

- I 地域医療構想
- II オンライン診療等
- III 公的医療保険の給付範囲の見直し
- IV 後発医薬品のさらなる使用促進策

慶應義塾大学総合政策学部 教授

医療経済研究機構 研究部長

印南 一路 (いんなみ いちろ)

zion@sfc.keio.ac.jp

# I 地域医療構想について

## 公立病院改革・医療アクセス確保と連動

○必要な医療へのアクセスを確保することが、地域住民の不安を解消し、種々の改革を進める鍵となる（施設の現状維持や常勤の医師確保ではない）。

○2025年までに、病床の機能転換・統廃合を内容とする地域医療構想を実現することになっている。

○厚労省は、昨年9月に一部の公立・公的病院名を公表し、各都道府県に対して公立・公的病院の役割について再検証することを促した。この再検証を進めるために、**地域医療構想と公立病院改革をより強く関係づけるべき**。

○複数の官庁にまたがる領域なので、経済財政諮問会議の果たす役割が大きい。

□ 二次医療圏毎に必要とされる「機能別病床数」の**病床機能区分**と、公立・公的病院が中心的に担うべき「**5疾病5事業**」の対応が不明確。対応している部分（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、周産期医療等）と対応していない部分（糖尿病、災害医療、へき地医療、小児医療等）がある。

⇒各病院の病院機能報告で届けている「高度急性期病床数及び病床稼働率」と実際に提供されている診療実績（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、周産期医療等）との対応関係を明確にすべき。（参考資料1）

□ 個別病院への一般会計からの**繰入金**と、5疾病5事業、特に**不採算医療**についての対応関係が不明確である。また、**不採算医療の基準があいまい**（特出し、かつ、その定義が緩い）。曖昧な基準で赤字補てんがされている限り、現状維持ができるのだから、病床の機能転換・統廃合の議論は進まない。（参考資料2）

⇒公表された「再検証要請」公立病院について、一般会計からの繰入金額と、新公立病院改革プラン上でなされている繰入金額の説明文の対応表を作成し、これらの資料を基に、地域医療調整会議で公立・公的病院と民間病院との間の機能分担を含めて議論すべき。

□ 都道府県医療審議会、地域医療対策協議会等の会議体、保健医療計画、医師確保計画等と地域医療構想調整会議の連携を強化し、さらに、国と都道府県の懇談会を設けて、国・都道府県が一体となって推進する体制を構築する必要がある（ガバナンスの構築・強化）。

□ 高度急性期・急性期医療の患者数とアクセス時間から見て、急性期医療へのアクセスが確保されれば、住民の病床再編・統廃合への不安は解消する。加えて、**医療相談、プライマリーケアを含め、巡回診療・診療所の相互往診等を活用した「面で支える」体制を整え、オンライン診療等も活用**すれば、地域全体の医療へのアクセスが充実し、より議論が進むはず。

# 参考資料 1

病床機能報告・実際の赤字補填額・地域医療介護総合確保基金等の利用状況との対応がわからない

|                      |          |
|----------------------|----------|
| 第24回地域医療構想に関するWG     | 参考資料 1-2 |
| 令和元年9月26日<br>(2019年) |          |

| 稼働率 (高度急性期・急性期病床)<br>休棟中等病床数<br>慢性期病床数<br>回復期病床数<br>急性期病床数<br>高度急性期病床数<br>合計病床数 | 民間の地域医療支援病院<br>公的等2025プラン対象<br>公立病院新改革プラン策定対象<br>地域周産期母子医療センター<br>総合周産期母子医療センター<br>へき地拠点病院<br>災害拠点病院<br>地域医療支援病院<br>特定機能病院<br>基幹型臨床研修病院 |   |   |   |   |   | A 診療実績が特に少ない<br>がん |   | A B 類似かつ近接<br>がん |   | B | 再検証要請対象医療機関 |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|--------------------|---|------------------|---|---|-------------|---|
|                                                                                 | 人口区分<br>公立・公的医療機関等                                                                                                                      | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● |             |   |
| 560                                                                             | 81%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 286                                                                             | 83%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 99                                                                              | 58%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 300                                                                             | 73%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 59                                                                              | 61%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 150                                                                             | 68%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 240                                                                             | 79%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 60                                                                              | 7%                                                                                                                                      | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 100                                                                             | 71%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 150                                                                             | 45%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 69                                                                              | 50%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 54                                                                              | 80%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 54                                                                              | 44%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 99                                                                              | 58%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 97                                                                              | 49%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 33                                                                              | 36%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |
| 242                                                                             | 60%                                                                                                                                     | ○ | ● | ● | ● | ● | ●                  | ● | ●                | ● | ● | ●           | ● |

