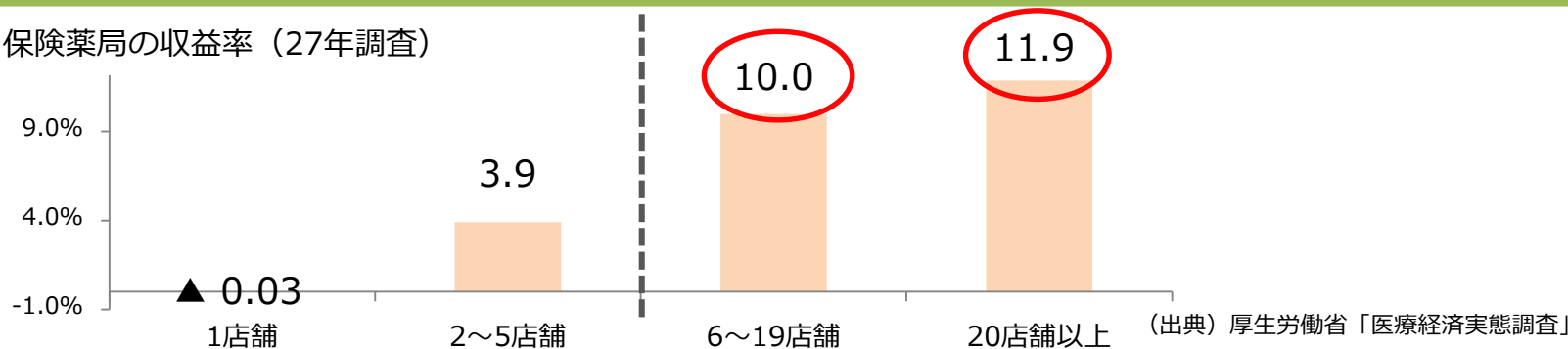


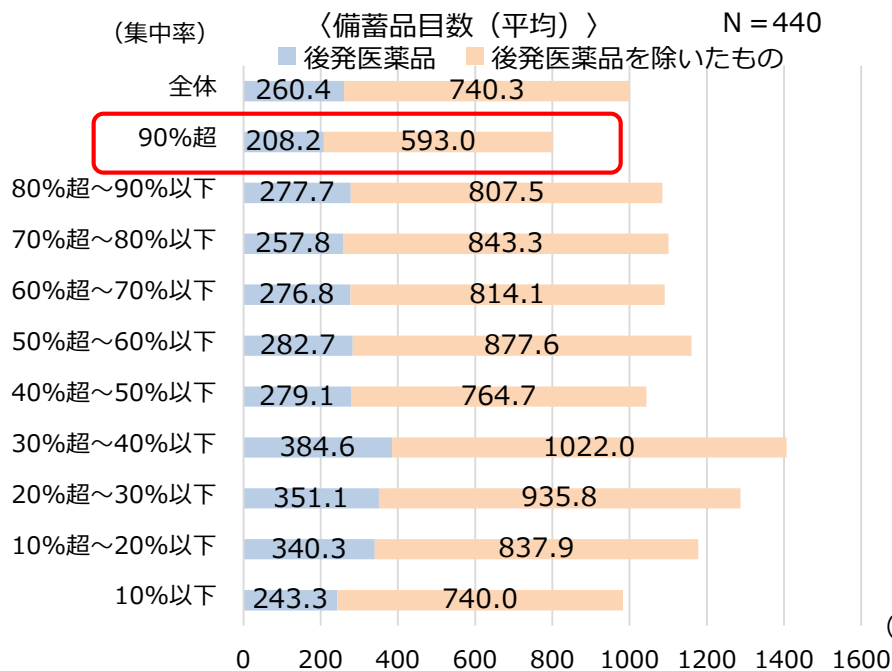
(参考)保険薬局の規模や処方箋集中率と経営の効率性

- 同一法人で保険調剤を行っている店舗数が多い薬局では、収益率が二桁台と高い。
- 処方せん集中率が高い薬局は、特定の医療機関において処方される医薬品への対応が中心となるため、備蓄品目数が相対的に少ない傾向。このため、多数の備蓄品目を取りそろえ、不要な在庫も生じやすい面分業を行っている薬局と比べてコストを低く抑えやすいと考えられる。

