

第107回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成29年10月 4日（水）
16時00分～18時00分
場所：厚生労働省2階講堂
（中央合同庁舎5号館低層棟2階）

（ 議 題 ）

1. 次回の診療報酬改定に向けた検討
2. 骨太2017、経済・財政再生計画改革工程表の指摘事項
3. 平成28年度の医療費・調剤医療費の動向（報告）
4. その他

（ 配布資料 ）

- | | |
|------------|--|
| 資料 1 | 次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性等について |
| 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 |
| 資料 2 - 2 | 外来時の負担等について |
| 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 |
| 資料 3 - 1 | 平成28年度 医療費の動向 |
| 資料 3 - 2 | 平成28年度 調剤医療費の動向 |
| 参考資料 1 - 1 | 平成28年度診療報酬改定の基本方針 |
| 参考資料 1 - 2 | 医療保険部会（9月6日）各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係） |
| 参考資料 1 - 3 | 医療部会（9月15日）各委員の発言要旨（次回の診療報酬改定に向けた検討関係） |
| 参考資料 1 - 4 | 次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性等に関する現状等 |
| 委員提出資料 | 新谷委員提出資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成29年10月4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
しんたに のぶゆき 新谷 信幸	日本労働組合総連合会副事務局長
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
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
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひるきち 渡邊 廣吉	全国町村会副会長 / 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107回 社会保障審議会医療保険部会

平成29年10月4日(水) 16:00 - 18:00

厚生労働省 2階講堂

速記

安藤委員
 渡辺審議官
 鈴木局長
 遠藤部長
 岩部会長代理
 伊原審議官
 森委員
 望月委員

遠藤委員
 岡崎委員
 (村岡参考人)
 兼子委員
 菊池委員
 白川委員
 菅原委員
 武久委員
 (井川参考人)

松原委員
 堀委員
 藤井委員
 福田委員
 (小竹参考人)
 樋口委員
 (新井参考人)
 原委員

山内課長
 泉課長
 鳥井課長
 安藤課長
 依田課長
 黒田課長
 高木室長
 迫井課長
 古元企画官
 平子室長

仲津留企画官
 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
 連携政策課
 矢田貝室長
 小椋管理官
 中山管理官

傍聴者席

次期診療報酬改定に向けた 基本認識、視点、方向性等について

平成29年10月4日
厚生労働省保険局

改定に当たっての基本認識について

○ 改定に当たっての基本認識については、以下のように簡潔に示すこととしてはどうか。

▶ 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。100歳以上人口も6万人を越えており、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のではないかと。
- 今後、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て後期高齢者となり、2040年には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はないかと。
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全・安心で効率的・効果的な質の高い医療を受けられるようにすることが必要ではないかと。
- 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のではないかと。

▶ 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・安全で質が高く効率的な医療を受けられるようにすることが重要ではないかと。
- 特に、平成30年度は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質最後の同時改定となる医療・介護両制度にとって重要な節目の年である。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はないかと。

▶ 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

- 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、国民皆保険を支える国民各層の制度に対する納得感を高めることが不可欠ではないかと。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とともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分を図ることが必要ではないかと。
- 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はないかと。
- 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はないかと。

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

具体的方向性について

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】

- 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、切れ目ない提供体制が確保されることが重要ではないか。

【考えられ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
 - ▷ 入退院支援、医療機関間連携、医科歯科連携、病診薬連携、栄養指導、医療介護連携等の多職種連携による取組等の推進
 - ▷ 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・介護間の切れ目ない継続的なリハビリテーションの提供など、医療・介護の適切な役割分担に基づくサービス提供の推進
- ・ 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
 - ▷ 患者の療養環境や希望に応じた診療の推進
 - ▷ 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・指導の推進、薬剤調製等の対物業務やいわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化

【考えられる具体的方向性の例（続き）】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ▷ 医療機能や患者の状態に応じた評価
 - ▷ 医療機能の分化・強化、連携の推進
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ▷ 大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進
 - ▷ 生活習慣病の増加等に対応する医学管理や重症化予防の取組の評価
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - ▷ 地域の状況、患者の状態、医療の内容、住まい・住まい方等に応じた評価
- ・ 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ▷ 患者本人の意思を尊重したサービス提供の推進

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

- 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、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はないか。

【考えられる具体的方向性の例】

- ・ 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
- ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
- ・ 情報通信技術（ICT）等の新たな技術の活用、データの収集・利活用の推進
 - ▷ 遠隔診療の適切な活用、医療連携を含めたICT等の有効活用の適切な推進による医療の質の向上
 - ▷ データの収集・利活用による実態やエビデンスに基づく評価の推進
- ・ 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等、アウトカム評価の推進

視点3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、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はないか。

【考えられ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）、勤務環境の改善
 - ▷ 多職種によるチーム医療や専門職の柔軟な配置等の推進
- ・ 業務の効率化・合理化
 - ▷ 診療報酬に関する届出・報告等の簡略化
- ・ ICT等の有効活用
 - ▷ 遠隔診療の適切な活用、医療連携を含めたICT等の有効活用の適切な推進（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
 - ▷ 入退院支援、医療機関間連携、医科歯科連携、病診薬連携、栄養指導、医療介護連携等の多職種連携による取組の推進（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化
 - ▷ 大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進（再掲）

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

- 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必要であり、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はないか。

【考えられる具体的方向性の例】

- ・ 薬価制度の抜本改革の推進
 - ▷ 「薬価制度改革の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえた薬価制度改革の推進
- ・ 後発医薬品の使用促進
 - ▷ 後発医薬品の使用に係る目標を達成するための取組の推進
- ・ 費用対効果の評価
 - ▷ 試行的導入対象の医薬品・医療機器に係る費用対効果評価の結果を踏まえた価格の設定、制度化に向けた検討
- ・ 医薬品の適正使用の推進
 - ▷ 医師・薬剤師の協力による、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等を減らすための取組の推進
- ・ 薬局の機能に応じた評価の推進
 - ▷ いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化（再掲）
- ・ 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

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

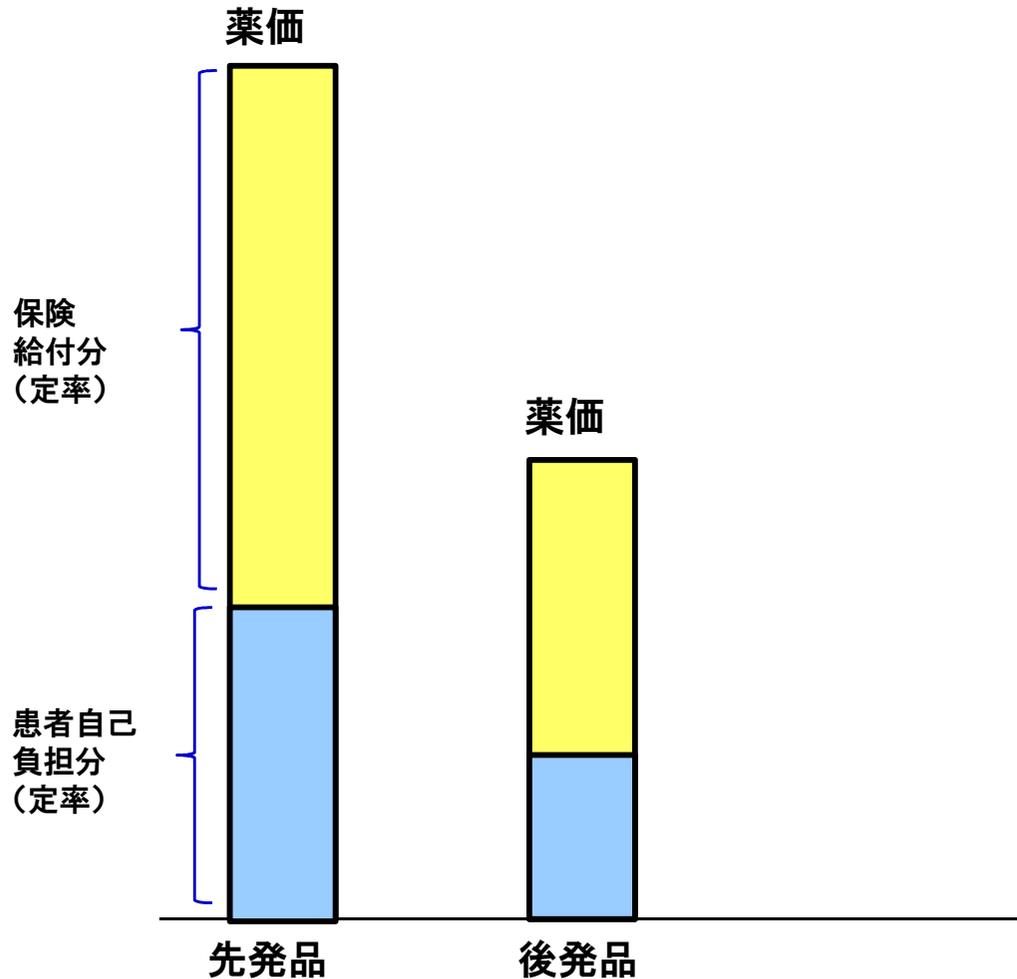
平成29年10月4日
厚生労働省保険局

経済・財政再生計画 改革工程表(抜粋)

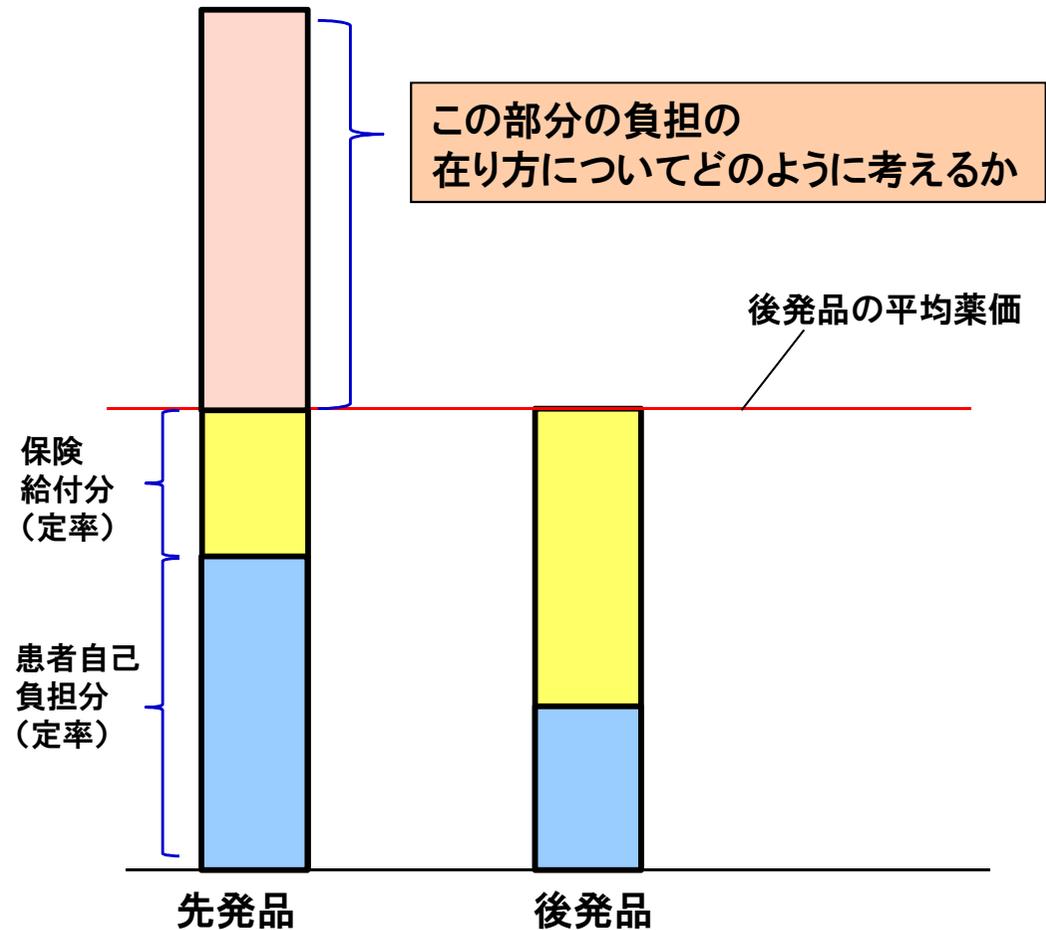
	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度				
薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>						
	<p>＜㉔後発医薬品に係る数量シェアの目標達成に向けて安定供給、信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など必要な追加的措置を講じる＞</p>						
	<p>普及啓発等による環境整備に関する事業を実施</p>	<p>2017年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、後発医薬品数量シェア80%以上の目標達成時期を決定し、診療報酬における更なる使用促進など取組を推進</p>				<p>後発医薬品の品質確認検査の実施 【年間約900品目】</p> <p>後発医薬品の使用割合 【2017年央70%以上、2018年度から2020年度末までのなるべく早い時期に80%以上に引上げ】</p>	
	<p>診療報酬上のインセンティブ措置等の総合的な実施</p>	<p>信頼性向上のため、国立試験研究機関及び都道府県における後発医薬品の品質確認検査の実施体制を強化</p>					
	<p>信頼性向上のため、有効成分ごとに品質情報を体系的にまとめた情報(ブルーブック)等を公表</p>						
	<p>＜㉕後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討＞</p>						
	<p>国民負担軽減の観点から、後発医薬品の価格の見直しを実施</p>	<p>後発医薬品の薬価の在り方について検討</p>					
<p>＜㉖後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等の検討＞</p>							
<p>特許の切れた先発医薬品の価格の引下げ措置(Z2)の見直しを実施</p>							
<p>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別途に結論</p>							

