

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)

かかりつけ薬剤師の専門性の検討とそのアウトカムの調査

総合研究報告書

長期処方での分割調剤における診療報酬点数のシミュレーション

研究代表者 今井 博久 東京大学大学院医学系研究科
分担研究者 中尾 裕之 宮崎県立看護大学看護人間学Ⅲ

研究要旨

本研究の目的は、研究班で3年間に渡って長期処方の分割調剤の症例検討を実施し、その経験と知見から医師の収益確保を維持しつつ患者の診療の質を担保し、かかりつけ薬剤師の本質的な機能（主に「薬物治療効果評価と副作用有無」に関するフォローアップ機能）を発揮する医療経済的なシミュレーションを描くことである。長期処方の分割調剤を導入する際、どのような影響が生じるか分析する必要があり、患者アウトカムへの影響、かかりつけ薬剤師の業務内容、医師の収益確保などが重要な分析項目となる。本稿では、長期処方の分割調剤を普及させるために最も大きな課題のひとつとして挙げられている医師の収益確保と負担軽減および薬剤師のフォローアップ機能に焦点を当てて、いくつかの診療報酬上の「新設の点数を設ける仮定」を設定して長期処方の分割調剤を診療所と薬局の間で具体的に運用した場合の「診療報酬上のシミュレーション」を中心に検討を行った。シミュレーションで比較する2つの基本的な症例として「90日間の長期処方の分割調剤（分割調剤あり症例）」と「30日毎の3回の処方（分割調剤なし症例）」を仮定し診療報酬上のシミュレーションを行った。慢性疾患で病状が安定している患者では、かかりつけ薬剤師が薬物治療を適切にマネジメントし定期的に患者の病状について主治医に詳細で正確な情報提供（フォローアップ報告書の提出）するシステムであれば、患者、医師、薬剤師のメリットは大きい。そこで、実際の糖尿病患者における60日分の処方箋データを主に使用しながら分割調剤指示あり、分割調剤指示なしの診療報酬上のシミュレーションの比較を行った。これらのシミュレーションを検討した結果、長期処方の分割調剤の症例の方が、収益が同等かまたは高い場合もあることが示された。長期処方の分割調剤は、医師と薬剤師の連携機能を確実に行使し、診療報酬制度上に工夫を凝らして円滑に運用すれば医師の労働負担を軽減し、かかりつけ薬剤師の対人業務機能を発揮でき、患者の負担や薬物治療の質を改善できる施策であることが示唆された。

A. 研究目的

長期処方分割調剤を導入する際、どのような影響が生じるか分析する必要があり、患者アウトカムへの影響（病状・副作用・通院労力軽減など）、服薬状況（残薬の有無、アドヒアランス改善など）、かかりつけ薬剤師の業務内容、医師の収益確保や負担軽減などが重要な分析項目となる。本稿では、長期処方の分割調剤を普及させるために最も大きな課題のひとつとして挙げられている医師の収益確保と負担軽減および薬剤師との連携システム

に焦点を当てて、長期処方の分割調剤を診療所と薬局間で具体的に運用した場合の「診療報酬上のシミュレーション」を中心に検討を行った（図1）。目的は、本研究班で3年間に渡って長期処方の分割調剤を実施し、その経験と知見から医師の収益確保を維持しつつ患者の診療の質を担保し、かかりつけ薬剤師の本質的な機能（主に「薬物治療効果評価と副作用有無」に関するフォローアップ機能）を発揮する診療報酬上のシミュレーションを描くことである。

