

社会保障 (参考資料)

平成29年4月25日
財務省主計局

医療

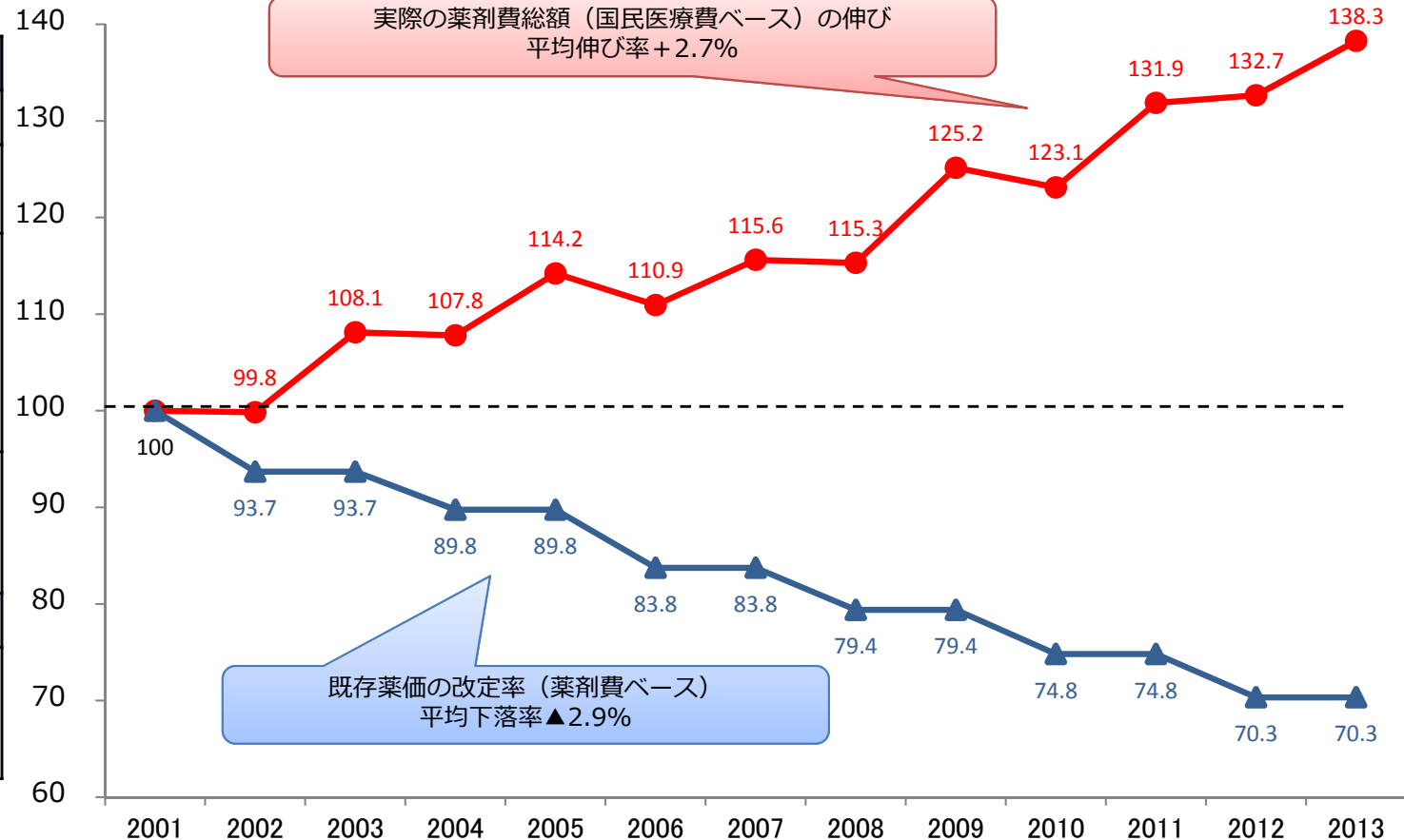
薬価制度の抜本改革

薬剤費の増加要因

- 薬価については、これまで2年に1度、既記載品について市場実勢価格の下落を反映して、継続的にマイナス改定。
- 他方、① 高齢化等による影響や、② 年度途中の新薬の収載や既記載品の効能追加等により、薬剤費総額は増加を続けてきた。

2001年（H13年）比（%）

| 薬剤費の増減要因 | |
|----------------|---|
| (増要因) | |
| 高齢化等 | ○ 高齢化による増加 ○ 高額な医薬品へのシフト |
| 新規収載 (年4回) | ○ 有効性、安全性の観点から製造販売承認を得た新薬について、中医協による審議を経て保険収載 (厚生労働大臣告示) |
| 効能追加 (随時) | ○ 有効性、安全性の観点から承認された適応拡大について自動的に保険適用 |
| (減要因) | |
| 薬価改定 (予算編成) | ○ 既記載品について市場実勢価格等を反映して価格改定。 |



| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|-------|----|-------|----|
| 新規収載 (品目) | 68 | 45 | 39 | 38 | 24 | 78 | 60 | 90 | 55 | 112 | 61 | 88 | 69 |
| 改定率 (%) | | ▲6.3 | | ▲4.2 | | ▲6.7 | | ▲5.2 | | ▲5.75 | | ▲6.00 | |

※1 平成28年8月24日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料を基に作成。

※2 2001年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

薬価制度の抜本改革(新規収載と効能追加の考え方)

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) (抄)

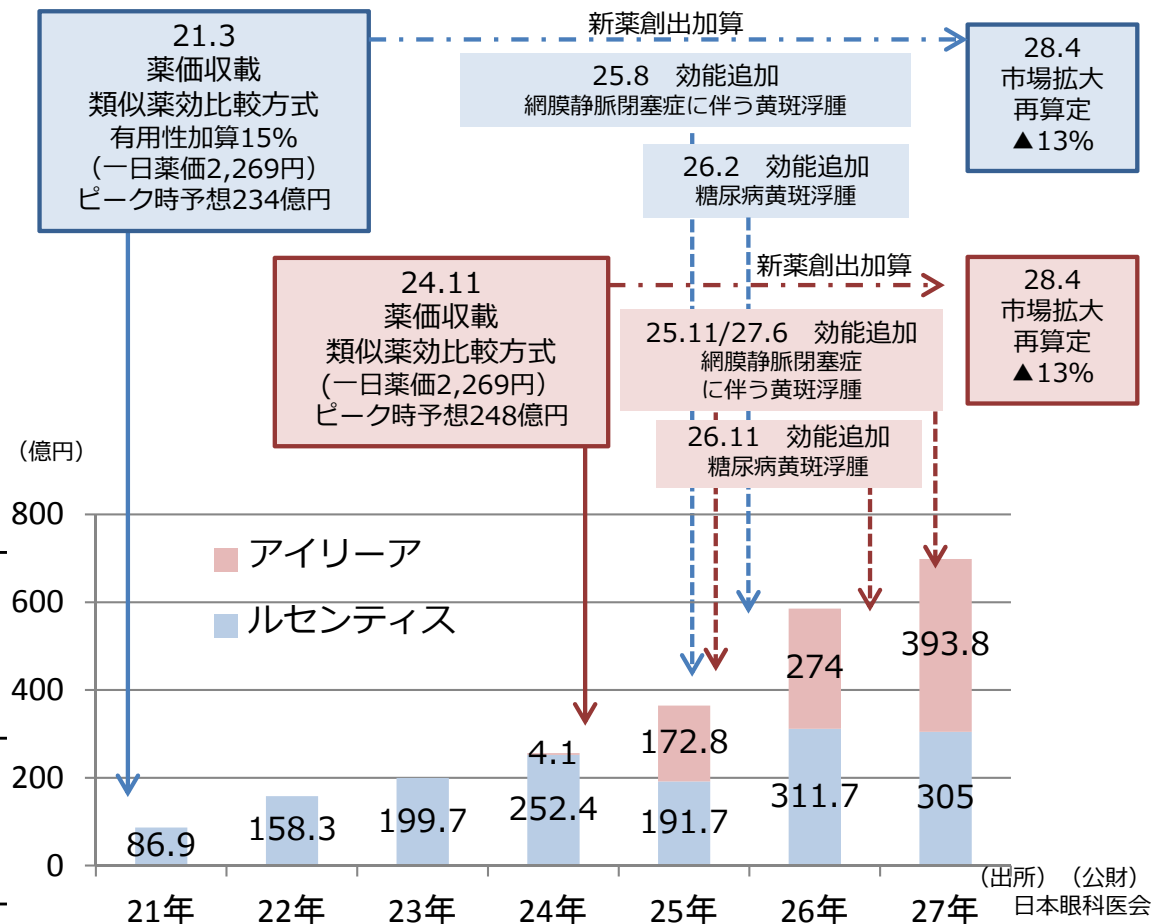
保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬収載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

【論点】

- 新薬収載・薬価算定や効能追加は、予算にかかわらず年度中に実施される。
- その際、新薬が既存薬と競合し、医療費への影響は大きくない場合もあるが、新たな薬効のあるものや、類似薬と比べて高薬価のもの等については、新規収載は医療費の増加につながる。
- また、収載後の市場環境の変化があれば、収載時の見込みにかかわらず、医療費が増大していく。

| | |
|---------------|---|
| 類似薬効比較方式 (原則) | 同じ効果を持つ類似薬がある場合には、新薬の一日薬価を既存類似薬の一日薬価とあわせる。 類似薬に比べて高い有用性が認められる場合には、これに補正加算 (+5~120%) を行う。 |
| 原価計算方式 | 類似薬がない場合には、製造原価 (原材料費等)、販売費・研究費、営業利益等を積み上げて価格算定する。 既存治療と比較した有効性、安全性の程度に応じて、営業利益率に-50~+100%の加減算を行う。 |

◆ 眼科薬剤 (加齢黄斑変性治療薬) の例



【改革の方向性】 (案)

- 年度途中で新薬を保険収載する場合には、保険財政や国民負担の観点から、収載による財政影響を検証するとともに、これに対して必要な措置を講ずることができるよう検討すべき。
- 新薬の収載後も、その使用動向を随時把握し、効能追加等により保険適用時の見込みよりも販売額が増加する場合には、市場拡大再算定も参考に、速やかに薬価を引き下げる仕組みを設けるべき。

(参考) オブジーボの緊急薬価改定

- 高額薬剤（オブジーボ）については、適応拡大により対象疾患が大きく拡大し、大幅に市場が拡大する中、30年度薬価改定まで薬価を維持することによる医療保険財政への影響が極めて大きいことから、市場拡大再算定の考え方を適用し、緊急的に薬価を50%引き下げる対応が行われた。

| これまでの経緯 | |
|---------|---|
| H26/7 | 薬事承認（悪性黒色腫） |
| /9 | 薬価収載（1瓶（10ml） 約73万円）① （27/5 ソバルディ 薬価収載） （27/8 ハーボニー 薬価収載） |
| H27/9 | 薬価調査（2年に1回） |
| /12 | オブジーボ効能効果追加（非小細胞肺癌）② |
| H28/1 | 中医協 再算定項目決定（ソバルディ、ハーボニー等） |
| /4 | 薬価改定 |
| /8 | オブジーボ効能効果追加（腎細胞がん）③ |
| /12 | オブジーボ効能効果追加（ホジキンリンパ腫） |
| H29/2 | 緊急薬価改定※ |
| /3 | オブジーボ効能効果追加（頭頸部がん） |
| H30/4 | 次期薬価改定 |

| | 予想対象者数 | 用法 用量 | 薬価 (100mg10ml) | 売上予想 |
|---|--------------------|------------------|-------------------|---------|
| ① | ピーク時 年470人 | 2mg/kg 1回/3週間 | 約73万円 | 31億円 |
| | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 32倍 | 2.25倍 | 変わらず | 41倍 |
| ② | 29/3期 最大15,000人 | 3mg/kg 1回/2週間 | 約73万円 | 1,260億円 |
| | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | | 変わらず | 変わらず | |
| ③ | (不明) | 3mg/kg 1回/2週間 | 約73万円 | (不明) |

※ 緊急薬価改定の概要（告示日：平成28年11月24日、適用日：平成29年2月1日）

| 対象品目 | 予想販売額※ | 改定前薬価 | 改定後薬価 | 変化率 |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------|
| オブジーボ点滴静注 (小野薬品工業) | 収載時：31億円 H28年度：1500億円超 | 20mg1瓶 150,200円 100mg1瓶 729,849円 | 75,100円 364,925円 | ▲50% ▲50% |

※収載時：薬価収載時におけるピーク時（2年度）の企業予想販売額（H26.9.2収載）

H28年度：企業予想年間販売額（1,260億円）に対し、流通経費、消費税、乖離率、今後の効能追加を考慮し厚生労働省において推計

(参考)市場拡大再算定の特例措置について

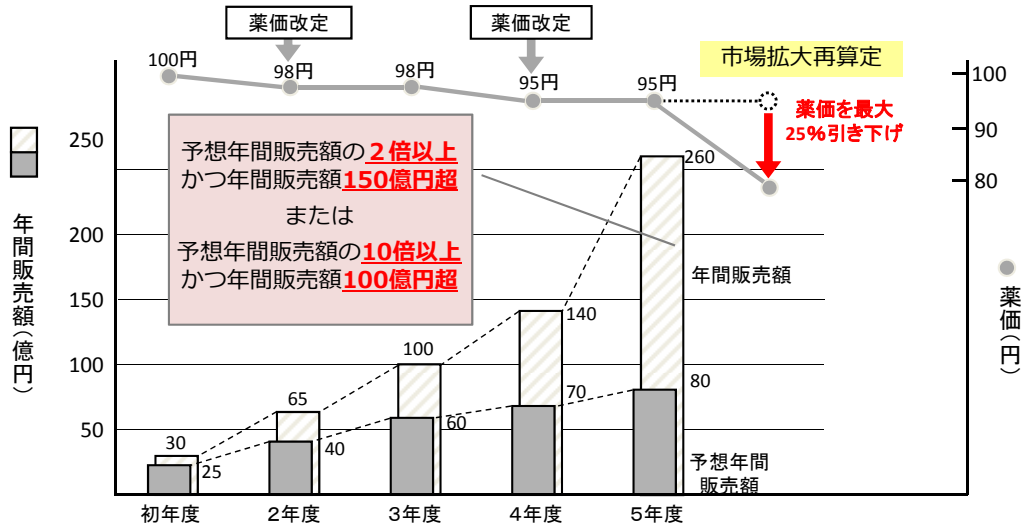
平成28年4月4日
財政制度等審議会
財政制度分科会提出資料

○ 平成28年度薬価制度改革において、年間販売額が極めて大きい品目に係る再算定の特例措置が導入された。

【28改定前】

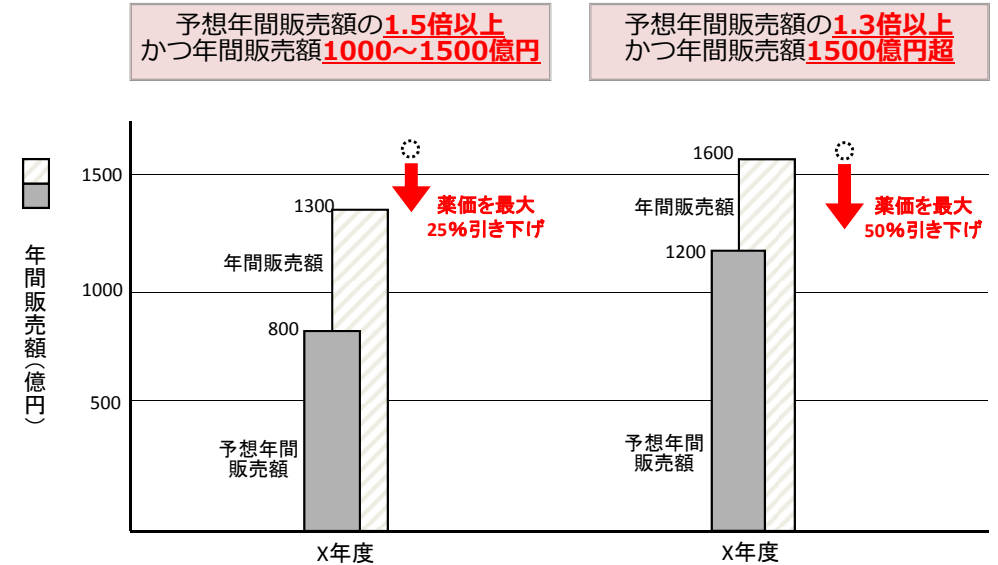
年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げ。

原価計算方式で算定された新薬の例



【28改定後】

既存ルールに加え、年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えて極めて大きくなった品目に係る特例を新設。



特例拡大再算定の対象品目（28年度）

| 銘柄名 | プラビックス錠25mg/75mg | ソバルディ錠400mg | ハーボニー配合錠 | アバスチン点滴静注用 100mg/4mL 400mg/16mL |
|-----------------------------|--------------------------------|---|----------------------|------------------------------------|
| 成分名 | クロピドグレル硫酸塩 | ソホスブビル | レジパズビルアピオン付加物・ソホスブビル | ベバシズマブ（遺伝子組換え） |
| 会社名 | サノフィ | ギリアド・サイエンシズ | | 中外製薬 |
| 規格単位 | 25mg 1錠/75mg 1錠 | 400mg 1錠 | 1錠 | 100mg4mL 1瓶/400mg16mL 1瓶 |
| 改定前薬価 | 112.50円/282.70円 | 61,799.30円 | 80,171.30円 | 46,865円/178,468円 |
| 改定後薬価 | 80.30円/201.20円 | 42,239.60円 | 54,796.90円 | 41,738円/158,942円 |
| 引下率 | ▲29% | ▲32% | ▲32% | ▲11% |
| 薬効分類 | その他の血液・体液用薬（虚血性脳血管障害後の再発抑制等用薬） | 抗ウイルス剤（C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善用薬） | | その他の腫瘍用薬（治療切除不能な進行・再発の直腸・結腸癌等用薬） |
| 薬価収載時点のピーク時予想販売金額（括弧書きは収載時） | 534億円 (18年4月) | 987億円 (27年5月) | 1,190億円 (27年8月) | 301億円 (19年6月) |

※ 厚生労働省作成資料に基づき財務省作成。

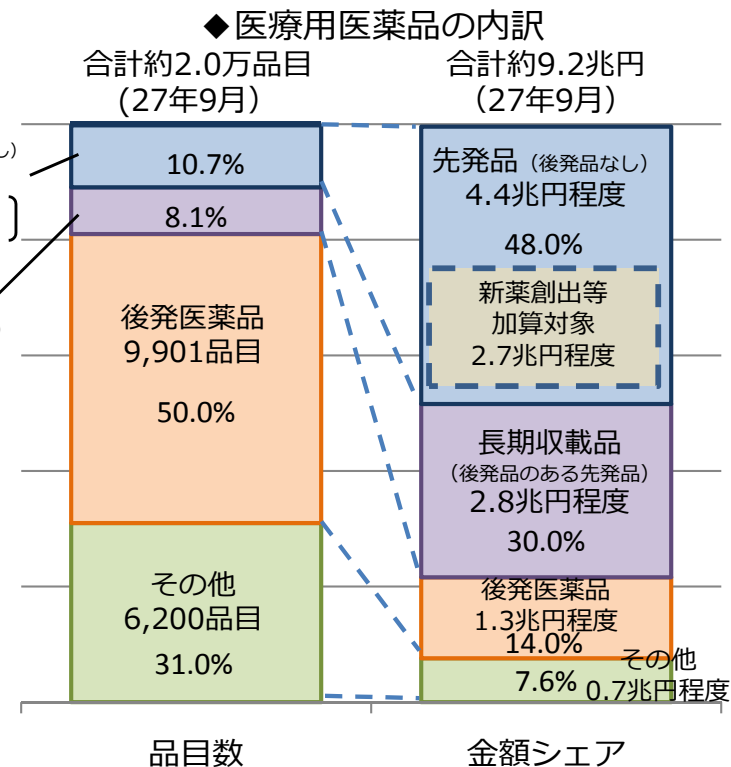
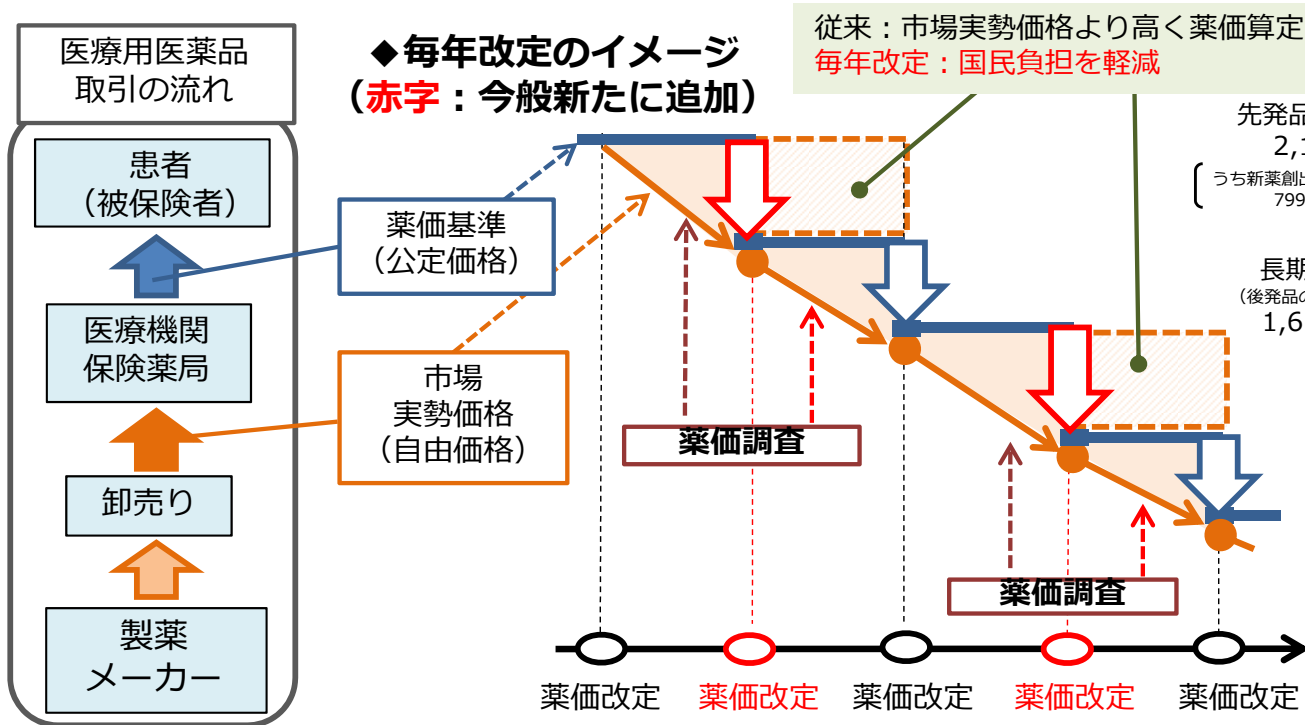
薬価制度の抜本改革(毎年調査と毎年改定)

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) (抄)

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。

【論点】

- 医薬品の市場実勢価格の保険償還額である薬価への反映が、従前2年に1回とされていたのは慣行によるもの。国民負担を軽減する観点から、実勢価格に変化があるのであれば、保険償還額には適時に反映させる必要。
- 医療用医薬品の内訳について、品目数や数量ベースでは後発医薬品が最大であるが、金額ベースで半分以上を「後発品のない先発品」が占めるなど、数量ベースと金額ベースでは内訳が大きく異なる。このため、「価格乖離の大きな品目」の検討にあたっては、国民負担の軽減の目的に照らして金額ベースで妥当かどうかを判断する必要。



(出所) 平成28年12月7日経済財政諮問会議 厚生労働省提出資料を基に作成

【改革の方向性】(案)

- 毎年の予算編成にあたっては、市場実勢価格の動向を適切に反映し、速やかに国民負担の軽減を図るべき。
- このため、「価格乖離の大きな品目」については、通常の薬価改定と比した国民負担軽減の効果を踏まえて具体的な内容を検討していくべき。

薬価制度の抜本改革(新薬創出等加算のゼロベースでの抜本的見直し)

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) (抄)

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。

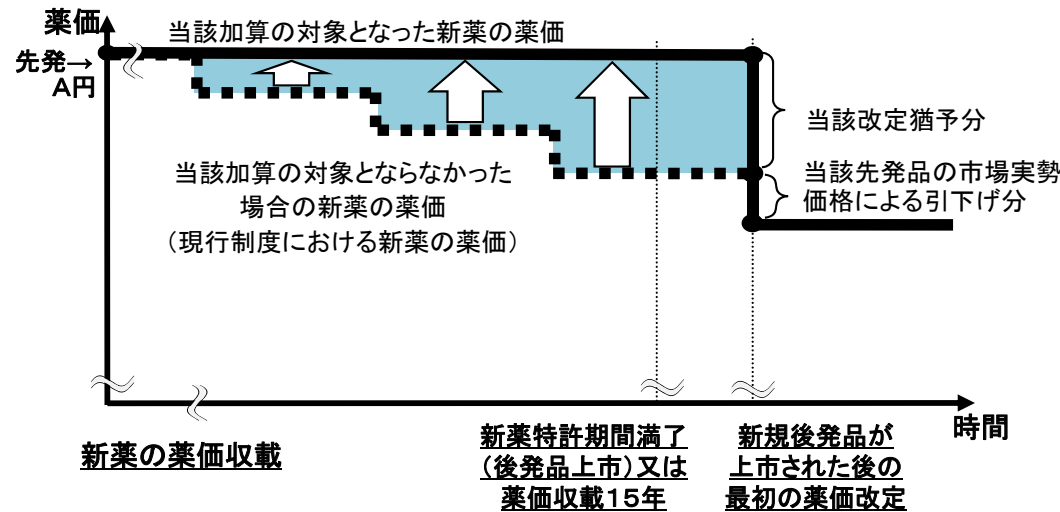
【論点】

- 新薬創出等加算は、医薬品の実勢価格に応じた薬価改定への例外的な措置として、本来の薬価に加算を行い、薬価を維持等する仕組み。
- 平成22年度において試行的に導入されて以来、改定のたびに加算による追加的な国民負担が増加している。
- 他の医薬品と比べて実勢価格があまり下がらなかった医薬品を対象とするため、医薬品の有効性などイノベーションの評価とは無関係に加算がされている。
- また、新薬創出等加算により維持された高薬価を基礎にして、その後生まれた新薬の薬価が算定されるため、加算の効果は他の新薬にも及び、新薬の薬価水準全体の押し上げにつながっている。

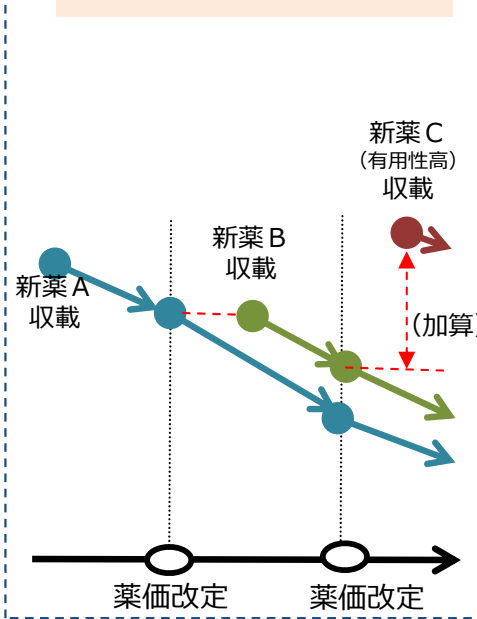
●新薬創出加算の要件

- ① 薬価収載後15年以内で、かつ後発品が収載されていないこと。
- ② 市場実勢価格と**薬価との乖離が、薬価収載されている全医薬品の平均を超えないこと**
- ③ 厚生労働省による開発要請品目又は公募品目について開発に向けた取組を行う企業が製造販売するもの、又は「**真に医療の質の向上に貢献する医薬品**」の研究開発を行う企業が製造販売するもの。
- ④ 再算定対象品でないこと。

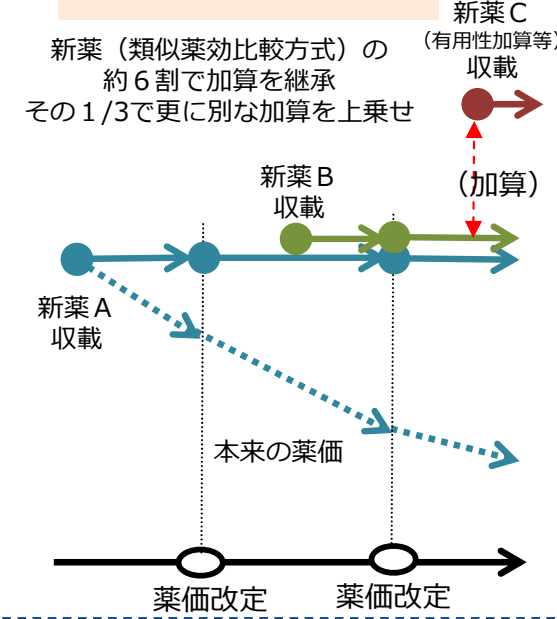
新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象となる医薬品の薬価推移のイメージ



新薬創出等加算導入前



新薬創出等加算導入後



【改革の方向性】(案)

- 新薬創出等加算は廃止し、加算分は国民に還元すべき。イノベーションの評価に関しては、有効性・安全性、費用対効果等の観点から客観的に他の医薬品よりも優れていると認められる医薬品を見極めたうえで、必要な加算等を行う仕組みを検討すべき。
- 後発の新薬の薬価算定の際に、既存の類似薬に係る加算の効果が当然に及ぶ仕組みを改めるべき。

薬価制度の抜本改革(新薬創出等加算のゼロベースでの抜本的見直し)

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）（抄）

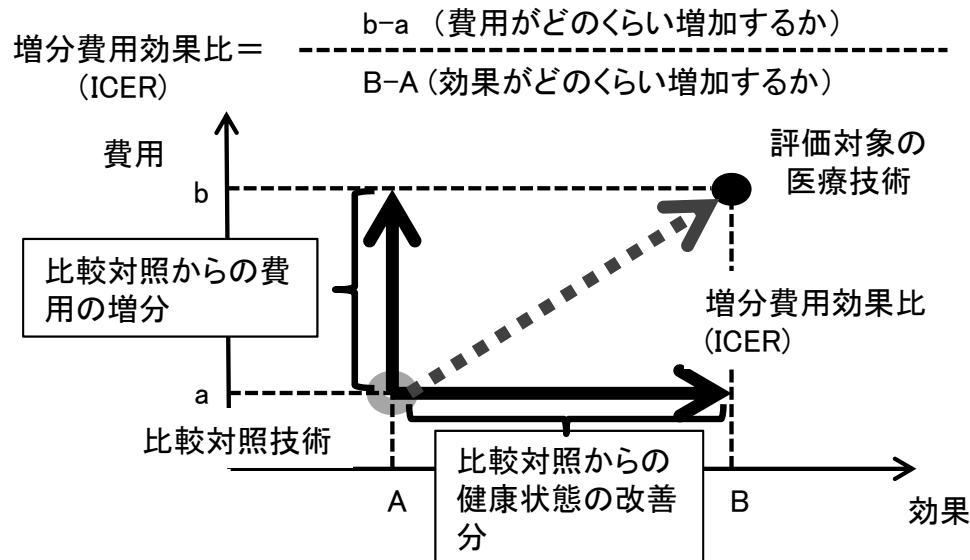
革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。

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。

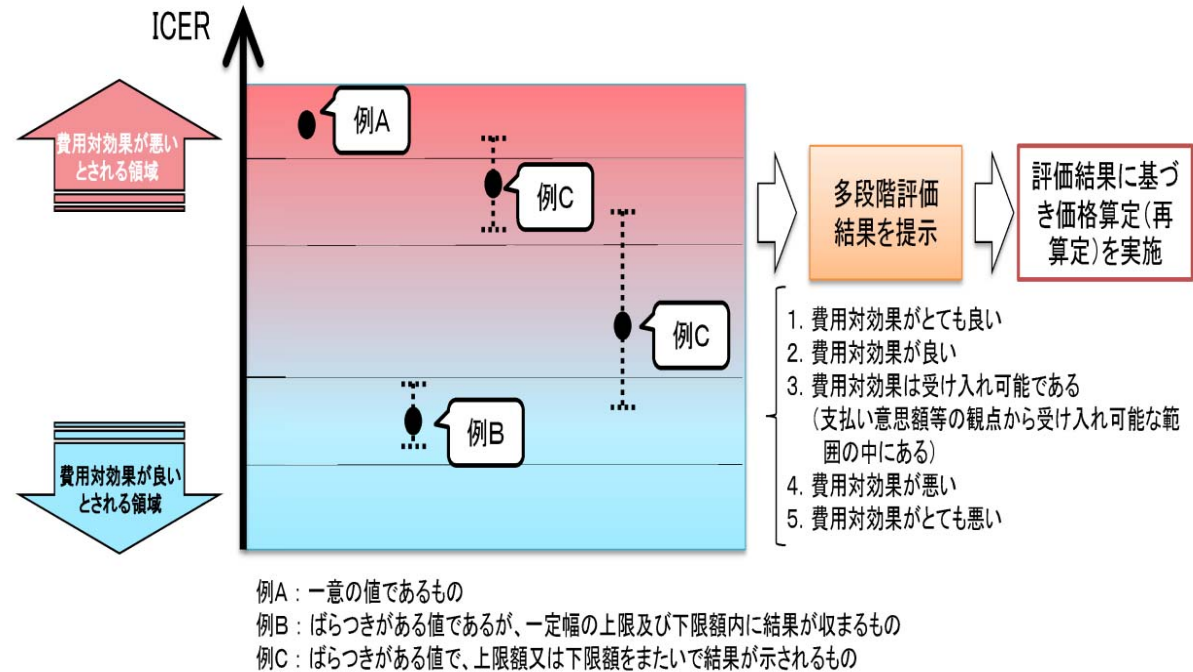
【論点】

- 医薬品・医療機器の費用対効果評価について、次期診療報酬改定において制度化され、対象となった医薬品等について、比較薬に比べて費用対効果が優れるかどうか評価され、これを薬価改定に反映することとなる。

費用対効果評価のイメージ



(出典)平成25年2月27日中医協費用対効果評価専門部会 福田参考人提出資料



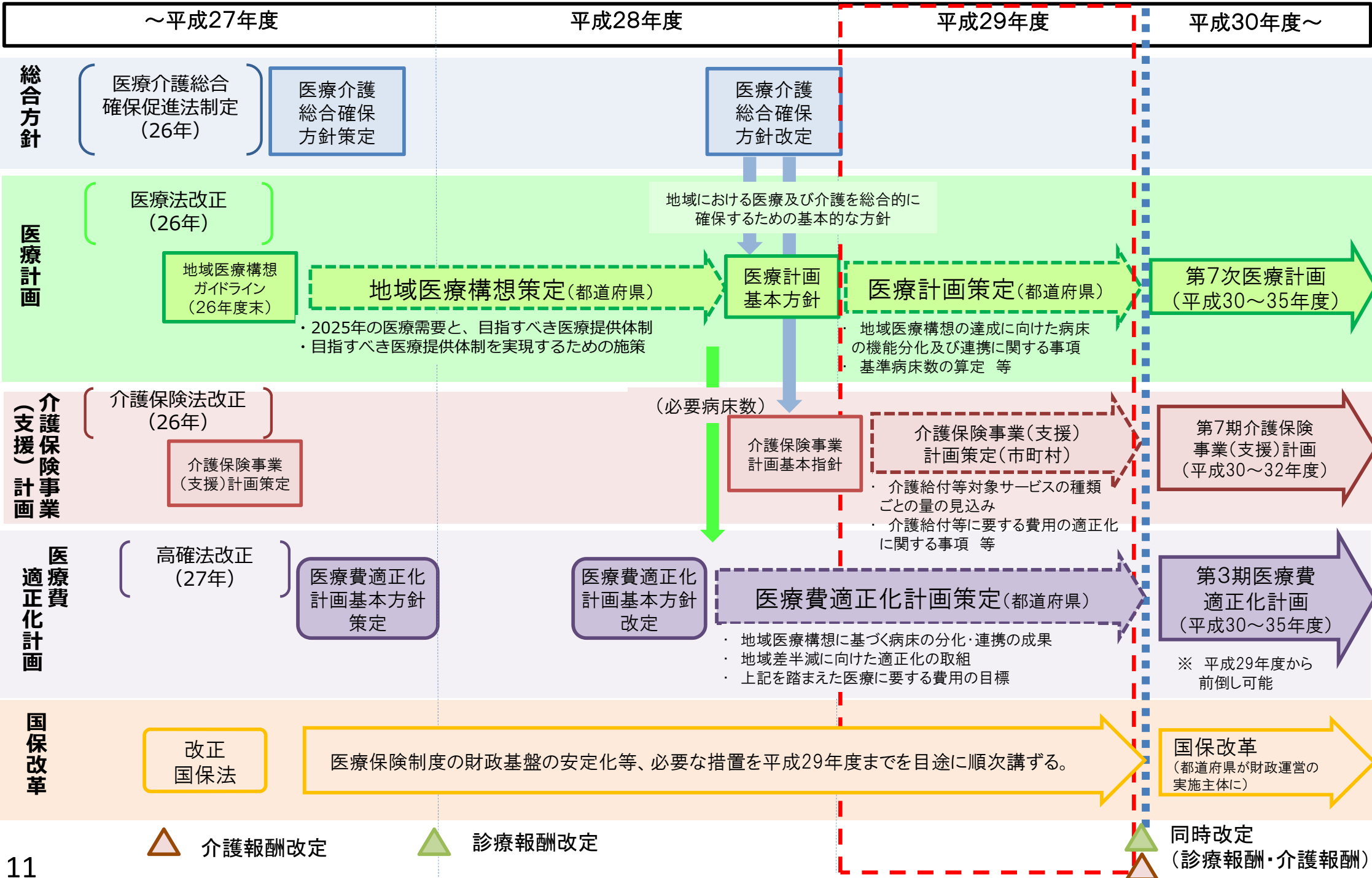
(出典)平成29年3月15日中医協費用対効果評価専門部会 厚生労働省提出資料

【改革の方向性】(案)

- 新規収載時において、原価計算方式で薬価算定が行われる場合や、類似薬効比較方式であっても一定の加算が行われる場合には、費用対効果評価を義務づけ、費用対効果が悪い場合には価格を下げる仕組みとすべき。
- 新薬創出加算の廃止と併せて、イノベーションの評価の観点から、薬価改定時において改定後の薬価に有効性等による加算を行う仕組みを設ける場合には、費用対効果評価分析により客観的に費用対効果が優れていることを示すことを要件とすべき。

医療提供体制

(参考)医療・介護提供体制の見直し／医療費適正化に向けたスケジュール



社会保障制度改革国民会議報告書

～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～

(平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

社会システムには慣性の力が働く。日本の医療システムも例外ではなく、四半世紀以上も改革が求められているにもかかわらず、20世紀半ば過ぎに完成した医療システムが、日本ではなお支配的なままである。

日本が直面している急速な高齢化の進展は、疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命60歳代の社会で、主に青壮年期の患者を対象とした医療は、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療であった。しかしながら、平均寿命が男性でも80歳近くとなり、女性では86歳を超えている社会では、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ老齢期の患者が中心となる。そうした時代の医療は、病気と共存しながらQOL (Quality of Life)の維持・向上を目指す医療となる。すなわち、医療はかつての「病院完結型」から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない。ところが、日本は、今や世界一の高齢国家であるにもかかわらず、医療システムはそうした姿に変わっていない。 (中略)