5疾病5事業に該当

- 診療実績が特に少ない項目数が8または9で「再検証要請対象」になる
- 公的医療機関等
- 公立病院
- 民間の地域医療支援病院

# 参考資料 2

普通交付税(令和元年度)

| 区分      | 算定額                                         |
|---------|---------------------------------------------|
| 病床割     | 745千円×稼働病床数                                 |
| 救急告示病院分 | 1,697千円×救急病床数+32,900千円                      |
| 事業割     | 病院事業債の元利償還金の25%<br>(元利償還金の1/2について、一般会計から繰出) |

## 不採算医療地区病院の定義

- ①病床150床未満で隣の病院まで15km以上あれば、
- ②病床150床未満で半径5km以内の人口が3万人未満(3万人以上10万人未満の場合、単価を逡減)ならば、自動的に不採算医療地区病院とされる

➡この区分の存在が、統廃合の障害となっている  
少なくとも地域医療構想区域との整合性をとるべき

## 算定の基礎とする病床数の定義

許可病床数>稼働病床数>利用病床数

稼働病床数 = 許可病床数から1年間に一度も利用されたことのない病床数を引いたもの

病床稼働率の計算式

$$= \frac{\text{在院患者延べ数} + \text{退院患者延べ数}}{\text{許可病床数} \times 365} \times 100$$

➡1日に入院と退院があるので、稼働病床数は多めに出る。稼働病床数ではなく、利用病床数を算定の基礎にするべき

## 令和元年度 病院事業関係特別交付税措置単価

| 区分                                                                       | 令和元年度         |              |             | (参考)<br>平成30年度<br>(千円) |       |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|-------------|------------------------|-------|
|                                                                          | 単価<br>(千円)    | 対前年度比<br>(%) | 単価差<br>(千円) |                        |       |
| 病院<br>結核<br>精神<br>リハビリ<br>周産期医療<br>小児医療<br>感染症<br>救命救急<br>小児救急<br>共済追加費用 | 不採算地区病院第1種(注) | 1,549        | 110.0%      | 141                    | 1,408 |
|                                                                          | 第2種           | 1,033        | 110.0%      | 94                     | 939   |
|                                                                          | 病床            | 1,633        | 100.0%      | 0                      | 1,633 |
|                                                                          | 床             | 1,523        | 100.0%      | 0                      | 1,523 |
|                                                                          | リハビリ病院        | 310          | 100.0%      | 0                      | 310   |
|                                                                          | 第1種(注)        | 5,305        | 100.0%      | 0                      | 5,305 |
|                                                                          | 第2種           | 4,245        | 100.0%      | 0                      | 4,245 |
|                                                                          | 第3種           | 2,805        | 100.0%      | 0                      | 2,805 |
|                                                                          | 第4種           | 2,243        | 100.0%      | 0                      | 2,243 |
|                                                                          | 小児医療病床        | 1,267        | 100.0%      | 0                      | 1,267 |
| 感染症病床                                                                    | 4,251         | 100.0%       | 0           | 4,251                  |       |
| 救命救急センター                                                                 | 154,906       | 100.4%       | 617         | 154,289                |       |
| 小児救急医療提供病院                                                               | 9,144         | 102.6%       | 232         | 8,912                  |       |
| 共済追加費用<br>(対象職員数当り)                                                      | 110           | 84.0%        | △21         | 131                    |       |
| 市町村分                                                                     | 56            | 83.6%        | △11         | 67                     |       |

(注) 1. 不採算地区病院とは、その有する病床数が主として一般病床又は療養病床(以下「一般病床等」という。)である病院のうち主として理学療法又は作業療法を行う病院以外の病院及び当該病院の施設の全てが児童福祉施設である病院以外の病院(以下「一般病院」という。)で次に掲げる条件を満たすもの。

(第1種) 病床数が150床未満であり、直近の一般病院までの移動距離が15キロメートル以上となる位置に所在している一般病院

(第2種) 病床数が150床未満であり、直近の国勢調査に基づく当該病院の半径5キロメートル以内の人口が3万人未満である一般病院(3万人以上10万人未満の場合、単価を逡減)

