

2018 年診療報酬改定をめぐる論点についての一考察

A Study of Issues on the 2018 Medical Fee System Revision

堀 田 真 理

1. はじめに
2. 2018 年診療報酬改定の背景
3. 主要な改定内容の論点と検証結果資料
 - (1) 入院基本料等の評価見直し
 - (2) 外来医療の機能分化と「かかりつけ医機能」の評価
 - (3) その他の論点
4. おわりに

1. はじめに

2020 年は、早くも診療報酬改定の年度を迎えることとなり、2018 年改定の効果を振り返り、次改定に向けた議論がすでにスタートしている。近年になって、介護業界においては、とりわけ新規参入が相次ぐ一方で、人材不足や後継者問題等、M&Aによる再編の動きが顕著である⁽¹⁾。また、調剤業界においても、ドラッグストアによる競争の激化や調剤部門への参入など、再編の動きが活発化している⁽²⁾。こうした中で、医療機関についても例外ではなく、再編統合に向けた動きが広がっており、厚生労働省は、医療法人の経営統合に向けて、2019 年度に優遇融資制度によるインセンティブ付与を行う検討や、医療法人の合併、事業譲渡等の事例収集の分析結果を公表する方向性など⁽³⁾、再編をめぐる動きが加速する可能性も否定できない。実際に、厚生労働省の「地域医療構想に関するWG」は、2019 年半ばまでに各医療機関の診療実績データに関する分析を通じて、とりわけ「公立・公的医療機関等」について、他の医療機関への再編統合の必要性を協議する方向で、「具体的対応方針の検証の具体的手順等について」（2019 年 6 月 21 日議事次第資料 1）を公表している。医療機関をめぐる再編にあたっては、診療報酬改定が与える影響も大きく、より慎重な検討が求められており、同資料においても、「まずは地域全体の医療提供体制の将来像を含めた医療機能の分化・連携等について協議する（P.6）」が必要であるとしている。

2018 年改定においては、入院と外来における機能分化を進めるべく、さまざまな改正がなされたが、こうした今後の医療機関に関する再編統合を検討する上では、「かかりつけ医機能」や「在宅医療」等との連携の問題も含め、改めて 2018 年改定の効果について振り返る必要がある。本研究ノートでは、こうした今後の方向性を視野に入れつつ、改定の背景を踏まえ、2018 年診療報酬改定の主要な論点について整理するとともに、すでに公表された「中央社会保険医療協議会、診療報酬改定結果検証部会（以下、「中医協検証部会」）」による調査結果資料等をも

とに、その効果について記述し、考察を加える。

2. 2018 年診療報酬改定の背景

改定の背景について、厚生労働省の「平成 30 年度診療報酬改定の概要」によれば、「人口激減や急速な少子高齢化の進展、地域差を伴う高齢化の進展、伸び続ける社会保障費」などの課題を抱える中で、「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」によって、「住み慣れた環境のもとで、安心、安全で質が高く効果的、効率的な医療の提供」を目指し、国民皆医療保険制度の維持と持続といった基本方針のもと、改定がなされたことが示されている。

このうち、地域包括ケアシステムの構築に関しては、厚生労働省が中医協総会（2019 年 5 月 15 日）において、「患者・国民に身近な医療の在り方について」と題する議事次第を公表しており、同文書において、「団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援が包括的に確保される体制（P.32）」と説明されている。前述の指摘と同様に、今後の高齢化進展とその地域差ゆえに、「市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要（P.32）」としており、限られた財源のもと、高齢化の進展を前提としたものであると考えられる。

