

# その他改革工程表関係

## 【論点】

○ 26年度診療報酬改定で創設された地域包括診療料の算定は広がらず、また、病院への紹介状なしの外来受診が依然として多いなど、「かかりつけ医」の普及や外来の機能分化は十分に進展していない。

○ 現在、一定規模以上の病院について、紹介状がない場合の外来受診時定額負担があるが、選定療養の仕組みであるため、

- ① 診療報酬への上乗せの収入となるものであり、機能分化へのインセンティブとして不十分
- ② 保険財政に寄与しない

という問題がある。したがって、まずはこうした仕組みを見直す必要。その上で、現在限定されている対象範囲の拡大を検討していく必要がある。

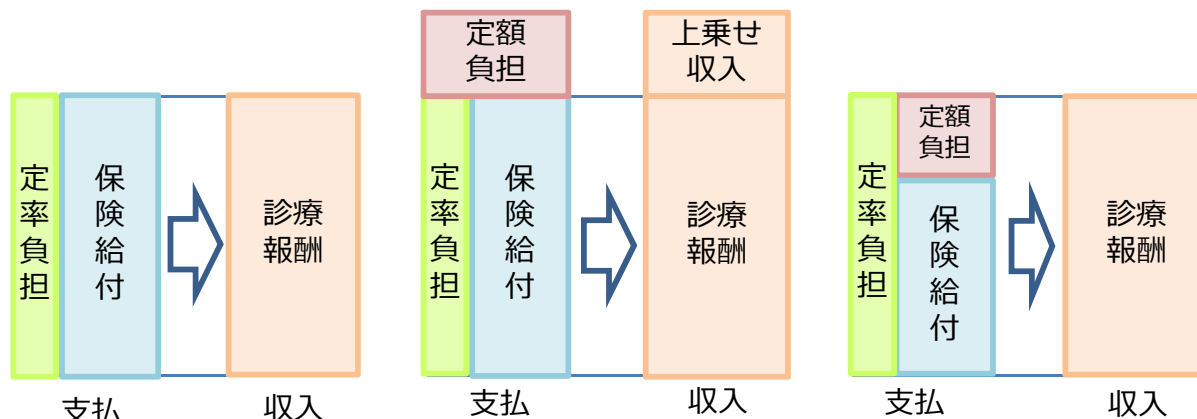
○ また、かかりつけ医の普及や、国民皆保険制度を維持していく観点を踏まえ、かかりつけ医以外を受診した場合について、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担の導入に向けて取り組んで行く必要。

### ○ 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

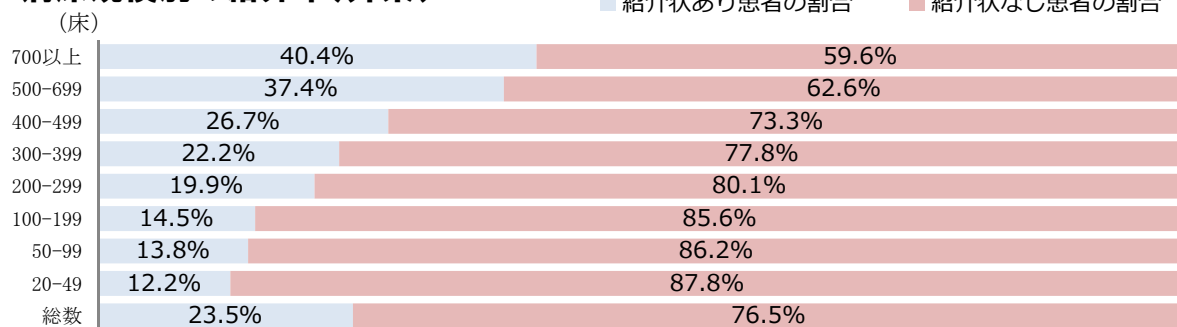
保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
- ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。

