

## 飲み忘れ薬剤に対する適正使用推進のための再利用の実践

久津間信明,<sup>a</sup> 山浦克典,<sup>a</sup> 中山 恵,<sup>a</sup> 並木美穂子,<sup>a</sup> 秋庭啓子,<sup>b</sup>  
木村聡一郎,<sup>b</sup> 上田秀雄,<sup>b</sup> 沼尻幸彦,<sup>b</sup> 小林大介,<sup>b</sup> 森本雍憲\*,<sup>b</sup>

**Practice for Promoting Proper Use of Reusing the Leftover Medicines in the Outpatients of the Chronic Disease**

Nobuaki KUTSUMA,<sup>a</sup> Katunori YAMAURA,<sup>a</sup> Megumi NAKAYAMA,<sup>a</sup> Mihoko NAMIKI,<sup>a</sup> Keiko AKIBA,<sup>b</sup>  
Soichiro KIMURA,<sup>b</sup> Hideo UEDA,<sup>b</sup> Sachihiko NUMAJIRI,<sup>b</sup> Daisuke KOBAYASHI,<sup>b</sup> and Yasunori MORIMOTO\*,<sup>b</sup>  
*Asahi-Chozai Co., Ltd.,<sup>a</sup> 1-626-1 Higashionari-cho, Kita-ku, Saitama 331-0814, Japan,*  
*and Department of Hospital Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences,*  
*Josai University,<sup>b</sup> 1-1 Keyakidai, Sakado 350-0290, Japan*

(Received November 22, 2003; Accepted March 31, 2004; Published online April 14, 2004)

Cooperating with hospitals and clinics, the current situation of leftover medicines for outpatients was investigated. Pharmacies played a role in receiving and counting leftover medicines. Pharmacists reported the number of leftover medicines to physicians and facilitated a decrease in the dosing days of prescriptions for the purpose of reusing leftover medicines. Our study, conducted from March 2003 to July 2003 in three pharmacies, found that the saved drug cost and pharmacist technical fees was 489830 yen. There was an income decrease of 69080 yen to the pharmacies. If, as we found in our study, an average medication savings of 40000 yen per pharmacy-month represents a conservative estimate, the total national cost due to medication saving would nearly 20 billion yen per year. The rate of forgetting to take medicine rose as the dosing frequency increased. With a dose of three times a day before every meal, the forgetting probability was 100%.

**Key words**—leftover medicines; waste medicine; pharmacoeconomics; compliance

## 緒 言

国民医療費の増大は深刻化しており、これに歯止めをかけるための種々方策が取られている。<sup>1-3)</sup> 医薬分業の推進、介護保険の導入などを主要な柱とし、調剤の実践レベルにおいても、後発医薬品の使用に対する加算点数が認められ、経済性を踏まえた医療・薬物療法が求められている。<sup>4-6)</sup>

しかし、経済性が求められている反面、患者の医薬品使用実態調査に関する研究によると、<sup>7)</sup> 6割以上の患者が飲み忘れにより医薬品を余らせているのが現状である。<sup>8)</sup> さらに、それらの医薬品は個々の患者が所有しているにも関わらず、再利用を前提として、医師が処方量を調節することはほとんどない。

医薬品は高価な医療資源であり、それを経済的損失なく利用することは、医薬品の専門職である薬剤

師の責務である。取り分け、保険薬局の薬剤師は、服薬指導・薬歴作成による服薬管理を通じて、患者の医薬品に関する使用実態状況を把握できる立場にある。そのため、それらの情報を医療機関に提供し、無駄のない処方せんの作成を促すことが可能である。

そこで、筆者らの薬局では、医療機関との連携のもと、慢性疾患患者において、定期的に服用する薬を飲み忘れ、余ってしまった薬剤（以下、「飲み忘れ薬剤」とする。）についての実態調査を行い、患者ごとの飲み忘れの実数を医師に報告することを試みた。これにより医師は、必要に応じて処方日数を調整し、「飲み忘れ薬剤」の再利用を行うことができる。本研究において筆者らは「飲み忘れ薬剤」の再利用による経済効果について検討した。また、「飲み忘れ薬剤」の調査・報告に要した作業時間を計測し、労力対報酬額について考察した。さらに、飲み忘れに関する傾向について考察した。

