

薬機法改正と薬剤師の役割



国際医療福祉大学大学院教授
医療福祉経営専攻、医学研究科公衆衛生学分野専攻
武藤正樹

国際医療福祉大学三田病院 2012年



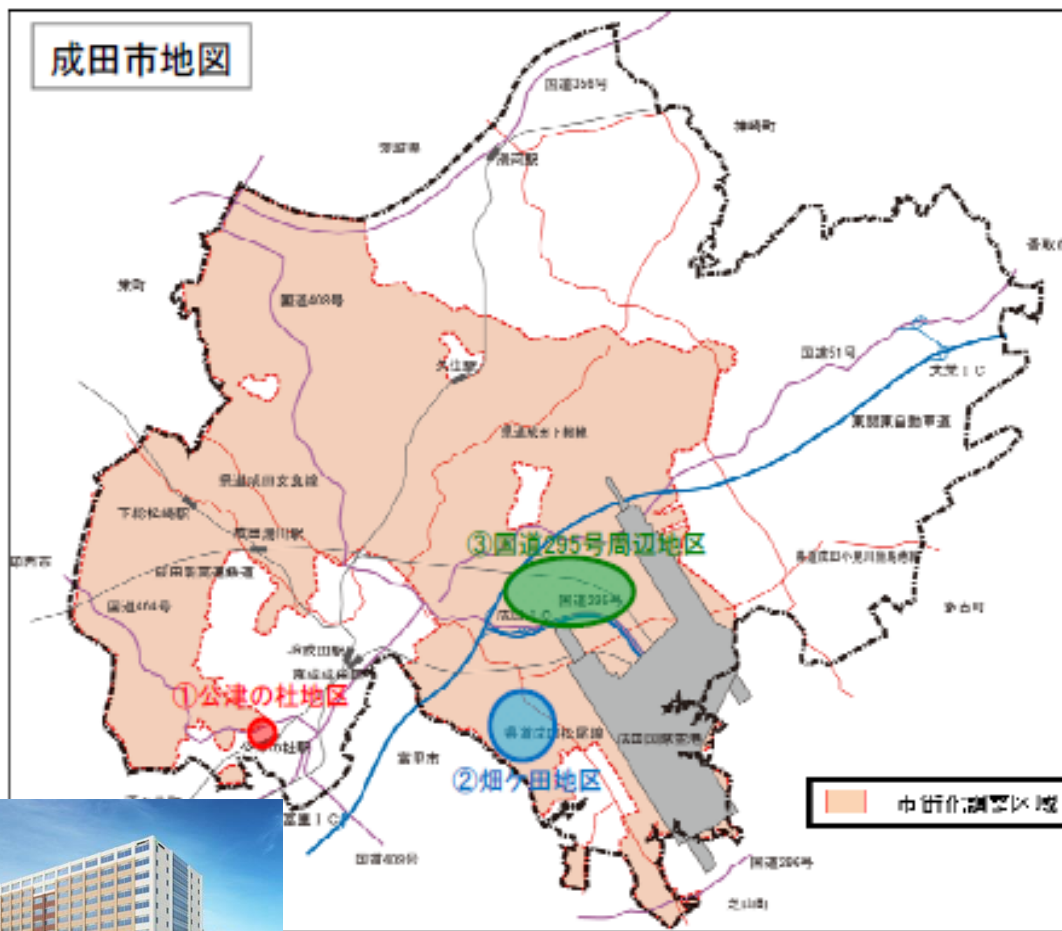
JCI認証取得



国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
- (当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー





国際医療福祉大学医学部
2017年4月開校



2020年 国際医療福祉大学 成田病院を新設予定



2018年4月、国際医療福祉大学
心理・医療福祉マネジメント学科
大学院（h-MBA, MPH）

目次

- パート 1
 - 国民会議と医療介護総合確保法
- パート 2
 - 2020年診療報酬改定へ向けて
- パート 3
 - どうなる7対1？
- パート 4
 - 患者のための薬局ビジョン
- パート 5
 - 薬機法改正と保険薬局



パート1 国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

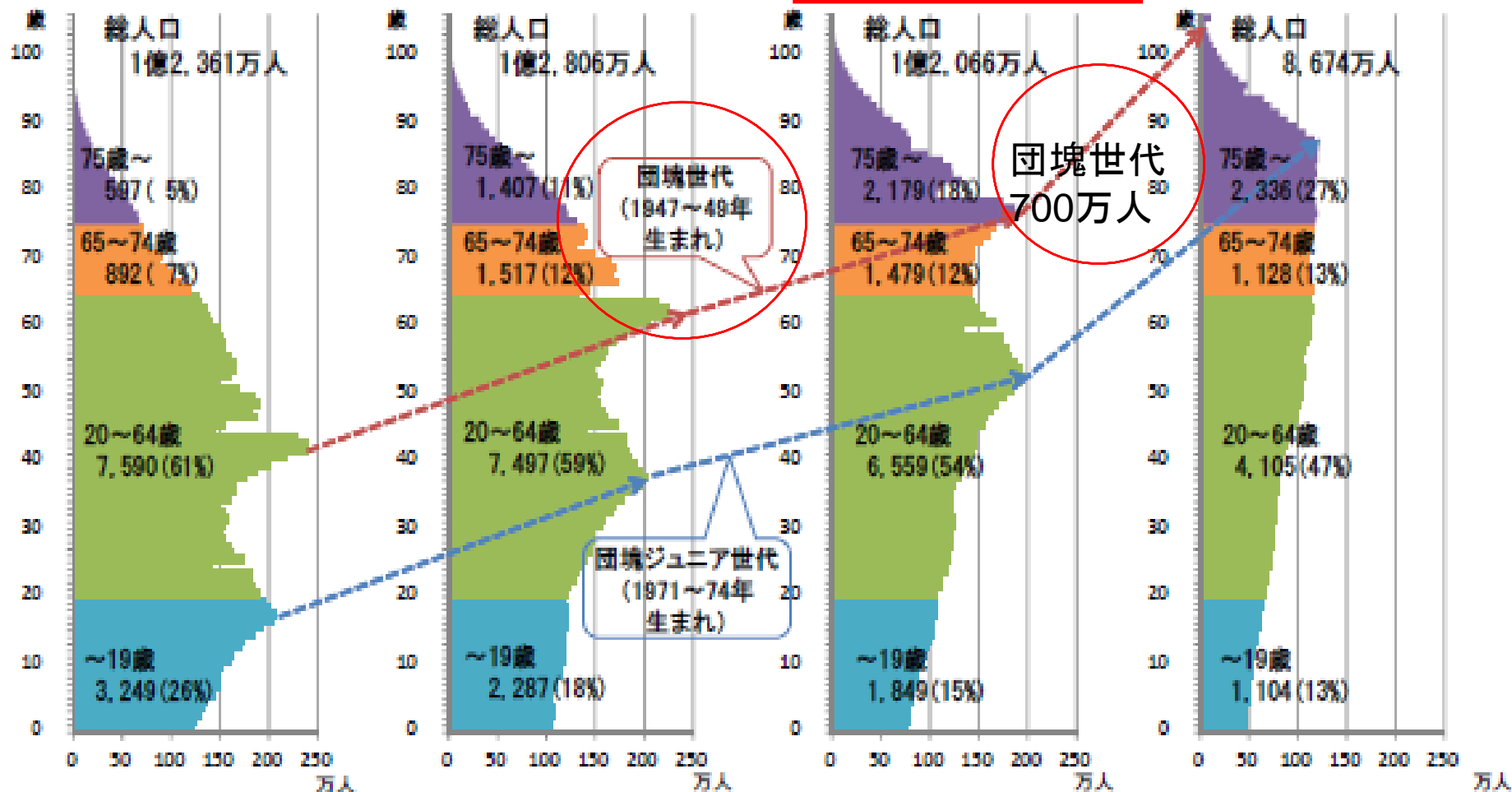
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

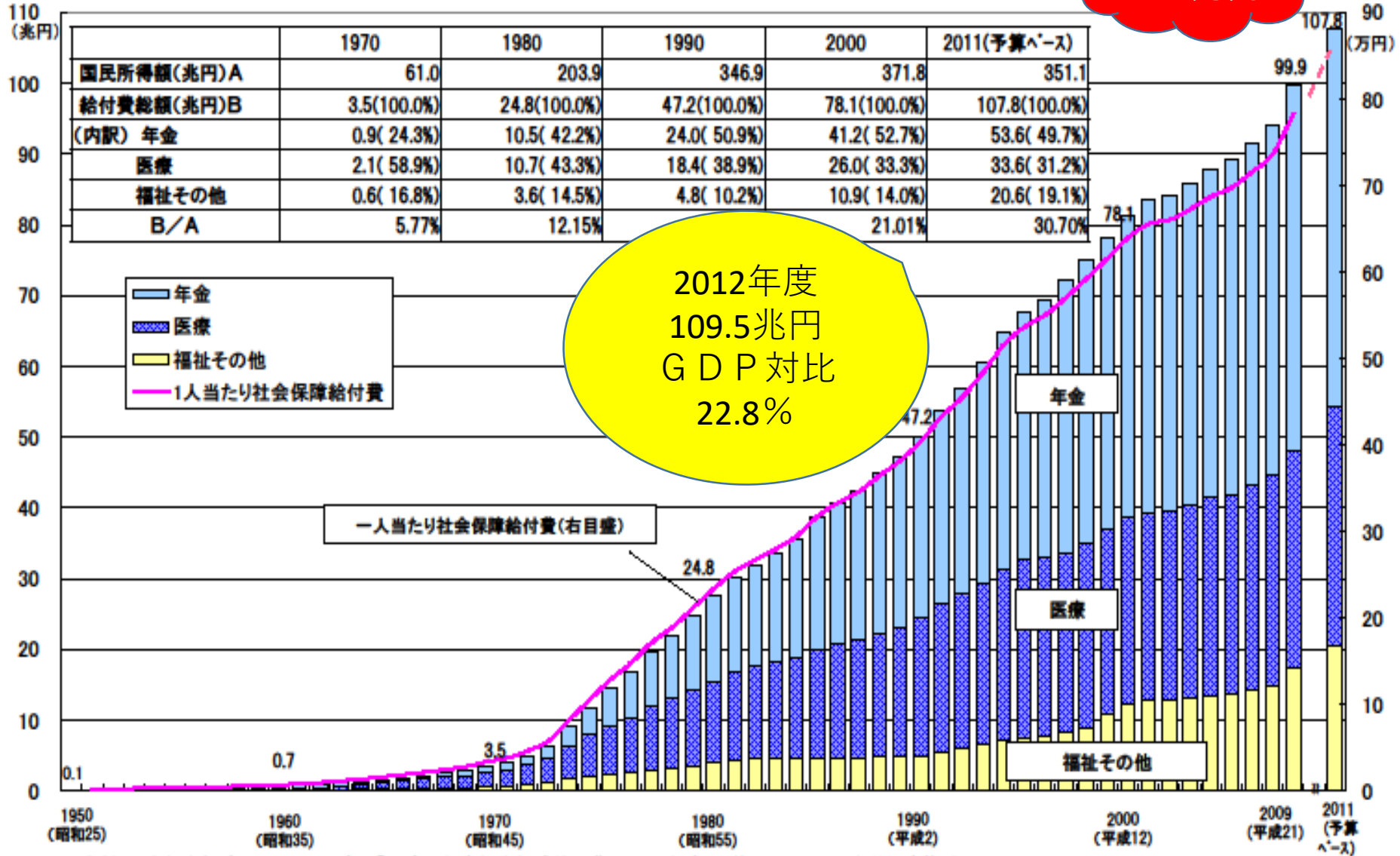
平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障・税一体改革 (2014年8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は・・・
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

2019年10月まで消費増税 10%引き上げ先送り



8%から10%の2%増税で4兆円の財源が消える！

地域医療介護一括法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書（2013年8月6日）



ポイントは地
域包括ケアと
地域医療構想

最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

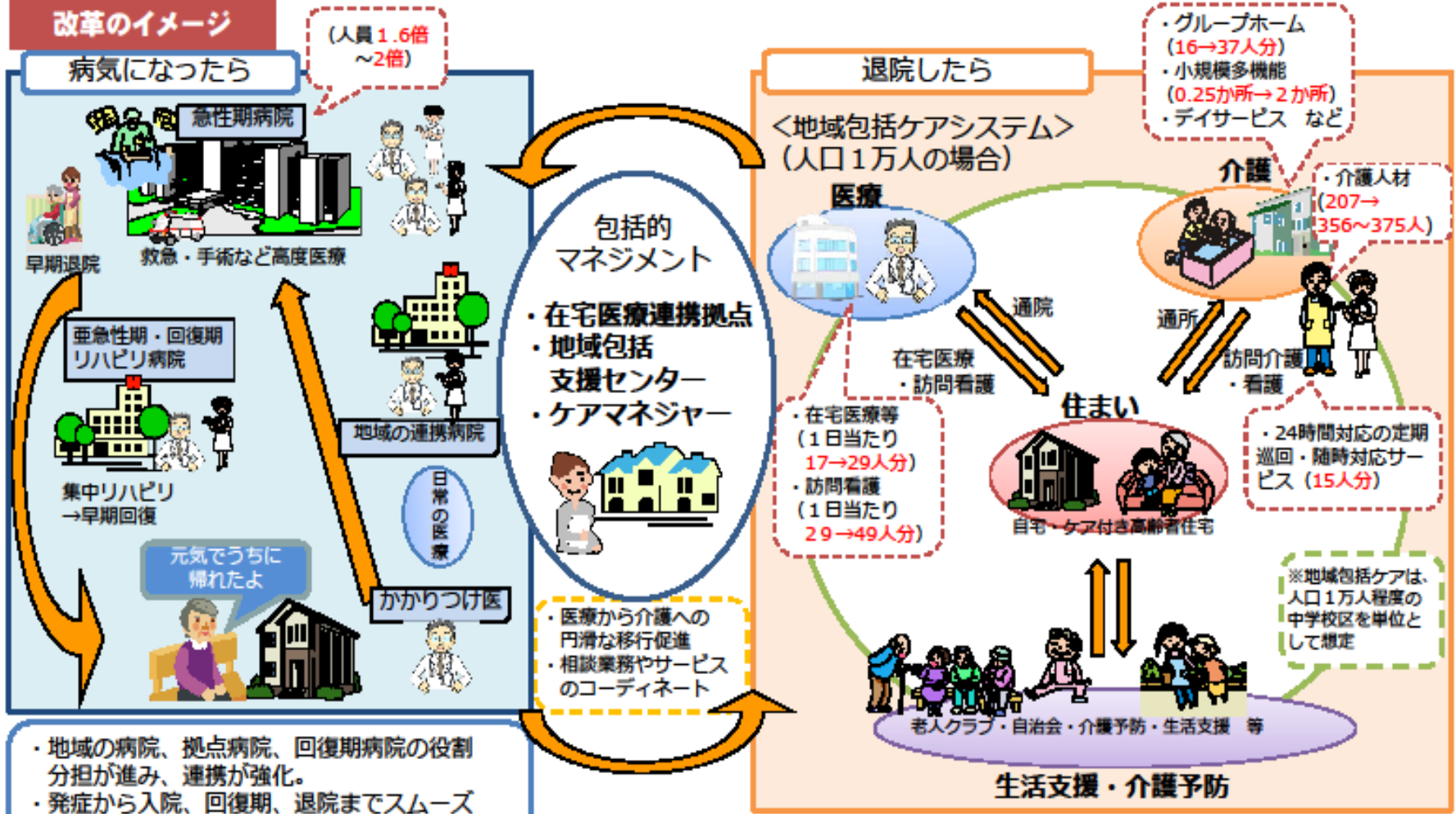
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

