

# 2022年度診療報酬改定等に関する要望

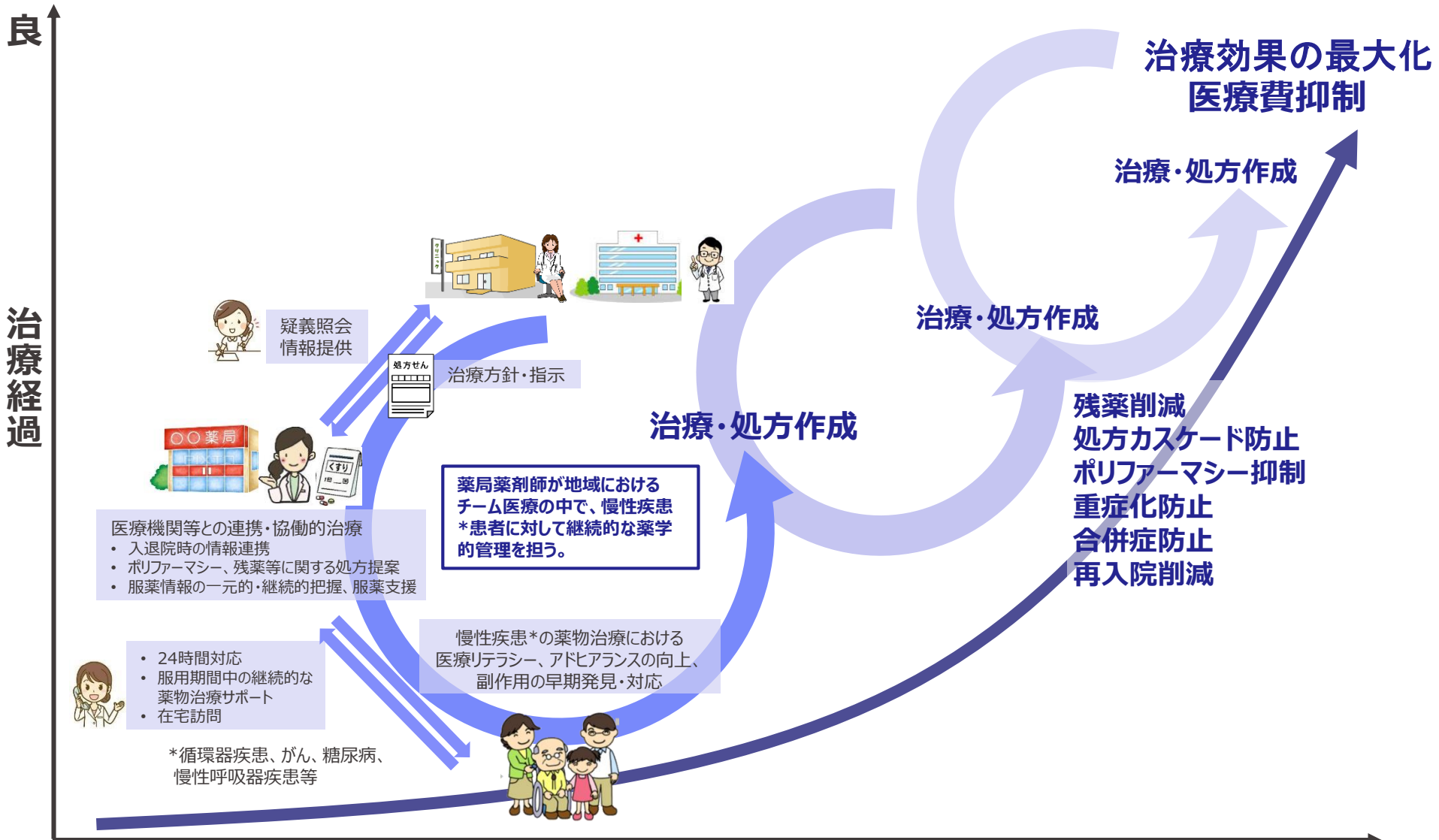
---

## 補足説明資料

医療制度検討委員会  
2021年6月

# 地域医療における継続的な薬学的管理イメージ

薬局薬剤師が地域におけるチーム医療の中で、継続的な薬学的管理を担い、治療・処方作成へのサイクルに持続的に関わることで、治療効果の最大化、及び医療費抑制に貢献することが期待できる。



# 要望事項

## 重点事項

- 1. 患者にとって分かりやすく、薬局が果たしている機能を公正に評価**
  - 2. 医薬品の安定供給と、後発医薬品のさらなる使用促進**
  3. かかりつけ推進による患者との信頼構築、及びフォローアップによる薬物治療の質向上について
- ① **患者や地域医療のニーズを踏まえた、かかりつけ薬剤師・薬局制度の見直し**

## 個別事項

- ② 患者及び服用薬剤の特性に応じた、継続的な薬学管理による成果に対する評価

## 4. 患者にとって安心で質の高い在宅医療の推進について

- ① 間隔が6日以上開かない訪問の評価
- ② 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理に対する評価
- ③ 医師の在宅訪問に同行した際の処方設計過程における処方提案、情報提供等の評価
- ④ 認知症の人やその家族を支えるための多職種連携や、薬物治療上の成果を評価

## 5. 医療機関等との情報連携の推進について

- ① 同一医療機関の複数診療科における重複投薬防止の取り組みを評価
- ② 入院治療移行時の情報提供に対する評価
- ③ プロトコルに基づく問い合わせの簡略化や、薬物治療管理の推進

## 6. ICTを活用したより効率的かつ、質の高い薬物治療について

# 要望事項

## 重点事項

- 1. 患者にとって分かりやすく、薬局が果たしている機能を公正に評価**
- 2. 医薬品の安定供給と、後発医薬品のさらなる使用促進**
3. かかりつけ推進による患者との信頼構築、及びフォローアップによる薬物治療の質向上について
- ① **患者や地域医療のニーズを踏まえた、かかりつけ薬剤師・薬局制度の見直し**

## 個別事項

- ② 患者及び服用薬剤の特性に応じた、継続的な薬学管理による成果に対する評価

## 4. 患者にとって安心して質の高い在宅医療の推進について

- ① 間隔が6日以上開かない訪問の評価
- ② 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理に対する評価
- ③ 医師の在宅訪問に同行した際の処方設計過程における処方提案、情報提供等の評価
- ④ 認知症の人やその家族を支えるための多職種連携や、薬物治療上の成果を評価

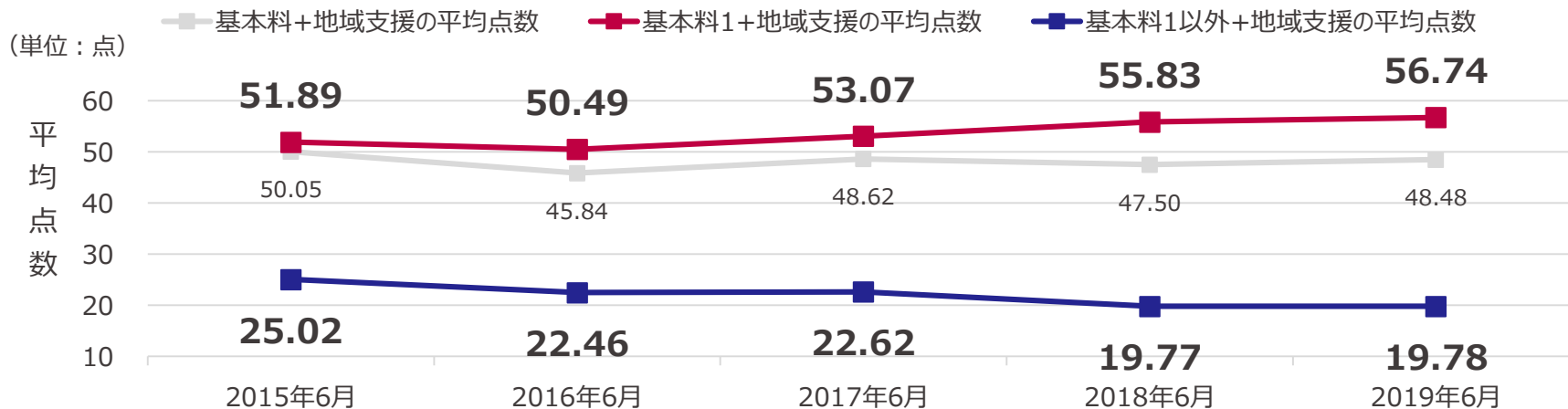
## 5. 医療機関等との情報連携の推進について

- ① 同一医療機関の複数診療科における重複投薬防止の取り組みを評価
- ② 入院治療移行時の情報提供に対する評価
- ③ プロトコルに基づく問い合わせの簡略化や、薬物治療管理の推進

## 6. ICTを活用したより効率的かつ、質の高い薬物治療について

# 薬局機能の評価

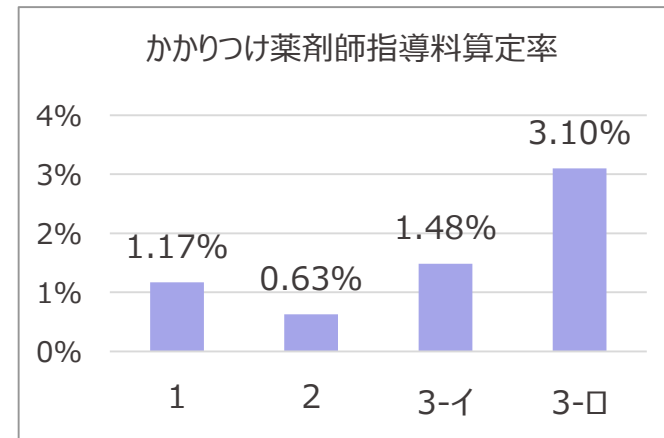
調剤基本料別にみると、調剤基本料1の薬局に手厚く、それ以外の薬局では報酬が抑えられている。一方で、**薬局機能**においては、むしろ、**調剤基本料1以外の方が高い状況**である。



▶ 社会医療診療行為別統計（2019年6月実績）より作成 ※2015年6月～2017年6月は基準調剤加算

## ■ 厚生局届出

調剤基本料	薬局数	地域支援体制	GE変更率	かかりつけ薬剤師届出	在宅年間10件以上*2
			80%以上*1		
1	49,712	19,200	33,046	27,194	15,603
	構成比	38.6%	66.5%	54.7%	31.4%
1以外*3	8,846	197	6,809	5,858	3,713
	構成比	2.2%	77.0%	66.2%	42.0%
全国	59,565	19,397	40,150	33,189	19,431
	構成比	32.6%	67.4%	55.7%	32.6%



▶ 2021年3月時点 厚生局届出情報よりNPhA集計

\*1 80%以上は、GE調剤体制加算2もしくは3の届出している薬局数、80%以下は同加算1の届出している薬局もしくは、届出していない薬局数

\*2 在宅調剤加算の届出をしている薬局数

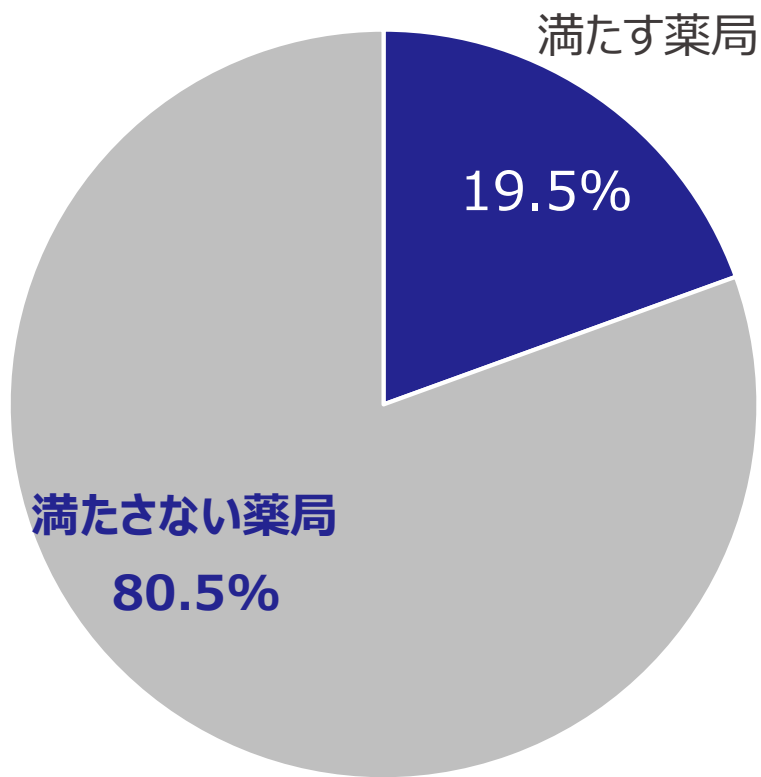
\*3 未届けによる「特別基本料」と、医療機関との契約等による「特別基本料」とが分類できないため、「特別基本料」の薬局は除く。

▶ 社会医療診療行為別統計（2019年6月実績）より作成  
算定率は算定件数を基本料件数で除して算出

# 地域支援体制加算 – 夜間・休日・麻薬 –

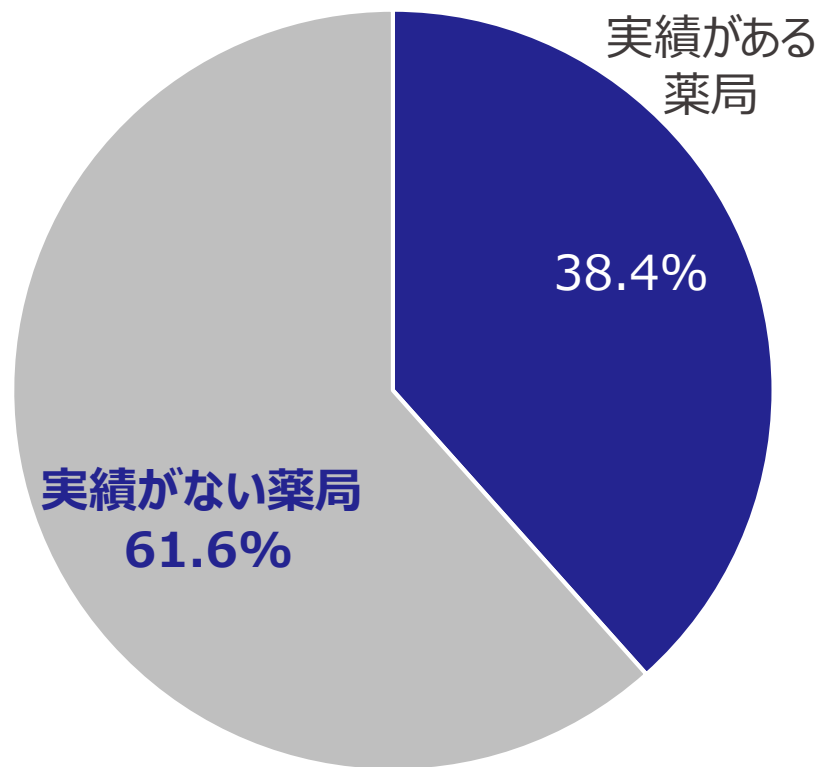
「夜間・休日の対応実績」と「麻薬の実績」は、地域ごとの医療環境に左右されるため、要件を満たす薬局は限定的である。

1年間に常勤薬剤師1人当たり「夜間・休日等  
対応実績400回」を満たす薬局  
(N=5,903薬局)



▶ 2019年3月NPhA医療制度検討委員会 WEB調査

麻薬加算の算定実績がある薬局  
(N=7,333薬局)