具体的には、日本の医療・介護サービス提供体制が抱えている問題は、2008(平成20)年6月に公表された「社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))中間とりまとめ」で詳述されており、医療について言えば、人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期・回復期・慢

性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに、医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師・看護職員数が国際標準よりも少なく過剰労働が常態化していること、この現実が、医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいることが指摘されていた。

救急医、専門医、かかりつけ医(診療所の医師)等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいえるべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。要するに、今のシステムのまま当事者が皆で努力し続けても抱える問題を克服することは難しく、提供体制の構造的な改革を行うことによって初めて、努力しただけ皆が報われ幸福になれるシステムを構築することができるのである。

2008(平成20)年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

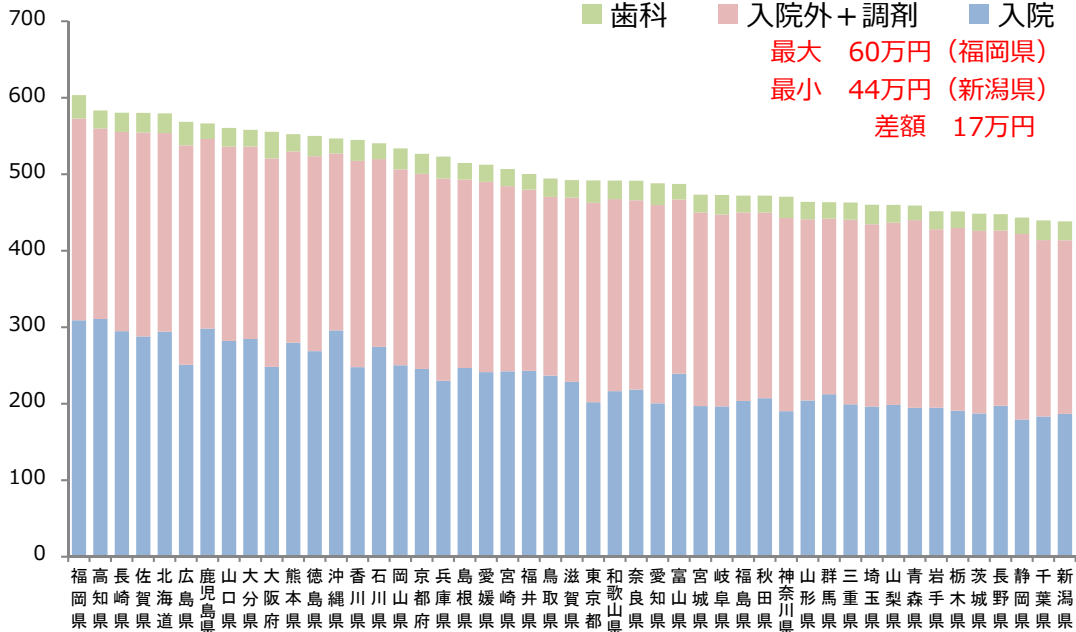
(参考)我が国の医療提供体制の問題点

| 国名 | 平均在院日数 (急性期) | 人口千人あたり総病床数 | 病床百床あたり臨床医師数 | 人口千人あたり臨床医師数 | 病床百床あたり臨床看護職員数 | 人口千人あたり臨床看護職員数 | 人口百万人あたりMRI台数 |
|------|----------------|-------------|--------------|--------------|----------------|----------------|---------------|
| 日本 | 30.6 (17.2) | 13.3 | 17.1※2 | 2.3※2 | 78.9※2 | 10.5※2 | 46.9 |
| ドイツ | 9.1 (7.7) | 8.3 | 48.9 | 4.1 | 156.5 | 13.0 | 11.6 |
| フランス | 10.1※2 (5.7)※2 | 6.3 | 52.9※3 | 3.3※3 | 149.3※3 | 9.4※3 | 9.4 |
| イギリス | 7.1 (5.9) | 2.8 | 100.4 | 2.8 | 292.9 | 8.2 | 6.1 |
| アメリカ | 6.1※1 (5.4)※1 | 2.9※2 | 85.3※2 | 2.6 | 380.5※2-3 | 11.1※3 | 35.5 |

出典:「OECD Health Data 2015」MRIはHealth Statistics 2015より 注1:「※1」は2011年、「※2」は2012年のデータ。 注2:「※3」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

◆ 一人あたり医療費 (年齢調整後※) の地域差

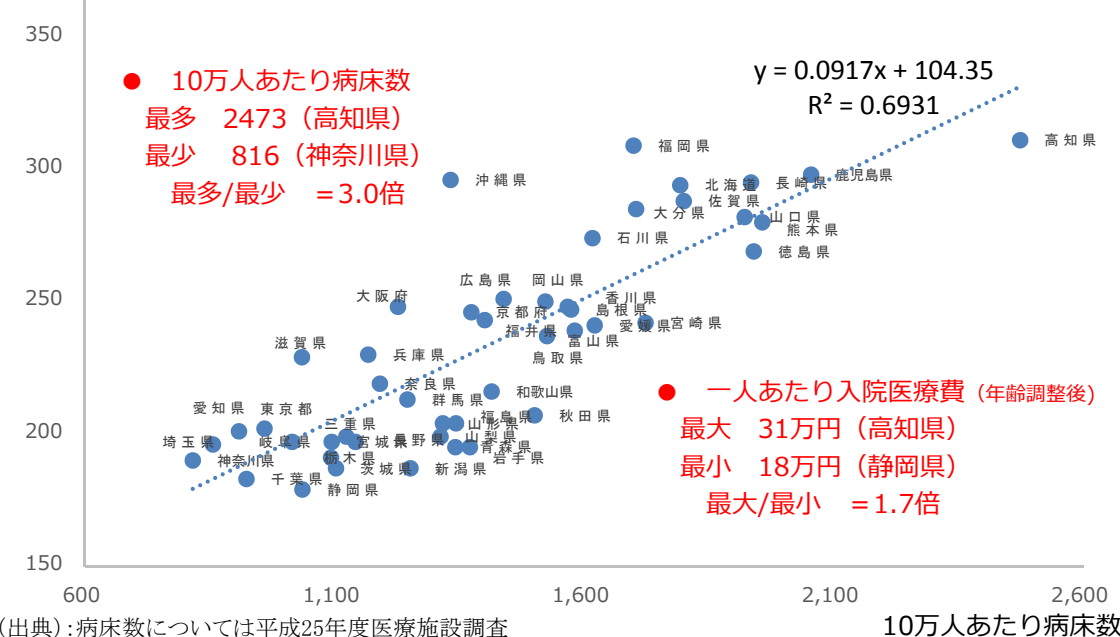
(千円、国保+後期)



(出典)厚生労働省資料

◆ 入院医療費 (年齢調整後※) と病床数の関係

一人あたり入院医療費 (千円、国保+後期)



(出典):病床数については平成25年度医療施設調査
一人あたり入院医療費については厚生労働省資料

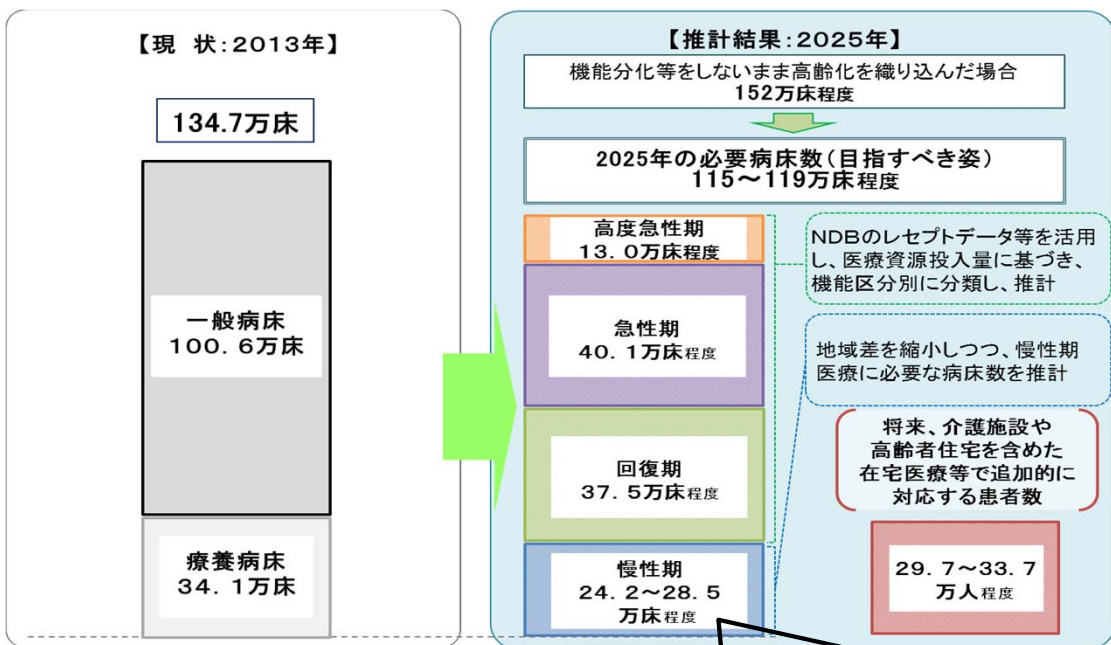
10万人あたり病床数

13 ※ 各都道府県の年齢階級別1人あたり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

- 地域医療構想を今年度中に策定した上で、その実現に向けた進捗のチェックが必要であるが、現在の病床機能報告制度では、病床機能を選択する際の判断基準が定性的。各医療機関による報告内容は客観性に乏しいため、進捗管理に活用することは困難。
- 現在、厚生労働省において、地域において「急性期」や「回復期」などを担うとされる病棟が、具体的にどのような医療を提供しているのか実態も明らかにする調査を実施中。

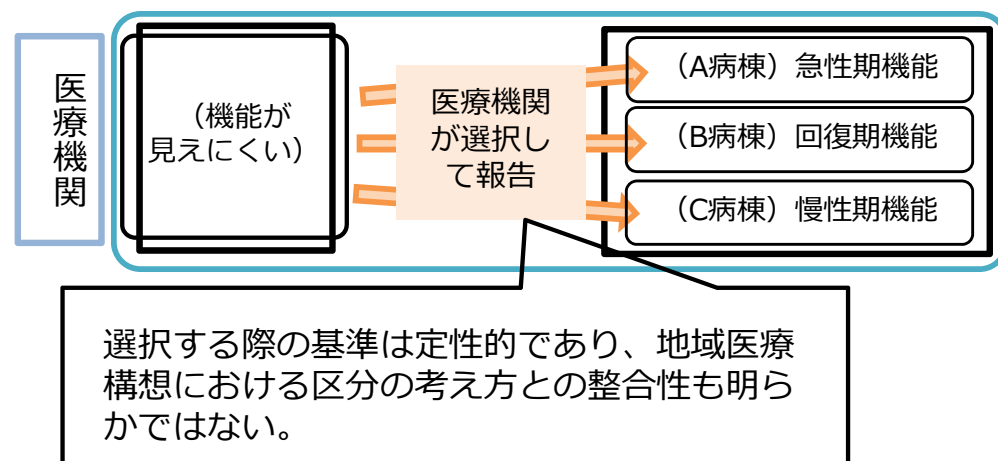
地域医療構想

2025年の必要病床数(あるべき病床数)の推計結果について



診療報酬点数（出来高部分）の実績により定量的・客観的に医療機能を区分

病床機能報告（現行）



【改革の方向性】（案）

- 現在、病床機能報告において「急性期」等の回答があった病棟が、具体的にどのような医療を提供しているのか明らかにした上で、地域医療構想における機能区分の考え方を踏まえつつ、これとの整合性のある報告内容となるよう、報告における定量的基準について、遅くとも第7期医療計画の初年度である平成30年度病床機能報告に間に合うよう、速やかに検討を進めるべき。

地域医療構想に沿った医療提供体制の実現(慢性期機能の再編)

- 地域医療構想における病床機能のうち、慢性期機能については、地域差を解消する等の観点から、医療の必要性が高くない患者については、在宅医療や介護保険施設等、病床以外の受け皿を含めて対応する方向性が示されている。
- これに向けて、慢性期病床の適正化とあわせて、医療・介護を通じた受け皿整備を地域において統合的に進めていく必要があるが、関係自治体（都道府県・市町村）や地域医療構想調整会議において、いつまでにどのようにこうした議論を進めていくかについて明らかにされていない。

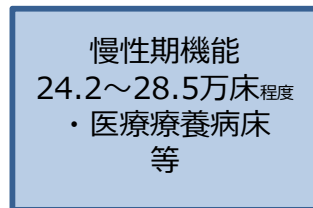
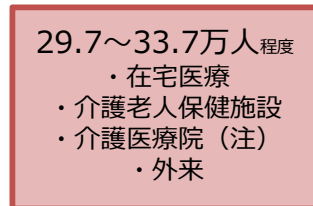
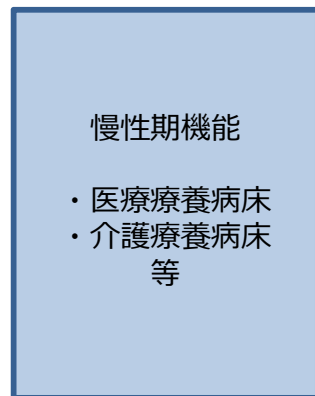
地域医療構想

2025年の必要病床数(あるべき病床数)の推計結果について

機能分化をしないまま
高齢化を織り込んだ場合

目指すべき姿

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数



(注) 現行の介護療養病床からの転換分については、単なる看板の掛けかえとならないよう、現在より効率的な施設への転換のみを考慮すべき。

◆在宅医療等の体制整備

在宅医療等の患者への対応のため、医療・介護を通じた受け皿(施設等)ごとの整備方針等について、都道府県・市町村において調整・検討
→医療介護総合確保方針(都道府県計画)に反映



第7次医療計画

- ・在宅医療の目標
- ・基準病床数



第7期介護保険事業(支援)計画

介護サービス量の見込み



第3期医療費適正化計画

医療費の目標に反映
※

※医療費適正化計画の基本方針には、現時点では在宅医療等にかかる医療費の推計方法が示されていない。

【改革の方向性】(案)

- 地域医療構想に沿った改革を進める際には、「急性期から回復期へ」といった病床機能の転換を着実に進めていくことに加え、慢性期機能(療養病床等)について、地域差縮減等の観点から、介護施設や在宅医療等への受け皿への移行を進めていくことが重要。
- 医療・介護を通じた受け皿整備について、療養病床等の地域差是正等と併せて統合的に進められるよう、地域医療構想会議等における標準的な意思決定プロセスを整備するとともに、必要なデータの提供等を行い、医療機関ごとの対応方針について、速やかな策定を目指すべき。

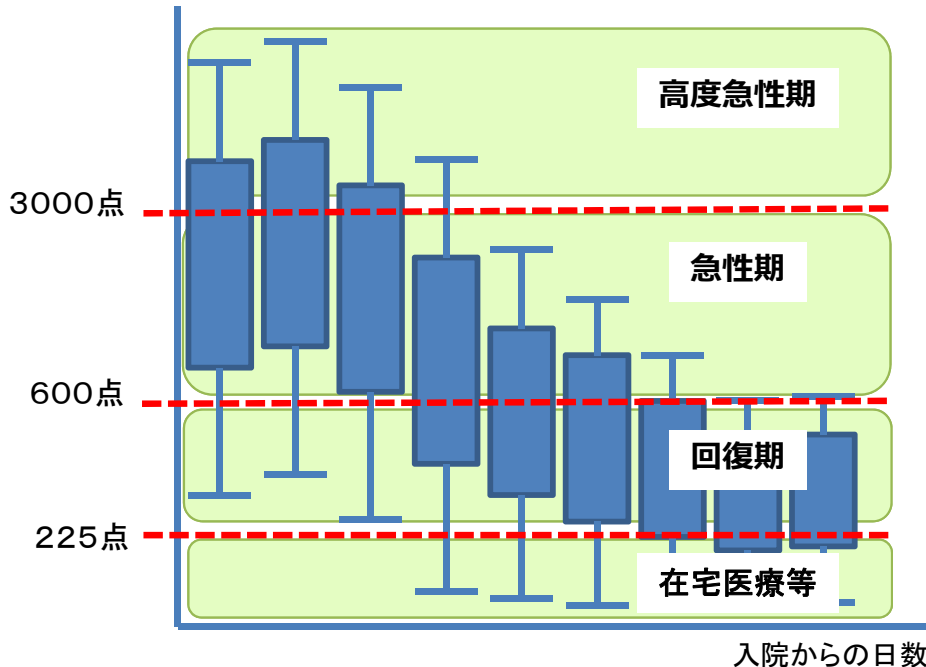
(参考) 地域医療構想の概要

- 「地域医療構想ガイドライン」を踏まえ、28年度末までに、全都道府県において、将来必要となる病床数の目標に係る地域医療構想の策定を行ったところ。
- この地域医療構想の中で、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の別に、都道府県が二次医療圏等ごとに必要病床数の推計を行っている。

高度急性期、急性期、回復期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 実際の診療データに基づき、全患者の1日当たり医療資源投入量を入院経過日数順に並べ、基準に該当する患者数(人・日)を合算。これにより得られる医療需要を病床数に換算。

医療資源投入量

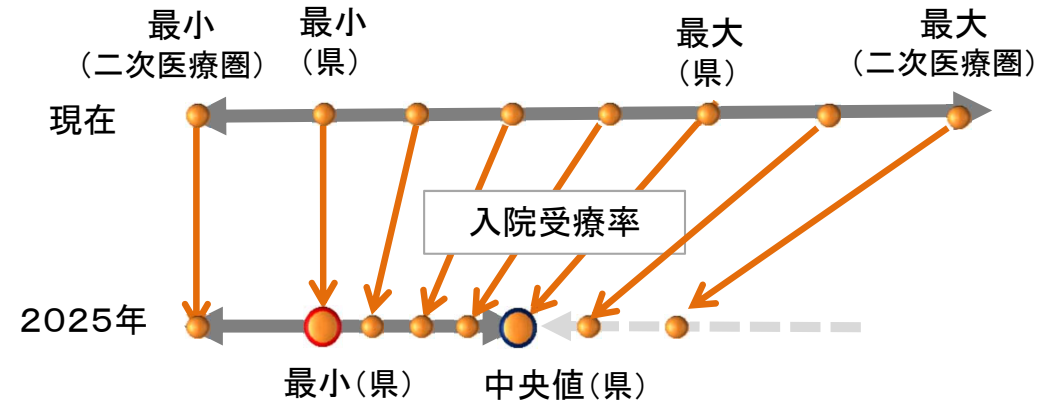


慢性期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 療養病床の入院受療率に現在、地域差があることから、例えば、全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、地域差を解消。

【地域差解消手法の基本例】

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。



病床再編に向けた都道府県の権限の整備

【論点】

- 都道府県に医療提供体制の改革の取り組みを求め、財政支援に反映していく以上、民間病院主体のわが国医療提供体制の下であっても、実効性ある権限を付与していく必要。現在、地域医療構想の実現や病床規制の観点からの権限が付与されているが、以下の点で不十分。
 - ① 公的医療機関等（公立病院、厚生連、日赤等）に対しては、不足している機能に係る医療を提供することの指示や、過剰な医療機能に転換しようとする病院に対する転換中止の命令等を実施できるが、民間医療機関に対しては、指示・命令はできない（要請等のみ）。
 - ② 介護保険施設や在宅医療への移行といった慢性期機能の再編を想定した権限が用意されていない。
- 基準病床制度（基準病床数を超えた一般病床/療養病床の開設・増床を規制する制度）においては、民間病院の場合には、医療法上は勧告以上の措置（医療機関の開設不許可等）はないが、健康保険法上の保険医療機関の不指定によって実効性を担保している。

地域医療構想の実現に向けた都道府県知事の権限（現行）

① 病院の新規開設・増床への対応

- 知事は、開設許可の際、不足している医療機能を担うという条件を付けることができる。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、やむを得ない事情がないと認める時、医療審議会の意見を聞いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。

【協議の場が整わず、自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合において、知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができる。

※ 現行法上、公的医療機関等に対しては、知事が稼働していない病床の削減を命令できる。

⇒ 【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合】

- 知事は勧告を行う。勧告に従わない場合や、公的医療機関が命令・指示に従わない場合、以下の措置を講ずることができる。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

（参考）基準病床制度における都道府県知事の権限

- 病床過剰地域において病院の開設や増床等の申請があった場合には、知事は、医療審議会への諮問を経て、勧告を行うことができる（公的医療機関の場合には許可しないことができる）。
病床過剰地域において勧告に従わない場合には、健康保険法に基づき、保険医療機関の指定をしないことができる。

※ 厚生労働省資料を基に作成

【改革の方向性】（案）

- 民間医療機関の場合であっても、要請・勧告に従わない場合には、病床過剰地域における対応の例に倣い、病床単位で保険医療機関の指定を取り消すことを可能とするなど、都道府県知事の権限をより実効的なものとしていくべき。
- 介護保険施設や在宅医療への移行といった慢性期機能の再編を想定した権限の在り方について早急に検討を進めるべき。

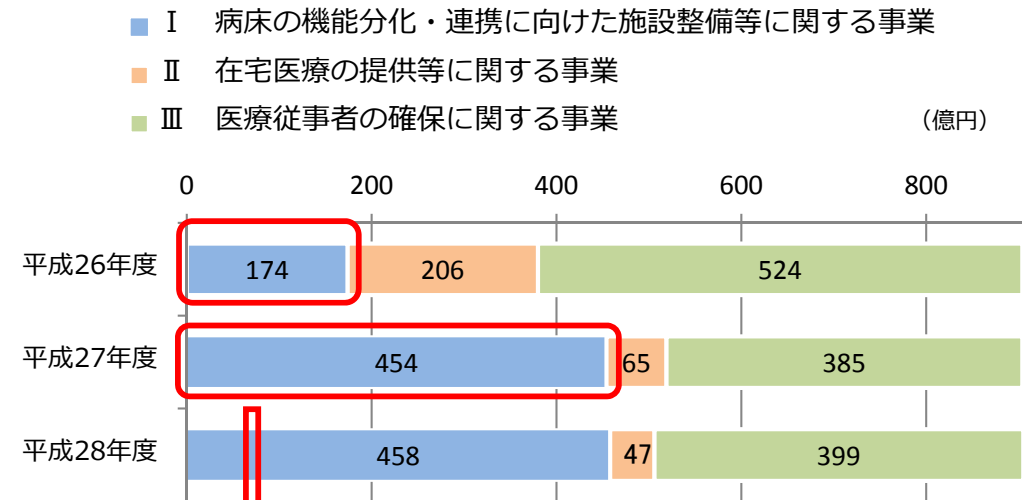
【論点】

- 地域医療介護総合確保基金（27年度予算：公費904億円（医療分））については、特に急務の課題である、地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化を推進するため、「骨太の方針2015」等において、「病床の機能分化・連携」に重点的配分を行う方針が定められている。
- しかしながら、地域医療構想の実現に向けた「病床の機能分化・連携」に直接資する施設整備に充てられたものは一部にとどまる。
- また、各都道府県の配分にあたって、地域医療構想の実現に向けた取組の進捗は勘案されていない。

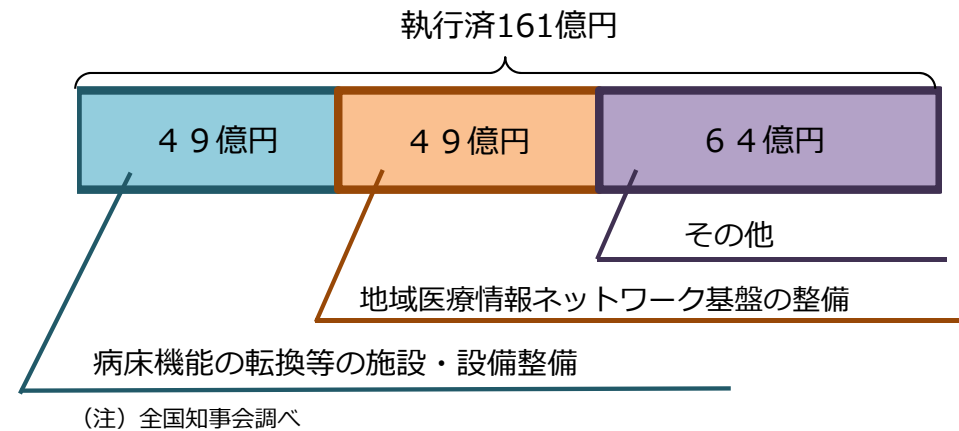
◆ 実施事業の例

| | |
|-----------------------------|---|
| I 病床の機能分化・連携に向けた施設整備等に関する事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・ I C Tを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備 ・ がん医療等連携体制構築設備整備（MRI整備補助等） ・ <u>病床の機能分化/連携を推進するための基盤整備</u> |
| II 在宅医療の提供等に関する事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施 ・ かかりつけ医育成のための研修やかかりつけ医を持つことに対する普及・啓発 |
| III 医療従事者の確保に関する事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療支援センターの運営 ・ 看護師等養成所の施設・設備整備 ・ 病院内保育所の整備 ・ 寄付講座設置事業 ・ 分娩手当の補助 ・ その他 |

◆ 地域医療介護総合確保基金の交付状況



◆ 区分I事業（執行分）の内訳（平成26・27年度交付分）



【改革の方向性】（案）

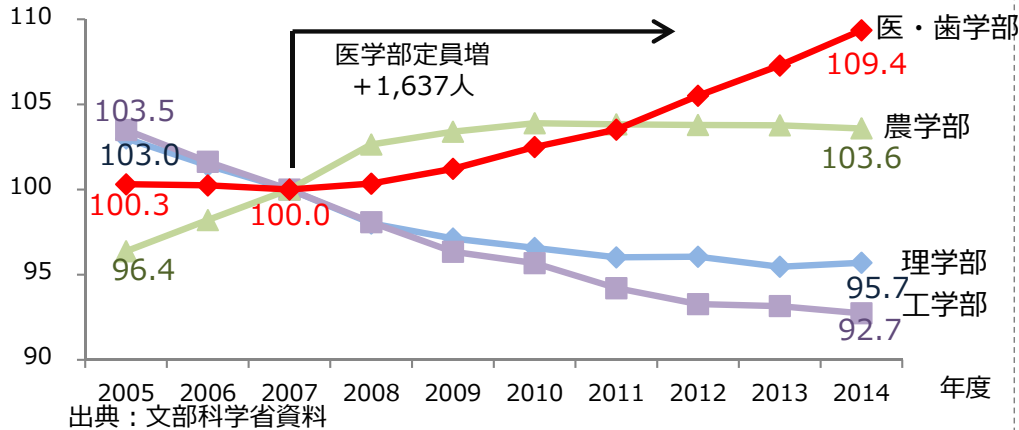
- 具体的にどのような事業に執行されているか把握・公表する仕組みを設けた上で、基金創設の趣旨や都道府県へのインセンティブ強化の観点を踏まえ、配分額全体の決定に際して、各都道府県における①病床機能の分化・連携等の進捗状況や、②これまでの基金の活用が病床の機能分化・連携につながっているか、を評価し、全体の配分について医療機関ごとの対応方針を定めた都道府県に重点化するなど大胆にメリハリづけを行う仕組みとすべき。

地域医療構想を踏まえた医療従事者の需給のあり方

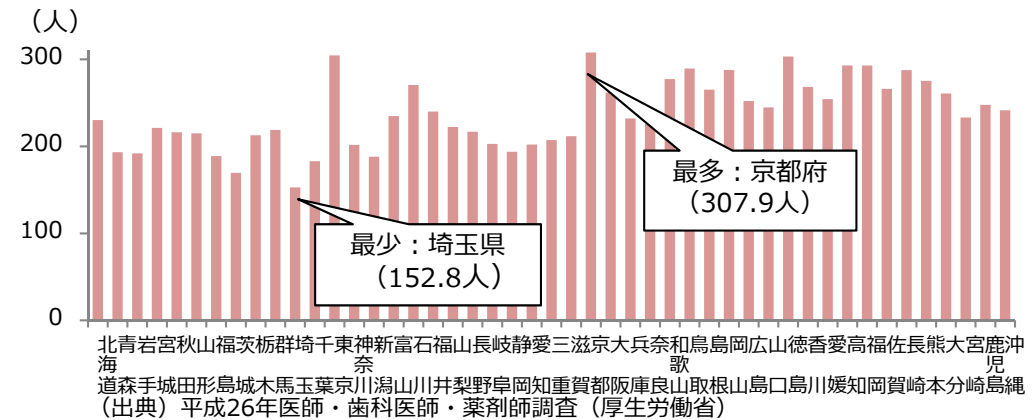
【論点】

- 特定地域・診療科における医師不足を背景に、平成20年度以降、① 医学部定員を1,637人増員(7,625人 → 9,262人)するとともに、② 勤務地・診療科を医師が自由に選べる自主性を前提とした偏在是正対策（地域医療支援センター、地域枠による奨学金）を実施。
- 他学部が学生数を減少する中、医学部学生数は増加。全国レベルでは、2020年～2030年過ぎに医師の需給は均衡し、その後医師過剰となると見込まれる。他方、産科医等の不足は一定程度改善したものの、地域における医師不足・診療科偏在はなお根強い。

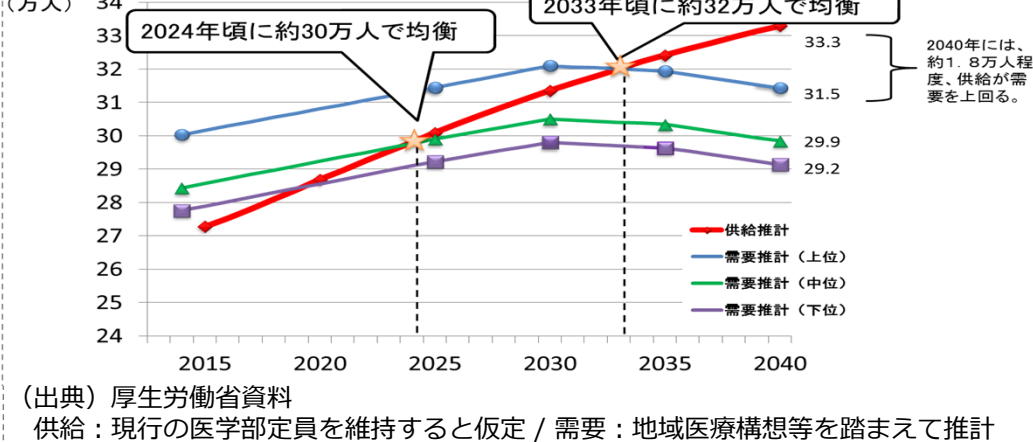
◆関係学科別学生数の推移（2007年度 = 100）



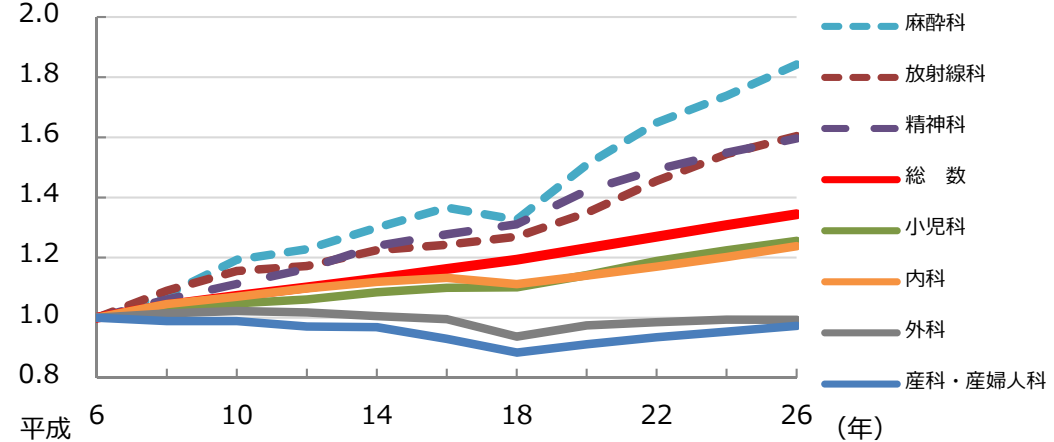
◆都道府県別 人口10万人対医師数



◆医師の需給推計の結果（暫定）



◆診療科別医師数の推移（平成6年 = 1.0）



【改革の方向性】（案）

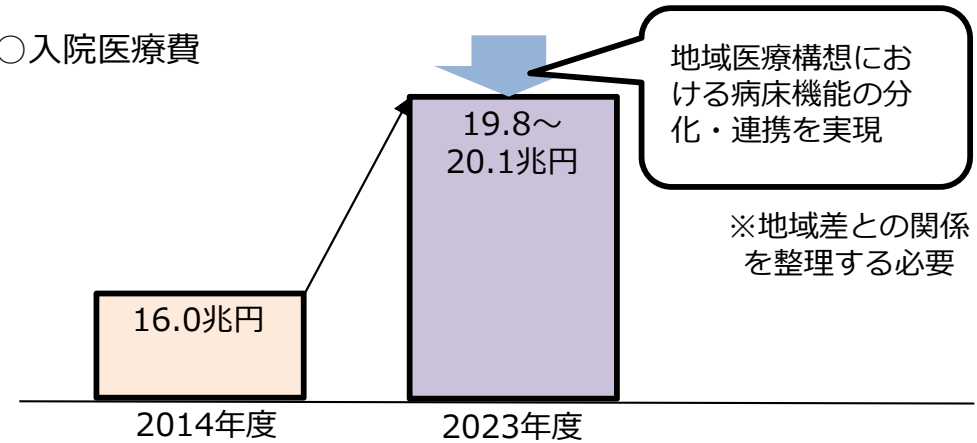
- 平成20年度以降増員してきた医学部定員について、医師需給の見通しを踏まえた精査・見直しを進めていくべき。
- あわせて、マクロでの医師数の増加が、医師が不足する地域・診療科における必要な医師数の増につながるよう、保険医の配置・定数の設定など、医師配置等にかかる規制も含めた実効的な偏在是正策を導入し、国及び都道府県の権限を強化すべき。

【論点】

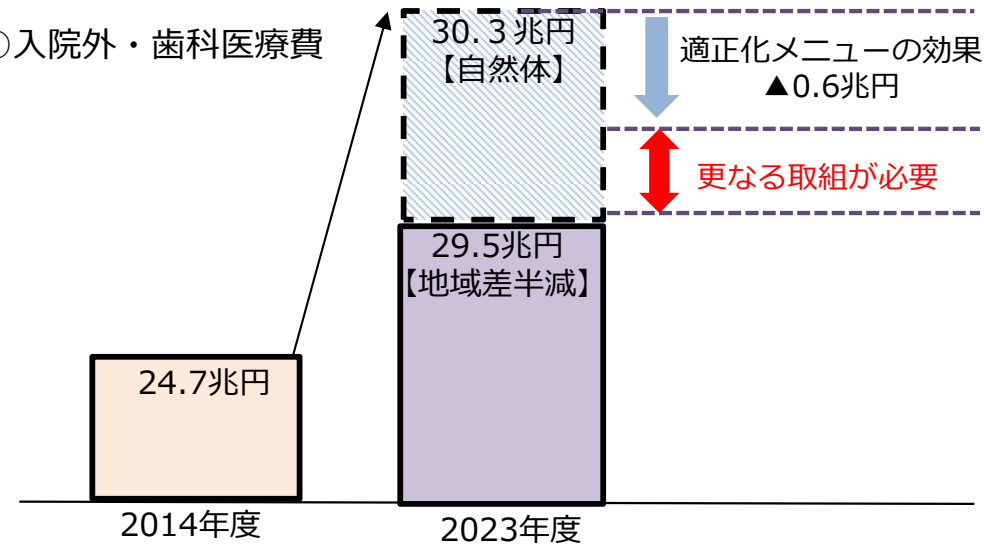
- 第3期医療費適正化計画（平成30～35年度）に向けた国の基本方針では、外来医療費について、適正化の取組及び適正化額が示されたが、「基本方針2016」等で目指された「地域差半減」の実現に十分なものとはなっておらず、今後、追加的な施策を検討することとなる。
- なお、現時点で織り込まれている適正化策に加えて、適正化効果が見込める十分なエビデンスが明らかとなっている予防等の施策は現時点では見出されていない。
- また、地域医療構想は、慢性期機能を除き、地域差を縮減する観点で織り込まれていない（地域医療構想の実現で、入院医療費の地域差がどの程度縮減するかは明らかとされていない）。

◆ 適正化計画による医療費の見通し(推計)

○入院医療費



○入院外・歯科医療費



<これまでの「適正化策」の考え方>

自治体に一定程度広まった予防等の取組みについて、実施した場合の効果をNDBで推計し、適正化計画に織り込み

| 適正化メニュー | 推計効果額 (兆円) |
|------------|------------|
| 特定健診・保健指導 | ▲0.02 |
| 後発医薬品の使用促進 | ▲0.4 |
| 糖尿病の重症化予防 | ▲0.08 |
| 重複・多剤投薬の是正 | ▲0.06 |

【改革の方向性】（案）

- 医療費の地域差半減に向けた追加的施策に関して、NDB等で明らかになる医療費の地域差（二次医療圏、市町村等ごと）の「見える化」を進め、自治体や医療関係者による検証・対応策の検討につなげていくアプローチが必要であり、地域ごとのこうした協議の枠組み（地域医療適正化調整会議（仮称））の構築に向け、協議の目的、進め方と期限、前提となるデータの提供方法などについて早急に検討すべき。
- あわせて、入院医療費の地域差の実態や、是正に向けた具体的な取組方針についても早急に検討を進めるべき。

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はなく、どのような内容の診療報酬の定めができるかについて、検討は進んでいない。第2期医療費適正化計画（平成25～29年度）の実績評価は平成30年度に行われる。
- なお、地域ごとに異なる診療報酬の定めを行うことは、同条の規定に関わらず、厚生労働大臣の権限として実施が可能。

◆高齢者の医療の確保に関する法律

(診療報酬の特例)

第一四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価(=各都道府県における医療費適正化計画の実績評価)の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標(=医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標)を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、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範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

【改革の方向性】 (案)

- 第2期医療費適正化計画（平成25～29年度）の実績評価が行われる30年度から、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の特例が設定できるよう、高齢者医療確保法第14条の活用方策等の検討を進めるべき。

【論点】

- 国保の都道府県化に際して、社会保障・税一体改革の中で、3,400億円の公費による財政支援を実施することとされている。27年度に1,700億円分を措置しており、さらに、消費税率の引上げが再延期となる中、平成30年度からの保険者努力支援制度等の導入に必要となる約1,700億円を措置する予定。
- 保険者努力支援制度の創設等、具体的な制度設計は30年度に向けて、今後検討が進められる。

<参考> 国民健康保険制度の財政基盤の強化の内容

○ 毎年約3,400億円の財政支援の拡充等により財政基盤を強化。

I. 平成27年度から低所得者対策として、保険者支援制度を拡充（約1,700億円）

II. 平成30年度の国保改革実施以降、下記の財政支援を実施（約1,700億円）

- ・ 国民皆保険の基礎としての役割を果たしている国保において、自治体の責めによらない要因により医療費が高くなっていること等への財政支援の強化（700億円～800億円規模）
- ・ 医療費の適正化に向けた取組み等、保険者としての努力を行う自治体に対し、適正かつ客観的な指標（例えば、後発医薬品使用割合、前期高齢者一人当たり医療費、保険料収納率等を検討）に基づく財政支援を創設（「保険者努力支援制度」の創設）（700億円～800億円規模）
- ・ 著しく高額な医療費に対する国の責任を強化する観点からの超高額医療費共同事業への財政支援の拡充（数十億円規模）

