



保険薬局の報告を元にかかりつけ医が処方内容を調整

さらに、プロセス評価の枠組み案では、保険薬局には、お薬手帳の確認や患者への聞き取り等から、服用中の薬剤やその服用期間、処方医療機関を把握し、結果を一覧表にまとめて、かかりつけ医に報告（必要に応じて、処方医に処方背景等を確認）することを求める考えが示されました（図表5）。

提案に対して反対意見は出ませんでした。支払側の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、どのタイミングで報酬算定が可能になるのかを明確化するよう厚生労働省に要請。「ステップ①、②だけで評価するのは違うのではないか」との認識を示した他、診療側の有澤賢二委員（日本薬剤師会常務理事）は、保険薬局の業務負担を懸念し、「検討にあたってはできるだけわかりやすい仕組みにするとともに、それを担う各職種の負担を踏まえたものにしてほしい」と述べています。（編集：株式会社日本経営）

図表5 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）

医療機関への報告内容のイメージ（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）

(1) 受診中の医療機関、診療科名等				(2) 薬剤の一覧		
①	A診療所	内科	〇〇医師	調整の主体となる医療機関（薬局に確認を指示） 薬剤A、薬剤Eを定期的に処方	※下記のほか、服用期間等も記載	
②	B診療所	内科	△△医師	(薬剤B、薬剤Iを処方)	薬効分類	薬剤
③	C病院	整形外科	□□医師	(薬剤B、薬剤C、薬剤Dを処方)	脂質異常症薬	薬剤A
④	C病院	循環器内科	◇◇医師	(薬剤F、薬剤G、薬剤Hを処方)	非ステロイド抗炎症薬	薬剤B 薬剤B
					神経障害性疼痛緩和薬	薬剤C
					消化性潰瘍薬	薬剤D
					カルシウム拮抗薬	薬剤E 薬剤F
					ベンゾジアゼピン系睡眠薬	薬剤G
					ベンゾジアゼピン系抗不安薬	薬剤H
					気道粘膜修復薬	薬剤I

(3) 重複投薬等に関する報告

- 薬剤B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、薬剤F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、薬剤Cは飲みきり終了と説明を受けているそうです。

(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、薬剤Gは、1週間に2、3回程度の服用頻度。薬剤H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。薬剤C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。

出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 個別事項（その9）（2019年11月15日）（一部抜粋、改変）

沢井製薬の医療関係者向け総合情報サイト sawai medical siteがさらに便利になりました。

NEWS 医療・介護ニュース
医療・介護に特化した時事情報を掲載しています。

NEWS 医療経営Q&A
医療経営に特化したQ&Aを掲載しています。

ニュース・Q&Aが加わって医療系コンテンツがさらに充実！

■ 医療関係者向け総合情報サイト <https://med.sawai.co.jp/>
■ お問い合わせ窓口 医薬品情報センター 0120-381-999 (24H) 365 DAY
沢井製薬株式会社 大阪市淀川区宮原5丁目2-30

本資料の内容に関する一切の責任は株式会社日本経営に帰属します。また、この資料のいかなる部分も一切の権利は株式会社日本経営に所属しており、電子的又は機械的方法を問わず、いかなる目的であれ無断で複製又は転送等してはできません。使用するデータ及び表現等の欠落、誤謬等につきましてはその責めを負いかねます。なお、内容につきましては、一般的な法律・税務上の取扱いを記載しており、具体的な対策の立案・実行は税理士・弁護士等の方々と十分ご相談の上、ご自身の責任においてご判断ください。

SKIM 2020 vol.1

今回のテーマ ポリファーマシー対策の プロセス評価

かかりつけ医と保険薬局による重複投薬防止スキームを提示～厚生労働省提案

2019年9月に開催された中央社会保険医療協議会 総会（以下、中医協総会）において、厚生労働省は、医療機関が患者の入院時に処方薬剤を総合的に調整する取り組みを行った場合に、診療報酬で評価することを提案しました。また、11月15日の中医協総会では、かかりつけ医と保険薬局が連携して患者の服用薬を把握して重複投薬を防止する評価の枠組み案を提示したことで、多剤服用によって有害事象が引き起こされる「ポリファーマシー」の解消のため、減薬の結果といったアウトカムへの評価だけでなく、プロセスの評価を導入するという枠組み案が示されたことになりました（図表1）（図表4）。

