

財政制度等審議会における議論の状況について

財務省

2022年4月22日

目次

- 1 . 新型コロナウイルス感染症への対応
- 2 . 総論
- 3 . 医療
- 4 . 介護・障害
- 5 . 子ども・子育て

1 . 新型コロナ感染症への対応

医療

雇用・生活支援

新型コロナウイルス感染症に対応する医療提供体制等の強化（主なもの）

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

○ 新型コロナウイルス感染症（以下「新型コロナ」）について、これまで**医療提供体制等の強化のために主なものだけで16兆円程度の国費による支援**が行われてきた。

緊急包括支援交付金等 6.8兆円

緊急包括支援交付金	6.0兆円（病床確保支援、医療従事者への慰労金支給、感染拡大防止等支援、ワクチン接種体制支援）
病床確保のための緊急支援	0.3兆円
その他国直轄補助金	0.5兆円（インフルエンザ流行期に備えた発熱外来体制の構築、感染防止等支援、労災上乗せ保険支援）

診療報酬による対応 0.1兆円（医療費ベース 0.4兆円）

予備費[2年4・5・9月、3年8月]	500億円（新型コロナウイルス感染症の入院患者の特例的評価等）
2年度三次補正	100億円（小児外来診療・転院患者診療の特例的評価）
3年度当初	500億円（小児外来診療[4年3月末まで]・外来等感染症対策実施加算[3年9月末まで]等）

福祉医療機構等を通じた資金繰り支援 0.1兆円（貸付枠3.3兆円）

資金繰り支援 0.1兆円（福祉医療機構への出資金等） 累計の貸付枠3.3兆円（財政融資を活用）

ワクチンの確保・接種 4.7兆円

ワクチンの確保	2.4兆円（ワクチンの購入、流通経費等）
ワクチンの接種	2.3兆円（接種対策費負担金1.0兆円、接種体制確保補助金1.2兆円、針・シリンジ購入等）緊急包括支援交付金分を除く

治療薬の確保 1.3兆円

治療薬の確保 1.3兆円（ロナプリーブ、モルヌピラビル、ゼビュディ等の確保）

ワクチン・治療薬の開発、生産支援等 1.3兆円

開発、生産支援等 1.3兆円（ワクチン生産体制支援、研究開発支援、治験実施支援等）

PCR検査体制の拡充、検疫体制の強化等 0.8兆円

PCR検査等	0.5兆円（PCR等の行政検査、一定の高齢者・妊産婦等への検査、検査キット等の確保等）
検疫体制強化	0.4兆円

医療用物資の確保 その他システム整備等 0.9兆円

2・3年度補正、予備費、4年度当初 :0.9兆円（医療用マスク・人工呼吸器の購入、生産設備整備、システム整備等）

令和2・3年度補正予算及び予備費のほか令和3・4年度当初予算を一定の考え方のもと整理したものであり、今後変更がありうる（令和4年3月25日時点）。

新型コロナと医療機関の支援 (医療機関の経営実態)

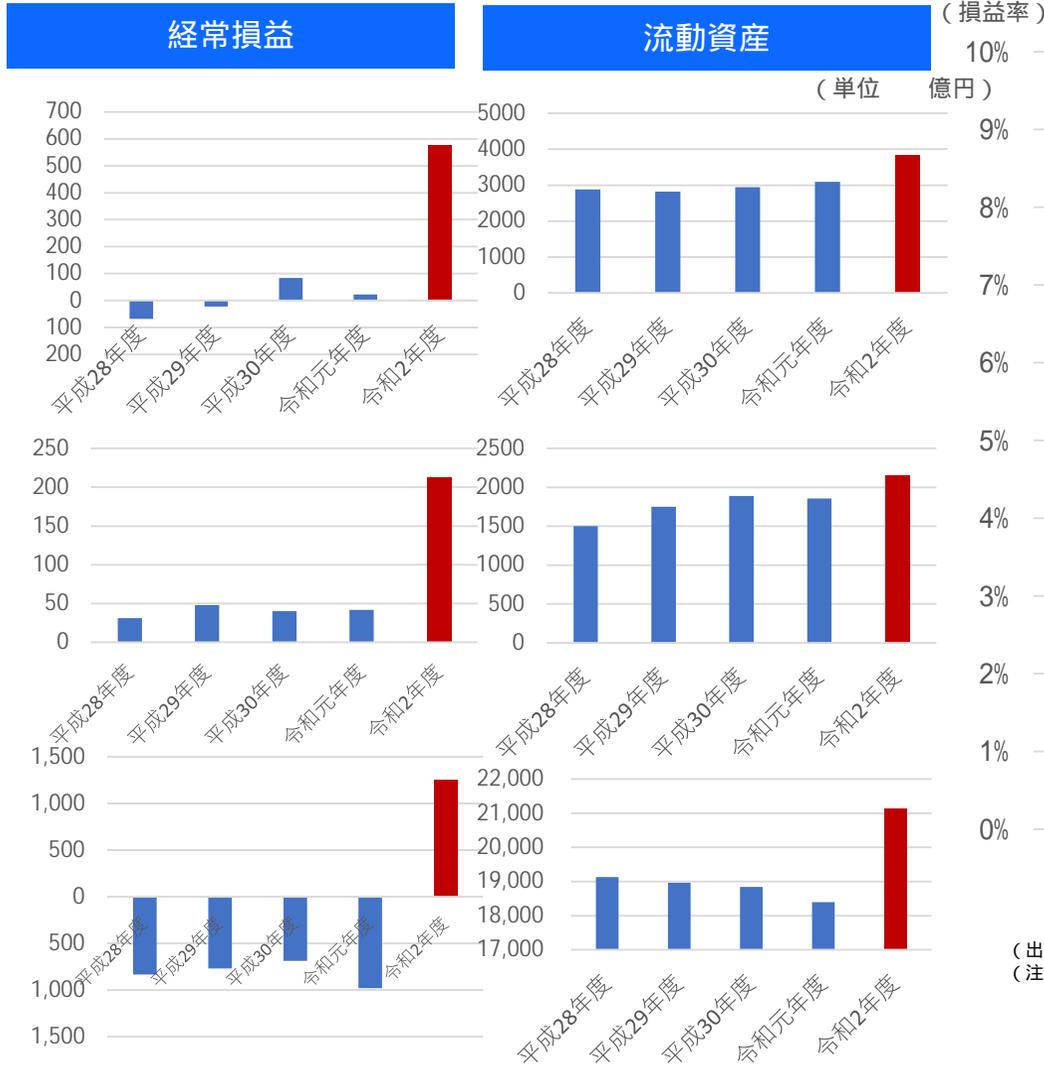
令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 新型コロナに関して、**医療機関及び医療従事者への国費による支援は**、ワクチン接種費用を含めた単純な計算で、**少なくとも8兆円程度に上る。**
- こうした支援の結果もあり、**国公立病院の令和2年度決算は従前と様変わりしている。**
- **民間の医療法人の経営実態**についても、昨年末に公表された医療経済実態調査によれば、**コロナ関連補助金を含めれば、堅調であった。**

国立病院機構

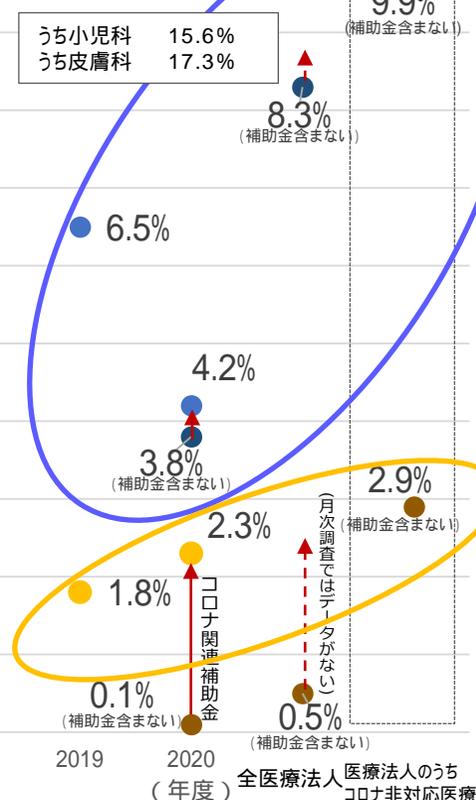
地域推進医療機能

公立病院



診療所(医療法人)

病院(医療法人)



(出所) 各法人財務諸表、地方公営企業決算状況調査

(出所) 厚生労働省「医療経済実態調査」
 (注) 上記調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。より精緻な分析を行うため、全医療法人が提出する事業報告書等のデータベース化等の対応が今後必要。
 2020年度は新型コロナ関連補助金を含んだ値と除いた値を示している。2021年度は6月の単月調査の値。新型コロナ関連補助金を含まない値。コロナ非対応医療機関は、病院について、新型コロナ患者の受入病床を割り当てられていない医療機関。診療所について、診療・検査医療機関に指定されていない医療機関。

新型コロナと医療機関の支援 (医療機関の経営実態の「見える化」と経営支援のあり方)

- こうした医療機関の状況もあり、新型コロナについての医療機関への対応は、財政支援から次第に「見える化」や規制的手法による実効性の強化に軸足を移してきた。
- そもそも、医療機関の財政支援に当たって、減収補填など**医療機関の経営支援**と新型コロナ患者の受入れなどの**医療機能の強化**という2つの目的が混在してきたが、それぞれの目的ごとに効果的な政策手法を考えるべきである。
- 前者のうち**減収への対応**については、感染状況が刻々と変わり、医療機関の経営に与える影響も読みがたい感染拡大下の状況においては、かねて当審議会で提言されてきた手法が簡便かつ効果的である。
- すなわち、感染拡大の状況や病床使用率など医療提供体制の逼迫の状況に照らして対応が必要となる都道府県において、一定程度感染症の患者を受け入れることや医療従事者の処遇を改善することなどを条件として、**感染拡大前など一定の合理的な時点と同水準の診療報酬を支払う手法**である。感染拡大前と同水準の診療報酬の支払いという手法自体は、医療団体からも地方団体からも要望されてきた。
 - (注1) 感染拡大前など一定の合理的な時点と同水準の診療報酬を支払う方法として、たとえば当該時点との対比で保険点数が2割減り、8/10となった場合に、1点単価を12.5円に補正することとすれば、診療行為への対価性を保持したまま、同水準の診療報酬を支払うことは可能である。なお、後述する災害時の概算払い同様、保険点数の算定と支払いを分離することとすれば、診療行為ごとの患者負担の増加を生じさせないことが可能と考えられる。
 - (注2) 上記は患者負担を除く診療報酬の減収に対する収入面の影響に対応する措置としての提案であり、感染拡大に伴う諸費用の増大等に対しては、別途必要に応じ、支援することが前提となる。

新型コロナウイルス感染症対策本部「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」(令和3年11月12日)

- 病床の確保、臨時的医療施設の整備
 - 感染ピーク時に、確保した病床が確実に稼働できるよう、都道府県と医療機関の間において、要請が行われてから確保病床を即応化するまでの期間や患者を受け入れることができない正当事由等について明確化した書面を締結するとともに、休床病床の運用の効率化を図りつつ、病床使用率を勘案した病床確保料に見直しを行うこと等により、感染ピーク時において**確保病床の使用率が8割以上となることを確保する。**
- ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」
 - 医療体制の稼働状況をG-MISやレポートデータ等を活用して徹底的に「見える化」する。
 - 都道府県内の医療機関や救急本部との間で、**病床の確保・使用状況を日々共有**できる体制を構築するとともに、個々の医療機関におけるG-MISへの病床の使用状況等の入力を徹底すること(補助金の執行要件化)により、12月から**医療機関別の病床の確保・使用率を毎月公表する。**
 - 12月から毎月、レポートデータを用いてオンライン診療・往診など**自宅療養者に対する診療実績を集計し、地域別(郡・市・区別)に公表する。**
- さらなる感染拡大時への対応
 - 医療の確保に向けて、国の責任において、入院対象者の範囲を明確にするとともに、法で与えられた権限に基づき、国及び都道府県知事が、自宅療養者等の健康管理・重症化予防を図るため、**地域の医療機関に対し、健康観察・診療等について最大限の協力を要請**するとともに、(中略)
 - 国立病院機構、地域医療機能推進機構をはじめとする**公立公的病院に対し、追加的な病床の確保、臨時的医療施設への医療人材の派遣等の要求・要請を行う**とともに、民間医療機関に対しても要請を行うこととする。

診療報酬による特例措置のイメージ

前年同月又は
前々年同月など
一定の合理的な
時点の診療報酬

100 (1点10円)

当月
診療報酬

80

20
(減収)

1点12.5円に単価補正するなど、
特例的な支払いにより補填

日本医師会要望書「医療機関等への更なる支援について」(抄)

(令和2年6月9日)

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた医療機関では重症・中等症の診療報酬が3倍に引き上げられるなどの対応がなされましたが、今もなお、経営が悪化し、苦しい状況に置かれています。(中略)つきましては、さらなる対応として、**概算払い**や診療報酬の上乗せ措置等を実施していただきますよう、お願い申し上げます。

日本医師会・四病院団体協議会「新型コロナウイルス感染症における診療体制に関する要望書」(抄)(令和2年5月1日)

4月以降、外来・入院とも大幅に患者数が減少している。この状況が続くようであれば、6月以降の医療機関経営に重大で深刻な影響が出る。医療機関が経営破綻を起こさないよう、**災害時と同様に前年度の診療報酬支払額に基づく概算請求を認めていただきたい。**

全国知事会「全国的な感染拡大の早期抑制に向けた緊急提言」(抄)(令和4年2月15日)

(8) 感染患者受入れ医療機関等の安定経営に向けた財政支援
深刻な病床ひっ迫時にも対応していくため、感染患者受入れ医療機関等の安定経営に向けた財政支援策として、都道府県知事の意見を踏まえながら、**災害時の概算払いを参考に、感染拡大前の水準での診療報酬支払い制度を速やかに実現すること。**

新型コロナと医療機関の支援 (医療機関の経営実態の「見える化」と経営支援のあり方)

- こうした手法を採用する場合には、**医療機関ごとや地域ごとに診療報酬の点数や単価が異なることとなる**が、これまで法律改正を要することのない取扱いとして度々行われてきた**災害時の概算払い**でも同じであり、**新型コロナへの対応としても、対象医療機関・施設ごとや地域ごとに報酬が異なる扱いは、介護報酬・診療報酬で活用されてきた。**
- **法律改正などを要することなくこのような措置を実施できることは明らかであり、実施を検討すべきである。**
- 新型コロナ患者の受入れなどの医療機能の強化については、「見える化」や規制的手法を主として進めていくべきであるが、仮に感染拡大前など一定の合理的な時点と同水準の診療報酬の支払いという手法ではインセンティブに欠けるということであれば、患者の受入れ実績等に応じて保障する収入の水準を引き上げていくことも考えられる。
- また、**医療機関の経営状況を迅速かつ広範に把握できないことが、財政支援が過大となる一因であることを踏まえ、社会福祉法人のWAM NET（社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム）を参考として、社会福祉法に準じた必要な法制上の措置を講じたうえで、医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表し、一覽性のある全国ベースの電子開示システムを早急に整えるべきである。**
(注) 現行の医療経済実態調査では、令和3年度の医療機関の経営の実態が把握できるのは、令和5年秋以降となる。
- その際、損益状況の施設別区分、収益の入院診療・外来診療区分、費用の主要費目区分など事業報告書等の内容の充実や「病床機能報告」等との連動のための医療機関のコード管理など事業報告書等の政策利用効果の向上を図るべきである。

対象医療機関・施設ごとに報酬が異なる例

東日本大震災時等における診療報酬の概算払い	診療録の滅失等の場合、被災後に診療を行った場合において、以下の算出方法にて、概算請求を行うことを認めた。 「直近3カ月の1日当たり診療報酬支払額」×「診療した実日数」
介護報酬における特例(2021年介護報酬改定)	通所介護等の報酬について、感染症等の影響により、延べ利用数の減が生じた月の実績が前年度の平均延べ利用者数から5%以上減少している場合、3カ月間基本報酬の3%の加算を行う。

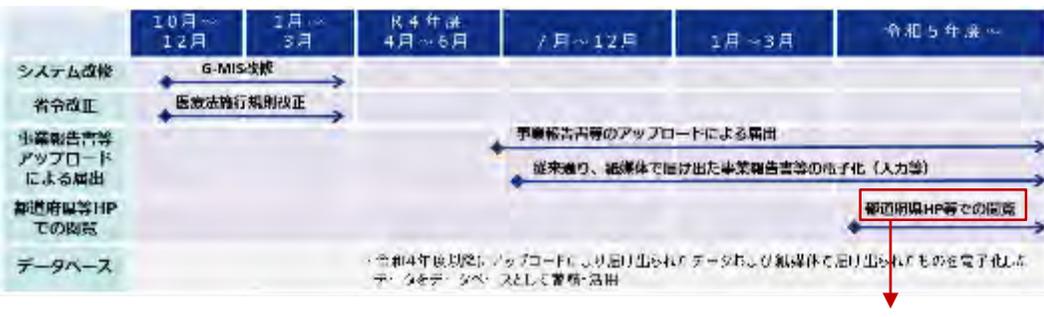
地域ごとに報酬が異なる例

診療報酬における新型コロナ患者への電話等診療の特例(2022年2~4月)	自宅・宿泊療養を行っている新型コロナ患者に対し、電話等による初診・再診を実施した場合に250点の加算を認めているが、まん延防止等重点措置を実施すべきとされていた区域では500点の加算を実施(4月13日現在で18都道府県のみ)に適用)
介護報酬における通所系サービスの特例(2022年2~3月)	通所系事業者の訪問サービス提供は、計画書の時間を上限にサービス提供時間に応じた報酬区分で算定するが、まん延防止等重点措置を実施すべきとされていた区域では3月末まで、利用者の同意等の要件を満たせば計画書の時間に応じた報酬区分で算定

事業報告書等の届出事務・閲覧事務のデジタル化(厚生労働省医療部会令和3年11月)

(参考) 骨太の方針2021

「医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築する。同様に、介護サービス事業者についても、事業報告書等のアップロードによる取扱いも含めた届出・公表を義務化し、分析できる体制を構築する。」



医療法人と社会福祉法人の財務データの法制上の取扱い

	医療法人(医療法)	社会福祉法人(社会福祉法)
公表義務	損益計算書等の事業報告書等について、規模の大きい法人について、公告義務。それ以外の法人は備え付けの上、求められれば閲覧に供する義務。(51条の3、51条の4)	収支計算書等の計算書類等について、全ての法人において公表義務(59条の2)
届出義務	損益計算書等の事業報告書等について、都道府県への届出義務(52条)	収支計算書等の計算書類等について、所轄庁に届出義務(59条)
届出後の取扱い	一般の方から請求があった場合、都道府県は閲覧に供する義務(52条)	都道府県知事は所轄庁から提供を受けた計算書類等を厚生労働大臣に報告(59条の2)。厚生労働省は、データベースの整備を図り、インターネット等の利用を通じて迅速に当該情報を提供できるように必要な施策を実施(59条の2)
インターネットの活用		公表・届出については、WAM NETへのアップロードをもって、実施したと見なされる

一覽性が確保される必要

新型コロナと医療機関の支援 (これまでの支援策の「見える化」)

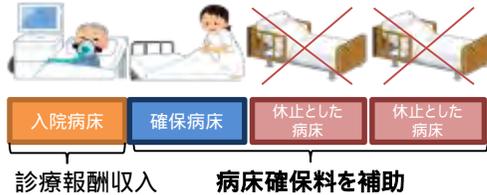
令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 昨年夏のいわゆる「第5波」においては、即応病床と申告し、**病床確保料を受け取りながらも新型コロナ患者の受入れを伴わなかった病床の存在がクローズアップされた。**
- このため、厚生労働省は、病床の運用実態を確認するよう全都道府県に依頼を行った。要請先の病床が精神疾患・人工透析・小児など特定の新型コロナ患者に特化した病床であったため受入れができなかったケースなど病床の機能と患者像に乖離があるやむを得ないケースも存在すると考えられるが、そうした場合も含め、**運用実態の確認結果が公表されるべきである。**
- 現在は、医療機関ごとの即応病床数や入院中の患者数が「見える化」されているが、少なくとも国公立病院については、昨年夏に遡って、受け取った病床確保料の実績とともに公表がなされるべきである。

病床確保料の仕組み

新型コロナ患者の迅速な受入体制確保の観点から、都道府県からの依頼により整備した、患者をいつでも受け入れられる病床(即応病床)及びそのために休止している病床に対して、コロナ患者を受け入れた場合の診療報酬相当額を補助するもの

即応病床とは、医療従事者・設備の確保やゾーニング等のコロナ患者受入れに必要な準備が完了しており、すぐさまコロナ患者を受け入れられる病床のことである。これまでの感染拡大時のコロナ患者受入れの経験を踏まえて、病床確保においては、病床数そのもの以上に患者の治療に必要な医療従事者や設備が確保されているかが重要であり、これらを十分確認すること、また、ゾーニングや医療従事者確保のために休止せざるを得ない病床は即応病床としてカウントしないこと。[2021年3月24日厚生労働省事務連絡]



重点医療機関(特定機能病院等の場合)

病床の種別	補助基準額
I C U病床	436,000円
H C U病床	211,000円
その他病床	74,000円

支払い実績(都道府県から医療機関へ)

2020年度	1兆1,400億円程度
2021年度 (1月末時点)	1兆 600億円程度

病床確保料の見直し(2022年1月~)

即応病床使用率(前3か月間)が当該都道府県の平均を30%下回る医療機関(例:平均70%の場合は49%未満)について、**病床確保料の金額を7割の水準に引き下げる。**なお、病床の機能と患者像に乖離があるなど地域の実情によりやむを得ないと都道府県が判断した場合は、この規定を適用しない。

休止病床については、現在は上限数がないが、コロナ患者・一般患者受入れのインセンティブを高めるため、即応病床1床あたり休床2床まで(ICU・HCU病床は休床4床まで)とする上限を設定する。

病床確保料を活用して、新型コロナ対応を行う医療従事者に対して処遇改善を行うことを補助要件に追加する。

今夏の感染拡大を踏まえた今後の新型コロナウイルス感染症に対応する保健・医療提供体制の整備について (2021年10月1日厚生労働省事務連絡)

第2章「保健・医療提供体制確保計画」の策定、計画記載事項

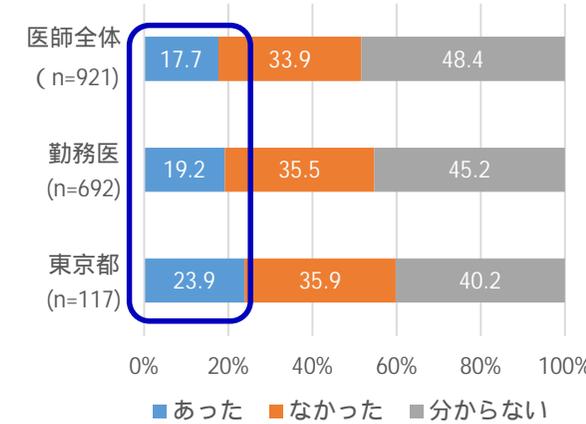
(6)入院等の体制 病床の確保

その際、**例えば東京都においては、運用実態について調査も行われているところであるが、これも参考に、各都道府県において、「新型コロナウイルス感染症患者等入院医療機関について(令和3年8月6日付け厚生労働省医政局総務課、健康局結核感染症課事務連絡)」を踏まえ、感染が大きく拡大し、病床が逼迫した際における各医療機関の運用実態を適切に把握するとともに、適切な入院患者の受入れができなかった場合には、補助金の対象である即応病床数を厳格に適正化すること。**

入院受入医療機関等においては、正当な理由がなく入院受入要請を断ることができないこととされていることを踏まえ、**医療機関において万が一適切に患者を受け入れていなかった場合には、病床確保料の返還や申請中の補助金の執行停止を含めた対応を行うこととし、その状況については、適切に国に報告を行うこと。**

新型コロナ病床に関する医師のアンケート

Q(第5波に関し、)勤務先の地域で、実際に「幽霊病床」を抱える医療機関はありましたか



回答期間: 2021年10月29日 ~ 11月4日

(出典)m3.com <http://m3.com> 令和3年11月15日

新型コロナと医療機関の支援 (公立病院の経営改革)

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 公立病院については、毎年多額の一般会計繰出金が投入されながら、なお経営が悪化していたことから、これまで「公立病院改革ガイドライン」などを踏まえて経営改革に取り組んできた。
- 先に述べたとおり、令和2年度決算においては、新型コロナ補助金に支えられた、**顕著な経営改善**が見られたが、一般会計繰出金の水準も引き続き維持されている。こうした経営状況が、**経営改革を阻害することがあってはならず**、今般策定された**新たな「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」**を踏まえた取組を注視していく必要がある。
- 公立病院の経営改善に当たっては、**収入面の取組により経営改善するケースが多いが**、その場合、医療費の増高につながり、**医療費適正化の取組と齟齬を来しかねない**ことに留意する必要がある。都道府県医療費適正化計画において都道府県域における公立病院における**費用構造の改善**の取組を記載事項と位置づけるなどの取組とあわせ、**薬剤・医療材料等の共同購入等による経費節減、委託業務の効率化、人件費の抑制など具体的な取組を進めるべきである。**

公立病院改革の流れ

公立病院改革ガイドライン(平成19年度)

地方公共団体に対し、公立病院改革プランの策定を要請

新公立病院改革ガイドライン(平成26年度)

地方公共団体に対し、新公立病院改革プランの策定を要請

持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン(令和4年3月)

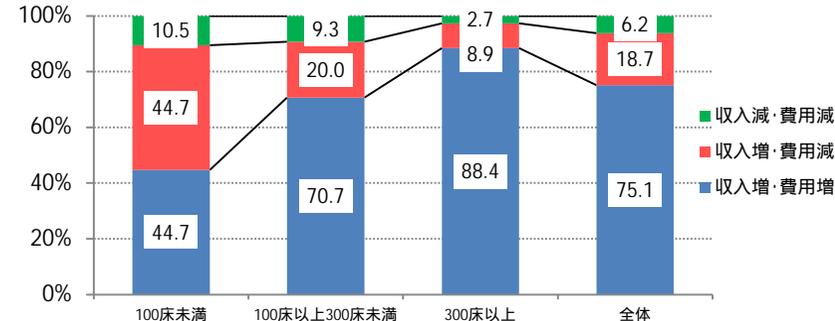
地方公共団体に対し、公立病院経営強化プランの策定を要請
プランの内容のポイント

- (1)役割・機能の最適化と連携の強化
- (2)医師・看護師等の確保と働き方改革
- (3)経営形態の見直し
- (4)新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組
- (5)施設・設備の最適化
- (6)経営の効率化等

公立病院への一般会計繰出金の推移 (億円)

平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	対前年度 225億円の増加
7,924	8,083	8,266	8,269	8,494	

前公立病院改革プラン前後における医業収支比率改善要因



平成20年度決算から平成25年度において医業収支比率が5%以上改善した病院
(地方独立行政法人及び指定管理者制度導入病院を除く)

(出所)総務省「公立病院経営改革事例集」(平成28年3月)

公立病院の経営改革を都道府県医療費適正化計画に取り込んでいる例(奈良県)

第三期医療費適正化計画 第6章 行動目標の設定及び施策の実行 医療の効率的な提供の推進

7 公立医療機関における医療費適正化等の取組

医療費適正化の推進に当たって、公立医療機関における率先垂範が求められることは論を俟たず、**公立医療機関の収益確保の努力が医療費適正化計画と齟齬を来すことは極力避けなければなりません。**経営環境が厳しいために喫緊の課題となっている経営改善に当たってもそれは同様であり、公立医療機関における医療費適正化の取組とそれを支える公立医療機関の費用構造改革を県域ベースで徹底し、県立医療機関以外の公立医療機関に対しても取組を要請します。

公立医療機関における費用構造改革

- ・地域医療構想と整合性を踏まえた事業形態・事業規模の点検を不断に行い、病床の増床等の規模の拡大に当たっては、その医業費用の増加が経営に与える影響等を見極めた上で適切に対応します。
- ・薬品費及び診療材料費について、その対医業収益に対する比率や値引き率など数値目標を設定し、後発医薬品への切替促進、価格交渉の強化などにより、**節減・抑制**を図ります。
- ・医業収益に対する職員給与比率の抑制を図るため、給与体系や手当の見直し等を行うとともに、**適正な定員管理**に努めます。
- ・事業管理者・事務局職員に経営意識・実務能力を有する者を選定するとともに、人事異動サイクルの見直しや病院経営等の研修の取組、外部人材や医療専門職員で経営感覚や改革意欲に富む人材の事務局への登用等により、人材の育成・確保を図ります。

ワクチン確保

- 世界各国で獲得競争が激化する中、あらゆる可能性を視野に入れてワクチンの確保に努めることは重要である。
- 結果として総人口×接種回数を大きく上回る数量の購入となっているが、ワクチンがもたらす感染拡大防止の効果ひいては経済的な効果も踏まえたうえで、費用対効果を考えるべきである。
- 他方、今後とも、
 - ・ ワクチンが必要となる時期や変異株への対応などを可能な限り見込みながら適切な調達に努めること
 - ・ 有効期限が短いものから使用するなど供給されたワクチンの有効活用に努めることや、国内で使用しない分は、新型コロナを収束させていくための海外供与等に活用することも必要である。
- また、ワクチンの開発・生産体制の強化は重要である。「ワクチン開発・生産体制強化戦略」に沿って多額の予算が計上されており、その効果的な執行に努める必要がある。

