

個別事項（その19）

残薬対策

1. 残薬について

2. 残薬の発生を抑制するための対策

3. 残薬の確認に関する対策

4. 残薬解消に関する対策

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

医療費適正化に関する施策についての基本的な方針

令和5年7月20日厚生労働省告示第234号

一部改正 令和6年11月1日厚生労働省告示第326号

～以下、抜粋～

また、後発医薬品の使用促進については、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、医療関係者等に対する啓発資料の提供や情報提供を進めるとともに、安定供給体制の確保について、医薬品の製造販売業者への指導等を行う。バイオ後続品への移行状況については成分ごとにばらつきがあり、全体では後発医薬品ほどは使用が進んでいない。このことを踏まえて、バイオ後続品の普及促進に向けてロードマップの別添「バイオ後続品の使用促進のための取組方針」（令和6年9月）を示した。**残薬、重複投薬、不適切な複数種類の医薬品の投与及び長期投薬を減らすための取組など**の医薬品の適正使用の推進については、医療関係者や保険者等と連携し、国民に対し、かかりつけ薬剤師・薬局の必要性の周知や、処方医との連携を通じたかかりつけ薬剤師・薬局の機能強化のための支援等を行っていく。

残薬対策に対する基盤と報酬上の評価

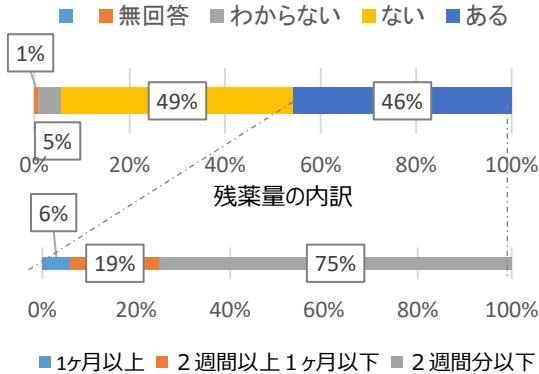
- 残薬への対応については、発生の抑制、残薬の確認、残薬の解消等の観点があり、それぞれの観点から、報酬上の対応等が図られている。

| | | 残薬の発生の抑制 | 残薬の確認 | 残薬の解消 |
|-----------------|--------|---|--|--|
| 基盤となる仕組み | 外来在宅共通 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ かかりつけ医機能 ◆ かかりつけ薬剤師制度 ◆ 電子処方箋・オンライン資格確認 ◆ ポリファーマシー対策 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ かかりつけ薬剤師制度 ◆ お薬手帳の活用 | ◆ 薬剤師等の情報提供を受けた医師による処方変更 |
| | 在宅 | | ◆ 医療従事者による在宅訪問 | |
| 具体的な取り組みと関連する報酬 | 外来在宅共通 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ お薬カレンダー等による服薬支援 ◆ ポリファーマシー対策関係 ◆ オンライン資格確認・電子処方箋 →【医科・調剤】医療DX推進体制整備加算 | | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 疑義照会・処方変更の円滑化 →【医科】処方箋様式の変更（H28改定） <ul style="list-style-type: none"> □ 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施 |
| | 外来 | →【医科】薬剤総合評価調整管理料、地域包括診療料、薬剤適正使用連携加算等 →【調剤】かかりつけ薬剤師指導料、外来服薬支援料1、服用薬剤調整支援料等 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 薬局における残薬の確認 →【調剤】重複投薬・相互作用等防止加算 <ul style="list-style-type: none"> ◆ 節薬バッグ（ブラウンバッグ） →【調剤】外来服薬支援料1 | |
| | 在宅 | →【医科】在宅時医学総合管理料等 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 在宅における残薬の確認 →【調剤】在宅患者訪問薬剤指導料、在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料、在宅移行初期管理料等 | |

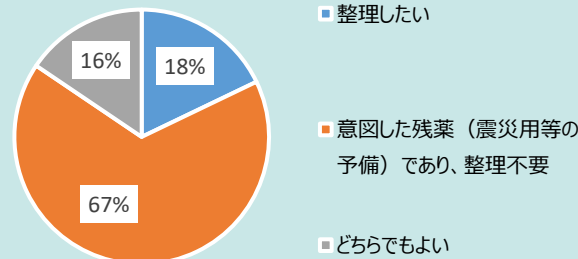
残薬に対する患者意識

- 患者調査の結果によると、自宅に残薬があると回答している患者は、全体の約半数であるが、そのうち残薬を「整理したい」と答えた患者は約2割であった。
- 1ヶ月分以上の残薬がある患者は残薬整理を希望しており、その相談しやすい相手として薬剤師と答える患者は78%であった。
- 年齢層別では、残薬があると答えた患者は60歳以上が6割であり、高齢者に多い傾向であった。

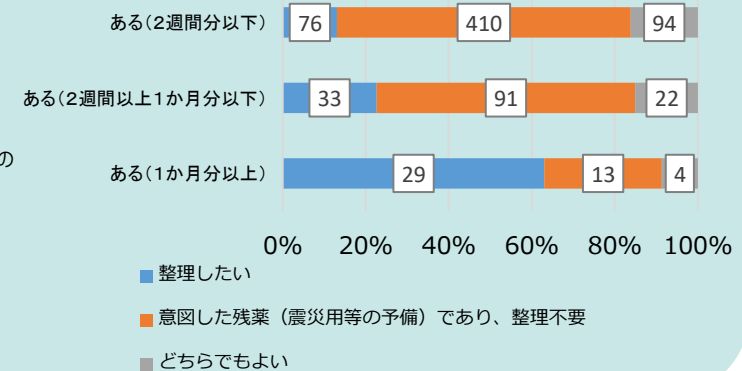
■ 自宅における残薬の有無(n=1690)



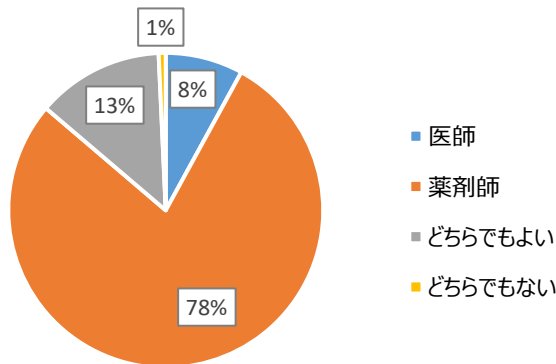
■ 残薬の整理への意識 n=772



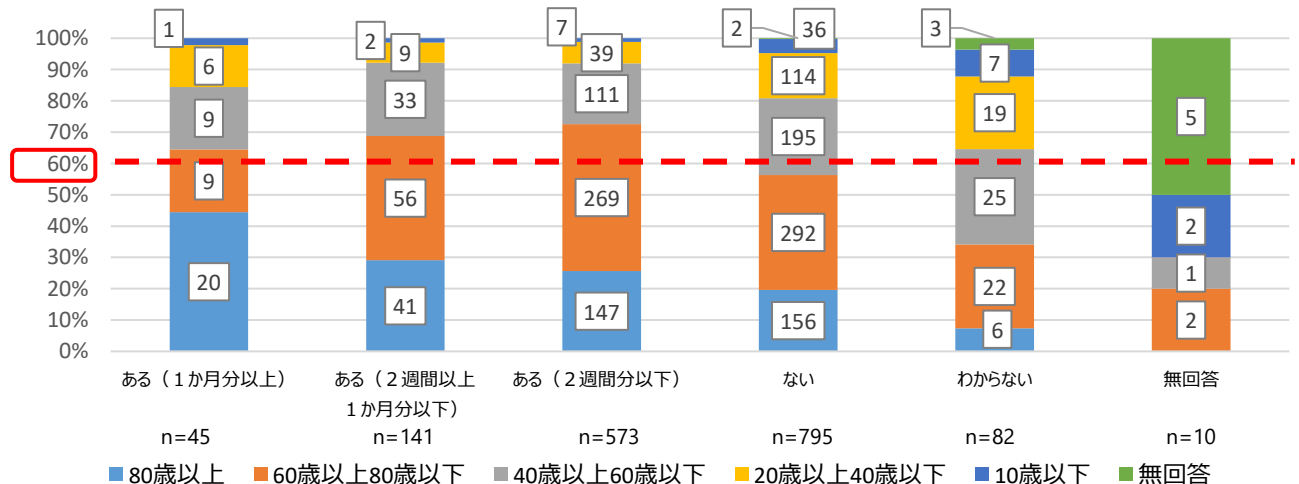
■ 残薬の量と整理への意識 n=772



■ 患者が残薬の相談しやすい相手 n=138



■ 残薬量別年齢層



残薬に対する患者意識向上に係る取組

- 残薬を減らすための取組であるブラウンバッグ運動について、調剤報酬（外来服薬支援料1）での患者又はその家族等への周知を要件としている他、「薬と健康の週間」において国民への周知も実施している。

調剤

区分14の2 外来服薬支援料

1 外来服薬支援料1 185点

(3) 略 患者が保険薬局に持参した服用中の薬剤等の服薬管理を行い、その結果を関係する保険医療機関へ情報提供した場合に算定できる。算定に当たっては、**あらかじめ、患者又はその家族等に対して、保険薬局へ服用中の薬剤等を持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を提供し、患者等が薬剤等を持参することで服薬管理を行う取組（いわゆるブラウンバッグ運動）を周知しておく。**この場合において、外来服薬支援料1は、特別調剤基本料Aを算定している保険薬局において、当該保険薬局と不動産取引等その他特別な関係を有している保険医療機関へ情報提供を行った場合は算定できない。

4 かかりつけ薬剤師・薬局を選びましょう

薬に関する情報を一元的に把握し、薬の飲み合わせや重複を確認したり、効果や副作用を継続的に確認したりしてもらえます。また、いざというときや困ったときには、休日・夜間を含め、電話等で相談ができます。

① かかりつけ薬剤師・薬局の主なメリット

○同じような薬が重複していないか、飲み合わせの悪い薬が出されていないかをチェックします。



○生活習慣を把握し、あなたに合った方法を提案することで、飲み忘れや飲み残しを防ぐことができます。



○在宅での療養が必要になっても、薬の管理、説明を受けられます。



～ポリファーマシーとは～

「ポリファーマシー」とは、単に薬の数が多くことではなく、それに関連した薬による有害事象が増えるなどの問題につながる状態のことを言います。複数の医療機関の受診によって薬の数が多くなり、処方箋全体が把握されていない場合に起こります。

特に高齢者では、生活習慣病などが重なり、治療薬や症状を緩和するための処方が増えて、ポリファーマシーの状態になりやすい傾向があります。気になる点がありましたら、自己判断せず、医師や薬剤師に自らが服用している薬の情報を伝えて相談するようにしましょう。

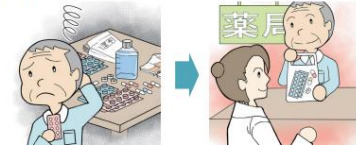


10



ブラウンバッグ運動を知っていますか

ブラウンバッグ運動とは、患者宅に残った薬を薬局に持ってきてもらい、服薬管理を行う取組のことです。薬局で袋が配布される場合もあります。



患者が持参した薬剤を、薬局薬剤師と確認し、使用期限切れの薬剤については廃棄しつつ、また使用できる薬剤があれば、必要に応じ、処方した医師へ処方日数を調整するよう薬剤師が提案する等の服薬管理を行うことが可能です。

家に薬が残っている場合には、かかりつけ薬剤師や医師に相談しましょう。薬局や医療機関に行くときに、薬局で配布された袋でなくても構いませんので、残っている薬を入れて持って行きましょう。

② 処方箋は「かかりつけ薬剤師・薬局」に持っていきましょう

複数の医療機関から処方箋をもらった場合でも、ご自分で選んだ1か所の薬局に処方箋を持っていきましょう。

身近な薬局で信頼できる薬剤師・薬局を、あなたの「かかりつけ薬剤師・薬局」として選びましょう。



医療情報ネット（ナビイ）では、全国の薬局を探すことができます。かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶ際の参考にしてください。