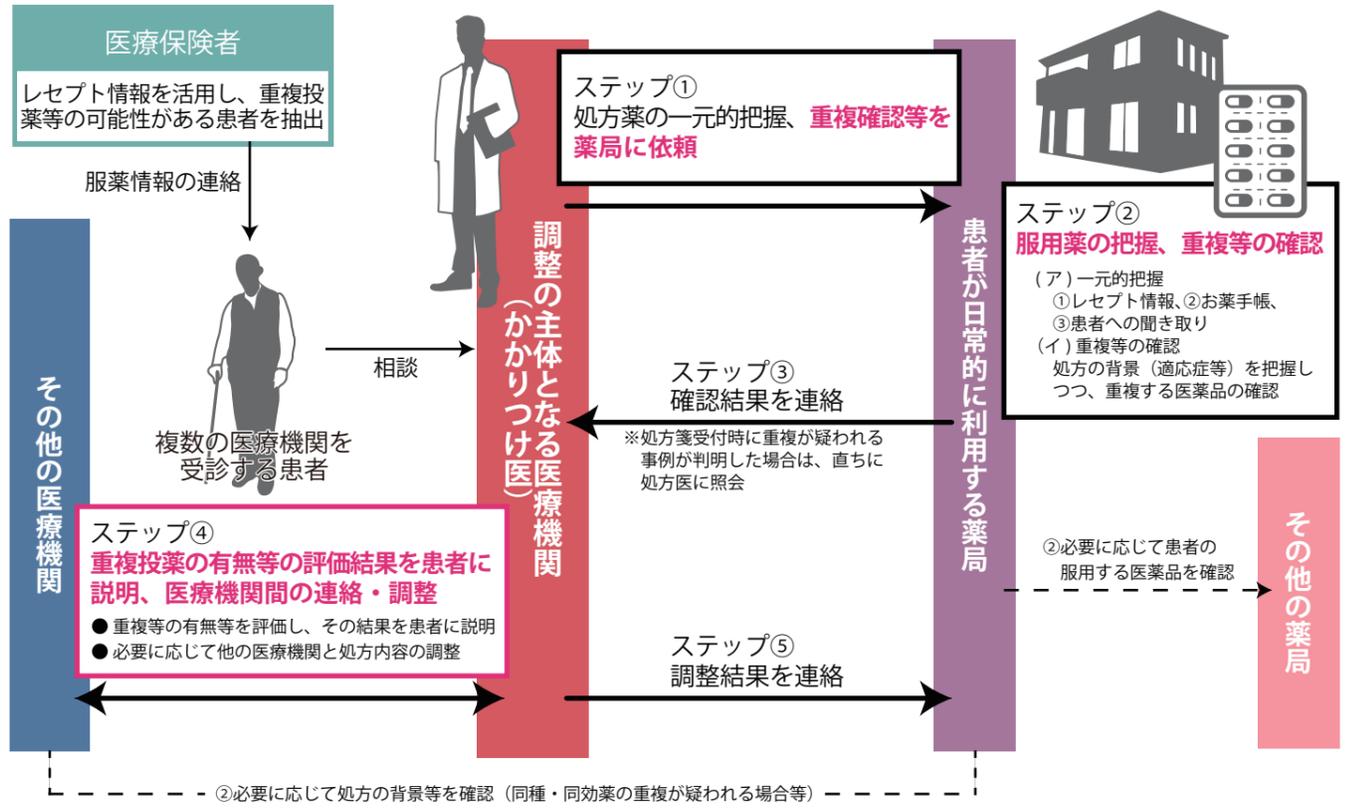
今後、診療報酬を算定するタイミングや算定要件など、より踏み込んだ検討が進められることとなります。（裏面に続く）