(注) 上記は毎年度のフロー分であり、これに加えて、2,000億円規模の財政安定化基金を創設。

【改革の方向性】（案）

- 保険者努力支援制度等、1,700億円の追加公費を活用した制度の具体的な設計に当たっては、都道府県が今後、①保険財政健全化、②医療提供体制の改革、③医療費適正化、を一体として推進していく上での強いインセンティブとなるよう、都道府県の取組によるアウトカム（医療費や医療提供体制の状況、保険財政の健全性）などを客観的に評価し、これに基づき大胆に配分のメリハリづけを行う仕組みとすべき。

普通調整交付金の配分方法の見直し

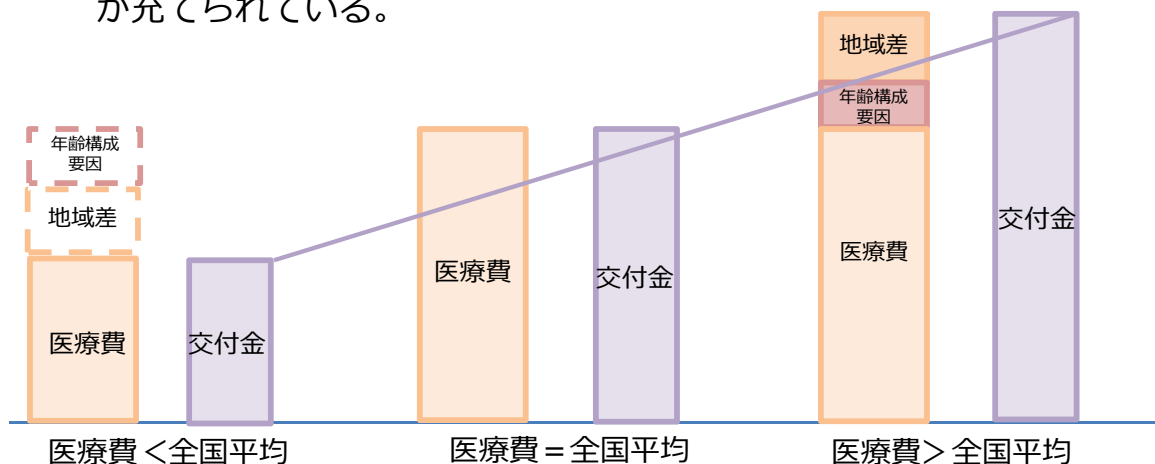
【論点】

- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,100億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から自治体に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組み。

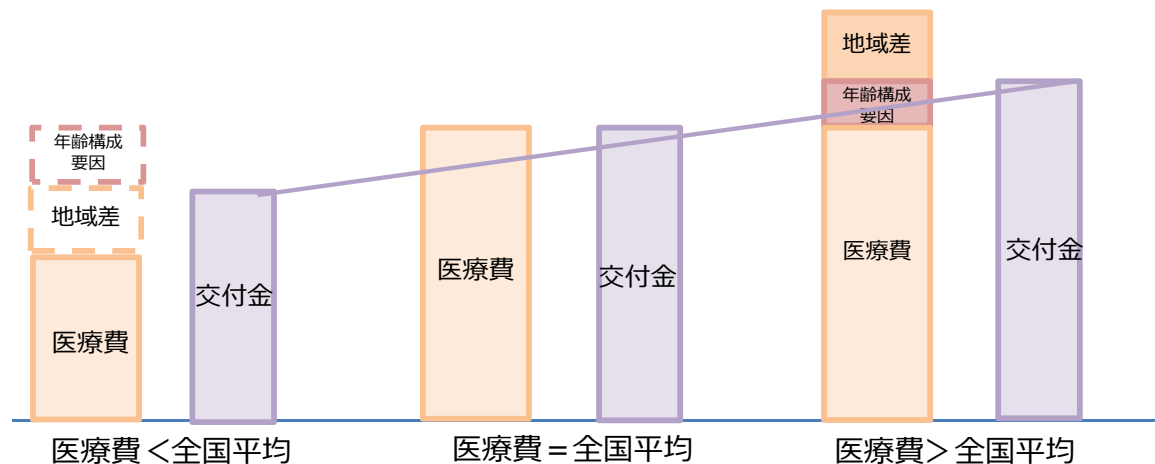
◆国民健康保険の財政（29予算）

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|
| 保険料 (29,200億円) 法定外一般会計繰入 約3,500億円 | 調整交付金（国） (9%) 7,700億円 | } | 普通調整交付金 6,100億円 特別調整交付金 1,700億円 |
| | 定率国庫負担 (32%) 23,400億円 | | |
| | 都道府県調整交付金 (9%) 6,600億円 | | |

現行では、年齢構成では説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



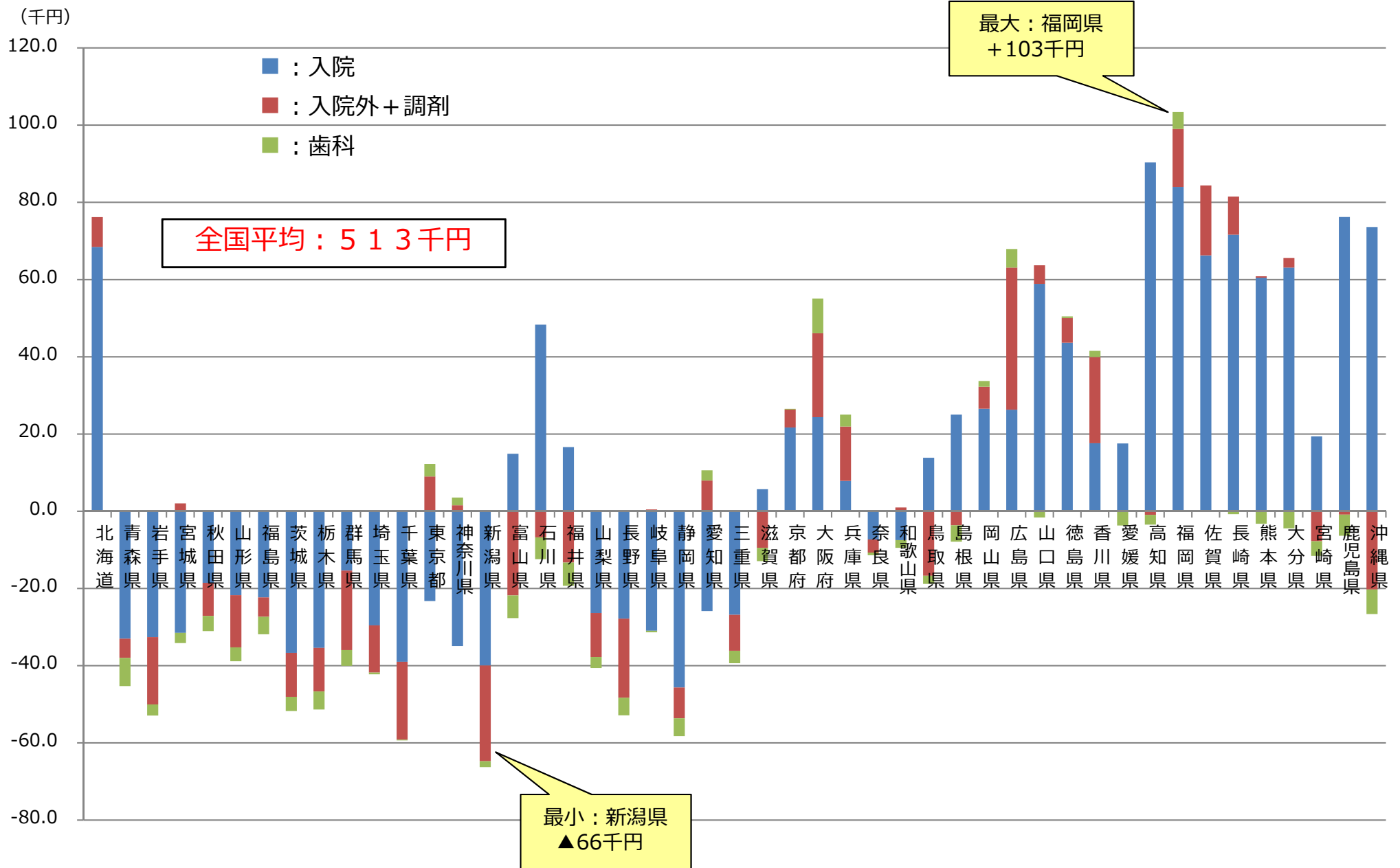
年齢構成では説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



【改革の方向性】（案）

- 国保の普通調整交付金の配分にあたっては、実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべき。

都道府県別年齢調整後一人当たり医療費の全国平均との差(平成26年度)



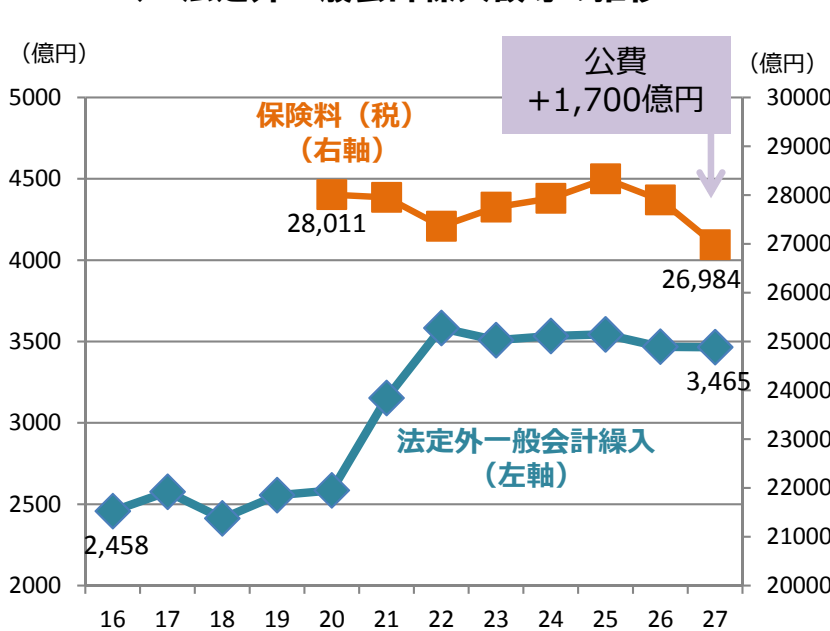
注：後期高齢者医療制度 + 市町村国保の医療費であり、市町村国保のデータには64歳以下のものも含まれている。（出所）厚生労働省「医療費の地域差分析」

法定外一般会計繰入の速やかな解消

【論点】

- 国民健康保険は、制度上、前期高齢者調整分を除く5割超を公費で賄い、残りを保険料収入等で賄う仕組みであるが、実際には、制度上の公費に加えて、保険料の負担軽減等の目的で、毎年3,000億円超の一般財源を、各自治体において法定外繰入により追加している。
- 各自治体の保険料負担は、こうした法定外一般会計繰入によって左右されており、保険給付に応じた保険料負担を求めることで、規律ある保険財政の運営を行う本来の姿からかけ離れた状況。
- 国保改革に際して、社会保障と税の一体改革の中で、国保財政の健全性確保のため3,400億円の公費を制度上追加することとし、27年度にこのうち1,700億円を措置。一方、同年度の法定外一般会計繰入の水準は殆ど変化していない。

◆ 法定外一般会計繰入額等の推移

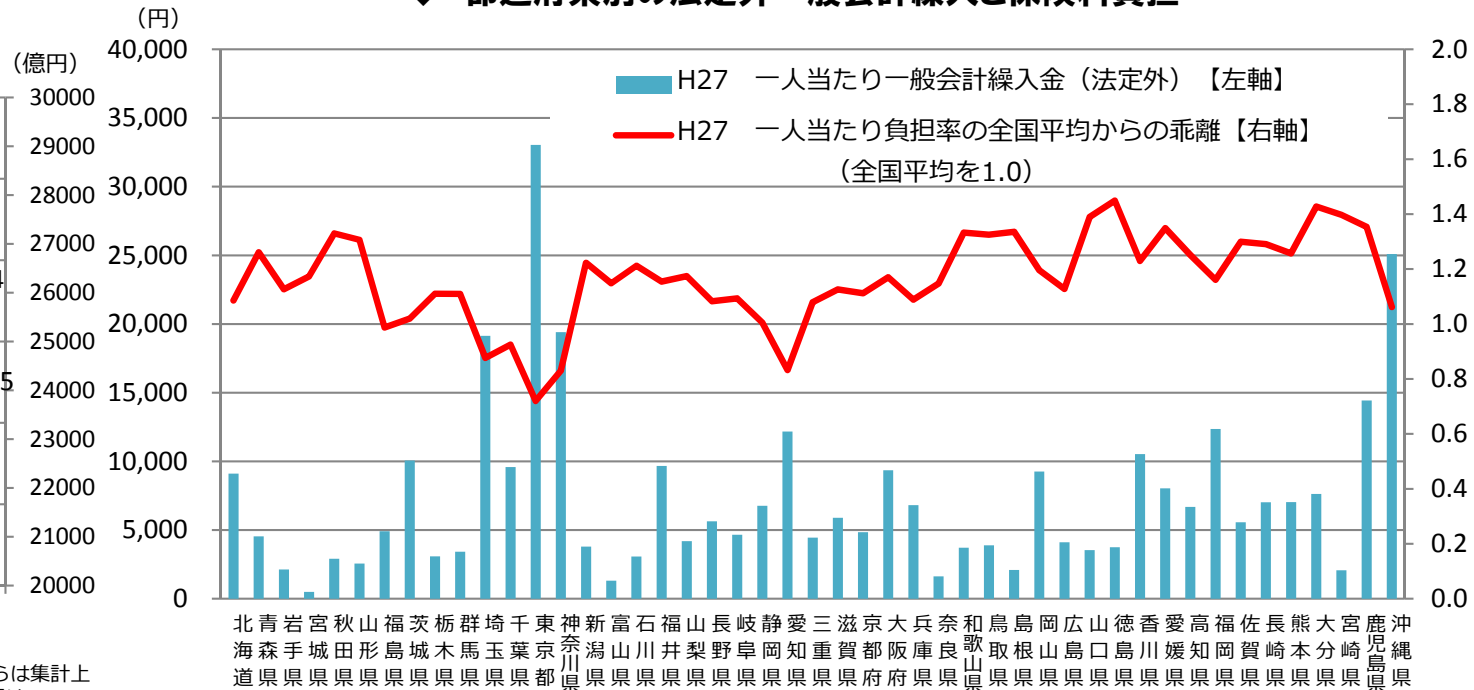


(出典) 国民健康保険事業年報

(注1) 法定外一般会計繰入は、決算填補等目的のもの。なお、平成27年度からは集計上決算填補等目的の範囲が一無変更されたが、経年比較の観点から当該変更は反映していない。

(注2) 保険料(税)は介護分を除く。

◆ 都道府県別の法定外一般会計繰入と保険料負担

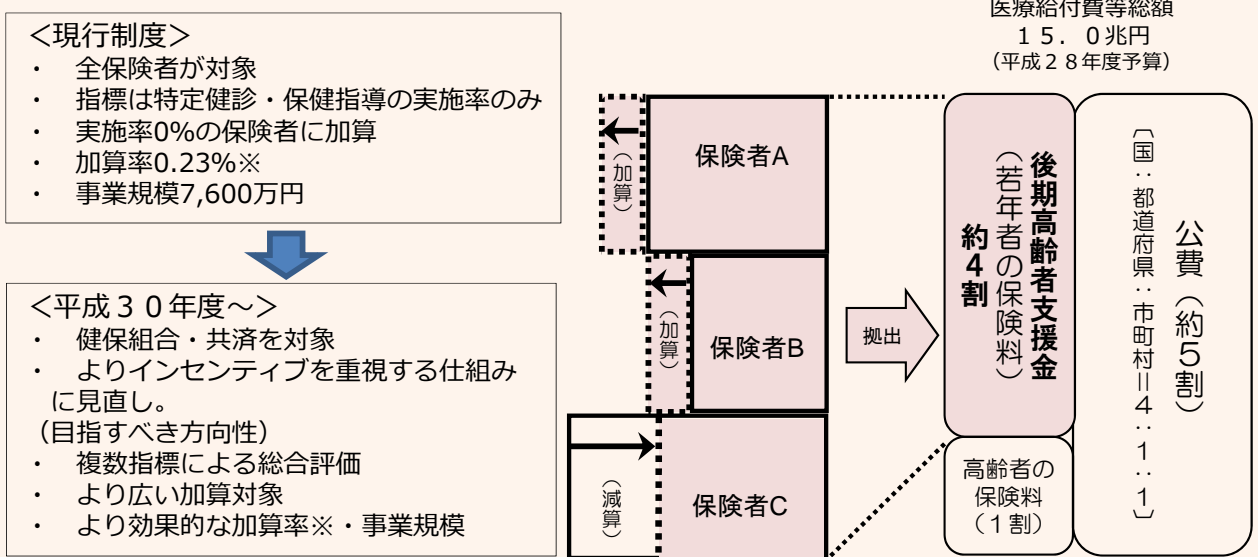


(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険実態調査報告

【改革の方向性】 (案)

- 国保財政の運営の都道府県単位化を機に、速やかに法定外一般会計繰入を解消し、保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとすることで、保険財政運営の健全性を確保すべき。

後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し



保険者努力支援制度の導入（国保）

＜平成28～29年度＞ 特別調整交付金の一部を活用し、前倒し実施（市町村に交付）
（28年度は150億円）

- 指標の例（最高275点中）
 - ・ 特定健診の受診率（最高40点）
 - ・ 重症化予防の取組の実施状況（最高40点）
 - ・ 保険料の収納率の実施状況（最高40点）
 - ・ 後発医薬品の促進の取組（最高15点※） 等 ※ 30年度以降は、最高40点とする予定。

＜平成30年度～＞ 保険者努力支援制度の導入（都道府県及び市町村に交付）
※ 評価指標は今後検討

※ 協会けんぽにおいても、各支部における適正化の取組を都道府県単位保険料率に反映させる仕組みを平成30年度以降導入予定。

＜保険者共通で取り組むべき指標＞
（厚生労働省 保険者による健診・保健指導等に関する検討会 とりまとめ（平成28年1月））

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率
- 特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や
健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科疾患（病）検診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の
実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複服薬者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合



指標設定

【改革の方向性】（案）

○ 後発医薬品の使用促進や、糖尿病性腎症重症化予防など医療費の適正化に取り組む保険者へのインセンティブ措置をいっそう強化できるよう、メリハリのある仕組みを構築すべき。その際、都道府県に対する保険者努力支援制度については、医療費などアウトカムを中心に評価する仕組みとすべき。

その他改革工程表関係

かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担

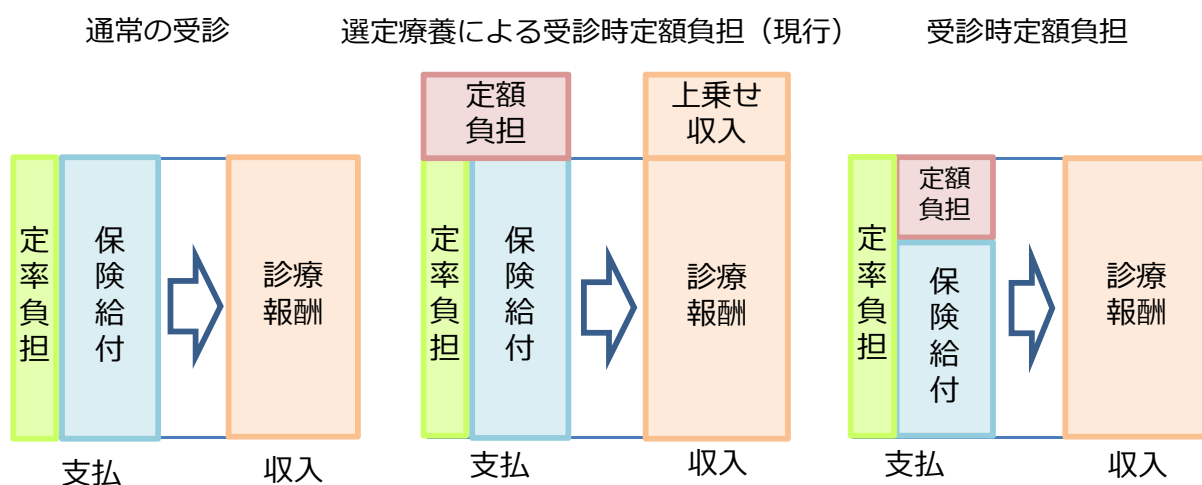
【論点】

- 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。

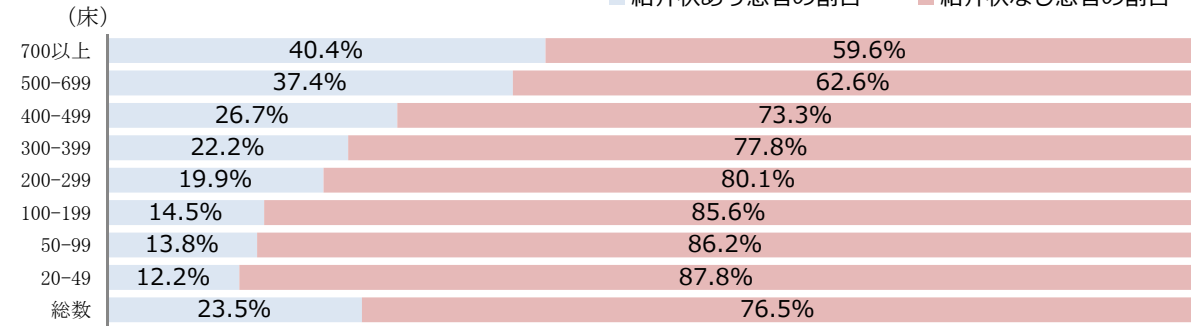
○ 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入
 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

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。



◆ 病床規模別の紹介率(外来)



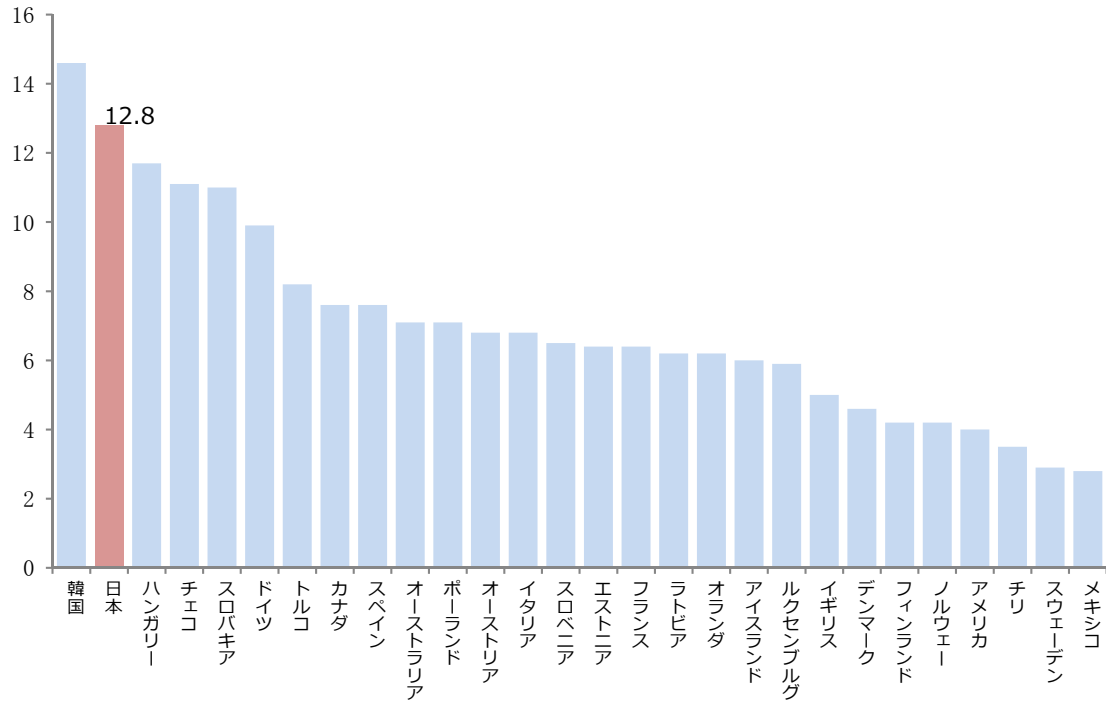
(出所)平成26年患者調査を基に作成

【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。

(参考1) 外来受診に関するデータ

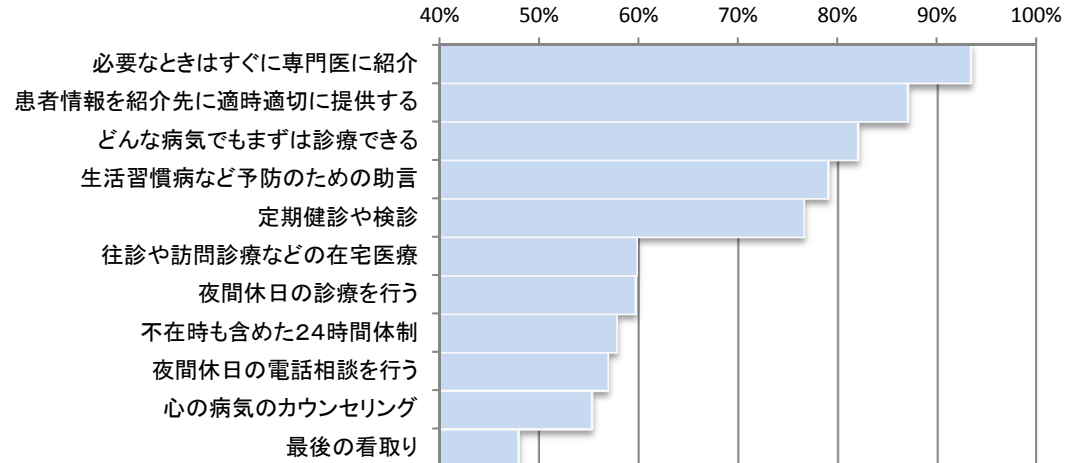
◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2013年)



(注)イギリスは2009年、アメリカは2010年のデータ (出所) OECD Health Data 2015, OECD Stat Extracts

◆ かかりつけ医に望む事項

Q あなたは、かかりつけ医にどのような医療や体制を望んでいますか

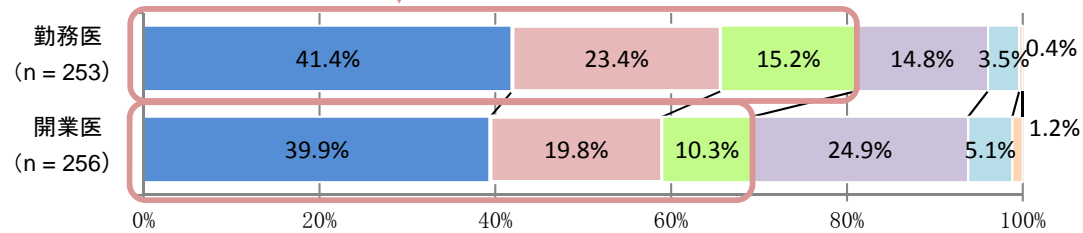


(出所)「第5回 日本の医療に関する意識調査」
(平成27年1月28日 日本医師会総合政策研究機構)

◆ フリーアクセスは制限すべきか？

Q この4月から、特定機能病院と、一般病床500床以上の地域医療支援病院では、紹介状なしの初診の際は5000円以上の定額負担が義務化されました(以下、定額負担制度)。これまで、日本の医療ではフリーアクセスが基本になってきましたが、医療費抑制のためにかかりつけ医制度を促進し、フリーアクセスを制限すべきとの意見も聞かれるようになりました。今後、医療へのアクセスについて、先生はどのように考えますか。

勤務医の8割強、開業医の7割が「何らかのフリーアクセス制限が必要」との考え方を支持

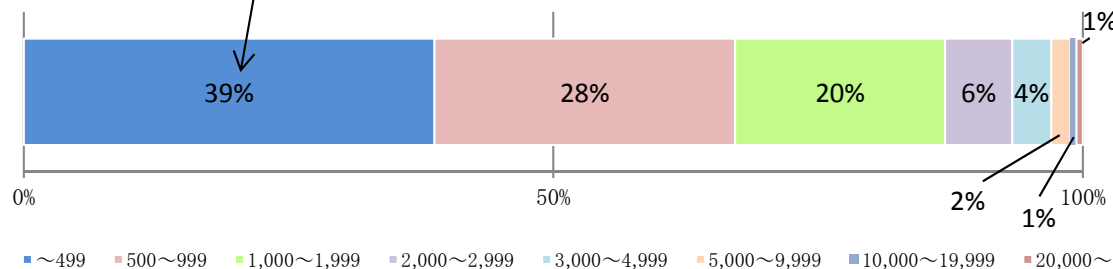


- フリーアクセスを制限すべき(現行の定額負担制度を拡大する)
- フリーアクセスを規制すべき(定額負担の拡大ではなく、法的に規制する)
- フリーアクセスを制限すべき(上記以外の方法で)
- 現状を維持すべき
- 定額負担の制度も減額あるいは撤廃すべき
- その他

(出所)2016年8月6日 m3.com「医療維新」より

◆ 外来医療費の1件当たり診療報酬点数の分布

1件当たり医療費5千円未満が約4割



(出所)平成26年医療給付実態調査を基に作成

(参考2) 保健医療2035提言書(抄)

(「かかりつけ医」に関する記述；平成27年6月「保健医療2035」策定懇談会)

5. ビジョン実現のためのガバナンス

我が国の医療提供体制は、患者が自由に医療機関を受診できるフリーアクセスと、民間主体の医療提供者が自由に開業し診療科を標榜できる自由開業制・標榜制に特徴づけられてきた。医療に対する患者のアクセスを十分確保しつつ、今後は、地域のかかりつけ医が身近なコーディネーターとして患者や社会を支えていく必要がある。

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

(1) 「リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～」

i) より良い医療をより安く享受できる

- ③ 医療機関や治療法の患者による選択とその実現を支援する体制を強化する
- ・自らが受ける医療の選択の際には、地域のかかりつけ医や保険者からの助言を受けられる体制を整備する。

ii) 地域主体の保健医療に再編する

- ③ 地域のかかりつけ医の「ゲートオープナー」機能を確立する
- ・高齢化等に伴い個別の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加し、医療技術の複雑化、専門化が進む中、身近な医師が、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする「ゲートオープナー」機能を確立する。これにより、患者はかかりつけ医から全人的な医療サービスを受けることができ、また適切な医療機関の選択を可能とする。
 - ・このためには、総合的な診療を行うことができるかかりつけ医のさらなる育成が必須であり、今後10年間程度ですべての地域でこうした総合的な診療を行う医師を配置する体制を構築する。
 - ・総合的に医学的管理を行っている地域のかかりつけ医が行う診療については、包括的な評価を行う。特に、高齢者と子どもについては、かかりつけ医が重要であり、かかりつけ医をもつことを普及させる。このため、総合的な診療を行うかかりつけ医を受診した場合の費用負担については、他の医療機関を受診した場合と比較して差を設けることを検討する。これにより、過剰受診や過剰投薬の是正等の効果も考えられる。

(2) 「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」

i) 自らが受けるサービスを主体的に選択できる

- ① 自ら最適な医療の選択に参加・協働する
- ・また、2035年には死者が毎年160万人を上回る時代であることを踏まえると、「死」の在り方(quality of death)について、一人ひとりが考え、選択することも必要となる。特に終末期(人生の最終段階)について、意思能力のあるうちに事前指示(advance directive)として、自らの希望する医療やケア、療養場所に関して選択や意思表示をできるようにするといった、quality of deathの向上のための取組(望まない医療を受けないことや在宅療養の選択等)を進める。また、そのための啓発・教育活動を保険者や自治体、かかりつけ医が行う体制を確立する。

7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ

(4) 次世代型の保健医療人材

今後、医師の配置、勤務体系の在り方を見直すとともに、技術進歩の活用などにより、医師の業務が生産性の高い業務に集中できるようにすべきである。例えば、複数の疾患を有する患者を総合的に診ること、予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントに関する能力を有する医師の養成や、国家試験のあり方、医学部教育の見直し、チーム医療の更なる拡大、病院の専門医から地域のかかりつけ医に転職時の再教育システムなどにより、医師一人当たりの生産性を高めることが考えられる。この際、MOOCなどICTの活用を含め医師をはじめとする医療従事者の教育を効率的・効果的に進め、医療従事者が働きやすい環境づくりや女性医師の活躍モデルの構築などを図る。

地域において病院の機能分化等を行っていく中で、専門医と総合的な診療を行うかかりつけ医の連携強化や有機的なネットワークの構築を図っていくことが必要である。こうした機能分化は、自治体の枠を超えて自治体間での機能分化することも積極的に推進する必要がある。

薬剤自己負担の引き上げ

【論点】

- 高額・有効な医薬品が相次いで登場する中、これを公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していくため、薬剤について、相応の自己負担を求めていく必要。
- また、市販品と同一の有効成分の医薬品でも、医療機関で処方されれば、自ら市販品を求めるよりも大幅に低い負担で入手が可能であるため、セルフメディケーションの推進に逆行し、公平性も損ねている。
こうした観点からも、薬剤の自己負担の引き上げの検討が必要。
- なお、諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担については技術料とは異なる仕組みが設けられている。

◆ 薬剤自己負担の国際比較

| | |
|--------|---|
| 日本 | 原則3割+高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%） （義務教育就学前：2割、70～74歳：2割、75歳以上：1割） |
| ドイツ | 10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ） （注）参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担 |
| フランス | 薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定（加重平均した自己負担率34%） 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品：0% 一般薬剤：35% 胃薬等：70% 有用度の低いと判断された薬剤：85% ビタミン剤や強壮剤：100% （注）参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担 |
| スウェーデン | 900クローナまでは全額自己負担、より高額な薬剤についても一定の自己負担割合を設定 （注）上限は年間2,200クローナ |

◆ 市販品（OTC医薬品）と医療用医薬品の比較

| 種類 | 医療用医薬品 | | | | | OTC医薬品 | |
|--------|-----------|----|------|--------------|---------------|--------|--------|
| | 医療費 | 銘柄 | 薬価 | 3割負担 (現役) | 1割負担 (高齢者) | 銘柄 | 価格 |
| 湿布 | 1,500億円程度 | AA | 120円 | 36円 | 12円 | A | 1,008円 |
| ビタミンB剤 | 400億円程度 | BB | 690円 | 207円 | 69円 | B | 2,139円 |
| 漢方薬 | 800億円程度 | CC | 170円 | 51円 | 17円 | C | 1,296円 |

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。

※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。

※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

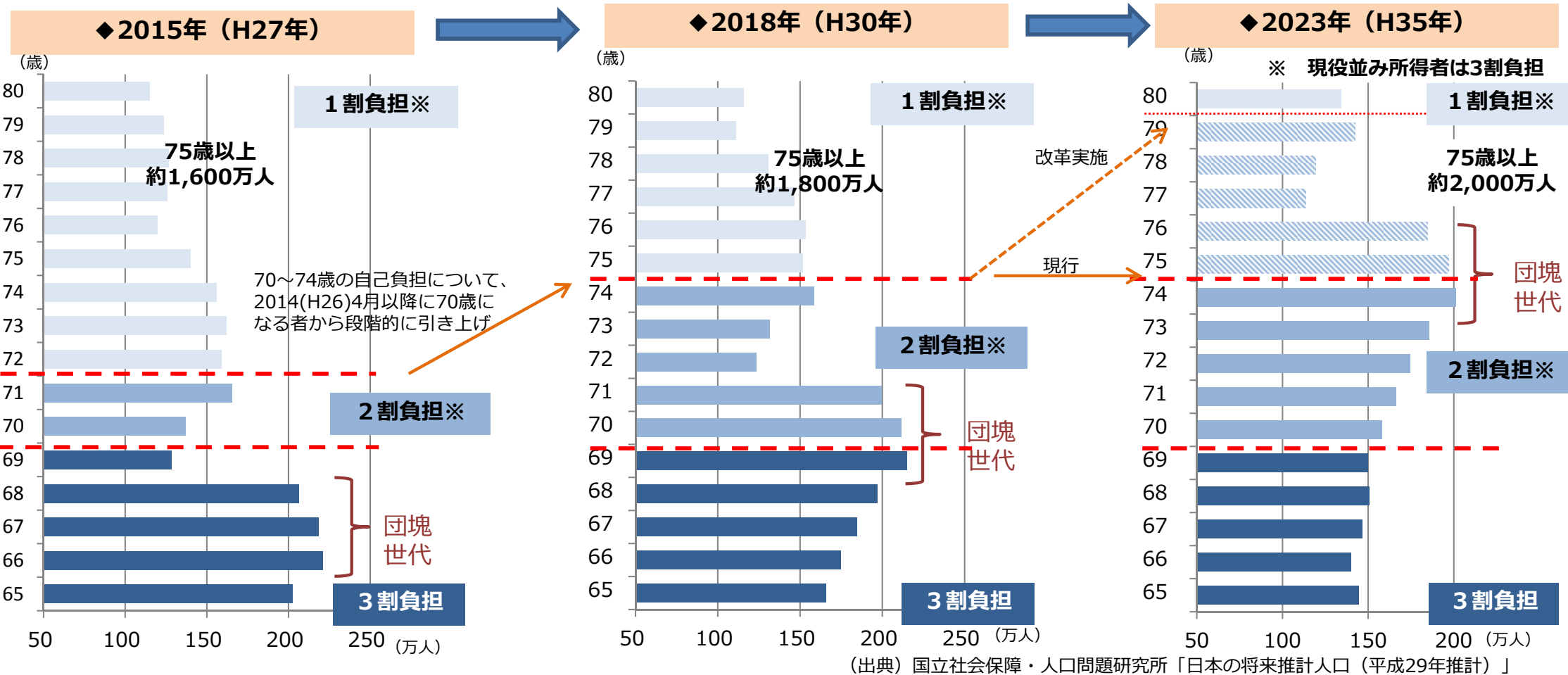
※4 医療費の金額は、平成26年度における、各薬効分類の入院、外来別の上位30品目の売上金額である。

【改革の方向性】（案）

- 薬剤自己負担の引き上げについて、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、速やかに具体的内容を検討し、実施すべき。

医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

- 後期高齢者の定率の窓口負担は、現役世代よりも低い1割に軽減されている。他方、後期高齢者の人口は毎年増加。
- 平成30年度に74歳までの自己負担は2割となるが、31年度以降、75歳以上の自己負担について改革を実施しない場合、自己負担が1割となる対象者が毎年増加していく（5年間で約200万人増加）。



【改革の方向性】(案)