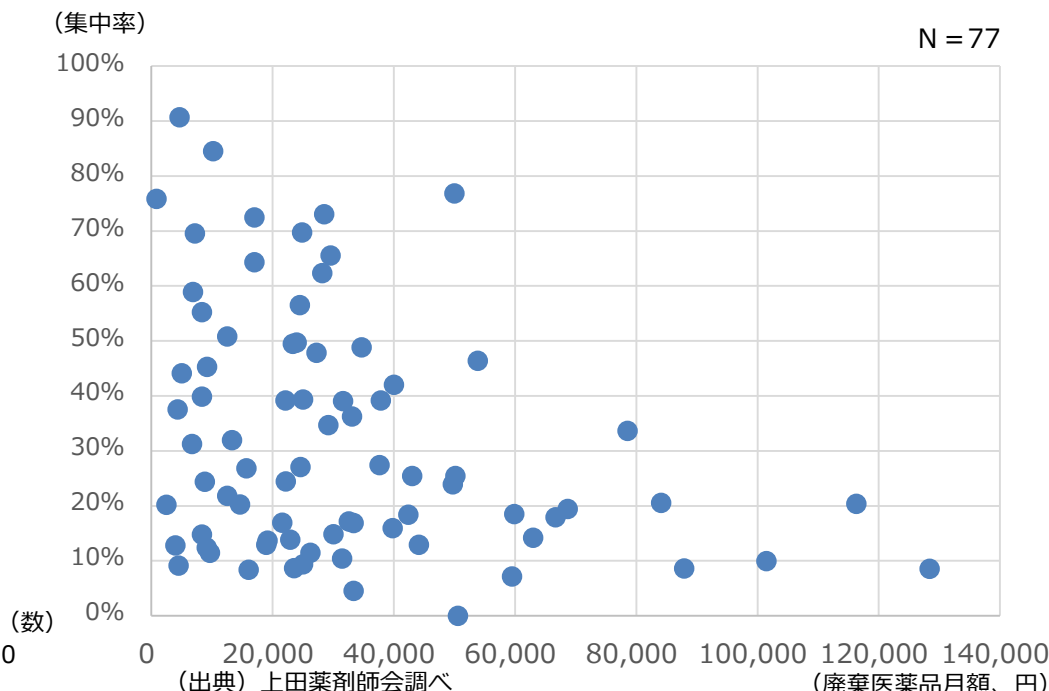
◆保険薬局の収益率（27年調査）



◆後発医薬品の備蓄状況（27年調査）



◆廃棄医薬品金額と集中率の関係（上田市・29年調査）



薬局の実態を踏まえた調剤基本料のあり方(平成29年度予算執行調査)

- 28年度診療報酬改定において、大型門前薬局に係る調剤基本料の見直しが行われたが、これにより調剤基本料が250円に減額となった薬局は、全体の3%、200円に減額となった薬局は全体の7%にとどまった。平均より規模が大きい門前薬局の大宗は引き続き、地域において面分業を行っている薬局と同じ高い調剤基本料(410円)が算定されている。
- また、平均より規模が小さい薬局にも、大規模グループに所属している薬局は多いが、その多くは、薬局の機能の違いにかかわらず、高い調剤基本料の算定を行っている。
- 政策目標である「地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現」に向けては、薬局の4割を占める「平均より小規模」の門前・マンツーマン薬局等の機能をどのように評価していくか、検討していく必要があるのではないか。

◆調剤基本料(狭義)の概要 (下線は28改定)

調剤基本料1(410円): 下記以外の場合

調剤基本料2(250円):

- ・処方せん受付回数月4000回超 かつ 集中度70%超
- ・処方せん受付回数月2000回超(←2500回超) かつ 集中度90%超
- ・特定の医療機関からの処方箋受付回数が月4000回超
(集中度に関わらず対象)

調剤基本料3(200円)

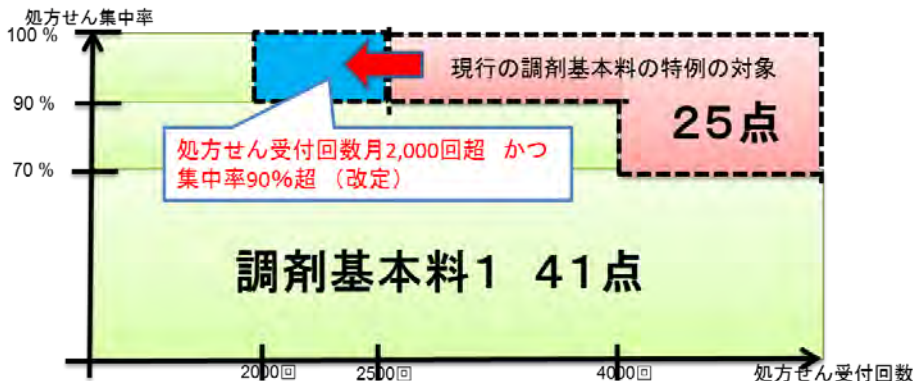
グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超であって、

