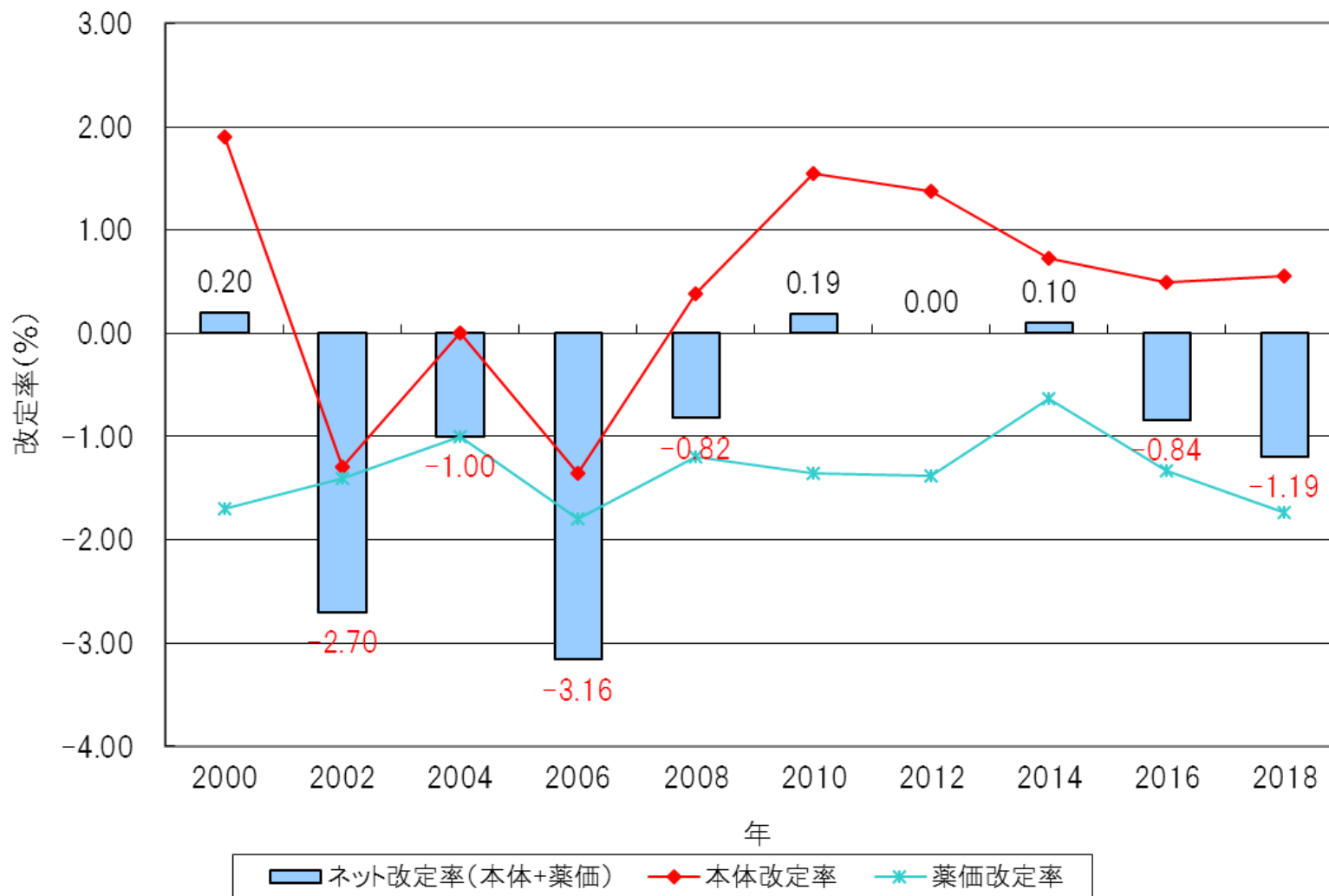


効率的・効果的な 医療提供体制構築に関する提言

2020.2

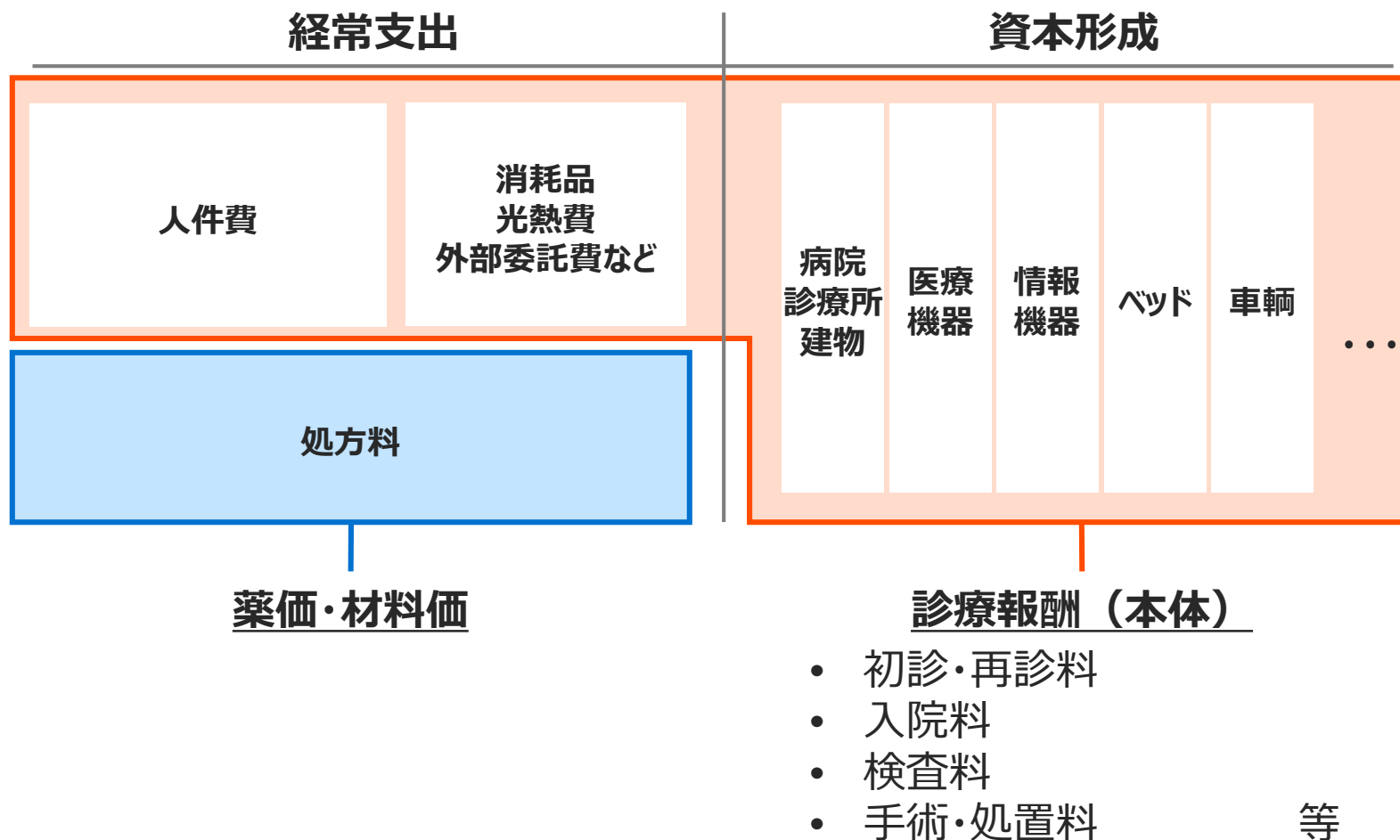
株式会社日本総合研究所
効率的・効果的な医療提供体制構築に向けた研究チーム
社内アドバイザー
調査部 主席研究員 西沢和彦

薬価削減ありき？ 本体は効率・効果的？



出所：「社会保障関係予算のポイント」を基に日本総研作成

診療報酬は薬価＋本体



削減ありきではなく 効率的・効果的な 資源配分の実現

提言⑥ 超高齢化社会を 踏まえた 給付と負担適正化

(本提言では、提言①～⑤を中心に扱い、提言⑥は問題提起が中心)

[診療報酬]

提言① 医療保険全体に対する**価値に基づく医療の実装**

[診療報酬]

提言② 保険収載後の既存医療の**第三者有効性再評価制度強化**

[入院日数・診療報酬]

提言③ 地域医療構想での患者目線の医療計画も踏まえた**在宅支援強化**

[外来回数・診療報酬]

