

社会保障

財務省

2021年11月8日

2. 診療報酬改定

総論

医療機関の経営実態

医療福祉分野の雇用情勢

医療提供体制改革と診療報酬改定
(医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし)

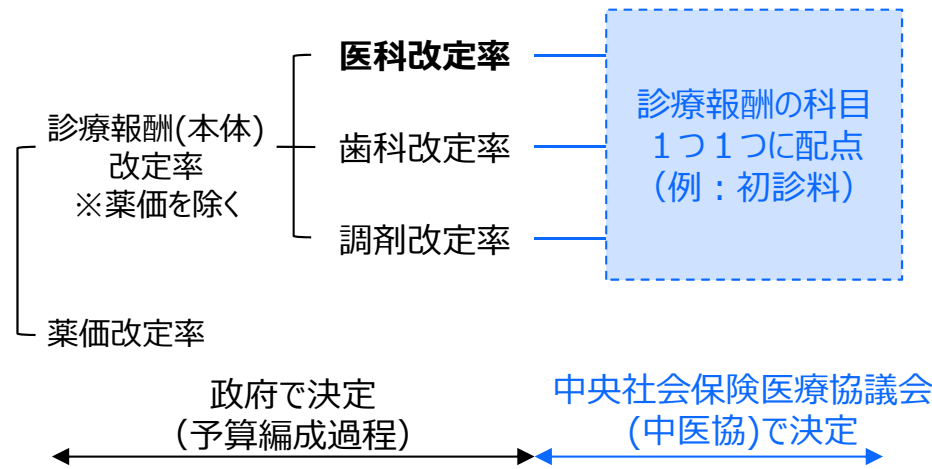
調剤報酬

薬価改定

診療報酬改定におけるマクロの改定率

- 診療報酬改定においては、**まずは年末に全体のマクロの改定率**が決定され、次いで改定率決定によって規定される財源の範囲に収まるよう**年度末までに各診療行為のミクロの点数と算定要件の改定**がなされる。
- 年末の段階ではマクロの**改定率の水準やそのプラスマイナスが注目**されるが、医薬品の価格等の評価を行う薬価部分と医師の person 費等の「技術・サービス」の評価を行う診療報酬（以後、「診療報酬（本体）」という）部分のそれぞれのプラスマイナス等が**持つ意味を適切に捉えていく必要がある**。

◆ 診療報酬改定のプロセス



◆ 診療報酬改定率

	(年度)									
	1989 (H元)	1990 (H2)	1992 (H4)	1994 (H6)	1996 (H8)	1997 (H9)	1998 (H10)	2000 (H12)	2002 (H14)	2004 (H16)
薬価等改定率	(+0.65%)	▲2.7%	▲2.5%	▲2.12%	▲2.6%	▲0.87% (+0.45%)	▲2.8%	▲1.7%	▲1.4%	▲1.0%
診療報酬(本体)改定率	(+0.11%)	+3.7%	+5.0%	+4.8%	+3.4%	+1.25% (+0.32%)	+1.5%	+1.9%	▲1.3%	±0%

	2006 (H18)	2008 (H20)	2010 (H22)	2012 (H24)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2019 (R元)	2020 (R2)
薬価等改定率	▲1.80%	▲1.2%	▲1.36%	▲1.375%	▲0.63% (+0.73%)	▲1.33% [▲1.52%] [▲1.82%]	▲1.45% [▲1.74%]	▲0.48% (+0.47%)	▲1.00% [▲1.01%]
診療報酬(本体)改定率	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%	+0.73% (+0.63%)	+0.49%	+0.55%	+0.41% (+0.41%)	+0.55% ① +0.47% ② +0.08%

※ () 内は、消費税対応分。

(注1) 2016年度の[]書き(中段)には、市場拡大再算定(通常分)を含む。

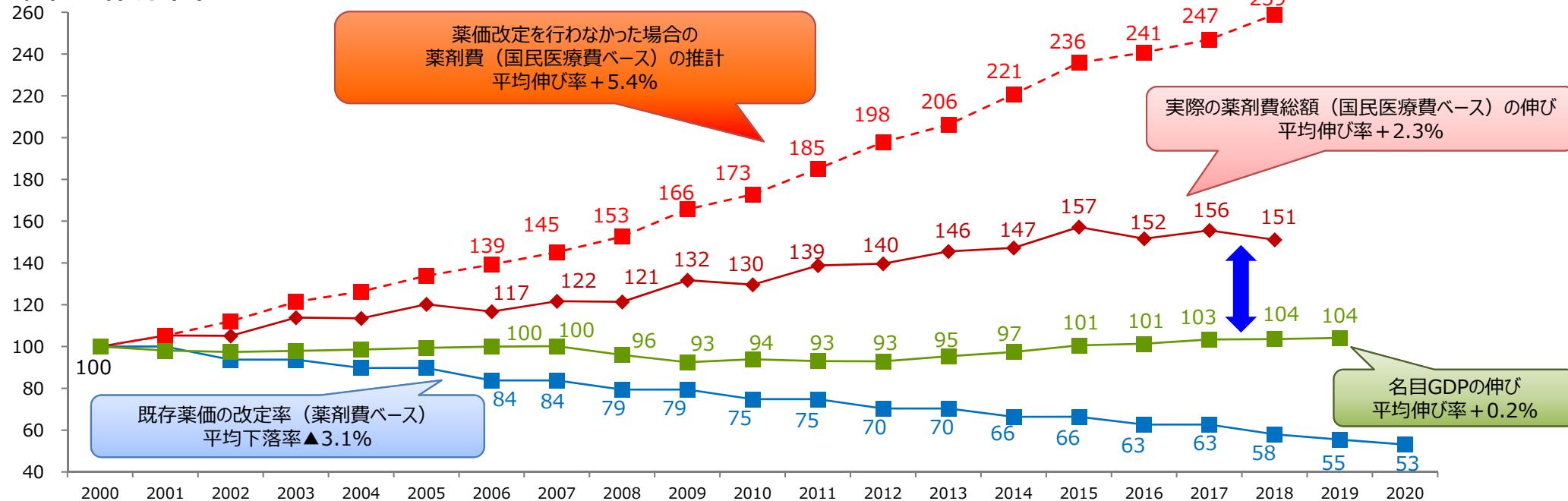
(注2) 2016年度、2018年度及び2020年度の[]書き(下段)には、市場拡大再算定(通常分)及び新たに行われた制度改革の影響を含む。

(注3) 2020年度の①は②を除く改定分であり、②は消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的対応である。

薬価改定と薬剤費の関係

- 薬価部分について、いわゆる「マイナス改定」が続いてきたが、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 % 強で増加し、**医薬品市場は経済成長率を大きく上回る成長**を続けてきた。
- 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 % 強と推計されており、この**薬価改定による年平均伸び率 2 % 強への調整を「マイナス改定」と呼ぶことで、恰も薬剤費総額の伸びがマイナスとなり、医薬品市場が縮小するかの印象を与えているとすれば、まったく適当でない。**
- しかも、**薬価改定自体は、既存医薬品の薬価を市場実勢価格に合わせることであり、仮に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を据え置くこととすれば、徒な患者負担、保険料負担、公費負担が生ずる。**
 薬価改定は、概算要求の前に薬価調査の結果が判明していればなされていたはずの予算上の積算単価の修正を、年末になって行う「**過大な要求の積算の修正**」作業に過ぎないとも言える。
- 薬価部分の薬価改定による調整作業を「マイナス改定」と呼ぶことや、改定率に必要以上の意味を持たせることは慎むべきであり、**薬価改定を経てもなおもたらされている薬剤費総額の伸びが適正な水準か否か、拡大している医薬品市場の中での分配をいかにイノベーションの推進など必要な課題に振り向けていかに焦点を当てるべきである。**
- 足元の動向を注視していく必要はあるものの、**これまで薬価改定後の薬剤費総額の伸び率がなお経済成長率を大きく上回ってきたことを踏まえれば、毎年薬価改定の実現など近年の薬価制度の抜本改革の成果にとどまることなく、もう一段の強力な薬剤費適正化の取組が必要**である。

