

# 具体的な検討の「視点」において示した 各検討項目の現状

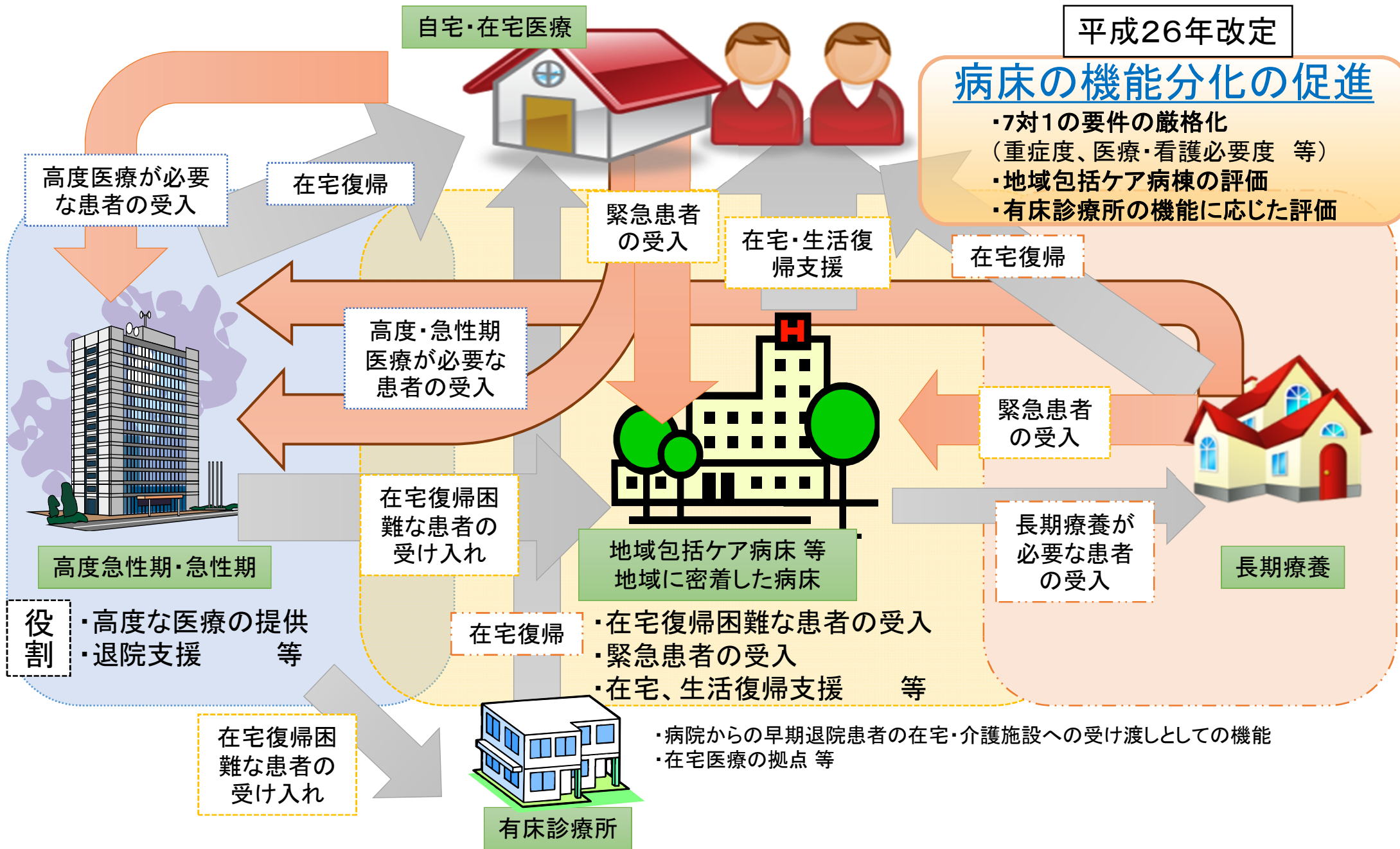
# 医療機能の分化・強化、連携と 地域包括ケアシステムを推進する視点

# 1. 入院医療について<病床の機能分化>

平成26年改定

## 病床の機能分化の促進

- ・7対1の要件の厳格化  
(重症度、医療・看護必要度 等)
- ・地域包括ケア病棟の評価
- ・有床診療所の機能に応じた評価



自宅・在宅医療

高度医療が必要な患者の受入

在宅復帰

緊急患者の受入

在宅・生活復帰支援

在宅復帰

高度・急性期医療が必要な患者の受入

緊急患者の受入

在宅復帰困難な患者の受け入れ

地域包括ケア病床等  
地域に密着した病床

長期療養が必要な患者の受入

長期療養

高度急性期・急性期

役割  
・高度な医療の提供等  
・退院支援

在宅復帰  
・在宅復帰困難な患者の受入  
・緊急患者の受入  
・在宅、生活復帰支援 等

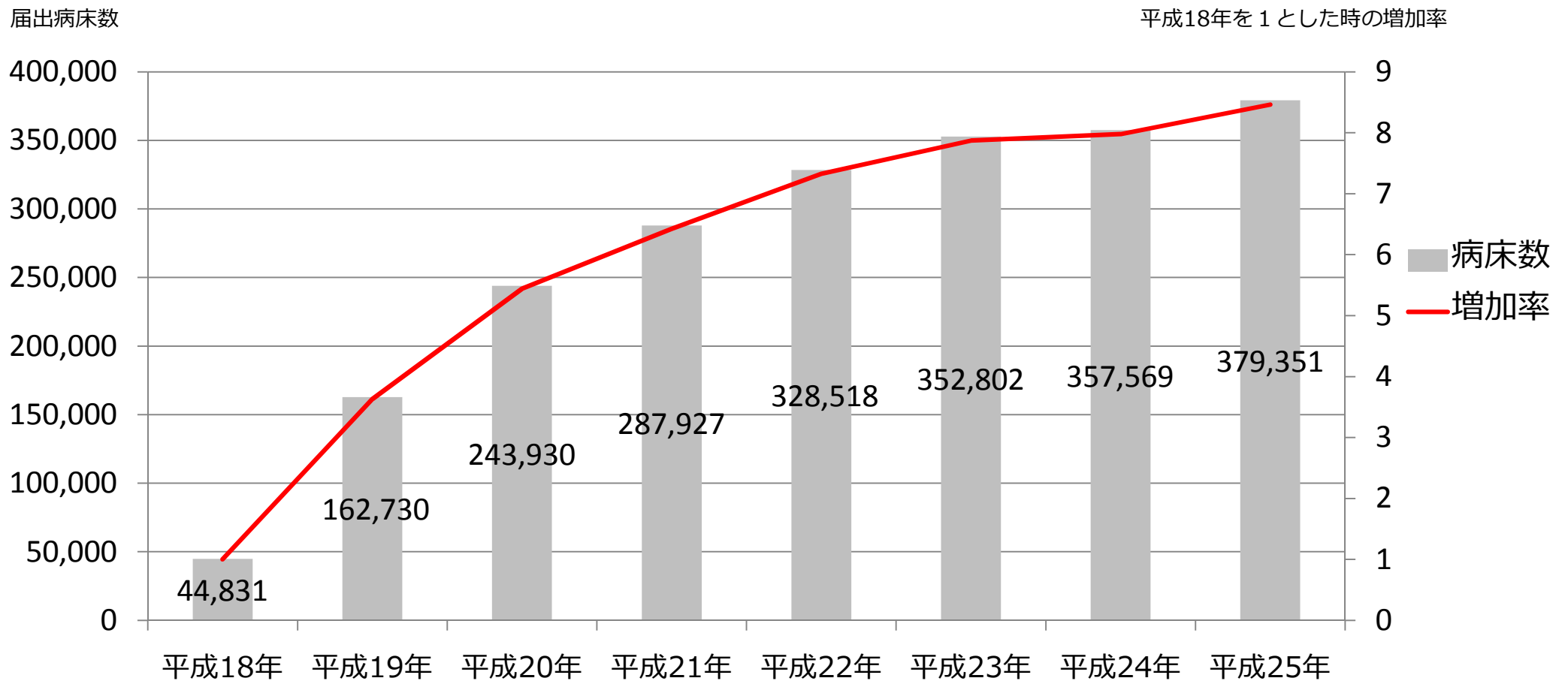
在宅復帰困難な患者の受け入れ

・病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能  
・在宅医療の拠点 等

有床診療所

# 一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の割合と推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加率は緩やかになっている。



※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

## 7対1入院基本料の届出病床数の動向

- 平成26年3月～10月間に7対1一般病棟入院基本料の届出病床は約14千床減少した。その後、平成27年4月までに約5.3千床の増加と約7.7千床の減少があり、全体では約2千床の減少となっている。
- 7対1一般病棟の病床数が減少した医療機関では、10対1一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届出が増加している。

### 【7対1病床数の動向】

(千床)

		平成26年3月	平成26年10月	平成27年4月
7対1一般病棟 入院基本料	施設数	約1,700施設	約1,550施設	約1,530施設
	病床数	380.4	366.2	363.9
	前回集計からの 増減数		▲14.2	▲2.3
		内訳	+13.4 ▲27.6	内訳 +5.3 ▲7.7

### 【7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の動向】

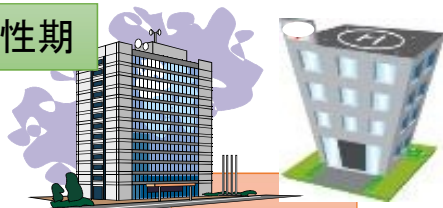
	平成26年3月 (病床数;千床)	平成27年4月 (病床数;千床)	増加した 病床数(千床)	増加した届出 医療機関数
10対1一般病棟入院基本料	0	16.7	16.7	+約190か所
地域包括ケア病棟入院料1	0	8.8	8.8	+約200か所

出典: 平成26年3月・10月及び平成27年4月時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの(病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要)。

# 地域包括ケア病棟のイメージと要件

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期・高度急性期



急性期

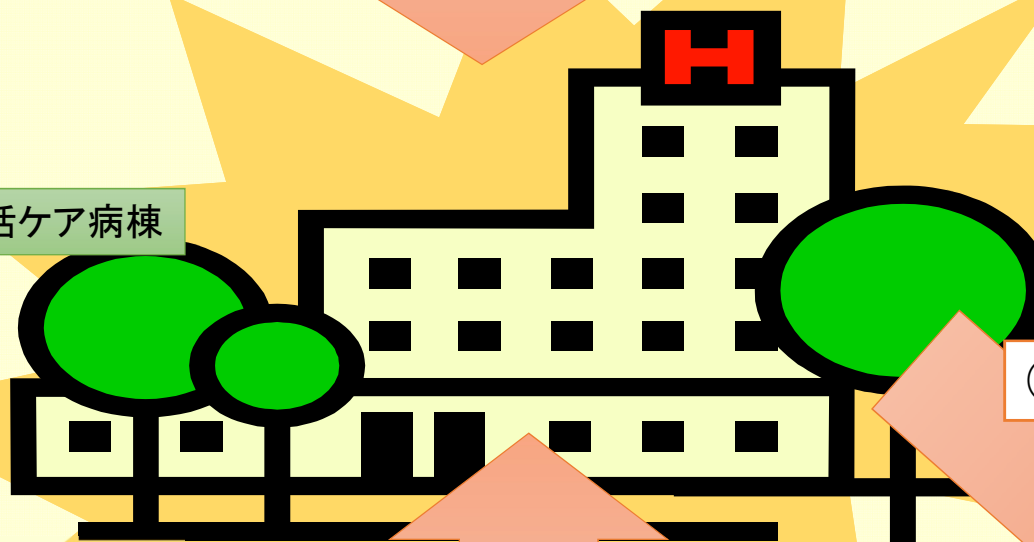
地域包括ケア病棟の役割

①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

入院患者データの提出

地域包括ケア病棟



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定  
・在宅療養支援病院の届出 など

長期療養  
介護等

介護施設等



自宅・在宅医療



## 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出病床数の動向

○ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の届出病床数は引き続き増加傾向にある。

(千床)