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イメージ図

【現行制度】 患者定率一部負担
(薬価に対して定率)



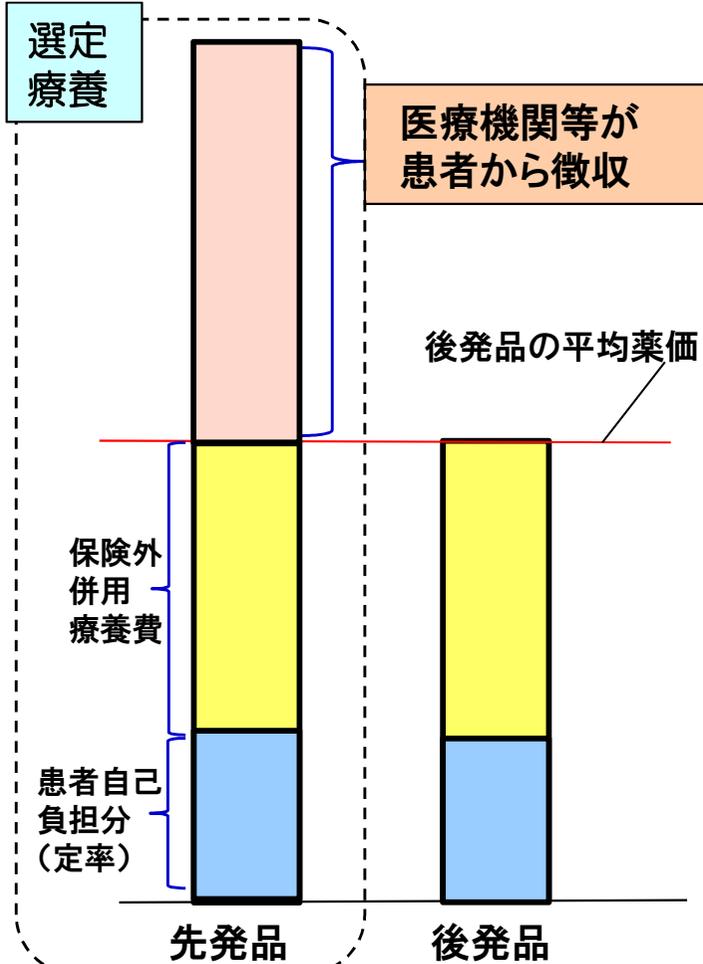
【検討対象のイメージ図】



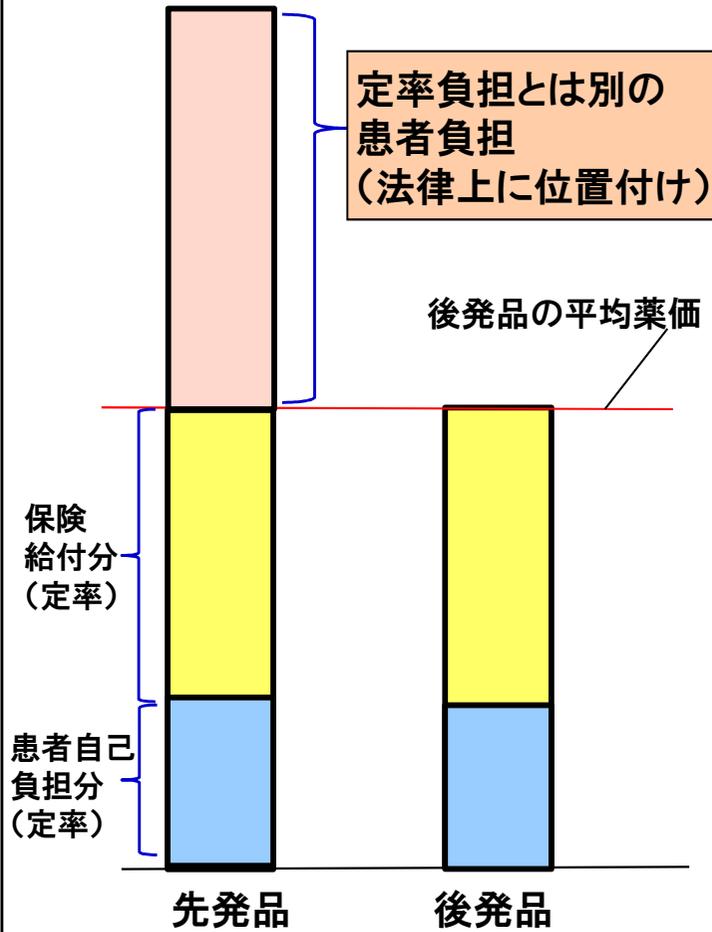
論点のイメージ図

(1) 患者負担とする考え方

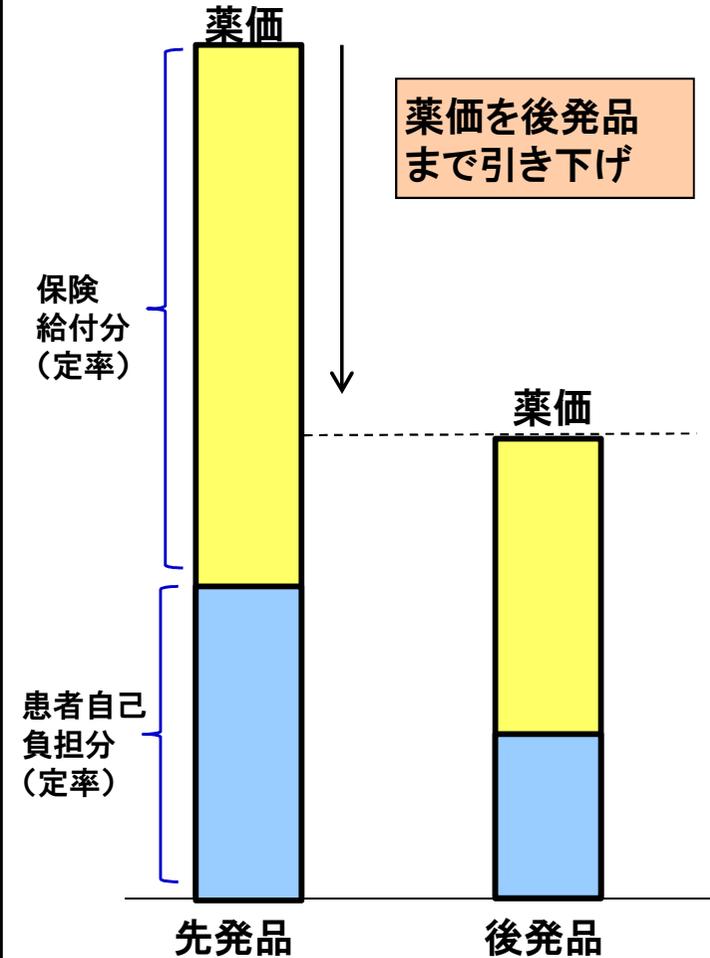
先発品の使用は「選定療養」と位置づけ、後発品の薬価までを保険外併用療養費として給付し、後発品の薬価を超える部分は、医療機関等が患者から徴収する考え方



(参考)
定率の自己負担とは別の、法律上に位置付けられた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



前回の議論での主な御意見

前回(平成29年5月17日)の社会保障審議会医療保険部会でご議論いただいた際の主な意見は以下のとおり。

【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。
- 負担能力によって医療が制限されかねない。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。

【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。
- 薬価の引き下げについては、後発品の薬価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。

【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と。

中央社会保険医療協議会 薬価専門部会での議論

- 社会保障審議会医療保険部会での議論を踏まえ、第133回中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（平成29年5月31日開催）においても、薬価制度の抜本改革として「長期収載品の薬価の在り方」の中で議論。

中医協 薬一 1 29.5.31（抜粋）

4. 今後の検討課題について

（3）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

- （1）で上述したもののうち、「②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」については、改革工程表に基づき、別途、社会保障審議会医療保険部会で検討が進められているところ、その議論を踏まえた薬価制度の在り方を検討するべきではないか。

- 社会保障審議会医療保険部会においては、

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

の二つの考え方が提示されたが、これらのうち、②については、中医協薬価専門部会において議論される必要がある。

「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、社会保障審議会医療保険部会でも示された次の論点も踏まえ、どう考えるか。

（患者の立場）

- ・ 先発品を使用した場合には、これまでよりも患者負担の軽減につながる。
- ・ 先発品と後発品の価格差がなくなるので、後発品を使用するインセンティブがなくなるのではないか。

（企業への影響）

- ・ 先発品と後発品の価格差がなくなるため、先発品企業の経営に大きな影響を与えるだけでなく、後発品企業にとっても価格優位がなくなり、経営に大きな影響がでるのではないか。

（その他、実施する場合の論点について）

- ・ 患者や医薬品産業に与える影響を考えると、直ちに全ての品目について実施するのではなく、対象とする医薬品の範囲（数量シェアや後発品上市後の年数等）を含め、段階的な実施を検討するべきではないか。
- ・ 今後も、健全な後発品市場が存在することが重要。後発品市場に大きな影響を与え、新たな後発品が上市されなくなることがないように、留意すべきではないか。

【1号側委員】

- 新薬創出等加算、長期収載品、後発医薬品についてはセットで議論すべき。
- 選定療養で患者負担とすることは理屈として成立しておらず、正当なやり方ではなく、かえって薬価の構造を歪める要因になり、取り入れるべきではない。

【2号側委員】

- 先発品と後発品の差額を患者負担とするのは論外であり、選定療養にはなじまない。また、負担能力によって医療が選定されるべきでない。
- 後発品の価格と全く同じにすることは、長期収載品が寡占になるのではないかなど、様々な問題がある。長期収載品の薬価を下げていくが、スペインの事例を踏まえ、慎重に対応すべき。
- 先発品メーカーが担っている情報提供や安定供給の取組を踏まえ、後発品に対して一定の価格差を認めれば、後発品も価格競争力を有する上、先発品もその役割を果たせることになるのではないか。
- 長期収載品の薬価を下げるということには、新薬の評価はきちんと対応することが前提である。

【専門委員】

- 現在は過渡期ではあるが、長期収載品に依存するモデルからより高い創薬力を持つ産業構造に転換することは重要。
- 新薬創出等加算、長期収載品、後発品の3点セットで、議論すべき。更に、基礎的医薬品の位置付けもこの議論に加えるべき。
- 長期収載品については、臨床試験から含めて、情報収集・分析などによる使用上の注意や、効能追加への対応など、シェアがどんなに下がっても、長期収載品を持っている企業に課せられている責務がある。

【関係団体意見陳述】

- 特許期間満了後は大幅な薬価引下げを行うとともに、速やかに後発品へ置き換えることで、イノベーション推進を継続する十分な財政的余地を生むことが可能と考える。

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

- 患者負担とする考え方については、前回の医療保険部会において、慎重な意見が多かったが、中医協薬価専門部会においても、
 - ・先発医薬品、後発医薬品の選択は、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等の慎重な意見が多かった。

- これまでの議論を踏まえ、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どのように考えるか。

參考資料

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針(平成28年12月20日)①

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、PDCAを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

1. 薬価制度の抜本改革

(1) 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

(2) 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。

そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目(注)について薬価改定を行う。

(注) 具体的内容について、来年中に結論を得る。

また、薬価調査に関し、調査結果の正確性や調査手法等について検証し、それらを踏まえて薬価調査自体の見直しを検討し、来年中に結論を得る。

(3) 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。

なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った組織・体制をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針(平成28年12月20日)②

