

2025年へのカウントダウン

～調剤報酬改定を間近に控え、薬局が準備すべきこと～



国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹

DPC病院
後発医薬品指数
70%達成！



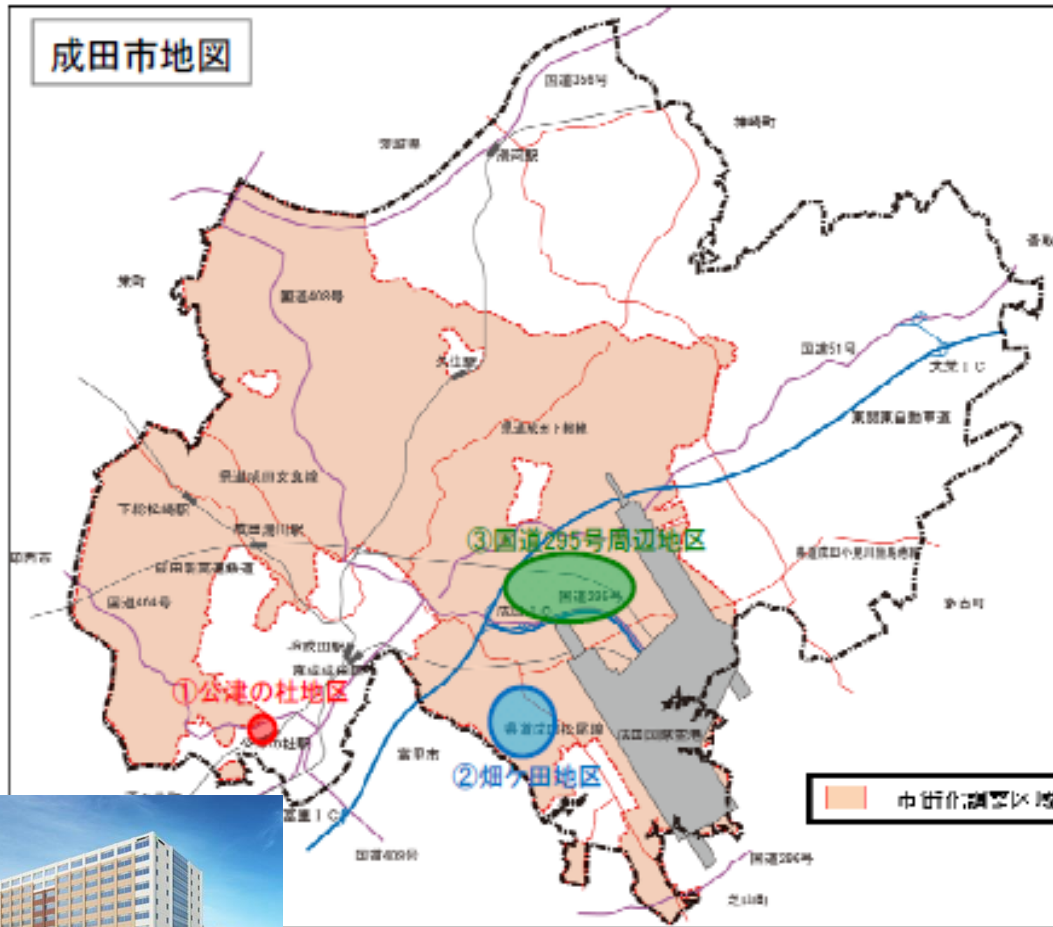
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グラウンド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域包括ケアシステムと薬剤師の役割
- パート3
 - 病院の前の景色を変える！
- パート4
 - ジェネリック医薬品の新たなロードマップ



パート1

国民会議と医療介護一括法 ～2025年へ向けて～



医療介護一括法 2014年6月18日可決成立

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

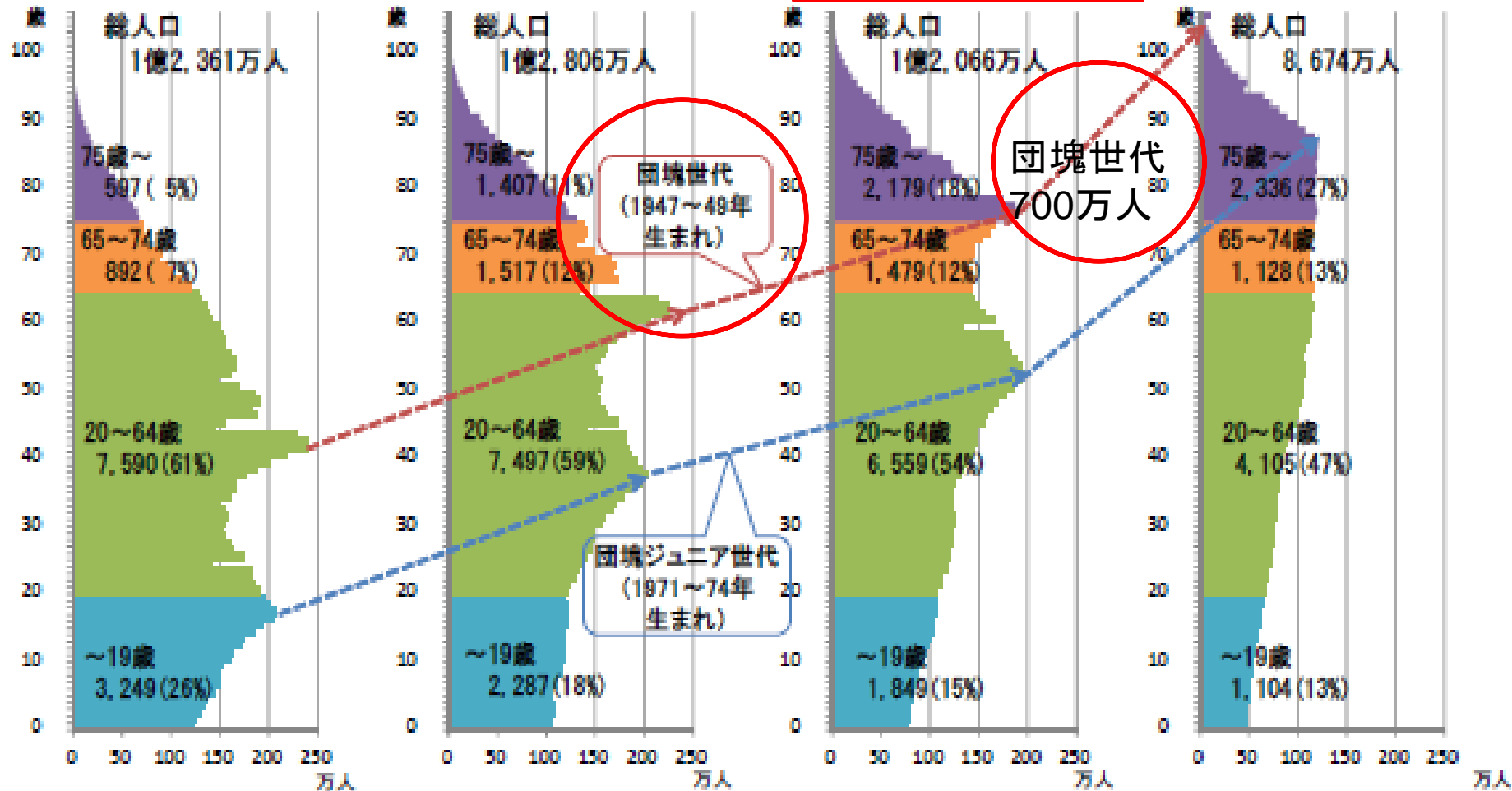
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

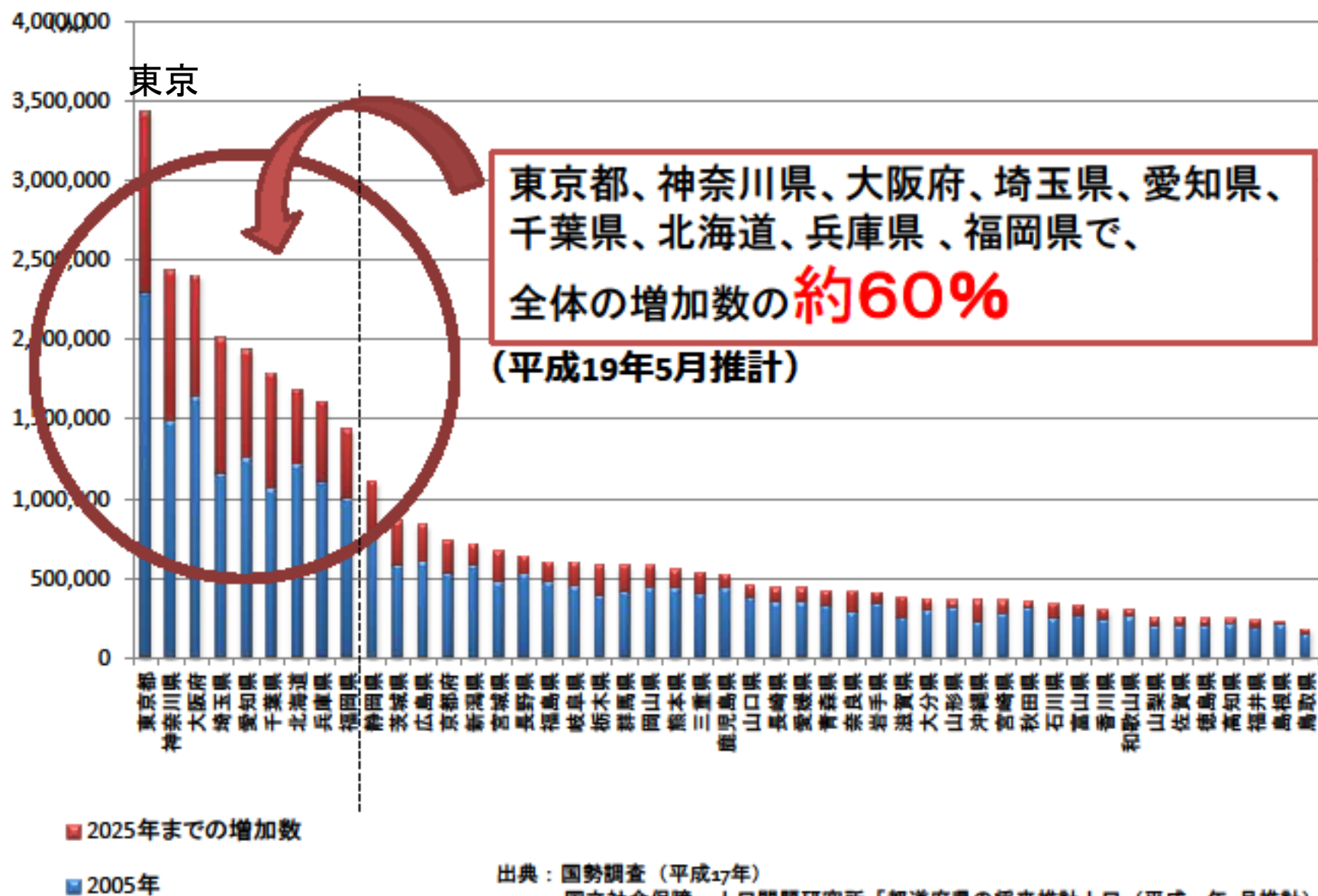
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



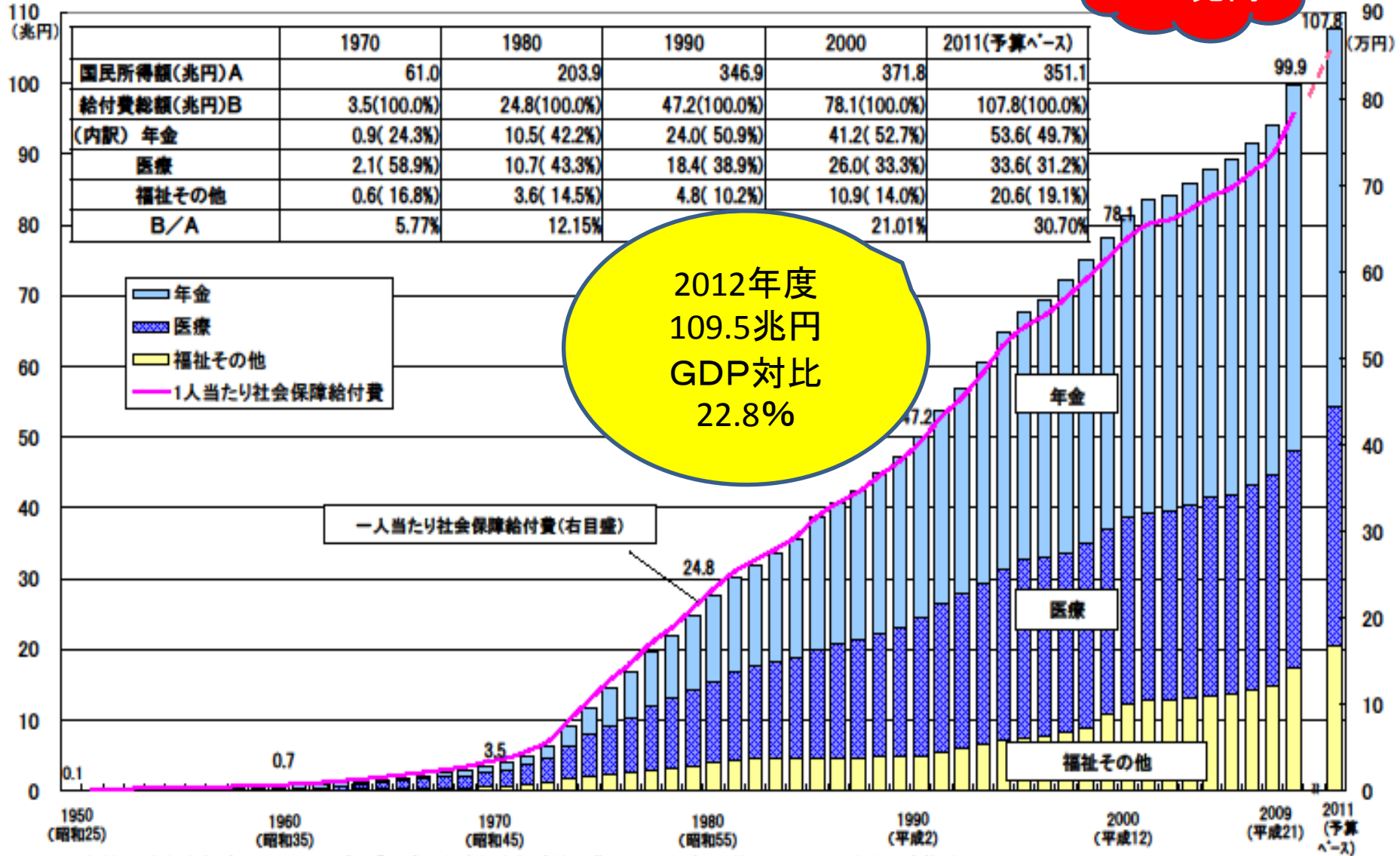
都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



出典：国勢調査（平成17年）
 国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

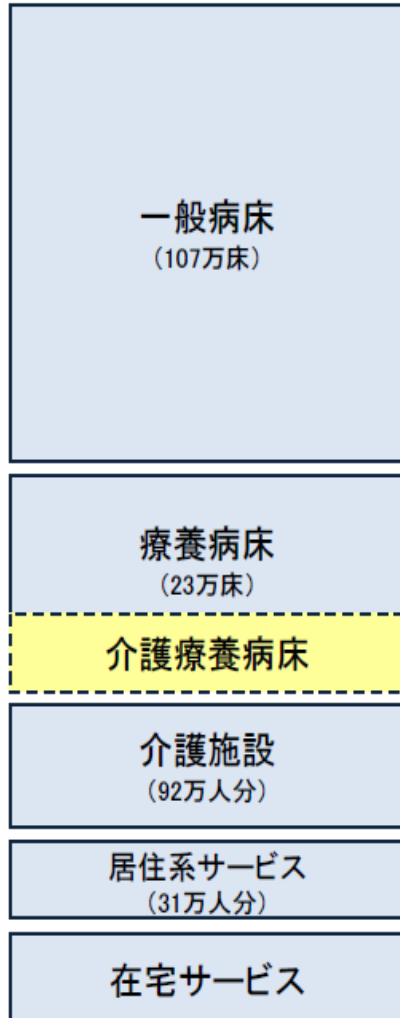
国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

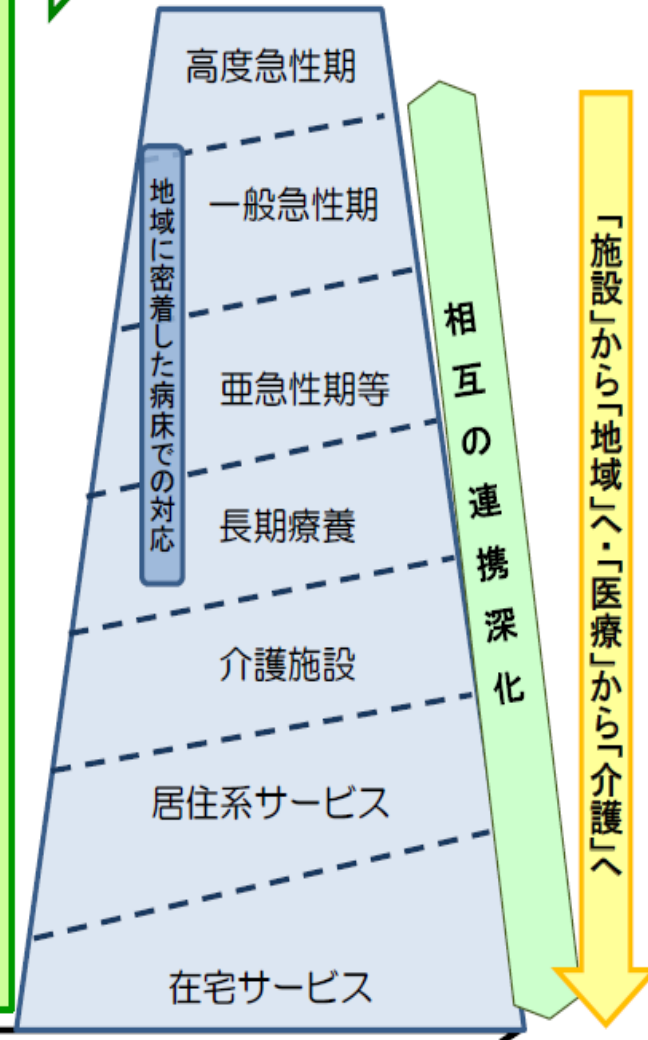
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・ 病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・ 医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

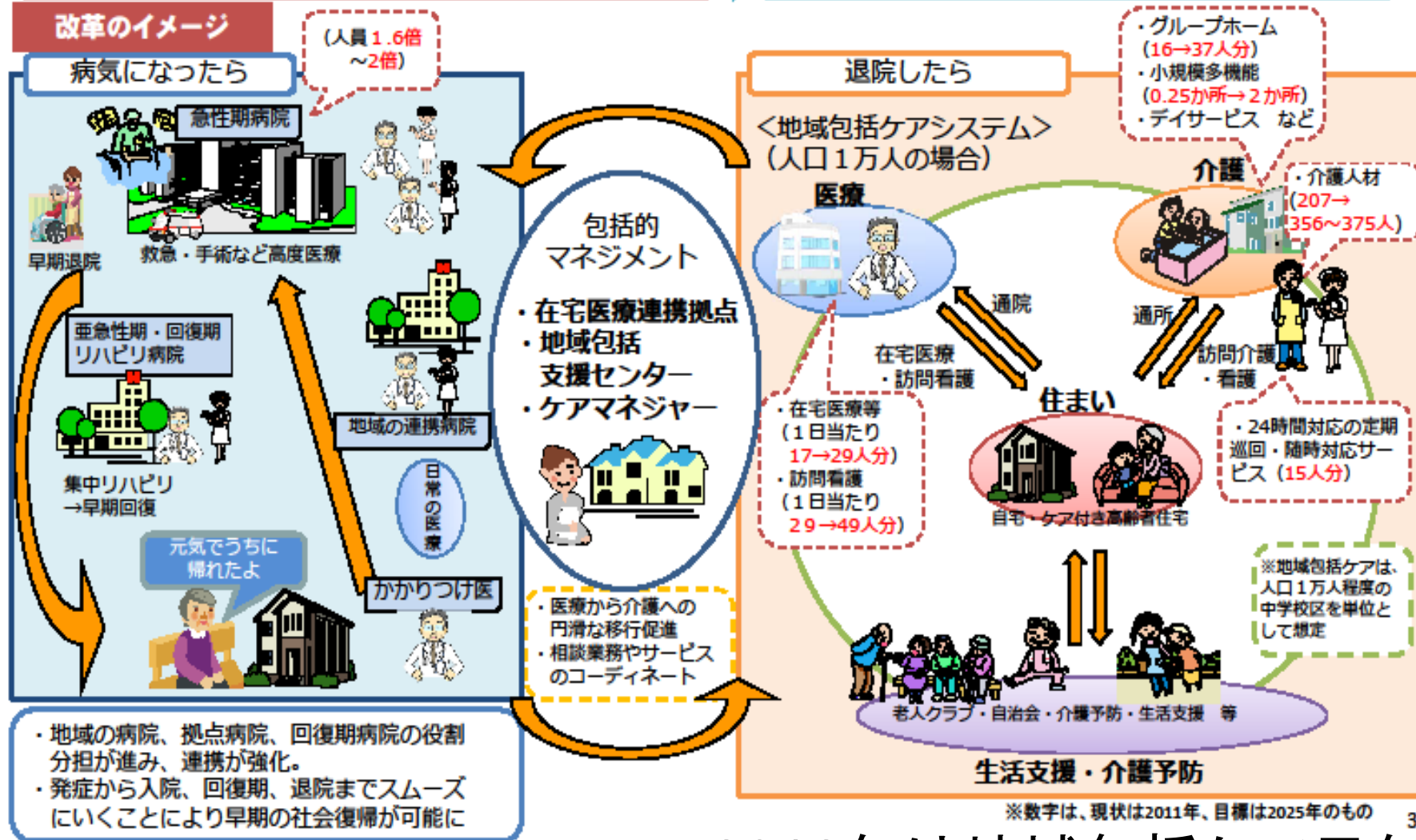
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日可成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域包括ケアシステムと 薬剤師の役割



地域包括ケアシステムとは

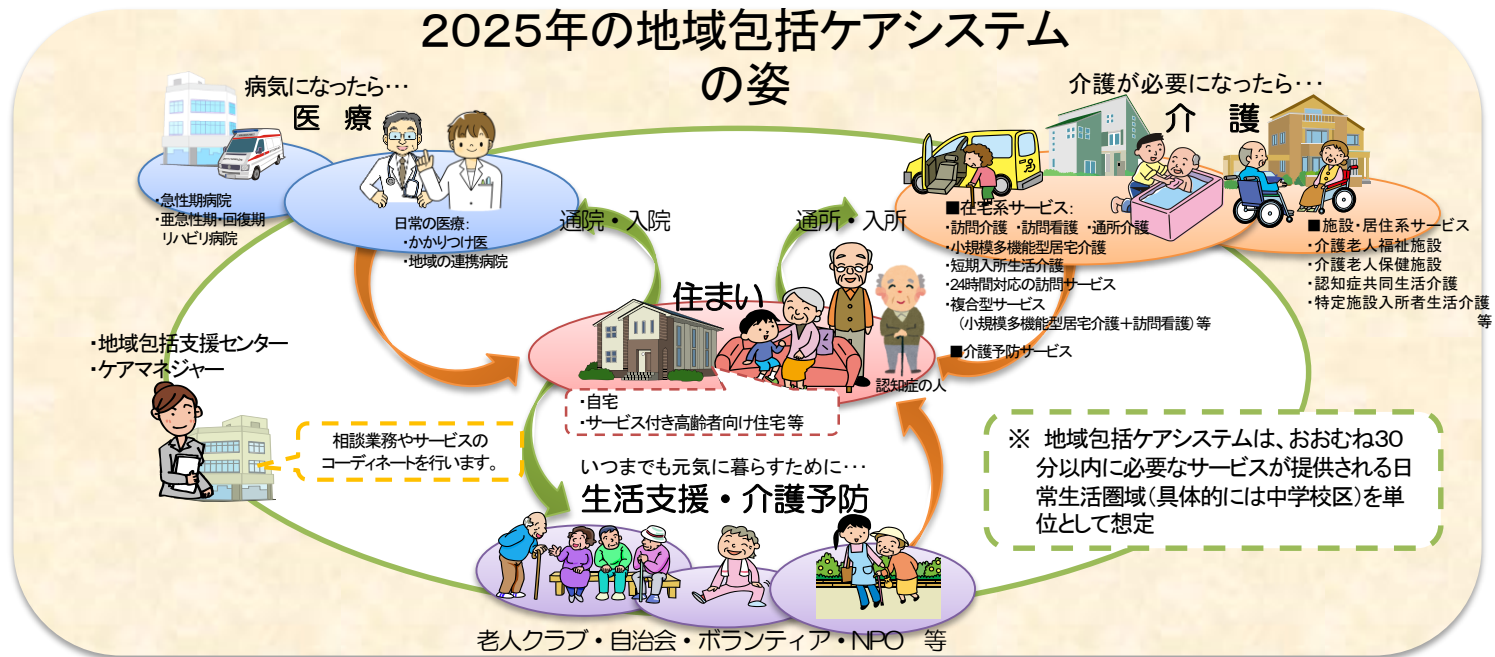
介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム



Aging in
Place

平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**を生じています。
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



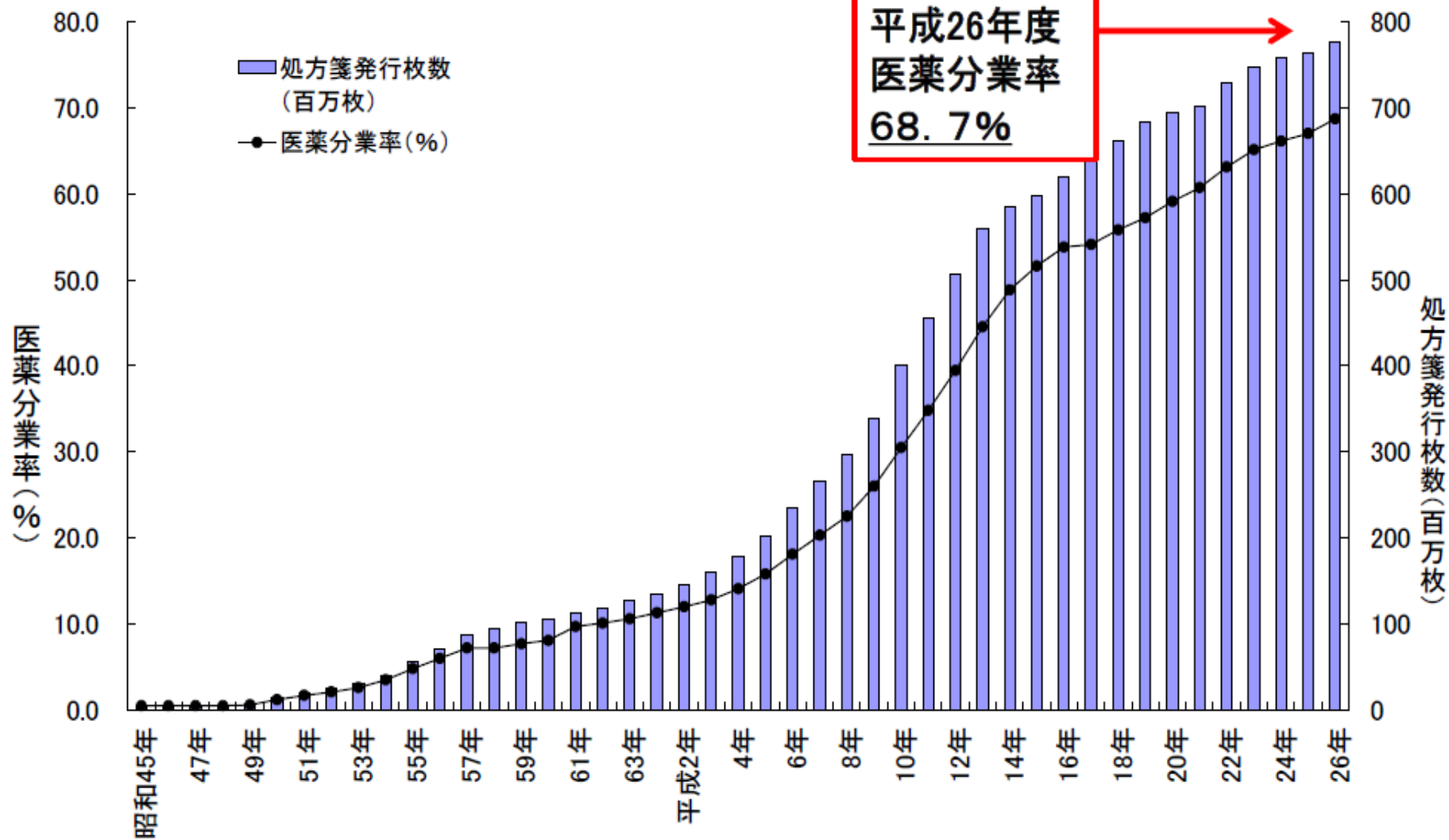
地域包括ケアシステムと 薬局・薬剤師の役割と課題



薬局・薬剤師を取り巻く環境の変化

- 今日、医薬分業が68.7%(2014年)を超え、量的には拡大した。
- 保険薬局数も57,071(2013年)となった。
- 保険薬局に働く薬剤師も15.3万人近くになった。
- 薬学教育が6年生となり、薬剤師の臨床薬剤師としての資質の向上も期待されている
- 薬局・薬剤師を取り巻く環境が大きく変化している
- 地域における新たな薬局と薬剤師の役割が求められている

