

医療用医薬品の流通改善関連資料

医療用医薬品の流通改善について(緊急提言)概要

H19.9.28 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会

※流通改善に当たって取引当事者が留意すべき事項(概要)

1. 一次売差マイナスと割戻し・アローアンスの拡大傾向の改善 (メーカーと卸の取引)

- 適正な仕切価水準の設定及び割戻し・アローアンスの整理縮小と基準の明確化
 - ・割戻し・アローアンスのうち、一次仕切価へ反映可能なものは反映
 - ・割戻し・アローアンスの運用の見直しなど取引の一層の透明化を確保

2. 長期にわたる未妥結・仮納入の改善 (卸と医療機関/薬局の取引)

- 経済合理性のある価格交渉の実施
- 長期にわたる未妥結・仮納入とは、6ヶ月を超える場合と定義

3. 総価契約の改善 (卸と医療機関/薬局の取引)

- 医薬品の価値と価格を反映した取引の推進
 - ・銘柄別薬価制度の趣旨を踏まえ、単品単価交渉を推進
 - ・総価契約を行う場合でも、価値と価格を踏まえた取引を行う趣旨から、除外品目設定の努力

※流通改善に当たって取引当事者が持つべき基本認識(抜粋)

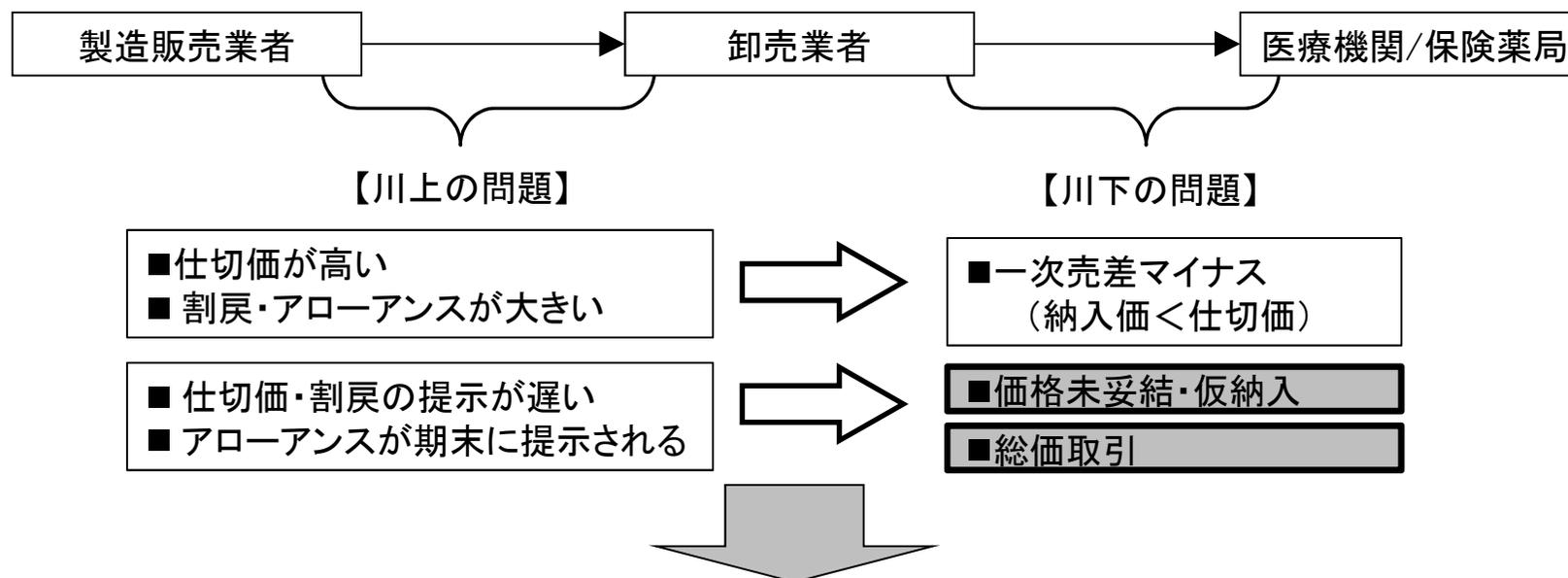
- ★ 医療用医薬品は、医療の一環として位置付けられるものであり、生命関連商品として、他の商品以上に価格形成、取引条件等についての透明性、公平性の確保が求められている。
- ★ 公的保険制度下においては、現行薬価制度の信頼性を確保する観点から、早期妥結及び単品単価契約が求められている。
- ★ 一年にも及ぶ価格交渉は、機会費用の発生などの観点からも経済合理性を欠いた取引である。

医療用医薬品の流通改善の必要性

- 公的医療保険で使用する医薬品の償還価格である薬価は、医薬品の価値に見合った市場実勢価格を反映させることを前提として、適正な市場実勢価格の形成が必要。

※現行薬価制度においては、医療保険から医療機関／保険薬局に支払われる際の医薬品の価格が、「薬価基準」として銘柄別に定められている。この薬価基準で定められた価格は、卸が医療機関／保険薬局に対して販売する価格（市場実勢価格）を調査（薬価調査）し、その結果に基づき改定される。

- このため、薬価調査（市場実勢価格）の信頼性の確保（＝未妥結・仮納入の是正）、銘柄別薬価収載の趣旨を踏まえた個々の医薬品の価値に見合った合理的な価格が形成されること（＝総価取引の是正）が必要。



流通改善（未妥結・仮納入、総価取引の是正等）の必要性

中長期的視点に立った社会保障政策の展開

平成27年5月26日
塩崎臨時議員提出資料

目次

I	保健医療2035策定懇談会の議論のポイント	2
II	中長期的視点に立った社会保障政策の展開について	3
III	重点改革事項	
①	保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現	5
②	地域包括ケアシステムの構築：医療介護サービス体制の改革	6
③	薬局のあり方を見直し、医薬品の使用を適正化	7
④	後発医薬品の使用の飛躍的加速化	8
IV	主要な政策についての工程表	9
V	その他各分野の主な課題について	10

単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、イノベーションを活用したシステムとしての保健医療を再構築し、経済財政にも貢献

保健医療のパラダイムシフト

これまで

2035年に向けて

量の拡大

質の向上

インプット

アウトカム

規制

規律

専門分化

総合化

内向き

世界をリード

具体的なアクション(例)

- 医療等分野の番号を用いた情報統合による質の向上
- アウトカム指標に基づく報酬体系への移行
- 過剰医療の削減や医療サービスのベンチマーキング
- 上記による、患者の主体的な選択の支援
- 保健医療・介護の資源配分の地域による決定とそのための公衆衛生・政策人材の育成
- 「健康への投資」による経済成長の促進
- オリンピックに向けた「たばこフリー」社会の実現
- グローバルリーダーシップの確立(ユニバーサル・ヘルスカバレッジや健康安全保障)

※保健医療2035策定懇談会とは・・・

厚生労働大臣が本年2月から開催する私的懇談会。次世代を担う30代から40代を中心とした、若手気鋭の有識者や厚生労働省の職員で構成。

II 中長期的視点に立った社会保障政策の展開について①

社会保障制度改革国民会議 報告書(平成25(2013)年8月)

社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制等の理念の下で以下の改革を推進

- 子ども・子育て支援新制度等に基づいた施策の着実な実施
- 医療の機能分化とネットワークの構築、医療の在り方の変化
- 医療保険の財政基盤の安定化、給付の重点化効率化
- 年金の長期的な持続可能性とセーフティネット機能の強化 等

諮問会議での指摘事項 (平成27(2015)年)

以下の二点を基本視点に集中改革期間に改革を進める。

- ①公的分野の産業化
 - ・データ利用の拡大、・多様な事業者の参画拡大、・医療関係者の活動範囲の拡大、・多様なサービス
- ②インセンティブ改革
 - ・制度の見直し、・健康ポイント・病床再編、・見える化の推進、・所得等に応じた負担、・保険収載範囲の見直し 等

中長期的視点(保健医療2035策定懇談会 (平成27(2015)年2月～)の議論より)

単なる負担増と給付削減による現行制度の維持を目的とするのではなく、イノベーションを活用したシステムとしての保健医療を再構築し、経済財政にも貢献

<具体的なアクション(例)>

- 医療等分野の番号を用いた情報統合による質の向上
- アウトカム指標に基づく報酬体系への移行
- 過剰医療の削減や医療サービスのベンチマーキング
- 上記による、患者の主体的な選択の支援 等

経済再生と財政健全化を両立させる新たな社会保障政策

- ① 社会保障の充実・強化と効率化の同時達成
- ② 経済財政と調和のとれた社会保障制度
- ③ 20年後を見据えた課題解決への取り組み

3本柱からなる
政策パッケージ

I 社会保障の充実強化

① 地域包括ケアシステムの構築: 医療介護サービス体制の改革

II 新たな視点に立った社会保障政策

② 保険者が本来機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現

③ グローバル視点の医薬品政策

④ 医療・介護の産業化と国際貢献

⑤ 負担能力に応じた公平な負担

これらの施策を総合的・一体的に推進

高齢化対応・健康長寿モデルの実現

医療費等の伸びの抑制

II 中長期的視点に立った社会保障政策の展開について②

○医療・介護



これらの施策を総合的・一体的に推進

高齢化対応・健康長寿モデルの実現

医療費等の伸びの抑制

- 年金
- 子ども子育て
- ひとり親家庭支援
- 生活保護・生活困窮者支援
- 障害福祉



将来世代の給付水準の確保を図るための見直しや総合的対応等について検討

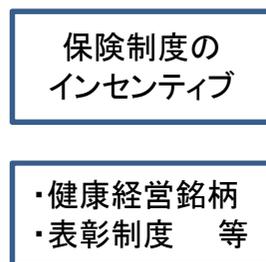
III 重点改革事項① 保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現

○現役世代からの健康づくりの推進

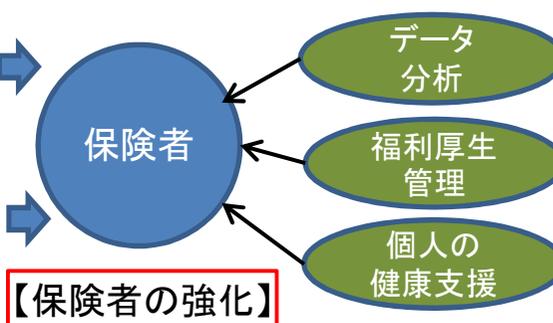
(1)生活習慣病予防対策(一次予防)

- ・特定健診・特定保健指導の受診率向上に向けた取組を推進し、メタボリックシンドローム該当者の減少や糖尿病有病者の増加を抑制
- ・医療機関における禁煙支援・禁煙治療や健診・保健指導における禁煙支援を一層推進、たばこ税の引上げなど

【インセンティブ改革】



【関連産業の振興】



(2)生活習慣病の重症化予防対策(二次予防)

- ・**データ分析に基づく、医療機関と連携した糖尿病性腎症の重症化予防**(効果額:約0.2兆円)、脳卒中・心筋梗塞の再発予防など(参考資料P15「糖尿病重症化予防事業(協会けんぽの例)」、P16「広島県呉市国保の事例」参照)

インセンティブ改革(制度改革を活用・前倒し実施)

- ・個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じてヘルスケアポイントを付与
[平成27(2015)年度にガイドライン策定・周知]
- ・予防・健康づくりなど医療費適正化に積極的に取り組む保険者を支援
[平成27(2015)年度から後発医薬品の使用促進・重症化予防など、後期高齢者支援金の加減算制度の新たな指標等を検討]
- ※データヘルスの実効性を高める保険者規模を確保する取組(参考資料P12「ドイツと日本の保険者」参照)や、保険者におけるレセプトデータ等を活用した重複受診等を防止するための保健指導等も併せて推進

○高齢期の疾病予防・介護予防等の推進

- ・**高齢者の虚弱(「フレイル」)に対する総合対策**
[平成28(2016)年度、栄養指導等のモデル事業を実施。食の支援等、順次拡大]
- ・「見える化」等による介護予防等の更なる促進
- ・高齢者の肺炎予防の推進(効果額:約0.1兆円)
- ・認知症総合戦略(新オレンジプラン)の推進

他にも、個別疾患対策による重症化予防も実施(例)

- ・C型肝炎に対する医療費助成を通じた重症化予防(効果額:約0.1兆円)

生涯を通じた予防・健康づくりの推進

※数字は平成32(2020)年度における医療費の適正化効果額(粗い見込み)

