

(保 97)

平成 23 年 7 月 20 日

都道府県医師会

社会保険担当理事 殿

日本医師会副会長

中 川 俊 男

平成 23 年東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震の被災に伴う
医薬品の長期処方 of 自粛及び分割調剤考慮の終了について

今般の大震災により、製薬会社の工場などが被災し、一部の医薬品が生産中止になったものがありました。

このような状況下で、医薬品の長期処方、それに伴う調剤が行われると、被災地域に必要な医薬品が供給できなくなる懸念があったことから、平成 23 年 3 月 17 日付けで厚生労働省保険局医療課から事務連絡が出され、被災地域への医薬品供給を優先に考え、最適な医療を確保しつつ、当面、長期処方の自粛や分割調剤を考慮するなど、必要最小限の最適な処方・調剤に努めるよう協力を要請して参りました。

また、厚生労働省と共同でポスターを作成し、日医ニュースに折り込み、会員医療機関の待合室などに貼っていただき、患者の方々にもご理解とご協力をお願いして参りました。

その後、各製薬会社の生産設備の復旧、生産拠点の変更、緊急輸入の対応等により、多くの医薬品の安定供給が確保されつつあることから、未だ十分な供給体制にない中外製薬の「マドパー配合錠」や「リボトリール錠」等の一部の医薬品（別添 2 参照）を除き、長期処方の自粛および分割調剤の考慮の要請を 7 月末日をもって終了する旨の事務連絡が厚生労働省保険局医療課より発出されましたのでご連絡申し上げます。

なお、個別に長期処方の自粛をお願いしておりました「チラーヂン」及び使用の制限・代替品の使用等をお願いしておりました「エンシュア・リキッド」等につきましても、従前の使用方法に対応可能な供給状況に回復しつつあることから、併せて長期処方の自粛や使用制限を終了いただきますようお願いいたします。

一方、昨年秋に日本医師会で実施いたしました「長期処方についてのアンケート調査」（別添 3 参照）におきまして、長期処方が理由で病状が重篤化した深刻な事例も少なくないとの結果が出ております。

したがいまして、長期処方のある方につきましては、改めてこの機会に、医師の責務として適切な処方期間を確保するよう努めていただきたくお願い申し上げますとともに、国の責任として、中医協等において、しっかりと調査をし、実態を正確に把握した上で、長期処方を法的に規制すべきかどうかなどについて議論し、方向性を決定すべきと主張していく所存であります。

つきましては、本件を貴会会員に周知くださいますようお願い申し上げます。

(別添資料)

1. 平成23年東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震の被災に伴う医薬品の長期処方の自粛及び分割調剤の考慮について (その2)

(平成23年7月12日 厚生労働省保険局医療課事務連絡)

2. 現時点(7月13日時点)で引き続き長期処方自粛及び分割調剤の考慮が必要な品目 (平成23年7月13日 厚生労働省医政局経済課)

3. 長期処方についてのアンケート調査報告

(平成22年12月8日 日本医師会)

事務連絡
平成 23 年 7 月 12 日

地方厚生(支)局医療課 御中

厚生労働省保険局医療課

平成 23 年東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震の被災に伴う
医薬品の長期処方 of 自粛及び分割調剤の考慮について (その 2)

今般の震災に際し、これまでの関係の皆様のご協力に改めて感謝いたします。

震災の影響により、一部の医療用医薬品（以下「医薬品」という。）の安定供給に支障が生じたため、「平成 23 年東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震の被災に伴う医薬品の長期処方 of 自粛及び分割調剤の考慮について」（平成 23 年 3 月 17 日付厚生労働省保険局医療課事務連絡）により、保険医療機関及び保険薬局（以下「医療機関等」という。）に協力を要請したところです。

その後、生産設備の復旧、生産拠点の変更、緊急輸入の対応、また、5 月 20 日の震災対応に係る薬価基準への追加収載の実施などにより現在では多くの医薬品の安定供給が確保されつつある状況であることから、一部の医薬品を除き、長期処方 of 自粛及び分割調剤の考慮に係る要請を 7 月 31 日をもって終了することといたしますので貴管下の医療機関等に対し、周知をお願いします。