<sup>a)</sup>株式会社あさひ調剤, <sup>b)</sup>城西大学薬学部  
e-mail: morimoto@josai.ac.jp

## 1. 保険制度上の背景

**1-1. 患者の支出及び調剤報酬の収支計算** 本研究の目的は「飲み忘れ薬剤」を再利用することによって、患者の薬剤費を節約することにある。しかし、薬剤の再利用は投与日数の短縮、すなわち調剤料<sup>注1)</sup>の減収につながり、また、患者の服薬状況を医師に報告することは服薬情報提供料<sup>注2)</sup>、服薬指導情報提供加算<sup>注2)</sup>の算定を可能とする。そのため、患者の支出及び薬局の収入の増減はこれらを合算したものになる。Table 1 にそれを要約した。なお、薬剤費に関しては、個々の薬局で購入価格が異なるため薬価ベースで収支を計算した。実際には薬価差益があるため薬局は減収につながるが、その金額は一定ではなく薬局ごとに異なる。すなわち、あくまで保険制度上の収支を反映させたものである。

**1-2. 患者選択に関連する保険制度** 患者の服薬状況を処方せん発行医療機関へ情報提供して服薬情報提供料を算定するためには、患者の同意を得ることが必要となる。さらに、処方せんの投与日数が14日以内の場合は医療機関の求めに応じる形でなければ、服薬情報提供料は算定できない。医療機関からの求めがなくても、薬剤師の判断で情報提供できるのは投与日数が15日以上の場合である。そのため、本研究では、事前に処方医と協議を行い、医師が服薬状況に関する情報を必要とする患者については、処方せんに服薬状況確認依頼のむねを記載してもらったこととした。すなわち「飲み忘れ薬剤」の調査対象患者は、保険制度上の要件から見ると、医師からの求めがあった患者、及び、投与日数が15日以上で、ノンコンプライアンスが疑われ、医師に対して服薬状況に関する情報提供が必要であると薬剤師が判断し、かつ、医師への情報提供について、同意の得られた患者である。<sup>注2)</sup>

Table 1. Incoming and Outgoing Balance of on the Insurance System for Reusing the Leftover Medicines

	Dispensing fee	Fee 1	Fee 2	Drug cost
Patient payment	Save	Charge	Charge	Save
Pharmacy income	Decrease	Increase	Increase	—

Free 1: Fee for the report about patient compliance situation to the medical facilities.

Free 2: Fee for the report about patient compliance instruction and patient tolerance.

## 方 法

**1. 患者選択** 患者選択の保険制度上の要件は前項に示す通りだが、患者選択基準は、処方薬剤数が多く、医師及び薬剤師が、飲み忘れがあると思われる患者である。取り分け、薬局側の選択基準は、ノンコンプライアンスと、それに対する服薬意義の説明を繰り返している患者である。また、解析に用いたのは「飲み忘れ薬剤」を持参した患者である。

**2. 調査期間及び施設** 平成15年3月15日から平成15年6月30日の期間、(株)あさひ調剤の店舗である、すみれ薬局(茨城県岩井市)、みどり薬局(埼玉県入間市)及び、あさひ調剤薬局中央店(中央店)(埼玉県さいたま市)を対象施設とした。各施設の特徴をTable 2に示す。

**3. 医師への情報提供と服薬情報提供料及び服薬指導情報提供加算の算定** 「飲み忘れ薬剤」の種類及び数量、服薬状況及び服薬指導の要点をFig. 1の様式に従って医師へ情報提供した。

服薬情報提供料は原則として算定し、服薬指導情報提供加算は適宜患者の同意を得て算定した。<sup>注2)</sup>

**4. 「お薬確認袋」の説明・配布** 「飲み忘れ薬剤」の確認は、対象患者に「お薬確認袋」(Fig. 2)を渡し、次回来局時に「飲み忘れ薬剤」を「お薬確認袋」に入れて持参するよう説明して行った。

**5. 「飲み忘れ薬剤」の確認** 持参された「飲み忘れ薬剤」は、薬剤服用歴の記録を参照し、継続服用中の薬剤であるということを前提に選別し、外観から使用可能な薬剤(以下、「再利用薬」とする。)を数えた。ただし、旧包装品については、再利用す

Table 2. Prescription Characteristics, Number of Prescription and Pharmacist for Each Pharmacy

Pharmacy	Number of prescription (mean) *1	Number of pharmacist (mean) *2	Prescription characteristics *3
Sumire	2155	2.4	Internal medicine: 98%, others: 2%
Midori	2563	4.6	Internal medicine: 89%, surgery: 4%, pediatrics: 7%
Chuoh	1124	2.2	Internal medicine: 95%, others: 5%

\*1: from August 2002 to July 2003, \*2: for June 2003, \*3: classified from prescribed medicine in prescribing from medical facilities and their consultation departments.

