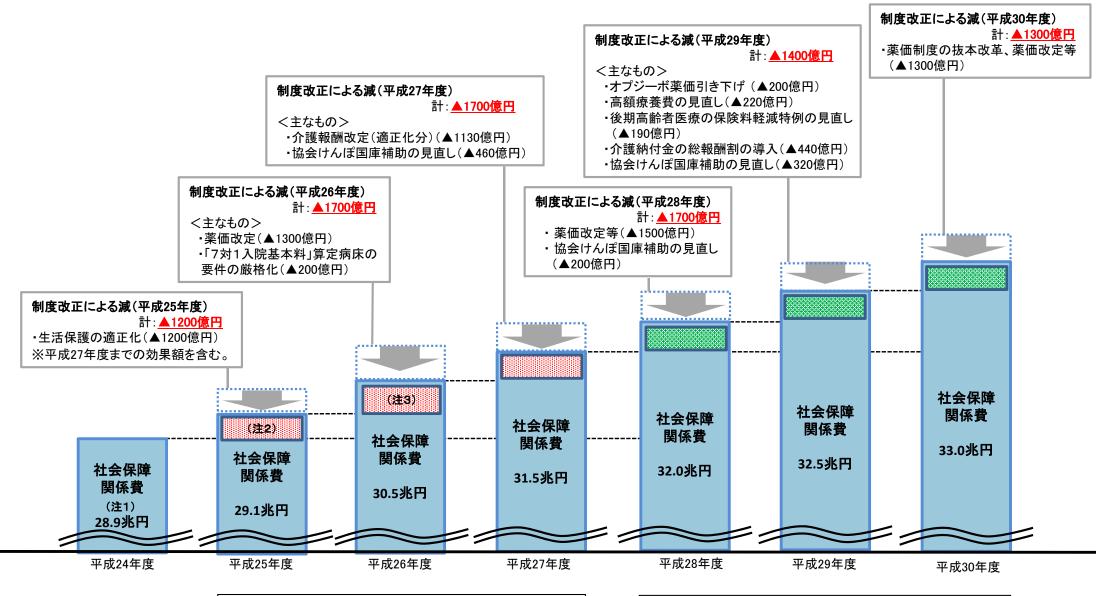
## 最近の社会保障関係費の伸びについて

#### 厚労省作成資料



部分が、社会保障の充実等を除く25~27年

度の実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

(注1)年金国庫負担2分の1ベースの予算額。

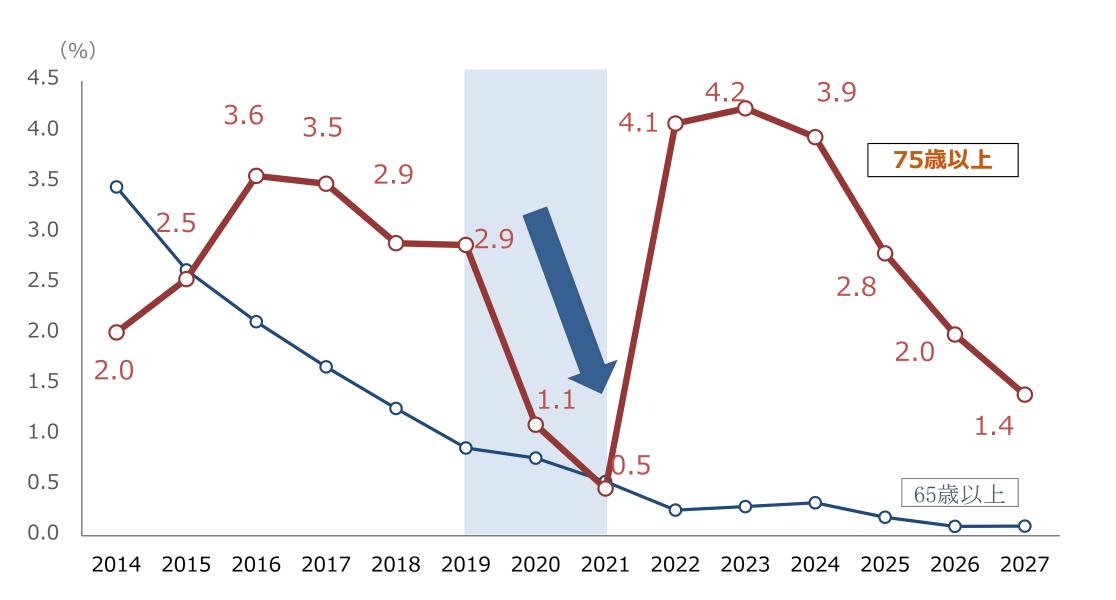
(注2)基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。

(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。

部分が、28~30年度の実質的な伸びであり、 年十0.5兆円程度

# 高齢者人口の伸び率



## 今後の社会保障関係費の歳出水準の考え方

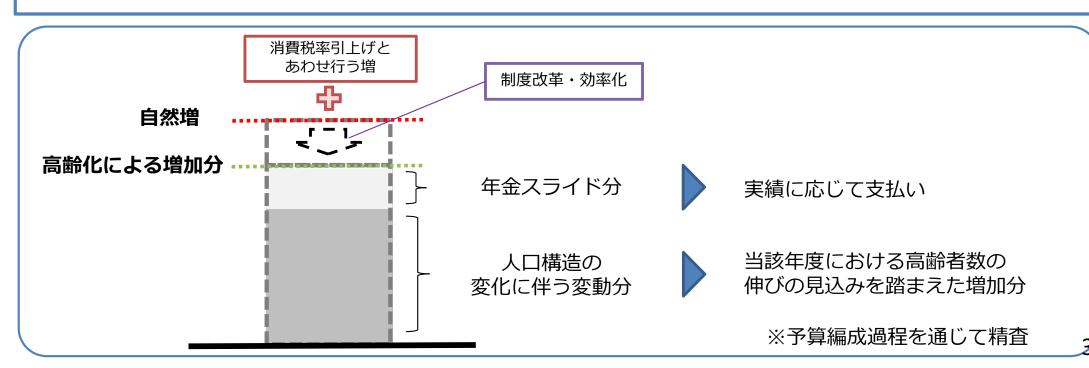
#### 「経済財政運営と改革の基本方針2018(骨太2018)」(抄)(平成30年6月15日閣議決定)

社会保障関係費については、再生計画において、2020年度に向けてその<u>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ことを目指す方針</u>とされていること、経済・物価動向等を踏まえ、<u>2019年度以降、その方針を</u>2021年度まで継続する(注)。

消費税率引上げとあわせ行う増(これまで定められていた社会保障の充実、「新しい経済政策パッケージ」で示された「教育負担の軽減・子育て層支援・介護人材の確保」及び社会保障4経費に係る公経済負担)については、別途 考慮する。

なお、2022年度以降については、団塊世代が75歳に入り始め、社会保障関係費が急増することを踏まえ、こうした高齢化要因を反映するとともに、人口減少要因、経済・物価動向、社会保障を取り巻く状況等を総合的に勘案して検討する。

(注)高齢化による増加分は<u>人口構造の変化に伴う変動分</u>及び<u>年金スライド分</u>からなることとされており、<u>人口構造の変化に伴う変動分</u>については当該年度における高齢者数の伸びの見込みを踏まえた増加分、<u>年金スライド分については実績</u>をそれぞれ反映することとする。これにより、これまで3年間と同様の歳出改革努力を継続する。



## 我が国の医療・介護制度の特徴と課題

わが国の医療・介護制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業制

出来高払い

#### 患者側

- 患者負担が低く、患者側に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が増加
- 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・介護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医療・介護制度改革の視点

## 保険給付範囲の在り方の見直し (「共助」の対象は何か)

- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応
- 大きなリスクは共助、小さなリスクは自助で対応

#### 必要となる保険給付の 効率的な提供

- 医療提供体制の改革
- 公定価格の適正化・包括化

#### 高齢化や人口減少下での 給付と負担の適切なバランス

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手の負担能力に応じた医療費 の増加に伴う負担の在り方の見直し