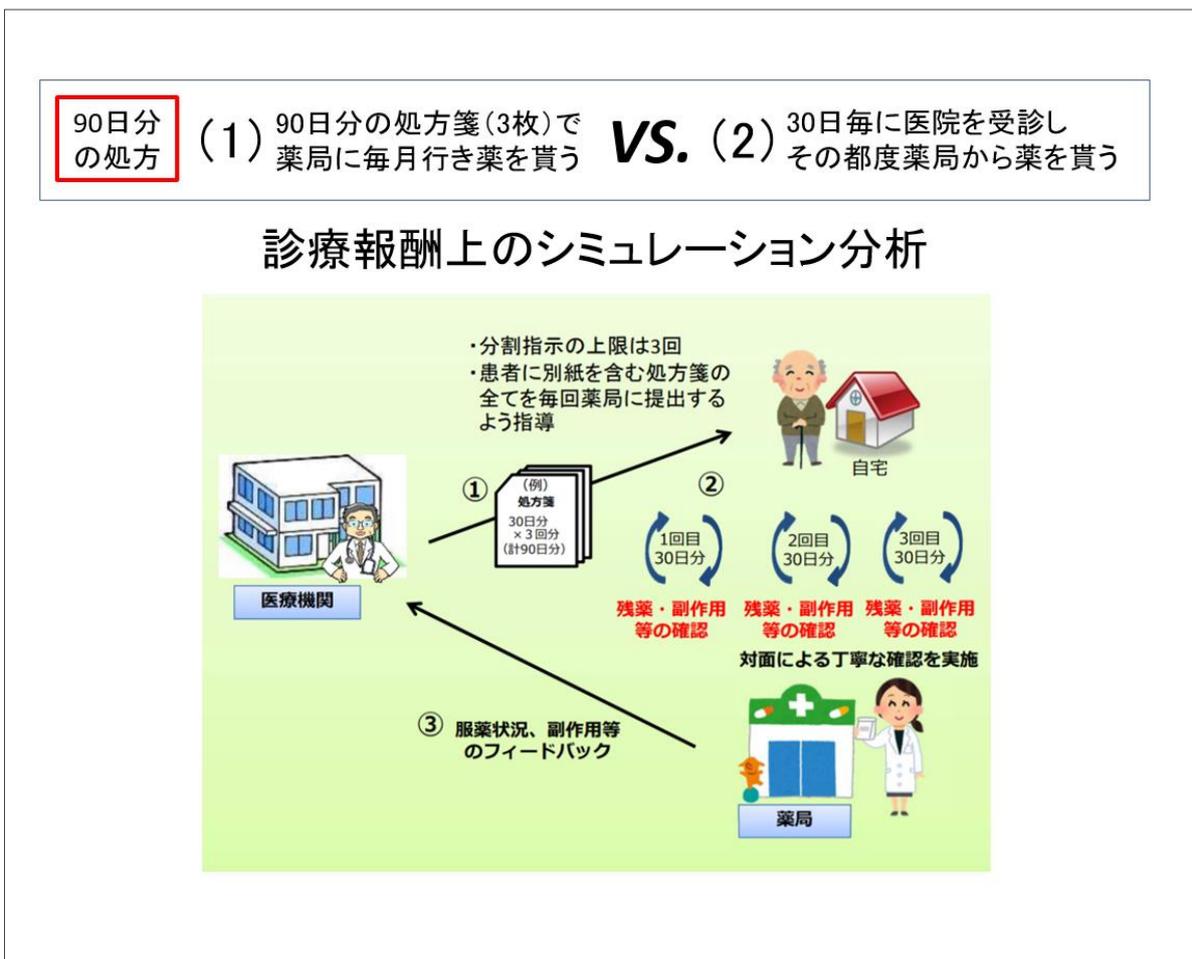


図1

B. 研究方法

・90日の長期処方分割調剤で処方箋は3枚発行され、その期間は医療機関を受診せず30日毎に薬局に通い処方薬剤を受け取る症例(図2)を基本的に想定する。

・シミュレーションで比較する2つの基本的な症例として「90日間の長期処方の分割調剤

(分割調剤あり症例)」と「30日毎の3回の処方(分割調剤なし症例)」を仮定した。

(1)90日の長期処方の分割調剤でその期間は受診せず30日毎に薬局に通い処方薬剤を受け取る症例(図3)、(2)30日毎に診療所を受診しその都度薬局から処方薬剤を貰う症例(図4)、を比較した。

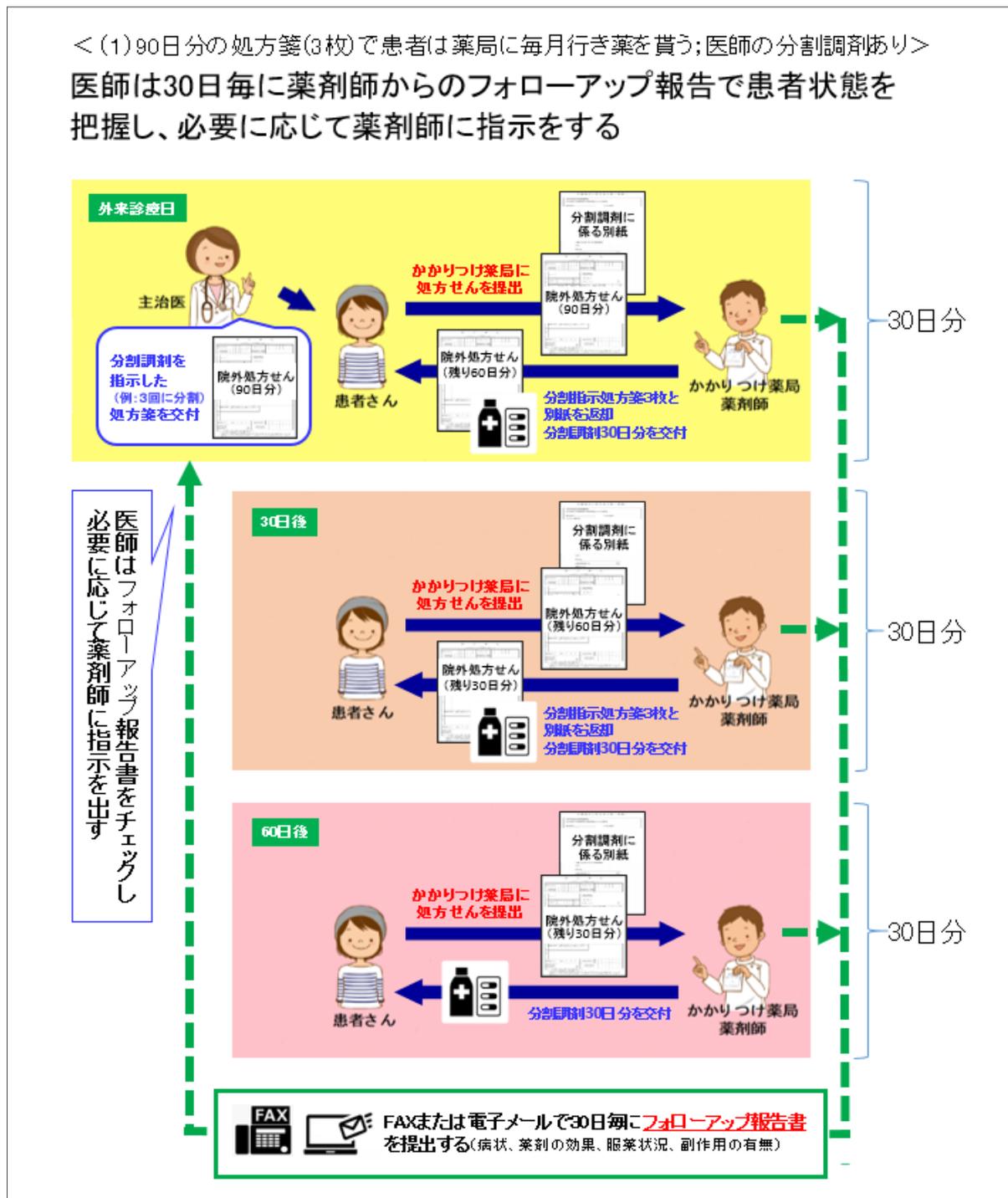
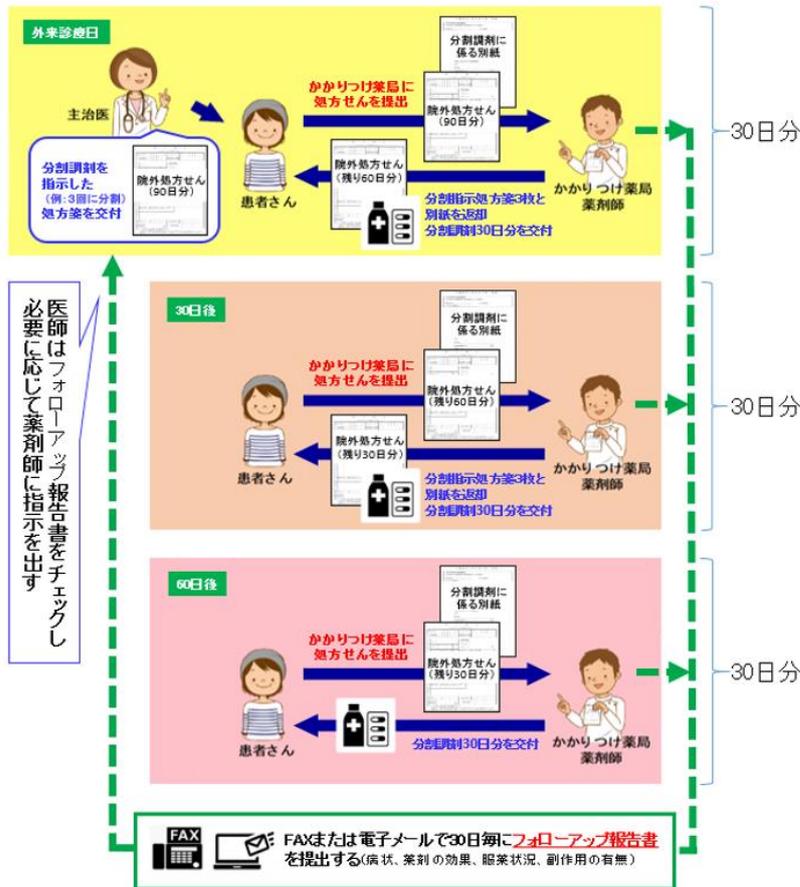