<b>情報提供先</b> <b>医療機関名</b> ** 内科 <b>担当医</b> ** ** 先生御侍史		平成15年3月29日																				
		<b>情報提供元</b> <b>保険薬局所在地</b> 茨城県岩井市岩井4440 <b>名称</b> すみれ薬局 <b>電話・FAX</b> 0297-36-2121 ・ 36-3002 <b>保険薬剤師</b> 山浦 克典																				
記																						
下記 患者様の 服薬状況についての情報を提供させていただきます。 患者様、お手持ちの薬の残数につきまして、調査した結果を一覧にいたしましたので、 次回の処方にて日数調整していただけるよう、お願い申し上げます。																						
処方せん発行日	平成15年3月29日	調剤日	平成15年3月29日																			
患者氏名	■■■■ ■■■ 様 男	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	63歳																			
住所	茨城県■■■■ ■■■■ ○-○-○	電話	0297-○○-○○○○																			
<b>処方日数調整依頼書貼付</b>		<b>処方薬剤の服薬状況(コンプライアンス)に関する情報</b>																				
■■■■ ■■■ 様のお薬 H15/3/29 (患者ID:201396)		ワソラン錠およびセロクラール錠20mgが、それぞれ22錠および33錠余っています。主として昼の服用分を忘れがちなので、午後3時までには服用することで、飲み忘れを減らすように指導しました。  薬の作用時間の関係から、1日3回服用しないと十分な効果が得られない事を伝え、1日3回の服用意義を再度指導しました。 以上、ご報告いたします。																				
<table border="0"> <tr> <td>・ディオバン錠80mg</td> <td>1錠</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ノルバスク錠 2.5mg</td> <td>1錠</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・パファリン81mg</td> <td>1錠</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日1回 朝食後服用</td> <td>×14日分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・ワソラン錠 40mg</td> <td>3錠</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・セロクラール錠20mg</td> <td>3錠</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日3回 毎食後服用</td> <td>×14日分</td> <td></td> </tr> </table>				・ディオバン錠80mg	1錠		・ノルバスク錠 2.5mg	1錠		・パファリン81mg	1錠		1日1回 朝食後服用	×14日分		・ワソラン錠 40mg	3錠		・セロクラール錠20mg	3錠		1日3回 毎食後服用
・ディオバン錠80mg	1錠																					
・ノルバスク錠 2.5mg	1錠																					
・パファリン81mg	1錠																					
1日1回 朝食後服用	×14日分																					
・ワソラン錠 40mg	3錠																					
・セロクラール錠20mg	3錠																					
1日3回 毎食後服用	×14日分																					
医療機関: ** 内科 薬局名称: すみれ薬局 岩井市岩井4440-1 TEL: 0297-36-2121																						
<b>注意</b> 1、必要がある場合には、続紙に記載して添付すること 2、わかりやすく記載すること 3、必要な場合には、処方せんの写しを添付すること																						

Fig. 1. Patient Compliance Report for Medical Facilities

ることを控えた。

「再利用薬」の数量、及び、それから算出される投与日数短縮後の処方日数（以下、「調整処方日数」とする。）を Fig. 3 の様式に従って記入した。Figure 3 の「再利用薬」の数量記入欄は調剤報酬額の算出時に使用し、「調整処方日数」記入欄は医療機関に対する報告書に添付した（Fig. 1）。「調整処方日数」については、「再利用薬」の数量を1日分