## 医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の 視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

#### 視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく(共助の対象は何か)

① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響等などの経済性も踏まえて、保険収載の可否も含め 公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。

② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」

「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

〔主な改革項目(案)〕 O T C 類似薬や有用性の低い医薬品の処方に係る自己負担率の引上げ、少額の外来受診に係る定額負担の導入 介護の軽度者向け生活援助サービスに係る給付の在り方の見直し 等

#### 視点2. 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(提供体制と公定価格)

① 「医療・介護提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療・介護提供体制の在り 方の見直しを図るべき。

〔主な改革項目(案)〕

- ・ 地域医療構想の実現(急性期病床の削減等)に向けた、都道府県によるコントロール機能の強化やインセンティブ策の強化
- ・ かかりつけ医等への適切な誘導に向けた、外来受診時等における定額負担の活用
- ・ 介護の地域差縮減に向けた、インセンティブ交付金等の活用による保険者機能の一層の強化 等
- ② 「公定価格の適正化・包括化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。

今後の介護報酬改定に向け、加算の効果等に係るエビデンスの整理・検証を通じた報酬改定のPDCAサイクルを確立していくべき。

#### 視点3. 高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく(給付と負担のバランス)

「年齢ではなく能力に応じた負担」

団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、後期高齢者の窓口負担の引上げや介護の利用者負担などの改革を実施すべき。

② 「支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応」

保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。

37

## 今後の社会保障制度改革について

#### 「経済財政運営と改革の基本方針2018(骨太2018)」(抄)(平成30年6月15日閣議決定)

再生計画の改革工程表の全44項目を着実に推進する。(中略)高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、期間内から工程化、制度改革を含め実行に移していく

<骨太2018において掲げられている改革項目の主な例(社会保障)>

◆:新規項目、◆継続項目

#### (医療・介護提供体制の効率化とこれに向けた都道府県の取組の支援)

- ◆ 高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。
- ◆ 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。

#### (医薬品等に係る改革等)

◆ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」 に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組むとともに、医薬品産業を高い創薬力を持 つ産業構造に転換する。

#### (負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、自助と共助の役割分担の再構築)

- ◆ 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。
- ◆ 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。
- |◆||介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。
- ◆ 年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。
- ◆ 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。
- ◆ 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲 を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。
- ◆ 病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する
- ▶ 医療費については、これまでも、その水準を診療報酬改定等によって決定するとともに、その負担について、随時、保険料・患者負担・公費の見直し等を組み合わせて調整してきたところ。支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。

# 【参考】改革工程表上の主な制度改正等検討項目(2017改定後) 社会保障

取組状況	主な項目
	・高確法第14条の診療報酬の特例の活用方策
	・地域差分析を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化・給付費の適正化に
一部対応したが、	向けた保険者へのインセンティブ付けなどの制度的枠組みの検討
引き続き対応が	・生活援助サービス等その他の給付の在り方、負担の在り方
必要なもの	・「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づく取組み
	・服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価、適正化や患者本位の医薬分業の実現に 向けた調剤報酬の見直し 等
	・後期高齢者の窓口負担の在り方
	・現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための課題(介護総報酬割以外)
	・金融資産等の医療保険制度における負担への反映方法
	・薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点からの検討
	・かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担についての検討
今後対応していくもの	・軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行
	・短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大
	・高齢期における職業生活の多様性に応じた一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方
	・高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方
	・介護の調整交付金の活用方策についての検討
	・国民健康保険の普通調整交付金の活用方策についての検討等

## 経済財政運営と改革の基本方針2018(平成30年6月15日閣議決定)(抄)

第3章 「経済・財政一体改革」の推進

- 3. 新経済・財政再生計画の策定
- (2) 財政健全化目標と実現に向けた取組

(計画実現に向けた今後の取組)

全世代型社会保障制度を着実に構築していくため、総合的な議論を進め、期間内から順次実行に移せるよう、2020年度に、それまでの社会保障改革を中心とした進捗状況をレビューし、「経済財政運営と改革の基本方針」において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、早期に改革の具体化を進める。

(略)

- 4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題
- (1) 社会保障

(基本的考え方)

基盤強化期間の重点課題は、高齢化・人口減少や医療の高度化を踏まえ、総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、期間内から工程化、制度改革を含め実行に移していくこと及び一般会計における社会保障関係費の伸びを、財政健全化目標と毎年度の予算編成を結び付けるための仕組みに沿ったものとすることである。

# Ⅱ. 医療

- ① 31年度予算編成の課題 (消費税率引上げへの対応等)
- 2 医療保険制度改革

## 診療報酬制度について

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬(公定価格)。
- 診療報酬のうち、
  - ① 医師の人件費等の「技術・サービスの評価」(診療報酬本体)については、2年に1度、個別の診療行為の公定価格が見直されている(診療報酬改定)。
  - ② 薬の値段等の「物の価格評価」(薬価等)については、従来は2年に1度の見直しであったが、今後、市場実勢価格をより適時に反映する観点から、毎年価格を見直し(薬価制度の抜本改革)。
- 診療報酬本体は、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、中央社会保険医療協議会において、初再診料、各種入院基本料、各種検査・手術など4千以上の診療報酬項目の点数設定や算定条件について審議を行い、改定がなされる。

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

2年に1度、診療報酬改定 (公定価格の見直し)

薬価等 処方や投薬などで使用される 医薬品・医療機器の価格 (物の評価)

市場実勢価格を予算編成に反映(毎年、価格を見直し)

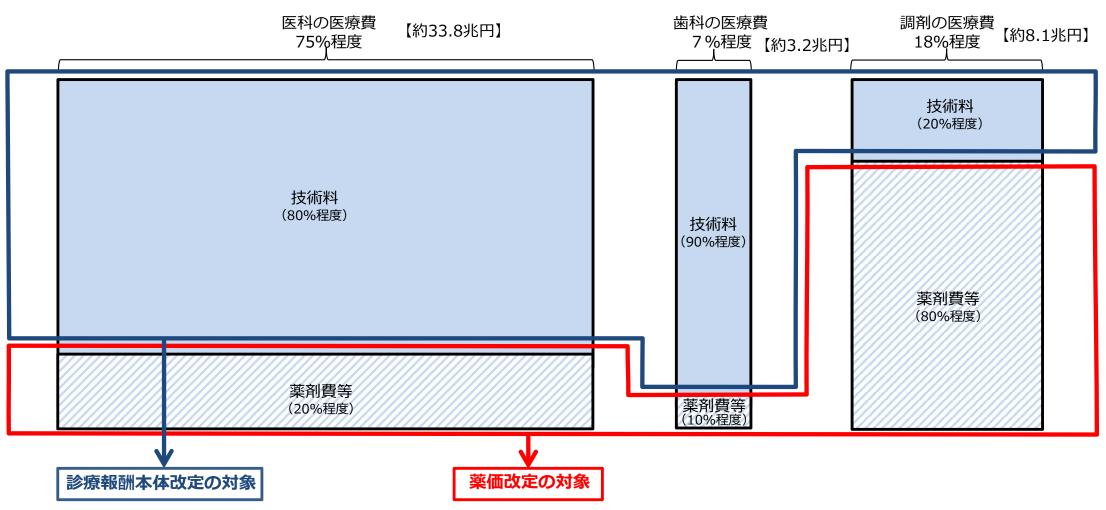
※ 製薬企業→卸→医療機関の取引により、客観的な市場実勢価格が存在

## 医療費の構造と診療報酬改定の対象

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬(公定価格)。
- 診療報酬は、①医師の人件費等の「技術・サービスの評価」(診療報酬本体)と、②薬の値段等の「物の価格評価」(薬価等)からなっており、個々の技術、サービスを点数化して表示(1点は10円)。