医薬分業率の年次推移



平成26年度
 医薬分業率
68.7%

医薬分業率は年々上昇している。

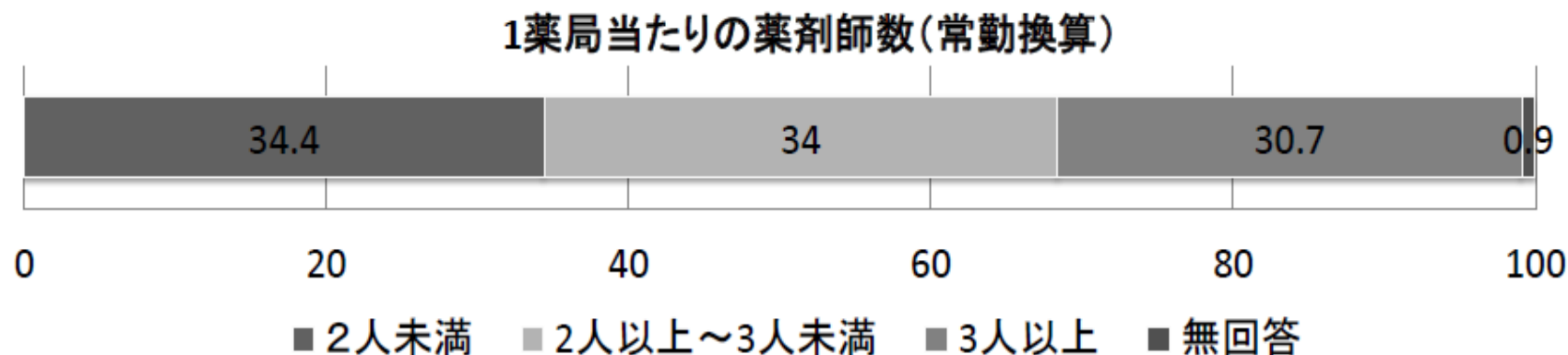
$$\text{※医薬分業率(\%)} = \frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{内科診療(入院外)日数} \times \text{内科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

薬局や医療機関の薬剤師数について (本文p20)

	薬局	病院	一般診療所
施設数	57,071 ¹⁾	8,540 ²⁾	100,528 ²⁾
薬剤師数 ³⁾	153,012人	52,704人 * ほとんどが病院に勤務	

1)平成25年 衛生行政報告例 2)平成25年 医療施設(動態)調査 3)平成24年 医師・歯科医師・薬剤師調査
(参考;全薬剤師数 280,012人)

○ 1薬局当たりの薬剤師数(常勤換算)は平均2.7人(中央値2.0)

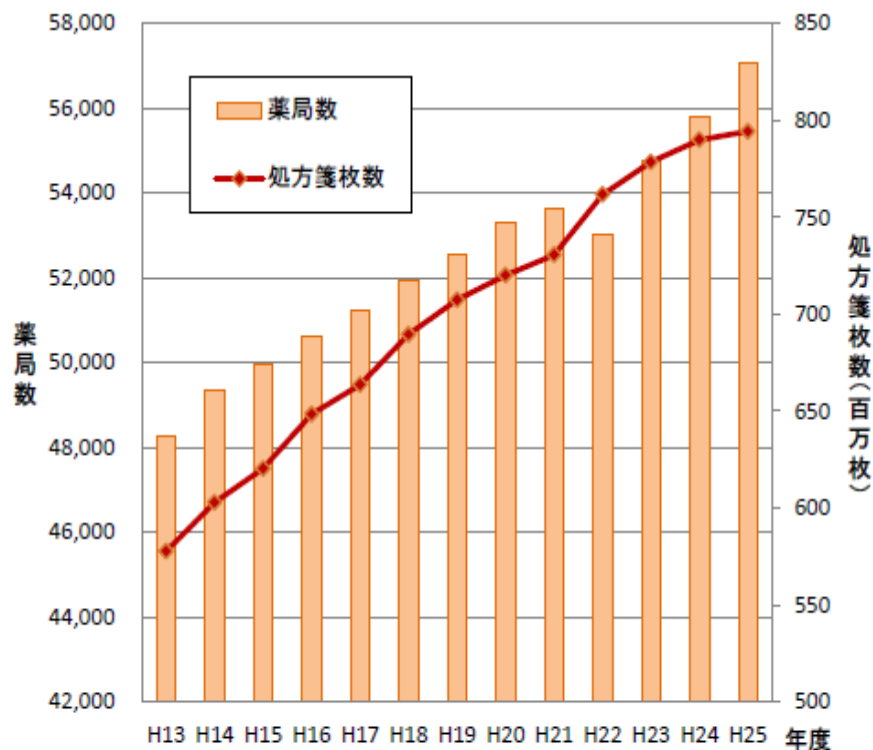


※平成24年度診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成25年度調査)【n=799(保険薬局)】

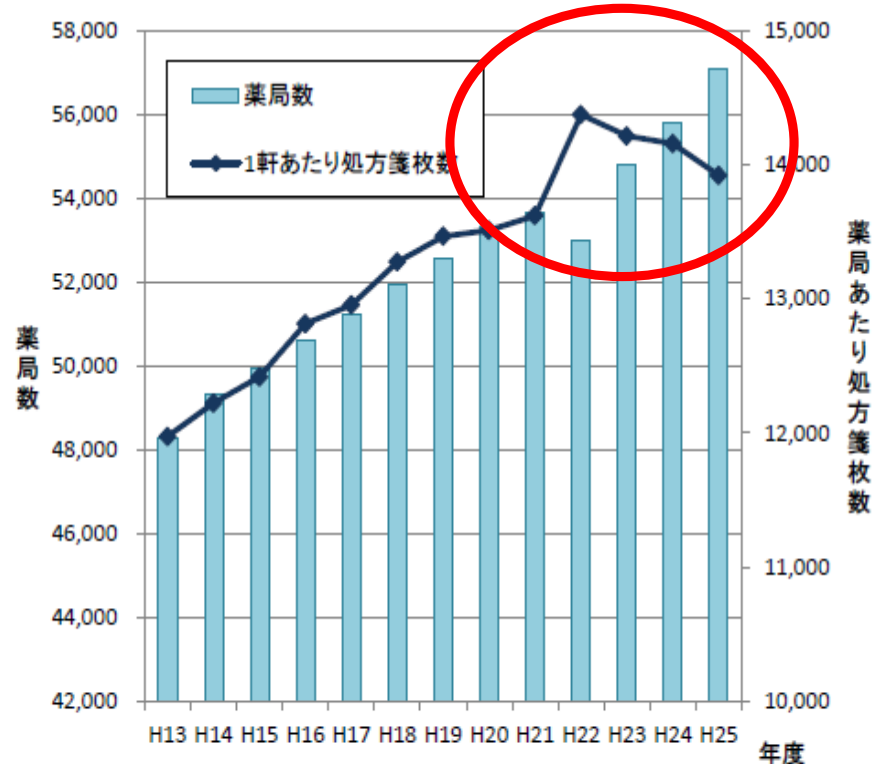
薬局数と処方箋枚数の推移

処方箋枚数は増加しているが、薬局1軒あたりの処方箋枚数はここ数年減少している。

薬局数と処方箋枚数の推移



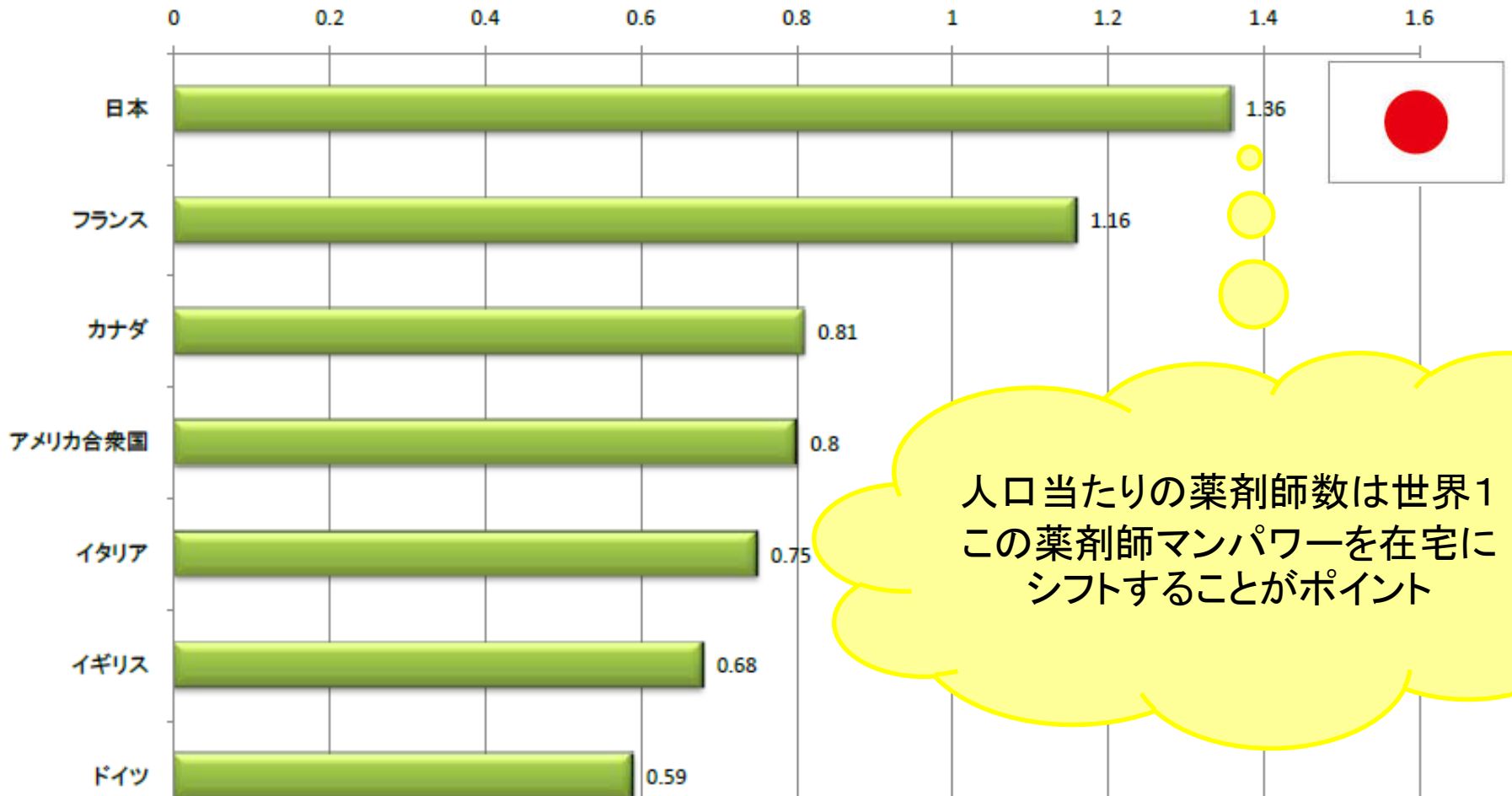
薬局数と薬局1軒あたりの処方箋枚数の推移



人口あたり就業薬剤師数の国際比較

就業薬剤師数は、日本は人口千人当たり1.36人である。
ただし、病院・診療所で就業している薬剤師は人口千人当たり0.38人。

就業薬剤師数(人口千人当たり)(2006年)



人口当たりの薬剤師数は世界1
この薬剤師マンパワーを在宅に
シフトすることがポイント

薬局薬剤師の新たな役割



葉山のタカノ薬局の岡豊香さん

在宅医療における薬剤師の役割・課題・取り組み

役割

処方せんに基づき患者の状態に応じた調剤（一包化、懸濁法、麻薬、無菌調剤）
患者宅への医薬品・衛生材料の供給
薬歴管理（薬の飲み合わせの確認）
服薬の説明（服薬方法や効果等の説明、服薬指導・支援）
服薬状況と保管状況の確認（服薬方法の改善、服薬カレンダー等による服薬管理）
副作用等のモニタリング
在宅担当医への処方支援（患者に最適な処方（剤型・服用時期等を含む）提案）
残薬の管理、麻薬の服薬管理と廃棄
ケアマネジャー等の医療福祉関係者との連携・情報共有
医療福祉関係者への薬剤に関する教育



在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な
薬物療法の提供

残薬の確認と整理の実例

長野県薬剤師会 事例

残薬薬剤費
400億円



患者Aさん(女性)

複数科を受診。多剤服用。訪問介護員は入っているが、薬は自己管理にて整理がつかない状態。

A病院(心療内科) 処方薬 7種類

B診療所(内科) 処方薬 4種類

在宅訪問時に驚くほどの飲み残しが出てくることは多い。
残薬整理は訪問初期段階の最重要課題。



【対応】

処方医に疑義照会を行い、A病院とB診療所から交付された処方せんの薬を合わせて一包化し整理。
これにより服用状況も改善。

在宅での薬剤師業務 ～往診医師への同行～



「まさか、薬局に就職してドクターの回診につくととは・・・」



(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

医 薬 看

漫然投与

Overdose

副作用

特養での多職種連携



フロアでの申し送り



ケアカンファレンス

多職種から薬剤師への承認(acknowledgement)



医師・看護師による 薬剤師の在宅医療講習会



知識：薬理学・製剤学・解剖生理・病理病態・
TDM・ターミナルケア
技能：バイタルサイン・フィジカルアセスメント
態度：対医療者・对患者コミュニケーション
グリーフケア



バイタルサイン採集の基本手技を看護師が教える

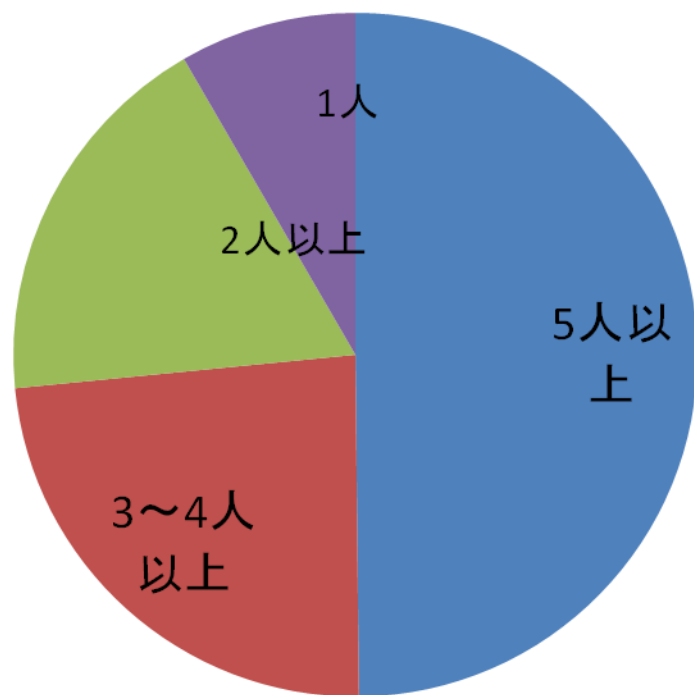
アイン薬局さんの在宅訪問(夕張)



夕張市立診療所の
多職種カンファ



在宅患者訪問薬剤管理指導を 過去1年間に算定した薬局割合は16.2%



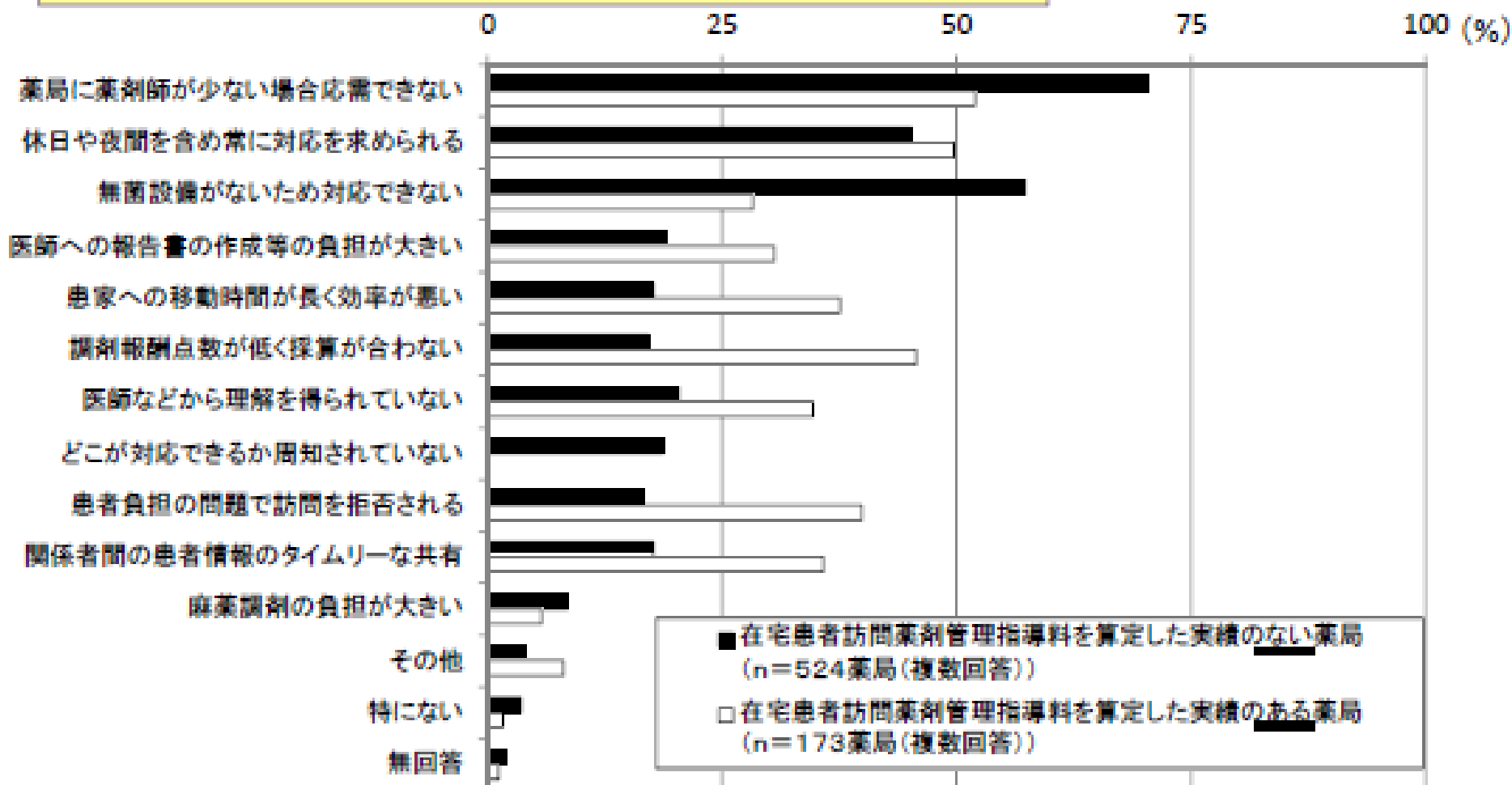
算定薬局の常勤薬剤師数 (%)

- 「薬局のかかりつけ機能に係る実態調査」(厚生労働省委託事業、2012年7月)
 - 2011年9月調査
 - 701件の回答(回答率70%)
 - 在宅患者訪問薬剤管理指導を過去1年間に算定した薬局割合は16.2%

薬局が在宅医療・介護に関わる上での課題

○ 薬局が在宅での薬学的管理指導に積極的に関わっていく上で、多くの課題が指摘されている。

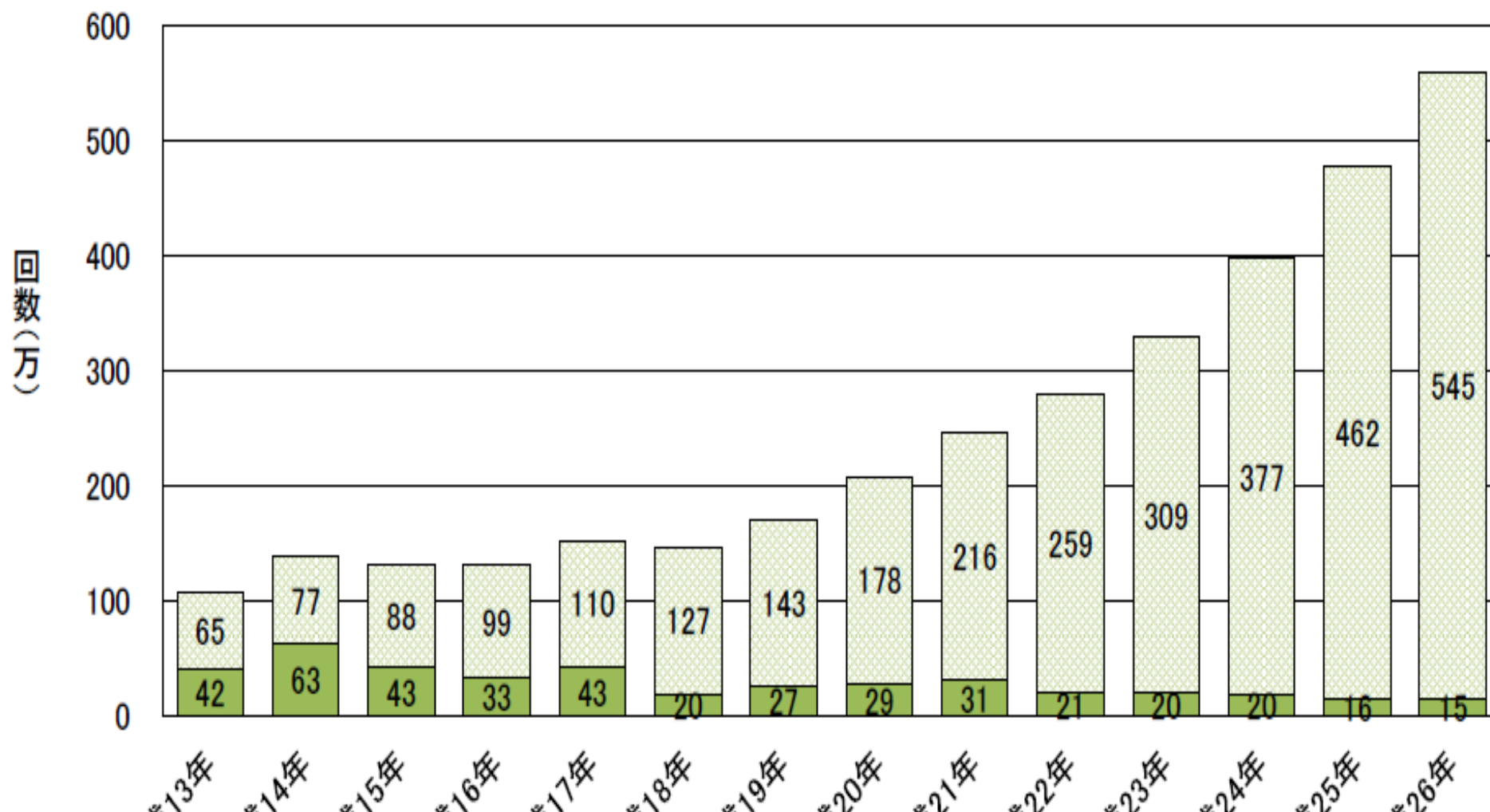
在宅医療・介護における薬学的管理指導を推進していく上での課題



薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

中医協
27.11

○介護保険における「居宅療養管理指導」に係る算定回数が伸びており、全体として薬剤師による在宅における薬剤管理は進んでいる。



いま、日本在宅薬学会が熱い！ 今年は7月17日・18日 グランキューブ大阪で



2015年7月19日(日)日本在宅薬学学会(幕張メッセ)

パート3

病院の前の景色を変える！



かかりつけ薬局機能を見直そう

火を噴く医薬分業批判

- 「総薬剤点数について、院外の方が高く、医薬分業の実施により薬剤費が減るのではないかとの予測とは一致しない結果となっている」(健保連 2002年)
- 「国が進めてきた医薬分業の効果をきちんと検証すべきだ」(2012年12月四病院団体協議会)
- 大手チェーンドラッグの薬歴未記載問題
- 調剤バブルに対する批判



0. そもそも医薬分業の目的は何だったのか？元来、“クス師”とされた医師から薬剤師による調剤機能を独立させることによって果たして医療費、いや薬剤費は適正化されたのか？
1. 国民にとって何かメリット(待ち時間の解消、薬に関する説明の充実、ポイントカードの付与、重複投与の発見、飲み残しの削減、疑義照会等)があったのか？
2. どうして同じクスリを調剤して院内処方より院外処方は高くなるのか？
3. 薬剤服用歴管理指導料(41点)の他に、調剤基本料(41点)が存在するのは何故か？
4. “一物一価”が原則の現物給付制度にあって保険薬局によって調剤基本料に差があるのは何故か？
5. 後発品が処方されていないのに「後発医薬品調剤体制加算」が請求されるのは何故か？
6. 株式会社の参入を認め「規模の経済」が追求できるのに“真の競争”がないのはどうしてか？
7. 「処方せん1日40枚に薬剤師1人」という基準は時代遅れでは？
8. そもそも薬剤師の供給数、薬局の出店スピード、処方せん枚数、厳格化される薬歴管理、24時間対応の薬局開設等は整合性がとれているのか？

○医薬分業による処方せん料と調剤基本料の支払により、患者の負担が増している

○負担に見合う効果があるのか疑問

院内処方・院外処方の比較

前提:花粉症、再診、内服薬14日分、外用薬、先発品処方

(円)