通常の受診      選定療養による受診時定額負担（現行）      受診時定額負担



### ◆ 病床規模別の紹介率(外来)



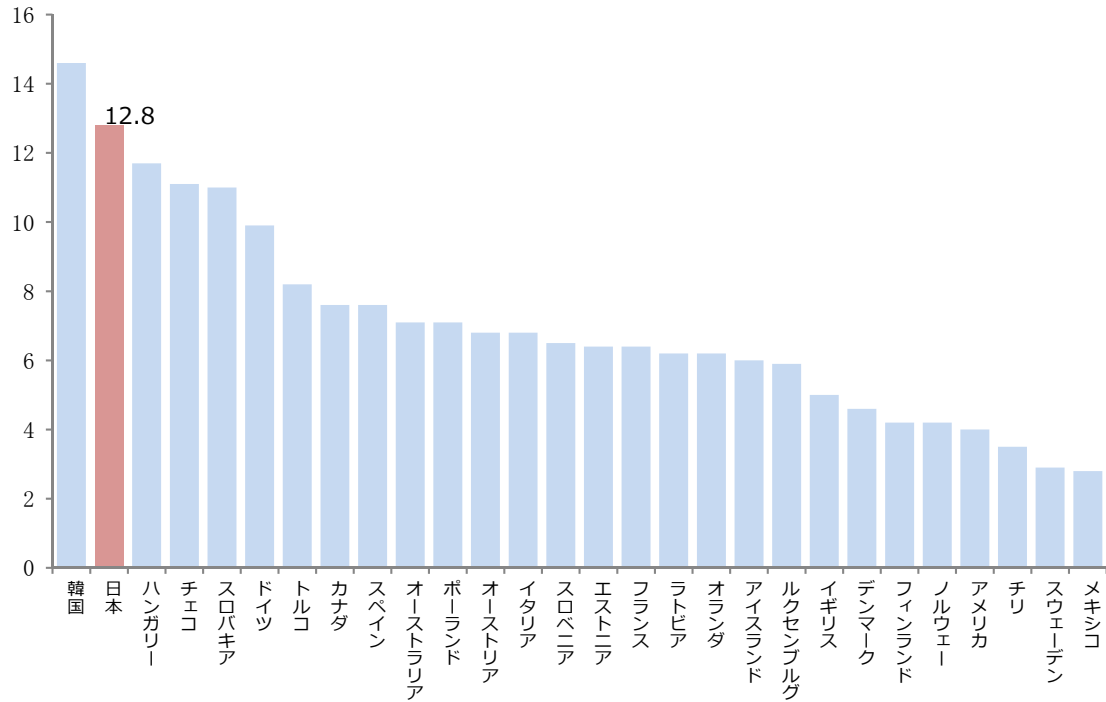
(出所)平成26年患者調査を基に作成

## 【改革の方向性】 (案)

- かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所の機能分化の観点から、現行の選定療養による定額負担について、診療報酬への上乗せ収入ではなく保険財政の負担軽減につながるよう仕組みを見直したうえで、その対象範囲を拡大すべき。
- かかりつけ医機能のあり方について、速やかに検討を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入に向けて検討を進めるべき。

# (参考1) 外来受診に関するデータ

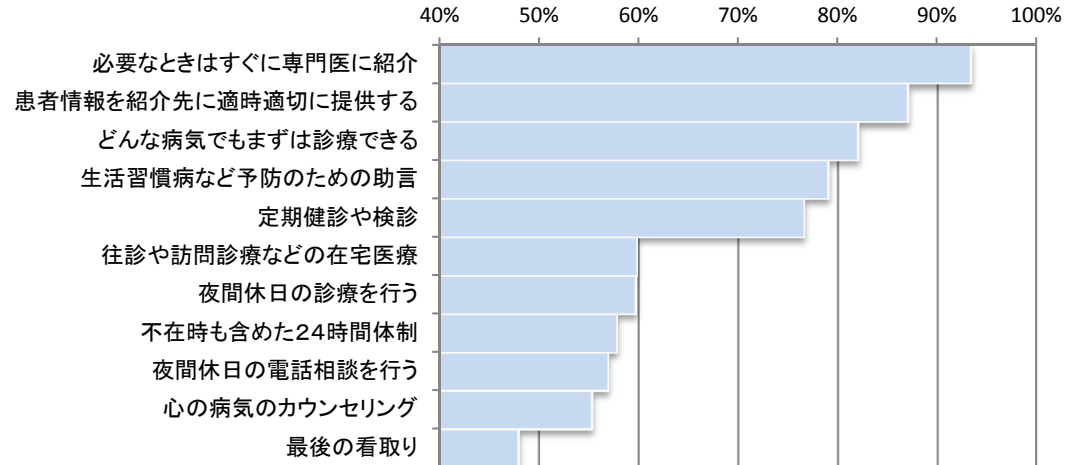
## ◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2013年)



