

骨子における「重点課題」及び「四つの視点」関連項目 (調剤報酬及び後発医薬品の使用促進)

<内容>

1. 重点課題

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
(重点課題2－4関連)

2. 四つの視点

薬学的管理及び指導の充実について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
(Ⅲ－6－(1)関連)

調剤報酬における適正化・合理化・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
(Ⅲ－6－(1)関連)

後発医薬品の使用促進について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
(Ⅳ－1関連)

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

骨子【重点課題 2－4－(2)】

第 1 基本的な考え方

1. 在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け、評価を新設する。
2. 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。
3. 無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。
4. 緊急時の対応を求められた場合、薬局から患者までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価

在宅業務に十分に対応している薬局として、過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 ○点

[算定要件]

施設基準に適合している薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者に対する調剤を行った場合、処方せん受付1回につき〇点を加算する。

[施設基準]

- (1) あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。
- (2) 在宅業務を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

※ なお、必要な体制整備の要件として、過去一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導等の実績、医療材料及び衛生材料を供給できる体制、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務実施体制に係る周知等を定めることとする。

2. 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」という。）とあらかじめ連携している場合、在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等についても算定できることとする。

ただし、保険請求は在宅基幹薬局が行うものとする。

3. 無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改める。

現 行	改定案
（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準） (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。	（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準） (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設 <u>又は設備</u> を有していること。

(3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	(3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
----------------------------------	----------------------------------

※ なお、これに伴い、通知において「無菌製剤処理を行うための専用の部屋（5平方メートル以上）を有していること。」の要件を削除する。

4. 在宅業務受入れ可能距離に係る目安の設定

在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件に患家との距離要件を設定する。

現 行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】
1 同一建物居住者以外の場合 500点	1 同一建物居住者以外の場合 500点
2 同一建物居住者の場合 350点	2 同一建物居住者の場合 350点
	[算定要件]
	<u>注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない。</u>

薬学的管理及び指導の充実について

骨子【Ⅲ－6－(1)】

第1 基本的な考え方

1. お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識されていることから、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価する。また、医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認についても評価する。
2. 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方されている場合の算定要件を明確化するための見直しを行う。
3. 乳幼児への薬学的管理指導に関しては、現行では、調剤技術料（自家製剤加算及び計量混合加算）の中で調剤から薬学的管理指導に至る内容が評価されているが、点数設定を含め、現行の扱いを整理するとともに、薬剤服用歴管理指導料への加算を新設する。

第2 具体的な内容

1. 残薬確認も含めた薬剤服用歴管理指導料の包括的評価の充実

薬剤情報提供料を廃止し、お薬手帳を通じた情報提供を算定要件として薬剤服用歴管理指導料の中で包括的に評価する。

また、薬歴を活用した残薬確認も薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を充実する。

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】（処方せん の受付1回につき） 30点 [算定要件]	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せん の受付1回につき） 〇点(改) [算定要件]
注 患者に対して、次に掲げる指導等	注 患者に対して、次に掲げる指導等

<p>のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>【薬剤情報提供料】（処方せんの受付1回につき） 15点 [算定要件] 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>	<p>のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「<u>薬剤情報提供文書</u>」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>③ <u>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u></p> <p>④ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。</u></p> <p><u>（廃止）</u></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. 特定薬剤管理指導加算（ハイリスク薬）の算定要件の明確化

特定薬剤管理指導加算の算定要件である、ハイリスク薬が処方された患者に対して行う、その効果や関連副作用の有無等の確認内容等をより明確化する。

3. 乳幼児（6歳未満）への服薬指導の薬学的管理指導における評価

乳幼児（6歳未満）の処方せんを受け付けた場合であって、乳幼児が安全に、又は容易に服用できるよう、乳幼児への服薬指導を行った場合、現行では調剤料における「特別の乳幼児用製剤」の加算の中で評価されているが、この調剤料における加算項目を削除するとともに、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

