

# 保険薬局を巡る最近の話題 (次期診療報酬改定に向けて)

平成23年7月10日

厚生労働省保険局医療課  
吉田 易範

# 本日のお話

## 1. 保険薬局を取り巻く状況

## 2. 次期診療報酬改定に向けて

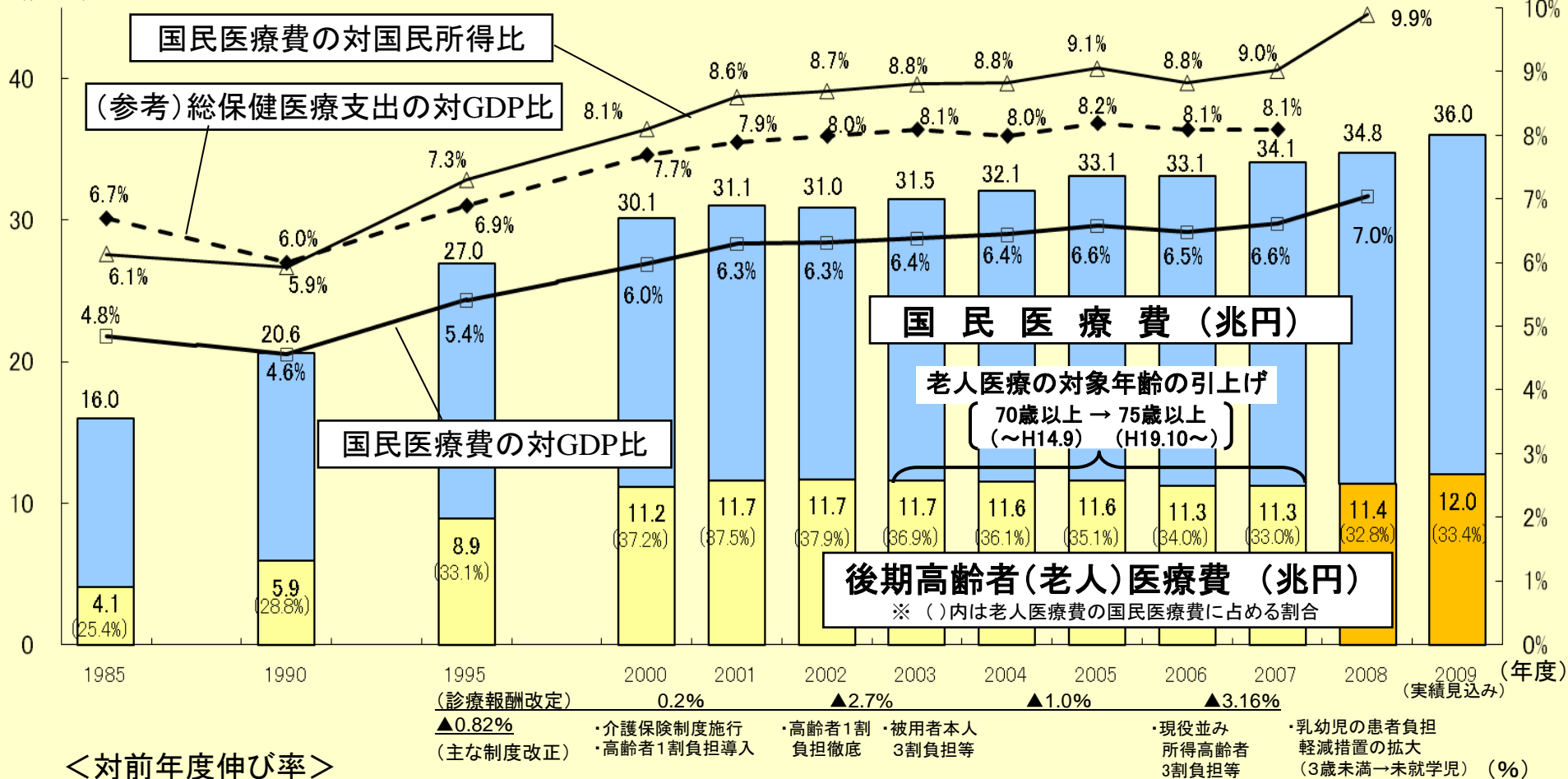
①調剤報酬・診療報酬(薬剤師)関連

②後発品使用促進関連

## 3. その他

# 医療費の動向

(兆円)



## <対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.5
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.5
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲2.8	▲1.5	0.7	1.6	0.5	2.6	0.9	▲7.1	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲2.1	▲0.8	0.8	1.0	0.9	1.5	0.9	▲4.2	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2009.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2008年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.0%

注2 2009年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、2008年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に2009年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより推計している。また、2009年度の対前年度伸び率は、概算医療費の伸び率である。

# 厳しさを増す保険財政

○ 近年、経済情勢の悪化による所得の落ち込みや高齢化等に伴う医療費の増加等により、各医療保険者の財政状況は非常に厳しくなっている。

## 医療保険の財政状況

(単位: 億円)

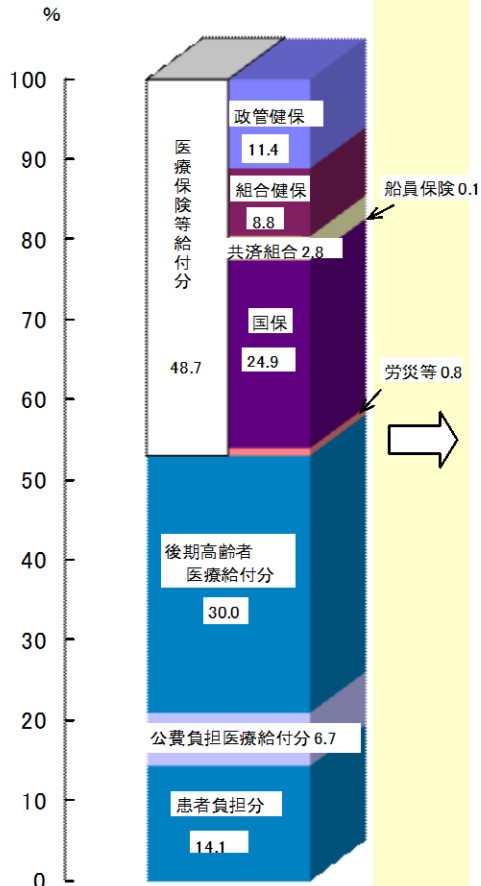
		平成19年度	20年度	21年度	22年度	備考
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993		<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護納付金等に係る費用を含む。</li> <li>・平成21年度までとなっていた以下の国保財政基盤強化策を平成25年度まで4年間延長                             <ul style="list-style-type: none"> <li>i 高額医療費共同事業(830億円)</li> <li>ii 保険者支援制度(950億円)</li> <li>iii 財政安定化支援事業(1,000億円)</li> </ul> </li> <li>(数字は23年度予算ベースの公費負担額)</li> <li>・一般会計繰入のほか、前年度繰上充用額が約1,800億円</li> <li>(※) 決算補てんに充てられた東京都の財政調整交付金を含めた一般会計繰入を加味した収支差は▲3,242億円</li> </ul>
	支出	129,087	124,496	125,927		
	収支差	▲1,290	93	66		
	一般会計繰入(赤字補填分)を加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2628		
協会けんぽ (旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,064	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成22年度は23年度予算に基づく見直しベース。</li> <li>・平成21年度末以降の累積債務を解消するため、平成22年度から24年度までの3年間の財政再建期間において、以下の特例措置を実施。そのため、平成22年度の単年度収支はプラスとなる見込み。                             <ul style="list-style-type: none"> <li>i 保険料率の引上げ 8.2%→9.34%(平成22年度、全国平均、労使折半) ※ 平成23年度は9.50%</li> <li>ii 国庫補助率の引上げ(13%→16.4%)</li> <li>iii 累積赤字の3年間の分割償還</li> </ul> </li> </ul>
	支出	72,442	73,647	74,628	76,001	
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,063	
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲1,116	
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717	61,729	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成21年度は決算見込みベース。</li> <li>・平成22年度は予算ベース。</li> <li>・平成22年度の保険料は7.63%(全国平均、労使合計)</li> </ul>
	支出	61,403	66,847	66,952	68,350	
	収支差	600	▲3,189	▲5,235	▲6,621	
後期高齢者 医療	収入		98,517	113,219(※)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者医療制度は、2年間の財政運営期間を通じて財政均衡を保つこととされている。</li> <li>・数値は後期高齢者医療広域連合の特別会計に係るもの。</li> <li>・前年度と当年度の国庫支出金精算額等の差を考慮した収支差は1,408億円(平成20年度)、505億円(平成21年度)</li> <li>(※) 平成21年度は速報値。</li> </ul>
	支出		95,510	112,502(※)		
	収支差		3,007	717(※)		

# 国民医療費の構造(平成20年度)

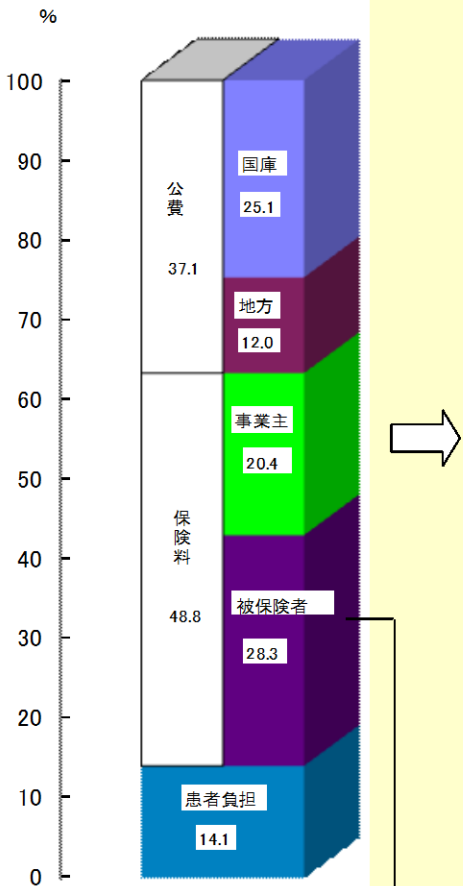
国民医療費  
一人当たり医療費

34兆8,084億円  
272,600円

国民医療費の制度別内訳

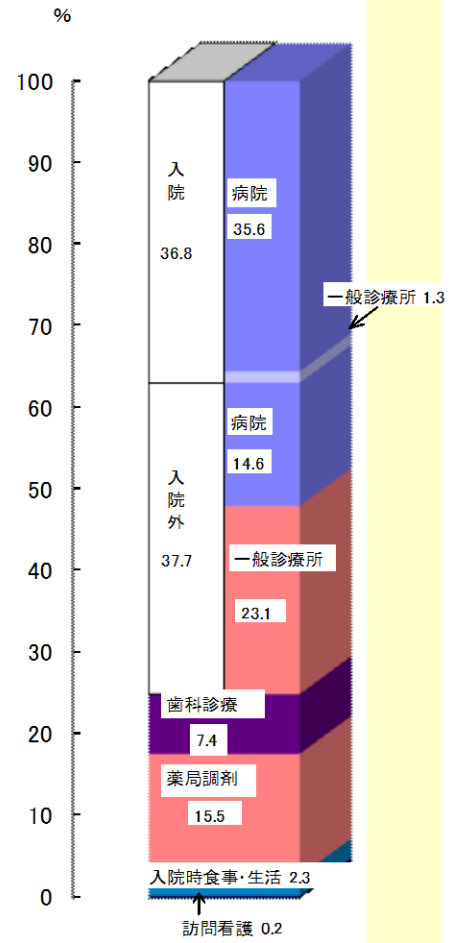


国民医療費の負担(財源別)

