

【資料 1】 医薬品の適正使用・適正受診等

「医療扶助・健康管理支援等に関する検討会」の当面の進め方

- 当面は、「中間的な整理」において「引き続き検討」とされた内容を中心に、さらに議論を深めていく。
- 併せて、「中間的な整理」を踏まえた各種見直しの取組状況等も随時報告。より効果的な取組となるようご意見をいただく。

＜当面の主な検討項目＞

効果的な健康管理支援	<ul style="list-style-type: none">●健康状態の把握に係る実効的な対策について、今年度、国の調査研究事業において実態把握・課題整理を進め、その結果等も踏まえつつ、本検討会で議論●R8.3に手引きを改正した健康管理支援事業について、国・自治体の取組状況を随時報告
医薬品の適正使用や 適正受診に向けた取組等	<ul style="list-style-type: none">●医薬品の適正使用に係る論点（残薬への対応、個人情報への取扱い、向精神薬の不正入手等への対応など）等について、順次議論●新たな取組（かかりつけ医等の普及・推進、訪問看護の適切な実施、診療・処方等に係るガイドラインや基準・ルール）について、NDBデータ分析の状況等も踏まえ、順次議論●R8.3の告示・通知改正に基づく各種取組について、取組状況を随時報告
医療扶助・健康管理支援 や介護扶助における デジタル化やデータ活用	<ul style="list-style-type: none">●医療扶助等の給付手続の効率化・デジタル化について、ワーキンググループや医療DX関連施策（診断書等の電子的提出など）の検討状況等も踏まえ、順次議論●健康・医療データの利活用について、調査研究事業等の状況等も踏まえつつ、順次議論
実施体制の構築・強化	<ul style="list-style-type: none">●保健医療専門職との連携等や都道府県による市町村支援等に関する取組状況を随時報告

1. 医薬品の適正使用に向けた取組の在り方

- ・ 残薬への対応について
- ・ 薬剤の標準的な処方上限について

2. 適正受診に向けた取組等の在り方

医薬品の適正使用に係る論点

医療扶助・健康管理支援等に関する検討会「中間的な整理」（令和7年12月17日取りまとめ）

2-1 医薬品の適正使用に向けた取組

（1）福祉事務所による重複・多剤投与対策

- こうした対策で最も重要なポイントは、医師・薬剤師による対応（服薬に関する相談対応、服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、処方内容の調整等）に「つなげること」であり、国において、関係団体の協力も得ながら、具体的な取組内容、訪問調査時に残薬を確認した際の対応方法、関係機関との連携に向けた調整方法や個人情報の取扱いを提示するなど、丁寧な技術的支援を行うことが適当である。

（2）医療現場における医薬品の適正使用に向けた取組 （略）

このほか、医療機関・薬局において向精神薬の不正入手が疑われるケースを把握した場合等の対応について、福祉事務所との円滑な連携が進むよう、国において整理・周知を行う。

生活保護の医療扶助における医薬品の適正使用の推進について（厚生労働省保護課長通知／令和8年3月6日全部改正）

5 その他

（3）その他

- ・ ケースワーカーによる家庭訪問や、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に「残薬」が確認された者について、有効期限内の薬剤の有効活用や適切な服薬管理指導等の観点から、薬剤師による専門的な対応（服薬状況等の確認、患者に対する服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、処方医に対する処方内容に関する疑義照会や相談等）につなぐ優先順位は高い。このため、令和8年中を目途に、国において、残薬が確認された場合の対応方法等を整理・周知する予定としていること。

1. 医薬品の適正使用に関する議論の方向性（たたき台）

（1）処方・調剤時における対応等

① 患者に関する情報共有の在り方

（生活の場における服薬の状況に関する情報）

- 医師等の医療関係者による医学的・薬学的な対応（服薬に関する相談対応、患者に対する服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、薬剤師から処方医に対する処方内容に関する疑義照会や相談等を通じた処方内容の調整等）に当たっては、患者が生活の場においてどのように服薬しているか、服薬した際にどのような症状が出ているか等、医療DXで共有される情報以外の情報も重要。
- 特に、複数の医療機関の受診に伴い多剤服用の状態にある患者等について、福祉事務所と医療関係者との間で、生活状況や服薬に係る課題等に関する情報を共有する方法等について、例えば、生活保護法に基づく「調整会議」の枠組みを活用する方法や、医療現場で実践されている薬剤の使用状況を把握するためのシートを活用する方法など、個人情報の取扱いの観点も含めて整理・明示していくことが必要ではないか。

（残薬に関する対応）

- ケースワーカーによる家庭訪問や、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に残薬が確認された場合、処方医が意図したとおりに服薬されていないことによる健康状態悪化の防止や使用可能な医療資源の有効活用の観点から、当該残薬が確実に薬局に持参され、薬局において適切に残薬調整が行われることが重要。
- このため、生活保護分野において、例えば、ケースワーカー等による適切な対応を進めるため、残薬を薬局に持参するよう指導するための明確な根拠の設定（指導対象とする「残薬」の状態等に関する明確化を含む。）を検討するとともに、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に残薬が確認された場合の福祉事務所等への情報共有の方法等について、個人情報の取扱いの観点も含めて整理・明示していくことが必要ではないか。

【参考】 本検討会における主なご意見

残薬への対応 について

- 生活の場における情報は、オンライン資格確認では見えない情報。薬をどのように飲んでいるのか、誰がどのように管理をしているのか、どのような副作用が出ているのか、その理解度はどのようになっているのか、どのような不安を感じているのかといったような個々の状況・情報を把握して、把握した情報をどのように活用していくかが課題。これは残薬の対応にも関連する。残薬をどのように見つけ、見つけた後にどのように対応するのか、その道筋を示していくことも必要ではないか。
- 残薬については、単に残薬の有無だけではなく、生活面や健康状態も含めてアセスメントし、残薬となっている理由や背景を的確に把握して、主治医や薬局が主体となって対応できるよう、情報共有することが重要。医療保険においては、今般訪問看護において残薬が確認された場合の情報提供として、主治医と薬局への情報提供ということが明示されている。生活保護分野においても残薬があった場合に主治医や薬局への情報提供が行われるよう、負担にも配慮した上で具体的な方法などを整理して明示するように検討してほしい。
- 残薬があることや他の医療機関に掛かっていることを医師や薬剤師に言いづらい人もいる。指導目線ではなく、まずは不要な時には不要だと言えればよいことを理解してもらう姿勢が大切ではないか。健康管理支援の中で、薬の使い方を情報提供して、医療者ときちんとコミュニケーションがとれるようにするとよい。
- 適正使用に係る課題解決のためには、生活の場や暮らしの情報、本人の特徴などの把握はケースワーカーなどの福祉専門職が担い、個々の患者が使用する薬剤の管理は薬剤師が担うなど、それぞれの専門性を活かした連携が重要。また、これにあたっては、お薬問診票等を活用し、専門知識がないケースワーカーでも取り組みやすい仕組みを作ることや、調整会議等専門職が情報共有できる場を作ることが必要ではないか。
- 医療機関・薬局が独自に対応を進めるのではなく、多機関で共有して対応をしていくプラットフォームを作ることが重要である。

●処方時の残薬確認

- ・在宅医療等においては、患家での残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを求める。

●処方箋様式の見直し

- ・処方箋様式に指示欄を設け、予め医師が指示していれば、「調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関に情報提供する」ことを可能とする。

[illegible]

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応

- ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
☒ 調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供

● 薬局による残薬の確認と調整の評価

- ・調剤報酬に、残薬を発見して調剤する薬剤を減量したときの評価 **(新) 調剤時残薬調整加算**を新設

在宅訪問時の対応

●訪問看護の情報連携推進（訪問看護の運営基準での明確化）

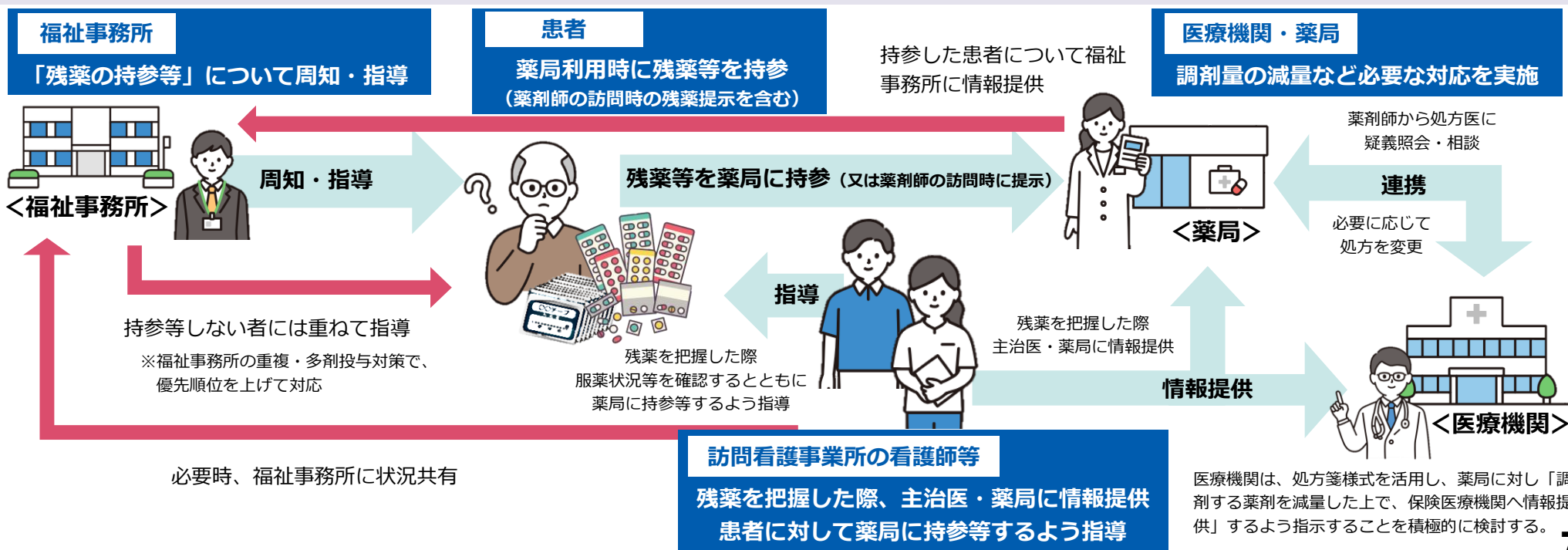
- ・指定訪問看護の提供に当たり、**服薬状況（残薬の状況を含む。）の確認**も含めて利用状況等の把握を行う必要があることを規定する。
- ・服薬状況については、**薬局への情報提供**を行うことが望ましいことを規定する。

● かかりつけ薬剤師による残薬の確認

- ・ かかりつけ薬剤師の患家への訪問による服薬管理、
残薬状況の確認等の推進を行うため、
(新)かかりつけ薬剤師訪問加算を新設

【対応案】残薬に関する対応

- 生活保護受給者は半数以上が高齢者。高齢者は複数の併存疾患を治療するために医薬品を多数服用する傾向にあり、飲み忘れや自己判断での中止、服用方法等が合っていない等、様々な要因から「残薬」が発生しやすい傾向がある。
 - 適切な服薬に向けた支援と使用期限内の医薬品の有効活用の観点から、残薬の発生に対し適切に対応されるよう取組を進める。
 - 福祉事務所：残薬の薬局等への持参等について生活保護受給者に対し郵送物への同封、家庭訪問などにより周知・指導を実施するとともに、医療機関・薬局・訪問看護等と連携して残薬対応を実施する。
 - 生活保護受給者：医療機関・薬局等を利用する際に残薬の持参により、調剤量の減量など必要な対応を求めることとする。
 - 医療機関・薬局：処方・調剤時に残薬を把握した場合、調剤量の減量など必要な対応を行うとともに、生活保護受給者の福祉事務所に情報提供する。また、医療機関は、処方箋様式を活用し、薬局に対し「調剤する薬剤を減量した上で、保険医療機関へ情報提供」するよう指示することを積極的に検討する。
 - 訪問看護事業所の看護師等：残薬を把握した場合、主治医・薬局に対して情報提供、患者に対して残薬持参の指導を行うとともに、必要時、福祉事務所に情報提供する。
- ※残薬を持参しない場合は、必要に応じて「調整会議」を開催し、関係機関で情報共有や対応方針を検討する。



1. 医薬品の適正使用に向けた取組の在り方

- ・ 残薬への対応について
- ・ 薬剤の標準的な処方上限について

2. 適正受診に向けた取組等の在り方

1. 医薬品の適正使用に関する議論の方向性（たたき台）

（1）処方・調剤時における対応等

② 医療扶助の制度的な課題への対応の在り方

- 医療保険制度と異なる医療扶助の制度的な課題（自己負担が無く、一般論として、過剰な給付が発生しやすいという課題）を踏まえた対応も検討していくことが重要。

具体的には、患者の状態に応じた必要な医薬品の処方が阻害されないようにすることを前提に、例えば、一定の薬剤の処方に当たり、標準的な上限数量を定めつつ、これを超えて処方する場合には、その医学上の必要性に係る理由をレセプトに記載することとするなど、患者の状態に応じた必要量の処方に一層留意されるよう、制度的な対応を検討していくことが必要ではないか。

※ 「一定の薬剤」に関しては、例えば、残薬の発生を未然に防ぐ観点、不正入手を防ぐ観点など、特に適正使用が求められる薬剤を対象として検討を進めることが考えられる。

- 併せて、一般的に、重複・多剤投与は、重複受診や複数疾患による複数医療機関の受診など、受診の状況とも関連するため、医薬品の適正使用に関する対応を進める観点からも、外来医療の適切な受診方法の明確化を検討していくことが必要ではないか。【P14を参照】

H24年度診療報酬改定

○ 単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与

ビタミン剤については、① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

H26年度診療報酬改定

○ 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

H28年度診療報酬改定/R4年度診療報酬改定

○ 外来患者について、**1処方につき計63枚※を超えて投薬する湿布薬** ※H28年度診療報酬改定において70枚、R4年度診療報酬改定において63枚に改定

- ① 外来患者に対して、1処方につき計63枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

H30年度診療報酬改定

○ 疾病の改善の目的外での血行促進・皮膚保湿剤の処方

入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

R8年度診療報酬改定

○ 外来患者について、**栄養保持を目的とした医薬品**

外来患者に対して、栄養補給を目的とした医薬品を投薬する場合は、当該栄養保持を目的とした医薬品に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。ただし、①手術後の患者である場合はその旨、②経管により栄養補給を行っている患者である場合はその旨、③必要な栄養を食事により摂取することが困難な患者である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した患者に投薬する場合はその理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