- ・処方せん集中度が95%超の薬局 又は
- ・特定の医療機関との間で賃貸借取引がある薬局

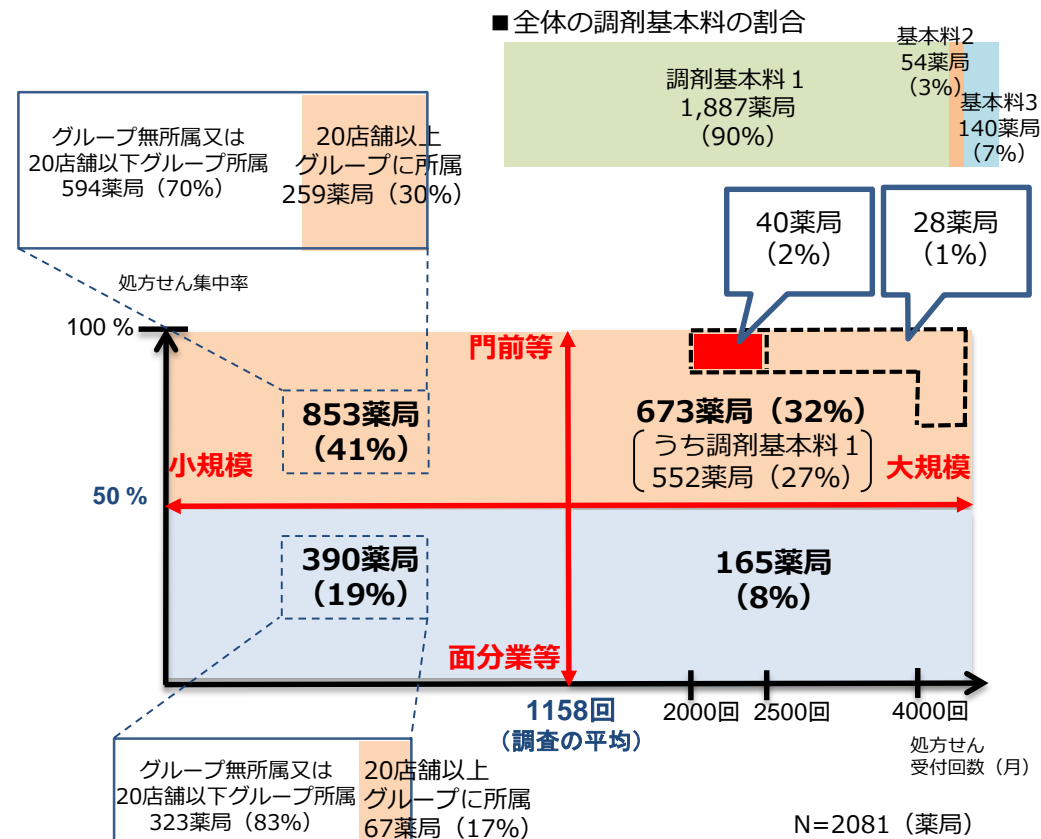
※ かかりつけ薬剤師指導料等(患者の同意書が必要)を薬剤師一人当たり月100件以上算定している場合は、調剤基本料1となる。

(参考) 28年度改定の図(厚労省HPより)

処方せん受付回数と集中度による特例の拡大



◆予算執行調査の結果



N=2081(薬局)

予算執行調査を踏まえた改革の方向性

【薬局の実態】

- 薬局の機能に関して、昨今「服薬情報の一元的・継続的把握」といった側面が強調され、将来像としても、「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』」が役割を発揮する「かかりつけ薬剤師・薬局」のビジョンが提示されている。
- しかしながら、地域において様々な医療機関からの処方せんを受け付ける薬局は少数派。特定の医療機関の処方せんを受け付ける薬局（いわゆる「門前薬局」「マンツーマン薬局」などと考えられる）が大宗を占めている。これら薬局が真に地域における「かかりつけ薬剤師・薬局」として高い院外処方のコストに見合った機能を果たしているものとは想定しにくい。

【改革の方向性】

- 「処方内容のダブルチェックといった最低限の機能を果たしつつ、患者の負担軽減や利便性を重視する形態」や「高齢者等を対象に在宅対応やきめ細やかな服薬指導を行う形態」など、薬局の多様なあり方や経営環境を踏まえつつ、それに即した調剤報酬の評価を行っていくべき。
- 「かかりつけ薬剤師・薬局」のビジョンに向けて、調剤報酬の大宗を占める「調剤基本料（狭義）」や「調剤料」について、地域においてかかりつけ機能を担っている薬局は適切に評価しつつ、こうした機能を果たしていない薬局の報酬水準は、適正化していくべきではないか。
また、平均より小規模の薬局も含め、大手調剤グループに所属している薬局や、処方せん集中率が高い薬局については、経営環境・収益性の観点からも、より低コストでのサービス提供を求めていくべき。
- 28年度改定において調剤報酬の適正化が行われたが、不十分なものととどまっている。
次期改定においては、以下の観点から抜本的な見直しを行うべき。
 - ① 大型門前薬局に係る調剤基本料の対象範囲を拡大し、平均以上の規模の門前薬局・マンツーマン薬局を対象とすべき。その際、規模に応じた収益性や処方せん集中率の差異を踏まえた段階的な報酬設定とすることも考えられる。
 - ② 平均以下の規模の門前薬局・マンツーマン薬局に対する調剤基本料についても、その機能やグループへの所属など経営実態や収益性を踏まえつつ、適正化を進めていくべき。
 - ③ 調剤料のさらなる適正化、後発医薬品調剤体制加算の見直しを行うべき。

