

第110回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成29年12月7日（木）
16時30分～18時30分
場所：ベルサール半蔵門

（ 議 題 ）

1. 平成30年度診療報酬改定の基本方針（案）
2. 骨太2017、経済・財政再生計画改革工程表の指摘事項等に係る議論の整理（案）

（ 配布資料 ）

- 資料 1 - 1 平成30年度診療報酬改定の基本方針（案の概要）
- 資料 1 - 2 平成30年度診療報酬改定の基本方針（案）
- 資料 1 - 3 平成30年度診療報酬改定の基本方針（案）（前回からの変更点）
- 資料 2 議論の整理（案）
- 参考資料 1 - 1 平成30年度診療報酬改定の基本方針（案）に関する参考資料
- 参考資料 1 - 2 社会保障審議会 医療保険部会（平成29年11月24日）各委員の発言要旨
- 参考資料 1 - 3 社会保障審議会 医療部会（平成29年11月24日）各委員の発言要旨
- 参考資料 1 - 4 平成28年度診療報酬改定の基本方針
- 参考資料 2 - 1 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について
- 参考資料 2 - 2 外来時の負担等について
- 参考資料 2 - 3 都道府県のガバナンスの強化について（保険者協議会の位置づけ等）
第3期の医療費適正化計画について／高齢者医療確保法第14条について

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成29年12月7日

あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお 遠藤 久夫	国立社会保障・人口問題研究所所長
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長 / 高知市長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいこ 菊池 令子	日本看護協会副会長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
なんぶ みちよ 南部 美智代	日本労働組合総連合会副事務局長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長 / 栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 / 多久市長
わたなべ ひろきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会副委員長 / 新潟県聖籠町長

印は部会長、 印は部会長代理である。

(五十音順)

第110回 社会保障審議会医療保険部会

平成29年12月7日(木) 16:30 - 18:30

ベルサール半蔵門 ホールA

速記

安藤委員
渡辺審議官
鈴木局長
遠藤部会長
伊原審議官
渡邊委員
横尾委員

遠藤委員				森委員
兼子委員				望月委員 (岩村参考人)
菊池委員				松原委員
白川委員				堀委員
菅原委員				藤井委員
武久委員				福田委員 (小竹参考人)
南部委員				原委員

--	--	--	--	--

泉課長
鳥井課長
安藤課長
依田課長
黒田課長
迫井課長
平子室長
山内課長

--	--	--	--	--	--

高齢者医療課
国民健康保険課
保険課
友田室長
総務課
連携政策課
高木室長
赤羽根室長
矢田貝室長
小椋管理官
中山管理官
仲津留企画官

傍聴者席

改定に当たっての基本認識

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

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

【具体的方向性の例】

- ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- ・かかりつけ医の機能の評価
- ・かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・国民の希望に応じた看取りの推進

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

【具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・チーム医療等の推進等（業務の共同化、移管等）の勤務環境の改善
- ・業務の効率化・合理化
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲）
- ・地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化（再掲）
- ・外来医療の機能分化（再掲）

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

【具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
- ・医薬品の適正使用の推進
- ・費用対効果の評価
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

平成30年度診療報酬改定の基本方針（案）

1. 改定に当たっての基本認識

（人生100年時代を見据えた社会の実現）

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、超高齢社会が到来している。100歳以上人口も6万人を超えており、こうした状況を踏まえて、人生100年時代を見据えた社会の実現が求められている。
- 今後、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となり、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる等、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現することが必要である。そのためにも、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現するとともに、世界に冠たる国民皆保険の持続可能性を確保しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが必要である。
- あわせて、我が国の医療制度は、人口減少の中での地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題に直面しており、さらには、災害時の対応や自殺対策など、個々の政策課題への対応も求められている。こうした多面的な課題にも総合的に対応する必要がある。

（どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築））

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要である。
- 特に、平成30年度の改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な節目となる。今回の改定では、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要である。

（制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進）

- 今後、人口減少・少子高齢化が進む中で、制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、消費税率の引上げにより得られた財源も活用しつつ、国民皆保険を支える国民各層の給付・負担の両面にわたる制度の理解を深めることが不可欠である。そのためにも、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」や「未来投資戦略 2017」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等を踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。
- また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等も踏まえ、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要である。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(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】

(基本的視点)

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

(具体的方向性の例)

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携（病病連携・病診連携・診診連携）、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供

- するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
- ・ 患者が救急時の対応を含めて安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。
 - ・ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目のない継続的なりハビリテーションの提供など、適切な役割分担に基づく医療・介護サービスの提供を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能の評価。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能の評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務に係る評価や、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価を適正化。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術（ICT）の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 多様化しながら増大する在宅医療ニーズに対応できるよう、地域の状況、患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等に応じた、効果的・効率的で

質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理等を評価。

- 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ・ 住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行うことができるよう、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を含め、患者本人の意思を尊重したサービスの提供のための取組を推進。

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

(基本的視点)

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにし、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利活用の推進
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を進めるとともに、データを収集・利活用し、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

- アウトカムに着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価をはじめとして、アウトカムに着目した評価を推進。

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(基本的視点)

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要である。

(具体的方向性の例)

- チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善
 - ・ 専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善。
- 業務の効率化・合理化
 - ・ 保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化。
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進。(再掲)
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを推進し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進。(再掲)
 - ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)

(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

(基本的視点)

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

(具体的方向性の例)

- 薬価制度の抜本改革の推進
 - ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえ、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現できるよう、薬価制度の抜本改革を推進。
- 後発医薬品の使用促進
 - ・ 後発医薬品の使用について、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた新たな目標(平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80% とし、できる限り早期に達成)を実現するための取組を推進。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、ICTの有効活用を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。(再掲)
- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費

用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。

- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を進め、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握等の本来的役割が期待される中、薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる駅前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、今後急速に高齢化が進展することに伴う、医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少に対し、将来にわたって対応可能な医療提供体制と持続可能な医療保険制度を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとして総合的に取組を実施していくことが不可欠である。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療・訪問看護の普及やICTの活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討が求められる。
- 患者が安心・納得できる医療を受けられるようにするためには、診療報酬制度を分かりやすくするとともに、受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行等の取組を進めることが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が求められる。

- 予防・健康づくりやセルフケア等の推進が図られるよう、医療関係者、保険者、地方公共団体、企業など関係主体が一体となって国民一人一人を支援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが期待される。

平成30年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）

1. 改定に当たっての基本認識

（人生100年時代を見据えた社会の実現）

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、超高齢社会が到来している。100歳以上人口も6万人を超えており、こうした状況を踏まえて、人生100年時代を見据えた社会の実現が求められている。
- 今後、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となり、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる等、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現することが必要である。そのためにも、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現するとともに、世界に冠たる国民皆保険の持続可能性を確保しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが必要である。
- あわせて、我が国の医療制度は、人口減少の中での地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題に直面しており、さらには、災害時の対応や自殺対策など、個々の政策課題への対応も求められている。こうした多面的な課題にも総合的に対応する必要がある。

（どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築））

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要である。
- 特に、平成30年度の改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な節目となる。今回の改定では、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要である。

（制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進）

- 今後、人口減少・少子高齢化が進む中で、制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、消費税率の引上げにより得られた財源も活用しつつ、国民皆保険を支える国民各層の給付・負担の両面にわたる制度の理解を深めることが不可欠である。そのためにも、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」や「未来投資戦略 2017」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等に留意するを踏まえるとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。
- また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等も踏まえ、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要である。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(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】

(基本的視点)

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

(具体的方向性の例)

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携（病病連携・病診連携・診診連携）、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供

- するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
- ・ 患者が救急時の対応を含めて安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。
 - ・ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目のない継続的なりハビリテーションの提供など、適切な役割分担に基づく医療・介護サービスの提供を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能の評価。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能の評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務に係る評価や、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価を適正化。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術（ICT）の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 多様化しながら増大する在宅医療ニーズに対応できるよう、地域の状況、患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等に応じた、効果的・効率的で

質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理等を評価。

- 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ・ 住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行うことができるよう、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を含め、患者本人の意思を尊重したサービスの提供のための取組を推進。

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

(基本的視点)

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにし、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利活用の推進
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を進めるとともに、データを収集・利活用し、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

- アウトカムに着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価をはじめとして、アウトカムに着目した評価を推進。

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(基本的視点)

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要である。

(具体的方向性の例)

- チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善
 - ・ 専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善。
- 業務の効率化・合理化
 - ・ 保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化。
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進。(再掲)
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを推進し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進。(再掲)
 - ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)

(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

(基本的視点)

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

(具体的方向性の例)

