

A : それでは、次ページから順番にMPIの見解をご説明いたします。



Q1：2018年度診療報酬改定で向精神薬についてどのような変更があったのですか？

「抗不安薬2種類＋睡眠薬2種類」追加

A1：

[1]向精神薬多剤投与の減算対象に「抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上」が追加されました。

（処方料、処方箋料、薬剤料）

[2]また、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上処方している場合にも減算されるルールが追加されました。

（処方料、処方箋料）

〔対象外となるケース〕

- ①「不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師が行った処方
- ②精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師が行った処方
- ③直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行った処方

医科留意事項通知から

第2節 処方料

F200 処方料

(6)「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合（以下「向精神薬長期処方」という。）をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

Q2-1, Q2-2で解説

Q2-4で解説

ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

2018年度改定
医科

向精神薬の適正化
(処方料)

「抗不安薬2種類＋睡眠薬2種類」を追加

改定前	改定後
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 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 29点 減額算定（29点）に12か月以上、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を処方している場合を追加 3 1及び2以外の場合 42点	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（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 18点 引き下げ拡大 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）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年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点 〔算定要件〕 不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合（ただし、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合等特に規定する場合を除く。） 3 1及び2以外の場合 42点

医科留意事項通知（投薬p2 第2節 処方料の抜粋）

赤字は、2018改定で追加

F200 処方料

- (1) (2) 略
- (3) 「1」について

ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上 **又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上** 投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、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)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(ニ)を満たすことをいう。

(イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の **保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間**。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。

(ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既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か月間**。（年2回までとする。）この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、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すること。

(ハ) **臨時に投与した場合**。（臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、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して投与期間を計算する。）なお、**抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める**。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(二) **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別紙様式39を用いて地方厚生（支）局長に届け出たものが、**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**。なお、ここでいう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いずれにも該当するものであること。

- 「1」→ 18点（向精神薬多剤投与）
- 「2」→ 29点（7種類以上の内服薬、又はベンゾジアゼピン系の12か月以上処方）
- 「3」→ 42点（「1」及び「2」以外）

向精神薬多剤投与
「1（18点）」を算定

臨時の投薬等のもの

(イ) or (ロ) or (ハ)

患者の病状等によりやむを得ず投与するもの (ニ)

(ニ) である「抗うつ薬を3種類以上若しくは抗精神病薬を3種類以上投与」

「2（29点）」又は「3（42点）」を算定 **理由を記載**

抗不安薬及び睡眠薬は臨時投薬であっても種類数に含める

抗うつ薬又は抗精神病薬に限り

- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
- ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。
- ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「（1）疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

（二）に該当する医師の要件

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にする。

別紙36は最終ページに掲載

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、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別紙様式40を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

向精神薬多剤投与は報告が必要

（4）「2」において、処方料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

「F200」薬剤の（6）に準じるもの
「臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい…」など

（5）「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、区分番号「F200」薬剤の（6）に準じるものとする。

（6）「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合（以下「向精神薬長期処方」という。）をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

向精神薬長期処方
（ベンゾジアゼピン系の12か月以上処方

「2（29点）」を算定

「2」の対象とならない場合
「3（42点）」を算定

ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。

Q2-4で解説

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

向精神薬長期処方の処方期間は平成30年4月1日から対象

（7）向精神薬長期処方に係る処方期間の算出は、平成30年4月1日以降に行う処方を対象とする。

2018年度改定
医科

向精神薬の適正化
(処方箋料)

「抗不安薬2種類＋睡眠薬2種類」を追加

改定前	改定案
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 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合 40点 減額算定（40点）に12か月以上、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を処方している場合を追加	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（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 28点 引き下げ拡大 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）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年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点 〔算定要件〕 不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12月以上、連続して同一の用法・用量で処方されている場合（ただし、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合等特に規定する場合を除く。）
3 1及び2以外の場合 68点	3 1及び2以外の場合 68点

2018年度改定
医科

向精神薬の適正化
(薬剤料)