平成27年4月16日

投与期間に上限が設けられている医薬品

投与期間の限度	対象となる医薬品
14日	<p>○麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第二条第一号に規定する麻薬(30日を限度とされているものを除く。)</p> <p>○麻薬及び向精神薬取締法第二条第六号に規定する向精神薬(30日又は90日を限度とされているものを除く。)</p> <p>○新医薬品(医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第百四十五号)第十四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。)であって、使用薬剤の薬価(薬価基準)への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年(厚生労働大臣が指定するもの) にあっては、厚生労働大臣が指定する期間 を経過していないもの(抗HIV薬等の例外的な取扱いのものを除く。)</p>
30日	<p>○内服薬 アルプラゾラム、エスタゾラム、オキシコドン塩酸塩、オキシコドン塩酸塩水和物、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、コデインリン酸塩、ジヒドロコデインリン酸塩、ゾルピデム酒石酸塩、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、フルラゼパム塩酸塩、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、メチルフェニデート塩酸塩、モダフィニル、モルヒネ塩酸塩、モルヒネ硫酸塩、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、メペンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤</p> <p>○外用薬 フェンタニル、フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬</p> <p>○注射薬 フェンタニルクエン酸塩、ブプレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬</p>
90日	<p>○ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤</p>

医療扶助における外来での処方人数が多い医薬品（上位10）の処方状況

- 処方人数が多い成分には解熱鎮痛消炎剤、消化性潰瘍用剤、血管拡張剤等が含まれ、最も処方人数が多いのはアセトアミノフェン錠であった。
- 1レセプトの処方日数について、多くは1ヶ月以内の処方であった。

薬価基準収載 医薬品コード	一般名（剤形）	1年間の 処方人数	1レセプトの処方日数 ※テープ剤は処方枚数（下線部）		
			第1 四分位	中央値	第3 四分位
1141007F	アセトアミノフェン（錠剤）	670,426	1	7	28
1149019F	ロキソプロフェンナトリウム水和物（錠剤）	525,679	1	14	30
2329021F	レバミピド（錠剤）	499,486	14	28	30
2171022F	アムロジピンベシル酸塩（錠剤）	459,017	28	30	40
2649735S	ロキソプロフェンナトリウム水和物（テープ剤）	455,980	<u>28</u>	<u>56</u>	<u>63</u>
2344009F	酸化マグネシウム（錠剤）	391,089	28	30	35
2233002F	L-カルボシステイン（錠剤）	331,324	7	14	30
3311401A	生理食塩液（注射剤）	316,302	1	1	2
2649729S	ケトプロフェン（テープ剤）	284,829	<u>28</u>	<u>56</u>	<u>63</u>
2223001F	デキストロメトルフアン臭化水素酸塩水和物（錠剤）	241,996	5	7	14

出典：NDBデータ（令和6年4月～令和7年3月診療分）を用いて、厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で集計。

薬剤の標準的な処方上限について

現状

- 医療扶助における外来での処方人数が多い医薬品（上位10）の多くは、概ね1ヶ月以内の処方となっており、全体的に適正に処方されている状況であると見受けられる。
- 向精神薬等については、保険医療機関及び保険医療療養担当規則により処方日数の上限が既に設けられている。
- 重複・多剤投与対策については、福祉事務所において指導を実施しており、本年度より取組の強化を実施。

論点

- 医療扶助における医薬品の処方の在り方等については、NDBデータ等の分析を進めつつ、重複・多剤投与対策等、これまでの取組の状況や医療保険等における議論の状況を踏まえながら、引き続き、検討することとしてはどうか。

1．医薬品の適正使用に向けた取組の在り方

2．適正受診に向けた取組等の在り方

- ・ 紹介状無し200床（一般病床）以上病院受診について

2. 適正受診等に関する議論の方向性（たたき台）

各論

（1）診療時における対応

① 外来医療の受診方法に関する対応の在り方

- 現状、医療扶助は、生活保護受給者による申請を踏まえ、福祉事務所において受診する医療機関を選定し、生活保護受給者は当該医療機関を受診する取扱いとしている（フリーアクセスではない）。こうした中、生活保護受給者については、複数の慢性疾患を有することが多い高齢者の割合や、生活習慣病の外来受療率が国民全体よりも高い状況にあり、こうした特徴を踏まえつつ、適切に疾病管理・健康管理が可能となるような枠組みを検討していくことが重要。

- 具体的には、例えば、各生活保護受給者について、日常的に受診する医療機関を定めておくこととすること、別の医療機関を受診する際には原則として日常的に受診する医療機関の紹介を受けることとする等、外来医療の適切な受診方法の明確化を検討していくことが必要ではないか。

※ なお、令和7年4月に、医療計画等に基づく医療提供体制に関する取組の一環として「かかりつけ医機能が発揮される制度整備（かかりつけ医機能報告等）」が施行されている。上記の「外来医療の適切な受診方法の明確化」に関しては、「かかりつけ医機能」とは切り分けて、医療扶助の適切な給付管理と健康管理支援の推進の観点から検討を進めることが考えられる。

- また、特定機能病院など専門的な医学管理を実施する医療機関においては、外来業務の負担軽減を図りつつ、専門外来の確保や一般外来の縮小等が進められている状況。医療保険制度においては、外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状無しで特定機能病院等を受診する場合に選定療養として定額負担を患者に求める仕組みがあるが、現状、生活保護受給者はこうした制度の対象となっていない（紹介状無しで自己負担なく受診可能）。

医療扶助において外来医療の適切な受診を推進する観点、医療保険の被保険者との公平性の観点を踏まえ、紹介状無しで特定機能病院等を受診する場合等の取扱いについて、見直しを検討していくことが必要ではないか。

【参考】 本検討会における主なご意見

紹介状無しで200床（一般病床）以上の病院を受診することについて

- どのような場合に、紹介状なしで特定機能病院等を受診しているのかを確認した上で、**病院機能を損なう医療の提供が行われないう、一定の仕組みを設ける必要があるのではないか。**
- 紹介状なしで特定機能病院等を受診することについて、医療券なく飛び入りで受診する場合は、よほど緊急事態ではない限り、保険医療と差をつけてよいのではないか。保険医療の場合は追加負担が生じているが、医療扶助ではそれがなくなると、バランスに欠けるのではないか。**保険医療との公平性の観点からも議論すべきではないか。**
- **紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合の負担、通院1回あたりの窓口負担額等を考えるにあたっては、医療扶助だけで議論するのではなく、生活保護全体の中でどう位置づけていくのかといった議論も必要**である。例えば、医師が医学的に必要と認める範囲は最低生活保障として医療扶助の対応にしつつ、その範囲を超えるような受診については、本人の希望によるものとして自己負担を求める等が考えられるのではないか。
- 紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合、**自己負担を求めるのであれば、生活扶助基準の議論も必要ではないか。**議論の場も、この検討会のほか、生活保護基準部会等でも設ける必要があるのではないか。

選定療養に係る生活保護制度上の取扱い

- 医療保険制度では、患者の選択により特別の料金を支払うことで、保険外の診療と保険診療を併用する「選定療養」が認められている（保険外併用療養費を支給）。
- 生活保護制度では、最低生活の保障としての医療は、従来の保険給付によって確保されている等の考え方の下、選定療養は、原則として医療扶助の対象としていない（保険適用部分も含め、療養の全体が給付対象外）。
- その上で、真にやむを得ないと認められる一部の療養について、例外的に医療扶助の対象とされている。

選定療養の種類

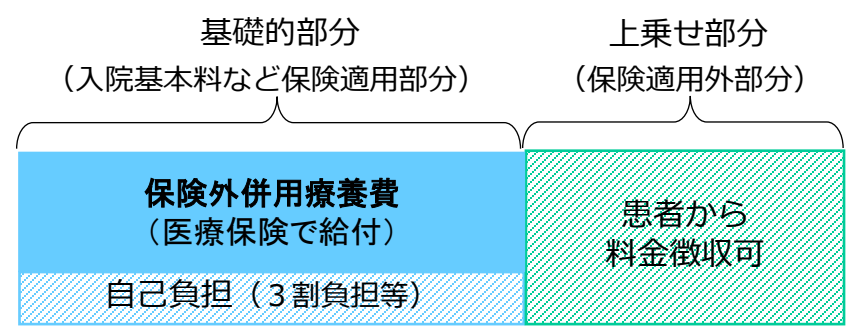
180日以上入院を除き、医療扶助の給付対象外

- ・ 特別の療養環境（差額ベッド）
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
- ・ 保険適用期間終了後のプログラム医療機器
- ・ 間歇スキャン式持続血糖測定器
- ・ 精子の凍結及び融解
- ・ 長期収載品
- ・ 近視進行抑制薬

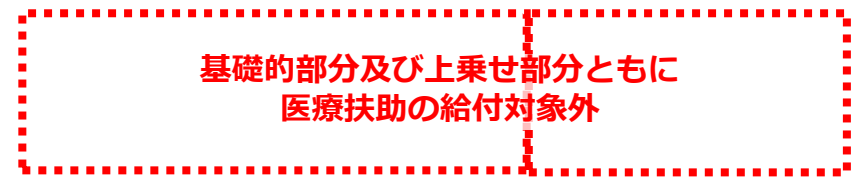
以下の項目は、選定療養制度において公費負担医療受給者は対象外

- ・ 大病院の初診（公費負担医療受給者を除く）
- ・ 大病院の再診（公費負担医療受給者を除く）

選定療養（保険外併用療養費）の仕組み



＜医療扶助の取扱い＞ ※「180日以上入院」を除く



大病院の初再診（選定療養制度において公費負担医療受給者は対象外）



紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 5,000円、 歯科 3,000円
- ・ 再診：医科 2,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]

- ・ 特定機能病院
 - ・ 地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
 - ・ 紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）
- ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]

- ・ 初診：医科 7,000円、 歯科 5,000円
- ・ 再診：医科 3,000円、 歯科 1,900円

[保険給付範囲からの控除]

外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除

- ・ 初診：医科 200点、 歯科 200点
- ・ 再診：医科 50点、 歯科 40点

（例）医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給（選定療養費） 7,000円	患者負担 3,000円

定額負担 <u>7,000円</u>	
医療保険から支給（選定療養費） <u>5,600円</u> (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 <u>2,400円</u> (=3,000円-2,000円×0.3)

【施行日等】 令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・ **初診**：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
- ・ **再診**：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者

※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めてはならない。

※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ② 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ③ 災害により被害を受けた患者
- ④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、**現行制度における①、②、③、⑥、⑦に該当する場合は想定されえないため、要件から削除。**

生活保護法による医療扶助運営要領について (昭和36年9月30日社発第727号厚生省社会局長通知)

第3 医療扶助实施方式

1 医療扶助の申請

医療扶助の申請は次によるものとする。

(3)各給付要否意見書の発行

オ 福祉事務所又は町村において各給付要否意見書を発行する際は、指定医療機関から次の標準により選定して、当該指定医療機関において各給付要否意見書に意見を記載のうえ提出するよう指導すること。

なお、選定にあたっては、要保護者の希望を参考とすること。

平成28年改正で追加

(ア) 要保護者の居住地等に比較的近距離に所在する指定医療機関であること。

(イ) 病床(医療法(昭和23年法律第205号)第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものに限る。以下、この項において同じ。)の数が200以上である指定医療機関の受診については、以下の場合に限ること。

a 他の病院又は診療所からの文書による紹介がある場合

b 緊急その他やむを得ない事情がある場合

c 地域において病床の数が200以上である指定医療機関のみが特定の診療科を標榜しており、当該診療科への受診が必要である場合

紹介状無し200床（一般病床）以上病院受診について（自治体の現状）

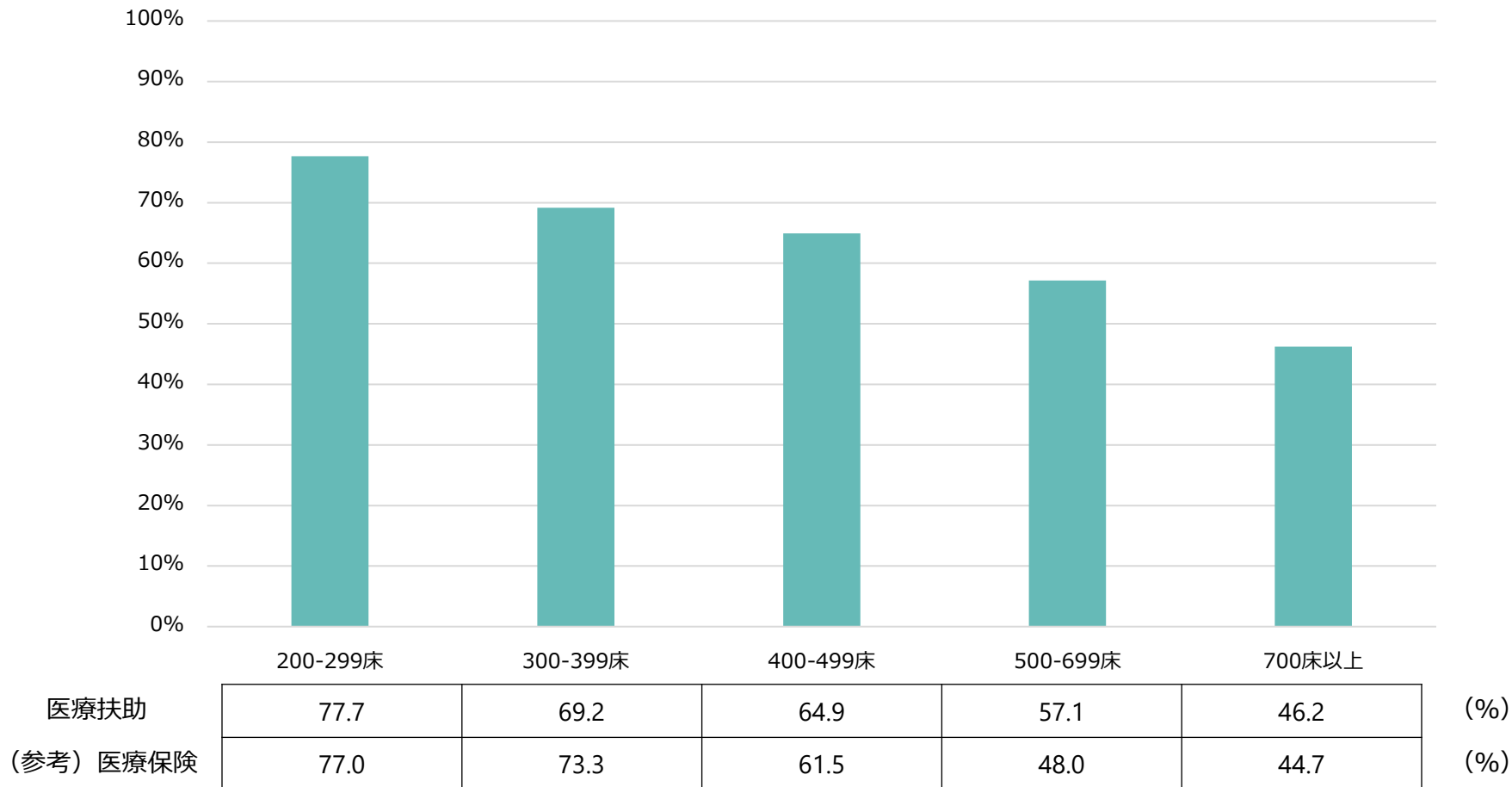
- 医療扶助運営要領上、生活保護受給者が医療機関等を受診するにあたり、福祉事務所は、
 - ① 生活保護受給者から医療扶助の開始の申請を受ける
 - ② 運営要領上の標準に従い、指定医療機関から要否意見書の記入を求める医療機関を選定する
 - ③ 医療機関で記入された要否意見書の内容を確認し、医療の必要性があると確認できた場合は、生活保護受給者に要否意見書を記入した医療機関で受診するよう指導することになっている。
- 生活保護受給者に対する、医療機関の受診方法の周知は、各自治体において、例えば、「生活保護のしおり」（各自治体が独自に作成している、生活保護受給者向けの受給にあたっての留意事項等をまとめた文書）等を手交する等により行っているが、周知状況は自治体によって異なり、
 - ・ ①の申請以前に、紹介状無しで200床（一般病床）以上の病院を受診してしまう生活保護受給者が一定数存在するほか、
 - ・ ①の申請以前に、紹介状無しで200床（一般病床）以上の病院を受診してしまう生活保護受給者に対して、指導等の対応ができていない自治体もある。

