

個別事項（その9）

（医薬品の効率的かつ有効・安全な使用（その3））

個別事項（その９）

医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について（その３）

- （１）後発医薬品
- （２）重複投薬②（外来時の対応の検討の方向性）
- （３）残薬への対応

個別事項（その９）

医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について（その３）

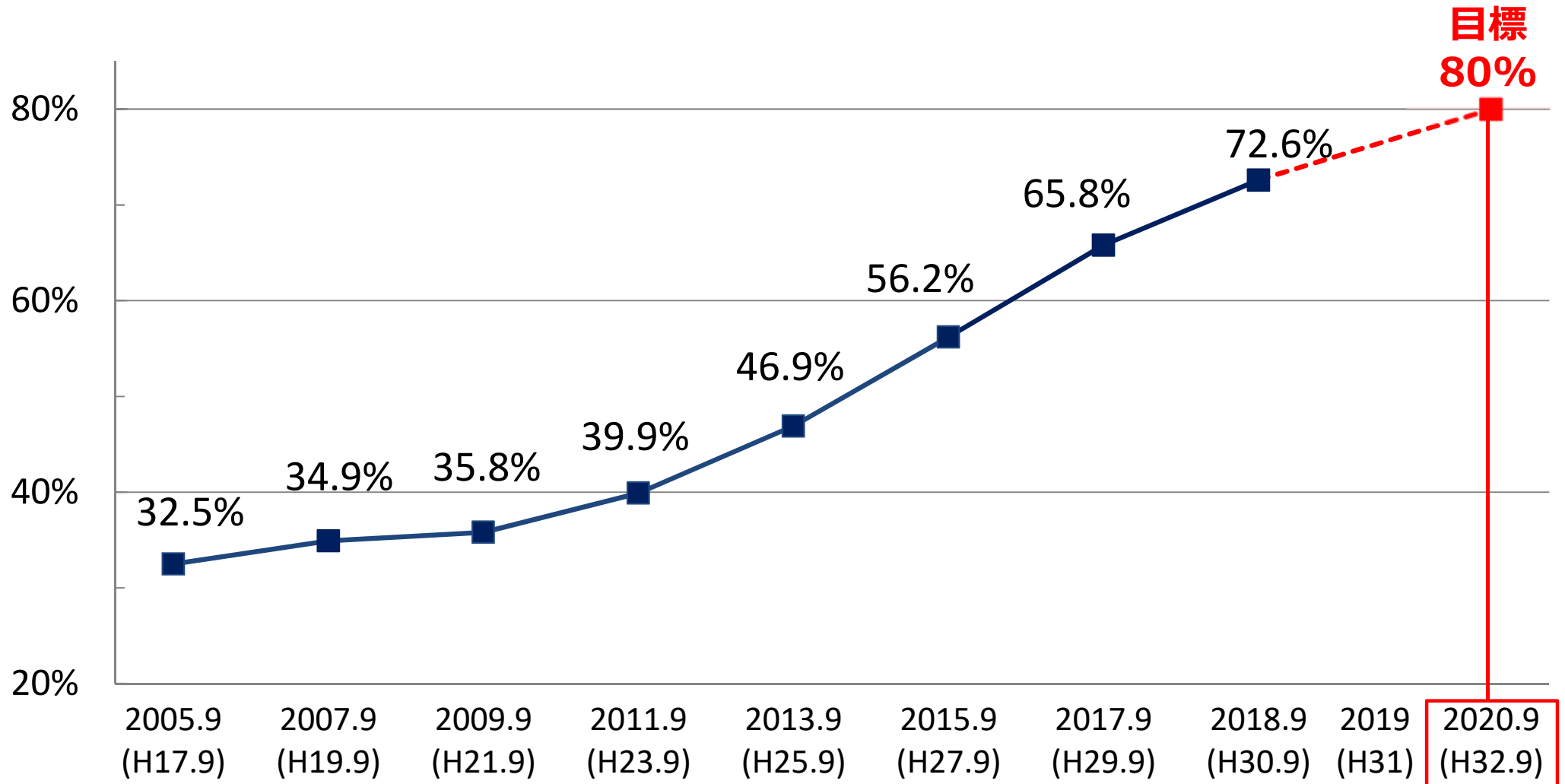
- （１）後発医薬品
- （２）重複投薬②（外来時の対応の検討の方向性）
- （３）残薬への対応

後発医薬品の使用割合の推移と目標

中医協 総 - 4 - 2
3 1 . 3 . 2 7

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）（抄）

- ⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等
2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。



注）「使用割合」とは、後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の使用割合をいう。

厚生労働省調べ

後発医薬品の使用促進のための主な診療報酬上の取組経緯（１）

中医協 総－４－１
元．６．２６

	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2002年 (H14)	処方箋料 (後発医薬品を含む場合2点加算)			後発医薬品調剤加算 (内服薬1剤につき2点加算等)	
2004年 (H16)					
2006年 (H18)			処方箋様式の変更 (変更可欄の新設)	後発医薬品情報提供料： 10点	
2008年 (H20)			処方箋様式の変更 (変更不可欄に変更)	変更調剤時に分割調剤とした場合の調剤基本料を設定（お試し調剤:5点）	後発医薬品調剤体制加算 後発医薬品を調剤した処方箋受付回数の割合30%以上：4点
2010年 (H22)		後発医薬品使用体制加算 (入院) 後発医薬品採用割合20%以上：30点		含量違いの後発医薬品等の変更の明確化	数量ベースでの後発医薬品の使用割合 20%以上：6点 25%以上：13点 30%以上：17点
2012年 (H24)	一般名処方加算：2点加算	20%以上：28点 30%以上：35点	処方箋様式の変更 (処方薬ごとに変更の可否を明示)	薬剤服用歴管理指導料の算定要件化	22%以上：5点 30%以上：15点 35%以上：19点
2013年 (H25)		新指標（後発医薬品の数量シェア*）の導入			
2014年 (H26)				要件追加（一般名処方時に後発医薬品を調剤しない場合、理由を明細書に記載）	（新指標） 55%以上：18点 65%以上：22点

*後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量

後発医薬品の使用促進のための主な診療報酬上の取組経緯（２）

中医協 総－４－１
元．６．２６

	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2016年 (H28)	<u>(一般名処方加算)</u> 全品目：３点 １品目以上：２点	<u>(後発医薬品使用体制加算（入院））</u> ： 後発医薬品使用割合 70%以上：42点 60%以上：35点 50%以上：28点	<u>外来後発医薬品使用体制加算（診療所のみ）</u> ： 後発医薬品使用割合 70%以上：4点 60%以上：3点		<u>(後発医薬品調剤体制加算)</u> 65%以上：18点 75%以上：22点
2018年 (H30)	全品目：6点 １品目以上：4点	85%以上：45点 80%以上：40点 70%以上：35点 60%以上：22点	85%以上：5点 75%以上：4点 70%以上：2点		75%以上：18点 80%以上：22点 85%以上：26点 20%以下（調剤基本料から2点減点）

後発医薬品の使用推進(一般名処方の推進、処方箋様式での対応)

- 一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す（平成30年度診療報酬改定）。

平成28年度改定時		平成30年度改定時	
一般名処方加算1	3点	一般名処方加算1	<u>6点</u>
※後発医薬品のある全ての医薬品が一般名処方		※後発医薬品のある全ての医薬品が一般名処方	
一般名処方加算2	2点	一般名処方加算2	<u>4点</u>
※1品目でも一般名処方されたものがある		※1品目でも一般名処方されたものがある	

【一般名処方ルール】

銘柄名処方

原則、当該銘柄を用いて調剤

ガスター錠20mg 2錠 など
1日2回 朝食後・就寝前 ○日分

一般名処方

有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

【般】 ファモチジン錠20mg 2錠

1日2回 朝食後・就寝前 ○日分

【般】 ファモチジン錠20mg 2錠

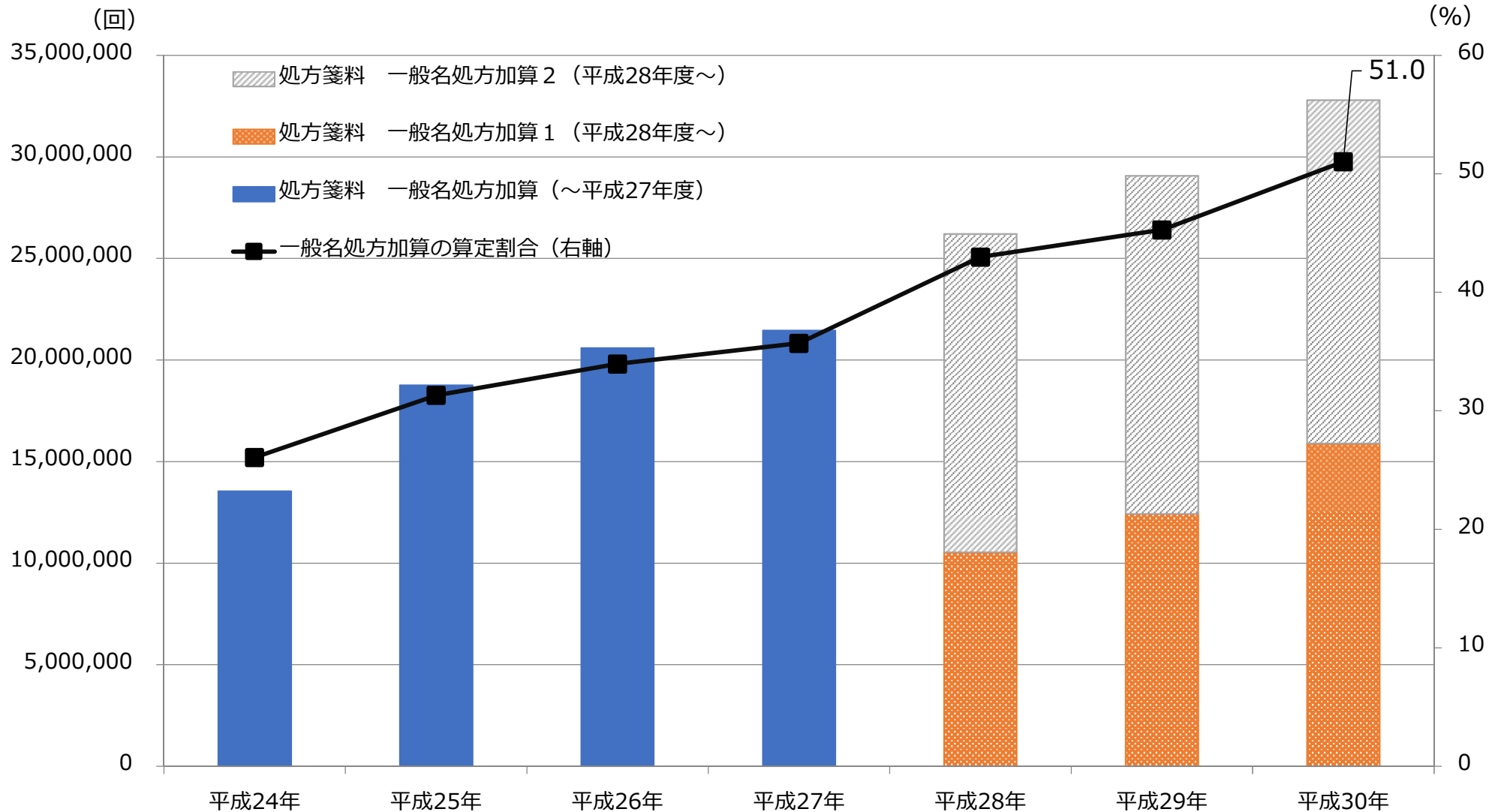
1日2回 朝食後・就寝前 ○日分

【処方箋様式での対応】

ここに「変更不可」の印がある場合は、後発医薬品へ変更することができない。

一般名処方加算の算定状況（医科）

○ 一般名処方加算の算定回数及び算定割合は増加している（平成30年6月審査分で51.0%）。

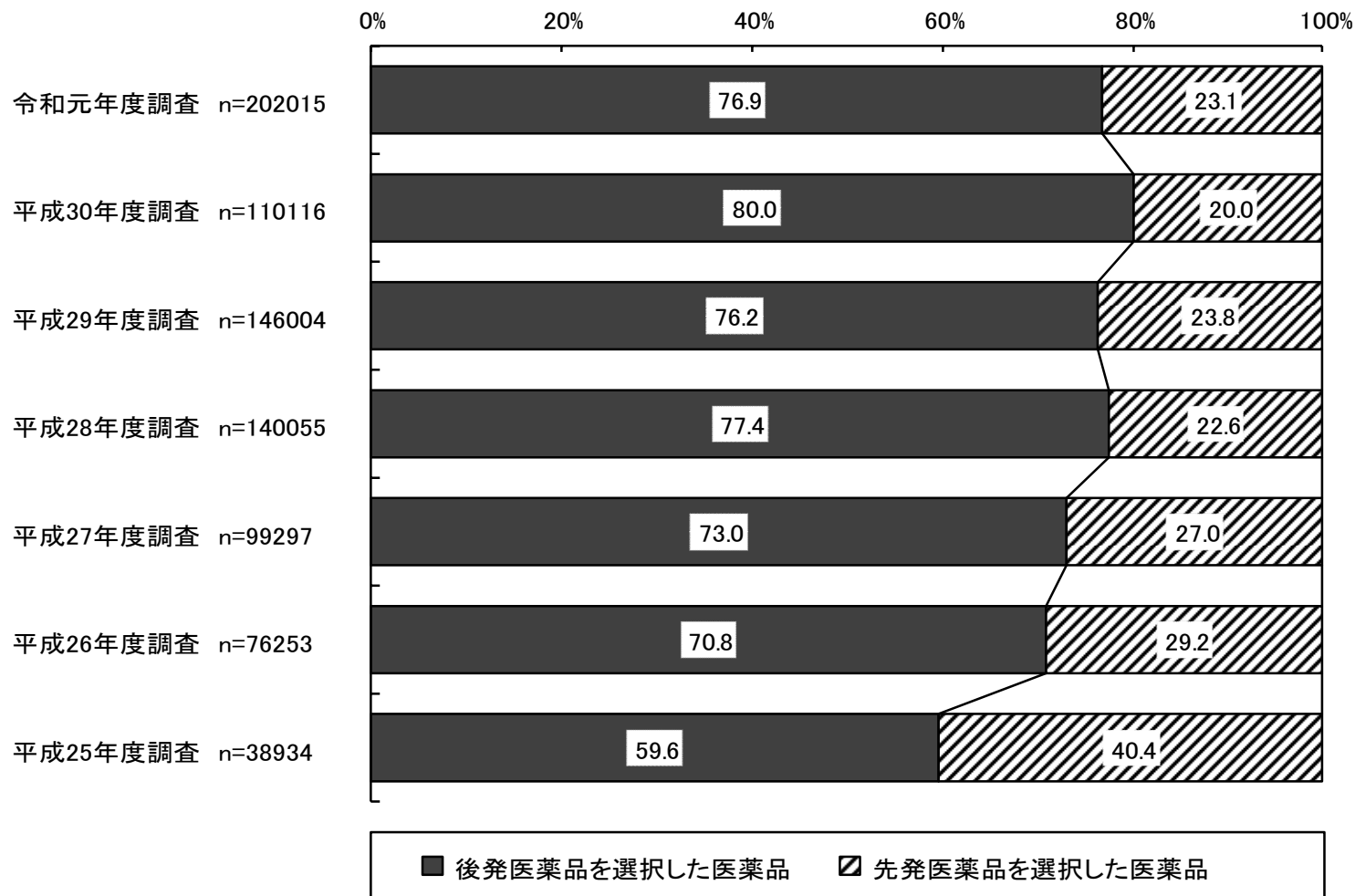


出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

一般名処方された医薬品の薬局での調剤の状況

○ 一般名で処方された医薬品のうち、約80%が薬局で後発医薬品が調剤されている。

◆ 一般名で処方された医薬品の後発医薬品の調剤状況



(注) 「先発医薬品」には、準先発品*も含まれる。

*準先発品とは昭和42年以前に承認・薬価収載された医薬品（その後の剤形追加・規格追加等を含む）のうち、価格差のある後発医薬品があるもの

医薬品の処方状況（変更不可の状況等）

- 先発医薬品名で処方された医薬品の品目は全体の約35%。
- 先発医薬品名で処方され、かつ、変更不可となっている医薬品の品目数は全体の約6%（先発医薬品名で処方されたもののうち、変更不可とされた医薬品の割合は約18%）。