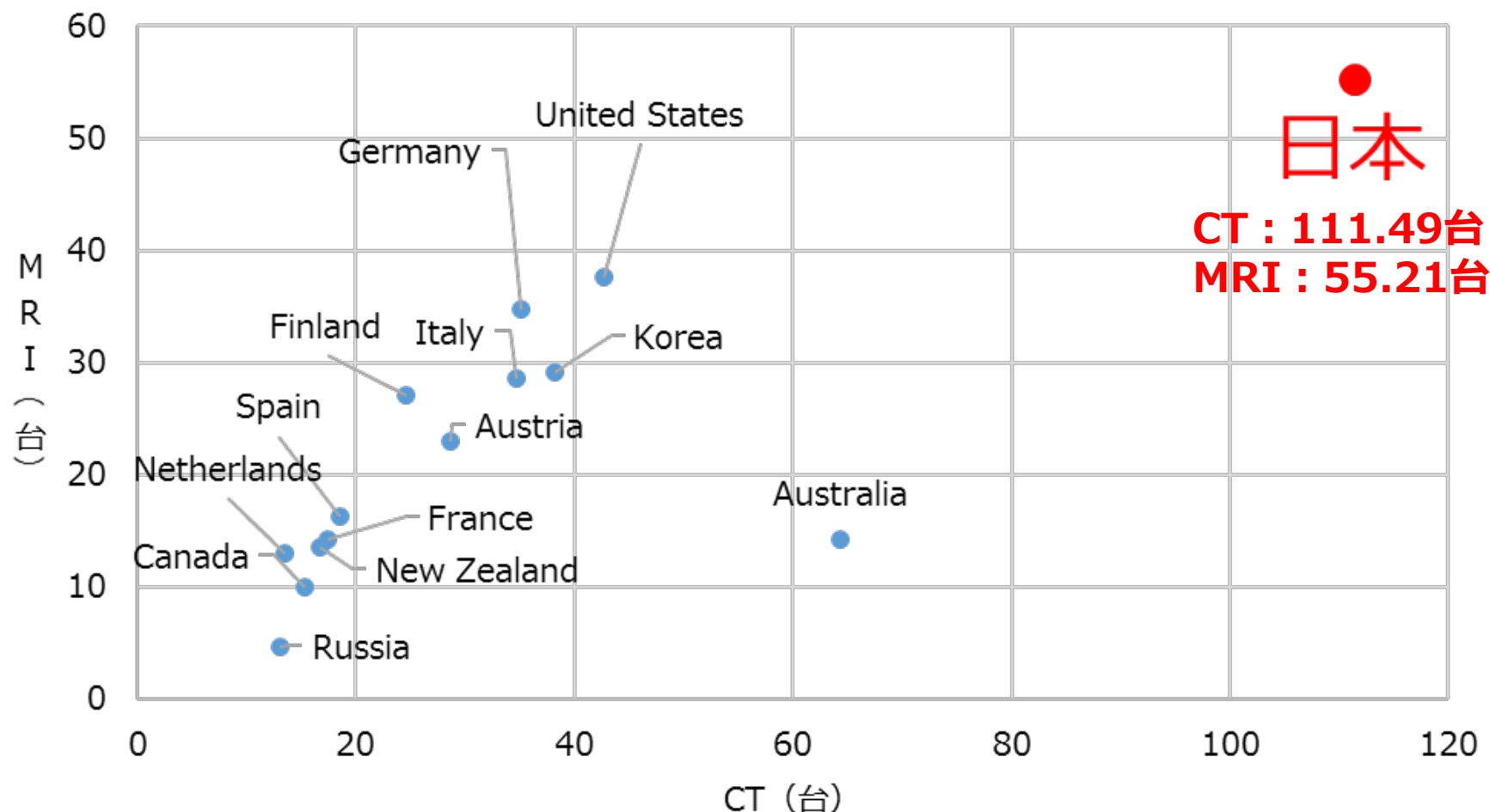
提言④ 患者の**予防・疾病管理も診るかかりつけ医と患者のマッチング**の仕組み確立
(=家庭医)

[薬局調剤回数・診療報酬]