図2

<(1)90日分の処方箋(3枚)で患者は薬局に毎月行き薬を貰う;医師の**分割調剤あり**>

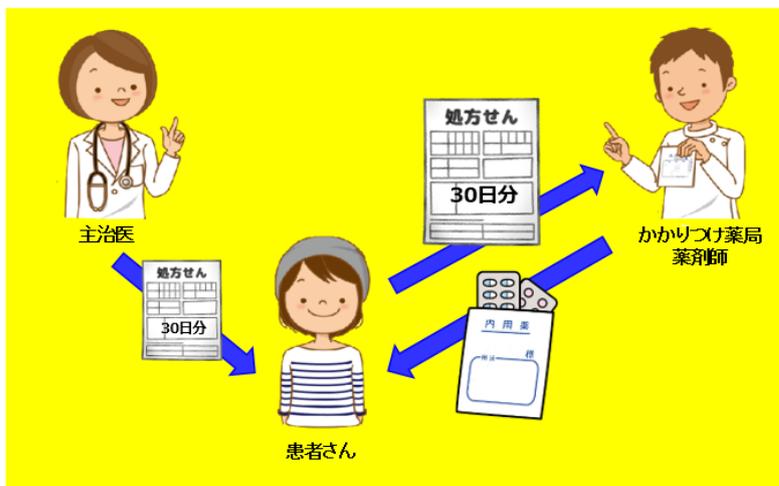


◎医師の評価関与に点数を付ける

医師は薬剤師からFAXや電子メールで提出される患者のフォローアップ報告書(病状・薬物治療状況・副作用有無など)をチェックすることで**フォローアップ評価管理料指導料1**の点数を得る(30点)。必要に応じて変更・中止・休薬などの患者の服薬モニタリング指示等を行った場合は**フォローアップ評価管理料指導料2**(60点)。これらの点数はその都度算定し医師の収益に貢献する。

図 3

<(2)30日毎に患者は医院を受診しその都度薬局から薬を貰う;**分割調剤なし**>



従来と同じく患者は30日毎に受診し主治医から30日分の処方箋を受け取り、薬局に行き処方薬を貰う。90日では患者は医療施設へ3回行く。

図 4

・(1)の「分割調剤あり」症例では、長期処方
の分割調剤を実施する上で「服薬期間中ど
のようにして患者を診るのか」という点が重
要な課題である。図3にあるように、90日分
の処方箋が主治医から患者に処方され、患者
は30日毎にかかりつけ薬剤師・薬局を訪れ
る。薬剤師は患者から病状、処方薬剤の効果、
副作用など様々な情報を得て適切に服薬指導
などを行い、併せて残薬状況やその他心身の
情報を過不足なく聞き取り、30日分の処方箋
を渡す。また、薬剤師はそれらの情報を薬学
的管理の観点から検討を加え、患者情報と検
討事項の整理整頓を行って「フォローアップ
報告書」を作成し、医療施設の主治医にファ
ックシミリか電子メールで報告する。主治医
はその報告書を読んで患者状態を把握し、病
状、薬物治療の効果や副作用、その他につ
いて確認し、その確認したことを返信する。ま
た必要に応じて薬物治療における変更、中止、
休薬やその他の指示について文章等を用いて
行う。これらを30日毎に行う。

・「主治医が薬剤師から送られてきた詳細な報
告書を受け取り、患者状態を把握して病状な
どを評価管理する」といった一連のプロセス
は医療機関の診察とほとんど同等である。慢
性疾患で病状が安定している患者において主
治医として処方した薬剤の効果薬剤師の職
務の薬学的管理の観点から評価した報告書を
医学的な観点から医師が総合的に判断する、
という位置付けにある。医師の処方権、診療
行為、診療方針の意思決定を侵害する意味は
ない。医療機関の診察とほとんど同等である
点を考慮し、その行為の診療報酬上の評価と
して「フォローアップ評価管理指導料1；30
点」、必要に応じて変更、中止、休薬やその
他の指示について文章等を用いて行う場合は
「フォローアップ評価管理指導料2；60点」と
する(図3)。その一方で、従来の(2)の

「分割調剤なし」症例ではそうした点数は付
かない。

・なお、保険薬局から分割調剤に係わる情報
を受け付け、連携に係る体制をしている場合
に算定する点数として「フォローアップ評価
管理料」を新設する。(1)の「分割調剤あり」
症例では、1枚目に分割回数2回では180点、
分割回数3回では270点とする。(2)の「分
割調剤なし」症例ではその都度30点ずつの
点数を付ける。

・表1では、上記の基本的な症例を応用して
様々な処方状況をシミュレーションし「分割
調剤あり」を「分割調剤なし」で割った値を
示した。外来診察料、検体検査管理加算が生
じた症例をシミュレーションした。また、B
からFまでは、ハイリスク薬、向精神薬が処
方された症例について複数のシミュレーショ
ンを行った。分割調剤あり症例で加算される
フォローアップ評価管理指導料1・2、長期
連携処方箋在宅・居宅管理料、長期連携薬剤
総合評価調整管理料、長期連携管理料におい
ては、シミュレーションに加えておらず、実
際の糖尿病患者データを使用したシミュレー
ションでは、フォローアップ評価管理料とフ
ォローアップ評価管理指導料1・2の算定を
行った場合のシミュレーションを行った。

(倫理への配慮)