◆ 1週間の取り扱い処方箋に記載された医薬品の品目数と対応状況別品目数（抜粋）
（504施設、合計389,343品目数）

	今回調査		(参考) 前回調査
	品目数	割合	
①一般名で処方された医薬品の品目数	200,433	51.5%	43.3%
④先発医薬品（準先発品）名で処方された医薬品の品目数	135,821	34.9%	41.7%
⑤'「変更不可」となっている医薬品の品目数	24,547	6.3%	6.1%
⑤'「変更不可」となっていない医薬品の品目数	111,274	28.6%	35.6%
⑪後発医薬品名で処方された医薬品の品目数	37,038	9.5%	10.9%
⑫'「変更不可」となっている医薬品の品目数	3,476	0.9%	.6%
⑫'「変更不可」となっていない医薬品の品目数	33,562	8.6%	10.3%
⑬その他の品目名で処方された医薬品の品目数	16,051	4.1%	4.1%
⑭処方箋に記載された医薬品の品目数の合計	389,343	100.0%	100.0%

- 先発医薬品名で処方されたものが全体の34.9%
- 先発医薬品名で処方され、かつ、変更不可とされたものは全体の約6.3%

⇒（先発医薬品名で処方されたもののうち、変更不可とされた医薬品の割合は約18%）
 $(6.3/34.9 \times 100 = 18.1\%)$

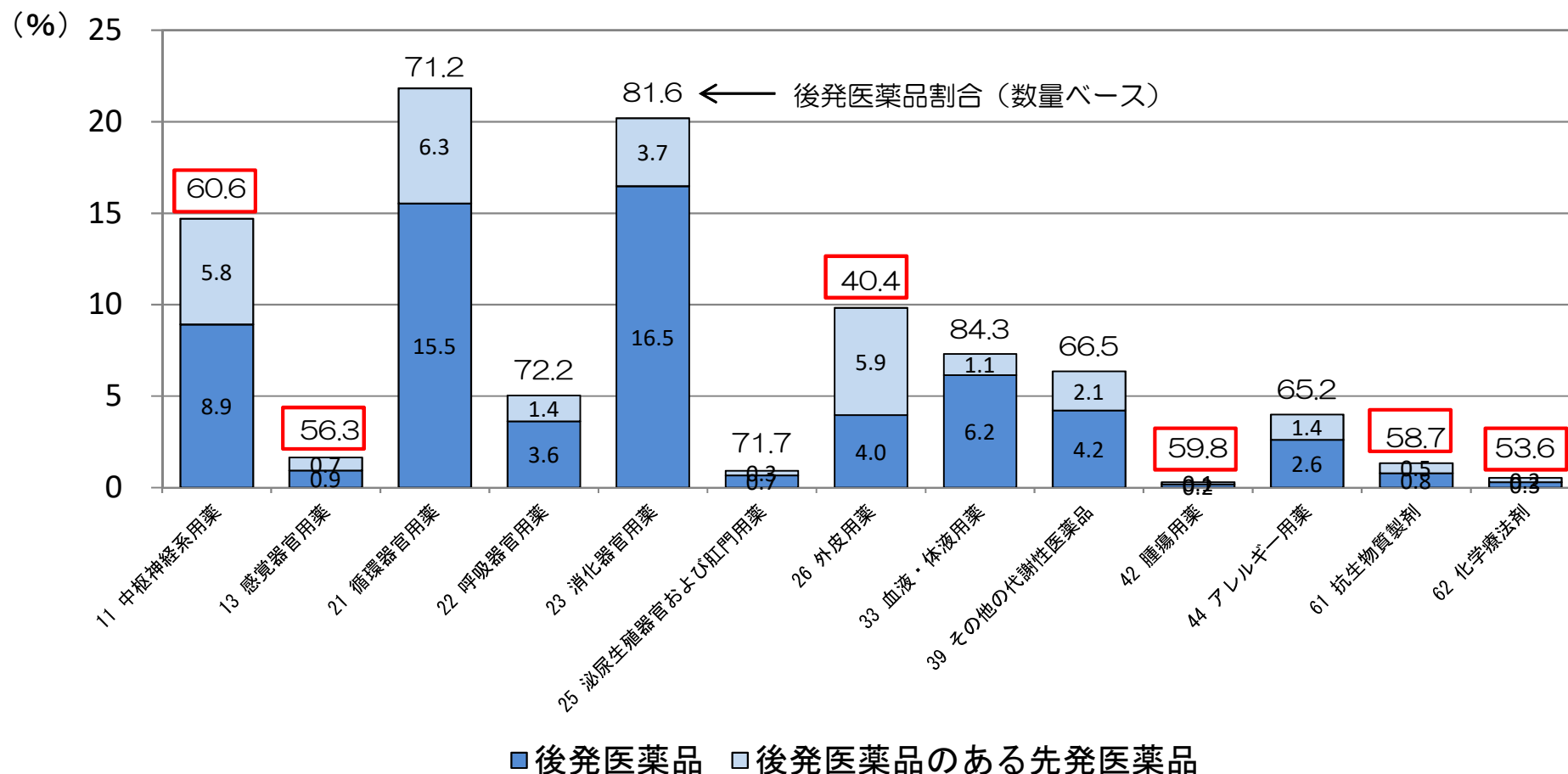
（注）

- ・令和元年6月21日（金）～6月27日（木）に取り扱った処方箋枚数及び品目数内訳について回答があった施設を集計対象とした。
- ・前回調査分は平成30年9月7日（金）～9月13日（木）を調査期間とし、556施設、総処方箋164,020枚に記載された377,034品目数の内訳
- ・⑤'は、④（先発医薬品（準先発品）名で処方された医薬品の品目数）から⑤（「変更不可」となっていない医薬品の品目数）を控除して算出した。
- ・⑫'は、⑪（後発医薬品名で処方された医薬品の品目数）から⑫（「変更不可」となっている医薬品の品目数）を控除して算出した。

薬効分類別の後発医薬品割合（数量ベース）（平成29年9月）

中医協 総－４－１（改）
元 ． ６ ． ２ ６

○ 後発医薬品の調剤割合（数量ベース）が低い薬効群としては、外皮用薬、中枢神経系用薬等が挙げられる。



注1) 全数量（〔後発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕）に対する薬効分類別のシェアを示したものであり、全数量を100(%)としたときの薬効分類別の数量をそれぞれ棒グラフで表示している。

注2) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

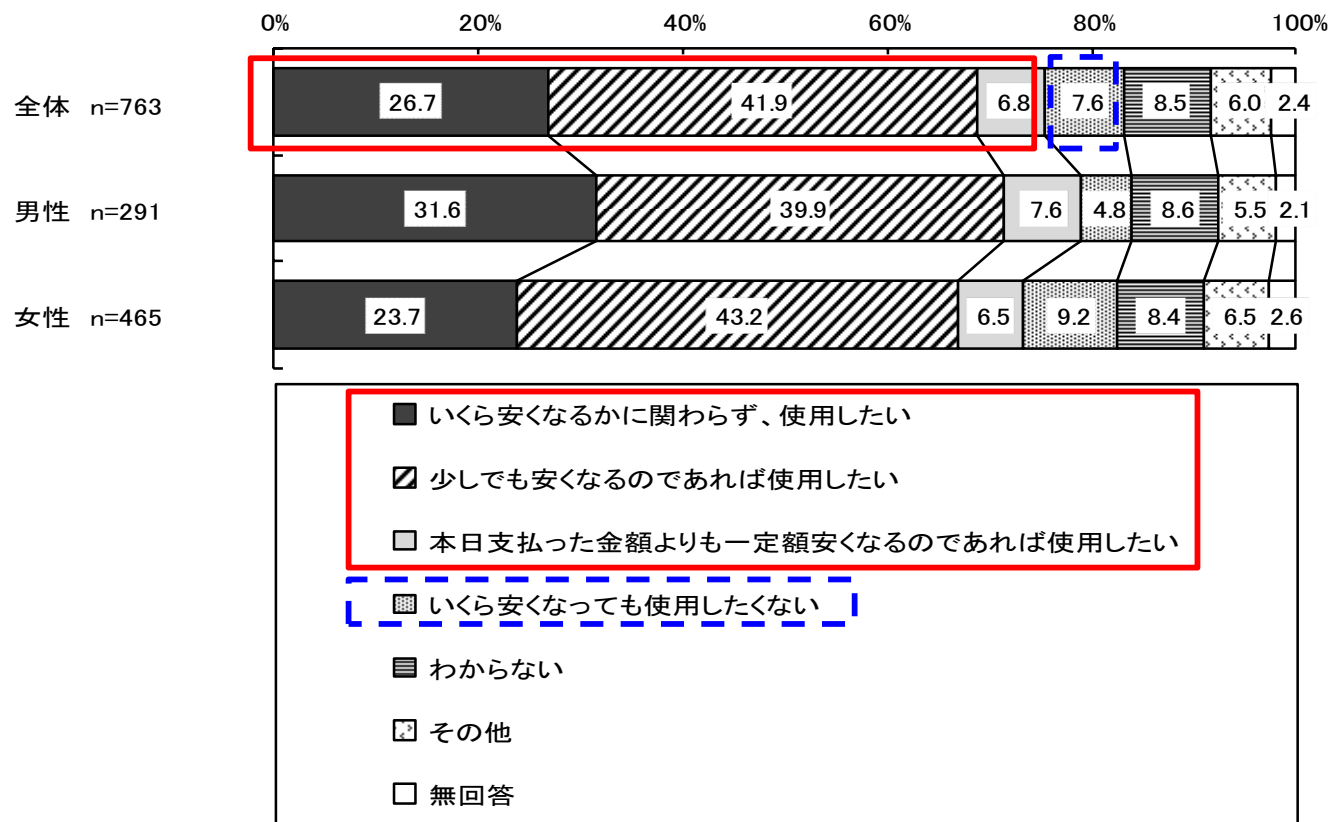
注3) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、〔後発医薬品の数量〕／〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕＋〔後発医薬品の数量〕で算出している。

出典) 最近の調剤医療費(電算処理分)の動向 (トピックス) (平成30年度)

後発医薬品に関する患者の使用意向

- 患者に後発医薬品の使用意向を尋ねたところ、安くなるのであれば使用したいなどと回答したのは、合計で約75%であった。
- ※ 「いくら安くなるかに関わらず、使用したい」、「少しでも安くなるのであれば使用したい」、「本日支払った金額よりも一定程度安くなるのであれば使用したい」の合計が約75%
- 一方で、約8%の患者では、「いくら安くなっても使用したくない」と回答していた。

◆ 後発医薬品に関する使用意向（自己負担との関係） （医療費の自己負担があった人、男女別、単数回答）



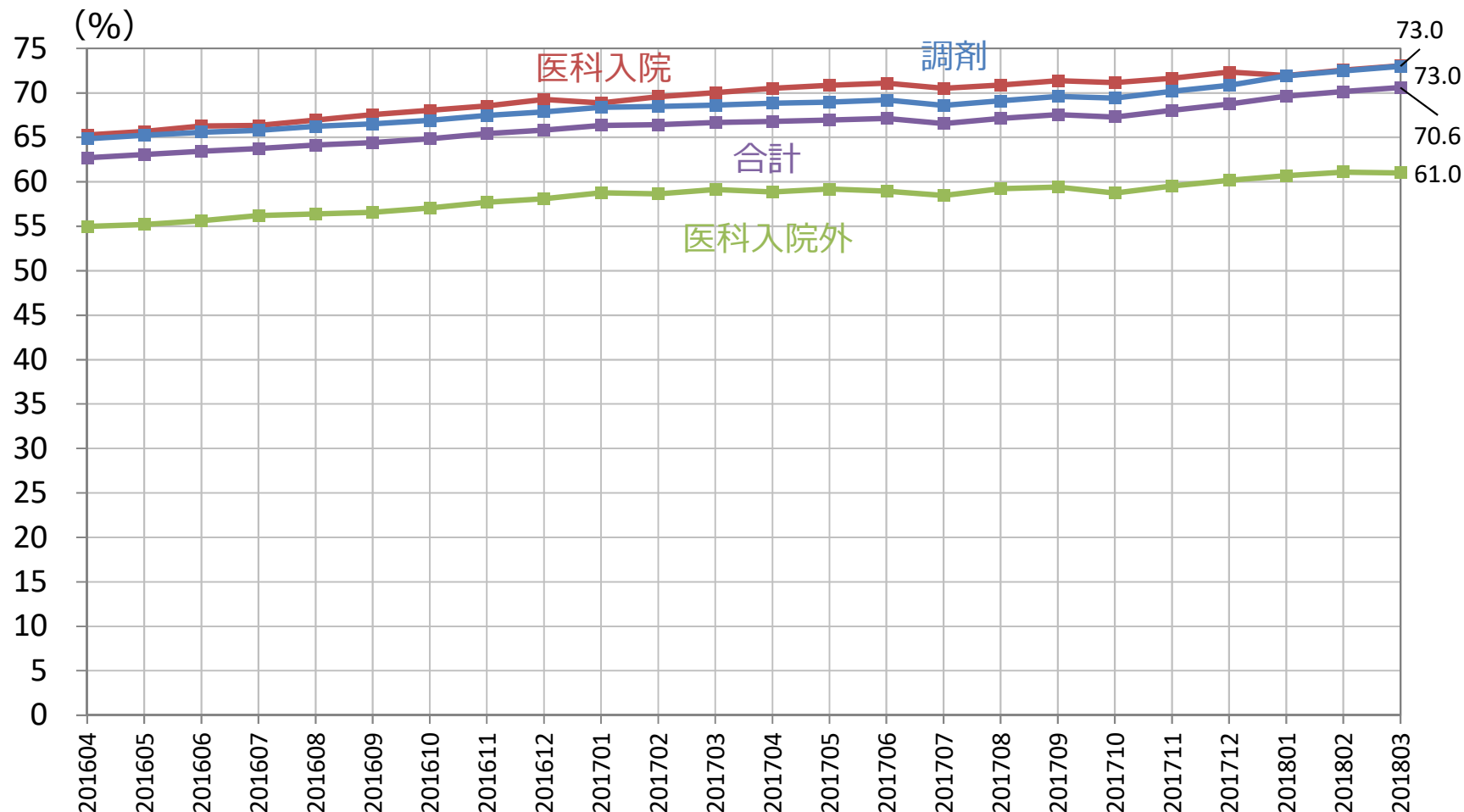
注) 「その他」の内容のうち、主なものは以下のとおり。

- ・すでに後発医薬品を使用している。
- ・薬によって考える。
- ・金額ではなく、薬の内容や効果、使用感によって後発医薬品か先発か選びたい。
- ・どちらでもいい。

