

概要

厚生労働省は、平成27年10月に、**かかりつけ薬剤師・薬局機能を明確化し、将来に向けた薬局再編の姿を示す「患者のための薬局ビジョン」を策定、平成28年度にはビジョン実現のアクションプランを作成**。平成30年度は、28年度及び29年度に実施したモデル事業を踏まえ、より具体的な取組を支援するため、テーマ別のメニューを見直し、患者に対するアンケートを実施する。

ビジョン実現に資するテーマ別モデル事業の推進

220,444千円 (175,539千円)

○平成29年度の事業を踏まえ事業の**充実・発展**

- ・ 好事例をもとにした新たな取組
- ・ 把握された課題の改善
- ・ 事業規模の拡大によるエビデンス構築

○ **基本事業として、かかりつけ薬剤師・薬局の推進、機能強化のため、地域の現状や課題を把握するための調査を行うとともに、その実現に向けて多職種、他機関との連携協議体等の場を作り、検討を行うこととし、その上で、下記メニュー事業のいずれかを実施する。**

①**多職種連携による薬局の在宅医療サービス等の推進事業**

- ・ かかりつけ医を中心に多職種連携を行いつつ、患者の服薬情報・副作用等の情報連携や在宅医療サービスを提供する取組等を推進する。

②**ICTを活用した地域の先進的な健康サポート推進事業**

- ・ 電子版お薬手帳を含めたICTの活用を地域の中で推進し、様々な健康情報（食事・運動情報）と服薬情報等をリンクさせ、総合的な健康サポート機能を充実させる。

③**薬局・薬剤師による健康サポート推進事業**

- ・ 地域において健康サポート機能を有する薬局の取組を推進するため、多様な機関、他職種との連携やお薬・健康相談などを実施する。

④**薬局薬剤師と病院薬剤師の連携（薬薬連携）等の地域連携を担う人材育成事業**

- ・ 薬局薬剤師が医療機関において（又は病院薬剤師が薬局において）研修を行うことなどにより、地域におけるチーム医療の一員として必要な知見や能力を充実・強化させ、薬局薬剤師と病院薬剤師の連携（薬薬連携）等を含む地域における在宅医療や外来化学療法等に係る人材を育成する。

患者・国民視点での 薬局ビジョンの推進

17,687千円(17,936千円)

- 薬局ビジョン策定から約2年が経過していることを踏まえ、薬剤師・薬局の取組を患者・国民視点で評価するため、患者に対するアンケート調査を実施
- 患者がかかりつけ薬剤師・薬局のメリットを感じているかどうかを把握・解析
- 好事例の横展開を目的とした地域ブロックごとの協議会の開催支援や事例集の作成・配布



様々な視点から薬剤師・薬局の機能強化のための取組を実施するとともに、その評価を行い、PDCAサイクルを回すことにより「患者のための薬局ビジョン」の早期実現を目指す

○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。

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。

○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

薬中心の業務

- ・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

- 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

専門性+コミュニケーション
能力の向上

かかりつけ薬剤師・薬局の評価

1. かかりつけ薬剤師の評価

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

現行

薬剤服用歴管理指導料
41点/34点



改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

(新) かかりつけ薬剤師指導料 **70点**

(新) かかりつけ薬剤師包括管理料 **270点**

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料 **50点/38点**

以下の項目が
包括されるイメージ

薬剤服用歴
管理指導料

調剤料

調剤基本料

2. かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価 (基準調剤加算の見直し)

- かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

基準調剤加算の要件見直し

《平成28年度改定前》

	基準調剤加算1 (12点)	基準調剤加算2 (36点)
開局時間	○地域の保険医療機関や患者の需要に対応した開局時間	
備蓄品目	○700品目以上	○1,000品目以上
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は10未満)	○当該薬局のみで対応
在宅業務	-	○在宅業務の体制整備※ ○在宅の業務実績(10回/年以上)
処方せん受付回数/集中度	○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと	○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと ○処方せん600回/月を超える薬局は集中度が70%以下
その他	○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知	

《改定後》

基準調剤加算 (32点)
<u>○平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局</u>
<u>○1,200品目以上</u>
<u>○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は3以下)</u>
○在宅業務の体制整備 <u>○在宅の業務実績(1回/年以上)</u>
○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局等)ではないこと
○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 <u>(医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)登録義務)</u>
<u>○プライバシーに配慮した構造</u>
<u>○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示</u>
<u>○かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出</u>
<u>○管理薬剤師の実務経験(薬局勤務経験5年以上、同一の保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍)</u>
<u>○処方せん集中度が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上</u>