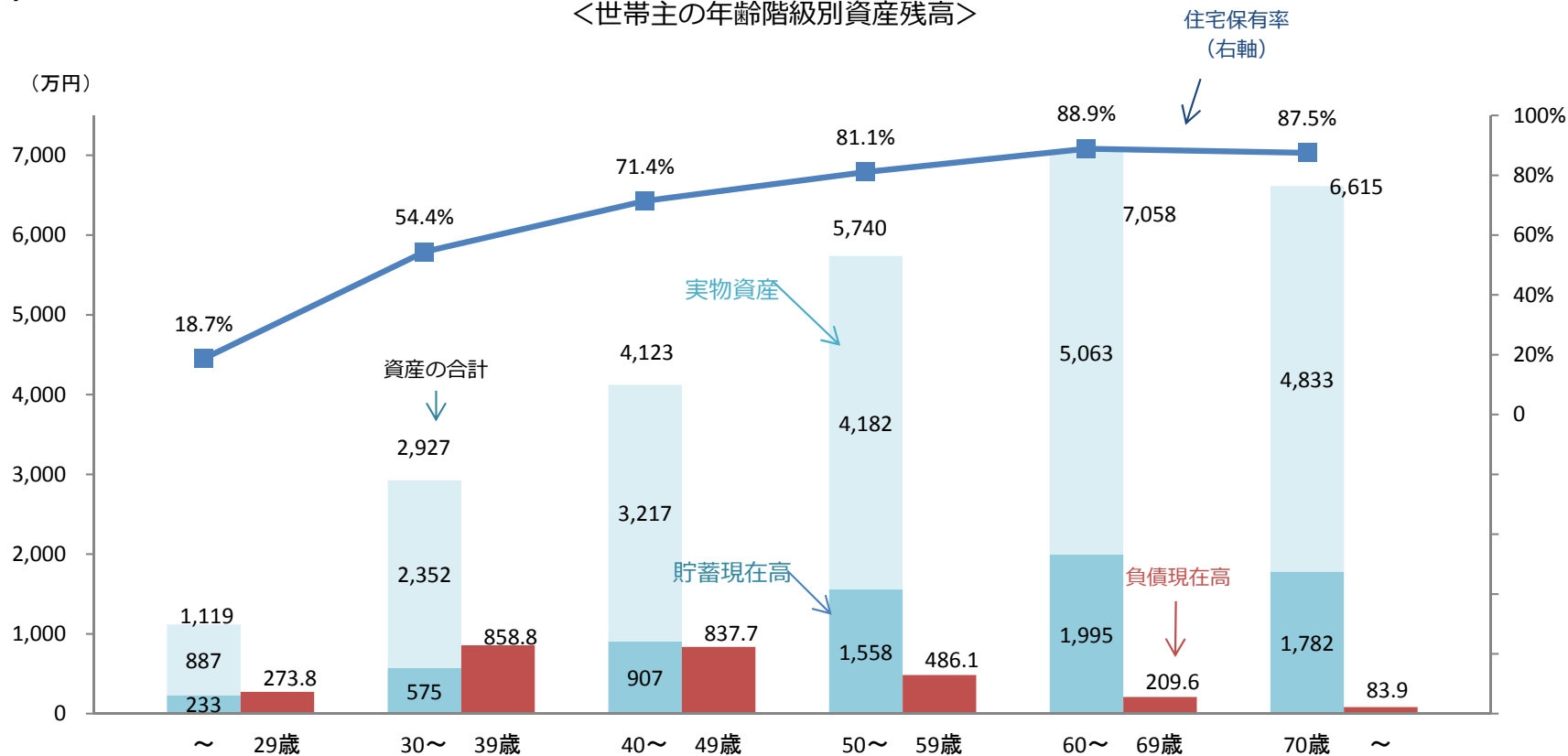
- 後期高齢者数や医療費が毎年増加していく中、世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、75歳以上の後期高齢者の自己負担について見直しを行う必要。
- 現在70歳~74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げを、引き続き75歳以上についても延伸して実施し、2019(H31)年度以降に新たに75歳以上となる者について2割負担を維持すべき。また、2019(H31)年度時点で既に75歳以上となっている者については、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。
- これらの実施は31年4月からとなるため、早急に議論を開始すべき。

金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

【論点】

- 高齢者は、現役と比べて、平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が成立（公布日(H27.9.9)から3年以内に施行予定）。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査

(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

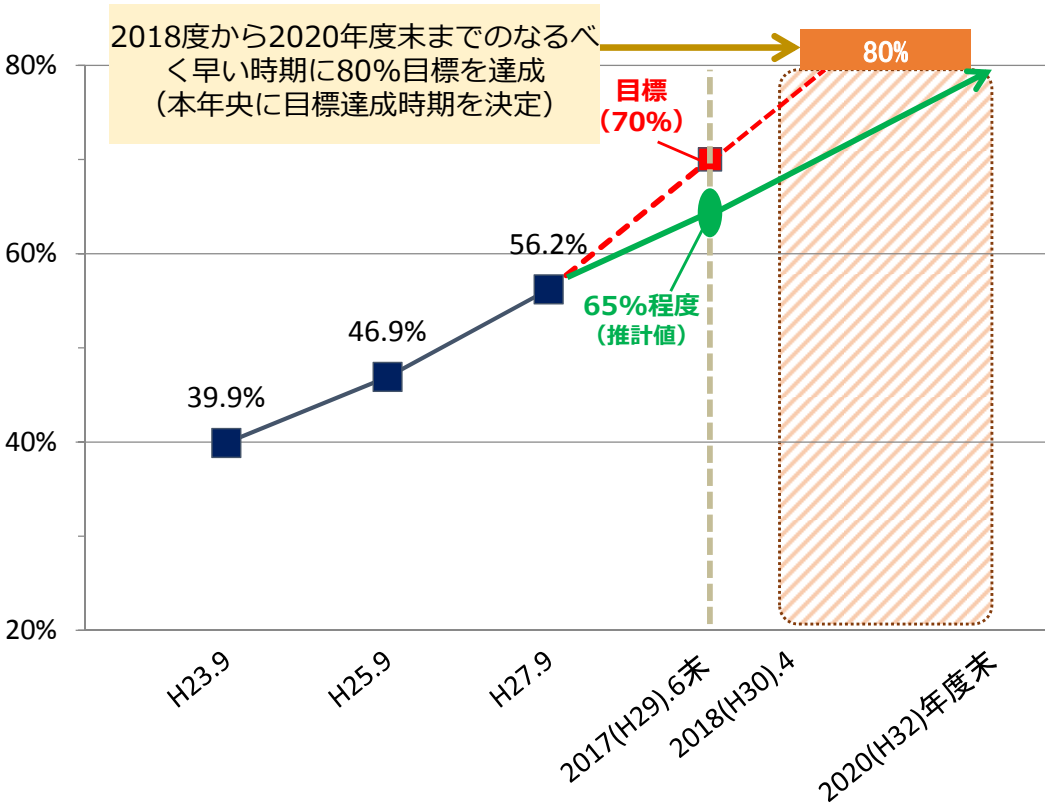
【改革の方向性】（案）

- まずは、現行制度の下での取組として、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、補足給付と同様の仕組みを適用すべき。
- さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

【論点】

- 我が国において後発医薬品使用は定着し、使用割合も上昇してきたが、足元では70%目標設定時の想定よりも伸びが鈍化しており、本年央時点での目標である「使用割合70%」には至っていないと考えられ、現下の増加ペースを前提とすると、目標としている32年度末までの「使用割合80%」到達は容易ではない。
- 後発医薬品の使用促進策は、診療報酬上の評価や処方箋の記載様式の変更など、後発医薬品を処方・提供する診療所や薬局を対象とした措置などを実施してきた。

◆後発医薬品の数量シェアの推移と目標値



(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。

◆現在の後発医薬品普及促進のための主な措置

| | |
|--------|--|
| 医療機関向け | <ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品調剤体制加算 (保険薬局 (院外処方時)) ○一般名処方加算 (診療所等 (院外処方時)) ○処方箋の記載様式 (診療所等 (院外処方時)) ○後発医薬品使用体制加算 (病院等 (入院時)) ○後発医薬品係数 (D P C病院 (入院時)) |
| 保険者向け | <ul style="list-style-type: none"> ○保険者努力支援制度 (国保、30年度～) ○後期高齢者拠出金加減算制度 (健保組合等、30年度～) |
| 患者向け | <ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品の薬価引き下げ ○普及・啓発 |

特許切れ市場における後発医薬品シェアの国際比較

| 日本 | アメリカ | イギリス | ドイツ | フランス |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2015年 | 2010年 | 2015年 | 2016年 | 2015年 |
| 56.2% | 約90% | 77.4% | 84.9% | 78.6% |

(出典) 日本 : H27年9月薬価調査
 アメリカ : 2012 IMS Health
 イギリス : Prescription Cost Analysis Data (NHS)
 ドイツ : Pro Generika (IMS PharmaScope)
 フランス : Rapport D'activite 2015 (CEPS)

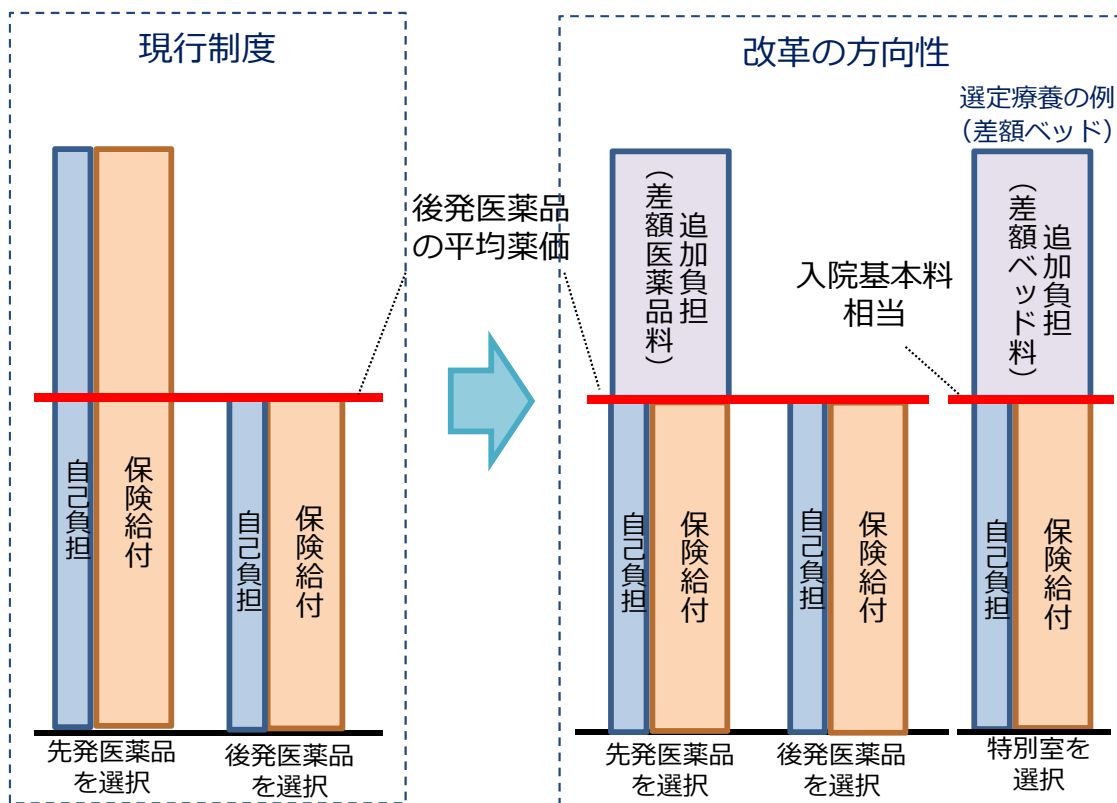
【改革の方向性】 (案)

- 後発医薬品の使用割合について、70%までの目標を設定していた際に想定していた伸び率も踏まえつつ、80%とする目標の達成時期を2020年度までのできるだけ早期に設定するとともに、目標達成に向けて、これまでの取組に加えて、更なる使用促進へのボトルネックを明らかにし、患者へのインセンティブを含め効果的な促進策を講じるべき。

後発医薬品の使用促進(後発医薬品の価格を超える部分への対応)

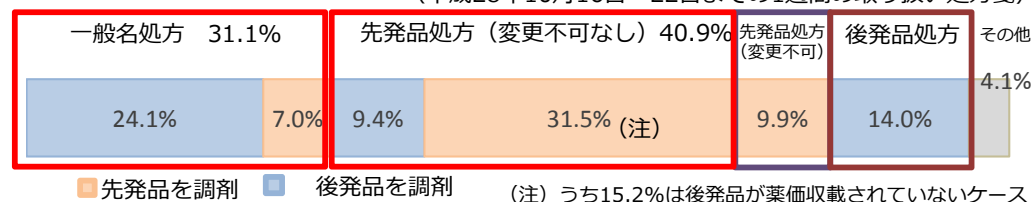
【論点】

- 後発医薬品が使用されないのは患者の意向によるケースが多い。
- 後発医薬品の使用割合を更に高めていく上では、これまでの措置の拡充・強化に加え、患者により働きかける施策が必要。また、後発医薬品の使用割合が7割近くまで上昇し、多くの方が後発医薬品を選択している中、公平性にも配慮する観点からも、保険給付は後発医薬品の平均価格を基準とすべきではないか。



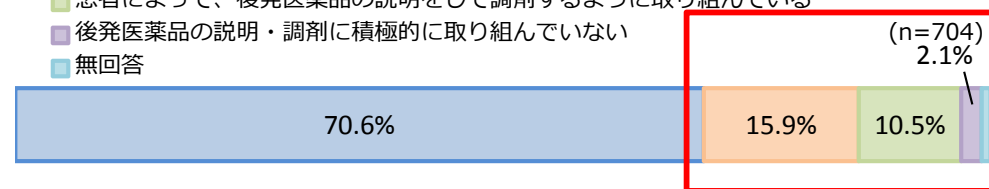
◆ 処方箋の記載と対応状況

(平成28年10月16日～22日までの1週間の取り扱い処方箋)

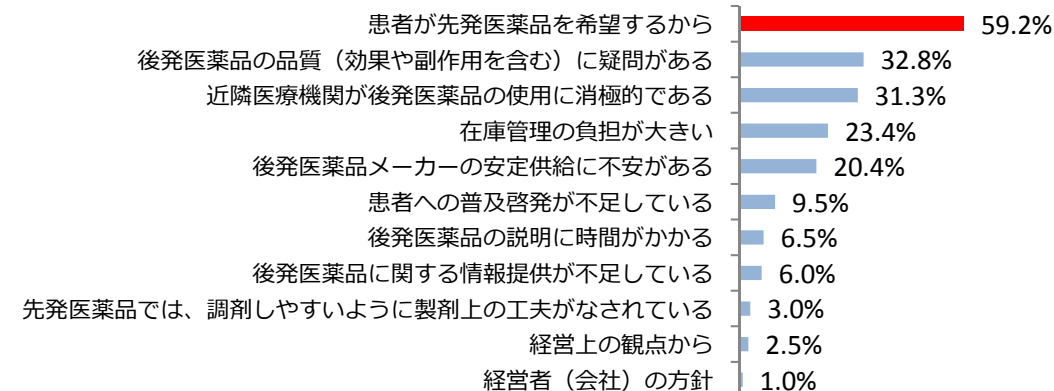


◆ 保険薬局の後発医薬品の調剤に関する考え

- 全般的に、積極的に後発医薬品の説明をして調剤するよう取り組んでいる
- 薬の種類によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 患者によって、後発医薬品の説明をして調剤するように取り組んでいる
- 後発医薬品の説明・調剤に積極的に取り組んでいない
- 無回答



◆ あまり積極的には調剤しない理由 (複数回答)



(出所) 「後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査報告書 (平成28年度調査)」
(中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会)

【改革の方向性】 (案)

- 選定療養の仕組みも参考に、後発品の平均価格を超える部分については、原則、自己負担で賄う仕組みを導入すべき。

【論点】

- 生活習慣病治療薬の処方は、性・年齢、進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個々の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、我が国では高価なARB系が多く処方されている。

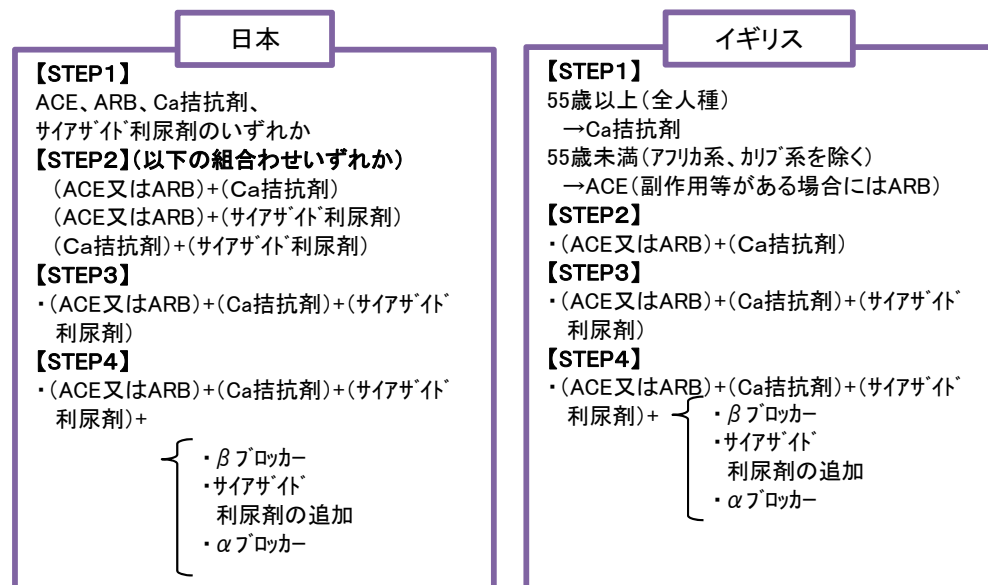
<医薬品国内売上高上位10品目>

<医薬品世界売上高上位10品目>

<高血圧薬の使用に関するガイドライン>

| | 製品名 | 薬効 |
|----|-------------|------------------|
| 1 | プラビックス | 抗血小板薬 |
| 2 | ミカルディスファミリー | ARB(配合剤含む) |
| 3 | オルメテックファミリー | ARB(配合剤含む) |
| 4 | プロプレスファミリー | ARB(配合剤含む) |
| 5 | アバステン | 抗悪性腫瘍薬 |
| 6 | ジャヌビア | 糖尿病治療薬(DDP-4阻害薬) |
| 7 | リリカ | 疼痛治療薬 |
| 8 | レミケード | 抗リウマチ薬 |
| 9 | ネキシウム | プロトンポンプ阻害薬 |
| 10 | モーラステープ | 鎮痛消炎薬 |

| | 製品名 | 薬効 |
|----|--------|--------------|
| 1 | ヒュミラ | 関節リウマチ |
| 2 | レミケード | 抗リウマチ薬 |
| 3 | リツキシサン | 非ホジキンリンパ腫他 |
| 4 | エンブレル | 関節リウマチ |
| 5 | アドエア | 抗喘息薬(配合剤) |
| 6 | ランタス | 糖尿/インスリンアナログ |
| 7 | アバステン | 転移性結腸がん |
| 8 | ハーセプチン | 乳がん |
| 9 | クレストール | 高脂血症/スタチン |
| 10 | ジャヌビア | 2型糖尿病/DPP4 |



<代表的な治療薬の一日薬価>

| | | |
|-------------|--------------------|---------|
| ACE系 | タナトリル錠(10mg) | 123.60円 |
| ARB系 | ディオバン錠(80mg) | 109.10円 |
| Ca拮抗系 | アムロジン錠(5mg) | 53.30円 |
| サイアザイド系利尿薬系 | ヒドロクロロチアジド錠(100mg) | 22.40円 |

(出典)

- ・医薬品国内売上高上位10品目: Monthly ミクス 2015年 増刊号
- ・医薬品世界売上高上位10品目: セジテム・ストラテジックデータ(株)ユート・ブレーン事業部

【改革の方向性】 (案)

- 薬剤の適正使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について処方ルールを設定すべき。

診療報酬関係

診療報酬制度について

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬のうち、
 - ① 医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）については、2年に一度、個別の診療行為の公定価格が見直されており（診療報酬改定）、30年度は改定の年度にあたる。
 - ② 薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）については、従来は2年に1度の見直しであったが、今後、市場実勢価格をより適時に反映する観点から、毎年価格を見直し（薬価制度の抜本改革）。
- 診療報酬の改定率は、内閣が予算編成過程を通じて決定し、個々の診療行為・薬の価格については、内閣が決定した改定率を前提として、厚生労働大臣が、中央社会保険医療協議会（中医協）での議論を踏まえ、決定。

診療報酬本体
検査・手術・入院等の
医療行為の公定価格
(技術・サービスの評価)

2年に1度、診療報酬改定
(公定価格の見直し)

薬価等
処方や投薬などで使用される
医薬品・医療機器の価格
(物の評価)

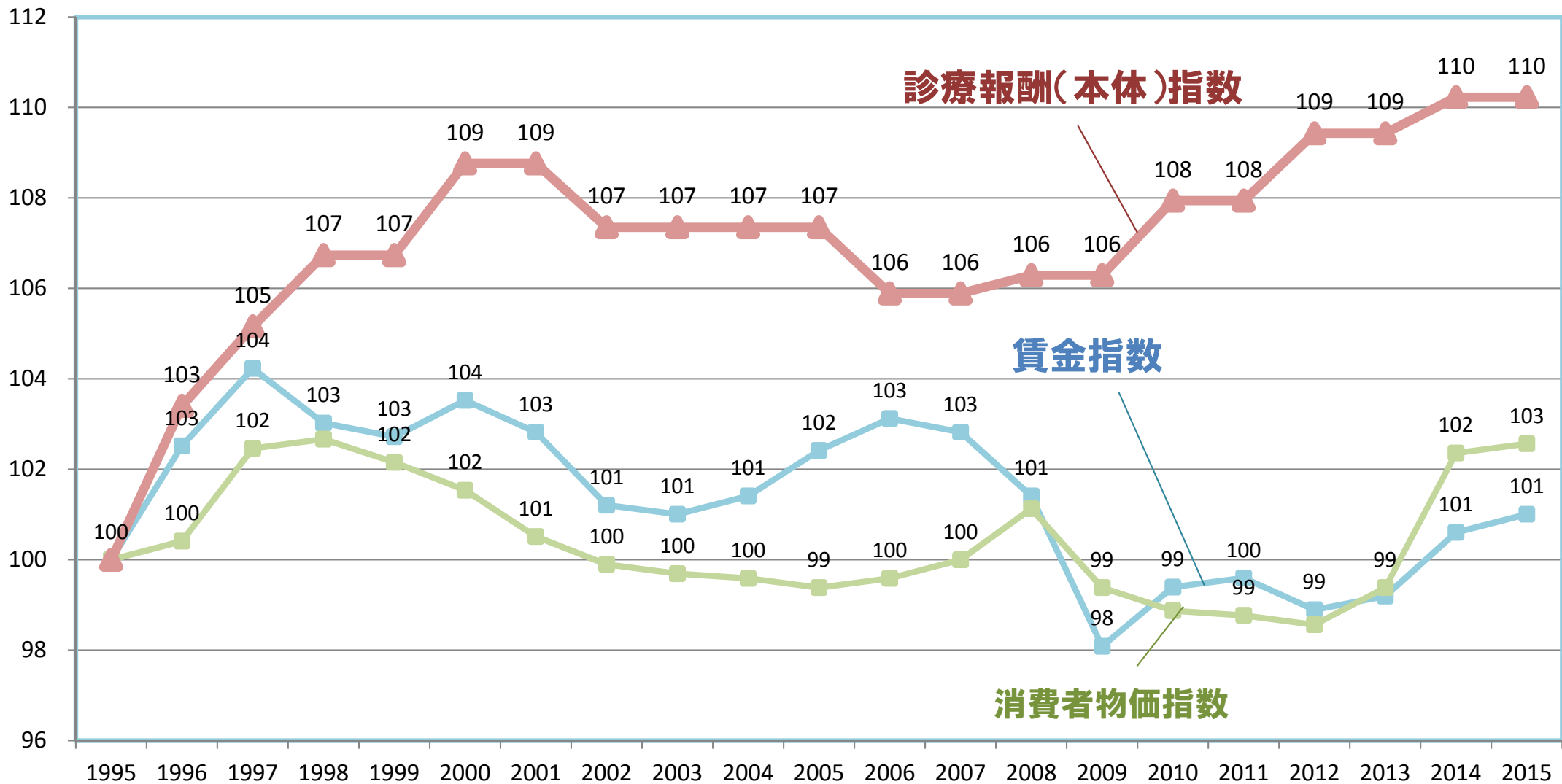
毎年、価格を見直し
(市場実勢価格※を反映)

※ 製薬企業→卸→医療機関の取引により、客観的な市場実勢価格が存在

診療報酬本体と賃金・物価の動向

○ 診療報酬改定（人為的な価格増）により、我が国がデフレを経験した1990年代後半以降、賃金や物価水準がデフレにより上昇していない中で、診療報酬（本体）については上昇を続けてきた結果、賃金や物価の水準と比べて高い水準となっている

1995年(平成7年)=100



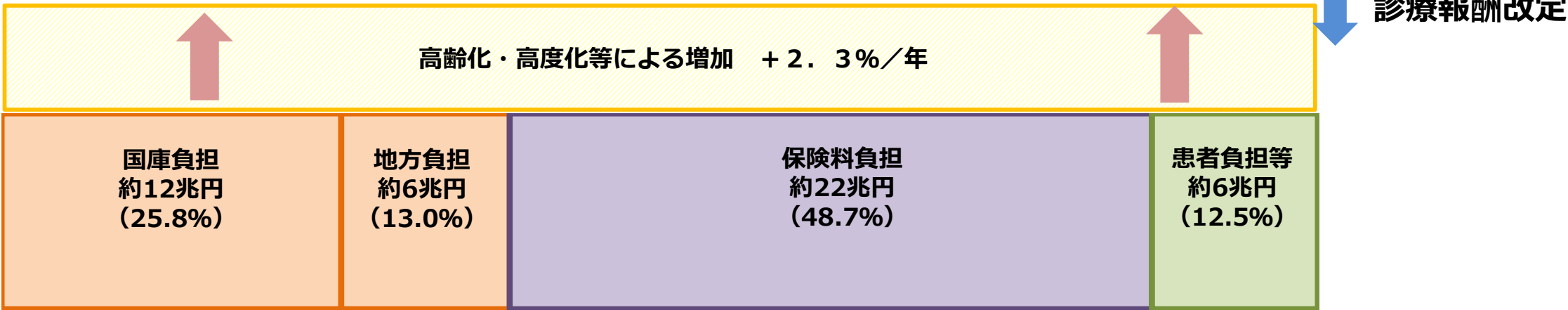
※ 厚生労働省発表の診療報酬改定率、厚生労働省「毎月勤労統計調査」賃金指数（現金給与総額、事業所規模30人以上）、総務省統計局「消費者物価指数年報」による。

※ なお、診療報酬本体は、各年度の改定率を前年度の指数に乗じることで、おおよその診療報酬単価の推移を示したものである。

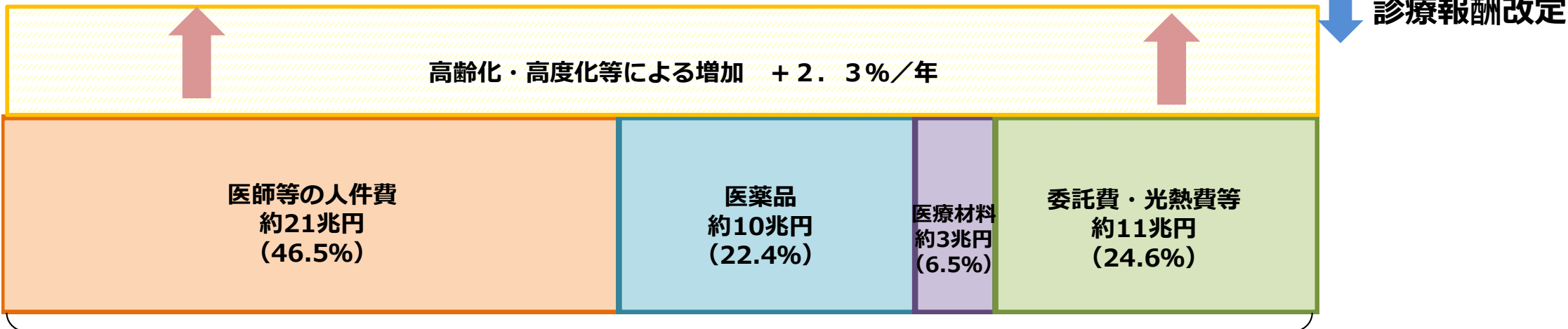
医療費の財源・費用構造内訳

- 医療費は、毎年、高齢化・高度化等により増加しており、これに政策的に決定される診療報酬改定による増減が生じる。
- 医療費の増加は、費用面では医師等の人件費や医薬品の購入費用等の増加となり、財源面では国民の負担（税、保険料、患者負担等）の増加で賄われる。

○財源構造



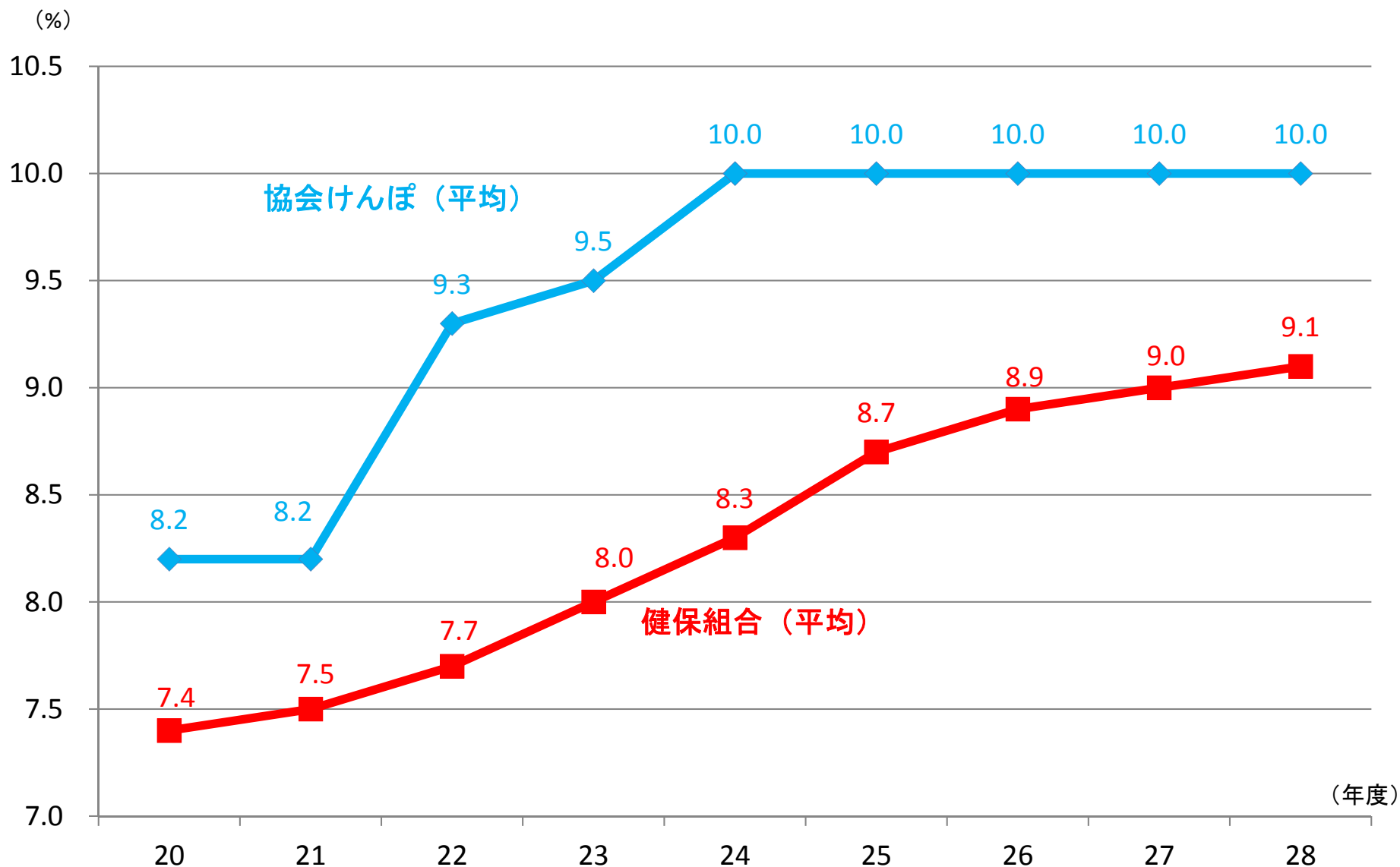
○費用構造



国民医療費（平成29年度予算ベース）：約45兆円

協会けんぽと健康保険組合の保険料率の推移

○ 近年、医療費の増加等に伴い、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている（協会けんぽは、24年度以降10.0%で推移）。



※ 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、12年度～26年度は決算、27年度は決算見込、28年度は予算による。

地域医療構想の方向に沿った診療報酬(入院基本料)

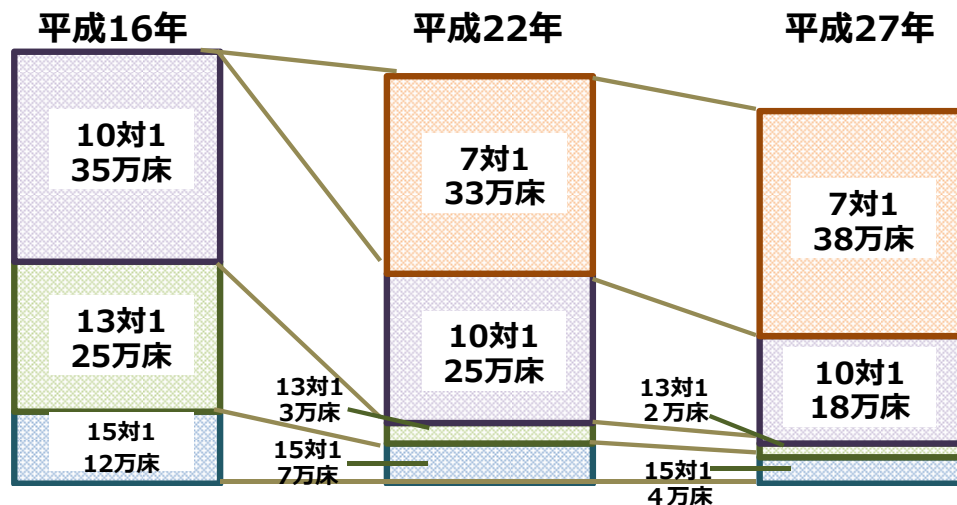
【論点】

- 地域医療構想においては、2025年度に向けて、少子・高齢化の進展により、急性期や高度急性期のニーズは減少し、回復期が増加することとされている。
- 一方、診療報酬上は、急性期を念頭に高い報酬設定がなされている「7:1入院基本料」を算定する病床が、導入（平成18年度）以降急増し、最多となっている。
- 一般病棟入院基本料は、看護職員の配置で基本的に点数が決まる。「7:1入院基本料」は、患者のうち75%については、どのような患者にどのような医療を提供しているかは問われない。

◆一般病棟入院基本料の概要

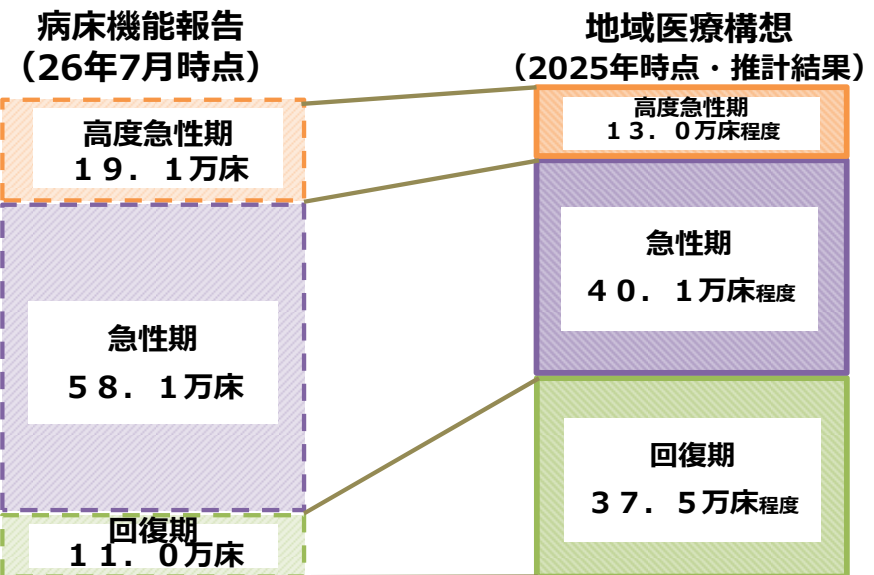
| 看護配置 | 入院基本料 | その他の要件 |
|--------|--------|--|
| 7 : 1 | 1,591点 | ・平均在院日数（18日以内） ・重症度・看護必要度（基準を満たす患者が25%以上） ・在宅復帰率（8割以上） |
| 10 : 1 | 1,332点 | ・平均在院日数（21日以内） |
| 13 : 1 | 1,121点 | ・平均在院日数（24日以内） |
| 15 : 1 | 960点 | ・平均在院日数（60日以内） |

◆一般病棟入院基本料の届出病床数の推移



※ 近年増加している回復期リハビリテーション病床・地域包括ケア病床のほか、特定機能病院入院基本料（看護人員配置7：1）や、高度急性期機能とされる救命救急病棟、特定集中治療室、ハイケアユニット等の病床数は上記に含まれていない。

◆将来求められる医療機能



【改革の方向性】（案）

- 地域医療構想において、将来の少子高齢化を踏まえて急性期から回復期への転換が求められていることも踏まえ、7：1入院基本料について、重症度・看護必要度など算定要件の一層の厳格化を行うべき。
- 入院基本料ごとに具体的にどのような医療を提供しているか検証したうえで、看護職員配置ではなく、提供している医療の機能（高度急性期、急性期、回復期等）により評価される仕組みを目指していくべき。

地域医療構想の方向に沿った診療報酬(療養病床)

【論点】

- 地域医療構想の方向性に沿って、2025年度に向けて、入院受療率の地域差を縮小し、介護施設や在宅医療等の受け皿に移行して病床数を減少させていく必要。
現在、療養病床入院基本料2(25:1)の対象病床には、医療の必要性が高くはない者(医療区分1)が4割存在。
- 30年度から、介護保険制度における新たな施設類型として、日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ等の機能と、生活施設としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設(介護医療院)が創設される。

| | | 医療療養病床 20対1 | 医療療養病床 25対1 |
|------|------|--------------------------|--------------------------|
| 人員 | 医師 | 48対1(3人以上) | 48対1(3人以上) |
| | 看護職員 | 20対1 | 25対1 |
| 患者要件 | | 医療の必要性が高い者(医療区分2・3)が8割以上 | 医療の必要性が高い者(医療区分2・3)が5割以上 |