		平成26年10月	平成27年4月
地域包括ケア病棟入院料1	施設数	約320施設	約490施設
	病床数	14.4	20.3
	前回調査からの増減数		+5.9
地域包括ケア入院 医療管理料1	施設数	約520施設	約600施設
	病床数	8.4	9.3
	前回調査からの増減数		+0.9
地域包括ケア病棟入院料2	施設数	約20施設	約30施設
	病床数	1.0	1.4
	前回調査からの増減数		+0.4
地域包括ケア入院 医療管理料2	施設数	約50施設	約60施設
	病床数	0.8	0.8
	前回調査からの増減数		±0
合計	施設数	約920施設	約1,170施設
	病床数	24.6	31.7

出典：平成26年10月及び平成27年4月時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

# 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）届出医療機関の状況

平成27年4月時点で

地域包括ケア病棟入院料（入院管理料）を届け出た医療機関における主な届出病床数の動向

	平成26年3月 (病床数;千床)	平成27年4月 (病床数;千床)	病床数の変動 (千床)
7対1一般病棟入院基本料	64.1	52.5	▲11.6
10対1一般病棟入院基本料	48.9	47.2	▲1.7
13対1一般病棟入院基本料	3.2	3.1	▲0.1
15対1一般病棟入院基本料	2.9	1.8	▲1.1
療養病棟入院基本料1	16.1	16.9	+0.8
療養病棟入院基本料2	7.1	5.3	▲1.8
回復期リハビリテーション病棟入院料1	7.6	8.2	+0.6
回復期リハビリテーション病棟入院料2	8.4	8.0	▲0.4
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1.0	0.7	▲0.3
亜急性期入院医療管理料	12.4	0.0	▲12.4

出典：平成26年3月及び平成27年4月時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報を取りまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。



# 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療① (26年度診療報酬改定)

平成26年改定

## ①在宅療養後方支援 病院の評価

- ・在宅患者緊急入院診療加算
- ・在宅患者共同診療料

## ②在宅医療の質の強化

- ・機能強化型在支診・病の実績要件の強化
- ・同一建物への複数訪問の評価見直し
- ・薬剤や衛生材料等の供給体制の整備
- ・在宅歯科医療の推進
- ・在宅薬剤管理指導業務の推進

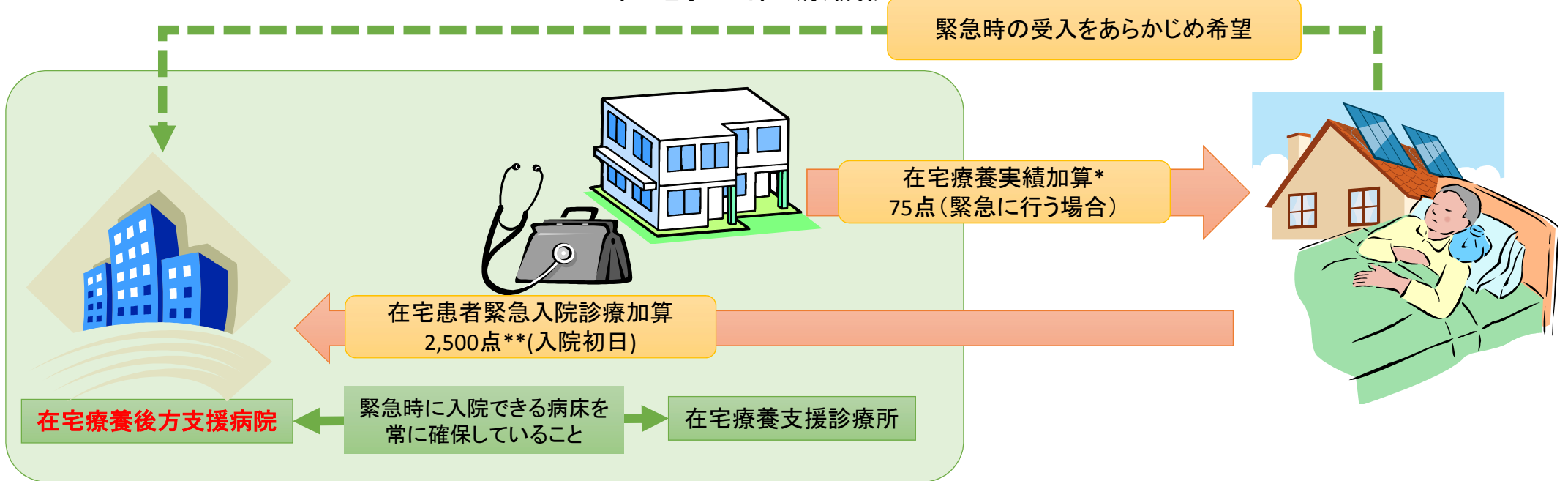
## ③在宅医療を担う医療機 関の量的確保

- ・実績のある在支診・病の評価
- ・在支診・病以外の在宅時医学総合管理料等の評価

<受入医療機関>

<在宅担当医療機関>

<自宅等>



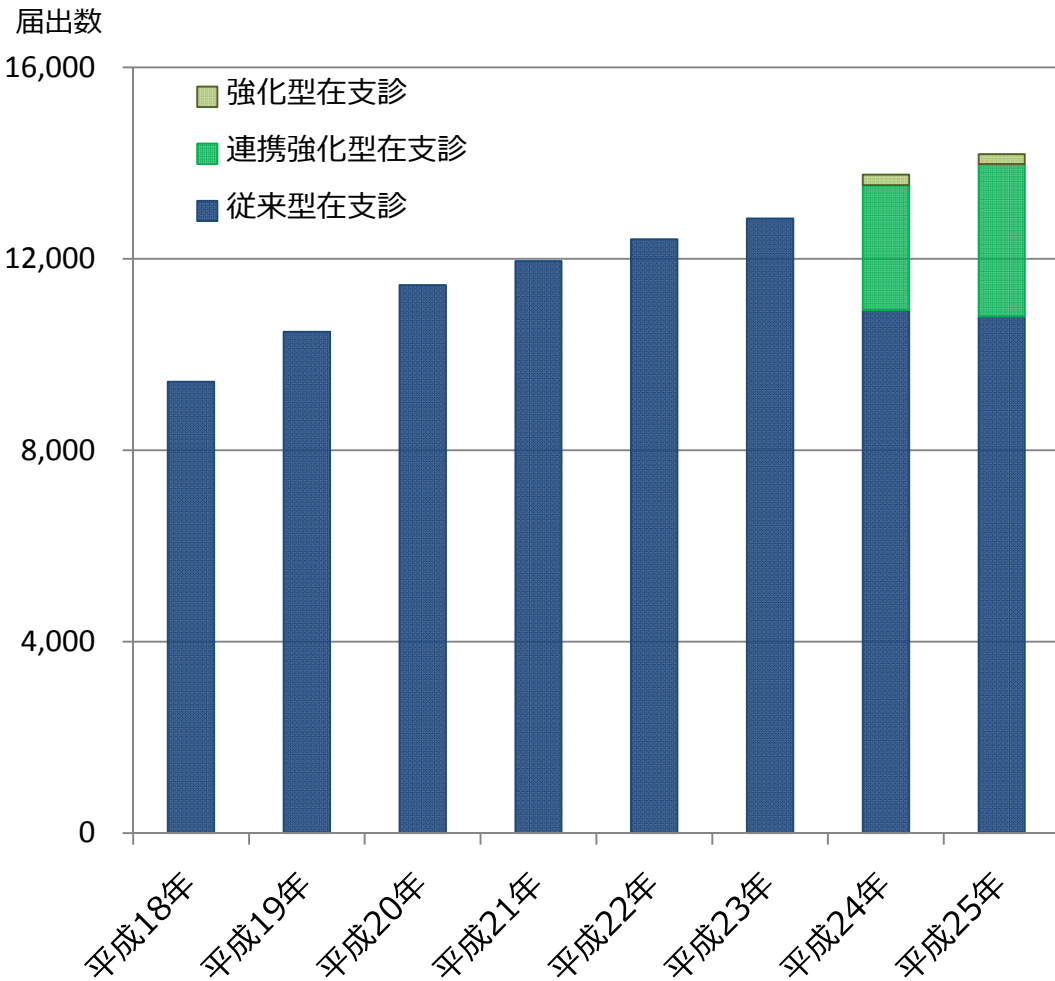
\* 在宅療養支援診療所で算定可能な緊急に行う往診料の加算(650点)に加えて、さらに加算する