医療機関、薬局での後発医薬品の使用・調剤割合

○ 医療機関、薬局での後発医薬品の使用・調剤割合は増加している（平成30年3月において、医科入院：73.0%、医科入院外：61.0%、調剤：73.0%であった。）（電算処理分のみによる集計）。

後発医薬品割合（数量ベース）の推移



注1) 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注2) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、「後発医薬品の数量」/（〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕）で算出している。

注3) 入院外の数量は、1/100の抽出率でランダム抽出したデータを100倍した値としている。

注4) 「合計」とは、「医科入院」「医科入院外」「調剤」の数量を、電算化率の違いは考慮せずに単純に合計して算出した値としている。

注5) 入院料等に包括される薬剤料は含まれない。

薬局における後発医薬品の使用促進

- 後発医薬品調剤体制加算について、後発品の数量割合の基準を引き上げ、数量割合に応じた評価に見直す。

平成28年度改定時

後発医薬品調剤体制加算1(65%以上)	18点
後発医薬品調剤体制加算2(75%以上)	22点



平成30年度改定時

後発医薬品調剤体制加算1(<u>75%以上</u>)	18点
後発医薬品調剤体制加算2(<u>80%以上</u>)	22点
後発医薬品調剤体制加算3(<u>85%以上</u>)	<u>26点</u>

- 後発医薬品の数量割合が著しく低い薬局に対する調剤基本料の減算規定を設ける。

(新)後発医薬品の数量シェアが著しく低い薬局の調剤基本料の減算(20%以下) 2点減算

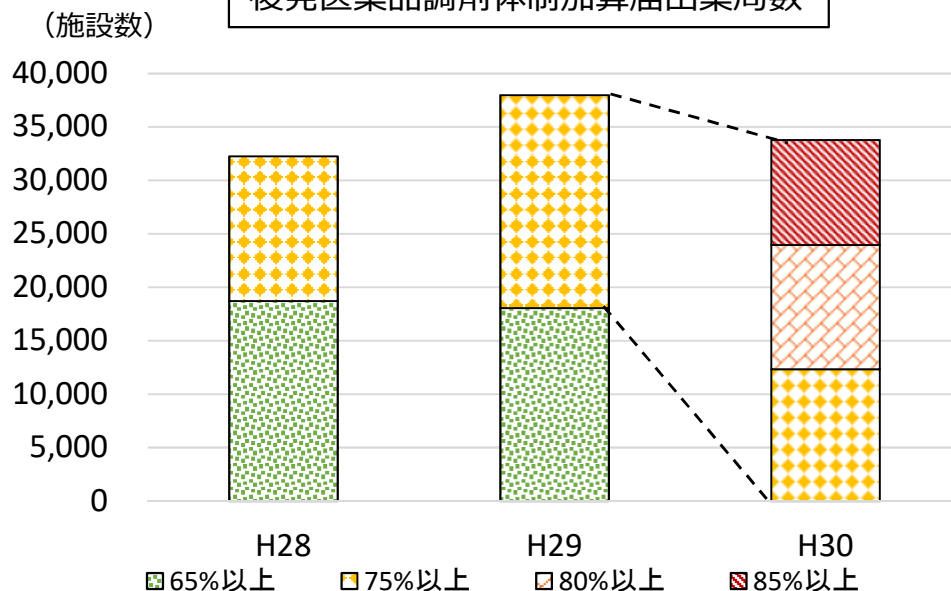
処方箋受付回数が1月に600回を超える保険薬局は地方厚生局への報告が必要(年1回)

ただし、以下の場合は含まない。

- ① 処方箋の受付回数が1月に600回以下の保険薬局
- ② 当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ない場合

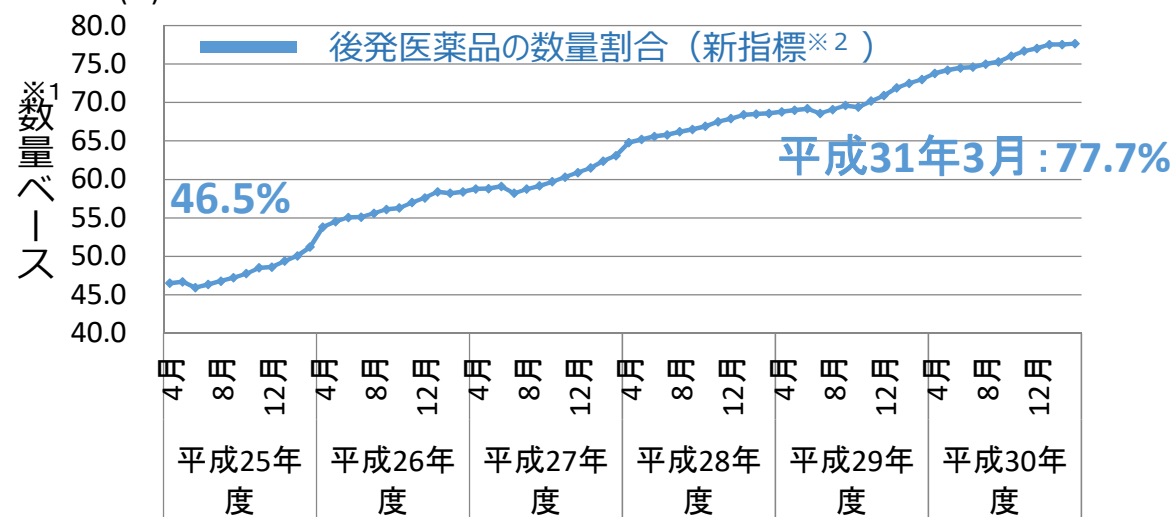
直近1ヶ月の処方箋受付回数のうち先発用医薬品変更不可のある処方箋の受付回数が5割以上

後発医薬品調剤体制加算届出薬局数



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

➤ 薬局における後発医薬品の数量割合



※1:「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

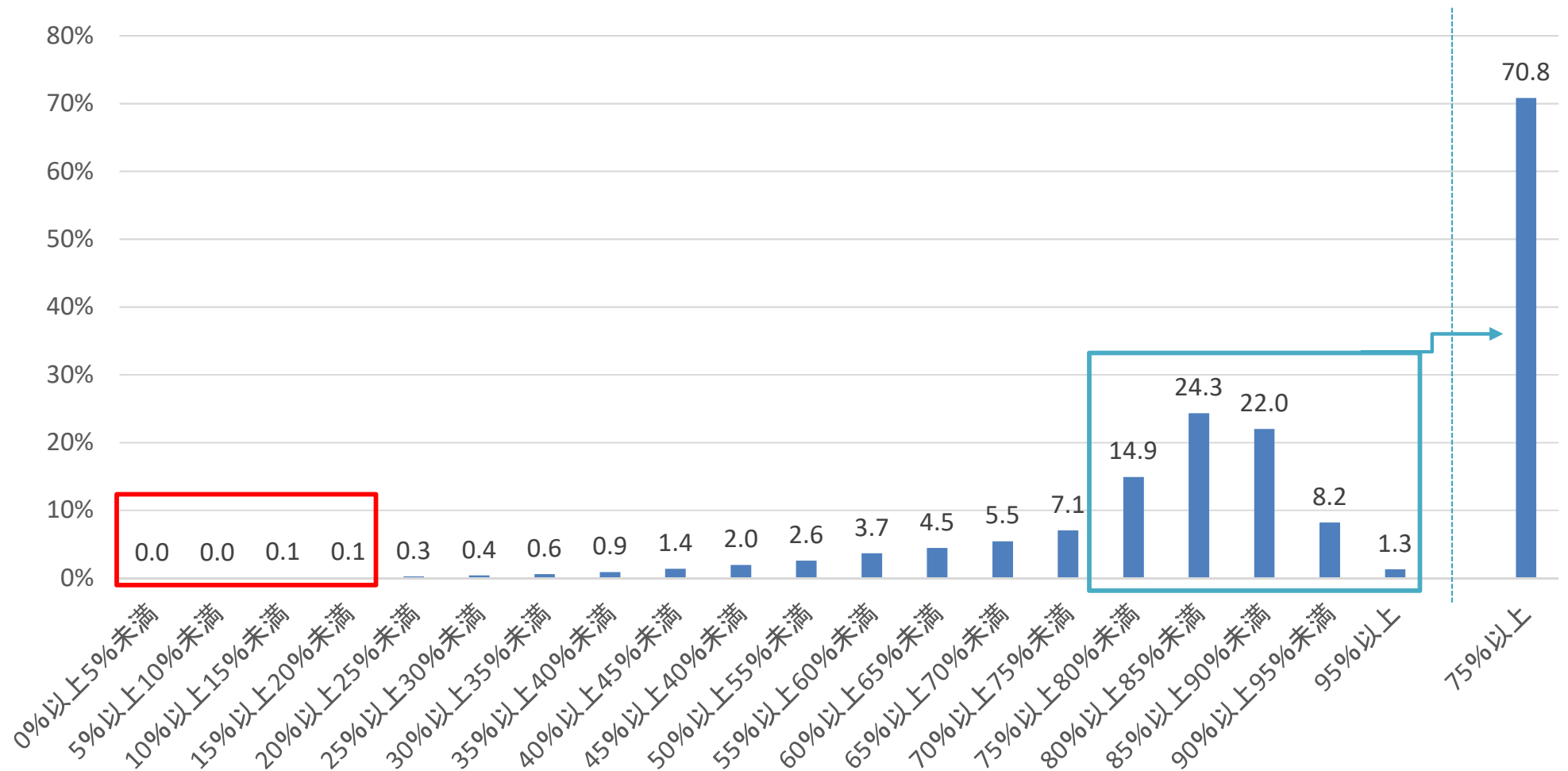
※2:「新指標」=〔後発医薬品の数量〕/〔〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕〕
 (「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)。

出典：調剤医療費（電算処理分）の動向より医療課作成

薬局における後発医薬品の調剤割合の分布

○ 平成31年3月時点で、後発医薬品調剤の割合が75%以上の薬局が全体の7割以上を占めていた。

後発医薬品の調剤割合別の薬局数の構成割合



出典：最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 平成31年3月号
後発医薬品割合（数量ベース、新指標）階級別保険薬局数構成割合より、医療課作成

後発医薬品使用体制加算

- 医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

平成28年度改定時

後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	42点
後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	35点
後発医薬品使用体制加算3 (50%以上)	28点

平成28年度改定時

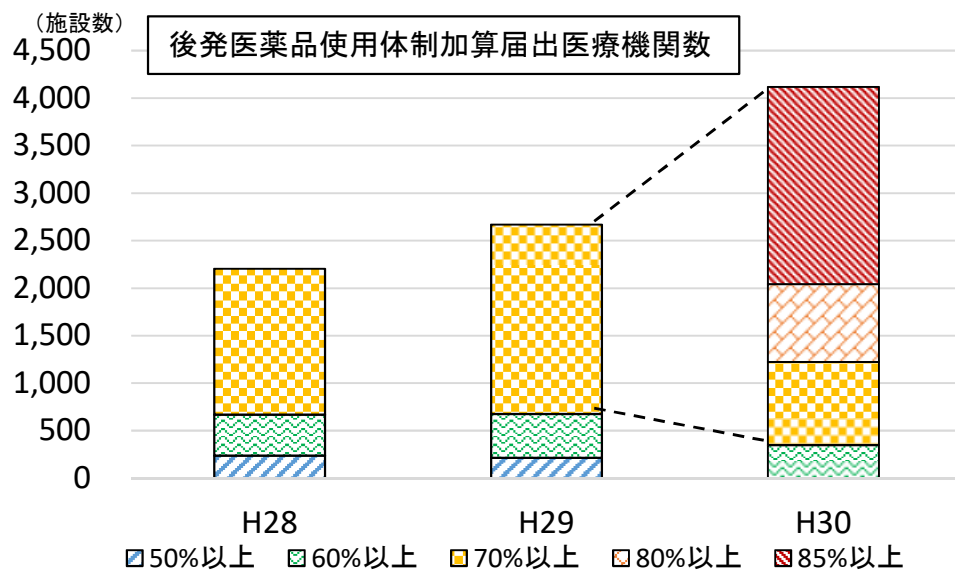
外来後発医薬品使用体制加算1 (70%以上)	4点
外来後発医薬品使用体制加算2 (60%以上)	3点

平成30年度改定時

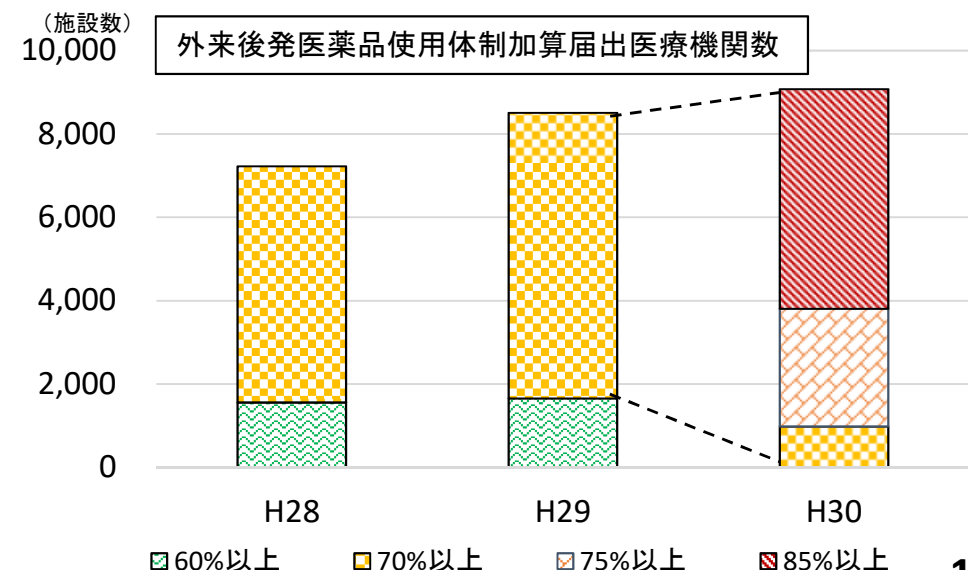
後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>45点</u>
後発医薬品使用体制加算2 (<u>80%以上</u>)	<u>40点</u>
後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>35点</u>
後発医薬品使用体制加算4 (<u>60%以上</u>)	<u>22点</u>