出典：令和7年度「薬と健康の週間」パンフレットより抜粋

（厚生労働省・都道府県・日本薬剤師会及び都道府県薬剤師会）

1. 残薬について
2. 残薬の発生を抑制するための対策
3. 残薬の確認に関する対策
4. 残薬解消に関する対策

- 薬物療法では、有害事象が起こりやすいことや、服薬アドヒアランスを低下させる要因が多岐にわたることを踏まえた工夫や配慮が必要となる。
- また、家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行うことが重要であり、介護状況に応じた介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

高齢者に対する適切な医療提供の指針（抜粋）

4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」

- ・ 有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。

4.1. 高齢者では有害事象が起こりやすい。薬物動態や薬力学の加齢変化を理解し、原則的に少量から薬物を開始し、薬物に対する反応・薬物有害事象をモニターしながら漸増する。多剤併用（特に6剤以上）に伴って予期せぬ相互作用や薬物有害事象の危険性は高くなるため、可能な限り多剤併用は避ける。また、高齢者に対して有害事象を起こしやすい薬物が知られており、それらの薬に関しては特に慎重に適用を考慮する。

4.2. 認知機能の低下、巧緻運動障害、嚥下障害、薬局までのアクセス不良、経済的事情、多剤併用など薬剤療法に対するアドヒアランスを低下させる要因は多岐に渡る。服薬アドヒアランスについて、本人だけでなく家族や介護者からも定期的に情報を収集し、アドヒアランスを低下させる要因を同定し、予防・改善に努める。また、合剤の使用や一包化、剤形の変更など服用が簡便になるよう工夫する。

（中略）

6. 「家族などの介護者もケアの対象に」

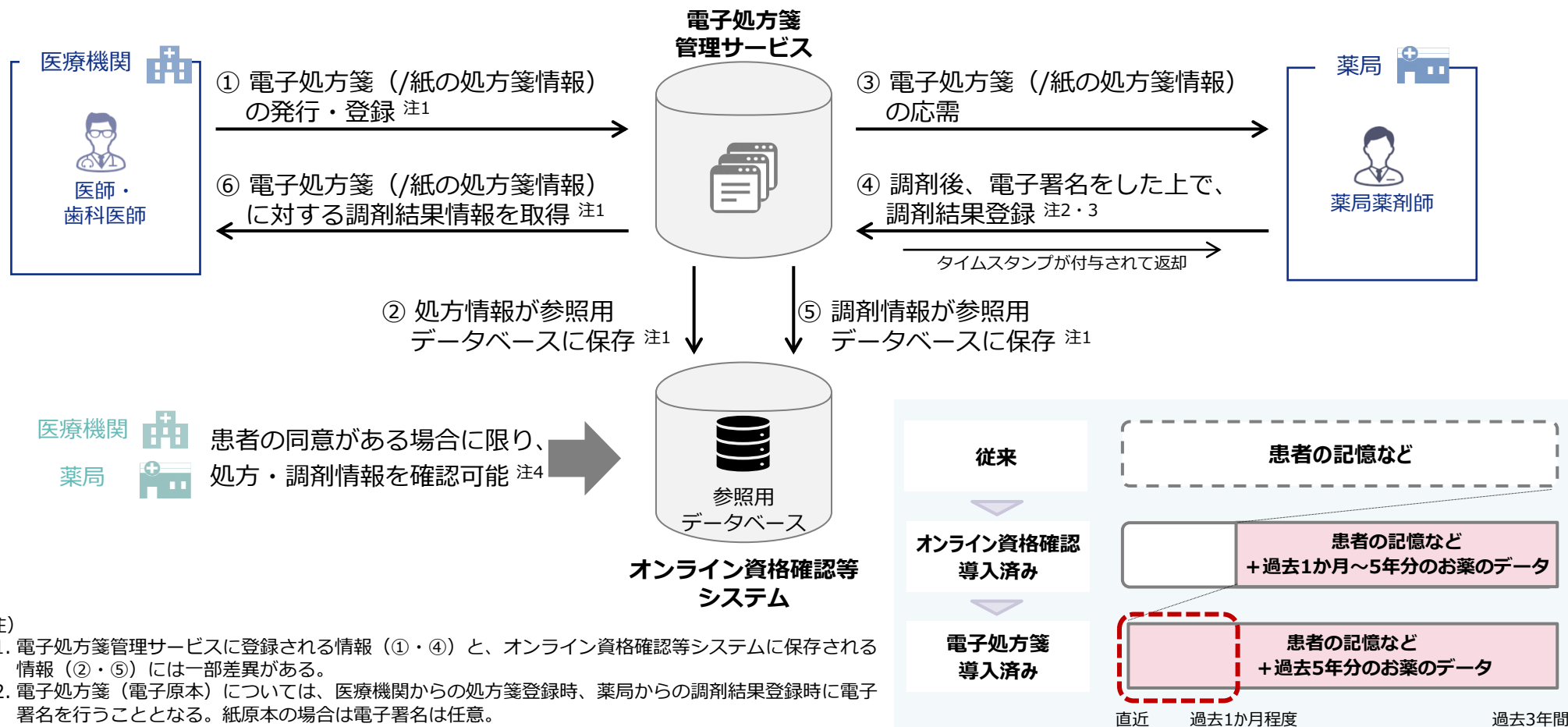
- ・ 家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。

（中略）

6.2. 本邦においては少子高齢化や核家族化の影響から、独居高齢者、高齢者が高齢者を介護するいわゆる「老老介護」、認知症患者が認知症患者を介護するいわゆる「認認介護」が社会問題化している。そうした介護状況には格別の注意が必要であり、早期に家族等と相談し、介護能力を考慮した上で、介護保険サービスの導入等の対応を行うことが望ましい。

電子処方箋管理サービスへの処方・調剤情報の登録と閲覧の概要図

- 電子処方箋の導入により、患者が情報提供に同意した場合には、複数の医療機関・薬局で処方・調剤された医薬品について、レセプトからの情報抽出前の“直近の”情報まで一元的に確認できるようになっている。



(注)

- 電子処方箋管理サービスに登録される情報（①・④）と、オンライン資格確認等システムに保存される情報（②・⑤）には一部差異がある。
- 電子処方箋（電子原本）については、医療機関からの処方箋登録時、薬局からの調剤結果登録時に電子署名を行うこととなる。紙原本の場合は電子署名は任意。
- 薬局は、電子処方箋管理サービスを介さない紙の処方箋を応需した場合にも、調剤結果登録が可能。
- 患者がマイナンバーカードを利用し、「過去のお薬の情報提供」に同意している場合は、レセプト由来の薬剤情報を含めたデータが確認できる。
（同意をしていない場合や資格確認書を利用している場合も、重複投薬等チェックの機能により、過去の処方・調剤との重複や併用禁忌の有無は確認することは可能。口頭等同意機能を実装した施設においては、口頭等での同意取得により、重複投薬等が確認された医薬品に限定して過去の処方・調剤情報を閲覧することが可能）

凡例

○ お薬手帳や患者とのコミュニケーションを基に把握する情報

■ 電子処方箋管理サービスなどに記録されたお薬のデータを基に把握する情報

薬局における残薬対策の評価

- かかりつけ薬剤師指導料においては、残薬対策を包括的に評価する要件がある。
- かかりつけ薬剤師による一元管理の更なる推進に向けて、中医協で見直しの議論を行った。

かかりつけ薬剤師の評価

- 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

かかりつけ薬剤師指導料

76点(1回につき)

※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤管理指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。

[かかりつけ薬剤師の主な業務]

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・薬の一元的・継続的な把握 ・薬に関する丁寧な説明 ・他の医療関係者との連携 ・調剤後のフォロー ・血液・生化学検査結果等をもとにした説明 | <ul style="list-style-type: none"> ・薬の飲み合わせなどのチェック ・時間外の電話相談 ・飲み残した場合の薬の整理 ・在宅療養が必要になった場合の対応 |
|---|---|

[施設基準]

以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。

- (1) 以下の経験等を全て満たしていること。
 - ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。
 - イ 当該保険薬局に週32時間以上(32時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、育児・介護休業法の規定により労働時間が短縮された場合にあつては、週24時間以上かつ週4日以上である場合を含む。)勤務していること。
 - ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に1年以上在籍していること。
- (2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。
- (3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。
- (4) 患者との会話のやり取りが他の患者に聞こえないようパーティション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること

第631回 中央社会保険医療協議会（調剤について（その2））（令和7年11月28日）

- ◆ かかりつけ薬剤師は患者の求めに応じて対応することが本来のあるべき姿であり、同意書の取得や算定をノルマ化することは、本来のあるべき姿ではない。安全で個別最適化した質の高い薬剤サービスのためには、かかりつけ機能の推進とともに、**かかりつけ薬剤師による一元的、継続的、全人的な薬学管理を通じた質の高い業務を評価するような見直しが必要**と考える。

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について

- 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものであり、在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、総合的な医学管理を行った場合の評価である。
- 医学管理の具体的内容について、他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めることとされているが、残薬確認等は定められていない。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料（月1回）

【趣旨】

- 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。
- 在宅又は施設で療養を行っている患者であって、通院困難な者に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。

【医学管理の具体的内容として明記されている事項】

- 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。
- 他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。
- 当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。

| | | | |
|-------------------|---|-----------------------------------|---|
| 医 科 | 地域包括診療料・加算について | | |
| | 地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月 1 回) | | 地域包括診療加算 1 28点 地域包括診療加算 2 21点 (1 回につき) |
| | 病院 | 診療所 | 診療所 |
| 包括範囲 | 下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。 ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの | | 出来高 |
| 対象疾患 | 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。)又は、認知症の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。) | | |
| 対象医療機関 | 診療所又は許可病床が200床未満の病院 | | 診療所 |
| 研修要件 | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 <u>認知症に係る研修を修了していることが望ましい。</u> | | |
| 服薬管理 | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。等 | ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。等 | ・他の医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、診療録に記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。 <u>・28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。</u> |
| 健康管理 | ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 | | |
| 介護保険制度 | ・介護保険に係る相談を受ける旨、 <u>介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨</u> の院内掲示。 ・主治医意見書の作成を行っていること。 <u>・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。</u> 等 | | |
| 在宅医療の提供および24時間の対応 | ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料1及び地域包括診療加算1に限る。) ・下記のすべてを満たす。 ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 | | ・下記のすべてを満たす。 ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 ・下記のうちいずれか1つを満たす。 ①時間外対応加算1～4の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 |
| その他 | <u>・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。</u> <u>・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。</u> | | |

認知症地域包括診療料・加算について

| | 認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月 1 回) | | 認知症地域包括診療加算 1 38点 認知症地域包括診療加算 2 31点 (1 回につき) |
|---------|---|-----|--|
| | 病院 | 診療所 | 診療所 |
| 包括範囲 | <p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診療の) 時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、夜間・早朝等加算及び医療情報取得加算 ・外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・連携強化診療情報提供料 ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの | | 出来高 |
| 対象患者 | <p>以下の全ての要件を満たす認知症患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 | | |
| 対象医療機関 | 診療所又は許可病床が200床未満の病院 | | 診療所 |
| 研修要件 | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 認知症に係る研修を修了していることが望ましい。 | | |
| 服薬管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること。等 ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする。等 ・他の医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、診療録に記載する。 ・原則として院内処方を行う。 ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する。 ・28日以上長期処方又はリフィル処方について、対応可能である旨の院内掲示。 | | |
| 健康管理 | ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 | | |
| 介護保険制度 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に対応可能な旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・サービス担当者会議への参加、地域ケア会議への参加、介護支援専門員との相談の機会を設けていること のいずれかを満たすこと。 等 | | |
| 在宅医療の提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) ・外来診療から訪問診療への移行に係る実績を有していること。(地域包括診療料1及び地域包括診療加算1に限る。) | | |
| 施設基準 | <p>それぞれ以下の届出を行っていること。</p> <p>診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2</p> | | <p>それぞれ以下の届出を行っていること。</p> <p>加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2</p> |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。 ・患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。 | | |