※ 不採算地区病院でその有する許可病床数が100床を超える場合は、許可病床数を150床で逡となるよう逡減させた病床数を上限とする稼働病床数を用いる。

2. 道府県については、財政力指数が0.8以上の場合には0.2を、0.5以上0.8未満の道府県にあつては3分の7から当該道府県の財政力指数に3分の8を乗じて得た数を控除して得た数(小数点以下2位未満は、四捨五入する。)を、同指数が0.5未満の場合には1.0をそれぞれ乗じて得た額とする。指定都市及びその各市町村については、財政力指数が0.8以上の場合には0.5を、0.5以上0.8未満の指定都市及びその各市町村にあつては6分の11から当該指定都市又はその各市町村の財政力指数に3分の5を乗じて得た数を控除して得た数(小数点以下2位未満は、四捨五入する。)を、0.5未満の指定都市及びその各市町村にあつては1.0を乗じて得た額とする(ただし、道府県、指定都市及びその各市町村とも共済追加費用を除く。)

3. 周産期医療病床については、次に掲げる条件を満たすもの

(第1種) 厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして都道府県知事に届け出た新生児特定集中治療室又は総合周産期特定集中治療室(以下「新生児特定集中治療室等」という。)の有する病床

(第2種) 新生児特定集中治療室等に準じる機能を有する新生児特定集中治療室又は総合周産期特定集中治療室(以下「新生児特定集中治療室等に準ずる室」という。)の有する病床

(第3種) 新生児特定集中治療室等の後方病室の有する病床

(第4種) 新生児特定集中治療室等に準ずる室の後方病室の有する病床

## Ⅱ オンライン診療等について

期間限定で緩和試行を

受診の必要性や適切な受診先が分からないため、救急医療機関や高度医療機関に、平日・夜間問わず、軽症患者が集中したり、コロナウィルスの疑いを持つ患者が、一般の医療機関に殺到するのは好ましくない。

- 現在の電話相談は、#8000（小児救急医療相談が、全都道府県で夜間帯を中心に設置されている）と#7119（成人版の医療相談が、一部の都道府県で、夜間帯を中心に設置されている）。#7119の全国展開を促進し、日中も設置するのは一手段。（参考資料3）
- 遠隔健康医療相談（医師、医師以外）、オンライン受診勧奨を一層充実させれば、国民の不安解消につながり、医療機関への患者の殺到も防ぐことができる。

必ずしも対面診療を必要としない患者が、医療機関に受診することで、ウイルスや細菌に感染することは望ましくない。感染源との接触から遠ざけるべき患者も存在する。

- 対面診療の原則を維持しつつも、対面診療の必要性が低い患者、感染源から遠ざけるべき患者に限定し、**期間限定で、現在**（診療報酬改定2020、オンライン診療の適切な実施に関する見直しに関する検討会第8回資料1「新型コロナウイルス感染症対策としてのオンライン診療について」）**よりも規制緩和したオンライン診療、オンライン処方**を試行的に実施する。（現在の規制については参考資料と4と5）
  - 検討の対象例としては、過去1か月以内に対面受診した患者・妊婦等（慢性期・急性期に関わらず）に対して、同一の薬を処方する場合、及び、患者の状態像から予測できる範囲での疾患、症状に対する新たな薬を処方する場合。
  - 医師（初診時※へき地等を除く）や看護師等（再診時）が同席した場合には、遠方の医療機関の専門医にオンライン診療を受け、オンライン処方を行うこと（2020年4月から始まる遠隔連携診療料の拡充）。
  - 特に介護施設や在宅医療において、看護師等同席の上、医師への相談・初診をオンラインで行ってはどうか。