提言⑤ 地域での対人業務強化に向けた**開局薬剤師の臨床教育等強化**

CT・MRIは国際比較で圧倒的に多い

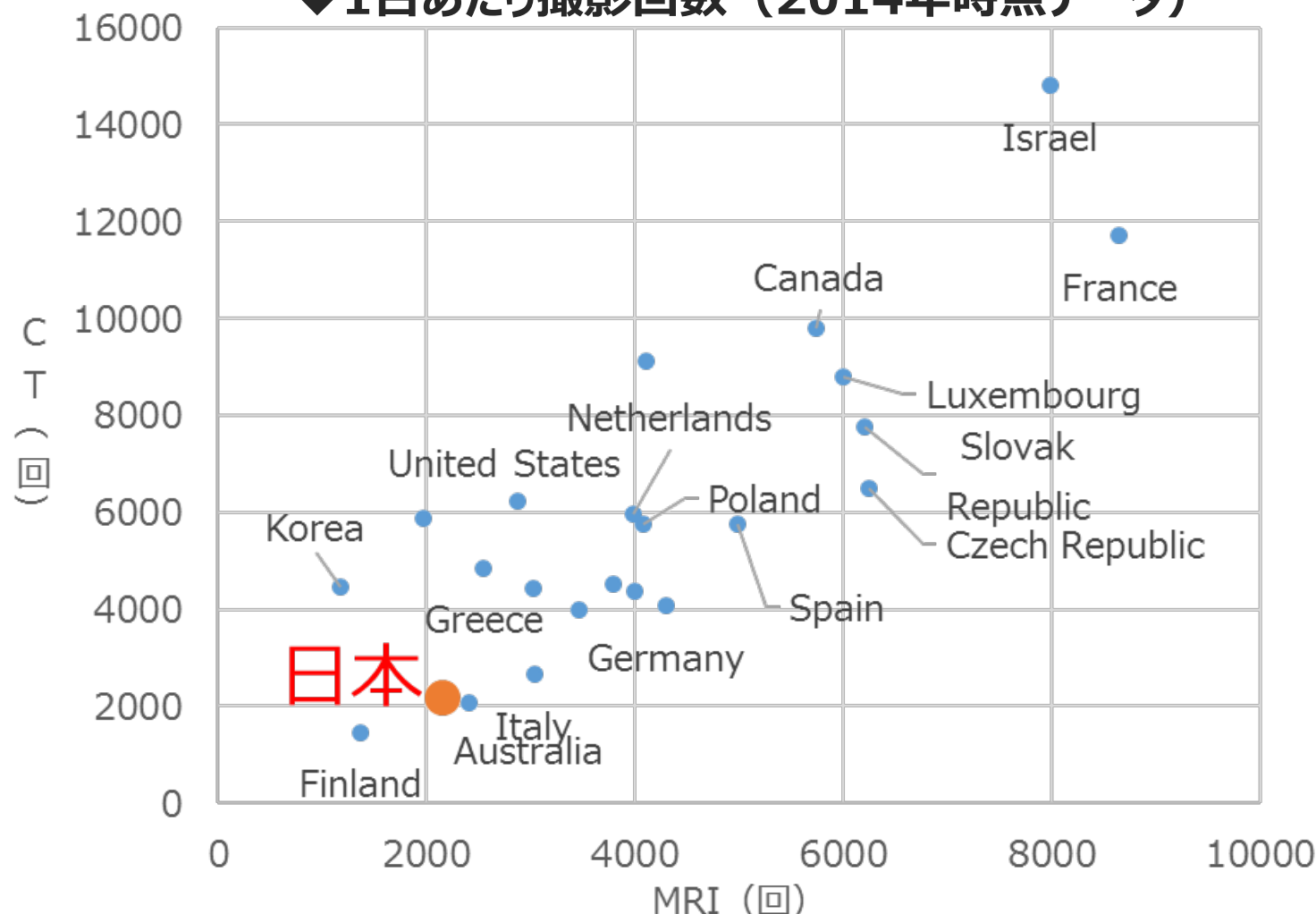
◆人口百万人あたりCT・MRI台数（2017年時点）



出所：OECD Health Statistics2019をもとに日本総研作成

1台あたり検査回数は少なく、効率化が必要

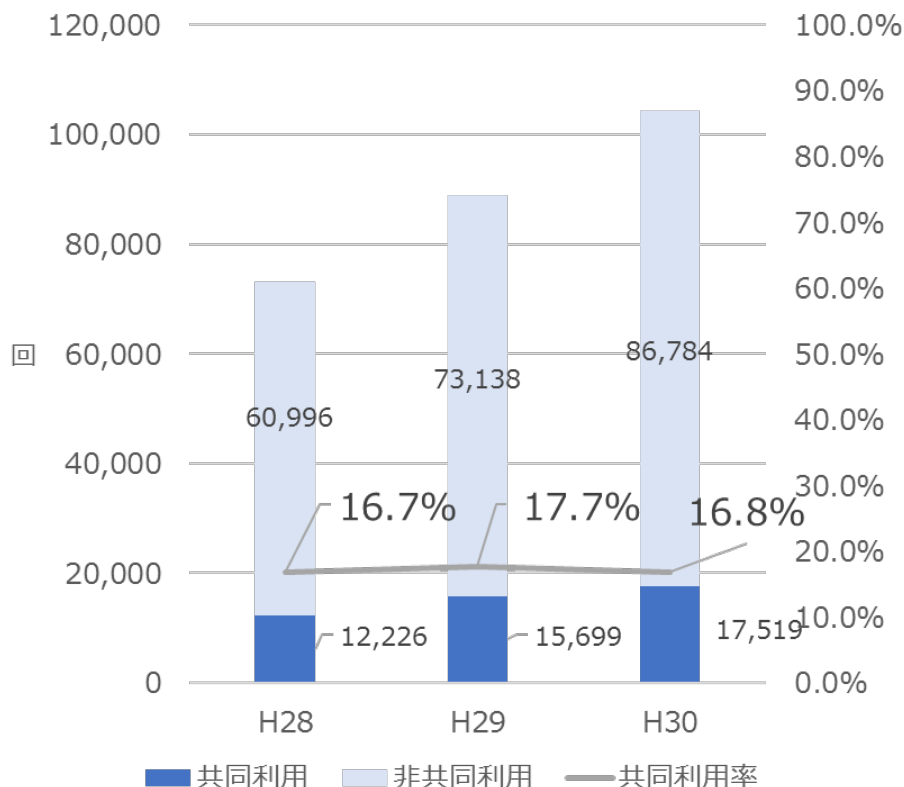
◆1台あたり撮影回数（2014年時点データ）



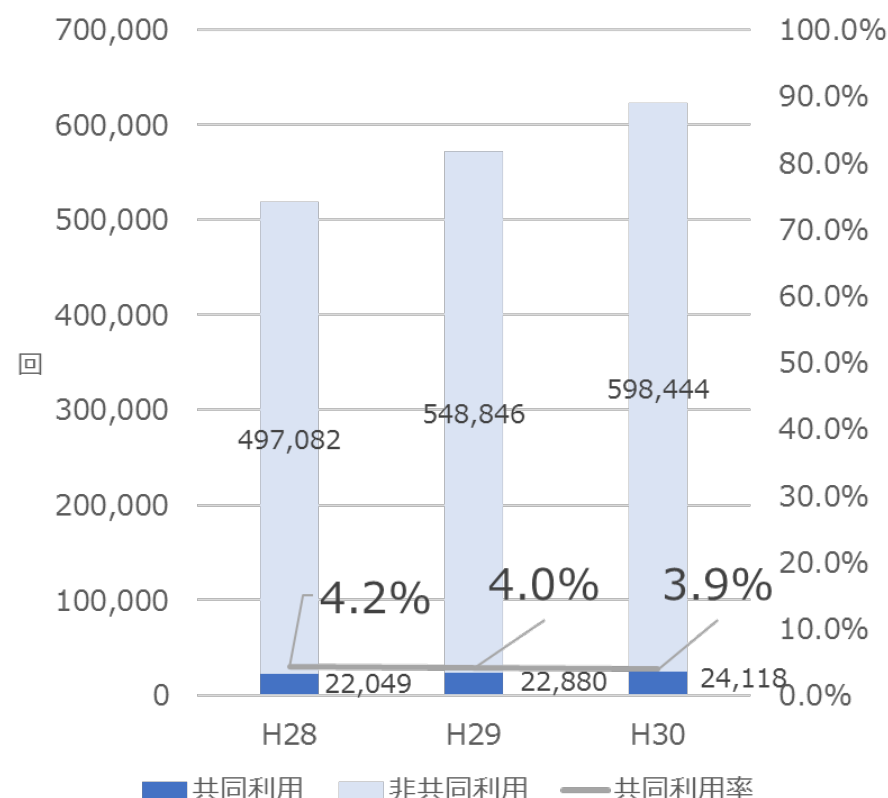
出所：OECD Health Statistics2019をもとに日本総研作成

共同利用促進施策は果たして十分であるか

◆3テスラ以上MRIの撮影算定回数と共同利用率



◆64列以上CTの撮影算定回数と共同利用率



出所：中央社会保険医療協議会 総会 第427回（令和元年10月23日）資料を基に日本総研作成

CT・MRI撮影点数は 上位機器が出ても大きくは変わらない

CT撮影	<u>2010</u>	<u>2012</u>	<u>2014</u>	<u>2016</u>	<u>2018</u>
64列以上の マルチスライス	—	950点	1,000点	1,000点	1,000点
16列以上64列未満 マルチスライス	900点	900点	900点	900点	900点
4列以上16列未満 マルチスライス(※)	820点	780点	770点	750点	750点
MRI撮影	<u>2010</u>	<u>2012</u>	<u>2014</u>	<u>2016</u>	<u>2018</u>
3テスラ以上	—	1,400点	1,600点	1,600点	1,600点
1.5テスラ以上 3テスラ未満	1,330点	1,330点	1,330点	1,330点	1,330点
上記以外	1,000点	950点	920点	900点	900点