- 薬価制度の抜本改革の推進
 - ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえ、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現できるよう、薬価制度の抜本改革を推進。
- 後発医薬品の使用促進
 - ・ 後発医薬品の使用について、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた新たな目標(平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80% とし、できる限り早期に達成)を実現するための取組を推進。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、ICTの有効活用を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。(再掲)
- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費

用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。

- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を進め、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 服薬情報の一元的・継続的な把握等の本来的役割が期待される中、薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、今後急速に高齢化が進展することに伴う、医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少に対し、将来にわたって対応可能な医療提供体制と持続可能な医療保険制度を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとして総合的に取組を実施していくことが不可欠である。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療・訪問看護の普及やICTの活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討が求められる。
- 患者にとってが安心・納得できる医療を提供していき受けられるようにするためには、受けた医療や診療報酬制度を分かりやすくするとともに、受けた医療を分かりやすくする明細書無料発行等していくための取組を進めることが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が

求められる。

- 国民が主体的にサービスを選択し、活動することが可能となるような環境整備を進めるため、予防・健康づくりやセルフケア等・セルフメディケーションの推進等について広く議論が求められるが図られるよう、医療関係者、保険者、地方公共団体、企業など関係主体が一体となって国民一人一人を支援するとともに、国はこうした取組に向けた環境整備を行うことが期待される。

議論の整理（案）

平成 29 年 12 月〇日
社会保障審議会医療保険部会

当部会においては、経済財政運営と改革の基本方針 2017（以下「骨太 2017」という。平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）及び経済・財政再生計画改革工程表 2016 改定版（以下「改革工程表」という。）の指摘事項等を中心に、平成 29 年 4 月 26 日以降、審議を重ねてきた（各項目に関する主な意見は、別添のとおり）。

以下、改革工程表において、平成 29 年度中に結論を得ることとされている事項について、この間の議論を整理する。

なお、改革工程表において平成 30 年度中に結論を得ることとされている以下の事項については、本年の議論における意見等を踏まえつつ、引き続き、当部会において検討を進めることとする。

- ・ かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方
- ・ 後期高齢者の窓口負担の在り方
- ・ 薬剤の自己負担の在り方
- ・ 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方

1. 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方

- 後発医薬品については、医療保険財政や患者負担の軽減などの観点から使用促進を進めていくことが必要であり、骨太 2017 においても、「2020 年（平成 32 年）9 月までに、後発医薬品の使用割合を 80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する」となっている。
- 改革工程表においては、「先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について、関係審議会等において検討し、2017 年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目途に結論」となっている。
- これを踏まえ、当部会では、先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担について、
 - （1）先発品と後発品の差額を患者負担とする考え方
 - （2）患者負担にはせず、先発品の薬価を後発品まで引き下げる考え方の 2 つの考え方について議論を行った。
- （1）の先発品と後発品の差額を患者負担とする考え方については、
 - ・ 先発医薬品・後発医薬品の選択は、治療に関わるものであり、選定療養に馴染まない、

・負担能力によって医療が制限されるおそれがある
など慎重な意見が多かった。

- (2) の患者負担にはせず、先発品の薬価を後発品まで引き下げる考え方については、製薬会社への影響や後発医薬品の使用促進への影響等も踏まえつつ、長期収載品や後発品の薬価の在り方とセットで議論を進めるべきとの方向性について異論はなかった。

2. 病院への外来受診時の定額負担

- 外来の機能分化・連携を推進するため、平成 27 年国保法等改正により、平成 28 年 4 月から、特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院については、選定療養によって紹介状なしで受診する患者から初診 5000 円、再診 2500 円の定額を徴収することが義務化されている。
- 定額負担の徴収が義務化された特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院については、平成 28 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査では、平成 28 年 10 月は平成 27 年 10 月と比べ定額負担徴収の対象となる紹介状なしの患者比率が減少 (42.6%→39.7%(▲2.9%)) するなど、定額負担の義務化について一定の効果が見られる。
- 改革工程表においては、「かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、関係審議会等において具体的な検討を進め、2017 年末までに結論」とされている。
- これを踏まえ、当部会では、大病院を受診した場合の患者負担の在り方について、検証調査の結果も踏まえつつ、議論を行った。
- 外来の機能分化・連携を推進する観点から、定額負担の徴収義務の対象となる医療機関を拡大するという方向性については、異論がなかった。
- 選定療養による定額負担については、再診での効果や徴収義務の対象外である患者等の受診行動も含め、実施状況の検証を引き続き行う必要があるとの意見のほか、定額負担だけでなく、国民への啓発などの他の誘因も含めて検討すべきとの意見があった。
- また、制度面について、医療保険財政の負担軽減に資するよう、具体的な検討を行うべきといった意見があるとともに、定額負担を選定療養でなく一部負担金として徴収することについては、平成 14 年改正法附則第 2 条に反するものであり反対との意見があった。

