



保医発第0521001号
平成14年5月21日

地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
各 国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長

「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」について

平成14年4月の診療報酬改定において、保険請求に関するより一層の透明性を確保する観点から、診療報酬明細書への記載の省略が認められていた205円以下の薬剤に係る薬剤名について、原則として記載しなければならないこととされたところである。このため、医療機関及び審査上の負担を軽減する観点から、「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について」（平成14年3月25日保医発第0325002号）において、診療報酬明細書に記載された主傷病、副傷病名から判断して、その発症を類推できる傷病については記載を省略できる旨の扱いを定め、事務の円滑化を図ったところである。

これを踏まえ、審査等の具体的な取扱い方法を検討するため社会保険診療報酬支払基金に「低薬価薬剤の審査等に関する検討会」が設置されたところであるが、今般、当該検討会において、別添のとおり、「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」が取りまとめられたところである。

厚生労働省としては、当該取扱い方針は妥当適切なものと考えているので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針

平成14年5月9日

低薬価薬剤の審査等に関する検討会

1. はじめに

所定単位が205円以下の医薬品については、これまで、診療報酬請求事務の簡素化の観点から、診療報酬明細書(以下レセプトと記す)への薬剤名の記載を省略することが認められていた(所謂205円ルール)。しかしながら、平成14年4月改定において、中央社会保険医療協議会における審議を踏まえ、請求の透明化を図る観点から、本ルールが廃止され、手書きレセプトを除きレセプトへの薬剤名の記載が義務づけられることとなった。

また、これとあわせて主傷病、副傷病を明確にするとともに、これら傷病名から類推できる傷病名についてはレセプトへの記載を不要とする行政通知(参考1)も発出されたところである。

本検討会は、上記のような変更に伴い社会保険診療報酬支払基金や国民健康保険団体連合会におけるレセプト審査が混乱することを回避するため、具体的な対応について検討を行ってきたが、今般、当面の取扱い方針を以下のようにとりまとめた。

2. 具体的取扱い方針

(1) 「健胃消化剤、鎮咳剤など」の範囲について

参考1文中には「175円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。」とあるが、この例示から判断すると、更に別紙1にあるような薬剤が該当すると考えられる。これらは、いわゆる佐薬や一過性の症状に対する薬剤などである。しかしながら、「類推できる傷病名」の範囲は広範であり、更には臨床現場の医師による判断に幅が生ずることも想定されることから、個々の薬剤について限定的に列挙することは実務的ではないと考える。

(2) 「強心剤、糖尿病薬など」の範囲について

同参考1文中には「ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。」とある。この薬剤の対象疾患は心臓疾患及び糖尿病であり、いずれも本来、主傷病名若しくは副傷病名としてレセプト記載されるべきものである。適正な審査の観点から、これに追加するとすれば、別紙2にあるような効能効果が多様で、しかも長期に使用する可能性の高い薬剤については、レセプトに傷病名の記載が必要であると考えられる。

(3) 主傷病名、副傷病名の区分のないレセプトについて

主傷病名及び副傷病名については、医療機関への周知徹底が十分になされていないことなどから、これらの区分がないことをもってただちに返戻することは、当分の間、差し控えるものとする。

(4) 調剤レセプトについて

調剤レセプトについては2000点以上のものについて傷病名との関連を審査することとされており、本レセプトについても上記と同様に取り扱う。

なお、本方針については、4月診療分の審査を目前に控え検討期間が短かったこと、医療機関における主傷病名等の記載がどのようなものになるか現時点では明確ではないことなどから、今後、各保険者、各医療機関及び各審査機関の意見を広範に収集し、本検討会において引き続き検討するものとする。

別紙1

1. 消化器官用剤
2. 下剤、浣腸剤
3. 眠剤
4. 解熱鎮痛消炎剤
5. 去たん剤及び鎮咳去たん剤
6. 感冒薬

など

別紙2

1. 血管拡張剤
2. 血圧降下剤
3. 副腎ホルモン剤
4. 高脂血症用剤



地方社会保険事務局長
都道府県民生主管部（局）
各 国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長

診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について

標記については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）により取り扱われているところであるが、今般、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成6年3月厚生省告示第54号）及び老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準（平成6年3月厚生省告示第72号）の一部改正に伴い、同通知を下記のとおり改正することとし、平成14年4月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

別紙1のⅡの第3の2の(17)を次のように改める。

(17) 「傷病名」欄について

- ア 傷病名については、原則として、「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式」（平成3年9月27日）別添3に規定する傷病名を用いること。
- イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として1つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。
- ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が175円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

- エ 傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。
- オ 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。

別紙1のIIの第3の2の(10)のアの(i)を次のように改める。

- (i) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

別紙1のIIの第3の2の(10)のイの(ii)を次のように改める。

- (ii) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

別紙1のIIの第3の2の(11)のエを次のように改める。

- エ 皮下筋肉内及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ1回分ごとに、入院分はそれぞれ1日分ごとに、点滴注射及び中心静脈内注射等については1日分ごとに、使用した薬名、規格単位（%、mLはmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、注射の各手技料の算定単位（1回又は1日）当たりの薬価が175円以下の場合、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

別紙1のIIIの第3の2の(14)のエを次のように改める。

- エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、投薬にあっては薬剤料に掲げる所定単位の、注射のうち皮下・筋肉内注射又は静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、それ以外の注射にあっては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の

場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

別紙1のⅣの第2の2の(ウ)のオを次のように改める。

オ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方社会保険事務局に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤型及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤型、用法を記載するものであること。

- (ア) 自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）を算定した場合
- (イ) 同一処方せんにより、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として調剤料を算定した場合

低薬価薬剤の審査等に関する検討会設置要綱

1 目 的

175 円以下の低薬価薬剤の審査等について、その具体的取扱い方法を取りまとめることを目的として設置する。

2 委員の構成

(別紙)

3 委員の任命

検討委員は、支払基金理事長が任命する。

4 開催方法

第1回を14年4月に開催することとし、以後にあっては必要に応じ開催する。

5 任 期

任期は、支払基金理事長が必要と認める期間とする。

6 事務局

本会の事務局は、支払基金本部とする。

附 則

この要綱は、平成14年4月26日から施行する。