

2022年度診療報酬改定【医科④】



2022年3月28日 東和薬品株式会社 医薬政策課

本資料は正確性を保証するものではありません。あらかじめご了解くださいますようお願い致します。 本資料における「改定前」は、本日時点では「現行」を意味します。

改定の項目一覧

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- Ⅳ-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
 - ①薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進
 - ②バイオ後続品の使用促進
- IV 2費用対効果評価制度の活用
- Ⅳ-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
 - ①実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化
- ②実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化
- ③医療技術の評価・再評価の在り方の見直し
- ④人工腎臓の評価の見直し
- Ⅳ-4 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)
 - ①医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(I-3参照)
- IV-5 外来医療の機能分化等(再掲)
- ①外来医療の機能分化等(I-4参照)

IV-6 重症化予防の取組の推進

- ①透析中の運動指導に係る評価の新設
- ②継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設
- ③生活習慣病管理料の見直し(Ⅲ-13)再掲)
- ④高度難聴指導管理料の見直し
- (5) 歯科口腔疾患の重症化予防の推進(Ⅲ-14) 再掲)
- Ⅳ 7 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- ①医薬品の給付の適正化
- ②処方箋様式の見直し(リフィル処方箋の什組み)(I-7迎再掲)
- ③処方箋料の見直し(I-7⑬再掲)

※灰色で示した項目は本資料には掲載していません

出典:厚生労働省_中医協資料「個別改定項目について」(2022/02/9)

改定の項目一覧

- Ⅳ-8 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ①調剤基本料の見直し
 - ②特別調剤基本料の見直し (以上)

令和4年度診療報酬改定

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- IV-1 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
 - ①薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進
 - ②バイオ後続品の使用促進

医療機関における後発医薬品の使用促進

▶ 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

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2(80%以上) 42点

後発医薬品使用体制加算3(70%以上) 37点

改定後

後発医薬品使用体制加算1(90%以上) 47点

後発医薬品使用体制加算2(85%以上) 42点

後発医薬品使用体制加算3(75%以上) 37点

外来後発医薬品使用体制加算の要件の見直し

現行

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 2 (75%以上) 4点 外来後発医薬品使用体制加算 3 (70%以上) 2点



改定後

外来後発医薬品使用体制加算1(90%以上)5点

外来後発医薬品使用体制加算2(85%以上)4点

外来後発医薬品使用体制加算3(75%以上)2点

後発医薬品調剤体制加算について、令和3年度の予算執行調査(財務省)において、令和5年度末までの新目標による適正化効果の増分が200億円と見込まれる一方、現行制度では年1,200億円程度とされており、費用対効果が見合っておらず、加算制度については、廃止を含めた見直しを行うべきであり、その際、減算については、対象を大幅に拡大するなど減算を中心とした制度に見直すべきではないか、と指摘されている。

令和3年度予算執行調査結果概要(後発医薬品関係)(財務省)

調査事案の概要

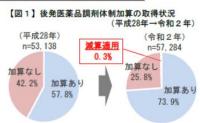
後発医薬品については、診療報酬において保険薬局を対象に「後発医薬品調剤体制加算」を設けて使用促進を図っている。令和5年度末までに使用割合を、全ての都道府県で80%以上とする新たな目標を設定したところ(令和2年9月時点で78.3%)であるが、本調査において、新目標との関係を踏まえた後発医薬品調剤体制加算の在り方について検討を行う。

【調査対象予算額】令和2年度:11,861,974百万円の内数 ほか(参考 令和3年度:11,760,710百万円の内数)

調査結果

○ 7割超が加算を取得、減算適用はわずか0.3%にとどまる

7割超の保険薬局が加算を取得する状況となっている(最大の沖縄県では93%)。他方で、減算制度の適用はわずかの.3%(181件)にとどまっている。【図1】



・ 現行制度では<u>年間1,200億円程度の加算</u>に対し、<u>減算は400万円程度</u>となっている。<u>政府目標(全都道府県80%)に到達した場合の医療費適正化効果額の増加分</u>は、一定の試算の下、<u>200億円程度</u>と見込まれる。