改定前	改定後
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。	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、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。

Q2-1：ベンゾジアゼピン受容体作動薬には何が含まれますか？

A2-1：

ブロチゾラム、ジアゼパムなどのベンゾジアゼピン系薬剤やゾピクロン、ゾルピデムなどの非ベンゾジアゼピン系薬剤が含まれます。

平成30年3月30日 厚労省疑義解釈（その1）

【処方料、処方箋料】

問 168 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合については、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合等を除き、処方料、処方箋料が減算されることになったが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは何を指すのか

(答) エチゾラム、ジアゼパム、ゾピクロン、ゾルピデム酒石酸塩などが該当するが、PMDAのホームページ「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」(<https://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf>)なども参照されたい。

【ベンゾジアゼピン系薬剤リストの探し方】

PMDAホームページ

⇒右上「サイト内検索」に『ベンゾジアゼピン 適正使用』と入力して検索

⇒『PMDAからの医薬品適正使用のお願い』（2018年4月時点で1番上に表示）

⇒No.11 平成29年3月「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」

⇒p2「本邦で承認されているベンゾジアゼピン受容体作動薬」

■ 医薬品医療機器総合機構 PMDA からの医薬品適正使用のお願い
http://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/0001.html No.11 2017年3月

PMDAからの医薬品適正使用のお願い
(独) 医薬品医療機器総合機構

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について

【患者の皆様へ】
この資料に掲載されている注意喚起は医療従事者向けの情報です。
服薬中の患者さんは医師又は薬剤師にご相談ください。
自己判断で服薬を中止したり、用量を減らしたりしないようお願いいたします。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬には、承認用量の範囲内でも長期間服用するうちに身体依存が形成されることで、減量や中止時に様々な離脱症状があらわれる特徴があります。

〈主な離脱症状〉 不眠、不安、焦燥感、頭痛、嘔気・嘔吐、せん妄、振戦、痙攣発作 等

**ベンゾジアゼピン受容体作動薬を
催眠鎮静薬及び抗不安薬として使用する場合は、以下の点にご注意ください**

◎**漫然とした継続投与による長期使用を避けてください**
・承認用量の範囲内でも長期間服用するうちに依存が形成されることがあります
・投与を継続する場合には、治療上の必要性を検討してください

◎**用量を遵守し、類似薬の重複処方がないことを確認してください**
・長期投与、高用量投与、多剤併用により依存形成のリスクが高まります
・他の医療機関から類似薬が処方されていないか確認してください

◎**投与中止時は、漸減、隔日投与等にて慎重に減薬・中止を行ってください**
・急に中止すると原疾患の悪化に加え、重篤な離脱症状があらわれます
・患者さんに、自己判断で中止しないよう指導してください

12

【PMDAからの医薬品適正使用のお願い】

No.11「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について」（平成29年3月） p2

本邦で承認されているベンゾジアゼピン受容体作動薬

一般名	販売名
アルプラゾラム	コンスタン、ソラナックス 他
エスゾピクロン	ルネスタ
エスタゾラム	ユーロジン 他
エチゾラム	デパス 他
オキサゾラム	セレナール 他
クアゼパム	ドラール 他
クロキサゾラム	セパゾン
クロチアゼパム	リーゼ 他
クロラゼプ酸二カリウム	メンドン
クロルジアゼポキシド	コントロール 他
ジアゼパム	セルシン、ホリゾン、 ダイアップ 他
ゾピクロン	アモバン 他
ゾルピデム酒石酸塩	マイスリー 他
トリアゾラム	ハルシオン 他
ニメタゼパム	エリミン
ハロキサゾラム	ソメリン