3. 高齢者医療確保法第 14 条の診療報酬の特例の活用方策

- 高齢者医療確保法では、国と都道府県が医療の効率的な提供の目標を計画に定め、計画期間において保険者・医療関係者等の協力も得ながら目標の達成に向けて取組を行った上で、計画終了後に、目標の達成状況を評価した結果に基づき、なお目標達成のため必要があると認めるときに、
 - ① 都道府県は、国に対し診療報酬に関する意見を提出できる。国は都道府県の意見に配慮して診療報酬を定めるよう努める
 - ② 国は、あらかじめ都道府県に協議した上で、都道府県の地域に別の診療報酬を定めることができる、
旨が規定されている。

- 改革工程表においては、「高齢者医療確保法第 14 条の診療報酬の特例の活用方策について、関係審議会等において検討し、結論」とされている。

- これを踏まえ、当部会においては、上記の法律上の枠組み等を踏まえ、運用の考え方について、以下のような案を示し、議論した。

- 上記の法律上の枠組み等を踏まえ、高齢者医療確保法第 14 条の運用については、以下のようなプロセスに留意する必要があるという点については、異論はなかった。
 - ・ 医療費適正化計画の枠組みにおける第 14 条の規定については、都道府県において医療費適正化計画の目標の達成に向けて保険者・医療関係者等の協力を得ながら取組を行い、その取組状況の評価の結果を踏まえて、都道府県と協議した上で、厚生労働大臣が判断するプロセスとなっている。
このため、各都道府県においても、医療費適正化計画に関する取組の実績を分析し、これを評価した上で、既存の診療報酬や施策、取組の予定等を踏まえて、適用の必要性について検討していく必要がある。
 - ・ その際、各都道府県においては、保険者・医療関係者等が参画する保険者協議会での議論も踏まえて、第 14 条の規定の適用の必要性について検討していく必要がある。
 - ・ 厚生労働省においては、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められるかを議論した上で判断していく必要がある。

- なお、当該規定については、国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入には慎重に検討すべきとの意見や、国において都道府県や市町村の意見を出発点に地方自治体との協議を進めるべきとの意見、他県への受診などの影響を考慮する必要があるとの意見があった。

この間の当部会の議論については、以上の通りである。厚生労働省においては、上記各項目について、当部会における種々の意見を十分に踏まえ、見直し等を進められたい。

医療保険部会における主なご意見

1. 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について**【先発品と後発品の差額を患者負担とする考え方について】**

- 先発・後発の選択は治療に関わるものであり、選定療養にはなじまないのではないかと。
- 患者負担を求めることに反対。負担能力によって医療が制限されかねない。選定療養にもなじまない。
- 患者の負担が増えることについては、国民的な理解が得られないのではないかと。
- 十分な後発品の安全性が確保された状態で、患者が積極的に選択できているようになってから議論をしてもいいのではないかと。
- 後発品の数量シェア 80%の達成に向けては、これまでの延長線上ではない抜本的な対応として、検討する必要がある。
- 現時点では薬価を引き下げるより患者負担とする考え方の方が理解が得られると思うが、導入当初は対象を限定するなどの丁寧な制度設計をすべき。
- 仮に選定療養とする仕組みが導入された場合、国民に説明できないのではないかと。
- 後発品のある先発品を保険収載する必要性等についてきちんと整理できていない段階で選定療養や新たな患者負担を導入するのは反対。
- 経済力の差によって医療へのアクセスが阻害されることのないよう、平成 14 年健保法改正法附則第 2 条の規定を堅持すべき。医薬品に係る自己負担の引上げや保険償還率の引下げに反対。