薬剤適正使用連携加算について

薬剤適正使用連携加算

- 地域包括診療料・加算等の算定患者が入院・入所した場合に、入院・入所先の医療機関等と医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価（平成30年度診療報酬改定において新設）

地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算 薬剤適正使用連携加算 80点

[算定要件]

- 地域包括診療料・加算又は認知症地域包括診療料・加算を算定する患者であって、**他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所しているもの**について、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下「保険医療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア 患者の同意を得て、**入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供**していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

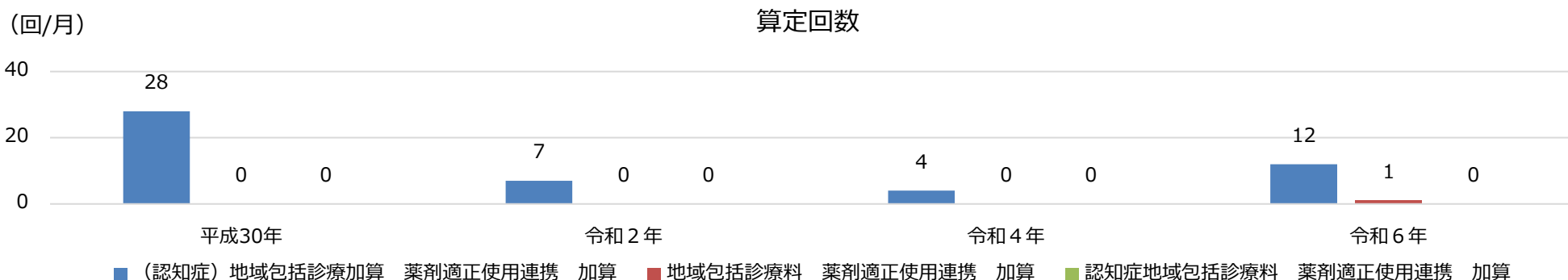
エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。

(イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

入院・入所患者のみが対象

※例えば、他院にも併せて通院する外来患者に関する情報提供は対象外



これまでの薬剤適正使用連携加算に関する主な意見

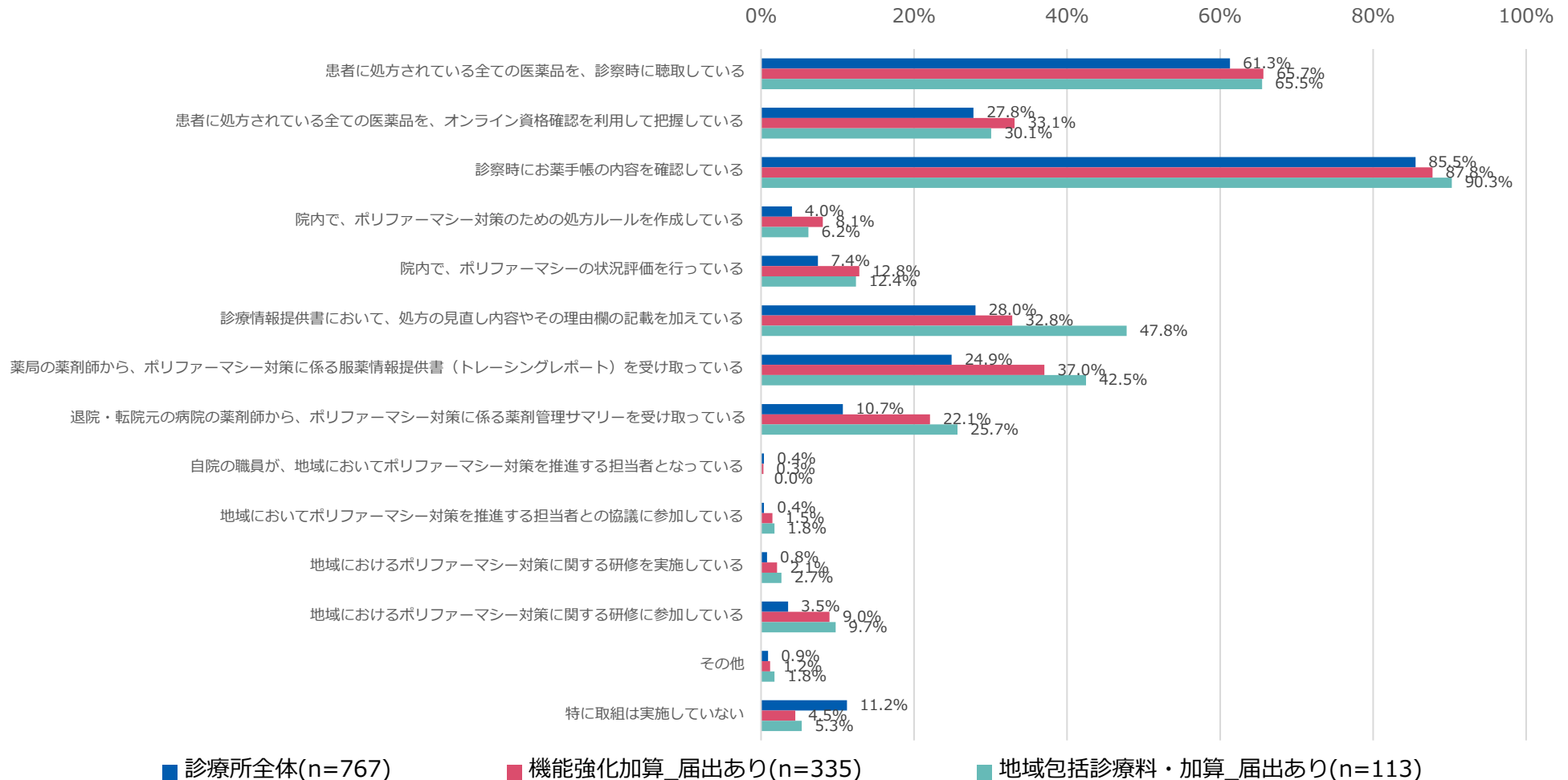
＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（ポリファーマシー対策・薬剤情報連携について）

- 薬剤適正使用連携加算の算定回数は極めて少なく、算定要件が厳しすぎるのではないかと。現状、入院・入所患者を対象とした評価となっているが、他院にも併せて通院する外来患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を他院へ行った場合には、評価の対象としてはどうか、との意見があった。

- 診療所におけるポリファーマシー対策の取組状況は以下のとおり。「機能強化加算」「地域包括診療料・加算」の算定医療機関において、より多く取り組まれている傾向があった。

ポリファーマシー対策に関する取組



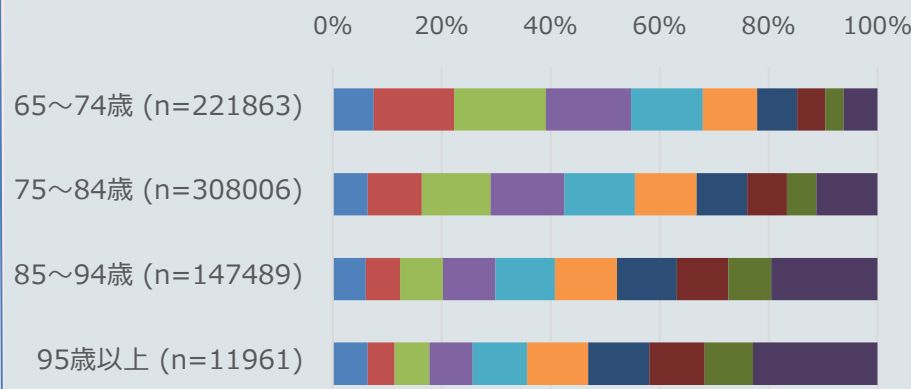
年齢階級別にみた一患者あたりの院外処方薬剤種類数

- 一患者あたりの院外処方薬剤種類数を、年齢別に示したものは以下のとおり。
- 地域包括診療加算（複数疾病を有することが要件となっている。）の算定患者は、処方薬剤種類数が多い傾向があった。機能強化加算の算定施設による大きな差はみられなかった。

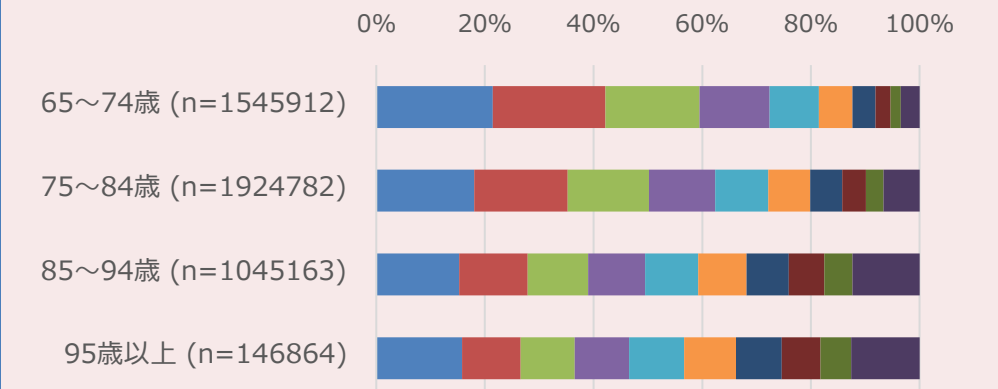
院外処方

地域包括診療加算 算定患者

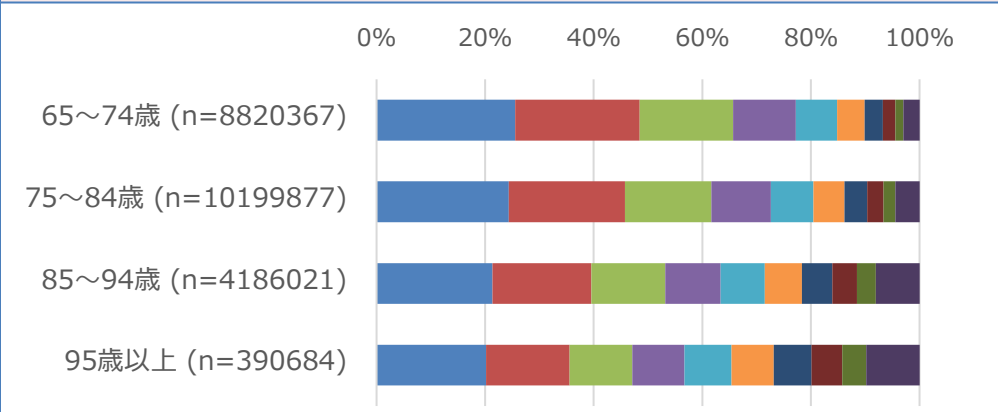
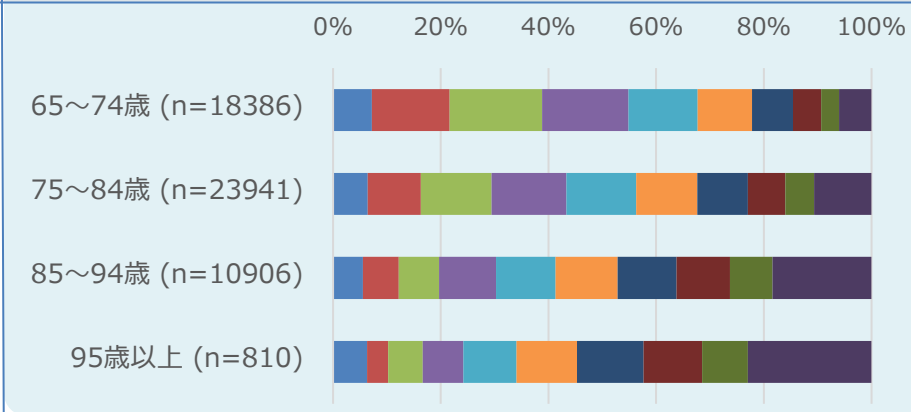
機能強化加算
算定施設