なお、学会、企業又は卸売販売業者が、個別に医療機関等に対して供給調整の案内等を行っている一部の医薬品については、安定供給が確保されるまでの間、引き続き、患者への最適な医療を確保しつつも、当面、医薬品の長期処方 of 自粛あるいは分割調剤の考慮など、必要最小限の最適な処方・調剤を行うよう、併せて貴管下の医療機関等に対し、周知をお願いします。

○ 現時点(7月13日時点)で安定供給はなされているが、引き続き長期処方自粛及び分割調剤の考慮が必要な品目(長期処方自粛解除等に関する事務連絡発出後、個別に製薬企業から医療機関等に情報提供を行う予定の品目)

| No. | 製造販売会社 | 製 品 | 解除可能見込み時期 |
|-----|--------|-----------------------|-----------|
| 1 | 中外製薬 | レナジェル錠250mg | 平成23年8月 |
| 2 | 中外製薬 | プロパジール錠50mg | 平成23年10月 |
| 3 | 中外製薬 | ジゴシン錠0.125mg,0.25mg | 平成23年9月 |
| 4 | 中外製薬 | リボトリール錠0.5mg,1mg,2mg | 平成23年11月 |
| 5 | 中外製薬 | マドパー配合錠 | 平成23年11月 |
| 6 | 中外製薬 | ピドキサール錠10mg,20mg,30mg | 平成23年9月 |
| 7 | 中外製薬 | シグマート錠5mg | 平成23年11月 |
| 8 | 中外製薬 | カルフェニール錠80mg | 平成23年10月 |
| 9 | 中外製薬 | モニラック原末 | 平成23年9月 |
| 10 | 中外製薬 | アルサルミン細粒90% | 平成23年10月 |
| 11 | 中外製薬 | レスプレン錠20mg,30mg | 平成23年11月 |

長期処方についてのアンケート調査報告

定例記者会見

2010年12月8日

社団法人 日本医師会

調査の概要

● 調査対象

北海道、茨城県、群馬県、千葉県、広島県、福岡県におけるパイロットスタディ。病院は、6道県医師会の協力を得て任意に抽出した病院の医師。診療所は日本医師会員から無作為で5分の1抽出(勤務医を含む)。

● 調査項目

慢性疾患等の患者に対する処方日数、比較的長期の処方の対象疾患・処方理由・問題事例 など

● 調査期間

2010年9月30日～11月5日(調査基準日10月1日)