図表1 外来時の重複投薬等への対応（検討の方向性のイメージ）

【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



出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 個別事項（その9）（2019年11月15日）（一部抜粋、改変）



ZoomUp

ご存じのように、ポリファーマシーとは単に服用する薬剤数が多いことを指しているわけではありません。複数の薬剤の併用による相互作用等によって転倒やせん妄などの有害事象のリスクが増加し、服薬過誤やアドヒアランスの低下などの問題につながる状態を指しています。この状態は高齢者に多くみられ、中医協の資料ではポリファーマシーが形成される事例として①新たな医療機関の受診による服用薬の積み重ね ②薬物有害事象に薬剤で対処し続ける「処方カスケード」の発生—を挙げています（図表2）。

また、その資料では、高齢者では6種類以上の投薬で有害事象の発生増加に関連したデータがあることや、75歳以上の高齢者で1か月間に1つの医療機関から処方される薬剤種類数が約25%で7種類以上、40%以上で5種類以上という現状を示しています。

厚生労働省はこれまで、このようなポリファーマシーへの対策として「高齢者の医薬品適正使用の指針」の総論を2018年5月に公表、2019年6月には各論をとりまとめて都道府県等に通知。また、2016年度の診療報酬改定では、入院前に6種類以上の内服薬が処方されている患者の処方薬について医療機関が総合的に評価して薬剤を調整し、退院時に2種類以上減った場合にそれを評価する「薬剤総合評価調整加算」（250点、退院時1回）を新設しました。

第1ラウンドでは厳しい意見も「減薬だけでは根本的解決にならない」

2019年7月に中医協総会で行われた2020年度診療報酬改定に向けた議論の第1ラウンドでは、議論の取りまとめが了承され、かかりつけ医機能の評価について、「複数の医療機関を受診する場合のポリファーマシーが問題であり、かかりつけ医が一元的に服薬の状況を管理できることが望ましい」との意見の他、「処方箋1枚当たりの種類数の制限や2剤の減薬はポリファーマシーの根本的な解決になっていない」「多職種連携による定期的な処方内容の確認といった服薬管理の推進について検討する必要があるのではないか」との意見が出されていました（図表3）。

入院時の対策として、評価・調整の取り組みそのものの評価を

また、9月の第2ラウンドの議論開始時点では、重複投薬の防止策に関して、現行、かかりつけ医による全通院医療機関と処方薬の把握・管理は「地域包括診療料」や「地域包括診療加算」等で評価されていますが、診療所においてはかかりつけ患者の全処方薬と通院先の把握を大きな負担と感じている実態があることが分かりました。このことから厚生労働省は、服用薬剤の把握や処方薬の総合的な評価・調整を円滑に行うための対応や連携を、新たに診療報酬上の評価の対象とすることを提案しました。また、入院時のポリファーマシー対策に関しては、これまでの減薬というアウトカム「薬剤総合評価調整加算」に着目した評価だけでなく、そこに至るまでの処方薬の調整プロセスも評価することを提示。併せて、退院時の薬剤情報を保険薬局に直接提供した場合の評価の新設も示しました。