地域包括診療加算 算定患者以外



機能強化加算
算定施設以外



1種類 2種類 3種類 4種類 5種類 6種類 7種類 8種類 9種類 10種類以上

出典：NDBデータ（令和6年7月）

※薬剤種類数は、薬価基準収載医薬品コード左8桁ごとに集計。複数医療機関受診者の薬剤種類数は合算し、いずれかの医療機関で加算を算定していれば「算定患者・施設」に分類した。

1. 残薬について
2. 残薬の発生を抑制するための対策
3. 残薬の確認に関する対策
4. 残薬解消に関する対策

重複投薬・多剤投与、残薬解消等の評価に関する経緯

| 年度 | 経緯 |
|-------|---|
| H28まで | <ul style="list-style-type: none"> ● 重複投薬・相互作用防止加算（疑義照会した場合の評価：処方変更あり20点、処方変更なし10点） |
| H28 | <ul style="list-style-type: none"> ● 疑義照会した場合の評価の改正（算定可能範囲拡大、処方変更があった場合のみに限定、名称を「重複投薬・相互作用等防止加算」に変更、在宅訪問時の「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」を新設） ● 外来服薬支援料（185点）に患者が持参した残薬バッグによる服薬管理等の評価を新設 ● 処方箋に残薬日数調整チェック欄の新設 |
| H30 | <ul style="list-style-type: none"> ● 服用薬剤調製支援料新設（処方医に減薬の提案を行い、内服薬が減少した場合の評価：125点） |
| R2 | <ul style="list-style-type: none"> ● 服用薬剤調製支援料2の新設（処方医に処方提案の報告書を行った場合の評価：100点） |
| R4 | <ul style="list-style-type: none"> ● 服用薬剤調製支援料2について、実績の有無に応じた評価に改正（重複投薬等の解消に係る実績を有している場合110点、有していない場合90点） ● 一包化及び必要な服薬指導を行い、患者の服薬管理を支援した場合の評価を外来服薬指導料2として新設（従来の外来服薬支援料は、外来服薬支援料1とした） |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合を新たに評価（残薬調整に係るもの以外の場合：40点、残薬調整に係るものの場合：20点） ● 患者重複投薬・相互作用等防止加算について、算定要件を含めて見直し（残薬調整に係るもの以外の場合：40点、残薬調整に係るものの場合：20点） |

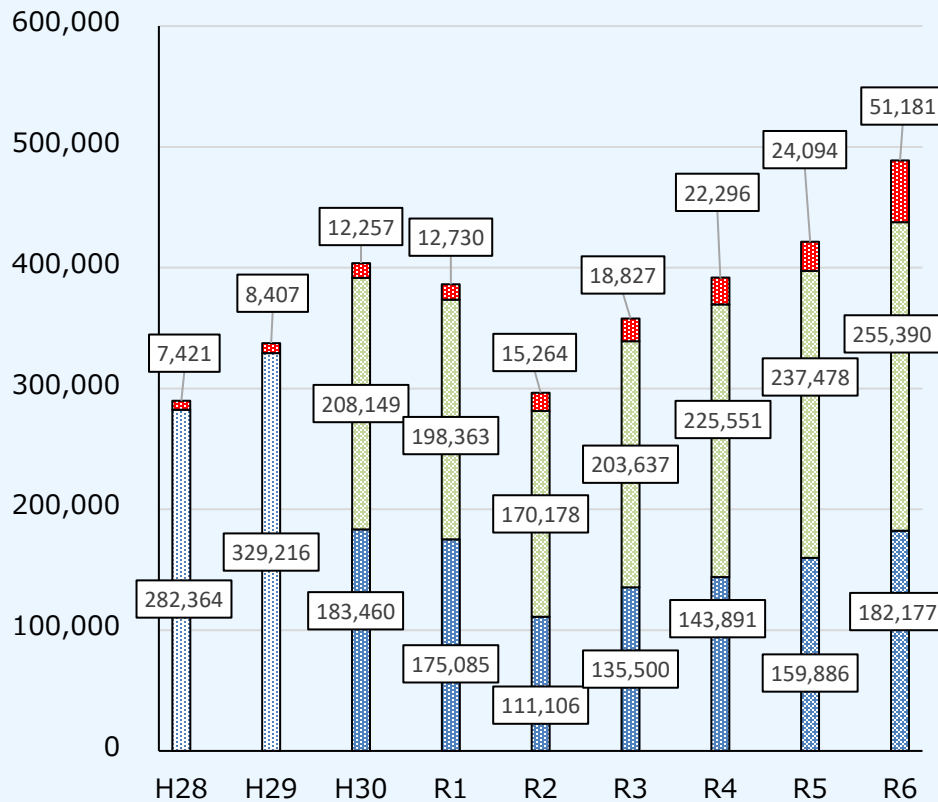
| 項目 | 点数 |
|--|---|
| 重複投薬・相互作用等防止加算 | 残薬調整に係るもの以外 40点 残薬調整に係るもの 20点 |
| 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1 (処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合) | 残薬調整に係るもの以外 40点 残薬調整に係るもの 20点 |
| 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2 (患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合) | 残薬調整に係るもの以外 40点 残薬調整に係るもの 20点 |
| 外来服薬支援料1 | 185点／月1回まで |
| 外来服薬支援料2 | 34点／7日分ごと、240点／43日以上 |
| 服用薬剤調製支援料1 | 125点 |
| 服用薬剤調製支援料2 | 重複投薬等の実績あり 110点 重複投薬等の実績なし 90点 |

- 医師への疑義照会により処方内容が変更され、重複投薬・相互作用等防止加算を算定した割合は、平成30年以降同程度で推移。

■ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

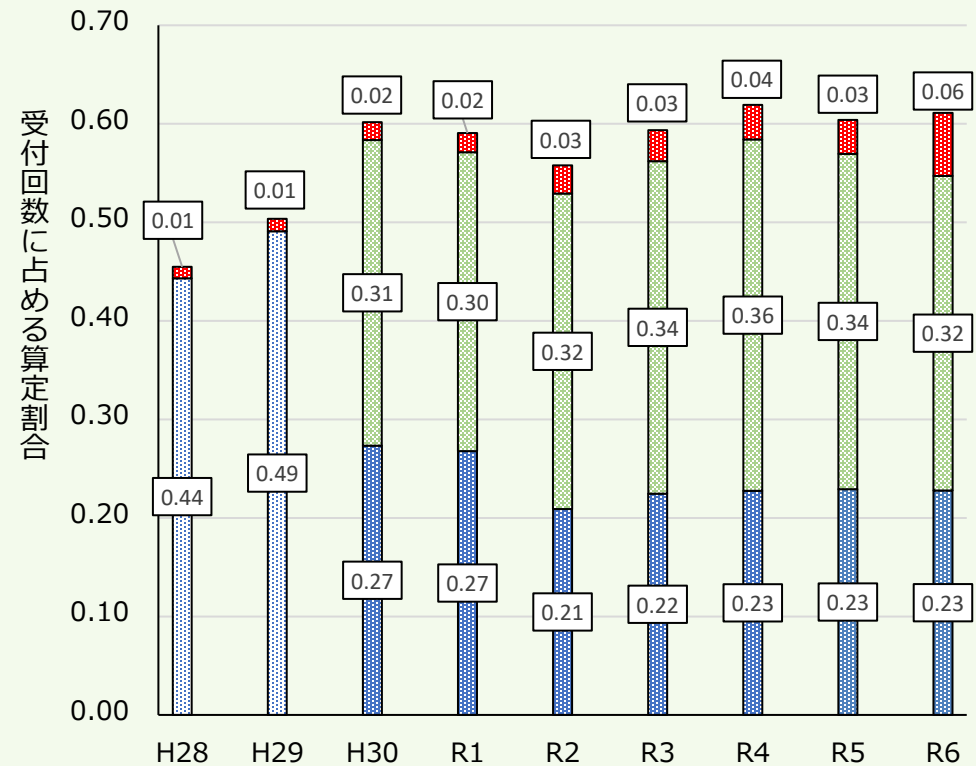
(回)



■ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定割合

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む

(%)



■ 処方変更あり ■ 処方変更なし ■ 残薬調整以外 ■ 残薬調整

■ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（「平成30年度～令和6年度」は残薬調整の有無を問わない）

薬局における残薬確認・報告の評価

- 残薬調整にかかる疑義照会等の業務に対しては、外来・在宅それぞれにおいて報酬上の評価を設けているが、薬の一元的把握に関する要件や評価項目はない。

- 調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算について、薬剤師から処方医への照会により残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す。（令和6年度改定）

【重複投薬・相互作用等防止加算】

- 算定する場合においては、残薬及び重複投薬が生じる理由を分析するとともに、処方医に対して連絡・確認する際に必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - **残薬調整に係るものの場合** 20点
- 在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設ける。
- 残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す（令和6年度改定）

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】

- 処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - **残薬調整に係るものの場合** 20点
 - 患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合
 - イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
 - **残薬調整に係るものの場合** 20点
- 退院直後など、計画的に実施する訪問薬剤管理指導の前の段階で患家を訪問し、多職種と連携して今後の訪問薬剤管理指導のための服薬状況の確認や薬剤の管理等の必要な指導等を実施した場合の評価を設ける。



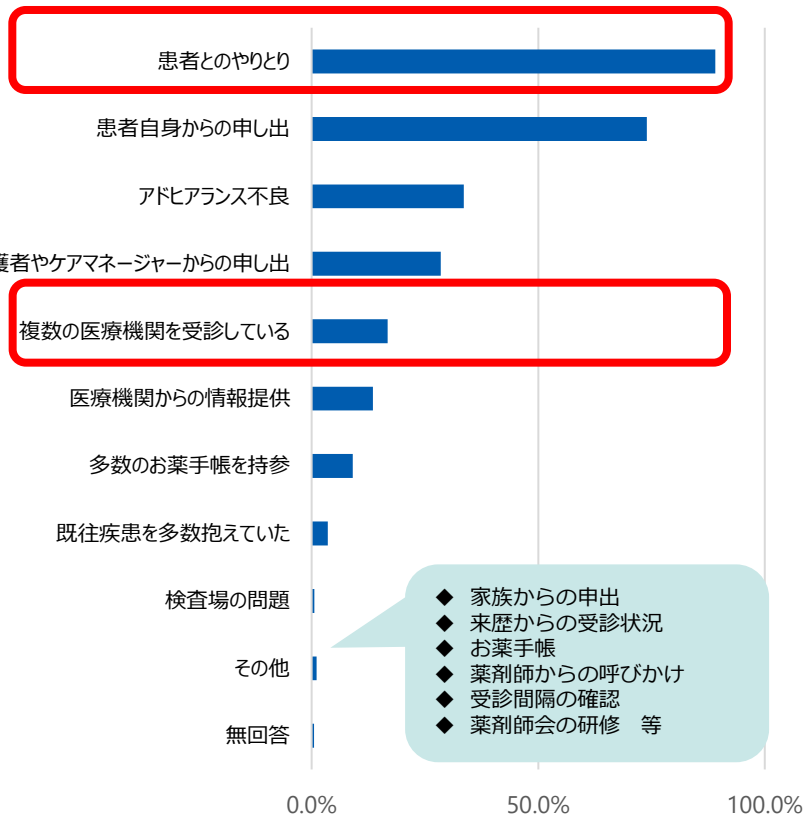
【在宅移行初期管理料】

- （2）薬物療法に係る円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続の観点から、以下に掲げる業務を実施すること。
 - ア 患者及びその家族等から、服薬状況、居住環境、家族関係等の薬学的管理に必要な情報を収集すること。
 - イ **患家における残薬の確認及び整理並びに服薬管理方法の検討及び調整を行うこと。**
 - ウ 日常の服薬管理を適切に行うことができるよう、ポリファーマシーへの対応や服用回数を減らすための観点も踏まえ、必要に応じて医師等と使用する薬剤の内容を調整すること。
 - エ 在宅での療養に必要な情報を当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の多職種と共有すること。
 - オ 退院直後の患者の場合は、入院していた医療機関と連携し、入院中の処方内容に関する情報や、患者の退院に際して実施された指導の内容などに関する情報提供文書を活用した服薬支援を実施することが望ましい。