（新） 乳幼児服薬指導加算 〇点

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 〇点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注 乳幼児（6歳未満）に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又は患者の家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、指導内容等を手帳に記載した場合は、所定点数に〇点を加算する。</u></p>
<p>（調剤料）</p> <p>【自家製剤加算】（1調剤につき）</p> <p>イ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p>	<p>（調剤料）</p> <p>【自家製剤加算】（1調剤につき）</p> <p>イ 内服薬及び頓服薬</p>

(1)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤の内服薬 20点	(1)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤の内服薬 20点
(2)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90点	(2)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90点
(3)液剤 45点	(3)液剤 45点
ロ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児 用製剤を行った場合に限る。）	（削除）
(1)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤 120点	
(2)液剤 75点	
【計量混合加算】（1調剤につき）	【計量混合加算】（1調剤につき）
イ 特別の乳幼児用製剤を行った場 合	（削除）
(1)液剤の場合 75点	
(2)散剤又は顆粒剤の場合 90点	
(3)軟・硬膏剤の場合 80点	
ロ イ以外の場合	
(1)液剤の場合 35点	(1)液剤の場合 35点
(2)散剤又は顆粒剤の場合 45点	(2)散剤又は顆粒剤の場合 45点
(3)軟・硬膏剤の場合 80点	(3)軟・硬膏剤の場合 80点

調剤報酬における適正化・合理化

骨子【Ⅲ－6－(2)】

第1 基本的な考え方

調剤報酬の中で適正化できる以下の事項について見直しを行う。

1. 基準調剤加算の施設基準については、地域医療を応需する「かかりつけ薬局」のあるべき方向性等を考慮し、備蓄医薬品の品目数の見直しを行うとともに、特定の医療機関の診療時間等に応じた開局時間を設定している薬局については施設基準を満たさないこととするよう見直す。
2. 薬学管理料における、調剤情報提供料、服薬情報提供料等については、一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整理・統合する方向で見直しを行う

第2 具体的な内容

1. 基準調剤加算の施設基準の見直し

基準調剤加算の施設基準に、開局時間に係る要件を設けるとともに、備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とする。

現 行		改 定 案	
【基準調剤加算】		【基準調剤加算】	
1	基準調剤加算 1 10 点	1	基準調剤加算 1 10 点
2	基準調剤加算 2 30 点	2	基準調剤加算 2 30 点
[施設基準]		[施設基準]	
(1) 通則		(1) 通則	
イ、ロ 略		イ、ロ 略	
		ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となって	

<p>ハ、ニ 略</p> <p>(2) 基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算 2 の基準 イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>	<p><u>いること。</u></p> <p><u>二、ホ 略</u></p> <p>(2) 基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算 2 の基準 イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※ なお、各々の加算における「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、基準調剤加算 1 については現行の「500 品目以上」を「700 品目以上」とし、基準調剤加算 2 については現行の「700 品目以上」を「1000 品目以上」とする。

2. 調剤情報提供料、服薬情報提供料等の見直し

調剤情報提供料、服薬情報提供料及びその加算である服薬指導情報提供加算については廃止し、これらを統合した評価として、新たに服薬情報等提供料を新設する。

現 行	改定案
<p>【調剤情報提供料】（処方せんの受付 1 回につき） 15点 [算定要件]</p> <p>注 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文</p>	<p><u>(廃止)</u></p>

	<p><u>保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。</u></p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

後発医薬品の使用促進について

骨子【IV－1】

第1 基本的な考え方

1. これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し、医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価等の取組を行ってきた。

後発医薬品の使用割合は着実に増加してはいるものの、政府目標の達成のためには一層の使用促進が必要であり、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。

このため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

2. なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の範囲については、平成22年4月以降、先発医薬品の薬価より高い品目を除外してきたところであるが、平成24年4月以降は、これに加え、先発医薬品の薬価と同額の品目についても、除外することとする。