2000年（H12年）比（%）



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

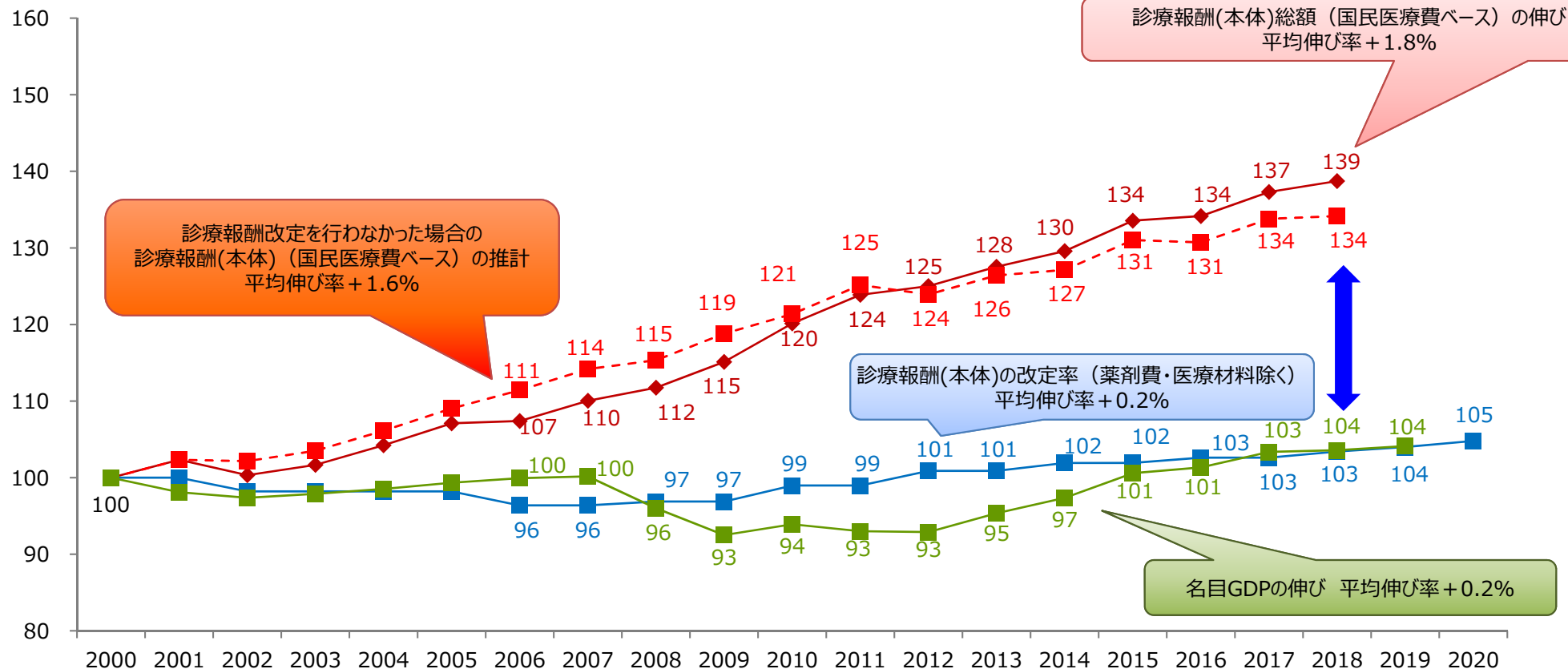
※ 2 2000年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乘じたもの。

※ 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の薬剤費の推計。

診療報酬（本体）改定と医療費の関係

- **診療報酬（本体）**については、2002年度改定、2006年度改定を除き、いわゆる「**プラス改定**」が続いてきた。
その結果、下図のように2000年を起点として考えた場合の機械的な試算では、診療報酬改定以外の高齢化等の要因により年平均伸び率1.6%で増加してきた診療報酬(本体)の医療費について、**診療報酬(本体)の改定によりあえて年平均伸び率0.2%を上積みしてきた計算になる。**
- 診療報酬(本体)の改定について、仮に「**マイナス改定**」が続いてきたとしても、2年に1度の診療報酬（本体）の改定率が**平均▲3.2%を下回らない限り、理論上は、なお残る高齢化等による市場の拡大**から医療機関等が収入増加を享受することが可能であったことになる。この2年に1度の診療報酬（本体）改定率のマイナスが平均▲0.8%(年平均▲0.4%)であったとしても、人口減少も加味した高齢化要因による市場の拡大(平均伸び率1.2%)が維持されたはずであった。
しかし現実には、診療報酬（本体）改定のマイナスは2002年度の▲1.3%、2006年度の▲1.36%のみで、「マイナス」どころか「プラス」の改定が続いてきた。
- **診療報酬（本体）改定率について医療費の適正化とは程遠い対応を繰り返してきたと言わざるを得ず、診療報酬（本体）の「マイナス改定」を続けることなくして医療費の適正化は到底図れない。**
- **拡大する市場の中での分配をいかに医療従事者の処遇改善など必要な課題に振り向けていくかの観点も含め、まずは改定前の診療報酬(本体)の伸びがどのような水準かということを出発点として改定の議論を行うことが適当であり、そこが高止まりしているのであれば、躊躇なく「マイナス改定」をすべきである。そうしたプロセス抜きに、診療報酬（本体）の改定率を論う意義は乏しい。**

2000年（H12年）比（%）



※1 厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算年次推計」等を基に作成。
※2 2000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乘じたもの。

※3 診療報酬改定を行わなかった場合の診療報酬（本体）の推計は、診療報酬（本体）に係る改定率を基に算出した改定影響額なかりせよの診療報酬（本体）の推計。

薬価改定と診療報酬（本体）改定の関係

- 予算編成過程において、他分野の予算では前年度予算額が議論の出発点とされるのに対し、医療等の分野では、薬価部分であれ診療報酬（本体）部分であれ、いわゆる「自然増」として過去の伸びで延ばした金額が議論の出発点とされ、そこからの診療報酬改定による必要な修正・適正化作業が「マイナス改定」などと呼ばれることで、水準の適正化が阻まれがちであった。
- 薬価部分の「マイナス改定」による財源（いわゆる「薬価改定財源」）を活用して診療報酬（本体）の「プラス改定」の上積みの論拠とする主張もあるが、薬剤費総額が伸長する中で「過大な要求の積算の修正」作業に財源が生まれることを観念する余地はまったくない。ましてそれを診療報酬（本体）の上積みの論拠とすることは、そもそも診療報酬（本体）の適正化を図る必要がある中で、フィクションにフィクションを重ねたものというより他はない。
- こうした医療等の予算を巡ってなされる独特の「論理」やそれに基づく主張が、高齢化等による市場の拡大を既得権益化し、拡大する市場の中での分配のあり方についての建設的な議論も妨げてきた。ひいては社会保障関係費の増大が我が国財政悪化の最大の要因とされる現状につながった一因とも言え、徹底的に見直す必要がある。
とりわけ診療報酬改定等にまつわる因習は、払拭されなければならない。

「平成26年度予算の編成等に関する建議（平成25年11月29日財政制度等審議会）」（抄）

II. 各歳出分野における取組み

1. 社会保障

（3）各分野の当面の課題

②医療

診療報酬の薬価部分について市場実勢価格を上回る過大要求があり、その修正が必要であること、これは当然の時点修正であって、歳出としてまだ実現しない段階で要求を下方修正するものであるため、そこから財源が捻出されると考える余地がないことを指摘する。この修正分を診療報酬本体部分に流用することに合理性がないことは経済財政諮問会議等でも議論されているが、そうした議論以前の問題として、そのような財源があるとする考え自体がフィクションに過ぎない。

III. 社会保障補論（医療費の自然増を含む合理化・効率化と26年度診療報酬改定）

2. 診療報酬薬価部分

（1）過大要求の修正の必要性

診療報酬の薬価部分については、概算要求段階の積算が過大であるという問題がある。すなわち、診療報酬改定年の9月に薬価調査により当年度の薬価の市場実勢価格の把握が行われるが、近年は調査の結果として既存医薬品の市場実勢価格の低下が判明するのが恒例である。8月末の概算要求では、便宜上前々年度の医薬品の市場実勢価格を踏まえて決定された薬価に基づいて積算が行われているため、要求が遡って過大であったことになる。（中略）薬価部分の積算単価については、時点修正により市場実勢価格を反映したベースに置き換えるのは当然である。