しかしながら、こうした位置づけに対し、中野（2018）は、そもそも地域包括ケアシステムという構想は、「財源問題とサービスの供給不足という 2 つの課題への解決策（P.51）」を目指したものであり、入院が高額であるのに対して在宅医療が「安上がりな医療」との誤解のもとに、在宅医療を推進し、「医療と介護の一体的な提供体制の構築（P.51）」を目指したが、しだいに「財源の効率化に対する効果が低く、これらの根本的な問題解決にはつながらないことが明らかになった（P.51）」と指摘している⁽⁴⁾。中野（2018）の指摘通り、在宅医療には、「連携や移動に伴う追加的なコスト（P.52）」や多くの人的資源が必要とされ、かえって不効率にもなりかねない。実際に、当初はこうした連携を地域の医師会等が先立って進めようと尽力してきたものの、思うように進展が望めず、最近では在宅医療支援にかかわる民間企業の介入によって、組織的に進められている地域も見られる。政策上の目的やその効果も曖昧なままに、地域の実情に合わせた体制づくりが求められ、現場は混乱し、「在宅推進、介護予防、多職種協働、認知症対策」等々、「下位の政策ごとに焦点をあてられ、それぞれが目的化されている（P.52）」という指摘は、政策誘導的な側面をもつ診療報酬改定の内容においても、後述のように、個々のレベルでの評価内容が、全体としてみれば一貫性のない改定内容となっていることから明らかである。中野（2018）は、地域包括ケアシステムの根拠は、個人の生活の質（QOL）向上を目的とした結果として求められてきた点にあり、高齢化とは直接的には関係がない、と指摘し、改定内容において求められている入院と外来機能の役割分化についても、個人の QOL 改善を目的とす

る点では同じであり、地域包括ケアシステムの問題は、「高齢者と健康という枠組みではなく、今後は「あらゆる世代」の「あらゆる生活問題」へと広がるだろう (P.54)」と捉えている。そして、単に効率化を目指すのが目的であるならば、「在宅医療などの地域ケアを政策上推進する合理的な理由は見当たらない (P.54)」と結論づける。こうした指摘は、今回の改定の効果を振り返る上でも留意すべき点である。

この点と関連させて興味深いことに、藤井 (2018) は、今回の改定について、国としては今後の高齢化に病床数増加で対応するのではなく、早期退院やその後の在宅推進といった政策誘導をしているものの、一方で、そもそも在宅医療は、通院困難な患者に対するものであり、「退院可能な外来患者まで在宅へ移ることは警戒している (P.87)」と指摘する。在宅医療にかかわる診療報酬上の評価をめぐっては、従来の改定以来、たびたび見直しがなされているところであるが、2018 年改定においても、月 2 回訪問時の「在宅時医学総合管理料」が一律に引き下げられる等、「軽度な在宅医療は抑制したい (P.89)」として安易な在宅医療への移行を防ぐ意図が見られるとの指摘は、必ずしも在宅医療を拡充することが効率化につながるとも限らない、という政策誘導の難しさを示しているといえるのではないだろうか。

なお、こうした地域包括ケアシステム構築に加えて、昨今、財源不足のもとでの医療保険制度の維持という観点から取り上げられている論点としては、AI 導入や遠隔医療、先進医療等、ますます高度化する医療技術の問題や、高額医薬品の保険適用に関わる問題がある。厚生労働省は、とりわけ高額薬への対応を急いでおり、2018 年より薬価の引き下げについては最大 4 回まで可能とするともに、薬の費用対効果による評価導入、2021 年度からは薬価改定を毎年実施すること等を対策として盛りこんでいるという (時事メディカル 2019 年 2 月 21 日配信記事)⁽⁵⁾。これらもまた、国民医療費増大の主要な要因であり、その対応に向けて、今後の改定においても議論となることが予想される。

3. 主要な改定内容の論点と検証結果資料

(1) 入院基本料等の評価見直し

2018 年の診療報酬改定は本体部分 0.55% のプラス改定となったが、今回の改定について、日本医療企画 (2018) では、「財政難の状況下での保険医療制度の持続可能性への懸念 (P.5)」という課題解決に向けた「パラダイム転換」として、「量から質への改善、インプット中心から患者にとっての価値重視へ、キュー中心からケア中心、発散から統合へ (P.5)」といった 4 つの視点を指摘している。また藤井 (2018) は、「予想外にメリハリがない改定結果 (P.78)」と評価しつつも、「アウトカムに基づいた評価」や「患者の状態に応じた評価」などが様々な部分に取り入れられており、今後の改定しだいでは修正がなされやすいような大変化にもつながりやすい仕組みである点を特徴として指摘している。