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

## ◆ かかりつけ医に望む事項

Q あなたは、かかりつけ医にどのような医療や体制を望んでいますか

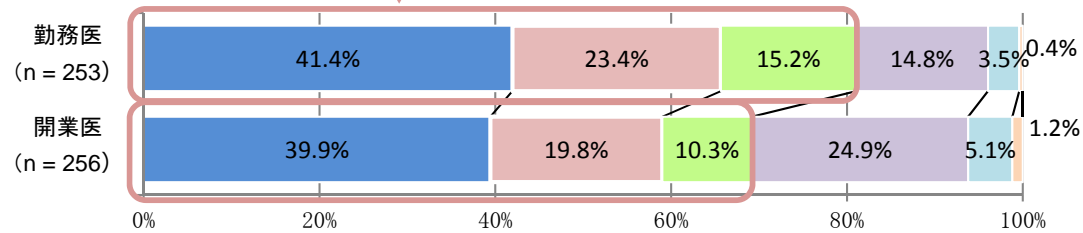


(出所)「第5回 日本の医療に関する意識調査」  
(平成27年1月28日 日本医師会総合政策研究機構)

## ◆ フリーアクセスは制限すべきか？

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

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

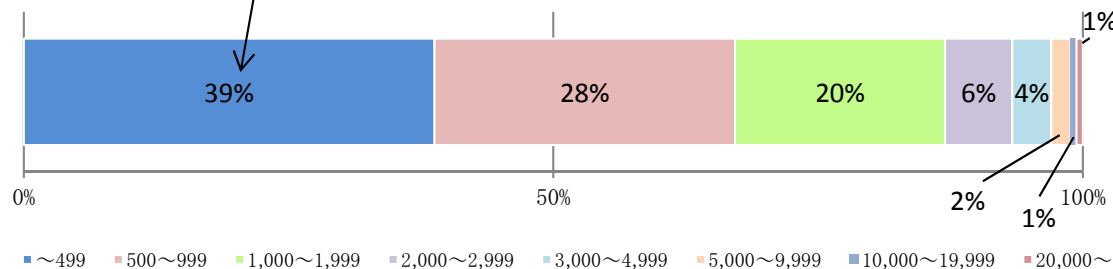


- フリーアクセスを制限すべき(現行の定額負担制度を拡大する)
- フリーアクセスを規制すべき(定額負担の拡大ではなく、法的に規制する)
- フリーアクセスを制限すべき(上記以外の方法で)
- 現状を維持すべき
- 定額負担の制度も減額あるいは撤廃すべき
- その他

(出所)2016年8月6日 m3.com「医療維新」より

## ◆ 外来医療費の1件当たり診療報酬点数の分布

1件当たり医療費5千円未満が約4割



(出所)平成26年医療給付実態調査を基に作成

# (参考2) 保健医療2035提言書(抄)

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

## 5. ビジョン実現のためのガバナンス

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

## 6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

### (1) 「リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める～」

#### i) より良い医療をより安く享受できる

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

#### ii) 地域主体の保健医療に再編する

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

### (2) 「ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える～」

#### i) 自らが受けるサービスを主体的に選択できる

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

## 7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ

### (4) 次世代型の保健医療人材

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

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

# 薬剤自己負担の引き上げ

## 【論点】

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

## ◆ 薬剤自己負担の国際比較

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

## ◆ 市販品（OTC医薬品）と医療用医薬品の比較

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

- ※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることには留意が必要。
- ※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
- ※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。
- ※4 医療費の金額は、平成26年度における、各薬効分類の入院、外来別の上位30品目の売上金額である。