量で除し、その整数部分を投与日数から引いて算出した。

なお、「調整処方日数」記入欄は、コピー後、対象患者の薬剤服用歴の記録に貼付し、次回来局時に参照・確認できるよう保存した。

次回、対象患者が医療機関を受診し、日数調整された処方せんを薬局に提出した場合、「調整処方日数」を処方せんに上、及び対象患者の薬剤服用歴に貼



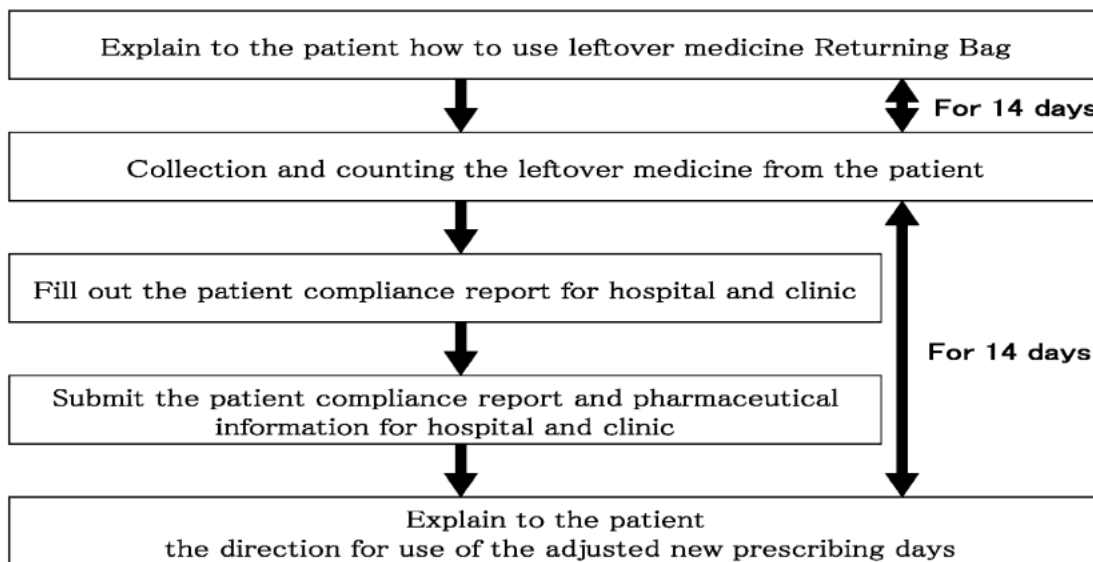


Fig. 4. Operation Chart for Reusing the Leftover Medicine (Prescribed for 14 Days)

Table 3. Mean Working Time for Each Operation Step

	Sumire	Midori	Chuoh	Average time (mean±S.D.)
Explain of the returning bag	0'48" (n=10)	1'39" (n=10)	4'00" (n=10)	2'09"±1'39"
Counting leftover medicine	2'59" (n=10)	5'24" (n=10)	3'54" (n=10)	4'05"±1'13"
Fill out the report	7'33" (n=10)	9'45" (n=10)	6'54" (n=10)	8'07"±1'35"
Report to the physician	5'42" (n=10)	0'12" (n=10)	1'12" (n=10)	2'22"±2'56"
Explain use of adjusted prescribing days	2'45" (n=10)	3'18" (n=10)	5'42" (n=10)	3'55"±1'34"
Total time	19'47"	20'27"	21'42"	20'39"±0'58"

(○△": ○ min. △ sec.)

## 結 果

1. 作業工程の時間 患者1人あたりに要した各作業工程の平均時間を示す (Table 3). 最も時間を要したのは、情報提供報告書の作成であった。医療機関への報告書提出及び情報提供に関して店舗間で差が見られたが、この差は、医師に対して直接報告する店舗と、事務を経由して報告書を提出する店舗との差と考えられた。合計平均時間は、20分39秒であった。

2. 節約された薬剤費、減額となった調剤料 「飲み忘れ薬剤」を再利用した患者は、すみれ薬局59名、みどり薬局56名、中央店11名の合計126

名であった。服薬情報提供料及び服薬指導情報提供加算の算定件数を Table 4 に示す。服薬指導情報提供加算について、中央店では、服薬指導は行ったものの、算定はしていない。他店舗は、報告書 (Fig. 1) を作成し、算定した。服薬情報提供料の3店舗合計は116件で17400円であった。服薬指導情報提供加算は106件、15900円であった。

薬剤費の節約、すなわち、患者の節約金額は3店舗の合計で420750円、調剤料の減額は102380円であり、薬局の減収とみなすことができる (Table 5)。これらをまとめると、患者の節約となった合計金額は、489830円 (保険請求上) であり、薬局の収支合計は69080円の減収となった (Table 6)。

### 3. 飲み忘れの要因

**3-1. 処方薬剤数別の飲み忘れ** 処方薬剤数別の患者数（「飲み忘れ薬剤」を提出した患者数）を Table 7 に示す。5 種類の内服薬を服用している患者が「飲み忘れ薬剤」を持参するケースが最も多く、患者 1 人当たりの内服薬剤数は平均  $5.6 \pm 2.4$  であった。なお、筆者らがこれまでに調査した通常の処方せんの内服薬剤数別患者数（平均  $3.5 \pm 2.3$ ）<sup>9)</sup>と

「飲み忘れ薬剤」を持参した患者の内服薬剤数を比較したところ ( $\chi^2$  検定), 「飲み忘れ薬剤」を持参した患者が有意に薬剤数は多かった ( $p < 0.05$ ).