【患者負担にはせず、先発品の薬価を後発品まで引き下げる考え方について】

- 競争原理が働かず、薬価が高止まりするのではないかと。先発メーカー、後発メーカーへの影響を慎重に議論するべき。
- 患者が受ける医療の質の向上や費用の効果がどれくらいあるかを含めて慎重に検討が必要。
- 薬価の引下げについては、後発品・長期収載品などの薬価全体の在り方とセットで、中医協で議論するべきではないかと。
- 薬価の引下げについても、後発品への影響を含め課題が指摘されており、中医協において薬価の在り方の観点で引き続き議論すべき。
- 先発医薬品の薬価の引下げは、後発医薬品の使用促進にマイナスの影響を及ぼすのではないかと。

【その他】

- いずれも患者、企業に大きな影響があり、懸念。
- まずは後発品の使用割合を増やしていくことが必要ではないかと。

- そもそも先発品と後発品が同じなのか違うのか、委員の中でも認識が異なるために議論が深まらないのではないか。

2. 外来時の負担等について

【紹介状なしの大病院受診時の定額負担について】

- 外来の機能分化・連携の観点から、対象医療機関の拡大には賛成だが、特別料金だけでなく、国民への啓発等も含めて検討すべきではないか。
- 定額負担の対象医療機関を拡大すべき。医療保険財政の負担軽減に資するよう、診療報酬も含めた具体的な検討をお願いしたい。
- 平成 14 年健保法改正法附則第 2 条の規定に反するものであり、反対。
- 紹介状なしの大病院受診に係る定額負担については、平成 28 年度から病院の責務とされたところであり、導入半年後の調査結果にとどまらず引き続き実施状況の検証が必要。
- たとえば 200 床以上の病院など、対象となる病院を拡大すべき。また、大病院の負担軽減の観点から、初診時の紹介だけでなく、再診時の逆紹介も促していくようにすべき。
- 大病院定額負担については、患者の受け止め方に、一種のペナルティと考えるか、利用料として考えるか違いがある。勤務医の負担軽減策として導入されたものであるが、勤務医にとって再診は初診以上に負担が重いとされるので、再診での効果を検証する必要がある。また、義務化された選定療養の対象外である救急患者等の受診行動も検証が必要。
- 大病院への受診行動について特別料金以外の誘因を把握した上で対象を拡大していくことが必要。

【かかりつけ医以外を受診した場合の外来時の定額負担等について】

- 平成 14 年健保法改正法附則第 2 条の規定に反するものであり、反対。【再掲】
- 「かかりつけ医」の定義がなされていない中で、かかりつけ医以外を受診した場合の外来時の定額負担を導入することは、国民の納得は得られない。まずは「かかりつけ医」や「主治医機能」等の議論をしていくべきではないか。
- 「かかりつけ医」について国民的コンセンサスを取ることが必要。
- 大病院にかかりつけ医がいるという患者もいるため、その点も含めて丁寧に議論していくことが必要。

3. 都道府県ガバナンスの強化等について

【都道府県のガバナンス強化（保険者協議会の位置づけ等）について】

- 地域における予防・健康・医療・介護については、国、都道府県、市町村がそれぞれの役割を果たしていくことが重要。都道府県のガバナンス強化に向けた議論が都道府県不在の場で行われていることは非常に遺憾。30 年度の国保改革の円滑な施行に向けて、国と都道府県、市町村が信頼関係を持って協議を行っていく必要がある。
- 医療費適正化は、現場とのタイアップが絶対的に必要。健康への社会的な決定要因を改

善することで、国民の健康は保持される。保険者の役割も大きいですが、都道府県の行政の力が必要。都道府県を中心に、関係者で力を合わせて、国民の健康を増進していくとの考え方を実行すべき時期にきている。地域医療を担う者も構成員に入れて、都道府県が中心となり、経済的な責任を負う保険者と、地域の現状に合わせながら議論していく場として、協議会を発展させてほしい。