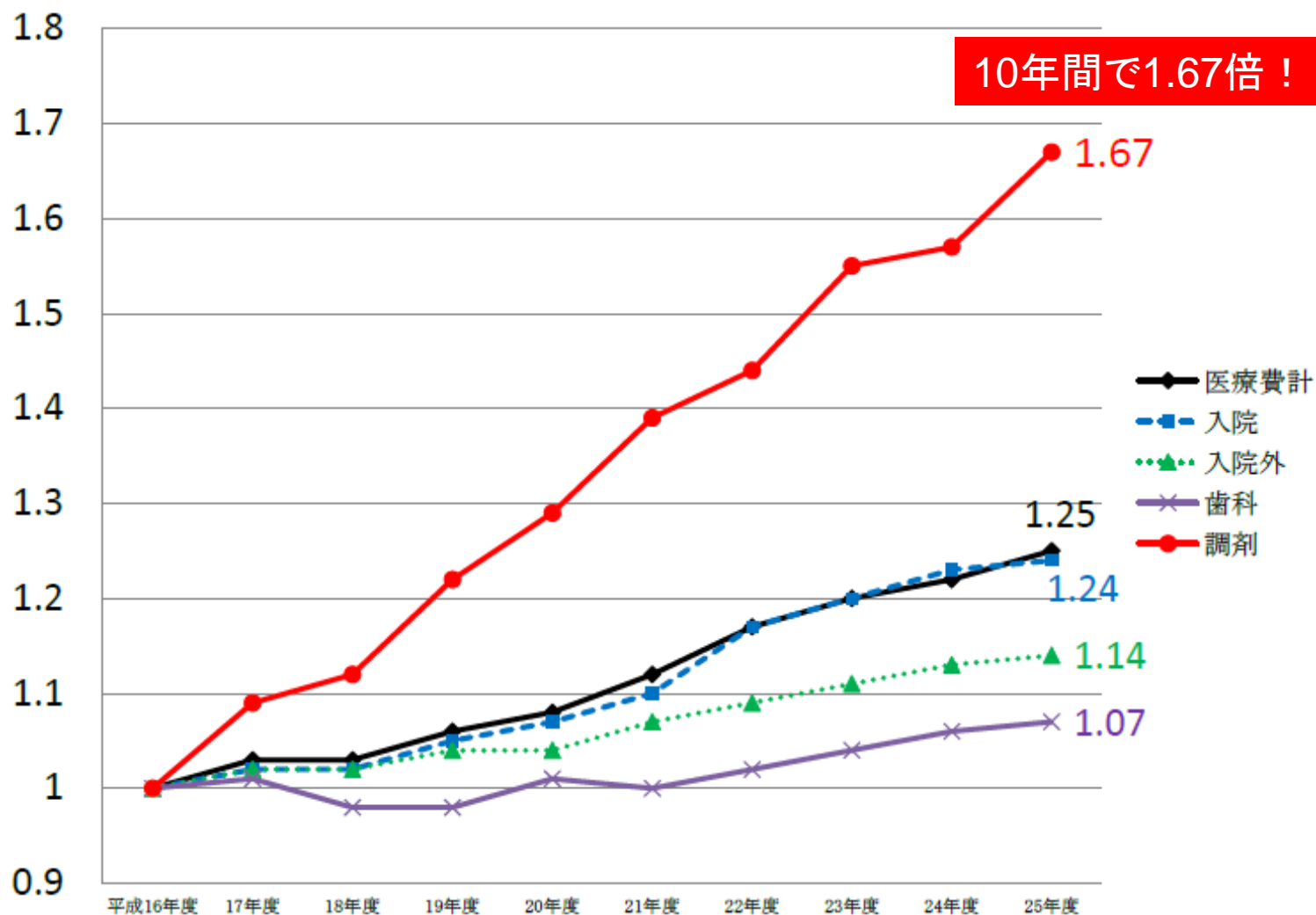
		院内処方		院外処方	
医療機関	再診料	720	再診料	720	
	処方料	420	処方せん料	680	
	薬剤情報提供料	100			
	手帳記載加算	30			
	調剤料(内服・外用)	150			
	調剤技術基本料	80			
	薬剤料				
調剤薬局			調剤基本料	410	
			基準調剤加算1	120	←700品目以上備蓄。他局との連携により24時間対応
			後発医薬品調剤体制加算1	180	←後発医薬品割合55%以上
			調剤料(内服・外用)	730	
			薬剤服用歴管理指導料	410	
			薬剤料		
計		1,500		3,250	

←700品目以上備蓄。他局との連携により24時間対応
←後発医薬品割合55%以上

院外調剤で患者は倍も払っている！！

自己負担額 (3割負担)	院内処方	450	院外処方	970
-----------------	------	-----	------	-----

調剤費の伸び

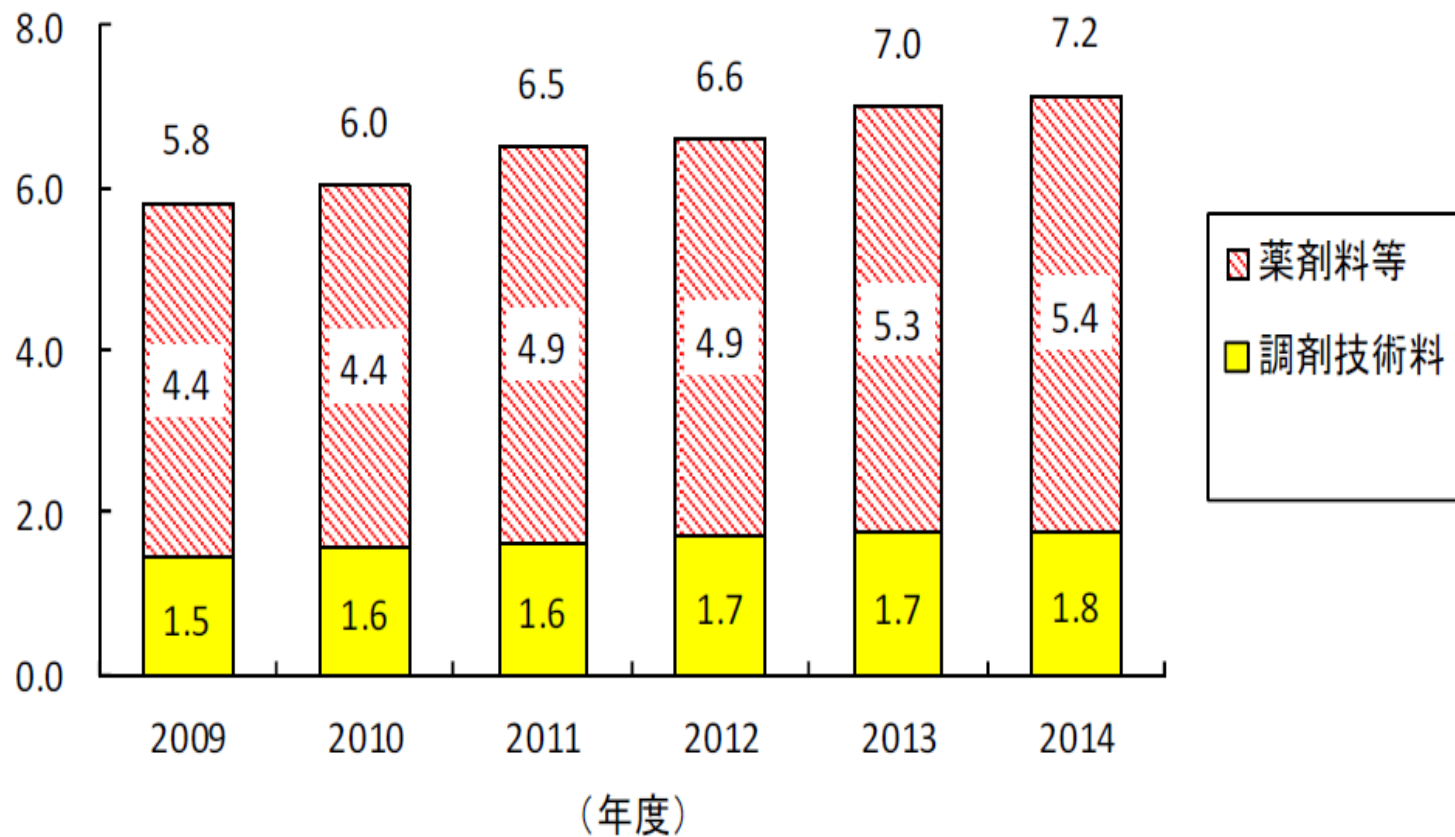


平成16年度=1.00としている

厚生労働省 最近の医療費の動向から作成

(兆円)

薬局調剤医療費の内訳



*厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向」から作成。調剤医療費及び処方せん枚数(受付回数)の電算化率が99.0%を超えた2009年度以降、技術料、薬剤料に区分して公表されている。

※調剤技術料は、調剤基本料、調剤料、加算料、薬学管理料の合計。薬剤料等には特定保険医療材料料を含む。

医薬分業における規制の見直し ～規制改革会議(2015年3月)～



門内薬局

規制改革会議の公開ディスカッションは「医薬分業における規制の見直し」をテーマに開催された

規制改革実施計画①（平成27年6月30日閣議決定）

＜医薬分業推進の下での規制の見直し＞

事項名	規制改革の内容	実施時期
薬局における診療報酬とサービスの在り方の見直し	地域包括ケアの推進において、薬局及び薬剤師が薬学的管理・指導を適切に実施する環境を整える観点から、かかりつけ薬局の要件を具体的に明確化するなど、薬局全体の改革の方向性について検討する。	平成27年度 検討・結論
	薬局の機能やサービスに応じた診療報酬となるように、 <u>調剤報酬の在り方について抜本的な見直し</u> を行い、サービスの質向上と保険財政の健全化に資する仕組みに改める。 <u>門前薬局の評価を見直すとともに、患者にとってメリットが実感できる薬局の機能は評価し、実際に提供したサービスの内容に応じて報酬を支払う仕組みに改めるなど、努力した薬局・薬剤師が評価されるようにする。</u>	平成27年度 検討・結論、 次期診療報酬改定において措置
	薬局においてサービス内容とその価格を利用者に分かりやすく表示し、利用者が薬局を選択できるようにする。さらに、利用者がサービスごとに利用の可否を選択できるよう、提供されたサービスを利用者が確認することも含めてサービスの提供の在り方を検討する。	平成27年度 検討・結論、 平成28年度 措置
	リフィル処方箋の導入や分割調剤の見直しに関する検討を加速し、結論を得る。	平成27年度 検討・結論

規制改革実施計画②（平成27年6月30日閣議決定）

＜医薬分業推進の下での規制の見直し＞

事項名	規制改革の内容	実施時期
政策効果の検証を踏まえたPDCAサイクルの実施とそれに基づく制度の見直し	医薬分業の政策効果について、医薬品による治療の安全性向上と保険財政の効率化の観点から、定性・定量両面で検証を行い、検証結果等を踏まえて、今後の医薬分業推進における政策目標や評価指標を明確化する。	平成27年度 検討・結論
	政策目標の達成状況を適切に管理し、政策の継続的な改善を図るため、PDCAサイクルでの政策評価を実施し、診療報酬改定等の際に政策評価結果を活用し、制度の見直しに反映させる。	平成27・28 年度検討・ 結論、平成 29年度措置
保険薬局の独立性と患者の利便性向上の両立	<u>医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保</u> しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、 <u>患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。</u> 保険薬局と保険医療機関の間の <u>経営上の独立性を確保するための実効ある方策</u> を講じる。	平成27年度 検討・結論、 平成28年度 措置
ICT技術を活用した服薬情報の一元化	ICTの有効活用により、患者自身及び薬局が服薬情報の管理を行い、他の薬局及び医療機関等と情報連携をより効果的、効率的に行うことができる仕組みの構築について検討し、結論を得る。	平成27年度 検討・結論

病院の前の景色を変える！

〔
門前薬局から
かかりつけ薬局
への移行も促し
、病院の前の
景色を変える

2015年5月22日

「患者のための薬局ビジョン ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～」

2015年10月23日

厚生労働省

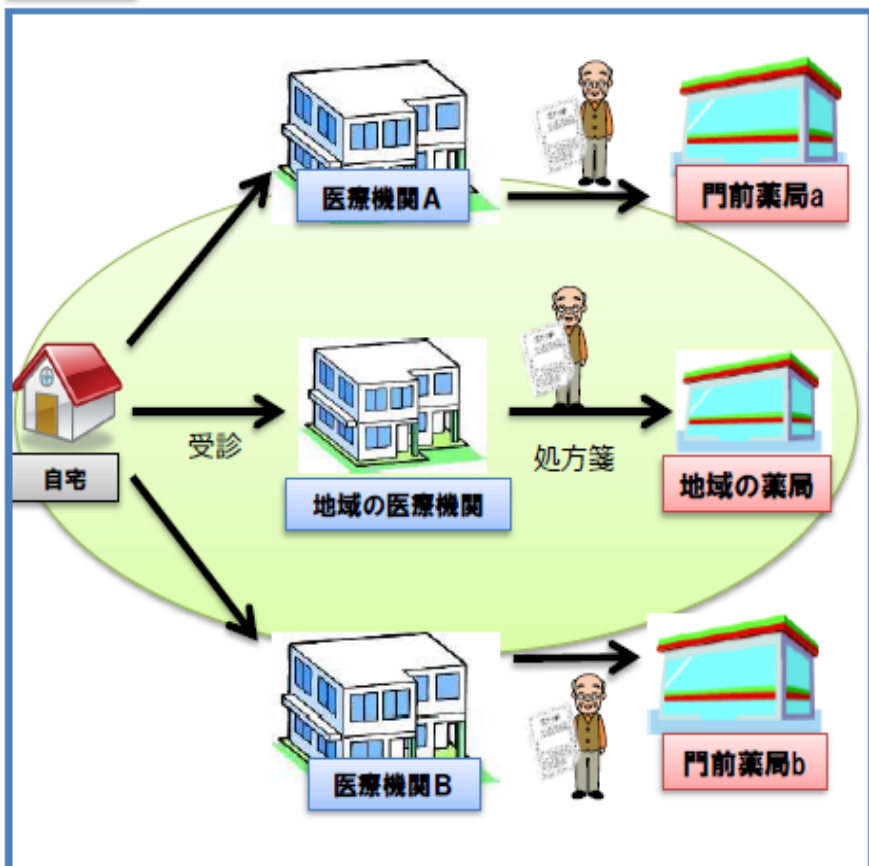
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○薬局の薬剤師が専門性を発揮して、ICTも活用し、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。

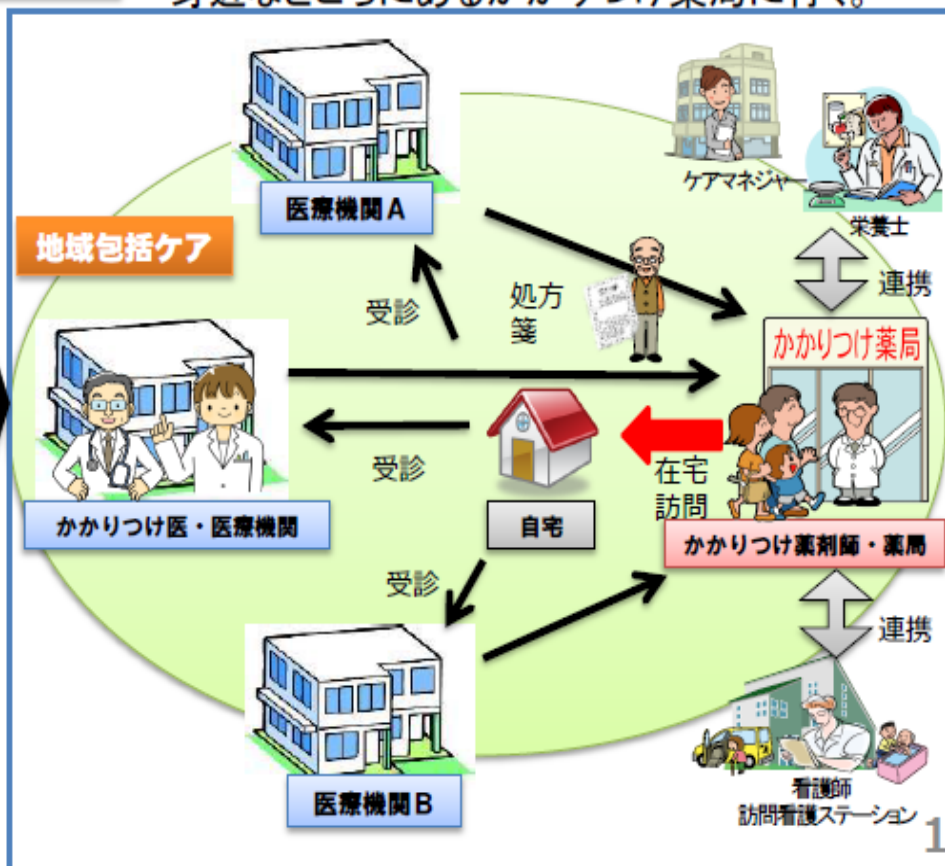
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

薬局再編の全体像

～ 立地 から 機能 へ～

現状

57,000薬局あるが、門前中心に医薬分業のメリットを実感しにくいとの声

様々な医療機関からの処方箋を受付

特定の診療所からの処方箋を受付

特定の病院からの処方箋を受付

面分業

門前薬局を含め、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指す

診療所門前

中小病院門前

大病院門前

2025年まで

すべての薬局を「かかりつけ薬局」へ

かかりつけ薬局

- ・ ICTを活用し、服薬情報の一元的・継続的把握
- ・ 24時間対応・在宅対応
- ・ 医療機関をはじめとする関係機関との連携

+

- ・ 健康サポート機能
(地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援)

※健康サポート薬局として活動
(日常生活圏域ごとに必要数確保)

- ・ 高度薬学管理機能
(抗がん剤等の薬学的管理)

2035年
まで

- 団塊の世代が要介護状態の方が多い85歳以上に到達
- 一般的な外来受診はかかりつけ医が基本となる

立地も地域へ

既に地域に立地

建替え時期等を契機に立地を地域へ移行

日常生活圏域でのかかりつけ機能の発揮

かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～ 対物業務 から 対人業務 へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・ 処方箋受取・保管
- ・ 調製(秤量、混合、分割)
- ・ 薬袋の作成
- ・ 報酬算定
- ・ 薬剤監査・交付
- ・ 在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための **研修の機会の提供**
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、**検査値や疾患名等の患者情報を共有**
- 医薬品の安全性情報等の **最新情報の収集**

- ・ 処方内容チェック (重複投薬、飲み合わせ)
- ・ 医師への疑義照会
- ・ 丁寧な服薬指導
- ・ 在宅訪問での薬学管理
- ・ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ・ 処方提案
- ・ 残薬解消

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

「患者のための薬局ビジョン」

～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

健康サポート機能

健康サポート
薬局

- ★ 国民の**病気の予防**や**健康サポート**に貢献
 - ・要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制
 - ・健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

Speciality
Pharmacy

- ★ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応
 - ・専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援 等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握

- ★ **副作用や効果**の継続的な確認
- ★ **多剤・重複投薬**や**相互作用の防止**
- ICT(電子版お薬手帳等)を活用し、
 - ・患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**
 - ・一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

- ★ **夜間・休日、在宅医療**への対応
 - ・**24時間**の対応
 - ・**在宅患者**への薬学的管理・服薬指導
- ※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

★疑義照会・
処方提案

★副作用・服薬状況
のフィードバック

・医療情報連携ネット
ワークでの情報共有

★医薬品等に関する相談
や健康相談への対応
★医療機関への受診勧奨

KPIを活用したPDCAサイクルの実施

規制改革会議の指摘

- 医薬分業の政策効果について、医薬品による治療の安全性向上と保険財政の効率化の観点から、定性・定量両面で検証を行い、今後の医薬分業推進における政策目標や評価指標を明確化
- 政策目標の達成状況を適切に管理し、政策の継続的な改善を図るため、PDCAサイクルでの政策評価を実施し、診療報酬改定等の際に政策評価結果を活用し、制度の見直しに反映



PDCAサイクルの実施

- 医薬分業の質を評価できる指標を今後具体的に検討し、毎年の政策評価（業績評価）でモニタリングを実施
(例) ① かかりつけ薬剤師・薬局の数
② 疑義照会の実施率、件数
③ 24時間対応、在宅対応（医療保険・介護保険）の実施率、件数
④ 残薬解消の実施率、件数
⑤ 後発医薬品の使用割合への影響
- 診療報酬については、改定の都度、中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬改定結果検証部会でその効果の検証を行っており、この仕組みを引き続き有効に活用

ICTを活用した服薬情報の一元的・継続的把握

電子版お薬手帳の意義

- お薬手帳は、患者の服用歴を記載し、経時的に管理するもの。患者自らの健康管理に役立つほか、医師・薬剤師が確認することで、相互作用防止や副作用回避に資する。
- 紙のお薬手帳に比べた電子版お薬手帳のメリット
 - ①携帯電話やスマートフォンを活用するため、携帯性が高く、受診時にも忘れにくい。
 - ②データの保存容量が大きいため、長期にわたる服用歴の管理が可能。
 - ③服用歴以外に、システム独自に運動の記録や健診履歴等健康に関する情報も管理可能。

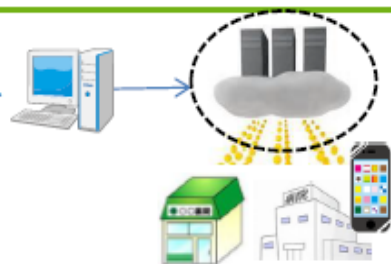
【スマホ型】

患者が薬剤情報提供書に表示されているQRコードを撮影して取り込む



【クラウド型】

患者同意のもと、薬局から直接サーバにデータを保管



※どの薬局の情報でも記録できるよう、平成24年に保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）が標準データフォーマットを策定

普及のための方策

～バラバラから一つへ～

- 一つのお薬手帳で過去の服用歴を一覧できる仕組みを構築するとともに、異なるシステムが利用される下でも、全国の医薬関係者で必要な情報が共有化できるようにする。
- 医療情報連携ネットワークの普及で、将来、ネットワーク上の情報の一部を患者が手帳として携行することも想定。今後を見据え、データフォーマットの統一化などの整備を図る。

○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できるかかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

2. 24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・ 薬局単独の実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・ へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

3. 医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

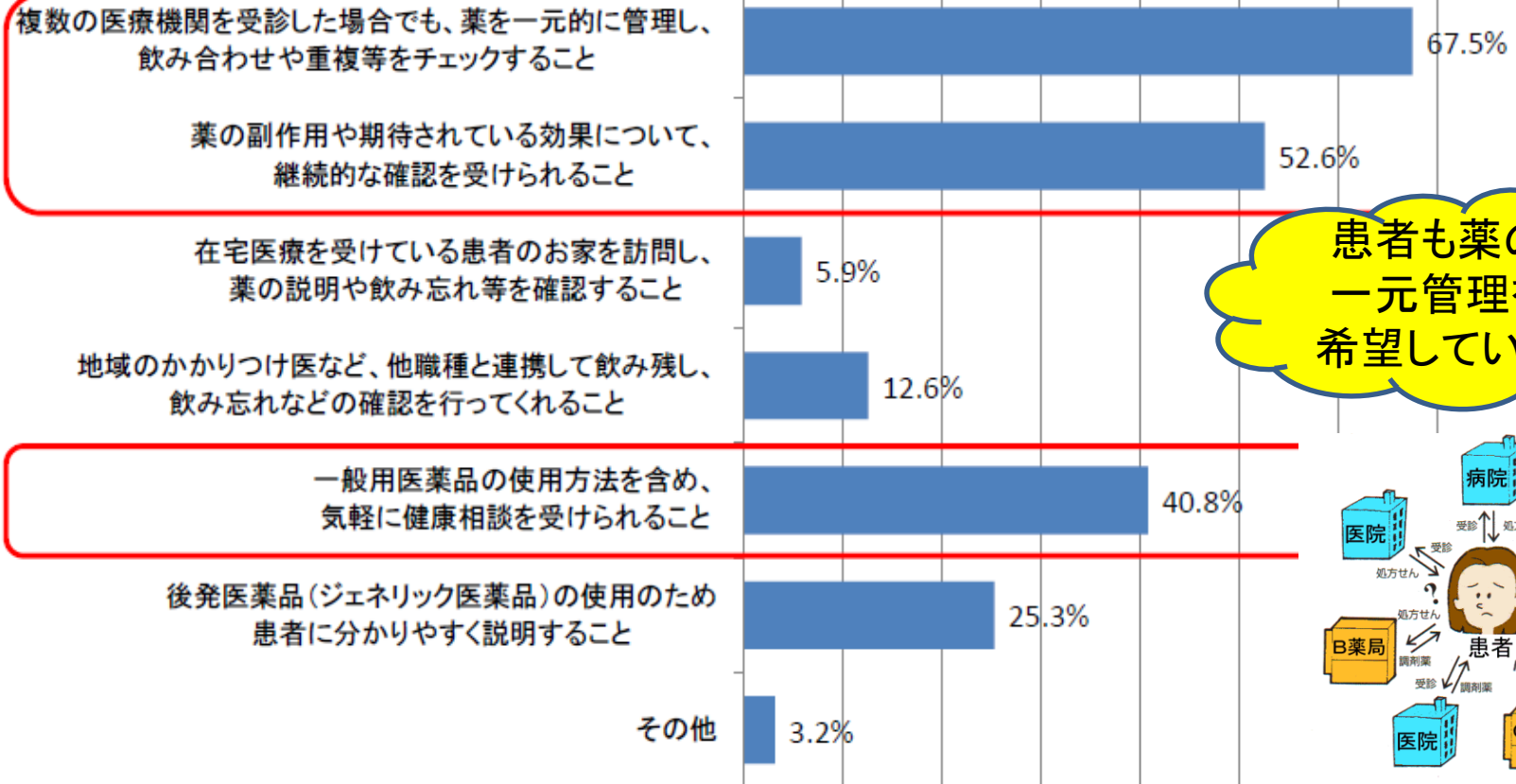
患者が薬局に求める機能

患者が薬局に求める機能としては、薬の一元的・継続的な確認や気軽に健康相談を受けられることへの回答が多い。

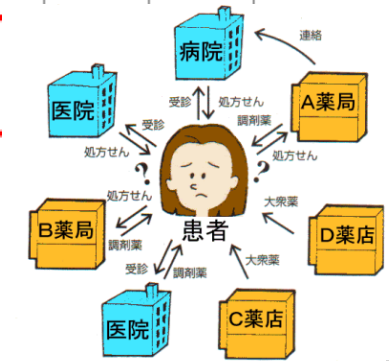
※患者調査

➤ 薬局に求める機能(複数回答)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80%



患者も薬の一元管理を希望している

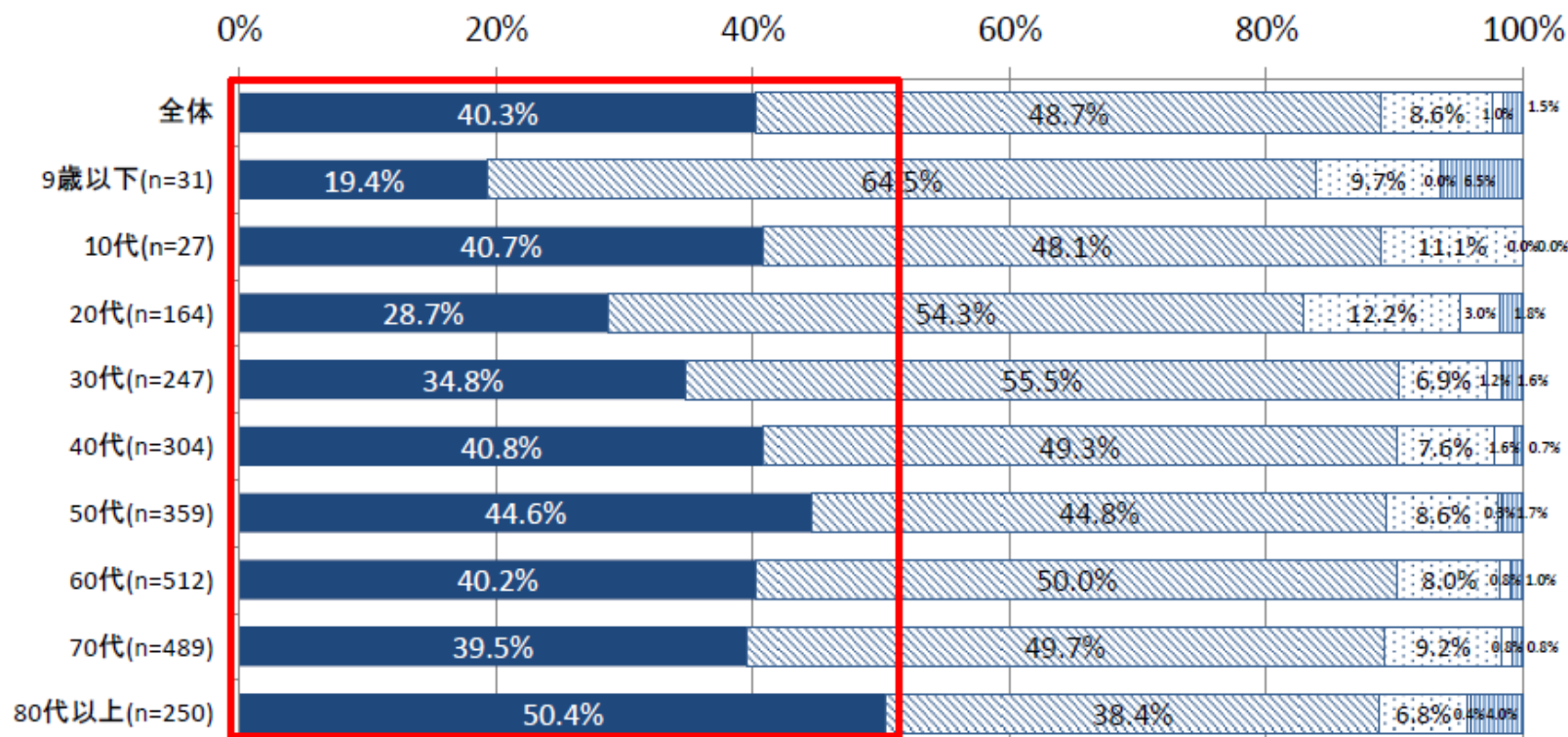


薬局の利用状況

どこの医療機関にかかっても同じ薬局で薬を受け取る患者は、年齢が高くなるにしたがって増加する傾向にあり、80代以上においては約半数の患者がどこの医療機関にかかっても同じ薬局を利用しているとの回答であった。