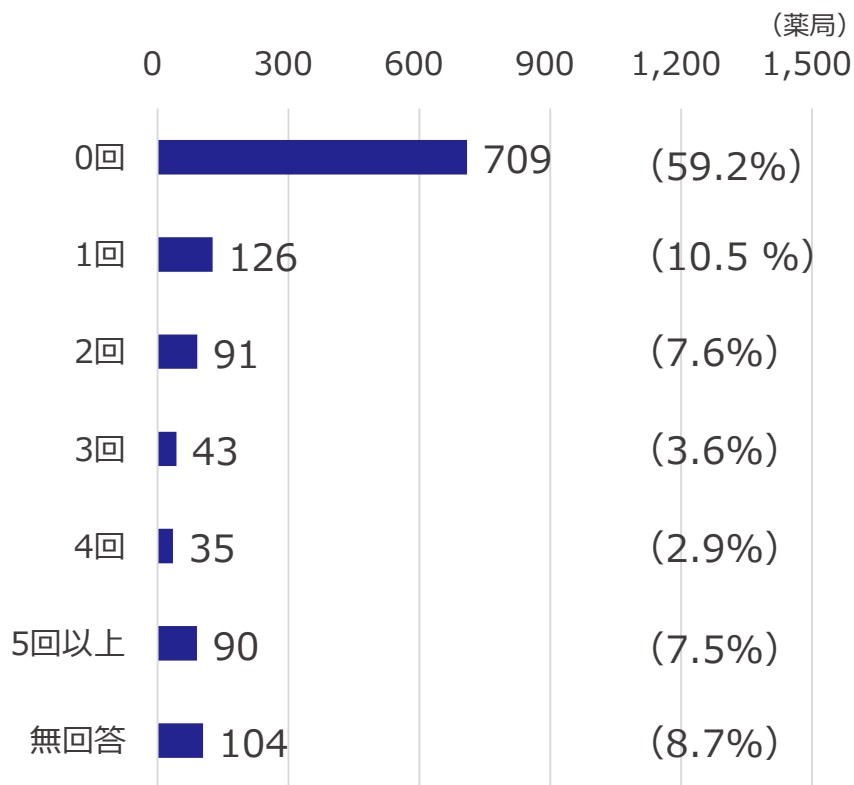


▶ 2020年11月NPhA医療制度検討委員会WEB調査より、20/9月実績

# 地域支援体制加算 – 麻薬 –

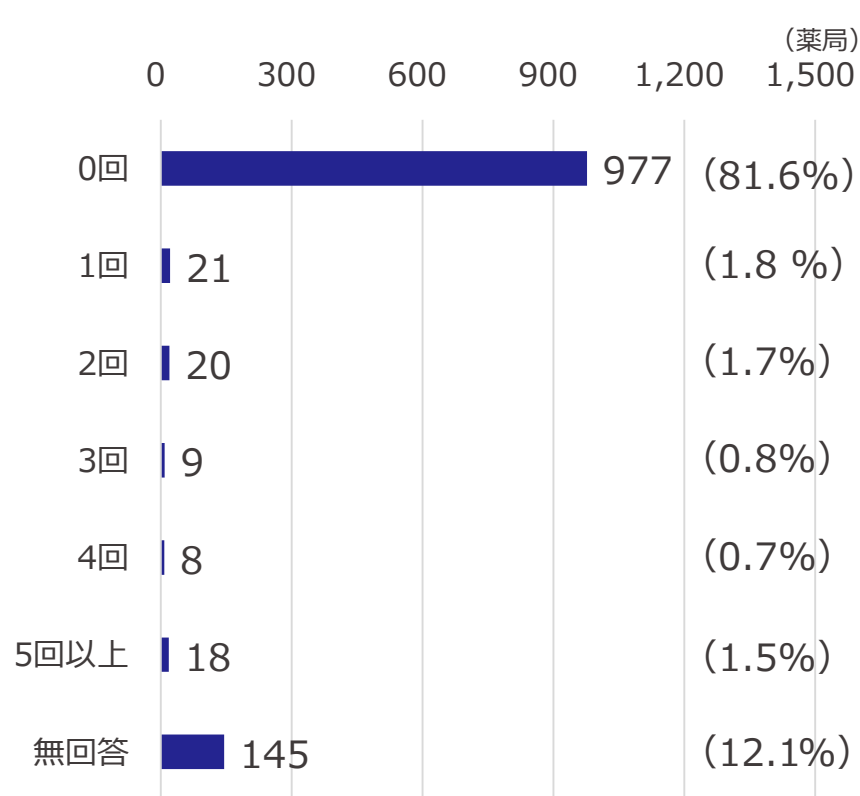
令和2年度の薬剤師の需給動向把握事業における調査でも、**約6割の薬局は、麻薬調剤の実績がない**という結果が示されている。

### 外来患者への麻薬の調剤回数



N=1,198

### 在宅患者への麻薬の調剤回数



N=1,198

▶ 令和2年度 薬剤師の需給動向把握事業における調査結果概要より抜粋

# 重点事項

## 1. 患者にとって分かりやすく、薬局が果たしている機能を公正に評価

現行の調剤報酬は、患者やその家族にとって分かりづらく、特に調剤基本料や地域支援体制加算は、薬局グループの規模によって要件が異なる等、理解し難い。かかりつけ機能、医療機関等との情報連携、在宅医療への対応等、**薬局が果たしている機能に基づき、公正に評価されるべきである。**

例えば、同加算の要件となっている**夜間・休日の対応実績と、麻薬調剤の実績については、周囲の医療環境によっては、達成不可能であり、地域連携薬局と同様に、その体制を整備**することで、満たすこととするよう要望する。



# 要望事項

## 重点事項

1. 患者にとって分かりやすく、薬局が果たしている機能を公正に評価
  - 2. 医薬品の安定供給と、後発医薬品のさらなる使用促進**
  3. かかりつけ推進による患者との信頼構築、及びフォローアップによる薬物治療の質向上について
- ① 患者や地域医療のニーズを踏まえた、かかりつけ薬剤師・薬局制度の見直し

## 個別事項

- ② 患者及び服用薬剤の特性に応じた、継続的な薬学管理による成果に対する評価

## 4. 患者にとって安心して質の高い在宅医療の推進について

- ① 間隔が6日以上開かない訪問の評価
- ② 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理に対する評価
- ③ 医師の在宅訪問に同行した際の処方設計過程における処方提案、情報提供等の評価
- ④ 認知症の人やその家族を支えるための多職種連携や、薬物治療上の成果を評価

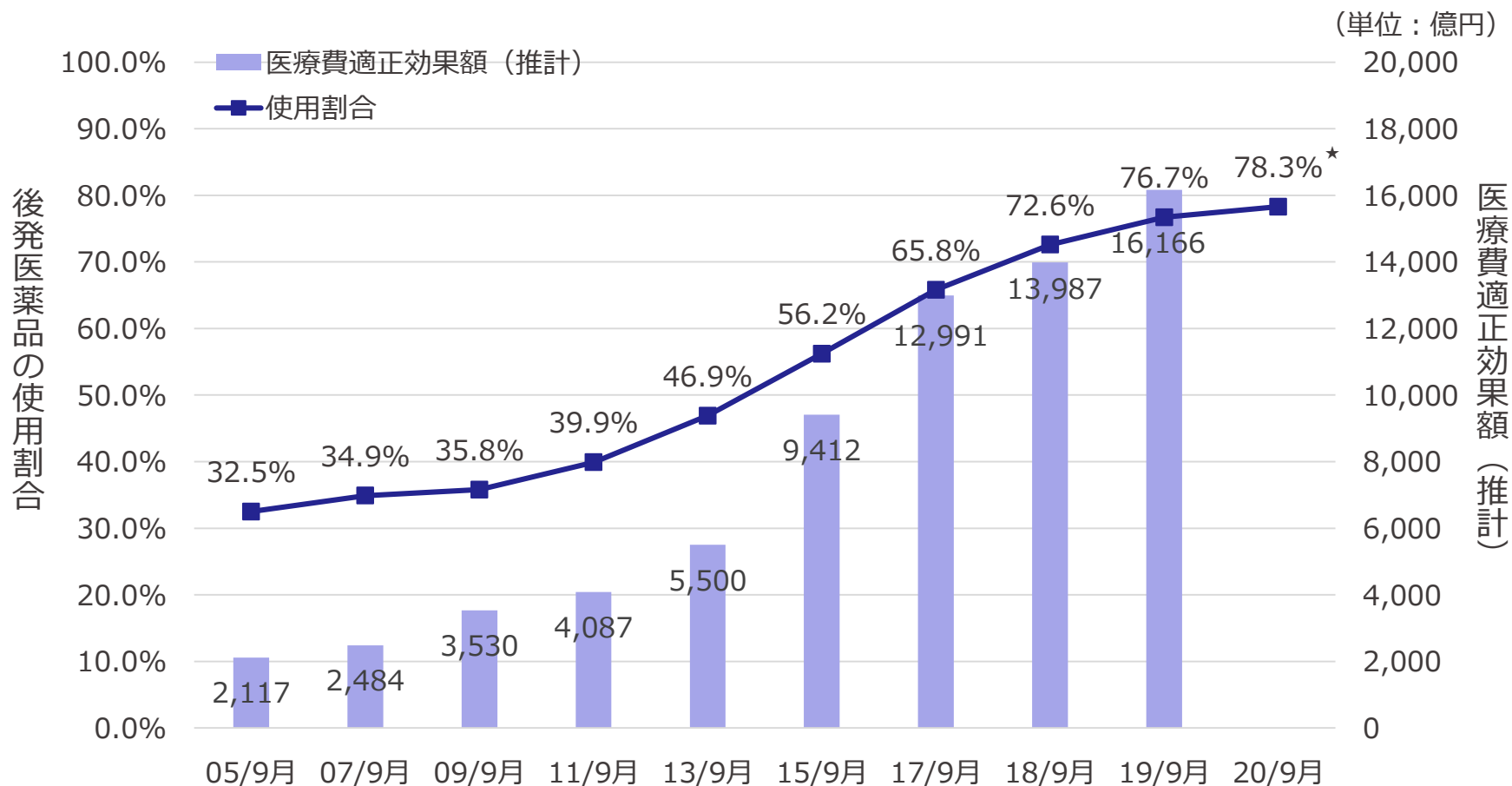
## 5. 医療機関等との情報連携の推進について

- ① 同一医療機関の複数診療科における重複投薬防止の取り組みを評価
- ② 入院治療移行時の情報提供に対する評価
- ③ プロトコルに基づく問い合わせの簡略化や、薬物治療管理の推進

## 6. ICTを活用したより効率的かつ、質の高い薬物治療について

# 使用割合と効果額

2020年9月時点の後発医薬品の**使用割合は78.3%**、**医療費適正効果額は16,000億円程度**と試算されている。



## 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、実際取引額（後発医薬品の薬価ベース）と仮想取引額（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。

▶ 2019年11月15日中医協資料、及び2020年3月23日経済財政諮問会議一体改革推進委員会資料より作成 \* 2021年4月27日経済・財政一体改革の進捗について\_厚労省資料より

# 変更余地 – 変更不可率 –

一般名処方も普及してきている、一方で、**変更不可の処方箋も、一定割合残っている。**

## ■ 1週間の取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

N = 504施設（保険薬局）、合計389,343品目数

	品目数	割合
一般名で処方された医薬品の品目数	200,433	51.5%
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%
「変更不可」となっている医薬品の品目数	24,547	6.3%
「変更不可」となっていない医薬品の品目数	111,274	28.6%
後発医薬品名で処方された医薬品の品目数	37,038	9.5%
「変更不可」となっている医薬品の品目数	3,476	0.9%
「変更不可」となっていない医薬品の品目数	33,562	8.6%
その他の品目名で処方された医薬品の品目数	16,051	4.1%
処方箋に記載された医薬品の品目数の合計	389,343	100.0%

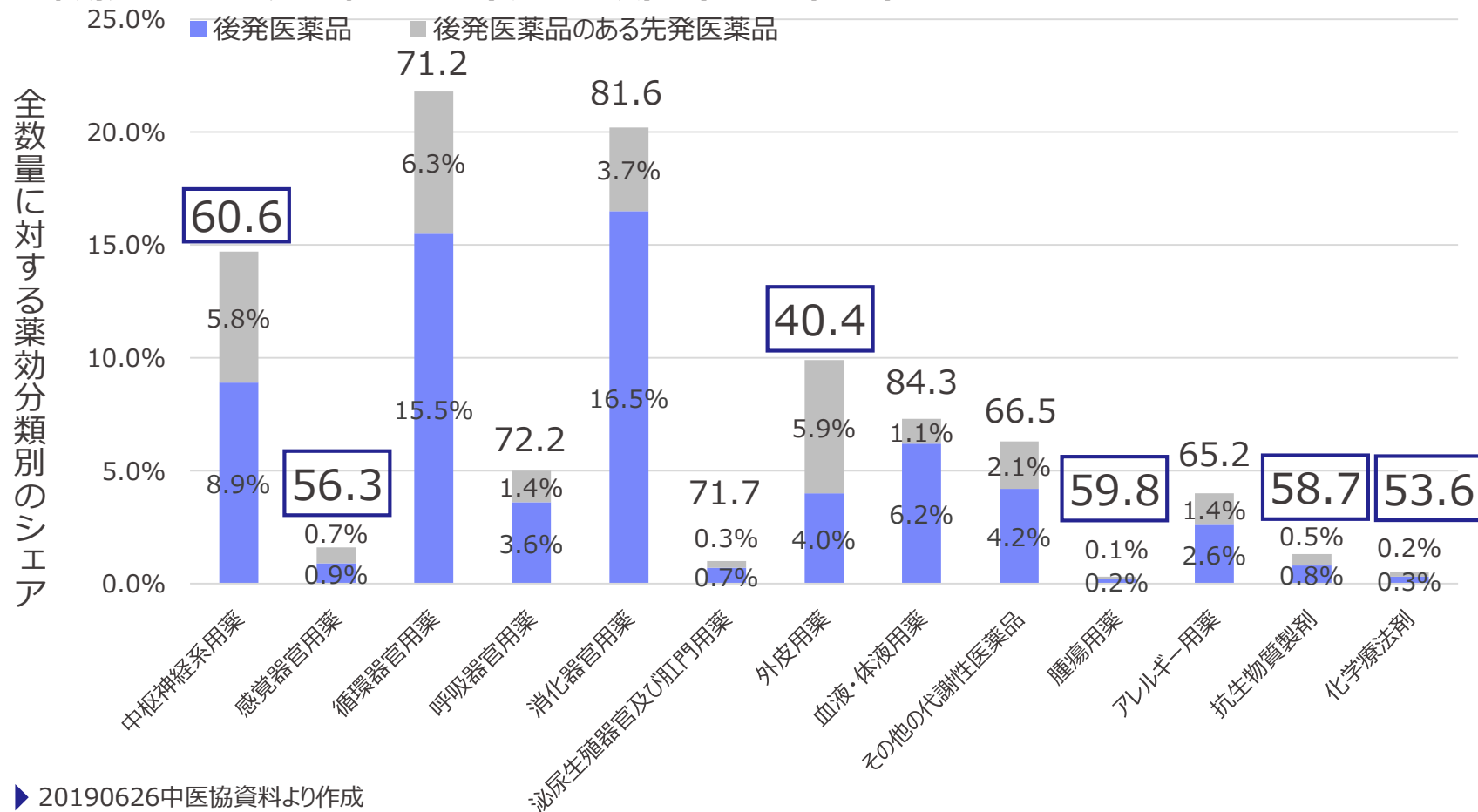
先発品名で処方された医薬品における変更不可率は、**18.1%** (6.3/34.9\*100)

後発品名で処方された医薬品における変更不可率は、**9.4%** (0.9/9.5\*100)