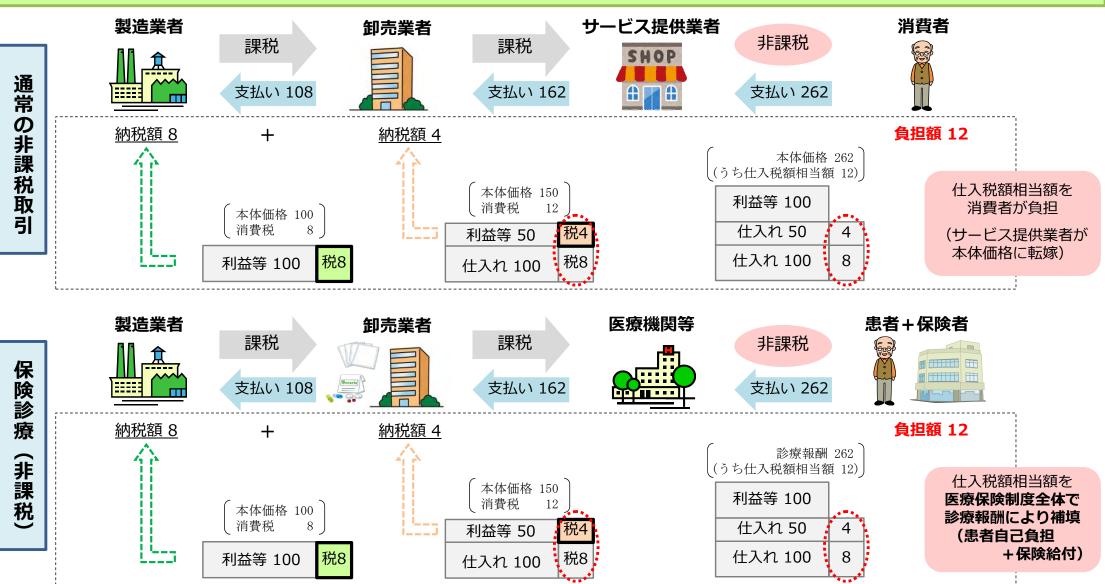
(例)初診料:282点(2,820円)、急性期一般入院料1:1,591点/1日(15,910円/1日)

#### 薬価改定・診療報酬本体改定の対象範囲 (イメージ)



- ※ 平成28年度の国民医療費、平成28年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。
  - 】の数字は、30年度予算ベースの国民医療費(約45兆円)を上記の構成比で機械的に分割した値。

- 消費税が非課税となる役務の提供の場合、サービスを提供する業者が負担している仕入税額相当額については、サービスの受け手である消費者が対 価として支払う本体価格に上乗せされる。
  - 同じく消費税が非課税となる保険診療の場合、医療機関等が負担している仕入税額相当額については、サービスの受け手である患者と保険者が対価 として支払う診療報酬によって対応。消費税率の引き上げに当たっては、診療報酬は公定価格であるため引上げ相当分だけ診療報酬の改定が必要とな るが、構造自体はあくまでも通常の非課税取引と同じ。

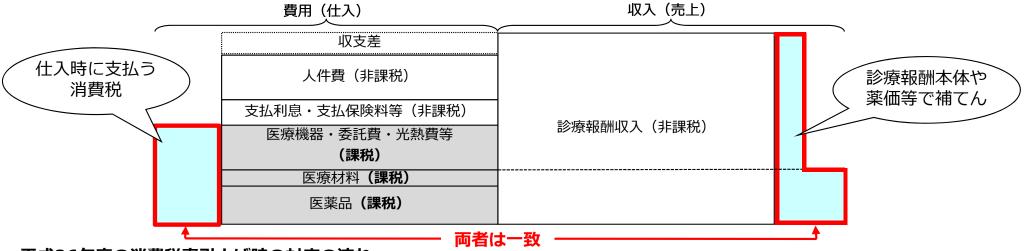


## 消費税率8%への引上げ時の対応(平成26年度改定)

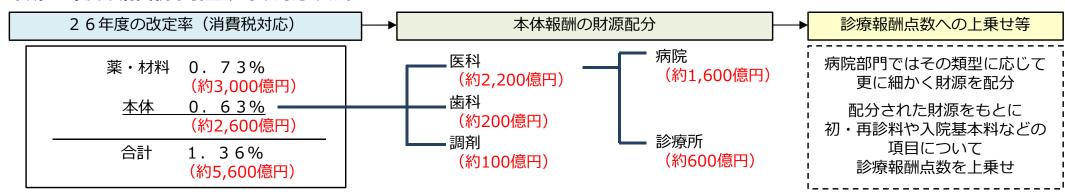
○ 平成26年度の消費税率引上げ時(5%→8%)には、医療機関等が負担する仕入税額相当額について、診療報酬で補填することが可能となるようマクロとして適切に予算措置を実施。その後、中央社会保険医療協議会での議論等を経て、財源配分や診療報酬の点数を決定。

(参考)全体改定率+1.36% うち 診療報酬本体(+0.63%) ・・・ 初・再診料、入院基本料等の基本的な点数に上乗せ うち 薬価・特定保険医療材料価格(+0.73%) ・・・ 市場実勢価格に消費税3%分を上乗せ

#### ◆ 医療機関等における費用・収入のイメージ



#### ◆ 平成26年度の消費税率引上げ時の対応の流れ



#### 【改革の方向性】(案)

- 今般の消費税率の引上げに伴い、医療機関等が負担する仕入税額相当額について対応するに当たっては、
  - ① 医療保険制度内での対応とすること、②総額において医療機関等が負担する仕入税額相当額の範囲内での対応とすること
  - ③ 各科間、診療所・病院間(病院部門は更に各類型(特定機能病院など)間)において、各々の仕入税額相当額の総額に基づき財源配分を行った上で、更に各類型の中で看護配置基準別のデータも用いるなど、できる限り精緻な対応とすること

といった点を基本的な考え方とすべき。

45

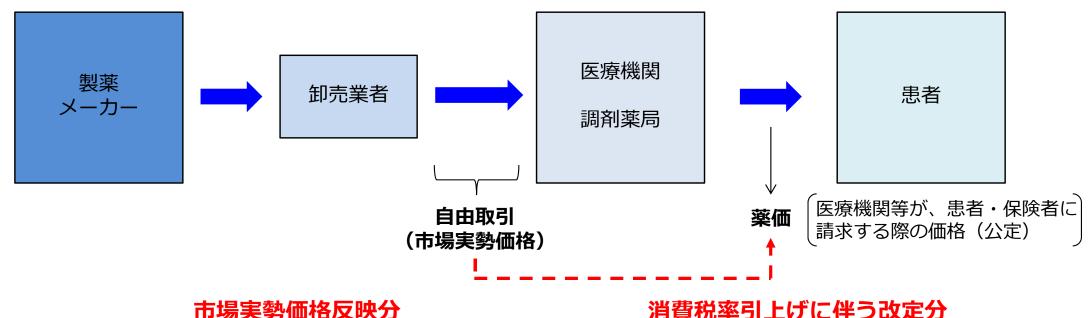
## 医薬品の薬価改定について

- 平成31年10月に予定されている消費税率の引上げを見据え、薬価についても消費税率引上げ相当分の改定を行うこ とになるが、過剰な国民負担となることのないよう、併せて薬価に市場実勢価格を反映させることが必要。
- こうした薬価改定による薬価のマイナス(市場実勢価格反映分)は、予算単価の当然の時点修正であり、制度改正 や予算内容の見直しによる経費の合理化・効率化とは、性質の異なるもの。