なお、仮に薬価調査の結果が事前に判明していれば、概算要求時点で、市場実勢価格を踏まえた要求がなされたはずである。事後に過大要求の精査・修正をする必要が生じ、予算編成の不確定要素が徒に増す今の仕組みは明らかに不合理である。

（2）改定率概念

診療報酬改定においては、上記の薬価部分の下方修正の金額を医療費ベースに置き換えたと上で、医療費の総額に対する比率を算出した「薬価改定率」の概念がしばしば用いられる。しかし、「薬価改定率」の概念は、予算編成上当然になされるべき時点修正に、その本質と離れて医療政策的な意味合いを持たせかねないものであり、見直しが必要である。更に、この「薬価改定率」と診療報酬本体部分の改定率を差し引きするネット改定率の概念が存在し、その水準の高低をもって診療報酬改定が評価されがちであるが、これも適当でない。すなわち、こうした慣行が、薬価部分の「マイナス改定」により何らかの財源が生み出され、かつ、その財源について診療報酬本体部分を含む他の経費に使い回すことが可能であるかのような誤解を助長している。先ほど来述べているとおり、薬価部分の「マイナス改定」は過大要求の時点修正に過ぎない。歳出としてまだ実現していないものの下方修正から何らかの財源が生み出されることはなく、無から有が生じると考えることはできない。（略）

また、薬価差益を医療機関等の経営資源として擁護する考え方に立たない限り、診療報酬の薬価部分と診療報酬本体部分の損益を通算する議論は生じにくいはずであり、そのような考え方自体に問題が大きい。（略）

そうであるにもかかわらず、両者が医療費として一体的に要求されている状況を利用して、前者（薬価部分）の水準が下がった際に後者（診療報酬本体部分）の増額（流用）を主張することがあるとすれば、特定財源化そのものである。しかも、そもそも薬価部分については市場実勢価格を上回る過大要求があり、その修正は当然行われるべきものであることを踏まえれば、流用に合理性がないどころか、流用すべきとされる財源が過大要求を前提としたフィクションということになる。

医療費の成長と分配（令和4年度予算編成におけるいわゆる「自然増」を出発点とする分析）

- 改めて令和4年度予算の概算要求における6,600億円のいわゆる「自然増」要求のうち、医療分については、3,600億円（国費ベース）の要求（公費ベースでは5,400億円の増加要求）となっており、医療費（令和3年度予算ベース：47兆円程度）ベースで1兆4,100億円（対前年度プラス3.0%）の増額要求であることになる。診療報酬改定率に換算してプラス3.0%の要求がすでになされていることになる。
- このうち薬価部分については、機械的に試算すれば医療費ベースで8,700億円の増額要求であり、仮に薬価制度の抜本改革を行った平成30年度診療報酬改定時と同等の薬価改定・制度見直しによる影響額（医療費ベース7,500億円）が生じたとしても、なお医薬品市場は成長することになる。
経済成長の伸びとの調和を踏まえ更なる適正化のための薬価改定を徹底するもう一段の取組を講じたうえで、**なお拡大する医薬品市場の成長の果実をいかにイノベーションの推進など必要な課題に振り向けていくかの分配の議論こそがなされる必要がある**（薬価算定方式の見直しなど）。
- **診療報酬（本体）部分**については、機械的に試算すれば医療費ベースで5,400億円の増額要求であり、据え置いた（プラスマイナスゼロの改定を行った）場合でも、追加の負担として企業・家計の保険料負担・患者負担が3,400億円（保険料負担2,700億円、患者負担等700億円）生ずることになる。
医療機関の収入としては5,400億円増加するため、仮にこの部分をすべて賃金引上げに充てるとした場合に、機械的な試算では**すべての医療従事者を2.5%賃上げできるだけの原資が確保されていることになる**。
いずれにせよ**増加する医療費をどのように必要な課題に分配していくか、診療報酬体系のあり方の見直しを検討しつつ、経済成長の伸びや人口減少を加味した高齢化による伸びとの調和を踏まえ水準の適正化を行っていくことが適当である**。

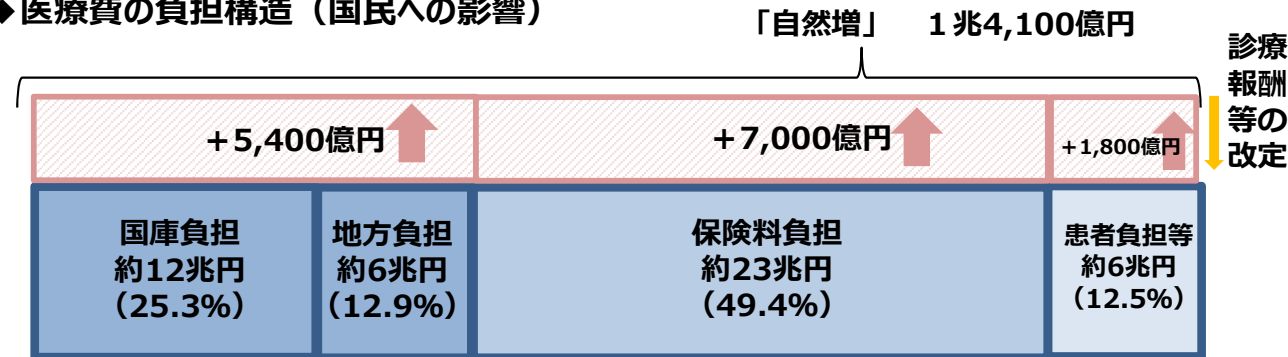
◆自然増の内訳(一定の前提のもとに試算)

(単位：億円)

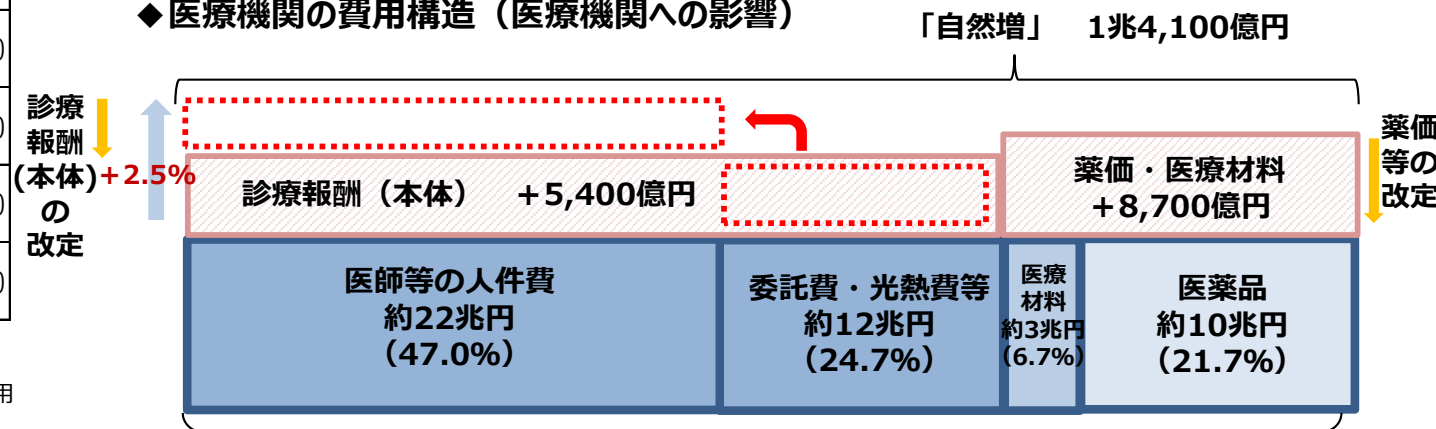
医療費			
	「自然増」	薬価等	診療報酬（本体）
総計	14,100	8,700	5,400
公費	5,400	3,300	2,100
国費	3,600	2,200	1,400
地方費	1,800	1,100	700
保険料	7,000	4,300	2,700
患者負担等	1,800	1,100	700

※各財源別の医療費の「自然増」については、概算要求における医療費（国費）の「自然増」を基に、「国民医療費の概況」（2018）の財源比率を用いて機械的に算出したもの。
※「自然増」の診療報酬（本体）、薬価等の振分けに際しては、改定が行われなかった場合のそれぞれの医療費の2001年度以降の平均の伸びを勘案
※薬価等には医療材料を含み、医療材料の伸び率は薬価と同じと仮定して算出