- 後発医薬品の数量シェアや重複投与・多剤投与の防止による適正化の目標は、薬剤師が保険者協議会の構成員になることで、地域の特性に合わせた取組ができるので参画したい。
- 保険者協議会は、国保などの保険者が保険者機能を自ら発揮する、あるいは保険者同士が連携して保険者機能の発揮を強化していく趣旨でできた。これを基本としながら都道府県のガバナンスも考えていくことが大事。
- 保険者協議会には、効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けて、都道府県に対するチェック機能が期待されている。その機能が損なわれることのないよう、むしろ強化する方向で連携してほしい。
- 都道府県が保険者協議会の場で司令塔としての役割を発揮し、保険者協議会が役割を十分に果たせるよう、実効性ある権限を検討することが重要。予防・健康・医療・介護の分野横断的な取組に対応して、都道府県に専門人材を配置し、部署間の連携も検討すべき。都道府県主体のビッグデータ分析は、個人情報保護の観点から、保険者から都道府県に適切に情報を提供できるルールづくりも進め、加入者の健康情報を把握する保険者と共同で実施し、保険者協議会にもフィードバックしていくべき。
- 都道府県のガバナンスについては、都道府県の意見をよく聞いて議論を進めていただくとともに、国の責任において、医療費等のデータ分析に携わる人材の育成・確保や財政措置等の支援を確実にお願いしたい。
- 県や保険者が行う健康づくりについては、インセンティブとなるような仕組みが設けられてきたが、健康づくりは国民主体でなければ成果は上がらない。国においては、健康日本 21 を含め、効果的な推進につながる制度について御検討いただきたい。
- 都道府県は、医療提供体制の整備、国保の保険者、医療費適正化・住民の健康増進を進めていくという多面的な役割を担っており、保険者協議会においてもリーダーシップを発揮していくことが極めて重要。また、国保連合会は、運営のノウハウや KDB システムを活用して、これまで事務局として担ってきた役割を引き続き果たしていきたい。そのため、運営費の確保が重要であり、保険者努力支援制度等を通じて支援をお願いしたい。
- KDB を活用した医療費の分析については、都道府県と国保連合会が連携して医療費適正化を進めていくことを期待しているが、医療費適正化の責任を全て都道府県の責任にしないほしい。
- 国民健康保険に係る普通調整交付金については、自治体間の所得調整機能を担う重要なものと認識しており、平成 30 年度以降においても、この機能を引き続き維持すべき。普通調整交付金の存在が自治体の医療費適正化の努力に対するモラルハザードを引き起こしているとの指摘は当たらない。

- 普通調整交付金をインセンティブとして用いることが、本来の趣旨と照らし合わせて適切か、年齢構成による医療費の高低だけを見て配分を増減させることが医療費の適正化に向けた努力を後押しするのか、疑問を感じる。
- 公費の根幹である普通調整交付金にインセンティブを持たせることは容認できず、保険者の責めによらない特殊要因の影響による医療費の増加もあるため、普通調整交付金の対象からそれらを外すことも受け入れることはできない。

【第3期の医療費適正化計画について】

- 重複投与・多剤投薬の患者に対して訪問して支援しているが、個人情報の壁があり、特に精神疾患については、現場で指導を行っても適正化につながらないことがある。
- 多剤服用の対策として、他職種での訪問を進めているが、多剤服用の確認は、最終的にはレセプトを名寄せしないとわからない。

【高齢者医療確保法第14条について】

- 地域別診療報酬の特例については制度創設時からその実効性に疑問を持っている。今年5月に全国知事会・全国市長会・全国町村会が国に提出した「社会保障制度改革に関する緊急要請」にあるとおり、慎重に対応をお願いしたい。
- どの地域にいても同じ診療が同じ値段で受けられることが皆保険制度になじむため、診療報酬の地域格差を生むことには基本的に無理があるのではないかと。効果や妥当性も十分検討し、診療報酬の地域格差の導入には慎重な検討を望む。
- 地域ごとに診療報酬を定めると、他県での受診など流動性のある受診に対する影響を考慮する必要がある。

4. 後期高齢者の窓口負担について

- 制度の持続可能性を考えると、窓口負担の引き上げはやむをえない。
- 制度を支える現役世代の方の負担が大きくなりすぎている。70～74歳のすべての方の窓口負担が2割となるタイミングにあわせ、平成31年度以降に後期高齢者医療制度の被保険者となる方から2割負担に引き上げるべき。
- 仮に2割への引き上げが困難であっても、1.2割、1.5割といったやりかたもありえる。
- 窓口負担が上がると医療から遠ざけることになり、重症化につながり、却って医療費増加を招く可能性。
- 年金収入のみの方にとって、医療費を支払うことは負担。1割負担から2割負担にすることは不安をあおり、国民の消費抑制にもつながりかねない。
- 低所得者に配慮する必要がある、窓口負担の見直しは慎重であるべき。
- 後期高齢者医療制度については、高額療養費制度や保険料軽減特例の見直しなど、毎年見直しが行われているところであり、不安・混乱を避けるためにも慎重に議論すべき。
- 年齢による区分ではなく、負担能力に応じた負担の在り方を議論すべき。
- 若人の負担が増えていくのは事実であり、高齢者の負担を増やさない対応など、全体の中で見直していくべき。