※2010年時点は「2列以上16列未満のマルチスライス」

出典：厚労省「社会医療診療行為別統計」を基に日本総研作成

現状の新規収載・再評価のプロセス

学会等からの提案書

H30改定時 **966件も**

以下内容で学会等から保険収載・再評価について提案

◎ 医療技術評価提案書

- ・技術の成熟度・有効性・妥当性
- ・年間対象患者数と実施回数
- ・希望する診療報酬上の取扱と根拠
- ・予想影響額（医療費への増減影響）と根拠 等

◎ 当該技術に使用する医薬品、医療機器又は 体外診断用医薬品について

- ・薬品と特定保険医療材料については名称や価格を記載

事務局
案作成

医療技術
評価分科会

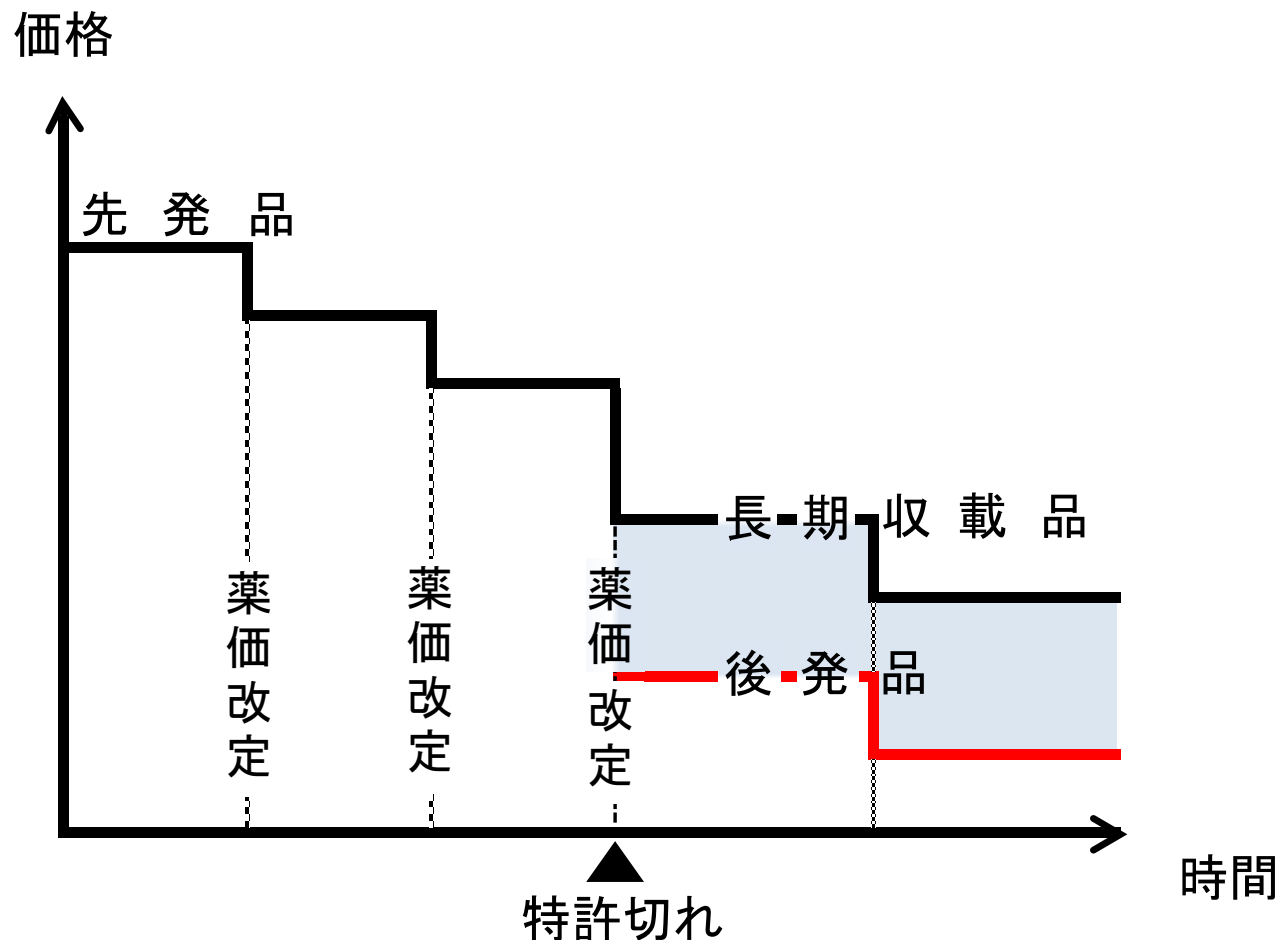
分科会としての
評価取りまとめ

中医協

審議
改定結論

薬は市場実勢価格で調整

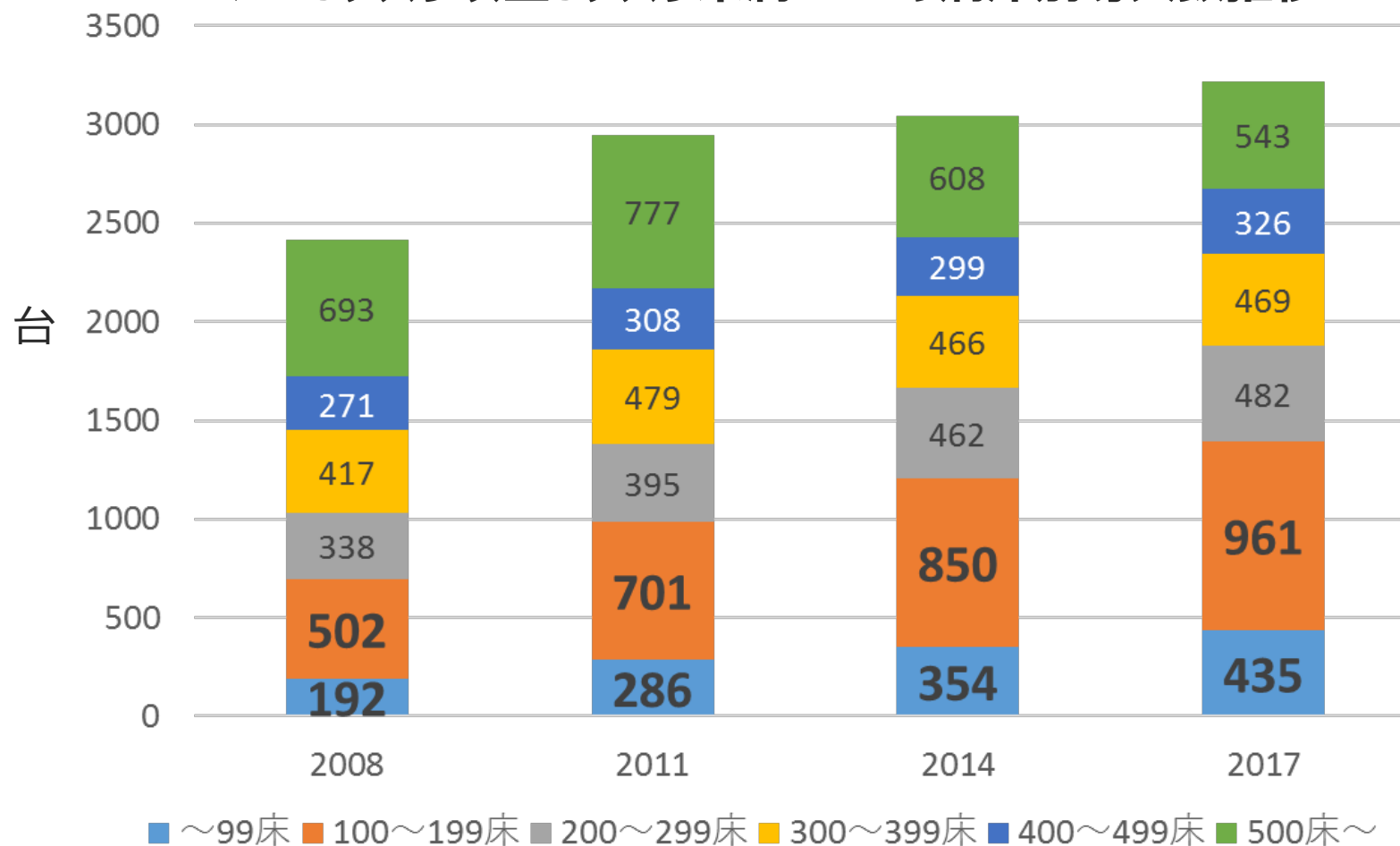
(図表) 長期収載品依存モデルのイメージ



(注) 新薬創出等加算のないケースを想定

古い機器が代謝されない状況が続く

◆ 1.5テスラ以上3テスラ未満MRIの病床別導入数推移



※2011年までは3テスラ以上も含む

出典：医療施設調査を基に日本総研作成

実勢価格・有効性評価が必要

価格

有効性

収載時

各学会からの提案を元にした評価での判断がなされる

改定

高額機器の実勢価格は
調査されておらず
実勢価格に基づいた改定も
なされない

第三者的評価がなされておらず
古い技術の退出はなされない

提言

市場実勢価格を
基にした
改定が必要

第三者による
有効性再評価が
必要

医療保険全体に対する価値に基づく医療の実装

医療の「投入量」ではなく
医療保険全体の「価値に基づく医療」がより評価される制度・環境



【国民・患者】

効果の高い・低い医療について十分な教育を受け、高いリテラシーを有する。



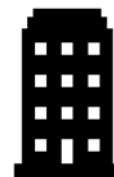
【医療従事者】

患者への医療効果により着目した診療報酬制度のもと、効率的・効果的な医療を提供できている。



【医療産業】

効果的・効率的な医療がより評価され、イノベーションが促進されている。

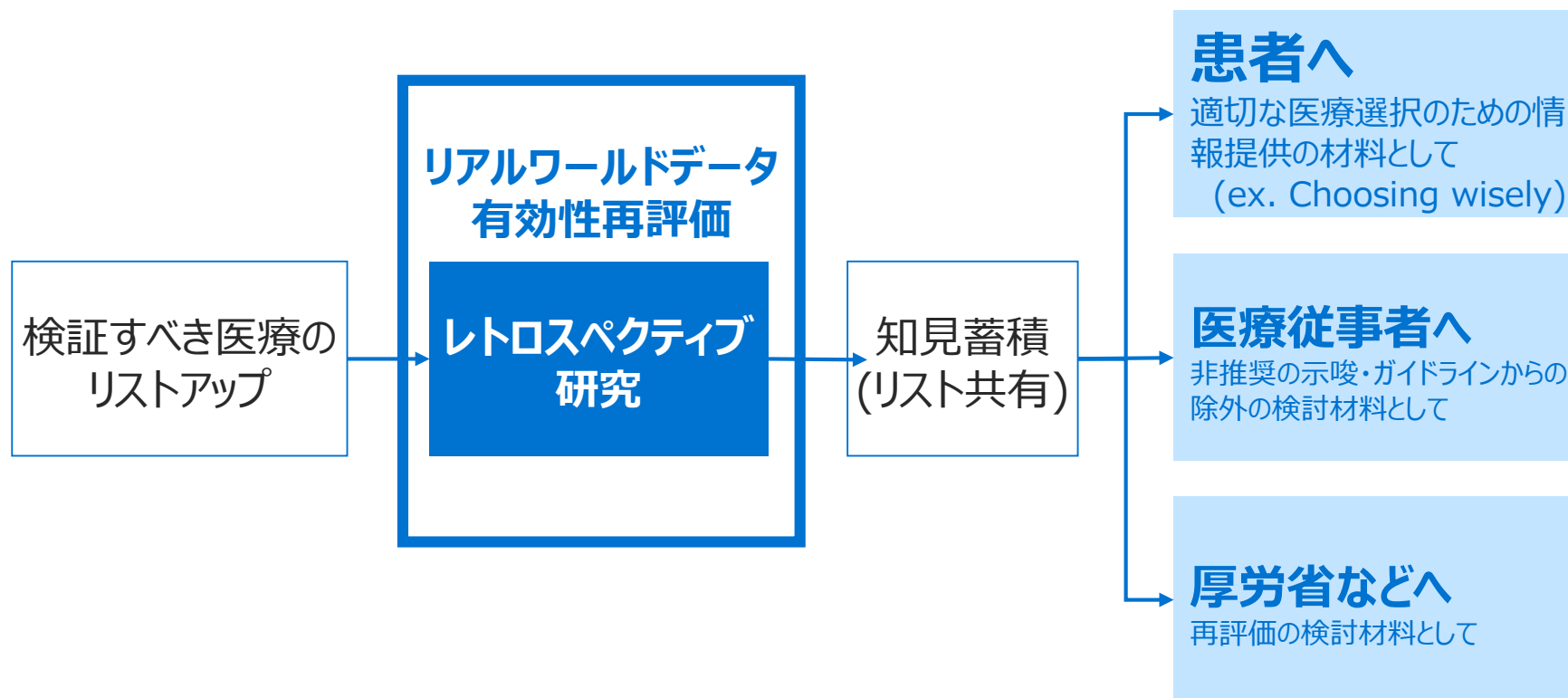


【保険者】

情報発信などで取組みが第三者により評価され、国民の保険者機能に対する理解が深まり、保険者の機能強化も進んでいる。

新たな診療報酬制度導入の工程設計と、
国民・患者教育設計、医療再評価制度立案、
情報基盤整備、保険者機能強化などが必要ではないか

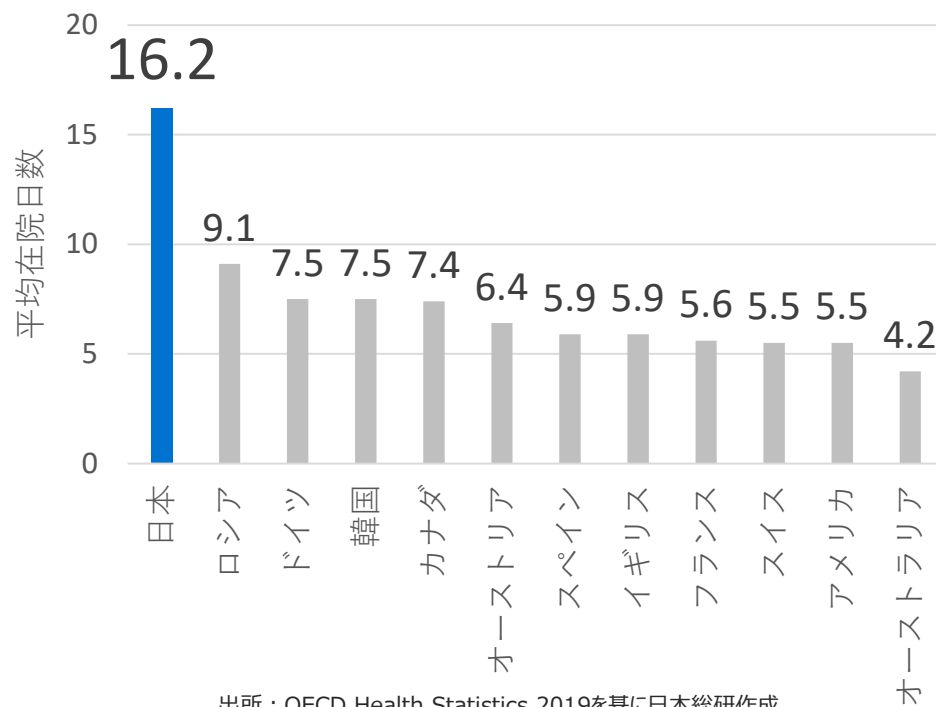
医療の第三者有効性再評価制度確立 (医療保険全体のアウトカム評価)