自治体ヒアリング概要（電話等により数自治体に聞き取り（令和8年9～10月実施））

- 「生活保護のしおり」などで大病院受診は限定される旨を記載し、周知を図っている。
- 生活保護受給開始時に大病院ではなく、まずは診療所を受診するよう説明している。
- 事前に連絡があった場合は大病院ではなく、近所の診療所の受診をするよう伝えているが、連絡なしに大病院受診する生活保護受給者が一定程度存在する。
- 事前連絡なしに受診した患者への指導まではできていないのが現状。紹介状無しの大病院受診が可能な場合は緊急やむを得ない場合や近隣に診療科がない場合などに限られているが、その他にどういった場合が認められるのかがわかりにくく、生活保護受給者に対して指導がしにくい状況。例外的な事例を明示してもらえると指導しやすくなるのではないか。
- 一度受診してしまうと、そのまま継続して受診してしまう。再診で大病院受診可能な基準があるとわかりやすい。

病院における紹介状なし受診者の割合

- 紹介状なし受診者の割合は300床～399床では医療保険が多いが、200～299床及び400床以上では医療扶助が多くなっている。



※ 医療扶助はNDBデータ（令和6年4月～令和7年3月診療分）を用いて、厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で集計。分母は初診料が算定されている患者（算定回数）、分子は分母の患者のうち初診料算定日の60日以内に診療情報提供料Ⅰが算定されていない患者として割合を算出。医療保険は第612回中医協資料から引用。（令和5年患者調査を用いた集計）

紹介状なし200床（一般病床）以上病院受診について

現状

- 医療保険制度においては、外来医療の機能分化を推進する観点等から、紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合に選定療養として定額負担（7,000円等）を患者に求める仕組みがあるが、現状、生活保護受給者はこうした制度の対象となっていない。
- 医療扶助においては、200床（一般病床）以上の病院受診は紹介状がある場合等に限られているが、十分周知ができておらず、紹介状なしで200床（一般病床）以上の病院を受診してしまう生活保護受給者が一定数存在する。
- また、紹介状なしで200床（一般病床）以上の病院を受診してしまう生活保護受給者に対して、指導等の対応ができていない福祉事務所もある。
- 紹介状なし受診者の割合は300床～399床では医療保険が多いが、400床以上では医療扶助が多くなっている。

論点

- 医療扶助において、受診が可能な要件に該当しない場合には、200床（一般病床）以上の病院受診はできないことを改めて周知徹底し、その場合には福祉事務所が当該医療機関への委託ができないことを明確化すべきではないか。
- 紹介状無しで200床（一般病床）以上の病院を受診しようとする生活保護受給者に対し、福祉事務所から確実に指導を行うことを義務付けるとともに、医療機関等でも周知すべきではないか。
- 医療保険における定額負担を求めない要件と医療扶助における受診が可能な要件についての運用が異なる（※）ことについてどう考えるか。
（※）医療扶助では医療保険と異なり、200床（一般病床）以上の病院を受診できるケースを「紹介状が有る場合」、「緊急やむを得ない場合」「近隣に診療科がない場合」のみに限定、初・再診の取扱いに差異を設けていない。
- 医療保険との公平性の観点から、生活保護受給者の定額負担など制度的な対応を講じることについてどう考えるか。

参考資料

(これまでの議論の経過等)

医薬品の適正使用に係る論点

医療扶助・健康管理支援等に関する検討会「中間的な整理」（令和7年12月17日取りまとめ）

2－1 医薬品の適正使用に向けた取組

（1）福祉事務所による重複・多剤投与対策

- こうした対策で最も重要なポイントは、医師・薬剤師による対応（服薬に関する相談対応、服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、処方内容の調整等）に「つなげること」であり、国において、関係団体の協力も得ながら、具体的な取組内容、訪問調査時に残薬を確認した際の対応方法、関係機関との連携に向けた調整方法や個人情報情報の取扱いを提示するなど、丁寧な技術的支援を行うことが適当である。

（2）医療現場における医薬品の適正使用に向けた取組 （略）

このほか、医療機関・薬局において向精神薬の不正入手が疑われるケースを把握した場合等の対応について、福祉事務所との円滑な連携が進むよう、国において整理・周知を行う。

生活保護の医療扶助における医薬品の適正使用の推進について（厚生労働省保護課長通知／令和8年3月6日全部改正）

5 その他

（3）その他

- ・ ケースワーカーによる家庭訪問や、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に「残薬」が確認された者について、有効期限内の薬剤の有効活用や適切な服薬管理指導等の観点から、薬剤師による専門的な対応（服薬状況等の確認、患者に対する服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、処方医に対する処方内容に関する疑義照会や相談等）につなぐ優先順位は高い。このため、令和8年中を目途に、国において、残薬が確認された場合の対応方法等を整理・周知する予定としていること。

2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等

2-3 その他の取組

(2) 今後に向けた新たな取組

- 生活保護受給者に関しては、国民全体よりもさらに高齢化が進行しており、糖尿病など生活習慣病の外来受療率が高く、外来の受診日数や処方される医薬品の種類数が多い傾向が見られる状況にある。併せて、医療扶助は自己負担が無く、一般論として、本来の二重を超える給付が発生しやすいという制度的な課題もある。

こうした中、患者の状態に応じた必要な医療が提供されるよう、制度的な対応を含め、以下の対応を進めることが適当である。

① 「かかりつけ医」等をもつことなど上手な医療のかかり方の普及・推進

生活保護受給者であるか否かを問わず、本人のより適切な健康管理等の観点から、気軽に相談できる「かかりつけ医」や「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬剤師」をもつなど、上手な医療のかかり方を普及していくことは重要である。

生活保護受給者の高齢化や生活習慣病の外来受療率が高い状況等を踏まえ、現在の外来受診の実態等を分析しつつ、効果的な普及啓発や推進方策について引き続き検討を進める必要がある。

② 医療扶助の訪問看護に係る実態把握・課題分析等の対応

算定回数や1件当たり請求額等が大幅に増加傾向にある給付等に関しては、NDBデータの分析や、生活保護法に基づく指定医療機関への個別指導等を通じて、適正な給付となっているか実態把握を進めることが重要である。

近年、医療扶助の訪問看護について、1件当たり請求額が大幅に増加しているところ、適切に提供されていない訪問看護に対して必要な対策を講じることができるよう、まずは、国において、NDBデータ等により、例えば利用者の状態像や訪問頻度等に係る実態把握や課題分析を進めることが適当である。

また、指導権限を有する都道府県等に対し、個別指導の対象医療機関を選定する際の参考資料として、レセプトの分析結果（1件当たり請求額等）を提供し、個別指導の実施を促すことが適当である。その際、指導方法・内容に関するポイントを整理・周知するなど丁寧な技術的支援を行うとともに、都道府県等と地方厚生局との共同指導が効果的に実施されるよう対応を検討する必要がある。

③ 投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定

医療扶助について、NDBデータの分析等を通じて、医療保険の状況とも比較しながら、その実態・課題を整理し、必要な対策を講じていくことが重要である。

診療報酬や医療費適正化計画の動向等も踏まえつつ、例えば、多剤投与の実態、外来受診の頻度・間隔の実態等について分析を進め、当該投薬・診療等の必要性や妥当性について一定のエビデンスが得られる場合には、投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定について、引き続き検討を進める必要がある。

【参考】本検討会における主なご意見

医薬品の適正使用

- ・ 医薬品の適正使用に関する課題は、たくさんの課題が複合的に絡んでいるケースが多い。多剤投薬の場合、おそらく残薬が多い状況。残薬が多いということは「飲めない」「飲みづらい」という理由が存在。あわせて、複数科の受診、ヘルスリテラシーの状況、フレイルのリスクなど、複合的な要因が絡んでいる。
- ・ 生活保護分野ではないが、残薬について、医療機関から出されたお薬だからちゃんと飲まなくてはいけないと指導されたことがあった。全部飲むと体調が悪くなる。いつもは間引いて飲んでいて、本当は要らない薬まで手元にあったということ。残薬の状態の確認は重要。残薬がある人に「全部飲んで」という指導はしないよう明確にした方がよいのではないか。
- ・ ケースワーカーは生活保護受給者の生活状況をきめ細かに把握。この情報を、連携する地域の医療資源にいかに共有いただくか。医師は来られたら処方するし、処方されるとそれに基づいて調剤をする。生活状況等々を知らずに医療を提供することが、ポリファーマシーを生んでいる原因の一つになっていることは間違いない。個人情報保護など様々な課題はあると思うが、福祉事務所が把握している情報を医療機関・薬局に共有する、また、医療関係者も患者から知り得た情報や患者にお伝えしたポイント等をフィードバックするような仕組みを考えなければならないのではないか。
- ・ 福祉事務所が医療機関・薬局と連携して取組を進めることが重要。連携する際の個人情報の取扱いに関する考え方や、連携事例等について、自治体で活用できるよう国から共有してほしい。
- ・ 医療機関・薬局では、向精神薬の不正入手などが大きな課題。福祉事務所と医療機関・薬局との緊密な連携体制が必要。例えば、受診時・来局時の対応方法の共有、医師会・薬剤師会との情報共有体制の構築等が重要。
- ・ 医療扶助だけではなく自立支援医療など他制度のレセプトも併せて点検をする仕組みが必要。今後デジタル化が進み、情報が集約されるのが理想だが、まずは、例えば医療扶助と他制度との間での重複投薬の状況など、実態把握してはどうか。
- ・ マイナンバーカードを利用した薬のデジタル管理といった観点も重要。

【参考】本検討会における主なご意見

「かかりつけ医」等をもつことなど上手な医療のかかり方の普及・推進

- かかりつけ医について、医師側の観点で、患者の服薬状況や診療の状況を把握できるほか、患者側の観点からも、かかりつけ医を持っている患者の方が、暴飲暴食をしないといった健康行動をするという調査結果がある。生活保護の指定医療機関に「かかりつけ医」のような機能を持っていたくのは生活保護受給者から見ても良いのではないかな。
- 自分の社会生活の状況も含めて相談が可能な地域の「かかりつけ医」、総合診療医に基本的に受診するといったことになれば、重複・多剤投与の問題等をクリアできるほか、福祉事務所や薬局とも情報共有しやすくなるのではないかな。

医療扶助の訪問看護に係る実態把握・課題分析等の対応

- 昨今、有料老人ホーム等で入所者を囲い込み、連携した介護・医療サービスが提供されている事例もあるが、外形上は医師の指示や要否意見書が出ている。要否意見書で主治医が必要と判断している中で、それらの回数まで自治体が踏み込んでいくことはできないのが現状。
- 医療扶助の訪問看護1件当たり費用の増加について、年齢区分や疾患別に理由を検討することが重要。こうした状況は訪問看護に限ったことなのか、全体像を踏まえて幅広い検討が必要。必要な方に必要なケアを提供する観点からは、施設における医療扶助の実態、主治医による訪問看護指示書と訪問看護事業所によるケア提供の実態等を踏まえて、対策を講ずる必要があるのではないかな。

【参考】本検討会における主なご意見

投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定

- 医療保険の場合、価格を調整することでインセンティブやディスインセンティブをつけられるが、医療扶助の場合、価格面で調整することができないため、別の仕掛けが必要。健康面で悪影響が出てくるといった専門的な知見や、データ分析により「ここまで投薬するのはまずい」「これだけ頻回受診しても効果が無い」など明らかにできれば、ある程度のガイドラインは作っていいのではないか。現場で混乱が生じないように、明確なガイドラインの提示が必要。
- 医療サービスを提供している人たちの行動を規制する場合も、科学的なエビデンスに基づいた指導が必要。これとこの飲み合わせはまずいとか、こういう診療の受け方は問題ということが科学的に分かれれば、それをベースにした指針を出して、医師・薬剤師がそれに対応して行動するというような仕掛けが必要。
- 後発医薬品は、法改正により原則化されたことで取組が進んでいる。多剤や適正受診は、明確な基準は難しいものの、国においてルールや基準が定められれば、自治体としても説明しやすい。
- 県が策定する医療費適正化計画について、今回、国の方針で「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘された医療」として急性呼吸器感染症の抗菌薬処方や、「医療資源の投入量に地域差がある医療」について、新たに計画に盛り込んで取組を推進することとされた。医療扶助も例外ではなく、歩調を合わせた対応が必要。
- 一般論として、医療費無料の課題について、一つはモラルハザード、ニーズがあまりないのに受診行動してしまうこと、もう一つは誘発需要、医療機関においてやや過剰なニーズに合わない医療が提供されてしまうこと、この2つの課題が知られている。誘発需要の場合、患者ではなく構造にアプローチしないと大きな成果は得られない。実態調査や給付ルールの基準決めなどが必要ではないか。
- 医療扶助は自己負担がないだけに、どうしても患者・医療機関の双方で歯止めがかからない。医療機関としては自己負担がないだけに簡単に出しやすいということもあるし、患者としてもせっかくもらったのだから受け取ろうみたいなこともあるし、その結果として多剤状態になっていることもあるのではないか。