# 変更余地 – 薬効別変更率 –

薬効分類別で変更率に差があり、**外皮用薬、中枢神経系用薬等の変更率が低い。**

## ■ 薬効分類別の後発医薬品割合（数量ベース）（2017年9月）



▶ 20190626中医協資料より作成

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。

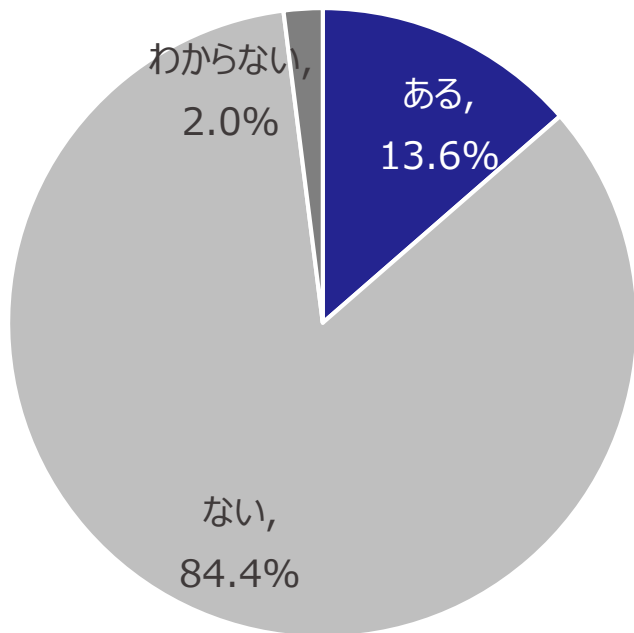
注3) 「後発医薬品割合（数量ベース）」は、〔後発医薬品の数量〕/〔後発医薬品のある先発医薬品の数量〕+〔後発医薬品の数量〕で算出している。

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）

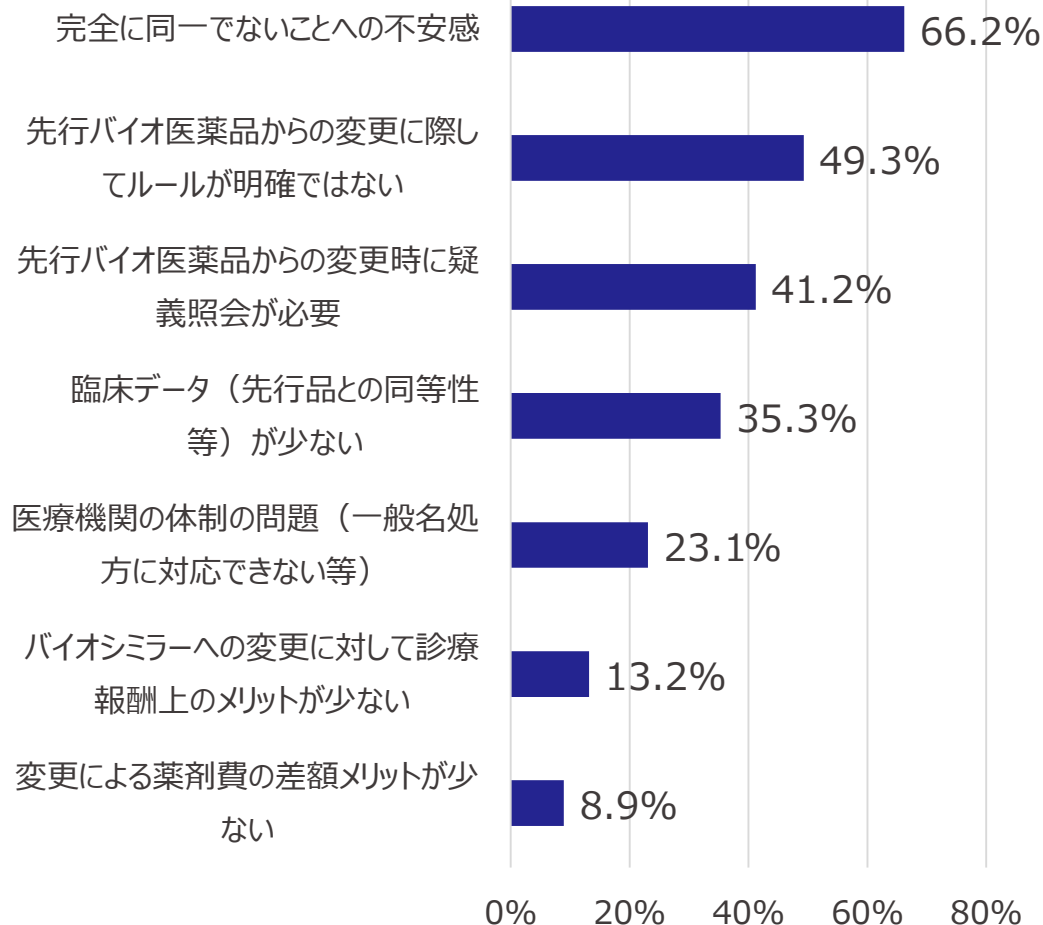
# 変更余地 – バイオシミラー –

バイオシミラー使用促進の余地は大きいですが、普及において、**完全に同一でない不安感、変更ルールの浸透、疑義照会が必要である**等が薬局において課題となっている。

Q. 先行バイオ医薬品からバイオシミラーに変更したことはあるか？ N=1,321



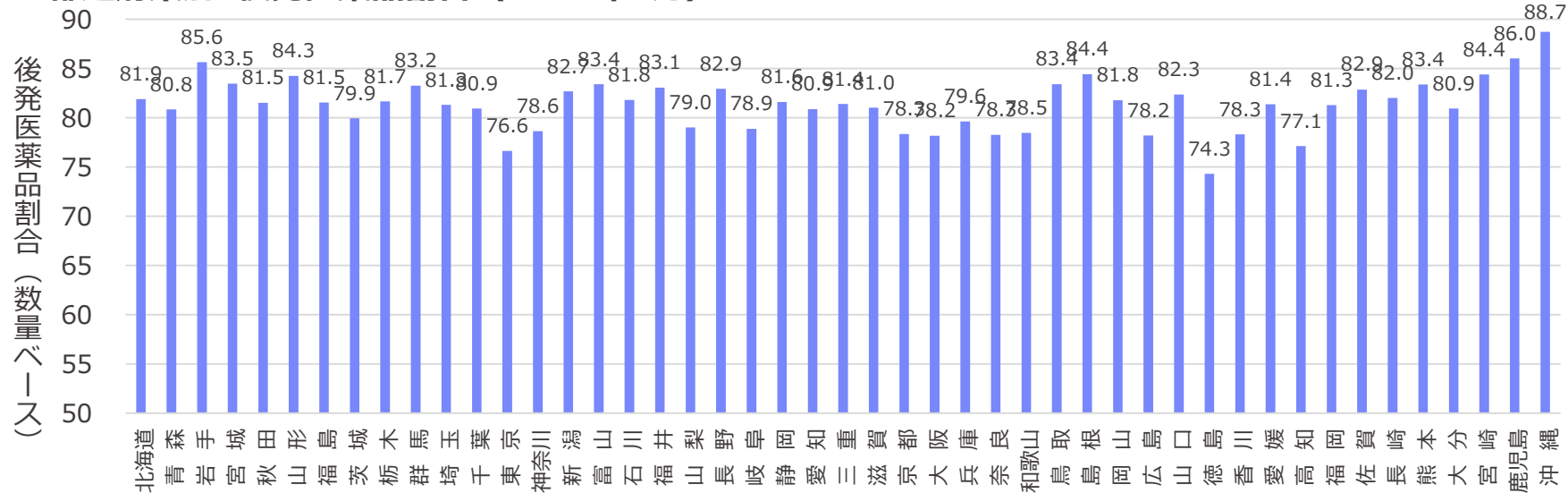
Q. バイオシミラーの普及において課題となっていることは？ N=3,022



# 変更余地 – 地区別変更率 –

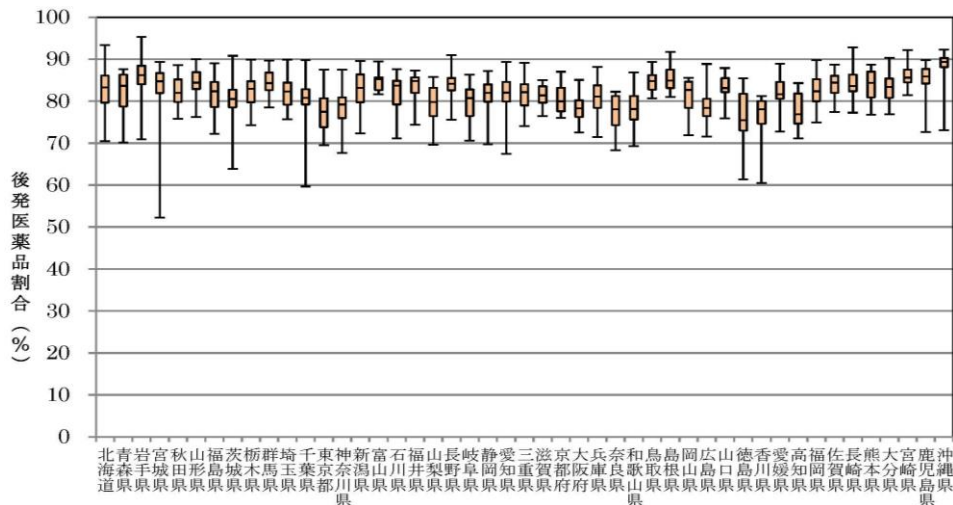
変更率には都道府県、市区町村ごとにばらつきが存在する。

## ■ 都道府県別 後発医薬品割合（2020年3月）



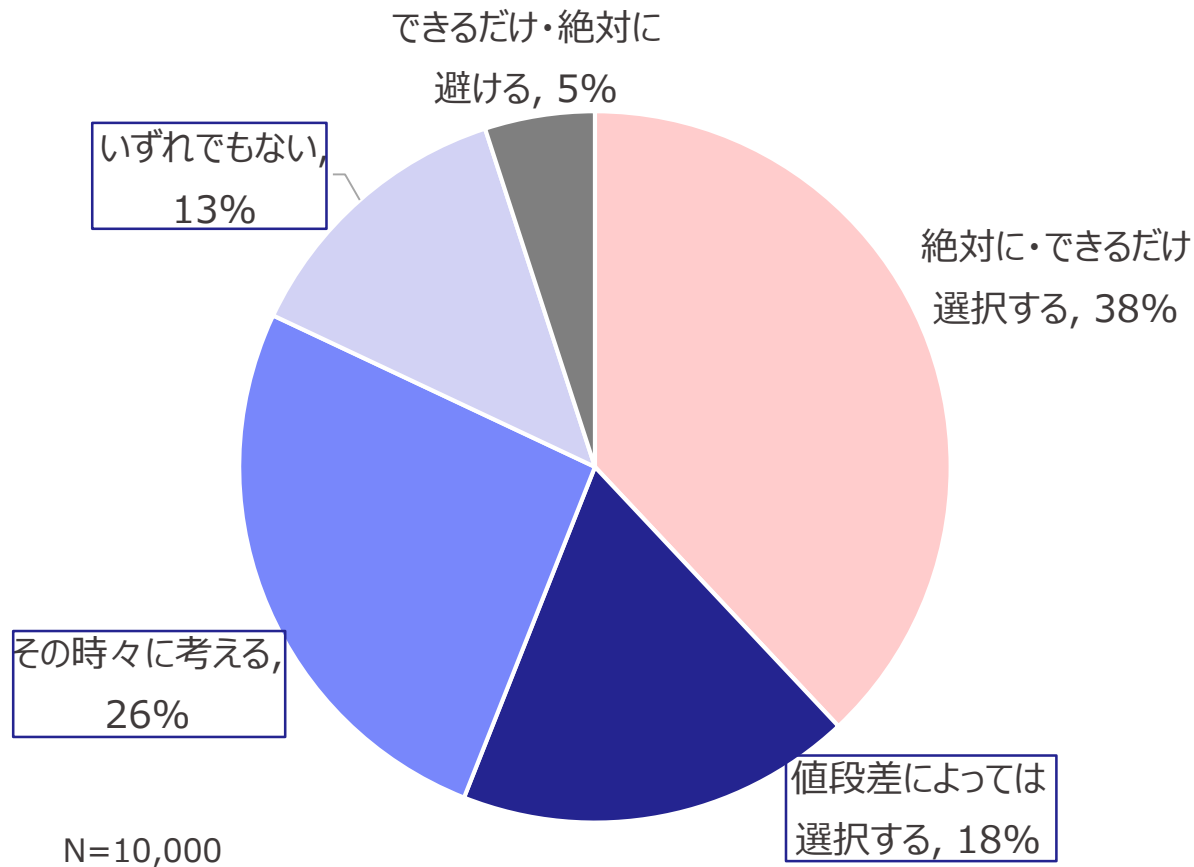
## ■ 各都道府県における市区町村別後発医薬品割合（2020年3月）

▶ 調剤医療費（電算処理分）の動向 ～令和元年度版～より作成



## 変更余地 – 患者の後発医薬品の選択意向 –

患者の後発医薬品選択において、「値段差によっては選択する」18%、「その時々を考える」26%、「いずれでもない」13%と回答。このような意向の患者に対しては、**薬剤師等による情報提供や、説明が、変更のきっかけとなると**推察される。

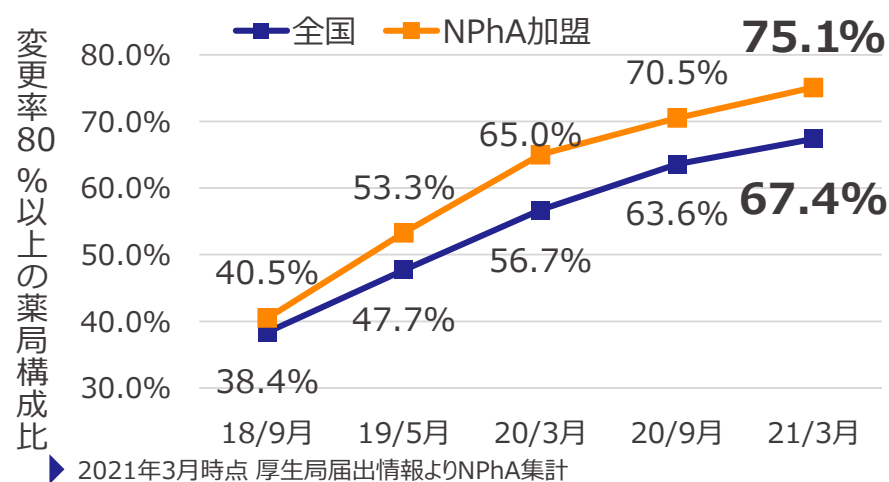


▶ 2020年3月23日経済財政諮問会議一体改革推進委員会資料（後発医薬品の使用促進に関する研究報告書）より作成

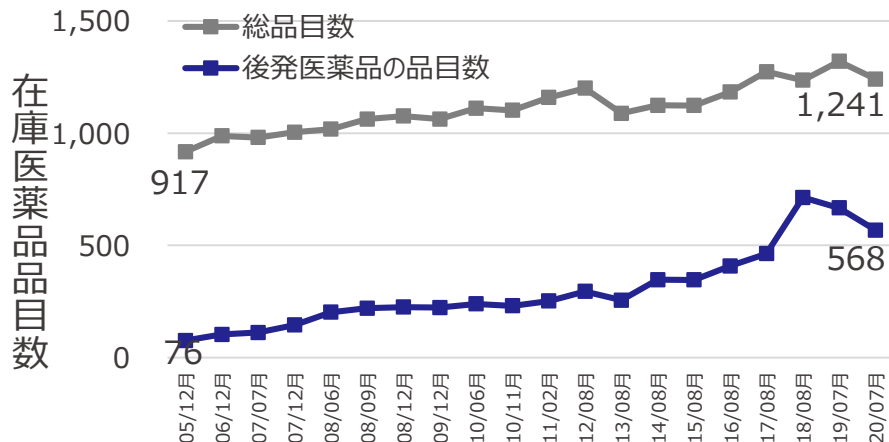
# 薬局における取り組み状況

薬局においては、**後発医薬品の在庫を確保、管理**し、薬局から患者に対して使用促進のための**積極的な声かけ**をしていることもあり、政府目標である80%を達成している薬局が増えてきている。