「長期処方の分割調剤における診療報酬点数
のシミュレーション」に関しては、東京大学
大学院医学研究科・医学部倫理委員会の承認
を受けた(11849)。

C. 研究結果

(I) 様々な処方箋のシミュレーション

表1には2つの基本的な症例(1)長期処方
の分割調剤の指示あり、(2)分割調剤の指

示なし、を医科の点数の観点から比較した。

次のページの表2は、様々な処方薬を組み合
わせたシミュレーションを行い、主治医が得
る診療報酬上の点数を検討した。

表1 分割調剤指示処方箋 医科点数表-1*1

	提案 (新設)			A【医師】分割指示あり			B【医師】分割指示なし※30日処方			
				1枚目	2枚目	3枚目	処方箋1	処方箋2	処方箋3	
1	現行	医科	処方箋発行料 (逆紹介率減算あり)	向精神薬、多剤投与時(3種類以上) 28点	●	-	-	●	●	●
				7種類以上の内服薬の投薬時又は向精神薬長期処方時 40点	●	-	-	●	●	●
				上記以外68点	●	-	-	●	●	●
				各種加算(ジェネリックすべての医薬品が一般名6点、一般 名が1品目以上 4点)	○	-	-	○	○	○
2	新設	医科	長期連携処方箋発行加算	30日を超える処方箋に対し分割指示をおこなった場合に算 定 20点 ※30日以下の処方箋に対し分割指示をおこなった場合は 長期連携処方箋発行料は算定できない	●	-	-	-	-	-
3	現行	医科	外来診療料 *200床以上	73点(二つ目の診療料36点) 400床以上逆紹介減算あり 54点(二つ目の診療料26点)	●	-	-	●	●	●
4	現行	医科	検体検査管理加算(I)	I 40点 ※II 100点III 300点IV 500点は入院患者のみ	●	-	-	●	●	●
5	現行	医科	【画像診断】	エックス線診断料、核医学診断料、 コンピューター断層撮影診断料	○	-	-	○	○	○
6	新設	医科	フォローアップ評価管理料 (長期連携処方箋に係わる服薬情報 等提供・トレーニングレポート)	2回分割では180点、3回分割では270点を加算長期連携 処方箋に対して、保険薬局から分割調剤に係わる情報を受 付け、連携に係る体制を設けている場合に算定。また体制と しては受け付けた情報を患者カルテに記録されていることが望 ましい。 ※院外処方箋(分割指示なし)において、保険薬局から患者 の薬物治療上必要と判断した情報を求め受け付け場合、次回 診察時に算定 60点	● (分割2回 180) (分割3回 270)	-	-	● (30)	● (30)	● (30)
7	新設	医科	フォローアップ評価管理指導料1 (長期連携処方箋に係わる服薬情報 等提供・トレーニングレポート)	6フォローアップ評価管理料を算定した保険医療機関が保 険薬局に対し情報の評価を文章等用いて報告を行った場合 に加算 ◇カルテに記録、フォローアップ報告に対して評価したことを 薬局へ報告した場合 30点	○ (30)	○ (30)	○ (30)	-	-	-
8	新設	医科	フォローアップ評価管理指導料2 (長期連携処方箋に係わる服薬情報 等提供・トレーニングレポート)	6フォローアップ評価管理料を算定した保険医療機関が保 険薬局に対し情報の評価を文章等用いて報告を行った場合 に加算 ◇カルテに記録し、フォローアップ報告評価から保険薬局に対し変更、中 止、休薬等患者の服薬に係わるモニタリング指示等おこな った場合 60点 ※院外処方箋(分割指示なし)において、保険薬局から患者 の薬物治療上必要と判断した情報を求め受け付け場合も長期 連携処方箋取り扱い同等な評価をおこないカルテに記録、 保険薬局に指示をした場合も算定可能	○ (60)	○ (60)	○ (60)	-	-	-
9	現行	医科	初診料	282点(二つ目の診療料141点) 400床以上逆紹介率 減算あり 209点(二つ目の診療料 104点)	◎	-	-	◎	-	-
10	現行	医科	診療情報提供料	薬剤師の在宅介護が必要と判断し指示した場合、診療情 報提供料として 250点(1回/月)	○	-	-	○	○	○
11	新設	医科	長期連携処方箋在宅・居宅 管理料	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの以 外で長期連携処方箋の服薬期間中の患者情報から薬剤師 が在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導の必要 性について情報提供があり、医師はその情報を評価し、在 宅患者訪問薬剤管理指導まではならないが、一時的に居宅 療養管理指導を指示した場合 250点(1回/月)	○	○	○	-	-	-
12	現行	医科	薬剤総合評価調整管理料	多剤投与とされている入院以外の患者の処方箋(6種類以上 の内服)を2剤以上減薬し4週間を経過した時に算定 25 0点 保険薬 局からの提案で処方調製した場合は、その結果を情報提供 する。	変更	-	-	○	○	○
13	現行	医科	連携管理加算	処方内容の調整にあたって保険薬局に照会又は情報提供 した場合 50点	変更	-	-	○	○	○
14	新設 (変更)	医科	長期連携薬剤総合評価調整管理 料(分割指示処方箋調製管理料)	長期連携処方箋(分割指示処方箋)を発行している患者で 多剤投与とされている入院以外の患者の処方箋を服薬期間 中に保険薬局から減薬提案を受け、その情報より服薬期間 中に減薬指示をおこなった場合、次回診察時に減薬1剤毎 に算定。125点/剤 ※減薬した時点で算定可能。ただし長期連携処方箋発行 時に減薬があった場合は処方箋発行時に算定	○	○	○	-	-	-
15	新設 (変更)	医科	長期連携管理加算	長期連携処方箋(分割指示処方箋)の処方内容の調整にあ たって保険薬局に照会又は情報提供した場合、次回診察時 に算定 50点	○	○	○	-	-	-
16	新設	医科	ハイリスク薬長期連携薬剤管理加 算(分割指示処方箋調製支援料)	30日を超える長期連携処方箋(分割指示処方箋)にあるハ イリスク薬服用にあたり、保険薬局に状況報告指示薬を発 行した場合 50点	○	-	-	-	-	-
17	新設	医科	向精神薬、他剤投与時(3種類以 上)の長期連携処方箋管理加算	30日を超える長期連携処方箋(分割指示処方箋)にある向 精神薬3種類以上服用にあたり、保険薬局に状況報告指示 薬を発行した場合 50点	○	-	-	-	-	-

*1は最終ページに記載

表2のA～Fのシミュレーションを行い、を比較の結果(a÷bの値)も表の右側に記した。

(A) 処方箋発行料 68 点で、長期連携処方箋発行加算とフォローアップ評価管理料を算定した場合

(B) 処方箋発行料 68 点で、処方薬剤にハイリスク薬が含まれる場合で、長期連携処方箋発行加算とフォローアップ評価管理料を算定した場合

(C) 処方箋発行料 68 点で、200 床以上の医療機関で、向精神薬、多剤処方時の症例で長期連携処方箋発行加算とフォローアップ評価管理料を算定した場合

(D) 処方箋発行料 68 点の場合で、200 床以上の医療機関で、ハイリスク薬、向精神薬、多剤処方時の症例で長期連携処方箋発行加算とフォローアップ評価管理料を算定した場合