Ⅲ 重点改革事項② 地域包括ケアシステムの構築：医療介護サービス体制の改革

提供体制改革への取り組みの加速化・進化

① 質が高く、効率的な医療提供体制⇒地域差の縮小

- ・都道府県が提供体制と保険制度の両面から責任を果たす体制の確立
[今年度法改正(予定)、平成30(2018)年度施行]
- ・地域医療構想の策定支援、医療費適正化計画の**前倒し・加速化**
適正化指標の精緻化・「見える化」手法による地域差縮小 など
[平成30(2018)年度改定⇒前倒し]
- ・医療費適正化に取り組む市町村の支援
[保険者努力支援制度(平成30(2018)年度～)の趣旨を現行補助制度に**前倒しで反映**]

② プライマリケアの強化

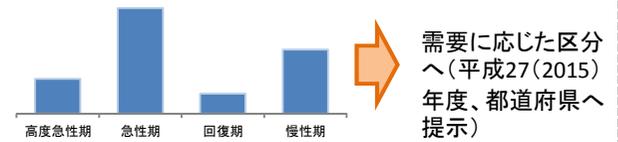
- ・「**患者のための薬局ビジョン**」の策定[**年内公表予定**]
薬剤師がチームの一員として参画することを促進し、地域包括ケアを進化させる。
- ・かかりつけ医の普及
[平成26(2014)年度診療報酬改定で初めて評価・平成28(2016)年度改定で更なる評価を検討、先行事例を収集・横展開]

③ 質が高く、効率的な介護サービス提供体制⇒適正な給付

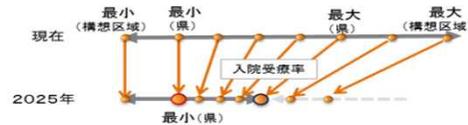
- ・介護保険事業計画に基づく自治体のPDCAの取組を支援
[第6期計画:平成27(2015)年度～、第7期計画:平成30(2018)年度～]
- ・適切なケアマネジメントの推進、保険者ごとの給付分析等を通じた給付の適正化

【病床機能の再編、地域差の縮小】

(現状の医療機能別の病床数)



療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定



患者のための薬局ビジョン

～「**門前**」から「**かかりつけ**」、そして「**地域**」へ～

医薬分業の原点に立ち返り、57,000の薬局すべてを患者本位のかかりつけ薬局に再編

- ・「立地から機能へ」 : 24時間対応、在宅対応
- ・「業中心から患者中心へ」 : 服薬指導、処方提案
- ・「バラバラから一つへ」 : 情報の一元的管理、残薬解消、重複投薬防止

○地域包括ケアシステムとは・・・

高齢者が住み慣れた地域でできる限り自立した日常生活を営むことができるよう、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をいう。

④ 情報連携のためのICT基盤の構築

- ①平成30(2018)年度までに医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開
- ②平成32(2020)年度までに医療現場のデジタル化として400床以上の一般病院の90%が電子カルテを導入

⑤ 医療介護人材の確保・養成

- ・地域医療支援センターの機能充実に向けた支援
- ・ナースセンターによる看護職員の復職支援強化(本年10月施行)
- ・介護人材を質・量の両面から確保するため、「参入の促進」「労働環境の改善」「資質の向上」を推進

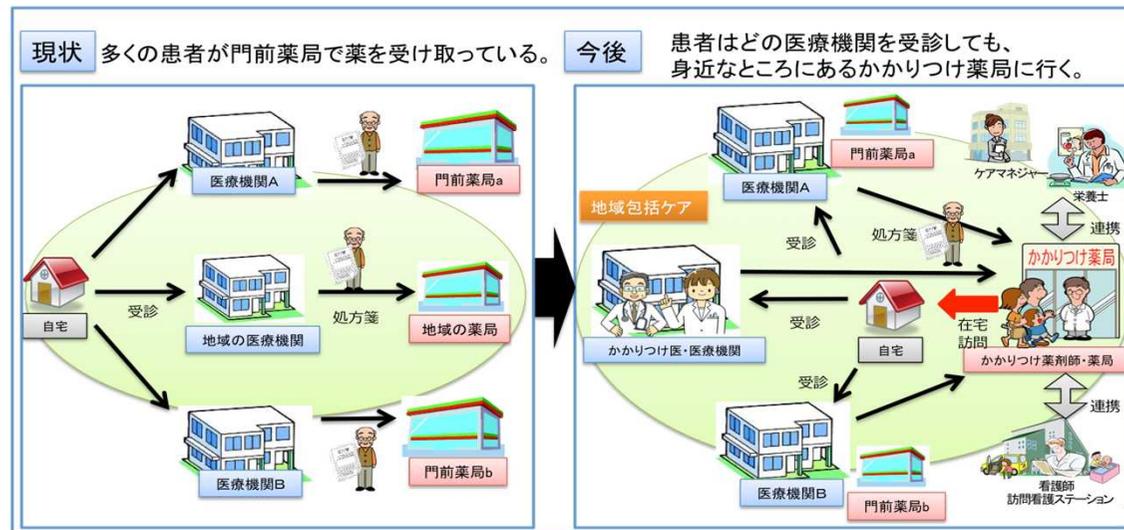
インフラ整備

Ⅲ 重点改革事項③ 薬局のあり方を見直し、医薬品の使用を適正化

医薬分業に対する厚生労働省の基本的な考え方

○地域包括ケアのチームの一員として、薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的・継続的な薬学的管理を実施。

○これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、**患者の薬物療法の安全性・有効性が向上**するほか、**医療費の適正化**にもつながる。



◎患者がかかりつけ薬局のメリットを実感できるような調剤報酬

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

- ① 在宅での服薬管理・指導や24時間対応など、**地域のチーム医療の一員として活躍する薬剤師への評価**
- ② **かかりつけ医と連携した服薬管理**に対する評価
- ③ **処方薬の一元的・継続的管理**に対する評価
- ④ **薬剤師の専門性を生かした後発医薬品の使用促進**に対する評価
- ⑤ **いわゆる門前薬局に対する評価の見直し** など

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

Ⅲ 重点改革事項④ 後発医薬品の使用の飛躍的加速化

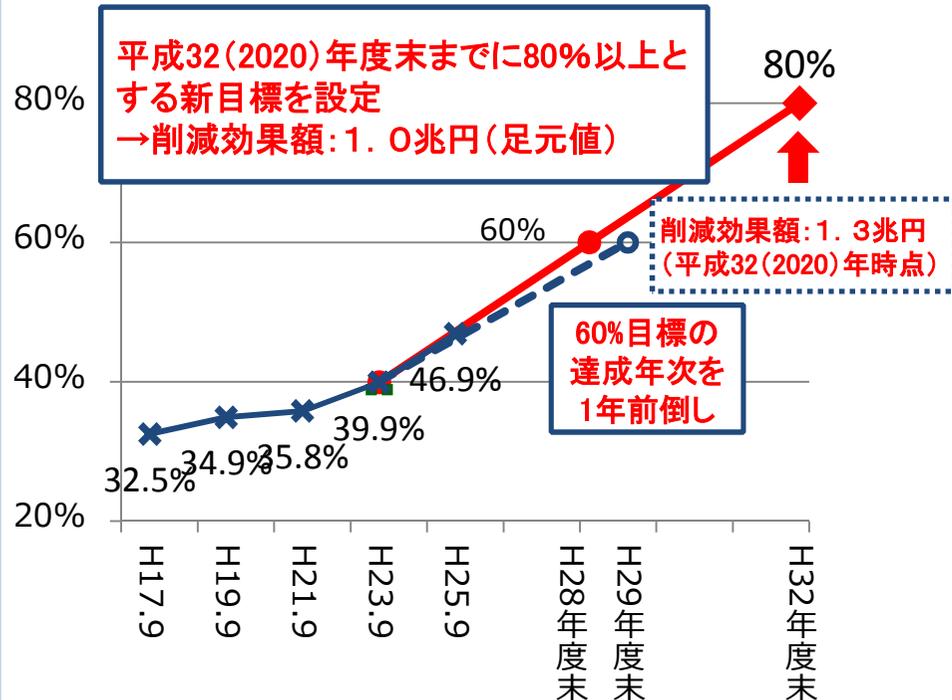
- 後発医薬品の使用促進を更に強化するため、現行の数量シェア目標の達成時期を1年前倒して「平成28(2016)年度末までに60%以上」とし、さらに、ロードマップの見直しを視野に、「平成32(2020)年度末までに80%以上」とする次期目標を新たに定める。

今後、企業における生産体制強化や設備投資の状況をヒアリングし、適切で意欲的な目標を設定する。

※ 併せて、我が国の経済成長に資する知識集約型の産業である医薬品産業を全体として底上げするため、緊急的・集中実施的な、革新的医薬品・医療機器・再生医療等製品の創出促進、エッセンシャルドラッグの安定供給等の推進、流通の振興等も含めた、総合的な戦略を推進する。[総合戦略策定(本年夏)]

後発医薬品シェアの新たな目標

※ 現行目標：平成29(2017)年度末までに60%以上
 (「後発医薬品の使用促進のためのロードマップ」)



具体的推進策(例)

<薬価・診療報酬制度>

- 保険収載価格等の適正化の検討
- 後発品促進のための処方あり方の検討 等

<品質確保対策とその周知>

- 学術的評価と監視指導を連動させた一元的な品質確保の推進
- 流通事業者による品質確認の実施 等

<後発医薬品産業の健全な発展>

- 共同開発のあり方の検討
- 規格揃えの見直し 等

<普及促進策>

- 保険者取組の評価指標に後発医薬品使用割合の導入
- 政府広報(テレビ・新聞)による積極的な普及啓発 等

※ 診療報酬・調剤報酬上の推進策については、流通の混乱を避け安定供給を確保する観点から、進捗状況を踏まえて段階的に実施。

IV 主要な施策についての工程表

	～平成30(2018)年度	～平成32(2020)年度	～平成37(2025)年度
地域包括ケアシステムの構築	<ul style="list-style-type: none"> ○患者のための薬局ビジョン策定(平成27(2015)年中) ○地域医療構想の策定(平成27・28(2015・16)年度) ○医療計画と介護保険事業(支援)計画との同時策定(平成30(2018)年度からの計画) ○国保の財政運営単位を都道府県単位へ(平成30(2018)年度) ○ICTの活用による重複受診・重複検査の防止(平成30(2018)年度までに医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開) 	<ul style="list-style-type: none"> ○各計画に基づく取組の推進 ○都道府県による国保の財政運営の実施 ○医療情報連携ネットワークを活用したさらなる取組の推進 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケアシステムの構築
健康社会の実現	<ul style="list-style-type: none"> ○医療費適正化計画(平成30(2018)年度改訂予定)の前倒し・加速化 ○保険者努力支援制度(平成30(2018)年度～)の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映 ○現役世代からの健康づくり(生活習慣病予防対策) <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症の重症化予防の横展開など ○インセンティブ改革 <ul style="list-style-type: none"> ・ヘルスケアポイントの付与等の推進 ・後期高齢者支援金の加減算制度の活用 等 	<ul style="list-style-type: none"> ○保険者努力支援制度(平成30(2018)年度中に創設)によるさらなるインセンティブの強化 	<ul style="list-style-type: none"> ○健康社会の実現に向けたさらなる取組
グローバル視点の医薬品政策	<ul style="list-style-type: none"> ○平成28(2016)年度末までに後発医薬品の数量シェアを60%以上(達成時期を1年前倒し)とし、後発品使用を促進 ○成長戦略の実現に向け、イノベーション推進の加速、エッセンシャルドラッグの安定供給等を推進 	<ul style="list-style-type: none"> ○ロードマップの見直しを視野に、「平成32(2020)年度末までに80%以上」とする次期目標を策定し、使用を促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○医薬品政策のさらなる展開

V その他各分野の主な課題について

○負担能力に応じた公平な負担

- ・ マイナンバーの活用等による資産の網羅的な把握に向けた環境整備と相まった、負担の仕組みにおける資産の勘案について検討
- ・ 上記を含め、負担能力に応じた公平な負担へ（介護納付金の総報酬割の検討など）
→国民的な幅広い議論が必要（なお、過度な歳出抑制は、経済成長率や税収の伸びを下押しする効果があることに留意。）

（参考）社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

「21世紀型（2025年）日本モデル」の社会保障では、主として高齢者世代を給付の対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換を目指すべきである。…これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべきである。

○生活保護の適正化

保護からの早期脱却を目指した就労支援の促進、医療扶助の適正化に取り組むとともに、次期生活扶助基準の検証（平成29（2017）年度）にあわせ、生活保護制度全般について、予断なく検討し、必要な見直しを行う。

○人生の最終段階における医療のあり方

国民の間で広く議論を喚起するとともに、医療機関や在宅医療の場で、本人の意思を踏まえた治療方針について、家族や医療関係者とで十分な意思疎通が図れるよう、ガイドラインや、医療機関でのモデル事業の成果を普及することにより、国民が人生の最終段階における医療に関する意思表示をすることを支援する取組を、さらに強力に実施