➤ 受診後に薬を受け取る場所(医療機関、薬局)

※患者調査



■ どこの医療機関にかかっても同じ薬局

□ 医療機関で薬剤師から

■ その他

■ 受診した医療機関の付近にある薬局

□ 医療機関で薬剤師以外から

n=2,417

かかりつけ
薬局を持つ
ている

かかりつけ薬局



国際医療福祉大学三田病院

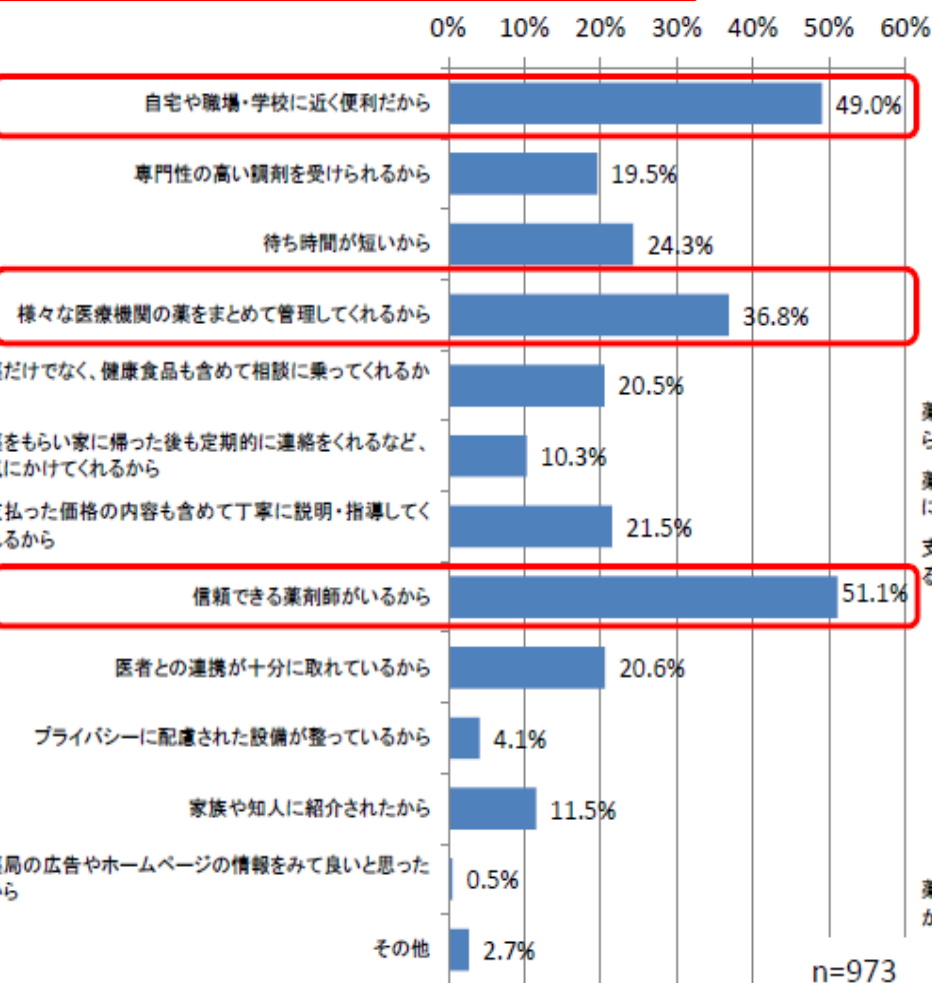
アムロジピン
とロサルタン
を調剤してもらっています



患者が薬局を選択する理由

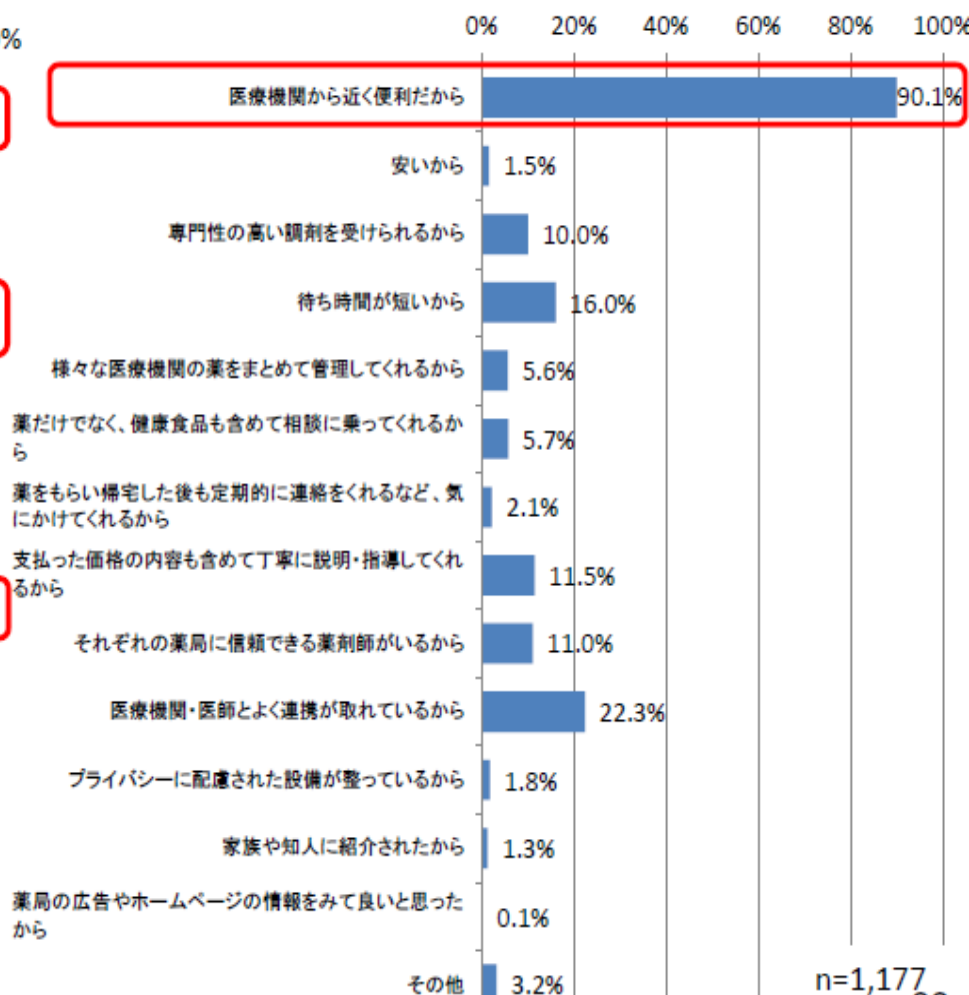
患者が同じ薬局を利用するのは「信頼できる薬剤師がいる」、「自宅や職場・学校に近く便利」、「様々な医療機関の薬をまとめて管理してくれる」といった理由によるものが多く、別々の薬局を利用するのは「医療機関から近く便利」との理由が多数を占めていた。

➤ 同じ薬局を利用する理由(複数回答)



➤ 別々の薬局を利用する理由(複数回答)

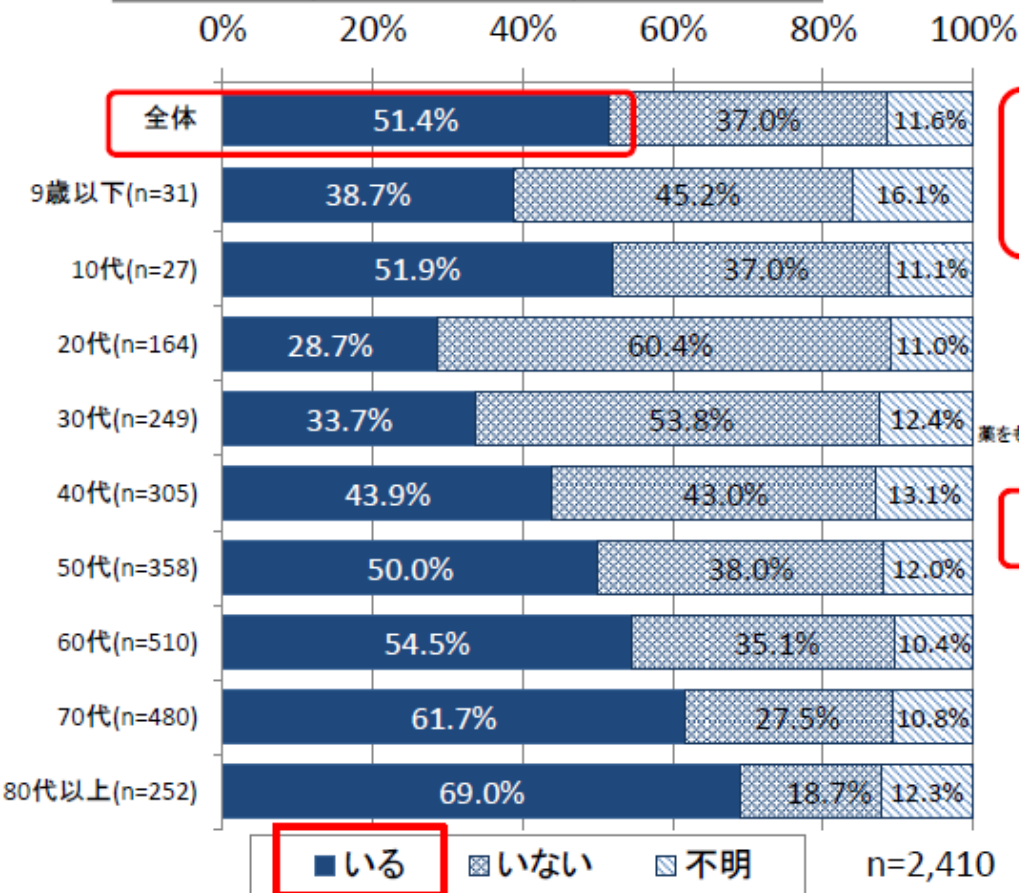
※患者調査



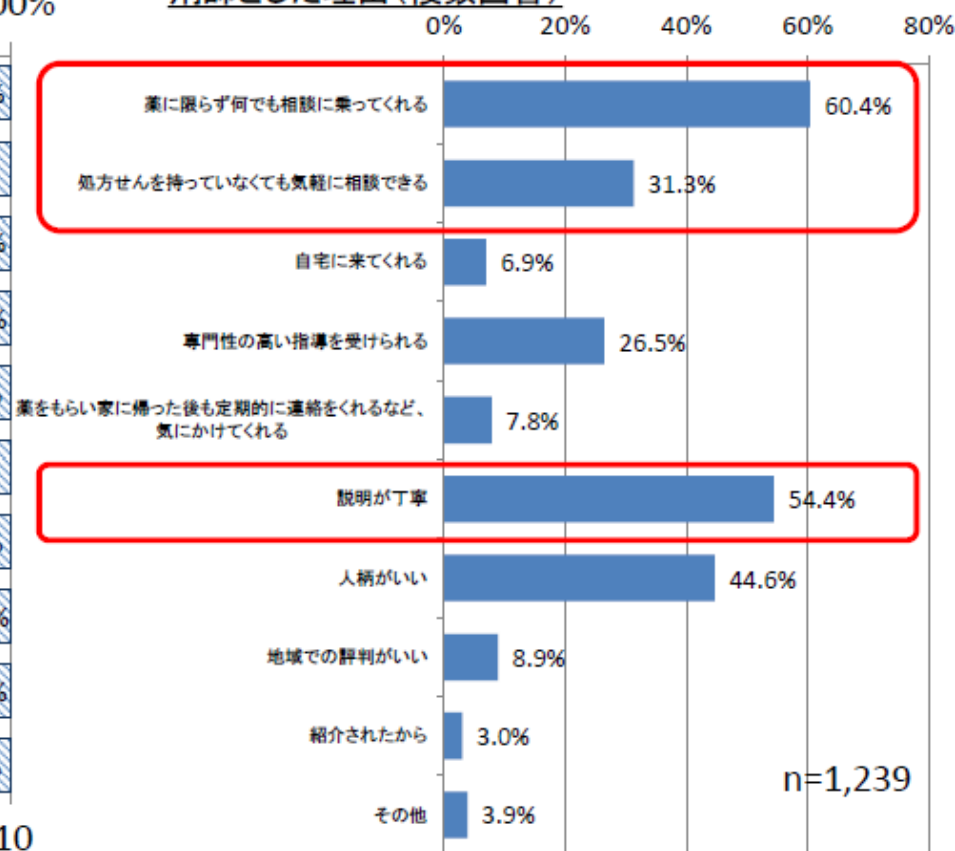
かかりつけ薬剤師の有無

薬局に来局した患者に聞いたところ、約半数の患者がかかりつけ薬剤師と呼べる薬剤師がいると回答しており、年齢が高くなるにしたがって、その割合は増加している。また、かかりつけ薬剤師を選択した理由としては、「薬に限らず何でも相談に乗ってくれるから」、「説明が丁寧だから」、「処方せんを持っていなくても気軽に相談できるから」との回答が多くなっていた。

➤ かかりつけ薬剤師と呼べる薬剤師がいるか



➤ 「いる」場合、その薬剤師をかかりつけ薬剤師とした理由(複数回答) ※患者調査

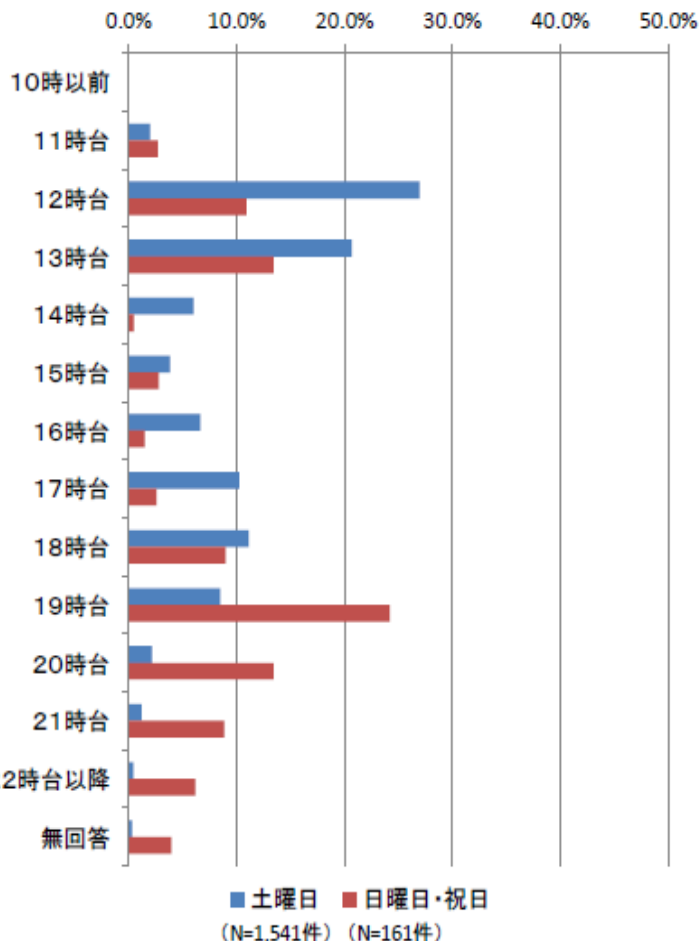
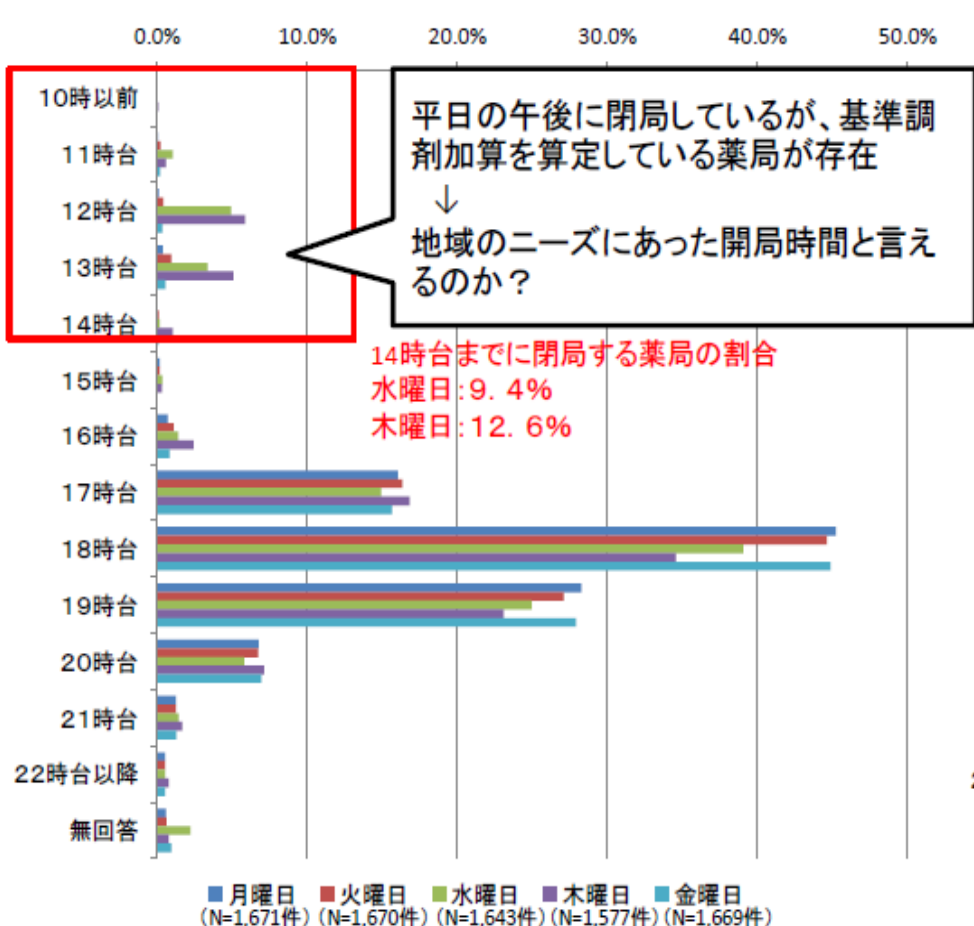


薬局の閉局時間

平日の閉局時間は17時以降が多いが、水曜日と木曜日は午後閉局している薬局が認められる。

平日の閉局時間(一時的な閉局時間は除く)

土曜、日曜・祝日の閉局時間



※薬局調査(閉局又は24時間開局の施設は除き集計)

患者が望む薬局の開局時間

開局時間については、平日は約8割程度の患者が夕方まで開局していることを望んでいる。また、土曜日、日曜日・祝日も一定程度開局していることを患者は望んでいる。

※患者調査

➤ 望ましい薬局の開局時間

	早朝 (8時まで)	午前 (8～12時)	午後 (12～17時)	夕方 (17～19時)	夜間 (19～21時)	24時間
平日	2.3%	79.1%	78.0%	71.3%	29.9%	3.3%
土曜日	1.4%	75.4%	58.0%	32.9%	12.8%	3.6%
日曜日・祝日	1.6%	35.0%	27.3%	17.9%	9.5%	4.3%

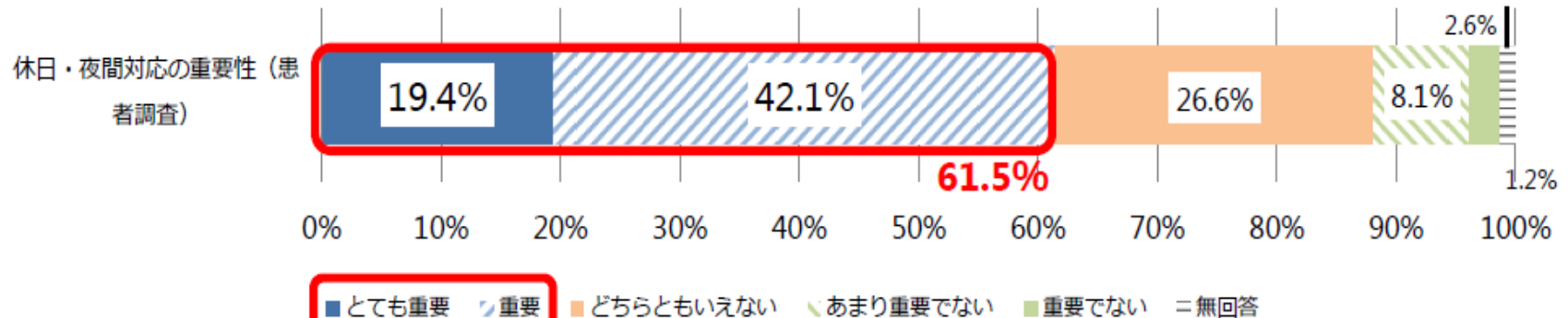
n=4,309

薬局における休日・夜間の対応

○薬局の休日・夜間対応について、患者の6割以上が重要と回答している。

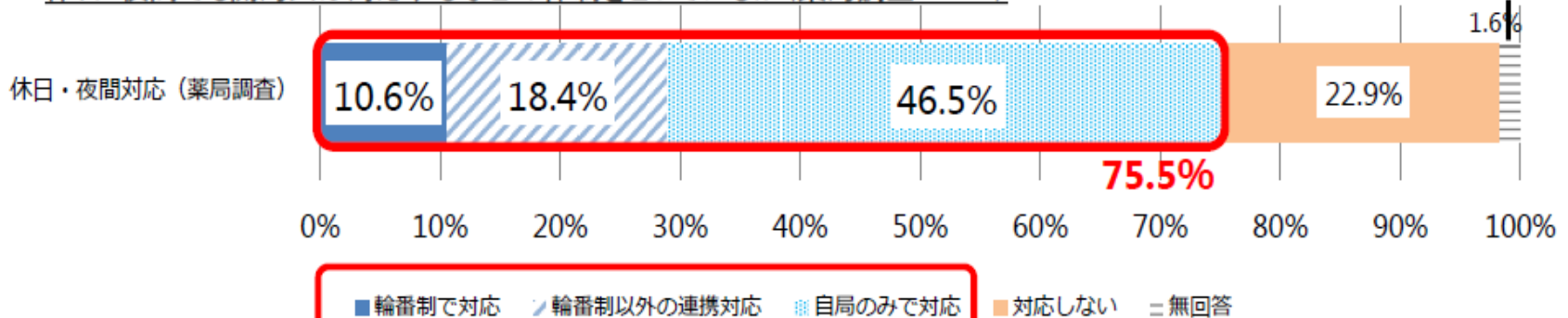
○また、休日・夜間体制が整備されている薬局は75.5%であり、このうち実際に休日・夜間対応を行った薬局は1ヶ月間で6割以上存在していた。

➤ 薬局が休日・夜間でも開局又は対応するなどの体制をとることの重要性について(患者調査N=281,010)



出典) 平成26年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

➤ 休日・夜間でも開局又は対応するなどの体制をとっているか(薬局調査N=701)



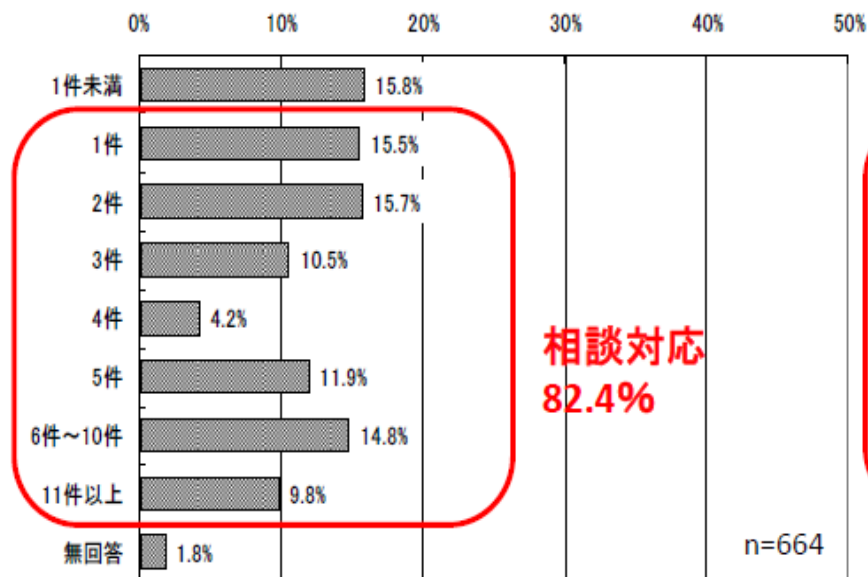
このうち1ヶ月間で実際に対応した薬局 **62.8%**

出典) 平成23年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局のかかりつけ機能に係る実態調査報告書」