【参考】本検討会における主なご意見

第5回（5/15）でいただいたご意見（医薬品の適正使用・適正受診等関連）

- 医療扶助の適正化を進めるに当たっては、例えば医療行為の妥当性の解釈等が必要になってくる。専門職として、例えば嘱託医など医師の関わりが必要。
- お薬手帳の持参について、個人の行動に責任が乗っかるような仕組み一辺倒にするのではなく、例えば福祉事務所が被保護者の方々が持っていきやすいようなものを作ってお渡しするような方法などモデル事例を共有すること、また、現場の活用状況についてモニタリングしていくことが重要。
- 令和7年度末に発出された通知について、自治体と医療機関・薬局との関係性を密にする必要。通知発出以降、ある市とある地域の薬剤師会では早速会合を持った、対応方法について継続的に協議を続けることになったという事例も耳にしている。このような地域における関係性強化に向け、国からも自治体に向けて周知を継続していただきたい。
- 多剤投薬対策について、レセプト管理システムで「6種類以上」を検索できるのかを調べてみたが、やり方が分からない部分があった。今後、レセプト管理システムの抽出機能も見直しを検討していくと聞いているが、併せてマニュアル等の整理など、各福祉事務所で対応できるように取組を進めてほしい。
- レセプト管理システムの機能強化に関し、対象者抽出については、多過ぎては少な過ぎてはよくない。抽出機能について、例えば重複投薬や頻回受診、あるいは糖尿病などの重症化予防のリスクがあるといった取り組む課題・目的の種類が容易に判別できるような機能。複数医療機関を受診している者の抽出や、例えば向精神薬など特定の薬剤が重複投薬されている者の抽出。処方日数や受診間隔も非常に重要なファクター。

【参考】本検討会における主なご意見

第6回（6/12）でいただいたご意見（医薬品の適正使用関連）

- 薬剤の問題について、入口で制御していくのか、事後的に制御をしていくのか。医療扶助でもマイナンバーカードの普及が重要。医療扶助でマイナンバーカードを利用登録されているのが約4割程度。様々な原因・理由があることも理解するものの、マイナンバーカードが普及すれば、どの医療機関で何が処方されているかが分かる。そうすれば、医師・歯科医師もきちんと対応することが可能。
- 生活保護法第27条の2の「調整会議」について、支援者・ケースワーカーが被保護者に対して多職種連携で支援に当たる際、本人の同意が取れていない場合も、一定の条件の下では個人情報を共有できる仕組みが示されている。個人情報の共有について本人同意が得られない場合も、医療機関・薬局等と医薬品の適正使用等に向けた対策の検討に必要な場合には、この会議のスキームが使えないか。難しいようであれば、法令改正等も含め、個人情報の同意が得られない場合の対応について検討いただきたい。
- 国立長寿医療研究センターの「おくすり問診票」について、医療に関する専門知識が十分でないケースワーカー等も含め、こうした問診票の活用は有用ではないか。問診票の意義の理解、問診票を活用した関係者との連携、福祉事務所と職能団体との連携体制の整備など、国から自治体に対してわかりやすく示してもらうことが重要。
- 福祉事務所では、薬剤師とうまくコミュニケーションが取れるか分からず、薬局とかに相談したいケースがあっても相談を躊躇してしまうこともあると聞く。地域の医療専門職の力を借りられるとありがたい。
- 残薬に関しては、例えば災害時の対応などを見越して意図したお薬を残してあるというケースもあり、全てが悪いということでもないと思われるが、必要以上の薬が供給・処方されているという実態もあるのではないか。こうした中で残薬対策を進めていくのであれば、現場で対策を講じることができるよう、許容される範囲の明確化など一定の基準を設定すること等を検討していただきたい。
- 残薬を薬局に持参しない理由について、医療扶助では、本人に自己負担がないといった制度的な理由が出てくる可能性もある。限られた医療資源を有効に活用するためにも、被保護者の方が被保険者よりも残薬が多くなっているなど客観的なデータがあれば、こうした制度的な特性を踏まえたアプローチが必要ではないか。自己負担がないからもらっておくとか、何かあったら受診すればよいなど、自己負担がないことで、自分の健康を意識・予防する行動が阻害されているのであれば、制度自体の検証というものも必要ではないか。
- 全体的に高齢化が進む我が国では、薬の適正化は医療扶助・医療保険にかかわらず必要。薬を処方されるときは、今ある残薬との整合性を必ず図るなど国民的な運動としてなされた上で、医療扶助についても適用していくというような広い考え方も必要ではないか。

【参考】本検討会における主なご意見

第6回（6/12）でいただいたご意見（医薬品の適正使用関連）

- 一部保険外療養について、被保護者であれば無条件に「特別の負担」を免れるということではなく、例えば処方量を必要最低限の量とするなど、制度導入の背景を踏まえた対応も必要ではないか。
- 一部保険外療養の創設に伴い、医療保険と医療扶助で受診行動が異なることとなると、制度上の公平性・信頼性の確保の観点からも説明が難しくなる。そうした点も配慮しながら制度設計をしていただきたい。
- 重複・多剤の処方というのは処方する側の問題。問題の所在が、被保護者個人や薬剤師の問題にずれているところがあり、ICTなど様々な方法で、重複・多剤を防いでいくような仕組みづくりができるとよい。
- 薬が大量に処方されているケースについて、なぜ大量に処方箋が出ているのかという原因分析が必要であり、その上で対策を講じていくことが重要。仮に医療扶助において、自己負担がないという制度上の特性から大量に処方されるケースが見られるのであれば、制度に対して何らかの対策を講じていく必要があるのではないか。
- 重複投薬等チェックでアラートが出た際、本人同意の取得に努めることとされており、医療扶助も同様と認識。その上で、本人同意が得られない場合等に「調剤拒否ができる」と記載されているものの、各薬局の判断に委ねられるとなると、対応はなかなか難しい部分があるのではないかと推察する。実際に調剤拒否はどの程度できているのか。仮にある薬局で調剤拒否をした場合も、別の薬局では調剤されてしまうようであれば意味がない。こうしたことを踏まえた制度設計が重要ではないか。
- 向精神薬の不正入手が疑われるケースへの対応は、医療費の適正化や安全性の観点からも極めて重要な課題。重複投薬等チェックで発見された事例も耳にする。こうした状況を発見した段階で、医療機関・薬局に情報提供・注意喚起されるべき。薬局で発見した際は、薬担規則に基づき保険者に報告しているが、特段対応されない事例もある。医師会・警察・薬務課・保健所など、どこに情報共有を行うべきか迷うケースもあり、負担が重いと聞く。個人情報の兼ね合いもあるが、一定の対応方法を示すべきではないか。

【参考】本検討会における主なご意見

第6回（6/12）でいただいたご意見（適正受診等関連）

- かかりつけ医の機能を強化すること、また、医師だけではなくいろいろな方々がサポートしていることが十分認識されていれば、お薬に頼るとか、不必要な受診をするというようなことも軽減されるのではないかと。そうした対応も考えていただきたい。
- 一部の長期入院や大病院の初診・再診について、選定療養の例外が認められている理由を踏まえつつ、医療保険と医療扶助で受診行動の傾向に違いが生じていないか、確認していく必要があるのではないかと。後発医薬品に関しては、医療扶助では自己負担が発生せず後発医薬品を選択する動機づけが働きにくいと、原則化された経緯がある。医療保険と医療扶助で受診行動に違いが生じているのであれば、後発医薬品のよう、公平性・整合性の観点からなんらかの措置を講ずる必要があるのではないかと。
- 訪問看護についても適正化を図っていくということは必要。他方で、必要な方に必要なケアが確実に提供されるように御配慮いただくということが必要であり、また、その適正化によってどのような影響が出たのかというような影響面も十分に考慮した上で、慎重に御検討いただきたい。
- 生活保護受給者は、基本的には保険給付でカバーできるはずであり、選定療養は原則として給付対象外と理解。この原則は十分納得できると考えるが、そうすると大病院の初診に係る例外的な扱いはどうなのかといった意見が当然出てくるのではないかと。ただし、その場合も、実際にどれぐらいのエビデンスがあるのか。紹介状なく受診されているような実態がどの程度あるのか、裏づけも必要。
- 例えば医療機関への受診等について自己負担を持ってもらうという方法を取っていくのであれば、そもそも御自身の健康ニーズを十分に判断できて健康行動を取れるという言い方は変ですけども強い個人が想定されている議論になっているように思うが、御自身のニーズに合わせて行動を取るということが難しい様々な理由があるゆえに生活保護の利用に至っていると考えるところもあると思われる。そうした中で、自分で受診を控えていくということが生じ得る、そういったことの影響のアセスメントというものがまず重要ではないかと。
- 自己負担を設ける場合、生活扶助費にどう反映させていくべきかという議論も必要。あるいは、償還払いにするという議論もあると思うが、福祉事務所において生じるコストが、こうした制度改革による効果を上回るようであれば、それは良い政策ではないと思う。福祉事務所のコストがただ上がっただけにならないようにしていただきたい。

【参考】本検討会における主なご意見

第6回（6/12）でいただいたご意見（医療扶助の給付事務関連）

- 業務の削減・簡素化に関しては、誰の業務を削減・簡素化するのか丁寧に検討する必要。ケースワーカー・査察指導員・医療扶助担当・嘱託医、診療を行う医師やその管理者等、多くの人が関わっている。外来・入院・訪問看護の可否意見書、眼鏡・ストーマなど治療材料に関する意見書、受診に係る交通費等の移送費に関する意見書など多岐にわたる。医療機関からは、可否意見書を発行する理由が分からないとの意見をいただくこともある。点検する嘱託医の立場としても時間はかかるが、指導が必要と思われる事例はそれほどたくさん出るものではない。
- 現在の仕組みは、レセプトの電子化前からある仕組みで、慣例的に行われているもの。現在、レセプトが約2か月で入手できるので、レセプトを踏まえて可否意見書の作成を求める対象者を決めていく仕組みがよいのではないか。一部、請求が上がってくるのが遅い事業所もあり、迅速・タイムリーに行っていただけるような対応強化もセットで実施すべき。指導が必要と考えられる被保護者個人を抽出する仕組みと、指導が必要と考えられる事業所を抽出する仕組みを作っていけるとよい。
- 可否意見書の主要症状及び今後の診療見込みの記載欄に、「痛いから必要」や「丸」だけ記載されていて、診療内容や診療見込みが分からないケースもたくさんある。ケースを絞って重点的に作成を求めていく場合には、具体的な記載例をつけるとか、慢性疾患で定期通院している方について疾病の状況が分かるようなデータ（直近の血液検査データ等）の添付を求めるといった仕組みを構築していくことも重要。
- 訪問看護の可否意見書に関しては、訪問看護の可否を問うだけではなく、どういつことを訪問看護ステーションに指示しているのかというような訪問看護指示書も添付していただけると、実際に行われている訪問看護と照らし合わせてその妥当性というものを検討する資料にできる。
- 現在は、医療機関ごとに提出された可否意見書を見ており、複数の医療機関の受診状況は可否意見書を見ているだけでは分からない。血液透析を週3で受けているが訪問診療も受けているようなケースも実際にあり、妥当性を検討するためには、当該個人に関する全ての医療機関の可否意見書がセットで出てくるというような仕組みも重要。デジタル化を進める際に構築していけるとよい。
- 可否意見書について、受診前に審査を行うケースは稀。受診後に「駄目」という意見が出ることはほとんどない。嘱託医の審査が必要な場合と必要ない場合のメリハリが必要ではないか、全部を審査する必要はあるのか。
- 地域の医師会からは、可否意見書の郵送料や事務の負担が大きいこともあり、いろいろ考慮してほしいとの意見もある。紙で郵送する手続は減らしていくとか、違う方法を活用することも検討いただきたい。
- 医療扶助に係るレセプト情報の活用について、医療費の適正化や安全な医療提供という観点から、福祉事務所の間で差異が生じないようにすべき。外部委託の質の担保や、福祉事務所における医療・薬剤に関する専門知識を補う観点で、地域の医療専門職を活用することも解決の一つとなるのではないかな。

1. 医薬品の適正使用に関する議論の方向性（たたき台）

総論

(1) 医薬品の適正使用について、まずは「処方・調剤時における対応等」が重要。

① 患者に関する情報共有の在り方

- ・ 他の医療機関も含めた診療の状況や処方・調剤の状況に関する情報
- ・ 生活の場における服薬の状況に関する情報（薬の管理、薬を飲んだ際の症状の変化、残薬の状況）

※ いずれも個人情報であるため、本人同意を前提に、こうした情報が得られないことにより想定されるリスクを踏まえ、対応の検討が必要。

※ その際、例えば、不正入手が疑われるケースへの対応、ポリファーマシーのような高齢者層に共通してみられる課題への対応など、解決すべき課題を整理して議論を深めることが必要。

② 医療扶助の制度的な課題への対応の在り方

- ・ 自己負担が無く、一般論として、過剰な給付が発生しやすいという課題（提供側と患者側の双方に課題）

(2) その上で、患者に関する情報共有が困難なケース（例えば複数医療機関を受診するケースなど）等を中心に、福祉事務所における審査済レセプトの確認や薬局等との連携を通じた「事後的な対応」も引き続き重要。

(3) 併せて、向精神薬をはじめ「不正入手が疑われるケースにおける毅然とした対応」も重要。

1. 医薬品の適正使用に関する議論の方向性（たたき台）

各論

（1）処方・調剤時における対応等

① 患者に関する情報共有の在り方

（医療DXの活用）

- 他の医療機関等も含めた診療・処方・調剤の状況に関する情報は、医療扶助のオンライン資格確認による医療情報（電子処方箋管理サービスの薬剤情報を含む。）の閲覧機能を活用して確認することが可能。

引き続き、医療機関等における医療扶助のオンライン資格確認の導入や、生活保護受給者のマイナンバーカード利用登録の推進が必要ではないか。【議題2 参照】

※ 医療扶助のオンライン資格確認を導入済の医療機関・薬局では、過去1ヶ月前程度～5年分の薬剤情報を閲覧可能。加えて、電子処方箋システム対応済の医療機関・薬局では、過去1ヶ月程度の薬剤情報も含めて閲覧可能。薬剤情報の閲覧に関しては、患者が「マイナンバーカードによるオンライン資格確認」を行い、かつ、患者から「医療情報の閲覧に関する同意」の取得が必要。