2. 改革とあわせた今後の取組み

- (1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。
- (2) 薬価制度の改革により影響を受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。
- (3) 我が国の製薬産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討するとともに、ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進を検討し、結論を得る。
- (4) 安定的な医薬品流通が確保されるよう、経営実態に配慮しつつ、流通の効率化を進めるとともに、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処を進める。特に、適切な価格形成を促進するため、単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討し、結論を得る。
- (5) 評価の確立した新たな医療技術について、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供するための方策の在り方について検討し、結論を得る。

経済財政運営と改革の基本方針2017(平成29年6月9日閣議決定)(抜粋)

第3章 経済・財政一体改革の進捗・推進

3.主要分野ごとの改革の取組

(1)社会保障

①基本的な考え方

- ・ 2018年度(平成30年度)は、診療報酬・介護報酬等の同時改定及び各種計画の実施、国民健康保険(国保)の財政運営の都道府県単位化の施行、介護保険制度改正の施行など重要な施策の節目の年であることから、改革の有機的な連携を図るよう施策を実施していく。
- ・ 公平な負担の観点を踏まえた効果的なインセンティブを導入しつつ、「見える化」に基づく国による効果的な支援等を行うことにより、都道府県の総合的なガバナンスを強化し、医療費・介護費の高齢化を上回る伸びを抑制しつつ、国民のニーズに適合した効果的なサービスを効率的に提供する。

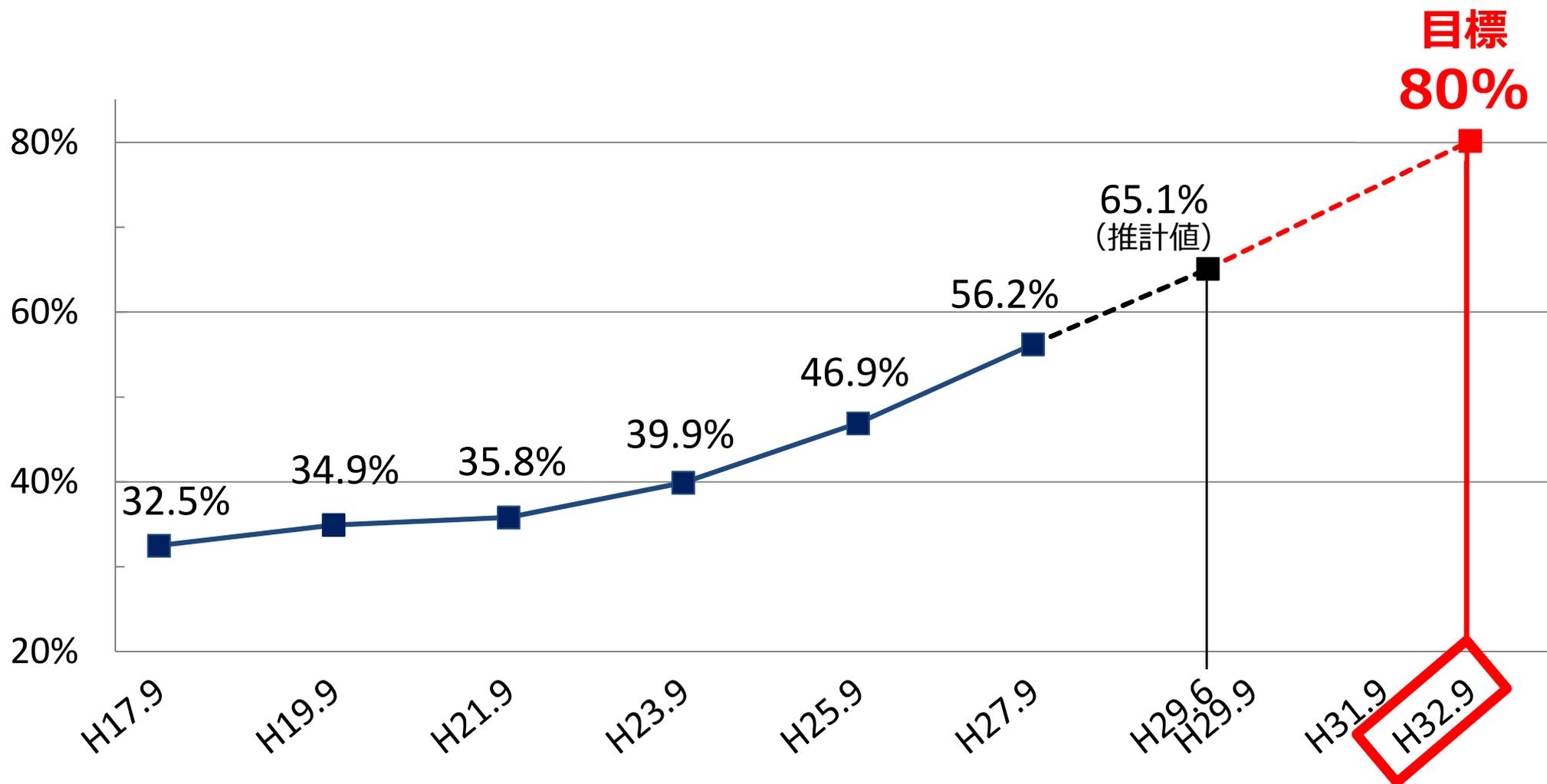
⑦薬価制度の抜本改革、患者本位の医薬分業の実現に向けた調剤報酬の見直し、薬剤の適正使用等

- ・ 薬剤の適正使用については、病状が安定している患者等に対し、残薬の解消などに資する、医師の指示に基づくリフィル処方の推進を検討する。また、重複投薬や多剤投与の適正化について、医師、薬剤師それぞれの役割を踏まえ、保険者等と連携した取組を推進するとともに、高齢者の生活習慣病治療薬等の重複投薬や多剤投与を含む処方について検討し、国内外の調査を踏まえ、ガイドラインの作成を含め、適正な処方に係る方策の検討を進める。さらに、効果のある患者に投薬がなされるよう、コンパニオン診断薬の研究開発等により、医薬品の効率的、効果的な使用を促進する。
- ・ このほか、セルフメディケーションを進めていく中で、地域住民にとって身近な存在として、健康の維持・増進に関する相談や一般用医薬品等を適切に供給し、助言を行う機能を持った健康サポート薬局の取組を促進する。
- ・ **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。** バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等を拡充しつつ、バイオシミラーの医療費適正化効果額・金額シェアを公表するとともに、2020年度(平成32年度)末までにバイオシミラーの品目数倍増(成分数ベース)を目指す。

後発医薬品の数量シェアの推移と目標

数量シェア
目標
(骨太方針2017)

○ **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に、更なる使用促進策を検討する。



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

検討の前提（後発品の使用に係る状況や我が国の医薬品産業の状況等）について

① 医療費の適正化の推進として、後発品の使用促進を図ってきており、安定供給・品質の信頼性確保、普及啓発、診療報酬上の評価など様々な使用促進策を講じている。

後発品の数量シェアについては、2017年央に70%以上とするとともに、2018年度から2020年度末までの間なるべく早い時期に80%以上とするとしており、2017年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、80%以上の目標の達成時期を具体的に決定するとしている。

平成28年9月時点の数量シェアは、66.5%。

（調剤メディアス分。）

② 薬剤費についてみると、後発品のある先発品が約30%、後発品が約14%を占めている。

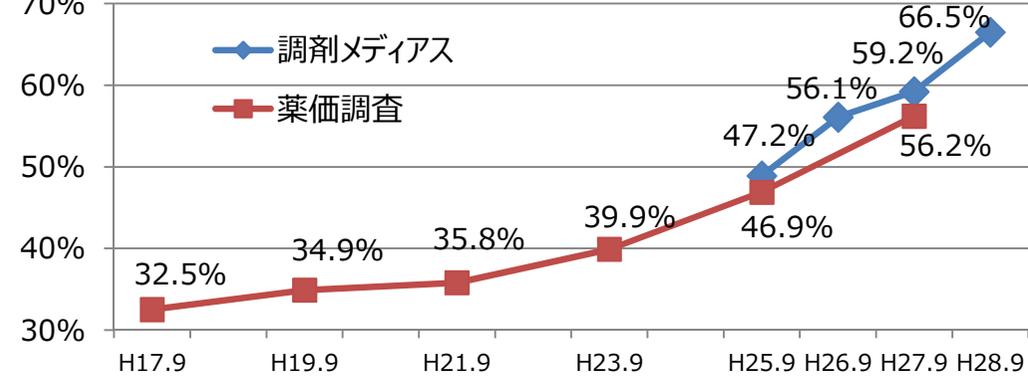
③ 新規収載時の後発品の薬価は、現在、先発品の薬価×0.5として設定される。

既収載の後発品は、組成、剤形区分、規格が同一のものの中で、価格帯を3つに統一している。

④ 医療機関において、先発品の銘柄を指定して変更不可にする理由としては、「患者からの希望があるから」が最も多くなっている。

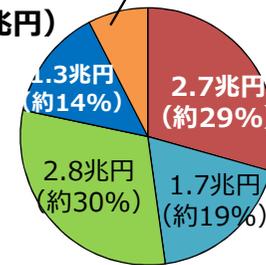
また、患者においては、「ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくない」理由としては、「ジェネリック医薬品の効き目や副作用に不安があるから」が最も多く、次いで、「使い慣れたものがないから」となっている。

＜後発品数量シェアの推移＞



＜医薬品の種類ごとの薬剤費内訳＞

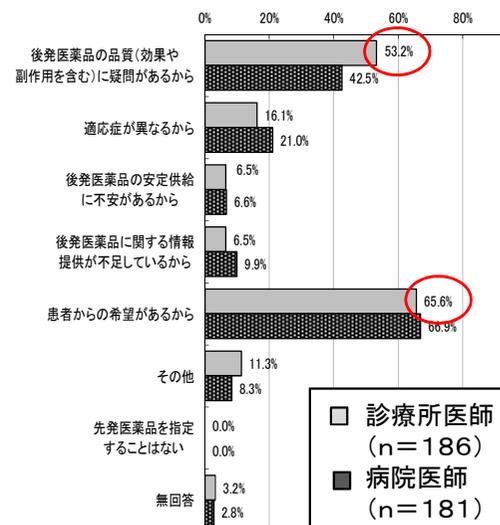
薬剤費 0.7兆円（約7.6%）
（合計9.2兆円）



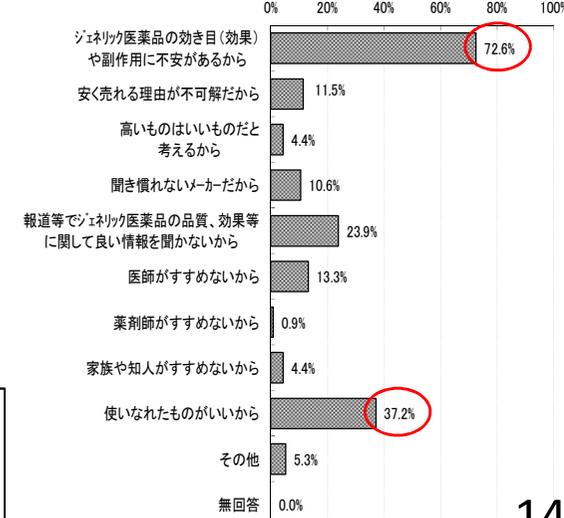
- 特許期間中の先発品（新薬創出加算対象）
- 後発品のない先発品（新薬創出加算対象外）
- 後発品の有る先発品
- 後発品
- S42以前の収載品

※再算定対象品目を除く。

＜先発品銘柄を指定する場合の理由＞

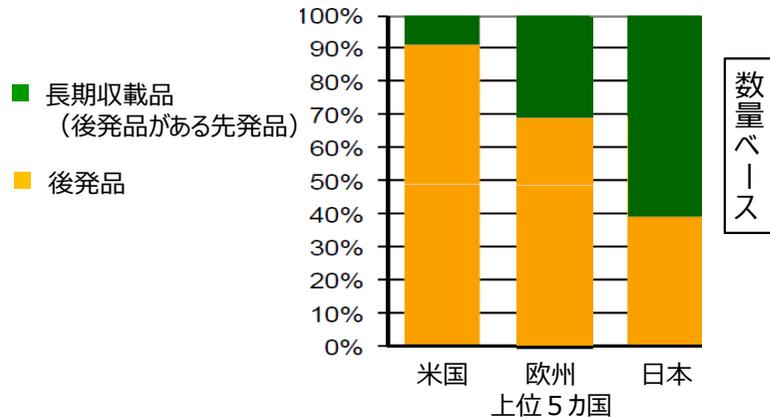


＜ジェネリック医薬品を使用したくない理由＞

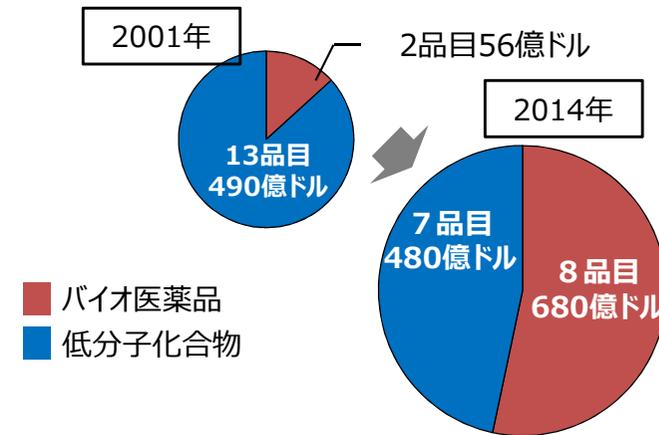


- ⑤ 日本は、欧米と比べて、後発品のある先発品（長期収載品）のシェアが高く、長期収載品に依存する製薬産業の構造となっている。一方で、世界の医薬品売上げ上位15品目のうちバイオ医薬品が半数以上を占めており、革新的バイオ医薬品等の創出の推進が必要。