(E) 処方箋発行料 40 点の場合（7 種類以上の内服薬の投薬時又は向精神薬長期処方時）で、長期連携処方箋発行加算とフォローアップ評価管理料を算定した場合

(F) 処方箋発行料 40 点でハイリスク薬が含まれる場合（7 種類以上の内服薬の投薬時又は向精神薬長期処方時）で、長期連携処方箋発行加算とフォローアップ評価管理料を算定した場合

表 2 分割調剤指示処方箋 医科点数表-2

		A【医師】分割指示あり	B【医師】分割指示なし ※30日処方	新設6の分割指示なしの新設を含める
シミュレーション	90日分処方、分割調剤3回と30日分処方との比較	a 90日分処方箋(分割指示有)	b 30日分処方箋(分割指示無)	a÷b
A	処方箋発行料68点の場合 1 処方箋発行料 2 長期連携処方箋発行加算 3 外来診療料 4 検体検査管理加算(I) 6 フォローアップ評価管理料	例) 90日処方 分割回数3回 30日処方 分割指示なし 471点+画像診断料+その他1 ①471点=1+2+3+4+6 (68+20+73+40+270)点	543点+画像診断料+その他 543点=(1+3+4)/3ヶ月 ■フォローアップ評価管理料の新設をした場合 723点+画像診断料+その他 723点=(1+3+4+6)/3ヶ月 723+543=133.15%	102.84%
B	処方箋発行料68点の場合でハイリスク薬が含まれる場合 1 処方箋発行料 2 長期連携処方箋発行加算 3 外来診療料 4 検体検査管理加算(I) 6 フォローアップ評価管理料 16ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算	例) ◆ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算 50点 90日処方 分割回数3回 30日処方 分割指示なし 521点+画像診断料+その他2 ②521点=①+16 (471+50)点 16ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算	543点+画像診断料+その他 543点=(1+3+4)/3ヶ月 ■フォローアップ評価管理料の新設をした場合 723点+画像診断料+その他 723点=(1+3+4+6)×3ヶ月 723+543=138.15%	110.74%
C	処方箋発行料68点の場合でも200床以上 向精神薬、多剤投与時(3種類以上)の場合は 28点 1 処方箋発行料 2 長期連携処方箋発行加算 3 外来診療料 4 検体検査管理加算(I) 6 フォローアップ評価管理料 17向精神薬、他剤投与時(3種類以上)の長期連携処方箋管理加算	例) ◆向精神薬、他剤投与時(3種類以上)の長期連携処方箋管理加算 50点 90日処方 分割回数3回 30日処方 分割指示なし 481点+画像診断料+その他2 ③481点=①+2+3+4+6+17 (28+20+73+40+270+50)点 17向精神薬、他剤投与時(3種類以上)の長期連携処方箋管理加算	503点+画像診断料+その他 503点=(1+3+4)/3ヶ月 ■フォローアップ評価管理料の新設をした場合 683点+画像診断料+その他 683点=(1+3+4+6)/3ヶ月 683÷503=135.79%	111.47%
D	処方箋発行料68点の場合でも200床以上 向精神薬、多剤投与時(3種類以上)の場合は 28点 1 処方箋発行料 2 長期連携処方箋発行加算 3 外来診療料 4 検体検査管理加算(I) 6 フォローアップ評価管理料 16ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算 17向精神薬、他剤投与時(3種類以上)の長期連携処方箋管理加算	例) ◆ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算 50点 ◆向精神薬、他剤投与時(3種類以上)の長期連携処方箋管理加算 50点 90日処方 分割回数3回 30日処方 分割指示なし 531点+画像診断料+その他2 ④531点=③+16 (③+50)点 16ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算 17向精神薬、他剤投与時(3種類以上)の長期連携処方箋管理加算	503点+画像診断料+その他 503点=(1+3+4)/3ヶ月 ■フォローアップ評価管理料の新設をした場合 683点+画像診断料+その他 683点=(1+3+4+6)/3ヶ月 683+503=135.79%	119.90%
E	処方箋発行料40点の場合(7種類以上の内服薬の投薬時 又は向精神薬長期処方時40点) 1 処方箋発行料 2 長期連携処方箋発行加算 3 外来診療料 4 検体検査管理加算(I) 6 フォローアップ評価管理料	例) 90日処方 分割回数3回 30日処方 分割指示なし 443点+画像診断料+その他1 ⑤443点=1+2+3+4+6 (40+20+73+40+270)点	515点+画像診断料+その他 515点=(1+3+4)×3ヶ月 ■フォローアップ評価管理料の新設をした場合 695点+画像診断料+その他 695点=(1+3+4+6)/3ヶ月 695÷514=74.10%	102.98%
F	処方箋発行料40点の場合でハイリスク薬が含まれる場合(7種類以上の内服薬の投薬時又は向精神薬長期処方時40点) 1 処方箋発行料 2 長期連携処方箋発行加算 3 外来診療料 4 検体検査管理加算(I) 6 フォローアップ評価管理料 16ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算	例) ◆ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算 50点 90日処方 分割回数3回 30日処方 分割指示なし 493点+画像診断料+その他2 ②493点=⑤+16 (443+50)点	515点+画像診断料+その他 515点=(1+3+4)×3ヶ月 ■フォローアップ評価管理料の新設をした場合 695点+画像診断料+その他 695点=(1+3+4+6)/3ヶ月 695+515=134.95%	111.24%

(II) 実際の糖尿病患者データを使用したシミュレーション

生活習慣病の患者は長期処方分割調剤の最も適した対象者に成り得る。慢性疾患で病状が安定している患者では、かかりつけ薬剤師が薬物治療のモニタリングを行い定期的に患者の病状を聞き取り把握してフォローアップ報告書を書面で主治医に報告するシステムであれば患者、医師、薬剤師のメリットは大きい。本分析のシミュレーションでは、『実際の60日分の処方箋データ』を主に使用しながら1)60日分の分割調剤指示処方箋の場合、2)90日分の分割調剤指示処方箋の場合、3)半年間の長期間とした場合について検討した。

1) 60日分の処方箋(分割調剤なし)を60日分の分割調剤指示処方箋とした場合

・表3は「60日分の処方箋で分割調剤指示なし」と「60日分の処方箋で分割調剤指示あり」を比較した。前者では、患者は2か月に1回毎に医療機関を受診しHbA1cなどの血液検査を受ける。

・その一方で、後者ではフォローアップ報告を新規の点数評価により加算される。後者は前者よりもフォローアップ報告書の評価分の点数が上乘せになる(約127~134%)。

2) 30日分処方箋(分割指示なし)で3回を90日分の分割調剤指示処方箋とした場合

・表4は「30日分処方箋(分割指示なし)を3回発行」と「90日分の分割調剤指示処方箋」を比較した。前者では患者は毎月医療機関を受診し、その都度血液検査を受け、また2か月に1回の実施が認められているHbA1c検査も受けるなどしたときの診療報酬上の点数になる(総合計2658点)。