平成30年度改定時

外来後発医薬品使用体制加算1 (<u>85%以上</u>)	<u>5点</u>
外来後発医薬品使用体制加算2 (<u>75%以上</u>)	<u>4点</u>
外来後発医薬品使用体制加算3 (<u>70%以上</u>)	<u>2点</u>



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

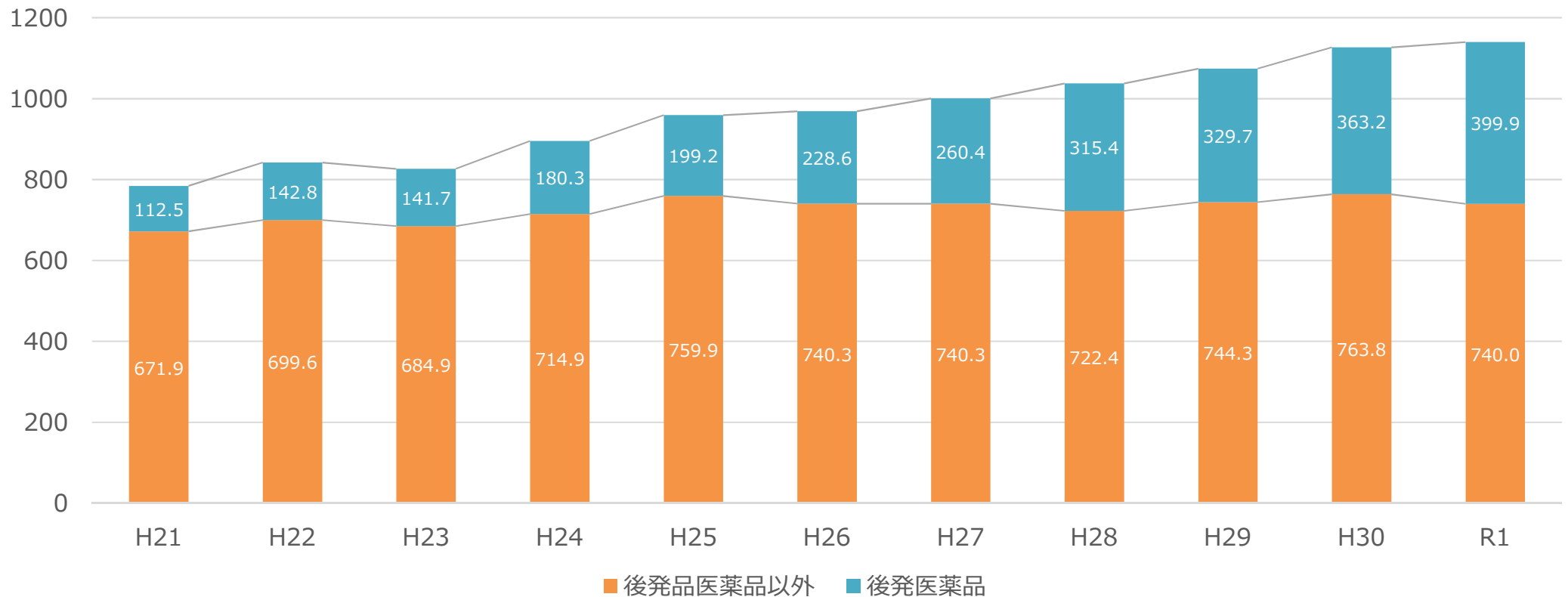


出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

薬局における医薬品在庫品目数の推移

○ 薬局における後発医薬品の在庫品目数は増加している。

医薬品在庫品目数（平均値）



※備蓄医薬品目数は指定した月の末日時点の数値等として報告されたもの

後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額の推計

以下の方法に基づく推計から、平成17年度～29年度の医療費適正効果額は、単調に増加しており、平成29年度は13,000億円程度となっていると考えられる。

< 推計方法と考え方 >

○各年度の薬価調査の結果から、取引された全ての後発医薬品について、個別に対応する先発医薬品（同一剤形・規格の先発医薬品）が取引されていた場合を仮想し、実際の取引額（後発医薬品の薬価ベース）と仮想の取引額（先発医薬品の薬価ベース）の差を後発医薬品への置換えによる医療費適正効果額とした。

※ 後発品販売額は、全後発品のうち、同一剤形・規格の先発医薬品があるものについての販売額の合計

○また、同一剤形・規格で複数価格の先発医薬品がある品目については、最高額と最低額の先発医薬品に置き換えた場合の医療費適正効果額を算出し、効果額を範囲（例：○－○）とした。

○年間医療費適正効果額については、単月医療費適正効果額の12倍とした。

単位：億円

	H17年度	H19年度	H21年度	H23年度	H25年度	H27年度	H29年度
後発品販売額(月)	153	183	284	334	453	759	932
推定先発相当額(月)	337－323	397－383	587－569	678－671	903－896	1,549－1,538	2,022－2,007
適正効果額(月)	183－169	214－200	303－285	344－337	450－443	790－779	1,090－1,075
年間適正効果額	2,201－2,033	2,569－2,398	3,637－3,423	4,128－4,045	5,560－5,439	9,479－9,345	13,076－12,905
年間平均効果額	2,117	2,484	3,530	4,087	5,500	9,412	12,991

後発医薬品の現状・課題と論点

【現状・課題】

- 後発医薬品の使用割合（数量ベース）は増加しており、平成30年9月時点で、72.6%であった。
- 後発医薬品の使用促進については、一般名処方の推進、変更調剤の取扱いの明確化、後発医薬品の使用体制・調剤体制の評価等の取組を行ってきた。
- 一般名処方加算の算定回数及び算定割合は増加している（平成30年6月審査分で51.0%）。一般名で処方された医薬品のうち、約80%が薬局で後発医薬品が調剤されている。
- 先発医薬品名で処方され、かつ、変更不可となっている医薬品の品目数は全体の約6%であった。
- 医療機関、薬局での後発医薬品の使用・調剤割合は増加している（平成30年3月において、①医科入院：73.0%、②医科入院外：61.0%、③調剤：73.0%。また、平成31年3月において、薬局の後発医薬品の調剤割合は77.7%）。

<参考> 各報酬の算定の下限值

①医科入院（後発医薬品使用体制加算）：60%以上、②医科入院外（外来後発医薬品使用体制加算）：60%以上、③調剤（後発医薬品調剤体制加算）：75%以上

【論点】

- 医療機関及び薬局での後発医薬品の使用・調剤割合の実態を踏まえつつ、後発医薬品の使用を推進する観点から、医療機関における後発医薬品使用体制加算や薬局における後発医薬品調剤体制加算等の要件を見直すこととしてはどうか。

個別事項（その9）

医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について（その3）

（1）後発医薬品

（2）重複投薬②（外来時の対応の検討の方向性）

（3）残薬への対応

- 保険者のレセプト分析により、重複投薬が多い医薬品成分、重複が疑われる薬効群の見える化が行われている。

さいたま市

- 対象患者： 国民健康保険の被保険者
- 分析対象レセプト：平成28年度の医科（入院外）、調剤レセプト
- 重複の定義
同一月に、同一成分の内服薬が14日以上処方されている。

レセプト分析の結果

- 上述の「重複の定義」に合致するレセプトを抽出。
- 要因となった医薬品成分の上位は以下のとおり。

1	レバミピド（消化性潰瘍用剤）
2	ゾルピデム（催眠鎮静剤、抗不安薬）
3	エチゾラム（精神神経用剤）
4	ロキソプロフェン（解熱鎮痛消炎剤）
5	ブロチゾラム（催眠鎮静剤、抗不安薬）
6	アムロジピン（血管拡張剤）
7	メコバラミン（ビタミンB剤）
8	酸化マグネシウム（制酸剤）
9	L-カルボシステイン（去たん剤）
10	オロパタジン（その他のアレルギー用剤）

福岡市

- 対象患者： 国民健康保険の被保険者
- 分析対象レセプト：平成29年9月～平成30年2月診療分の医科（入院外）、調剤レセプト
- 重複の定義
同一月に、同一の薬効（9桁の医薬品コード）の医薬品が2以上処方されている

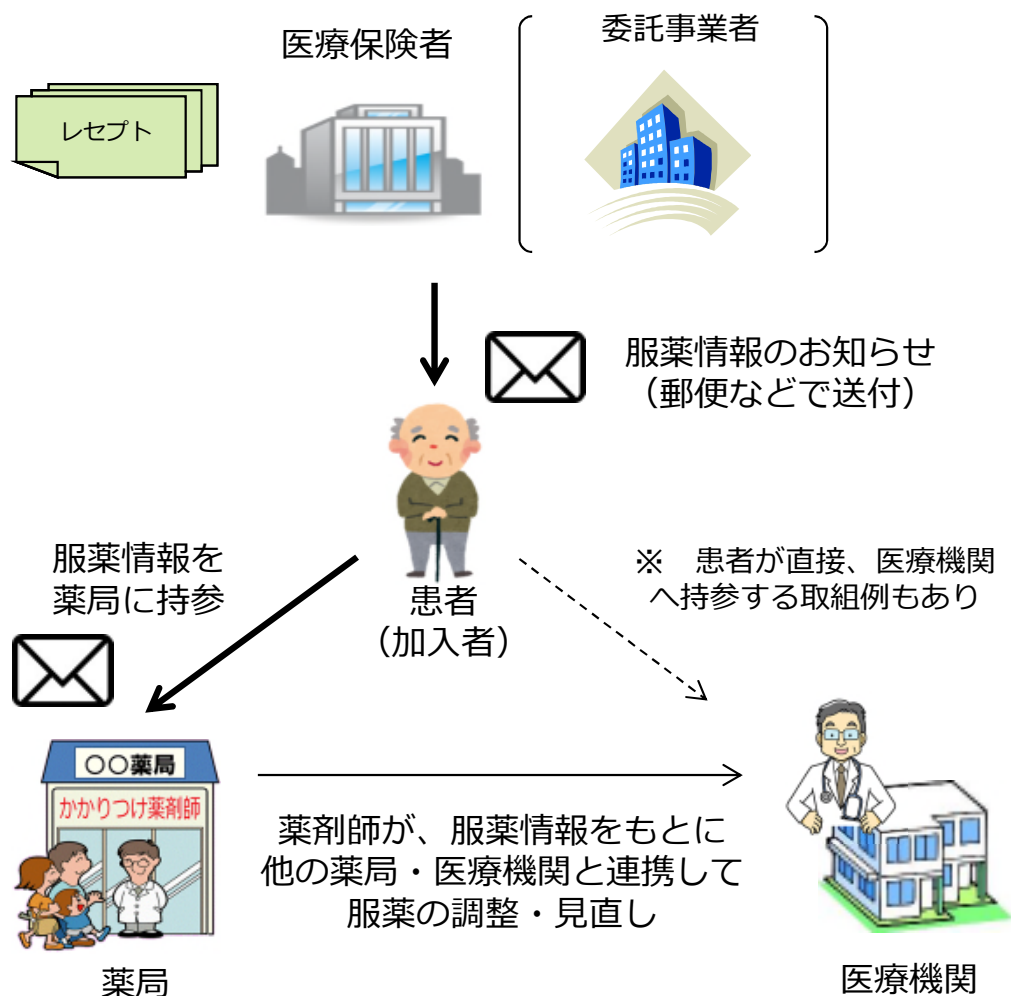
レセプト分析の結果

- 上述の「重複の定義」に合致するレセプトを抽出。
- 要因となった薬効を、3桁の薬効分類で、上位から並べると以下のとおり。（6ヶ月の延べ数を合計）

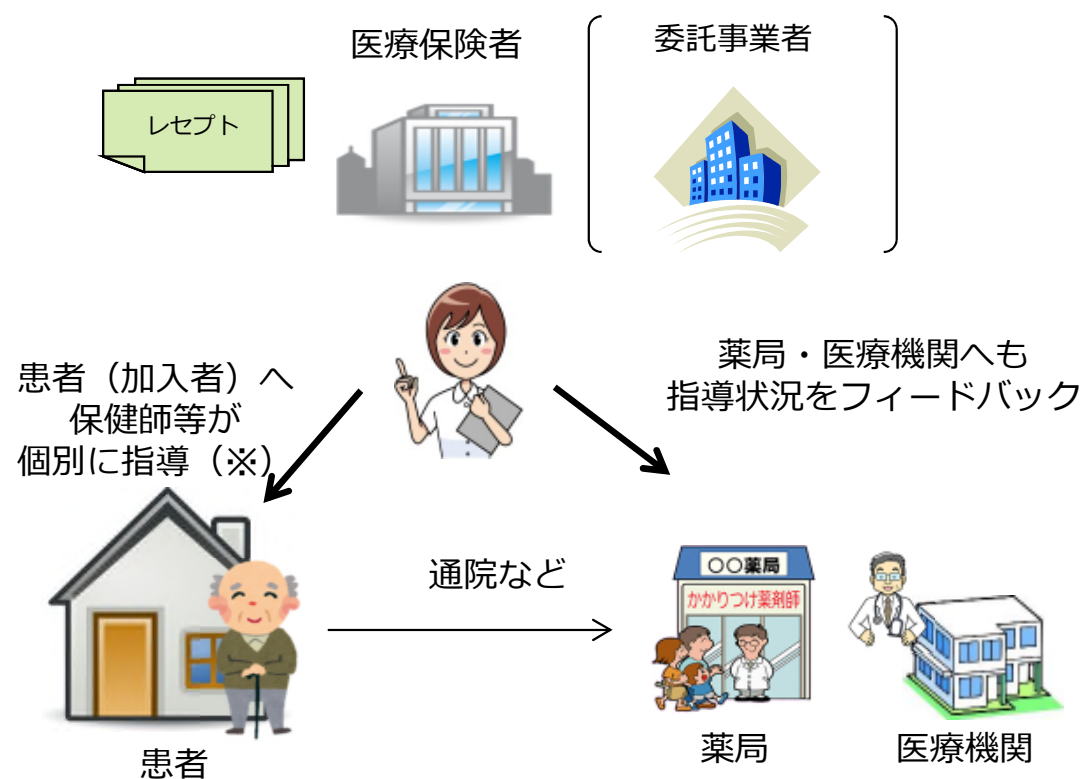
1	鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤
2	解熱鎮痛消炎剤
3	消化性潰瘍用剤
4	催眠鎮静剤、抗不安剤
5	去たん剤
6	その他のアレルギー用薬
7	眼科用剤
8	精神神経用剤
9	漢方製剤

