Nippon Pharmacy Association

日本保険薬局協会

リフィル処方箋の手引き

（薬局版）

Ver.1

令和4年9月8日

はじめに

諸外国ではすでに行われていたリフィル制度が、2022年4月から日本でも導入された。リフィル処方箋は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仕組みである。さらに政府はリフィル処方箋の普及・定着に向けた方針も示している。リフィル処方箋を応需する薬剤師は、患者の状態を適切に把握し、必要に応じて処方医への情報提供や受診勧奨を行うことにより、効率的で質の高い薬物療法に寄与することが求められる。そのための適切な対応や取扱いについて手引きに取りまとめた。

目　次

1. リフィル処方箋の対応フロー

2. リフィル処方箋例

3. 調剤日と調剤可能期間

4. さいごに

5. 参考資料

1. リフィル処方箋の対応フロー

受取時の確認

記載事項の確認

・処方箋の「リフィル可」欄にレ点があるか確認
・使用回数（例:3回中の〇回目）、総使用回数を確認
※リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回まで
・リフィル欄に手書き記載があった場合には偽造を疑い医療機関に確認
・投薬量に限度が定められている医薬品（新薬や向精神薬、麻薬等）及び湿布薬（63枚の制限あり）については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない
※外用薬のリフィル処方の場合、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数の記載に加えて、投与日数の記載が必要
（例:点眼液6瓶 1日6回 両目に点眼 ＊30日分）
※リフィル処方可の薬剤と不可の薬剤が混在する場合（例:降圧剤と湿布薬）、薬剤毎にリフィル回数が異なる場合（例:降圧剤はリフィル3回、頓服使用の鎮痛剤は1回のみ）は、処方箋を別に分けて発行する

有効期間の確認

・処方箋の有効期間を確認
※初回:通常時と同じく、交付の日を含め4日以内
※2回目以降:原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係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日以内を有効期間とする
（例:次回調剤予定日が6月13日だった場合、その日を含まない前後7日間である6月6日から6月20日の間で調剤が可能）

有効期間を過ぎた場合 → **医療機関への受診勧奨**

有効期間内

次ページ

妥当性判断

患者さまの状態確認

・患者の服薬状況等の確認を行い、副作用の発生、体調変化あり、症状が改善されないなど、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ともに、処方医に速やかに情報提供を行うこと

不適切 → 医療機関への受診勧奨

適切

処方内容の確認

・1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする
・一般名処方の場合、初回来局時に調剤した薬剤と同一のものを調剤することが望ましい

服薬指導

処方箋への記録

・調剤日、次回調剤予定日を記載する
・次回調剤予定日は原則として、前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とする
・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する
調剤済みとならなかったときは調剤量（厚生局により判断が異なる場合がある）

次ページ

服薬指導

服薬指導のポイント（慢性疾患）

・別添「生活習慣病　療養計画書」を参考に必要事項を確認、指導を行う

①情報の収集・評価

・設定した目標（食事・運動・たばこ・その他）の達成状況や課題を確認する

・前回から当日までの期間に得た臨床検査値等を確認する

・治療に対する患者の要望（処方医に伝えたいことなど）や満足度について確認する

②処方薬の効果や副作用、服薬アドヒアランスの確認

・治療薬の効果や副作用について確認・評価する

・服薬アドヒアランス、残薬を確認する

・頓服薬などの使用状況

→上記に問題がある場合などには速やかに受診勧奨や医師等へ情報提供を行う

口頭・文書を用いての説明

・次回調剤可能な期間の前日に、電話等で連絡する旨を伝える

・処方箋の有効期間を過ぎてしまった、または紛失した場合は再度受診が必要となることを伝える

・次回来局時に体調変化について伺い、場合により受診勧奨する場合がある事を伝える

・継続的に体調の経過確認をするために、次回も同じ薬局の利用を勧める

・事情により他の薬局を利用する場合は、他の薬局へ情報共有する場合がある事を伝える

（他の薬局へ情報共有する項目例）

・調剤した医薬品情報（先発品後発品含む）

・一包化や別包など調剤情報

・服薬指導内容

次回来局時に持参頂くもの

・リフィル処方箋

・健康保険証、マイナンバーカード

・お薬手帳

次ページ

服薬指導後の対応

・処方箋の原本を返却する　※総使用回数に達した場合は処方箋原本は薬局で保管
・総使用回数に満たない場合はリフィル処方箋の写しを調剤録とともに保管
　※写しは3年間保管
・リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として原本を保管
　※原本は3年間保管