ワクチンの確保状況

	R2.9.8予備費等	R3.5.14予備費		R3.8.27予備費等	R4.3.25予備費	合計
	2021年分	2021年分	2022年分	2022年分	2022年分	
ファイザー (mRNA)	1億4,400万回	5,000万回	-	1億2,000万回	1,000万回 7,500万回	3億9,900万回
モデルナ (mRNA)	5,000万回	-	7,500万回	-	1,800万回 7,000万回	2億1,300万回
アストラゼネカ (ウイルスベクター)	1億2,000万回	-	-	-	-	1億2,000万回
武田社 [ノババックス] (組換えタンパク)	-	-	1億5,000万回	-	-	1億5,000万回
合計	3億1,400万回	5,000万回	2億2,500万回	1億2,000万回	1億7,300万回	8億8,200万回
予算措置額	7,270億円	5,120億円		4,977億円	6,670億円	2.4兆円

今後6,000万回を目途に、COVAXファシリテイ等を通じて各国・地域に供与予定。約4,300万回分を供与済み。(令和4年4月1日時点)

令和4年4月1日時点での接種実績
 ・1回目接種 約1億人
 ・2回目接種 約1億人
 ・3回目接種 約5300万人

()モデルナ追加接種用は1.5倍換算後(1バイアル当たり10 15回接種計算)の回数。(注)予算措置額にはワクチンの購入費用のほか、所要の流通費用も含まれている。

ワクチン開発・生産体制の強化のための関連予算 1.2兆円程度

(主な施策)

戦略性を持った研究費のファンディング機能の強化 1,504億円
 AMEDに先進的研究開発戦略センターSCARDAを設置し戦略的研究費分配

創薬ベンチャーの育成 500億円

第 相試験期までにおける創薬ベンチャーの実用化開発を支援

世界トップレベルの研究開発拠点の形成 515億円

ワクチン開発のフラッグシップ拠点等の形成

ワクチン製造拠点の整備 2,274億円

ワクチンとバイオ医薬品の両用性(デュアルユース設備)とする施設整備等

ワクチン生産体制等緊急整備基金 5,139億円 等

実証的な研究の実施費用やワクチンの買上等

ワクチンの接種費用・接種体制確保

- ワクチン接種に要する費用のうち、**医療機関によるワクチン接種の際に基本的に必要な経費**（市町村からの委託経費）については、2,277円/回（税抜き2,070円/回）を基本として「ワクチン接種対策費負担金」により、**全額国が負担**（被接種者にとっては無料）。
（注）夜間・休日・5歳児に対する接種の場合は、上記の2,277円/回に別途加算。
- 他方、地方団体における**集団接種など通常の予防接種での対応を超える経費等**については、「ワクチン接種体制確保事業」で措置している。これも**全額国負担**としている。
- さらに、**都道府県による大規模接種会場設置のための費用、個別接種の促進のためのインセンティブ措置、職域接種への支援策など**について「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金」を活用しているが、これも**全額国負担**となっている。
- これらの経費を地方団体が負担せず、全額国負担としている予防接種法上の法的根拠は以下のとおりであり、**新型コロナの収束後の取扱いに向けて議論を深めておく必要がある**。
新型コロナ感染症について「まん延予防上緊急の必要」があると認められることから、予防接種法上緊急時に実施する接種類型である特例臨時接種とみなしている。
通常の臨時接種は、都道府県知事又は市町村長が主体であるが、今般の接種については、厚生労働大臣（国）が指示するものとする。

接種に係るコスト

昨年11月末までの2億回の接種に係るコストを見れば、2,277円/回（税抜き2,070円/回）の基本的な接種費用に加えて、負担金に対して以下の上乗せが個別接種の促進のためのインセンティブ措置として行われている（重複の加算も認められるため、最大で1回当たり7,620円）ため、**加重平均で1回当たり3,700円程度の医療機関への支払いが行われている**。

（注）さらに、「ワクチン接種体制確保事業」において、「接種体制の構築のために必要となる医療機関や医療従事者に対する支援に要する経費」が対象経費とされており、同事業からも医療機関や医療従事者に対するワクチン関係の支援が行われている。

加算内容	加算額	回数
時間外加算	+ 803円/回（税抜き730円/回）	3,600万回
休日加算	+ 2,343円/回（税抜き2,130円/回）	5,000万回
100回以上/週の接種	+ 2,000円/回	1,400万回
150回以上/週の接種	+ 3,000円/回	2,800万回
50回以上/日の接種	+ 10万円/日	24万日

（出所）「新型コロナウイルスワクチン接種対策費国庫対策費負担金の所要見込み額調査の実施について」（令和3年10月5日事務連絡）、「令和3年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（医療分）の新型コロナウイルスワクチンの接種に係る利用状況について」（令和3年11月17日事務連絡）の集計結果

予防接種法

附則第七条 厚生労働大臣は、新型コロナウイルス感染症のまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者、その期日又は期間及び使用するワクチンを指定して、都道府県知事を通じて市町村長に対し、臨時に予防接種を行うよう指示することができる。この場合において、都道府県知事は、当該都道府県の区域内で円滑に当該予防接種が行われるよう、当該市町村長に対し、必要な協力をするものとする。

2 前項の規定による予防接種は、第六条第一項の規定による予防接種とみなして、この法律の規定を適用する。この場合において、…第二十五条第一項中「市町村（第六条第一項の規定による予防接種については、都道府県又は市町村）」とあるのは「市町村」とする。

3 前項の規定により読み替えて適用する第二十五条の規定により市町村が支弁する費用は、国が負担する。

（参考）

第六条 都道府県知事は、A類疾病及びB類疾病のうち厚生労働大臣が定めるもののまん延予防上緊急の必要があると認めるときは、その対象者及びその期日又は期間を指定して、臨時に予防接種を行い、又は市町村長に行うよう指示することができる。

第二十五条 この法律の定めるところにより予防接種を行うために要する費用は、市町村（第六条第一項の規定による予防接種については、都道府県又は市町村）の支弁とする。

(参考) 新型コロナウイルスワクチンの接種体制の整備・接種の実施

【ワクチン接種対策費負担金】 (接種の費用)

予算額: 4,319億円(令和2年度三次補正) + 5,356億円(令和3年度補正)

< 概要 >

- ・単価: 2,070円 / 回
- ・時間外・休日の接種に対する加算
(時間外: + 730円、休日: + 2,130円)
- ・5歳児の接種に対する加算: + 660円



【ワクチン接種体制確保事業】 (自治体における実施体制の費用)

予算額: 3,439億円(令和2年度三次補正等) + 3,301億円(令和3年度予備費)
+ 7,590億円(令和3年度補正)

< 概要 >

接種の実施体制の確保に必要な経費
集団接種など通常の予防接種での対応を超える経費 等



【新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金】 予算額: 818億円(令和3年度予備費) + 4,570億円(令和3年度補正)

個別接種促進のための支援策(~)



個別接種

「診療所」における接種回数の底上げ

- ・週100回以上の接種を令和4年4・5月 / 6・7月に4週間以上行う場合 + 2,000円 / 回
- ・週150回以上の接種を令和4年4・5月 / 6・7月に4週間以上行う場合 + 3,000円 / 回

接種施設数の増加(診療所・病院共通)

医療機関が50回以上 / 日のまとまった規模の接種を行った場合は、
10万円 / 日(定額)を交付。(とは重複しない)

集団接種

都道府県が実施する大規模接種会場の 設置等に必要となる費用を補助

< 概要 >

都道府県がワクチン接種を実施するため
に設置する大規模接種会場に係る設備整備
等の支援を実施
(使用料及び賃借料、備品購入費等)

時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業

< 概要 >

時間外・休日の医療機関の集団接種会場への医師・看護師等の派遣について、
派遣元への財政的支援を実施
・医師 1人1時間当たり 7,550円 ・看護師等 1人1時間当たり 2,760円
地域の実情に応じて都道府県知事が必要と認める地域への派遣を対象

同様の扱い
集団接種

「病院」における接種体制の強化

特別な体制を組んで、50回以上 / 日の接種を週1日以上令和4年4・5月 / 6・7月に4週間以上行う場合に、上記の医療従事者派遣事業と同様の仕組みを活用し、 に加えて追加交付

職域接種に対する支援策()

< 概要 >

外部の医療機関が出張して実施する職域接種であって、以下の条件に該当するものに対し、都道府県が設置する大規模接種会場に対する支援と同等の支援を実施。(1,000円(追加接種会場の場合は1,500円) × 接種回数を上限に実費補助)

- ・ 中小企業が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施するもの
- ・ 大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象とし、文部科学省が定める地域貢献の基準を満たすもの



企業・大学

治療薬

- ワクチン同様、**新型コロナの治療薬の確保や供給体制の整備には、全力を注いできたところである。**
- **国産の経口薬については、研究開発への支援の他、治験費用への補助など実用化を加速するための支援を積極的に実施している。**
- **財政支援ばかりでなく、制度面の改革も重要**であり、薬事承認制度については、安全性の確認を前提に、迅速に薬事承認を行う仕組みを創設するため、国会に薬機法改正法案を提出したところである。

治療薬の購入

	予算額	主な治療薬
令和2年度第1次補正予算	139億円	アビガン
令和2年度第3次補正予算	229億円	レムデシビル
令和3年度予備費(8月)	2,352億円	ロナプリーブ、レムデシビル
令和3年度補正予算	6,019億円	ロナプリーブ、ゼビュディ
令和3年度予備費(3月)	4,247億円	モルヌピラビル、ゼビュディ
合計	1.3兆円	
予算の流用	1,681億円	レムデシビル、モルヌピラビル
合計	1.5兆円	

治療薬等の開発・実用化のための関連予算 1,300億円程度

(主な施策)

治療薬実用化支援 276億円

治験等に要する費用を支援

医療研究開発革新基盤創成事業 380億円 等

AMEDによる産学官連携を通じた革新的な医薬品・医療機器等の研究開発

薬機法改正案の概要

対象

感染症拡大時等の緊急時において健康被害の拡大防止のために必要な医薬品等

運用の基準

有効性 「推定」 安全性 「確認」

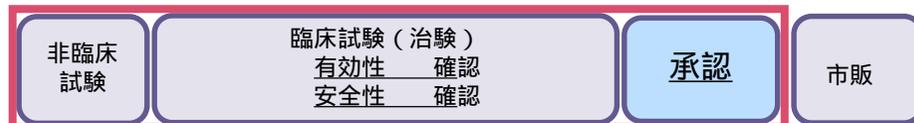
条件・期限

緊急時であることに鑑み、必要な条件及び一定の期限を付す。期限までに有効性等を再確認。
有効性等が確認されなければ、承認取り消し

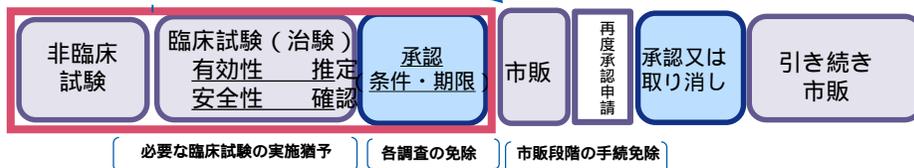
各種特例

特例承認と同様、各種調査、国家検定等の特例を措置

<通常承認>



<新たな制度>



1 . 新型コロナ感染症への対応

医療

雇用・生活支援

重層的なセーフティネットによる新型コロナへの対応（主なもの）

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

新型コロナについて、これまで雇用・生活支援のために主なものだけで6兆円以上の国費（一般会計）による支援が行われてきた。

雇用調整助成金の特例措置等 4.1兆円（一般会計分）

日額上限及び助成率の引上げ（業況特例・地域特例：15,000円/日、最大10/10）
短時間労働者（雇用保険被保険者以外）の休業にも給付（緊急雇用安定助成金）
休業手当を受け取っていない労働者が直接申請する新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金の創設
労働保険特別会計（失業等給付）への任意繰入（1.7兆円）

失業等給付の基本手当の給付延長

基本手当の給付日数の延長に関する特例（最大60日延長）

求職者支援制度の特例

職業訓練受講給付金の収入要件の緩和（本人：月8万円以下 シフト制で働く方等は月12万円以下、世帯：月25万円以下 月40万円以下）
同給付金の出席要件の緩和（仕事による欠席をやむを得ない欠席とする、理由によらず欠席を訓練実施日の2割まで認める）
訓練対象者に、転職せずに働きながらスキルアップを目指す者を追加
求職者支援訓練・公共職業訓練の訓練期間や訓練内容の多様化・柔軟化

緊急小口資金等の特例貸付 2.1兆円

緊急かつ一時的な生計維持のため必要とする世帯に緊急小口資金を貸付（最大20万円）
収入減少や失業等により生活に困窮し、日常生活の維持が困難となっている世帯に総合支援資金を貸付（月額最大20万円×3か月）
償還時において、住民税非課税世帯の償還を免除

生活困窮者自立支援金の支給 0.15兆円

特例貸付を借り終えた等の一定の生活困窮世帯に対し、月額最大10万円を3か月支給。再支給（3か月）あり。

住居確保給付金の特例 0.04兆円

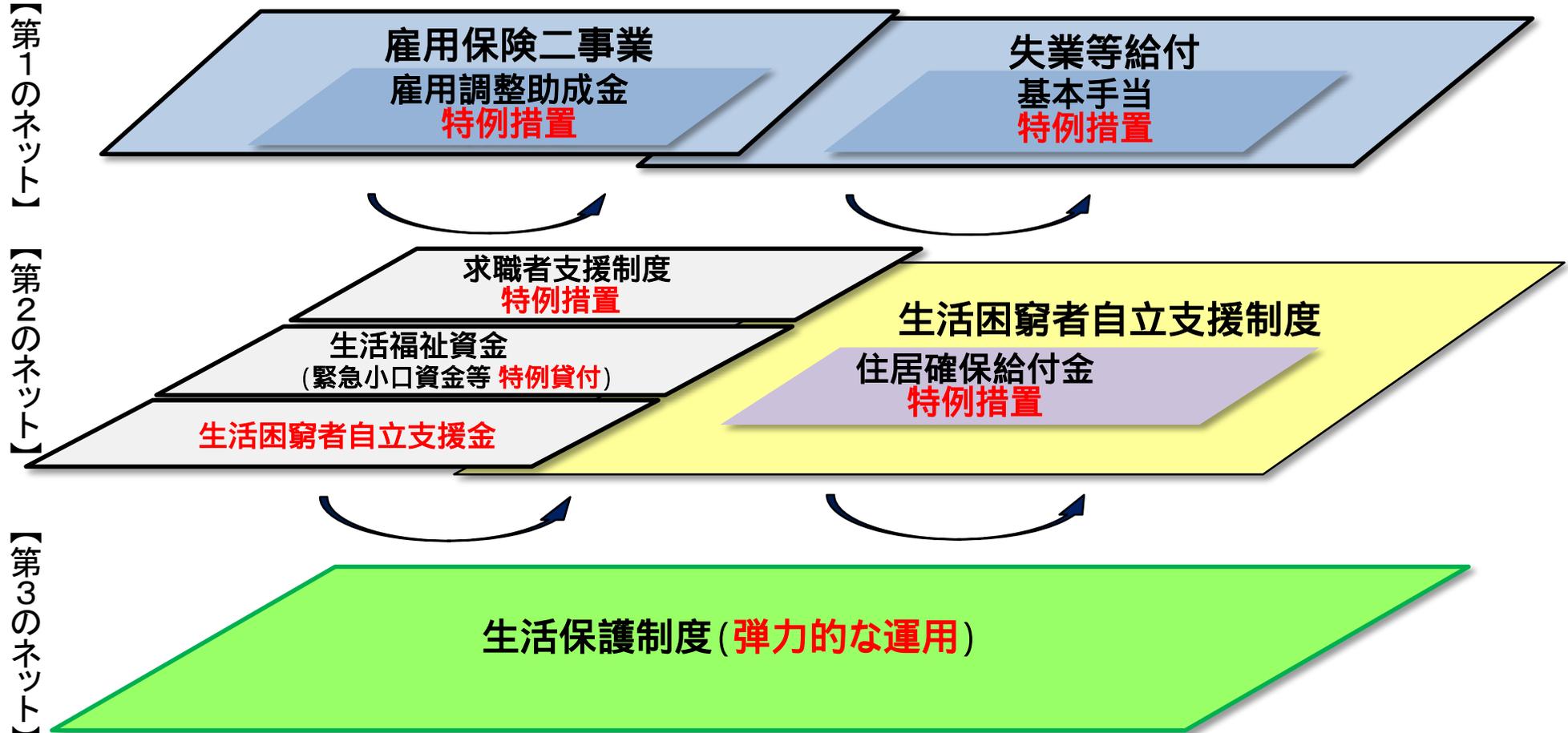
離職・廃業後2年以内の者に加え、給与等を得る機会が減少し離職や廃業と同程度の状況にある者も対象に追加
解雇以外の休業等に伴う収入減少等の場合でも、再支給（3か月）を可能とする
職業訓練受講給付金と住居確保給付金の併給を可能とする

生活保護制度の弾力的運用

生活保護の要否判定における扶養照会などの弾力的な運用

雇用や生活支援については、従来より重層的なセーフティネットが整えられてきたが、新型コロナへの対応にあたっては、その各段階において様々な特例措置を講じ、セーフティネット機能を強化してきた。

平時においても切れ目のないセーフティネットを整備しておくことは不可欠であり、これらの特例的な時限措置を検証し、財源を確保したうえで、平時の対応につなげることも検討すべきである。



雇用調整助成金の特例

雇用調整助成金については、リーマンショック時の対応を大幅に超える特例（日額上限・助成率等）を講じてきた。その結果、当時をはるかに上回るペースの支給が続いてきたが、足元は減少傾向。

特例が始まってから2年以上が経過しており、この間、一定の縮減を行ったが、地域特例・業況特例の内容（日額上限 15,000円、助成率 最大10/10）は見直されないまま延長されてきた。

雇用調整助成金の通常時・リーマンショック時の特例・コロナ特例の比較

	通常制度	リーマンショック時の特例	コロナ特例 (令和4年3月～6月)
日額上限	失業等給付基本手当の最高日額(現在8,265円)と同額	同左	・原則: 9,000円 ・地域特例・業況特例: 15,000円
助成率	・中小企業2/3 ・大企業1/2	・中小企業4/5(解雇なし9/10) ・大企業2/3(解雇なし3/4)	・原則: 同左 ・地域特例・業況特例: 4/5(解雇なし10/10)

雇用調整助成金の特例措置の見直し

【地域特例】

緊急事態措置実施区域及びまん延防止等重点措置実施区域において、知事の要請を受けて営業時間の短縮等に協力する飲食店等

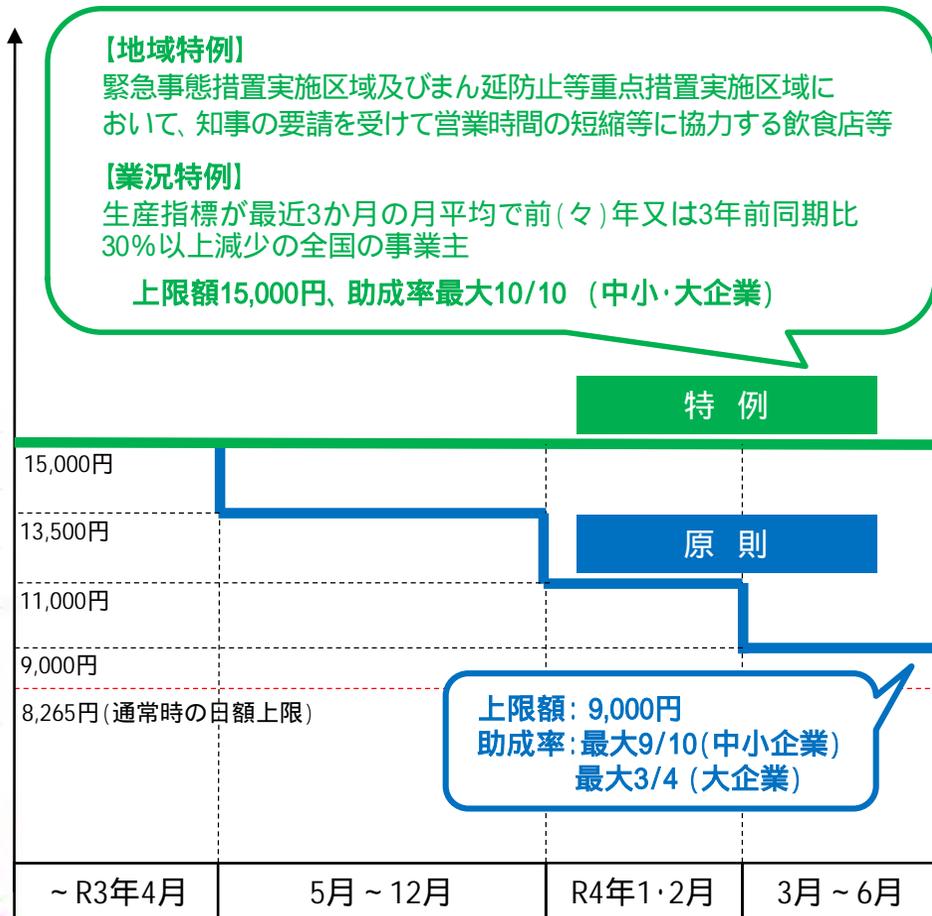
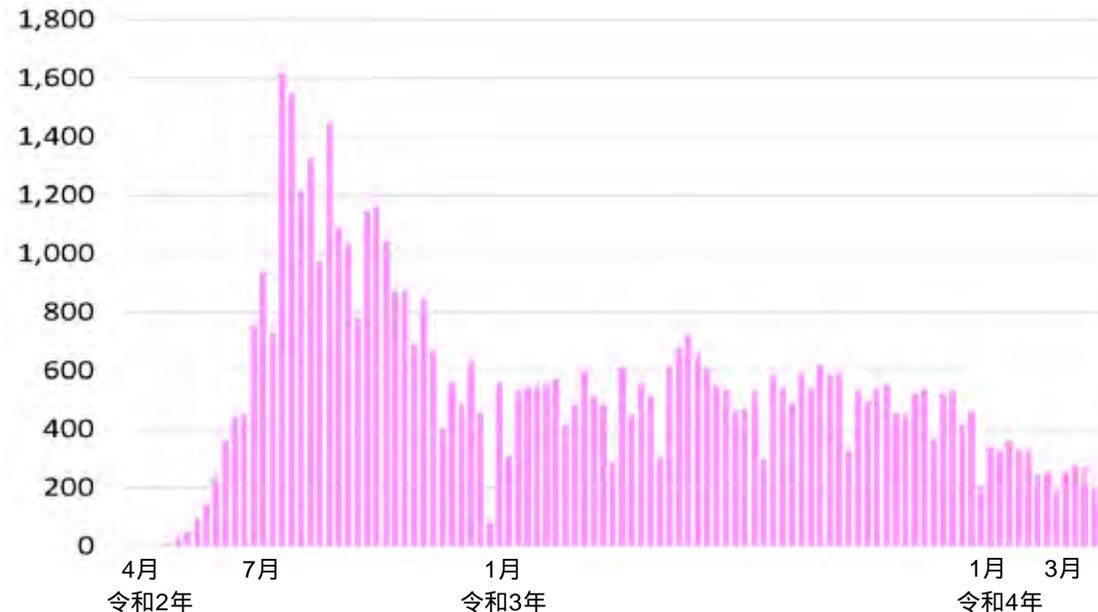
【業況特例】

生産指標が最近3か月の月平均で前(々)年又は3年前同期比30%以上減少の全国の事業主

上限額15,000円、助成率最大10/10 (中小・大企業)

雇用調整助成金等の支給実績

(週当たり支給決定額(緊急雇用安定助成金を含む)、億円)



(注)「雇用調整助成金の特例措置等については、引き続き、感染が拡大している地域・特に業況が厳しい企業に配慮しつつ、雇用情勢を見極めながら段階的に縮減していく」(「骨太2021」)

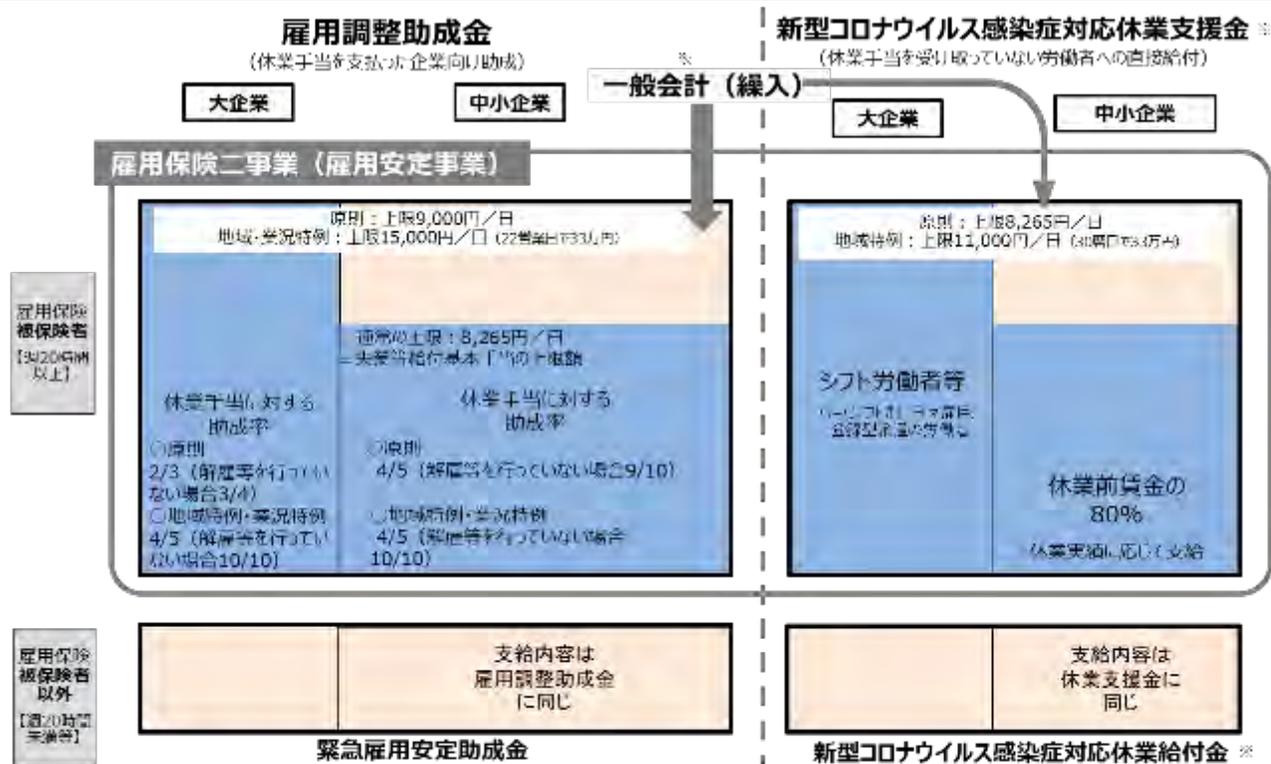
雇用調整助成金の特例

コロナ禍における**雇用調整助成金の特例措置**は、雇用保険臨時特例法に基づき、中小企業に係る助成について、通常時の上限額8,265円からの引上げ分の財源を**一般会計からの繰入**で賄う異例の対応を行っている。また、企業による休業手当の不払いに対応するため、同法に基づき、**休業支援金**が特例的に設けられており、その財源についても、雇用調整助成金の特例措置に準じて**一般会計からの繰入**が行われている。

また、雇用調整助成金や休業支援金の対象とならない**雇用保険被保険者以外の者**に対し、**緊急雇用安定助成金**や**休業給付金**が特例的に設けられ、**全額一般会計による対応**が行われている。

こうした一般会計負担は、雇用保険被保険者を対象とする**狭義の雇用調整助成金の特例措置**において約1.2兆円（一般会計負担割合は約24%）、緊急雇用安定助成金や休業支援金・給付金を含めた**広義の雇用調整助成金の特例措置**において約1.8兆円（一般会計負担割合は約31%）に達している。（令和4年3月31日時点）

上記に加えて、雇用調整助成金の支給のため、失業等給付の積立金から雇用安定事業への貸出が増加し、雇用勘定の財政状況が悪化したことから、**令和3年度補正予算**において、雇用保険臨時特例法に基づき、一般会計から**労働保険特会（失業等給付）**に1.7兆円を繰入れており、計3.6兆円の負担に達している。



雇調金等の支給実績及び一般会計負担額（累計）

雇用調整助成金	A	5兆1,286億円
うち一般会計	B	1兆2,127億円 (24%)
休業支援金	C	911億円
うち一般会計	D	34億円
緊急雇用安定助成金	E	4,107億円
休業給付金	F	1,921億円
2年度及び3年度計	A+C+E+F	5兆8,225億円
一般会計負担計	B+D+E+F	1兆8,189億円 (31%)
失業等給付への任意繰入	G	1兆7,422億円
任意繰入を含む一般会計負担計	B+D+E+F+G	3兆5,611億円

（注）地域特例：緊急事態措置区域、まん延防止等重点措置区域において、知事による、新型コロナウイルス等対策特別措置法第18条に規定する基本的対応方針に沿った要請を受け（同法施行令第11条に定める施設（飲食店等）における営業時間の短縮等）に協力する事業主（各区域における措置の実施開始の末日の属する日の翌日から2週間）
業況特例：生産指標（売上等）が最近3か月の月平均で前年、前々年又は3年前同期比30%以上減少の全業主
※雇用保険臨時特例法に基づく