特許切れ市場における長期収載品シェア（2010年）



出典：IMS Health

バイオ医薬品の世界売上額
(世界売上げ上位15品目)

出典：セジテム・ストラテジックデータ(株)ユート・ブレーション事業部刊「Pharma Future」

- ⑥ 昨年12月に取りまとめた「薬価制度の抜本改革の基本方針」においては、『我が国の製薬産業を、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討するとともに、ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進を検討し、結論を得ることとしている。』

- ⑦ 先発品企業には、後発品上市までの安全対策等の蓄積があり、より高い水準での副作用情報の収集や安定供給、患者への説明等の役割も求められている。企業への影響も考慮しながら、医薬品産業の構造の転換は、継続的な方向性のもとで段階的に進めていく必要がある。

先発品と後発品の薬価の違いや患者負担の在り方に関するこれまでの主な意見等

【医療保険部会】

平成23年11月・12月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 仮に国が先発薬と後発薬の効能が同じと考えるのであれば、両者の価格は同じであってしかるべき。 ○ 先発品の薬価を後発品の薬価を目指して大幅に引き下げることになると、後発医薬品を選択する必要性や、インセンティブが低下することになるのではないか。後発品の使用促進にとってむしろ逆行する。後発医薬品を使わなくて済むという方策ではなく、現在検討中の後発医薬品の使用推進策をより積極的に進めていくべきではないか。 ○ いわゆる参照価格自体は患者の負担の在り方として、一定の合理性がある制度として理解。また、日本でも過去に1年以上の時間をかけて、日本型参照制度を議論して、見送ったという経緯がある。 現在の日本の定率負担の仕組みにパッチワークのように諸外国の制度の一部分だけを付け加えるのは、余りにも安易な方法論ではないか。強く反対したい。日本の一部負担は決して軽くない。薬剤費の一部負担の在り方については、総合的かつ十分な議論を踏まえて検討することが必要。
平成23年12月6日 「議論の整理」	<p>(後発医薬品の使用促進)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 行政刷新会議の「政策提言型仕分け」において出された、先発品と後発品の差額の一部を患者負担とするとの考え方については、過度な患者負担を求めるべきでないといった意見があった。
平成27年10月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 先発医薬品と後発医薬品の差額を患者の負担とするといった考え方については非常に問題が多い。 ○ 先発品と後発品の差額を患者に求めるということであるが、今、後発品の使用が当初の予定よりもかなり進んでいる。26年度の薬価改定の中で、新たに一定期間経過しても後発品に適切な置きかえがなかった場合のルール(22)が導入された。そういう状況を見つつ、慎重に議論をしていくべきではないか。

【参考：中央社会保険医療協議会】

平成24年8月 中医協 薬価専門部会	<ul style="list-style-type: none"> ○ 日本の薬価制度、製薬企業開発経費等の回収の現状を考えたときに、参照価格を日本に入れるのは極めて乱暴。中医協として明確に反対すべき。 ○ 短期的には薬剤費の削減に役立つものの、長期的には懸念もある。まず、長期収載品の薬価、ジェネリックの最初の値付けを議論すべき。 ○ 参照価格の導入の可否は、もう少し検討してから結論を出したほうが良い。
-----------------------	---

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対する企業意見①

中医協 薬-1参考1
29.5.31

(1)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

企業分類	主な意見
研究開発型メーカー	<ul style="list-style-type: none"> 先発品を使用する患者に大きな負担となる。 仮に、長期収載品が撤退すれば、先発品メーカーが蓄積した安全性情報、分析・評価体制が引き継がれず、医療現場に混乱を招くことも懸念される。 保険財政への影響上、長期収載品と後発品とで違いがなくなれば、後発品使用促進に関連する診療報酬上のインセンティブやZ2ルールとの整合がとれない。 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の制度化等のイノベーションの評価とセットで議論すべき。
長期収載品比率の高いメーカー	<ul style="list-style-type: none"> 患者の負担能力によって選択できる薬剤に差が出ることになる。 先発品の価格を保険給付額の上限(後発品の薬価)まで引き下げることとなり、その結果、 <ul style="list-style-type: none"> 後発品を選択するメリットがなくなる 後発品の使用促進との整合がとれなくなる 保険償還額が極めて低くなれば、先発品の撤退にもつながることが懸念される。
後発医薬品メーカー	<ul style="list-style-type: none"> 長期収載品が撤退する場合、後発品の需要が急増し、安定供給に支障を来すおそれがある。 長期収載品が値下げすることが想定され、後発品と先発品の価格差がなくなれば、長期収載品に回帰する。 過度な価格競争により、日本の後発品メーカーは非常に厳しい状況になる。

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対する企業意見②

中医協 薬-1参考1
29.5.31

(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について

企業分類	主な意見
研究開発型メーカー	<ul style="list-style-type: none"> 採算性の悪化により、長期収載品の供給ができなくなる懸念がある。 先発品メーカーは長期収載品の安全性に関する情報収集、報告、データ管理、医療機関等への情報提供等の役割を担っており、また、適応外に対する開発要請への対応、ドラッグリポジショニングにより新たな効能を追加すること等でアンメットメディカルニーズに対応しているため、長期収載品と後発品を同一の価格にするのは妥当ではない。 後発品の使用を促進するためには、先発品と後発品の間で一定の価格差が必要。 新薬創出・適応外薬解消等促進加算の制度化等のイノベーションの評価とセットで議論すべき。
長期収載品比率の高いメーカー	<ul style="list-style-type: none"> 急激な制度変更は、経営の根幹を揺るがすおそれがある。 (その他、研究開発型メーカーと同様の意見)
後発医薬品メーカー	<ul style="list-style-type: none"> 長期収載品が製造中止になれば、それに代わる後発品の生産数量の確保が困難になる。 後発品と先発品の価格差がなくなれば、長期収載品に回帰する。 過度な価格競争により、日本の後発品メーカーは非常に厳しい状況になる。 先発品と後発品の薬価が同一となると、スペインの事例のようになる(※)。 ※ 長期収載品の薬価と後発品の薬価を同一にする施策が導入された結果、長期収載品の後発品への置き換え率は激減し、長期収載品市場の成長により、医療費も増加に転じた。

外来時の負担等について

平成29年10月4日
厚生労働省保険局

経済・財政再生計画 改革工程表

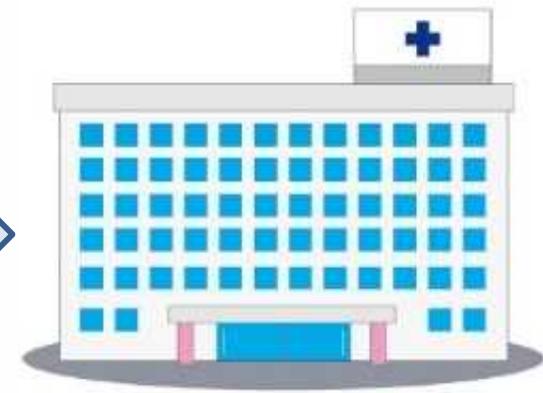
集中改革期間					2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度			2018年度				
<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p> <p>＜⑨かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討＞</p> <p>かかりつけ医機能の更なる強化に向け、地域包括診療料等の普及に向けた必要な要件見直し等について、平成28年度診療報酬改定で対応</p>								
	<p>外来の機能分化を進める観点から、紹介状なしの大病院受診に対する定額負担を2016年4月から導入</p>							
<p>医療・介護提供体制の適正化</p> <p>かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討</p>	<p>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</p>		<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む)</p>					
	<p>かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、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について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。</p>							
							<p>かかりつけ機能を評価する診療報酬である「地域包括診療料」「地域包括診療加算」の算定状況【増加】</p>	<p>大病院受診者のうち紹介状なしで受診した者の割合【500床以上の病院で60%以下】</p> <p>患者が1年間に受診した医療機関数【見える化】</p>

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

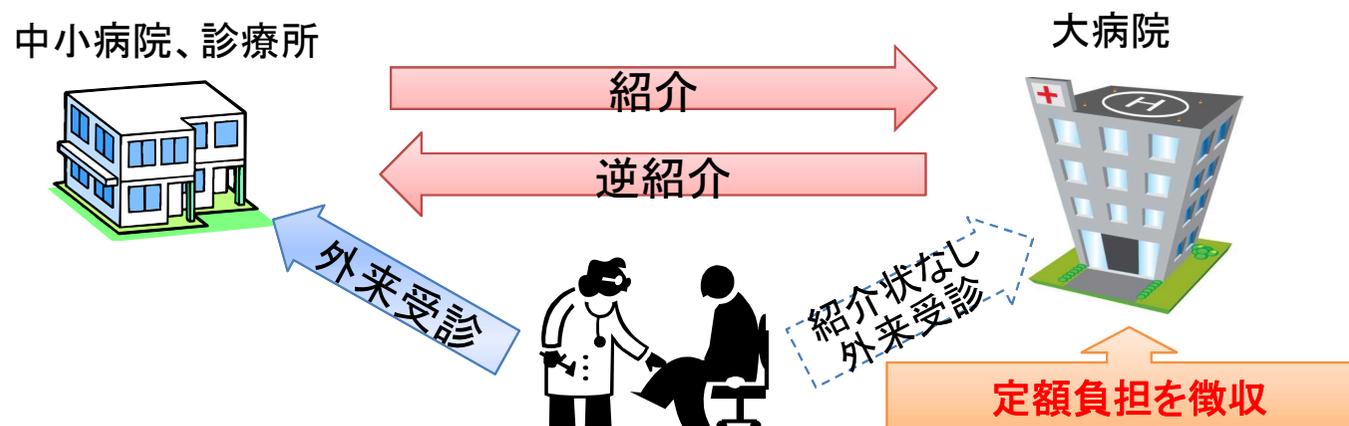
(※) 複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

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

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 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、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者等
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



大病院調査の結果①

＜500床以上の病院における対応状況＞（報告書p110,117,118）

紹介状を持たない患者から受診時に定額負担を徴収する制度について、平成28年4月から徴収が義務化された500床以上の病院※のうち、94.2%が平成28年10月時点で医科・初診時の徴収金額を5,000円以上6,000円未満としていた。

※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

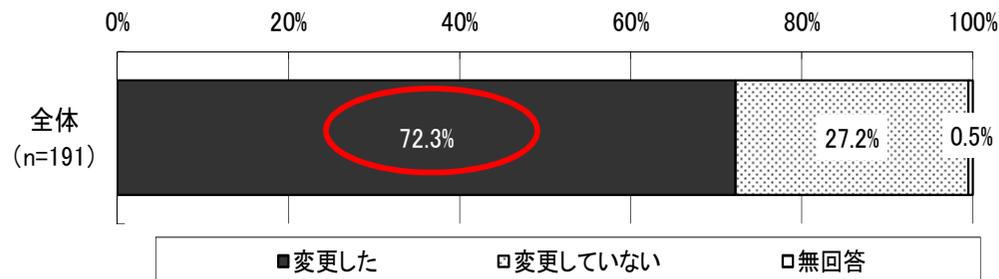
なお、医科・初診時の徴収金額を平成28年4月以降変更した500床以上の病院は72.3%で、そのうち、94.3%が5000円未満だった金額を5,000円以上に引き上げていた。

図表 225 初診に係る受診時の定額負担の金額別分布(医科)【500床以上の病院】
(単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	~1000円未満	1000円以上~	2000円以上~	3000円以上~	4000円以上~	5000円以上~	6000円以上~	7000円以上~	8000円以上~	無回答
平成27年10月	191	1	16	39	65	12	54	1	0	1	2
	100.0	0.5	8.4	20.4	34.0	6.3	28.3	0.5	0.0	0.5	1.0
平成28年4月	191	1	12	12	8	1	145	1	1	8	2
	100.0	0.5	6.3	6.3	4.2	0.5	75.9	0.5	0.5	4.2	1.0
平成28年10月	191	1	0	0	0	0	180	1	1	7	1
	100.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	94.2	0.5	0.5	3.7	0.5