### 全体として

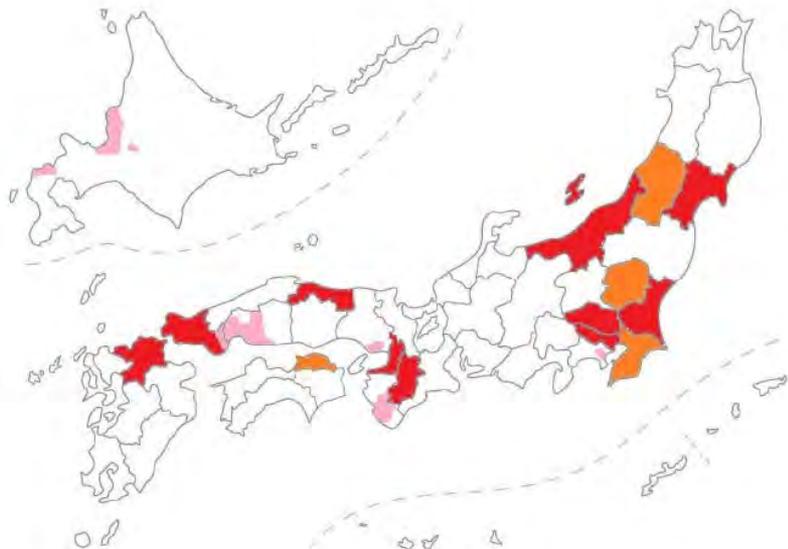
- 2020年診療報酬改定等で、オンライン診療については一部規制緩和が進んだ。が、一定の患者につき期間限定でオンライン診療の**規制緩和をもう一步進めたものを試行的に実施すべき**。その場合、試行的実施と同時に、**支障がないかどうか**等のデータを収集する。
- **必要な医療へのアクセスを促進し、国民の不安を解消するため**、オンライン診療等を**都道府県の保健医療計画の1事業**として位置づける。さらに、医療計画上で事前に推進医療機関を指定しておけば、災害時や地域全体の医療へのアクセス確保にもつながる。

# 電話相談体制の充実

小児の医療電話相談（#8000）に対し、  
成人の医療電話相談（#7119）は遅れている

## 普及状況と人口カバー率

令和元年7月1日現在



■ 実施（県単位）  
■ 実施（一部市町村）  
■ 類似番号で実施  
■ 未実施

【実施団体（人口は平成27年国勢調査による）】

### 都道府県全域

- 宮城県<sup>※1</sup>（約233万人）
- 茨城県<sup>※1</sup>（約291万人）
- 埼玉県（約727万人）
- 東京都（約1,352万人）
- 新潟県<sup>※1</sup>（約230万人）
- 大阪府内全市町村（約884万人）
- 奈良県<sup>※2</sup>（約136万人）
- 鳥取県<sup>※1</sup>（約57万人）
- 山口県<sup>※1</sup>（約121万人）
- 福岡県<sup>※2</sup>（約510万人）

### 一部実施

- 札幌市周辺（約205万人）
- 横浜市（約372万人）
- 神戸市周辺（約163万人）
- 田辺市周辺<sup>※1</sup>（約9万人）
- 広島市周辺（約210万人）

※1は、運営を民間コールセンターに委託  
※2は、事業の位置付けについて整理中

国民の  
『43.3%』

スマホの活用  
将来的にはAI化

【参考】 #7119以外の番号で実施している団体  
山形県、栃木県、千葉県、香川県

消防庁「救急安心センター事業（#7119）の全国展開」

## 参考資料 4

# 令和2年度診療報酬改定：オンライン診療について

### オンライン診療料の要件の見直し

#### 【実施方法】

- ・事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- ・緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。

#### イメージ

| 1月目 | 2月目 | 3月目 | 4月目 | 5月目 | 6月目 | 7月目 | 8月目 | 9月目 | 10月目 | 11月目 | 12月目 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|
| 初診  | ○   | ○   | ○   | ●   | ●   | ○   | ●   | ●   | ○    | ●    | ●    |

3月の対面診療

オンライン診療を組み合わせる



#### 【対象疾患】 A 0 0 3 オンライン診療料

オンライン診療料が算定可能な患者は、次に掲げる患者に限るものとする。

- ア「B 0 0 0」特定疾患療養管理料、「B 0 0 1」の「5」小児科療養指導料、「B 0 0 1」の「6」てんかん指導料、「B 0 0 1」の「7」難病外来指導管理料、「B 0 0 1」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B 0 0 1-2-9」地域包括診療料、「B 0 0 1-2-10」認知症地域包括診療料、「B 0 0 1-3」生活習慣病管理料、「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料又は「I 0 1 6」精神科在宅患者支援管理料

イ 区分番号「C 1 0 1」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）又は慢性ウイルス肝炎の患者であって、当該疾患に対する注射薬の自己注射に関する指導管理を最初に行った月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について、毎月対面診療を受けている患者（直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。）。

ウ 事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、慢性的な痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要な患者（以下「頭痛患者」という。）であって、当該疾患に対する対面診療を最初に行った月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について、毎月対面診療を受けている患者（直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。）

