

第5部 投薬

- ・リフィル処方について
- ・湿布薬処方の上限枚数変更:原則として1処方につき70枚→63枚 通則5の見直し
- ・後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算 算定要件の見直し

第6部 注射

- ・注射実施料の点数変更
- ・外来化学療法加算 通則6の見直し
- ・バイオ後続品導入初期加算150点の新設

第5部 投薬
・リフィル処方について

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、一定期間に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋様式を対応可能な様式に変更する。

処方箋等の見直し

処方箋様式の見直しについて

- 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反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設け、処方箋の様式を見直す。



	<div>リフィル可 <input type="checkbox"/> (回)</div>
備考	保険医署名 <div>「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。</div>
	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。) <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
	<div>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。)</div> <div>□ 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)</div> <div>次回調剤予定日 (年 月 日) 次回調剤予定日 (年 月 日)</div>

[留意事項]

- (1) 処方箋に「リフィル可 □(回)」欄を設けて、レ点を記入する。
- (2) 総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たりの投与期間、総投与期間は医師が患者の症状などを踏まえ、個別に医学的判断する。
- (3) 保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことは出来ない。＊ 白本P407
- (4) リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の処方箋の場合(発行日を含めて4日間)と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係わる投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。
- (5) 保険薬局は、1回目又は2回目(3回可の場合)に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載すると共に、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった後、調剤処方箋として保管すること。
- (7) 保険薬剤師は患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うと共に、処方医に速やかな情報提供を行うこと。また、リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について、必要に応じ処方医へ情報提供を行うこと。
- (8) 保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来院しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。

F400処方箋料 注の見直し ＊白本(P477)

注2: 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき、投与期間が30日以上投薬を行った場合(保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)第20条第3号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年 厚生省告示第14号)第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の1回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。)には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

・湿布薬処方の上限枚数変更 : 原則として1処方につき70枚→63枚 通則5の見直し

＊白本(P475)、P399、P407(487)

通則

5. 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき~~70枚~~**63枚**を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200掲げる薬剤(当該超過分に係る薬剤料に限る。)、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が患者の特性等により必要性あると判断し、やむを得ず~~70枚~~**63枚**を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。 ※リフィル処方箋による投薬はできない。

・後発医薬品使用体制加算、外来後発医薬品使用体制加算 算定要件の見直し

* 白本(P74)、P404(484)、P476、P403(483)

後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行			改定後		
後発医薬品使用体制加算 1	(85%以上)	47点	後発医薬品使用体制加算 1	(<u>90%以上</u>)	47点
後発医薬品使用体制加算 2	(80%以上)	42点	後発医薬品使用体制加算 2	(<u>85%以上</u>)	42点
後発医薬品使用体制加算 3	(70%以上)	37点	後発医薬品使用体制加算 3	(<u>75%以上</u>)	37点

外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行			改定後		
外来後発医薬品使用体制加算 1	(85%以上)	5点	外来後発医薬品使用体制加算 1	(<u>90%以上</u>)	5点
外来後発医薬品使用体制加算 2	(75%以上)	4点	外来後発医薬品使用体制加算 2	(<u>85%以上</u>)	4点
外来後発医薬品使用体制加算 3	(70%以上)	2点	外来後発医薬品使用体制加算 3	(<u>75%以上</u>)	2点

第6部 注射

・注射実施料の点数変更

G000皮内、皮下及び筋肉内注射(1回につき)20点→22点 * 白本(P489)、P411

G001静脈内注射(1回につき)32点→34点 * 白本(P489)、P411

6歳未満の乳幼児加算45点→48点

G004点滴注射(1日につき) * 白本(P489)、P412

1. 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上) 99点→101点

6歳未満の乳幼児加算45点→46点

2. 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上) 98点→99点

3. その他の場合(入院中の患者以外) 49点→50点

・外来化学療法加算 通則6の見直し ＊白本(P489)、P409(491)、P410(492)

通則

6. 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、~~G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、~~
~~G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、~~G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈
注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、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、入院中の患者以外の患者であつて、~~悪性~~
~~腫瘍等の患者であるもの~~**(悪性腫瘍を主病とする患者を除く。)**に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性
等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数
を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる
在宅自己注射指導管理料は算定できない。 ※連携充実加算の算定不可

イ 外来化学療法加算1

15歳未満 670点

15歳以上 450点

~~(1)外来化学療法加算A→(1)抗悪性腫瘍剤を注射した場合~~

~~①15歳未満 820点~~

~~②15歳以上 600点~~

ロ 外来化学療法加算2

15歳未満 640点

15歳以上 370点

~~(1)外来化学療法加算A→(1)抗悪性腫瘍剤を注射した場合~~

~~①15歳未満 740点 → 740点~~

~~②15歳以上 470点 → 470点~~

・バイオ後続品導入初期加算150点の新設 ＊ 白本(P489)、P410(492)、(P189)、(P190)、P167

- バイオ後続品に係る患者への適切な情報提供を推進する観点から、外来化学療法を実施している患者に対して、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改定後

【在宅自己注射管理指導料】

バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤等

【外来腫瘍化学療法診療料】

(新) バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：抗悪性腫瘍剤（リツキシマブ製剤、トラスツズマブ製剤、ベバシズマブ製剤）

【外来化学療法加算】

(新) バイオ後続品導入初期加算 150点

対象となる注射薬のうち、バイオ後続品が薬価収載されているもの：インフリキシマブ製剤

〔算定要件〕

- ・ 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として所定点数に加算する。