地域医療構想

←同時進行→

地域包括ケアシステム

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

地域医療・介護一括法成立可決（2014年6月18日）

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設（2014年度）

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入（2014年10月）

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整（2015年4月）

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

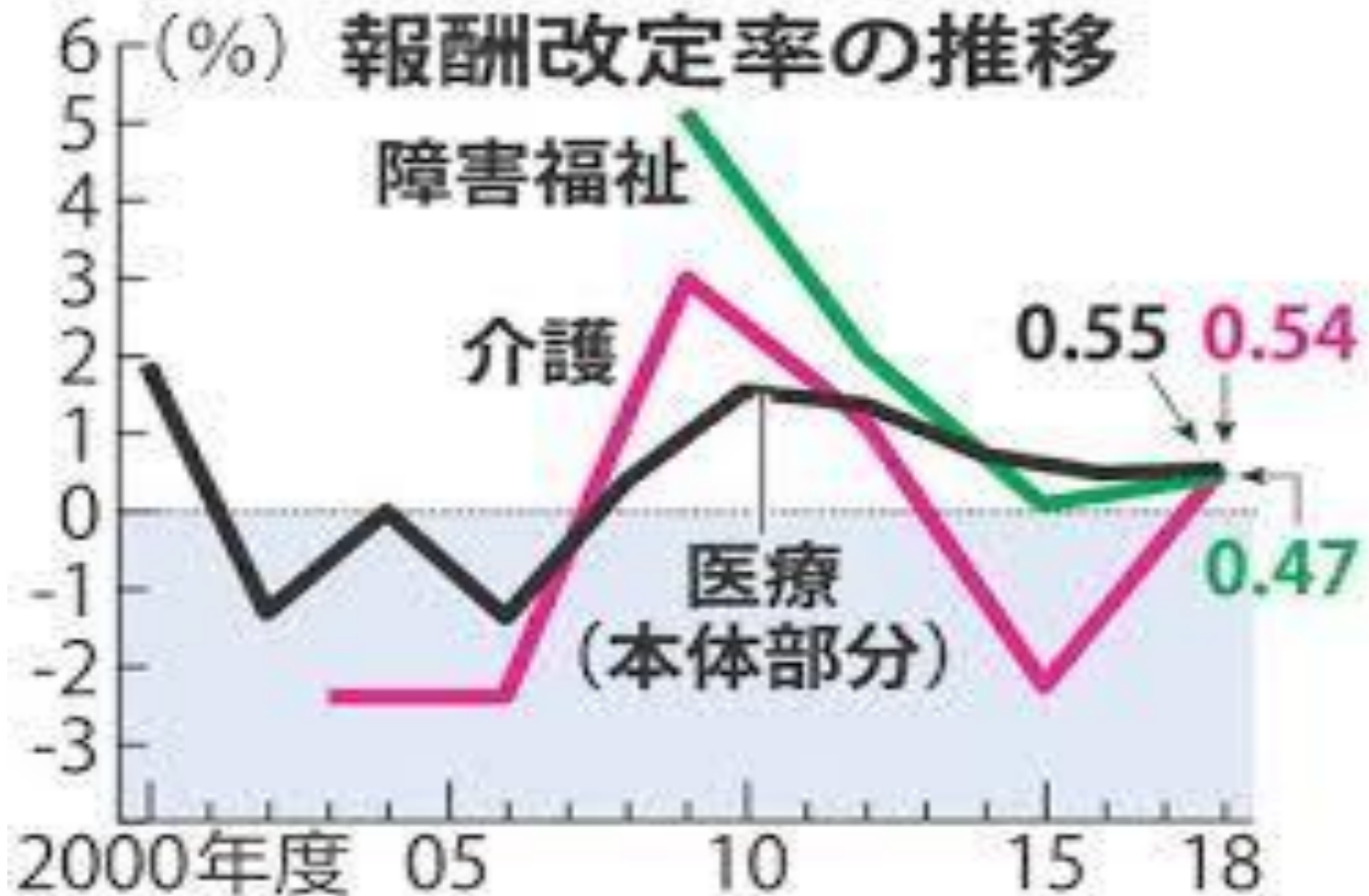
パート 2
2020年診療報酬改訂へ
向けて

2020年改訂へ向けての議論開始



中医協総会 2019年3月6日

2018年トリプル改訂



2018年中医協付帯意見

- 入院医療
- DPC制度
- 外来、在宅医療、かかりつけ医
- 医薬品の適正使用
- 生活習慣病の医学管理、オンライン診療
- 医療と介護の連携
- 医療従事者の負担軽減、働き方改革
- データ利活用
- 歯科診療報酬
- 調剤報酬
- 後発医薬品の使用促進
- 薬価制度の抜本改革
- 費用対効果
- 明細書の無料発行
- 医療技術の評価
- その他

次期診療報酬改定に向けた主な検討スケジュール（案）

中医協 総-1参考
3 1 . 3 . 6

2019年

2020年

4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
中医協総会	第1ラウンド						第2ラウンド				諮問・答申・附帯意見	
診療報酬改定結果検証部会	2018年度調査総会報告		2019年度調査実施				2019年度調査総会報告					
保険医療材料専門部会			議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取			とりまとめ	総会報告		
薬価専門部会			議論、業界意見聴取			議論、業界意見聴取			とりまとめ	総会報告		
医療技術評価分科会	技術提案書募集			提案書評価				先進医療会議とりまとめ、報告		とりまとめ	総会報告	
入院医療等の調査・評価分科会		2018年度調査報告、議論				2019年度調査実施		報告、議論	とりまとめ	総会報告		
各種調査 ・材料価格調査 ・薬価調査 ・医療経済実態調査		2019年度調査実施						総会報告				

どうなる消費税？

2020年4月改訂の前に
2019年10月消費増税改定が控えている

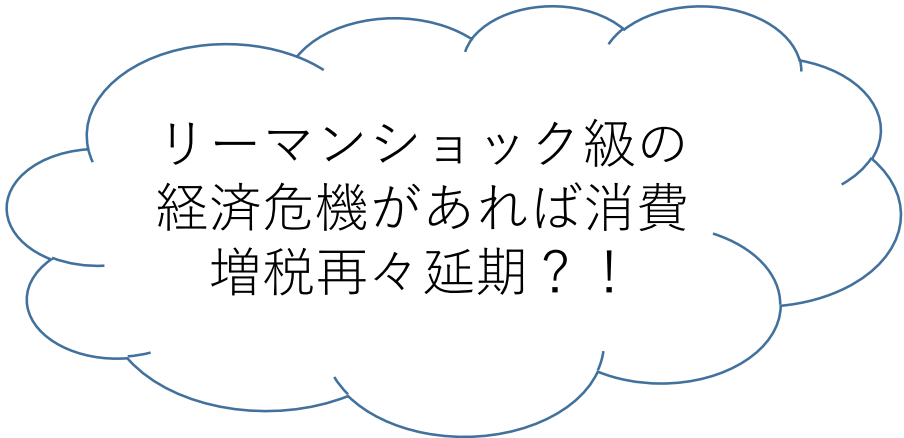
消費税は2019年10月に予定通り引き上げたい（2018年10月14日）



2019年12月
から来年度予算編成が始まる。
消費税増税を織り込んだ
予算編成へ

消費増税8%から10%へ

- 1%の増税で2.8兆円の税収があがる
- 2%で5.6兆円、しかし半分が国債返還分にまわる
- 子ども・子育てにも回る
- 医療・介護分は1.4～1.5兆円と言われている



リーマンショック級の
経済危機があれば消費
増税再々延期？！

消費税の仕組み

消費税の基本的な仕組み

(イメージ)



税率8%の場合

取引	売上げ(税抜)	1000	売上げ(税抜)	3000	支払総額	3240
	消費税①	80	消費税②	240		
消費税	納付税額 A	① 80	仕入れ(税抜)	1000	消費者が負担した消費税	240 (=納付税額A+B)
			仕入れに係る消費税①	80		
			納付税額 B	②-① 160		

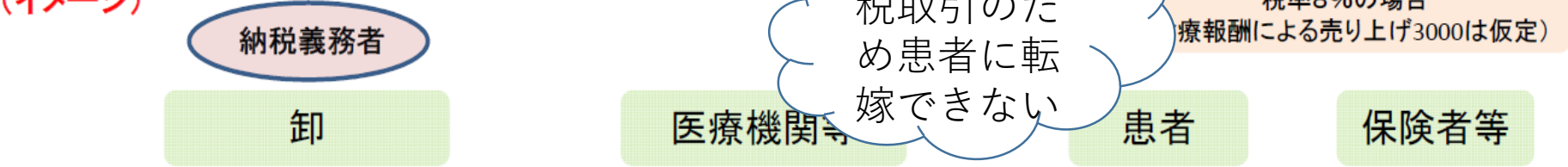
仕入税額控除

- 納税義務者は、製造業者や小売店
- 最終的な負担者は、消費者

診調組 税 - 1	診調組 税 - 3
2 7 . 8 . 7	2 4 . 6 . 2 0

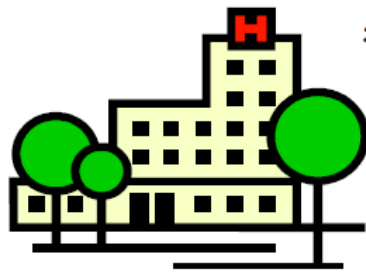
社会保険診療における消費税の取扱い(現状・非課税)

(イメージ)



医療は非課税取引のため患者に転嫁できない

税率8%の場合
療報酬による売り上げ3000は仮定)



取引

売り上げ(税抜)	1000
消費税②	80

仕入れ(税抜)	900
仕入れに係る消費税①	72

診療報酬による売り上げ	3000
消費税非課税	

仕入れ(税抜)	1000
仕入れに係る消費税②	80

支払総額

3000 (診療報酬 対応分含む)

× 患者の自己負担割合

支払総額

3000 (診療報酬 対応分含む)

× (1 - 患者の自己負担割合)

消費税

納付税額	
② - ①	8

税務署への
申告・納付

社会保険診療は非課税のため、
当該仕入分に係る仕入税額控除
を行えない

納税はしない

- 卸は納税義務者となるが、医療機関等は納税義務者とはならない。
- 非課税取引である社会保険診療においては、当該仕入分に係る仕入税額控除を行えないため、仕入に係る税負担(本図では80)は診療報酬で手当てされている。

仕入税額
控除

非課税となる取引とは

- 消費税の性格から、課税対象になじまないものや社会政策的な配慮から課税することが適当ではない取引。以下の13項目の取引については「非課税取引」とされている。

【課税対象になじまないもの】

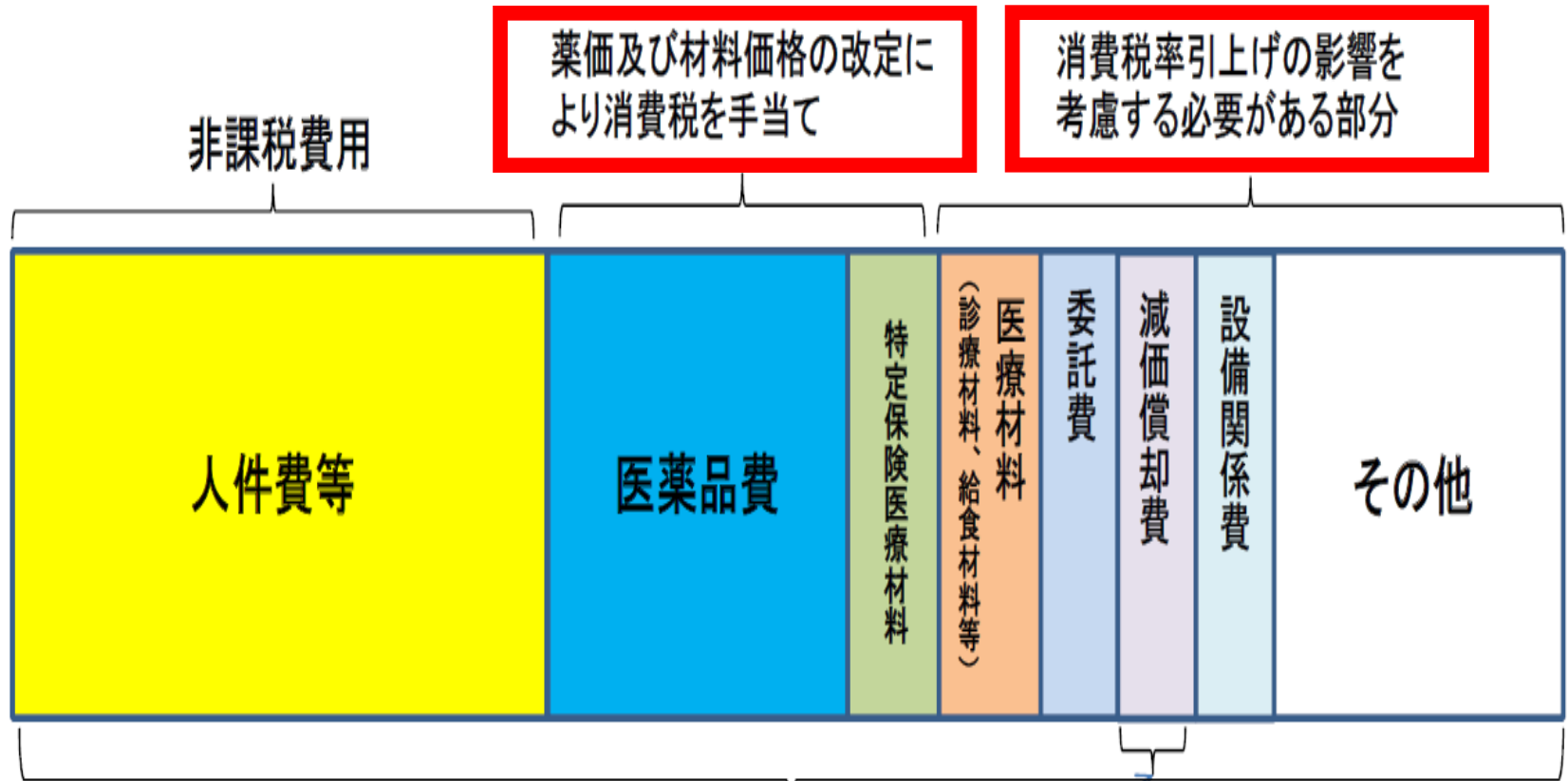
- ① 土地の譲渡及び貸付け
- ② 有価証券、有価証券に類するもの及び支払手段の譲渡
- ③ 利子に対価とする貸付金その他の特定の資産の貸付け等
- ④ 郵便切手類、印紙及び証紙の譲渡、物品切手等の譲渡
- ⑤ 国、地方公共団体等が、法令に基づき徴収する手数料等に係る役務の提供等

【社会政策的な配慮から課税することが適当ではないもの】

- ⑥ 公的な医療保障制度に係る療養、医療、施設療養又はこれらに類する資産の譲渡等
- ⑦ 介護保険法の規定に基づく、居宅・施設・地域密着型介護サービス費の支給に係る居宅・施設・地域密着型サービス等
- ⑧ 医師、助産師その他医療に関する施設の開設者による、助産に係る資産の譲渡等
- ⑨ 墓地、埋葬等に関する法律に規定する埋葬・火葬に係る埋葬料・火葬料を対価とする役務の提供
- ⑩ 身体障害者の使用に供するための特殊な性状、構造又は機能を有する物品の譲渡、貸付け等
- ⑪ 学校、専修学校、各種学校等の授業料、入学金、施設設備費等
- ⑫ 教科用図書¹の譲渡
- ⑬ 住宅の貸付け