※ 電子処方箋システム対応済の医療機関・薬局においては、患者がマイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うか否かにかかわらず、当該患者の受給者番号・公費負担者番号をもって、電子処方箋管理サービスに処方・調剤情報を登録可能。

また、当該情報を登録する際、「重複投薬等チェック」を実施可能であり、オンライン資格確認を実施しない場合も、口頭同意があれば、どの薬剤が重複投薬等の状況にあるかを把握することが可能。

（お薬手帳等の活用）

- 令和8年4月から、生活保護受給者について、医療機関等を受診する際にお薬手帳の持参を原則とするとともに、医療機関等について、患者に対する問診等に加え、患者が持参するお薬手帳等を活用して、服薬状況等を確認の上、併用禁忌薬の処方防止や重複投薬の確認など、医薬品の適正使用に向けた対応を進めることとしており、引き続き、取組状況をフォローアップしつつ、効果的な取組となるよう必要な見直し等を行っていくことが必要ではないか。

1. 医薬品の適正使用に関する議論の方向性（たたき台）

（1）処方・調剤時における対応等

① 患者に関する情報共有の在り方

（生活の場における服薬の状況に関する情報）

- 医師等の医療関係者による医学的・薬学的な対応（服薬に関する相談対応、患者に対する服薬管理方法の見直しに向けた助言・指導、薬剤師から処方医に対する処方内容に関する疑義照会や相談等を通じた処方内容の調整等）に当たっては、患者が生活の場においてどのように服薬しているか、服薬した際にどのような症状が出ているか等、医療DXで共有される情報以外の情報も重要。
- 特に、複数の医療機関の受診に伴い多剤服用の状態にある患者等について、福祉事務所と医療関係者との間で、生活状況や服薬に係る課題等に関する情報を共有する方法等について、例えば、生活保護法に基づく「調整会議」の枠組みを活用する方法や、医療現場で実践されている薬剤の使用状況を把握するためのシートを活用する方法など、個人情報の取扱いの観点も含めて整理・明示していくことが必要ではないか。

（残薬に関する対応）

- ケースワーカーによる家庭訪問や、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に残薬が確認された場合、処方医が意図したとおりに服薬されていないことによる健康状態悪化の防止や使用可能な医療資源の有効活用の観点から、当該残薬が確実に薬局に持参され、薬局において適切に残薬調整が行われることが重要。
- このため、生活保護分野において、例えば、ケースワーカー等による適切な対応を進めるため、残薬を薬局に持参するよう指導するための明確な根拠の設定（指導対象とする「残薬」の状態等に関する明確化を含む。）を検討するとともに、訪問看護・訪問介護等の従事者による訪問の際に残薬が確認された場合の福祉事務所等への情報共有の方法等について、個人情報の取扱いの観点も含めて整理・明示していくことが必要ではないか。

1. 医薬品の適正使用に関する議論の方向性（たたき台）

（1）処方・調剤時における対応等

② 医療扶助の制度的な課題への対応の在り方

- 医療保険制度と異なる医療扶助の制度的な課題（自己負担が無く、一般論として、過剰な給付が発生しやすいという課題）を踏まえた対応も検討していくことが重要。

具体的には、患者の状態に応じた必要な医薬品の処方が阻害されないようにすることを前提に、例えば、一定の薬剤の処方に当たり、標準的な上限数量を定めつつ、これを超えて処方する場合には、その医学上の必要性に係る理由をレセプトに記載することとするなど、患者の状態に応じた必要量の処方に一層留意されるよう、制度的な対応を検討していくことが必要ではないか。

※ 「一定の薬剤」に関しては、例えば、残薬の発生を未然に防ぐ観点、不正入手を防ぐ観点など、特に適正使用が求められる薬剤を対象として検討を進めることが考えられる。

- 併せて、一般的に、重複・多剤投与は、重複受診や複数疾患による複数医療機関の受診など、受診の状況とも関連するため、医薬品の適正使用に関する対応を進める観点からも、外来医療の適切な受診方法の明確化を検討していくことが必要ではないか。【P14を参照】

1. 医薬品の適正使用に関する議論の方向性（たたき台）

（2）福祉事務所における審査済レセプトの確認や薬局等との連携を通じた「事後的な対応」

- 令和8年度から、福祉事務所において、審査済みレセプトを活用して特に薬物有害事象のリスクが高い「重複・多剤投与者」を確認し、薬剤師等の専門職による対応につないでいくなど、医薬品の適正使用に向けた対応を進めることとしており、引き続き、取組状況をフォローアップしつつ、効果的な取組となるよう必要な見直し等を行っていくことが必要ではないか。特に、指導対象者の抽出・優先順位付け等を効率的・効果的に実施できるよう、福祉事務所のレセプト管理システムの機能強化に向けた検討が必要ではないか。【議題2 参照】

（3）不正入手が疑われるケースにおける毅然とした対応

- 医療現場において向精神薬をはじめ、薬剤の不正入手が疑われるケースを把握した場合に、関係機関が連携して毅然と対応できるよう、その方法等を整理することが重要。
具体的には、例えば、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェックにおいてアラートが確認されたケースにおいて、薬剤情報の閲覧同意が得られないものの、処方内容の中に向精神薬など不正入手の防止を防ぐ必要性が特に高い薬剤が含まれている場合の対応方法等について、個人情報の取扱いの観点も含めて整理・明示していくことが必要ではないか。

5. 制度の信頼性の確保

(2) 生活保護の医療扶助費の適正化

(頻回受診対策)

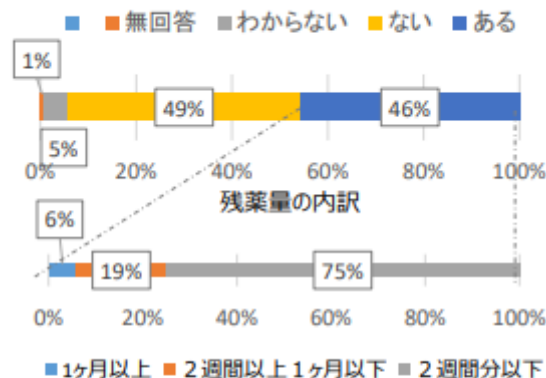
- なお、不適切な頻回受診を抑制するため窓口負担を求めるべきという考え方については、子どもを対象外としたり、過度な負担にならないような上限額を設けたりするなどの工夫により実現可能という意見もあったものの、最低生活保障との両立が難しくなるという懸念や、必要な医療の受診まで抑制され、むしろ長期的には医療費が増えるという懸念、仕組みによっては医療機関の未収金やケースワーカーの事務負担の増加につながるといった懸念もあることから、反対する意見が多数であった。

参考資料

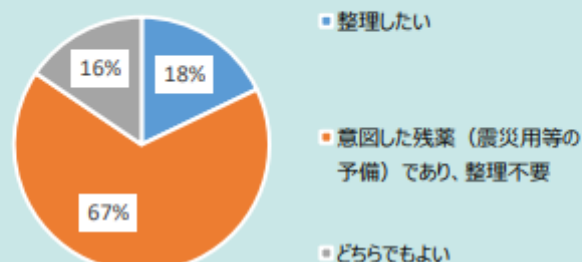
(診療報酬における対応等：医薬品の適正使用関係等)

- 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。

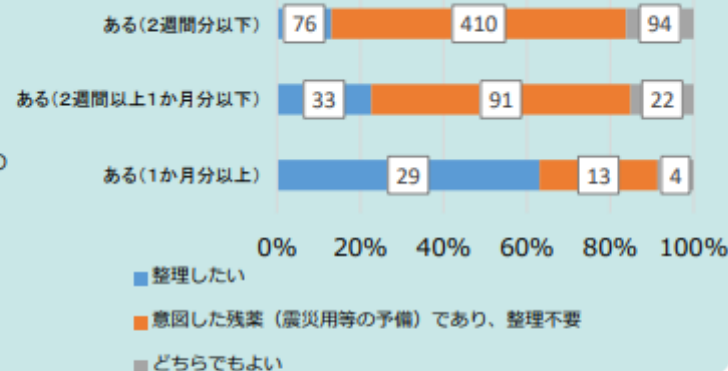
■ 自宅における残薬の有無(n=1690)



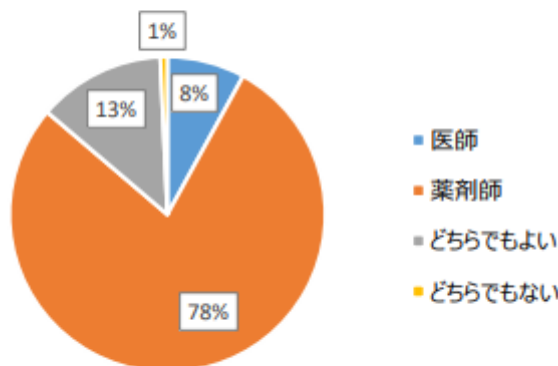
■ 残薬の整理への意識 n=772



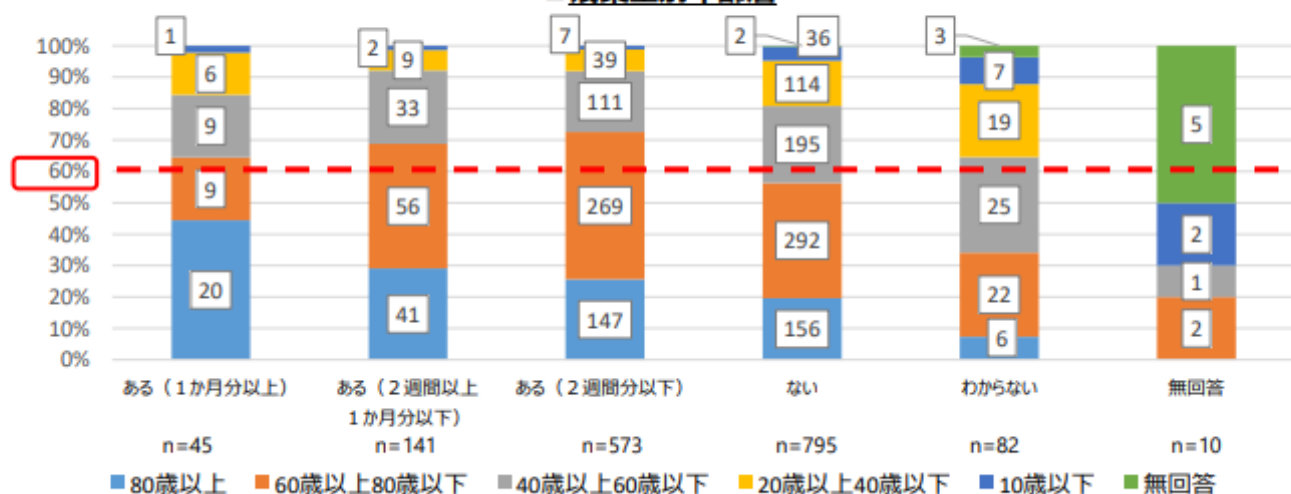
■ 残薬の量と整理への意識 n=772



■ 患者が残薬の相談しやすい相手 n=138

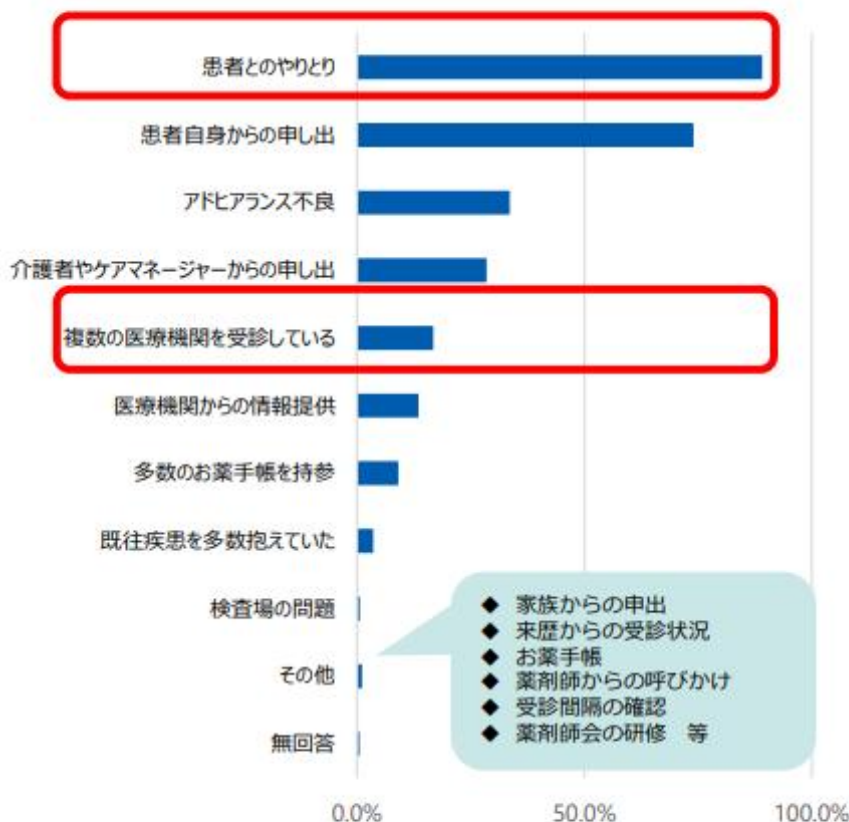


■ 残薬量別年齢層

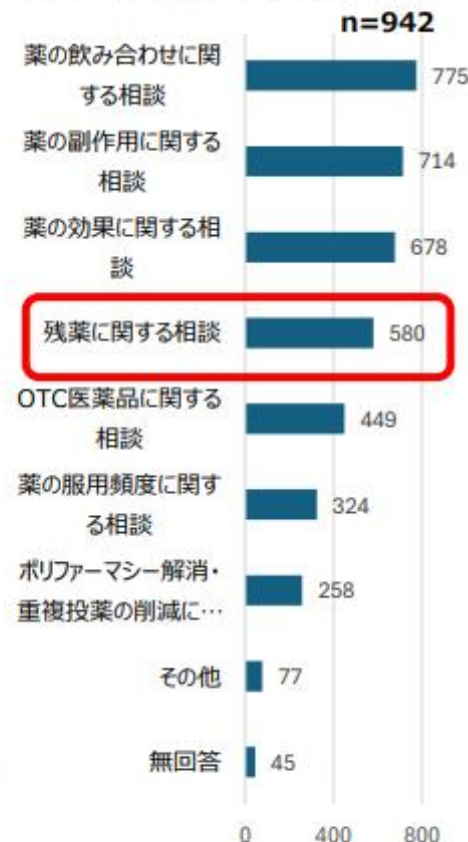


- 残薬に対応するきっかけとして最も多いのは「患者のやりとり」であった。
- 特に、かかりつけ薬剤師が患者から受ける相談の約6割は残薬に関するものである。
- 医療機関において、薬局から情報提供される情報のうち、診療の役に立つ情報としては「患者の服用状況」に次いで「残薬状況」が多い回答であり、ニーズが高いことが示唆される。