**3-2. 年齢別の飲み忘れ** 年齢別飲み忘れ件数を Table 8 に示す。30 歳代—90 歳代まで幅広く分布していた。最多年齢層は、70 歳代であった。

**3-3. 用法別の飲み忘れ** Table 9 に服用回数別、Table 10 には服用時点別の飲み忘れ件数と飲み忘れ率を示す。ただし、ここでの件数は、1 人の患者が複数の薬剤の飲み忘れをした場合、これらを別々に 1 件とみなしている。

Table 4. The Number of Guidance for Improving the Patient Non-Compliance, Compliance Report for Medical Facilities and their Estimated Fee

	Fee 1			Fee 2		
	Sumire	Midori	Chuoh	Sumire	Midori	Chuoh
Mar., 2003	0	0	1	0	0	0
Apr., 2003	47	9	4	47	9	0
May, 2003	10	13	2	10	13	0
Jun., 2003	7	20	3	7	20	0
Sub total	64	42	10	64	42	0
Total	116			106		
Total fee (yen)	17400			15900		

Fee 1: Fee for the report about patient compliance situation to the medical facilities.

Fee 2: Fee for the report about patient compliance instruction and patient tolerance.

Table 5. Saving the Drug Cost and Dispensing Fee

	Saving the drug cost (yen)			Saving the dispensing fee (yen)		
	Sumire	Midori	Chuoh	Sumire	Midori	Chuoh
Mar., 2003	59840	51520	1540	12870	9450	1260
Apr., 2003	55000	19680	11860	19280	3780	1220
May, 2003	38110	36070	220	9830	3630	0
Jun., 2003	29160	115380	2370	21360	19180	520
Sub total	182110	222650	15990	63340	36040	3000
Total	420750			102380		

Table 6. Incoming and Outgoing Balance of the Insurance System for Reusing the Leftover Medicine

	Dispensing fee	Fee 1	Fee 2	Drug cost	Balance
Patient payment	+102380 (save)	-17400 (charge)	-15900 (charge)	+420750 (save)	+489830 (save)
Pharmacy income	-102380 (decrease)	+17400 (increase)	+15900 (increase)	—	-69080 (decrease)

Fee 1: Fee for the report about patient compliance situation to the medical facilities.

Fee 2: Fee for the report about patient compliance instruction and patient tolerance.

Table 7. The Number of Patient for the Number of Prescribed Medicine

Average number of prescribed medicine: $5.6 \pm 2.4$			
Number of medicine	Number of patient	Number of medicine	Number of patient
1	0	7	16
2	12	8	10
3	18	9	8
4	16	10	5
5	21	11	2
6	16	12	2

Table 8. The Number of Non-Compliance Patient for Each Age

Average year: $71.3 \pm 10.7$	
Age-group	Patient
30—39	1
40—49	1
50—59	18
60—69	33
70—79	43
80—89	29
90—99	1
Total	126

服用回数が増えるほど飲み忘れの率は上昇した (Table 9)。また、「分3食直前」の服用では、すべてに飲み忘れが生じていた (Table 10)。

**3-4. 薬効別の飲み忘れ** 薬効コード (日本標準商品分類番号) 別の飲み忘れ件数を Table 11 に示す。漢方製剤の食前の飲み忘れ率が高い値を示した。また、飲み忘れ件数の多い薬剤名を Table 12 に示す。

### 考 察

本研究において筆者らは、飲み残し薬剤の再利用について医師への情報提供を実践した。今回、薬剤師が患者から収集し、薬歴に記載した飲み残しの要因としては、早め早めの受診、生活や食事の不規則による飲み忘れ、服用前に寝てしまうなどの、単な

Table 9. The Number of Non-Compliance for Administration Times

Administration times	Total prescribed medicine	Non-compliance	Rate to non-compliance (%)
Once a day	286	80	27.97
Twice a day	125	46	36.80
Three times a day	282	188	66.66

る飲み忘れ以外に、病状の安定により服薬を必要としなくなったもの、副作用発現による服薬拒否など、飲み残し薬剤の再利用に結びつかないノンコンプライアンスもあった。筆者らの薬局では、後者の

Table 10. The Number of Non-Compliance for Administration Method

Administration method	Total prescribed medicine	Non-compliance	Rate to non-compliance (%)
Before breakfast	3	1	33.3
After breakfast	180	44	24.4
After lunch	4	2	50.0
After dinner	42	17	40.5
Before sleep	57	16	28.1
Before breakfast and dinner	6	2	33.3
After breakfast and dinner	116	42	36.2
Before every meal	17	12	70.6
Just before every meal	10	10	100
After every meal	254	165	65.0
Total	689	311	45.1