・後者は90日に1回の医療機関の受診になり、血液検査は1回になる。またフォローアップ報告を新規の点数評価により加算されるが、総合計の点数では1286~1376点にとどまる。前者と後者を比較すると約48~52%であり、後者の分割調剤は点数上では少ない。

3) 6か月間の長期間で比較した場合

・表5は「60日分の処方箋で分割調剤指示なしの6か月間」と「90日分の処方箋で分割調剤指示ありの6か月間」を比較した。前者では患者は2か月に1回毎に医療機関を受診しHbA1cなどの血液検査を受け、総合計の点数は2748点になる。後者ではフォローアップ報告を新規の点数評価により加算され、総合計の点数は2572~2752点となる。

・後者は前者とほぼ同等の点数になる(約94~100%)。

表3 糖尿病シュミレーション
60日分処方箋(分轄指示なし)を60日分の分割調剤指示処方箋とした場合

区分	項目名	60日処方箋分割なし		60日分分割指示処方箋		
		点数		点数1枚目	点数2枚目	
初再診料	再診料	73	—	73	—	
	外来管理加算	52	—	52	—	
医学管理等	特定疾患療養管理料(病院) (100床以上200床未満)	87	—	87	—	
検査	HbA1c (2ヶ月に1回算定)	49	—	49	—	
	血液化学検査10項目	112	—	112	—	
	血液採取料(静脈) 1日につき 1 静脈35点 2 その他	30	—	30	—	
	血液学的検査判断料	125	—	125	—	
	生化学的検査(I)判断料 1 尿・糞便等検査判断料34点 2 遺伝子関連・染色体検査判断料100点 3 血液学的検査判断料125点 4 生化学的検査(I)判断料144点 5 生化学的検査(II)判断料144点 6 免疫学的検査判断料144点 7 微生物学的検査判断料150点	144	—	144	—	
	外来迅速検体検査加算 5項目 1項目につき10点	50	—	50	—	
	処方箋料(その他)	68	—	68	—	
	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66	—	66	—	
	合計①	856		856	—	
新規	長期連携処方箋発行加算			20		102.34%
新規	ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算 (分割指示処方箋調製支援料)			50		108.18%
新規	フォローアップ評価管理料 (長期連携処方箋に係わる服薬情報等提供・ トレーシングレポート)	30	30	180		120.74%
新規	フォローアップ評価管理指導料1 (長期連携処方箋に係わる服薬情報等提供・ トレーシングレポート)			30	30	127.29%
新規	フォローアップ評価管理指導料2 (長期連携処方箋に係わる服薬情報等提供・ トレーシングレポート)			60	60	133.84%
	合計②	60		310	370	
	総合計(①+②)	916		1166	1226	127.3%~ 133.8%

表4 糖尿病シュミレーション
30日分処方箋(分轄指示なし)を90日分の分割調剤指示処方箋とした場合

区分	項目名	30日処方箋 *分割なし			90日分分割指示処方箋		
		点数 (30日)	点数 (30日)	点数 (30日)	点数 1枚目	点数 2枚目	点数 3枚目
初再診料	再診料	73	73	J	73	—	—
	外来管理加算	52	52	52	52	—	—
医学管理等	特定疾患療養管理料(病院) (100床以上200床未満)	87	87	87	87	—	—
検査	HbA1c (2ヶ月に1回算定)	49	—	49	49	—	—
	血液化学検査10項目	112	112	112	112	—	—
	血液採取料(静脈) 1日につき 1 静脈35点 2 その他	30	30	30	30	—	—
	血液学的検査判断料	125	125	125	125	—	—
	生化学的検査(I)判断料 1 尿・糞便等検査判断料34点 2 遺伝子関連・染色体検査判断料100点 3 血液学的検査判断料125点 4 生化学的検査(I)判断料144点 5 生化学的検査(II)判断料144点 6 免疫学的検査判断料144点 7 微生物学的検査判断料150点	144	144	144	144	—	—
	外来迅速検体検査加算 5項目 1項目につき10点	50	50	50	50	—	—
	処方箋料(その他)	68	68	68	68	—	—
	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66	66	66	66	—	—
	合計①	856	856	783	856		
新規	長期連携処方箋発行加算				20		
新規	ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算 (分割指示処方箋調製支援料)				50		
新規	フォローアップ評価管理料 (長期連携処方箋に係る服薬情報等提供・トレーシングレポート)	30	30	30	270		
新規	フォローアップ評価管理指導料1 (長期連携処方箋に係る服薬情報等提供・トレーシングレポート)				30	30	30
新規	フォローアップ評価管理指導料2 (長期連携処方箋に係る服薬情報等提供・トレーシングレポート)				60	60	60
	合計②	30	30	30	430~520		
	総合計(①+②)	2585			1286~1376		

48.4%~
51.8%

表5 糖尿病 6ヶ月でシミュレーション
60日分処方箋(分轄指示なし)を90日分の分割調剤指示処方箋とした場合

区分	項目名	60日処方箋分割なし						90日分分割指示処方箋					
		①60日処方箋		②60日処方箋		③60日処方箋		①90日分 分割調剤			②90日分 分割調剤		
		点数		点数		点数		点数 1枚目	点数 2枚目	点数 3枚目	点数 1枚目	点数 2枚目	点数 3枚目
初再診料	再診料	73	—	73	—	73	—	73	—	—	73	—	—
	外来管理加算	52	—	52	—	52	—	52	—	—	52	—	—
医学管理等	特定疾患療養管理料(病院) (100床以上200床未満)	87	—	87	—	87	—	87	—	—	87	—	—
検査	HbA1c (2ヶ月に1回算定)	49	—	49	—	49	—	49	—	—	49	—	—
	血液化学検査10項目	112	—	112	—	112	—	112	—	—	112	—	—
	血液採取料(静脈) 1日につき 1 静脈35点 2 その他	30	—	30	—	30	—	30	—	—	30	—	—
	血液学的検査判断料	125	—	125	—	125	—	125	—	—	125	—	—
	生化学的検査(I)判断料 1 尿・糞便等検査判断料 34点 2 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点 3 血液学的検査判断料 125点 4 生化学的検査(I)判断料 144点 5 生化学的検査(II)判断料 144点 6 免疫学的検査判断料 144点 7 微生物学的検査判断料 150点	144	—	144	—	144	—	144	—	—	144	—	—
	外来迅速検体検査加算 5項目 1項目につき10点	50	—	50	—	50	—	50	—	—	50	—	—
	処方箋料(その他)	68	—	68	—	68	—	68	—	—	68	—	—
	特定疾患処方管理加算2(処方箋料)	66	—	66	—	66	—	66	—	—	66	—	—
	合計①		856		856		856		856			856	
新規	長期連携処方箋発行加算							20			20		
新規	ハイリスク薬長期連携薬剤管理加算(分割指示処方箋調製支援料)							50			50		
新規	フォローアップ評価管理料 (長期連携処方箋に係わる服薬情報等提供・トレーシングレポート)	30	30	30	30	30	30	270			270		
新規	フォローアップ評価管理指導料1 (長期連携処方箋に係わる服薬情報等提供・トレーシングレポート)							30	30	30	30	30	30
新規	フォローアップ評価管理指導料2 (長期連携処方箋に係わる服薬情報等提供・トレーシングレポート)							60	60	60	60	60	60
合計②		60		60		60		430~520			430~520		
総合計(①+②)				2748							2572~2752		