〇 後発医薬品使用割合と備蓄品目数が正の相関関係にない

・ 後発医薬品の使用を促進すると、備蓄医薬品が増加し、管理コストがかかることも踏まえて加算制度が設けられてきたとろであるが、加算区分の中では、使用割合の最も高い加算3を取得している保険薬局の備蓄医薬品目数が最も少ない。



今後の改善点・検討の方向性

- 後発医薬品使用割合と平均備蓄品目数には正の相関関係が認めづらい状況であり、本加算の意義は後発医薬品の使用によるかかり増しの費用への対応の側面ではなく、インセンティブとしての側面が強くなっている。加算を取得している保険薬局の割合は全国平均で、73.9%となっており、都道府県によっては9割を超えていることから、既に現行の加算制度では、これ以上使用割合を高める機能を期待することができない状態にあるといえる。
- O また、<u>令和5年度末までの新目標による適正</u> 化効果の増加分は200億円程度と見込まれる一 方、現行制度では毎年加算が1,200億円程度と されており、費用対効果も見合っておらず、加 算制度については、廃止を含めた見直しを行う べきである。
- その際、<u>減算については、適用が181件と極めて限定されており、対象範囲を大幅に拡大するなど減算を中心とした制度に見直すべき</u>ではないか。



出典:厚生労働省_中医協総会(2021/12/08)総-4-1「個別事項(その8)」

https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000863578.pdf

バイオ後続品に係る情報提供の評価

▶ 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(<u>リッキシマブ製剤</u>、<u>トラス</u>ッズマブ製剤、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。

バイオ後続品について【背景】

参考:現行の評価

バイオ後続品に係る情報提供の評価

▶ 在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、 当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

在宅自己注射指導管理料

<u>(新) バイオ後続品導入初期加算 150点(月1回)</u>

[算定要件]

バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、<u>当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する</u>。

[在宅自己注射指導管理料の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]

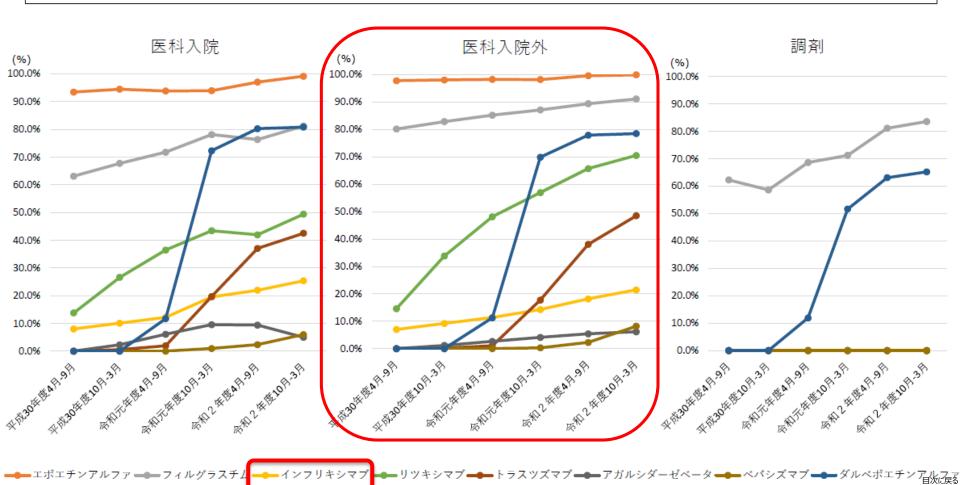
インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、エタネルセプト製剤、テリパラチド製剤、アダリムマブ製剤



バイオ後続品について

バイオ後続品導入初期加算の対象以外のバイオ後続品の使用割合の推移

○ バイオ後続品の使用割合は全体的に上昇傾向にあるが、一方で、「インフリキシマブ」「アガルシダーゼベータ」「ベバシズマブ」についてはバイオ後続品の使用割合が低い。



出典:厚生労働省_中医協資料(2021/12/10)総-3「個別事項(その9)」 https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000868120.pdf

令和4年度診療報酬改定

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
 - ①実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化
 - ②実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化
 - ③医療技術の評価・再評価の在り方の見直し
 - 4人工腎臓の評価の見直し