● 有効回答数および有効回答率

医師数

病院2,820人(有効回答率35.3%)、診療所1,395人(同43.6%)、計4,215人。
うち、外来診療(処方)を行なっている医師3,904人。

施設数

病院99施設(うち大学病院5施設)、診療所1,389施設、計1,488施設

結果のポイント

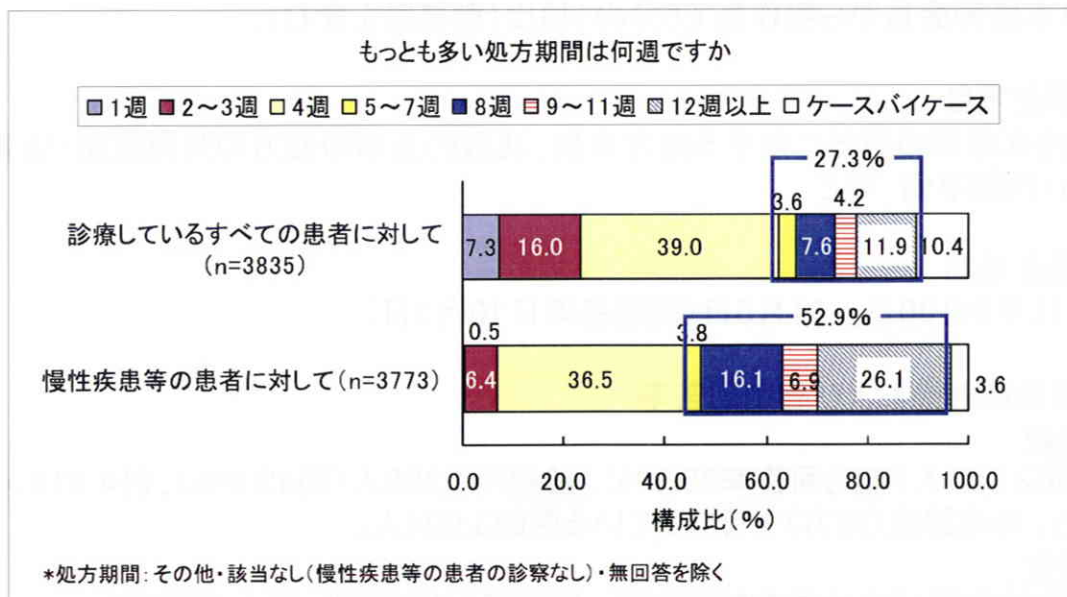
- 現在、もっとも多い処方期間が「5週以上」であるという医師が3割近くあり、処方期間が長期化している。
- 慢性疾患等の患者※1)に限ってみると、もっとも多い処方期間が「8週以上」であるという医師も半数近くあった。特に、高脂血症(HMG-CoA還元酵素阻害剤)や高血圧症(ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤)等については、処方期間が「8週以上」であると回答した医師が約8割に達していた。
- 比較的長期(5週以上)の処方により「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師が2割近くあった※2)。急性増悪し、重篤化したケースも報告された。
- 慢性疾患等の患者には高齢者が少なくないと推察されるが、高齢者は、長期処方中に容態が変化しても、遠慮して、次回診療時まで我慢してしまうという報告もあった。

※1)慢性疾患等の患者:病状が安定していて定期的に通院している患者(生活習慣病、甲状腺機能低下症、更年期障害など)
 ※2)本調査では、他院で長期処方を受けたと思われる患者が当院を受診した場合の事例を含んでおり、自己責任かどうかは問うていない

集計・分析結果の詳細は、追って日医総研ホームページで公開予定です。<http://www.jmari.med.or.jp/>

もっとも多い処方期間

患者全体で見ると、もっとも多い処方期間が「5週以上」(1か月超)であるという医師が3割近くあった。慢性疾患等の患者に限れば、もっとも多い処方期間が「5週以上」という医師は半数強、「8週以上」も約半数(49.1%)あった。



比較的長期(5週以上)の処方の対象疾患および薬剤

「高脂血症／HMG-CoA還元酵素阻害剤」「高血圧症／ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤」については、医師の3割以上から、比較的長期の処方を行なう疾患・薬剤であると回答があった。

質問:「比較的長期の処方(5週)以上の処方をされている疾患および薬剤について、よくあるケースを5つまでご記入下さい。」

| 疾患名 | 薬剤分類 | 回答比率 (%) |
|----------|------------------|----------|
| 高脂血症 | HMG-CoA還元酵素阻害剤 | 38.5 |
| 高血圧症 | ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤 | 34.2 |
| 高血圧症 | アンギオテンシンII受容体拮抗剤 | 11.3 |
| 甲状腺機能低下症 | 甲状腺ホルモン | 9.7 |
| 骨粗鬆症 | ビスホスホネート系骨吸収抑制剤 | 7.8 |
| 高血圧症 | 選択的AT1受容体遮断剤 | 7.5 |
| てんかん | 抗てんかん、躁病・躁状態治療剤 | 5.7 |
| 逆流性食道炎 | プロトンポンプインヒビター | 5.2 |
| 糖尿病 | スルホニル尿素系血糖降下剤 | 4.4 |
| 前立腺肥大症 | α1-遮断剤 | 3.6 |