地域医療構想

2025年の必要病床数(あるべき病床数)の推計結果について

機能分化をしないまま
高齢化を織り込んだ場合

目指すべき姿

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

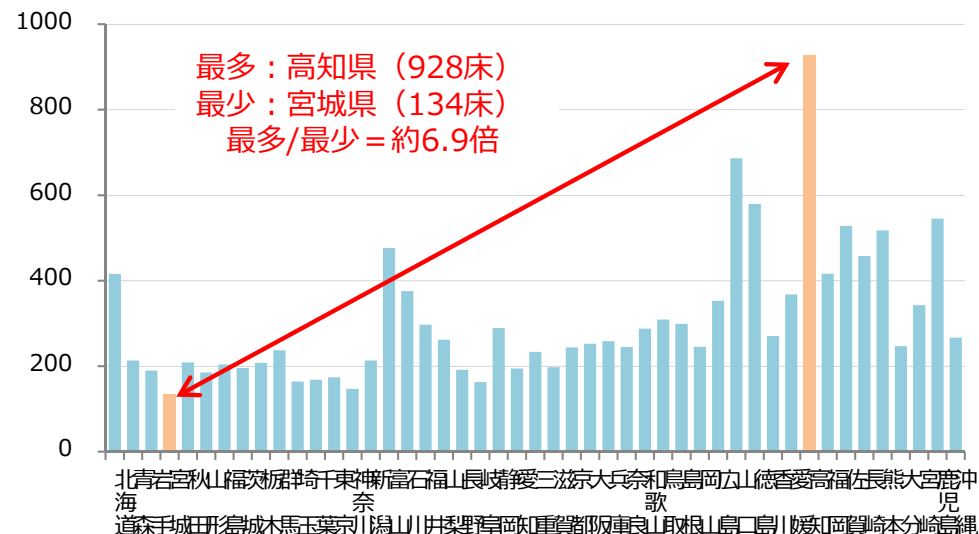
29.7~33.7万人^{程度}
・在宅医療
・介護老人保健施設
・介護医療院
・外来

慢性期機能

・医療療養病床
・介護療養病床
等

慢性期機能
24.2~28.5万床^{程度}
・医療療養病床
等

◆都道府県別 人口10万人対療養病床数



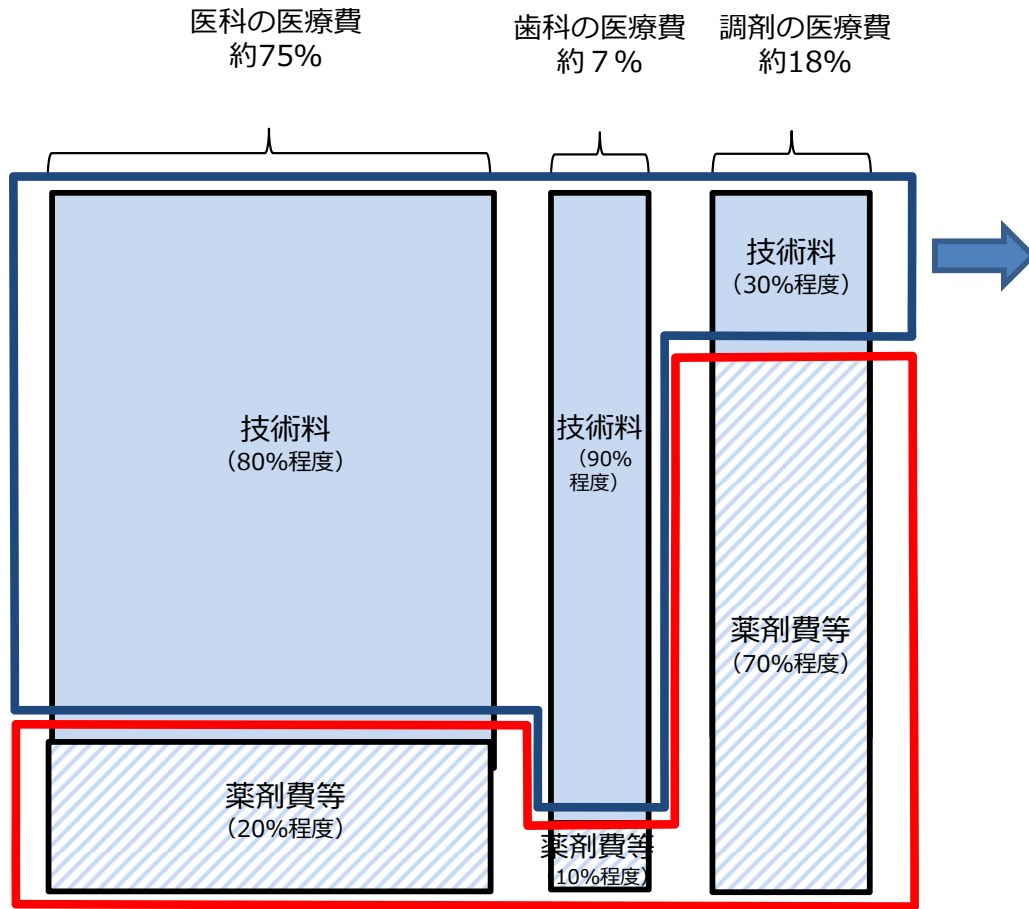
(出典)平成27年 医療施設(動態)調査(厚生労働省)

【改革の方向性】(案)

- 介護医療院等の受け皿に係る報酬等の検討とあわせて、療養病床の報酬水準や算定要件の適正化・厳格化をはかり、医療の必要性が低い患者を対象としている病床について、生活機能を兼ね備えたより効率的な受け皿への移行を促していくべき。

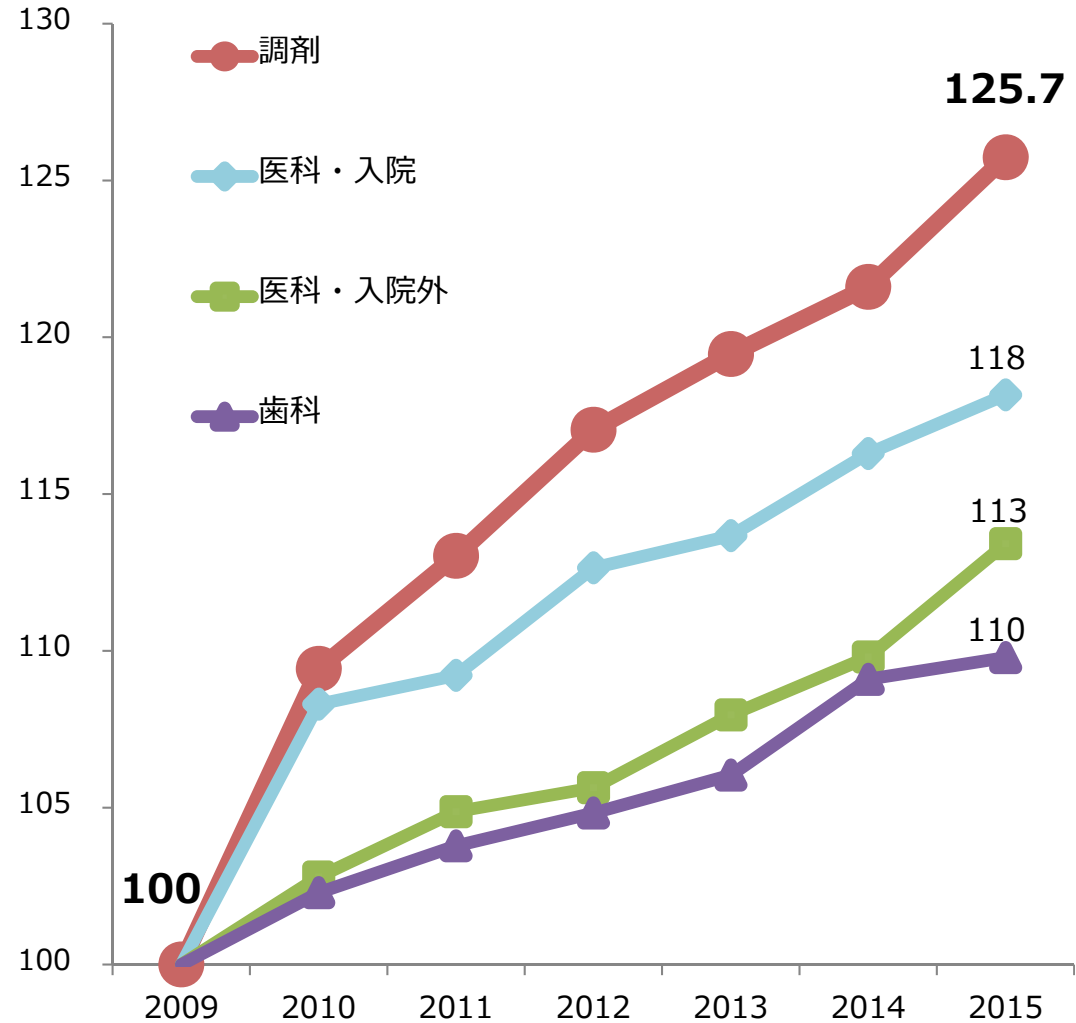
○ 薬剤費等を除いた技術料部分を比較すると、近年、調剤医療費伸びが大きい。

◆ 薬価改定・診療報酬本体改定の対象範囲（イメージ）



診療種類別の技術料の推移 (2009年=100)

(医科・歯科は推計値)



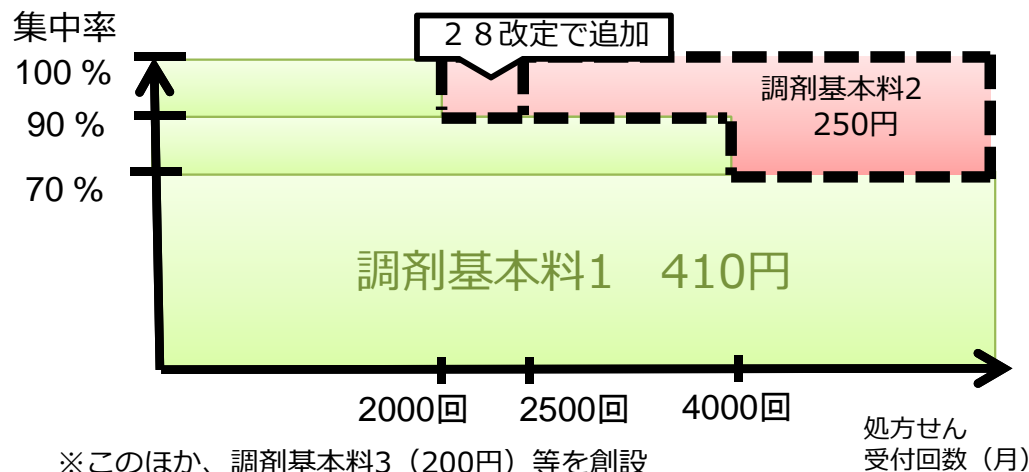
※ 平成26年1月8日「中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関等における消費税負担に関する分科会）」提出資料、平成26年度の概算医療費を踏まえ、財務省作成

調剤報酬の見直し

【論点】

○ 28年度改定において調剤報酬の見直しが行われたが、要件や点数の若干の修正にとどまるものが多い。

◎ 調剤基本料（狭義）〔約3,500億円〕の見直し（28改定）



◎ 薬剤服用歴管理指導料〔約3,400億円〕の見直し

イ) 薬剤情報文書の提供と説明

ロ) 患者や家族との対話により服薬状況を収集、記録、指導

ハ) 手帳への記載（手帳を用いる場合）

ニ) 残薬の状況等の情報について確認

ホ) 後発医薬品に関する情報の提供

以上を行った場合、患者が当該薬局に来る頻度等に応じて、処方箋受付一回につき500円または380円を算定。

※ 算定要件と報酬を一部変更

◎ かかりつけ薬剤師指導料の創設

患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を、新たに薬学管理料として評価（処方箋受付一回につき700円）

◎ 調剤料（内服薬）〔約8,200億円〕の見直し（28改定）

1剤につき

イ. 14日分以下

(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 50円

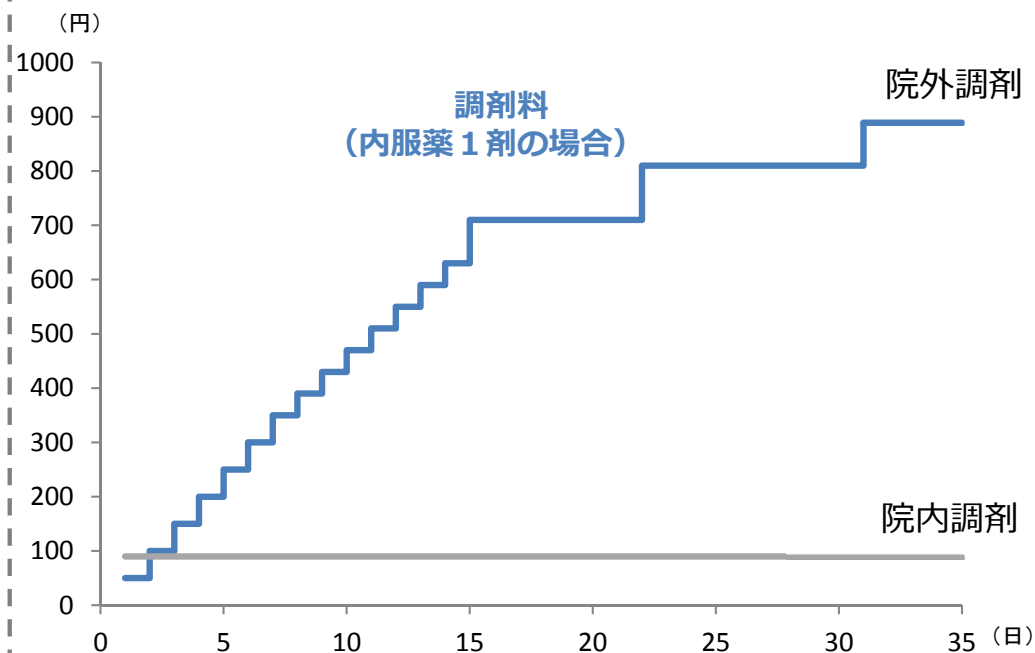
(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 40円

ロ. 15日分以上21日分以下 700円←710円

ハ. 22日分以上30日分以下 800円←810円

ニ. 31日分以上 870円←890円

※服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。



【改革の方向性】（案）

○ 28年度改定に引き続き、30年度改定において、対物業務から対人業務へ評価を重点化し、更なる抜本的な適正化を行うべき。

調剤報酬の見直し

【論点】

- 現行の調剤報酬体系の下では、院外処方のコストが院内処方の数倍に上る例もあり、国民負担につながっている。
- 他方、昨今、いわゆる門前薬局のほか、病院の敷地内のテナントを賃貸借して薬局を開店するなど、院内調剤と比べた機能の違いが分かりにくい形態が増えてきている。
- また、安全な医薬品の供給という役割を保険薬局が果たせていない事案も生じている。
- これまで、院外処方のメリットとして、患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握するなど、薬物療法の安全性・有効性の向上などが挙げられてきたが、これにより院内処方に比べてきわめて手厚くなっている現行の院外処方の報酬水準に見合った機能を果たしているかについて、保険薬局の様々な実態に鑑みた検証は不十分。

◆院内処方と院外処方の診療報酬上の評価の比較

| 前提条件 | 院内処方(診療所等) | | 院外処方(診療所等+薬局) | | 差額 |
|--|------------|-------|---------------|--|-----------------------|
| [例] ・高血圧、糖尿病、 不眠、胃炎 (内服薬28日分) | 処方料 | 420円 | 処方せん料 | 680円 | 剤数・日数に比例 院外処方の場合のみ |
| | 長期投薬加算 | 650円 | 長期投薬加算等 | 670円 | |
| | 調剤技術基本料 | 80円 | 調剤基本料(狭義) | 410円 | |
| | 調剤料 | 90円 | 後発医薬品調剤体制加算 | 180円 | |
| | その他加算 | 20円 | 調剤料 | 2,400円 | |
| 薬剤情報提供料等 | 130円 | 一包化加算 | 1,280円 | 定額 向精神薬等加算 80円 薬剤服用歴管理指導料 380円 | |
| 合計 | 1,390円 | | 6,080円 | | 4,690円 |
| 自己負担(3割) | 420円 | | 1,820円 | | 1,400円 |

(注1) 上記診療報酬は、投薬に関する費用のみで、医療機関で算定する基本診療料や医学管理料は含まない。

(注2) 事例は、平成27年3月12日「規制改革会議公開ディスカッション」にて日本医師会が提出した資料を抜粋したものであり、平成28年度診療報酬改定を踏まえて一部修正。

◆医薬分業の利点(厚生労働省資料より)

1. 「かかりつけ薬局」において薬学的観点から**処方内容をチェック**することにより、適切な薬物療法の実施に資するとともに、複数診療科受診による**重複投薬、相互作用の有無の確認**などができ、**薬物療法の有効性、安全性**が向上すること。
2. 薬の効果、副作用、用法などについて薬剤師が、処方した医師・歯科医師と連携して、**患者に説明(服薬指導)**することにより、患者の薬に対する理解が深まり、調剤された薬を用法どおり服用することが期待でき、**薬物療法の有効性、安全性**が向上すること。
3. 使用したい医薬品が手元に無くても、**患者に必要な医薬品**を医師・歯科医師が医療機関で採用している医薬品に縛られることなく**自由に処方**できること。
4. 本来病院薬剤師が行うべき、入院患者に対する副作用確認や服薬指導等の病棟業務が可能となること。

【改革の方向性】(案)

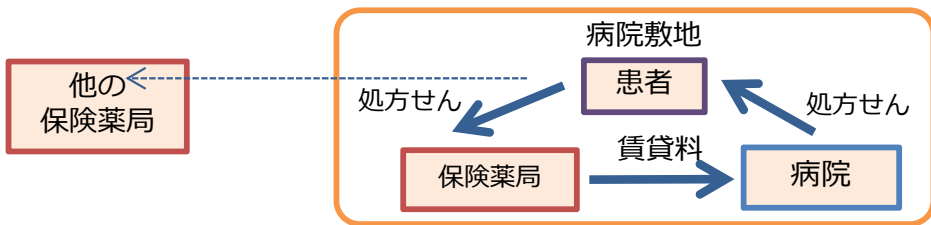
- いわゆる門内薬局や門前薬局などの業務実態等、様々な形態の保険薬局が実際に果たしている機能を精査した上で、院内調剤と比べてどの程度の機能を果たしているかという観点も含め、報酬のあり方を検討すべき。

(参考)保険薬局を取り巻く昨今の情勢

いわゆる「門内薬局」の動き

規制緩和後、医療機関の至近に開店して処方箋を応需するいわゆる「門前薬局」に加えて、医療機関と賃貸借契約を締結して病院等の敷地内に保険薬局（いわゆる「門内薬局」）を誘致する動き。

※ 規制改革推進会議での議論を踏まえ、平成28年度から、原則、保険医療機関と保険薬局が同一敷地内にある形態も認めるなど、保険薬局の構造規制を緩和。



◆いわゆる「門内薬局」誘致の例

滋賀医科大学付属病院

- ・ 附属病院の敷地内に2軒の薬局を誘致。
- ・ 大手調剤チェーン2薬局の入居を盛り込んだ事業者を優先交渉権者に決定。（平成28年7月25日薬事日報）

千葉大学医学部付属病院

- ・ 敷地内に建設中の「患者アメニティ棟」に薬局2店舗の誘致
- ・ 大手調剤チェーン等の入居が決定。（平成28年10月4日リスファクス）

益田赤十字病院

- ・ 益田赤十字病院保険調剤薬局整備事業として保険調剤薬局の開設、管理、運営等の事業者を公募。（益田赤十字病院HP）

亀山市立医療センター（三重県亀山市）

- ・ 敷地内薬局を誘致。契約締結候補者に大手調剤チェーンを選定。（平成29年4月5日リスファクス）

C型肝炎治療薬の偽造品流通

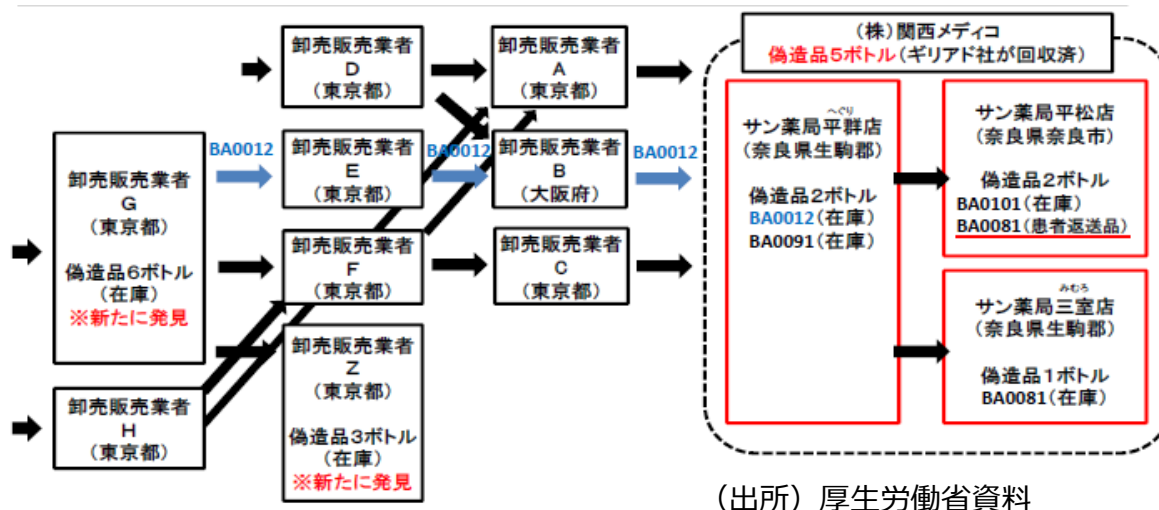
- ・ 高価なC型肝炎治療薬の偽造品が、医薬品卸売販売業者間を流通し、奈良県の薬局チェーンでそのまま患者に処方。
- ・ 形状の違いに患者が気づき明るみに。その後調査の結果同様の特徴を持つ偽造品は、卸売業者や薬局で合計14ボトル発見。
- ・ 正規品はシールにより封緘された箱に入った状態で通常は流通しているが、偽造品は、箱から取り出された裸のボトル状態で流通し、添付文書の添付もなかった。

◆ ハーボニー配合錠 偽造品流通ルート（1月23日現在）

医薬品流通の正規ルートとは異なる「裏ルート」の存在が背景にあることが、厚生労働省などへの取材で分かった。裏ルートは、「現金問屋」と呼ばれる中小卸売業者が担い、由来が不確かな医薬品の売買が横行。

納入時に偽造品5本があった奈良県内の薬局チェーン「関西メディコ」は、県の聞き取りに「安く仕入れられるので（正規の卸以外からも）買っていた」と説明。製薬会社の元役員は、「大きな薬局もこんな仕入れをしていたのか」と驚く。（毎日新聞 29年2月1日 朝刊）

土屋文人・国際医療福祉大学特任教授の話「薬局の薬剤師は、医薬品の品質保証をする責任がある。非正規のルートで購入したのであれば、なおさら検品して患者に渡すべきだった」（読売新聞 29年1月25日 朝刊）



(出所) 厚生労働省資料

介護

介護報酬改定に向けた論点(介護サービス事業者の経営状況)

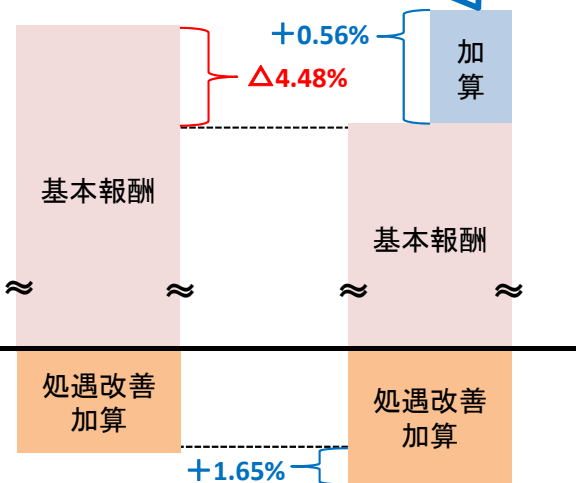
【論点】

- 前回(平成27年度)の介護報酬改定では、以下のとおり、メリハリを効かせた改定(全体で $\Delta 2.27\%$)を行ったところ。
 - ・ 介護サービス事業者の収支状況を踏まえた適正化($\Delta 4.48\%$)。
 - ・ 介護人材確保のための処遇改善加算の拡充(+1.65%)や質の高いサービス※を提供する事業者に対する加算(+0.56%)。
- ※ 例えば、特別養護老人ホームについては、「看取り介護加算」の充実、重度者や認知症高齢者の積極的な受入れを評価するための「日常生活継続支援加算」の見直し等。
- 改定前後における介護サービス事業者の収支状況を見ると、多くの介護サービスで収支差率が低下しているものの、プラスを維持しており、特に、訪問、通所などの在宅サービスの収支差率は比較的高水準にとどまっている。

また、特別養護老人ホームについて、改定前後で「黒字を継続している施設」と「黒字から赤字となった施設」を比較すると、黒字継続施設については、改定後の減収幅が小さく、質の高いサービスに対する加算の取得等に努めたものと推察される。

平成27年度介護報酬改定のイメージ

全体の改定率は $\Delta 2.27\%$ であるが、質の高いサービスを提供している事業所は、加算により手厚い報酬が得られる仕組み



主な介護サービスの収支差率(平成27年度)

| 在宅サービス | | 施設・居住系サービス | |
|-------------|----------------------------|-------------|----------------------------|
| 訪問介護 | 5.5% ($\Delta 1.9\%$) | 特別養護老人ホーム | 2.5% ($\Delta 0.5\%$) |
| 通所介護 | 6.3% ($\Delta 1.4\%$) | 老人保健施設 | 3.2% ($\Delta 0.7\%$) |
| 短期入所生活介護 | 3.2% ($\Delta 2.7\%$) | 介護療養型医療施設 | 3.7% ($\Delta 2.4\%$) |
| 認知症対応型通所介護 | 6.0% ($\Delta 0.9\%$) | 介護付有料老人ホーム等 | 4.1% ($\Delta 1.8\%$) |
| 小規模多機能型居宅介護 | 5.4% ($+0.2\%$) | 認知症グループホーム | 3.8% ($\Delta 2.4\%$) |
| 全産業 | 4.2% ($+0.1\%$) | 中小企業(26年度) | 3.6% ($+0.9\%$) |

※ 収支差率 = 税引前利益(収入-支出) / 収入。括弧内は前年度比。

出所: 厚生労働省「平成28年度介護事業経営概況調査結果」、財務省「法人企業統計」、中小企業庁「中小企業実態基本調査」

特別養護老人ホームの収益の状況

(単位)百万円

| | 施設介護料収益(収入) | | |
|--|-------------|-------|------------------------------------|
| | H27 | H26 | 増減(率) |
| 継続黒字施設 (n=1,523) 【平均定員数: 71.6人】 | 230.0 | 232.5 | $\Delta 2.6$ ($\Delta 1.1\%$) |
| 27年度赤字化施設 (n=253) 【平均定員数: 65.5人】 | 197.2 | 204.3 | $\Delta 7.2$ ($\Delta 3.5\%$) |

※ 分析対象は、独立行政法人福祉医療機構の貸付先である特別養護老人ホームであって、開設後1年以上経過している施設(n=4,175)のうち、26年度と27年度の2事業年度連続でデータが存在し、かつ、定員変更が無かった施設。

出所: 独立行政法人福祉医療機構「平成27年度特別養護老人ホームの経営状況について」

【改革の方向性】(案)

- 前回改定の影響や介護サービス事業者の経営状況を検証するに当たっては、前回改定の趣旨を踏まえつつ、きめ細かな分析を行うとともに、平成30年度介護報酬改定に向けて、引き続き、適正化・効率化すべきことは実施しつつ、質の高いサービス提供を促す改定を検討すべき。

【論点】

- 「改革工程表(2016改定版)」においては、「生活援助を中心に訪問介護を行う場合の人員基準の緩和やそれに応じた報酬の設定」のほか、「通所介護などその他の給付の適正化」についても、「関係審議会等において具体的内容を検討し、平成30年度介護報酬改定で対応」とされている。
- 通所介護については、規模が小さいほど、個別機能訓練加算^{※1}の取得率が低くなる一方で、サービス提供1回当たりの単位数は高くなる傾向にあり^{※2}、規模が小さい事業所に通う利用者にとっては、機能訓練などの質の高いサービスを受ける割合が低いにもかかわらず、高い費用を支払う結果となっている。
 - ※1 個別機能訓練加算(Ⅰ) 46単位/日:生活意欲が増進されるよう、利用者による訓練項目の選択を援助。身体機能への働きかけを中心に行うもの。個別機能訓練加算(Ⅱ) 56単位/日:生活機能の維持・向上に関する目標(1人で入浴できるようになりたい等)を設定。生活機能にバランスよく働きかけるもの。
 - ※2 規模が小さいほど、サービス提供1回当たりの管理的経費が高いことが考慮され、基本報酬が高く設定されていることが要因と考えられる。
- また、大阪府の調査結果によると、介護サービス事業所の指定を受けていない大阪府内の「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」^{※3}においては、外部の在宅サービス利用に係る受給者1人当たり単位数が非常に高くなっている。
 - ※3 これらの高齢者向けの住まいでは、自宅で生活している場合と同様に、訪問・通所介護などの在宅サービスの利用が想定される。

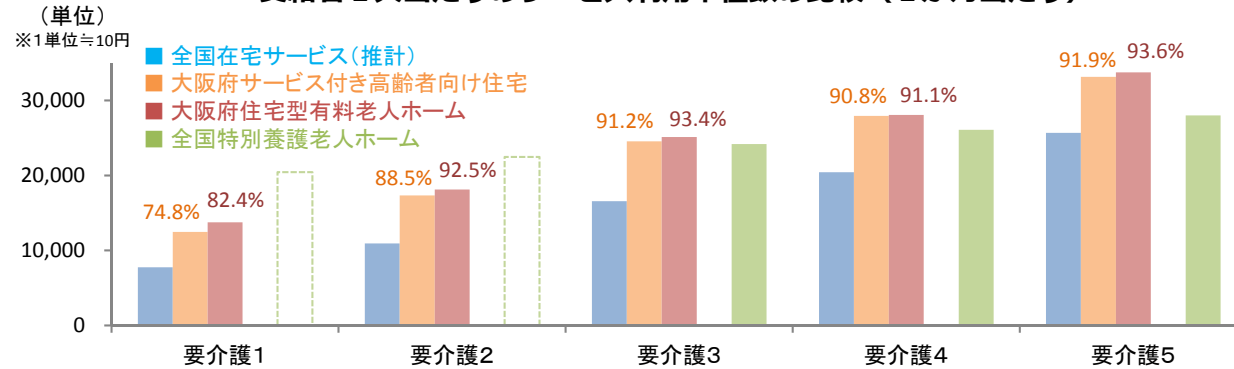
通所介護の事業所規模別比較

| | 個別機能訓練加算取得事業所率 [※] | | 1回当たり単位数 【平成27年度実績】 (1単位≒10円) |
|------|-----------------------------|-------|-------------------------------------|
| | 加算Ⅰ | 加算Ⅱ | |
| 小規模 | 12.7% | 26.7% | 783単位 |
| 通常規模 | 22.2% | 32.7% | 754単位 |
| 大規模Ⅰ | 40.3% | 41.3% | 763単位 |
| 大規模Ⅱ | 55.8% | 42.5% | 735単位 |

※ 「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」から抽出した給付データを基に、同月中に1回でも加算を取得している事業所は、「加算取得事業所」と計上。

出所:厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」、「介護保険総合データベース(平成27年10月審査分)」

受給者1人当たりのサービス利用単位数の比較(1か月当たり)



※ パーセント(%)表記は、区分支給限度基準額(在宅サービスに係る1か月間の保険給付上限)に対する比率。

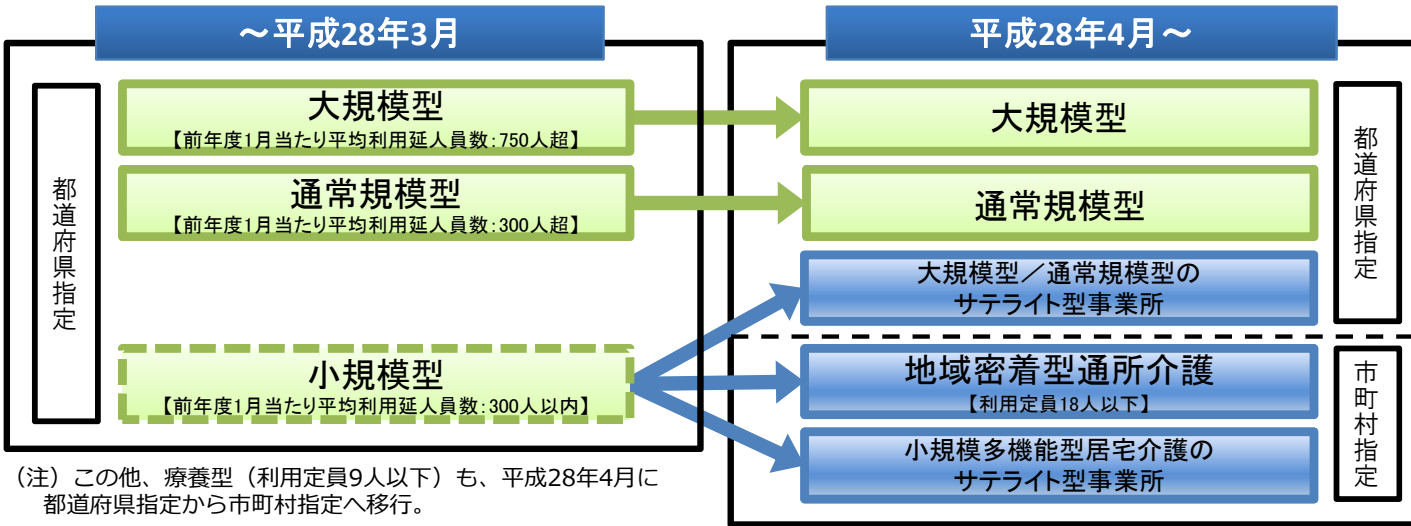
出所:厚生労働省「平成28年度介護給付費等実態調査(平成28年5月審査分)」、大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書「大阪府における介護施策の現状と課題、対応の方向性について」

【改革の方向性】(案)

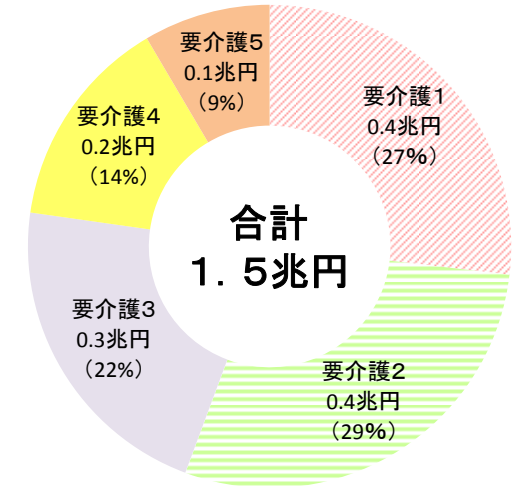
- 機能訓練などの自立支援・重度化防止に向けた質の高いサービス提供がほとんど行われていないような場合には、事業所の規模にかかわらず、基本報酬の減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。
- 大阪府の調査を参考にしつつ、「サービス付き高齢者向け住宅」や「住宅型有料老人ホーム」といった高齢者向けの住まいを中心に、必要以上に在宅サービスの提供がなされていないか、平成30年度介護報酬改定に向けて実態調査を行った上で、給付の適正化に向けた介護報酬上の対応を検討すべき。

〔参考〕 通所介護の概要

＜事業所規模別の類型＞

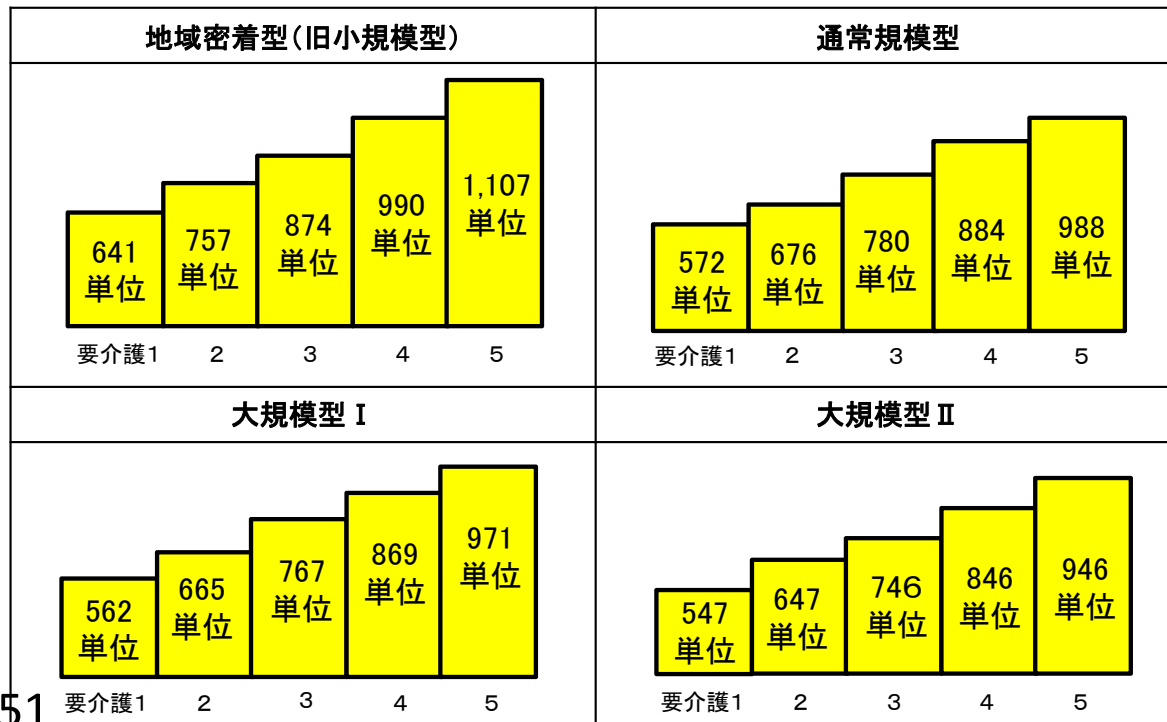


＜費用額（平成27年度）＞

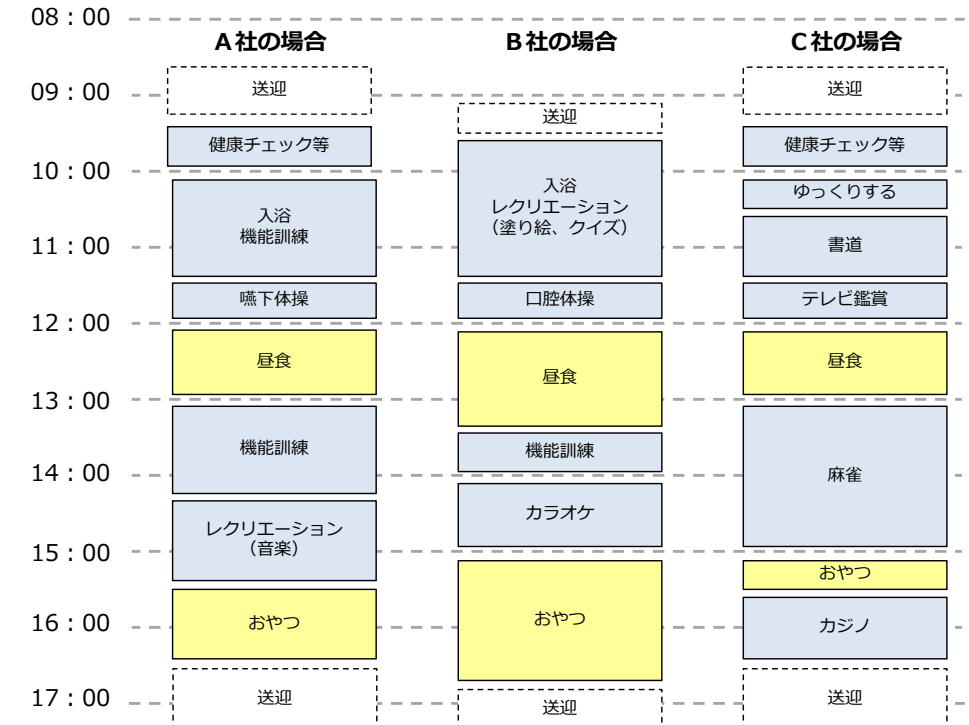


出所:厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」

＜基本報酬の例（5時間以上7時間未満）＞



＜1日のスケジュール例＞



【論点】

- 政府の「未来投資会議」等において、介護を巡る以下のような課題が指摘されている。
 - ・ 「お世話型の介護」ではなく「自立支援・重度化防止に向けた介護」を促す介護報酬上のインセンティブの必要性
 - ・ 介護ロボット等の活用による介護現場の負担軽減や生産性向上の必要性

介護保険法【抜粋】

(目的)

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、**これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う**ため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の**保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる**とともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3・4 (略)

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、**要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める**ものとする。

2 (略)

介護ロボットの活用促進に向けた最近の主な予算事業

ニーズ・シーズを踏まえた
開発

○ロボット介護機器の開発補助(AMED補助金)

介護現場への
導入

○介護現場のニーズを反映した開発提案の取りまとめ
○開発中の試作機器の現場での実証
○介護ロボットの効果的な活用方法の構築 等

負担軽減効果の
実証

○介護ロボットの導入費用の助成

○介護ロボットの導入効果の実証研究

【参考】介護ロボットの開発重点5分野

見守り



移動支援



排泄支援



入浴支援



移乗介助



【改革の方向性】(案)

- 「自立支援・重度化防止に向けた介護」を促す介護報酬上のインセンティブについては、例えば、利用者の要介護度の改善度合い等のアウトカムに応じて、事業所ごとに、介護報酬のメリハリ付けを行う方向で検討を進めるべき。
その際、クリームスキミング(改善見込みのある利用者の選別)を回避する必要性にも留意し、アウトカム評価のみならず、例えば、専門職による機能訓練の実施といったプロセス評価等を組み合わせることを検討すべき。
- 介護ロボットの活用については、予算事業を有効活用しつつ、導入効果を分析・検証し、人員・設備基準の緩和につなげることで、生産性の向上を図り、介護人材不足にも対応していく観点から検討を進めるべき。

30

保険者機能の強化

【論点】

○ 被保険者一人当たり介護費（年齢調整後）が高い地域では、供給が需要を生む構造となっていることが推察される。

被保険者一人当たり介護費の地域差指数とサービス類型別の寄与度（平成26年度）

■ 在宅 ■ 居住系 ■ 施設

(注) 地域差指数は、年齢調整後の値を全国値で割って指数化したもの(全国値=1)

出所: 厚生労働省「平成28年3月23日医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会提出資料」

被保険者千人当たりの「従事者・定員・病床数」と「費用額」の相関

訪問介護: 費用額(百万元) vs 常勤換算従事者数(人). 相関係数 0.93. 青森, 大阪, 和歌山.