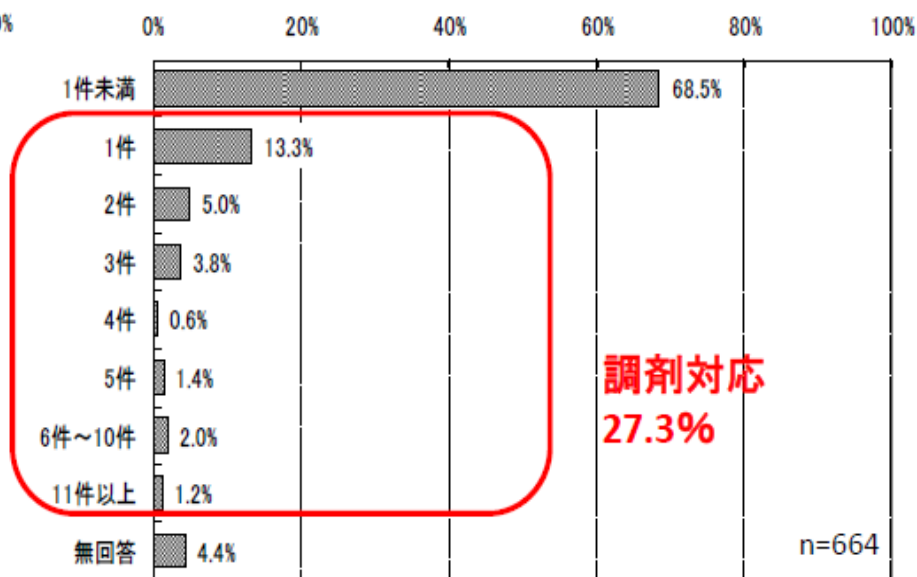
薬局における開局時間外の対応状況

開局時間外における1ヶ月間の対応状況は、相談対応が8割以上、調剤を行ったのは3割弱程度の薬局であった。

➤ 開局時間外で対応した1か月当たりの平均相談対応件数



➤ 開局時間外に実際に調剤を行った件数



薬局の機能

薬局の機能として、プライバシーへの配慮、地域のニーズに応じた開局時間については、患者の求めるニーズに比較して、薬局が対応できていないと考えている結果であった。

▶ 薬局が現在備えている機能と求められていると考える機能(複数回答)

※薬局薬剤師調査

栄養・食生活、飲酒、喫煙等の生活習慣全般に係る相談の応需・対応等、地域住民の生活習慣改善、疾病の予防に資する取組みなど健康情報拠点としての役割

後発医薬品の使用を積極的に促進していること

在宅訪問薬剤管理指導を実施していること

残薬の確認や副作用の発生状況の確認により、薬の変更や減量等の提案を行うこと

勤務している薬剤師が研修等により、常に知識・技術の向上に励んでいること

「服薬状況や副作用の発現状況等の医師等へのフィードバック」や「災害時に医薬品の供給拠点となること」等、地域保健医療へ貢献していること

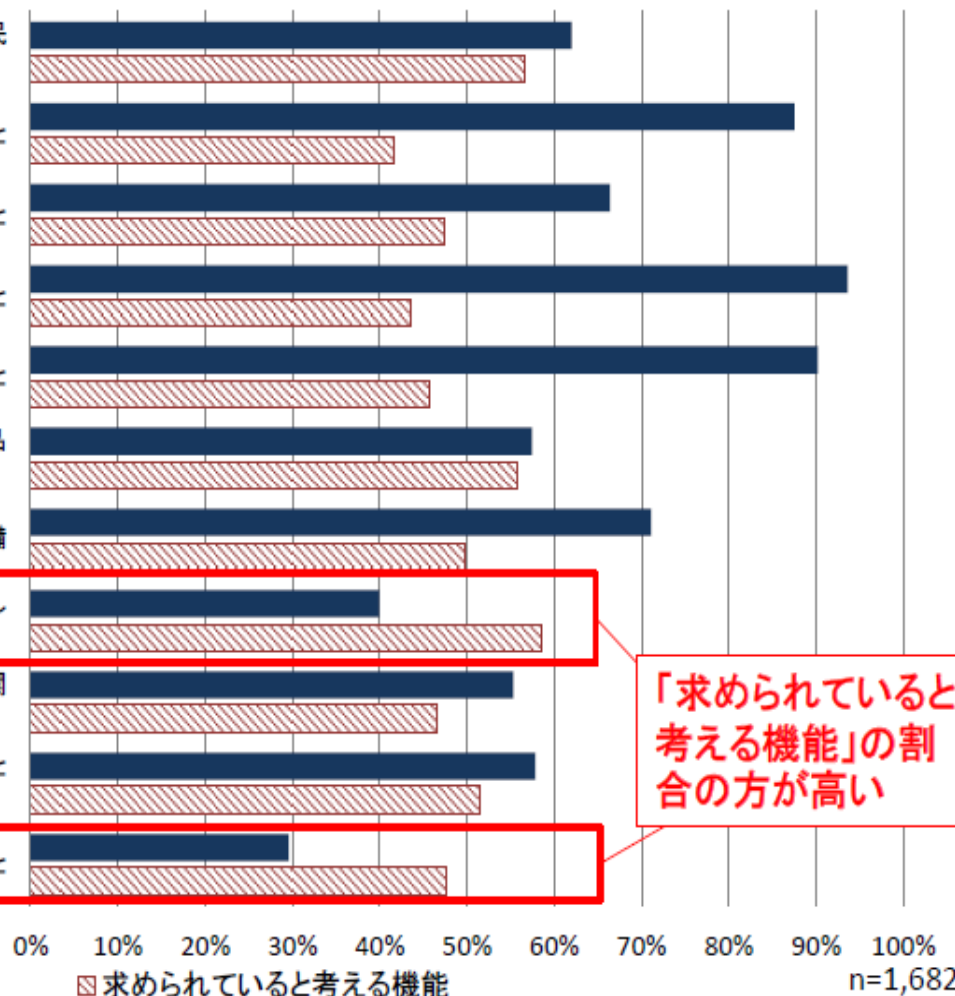
バリアフリーや禁煙等に配慮した構造・設備

患者とのやりと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

OTCを販売し、販売に際しては、薬剤服用歴の記録に基づいた情報提供と医療機関へのアクセスの確保を行っていること

地域のニーズに応じた医薬品(OTCを含む)、医療・衛生材料、介護用品の備蓄と供給を行っていること

休日・夜間でも開局するなど地域のニーズに応じた開局時間であること



「求められていると考える機能」の割合の方が高い

■ 現在備えている機能

▨ 求められていると考える機能

n=1,682

医療機関との連携

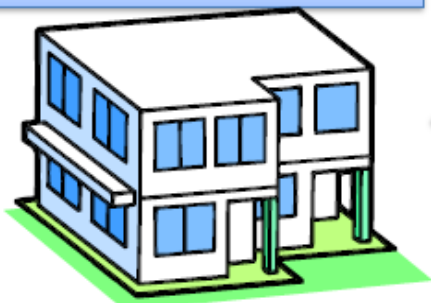
2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

紹介

逆紹介

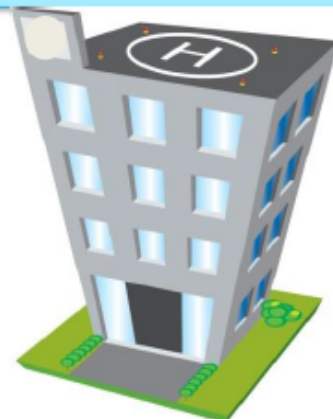


平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療

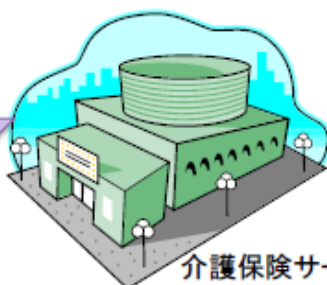


地域の拠点となるような病院

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

介護が必要な時

医療が必要な時



介護保険サービス等

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小

	地域包括診療料 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在総管、特医総管を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・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、認知症の4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。(経過措置1年)											
服薬管理	<p>・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</p>	<p>・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 (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。その場合、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、説明すること等を行う。)</p>										
	<p>・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し、カルテに記載する</p> <p>・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、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等</p> <p>・当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示する</p> <p>・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</p>											
健康管理	<p>・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</p>											
介護保険制度	<p>・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。</p> <p>・下記のいずれか一つを満たす</p> <table border="0"> <tr> <td>①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供</td> <td>④介護保険の生活期リハの提供</td> <td>⑦所定の研修を受講</td> </tr> <tr> <td>②地域ケア会議に年1回以上出席</td> <td>⑤介護サービス事業所の併設</td> <td>⑧医師がケアマネージャーの資格を有している</td> </tr> <tr> <td>③居宅介護支援事業所の指定</td> <td>⑥介護認定審査会に参加</td> <td>⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定</td> </tr> </table>			①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	④介護保険の生活期リハの提供	⑦所定の研修を受講	②地域ケア会議に年1回以上出席	⑤介護サービス事業所の併設	⑧医師がケアマネージャーの資格を有している	③居宅介護支援事業所の指定	⑥介護認定審査会に参加	⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定
①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供	④介護保険の生活期リハの提供	⑦所定の研修を受講										
②地域ケア会議に年1回以上出席	⑤介護サービス事業所の併設	⑧医師がケアマネージャーの資格を有している										
③居宅介護支援事業所の指定	⑥介護認定審査会に参加	⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定										
在宅医療の提供および24時間の対応	<p>・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること</p> <p>・下記のすべてを満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院 	<p>・下記のすべてを満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 	<p>・下記のうちいずれか1つを満たす</p> <ol style="list-style-type: none"> ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所 									

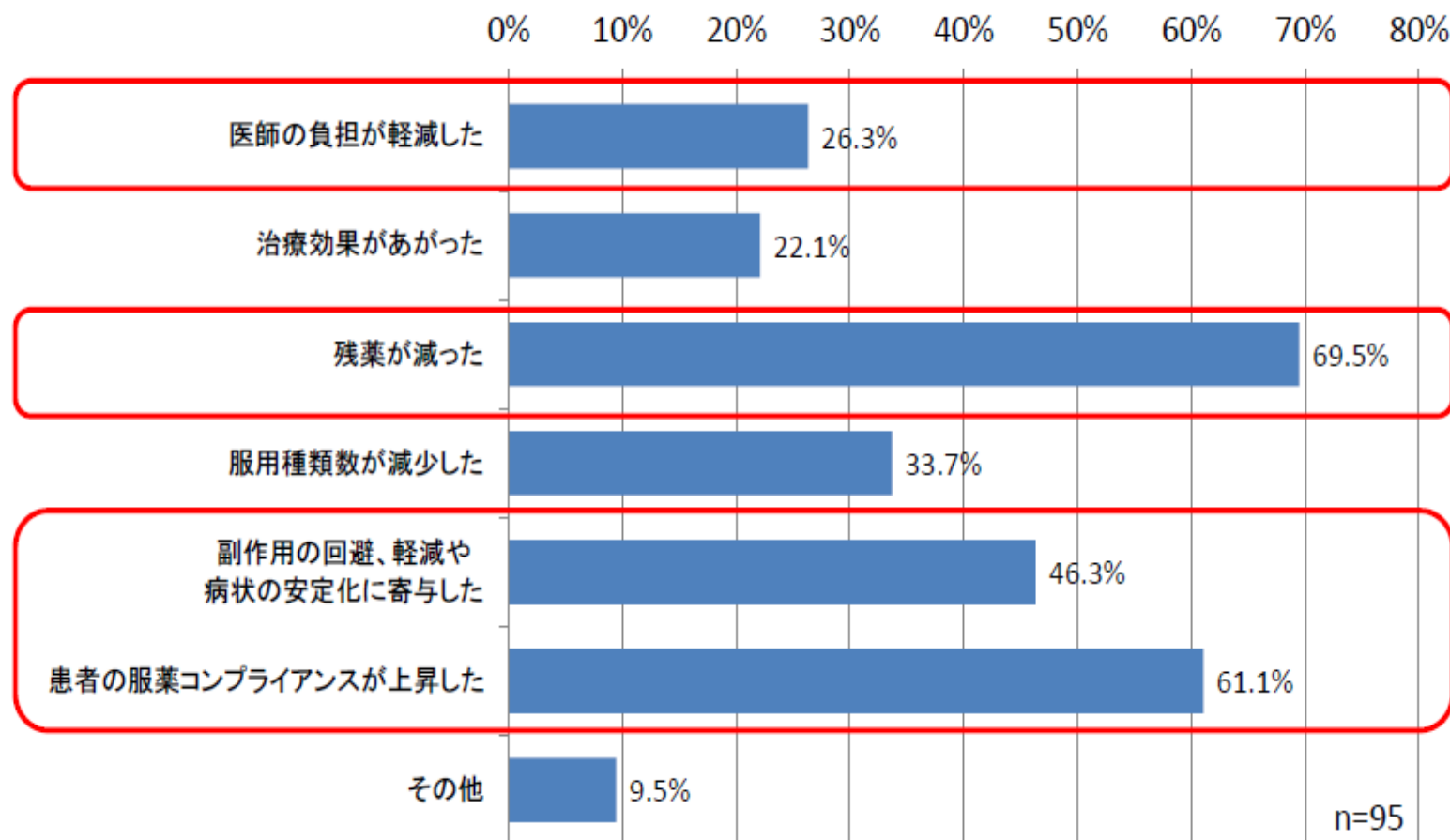
医療機関と薬局の連携の効果

中医協 総 - 3
27.11.6

医療機関との連携により、残薬削減や患者のコンプライアンス上昇・副作用回避、医師の負担軽減に資する結果となっていた。

※薬局薬剤師調査

➤ 地域包括診療料又は地域包括診療科加算を算定している医療機関との連携による効果(※複数回答)



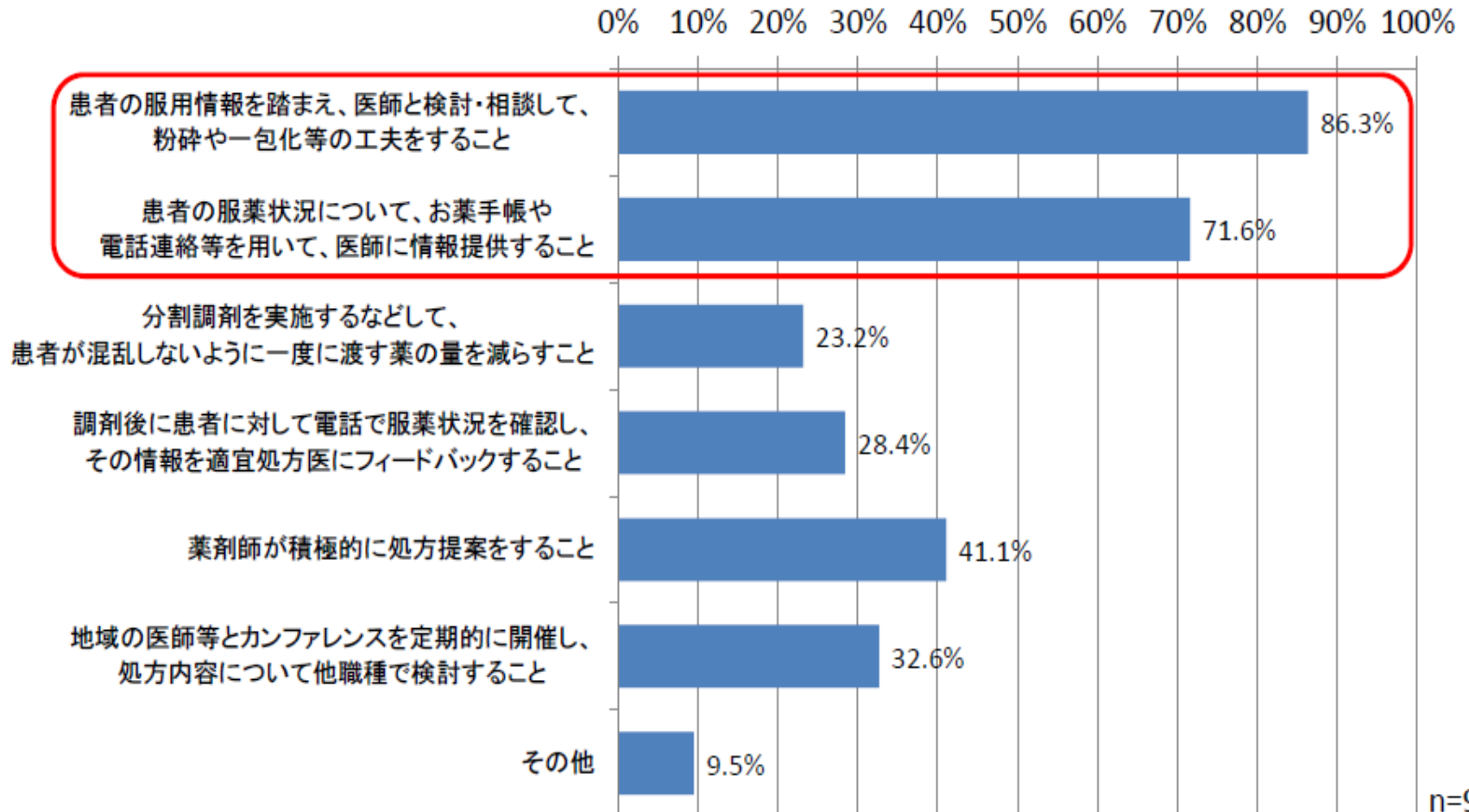
医療機関と薬局の連携方法

中医協 総 - 3
27.11.6

残薬や多剤・重複投薬を減らす上で効果的と考えられる連携方法として、医師と連携して粉碎・一包化をする等の工夫や患者の服薬状況を医師に情報提供することが多くなっていた。

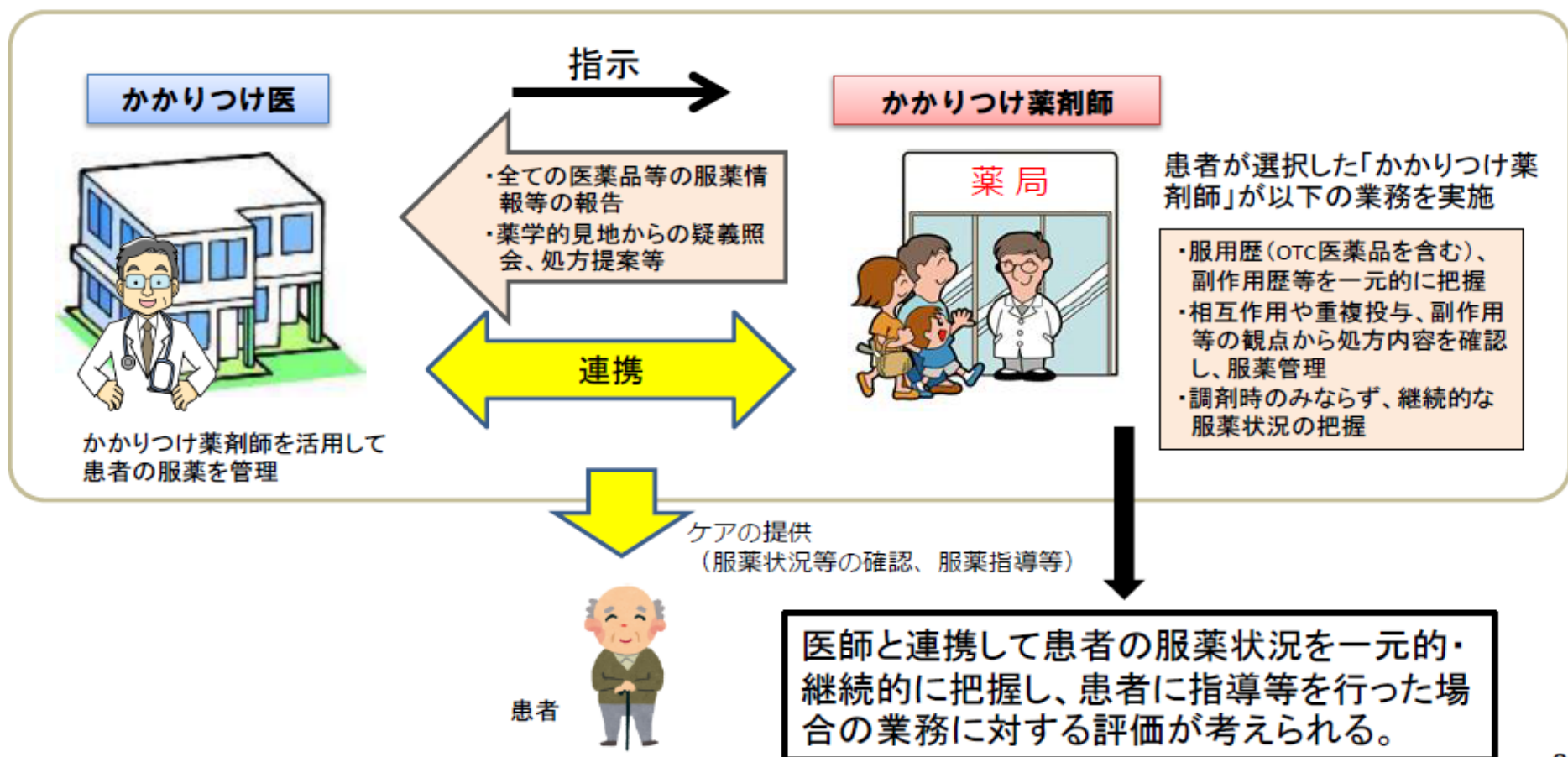
残薬や多剤・重複投薬を減らすうえで効果的と考えられる連携方法（※複数回答）

※薬局薬剤師調査



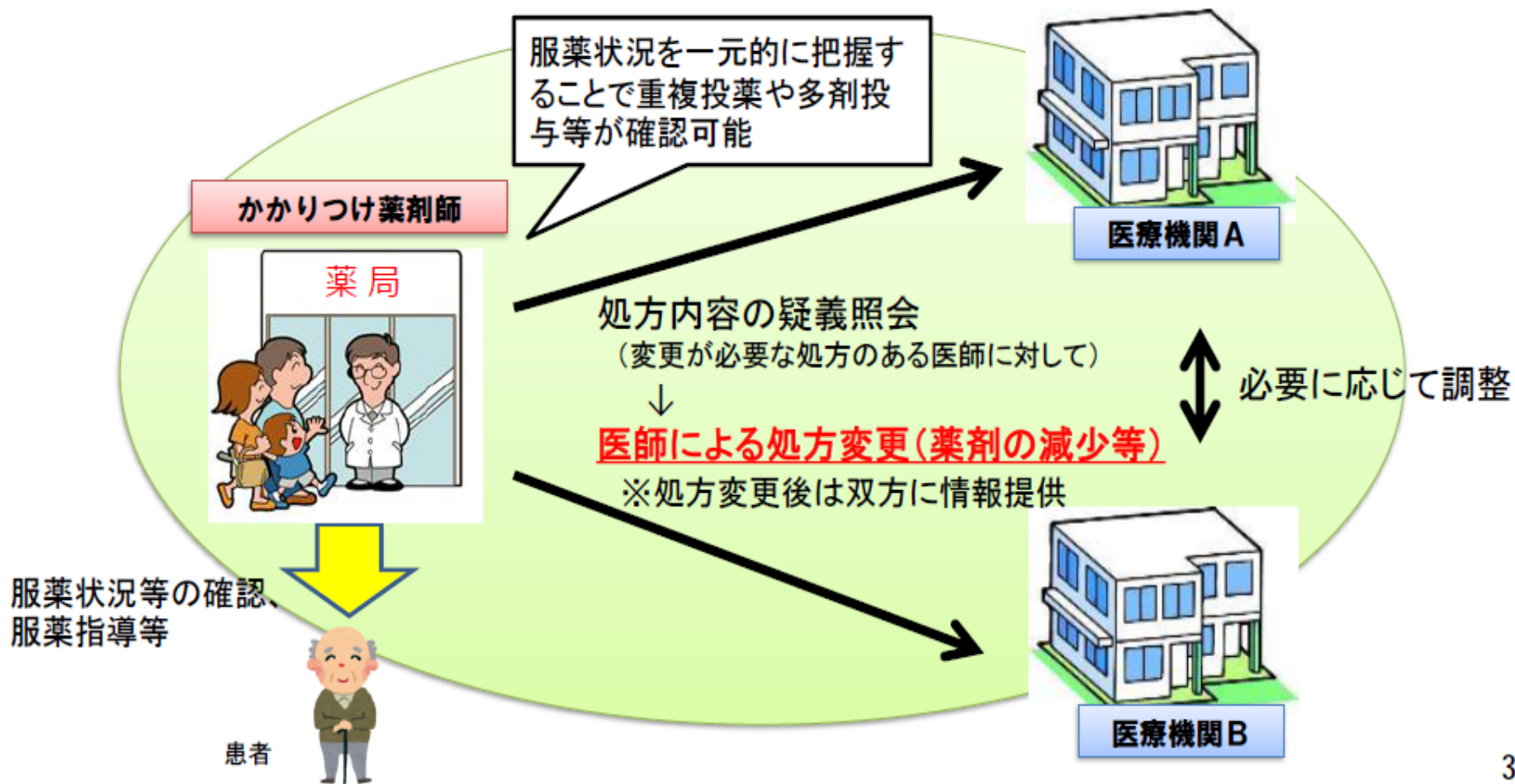
かかりつけ医とかかりつけ薬剤師の連携（イメージ）

かかりつけ薬剤師は、患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導等を行う。また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬情報等を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義照会や処方提案等を行う。



医療機関と薬局が連携して多種類の服薬を行っている患者の 処方薬剤を減少させる取り組み(イメージ)

複数受診している患者であっても、かかりつけ薬剤師として患者の服薬状況を一元的・継続的に把握することで、重複投与や多剤投与等が確認でき、薬剤を減少させる必要性が生じれば、処方内容の疑義照会を行うことで薬剤の減少等の取り組みが可能となる。



2015年12月4日 中医協総会

調剤報酬について



調剤報酬改定のポイント

ポイント1. かかりつけ薬剤師・薬局の評価

- かかりつけ薬剤師の評価／かかりつけ機能を有する薬局の評価(基準調剤加算)

ポイント2. 対人業務の評価の充実

- 薬剤服用歴管理指導料の見直し
- 継続的な薬学的管理
- 減薬等のための処方内容の疑義照会に対する評価
- 調剤料の適正化

ポイント3. いわゆる門前薬局の評価の見直し

- 調剤基本料の適正化／未妥結減算／かかりつけ機能を有していない薬局の適正化

ポイント4. 高齢者の多剤処方

ポイント1 かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能

患者のための薬局ビジョン(抜粋)

1 かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能

(2) かかりつけ薬剤師とかかりつけ薬局の関係

○このような薬局の業務実態等を踏まえると、かかりつけ薬剤師がその役割を発揮し、患者が医薬分業のメリットを十分に感じられるようするためには、組織体としての薬局が以下のような業務管理を行うことが求められる。

ア 服薬指導等を行う薬剤師の担当制などの適切な勤務体制の確保

イ 薬剤師の育成・資質確保(患者とのコミュニケーション能力や在宅対応に関する研修等)

ウ 医療機関を始めとした、関係機関との連携体制の構築

エ 調剤事故やインシデント事例の発生を防ぐための安全管理体制の確保

○また、その構造設備等に関しても、来局者がかかりつけ薬剤師に気軽に相談できるスペースの確保や、患者の医薬品ニーズに適時適切に対応できるようにするための必要な医薬品の備蓄・保管、品質管理等を行うことが求められる。

○ かかりつけ薬剤師を配置し、その機能を発揮させるためには、薬局が組織体として上記のような業務管理体制や構造設備等を有していることが不可欠であり、こうした機能を持つ薬局がかかりつけ薬局と位置づけられる。

かかりつけ薬剤師・薬局の評価について

【課題】

- 「患者のための薬局ビジョン」において、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能として、①服薬情報の一元的・継続的把握、②24時間対応・在宅対応、③医療機関等との連携が求められている。また、かかりつけ薬剤師の役割を発揮するためには、薬局がかかりつけ薬局として必要な体制を有することが求められている。
- 医師（医療機関）と薬剤師（薬局）の連携により、服薬コンプライアンスの上昇・副作用の回避等の効果があったとの調査報告がある。
- 薬局の開局時間外における対応状況は、相談対応が8割以上で調剤を行ったのは3割弱程度の調査結果であった。
- 「患者のための薬局ビジョン」、「薬局の求められる機能とあるべき姿」においては、薬局が備えるべき基本的体制やかかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能などが定められている。このうち、開局時間やプライバシーへの配慮については、患者の求めるニーズに対応できていないと考えている薬局の割合が多かった。
- 薬局における患者への情報提供については、調剤報酬点数表に関する事項の掲示・説明や明細書などによって行われているが、患者にサービス内容等をわかりやすく表示することなどが求められている。