\*\*在宅療養後方支援病院であって、あらかじめ当該病院を緊急時の入院先とすることを希望していた患者の場合

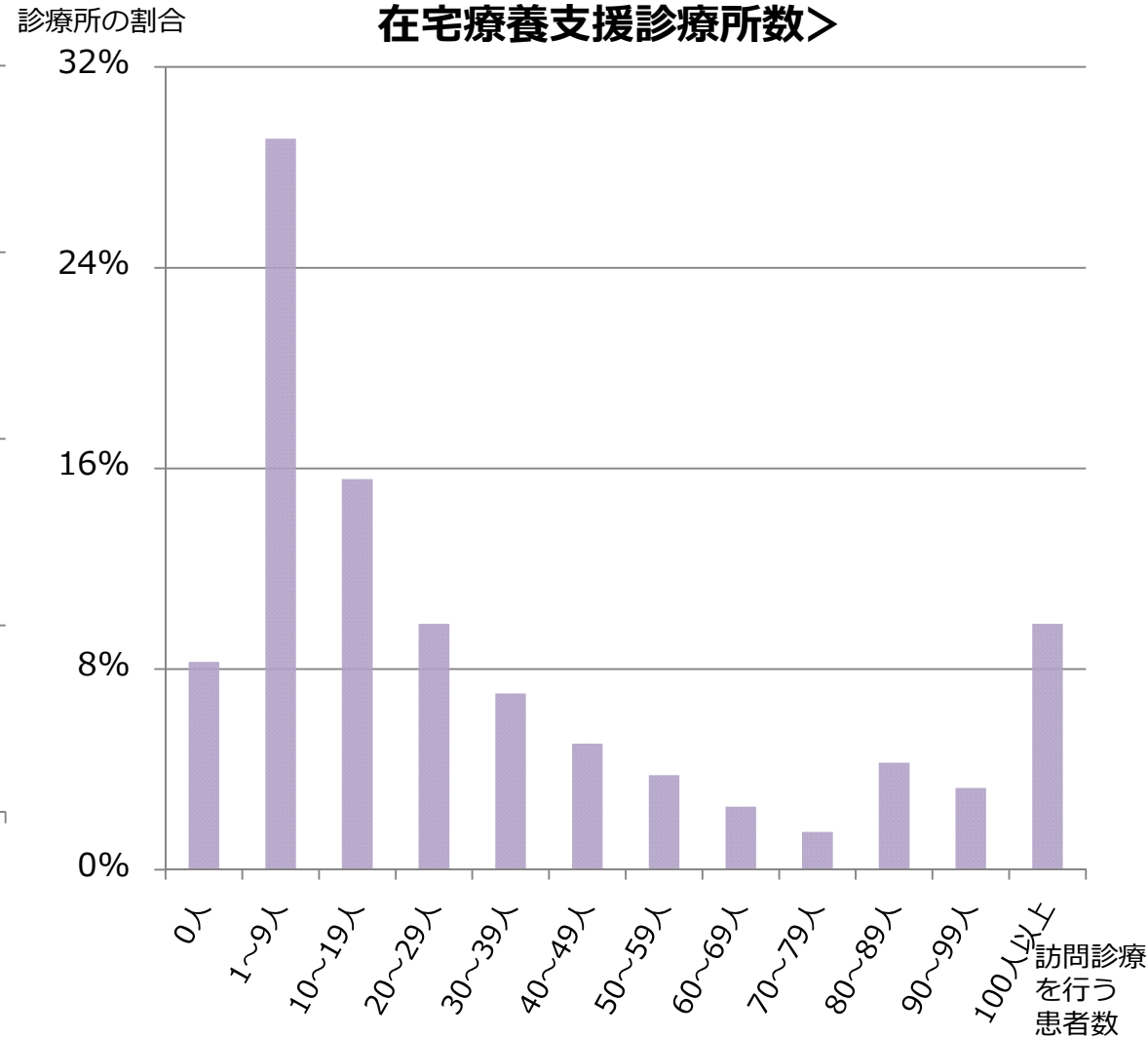
# 在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は増加傾向にある。
- 在宅療養支援診療所のうち、訪問診療を行っている患者数が「1～9人」の医療機関が最も多い。

＜在宅療養支援診療所届出数＞



＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数＞



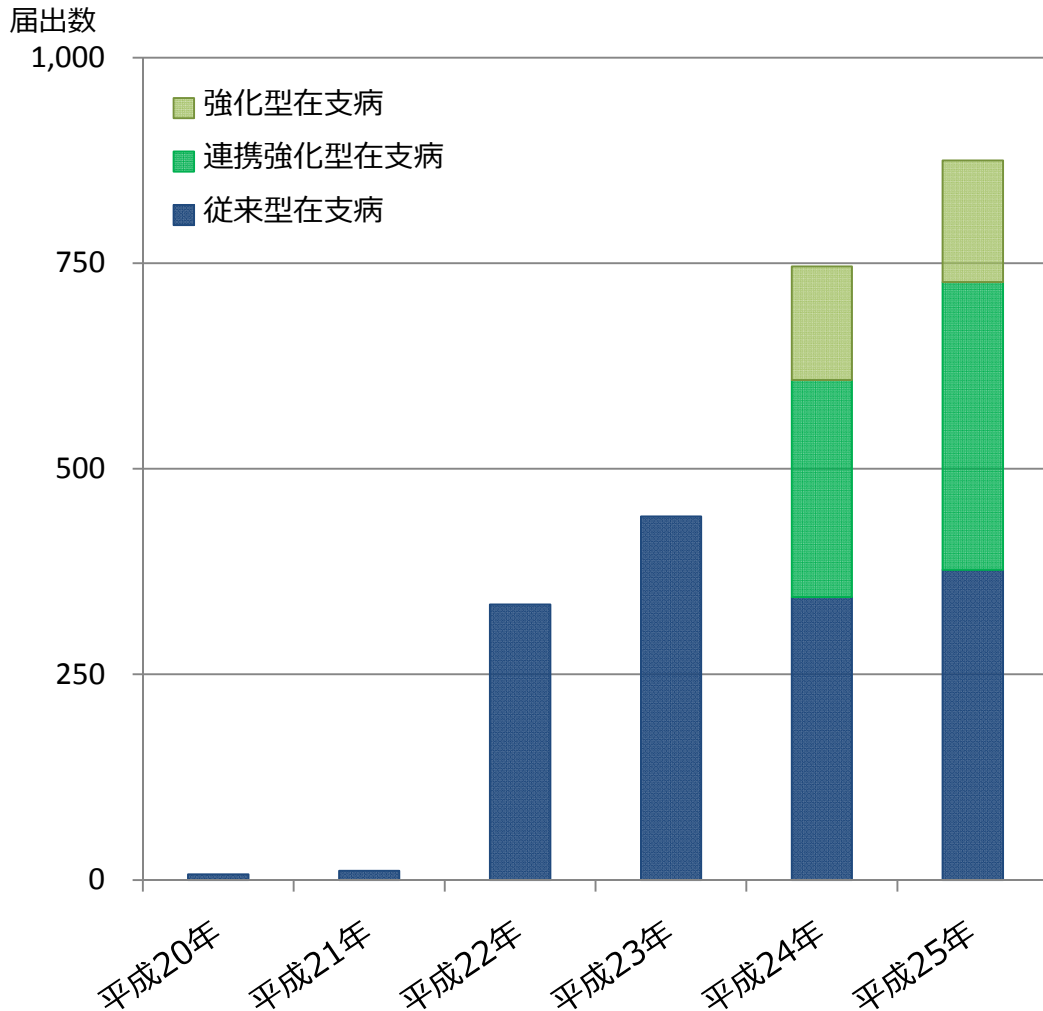
※連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.8

出典：保険局医療課調べ（平成25年7月1日時点）、平成26年度検証部会調査（在宅医療）

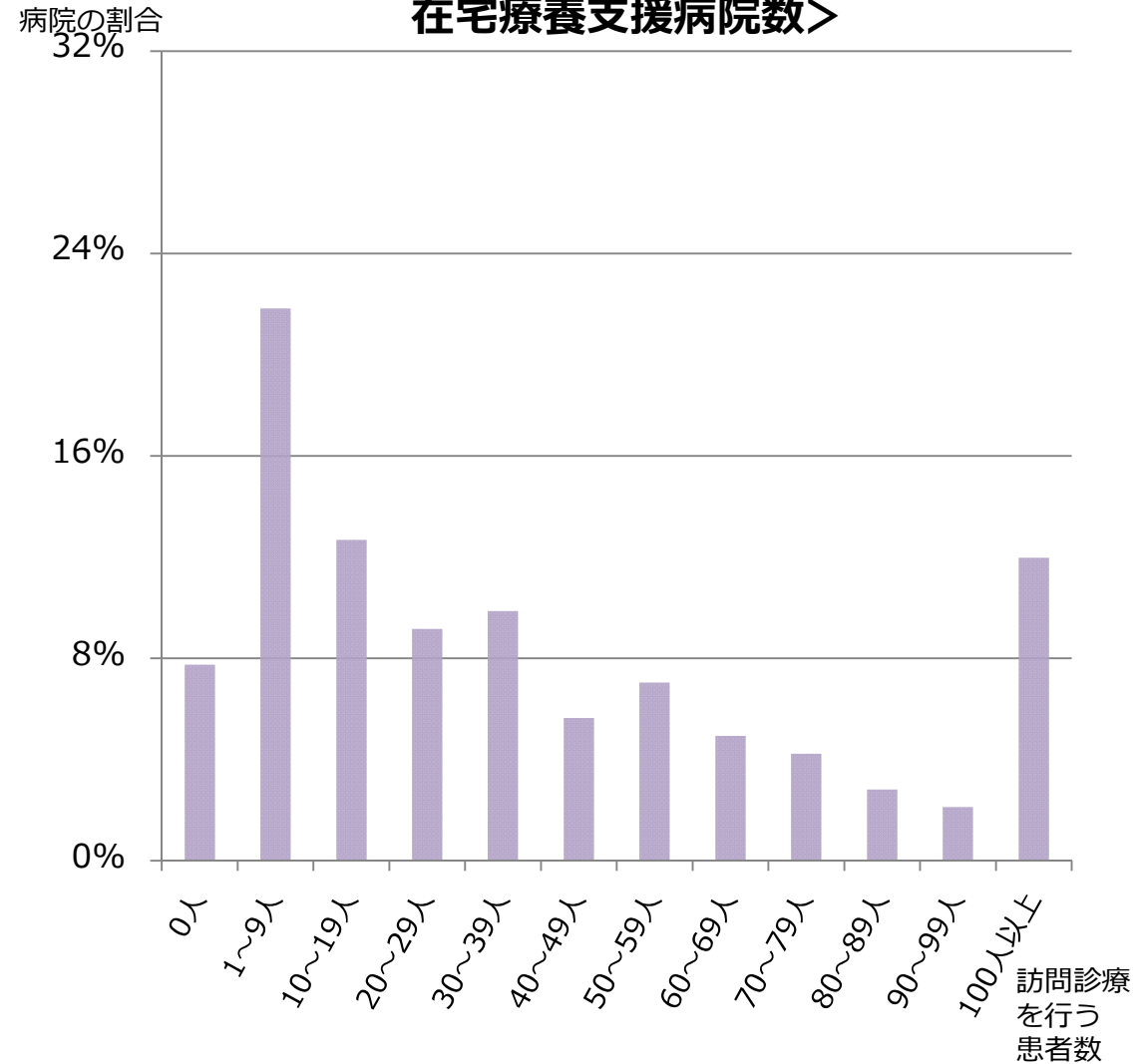
# 在宅療養支援病院の届出数の推移と診療状況

- 在宅療養支援病院の届出医療機関数は増加傾向にある。
- 在宅療養支援病院のうち、訪問診療を行っている患者数が「1~9人」の医療機関が最も多い。

### ＜在宅療養支援病院届出数＞



### ＜訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援病院数＞



※連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.4

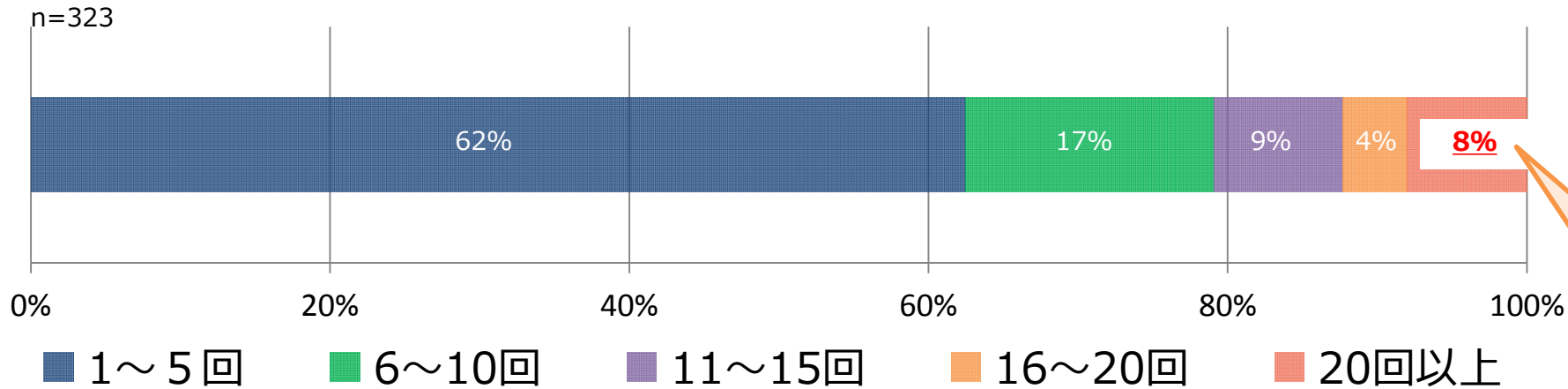
出典：保険局医療課調べ（平成25年7月1日時点）、平成26年度検証部会調査（在宅医療）