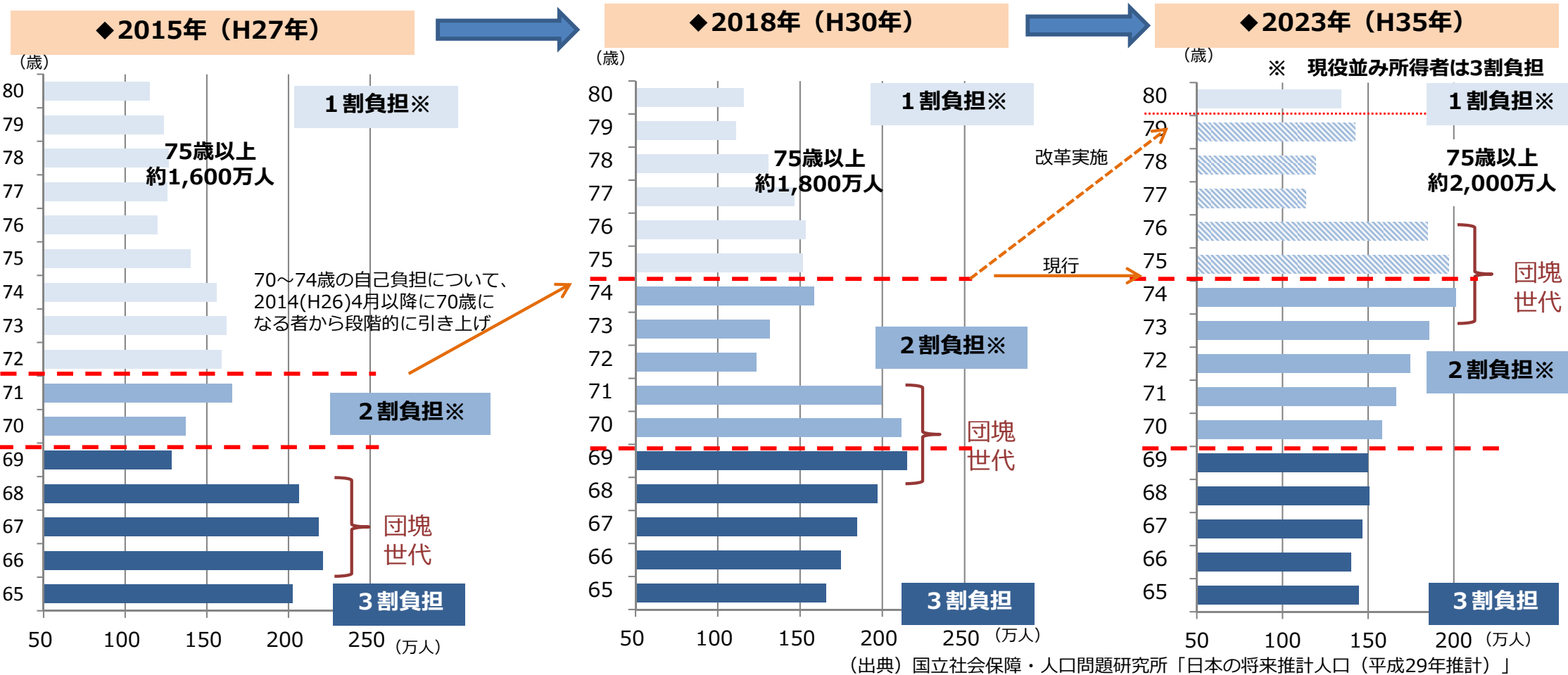
## 【改革の方向性】（案）

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



# 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

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



## 【改革の方向性】 (案)

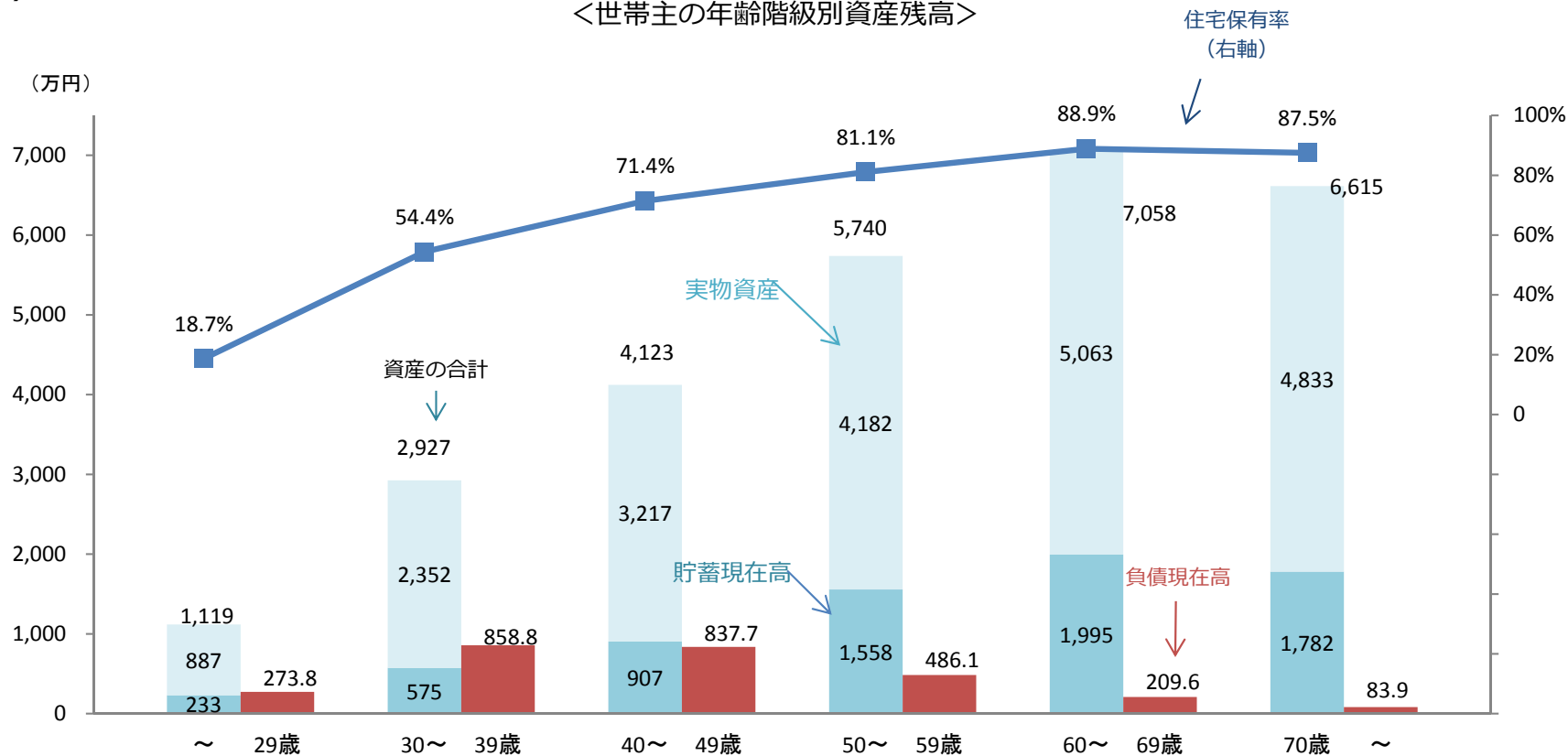
- 後期高齢者数や医療費が毎年増加していく中、世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、75歳以上の後期高齢者の自己負担について見直しを行う必要。
- 現在70歳~74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げを、引き続き75歳以上についても延伸して実施し、2019 (H31) 年度以降に新たに75歳以上となる者について2割負担を維持すべき。また、2019 (H31) 年度時点で既に75歳以上となっている者については、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。
- これらの実施は31年4月からとなるため、早急に議論を開始すべき。