※在宅の体制整備として必要な事項

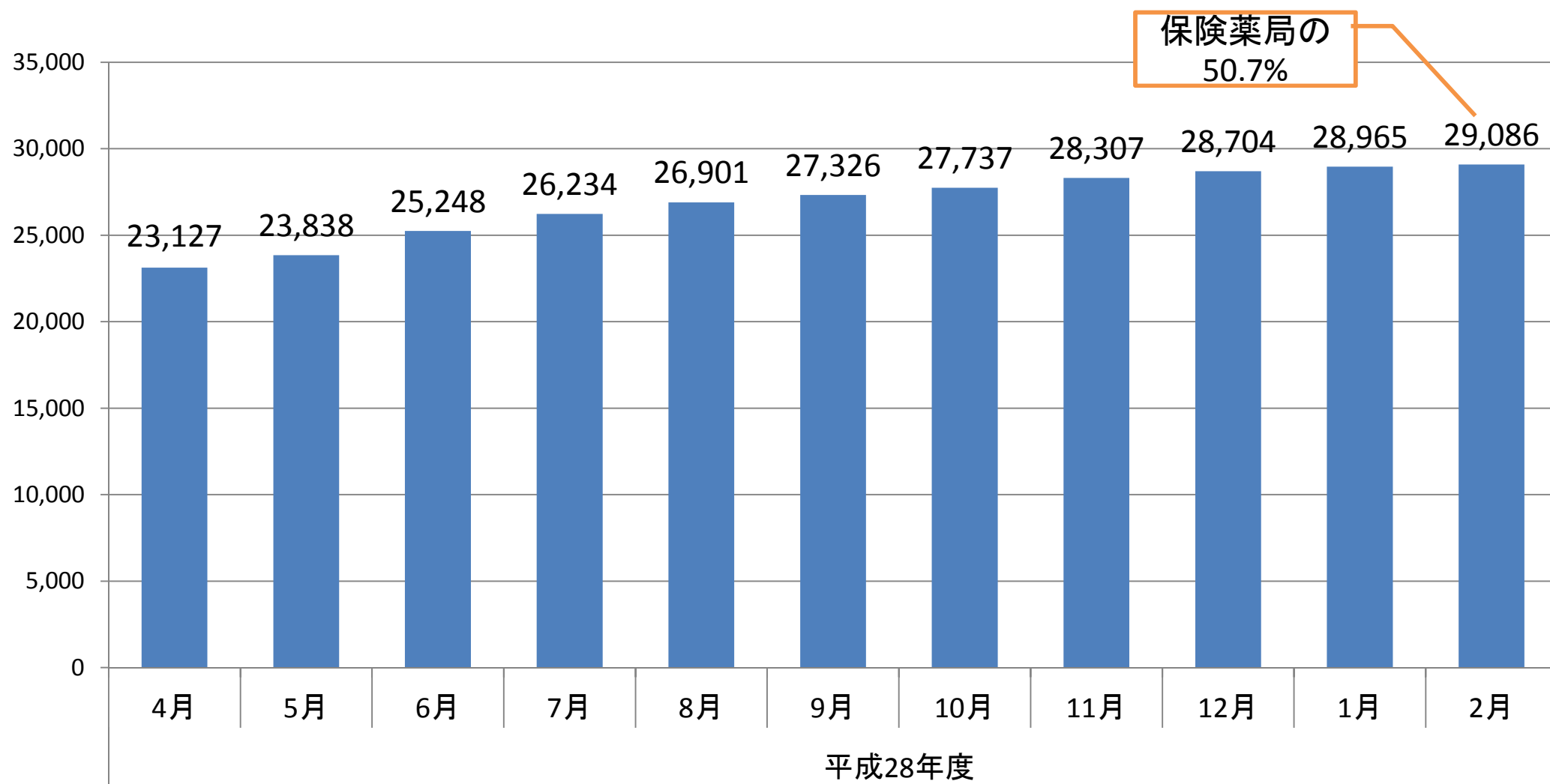
地方公共団体や関係機関等へ在宅業務実施体制の周知、医療材料及び衛生材料供給体制、在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制、ケアマネージャーとの連携体制

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準の届出状況

③7

中医協 総-3
29.3.29

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準を届け出ている薬局は、平成29年2月で50.7%であった