かかりつけ薬剤師の要件とは？

【論点】

- 患者が選択する、かかりつけ薬剤師の要件等を診療報酬上明確にした上で、当該薬剤師が医師と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握する業務を評価してはどうか。また、かかりつけ薬剤師の業務の包括的な評価も検討してはどうか。
- 基準調剤加算については、在宅訪問の実績要件をさらに求めるとともに、開局時間、相談時のプライバシーに配慮した要件の追加、24時間対応に関する実態に即した要件の明確化など、「患者のための薬局ビジョン」等を踏まえ、かかりつけ機能を評価してはどうか。
- また、かかりつけ機能を有する薬局としては、かかりつけ薬剤師となりうる、当該薬局に一定時間以上勤務する薬剤師を配置することを基準調剤加算の要件に追加することとしてはどうか。
- 患者に対する情報提供に関しては、患者の選択に資するよう、薬局のサービスの内容も含めて丁寧にわかりやすい情報提供を推進することとしてはどうか。
- 基準調剤加算については、かかりつけ薬剤師・薬局の普及状況等を踏まえて、次期改定以降も引き続き見直しを検討していくこととしてはどうか。

基準調剤加算の施設基準

- 基準調剤加算は薬局のかかりつけ機能を評価している。(調剤基本料への加算)
- 平成26年度改定では、在宅薬剤管理の充実や24時間対応を評価するため要件を追加した。

	基準調剤加算1 (12点)	基準調剤加算2 (36点)
備蓄品目	○700品目以上	○1,000品目以上
24時間調剤	●単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携 (連携体制を構築する薬局数は10未満)	●当該薬局のみで24時間調剤
在宅業務	●在宅業務体制の整備	●在宅業務体制を整備し10回/年以上の実績 ●医療材料及び衛生材料供給体制の整備 ●在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)訪問看護ステーションとの連携体制の整備 ●ケアマネージャーとの連携体制の整備
処方箋受付回数、集中度	○4,000回/月を超える薬局は、集中度が70%以下	○600回/月を超える薬局は集中度が70%以下
共通項目	<ul style="list-style-type: none"> ●在宅業務、24時間調剤体制について文書で情報提供 ●麻薬小売業者の免許 ○地域の保健医療機関や患者の需要に対応した開局時間 ○定期的に研修を実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 ○処方された医薬品に係る情報提供体制 ●「薬局の求められる機能とあるべき姿」に掲げる機能の整備(努力義務) 	

かかりつけ
薬剤師の要件
が加わる

※赤字(●)は平成26年度改定箇所

ポイント2 対人業務の評価の充実について

【課題】

- ・ 薬剤服用歴管理指導料については、繰り返し来局した患者であっても毎回同じ点数を算定しているが、算定に必要な業務時間は、初回と比較して2回目以降は短くなっているとの調査結果がある。また、業務内容についても初回と2回目以降では異なる。
- ・ 薬剤服用歴管理指導料におけるお薬手帳については、現在紙媒体のみである。他方、「日本再興戦略」や「患者のための薬局ビジョン」では、電子版お薬手帳の普及を進めることとされている。
- ・ 重複投薬や相互作用の防止、残薬解消を目的に処方医に疑義照会して処方変更を行った業務については評価されているが、過去の副作用歴やアレルギー歴等に基づく疑義照会により処方変更し、有害事象を未然に防いだ場合等の業務については評価されていない。
- ・ 薬剤服用歴管理指導料は調剤時の指導業務に対する評価であるが、調剤後に患者の服薬状況等の確認や情報提供を実施した場合の評価としては、外来服薬支援料等がある。
- ・ 継続的な服薬状況の把握のため、患者にバッグ等(いわゆるブラウンバッグ)を渡して患者宅にある薬を持参してもらうことで、残薬管理等を行う取組により、残薬解消や医療費削減に効果があったとの報告がある。
- ・ 薬局の業務について、調剤重視から服薬管理・指導重視への転換を検討することや従来の対物業務から対人業務へとシフトを図ることが求められている。



【論点】

- 薬剤服用歴管理指導料は、業務の実態も考慮しつつ、服薬状況の一元的な管理のために患者が同じ薬局にお薬手帳を持参して繰り返し来局することのインセンティブを与えるため、2回目以降に手帳を持参して来局する場合の点数を低くすることについてどのように考えるか。
- お薬手帳については、電子版の手帳であっても、紙媒体と同等の機能を有する場合には、算定上、紙媒体の手帳と同様の取扱いが可能と位置づけてはどうか。
- 重複投薬・相互作用防止加算については、医師と連携の上、減薬等にかかる疑義照会を進めるため、加算できる範囲の見直しなど評価を充実させてはどうか。
- 継続的な薬学的管理を進めるため、ブラウンバッグによる残薬削減等の推進を検討してはどうか。
- 対物業務の評価適正化として、調剤料及びその加算の仕組みについて、例えば、調剤日数に応じて増加する一包化加算などの評価を見直してはどうか。
- 対物業務から対人業務への構造的な転換を促すため、調剤料や指導料の評価の仕組みの在り方について、引き続き検討していくこととしてはどうか。

薬局における薬学的管理及び指導の充実

薬剤服用歴管理指導料の評価の見直し

お薬手帳を必ずしも必要としない患者に対する薬剤服用歴管理指導料の評価を見直す。

改定前 (H24.4～H26.3)

薬剤服用歴管理指導料	41点
------------	-----

- ・お薬手帳の記載
- ・薬剤情報提供文書の提供と説明
- ・薬剤服用歴の記録とそれに基づく指導
- ・残薬確認
- ・後発医薬品に関する情報の提供



改定後 (H26.4～)

薬剤服用歴管理指導料	41点
------------	-----

- ・お薬手帳の記載
- ・薬剤情報提供文書の提供と説明
- ・薬剤服用歴の記録とそれに基づく指導
- ・残薬確認
- ・後発医薬品に関する情報の提供

(新) 薬剤服用歴管理指導料の特例 (お薬手帳を交付しない場合)	34点
---	------------

- ・薬剤情報提供文書の提供と説明
- ・薬剤服用歴の記録とそれに基づく指導
- ・残薬確認
- ・後発医薬品に関する情報の提供

(参考) 平成24年改定前

H20.4～H24.3

薬剤服用歴管理指導料	30点
------------	-----

薬剤情報提供料	15点
---------	-----

(お薬手帳を通じた情報提供)

服薬状況等の確認のタイミングの明確化

薬剤服用歴管理指導料について、服薬状況並びに残薬状況の確認及び後発医薬品の使用に関する患者の意向の確認のタイミングを、調剤を行う前とするよう見直す。

お薬手帳の取扱い

現行の薬剤服用歴管理指導料におけるお薬手帳の算定要件は、紙媒体によるもののみである。

薬剤服用歴管理指導料におけるお薬手帳の算定要件

- 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。
※「手帳」とは、継時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。
 - ア患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
 - イ患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
 - ウ患者の主な既往歴等疾患に関する記録

「日本再興戦略」(平成27年6月閣議決定)〈抜粋〉

- ②医療・介護等分野におけるICT化の徹底
 - ・医療等分野でのデータのデジタル化・標準化の推進／地域医療情報連携(介護を含む。)等の推進
 - 医療等分野でのデータの電子化・標準化を通じて、検査・治療・投薬等診療情報の収集・利活用を促進する。また、患者の利便性向上などの観点から、医療等分野の番号を活用した医療介護現場での情報連携の促進を図る。(略)さらに、患者自身が服薬情報をいつでも、どこでも入手し、薬局薬剤師等から適切な服薬指導等を受けられるよう、本年度中に電子版お薬手帳の更なる機能性の向上について検討を行い、2018年度までを目標とする地域医療情報連携ネットワークの全国各地への普及と併せて国民への普及を進める。

「患者のための薬局ビジョン」〈抜粋〉

- 2 ICTを活用した服薬情報の一元的・継続的把握の推進
 - (2) 電子版お薬手帳の活用推進
 - 電子版お薬手帳については、紙のお薬手帳に比べ、
 - ① 携帯電話やスマートフォンを活用するため、携帯性が高く、受診時にも忘れにくい
 - ② データの保存容量が大きいこと、長期にわたる服用歴の管理が可能
 - ③ 服用歴以外にも、システム独自に、運動の記録や健診履歴等の健康に関する情報も管理可能といったメリットがあり、患者の属性や希望に応じて、紙のお薬手帳とともに、その普及を進める必要がある。

電子お薬手帳

- 電子お薬手帳活用の実証研究、上田薬剤師会、北海道薬科大などが開始
- 東日本メディコム、メデイエイド、KDDIが支援



電子お薬手帳の規格の標準化は？



上田市のイイジマ薬局

外来患者の服薬支援に関する取組①

- 節薬バッグ運動：外来患者の残薬の現状とその有効活用による医療費削減の取組み(福岡市薬剤師会)
- 実施期間：2013年2月～2014年1月
- 実施内容：薬局において、本活動の同意が得られた患者に「節薬バッグ」を渡し、次回来局時に残薬をバッグに入れて持参してもらい、残薬確認と調整を行う。(参加薬局127、協力患者1,367人)



<残薬確認による薬剤費削減率>

	処方された薬剤費(円)	削減された薬剤費(円)	薬剤費の削減率(%)
処方せん1枚当たり	8,280 [※] (4,322-15,044)	1,101 [※] (412-2,669)	15.54 [※] (6.57-33.30)
総数	16,593,964	3,492,722	21.05

※中央値(四分位範囲)

処方された薬剤費(総数)の約20%を削減

外来患者の服薬支援に関する取組②

おくすり整理そうだんバッグ活用

- 平成25年4月より、鹿児島県下(14地域)において、「おくすり整理そうだんバッグ」を用いた残薬整理事業を開始。
- 実施内容:薬局において、「おくすり整理そうだんバッグ」を渡し、次回来局時に残薬をバッグに入れて持参してもらい、残薬確認と調整を行う。必要に応じて主治医に連絡。



お薬相談バッグ

鹿児島県におけるこれまでのお薬整理そうだんバッグ事業と
平成26年度薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進事業での取り組み結果

	報告薬局数(軒)	総残薬数(件)	残薬額(円)	薬局あたりの残薬額(円)
①H25年4月(1ヶ月)	128	168	621,000	4,857
②H25年10月(1週間)	164	548	1,891,000	11,536
③H26年8~9月(1週間)	274	657	2,186,000	7,979
④H26年10~11月(1週間)	166	362	1,006,000	6,386

※③と④が健康拠点推進事業

残薬バッグの
活用!

【出典】鹿児島県薬剤師会の取り組み

ポイント3 いわゆる門前薬局の評価の見直しについて

【課題】

- ・ 本来の医薬分業の姿としては、地域において患者が特定の薬局を選択し、当該薬局は複数の医療機関からの処方せんを受け付けることで、患者の服薬状況の一元的・継続的な把握が可能になり、患者に応じた薬歴管理や丁寧な服薬指導を行うことが可能になる。
- ・ 処方せんの受付回数が多く、特定の医療機関からの集中率が高い薬局には、低い点数の調剤基本料が適用されており、平成26年度の改定では、処方せん受付回数2,500回超かつ集中率90%超の薬局を特例の適用対象に追加した。
- ・ 同一法人の保険薬局の店舗数が多くなるにしたがって、1店舗あたりの利益率は高くなる傾向が認められる。
- ・ 未妥結減算制度により、妥結率の向上が認められているが、妥結率の推移は医療機関や薬局の区分により異なる。また、妥結率が向上したものの、200床以上の病院と20店舗以上の薬局の単品単価取引は進展していない。
- ・ 調剤基本料の特例対象施設は、地方厚生(支)局への届出対象となっていないため、随時把握することができない。



【論点】

- 大規模門前薬局の評価の適正化のため、以下のような取扱いとしてはどうか。
 - ・ 現行の処方箋受付回数と集中率による特例対象の要件については、次期改定以降、段階的に拡大することとしてはどうか。また、特例対象を除外するための24時間開局の要件は廃止してはどうか。
 - ・ 薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、店舗数の多い薬局、特定の医療機関から処方せんを多く受け付けている薬局、特定の医療機関との関係性が深いとみなされる薬局について評価を見直すこととしてはどうか。
- 未妥結減算制度は、今後の妥結状況を検証することを前提に、制度を継続することとし、薬局の対象範囲を見直してはどうか。
- 調剤基本料の特例対象施設や未妥結減算対象施設が随時把握できるよう、施設基準として地方厚生(支)局へ届け出ることとしてはどうか。
- 前述の「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」や「対人業務の評価の充実」のうち、かかりつけ機能に係る業務を一定期間行っていないと判断される薬局の評価についてどのように考えるか。

調剤報酬における適正化・合理化

調剤基本料の特例の見直し

処方せん受付回数月2,500回超かつ集中率90%超の薬局について、調剤基本料の特例の適用対象に追加する。

ただし、今回新たに調剤基本料の特例の適用対象とする2,500回超かつ90%超(4,000回超かつ70%超を除く)の薬局で24時間開局を行っている場合は、特例の適用除外とする。

基準調剤加算の見直し

調剤基本料の特例の適用対象の薬局は基準調剤加算1を算定不可とする。

ただし、今回新たに調剤基本料の特例の適用対象とする2,500回超かつ90%超(4,000回超かつ集中率70%超を除く)の薬局で24時間開局した場合は、基準調剤加算1のみ算定可能とする。

妥結率が低い保険薬局等の適正化

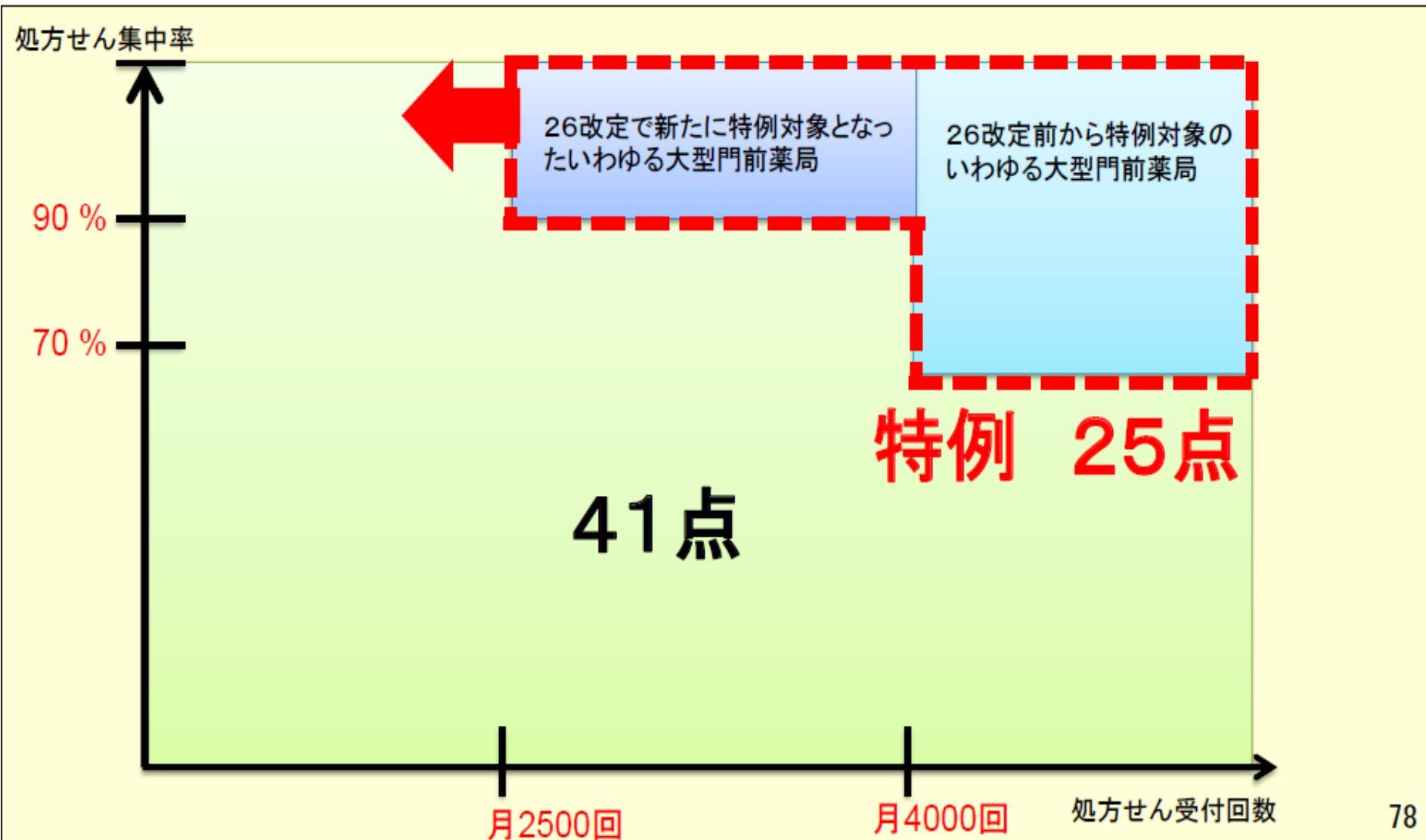
妥結率が低い場合は、医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに妥結率が50%以下の保険薬局及び200床以上の医療機関について、基本料の評価の適正化を図る。

(新) 調剤基本料 31点 (妥結率50%以下の場合)

(新) 調剤基本料の特例 19点 (妥結率50%以下の場合)

調剤基本料の特例

現行の枚数や集中率に応じた特例範囲を拡大することについてどのように考えるか。



○かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる かかりつけ薬剤師がいることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

1. 服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

2. 24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用タイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日など、在宅患者の症状変化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアシステムの一翼を担い、患者の健康増進に貢献する。

(参考)・現状で
・薬局
・へき地

前述の「2. かかりつけ薬剤師・薬局の評価」や「3. 対人業務評価の充実」におけるかかりつけ機能に係る業務を行っていない薬局は、「患者のための薬局ビジョン」で求められる薬局の姿ではないと考えられる。

3. 医療機関との連携

- 医師の処方内容を確認し、調剤後、患者への説明を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

【課題】

- 高齢者は、加齢に伴い、生理機能が変化するとともに服薬行動や医師による薬物治療の提供に影響が出る。年齢の上昇にしたがって保有疾患数が増加し、それに伴い服用薬剤数も増加する。
- 高齢者ほど処方される薬剤数が増加する。また、慢性疾患を有する高齢者では、平均約6剤の処方が行われており、認知症の高齢者についても平均で約6剤の処方が行われている。
- 多くの薬剤が処方されている高齢者は、薬剤による有害事象を発現するリスクが高い。また、高齢者では、加齢に伴う視力や認知機能の低下等により、服薬管理能力が低下する。さらに、服薬回数が多いほど、また、服薬する薬剤が多いほど、服薬アドヒアランスが低下する。
- 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)、Beers Criteria 2012、高齢者総合機能評価 (comprehensive geriatric assessment: CGA) 等、多剤処方がなされている高齢者の服薬数を減少させるためのツールが存在する。
- 医療機関において、服用薬剤数を減少する取り組みが行われた例では、一定の効果が報告されている。また、医療機関と薬局との連携によって、服薬コンプライアンスの上昇等に効果があるとの調査結果がある。



【論点】

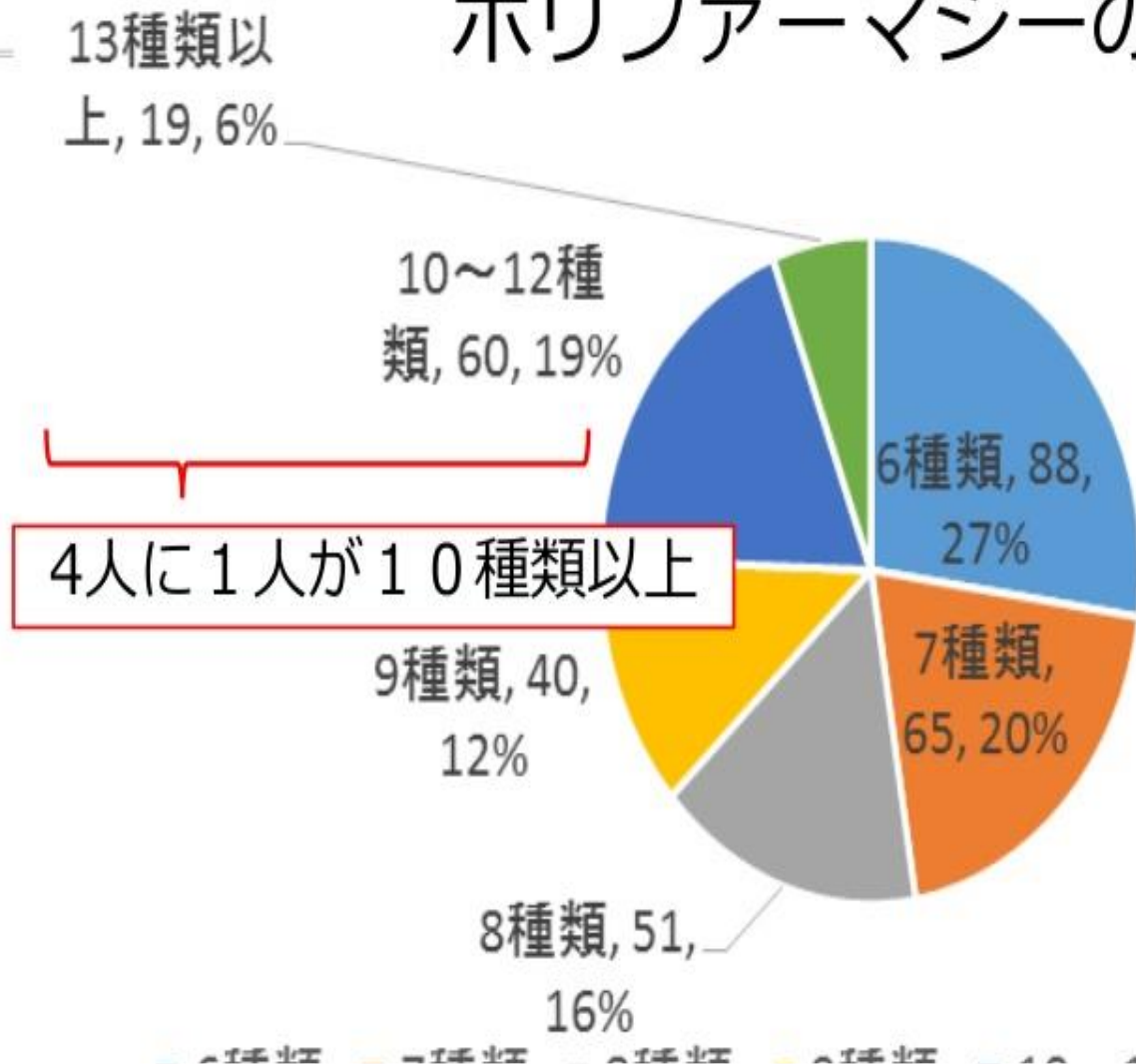
- 特に高齢者に、多種類の服薬に起因する有害事象を防止するとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、医療機関において、又は医療機関と薬局が連携して、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を減少させる取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合について評価することとしてはどうか。

高齢者の薬剤使用の問題点

- 高齢者は多剤投与が多い
 - 複数薬（5種類以上） 39%
 - OTC医薬品 90%
- 多剤投与による薬剤相互作用の危険も高い
- 高齢者は薬剤有害事象の発生頻度が高い
 - 有害事象を経験者 35%
 - 有害事象で入院 5%～ 35% （重篤者 6.7%）
 - 入院者死亡 4～6%（106,000名/年）
 - 有害事象の医療費 \$75～\$85billion/年
- 高齢者には「使用を避けるべき薬剤リスト」が必要



ポリファーマシーの内訳

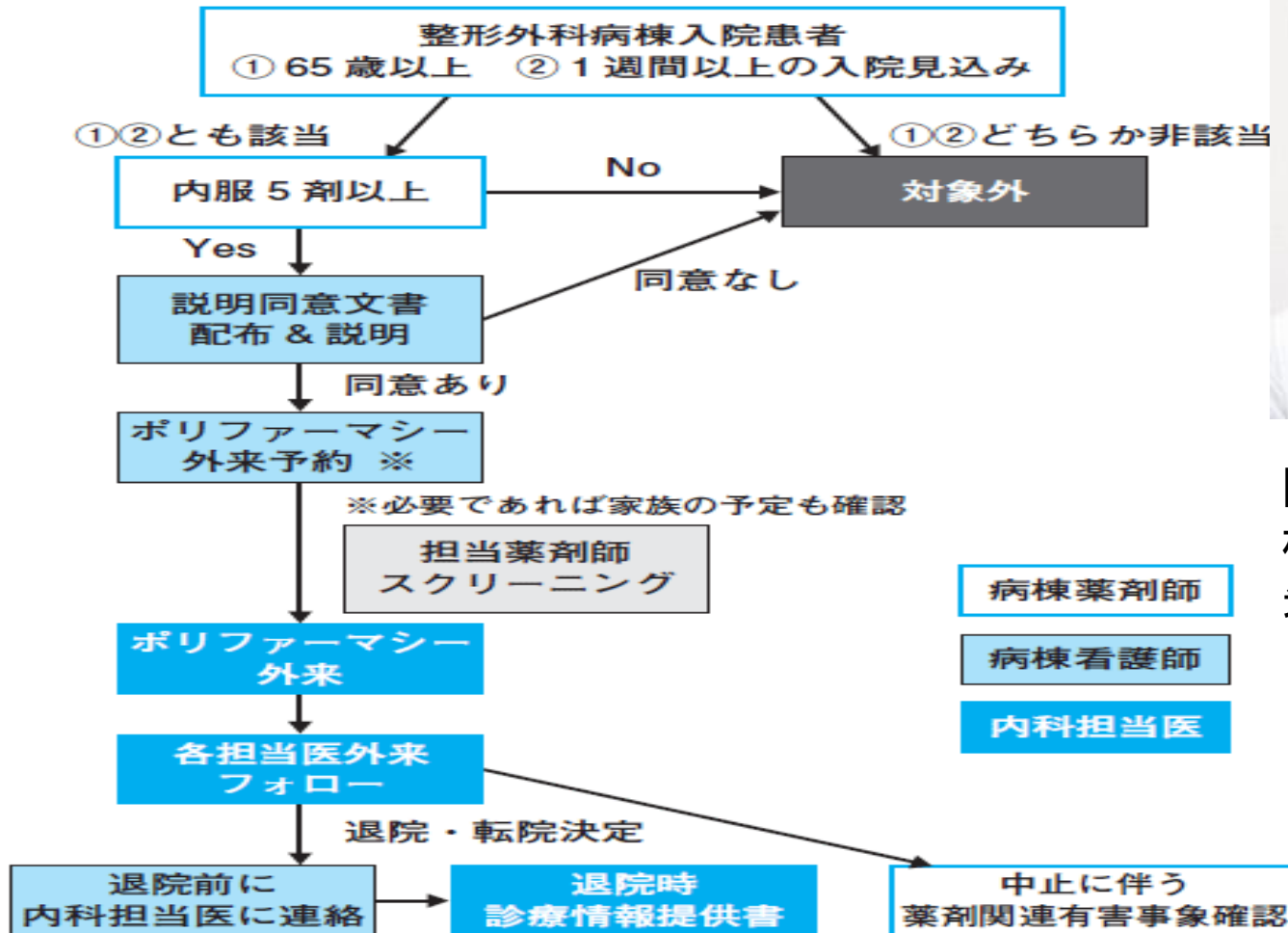


東京都健康長寿医療センター ~ 2013年度 こころとからだの健康調査 ~ より

ポリファーマシー外来 5ヶ月で3剤の薬剤減



国立病院機構
栃木医療センター
矢吹内科医長



Beers Criteria (List) とは？

- 65歳以上の高齢患者を対象として、使用を避けるべき薬剤が載っている一覧表
- 常に避けるべき薬剤
- 疾病・病態によって避けるべき薬剤
- List of Potentially Inappropriate Medications
(1993年初版、2003年改定)



Mark H. Beers, MD

ビアーズ基準 (Beers Criteria)

- 高齢者において疾患・病態によらず一般に使用を避けることが望ましい薬剤
ベンゾジアゼピン系薬, NSAIDs, 抗コリン作用をもつ薬 (抗うつ薬, 胃腸鎮痙薬, 抗ヒスタミン薬), ジゴキシン, H₂ ブロッカー, 鉄剤, 刺激性下剤 (長期投与) etc.
- 高齢者における特定の疾患・病態において使用を避けることが望ましい薬剤
糖尿病→セロクエル[®], 肥満→ジプレキサ[®], 認知障害→フェノバル[®]・抗コリン薬・鎮痙薬・筋弛緩薬, 認知症→ベンゾジアゼピン系薬, パーキンソン病→プリンペラン[®]・定型抗精神病薬, 緑内障→抗コリン薬・抗コリン作用のある抗ヒスタミン薬, COPD →長期作用型ベンゾジアゼピン系薬・βブロッカー, 慢性便秘→抗コリン薬・三環系抗うつ薬, 座位立位が保持できない患者→ビスホスホネート薬, 腎機能低下高齢者→H₂ ブロッカー etc.