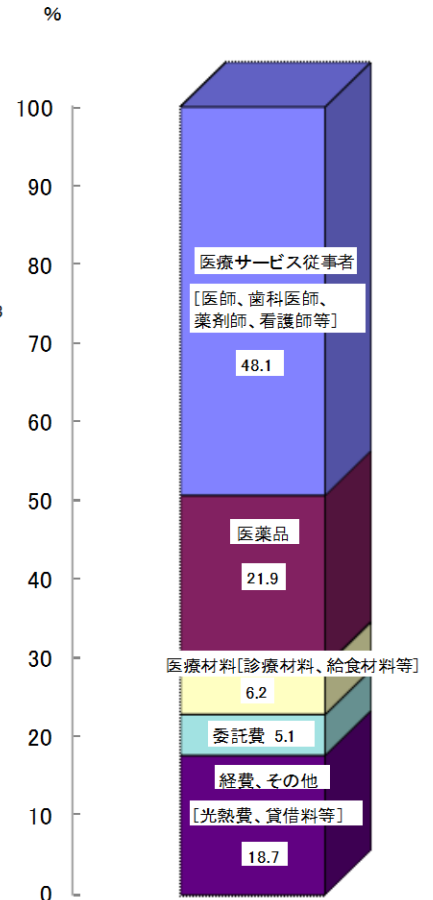


●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

国民医療費の分配

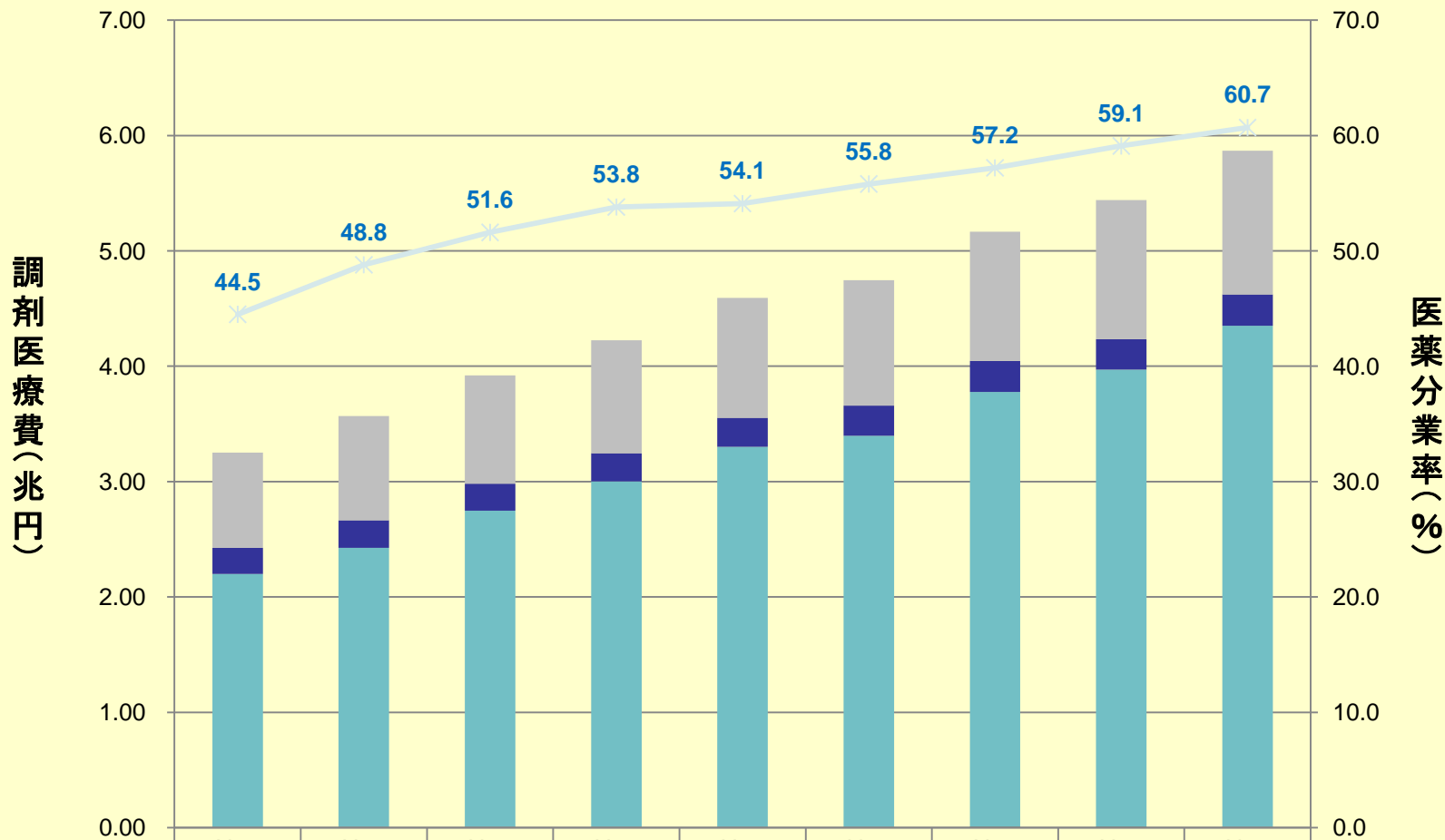


医療機関の費用構造



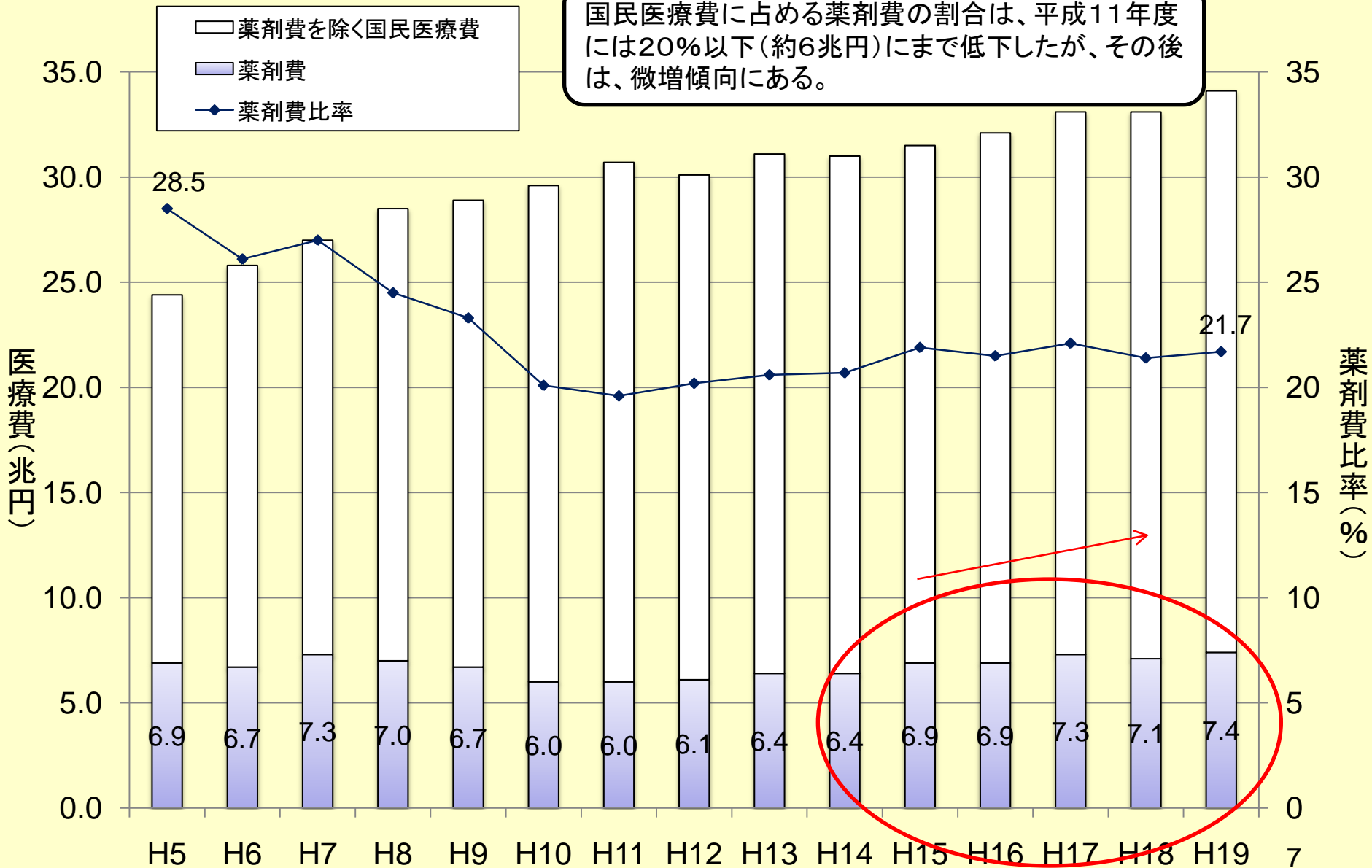
●平成20年度国民医療費、医療経済実態調査(平成21年6月)結果等に基づき推計

## 調剤行為別にみた調剤医療費と医薬分業率の推移



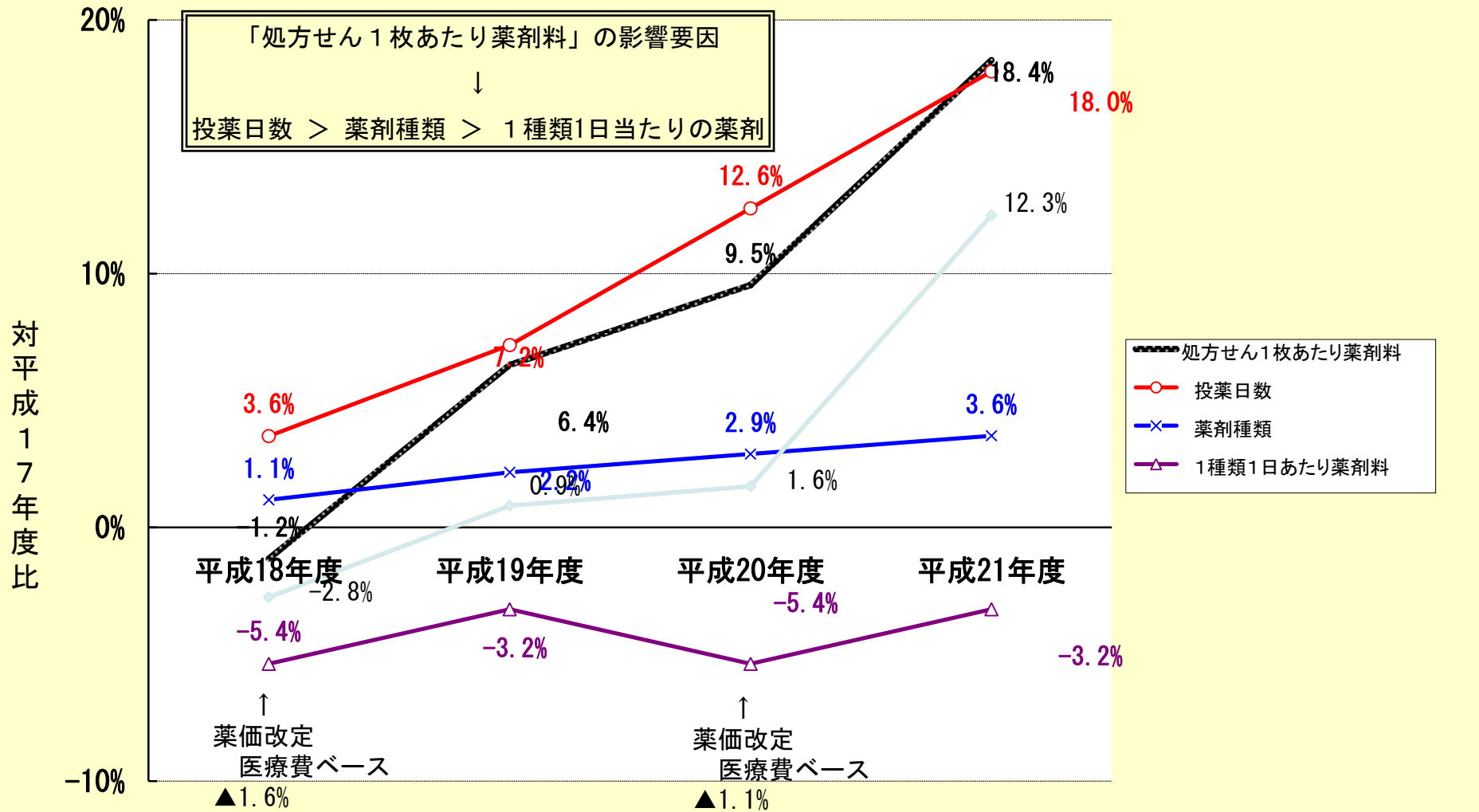
調剤技術料(兆円)	0.83	0.90	0.94	0.98	1.04	1.09	1.12	1.21	1.25
薬学管理料(兆円)	0.23	0.24	0.23	0.24	0.25	0.26	0.27	0.26	0.27
薬剤料(兆円)	2.20	2.42	2.74	3.00	3.30	3.39	3.77	3.96	4.34
特定保険医療材料料(兆円)	0.00	0.00	0.00	0.01	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01
医薬分業率(%)	44.5	48.8	51.6	53.8	54.1	55.8	57.2	59.1	60.7

# 国民医療費と薬剤費の関係



# 薬局における薬剤料増の要因分析

処方せん1枚あたり薬剤料（3要素）について



最近の調剤医療費（電算処理分）の動向の概要より（厚生労働省保険局調査課）

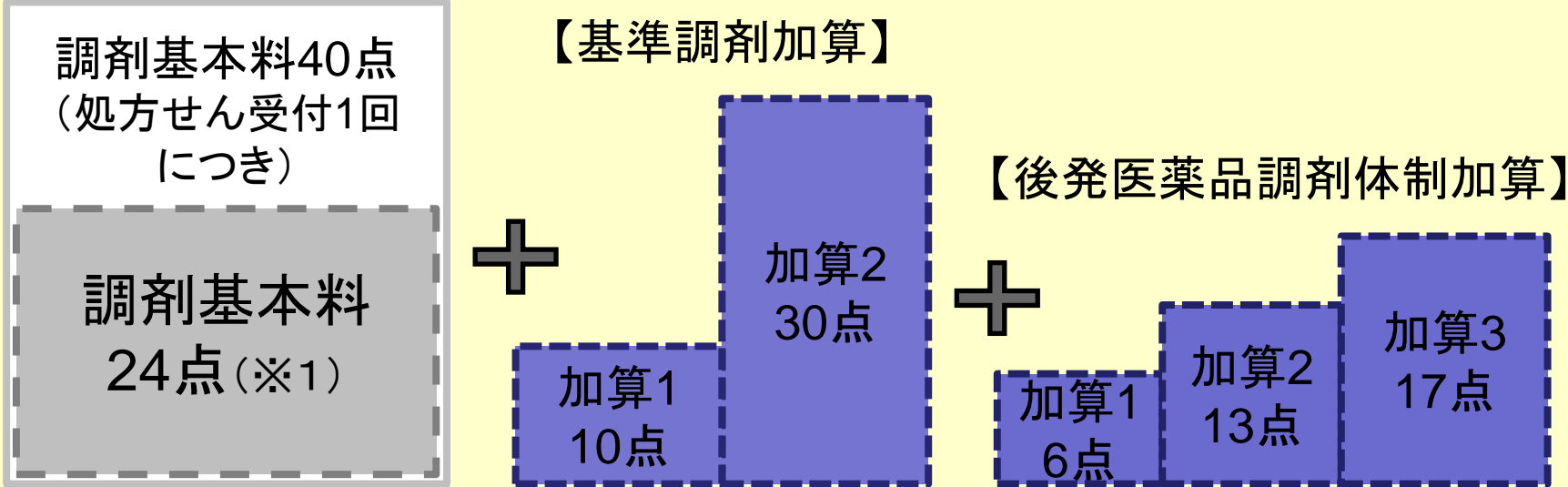


# 行政刷新会議を巡る動き (薬局関係)

# 行政刷新会議「規制・制度改革に関する分科会」 中間とりまとめ（平成23年1月26日）

規制・制度改革事項	調剤基本料の一元化
制度・規制改革の概要	<p>保険薬局の調剤基本料は原則40点であるのに対して受付回数4,000回超・特定医療機関からの集中率70%超の薬局は24点となっているが、患者にとってその質的な差は認められないため、次期診療報酬改定で調剤基本料を24点に一元化することを検討する。</p> <p>&lt;平成23年度検討、結論&gt;</p>
当該規制・制度改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方	<p>○ 保険薬局の調剤基本料は原則40点であるが、受付回数4,000回超・特定医療機関からの集中率70%超の薬局は24点となっている。しかし、その質的な差は認められない。むしろ、疑義照会率および調剤ミス発見率、さらには時間に関する患者満足度などはいわゆる「門前薬局」の方が高いとの調査結果がある。</p> <p>○ であれば、平成22年度の診療報酬改定で病院と診療所の再診料が統一されたように、調剤基本料も統一し、一律240円にすべきである。</p>

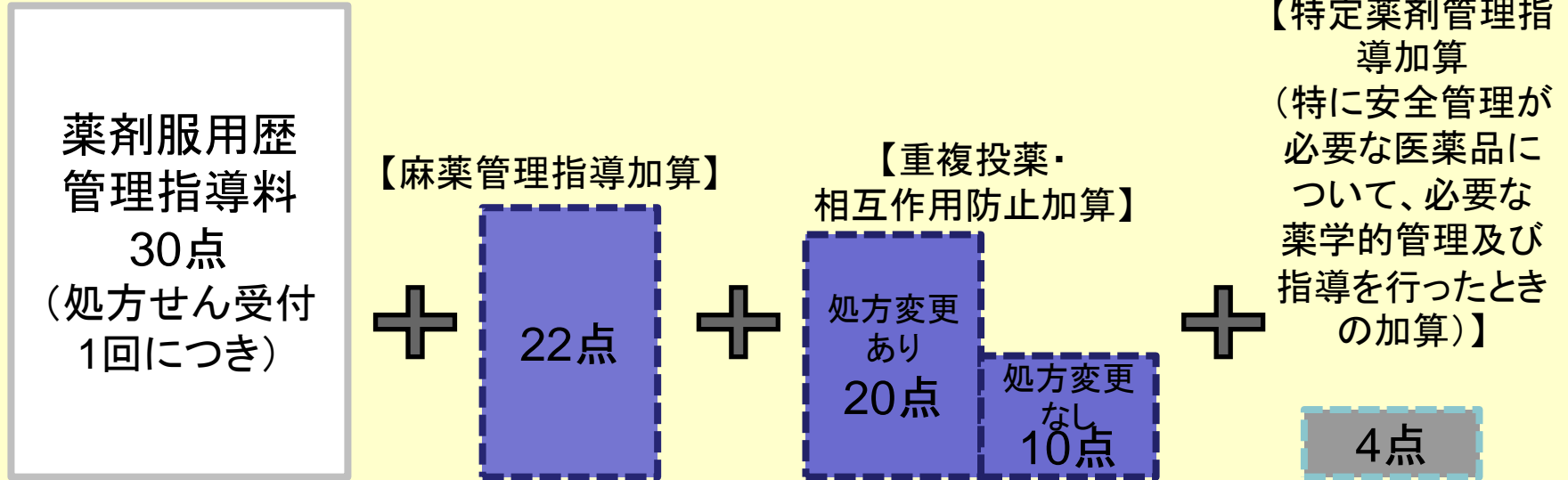
# 調剤基本料(加算)について



※1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)

- (基準調剤加算1)10点 保険調剤に係る医薬品として500品目以上の医薬品を備蓄。
- (基準調剤加算2)30点 同様に700品目以上の医薬品を備蓄。処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保健医療機関に係るものの割合が70%以下。
- (後発医薬品調剤体制加算1)6点 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が20%以上。
- (後発医薬品調剤体制加算2)13点 同様に規格単位数の25%以上。
- (後発医薬品調剤体制加算3)17点 同様に規格単位数の30%以上。

# 薬剤服用歴管理指導料について



**薬剤服用歴管理指導料** (処方せんの受付1回につき) 30点

患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する

イ 患者ごとに作成された**薬剤服用歴**に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する**主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。**

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から**服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。**



(薬学管理料の一種)

# 次期診療報酬改定に向けて

## ①調剤報酬・診療報酬(薬剤師)関連

# 改定率の推移

	昭和59年	昭和60年	昭和61年	昭和63年	平成元年	平成2年	平成4年	平成6年
診療報酬	2.8	3.3	2.3	3.4	0.11	3.7	5.0	4.8
薬価等	▲5.1	▲2.1	▲1.6	▲2.9	0.65	▲2.7	▲2.5	▲2.1
診療報酬+薬価等 (ネットの改定率)	▲2.3	1.2	0.7	0.5	0.76	1.0	2.5	2.7

平成8年	平成9年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
3.4	1.7	1.5	1.9	▲1.3	±0	▲1.36	0.38	1.55
▲2.6	▲1.32	▲2.8	▲1.7	▲1.4	▲1.0	▲1.8	▲1.2	▲1.36
0.8	0.38	▲1.3	0.2	▲2.7	▲1.0	▲3.16	▲0.82	0.19

# 平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 **+0.19%**(約700億円)

⇒ **10年ぶりのネットプラス改定**

診療報酬(本体) **+1.55%**(約5,700億円)

医科 **+1.74%**  
(約4,800億円)

入院 **+3.03%**  
(約4,400億円)  
外来 **+0.31%**  
(約400億円)

**急性期入院医療に概ね4000億円を配分**

歯科 **+2.09%**(約600億円)

調剤 **+0.52%**(約300億円)

薬価等 **▲1.36%**(約5,000億円)

## 社会保障審議会の「基本方針」

### 1. 重点課題

- ・**救急、産科、小児、外科等の医療の再建**
- ・病院勤務医の負担軽減

### 2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

### 3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

## 重点課題への対応

- ・救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

## 4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

## 後期高齢者医療の診療報酬について

- ・75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

# 平成22年度改定における 調剤報酬関連の主な事項

- 調剤基本料の特例の見直し
- 一包化薬調剤料及び内服薬調剤料の見直し
- 湯薬の調剤料の見直し
- ハイリスク薬に関する薬学的管理及び指導の充実 等



# 中医協答申書付帯意見(抜粋)

7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。

平成22年2月12日  
中央社会保険医療協議会答申書  
(平成22年度診療報酬改定について)  
付帯意見より抜粋

# 社会保障の機能強化の工程表

「社会保障国民会議中間報告」及び「同最終報告」に描かれた姿を基に作成

年金

医療・介護

少子化対策

共通

社会保障国民会議  
最終報告に基づく  
機能強化の課題

基礎年金国庫負担割合2分の1の実現

基礎年金の最低保障機能強化

社会の構造変化に対する対応

急性期医療の機能強化

医師等人材確保対策

介護従事者の確保と処遇改善

居住系サービス拡充と在宅介護の強化

仕事と子育ての両立を支えるサービスの質と量の確保

すべての家庭に対する子育て支援の強化

子育て支援サービスを一元的に提供する新たな制度体系の構築

社会保障番号・カードの導入

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

(~2025)