これらの指摘は、とりわけ入院基本料に関する評価の見直しを踏まえたものである。急性期のみに限らず、回復期や慢性期など、全体として入院基本料に関しては、看護配置や平均在院日数などの「施設基準」に基づく「基本評価部分」に、「重症度、医療・看護必要度」や在宅復帰率等、病棟の機能に応じた診療実績を評価し、アウトカムに基づいた「実績評価部分」が段階的に上乘せされた評価体系となっており、藤井（2018）は、この実績評価に関わる条件を追加していくことで、厳しい改定内容に変えていくことが可能な仕組みであると指摘している。

なお、2019年10月からの消費税増税にともない、臨時的な診療報酬改定がなされており、入院基本料についても点数の引き上げが決まっているが、以下では、具体的な点数の詳細については省略して記述する。

急性期病床に関する入院基本料については、従来の「一般病棟入院基本料 7 対 1」と「10 対 1」が統合されて、新たに「急性期一般入院基本料 1～7」に再編された。これまでは、これらの基本料に大きな点数の差があり、「弾力的な傾斜配置ができないことから、「7 対 1」から「10 対 1」への届出変更は実質的に困難（日本医療企画,2018,P.25）」であったという。しかしながら、基本部分は「7 対 1」に相当する届出要件を必要としつつ、看護必要度や重症患者割合などの診療実績に基づく評価部分を段階的に上乘せすることで、「中間評価部分」としての評価体系（急性期一般入院基本料 2、3）が新設され、同様に従来の「10 対 1」に関しても細分化（急性期一般入院基本料 4～7）された。これにより、「ニーズに応じた弾力的かつ円滑な対応が可能（日本医療企画,2018,P.25）」になったという。

回復期についても、とりわけ 2014 年の診療報酬改定で新設後、転換が誘導されてきた「地域包括ケア病棟入院料」は 4 段階に再編され、従来は急性期からの移行患者が多かった点に鑑みて、実績評価部分として、自宅等からの緊急患者受け入れや在宅復帰支援、在宅やかかりつけ医との連携等を重視した評価体系となった。入院料 1 および 3 については、200 床未満の病院に限定していることから、藤井（2018）は、「地域包括ケアシステムを担う小規模病院は、こうした機能を持つべきという方針が明確に示された（P.82）」と指摘している。なお、「在宅復帰率」の算定に、介護医療院⁽⁶⁾は含まれるものの、療養病棟や介護老人保健施設は除外された点も大きな改正点である。

こうした新たな入院基本料への再編統合の効果については、今後、明らかにされていくところであるが、厚生労働省保険局「第 3 回入院医療等の調査・評価分科会議事次第」（2019 年 6 月 19 日）によると、「急性期一般入院基本料 1」については、病床規模が小さい病院ほど高齢者や介護必要度の高い患者が多く集まっている、といった患者の状態や、今後の届出意向については、「現状維持」が最多であり、「他の病棟への転換」は約 1～2 割程度にすぎない状況等が指摘されている。なお、分科会における集計結果の中心は、「重症度、医療・看護必要度」にかかわるものであり、今後の改定において、提出された診療データをもとに、実績評価部分に関わるこうした評価基準が検討される可能性が示唆されている。