### 対象疾病を限定列举

## 参考資料 5

# かかりつけ医と連携して行うオンライン診療について

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」において、患者が医師という場合のオンライン診療（D to P with D）として、希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患である場合等について、事前に十分な情報提供を行い主治医等のもとで実施する場合に限り、遠隔地の医師が初診からオンライン診療を行うことを可とされた。

### （参考）オンライン診療の適切な実施に関する指針（令和元年7月一部改訂）

#### 【オンライン診療の提供に関する事項】

○ 患者が医師という場合のオンライン診療（以下「D to P with D」という。）において、情報通信機器を通じて診療を行う医師は、患者という医師から十分な情報が提供されている場合は、初診であってもオンライン診療を行うことが可能であること。

#### 【オンライン診療の提供体制に関する事項】

##### （患者が医師という場合のオンライン診療）

○ オンライン診療の形態の一つとして、患者が主治医等の医師という場合に行うオンライン診療であるD to P with Dがある。D to P with Dにおいて、情報通信機器を用いて診療を行う遠隔地にいる医師は、事前に直接の対面診療を行わずにオンライン診療を行うことができ、主治医等の医師は、遠隔地にいる医師の専門的な知見・技術を活かした診療が可能となるもの。ただし、患者の側にいる医師は、既に直接の対面診療を行っている主治医等である必要があり、情報通信機器を用いて診療を行う遠隔地にいる医師は、あらかじめ、主治医等の医師より十分な情報提供を受けること。

○ 診療の責任の主体は、原則として従来から診療している主治医等の医師にあるが、情報通信機器の特性を勘案し、問題が生じた場合の責任分担等についてあらかじめ協議しておくこと。

##### （情報通信機器を用いた遠隔からの高度な専門性を有する医師による診察・診断等）

○ 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患であることや遠方からでは受診するまでに長時間を要すること等により、患者の早期診断のニーズを満たすことが難しい患者を対象に行うこと。

○ 患者は主治医等の患者の状態を十分に把握している医師とともに、遠隔地にいる医師の診療を受けること。また、患者の側にいる主治医等の医師と遠隔地にいる医師は、事前に診療情報提供書等を通じて連携をとっていること。

### 指針におけるD to P with D（イメージ） 主治医のもとで遠隔地の医師がオンライン診療を行う

主治医のもとに定期的に通院



事前に主治医が遠隔地の医師に  
十分な情報提供を行う



患者説明・同意

主治医のもとで遠隔地の医師がオンライン診療を行う  
（初診も可）



# Ⅲ 公的医療保険の給付範囲の見直し

保険外併用療養費の活用

## [背景]

- ・誰でも、いつでも、どこでも、低い自己負担で医療を受けられる**国民皆保険制度は、日本が世界に誇れる制度の一つ。**
- ・しかし、人口減少・少子高齢化、現役世代の負担増加、超高額医療技術の相次ぐ保険導入等による医療費増加を原因として、この国民皆保険の維持が危ぶまれている。公的医療保険の持続可能性の確保は喫緊の課題。
- ・給付と負担の見直しに関する政策は多岐にわたるが、国民の納得を得やすい政策の一つとして、**公的医療保険の給付範囲の本格的見直し**に着手すべき。
- ・**国民皆保険を維持しつつ、国民の医療に関する選択肢を拡大する。**