財政検証

実現

制度設計・検討

法改正、順次実施

財政検証

- ・低年金・無年金者対策の推進 (保険料免除制度の見直し、厚生年金適用拡大、保険料追納の弾力化)
- ・在職老齢年金制度の見直し等(→ 高齢者の就労に配慮した検討・実施)
- ・育児期間中の保険料免除(→ 他の少子化対策と歩調をあわせて検討・実施) など

診療報酬改定

診療報酬改定

診療報酬改定

(現行)都道府県医療計画(2008~12の5か年) → (新)都道府県医療計画(2013~17の5か年)

救急を含む急性期医療の新たな指針の作成

医師養成数の増加

(従事医師数の増加)

臨床研修の見直し・医師と看護師等との役割分担の推進(制度的対応)

レセプトオンライン化の完全実施

レセプトの段階的なオンライン請求への切替え

- ・救急・産科等の体制強化
- ・養成数、臨床研修、役割分担の見直し等の制度的対応による人材確保 など

- ・急性期の機能分化推進
- ・地域包括ケアの推進と在宅医療の強化・充実 など

2015年の姿

- 安心して出産できる体制
- 救急患者の受入れ、早期回復
- 社会復帰できる体制の構築

介護報酬改定

介護報酬改定

介護報酬改定

第4期介護計画(2009~11の3か年)

第5期介護計画(2012~14の3か年)

基本方針の策定

介護事業所の雇用管理の改善、介護従事者の定着支援、潜在的有資格者の再就職支援等

+3%改定

- ・専門性等のキャリアアップ、夜勤・看護体制の充実等の評価を通じた介護従事者の処遇改善と確保 など

- ・医療との連携強化
- ・グループホーム等居住系サービスの拡充
- ・24時間対応の強化等在宅介護の強化・充実 など

2015年の姿

- 居住系サービスの拡充、24時間対応、小規模多機能サービス充実による在宅サービスの整備・機能強化
- 重度化対応、看取り機能、個室化・ユニット化等の施設機能の強化

連携体系的見直し

「安心子ども基金」の設置

「生活対策」、「5つの安心プラン」に基づくサービス基盤整備(2008~)

「安心子ども基金」の設置

- ・「安心子ども基金」による保育サービスの集中重点整備
- ・放課後児童クラブの緊急整備
- ・妊婦健診公費負担の拡充 など

新たな制度体系の創設をにらんだサービス基盤緊急整備

- ・保育所整備に加え、保育サービス提供手段の多様化(家庭的保育、小規模保育等)、供給拡大
- ・一時預かりの利用助成と普及
- ・訪問支援事業や地域子育て支援拠点の基盤整備 など

新制度体系スタート

新たな制度体系の下での給付・サービスの整備

2015年の姿

- すべての子ども・子育て家庭に必要な給付・サービスを保障
- ・休業中 - 所得保障(出産前後の継続就業率55%)
- ・働きに出る場合 - 保育サービス(3歳未満児保育利用率 率38~44%) (フランス、スウェーデン並み)
  - 両給付は統合又は選択・併用可能に(シームレス化)
- ・働いていない場合 - 月20時間程度の一時預かりの利用を支援
- ・学齢児 - 放課後児童クラブ(低学年利用率60%)
  - 「小1の壁」の解消

新制度へのステップとなる制度改革

- ・児童福祉法、次世代法の改正
- ・育児・介護休業法の見直し

新たな制度体系の制度設計の検討

法制化

社会保障カード(仮称)の実現に向けた環境整備(実証実験の実施等)

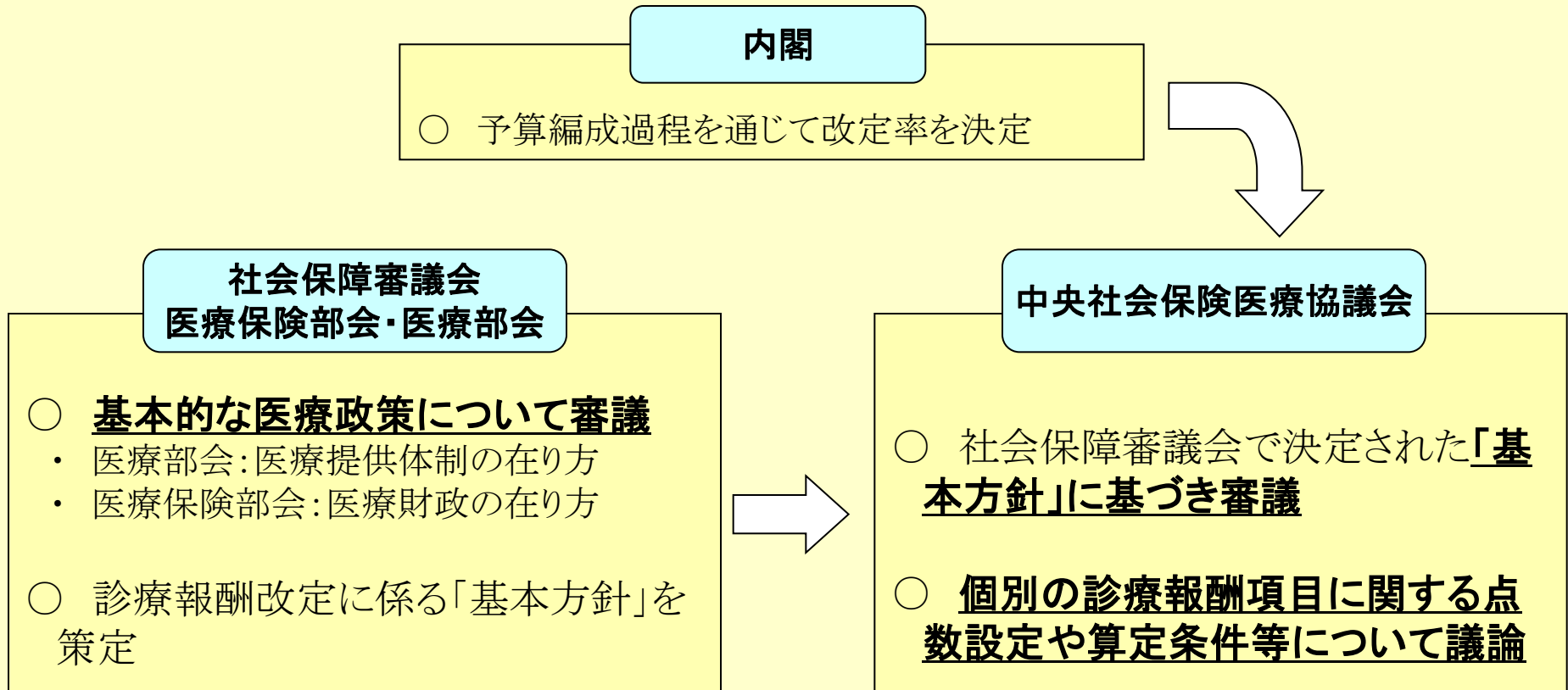
→ 2011年度中を目途とした導入

# 診療報酬改定の流れ

## 【診療報酬改定の流れ】

診療報酬改定は、

- ① 社会保障審議会 医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ② 予算編成過程を通じて 内閣が決定した改定率に合うように、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施。



# 次期診療報酬改定に向けて

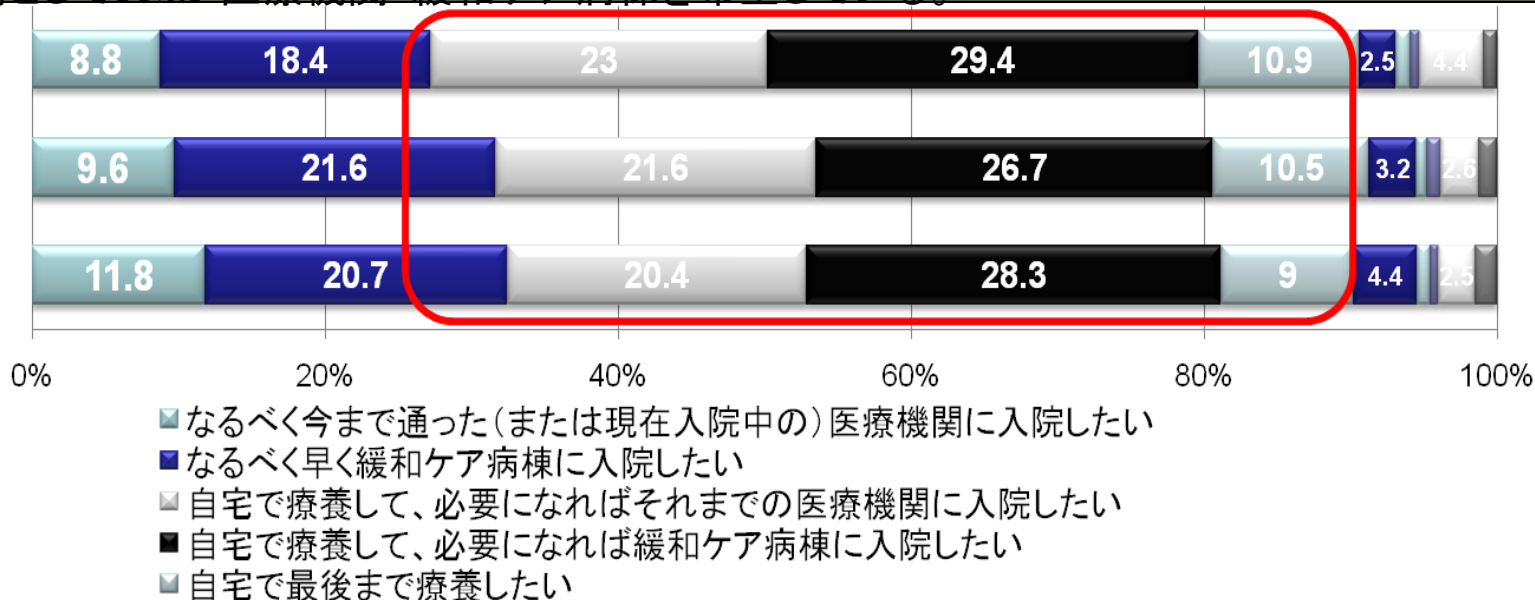
検証・検討項目一覧(再整理したもの)

	22年までの改定の検証・調査・評価を踏まえて検討を行うもの	今後次回改定に向けて検討するもの	改定を行う際には必ず検討を行うもの
制度	DPC(10)	初再診、外来管理加算、地域貢献加算、入院基本料、特定入院料(1) 技術評価のあり方(内科)(4) 技術評価のあり方(歯科)(4) 複数科受診(1) 地域特性(12) 適正受診の促進(5) 適切な請求方法(14)	診療報酬の簡素化・合理化(13)
従事者	医師の負担軽減・処遇改善の検証(4) 看護職員の負担軽減・処遇改善(6) <b>チーム医療の評価(16)</b>	<b>薬剤師病棟配置などチーム医療(7)</b> 脳卒中及び頭頸部疾患等における歯科医療の関わり(7)	
分野別	慢性期入院医療(2)「慢性期入院医療のあり方、機能、入院基本料」「認知症患者の評価」 NICU、小児救急、後方病床(3) リハビリテーション、精神(9) 在宅医療の実施(16) 後発医薬品(16)	慢性期入院医療(2)認知症患者の評価 在宅等における口腔管理(11)	
他制度との連携	慢性期入院医療(2)	<b>医療と介護で連携(11)</b> 訪問看護(8)	
国民の視点	明細書発行(15)	名称のわかりやすさ(13) 患者への情報提供の検討(15)	20

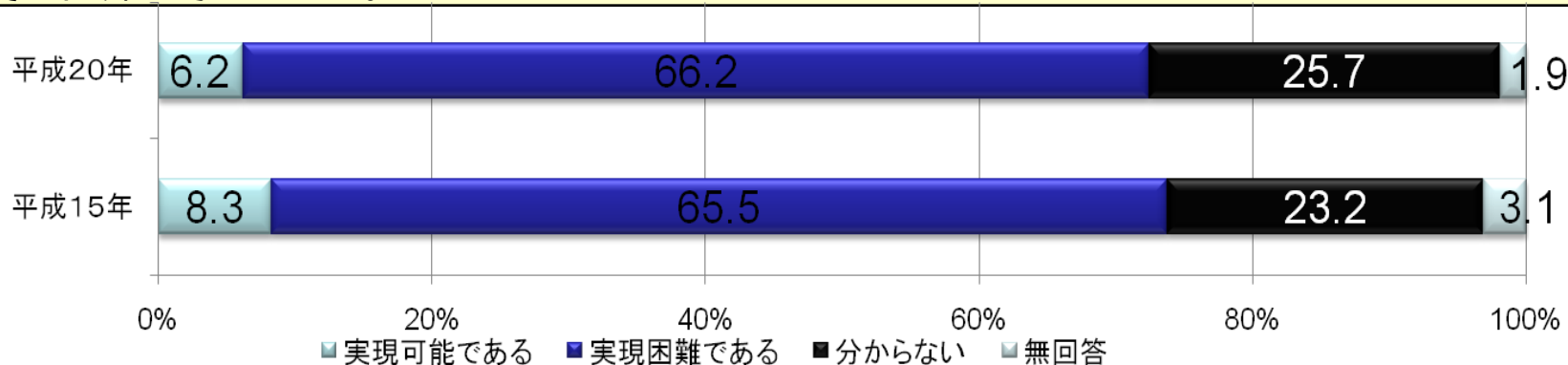
# 在宅医療における薬剤師業務について

# ターミナルにおける療養場所の希望

○ 自分が余命6ヶ月以内の末期状態の患者になった場合、療養の場として60%以上が自宅を、看取りの場として80%が医療機関・緩和ケア病棟を希望している。

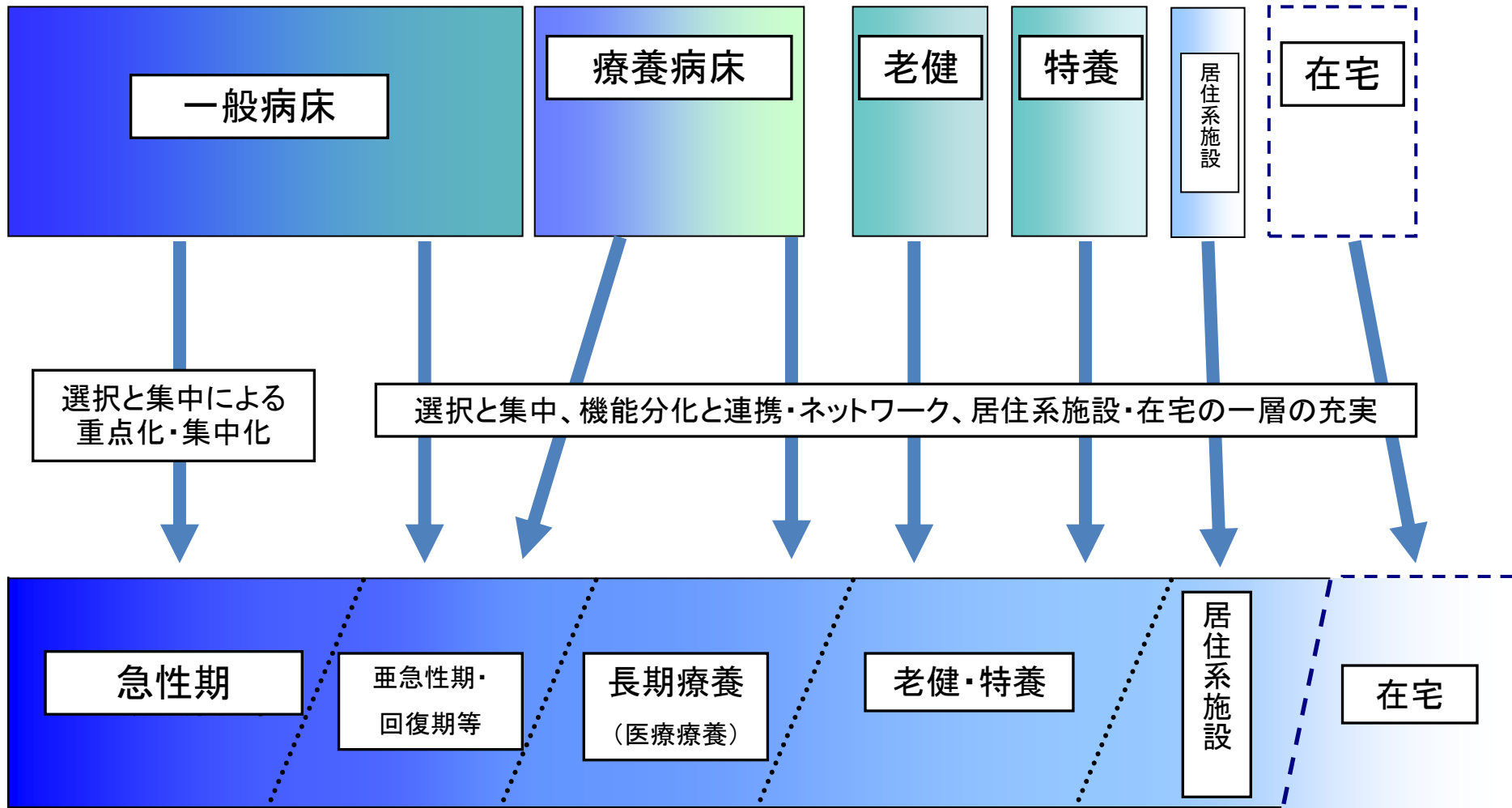


○ 自分が余命6ヶ月以内の末期状態の患者になった場合、60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。