医療機関等の費用構造（イメージ） ①

②



①マクロレベルでのコストアップ分の把握
→医療経済実態調査により把握

②高額投資の状況把握
→医療機関等の設備投資に関する調査を実施することで把握

消費税率8%への引上げ対応時に整理した診療報酬対応

(『診調組 税-2 25.6.21』より抜粋)

	案1〔基本診療料・調剤基本料〕	案2〔個別項目〕	案3〔1点単価〕
考え方	<ul style="list-style-type: none"> 基本診療料・調剤基本料に消費税対応分を上乗せ ※例えば、医科では、診療所は初・再診料、病院は入院基本料への上乗せが考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> 消費税負担が大きいと考えられる点数項目に代表させて、消費税対応分を上乗せ(平成元年、9年の対応と同様) ※「高額投資」が必要と考えられる点数項目に配慮 	<ul style="list-style-type: none"> 1点単価に消費税対応分を上乗せ
メリット	<ul style="list-style-type: none"> ○全ての医療機関等が上乗せ点数を算定できる 	<ul style="list-style-type: none"> ○「高額投資」を実施した個々の医療機関等の消費税負担に配慮した手当ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ○大きな消費税負担の伴う点数項目を特定して、点数の上乗せができる ○今回の消費税対応分が明確で分かりやすくなる
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ●同じ基本診療料・調剤基本料を算定する医療機関等の中では、上乗せ点数が一律に手当される ※例えば、一定の施設類型ごとの消費税負担の大きさに配慮するため、入院基本料の種類(一般病棟、療養病棟、精神病棟等)ごとの消費税負担額(薬価・特定保険医療材料価格に係るものを除く)を算出し、それに見合う手当(消費税3%対応分)を行うことも考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> ●「高額投資」の定義付けとともに、実施された「高額投資」の用途・額・時期等の審査が必要となるが、実際上は困難 ●加算分だけ基本診療料・調剤基本料の上乗せ分が薄くなる ●※仮に10%時に課税転換する場合は、1年半のために審査体制の整備等を行うこととなる 	<ul style="list-style-type: none"> ●平成元年、9年の対応への指摘(例:限られた項目に配分する方法は透明性・公平性に欠ける)が継続 ●個別の診療行為との対応関係が明確でない投資が太宗を占めるため、このような対応には限界がある ●医科・歯科・調剤を通じて、全ての医療機関等に一律に手当される ●仮に課税転換する場合は、過去の消費税対応分も含めて1点単価で調整すると、1点単価が10円を下回ることとなる

※「仮に課税転換する場合」については、課税転換の方針は決まっていないが、診療側に課税転換を求める意見があることから記述しているもの

消費税率8%引上げ時の対応(平成26年度改定)

2014年

- 平成26年4月の消費税引上げでは、医療機関等の実態調査に基づき、消費税対応分として、必要額(診療報酬改定全体+1.36%)を確保。

◆診療報酬本体(+0.63%)

…多くの医療機関等に手当される等の観点から、初再診料、入院基本料等の基本的な点数に上乘せ

◆薬価・特定保険医療材料価格(+0.73%)

…市場実勢価格に消費税3%分を上乘せ

医療機関等の仕入れの構造

非課税仕入れ (人件費等)	診療報酬で補てん (改定率1.36%相当)	
	新たに医療機関等に発生する消費税負担	
課税仕入れ (委託費等)	5%	3%
課税仕入れ (医薬品・医療材料)	5%	3%

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけではない(非課税仕入れが存在)ので、改定率は1.36%相当

26年度の改定率(消費税対応)

薬・材料	0.73%
	(約3,000億円)
本体	0.63%
	(約2,600億円)
合計	1.36%
	(約5,600億円)

本体報酬の財源配分

内科	(約2,200億円)	病院 (約1,600億円)
歯科	(約200億円)	
調剤	(約100億円)	診療所 (約600億円)

2015年11月30日

消費税率8%への引上げに伴う 補てん状況の把握結果について

消費税 5% から 8% への引上げに伴う補てん状況の把握結果② (病院)

- 病院全体としての補てん率は100%を上回った一方で、特定機能病院やこども病院の補てん率は100%を下回った。

(1施設・1年間当たり)

	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	28,167 千円	27,751 千円	12,925 千円	233,702 千円	93,600 千円
3%相当負担額 (B)	27,518 千円	27,408 千円	9,612 千円	238,242 千円	98,118 千円
補てん差額 (A - B)	649 千円	343 千円	3,314 千円	▲4,540 千円	▲4,518 千円
補てん率 (A/B)	102.36 %	101.25 %	134.47 %	98.09 %	95.39 %
医業・介護収益 (C)	3,757,894 千円	3,782,823 千円	1,525,851 千円	27,158,301 千円	11,092,767 千円
医業・介護収益に対する補てん 差額の割合 ((A - B) / C)	0.02 %	0.01 %	0.22 %	▲0.02 %	▲0.04 %
集計施設数	(1,044)	(781)	169	78	16

※ 病院全体、一般病院の値は、施設の類型別に算出した値を、施設数に応じて加重平均したもの

[第20回医療経済実態調査及びレセプト情報・特定健診等情報データベースを基に、
厚生労働省保険局医療課において推計]

2018年7月25日

控除対象外消費税の診療報酬による
補てん状況把握
〈平成28年度〉

平成28年度 補てん状況把握結果②-1 【病院】

- 病院全体としての補てん率は、85.0%であった。
- 一般病院は85.4%、精神科病院は129.0%、特定機能病院は61.7%、こども病院は71.6%であった。

(1施設・1年間当たり)

	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乘せ分 (A)	17,860千円	16,865千円	12,667千円	148,716千円	79,688千円
3%相当負担額 (B)	21,005千円	19,739千円	9,820千円	241,114千円	111,307千円
補てん差額 (A-B)	▲3,145千円	▲2,874千円	2,847千円	▲92,398千円	▲31,619千円
補てん率 (A/B)	85.0%	85.4%	129.0%	61.7%	71.6%
医業・介護収益 (C)	2,964,340千円	2,844,417千円	1,473,927千円	28,686,225千円	13,186,547千円
医業・介護収益に対する補てん 差額の割合((A-B)/C)	▲0.11%	▲0.10%	0.19%	▲0.32%	▲0.24%
集計施設数	(994)	(785)	121	68	20
平均病床数	(248)	(194)	237	839	455

※ 病院全体、一般病院の値は、施設の類型別に算出した値を、全国施設数(平成28年度医療施設調査)に応じて加重平均したものの。

補てん不足、バラつきの理由

- 補てん不足
 - 「NDBデータの抽出時に、複数月にまたがる入院日数について各月重複してデータを抽出した」ため。
- バラつきの理由
 - 病院の総収入に入金基本料が占める割合が病院類型ごとにバラついていたため。
 - 特定機能病院は手術料などが大きく、総収入にしめる入院基本料の割合が小さいため、補てん率が下がったと考えられる。

2016年、18年度の2回の
診療報酬改定の是正の機
会を4年間も逃してきた
ことは非常に大きな問題
だ（猪口委員）

衝撃を受けている。
厚労省には二重三重の
不手際について猛省を
求めたい（中川委員）



今後の対応①

厚生労働省保険局

- 過去の調査では、病院種別や入院種別で相当のばらつきが確認された。このバラつきにどのように対応する必要があるか、検証調査のさらなる精緻化、複数回調査の実施なども含めて検討しなければならない



森光敬子保険局医療課長

今後の対応②

日本医師会

- これまでの診療報酬で補てんする制度を前提とした上で、「補てん額を上回る仕入れ消費税額を医療機関が負担している場合にはその超過額の税額控除（還付）を認める新たな制度」を求めている



日本医師会今村聡副会長

今後の対応③

財務省

- ① 医療保険制度内での対応
とすること
- ② 総額に於いて医療機関等
が負担する医療税額と
の範囲内での対応と
すること
- ③ 各病院に別れたと
（能にれいさ基きべ
間機）入づで、置でる
院定間仕基上配て図
病特型のにた護いを
・に類の額つ看用心
所らのお総行のも対
療さ院ののを間々なる
診は病お額分型一緻い
、門ど、当配類テ精て
間部なて相源各のけし
科病院い額財に別たと



2019年10月消費増税対応

中医協2019年2月13日

消費税率10%対応診療報酬改定 (2019年10月)

全体改定率 +0.88% (満年度分 4100億円)

1. 診療報酬改定 +0.41% (約1900億円)
(2019年10月実施)

各科改定率	医科	+0.48%	(約1600億円)
	歯科	+0.57%	
	調剤	+0.12%	

2. 薬価等
(2019年10月実施)

① 薬価 ▲0.51%
※ うち、消費税対応分 +0.42%
実勢価改定等 ▲0.93%

② 材料価格 +0.03%
※ うち、消費税対応分 +0.06%
実勢価改定 ▲0.02%

* 告示は2019年10月近く

パート3 どうなる7対1？



中医協総会

改定の基本的視点について

- 改定の基本的視点については、以下の4点としてはどうか。
- その際、特に、今回の改定が6年に一度の介護報酬との同時改定であり、2025年以降も見据えて医療・介護の提供体制を構築するための重要な節目となることを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進に重点を置くこととしてはどうか。

視点1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進 【重点課題】

視点2 新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

視点4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

入院医療分科会

中医協診療報酬調査専門組織
入院医療等の調査・評価分科会

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏 名	所 属
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いげばた ゆきひこ 池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
おかむら よしたか 岡村 吉隆	公立大学法人 和歌山県立医科大学 理事長・学長
おがた ひろや 尾形 裕也	東京大学 政策ビジョン研究センター 特任教授
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
しま ひろじ 島 弘志	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院 病院長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部 教授
たけい じゅんこ 武井 純子	社会医療法人財団慈泉会 相澤東病院 看護部長
たみや ななこ 田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
つづい たかこ 筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
はやしだ けんし 林田 賢史	産業医科大学病院 医療情報部 部長
ふじもり けんじ 藤森 研司	東北大学大学院医学系研究科 公共健康医学講座 医療管理学分野 教授
ほんだ のぶゆき 本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

○：分科会長

入院医療のポイント 7対1 入院基本料の見直し

看護師配置数と重症患者割合
(重症度、医療・看護必要度)

現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2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)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 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 ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