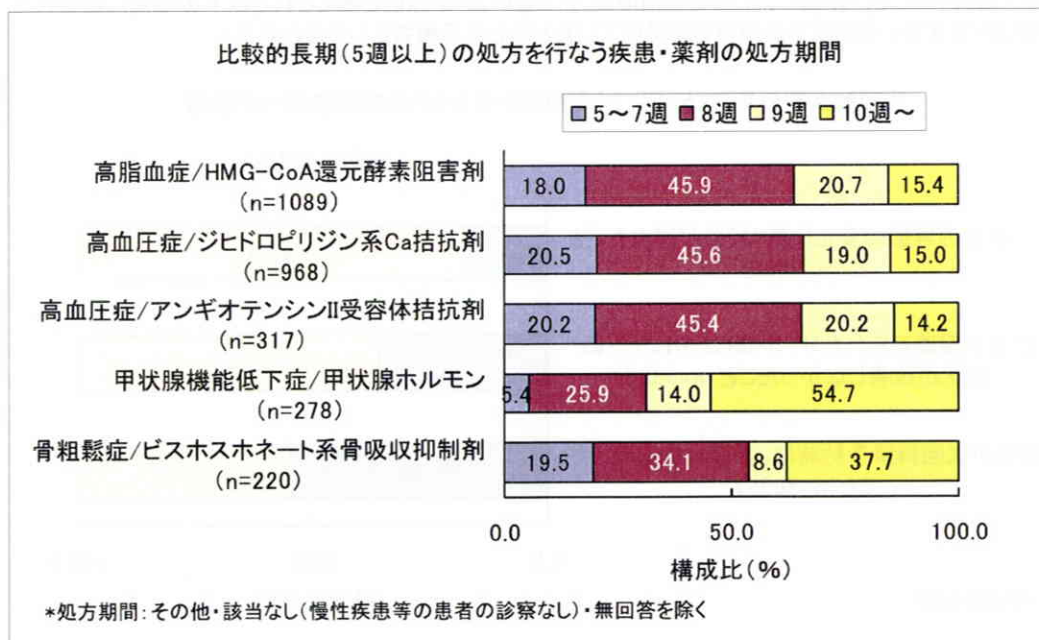
*回答比率の分母は、外来診療を行なっている医師のうち、比較的長期処方の対象疾患・薬剤名の回答があった医師数2,902人(複数回答)

社団法人 日本医師会(2010年12月8日 定例記者会見)

4

比較的長期(5週以上)の処方を行なう疾患・薬剤の処方期間

「高脂血症／HMG-CoA還元酵素阻害剤」「高血圧症／ジヒドロピリジン系Ca拮抗剤」については、医師の半数近くが「8週」の処方が多いと回答し、「9週以上」も3分の1以上あった。

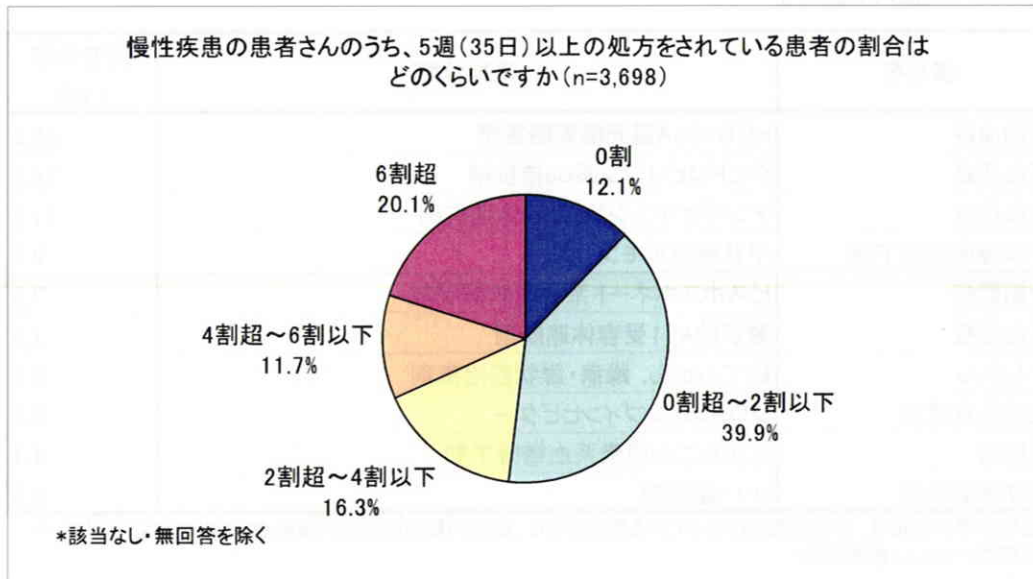


社団法人 日本医師会(2010年12月8日 定例記者会見)