Table 11. The Number of Non-Compliance for the Classification of Each Pharmacological Effect

Pharmacological effect	Code of pharmacological effect*	Total prescribed medicine	Number of non-compliance	Rate of non-compliance (%)
Central nervous system agents	11	102	41	40.2
Peripheral nervous system agents	12	6	3	50.0
Sensory system agents	13	6	3	50.0
Cardiovascular system agents	21	219	81	37.0
Respiratory system agents	22	48	20	41.7
Digestive system agents	23	146	80	54.8
Hormones	24	12	5	41.7
Urinary, reproduction and hemorrhoid agents	25	10	6	60.0
Vitamins	31	35	20	57.1
Mineral and supplements	32	9	4	44.4
Agent affecting blood vessel and body fluid	33	38	13	34.2
Metabolism affecting agents	39	40	22	55.0
Anti-allergic agents	44	15	6	40.0
Chinese medicine	52	10	7	70.0
Agents against pathogenic organisms	61 and 62	7	3	42.9
Total	—	703	314	44.7

\*: Third and fourth digit of standard commodity classification for Japan.

Table 12. Example for Typical Non-Compliance Medicine

Product name	Total prescribed medicine	Number of non-compliance	Rate of non-compliance (%)
Marzulene-S® granules	15	14	93.3
Serenal® tablets	17	10	58.8
Bufferin 81® tablets	22	8	36.4
Basen® tablets	8	8	100.0
Mevalotin® tablets	15	8	53.3
Theodur® tablets	12	7	58.3
Vitamedin® capsules	9	7	77.8
Cerocral® tablets	8	6	75.0
Methycobal® tablets	10	6	60.0
Amlodin® tablets	13	5	38.5
Gaster® tablets	15	5	33.3
Selbex® fine granules	8	5	62.5
Depas® tablets	11	5	42.5
Nu-lotan® tablets	12	5	41.7

患者に対しては、投与日数削減とは別に、処方そのものの変更を提案する形式の情報提供を行っており、それらについては既に報告した。<sup>10)</sup>しかし、当方が投与日数削減を提案したにも係わらず、医師側の対処として、他剤への変更例、服用回数及び1回分量の削減、薬剤そのものの削除などのケースもあった (Table 13)。このことは、ノンコンプライアンスの理由に関する患者の説明が、医師に対するものと薬剤師に対するものとで異なる、あるいは患者のノンコンプライアンスの理由を薬剤師が正しく把握できていなかったことによるものと考えられる。そのため、医師への情報提供文書の形式として、飲み残しの要因を具体的に記述する欄を設ける必要があり、さらに、医師が投与日数削減以外の対処を選択した場合には、その理由を確認し、患者からの薬剤師の情報収集の問題点を検討することも今後の重要な課題である。

医薬分業の急速な進展に伴い、院外処方せんは6億枚に迫り、分業率も50%間近となっている。<sup>11)</sup>その結果、平成13年度の国民医療費31兆3234億円のうち調剤報酬金額は3兆2703億円に上り、総額の10.4%を占めるまでになっている。<sup>12)</sup>こうした状況の中、後発医薬品の使用量も増加し、経済効果に関する報告もある。<sup>13)</sup>しかしながら、薬物療法における医薬品の使用目的は、個々の患者が医薬品を適正に使用し、その効果が発揮されることにあり、安価な医薬品の使用促進に加え、効果と効率を追求し

Table 13. Physician's Correspondence to the Patient Compliance Report except Decrease of Dosing Days

Contents	Number of prescription
Alteration of the prescribed medicine	2
Reduce the dose and/or dosing number	13
Delete the medicines	2

なければならない。

本研究は、無駄になっている「飲み忘れ薬剤」を再利用することを前提としている。薬局の収支は減収となるが、患者の利益は大きく、社会に対する薬剤師の貢献の1つである。もちろん、「飲み忘れ薬剤」の再利用を促すことと同時に、薬剤師は服薬コンプライアンスを上昇させるための服薬指導を心掛けている。

再利用の作業が完了するまでに、薬剤師の費やす時間は患者1人当たり、約20分であった。また、最終的な収支としては、薬局は減収となった。これらのことを考慮に入れると、本作業に掛かる労力に対し、患者の負担金を増加させない範囲で、何らかの保険上の報酬を望めないであろうか。