# 医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状：病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足

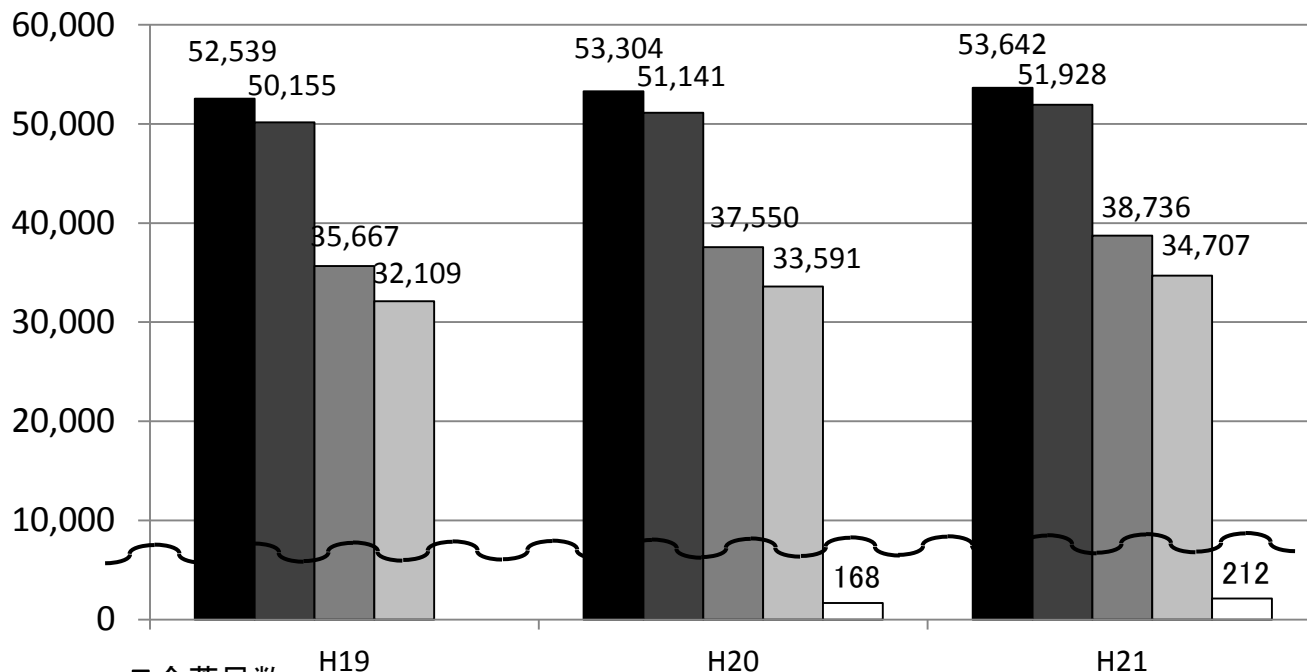


将来像：選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

# 在宅医療における薬局の役割と現状

「安心と希望の医療確保ビジョン」(H20年6月)

薬局については、**夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施**するため、地域における**医薬品などの供給体制**や、**医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実**に取り組む。



- 全薬局数
- 保険薬局数
- 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数
- 麻薬小売業免許取得薬局数
- 無菌製剤処理料届出薬局数

出典)・ 全薬局数 : 厚生労働省「衛生行政報告例結果」

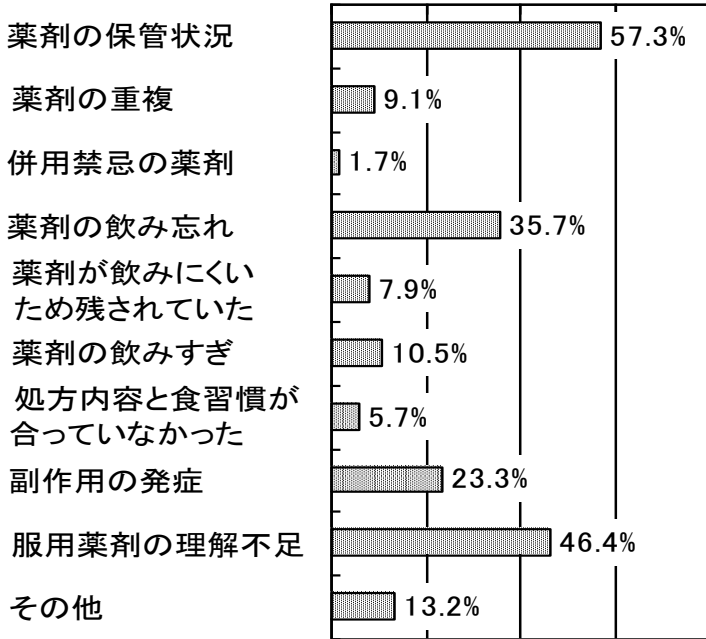
- ・ 保険薬局数並びに在宅患者訪問薬剤管理指導料及び無菌製剤処理料に係る届出薬局数 : 保険局医療課調べ
- ・ 麻薬小売免許取得薬局数 : 厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」



# 在宅医療への薬剤師の関与とその意義

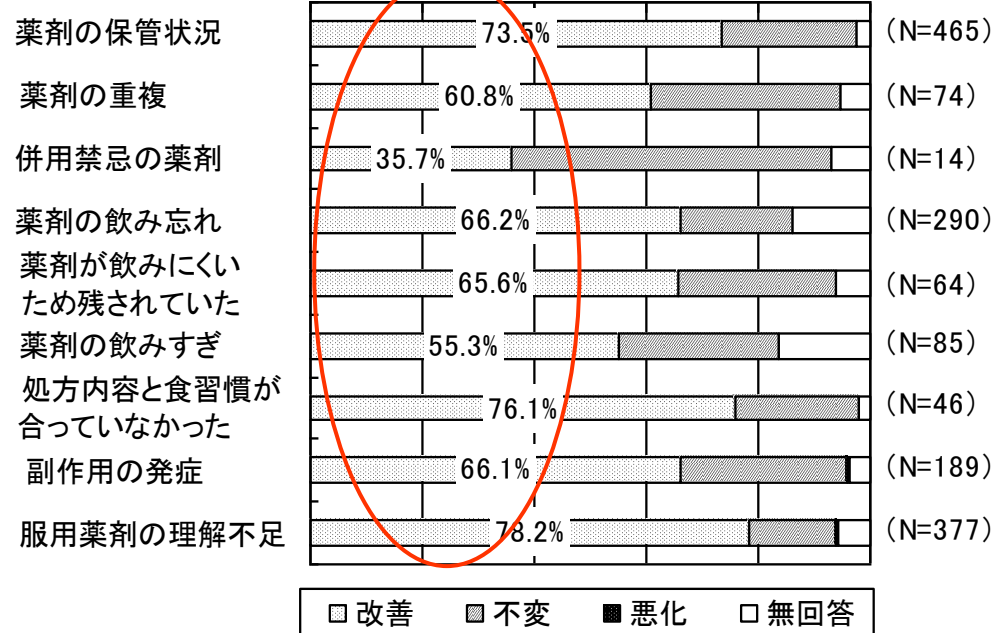
## 在宅患者訪問薬剤管理指導 又は居宅療養管理指導の開始時に 発見された薬剤管理上の問題点

(N=812) 0% 20% 40% 60% 80%



## 在宅患者訪問薬剤管理指導 又は居宅療養管理指導の取り組みの効果

0% 20% 40% 60% 80% 100%



## (参考)

潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計  
=約500億円



在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される  
飲み残し薬剤費の粗推計  
=約400億円

出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導  
ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

# 在宅患者訪問薬剤管理指導の実施状況

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料<sup>(注)</sup>を算定した薬局の全保険薬局に対する割合は低く、1割に満たない。  
(注)医療保険に係るものであって、介護保険に係る居宅療養管理指導費を除く。
- 在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している薬局であっても、算定回数が少ないところが多い。

在宅患者訪問薬剤管理指導料の 1薬局あたりの算定回数 (平成21年度)(※1)	算定している 薬局数(※1)	保険薬局に対する 割合(%) (※2)
1～10回未満	1,054	2.0
10～50回未満	1,767	3.4
50～100回未満	559	1.1
100～500回未満	551	1.1
500回～1000回未満	81	0.2
1000回以上	39	0.1
合 計	4,051	7.8

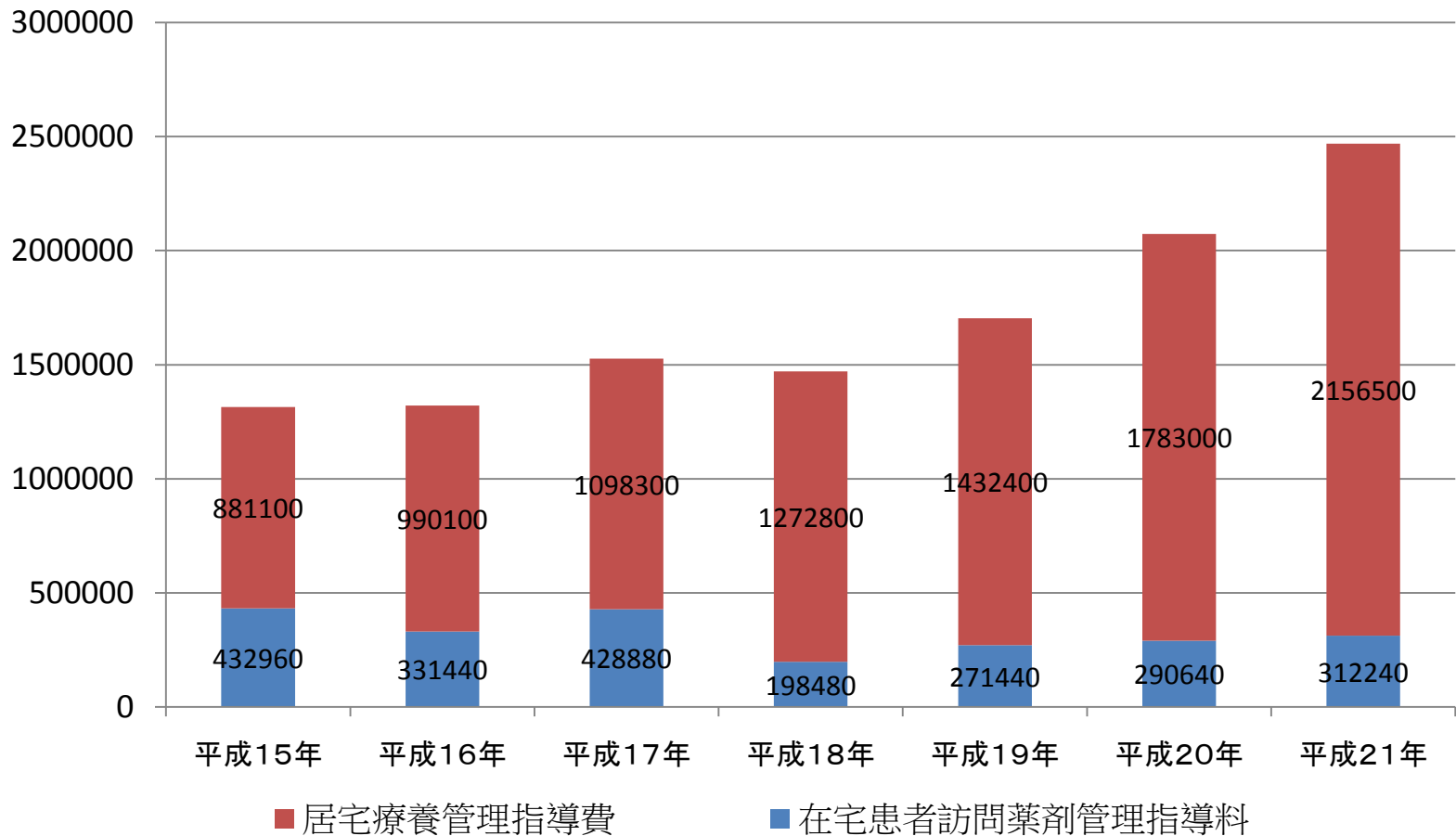
出典)算定回数 : 厚生労働省保険局調査課調べ  
保険薬局数 : 厚生労働省保険局医療課調べ

※1)レセプト電算処理システムにより処理された明細書を  
集計対象とした。なお、本表の算定回数には在宅患者  
緊急訪問薬剤管理指導料に係るものは含まれない。

※2)保険薬局数 : 51,928

# 医療・介護別の薬剤管理指導の実施状況

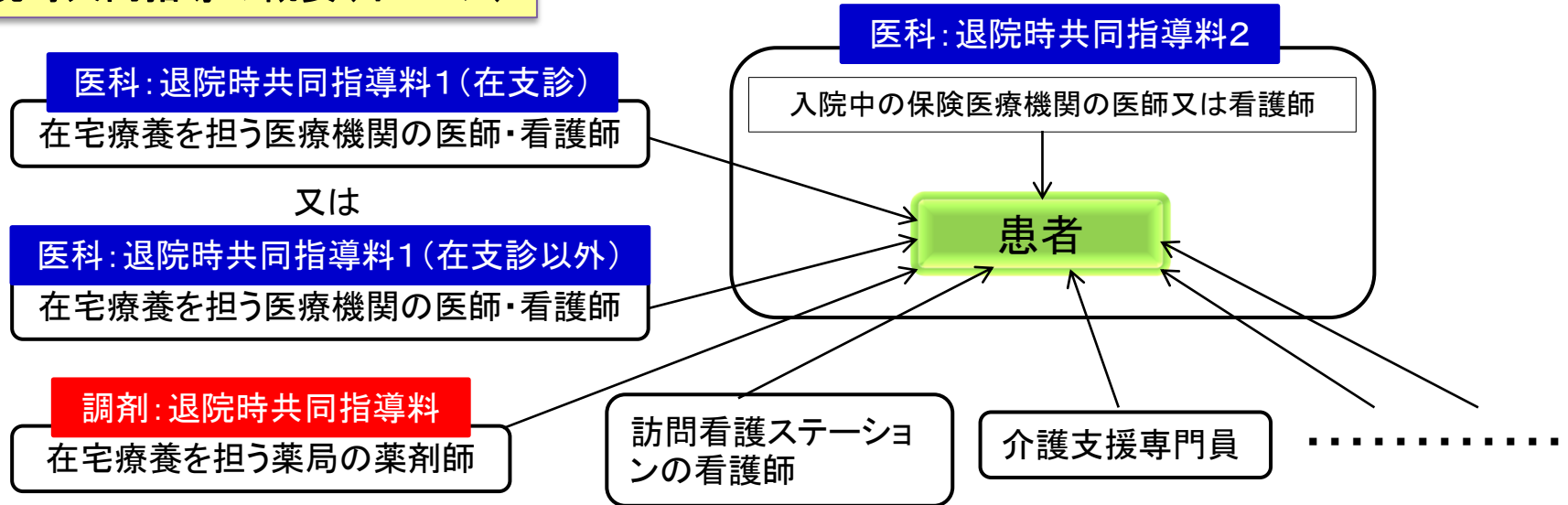
- 介護保険における居宅療養管理指導に係る算定回数は伸びている一方、**医療保険における在宅患者訪問薬剤管理指導の算定回数は伸びていない。**



# 退院時共同指導の実施状況

- 調剤報酬においても、退院時共同指導は評価されているものの、**ほとんど実施(算定)されていない。**

## 退院時共同指導の概要(イメージ)



## 保険薬局における退院時共同指導料の算定状況

出典) 平成21年社会医療診療行為別調査

項目名	点数	算定回数
退院時共同指導料	600	0

入院中の患者に対する共同指導の実施薬局数 : **5薬局** (調査数500件、うち回答のあった350薬局中)

出典) 平成19年度老人保健事業推進費等補助金

「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」 28

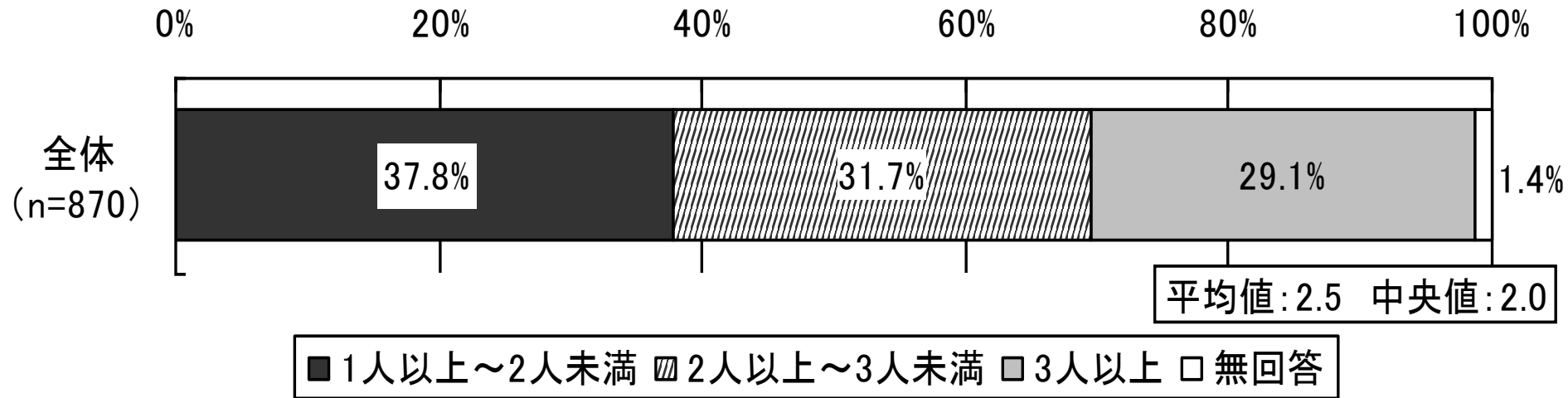
# 在宅医療における薬剤業務の課題

- ◆ 薬剤師による在宅訪問業務についての医療福祉関係者への周知・理解不足
  - 特に、在宅訪問業務を応需可能な薬局の情報不足（届出情報と実際の対応可否に乖離）
- ◆ 在宅訪問業務に対応できる薬局・薬剤師の不足（経験不足、薬局規模、経営上の効率）
- ◆ 一部の高齢者向け住宅・施設の入所者に対する薬剤管理
- ◆ 麻薬の供給、無菌調剤が必要な製剤の供給
- ◆ 医療・衛生材料の供給