#### ◆ 薬価改定の仕組み

通例、薬価改定を行う前年の9月に1ヵ月間の市場実勢価格(取引価格)を調査(薬価調査)した上で、その結 果に薬価(保険償還価格)を合わせるのが原則。

#### ▶ 医療用医薬品の取引の流れ



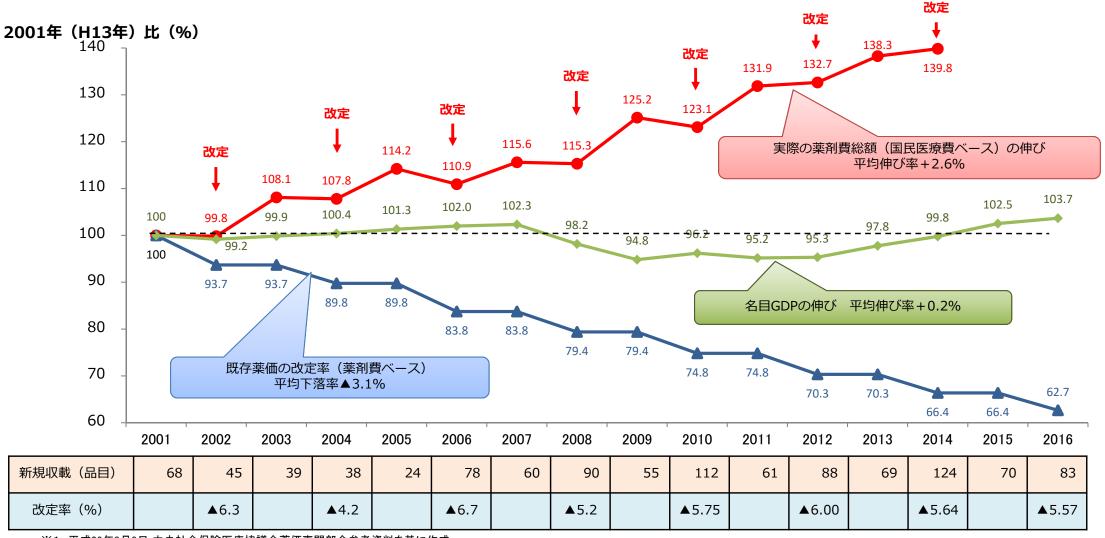
薬価調査を通じて、薬価を市場実 勢価格に合わせるもの。

## 消費税率引上げに伴う改定分

医療機関等の仕入れには消費税が課 税されるため、補てんを行うもの。

## 既存薬価の改定率と実際の薬剤費総額の推移

- 薬価については、これまでは2年に1回、すでに収載されている医薬品等について、実勢価格を反映した価格の引下 げを行い、その影響については予算に反映させている。一方で、高齢化による使用量の増や年度中の新規保険収載等が 生じるため、薬剤費自体は増加を続けており、その伸びは名目GDP成長率を大きく上回っている。
  - ※ 新規に開発されて薬事承認を得た医薬品は、基本的にすべて3か月以内に中医協において薬価が算定されて保険収載がなされている(年4回・近年の平均は約90品目/年度のペース)。これにより国庫負担も増加しているが、現行制度では、年度中の保険収載に対して財政上の観点から検証がなされることにはなっていない。



- ※1 平成29年8月9日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料を基に作成。
- ※2 2001年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

# Ⅱ. 医療

- ① 31年度予算編成の課題 (消費税率引上げへの対応等)
- ② 医療保険制度改革

## 我が国の医療・介護制度の特徴と課題

わが国の医療・介護制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業制

出来高払い

#### 患者側

- 患者負担が低く、患者側に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が増加
- 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・介護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医療・介護制度改革の視点

## 保険給付範囲の在り方の見直し (「共助」の対象は何か)

- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応
- 大きなリスクは共助、小さなリスクは自 助で対応

#### 必要となる保険給付の 効率的な提供

- 医療提供体制の改革
- 公定価格の適正化・包括化

#### 高齢化や人口減少下での 給付と負担の適切なバランス

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手の負担能力に応じた医療費 の増加に伴う負担の在り方の見直し

## 医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の 視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

#### **| 視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく(共助の対象は何か)**

① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響等などの経済性も踏まえて、保険収載の可否も含め 公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。

② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」

「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

〔主な改革項目(案)〕 O T C 類似薬や有用性の低い医薬品の処方に係る自己負担率の引上げ、少額の外来受診に係る定額負担の導入 介護の軽度者向け生活援助サービスに係る給付の在り方の見直し 等

#### 視点2. 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(提供体制と公定価格)

① 「医療・介護提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療・介護提供体制の在り 方の見直しを図るべき。

〔主な改革項目(案)〕

- ・ 地域医療構想の実現(急性期病床の削減等)に向けた、都道府県によるコントロール機能の強化やインセンティブ策の強化
- ・ かかりつけ医等への適切な誘導に向けた、外来受診時等における定額負担の活用
- ・ 介護の地域差縮減に向けた、インセンティブ交付金等の活用による保険者機能の一層の強化 等
- ② 「公定価格の適正化・包括化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。

今後の介護報酬改定に向け、加算の効果等に係るエビデンスの整理・検証を通じた報酬改定のPDCAサイクルを確立していくべき。

#### 視点3. 高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく(給付と負担のバランス)

① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、後期高齢者の窓口負担の引上げや介護の利用者負担などの改革を実施すべき。

② 「支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応」

保険給付率(保険料・公費負担)と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。 50

## 今後の医療制度改革で取り組むべき改革項目(1)

《 視点1:制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく(共助の対象は何か)》

#### 【高度・高額な医療技術や医薬品への対応】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
保険収載の 在り方	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。	_	1
費用対効果評価の 活用	費用対効果評価については本格実施に向けてその具体的内容を引き続き検討し、2018年度中に結論を得る。	試行的実施において明らかになった技術的課題への対応策を整理することと併せて、本格実施に向けて、その具体的内容について引き続き検討し、2018年度中に結論	2

#### 【大きなリスクは共助、小さなリスクは自助】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
薬剤自己負担 の引上げ	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる【平成30年度末結論】	3
受診時定額負担 の導入	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	病院・診療所間の機能分化や医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、かかりつけ医の普及を進めるとともに、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、外来受診時の定額負担の在り方について、関係審議会等においてさらに検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる【平成30年度末結論】	<ul><li>(4)</li><li>(8)</li></ul>

## 保険収載の在り方



#### 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する」

#### 【論点】

- 新規医薬品については、そもそも年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載される仕組みとなっており、これによりどの程度財政影響が生じるか も十分検証されていない。新たな医療技術については、診療報酬改定の際に収載されているが、収載にあたって経済性は考慮されていない。
- これら保険収載の影響は、医療費の「高度化による増加」の要因になっていると考えられ、医薬品等の価格が高額になっている状況も踏まえ、保険収載の可 否も含めて公的保険での対応の在り方を検討する必要。

#### ◆新規収載までのプロセスの概要(医薬品)

約12か月(通常品目)

製造販売承認 申請

PMDA・厚生労働省 において審査

薬事承認

薬価収載希望書 提出

(薬価算定組織) 価格算定

原則60日以内、遅くとも90日以内

(中医協総会) 報告・了承

薬価収載 (年4回)

ほぼ自動的に収載されるのが実態

医薬品を製造販売するための**安全性・有効性**等を審査 ◆新規導入までのプロセスの概要(医療技術)

医療機関の提案

関係学会の提案

先進医療会議 において審査

先進医療承認

先進医療会議で 実績を評価

(医療技術評価分科会) 保険収載の是非を議論 (中医協総会) 報告・了承

保険導入 (改定時)

保険収載に係る必要性・妥当性等を判断

全額自己負担

**※** 

医療技術の**安全性・有効性**等を審査

#### ◆近年国内外で登場した高額薬剤の例

販売名	収載年月	薬 効〔適応〕	費用
オプジーボ点滴静注	26年9月	その他の抗悪性腫瘍用剤 〔非小細胞肺がん等〕	約3,500万円/人 (体重60kg,1年間の場合)
ハーボニー配合錠	27年8月	抗ウイルス剤 〔C型肝炎〕	約520万円/人 (12週間)

※ 中央社会保険医療協議会資料に基づき作成し、費用は新規収載時または上記の適応追加時のもの。

米国での製品名	米国での承認年月	米国での費用
キムリア (急性リンパ性白血病治療薬)	29年8月 (日本:30年4月承認申請済)	約5,400万円/人 (1回投与)
イエスカルタ (リンパ腫治療薬)	29年10月	約4,200万円/人 (1回投与)
ラクスターナ (遺伝性網膜疾患治療薬)	29年12月	約9,700万円/人 (両眼1回投与)

※ 各計報道発表資料 等に基づき作成。 公的医療保険を含 め加入する保険に よって成果報酬型 の支払スキームが 存在。

#### ◆保険外併用療養制度

・ 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自己負担となるが、一定の場合には併用 することが可能。