○年金の改革

平成26（2014）年の財政検証等を踏まえ、年金制度を支える経済社会の発展、特に労働参加への促進へ寄与するとともに、それを通じて、年金制度の持続可能性を高め、将来世代の給付水準の確保等を図るという観点から、制度改革に取り組む

※ マクロ経済スライドによる調整や年金の受給開始時期に関する論点については、歳出改革の視点ではなく、将来世代の給付水準の確保の視点から議論すべき課題



中長期的視点に立った社会保障政策の展開 (参考資料)

平成27年5月26日
塩崎臨時議員提出資料

各施策の工程表

各施策の工程表①

<地域包括ケアシステムの構築：医療介護サービス体制の改革>

	～平成30(2018)年度	～平成32(2020)年度	～平成37(2025)年度	
質が高く効率的な医療提供体制	【医療】 平成27(2015)年度より地域医療構想を策定し、地域医療構想の達成に向けた取組を推進	・都道府県による国保の財政運営開始 ・医療計画と介護保険事業(支援)計画との同時策定	第7次医療計画(～平成35(2023)年度)に基づき取組を推進	
	【介護】 第6期介護保険事業(支援)計画に基づき取組を推進			第7期介護保険事業(支援)計画(～平成32(2020)年度)に基づき取組を推進
質が高く効率的な介護サービス提供体制			地域包括ケアシステムの構築… 医療介護サービス体制の改革	
「かかりつけ医」の普及促進	先行事例を収集・分析し、その成果を横展開	平成29(2017)年度から新たな総合診療専門医の養成開始、平成32(2020)年度より認定		
		既存の専門医から総合診療専門医への移行		
「かかりつけ薬局」の推進	平成27(2015)年中に「患者のための薬局ビジョン」を策定	「患者のための薬局ビジョン」に基づき各種施策を推進		
医療情報連携のためのICT基盤の構築	平成30(2018)年度までに医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開		医療情報連携ネットワークを活用したさらなる取組の推進	

各施策の工程表②

＜保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現＞

		～平成30(2018)年度	～平成32(2020)年度	～平成37(2025)年度
生活習慣病 予防対策	特定健診・保健指導による検査値の改善及び医療費適正化効果の検証結果を公表・周知	引き続き特定健診・保健指導による検査値の改善及び医療費適正化効果の検証を実施		健康社会の実現に向けたさらなる取組
生活習慣病の重症化予防対策	糖尿病性腎症の重症化予防などの好事例の横展開を実施	後期高齢者支援金の加算・減算制度等において、指標とすることが可能か検討	新たな指標を活用した新加算・減算制度の実施	
個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じたヘルスケアポイントの付与	保険者の保健事業として行う加入者へのヘルスケアポイントの付与などの実施方法等について、ガイドラインを策定・周知	策定したガイドラインに基づき、各保険者においてインセンティブに係る取組を実施		
予防・健康づくりなど医療費適正化に積極的に取り組む保険者の支援	後期高齢者支援金の加算・減算制度について、後発医薬品の使用割合等の指標を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする方向で見直し、指標に基づく取組実施を検討	検討結果を踏まえ、見直し後の制度を実施	平成30(2018)年度中に、国保において保険者努力支援制度を創設し、医療費適正化等に積極的に取り組む自治体への財政支援を実施	

各施策の工程表③

＜保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現＞

	～平成30(2018)年度	～平成32(2020)年度	～平成37(2025)年度
高齢者の虚弱(フレイル)に対する総合対策	平成28(2016)年度から、後期高齢者医療の保健事業として、栄養指導等のモデル事業を実施	平成30(2018)年度から、本格実施を目指す	健康社会の実現に向けたさらなる取組
「見える化」等による介護予防等の更なる促進	【見える化】 地方自治体に情報提供するためのシステムの構築・機能強化 情報システムの段階的改良による情報発信機能の強化	情報システムの効果を検証しつつ段階的改良による普及発展	
	【介護予防等】 地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防等の取組の充実		
高齢者の肺炎予防の推進	【口腔ケア】 「歯科口腔保健の推進に関する法律」に基づき取組を推進		
	【肺炎球菌ワクチンの接種】 肺炎球菌ワクチン接種対象者への普及啓発を実施		
認知症総合戦略(新オレンジプラン)の推進	認知症総合戦略に基づき取組を推進		

各施策の工程表④

<グローバル視点の医薬品政策>

	～平成30(2018)年度	～平成32(2020)年度	～平成37(2025)年度
後発医薬品の使用加速化	平成28(2016)年度末までに後発医薬品の数量シェアを60%以上とし(達成時期を1年前倒し)、使用を促進	ロードマップの見直しを視野に、「平成32(2020)年度末までに80%以上」とする次期目標を策定し、使用を促進	グローバル視点の医薬品政策
国内における臨床研究・治験の活性化	ナショナルセンター等の疾患登録情報を活用した臨床開発インフラの整備		
流通改善・安定供給の確保	平成27(2015)年夏を目途に流通改善の提言とりまとめ	流通改善の提言に基づき、流通改善を推進	
基礎研究から実用化までの関係者の連携の強化	参加者を拡充した上で「官民対話」を開催		
国際展開・アウトバウンドの支援	平成27(2015)年6月を目途に「国際薬事規制調和戦略(仮称)」を策定	「国際薬事規制調和戦略(仮称)」に基づき医薬品・医療機器分野の国際的な規制調和・国際協力を戦略的かつ強力に推進	

各施策の工程表⑤

<医療・介護の産業化と国際貢献>

	～平成30(2018)年度	～平成32(2020)年度	～平成37(2025)年度
介護ロボット等の活用	ロボット新戦略(平成27年2月10日 日本経済再生本部決定)に基づき取組を推進		医療・介護の産業化と国際貢献
データヘルスにおける民間サービスの振興	保険者によるデータヘルス計画の中で実施を推進	計画の実施状況を踏まえて引き続き計画を推進	
高齢者に対する医療の食の支援	高齢者に対する医療の食の支援について検討		
新興国・途上国における政策形成及び人材育成の支援	平成27(2015)年度より医療政策等に係る有識者や医療従事者を諸外国へ派遣、諸外国からの研修生を受け入れる事業を開始		
国際薬事規制調和戦略(仮称)の策定(再掲)	平成27(2015)年6月を目途に「国際薬事規制調和戦略(仮称)」を策定	「国際薬事規制調和戦略(仮称)」に基づき医薬品・医療機器分野の国際的な規制調和・国際協力を戦略的かつ強力に推進	

その他の施策の展開

医薬品・医療機器・再生医療等製品におけるイノベーションの推進

従来の取組に加え以下のような施策を実施することにより、イノベーションの推進を更に加速する。

○国内における臨床研究・治験の活性化

- ・ ナショナルセンター等の疾患登録情報を活用した臨床開発インフラの整備

○価格におけるイノベーションの評価

- ・ 価格算定ルールにおける適切なイノベーションの評価

○流通改善・安定供給の確保

- ・ 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会を開催し、夏を目途に流通改善の提言をとりまとめ
- ※ 市場実勢価格を反映する我が国の薬価制度においては、医薬品の価値に見合った単品単価取引が推進されることがイノベーションの適正な評価の前提条件

○基礎研究から実用化までの関係者の連携の強化

- ・ 産業界と政府の対話の場である「官民対話」の参加者にAMED等を加えるなどにより、産官学の連携強化のための仕組みについて、一層の充実・強化を図る

○国際展開・アウトバウンドの支援

- ・ 「国際薬事規制調和戦略(仮称)」を策定し、医薬品・医療機器分野の国際的な規制調和・国際協力を戦略的かつ強力に推進(後述)

※臨床上の有用性の評価が定まっている使い慣れた基礎的医薬品(エッセンシャルドラッグ)については、将来にわたって安定的に継続して供給される環境を整備する。

※上記に加え、医療機器については、重点分野の設定、他産業が持つノウハウとのコラボレーションなども視野に入れ、産業の更なる発展を目指す。

医療・介護の産業化と国際貢献

＜医療・介護分野の産業振興＞

- データヘルスにおける民間サービスの振興
- 介護ロボット等の活用
- 医薬品・医療機器・再生医療等製品におけるイノベーションの推進
- 高齢者に対する医療の食の支援についての検討

＜保健・医療分野での国際貢献＞

- 高齢化に対応し健康寿命延伸を目指す我が国が、課題解決先進国として国際貢献。海外保健当局との協力関係を構築し、ASEANなど新興国・途上国における政策形成や人材育成を支援。(既に12か国と協力覚書を署名)

取組例: 我が国の公的医療保険制度に関する経験の共有

- ・ミャンマーのユニバーサルヘルスカバレッジ実現に向けた、日本の公的医療保険制度に関する研修(講義、自治体・病院等視察)(平成27年3月)
- ・ベトナム公的医療保険制度の着実な運用に向けた、日本の診療報酬制度に関するワークショップ(平成27年4月)

- 医薬品・医療機器分野の国際的な規制調和や国際協力を戦略的かつ強力に推進していくため、中長期的なビジョンや施策のプライオリティを明確化した、我が国の「国際薬事規制調和戦略(仮称)」を今後策定し、国際社会の保健衛生の向上に一層の貢献を図る。

子ども・子育て支援の質・量の充実を図るための財源確保

○子ども・子育て支援新制度による子育て支援の質と量の充実を図るため、内閣府等と連携して、消費税率10%引上げによる増収分とは別に、0.3兆円超の財源の確保に最大限取り組む。

ひとり親家庭等の自立に向けた支援の検討

○総理指示により、4月20日に世耕内閣官房副長官を議長とする関係府省会議が設置され、年末までに財源確保策も含めた政策パッケージを策定するため、夏を目途に充実策・財源確保の方向性がとりまとめられる予定。厚生労働省としても、ひとり親家庭等の自立に向けた支援の充実について、幅広く関係者の意見を聞きながら検討する。

生活困窮者支援に関する施策横断的対応の検討

○新たな生活困窮者自立支援制度を着実に実施しつつ、非正規雇用労働者や年収200万円以下の給与所得者の増加、単身世帯化といった経済社会の構造的な変化の中で、中高年期等の生活困窮が今後顕在化するおそれがあるのではないかとこの観点から、多角的な実態把握とともに、中長期的・施策横断的な対応を検討する。

障害福祉に関する総合的取組と見直しに向けた議論

○障害者が地域で安心して暮らすことができるように支援の充実を図るため、障害福祉サービスの充実や、就労支援、社会参加の促進等に総合的に取り組むとともに、来年予定されている障害者総合支援法の3年後見直しに向けた議論を進める。

参考

ドイツと日本の保険者



ドイツの保険者

○ドイツの保険者は、公法上の法人である疾病金庫

※主なものは、地域疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、農業疾病金庫、労働者代替金庫

○1992年の医療保険構造法(GSG)により、「被保険者による疾病金庫の選択」(1996年～)と「リスク構造調整」(1994年～)の仕組みを導入。これにより、疾病金庫の統合が加速。



日本の保険者(健康保険組合)

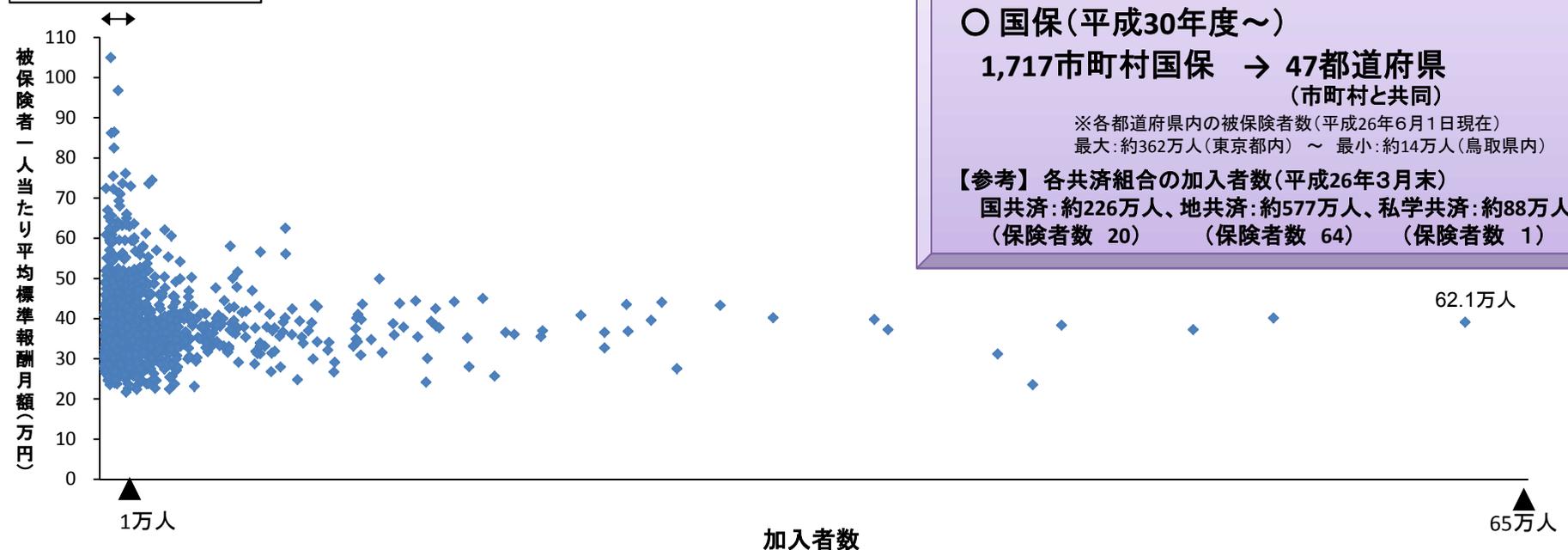
○日本の健康保険組合数は、平成27年4月現在で1,403組合

○加入者数1万人未満の組合が全体の58%(814組合)