- 受診行動の適正化を図ることが重要であり、サービス提供側の給付内容についても検討を行うべき。
- 必要なときに必要な医療にアクセスできる環境を支える制度を検討すべき。
- 議論に当たっては、収入だけではなく、後期高齢者と現役世代の支出構造も見るべき。
- 議論に当たっては、75歳以上のデータを用いるべき。
- 高齢者になるにつれてかかる医療費が高くなるのは自然のこと。一方、人口構造が大きく変わる中では、制度の現状を見て、その在り方を皆で考えていく必要。

5. 薬剤の自己負担について

- OTCの配合剤の使用を促進すべきであり、それが進まない場合は、市販品類似薬や軽微な薬剤については、給付率の引下げまたは保険の対象から外すことも考えるべき。
- 薬剤の自己負担は議論が尽きており、薬価制度の抜本改革を主として考えるべき。
- 後期高齢者はジェネリックの使用率が低い、処方の際の情報提供や患者教育をしっかりとやっていくべき。
- セルフメディケーションを推進していく観点から、スイッチOTC化された医療用医薬品については、給付率の引下げでなく、保険適用から外すべき。
- 保険給付の対象外とすることは疑問。
- 平成14年改正法附則の趣旨から保険外しは反対。特に高齢者は服薬管理の問題もあり、慎重に考えるべき。
- まずは、後発品の使用促進や不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減に努めて薬剤費を下げていくべき。
- 有効性の高い高額薬剤は貧富の差によって使用の可否が決まらないよう、公的保険の趣旨から保険適用をしていくべきであり、そうであるなら、症状の軽い方に使う薬は、保険から外したり、給付率を下げたりするなどバランスを取るべき。14年改正法附則の法改正も含めて議論すべき。
- 限られた財源の中で給付を重点化する観点から、スイッチOTC、湿布、うがい薬などの市販品類似薬は、給付率の引下げや保険給付の適用外とすることを検討すべき。また、全世代型の社会保障制度の構築という観点から、負担能力に応じた負担構造へと見直しを図るべきであり、高齢者の薬剤の自己負担のあり方についても広く見直していく必要がある。
- 一般的に、高齢者は、多くの薬剤が使われており、全体としての負担が大きいにも関わらず後発品の使用割合が低いのは、自己負担割合が低いからと考えられる。一方、OTCの有無によって保険適用を決めるのは、治療の必要性によって保険適用を決めるという原則に反するのではないか。

6. 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について

- 負担能力をはかる目安としての金融資産等を考慮した仕組みの構築が必要であり、マイナンバーの活用を含めた環境整備はぜひやっていただきたい。
- 金融資産の保有状況に応じた負担という考え方は、生活保護や介護などの福祉の考え方であり、医療では違和感がある。

- 現状、金融資産の保有状況の把握は、自己申告によらざるを得ない。介護保険は行政が資産を調査するから良いが、法律上の権限があっても健保組合が金融資産を申告させるのは実効性がない。また、仮に、介護保険を踏まえ、入院時の食費・居住費だけで導入するなら財政影響も小さいのではないか。
- 金融資産を保険料算定の基礎に入れるかどうかなど、金融資産を医療保険制度としてどう捉えるのかという議論はありうる。

7. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について

- 賦課限度額を引き上げないと高所得層から負担を求めることができないというのは理解できるが、保険料水準の高い保険者によっては所得の低いところに賦課限度額が当たるため、制度的に限界に達してきている。保険料水準が上昇していくトレンドの中で、4万円という額が適切か、十分検討していただきたい。また、所得段階に応じた負担を求めるなど、制度の抜本的な見直しを要請しておきたい。見直しについては、国の基盤強化協議会や実務者のワーキンググループ等の中でも現状について十分分析していただき、議論を深めていただきたい。
- 実質的な中間層の負担増に対する影響を検証する必要があるが、方向性としては、賦課限度額を超過している高所得者からの徴収についてはやむを得ないのではないか。

8. 後期高齢者医療の保険料賦課限度額について

- 負担できる能力のある方に負担能力に応じた負担をしてもらうことはやむを得ない。
- 保険料の賦課限度額を引き上げるのであれば、その意味するところを丁寧に説明するべき。