(注)「~1000円未満」の1施設は、地域医療支援病院の承認を取り下げており、義務化対象外施設となっている。

図表 210 平成28年4月以降の、初診に係る受診時の定額負担の金額の変更状況【500床以上の病院】



図表 226 平成28年10月時点における初診に係る受診時の定額負担額別施設数(医科、平成27年10月時点の定額負担額別)【500床以上の病院のうち、金額変動があった施設】(単位:上段「件」)

		平成27年10月時点→平成28年10月時点				計
		増額		減額		
		5000円未満	5000円以上	5000円未満	5000円以上	
平成27年10月時点	0円	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	1~4999円	0	132	0	0	132
		0.0%	94.3%	0.0%	0.0%	94.3%
	5000円以上	0	8	0	0	8
		0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	5.7%
計		0	140	0	0	140
		0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%

(注)・金額変動があった病院140施設を集計対象とした(「金額変動なし」49件、「金額無回答」2件が集計対象外)。

・上記の図表は、平成27年10月時点と比較して平成28年10月時点の受診時の定額負担単価(医科)が増額となった施設、減額となった施設に分類し、さらにその内訳を平成28年10月時点の定額負担単価(医科)が「5000円未満」、「5000円以上」の施設に分類し、対象施設分布を平成27年10月時点の定額負担単価(医科)別にみたもの。

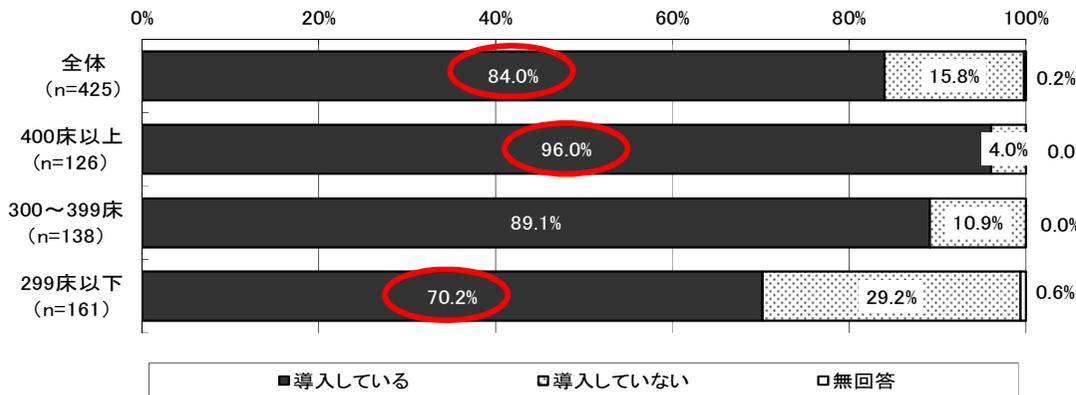
大病院調査の結果②

＜ 200床以上500床未満の病院における対応状況＞（報告書p109,120）

定額負担の徴収が義務化されていない200床以上500床未満の病院※では、定額負担を徴収している病院は84.0%で、病床数別にみると400床以上で96.0%、299床以下で70.2%となっていた。

200床以上500床未満の病院のうち、平成28年4月以降、医科・初診時の定額負担の金額を5,000円以上としている病院数は増加しているものの依然として10%に満たなかった。病床数別にみると平成28年10月時点で400床以上の病院の19.0%は5,000円以上であった。 ※一般病床が200床以上500床未満の病院

図表 207 初診時選定療養費を徴収する制度の導入状況
【200床以上500床未満の病院】



図表 231 初診時選定療養費の金額別分布(医科)
【200床以上500床未満の病院】 (単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
平成27年10月	357 100.0	27 7.6	126 35.3	111 31.1	63 17.6	8 2.2	13 3.6	0 0.0	0 0.0	1 0.3	8 2.2
平成28年4月	357 100.0	24 6.7	122 34.2	111 31.1	58 16.2	8 2.2	26 7.3	0 0.0	0 0.0	1 0.3	7 2.0
平成28年10月	357 100.0	24 6.7	119 33.3	108 30.3	61 17.1	7 2.0	29 8.1	1 0.3	0 0.0	1 0.3	7 2.0

図表 232 初診時選定療養費の金額別分布(平成28年10月、医科、病床規模別)
【200床以上500床未満の病院】 (単位:上段「件」、下段「%」)

	総数	～1000円未満	1000円以上～	2000円以上～	3000円以上～	4000円以上～	5000円以上～	6000円以上～	7000円以上～	8000円以上～	無回答
全体	357 100.0	24 6.7	119 33.3	108 30.3	61 17.1	7 2.0	29 8.1	1 0.3	0 0.0	1 0.3	7 2.0
400床以上	121 100.0	3 2.5	22 18.2	39 32.2	29 24.0	3 2.5	21 17.4	1 0.8	0 0.0	1 0.8	2 1.7
300～399床	123 100.0	4 3.3	46 37.4	42 34.1	21 17.1	3 2.4	6 4.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.8
299床以下	113 100.0	17 15.0	51 45.1	27 23.9	11 9.7	1 0.9	2 1.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 3.5

大病院調査の結果③

中医協 検 - 4 - 1
2 9 . 5 . 3 1

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p124,125）

500床以上の病院、200床以上500床未満の病院のいずれにおいても、初診患者について、平成28年10月の紹介状なしの患者比率等は平成27年10月より減少していたが、500床以上の病院の方が200床以上500床未満の病院よりも比率がより低下していた。

（500床以上の病院：42.6%→39.7%（2.9%減）、200床以上500床未満の病院：60.3%→59.4%（0.9%減））

図表 240

初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
(n=139) 【500床以上の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,373.6	2,120.2	2,196.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,010.1	843.4	872.8
③うち、定額負担徴収の対象患者数(人)	478.9	325.5	341.0
④うち、定額負担徴収患者数(人)	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率(③/②)	47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A(④/②)	42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B(④/③)	90.5%	87.2%	87.3%

図表 243

初診患者数、紹介状なしの患者数、初診時選定療養費徴収患者数等
(n=247) 【200床以上500床未満の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数	1,533.2	1,344.7	1,451.4
②うち、紹介状なしの患者数	924.9	792.3	862.5
③うち、初診時選定療養費の対象患者数	506.7	401.7	430.3
④うち、初診時選定療養費の徴収患者数	434.3	334.8	359.3
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	60.3%	58.9%	59.4%
⑥初診時選定療養費徴収患者比率(③/①)	33.0%	29.9%	29.6%
⑦対象患者数比率(③/②)	54.8%	50.7%	49.9%
⑧徴収患者比率A(④/②)	47.0%	42.3%	41.7%
⑨徴収患者比率B(④/③)	85.7%	83.3%	83.5%

(注)

- ・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。
- ・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

大病院調査の結果④

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p124,128）

500床以上の病院における平成28年10月時点の、紹介状なしの初診患者のうち定額負担の対象となる患者割合（徴収患者比率A）は34.1%、定額負担の対象となる患者のうち実際に徴収した患者割合（徴収患者比率B）は87.3%であった。

また、500床以上の病院のうち、14.1%の病院が、紹介状を持たず、定額負担を求めないことができる正当な理由のない患者であるが、説明しても同意が得られなかったために、徴収しなかった患者がいると回答した。

【再掲】図表 240

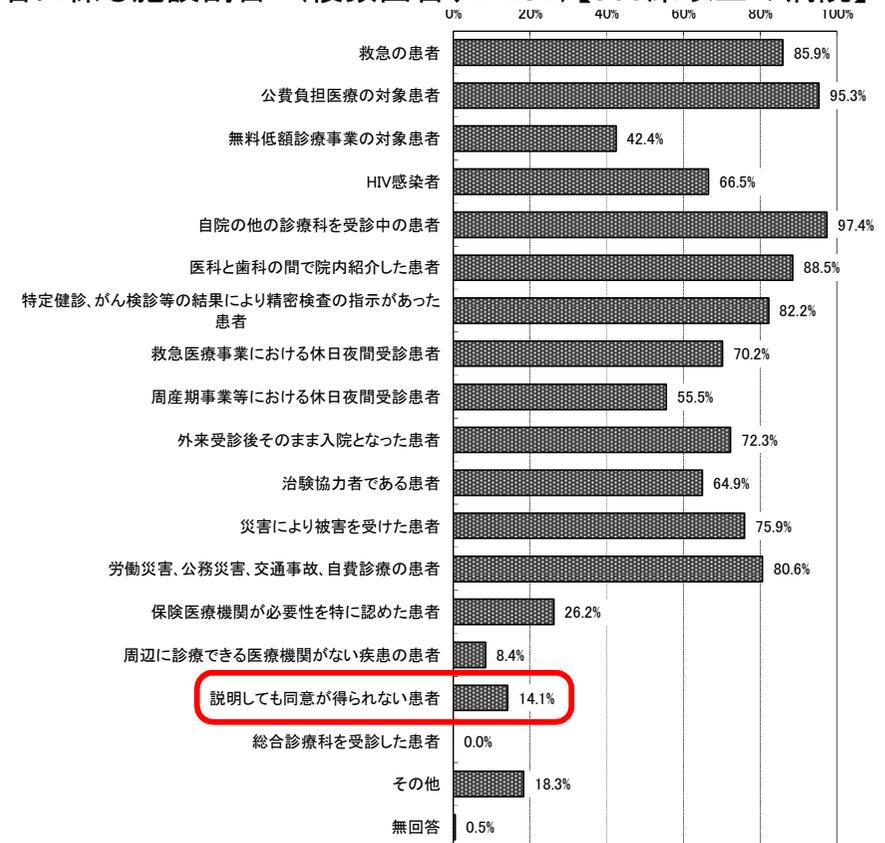
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等
(n=139) 【500床以上の病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,373.6	2,120.2	2,196.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1,010.1	843.4	872.8
③うち、定額負担徴収の対象患者数(人)	478.9	325.5	341.0
④うち、定額負担徴収患者数(人)	433.2	283.9	297.8
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	42.6%	39.8%	39.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	20.2%	15.4%	15.5%
⑦対象患者数比率(③/②)	47.4%	38.6%	39.1%
⑧徴収患者比率A(④/②)	42.9%	33.7%	34.1%
⑨徴収患者比率B(④/③)	90.5%	87.2%	87.3%

(注) ・全ての項目について記入のあった施設を集計対象とした。
・患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

図表 249

紹介状を持たない患者であるものの、受診時の定額負担を徴収しない患者に係る施設割合（複数回答、n=191）【500床以上の病院】



大病院調査の結果⑤

中医協 検 - 4 - 1
2 9 . 5 . 3 1

＜初診患者数、紹介状なしの患者数等＞（報告書p126,127）

医科・初診時の徴収金額別にみると、紹介状なしの患者比率は、設定金額が5,000円以上の病院では約37%であり、5,000円未満の病院では約61%であった。

また、平成27年10月は医科・初診時の徴収金額が5,000円未満であったが、平成28年10月までに5,000円以上に増額した病院では、紹介状なしの患者のうち初診に係る定額負担徴収対象患者数は、32.0%減少していた。

図表 246
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が5000円未満であった病院）(n=220)【全病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	1,476.7	1,296.7	1,401.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	915.6	789.2	860.3
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数(人)	515.0	411.8	441.4
④うち、定額負担の徴収患者数(人)	446.6	347.4	372.6
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	62.0%	60.9%	61.4%
⑥対象患者数比率(③/②)	56.2%	52.2%	51.3%
⑦徴収患者比率A(④/②)	48.8%	44.0%	43.3%
⑧徴収患者比率B(④/③)	86.7%	84.4%	84.4%

図表 247
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価が5000円以上であった病院）(n=49)【全病院】

	平成27年 10月	平成28年 4月	平成28年 10月
①初診患者数(人)	2,603.8	2,388.3	2,464.7
②うち、紹介状なしの患者数(人)	975.8	865.5	905.5
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数(人)	429.4	338.3	354.4
④うち、定額負担の徴収患者数(人)	355.1	264.1	275.5
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	37.5%	36.2%	36.7%
⑥対象患者数比率(③/②)	44.0%	39.1%	39.1%
⑦徴収患者比率A(④/②)	36.4%	30.5%	30.4%
⑧徴収患者比率B(④/③)	82.7%	78.1%	77.7%

図表 248
初診患者数、紹介状なしの患者数、受診時の定額負担徴収患者数等（初診に係る受診時の定額負担・選定療養費の医科単価について5000円未満から5000円以上に増額した病院）(n=110)【全病院】