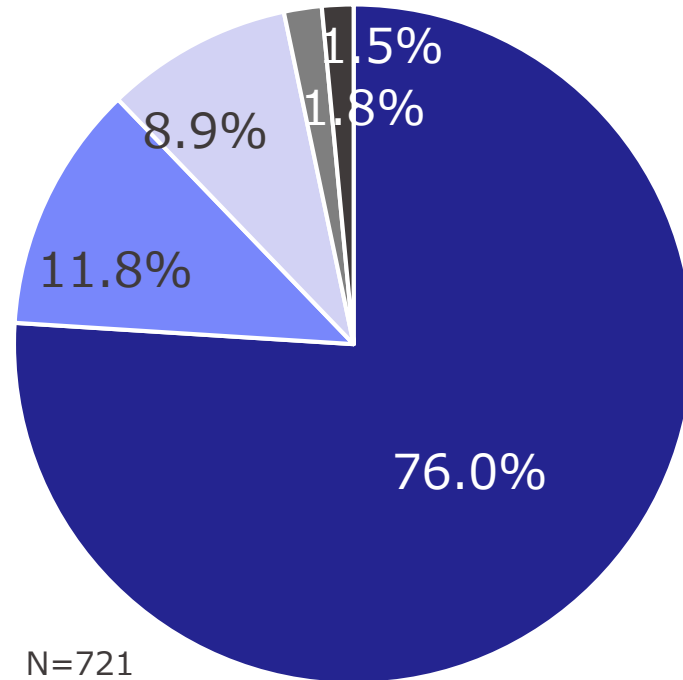
## ■ GE変更率80%以上の薬局構成比（加算2・3届出）



## ■ 在庫医薬品の品目数推移



## ■ 薬局から患者への説明状況



- 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 後発医薬品の説明・調剤に積極的には取り組んでいない
- 無回答

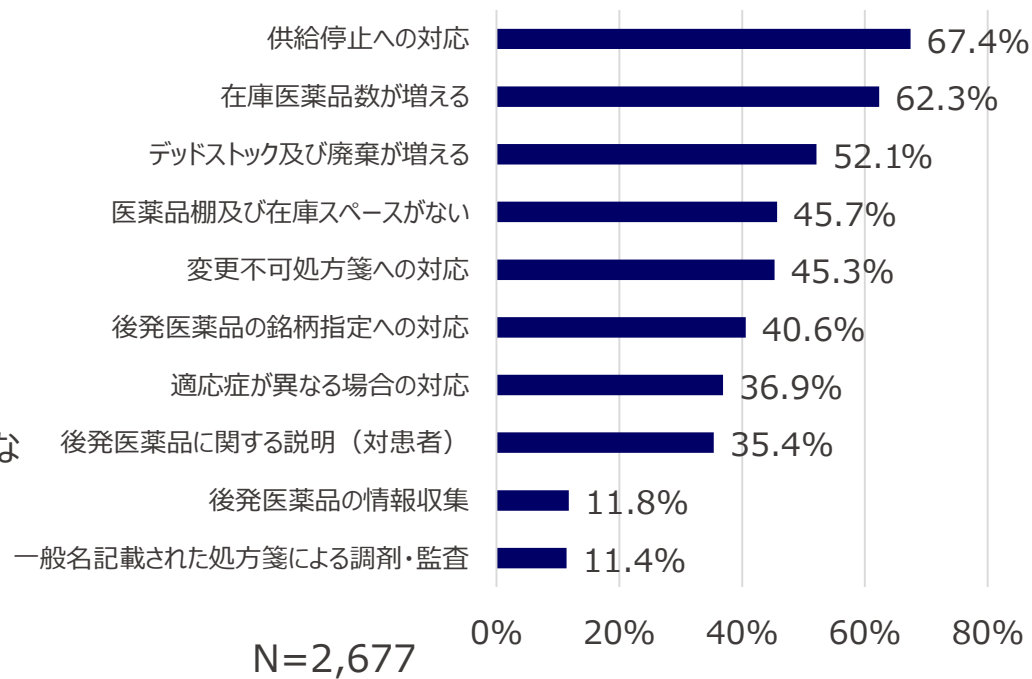
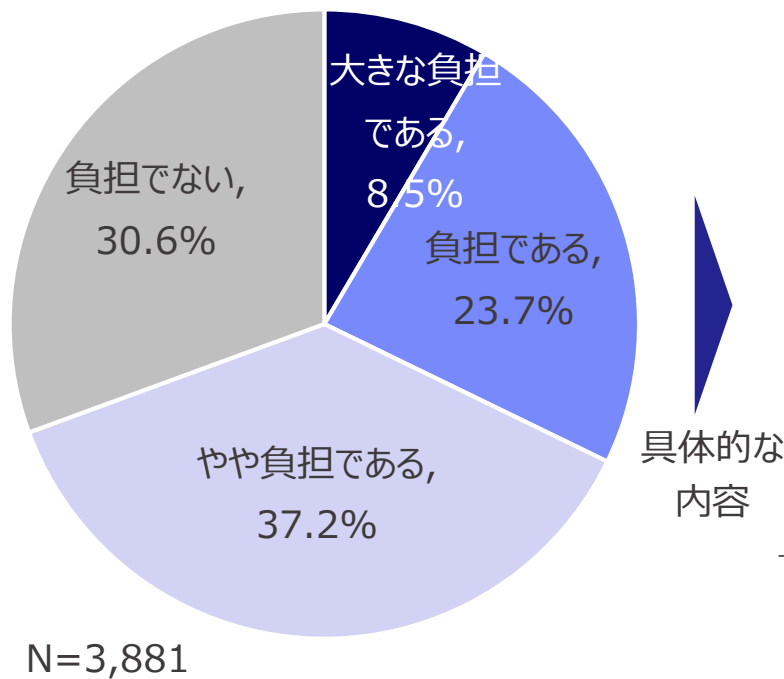
▶ 令和1年後発医薬品の使用促進施策の影響及び実施状況調査報告書より作成

▶ 2020年7月NPhA薬局機能創造委員会\_管理薬剤師アンケート報告書  
20/7月調査のN数は3,800件



# 薬局の負担

後発医薬品割合を維持する上で、**供給停止への対応や、在庫管理、新規採用、変更不可処方箋への対応等が、薬局業務の負担となっている。**



## その他フリーコメントの抜粋

・高齢者は後発医薬品に変更することに抵抗が大きい方が多い  
 ・0割負担の方への後発品変更の説明  
 ・医師の後発品変更への理解が得られない  
 ・メディアによる後発品批判  
 ・販売中止、自主回収による後発品が手に入らない  
 ・出荷調整のため他の後発に変更したくても購入できない  
 ・自主回収品が発生した際のシワ寄せが大きい  
 ・後発医薬品の発売日の知らせが直前で在庫の準備が間に合わず割合が減ってしまう  
 ・後発医薬品新規薬価収載による低下  
 ・新規採用の場合の各登録作業の対応  
 ・後発品変更後の医療機関へのフィードバック  
 ・後発品に対し患者様のメーカー指定で在庫が増える  
 ・後発医薬品の銘柄変更時の対応  
 ・後発品銘柄指定が度々変更となり、その都度採用変更する必要がある  
 ・銘柄指定に変更不可が記載されている処方せんによる在庫数の増加  
 ・過誤防止対応の負担  
 ・調剤過誤のリスクが増える  
 ・外用剤の質感の相違についての対応  
 ・軟膏剤等はGEを使って混合すると分離する  
 ・湿布などは、使用感を比べたうえで先発を希望される

▶ 2020年7月NPhA薬局機能創造委員会\_管理薬剤師アンケート報告書より

## 2. 医薬品の安定供給と、後発医薬品のさらなる使用促進

昨今の後発医薬品メーカーの不祥事、及び相次ぐ回収に対して、薬局はより丁寧に対応しているが、国民の後発医薬品への信頼を失うほどの影響があった。一方で、都道府県ごとのばらつきはあるものの、使用率は約80%に達し、その医療費抑制効果は大きく、今後も、皆保険制度の持続性の観点からバイオシミラーを含め、**さらなる使用促進をしていく必要がある、薬局における啓発活動や、医薬品管理等の負担を踏まえた上で、今後の目標に合わせた評価を要望する。**

# 要望事項

## 重点事項

1. 患者にとって分かりやすく、薬局が果たしている機能を公正に評価
  2. 医薬品の安定供給と、後発医薬品のさらなる使用促進
  3. かかりつけ推進による患者との信頼構築、及びフォローアップによる薬物治療の質向上について
- ① 患者や地域医療のニーズを踏まえた、かかりつけ薬剤師・薬局制度の見直し**

## 個別事項

- ② 患者及び服用薬剤の特性に応じた、継続的な薬学管理による成果に対する評価

## 4. 患者にとって安心で質の高い在宅医療の推進について

- ① 間隔が6日以上開かない訪問の評価
- ② 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理に対する評価
- ③ 医師の在宅訪問に同行した際の処方設計過程における処方提案、情報提供等の評価
- ④ 認知症の人やその家族を支えるための多職種連携や、薬物治療上の成果を評価

## 5. 医療機関等との情報連携の推進について

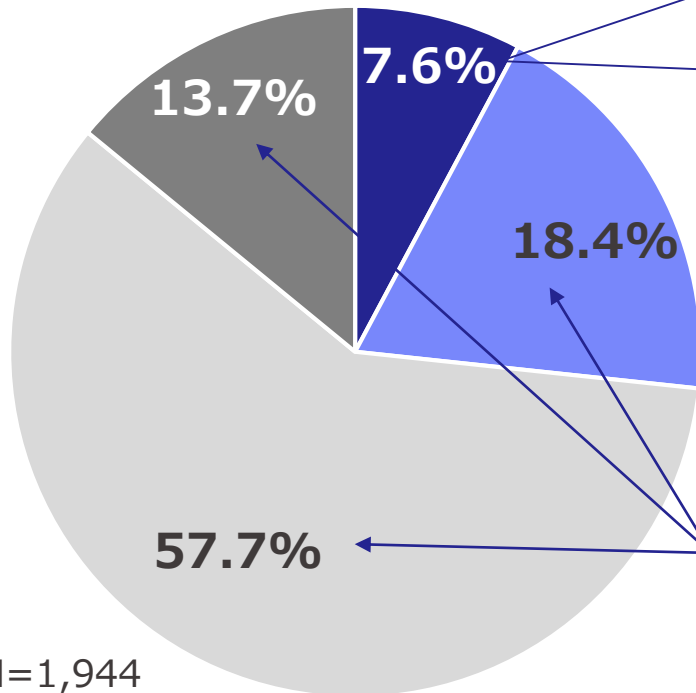
- ① 同一医療機関の複数診療科における重複投薬防止の取り組みを評価
- ② 入院治療移行時の情報提供に対する評価
- ③ プロトコルに基づく問い合わせの簡略化や、薬物治療管理の推進

## 6. ICTを活用したより効率的かつ、質の高い薬物治療について

# かかりつけ ー 国民の意識 ー

かかりつけ薬剤師・薬局を決めているのは7.6%、今後、決めたいと思っているのは21.0%

## ■ 薬局を一つに、薬剤師を一人に決めているか



かかりつけ薬剤師・薬局を決めてよかったこと（上位2回答）

N = 147

- 生活状況や習慣などを理解してくれた上で、薬についての説明などをしてくれたこと **52.4%**
- 服用している全ての薬の飲み合わせについて確認してくれたこと **46.3%**

かかりつけ薬剤師・薬局を決めたいと思うか

N = 1,777

- かかりつけ薬剤師・薬局を決めたいと思う **21.0%**
- 調剤してもらう薬局は一つに決めたいと思うが、かかりつけ薬剤師は決めたいと思わない 29.3%
- 調剤してもらう薬局もかかりつけ薬剤師も決めたいと思わない 40.1%

■ かかりつけ薬剤師・薬局を決めている

■ 薬局は一つに決めているが、かかりつけ薬剤師は決めていない

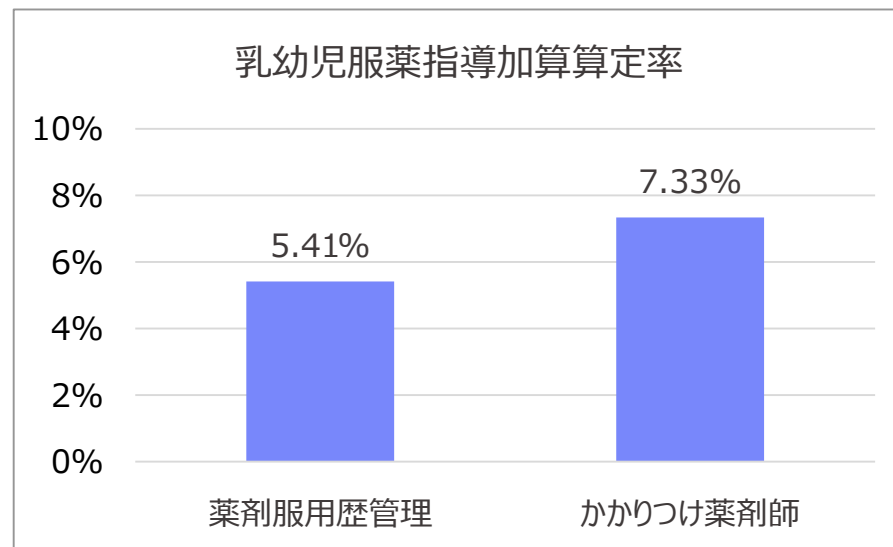
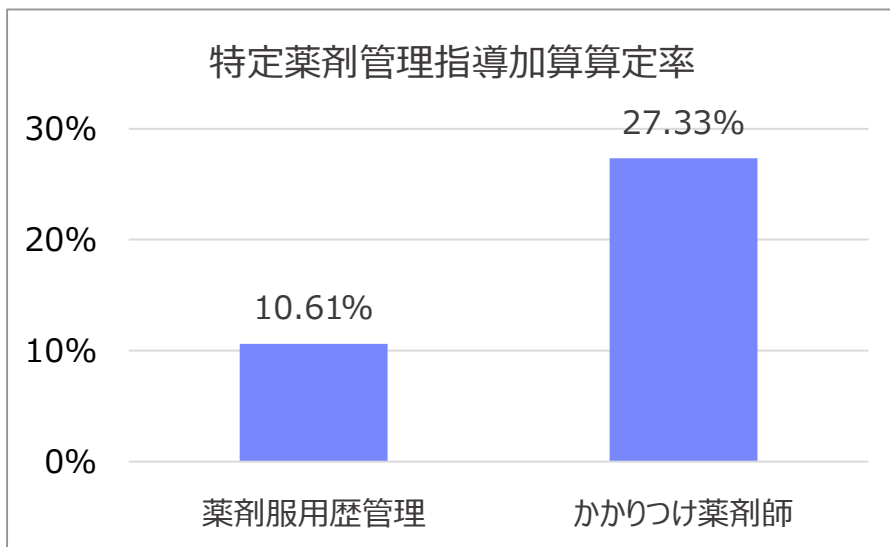
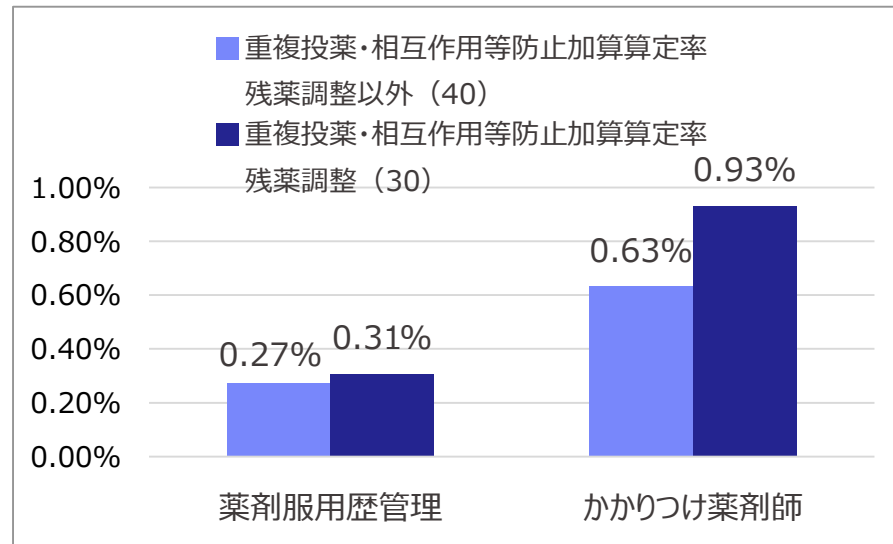
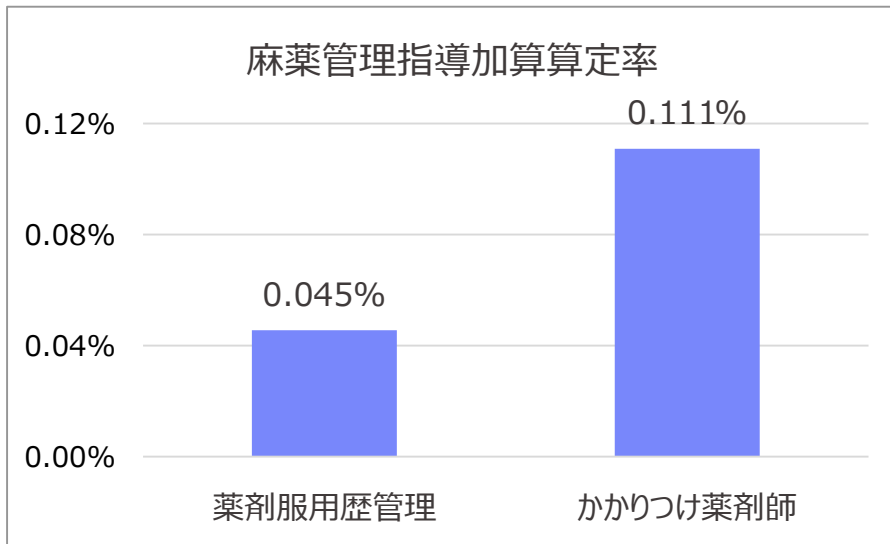
■ 病院や診療所ごとにその近くにある薬局に行く