# 金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

## 【論点】

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

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞



(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査

(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

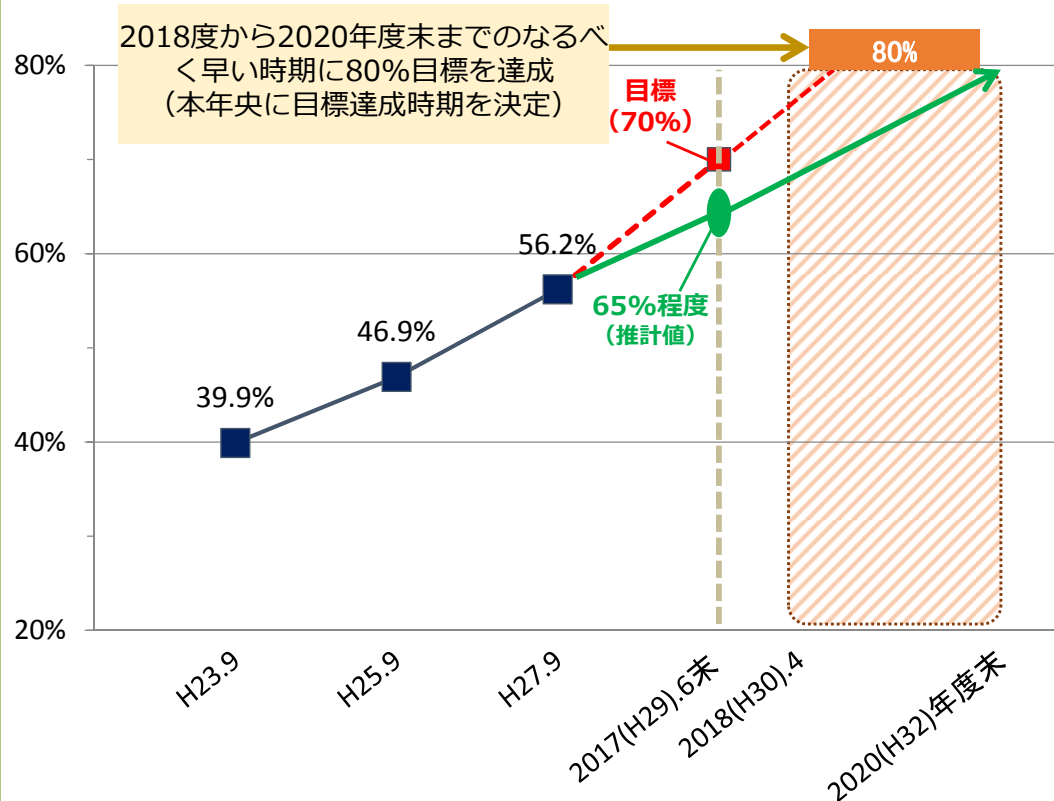
## 【改革の方向性】（案）

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

## 【論点】

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

### ◆後発医薬品の数量シェアの推移と目標値



(注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう。

### ◆現在の後発医薬品普及促進のための主な措置

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