5

慢性疾患等の患者のうち 比較的長期(5週以上)の処方を行なっている患者の割合

慢性疾患等の患者のうち、5週以上の処方を行なっている患者が6割超であるという医師が20.1%あった。一方、慢性疾患等の患者に対しても5週以上の処方を行なっていない(0割)という医師も12.1%あった。



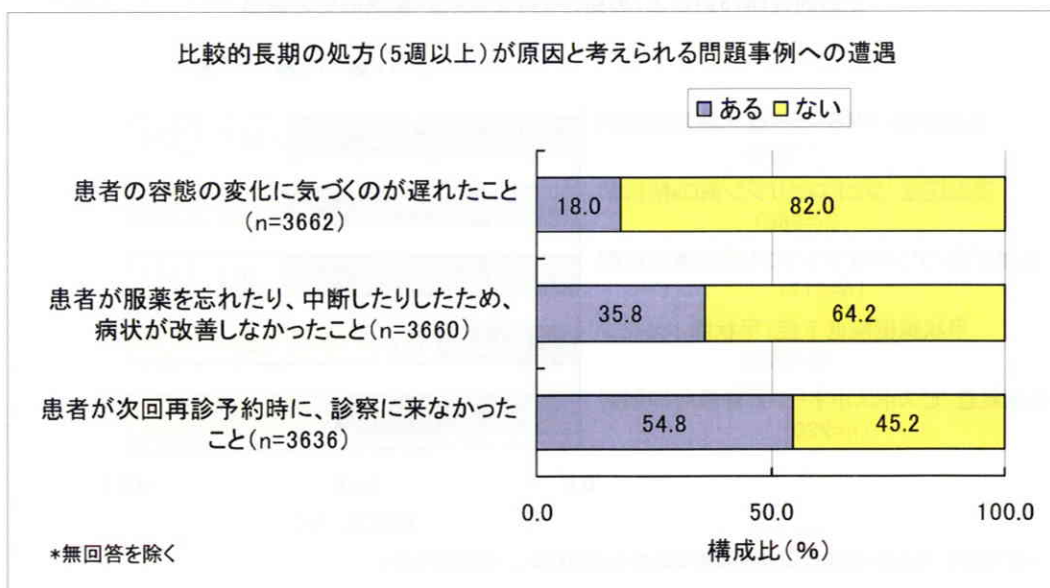
社団法人 日本医師会(2010年12月8日 定例記者会見)

6

比較的長期(5週以上)の処方による問題事例への遭遇

比較的長期の処方を原因として、「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師は18.0%であった。

質問:「過去1年ぐらいの間に、比較的長期の処方(5週以上)が原因と考えられる以下の事例にあわれたことがありますか。※他院で長期処方を受けていたと思われる患者さんを含みます」