必要に応じて対応

医療機関への情報提供

・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
　（処方医へ情報提供の例）
・調剤した医薬品情報（先発品・後発品含む）
・一包化や別包など調剤情報
・服薬指導内容
・服薬状況
・残薬
・体調変化
・併用薬や生活状況の変化

※算定要件を満たしていれば「服薬情報等提供料1または2」を算定する事ができる

服薬期間中フォロー

・必要時に応じて、服薬期間中フォローを実施する
　（服薬期間中フォロー内容の例）
・次回調剤可能期間が始まる旨もしくは来局予定日までに患者が来局しない場合
・服薬状況
・残薬
・体調変化
・併用薬や生活状況の変化

次回来局

2. リフィル処方箋例

（表）

処　方　箋

（この処方箋は、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	・　（枝番）

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 令　年　月　日	男・女
	区　分	被保険者 / 被扶養者	都道府県番号 / 点数表番号 / 医療機関コード
交付年月日	令和 4 年 8 月 8 日	処方箋の使用期間	令和　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。）

電話番号

保険医氏名　㊞

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）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」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「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）

アムロジピン錠5mg　1錠　30日
1日1回朝食後

ヒアルロン酸Na点眼液0.1%　6瓶
1日6回　両目に点眼　30日分

リフィル可 ☑ （ 3 回）

外用薬のリフィル処方の場合も投与日数の記載が必要

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。）
□保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　□保険医療機関へ情報提供

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。）
□1回目調剤日（ 4 年 8月 8日）　□2回目調剤日（ 4年 8月31日）　□3回目調剤日（ 4年 9月28日）
次回調剤予定日（4 年 9月 7日）　次回調剤予定日（ 4年 9月30日）

調剤済年月日	令和 4年 9月 28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	3回目の時に記入㊞	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、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38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こと。

様式第二号（第二十三条関係）

（裏）

1回目	2回目
保険薬局の名称	保険薬局の名称
保険薬剤師の氏名	保険薬剤師の氏名

3. 調剤日と調剤可能期間

調剤日と調剤可能期間（30日処方のリフィル3回）

① 1回目の調剤を8月8日に実施
2回目の調剤予定日　9月7日
調剤可能期間　調剤予定日を含まない前後7日間:8月31日～9月14日

② 2回目の調剤を8月31日に実施
3回目の調剤予定日　9月30日
調剤可能期間　調剤予定日を含まない前後7日間:9月23日から10月7日

8 AUGUST

日	月	火	水	木	金	土
31	1	2	3	4	5	6
7	8 ①	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3

9 SEPTEMBER

日	月	火	水	木	金	土
28	29	30	31 ②	1	2	3
4	5 調剤可能期間	6	7 2回目 調剤予定日	8	9 調剤可能期間	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26 調剤可能期間	27	28	29	30 3回目 調剤予定日	1 調剤可能期間

10 OCTOBER

日	月	火	水	木	金	土
25	26	27	28	29	30	1 調剤可能期間
2	3 調剤可能期間	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/30	24/31	25	26	27	28	29

さいごに

リフィル処方箋は患者本位の医薬分業を完成させる最後のピースであり、まさに薬剤師の職能が試され、医薬分業の是非にも大きく影響しうるということを重く受け止める必要がある。国民にリフィル処方箋のメリットを感じていただけるよう薬剤師は十分な知識・スキルを習得し、医師と連携を図りながら丁寧かつ適切に対応をしていくことが重要である。そのための一助として、この手引きが活用されることを期待したい。

参考資料

・令和4年3月4日保医発0304第1号
　診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）別添3

・令和4年3月4日保医発0304第1号
　診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）
　別紙様式9 生活習慣病　療養計画書

・令和4年3月25日保医発0325第1号
　「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（通知）

・事務連絡　令和4年3月31日　疑義解釈資料の送付について（その1）

（別紙様式9）

生活習慣病　療養計画書　初回用

（記入日：　　年　　月　　日）

患者氏名：　　（男・女）	主病：
生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　才）	□糖尿病　□高血圧症　□高脂血症

ねらい：検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】

【検査項目】
- □身　長　（　　cm）
- □体 重：現在（　　kg）→目標（　　kg）
- □BMI　（　　）
- □腹 囲：現在（　　cm）→目標（　　cm）
- □栄養状態　（低栄養状態の恐れ　　良好　　肥満）
- □収縮期／拡張期血圧（　　／　　mmHg）
- □運動負荷心電図
- □その他　（　　）

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）
- □血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）（　　mg/dl）
- □HbA1c：現在（　　%）→目標（　　%）
- □総コレステロール（　　mg/dl）
- □中性脂肪（　　mg/dl）
- □HDLコレステロール（　　mg/dl）
- □LDLコレステロール（　　mg/dl）
- □その他（　　）