（2）外来医療の機能分化と「かかりつけ医機能」の評価

前項の入院基本料にかかわる改定内容が、地域の拠点となる大病院における「入院機能の強化」であったことに対し、昨今、政策誘導的に進められてきたのは、入院と外来医療の機能分化という観点から、一般的な外来医療の機能については診療所や中小病院に集中させて、「かかりつけ医機能」としての評価を充実させ、双方における連携を強化するという方向性である。そうした根本的な方向性は変えることなく、2018年改定においても、さらにこうした役割分担を明確にしていくために、診療報酬上でも一層、強調する改定がおこなわれた。

具体的には、大病院を紹介状なしで受診する際に、従来においても特定機能病院や500床以上の地域支援病院においては患者に定額負担を求めることが義務付けられていたが、今回の改定では、さらにその対象となる病院の範囲が400床以上まで拡大された。また、外来医療を担う「かかりつけ医機能」をより広げるために、初診料への一定の加算（「機能強化加算 80 点」）が新設され、「地域包括診療料」や「地域包括診療加算」といった「かかりつけ医機能」に関する具体的な評価項目の見直しがなされた⁽⁷⁾。これまで思うように普及が進まなかった点を鑑みて、算定できる施設基準の要件緩和をはかりつつも、2段階の評価区分とし、訪問診療など、在宅医療への移行といった実績によるアウトカム評価が導入されている。これにより、従来からこうした「かかりつけ医機能」を担っていた医療機関の場合でも、実績要件を満たさない限り、従来よりも低い点数区分の算定となり、在宅推進を視野に入れた政策誘導的な意味合いが強く表れている。

中医協検証部会（2019）「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その1）」⁽⁸⁾によると、まず、大病院における初診時の定額負担については、以下の図表1のような結果が公表されている。

図表1 初診時における定額負担の金額

病院の規模	定額負担の仕組みの導入状況	平均的な徴収額	備考
特定機能病院および地域支援病院（一般病床500床以上） n=149	2018年改定前から導入（導入状況100%）	5489.5円（2018年） 5451.6円（2017年）	DPC対象病院 98.0%
地域支援病院（一般病床は500床未満、かつ許可病床400床以上） n=92	2018年改定において、新たに導入が義務付け（導入状況100%）	5352.2円（2018年） 3131.6円（2017年）	DPC対象病院 98.9%
地域支援病院（許可病床200床～399床） n=70	改定以前より、選定療養費として徴収可能（導入状況91.1%）	2729.8円（2018年） 2611.3円（2017年）	DPC対象病院 88.5%
その他（許可病床200床以上）n=26	改定以前より、選定療養費として徴収可能（導入状況50.0%）	2618.9円（2018年） 2582.5円（2017年）	DPC対象病院 50.0%

（出所）中医協検証部会（2019）「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その1）」をもとに抜粋して作成。

図表 1 から分かるように、すでに 2018 年改定前から、こうした定額負担の導入をおこなっている病院は規模にかかわらず存在しているものの、徴収額に年度比較でみた差は、それほど見られない。しかしながら、2018 年改定において導入義務付けの範囲拡大となった病院については、その徴収平均額が大きく増加していることが分かる。

また、同報告書によると、紹介状なしの患者割合と、実際の徴収患者割合についても記述しており、たとえば、最も大きい規模の病院区分の場合においても、紹介状なしの患者割合は 34.7%であり、そのうちで、実際に徴収対象となった患者は 15.7%にすぎないとしている。徴収できなかった理由としては、「救急患者」、「公費負担医療の対象患者」、「救急医療事業における休日夜間受診患者」、「自院における他の診療科を受診中の患者」等の割合が高くなっている。定額負担についての患者の認知度はあるものの、自由回答からは、患者側の、かかりつけ医への信頼度に疑問がある場合や、複数の医療機関受診を避けたい傾向などが窺われる。また医療機関側としても、定額負担の徴収に伴う説明や書類作成などの作業量が増えること、徴収可能かどうかの判断が難しいこと、定額負担のみで患者の行動を変えることは難しく、その実態にそれほど変化が見られない点などが指摘されている。