30年度診療報酬改定の考え方(まとめ)

- 医療保険制度や財政の持続可能性を維持していく観点や、医療費を負担する国民の賃金水準等を踏まえれば、30年度予算においては、今後明らかになる薬価調査や医療経済実態調査の結果を踏まえつつ、
 - ① 薬価について、市場価格を反映した薬価改定を行うとともに、
 - ② 診療報酬本体について一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要。
- また、「基本方針2017」や「改革工程表」等に基づき、診療報酬に係る改革検討項目（薬価制度、調剤報酬等）を実施するとともに、個別の診療報酬項目についても不断の精査を行い、歳出削減につなげていく必要がある。具体的には、
 - ① 調剤報酬（技術料）については、予算執行調査の結果も踏まえ、物的業務の適正化により、真に地域のかかりつけ薬局としての機能を果たしている薬局への適切な評価を行いつつ、調剤報酬全体として、水準を十分に引き下げる。
 - ② 薬価制度に関して、「薬価制度の抜本改革の基本方針」や「基本方針2017」に沿って、抜本改革を実行し、平成30年度予算から、十分な国民負担の軽減につなげる。
- また、極めて多岐にわたる診療報酬の各分野について、政策的必要性を精査したメリハリ付けを行っていく必要。地域医療構想の実現、適切な医療提供体制の構築といった観点も踏まえ、
 - ① 7：1入院基本料等の見直し、② 療養病床における標準報酬の適正化、
 - ③ 診療科ごとの不均衡の是正、などを実施すべきである。

医療

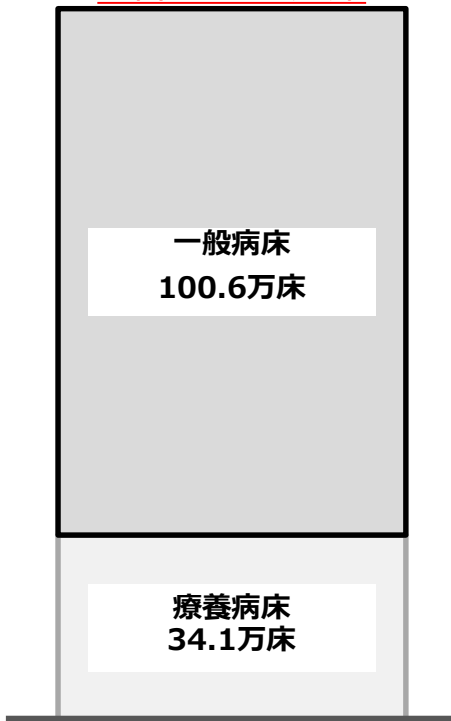
1. 改革工程表の着実な実施
2. 薬価制度の抜本改革
3. 30年度診療報酬改定
 - (1) 改定率の考え方
 - (2) 調剤報酬の改革
4. 医療・介護提供体制

地域医療構想との関係

- 団塊の世代が後期高齢者になり始める2022年、すべて後期高齢者となる2025年に向けて、地域医療構想に沿って、高度急性期・急性期から回復期や在宅医療等に大幅な医療機能の転換を進めていく必要。今後、個別の病院名や転換する病床数等の具体的転換方針の速やかな策定に向けて、各地域において2年間程度で集中的な検討を促進することとされている。
- 一方、現行の診療報酬・介護報酬は、提供している医療機能というよりも職員配置による評価との側面が強く、患者の状態像や地域のニーズの変化を踏まえた効率的な医療・介護提供体制への転換が進みにくい状況となっている。
- 次期改定は、医療・介護を通じた報酬上の対応ができる事実上最後の機会であり、地域ごとの実情に応じた取組み（地域医療介護総合確保基金の活用や規制的手法）を行いつつ、診療報酬・介護報酬においても実効的な見直しを行う必要。