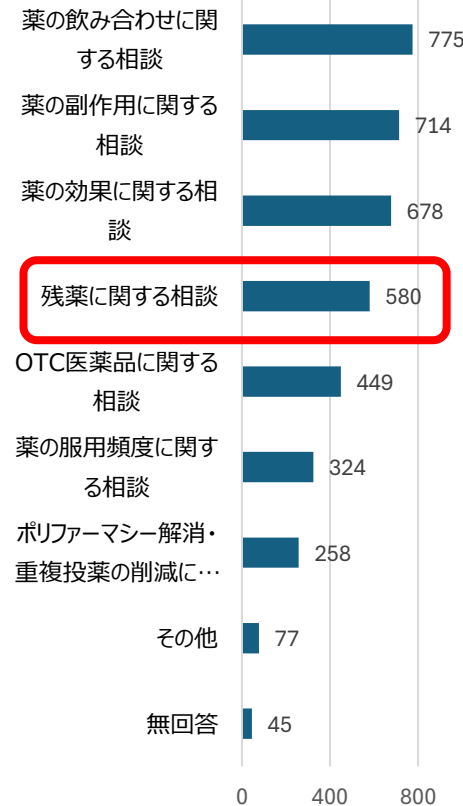
残薬対策の現状

- 残薬に対応するきっかけとして最も多いのは「患者のやりとり」であった。
- 特に、かかりつけ薬剤師が患者から受ける相談の約6割は残薬に関するものである。
- 医療機関において、薬局から情報提供される情報のうち、診療の役に立つ情報としては「患者の服用状況」に次いで「残薬状況」が多い回答であり、ニーズが高いことが示唆される。

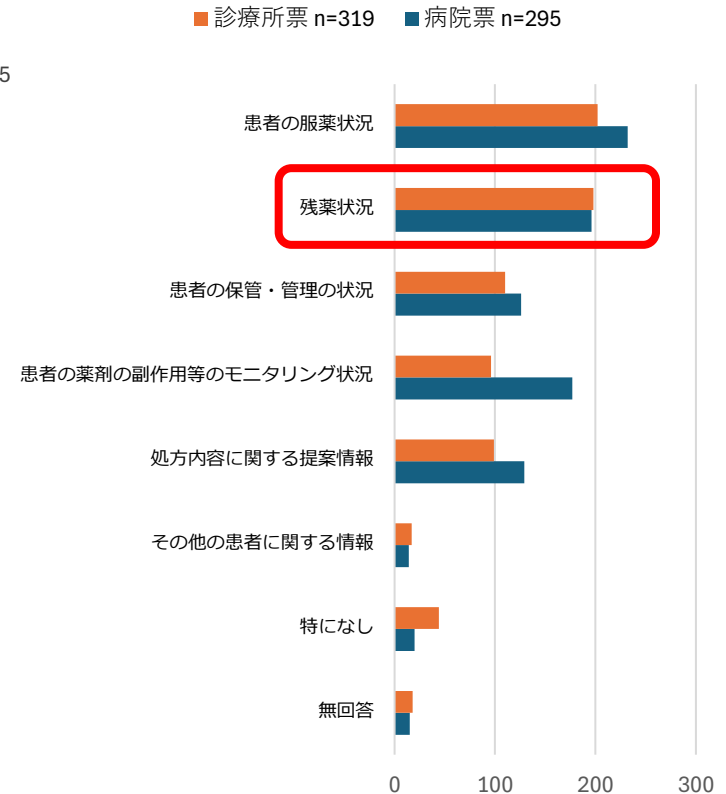
■ 残薬に対応するきっかけ（上位3つを選択） n=1074



■ かかりつけ薬剤師として患者から相談を受けた具体的な内容（複数回答可） n=942



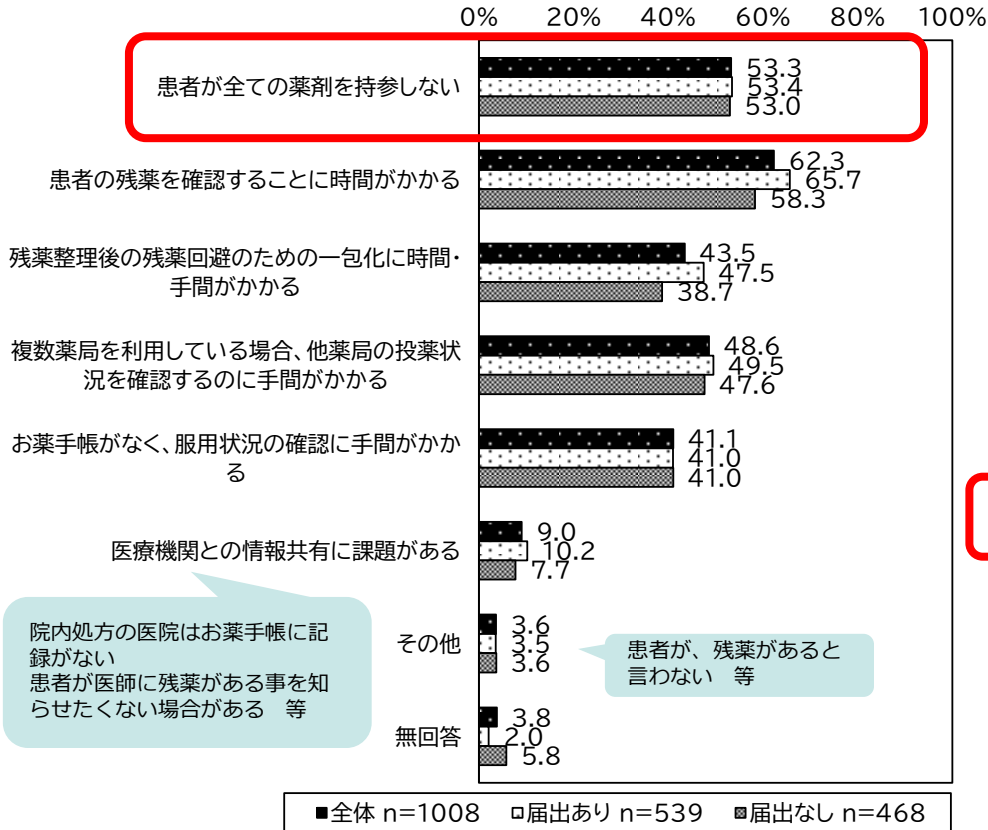
■ フォローアップに関して薬局からフィードバックされる情報のうち診療の役に立つと考えられる情報（複数回答可）



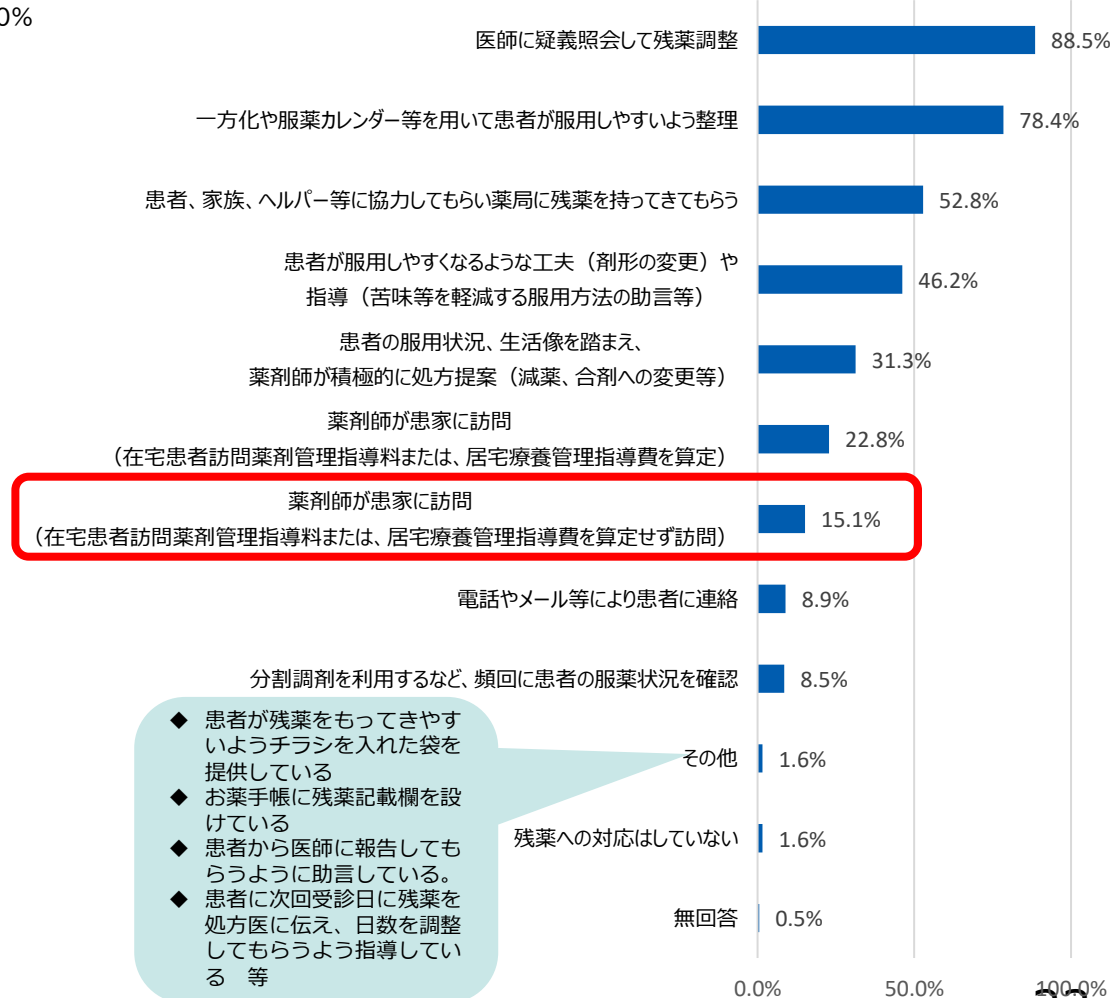
残薬対策における課題

- 残薬調整を薬局で実施する際の問題点として、「患者が全ての薬剤を持参しない」ことを挙げる薬剤師が半数を超えている。
- 中には、在宅患者訪問薬剤管理指導料等が算定できない患者に対して、患家を訪問し残薬整理をしている事例がある。

■ 残薬調整での問題点（複数回答）（地域支援体制加算の届出有無別）



■ 残薬解消のためにやっている具体的な取組（複数回答可） n=1097



医師と薬剤師の同時訪問による患者の服薬管理への効果

中医協 総-2
7. 1 1. 1 2

- 医師と薬剤師が同時に訪問する体制を取っている場合、減薬の実施に繋がることや、在宅担当医への処方提案など、充実した薬剤管理に繋がることから、より適切な処方やポリファーマシー対策に繋がる可能性がある。