■ 特に決めていない

▶ 令和3年2月薬局の利用に関する世論調査より作成

# かかりつけ ー 職能発揮 ー

かかりつけ薬剤師が担当した場合、そうでない場合と比較して、各種加算の**算定率が顕著に高い。**

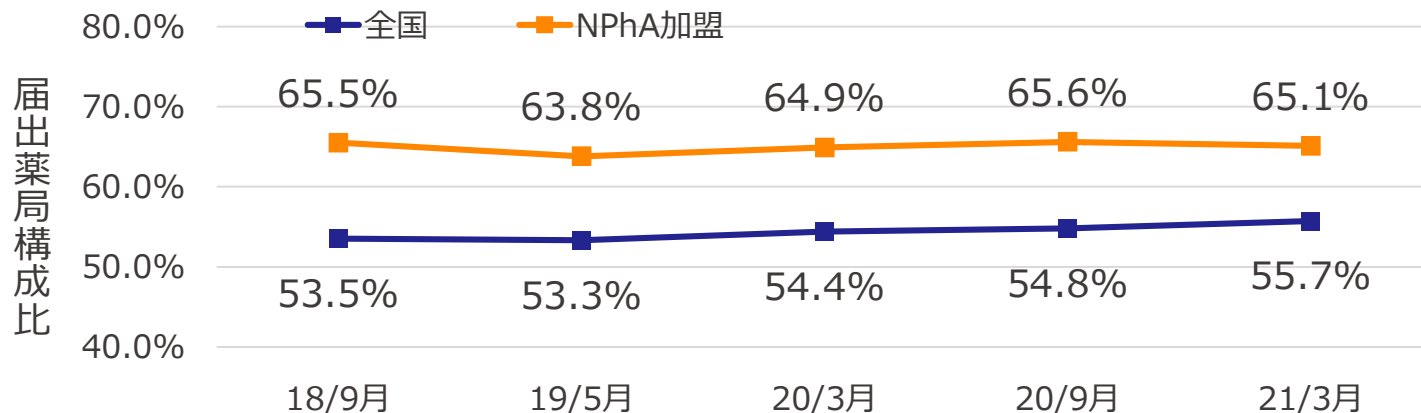


▶ 社会医療診療行為別統計 (2019年6月実績) より 算定率は算定件数を薬剤服用歴管理指導料もしくは、かかりつけ薬剤師指導料の算定件数で除して算出

# かかりつけ ー 進捗 ー

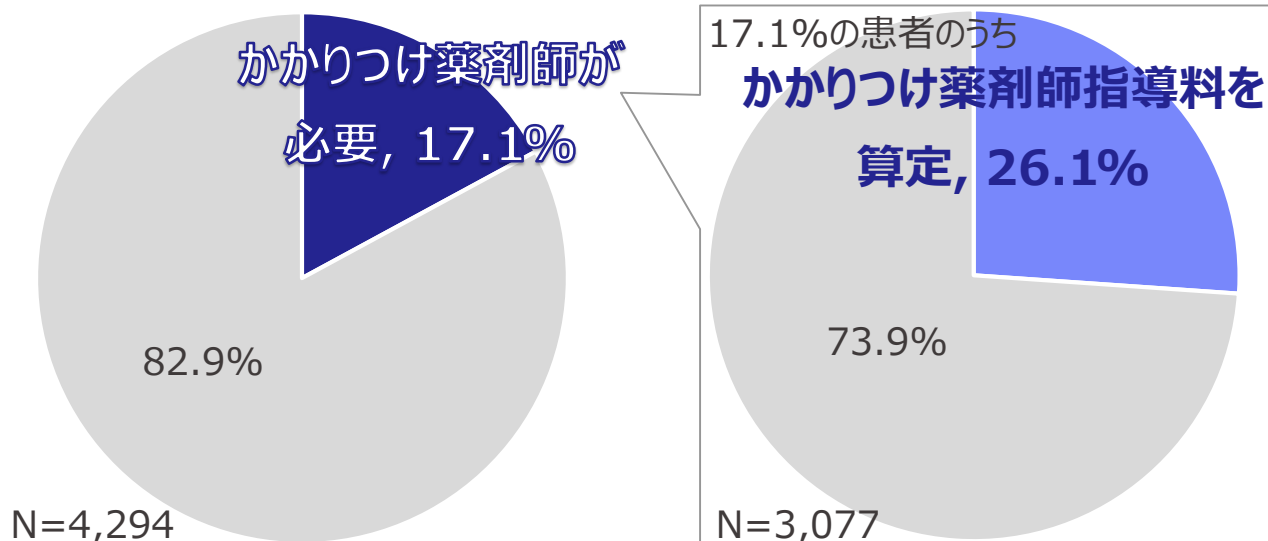
かかりつけ薬剤師の届出薬局は5割を超えている。一方、薬剤師視点において、かかりつけ薬剤師が必要と考える患者（全体の17.1%）のうち、かかりつけ薬剤師指導料を算定できているのは26.1%であった。

## ■ かかりつけ薬剤師の届出薬局



▶ 2021年3月時点 厚生局届出情報よりNPhA集計 N=全国59,565薬局、NPhA加盟15,903薬局

## ■ かかりつけ薬剤師が必要と考える患者割合



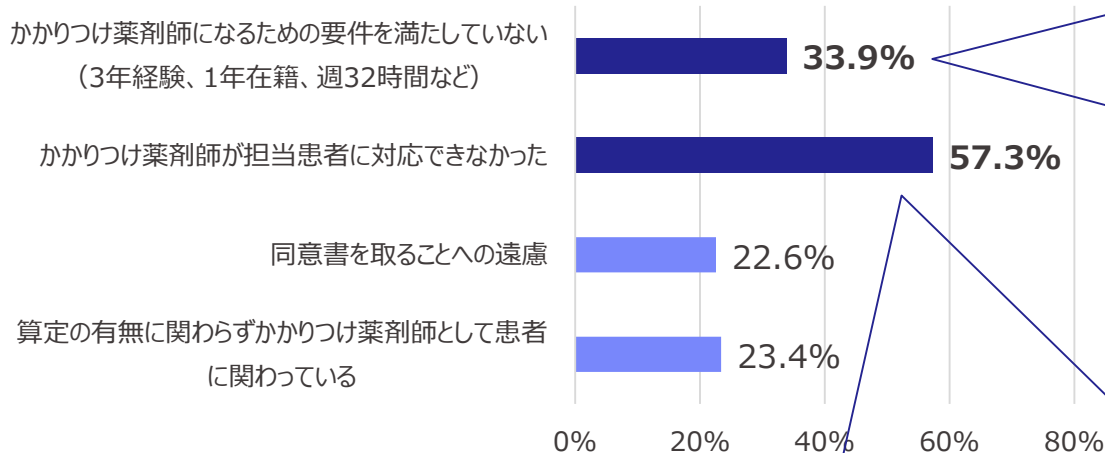
▶ 2021年2月NPhA薬局機能創造委員会  
\_管理薬剤師アンケート報告書より

かかりつけ薬剤師が必要と考える患者の割合、及びそのうち、かかりつけ薬剤師指導料を算定している割合の設問に回答された%数の平均値をグラフ化

# かかりつけ — 課題 —

かかりつけ薬剤師の要件を満たしている薬剤師は**32.3%**、また、かかりつけと在宅をともに推進していく中で、**かかりつけ薬剤師が在宅業務等の薬局外業務を行うことで、来局された、かかりつけ患者を担当できない**場合もある。

かかりつけ薬剤師指導料を算定できない理由(複数回答可)(N=363)

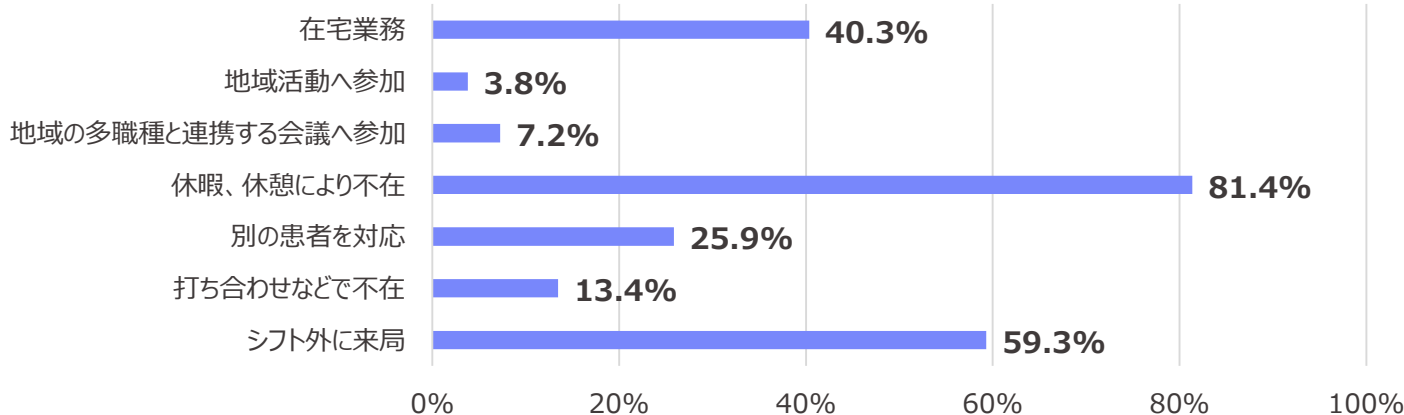


かかりつけ薬剤師の配属数と割合

N数	62社 7,205薬局
薬剤師数(常勤換算) (1薬局当たり)	25,738人 (3.57人)
かかりつけ薬剤師 (1薬局当たり)	8,323人 (1.15人)
かかりつけ薬剤師の割合	<b>32.3%</b>

▶ 2020年11月NPhA医療制度検討委員会WEB調査より

かかりつけ薬剤師が担当する患者に対応できなかった理由(複数回答可)(N=290)



▶ 2021年2月NPhA薬局機能創造委員会\_管理薬剤師アンケート報告書より作成

## 3. 患者や地域医療のニーズを踏まえた、かかりつけ薬剤師・薬局制度の見直し

かかりつけ機能推進上の課題として、

- かかりつけ薬剤師に求められる勤務経験、勤務時間、在籍期間等の**就業要件**
- かかりつけと在宅をともに推進していく中で、**かかりつけ薬剤師が在宅業務等の薬局外業務を行うことで、来局された、かかりつけ患者を担当できない**場合もある

今後、**在宅や地域連携のニーズが増す中で、かかりつけを推進する薬局業務の実情を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局制度の見直しを要望する。**



# 要望事項

## 重点事項

1. 患者にとって分かりやすく、薬局が果たしている機能を公正に評価
  2. 医薬品の安定供給と、後発医薬品のさらなる使用促進
  3. かかりつけ推進による患者との信頼構築、及びフォローアップによる薬物治療の質向上について
- ① 患者や地域医療のニーズを踏まえた、かかりつけ薬剤師・薬局制度の見直し

## 個別事項

- ② 患者及び服用薬剤の特性に応じた、継続的な薬学管理による成果に対する評価

## 4. 患者にとって安心で質の高い在宅医療の推進について

- ① 間隔が6日以上開かない訪問の評価
- ② 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理に対する評価
- ③ 医師の在宅訪問に同行した際の処方設計過程における処方提案、情報提供等の評価
- ④ 認知症の人やその家族を支えるための多職種連携や、薬物治療上の成果を評価

## 5. 医療機関等との情報連携の推進について

- ① 同一医療機関の複数診療科における重複投薬防止の取り組みを評価
- ② 入院治療移行時の情報提供に対する評価
- ③ プロトコルに基づく問い合わせの簡略化や、薬物治療管理の推進

## 6. ICTを活用したより効率的かつ、質の高い薬物治療について

# フォローアップ 525事例の分析

## ■ 医療連携に繋がった事例が**384件、73%**

処方医への情報提供、処方提案等、また、医療機関以外との連携も見られた。

## ■ 成果に繋がった事例が**497件、95%**

### □ 処方変更が見られたのが**268件、54%**

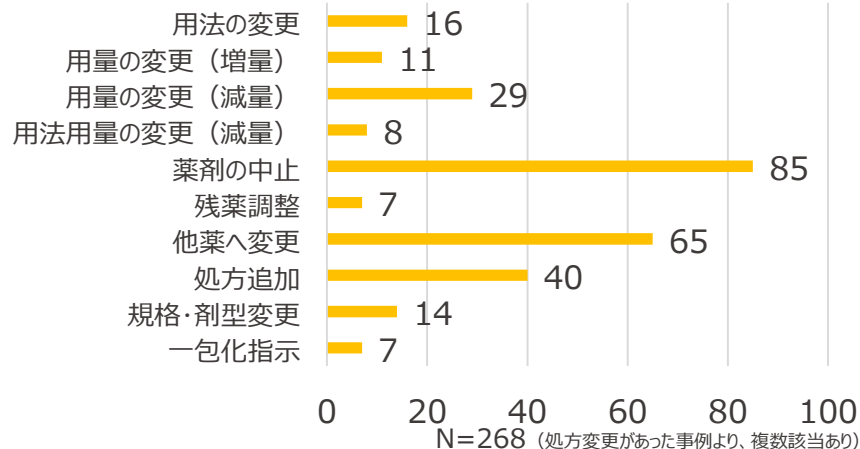
- 副作用の発現等により、中止や減量が126件
- 薬剤中止、減量、残薬調整による医療費削減効果は、1ヵ月処方換算で109万円
- 処方追加や増量が47件
- 服薬状況の改善等のための変更が36件