93.6~
100.1%

D. 考察

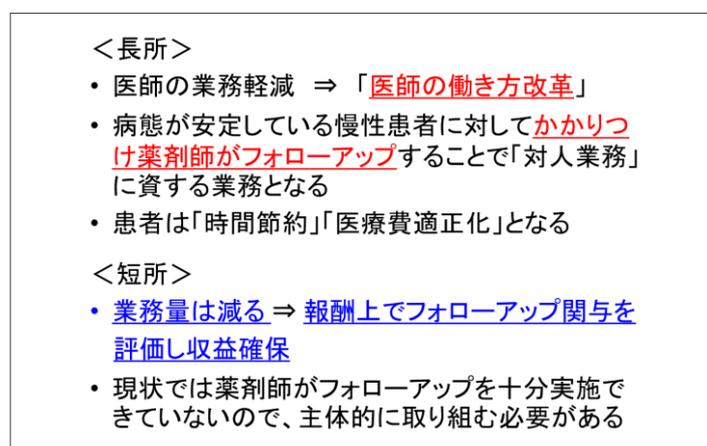
長期処方分割調剤を実施する際、90日間にわたって患者が医療機関を受診しないため、「医療機関の収益」ならびに「患者の病状把握」をいかにして良好な水準で維持して行くかが現実的な課題になる。モデル的な症例について、1) 90日間の長期処方分割調剤の場合、2) 30日毎に医療機関を受診する場合、の2つのモデル的な症例を比較し、診療報酬点数のシミュレーションを実施した。長期処方分割調剤の前提は、かかりつけ薬剤師が30日毎に薬局に来た患者に対して薬学的管理の観点から患者の病状、副作用、服薬状況などを適切に管理しフォローアップ報告書を作成して医師に提出する、という内容にした。この前提下で、様々な薬剤が処方されたり画像診断が行われたりした状況について幾つかのパターン別にシミュレーションを行い「分割調剤なし」と比較した。その結果、長期処方分割調剤の症例の方が、収益が同等かまたは高い場合もあることが示された。

主治医がフォローアップ報告書を読んで適切に対応（薬剤の変更、中止など）した場合はそれに相応しい点数評価が行われるべきであり、薬剤師の評価も同様に適切に行われるべきである。このシミュレーションは単純な薬剤組合せの症例、糖尿病患者の症例を前提

としているが、実際にはもう少し複雑な病状や医療行為が生じた症例でシミュレーション解析が必要であろう。また、患者のアウトカムがどのようになるのかについての実証研究も不可欠である。長期処方分割調剤は「病状が安定した慢性疾患の患者」を対象にする前提であるが、どのくらいの頻度で突発的な副作用や体調の変調などが惹起されるか、どのように対応するのかなど患者アウトカムにおける影響を正確に定量評価しなければならない。

医療政策上の大きなテーマである「医師の働き方改革」を検討する上で、長期処方分割調剤は医師の業務量を間違いなく軽減するため積極的に導入されるべきだろう。その一方で、かかりつけ薬剤師機能の発揮にも結び付くことになり、対人業務へのシフトが促進されるだろう。また、患者にとっても受診の際の長時間待機が減り時間の節約ができ、症例によっては医療費適正化にもなるだろう（図5）。長期処方分割調剤の適切な施策運営は、医師の働き方改革、薬剤師の本質的な機能発揮、超高齢社会の慢性疾患が中心になる患者の薬物治療のあり方、等々のこれらの主要なテーマの解決策に繋がるものであり、今後の更なる検討が期待される。

図5



本研究では、長期処方分割調剤を導入する際に医師が薬剤師に患者のフォローアップを実施させる枠組みを構築し適切な報酬点数で評価すれば、医師の収益がマイナスにはならないことを簡単なモデル症例でシミュレーション分析を行った。実際の診療現場では、慢性疾患を有し病状が安定している患者が非常に多く存在し、そうした患者において長期処方分割調剤は医師、薬剤師、患者の三者にとってメリットがあるシステムに成り得るだろう。現実的には、慢性疾患で安定した疾患の患者、例えば、高血圧、糖尿病、脂質異常症、不眠、便秘、疼痛などを有する患者が外来診療を受けている。そうした患者をモデル症例に設定し、医師の収益と労力、薬剤師のフォローアップ、患者アウトカム（満足度・有害事象頻度・服薬状況など）をシミュレーションし、長期処方分割調剤が適用できる、または適用できない患者群や患者分類などの明示設定の作業が必要であろう。例えば、細かい観点であるが、糖尿病患者で HbA1c が NGSP 値で 6.5%以上、又は内服薬やインスリン製剤を使用しており、糖尿病性腎症第 2 期以上の患者を外来診療で治療している場合、糖尿病透析予防指導管理料（当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定；350 点/月）が算定できる。この診療行為は必要な医療介入であり診療点数上も妥当に評価されており、おそらく長期処方分割調剤の適用にはならない。その他にも適用できない症例があるだろう。

なお、本研究では、診療報酬の算定を前提としているが、分割調剤に伴う各種の業務は算定のために実施すべきものではなく、患者の薬物治療の質の向上につながる行為を実施した結果であることを十分認識しておく必要がある。また、算定されないことからこれら

の行為を行わないという考え方はすべきではないことにも留意が必要である。

E. 結論

長期処方分割調剤の診療報酬シミュレーションを行い、医師および薬剤師が行う作業を適切に診療報酬点数で評価すれば不利益を被らないことが示唆された。むしろ、患者、医師、薬剤師にとっての大きなメリットがあり、いくつかの行為に関して報酬上の点数を新設して評価すれば超高齢社会のわが国にとって適した施策に成り得るだろう。