医
科

調
剤

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、

減薬の実施有無

医師と薬剤師の同時訪問有無別の、

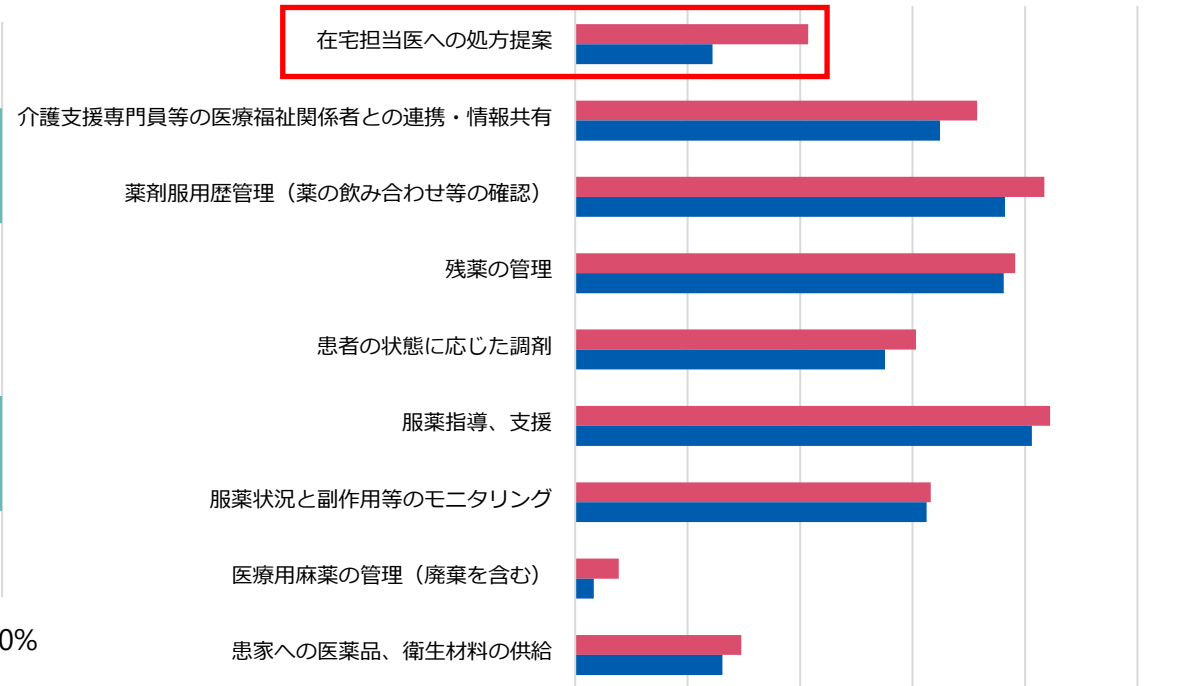
薬剤管理の内容別実施割合 (複数回答可)

0% 20% 40% 60% 80% 100%

同時訪問した(n = 193)

同時訪問していない(n = 1445)

■ 減薬あり ■ 減薬なし ■ 無回答



■ 同時訪問をしている(n=193) ■ 同時訪問をしていない(n=1445)

居宅への訪問における残薬対策の状況

- 居宅を訪問して残薬を発見する可能性がある事業の運営に関する基準のうち、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準等において、服薬状況（残薬状況）の情報提供について明記されていないものもある。

■各基準における服用状況確認への記載

【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準】

| | |
|------|--|
| 訪問介護 | 居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の 服薬状況 、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。 |
| 訪問看護 | 記載なし |

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

| | |
|------|------|
| 訪問看護 | 記載なし |
|------|------|

参考:指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

| | |
|---------|--|
| 介護支援専門員 | 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の 服薬状況 、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て 主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする 。 |
|---------|--|

1. 残薬について
2. 残薬の発生を抑制するための対策
3. 残薬の確認に関する対策
4. 残薬解消に関する対策

医薬品の適正使用の推進⑤

医療機関と薬局の連携による残薬に伴う日数調整

- 医療機関と薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

- ① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。
- ② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、
 - a. 医療機関へ疑義照会した上で調剤
 - b. 医療機関へ情報提供のいずれかの対応を行う。

| 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 昭和 | | 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 | | <input type="checkbox"/> 券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 | | <input type="checkbox"/> 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| 考 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 公費負担医療の受給者番号 | | | |
| 保険薬剤師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

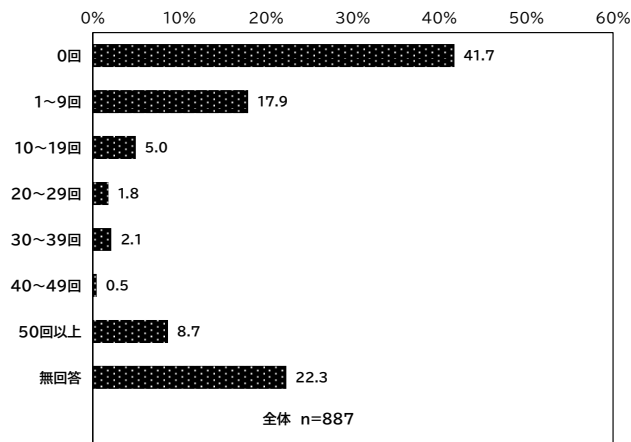
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

残薬対策に向けた処方箋の記載について

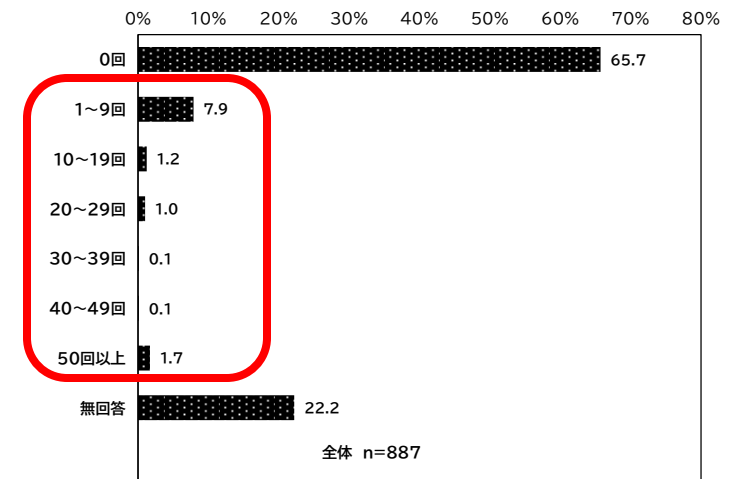
- 令和3年度に実施した調査によると、医療機関が備考欄に「残薬調整後報告可」の記載をし、薬局との連携により残薬調整に取り組んでいる事例があった。

残薬を確認した際の対応を指示する処方箋の受付状況（令和3年6月の1か月間）

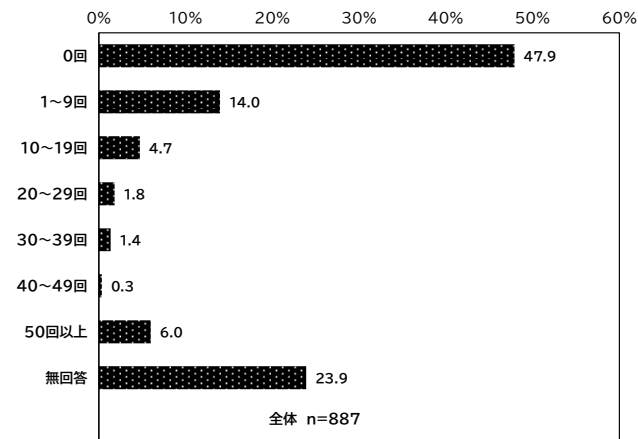
1) 「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」のチェックありの場合の処方箋受付回数



3) 備考欄に「**残薬調整後報告可**」の記載ありの場合の処方箋受付回数



2) 「保険医療機関へ情報提供」のチェックありの場合の処方箋受付回数



| | 施設数（件） | 平均値 | 標準偏差 | 中央値 |
|---|--------|------|-------|-----|
| 1) 「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」のチェックありの場合の処方箋受付回数 | 689 | 70.6 | 259.8 | 0.0 |
| 2) 「保険医療機関へ情報提供」のチェックありの場合の処方箋受付回数 | 675 | 46.5 | 263.7 | 0.0 |
| 3) 備考欄に「残薬調整後報告可」の記載ありの場合の処方箋受付回数 | 690 | 10.1 | 108.5 | 0.0 |

※ 無回答を除く。

残薬対策についての現状と課題

(残薬の発生を抑制するための対策)

- 地域包括診療料・加算を算定する患者について、他の医療機関と連携及びオンライン資格確認を活用して、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、診療録に記載することを要件としている。
- 地域包括診療料・加算を算定する患者は、7剤投与の減算規定の対象外となる。一方、認知症地域包括診療料・加算は、「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」に該当する患者には算定できない。
- 地域包括診療加算の算定患者は、処方薬剤種類数が多い傾向があった。
- 地域包括診療料・加算等の算定患者が医薬品の適正使用に係る連携を行った場合の評価である「薬剤適正使用連携加算」は、現在、入院・入所患者のみが対象であり、他院にも併せて通院する外来患者に関する情報提供は対象外となっている。

(残薬の確認に関する対策)

- 調剤報酬においては、残薬調整にかかる疑義照会等の業務に対して、外来・在宅それぞれの場合に報酬上の評価を設けているが、薬の一元的把握に関する要件や評価項目はない。
- 在宅患者については、医師と薬剤師の同時訪問にて、残薬の管理を実施している事例がある。
- 居宅を訪問して残薬を発見する可能性がある事業の運営に関する基準のうち、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準等において、服薬状況（残薬状況）の情報提供について明記されていないものもある。
- 薬剤師が残薬調整に対応するきっかけとして、患者とのやりとりや複数医療機関への受診等、患者との継続的な関わり、服薬の一元的管理等を通じて実施している事例がある。
- かかりつけ薬剤師が患者から受ける相談の約6割は残薬に関するものである。
- 一方で薬局では、残薬調整時に患者が全ての薬剤を薬局に持参しないことで、正確な残薬数の把握が難しいとする薬剤師は半数を超えており、中には患家まで訪問している事例もある。

(残薬解消に関する対策)

- 令和3年度に実施した調査によると、医療機関が備考欄に「残薬調整後報告可」の記載をし、薬局との連携により残薬調整に取り組んでいる事例があった。

残薬対策についての論点

【論点】

（残薬の発生を抑制するための対策）

- 地域包括診療料・加算、在宅時医学総合管理料等について、診療の際、患家における残薬を確認した上で適切な服薬指導を行うことの評価についてどのように考えるか。
- 地域包括診療料・加算の算定患者に対する処方薬剤種類数が高患者と比較して多い傾向を踏まえ、当該診療料・加算を算定する患者への処方のあり方について、次のような観点も含め、どのように考えるか。
 - ・ 処方薬を把握し管理する手段としての電子処方箋管理サービスの活用
 - ・ 現在、退院患者等が対象となっている薬剤適正使用連携加算について、他院にも通院する外来患者の薬剤が他院との連携により種類数が減少した場合の取り扱い

（残薬の確認に関する対策）

- 薬局薬剤師による外来患者に対する残薬確認の実効性を高める観点から、残薬状況を薬剤服用歴に明記して継続的に管理することや、患者や家族の求めに応じて患家訪問し残薬確認を行うことの評価について、どのように考えるか。
- 指定訪問看護の実施時等に、居宅において残薬を発見した際の、医師や薬剤師への情報提供のあり方について、どのように考えるか。

（残薬解消に関する対策）

- 薬局との連携により残薬調整を実施する取組を踏まえ、医師が事前に、薬局で残薬を確認した際の取扱いについて円滑に指示を行うことができるように、処方箋様式を見直すことについてどのように考えるか。

参考資料

残薬対策

ポリファーマシーに対する取組に係る診療報酬上の評価

診療組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

医
科

1. 医療機関における取組の評価

○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、入院中に内服薬の総合的な評価及び処方内容の変更の評価と、減薬に至った場合を評価

【入院時】

6種類以上の内服薬

医療機関

薬剤総合評価調整加算

多職種の連携によって
・内服薬の総合的な評価
・処方内容を変更した場合
→100点

更に

薬剤調整加算

退院時に2種類以上の減薬に至った場合
→150点



○外来/在宅患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、外来受診時に内服薬の総合的な評価調整し、減薬に至った場合を評価