（注）令和2年度は決算ベース、3年度は交付決定ベース（令和4年3月31日時点）
なお、前述の4.1兆円は予算措置ベース

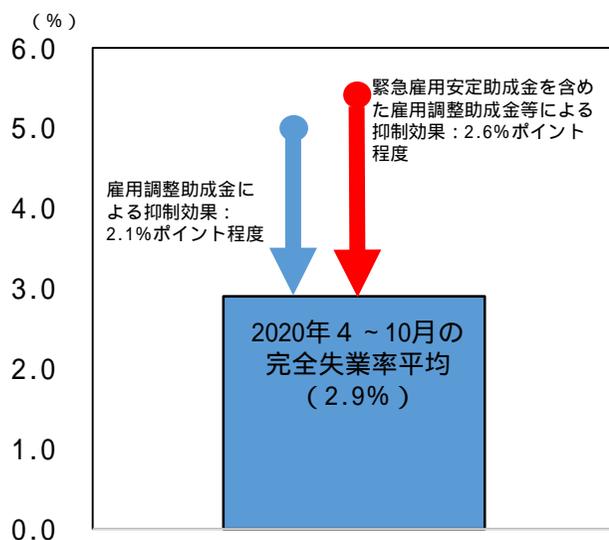
雇用調整助成金の特例

リーマンショック時には5.5%（2009年7月）まで失業率は上昇したが、コロナ禍においては3.1%（2020年10月）までの上昇にとどまるなど、**雇用調整助成金の特例が失業率の抑制に寄与した点は評価**できる。

しかし、雇用調整助成金の特例を必要以上に継続することについては、**労働力を固定し、人手不足・成長分野等への労働移動を阻害、労働者のモチベーションや能力の低下、将来の事業主負担増**といった懸念もある。

OECDは、（コロナ禍の）雇用維持スキームは、「タイムリー、ピンポイント、かつ一時的なものであるべき」としており、例えばイギリスやフランスは、経済の回復やコロナ禍の行動規制の緩和等を背景に、**雇用維持スキームを終了・縮減**してきている。

雇用調整助成金による失業抑制効果（「労働経済の分析」令和3年7月、厚労省）



特例の長期化による懸念の例

- 制度への過度な依存、労働移動阻害等
- 雇調金がもらえなくなるので仕方なく休業させている
- 特例が続いている中では積極的に出向させる企業は少ない
- 労働者自身のモチベーション低下、不安等
- 本来身につくはずのスキルが身につかない不安がある
- 休業が長引き社会からの疎外感を感じる
- 本来の政策意図とは異なると思われる制度利用
- 全休業の一方で新規雇用し、当初から全休業
- 受給の一方で別店舗を新規開店
- 休業規模要件を満たすよう調整する一方で、休日出勤や残業

OECD Employment Outlook 2021（2021年7月）

「雇用維持スキームは、新型コロナウイルス危機の労働市場への影響を緩和するために多くのOECDの国々で用いられた主要措置である。（略）しかし、ソーシャルディスタシングの制約による影響が依然として深刻であるセクターには支援は継続されねばならない一方で、その他経済活動が再開しているセクターに対しては回復を促進するようにスキームの設計内容を調整し、順次廃止されなければならない。より一般的には、**上手く設計された雇用維持スキームとはタイムリー、ピンポイント、かつ一時的なものであるべきである。**」

英国の臨時雇用維持制度（Coronavirus Job Retention Scheme）

	2021年6月	7月	8月・9月（終了）
公費負担	賃金の80% 上限額 月£2,500 (1日約1.6万円)	賃金の70% 上限額 月£1,875 (1日約1.4万円)	賃金の60% 上限額 月£1,875 (1日約1.2万円)
事業主負担	なし	賃金の10% 上限額 月£312.5 (1日約0.2万円)	賃金の20% 上限額 月£625 (1日約0.4万円)

（注1）日額 = 月額 / 22日。1ポンド = 141円で評価。（注2）2021年9月に終了。

仏国の部分的失業制度

	2021年7月	8月	9月～
公費負担	賃金の60% 上限額 27.68/時	賃金の52% 上限額 23.99/時	賃金の36% 上限額 16.61/時
事業主負担	賃金の10% 上限額 4.61/時	賃金の18% 上限額 8.63/時	賃金の24% 上限額 11.07/時

（注）上記は特定業種（宿泊、外食、観光、文化娯楽、スポーツ等）に適用。2021年9月以降は、原則、特定業種も含めた全企業について事業主負担24%（公費負担36%）とされたが、売上が一定以上減少している企業は例外的に事業主負担なし（公費負担70%）とされた。2022年4月以降は、事業主負担なし（公費負担70%）の要件を新型コロナを理由とする子の監護等による休業に限定する見直しを実施。

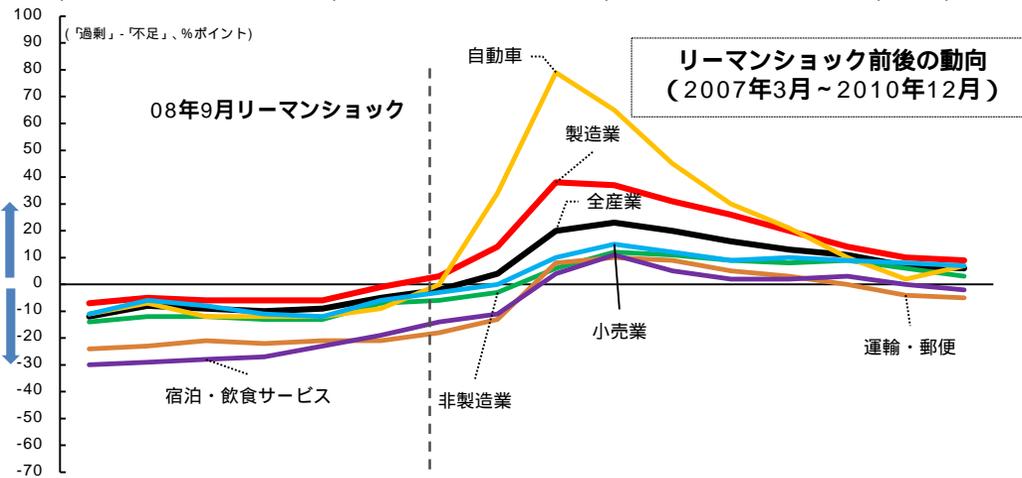
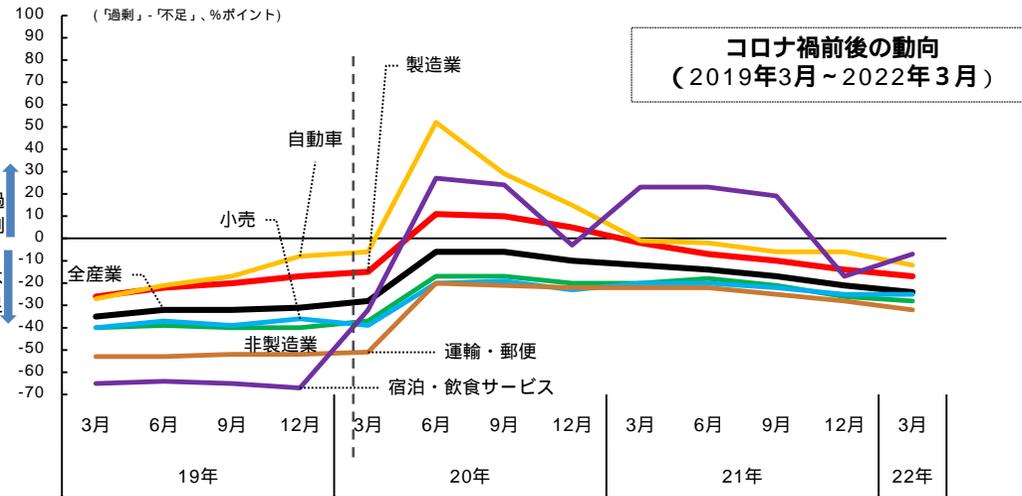
雇用調整助成金の特例

雇用人員の過不足について見ると、一昨年は多くの業種で「過剰超」が見られたが、足元は「宿泊・飲食サービス」や「運輸・郵便」などの業種も含めて「不足超」の状態。リーマンショック時に「製造業」を中心に大半の業種で「過剰超」の状態が続いた点とは異なる。

休業者数については、令和2年春から夏にかけて一時急増したが、その後大幅に減少。一部業種を除いてコロナ前と同程度の水準に戻っており、全ての業種・地域についてリーマンショック時の対応を大幅に超える特例措置によって休業を支援する状況にあるとは言えない。

再就職や転職支援など労働移動を促すための施策を講じつつ、雇用調整助成金の特例については、特に業況が厳しい企業などに配慮しつつも、速やかに見直していくべきではないか。

雇用人員判断D.I. (日銀短観)



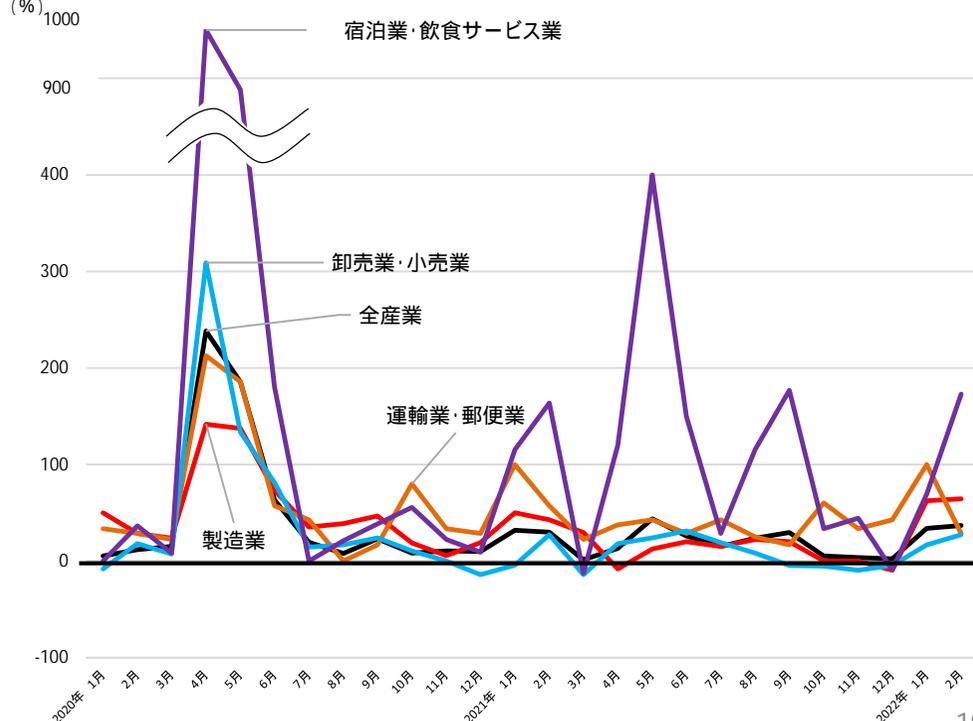
出所：(独)労働政策研究・研修機構「国内統計」雇用人員判断D.I.、日本銀行「全国企業短期経済観測調査」

休業者数の推移 (全産業)

2019						2020						2021						2022
2月	4月	6月	8月	10月	12月	2月	4月	6月	8月	10月	12月	2月	4月	6月	8月	10月	12月	2月
177	177	146	202	158	186	198	599	238	218	171	204	230	200	184	250	166	190	242

出所：総務省「労働力調査」

休業者数の増減率 (産業別) (2019年同月比)



雇用保険（失業等給付）の国庫負担については、雇用情勢や雇用保険の財政状況に応じた国庫負担割合とする法改正を実現する中で、従来（平成29年度～令和3年度）の負担割合を維持するとともに、予算で定めるところにより一般会計からの任意繰入を行うことができる仕組みとし、保険料率については、段階的に引き上げることとした。

新たなルールのもとで規律ある雇用保険財政の運営が行われるべきであり、**必要な保険料の引上げを着実に実行するとともに、安易な一般会計への依存をもちたらないようにすべき。**

「令和4年度予算の編成等に関する建議」（令和3年12月 財政審）

・仮に失業等給付に対する国庫負担割合が25%であったとしても、令和2年度及び3年度の国庫負担の合計は0.5兆円にとどまるが、実際には、既にこれを大きく超える1.5兆円の国庫負担を行っている。

・雇用保険も社会保険の一つであることや、これまでコロナ禍で行ってきた異例の一般会計負担を踏まえれば、現状の雇用保険財政の逼迫に対しては、まずは保険料率を戻すことにより対応すべきである。

・他方、今般のコロナ禍における対応も踏まえ、今後の雇用保険財政における役割を整理し直すべきである。すなわち、平時においては保険料収入によって雇用保険財政の安定を確保することを基本としつつ、共助としての保険料収入では対応が困難な有事の場合においては、一般会計による任意繰入規定の常設化を含めて、国（一般会計）の責任の範囲を再整理する必要がある。



雇用保険法等改正法（令和4年3月成立）（失業等給付関係）

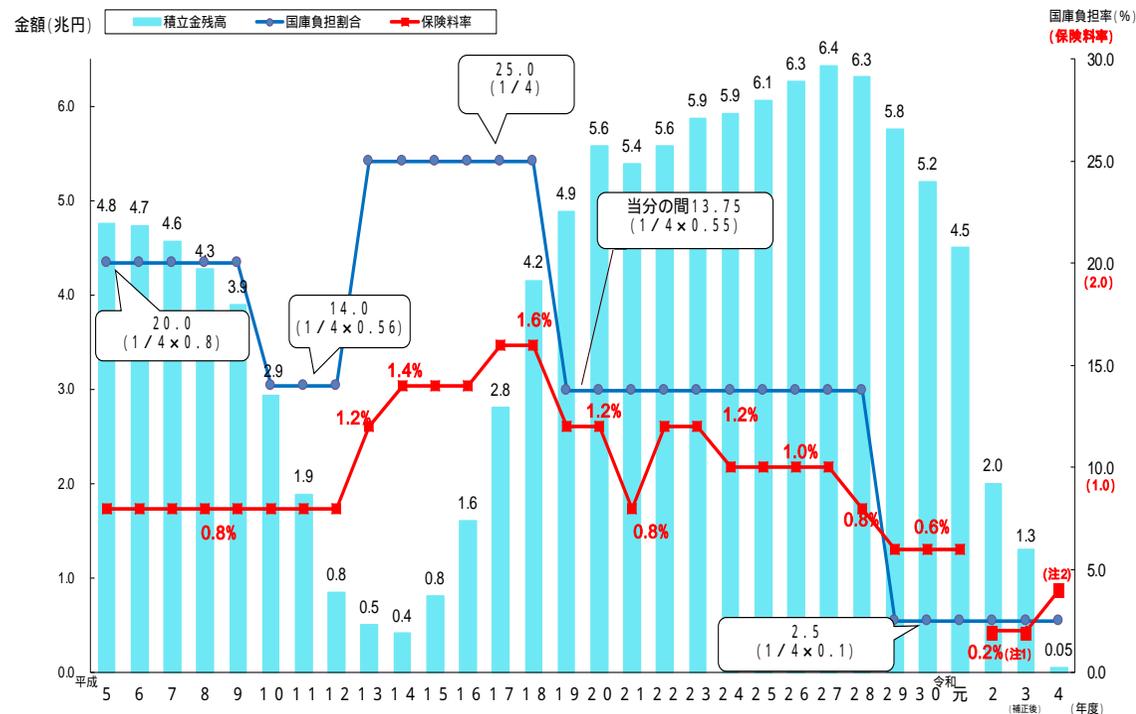
【保険料率】

- ・令和4年4月～9月：0.2%
- ・令和4年10月～令和5年3月：0.6%
- ・令和5年4月～：0.8%（本則）（1）
- （1）法律上は、令和4年度における本則からの引下げを規定

【国庫負担】

- ・雇用情勢及び雇用保険の財政状況が一定の基準（2）に該当する場合：1/4
- （2）前々年度の各月における基本手当の受給者実人員の平均が70万人以上かつ前々年度の弾力倍率が1未満
- ・それ以外の場合：1/40
- ・一般会計から労働保険特会への任意繰入規定を常設化（3）
- （3）雇用保険料が0.8%（本則）以上である場合 又は次年度に0.8%となる見込み（前年度の弾力倍率が2以下）である場合 又は当該年度に雇用情勢及び雇用保険財政が急激に悪化している場合

失業等給付の保険料率・国庫負担割合・積立金の推移



緊急小口資金等の特例貸付・生活困窮者自立支援金

令和4年4月13日
財政制度等審議会提出資料

償還免除付きの緊急小口資金等の特例貸付については、足元の需要は低下しており、また、生活困窮者自立支援金といった給付措置の創設等もあり、緊急時の対応としての役割は次第に薄れてきている。

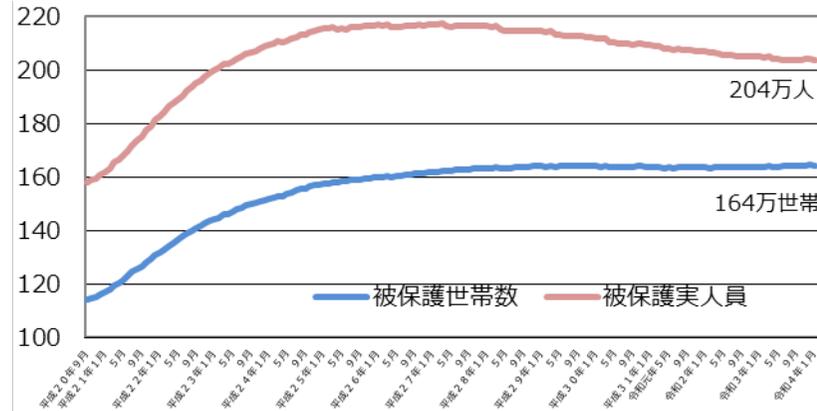
他方、新型コロナ禍において**生活保護受給者数は大きく増加せず**、保護が必要と判断される場合に**適切に生活保護につながっていたかは検証が必要**である。制度の狭間に滞留する方々が増え、これらの方々のために全額国庫負担の特例的対応が講じられることは、結果として国の財政負担を増やしている一面もあることにも留意する必要がある。

緊急小口資金等の特例貸付及び生活困窮者自立支援金の経緯

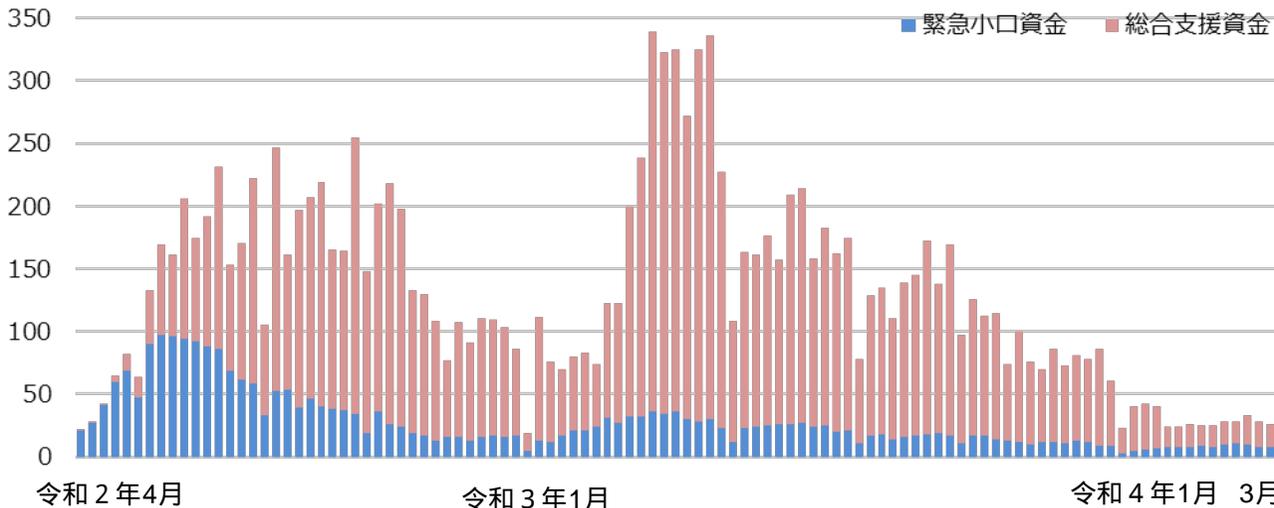
申請月	令和2年 3月	~	令和2年 7月	~	令和3年 2月	~	令和3年 6月	令和3年 7月	~	令和3年 12月	~	令和4年 6月
緊急小口資金の特例貸付 (20万円)	→											
総合支援資金の特例貸付 (20万円×3か月)	→											
延長貸付 (同上)			→									
再貸付 (同上)					→							
生活困窮者自立支援金 (10万円×3か月)												
再支給 (同上)												

緊急小口資金等の特例貸付の償還は令和5年1月以降開始

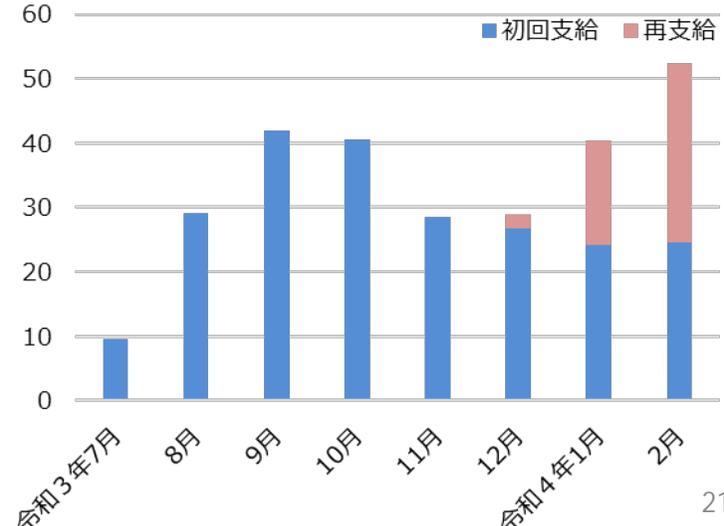
生活保護受給者数等の推移 (万人/万世帯)



緊急小口資金等の特例貸付の実績 (週当たり貸付決定額、億円)



生活困窮者自立支援金の実績 (月当たり支給額、億円)



雇用・生活を支える重層的なセーフティネット（今後の視点）

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

今後、先に述べたとおり、財源を確保したうえで平時の対応につなげていくことを検討するにあたっては、以下の点に留意しなければならない。

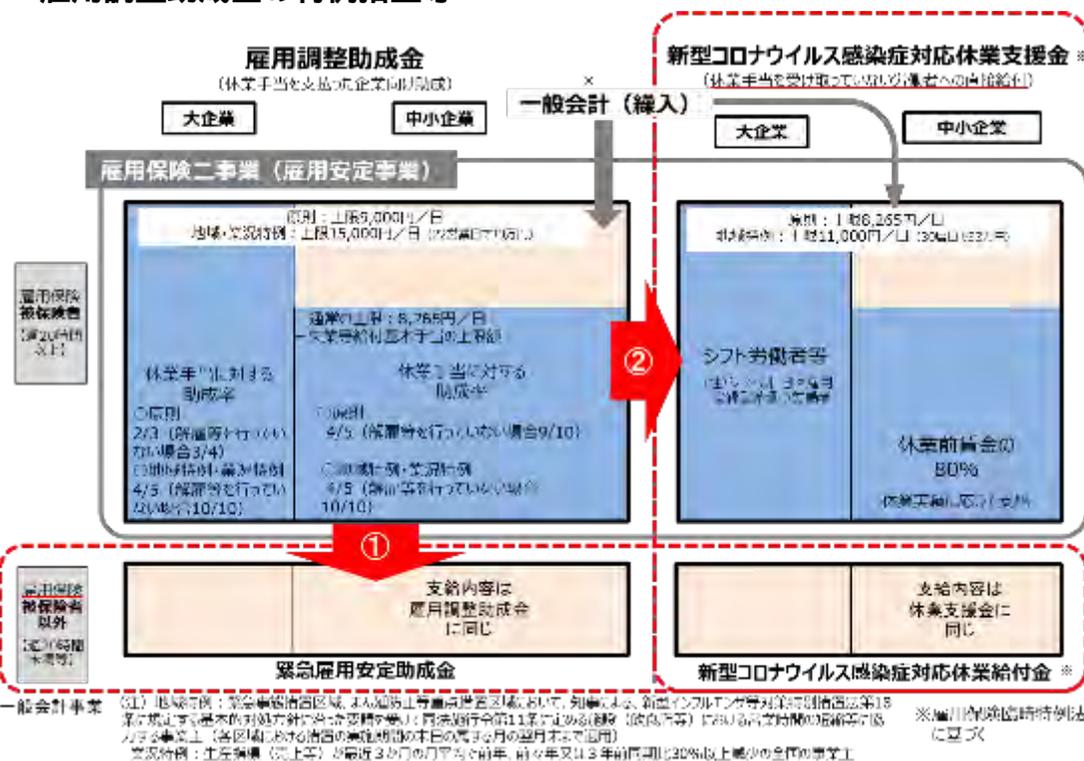
雇用支援に関して、雇用保険被保険者以外を含む非正規労働者への支援の必要性や事業主が適切な措置を講じない場合の被保険者等による個人申請の必要性が認識されるなど、雇用保険制度の一定の制度的な限界の存在が認識されたこと

生活支援について、

イ 償還免除付きの緊急小口資金等の特例貸付など大胆な経済的支援が先行した一方で、長引くコロナ禍のもと、様々な困難を抱える方々の生活を維持していくためには、伴走型の支援や生活保護を含めた適切な給付・サービスにつなげていくことも含めた相談支援の強化が求められていること

ロ 住居確保給付金が、特例的な対応を通じて多様な年齢層・世帯構成の者に活用され、生活困窮者等の居住支援の強化の必要性が認識されたこと

雇用調整助成金の特例措置等



雇用保険被保険者以外（所定労働時間週時間未満の非正規労働者等）への対応
事業主が適切な措置を講じない場合の対応

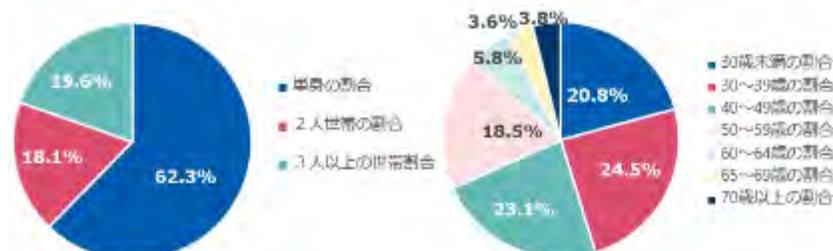
緊急小口資金等の特例貸付と相談支援

- コロナ禍において、特例貸付や住居確保給付金の申請が急増するとともに、生活困窮者自立支援金が創設され、支援現場はその対応に追われた。
- 特例貸付について、緊急的な対応としての意義は評価すべき一方、福祉的貸付が本来、生活そのものの維持を目的とし、相談支援との密接な連携のもとなされるものであることを踏まえた検討が必要ではないか。
- 通常は「相談付き貸付」として、相談者と信頼関係を築きながら、貸付ができない場合でもつながりやを切らない働きかけなどを行ってきたが、今回の特例貸付では十分にできなかったことに葛藤した。
- 「貸して終わり」「免除して終わり」ではなく、その人に応じた支援を考えないと社協が貸付を実施する意味はないし、社協の存在価値はないのではないかと。

出所：厚生労働省「秋の行政事業レビュー」提出資料(令和3年11月)
厚生労働省「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会ワーキンググループ」論点整理(案)(令和4年4月)

住居確保給付金の支給実績(円グラフ 令和年度における内訳)

	R元年度	R2年度	R3年度 (1月末時点)
支給済額(公費)	5.8億円	306.2億円	168.1億円
支給決定件数	0.4万件	14.0万件	6.8万件



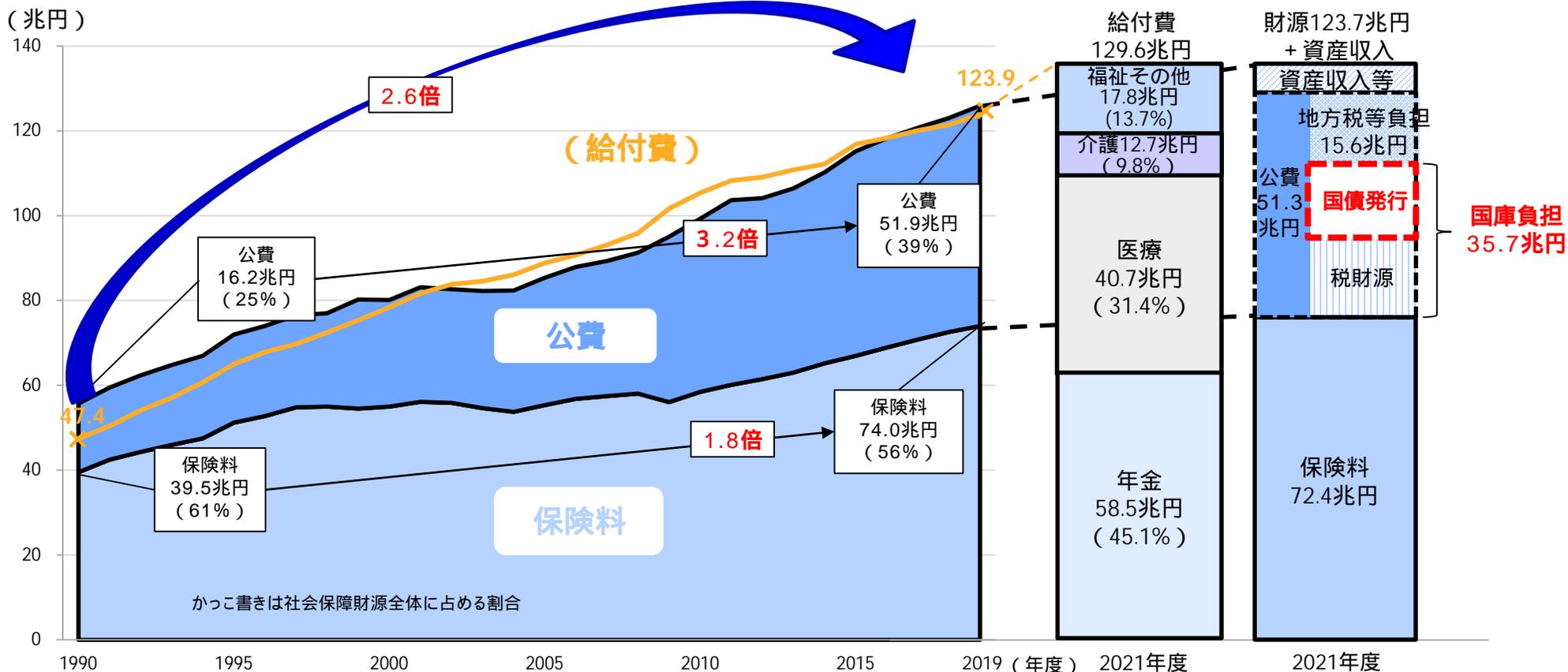
出所：厚生労働省「生活困窮者自立支援のあり方等に関する論点整理のための検討会ワーキンググループ」提出資料(令和4年2月)