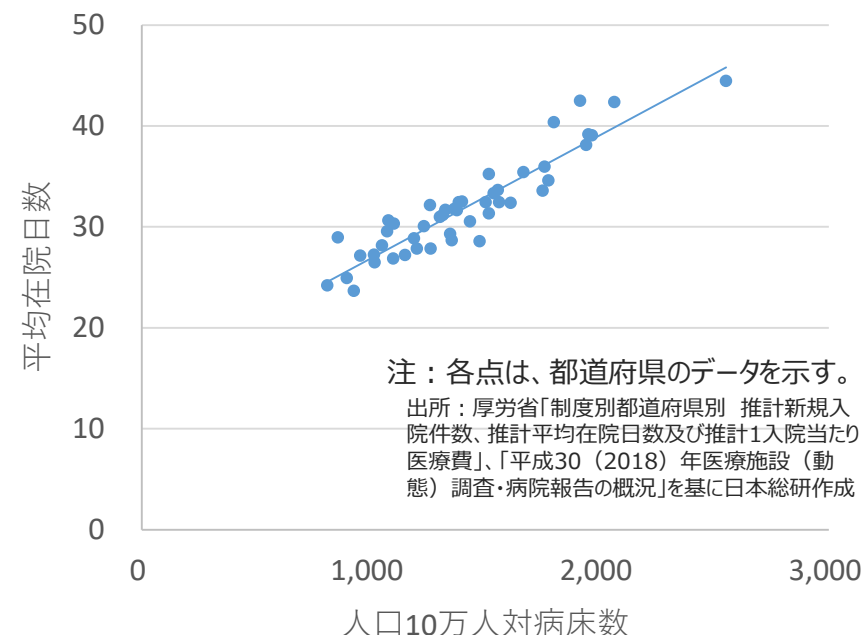
既存再評価コストは**数千万円以上**だが
リアルワールドデータでのアウトカム評価は**数百万で実施**

病床適正化による入院日数削減が必要

◆約16日でOECD内で最長



◆平均在院日数と病床数は相関



病床の適正化が必要であるが、現状の対応では不十分

日本総研 効率的・効果的な医療提供体制構築に関する提言より

現状のアプローチでの 病床適正化・入院日数削減の限界

患者 の観点

医師として退院できると考える患者、自身も退院したいと考える患者であっても自宅などの地域で受け皿となる施設や人材が十分でない

病院 の観点

ベッドの空きが発生するくらいなら、患者が長く在院した方が病院収益が高く、資産である病床削減も入院日数削減も進めるインセンティブがわからない

診療報酬 の観点

入院日数削減を強行されれば、入院に必要な検査等を外来受診として計上

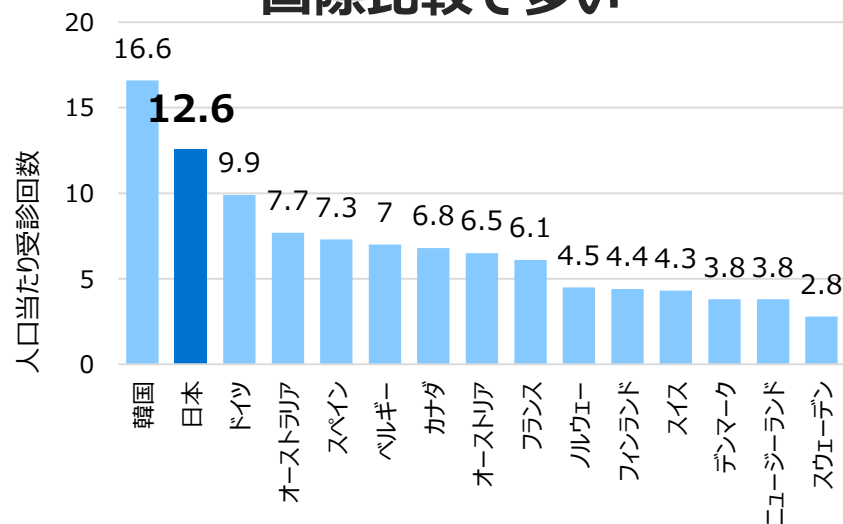
病床適正化に向けて実施すべきこと

- ◆プライマリケアを中心とした都道府県別地域受け皿機能強化
- ◆外来から入院の一連の診療行為を1エピソードとして包括することを検討
- ◆都道府県の計画に基づく市町村での医療計画の策定
- ◆地域ごとの自治体・民間病院の医療費支出などデータに基づく議論

プライマリケア医を中心とした体制構築と
病院の外部環境変化と**経営リスク要共有**

受診件数は国際的にみて多く、 不必要な受診の可能性

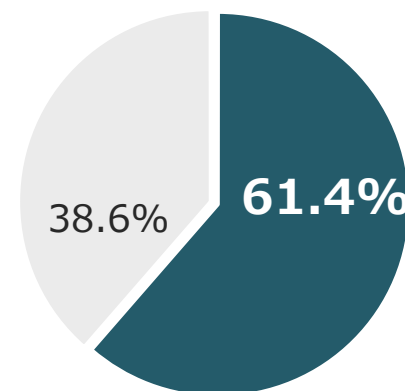
◆一人当たり受診回数が 国際比較で多い



注) Canada, Denmark, Ireland, Norwayは2018年のデータ、Chili, France, Japanは2016年のデータ、その他の国は2017年のデータ

出所：OECD Health Statistics 2019を基に日本総研作成

◆紹介状なしの患者比率61.4% (設定金額5,000円未満病院)



設定金額が5,000円未満の病院
(n=220)

出所：厚生労働省「外来時の負担等について」（平成29年10月4日）を基に日本総研作成

「フリーアクセス」の根源にある患者の主体性を保ちながら
不必要な外来診療を抑える必要がある

プライマリケア体制実現時の削減可能性

◆プライマリ・ケアの推進による 削減可能性のある受診

必要以上に高 頻度な受診	✓処方を受けるだけの受診。検査 結果を知るだけの受診。
必要以上な複 数医療機関の 受診	✓一つの医療機関で完結する受 診を、複数の医療機関に受診。 患者が自己判断で受診先を変 更。
不適切な医療 機関の受診	✓適切な医療にかかるまでの不 必要な受診。とりあえずの医療機 関の受診。急を要さない症状で の受診。

◆他国のプライマリケア事例

フランス

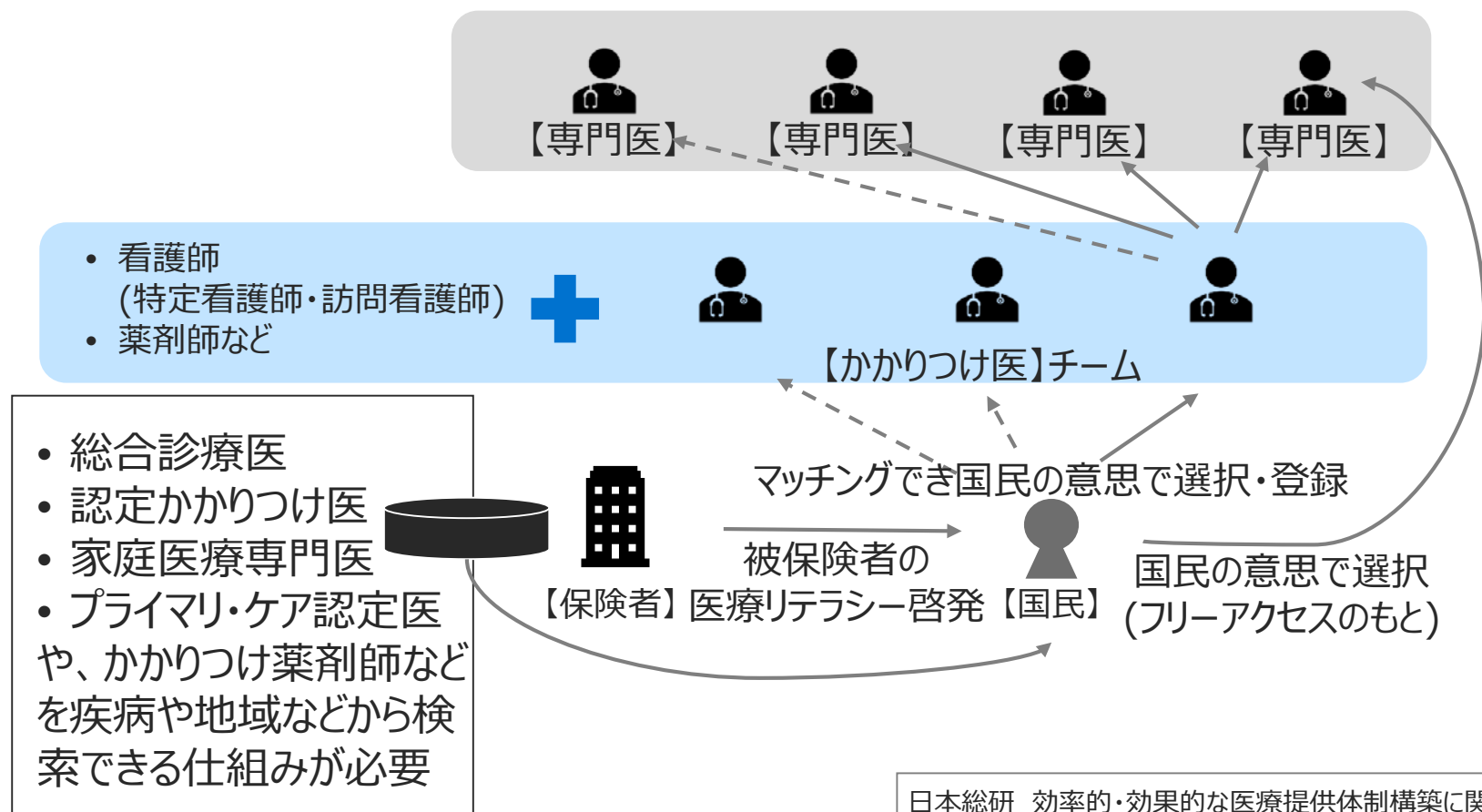
- フリーアクセス制限せず(患者による選択制など)、減少する医療報酬を補填する制度を導入しプライマリケアを推進している。