◆医療費の負担構造（国民への影響）



◆医療機関の費用構造（医療機関への影響）



国民医療費 = 診療報酬総額（令和3年度予算ベース）：約47兆円

※医薬品や医療材料には、改定時に診療報酬（本体）としてカウントされるものも含まれるが、この図では全て、薬価等改定によるものと整理
(出所) 財源構成比：厚生労働省「国民医療費の概況」、費用構成比：厚生労働省保険局資料による

診療報酬行為の点数・算定要件の改定と医療費の関係

- 診療報酬改定においては、年末に全体のマクロの改定率を決定した後、改定率決定によって規定される財源の範囲に収まるよう**年度末までに各診療行為のミクロの点数と算定要件の改定**がなされる。これにより医療サービス間の相対的価値が定まり、一義的には医療サービスの質・量に影響が及ぶ。
 - しかし、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、ある**診療行為の算定回数をコントロールすることも、各診療行為の算定回数を診療行為の点数等が変化したことによる動態的変化（減点への回避行動や、加点による当該診療行為への経年的誘導効果など）まで見越して正確に見込むことも困難を伴う**（看護配置 7 対 1 の入院基本料の例についてP37で後述）。
 - 結局、**各診療行為のミクロの点数と算定要件の改定による医療費への財政的影響をマクロの改定率決定の範囲内に収めることには限界がある**。
 - このことは、**結局は点数の傾斜配分に過ぎない診療報酬改定でもって医療費をコントロールすることも、医療機関の経営を安定させることも難しく、サービス供給量を規定するための別途の取組（医療提供体制改革）や、医療費そのものへの直接的な規律（現行の数々刻みの社会保障関係費（国費）の規律（「歳出の目安」）のみならず、中長期の給付費水準そのものの「伸び率管理」等による規律）が必要であることを示している**。
- (注) 新型コロナウイルス感染症（以下、「新型コロナ」という）への対応において、受診控えや新型コロナ患者受入れ体制の確保による医業収入の減少の補填と受入れ体制の確保の双方を目的として、病床確保料等で支援したところ、病床逼迫時に医療機関全体として新型コロナ患者の十分な受入れにも至らない一方で、国が開設する公的医療機関において大幅な経営改善が見られるという事態が生じた。1つの政策ツールを用いて複数の政策目的を果たそうとしたことの結果であり、診療報酬改定についても診療行為のミクロの点数と算定要件の改定のみで複数の政策目的を効率的に実現することが可能かは十分に検証する必要がある。
- 加えて、**医療費適正化及び医療機関の医業収入の安定の双方の観点から、診療報酬が実際は診療報酬点数と 1 点単価の積であるにもかかわらず、診療報酬の 1 点単価が10円で固定されていることやその単価補正が行われないことが、診療報酬が本来備えている調整手段を徒に放棄し、政策面での対応力を損ねていないか、検証する必要がある**。

全国一律（注）			×	全国一律		＝	医療費
診療報酬点数（厚生労働大臣告示）				1点あたり 単価 10円			
（例）	初診料	288点					
	急性期一般入院料 1	1,650点					
	調剤基本料 1	42点					

（注）入院基本料への地域加算（都市部に加算）など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

※ 1 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
※ 2 かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

◆ 1点単価の調整等により政策対応の幅が広がると考えられるケース

<医療費適正化>

保健医療2035提言書（抄）（厚生労働省 平成27年6月）

「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部（例えば、加算の算定要件の強化など）を都道府県が主体的に決定することとする。」

<医療機関の医業収入の安定>

財政制度等審議会建議（抄）（令和3年5月）

「新型コロナ患者受け入れ病院に対する収入面への対応として、これまでも法律の改正を伴う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」を参考とし、前年同月ないし新型コロナ感染拡大前の前々年同月水準の診療報酬を支払う簡便な手法を検討すべきである。

※前年同月ないし前々年同月水準からの減収相当額の支払い部分について実際に行われた診療行為への対価性を欠く点については、たとえば対前年同月ないし対前々年同月比で保険点数が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、前年同月ないし前々年同月水準の診療報酬を支払うことは可能である。」

政策目的達成の手段としての診療報酬（補助金との比較）

- 政策目的を達成するための手段として、事業者の収入とはなってもその政策目的のために事業者が充当するとは限らない**診療報酬は、補助金等よりも政策目的の実現の実効性に劣る面があることに留意する必要**（介護報酬等も同様）。
- 直近では、新型コロナウイルス感染症対策のための診療報酬における加算（9月末まで）や介護報酬等における臨時の特例（9月末まで）が、実際に感染防止対策を行ったかどうか、要した費用の多寡にかかわらず事業者に入りが入る仕組みであった。感染状況や地域医療等の実情を踏まえ、これらを9月末に打ち切り、実際に感染防止対策に要したかかり増し経費を直接支援する補助金に切り替えたところである。
- 診療報酬改定に当たっては、**どのような場面・政策目的に対する財政対応を診療報酬で行い、どのような場面・政策目的に対する財政対応を補助金で行うべきか、そもそも財政支援以前に規制的手法をまず用いるべきか**といった点について熟慮すべきであり、**安易に財政支援に頼ることや、その手段について診療行為の点数や算定要件の改定という手法に依存することは慎むべきである。**

◆診療報酬による支援（2021年9月末まで）

- 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第4版」等を参考に、
 - ・ **全ての患者の診療**において、状況に応じて**必要な個人防護具を着用**した上で、感染防止に十分配慮して患者への対応を実施する
 - ・ **新型コロナウイルス感染症の感染予防策に関する職員研修**を行う
 - ・ **病室や施設等の運用**について、**感染防止に資するよう、変更等に係る検討**を行う等の感染予防策を講じることについて、外来診療、入院診療等の際に以下の点数に相当する**加算等を算定できる**こととする。
 - 初診・再診（医科・歯科）等については、**1回当たり5点**
(外来等感染症対策実施加算)
 - 入院については、**1日当たり10点**（入院感染症対策実施加算）
 - 調剤については、**1回当たり4点**（調剤感染症対策実施加算）
 - 訪問看護については、**1回当たり50円**（訪問看護感染症対策実施加算）
- ※ **小児外来に係る特例**については、医科+50点などの支援を継続するが、**令和4年3月末まで**とする

◆介護・障害福祉サービス等報酬による支援(2021年9月末まで)

新型コロナウイルス感染症に対応するため、かかり増しの経費が必要となること等を踏まえ、令和3年9月末までの間、報酬に対する特例的な評価を行うこととし、+0.05%相当分を確保する。

◆補助金による支援（2021年10月～12月）

対象経費（共通）

令和3年10月1日から12月31日までにかかる感染防止対策に要する費用

医療

国直接執行の補助金により、以下のとおり実施

- ・ 病院・有床診療所(医科・歯科) **10万円上限**
- ・ 無床診療所(医科・歯科) **8万円上限**
- ・ 薬局、訪問看護事業者、助産所 **6万円上限**

介護

地域医療介護総合確保基金の枠組みを活用し、基本報酬の0.1%特例の対象としていた全ての介護施設・事業所に対して実施

- ・ 平均的な規模の介護施設において、 **6万円上限**

障害福祉

都道府県等向けの補助金の枠組みを活用し、基本報酬の0.1%特例の対象としていた全ての障害福祉サービス等事業所に対して実施

- ・ 平均的な規模の入所施設において、 **3万円上限**

2. 診療報酬改定

総論

医療機関の経営実態

医療福祉分野の雇用情勢

医療提供体制改革と診療報酬改定
(医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし)