通所介護: 費用額(百万元) vs 定員数(人). 相関係数 0.89. 沖縄.

特定施設入居者生活介護 (介護付有料老人ホーム等): 費用額(百万元) vs 定員数(人). 相関係数 0.90. 東京, 神奈川.

介護保険3施設合計 (特養、老健、介護療養): 費用額(百万元) vs 定員・病床数(人・床). 相関係数 0.99. 富山, 新潟, 徳島.

※ 「費用額」には要支援1・2に係る費用額(介護予防サービス費)を含めていない。

出所: 厚生労働省「介護保険事業状況報告(平成27年9月分)」、「平成27年度介護給付費等実態調査」、「平成27年介護サービス施設・事業所調査」

【改革の方向性】(案)

○ 都道府県・市町村におけるデータ分析力を高め、需要を適切に見込みながら計画的な制度運営に努めるとともに、供給が需要を生む構造を排除する観点から、ケアプランの検証等を通じて、真に必要なサービスの利用を徹底すべき。

○ 市町村(保険者)による介護費の適正化に向けたインセンティブを強化するため、具体的かつ客観的な成果指標(例:年齢調整後一人当たり介護費の水準や低下率等)に応じて、調整交付金(介護給付費の5%)の一部を傾斜配分する枠組を導入すべき。

53

年金

社会保障・税一体改革における年金制度改革と残された課題

<一体改革で成立した法律>

年金機能強化法（平成24年8月10日成立）

- ・ 基礎年金国庫負担2分の1の恒久化 :平成26年 4月～
- ・ 受給資格期間の短縮(25年→10年) :平成29年 8月～(注)
- ・ 第2号被保険者の産休期間中の社会保険料免除 :平成26年 4月～
- ・ 遺族基礎年金の父子家庭への拡大 :平成26年 4月～
- ・ 短時間労働者への厚生年金適用拡大 :平成28年10月～

(注) 上記の施行期日に改正する年金機能強化法改正案(公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律案)が第192回臨時国会で成立(平成28年11月16日成立、同年11月24日公布)

被用者年金一元化法（平成24年8月10日成立）

- ・ 厚生年金・共済年金の一元化 :平成27年10月～

年金生活者給付金法（平成24年11月16日成立）

- ・ 低所得高齢者・障害者等への福祉的給付 :消費税率10%引上げ時

国民年金法等改正法（平成24年11月16日成立）

- ・ 年金特例公債(つなぎ国債)による 24・25年度の基礎年金国庫負担2分の1の確保
- ・ 年金額の特例水準の解消

(解消のスケジュールは、平成25年10月～▲1.0%、平成26年4月～▲1.0%、平成27年4月～▲0.5%)

<年金制度改革法>（平成28年12月14日成立）

- ・ 短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進
- ・ 国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料免除
- ・ 年金額の改正ルールの見直し
- ・ 年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)の組織等の見直し
- ・ 日本年金機構の国庫納付規定の整備

<残された課題>

- ・ 高齢期の就労と年金受給の在り方
- ・ 高所得者の年金給付の見直し 等

公的年金制度について、制度の持続可能性を高め、将来の世代の給付水準の確保等を図るため、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく社会経済情勢の変化に対応した保障機能の強化、より安全で効率的な年金積立金の管理及び運用のための年金積立金管理運用独立行政法人の組織等の見直し等の所要の措置を講ずる。

概要

1. 短時間労働者への被用者保険の適用拡大の促進(平成29年4月施行)〔衆議院において施行日を修正〕

500人以下の企業も、労使の合意に基づき、企業単位で短時間労働者への適用拡大を可能とする。

(国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする。)

※平成28年10月から、501人以上の企業等で働く短時間労働者への適用拡大を開始している。

2. 国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料の免除(平成31年4月施行)

次世代育成支援のため、国民年金第1号被保険者の産前産後期間の保険料を免除し、免除期間は満額の基礎年金を保障。この財源として、国民年金保険料を月額100円程度引上げ。

3. 年金額の改定ルールの見直し((1)は平成30年4月、(2)は平成33年4月施行)

公的年金制度の持続可能性を高め、将来世代の給付水準を確保するため、年金額の改定に際して、以下の措置を講じる。

(1) マクロ経済スライドについて、年金の名目額が前年度を下回らない措置を維持しつつ、賃金・物価上昇の範囲内で前年度までの未調整分を含めて調整。

(2) 賃金変動が物価変動を下回る場合に賃金変動に合わせて年金額を改定する考え方を徹底。

4. 年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)の組織等の見直し(平成29年10月(一部公布日から3月以内)施行)

合議制の経営委員会を設け、基本ポートフォリオ等の重要な方針に係る意思決定を行うとともに、執行機関の業務執行に対する監督を行うほか、年金積立金の運用に関し、リスク管理の方法の多様化など運用方法を追加する措置を講ずる。

5. 日本年金機構の国庫納付規定の整備(公布日から3月以内施行)

日本年金機構に不要財産が生じた場合における国庫納付に係る規定を設ける。

公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律(平成28年法律第84号)の概要

年金受給資格期間を25年から10年に短縮することについて、平成29年度中から実施できるよう、年金機能強化法(※)を改正し、施行期日等を改める。

※公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律(平成24年法律第62号)

概要

1. 年金受給資格期間短縮の施行期日の改正

老齢基礎年金等の受給資格期間短縮に係る施行期日を、**消費税10%引上げ時(※※)から、平成29年8月1日に改める。**
(同年9月分の年金から支給し、初回の支払いは同年10月となる)

2. その他所要の規定整備

施行期日 公布の日(平成28年11月24日)

※※社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律附則第1条第2号に掲げる規定の施行の日

(参考)

「未来への投資を実現する経済対策」(平成28年8月2日)(抄)

I. 一億総活躍社会の実現の加速、(3) 社会全体の所得と消費の底上げ

②年金受給資格期間の短縮

無年金の問題は喫緊の課題であり、年金受給資格期間を25年から10年に短縮することについて、平成29年度中に確実に実施できるよう、所要の法案を提出する。

対象者数

約40万人(期間短縮により初めて老齢基礎年金の受給権を得る者)

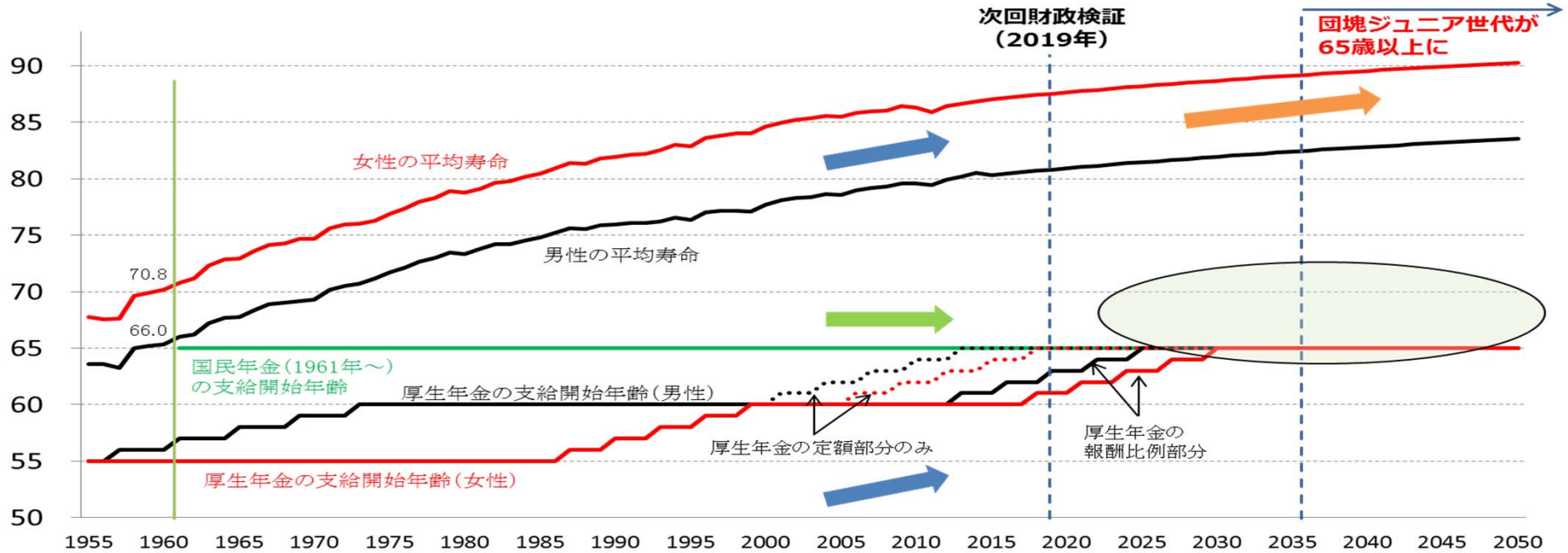
上記の他、特別支給の老齢厚生年金対象者等を含めると、対象者は約64万人

所要額

約650億円(満年度ベース・平成30年度)

初年度(平成29年度)は約260億円(29年9月~30年1月の計5ヶ月分の支給)

- 平均寿命が伸びる中、厚生年金については支給開始年齢の引上げが順次行われてきているが、国民年金については、1961（S36）年の制度創設以降、支給開始年齢の引上げが行われたことはない。
 - ※ 主要先進国（米・英・独・仏・伊）では支給開始年齢の67～68歳への引上げが実施されている。
 - ※ 日本は、65歳への引上げの途中であり、また、引上げ後においても、平均寿命が長いことから、他国と比べて平均受給期間が長い。過去の例を見ると、支給開始年齢の引上げの決定から実施までに相当の期間を要している。



(注)2015年以降は推計。
 (出所)「H26年簡易生命表の概況」(厚生労働省)、「日本の将来推計人口(H24年1月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)の死亡中位ケース

＜検討規定＞

- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年12月13日法律第112号)
 - 第六条
 - 2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。
 - 三 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方

【改革の方向性】（案）

- 高齢期における年金受給の在り方については、高齢者雇用の動向等を踏まえつつ、年金受給開始年齢の在り方等を含め、次期の財政検証に向けて、速やかに検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講じるべきである。

高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方 及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

- 老齢基礎年金は、老齢期における稼得能力の喪失に対応するためのものであり、その財源の1/2は国庫負担である。
- 高所得者に係る基礎年金給付については、世代間の公平性確保の観点等から見直しを図るべきではないか。

＜社会保障・税一体改革の政府原案に当初盛り込まれた改正案＞ 【3党協議の過程で検討事項とされた】

- 低所得者等への加算の導入と合わせて、世代内及び世代間の公平を図る観点から、高所得の基礎年金受給者の老齢基礎年金額について、国庫負担相当額を対象とした支給停止を行う(税制抜本改革の施行時期にあわせて施行(2015(H27)年10月))。
- 老齢基礎年金受給者について、所得550万円(年収850万円相当)を超える場合に、老齢基礎年金額の一部の支給停止を開始し、所得950万円(年収1300万円相当)以上の者については、老齢基礎年金額の半額(最大3.2万円)を支給停止する。

(注) 所得550万円(年収850万円) : 標準報酬の上位約10%に当たる収入(老齢年金受給権者のうち、上位約0.9%に当たる年収)
所得950万円(年収1300万円) : 標準報酬の上位約2%に当たる収入(老齢年金受給権者のうち、上位約0.3%に当たる年収)

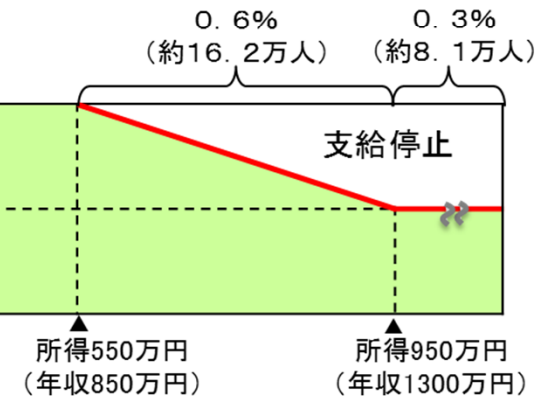
(支給停止のイメージ)

老齢基礎年金

6.4万円
(満額)

3.2万円
(満額の場合の
国庫負担相当額)

所得550万円未満の者(老齢年金受給者の約99%)については、
支給停止は行わない。



＜検討規定＞

- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年12月13日法律第112号) 第六条

2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

四 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し

【改革の方向性】 (案)

- 高所得者の年金給付の在り方等については、高所得者の老齢基礎年金の支給停止など、年金制度内における再分配機能の強化等に関し、速やかに検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずるべきである。

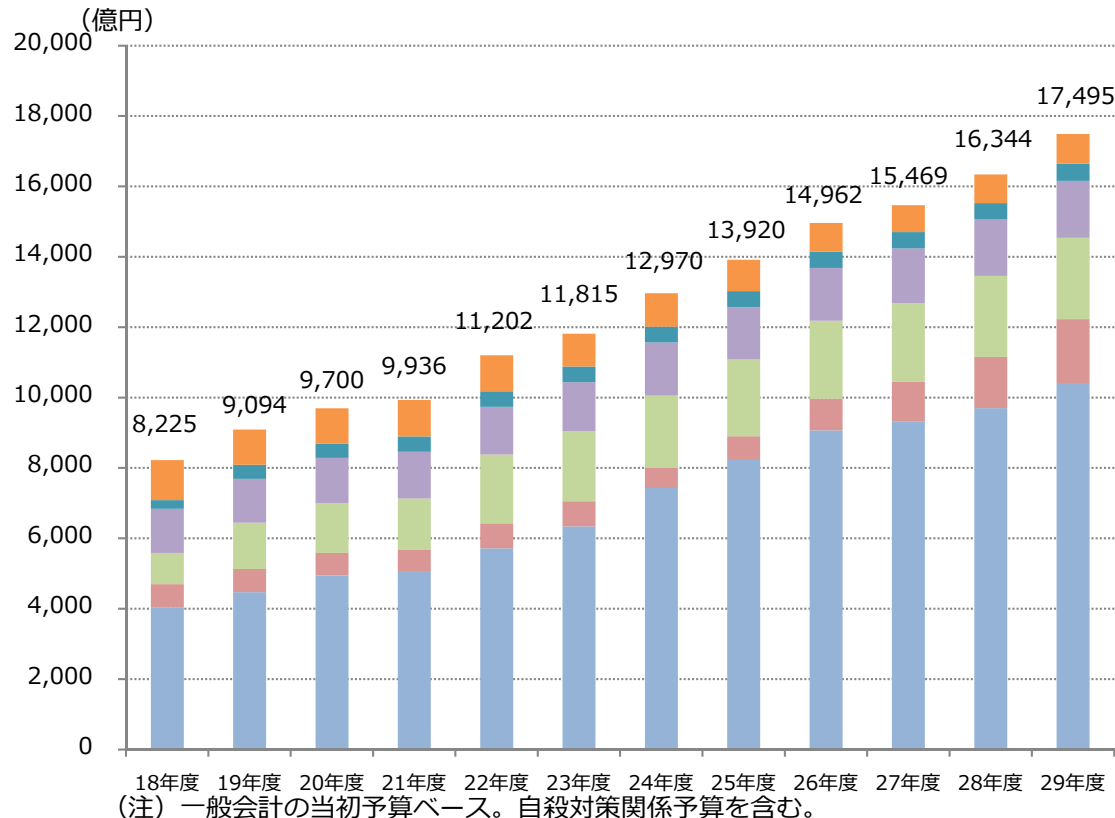
障害福祉

障害保健福祉関係予算等の推移等

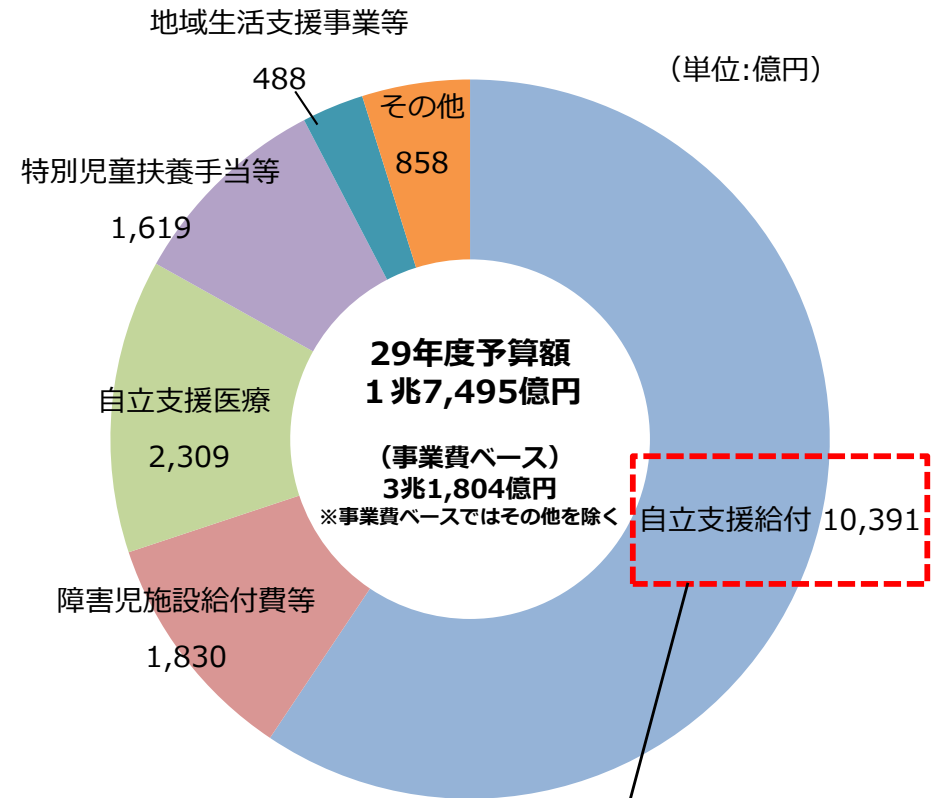
- 平成18年の障害者自立支援法（現：障害者総合支援法）の施行以降、障害保健福祉関係予算は急増。
- 平成29年度予算額には平成18年度の2倍強に当たる1兆7,495億円（対前年度+1,150億円、+7.0%）となり、地方公共団体の負担等も含めた事業費ベースでは3兆円を超える規模に達している。29年度予算額の対前年度増の大半は、自立支援給付の増（+689億円）、障害児施設給付費等の増（+382億円）によるもの。
- 自立支援給付は、生活面（訪問による家事等の援助、施設における日中活動、外出や在宅時の付添・見守り等）、住居面（入所支援やグループホーム）、就労面（就労のための訓練や就労の場の提供等）といった包括的な支援をほぼ自己負担なしで提供。その他、収入面（障害年金等の支給、特定の医療の自己負担免除等）の支援も存在。

障害保健福祉関係予算の推移（18年度～29年度）

- 自立支援給付
- 障害児施設給付費等
- 自立支援医療
- 特別児童扶養手当等
- 地域生活支援事業等
- その他



障害保健福祉関係予算の内訳（平成29年度）

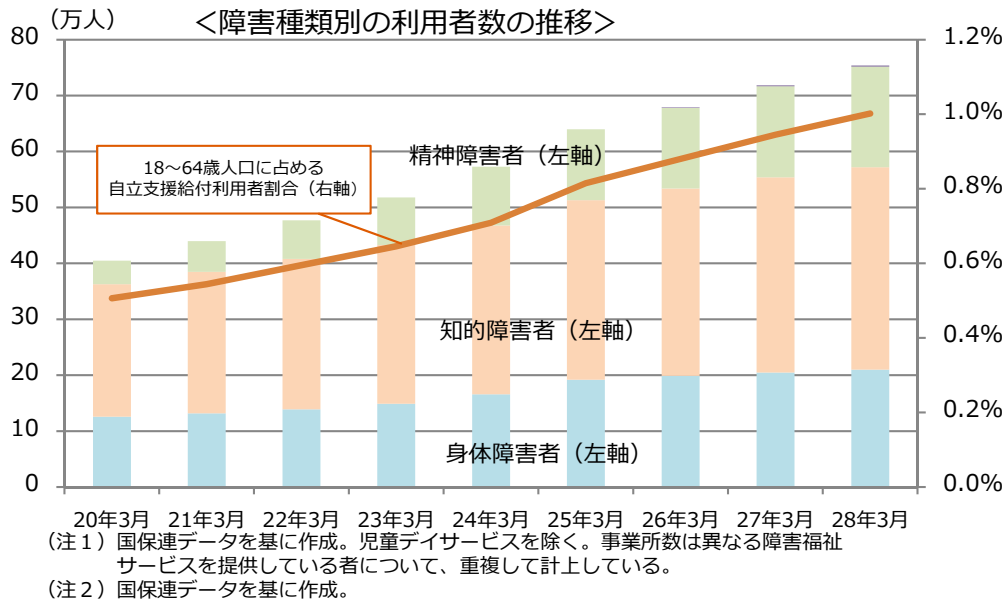


- ・ 国費の約6割
- ・ 負担割合：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

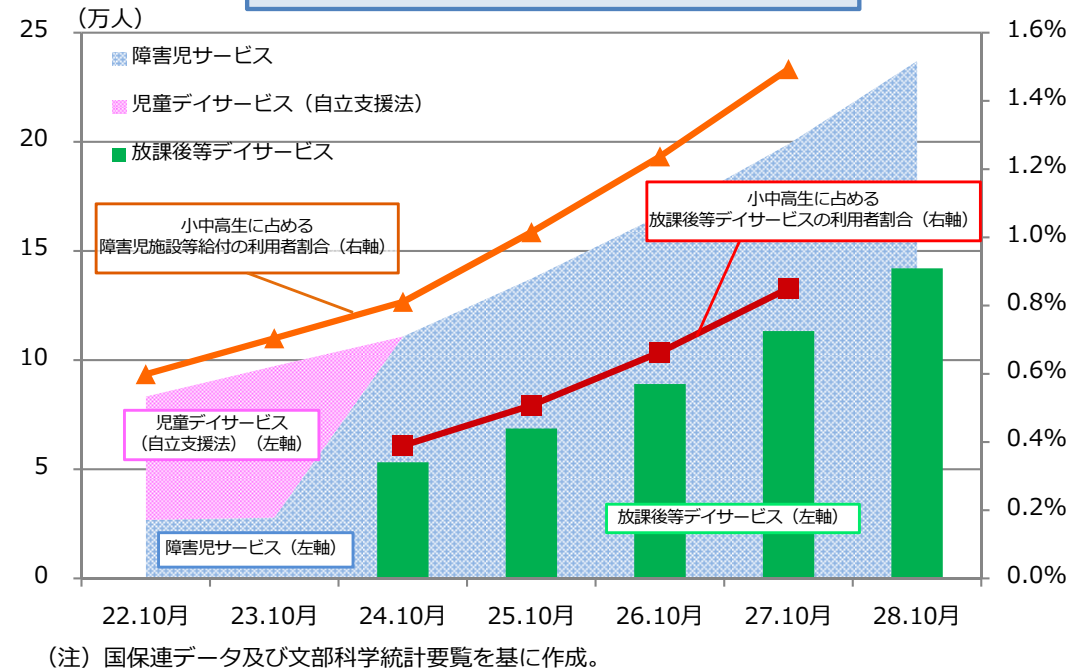
利用者数の増加の状況①：概要

- 自立支援給付の利用者はいずれの障害でも増加しているが、特に知的障害者や精神障害者の利用者が増加。利用者の人口に占める割合は1%程度まで倍増。
- 障害児施設等給付の利用者も高い伸びを示しており、22年10月の7万人から28年10月には24万人に増加。このうち、放課後等デイサービスの利用者は、14万人（28年10月時点、小中高生の総数の1%強）にまで増加。
- なお、サービス毎に利用者の障害種類は大きく異なっている。

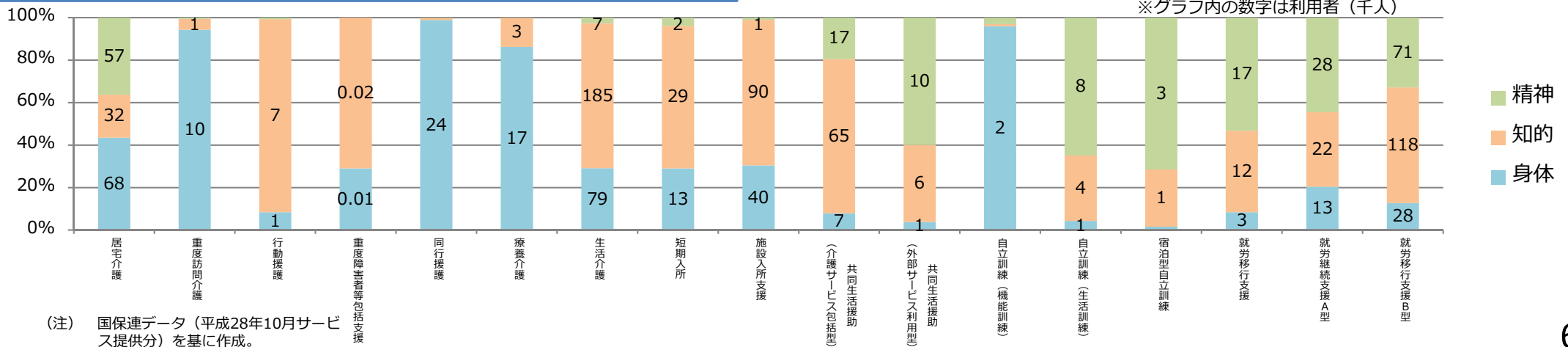
自立支援給付に係る実利用者数の推移



障害児サービスの利用者数の推移

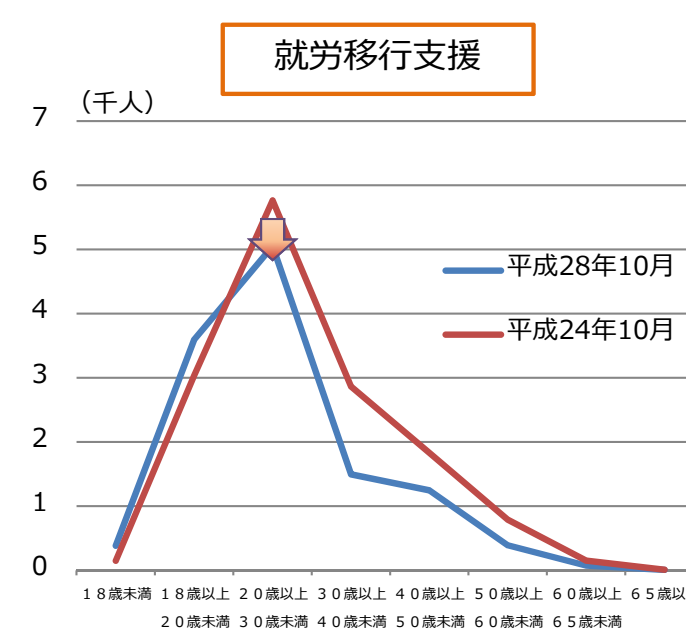
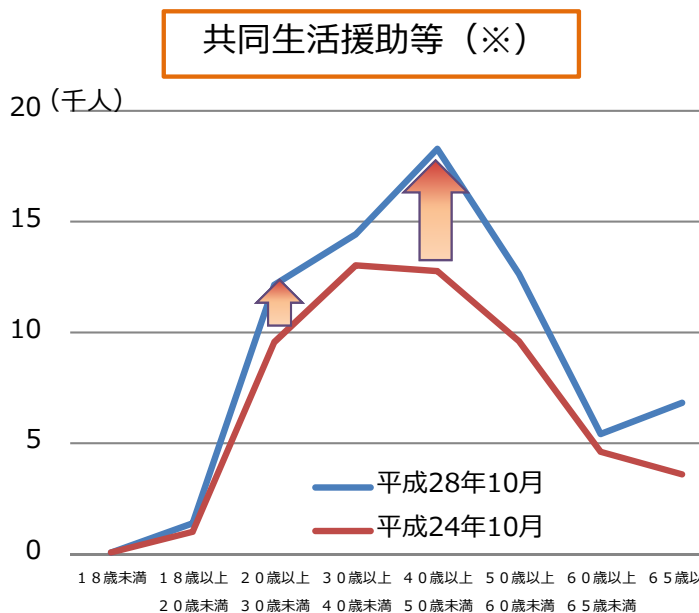
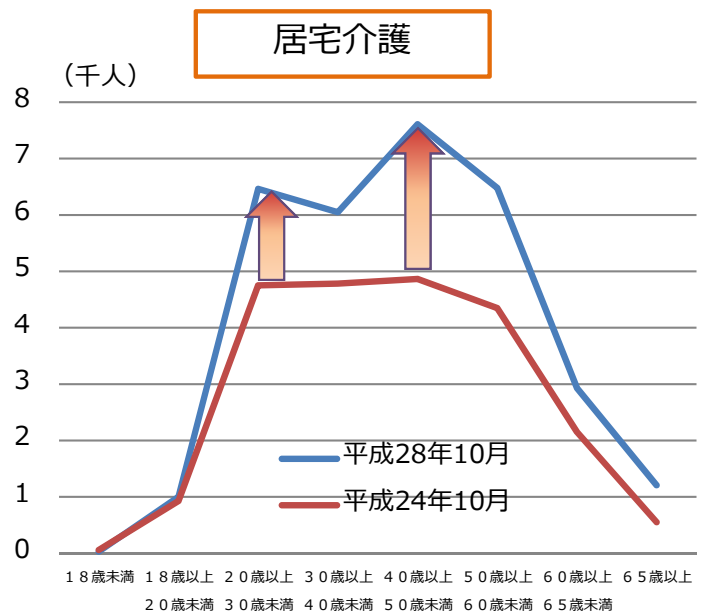
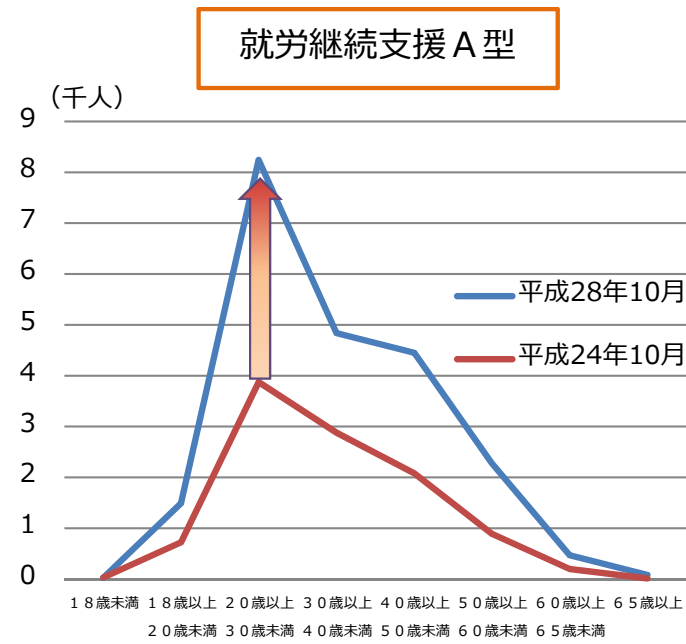
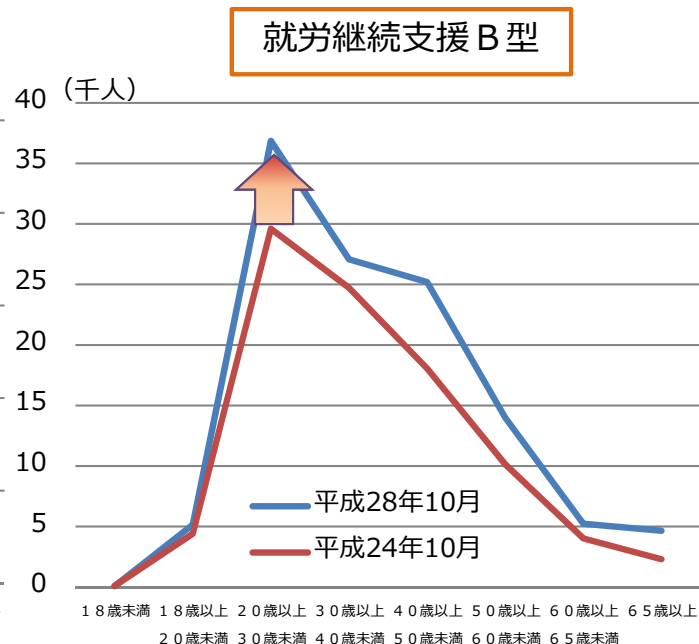
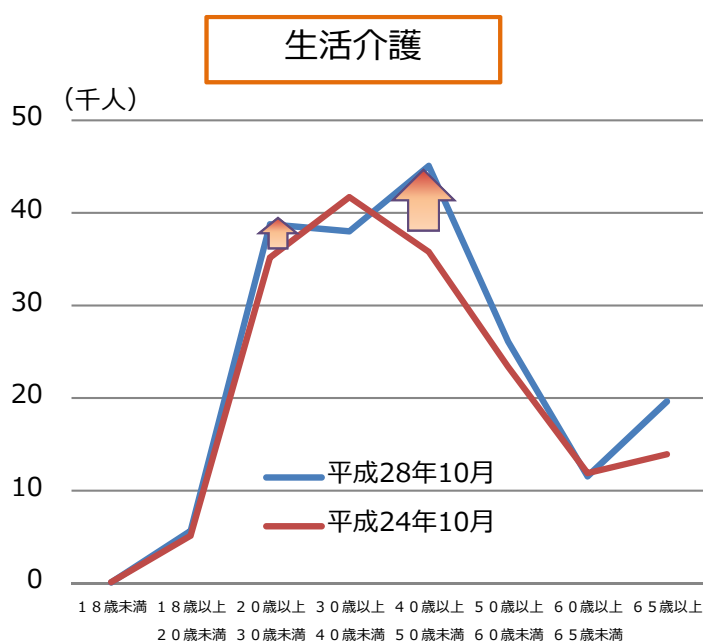