次に「かかりつけ医機能」に関する調査結果⁽⁹⁾についてである。図表 2 は、「かかりつけ医機能」に関する届出状況を、また図表 3 は外来における処方に関わる状況について示したものである。

図表 2 「かかりつけ医機能」に関する届出状況

	地包括 1	2	地包括加算 1	2	届出なし
病院 n = 72 (n = 150)	4.2% (4.0%)	6.9%	—	— (—)	87.5% (96.0%)
無床診療所 n = 424 (n = 417)	8.3%	6.4% (13.4%)	5.7%	13.7% (12.0%)	63.9% (74.6%)

※なお、ここでは有床診療所については省略している。() 内は平成 28 年調査結果。
(出所) 中医協検証部会 (2019) 「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査 (その 1)」をもとに抜粋して作成。

図表 3 処方状況および 24 時間対応薬局との連携状況

	院内処方	院外処方	連携あり	なし
病院 n = 72	12.5%	87.5%	19.4%	79.2%
無床診療所 n = 424	28.8%	71.2%	39.2%	59.4%

(出所) 中医協検証部会 (2019) 「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査 (その 1)」をもとに抜粋して作成。

全体的に届出割合は増加しているものの、いまだその割合は 3 割超と少なく、同報告書において、診療所の「時間外対応加算 1 または 2」の届出割合が 75.2%であることを考慮すると、その他の施設基準の点で実際の算定が難しく、届出が

進まない状況にあることが分かる。その困難な具体的要件について、報告書では、「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師の配置」や、院外処方の場合の 24 時間対応可能な薬局との連携、24 時間対応での連絡体制の整備、常勤換算 2 名以上の医師配置等が挙げられている。本来は、院内処方が原則とされていたにもかかわらず、図表 3 からも明らかなように、薬局との連携さえも、いまだ難しい状況にある。

こうした診療報酬上における「かかりつけ医機能」の普及は、なかなか進まないものの、「かかりつけ医」の定義について、中医協総会（2019）（「患者・国民に身近な医療の在り方について」）は、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師（P.26）」としている。他方で、「かかりつけ医機能」については、日常の診療において、「患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い」、専門的な診療や指導が必要であれば「地域の医師、医療機関等と協力」すること、「自己の診療時間外」も患者に対して医療を提供できるよう、地域で協力して体制を整えること、健康相談や健診など、「地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動にも積極的に参加」し、「地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する（P.26）」こと、患者や家族に対する適切な情報提供をおこなうこと、といった内容が示されている。この点を踏まえた評価が、診療報酬上の算定要件につながっているものと思われる。しかしながら、中医協検証部会（2019）における調査結果報告書によれば、「患者調査」を通じた患者側の認識は、診療報酬上の算定状況によって大きな差が見られず、「かかりつけ医」に求める役割としては、「どんな病気でも、まずは相談に乗ってくれる」ことや、「必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる」こと等であるという（P.22）。「かかりつけ医機能」に求められているような「在宅医療推進」は、認識としては低く、高齢社会を前提とした「在宅医療」の提供にかかわる部分が具体的な報酬評価として独り歩きしている。診療報酬上、政策誘導的に一層の評価拡充が改定においても盛り込まれているものの、「かかりつけ医機能」の届出が普及しない中、在宅医療の推進とは別に、今後の評価の在り方を検討する必要がある。

なお、2018 年改定において、「かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関（診療所や 200 床未満の病院に限る）に対して、「初診時における診療機能を評価する観点」から新設された「機能強化加算（80 点）」については、健康保険組合連合会（健保連）が、このほど要件見直しを求める提言⁽¹⁰⁾を行っており、こうした指摘も、「かかりつけ医」と診療報酬上の「かかりつけ医機能」との整合性の観点から、疑問を呈した結果であるといえるのかもしれない。今後、これまで政策として進めてきた「かかりつけ医機能」の普及と、どのように調整していくのか、課題となる部分でもある。