# 在宅医療における技術の評価について

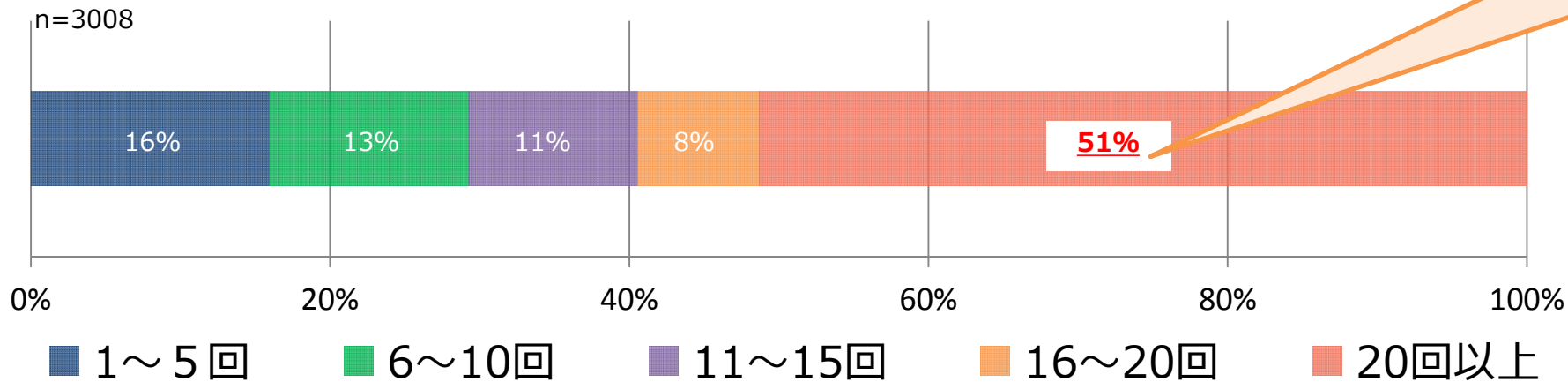
## <看取りの取り組み状況>

○ ターミナルケア加算を1回以上算定している医療機関においても、当該加算の算定回数には差があり、一部の算定回数が多い医療機関が全体に占める割合が大きい。

### <ターミナルケア加算の年間算定回数別の医療機関数分布>



### <上記医療機関がターミナルケア加算算定回数全体に占める割合>



年間算定回数の上位8%の医療機関が、全体の算定回数の約50%を算定している。

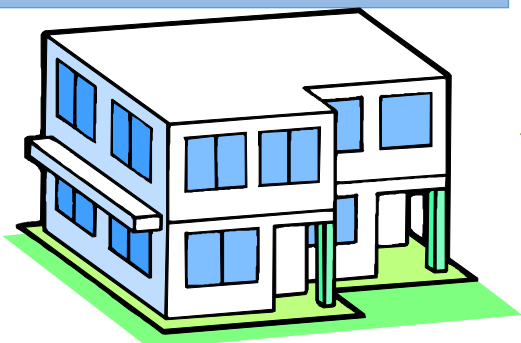
## 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

### 主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点  
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

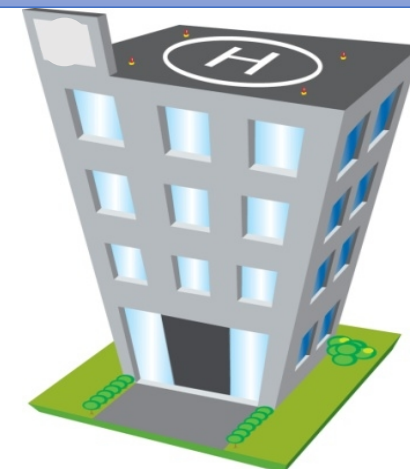
- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

### 大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ  
・長期投薬の是正

専門的な診療



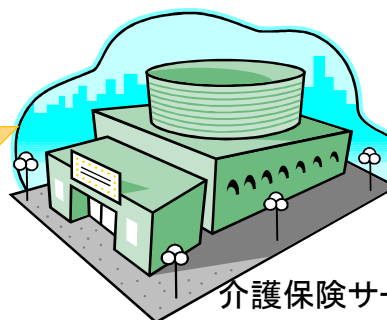
地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護が必要な時

医療が必要な時



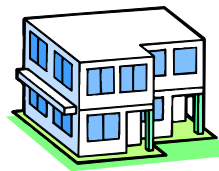
介護保険サービス等

# 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

医療保険制度改革

- 外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。
- 定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。
  - ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
  - ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。

中小病院、診療所



外来受診

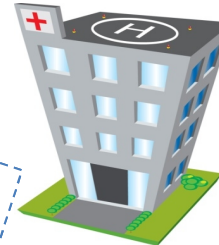
紹介

逆紹介



紹介状なし  
外来受診

大病院



【現行の取扱い】

・病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。

(設定状況(平成25年7月1日現在))

初診:1,191施設(最高8,400円、最低105円 平均2,130円)

再診:110施設(最高:5,250円、最低210円 平均1,006円)

定額負担を徴収

保険給付

一部負担金

選定療養

療養に要した費用

定額負担の徴収  
を義務化

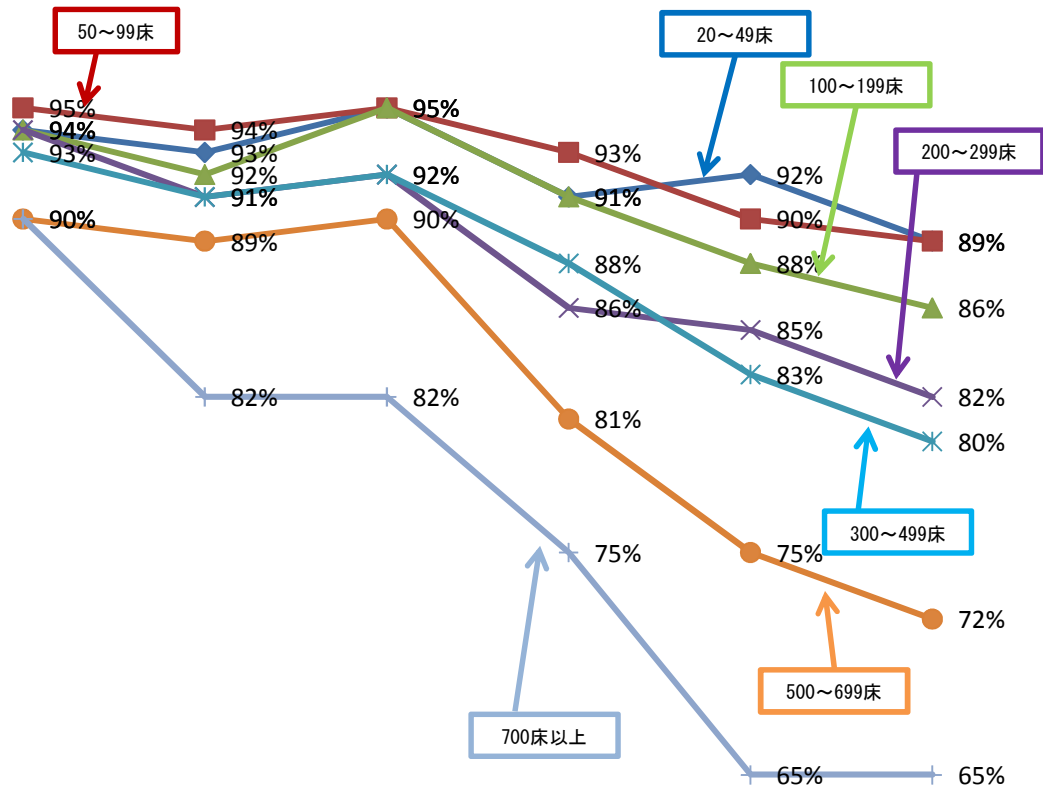
※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

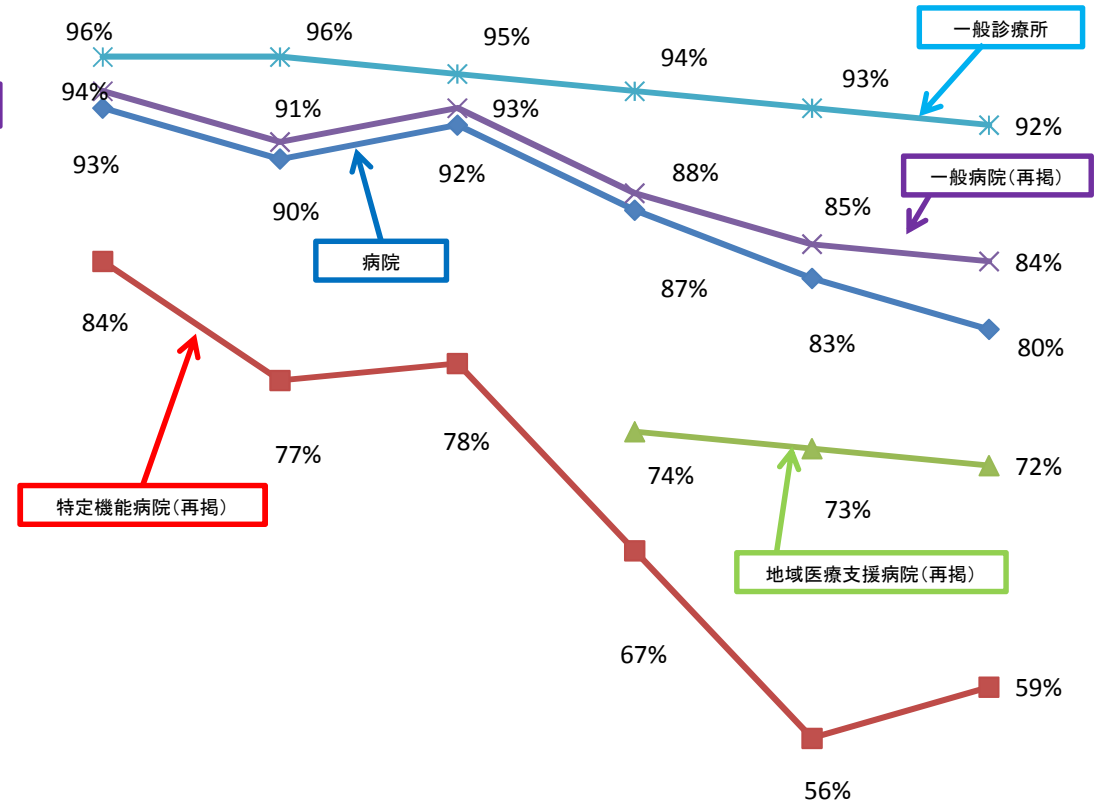
# 紹介なしで外来受診した患者の割合の推移

- 500床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約7割と高い水準にある。
- 特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約6割と高い水準にある。