調剤報酬

薬価改定

医療費の動向

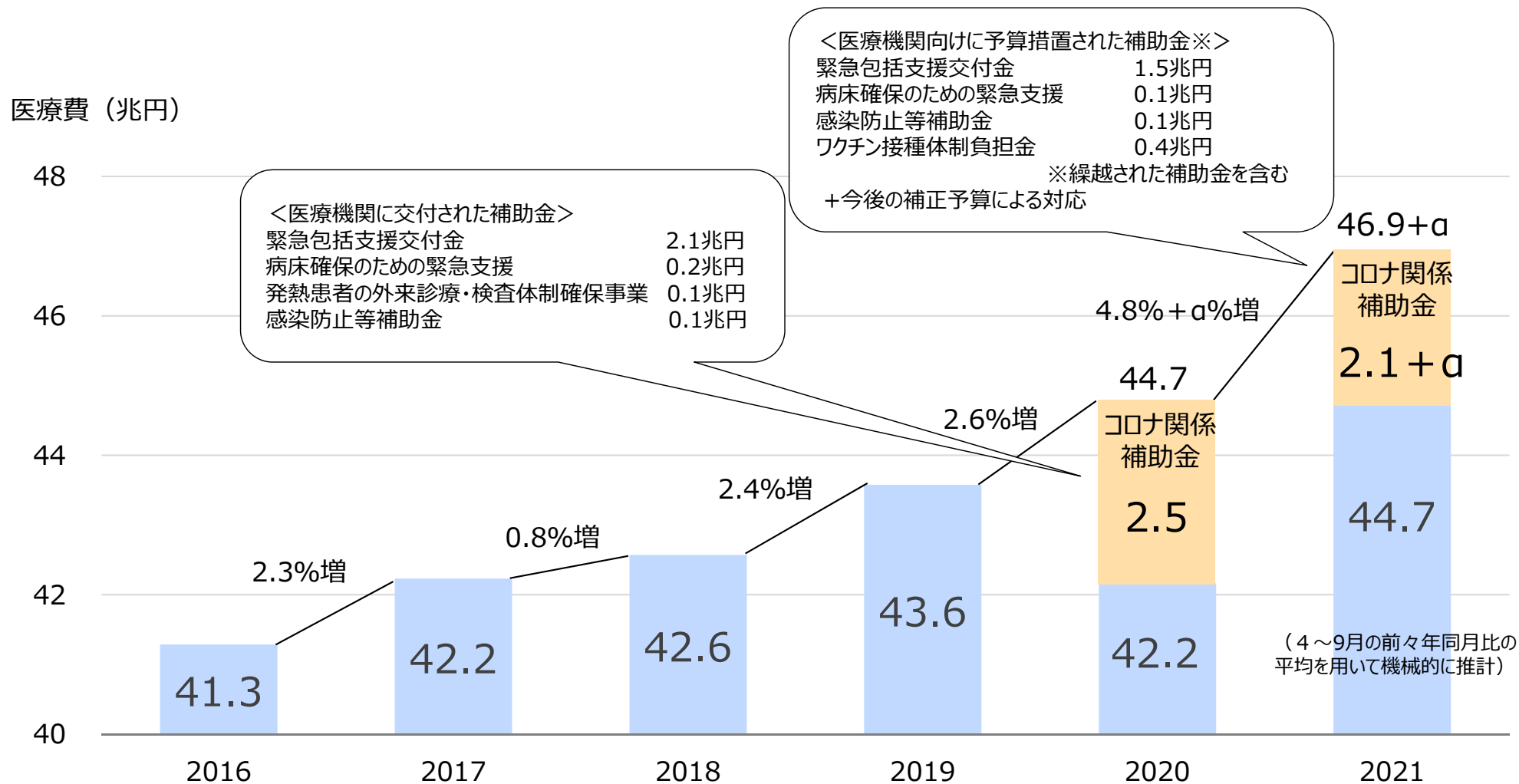
- 令和2年度の概算医療費は42.2兆円と、対前年度比マイナスであったが、足元の医療費を見ると、既に新型コロナ感染拡大前の水準を回復しており、さらにそれを上回っている。
- ただし、これらのデータは診療報酬点数の集計であり、新型コロナの感染拡大に伴って医療機関の支援として交付された新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金などの補助金の金額を含んでいない。

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度					
						4月 (前々年同月比)	5月 (前々年同月比)	6月 (前々年同月比)	7月 (前々年同月比)	8月 (前々年同月比)	9月 (前々年同月比)
医科	+0.4%	+2.1%	+1.5%	+2.0%	▲3.8%	+5.5%	+4.7%	+9.5%	+4.9%	+10.5%	+5.9%
病院	+0.9%	+2.5%	+2.1%	+2.5%	▲3.3%	+0.7%	▲2.0%	+3.8%	▲2.4%	+1.3%	+6.1%
診療所	▲0.9%	+1.1%	+0.2%	+0.7%	▲5.3%	+3.3%	+2.1%	+5.6%	+3.3%	+8.3%	+5.4%
歯科	+1.5%	+1.4%	+1.9%	+1.9%	▲0.8%	+10.3%	+10.4%	+8.0%	+3.4%	+6.5%	+10.1%
調剤	▲4.8%	+2.9%	▲3.1%	+3.6%	▲2.7%	+0.4%	+0.9%	+7.3%	+3.5%	+4.0%	+4.7%
総計 金額	41.3兆円	42.2兆円	42.6兆円	43.6兆円	42.2兆円	—	—	—	—	—	—
伸び率	▲0.4%	+2.3%	+0.8%	+2.4%	▲3.2%	+5.0%	+4.6%	+9.1%	+4.6%	+8.9%	+6.1%

(参考) 2020年度までは厚生労働省「医療費の動向」における概算医療費。
 病院・診療所の区分がなされていることを踏まえ、2021年4月以降は社会保険診療報酬支払基金のデータから算出。9月は請求ベースの数値を特別集計した速報値。
 支払基金のデータと国民健康保険中央会の国保連合会審査支払業務統計のデータとを合計して算出した場合の総計の伸び率は4月～8月までの平均で、対前々年同月比1.9%程度となる。

補助金を含む医療機関の収入の動向

○ 一定の仮定を置いて大胆に試算すれば、**医療機関はマクロとして令和2年度に概算医療費の対前年度減少を補う以上の補助金収入を享受しており、令和3年度については、足元の実績から推計した医療費の見込みに、前年度繰り越し分も含め予算措置されている補助金収入を足した計数は47兆円程度と見込まれ、医療機関の経営実態は近年になく好調であることが窺える。**



（注1）医療費について、2020年度までは厚生労働省「医療費の動向」の概算医療費。

（注2）2021年度は社会保険診療報酬支払基金の統計月報・請求データによる点数及び国民健康保険中央会国保連合会審査支払業務統計のデータを踏まえて推計したもの。

医療経済実態調査

- 令和4年度診療報酬改定に向けて、**11月中旬には**、病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにすることを目的とした「**医療経済実態調査**」（以下、「実調」という）が公表される予定であり、診療報酬改定に向けた基礎資料となる。
- 令和3年度の実調では、①令和3年3月末までに終了する直近2事業年（度）の年度調査、②令和元年、2年、3年の3ヶ年の6月の単月調査が公表される予定である。
- しかし、調査対象期間中の**新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響が大きく**、前回の**令和2年度診療報酬改定の影響を他と切り分けて把握することは困難**であり、今まで述べたような**補助金を含めた医療機関の足元の医業収入の状況をとらえきれずとも疑問がある**。年末までに全体の改定率を決めていくに当たって参考とすべき要素は乏しい可能性が高い。
- 年度末までの各診療行為のミクロの点数や算定要件の改定に向けては、そもそも主たる診療科別などのサンプル数が少ない同調査において、どのように改定の参考としていけるのか更に疑問が大きい。
- サンプル数の少なさに加え、サンプルが調査の度に入れ替わり**経年的な把握が困難**であり、**サンプルバイアスなども指摘されている**実調については、**診療報酬改定を担当する当局が所管・実施している点を含め、透明性を高め、統計的に有意なものにしていくべく、あり方の抜本的な見直しが必要**である。

◆中医協 調査実施小委員会における意見（2021年1月、2月）

○単月調査を実施しても、その結果から令和2年度の改定の影響を分析することは相当に困難なのではないかと考えております。

○今回のコロナ影響によって通常の医療経済実態調査をやっても、令和2年度の診療報酬改定の影響を把握することは、・・・もう不可能だと言い切っているかと思っています。

◆実調におけるサンプル数と過去の有効回答率

対象	サンプル数	調査年度	有効回答率
病院	1/3※	平成27年	52.4%
診療所	1/20	平成29年	56.2%
歯科診療所	1/50	令和元年	54.0%
薬局	1/25		

※特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院は全数、これらの病院は有効回答率の計算からも除外している。

