

2008年3月27日

各位

薬剤部／薬品情報室（D I 室）

D I ・ B O X # 0 2 9 0

麻薬および向精神薬の投与可能日数の変更について

2008年4月の診療報酬改定により、麻薬および一部の向精神薬の外来投与可能日数が14日から30日に変更になります。

これにともない、**2008年4月1日（火）**より別紙の麻薬および向精神薬は最大**30日まで処方可能となります。**

処方にあたっては、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し、カルテに記載することが義務づけられました。

個々の患者の状態にあわせ、適切な処方日数とするようお願いいたします。

なお、入院患者についてはこれまでどおり変更はありません。（麻薬：3日分、向精神薬：7日分）

添付：投与期間に上限が設けられている医薬品または制限が必要な医薬品一覧

- ① 麻薬・向精神薬（一部変更）
- ② 新医薬品であって、薬価基準収載から1年以内のもの
- ③ 添付文書上「投与期間の上限」に関する記載のあるもの
- ④ 定期的な検査等が義務づけられているもの
- ⑤ 在宅自己注射指導管理料などの在宅療養指導管理料を算定している患者

（注）当院では上記 ①～⑤ 以外は最長1回99日まで処方可能です。個々の患者の状態にあわせ、適切な処方日数とするようお願いいたします。

詳細については薬剤部薬品情報室（3194・3200）までご連絡ください。

①麻薬・向精神薬

(1) 投与日数14日分を限度とされる内服薬および外用薬ならびに注射薬

● 麻薬

薬品名	一般名
アヘンチンキ	アヘンチンキ
コデインリン酸塩錠 **	コデインリン酸塩

** 「コデインリン酸塩散1%」は麻薬ではないため99日分まで処方可能

● 向精神薬

薬品名	一般名
イソミタール	アモバルビタール
ソセゴン錠	ペンタゾシン
ラボナ	ペントバルビタール
レペタン坐薬	ブプレノルフィン
サノレックス	マジンドール
ダイアップ坐剤	ジアゼパム
ワコビタール坐剤	フェノバルビタール

(2) 投与日数30日分を限度とされる内服薬および注射薬

● 麻薬

(注) 赤の薬品は4月1日より適用

薬品名	一般名
MSコンチン	硫酸モルヒネ
オブソ	モルヒネ塩酸塩水和物
塩酸モルヒネ末	モルヒネ塩酸塩
オキシコンチン	オキシコドン塩酸塩
オキノーム	オキシコドン塩酸塩水和物
アンペック	モルヒネ塩酸塩
デュロテップパッチ *	フェンタニル
塩酸モルヒネ注射液	塩酸モルヒネを含有する注射薬

* 30日分として10回分まで

● 向精神薬

(注) 赤の薬品は4月1日より適用

薬品名	一般名
リタリン *	塩酸メチルフェニデート
ロヒプノール	フルニトラゼパム
レペタン注	塩酸ブプレノルフィンを含有する注射薬
エバミール	ロルメタゼパム
ドラール	クアゼパム
ハルシオン	トリアゾラム
マイスリー	ゾルピデム
ユーロジン	エスタゾラム
レンドルミンD	プロチゾラム
ダルメート	フルラゼパム
エリスパン	フルジアゼパム
コンスタン	アルプラゾラム
コントロール	クロルジアゼポキシド
セバゾン	クロキサゾラム

* コンサータ錠は該当しない (2009年1月1日までは新薬のため14日処方)

投与日数に上限が設けられている医薬品

別紙

● 向精神薬（続き）

薬品名	一般名
セレナール	オキサゾラム
ベゲタミンA・B	クロルプロマジン・プロメタジン配合剤
メイラックス	ロフラゼブ酸エチル
リーゼ	クロチアゼパム
レキソタン	ブロマゼパム
レスミット	メタゼパム
ワイパックス	ロラゼパム

(3) 投与日数90日分を限度とする内服薬

● 向精神薬

薬品名	一般名
セルシン	ジアゼパム
ヒダントールD・F	フェニトイン・フェノバルビタール配合剤
フェノバル	フェノバルビタール
ベンザリン	ニトラゼパム
マイスタン	クロバザム
リボトリール	クロナゼパム