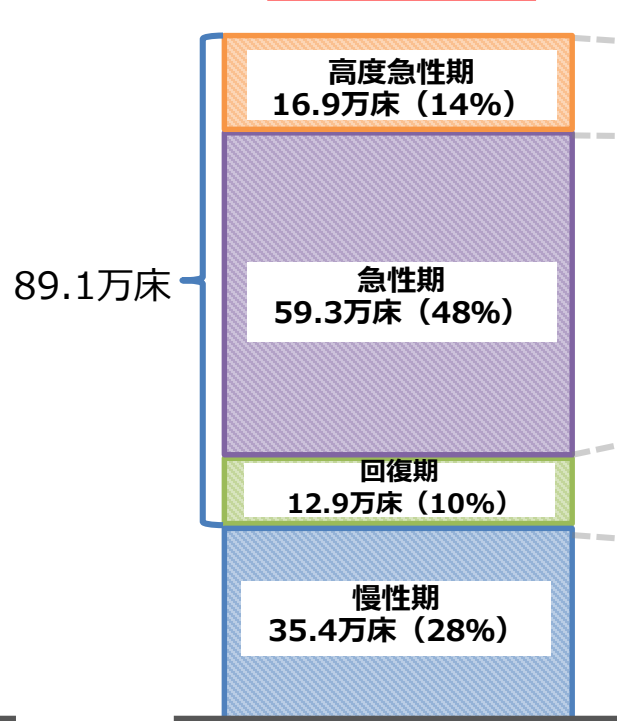
【2013年の許可病床数】

合計 134.7万床



【足元の病床機能報告】

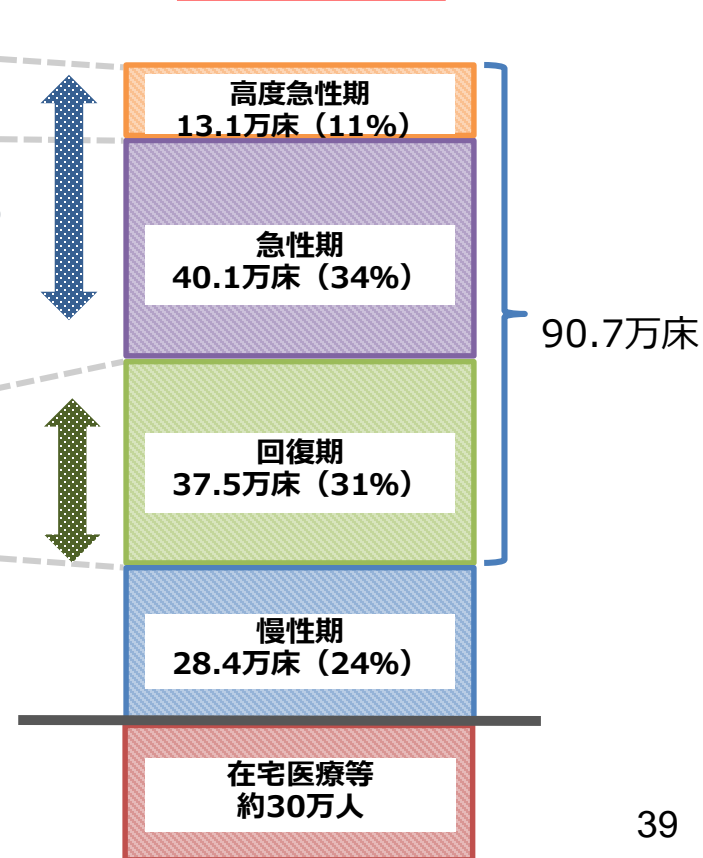
合計 124.5万床



※ 約2.6万床が未報告
(平成27年度病床機能報告)

【2025年の病床の必要量】

合計 119.1万床



地域医療構想の実現に向けて実行すべき施策

30年度診療報酬・介護報酬改定の課題

診療報酬・介護報酬	<ul style="list-style-type: none">急性期病床数の適正化に向けた入院基本料算定要件（7：1）の厳格化慢性期病床の再編に向けた療養病床及び介護医療院の報酬水準、算定要件の設定
都道府県への手段の付与	<ul style="list-style-type: none">慢性期病床の適正化に向けた構想会議における議論の進め方、データ提供の在り方<ul style="list-style-type: none">慢性期病床を地域において重点化し、介護施設等へ転換していく上での判断材料となるデータの提供を行ったうえで、具体的な議論を進めていく枠組みを示す必要。病床再編に向けた都道府県の権限の整備
都道府県へのインセンティブ	<ul style="list-style-type: none">進捗に応じた財政支援（保険者努力支援制度、地域医療介護総合確保基金）<ul style="list-style-type: none">保険者努力支援制度（平成30年度～）及び地域医療介護総合確保基金の配分において、地域医療構想の進捗に応じた配分を行う仕組みを導入すべき
適切な進捗管理	<ul style="list-style-type: none">病床機能報告における定量的基準の策定<ul style="list-style-type: none">地域医療構想の進捗を毎年評価する「病床機能報告制度」は、医療機関による医療機能の判断基準が定性的で、客観性に乏しい。看護人員配置等ではなく、地域医療構想と同様に実際に提供された医療の中身に応じて医療機能を判断し、病床機能を報告できる定量的な基準を来年の調査までに設定すべき。地域医療構想が医療費適正化につながっているかどうかの検証<ul style="list-style-type: none">地域医療構想の進捗評価に際して、病床の転換等によって実際に医療適正化につながったかどうかを検証し、これにより評価することとすべき（K P Iの設定等）
医療・介護を通じた在宅医療・介護施設等への転換	<ul style="list-style-type: none">慢性期病床の地域差縮減等と受け皿整備の整合性確保<ul style="list-style-type: none">慢性期病床を受け皿（在宅医療や介護施設等）に転換していくにあたり、都道府県や市町村が連携し、医療・介護を通じて慢性期病床の地域差縮減と受け皿の整備が整合的に進む枠組みとしていくべき。