### □ 処方変更以外の成果が見られたのが**342件、69%**

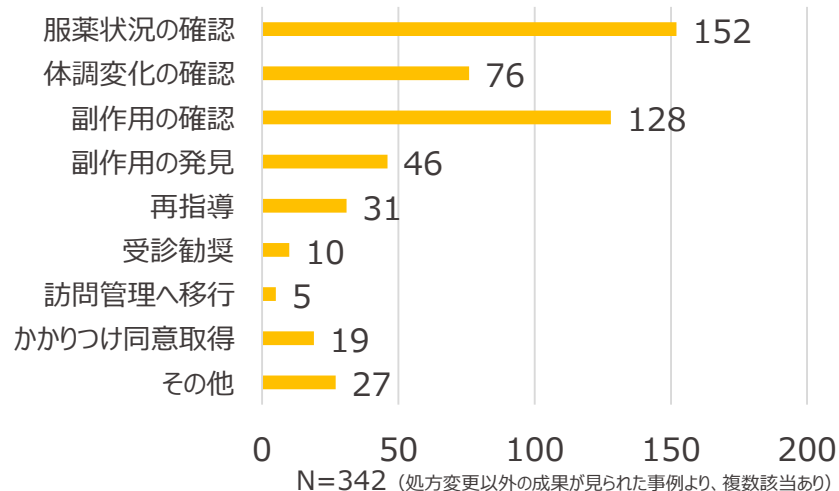
- 副作用の発見、確認が174件
- 服薬状況の確認152件、体調確認が76件
- 服薬に関する再指導31件
- かかりつけ薬剤師の新規契約19件
- 薬物治療に対する不安、フォローアップされたことの安心感から患者様、医療機関より多くのお礼の言葉をいただいた。(125件)

### □ 患者聞き取りによる薬剤師による評価では、フォローアップ後に服薬状況、体調、副作用に改善が見られたのが**434件、83%**

#### 処方変更の内訳

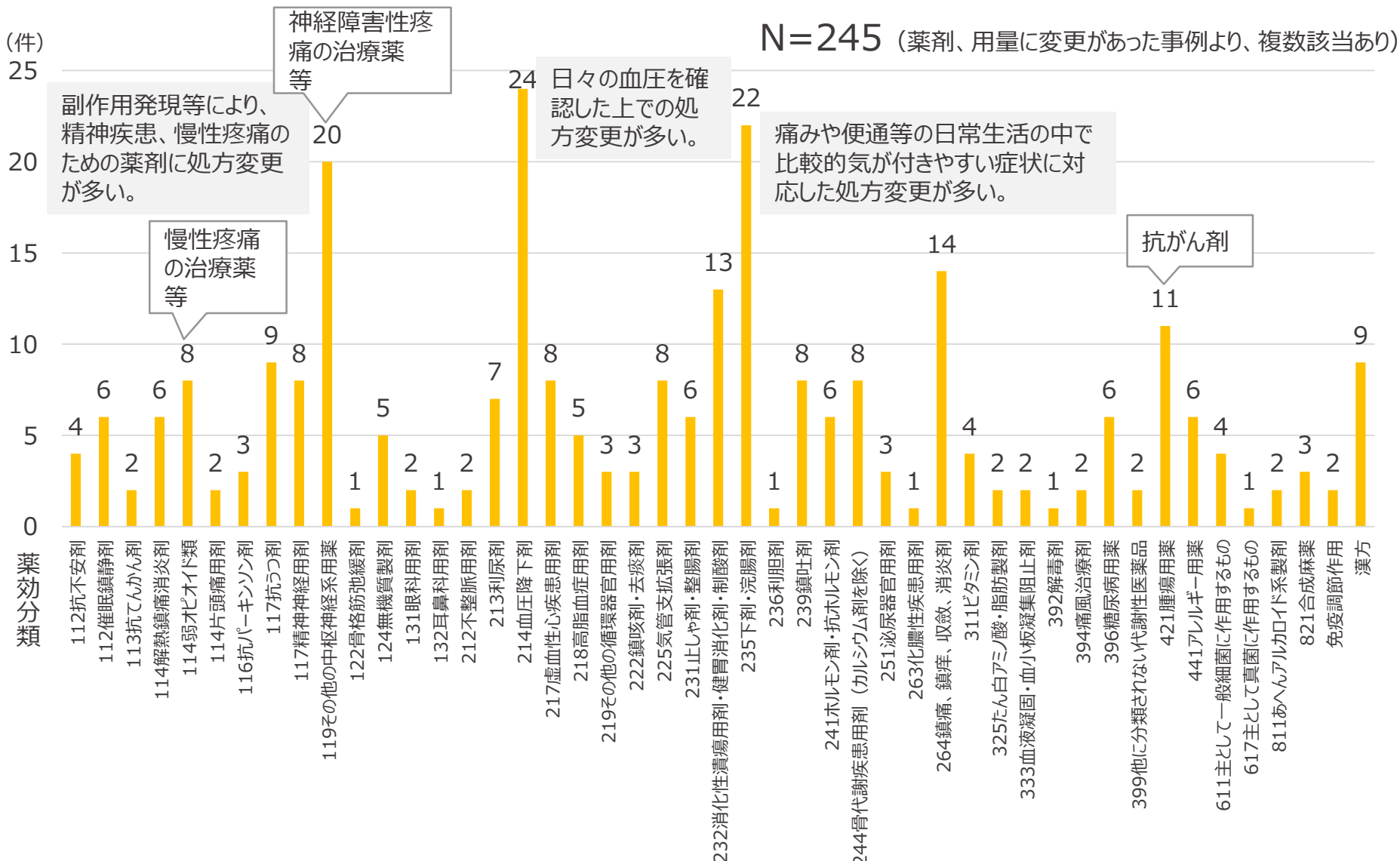


#### 処方変更以外の成果の内訳



# フォローアップ 525事例の分析

## ■ 処方変更された薬剤の傾向



# フォローアップ 525事例の分析

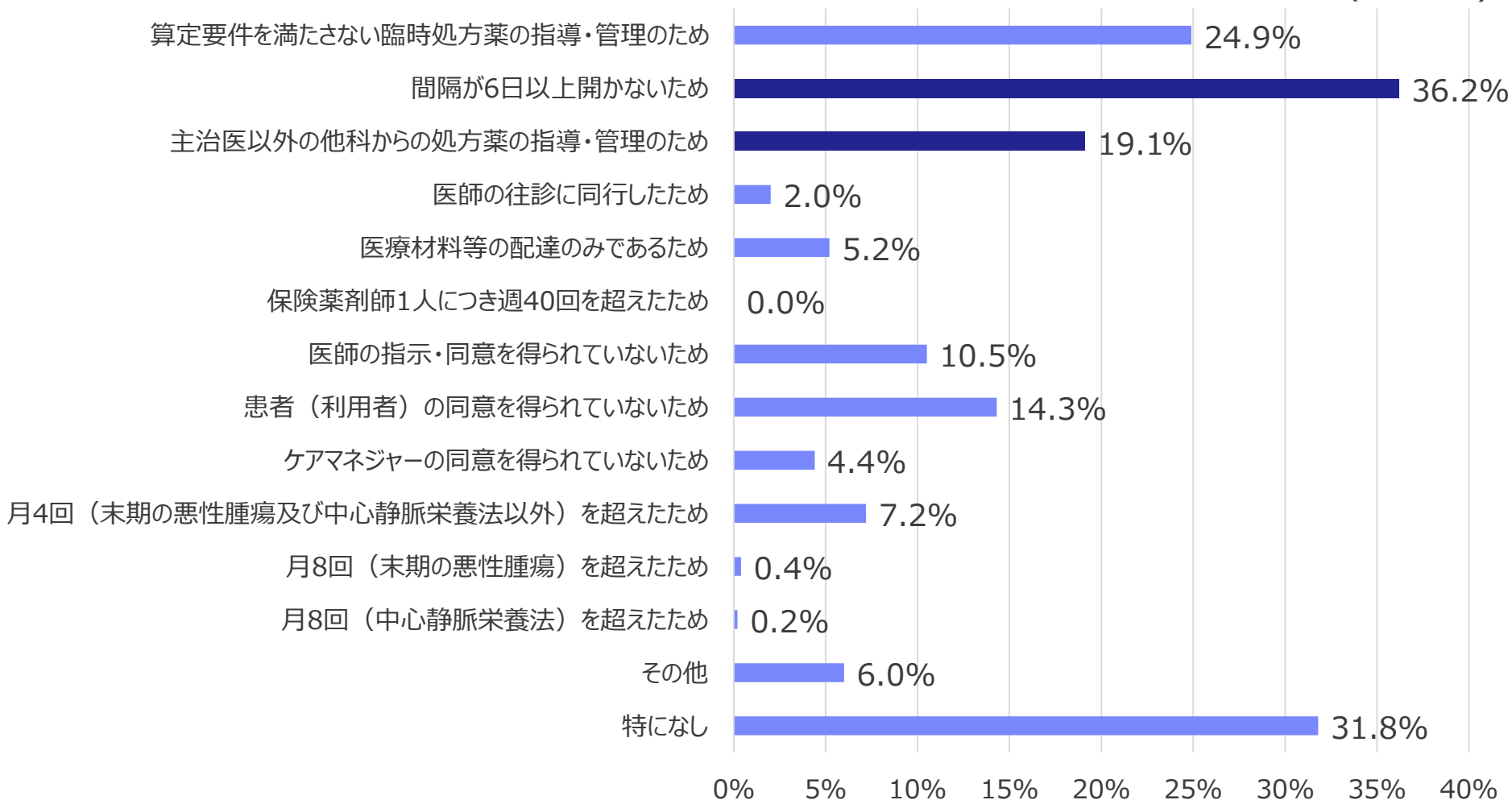
## ■ 事例紹介

患者	薬剤	経過	フォローアップの概要
70代女性	疼痛治療剤	服薬状況 × 体調 × 副作用 あり	増量されたこともあり、電話にてフォローアップを実施したところ、増量後、日常生活に支障が出るほどの眠気があり、 <b>自己判断で服用を中止している</b> と相談を受け、副作用発現の可能性と、それによるコンプライアンス低下について、 <b>トレーシングレポートを提出し、その後、当該薬剤は減量</b> となった。
60代女性	降圧剤	服薬状況 ○ 体調 × 副作用 なし	降圧剤を2種類服用しており、血圧90～110で、ふらつきが生じていると相談を受けたため、 <b>1種類を中止するように指導し、すぐに、処方医へ指導内容の承諾を得た。その6日後に、経過を確認したところ、</b> 血圧100～120で推移しており、めまいやふらつき等の自覚症状も出ていないことを確認した。
70代男性	抗がん剤	服薬状況 × 体調 × 副作用 あり	抗がん剤（キナーゼ阻害剤）服用中の患者様。来局時に、「 <b>11時半ごろに服用している」「下痢の副作用」</b> を聴取し、食事の影響を受け、血中濃度が上がる可能性があるため、 <b>朝食、昼食と1時間以上は時間を空けて服用するように再指導</b> を行った。後日、電話にてフォローアップを行った際に、「1時間以上時間を空けて服用するようにしたところ下痢が改善した」と聴取した。
50代女性	抗がん剤	服薬状況 ○ 体調 ○ 副作用 あり	外来がん化学療法開始時より、毎週、フォローアップを実施。2週目フォローアップの際に、 <b>Grade2相当の下痢出現</b> を確認したため、 <b>下痢止めの追加処方を提案</b> 。3週目来局時に、下痢止めと整腸剤の処方追加を確認し、さらに、そのフォローアップ時に <b>下痢の改善が確認</b> できた。2クール目も予定通り、開始できている。

# 在宅医療の推進

## ■ 訪問指導料を算定できない場合、算定できなかった理由

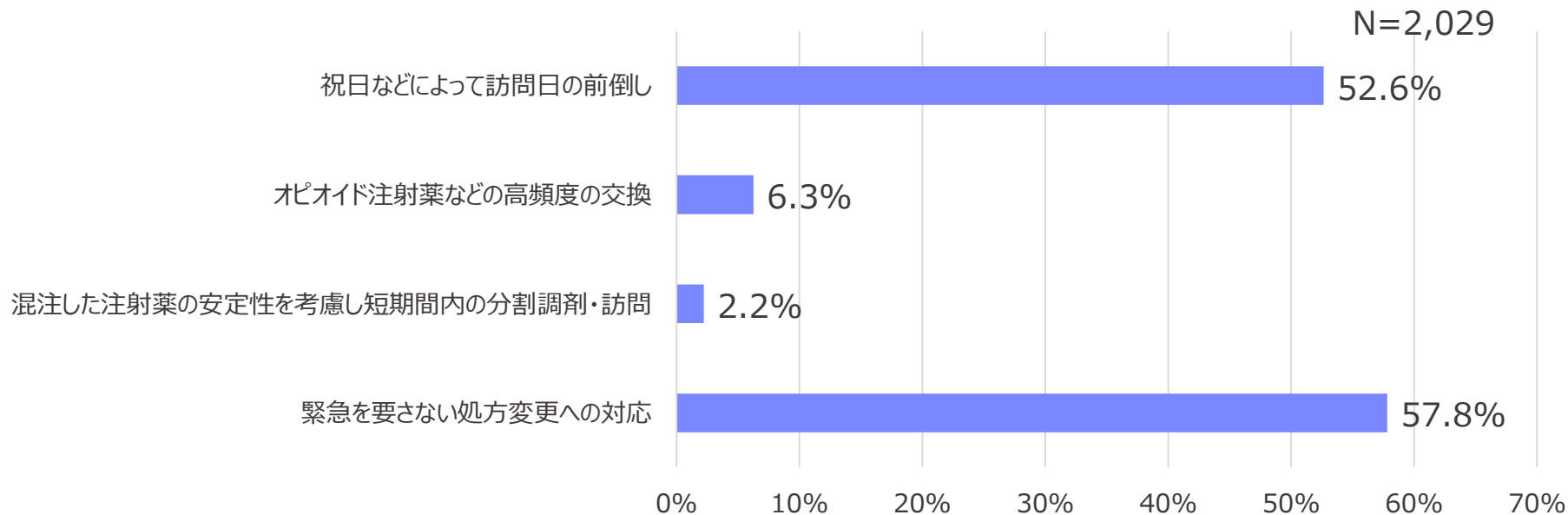
(N=503)