※1組合当たりの加入者数の平均値:約2.1万人

中央値:約0.8万人

1万人未満814組合(58%)



<これまでの保険者の改革>

○協会けんぽ(平成20年度～)

1(政管健保) → 47都道府県支部
(財政運営単位)

※加入者数の規模(平成27年2月末)
最大:約393万人(東京支部) ~ 最小:約20万人(鳥取支部)

○国保(平成30年度～)

1,717市町村国保 → 47都道府県
(市町村と共同)

※各都道府県内の被保険者数(平成26年6月1日現在)
最大:約362万人(東京都内) ~ 最小:約14万人(鳥取県内)

【参考】各共済組合の加入者数(平成26年3月末)

国共済:約226万人、地共済:約577万人、私学共済:約88万人
(保険者数 20) (保険者数 64) (保険者数 1)

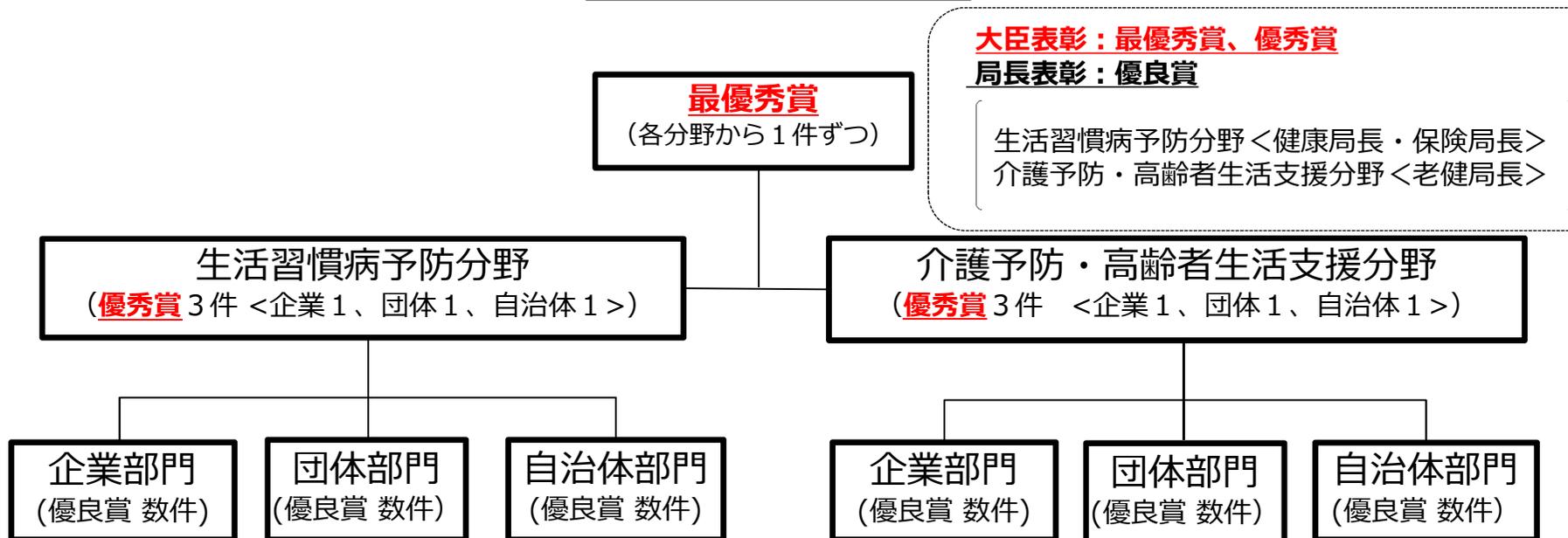
「健康寿命をのばそう!アワード」

概要：「健康寿命をのばそう!アワード」は、生活習慣病予防及び介護予防・高齢者生活支援への貢献に資する、特に優れた取組を行っている企業、団体、自治体（保険者を含む）を厚生労働省が表彰を行う制度（平成24年度から実施）。

目的：生活習慣病の予防推進及び個人の主体的な介護予防等の取組につながる活動の奨励・普及を図るとともに、企業、団体、自治体が一体となり、個人の主体的な取組とあいまって、あらゆる世代のすこやかな暮らしを支える良好な社会環境の構築を推進することを目的とする。

【平成26年度の表彰実績】

- 生活習慣病予防分野：**19企業・団体・自治体**
- 介護予防・高齢者生活支援分野：**10企業・団体・自治体**



予防・健康づくりに向けたインセンティブの取組支援 (データヘルス・サービス見本市)

- 医療保険者、企業、地方自治体等での個人の健康づくりを促す仕組を促進するため、
- ①各医療保険者と企業等とのマッチングを行う機会の提供(ヘルスケアフォーラム)
 - ②医療保険者のデータヘルスの取組を支援するポータルサイトの開設を行う。

①ヘルスケアフォーラム等の開催(平成26年度補正予算:1.2億円)

→各医療保険者による個人の健康づくりを促す仕組を促進するための情報交換や、企業とのマッチングの機会を提供

- ・先進的な医療保険者、企業、地方自治体等による取組事例の発表
- ・健康づくりの取組を実施している医療保険者、企業、地方自治体等との情報交換
- ・医療保険者と健康・予防サービスを提供する企業等とのマッチング

②ヘルスケアポータルサイトの開設(平成26年度補正予算:1.8億円)

→医療保険者と地方自治体や企業、大学等が保健事業を通じて連携を促進するための仕組づくりとして、保健事業のポータルサイトを開設

- ・保険者協議会を通じた都道府県単位の連携の仕組みづくり
- ・全国の医療保険者の取組事例を紹介
- ・個人の健康づくりを促すための情報を発信
- ・保険者評価によるインセンティブ付与を活用した保険者機能を強化する仕組を構築



【「データヘルスポータルサイト」イメージ図】14

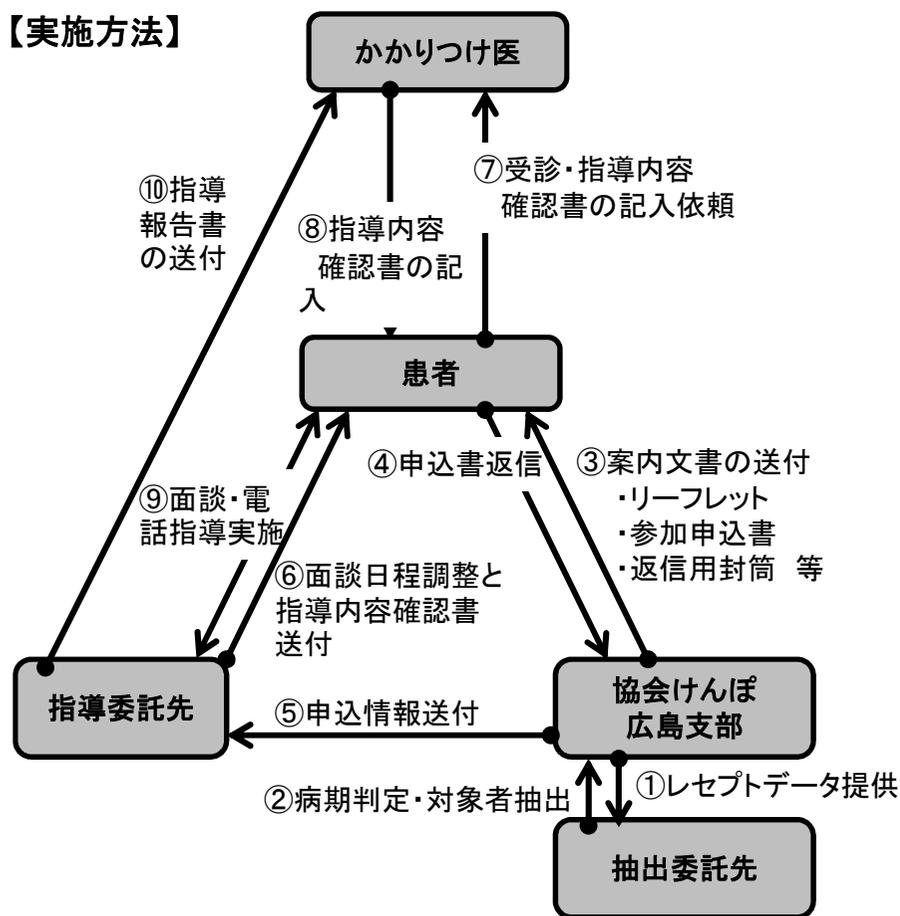
<糖尿病重症化予防事業（協会けんぽの例）>

協会けんぽ広島支部は、糖尿病で治療を受けている者の重症化(人工透析への移行等)を防ぐことを目的に、通院先の医療機関と保健指導委託先の看護師・保健師が協力・連携し、対象者の自己管理を促すよう、保健指導プログラムを提供している。

【対象者】

糖尿病を起因とする早期腎症期(2期)、顕性腎症期(3期)、腎不全期(4期)に該当する協会けんぽ広島支部の加入者。レセプトデータを委託業者に提供し、病期を判定した。(病名だけではなく投薬内容・検査項目内容から病期を推定)

【実施方法】



【指導方法】

参加者が医師から提供を受ける「指導内容確認書」に記載されたeGFR値および参加者からのヒアリング内容(知識・理解力等)を加味し、プログラム内容を決定。

	期間	病期	内容
23年度	12ヵ月プログラム	2期	面談1回、電話17回
		3～4期	面談3回、電話15回
24年度	6ヵ月プログラム	2期	面談2回、電話4回以上
		3～4期	面談2回以上、電話6回以上

【結果】

人工透析移行者数(平成25年11月時点)

		透析者数
23年度事業 (978名)	指導完了者 (61名)	0名
	中断者 (19名)	1名
	不参加者 (898名)	11名
24年度事業 (798名)	指導完了者 (79名)	0名
	中断者 (14名)	0名
	不参加者 (705名)	9名

広島県呉市国保の事例

○呉市地域総合チーム医療による重症化予防等の取組

- ・ 呉市国保のコーディネイトにより地域の多職種(医師会・歯科医師会・薬剤師会)の連携を進め、疾病管理・保健事業を実施

〈糖尿病性腎症重症化予防〉

- ・ レセプトから抽出した対象病名ごとに指導対象者を選定し、個別に保健指導プログラムを行うことにより重症化を予防。プログラム参加者の腎機能はほぼ維持され、血糖値(HbA1c)は改善。平成22年度から26年度まで延べ347名の参加者の中で人工透析を導入した者は3名のみ。

〈脳卒中再発予防〉

- ・ 脳卒中の再発予防・重症化予防のための患者に対する保健指導プログラムを地域総合チーム医療で提供。

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から26年3月までの通知者の82%が後発医薬品へ切り替え。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 重複受診者(同一月に同一疾患で、3医療機関以上受診している方)や、頻回受診者(一医療機関に一月当たり15日以上受診している方)に対して訪問指導を実施

※ 平成24年度における訪問指導の効果

(重複受診) 対象者: 47名 うち訪問指導実施者: 10人 効果額: 52万円

(頻回受診) 対象者: 530名 うち訪問指導実施者: 147人 効果額: 1,351万円

高齢者の虚弱（「フレイル」）について

「フレイル」とは 加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化

- ・食欲の低下
- ・活動量の低下(社会交流の減少)
- ・筋力低下
- ・認知機能低下
- ・多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候(老年症候群)