服用回数に関しては、回数が多いほど飲み忘れが多いことが示された。さらに、 $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害薬の食直前の飲み忘れが高率であり、合併症の発症率を上昇させる危険性<sup>14)</sup>からも、薬剤師は用法指導をより具体的に行うべきである。ここで製薬会



社に対して、食直前服用薬剤の製剤的な工夫をお願いしたい。また、患者の保管する薬剤の使用期限を正確に把握するために、薬剤の直接の被包に有効期限の印字などを考えていただきたい。

一方で、今回の検討結果は、われわれの薬局の現状を反映したものであり、一般的な結果であると言うことはできない。取り分け、①医師及び薬剤師は、処方薬剤数の多い患者に飲み忘れが生じている可能性が高いとして、患者選択をしていること、②中央店では、服薬指導情報提供加算を算定していないこと、また、③3店舗の平均処方せん受付枚数は、1947枚/月であり、1店舗当たりの全国平均処方せん受付枚数1214枚/月<sup>11,15)</sup>から比べ多いこと、④いずれの店舗も、内科を中心とした処方せんを受けており、その他の診療科での「飲み忘れ薬剤」の実態を把握できていないこと、などが挙げられる。①については、本来、すべての患者を対象とすべきであるかもしれないが、業務量の増加から考えて難しいと思われる。②については、中央店は開局してから20数年を経過しており、地域との密着性が強く、情報提供を行っても、患者の負担増が気になり、加算分を患者に請求することを躊躇してしまっただけの結果である。③及び④については、内科以外の処方せんを受け付けている薬局で同様の検討を行い、比較してみる必要があると思われる。

今回の検討では1施設当たり、1ヵ月に4万円(489830円÷3施設÷4ヵ月)の医療費削減が可能であった。この金額は対象患者数(126人/3施設/4ヵ月=10.5人/施設/月)から考えても、1薬局当たりの目標金額に設定することは難しくないと感じている。仮に、この目標金額を全国の保険薬局40120施設<sup>15)</sup>で達成できると、年間約200億円<sup>16)</sup>に達し、医療費が逼迫している現状を考えると、無視できない金額である。

**謝辞** 本研究を進めるに当たり、ご協力を戴いた多くの医師また患者さんに深く感謝申し上げます。また有用な情報及びご助言を戴いた東日本メディコム株式会社・システム開発部に感謝の意を表します。

(注釈)

## 1. 調剤料

(平成14年3月8日 保医発第0308001号)

(1) 調剤料の考え方

【内服薬】

内服薬の調剤料は、投与日数により次のように区分されている。

- 1) 14日以下の場合
  - ① 7日目以下の部分  
(1剤1日分につき)：5点
  - ② 8日目以上の部分  
(1剤1日分につき)：4点
- 2) 15日以上21日分以下の場合：70点
- 3) 22日以上30日分以下の場合：80点
- 4) 31日分以上60日分以下の場合：90点
- 5) 61日分以上の場合：95点

内服薬が1回の処方せん受付について4剤あるいは5剤以上ある場合は、3剤まで算定できる(内服用滴剤を除く)。また、どの3剤を採用して算定しても差し支えない。内服用滴剤については、日数に関係なく1調剤につき10点を算定し、考え方は後述の注射薬及び外用薬の調剤に同じである。

隔日投与等投与しない日がある処方に係る内服薬の調剤料は、実際の投与日数により算定する。

ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、内服用液剤(シロップ剤)にして患者に投与するときは水剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服用固型剤として算定する。

なお、同一薬局で同一処方せんを分割調剤した場合の調剤料は、1回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じたものを点数とする。

\*【屯服薬】【注射薬】【外用薬】については省略した。

(2) 服用時点が同一である内服薬の調剤

内服薬(内服用滴剤以外のもの)についての調剤料及び薬剤料の算定はそれぞれ「1剤」及び「1剤1日分」を所定単位として算定するが、この場合の「1剤」とは、調剤料の算定の上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。

- 1) 1回の処方において、2種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包などに調剤しても、服用時点が同一であるものについては、1剤として算定する。
- 2) 服用時点が同一である薬剤については、投与日数に係わらず1剤として算定する。
- 3) 服用時点が同一とは、2種類以上の薬剤について服用日1日を通じて服用時点(例えば「朝食後、夕食後服用」、「1日3回食後服用」、「就寝前服用」、「6時間毎服用」等)が同一であることを言う。  
また、食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の3区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前30分」などであっても、調剤料の算定にあつては、「食前」とみなし、1剤として扱う。
- 4) 上記1)及び2)に係わらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。
  - ① 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
  - ② 内服用固型剤(錠剤、カプセル剤、散剤等)と内服用液剤の場合
  - ③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠などのように服用方法が異なる場合
- 5) ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の他の液剤と一緒に投与する場合は1剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固型剤(錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等)と一緒に投与する場合も1剤として算定する。