◆「実調」と「事業報告書等」での客体数の違い（平成27年度の資料を分析したもの）

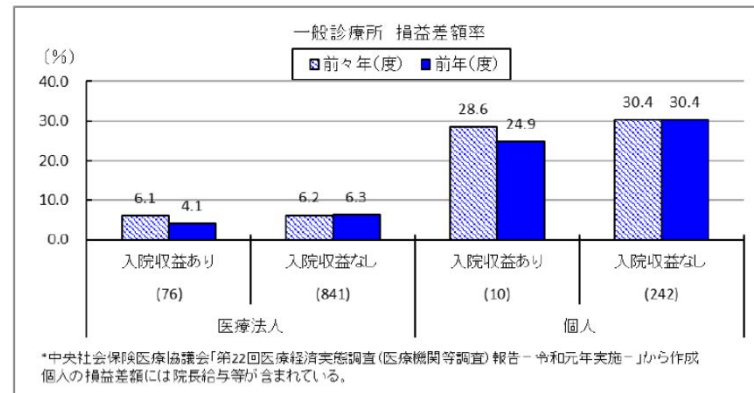
「事業報告書等」は損益計算書等、全医療法人が医療法に基づき都道府県に事業年度ごとに提出する報告書。

主たる診療科 別診療所	無床診療所		客体数の 倍率	有床診療所		客体数の 倍率
	実調	事業報告書		実調	事業報告書	
内科	368	5261	1/14	20	501	1/25
小児科	52	1913	1/37	0	72	算出不能
精神科	26	502	1/19	1-2	68	1/68
外科	40	809	1/20	10	319	1/32
整形外科	79	2435	1/30	12	457	1/38
産婦人科	22	322	1/15	19	763	1/40
眼科	55	1692	1/31	9	353	1/39
耳鼻咽喉科	55	1653	1/30	1-2	40	1/40
皮膚科	47	1236	1/26	1-2	17	1/17

荒井耕「診療所の財務実態」、荒井耕・古井健太郎「主たる診療科別の診療所の実績把握のための仕組みの模索－診療報酬改定のための財務情報基盤の充実に向けた試み－」から作成

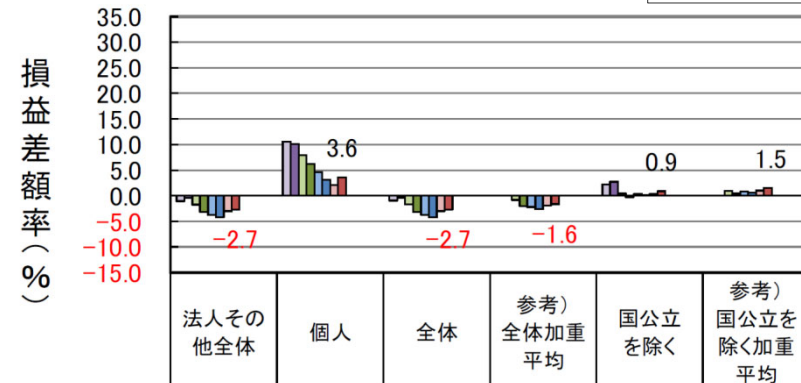
◆令和2年度改定時に向けて中央社会保険医療協議会で示された実調の分析データ（2019年11月27日）