オーストラリア

- 病院アクセスへの高い自己負担と、診療所グループ化を介した診療の質向上により、フリーアクセスを制限することなく、プライマリケアを推進している。

実現した際のリターンは大きい
が、即時的な実行には課題が多い

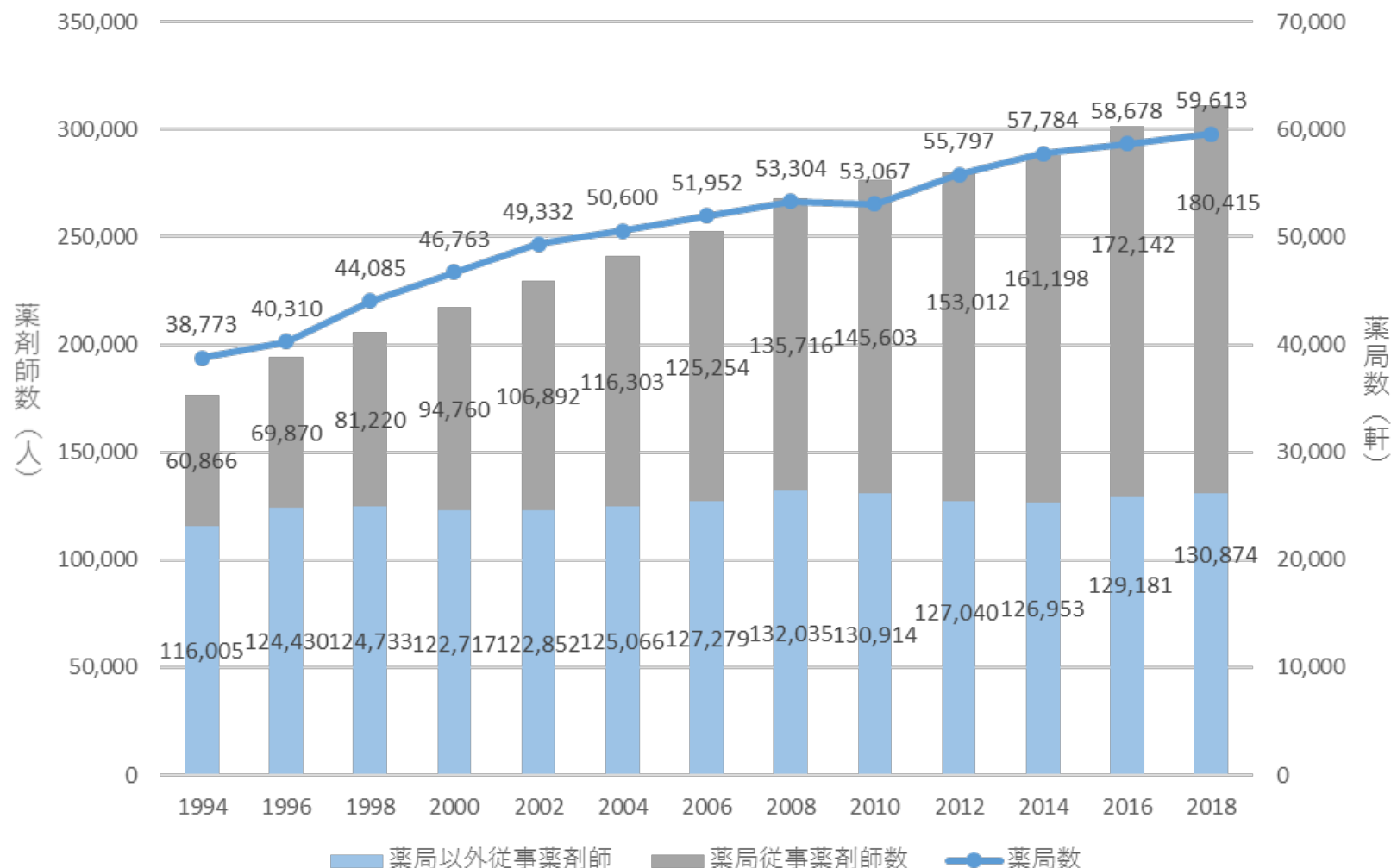
患者の予防・予後も診るかかりつけ医と 患者のマッチングの仕組み確立



日本総研 効率的・効果的な医療提供体制構築に関する提言より

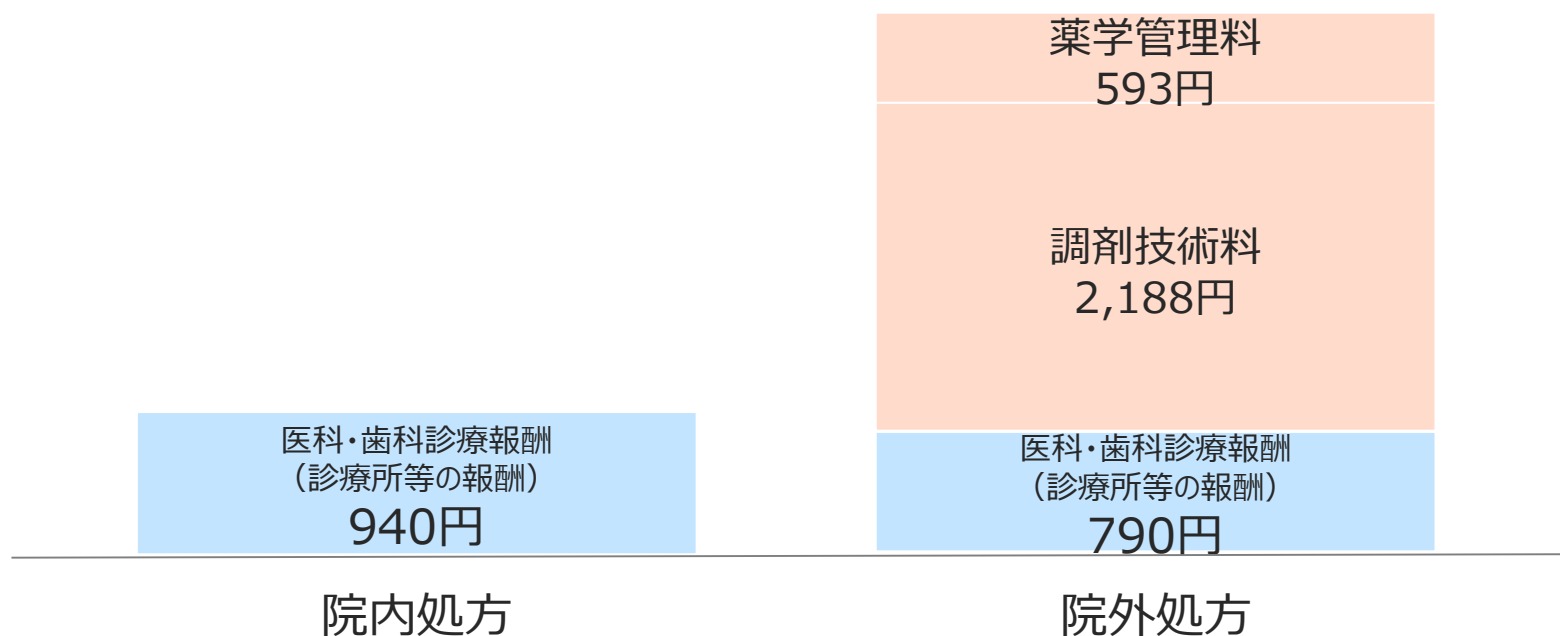
出所：日本総研作成

医薬分業の進展に伴い、 薬局と薬局に勤める薬剤師は増加



出所：衛生行政報告例、医師・歯科医師・薬剤師統計を基に日本総研作成

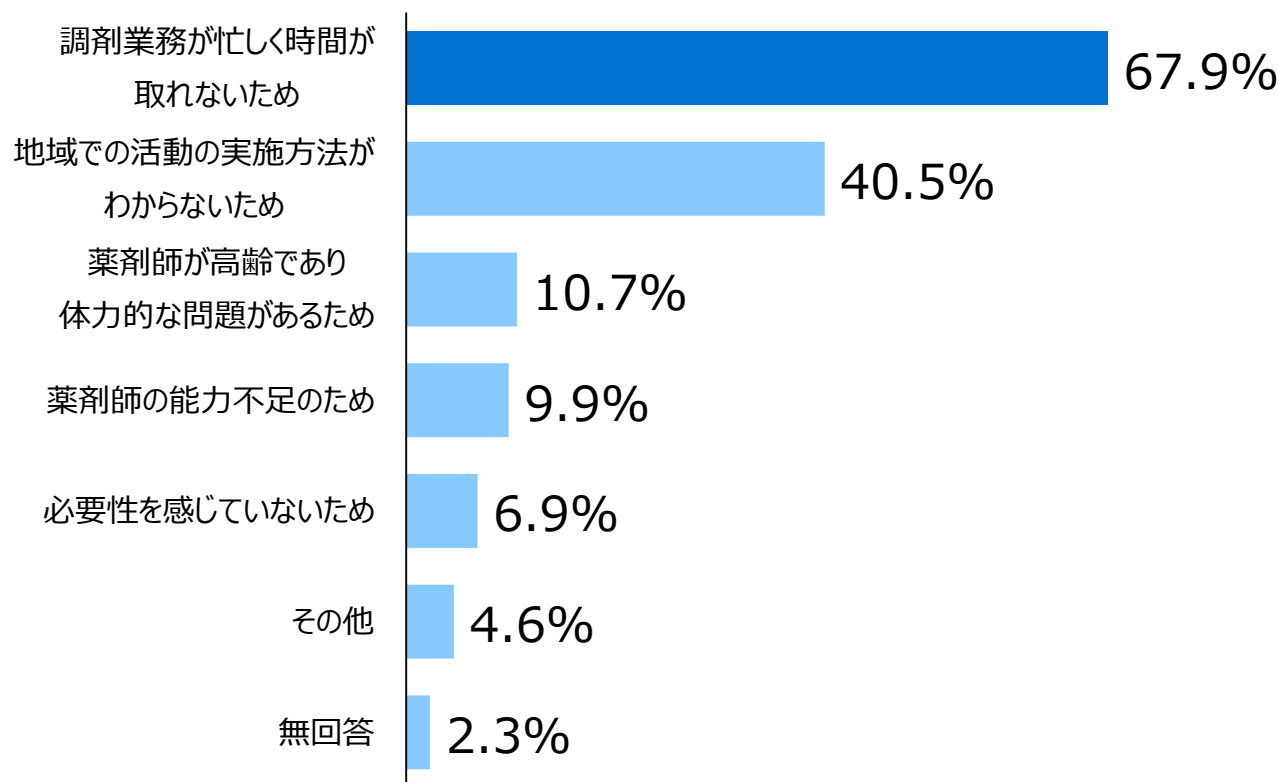
院外処方 院内処方よりも平均3.5倍高い



出所：平成30年社会医療診療行為別統計の概況

実態として薬局薬剤師は調剤で忙殺

◆地域での活動ができない理由



出所：厚労省「平成29年患者のための薬局ビジョン実現のための実態調査報告」を基に日本総研作成

日本総研 効率的・効果的な医療提供体制構築に関する提言より

日本と米国の薬剤師の職能範囲に大きく差がある

薬局薬剤師		米国 (1つの州で可能ならあり)	日本
予防接種		あり	なし
処方権	医師と独立した処方権	なし	なし
	契約ごとの処方権(プロトコール型)	あり	なし
	一定期間内処方権	あり	分割調剤の対応のみ
調剤テクニシャンズ(調剤支援員)		あり	非薬剤師が可能な業務が厚労省から明示されたばかり
調剤等業務		あり	あり

出所：米国→アメリカ労働統計局「OCCUPATIONAL OUTLOOK HANDBOOK」を基に日本総研作成



日本総研 効率的・効果的な医療提供体制構築に関する提言より

対人業務強化に向け薬局へのデータ共有を推進

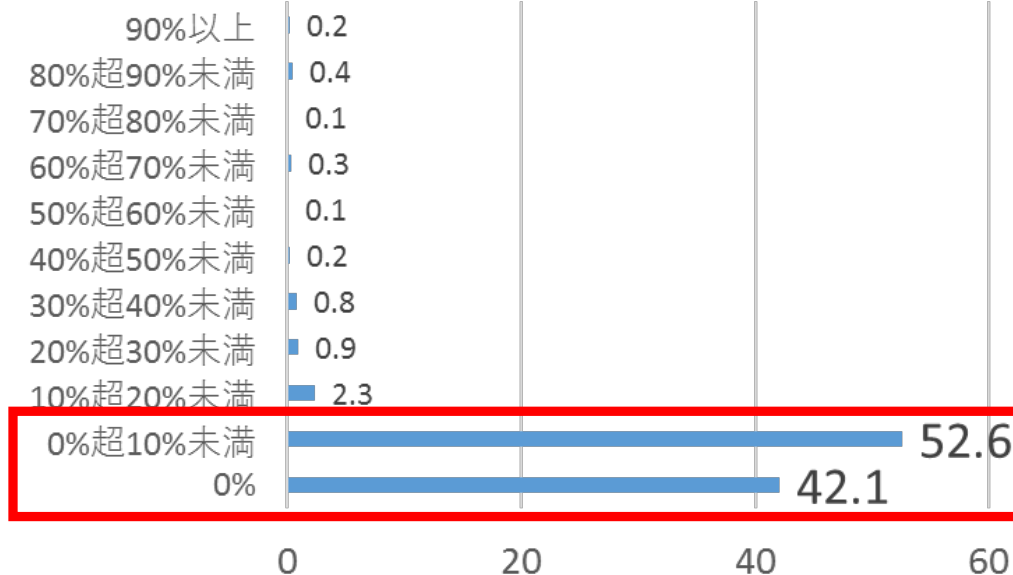
◆京大病院事例

◆処方箋と合わせて患者情報を 医療機関から受け取った上で実施した 服薬指導の件数

処方せん（院外）
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	保険者番号																																										
公費負担医療の 受給者番号	被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号																																										
診療番号 00000080 カナ おパン テスト 氏名 テスト 80 生年月日 昭和34年02月02日 年齢: 56歳 2カ月 性別: 男 区分 被保険者(保険種別:)	保険医療機関の 所在地及び名称 京都市左京区聖護院川原町54 京都大学医学部附属病院 電話番号 (075)751-3111(代表) (075)751-3580(薬剤部) (075)751-3052(医務課)																																										
都道府県 番号 26 広域支 番号 1 医療機関 コード 99000042	診療科 薬剤部 KUINS 保険医氏名 テスト 医師 印																																										
交付年月日 平成27年01月09日	処方せんの 使用期間 平成27年01月13日 まで																																										
変更 不可 【個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「×」又は「○」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。】 RP01 アダラートC R錠20mg 1錠 分1 (朝) 食後 01月09日から【14日分】 RP02 レキップCR錠8mg【運転等制限】 1錠 分1 (朝) 食後 01月09日から【14日分】 【自動車運転等に制限がある薬剤が処方されている場合には、患者さんへの服薬指導をお願いします】 —— 1 頁目 全1 頁 以下余白 ——																																											