*研究協力者：本研究において以下の両氏に多くの点でご協力をいただいた。ここに記して深く感謝したい。

- ・日本調剤株式会社本社薬剤管理部管理課 次長 大坪匡志。
- ・日本調剤株式会社本社医療連携推進部 課長 鈴木高弘

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Watanabe T, Yagata H, Saito M, Okada H, Yajima T, Tamai N, Yoshida Y, Takayama T, Imai H, Nozawa K, Sangai T, Yoshimura A, Hasegawa Y, Yamaguchi T, Shimozuma K, Ohashi Y. A multicenter survey of temporal changes in chemotherapy-induced hair loss in breast cancer patients. PLoS

- ONE 14(1): e0208118, 2019.
2. Nakagawa S, Nakaishi M, Hashimoto M, Ito H, Yamamoto W, Nakashima R, Tanaka M, Fujii T, Omura T, Imai S, Nakagawa T, Yonezawa A, Imai H, Mimori T, Matsubara K. Effect of Medication Adherence on Disease Activity among Japanese Patients with Rheumatoid Arthritis. PLoS ONE 13(11): e0206943, 2018
 3. 佐藤秀昭, 富岡佳久, 中村哲也, 小田 慎, 大木稔也, 今井博久. 患者による薬局への検査結果報告書提出に影響を及ぼす要因. 医療薬学. 45(3): 164-170. 2019.
 4. 深津祥央, 池見泰明, 米澤淳, 尾崎淳子, 浅野理子, 櫻井香織, 上杉美和, 吉田優子, 傳田将也, 大谷祐基, 大村友博, 今井哲司, 中川俊作, 中川貴之, 今井博久, 松原和夫. 医師からの指示として「残薬調整」をプレ印字した処方せんの医療経済効果. 日本病院薬剤師会雑誌. 54: 307-312, 2018.
 5. 今井博久. ポリファーマシーを減らす. 事例で学ぶ介入ポイント. クレデンシャル. No.116: 34-37, 2018.
 6. 今井博久, 熊澤良祐. 高齢者診療時の注意点-処方上の注意点-. 皮膚科の臨床. 60 巻 6 号. 793-802. 2018.
 7. 今井博久. 薬局ビジョンの KPI が明示する薬剤師の新しい機能. 薬局薬学. Vol.10 No.1: 96-101, 2018.
- 学会発表
1. 今井博久; 地域フォーミュラリー実施の現状と今後. 岡山県病院薬剤師会 (北地区) 学術講演会 2020 年 2 月 28 日 岡山県津山市
 2. 今井博久; 地域フォーミュラリー実施の意義と方法論. 第 41 回日本病院薬剤師会近畿学術大会 2020 年 2 月 16 日 神戸
 3. 今井博久; 地域医療連携推進法人とフォーミュラリ. 日本医療マネジメント学会 2019 年度医療連携分科会 2019 年 2 月 15 日 日本医科大学
 4. 武藤正樹, 栗谷義樹, 海老名英治, 中澤芳夫, 今井博久; パネルディスカッション「地域医療連携推進法人の現状と課題」日本医療マネジメント学会 2019 年度医療連携分科会 2019 年 2 月 15 日 日本医科大学
 5. 今井博久; 地域フォーミュラリの意義と方法. 第 18 回かながわ薬剤師会学術大会. 2020 年 1 月 12 日 横浜
 6. 今井博久; 地域フォーミュラリー実施と方法論. 第 29 回日本医療薬学会年会 2019 年 11 月 2 日 福岡
 7. 今井博久, 中尾裕之, 池田奈緒美; 自治体と医師会と薬剤師会の共同作業による多剤処方への介入研究(1) (ポスター発表) 第 78 回日本公衆衛生学会総会 2019 年 10 月 24 日 高知
 8. 今井博久; ポリファーマシーと服用薬剤調整支援-降圧剤を例として-. 第 13 回日本薬局学会学術総会 2019 年 10 月 19 日~20 日 神戸
 9. 今井博久; 地域フォーミュラリの方法論 (講演) (分科会 6 地域フォーミュラリー薬剤師の役割と責任~ (座長)). 第 52 回日本薬剤師会学術大会 2019 年 10 月 13 日 下関
 10. 演者: 武藤正樹「2040 年問題と ICT~ オンライン診療・オンライン服薬指導(ニプロハートラインへの期待)」 座長: 今井博久 日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会第 13 回学術大会. 2019 年 7 月 7 日 長崎
 11. 山嶋仁実, 池見泰明, 米澤淳, 猪熊容子,

- 朝倉佳代子、傳田将也、今井哲司、竹内恵、高田正泰、松本純明、戸井雅和、今井博久、松原和夫；かかりつけ薬剤師と連携した乳癌術後ホルモン治療における薬学的管理～長期処方における分割調剤の活用～. 日本臨床腫瘍薬学会学術大会 2019. 2019年3月23日 札幌
13. 清水紗弥香, 佐藤秀昭, 富岡佳久, 中村哲也, 小田慎, 大木稔也, 今井博久；患者による薬局への検査結果報告書提出に影響を及ぼす要因. 第28回日本医療薬学会年会. 2018年11月 神戸
14. 鈴木洋子, 小田慎, 大木稔也, 神隆浩, 阿蘇拓樹, 今井博久, 佐藤秀昭；がん化学療法を受けている患者の長期処方の分割調剤に関する意識調査. 第28回日本医療薬学会年会. 2018年11月 神戸
15. 今井博久, 中尾裕之, 熊澤良祐；高齢患者における多剤処方の薬剤疫学研究. 第77回日本公衆衛生学会総会. 2018年10月 郡山
16. 中尾裕之, 今井博久, 熊澤良祐；国民の一般用医薬品購入に関する薬剤疫学研究. 第77回日本公衆衛生学会総会. 2018年10月 郡山
17. 熊澤良祐, 中尾裕之, 今井博久；在宅がん患者における薬剤疫学研究. 第77回日本公衆衛生学会総会. 2018年10月 郡山

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

*1: 表1、表2説明

新設とは、今回の提案 処方箋の呼び名を長期連携処方箋と名付けてる

● は、全処方箋に算定している点数

○ は、実施した場合に算定する点数

◎ は、初診時のみ算定する点

・薬剤総合評価調整管理料 250点

1. 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

2. 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

・フォローアップ評価管理料

長期連携処方箋だけでなく、院外処方箋においても新設を提案する。

保険薬局から患者の薬物治療上必要と判断した情報を求め受け付け場合に算定また体制としては受け付けた情報を患者カルテに記録されていることが望ましい。

フォローアップ評価管理料は保険医療機関が保険薬局からの情報提供を受け、評価・管理する必要性があることで新設している。また評価管理することで、保険薬局の情報の資質向上になる。最も重要な事は、医師の処方意図の理解に繋がり、保険薬剤師が服薬モニタリングの適正なサポートができる。