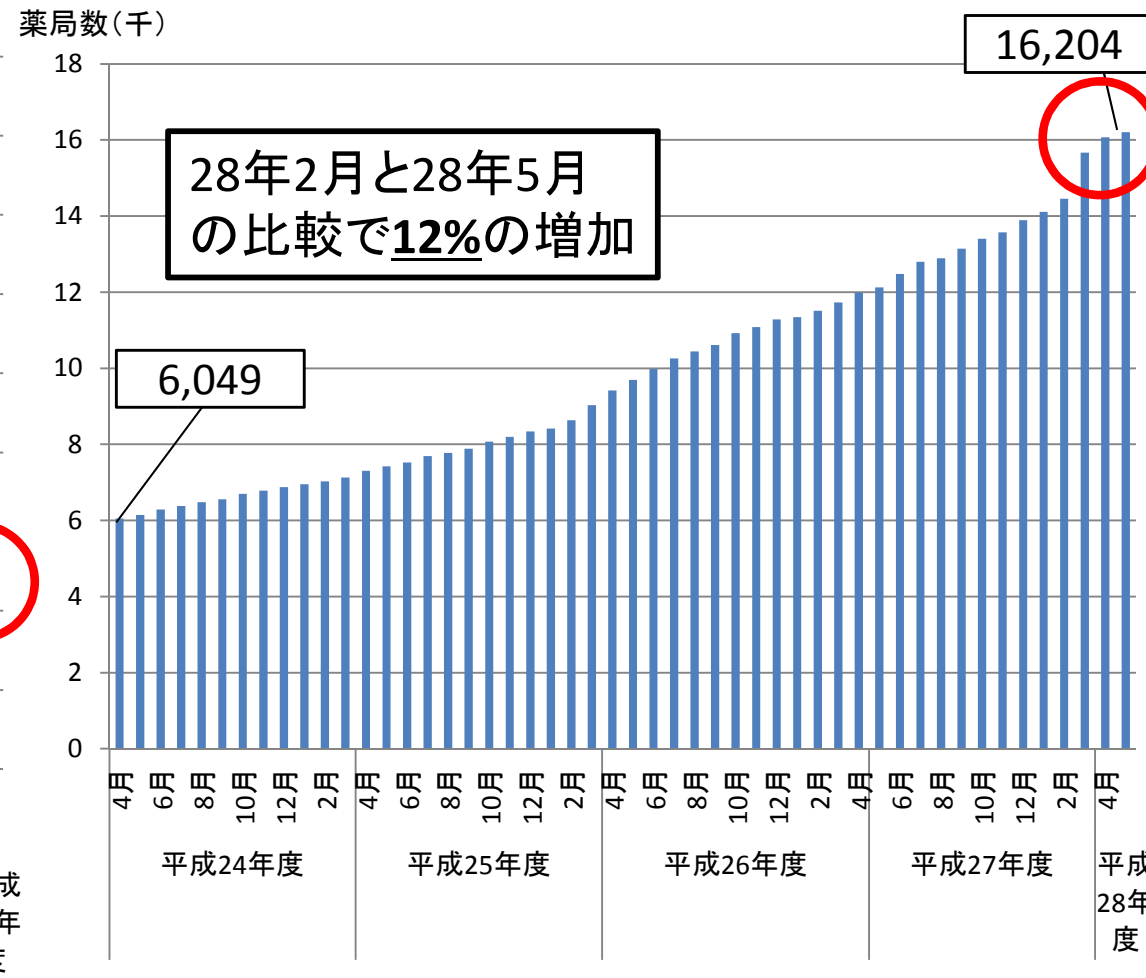
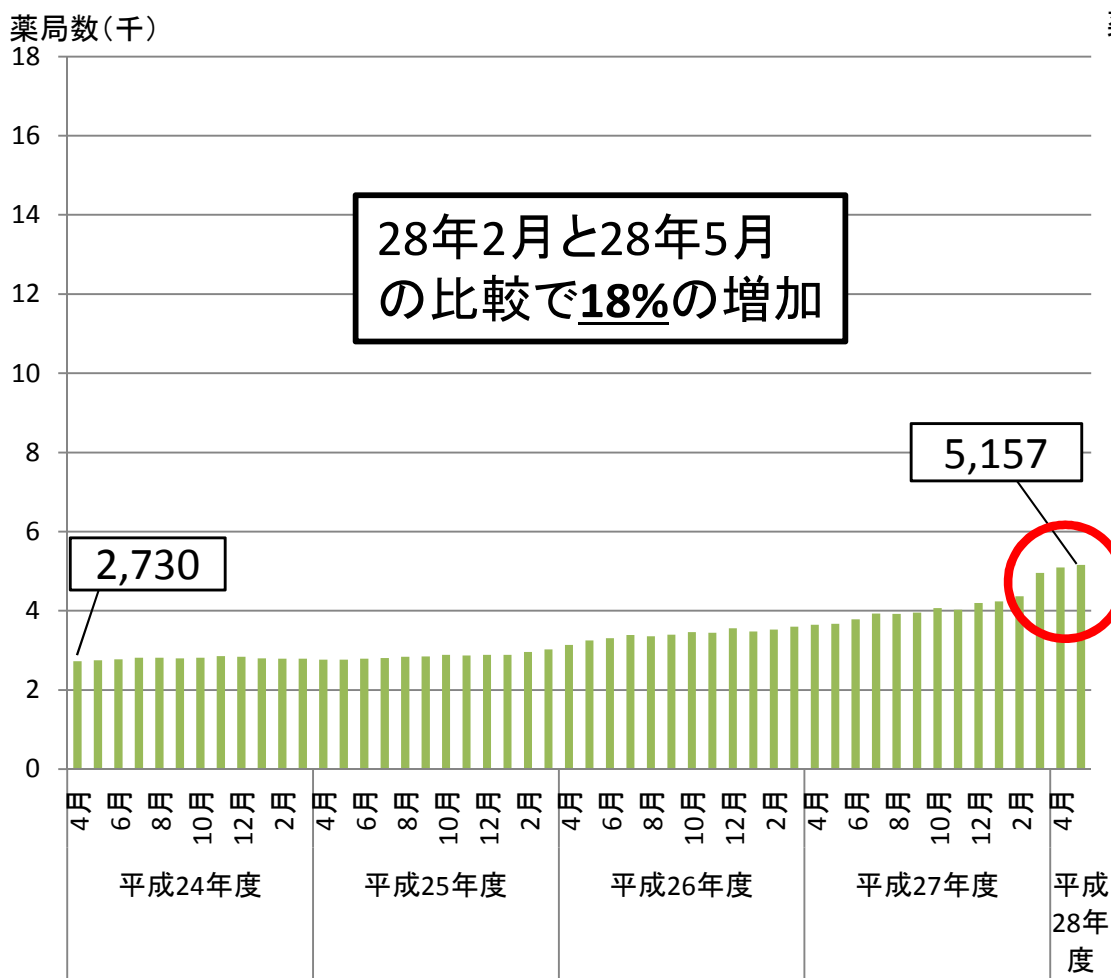
出典：保険局医療課調べ

在宅患者に対する訪問薬剤管理を行う薬局数の推移

基準調剤加算の見直しにより在宅業務を実施している薬局が増加している。

在宅患者訪問薬剤管理指導料算定薬局数(医療保険)

居宅療養管理指導費算定薬局数(介護保険)