実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化

検体検査の評価の見直し

衛生検査所検査料金調査により得られた実勢価格に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、評価を見直す。

現行				
血液ガス分析	139点			
血液化学検査 10項目以上	109点			
インフルエンザウイルス抗原定性	139点			



改定後	
135点	
106点	
136点	

医学管理料の評価の見直し

慢性維持透析患者外来医学管理料には所定の検査に係る評価が包括されていることから、実勢価格等を踏まえた各検査に係る診療報酬上の評価の変更を当該管理料の評価に反映する。

現行	
慢性維持透析患者外来額管理料	2,250点



改定後 2,211点

在宅療養指導管理材料加算の評価の見直し

▶ 材料加算として評価されている材料等について、実勢価格及び当該材料の使用実態等を踏まえ、評価を見直す。

現行			
呼吸同調式デマンドバルブ加算	300点		
排痰補助装置加算	1,800点		



改定後
<u>291点</u>
<u>1,829点</u>

令和4年度診療報酬改定

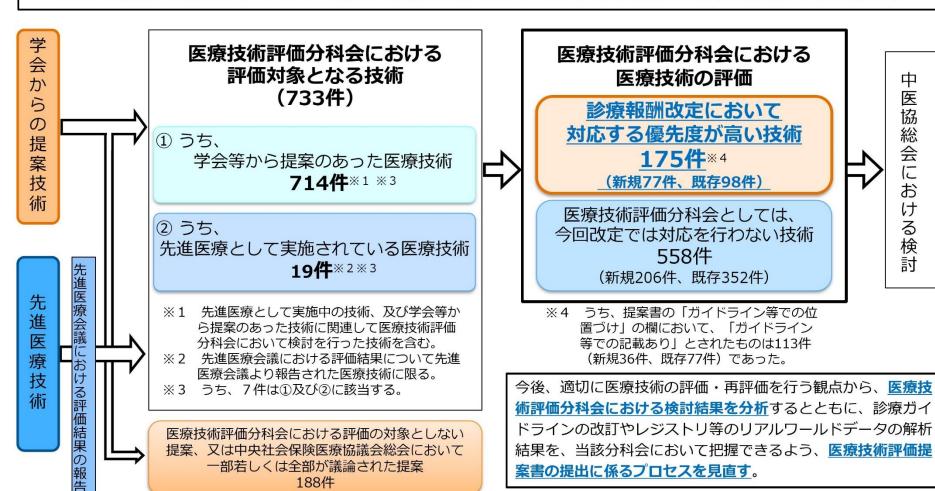
IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

- ①実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化
- ②実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化
- ③医療技術の評価・再評価の在り方の見直し
- 4人工腎臓の評価の見直し

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医 療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術(先進医療として実施さ れている技術を含む。)について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。



https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352 00008.html 出典:厚生労働省 令和4年度診療報酬改定の概要(2022/03/04)医療技術

中

医

協

総

会

に

お

け

る検

討

令和4年度診療報酬改定

N 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等

- ①実勢価格等を踏まえた検体検査の評価の適正化
- ②実勢価格等を踏まえた材料加算の評価の適正化
- ③医療技術の評価・再評価の在り方の見直し
- 4人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

人工腎臓の評価の見直し

包括される医薬品の実勢価格や、HIF-PH阻害剤の使用実態等を踏まえ、人工腎臓について評価の在 り方を見直す。

【人工腎臓】					
慢性維持透析を行った場合					
		場合1	場合2	場合3	
4時間未満	別に定める患者の場合	1,924点	1,884点	1,844点	
	それ以外の場合	1,798点	1,758点	1,718点	
4時間以上 5時間未満	別に定める患者の場合	2,084点	2,044点	1,999点	
	それ以外の場合	1,958点	1,918点	1,873点	
5時間以上	別に定める患者の場合	2,219点	2,174点	2,129点	
	それ以外の場合	2,093点	2,048点	2,003点	

現行

[算定要件]

- 「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含 む。) には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリ スロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製 剤及びHIF-PH阻害剤の費用(HIF-PH阻害剤は「イ」から 「八」までの場合に限る。)は所定点数に含まれており、別に算定で きない。
- 「1」から「3」までのうち、「二」から「へ」までの場合(「注 13」の加算を算定する場合を含む。)には、HIF-PH阻害剤の服 薬状況について、診療録に記載すること。