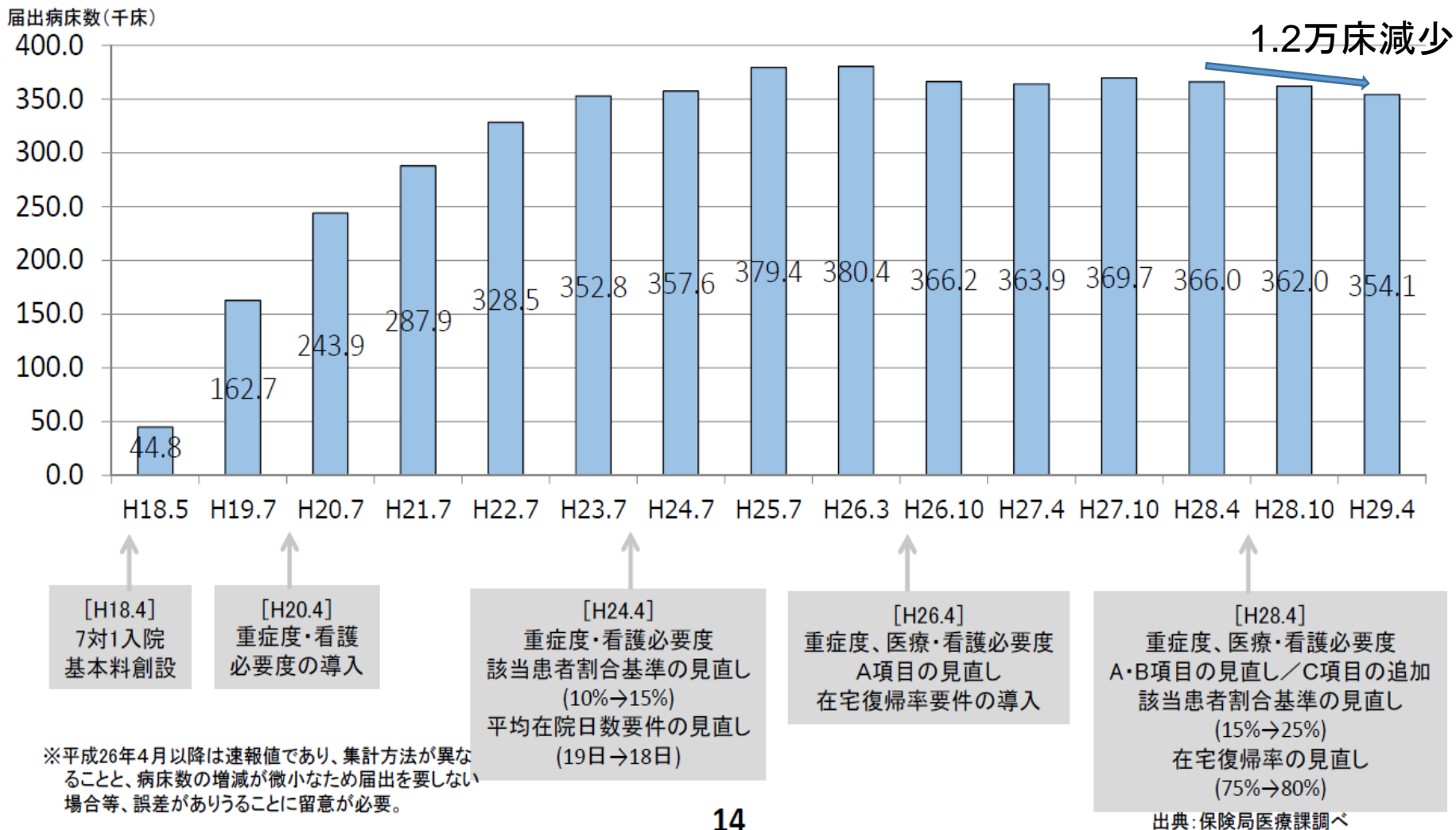
又は

C 1得点が1点以上の患者

2016年改定の 7対1への影響

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度以降は横ばいからやや減少の傾向となっている。



2018年診療報酬改定

7対1, 10対1を統合・再編して
新評価体系へ

一般病棟（7対1）の施設基準による評価について

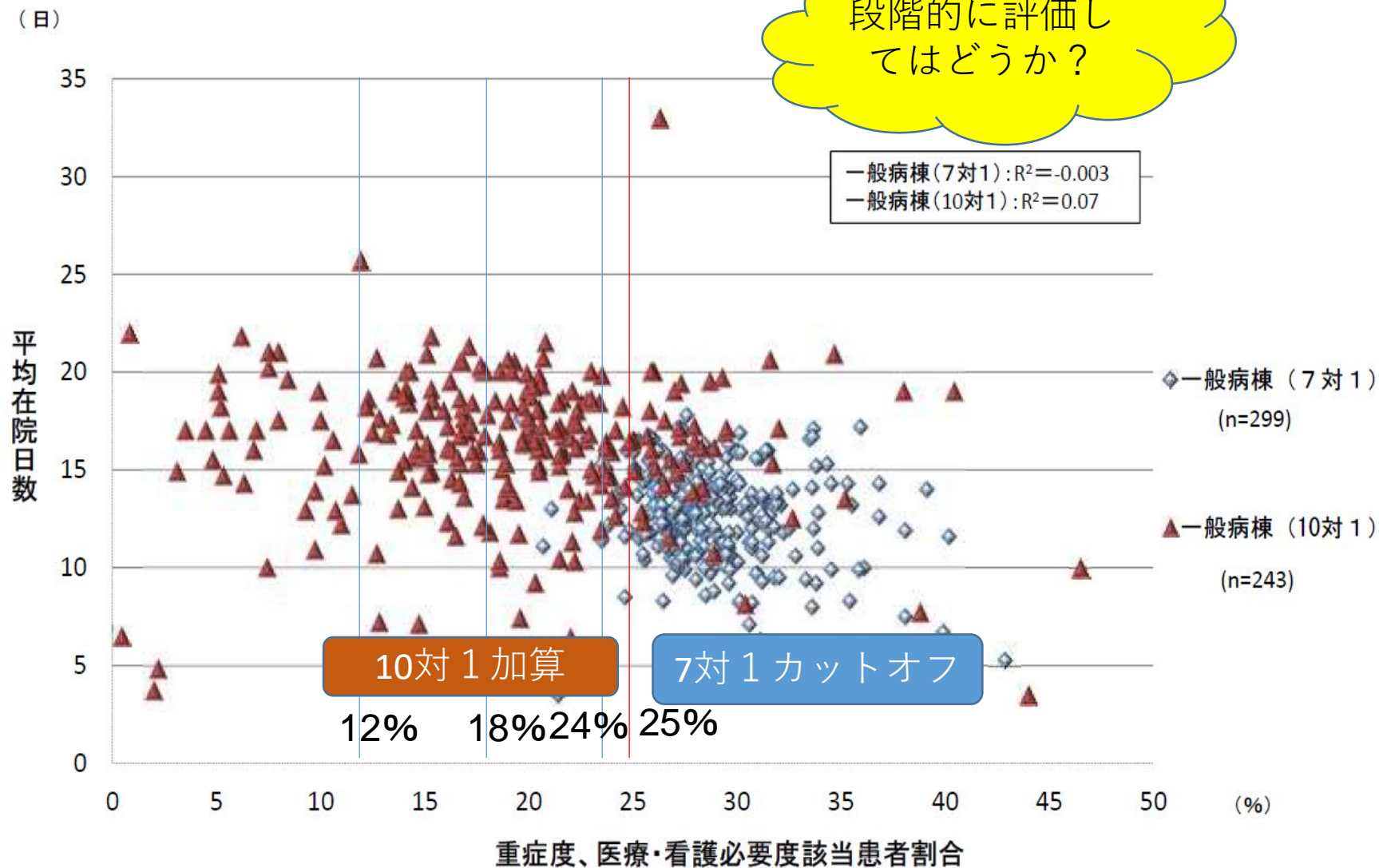
評価項目	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	基準値 (カットオフ値)
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

一般病棟（10対1）の加算による評価について

【加算の概要】

名称	点数(1日につき)	基準値
看護必要度加算1	55点	該当患者割合が2割4分以上
看護必要度加算2	45点	該当患者割合が1割8分以上
看護必要度加算3	25点	該当患者割合が1割2分以上

平均在院日数と重症度、医療・看護必要度該当患者割合の関係



7対1と10対1
の診療報酬点数
の差を考え
れば、病院と
しては7対1を
維持したいと
考えてしまう

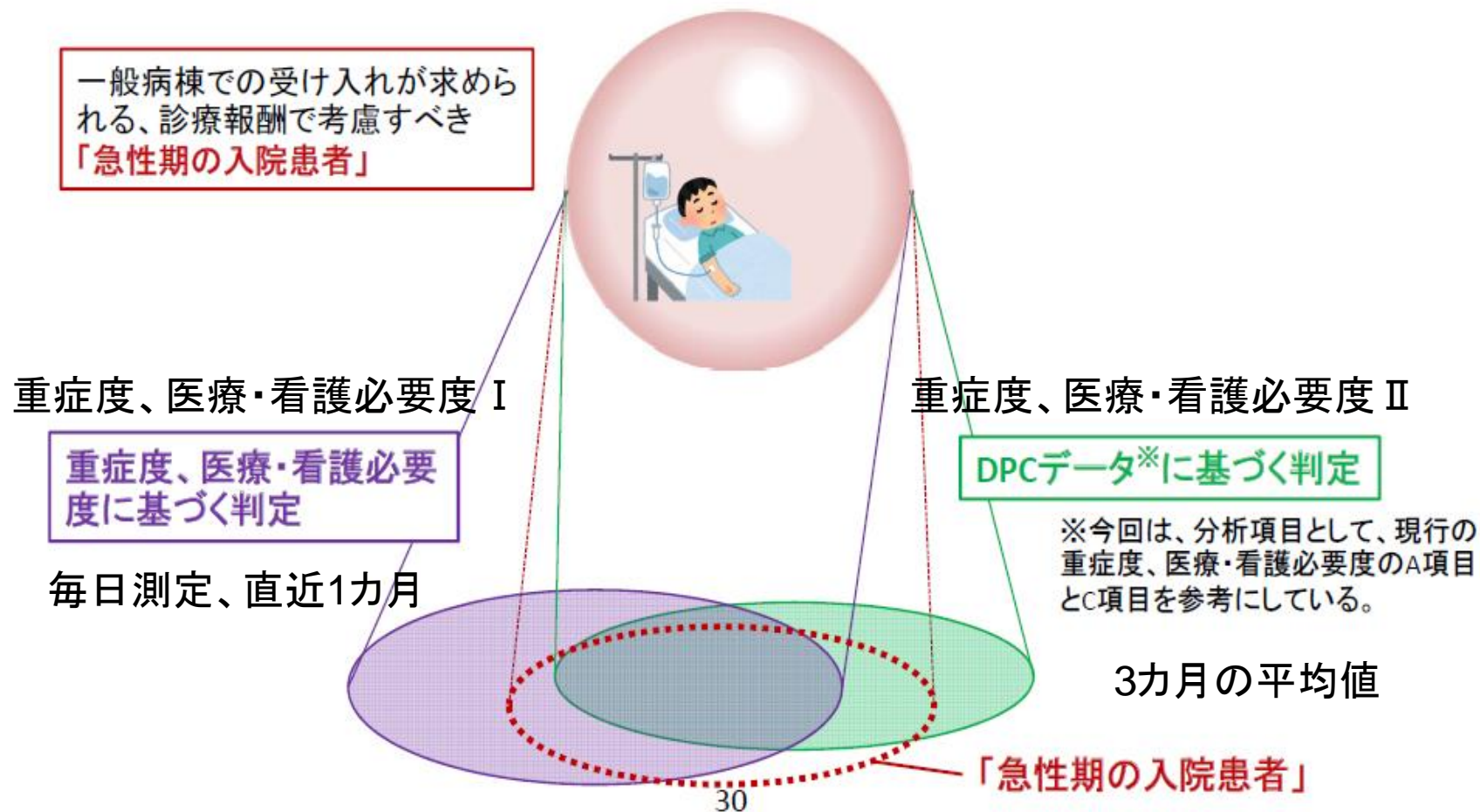
7対1ではカットオフ
値である25%ギリギ
リの病院が圧倒的だ
が、10対1では正規分
布に近くなっている

段階的に評価
してよいので
はないか？

入院医療分科会 2017年8月24日

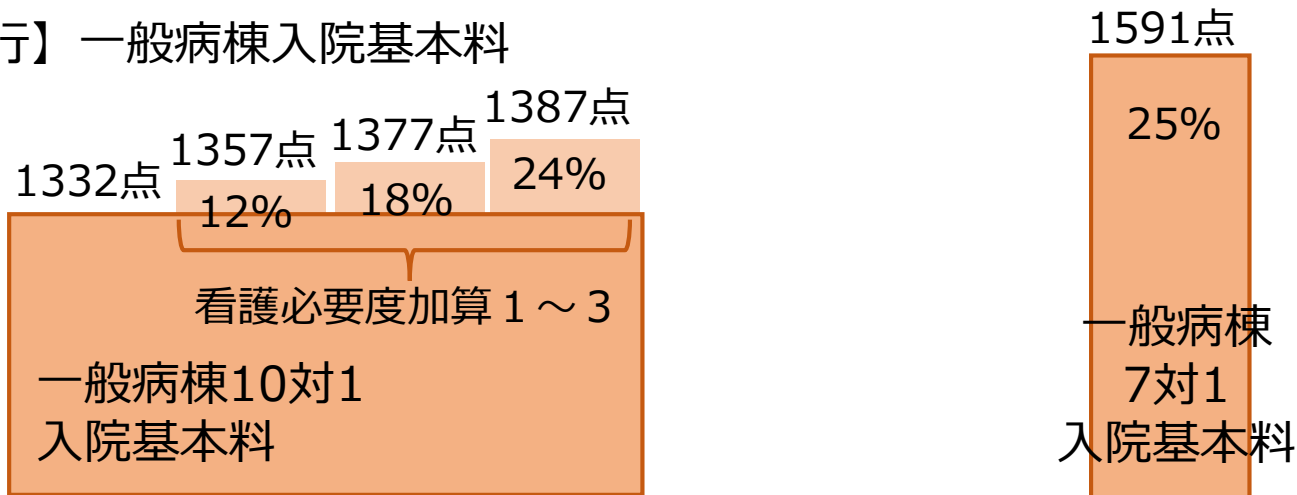
急性期の入院医療における医療・看護の必要性の高い重症な患者を把握する手法の分析に係る概念図

- 今回の分析の目的は、医療・看護の必要性が高い重症な患者であって、一般病棟での受け入れが求められる、診療報酬で考慮すべき「急性期の入院患者」を、把握する評価手法としての合理性等を確認し、手法の特性に応じた整理するもの。



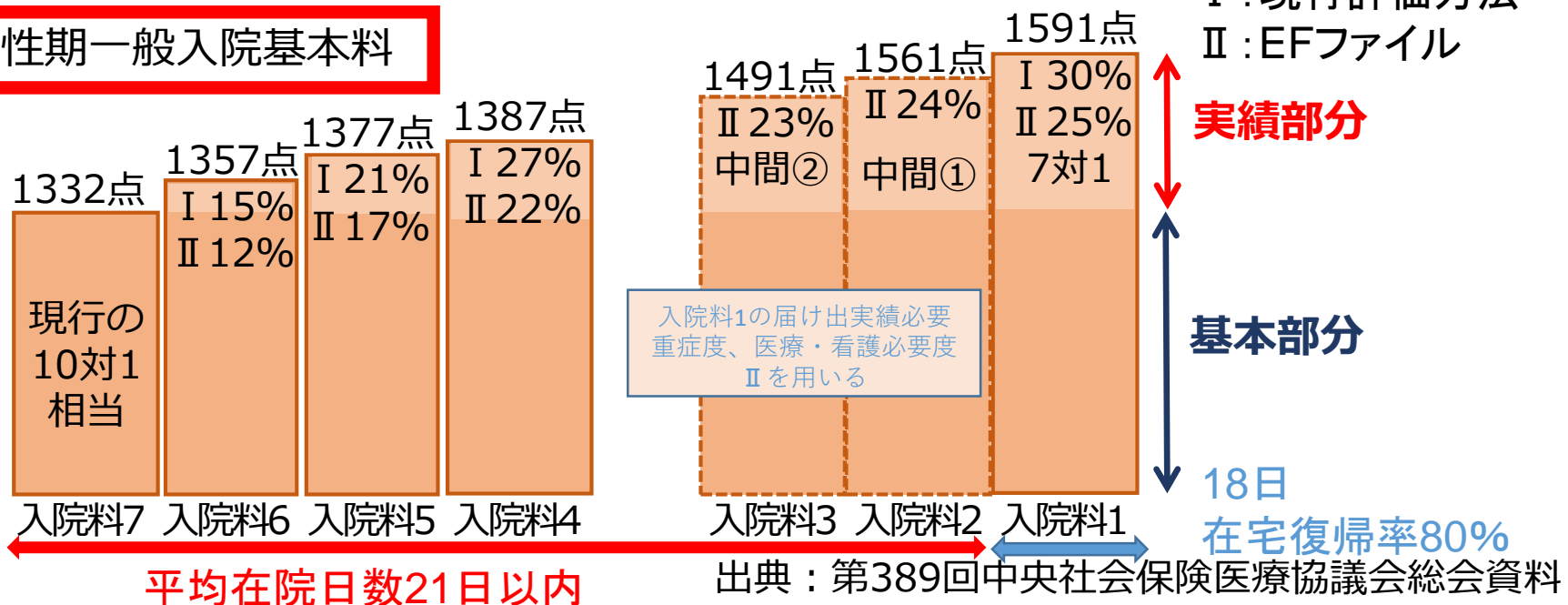
一般病棟入院基本料（7対1、10対1）の再編・統合の具体的なイメージ

【現行】一般病棟入院基本料



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



平均在院日数21日以内

急性期一般入院料と地域一般入院料の改定後の現状（2018年6月）

2017年11月		2018年6月						
一般病棟入院基本料	合計	急性期一般入院料1	急性期一般入院料2	急性期一般入院料3	急性期一般入院料4	急性期一般入院料5	急性期一般入院料6	急性期一般入院料7
7対1	1,527	1,480	26	0	3	2	2	0
10対1	2,177	29	4	0	459	689	508	431
13対1	402	0	0	0	2	6	9	5
15対1	744	0	0	0	0	0	1	2

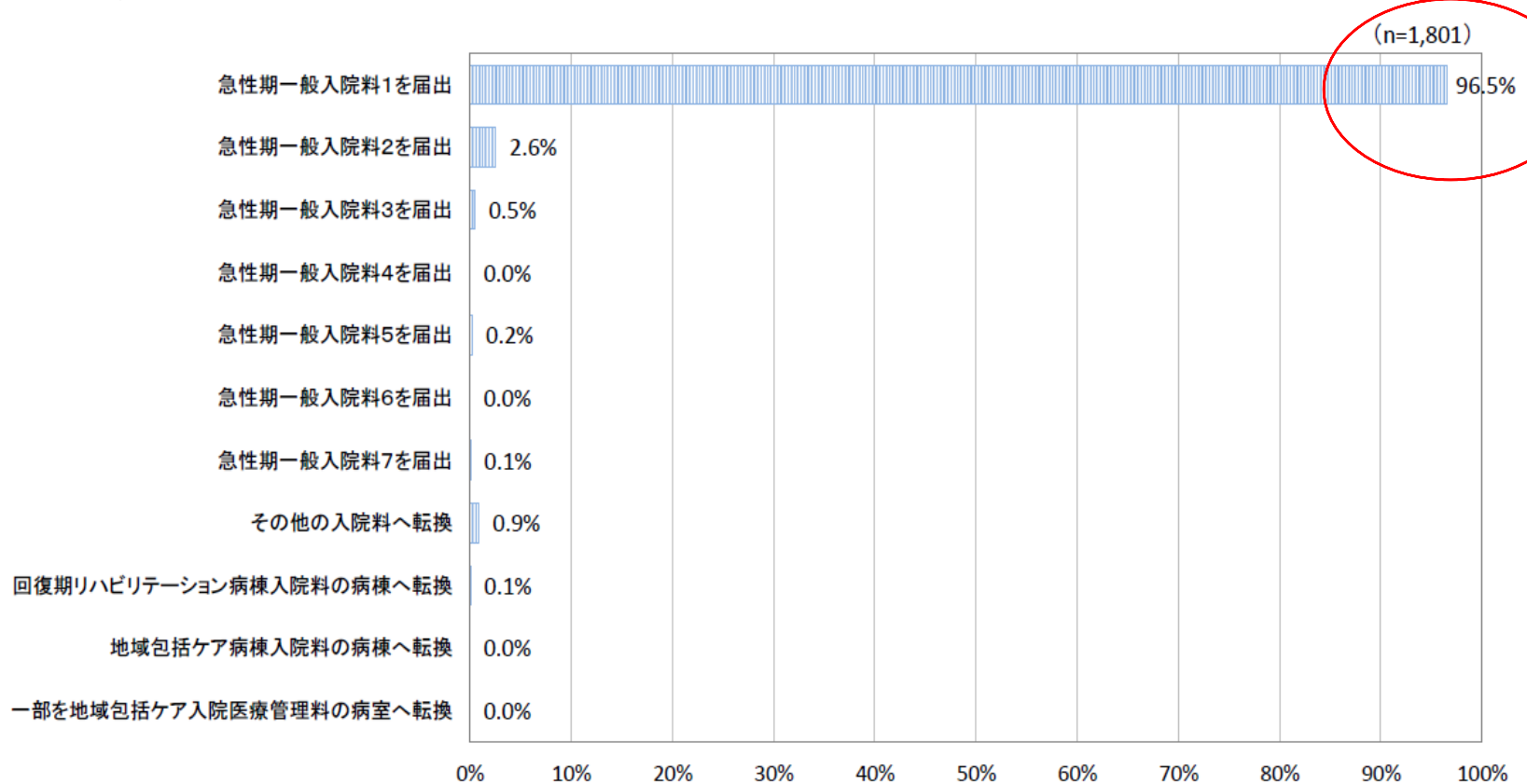
2017年11月		2018年6月			
一般病棟入院基本料	合計	地域一般入院料1	地域一般入院料2	地域一般入院料3	その他
7対1	1,527	2	0	0	12
10対1	2,177	12	1	4	40
13対1	402	217	143	8	12
15対1	744	11	13	699	18