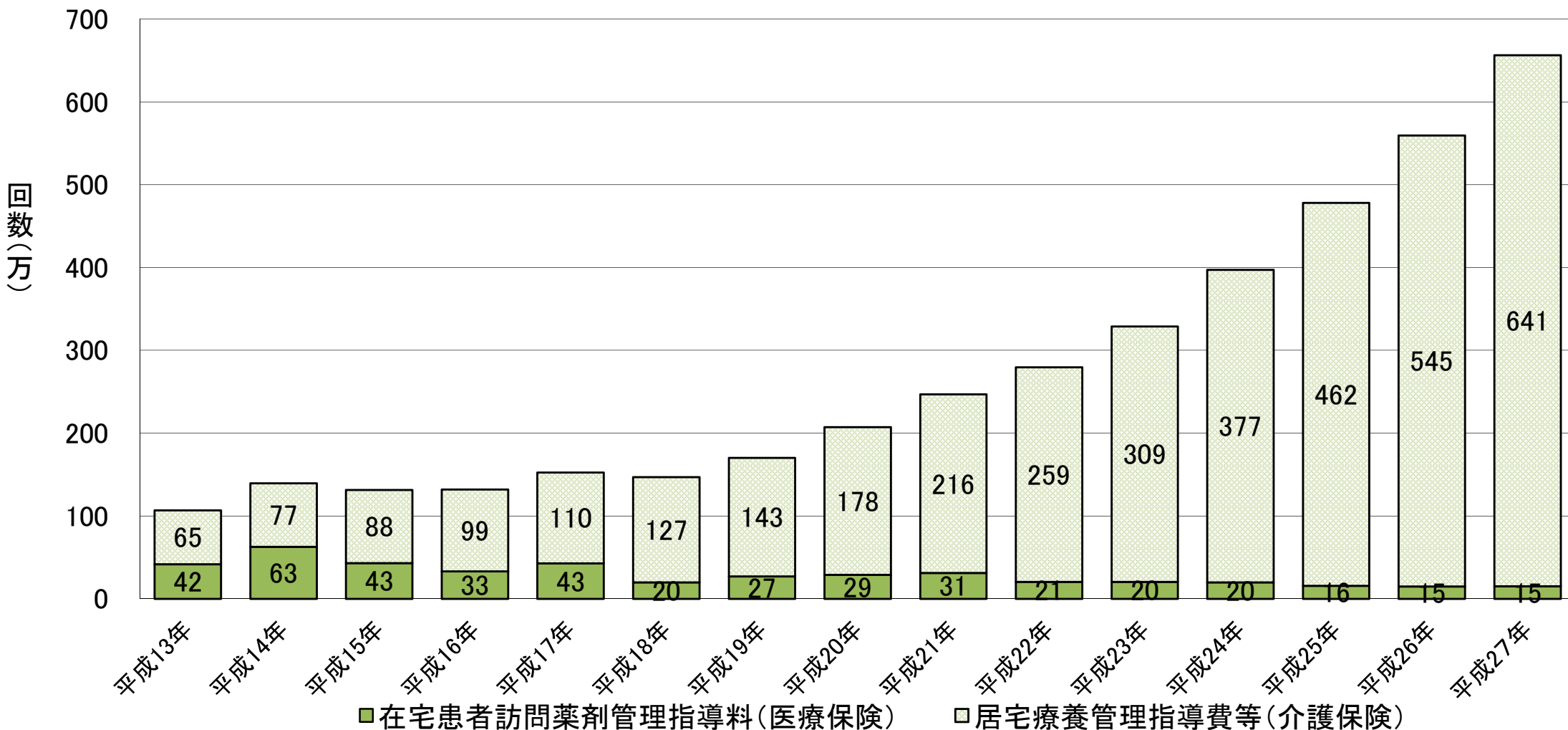


注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

〔出典〕「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)特別集計、老健局老人保健課作成

薬局における在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

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。



注) 在宅療養を行っている患者に係る薬剤管理指導については、対象患者が要介護又は要支援の認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなる。

高齢者の多剤投与の状況

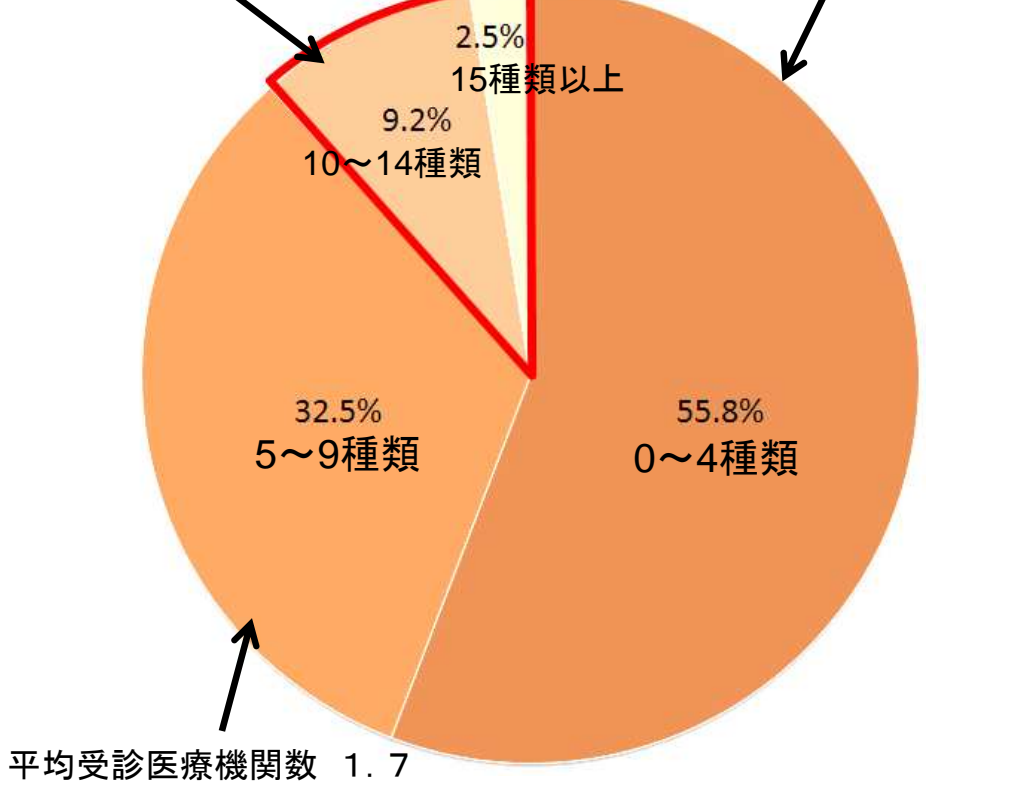
高齢者の投薬については、複数の医療機関から合計10種類を超えて投薬されている患者が一定割合存在している。