[American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel : J Am Geriatr Soc. 60 (4) : 616-631, 2012より引用]

ビアーズ基準による薬剤使用評価

- ビアーズ基準 (Beer's criteria)
 - 高齢者の薬剤使用に関するガイドライン
- 日本版ビアーズ基準
 - 国立保健医療科学院
疫学部 部長 今井 博久



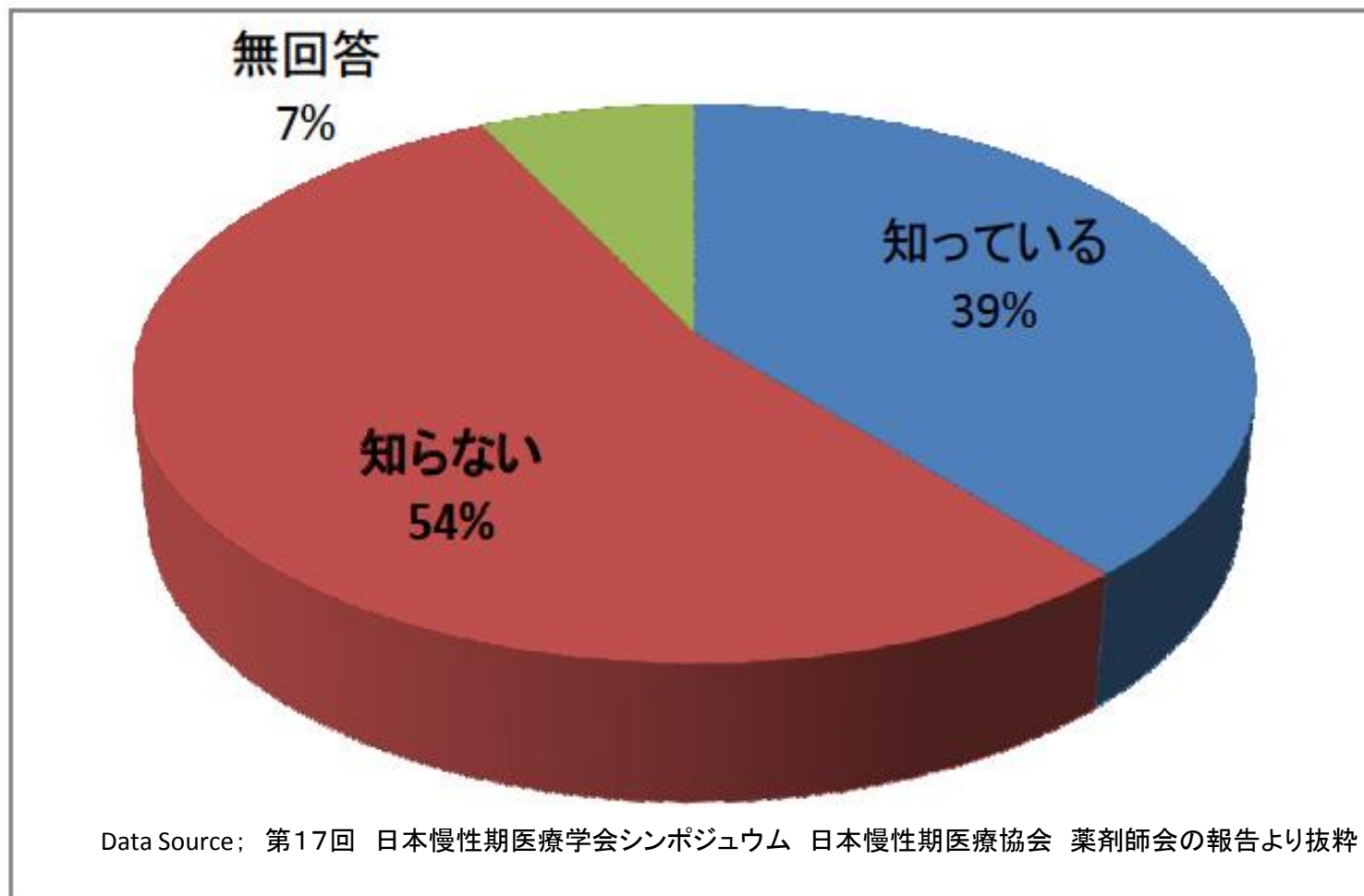
- 韓国のナショナル・レセプト・データベースの研究によると…
 - 2005年の6835万件の処方中876万件 (12.8%)がビアーズ基準による不適切処方であることも判明



日本版ビアーズ基準 (今井博久先生)

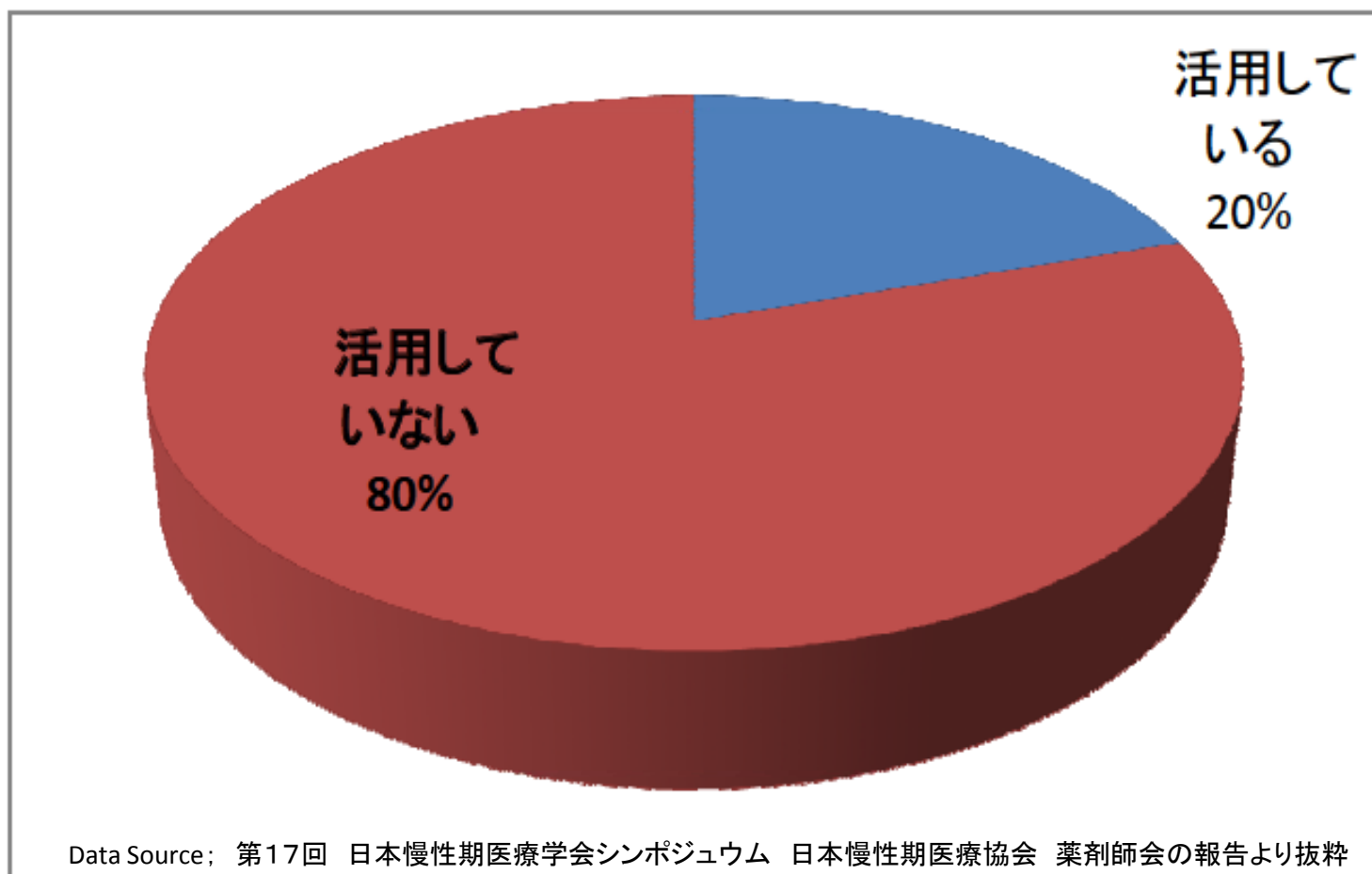
第17回 日本慢性期医療学会シンポジウム 日本慢性期医療協会薬剤師会

4-① 「Beers criteria日本版」をご存知ですか

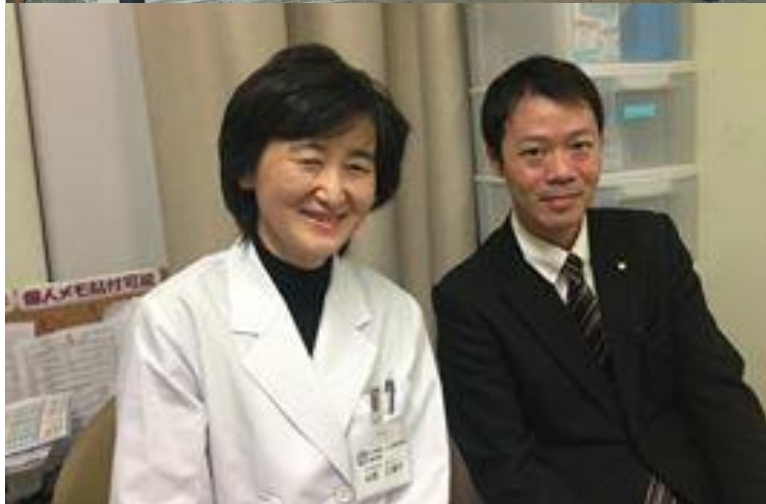


第17回 日本慢性期医療学会シンポジウム 日本慢性期医療協会薬剤師会

4-② 「知っている」とお答えの施設では、
「Beers criteria日本版」を処方構築に活用していますか



ビアーズ基準評価を 施設在宅から始めては？




- 2013年11月、横浜の日本調剤横浜上大岡薬局で薬剤師の山田先生から施設在宅の事前薬剤師回診で担当医への処方提案の事例のお話を詳しく聞いた
- ビアーズ基準評価もまず施設在宅から始めてはどうだろうか？
- そしてその経済評価も行っては？

院外処方箋への検査値表示

- 岡山大学病院は2014年5月から院外処方箋への検査値の表示を開始した
- 13項目の検査値を開示することによって、副作用の早期発見や、肝機能や腎機能に応じた投与量の適正化などの役割を今まで以上に、薬局薬剤師に果たしてもらいたいという考え
- 表示する検査項目は、腎機能を示すe-GFRなど13項目

Page 1/1
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)



処方せん
(院外用)

No. 55540050

患者番号 0008999998

交付年月日 平成26年07月29日

氏名 テスト イチロウ 性別 女
生年月日 昭和38年09月17日 年齢 50.10才
科名 循環器内科 体重 70 kg

交付年月日	平成26年07月29日
公費負担部番号	
公費負担部番号 の交付保険者	
保険者番号	0 0 0 0 0 0
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
区分	被保険者
被保険者	被扶養者

処方せん内容
① 錠 典明

(※薬師番号) 33 (※品名) 1 (※処方番号) 9800011
病 200以上

保険医療機関の 岡山市北区渡田町二丁目5番1号
所在地及び名称 岡山大学病院
処方せん発行 岡山大学病院
電話番号 (086) 223-7151 (代表)

処方せん発行 平成26年08月01日

※に形骸のある場合を除き、交付の処方箋形式に準じて、処方箋に記入すること。


検査項目	検査日	結果値
WBC	2014/07/01	8.41
Hb	2014/07/01	14.4
Ht	2014/07/01	235
PT (INR)	2014/07/01	1.02
AST	2014/07/01	22
ALT	2014/07/01	14
TBil	2014/07/01	0.65
Cr	2014/07/01	0.97
eGFR	2014/07/01	62.5
CRP	2014/07/01	0.07
K	2014/07/01	4.4
BhAc	2014/07/01	5.3
CK	2014/07/01	93

変更不可	[個々の処方箋について、他剤同薬品 (ジェネリック医薬品) への変更は差し支えがあると判断した場合、又は、処方箋内容「レ」又は「注」を省略し、保険証番号に記入する場合は、必ず「注」を記載してください。]	
処方	1) (先) プロブレス錠 8 (8 mg)1 × 朝食後	1錠 30日分
方	2) (先) リビディル錠 80 mg (80 mg)1 × 朝食後	1錠 30日分
	3) (先) フェブリク錠 10 mg (10 mg)1 × 朝食後	1錠 30日分
	4) (先) ネキシウムカプセル 20 mg (20 mg)1 × 朝食後	1C 30日分
	5) マグミット錠 500 mg (500 mg)1 × 寝る前	2錠 30日分
	- 以下余白 -	

備考 [「変更不可」欄に「レ」又は「注」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。]

保険医署名

調剤年月日	平成 年 月 日	公費負担部番号	
保険薬局の所在地 及び名称		公費負担部番号 の交付保険者	

A female pharmacist with short dark hair, wearing a white lab coat over a patterned scarf, is looking down at a document she is holding. The document has a QR code and some text. The background is a pharmacy with shelves full of various medicines and products. A yellow speech bubble is overlaid on the right side of the image.

疾病コードが
記入されている。
クレアチニン値も
示されている。

ソールの保険薬局の薬剤師さん
韓国は医薬分業100%
電子レセプト100%

パート4

ジェネリック医薬品の 新たなロードマップ



2014年診療報酬改定(中医協)

後発品のさらなる使用促進 (社会保障・税一体改革大綱)

- 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等
 - 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。

ジェネリック医薬品使用促進 政策提言案



日本ジェネリック医薬品学会

日本ジェネリック医薬品学会

- **代表理事**

- **武藤 正樹** 国際医療福祉大学大学院
教授

- **副代表理事**

- **佐藤 博** 新潟大学教授、新潟大学医
歯学総合病院 薬剤部長

- **理事**

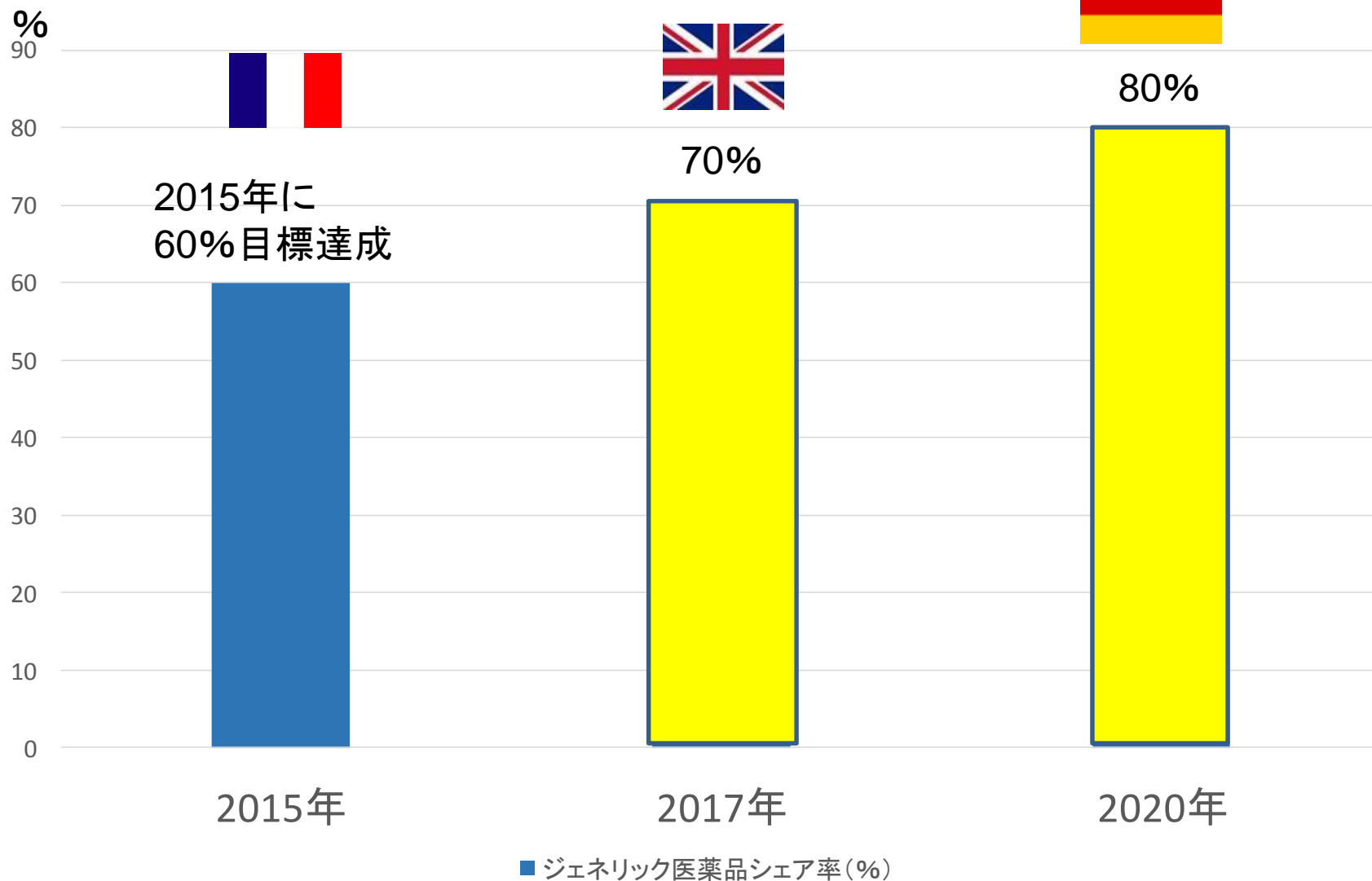
- **有山 良一** (財)横浜市総合保健医療セ
ンター診療部課長
- **岩月 進** ヨシケン岩月薬局／めいぷる
薬局
- **漆畑 稔** (社)日本薬剤師会 相談役
- **緒方 宏泰** 明治薬科大学 名誉教授
国立医薬品食品衛生研究所 客員研究
員
- **折井 孝男** NTT東日本関東病院
薬剤部長
- **川上 純一** 浜松医科大学医学部附属
病院薬剤部 教授・薬剤部長



- **小山 信彌** 東邦大学医学部 特任教授
- **佐々木 忠徳** 医療法人鉄蕉会・医療本
部 薬剤管理部長
- **西山 正徳** 一般社団法人 メディカル・
プラットフォーム・エイシア 理事長
- **増原 慶壮** 聖マリアンナ医科大学病
院 薬剤部部長
- **村田 正弘** 認定NPOセルフメディケー
ション推進協議会 会長代理・専務理事
- **山本 信夫** 保生堂薬局 開設者
- **四方田千佳子** 一般財団法人 医薬品
医療機器レギュラトリーサイエンス財団
大阪事業所 副所長 標準品事業部長

ジェネリック医薬品シェア率予測

2020年に80%



2020年度までに80%達成！

2080運動



経済財政諮問会議

- 後発品の数量シェア、20年度に80%以上-塩崎厚労相が新目標示す(2015年5月26日)



民間議員
1780

厚生労働省
2280

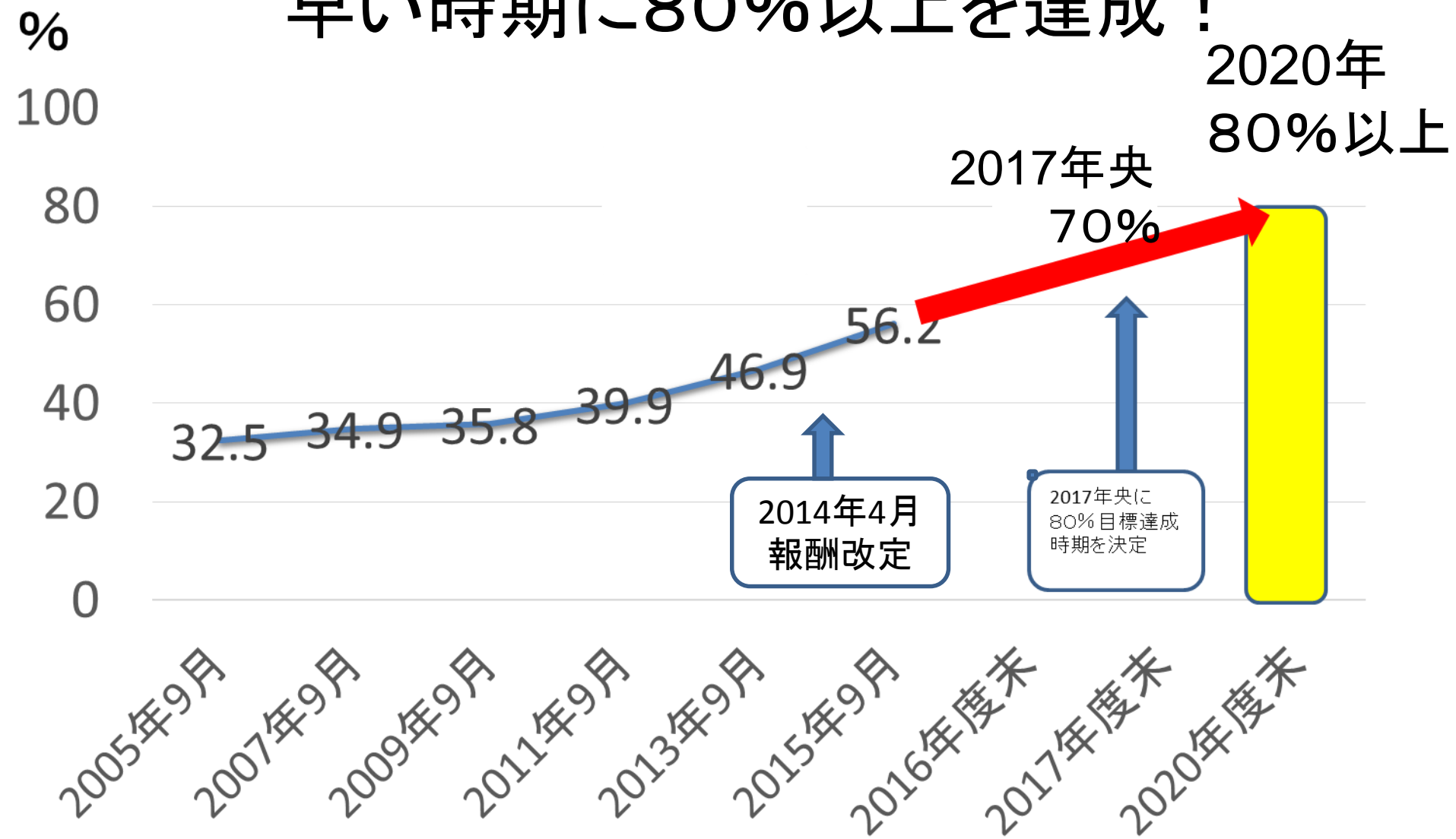
FNN

経済財政運営の指針 「骨太の方針」を閣議決定(2015年6月30日)



17年央に70%以上
とするとともに、18
~20年度末までの
間のなるべく早い時
期に80%以上達成

2018年度から2020年度末までの 早い時期に80%以上を達成！



診療報酬改定と ジェネリック医薬品

2014年、2016年改定

2014年診療報酬改定・薬価改定と ジェネリック医薬品

- ①後発医薬品調剤体制加算の見直し
- ②後発医薬品薬価見直し
- ③既収載後発医薬品の価格帯の削減
- ④長期収載品薬価見直し
- ⑤DPC／PDPSの機能評価係数Ⅱへ「後発医薬品指数」の導入

後発医薬品の使用促進策について

～後発医薬品調剤体制加算の要件見直し～

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。なお、後発医薬品の調剤数量が少ないにも拘わらず、指標変更によって後発医薬品調剤体制加算が受けられないことがないように適正化を図る。

【現行】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

1	後発医薬品調剤体制加算1	5点
2	後発医薬品調剤体制加算2	15点
3	後発医薬品調剤体制加算3	19点

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算1	22%以上
後発医薬品調剤体制加算2	30%以上
後発医薬品調剤体制加算3	35%以上

(新規)

【改定後】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

1	後発医薬品調剤体制加算1	18点
2	後発医薬品調剤体制加算2	22点
	(削除)	

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算1	55%以上
後発医薬品調剤体制加算2	65%以上
	(削除)