第2 具体的な内容

1. 薬局における後発医薬品調剤体制加算等の見直し

- (1) 調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が22%以上、30%以上及び35%以上の場合に改めることとし、特に30%以上及び35%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改定案																		
<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること</p> <table> <tr> <td>1</td> <td>20%以上</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>25%以上</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30%以上</td> <td>17点</td> </tr> </table>	1	20%以上	6点	2	25%以上	13点	3	30%以上	17点	<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。</p> <table> <tr> <td>1</td> <td><u>22%以上</u></td> <td>○点(改)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>30%以上</u></td> <td>○点(改)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><u>35%以上</u></td> <td>○点(改)</td> </tr> </table>	1	<u>22%以上</u>	○点(改)	2	<u>30%以上</u>	○点(改)	3	<u>35%以上</u>	○点(改)
1	20%以上	6点																	
2	25%以上	13点																	
3	30%以上	17点																	
1	<u>22%以上</u>	○点(改)																	
2	<u>30%以上</u>	○点(改)																	
3	<u>35%以上</u>	○点(改)																	

※1 後発医薬品の調剤数量の割合を計算する際に、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤に加えて、漢方製剤及び生薬については、後発医薬品の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

※2 平成24年度薬価改定の結果、一部の後発医薬品の薬価については、先発医薬品の薬価よりも「高くなる」、若しくは「同じとなる」見込みであることから、これら薬価が「高くなる」、若しくは「同じとなる」品目については、後発医薬品の使用に係る診療報酬上の評価の対象としている「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することとする。

(2) 後発医薬品調剤加算及び後発医薬品情報提供料の廃止

調剤料における後発医薬品調剤加算及び薬学管理料における後発医薬品情報提供料を廃止する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤加算】（1調剤につき）</p> <p>[算定要件]</p> <p>後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点を加算する。</p>	<p><u>(廃止)</u></p>

<p>【後発医薬品情報提供料】（処方せん受付1回につき） 10点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんの指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。</p>	<p><u>（廃止）</u></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

2. 薬局における薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品に係る情報提供の評価

薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書の中で、全ての先発薬に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格及び在庫情報）を付加的に提供することを、薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を行う。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点 [算定要件]</p> <p>患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） <u>〇点</u>（改） [算定要件]</p> <p>患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主</p>

<p>な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>【薬剤情報提供料】（処方せんの受付1回につき） 15点</p>	<p>な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「<u>薬剤情報提供文書</u>」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>③ <u>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u></p> <p>④ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。</u></p> <p>⑤ <u>薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</u></p> <p><u>（廃止）</u></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. 医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件（後発医薬品の採用品目割合20%以上）に「30%以上」の評価を加える。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品使用体制加算】（入院初日） 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】（入院初日）</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算₁ ○点(新)</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算₂ ○点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が<u>3割</u>以上であること。</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>

4. 一般名処方の推進

後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算を新設する。

現 行	改定案
【処方せん料】	【処方せん料】

1	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週間以内のものを除く。）を行った場合	40点	1	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週間以内のものを除く。）を行った場合	40点
2	1以外の場合	68点	2	1以外の場合	68点
			<p>(注を追加)</p> <p><u>一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき〇点を加算する。</u></p>		

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

5. 処方せん様式の変更

現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する（別紙）。

6. 後発医薬品の品質確保

「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

(1) 厚生労働省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発医

薬品についての科学的見解を作成する。

(2) ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん															
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)															
公費負担者番号															保険者番号
公費負担医療の受給者番号															被保険者証・被保険者手帳の記号・番号
患者	氏名					保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日	明大昭平	年	月	日	電話番号									
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名					(印)				
						都道府県番号		点数表番号		医療機関コード					
交付年月日	平成	年	月	日	処方せんの使用期間					平成	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
処方	変更不可	(個々の処方薬について、後発医薬品 (ジェネリック医薬品) への変更し差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)													
備考	保険医署名 (「変更不可」欄に「√」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)														
調剤済年月日	平成	年	月	日	公費負担者番号										
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名					(印)					公費負担医療の受給者番号					
備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。															
2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。															
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令 (昭和51年厚生省令第36号) 第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。															

様式第二号
(第二十三条関係)