等

# 勤務薬剤師の人数別の薬局数割合 (常勤換算後)

○ 約7割の保険薬局は、常勤換算での薬剤師数が3人未満であり、**規模が小さい**。



出典)平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成22年度調査)  
後発医薬品の使用状況調査 結果概要(速報)(案)

# 在宅患者訪問薬剤管理指導等の実施体制

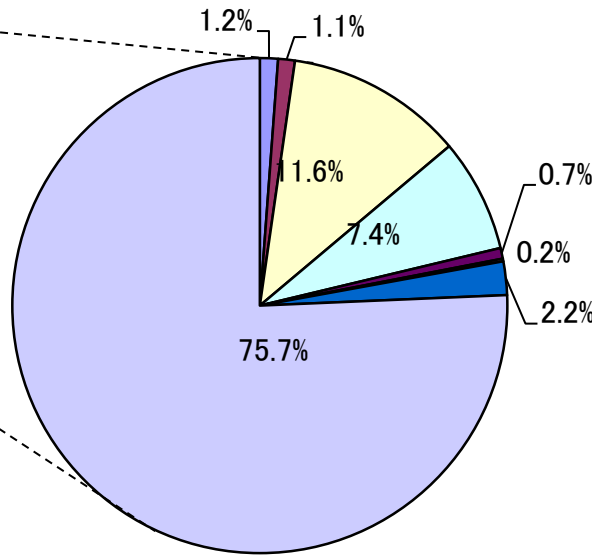
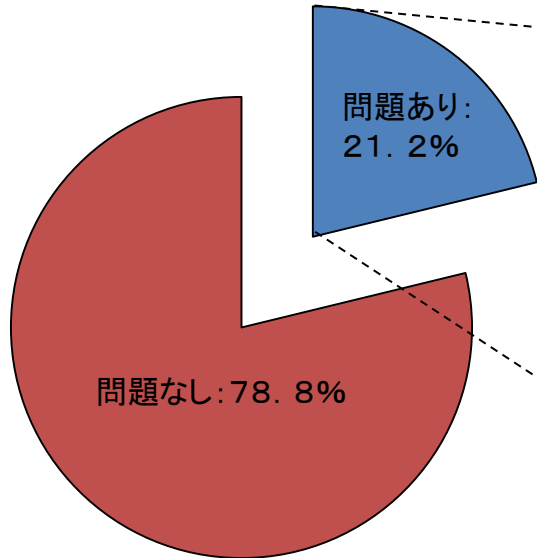
- 薬剤師が1人しか在籍していない保険薬局は、在宅患者訪問薬剤管理指導又は居宅療養管理指導を実施する際、**閉局せざるを得ない**。
- 薬剤師が2人以上在籍している保険薬局であっても、**他業務の空いた時間帯に在宅患者訪問薬剤管理指導等を随時実施している場合が多い**。

実施体制	件数	割合
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は <b>定期的に閉局</b> する	16	5.4%
薬剤師である職員が1人のみであるため、在宅患者訪問薬剤管理指導等を実施する際は <b>不定期に閉局</b> する	23	7.8%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しており、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	66	22.4%
複数の薬剤師がシフトを組んで担当しているが、患者の受持ち制はとっていない	31	10.5%
複数の薬剤師が <b>他業務の空いた時間帯に随時実施</b> し、各薬剤師が患者の受持ち制をとっている	55	18.7%
複数の薬剤師が <b>他業務の空いた時間帯に随時実施</b> しているが、患者の受持ち制はとっていない	43	14.6%
在宅患者訪問薬剤管理指導等を専任とする薬剤師を置いている	45	15.3%
無回答	15	5.1%
合 計	294	100.0%

# 高齢者向け住宅・施設の入所者における 薬剤関連の問題

施設側からみて、薬学上問題があるとされた入所者の割合

問題の内訳(N=2,286)



- 複数の医療機関から同じ薬が重複して処方されていた
- 相互作用のおそれのある薬の投与があった
- 習慣的に薬の飲み忘れをしていた
- 本人の嚥下能力に薬の形状が適していなかった
- 習慣的に薬を飲みすぎていた
- 処方内容と患者の食習慣が合っていなかった
- 薬による副作用の発症があった
- 服用している薬への理解が不足していた

## 【誤薬のリスク】※施設側の意見

- ・眠前薬、点眼薬は介護職の人に与薬してもらっている(誤薬のリスク)。
- ・実際に服薬を介助する介助員の知識が足りないと思われること。介護員の質の問題。
- ・現場(介護職)が内服に関する知識が乏しいため、内服介助の際の危機感(誤薬、飲み忘れ、副作用など)がうすい。介護職も利用者一人ひとりの内服に興味を持っていただく必要がある。
- ・長期入所の人朝の薬は赤、昼の薬は青、夕の薬は黒、就前は緑でわかりやすくしているが、短期入所の人薬局ごとに赤を夕にしていたり、黒を朝にしたりしていて、かえって間違いやすい。
- ・管理については服薬まで全て看護師が行えないため、配薬ミスがどうしても起こってしまっている。

出典)平成21年度老人保健事業推進費等補助金「地域薬局による在宅服薬支援(在宅医療・居宅療養)における薬物治療の向上及び効率化のための調査研究」



# 高齢者向け住宅・施設における薬剤管理指導①

○ 一部の高齢者向けの住宅・施設の入所者に対する訪問薬剤管理指導は、  
**診療・介護報酬上評価されない。**

施設の種類	①介護老人保健施設	②特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	③養護老人ホーム	④軽費老人ホーム (ケアハウス)
根拠法	介護保険法 第8条	老人福祉法 第20条の5 (介護保険法第8条)	老人福祉法 第20条の4	老人福祉法 第20条の6
配置基準	医師○ 薬剤師○	医師○ 薬剤師×	医師○ 薬剤師×	医師× 薬剤師×
在宅患者訪問薬剤管理指導料 (医療保険)	×	×※1 (○)※2	×※1	○※3、4 要介護者等＝ 介護保険適用
居宅療養管理指導費 (介護保険)	×	×	○	その他＝ 医療保険適用

【※1】特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて(H18.3.31 保医発第0331002号(H22.3.30 保医発第0330第2改正))

【※2】末期の悪性腫瘍の患者には、医療保険で在宅患者訪問薬剤管理指導料等の訪問薬剤管理指導が算定可能

【※3】軽費老人ホームA型(入所者が50名以上)の場合は医師の配置が必要となるため在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。

【※4】④⑤⑥⑦いずれの施設においても、居宅療養管理指導費とともに、医療保険における「在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料(及び麻薬管理指導加算)」、「在宅患者緊急時等共同指導料(及び麻薬管理指導加算)」は算定可能

# 薬剤管理指導の実施に至るパターン(イメージ)

診療・介護報酬上  
評価されている部分

A: 医師の指示型

医師・  
歯科医師  
からの指示

薬剤師訪問  
訪問の意義・目的説明

診療・介護報酬上 *評価されていない*部分

B: 薬局提案型

薬剤師が疑問視

C: 介護支援専門員提案型

介護支援専門員から  
薬局への相談

D: 多職種提案型

看護師、訪問介護員など  
多くの医療・介護職、  
そして家族からの相談

薬剤師が訪問して状況把握

⇒薬剤師介入の必要性があると判断⇒患者に訪問の意義・目的説明

医師・歯科医師に情報提供

⇒訪問の必要性報告⇒訪問指示を出してもらう

患者同意を得て薬剤管理指導開始

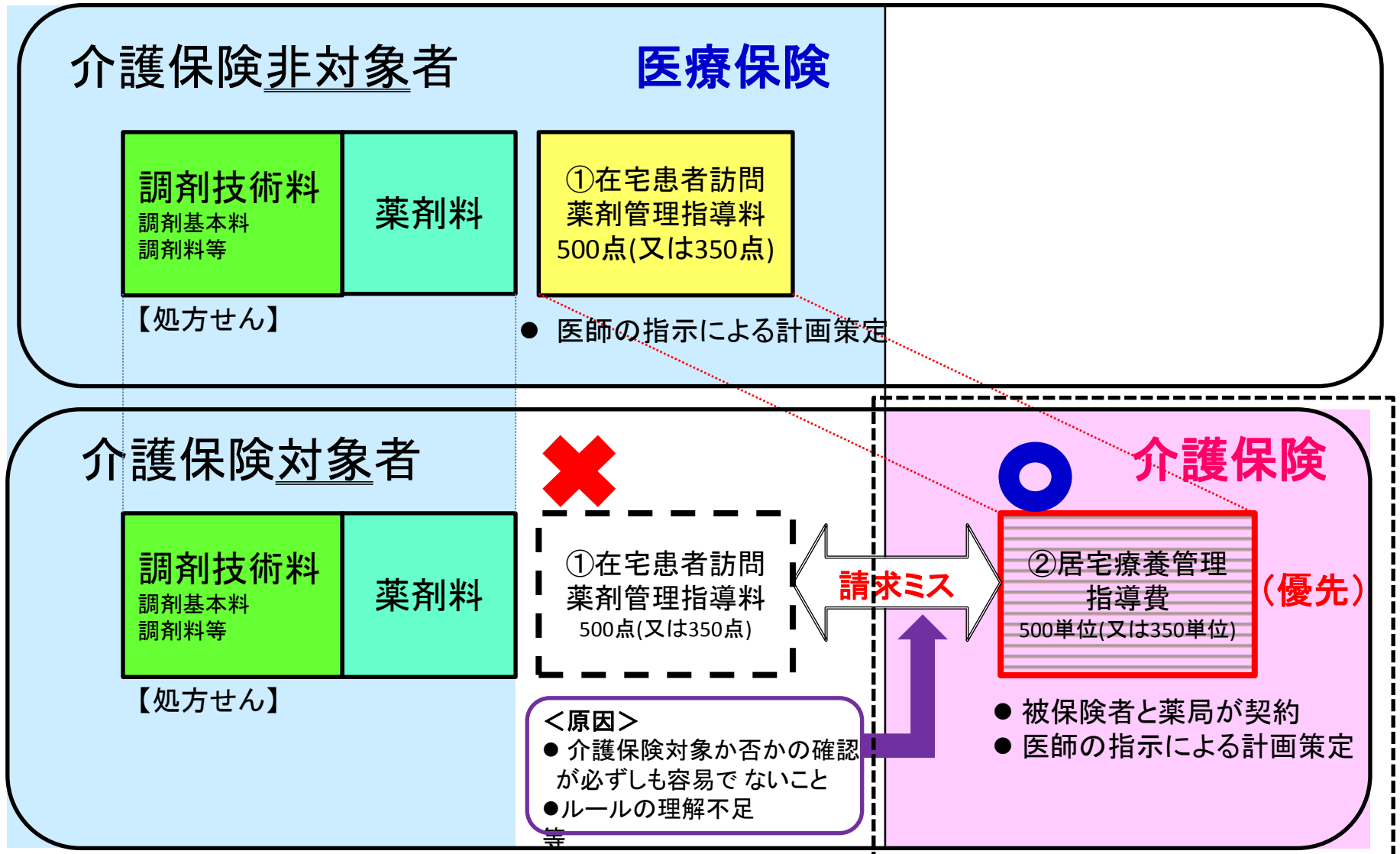
# 医療保険と介護保険の制度上の比較

## 居宅療養管理指導費(介護保険)及び在宅患者訪問薬剤管理指導料(医療保険)

	【介護保険】 居宅療養管理指導費	【医療保険】 在宅患者訪問薬剤管理指導料							
概要	両者は同様の内容であり、介護保険対象者は医療保険からは給付されない。								
	<ul style="list-style-type: none"> <li>●通院が困難な利用者に対して行う</li> <li>●医師又は歯科医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定(原則として、居宅を訪問する前)</li> <li>●薬学的管理指導(※)を行う</li> <li>●速やかに記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告</li> </ul> <p>※ 薬歴管理、服薬指導、服薬支援、薬剤利用状況、薬剤保管状況の確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して行う</li> <li>●<u>医師の指示</u>に基づき、薬学的管理指導計画を策定</li> <li>●薬学的管理指導(※)を行う</li> <li>●医師に対して必要な情報提供</li> </ul>							
薬局の薬剤師	月4回まで	月4回まで							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">在宅の利用者に対して行う場合</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>500単位</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">居住系施設入居者等に対して行う場合</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>350単位</b></td> </tr> </table>	在宅の利用者に対して行う場合	<b>500単位</b>	居住系施設入居者等に対して行う場合	<b>350単位</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">同一建物居住者以外の場合</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>500点</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">同一建物居住者の場合</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>350点</b></td> </tr> </table>	同一建物居住者以外の場合	<b>500点</b>	同一建物居住者の場合
在宅の利用者に対して行う場合	<b>500単位</b>								
居住系施設入居者等に対して行う場合	<b>350単位</b>								
同一建物居住者以外の場合	<b>500点</b>								
同一建物居住者の場合	<b>350点</b>								
事業者(保険薬局)の指定	みなし指定(介護保険法第71条)	申請が必要(健康保険法第65条)							
算定する際の届出	事前に必要(審査支払機関へ)	事前に必要(地方厚生(支)局長へ)							
患者の同意・承諾	必要	必要							
患者負担	1割	1～3割							
基本要件等	①算定する日の間隔は6日以上あけること(②のケースを除く。) ②がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者:1週に2回かつ1月に8回を限度								

# 薬局による在宅訪問薬剤管理指導について

下図の①と②については、給付内容がほぼ同様であるため、介護保険対象者においては、「居宅療養管理指導」(介護保険)が優先され、医療保険の給付は行わない(健康保険法第55条)。



# 在宅医療における薬剤業務に係る論点

- 薬局規模の現状等を踏まえ、薬剤師の人数が少ない薬局における在宅薬剤師業務を進める上で、医療保険において、どのような対応が考えられるか。
- 一部の高齢者向け住宅・施設の入所者に対する薬剤管理指導のあり方についてどう考えるか。
- 介護支援専門員からの相談・情報提供などにより、医師からの指示を受ける前に薬剤師が訪問し状況把握を行い、薬剤管理指導のきっかけとなる場合もあるが、指示前の訪問の診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- 在宅における薬剤管理指導に関し、医療・介護の給付調整上の問題が指摘されている。

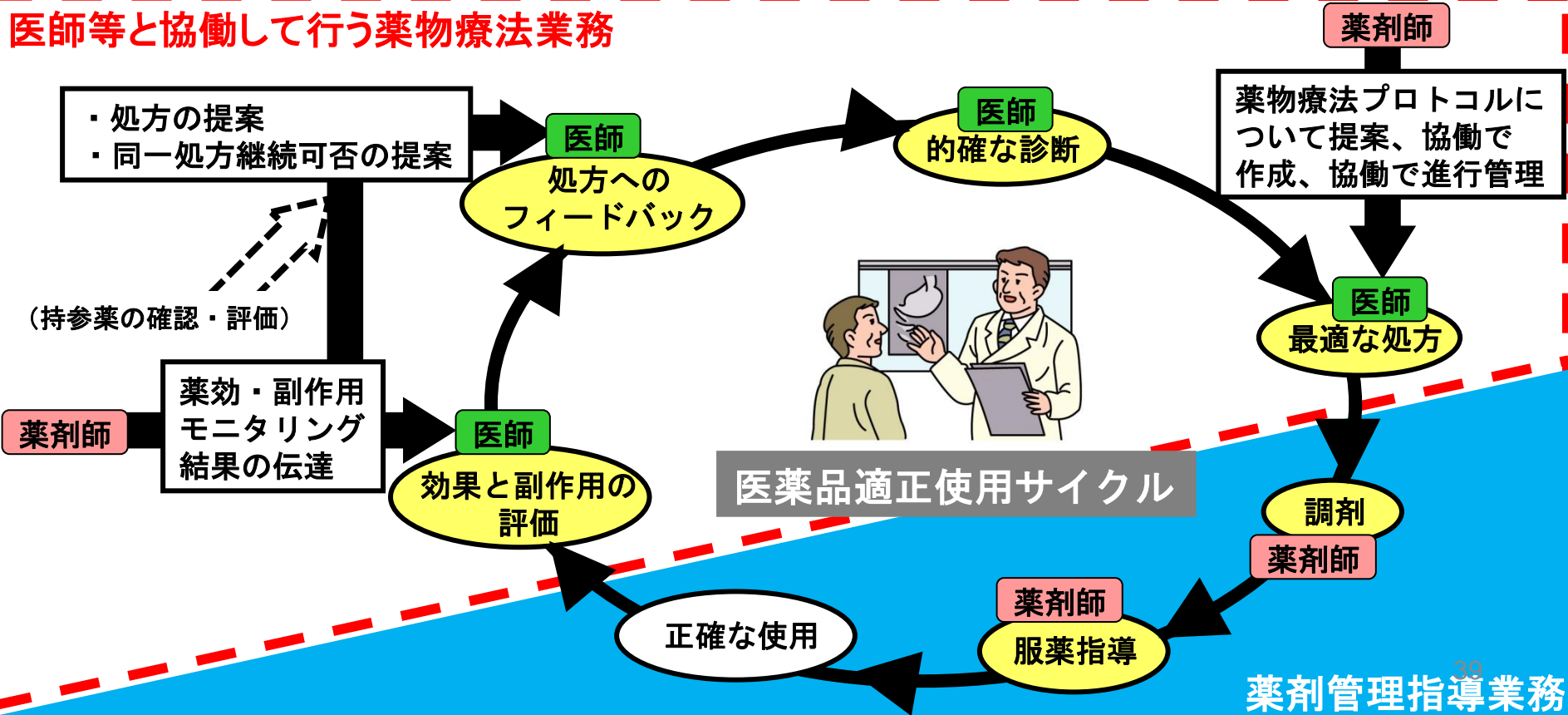
病院内での取り組み  
医師と他職種との役割分担  
(チーム医療について)