急性期病床の適正化(7:1入院基本料)

【論点】

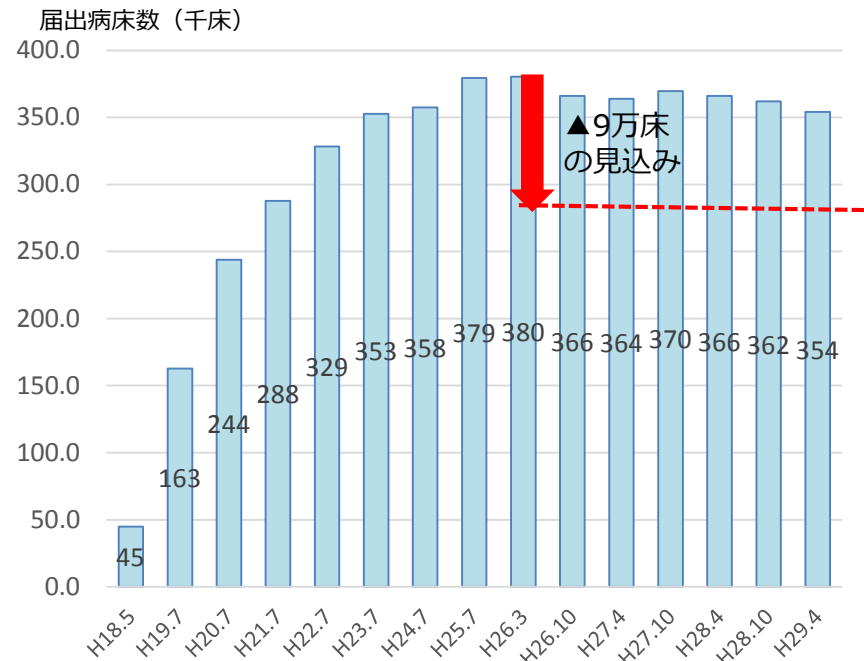
- 高齢化や人口減少に伴い、今後、急性期や高度急性期のニーズは減少していくことが想定されている。
- 他方、診療報酬上、急性期を念頭に高い報酬設定がなされている「7:1入院基本料」を算定する病床が、導入（平成18年度）以降、急増し、最多となっている。これまでの要件見直しにもかかわらず、緩やかな減少にとどまっており、今後転換するとの意向も医療機関からはほとんど示されていない。

(注) 26改定においては、要件見直しにより「9万床」の7:1病床を転換するものとされていた。

◆一般病棟入院基本料の概要

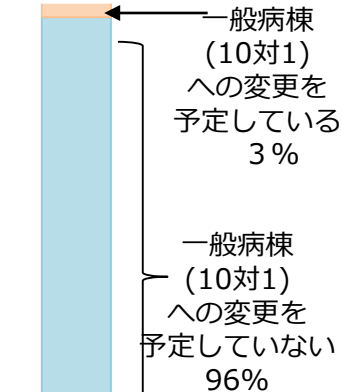
看護配置	入院基本料	その他の要件
7:1	1,591点	・平均在院日数(18日以内) ・重症度、医療・看護必要度基準を満たす患者が25%以上 ・在宅復帰率(8割以上)
10:1	1,332点	・平均在院日数(21日以内)
13:1	1,121点	・平均在院日数(24日以内)
15:1	960点	・平均在院日数(60日以内)

◆一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移



(出所) 中央社会保険医療協議会提出資料

今後の一般病棟(10対1)への転換意向



(注) 病棟郡単位での届出を行っていない医療機関 28年度改定後

【改革の方向性】(案)

- 地域医療構想において、将来の少子高齢化を踏まえて急性期から回復期への転換が求められていることも踏まえ、7:1入院基本料について、今後2025年に向けてどの程度病床数を適正化していくか見通しを示した上で、これに向けて重症度、医療・看護必要度など算定要件の一層の厳格化を行うべき。
- 入院基本料ごとに具体的にどのような医療を提供しているか検証したうえで、看護職員配置ではなく、提供している医療の機能(高度急性期、急性期、回復期等)により評価される仕組みを目指していくべき。