保険診療部分 保険外診療部分

保険外 併用療養費

3割自己負担

※ 自己負担分について、研究機関や製薬 会社等の資金を充てる場合もある。

	4	保険外併用療養制度の分類					
7	評価療養	保険導入のための評価を行うもの (例:先進医療)					
	患者申出 療養	患者からの申出に基づき 保険導入のための評価を行うもの					
_	選定療養	保険導入を前提としないもの (例:差額ベッド、歯科の金合金)					

#### 【改革の方向性】

- 新たな医薬品・医療技術については、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響などの経済性の面からの評価も踏まえて、保険収載の可否も含め公的保 険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。
- 保険収載が見送られた医薬品等について、安全性・有効性があれば、保険外併用療養により柔軟に対応するか否かの検討も行うべき。

## 費用対効果評価の活用

#### 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「費用対効果評価については本格実施に向けてその具体的内容を引き続き検討し、2018年度中に結論を得る」

#### 【論点】

- 新規の医薬品等について、既存の医薬品等との関係で「効果に比べてどの程度費用が高くなるか」「公的保険として受け入れ可能な水準か」等を評 価する「費用対効果評価」を試行的に導入。本格実施に向けて、その具体的な内容について平成30年度中に結論を得ることとされている。
- 新たな医薬品の保険償還価格は、市場価格がないため、一定の算定式に基づいて計算されるが、例えば、「原価計算方式」については、企業の提出 した「原価」に営業利益分などを積み上げて価格設定されるものであり、輸入医薬品の場合には企業間の輸出入価格がそのまま「原価」とされるなど、 価格水準の妥当性は明らかではない。

#### ◆費用対効果評価の流れ (イメージ)

対象とする品目の基準に基づき 要/不要の判定

(必要な場合のみ)

企業による分析・データ提出 第三者による再分析

#### データ分析を踏まえた総合評価 (アプレイザル)

※ ICER算出後、ICERが公的保険と して受入れ可能な水準か社会的・ 倫理的側面等も踏まえて評価

#### 評価結果を踏まえた価格調整

※ 一定の上下限を設定した上で、そ の範囲内で費用対効果の悪いもの ほど価格を引下げ

#### ◆試行的導入時における選定基準

- ・原価計算方式の場合:営業利益に補正が行われた品目
- 類似薬効比較方式の場合:補正加算が行われた品目 のうちからそれぞれ加算率が最も高いもの (及び類似品) 等 【原価計算方式における新薬の価格算定方法】

#### 製品製造(輸入)原価

【国内製造】

【輸入品】

原材料費

労務費

製诰経費

輸入価格

#### 販売費・研究費等

一般管理販売比率 (※) 45.2%が上限

#### 営業利益

営業利益率(※) 14.7%に

革新性等に応じて▲50%~0%の補正

(30改定以降、加算の場合は薬価全体に加算。 ただし開示度が低い場合は加算率を縮小)

#### 流通経費・消費税

Ш 薬価 (※※)

※ 製造業者出荷価格(原

高い営業利益率

(製造業平均6.6%)

原価の算定根拠・

輸入価格は企業間

取引価格を使用

算定根拠・内訳は

非開示

内訳は非開示

価+販売費·研究費+営業 利益)に占める割合。製 薬企業の平均値。

※※ 要件を満たす場合に は外国平均価格調整。

### ◆評価対象技術と比較対照技術の増分費用効果比

b-a(費用がどのくらい増加するか) 增分費用効果比= B-A (効果がどのくらい増加するか) (ICER) 費用 評価対象の 医療技術 比較対照から 增分費用効果比 の費用増分 (ICER) 比較対照からの 比較対照技術 効果 健康状態の改善分

※ 平成25年2月27日中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会 福田参考人提出資料をもとに作成

#### ◆試行的導入時における価格調整(原価計算方式)

営業利益流通経費 営業利益 製品総原価 消費税

⇒ 薬価全体を価格調整の対象とするが、「製品総原価」+「営業利益」の 合計額を下回らない範囲でのみ実施。

- 原価計算方式で算定された医薬品については、費用対効果評価を義務付け、費用対効果が「悪い」ものについては、保険収載を見送る か、公的保険として対応するのであれば、費用対効果に見合う水準に至るまで当該医薬品の薬価を引き下げる仕組みとすべき。
- 類似薬効比較方式で算定された医薬品についても、補正加算が付される場合には費用対効果評価を義務付け、その結果に応じて薬価を引 き下げるべき。 53

## 薬剤自己負担の引上げ

#### 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範 囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」

#### 【論点】

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、持続可能性を確保していくうえでは、「小さなリスク」への保険給付の在り方 を考えていく必要。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。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。
- 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

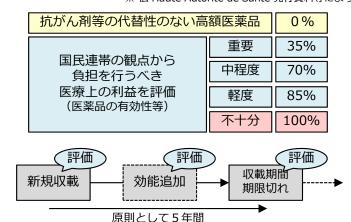
日本	原則3割+高額療養費制度(技術料も含む実効負担率:15%) (義務教育就学前:2割、70~74歳:2割、75歳以上:1割)
ドイツ	10%定率負担(各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ) (注)参照価格(償還限度額)が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
フランス	薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定(右図参照) (注)参照価格(償還限度額)が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
スウェーデン	900クローナまで全額自己負担、より高額の薬剤については一定の自己負担割合 (注)上限は年間2,200クローナ

#### 市販品(OTC医薬品)と医療用医薬品の比較

			01	C医薬品		
種類	銘柄	薬価	3割負担 (現役)	1割負担(高齢者)	銘柄	価格
湿布	AA	320円	96円	32円	Α	2,551円
ビタミン剤	BB	520円	156円	52円	В	3,974円
漢方薬	CC	1,010円	303円	101円	С	4,644円
皮ふ保湿剤	DD	1,100円	330円	110円	D	2,448円

#### ◆ フランスにおける薬剤自己負担割合

※ 仏 Haute Autorité de Santé 発行資料等により作成



(評価の例) 2016年10月、抗アルツハイマー薬であるARICEPTに 係る収載更新申請に対し、仏HASは医療上の利益を「不十分」 と判定し、本年8月より保険収載から除外。

- ※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。

- 薬剤自己負担の引上げについて、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。

## 受診時定額負担の導入



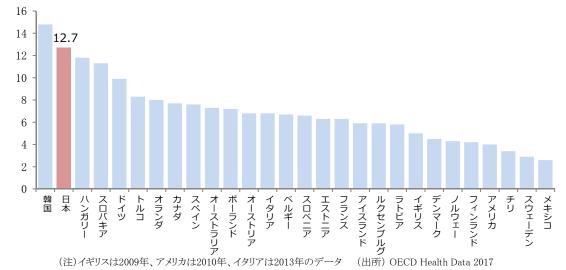
#### 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する」

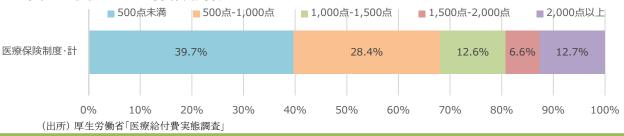
#### 【論点】

- 諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点からも、比較的軽微な受診について、一定の追加負担は必要なのではないか。
- また、効率的で質の高い医療を提供する上で、かかりつけ医やかかりつけ薬局へ患者の受診行動を一定程度誘導する必要があるが、医療機関等には インセンティブとなる一方で負担増となる患者にはディスインセンティブとなり得る「診療報酬での評価」などと比べて、定額負担は有効な手段。

#### ◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2014年)



#### ◆ 受診1回あたりの保険点数

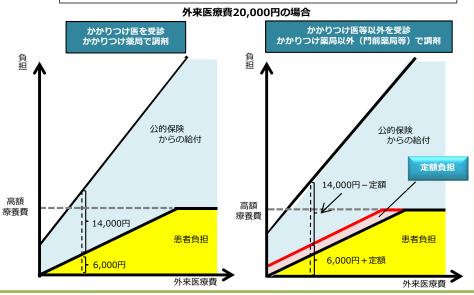


#### ◆ フランスにおける受診時定額負担制度(2005年~)の概要

金額	1回1ユーロ(年間50ユーロが上限)
対象者	以下の者は除外 ・18歳未満の者 ・妊娠6か月以降の妊婦 ・一定の低所得者向け医療制度の対象者

#### ◆ 受診時定額負担のイメージ

外来医療費 = 初診料(2,820円)+ 検査 + 画像診断 + 処置 + 薬剤(処方費、医薬品費)