<病床数別>



<施設別>



(出所) 平成8年~平成23年患者調査を基に作成。

注: 平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

患者にとって安心・安全で納得できる効率的で  
質が高い医療を実現する視点



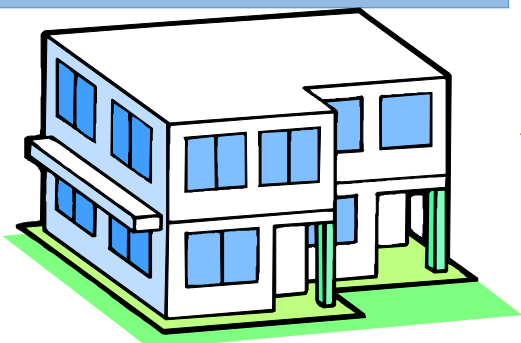
## 2. 外来医療の機能分化・連携の推進について

平成26年改定

### 主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点  
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

### 大病院の一般外来の縮小

・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ  
・長期投薬の是正

専門的な診療



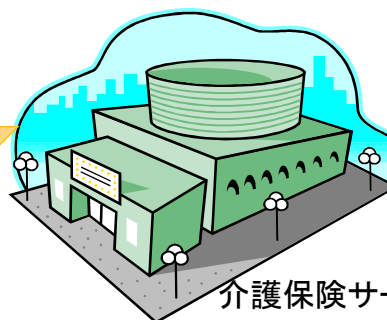
地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護が必要な時

医療が必要な時

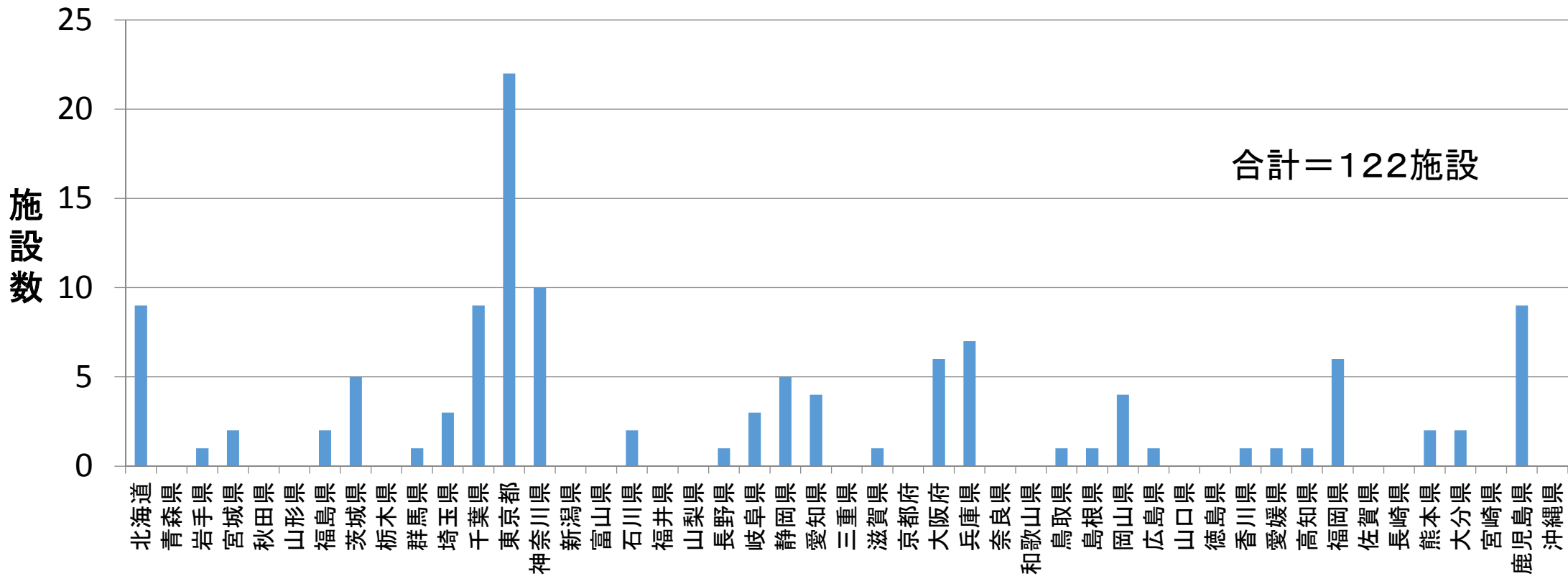


介護保険サービス等

# 地域包括診療料の届出状況

○ 地域包括診療料の届出は、平成26年7月時点で122施設(病院13施設、診療所109施設)となっている。

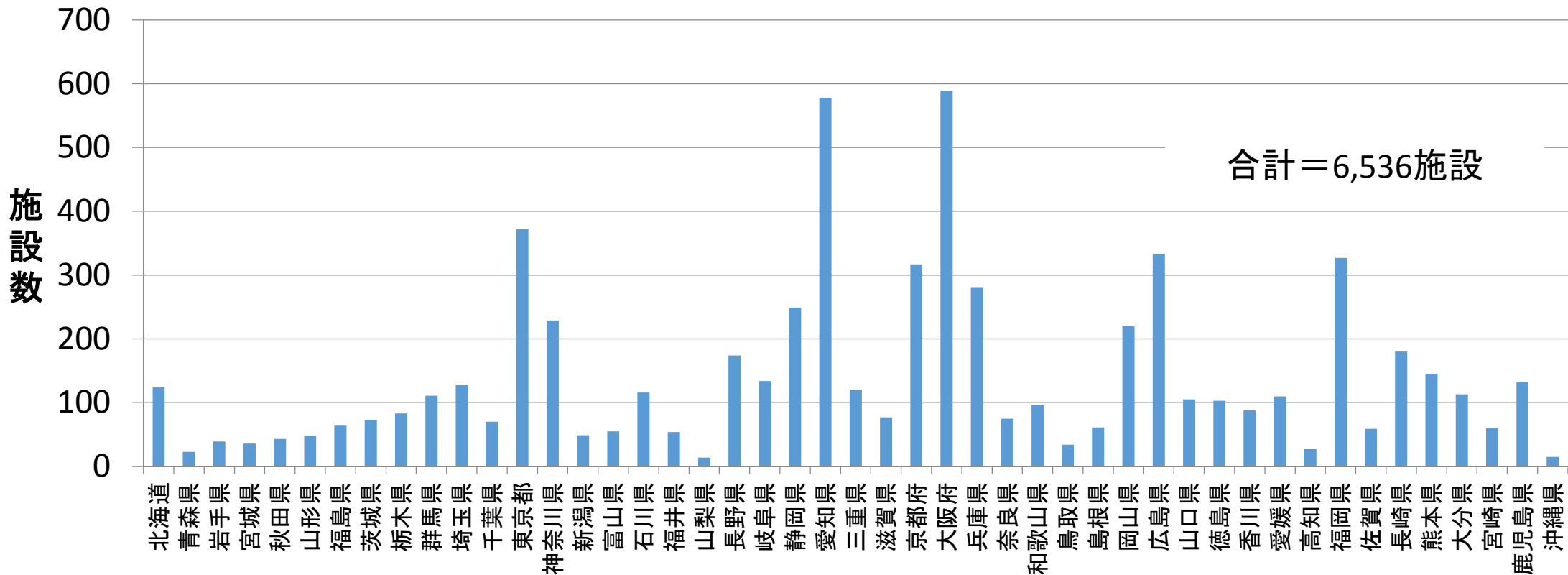
## 地域包括診療料を届け出た施設数



# 地域包括診療加算の届出状況

- 地域包括診療加算の届出施設数は都道府県ごとに多様性がある。

## 地域包括診療加算を届け出た施設数



地域包括ケアシステムの中で、かかりつけ薬局が服用薬など患者情報の一元管理や在宅での服薬管理・指導などの機能を果たす、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組む。

## 1 全体の方向性

- 患者本位の医薬分業の実現に向けて、患者にとって身近なところにある、かかりつけ薬局の機能を明確化するとともに、薬局全体の改革の方向性について検討する。

### <患者本位の医薬分業で実現できること>

- 薬剤師は、患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握し、処方内容をチェックする
- 複数診療科を受診した患者は、多剤・重複投薬等や相互作用が防止される
- 患者は、薬の副作用や期待される効果の継続的な確認を受けられる
- 在宅で療養する患者も、行き届いた服薬管理・指導が受けられる
- 薬への理解が深まり、飲み忘れ、飲み残しが防止される。これにより、残薬が解消される
- 薬剤師は、こうした取組を、地域のかかりつけ医など多職種と連携して行う
- 患者はOTCの使用方法を含め、気軽に健康相談を受けられる など



## 2. 患者がかかりつけ薬局のメリットを実感できるような調剤報酬

➤ 患者にとってメリットが実感できるかかりつけ薬局を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進するため、調剤報酬の例えば以下のような評価等の在り方について検討する。

- 在宅での服薬管理・指導や24時間対応など、地域のチーム医療の一員として活躍する薬剤師への評価
- かかりつけ医と連携した服薬管理に対する評価
- 処方薬の一元的・継続的管理に対する評価
- 薬剤師の専門性を生かした後発医薬品の使用促進に対する評価
- いわゆる門前薬局に対する評価の見直し など
  - 患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか、多剤・重複投薬等の防止や残薬解消により、医療費の適正化にもつながる