二号委員（診療側）資料



⇒一般診療所11万事業所のうち、上記のとおり1/20のサンプル数に有効回答率を掛けると数%に過ぎない個票を更に区分して分析を行っていることになる。

健保組合連合会資料

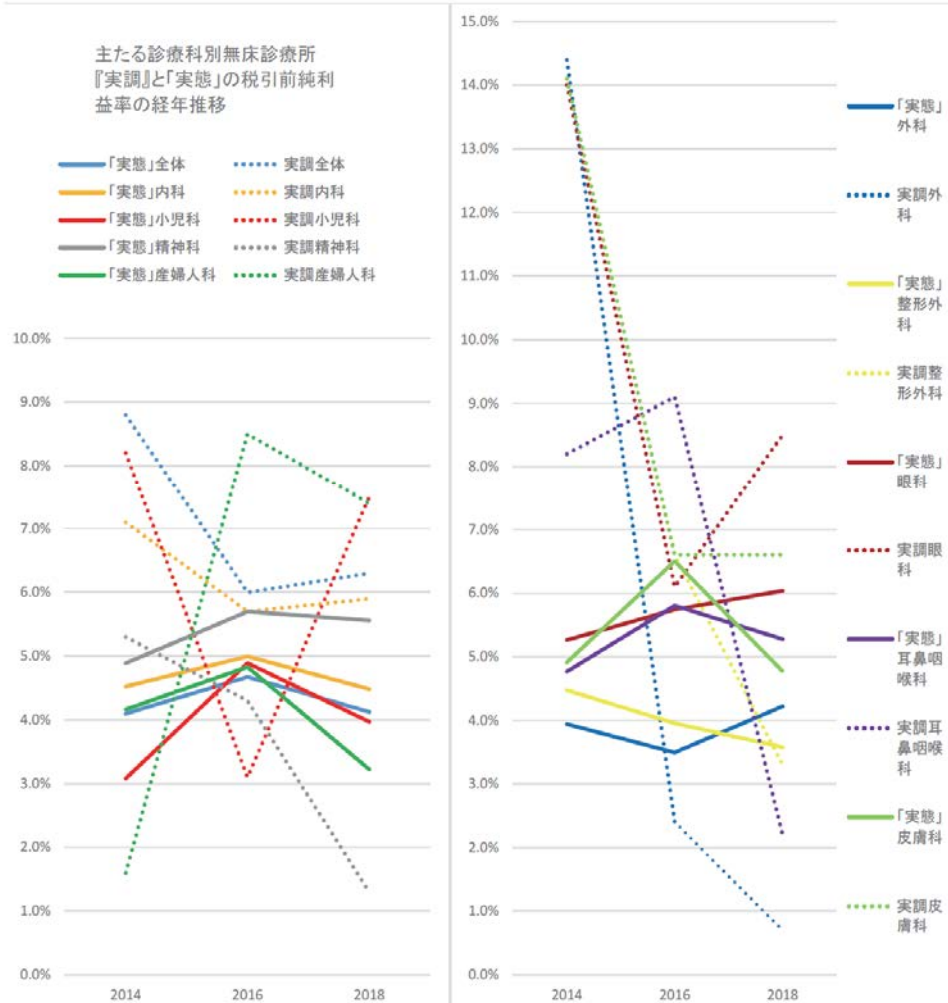


⇒調査の都度、サンプルが入れ替わっているため、統計的に正しい手法とは言えないが、やむなく経年的な比較を行っている。

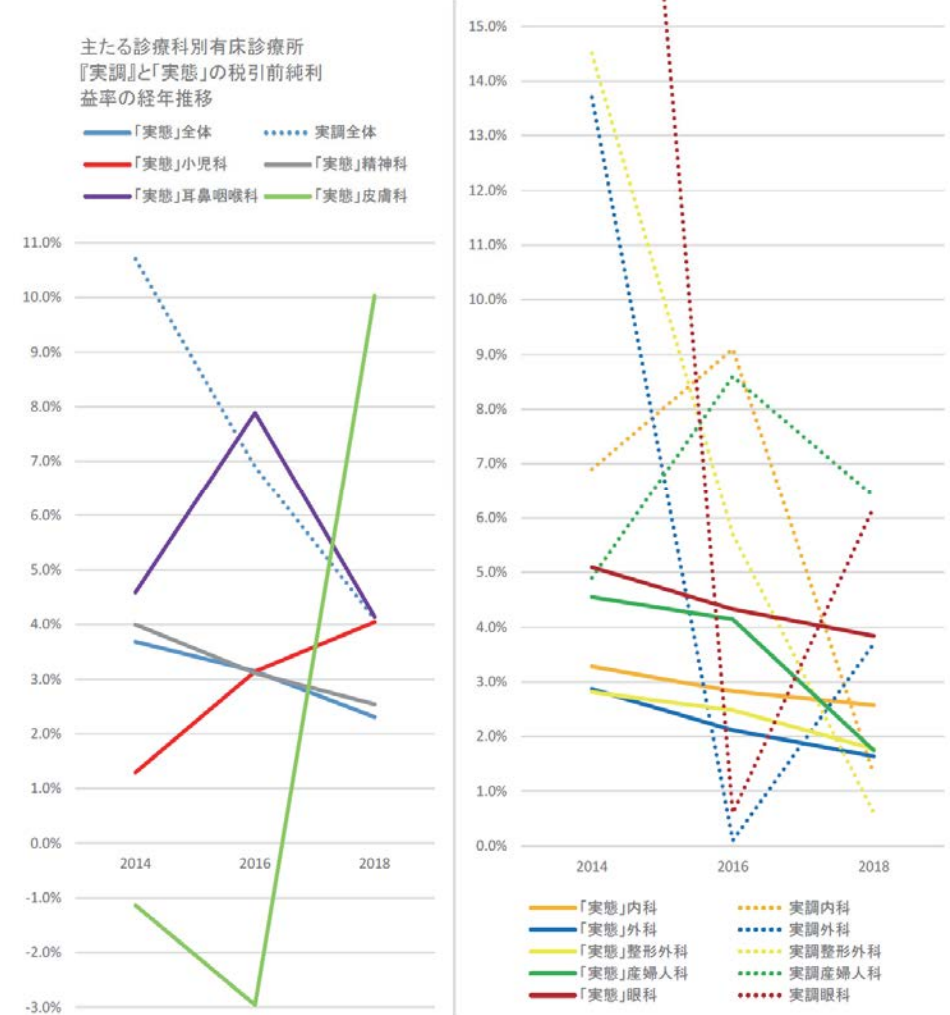
医療経済実態調査の実態との乖離

- 「主たる診療科」別に利益率の経年推移を「実調」と「事業報告書等（全数のため実態を反映していると言える）」をグラフ化すると、実調の結果が実態（事業報告書）と乖離していることが判明。
- 「実調」には、客体数が非常に少ないことによる偶然的な結果の振れや調査客体群が毎回異なる限界が一つの背景となって、全体でみても主たる診療科別にみても、利益率の経年変化状況が「実調」と「実態」とで経常的に大きく異なっている。

「主たる診療科」別無床診療所の利益率経年推移：「実調」と「実態」の比較



「主たる診療科」別有床診療所の利益率経年推移：「実調」と「実態」の比較



医療機関の経営実態のより適切な把握・「見える化」

- 医療経営状況について、より正確な実態を迅速に把握するため、**全ての医療法人が作成・提出している事業報告書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整えることとしているが、遅くとも2024年度の次期診療報酬改定に間に合うように、早急に体制を構築し、作業を進める必要。**
- その際、あわせて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り、法改正が必要となる可能性も視野に、速やかに検討を開始するべき。

(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。」

	医療経済実態調査	医療法人事業報告書等
対象	病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局 サンプル調査により実施 ※抽出率 病院：1/3 一般診療所：1/20 等 ※任意回答であり、有効回答率は50%強 ⇒病院は1.5割、一般診療所は2%程度分の集計（サンプル数の少なさから主たる診療科別など属性別の把握が精度に欠ける）。 ⇒3月決算の診療所は更にそのうちの2割程度であり、厳密な診療報酬改定の影響把握ができない。 ⇒回答バイアスの指摘もみられる。	医療法人（全数） ⇒全数が届出対象であるためサンプルバイアスがない。客体数が多いため、決算期別、診療科別など多様な属性別実態の分析が可能
提出方法	電子媒体又は紙媒体による提出 ※電子媒体による回答率：約50%	紙媒体による提出のみ ⇒アップロードによる届出・公表する体制を検討中
回答単位	施設（病院、診療所又は薬局）単位	法人単位
調査・届出時期	2年に1度、過去2事業年度分の内容を調査 ⇒例えば2021年度のデータは2023年11月頃(年度終了20か月後)まで明らかにならない	法人の事業年度終了後3か月以内に届出
期間	調査客体ごとに、2事業年度分を調査（サンプル調査であるため、 経年的推移は把握不能 ）	個々の医療法人ごとに、毎事業年度届出（同一法人について 経年的推移が把握・分析可能 ）
調査・届出項目	・当該施設の収益、費用（内訳として入院・外来収益、給与費、医薬品費等） ・固定資産／負債、流動資産／負債（総額） ・許可病床数 ・設定している入院基本料等（一般病棟／療養病棟等） 等	・本来業務、附帯業務による収益・費用（総額） ・固定資産／負債、流動資産／負債（内訳あり） ・許可病床数 ・設立年 ・開設する施設の種類の種類 等 ⇒調査項目の充実が必要
開示方法	厚労省HPに集計結果を掲載	個別の事業報告書等について、都道府県に請求すれば、閲覧可 ⇒電子開示システムの整備を検討中

2. 診療報酬改定

総論

医療機関の経営実態

医療福祉分野の雇用情勢

医療提供体制改革と診療報酬改定
(医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし)