	平成27年10月	平成28年10月	増減率
①初診患者数	2,211.7	2,031.6	-8.1%
②うち、紹介状なしの患者数	1,016.7	854.6	-15.9%
③うち、初診に係る受診時の定額負担徴収対象患者数	494.1	336.0	-32.0%
④うち、定額負担の徴収患者数	443.7	294.8	-33.6%
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	46.0%	42.1%	
⑥対象患者数比率(③/②)	48.6%	39.3%	
⑦徴収患者比率A(④/②)	43.6%	34.5%	
⑧徴収患者比率B(④/③)	89.8%	87.7%	

(注)

- 500床以上の病院、200床以上500床未満の病院を合わせた全病院のうち、図表246は平成27年10月、平成28年4月、平成28年10月いずれも5000円未満であった施設を、図表247はいずれも5000円以上であった施設を集計対象とし、図表248は平成27年10月は5000円未満であったが、平成28年10月には5000円以上に増額した施設を集計対象とした。
- 患者数は小数点以下第2位を四捨五入しているため、各患者比率の数値は図表中の患者数を除算した数値と一致しない場合もある。

外来時の負担等に関する医療保険部会における主なご意見①

議論の整理(抄)

平成28年12月20日
社会保障審議会医療保険部会

(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担)

- 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、具体的な検討を進めるとの方向性に異論はなかった。その上で、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、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について、幅広く検討を進めるべきとの意見があった。

【主なご意見】

①紹介状なし大病院受診時の定額負担に関するご意見

- 選定療養により負担に差をつけることは、医療機関の地域的な分布の問題や受診行動の誘導につながり得るのかということを含め、時間をかけて議論する必要がある。
- 紹介状なしで大病院に受診した場合の定額負担について、医療機関の機能分化・連携を促進する観点から、その取扱いを拡充していくべきではないか。その際、保険財政の負担軽減につながる形を考えるべき。

外来時の負担等に関する医療保険部会における主なご意見②

②かかりつけ医以外の外来時の定額負担に関するご意見

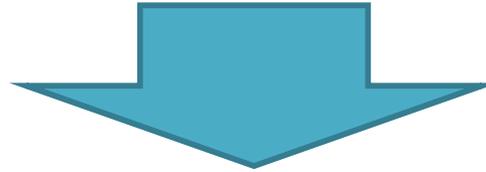
- 外来の機能分化・連携については、可能な限り取り組みを進めていくべき。
- 大病院への患者集中と混雑等を解消し、至急の診療等を必要とする患者の医療へのアクセスを円滑・迅速にすることを教育課程で教科書等を書いて啓発する、社会教育の生涯学習の中で広報するなどした方がいいのではないか。
- 頻回受診の防止や医療保険財政の観点から、広く定額負担を求めることは重要ではないか。今回の提案については、かかりつけ医の定義や実務上の課題を検討した上で実現可能であれば、それも1つの方策になるのではないか。
- 受診抑制を招き、重症化につながることを懸念している。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されたばかりなので、まずはその状況を見るべきではないか。
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担は、大病院の勤務医の負担軽減等の観点から実施したものであり、今回のものとは異なる議論である。
- かかりつけ医は、地域医療構想の実現や地域包括ケアの推進のために重要であるが、診療科ごとにかかりつけ医を持つ患者がいることや若者はそもそも受診頻度が低いということでかかりつけ医を持っていない方もおり、何ををもって「かかりつけ医以外」とするか不明確なため、慎重な対応が必要。
- まずは、かかりつけ医の定義について関係者間で共通理解を得ること、プライマリ・ケアを担う地域医療の全体像を明確にすることが必要。
- 平成14年健保法改正法附則第2条に反するものであり新たに定額負担を求めることは反対である。
- かかりつけ医普及の観点からの外来時定額負担については反対だが、定額負担には様々なバリエーションがあるので、定額負担の導入、7割給付の考え方等を含めた患者の負担の在り方について幅広い議論を行ってはどうか。

③その他

- かかりつけ医については、その普及の観点から、名称についても検討するべきではないか。

外来時の負担等について

- 平成27年国保法等改正によって平成28年4月から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、一定の効果が見られる。



- 改革工程表では、「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」具体的に検討していくとなっているが、検証調査の結果も踏まえ、どう考えるか。
- その上で、改革工程表では、「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、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」について、さらに検討することとなっているが、これについてどう考えるか。

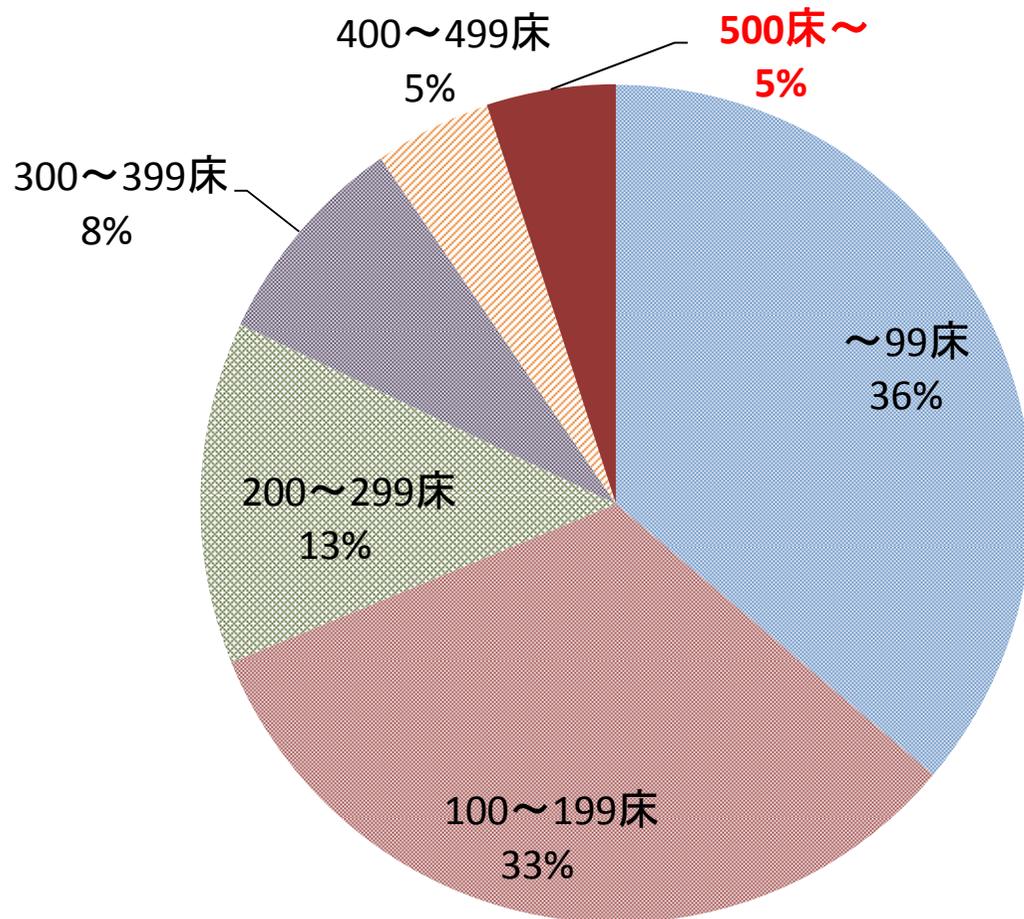
參考資料

特別な機能を有する病院等

	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	85 (平成29年4月1日時点)	553 (平成29年6月1日時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率40%以上</u>であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① <u>紹介率が80%以上</u> ② <u>紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上</u> ③ <u>紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上</u> ○ <u>原則として200床以上の病床</u>、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。 <p>(出所)特定機能病院一覧、及び保険局調べ</p>

病床規模別病院数の割合

○ 全病院8480病院のうち、500床以上の病院は5%程度、200床以上の病院は31%程度を占める。

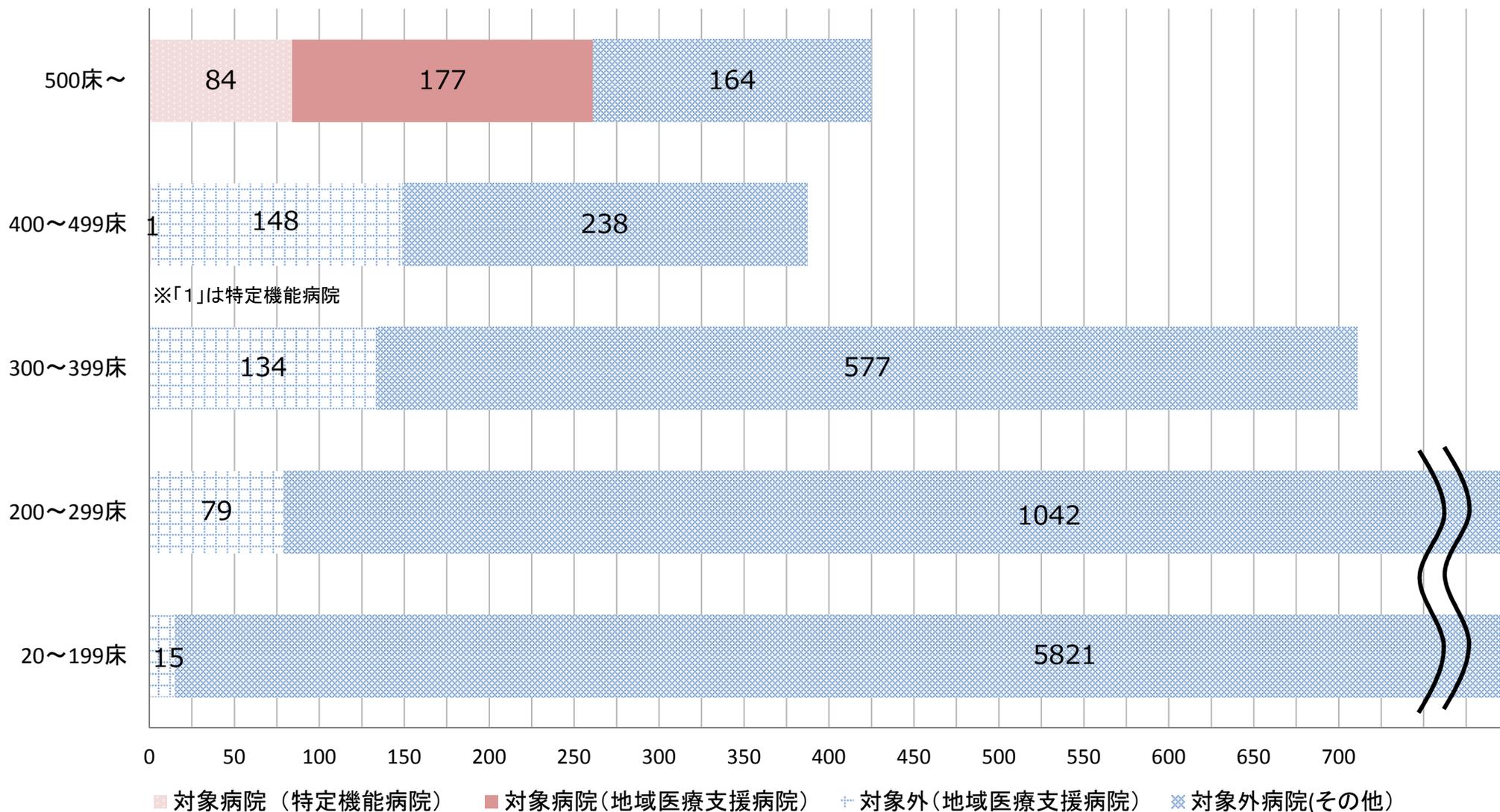


病床数	病院数
20~49床	942
50~99床	2127
100~149床	1429
150~199床	1338
200~299床	1121
300~399床	711
400~499床	387
500~599床	179
600~699床	106
700~799床	54
800~899床	31
900床以上	55
合計	8480

(出所)平成27年医療施設調査

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の対象病院数 (病床規模別・病院機能別の病院数)