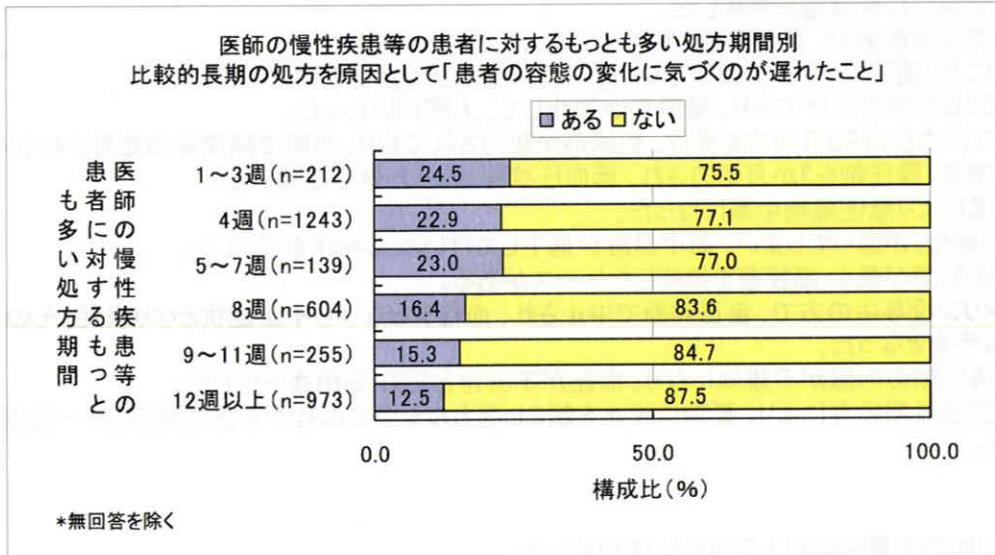


社団法人 日本医師会(2010年12月8日 定例記者会見)

7

処方期間別の患者の容態変化への気づき

比較的長期の処方が原因で、患者の容態の変化に気づくのが遅れたことがあると回答した医師の割合は、「慢性疾患等の患者に対するもっとも多い処方期間」が短い方の医師で高かった。逆に処方期間が短いゆえに、患者の容態変化に気づきやすいのではないかと考えられる。



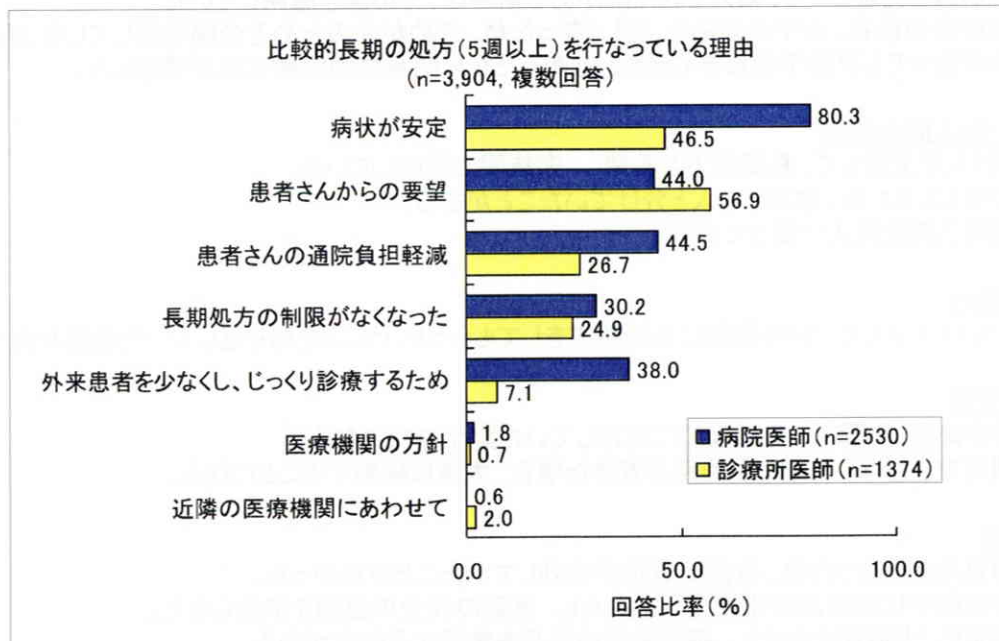
※「患者が服薬を忘れたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと」「患者が次回再診予約時に、診察に来なかったこと」を経験した医師の比率は、処方期間による違いは見られなかった。

社団法人 日本医師会 (2010年12月8日 定例記者会見)

8

比較的長期の処方(5週以上)を行なっている理由

病院医師は、「病状が安定しているから」がもっとも多く約8割(80.3%)であり、「外来患者を少なくし、じっくり診療するため」も38.0%あった。診療所医師では、「患者さんからの要望」がもっとも多く56.9%であった。



社団法人 日本医師会 (2010年12月8日 定例記者会見)

9

比較的長期(5週以上)の処方による問題事例(1/2)