- ・低栄養
- ・転倒、サルコペニア
- ・尿失禁
- ・軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

身体的

精神的

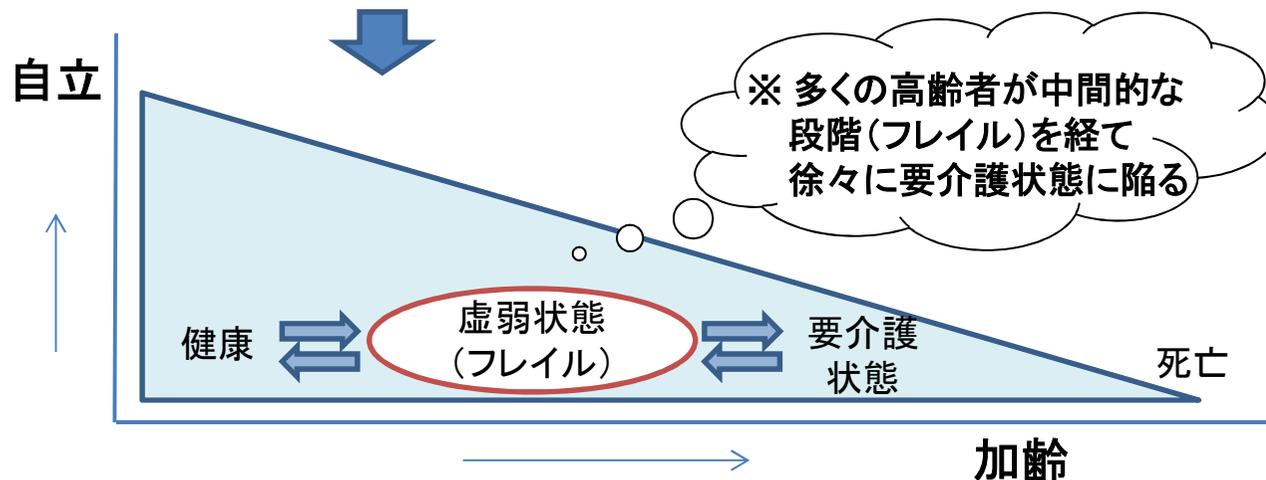
低栄養・転倒の増加
口腔機能低下

意欲・判断力や認知機能低下、うつ

フレイルは、適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

【今後の取組】

- 医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策の検討が必要。
- メタボ対策からフレイル対応への円滑な移行。



- ① フレイルの概念及び重要性の啓発
- ② フレイルに陥った高齢者の適切なアセスメント
- ③ 効果的・効率的な介入・支援のあり方
- ④ 多職種連携・地域包括ケアの推進

後期高齢者の保健事業の充実について

介護予防や認知症対策などに加え、高齢者のフレイル対策に資するよう、後期高齢者医療における保健事業についても、その取組の充実を図る。

[現状]

① 健康診査

- 全広域連合で実施。受診率は25.1%(H25年度)。市町村等に委託。
- 基本的に腹囲測定を除き特定健診(若年者)と同じ項目。

② 健診以外の保健事業

- 健診以外に、
 - ・歯科健診
 - ・重複・頻回受診者等への訪問指導
 - ・ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組 などを実施。

③ 保健事業の実施体制

- 35広域連合で保健事業実施計画を策定済(平成27年度中に全広域連合で策定予定)。

[充実の方向性]

- 生活習慣病等の重症化予防、心身機能の低下に伴う疾病の予防のため、高齢者の心身の特性に応じた保健指導等の実施を推進。

◎国保法等改正法案による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律

第125条 後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

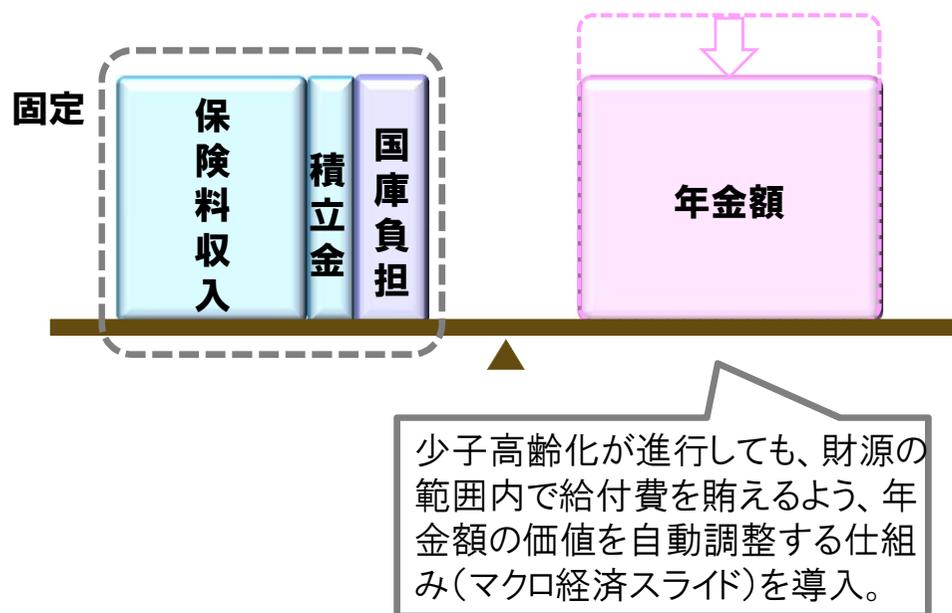
(平成28年4月1日施行)

- 平成28年度から、栄養、口腔、服薬などの面から、高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援をモデル実施。※効果検証を行い、平成30年度からの本格実施を目指す。
- 今年度、心身機能等の包括的なアセスメント手法、効果的な支援方法の研究を実施。
- 広域連合と介護保険の地域支援事業を行う市町村が連携を図るなど医療介護連携を推進。

公的年金制度の見直しに向けた検討

- 公的年金制度については、平成16年改正により、保険料の上限を固定し、その範囲内で給付水準を調整する仕組み（マクロ経済スライド）を導入しており、平成27年4月よりマクロ経済スライドが発動。したがって、年金の給付費は、将来にわたって対GDP比で概ね一定。
- 平成26年の財政検証結果や、社会保障審議会年金部会における議論の整理（平成27年1月21日）等を踏まえ、年金制度を支える経済社会の発展（特に労働参加の促進）へ寄与するとともに、それを通じて、年金制度の持続可能性を高め、将来世代の給付水準の確保等を図るという観点から、以下の事項について見直しを検討。

<平成16年改正後の財政フレーム>



<検討項目>

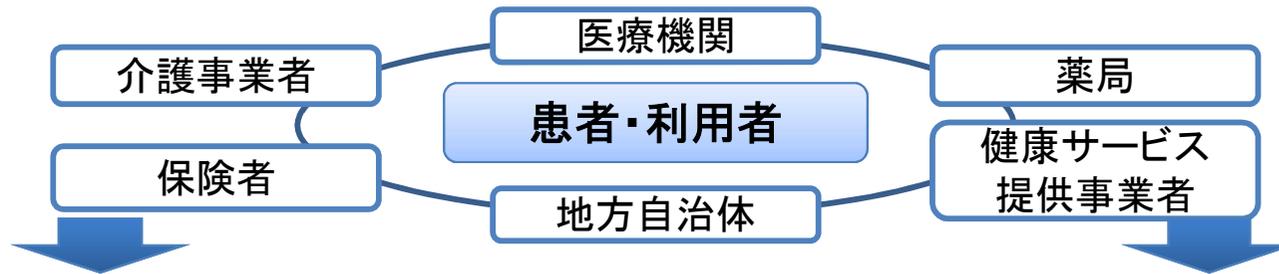
- ・短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進
- ・年金額の改定ルールの見直し
 - (1)物価 > 賃金 のときは賃金に合わせることを徹底
 - (2)マクロ経済スライドの見直し
- ・国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料の取扱い

社会保障に関する主な論点について

平成27年6月10日
塩崎臨時議員提出資料

健康関連産業の活性化

地域包括ケアシステムの構築とともに、健康関連産業の活性化を図るため、医療・介護事業者のみならず、多様な主体が連携してサービス提供ができるよう施策を展開



医療保険者、企業、地方自治体等での個人の健康づくりを促す仕組みの促進

- データヘルス事業を受託し、データ分析・企画・保健事業等を行う民間事業者の活用・育成を図るため、医療保険者と事業者とのマッチングを行う機会を提供（ヘルスケアフォーラム）
- 医療保険者のデータヘルスの取組を支援するポータルサイトを開設（先進的な取組事例の紹介、データヘルス事業を受託する民間事業者の紹介等）
- 健康増進に向けた優れた取組を行う企業、団体、自治体に対して表彰を実施
- 高齢者の虚弱（フレイル）に対する総合対策について、栄養指導や、食の支援等、多様な主体による取組を推進

医療法人や医療関係職種の活躍の場の拡大

- 医療法人は、非営利法人として、病院等の業務に附帯し、疾病予防運動施設（フィットネス等）、疾病予防温泉利用施設（スパ等）、配食サービスを実施可能（一定の条件あり）
- 本来業務・附帯業務としての医療・健康増進関連サービスの実施について関係者のニーズ等に基づき柔軟に対応
- チーム医療を推進し、在宅医療等を担う看護師を計画的に養成するため法改正を行い、本年10月より特定行為に係る看護師の研修制度を施行予定であり、普及を図る。
- 看護師・薬剤師はその技能、知識を活かした健康相談等のサービスを実施可能
- グリーゾーン解消制度※の枠組みに沿った迅速な対応
看護師・薬剤師が民間の健康サービスでより活躍できるよう関係者のニーズに基づき迅速に対応
- ※ これまで簡易な検査（測定）など事業者ニーズが高い事業を類型化してガイドラインを作成
- 薬剤師による健康づくりの好事例の周知
薬局・薬剤師を活用した健康づくりのモデル事業における薬剤師の積極的関与の好事例を収集し、周知を図る。

「見える化」と地域差の是正①

「見える化」の枠組み

医療の「見える化」

病床機能報告制度のデータ、レセプト・特定健診等のNDBデータ、DPCデータ、病院報告、患者調査等の統計データなどを活用

○病床機能報告制度・地域医療構想

- 医療機関が、現在の病床機能と今後の方向性を病棟単位で都道府県に報告。都道府県が、**地域ごとに各病床機能の医療需要及び将来の必要病床数**を含む地域医療構想を策定し、病床の機能分化・連携を推進。
- 地域医療構想等を踏まえ、**医師・看護職員等の需給を見直し、地域定着対策を推進。**

○医療費適正化計画（地域ごとの医療費等）

- 医療費適正化計画の策定を通じて、**地域ごとの医療費、医療費目標、医療費適正化に向けた取組状況等**を明らかにし、**地域差の要因分析、医療費適正化効果のエビデンスの提示等**を実施。