▶ 令和元年度老健局事業「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する調査研究事業」報告書より

# 在宅医療の推進

## ■ 訪問間隔が6日以上空かず、訪問指導料が算定できないケース

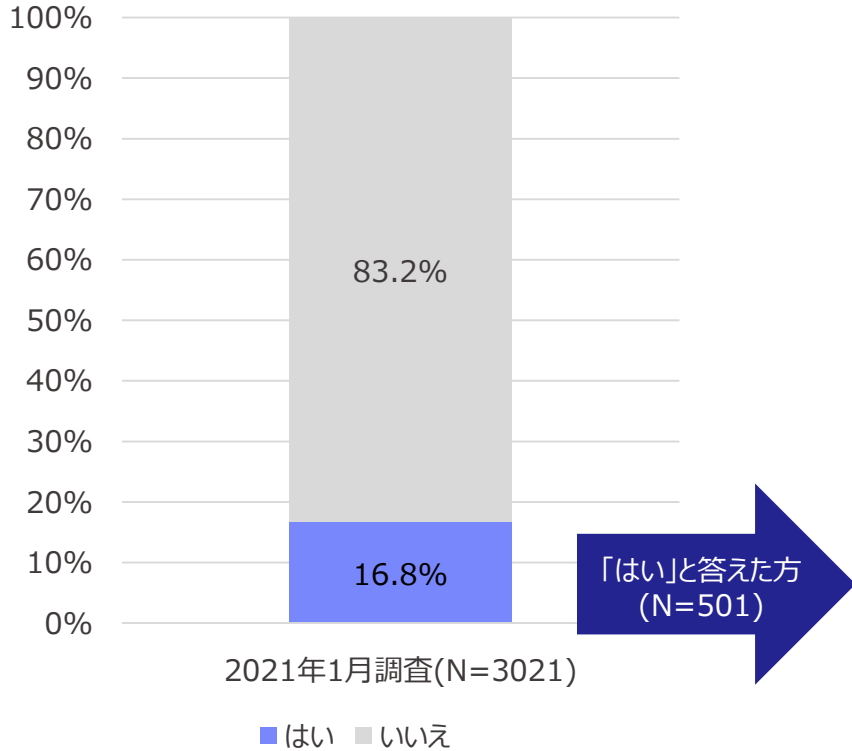


### その他フリーコメントの抜粋

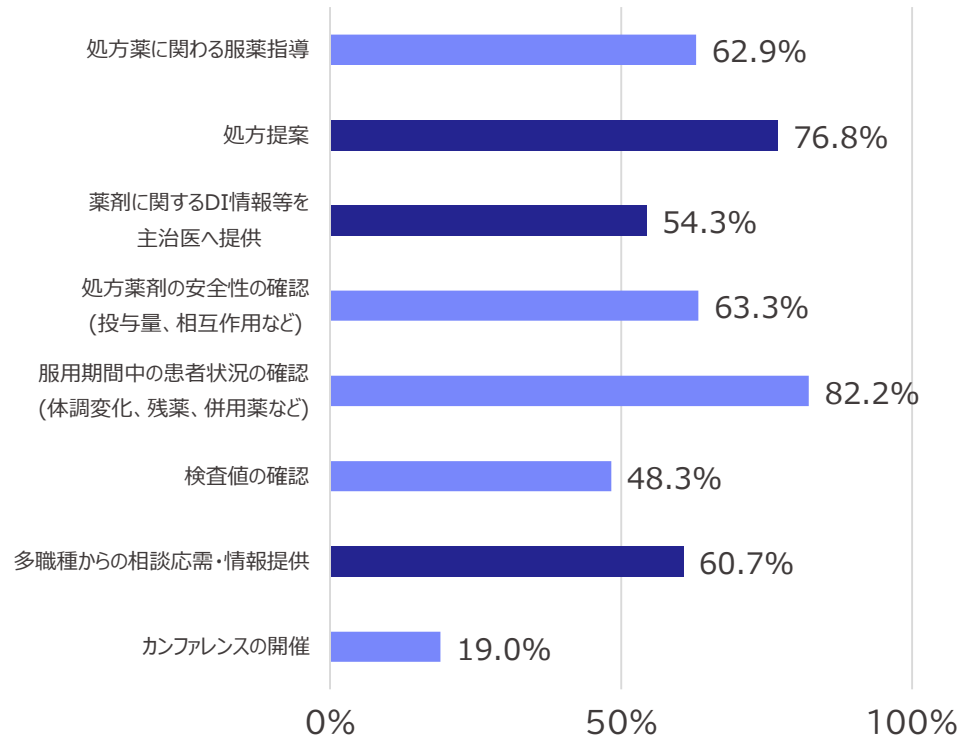
- ・お年寄りが多いため、すぐに体調を崩すことが多く急配が多い
- ・コンプライアンス不良による週に2回の薬のセットを要望されているため
- ・ご家族の要望で毎金曜日、土曜日の隔日訪問
- ・ショートステイ等の急な予定日変更がある
- ・往診日、受診日変更により日数が空かなかった
- ・悪性腫瘍の患者ではないが医療用麻薬の変更があったが週2回算定出来ない
- ・医師が処方を何回も変更指示し、都度対応が求められる為
- ・医師の不定期訪問
- ・往診外で体調変化が発生
- ・往診予定が1週間未満だった
- ・外用薬や頓服薬等の臨時追加処方
- ・患者の過量服用や紛失による薬剤の不足
- ・患者要因による、受診タイミングのずれ
- ・眼科等計画外の処方せん受付
- ・期間内での追加処方
- ・在宅依頼されている以外の医療機関の処方せんに対応
- ・臨時薬の処方対応のため
- ・他の医療機関受診により医師から居宅療養管理指導の依頼がとれなかった
- ・軟膏や湿布・頓服薬などの追加処方
- ・処方日数とお薬カレンダーのセット日数の関係でどうしても往診日と訪問日にズレが生じた時
- ・睡眠導入剤のみ月初めに別に出るため、定期処方との間隔が空かない
- ・他医療機関の処方せんが6日以上空かずに発行された場合
- ・定期処方薬だが複数の科から処方箋が出ているケース
- ・定時薬だが、残薬がまったくなく、受診日の都合で算定が取れない
- ・複数科を受診しているので受診日の関係で算定できない事がある
- ・電話で対応しきれない
- ・認知症の方で薬を管理が頻回に必要あり
- ・複数の医療機関・科で居宅療養管理指導を算定している患者

# 在宅医療の推進

## Q.直近3カ月で往診同行を行いましたか？



## Q.往診同行に関連して行う業務について教えてください。

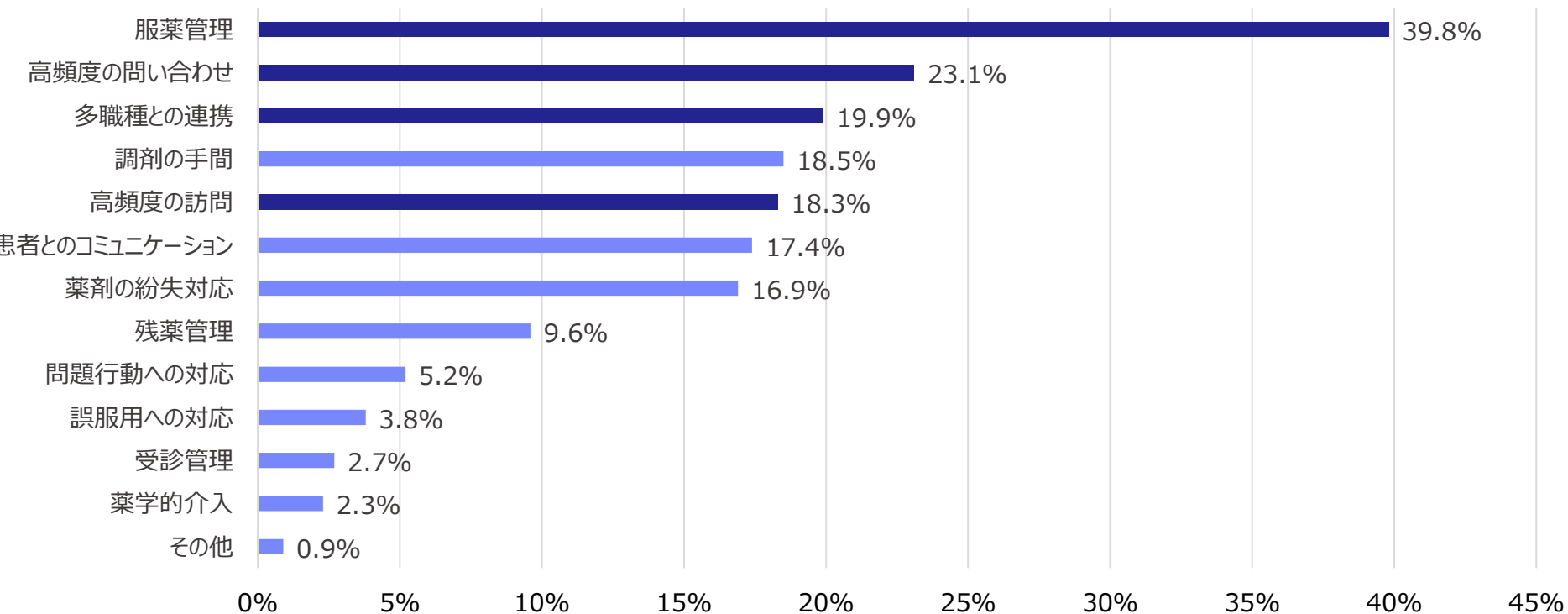


### その他フリーコメントの抜粋

- ・麻薬皮下注の使用状況やスケジュールの確認
- ・剤形の相談
- ・他病院からの処方日数の調整、処方切れ日のアナウンス、受診予約日の確認
- ・患者の服薬拒否の改善
- ・保険、制度上の相談(0410対応で実施可能な範囲について等)
- ・検査測定依頼、ポリファーマシー
- ・患者の生活状況に応じた用法や状態に応じた剤型(粉碎化)や減薬の提案、患者や介護者の負担軽減の為服用時点を可能な限り減らす、介護者の要望の聞き取りと主治医への提案、残薬に応じた処方量変更依頼

# 在宅医療の推進

Q.通常の在宅患者に比べて認知症在宅患者で手間がかかる業務について教えてください。



その他フリーコメントの抜粋

- ・通常の一包化ではだめで、日付記載やライン引きが必要 **・受診予定確認や薬不足の訴えの電話の頻度が高い**
- ・薬がわからない、ないと患者さんから電話がかかってくるその対応で予定外の訪問が発生する **・錠剤を吐き出すことが多く、粉碎対応**
- ・配薬カレンダーやボックスによる服薬管理、ヘルパー、看護師とこまめな電話連絡による連携 **・患者が攻撃的に接してくる**
- ・説明に時間がかかる 何度も同じことを話さないといけない **・同じことで電話が頻繁にかかってくる（1日1回程度）**
- ・連絡を取っているにも関わらず、訪問時に不在のため再訪問をしなければならない事がある **・主治医に服用できるように用法や剤型を提案**
- ・受診する日を忘れるので、前日・当日に電話をかける **・過量服用し、薬が無くなっていると連絡入り、多種職とのやり取りが多く発生する**
- ・服薬が難しく、訪問看護、ケアマネ、デイサービス、薬剤師で連携し、交代で毎日服薬を確認している

▶ 2021年2月NPhA薬局機能創造委員会\_管理薬剤師アンケート報告書より作成



# 在宅医療の推進

## ■ 認知症患者への介入事例

### 1. 多職種との連携

#### ①用法の簡素化及び視覚的な工夫による服薬指導

複数科受診のため、薬剤数が多く、受診日や処方日数も異なり、本人、ヘルパーも管理が困難だった。その結果、きちんと服薬できずに状態が安定せず処方変更（循環器）が多かった。そこで薬剤師は、家族やヘルパーなどでサポートする服薬管理を検討した。まず薬剤師は、服薬の簡素化のために服用時点の集約と認知機能低下のリスクがある薬剤の中止を処方医に提案した。また、視覚的にわかりやすいよう色で服用時点の違いが分かるようにしたり、薬袋に服用日の日付を大きく記載した。その介入により飲み忘れは月に1、2回程度にまで減少した。

#### ②服薬管理への介入により糖尿病治療、血糖コントロール改善

訪問薬剤開始までは、服薬管理ができておらず、認知機能の低下、糖尿病も悪化していた。しかし、服薬状況の確認ができないため、糖尿病薬（SU剤）の増量できずに、血糖コントロールも不良だった。薬剤師はお薬カレンダーによる管理とホームヘルパー、訪問看護師と連携して服薬を促すことを提案した。その結果、服薬が大幅に改善し、そのことでSU剤の増量が可能となった。薬剤師は増量による低血糖等の副作用管理、効果の確認についてフォローした。その結果HbA1c9.0→7.0まで改善した。以降も、低血糖症状、HbA1c、易怒性、腎機能低下などの状況を継続的にフォローし、多職種と共有している。

#### ③介護者による吸入サポートのための吸入指導

在宅訪問時に、目の前で吸入してもらい、きちんと吸入ができているか、使用方法に間違いがないかなどを確認していた。しかし、吸入手技に不安があったため、介護に関わる施設職員にも手技を指導し、呼吸苦があったときには吸入サポートをお願いした。施設職員からは吸入サポートがしやすくなったといった声も寄せられ、呼吸が苦しい時には「施設職員がサポートしてくれるので以前より楽になった。」と本人も喜んでいる。

### 2. 患者・家族への支援

#### ①患者・家族が主体的に服薬管理に関われるように支援

これまで訪問看護が入って服薬支援を行っていたが、飲み忘れが続き、費用もかさむことから訪問看護を中止した。そこから訪問薬剤の依頼があったが、かねてからネックとなっていた費用を抑える為に、患者家族の協力を得ながら、訪問薬剤を月に1度で済むような管理方法を検討した。まずは、複数科からの処方をまとめて分包し、毎食後の昼・夕食後の薬がほとんど服用できていないことを処方医に伝え、朝1回への減薬を提案し、処方変更となった。これまで家族は、複雑な用法のため誤薬への不安から服薬介助に消極的だったが、用法がシンプルになったことで積極的に服薬介助に関われるようになった。患者、家族も「自分たちできちんと服用できる」という自信を取り戻した。また、減薬によって便失禁が減少した。その便失禁は、外出を控えたり、本人のプライドを損ねる要因となっていたことから、その改善によって本人のQOLが向上した。

▶ 日本薬局学会\_認知症研修認定薬剤師制度に提出された症例報告書より、薬局機能創造員会にて作成

# 在宅医療の推進

## ■ 認知症患者への介入事例

### ② 患者の不安を取り除き、服薬や認知症状が改善

アルプラゾラムの服用に対して強い不安感があり、その不安感から他の薬も服用できていなかった。結果、日常生活のリズムが崩れ、ケアマネジャーや薬剤師に対して、日常の不安などを訴える同じ内容の電話が毎日10回以上もあった。薬剤師は不安の原因となっているアルプラゾラムとその他服用できていない3種類の抗精神病薬の中止とその代替案として高齢者の転倒リスクの少ないロゼレムの追加を処方提案した。患者には、処方変更の説明を丁寧に行い、患者を納得させることで不安を取り除いた。結果、薬に対する不安が消失し、ロゼレムの服用で睡眠も改善した。これまで時々あった日中のふらつきも消失した。処方薬剤が減少したことによりドネペジルを含む服薬状況も改善し、不安感、悲観的な感情も消失し、デイサービスへも通えるようになった。

### ③ 認知症治療を開始するための支援

主治医から認知症と言われ薬物療法の開始を勧められたものの、認知症と診断された事への失望感と、薬物療法への不安により、治療の開始を迷っていると家族から相談を受けた。その不安に対して、薬剤師は早期治療の重要性と治療開始後の状態や薬の副作用、その他の不安はしっかり電話フォローすることを伝えた。その結果、患者と家族から理解が得られ治療がスタートした。しかし、服薬の開始直後より下痢と腹痛の副作用が発症し、薬への不安から神経質になっていたことが電話フォローで判明した。その旨を医師に情報提供し速やかに対処した事で、その後の認知症の治療への不安が和らいだ。

## 3. 医療機関との連携（処方提案）

### ① 認知機能低下のリスクがある薬剤の変更

認知機能低下のリスクがあるガスターとデパスが処方されていたが、足元のふらつきが出ていたこともあって、ケアマネジャー、ヘルパーなどから聞き取りした情報なども添えて、ガスターとデパスについて処方提案を行った。結果、ガスターはランソプラゾールに変更、デパスは中止となった。