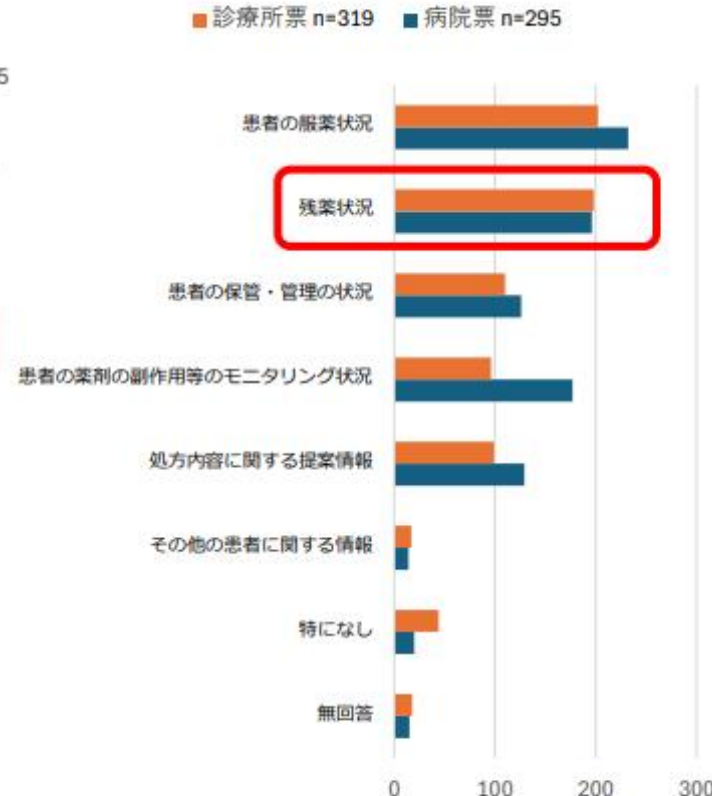
■ 残薬に対応するきっかけ（上位3つを選択） n=1074



■ 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

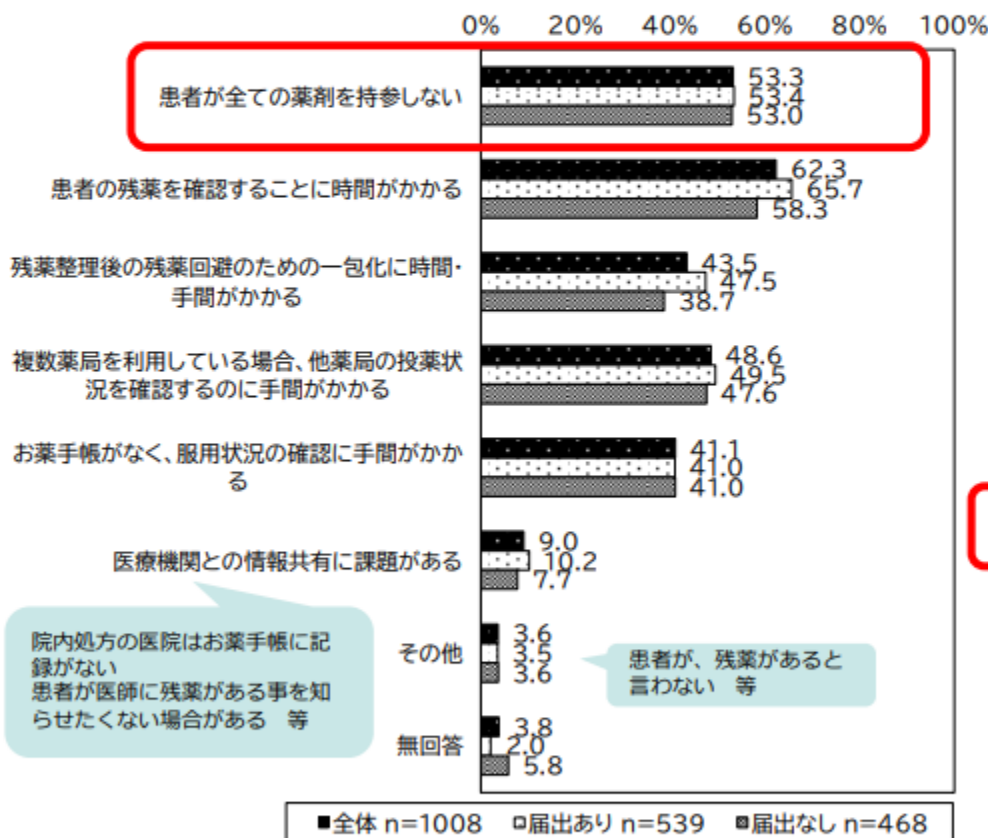


■ フォローアップに関して薬局からフィードバックされる情報のうち診療の役に立つと考えられる情報（複数回答可）

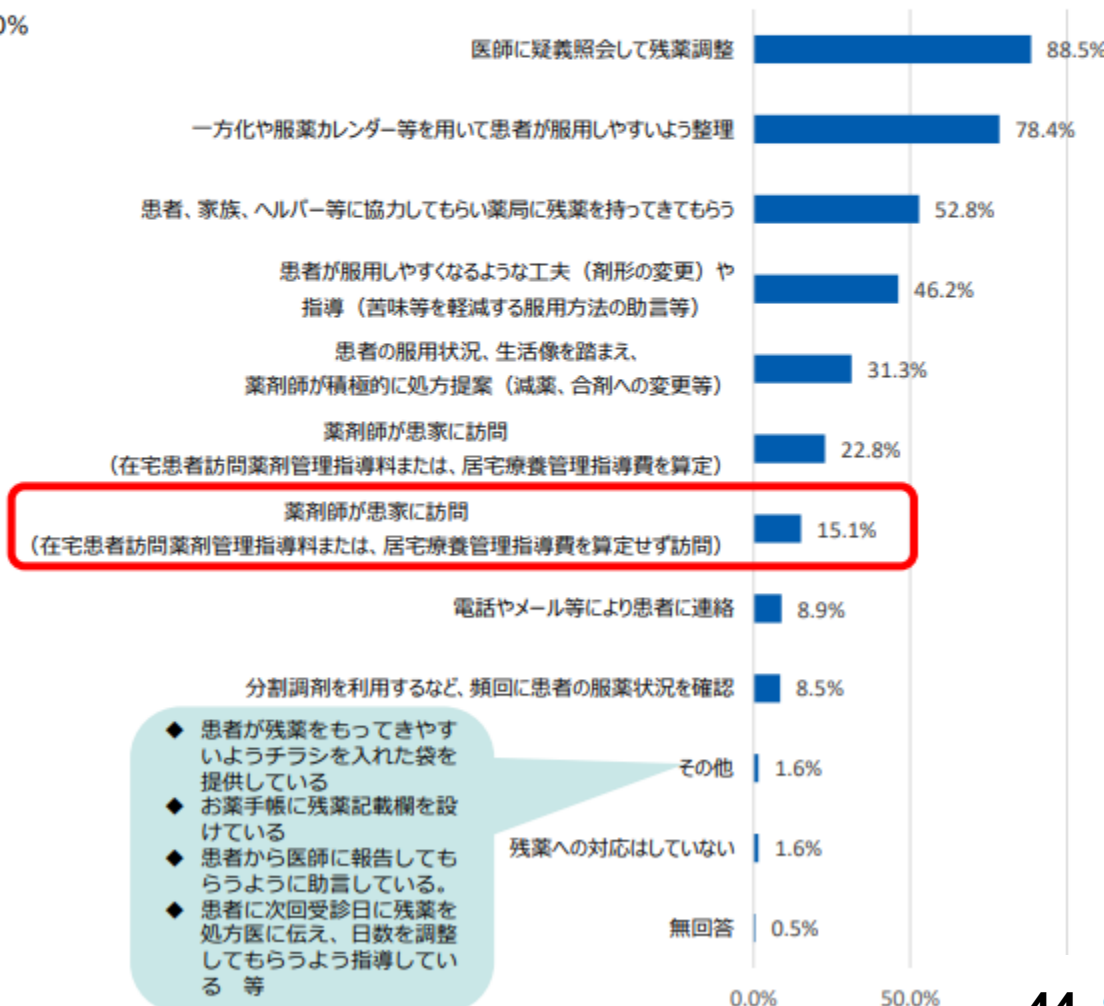


- 残薬調整を薬局で実施する際の問題点として、「患者が全ての薬剤を持参しない」ことを挙げる薬剤師が半数を超えている。
- 中には、在宅患者訪問薬剤管理指導料等が算定できない患者に対して、患家を訪問し残薬整理をしている事例がある。

■ 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



生活保護法に規定する「調整会議」の組織・運営について

趣旨

令和7年4月1日施行

- 多様で複雑な課題を抱える被保護者に対しては、個別の課題に応じた専門的な支援を行う必要
- 個々のケースワーカーが課題を抱え込むことなく、関係機関と円滑に連携し、適切に役割分担を図りつつ支援
- こうした連携を進める枠組みとして「調整会議」を法定化（構成機関は守秘義務あり）



- ✓ 保護の実施機関と調整会議の構成機関との間で「顔の見える関係」を構築
- ✓ 会議体の開催それ自体が目的化することのないよう留意
- ✓ 既に様々な会議体が開催されている際には、他の会議を調整会議として活用することや合同開催とすることも効果的・効率的（相互連携の努力義務あり）
- ✓ 構成機関間で個人情報を共有する際には、本人同意を得ることが原則



組織・運営のイメージ

— 所掌事項の例 —

- ・ 地域における被保護者の支援体制に関する検討
- ・ 個々の被保護者の支援・役割分担に関する検討
- ・ その他調整会議の目的を達成するために必要と認める事項など

- ✓ 当初の段階では、取り組みやすい内容から着手し、順次、連携強化の必要性を踏まえて所掌事項を見直していく視点も重要

— 運営の例 —

【定期的な会議体】

日頃から互いの業務・状況を理解し、信頼関係を構築しておく観点から、各々の機関における事業・支援の実施状況や課題等に関して情報共有



<構成機関の例>

自治体の関係部局（福祉、保健、雇用、住宅、教育等）、被保護事業受託事業者、各種相談機関（地域包括支援センター等）、救護施設等の保護施設、日常生活支援住居施設、社会福祉協議会、民生委員・児童委員、居住支援法人、医療機関、学校、高齢者・障害者関係サービス事業者 等

- ✓ 当初の段階から、必ずしも多数の関係機関を構成機関とする必要はなく、順次、連携強化の必要性を踏まえて構成機関を見直していく視点も重要

【随時開催の場】

随時、被保護者の支援に当たり関係し得る構成機関との間で、当該被保護者の個人情報も含めた必要な情報共有、支援内容に関する検討などを行う



<参集する機関>

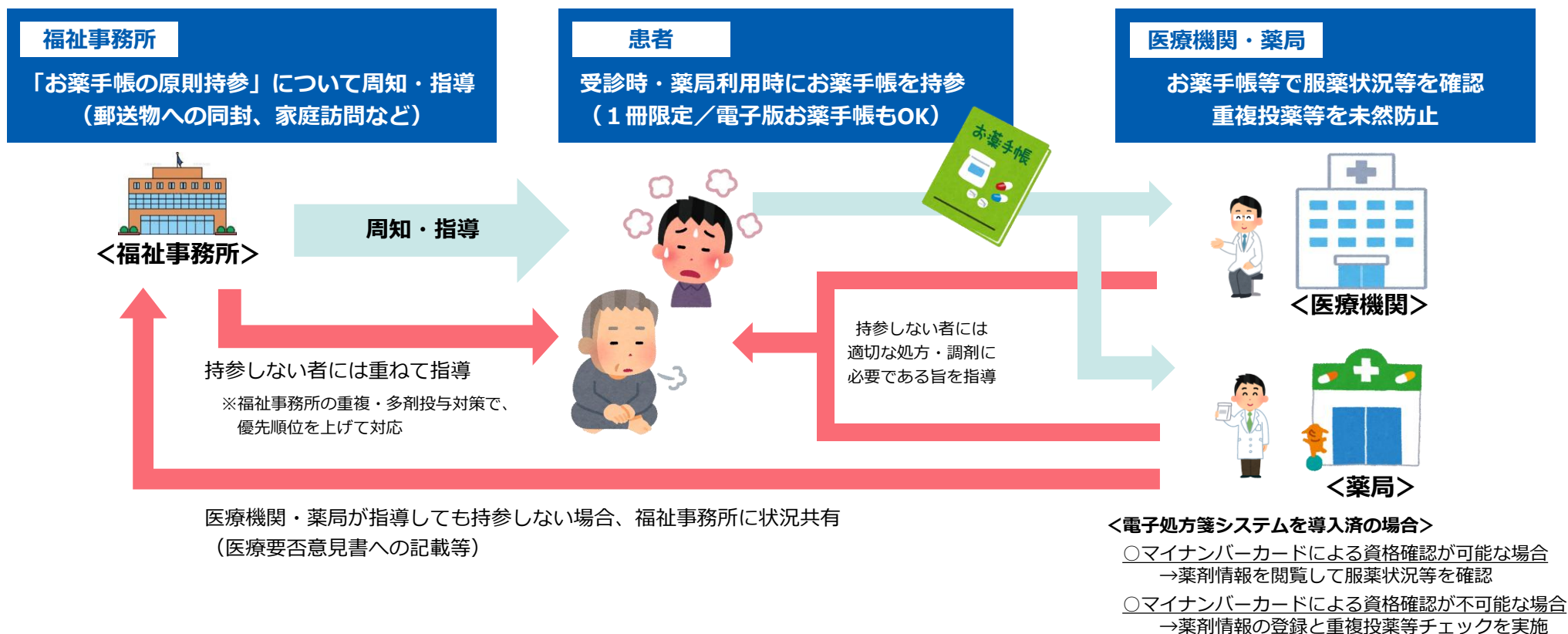
構成機関のうち、当該被保護者の支援に関係し得るもの（個人情報を扱う点に留意）

— 守秘義務の徹底 —

全ての構成機関は、守秘義務の趣旨やルールを十分に理解し、遵守することが不可欠（法律上、守秘義務あり）

医療現場における医薬品の適正使用に向けた対応の強化

- 生活保護受給者の高齢化が進行。全年齢層でも、他制度と比べ、外来受診者の薬剤数が多く、重複投薬の割合も高い傾向。
- 薬物有害事象のリスク低減と医療扶助の適正化の観点から、医療現場において、重複投薬や併用禁忌の薬剤投与の防止等に向けて適切に対応されるよう取組を進める。
 - 生活保護受給者について、医療機関の受診時と薬局の利用時に、お薬手帳（1冊限定）を持参することを原則とする。
 - 医療機関・薬局について、これまでも、診察時・調剤時には、患者の服薬状況等を確認しなければならないこととしているところ、医療扶助の給付に当たっては、お薬手帳等を活用して当該確認を行うこととする。