○データヘルス（レセプト・健診情報等を活用した保健事業）

- 保険者が策定する**データヘルスの計画**を把握・分析し、**保険者ごとの取組状況等**を明らかにする。

住民負担の「見える化」

○国保における標準保険料率

- 国保の財政運営が都道府県に移行した後、**地域ごとの医療費水準が反映された標準保険料率**を提示。

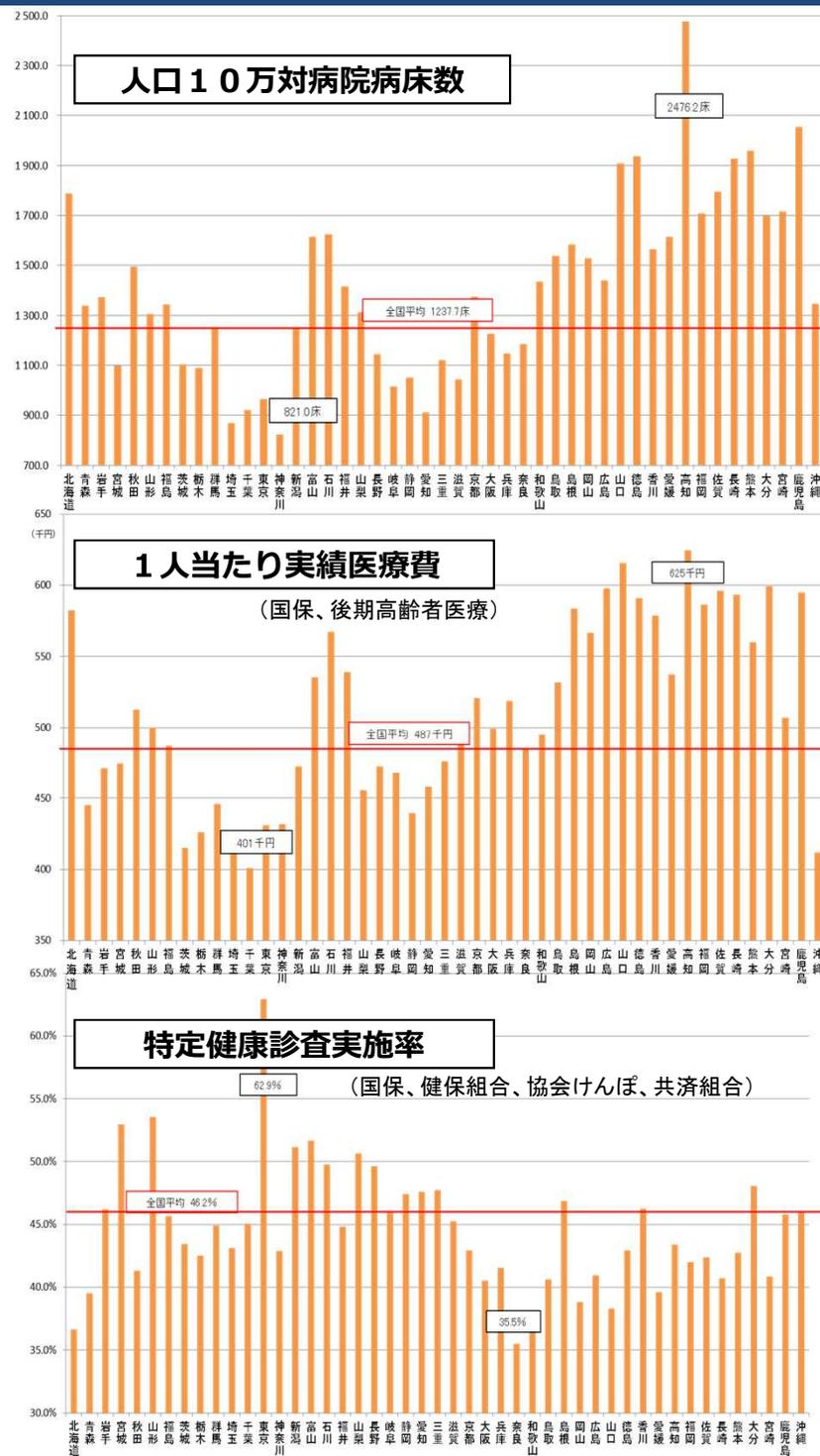
分析項目（都道府県別、二次医療圏別、市町村別、保険者別など）

○医療提供体制〔**病床数、将来の必要病床数、平均在院日数、疾病別患者数、後発医薬品の使用割合、重複受診・投与の状況**等〕

○予防・健康づくり〔**特定健診・保健指導の実施率、メタボ該当者数、重症化予防(糖尿病性腎症・脳卒中・心筋梗塞等)の取組状況**等〕

○医療費〔**入院・外来別、病床種別、性・年齢別、疾患別**等〕

赤枠は、新たに「見える化」する項目



「見える化」と地域差の是正②

～平成29(2017)年度

平成30(2018)年度～

「見える化」の推進

地域医療構想を策定し、病床機能の分化・連携を推進

(①調整会議の開催、②基金の効果的な活用、
⇒調整会議における協議だけでは進まない場合には、③知事による要請・指示等(※))
※要請・指示等に従わない場合・・・(要請の場合は勧告した上で)医療機関名の公表、
地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し 等

医療費適正化計画(平成30(2018)年度改訂予定)の前倒し・加速化

保険者努力支援制度の趣旨を前倒しで実施(現行補助に反映)

都道府県による国保の財政運営開始
(都道府県が提供体制と保険制度の両面から責任を果たす体制を確立)

医療計画と介護保険事業(支援)計画の同時策定

地域において患者
ニーズにあった機能
別の病床数の実現

都道府県ごとの医療
費目標を設定し、
PDCAサイクルを強化

インセンティブの強化

- ・医療費適正化に積極的に取り組む保険者、自治体を重点的に支援
- ・健康産業の拡大に向けた好事例の横展開を進めるプラットフォームに協力

地域差の是正

インセンティブの強化

○保険者へのインセンティブ

	健保組合 共済組合	協会けんぽ	国保 (都道府県・市町村)	後期高齢者 医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加減算制度を見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設(現行補助に趣旨反映)	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
時期	平成27(2015)年度から新たな指標を検討し、順次実施			
指標	特定健診・保健指導の実施率、後発医薬品の使用割合、データヘルスの指標等を活用(各制度の特性を踏まえながら検討)			

○医療提供者へのインセンティブ

- [平成28(2016)年度診療報酬改定で検討]
- ・病床の機能に応じた評価(高度急性期、急性期、回復期、慢性期等)
 - ・かかりつけ医、かかりつけ薬局の評価
 - ・いわゆる門前薬局に対する評価の見直し
 - ・後発医薬品の使用促進

○個人へのインセンティブ

- ・保険者によるヘルスケアポイントの導入、保険料への支援(平成27(2015)年度中にガイドライン作成)

後発医薬品の使用の飛躍的加速化・医薬品産業の底上げ

従来の取組(主なもの)

- 平成18年度
 - ・処方せん様式の変更（「変更可」のチェック欄を設ける）
- 平成19年度
 - ・アクションプログラム（H24年度までに30%以上:5年計画）
- 平成20年度
 - ・処方せん様式の変更（「変更可」を原則にする）
 - ・保険薬局における調剤体制加算の導入
- 平成24年度
 - ・処方せん様式の見直し（医薬品ごとに変更可否を明示）
- 平成25年度
 - ・ロードマップ（H30年3月末までに60%以上:5年計画）

後発品の使用状況

- 使用促進策により、後発品シェアの上昇速度は早まっている。
 - 平成17年9月-23年9月の**6年間で7.4%増**
 - 平成23年9月-25年9月の**2年間で7.0%増**
- 平成26年の診療報酬改定により、更に加速化。保険薬局の調剤レセプトのデータでは、平成27年1月に58.4%に到達（**1年間で9.0%増**）

新目標(5月26日)の基本的考え方

- **現行目標は、達成時期を1年前倒し**（平成28(2016)年度末までに60%以上）
- **新目標は、スタートを1年、達成目標年次を2年前倒し**（2017-20年度）
 - ※ 本来ならH30(2018)-34(2022)年度の5年計画

加速化に向けた今後の取組

国民への良質な医薬品の安定供給

イノベーションと安価な医薬品の迅速かつ安定した供給

医療費の効率化

- ・国民負担の軽減
- ・量の適正化
- ・価格の適正化 等

産業の競争力強化

- ・我が国の基幹成長産業としての成長実現戦略の推進
- ・後発医薬品産業の健全な発展 等

後発目標達成加速化に向けた主な取組(例)

(1) 医療費適正化

- ① 後発品使用の加速化【国民負担の軽減】
- ② 多剤・重複投与の適正化【量の適正化】
- ③ 後発品価格の適正化【価格の適正化】

(2) 後発品製造推進の環境整備

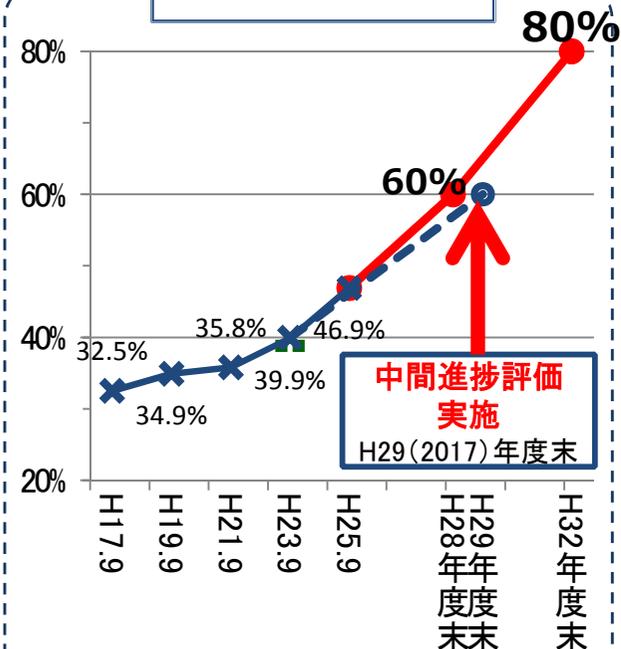
質の高い製品の安定供給、更なる投資加速化等の観点から、複数企業による共同開発品の取扱やコスト増要因となる規格揃えの見直し等を検討。

(3) 総合戦略

成長戦略の柱である「創薬型医薬品産業の発展」と「後発品の数量シェア80%達成」との両立には、医薬品産業全体の底上げが不可欠。

このため、価格面でのイノベーションの評価、将来にわたり安定的に基礎的医薬品を継続供給できる環境整備等、製薬産業の競争力強化に向けた緊急的・集中実施的な総合戦略を本年夏に策定。

新目標の取扱い



新目標：平成32(2020)年度末までに80%以上

※ 平成29(2017)年度末に進捗評価を行い、状況に応じて達成時期の前倒しを検討する。

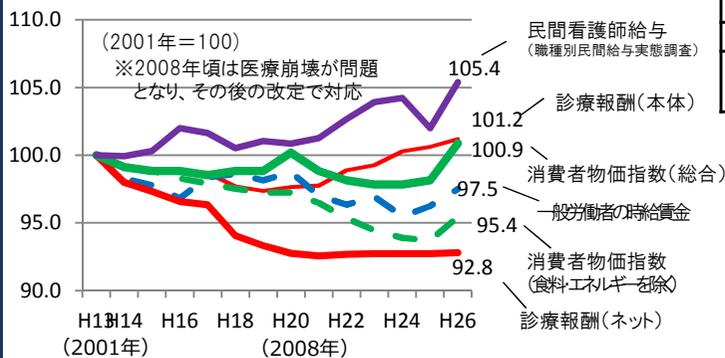
診療報酬・薬価の在り方等①

診療報酬の水準

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

診療報酬と賃金・物価の水準

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



診療報酬改定率の推移

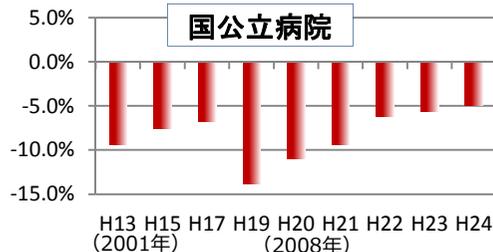
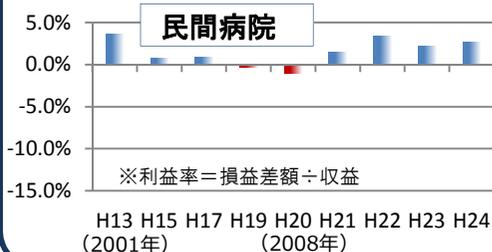
	H14	H16	H18
診療報酬(本体)	▲1.3	±0	▲1.36
薬価等	▲1.4	▲1.0	▲1.8
診療報酬(ネット)	▲2.7	▲1.0	▲3.16

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

※H26の括弧内は、消費税対応の改定分

民間病院・国公立病院の利益率 (医療経済実態調査)

・診療報酬の改定に際して、医療機関の収支状況の調査を実施。



費用対効果評価の導入

○導入に向けた考え方

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

H27夏(目途) H28年度(目途)



○体制の確保

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

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

調剤技術料等の適正化

○調剤報酬の見直しの考え方

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

○患者本位の医薬分業の実現

- ・患者にとってメリットが実感できる、かかりつけ薬局(服用薬等の患者情報の一元管理、在宅を訪問して服薬管理・指導などを実施)を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進。
- ・これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上するほか、医療費の適正化にもつながる。

薬価の毎年改定

- ・ 市場実勢価格に応じた薬価の見直しは重要であるが、薬価の毎年改定については、創薬意欲への影響、流通現場への影響、薬価調査・改定コスト等の課題を踏まえた検討が必要。
- ・ 流通実態の把握、流通改善、適切な市場実勢価格の把握等に努める。具体的には、本年夏に「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」で報告書を取りまとめ、長期にわたる未妥結・仮納入の改善、単品単価取引の推進等に取り組むとともに、平成28(2016)年度改定に向けて、中医協において、いわゆる未妥結減算制度のあり方等について検討。

保険償還額の後発医薬品価格に基づく設定

- ・ 後発医薬品の使用促進の観点から、診療報酬制度について、以下の取組を実施。
 - ①後発医薬品の使用割合が高い医療機関、調剤割合が高い薬局について、その割合に応じて評価(平成26(2014)年度改定で、DPC病院も新たに評価を実施)
 - ②初めて薬価収載する後発医薬品は、先発品の薬価の60%(10品目を超える内用薬は50%)で算定。薬価改定時に、3つの価格帯に集約(平成26(2014)年度改定)
- ・ 保険償還額を後発医薬品価格に基づき設定することについては、先発品使用時の負担増への国民の理解が得られるか、製薬企業の投資回収期間が短くなり、イノベーションが進まなくなるといった課題を踏まえた検討が必要。