2 . 総論

社会保障における受益（給付）と財政の関係

我が国の社会保障制度は、受益（給付）と負担の対応関係が本来明確な社会保険方式を採りながら、後期高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、**公費負担**（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。その結果、近年、公費の比重の大きい後期高齢者医療・介護給付費の増に伴い、公費負担への依存度が著しく増加している。

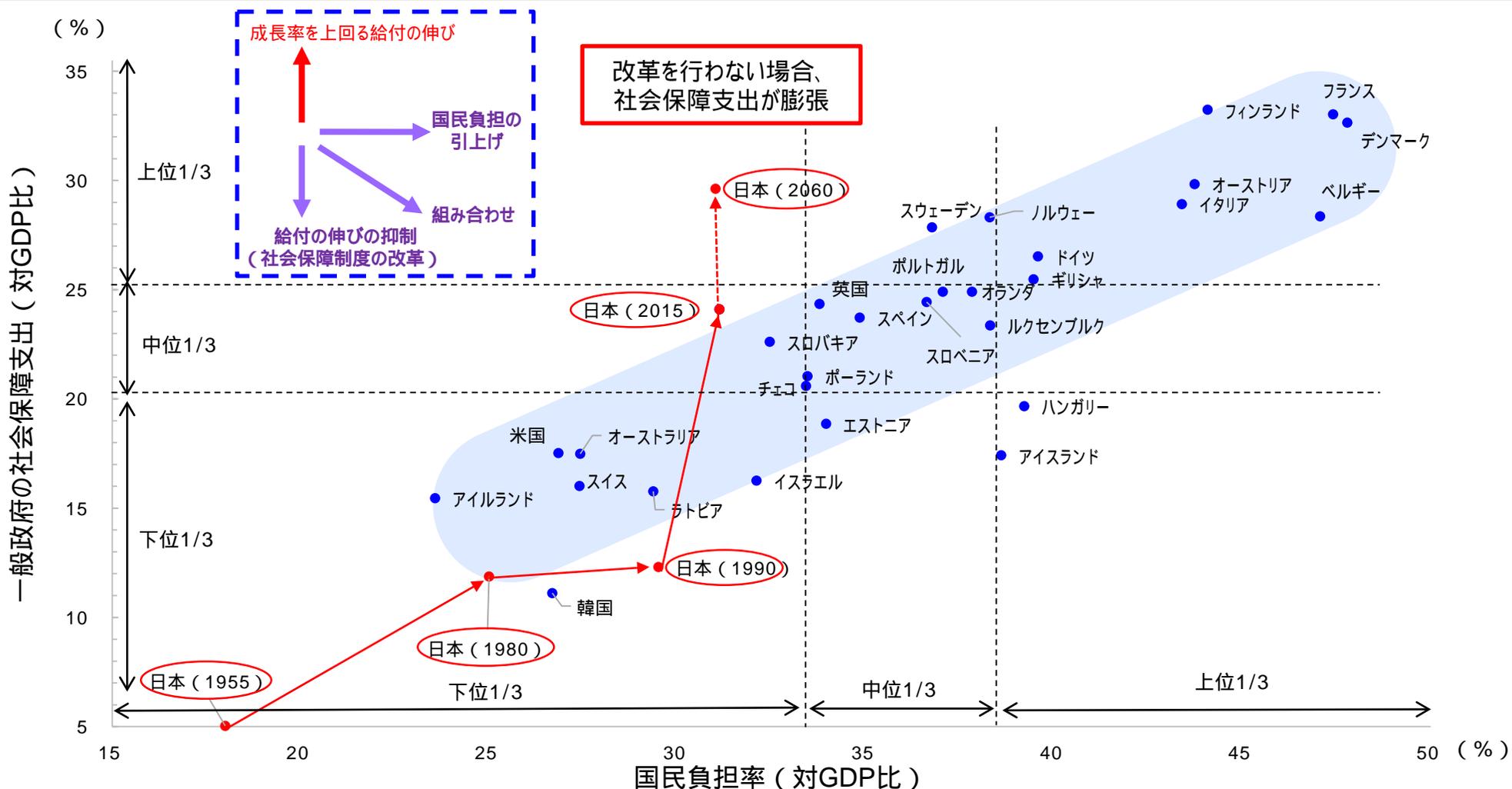
その際、本来税財源により賄われるべき公費の財源について特例公債を通じて将来世代へ負担が先送りされているため、**負担増を伴わないままに受益（給付）が先行する形**となっており、受益（給付）と負担の対応関係が断ち切られている。負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする牽制作用を期待できないまま、受益（給付）の増嵩が続いている（= **我が国財政悪化の最大の要因**）。



（出所）国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」。2021年度は厚生労働省（当初予算ベース）による。

社会保障における受益（給付）と負担の構造

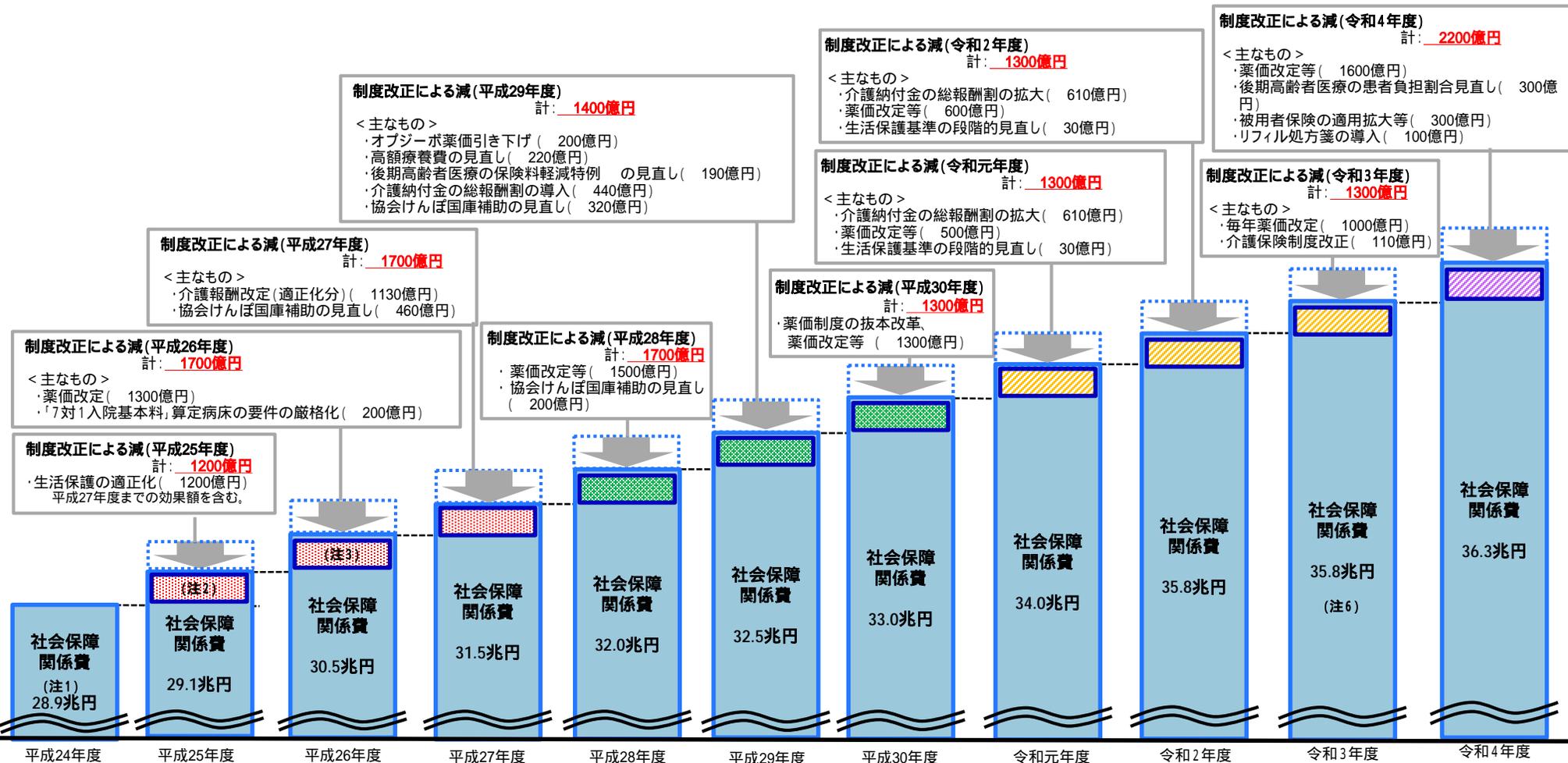
- 我が国の社会保障の現状は、OECD諸国と比較して、受益（給付）と負担のバランスが不均衡の「中福祉、低負担」と言うべき状況になっている。
- 今後、高齢化に伴い1人当たり医療費や要支援・要介護認定率が大幅に上昇すると、支え手を増やし成長への取組を行ってもなお、この不均衡は更に拡大すると見込まれる。制度の持続可能性を確保するための改革が急務である。



(出所) 国民負担率: OECD "National Accounts", "Revenue Statistics", 内閣府「国民経済計算」等。
 社会保障支出: OECD "National Accounts", 内閣府「国民経済計算」。ただし、1955年の日本の値については国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」における社会保障給付費。
 (注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。(注2) 日本は、2015年度まで実績、諸外国は2015年実績(アイスランド、ニュージーランド、オーストラリアについては2014年実績)。
 (注3) 日本の2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(2018年4月6日 起草検討委員提出資料)より作成。

社会保障関係費の伸び

近年は、歳出の規律として、社会保障関係費について実質的な増加を「高齢化による増加分」に相当する伸びにおさめる努力が続けられている。



部分が、社会保障の充実等を除く平成25～27年度の実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

部分が、社会保障の充実等を除く平成28～30年度の実質的な伸びであり、年+0.5兆円程度

部分が、社会保障の充実等を除く令和元～3年度の実質的な伸びであり、
令和元年度：年+0.48兆円程度
令和2年度：年+0.41兆円程度
令和3年度：年+0.35兆円程度 (注7)

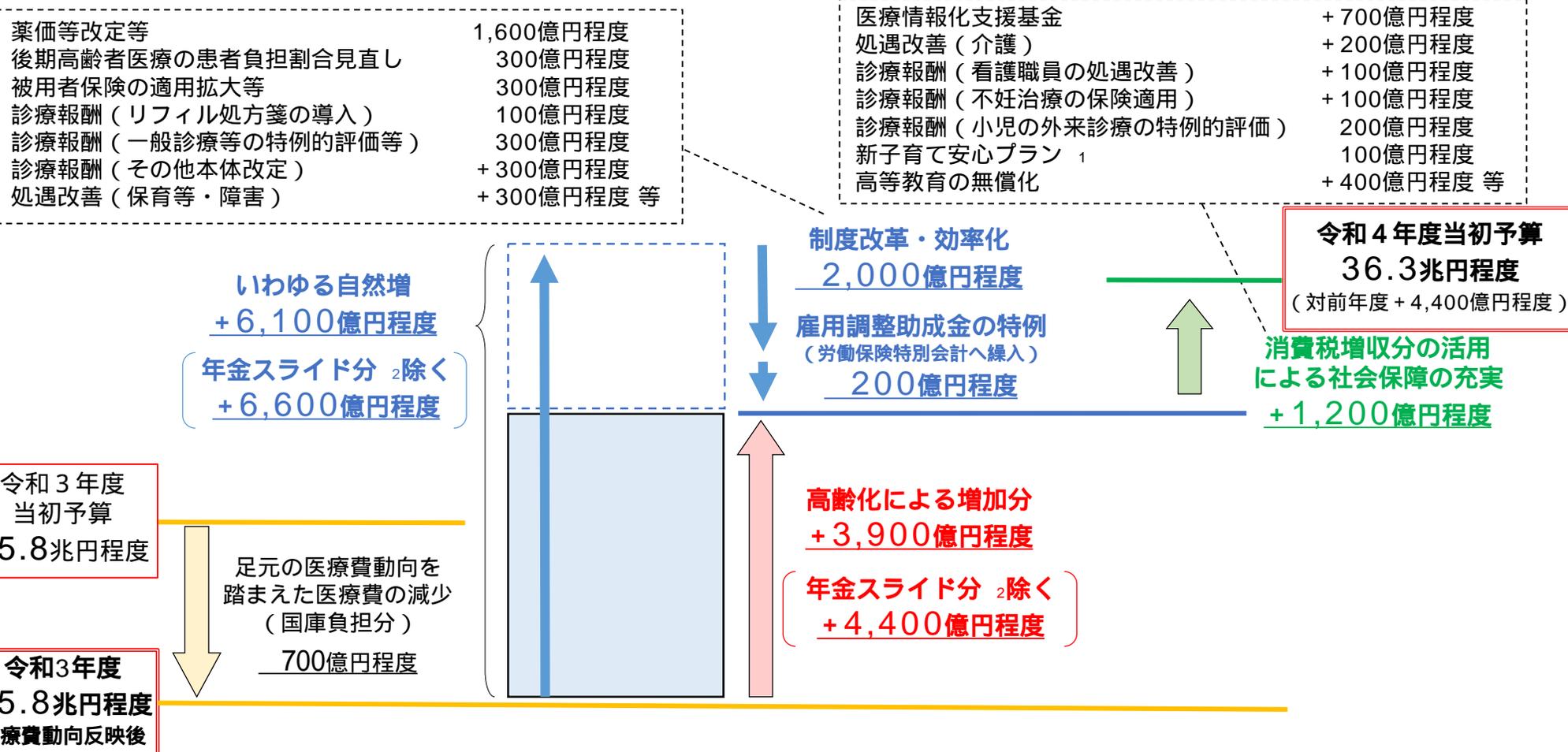
部分が、社会保障の充実等を除く令和4年度の実質的な伸びであり、
令和4年度：年+0.39兆円程度 (注7)

(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。(注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(0.3兆円)の影響を含めない。
(注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。(注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。(注5) 令和元・2年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。
(注6) 令和2年度まで社会保障関係費として分類していた1,200億円程度の経費について、経費区分の変更を行ったため、除外している。
(注7) 新型コロナウイルス感染症の影響を受けた足元の医療費動向を踏まえ、医療費に係る国庫負担分を令和3年度においては2000億円、令和4年度においては700億円程度減少させたベースと比較している。

令和4年度社会保障関係費の全体像

令和4年度の社会保障関係費（36.3兆円程度）は、保育等・障害の処遇改善を行いつつ、診療報酬のメリハリある改定や薬価等改定等により、その実質的な伸びについて「高齡化による増加分におさめる」という方針を達成。

令和3年度社会保障関係費（足元の医療費動向を踏まえ医療費にかかる国庫負担分を減少させたベース 35.8兆円程度）と比較して、高齡化による増加分 + 3,900億円程度（対前年度比 + 3,200億円程度）。このほか、社会保障の充実として、対前年度 + 1,200億円程度。



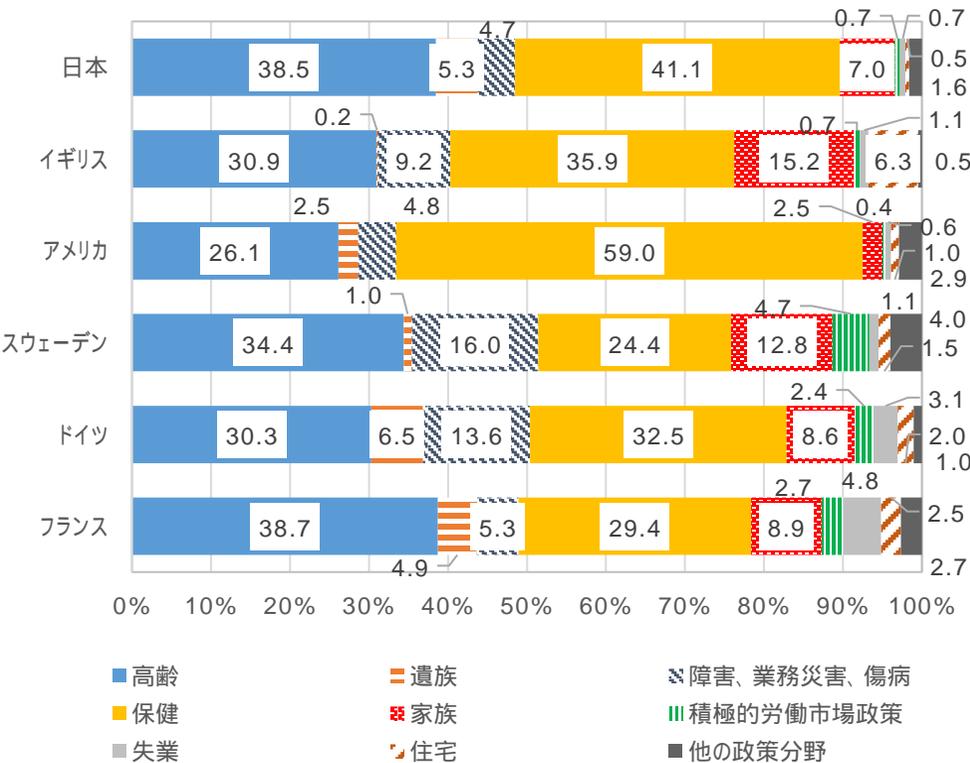
1 児童手当（特例給付）について、令和4年10月支給分から所得制限を導入することで、別途財源を確保。
2 令和4年度の年金額改定率（現時点での物価上昇率の推計を基にした予算積算上の値）は 0.4%（400億円程度）

全世代型社会保障の構築

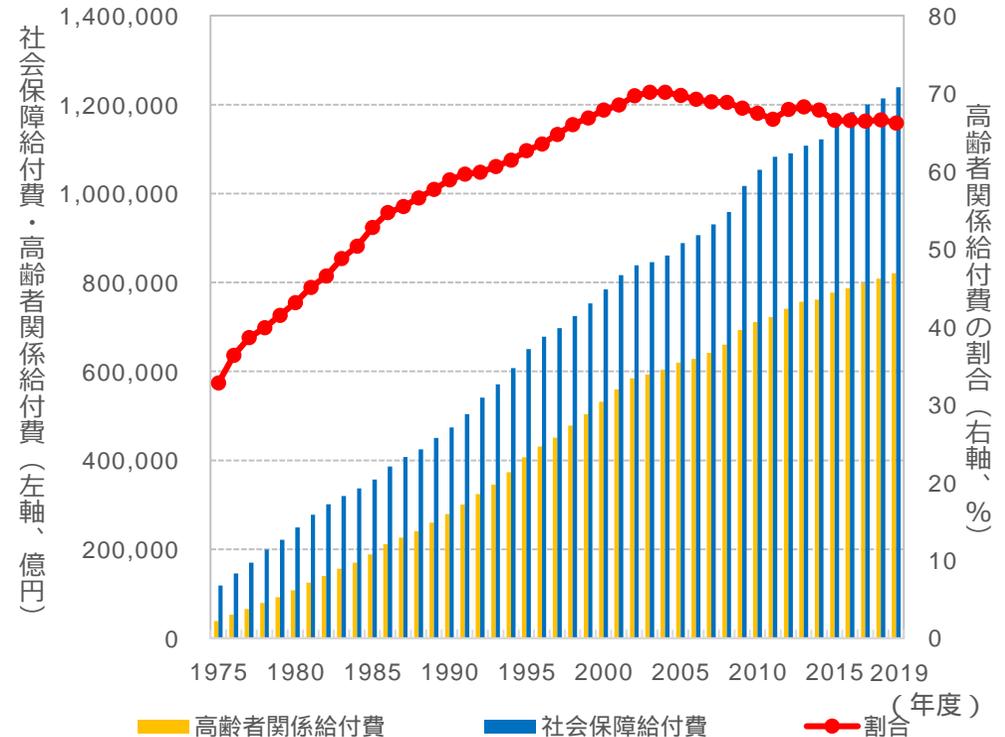
令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料を修正

- 若い世代の方々が日々の暮らしに安心感を持ち、将来に対し、夢と希望が持てることが極めて重要であり、その前提があって初めて若い世代の方々も納得して社会保障制度に積極的に参加することができる。
- ところが、現在の社会保障の構造は、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心となっている。
- 受益と負担の不均衡の解消を図りつつ、こうした構造を是正していくことが重要となるが、このことは、取りも直さず、将来世代も対象となる世代として組み入れたうえで全世代型の社会保障への転換を図ることである。
- このようにして財政健全化と全世代型の社会保障の構築の双方を達成していくことが、社会保障の持続可能性にとって重要である。

政策分野別社会支出の構成割合の国際比較（2017年度）



社会保障給付費・高齢者関係給付費の推移



3 . 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

診療報酬・薬価

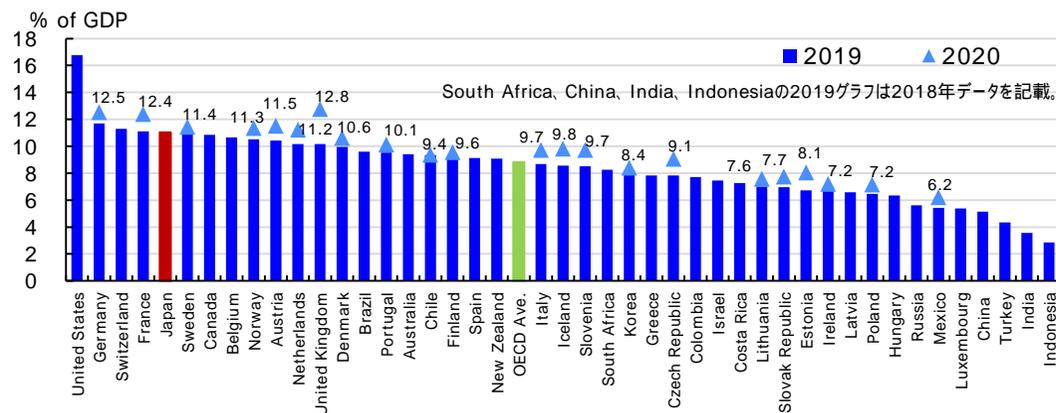
自律的なガバナンスの強化

全世代型社会保障の構築

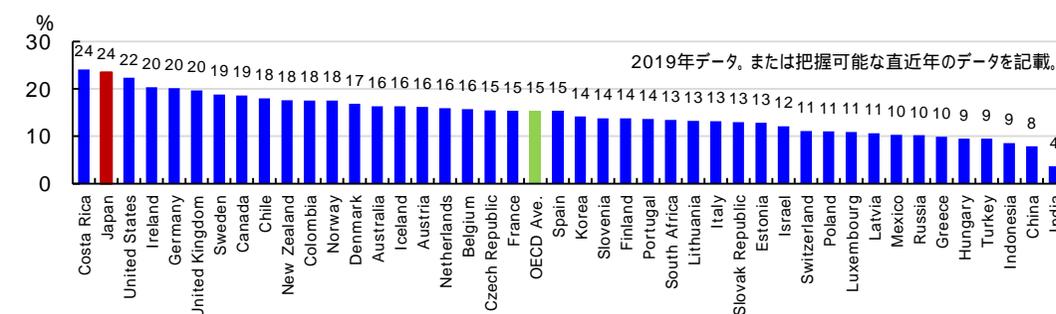
医療分野等における社会保障給付費の規律の必要性

- 医療・介護分野では、受益と負担の均衡の是正について、年金制度のような給付水準等を自動的に調整される仕組みは導入されていない中、我が国の保健医療支出（Health Expenditure）/ GDP比はOECDで5番目に高く、政府支出に占める公的医療費の割合はOECDで2番目に高い状況にある。
- こうした中、給付費に対する財政規律を強化していく必要があり、OECD諸国ではリーマンショック以降の保健医療支出のGDP比は安定的であることを踏まえれば、少なくとも我が国でも保健医療支出の伸びが経済成長率と乖離しないことを1つのメルクマールとしていくことが考えられる。

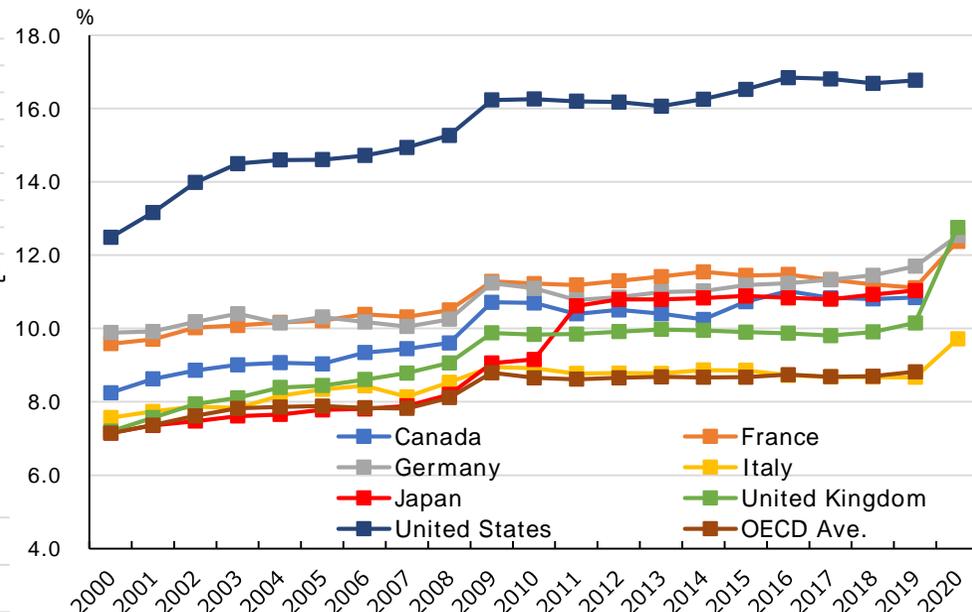
GDPに占める保健医療支出



政府支出に占める公的医療支出の割合



対GDP保健医療支出の推移



注 日本2011年の上昇は推計方法の変化によるもの。

After the volatility of the 2008 economic crisis, the share remained relatively stable, as growth in health spending broadly matched overall economic performance across OECD countries. 2008年の経済危機による不安定な動きの後、(保健医療支出の対GDPの)割合は比較的安定しており、OECD加盟国において、保健医療支出の伸びは概ね全体の経済成長と一致する。

In 2019, prior to the COVID-19 pandemic, OECD countries spent, on average, around 8.8% of their GDP on health care figure more or less unchanged since 2013. 新型コロナの感染拡大前の2019年においては、OECD加盟国は平均でGDPの約8.8%を保健医療に充てており、この数字は概ね2013年から変わっていない。

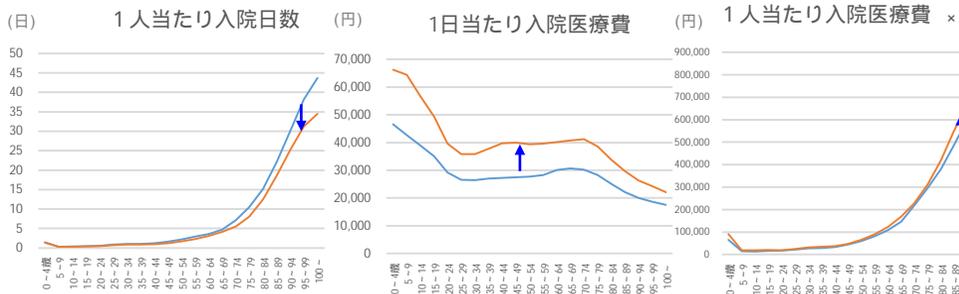
医療分野等における社会保障給付費の規律の必要性

- この点、現在も、医療・介護分野においては、**社会保障関係費について実質的な増加を「高齢化による増加分」に相当する伸びにおさめる努力が続けられており、これを通じて一定の給付費への規律が及んでいる。**
- このうち医療費について年齢階級別 1 人当たり受診日数（主として受療率に対応）の推移を見ると、入院・外来ともに高齢層を中心に減少しており、このことをもって高齢化による影響が低下しているとの見方も成り立ち得る。他方、1 日当たり医療費はどの年齢階級でも増加している結果、両者の積である 1 人当たり医療費も基本的にどの年齢階級でも増加しており、高齢層ほどその増加幅は大きい。
- **現行の公費の規律は、こうした現状も踏まえ、1 人当たり医療費等の伸びを一定程度取り込んだ緩やかなもの**となっており、1 日当たり医療費の増加の要因とされる**経済成長や医療の高度化にも配慮した妥当なもの**と言える。