（3）その他の論点

中医協検証部会（2019）による「平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に係る

特別調査結果」では、その他の論点として、在宅医療と訪問看護に係る評価や、後発医薬品の使用促進状況に関する調査結果が提示されている。

在宅医療に関する改正点としては、在宅療養支援診療所（在支診）に限らず、その他の診療所等においても、在宅医療の提供に尽力している医療機関を評価する「継続診療加算」が新設された。しかしながら、中医協検証部会（2019）の調査結果資料（「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」）によれば、24 時間体制での連絡、往診が可能な協力医療機関が確保できないほか、そもそも算定の対象となる患者がいらない、といった理由により、ほとんど算定されていない現状が明らかになったという。また、24 時間対応が可能な薬局との連携状況について、在支診の場合に限っても、単独型では連携状況が確保できていない割合は 8 割近くにも及んでおり、在宅医療の提供に向けた十分な枠組みは整っていない状況にある。前項の「かかりつけ医機能」に関する届出状況（図表 2）を鑑みても、高い評価区分の要件である、外来から訪問診療等、在宅医療への移行実績を評価する実績要件を満たすことができる割合はかなり低く、「かかりつけ医機能」に在宅の役割を求めることも困難な状況にある。

後発医薬品の使用促進に対しては、2018 年改定においても、さらなる促進に向けて、加算対象となる下限の使用割合を引き上げ、加算区分追加と点数調整が行なわれた。中医協検証部会（2019）の調査結果資料（「後発医薬品の使用促進の影響及び実施状況調査」）によれば、薬局における後発医薬品の使用割合は、75%近くまで達している（2018 年 7 月～9 月における平均値）。改定の政策誘導の思惑通り、最も高い加算区分（使用割合 85%以上）の領域が大きく増加しており、2020 年 9 月までに使用割合を数量シェア 80%まで達成させるという目標に近づいている。しかしながら、一方において、医薬分業率は全国平均で 74%にも達するという状況下、調剤報酬の適正化や、「かかりつけ薬局」、「かかりつけ薬剤師」といった役割の見直しが課題となってきた。中医協総会（2019）（「患者・国民に身近な医療の在り方について」）においては、医薬分業の目的を踏まえ、医薬分業が疑義照会や処方変更など一定の役割を果たしてきたことを認めつつも、一方で、「医薬分業による患者にとってのメリットが感じられない」、「公的医療保険財源や患者の負担に見合ったものになっていない」（P.60）等の指摘があることにも言及している。「院内調剤の評価を見直し、院内処方への一定の回帰を考えるべき（P.60）」との指摘⁽¹¹⁾も踏まえ、「関係者により重く受け止められるべきである（P.60）」とまとめており、今後の改定においても課題となるとみられる点である。

4. おわりに

本研究ノートでは、2018 年診療報酬改定の主要な論点であった、入院基本料の評価見直しや「かかりつけ医機能」に対する評価等を取り上げ、すでに公表されている検証結果資料等をもとに、今後の課題について示した。

病院に求められる役割に応じた再編に、とりわけアウトカム評価が取り入れられ、患者の状態に見合った入院医療の機能強化が期待されているものの、そうした流れの先には、在宅医療推進や「かかりつけ医機能」の充実といった問題があ

る。定額負担の義務付けも、外来機能分化を進めるためには、受け皿となる「かかりつけ医機能」の基盤が整わなければ、効果的な運用には繋がらない。まずは、こうした全体としての医療提供体制の整備が必須であり、そうした環境が整わない限り、医療機関の再編統合に向けた議論は、経営環境が厳しい状況下において、自院の立場から見た経営の一選択手段で終わってしまう。

診療報酬上の「かかりつけ医機能」や在宅医療推進が政策誘導的に進められていることは確かではあるものの、普及は進まず、院内処方や連携薬局に関わる問題は、調剤料の適正化に関する議論とも無関係ではなく、今後の課題は多い。また実績を重視した過度のアウトカム評価は、それを満たそうとするあまり、成果主義ゆえの弊害が生じる場合もあり、一方で、現状を維持できれば十分、といった消極的な状況のままで終わる可能性も考えられる。