【外来受診時】
6種類以上の内服薬

患者



医療機関

連携管理加算

薬局と調整し報告等
→50点

薬剤総合評価調整管理料

処方内容を総合的に評価調整し、
2種類以上の減薬に至った場合
→250点

調整

薬局



※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすものをポリファーマシー）

調
剤

2. 薬局における取組の評価

○薬局における減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が2種類以上減少した場合の評価

患者

6種類以上の内服薬

薬局



①減薬の提案（文書）

②2種類以上減薬（処方箋）

服用薬剤調整支援料1



医療機関

→125点

○複数医療機関の処方による重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が患者の服用薬を一元的に把握し、複数医療機関の処方による重複投薬等の解消の提案した場合の評価

患者

複数医療機関からの処方（6種類以上）

①服用薬の一元的把握

薬局

処方箋

処方箋

②重複投薬解消の提案（文書）

服用薬剤調整支援料2

→110点※・90点



医療機関

※重複投薬の解消に係る実績がある薬局の場合

○重複投薬等に関する疑義照会等に関する評価

- 薬歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、薬剤師が処方医へ疑義照会等を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算（残薬調整以外）
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（残薬調整以外）

→40点

- 薬局ビジョンの背景にある、医薬分業の推進において、薬剤師はその専門性において医療の質の向上に寄与しなければならない。
- 複数医療機関を受診しているが、かかりつけ薬局で服用薬を一元管理している患者の割合（一元化率）は、薬局数が少ない地域の方が高い。
- 一元管理をされている患者は一元管理されていない患者に比べ、服用薬剤数が少ない。

■ 医薬分業が目指すもの

医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、**医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担することによって、医療の質の向上を図ること。**

■ 薬剤師が担う専門性と医療の質の向上

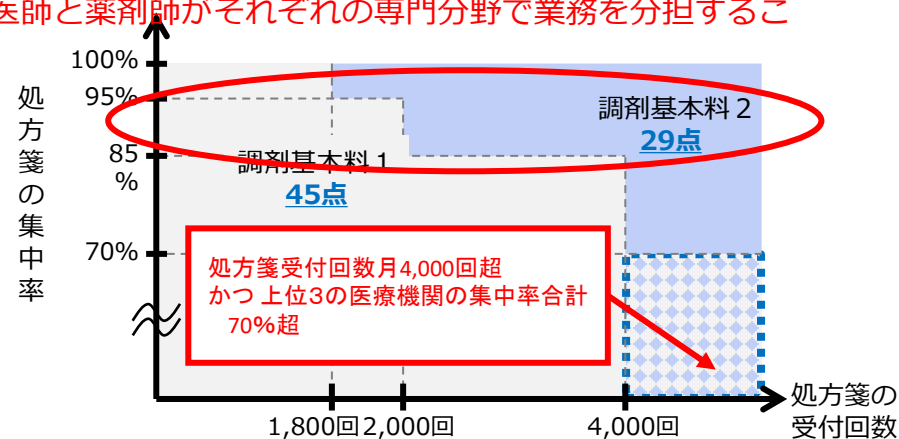
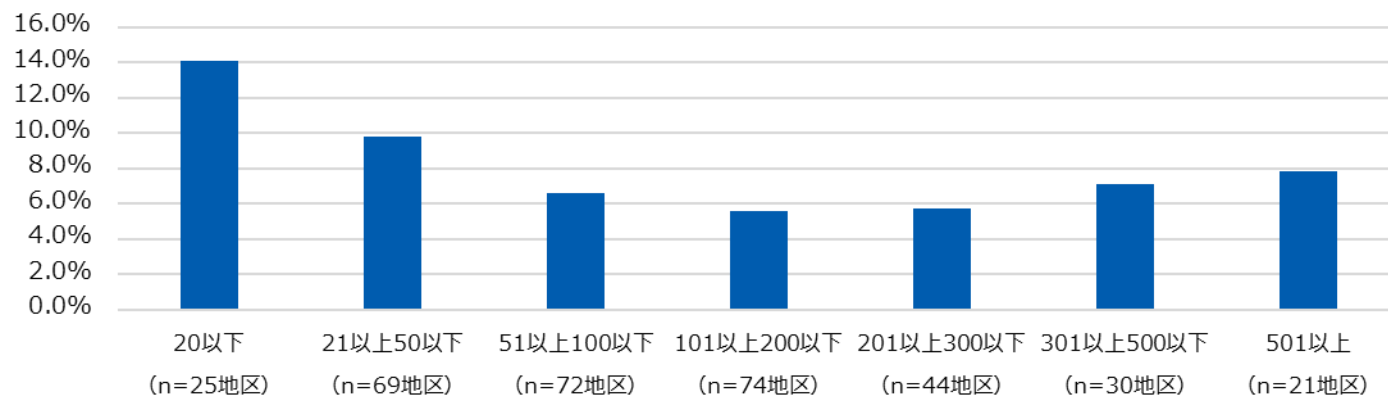
服薬状況の一元的・継続的管理の必要性

■ 地域包括ケアにおける薬局の役割

地域支援体制への薬局の取組の必要性

■ 2次医療圏内薬局数別の一元化率

※一元化率：複数医療機関を受診しているが、薬局は一つだけ利用している患者の割合



■ 一元管理の有無別患者の薬剤数

| | |
|-------------------------------|-------|
| 非一元管理患者の薬剤数 (n=29,160,003) | 9.98剤 |
| 一元管理患者の薬剤数 (n=4,192,281) | 8.75剤 |

※2021年4～9月に処方をつけた全患者（76,529,643名）をNDBで抽出後、複数医療機関を受診した43.58%を対象とした

医療DX推進体制整備加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

- マイナ保険証利用率の実績要件について、令和6年12月2日からマイナ保険証を基本とする仕組みへと移行したことやこれまでの利用率の実績を踏まえつつ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療DX推進のための体制を整備するために必要な見直しを行う。
- 電子処方箋の要件については、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。



| | 改定後 | | |
|----------------|------|------|------|
| | (医科) | (歯科) | (調剤) |
| 医療DX推進体制整備加算 1 | 12点 | 11点 | 10点 |
| 医療DX推進体制整備加算 2 | 11点 | 10点 | 8点 |
| 医療DX推進体制整備加算 3 | 10点 | 8点 | 6点 |
| 医療DX推進体制整備加算 4 | 10点 | 9点 | なし |
| 医療DX推進体制整備加算 5 | 9点 | 8点 | なし |
| 医療DX推進体制整備加算 6 | 8点 | 6点 | なし |

| マイナ保険証利用率実績（令和7年4～9月） | | |
|-----------------------|-------|---------|
| 医療DX推進体制整備加算 1・4 | 30%※1 | → 45% |
| 医療DX推進体制整備加算 2・5 | 20%※1 | → 30% |
| 医療DX推進体制整備加算 3・6 | 10%※1 | → 15%※2 |

※1 加算1～3における令和7年1～3月のマイナ保険証利用率実績。

※2 「小児科特例」：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とする。

（注2）令和7年10月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年7月を目途に検討、設定。

【施設基準】

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科・歯科）医師・歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（調剤）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- （4）（医科・歯科）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1～3のみ）
（調剤）電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。（加算1～3のみ）
- （5）**電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）**
- （6）マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- （7）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- （8）マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。
- （9）（調剤）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

在宅医療DX情報活用加算の見直し（令和7年4月1日から適用）

- 電子処方箋の要件について、電子処方箋システム一斉点検の実施を踏まえた対応や令和7年1月22日に示された電子処方箋に関する今後の対応を踏まえつつ、電子処方箋管理サービスへの登録の手間を評価する観点から見直しを行う。



改定後

（医科（※））（歯科訪問診療料）

在宅医療DX情報活用加算 1

11点

9点

在宅医療DX情報活用加算 2

9点

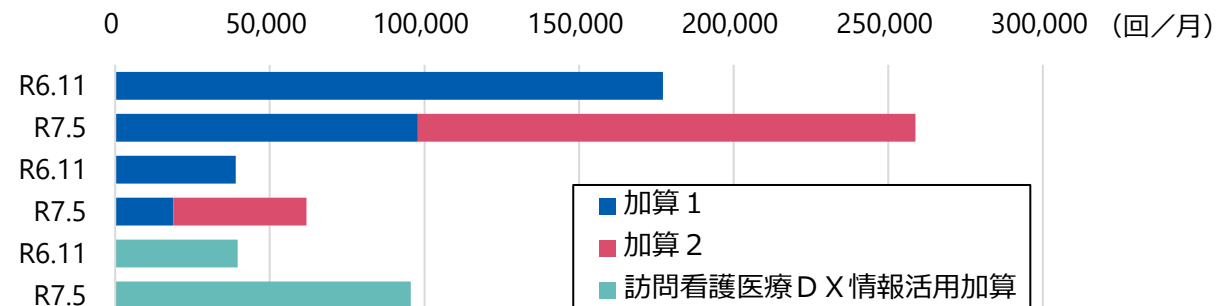
8点

（※）在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者が対象

〔施設基準（医科医療機関）〕（要旨）

- （1）オンライン請求を行っていること。
- （2）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- （3）（医科）居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
- （4）電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。（加算1のみ）
- （5）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置 令和7年9月30日まで）
- （6）（2）の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所やウェブサイトに掲示していること。

在宅医療DX情報活用加算
訪問看護医療DX情報活用加算 算定回数



医療DX推進体制整備加算の見直し（令和7年10月以降）

- マイナ保険証利用率の実績要件について、これまでの利用率の実績や発行済みの健康保険証の経過措置が令和7年12月1日までに終了することを踏まえ、今後もより多くの医療機関・薬局が医療DX推進のための体制を整備いただきつつ、時期に応じたメリハリのある評価を行うため、令和7年10月から令和8年2月までと令和8年3月から同年5月までの2つの時期に分けて新たに設定する。
- 「小児科特例」について、これまでの年齢階級別の利用実績を踏まえ、対応を継続する。
- 電子カルテ情報共有サービスの要件については、先の通常国会に提出された「医療法等の一部を改正する法律案」の成立・施行により本格稼働となるところ、現在、当該法律案が未成立であることや電子カルテ情報共有サービスに関する対応等を踏まえ、経過措置を令和8年5月31日まで延長する。

マイナ保険証利用率実績（令和7年10月～令和8年5月）

| | R7.4.1～9.30 | R7.10.1～R8.2.28 | R8.3.1～5.31 |
|-----------------|-------------|-----------------|----------------|
| 医療DX推進体制整備加算1・4 | 45% | → 60% | → 70% |
| 医療DX推進体制整備加算2・5 | 30% | → 40% | → 50% |
| 医療DX推進体制整備加算3・6 | 15%※1 | → 25%※1 | → 30%※1 |

電子カルテ情報共有サービス

| 適用時期 | ～R7.9.30 | R7.10.1～ |
|------|-----------------|-------------------------|
| 経過措置 | 令和7年 9月30日まで | 令和8年 5月31日まで |

※1「小児科特例」：小児科外来診療料を算定している医療機関であって、令和6年1月1日から同年12月31日までの延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、「15%」とあるのは「12%」とし、**令和7年10月1日から令和8年2月28日までの間に限り、「25%」とあるのは「22%」とし、令和8年3月1日から同年5月31日までの間に限り、「30%」とあるのは「27%」とする。**

[施設基準]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (3) (医科・歯科) 医師・歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
(調剤) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) (医科・歯科) 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。(加算1～3のみ)
(調剤) 電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。(加算1～3のみ)
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。**(経過措置 令和8年5月31日まで)**
- (6) マイナナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること。
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
- (8) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。
- (9) (調剤) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

- 薬局におけるポリファーマシー対策について、医療機関への減薬の提案に対する評価として「服用薬剤調製支援料1」、服用薬を一元的把握し、重複投薬等の解消提案に対する評価として「服用薬剤調製支援料2」、重複投薬等に関する疑義照会に対する評価として「重複投薬・相互作用等防止加算」がある。
- 算定状況は、いずれも年々増加傾向である。