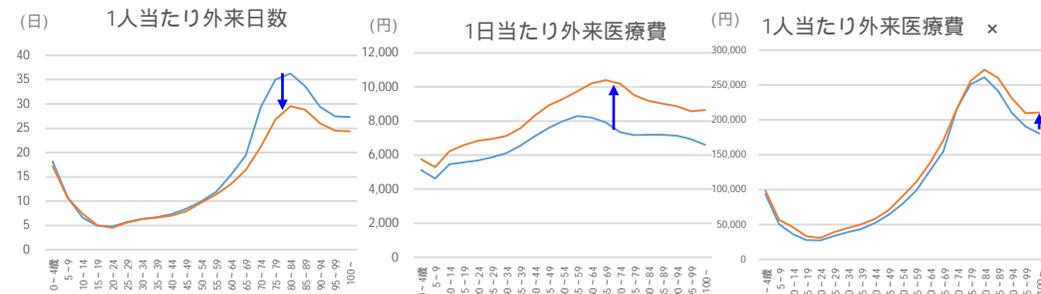
年齢階級別医療費の変化

— 2008年度 — 2018年度

入院

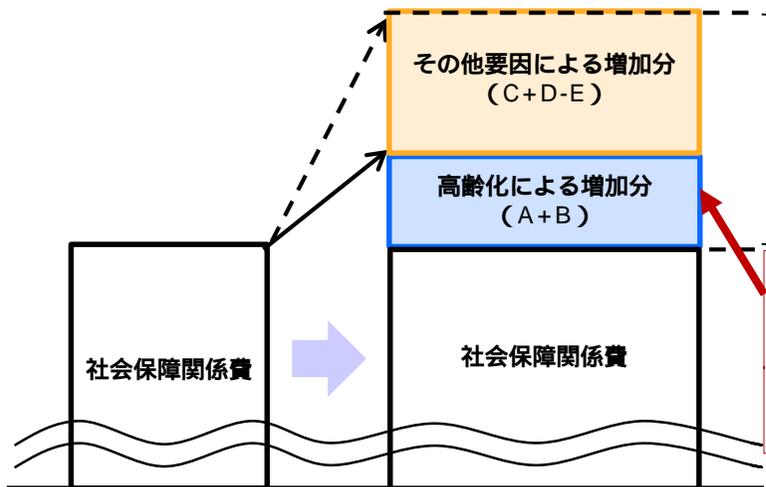


外来

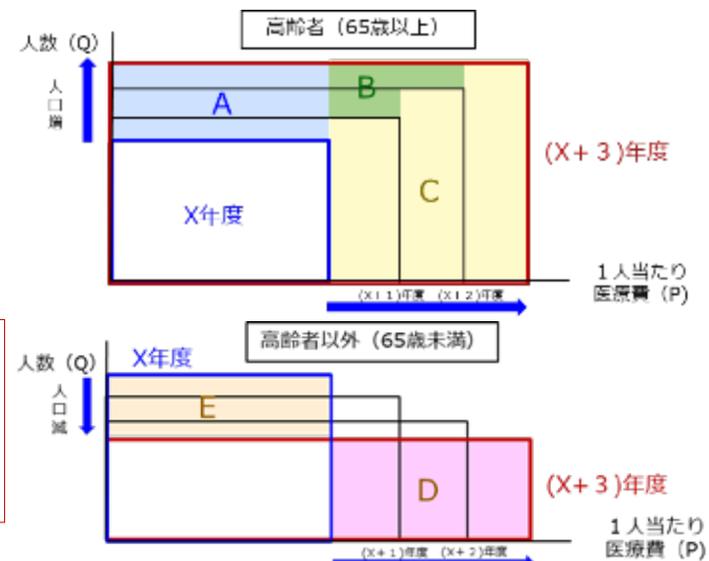


(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

社会保障関係費の伸び（イメージ）



年齢階級別 1 人当たり医療費の増加を認めない場合、許容される医療費の伸びは右図の「A - E」の部分となる。
しかし、現行の規律は、B の部分や E を超えない範囲での D の部分について、1 人当たり医療費の伸びを認めていることになる。



医療分野等における社会保障給付費の規律の必要性

- ただし、**現行の規律の調整対象は、国の負担（公費）であり、給付費そのものではない。**公費の水準と給付費の水準は連動するため、公費を抑制しようとする基本的には給付費の抑制が必要となるとは言え、給付費を直接の調整対象としていないことで、**国民が我が国の社会保障制度から得られる受益（給付）の水準を中長期的・安定的に予測することが困難**となっている。
- 給付費を直接の調整対象とすれば、保険料負担の変化がシグナルとして捉えられることを通じて、受益（給付）の水準を調整する牽制作用が働くことも期待できる。本来は、こうした作用のもとで給付の適正化を図り、そのうえで公費の抑制につなげていくことが望ましい。
- これらを踏まえれば、**保険料負担分も含めた給付費水準そのものについても調整対象とする規律となるよう、規律を強化していく必要がある。**
- ただし、国民が受益（給付）の水準を中期的・安定的に予測することを可能にする規律としようとするれば、現行の規律のように毎年度の1人当たり医療費の伸びを取り込むことは困難である。その場合、賦課方式をとる我が国の社会保障制度のもとで、生産年齢人口が急減していくことを踏まえれば、**現役世代の負担能力を重視し、給付費の伸びと経済成長率の整合性をとっていくことに一定の合理性があり、こうした考えに基づいて給付費の水準を規律付けしていく方向で議論を深めるべきである。**

【検討すべき事項】

- 給付費（保険料負担分を含む）そのものへの規律の導入
- 国民が享受する受益の水準を予測するため、また受益の水準をチェックする牽制作用を働かせるため、現行の公費（国費）の規律の継続・強化にとどまらない対応が必要。

自然体での給付費の伸び

受益と負担のバランスが取れた水準へ給付費を抑制

自然体での公費の伸び

医療給付費



歳出改革の継続・強化

【現行の規律】

- 公費（国費）の抑制が主眼（給付費（保険料負担分を含む）そのものには特段の規律を設けていない）
- 公費負担の増加の大半が特例公債によって賄われていることを踏まえれば、公費（国費）優先は適切。

FY2021 FY2022 FY2023 FY2024 FY2025 ...

医療給付費の伸び（これまでの取組）

医療給付費の伸びについて、かつて（2005（平成17）年）、経済財政諮問会議等において「（経済規模に対応した）マクロ指標による政策目標」の設定が目指された。

他方、厚生労働省は、「生活習慣病の予防の徹底」、「平均在院日数の短縮」といったミクロの施策による政策目標を主張し、これらにより、「将来における公的保険給付費の規模を現行見通しよりも低いものととめることができる」との試案を示した。

結局、同年末の「医療制度改革大綱」では、医療費適正化について「生活習慣病対策や長期入院の是正など」ミクロの施策に取り組む「個別積上げ方式」が採用され、マクロ指標については、「中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通し」を目安となる指標とし、一定期間後、実績と突き合わせ、その検証結果を施策の見直しに反映させる扱いにとどめられ、この方針に沿って医療費適正化計画も組み立てられた。

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」 2005年6月21日

社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、**医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずる**こととする。上記目標については、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取組、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容とあわせて平成17年中に結論を得る。

医療制度改革について 2005年10月4日 経済財政諮問会議 民間議員提出資料

医療給付費の対GDP比は、現状のまま推移すると、2004年度の5.2%から2025年度には8%台にまで上昇し、国民負担の大幅な増加が予想される。しかし、例えば、「高齢化修正GDP」を適用することで、対GDP比は概ね横ばい（5%台）にとどめることができる。我々は、**この程度の水準に抑えることが望ましい**と考える。

厚生労働大臣におかれては、**医療給付費の伸び率について、マクロ指標による政策目標及びこれに合わせたPDCAサイクル導入**の手順を改革試案に明記し、...提示していただくようお願いしたい。

医療制度構造改革試案 厚生労働省 2005年10月19日

制度の持続可能性を維持するため、経済指標の動向に留意しつつ、**予防を重視し、医療サービスそのものの質の向上と効率化を図る**こと等を基本とし、医療費適正化を実現し、医療費を国民が負担可能な範囲に抑える。

	2015年度	2025年度
中長期的対策	2兆円	6兆円
生活習慣病対策	0.7兆円	2.2兆円
平均在院日数の短縮	1.3兆円	3.8兆円
医療給付費対GDP比	6.0%	6.7%

2005年10月26日「社会保障の在り方に関する懇談会」に示されたデータ

医療制度改革大綱 政府・与党医療改革協議会 2005年12月1日

健康と長寿は国民誰しもの願いであり、今後は、治療重点の医療から、**疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換**を図っていく。特に、生活習慣病の予防は、国民の健康の確保の上で重要であるのみならず、治療に要する医療費の減少にも資することとなる。

医療給付費の伸びに関しては、**糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮**などの中長期の医療費適正化対策の効果を基にして、また、公的保険給付の見直し等を積み上げた効果を織り込んだ形で、経済規模と照らし合わせ、国民にとって安心できる医療の確保の観点や、国民負担の観点から評価しつつ、5年程度の**中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通し**を示す。そして、これを医療給付費の伸びの実績を検証する際の**目安となる指標**とする。

一定期間後、この目安となる指標と実績と突き合わせることで、医療費適正化方策の効果を検証し、その検証結果を将来に向けた施策の見直しに反映させる。

医療給付費の伸び（これまでの取組）

ミクロの施策の柱とされた「生活習慣病対策」について、当時の厚生労働省の試算では、2015年度には0.7兆円、2025年度には2.2兆円の医療費適正化が可能と示されていた。その後、厚生労働省のワーキンググループによるNDB（ナショナル・データベース）の分析の結果判明した1人当たりの影響額を基に社会保障制度改革推進本部（事務局 内閣官房）の専門調査会が、特定健診・保健指導の実施率向上による効果額を医療費ベースで200億円（1人当たり6,000円）と試算し、これが各都道府県の第3期医療費適正化計画に反映されている。

（注）厚生労働省の「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」では、NDBから平成20年度から平成25年度の特定健診・保健指導データを用いて364保険者の被保険者19万人程度を対象に分析。

他方、特定健診・保健指導については、毎年度多額の予算（令和4年度予算で211億円、地方費も入れた公費ベースでは370億円）が投じられている。

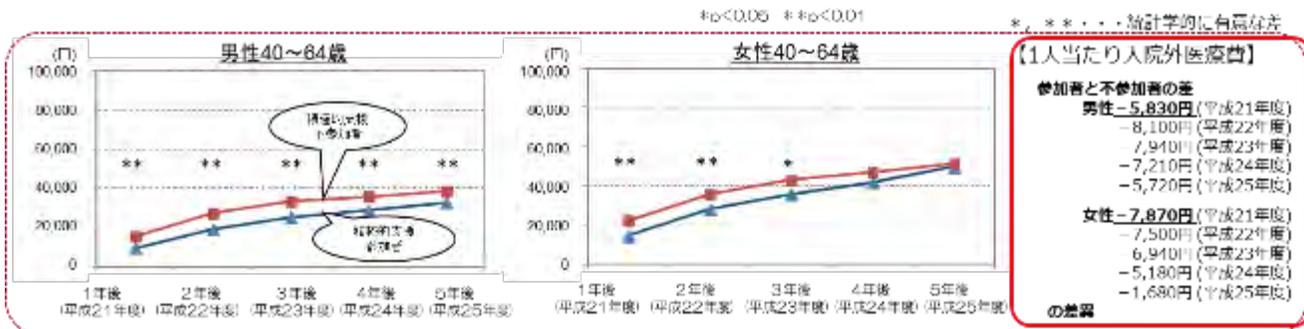
もう一つのミクロの施策の柱である「平均在院日数の短縮」について、当時の厚生労働省の試算では、2015年度には1.3兆円、2025年度には3.8兆円の医療費適正化が可能と示されていた。平均在院日数の減少は見られたものの、なお先進諸国に比して長く、また、相対的に総病床数や病床利用率は減少していないため、医療費適正化効果は限定的と考えられ、実際、入院医療費のGDP比は増嵩している。

何より、厚生労働省の試算において、2015年度6.0%、2025年度6.7%にとどまると見通されていた医療給付費/GDP比は足元7.28%（2019年度）であり、厚生労働省の2025年度見通しを既に突破している。

2005年末以降の医療費適正化の枠組みが、エビデンスに基づかない実効性を欠くものであったことが明らかになっており、15年来の医療費適正化の蹉跌からの立て直しが求められている。

特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ取りまとめ（2016年3月）

特定保健指導（積極的支援）による3疾患関連の1人当たり入院外医療費の推移



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第2次報告（2017年1月）

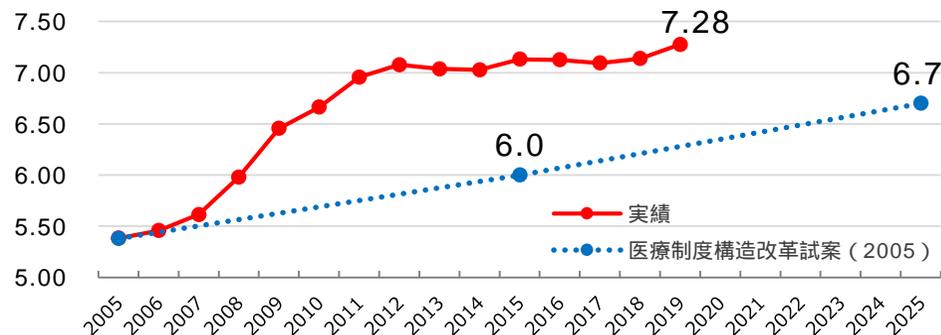
保健指導終了者の増加見込みの200万人に上記（編注 左記ワーキンググループ取りまとめ）の1人当たり影響額6,000円を乗じて、機械的に試算すると、その効果額は200億円程度と推計される。

厚生労働省試算公表時と現在の医療データ比較

	2005年	2019年
平均在院日数	35.7日	27.3日
病床数	179.8万床	162.0万床
病床利用率	84.8%	80.5%
推計1入院当たり医療費	99.3万円 (2006年)	118.6万円
入院医療費/GDP	2.4%	3.2%

（出所）厚生労働省「医療施設調査・病院報告」、厚生労働省「医療費の動向」等

医療給付費対GDP比



（出所）社会保障費用統計 国立社会保障・人口問題研究所

我が国の医療保険制度の特徴と課題

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業医制

出来高払い

患者側

患者負担が低く、コストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能

医療機関側

患者数や診療行為数が増加するほど収入増
患者と医療機関側との情報の非対称性が存在

供給サイドの増加に応じて
医療費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

高齢化の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
少子化の進展による「**支え手（現役世代）**」の減少
イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

医療給付費は、医療の提供量と価格の積で決まる。医療給付費の適正化には、以下の点が重要である。

- 医療の提供量の適正化
(効率的で質の高い医療提供体制の整備、患者負担を含めた医療技術や医薬品等に係る保険給付範囲の見直し)
- 公定価格の適正化(診療報酬改定、薬価改定)
- 自律的なガバナンスの発揮・強化(保険者機能の発揮・強化など)

3 . 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

診療報酬・薬価

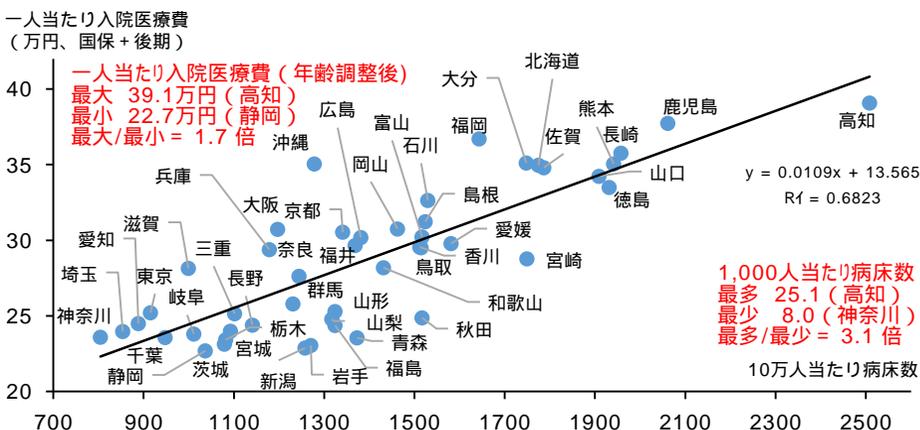
自律的なガバナンスの強化

全世代型社会保障の構築

効率的で質の高い医療提供体制の整備（総論、入院医療）

- 1人当たり医療費の地域差と相関が高いのは、医療提供体制側の供給要因である。医療費の病床数との相関は高く、医療費適正化の観点から、平均在院日数という一面でなく病床を含めた医療提供体制そのものを効率化していく視点が不可欠である。
- こうした医療提供体制の効率化と医療の質の向上とは両立可能であり、その同時達成こそが目指されなければならない。
すなわち、我が国は人口当たり病院数・病床数が諸外国に比べ多いため、病院・病床当たりの医療従事者数が手薄となるなど医療資源が散在している。そのことが病院勤務医・看護師の長時間労働をもたらすと同時に、一人ひとりの患者への十分な対応が阻まれることにより、患者がその状態に合った医療を必ずしも受けられず、「低密度医療」を招いてきた可能性がある。その結果として入院期間が長期化すれば、患者のQOL（生活の質）は低下する。
- 地域医療構想の推進は、このような医療資源の散在とそれによってもたらされている弊害を是正し、医療の質の向上をもたらすための取組であり、急性期にふさわしい医療機能を果たす医療機関に医療資源を集約化するなどにより、持続可能な医療提供体制の構築を目指すはずであった。
- この取組の状況が捗々しくなく、医療資源の散在がいまだ是正されず、病床をはじめとする医療機能の分化が進んでいない段階で新型コロナの感染拡大を迎えたことが、新型コロナへの対応の足枷となったことは否定できない。

入院医療費（年齢調整後）と病床数の関係



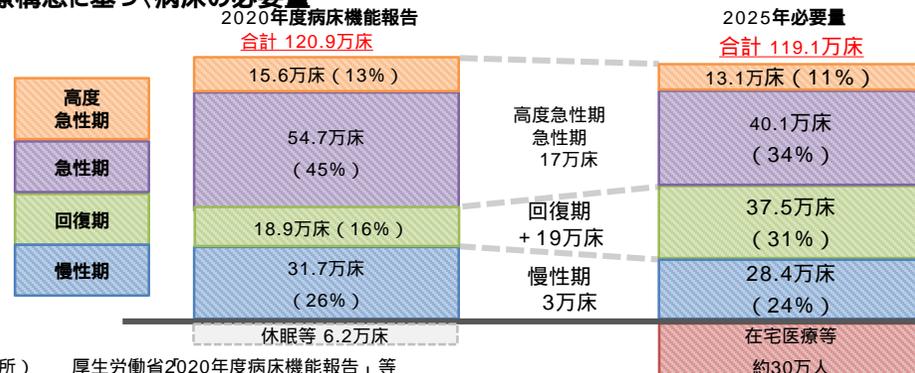
(出所) 病床数 厚生労働省「令和元年度医療施設調査」
一人当たり入院医療費 厚生労働省「令和元年度医療費の地域差分析」
各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。
高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

医療提供体制の国別比較

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人あたり 病床数 (人口百万人あたり 病院数)	人口千人あたり 臨床医師数	人口千人あたり 臨床看護職員数	1床あたり 臨床医師数 (1病院あたり 臨床医師数)	1床あたり 臨床看護職員数 (1病院あたり 臨床看護職員数)
日本	27.3 (16.0)	12.8 (65.8)	2.5	11.8	0.2 (37.7)	0.9 (177.7)
カナダ	(7.7)	2.5 (18.9)	2.7	10.0	1.1 (140.9)	3.9 (515.6)
フランス	8.8 (5.4)	5.8 (44.7)	3.1	10.8	0.5 (69.2)	1.8 (237.5)
ドイツ	8.9 (7.5)	7.9 (36.4)	4.3	13.8	0.5 (117.1)	1.7 (375.3)
イタリア	8.0 (7.0)	3.2 (17.7)	4.0	5.7	1.3 (226.9)	1.8 (327.6)
イギリス	6.9 (6.2)	2.5 (29.6)	2.8	8.1	1.1 (98.8)	3.2 (280.2)
アメリカ	6.1 (5.5)	2.8 (18.8)	2.6	11.9	0.9 (138.6)	4.2 (631.8)

(出所) 「OECD Health Statistics 2021」、「OECD.Stat」
「平均在院日数/急性期」、「人口千人あたり病床数/人口百万人あたり病院数」は2019年データ（ただし、一部は2018年データ）。このほかのデータは2018年データ。日本の急性期の平均在院日数について、厚生労働省「病床機能報告」における病院の高度急性期と急性期の許可病床の平均在院日数は11.1。
フランス、アメリカの臨床看護職員数は実際に臨床に当たる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

地域医療構想に基づく病床の必要量



(出所) 厚生労働省2020年度病床機能報告等

	年齢調整後 1人当たり医療費 【国民医療費 歳入ベース】	年齢調整後 1人当たり入院 医療費 【国民医療費 歳入ベース】	年齢調整後 1人当たり入院 医療費 【国民医療費 歳入ベース】	人口10万人 当たり 平均在院日 数(日)	人口10万人 当たり 病床数(床) 【介護療養 型病床(バ ス)】	人口10万人 当たり 病床数(床) 【介護療養 型病床(バ ス)】	人口10万人 当たり 病床数(床) 【介護療養 型病床(バ ス)】	人口10万人 当たり 病床数(床) 【介護療養 型病床(バ ス)】	75歳以上就 業率(%)	
全国平均	333,326	124,850	182,208	28	1,267	268	797	244.9	38.1	9.8
1人当たり医療費と病床数の相関係数	-	0.015	0.091	0.588	0.297	0.003	0.748	-0.714	0.001	-0.350
1人当たり年齢調整後入院医療費との相関係数	-0.915	-	0.344	-0.721	-0.829	-0.754	0.808	0.673	0.304	-0.352

(出所) 経済・財政一体改革推進委員会 評価・分析WG 厚生労働省提出資料（平成29年11月24日）

効率的で質の高い医療提供体制の整備（総論、入院医療）

- 今般の新型コロナでは、地域全体を視野に入れた適切な役割分担、医療機能の分化・強化、連携等の重要性が認識されたところであり、改めて浮彫りとなった課題にも対応できるよう、効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けた取組を引き続き着実に進めることが必要である。
- 第8次医療計画（令和6年度（2024年度）～令和11年度（2029年度））の策定作業と併せて、**今年度及び来年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う**とともに、検討状況について定期的に公表を行うこととされている。
- 今後、医療費適正化計画上も地域医療構想の推進を必須事項として位置付けることを含め、**地域医療構想の法制上の位置づけを強化**すること、地域医療構想調整会議の透明性を向上させるとともに、実効性を高めるための環境整備を行い、都道府県における地域医療構想の達成状況の「見える化」や、未達成の場合の都道府県の責務の明確化など地域医療構想のPDCA サイクルを強化すること、今般のコロナ禍の経験や今後の法改正の議論を踏まえ、平時において地域医療構想の推進に向けた**医療法上の都道府県知事の権限の強化**を図ることなどにより取組の強化が図られなければならない。

感染症の医療計画への位置づけ（2020年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会）

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加（いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に）
具体的な記載項目（イメージ）

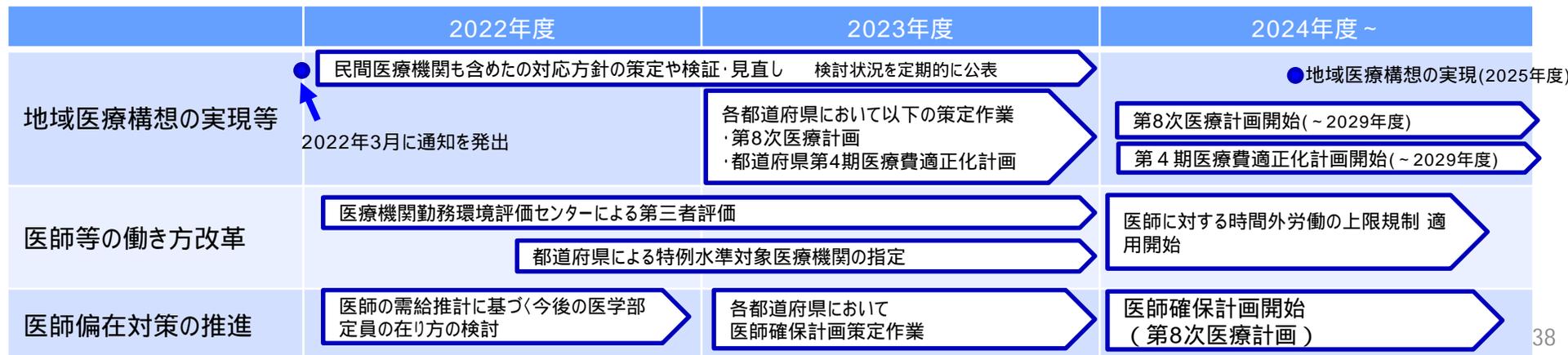
【平時からの取組】

- ・感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
- ・感染拡大時を想定した専門人材の確保等
- ・医療機関における感染防護具等の備蓄
- ・院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- ・受入候補医療機関
- ・場所・人材等の確保に向けた考え方
- ・医療機関の間での連携・役割分担
- （感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等） 等

今後の医療提供体制整備のスケジュール

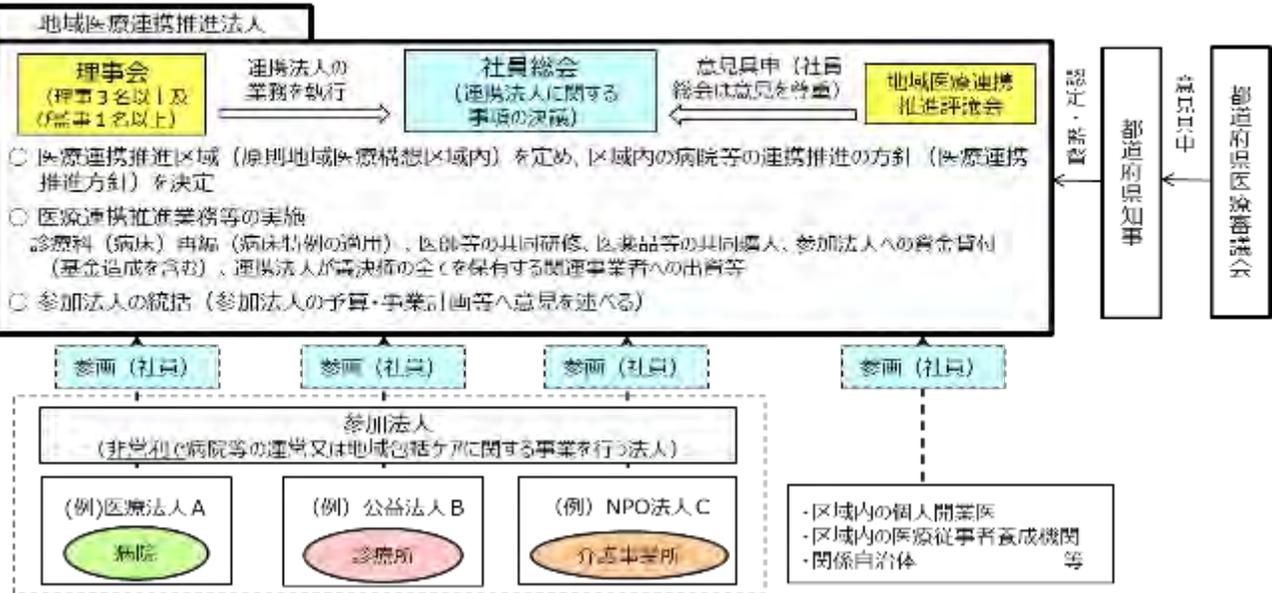


効率的で質の高い医療提供体制の整備（総論、入院医療）

- 我が国の医療提供体制において、医療資源がただ散在しているばかりでなく、適切な役割分担、医療機能の分化・連携等がこれまで十分でなかった背景には、**医療機関ごとに経営主体や規模が異なる**ことも挙げられる。
- **医療機関単位・医療行為単位・入院日数単位の評価が中心の診療報酬体系のもとで**、こうした**医療機関同士が他の医療機関との連携を欠いたまま競争**し、医療行為の積上げ、病床の稼働率の向上、在院日数の長期化に邁進するといったことでは、医療の質の向上には限界があり、新型コロナのような新興感染症への対応も覚束ない。
- 他方、「競争よりも協調」という考え方に立って医療機関相互間の機能の分担および業務の連携を推進するために創設された制度として、**地域医療連携推進法人制度が存在する**。2017年に導入され、本年1月1日現在で30法人が認定されている。
- 同制度は、参加する医療機関等に関する統一的な連携推進方針を決定し、横の連携を強化するとともに、グループの一体的運営によりヒト・モノ・カネ・情報を有効に活用することを目指しており、実際、多くの地域医療連携推進法人で、医療従事者の派遣・人事交流、共同研修、医薬品の共同購入、医療機器の共同利用が行われている。
- 地域医療構想を達成するための選択肢としても、医療費の適正化の観点から医薬品の共同購入・医療機器の共同利用を推進する観点からも、**地域医療連携推進法人制度の活用は望ましく、その普及を徹底すべきである**。
- なお、昨年12月の当審議会では、**診療報酬体系を医療機関等相互の面的・ネットワーク的な連携・協働をより重視する「横連携」型の体系へシフト**させていくことが提言されている。地域医療連携推進法人制度の普及に当たっては、そうしたシフトの一環として、患者単位でエピソードを評価し、患者の転帰に際し、地域医療連携推進法人に参加する複数の医療機関等に対し、一体として包括報酬を支払うことを含め、「競争よりも協調」の具現を後押しする手法を幅広く検討すべきである。

地域医療連携推進法人制度の概要

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保
- ・一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定



地域医療連携推進法人一覧（令和4年1月1日現在）

【北海道】南檜山メディカルネットワーク	【滋賀県】滋賀高島
上川北部医療連携推進機構	湖南メディカル・コンソーシアム
【青森県】上十三まるごとネット	【大阪府】北河内メディカルネットワーク
【山形県】日本海ヘルスケアネット	弘道会ヘルスネットワーク
【福島県】医療戦略研究所	泉州北部メディカルネットワーク
ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション	【兵庫県】はりま姫路総合医療センター整備推進機構
【茨城県】桃の花メディカルネットワーク	川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク
【栃木県】日光ヘルスケアネット	【岡山県】岡山救急メディカルネットワーク
【神奈川県】さがみメディカルパートナーズ	【島根県】江津メディカルネットワーク
横浜医療連携ネットワーク	雲南市・興出雲町地域医療ネットワーク
【岐阜県】県北西部地域医療ネット	【広島県】備北メディカルネットワーク
【千葉県】房総メディカルアライアンス	【高知県】清水令和会
【静岡県】ふじのくに社会健康医療連合	高知メディカルアライアンス
静岡東部メディカルネットワーク	【佐賀県】佐賀東部メディカルアライアンス
【愛知県】尾三会	【鹿児島県】アンマ
	計30法人