# 薬物療法における医師と薬剤師の協働（イメージ）

安心と希望の医療確保ビジョン（抜粋）（平成20年6月厚生労働省）

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

## 医師等と協働して行う薬物療法業務



# 病棟において薬剤師が実施・関与する 薬剤関連業務及びその効果

## 病棟における薬剤関連業務

### ○ 医師等と協働して行う薬物療法業務

(平成22年4月30日付厚生労働省医政局長通知(医政発0430第1号))

→ 診療報酬上、多くの業務が特段の評価をされず  
(=斜体部分)

- ・ 薬物療法プロトコルについて提案、協働で作成、協働で進行管理
- ・ 患者の状態観察に基づく薬効確認・副作用モニタリング結果の医師への伝達
- ・ 患者の状態に応じた積極的な処方提案
- ・ 薬物療法の経過確認及び同一処方継続可否の提案
- ・ 持参薬の確認・評価とそれを考慮した服薬計画の提案
- ・ 抗がん薬等の無菌調製

### ○ 薬剤管理指導業務

→ 診療報酬上、薬剤管理指導料として評価

- ・ 患者に対する服薬指導・服薬支援、薬歴管理
- ・ 患者状態の把握、服薬指導等を通じた薬学的管理
- ・ 医薬品の有効性・安全性情報の収集、管理及び提供

### ※ 薬剤の取扱い及びその補助業務

- ・ 病棟配置薬の整理・確認
- ・ 麻薬・向精神薬の管理
- ・ 薬剤の投与準備 (特に注意を要する抗がん剤など)
- ・ 点滴ライン等のルート管理

等

## 薬剤師の病棟業務による効果

○ 患者情報を医療スタッフと共有し、患者の状態に応じた最適な処方設計が可能

+

○ 薬物療法に関する情報を医療スタッフと共有するとともに、薬物療法に関する患者の理解度の向上

等

等

医師等の負担軽減

医療安全及び  
薬物療法の質の向上



# 薬剤師の病棟業務による効果の具体的事例

## 血栓塞栓症患者のワルファリン療法における投与プロトコル<sup>(※)</sup>作成

(※)INRに基づき、投与量を調整する方法

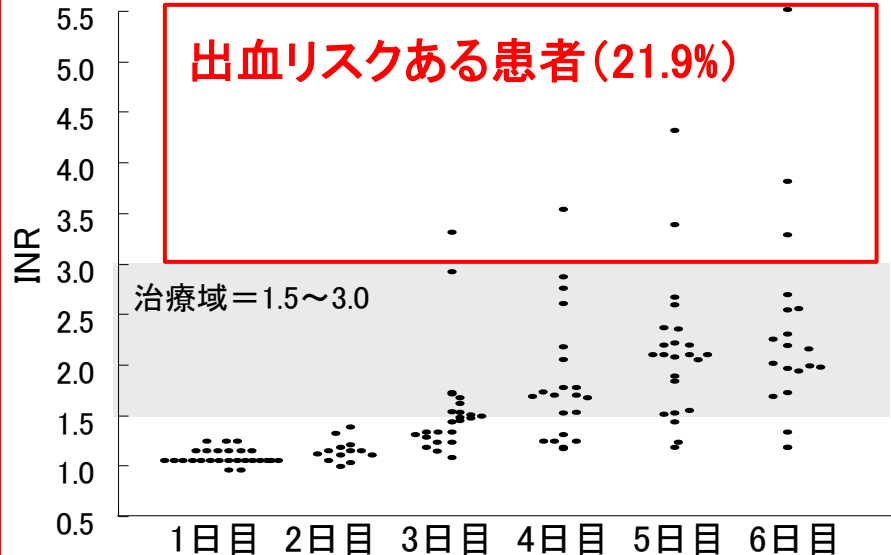
### <現状と注意点>

- ・ ワルファリンは、脳梗塞予防等の目的で多くの患者に使用される。
- ・ 投与量が少ないと致死的血栓が生じる一方、投与量が多過ぎると出血のリスクがある。
- ・ 薬の投与量に大きな個人差がある。

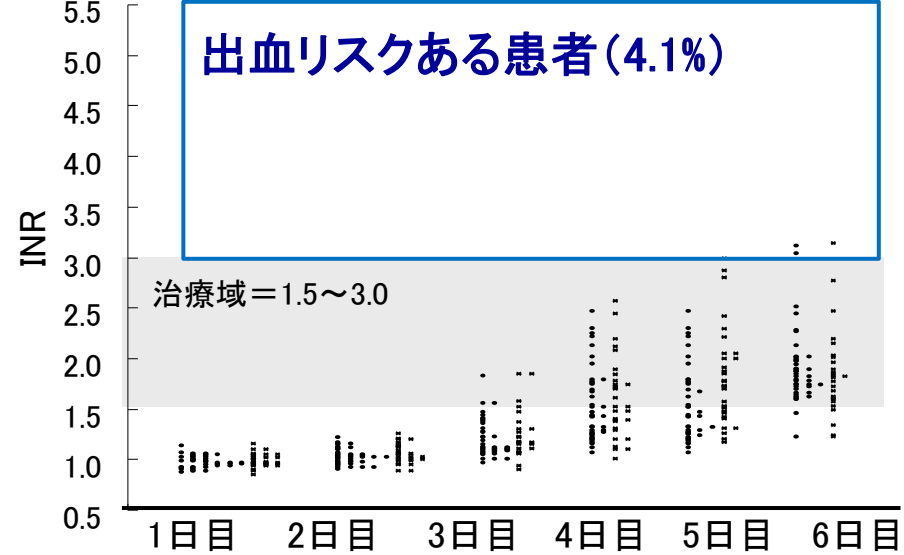
医師・薬剤師の協働による投与プロトコルの作成と効率化

医師の負担軽減  
+  
薬物療法の質の向上

p値<0.01



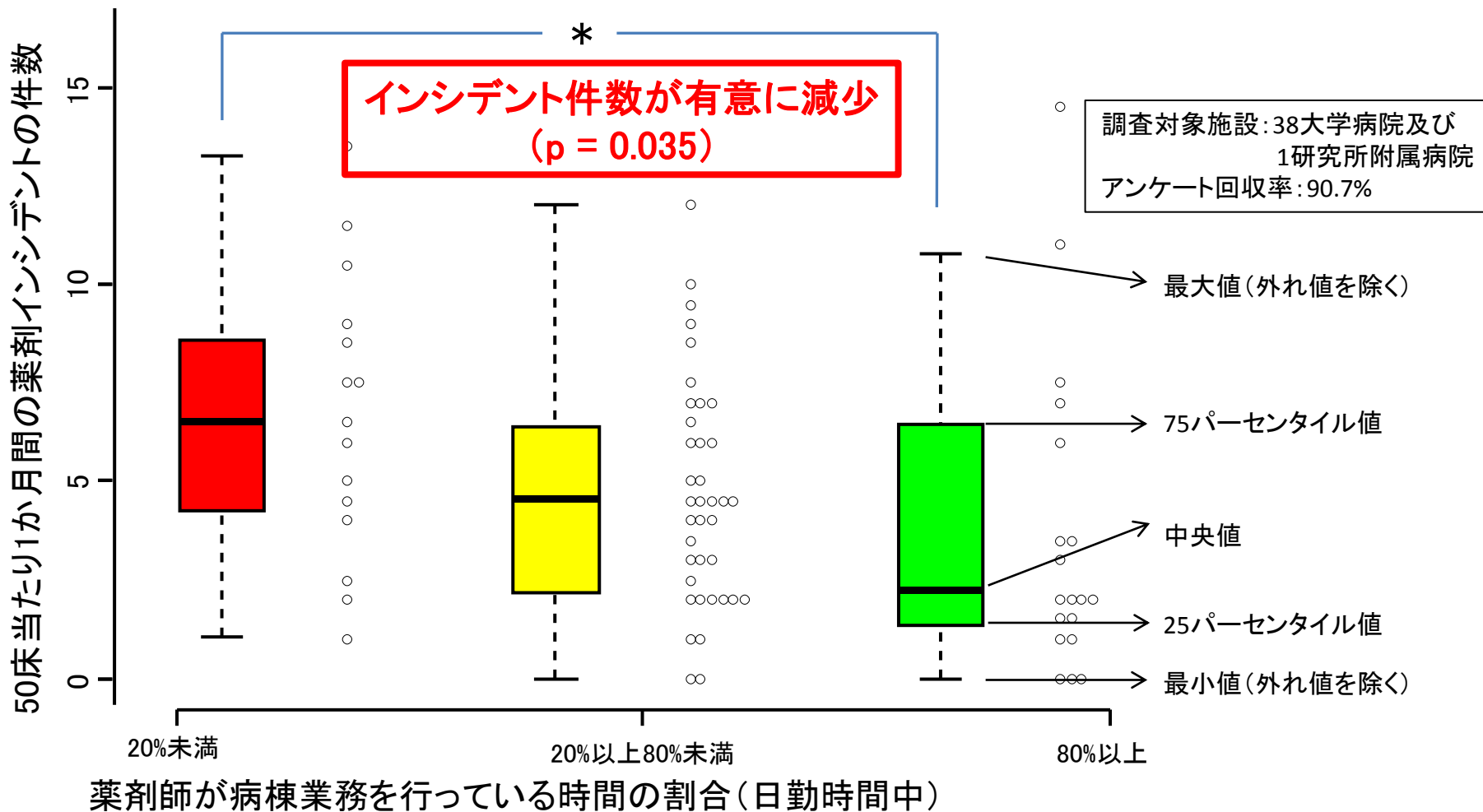
プロトコルによらずに投与した群: 32人



ワルファリン療法投与プロトコルに基づき投与した群: 73人

# 薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

○ 薬剤師の病棟業務時間が80%以上の内科病棟においては、20%以下の内科病棟と比較して**薬剤関係のインシデント件数が有意に減少**した。



# 薬剤師の病棟配置について 調査すべき主な項目(案)

## 診療報酬改定 答申書附帯意見(抜粋)

(平成22年2月12日)

- 7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。



- 薬剤師による積極的な処方<sub>の提案等</sub>により、医師等の負担がどの程度軽減されるのか、また、それが患者の恩恵にどのようにつながるのか調査すべきではないか。
- どのような病棟においてどのような業務を薬剤師が担うことにより医療安全及び薬物療法の質が向上するのか調査すべきではないか。

# 病院医療従事者の負担の軽減に関する 「平成22年度診療報酬改定の結果検証」について

## ○ 診療報酬改定 答申書附帯意見(平成22年2月12日)を踏まえた検証

前回  
議論

### 【勤務医負担軽減策】

- 病院勤務医の長時間連続勤務に対する対応策やその導入状況、具体的な形態等について調査を行う

### 【チーム医療】

- 平成22年度診療報酬改定で行った病院勤務医の負担を軽減する体制(勤務体制・チーム医療・地域連携)の評価に関する影響について調査を行う

### 【看護職勤務実態】

- 平成22年度診療報酬改定で行った急性期病院における看護補助者の配置の評価について、看護職員および勤務医の負担軽減等への影響について調査を行う
- 看護職員の勤務体制について、医療現場の実態を踏まえ、患者及び看護職員にとって安全な環境となるような運用等の実態について調査を行う

今回  
議論

### 【薬剤師の病棟勤務】

- 薬剤師による積極的な処方提案等により、医師等の負担がどの程度軽減されるのか、また、それが患者の恩恵にどのようにつながるのか調査を行う
- 病棟においてどのような業務を薬剤師が担うことにより医療安全及び薬物療法の質が向上するのか調査を行う

### 【他の医療機関等との取組み】

- 地域全体の連携で効率的な外来医療を行い、医師の負担軽減に資するよう地域の拠点病院が一般外来の機能を縮小する取組みについて、その導入状況や具体的な形態等について調査を行う

# 医薬分業を巡り

# 医薬分業を巡る声

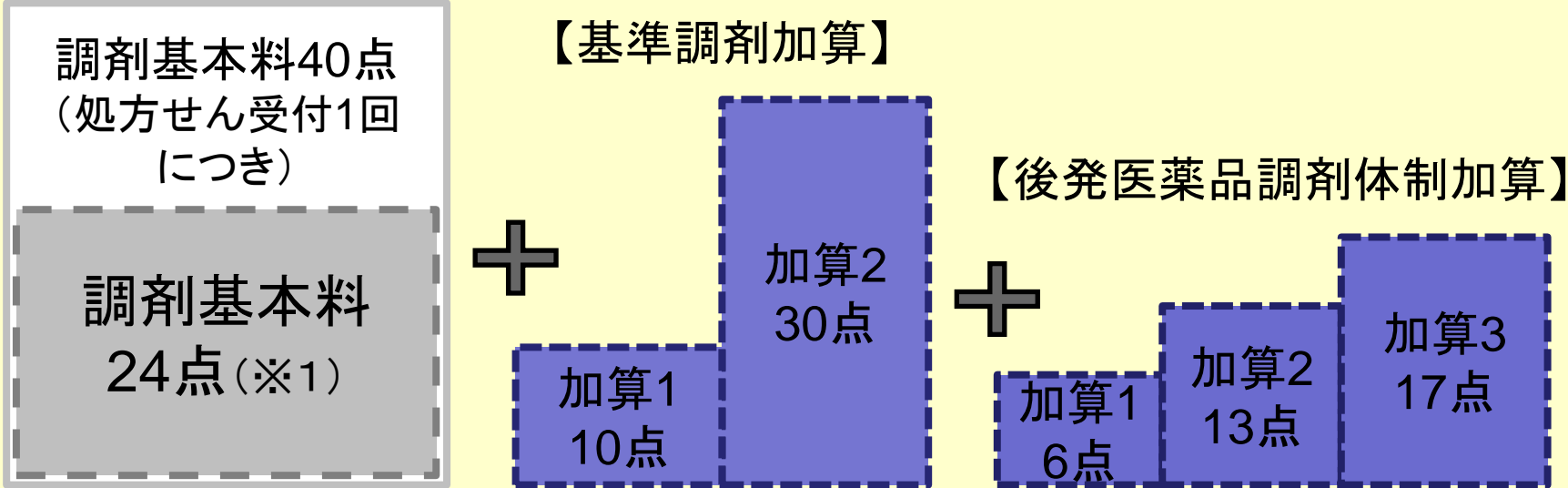
## (メリット)

- ①医師にとって手持ちの薬に縛られず自由に処方できること
- ②医師と独立した立場の薬剤師により処方をチェックすることにより、薬価差益による多剤投与を抑制し、薬剤の適正使用を促せること
- ③複数の医師による処方箋を1軒の薬局で調剤することにより重複投与や相互作用のチェックによる副作用の防止が期待できること
- ④処方箋を介して患者が薬の名前を知ることができ、情報公開の流れに沿うこと

## (デメリットの指摘)

- ⑤過去の日医総研の指摘にもあるように医薬分業を進めることにより、患者に「二度手間」等の負担が発生しているのではないか
- ⑥特に、規制改革会議WGの指摘にもあるように診療報酬上の評価により医薬分業によって、かえって患者負担が増え、ひいては医療費が増大しているのではないか
- ⑦そもそも会計検査院の指摘にもあるように、薬剤師が診療報酬上の評価として期待されている専門的能力を発揮していないのではないか

# 調剤基本料(加算)について



※1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局(特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。)

- (基準調剤加算1)10点 保険調剤に係る医薬品として500品目以上の医薬品を備蓄。
- (基準調剤加算2)30点 同様に700品目以上の医薬品を備蓄。処方せんの受付回数が1月に600回を超える保険薬局の調剤に係る処方せんのうち、特定の保健医療機関に係るものの割合が70%以下。
- (後発医薬品調剤体制加算1)6点 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が20%以上。
- (後発医薬品調剤体制加算2)13点 同様に規格単位数の25%以上。
- (後発医薬品調剤体制加算3)17点 同様に規格単位数の30%以上。