② 新医薬品であって薬価基準収載から1年を経過していないもの（投与日数14日まで）

③ 添付文書の用法・用量等に「投与期間の上限」に関する記載があるもの

薬品名	一般名
カイトリル錠・細粒	1クール6日間まで
クロミッド錠	5日間を限度
ジスロマック錠・細粒	3日間
ダイドロネル錠200mg	骨粗鬆症：投与期間は2週間、再投与までの期間は10～12週間 異所性骨化の抑制：投与期間は3ヶ月を超えない 骨ペーチェット病：通常用量では6ヶ月、高用量では3ヶ月を超えない
タミフルカプセル 75mg タミフルドライシロップ3%	治療：1日2回、5日間経口投与 予防：1日1回、7～10日間
ティーエスワンカプセル	1日2回、28日間連日経口投与し、その後14日間休業
テモダールカプセル20mg テモダールカプセル100mg	初発：放射線照射との併用にて1日1回、42日間連日経口投与、4週間休業 その後単独にて1日1回、5日間連日経口投与、23日間休業 再発：1日1回、5日間連日経口投与、23日間休業
ナゼアOD錠	1クール5日間まで
ゾピラックス錠200mg ゾピラックス顆粒400mg/g	単純疱疹：5日まで 帯状疱疹：7日まで 骨髄移植における単純ヘルペスウイルス感染症（単純疱疹）の発症抑制： 骨髄移植施行7日前より施行後35日まで投与 水痘（顆粒のみ）：初回5日まで
バルトレックス錠500mg バルトレックス顆粒5%	単純疱疹：5日まで 帯状疱疹：7日まで 性器ヘルペスの再発抑制：初回は10日まで 水痘：7日まで（小児は5日まで）

続き

薬品名	一般名
パリエット錠10mg	胃潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎（再発・再燃を除く）：1日1回、8週間まで 十二指腸潰瘍：1日1回、6週間まで 逆流性食道炎（再発・再燃）、Zollinger-Ellison症候群：1日1回、99日まで ヘリコバクター・ピロリの除菌の補助：1日2回、7日間経口投与
パリエット錠20mg	胃潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎（再発・再燃を除く）：8週間まで 十二指腸潰瘍：6週間まで Zollinger-Ellison症候群：1日1回、99日まで
ビルトリシド錠600mg	1日2回2日間経口投与する
フラジール内服錠 250mg	1クール1日2回、10日間経口投与 ヘリコバクター・ピロリの除菌の補助：1日2回、7日間経口投与
フロリードゲル経口用 5g	原則14日間
ペラゾリン細粒(800mg/1g/包)	5日間連日経口投与し、2～3週間休薬
バイアグラ錠	10回分まで（当院の勃起不全治療薬使用ガイドラインより）
レビトラ錠	10回分まで（当院の勃起不全治療薬使用ガイドラインより）
シアリス錠	10回分まで（当院の勃起不全治療薬使用ガイドラインより）
オキナゾール腔錠 100mg	1日1回、6日間継続腔内に挿入、効果不十分な場合は更に1日1回、6日間使用
オキナゾール腔錠 600mg	週1回1錠腔内に挿入、効果不十分な場合は更に1回1錠使用
ネリプロクト坐薬	概ね1週間を目処として使用
ネリプロクト軟膏 2g	概ね1週間を目処として使用
フラジール腔錠 250mg	1クール1日1回、10～14日間腔内に挿入
リレンザ 5mg(4回/枚)	治療：1日2回、5日間吸入 予防：1日1回、10日間吸入
アベロックス錠400mg	肺炎、副鼻腔炎は原則10日まで、その他の感染症は原則7日まで
フルダラ錠10mg	1日1回、5日間連日経口投与、23日間休薬

④ 定期的な検査等が義務づけられている医薬品

当院では添付文書に実施頻度が規定されていない場合「定期的」とは3ヶ月に1回と決められている

以下の医薬品は薬事委員会にて上限が決められています

パナルジン錠・細粒	投与開始後2ヶ月間は2週に1回、血球算定、肝機能検査を実施 2ヶ月以内は最大14日間、6ヶ月以内は最大60日間
イレッサ錠 250	投与中は1～2ヵ月に1回、あるいは患者の状態に応じて肝機能検査を実施 医師の判断により最大60日まで処方可能

⑤ 在宅療養指導管理料一覧

在宅自己注射指導管理料

在宅自己腹膜灌流指導管理料

在宅血液透析指導管理料

在宅酸素療法指導管理料

在宅中心静脈栄養法指導管理料

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

在宅自己導尿指導管理料

在宅人工呼吸指導管理料

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

在宅悪性腫瘍患者指導料

在宅寝たきり患者処置指導管理料

在宅自己疼痛管理指導管理料

在宅肺高血圧患者指導管理料