一般名	販売名
フルジアゼパム	エリスパン
フルタゾラム	コレミナール
フルトプラゼパム	レスタス
フルニトラゼパム	サイレース、ロヒプノール 他
フルラゼパム塩酸塩	ダルメート
プロチゾラム	レンドルミン 他
ブロマゼパム	レキソタン 他
メキサゾラム	メレックス
メダゼパム	レスミット 他
リルマザホン塩酸塩 水和物	リスミー 他
ロフラゼプ酸エチル	メイラックス 他
ロラゼパム	ワイパックス 他
ロルメタゼパム	エバミール、ロラメット
クロナゼパム	リボトリール、ランドセン
クロバザム	マイスタン
ミダゾラム	ミダフレッサ
ニトラゼパム	ネルボン、ベンザリン 他

Q2-2：向精神薬長期処方はいつの処方から数えて1年以上と判断するのですか？

A2-2：（MPI見解）

以下の「医科留意事項通知」より、平成30年4月1日以降に行う処方から起算するものと思われます。
よって、点数の減額算定は最短でも平成31年4月1日以降になると考えます。

医科留意事項通知（投薬p4 (7))

（7） 向精神薬長期処方に係る処方期間の算出は、平成 30 年 4 月 1 日以降に行う処方を対象とする。

Q2-3：向精神薬長期処方の対象外となる研修とは？

(6) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合（以下「向精神薬長期処方」という。）をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

医科留意事項通知（投薬p4 (6)）

- ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。
イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

具体的な研修とは何か？

問 171 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料・処方箋料について、「不安又は不眠に係る適切な研修」及び「精神科薬物療法に係る適切な研修」とはそれぞれ何を指すのか。

(答) 「不安又は不眠に係る適切な研修」については、現時点で日本医師会の生涯教育制度における研修（「日医eラーニング」を含む。）において、カリキュラムコード69「不安」又はカリキュラムコード20「不眠」を満たす研修であって、プライマリケアの提供に必要な内容含むものを2単位以上取得した場合をいう。

「精神科薬物療法に係る適切な研修」については、現時点で日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修をいう。ただし、精神科の臨床経験5年以上を有する状態で受講した場合のみ該当すること。

Q2-3：向精神薬長期処方の対象外となる研修とは？

2019年1月30日付厚労省疑義解釈(その11)で
全日本病院協会による「向精神薬の適正使用に係る研修」も対象となることが示されました。

具体的な研修とは何か？

平成31年1月30日 厚労省疑義解釈(その11)

【処方料、処方箋料】

問2 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合に算定する処方料、処方箋料について、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（平成30年3月30日付け事務連絡）別添1の問171で「不安又は不眠に係る適切な研修」として示したもの以外に、以下の研修を修了した医師は、「不安又は不眠に係る適切な研修」を修了した医師と考えてよい。

- ・公益社団法人全日本病院協会による「向精神薬の適正使用に係る研修」

（答）よい。

Q2-4：向精神薬長期処方の対象外となる精神科医の助言とは？

(6) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合（以下「向精神薬長期処方」という。）をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

医科留意事項通知（投薬p4 (6)）

「精神科医の助言」となる医師要件は？

平成30年3月30日 厚労省疑義解釈（その1）

問 169 不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬を行った場合の処方料・処方箋料における「精神科医の助言」について、具体的に求められる要件などはあるのか。

(答) 「精神科医の助言」については、精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師による助言をいう。

向精神薬処方の適正化

向精神薬調整連携加算 (処方料・処方箋料)

看護

薬剤

日医IMPS
薬剤管理
連携

改定後	
処方料 (新) 向精神薬調整連携加算 12点	向精神薬の多剤処方等の状態にある患者等
処方箋料 (新) 向精神薬調整連携加算 12点	減薬と、薬剤師又は看護師との協働を評価
[算定要件] 直近の処方時に、向精神薬の多剤処方の状態にあった患者又は不安の症状又は不眠の症状に対し、ベンゾジアゼピン系の薬剤を12月以上、連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬の上、薬剤師（処方料については薬剤師又は看護職員）に症状の変化等の確認を指示した場合	

Q3-1：向精神薬調整連携加算とは？

A3-1：

直近の処方に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につ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できる加算です。