「令和4年度予算の編成等に関する建議」令和3年12月3日 財政制度等審議会

医療機関単位・医療行為単位・入院日数単位の評価が中心の診療報酬体系のままで、医療行為の回数や病床の稼働率、在院日数に医療機関の経営上の関心が向きがちとなる。このように「インプット重視」、「量重視」が助長されれば、ひいてはそれぞれの医療機関が他の医療機関との連携を欠いたまま医療行為の積み上げ、病床の稼働率の向上、在院日数の長期化に邁進するといった事態に陥りかねない。こうした意味で、現在の診療報酬体系はいわば「縦突進」型とも言うことができる。これを、「アウトカム重視」、「質重視」の患者本位かつ医療機関等相互の面的・ネットワーク的な連携・協働をより重視する「横連携」型の体系へシフトさせることは、地域完結型の医療の実現のためだけでなく、新興感染症等の感染拡大時などの有事においても、医療機関等の役割分担や連携が適切に発揮される礎となり得る。

効率的で質の高い医療提供体制の整備（外来医療）

- 入院医療のみならず外来医療においても機能分化が必要なことは論を俟たない。
- すなわち、**高齢化の進展により、複数の慢性疾患を有する高齢者が増加**する中、患者がその状態に合った医療を受けるためにも、予防や生活全般に対する視点も含め、継続的・診療科横断的に患者を診ることが重要になる。そのうえで、必要に応じて、適切な他の医療機関を紹介するなど、**かかりつけ医機能の強化が求められてきた**。
- かかりつけ医機能について、**平成25年（2013年）8月の日本医師会・四病院団体協議会合同提言で一定の機能が示され**、医療関係団体によるかかりつけ医機能を強化するための研修等も行われてきた。しかし一方で、その機能を法制上明確化し、当該機能を備えたかかりつけ医を**制度化するなどの動きは見られない**。代わりに、普及方策として、国民による上手な医療のかかり方に関する広報、好事例の横展開、全国の病院等を検索できる医療情報サイトの構築などが提唱されてきた。
- 個別の医療機関が果たしている医療機能に係る制度としては、外来機能報告制度が導入された。しかし、紹介患者への外来を基本とする「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（以下、「紹介受診重点医療機関」）を明確化する仕組みにとどまっておらず、上記の日本医師会・四病院団体協議会合同提言で示されているようなかかりつけ医機能を有する医療機関であるか否かを明確化するものではない。
- こうした状況は、**薬剤師・薬局については、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に向けて、法制上の対応が進んでいることと対照的である**。

外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書（概要から抜粋） 2020年12月11日 医療計画の見直し等に関する検討会

2. (1) かかりつけ医機能の強化

かかりつけ医機能について、日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月）、地域の実践事例等を踏まえ、予防や生活全般の視点、介護や地域との連携、休日・夜間の連携を含め、地域における役割の整理が求められている。かかりつけ医機能を発揮している事例等を調査・研究し、**かかりつけ医機能に係る好事例の横展開を図る**。

医療関係団体による研修等の内容や研修等を受けた医師の実践事例等を国民に周知し、かかりつけ医機能に係る国民の理解を深める。

医療機能情報提供制度について統一的で分かりやすい検索システムを検討するとともに、医療機能情報提供制度を周知。

(3) 外来医療のかかり方に関する国民の理解の推進

上手な外来医療のかかり方のポイント、かかりつけ医をもつことのメリット等を整理し、関係機関・団体が周知・啓発に活用できるツールを作成するとともに、展開方法を共有。国においても、医療関係団体等の協力の下、国民・患者に対して積極的に周知・啓発。

かかりつけ医機能（日本医師会・四病院団体協議会 合同提言 2013年8月8日）

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

地域連携薬局

入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局
薬機法6条の2に基づき2021年8月施行

【主な要件】

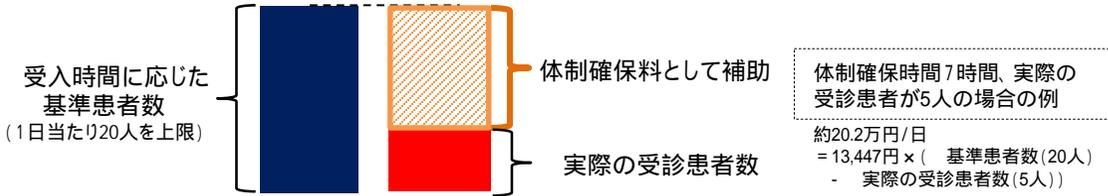
- ・関係機関との情報共有（入院時の持参薬情報の医療機関への提供、退院時カンファレンスへの参加等）
- ・夜間・休日の対応を含めた地域の調剤応需体制の構築・参画
- ・地域包括ケアに関する研修を受けた薬剤師の配置
- ・在宅医療への対応（麻薬調剤の対応等）

効率的で質の高い医療提供体制の整備（外来医療）

- このようにかかりつけ医機能の強化の取組が実体面で実効性を上げていたとは言えない状況下で、新型コロナの感染拡大を迎えた。個人防護具の確保等の課題もあったとはいえ、発熱や上気道炎などの症状を持ち新型コロナ感染の可能性のある患者に対して診察を断る医療機関も当初は少なくなかったことが指摘されている。
- 一昨年初以降の発熱患者への対応としては、インフルエンザ流行も見据え、発熱患者等の診療・検査を行う体制整備に取り組んだ。インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業（以下、「外来診療・検査体制確保事業」）で体制確保を支援しつつ、「診療・検査医療機関」（いわゆる発熱外来）を地域ごとに指定することとした。発熱等の症状が生じた患者は、まずはかかりつけ医等の地域での身近な医療機関に電話相談し、相談する医療機関に迷う場合には「受診・相談センター」に電話相談して、発熱外来の案内を受けて受診する仕組みが目指された。
- しかし、かかりつけ医等がないこと、「受診・相談センター」に連絡が繋がりにくいこと、加えて発熱外来を実施する医療機関名の公表を促すことにしていたにもかかわらず、実際には地域の医師会の合意等を得られない等で公表が進まなかったこと等から、**発熱患者等が円滑に診療を受けられない状況が生じた**。また、外来診療・検査体制確保事業の体制確保料については、実際にはインフルエンザ患者が激減する一方、発熱外来の周知も進んでいないという状況のもとで、実際に発熱患者を診察しなくても補助金の給付を受けられることとなった。
- この外来診療・検査体制確保事業は昨年3月までの仕組みであり、昨年9月下旬以降は、自治体ホームページでの公表を要件として発熱外来について診療報酬の特例評価を算定する仕組みに切り替えられたものの、東京都の場合、本年2月25日になってすべての発熱外来が公表されることとなるなど、**患者・国民目線に立った公表の取組はなかなか進まなかった**。

インフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業(2020年度)
都道府県の指定を受けた医療機関が、発熱患者等専用の診察室を設けて、発熱患者等を受け入れる体制をとった場合に、外来診療・検査体制確保に要する費用を補助する。

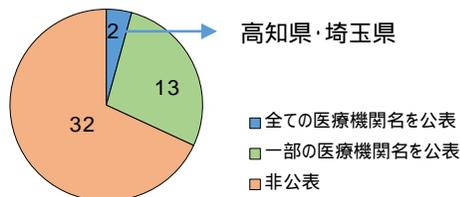
(補助基準額) 13,447円 × (受入時間に応じた基準患者数 - 実際の発熱患者等の受診患者数)



発熱外来の公表について、「地域の医師会等とも協議・合意の上」、「診療・検査医療機関（仮称）」を公表する場合は、自治体のホームページ等でその医療機関と対応可能時間等を公表する等、患者が円滑に医療機関に受診できるよう更なる方策を講じること。」とされており、公表は進まなかった

【次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について（令和2年9月4日厚生労働省事務連絡）】

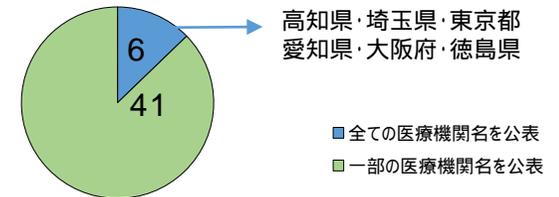
(参考)「診療・検査医療機関」の各都道府県の公表状況(2021年2月)



インフルエンザ流行期に備えた診療報酬の特例(2021年度)

疑い患者への外来診療の特例拡充
院内トリージ実施料の特例300点 **550点** (2021年9月28日～)
診療・検査医療機関に限定、自治体HPでの公表が要件

(参考)「診療・検査医療機関」の各都道府県の公表状況(2022年3月)



オミクロン株対応時の発熱外来の公表状況

公表率 診療検査医療機関数のうち都道府県のHPで公表している医療機関の割合

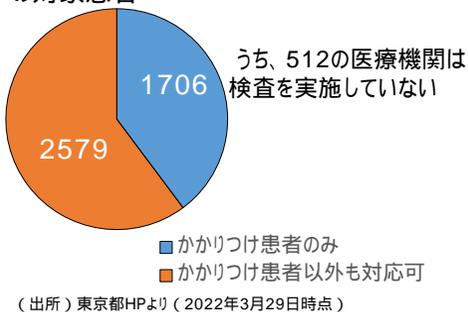
	2022年1月26日時点	2022年3月14日時点
全国	67%	81%
東京	53%	100%

東京は当初医療機関名は非公表。2021年9月から公表開始(当初の公表率は30%程度)。 41

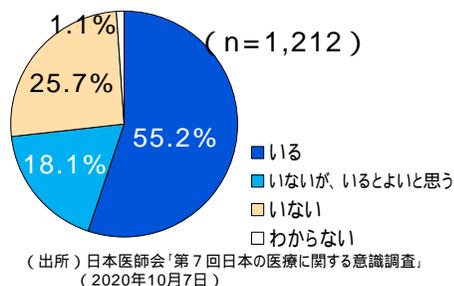
効率的で質の高い医療提供体制の整備（外来医療）

- すべての発熱外来を公表した東京都の例を見ると約4割の医療機関が「かかりつけ患者のみを対象」としている。アンケート調査では国民の半数弱がかかりつけ医がないとしている中で、医療機関側では患者の選別を行っていることになる。
- 第6波における電話・オンライン診療や訪問診療の実績を見ても地域差が大きく、十分な診療が行われていたか検証の余地があり、**世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかった可能性が高い。**
- コロナ禍の教訓を踏まえ、「いつでも、好きなところで」という意味でとらえられがちで、**受診回数や医療行為の数で評価されがちであった「量重視」のフリーアクセスを、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という「質重視」のものに切り替えていく必要がある。**
このような転換が、国民の上手な医療のかかり方に関する広報、好事例の横展開などといった通り一遍の方策では到底果たしえないことは、もはや自明である。
- **制度的対応が不可欠**であり、具体的には、地域の医師、医療機関等と協力している、休日や夜間も患者に対応できる体制を構築している、在宅医療を推進しているといった**かかりつけ医機能の要件を法制上明確化**したうえで、これらの**機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定**するなどの制度を設けること、こうしたかかりつけ医に対して**利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入**していくことを、段階を踏んで検討していくべきである。
- このような取組を伴ってはじめて、必要な機能を備えたかかりつけ医が、平時において、高齢化時代における地域包括ケア・在宅医療の担い手となる一方、こうしたかかりつけ医が「緩やかなゲートキーパー」機能を発揮することとなる。感染症有事には、かかりつけ医は、患者情報の事前管理により、PCR検査受検相談、発熱外来、オンライン診療、宿泊・自宅療養の健康観察を安全で迅速、効果的に包括的に提供し、保健所の負担を軽減することが期待される。
- 加えて、このようなかかりつけ医の普及を図るためには、外来医師偏在指標といった既存の取組を超えて、**地域における外来医療の実態が「見える化」されている必要がある。**レセプトデータ等を基にかかりつけ医機能の発揮の実態を「見える化」するとともに、入院医療における地域医療構想のように地域における外来医療のあるべき姿を示し、現状との比較を通じてそこへの収斂を促す仕組みを整えていくことが、国民の医療ニーズに即した外来医療提供体制を整備していくうえで重要である。

東京都における「診療・検査医療機関」の対象患者



かかりつけ医の有無についてのアンケート



電話等診療、訪問診療の実績

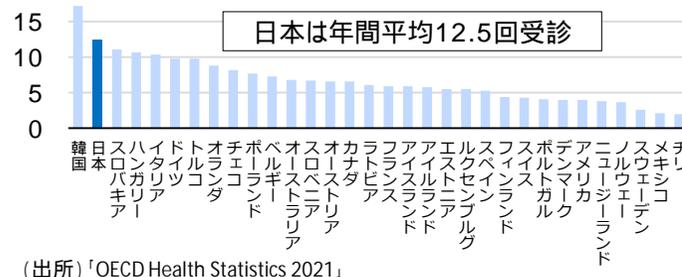
(2022年1月)

1日当たりの診療行為算定回数を、1日当たりの平均の自宅療養者、宿泊施設療養者、療養先調整中の方の総数で割ったもの。

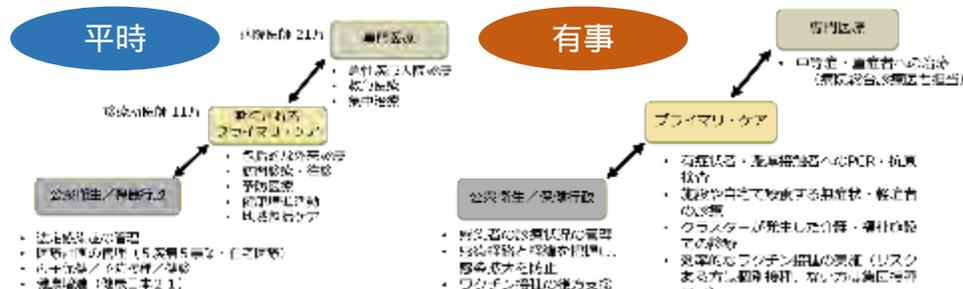
	電話・オンライン診療	訪問診療
山形県	42.1%	滋賀県 2.14%
徳島県	25.2%	徳島県 2.03%
東京都	15.2%	宮城県 1.86%
沖縄県	1.0%	山形県 0.06%
鳥取県	0.9%	青森県 0.06%
福井県	0.7%	沖縄県 0.03%

(出所) 厚生労働省公表資料より一部推計して作成

1人あたり年間外来受診回数（医科）の国際比較



プライマリアケアの役割イメージ



社会保障制度改革国民会議報告書 2013年8月6日

患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、とすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、**緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須**（以下略）

3 . 医療

総論

効率的で質の高い医療提供体制の整備

診療報酬・薬価

自律的なガバナンスの強化

全世代型社会保障の構築

令和4年度診療報酬改定

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料を修正

- **診療報酬**は、医療機関等から見れば収入であるが、国民から見れば、**将来世代への先送り分を含む税負担（公費負担）、保険料負担、窓口負担から構成**されており、受診等にかかる総料金の水準を示すものにほかならない。このため、**診療報酬改定に当たっては、国民の負担に与える影響が十分に考慮されなければならない。**
 - **令和4年度診療報酬改定**においては、看護の処遇改善と不妊治療の保険適用を実現するとともに、通院負担の軽減につながるリフィル処方箋の導入等によりメリハリある改定を行い、診療報酬（本体）の改定率を0.43%とし、**国民負担を抑制**することとなった。
- （注）その際、診療報酬（本体）のプラス改定分の財源としては主として消費税増収分が活用される一方、それ以外を前年度予算と比較すれば診療報酬（本体）部分も薬価部分もともに減額となっている。

診療報酬

+ 0.43%（国費 + 292億円）

看護職員の処遇改善（消費税増収分を活用） **+ 0.20%**

新型コロナ医療対応等を行う医療機関の看護職の給与の3%上げを実現。（9月までは1%上げを補助金で対応）

リフィル処方箋の導入 **0.10%**

医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を構築し、患者負担を軽減。

不妊治療の保険適用（消費税増収分を活用） **+ 0.20%**

保険適用により、適切な医療の評価を通じて、子供を持ちたいという方々への、不妊治療に対する安心と安全を確保。

小児の感染防止対策加算措置（医科分）の期限到来 **0.10%**

歯科・調剤分については、引き続き感染防止等の対応に充当。

その他本体改定率 **+ 0.23%**

各科改定率	医科	+ 0.26%
	歯科	+ 0.29%
	調剤	+ 0.08%

（消費税増収分の活用を除いた改定影響額 100億円程度（国費））

- リフィル処方箋の導入 100億円程度
- 一般診療等の特例的評価等 300億円程度
- その他本体改定 + 300億円程度 等

薬価等

薬価 **1.35%**（国費 1,553億円）

うち、不妊治療の保険適用（消費税増収分を活用） + 0.09%（国費 + 45億円）

材料価格 **0.02%**（国費 17億円）

制度改革事項

（効率的な医療提供体制の整備等）

新型コロナ感染拡大により明らかになった課題等に対応するため、診療報酬等に関し、良質な医療を効率的に提供する観点から、以下の改革を着実に進める（大臣合意事項）。

- 看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化
- 在院日数を含めた標準化に資するDPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進
- 医師の働き方改革に関する加算の実効性を向上させる見直し
- 外来の機能分化につながるよう、かかりつけ医機能に係る措置の実態に即した適切な見直し
- 費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制加算の見直し
- 多店舗を有する薬局等の評価の適正化
- 薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬に対する処方の適正化

過去改定率の推移

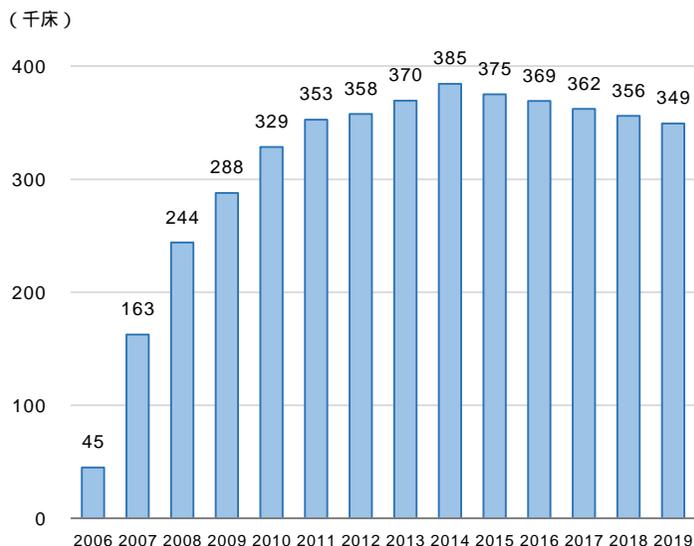
	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2020 (R2)	2022 (R4)
薬価等改定率	1.36%	1.33% 〔 1.82%〕	1.45% 〔 1.74%〕	1.00% 〔 1.01%〕	1.46% 〔 1.37%〕
診療報酬本体改定率	+ 0.1% 〔 0.15%〕 + 0.25%〕	+ 0.49%	+ 0.55%	+ 0.55% 〔 + 0.47%〕 + 0.08%〕	+ 0.43% 〔 + 0.03%〕 + 0.40%〕

消費税引き上げに伴う改定分は除く。薬価のみの改定（2019年度、2021年度）は除く。
 （注1）2016年度、2018年度及び2020年度の〔 〕書きには、市場拡大再算定及び新たに行われた制度改革の影響を含む。
 2022年度は不妊治療の保険適用分を含む。
 （注2）2014年度、2020年度、2022年度の は を除く改定分であり、 は消費税財源を活用した特例的に対応である。

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備（総論）

- 効率的で質の高い医療提供体制の整備に向けては、既に述べた地域医療構想の推進などの制度面の取組が最重要である。
- こうした手法と比べた場合、診療報酬で医療提供体制を誘導することには、慎重さが求められる。まず、一定の要件を満たせば算定を認める診療報酬の仕組みのもとでは、診療行為の算定回数を正確に見通すことも制御することも難しい側面がある。このように加減が効かない仕組みであることに加えて、診療報酬が現状では地域の実情に応じられない全国一律の体系であること、人員配置などのストラクチャー評価に重点を置いていることが、診療報酬改定による人員体制を含めた地域の医療提供体制への影響を助長し、負の影響を及ぼすことがあり得る。極力歪みをもたらさない制度設計が目指されなければならない。
- （注）診療報酬改定が医療提供体制に負の影響をもたらした実例として、平成18年度（2006年度）診療報酬改定において導入された看護配置7対1の入院基本料の設定による当該病床のいたずらな急増がある。その後累次にわたる算定要件の見直しにもかかわらず、当該病床の集約化は進まなかった。この結果、医療資源の散在が加速化し、実際には低密度で対応できる医療しか行わない、いわゆる「なんちゃって急性期病床」が急増した。
- このような認識のもと、昨年12月の当審議会の建議では、令和4年度診療報酬改定に向けて、「医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし」の考え方を示すとともに、診療報酬の体系的見直しの方向性や個別の改定項目について提言をいただいた。
- その結果、令和3年12月22日大臣合意（財務大臣・厚生労働大臣、以下「大臣合意」）においては、医療提供体制改革に資する個別の改定項目の見直しの方向性が盛り込まれ、令和4年度診療報酬改定に一定程度反映されることとなった。
- 政府支出に占める割合が高い医療費についてワイズスペンディングを徹底することは国民的な要請であり、医療政策の内容やその制度設計、診療報酬体系や個別の改定項目について財政当局や当審議会が具体的に提言していくことは当然の責務である。今後とも具体的な提言を強化し、その反映に努めるとともに、効果検証を含めたPDCAサイクルを回していかなければならない。

看護配置7対1の入院基本料の届出状況



2018年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数
（出所）令和3年8月25日 中央社会保険医療協議会

大臣合意における制度改革事項	令和4年度診療報酬改定
看護配置7対1の入院基本料を含む入院医療の評価の適正化	医療機能に応じた評価となるよう、「重症患者の評価項目」を見直し（厳格化） 重症患者に限らず使用されている心電図モニター項目の削除 等
在院日数を含めた標準化に資するDPC制度の算定方法の見直し等の更なる包括払いの推進	DPC制度について、入院初期を高い点数とする一方、それ以降の期間は低い点数とすることで、点数設定方法をメリハリ付け 1 入院当たり包括払いの仕組みである短期滞在手術等基本料の対象拡大 短期滞在手術等基本料1 15項目 38項目 短期滞在手術等基本料3 19項目 57項目
医師の働き方改革に関する加算の実効性を向上させる見直し	医師の働き方の改善目標の設定や勤務実績の報告を含む医師労働時間短縮計画の作成を要件化
外来の機能分化につながるよう、かかりつけ医機能に係る措置の実態に即した適切な見直し	かかりつけ医機能に係る加算等について、加算を算定していることの对外公表や、地域の連携体制への参加等を要件に追加 かかりつけ医機能に係る加算において、算定要件とする他の診療報酬点数の届出について、算定実績がない場合の評価の厳格化

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (リフィル処方箋の導入)

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 昨年末の大臣合意では、リフィル処方箋（反復利用できる処方箋）の導入・活用促進による医療費効率化効果を改定率換算で 0.10%（医療費470億円程度）と見込んだうえで診療報酬改定を行うこととされた。
（注）令和3年12月22日大臣合意「症状が安定している患者について、医師の処方により、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携の下、一定期間内に処方箋を反復利用できる、分割調剤とは異なる実効的な方策を導入することにより、再診の効率化につなげ、その効果について検証を行う」
- これに基づいて、令和4年度診療報酬改定において、リフィル処方箋が導入されることとなったが、**通院負担の軽減、利便性の向上といった患者のメリットが大きいのみならず、効率的で質の高い医療提供体制の整備にとっても画期的な前進である。**

リフィル処方箋の仕組み

対象患者	医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者
対象薬剤	保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬を除く薬剤
処方箋使用回数上限	3回
投薬期間	医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間
処方箋料	一定の医療機関における、30日以上長期処方の処方箋料の減額については、リフィル処方の1回当たりの期間が29日以内である場合には、総投薬期間が30日以上の場合でも適用しない。
その他留意事項	<p>保険薬局の保険薬剤師は、リフィル処方箋により調剤するに当たって、患者の服薬状況等の確認を行い、リフィル処方箋により調剤することが不適切と判断した場合には、調剤を行わず、受診勧奨を行うとともに、処方医に速やかに情報提供を行う。</p> <p>リフィル処方箋により調剤した場合は、調剤した内容、患者の服薬状況等について必要に応じ処方医へ情報提供を行う。</p> <p>保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認する。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認する。</p>

リフィル処方箋の経緯

2010年3月 厚生労働省 「チーム医療の推進に関する検討会報告書」	繰り返し使用可能な処方せん（いわゆるリフィル処方せん）の導入...等、さらなる業務範囲・役割の拡大について、検討することが望まれる。
2014年6月 「経済財政運営と改革の基本方針2014」	薬剤師が処方変更の必要がないかを直接確認した上で一定期間内の処方箋を繰り返し利用する制度（リフィル制度）等について医師法との関係に留意しつつ、検討する。
2017年6月 「経済財政運営と改革の基本方針2017」	薬剤の適正使用については、病状が安定している患者等に対し、残薬の解消などに資する、医師の指示に基づくリフィル処方の推進を検討する。
2021年5月 財政制度等審議会 「財政健全化に向けた建議」	長期処方について、依存性の強い向精神薬については抑制するなどのメリハリは付けつつ、患者の通院負担の軽減や利便性向上の観点から、病状が安定している患者等について、一定期間内の処方箋を繰り返し利用することができる制度（リフィル制度）の導入を令和4年度（2022年度）から図るべきである。
2021年6月 「経済財政運営と改革の基本方針2021」	症状が安定している患者について、医師及び薬剤師の適切な連携により、医療機関に行かずとも、一定期間内に処方箋を反復利用できる方策を検討し、患者の通院負担を軽減する。
2021年12月 財政制度等審議会 「令和4年度予算の編成等に関する建議」	患者の通院負担の軽減や利便性の向上から、コロナ禍でそのニーズも増しているなか、その仕組みを大きく変えていくことが必要であり、時機を逸することなく導入すべきである。

処方箋様式の見直し

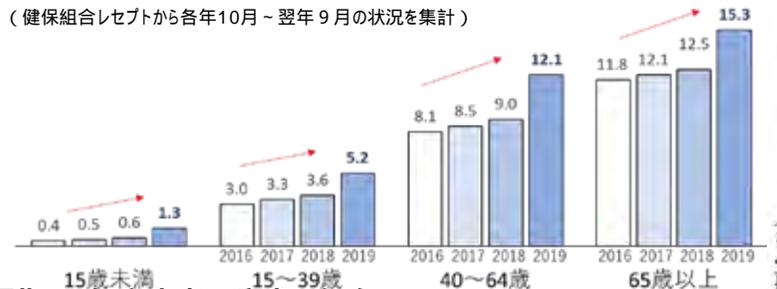
令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (リフィル処方箋の導入)

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 我が国外来医療の実態として、世界有数の受診回数一方で、**長期にわたり処方内容に変更がない処方**(「長期Do処方」)が多く行われており、薬をもらうためだけに医療機関に向き受診する、いわゆる「お薬受診」ないしそれに近い実態の受診の存在が指摘されている。
(注) Do処方の「Do」とは、繰り返しやコピーを意味する「ditto」に由来し、処方箋やカルテに記入する際に、「同じ」を意味する略語として使われる記号。
- 「長期Do処方」に代表される、診療密度が薄く頻繁な外来受診こそが、待合室の混雑、待ち時間の長さ、その割に短い診療時間といった国民が日頃体験する我が国外来医療の実態につながっており、頻回の受診による身体的・経済的負担と相俟って、**患者の通院負担を重いものとし、利便性も損なわせてきた。**
- これに対し、**リフィル処方箋の導入により**、患者は、医療機関に行かずとも、医師及び薬剤師の適切な連携のもと、一定期間内に処方箋を反復利用できるようになる。**患者の通院負担が軽減され、利便性が向上する効果は明らかであり、もとより国民の導入への期待は高いものがあった。**感染防止の観点から不要不急の通院を避けたい事情が患者側に生じている**新型コロナ禍において**、導入のニーズは高まっており、**時宜を得た導入**となった。
- リフィル処方箋の導入は、医師に時間的余裕が生まれることで**医師の業務負担軽減・働き方改革に資する**とともに、診療時間を相対的に長く確保できることで**医療の質の向上も期待**できる。このように患者がメリットを享受する一方で、処方箋料や再診料の効率化を通じて**国民負担(患者負担、保険料負担、公費負担)も軽減**されるのであれば、効率的で質の高い医療提供体制の整備の一環をなす取組として、**大いに歓迎すべきことである。**
- リフィル処方箋については、**患者・国民目線からその積極的活用が図られるべきである。**令和4年度診療報酬改定において見込まれた再診の**効率化による医療費適正化効果**を着実に達成すべきことは当然である。**患者の希望やニーズの充足を阻害する動きがないか**といった運用面を含めた**フォローアップ(注)**を徹底するとともに、**制度の普及促進に向けて周知・広報を図るべきである。**あわせて、**積極的な取組を行う保険者を各種インセンティブ措置により評価していくべきである。**
(注) 患者の症状によってではなく医療機関としてリフィル処方に対応しない方針を掲げている事例や処方箋のリフィル可欄に患者への特段の説明や患者の同意がなく打消し線が入っている事例等について、精査する必要がある。

長期Do処方患者の割合(延べ患者数ベース)

(健保組合レセプトから各年10月～翌年9月の状況を集計)