- 保険者は、レセプト情報により患者（加入者）の服薬状況を把握できるため、それを活用して多剤・重複投薬されている者を抽出して取組を実施することが可能。対象の加入者に個別に訪問・指導を行う取組も行われている。

対象の加入者に服薬情報を通知するパターン



対象の加入者に個別に訪問・指導するパターン



- （※）重複・多剤服薬の指導を、薬の飲み残しや生活習慣の見直しの指導等とあわせて実施する取組例もある。
（※）服薬指導を、患者が利用する薬局（薬剤師）に直接委託することで、効果的に調剤・処方の見直しへつなげる取組例もある。

お薬手帳を用いた重複投薬の確認について

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 8

○ お薬手帳を用いた重複投薬の確認を行う場合には、複数のページを確認するなど、一定の注意が必要。

患者例：神経性疼痛、高血圧、狭心症で定期的に受診＋急性咽頭炎で受診

7月：A病院（整形外科＋循環器内科）

7月：B診療所（内科）①

8月：B診療所（内科）②

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/01
A病院 整形外科
ロキソプロフェンNa錠60mg「▲▲」 3錠
レバミピド錠100mg「◇◇」 3錠
1日3回 毎食後 60日分
リカOD錠150mg 2錠
1日2回 朝夕食後 60日分

1

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/01
A病院 循環器内科
ジルチアゼム塩酸塩錠30mg「□□」 3錠
1日3回 毎食後 60日分

2

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/07/10
B診療所 内科
アムロジピン錠5mg「●●」 1錠
オルメサルタン錠10mg「▲▲」 1錠
1日1回 朝食後 28日分

3

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/08/07
B診療所 内科
アムロジピン錠5mg「●●」 1錠
オルメサルタン錠10mg「▲▲」 1錠
1日1回 朝食後 28日分

4

成分は異なるがいずれもカルシウム拮抗薬
いずれも高血圧症と狭心症の適応を有しており、
重複投薬か否かは処方背景の確認が必要

8月：C診療所（内科）③

ID:012345 厚労 太郎 様
■19/08/20
C診療所 内科
カルボシステイン錠500mg「◆◆」 3錠
トラネキサム酸錠500mg「○○」 3錠
ロキソプロフェンNa錠60mg「■ ■」 3錠
1日3回 毎食後 7日分

5

6

同一成分であるが、ページが離れている。

【重複投薬の確認時に注意が必要な点】

- ❑ 処方日数を確認しつつ、複数ページの確認が必要
- ❑ 重複投薬か否かの判断に、処方の背景の確認が必要な場合がある
- ❑ 後発医薬品の銘柄名は、一般名を基本とした形となっており、先発品の名称と一般名の両方の知識が必要となる

地域包括診療料・加算等の施設基準等(平成30年度～)

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 8

	対象疾患	内服薬数	主な施設基準
認知症地域包括診療料1 認知症地域包括診療料2	認知症 +1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○慢性疾患の指導に係る研修を受講した医師が担当医 ○ <u>他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理</u> ○病院の場合以下の全て ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料1 地域包括診療料2	下記のうち2疾患 以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤換算2名以上の医師(うち1名以上が常勤)(※2) ・在宅療養支援診療所であること ○診療料1を算定する場合 ・外来中心の医療機関(直近1ヶ月に外来及び在宅医療を実施した患者のうち在宅医療の患者の割合が7割未満) ・直近1年間の外来診療を経た訪問診療への移行患者数が10人以上
認知症地域包括診療加算1 認知症地域包括診療加算2	認知症 +1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○慢性疾患の指導に係る研修を受講した医師が担当医 ○在宅医療の提供及び24時間の往診等の体制を確保 ○ <u>他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理</u>
地域包括診療加算1 地域包括診療加算2	下記のうち2疾患 以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤換算2名以上の医師(うち1名以上が常勤)(※2) ・在宅療養支援診療所(在支診)であること ○加算1を算定する場合 ・外来中心の医療機関(直近1ヶ月に外来及び在宅医療を実施した患者のうち在宅医療の患者の割合が7割未満) ・直近1年間の外来診療を経た訪問診療への移行患者数が患者数が3人(在支診の場合は10人)以上

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成30年度改定において常勤換算が可能となるよう要件を緩和。

お薬手帳の持参状況

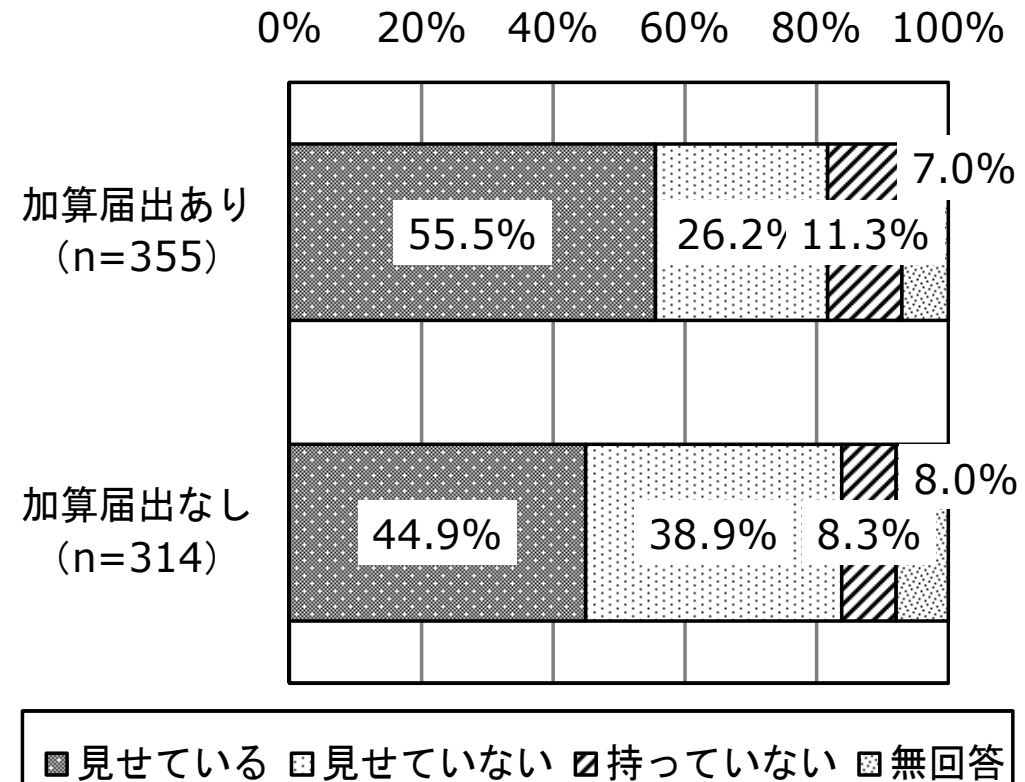
- 地域包括診療料等について、患者に対してお薬手帳の持参を求めることが要件となっている。
- 地域包括診療料等を届出ている医療機関を受診した患者の方が、届出していない医療機関を受診した患者に比べ、お薬手帳を見せている患者の割合が高かった。

B001-2-9 地域包括診療料

【留意事項】

- 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護師、准看護師等が情報の把握を行うことも可能であること。
- 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。(病院についても同様の規定が存在する)
 - ① 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局(以下「連携薬局」という。)と連携していること。
 - ② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。
 - ③ 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。
 - ④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
 - ⑤ また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

調査票を受け取った医療機関に他の医療機関での受診状況等を伝えているか【お薬手帳】
(地域包括診療料等の届出状況の有無別)(患者票)



出典:平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

【現状・課題】

- 保険者において、レセプト情報を活用した重複投薬の解消のための取組が実施されており、レセプト分析により、重複投薬が多い医薬品成分、重複が疑われる薬効群の見える化が行われている。
- 複数の医療機関を受診する患者については、重複投薬の防止のためにお薬手帳が活用されているが、確認時には複数のページを確認するなど、一定の注意が必要。
- 重複投薬の防止等に関連する診療報酬上の評価としては、地域包括診療料・加算、かかりつけ薬剤師・薬局の評価等がある。
- 診療所で実施している業務のうち負担の大きな項目として、「在宅患者に対する24時間対応」、「患者に処方されている全ての医薬品の管理」、「患者が受診しているすべての医療機関の把握」と回答した診療所が多かった。

【論点】

- 複数の医療機関を受診する患者では重複投薬への注意が必要であり、医療機関や薬局において重複投薬の解消に向けた取組が進められてきた。
重複投薬の解消に向けた取組をさらに進める上では、服用薬剤の把握や処方薬の総合的な評価・調整が重要であるが、これらを円滑に行うための対応や連携について、評価することを検討してはどうか。

外来時の重複投薬等への対応（検討の方向性のイメージ）

医療保険者



レセプト情報を活用し、重複投薬等の可能性がある患者を抽出

服薬情報の連絡



複数の医療機関を受診する患者

相談



調整の主体となる
医療機関
(かかりつけ医)

その他の医療機関

ステップ④：

重複投薬の有無等の評価結果を患者に説明、医療機関間の連絡・調整

- ・ 重複等の有無等の評価し、その結果を患者に説明
- ・ 必要に応じて他の医療機関と処方内容の調整

【課題】 複数の医療機関から医薬品が処方される患者について、**重複投薬等の解消をさらに進めていくためにどのような対応が必要か？**

検討の方向性

- 薬局による服用薬の把握や重複投薬等の確認の結果も活用しつつ、かかりつけ医が**重複投薬の有無等**を評価し、他の医療機関間の**連絡・調整**を行う取組を推進
- 重複投薬の可能性のある患者の把握には、保険者のレセプト分析の事業も活用

ステップ①：

処方薬の一元的把握、重複確認等を薬局に依頼

ステップ③：
確認結果を連絡

※処方箋受付時に重複が疑われる事例が判明した場合は、直ちに処方医に照会

ステップ⑤：
調整結果を連絡

患者が日常的に利用する薬局



ステップ②：

服用薬の把握、重複等の確認

- ア 一元的把握
- ①レセプト情報、②お薬手帳、③患者への聞き取り
- イ 重複等の確認
- 処方背景（適応症等）を把握しつつ、重複する医薬品の確認

②必要に応じて患者の服用する医薬品を確認

その他の薬局

②必要に応じて処方背景等を確認
(同種・同効薬の重複が疑われる場合等)

重複投薬等の確認結果として薬局から医療機関に報告する内容（イメージ）

- お薬手帳、患者等への聞き取り等から、服用中の薬剤やその服用期間、処方医療機関等を把握し、一覧表を作成して医療機関に報告（必要に応じて、処方医に処方背景等を確認）。

患者例：高血圧、高脂血症、腰痛症、狭心症等で複数の医療機関に通院

医療機関への報告内容のイメージ

（１）受診中の医療機関、診療科名等

- ①A診療所 内科 ○○医師
- ②B診療所 内科 △△医師
- ③C病院 整形外科 □□医師
- ④C病院 循環器内科 ◇◇医師

調整の主体となる医療機関
（薬局に確認を指示）
ロスバスタチン、アムロジピンを
定期的に処方

（３）重複投薬等に関する報告

- ロキソプロフェンNa（ロキソニン）がC病院 整形外科より定時処方されていますが、B診療所 内科でも3か月に1回程度処方されています。
- C病院 循環器内科に確認したところ、ジルチアゼム（ヘルベッサ）は狭心症に対し処方されていると回答をいただきました。
- 患者に確認したところ、プレガバリン（リリカ）は飲みきり終了と説明を受けているそうです。

（２）薬剤の一覧

薬効分類	成分名（先発品名）	医療機関
脂質異常症薬	ロスバスタチン（クレストール）	①
非ステロイド抗炎症薬	ロキソプロフェンNa（ロキソニン）	②
	ロキソプロフェンNa（ロキソニン）	③
神経障害性疼痛緩和薬	プレガバリン（リリカ）	③
消化性潰瘍薬	ボノプラザン（タケキャブ）	③
カルシウム拮抗薬	アムロジピン（アムロジン等）	①
	ジルチアゼム（ヘルベッサ）	④
ベンゾジアゼピン系睡眠薬	ブロチゾラム（レンドルミン）	④
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	エチゾラム（デパス）	④
気道粘膜修復薬	カルボシステイン（ムコダイン）	②

※上記のほか、服用期間等も記載

（参考）その他連絡事項のイメージ

○ その他必要に応じて確認することが期待される事項

- 服用薬の理解度、アドヒアランス等を確認
- 常用しているOTC、サプリメント等の情報を確認
- 食事の回数や睡眠の状況等、患者の生活状況を確認
- その他、患者が気になっている事項等を確認

など

○ 重複投薬以外の報告

- 頓用薬の服用頻度について情報提供致します。
患者に確認したところ、ブロチゾラムは、1週間に2、3回程度の服用頻度。
エチゾラムは、ほとんど服用していないとのことでした。
- めまいの訴えがありました。
プレガバリン（リリカ）の尿中排泄率は約90%ですので、今後の腎機能の変化にご留意をお願い致します。

向精神薬調整連携加算

参考

- 処方箋料において、処方する抗不安薬等の種類数や投薬量が減少した患者について、薬剤師に症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算（12点）を算定することができる。

F 4 0 0 処方箋料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点
- 2 1以外の場合であって、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週間以内のもの及び区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点
- 3 1及び2以外の場合 68点

注 1 ～ 7 （略）

- 8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A 2 5 0に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B 0 0 8 - 2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

<向精神薬調整連携加算の算定状況>

	届出医療機関数	算定回数
		H30
向精神薬調整連携加算	（届出不要）	1,033

出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

重複投薬についての現状・課題と論点

【現状・課題】

- 本年9月18日の中医協総会において、「重複投薬の解消に向けた取組をさらに進める上では、服用薬剤の把握や処方薬の総合的な評価・調整が重要であるが、これらを円滑に行うための対応や連携について、評価することを検討してはどうか。」との論点で検討を行ったところ。

【論点】

- 複数の医療機関から医薬品が処方される患者について、重複投薬等の解消をさらに進めていくために、薬局による服用薬の把握や重複投薬等の確認の結果も活用しつつ、かかりつけ医が重複投薬の有無等を評価し、他の医療機関間の連絡・調整を行う取組を評価することを検討してはどうか。