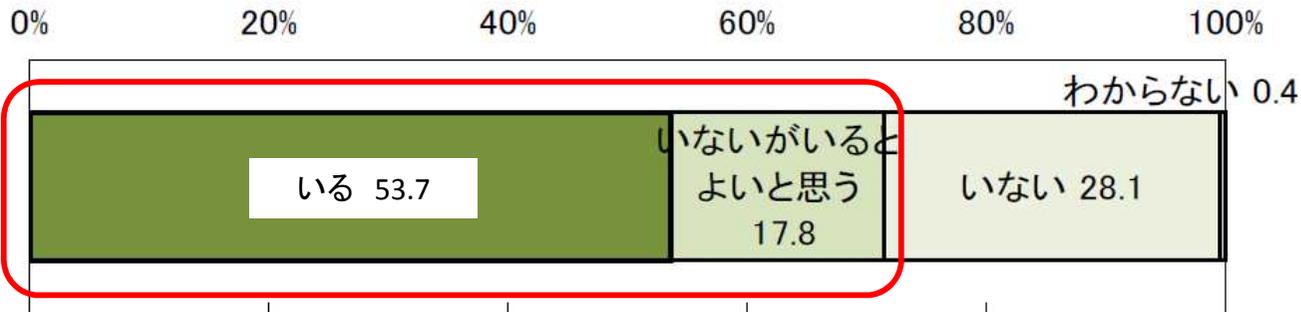
- 紹介状なしで大病院を受診した場合に定額負担の徴収が義務づけられている病院は262病院。
(特定機能病院:85 地域医療支援病院:177 ※特定機能病院は平成29年4月、地域医療支援病院は平成29年6月現在)
- 地域医療支援病院の病床規模別の病院数は以下の通り。



(出所)平成27年医療施設調査、特定機能病院一覧を基に医療課において作成

かかりつけ医の有無

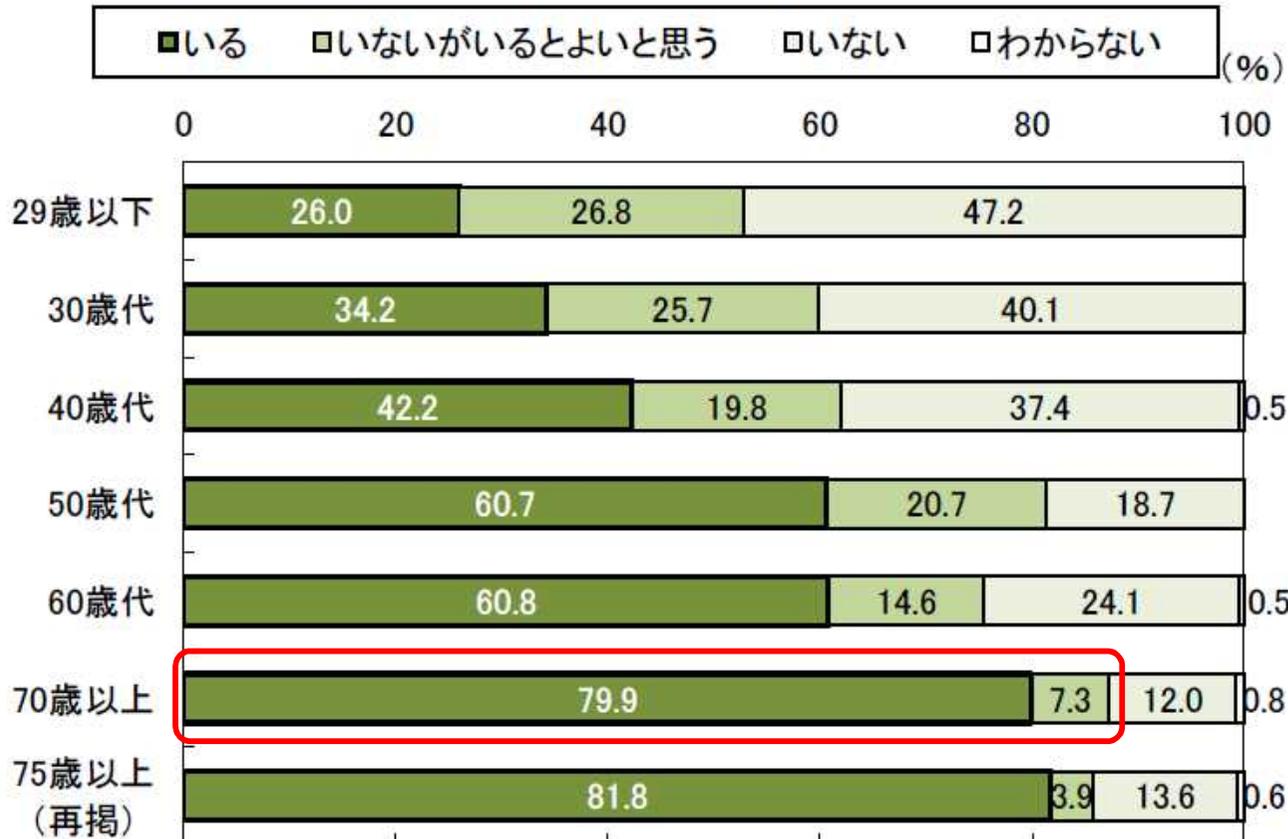
かかりつけの医師の有無 (n=1,122)



○かかりつけ医が「いる」と答えた者の割合は53.7%、「いる」及び「いないがいるとよいと思う」と答えた者は71.5%であった。

○年齢別にみると、かかりつけ医が「いる」及び「いないがいるとよいと思う」と答えた者の割合は、70歳以上では80%以上であった。

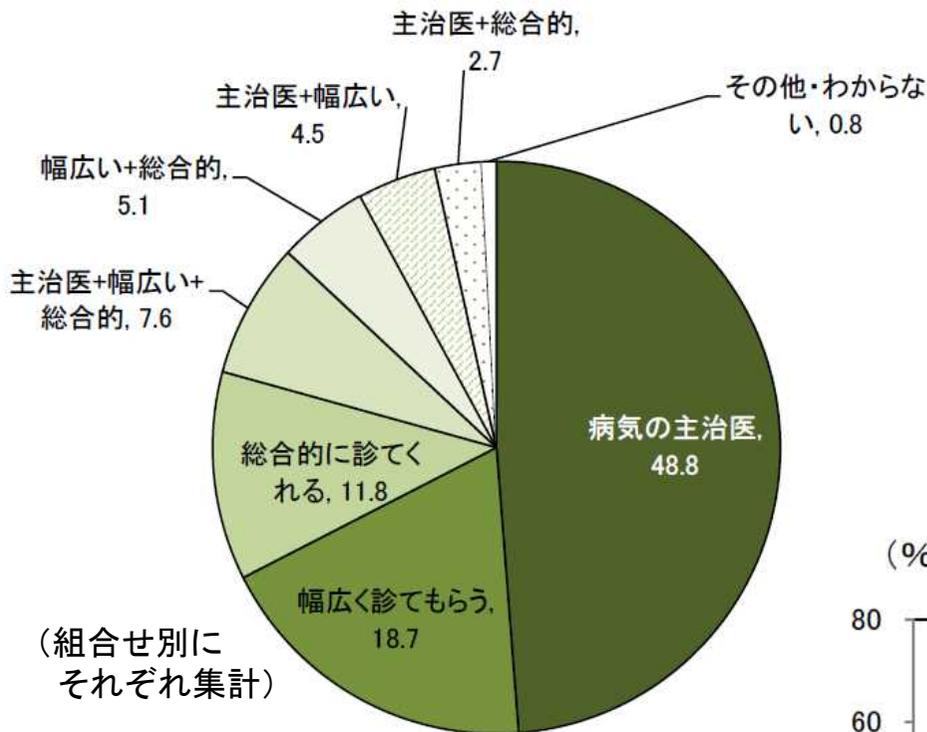
かかりつけの医師がいる割合-年齢別 (n=1,122)



【設問】
Q9. かかりつけ医は、一般に健康のことを何でも相談でき、必要なときは専門の医療機関へ紹介してくれる、身近にいて頼りになる医師のことです。あなたには、かかりつけの医師がいますか。

かかりつけ医はどのような医師か（複数回答）

かかりつけ医はどういう医師か (n=603)



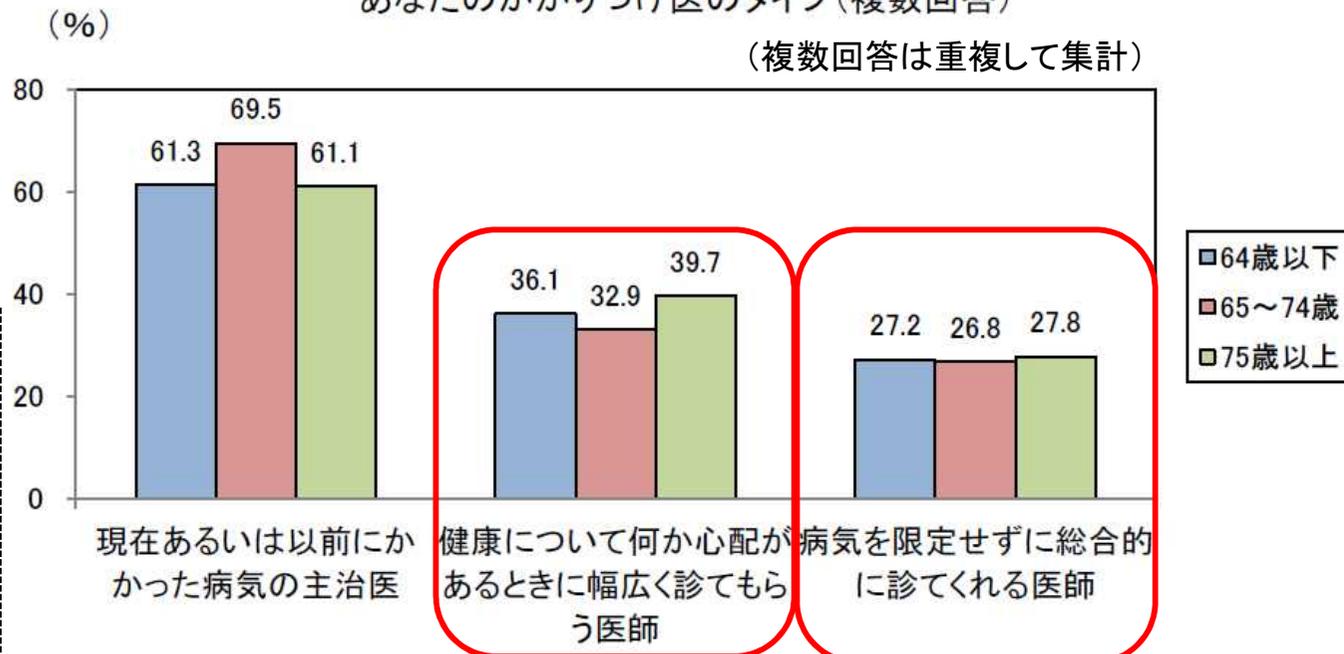
○かかりつけ医がいると回答した人のうち、どのような医師かの問いに対し、「病気の主治医」のみを選択した者の割合は約50%。

また、「幅広く診てもらおう」又は「総合的に診てくれる」をひとつでも選択した者の割合は約50%。

○年齢別にみると、「健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう」又は「病気を限定せずに総合的に診てくれる」を選択した者の割合は、それぞれ30%台 (32.9~39.7%) と約27%。

あなたのかかりつけ医のタイプ (複数回答)

(複数回答は重複して集計)