## [見直しの視点①給付の基本原則に依拠する]

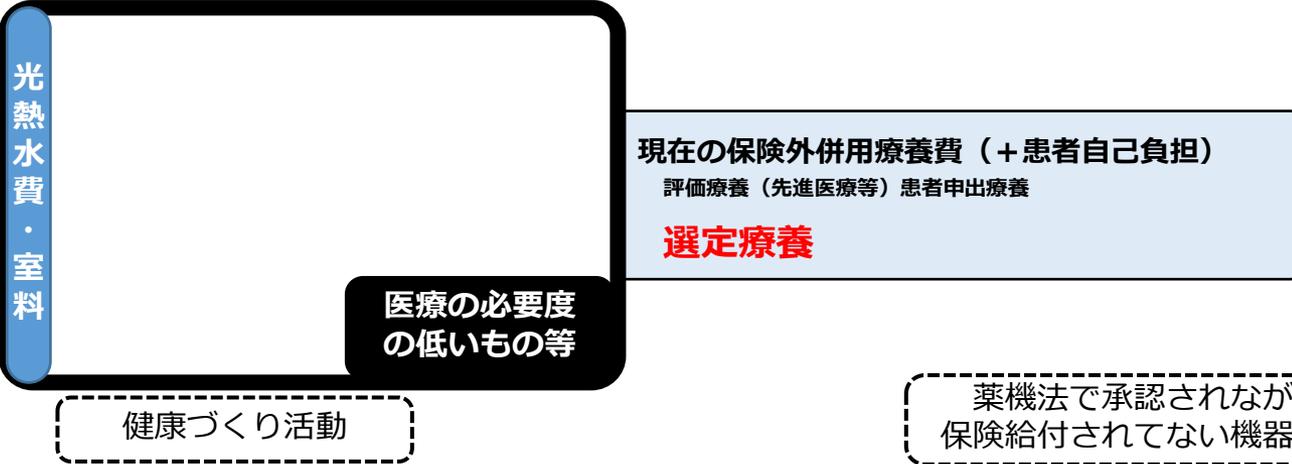
- ・1958年の新医療費体系導入時以来、新医療技術（広義）の保険導入に当たっては「**必要にして適切な医療を現物給付する**」という**基本原則**が維持され、2004年には厚生労働大臣・内閣府特命大臣間で、この原則が**国民皆保険の理念**であることを確認。
- ・医療技術は不断に進歩しているので、「必要にして適切な医療」の範囲は、現在の視点で見直す余地がある。
- ・給付の基本原則に沿って給付範囲を見直すことが**国民皆保険維持のため必要。**  
⇒**医学的・科学的エビデンスに基づく医療の必要度と制度内の矛盾解消・公平性の確保の観点から見直す**

## [見直し視点②患者の選択肢の拡大]

- ・保険収載の判断に用いられている現行制度は、新しい医療技術の**部分償還**を認めておらず、また費用対効果評価制度も限定的にしか使っていない。
- ・現在の保険外併用療養費制度（混合診療の原則禁止の例外）の中には、エビデンスが不十分ながら患者が希望する医療サービスを若干の自己負担で受けられる仕組み（選定療養）が存在する。
- ・この選定療養制度を拡大して、**患者の選択肢を拡大する**ことが可能である。
- ・保険者・被保険者・かかりつけ医の健康維持に関わる**主体的努力**を評価するため、新たな給付範囲を（追加）設定する必要がある。