各自立支援給付サービスにおける障害種類の割合



利用者数の増加の状況②-1:年齢別・知的障害者

○ 年齢別で見れば、知的障害者の利用者は主に20代及び40代で増加。そうした中、適応機能の改善が見込める20代の就労移行支援の利用者数は減少。

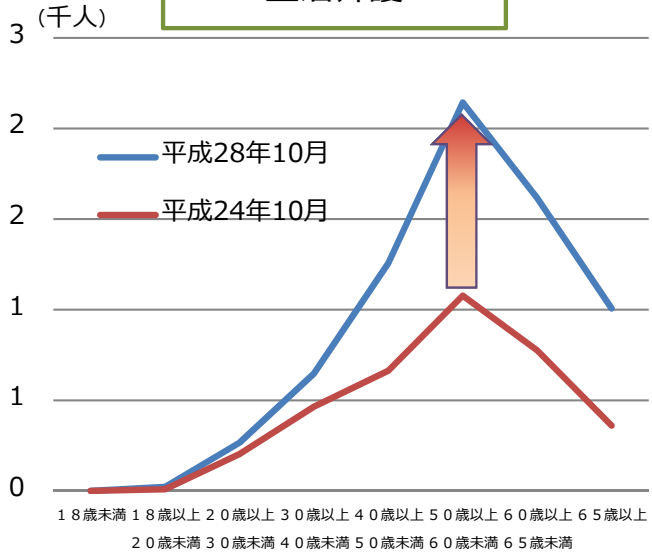


63 注) 平成24年10月及び平成28年10月サービス提供分の国保連データを基に作成。(※) 介護サービス包括型、外部サービス利用型及び共同生活介護を合算。

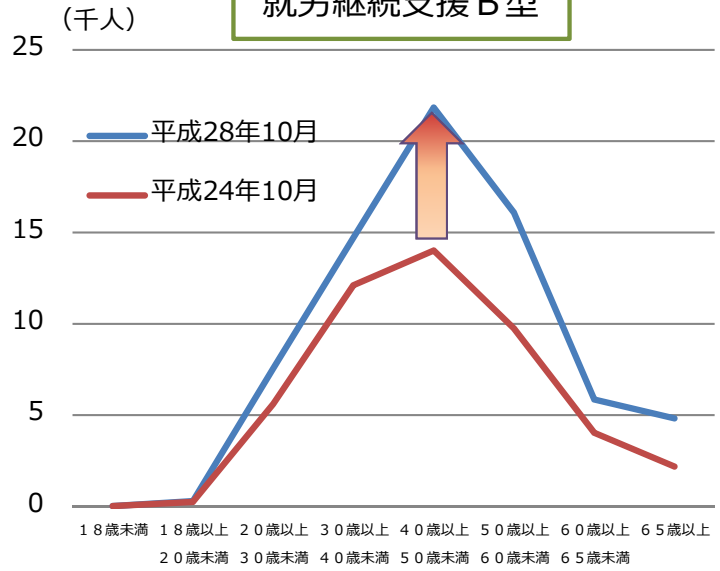
利用者数の増加の状況②-2:年齢別・精神障害者

○ 年齢別で見れば精神障害者については概ねのサービスで40台を中心に増加。

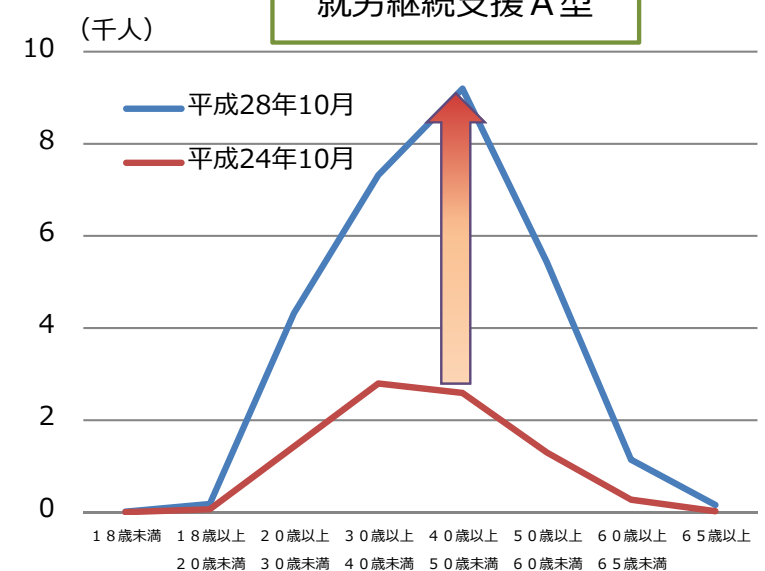
生活介護



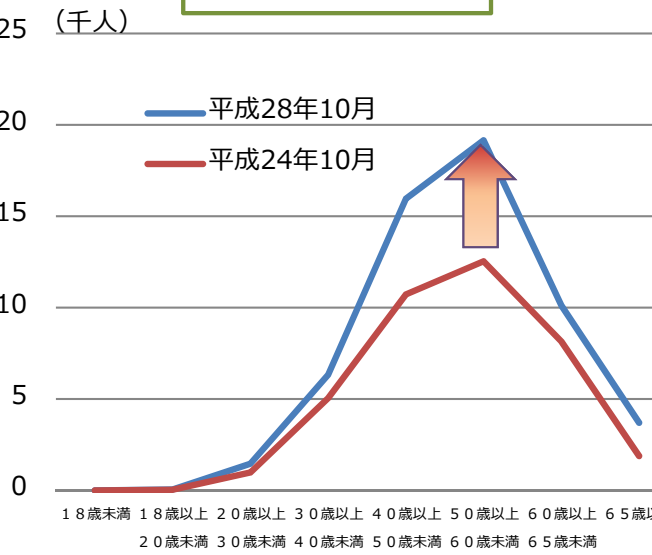
就労継続支援 B型



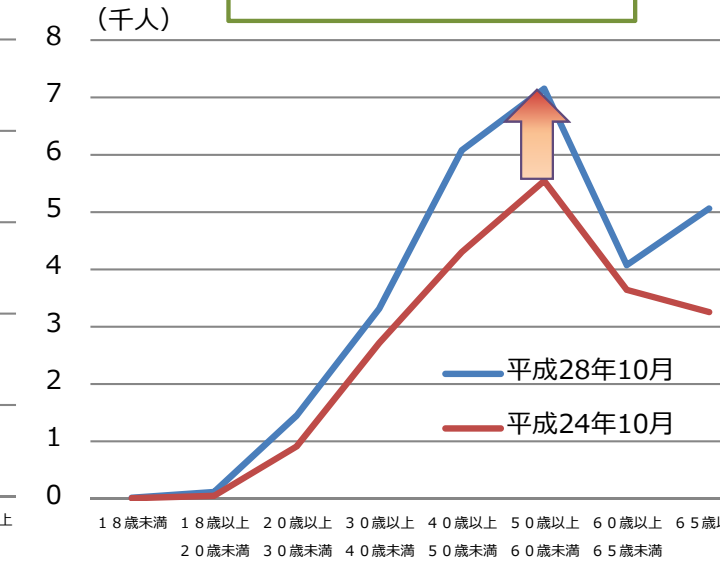
就労継続支援 A型



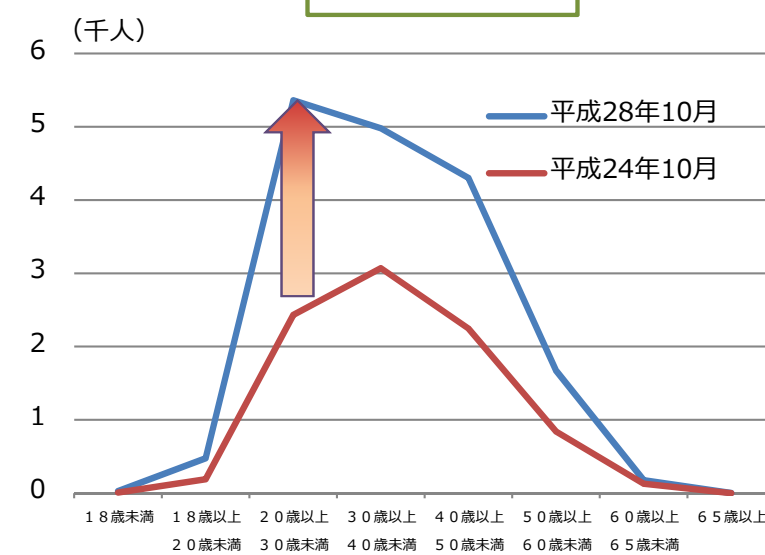
居宅介護



共同生活援助等 (※)



就労移行支援



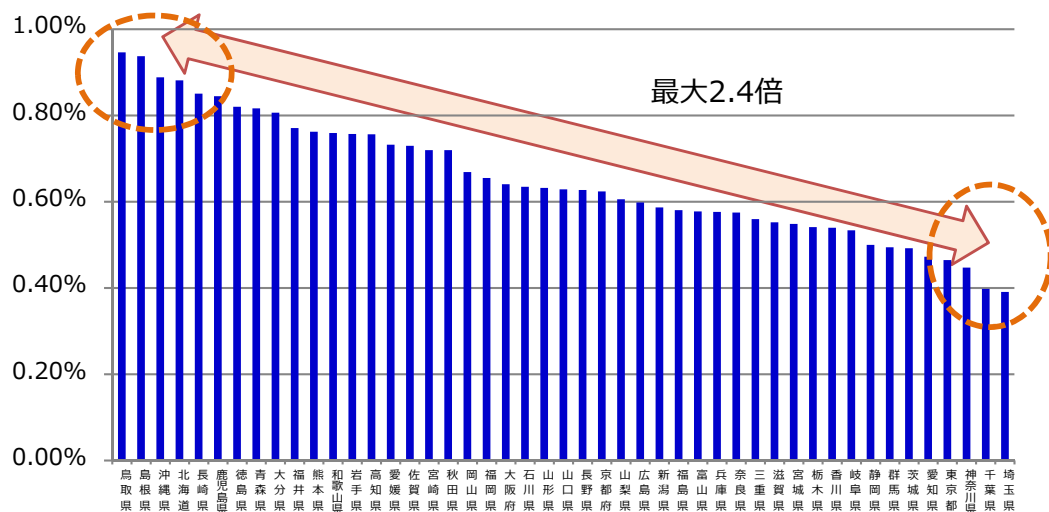
(注) 平成24年10月及び平成28年10月サービス提供分の国保連データを基に作成。

(※) 介護サービス包括型、外部サービス利用型及び共同生活介護を合算。

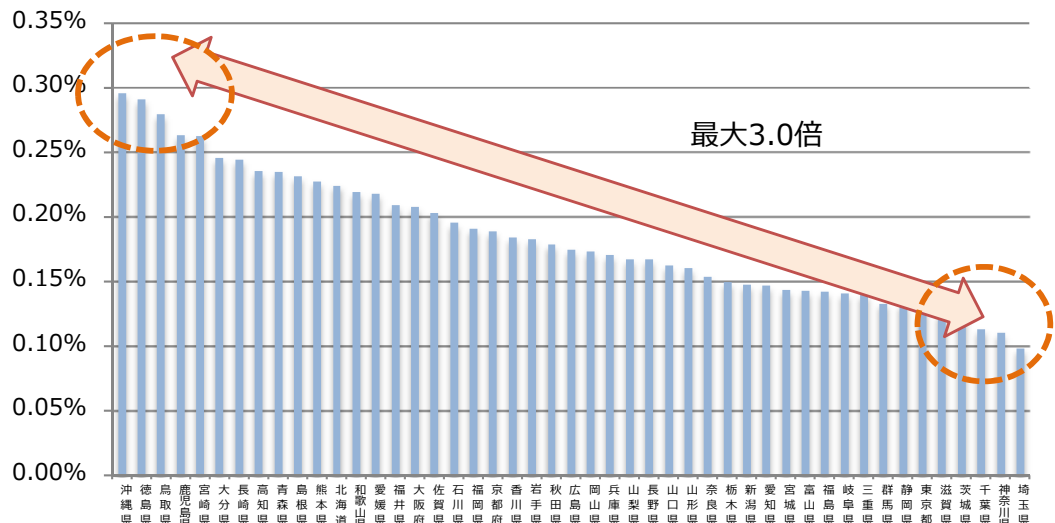
利用状況の地域差①:全サービス(利用者数の対人口比)

○ 人口当たりの障害福祉サービス（自立支援給付）の利用率は、都道府県別でみた場合、大きな地域差が存在。利用率の高い都道府県と低い都道府県では2倍以上の差が存在。

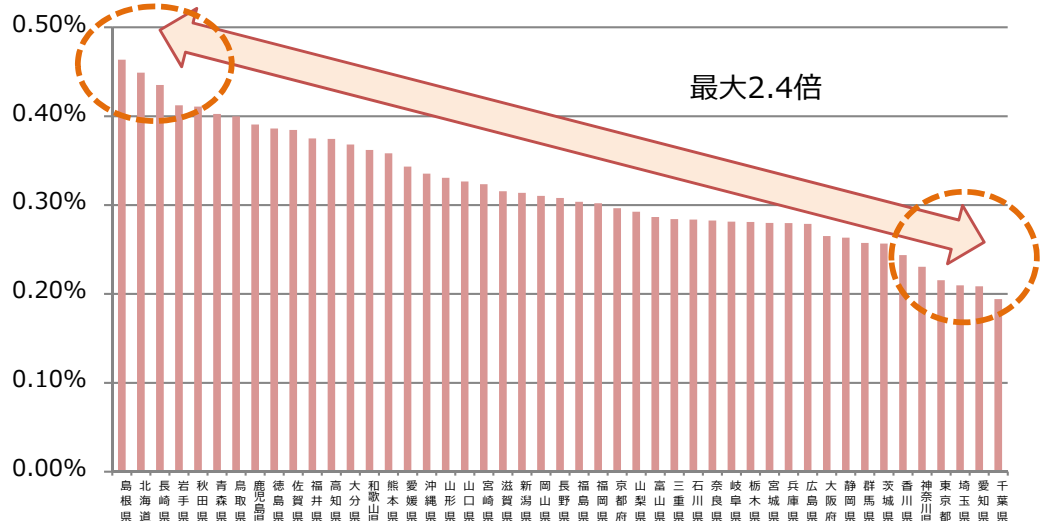
自立支援給付利用者の人口に占める割合（総計）



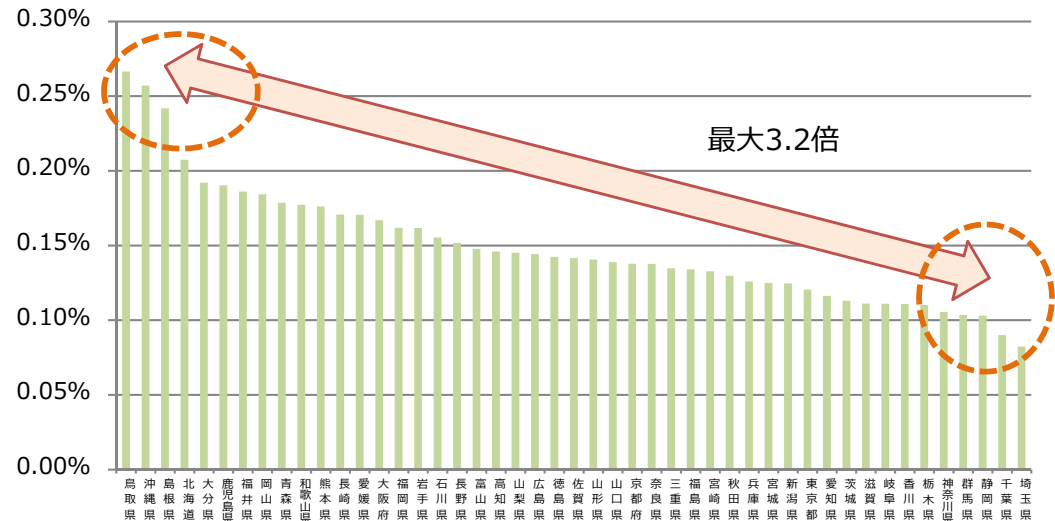
自立支援給付利用者の人口に占める割合（身体障害）



自立支援給付利用者の人口に占める割合（知的障害）



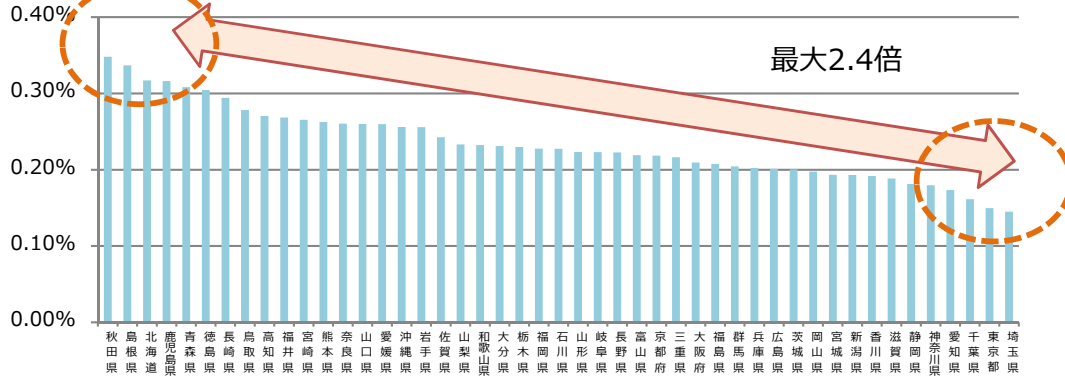
自立支援給付利用者の人口に占める割合（精神障害）



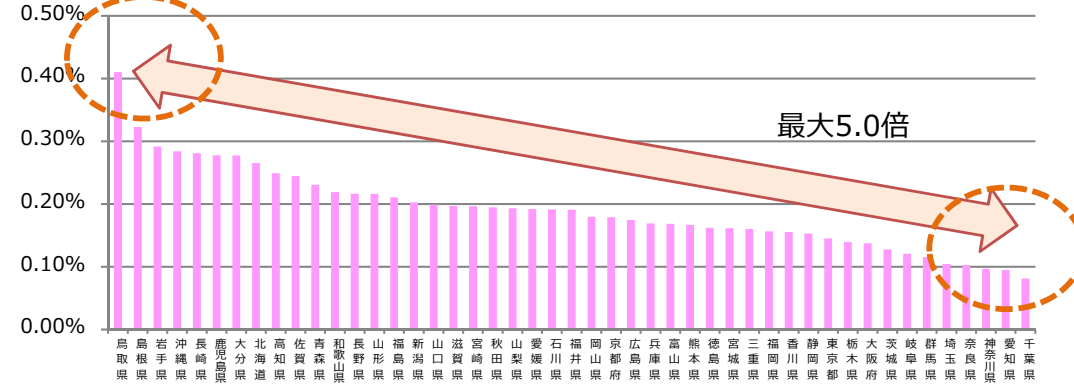
(参考)利用状況の地域差②:各サービス(対人口比)

○ 各サービスでも大きな地域差が存在。

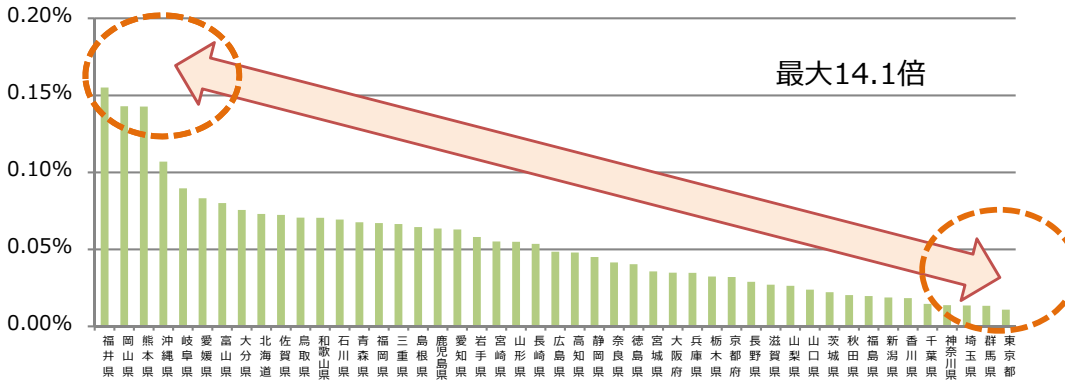
<生活介護>



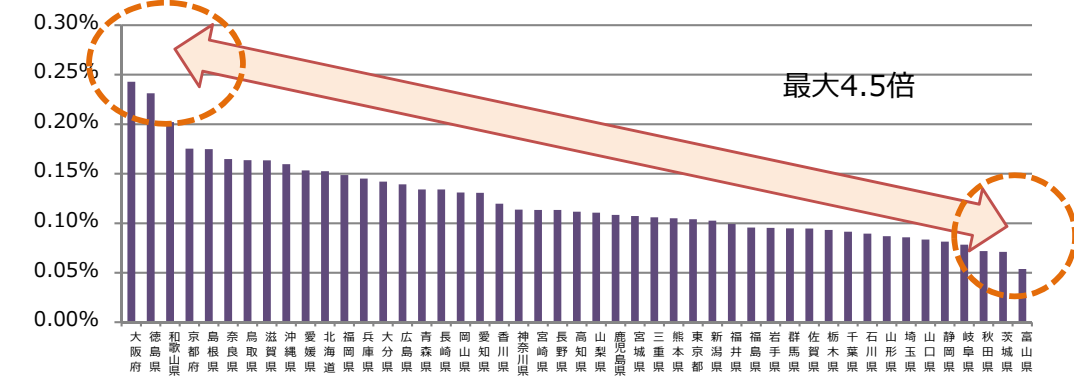
<就労継続支援B型>



<就労継続支援A型>

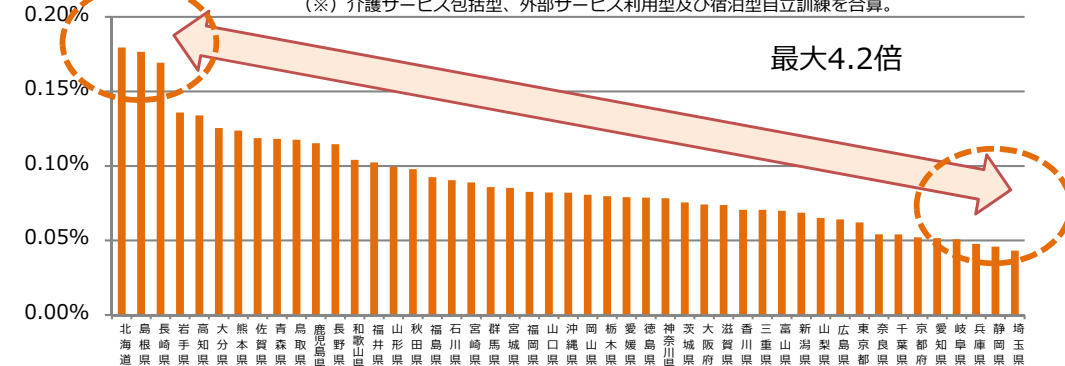


<居宅介護>

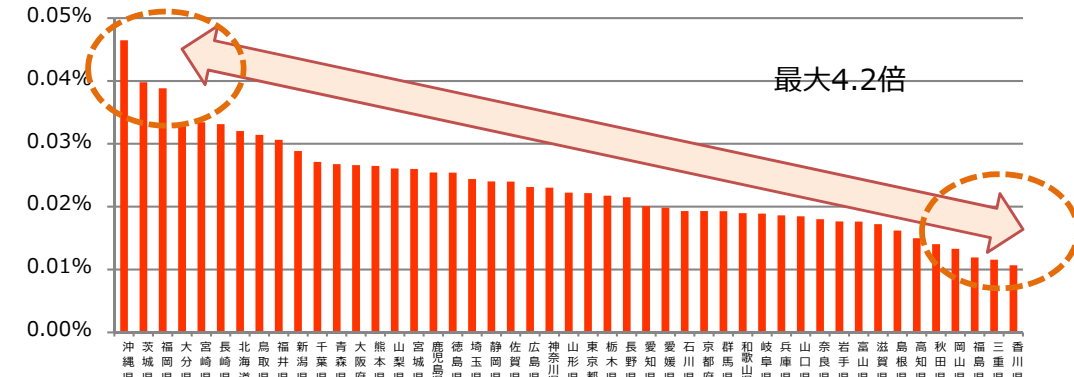


<共同生活援助等(※)>

(※) 介護サービス包括型、外部サービス利用型及び宿泊型自立訓練を合算。



<就労移行支援>



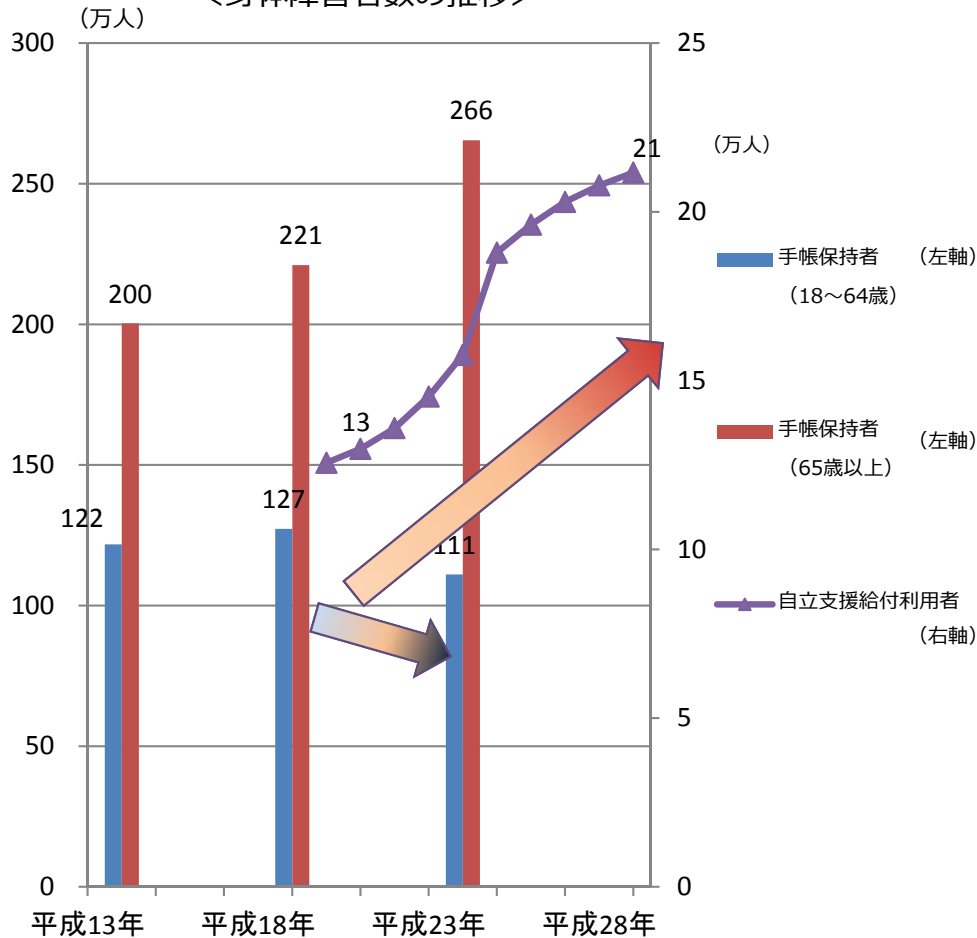
(注) 各サービス別に平成27年度中の自立支援給付利用者(各月平均・国保連データ)を平成27年国勢調査(平成27年10月1日時点)における各都道府県の人口で除して算出。

身体障害者数の推移等

- 身体障害者の数は、高齢化に伴い増加しているが、障害福祉サービスの主な利用対象者となる65歳以下の障害者は低下傾向にあり、平成22年時点で18～64歳に当たる身体障害者の数は111万人にまで低下。
- しかしながら、障害福祉サービスの利用者は、19年11月の13万人から28年10月の21万人まで増加。その要因としては、18～64歳の身体障害者に占めるサービス利用者の割合が増加している面が大きい。

身体障害者数、自立支援給付の利用者数の状況

<身体障害者数の推移>

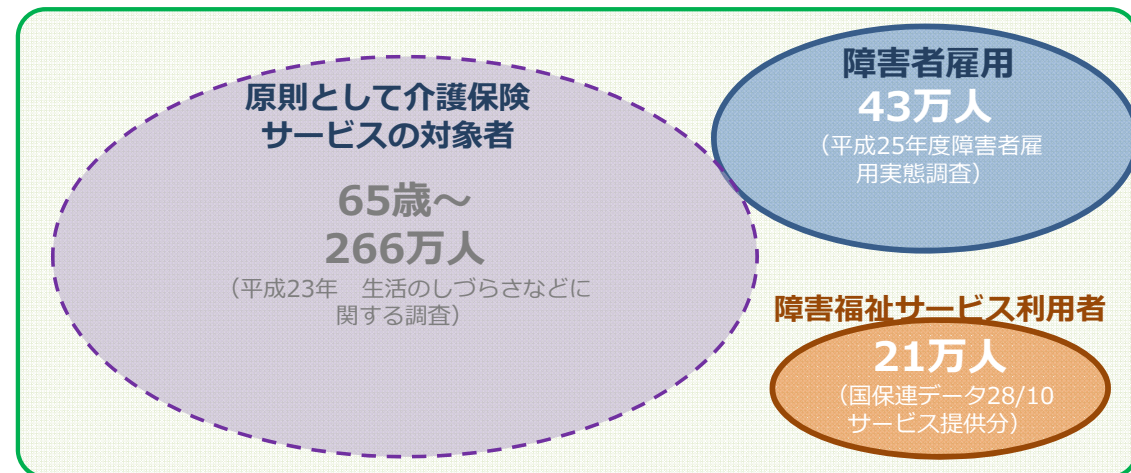


<年齢別の増加の状況>

| | 23年度 | 27年度 | 増加率 |
|------------|--------|--------|---------------|
| 身体障害者の利用者数 | 15.8万人 | 20.8万人 | 32% |
| うち65歳未満 | 13.1万人 | 16.2万人 | (増加率への寄与) 20% |
| うち65歳以上 | 2.7万人 | 4.6万人 | (増加率への寄与) 12% |

(注)国保連データを基に作成。

身体障害者の状況



身体障害者手帳保持者数:394万人(23年調査)

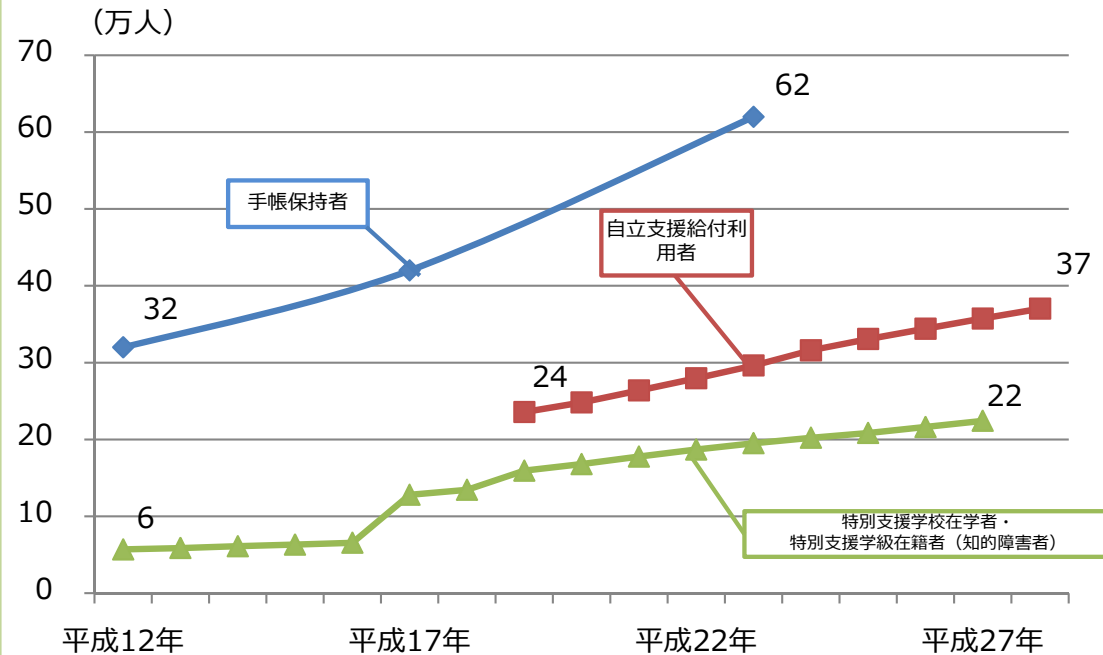
(注1)手帳保持者数は「社会福祉行政業務報告」公表データを基に作成。

(注2)自立支援給付利用者数は国保連データを基に作成。

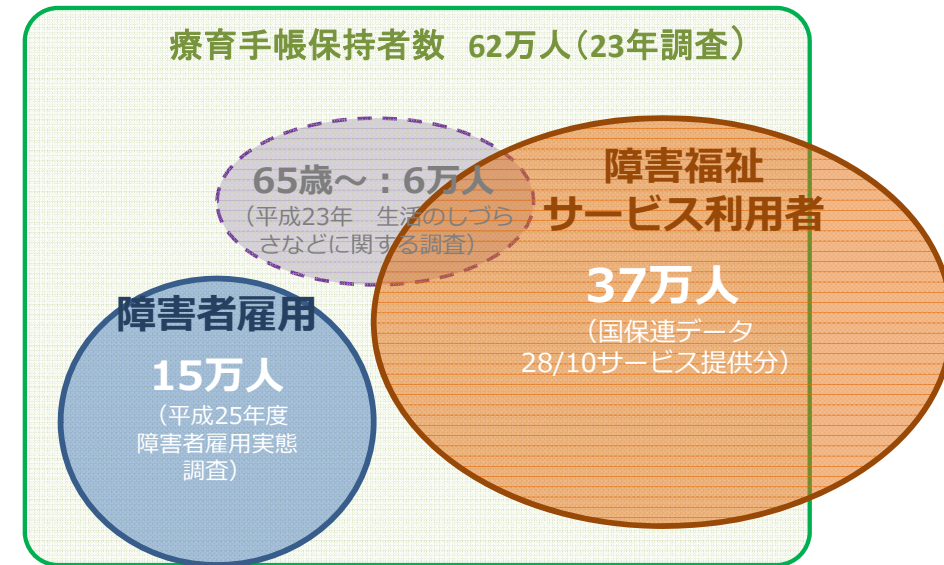
知的障害者数の推移等

- 知的障害児・者の数は、療育手帳保持者、障害福祉サービス利用者、特別支援学校等の生徒数のいずれでも増加。これは、健常者との判別しがたく気付かれにくいとされる軽度者の認定・利用が進んでいることなどが背景にあるのではないか。
- 障害福祉サービス利用者のお大半はIQ50～70の者であると考えられる（注）。WHOによれば、知的障害者の状態像は障害の程度によって大きく異なり、IQ50～70の者は「多くの成人は働くことができ、社会的関係がよく保たれ、社会へ貢献する」とされる。また、知的機能の改善は困難である一方、適応機能の改善は十分可能であるとされる。
- （注）知的障害については、①知能機能（IQ）と②適応機能（意思疎通能力等の日常生活能力等）により判定。仮に、①だけで判定した場合、重度知的障害者とされ得るIQ50以下の者は人口の0.04%程度とされ、最大でも5万人程度。このため、療育手帳保持者（62万人、23年調査）や障害福祉サービス利用者（37万人、28年10月時点）の大半がIQ50～70の者と考えられる。なお、これらの者に係る手帳の判定では適応機能の低さにより重度と判定され得る。
- なお、「人口当たりの療育手帳交付率」と知的障害者の利用が多い「生活介護及び就労継続支援B型の人口当たりの事業所数」には正の相関が存在。

知的障害者の増加の状況



知的障害者の状況



（注1）手帳保持者数は「社会福祉行政業務報告」公表データを基に作成。

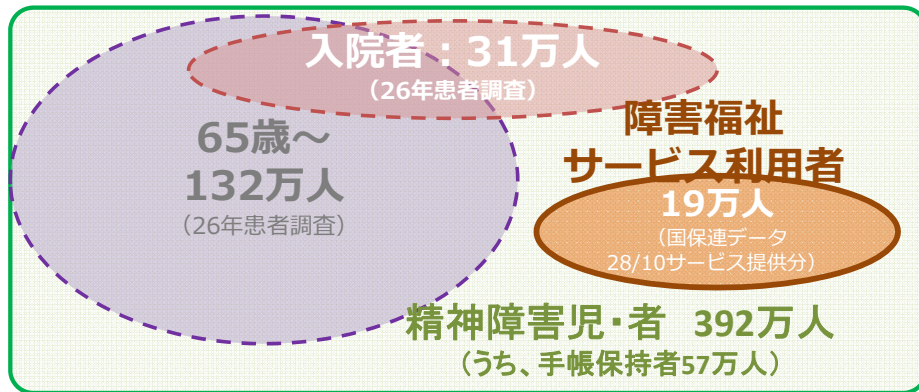
（注2）自立支援給付利用者数は国保連データを基に作成。

（注3）特別支援学校在学者、特別支援学級在籍者及び通所による指導を受けている児童生徒数は特別支援教育資料（文部科学省）を基に作成。

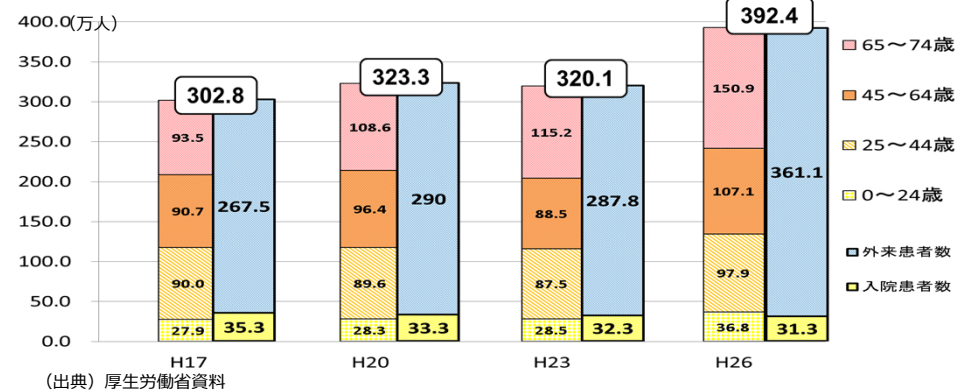
精神障害者数の推移等

- 精神障害者については、障害者総合支援法において「精神疾患を有する者」との定義（＝一度でも精神疾患と診断されれば、症状の軽重を問わず含まれる）であり、その数は、外来患者数（361万人）と入院患者数（31万人）の合計の392万人（平成26年時点）とされる。なお、手帳を取得する者は、精神障害者（＝精神疾患患者）の1/7程度の57万人。
- 精神障害者の数は増加しているが、これは高齢化に伴い認知症患者が増加のほか、気分障害やストレス性障害の患者数が増加したことによる面が大きい。なお、統合失調症の患者は概ね安定。
- 自立支援給付の利用者数は、平成20年10月の5万人から平成28年10月の19万人へと4倍近くに増加している。その要因としては、精神疾患のうちサービスを利用する者の割合が3倍程度増加したことによる面が大きい。
- なお、精神障害については、成人後に発症する場合も多く、一般就労を経験した者も多いと考えられる。また、医療の発展により、症状が改善するケースが多くなっているとの指摘もある。

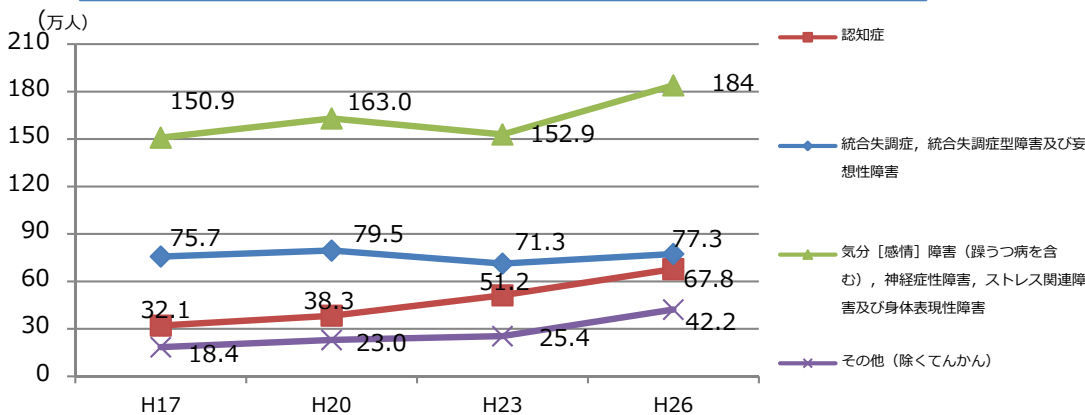
精神障害者の状況



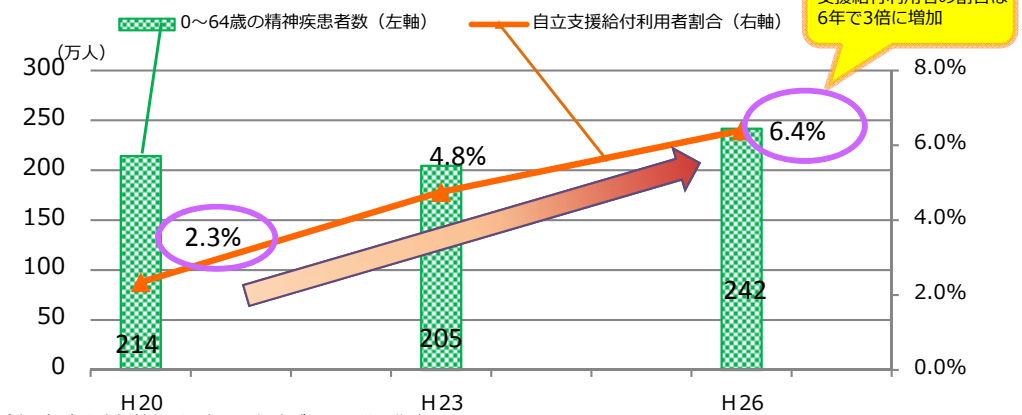
精神疾患を有する総患者数の推移



精神疾患を有する総患者数の推移 (疾患別内訳)