薬局のポリファーマシーに対する取組の評価

①服用薬剤調整支援料1(月1回 125点)

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

②服用薬剤調整支援料2(イ 重複投薬等の解消に係る実績のある薬局 110点 ロ それ以外90点)

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者に対して患者の求めに応じて

- 1 当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行う
- 2 重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定

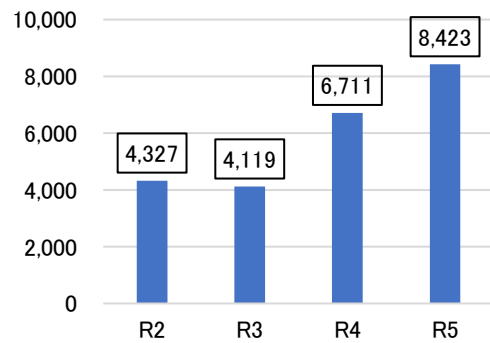
(※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案)

③ 重複投薬・相互作用等防止加算(残薬調整以外)(40点)

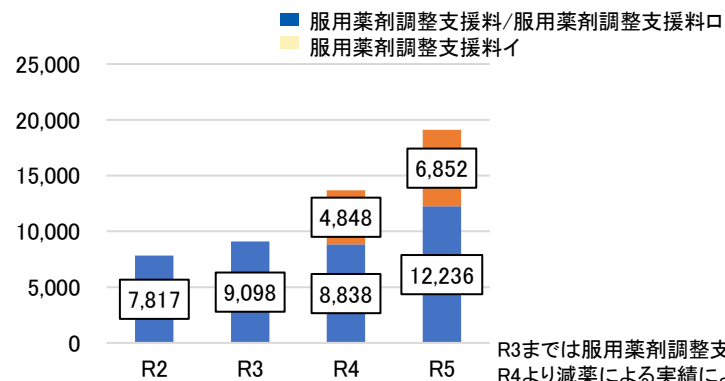
薬剤服用歴等又は患者およびその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定。

- イ 併用薬との重複投薬
- ロ 併用薬、飲食物等との相互作用
- ハ 薬学的観点から必要と認める事項

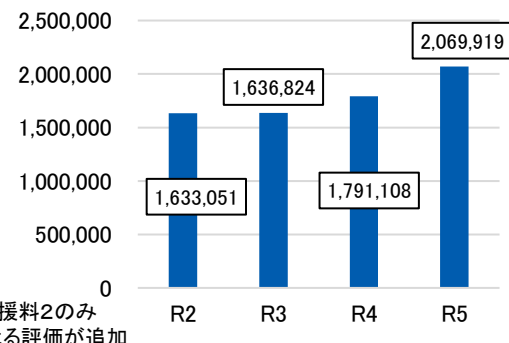
服用薬剤調整支援料1



服用薬剤調整支援料2



重複投薬・相互作用等防止加算
(薬剤服用歴管理指導料・残薬以外)



R3までは服用薬剤調整支援料2のみ
R4より減薬による実績による評価が追加

○高齢者施設において、誤薬・医療安全の観点、患者本人への負担の軽減、与薬による職員負担の軽減から服薬簡素化提言が提唱されている。

高齢者施設の服薬簡素化提言

【提言1】服薬回数を減らすことには多くのメリットがある。

服薬回数を減らすと、誤薬リスクの低下と医療安全の向上に加えて、入所者/入居者にとっては服薬負担の軽減と服薬アドヒアランスの向上、施設職員にとっては与薬負担の軽減と勤務の平準化が期待できる。

【提言2】服薬は昼1回に: 昼にまとめられる場合は積極的に検討する

施設職員の多い昼の時間帯に服薬を集約することで、さらなるメリットが期待できる。昼服用に適さない薬剤もあり、また療養場所が変わったときには再度の見通しが必要になるなど制限もある。

服薬簡素化のイメージ



高齢者施設の服薬簡素化フローチャート

処方と服薬回数の見直し。必要時多職種での経過観察と服薬状況の把握、服薬簡素化の必要性の確認を行う

- ステップ1: 服薬簡素化の対象となる薬剤の特定
- ステップ2: 服薬簡素化の実施可能性を検討
- ステップ3: 多職種で変更の協議
- ステップ4: 本人やキーパーソンへの説明
- ステップ5: 処方変更の実施
- ステップ6: 継続的な経過観察・多職種で評価

ステップ7: 退所・退居、入院先に服薬簡素化の旨を情報共有



- 医薬品の使用を最適化し、健康状態を改善することを目的とした患者の医薬品に関する構造的評価の実施
- 救急外来を受診する患者数の減少やポリファーマシーの減少、最も適切な医薬品や処方を選択等の薬物療法に関連する問題の発見に寄与する報告がある。

目的

- 患者の生活の質と健康上のアウトカムを向上させる
- 患者の服用薬を調整する
- 安全で有効かつ適切な薬剤使用を実現する
- 患者の薬剤に関する知識と理解を向上させる
- 協力的な人間関係を促進する

包括的な薬物治療の評価・介入により
薬物治療を適正化させることが目的

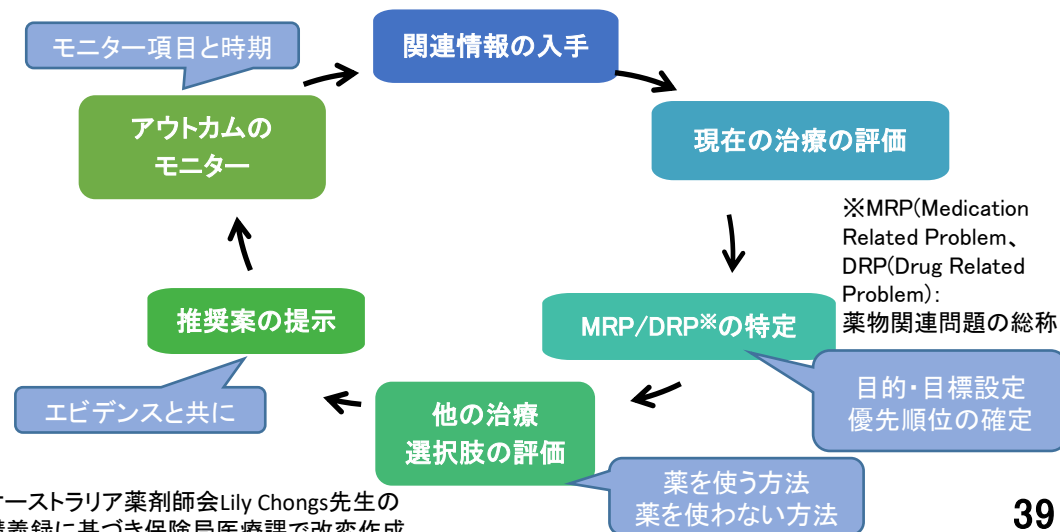
取組の手順

1. 薬物治療評価の準備
 1. 包括的評価のため一定スキルを持った薬剤師の選定
 2. 患者やその家族への質問リストの準備
 3. 患者説明のための準備
2. 情報収集
 1. 服用薬の整理
 2. 薬剤の管理状況
 3. 疾患の状態の確認
 4. 生活環境
3. 解決すべき薬剤関連問題の特定
 1. 患者評価・治療目標の設定
 2. 薬物治療の適否の判断
 3. リスクベネフィットによる薬物治療の適正化
 4. 方針決定・妥当性評価
 5. モニタリング、再評価
4. 情報の伝達
 1. 文書化(医師への報告書)
 2. 薬物療法の変更の提案
 3. アウトカムのモニターとフォローアップ方法

対象

- ◆ 高齢である
- ◆ 5種類以上の薬剤の常用がある
- ◆ 1日12種以上服用の薬剤がある(頓用・外用を含む)
- ◆ 過去3ヶ月以内に、退院等で薬物療法の大幅な変更がある
- ◆ ハイリスク薬使用がある
- ◆ アドヒアランス等管理上の問題がある
- ◆ 薬物療法のモニタリングが必要である
- ◆ 有害事象の懸念がある
- ◆ 慢性疾患の管理を要する
- ◆ 向精神薬の長期服用がある
- ◆ 複数の診療科受診がある
- ◆ 医療リテラシーへの懸念等、自己管理が難しい
- ◆ コミュニケーションに問題がある

薬物療法を最適化するサイクル



薬局における残薬解消状態を維持するための評価

- ブラウンバッグ運動等の残薬対策に対して、外来服薬支援料として、調剤報酬上の評価を設けている。

外来服薬支援料

【外来服薬支援料】

外来服薬支援料 1

185点

外来服薬支援料 2

イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算して得た点数

ロ 43日分以上の場合 240点

【算定要件】

- 1 については、自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。ただし、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。
- 1 については、患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、**患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定**できる。
- 2 については、多種類の薬剤を投与されている患者又は自ら被包を開いて薬剤を服用することが困難な患者に対して、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性の了解を得た上で、2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬の服用時点ごとの一包化及び必要な服薬指導を行い、かつ、患者の服薬管理を支援した場合に、当該内服薬の投与日数に応じて算定する。

自己による服薬管理が困難な患者

相談

薬局

節薬バッグの活用等により服用薬を持参

残薬がある患者

外来服薬支援料 2

一包化、服薬カレンダーの利用等による服薬管理の支援

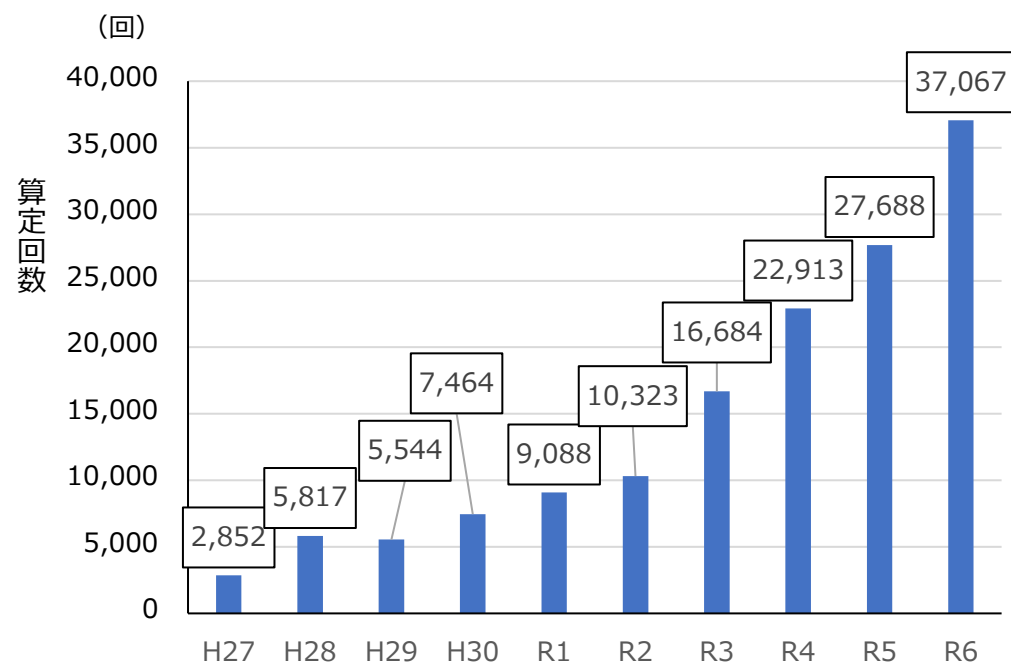
外来服薬支援料 1

残薬の整理等
(医療機関にはその結果を連絡)



- 外来服薬支援料 1（残薬解消等の服薬支援）、服用薬剤調整支援料（減薬の取組）の算定回数は増加傾向にある。

■ 外来服薬支援料 1 の算定回数



■ 服用薬剤調整支援料の算定回数