検査値 <table border="1"> <tr> <td>検査項目</td> <td>WBC</td> <td>Hb</td> <td>Plt</td> <td>PT-INR</td> <td>AST</td> <td>ALT</td> <td>T-Bil</td> <td>血清Cr</td> <td>eGFR</td> <td>CK</td> <td>CRP</td> <td>K+</td> <td>HbA1c</td> </tr> <tr> <td>検査日</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> <td>1/9</td> </tr> <tr> <td>結果値</td> <td>3.85</td> <td>14.6</td> <td>120</td> <td>1.05</td> <td>28</td> <td>14</td> <td>0.9</td> <td>0.71</td> <td>86.3</td> <td>175</td> <td>0.1</td> <td>4.0</td> <td>6.8</td> </tr> </table>		検査項目	WBC	Hb	Plt	PT-INR	AST	ALT	T-Bil	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K+	HbA1c	検査日	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	結果値	3.85	14.6	120	1.05	28	14	0.9	0.71	86.3	175	0.1	4.0	6.8
検査項目	WBC	Hb	Plt	PT-INR	AST	ALT	T-Bil	血清Cr	eGFR	CK	CRP	K+	HbA1c																														
検査日	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9	1/9																														
結果値	3.85	14.6	120	1.05	28	14	0.9	0.71	86.3	175	0.1	4.0	6.8																														

＜患者さんへ＞ この処方せんは、外来会計窓口へお出し下さい。受付担当者の確認を受けて下さい。
＜保険薬局の方へ＞ 処方内容については、各診療科にお尋ね下さい。(電話番号は上記)
照会後に変更となった処方せんは、当院薬剤部へFAXして下さい(075-751-3205)。
処方医からコメント・依頼がある場合は必ずトレーシングレポートを送って下さい。
(詳細は当院薬剤部ホームページをご参照下さい。)



出所：京都大学医学部附属病院薬剤部ホームページ
<https://www.kuhp.kyoto-u.ac.jp/~yakuzai/yakkyoku/sample.pdf>

出所：厚生労働省（H31）『「かかりつけ薬剤師・薬局機能調査・検討一式」かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書』を元に日本総研作成

日本総研 効率的・効果的な医療提供体制構築に関する提言より

現状の教育カリキュラムは対人業務育成が不足

赤字：対人関係のカリキュラム

A 基本事項

- 薬剤師の使命
- 薬剤師に求められる倫理観
- 信頼関係の構築
- 多職種連携協働とチーム医療
- 自己研鑽と次世代を担う人材の育成

B 薬学と社会

- 人と社会
- 地域に関わる薬剤師
- 法規範
- 社会保障制度
- 医療経済

C 薬学基礎

- 物質の物理的性質
- 化学物質の分析
- 化学物質の性質と反応
- 生体分子
- 医薬品の化学による理解
- 自然が生み出す薬物
- 生命現象の基礎
- 人体の成り立ちと生体機能の調節
- 生体防御と微生物

D 衛生薬学

- 健康
(疾病とその予防、栄養と健康)
- 環境
(化学物質などの人への影響など)