精神疾患を有する0～64歳の患者数に占める 自立支援給付利用者の割合



(注1) 厚生労働省資料を基に作成。
(注2) 平成23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

(注1) 自立支援給付利用者は国保連データを基に作成。
(注2) 0～64歳の精神疾患患者数は患者調査（厚生労働省）を基に作成。

(参考) 放課後等デイサービス、就労継続支援A型の運用の見直しについて

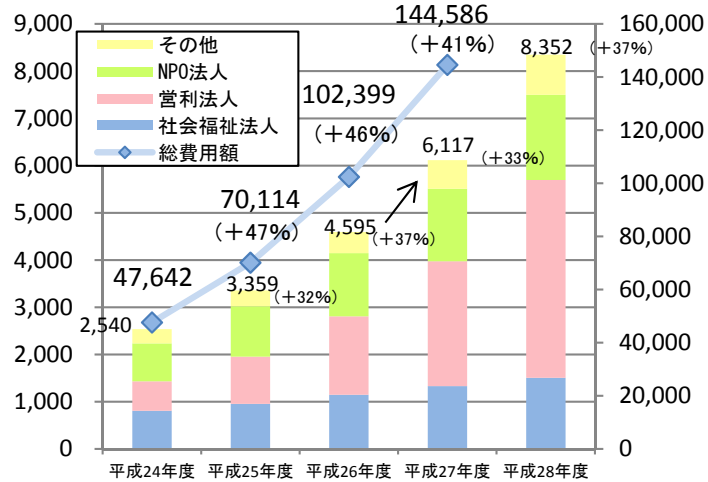
厚労省作成資料

<放課後等デイサービス>

- 総費用額(1,446億円)は、障害児支援全体の64.9%を占め、サービス創設以降、利用者数、事業所数とともに大幅に増加。
- 一方、利潤を追求し支援の質が低い事業所や適切ではない支援※を行う事業所が増えているとの指摘がある。

※例えば、テレビを見させているだけ、ゲーム等を渡して遊ばせているだけ

(か所) 事業所数及び総費用額の推移 (百万円)



見直し内容等

1. 障害児支援等の経験者の配置

- ① 管理責任者の資格要件を見直し、障害児・児童・障害者の支援の経験(3年以上)を必須化
- ② 配置すべき職員を「児童指導員」「保育士」「障害福祉サービス経験者」とし、そのうち、児童指導員又は保育士を半数以上に

2. 「放課後等デイサービスガイドライン」の遵守及び自己評価結果公表の義務付け

3. 実施時期

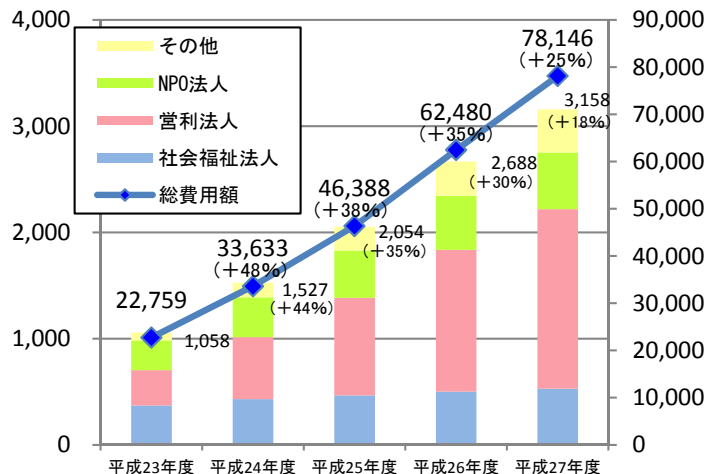
平成29年4月1日

※既存の事業所については、1年間の経過措置を適用

<就労継続支援A型>

- 総費用額(781億円)は、障害者支援全体の4.4%を占め、近年大幅に増加。
- 一方、生産活動の内容が適切でない事業所や、利用者の意向にかかわらず、すべての利用者の労働時間を一律に短くする事業所など、不適切な事例が増えているとの指摘がある。

(か所) 事業所数及び総費用額の推移 (百万円)



見直し内容等

1. 就労の質の向上

- ① 事業収入から必要経費を控除した額に相当する金額が、利用者に支払う賃金総額以上となるように
- ② 賃金を給付費から支払うことは原則禁止

2. 障害福祉計画上の必要サービス量を確保できている場合、自治体は新たな指定をしないことを可能に

3. 実施時期

平成29年4月1日

生活保護

生活扶助基準の検証(給付水準・体系①)

【論点】

- 生活保護の生活扶助基準は、一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られているか否かについて、5年に一度、全国消費実態調査等を用いて、専門的かつ客観的に検証を行うこととなっている。

(参考)『生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書』(平成16年12月15日)

「今後、生活扶助基準と一般低所得世帯の消費実態との均衡が適切に図られているか否かを定期的に見極めるため、全国消費実態調査等を基に5年に一度の頻度で検証を行う必要がある。」

- 前回の平成24年の検証では、年齢別・世帯人員別・級地(居住地域)別に一般低所得世帯の消費水準の差を指数化し、生活扶助基準との比較検証が行われたものの、給付水準そのものについては検証が行われていない。

生活扶助基準の概要

- 生活扶助費は、**食費・被服費・光熱水費等の日常生活に必要な経費**に対応する扶助費。

- 生活扶助基準の具体的な金額は**世帯単位**で決まることとなっており、
【第一類費】食費等の**個人的費用**
(**年齢階級別**に個人単位で定められた金額の世帯合計)

- 【第二類費】光熱水費等の**世帯共通的费用**
(**世帯人員別**に定められた金額)

を合算して算出。

- 第一類費、第二類費とも、**所在地域に応じて6段階の基準**が定められている。

- 障害者世帯、母子世帯など**特定の世帯には加算**がある。

生活扶助基準額の例(平成28年度)

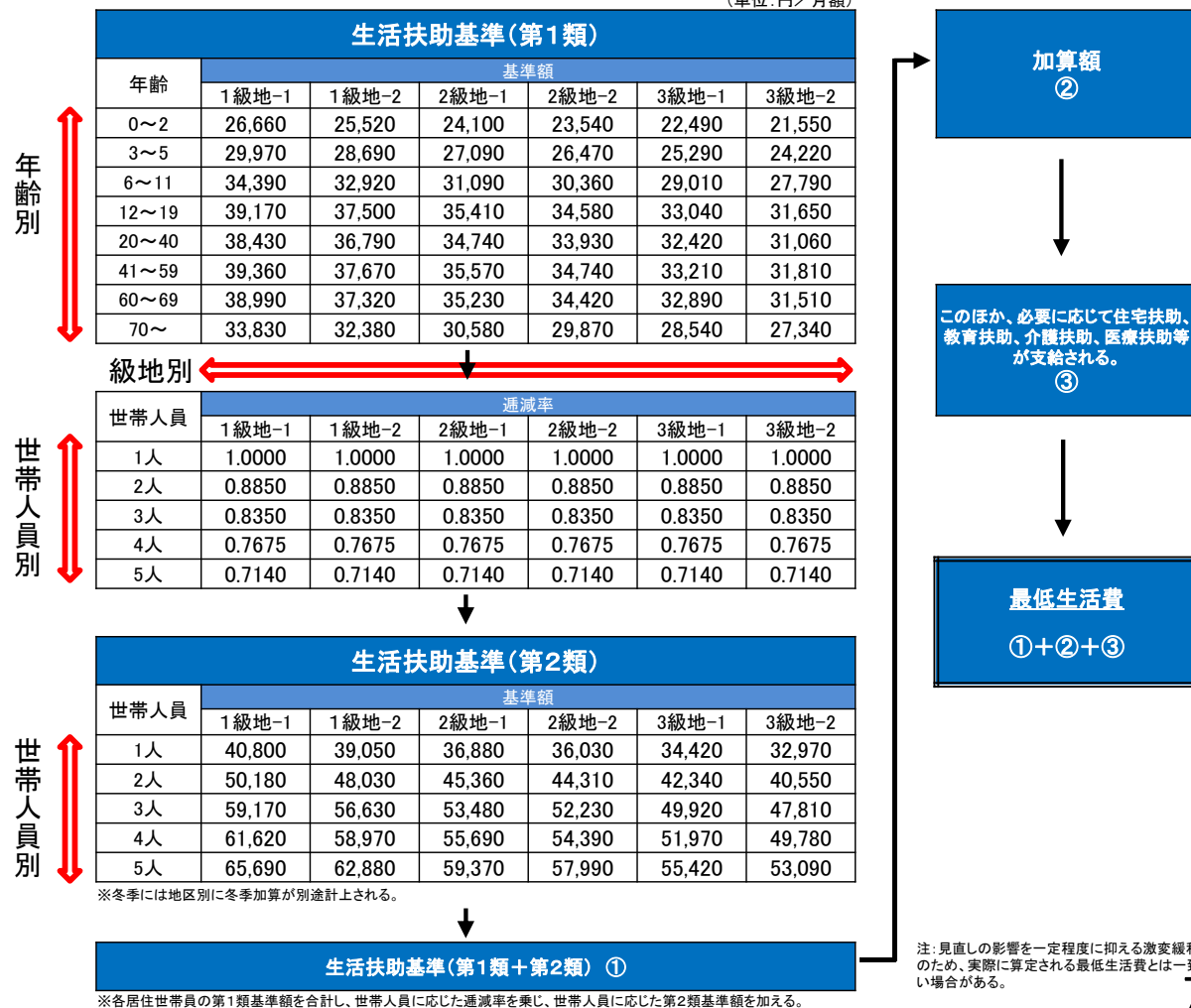
| | 東京都区部等 | 地方郡部等 |
|------------------|----------|----------|
| 3人世帯(33歳、29歳、4歳) | 160,110円 | 131,640円 |
| 高齢者単身世帯(68歳) | 80,870円 | 65,560円 |
| 母子世帯(30歳、4歳、2歳) | 189,870円 | 159,900円 |

注1:児童養育加算、母子加算、冬季加算(VI区の5/12)を含む。

注2:上記以外に、その世帯の状況や必要な事情に応じて、生活扶助費に追加して「障害者加算」等の各種加算や「住宅扶助費(家賃)」や「教育扶助費(教育費)」が現金給付されるとともに、「医療扶助費(医療費)」や「介護扶助費(介護費)」が現物給付される。

生活扶助基準額の算出方法

(単位:円/月額)



| 年齢 | 生活扶助基準(第1類) 基準額 | | | | | |
|-------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1級地-1 | 1級地-2 | 2級地-1 | 2級地-2 | 3級地-1 | 3級地-2 |
| 0~2 | 26,660 | 25,520 | 24,100 | 23,540 | 22,490 | 21,550 |
| 3~5 | 29,970 | 28,690 | 27,090 | 26,470 | 25,290 | 24,220 |
| 6~11 | 34,390 | 32,920 | 31,090 | 30,360 | 29,010 | 27,790 |
| 12~19 | 39,170 | 37,500 | 35,410 | 34,580 | 33,040 | 31,650 |
| 20~40 | 38,430 | 36,790 | 34,740 | 33,930 | 32,420 | 31,060 |
| 41~59 | 39,360 | 37,670 | 35,570 | 34,740 | 33,210 | 31,810 |
| 60~69 | 38,990 | 37,320 | 35,230 | 34,420 | 32,890 | 31,510 |
| 70~ | 33,830 | 32,380 | 30,580 | 29,870 | 28,540 | 27,340 |

| 世帯人員 | 生活扶助基準(第2類) 基準額 | | | | | |
|------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1級地-1 | 1級地-2 | 2級地-1 | 2級地-2 | 3級地-1 | 3級地-2 |
| 1人 | 1.0000 | 1.0000 | 1.0000 | 1.0000 | 1.0000 | 1.0000 |
| 2人 | 0.8850 | 0.8850 | 0.8850 | 0.8850 | 0.8850 | 0.8850 |
| 3人 | 0.8350 | 0.8350 | 0.8350 | 0.8350 | 0.8350 | 0.8350 |
| 4人 | 0.7675 | 0.7675 | 0.7675 | 0.7675 | 0.7675 | 0.7675 |
| 5人 | 0.7140 | 0.7140 | 0.7140 | 0.7140 | 0.7140 | 0.7140 |

| 世帯人員 | 生活扶助基準(第1類+第2類) ① | | | | | |
|------|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 1級地-1 | 1級地-2 | 2級地-1 | 2級地-2 | 3級地-1 | 3級地-2 |
| 1人 | 40,800 | 39,050 | 36,880 | 36,030 | 34,420 | 32,970 |
| 2人 | 50,180 | 48,030 | 45,360 | 44,310 | 42,340 | 40,550 |
| 3人 | 59,170 | 56,630 | 53,480 | 52,230 | 49,920 | 47,810 |
| 4人 | 61,620 | 58,970 | 55,690 | 54,390 | 51,970 | 49,780 |
| 5人 | 65,690 | 62,880 | 59,370 | 57,990 | 55,420 | 53,090 |

35

生活扶助基準の検証(給付水準・体系②)

【論点】

○ 平成24年検証の結果、年齢・世帯人員・級地ともに基準額と消費実態との乖離が確認されたが、その一部は激変緩和措置として基準の見直しに反映されていない。例えば、級地間の地域差をみた場合、見直し前の基準の地域差最大23%に対し、消費実態の地域差は最大16%であり、7%の乖離が確認されたにも関わらず、見直し後の現行基準の地域差は最大19%に留まっている。なお、地域差を都道府県別の消費者物価指数で測ってみると、最大5%程度となっている。

○ 級地の指定(市町村単位)については、昭和62年度以降見直しが行われていない。市町村合併が行われた場合、合併の対象となる市町村のうち最も高い級地を合併後の市町村に適用することとなっており、合併によって級地が上がった市町村数は800以上(全体の25%)に及んでいる。

生活扶助基準額と一般低所得世帯の消費実態(級地別)

【24年検証】

| 級地 | 見直し前(24年度基準) | 消費実態(24年検証) |
|-------|--------------|-------------|
| 1級地-1 | 1.02 | 1.00 |
| 1級地-2 | 0.97 | 0.95 |
| 2級地-1 | 0.93 | 0.90 |
| 2級地-2 | 0.88 | 0.87 |
| 3級地-1 | 0.84 | 0.84 |
| 3級地-2 | 0.79 | 0.84 |

【現行基準(平成28年度)】

| 級地 | 現行基準(平成28年度) |
|-------|--------------|
| 1級地-1 | 1.00 |
| 1級地-2 | 0.96 |
| 2級地-1 | 0.90 |
| 2級地-2 | 0.88 |
| 3級地-1 | 0.84 |
| 3級地-2 | 0.81 |

出所:厚生労働省「第23回社会保障審議会生活保護基準部会資料」

出所:平成28年度生活保護基準 注:「1級地-1」を1とした場合

(参考) 級地別被保護人員

(万人)

| 級地 | 被保護人員(万人) |
|-------|-----------|
| 1級地-1 | 85 |
| 1級地-2 | 36 |
| 2級地-1 | 42 |
| 2級地-2 | 9 |
| 3級地-1 | 27 |
| 3級地-2 | 13 |

出所:厚生労働省「被保護者調査」(平成27年7月末現在)

都道府県別消費者物価地域差指数(全国平均=100、家賃を除く総合)

| 都道府県 | 消費者物価地域差指数 |
|------|------------|
| 千葉県 | 102.5 |
| 岩手県 | 97.2 |

出所:総務省「小売物価統計調査(構造編)」(平成27年)

市町村合併による級地指定区分変更の状況

| | 昭和62年度時点の市町村総数 | 昭和62年度以降、級地指定区分の変更が無かった市町村数(市町村合併が行われなかった市町村を含む) | | |
|------|----------------|--|-----|-------|
| | | 計 | 1区分 | 2区分以上 |
| 市町村数 | 3,253 | 2,432 | 821 | 559 |
| 構成割合 | 100% | 75% | 25% | 8% |

出所:厚生労働省「第26回社会保障審議会生活保護基準部会資料」

【改革の方向性】(案)

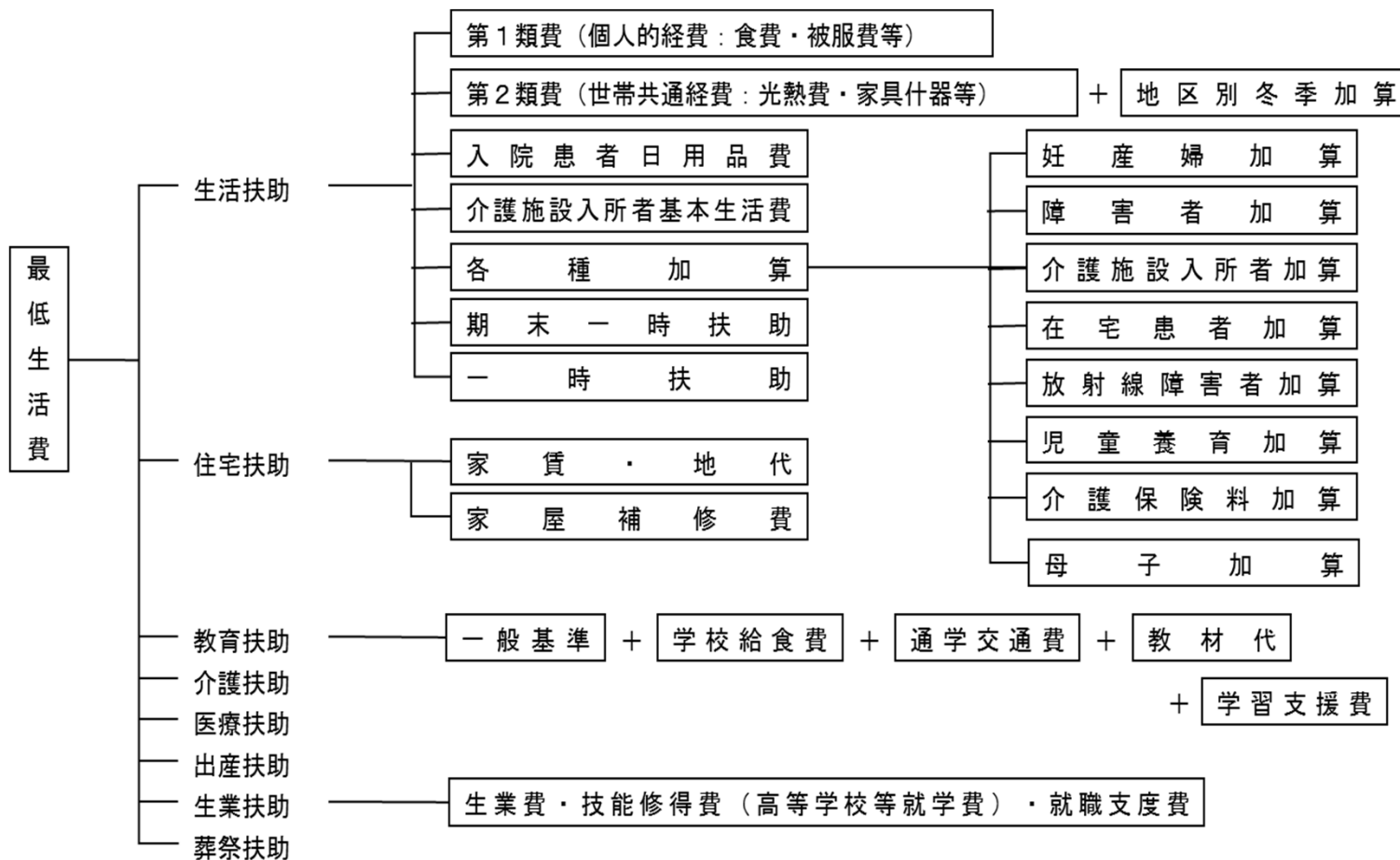
○ 平成29年の検証にあたっては、年齢別、世帯人数別、級地別の基準額の体系に加え、給付水準についてもきめ細かく検証し、国民の理解が得られるような生活扶助基準となるよう、その結果を適切に基準に反映すべき。あわせて、昭和62年度以降見直しが行われていない級地区分の指定についても、今回の検証に合わせて、実態と乖離がないか検証するべき。

73

【論点】

- 生活保護受給者に対しては、基本的な日常生活費を賄う生活扶助（第1・2類費）の他に、受給者の状況に応じて生じる特別な需要に対応するため、各種の扶助・加算が設けられている。
- 近年、期末一時扶助や冬季加算、住宅扶助については検証・見直しが行われているが、加算等の必要性や内容・水準について検証が行われていないものがある。

最低生活費の体系



近年における各種扶助・加算の見直し

| 平成25年度 | |
|--------|--|
| 期末一時扶助 | <ul style="list-style-type: none"> ・年末において増加する食費や雑費等の経費を補填するものとして支給 ・世帯人員に関わらず、一律に人数倍した額を支給してものについて、経済性(スケールメリット)を勘案するよう見直し |
| 平成27年度 | |
| 住宅扶助 | <ul style="list-style-type: none"> ・家賃等や転居時の敷金、契約更新料などを補填するものとして支給 ・各地域の家賃実態や近年の家賃動向等を踏まえた見直し ・世帯人数区分を細分化するとともに、床面積に応じて上限額を減額する仕組みを導入 |
| 冬季加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・冬季において増加する暖房費等の経費を補填するものとして支給 ・一般低所得世帯の光熱費支出額の地区別実態や世帯人数別較差等を踏まえた見直し |

生活扶助基準の検証(各種の扶助・加算②)

近年検証が行われていない主な扶助・加算

| 扶助・加算 | 概要 | 平成28年度基準額 (1級地-1、月額) | 扶助・加算 | 概要 | 平成28年度基準額 (1級地-1、月額) |
|---------------------------|---|--|------------------|---|---|
| 教育扶助 | 小学生、中学生に対し、義務教育にかかる必要な学用品費や教材代、給食費等を補填するものとして支給 | 基準額: 小学校2,210円 中学校4,290円 教材代: 実費 学校給食費: 実費 交通費: 実費 学習支援費(学習参考書やクラブ活動費): 小学校2,630円(注) 中学校4,450円 など | 入院患者日用品費 | 病院等に入院している被保護者に対し、身の回り品等の日常生活費を補填するものとして支給 | 22,680円以内 |
| 生業扶助 (高等学校等就学費) (注) | 高校生に対し、高等学校教育にかかる必要な学用品費や教材代、交通費等を補填するものとして支給 | 基本額: 5,450円 教材代: 実費 交通費: 実費 学習支援費(学習参考書やクラブ活動費): 5,150円 など | 介護施設入所者 基本生活費 | 介護施設に入所している被保護者に対し、利用者が施設に支払う身の回り品等の必需的な日常生活費を補填するものとして支給(例: 歯ブラシ、下着、寝衣等) | 9,690円以内 |
| 母子加算 (注) | 子どもの貧困の解消を図るため、ひとり親世帯(母子世帯・父子世帯等)に対し支給 | 子ども1人の場合: 22,790円 子ども2人の場合: 24,590円 | 介護施設入所者加算 | 介護施設入所者に対し、理美容品等の裁量的経費の補填として支給 | 9,690円以内 |
| 児童養育加算 | 児童の養育者に対し、家庭等における生活の安定の寄与、児童の健全な成長に資するために支給(児童手当相当) | 3歳未満: 15,000円 3歳以上: 原則10,000円 | 障害者加算 | 障害者に対し、追加的に必要となる居住環境の改善のための費用や点字新聞などの雑費等の経費の補填として支給 | 身体障害者障害等級 1・2級: 26,310円 3級: 17,530円 |
| 妊産婦加算 | 妊産婦(妊娠中及び産後6ヶ月以内)に対し、追加的に必要となる栄養補給等の経費の補填として支給 | 妊娠6ヵ月未満: 8,960円 妊娠6ヵ月以上: 13,530円 産後: 8,320円 | 在宅患者加算 | 在宅患者(結核又は3ヶ月以上の治療を要する者)であって、追加的に栄養補給等が必要な場合に、追加経費の補填として支給 | 13,020円 |

注: 母子加算は、一般母子世帯との公平を図る観点から、平成17年度から平成21年度にかけて段階的に廃止。その後、子どもの貧困解消を図るため平成21年12月に復活。また、平成21年度までに段階的に母子加算を廃止した際、世帯の自立に向けた新たな給付に転換するとの考え方に基づき、平成17年度に高等学校等就学費を、平成21年度に教育扶助及び高等学校等就学費における学習支援費を創設。

【改革の方向性】(案)

- 今回の生活扶助基準の検証に際して、各種の扶助・加算についても、
 - ・それぞれの扶助・加算について具体的な需要が特定できているか
 - ・その需要に対して見合った額となっているか、また、同類型の一般低所得世帯との均衡は図られているか
 - ・各種の扶助・加算で賄う需要と、他法他施策による支援との重複はないか、扶助・加算で賄う需要の間で重複がないかなどについて、検証を行うべき。その結果、必要に応じて見直しを行うべき。
- あわせて、扶助・加算の目的を、より効果的・効率的に達成する観点から、給付方法の見直しや現金給付以外の方策がないかなどについても、検討を行うべき。

【論点】

- 生活保護費の半分を占める医療扶助は、全額公費負担となっていることで、受診者側にも、医療機関側にも、頻回受診が起りやすい構造上の課題がある。そのため、生活保護制度の信頼性確保のためにも、適正な受診に向けた厳正な対応が求められる。
- 同一診療科を15日以上受診している月が3ヶ月以上続いている者(受診状況把握対象者)のうち、主治医・自治体の嘱託医への協議を踏まえ、医学的にも過剰な受診を続けていたと認められる者(指導対象者)は、約3,800人となっている。
- その指導対象者に対して、適正な指導、改善が求められるところ、その改善率は46%に留まっている。

受診状況把握対象者の定義

【現行】
医療扶助による外来患者であって、
同一傷病について、
同一月内に、
同一診療科を15日以上受診している月が、
3ヶ月以上続いている者



対象範囲を平成29年度から段階的に拡大

【見直し後】
医療扶助による外来患者であって、
同一傷病について、
同一月内に、
同一診療科を15日以上受診している者

頻回受診適正化の対応

(平成26年度)

| | | | | |
|---------------|--|---|---------|--------------------------------|
| 頻回受診が疑われる者の把握 | 毎月レセプトを確認し、頻回受診が疑われる者にかかる台帳を作成 | 受診状況把握対象者数(同一疾病で月15日以上通院が3ヶ月以上継続している者数) | 15,462人 | うち 筋骨格系・結合組織 8,061人(52%) |
| 主治医訪問・嘱託医協議 | 主治医や嘱託医に協議し、頻回受診と認められるか否かを判断 | 適正受診指導対象者数(A)※ | 3,809人 | うち 筋骨格系・結合組織 2,129人(56%) |
| 指導の実施 | 頻回受診と判断された者について、訪問により指導を実施 | 改善者数(適正な受診日数に改善された者数)(B) | 1,749人 | うち 筋骨格系・結合組織 1,067人(61%) |
| 改善状況の確認 | 指導の翌月、医療機関へ改善状況を確認改善されていない場合には、引き続き指導を実施 | 改善者数割合(B/A) | 46% | うち 筋骨格系・結合組織 50% |

※頻回が疑われる者のうち、主治医・自治体の嘱託医への協議を踏まえ、医学的にも過剰な受診を続けていたと認められる者

※改善者数割合の推移

平成23年度 43%
平成24年度 47%
平成25年度 46%

出所:厚生労働省資料

【改革の方向性】(案)

- 頻回受診が疑われる受給者であって、医学的にも過剰な受診を続けていたと認められる者に対しては、例えば、一定の自己負担を導入するなど、実効性ある改善策を講じるべき。また、頻回受診が疑われる受給者が著しく多い等の医療機関について、内容審査の上、個別指導の徹底を図るべき。
- なお、平成29年度において、受診状況把握対象者の範囲を広げることとなっているが、例えば「月15日以上」受診という定義が適切かなど、引き続き検討を行うべき。

医療扶助の適正化(後発医薬品の使用促進)

【論点】

- 生活保護受給者は、先発医薬品も、後発医薬品も、自己負担なく処方されることとなっている。
- 医師が後発医薬品の使用を認めた場合は、後発医薬品の使用が原則となっているが、一般名処方が行われた医薬品で、後発医薬品が調剤されなかった理由の約7割が「患者の意向」となっている。

生活保護における後発医薬品の現行の取扱い

医師等が後発医薬品の使用が可能であると判断した場合は、**後発医薬品を原則として使用する**。

※ 後発医薬品の使用が可能であるにもかかわらず、先発医薬品を希望する受給者に対しては、

- ・ 薬局は、先発医薬品を希望する理由を確認した上で、先発医薬品を一旦調剤する。
- ・ 明らかに先発医薬品を希望する理由に妥当性がないと判断される場合には、福祉事務所の服薬指導を含む健康管理指導の対象とする。

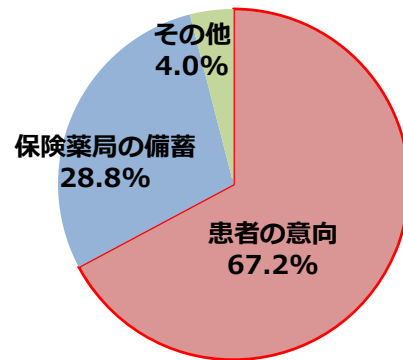
生活保護法（抜粋）

（医療扶助の方法）

第三十四条 1・2(略)

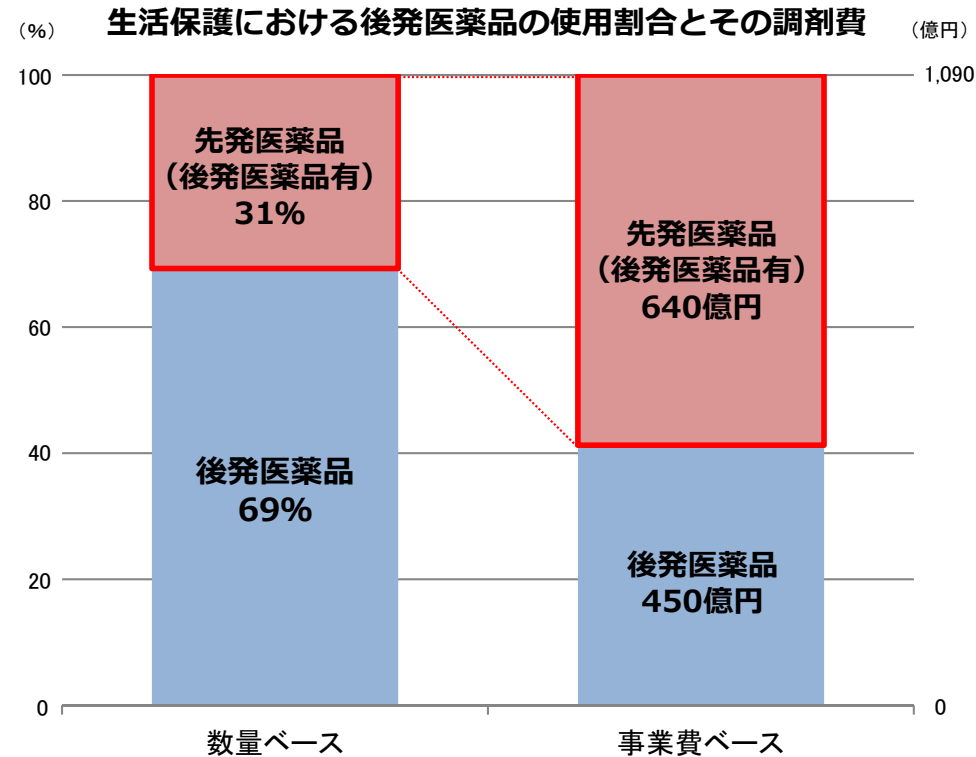
3 (略)医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品...を使用することができると認めたものについては、被保護者に対し、**可能な限り後発医薬品の使用を促すことによりその給付を行うよう努めるものとする**。

一般名処方が行われた医薬品で、後発医薬品を調剤しなかった理由



注：後発医薬品が存在しない場合を除く。

出所：政令指定都市及び中核市の平成27年度データを財務省において集計。



出所：厚生労働省「医療扶助実態調査」(平成28年6月審査分)
第19回社会保障ワーキンググループ 厚生労働省提出資料

【改革の方向性】 (案)

- 後発医薬品の使用が徹底されるよう、医師がその使用を認めているにも関わらず、自己都合で先発医薬品を使用する場合は、例えば、後発医薬品との差額について一定の自己負担を求めるなど、実効性ある改善策を講じるべき。

就労を通じた保護脱却の促進

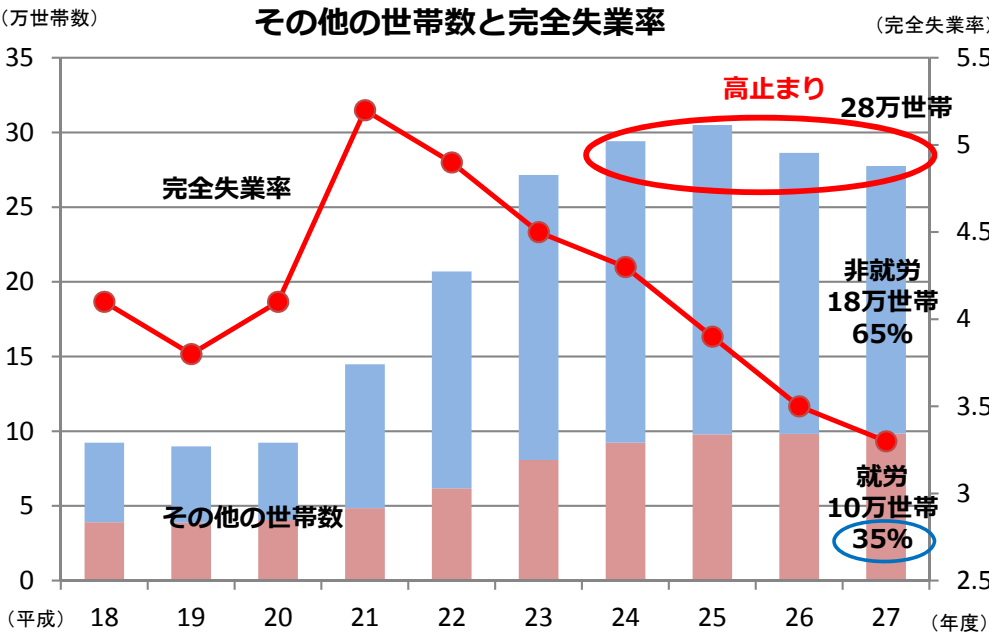
【論点】

- リーマンショック後、急増したその他の世帯（高齢者・母子・障害傷病世帯以外の世帯で、就労可能な受給者が多い）数は、雇用情勢の好転もあり、足下は減少傾向にあるものの、リーマンショック前と比べて、高止まりしている。このうち、就労世帯の割合は全国平均で約4割となっている。また、都道府県別にみると、就労世帯の割合にはバラツキが見られる。
- 稼働能力があるにも関わらず、正当な理由なく就労に向けた取組を拒む者への指導も行われているが、その指導に従わない場合の停止・廃止処分は年900件程度である。

生活保護法（抜粋）

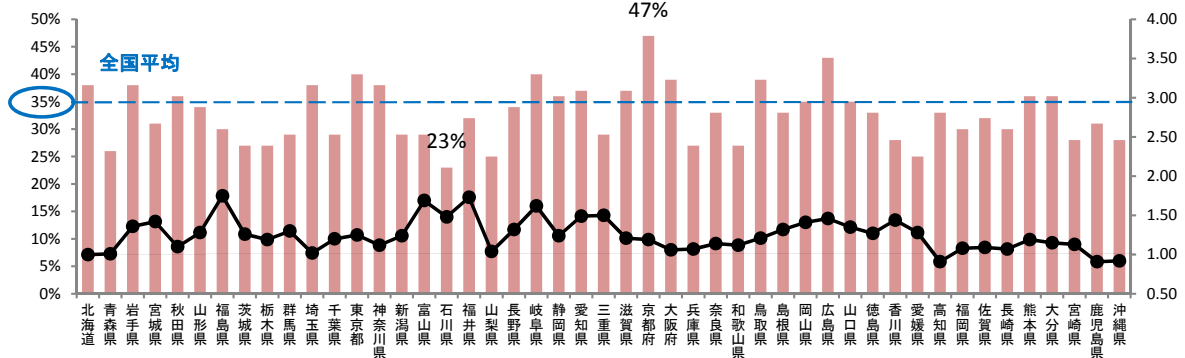
（保護の補足性）

第四条 保護は、生活に困窮する者が、**その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件**として行われる。



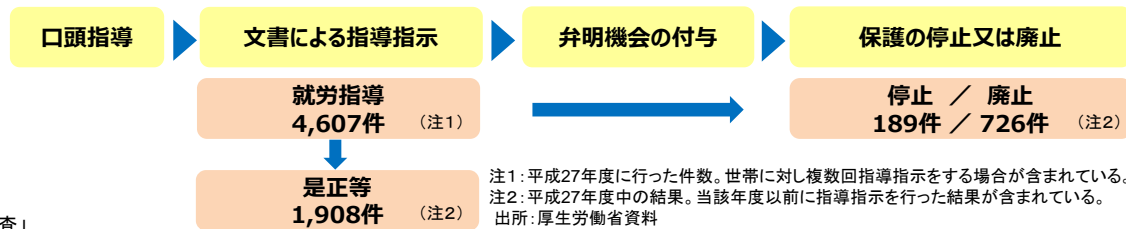
出所: 厚生労働省「被保護者調査」各年7月末現在(平成23年度以前は「被保護者全国一斉調査」)、総務省「労働力調査」

(就労世帯の割合) 都道府県別その他の世帯の就労世帯の割合及び有効求人倍率 (有効求人倍率)



出所: 厚生労働省「被保護者調査」(平成27年7月末現在)、「一般職業紹介状況」(平成27年7月)

保護の停廃止処分 (全世帯)



注1: 平成27年度に行った件数。世帯に対し複数回指導指示をする場合が含まれている。
 注2: 平成27年度中の結果。当該年度以前に指導指示を行った結果が含まれている。
 出所: 厚生労働省資料

【改革の方向性】 (案)

- 生活保護法においても、その利用し得る能力を活用することが要件とされていることから、各自治体において、積極的に就労支援に取り組むべき。あわせて、正当な理由なく就労に向けた取組を拒む者に対して、例えば、
 - ・ 保護の停廃止処分のほか、保護費の減額など柔軟な対応を可能とすることや、
 - ・ 保護の停廃止処分の基準をより明確化すること
 などにより、自治体による指導の実効性を高めるべき。