個別事項（その９）

医薬品の効率的かつ有効・安全な使用について（その３）

- （１）後発医薬品
- （２）重複投薬②（外来時の対応の検討の方向性）
- （３）残薬への対応

医薬品の有効・安全な使用に関する診療報酬上の主な取組（概要）

中医協 総－４－１
元．６．２６（改）

- 重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応、後発医薬品の使用促進等の医薬品の適切な使用について、診療報酬上の様々な対応を進めてきた。

改定年度	重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応	後発医薬品の使用促進	向精神薬への対応	その他
平成２６年度		後発医薬品体制加算の見直し＜医・調＞	向精神薬の処方の適正化（処方箋料及び処方料の減算等）＜医＞	
平成２８年度	【重複投薬、ポリファーマシー】入院患者・外来患者の減薬の評価（薬剤総合評価調整管理料、薬剤総合評価調整加算）＜医＞ 【残薬】処方箋様式の変更（残薬を確認した場合の対応の記載欄を追加）＜医＞ 【残薬】いわゆるブラウンバッグの活用等による残薬解消の評価（外来服薬支援料の拡充）＜調＞	一般名処方加算の評価の拡充＜医＞ 後発医薬品体制加算の見直し＜医・調＞	向精神薬の処方の適正化（減算対象の拡大等）＜医＞	長期処方時の取扱の明確化
平成３０年度	【重複投薬、ポリファーマシー】薬局の減薬の提案の評価（服用薬剤調整支援料）＜調＞	一般名処方加算の評価の拡充＜医＞ 後発医薬品体制加算の見直し＜医・調＞	向精神薬の処方の適正化（ベンゾジアゼピン系抗不安薬等の長期処方の適正化（処方箋料・処方料の減算）等＜医＞	薬剤耐性対策の評価（抗菌薬適正使用支援チーム、小児外来診療）＜医＞

残薬解消に向けた薬局の取組の評価（外来服薬支援料）

外来服薬支援料

○ 残薬の解消に向けた薬局の以下の取組を評価

（１）自己による服薬管理が困難な患者に対し、患者や家族が持参した薬剤の一包化や服薬カレンダーの活用などにより薬剤を整理し、日々の服薬管理が容易になるよう支援すること

※上記支援は、当該薬剤を処方した保険医に了解を得た上で行う。

（２）いわゆるブラウンバック運動（患者や家族等に対して服用中の薬剤等を入れる袋等を薬局が提供し、患者等が持参した薬剤等について服薬管理を行う取組）を周知し、実際に患者等が持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を医療機関に情報提供すること

外来服薬支援料

185点（月１回まで）

①自己による服薬管理が困難な患者

相談

薬局

いわゆるブラウンバックの活用等により服用薬を持参

②残薬がある患者

一包化、服薬カレンダーの利用等による服薬管理の支援

残薬の整理等
（医療機関にはその結果を連絡）

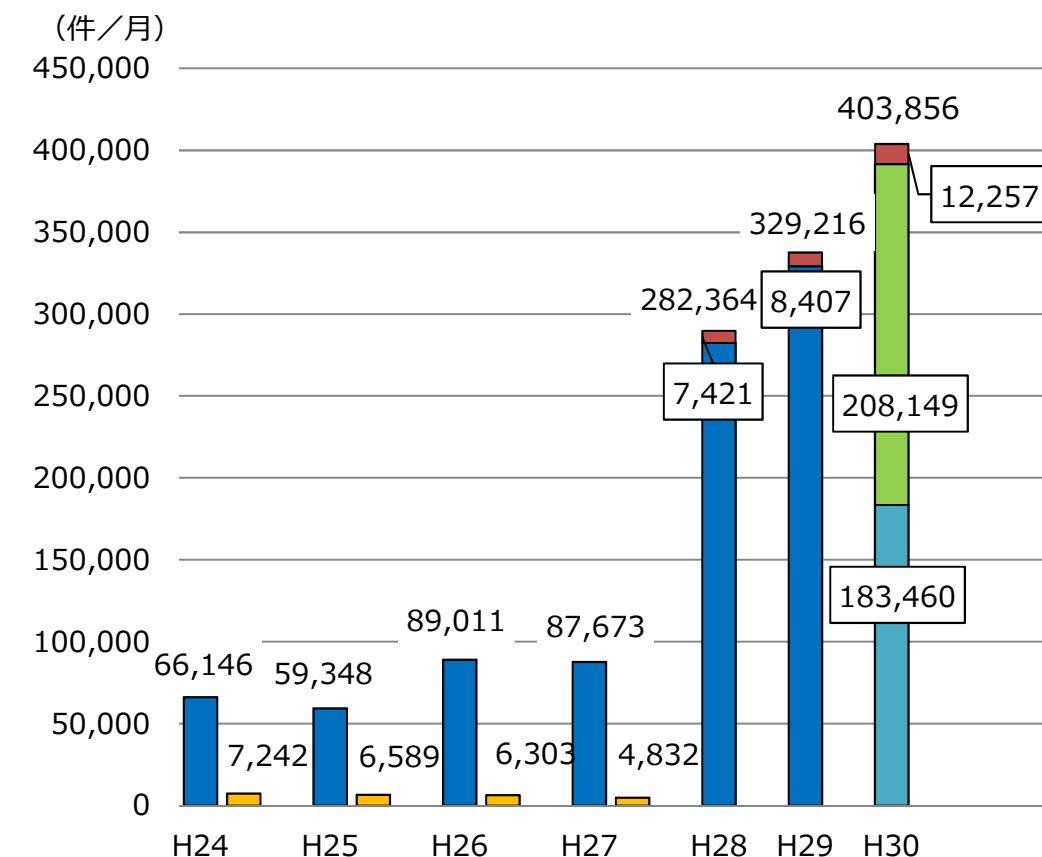
重複投薬、残薬解消に関する取組の実態

中医協 総－４－１（改）
元 . 6 . 2 6

○ 重複投薬・相互作用等防止加算及び外来服薬支援料の算定回数は増加傾向にある。

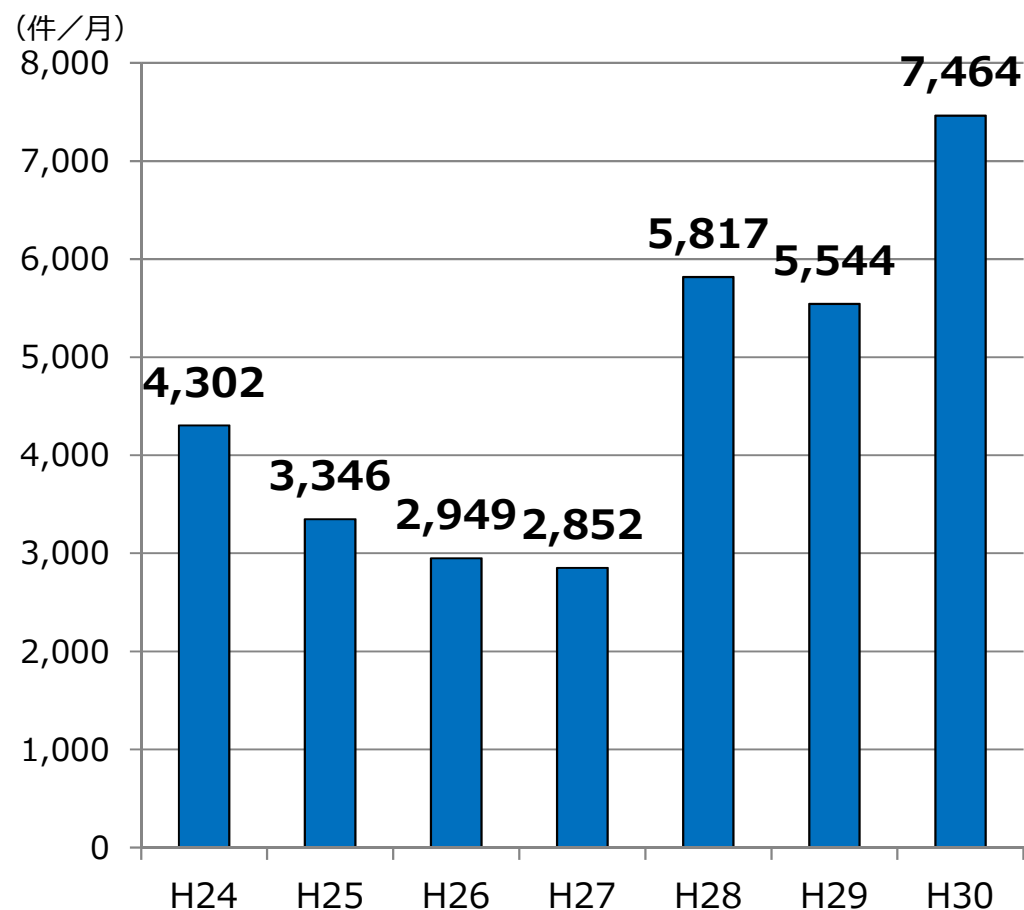
➤ 重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



■ 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年度は残薬調整以外及び残薬調整分を含む）

➤ 外来服薬支援料の算定回数



薬局における対人業務の評価の充実(服薬情報等提供料)

服薬情報等提供料

○ 服薬情報等提供料について、保険医療機関の求めがあった場合の評価を見直す。

平成28年度改定時

【服薬情報等提供料】
服薬情報等提供料

20点

平成30年度改定時

【服薬情報提供料】

服薬情報等提供料1

30点

※保険医療機関の求めがあった場合

服薬情報等提供料2

20点

※患者又はその家族等の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合

調剤後の継続的な薬学的管理を実施



保険医療機関

医療機関へ文書等で情報提供

- ・患者の服用薬及び服薬状況
- ・患者の服薬指導の要点、患者の状態等
- ・患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報



保険薬局

患者等への情報提供や必要な指導

- ・医薬品緊急安全性情報や医薬品・医療機器等安全性情報等
- ・患者の服薬期間中に服薬状況の確認及び必要な指導



患者

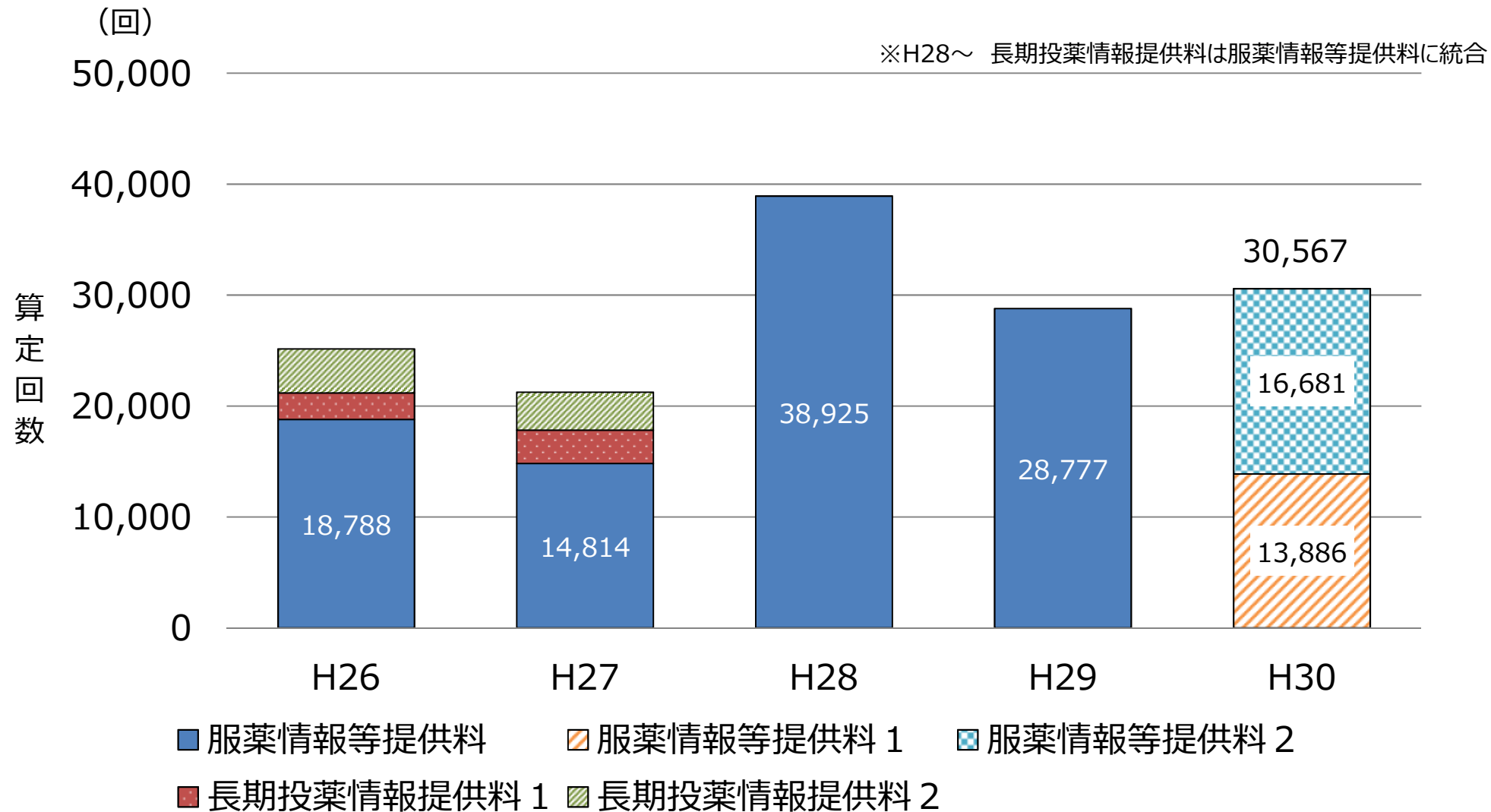
例えば、向精神薬の減薬の場合に副作用の発現状況のフォローを指示

※かかりつけ薬剤師は、上記に係る業務を行うことを前提としており、かかりつけ薬剤師指導料等を算定している場合は服薬情報等提供料は算定できない。

服薬情報等提供料の算定状況

中	医	協	総	-	1
元	.	9	.	1	1

- 服薬情報等提供料は、近年、1月あたり約3万回算定されている。



薬剤服用歴管理指導料における残薬に関する要件

- 薬剤服用歴管理指導料の算定要件では、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡し、投与日数等の確認を行うよう努めることとされている。
- お薬手帳の記載事項には、残薬に関する項目は特に定められていない。

薬剤服用歴管理指導料（残薬関連部分のみ抜粋）

- (1) 薬剤服用歴管理指導料「1」及び「2」は、保険薬剤師が、患者に対して、当該患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳等により、薬剤服用歴及び服薬中の医薬品等について確認するとともに、次に掲げる指導等の全てを行った場合に算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は「区分番号00」の調剤基本料1以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋を持参した患者に対して次に掲げる指導等の全てを行った場合は、「注1」のただし書の点数を算定する。
- ア (略)
- イ 患者又はその家族等と対話することにより、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化、残薬の状況等の情報を収集し、その要点を薬剤服用歴の記録に記載するとともに、これに基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行うこと。薬剤服用歴の記録への記載は、指導後速やかに完了させるとともに、同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう患者ごとに保存・管理すること。
- ウ (略)
- エ 残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づき、患者又はその家族等から確認し、残薬が確認された場合はその理由も把握すること。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めること。
- オ (略)
- (2)～(18) (略)
- (19) (1)のエの残薬の状況の確認に当たり、患者又はその家族等から確認できなかった場合には、次回の来局時には確認できるよう指導し、その旨を薬剤服用歴の記録に記載する。
- (20)～(31) (略)