今回の改定の背景に、「地域包括ケアシステムの構築」という概念があり、中野（2018）が指摘するように、こうした根底には、高齢社会を前提にした在宅医療推進という誤解がある点に言及した。この点を鑑みると、具体的な「かかりつけ医機能」に、「地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する（中医協総会（2019）「患者・国民に身近な医療の在り方について」P.26）」と明言されている点も、今後の方向性に疑問が残るところでもある。

診療報酬の影響を受けるのは、医療機関も患者もまた同様である。とりわけ医療機関の再編統合が加速すれば、生活者への影響は大きい。政策誘導的な診療報酬の改定には限界があるものの、検証結果をもとに、一貫性のある改定内容となることを期待したい。

（1） 東京商工リサーチによると、2019年1月～6月に倒産した老人福祉・介護事業は55件であり、過去最多であったという（週刊朝日 2019年8月26日配信記事）。

（2） 最近では、調剤薬局大手のクオールHDが藤永製薬を買収し、医薬品製造への参入を発表したほか（日経ビジネス 2019年8月2日配信記事）、ドラッグストア大手のマツモトキヨシHDは、あえて調剤業界との統合を選ばずに、同じドラッグストアのココカラファインとの経営統合に向けて検討を始めたという（ダイヤモンド編集部 2019年8月26日配信記事）。

（3） 医療介護C B news「医療法人の経営統合などにインセンティブ付与へ」2019年5月31日配信記事。

（4） 中野（2018）によれば、いくつかの実証研究や指摘において、むしろ重度の要介護者の場合については、在宅にかかわるケア費用のほうが、施設ケアに比べて高いことが示されているという。

（5） 同記事によると、がん治療薬の「オプシーボ」は当初の4分の1にまで引き下げられて年間約3500万円、「キムリア」は2019年5月から公的保険適用が承認されたものの、1人1回約3349万円にも及ぶという。

（6） 介護医療院は、2018年に創設された施設であるが、介護保険適用の介護施設であり、一方で医療提供も可能な「住まいと生活を医療が支える施設（日本医療企画,2008,P.8）」であるという。廃止に伴い、従来の介護療養型医療施設は、こうした介護医療院への転換が促されているが、介護保険上での報酬面は優遇されているものの、いったん転換してしまうと医療法上の病院には戻れない等の規制もあるという。

（7） 中医協総会（2019）「患者・国民に身近な医療の在り方について」によると、診療報

酬上での「かかりつけ医機能等の評価」とは、「かかりつけ医等による、患者への全人的な医療の提供や専門医への紹介について診療報酬で評価を行っている（P.38）」ことであり、例えば、「地域包括診療料 1（月 1 回包括、1560 点）」、「地域包括診療料 2（月 1 回包括、1503 点）」、「地域包括診療加算 1（再診時 1 回につき 25 点）」、「地域包括診療加算 2（再診時 1 回につき 18 点）」等である。具体的な点数はいずれも消費税増税にともなう改訂前のもの。

(8) 平成 30 年 10 月～11 月にかけて、全国の病院から「層化抽出」した 855 施設を対象におこなったものであり、「施設調査」と、その施設につき 4 名の患者による「患者調査」の両方が行われている。ただし、有効回答率は 33.1%である。

(9) 同様の調査期間において、「かかりつけ医機能」に関する届出の有無により、抽出した医療機関 1700 施設を対象にした調査である。うち、有効回答率は病院 12.8%、有床診療所 11.9%、無床診療所 75.3%である。

(10) 医療介護 CBnews（2019 年 8 月 23 日配信記事）によると、健保連は、レセプトデータの分析を行った結果、機能強化加算が、「本来の対象者とは異なる患者への算定が大半」となっており、「生活習慣病等の慢性疾患を有する継続的な管理が必要な患者」を算定対象とすることや、こうした疾患に関わる「適切な研修を修了した医師の配置」等、要件の厳格化を求めているという。