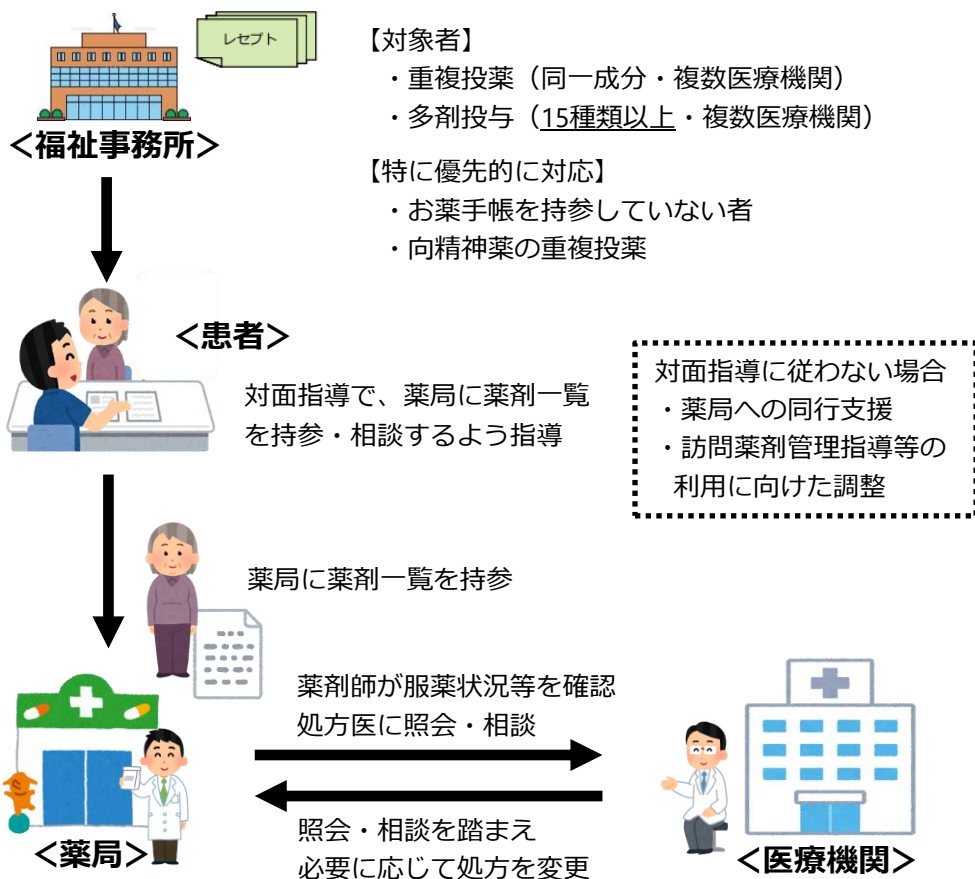


* 将来的には、「電子処方箋管理サービス」を活用した服薬状況の確認を主たる取扱いとすることを目指す。
（現状、医療機関等における医療扶助オンライン資格確認の導入率は約60%、生活保護受給者におけるマイナンバーカードの利用登録率は約40%）

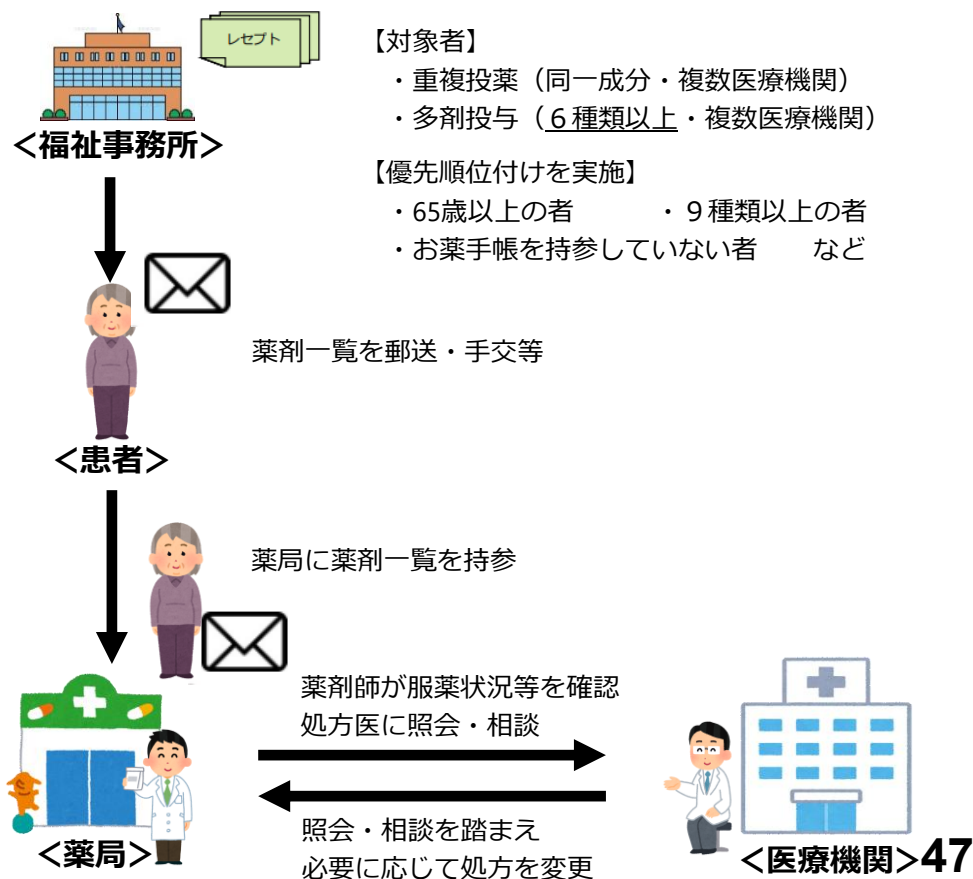
福祉事務所による重複・多剤投与対策の強化

- 医療現場の取組と併せて、福祉事務所において、特に薬物有害事象のリスクが高い「重複・多剤投与者」を確認し、薬剤師等の専門職による対応につないでいくことも重要。福祉事務所の実施体制を踏まえ、リスクに応じた段階的なアプローチを実施。
 - 重複・多剤投与の該当者に「薬剤一覧（服薬情報）」を提供、薬局利用時に薬剤一覧を持参、薬局において専門的な対応を実施
 - 特にリスクが高い者（15剤以上・複数医療機関・お薬手帳持参無しなど）は、対面で薬剤一覧を手交・指導するなど重点的に対応

重点的な対応（特にリスクが高い者を対象）



文書を活用した対応（一定のリスクがある者を対象）



薬剤一覧に添付する頭紙（標準版／厚生労働省作成）

このお知らせを受け取った方へ
(別紙1)
(表面)

このお知らせを薬剤師に渡して 相談してください

飲むお薬が多くなると体に負担がかかる場合があります

このお知らせは、飲んでいるお薬が多い方や似たお薬をいくつも受け取っている方にお渡ししています。お薬が多くなるほど副作用が出やすくなるなど、お体に負担がかかる場合があります。

1 いつもの薬局にこのお知らせとお薬一覧をもっていく

2 薬剤師に確認してもらう

3 お薬のことで気になることがあれば薬剤師に相談する

どうふう
同封のお薬一覧と、このお知らせをもって、お薬をもらっている薬局に
いってください。

薬剤師にこのお知らせとお薬の一覧を渡して、お薬について相談しましょう。

気になることをチェックしましょう

☐薬の効果 ☐薬の副作用 ☐薬の飲み合わせ
☐市販品・サプリメント ☐薬が多いこと ☐その他() ☐特になし

薬局の皆さまへ

本お知らせを持参された患者様は、別紙の薬剤一覧のとおり、複数の医療機関においてお薬が処方されており、飲み合わせや重複のリスクが高い方です。
患者様が医薬品を適正に使用できるよう、服薬状況等についてご確認いただき、必要に応じて、処方医に処方内容に係る照会・相談をいただきますようお願いいたします。

また、ご対応いただいた結果を、裏面に記載いただき、郵送・FAXにて返却をお願いします。

こちらの面を、**薬局において記載** いただき
郵送・FAXにて福祉事務所に返却してください。

(裏面)

記入日: 年 月 日

薬局名:

薬剤師名:

連絡先:

患者氏名:

当てはまるものにチェックをお願いします

☐ 服薬状況等について問題はありません

☐ 服薬管理方法に関する指導をしました

☐ 処方医により処方内容が変更され、
合計(のべ) 種類の薬剤が減少しました

処方内容が変更され、減少した薬剤の種類数を記入ください。
減少した薬剤(商品名)について、以下に記載ください。なお、薬局独自の報告様式がある場合、その様式を活用いただいて差し支えありません。

商品名	処方医療機関 (任意)

※商品名についてはシールを貼付することでも差し支えありません。

福祉事務所への伝達事項(必要がある場合のみ記載をお願いします)

お問い合わせ先

〇〇福祉事務所 連絡先:00-0000-0000
住所:

(FAX): 00-0000-0000

薬剤の使用状況を把握する取組（おくすり問診票：国立長寿医療研究センター）

- 国立長寿医療研究センターでは、副作用やくすりの飲み方など、薬に関するトラブルを入院時に確認。
- くすりの使用状況を簡単に把握できるよう、患者さん自身やご家族が回答できるように作られている。

記入日： 年 月 日

おくすり問診票

フリガナ _____

お名前 _____

生年月日 _____ 年 月 日（歳） 性別 _____

わかる範囲でお答えください。

問診票の記入について教えてください → ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他介護者（ ）

- 過去に副作用を経験したことがありますか？
☐ なし ☐ あり（ ）
- アレルギー歴はありますか？
☐ なし ☐ あり（ ）
- 一般用医薬品・サプリメント・健康食品を使用していますか？
☐ なし ☐ あり（商品名： ）
- おくすりはだれが管理していますか？
☐ 自分 ☐ 自分と家族等 ☐ 家族等 ☐ 施設 ☐ その他（ ）
- おくすりを使用するときに介助が必要ですか？
☐ いいえ ☐ はい（☐ 一部介助が必要 ☐ すべて介助が必要） **はいの場合** → 介助が必要なくすり（複数回答可） ☐ 内服薬 ☐ 外用薬 ☐ 注射薬
- おくすりの管理方法について工夫していることはありますか？（複数回答可）
☐ 1包化 ☐ おくすりBOXやカレンダー ☐ その他（ ） ☐ なし
- おくすりについて困っていることはありますか？（複数回答可）
☐ くすりの飲み忘れ ☐ くすりが見えない ☐ くすりの説明が聞き取れない
☐ くすりを取り出しづらい ☐ くすり飲み込みにくい
☐ その他（ ） ☐ なし
- おくすりを飲むときに工夫をしていますか？
☐ なし ☐ あり（☐ 粉砕 ☐ ゼリーやとろみ水で服用 ☐ オブラート ☐ 経管投与）
- おくすりに関する調整などを希望されますか？（複数回答可）
☐ いいえ ☐ はい **はいの場合** → ☐ くすりが多いから減らしたい ☐ 飲む回数を減らしたい
☐ 飲みにくい調整してほしい ☐ 管理方法を工夫してほしい
☐ くすりの説明をしてほしい ☐ 副作用かどうか相談したい