【設問と選択肢】

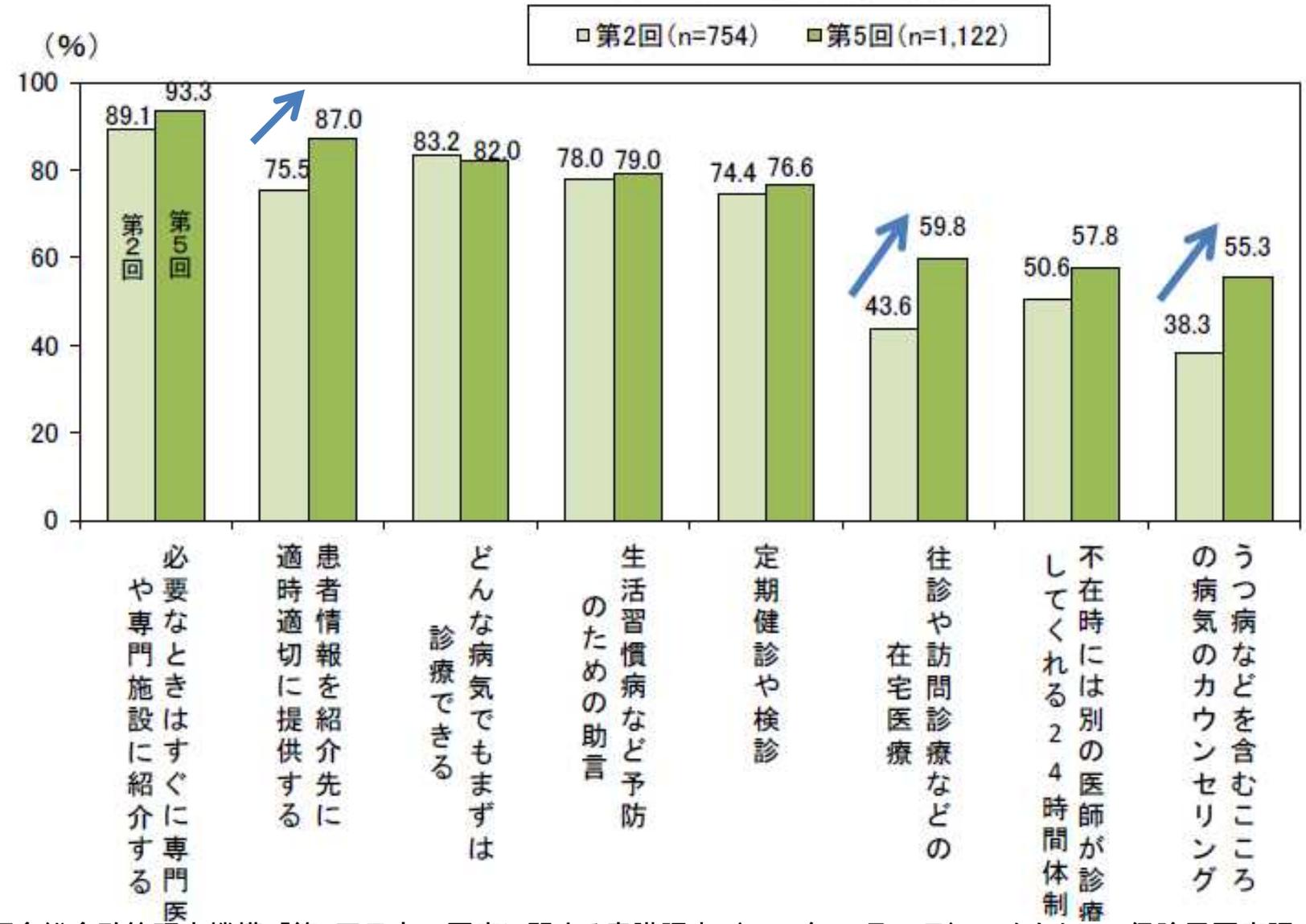
Q9. -SQ1

あなたにとって、かかりつけ医はどういう医師ですか。
この中から当てはまるものをすべてあげてください。

- (ア) 現在あるいは以前にかかった病気の主治医
- (イ) 健康について何か心配があるときに幅広く診てもらおう医師
- (ウ) 病気を限定せずに総合的に診てくれる医師
- (エ) その他
わからない

かかりつけ医に望む医療や体制（2006年と2014年の比較）

○ かかりつけ医に望む医療や体制に関する回答(複数回答)について、第5回(2014年)の調査と第2回(2006年)の調査を比較すると、患者情報の紹介先への提供、在宅医療、こころの病気のカウンセリングなどへの割合の増加がみられた。



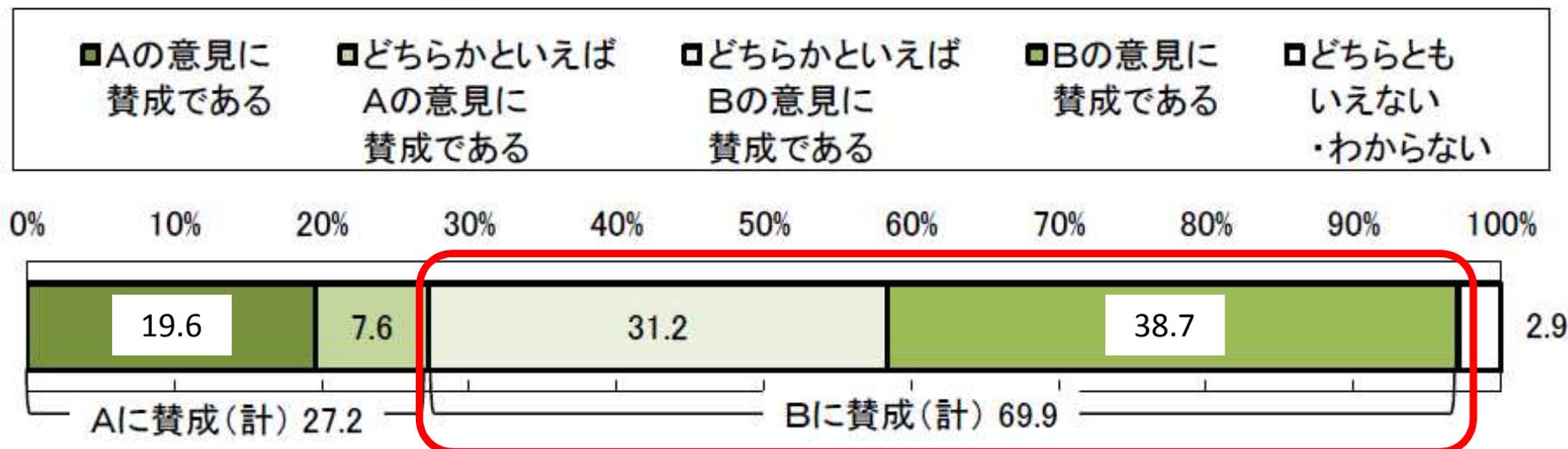
医療機関の受診のあり方に関する考え

○ 医療機関の受診のあり方について、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が70%近くを占めた。

Q21 医療機関の受診のあり方として、次のAとBの2つの考え方について議論されています。あなたはどちらに賛成しますか。

- A 病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する
- B 最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する

医療機関の受診のあり方について(n=1,122)



(参考)各国かかりつけ医制度の比較

中医協 総-5
29.2.22

	アメリカ	英国	フランス	ドイツ	日本
保険制度	民間保険を基盤としたアメリカ型皆保険制度(州毎に異なる)	9割を占める公的(税財源)および1割の民間自費医療サービスが両立	公的皆保険(民間保険は二階建て部分をカバー)	皆保険。公的(90%)および民間医療保険(10%)の両立(公的保険は選択可能)	公的皆保険
外来患者自己負担	保有する保険により年間免責金額、定額負担、負担割合等が異なる	公的は原則無料(処方箋料等の少額負担あり)	3割負担(償還式)かかりつけ医を通さずに専門医を受診した場合は、7割負担(婦人科・小児科・眼科・歯科は除く)	原則無料(2013年より自己負担廃止)	原則3割負担(自己負担額の上限あり)
登録制の有無(法的義務含む)	無(保険毎に契約医あり)	有(登録診療所のみ受診可)	有(かかりつけ医を登録する制度はあるが、紹介状なしに他の医師を受診することができる)	無(法的義務はないが、90%がかかりつけ医を持つ。家庭医中心診療に参加しているのは、人口の5%程度)	無
登録制開始	—	1948年	2004年	2008年	—
登録医の資格	—	GPのみ	専門医も可能(研修なし)	州家庭医団体への登録および州医師会の研修を受けることが条件	—
登録医の選択	—	居住エリア診療所から選択(近年緩和される方向)	地理的制約なし	地理的制約なし	—
支払い方式	出来高中心(ACO、PCMHは包括的な支払いを施行) ※	人頭・出来高・成果報酬の混合(人頭5割以上)	出来高中心	家庭医に対する報酬は包括報酬中心	出来高中心
近年の変化	病院中心のACO、プライマリケア中心のPCMHとかかりつけ医機能をもった診療体制の増加 ※	GP診療所の大規模化や連携、プライマリケアのオンライン化が進展	疾病管理プログラムの施行	州毎のばらつきは大きいですが、国全体では家庭医中心診療は穏やかに増加傾向(2016年で国民全体の5%)	—

※ACO: Accountable Care Organization, PCMH: Patient-Centered Medical Home

出典:平成27年度厚生労働科学研究「先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度の在り方に関する研究」(研究代表者 松田晋哉)報告書をもとに、保険局医療課にて作成。

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準	
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること	
	地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)		下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上		等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
	地域包括診療加算 20点(再診料に加算)			下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

地域包括診療料・地域包括診療加算の算定状況等

	届出施設数 (H27年7月1日時点)	届出施設数 (H28年7月1日時点)
地域包括診療料	93	199
地域包括診療加算	4,701	5,248

(保険局医療課調べ)

	算定件数	算定回数	1件あたり算定回数
地域包括診療料	5,339	5,339	1回／件
地域包括診療加算	710,474	1,116,279	1.6回／件

出典：平成28年社会医療診療行為別統計

「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について

- 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会)では、「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について、以下のように説明されている。

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、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。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、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、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、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。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担

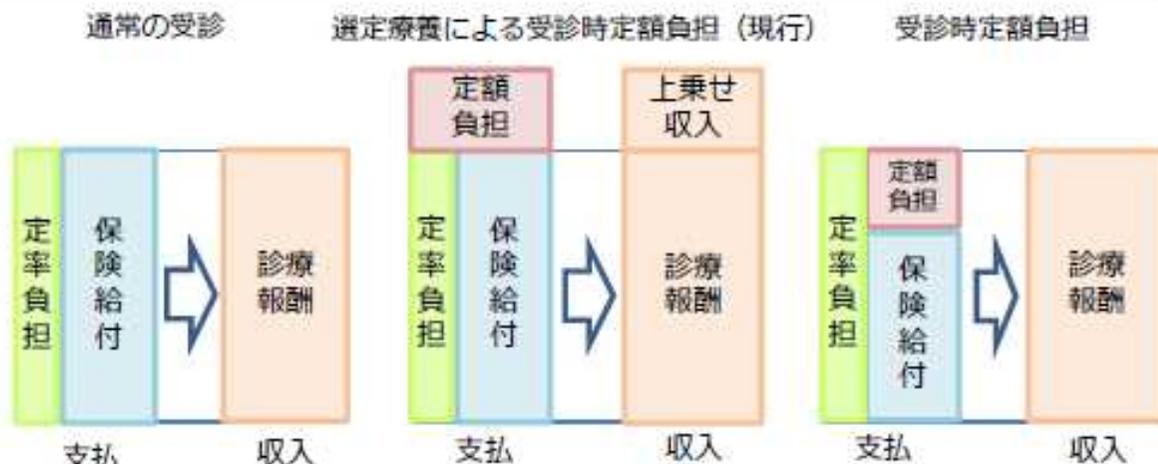
【論点】

- 26年度診療報酬改定で創設された地域包括診療料の算定は広がらず、また、病院への紹介状なしの外来受診が依然として多いなど、「かかりつけ医」の普及や外来の機能分化は十分に進展していない。
- 現在、一定規模以上の病院について、紹介状がない場合の外来受診時定額負担があるが、選定療養の仕組みであるため、
 - ① 診療報酬への上乗せの収入となるものであり、機能分化へのインセンティブとして不十分
 - ② 保険財政に寄与しない
 という問題がある。したがって、まずはこうした仕組みを見直す必要。その上で、現在限定されている対象範囲の拡大を検討していく必要がある。
- また、かかりつけ医の普及や、国民皆保険制度を維持していく観点を踏まえ、かかりつけ医以外を受診した場合について、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担の導入に向けて取り組んで行く必要。

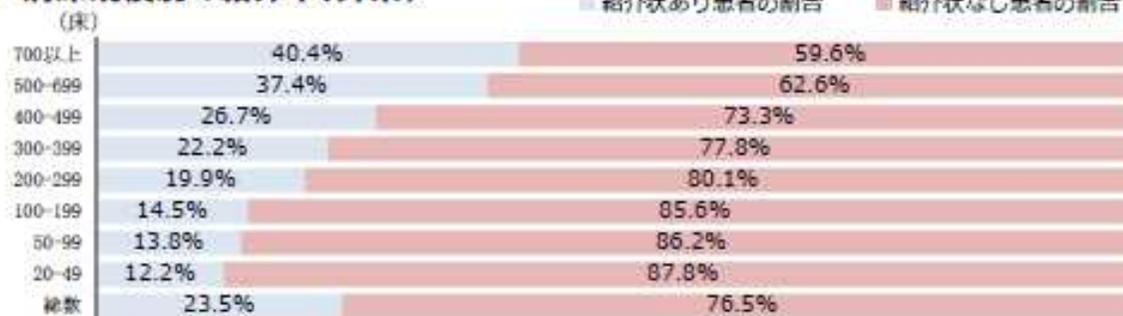
○ 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入
 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を義務とする。

① 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、現行の選定療養の下で、定額の徴収を義務とする。

② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。



◆ 病床規模別の紹介率(外来)



(出所)平成26年患者調査を基に作成

【改革の方向性】(案)

- かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所の機能分化の観点から、現行の選定療養による定額負担について、診療報酬への上乗せ収入ではなく保険財政の負担軽減につながるよう仕組みを見直したうえで、その対象範囲を拡大すべき。
- かかりつけ医機能のあり方について、速やかに検討を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入に向けて検討を進めるべき。