[施設基準]

- ・人工腎臓に規定する患者 HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者

八上自鵬にが足りる条門		
エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベー	タペゴル、	HIF
- P H阻害剤(院内処方されたものに限る。)		

	【人工腎臓】			
		慢性維持透析を行った場合		
		場合1	場合2	場合3
	4時間未満	1,885点	1,845点	1,805点
	4 時間以上 5 時間未満	<u>2,045点</u>	<u>2,005点</u>	1,960点
\	5時間以上	2,180点	2,135点	2,090点

改定後

[算定要件]

- 「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含 む。)には、透析液(灌流液)、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリス ロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及 びHIF-PH阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定でき ない。
- 「1」から「3」までの場合(「注13」の加算を算定する場合を含 む。) については、HIF-PH阻害剤は当該医療機関において院内処 方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にH IF-PH阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「F 400」処方箋料の(9)の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋によ り投薬することとして差し支えない。

[施設基準]

人工腎臓に規定する薬剤 エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル、HIF - P H 阻害剤

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352 00008.html 出典:厚生労働省 令和4年度診療報酬改定の概要(2022/03/04)医療技術

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ-6 重症化予防の取組の推進

- ①透析中の運動指導に係る評価の新設
- ②継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設
- ③生活習慣病管理料の見直し(Ⅲ-1億再掲)
- ④高度難聴指導管理料の見直し
- ⑤歯科口腔疾患の重症化予防の推進(Ⅲ-1⑭再掲)

透析中の運動指導に係る評価の新設

人工腎臓を算定している患者に対して、透析中に当該患者の病状及び療養環境等を踏まえた療養上必要な訓練等を行った場合の評価を新設する。

人工腎臓

(新) 透析時運動指導等加算 75点 (指導開始から90日を限度とする。)

[対象患者]

人工腎臓を実施している患者

「算定要件」 (概要)

- 透析患者の運動指導に係る研修を受講した<u>医師、理学療法士、作業療法士</u>又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した<u>看護師</u>が1回の血液透析中に、連続して20分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定
- **日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」**等の関係学会によるガイドラインを 参照すること

出典:厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要(2022/03/04)個別改定事項 V https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

継続的な二次性骨折予防に係る評価の新設

▶ 大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合の評価を新設する。

(新) 二次性骨折予防継続管理料

イ 二次性骨折予防継続管理料 1 1,000点 (入院中1回·手術治療を担う一般病棟において算定)

□ 二次性骨折予防継続管理料 2 750点 (入院中1回・リハビリテーション等を担う病棟において算定)

八 二次性骨折予防継続管理料3 500点 (1年を限度として月に1回・外来において算定)

[対象患者]

- イ:大腿骨近位部骨折を発症し、手術治療を担う保険医療機関の一般病棟に入院している患者であって、骨粗鬆症の有無に関する評価及び必要な治療等を実施し たちの
- ロ: **イを算定していた患者であって、**リハビリテーション医療等を担う病棟において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施したもの
- ハ: **イを算定していた患者であって、外来において継続的に骨粗鬆症に関する評価及び治療等を実施**したもの

[算定要件]

- 1. イについては、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に 対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
- 2. 口については、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。
- 3. 八については、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って、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。
- 4. イについては、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。
- 5. 口及び八については、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス(FLS)クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び 骨粗鬆症の治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。
- 6. 診療に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

[施設基準]

- 1. 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 2. 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。なお、薬剤師については、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない。
- 3. イの施設基準に係る病棟については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限 る。)又は専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
- 4. 口の施設基準に係る病棟ついては、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関 の病棟であること。

出典:厚生労働省_令和4年度診療報酬改定の概要(2022/03/04)個別改定事項 V https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html

③生活習慣病管理料(再掲)

基本的な考え方:生活習慣病患者に対する治療計画に基づいた治療管理及び生活習慣病の管理における多職種連携を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。 (Ⅲ – 1(13)を参照)

具体的な内容・(略)