市販品類似薬の保険除外

- ・ 残薬削減等の観点から、平成28(2016)年度改定に向けて、中医協において、市販品類似薬を含めた医薬品の適正給付について検討。

介護事業の見直し

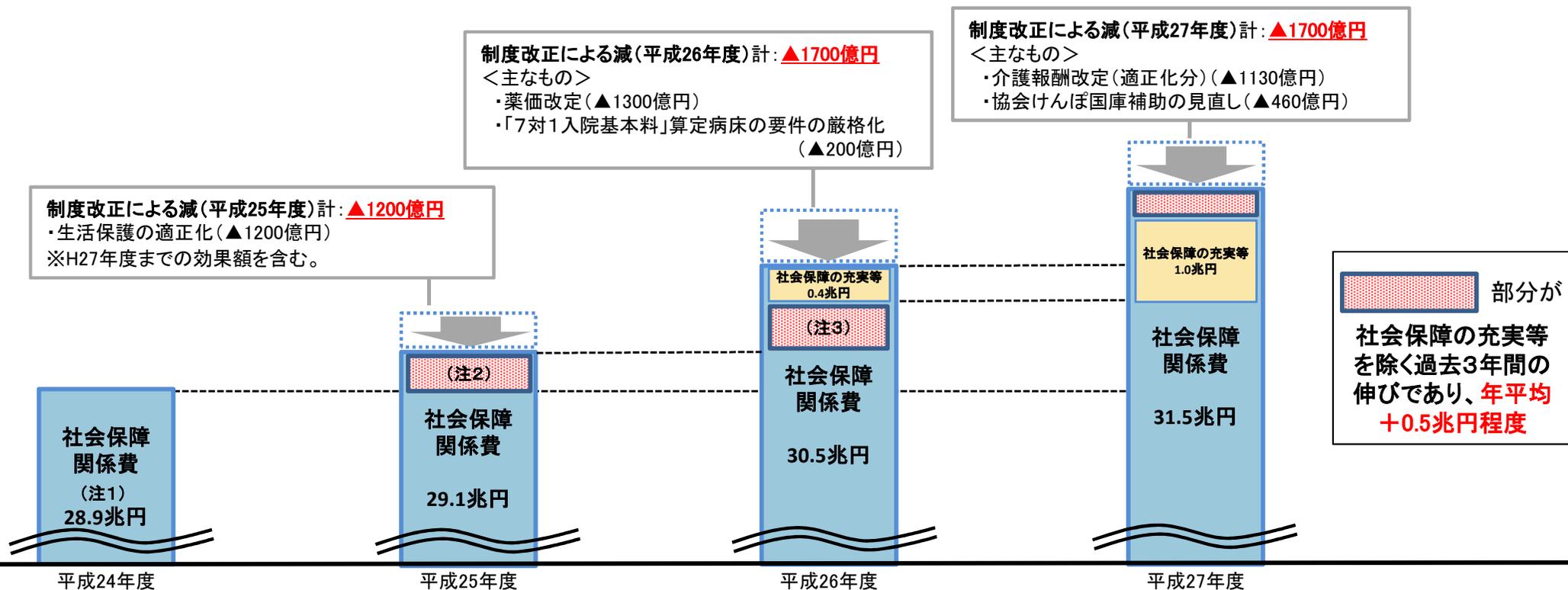
- ・ 昨年の介護保険法改正に基づき、要支援者の訪問介護・通所介護を見直し、平成29(2017)年4月から全市町村で、多様な担い手による多様なサービスで行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行。円滑な移行に向けて市町村を支援。
- ・ 介護予防や住民主体の活動の取組等が進んでいる自治体で要介護認定率が低下しているとのデータもあることから、効果が出ている自治体の取組の全国展開、「見える化」システムの強化による介護予防等の更なる推進、地域ケア会議等を活用した自立支援に資するケアマネジメント支援等を進める。
- ・ これらに加え、今後の制度改正でどのような対応が可能か検討していく。

介護サービスの効率化

- ・ 効率的・効果的な介護サービスの提供を推進する観点から、平成27(2015)年度介護報酬改定に併せて人員や設備基準の見直しを実施。
- ・ 今後も必要な見直しを行い、効率的な事業運営を推進。

社会保障関係費の伸びについて

- 過去3年間の社会保障関係費は、経済雇用情勢の改善等に加え、**国民の理解を得ながら厳しい制度改革を行うことにより、年平均0.5兆円程度の伸びに抑制**。*制度改革による減の影響を除いた場合、これに加え年平均+0.15兆円程度の伸び。
- 社会保障制度の健全な運営を維持していくためには、経済成長に伴う物価、賃金の上昇や技術革新への対応、障害者関係費等の高齢化以外の理由による伸びに相当する分の確保が不可欠。
今後5年間の社会保障関係費の伸びについて、「**高齢化による伸び相当の範囲内**」という水準ありきの基準を定める場合、これらの不可欠な伸びは一切考慮されず、その確保のために、高齢化による増加分を機械的に削減しなければならなくなる。
- 社会保障関係の制度改革は、国民生活に大きな影響を与えるため、**国民の理解を得ながら丁寧に進めることが必要**。



(注1)年金国庫負担2分の1ベースの予算額。
 (注2)基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。
 (注3)高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。



ひと、暮らし、みらいのために

厚生労働省

Ministry of Health Labour and Welfare

社会保障に関する主な論点について (参考資料)

平成27年6月10日
塩崎臨時議員提出資料

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(1) 社会保障サービスの産業化促進

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>① マイナンバーも活用して医療関連データを利用できる環境を早期に整備。</p>	<p>情報連携のためのICT基盤の構築 (p6)</p>	<p>医療関連データの一層の利活用による医療サービスの質の向上に向けて基盤整備を推進。(5月29日産業競争力会議厚労省提案)</p> <p>1. 医療等分野の番号導入</p> <p>①個人番号カードに健康保険証の機能を持たせ、医療機関等の事務を効率化 【平成29(2017)年7月以降できるだけ早期】</p> <p>②医療連携や研究に利用可能な番号を導入。これにより医療機関や研究機関での患者データの共有や追跡が効率化し医療連携や研究が推進 【平成30(2018)年度から段階的運用、平成32(2020)年本格運用を目指す】</p> <p>2. 医療機関のデータのデジタル化+地域の医療機関間のネットワーク化</p> <p>①医療情報連携ネットワークの全国への普及展開 【平成30(2018)年度まで】</p> <p>②電子カルテを導入している一般病院(400床以上)の拡大 【平成23(2011)年度57%→平成29(2017)年度80%、平成32(2020)年度90%(高度急性期、急性期病院は100%を目指す)】</p> <p>3. 医療データの利用拡大のための基盤整備</p> <p>①電子カルテデータの標準化の環境整備【平成32(2020)年度までに実施】異なる医療機関からのデータの集積、比較分析、データの共有が効率化し、研究開発・安全対策等が推進される。</p> <p>②医療情報の各種データベース事業の拡充・相互利用。医療に関する様々なデータの集積や、多様な分析が推進され、医療の質の向上、コスト・経営の効率化、研究開発を推進。 【平成27(2015)年度からさらなる研究事業等を実施し、平成32(2020)年度を目標に基盤整備を進める】</p>

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(1) 社会保障サービスの産業化促進

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>② 医療機関等と民間事業者の連携促進にむけ、一般医療法人に特定の営利性業務を本務として解禁。</p>	<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療法人については、非営利法人として病院等の業務を本来業務としながら、これまでも附帯業務として、疾病予防運動施設（フィットネス等）、疾病予防温泉利用施設（スパ等）、配食サービスも実施可能としている（一定の条件あり）。 ○ 民間事業との連携促進の観点も踏まえ、本来業務・附帯業務としての医療・健康増進関連サービスの実施について関係者のニーズ等に基づき柔軟に対応してまいりたい。
<p>③ 民間の健康サービスへの関与を拡大するため、薬剤師・看護師等の業務の範囲拡大。</p>	<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 民間の健康サービスにおいて、看護師はその技能、知識等を活かした食事・ダイエット等を含む健康相談、食事介助や移送サービス等を実施可能。 ○ また、薬剤師についても、同様に、民間の健康サービスを提供することが可能。 ○ 今後もグレーゾーン解消制度も活用しながら、看護師・薬剤師が民間の健康サービスで活躍できるよう努力してまいりたい。

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(2) インセンティブを強化する仕組み作り

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>① 保険者努力支援制度、後期高齢者支援金加減算制度の仕組みを大胆に見直し、アウトカム指標に基づく配分を強化。</p>	<p>○ 平成27 (2015) 年度から後発医薬品の使用促進・重症化予防など、後期高齢者支援金の加算・減算制度の新たな指標等を検討。(P5)</p> <p>○ 保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映。(P6)</p>	<p>—</p>
<p>②-1 ヘルスケアポイントの付与、保険料の傾斜設定の導入等により、疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用促進、適切な受診行動を支援。</p>	<p>○ 個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じてヘルスケアポイントを付与(保険料への支援も推進)。平成27 (2015) 年度にガイドライン策定・周知。(P5)</p>	<p>—</p>
<p>②-2 介護保険についても、要介護認定率や一人当たり給付費の地域差がより保険料水準に反映される仕組みを構築することにより、保険者による介護予防に向けた取組を推進。</p>	<p>介護保険については「見える化」等による介護予防等の更なる推進を行う。(P5)</p>	<p>○ 介護保険は、地域における認定率等が反映された給付費の差が直接保険料に反映される仕組みとなっている。</p> <p>○ 介護予防や住民主体の活動の取組等が進んでいる自治体で認定率が低下しているとのデータもあることから、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・効果が出ている自治体の取組の全国展開 ・「見える化」システムの強化による介護予防等の更なる推進 ・新たな総合事業による住民主体の取組の推進 ・地域ケア会議等を活用した自立支援に資するケアマネジメント支援 <p>等を行うとともに市町村に対する支援の強化について検討</p>

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(2) インセンティブを強化する仕組み作り

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>③ 病床再編促進のため、診療報酬体系を平成28(2016)年度から大胆に見直す。加えて、基金の配分や国民健康保険の財政支援制度についても、改革を行う自治体へ重点配分。また、医療費適正化の改革が進まない地域における診療報酬の引下げも活用。</p>	<p>(国民健康保険の財政支援制度)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映。 (P 6) 	<p>(診療報酬)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の病床が多い一方、回復期の病床が少ないと指摘されており、病床の機能分化・連携を更に進める必要があると認識。 ○ 平成28(2016)年度改定に向けて、中医協において、 <ul style="list-style-type: none"> ・急性期から慢性期までの病床機能の明確化、それらの機能に合わせた評価の推進 ・患者の状態像に応じた適切な在宅医療の評価の推進等について検討していく。 <p>(基金の配分)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療介護総合確保基金については、都道府県の要望を踏まえつつ、病床の機能分化・連携に資する事業に重点的に配分する。

(3) 地域差の「見える化」と報酬の見直し等による病床適正化

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>① 都道府県別の医療提供体制の差をデータ分析により一層「見える化」。併せて、大胆な病床再編を可能とする県の権限を強化。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が提供体制と保険制度の両面から責任を果たす体制の確立 ○ 地域医療構想の策定支援 (P 6) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療構想ガイドラインにおいて、データに基づく客観的な医療需要を算定し、それを前提とした医療提供体制を構築することとした(療養病床の入院受療率の地域差を縮小する目標の設定を含む)。 ○ 県の権限については、先般の法改正により、過剰な医療機能への転換防止の要請等の権限を新たに設けたところである。地域医療構想の達成に向けて、都道府県が医療機関の自主的な取組を促進しつつ、適切な役割を発揮できるよう、国としても支援していく。

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(3) 地域差の「見える化」と報酬の見直し等による病床適正化

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>②-1 標準的な外来医療費を算出して医療費適正化計画に反映し、頻回受診や過剰投薬等を排除する仕組みを構築。</p>	<p>(医療費適正化計画)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 適正化指標の精緻化・「見える化」手法による地域差縮小など。医療費適正化計画を平成30年度改定から前倒し・加速化。(P6) (頻回受診や過剰投薬) ○ 保険者におけるレセプトデータ等を活用した重複受診等を防止するための保健指導等も推進。(P5) ○ 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的・継続的な薬学的管理を実施。多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能。(P7) 	<p>(医療費適正化計画)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外来医療費について、後発医薬品の使用割合、重複受診・投与など、地域差の「見える化」を進め、医療費適正化計画に反映。
<p>②-2 かかりつけ医の普及等により、効果的な医療サービス提供のインセンティブになるよう、窓口負担の仕組みを工夫。</p>	<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 紹介状なしで大病院を受診する際の定額負担を導入し、かかりつけ医と大病院に係る外来の機能分化を推進。(平成28(2016)年度から実施) ○ さらにかかりつけ医の普及を進める観点や、患者負担のあり方の観点などから、どのような取組が適切か検討。
<p>③ 都道府県はKPI(病床数、平均在院日数等)を定め、国は平成30(2018)年度の間評価段階での取組状況を評価し、結果を国から地方への財政移転の配分に反映。</p>	<p>(医療費適正化計画)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療構想の策定支援、医療費適正化計画の前倒し・加速化。適正化指標の精緻化・「見える化」手法による地域差縮小など。平成30(2018)年度改定を前倒し。 (国民健康保険の財政支援制度) ○ 保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映。(P6) 	<p>—</p>

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(4) 資産・遺産の社会還元促進と所得や資産に応じた負担

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>②-1 高額療養費制度等について、年齢ではなく所得や資産等の経済力に基づき負担を求める仕組みに転換。</p>	<p>○負担能力に応じた公平な負担</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーの活用等による資産の網羅的な把握に向けた環境整備と相まった、負担の仕組みにおける資産の勘案について検討。 ・上記を含め、負担能力に応じた公平な負担へ (P10) 	<p>○ 負担の公平化の観点から、高齢者の負担について、以下の取組を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①70歳から74歳の窓口負担について、平成26(2014)年4月以降に新たに70歳になる人から2割に引上げ ②75歳以上の高齢者の保険料軽減特例について、平成29(2017)年度から原則的に本則に戻すこととしており、今後、激変緩和措置の内容を検討 <p>○ 高額療養費の見直しについては、医療費が大きくなるという高齢者の特性から、必要な受診の抑制を招かないかなどの観点を踏まえた検討が必要。</p>
<p>②-2 介護保険の自己負担上限や2割負担対象者の範囲の見直し。</p>		<p>○ 平成26(2014)年の介護保険法改正に基づき、平成27(2015)年8月から、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の自己負担について2割負担の導入(一定以上所得者)、自己負担上限の引上げ(現役並み所得者に相当する者) ・特別養護老人ホーム等に入所する低所得者向けの食費・居住費に関する給付(補足給付)について、預貯金等の保有状況を考慮して負担能力を判定する仕組みの導入を実施することとなっている。これに加え、今後の制度改革でどのような対応が可能か検討していく。

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(4) 資産・遺産の社会還元促進と所得や資産に応じた負担

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>②-3 マイナンバーの活用を前提に金融資産等の保有状況も考慮した負担能力を判定する仕組みへの転換</p>	<p>○負担能力に応じた公平な負担</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マイナンバーの活用等による資産の網羅的な把握に向けた環境整備と相まった、負担の仕組みにおける資産の勘案について検討。 ・ 上記を含め、負担能力に応じた公平な負担へ (P10) 	<p>○ 内閣官房におけるマイナンバーの利用範囲の拡大に関する検討状況を踏まえつつ検討。</p> <p>※ 現在国会に提出されているマイナンバー法の改正法案では、銀行の預貯金口座にマイナンバーを付し、社会保障給付の支給等に係る資力調査に利用することが盛り込まれているが、口座へのマイナンバーの付番は顧客の任意によるものとされている。</p>
<p>②-4 高所得者の基礎年金国庫負担相当分の年金給付の支給停止</p>		<p>○ 社会保障・税一体改革の際に、三党協議の結果、規定が削除され、その後開催された社会保障制度改革国民会議において、税制での対応、各種社会保障制度における保険料負担、自己負担など様々な方法を検討すべきと整理されている。</p> <p>○ その上で、この問題については、社会保障制度改革国民会議の報告でも言及されているように、世代内の再分配機能の強化の観点から検討すべき課題と認識。</p>

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(5) 保険収載範囲の見直し

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>①-1 中医協の費用対効果評価専門部会の機能を拡充・強化し、医薬品や技術等の保険収載の適切な事前評価、既収載品の検証を早期に本格導入。</p>	<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 費用対効果評価について、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、平成28(2016)年度を目途に試行的に導入することに向けて、中医協で議論中。 ○ できるだけ早く本格的に導入できるよう、関係者の意見を聞きながら、精力的に議論を進めていく。 ○ 平成26年10月に保険局医療課に「医療技術評価推進室」を12名体制で設け、さらに平成27年10月に3名の定員増を行う予定。今後も、必要な体制の確保に努めていく。
<p>①-2 医療機関に対する第三者評価を制度的に原則化。</p>	<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関に対する第三者機関による機能評価認定については、実施者である公益財団法人日本医療機能評価機構の意見も聴きながら、その推進等のあり方について、検討する。
<p>② 後発医薬品の利用率目標を平成29(2017)年度末までに80~90%程度に引上げ。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品の使用促進を更に強化するため、現行の数量シェア目標の達成時期を1年前倒して「平成28(2016)年度末までに60%以上」とし、さらに、ロードマップの見直しを視野に、「平成32(2020)年度末までに80%以上」とする次期目標を新たに定める。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「国民への医薬品の安定供給の確保」、「医療費の効率化」、「産業の競争力強化」という複数の視点からの総合的な検討が必要。 ○ 後発医薬品企業が生産体制の強化で対応し得ると想定される規模、研究開発への投資を行っている企業や医薬品卸売業への影響を踏まえると、現時点では「平成32(2020)年度末までに80%以上」というのが適切で意欲的な目標。ただし、2017年度末に進捗評価を行い、状況に応じて達成時期の前倒しを検討する。 ○ 併せて、取り巻く環境の変化に対応し、医薬品産業を全体として底上げするため、緊急的・集中実施的な総合的な戦略を本年夏に策定する。

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(5) 保険収載範囲の見直し

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>③-1 平成30 (2018)年度から保険償還額を後発医薬品価格に基づき設定。</p>	<p>—</p>	<p>(保険償還額の後発医薬品価格に基づく設定)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 後発医薬品の使用促進等の観点から、診療報酬制度について、以下の取組を実施。 <ul style="list-style-type: none"> ①後発医薬品の使用割合が高い医療機関、調剤割合が高い薬局について、その割合に応じた評価(平成26(2014)年度改定において、DPC病院でも新たに評価を実施) ②初めて薬価収載する後発医薬品は、先発品の薬価の60%(10品目を超える内用薬は50%)で算定。薬価改定時には、3つの価格帯に集約(平成26(2014)年度改定) ③後発医薬品への置換えが進まない先発品は、薬価改定ごとに、市場実勢価格からさらに追加的に引き下げる制度を導入(平成26(2014)年度改定) ○ 保険償還額を後発医薬品価格に基づき設定することについては、先発品使用時の負担増への国民の理解が得られるか、製薬企業の投資回収期間が短くなり、イノベーションが進まなくなるか等を踏まえた検討が必要。

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(5) 保険収載範囲の見直し

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>③ー2 スイッチOTCが認められた医療用医薬品を含む市販類似薬は保険から除外。</p> <p>※ 財政制度等審議会の建議(平成27年6月1日)では、「シップ、目薬、ビタミン剤、うがい薬やいわゆる漢方薬」が例示されている。</p>	<p>—</p>	<p>(市販類似薬の保険除外)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療費適正化の観点から、以下の取組を実施。 <ul style="list-style-type: none"> ① ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与は医療保険の対象外(平成24(2012)年度改定) ② 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方 は医療保険の対象外(平成26(2014)年度改定) ○ 残薬削減等の観点から、平成28(2016)年度改定に向けて、中医協において、市販品類似薬を含めた医薬品の適正給付について検討していく。 ○ 市販類似薬の保険除外については、 <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の負担増に国民の理解を得られるか ・ 有効成分が同じ市販薬があっても、適応の範囲、用法・用量等が異なり、必要な医療が提供できなくなる ・ かえってより高額な薬剤が使用される ・ 製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇する ・ 漢方薬については、市販薬の有効成分が医療用の半量程度となっており、それらを使用する患者の負担が増えることになる <p>などの観点を踏まえた検討が必要。</p>

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(5) 保険収載範囲の見直し

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>④ 介護保険における軽度者の生活援助等は、保険給付のあり方を抜本的見直し。通所介護等、その他の支援は、次期介護事業計画（平成30（2018）年4月～）より、自治体事業（保険財源による地域支援事業）で実施する枠組みへ全面的に移行し、事業を請け負う企業等の創意工夫と競争を促進。</p>	<p>—</p>	<p>○ 平成26（2014）年の介護保険法改正に基づき、要支援者に対する訪問介護・通所介護の保険給付を見直し、平成29（2017）年4月から全ての市町村で、多様な担い手による多様なサービスで行う介護予防・日常生活支援総合事業に移行することとしており、先進事例を収集、分析するとともに、市町村職員に対する説明会を開催すること等により円滑な移行を促進。これに加え、今後の制度改正でどのような対応が可能か検討していく。</p>

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(6) 効率化に向けたその他の取組

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>① 医薬品の取引慣行の改善を進めつつ、市場実勢を踏まえた適切な薬価改定を毎年実行。薬価改定による既存医薬品の価格下落は確実に国民へ還元。</p>	<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 市場実勢価格に応じた薬価の見直しは重要であるが、薬価の毎年改定は、創薬意欲への影響、流通現場への影響、薬価調査・改定のコスト等の課題を踏まえた検討が必要。 ○ 流通実態の把握、流通改善、適切な市場実勢価格の把握等に努める。具体的には、本年夏に「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」で報告書を取りまとめ、長期にわたる未妥結・仮納入の改善、単品単価取引の推進等に取り組むとともに、平成28(2016)年度改定に向けて、中医協において、いわゆる未妥結減算制度のあり方等について検討。 ○ 平成28(2016)年度改定では、適正化・重点化を進めつつ、地域包括ケアシステムの構築、病床の機能分化・強化、チーム医療の推進等の機能強化を進める必要があり、予算編成過程で議論。 ○ 薬価改定財源について、政府全体として考える必要があるが、医療の機能強化と適正化・重点化のために必要な財源を確保する必要。
<p>② 診療報酬本体について、過年度のデフレ分についての段階的なマイナス調整を次回以降の改定に反映するなど国民負担増を抑制。併せて、個別サービスの単価設定においても、公共料金としての適切な原価算定を基本とし、改定時には需給動向等も踏まえた価格の妥当性の事後検証を行い、適正化。</p>	<p>—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療報酬の改定率は、物価・賃金の動向だけでなく、医療機関の収支状況、対応が必要な医療課題(地域包括ケア等)等、様々な要素を勘案して決定されてきた。 ○ 平成28(2016)年度改定では、適正化・重点化を進めつつ、地域包括ケアシステムの構築、病床の機能分化・強化、チーム医療の推進等の機能強化を進める必要があり、予算編成過程で議論。 ○ 薬価改定財源について、政府全体として考える必要があるが、医療の機能強化と適正化・重点化のために必要な財源を確保する必要。 ○ また、個々の診療報酬点数については、改定ごとに、決定された改定率を前提として、関係学会等の関係者の意見も聞きながら、個々の診療行為等に必要な人件費や医療材料費等も考慮し、必要な見直しを実施。 ○ 改定の都度、中医協において事後検証を行っている。

民間議員の指摘に対する厚生労働省の考え方

(6) 効率化に向けたその他の取組

指摘事項	厚生労働省の考え方 (5/26回答)	厚生労働省の考え方 (6/10追加回答)
<p>③ 医薬分業と調剤医療費の増大との関係进行分析し、効率的な仕組みに改革することで調剤医療費（技術料）を合理化・抑制するとともに、効果的な投薬・残薬管理の実現に向けた方策を検討・導入。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者にとってメリットが実感できるかかりつけ薬局を増やし、いわゆる門前薬局からの移行を推進。 ○ 調剤報酬を抜本的に見直すこととし、次期改定以降、累次にわたる改定で対応するよう、今後、中医協で具体的に検討。 ○ 薬局の薬剤師が専門性を発揮して、患者の服用薬について一元的・継続的な薬学的管理を実施。多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能。(P7) 	<p style="text-align: center;">—</p>
<p>④ 地域包括ケアシステムの構築に当たって、地域の特性と実情を踏まえつつも、介護サービス等の大規模化・連携により、効率を改善。</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 効率的・効果的な介護サービスの提供を推進する観点から、平成27(2015)年度介護報酬改定に併せて人員や設備基準の見直しを実施。今後も必要な見直しを行い、効率的な事業運営を推進。