地域医療構想の方向に沿った診療報酬(入院基本料)

- 一般病棟入院基本料は、看護師の配置の多寡で基本的に点数が決定。
- 7：1入院基本料には、これに加えて、「重症度、医療看護必要度」を満たす患者が25%以上との要件があるものの、残り75%の患者がどのような状態でどのような医療を受けているかは問われておらず、評価項目に一つも当てはまらない患者も相当割合存在している。
- 7：1病床の病床数は、地域によって大きな差がある。

◆一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の概要

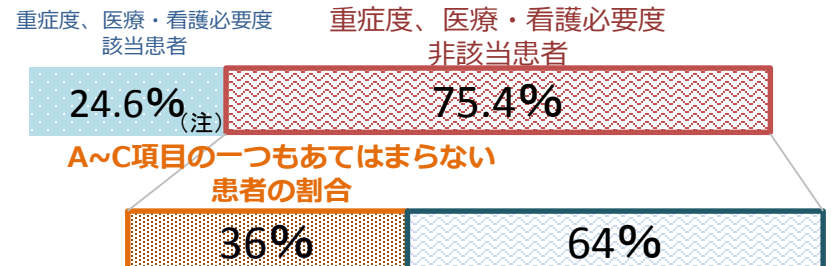
対象病棟の入院患者ごとに以下のA～Cの項目について毎日評価し、直近1か月の該当患者の割合を算出。

基準	A得点2点以上かつB得点3点以上 あるいは A得点3点以上 あるいは C得点1点以上
----	--

A	モニタリング及び処置等	1点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	}
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	
3	点滴ライン同時3本以上の管理	
4	心電図モニターの管理	
5	シリンジポンプの管理	
6	輸血や血液製剤の管理	
7	専門的な治療・処置	2点
(①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーナの管理、⑪無菌治療室での治療)		}
8	救急搬送後の入院(2日間)	

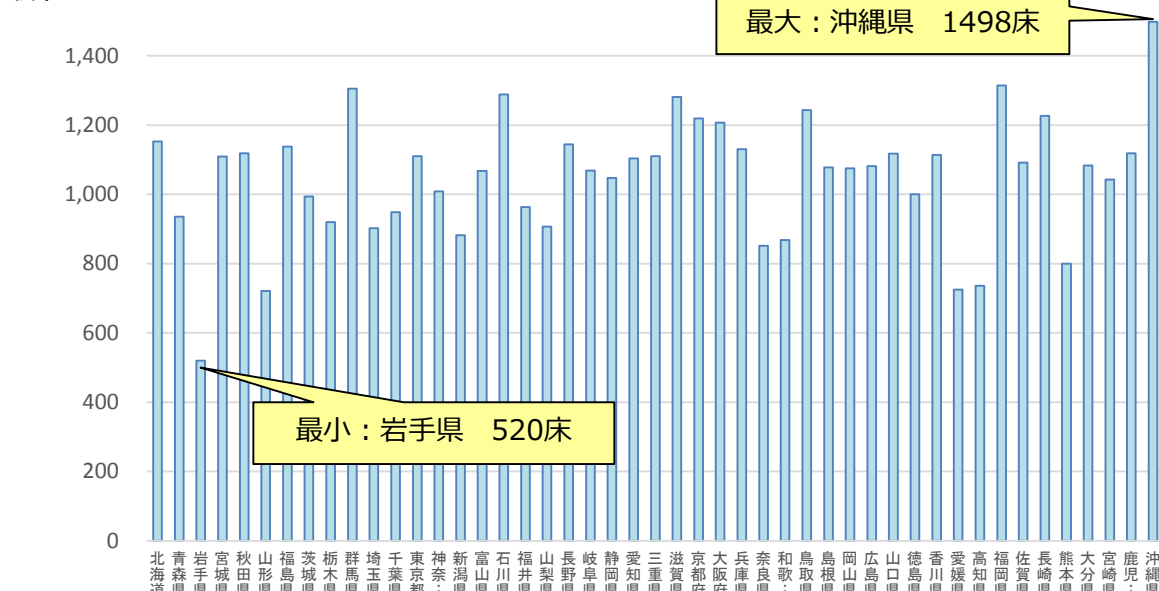
B	患者の状況等※	C	手術等の医学的状況
9	寝返り	16	開頭手術(7日間)
10	移乗	17	開胸手術(7日間)
11	口腔清潔	18	開腹手術(5日間)
12	食事摂取	19	骨の手術(5日間)
13	衣服の着脱	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)
14	診療・療養上の指示が通じる	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)
15	危険行動	22	救命等に係る内科的治療(2日間)
※状況に応じて0～2点		(①経皮的血管内治療 ②経皮的筋肉焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	