参考：薬剤服用歴管理指導料における手帳の要件

- (1) ア・イ (略)
- ウ 手帳を用いる場合は、調剤を行った薬剤について、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方箋又は後発医薬品への変更が可能な処方箋の場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量その他必要に応じて服用に際して注意すべき事項等を患者の手帳に経時的に記載すること。
- (14) 手帳による情報提供に当たっては、患者に対して、保険医療機関を受診する際には医師又は歯科医師に手帳を提示するよう指導を行う。また、患者が、保険医療機関や他の保険薬局から交付されたものを含め、複数の手帳を所有していないか確認するとともに、所有している場合は患者の意向を確認した上で、同一の手帳で管理できると判断した場合は1冊にまとめる。なお、1冊にまとめなかった場合については、その理由を薬剤服用歴の記録に記載する。

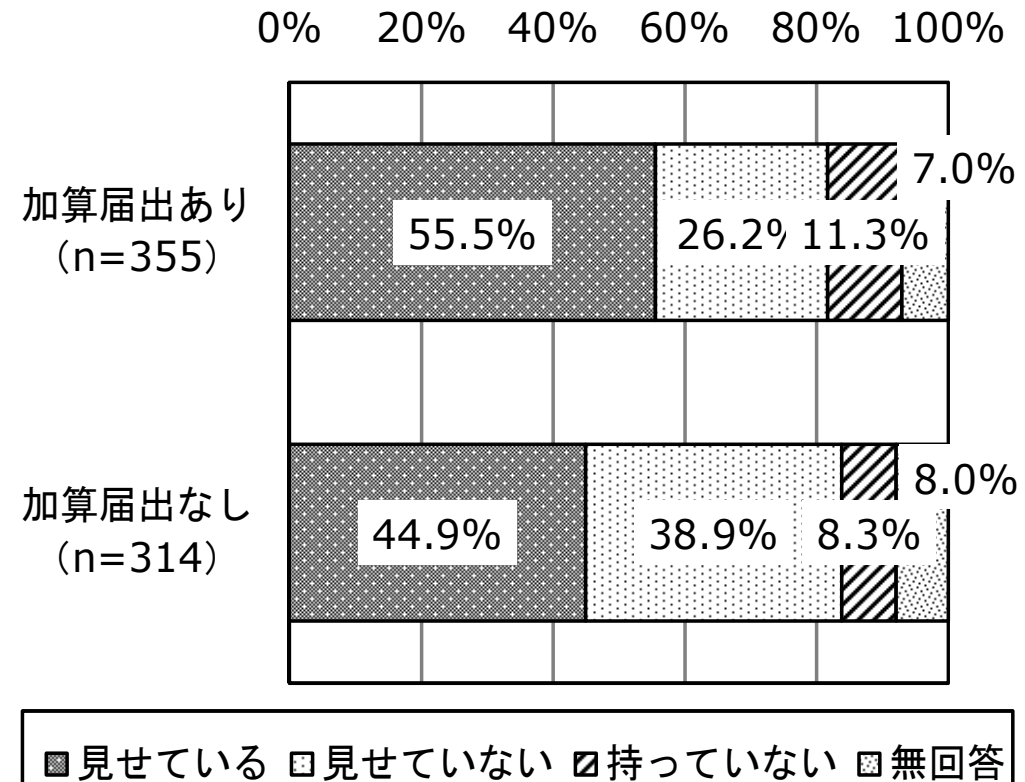
- 地域包括診療料等について、患者に対してお薬手帳の持参を求めることが要件となっている。
- 地域包括診療料等を届出ている医療機関を受診した患者の方が、届出していない医療機関を受診した患者に比べ、お薬手帳を見せている患者の割合が高かった。

B001-2-9 地域包括診療料

【留意事項】

- 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護師、准看護師等が情報の把握を行うことも可能であること。
- 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。(病院についても同様の規定が存在する)
 - ① 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局(以下「連携薬局」という。)と連携していること。
 - ② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。
 - ③ 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。
 - ④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
 - ⑤ また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

調査票を受け取った医療機関に他の医療機関での受診状況等を伝えているか【お薬手帳】
(地域包括診療料等の届出状況の有無別)(患者票)



出典:平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(令和元年度調査)

平成28年度診療報酬改定（処方箋様式の見直し）

中 医 協 総 - 2
2 9 . 1 1 . 1

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、処方箋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			男・女			電 話 番 号				
	区 分			被保険者			被扶養者			保 険 医 氏 名	
交付年月日				平成 年 月 日				処方せんの使用期間			
交付年月日				平成 年 月 日				特記事項			
変更不可				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。							
処 方											

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。） ☐ 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				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B番を標準とすること。

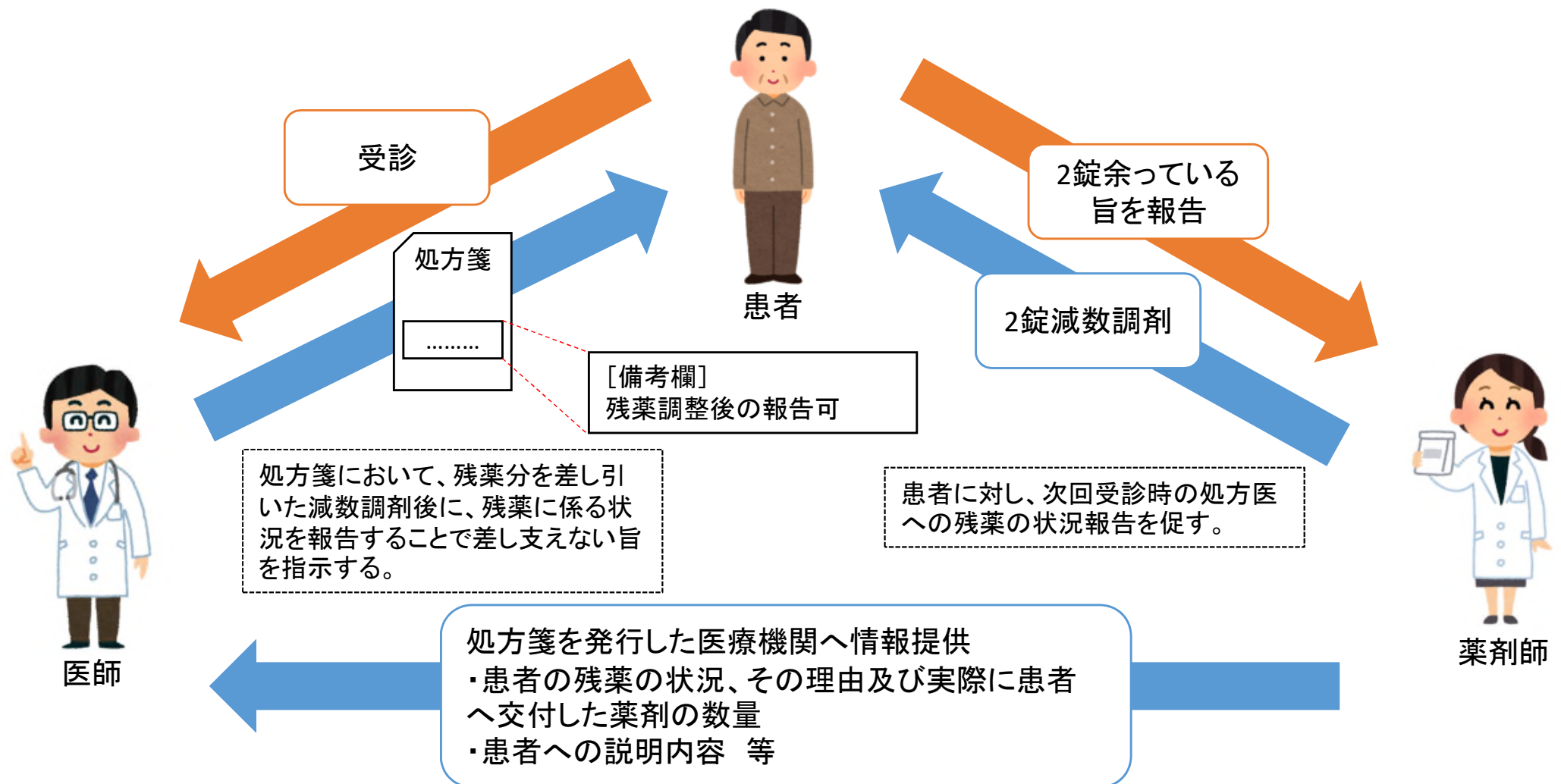
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

残薬調整に係る取扱い

残薬分を差し引いた減数調剤に係る取扱いについて以下のように明確化する

残薬分を差し引いた減数調剤：薬剤服用歴の記録又は調剤録及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品の数量を減らして調剤する業務。

○残薬分を差し引いた減数調剤(例)



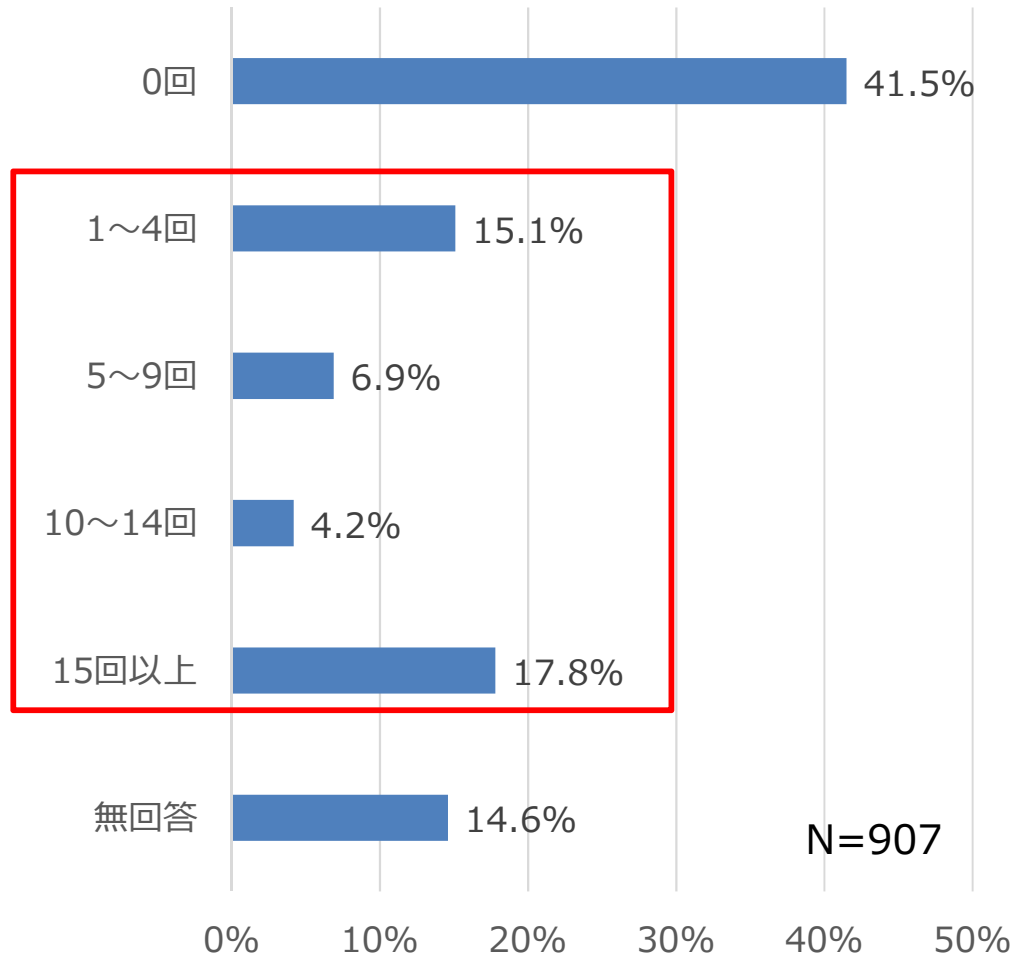
処方箋を活用した薬局への残薬の確認等の依頼の状況

- 処方箋のチェック欄に「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」にチェックがある処方箋を受け付けた薬局は、約44%であった。
- 処方箋の備考欄に「残薬調整後の報告可」と記載された処方箋を受け付けた薬局は、約12%であった。

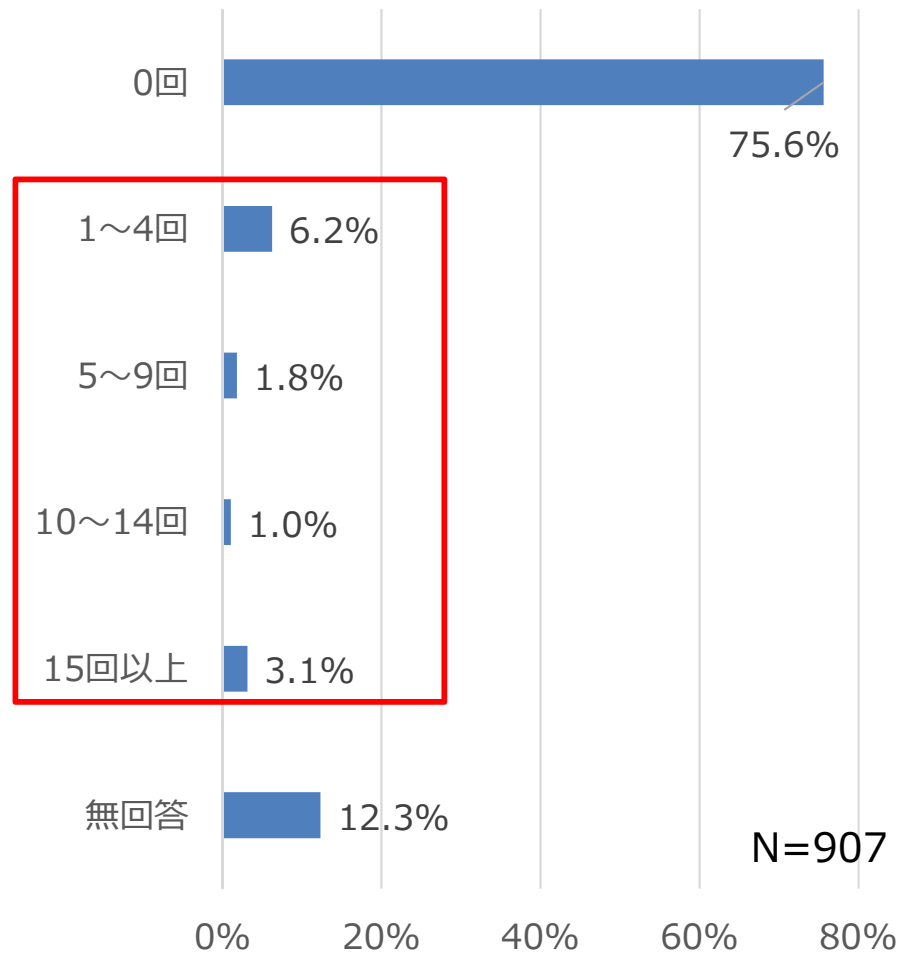
残薬を確認した際の対応を指示する処方箋の受付回数（令和元年7月1か月間）

出典：薬局の機能に係る実態調査（令和元年度医療課委託調査）速報値

処方箋のチェック欄にチェックがあるもの
⇒「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」



備考欄に「残薬調整後の報告可」の記載のあるもの



残薬についての課題と論点

【現状・課題】

- 残薬への対応については、薬局での残薬解消に向けた取組を評価するとともに、医療機関と薬局が連携して残薬に伴う日数調整を行うための処方箋様式の見直し等の取組を行ってきた。
- 薬局から医療機関に対して患者の服用薬及び服薬状況を情報共有する仕組みとして、服薬情報等提供料がある。
- 薬剤服用歴管理指導料の算定要件では、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努めることとされている。一方で、お薬手帳の記載事項には、残薬に関する事項は特に定められていない。
- 処方箋の「保険医療機関へ疑義照会した上で調剤」又は「保険医療機関へ情報提供」のチェック欄にチェックがある処方箋を1ヶ月間に受け付けた薬局は、約44%であった。一方、処方箋の備考欄に「残薬調整後の報告可」と記載された処方箋を1ヶ月間に受け付けた薬局は、約12%であった。