→ 調剤報酬を抜本的に見直すこととし、次期改定以降、累次に亘る改定で対応するよう、今後、中央社会保険医療協議会で具体的に検討。

## 3. PDCAサイクル

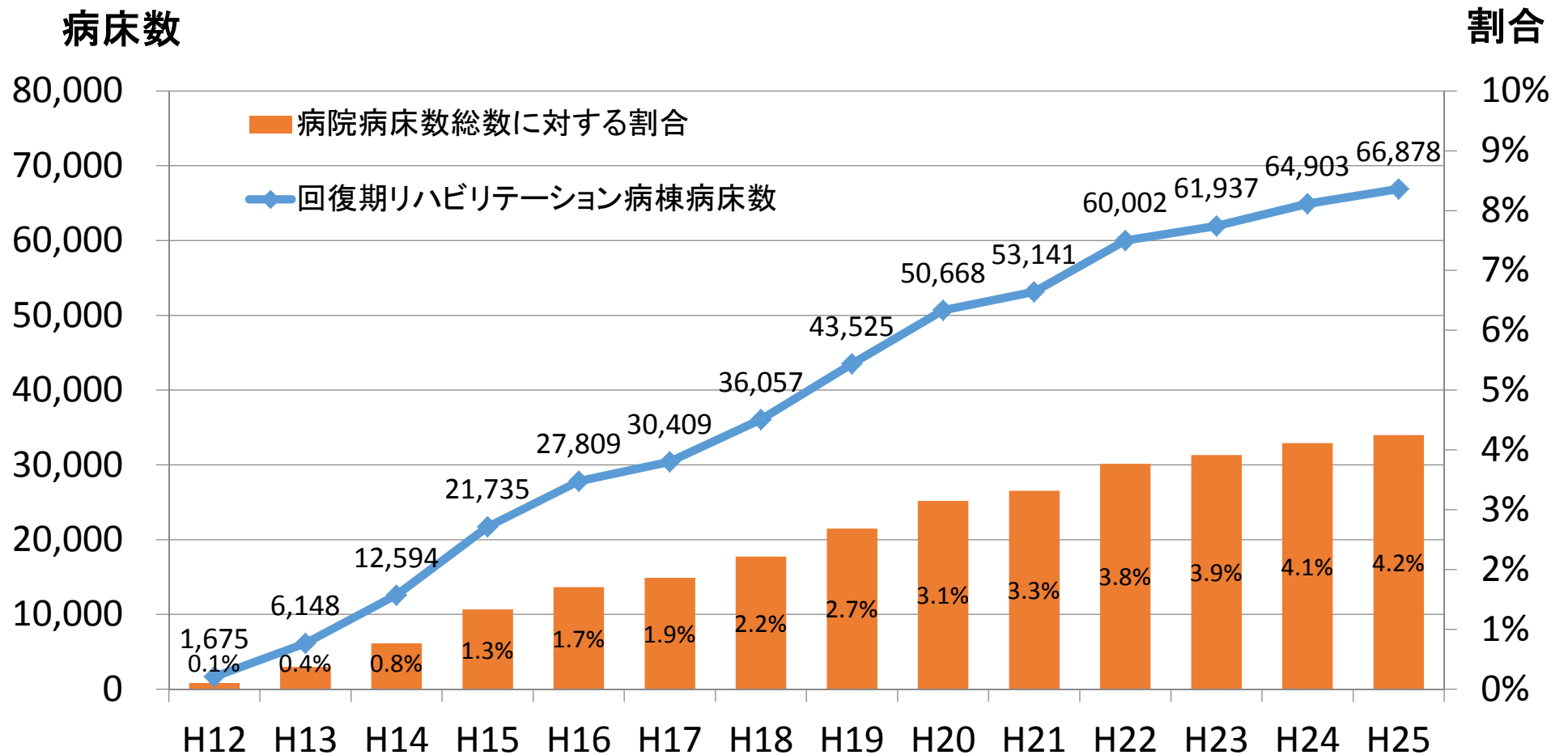
➤ 医薬分業の質を評価できる適切な指標(疑義照会、在宅医療への参画など)を設定し、定期的な検証を実施しながら医薬分業を推進する。

## 4. 薬局の構造規制

➤ いわゆる門前薬局からかかりつけ薬局への移行を進めることに併せて、構造規制に関しては、「経営上の独立性」・「患者の自由な薬局選択」を確保した上で、「形式的な参入規制」から「薬局の機能の評価」へ転換し、患者本位の医薬分業を実現できるよう、今後、中央社会保険医療協議会で検討を進めていく。

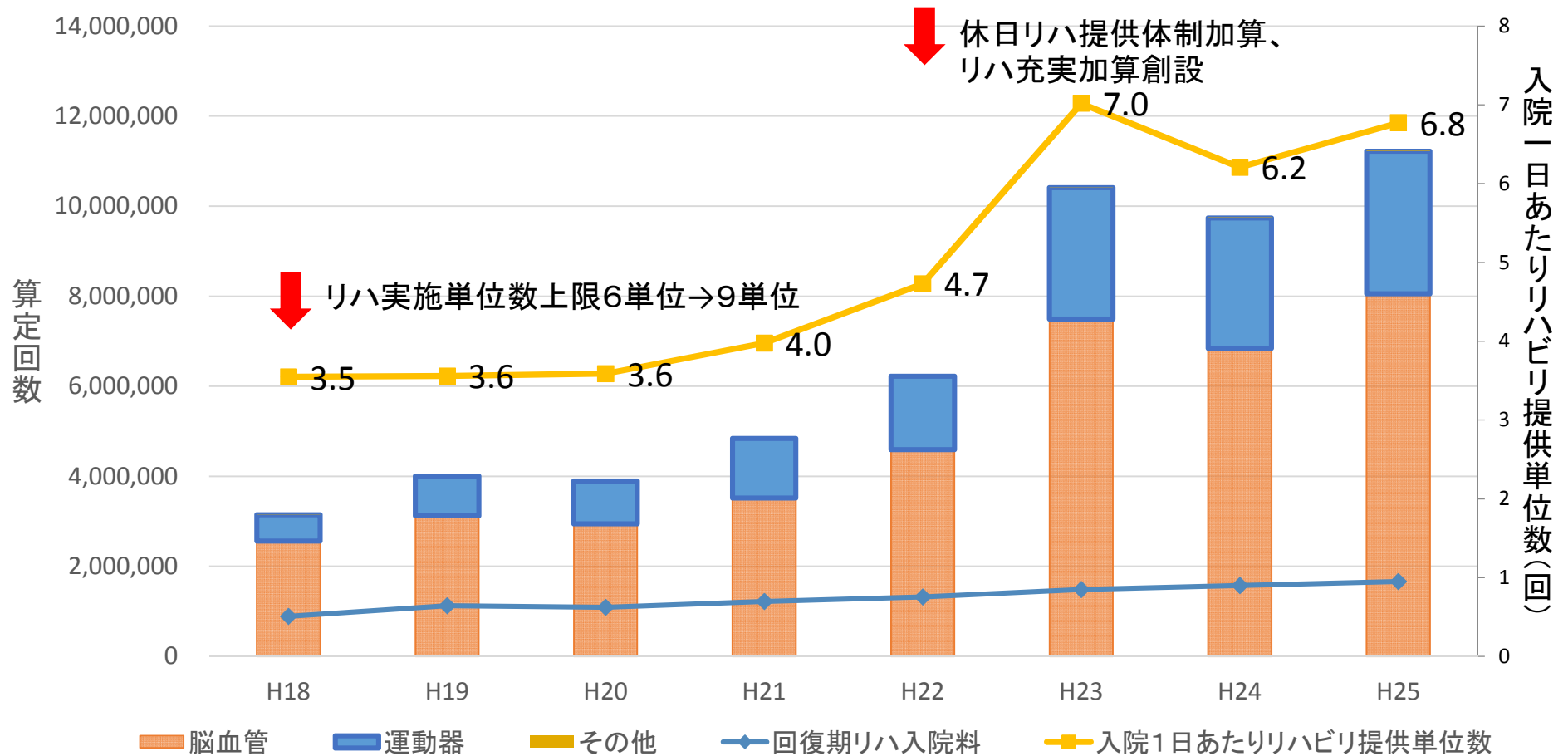
## 回復期リハビリテーション病棟の病床数

○ 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年で3倍以上に増加している。



# 回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハの提供単位数

○ 回復期リハビリテーション病棟で提供されるリハビリテーションの提供単位数は急激に増加している。



※便宜上、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している入院レセプトで算定されている疾患別リハビリテーションは、すべて回復期リハビリテーション病棟で実施されたものとして扱った。

重点的な対応が求められる  
医療分野を充実する視点

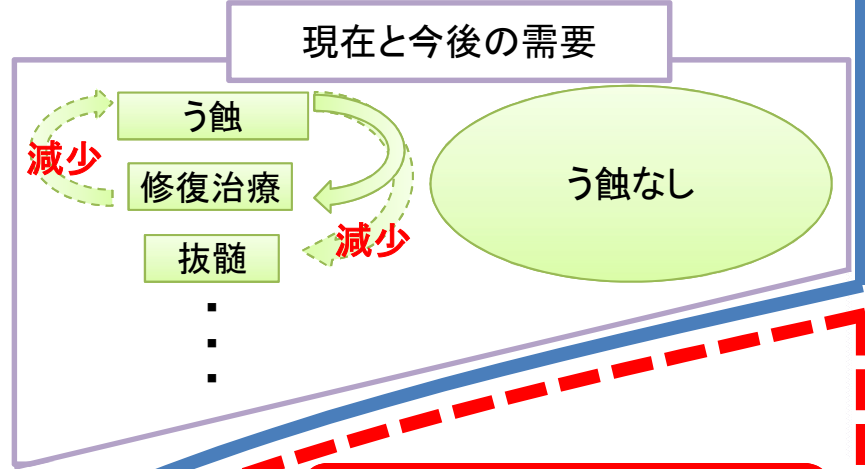
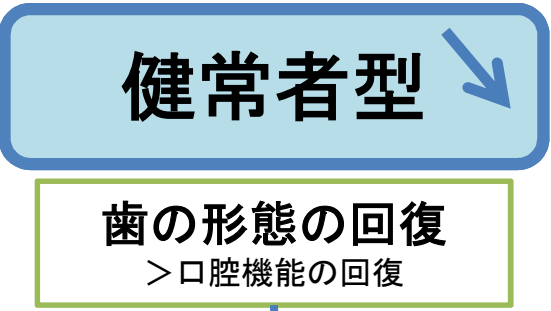
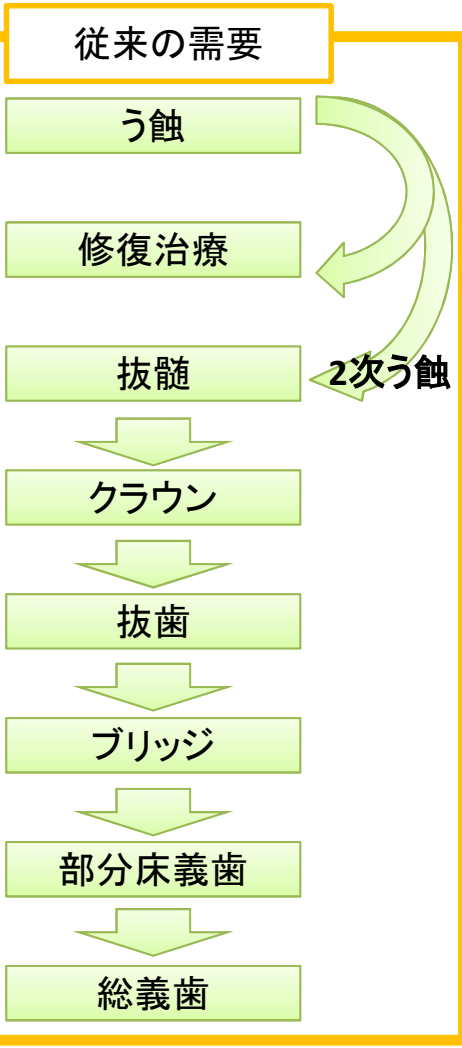