# 提言の全体像

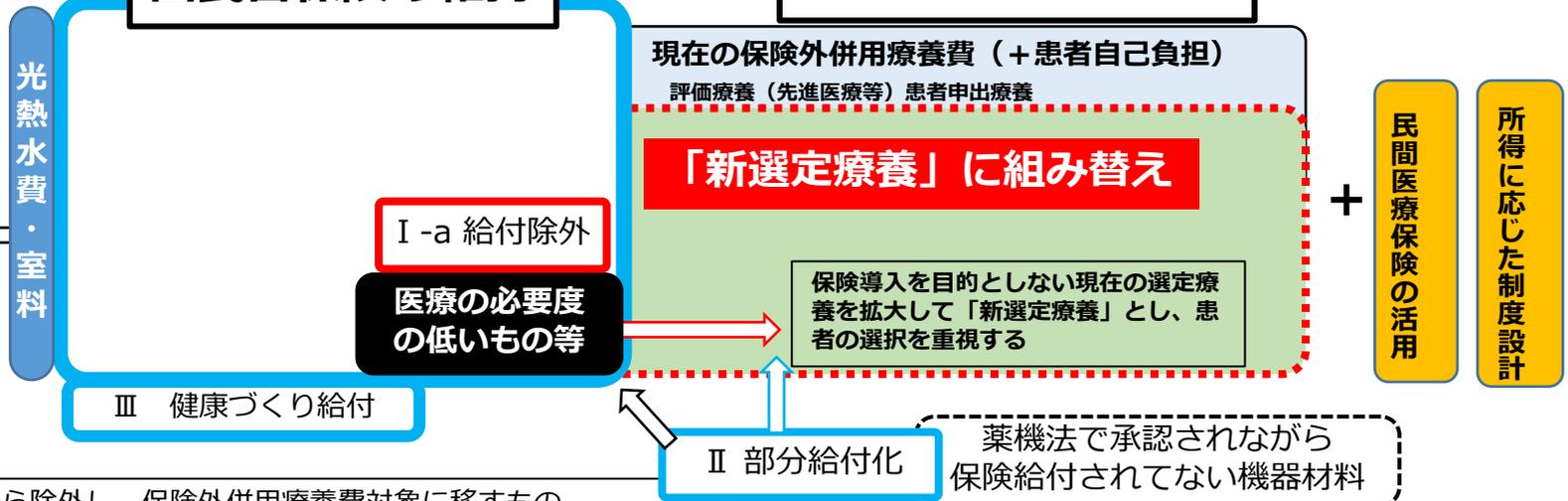
## 現在の現物給付の範囲



変更

## 国民皆保険の維持

## 患者の選択肢の拡大



I-b 給付除外

I-a 給付除外

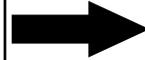
II 部分給付化

- I-a 給付範囲から除外し、保険外併用療養費対象に移すもの
- I-b 給付範囲から除外するもの
- II 部分的に保険外併用療養費対象に入れ、基礎部分を保険給付するもの
- III 任意給付として給付範囲に含めるもの

保険導入を目的としない保険外併用療養費：  
**新選定療養（仮称）の新設と選定療養（現行制度）の整理**

現在の選定療養

- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 小児う蝕の指導管理
- 180日以上入院
- 制限回数を超える医療行為



選定療養

- **アメニティに関わるもの**
  - 特別の療養環境（差額ベッド）
- **医療機関の受診に関わるもの**
  - 予約診療
  - 時間外診療
  - 大病院の初診
  - 大病院の再診
- **特別な歯科材料等**
  - 歯科の金合金等
  - 金属床総義歯
  - 小児う蝕の指導管理

患者の選択肢の拡大

**新選定療養（仮称）**

- **医療の必要性が低いもの**
  - OTC類似薬
  - 疾病の治療に必要不可欠でないもの 等
- **エビデンスが十分でないもの**
  - 180日以上入院
  - 制限回数を超える医療行為
  - 上記に類似する医療行為
- **費用対効果評価に関わるもの**
  - 費用対効果評価の低いもの
  - 明らかに採算割れのもの
- **医療保険の適用が薬機法の承認範囲より狭いもの** 等

前ページの図の I-a と II に該当する

# IV 後発医薬品のさらなる使用促進策

- 後発医薬品の使用促進は、1990年代から20年超にわたって、総合的に展開されている。
- 数量ベースで見た使用率の数量ベースでの目標値80%は、達成される可能性が高い。
- 使用率向上の「伸びしろ」はまだある。今後も後発医薬品の使用促進は強化・継続する必要がある。
- 一方で、数値目標の対象範囲自体が縮小しており、薬剤費適正化効果は金額的には顕著ではない。
- 近時、上市が相次ぐバイオ医薬品が問題。高価格のため高額療養費の対象になりやすく、患者に価格面で訴求しない。バイオシミラーに焦点を当て、安定供給の手立ての確保とともに、その使用促進を図るべき。
- 先発医薬品の売り上げの伸びが顕著なので、薬価制度全体の中で薬剤費の適正化を考える必要がある。

保険者を通じた「伸びしろ」対策

保険者協議会の活性化  
(保険者努力支援制度の強化)

協会けんぽの追加支援  
事業が参考になる

消極的な病院・保険者名の公表・説明要求

診療報酬制度  
一層の誘導強化

後発医薬品使用体制加算  
カットオフ値 病院50%⇒55%

後発医薬品調剤体制加算  
カットオフ値 薬局50%⇒75%

バイオ医薬品を特だし  
減算を強化する

後発医薬品に配慮したフォーミュラリの推進

地域・病院間・院内フォーミュラリを医師の裁量権に配慮しつつ診療報酬で支援する。  
ただし、差益確保リストにならないよう、後発品を優先する等、ガイドラインで指導する

目標値は？  
バイオを切り出す

数量ベース 80%  
後発品  
後発品のある先発品 + 後発品



数量ベース 85%  
後発品  
後発品のある先発品 + 後発品

そのうち

数量ベース 40%  
バイオシミラー (BS)  
後発品のあるバイオ先発品 + BS

薬価制度全体

①現在の目標値の対象自体が縮小。②新薬創出加算対象品目は減ったが、金額は依然として大きい。新薬創出加算の要件は、企業要件の厳格化及び、「真に革新的で有効な医薬品」に対象を限定するべく、再見直しが必要。③毎年改定は、3年間の実績・影響、財政効果を十分検証した上で、内容を検討すべき。