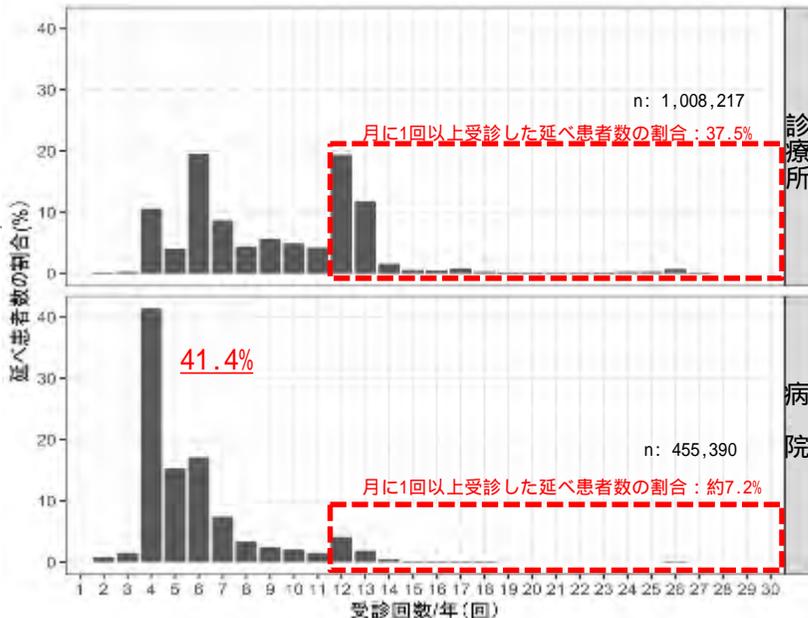


長期Do処方患者の疾患の傾向

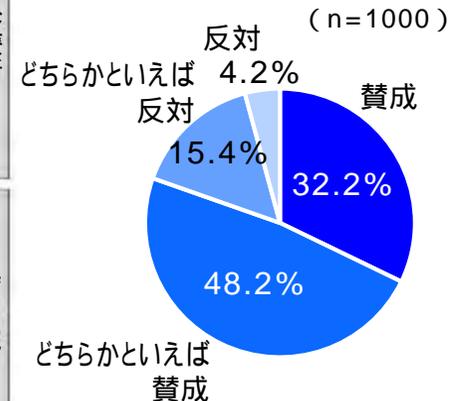
(健保組合レセプトの2016年10月～2018年9月データから分析)

順位	0～14歳	15～39歳	40～64歳	65歳以上
1	アレルギー性鼻炎	アレルギー性鼻炎	高血圧症	高血圧症
2	気管支喘息	不眠症	高脂血症	糖尿病
3	アトピー性皮膚炎	アトピー性皮膚炎	糖尿病	高脂血症
4	皮脂欠乏症	てんかん	高コレステロール血症	高コレステロール血症
5	アレルギー性結膜炎	うつ病	アレルギー性鼻炎	慢性胃炎

長期Do処方患者の年間受診回数の分布



リフィル処方せんに関するアンケート
あなたは、リフィル処方せんを導入することに対してどのように思いますか。



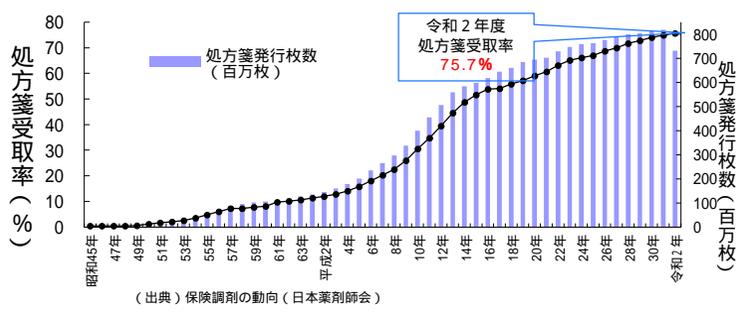
(出所) 日本医療政策機構
「2017年日本の医療に関する世論調査」

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (リフィル処方箋の導入)

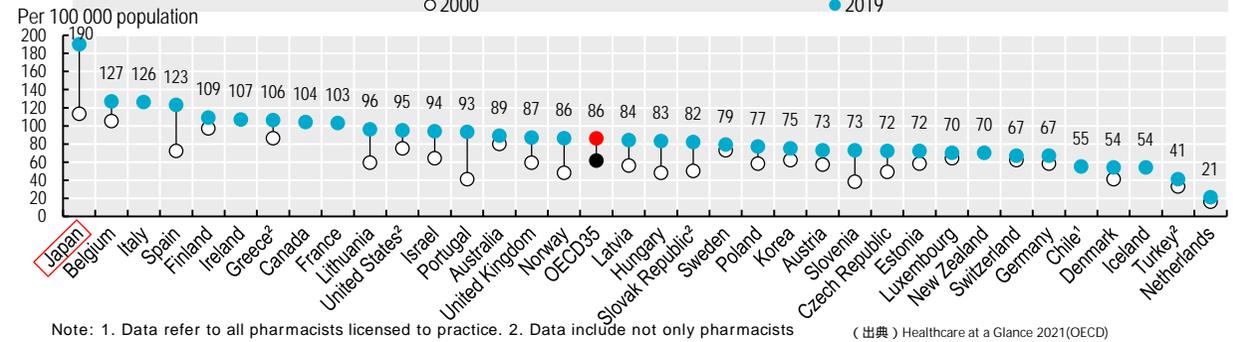
令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- これまで**医薬分業においては**、医師が患者に処方箋を交付し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門性を発揮して業務を分担・連携すること等によって、**医療の質の向上を図ることが目指されてきた。**
- 医薬分業の現状を見ると、処方箋受取率（外来患者に係る院外処方割合を示すいわゆる医薬分業率）が7割を超える中、薬局数は増加の一途を辿っており、6万施設を超えている。人口当たりの薬剤師数はOECD諸国の中で突出しており、調剤技術料は1.9兆円に達し、その伸びは新型コロナ発生以前で年率2.4%（2010～2019年）と高い。
- 他方、薬局において応需した処方箋のうち疑義照会が行われている割合が約2.8%、処方変更につながっている割合が約1.0%にとどまっている。医療機関の近隣に立地し、当該医療機関からの処方箋を応需するいわゆる門前薬局が多く、医療機関の敷地内に開設される同一敷地内薬局まで登場している。大手調剤チェーンが医療機関の門前等に進出してシェアを拡大する中、20店舗以上を運営する薬局の割合が増加し、全薬局数の約4割に上っている。受付回数が最大となる医療機関からの集中度が90%を超えている薬局が全薬局の約1/3を占めている。
- このように**特定の医療機関に依存し、立地や規模の優位性を競いつつ、調剤における薬剤の調製などの対物中心の業務を行っている薬局の有り様は**、分業が形式化していることを示しており、**医薬分業の趣旨を損ねてきた。**薬剤師や薬局が患者や住民と深く関わることなく、医師の処方内容へのチェックにおいても患者への薬学的管理・指導においても**専門性を十分に発揮することがなければ、患者や国民が医薬分業のメリットを実感しようもない。**調剤報酬による国民負担も含め、薬剤師・薬局に厳しい目が向けられることは、必然の流れと言える。

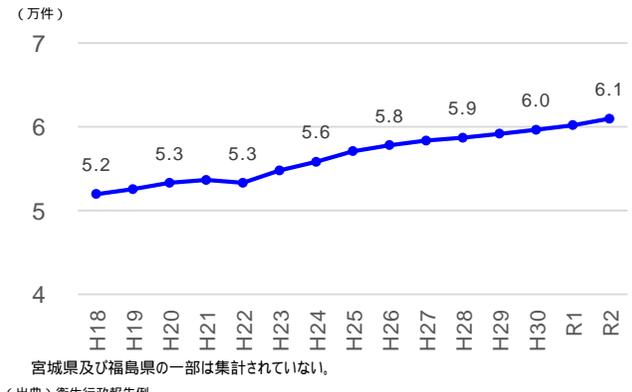
処方箋受取率の年次推移



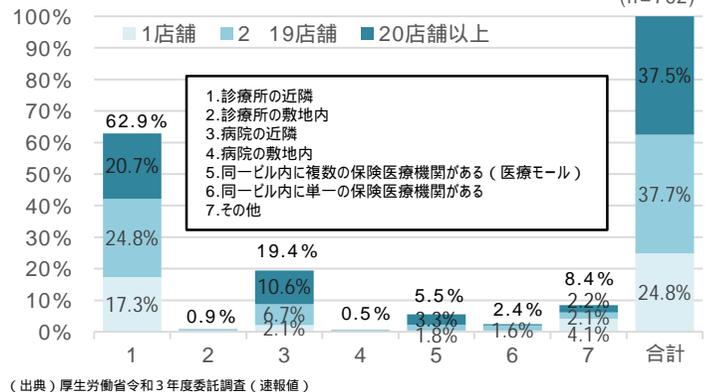
薬剤師数の国際比較（2000年及び2019年）



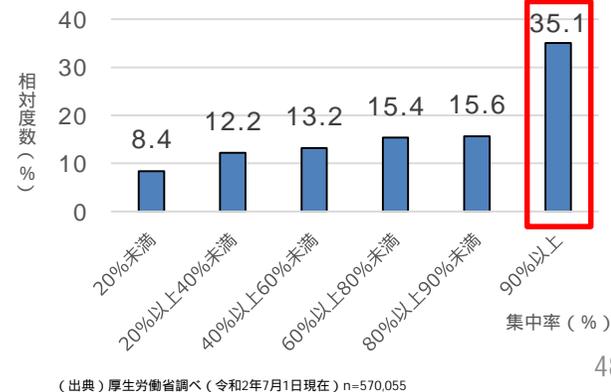
薬局数の推移



薬局の立地及び開局規模に関する現状



薬局の処方箋集中度の分布



令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (リフィル処方箋の導入)

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- このような状況のもと、厚生労働省は、2015年に「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局を推進し、薬剤師の業務を薬剤の調製などの対物業務から患者・住民との関わり度合いの高い対人業務を中心とした業務へシフトさせ、薬剤師がその専門性を発揮することを目指してきた。
- 令和4年度診療報酬改定によるリフィル処方箋の導入は、「患者のための薬局ビジョン」における「対物業務から対人業務へ」の考え方、更には併せて謳われていた「立地から機能へ」の考え方を強力に後押しするものであり、**患者本位の医薬分業が実現する転機となる**ことが期待される。
- すなわち、リフィル処方箋の導入により、症状が安定していて、必ずしも医師による診察が必要ない患者について薬剤師が服薬管理を行うことになり、医師から薬剤師へのタスクシフトや医師と薬剤師の連携・役割分担の深化が見込まれる。薬剤師が患者への薬学的管理・指導を強化することで、患者にとって不必要なDo処方を見直したり、多剤・重複投薬や残薬の解消につながったりする可能性がある。
- 加えて、リフィル処方箋を交付された患者は、医療機関を受診する必要なく薬局で薬を受け取れるようになるため、受診のついでに医療機関の近隣の薬局で薬をもらうことが減るといふ行動変容が生ずる。薬局は医療機関の近隣という立地で患者から選択される存在から脱却し、患者の服薬状況などを確認し、必要に応じて受診勧奨を行ったりするなど、薬学的管理・指導を的確に行える薬剤師の専門性や様々な患者・住民のニーズに対応できる機能を発揮することを通じて患者に選択してもらう存在として飛躍を遂げる可能性がある。

患者のための薬局ビジョン（抄）2015年10月

～立地から機能へ～

- ・ いわゆる門前薬局など立地に依存し、便利さだけで患者に選択される存在から脱却し、薬剤師としての専門性や、24時間対応・在宅対応等の様々な患者・住民のニーズに対応できる機能を発揮することを通じて患者に選択してもらえるようにする。

～対物業務から対人業務へ～

- ・ 患者に選択してもらえる薬剤師・薬局となるため、専門性やコミュニケーション能力の向上を通じ、薬剤の調製などの対物中心の業務から、患者・住民との関わり度合いの高い対人業務へとシフトを図る。

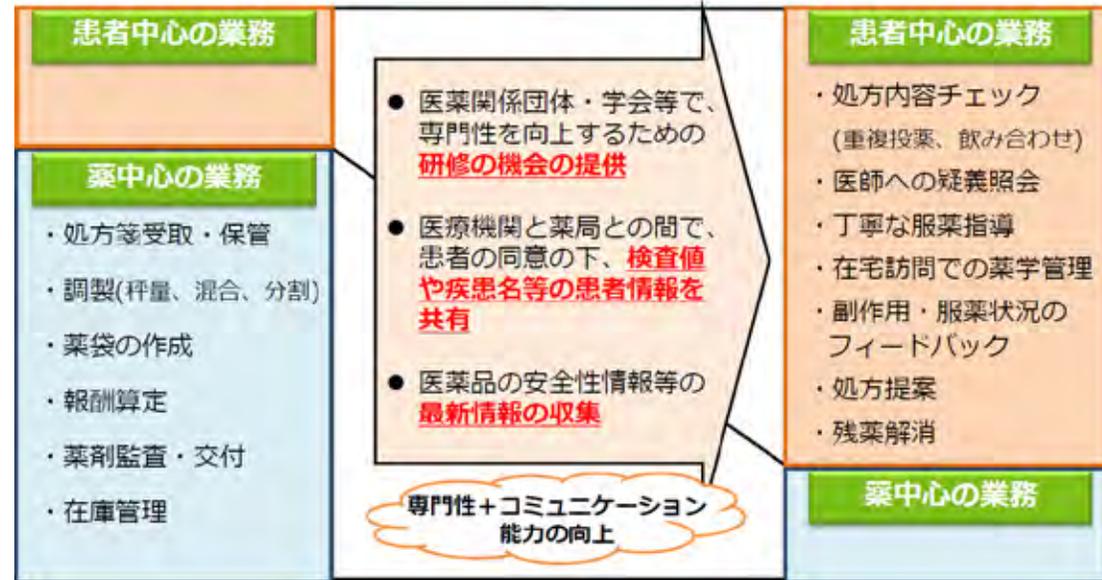
～バラバラから一つへ～

- ・ 患者・住民がかかりつけ薬剤師・薬局を選択することにより、服薬情報が一つにまとまり、飲み合わせの確認や残薬管理など安心できる薬物療法を受けることができる。

患者のための薬局ビジョンの概要

かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～



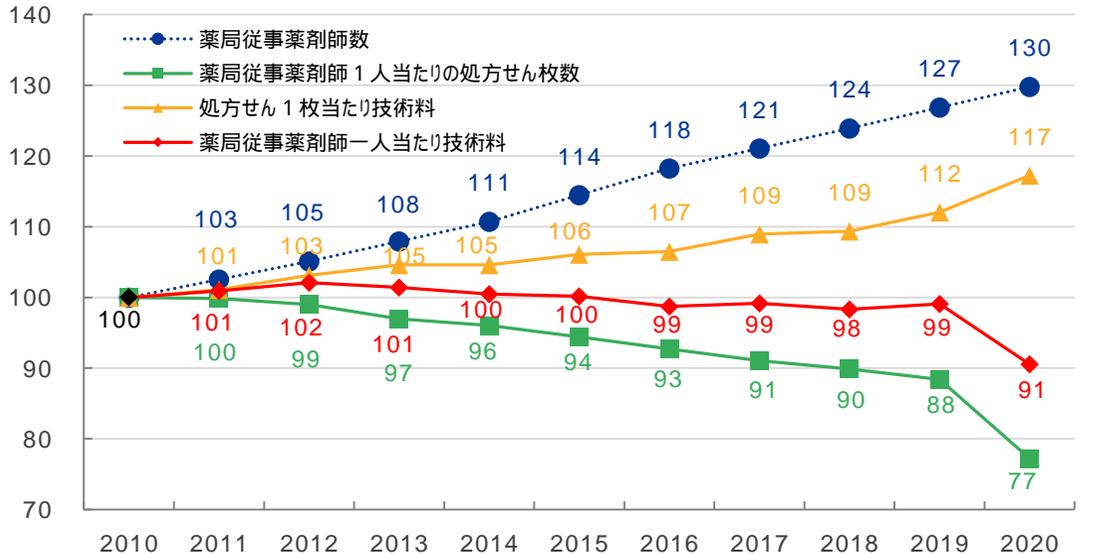
令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (調剤報酬のあり方)

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 令和4年度診療報酬改定においては、リフィル処方箋の導入にとどまらず、調剤報酬について、昨年12月の当審議会の建議やこれを踏まえた大臣合意を一定程度反映する改定が行われた。具体的には、大規模グループ薬局やいわゆる同一敷地内薬局の調剤基本料等の見直しや、後発医薬品調剤体制加算の見直しなどである。
- とはいえ、調剤報酬については、薬剤師数の増加により薬剤師1人当たりの処方せん枚数は減少しているにもかかわらず、新型コロナの影響を受ける前は、**薬剤師1人当たりの技術料が概ね維持・確保されている**構図が続いてきた。**調剤技術料に占める調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の割合も過去10年間でほとんど変化がなく、対物業務から対人業務への構造転換を図る姿勢が見えない。**
- **調剤報酬のあり方について体系的見直しが不可欠である。**
薬剤師数の増加については、将来的に薬剤師が過剰になると予想されており、**増加傾向にある薬学部・薬科大学の入学定員数の抑制も含め教育の質の向上に資する、適正な定員規模のあり方や仕組みなどを早急に検討し、対応策が実行されなければならない。**

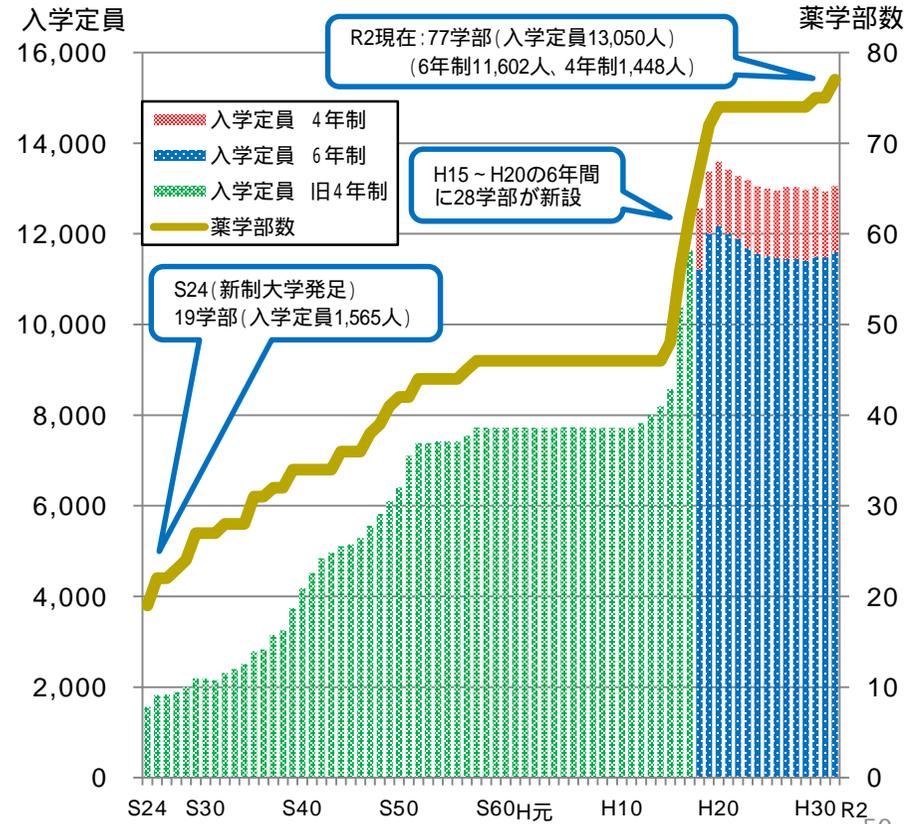
大臣合意における制度改革事項	令和4年度診療報酬
費用対効果を踏まえた後発医薬品の調剤体制加算の見直し	後発医薬品調剤体制加算の後発医薬品使用割合の厳格化
多店舗を有する薬局等の評価の適正化	多店舗を有する薬局の調剤基本料の引下げ 42点 32点 敷地内薬局の調剤基本料の引下げ 9点 7点

薬局薬剤師一人当たり技術料等の推移 (2010年 = 100)



(出所) 厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向」、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」等
(注) 薬局従事薬剤師数の奇数年度は、直近年度からの推計値。

薬学部数及び入学定員の推移



(出所) 厚生労働省「第10回薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」資料

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (外来受診時の負担)

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- **令和4年度診療報酬改定**では、「地域完結型」の医療への転換の嚆矢となる取組として、平成28年度（2016年度）診療報酬改定で導入された一定規模以上の医療機関の受診（大病院における紹介状なし患者の受診）に係る定額負担が拡大されることとなった。あわせて、**定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について一定の点数を保険給付範囲から控除する取扱いが導入された。**

（注）この定額負担は、選定療養に要する費用として徴収されており、平成14年（2002年）の健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第1項との抵触の問題を生じない。上記の初診・再診の取扱いにおいては、選定療養費の給付の際の診療報酬から定額で控除して、同額を選定療養に要する費用として徴収することが行われているが、その場合も同様である。

- こうした**定額負担を一般的な外来への受診にも拡大し、外来医療の機能分化を促していくことが重要**である。具体的には、必要な機能を備えたかかりつけ医の普及・定着の観点から、認定を受けたかかりつけ医による診療について定額の報酬も活用して評価していく一方で、登録をしておらず医療機関側に必要な情報がないにもかかわらずあえてこうしたかかりつけ医に受診する患者にはその全部又は一部について定額負担を求めることを、かかりつけ医の制度化にあわせて検討していくべきである。

（注）大病院をあえて紹介状なしで受診する患者の療養について、選定療養とされるアメニティの向上部分を見出せるのであれば、登録・情報のない患者による一定の機能を備えたかかりつけ医への受診について、より少額ではあっても、同様の性質のものを見出すことは可能と考えられる。

現行制度

[対象病院]
・特定機能病院
・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]
・初診 医科,000円、 歯科 3,000円
・再診 医科,500円、 歯科 1,500円

見直し後

[対象病院]
・特定機能病院・地域医療支援病院（一般病床200床以上に限る）
・**紹介受診重点医療機関（一般病床200床以上に限る）**
上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

[定額負担の額]
・初診 医科,000円、 歯科 5,000円
・再診 医科,000円、 歯科 1,900円

[保険給付範囲からの控除]
外来機能の明確化のため、定額負担を求める患者（あえて紹介状なしで受診する患者等）の初診・再診について、**以下の点数を保険給付範囲から控除**
・初診 医科00点、 歯科 200点
・再診 医科50点、 歯科 40点

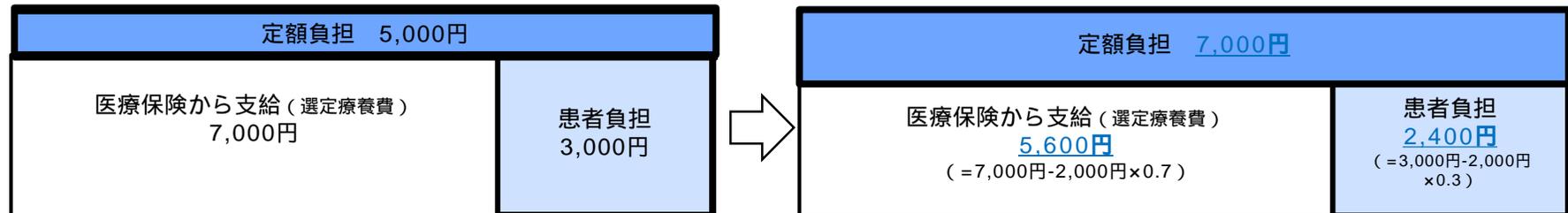
(参考)選定療養



○選定療養は被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養（健康保険法63条2項5号）をいい、被保険者が選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について選定療養費を支給することとなっている（86条1項）。
例：差額ベッドや大病院の初再診等

○選定療養費として支給する額は、原則として診療報酬点数表の例によることとされているが、個々の療養の種類ごとに、選定療養費の算定方法が規定されているものがある。
例：入院期間が180日を超えた日以後の入院にかかる療養は対象入院料の基本点数に100分の15を控除した点数としている。

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費



[施行日等] **令和4年10月1日から施行・適用。**また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

令和4年度診療報酬改定と効率的で質の高い医療提供体制の整備 (外来受診時の負担)

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- 令和4年度診療報酬改定では、オンライン診療に係る診療報酬の引上げがなされたが、なお、オンライン診療以外の初診料（288点）とは開きがある。尤も、オンライン診療については、「オンライン診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用」（以下、「システム利用料」）が「療養の給付と直接関係のないサービス等の費用」として患者から別途徴収できる取扱いとされている。
(注)「療養の給付と直接関係のないサービス等の費用」については、平成14年（2002年）の健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第1項との抵触の問題を生じない。
- このような整理が可能なのであれば、一般的な外来の受診についても、一定の事務負担など診療行為の対価性が乏しいものを「療養の給付と直接関係のないサービス等」と観念することは可能と考える。
(注) 令和4年度診療報酬改定においては、オンライン資格確認システムを通じて、患者の薬剤情報等を取得・活用して診療を行った場合の加算を新設しているが、オンライン診療においてシステム利用料が「療養の給付と直接関係のないサービス等の費用」とされる一方、オンライン資格確認システムの利用については、診療行為の対価と位置付けられていることになる。
- これまで述べてきたかかりつけ医の制度化に当たっては、一定の機能を備えたかかりつけ医以外への一般的な受診に際して生ずる本人情報の取得・確認に係る事務負担を含め、一定の事務負担の費用等について「療養の給付と直接関係のないサービス等の費用」の位置付けに見直したうえで徴収していくことも可能と考えられ、幅広く検討すべきである。
- なお、かかりつけ薬局・薬剤師以外の処方箋受付における負担の在り方についても同様に検討を深めるべきである。

オンライン診療による初診料の創設（令和4年度診療報酬改定）
「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。

(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 251点

情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(参考) オンライン診療の適切な実施に関する指針

初診については「かかりつけの医師」が行うことが原則である。ただし、医学的情報が十分に把握でき、患者の症状と合わせて医師が可能と判断した場合にも、オンライン診療を実施できる。上記以外の場合であって、初診からのオンライン診療を行おうとするときは、診療前相談を行う。

医師は、オンライン診療を行う前に、患者の心身の状態について、直接の対面診療により十分な医学的評価（診断等）を行い、その評価に基づいて、...「診療計画」を定め、2年間は保存すること。

オンライン資格確認に関する診療報酬上の評価

オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

(新) 初診料 電子的保健医療情報活用加算 7点

初診の場合であって、電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。

療養の給付と直接関係ないサービス等の費用

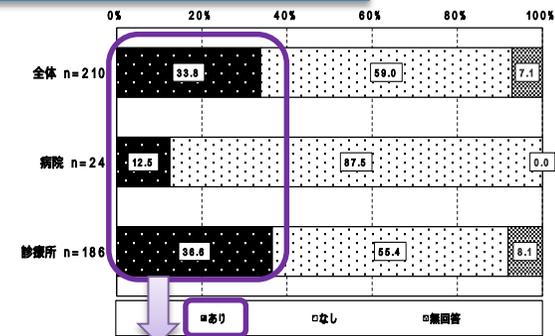
- 厚生労働省は通知(平成20年9月30日保医発第0930007号)により、
 - ・ おむつ代などの日常生活上のサービスに係る費用や
 - ・ 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用 等を「療養の給付と直接関係ないサービス等の費用」として示しており、こうした費用については、選定療養の例に依らずに、患者から費用の徴収が可能となっている。

オンライン診療で別途徴収している費用 A003オンライン診療料

- (13) 当該診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)
(令和2年3月5日保医発0305第1号)

システムの利用に係る患者からの費用徴収の有無 (システムを用いていると回答した施設のみ集計 n=210)



患者一人あたりの費用徴収額

	n数	平均値(円)	標準偏差	中央値
全体	65	787.5	814.8	550
病院	2	589.0	581.2	589
診療所	63	793.8	823.8	550

令和4年度薬価改定

- 令和4年度薬価改定においても、これまでの当審議会の建議やこれを踏まえた大臣合意を一定程度反映した改定が行われた。
- 具体的には、新薬創出・適用外薬解消等促進加算の見直し、長期収載品の薬価の適正化（Z2等の見直し）、原価計算方式における製造原価の開示度向上などである。

財政審建議指摘事項、大臣合意

薬価算定組織については 委員名簿すら公表されておらず、審議経過の公開が不十分となっている。薬価算定プロセスの透明性を向上させ、薬価算定の根拠の明確化を図るべきである。（令和2年11月建議）

新薬創出・適用外薬解消等促進加算は、...真に革新的新薬の創出を促進するにふさわしい、品目要件・企業要件を定める必要がある。企業要件については、大半の企業が9割以上の加算を受けられるという現状の仕組みの見直しが必要である。（令和3年12月建議）

長期収載品についても、長期収載品依存の構造から早期に転換する観点から、毎年薬価改定の開始を踏まえ、薬価の段階引下げを加速化するなど、薬価の引下げルールの変更の見直しを行うべきである。（令和2年11月建議）

開示度に応じた医薬品の算定薬価の厳格化といった行政改革推進会議による指摘を実現すること...を行うべきである。（令和3年12月建議）

薬剤給付の適正化の観点からの湿布薬に対する処方適正化（令和3年12月大臣合意）

令和4年度薬価制度改革等

令和2年12月の中医協総会において、薬価算定組織の委員名簿と議事録を厚生労働省のホームページで公開することとされた。委員名簿については、令和3年1月に公表され、議事録については、企業秘密に係る取扱い等の検討調整を行い、令和3年5月以降収載分の新薬等について掲載した。

新薬創出・適用外薬解消等促進加算の企業区分については、区分間の企業数バランスを考慮して、企業区分 の対象範囲を「最低点数」（令和3年度0pt）から「2pt以下」とする。