高度難聴指導管理料の見直し

▶ 高齢化の進展や認知症患者の増加を踏まえ、難聴患者に対する生活指導等を推進する観点から、高度難聴指導管理料について要件を見直す。

現行

【高度難聴指導管理料】

[算定要件]

注2 区分番号 K 3 2 8 に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。

[施設基準]

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) (略)
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。 (中略)



改定後

【高度難聴指導管理料】

[算定要件]

注2 区分番号 K 3 2 8 に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については**年**1回に限り 算定する。

[施設基準]

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) (略
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。

(中略)

また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に 関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ま しい。

⑤歯科口腔疾患の重症化予防(再掲)

基本的な考え方:歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、以下の見直しを行う。 (Ⅲ – 1 (14)を参照)

- ① 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療について、診療実態を踏まえて評価の在り方を見直す。
- ② フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者を見直す。

具体的な内容: (略)

令和4年度診療報酬改定

N 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

- N-7 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進 ①医薬品の給付の適正化
 - ②処方箋様式の見直し(リフィル処方箋の仕組み) (I-7⑫再掲)
 - ③処方箋料の見直し(I-713再掲)

①医薬品の給付の適正化

具体的な内容: 医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる湿布薬の上限枚数を、1 処方につき70枚までから63枚までに変更する。

改定前

【第5部 投薬】 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枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号 F 0 0 0 に掲げる調剤料、区分番号 F 2 0 0 に掲げる薬剤(当該超過分に係る薬剤料に限る。)、区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 5 0 0 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70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。



改定後

【第5部 投薬】 通則

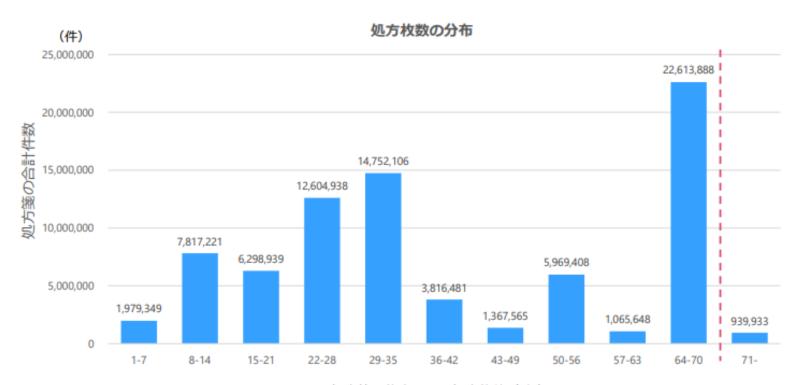
5 入院中の患者以外の患者に対して、1 処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号 F 0 0 0 に掲げる調剤料、区分番号 F 2 0 0 に掲げる薬剤(当該超過分に係る薬剤料に限る。)、区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 5 0 0 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。





外用の消炎・鎮痛薬の処方枚数について

- 令和2年度に調剤された外用の消炎・鎮痛薬※1について、処方箋1枚における処方枚数の分布※2をみると、70枚※3を含む「64枚以上70枚以下」にピークが見られる。
- 70枚の件数は22,511,366件であり、「64枚以上70枚以下」の99.5%を占める。
 - ※1 薬効中分類が「鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤」の外用薬のうち、剤形が貼付剤であるものを集計対象とした。
 - ※2 1枚の処方箋で複数種類の外用薬が調剤された場合はそれぞれ1件として集計している。
 - ※3 1度に70枚を超えて処方する際には、レセプトにその理由を記載することとなっている。



処方箋1枚当たりの処方枚数(/年)

※NDBデータによる(2020年4月~2021年3月(鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤))

目次に戻る

出典:厚生労働省_中医協資料(2021/12/08)総-4-2 https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000863579.pdf

②リフィル処方箋(再掲)

基本的な考え方: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反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。(I – 7 (12)を参照)

具体的な内容:(略)

【IV - 7 医師・病棟薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進】

③処方箋料(再掲)

基本的な考え方: 患者の状態に応じた適切な処方を評価する観点から、リフィル処方箋により処方を行った場合について、処方箋料の要件を見直す。(I-7(13)を参照)

具体的な内容: (略)