# 平成26年度診療報酬改定の概要(歯科)

		主な対応	
自立度の低下	在宅歯科医療の充実等	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆在宅療養患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価</li> <li>◆在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価</li> <li>◆歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等 ほか</li> </ul>	
全身的な疾患	周術期口腔機能管理の充実等	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価</li> <li>◆周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実</li> </ul>	
生活の質に配慮した歯科医療の推進	加齢による口腔内の変化	正常な口腔機能の獲得・成長を促すための対応(小児期)	◆小児保隙装置の評価、小児義歯の適応拡大
		口腔機能の維持・向上を図るためにおける対応(成人期)	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆舌接触補助床等の訓練の評価及び有床義歯の継続的管理の見直し</li> <li>◆歯周治療用装置の要件の見直し ほか</li> </ul>
		歯の喪失リスク増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆歯周病安定期治療の評価体系等の見直し</li> <li>◆フッ化物局所応用に関する評価の見直し</li> <li>◆口腔機能の維持・向上、回復に資する技術の評価の見直し</li> </ul>
歯科医療技術の推進等	新規医療技術の保険導入	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆歯科矯正用アンカースクリューを用いた歯科矯正治療の評価</li> <li>◆局部義歯に係るコンビネーション鉤の評価</li> <li>◆顎関節治療用装置装着患者に対する訓練等の評価 ほか</li> </ul>	
	先進医療の保険導入等	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆歯科用CAD/CAM装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価</li> <li>◆歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術の評価</li> </ul>	
	患者の視点に立った歯科医療	◆初再診時における歯科外来診療環境体制加算の見直し	

# 歯科治療の需要の将来予想(イメージ)

歯科治療の需要



治療の難度・リスクの増加  
 高齢者の歯科治療の内容も変化

自立度の低下

全身的な疾患  
 (合併症・副作用含む)

加齢による口腔内の変化

歯の喪失のリスク増加

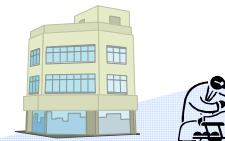
在宅・入院患者  
 外来患者

超高齢社会の進展

# 歯科医療サービスの提供体制の変化と今後の展望

- 近年の歯科保健医療を取り巻く状況の変化
  - ・高齢化の進展等の人口構造の変化
  - ・う蝕の減少等の疾病構造の変化
  - ・ITの普及等による患者意識の変化
  - ・歯科治療技術の向上

1980年

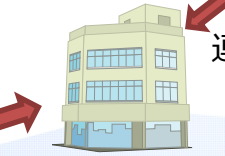


歯科診療所  
(歯学部附属病院  
等と適宜連携)

口腔内症状の発現に  
伴い歯科診療所を受診

【患者の特性とその対応】  
う蝕等の歯科疾患に対する、う蝕処置、抜歯、補綴治療などの歯の形態回復を目的としつつ、歯科医療機関完結型の歯科医療の提供が主体

2010年



歯科診療所  
(歯学部附属病院  
等と適宜連携)

連携



医科医療機関



介護保険施設

【患者の特性とその対応】  
う蝕が減少する一方で、高齢化の進展や疾病構造の変化等に伴い、患者の病態像に応じた歯科医療コースが高まってきた。

2025年 (イメージ)



【患者の特性とその対応】  
今後、より一層の高齢化が進展する中で、住民のニーズに応えるために、医科医療機関や地域包括支援センター等との連携を含めた地域完結型医療の中での歯科医療の提供体制の構築が予想される。

歯の形態回復を主体とした医療機関完結型の歯科医療



歯の形態回復に加え、口腔機能の維持・回復の視点も含めた

地域包括ケア(地域完結型医療)における歯科医療提供体制の構築へ

# 費用対効果評価に係る検討の経緯と今後のスケジュール

## ○これまでの経緯 ○

- H24.2 平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H24.5 費用対効果評価専門部会の創設
- ・対象技術
  - ・評価手法(効果指標の取り扱い等)
  - ・評価結果の活用方法
- 等について、海外の事例も参考にしながら、月に一回程度のペースで議論
- H25.11 「議論の中間的な整理」
- H26.2 平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H26.4 具体例を用いた検討の公開方法等について議論  
～12
- H27.1 具体例の分析結果等について非公開で議論  
～4
- H27.5 具体例の検討に係る議論を通じた課題等を報告し、  
～7 個別の論点にそって議論
- H27.8 中間報告とりまとめ

## ○今後のスケジュール ○

- H27年内 試行的導入に向けて今後検討すべき事項について議論
- H27年度内(目途) 試行的導入に係る品目の選定や具体的な運用のあり方について結論
- H28年度 試行的導入の実施

### 平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見

革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

### 平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見

医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。

### 「日本再興戦略」改訂2014(平成26年6月24日閣議決定)

・革新的な医療技術等の保険適用の評価時の費用対効果分析の導入等  
医療分野のイノベーションの恩恵を受けたいという患者ニーズと医療保険の持続可能性という双方の要請に応えるよう、革新的な医療技術等の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を2016年度を目途に試行的に導入する。  
また、費用対効果が低いとされた医療技術について継続的に保険外併用療養費制度が利用可能となる仕組み等を検討する。あわせて、評価療養において有効性等は認められたものの開発コストの回収が難しく治験が進まない等により保険適用が見込めない医療技術の取扱いについても、保険外併用療養費制度上の在り方を検討する。

### 経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

医療の高度化への対応として、医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて、平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入をすることを旨とする。

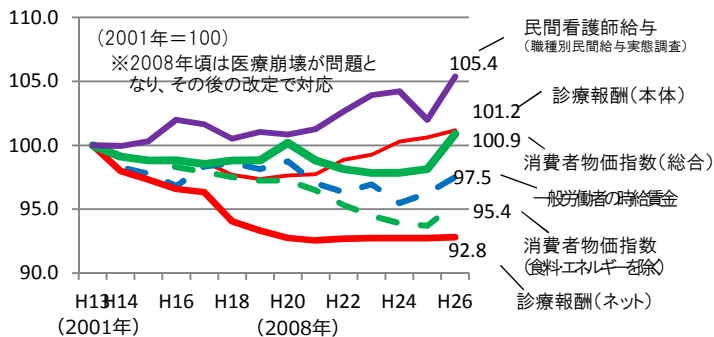
効率化・適正化を通じて制度の  
持続可能性を高める視点

## 診療報酬の水準

- 診療報酬は、物価・賃金の動向、医療機関の収支状況、対応が必要な医療課題(地域包括ケア等)などを勘案して改定率を決定。
- 平成28(2016)年度改定では、適正化・重点化を進めつつ、地域包括ケアシステムの構築、病床の機能分化・強化、チーム医療の推進等の機能強化を進める必要がある、予算編成過程で議論。
- 薬価改定財源について、政府全体として考える必要があるが、医療の機能強化と適正化・重点化のために必要な財源を確保する必要。

### 診療報酬と賃金・物価の水準

・病院経営に大きな影響を与える医療従事者の賃金動向は、一般労働者のものと必ずしも連動していない。



### 診療報酬改定率の推移

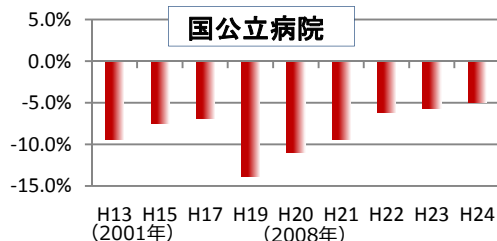
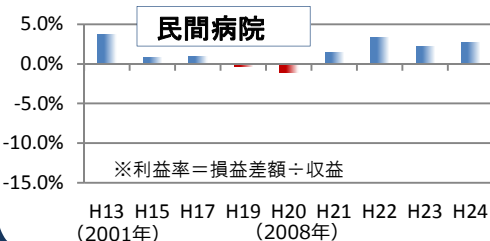
	H14	H16	H18
診療報酬(本体)	▲1.3	±0	▲1.36
薬価等	▲1.4	▲1.0	▲1.8
診療報酬(ネット)	▲2.7	▲1.0	▲3.16

	H20	H22	H24	H26
0.38	1.55	1.379	0.73 (0.63)	
▲1.2	▲1.36	▲1.375	▲0.63 (0.73)	
▲0.82	0.19	0.004	0.1 (1.36)	

※H26の括弧内は、消費税対応の改定分

### 民間病院・国公立病院の利益率 (医療経済実態調査)

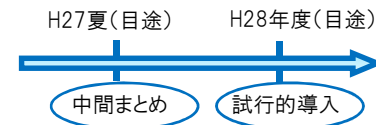
・診療報酬の改定に際して、医療機関の収支状況の調査を実施。



## 費用対効果評価の導入

### ○導入に向けた考え方

- ・費用対効果評価について、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、平成28(2016)年度目途に試行的に導入することに向けて、中医協で議論中。
- ・できるだけ早く本格的に導入できるよう、関係者の意見を聞きながら、精力的に議論を進める。



### ○体制の確保

- ・平成26(2014)年10月に保険局医療課に「医療技術評価推進室」を12名体制で設け、さらに平成27年10月に3名の定員増を行う予定。今後も、必要な体制の確保に努めていく。

- ・次の項目等について議論を深める。
  - ①データ提出のあり方等
  - ②分析の方法(効果指標等)
  - ③評価の一連の流れ
  - ④評価結果の活用方法(償還の可否、償還価格への反映等)

## 調剤技術料等の適正化

### ○調剤報酬の見直しの考え方

- ・地域包括ケアのチームの一員として、薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的・継続的な薬学的管理を実施する体制の構築に取り組む。
- ・調剤報酬を抜本的に見直すこととし、次期改定以降、累次にわたる改定で対応するよう、中医協で検討。