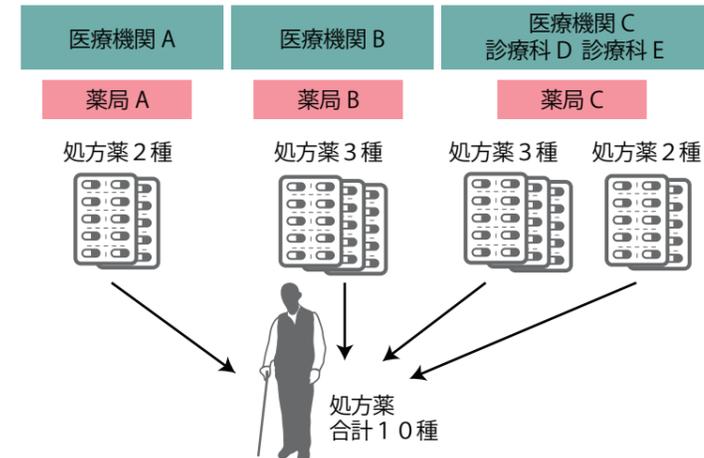
減薬というアウトカム評価から、処方調整のプロセス評価へと変化を見せようとしているポリファーマシー対策ですが、その中心に居るのは「かかりつけ医」であり、「かかりつけ薬局」であることは間違いありません。病・診・薬連携だけでなく多職種連携が説かれて久しい中、その重要性は今後ますます高まっていくことは必至です。各医療機関、保険薬局等のより積極的な相互連携が進んでいくことに大きな期待が寄せられています。

—— これらを踏まえた2020年度診療報酬改定は、2月上旬頃には個別改定項目が答申される見通しです。
（編集：株式会社日本経営）

ポリファーマシー対策これまでの議論「かかりつけ」が要を担う

図表2 ポリファーマシーが形成される事例*

例1. 多病による複数医療機関・診療科の受診

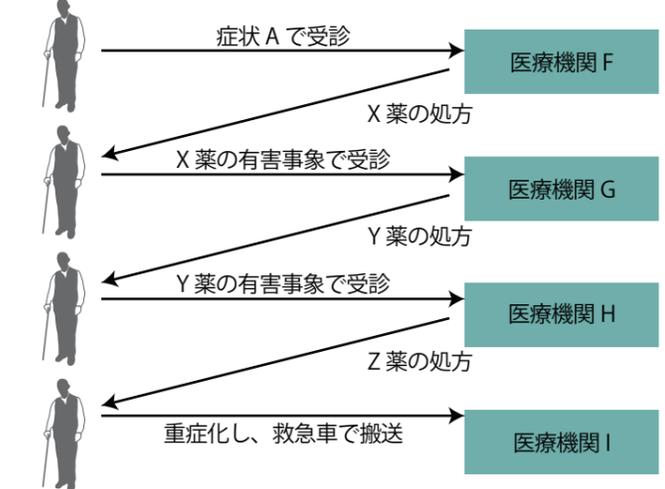


ポリファーマシーに関連した問題の発生 薬物有害事象/服薬アドヒアランス低下など

* 出典：高齢者の医薬品適正使用の指針 総論編（2018年5月厚生労働省）に基づき医療課が作成

出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 個別事項（その1）（2019年9月18日）（一部抜粋、改変）

例2. 処方カスケードの発生



図表3 2020年度診療報酬改定に向けた議論（1ラウンド）の概要（一部抜粋）

【重複投薬、ポリファーマシー、残薬への対応】

- 高齢化に伴い処方薬の種類数が増加するのは自然であり、また、かかりつけ医が他院の処方薬を引き継いだ場合でもその種類数が増加する。処方箋1枚当たりの医薬品の種類数に着目した減算は、見直す必要があるのではないか。
- 外来時におけるポリファーマシーについては、複数の診療科や医療機関を受診する患者の場合、かかりつけ医や薬局との連携が重要である。
- 外来時におけるポリファーマシーへの対策として、複数の診療科や医療機関から医薬品を処方されている場合に、薬局が一元管理している服薬情報を医療機関に提供することが処方内容の見直しのきっかけに繋がるのではないか。
- 入院時におけるポリファーマシーへの取組として、医療機関では多職種が時間をかけて対応している。中でも病院薬剤師の役割は重要である。
- 処方箋1枚当たりの種類薬の制限や2剤の減薬はポリファーマシーの根本的な解決になっていない。多職種連携による定期的な処方内容の確認といった服薬管理の推進について検討する必要があるのではないか。

出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 令和2年度診療報酬改定に向けた議論（1ラウンド）の概要（2019年7月24日）（一部抜粋、改変）

図表4 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。

出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会 個別事項（その9）（2019年11月15日）（一部抜粋、改変）