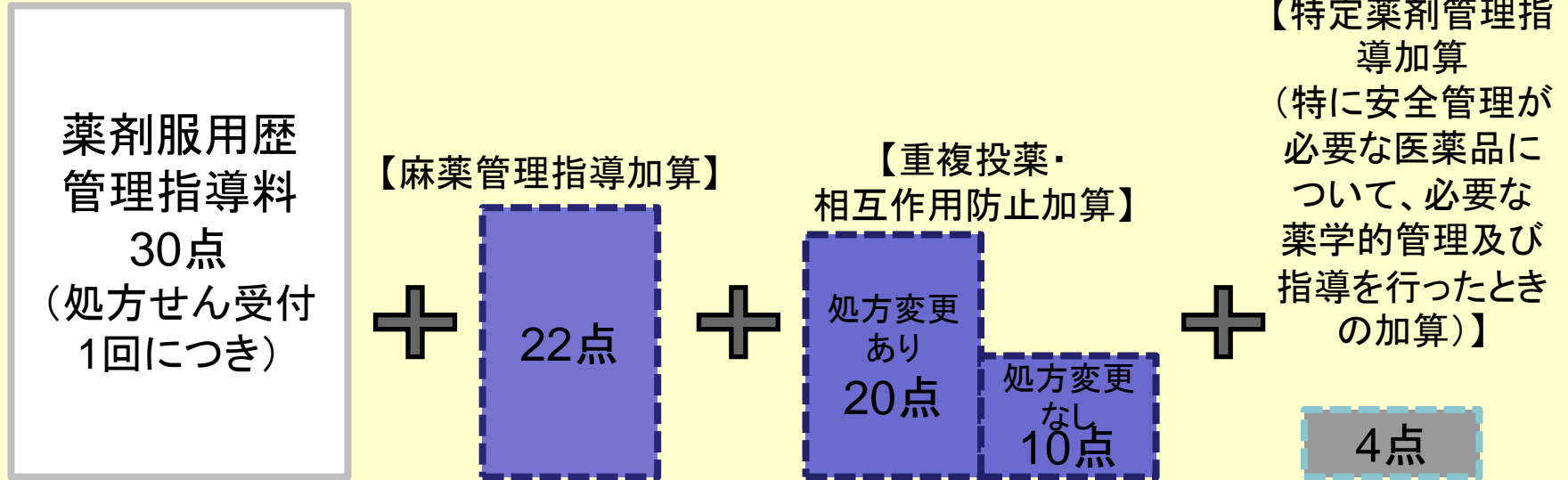
# 特定共同指導などでみられる問題事例(1)

## 処方内容に対する薬学的確認

- 薬事法による承認内容と異なる用法及び用量で処方されているもの
- 薬事法による承認内容と異なる適応症への使用が疑われるもの
- 薬学的に問題がある重複投与、又は併用が認められるもの
- 薬剤の処方内容より禁忌例への使用が疑われるもの
- 投与期間の上限が設けられている医薬品について、その上限を超えて投与されている疑いがあるもの
- 漫然と長期に処方されているもの



# 薬剤服用歴管理指導料について



**薬剤服用歴管理指導料** (処方せんの受付1回につき) 30点

患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する

イ 患者ごとに作成された**薬剤服用歴**に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する**主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。**

ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から**服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。**



(薬学管理料の一種)

# 特定共同指導などでみられる問題事例(2)

薬剤服用歴管理指導料、及び後期高齢者薬剤服用歴管理指導料

○薬剤服用歴管理記録を、処方せん受付から調剤、監査、服薬指導、投薬の各時点において活用できるよう内容の充実を図ること。

○薬剤服用歴の記録の不備が認められる。

- ・患者の服薬中の体調の変化
- ・併用薬等の情報
- ・副作用が疑われる症状の有無
- 等

○服薬状況、体調変化等を確認し、新たに収集した患者情報を踏まえた上で行う服薬指導の要点の記載がない又は不十分な例が認められる。

○どのような副作用等に着目して聴取を行ったかなど、薬学的な観点から聴取・確認した内容を記載するとともに、患者への指導に活用できる記録とすること。

○複数の異なる薬効を有する薬剤において、情報提供する効能効果に関する内容が患者の病状に応じたものとなっていない。

# 特定共同指導などでみられる問題事例(3)

## 薬剤情報提供料

- 手帳に次の事項を記録していない事例が認められるので、記載がなされるよう努めること。
  - ・患者のアレルギー歴、副作用歴
  - ・患者の主な既往歴 等
- 手帳に、服用に際して注意すべき事項が経時的に記載されていない。
- 手帳に、重大な副作用又は有害事象等を予防するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項の記載がない。
- 手帳に投薬された薬剤により発生すると考える症状(相互作用を含む)の記載がない。

## 薬剤管理指導料(保険医療機関薬剤部)

### —薬剤管理指導記録—

- 薬学的管理や指導内容についての記録が不十分である。特に薬剤管理指導「2」を算定する場合は、該当する薬剤に関する薬学的管理指導の要点を指導記録に記載するよう努めること。

# 次期診療報酬改定に向けて (今後の方向性)

- 23年度 特別調査等

7月 特別調査について、中医協総会にて  
調査内容了承予定

8月～ 調査実施

10～11月頃 調査結果(速報)報告



- 特別調査結果等を踏まえ、診療(調剤)報酬  
改定の議論

# 次期診療報酬改定に向けて (今後の方向性)

- **チーム医療、医療安全、在宅医療**へ薬剤師が積極的参加することによるメリットがデータ的に示されれば、報酬上評価され得るのではないか。
- **医薬分業の真の意義**が問われており、調剤報酬を中心に風当たりは強いのではないか。

# 次期診療報酬改定に向けて

## ②後発品の使用促進関連

# 後発医薬品の普及に関する基本的考え方

- 後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資することから積極的に推進。これは単に医療費を抑制することに目的があるのではなく、限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることに本旨がある。
- 後発医薬品の普及のためには、患者・国民や医療関係者の信頼を獲得できるよう、安定供給や適切な情報提供等に努めていくことが重要。

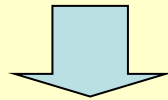
# ジェネリック医薬品の積極的な普及へ

## 量的数値目標

➤2012年度(平成24年度) 数量ベースで30%

医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム 平成19年5月

骨太の方針 2007 平成19年6月



後発医薬品の安心使用促進  
アクションプログラム  
(平成19年10月)

民主党もマニフェストで後発医薬品の使用促進に言及しており、  
政権交代後も引き続き目標達成に向けて努力

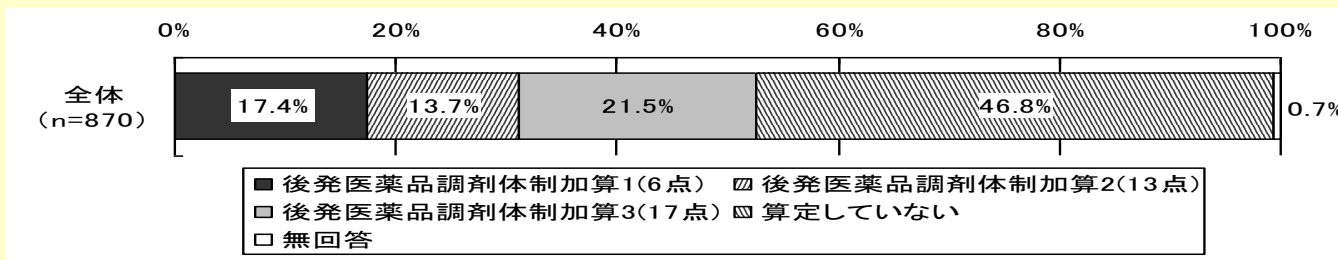


# 後発医薬品の使用状況調査

## ＜平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査＞

### 4. 主な結果

#### ●後発医薬品調剤体制加算の算定状況



#### ●後発医薬品調剤率

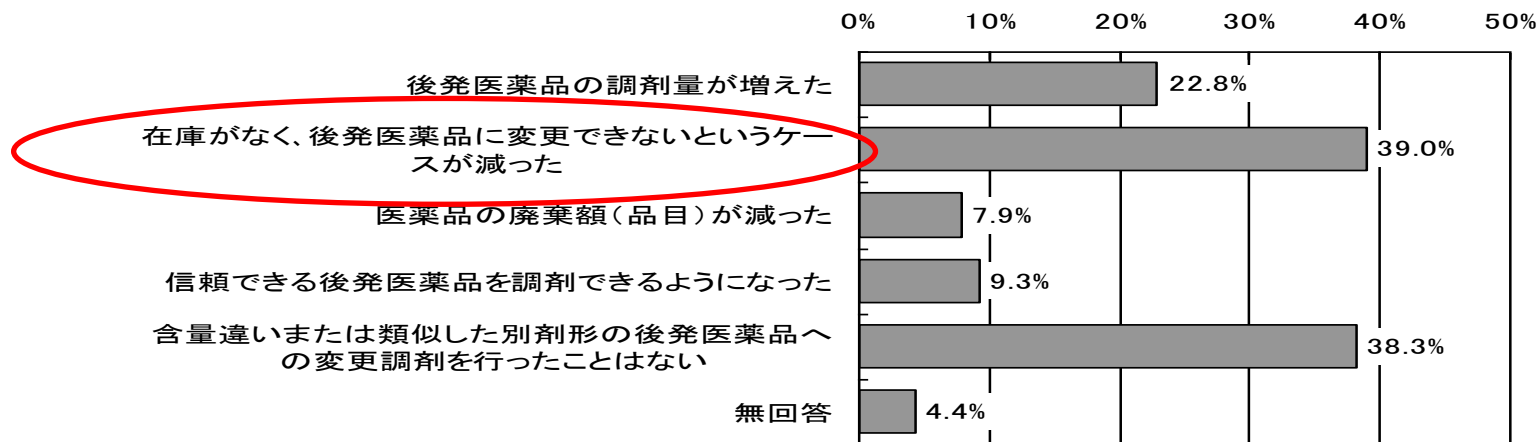
	平成21年			平成22年					
	処方せんベース			処方せんベース			数量ベース		
	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値	平均値	標準偏差	中央値
1月	42.1	16.8	40.7	43.3	15.7	41.6	19.6	10.0	17.8
2月	41.2	16.4	39.3	43.8	15.9	41.9	20.2	10.0	18.6
3月	40.7	16.3	38.8	44.3	16.3	42.6	21.0	10.4	19.6
4月	40.8	15.9	38.7	45.8	16.7	44.3	22.3	10.9	20.6
5月	41.0	16.0	39.2	46.2	16.8	44.7	22.7	10.9	21.2
6月	40.7	15.9	38.2	46.0	16.7	44.4	23.0	10.9	21.8
7月	41.0	15.7	38.9	46.2	16.5	44.4	22.8	10.9	21.3
8月	41.1	15.6	39.2	45.9	16.4	44.4	22.8	10.8	21.5

# 後発医薬品の使用状況調査

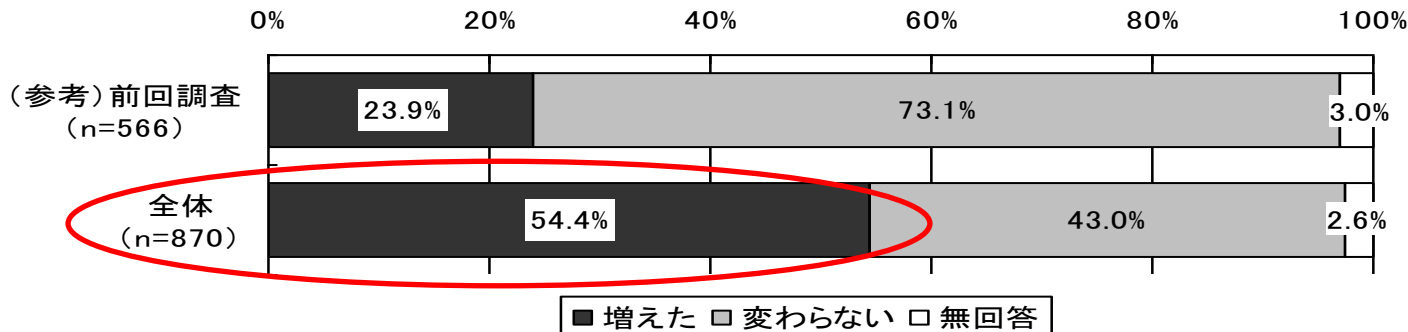
＜平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査＞

## 4. 主な結果

### ●含量違い、類似剤形への変更調剤を行えるようになったことの影響

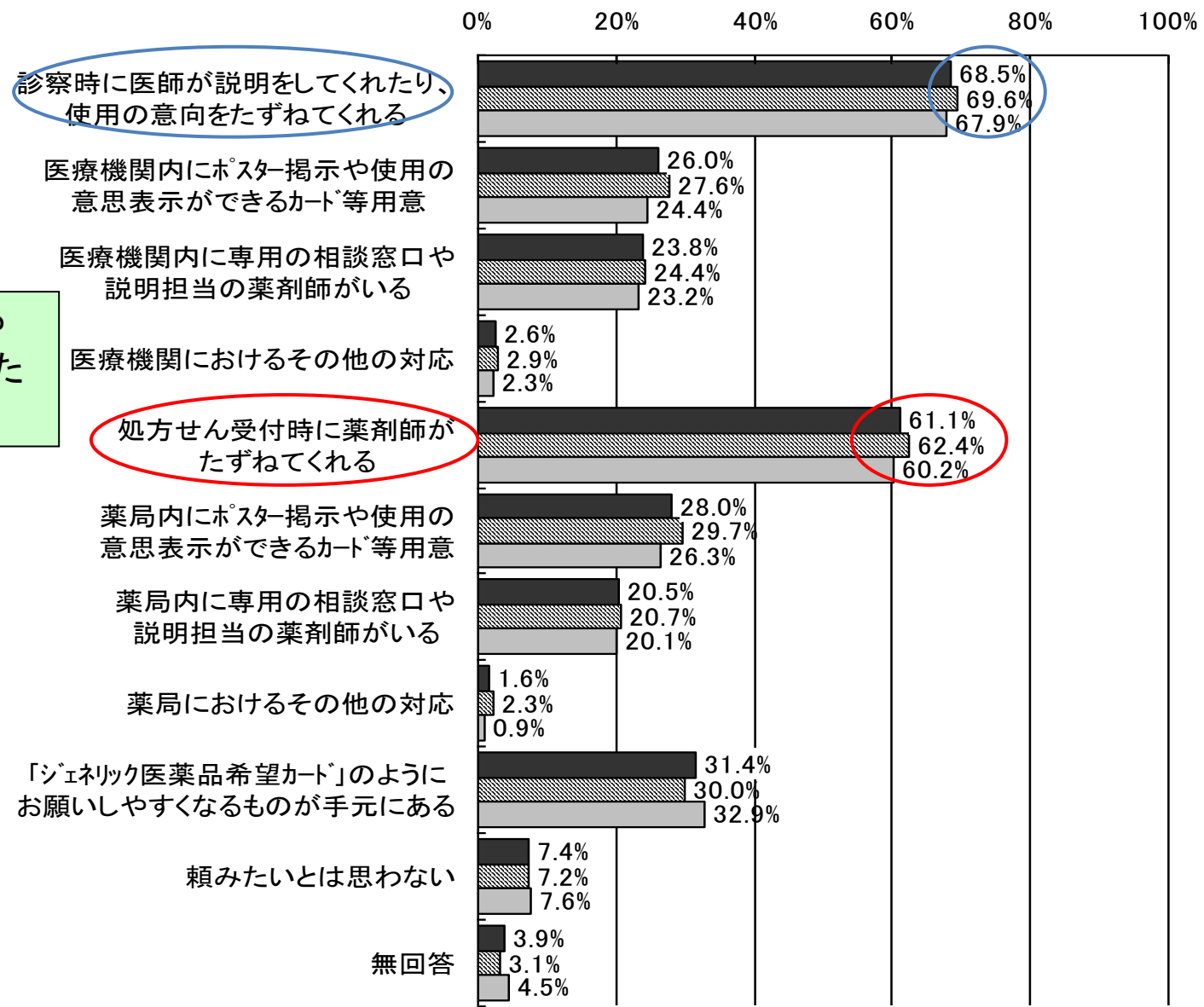


### ●「ジェネリック医薬品希望カード」配布後における後発医薬品を希望する患者数の変化



平成22年度 後発医薬品の使用状況調査結果速報<患者調査>  
(平成22年12月8日中医協診療報酬改定結果検証部会)