7対1からのランクダウン45病院
 10対1からのランクアップ33病院
 差し引き1200床の減
 （日本アルトマーク調べ）
2018年11月時点で、7対1病床は1年前から比べて6498床減

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の状況

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況を見ると、急性期一般入院料1を届出ている病棟が最も多かった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般入院料2を届出ている病棟が多かった。

改定前に一般病棟（7対1）を届出していた病棟の平成30年11月1日時点の届出状況



入院医療分科会の再編・統合 ～DPCなど2つのWG設置、内容は非公開に～



中医協総会
2018年5月23日

- 入院医療に関する診療報酬の技術的な検討を行う「入院医療等の調査・評価分科会」と「DPC評価分科会」を再編・統合
- 新たな分科会の下に「DPCワーキンググループ」（仮称）と「診療情報・指標等ワーキンググループ」（同）を設置する厚生労働省案が了承された。

入院医療分科会の再編・統合

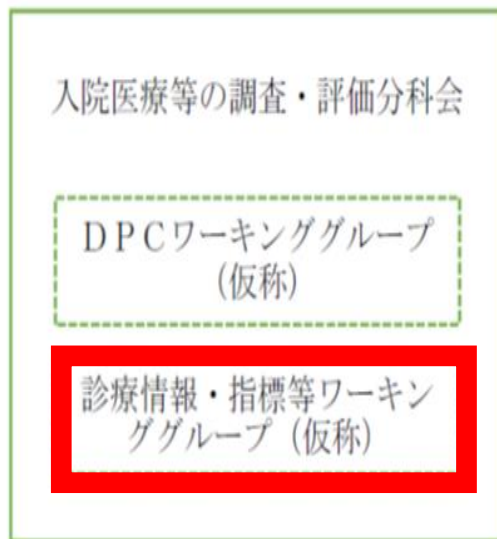
分科会長 武藤

入院医療等の調査・評価分科会

DPC評価分科会

現 行

分科会長 尾形



再編後のイメージ

○DPCワーキング（山本班長）

DPC（診断群分類）、
医療機関別係数等に関する
調査研究・結果分析

○診療情報・指標等ワーキング
（池田班長）

データ提出加算の提出データ、
医療ニーズやアウトカム等の
指標等に関する調査研究・
結果分析など

7対1は消える？

- 7対1、10対1は新入院評価体系へ・・・
- 基本部分は10対1、実績部分の評価は重症度、医療・看護必要度Ⅱへ
- 基本部分、実績部分の内容見直しも今後起きる
- 看護配置に基づく入院基本料から、実績に基づく新入院評価体系へ
- 実績を達成するための入院基本料への変換

看護師集めてなんぼの世界から
実績達成してなんぼの世界へ

2020年改訂予測

- ○7対1は消える？
- ○重症度、医療・看護必要度Ⅱに統一
(B項目がなくなる？)
- ○基本部分が看護師数のみの評価から多職種評価になる？
- ○実績部分に再入院率が導入される？
- ○地域医療構想との関係で急性期機能の選別が始まるだろう

診療報酬と
地域医療構想との関係で
急性期機能が選別される？

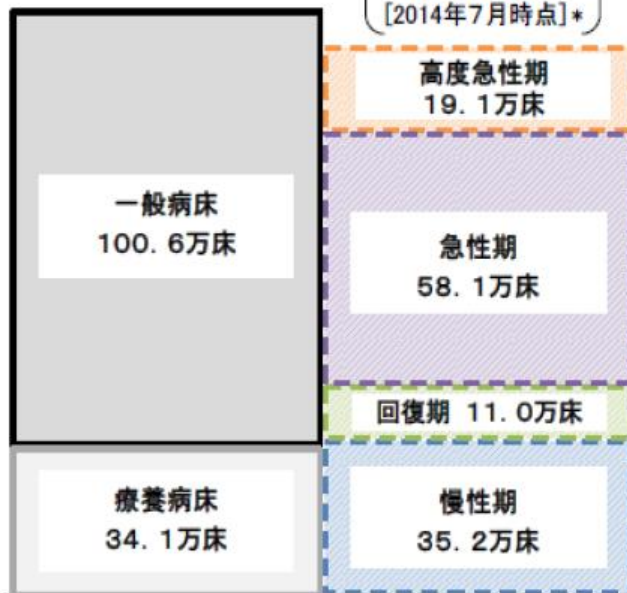
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇨ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)

115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

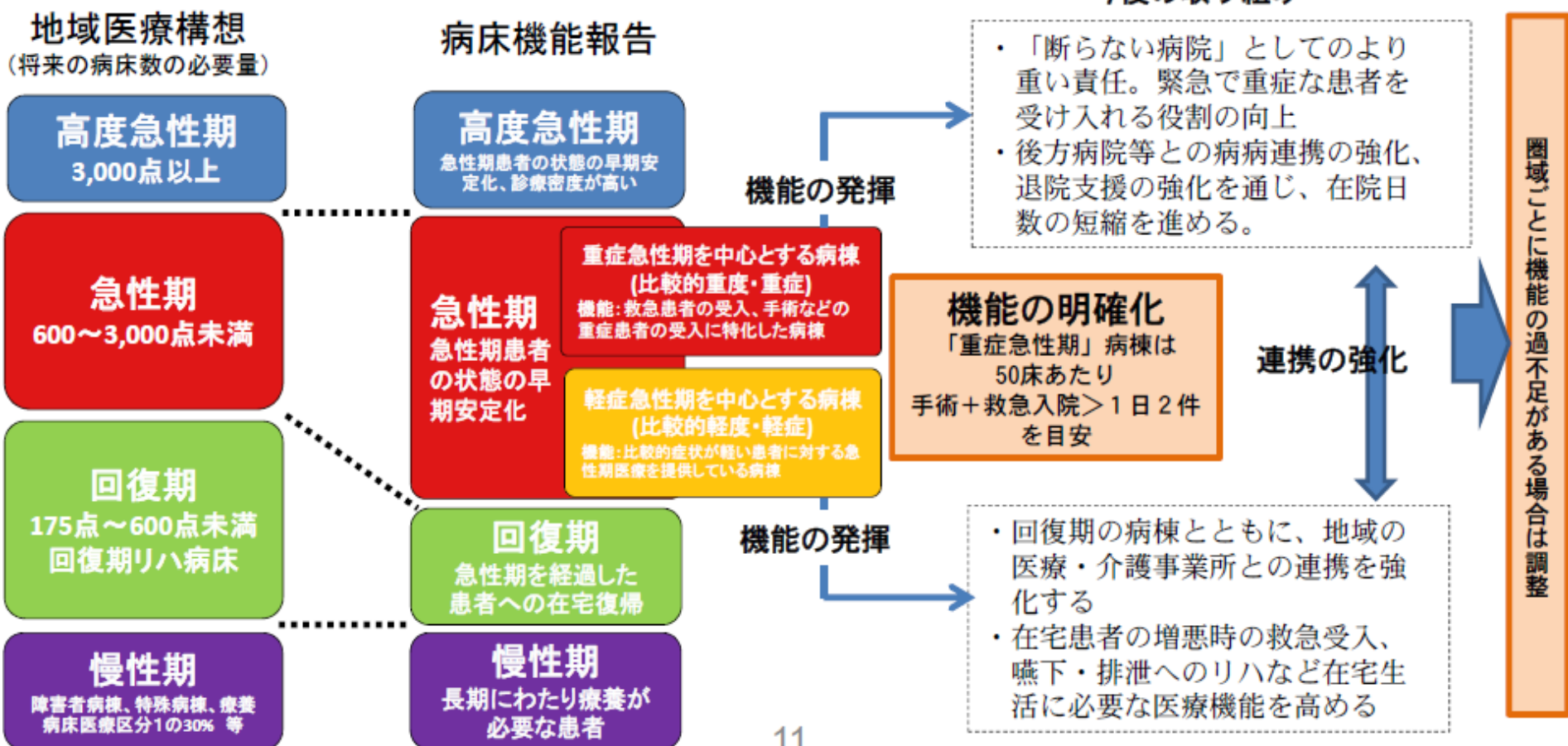
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

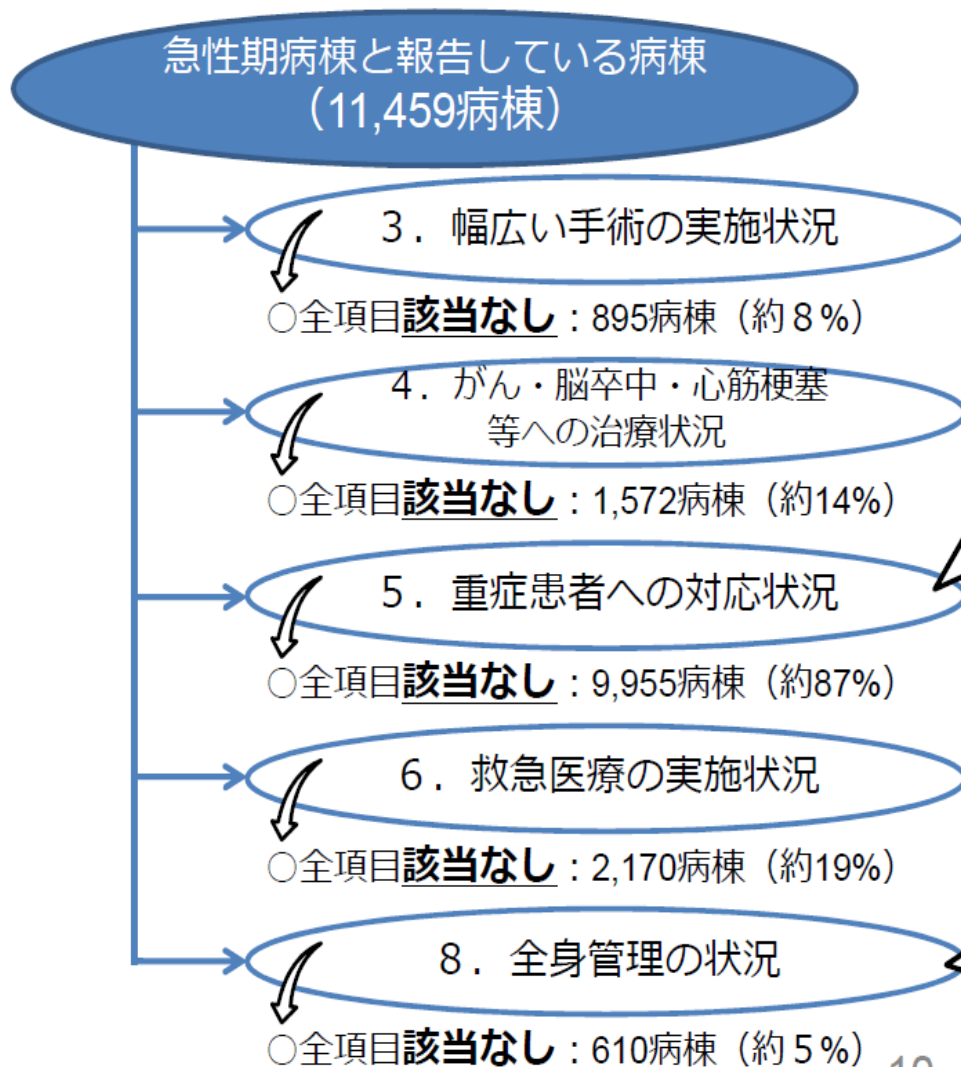
急性期の報告の「奈良方式」

- 平成29年の病床機能報告に加え、奈良県の独自の取り組みとして、急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化し、より効果的な施策の展開を図る。(第7次保健医療計画にも反映させる予定。)



- 急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成28年度病床機能報告において、様式1で急性期機能を報告している病院の病棟のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が全て0件と報告された病棟数を算出



重症患者への対応	・ハイリスク分娩管理加算
	・ハイリスク妊産婦共同管理料
	・救急搬送診療料
	・観血的肺動脈圧測定
	・持続緩徐式血液濾過
	・大動脈バルーンパンピング法
・経皮的心肺補助法	
・補助人工心臓・植込型補助人工心臓	
・頭蓋内圧持続測定	
・血漿交換療法	
・吸着式血液浄化法	
・血球成分除去療法	

全身管理	・中心静脈注射
	・呼吸心拍監視
	・酸素吸入
	・観血的動脈圧測定
	・ドレーン法
	・胸腔若しくは腹腔洗浄
・人工呼吸	
・人工腎臓	
・腹膜灌流	
・経管栄養カテーテル交換法	

2018年診療報酬改定 入院時支援加算の新設

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

・入院前からの支援
に対する評価の新設

- ・「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- ・地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- ・支援の対象となる患者要件の追加

・退院時共同指
導料の見直し

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援の対象となる患者》

- ・悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・排泄に介助を要する
- ・同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする



入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪許可病床数200床以上≫
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - ≪許可病床数200床未満≫
 - ・ 専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

【新設】入院時支援加算 | 200点 (退院時1回)

新設!

