



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て反映。(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> <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>(診療報酬)</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 平成28(2016)年度改定に向けて、中医協において、</p> <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> <p>○ 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。</p> |

(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> | <p>○ 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</p> <p>○ 地域医療構想の策定支援 (P6)</p> | <p>○ 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)。</p> <p>○ 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。</p> |

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 style="text-align: center;">—</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 style="text-align: center;">—</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割に引き上げ 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)、自己負担上限の引き上げ(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、その後に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>③-2 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の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を分析し、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。 |