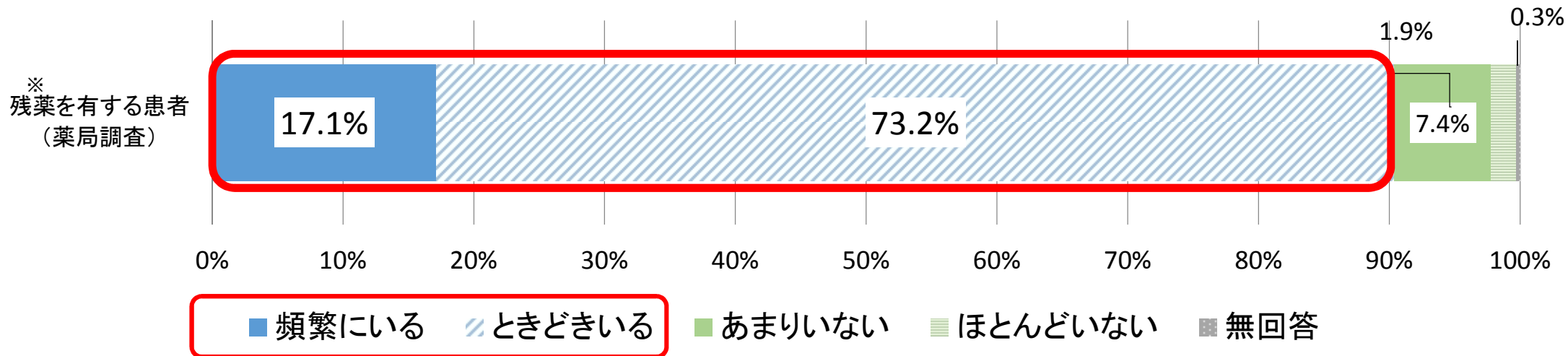
### ○患者本位の医薬分業の実現

- ・患者にとってメリットが実感できる、かかりつけ薬局(服用薬等の患者情報の一元管理、在宅を訪問して服薬管理・指導などを実施)を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進。
- ・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。

# 残薬の経験の有無について①

患者に残薬を確認した結果、残薬を有する患者がいた薬局は約9割である。

問) 患者に残薬確認をした結果、残薬を有する患者はどのくらいいるか？ (薬局調査N=998)

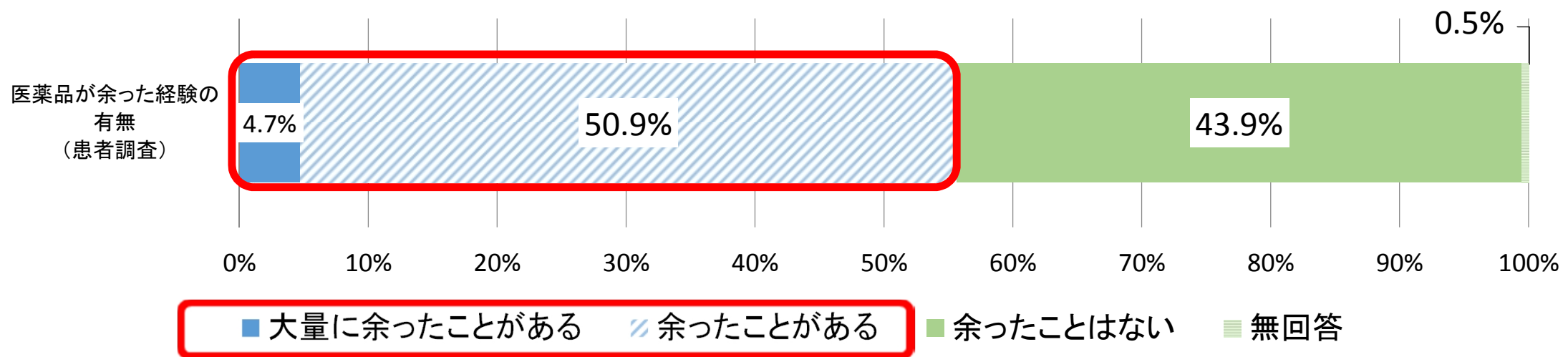


※本調査で聞いている残薬:これまでに投薬された薬剤のうち、服薬していないもの

## 残薬の経験の有無について②

医薬品が余ったことがある患者が約5割存在する。

問) 医薬品が余った経験があるか？ (患者調査N=1,927)





# 薬局での残薬確認の現状①

- 平成25年度全国薬局疑義照会調査(公益社団法人日本薬剤師会委託事業)  
(研究代表者:東京理科大学薬学部(薬局管理学) 鹿村恵明)
- 調査期間:2013年7月22日~28日(1週間)    ■回答薬局数:541(回収率10.1%)
- 調査期間中の応需処方せんのうち疑義照会を行った件数、内容等を確認

	件数(枚数)
① 応需処方せん総枚数	183,532
② 上記①における、疑義照会件数	5,358
③ 上記②のうち、薬学的疑義照会件数 (形式的な疑義照会を除いた件数)	4,141
④ 上記③のうち、「 <b>残薬に伴う日数・投与回数調整</b> 」件数	<b>420</b>

→ 薬学的疑義照会のうち、**残薬確認**に関する事項は約10.1%

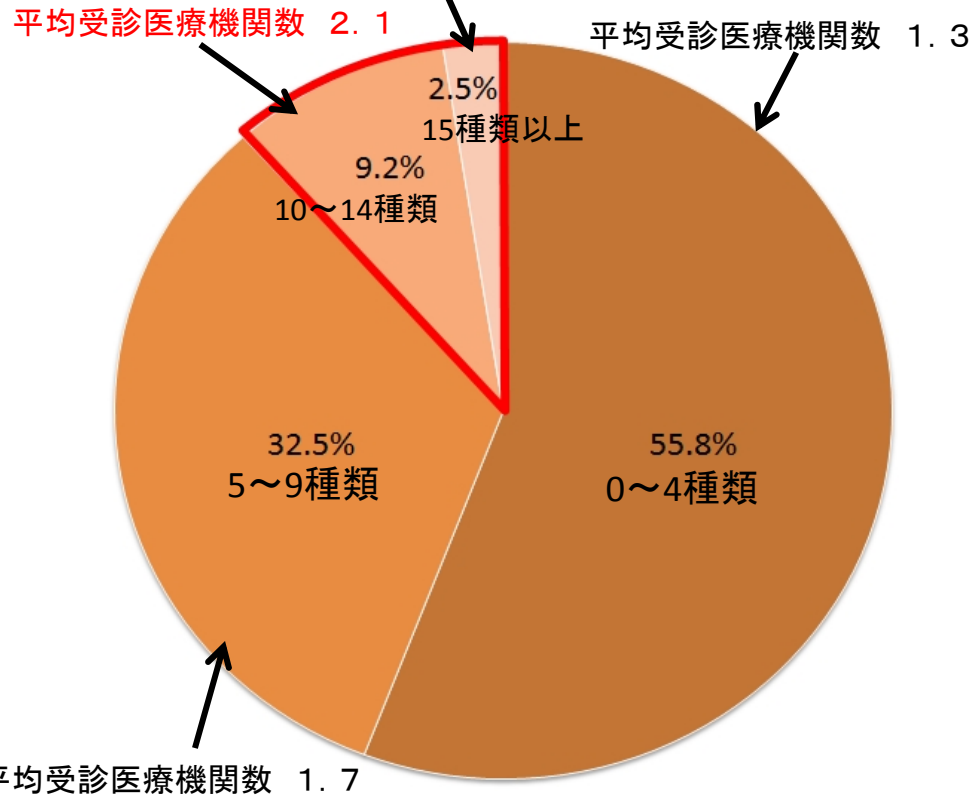
応需処方せん枚数183,532件 → **残薬に伴う日数・投与回数調整は420件(0.23%)**

# 高齢者の多剤投与の状況

○ 高齢者の投薬については、複数の医療機関から合計10種類を超えて投薬されている患者が一定割合存在している。

例1

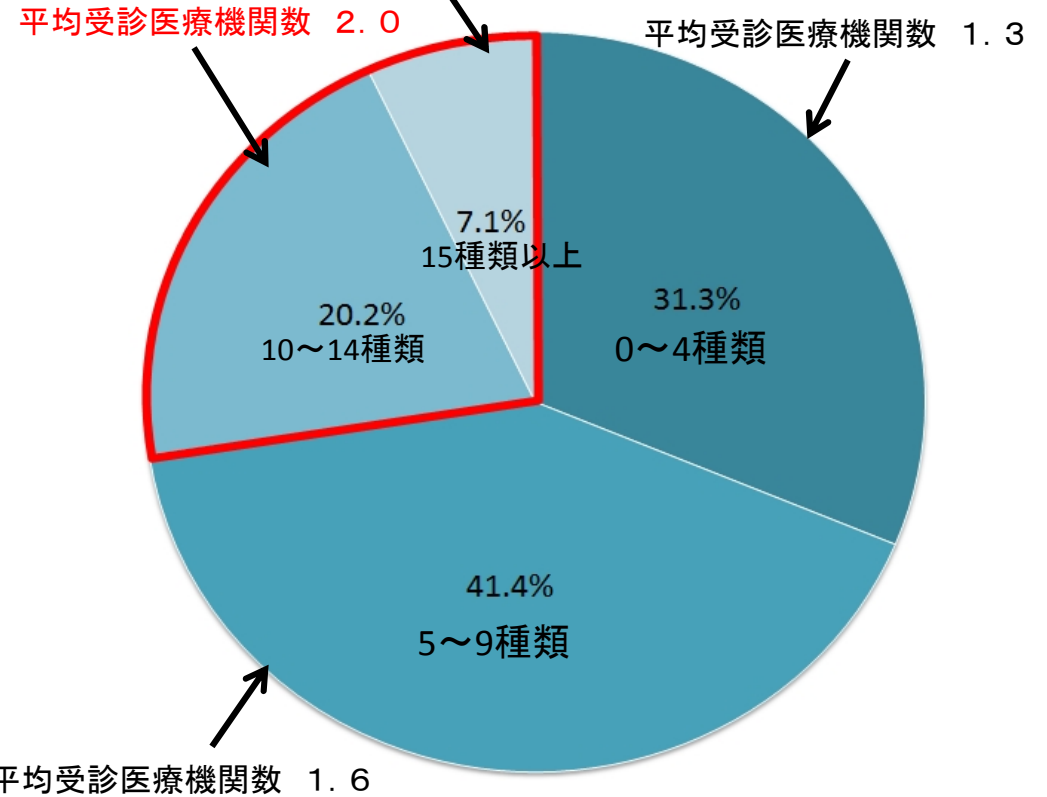
平均受診医療機関数 2.6



※A市国民健康保険の65歳以上74歳以下の被保険者に係る  
平成26年11月の診療データより集計

例2

平均受診医療機関数 2.5



※B県後期高齢者医療広域連合の被保険者(75歳以上)に係る  
平成26年12月の診療データより集計

## 薬局で確認される重複投薬の現状①

- 平成25年度全国薬局疑義照会調査(公益社団法人日本薬剤師会委託事業)  
(研究代表者:東京理科大学薬学部(薬局管理学) 鹿村恵明)
- 調査期間:2013年7月22日~28日(1週間)    ■回答薬局数:541(回収率10.1%)
- 調査期間中の応需処方せんのうち疑義照会を行った件数、内容等を確認

	件数(枚数)
① 応需処方せん総枚数	183,532
② 上記①における、疑義照会件数	5,358
③ 上記②のうち、薬学的疑義照会件数 (形式的な疑義照会を除いた件数)	4,141
④ 上記③のうち、「 <b>同種同効薬の重複に関する疑義照会</b> 」件数	<b>271</b>

→ 薬学的疑義照会のうち、**重複投薬**に関する事項は約6.5%

応需処方せん枚数183,532件→**同種同効薬の重複に関する疑義照会は271件(0.15%)**