算定対象

- 自宅等（転院する患者以外）から入院する**予定入院患者**
- 入退院支援加算を算定する患者

支援内容

入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立てる。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた**患者情報の把握**
- ② 褥瘡に関する危険因子の評価
- ③ **栄養状態の評価**
- ④ **持参薬の確認**
- ⑤ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ⑥ 入院生活の説明
- ⑦ 退院困難な要因の有無の評価

④持参薬の確認

持参薬確認と適切な薬物治療の実現

持参薬確認の目的

入院時に持参薬を確認する目的は、適切に服薬が出来ていたかを検証するため

医療機関から発行された全ての処方内容の把握

「適切に服用できていたか」を確認するためには、医療機関から発行された全ての処方内容を把握した上で、持参したお薬と確認する

適切な薬物治療の実現のための実施事項

- 副作用の早期発見と対応
- 高齢者の薬物代謝機能の低下に配慮した投与量の設定
- 多剤投与に伴う相互作用等の処方鑑査

入退院支援加算、 入院時支援加算調査

1331病院より208病院（回答率13.7%）

2018年7月

独立行政法人福祉医療機構調査

10. 入退院支援に関する加算等

<入院時支援加算>

	算定している		算定していない	
入院料 1 (n=21)	12	57.1%	9	42.9%
入院料 4 (n=16)	1	6.3%	15	93.8%
入院料 5 (n=17)	8	47.1%	9	52.9%
入院料 6 (n=13)	4	30.8%	9	69.2%
入院料 7 (n=3)	-	0.0%	3	100.0%
全体	25	35.7%	45	64.3%

*エラー回答は除外している

- 入院時支援加算を算定しない理由について、もっとも当てはまるもの (n=45)

	病院数	割合
入退院支援加算を算定していない	6	13.3%
施設基準を満たすのに必要な人員を配置していない	26	57.8%
手間に比べて点数が割に合わない	4	8.9%
近いうちに算定する予定	7	15.6%
その他	2	4.4%

<退院時共同指導料 2>

入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

- 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、**医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。**

現行(共同指導の評価対象職種)	
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価	医師、看護師等
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	
注1	医師、看護師等
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員



改定後(共同指導の評価対象職種)	
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価	医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	
注1	医師、看護師等、 薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師、 看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等 ・歯科医師 又は 歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く) ・介護支援専門員 ・相談支援専門員

- 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、**自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。**

情報通信技術（ICT）を活用した 関係機関連携

【オンラインカンファレンス】

- 対面でのカンファレンス等を求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で情報通信技術（ICT）を用いたカンファレンス等を組み合わせて開催できるよう、要件を見直す。

【対象】

- 感染防止対策加算
- 入退院支援加算 1
- 退院時共同指導料 1 の注 1、退院時共同指導料 2 の注 1
- 退院時共同指導料 2 の注 3
- 在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算（訪問看護療養費）
- 在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- 精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算（訪問看護療養費）

各項目におけるICTを用いたカンファレンス等の組合せ①

項目	ICTを用いてカンファレンス等に参加する場合の要件
	【医療資源の少ない地域の場合】
感染防止対策加算 【施設基準】	感染防止対策加算1届出医療機関の感染制御チームと感染防止対策加算2届出医療機関の感染制御チームとの年4回程度の定期的なカンファレンスのうち、 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 4回中1回以上は両チームが一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること ③ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること 【感染防止対策加算1届出医療機関又は感染防止対策加算2届出医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 ① 主として取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること ② 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること
入退院支援加算1 【施設基準】	連携機関との年3回の面会のうち、1回はICTを活用できる。 【入退院支援加算1を届け出る医療機関又は連携機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 連携機関との年3回の面会全てICTを活用できる。
退院時共同指導料1、2の注1【算定要件】	【患者の退院後の在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーション又は入院中の医療機関のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合】 在宅療養担当医療機関又は訪問看護ステーションの担当者がICTを用いて共同指導できる。
退院時共同指導料2の注3【算定要件】	在宅療養担当医療機関等のうち2者以上が、患者が入院中の医療機関に赴き共同指導する場合、在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかがICTを用いて参加することができる。

医療資源の少ない地域の場合の考え方（退院時共同指導料の場合）

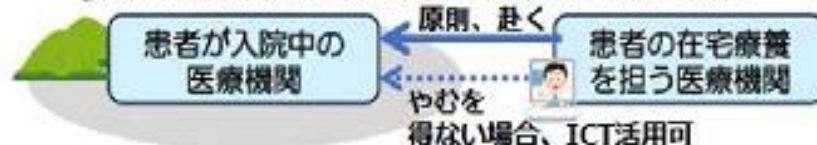
① いずれも医療資源の少ない地域に属さない場合



② 在宅療養担当医療機関（訪問看護St）が医療資源の少ない地域に属する場合



③ 入院医療機関が医療資源の少ない地域に属する場合



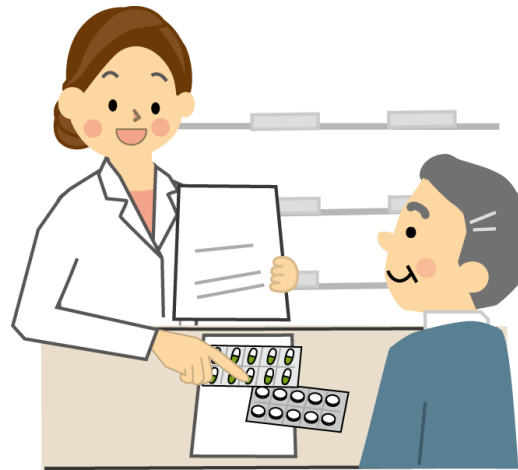
退院時共同指導料1、2いずれの場合であっても、患者が入院中の医療機関又は患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）のいずれかが医療資源の少ない地域に属する場合、患者の在宅療養を担う医療機関（訪問看護St）は、ICTを活用して退院時共同指導を実施することが可能である。

パート4 患者のための薬局ビジョン



すべては・・・

「患者のための薬局ビジョン」から
～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～



2015年10月23日

厚生労働省

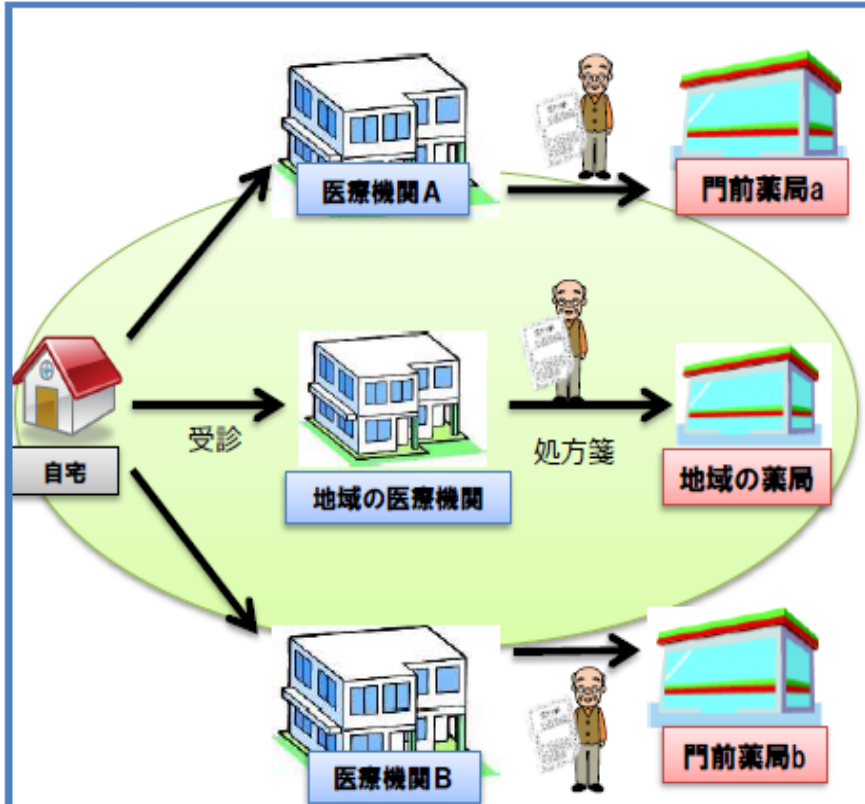
医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○薬局の薬剤師が専門性を発揮して、ICTも活用し、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理・指導を実施。

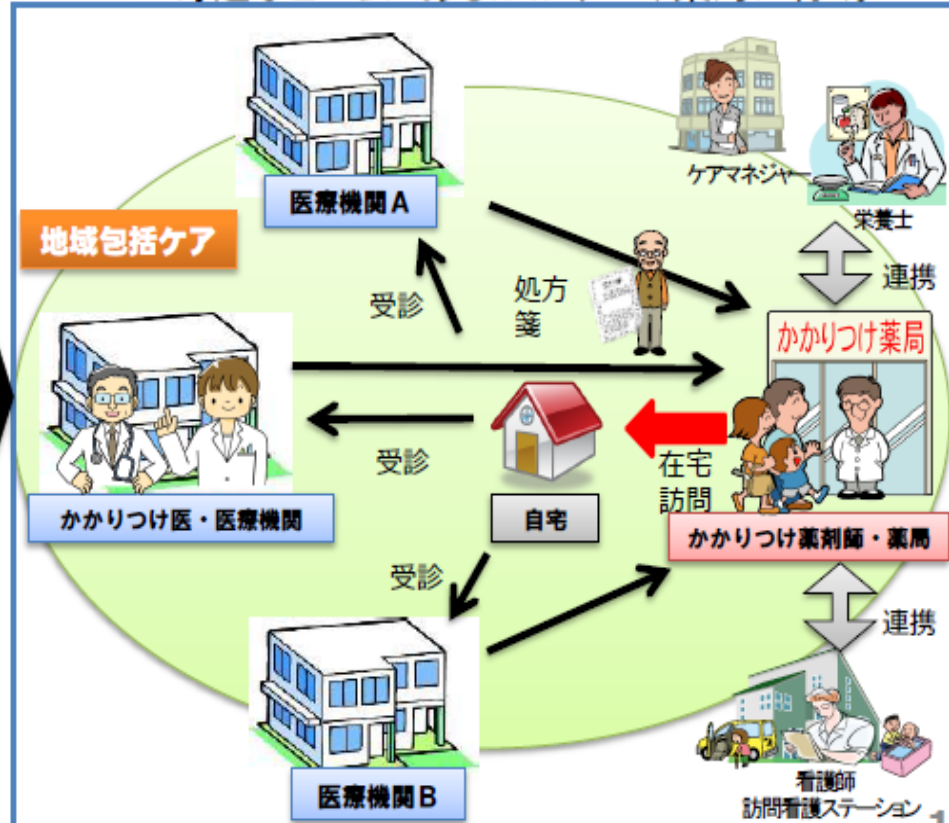
○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。

今後の薬局の在り方(イメージ)

現状 多くの患者が門前薬局で薬を受け取っている。



今後 患者はどの医療機関を受診しても、身近なところにあるかかりつけ薬局に行く。



かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能

- 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いることが重要。
- かかりつけ薬剤師が役割を発揮するかかりつけ薬局が、組織体として、業務管理（勤務体制、薬剤師の育成、関係機関との連携体制）、構造設備等（相談スペースの確保等）を確保。

服薬情報の一元的・継続的把握

- 主治医との連携、患者からのインタビューやお薬手帳の内容の把握等を通じて、患者がかかっている全ての医療機関や服用薬を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導を実施。
- 患者に複数のお薬手帳が発行されている場合は、お薬手帳の一冊化・集約化を実施。

24時間対応・在宅対応

- 開局時間外でも、薬の副作用や飲み間違い、服用のタイミング等に関し随時電話相談を実施。
- 夜間・休日も、在宅患者の症状悪化時などの場合には、調剤を実施。
- 地域包括ケアの一環として、残薬管理等のため、在宅対応にも積極的に関与。

(参考)・現状でも半分以上の薬局で24時間対応が可能。(5.7万のうち約3万の薬局で基準調剤加算を取得)

- ・薬局単独での実施が困難な場合には、調剤体制について近隣の薬局や地区薬剤師会等と連携。
- ・へき地等では、患者の状況確認や相談受付で、薬局以外の地域包括支援センター等との連携も模索。

医療機関等との連携

- 医師の処方内容をチェックし、必要に応じ処方医に対して疑義照会や処方提案を実施。
- 調剤後も患者の状態を把握し、処方医へのフィードバックや残薬管理・服薬指導を行う。
- 医薬品等の相談や健康相談に対応し、医療機関に受診勧奨する他、地域の関係機関と連携。

薬局再編の全体像

～ 立地 から 機能 へ～

現状

57,000薬局あるが、門前中心に医薬分業のメリットを実感しにくいとの声

様々な医療機関からの処方箋を受付

特定の診療所からの処方箋を受付

特定の病院からの処方箋を受付

面分業

門前薬局を含め、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指す

診療所門前

中小病院門前

大病院門前

2025年まで

すべての薬局を「かかりつけ薬局」へ

かかりつけ薬局

- ・ ICTを活用し、服薬情報の一元的・継続的把握
- ・ 24時間対応・在宅対応
- ・ 医療機関をはじめとする関係機関との連携

+

- ・ 健康サポート機能
(地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援)

※健康サポート薬局として活動
(日常生活圏域ごとに必要数確保)

- ・ 高度薬学管理機能
(抗がん剤等の薬学的管理)

2035年
まで

- 団塊の世代が要介護状態の方が多い85歳以上に到達
- 一般的な外来受診はかかりつけ医が基本となる

立地も地域へ

既に地域に立地

建替え時期等を契機に立地を地域へ移行

日常生活圏域でのかかりつけ機能の発揮

かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～ 対物業務 から 対人業務 へ～

患者中心の業務

患者中心の業務

薬中心の業務

- ・ 処方箋受取・保管
- ・ 調製(秤量、混合、分割)
- ・ 薬袋の作成
- ・ 報酬算定
- ・ 薬剤監査・交付
- ・ 在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための **研修の機会の提供**
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、**検査値や疾患名等の患者情報を共有**
- 医薬品の安全性情報等の **最新情報の収集**

- ・ 処方内容チェック (重複投薬、飲み合わせ)
- ・ 医師への疑義照会
- ・ 丁寧な服薬指導
- ・ 在宅訪問での薬学管理
- ・ 副作用・服薬状況のフィードバック
- ・ 処方提案
- ・ 残薬解消

専門性+コミュニケーション
能力の向上

薬中心の業務

塩崎前厚労相、「かかりつけ薬局」 推進で「病院前の景色を変える」



2015年5月22日記者会見

お茶の水の駅前は 楽器店から薬局の街に変貌



左手に見えるJR御茶ノ水駅の御茶ノ水橋口に隣接、アクセスに優れたさくら薬局御茶ノ水駅前店

2018年調剤報酬改定

中医協総会 2018年1月10日

2018年

調剤報酬改定の7つのポイント

- ポイント① 調剤基本料の見直し
 - いわゆる門前薬局の評価の見直し
- ポイント② 地域支援体制加算の新設
 - 地域医療に貢献する薬局の評価
- ポイント③ かかりつけ薬剤師
- ポイント④ 在宅訪問、残薬解消
- ポイント⑤ 分割調剤と日本版リフィル
- ポイント⑥ 医薬品適正使用ガイドライン
- ポイント⑦ ジェネリック医薬品