- 制度の持続可能性の観点から、少額の受診に一定程度の追加負担を求めていくべき。
- その際、かかりつけ医やかかりつけ薬局への患者の誘導策として定額負担に差を設定することについても、検討を進めるべき。

## 今後の医療制度改革で取り組むべき改革項目(2)

《 視点2:必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(提供体制と公定価格)① 》

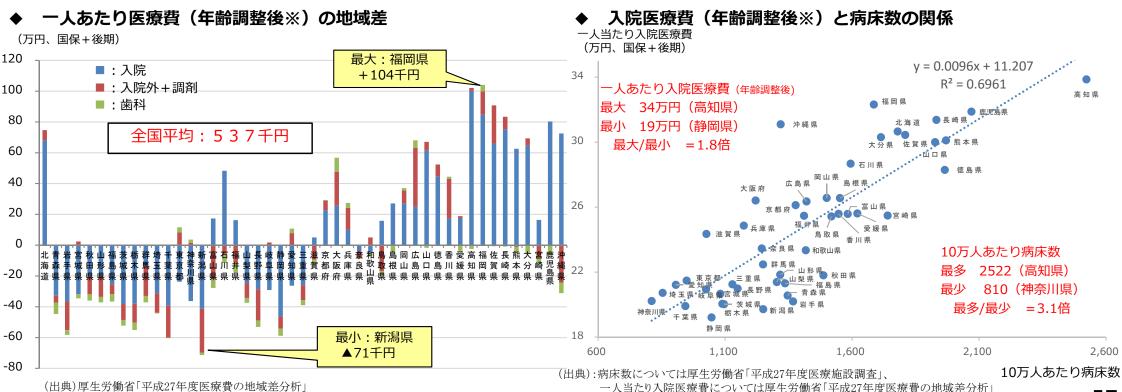
## 【医療提供体制の改革】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号					
地域医療構想 の推進	地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。	各都道府県において地域医療構想調整会議での協議や医療法の規定の活用を通じて、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携を推進(療養病床に係る地域差の是正等)  都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる	(5)					
急性期病床の 適正化	病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。	(7対1入院基本料を含めた急性期に係る入院基本料の評価体系の見直し等に係る)改革の効果を検証しつつ、診療報酬改定において必要な対応を検討	6					
外来医療・ 高額医療機器の 配置等への コントロール	高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策を検討する。	_	7					
総合診療医の 養成促進	診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成過程を整備するとともに、総合診療医の養成を促進する。	_	8					
法定外繰入の 速やかな解消	国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める。	_	9					
地域別診療報酬の 活用	高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。	各都道府県において第2期医療費適正化計画の実績 評価や第3期医療費適正化計画のPDCA管理を実施	10					
普通調整交付金の 配分方法の見直し	国保の普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する。	普通調整交付金について、地域差に関する調整・配分の在り方を検証し、2018年度の新制度への円滑な移行に配慮しつつ速やかに関係者間で見直しを検討し、結論を得る【2020年度初頭まで】						
			56					

## 我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院 日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	29. 1 (16.5)	13. 2	17. 9※1	2. 4※1	83. 0※1	11. 0※1	51. 7※1
ドイツ	9. 0 (10.2)	8. 1	50. 9	4. 1	164. 1	13. 3	33. 6
フランス	10. 1 <u>%</u> 1 (5.9)	6. 1	50. 9	3. 3%2	161. 8※2	9. 9※2	12. 6
イギリス	7. O (6.8)	2. 6	106. 9	2. 8	302. 7	7. 9	7. 2※1
アメリカ	6. 1 <u>%</u> 1 (5.5) <u>%</u> 1	2. 8※1	90. 9※1	2. 6※1	394. 5※1•2	11. 3※2	39. 0

出典:「OECD Health Data 2017」 注1:「※1」は2014年のデータ。 注2:「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。



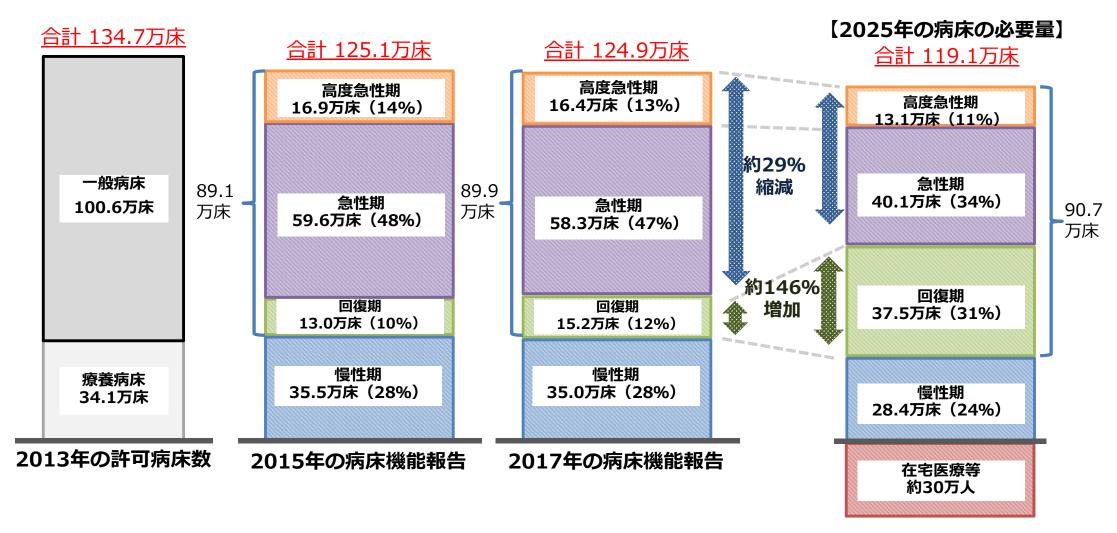
※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

57

「地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する」

#### 【論点】

○ 団塊の世代が後期高齢者になり始める2022年、すべて後期高齢者となる2025年に向けて、地域医療構想に沿って、高度急性期・急性期 から回復期や在宅医療等に大幅な医療機能の転換を進めていく必要。



「公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過 疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分 化・連携が進まない場合には、都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。1

#### 【論点】

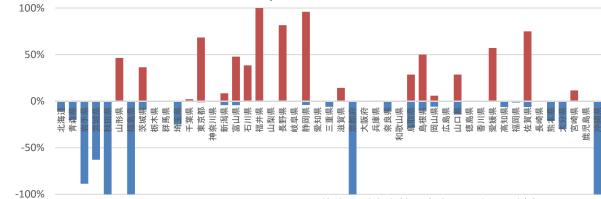
- 地域医療構想の進捗は遅い状況にあり、議論が先行している公立病院・公的医療機関等においても進捗状況に大きな地域差。推進に当たって都道府 県が行使できる権限は限定的であり、特に、民間医療機関の病床に対する権限は事実上ごく限られたものに留まっている。
- 具体的な進捗管理を行うに当たって、その前提となる病床機能報告における各医療機関の判断・報告基準は定性的なものに留まっており、また、医 療費の適正化等に係る具体的なアウトカムに対応した指標が必要。

#### ◆ 地域医療構想の進捗状況 (30年6月末)



	(施設数)	高度急性期 急性期	回復期	慢性期	非稼働病床
2025年までに 増減すべき病床数	(約1.4万)	▲21万	+22万	▲7万	▲7万
具体的対応方針 合意済	(280)	▲1,989	+2,882	<b>▲</b> 457	<b>▲</b> 1,849

#### ◆ 公立病院・公的医療機関等(約1,650病院)における進捗状況(30年6月末)



- 具体的な対応方針に合意した施設の割合
- ■議論を開始していない施設の割合(値は負で表示)