○ 後発医薬品を処方や調剤を頼みやすくするための方策（複数回答）



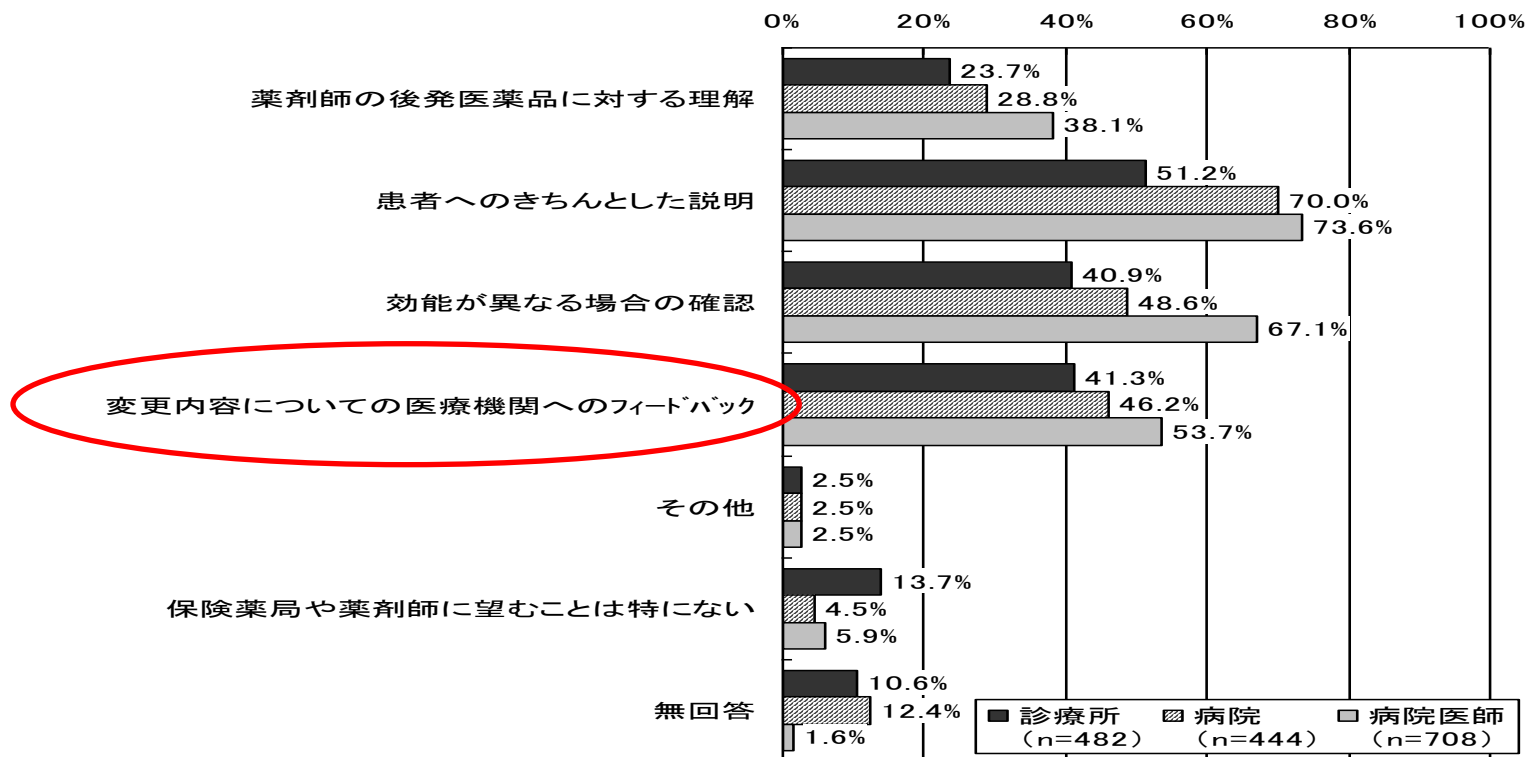
■ 全体(n=1788)    ▨ 男性(n=858)    □ 女性(n=919)

# 後発医薬品の使用状況調査

## ＜平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査＞

### 4. 主な結果

#### ●後発医薬品の使用を進める上で**保険薬局や薬剤師**に望むこと

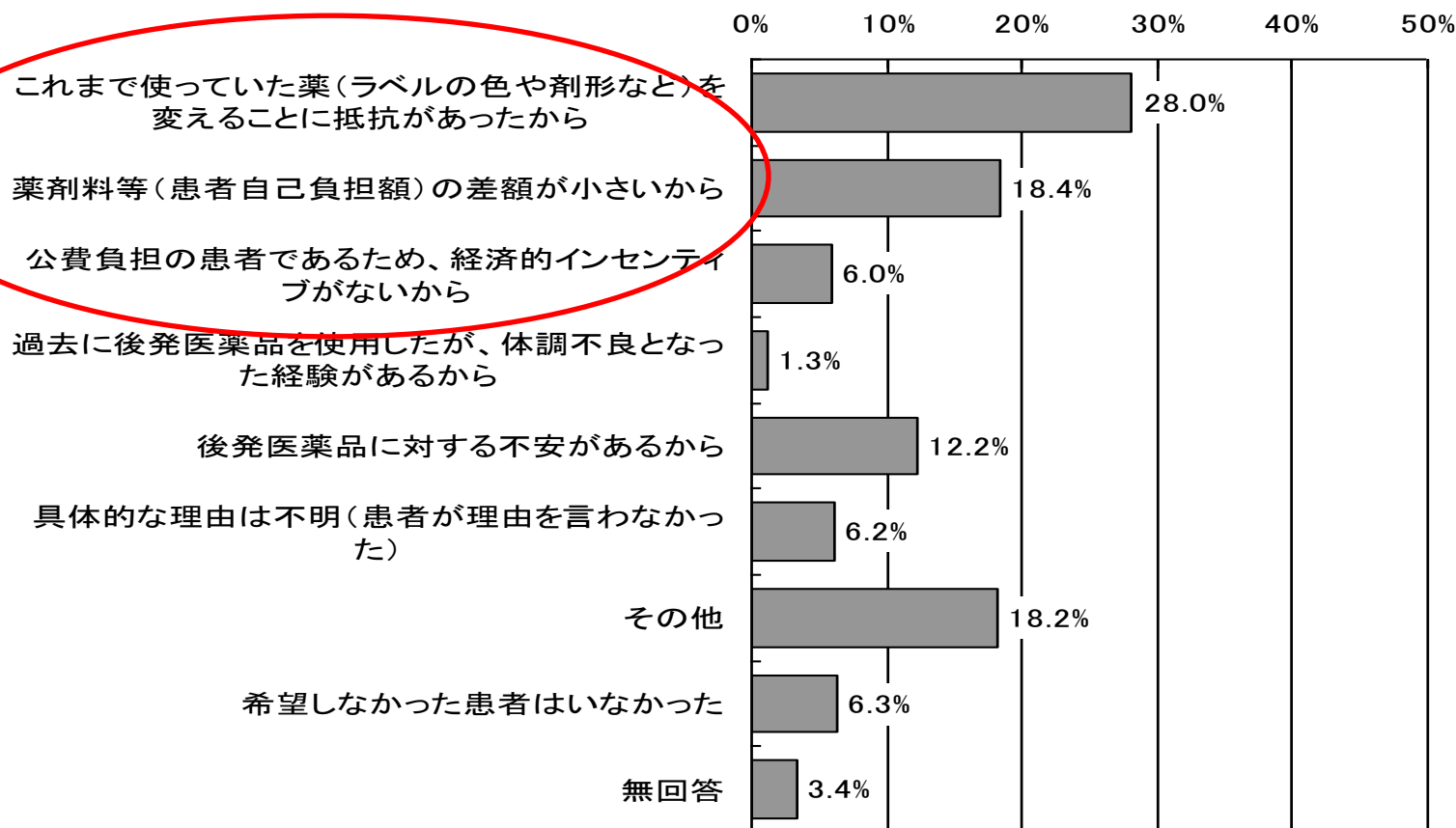


# 後発医薬品の使用状況調査

＜平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査＞

## 4. 主な結果

●後発医薬品についての説明を行ったにもかかわらず、患者が後発医薬品の使用を希望しなかった理由で最も多いもの

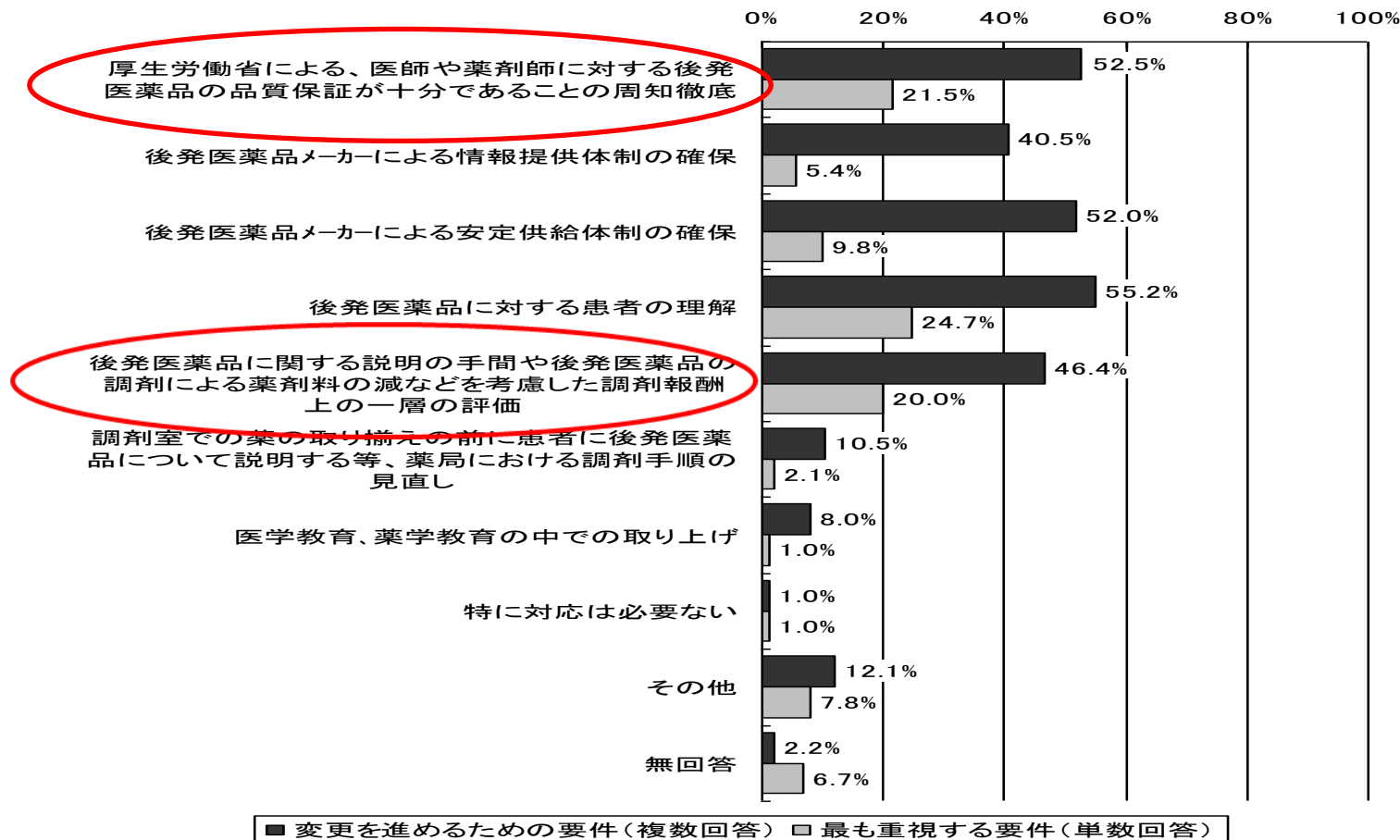


# 後発医薬品の使用状況調査

## ＜平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査＞

### 4. 主な結果

●処方せんの「後発医薬品への変更不可」欄に処方医の署名等がなかったが、変更しなかった場合について、今後、薬局の立場として後発医薬品への変更を進めるための要件



# 次期診療報酬改定に向けて (今後の方向性)

- 23年度 後発品使用状況特別調査
  - 6月 中医協総会にて調査内容了承
  - 7～8月 調査実施
  - 10月 調査結果(速報)報告



- 特別調査結果を踏まえ、診療報酬改定の議論の中で、後発品使用促進策について検討

# 税と社会保障の一体改革関連

(医療と介護に関する厚生労働省提案 5月19日)



# 医療・介護制度改革の全体像

○ 医療・介護制度改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

## 医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化

### 医療提供体制

- 医師確保・医師の偏在是正
- 病院・病床の機能分化・機能強化
- **在宅医療の強化**
- **チーム医療の推進**
- 精神保健医療の改革

### 地域包括ケアシステム

ケアマネジメント  
の機能強化

医療と介護の連携

認知症対策の強化

### 介護サービス提供体制

- 24時間安心の在宅サービス
- 介護・重度化予防への重点化
- 介護人材の確保と資質の向上

## あるべき医療・介護サービスを支えるための保障の重点化・機能強化

### 医療保険制度

- 被用者保険の適用拡大  
(ゆらぎの是正・包摂型システムへの変革)
- 公平で納得のいく高齢者医療費の  
支え合いの仕組みの構築  
(全世代を通じた公平な仕組み)
- 高額療養費の見直し  
(長期・高度医療への対応と重点化)
- 医療保険の財政基盤の強化等  
(皆保険制度の堅持、セーフティネット機能の強化)

### 介護保険制度

- 保険料負担の公平化  
(応能負担と低所得者への配慮)
- 保険給付の重点化  
(軽度者に対する機能訓練の重点実施・重度化予防)
- 市町村の役割の重視  
(ニーズ調査に基づく事業計画の策定)
- 被保険者の範囲の拡大の検討

## 医療・介護制度の運営の効率化

国民負担増に配慮し、持続可能な制度とするために、**更なる効率化を推進**

- 生活習慣病の予防
- 介護予防・重度化予防
- 効果や安全性を踏まえた効率化に  
資するICTの利活用
- **後発医薬品の更なる使用促進**
- 適正受診の啓発・勧奨、計画的なサービス提供  
体制等への保険者機能の発揮
- 療養費の見直し

平成24年  
診療・介護  
報酬の  
同時改定  
及び以後  
の各改定

医療・介護  
サービス  
提供体制  
の基盤整  
備のため  
の一括的  
な法整備

医療保険  
介護保険  
各法の  
改正など

※ 恒久的な財  
源の裏づけの下、  
順次実施。

# 良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

○ 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革など、**医療提供体制の機能強化**を図る。

- ・ 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師の不足・偏在
- ・ 救急、産科・小児科等の確保困難



医師確保・偏在是正と、医療機関間や他職種との役割分担・連携が重要に

- ・ 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者は少ない
- ・ 一般病床の機能分担が不明確
- ・ 医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医師を始めとするスタッフの業務増大



機能分化とそれに応じた資源投入や、多職種の協働が重要に

疾病構造が変化する中、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、在宅医療機能などが不足



機能分化に加え、医療機能のネットワーク化や、医療・介護の連携強化が重要に

切った集中投入など目下の課題に取り組みつつ、必要な分野への医療資源の思い

## ①医師の確保・偏在対策

- 医師確保、医師の偏在是正に向けての都道府県等の役割強化
- 総合的な診療を行う医師と専門的な診療を行う医師との役割分担などを踏まえた偏在対策

## ②病院・病床の機能分化・強化と連携強化

- 急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
- 拠点病院機能、救急医療機能等の強化
- 地域の実状に応じて幅広い医療ニーズに対応する機能の強化
- 医療機関の連携強化、ネットワーク化（連携パス普及、情報共有等）

## ③在宅医療提供体制の強化

- 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション等の計画的整備
- 地域に密着した医療機関病床の在宅支援病床としての活用検討
- 連携拠点機能の整備や連携パスの普及
- 在宅医療を担うマンパワーの確保強化

## ④多職種の連携、協働によるチーム医療の推進

- 医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担見直し
- 医療クラーク等の積極的活用による医師等の業務分担の推進
- 医療ニーズの増大・高度化、看護の質の向上に対応した看護職員確保策強化

## ⑤精神保健医療の改革

- 精神病床に関する機能に応じた人員配置や連携機能の強化
- 包括的に支援する多職種チームによるアウトリーチ支援（訪問支援）体制整備
- 障害福祉サービス、介護サービスとの連携強化

医療事故に関する無過失補償制度とその医療事故の原因（過失の有無等）を究明し、再発防止策を提言する仕組み、死亡時画像診断の活用等の検討

## 医療・介護制度の運営の効率化等の取組み

○ 医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保する観点から、予防事業や、ICTの利活用、後発医薬品の更なる使用促進などのその他の取組みにより、**制度運営の更なる効率化等**を図る。

### 【予防事業】

国民の生活の質の向上等を図る観点から、生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防に積極的に取り組む。

#### ○生活習慣病の予防

特定健診・保健指導の導入から今年度で4年目を迎えた実績を踏まえ、エビデンスに基づく新たな健診等の在り方を早急に関係者と検討し、保険者による、より効果的な保健事業の実施によって生活習慣病の予防に取り組む。

#### ○介護・重度化予防

リハビリや機能訓練等の介護予防・重度化予防の取組みにより、要介護者の数を減少させる等の取組みを推進する。

### 【その他の取組み】

#### ○ICT利活用の推進

レセプト電子化による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用などを着実に進める。

#### ○後発医薬品の更なる使用促進等

現在、平成24年度までに後発医薬品のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。また、先発医薬品を含む医薬品の価格設定等のあり方を費用対効果の観点から検討するなど、引き続き保険給付の適正化に取り組む。

#### ○保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮

現在、一部の保険者で実践されているレセプトを用いた被保険者への適正受診の啓発・勧奨の取組みについて、保険者全体における実施を推進する等、制度運営の効率化に向けた保険者機能の発揮を強化。

#### ○療養費等の見直し

会計検査院から指摘を受けた柔道整復療養費等、従来から見直しの議論がなされていた療養費等の支給について、その効率化を図る。

#### ○国保組合の国庫補助の見直し

所得の高い国民健康保険組合に対する定率国庫補助の見直しを行う。

ご清聴ありがとうございました。