ポイント① 調剤基本料の見直し

～いわゆる門前薬局の評価の見直し

中医協総会 2018年1月10日

ポイント①

調剤基本料の見直し

～いわゆる門前薬局の評価の見直し～



調剤基本料の見直し

～いわゆる門前薬局の評価の見直し～

- 調剤基本料の変更点

- ① 調剤基本料 1 : 41点

- ② 調剤基本料 2 : 25点

- ③ 調剤基本料 3 イ : 20点

- ④ 調剤基本料 3 口 : 15点

- ⑤ 特別調剤基本料 : 10点

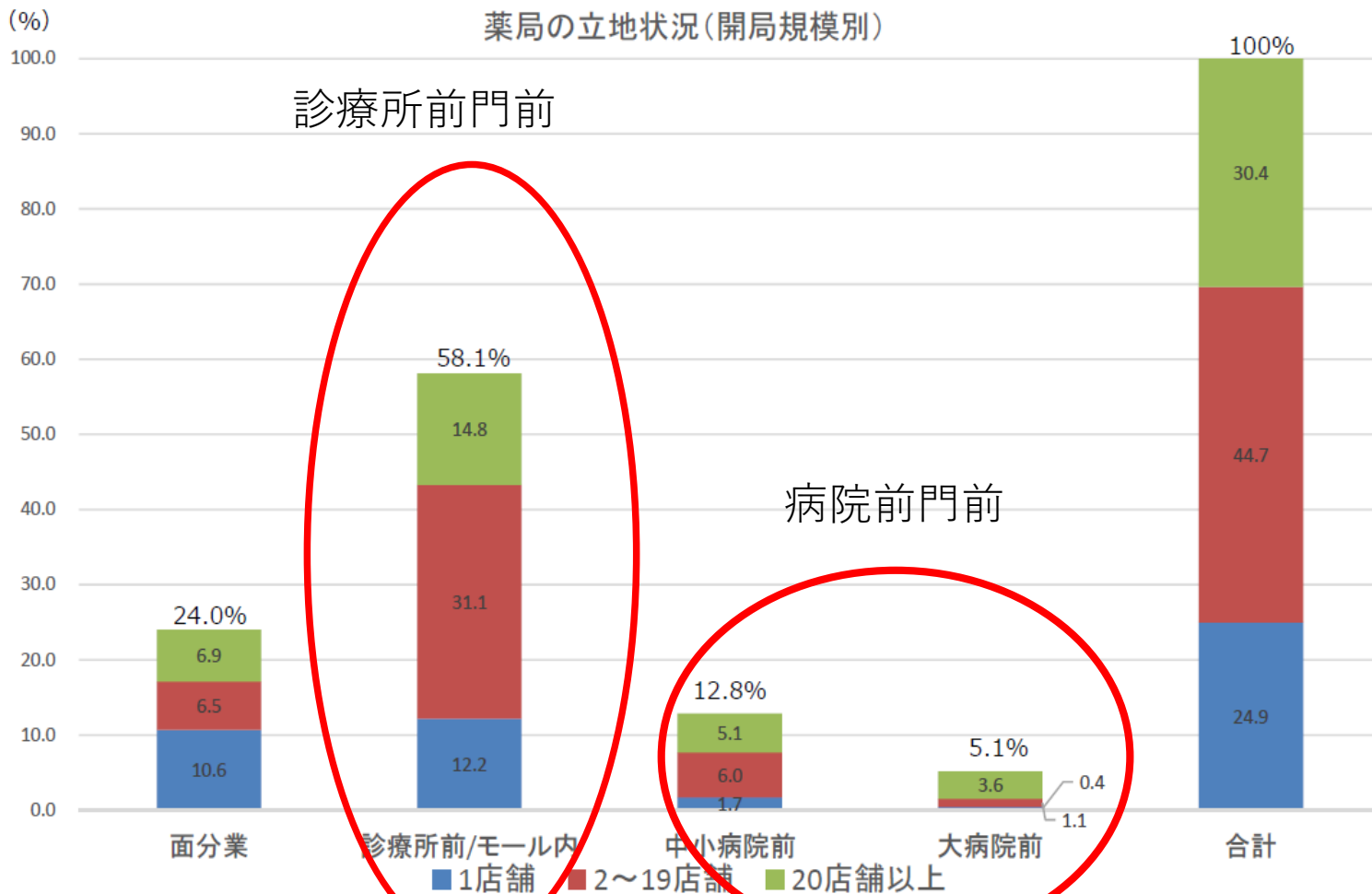
地域密着型か
かりつけ薬局

いわゆる
門前薬局

同一敷地
内薬局

薬局の立地や開設規模に関する現状

○ 薬局の立地に関する現状については、診療所の門前や医療モール内が約 6 割と最も多く、次いで面分業が約 2 割であった。



調剤基本料 1 (41点)

長野県上田市イイジマ薬局

調剤基本料 1（41点）の算定要件

- ①いわゆる地域密着型の面分業薬局
 - 調剤基本料 2 以上に適応される処方箋受付回数、特定の医療機関からの処方箋の集中率の特例対象範囲以外の保険薬局
- ②地域支援加算の適応
- ③現状地域基本料 1 を取得している薬局は以下要件を満たせばよい
 - 麻薬小売業者免許、在宅患者薬剤管理の実績、かかりつけ薬剤師指導料等の届け出

調剤基本料 2 (25点) 同一ビル内医療モールの薬局



調剤基本料2（25点）の算定要件

- ①1カ月の処方箋受付回数が4,000回を超え、特定の医療機関からの処方割合が70%【継続】
- ②1カ月の処方箋受付回数が2,000回を超え、特定の医療機関からの処方割合が85%超【90%から変更】
- ③特定の医療機関からの処方箋受付回数（薬局がある建物に複数の医療機関（同一ビル内医療モール）がある場合は、建物内すべての医療機関の処方箋を合算）が1カ月に4,000回を超える【変更】
- ④特定の医療機関からの受付回数（同一グループの他の薬局でも、調剤の割合が最も高い医療機関同じ場合は、その他の薬局の処方箋受付回数も合算）が1カ月に4,000回を超える【新設】

大型門前

 日本調剤
東北大前薬局

保険薬局

営業時間
月～金
8:00～20:00

休診日
土・日曜・休日

おさいふにやさしいジ

エネリック医薬品

調剤基本料 3 イ (20点) の算 定要件

- 【前提】 同一グループの薬局の処方箋受付回数
の合計が1カ月に4万回を超えて40万回以下のグ
ループ 【変更】
- ①特定の保険医療機関からの処方割合が85%超
【変更】
- ②特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係に
ある薬局 【継続】

調剤基本料3口（20点）の 算定要件

- 【前提】 **同一グループ**の薬局の処方箋受付回数
の合計が1カ月に**40万回を超えるグループ**【新設】
- ①特定の保険医療機関からの処方割合が**85%超**
- ②特定の保険医療機関と不動産の賃貸借関係にあ
る薬局

* **40万回を超えるグループ**は店舗数で**300店舗以上**
になると調剤基本料3に引がかかる。

「同一法人グループ」が「同一グループ」となった。
同一経済状況である法人は1グループと見なす

調剤薬局ランキング (2017年7月)

順位	会社名 └ 調剤事業部門 グループ会社	主な調剤薬局	調剤事業 売上高 (億円)	調剤薬局 店舗数	情報
1	株式会社アインホールディングス └ 株式会社アインファーマシーズ 他	アイン薬局	2218.10	1066	2017年4月期
2	日本調剤株式会社	日本調剤	1893.27	557	2017年3月期
3	クラフト株式会社	さくら薬局	1635.00	697	2016年3月期
4	クオール株式会社	クオール薬局	1205.96	596	2017年3月期
5	株式会社スズケン └ 株式会社ファークコス、株式会社エスマイル	ファークコス薬局 エスマイル薬局	977.86	320	
6	総合メディカル株式会社	そうごう薬局	963.26	674	
7	東邦ホールディングス株式会社 (共創未来グループ) └ ファーマクラスター株式会社 他	ファーマみらい	958.07	539	2017年3月期
8	株式会社メディカルシステムネットワーク └ 株式会社ファーマホールディング	なの花薬局	816.50	377	
9	阪神調剤ホールディング株式会社 └ 株式会社阪神調剤薬局	阪神調剤薬局	650.13	300	
10	株式会社アイセイ薬局	アイセイ薬局	592.00	240	
11	株式会社フロンティア	フロンティア薬局	523.41	240	
12	ファーマライズホールディングス株式会社 └ ファーマライズ株式会社	ファーマライズ薬局	423.46	240	
13	株式会社トーカイ └ たんぼぼ薬局株式会社	たんぼぼ薬局	407.08	124	
14	薬樹株式会社	薬樹薬局	327.00	150	
15	株式会社メディカルー光	フラワー薬局	56.57	95	2017年6月期

調剤基本料
3口

1カ月の処方箋受付40万回、
およそ店舗数
で300店舗

調剤基本料
3イ

特別調剤基本料（10点）



敷地内薬局

特別調剤基本料（10点）の 算定要件

- 病院である保険医療機関と不動産取引等特別な関係がある薬局で、その病院の処方箋が95%を超える【新設】
- *いわゆる同一敷地内（門内）薬局を想定。
 - 敷地内薬局は、患者の利便性向上などの観点から、規制改革会議が薬局の構造上の独立性について規制緩和を求め、2016年10月1日から制度として運用されている。



愛知県内の門内薬局例

門内薬局
ミニブーム

同一敷地内薬局について

- 「医薬分業を行うことと、理想的には地域包括ケアという地域単位の中で面的な分業を行う我々の方向性から真っ向から逆行する」
- 「調剤基本料3よりさらに厳しい評価を作るしかない」

- 中山薬剤管理官



2017年7月30日に都内で開かれた
一般社団法人日本女性薬局経営者の会
(JLIPA) で講演

でも同一敷地内薬局が止まらない



山本修一千葉大病院長

- 国立大学附属病院長会議調査
 - 2018年10月5日、敷地内薬局の設置状況を調査した結果、**4国立大学病院**で設置されていることを公表した。
 - 設置準備中と検討中を含めると16大学に上り、国立大学病院の約3分の1の敷地内に薬局が設置される可能性がある。
 - 同会議の山本修一常置委員長（千葉大学病院長）は記者会見で、患者アンケートから「圧倒的に好評をいただいている」と述べている

東大敷地内のアイン薬局



ちなみに私は大型門前薬局をかかりつけ薬局にしています



国際医療福祉大学三田病院

日本調剤三田薬局でアムロジピンとロサルタンのジェネリックを調剤してもらっています。



パート5

薬機法の改正と保険薬局

第66条 政府は、この法律の施行後5年を目途として、この法律による改正後の規定の実施状況を勘案し、必要があると認めるときは、当該規定について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(薬機法施行2016年、施行後5年目は2020年)

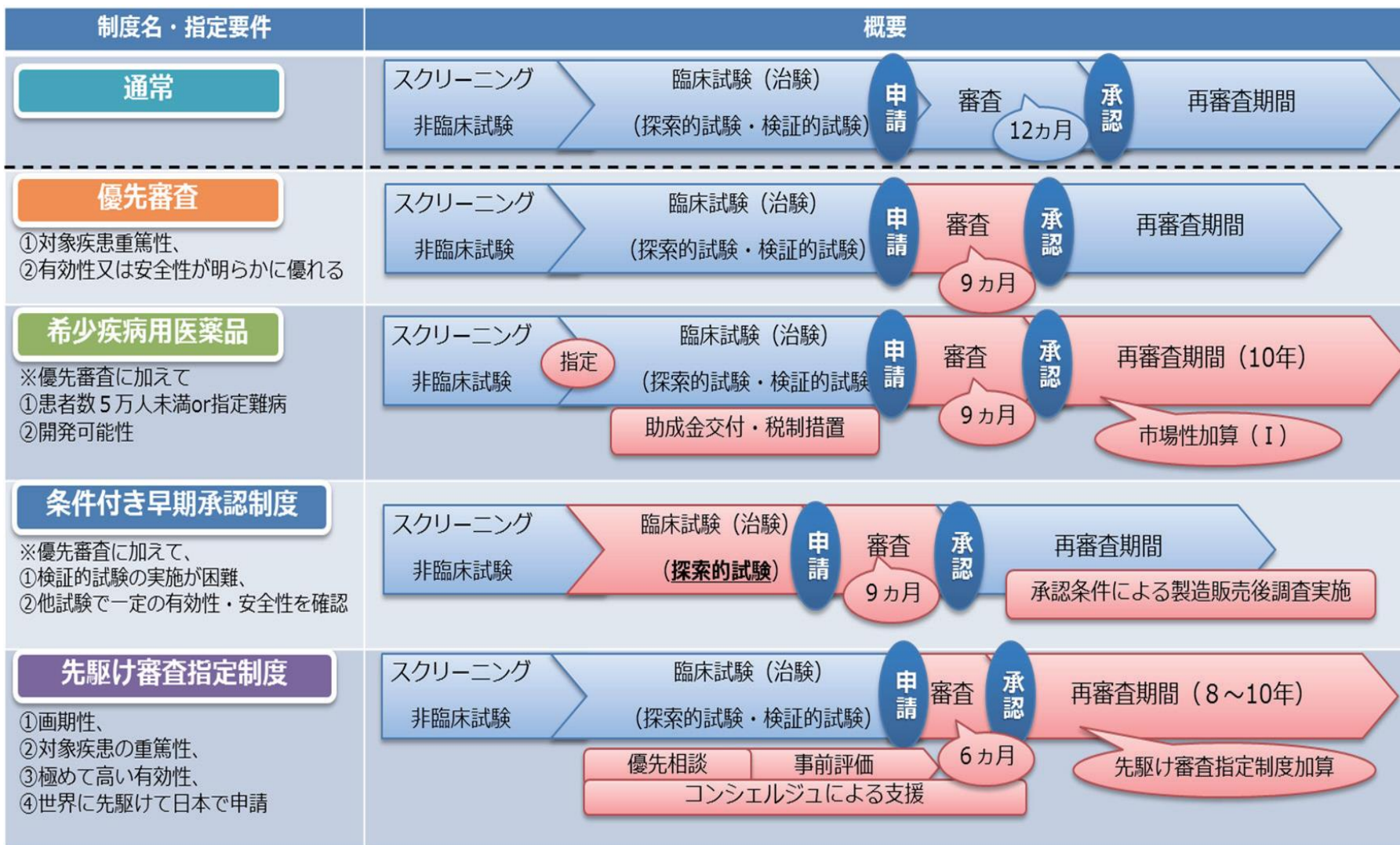
医薬品医療機器等法（薬機法）

- 2014年11月にそれまでの薬事法が全面的に改訂されて医薬品医療機器等法（薬機法）となった。
- その改定の趣旨は以下の3点
 - ①医療機器の承認・許可に関する規定を医薬品の規定から独立させること
 - ②再生医療等製品を新たな規制対象に加えること
 - ③安全性等に関する規定強化を図ることであった。
- その法律が制定されて5年後の今年、その一部改正が行われようとしている。

改正薬機法の趣旨

- 今回の改正趣旨は以下の3点
 - ①医薬品・医療機器等をより迅速・安全・効率的に提供するための制度確保
 - 先駆け審査指定制度、条件付き早期承認制度によりより迅速に医薬品・医療機器等を上市する制度の確保
 - ②地域における薬局・薬剤師の在り方
 - 地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の創設
 - ③信頼確保のための法令順守体制等
 - バルサルタン（デュオパン）問題のような虚偽・誇大広告で医薬品の販売を拡大した製薬企業に課徴金を支払わせる制度の確立

① 医薬品・医療機器を迅速・安全・効率的に審査する体制の確保



②地域における薬局・ 薬剤師り方

地域連携薬局、専門医療機関連携薬局

特定の機能を有する薬局の認定

【6条の2、6条の3（新旧P90,91）】

○「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、

- ・入退院時の医療機関等との情報連携や在宅医療等に、地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（**地域連携薬局**）

【6条の2（新旧P90）】

患者のための薬局ビジョンの「かかりつけ薬剤師・薬局機能」

- ・がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局（**専門医療機関連携薬局**）【6条の3（新旧P91）】