◆7対1病棟の重症度、医療・看護必要度の該当状況



(注) 200床未満の病院で病棟群単位の届出を行わない場合は、平成30年3月31日まで、7対1施設基準の25%を23%と読み替える経過措置があること等により25%を下回る数値となっていると考えられる。
(出所) 中央社会保険医療協議会提出資料を基に作成

◆都道府県別 一般病棟7対1入院基本料届出病床数(65歳以上人口10万人あたり)



今後の医療・介護提供体制のあり方

【論点】

- 地域医療構想や基準病床制度により、病床については一定の規制を行う仕組みが整備されつつある。一方、診療所や医師の配置、高額医療機器への設備投資、介護の在宅サービスについては、提供体制をコントロールする仕組みがない。
- このうち外来医療に関しては、高齢化に伴い複数疾患をもつ患者等を総合的・継続的に診療する専門的知見・能力が重要となるが、こうした観点からの医師養成は進んでいない。

	病床		外来医療 ・診療所 ・医師配置	高額 医療機器	介護サービス 事業者 介護施設
	基準病床制度	地域医療構想			
	年齢階級別人口等を基に算定した基準病床を地域の病床の上限とする	高度急性期～慢性期までの医療機能ごとに需要を推計、これに沿って病床の機能分化・連携			
医療法 医療機関の 開設・管理 (都道府県知事)	(公的医療機関等) 病床過剰地域での病院開設・増床の不許可	(公的医療機関等) 過剰な病床機能への転換等に関して、命令など	なし 自由開業 自由標榜	なし	(介護施設) 総量規制 ※ 計画に定める定員数を超える場合、指定等をしていないことができる。
	(民間医療機関) 病床過剰地域での病院開設・増床に関して要請／勧告	(民間医療機関) 過剰な病床機能への転換等に関して、要請／勧告など			(地域密着型サービス) 公募制
健康保険法等 医療保険の 給付対象範囲 (厚生労働大臣)	(民間医療機関) 上記勧告を受けた場合、厚生労働大臣は保険医療機関の指定をしないことができる	なし			(在宅サービス) なし

【改革の方向性】（案）

- 診療所や医師数、高額医療機器など病床以外の医療資源に関しても、医療費の増加を抑制しつつ、診療科や地域ごとの偏在を是正し、限られた医療資源の中で適切かつ効率的な医療提供体制を構築していく観点から、その配置に係る実効的なコントロールが必要であり、その在り方について早期に議論を進めるべき。
- 来年度以降養成が開始される「総合診療専門医」について、必要な養成数を確保し、速やかな養成を進めるべき。

(参考) 外来医療に係る諸外国の制度的対応

- 外来医療に関し、諸外国においては、医師の診療所開業や診療科標榜についてのコントロールや、医療機能を踏まえた適切な外来受診のための仕組みが導入されているが、我が国においてはこうした仕組みはほとんど設けられていない。

	開業や標榜へのコントロール	外来受診の機能分化
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門医養成課程を修了して、国によって認定を受けた専門診療科ごとに、実施できる医療行為が限定されている（他の診療科の診療はできない） ※ 専門医養成課程等の選択にあたっては、医学部卒業時点の医学生に対し、全国選抜試験を実施。診療科・地域ごとに定員が定められ、成績順に卒後研修の地域や診療科を選択。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセス ○ 予め登録した「かかりつけ医」の受診とそれ以外で自己負担に差異 <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医受診時等：3割負担－1ユーロ ・ 紹介状なしでのかかりつけ医以外受診時：7割負担＋1ユーロ ※ 婦人科医、眼科医、精神科医は対象外。また、5歳未満児童の受診等も対象外。
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 開業には、医師免許に加え、卒後研修を修了し、保険医として許可される必要。医師過剰地域では許可がなされない。 ※ 連邦共同委員会が、診療科ごとの外来医師配置の区割りや、人口当たりの医師数を定め、それを参考に州の委員会が州独自の定数役割を決定。 ○ 卒後研修を修了して承認がされない限り、診療科の標榜はできない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセス
イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般医として専門研修を終了し、登録を受けることで一般医（GP）として診療が可能。 ※ 研修等における一般医の定員は医療需要を予測して保健省が決定。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急の場合以外はあらかじめ登録した診療所の一般医（GP）による診療が必要。直接専門医の診療を受けることは原則認められない。
日本	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師免許取得と臨床研修修了で医療に従事することが可能。その後の開業や診療科標榜は自由。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ フリーアクセス ○ 大病院受診時のみ、選定療養として、大病院の追加収入になる形での定額負担