裏面もあります

くすりの副作用チェック

下記の症状が直近1ヶ月以内であるかどうかお答えください。

なお、本人に聞き取り・確認することができない場合は下記にチェックを入れてください。
☒ 本人に聞き取り・確認することができない。

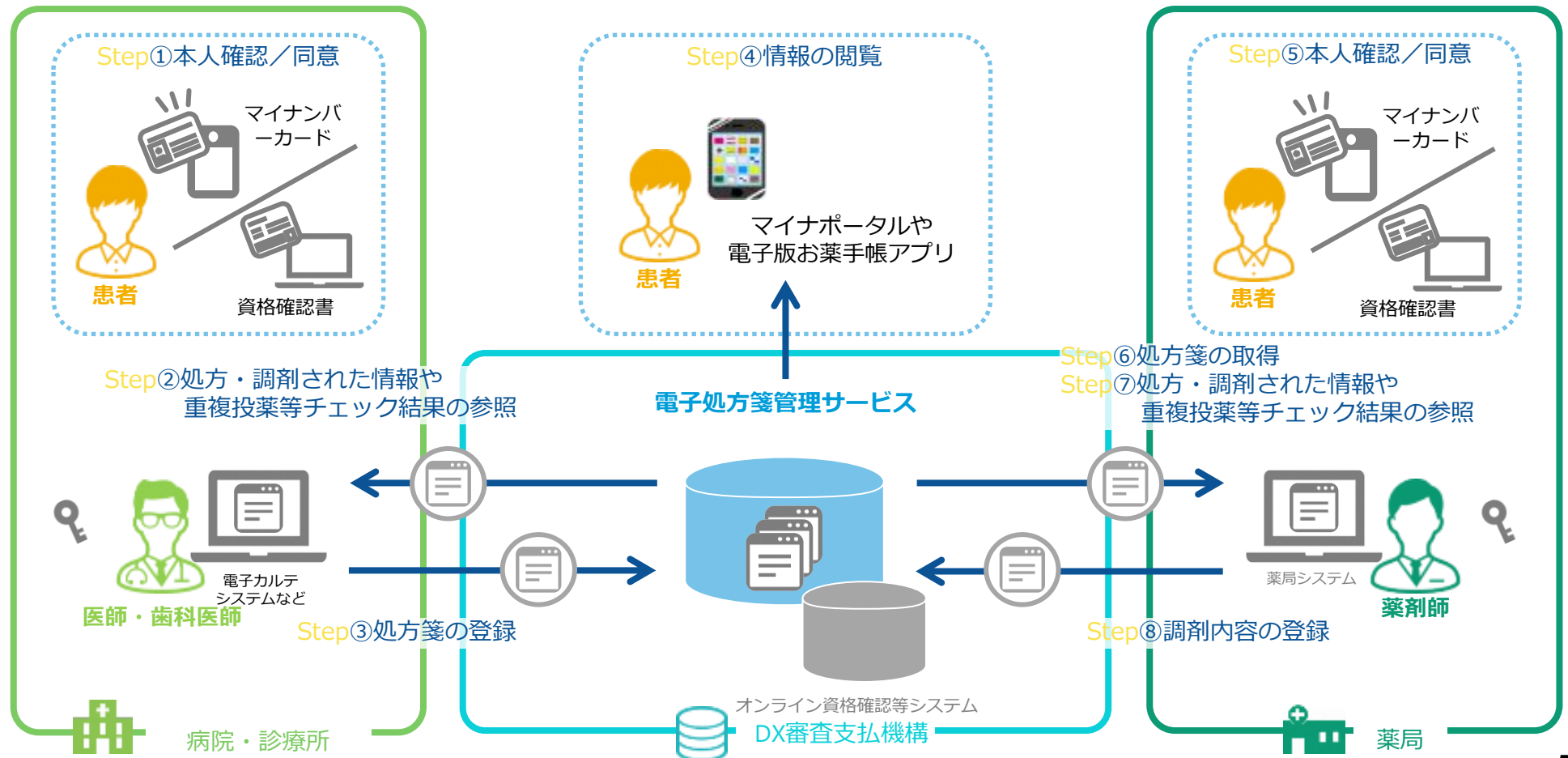
- 日中の眠気が続くことがありますか？
☐ いいえ ☐ はい
 1日の睡眠時間 _____ 時間
- この2週間で、わけもなく疲れたような感じがしますか？
☐ いいえ ☐ はい
- 周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあるとされますか？
☐ いいえ ☐ はい
- 食欲が低下したと感じますか？
☐ いいえ ☐ はい
- ふらつきやめまいを感じることはありますか？
☐ いいえ ☐ はい
☐ 目が回る感じ ☐ フワフワ・ユラユラしているような感じ
- 過去6か月で転倒したことがありますか？
☐ いいえ ☐ はい
- 排尿に関して困難を感じますか？
☐ いいえ ☐ はい
 1日の排尿回数 合計 _____ 回
 （日中 _____ 回 夜 _____ 回）
- 排便に関して困難を感じますか？
☐ いいえ ☐ はい
 排便回数 _____ 日に _____ 回
- 口の渇きが気になりますか？
☐ いいえ ☐ はい
- お茶や汁物等でむせることがありますか？
☐ いいえ ☐ はい

ご回答ありがとうございました


 国立研究開発法人
 国立長寿医療研究センター
 National Center for Geriatrics and Gerontology

電子処方箋について

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組み。オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧や、当該データを活用した重複投薬等チェックの結果確認が可能に。(令和5年(2023年)1月～運用開始)

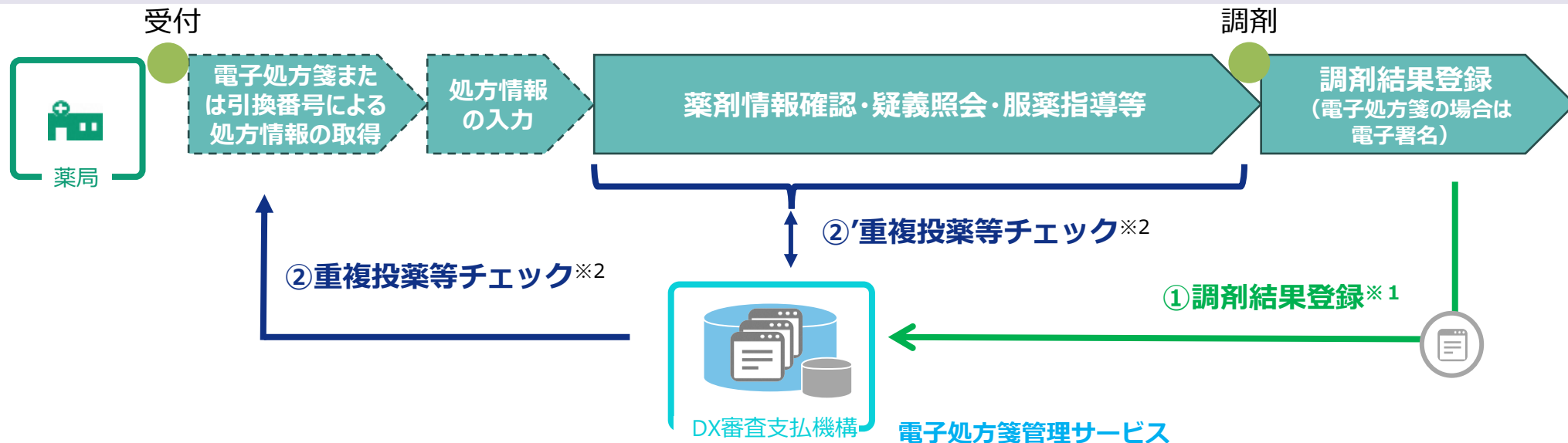


2.1.2 調剤結果登録と重複投薬等チェックの実施のお願い

○ 薬局におかれては、患者を薬の相互作用リスクから守るため、

- ① 全ての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※1
- ② 1回以上の重複投薬等チェックの実行する※2

この2点が業務フローに組み込んでいるか等を確認の上、確実に対応いただきたい。



※1 令和7年4月より、薬局の医療DX推進体制整備加算の施設基準通知に「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」が明記される。

※2 重複投薬等チェックは上図のとおり、2通りあるが、1回以上の重複投薬等チェックの実行が必要

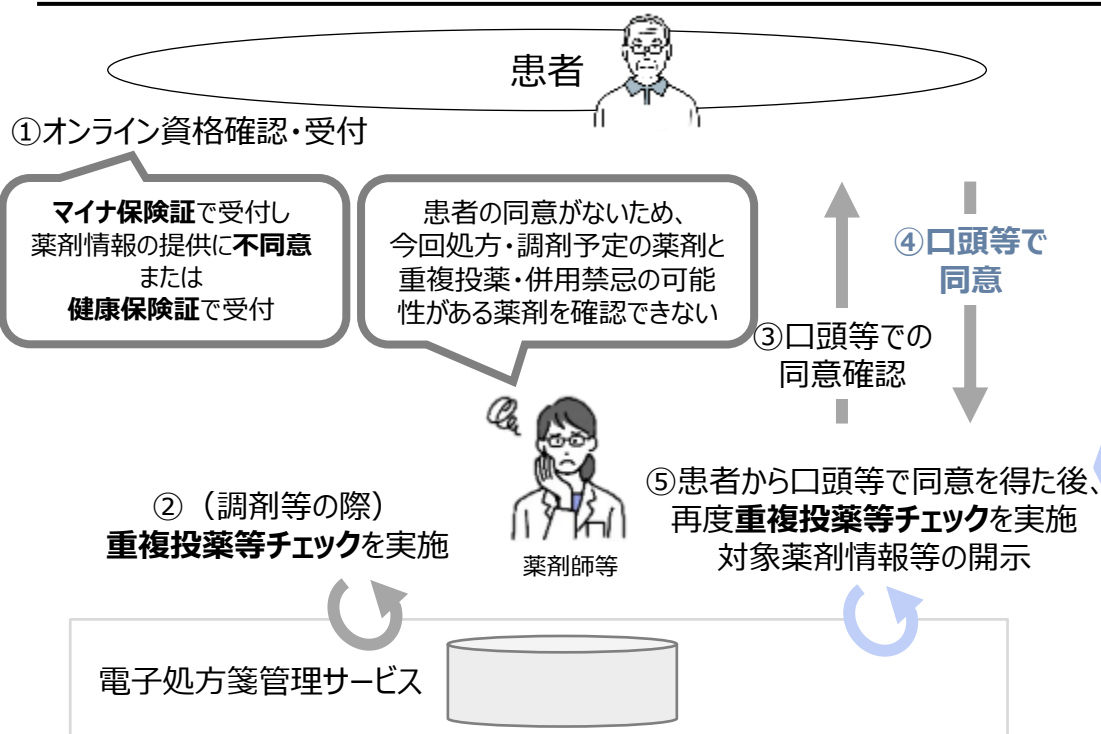
② 「電子処方箋の受付時」または「引換番号が印字された紙処方箋で受付し、処方情報を取得する際」に必ず実行される重複投薬等チェック（それ以外の対応時では実行されない）

②' 実施タイミングや回数制限がなく、どの処方箋対応時でも実行可能な重複投薬等チェック

口頭同意による重複投薬等チェック結果の閲覧

- 従来は、患者がマイナ保険証で受付しても「過去の薬剤情報の提供」に同意しなかった場合、または健康保険証で受付した場合は、重複投薬等チェックで重複投薬・併用禁忌が検知されても、薬剤師等は過去のどの薬剤の関係で重複投薬・併用禁忌となっているのかを確認することができませんでした。
- 患者の医療上の安全性を確保するため、重複投薬等が検知された際、患者から口頭で同意を得ることで、今回処方・調剤する薬剤と重複投薬・併用禁忌の可能性のある過去の薬剤に限り、確認できるようになりました。

口頭同意を取得する流れ



Image

「過去の薬剤情報の提供」に未・不同意の場合でも、**患者から口頭等で同意を得ることで、処方・調剤予定の薬剤と重複投薬・併用禁忌の可能性のある薬剤に限り確認できる。**

※口頭等で同意を得られた際は、医療機関等のシステムにおいて、口頭同意を取得した旨の記録を残す必要があります

口頭同意ではあくまで重複投薬等が検知された場合のみの確認です。薬剤情報等を一覧で確認するためにはマイナンバーカードが必要です。

現在の施策報告について

電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等チェックを踏まえた対応について（1/2）

- 重複投薬等チェックに関して、医療機関、薬局から重複投薬アラートが多数発生の方がいるとの問合せが複数あり、照会を受けて社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会において調査を行ったところ、以下のような事例があった。
- 他方、事例にある薬剤を含め、一部医薬品の重複投薬等チェック前と調剤結果後の薬剤数を機械的に比較した結果、マクロとしては重複投薬等チェックによる薬剤数の減少が確認された。

問い合わせ

登録されていた調剤情報（調査時から直近100日の範囲で調査）

事例A	<p>【対象薬剤】 マイスリー錠10mg</p> <p>【問合せ内容】 「同一投与経路で成分が重複しています。」のメッセージが数十個、出ている。システム上障害は発生していないか。</p>	<p>【調剤情報】 ※調査時から直近100日の範囲で調査 マイスリー錠10mg 2,157錠</p> <p>それぞれ異なる薬局29施設から、延べ81回調剤結果登録</p>
事例B	<p>【対象薬剤】 ゾルピデム酒石酸塩錠10mg</p> <p>【問合せ内容】 成分重複に関する同じ警告が多数表示されているが、システム上でエラーは発生していないか。</p>	<p>【調剤情報】 ゾルピデム酒石酸塩錠10mg 1,430錠 マイスリー錠10mg 120錠</p> <p>それぞれ異なる薬局24施設から、延べ54回調剤結果登録 問い合わせのあったゾルピデム以外にも多量の向精神薬の調剤結果が登録されていた</p>
事例C	<p>【対象薬剤】 エチゾラム0.5mg</p> <p>【問合せ内容】 重複投薬等チェックをしたところ、データが多数表示された。アラートも多数出ているが、システムのエラーではないか。</p>	<p>【調剤情報】 エチゾラム錠0.5mg 3,494錠 ゾルピデム酒石酸塩錠10mg 4,108錠 マイスリー錠10mg 870錠 デパス錠0.5mg 300錠</p> <p>それぞれ異なる薬局52施設から、延べ157回調剤結果登録 問い合わせのあったエチゾラム以外にも多量の向精神薬の調剤結果が登録されていた</p>

現在の施策報告について

電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等チェックを踏まえた対応について（2/2）

第5回電子処方箋推進会議（令和7年9月29日開催）において、電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等チェックによるアラートが多数確認された事例が示されたところ、医薬品の適正使用の観点から、電子処方箋を活用する薬局及び薬剤師における対応について、以下のとおり整理（令和7年12月19日発出通知概要）。

- ① 重複投薬等チェックのアラートが確認された場合、**基本的には、その数によらず、正常に機能した結果として扱い、調剤にあたること。**
- ② マイナ保険証等によりオンライン資格確認を行う際には、医薬品の処方内容が適切であるか確認し、重複投薬等防止のメリットを患者に説明の上、**過去の薬剤情報等の閲覧の同意を取得するよう努めること。** ※閲覧同意が取得できず、重複投薬等アラートが確認された場合には、**口頭等での同意の取得に努める。**
- ③ 薬局において、電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等アラートが確認され、処方箋中に疑わしい点があると判断した場合には、**疑義照会を行い、必要に応じて処方内容の変更を求めること。疑義照会以降の対応に関して以下を参考にいただきたい。**

－ 過去の薬剤情報の閲覧の同意（口頭等による同意を含む）を得ている場合 －

疑義照会を行ったが、処方変更がなされなかった場合であって、重複投薬等アラートが検知された過去の薬剤名、処方・調剤日、用法・用量、回数等を踏まえ、**なお薬学的知識により全く疑わしいと客観的に判断され得るものについて、調剤を拒否する正当な理由として認められる。**（薬剤師法第21条）

－ 過去の薬剤情報等の閲覧の同意が得られない場合 －

疑義照会を行ったが処方変更がなされなかった場合において、調剤された薬剤を使用しようとする者に他の薬剤等の使用状況等の必要事項を確認し、その上で必要な情報提供及び薬学的知見に基づく指導を実施した際に、**薬剤師が薬剤の適正な使用の確保ができないと判断した場合、薬局開設者が薬剤の販売・授与をしないことが認められる。**（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第9条の4第1項から第3項）

－ 処方箋を発行した医師又は歯科医師に連絡がつかず、疑義照会ができない場合 －

処方箋中に疑わしい点があるときは、その処方箋を交付した医師等に問い合わせ、**その疑わしい点を確認した後でなければ調剤してはならないこと。**
また、調剤を拒否する正当な理由として認められること。（薬剤師法第21条、第24条）ただし、薬局の近隣の患者の場合は処方箋を預かり、時間をおいてから疑義照会して調剤すること。

※「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」及び「指定医療機関医療担当規程」に反するものではない。