比較的長期の処方を原因とすると考えられる問題事例について、以下のような報告が寄せられた。非常に深刻な問題も少なくなかった。

容態悪化

- ・高血圧管理中に腎障害を発症した。
- ・腎機能障害の患者が、数か月後、腎不全になったことが判明した。
- ・心不全により退院で3か月の処方を受けた後、浮腫などの症状が増悪した。
- ・他院で90日処方を受けており、糖尿病が悪化して、入院にいたった。
- ・他院にて高血圧症90日処方を受け、利尿剤が処方されており、当院で補液等の処置を行なった。
- ・他の病院で、降圧剤を3か月処方され、低血圧状態となった例を経験した。
- ・多量服薬により急性薬物中毒になった。
- ・内服薬(顆粒)が湿ってしまい、血中濃度が低下してけいれん発作を起こした。
- ・服用中断期間が長く、脳梗塞を発症したケースがある。
- ・ワーファリン投与中の方で、自己判断で中止され、血栓弁となり心不全症状となり来院。そのまま、再手術となった。
- ・患者の降圧剤の内服が不規則になり、血圧が不安定となり、脳出血を生じた。
- ・甲状腺術後長期投与により、夏期に脱水を起こし高カルシウム血症から急性腎不全(一過性)になった。

自殺

- ・本人、家族の大量服薬による自殺に使用された。

社団法人 日本医師会(2010年12月8日 定例記者会見)

10

比較的長期(5週以上)の処方による問題事例(2/2)

受診抑制

- ・長期処方であっても症状に変化があれば受診するように指導しているが、患者が遠慮して次の診療時まで我慢するケースがある。
- ・別の病気を発症しても、処方された薬がある期間は、その薬を服用していた。
- ・高血圧症の患者、心不全があり、苦しくなったが、予約が先のためその間我慢してしまった。
- ・症状があっても次回予約日まで受診しなかったため閉塞性動脈硬化症が増悪した。

家族・知人間の服用

- ・家族1人が受診して、長期処方を希望し、家族間で服用している。
- ・薬が多くあるため、家族、知人と分けていたことがある。
- ・睡眠導入剤を知人に譲っていた。

重複投与

- ・薬をなくしたとして、別の医師に長期処方をしてもらうということを繰り返していた患者があった。

処方変更

- ・処方を変更した際に、それ以前に処方していた薬が無駄になる。
- ・長期処方を行なった薬で副作用が起きた場合、大量に破棄することになる。

その他

- ・長期処方を行なった後、被保険者証が失効していたことがわかった。
- ・処方期間中に副作用が出て服用を中止し、残薬の代金の返納を求められた。
- ・副作用により服用を中止し、不要薬剤の返品を希望する患者がある。

社団法人 日本医師会(2010年12月8日 定例記者会見)

11

長期処方のある方に対する日本医師会の見解

- 今回の調査から、慢性疾患等の患者に対する処方期間が長期化しており、その結果、重篤化したとの報告もあった。
- 長期処方の理由として、「病状が安定している」ことを掲げた医師が多かった。一方で、処方期間が短い医師のほうが、患者の容態の変化に気づきやすいことが示唆された。治療中の疾病の病状が安定していても、長期処方によって、新たな疾病の発症や、併発している疾病の重症化に気づくことが遅れるおそれがある。
- 長期処方の理由には、「患者さんからの要望」も多いが、本調査でも、深刻な事例が報告されており、患者の要望であっても患者の安全は最優先されなければならない。2002(平成14)年の診療報酬改定に伴う療担規則の見直し^{※注}により、薬剤投与期間に係る規制が原則撤廃されたが、日本医師会は、医師の責務として適切な処方期間を確保するよう自ら努めるとともに、中医協等において、あらためて処方期間のあり方を検討することを要望する。
- 病院医師の中には、長期処方を行なう理由として、「外来患者を少なくして、じっくり診療するため」という声もあった。病院の多忙さが長期処方を誘発しているおそれがあるので、この面からも、病院(特に大病院)と診療所のあり方(機能)について議論を深める必要もある。

※注) 保険医療機関及び保険医療費担当規則(昭和32年厚生省令第15号)第20条第2号

社団法人 日本医師会(2010年12月8日 定例記者会見)