【問　診】　□食事の状況　□運動の状況　□たばこ　□その他の生活

【①達成目標】：患者と相談した目標

（　　）

【②行動目標】：患者と相談した目標

（　　）

医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事	□食事摂取量を適正にする □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす □節酒：〔減らす（種類・量：　　を週　　回）〕 □間食：〔減らす（種類・量：　　を週　　回）〕 □食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　　）） □食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	□食塩・調味料を控える □外食の際の注意事項（　　） □その他（　　） 担当者の氏名　（印）
□運動	□運動処方：種類（ｳｫｰｷﾝｸﾞ・　　） 時間（30分以上・　　）、頻度（ほぼ毎日・週　　日） 強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　　拍/分 or　　） □日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　　） □運動時の注意事項など（　　）	担当者の氏名　（印）
□たばこ	□非喫煙者である □禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等	担当者の氏名　（印）
□その他	□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量 □家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等） □その他（　　）	担当者の氏名　（印）
【服薬指導】	□処方なし　□薬の説明	担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名　（印）

（別紙様式9の2）

生活習慣病　療養計画書　継続用　　（記入日：　　年　　月　　日）（　　）回目

患者氏名：　　（男・女）	主病： □糖尿病　□高血圧症　□高脂血症
生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　才）	

ねらい：重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査・問診】

【検査項目】
- □体 重：現在（　　kg）→目標（　　kg）
- □BMI　（　　）
- □腹 囲：現在（　　cm）→目標（　　cm）
- □栄養状態　（低栄養状態の恐れ　　良好　　肥満）
- □収縮期／拡張期血圧（　　／　　mmHg）
- □運動負荷心電図
- □その他　（　　）

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）
- □血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）（　　mg/dl）
- □HbA1c：現在（　　%）→目標（　　%）
- □総コレステロール（　　mg/dl）
- □中性脂肪（　　mg/dl）
- □HDLコレステロール（　　mg/dl）
- □LDLコレステロール（　　mg/dl）
- □その他（　　）

【目標の達成状況と次の目標】：患者と相談した目標

【①達成目標】：患者と相談した目標

（　　）

【②行動目標】：患者と相談した目標

（　　）

医師氏名　　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事	□今回は、指導の必要なし □食事摂取量を適正にする □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす □節酒：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕 □間食：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕 □食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　　）） □食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる □食塩・調味料を控える □外食の際の注意事項（　　） □その他（　　）	担当者の氏名　　（印）
□運動	□今回は、指導の必要なし □運動処方：種類（ウォーキング・　　） 時間（30分以上・　　）、頻度（ほぼ毎日・週　　日） 強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　　拍/分 or　　） □日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　　） □運動時の注意事項など（　　）	担当者の氏名　　（印）
□たばこ	□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等	担当者の氏名　　（印）
□その他	□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）□減量 □家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等） □その他（　　）	担当者の氏名　　（印）
服薬指導	□処方なし　□薬の説明	担当者の氏名　　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名　　（印）

リフィル処方せんの受付について

リフィル処方せんとは？

リフィル処方せんとは、医師によって定められた回数と期限内で繰り返し使うことのできる処方せんのことです。**リフィル可の☑有無と、回数をご確認ください。**
2回目以降の薬の受け取りの際には、医師の診察は不要です。

ご利用の流れ

➢ 1回目　医療機関受診　→　薬の説明・受け取り　→　ご帰宅

リフィル処方せんは大切に保管ください

➢ 2回目以降

リフィル処方せんを下記の**有効期間内**に薬局に持参　→　薬の説明・受け取り　→　ご帰宅

➢ リフィル回数･期間終了後は、１回目同様に医療機関受診

ご注意
□ 薬の受け取りは、継続的なサポートのため、可能な限り同じ薬局をご利用をください。
□ リフィル処方せんの使用中においても、体調変化等により医師の診察が必要になる場合がございます。
□ アプリやFAXにて処方せん画像を送信した場合にも、処方せん原本を薬局に持参する必要があります。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様の

次回の処方せん有効期間は ＿＿月＿＿日～＿＿月＿＿日 です。
2回目以降も下記をお持ちください。
・リフィル処方せん
・健康保険証、マイナンバーカード
・お薬手帳

□ リフィル処方せんをご返却しました。

●●●●薬局　●●●●店
所在地　：
営業時間：
定休日　：
ＴＥＬ　：000-0000-0000
ＦＡＸ　：000-0000-0000