長期収載品の薬価の更なる適正化を図る観点から、特例引下げ（Z2）及び補完的引下げ（C）については、後発品への置換え率別の引下げ率を見直すこととする。

現在の加算係数の設定において必ずしも開示が進んでいないことから、開示度50%未満の場合の加算係数を現在の0.2から0に引き下げる。

湿布薬の処方枚数の上限を引下げ（70枚 63枚）

新薬創出・適用外薬解消等促進加算の企業要件の見直し

区分			
範囲	上位25%	、 以外	最低点数 2pt以下
加算係数	1.0	0.9	0.8
令和3年度企業数	21社 (24%)	60社 (67%)	8社 (9%)
令和4年度企業数	22社 (24%)	47社 (52%)	21社 (23%)

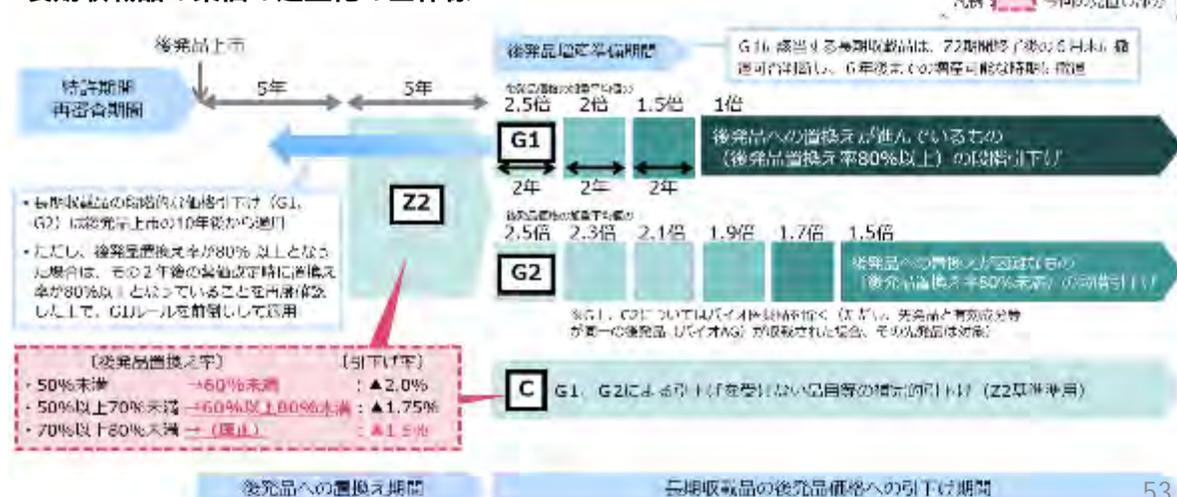
開示度に応じた薬価算定の見直し

開示度	80%以上	50~80%	50%未満
加算係数	1.0	0.6	0.2 0

$$\text{開示度} = (\text{開示が可能な薬価部分}) \div (\text{製品総原価})$$

$$\text{加算額} = (\text{価格全体}) \times (\text{加算率}) \times (\text{加算係数})$$

長期収載品の薬価の適正化の全体像



薬剤費の適正化（薬価改定と薬剤費総額）

○ 薬価等改定率は、令和4年度 1.37%となるなど、連年「マイナス」となっているが、既存医薬品の薬価は下がったとしても、薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載により、薬剤費総額は年平均伸び率2%弱と増加しており、医薬品市場は経済成長率を上回るの伸張を確保できてきた。他方で、**薬価改定が行われなかった場合の薬剤費総額の年平均の伸び率は5%程度と推計されている**。この**薬価改定による年平均伸び率2%弱への調整を「マイナス改定」と呼ぶことで、薬剤費総額や医薬品市場の規模への影響が誇張されることは適当でない**、あくまで**薬価改定を経た後の薬剤費総額の伸びが適正な水準か否か、冷静な議論が求められる**。

まして、**新型コロナ禍では**、先に述べたとおり、ワクチンを含む医薬品市場に対し、「ワクチン開発・生産体制強化戦略」に沿ったものを始め、**多額の予算が計上されていることに留意すべきである**。

○ 既存医薬品の薬価下落に伴う**薬価改定にかかわらず、薬剤費が増加する背景として新規医薬品の保険収載がある**。すなわち、新規医薬品については、年4回、薬事承認が行われたものは**事実上全て収載**されており、年度途中の保険収載により生ずる**財政影響は勘案されていない**。この結果、**事前の予算統制の埒外となり、財政の予見可能性が失われている**。

2010年（H22年）比（%）



欧州における薬剤予算制度の例

国の総予算制[Global Budget]	
GDP又はGDP成長率で設定	ギリシャ、ポルトガル、スペイン
総医療費を基準として設定	イタリア
一定の伸び率で設定	イギリス
マクロ経済基準に基づき設定	フランス
地方政府の予算制[Regional Budget]	
過去実績や人口に基づく地域ごとの割当	イタリア、スペイン
処方予算制[Prescribing Budget]	
医師に対して処方すべき予算額を割当	ドイツ

例えば基準超過分を産業に支払わせるなど、多くの国においては、払戻制（Payback System）を設けている

新規収載 (品目ベース)	112	61	88	69	124	70	108	55	96	54	63
改定率(%)	5.75		6.00		5.64 このほか消費税対応分+2.99		5.57		7.48	4.35 (10/1) このほか消費税対応分+1.95	4.38

1 2021年8月4日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料、内閣府「国民経済計算年次推計」を基に作成。

2 2010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。

3 薬価改定を行わなかった場合の薬剤費の推計は、薬剤費ベースの薬価改定率を基に算出した改定影響額なかりせばの薬剤費の推計。

薬剤費の適正化（既存医薬品の保険給付範囲の見直し）

令和4年4月13日
財政制度等審議会
提出資料

- このような状況のもと、財政影響を勘案して新規医薬品の保険収載の可否を判断することが必要であり、新規医薬品を保険収載する場合には、既存医薬品の薬価や保険給付範囲の見直しを行うことが少なくとも求められる。
- この点、**令和4年度診療報酬改定においては**、医師が医学的必要性を認めた場合を除き、外来患者に対して、保険給付の範囲内で処方できる**湿布薬の上限枚数を、1処方につき70枚までから63枚までに変更**している。このような見直しだけでも**医療費適正化効果は70億円程度と見込まれており、近年の単価で見ると高額な再生医療等製品1剤分のピーク時市場規模に匹敵**する。
- 既存医薬品の保険給付範囲を見直すことでイノベーションに資する医薬品等の登場を促す財政余地が生ずることを示唆しており、医薬品市場の中での分配をイノベーションの推進に振り向けていく**薬剤費のワイスペンディングの観点から、既存医薬品の保険給付範囲の見直しを加速化・徹底すべき**である。
- 既存医薬品の保険給付範囲を見直す際の手法として、OTC類似医薬品等の保険給付範囲からの除外、医薬品を保険収載したまま、患者負担を含めた薬剤費等に応じた保険給付範囲の縮小がある。前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が患者負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が患者負担となりかねない。このことから、仮に前者の手法をとる場合には、保険外併用療養費制度に新たな類型を設けるなどの対応が必要となる。後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定、薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方がある。諸外国の取組も参考にしつつ、これらの手法の**早期導入に向け幅広く検討**すべきである。

医薬品を保険給付対象から除外

	効果額
栄養補給目的のビタミン製剤（2012）	160億円
治療目的以外のうがい薬単体（2014）	260億円
70枚超の湿布薬（2016）	110億円
63枚超の湿布薬（2022）	70億円

各年度予算ベースの医療費における効果額。

単価が高額な医薬品の例

	薬価 (収載時)	ピーク時市場規模 (収載時予測)
ゾルゲンスマ点滴静注	約1億6,700万円	42億円
キムリア点滴静注	約3,300万円	72億円
イエスカルタ点滴静注	約3,300万円	79億円
ステミラック注	約1,500万円	37億円

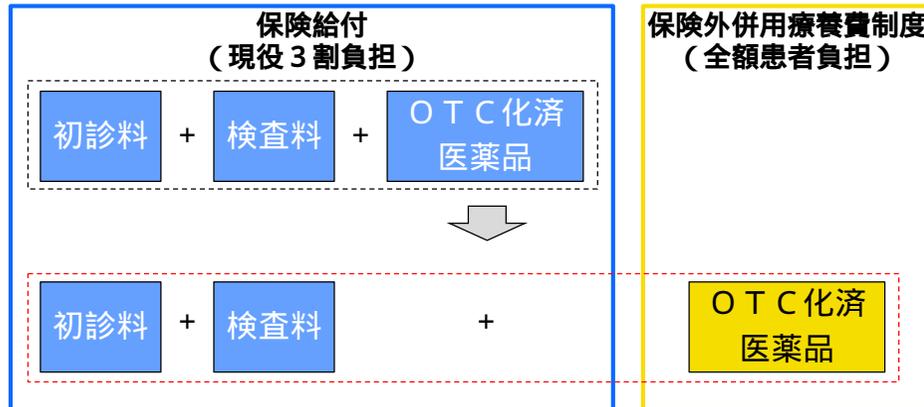
医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

抗がん剤等の代替性のない 高額医薬品		0%
国民連帯の観点から 負担を行うべき 医療上の利益を評価して分類 (医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

(参考) 保険外併用療養費制度の活用

薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のまま医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ = 12円 (令和4年4月中において適用される裁定外国為替相場)

薬剤費の適正化（高額薬剤への対応）

- 近年医薬品市場においては、単価で見ると高額であるのみならず、**市場規模で見ると大きな医薬品も上市されてきている。**
- これまでは市場拡大再算定、費用対効果評価や最適使用推進ガイドラインで対応してきたが、今後対応困難な薬剤が上市されることも考えられる。
- こうした場合に備えて、**市場拡大再算定を始めとする現行の薬価改定ルールの徹底や強化は避けられない。**
- （注）令和4年度薬価改定においては、今後、年間1,500億円の市場規模を超えると見込まれる品目が承認された場合には、通常の薬価算定の手続に先立ち、直ちに中医協総会に報告し、当該品目の承認内容や試験成績などに留意しつつ、薬価算定方法の議論を行うこととするとしている。
- 現在、革新的な作用機序を有する医薬品に対し、患者や医療機関等の要件を設定する最適使用推進ガイドラインを導入している。今後、医療費適正化の観点から、より幅広い医薬品について、休薬を含めた投与量の調整方法等についてもガイドラインが策定されるべきである。このためには、国が研究・調査を推進することも必要である。

市場拡大再算定		基準額	予想販売額比	薬価引下げ率	
				原価計算方式	類似薬効比較方式
薬価改定時の再算定	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る	100億円超	10倍以上	10～25%	-
		150億円超	2倍以上	10～25%	10～15%
薬価改定時以外の再算定（四半期再算定）	効能追加等がなされた品目については、市場規模350億円超のものに限り、新薬収載の機会（年4回）を活用し、上記の算式に従い薬価改定を行う	350億円超	2倍以上	10～25%	10～15%
市場拡大再算定の特例（改定時・四半期）	年間販売額が極めて大きい品目の取扱いに係る特例	1000～1500億円	1.5倍以上	10～25%	
		1500億円超	1.3倍以上	10～50%	

市場拡大再算定の特例の対象品目（2018年4月以降）

ネキシウム（抗潰瘍薬）
マヴィレット（C型肝炎薬）
キイトルーダ（がん免疫療法薬）
リクシアナ（抗凝固薬）

四半期の市場拡大再算定の対象品目（2018年4月以降）

タグリッソ（抗がん剤）
ピンダケル（TTR型アミドローシス薬）
テセントリク（がん免疫療法薬）
オフエブ（肺線維症薬）

肺がん治療において、薬剤を減量して少ない副作用で同等の効果が得られた例

JAMA Oncology | Original Investigation

Low-Dose Erlotinib Treatment in Elderly or Frail Patients With EGFR Mutation-Positive Non-Small Cell Lung Cancer: A Multicenter Phase 2 Trial

EGFR遺伝子変異による肺がん治療について、高齢者に対して薬剤用量を減らし、少ない副作用で同等の効果が得られたとする研究。
The Journal of American Medical Association (JAMA) Oncology 掲載。
仮にこの論文を踏まえて治療を行った場合
・標準量150mg（1日11,000円） 50mg（1日4,000円）
・高い病状制御（90%）、少ない有害事象（薬剤性肺炎が5% 0%）

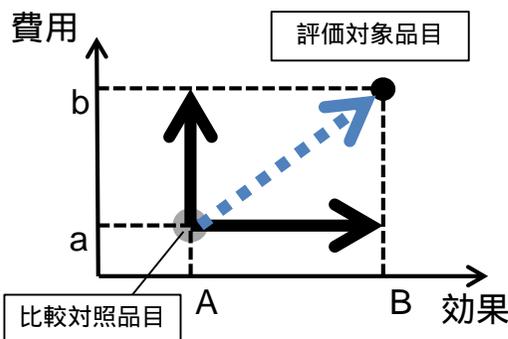
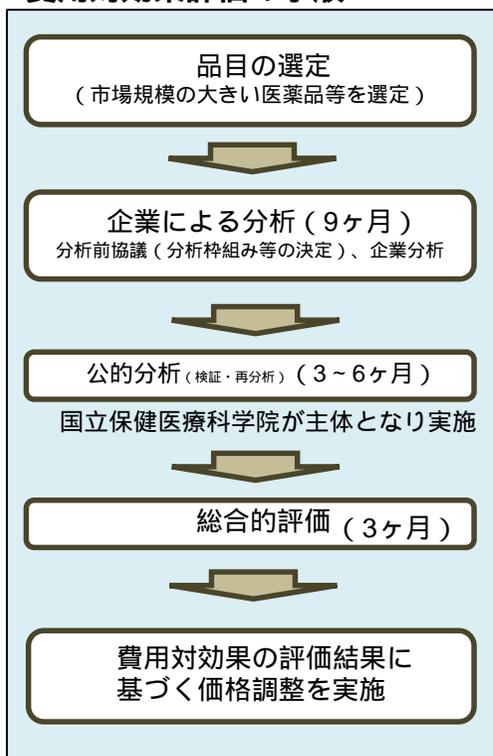
薬剤費の適正化（費用対効果評価制度）

- 費用対効果評価制度については、2019年4月から運用を開始し、2021年3月に初めて2品目についての費用対効果評価が示された。今回の経験を踏まえ、より迅速・効率的に評価を行う手法について検討する必要がある。
- また、評価の対象とする品目について、市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品等とすることにされているが、**長期収載品も含めて広く分析の対象とする基準を設けるべきである。**
(注) 2019年3月以前に保険適用された品目については年間販売額1,000億円以上などが要件とされており、現在対象品目とされているものがない。
- 評価結果については、保険償還の可否の判断に用いるのではなく、一旦保険収載したうえで価格調整に用いることとされている。しかし、評価結果を適切に反映する観点から、**価格調整を行う対象範囲**について営業利益や加算部分に限定せずに**広げること**、費用対効果が低く他の医薬品で代替可能な場合には保険収載の対象から外すなど**保険償還の可否の判断にも用いること**、費用対効果に基づいて**医薬品使用の優先順位を定める仕組みを設けることを検討すべきである。**

費用対効果の評価が示された最初の薬剤

品目名	総会での指定日	調整前価格	調整後価格	適用日
テルリジー100エリプタ	2019/5/15	4,183.50円 (14吸入1キット) 8,853.80円 (30吸入1キット)	4,160.80円 (14吸入1キット) 8,805.10円 (30吸入1キット)	2021/7/1
キムリア	2019/5/15	34,113,655円	32,647,761円	2021/7/1

費用対効果評価の手順

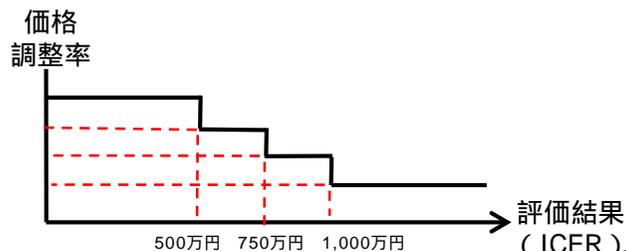


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a}{B-A}$$

(費用がどのくらい増加するか) / (効果がどのくらい増加するか)

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。



評価結果に応じて対象品目の価格を調整
 ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
 ・医療費の減少につながる品目等は価格を据置き又は引上げ

(原価計算方式の場合)
 価格調整は有用性系加算部分 + 営業利益の範囲 (開示度低い場合)

製品総原価	営業利益 ₁	加算部分 ₂
流通経費		
消費税		

1開示度が高い場合には営業利益は対象外
 2加算がない場合には、調整対象とはならない

価格調整対象

(注) カッコ内の期間は、標準的な期間

薬剤費の適正化（新規医薬品の薬価算定の透明化・厳格化）

- 新規医薬品の薬価算定については、真にイノベーションの推進に資するものとなっているか不断の検証が必要である。薬価算定組織の議事録の公開や原価計算方式における製造原価の開示度向上などの取組が進んでいるが、更なる見直しを進めていかなばならない。
- 具体的には、**新規性に乏しい新薬**について**類似薬効比較方式**を採用する時の**薬価算定の厳格化**、**原価計算方式の更なる適正化**、**補正加算の在り方の見直し**を行うべきである。
- 新規性に乏しい新薬である**類似薬効比較方式**（ ）については、後発品上市後に改めて高値の新薬が収載されることは適切ではなく、「類似薬の薬価」と比較して薬価を定める際に、**類似薬に後発品が上市されている場合はその価格を勘案して定めること**とすべきである。
- **原価計算方式における営業利益**については、製造業平均の営業利益が3%台（法人企業統計）にとどまる中、上場製薬企業の平成29年～令和元年（2017年～2019年）の平均営業利益率である15.5%と**高い水準を上乗せする仕組みとなっている**。当該営業利益には過去の補正加算により引き上げられた利益も含まれていることを踏まえると、**重畳的な加算になっているとも言え**、薬価に反映する営業利益の水準について**適正化**すべきである。**補正加算**について、そもそも新規性が認められる医薬品である以上は満たしているべきと考えられる要件について、要件を充足すれば加算が認められる仕組みになっている。このことを踏まえ、有用性加算（ ）における「製剤における工夫」などによる加算を除外するなど**要件の重点化**を行うべきである。同時に、類似薬がない場合の**原価計算方式において、新規性が認められる要件を充足しない場合は減算**するなどの仕組みを導入すべきである。

類似薬効比較方式 の説明（薬価算定の基準について令和3年2月10日中医協）

第1章 定義 21 類似薬効比較方式（ ）

類似薬効比較方式（ ）とは、**新規性に乏しい新薬**の主たる効能及び効果に係る薬理作用類似薬を比較薬とし、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に規定する額を新薬の薬価とする算定方式をいう。薬理作用類似薬からは後発医薬品は除かれる。

類似薬効比較方式 の適用例

（プロトンポンプ阻害薬の主な医薬品）

1992年収載 A錠 90.8円

1997年収載 B錠 72.7円

↓ 後発品が収載

2009年収載 C錠 40.2円等
（A錠の後発品）

2010年収載 D錠 39.8円
E錠 26.8円等
（B錠の後発品）

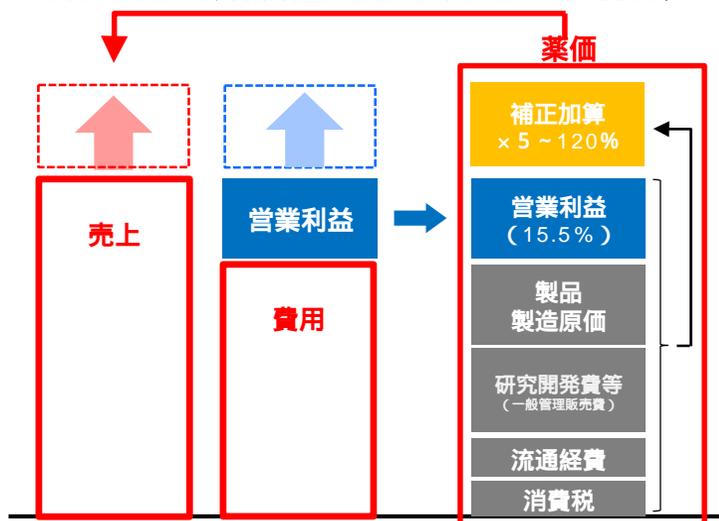
↓ 後発品のない先発品として
類似薬効比較方式 で収載

2011年収載 F錠 108.9円
（B錠を類似薬とする新薬）

2015年収載 G錠 187.5円

原価計算方式における営業利益と補正加算の関係

薬価算定時には、過去の平均的な営業利益による上乗せに加え、5～120%の範囲で補正加算がなされる。概念上、加算された薬価による売上は上昇し、営業利益が過去の水準より上昇することとなる。



新規医薬品の補正加算の内容

画期性加算（70～120%）

次の要件を**全て満たす**新規収載品

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。

有用性加算（ ）（35～60%）

画期性加算の**3要件のうち2つの要件を満たす**新規収載品

有用性加算（ ）（5～30%）

次の**いずれかの要件を満たす**新規収載品

- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- ロ 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
- ニ **製剤における工夫**により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

- a 投与時の侵襲性が著しく軽減される
- b 投与の簡便性が著しく向上する
- c 特に安定した血中薬物濃度が得られる
- d 上記のほか、特に高い医療上の有用性があると薬価算定組織が認めるそれぞれ5%の加算

薬剤費の適正化（既収載医薬品の薬価改定（毎年薬価改定）の徹底と調整幅）

令和4年4月13日
財政制度等審議会提出資料

- 医薬品の取引価格（市場実勢価格）が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が据え置かれれば、患者負担、保険料負担、公費負担がいたずらに高止まりする。**市場実勢価格を適時に公定薬価に反映することが国民負担の抑制の観点から極めて重要**であり、これまで2年に1度とされていた薬価改定について、**令和3年度（2021年度）から毎年薬価改定**が実現することとなった。
- こうした取組は医薬品市場の中での分配をイノベーションの推進に振り向けていく**薬剤費のワイスペンディングの観点からも不可欠**である。他方、**令和3年度薬価改定においては**、「価格乖離の大きな品目について薬価改定を行う」との従来の薬価制度の抜本改革に向けた基本方針を踏まえ、平均乖離率8%の0.625倍（乖離率5%）を超える、**価格乖離の大きな品目に限定して対象**とすることとされた。
結果として、改定対象品目数が約7割にとどまり、それまでの改定より狭くなった。また、既収載品目の算定ルールのうち、実勢価改定と連動しその影響を補正するのみを適用し、「長期収載品の薬価改定」や「新薬創出等加算の累積額の控除」等が適用されなかったことから、毎年薬価改定が完全実施されたとは言いえない。
これらの点を見直し、**完全実施を早期に実現すべき**である。
- 市場実勢価格の加重平均値に対して上乘せを行っている**調整幅のあり方**については、令和4年度診療報酬改定における大臣合意において、**引き続き検討**することとされた。「医療機関の平均的な購入価格の保障」という考え方や、「流通安定のため」の調整比率という制度趣旨以上の説明がなされないまま、価格の高低を問わず全医薬品について一律に2%という水準が約20年間固定されている。水準の合理的な根拠の説明もないままに、薬価改定の効果を目減りさせ、保険料負担・患者負担・公費負担を嵩上げしていることは、大きな問題と言わざるを得ない。可及的速やかに、**廃止を含めて制度のあり方を見直し、少なくとも段階的縮小を実現すべき**である。

薬価調査の結果



調整幅の経緯

【平成4年度改定～平成12年度改定以前】
 大多数の医療機関等において改定前どおり薬剤購入したとしても、取引価格差による経済的損失を生じさせない「実費保障」という考え方の下、市場実勢価格の加重平均値に一定の合理的価格幅（R幅）を加算
【平成12年度改定～】
 「医療機関の平均的な購入価格の保障」という新たな考え方に基づき、R幅に代わる一定幅として「薬剤流通の安定のため」の調整幅（2%）を設定

改定年度	改定方式等
平成4年度	加重平均値一定価格幅方式（R幅方式）（R幅15%）
6年度	R幅方式（R幅13%）
8年度	R幅方式（R幅11%）
9年度	R幅方式（R幅10%） 長期収載品はR幅8%
10年度	R幅方式（R幅5%） 長期収載品はR幅2%
12年度～	加重平均値調整幅方式（調整幅2%）

「毎年薬価改定の実現について」

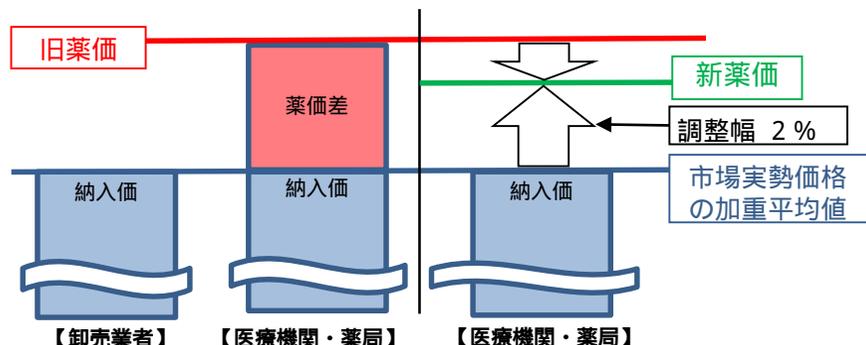
内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意（令和2年12月17日）

毎年薬価改定の初年度である令和3年度薬価改定について、令和2年薬価調査に基づき、以下のとおり実施する。

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点からできる限り広くすることが適当である状況のもと、**平均乖離率8%の0.5倍～0.75倍の間である0.625倍（乖離率5%）を超える、価格乖離の大きな品目を対象とする。**

また、「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日）に基づき、新型コロナウイルス感染症による影響を勘案し、令和2年薬価調査の平均乖離率が、同じく改定半年後に実施した平成30年薬価調査の平均乖離率を0.8%上回ったことを考慮し、これを「新型コロナウイルス感染症による影響」と見なした上で、「**新型コロナウイルス感染症特例**」として薬価の削減幅を0.8%分緩和する。

薬価改定における調整幅の仕組み



(参考) 毎年薬価調査・毎年薬価改定に関する政府方針

「経済財政運営と改革の基本方針2014」(2014年6月)

薬価調査、更には薬価改定が2年に1度となっている現状の下では、医薬品の取引価格が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が一定期間据え置かれているため、患者負担、保険料負担、公費負担に影響を与えている。

このような現状を踏まえ、調査・改定に係るコストにも適切に配慮しつつ、他の統計に与えている影響や市場価格形成の状況を勘案して、市場実勢価格を適正に反映できるよう、薬価調査・薬価改定の在り方について、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、その頻度を含めて検討する。

「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」

(2016年12月、内閣官房長官、内閣府特命担当大臣(経済財政政策)、財務大臣及び厚生労働大臣 合意)

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。

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。

「薬価制度の抜本改革について 骨子」(2017年12月、中央社会保険医療協議会)

2. 毎年薬価調査、毎年薬価改定

対象品目の範囲については、平成33年度(2021年度)に向けて、安定的な医薬品流通が確保されるよう、国が主導し、単品単価契約、早期妥結、一次売差マイナスの是正等を積極的に推進し、流通改善に取り組むことにより、薬価調査が適切に実施される環境整備を図りつつ、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当である。

「経済財政運営と改革の基本方針2018」(2018年6月)

毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。

「経済財政運営と改革の基本方針2020」(2020年7月)

本年の薬価調査を踏まえて行う2021年度の薬価改定については、骨太方針2018等の内容に新型コロナウイルス感染症による影響も勘案して、十分に検討し、決定する。

薬剤費の適正化（薬剤費総額に係るマクロ経済スライド制度の検討）

- 薬剤費総額については、既に述べたとおり、薬価改定が行われなかった場合の年平均5%程度の伸び率を薬価改定により年平均伸び率2%弱まで調整しており、**薬剤費の適正化**は一定の成果を挙げていると見ることもできる。
- しかし、あくまで**事後的なものに過ぎない**。事前の財政規律が設けられておらず、新規医薬品の保険収載などが事前の予算統制の埒外となっていることは、財政の予見可能性が乏しいと言わざるを得ない。
- 他方、真にイノベティブな新薬等についてまで薬価改定が行われることについては、改定ルールの頻繁な変更と相俟って、イノベーションを阻害するとの指摘がある。
- そこで、**真にイノベティブな新薬等については薬価を一定期間維持することとしつつ、事前の財政規律として薬剤給付費の伸び率が経済成長率と乖離しないといった薬剤費総額に係るルールを設け**、その実効性を担保するために**他の医薬品薬価改定率を調整するマクロ経済スライド制度を導入すべき**との考え方が生まれる。
賦課方式をとる我が国の社会保険制度のもとで、生産年齢人口が急減していくことを踏まえれば、現役世代の負担能力を重視し、**給付費の伸びと経済成長率の整合性**をとっていくことには**一定の合理性**がある。
(注) 薬価改定率の調整に当たっては、現行の調整幅の水準を調整していくことが考えられる。
- このようにして安定的に保証された医薬品市場の伸びの中でこそ、いかに薬剤費をイノベーションの推進に振り向けていくかという観点から、薬価算定方式の透明性・予見可能性の向上を図っていくことなどに傾注していくことが可能となる。
- 以上の提案の成否は、
一定期間価格維持を図っていくべき医薬品とそれ以外の医薬品の線引きをどうするか、前者について真にイノベティブな医薬品等に限定できるか、規律のメルクマールとする経済成長率を実績と乖離しない堅実なものとするか
などによっても大きく左右される。
- いずれにせよ、こうした薬剤費総額に係る**事前の財政規律の導入とその実効性を担保する具体的な仕組みづくりが実現しない場合には、市場拡大再算定を始めとする現行の薬価改定ルールに基づく適正化の徹底**を図っていくより他はない。
- 既に民間団体から具体的な提案もなされており、関係者において**建設的な議論が進展することを期待**したい。

新時代戦略研究所 (INES)「中長期的な経済成長の水準と連動した薬剤費総枠マネジメントとイノベティブな医薬品の適正評価を両立させた薬価制度改革案」(2021年5月)