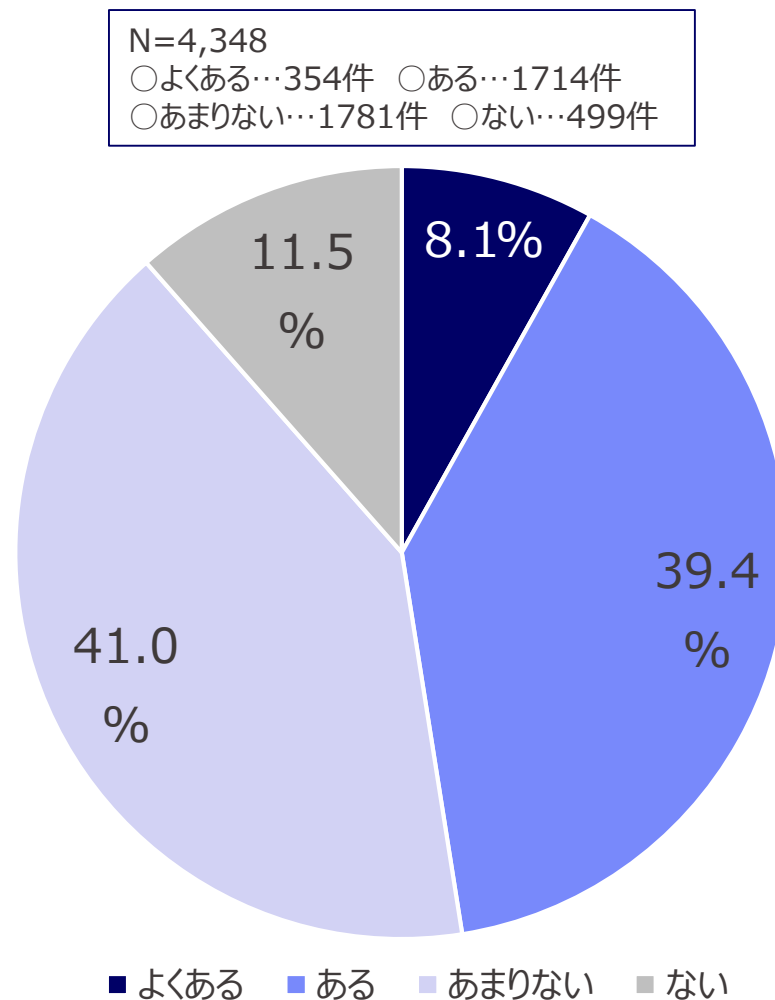
### ② 処方変更により不眠症状が改善

不眠により眠剤を服用していたが、ドネペジルの覚醒や賦活作用による不眠の可能性を疑い、ドネペジル服用を夕食後から朝食後に変更を処方提案。処方変更後は不眠が改善し、眠剤も中止となった。

## 情報連携の推進

複数医療機関からの処方で重複投薬が確認された場合、その解消の提案に対する評価として服用薬剤調整支援料2が新設されました。

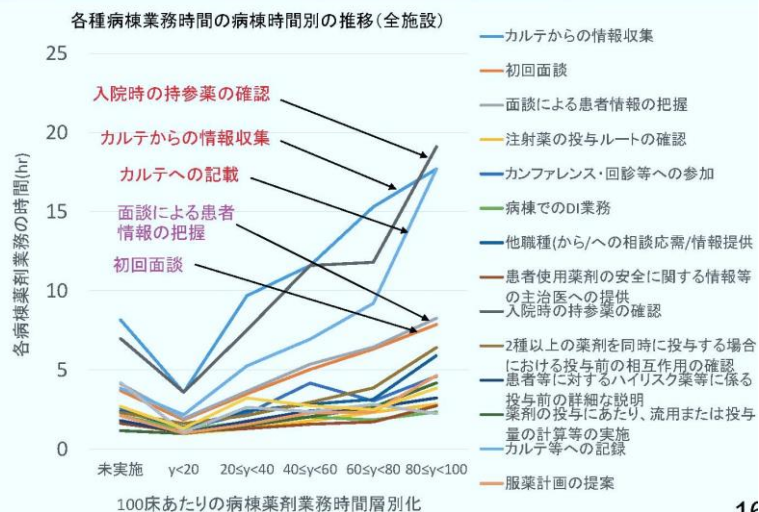
**Q.複数医療機関でなく、単一医療機関内で重複投薬を確認することはありますか。**



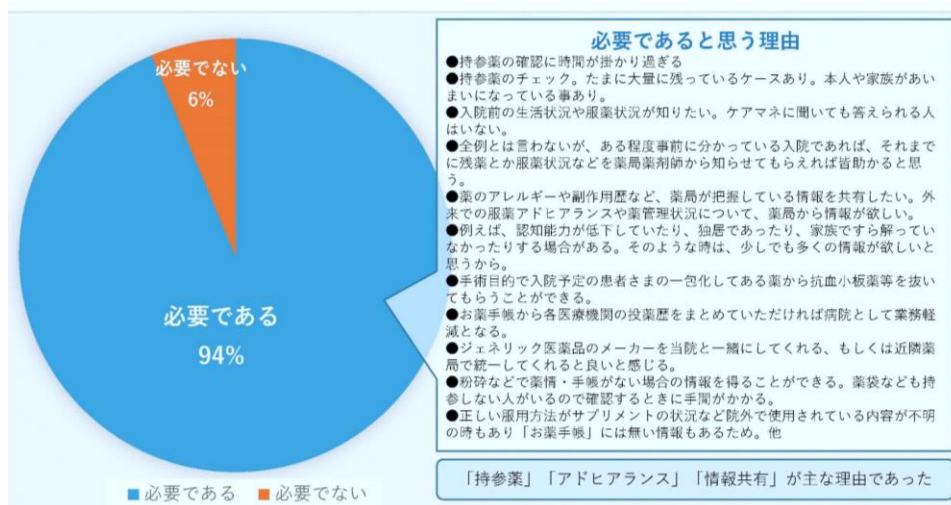
# 情報連携の推進

入院時の情報連携のニーズはあるものの、現状は十分に連携できていない。連携が進むような施策、及び入院時の薬局から医療機関への情報提供に対する評価を要望する。

## 病棟薬剤業務時間層別における各種の業務時間の推移



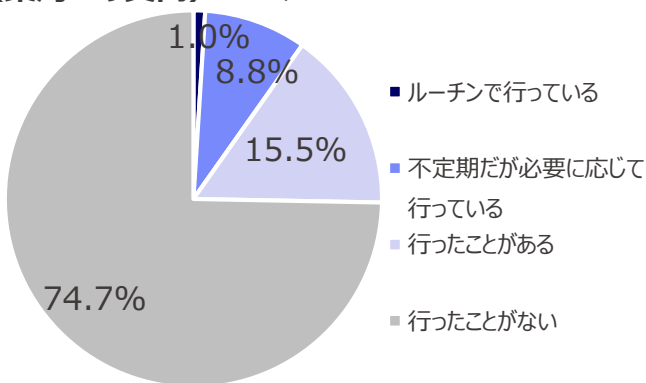
## Q.入院支援における薬局との連携は必要であると思うか？ (医療機関への質問)



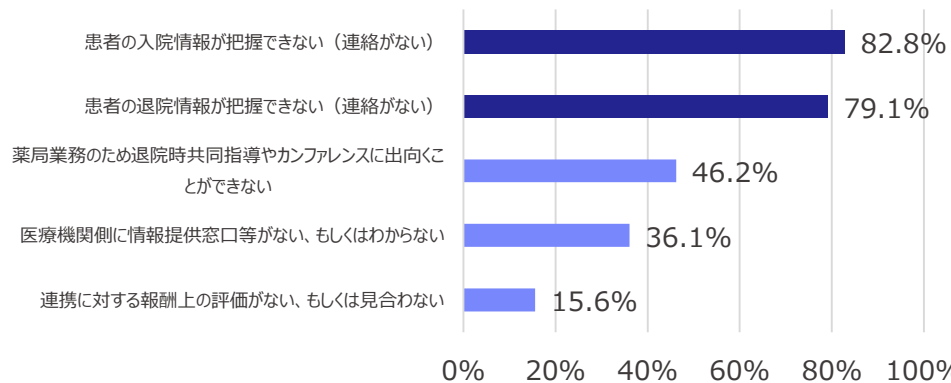
▶ 20201021第三回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会資料より

▶ 20190903-0920NPhA医療制度検討委員会「入退院連携についての実態調査」より抜粋

## Q.入院時・退院時において連携を行っていますか？ (薬局への質問) N=3,881



## Q.入退院時における連携を推進する上での課題 (薬局への質問) N=3,685



▶ 2020年7月NPhA薬局機能創造委員会\_管理薬剤師アンケート報告書より

# 要望事項

## 重点事項

- 1. 患者にとって分かりやすく、薬局が果たしている機能を公正に評価**
  - 2. 医薬品の安定供給と、後発医薬品のさらなる使用促進**
  3. かかりつけ推進による患者との信頼構築、及びフォローアップによる薬物治療の質向上について
- ① **患者や地域医療のニーズを踏まえた、かかりつけ薬剤師・薬局制度の見直し**

## 個別事項

- ② 患者及び服用薬剤の特性に応じた、継続的な薬学管理による成果に対する評価

## 4. 患者にとって安心で質の高い在宅医療の推進について

- ① 間隔が6日以上開かない訪問の評価
- ② 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理に対する評価
- ③ 医師の在宅訪問に同行した際の処方設計過程における処方提案、情報提供等の評価
- ④ 認知症の人やその家族を支えるための多職種連携や、薬物治療上の成果を評価

## 5. 医療機関等との情報連携の推進について

- ① 同一医療機関の複数診療科における重複投薬防止の取り組みを評価
- ② 入院治療移行時の情報提供に対する評価
- ③ プロトコルに基づく問い合わせの簡略化や、薬物治療管理の推進

## 6. ICTを活用したより効率的かつ、質の高い薬物治療について

## 參考資料

---

# 訪問診療に係る医科での評価

## 複数の医療機関が行う訪問診療の評価

▶ 在宅で療養する患者が複数の疾病等を有している等の現状を踏まえ、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を提供可能となるよう、在宅患者訪問診療料の評価を見直す。

### 在宅患者訪問診療料 I

(新) 2 他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合

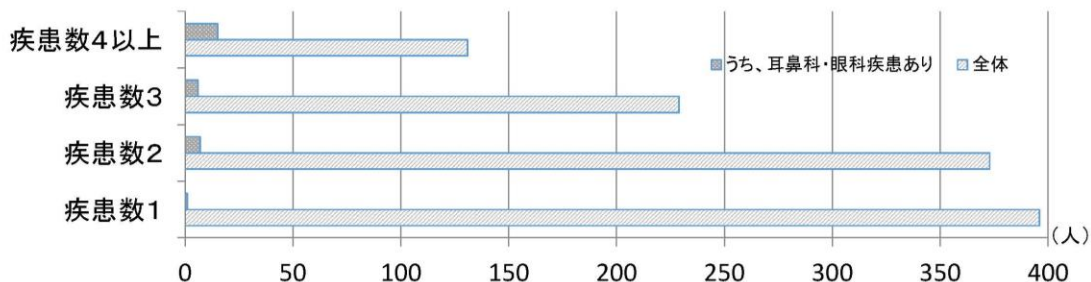
同一建物居住者以外	830点
同一建物居住者	178点



[算定要件]

在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。

訪問診療を行っている患者の疾患数



## 患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価①

▶ 在宅時医学総合管理料(在総管)及び施設入居時等医学総合管理料(施設総管)について、患者の状態に応じたきめ細やかな評価とするため、一定の状態にある患者について、加算を新設する。

### 在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料

(新) 包括的支援加算 150点(月1回)

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 要介護2以上に相当する患者
- (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- (3) 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者
- (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者
- (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

# 認知症に係る医科での評価

## 認知症対策の充実

### 認知症ケア加算の見直し

➤ 質の高い認知症ケアを提供する観点から、認知症ケア加算について、評価体系及び要件の見直しを行う。

現行		
認知症ケア加算1	イ 150点	ロ 30点
認知症ケア加算2	イ 30点	ロ 10点



改定後		
認知症ケア加算1	イ <u>180点</u>	ロ 30点
<u>認知症ケア加算2</u>	イ <u>100点</u>	ロ <u>25点</u>
認知症ケア加算3	イ <u>40点</u>	ロ 10点

イ 14日以内の期間  
ロ 15日以上期間

※ 身体的拘束を実施した日は  
100分の60に相当する点数を  
算定

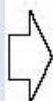
① 専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した場合の評価として、認知症ケア加算2を新設する。

改定後
<p>[認知症ケア加算2の施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症患者の診療に十分な経験を有する<b>専任の常勤医師</b>又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する研修を修了した<b>専任の常勤看護師</b>を配置（※経験や研修の要件は加算1と同様）</li> <li>原則として、全ての病棟に、<b>研修を受けた看護師を3名以上配置</b>（※研修の要件は加算3と同様）</li> <li>上記専任の医師又は看護師が、認知症ケアの実施状況を把握・助言 等</li> </ul>



② 認知症ケア加算3（現・加算2）について、研修を受けた看護師の病棟配置数を3名以上に増やす。

現行
<p>[認知症ケア加算2の施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修（9時間以上）を受けた看護師を複数名配置</li> </ul>



改定後
<p>[認知症ケア加算3の施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症患者のアセスメント方法等に係る適切な研修（9時間以上）を受けた看護師を<b>3名以上配置</b></li> </ul> <p>※ただし、3名のうち1名は、当該研修を受けた看護師が行う院内研修の受講で差し支えない。</p>

③ 認知症ケア加算1について、医師及び看護師に係る要件を緩和する。

現行
<p>[認知症ケア加算1の施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアチームを設置</li> <li>ア 専任の常勤医師（精神科又は神経内科の経験5年以上）</li> <li>イ 専任の常勤看護師（経験5年＋600時間以上の研修修了）</li> <li>※ 16時間以上チームの業務に従事</li> <li>ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士</li> </ul>



改定後
<p>[認知症ケア加算1の施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケアチームを設置</li> <li>ア 専任の常勤医師（精神科又は神経内科の経験<u>3年</u>以上）</li> <li>イ 専任の常勤看護師（経験5年＋600時間以上の研修修了）</li> <li>※ <u>15</u>時間以上チームの業務に従事</li> <li>ウ 専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士</li> </ul>



# 認知症に係る医科での評価

## 認知症対策の充実

### (参考) 認知症ケア加算の主な要件等

		認知症ケア加算 1	(新) 認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3
		認知症ケアチームによる取組を評価	<u>専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価</u>	研修を受けた病棟看護師による取組を評価
点数※1		イ <u>160点</u> □ 30点	イ <u>100点</u> □ <u>25点</u>	イ <u>40点</u> □ 10点
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）		
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等		
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施
主な施設基準	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握 ・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言	<u>専任の医師又は看護師が、定期的に認知症ケアの実施状況把握</u> 、 ・病棟職員へ助言	—
	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科 3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）※2 …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	<u>いずれかを配置</u> ・ <u>専任の常勤医師</u> （精神科・神経内科 3年又は研修修了） ・ <u>専任の常勤看護師</u> （経験5年かつ600時間以上の研修修了）	—
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	<u>全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）</u>	
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアルを作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアルを作成	マニュアルを作成
院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	

※1 イ：14日以内の期間、□：15日以上期間（身体的拘束を実施した日は100分の60に相当する点数を算定）

※2 認知症ケア加算1の専任の常勤看護師の研修は以下のとおり。

- ① 日本看護協会認定看護師教育課程「認知症看護」の研修 ② 日本看護協会が認定している看護系大学院の「老人看護」及び「精神看護」の専門看護師教育課程  
③ 日本精神科看護協会が認定している「精神科認定看護師」（認定証が発行されている者に限る）

# 認知症研修認定薬剤師制度

日本薬局学会

## 認知症研修認定薬剤師制度

認知症認定薬剤師制度は、認知症領域において医薬品に関わる専門的立場から医療・介護・福祉チームの一員として薬物療法を中心に参画するための能力と適性を備え、さらに認知症の人とその家族等に対して薬学的視点をふまえた適切な助言および対応ができる薬剤師の養成を目的とした制度です。



PSJ

### ■ 認定取得までの流れ

ワークショップ基礎編  
受講3単位

ワークショップ応用編  
受講3単位

E-ラーニング受講  
認知症研修認定薬剤師制度  
指定60講座（20単位）  
医療教育研究所（IME）の  
メディカルナレッジ

取得単位26単位以上を取得し**症例報告**を提出  
3症例提出、取得単位は4年間有効

**認定試験**  
学科試験 + 面接試験（症例報告より）

合格通知および認定手続き