例1

平均受診医療機関数 2.6

平均受診医療機関数 2.1

平均受診医療機関数 1.3



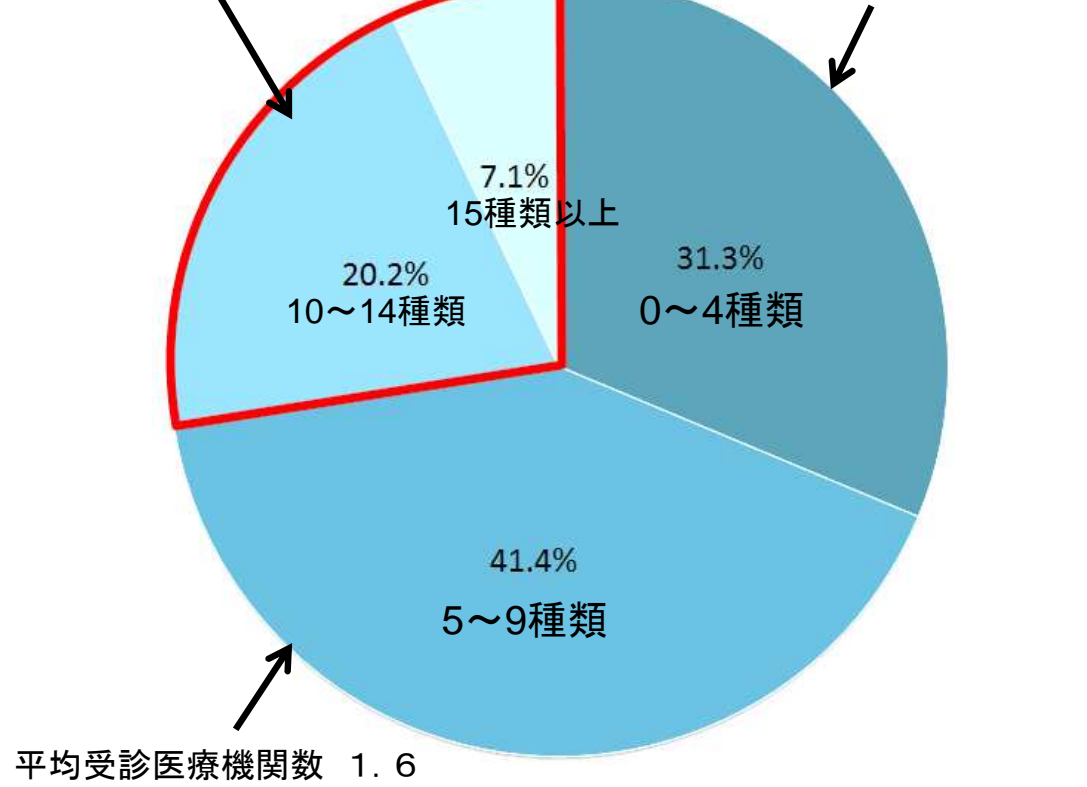
※A市国民健康保険の65歳以上74歳以下の被保険者に係る平成26年11月の診療データより集計