\*③内服用滴剤の範囲、④屯服薬の範囲、については、省略した。<sup>17)</sup>

## 2. 服薬情報提供料について

(平成14年3月8日 保医発第0308001号)

- (1) 服薬情報提供料は、患者の服薬に関する情報を保険医療機関に提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とするなど、保険医療機関と保険薬局の連携の下に医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。
- (2) 服薬情報提供料は、次の場合において患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況について文書により提供したときに算定する。
  - イ) 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合

- ロ) 長期投薬中の患者などについて、薬剤服用歴に基づき保険薬局が患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合
- (3) 患者1人につき同一月に2回以上服薬情報提供を行った場合においても、月1回のみ算定とする。ただし、2以上の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科毎に月1回に限り算定できる。
- (4) 情報提供に当たっては、別紙様式1又はこれに準ずる様式の文書に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。
- (5) 服薬指導情報提供加算  
服薬指導情報提供加算は、患者の同意を得て、服薬状況に併せて現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等を示す文書を添えて薬剤の適正使用に必要な情報を提供したときに算定する。
- (6) 服薬情報提供料は、「区分15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。<sup>18)</sup>

## REFERENCES

- 1) Ikegami N., Campbell J. C., “Nippon no Iryou: Tousei to Baransu Kankaku,” Chuoukouronsha, Tokyo, 1996, pp. 119–178.
- 2) Iryouhokenseidokenkyukai, “Me de Miru Iryouhoken Hakusho Iryouhoshou no Genzyou to Kadai (Heisei 15-nenban),” Gyousei, Tokyo, 2003, pp. 3–51.
- 3) Iino N., “Kanzya Honi no Iryou wo Motomete,” Nipponhososyuppankyokai, Tokyo, 2003, pp. 88–128.
- 4) Nichiisoken, “Kouhatsu Iyaku hin (Zyenerikkku Iyaku hin) ni tsuiteno Kisokenkyu” No. 82. 2003.
- 5) Nipponyakuzaishikai, “Orenzibukku Hokenyakyoku-ban,” Yakujinippou-sha, Tokyo, 2002, pp. i–ii.
- 6) Ministry of Health, Labor and Welfare, “Shinryou Housyu niokeru Kouhatsuhin ni tuite,” <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0328-1.html>.
- 7) Nipponyakuzaishikai, “Hukuyaku Konpuraianse to sono Kaizen nitaisuru Yakuzaishi no Kanyo nitsuite no Zittaichosa,” <http://www.nichiyaku.or.jp/news/zanyaku/index.html>.
- 8) Pharmaweek July 28, Jihou, 2003.
- 9) Endo T., Watanabe N., Goto K., Kutsuma N., Komada F., Saito Y., Kobayashi D., Morimoto Y., *Jpn. J. Pharm. Health Care Sci.*, **28**, 157–163 (2002).
- 10) Yamaura K., Muroya Y., Izumi S., Kutsuma N., Nakamura T., Yano S., Ueno K., *Chiba Iryou Yakugaku Zasshi*, **2**, 3–8 (2001).
- 11) Nipponyakuzaishikai, “Kensuu Shohosenmaisuu Chozaitensuu no Doukou (heisei 14-nendobun),” <http://www.nichiyaku.or.jp/uketori/ukezm14.html>.
- 12) Ministry of Health, Labor and Welfare, “Shinryoushubetsu Kokumin Iryouhi,” <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/01/kekka4.html>.
- 13) Yakujinippou February 10, Yakujinippousha, Tokyo, 2003.
- 14) Chiasson J. L., Josse R. G., Gomis R., Hanefeld M., Karasik A., Laakso M., *JAMA*, **290**, 486–494 (2003).
- 15) Nipponyakuzaishikai, “Hokenshohousen Toriatsukai Zyokyouchousa no Gaiyou,” <http://www.nichiyaku.or.jp/uketori/soku13.html>
- 16) Thomas M. M., *J. Family Practice*, **50**, 779–781 (2001).
- 17) Nipponyakuzaishikai, “Hokenyakyoku Gyomushishin 2002,” Yakuzinippousha, Tokyo, 2002, pp. 71–73.
- 18) Nipponyakuzaishikai, “Hokenyakyoku Gyomushishin 2002,” Yakuzinippousha, Tokyo, 2002, p. 401.