#### ◆ 病床機能報告における定量的基準の策定

以下の定性的基準等をもとに、各医療機関の判断で病棟ごとに病床が担う機能を報告

高度急性期 急性期 回復期 慢性期

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 (救命救急病棟等を例示)

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能

長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

一定の類型の医療行為を全く提供しない病棟は、高 度急性期・急性期機能以外を選択すべき旨を明確化 (平成30年度~)



定量的な判断基準は引き続き存在せず

#### 【改革の方向性】

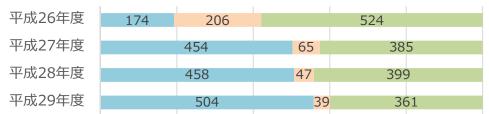
- 民間医療機関も含めて具体的対応方針の策定を一層促進するとともに、保険医療機関の指定等に当たり、民間医療機関に対する他の病床機能への転換 命令等を付与するなど都道府県の権限を一層強化すべき。
- 病床の機能分化・連携の具体的な進捗管理に当たり、①病床機能報告において医療機能に着目した判断・報告が行える定量的基準の更なる明確化を行 うとともに、②病床の転換等によって医療費の適正化に繋がったかどうかを検証しこれにより評価することとすべき(KPIの設定等)。 59

「病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する」

#### 【論点】

- 地域医療介護総合確保基金や国民健康保険の保険者努力支援制度は、その配分に当たって地域医療構想の進捗状況も反映する仕組みとは なっているが、特に、地域医療介護総合確保基金については具体的なインセンティブ付けの効果が非常に乏しい状況。
- 地域医療介護総合確保基金については、基金創設前まで国庫補助で実施してきた事業相当額を優先して配分調整する方針となっており、 病床の機能分化・連携を達成する観点が十分には反映されていない。

#### ◆ 地域医療介護総合確保基金(医療分)の交付状況



- ■事業区分Ⅰ:地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- ■事業区分Ⅱ:居宅等における医療の提供に関する事業
- ■事業区分Ⅲ:医療従事者の確保に関する事業
- (注) 公費ベース。平成30年度分(総額934億円)は現在配分中。

#### ◆ 地域医療構想の推進に向けた地域医療介護総合確保基金の活用

(平成30年度の交付額の決定に当たって考慮された項目)

- ・新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プランの策定状況
- ・地域医療構想調整会議における医療機関の具体的対応方針に対する合意状況
- ⇒ 各都道府県において求められている<u>具体的な水準や、メリハリ付けの詳細</u>は公表されておらず、具体的なインセンティブの効果が非常に乏しい状況。

#### 保険者努力支援制度の活用

・ 国民健康保険の保険者努力支援制度の評価指標(平成31年度~)において、全指標での最大加点240点のうち、地域医療構想の進捗状況に係る項目で最大25点分を評価。

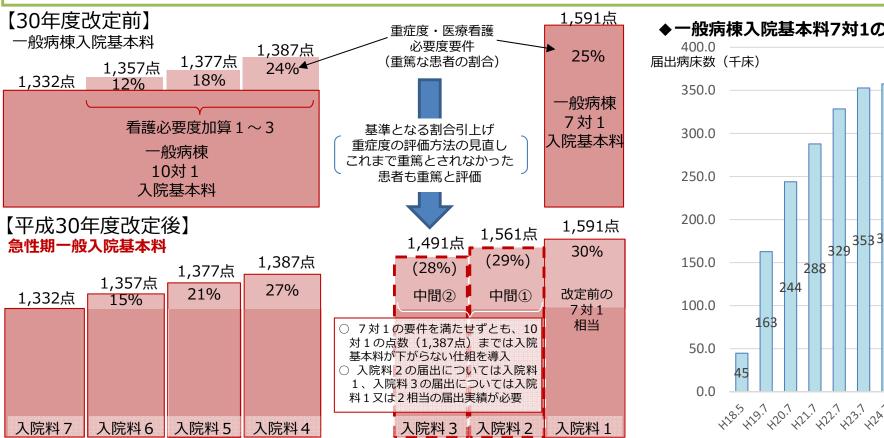
医療提供体制適正化の推進	加点
① 地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、複数の構想区域で合意が得られているか。	13点
② ①の基準は満たさないが、地域医療構想調整会議における具体的対応方針について、1つの構想区域で合意が得られているか。	8点
③ 平成29年度病床機能報告の報告率が平成30年6月末報告時点で 100%を達成しているか。	2点
④ 地域医療構想調整会議において、非稼働病棟を有する医療機関に関する議論を行っているか。	5点
⑤ 地域医療構想調整会議において、新公立病院改革プラン又は公的医療機関等2025プランの議論を行っているか。	5点

- 地域医療介護総合確保基金や国民健康保険の保険者努力支援制度の活用による病床機能の転換等については、その進捗状況に係る明確な 指標に基づくメリハリ付けの実績を「見える化」するとともに、その実績を踏まえ2025年度に向けてメリハリ付けを強化する観点から、 指標の水準の引上げやウエイト付けを行っていくべき。
- ) 地域医療介護総合確保基金については、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設整備等に引き続き重点化しつつ、基金創設前から存 在している事業か否かにかかわらずメリハリのある配分調整を行うべき。また、各事業が病床の機能分化・連携にどのように繋がっている か検証するとともに、併せて病床のダウンサイジングに係る追加的な支援策を検討すべき。 60

「病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しに よる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の 追加的方策を検討する」

#### 【論点】

- 診療報酬上、急性期を念頭に高い報酬設定がなされている「7対1入院基本料」を算定する病床が、導入(平成18年度)以降、急増し、 最多となっており、これまでの累次の見直しでも、十分に減少してこなかった。 (注) 26改定においては、要件見直しにより「9万床」の7:1病床を転換するものとされていた。
- 平成30年度の診療報酬改定により、入院基本料の名称を変更し、(旧)7対1入院基本料を算定する際の基準の変更などが実施されたが、 急性期に係る入院医療費がどの程度効率化されるのかは明らかではない。



# ◆一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移 の見込み 353358<sup>379380</sup>366364<sup>370366362</sup>354

#### 【改革の方向性】 (案)

平成30年度診療報酬改定が、全体としてどの程度地域医療構想に沿った病床の再編・急性期入院医療費の削減につながっていくかについ て、適切なKPIを設定したうえで、進捗を評価し、必要に応じて更なる要件厳格化等を次期改定において実施すべき。 61

「高額医療機器について、共同利用の一層の推進など効率的な配置を促進する方策を講じる。また、これに伴う稼働率の向上を促進する方策 を検討する」

#### 【論点】

○ 地域医療構想や基準病床制度により、病床については一定の規制を行う仕組みが整備されつつある。一方、診療所や医師の配置、高額医療機器への設備投資、介護の在宅サービスについては、提供体制をコントロールする仕組みがない。

#### 病床 介護サービス 外来医療 地域医療構想 基準病床制度 高額 ·診療所 事業者 高度急性期~慢性期までの 医療機器 年齢階級別人口等を基に 介護施設 •医師配置 医療機能ごとに需要を推 算定した基準病床を 計、これに沿って 地域の病床の上限とする 病床の機能分化・連携 (公的医療機関等) (公的医療機関等) (介護施設) 将来の必要病床数を超えた増床等 総量規制 病床過剰地域での 過剰な病床機能への転換等 ※ 計画に定める定員数 医療法 病院開設・増床の不許可 に関して、命令 を超える場合、指定 など 医療機関の 等をしないことがで きる。 開設・管理 (民間医療機関) (民間医療機関) (都道府県知事) 将来の必要病床数を超えた増床等 なし 病床過剰地域での なし 過剰な病床機能への転換等 病院開設・増床に関して に関して、要請/勧告 (地域密着型 要請/勧告 など サービス) 自由開業 公募制 自由標榜 (民間医療機関) 健康保険法等 (民間医療機関) 上記勧告を受けた場合、 将来の必要病床数を超えた増床等 医療保険の (在宅サービス) 厚牛労働大臣は に係る勧告を受けた場合、 給付対象範囲 なし 保険医療機関の指定を 厚生労働大臣は (厚生労働大臣) ※平成30年4月から しないことができる 保険医療機関の指定を 条件付与の什組み しないことができる