例2

平均受診医療機関数 2.5

平均受診医療機関数 2.0

平均受診医療機関数 1.3



※B県後期高齢者医療広域連合の被保険者(75歳以上)に係る平成26年12月の診療データより集計

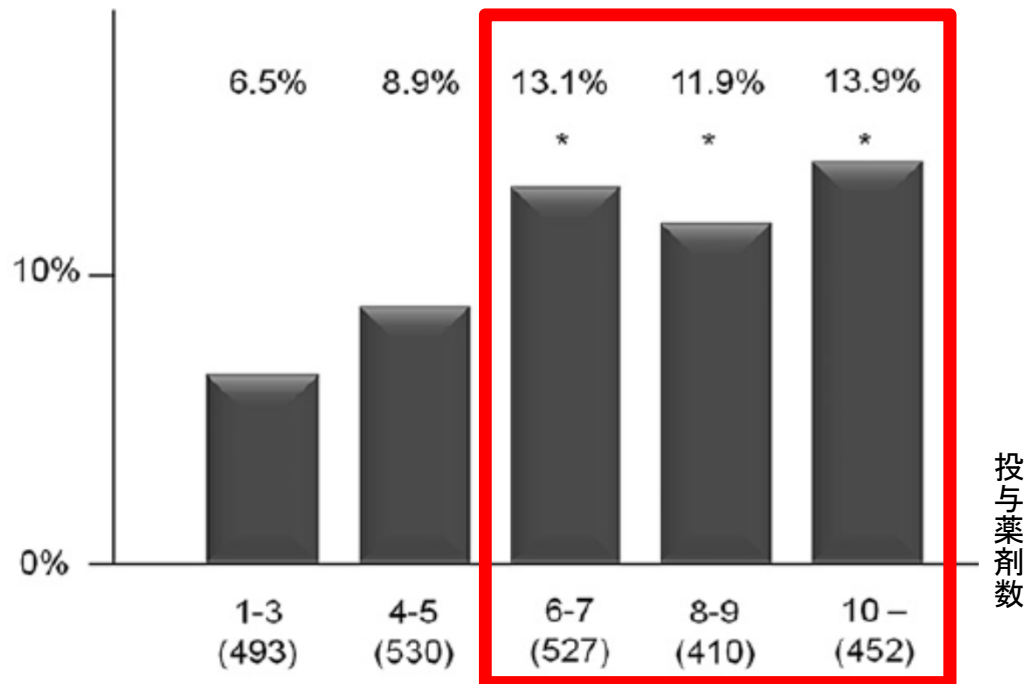
多剤処方の問題点

～有害事象の発生～

- 高齢者では、6剤以上の投薬が特に有害事象の発生増加に関連している。
- 高齢者の薬物有害事象は、意識障害、低血糖、肝機能障害、電解質異常、ふらつき・転倒の順に多かった。

高齢者の投与薬剤数と有害事象の関係性

薬物有害事象発生率



投与薬剤数

高齢者の薬物有害事象の主な症状

薬物有害事象を呈した者の症状の内訳

意識障害	9.6%
低血糖	9.6%
肝機能障害	9.6%
電解質異常	7.7%
ふらつき・転倒	5.8%
低血圧	4.8%
無動・不随意運動	3.8%
便秘・下痢・腹痛	3.8%
食欲不振・吐き気	3.8%
徐脈	3.8%
出血・INR延長	3.8%

- 1995年～2010年に東京大学病院の老年病科に入院した65歳以上の高齢者2,412人(年齢:78.7±7.3歳、男性51.3%)の薬物による副作用を後向きに調査。
- 投与薬剤数は6.6±3.6剤。
- 252人(10.5%)に副作用を確認。

- 2013年4月～2014年3月に大学病院老年科5施設(杏林大学高齢医学科、名古屋大学老年内科、東北大学老年科、大阪大学老年・高血圧内科、東京大学老年病科)に入院した65歳以上の患者の薬物有害事象を調査した。
- 患者数:700名、平均年齢:81.5歳(男性46.1%)
- 薬物有害事象を呈した患者数:104名(14.7%)※上記表は、そのうち102名の症状の内訳

重複投薬相互作用等防止加算の算定状況

平成28年度診療報酬改定において、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実(20点→30点へ充実)。見直しに伴い、疑義照会により処方内容に変更がなかった場合の評価は廃止。

平成27年6月 1ヶ月間の重複投薬・相互作用防止加算の算定回数

	平均値
重複投薬・相互作用防止加算(処方変更あり)	3.6
重複投薬・相互作用防止加算(処方変更なし)	0.4

算定回数(平均値)が増加

平成28年6月 1ヶ月間の重複投薬・相互作用等防止加算の算定回数

	平均値
重複投薬・相互作用等防止加算	8.7

(n=1,000薬局)

出典：日本薬剤師会による調査(暫定値)

外来患者の残薬削減の取組

- 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り組み（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

処方された薬剤費(総数)の約20%を削減

※中央値(四分位範囲)

【出典】福岡市薬剤師会における医療費および患者負担軽減を目指した残薬調整の取り組み～節薬バッグ運動の実践～

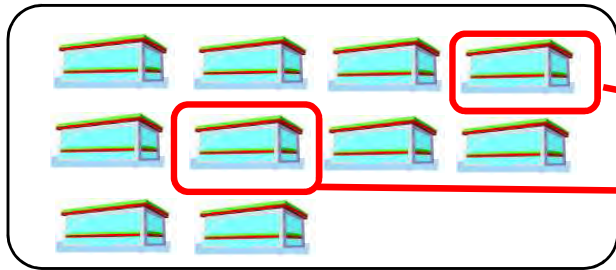
平成28年度診療報酬改定において、薬局が患者に薬剤を入れるバッグを配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（月1回185点）

いわゆる門前薬局の評価の見直し

いわゆる大型門前薬局の評価の見直し(特例の追加)

- 大型門前薬局の評価の適正化のため、薬局グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局のうち、①特定の医療機関からの処方せん集中率が極めて高い保険薬局又は②医療機関と不動産の賃貸借関係にある保険薬局の調剤基本料を引き下げる。