患者のための薬局ビジョンの「高度薬学管理機能」

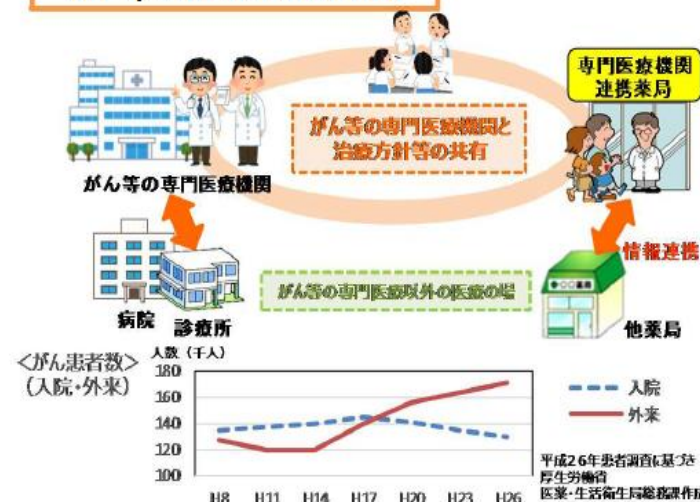
について、都道府県知事の認定により上記の名称表示を可能とする。

- これにより、患者が地域で様々な療養環境（外来、入院、在宅医療、介護施設など）を移行する場合や、複数の疾患を有し、多剤を服用している場合にも、自身に適した安全かつ有効な薬物療法を切れ目なく受けられることが期待される。
- 現行の「健康サポート薬局」（薬機法施行規則上の制度）については、引き続き推進する。

地域連携薬局

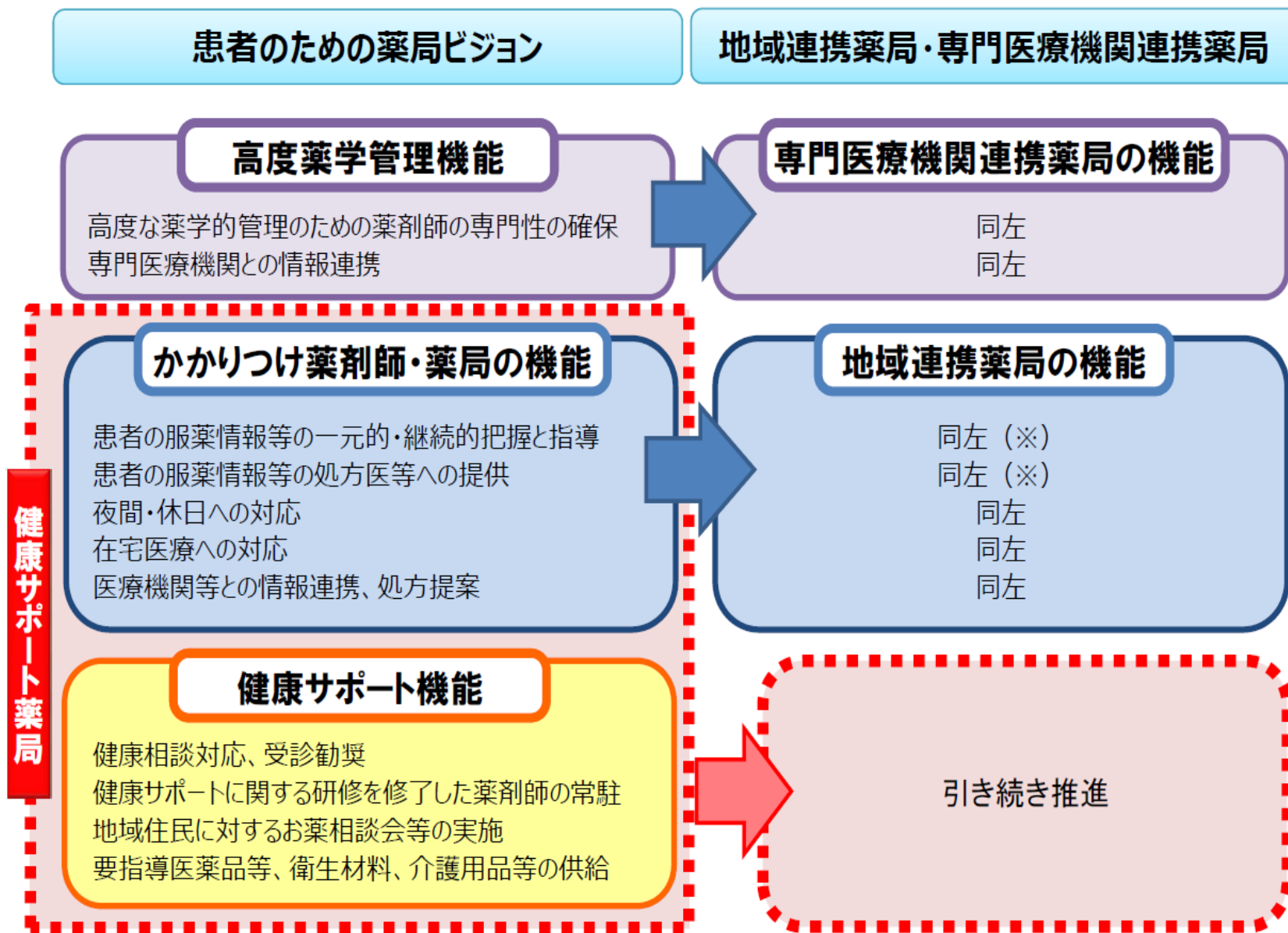


専門医療機関連携薬局



- ・薬局間の連携に関しては、必要な医薬品の薬局間の受け渡しに関する連携を含む。また医療用麻薬については薬局間の受け渡しに関するルールの見直しを行う。
- ・薬局における対人業務の充実のためには対物業務の効率化が必要であることに鑑み、改正法の施行までに、薬剤師自らが実施すべき業務と薬剤師の監督下において薬剤師以外の者に実施させることが可能な業務の考え方について、有識者の意見を聴きつつ整理を行う。

「患者のための薬局ビジョン」と特定の機能を有する薬局の機能の比較



健康サポート薬局

※ 今回の改正で薬剤師の義務としても別途規定

特定の機能を有する薬局の都道府県知事の認定(※)は、構造設備や業務体制に加え、機能を適切に発揮していることを実績により確認する必要があるため、1年ごとの更新とする。

認定手続は、既存制度も活用して、極力薬局開設者や認定を行う自治体の負担とならないものとする。

※ 薬局の開設許可事務に加え、医療提供体制全般に責任を持つ都道府県知事が事務を担当。地域差を反映すべき合理的理由がない限り全国共通の運用とする。

地域連携薬局

入退院時の医療機関等との情報連携や在宅医療等に
一元的・継続的に対応できる薬局【6条の2(新旧P90)】

- 患者に配慮した構造設備
 - ・プライバシーに配慮した構造設備(パーティションなど)
- 医療提供施設との情報共有(※※)
 - ・入院時の持参薬情報の医療機関への提供
 - ・医師、看護師、ケアマネージャー等との打合せ(退院時カンファレンス等)への参加
- 業務を行う体制(※※)
 - ・福祉、介護等を含む地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師^{注)}の配置
 - ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- 在宅医療への対応(※※)
 - ・麻薬調剤、無菌調剤を含む在宅医療に必要な薬剤の調剤
 - ・在宅への訪問

注) 既存の健康サポート薬局の研修制度を活用可能

等

専門医療機関連携薬局

がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設
と連携して対応できる薬局【6条の3(新旧P91)】

- 患者に配慮した構造設備
 - ・プライバシーに配慮した構造設備(パーティション、個室その他相談ができるスペース)
- 医療提供施設との情報共有(※※)
 - 地域連携薬局と同様の要件に加え、
 - ・専門医療機関の医師、薬剤師等との治療方針等の共有
 - ・専門医療機関等との合同研修の実施
 - ・患者が利用する地域連携薬局等との服薬情報の共有
- 業務を行う体制(※※)
 - ・学会認定等の専門性が高い薬剤師の配置

等

※※ 地域の医療需要等を踏まえた判断も可とする。

＜認定手続＞

➤ 申請資料の一部は、既存の薬局機能情報提供制度で薬局が都道府県に毎年行っている報告内容を利用可能とし、提出資料等の事務負担を少なくする。

※その他、既に調剤報酬の算定要件等として薬局が把握し、地方厚生局に提出している事項の活用も検討

➤ 認定にあたっては、地方薬事審議会等の審議(事後報告を含む)を想定。その場合、委員への書面送付による確認等事務負担の少ない手続を基本とする。

患者等のニーズに応じて充実・強化すべき2つの機能②

高度薬学管理機能

- 学会等が提供する専門薬剤師の認定等を受けた、**高度な知識・技術と臨床経験を有する薬剤師**を配置。
- **専門医療機関との間で、新たな治療薬や個別症例等に関する勉強会・研修会を共同で開催**する等の取組を継続的に実施。
- がんやHIV、難病のような疾患を有する患者に対して、あらかじめ**医療機関との間で対応要領を定め**、次のような高度な薬学的管理ニーズへの対応を行う。
 - **抗がん剤服用時**などに、発熱等の副作用が生じた際に、**担当医への受診などの対応**について助言。
 - **抗HIV薬服用患者**の場合に、他の併用薬等の情報をもとに、**適切な抗HIV療法を選択**できるよう支援。

テレビ電話等による服薬指導

- 処方箋に基づき調剤された薬剤（処方箋薬剤）は、医薬品医療機器等法上、薬剤師による対面服薬指導が義務づけられており、テレビ電話等による服薬指導は行うことができない。

※ 平成28年に国家戦略特区法を改正し、実証的に事業を実施中(愛知県、兵庫県養父市、福岡市) [登録薬局数：25件、患者数：8名(平成31年3月1日現在)]

- 遠隔診療の状況を踏まえ、テレビ電話等による場合であって薬剤の適正な使用を確保することが可能であると認められる場合には、処方箋薬剤の対面服薬指導義務の例外として、テレビ電話等による服薬指導を行うことができることとする。 【9条の3（新旧P5）関係】

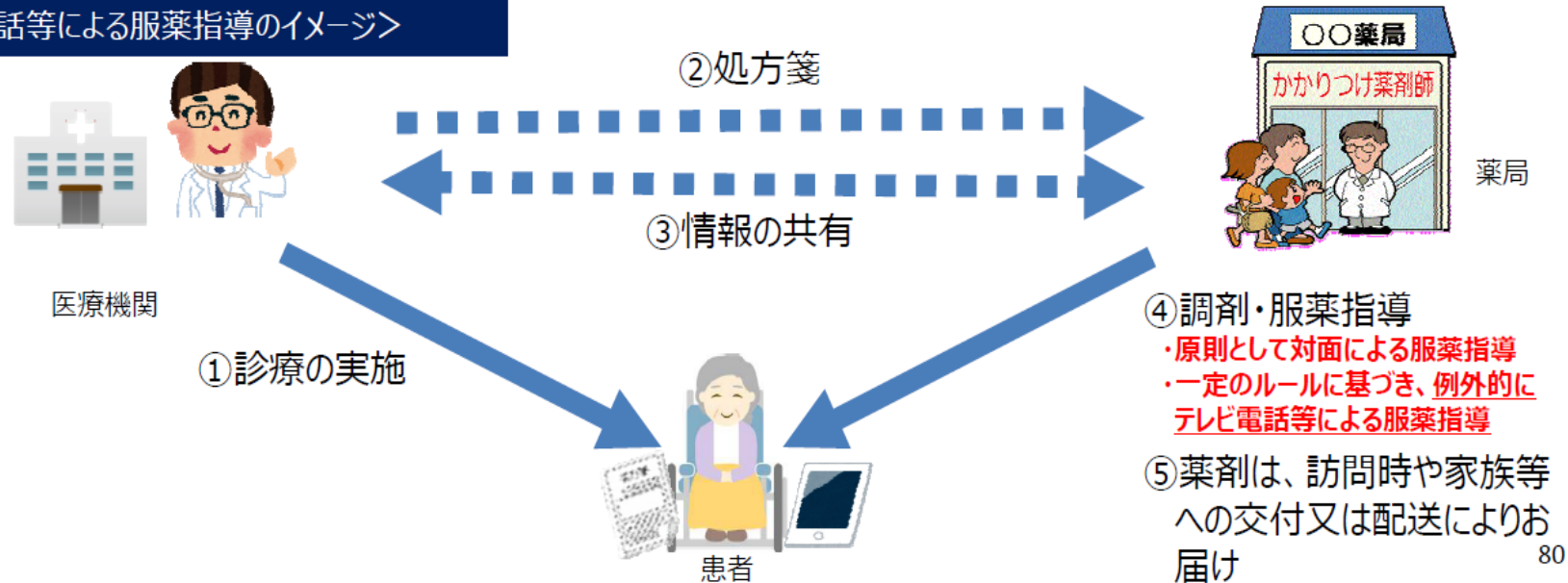
- ・ 今後、専門家によって適切なルールを検討し、厚生労働省令等において具体的な方法を定める予定。

[ルールの基本的考え方]

- 患者側の要請と患者・薬剤師間の合意
- 初回等は原則対面
- かかりつけ薬剤師による実施
- 緊急時の処方医、近隣医療機関との連絡体制確保
- テレビ電話等の画質や音質の確保

等

<テレビ電話等による服薬指導のイメージ>



国家戦略特区での薬剤師による対面服薬指導義務の特例

- 国家戦略特区法の一部を改正する法律（平成28年法律第55号）に基づき、薬剤師による対面での服薬指導義務の特例として、**国家戦略特区内**で**実証的に**、①**離島、へき地に居住する者**に対し、②**遠隔診療が行われ**、③**対面での服薬指導ができない場合**に限り、④**テレビ電話**による服薬指導（遠隔服薬指導）を可能とされた。 ※施行：平成28年9月1日
- 平成30年6月14日の国家戦略特別区域諮問会議において、**愛知県、兵庫県養父市及び福岡市**における、実証事業の実施計画が認定された。

【事業のイメージ】



【実施予定自治体】



薬機法等制度改正に関するとりまとめ(抄)

(平成30年12月25日厚生科学審議会医薬品医療機器制度部会)

(前略)今回、本部会では、薬剤師・薬局のあり方と併せて医薬分業のあり方に関して議論してきたが、医薬分業により、医療機関では医師が自由に処方できることや医薬品の在庫負担がないことに加え、複数の医療機関を受診している患者について重複投薬・相互作用や残薬の確認をすることで、患者の安全につながっているという指摘がある一方で、現在の医薬分業は、政策誘導をした結果の形式的な分業であって多くの薬剤師・薬局において本来の機能を果たせておらず、医薬分業のメリットを患者も他の職種も実感できていないという指摘や、単純に薬剤の調製などの対物中心の業務を行うだけで業が成り立っており、多くの薬剤師・薬局が患者や他の職種から意義を理解されていないという危機感がないという指摘、さらには、薬剤師のあり方を見直せば医薬分業があるべき姿になるとは限らず、この際院内調剤の評価を見直し、院内処方へ一定の回帰を考えるべきであるという指摘があった。このことは関係者により重く受け止められるべきである。(後略)

薬機法改正が目指す方向性とは

調剤時だけで終わらない薬剤師の役割を確認してください

森大臣官房審議官 2019年2月

まとめと提言

- ・ 2020年診療報酬改定では急性期医療の選別が強化される
- ・ 2018年調剤報酬改定における地域支援体制加算に注目
- ・ 2019年の薬機法改正で薬局の機能分化が法制化
- ・ 2020年調剤報酬改定は薬機法改正に沿って行われる

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
mutoma@iuhw.ac.jp