医科留意事項通知（投薬p6（14））

Q3-2：向精神薬調整連携加算の指示は口頭でもよいですか？

A3-2：

指示については文書での指定はありませんが、通知には『「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療GL」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。』との記載がありますので、文書を用いられたほうが指示としては的確に伝わるものと思われます。（MPI見解）

医科留意事項通知
（投薬p6（14））

(14) 「注 10」に規定する向精神薬調整連携加算については、直近の処方に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する。指示に当たっては、処方の変更点を説明するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による「PMDAからの医薬品適正使用のお願い（No. 11 2017年3月）」又は睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班（平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業）が作成した「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。

Q3-3：向精神薬調整連携加算は、 院外処方・院内処方また、病院・診療所に関わらず算定できますか？

A3-3：

処方料・処方箋料それぞれに向精神薬調整連携加算が設定されていますので、院内処方・院外処方どちらでも算定可能です。また、特に医療機関の指定はないため、病院・診療所いずれも算定できます。

10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号 F 4 0 0 において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に限り、1 処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号 A 2 5 0 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 0 0 8 - 2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

医科点数表 投薬
F100 処方料（注10）

医科点数表 投薬
F400 処方箋料（注8）

8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月 1 回に限り、1 処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号 A 2 5 0 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 0 0 8 - 2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

参考

別紙36

抗不安薬	睡眠薬	抗うつ薬	抗精神病薬 (○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤)	
			<定型薬>	<非定型薬>
オキサゾラム クロキサゾラム クロラゼブ酸二カリウム ジアゼパム フルジアゼパム ブロマゼパム メタゼパム 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 ロフラゼブ酸エチル 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	プロモバレリル尿素 抱水クロラル エスタゾラム フラゼパム塩酸塩 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 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	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 ミルナシプラン塩酸塩 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	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 ピパンペロン塩酸塩 オキシペルチン スピペロン スルピリド ハロペリドール ピモジド ゾデピン チミペロン ブロムペリドール クロカプラミン塩酸塩水和物 スルトブリド塩酸塩 モサプラミン塩酸塩 ネモナプリド レセルピン △ ハロペリドールデカン酸エステル △ フルフェナジンデカン酸エステル	○△ リスペリドン ○ クエチアピン fumarate ○ 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 ○△ アリピプラゾール (アリピプラ ゾール水和物) ○ ブロナンセリン ○ クロザピン ○ パリペリドン ○△ パリペリドンパルミチン酸エ ステル ○ アセナピンマレイン酸塩

別紙36の2

抗精神病薬一般名 (クロルプロマジン100mg 相当量)

クロルプロマジン塩酸塩 (100mg)	チミペロン (1.3mg)
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩 (100mg)	ブロムペリドール (2mg)
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩 (10mg)	クロカプラミン塩酸塩水和物 (40mg)
ペルフェナジン (10mg)	スルトプリド塩酸塩 (200mg)
ペルフェナジンマレイン酸塩 (10mg)	モサプラミン塩酸塩 (33mg)
プロペリシアジン (20mg)	ネモナプリド (4.5mg)
フルフェナジンマレイン酸塩 (2mg)	レセルピン (0.15mg)
プロクロルペラジンマレイン酸塩 (15mg)	リスペリドン (1mg)
レボメプロマジンマレイン酸塩 (100mg)	クエチアピンプマル酸塩 (66mg)
ピパンペロン塩酸塩 (200mg)	ペロスピロン塩酸塩水和物 (ペロスピロン塩酸塩) (8mg)
オキシペルチン (80mg)	オランザピン (2.5mg)
スピペロン (1mg)	アリピプラゾール (4mg)
スルピリド (200mg)	ブロナンセリン (4mg)
ハロペリドール (200mg)	クロザピン (50mg)
ピモジド (4mg)	パリペリドン (1.5mg)
ゾテピン (66mg)	パリペリドンパルミチン酸エステル (1.5mg)