(11) 前田（2019）によれば、院内処方における処方料や調剤料は変化していないにもかかわらず、薬局薬剤師に対する服薬指導料等は改定のたびに引き上げられてきており、2017 年における入院外の調剤関連技術料は、試算によると約 2.7 兆円に達しているという。これをすべて院内処方に置きかえると 0.8 兆円となり、この差額にあたる約 1.9 兆円が「医薬分業の付加価値（P.19）」であると指摘する。

参考文献

厚生労働省医政局（2019）「具体的対応方針の検証の具体的手順について」,地域医療構想に関するWG（2019 年 6 月 21 日）議事次第資料 1.

厚生労働省保険局（2018）「平成 30 年度診療報酬改定の概要」.

厚生労働省保険局（2019）「第 3 回入院医療等の調査・評価分科会議事次第（2019 年 6 月 19 日）」.

中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（2019）「平成 30 年度診療報酬改定の結果検証に関わる特別調査（平成 30 年度調査）の結果について」（「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査（その 1）」,「在宅医療と訪問看護に係る評価等に関する実施状況調査」,「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査」),平成 31 年 3 月 27 日.

中央社会保険医療協議会総会（2019）「患者・国民に身近な医療の在り方について」,総会（第 414 回 2019 年 5 月 15 日）議事次第.

中野智紀（2018）「生活モデルの視点から展望する地域包括ケアと在宅医療の未来」『月刊保険診療 2018 年 12 月号』,1547,医学通信社,51-55.

日本医療企画（2018）「特集 2018 年度診療報酬・介護報酬W改定のツボ」『H&F 2018 年 4 月号』,32,日本医療企画,4-26.

藤井将志 (2018) 「2018 年度診療報酬・介護報酬同時改定への対応と中長期戦略」
『医療経営白書 (2018 年度版)』,ヘルスケア総合政策研究所・日本医療
企画,76-89.

前田由美子 (2019) 「調剤報酬と医薬分業の現状－医科と調剤の關係に注目して－」
『日医総研ワーキングペーパー』,430,日本医師会総合政策研究機構,1-
29.

時事メディカル (2019) 「「超」高額薬、次々登場－公的保険どこまで賄う？」
2019 年 2 月 21 日配信記事, <https://medical.jiji.com/news/20456/>
(2019 年 5 月 30 日参照) .

日経ビジネス (2019) 「調剤薬局クオールが製薬参入、ドラッグストアとの戦い
方」2019 年 8 月 2 日配信記事,
<https://business.nikkei.com/atcl/gen/19/00002/080200593/>
(2019 年 8 月 19 日参照) .

医療介護 CBnews (2019) 「機能強化加算、要件見直しで対象患者の限定を提言
－健保連、20 年度改定に向けて」2019 年 8 月 23 日配信記事,
<https://www.cbnews.jp/news/entry/20190823185705>
(2019 年 8 月 24 日参照) .

週刊朝日 (2019) 「老人ホーム倒産が過去最多、入居時のお金戻らず」2019 年 8
月 26 日配信記事, <https://dot.asahi.com/wa/2019082200092.html>
(2019 年 8 月 27 日参照) .

ダイヤモンド編集部 (2019) 「1 兆円メガ薬局の誕生、マツキヨ&ココカラ統合で
突入する巨大再編時代」2019 年 8 月 26 日配信記事,
<https://diamond.jp/articles/-/1212785> (2019 年 8 月 27 日参照) .

医療介護 CBnews (2019) 「医療法人の経営統合などにインセンティブ付与へ」
2019 年 5 月 31 日配信記事,
<https://www.cbnews.jp/news/entry/20190531161324>
(2019 年 9 月 2 日参照) .

(2019 年 9 月 6 日受理)