【薬局グループ】 ⇒グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超

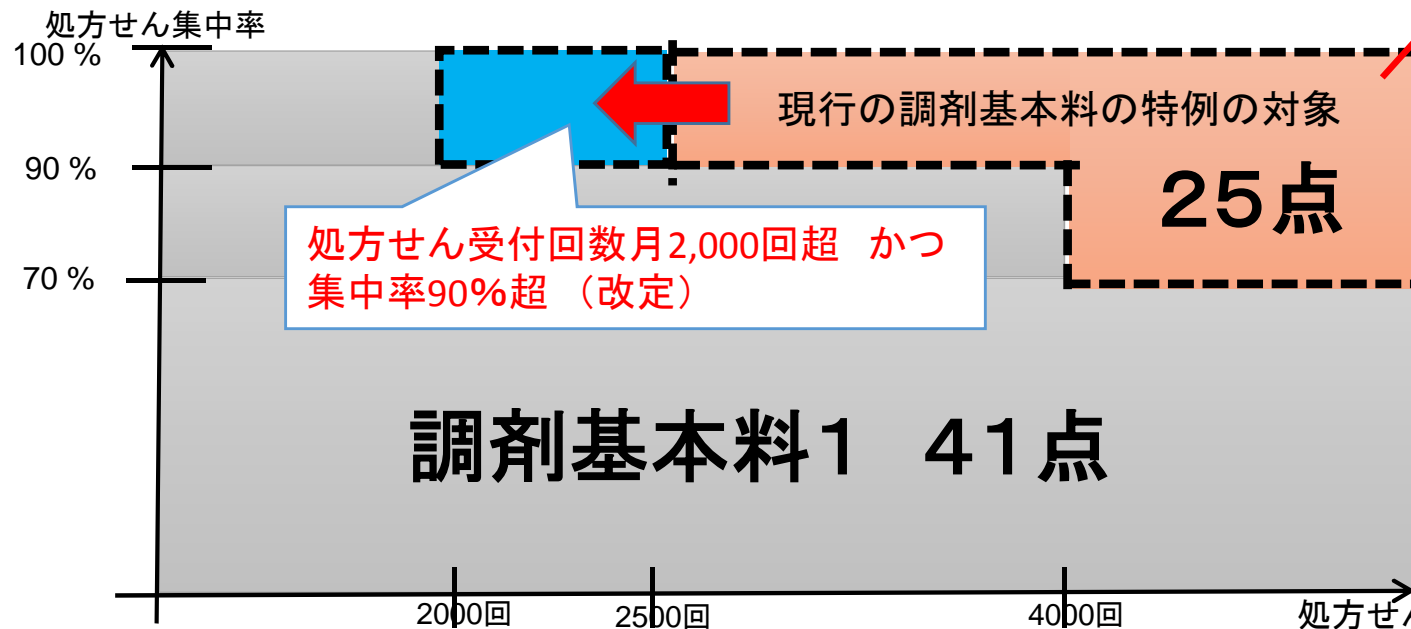


(新) 調剤基本料3 20点

- ①処方せん集中率が95%超の薬局
- ②特定の医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある薬局

処方せん受付回数と集中率による特例の拡大

- 処方せん受付回数・集中率による現行の調剤基本料の特例範囲を拡大する。



調剤基本料2 25点

- ・処方せん受付回数月4,000回超 かつ 集中度70%超
- ・処方せん受付回数月2,500回超 かつ 集中度90%超
- ⇒処方せん受付回数月2,000回超 かつ 集中度90%超 (改定)

調剤基本料2 25点

- (新)特定の医療機関からの処方せん受付回数が月4,000回超 (集中度にかかわらず対象)

薬局の特徴ごとの機能

薬局が果たす機能は、その薬局を取り巻く状況により異なると考えられるが、おおむね下記のように考えられるのではないかと。

かかりつけ薬剤師・薬局での調剤 いわゆる門前薬局での調剤 いわゆる同一敷地内薬局での調剤 院内調剤(外来)

患者のメリット	服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導	受けやすい ←			受けにくい →
	多剤重複・相互作用の防止、残薬への対応	受けやすい ←			受けにくい →
	副作用のフォローアップ	受けやすい ←			受けにくい →
	薬について相談できる顔の見える関係	築きやすい ←			築きにくい →
	多職種と連携した対応(かかりつけ医等へのフィードバックなど)	受けやすい ←			受けにくい →
その他の特徴	保険医療機関からの独立性(処方内容のチェック機能等)	独立している	独立している	独立している	独立していない
	医薬品の備蓄等の効率性の図りやすさ	図りにくい ←			図りやすい →
	希少疾病等の専門性の高い疾患における担当医との連携	築きにくい ←			築きやすい →
	薬をもらうために医療機関・薬局の2つの施設に行かなければならない二度手間	あり	あり	あり	なし
調剤報酬	※解熱鎮痛剤・抗生剤7日分処方の場合	178点	105~110点	105~110点	27点
	※メイアクトMS錠100mg(1日3回)+カロナル錠300mg×2錠(1日3回)とすると薬剤料として右図に142点上乗せ	基準調剤加算 32点 調剤基本料 41点 調剤料 35点 かかりつけ薬剤師指導料 70点	調剤基本料 20~25点 調剤料 35点 薬剤服用歴管理指導料 50点	調剤基本料 20~25点 調剤料 35点 薬剤服用歴管理指導料 50点	調剤技術基本料8点※、調剤料9点 薬剤情報提供料10点 等