#### 【改革の方向性】(案)

○ 診療所や医師数、高額医療機器など病床以外の医療資源に関しても、医療費の増加を抑制しつつ、診療科や地域ごとの偏在を 是正し、限られた医療資源の中で適切かつ効率的な医療提供体制を構築していく観点から、その配置に係る実効的なコントロー ルが必要であり、その在り方について早期に議論を進めるべき。 62

## 外来診療等に係る提供体制のあり方(1)

#### 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかり つけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する」

「診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成過程を整備するとともに、総合診療医の養成を促進する」

#### 【論点】

- 地域医療構想は病床の機能分化・連携に着目したものであるが、病院と診療所の機能分化・連携やかかりつけ機能の在り方についても取 組を進めていく必要。
- かかりつけ機能を評価するための診療報酬上のインセンティブの付与や、紹介状なく大病院に受診する場合の定額負担の導入を進めてき たが、患者を適切に誘導するための施策として、必ずしも効果や施策の対象範囲が十分とは言えない状況。
- 特に、病院と診療所の機能分化は、病院勤務医の働き方改革の推進の観点からも早急に取り組むべき問題。

#### ◆地域包括診療加算の算定回数の推移 (対再診料算定回数比)

- ・ かかりつけ機能を評価するため、一定の施設基準 を満たし脂質異常症、高血圧症、糖尿病または認 知症のうち2以上の疾病を有する患者に同意を得 て診療等を行った場合に、1回ごとに再診料に加 算するもの(地域包括診療料と重複不可)。
- ・ 平成26年度改定で創設され、平成28年度・平成30年度改定で相次いで要件を緩和(地域包括診療料も同様)。



#### ◆地域包括診療料の届出医療機関数

・ 上記の「地域包括診療加算」と同様の場合に、月 1回に限り算定するもの。その際、個々の再診料 や処方料等は算定できない。

26年7月	27年7月	28年7月
122	93	197

#### (出典) 中央社会保険医療協議会総会提出資料(29.11.15)

#### ◆かかりつけ薬剤師指導料の算定回数

- ・ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行った場合に算定するもの(1回73点の出来高制)。
- ・ 平成28年度改定で創設、平成30年度改定で点数 引上げ。

全処方箋枚数(A)	算定回数(B)	B/A
7,629万枚	97.6万回	1.28%

(出典) 厚生労働省資料 平成29年3月分

#### ◆紹介状なしの患者数

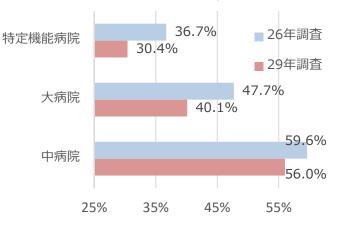
#### (大病院・対初診患者数比)

- ・ 保険医療機関相互の機能の分担等の推進のため、 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、平成28年4月から、紹介状なし で受診する場合に定額を徴収(例:医科初診につい て5,000円等)。
- ・ 平成30年度改定で対象範囲を拡大。

	27年10月	28年10月
500床以上	42.6%	39.7%
200床~500床	60.3%	59.4%

#### ◆外来患者の最初の受診場所 (病院種別ごとの比較)

- 医療施設において患者に調査票を配布し、受診 した病気や症状についてその日に来院した病院 に最初に受診したと回答した者の割合。
- ・ 大病院(中病院)とは、特定機能病院、療養病 床を有する病院を除いた一般病院で、病床規模 が500床以上(100~499床)の病院。



(出典) 平成29年度受療行動調査(概数)

(出典) 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会提出資料(29.5.31)

#### 【論点】

- 諸外国では、機能分化の例として、登録した医師による診療を原則としている例のほか、フリーアクセスを維持したまま自己負担の差を設けることでかかり つけ医での受診に誘導している例も見られる。
- かかりつけ医等に対する診療報酬上のインセンティブの付与(加算)は、その財源を患者の自己負担と保険給付で賄うことを通じて保険料・国民医療費の増 加に繋がるとともに、患者の自己負担が増加するため患者にとってディスインセンティブとなる可能性。

#### ◆ 外来診療提供体制の比較

#### ○ 予め登録した診療所の一般家 庭医(GP)による診療が必要

イギリス (NHS)

○ 直接専門科の診療を受けるこ とは原則不可

#### フランス

- フリーアクセス
- 予め登録した「かかりつけ 医しへの受診とそれ以外の医師 への直接受診で自己負担 (注) に差

【かかりつけ医】3割負担 【かかりつけ医以外】7割負担

#### 日本

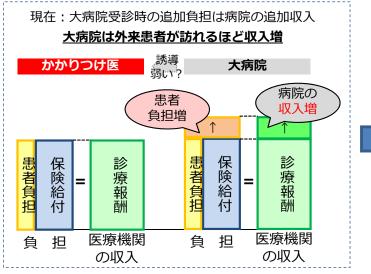
- () フリーアクセス
- 大病院受診時のみ、選定療養 として定額負担(特定機能病院 及び許可病床400床以上の地域 医療支援病院を対象)
  - ※ 医科初診:5,000円
- ※ 英NHS、仏CNAMウェブサイト等に基づき作成。救急の場合を除く医科の原則的な取扱いを示したもの。
- (注) このほか、原則として定額1ユーロを別途負担。また、16歳未満の者、一定の条件下で婦人科医・眼科医・精神科医に受診した者は自己負担3割。

#### ◆ 紹介状なく受診する際の自己負担の在り方のイメージ



#### 患者が誘導される動き

現在:かかりつけ機能を診療報酬で評価(加算の場合) かかりつけ医で受診する方が患者負担が大 かかりつけ医 かかりつけ医以外 患者 診療報酬 負扣增 を加算 保険給: 患者負担 保険給付 患者負担 診 療報 )療報酬 医療機関 医療機関 負 扣 負 担 の収入 の収入

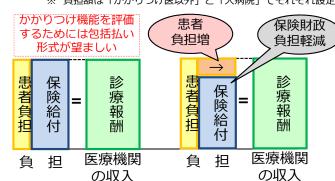


#### ◆厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会 報告書 (平成25年4月22日)

- ・ 総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病 と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な 初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供すること が求められる。
- ⇒ 平成30年4月から開始された新専門医制度の中で、総合診 療医の専門医としての「総合診療専門医」を養成開始

受診する場合に、診療報酬の中で追加の患者負担 かかりつけ医の方が患者負担が小さくなるとともに 病院の追加収入も生じないことから より効率的なインセンティブを発揮 (国民医療費も増加せず) かかりつけ医以外 大病院 ※ 負担額は「かかりつけ医以外」と「大病院」でそれぞれ設定

改革案:かかりつけ医以外または大病院で



- 適切かつ効率的な外来診療体制の提供を早急に進める観点から、かかりつけ機能の評価の整理を行いつつ、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師以外に外来受診 等をした際の定額負担を導入すべき。また、大病院受診時の選定療養による定額負担について、対象範囲を更に拡大しつつ、診療報酬への上乗せ収入とする のではなく保険財政の負担軽減につながるよう診療報酬の中で定額負担を求めるなど、仕組みの見直しを行うべき。
  - 今年度から養成が開始された「総合診療専門医」について、必要な養成数を確保し、速やかな養成を進めるべき。

## 高額医療機器(CT、MRI)の配置状況①(平成30年度予算執行調査)



- 都道府県別の人口10万人あたりのCT台数及びMRI台数は、最も多い都道府県でCTが21.8台(徳島県)、MRIが10.2台(高知 県)となっており、全国平均の約2倍の配置状況、最も少ない都道府県との地域差はいずれも3倍超となっていた。
- 更に、CT及びMRIについて、OECD諸国の10万人あたりの台数とも比較したところ、CTについては全ての都道府県において OECD諸国の台数を上回っており、MRIについてもアメリカを除くOECD諸国の台数を上回っている状況。