### 特許切れ市場における後発医薬品シェアの国際比較

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

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

## 【改革の方向性】 (案)

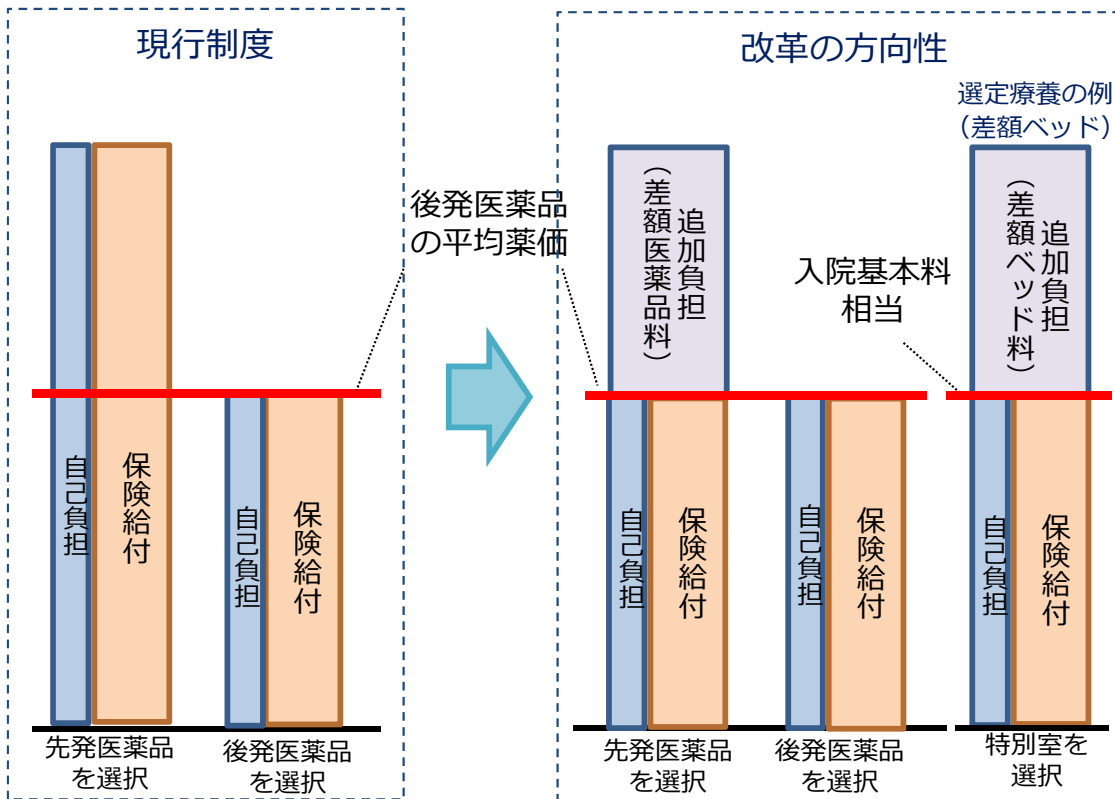
- 後発医薬品の使用割合について、70%までの目標を設定していた際に想定していた伸び率も踏まえつつ、80%とする目標の達成時期を2020年度までのできるだけ早期に設定するとともに、目標達成に向けて、これまでの取組に加えて、更なる使用促進へのボトルネックを明らかにし、患者へのインセンティブを含め効果的な促進策を講じるべき。



# 後発医薬品の使用促進(後発医薬品の価格を超える部分への対応)

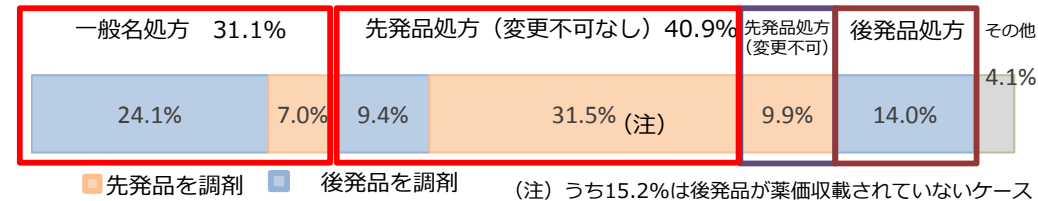
## 【論点】

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



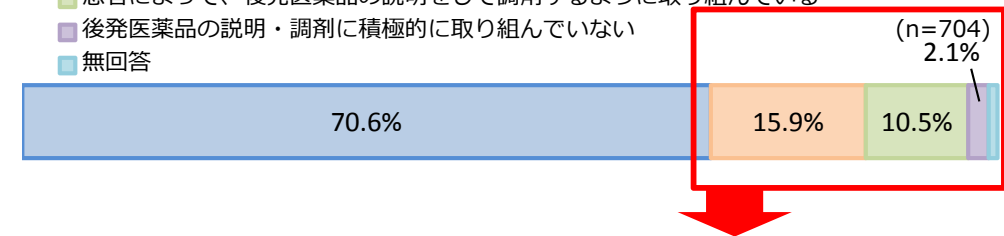
## ◆ 処方箋の記載と対応状況

(平成28年10月16日～22日までの1週間の取り扱い処方箋)