E 医療薬学

- 薬の作用と体の変化
- 薬理・病態・薬物治療
- 薬物治療に役立つ情報
- 薬の生体内運命
- 製剤化のサイエンス

F 薬学臨床

- 薬物療法の実践とチーム医療・地域保健医療への参画

G 薬学研究

出所：文部科学省「薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂の概要」より日本総研作成

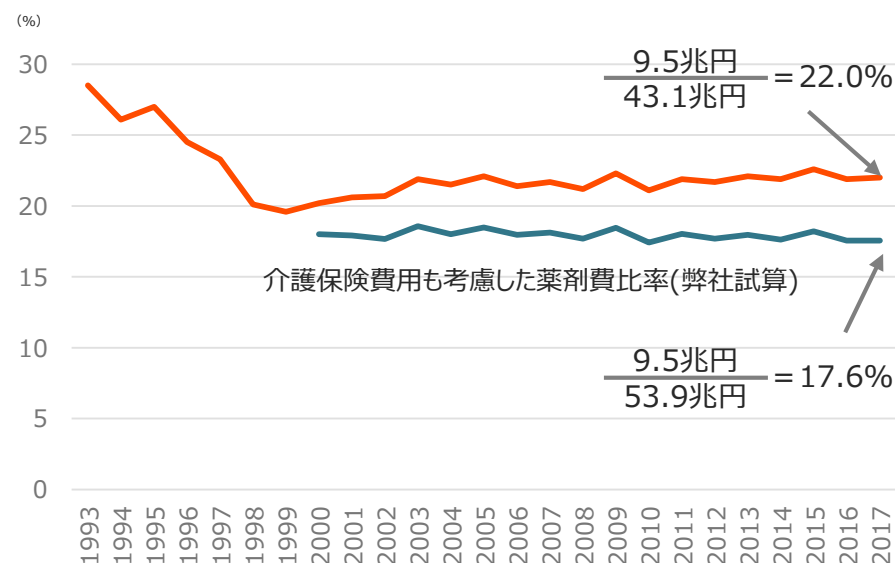
超高齢化社会を踏まえた 給付と負担適正化

◆検討の方向性

適正な規模の財源の
確保施策の検討

予防・介護データを
国として統計・整備

例：分母に介護費も含めた薬剤費比率



※介護費を含めた薬剤費比率の分子には、介護保険での薬剤費は含まれていない。

適正な規模の財源の確保施策のために
予防・介護データを含めて国際比較可能にする必要がある

提言の実現に向けて

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | 医療保険全体に対する
価値に基づく医療の実装 | 医療機器の実勢価格を踏まえた検査技術料の算定に
向けた実施課題や、医療のイノベーションを
さらに促進するための診療報酬制度上の課題検討 |
| 2 | 保険収載後の既存医療の
第三者有効性再評価制度強化 | 提言を実行する際の制度面・データ面・人材面などの
課題と対策の検討 |
| 3 | 地域医療構想での患者目線の
医療計画も踏まえた在宅支援強化 | 地域での受け皿機能を強化するための課題や対策の深堀 |
| 4 | 患者の予防・疾病管理も診る
かかりつけ医（＝家庭医）と
患者のマッチングの仕組み確立 | かかりつけ医を患者が把握できる環境を構築するうえでの
課題の特定と対策の検討 |
| 5 | 地域での対人業務強化に向けた
開局薬剤師の臨床教育等強化 | 薬学部などにおける教育カリキュラムの課題や対策、
病院と薬局間でのデータ連携の課題についての検討 |
| 6 | 超高齢化社会を踏まえた
給付と負担適正化 | この問題認識自体の国民的理解を進めるための
課題や対策の検討 |

用語解説

用語	内容
地域医療構想	病床の機能分化・連携を促進するための、地域ごとに策定する医療構想 2014年、厚生労働省は病床の機能分化・連携を進めるために、都道府県が設定した「構想区域」ごとに、医療機能ごとの将来の医療需要と病床の必要量を推計し、地域医療構想を策定した。都道府県を中心とした「地域医療構想調整会議」において、関係者協議の下、具体的な将来の医療提供体制を検討し、実施している。
在宅医療	医師などの専門職が患者の自宅や高齢者住宅、介護施設などを訪ね、終末期の緩和ケアなどを提供するサービス 医療や介護が必要な状態になったとしても、できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、高齢化に対応する新たな類型として、政府が推進している。具体的には、（１）医師が月２回前後、患者の自宅を訪ねる訪問診療、（２）具合が悪い時に医師が自宅を訪れる往診、（３）看護師による訪問看護、（４）歯科医師による訪問歯科診療、（５）薬剤師による訪問薬剤指導、（６）理学療法士などによる訪問リハビリテーション、（７）医師などの専門職が自宅で暮らす際の留意点などを指導する療養管理指導——などがある。 （資料）三原岳「在宅医療が進められているのはなぜ？」を基に日本総研修正
医療圏	都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として医療圏を定めることとされている。そのうち、二次医療圏は、一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮する。 （資料）第２回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（平成26年10月17日）参考資料1

用語	内容								
一般病床 療養病床	病床の種別。医療法では、病床の種別を次の5つに区分している。①精神病床、②感染症病床、③結核病床、④療養病床、⑤一般病床。療養病床は、①～③以外の病床であって、長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床と定義され、一般病床は、①～④以外のものと定義されている。一般病床は、「その機能が明示されておらず、また、多様な状態の患者を受け入れている実態があります」（川渕孝一『第六次医療法改正のポイントと対応戦略60』日本医療企画、2014）								
病床機能	一般病床・療養病床の機能区分。厚生労働省令により、次のように定められた。 （資料）厚生労働省「平成27年度病床機能報告マニュアル」 <table border="1"> <tr> <td>高度急性期</td><td>急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟</td></tr> <tr> <td>急性期</td><td>急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</td></tr> <tr> <td>回復期</td><td>急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）</td></tr> <tr> <td>慢性期</td><td>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</td></tr> </table>	高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟	急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）	慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟								
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能								
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）								
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能								

用語	内容
総合診療医 (GP、家庭医)	一般に、プライマリ・ケアにおいて中核的役割を担う専門医 英国などでは「GP」(General Practitioner)と呼ばれる。わが国ではこれに相当する呼称として統一されたものがなく、「家庭医」「かかりつけ医」「主治医」など様々な名称が用いられてきているが、2015年4月の「専門医の在り方に関する検討会」報告書において「総合診療専門医」という名称で新たな専門医として位置付けられることになった。
プライマリ・ケア	「プライマリ・ケアとは、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく、医療・介護の適正利用や予防、健康維持・増進においても利用者との継続的なパートナーシップを築きながら、地域内外の各種サービスと連携する機能を持ち、家族と地域の実情と効率性(優れた費用対効果)を考慮して提供されるサービスである」(葛西龍樹(2014)「地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題」医療経済研究Vol.26 No.1 2014)「大局的に見て、日本の医療・介護のシステム、つまりケア・システムで、最も重要でありながら欠けているのは、いわゆるプライマリ・ケアシステムである」(東京財団(2012)「医療・介護制度改革の基本的な考え方～真の国民的議論を実現するために～」)
有効性再評価 の仕組み (再評価制度)	既に承認されている医薬品について、現時点の医学・薬学等の学問水準に照らして、品質、有効性及び安全性を確認する制度 新医薬品だけでなく、すべての医薬品が対象となる可能性がある。再評価制度には、有効性・安全性等を再評価する薬効再評価と、品質(溶出性)を再評価する品質再評価がある。 (資料)PMDAホームページ
分割調剤	「薬剤師のサポートが必要」と医師が判断した場合等に行われ、最大3回分の処方箋が発行される仕組み 分割調剤とは、保険薬局において、1枚の処方せんに記載された全処方日数ではなく、一部の日数分のみを調剤し、後日、改めて残りを調剤するやり方。以下の3つの場合に行われる。 ①長期処方されたがご家庭などでの保存が困難である場合 ②ジェネリック医薬品を初めて使用する際、不安を取り除くために短期間試してみる場合 ③患者さまの服薬状況を考慮して、薬剤師のサポートが必要と医師が判断した場合 医師が指示した分割調剤を行う場合は、処方箋に書かれた日数分の調剤を最大3回まで分けることができる。 (資料)日本調剤ホームページ

用語	内容
OECD定義の医療費	OECDの基準によるマクロの国民保健統計 わが国では、しばしば医療費と呼ばれるが、英語は‘health expenditure’。わが国で基本となる医療費統計としては「国民医療費」があるが、これは保険給付の対象となり得る治療にかかった費用を集計したものに過ぎず、介護費用、差額ベット代、正常な妊娠・分娩費用、健診、企業や保健所などが実施した予防接種、一般用医薬品などが含まれていない。他方、OECDのSHA(System of Health Accounts)という基準に基づき作成されているhealth expenditureは、これらも含む。OECDが推計している訳ではなく、各国で自国分を推計しOECDに報告している。なお、従来、経常支出＋資本形成(病院建物建設費や医療機器購入費用など)を前面に出し公表されてきたが、近時、これらを合計することなく、経常支出を前面に出し公表される。
社会保険料と税	社会保険料は特定の目的のために拠出しそれにより給付を受ける権利が得られる 社会保険料は、建前上、こうした拠出原則を大きな特徴とし、特定の目的を設けず、行政サービスの受益者として排除する国民を作らず、再分配に用いられる税(目的税を除く)と差別化される。しかし、実際には、社会保険制度に多額の公費が投入され、社会保険料も、高齢化の進行や制度改正もあり再分配に多用されるなど、こうした建前は崩れてきている。すなわち、社会保険料「らしさ」が損なわれている。社会保険料を、割り切って目的税と捉えるとしても、税に求められる公平性や中立性などで難がある。