【課題】

- 医薬分業の進展(処方せん枚数増加)に伴い、薬剤料を中心として全体の調剤医療費は増加している。
- 平成28年度調剤報酬改定では、かかりつけ薬剤師・薬局の評価、薬局における対人業務の評価の充実、後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の適正化等を行った。
- その結果、改定直後の限られたデータであるものの、在宅対応を実施する薬局及び重複投薬・相互作用防止加算の算定件数が増加したほか、かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準の届出薬局は半数以上に達するなど、対人業務の増加傾向が見られる。
- また、保険薬局における後発医薬品の数量シェアは増加しており、後発医薬品の使用促進に貢献している。
- 保険薬局の独立性を維持しつつ、保険医療機関と保険薬局の間に、一律にフェンス等を設置し公道等を介することを求める運用を改めた。
- 保険薬局の中には、特定の保険医療機関からの処方せんを集中して受け付けること等により、かかりつけ薬剤師・薬局としての機能を十分に果たしていない薬局があるとの指摘がある。
- 地域包括ケアのチームの一員として、かかりつけ薬剤師が専門性を発揮して、服薬状況を一元的かつ継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施する体制の構築に取り組む必要がある。
- これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消などを通じ、医療費の適正化にも貢献することが期待される。

○ 患者本位の医薬分業を実現するために、前回の診療報酬改定の影響を検証した上で、累次にわたる調剤報酬の抜本的見直しを継続するべく、薬局の機能に応じた評価のあり方などについて、どう考えるか。

高血圧治療における降圧薬選択について

(日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2014」より)

- 降圧薬の心血管病抑制効果の大部分は、その種類よりも降圧度によって規定される。
- Ca拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、少量利尿薬、β遮断薬を主要降圧薬とし、病態や合併症の有無に応じて、適切な降圧薬を選択する。
- 積極的適応がない場合の高血圧に対して、最初に投与すべき降圧薬(第一選択薬)はCa拮抗薬、ARB、ACE阻害薬、利尿薬の中から選択する。

積極的適応がない場合の高血圧治療の進め方



第一選択薬

A: ARB, ACE阻害薬 C: Ca拮抗薬
D: サイアザイド系利尿薬, サイアザイド類似薬

主要降圧薬の積極的適応

	Ca拮抗薬	ARB/ACE阻害薬	サイアザイド系利尿薬	β遮断薬
左室肥大	●	●		
心不全		●*1	●	●*1
頻脈	● <small>(非ジヒドロピリジン系)</small>			●
狭心症	●			●*2
心筋梗塞後		●		●
(蛋白尿-) CKD	●	●	●	
(蛋白尿+)		●		
脳血管障害慢性期	●	●	●	
糖尿病/MetS*3		●		
骨粗鬆症			●	
誤嚥性肺炎		● <small>(ACE阻害薬)</small>		

*1 少量から開始し、注意深く漸増する、*2 冠縮性狭心症には注意、*3 メタボリックシンドローム

高血圧症治療薬の違い

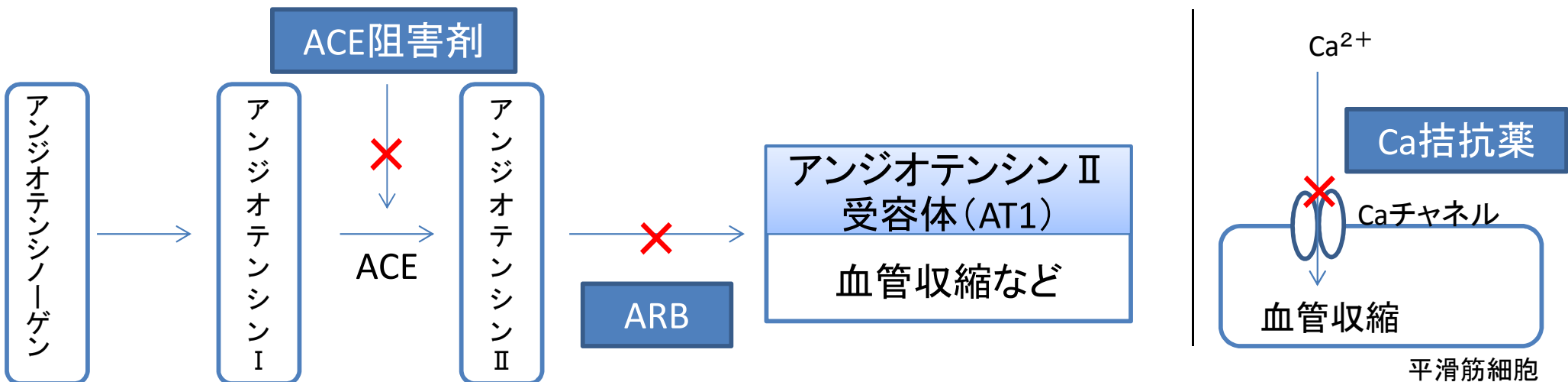
ACE: angiotensin-converting enzyme (アンジオテンシン変換酵素)

ARB: angiotensin II receptor blocker (アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬)

	ACE阻害剤	ARB	Ca拮抗薬
薬の系統	レニンアンジオテンシン系阻害薬(同系統)		Caチャネル阻害薬
新薬収載	1983～1998年	1999～2012年	1974年～2003年
後発品発売	1997年～	2012年～	1992年～
特徴	咳の副作用あり (東アジア人の副作用リスクは白色人種の2.7倍※)	咳の副作用なし	心不全患者に対し慎重な投与が必要

※BMJ. 2006 May 20; 332(7551): 1177–1181.

<作用メカニズム>



生活習慣病に係る計画の策定と治療管理に係る評価

生活習慣病管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
 - イ 脂質異常症を主病とする場合 650点
 - ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
 - ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
 - イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点
 - ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
 - ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点

[主な算定要件]

- 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。
- 服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できる。

[主な施設基準]

- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて基準を満たしていること。