【論点】

- 残薬の発生防止・解消については、薬局でのいわゆるブラウンバッグの活用の評価、処方箋様式の変更等の取組を進めてきた。残薬の発生防止・解消の取組をさらに進める上で、医療機関と薬局の連携を推進する観点から、お薬手帳や処方箋の活用についてどのように考えるか。

參考資料

お薬手帳について

意義と役割

利用者自身が、

- ①自分の服用している医薬品について把握するとともに正しく理解し、②服用した時に気付いた副作用や薬の効果等の体の変化や服用したかどうか等を記録することで、医薬品に対する意識を高める。
- 複数の医療機関を受診する際及び薬局にて調剤を行う際に、③利用者がそれぞれの医療機関の医師及び薬局の薬剤師等にお薬手帳を提示することにより、相互作用や重複投与を防ぎ、医薬品のより安全で有効な薬物療法につなげる。

お薬手帳の取扱い（薬剤服用歴管理指導料の算定要件抜粋）

- 手帳の当該欄については、保険薬局において適切に記載されていることを確認するとともに、記載されていない場合には、患者に聴取の上記入するか、患者本人による記入を指導するなどして、手帳が有効に活用されるよう努める。
- 患者に対して、手帳を保有することの意義、役割及び利用方法等について十分な説明を行い、患者の理解を得た上で提供する。

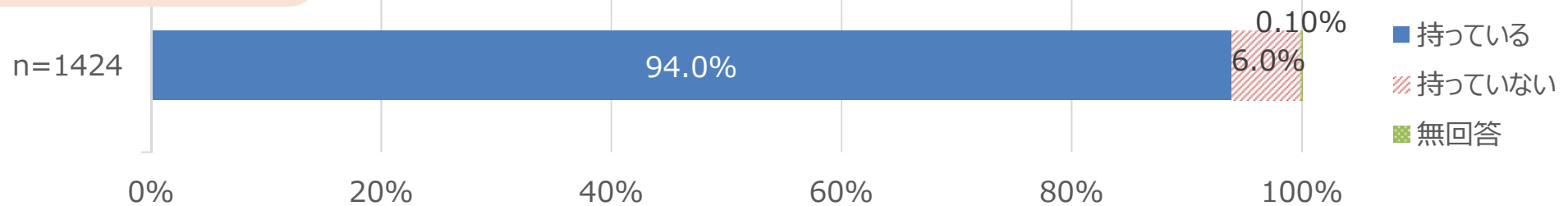


お薬手帳の活用状況

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 8

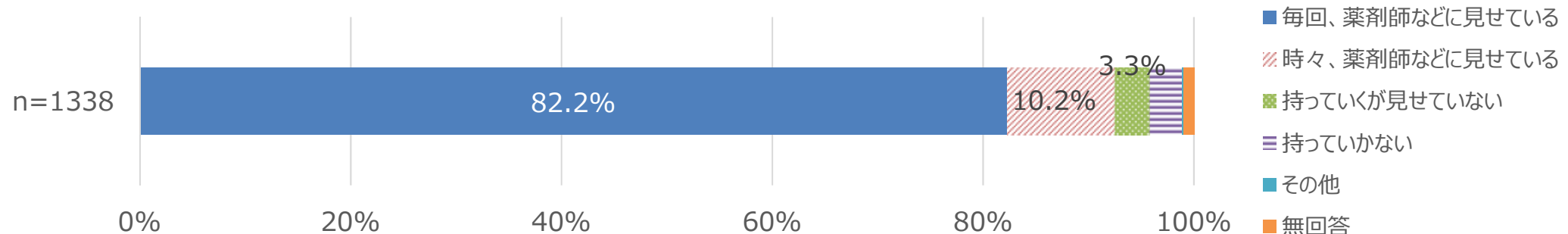
- 9割以上の患者がお薬手帳を持っている。
- お薬手帳を持っている患者のうち、約 8 割が薬局で毎回、薬剤師などに見せている。医療機関では約25%が毎回、医師などに見せている（時々、医師などに見せている場合を含めると約55%）。

1 お薬手帳の保有状況

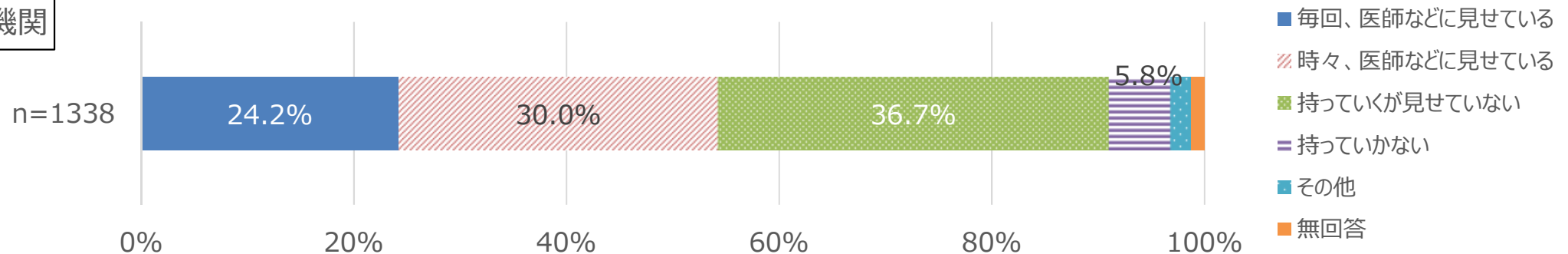


2 お薬手帳の活用状況

薬局



医療機関



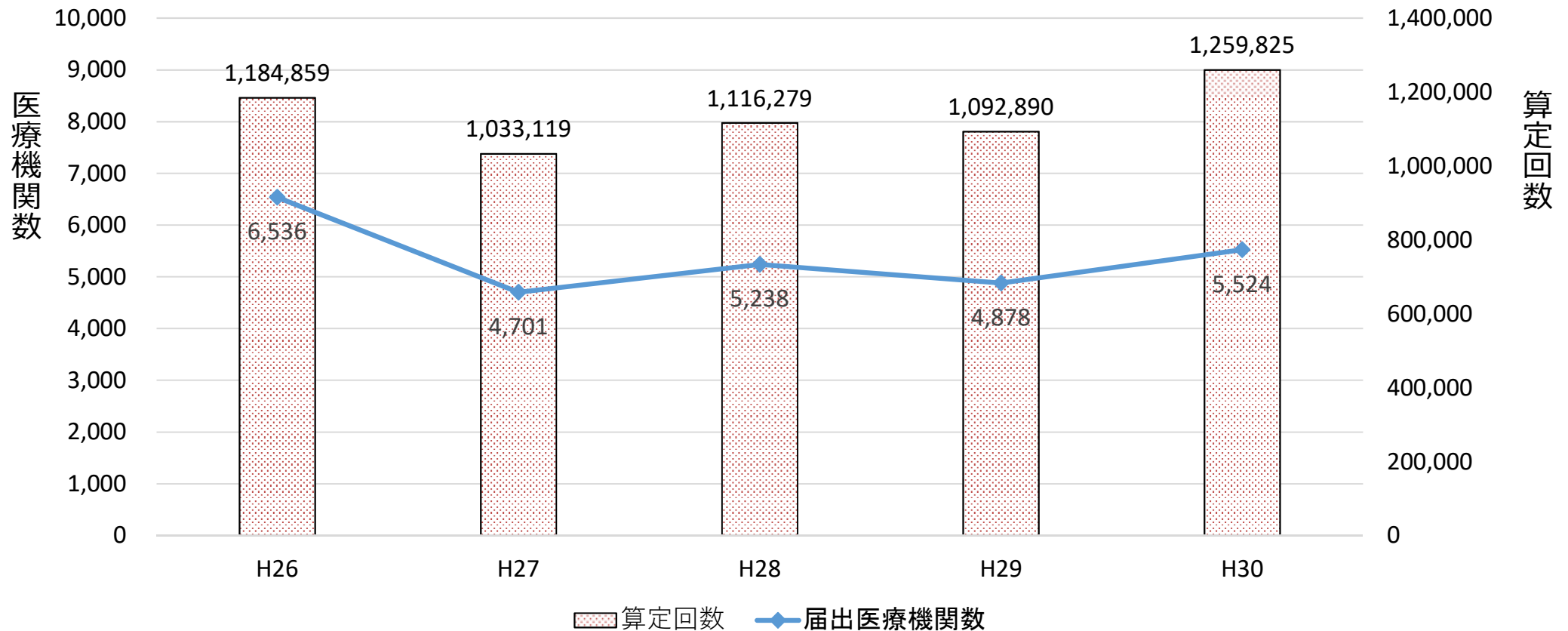
A001注12 地域包括診療加算

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

- 地域包括診療加算について、届出医療機関数及び算定回数は減少傾向～横ばい。

A001注12	再診料		
	イ 地域包括診療加算 1	25点	主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したもの。
	ロ 地域包括診療加算 2	18点	

A001 注12 地域包括診療加算



出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
保険局医療課調べ（各年7月1日現在）

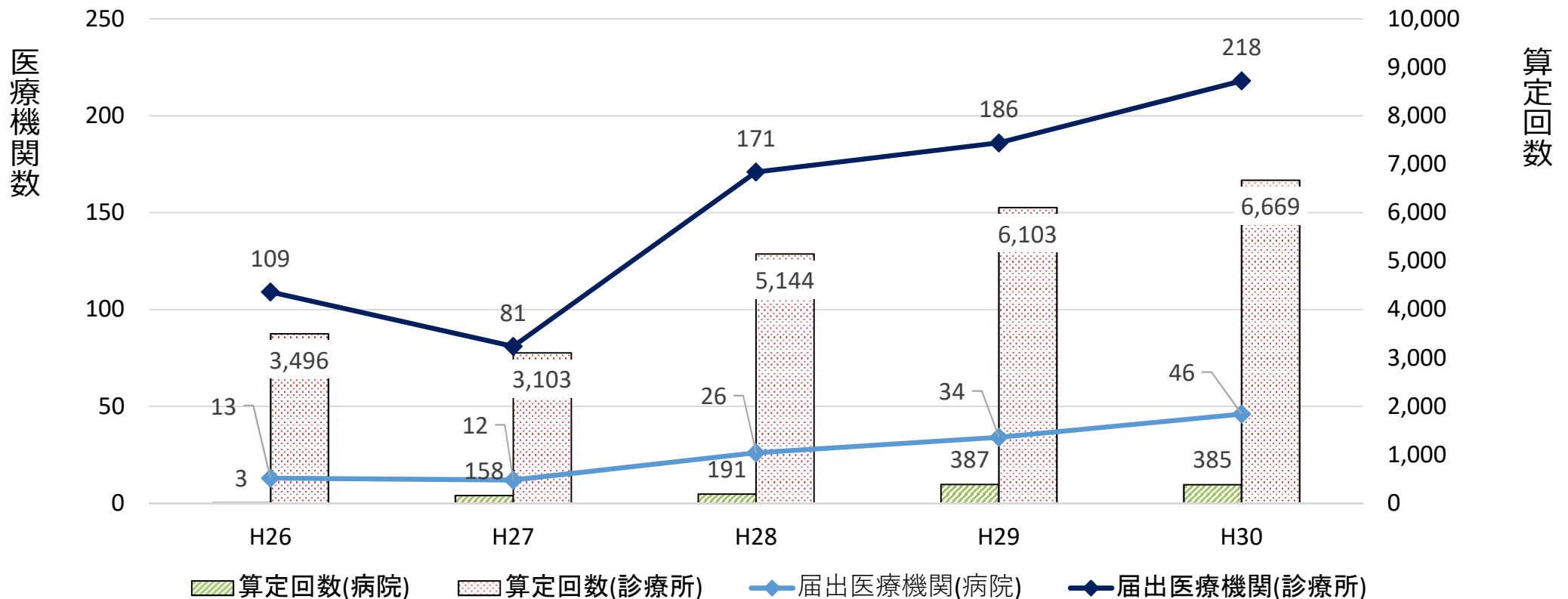
B001-2-9 地域包括診療料

中 医 協 総 - 1
元 . 9 . 1 1

- 地域包括診療料について、病院・診療所共に、届出医療機関数及び算定回数は増加傾向。

B001-2-9 1	地域包括診療料（月 1 回） 地域包括診療料 1 1,560点	主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行う事を評価したもの。
B001-2-9 2	地域包括診療料（月 1 回） 地域包括診療料 2 1,503点	

B001-2-9 地域包括診療料



薬局における対人業務の評価の充実

重複投薬・相互作用等防止加算

- 重複投薬・相互作用等防止加算及び在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、残薬調整に係るもの以外の評価を見直す。

平成28年度改定時

【重複投薬・相互作用等防止加算】	30点
薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。	
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	30点

平成30年度改定時

【重複投薬・相互作用等防止加算】	
薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	<u>40点</u>
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点
【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】	
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料	
イ 残薬調整に係るもの以外の場合	<u>40点</u>
ロ 残薬調整に係るものの場合	30点

イ、ロの併算定は不可