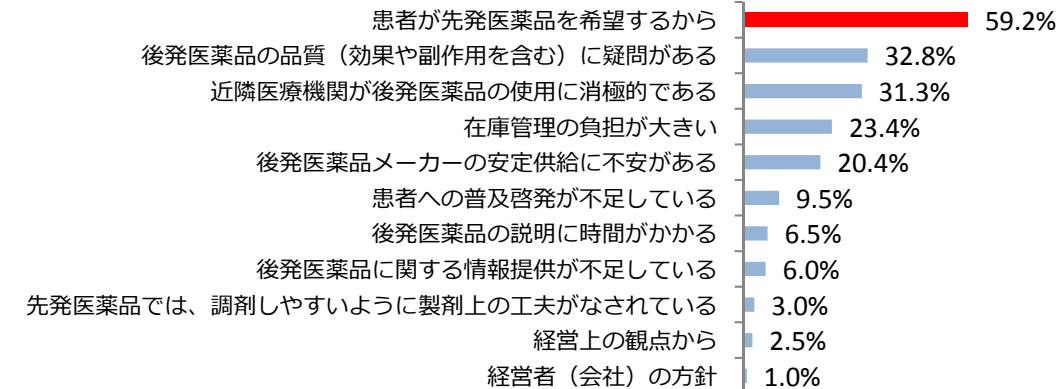


## ◆ 保険薬局の後発医薬品の調剤に関する考え

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



## ◆ あまり積極的には調剤しない理由(複数回答)



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

## 【改革の方向性】(案)

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

## 【論点】

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

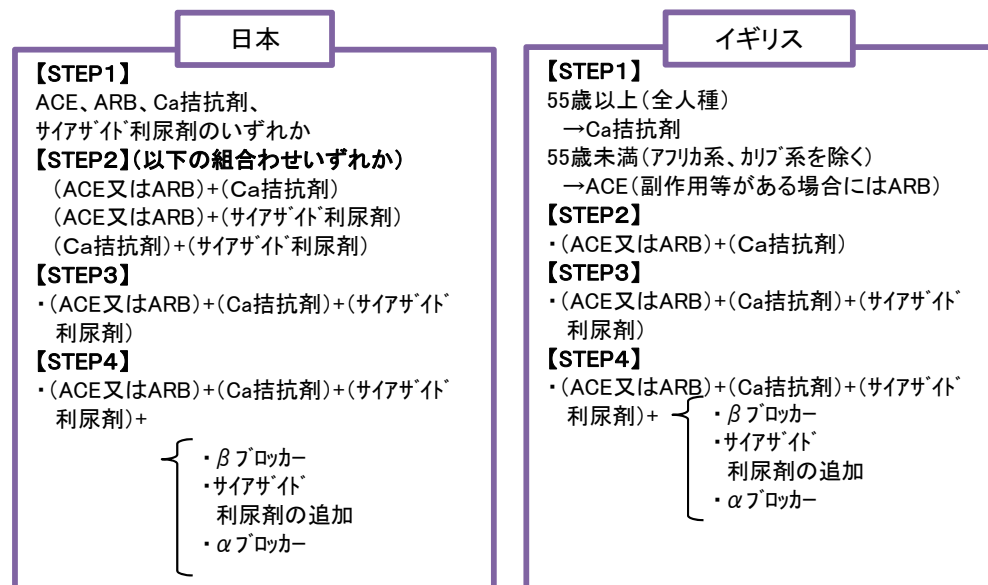
### <医薬品国内売上高上位10品目>

### <医薬品世界売上高上位10品目>

### <高血圧薬の使用に関するガイドライン>

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

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



### <代表的な治療薬の一日薬価>

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

(出典)

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

## 【改革の方向性】(案)

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