◆ 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

2016年改定

65%以上
75%以上

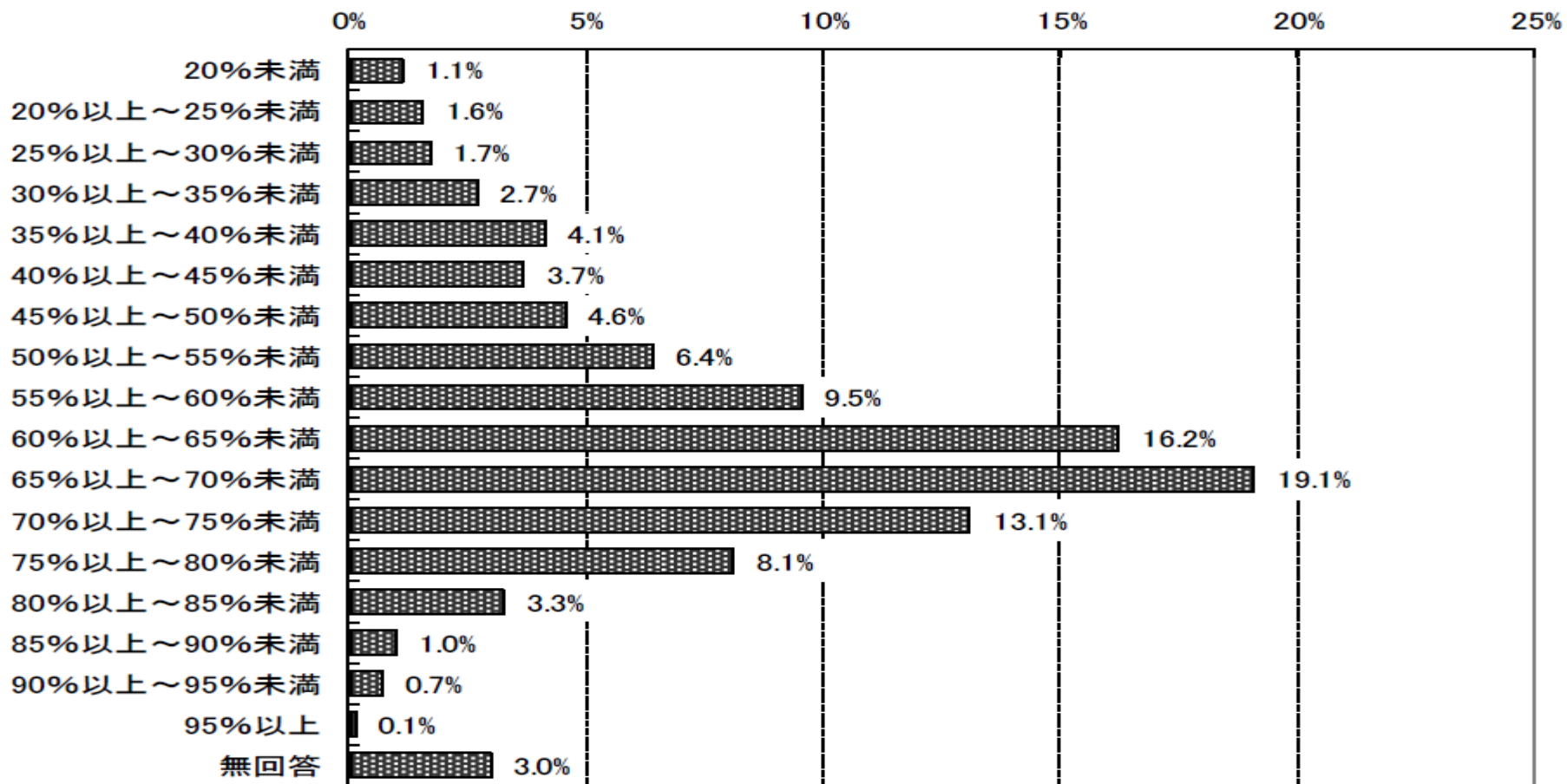
旧指標の
数量シェア＝

後発医薬品
全医薬品

新指標の
数量シェア＝

後発医薬品
後発医薬品あり先発医薬品＋後発医薬品

図表 19 後発医薬品調剤割合（新指標）（平成 27 年 6 月 1 か月間、n=703）

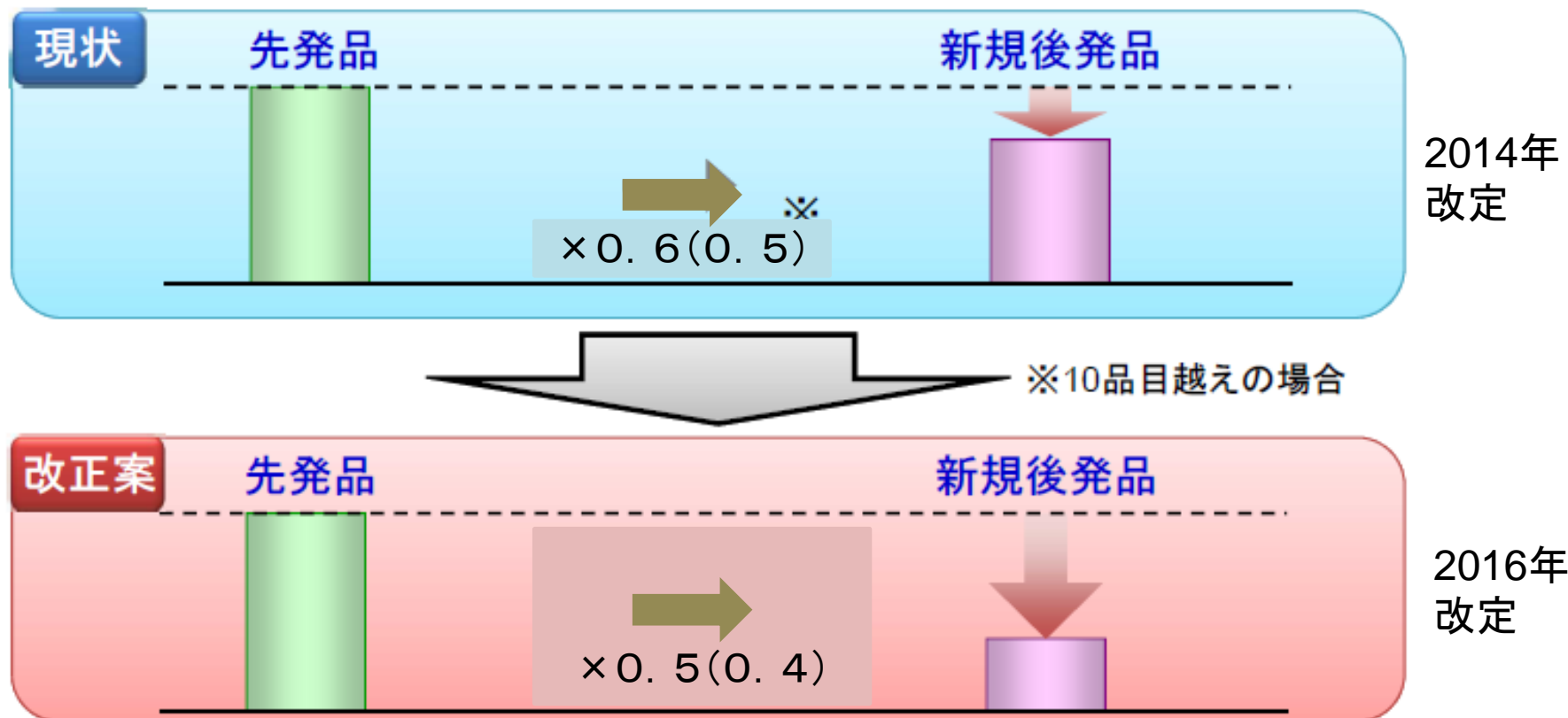


②後発医薬品の算定について

2015年12月25日 中医協

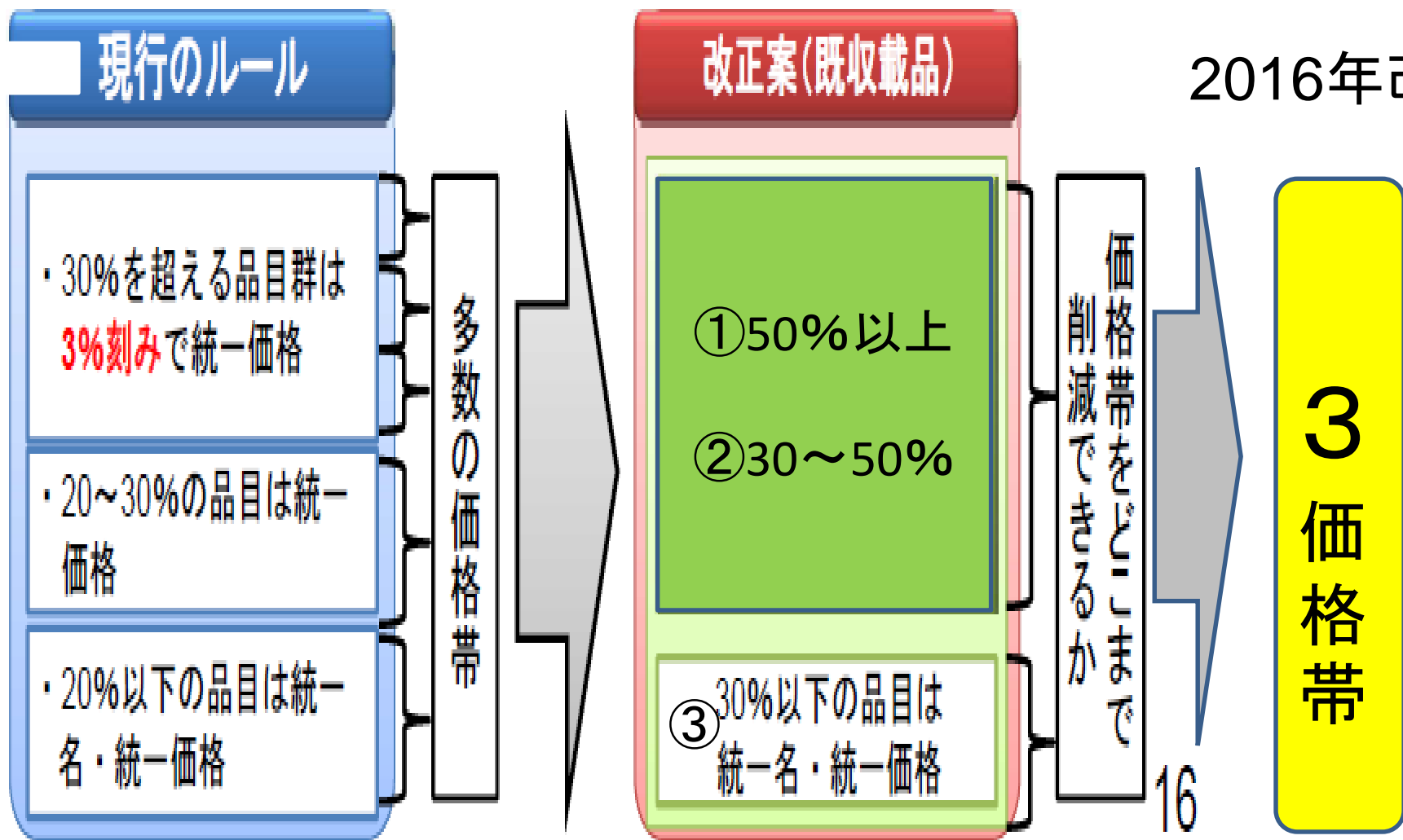
新規収載後発医薬品の薬価について

2016年改定では、新規後発医薬品の薬価は「先発品の0.5を乗じた額（内服薬については銘柄数が10を超える場合は0.4を乗じた額）」とする。なお、バイオ後続品については従前どおりとする。



③既収載後発医薬品の価格帯の削減

2016年改定



⑤DPC／PDPS
「後発医薬品指数」の導入

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し

改定前	平成26年改定後
① データ提出指数	① 保険診療指数(改)
② 効率性指数	② 効率性指数
③ 複雑性指数	③ 複雑性指数
④ カバー率指数	④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数	⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数	⑥ 地域医療指数
	⑦ 後発医薬品指数(新)

① **保険診療指数(「データ提出指数」から改変)**

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(Ⅰ群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

⑤ **救急医療指数**

・当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。

⑥ **地域医療指数**

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

⑦ **後発医薬品指数(新設)**

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

算定ルール等の見直し

① **同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し**

・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

② **適切な傷病名コーディングの推進**

・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

③ **入院時持参薬の取り扱い**

・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

④ **「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式」の見直し**

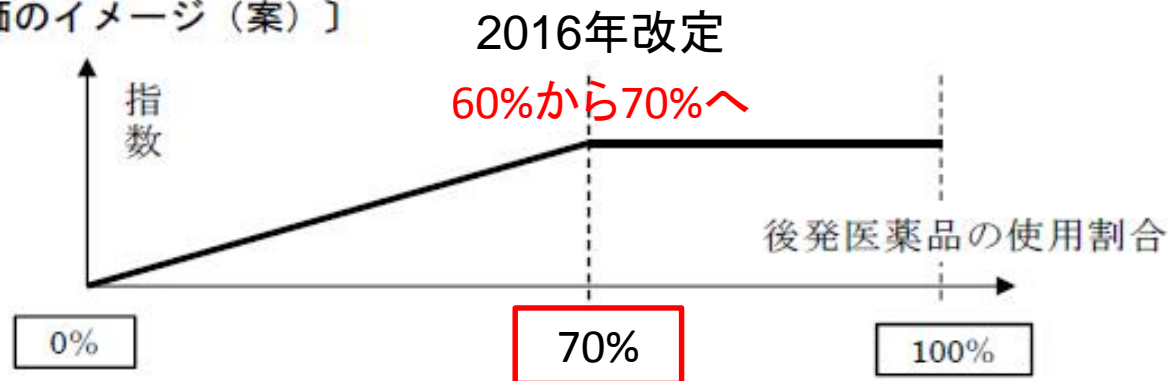
・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

⑤後発医薬品指数

⑦ 後発医薬品指数

平成28年度診療報酬改定においては、(これまでの60%を)70%を評価上限とすることとしてはどうか。また、後発医薬品の使用割合の目標値が見直された場合には、適宜評価上限の検討を行うこととしてはどうか。
(2015年10月14日中医協)

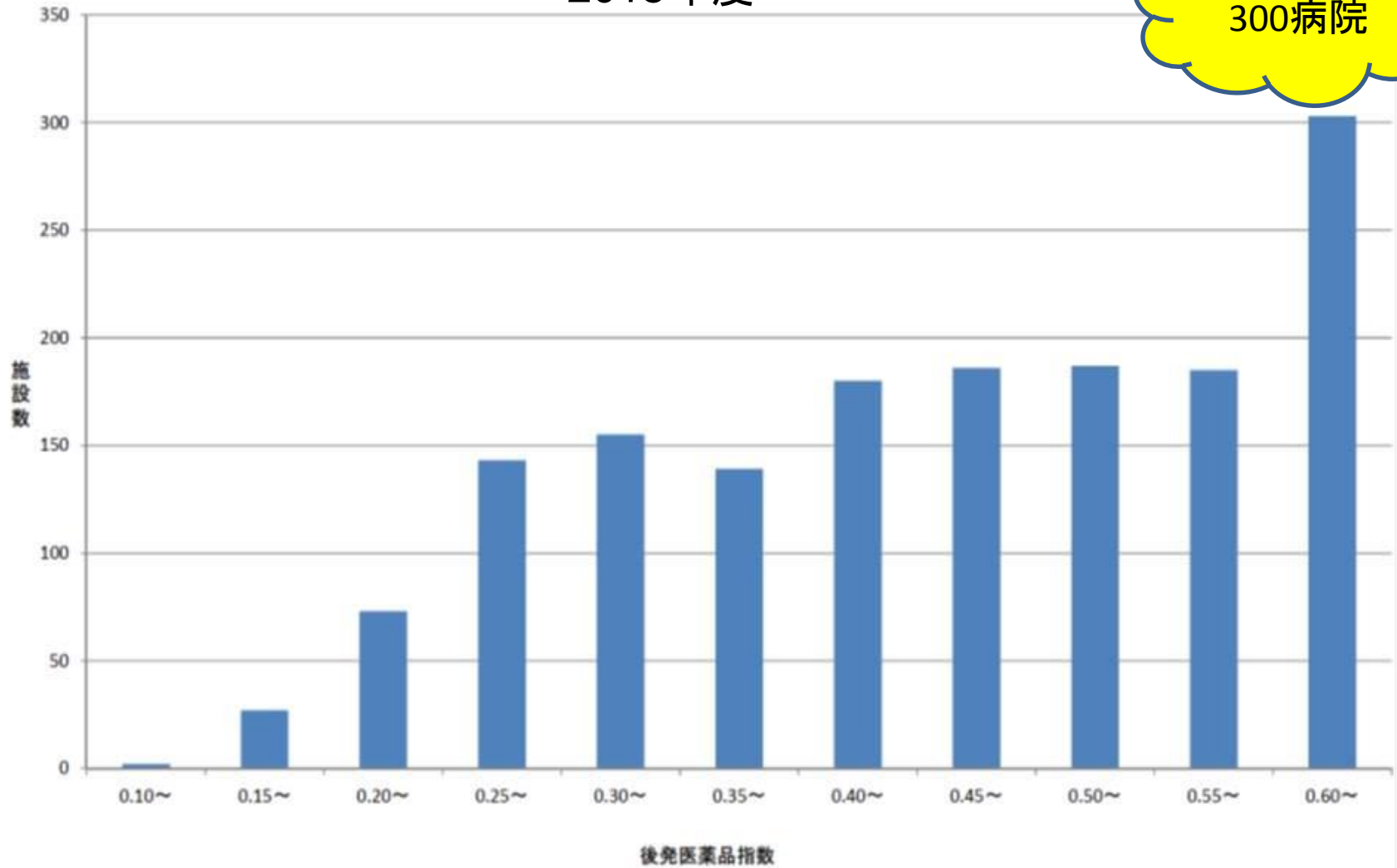
〔評価のイメージ (案)〕



後発医薬品指数の分布(全病院)

2015年度

60%超は
300病院



※ 0.05刻みでは0.2~」は「0.2以上0.25未満の区分」を表す

後発医薬品数量シェア

- 後発医薬品の数量シェア計算方式
 - 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
- 対象となる薬剤
 - 入院医療に使用される後発品のあるすべての薬剤(包括部分 + 出来高部分)
- 数量ベース
 - 「薬価基準告示」上の規格単位ごとに数えた数量を指す。
 - 例 ピシリバクタ静注用1.5g(449円)(後発品) を1瓶使用 ユナシン-S静注用0.75g(586円)(先発品) を4瓶使用 上記2種類使用の場合、規格単位は瓶なので数量シェア $1/(1+4) = 20\%$
- ※グラムで計算 $1.5/(1.5+0.75 \times 4) = 33.3\%$ ではない。
- ※種類数で計算 $1/2 = 50\%$ ではない。

国際医療福祉大学グループ 置き換えリスト

先発品	後発品	先発品	後発品
リピトール錠	アトルバスタチン錠剤(サンド)	カソデックス	ビカルタミド錠(NH)
アリセプトD錠	ドネペジル塩酸炎OD錠剤(サンド)	パリエット	ラベプラゾールNa錠(トーワ)
アンプラーク錠	サルボグレラート塩酸炎錠(F)	アムロジンOD錠	アムロジピンOD錠(トーワ)
キサラタン	ラタノプロスト点眼液(わかもと)	アレグラ錠	フェキソフェナジン塩酸塩錠(トーワ)
ビソルボン吸入薬	プロムヘキシン塩酸塩吸入液(タイヨー)	ベイスンOD錠	ボグリボースOD錠(トーワ)
ニューロタン錠	ロサルタンカリウム錠(サンド)	メバロチン錠	プラガスタチンNa錠(トーワ)
オノンカプセル	プランルカストカプセル(サワイ)	タケプロンOD錠	ランソプラゾールOD錠(トーワ)

先発品	後発品	先発品	後発品
ムコソルバン錠	アンプロキシール塩酸錠(トーフ)	アダラート錠	ニフェジピンCR錠(トーフ)
ロキソニン錠	ロキソプロフェンNa錠(トーフ)	ムコダイン錠	カルボシステイン錠(トーフ)
メインテート錠	ビソプロロールフマル酸塩酸錠(トーフ)	サアミオン錠	ニセルゴリン錠(トーフ)
アマリール錠	グリメピリド錠(トーフ)	プロレナール錠	リマルモン錠
セルベックスカプセル	テプレノンカプセル(トーフ)	シノベール錠	シベンポリンコハク酸塩錠(トーフ)
シグマート錠	ニコランマート錠(トーフ)	ラキソベロン内服液	チャルドール内服液
小児用ムコソルバンシロップ	アンプロコソール塩酸塩シロップ小児用(トーフ)	ラキソベロン錠	コンスーベン錠
カルデナリン錠	ドキサゾシン錠8トーフ)	イソンジンゲル	ネオヨジンゲル

先発品	後発品	先発品	後発品
イソジンガーゲル液	イオダインガーゲル液	デパケンシロップ	バレリンシロップ
ネオラール	シクロスポリンカプセル(BMD)	ガスモチン錠	モサプリドクエン酸錠(トーワ)
キネダックス錠剤	エパルレスタット錠剤(F)	ガスターD錠	ファモチジンOD錠(トーワ)
フェロミア錠	フェロチーム錠	レンドルミン錠	プロチゾラムOD錠(JG)
フロモックス錠	セフカペンピボキシル塩酸塩錠	アルロイドG内容液	アルグレイン内用液
クラリス錠	クラリスロマイシン錠(トーワ)	ザイロリック錠	アロシトール錠
ハルナールD錠	タムスロシン塩酸塩OD錠(トーワ)	マイスリー錠	ソルビデム酒石酸塩錠(トーワ)
レニベース錠	エナラプリルマレイン酸塩錠(トーワ)	ユーパスタコーワ軟膏	イソジンシュガー pasta軟膏
アンカロン錠	アミオダロン塩酸塩		

先発品	後発品		
アモバン錠	ソピクロン錠剤 (トーワ)		
クラビット錠	レボフロキサシン (タカタ)		
デパス錠	エチゾラム錠(トー ワ)		
ビタミンジン配合カ プセルB25	シグマビタミン配合 カプセルB25(トー ワ)		
メチコバル注射 液	イセコバミン注(日 本ジェネリック)		
ラシックス錠	フロセミド錠剤(テ バ)		
ミノマイシン錠	塩酸ミノサイクリン 錠(日医工)		
ソル・コーテフ注	サクシゾン注(テ バ)		

医師からの意見

- クラビット点眼液(眼科)
 - 先発品はディンプルボトル(高齢者にやさしい)
 - 後発品には不純物が多い、添加剤が異なる
 - 後発品は臨床試験がなされていない
- ムコダインDS(小児科)
 - 後発品にすることで、配合変化や、味の変化がある。
 - クラリスロマイシンと同時投与すると苦味が増加してコンプライアンスの低下が心配
- バクタ配合錠、アレジオン錠、クラリス錠小児用(小児科)
 - 東京都は15歳まで小児は無料のため、母親は先発品を要望する意識が高い
- ユニコール(内科)
 - 高血圧ばかりでなく異型狭心症の患者に用いるため



アレルギー性疾患治療剤

日本薬局方 フェキソフェナジン塩酸塩錠

フェキソフェナジン塩酸塩錠

Fexofenadine Hydrochloride

商品名

近日常用

30mg (SANIK)

60mg (SANIK)

標準剤

日本初の

オーソライズドジェネリックです

Authorized
Generic

Fexofenadine Hydrochloride

【禁忌】次の患者には投与しないこと
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

効用・効果、用法・用量、副作用については患者の添付資料「フェキソフェナジン」を必ずお読みください。



Nichi-Iko Pharmaceutical Co., Ltd.



オーソライズド・ジェネリック (AG:Authorized Generic)とは？

- 特許期間中に先発薬メーカーが子会社などに独占販売権を与え、他のGEに先駆けて発売する医薬品をAGと呼ぶ
- 先発薬と全く同じ薬なので、生物学的同等性試験などはない
- 米国などでは、新薬の特許が切れるとあっという間にGEに置き換わる
- これに対し先発薬メーカーは、特許係争や適応追加といった対抗措置を取るが、その1つとして自らGEをつくる
- 同一原薬、同一製法で、適応も全く同じですから、置き換えにまつわる問題はないジェネリックと言える

武田薬品ブロプレスのAG、 あすか製薬が発売へ

- 武田薬品工業は2014年5月16日、あすか製薬が承認を取得しているARB「ブロプレス」(一般名＝カンデサルタン)のオーソライズド・ジェネリック(AG)、「カンデサルタン錠あすか」について、あすかが6月の薬価追補収載後に発売することを明らかにした。
- 他社に先駆けて発売されるAGはこれが初めて
- ブロプレスは2013年度売り上げが1258億円
- あすか製薬は他社がジェネリック参入以前3～6カ月早く販売することができる
- (2014年5月16日)

AGのメリットとは

- ユーザー側
 - 先発薬と全く同じ薬なので、同等性や適応違いなどを気にする必要がない
 - 使い慣れた薬をそのままGEの価格で使える
 - ただし、名称は一般名に変わる
 - AGはジェネリックの市場の競争性を高め、歓迎すべき
- メーカー側
 - ジェネリックに市場を占有される前に、AGで市場占有できるメリットがある

AGにも実は種類がある



材料



レシピ



コック



キッチン

全て先発メーカーと同じ、子会社が製造

先発メーカーと同じ

子会社が製造

原薬企業は異なる

レシピは同じ

子会社が製造

しかし、企業はこうした情報を開示してはいない！

生物学的
同等性試験
いらぬ

生物学的
同等性試験
必要な場合がある

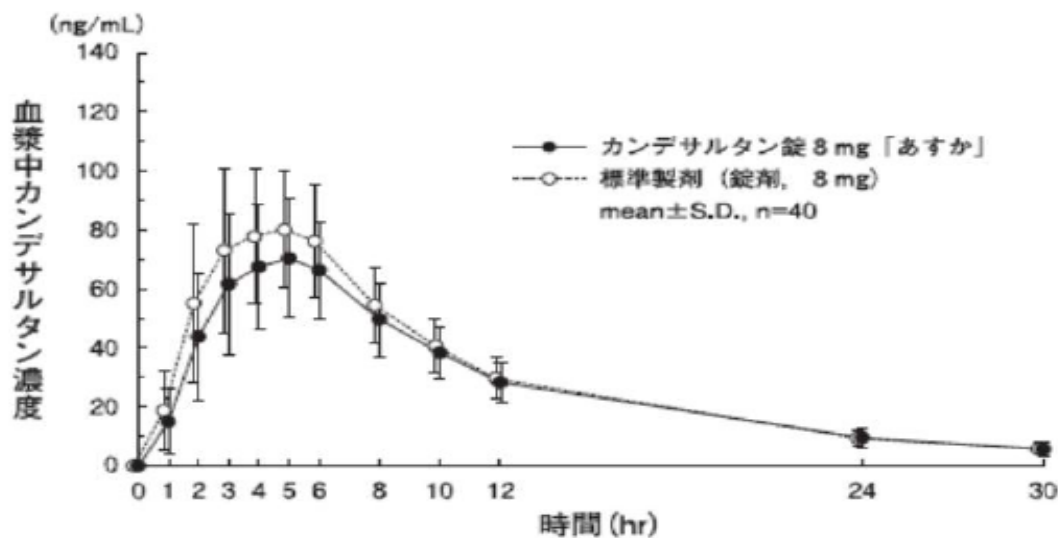
1) 生物学的同等性試験⁶⁾

<カンデサルタン錠 8mg 「あすか」 >

健康成人男性にカンデサルタン錠 8mg 「あすか」と標準製剤それぞれ1錠（カンデサルタンシレキセチルとして 8mg）をクロスオーバー法により絶食単回経口投与して血漿中カンデサルタン濃度を測定し、得られた薬物動態パラメータ（AUC、C_{max}）について統計解析を行った結果、AUC₀₋₃₀ 及び C_{max} の対数変換値の平均値の差の 90%信頼区間はそれぞれ log(0.867)~log(0.958)及び log(0.813)~log(0.950)で生物学的同等性の基準である log(0.80)~log(1.25)の範囲内であったことから、両剤の生物学的同等性が確認された。

	AUC ₀₋₃₀ (ng·hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	T _{1/2} (hr)
カンデサルタン錠 8mg 「あすか」	834.8 ±177.4	76.47 ±20.28	4.6 ±1.2	7.6 ±1.5
標準製剤 (錠剤、8mg)	918.9 ±200.6	87.25 ±23.63	4.7 ±1.1	7.4 ±1.5

(mean ± S.D., n=40)



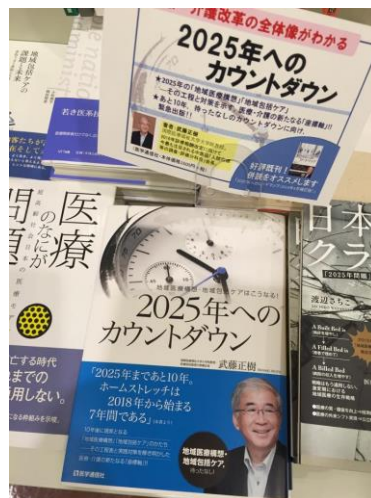
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



第10回日本ジェネリック医薬品学会学術大会
2016年7月9日、10日
昭和大学旗の台キャンパス
「ジェネリック2080で世界が変わる！」



大会長 武藤正樹

まとめと提言

- ・地域包括ケアの中で薬局と薬剤師が大きく変わる
- ・門前からかかりつけ、そして地域へ！
- ・薬剤のプロとして薬物治療に積極介入する姿勢で、
真の医薬分業を！
- ・ジェネリック医薬品「2080運動」で世界が変わる！

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来で「お薬減らし外来」をしております。患者さんをご紹介ください。

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp