

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ぐ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。