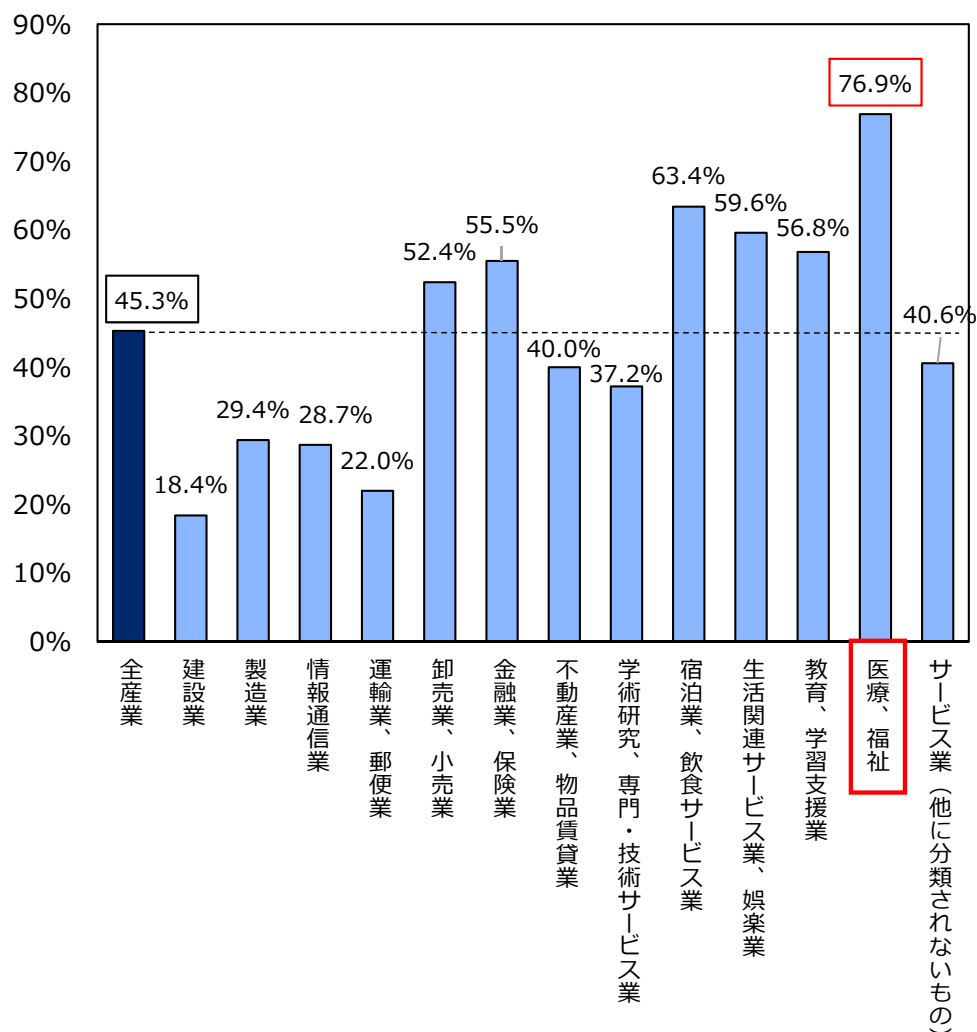
調剤報酬

薬価改定

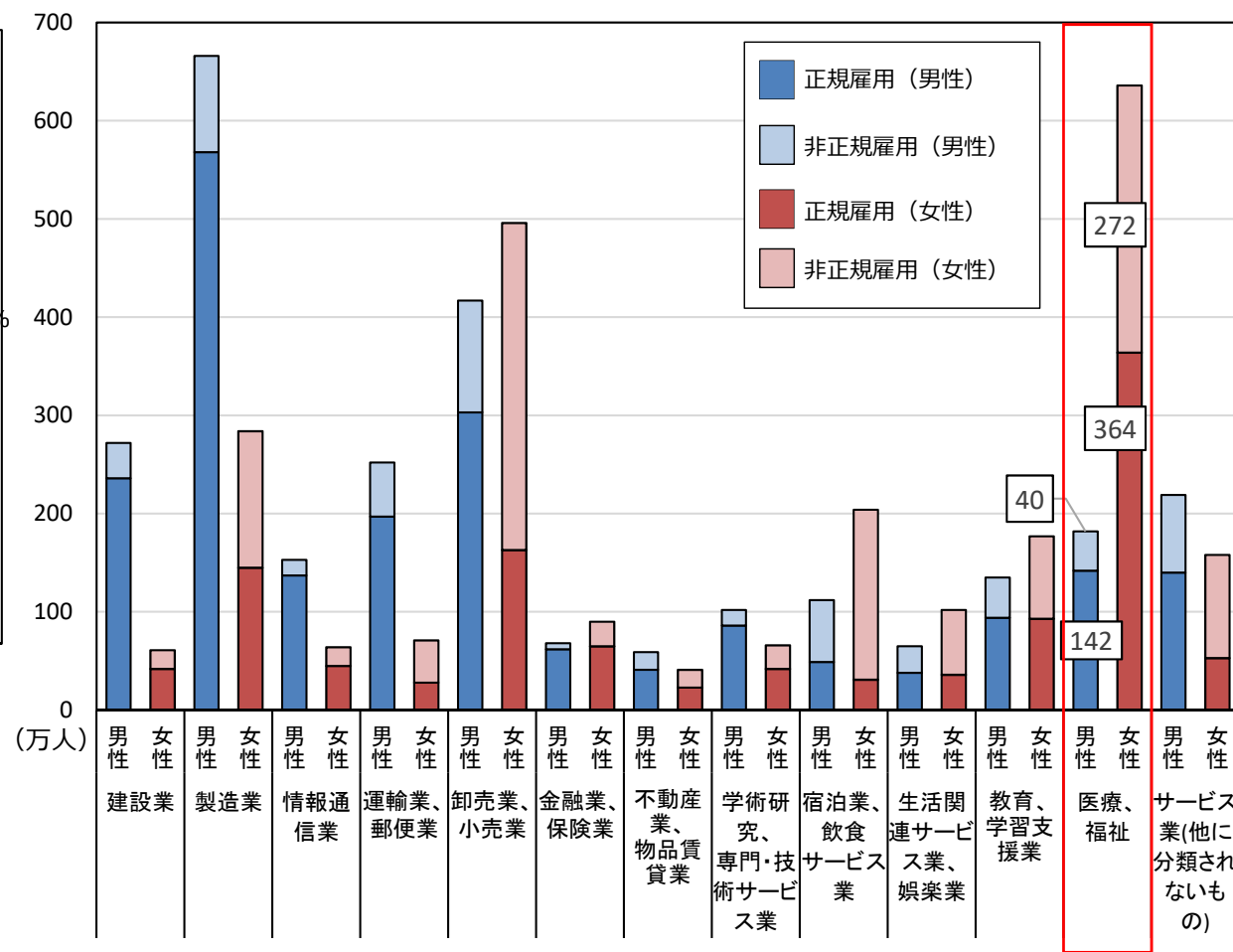
医療・福祉分野における女性・非正規雇用

- 産業別・雇用形態別・性別に雇用者数を見ると、「医療・福祉」分野では雇用者全体に占める女性雇用者の割合が高い特徴があり、また、**男性雇用者総数より女性非正規雇用労働者の方が多い**。
- このような成長の恩恵を必ずしも受けられていない女性・非正規の方々が多い分野において、**国による分配機能を強化し、処遇の改善を図ることは意義がある**。

◆産業別にみた女性雇用割合（2020年度）



◆産業別・雇用形態別・性別にみた雇用者数（2020年度）



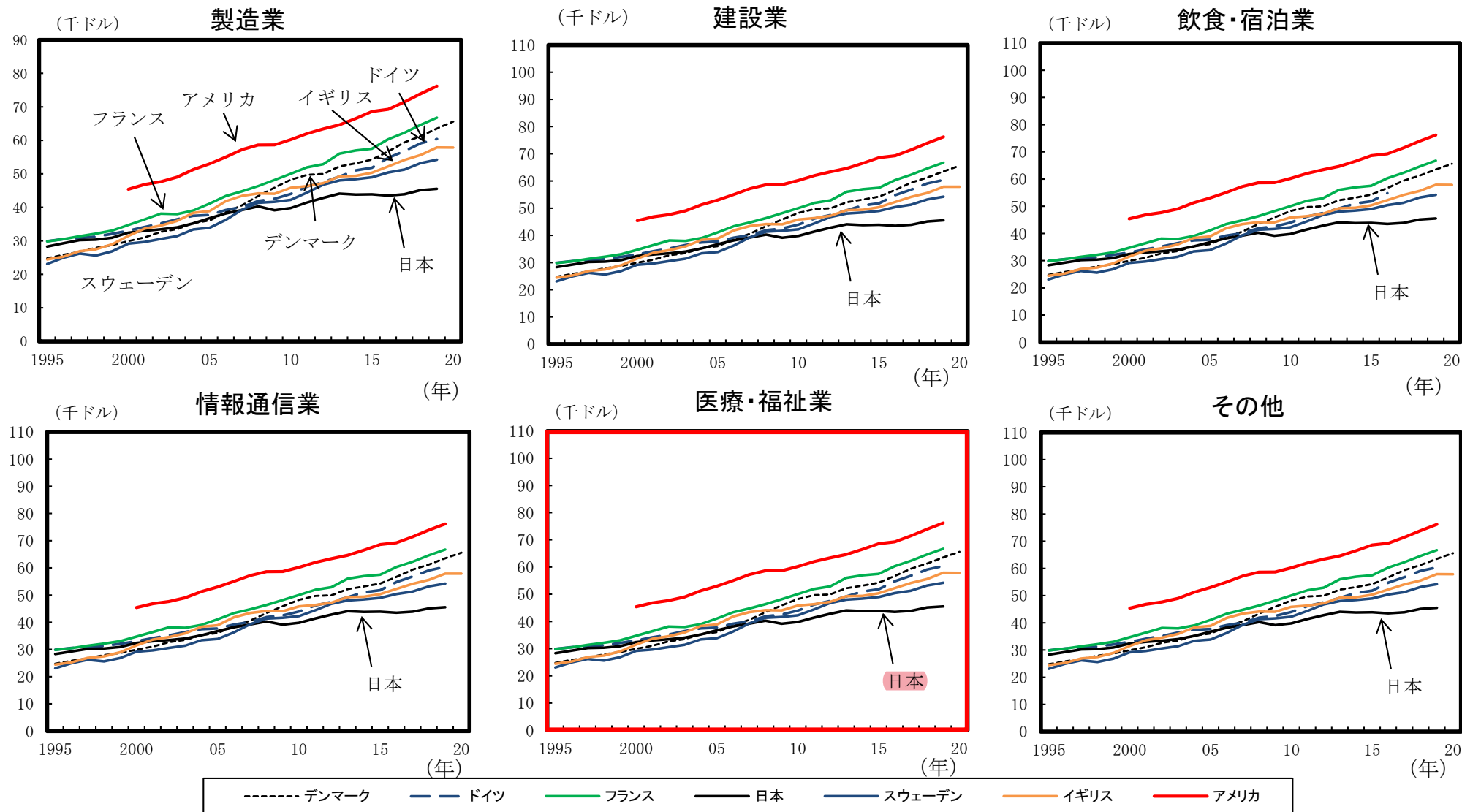
（出所）いずれも総務省「令和2年労働力調査（基本集計）」により作成

（注）「農業、林業」「複合型サービス業」「電気・ガス・熱供給・水道業」「公務」の業種は割愛している。

医療・福祉分野の賃金（国際比較）

○ 我が国の賃金は、どの産業においても**主要先進国では最低水準で推移**。医療・福祉分野も改善傾向にあるとはいえ、**例外ではない**。

◆産業別購買力を加味した賃金（国際比較）



(出所) OECDstatにより作成。

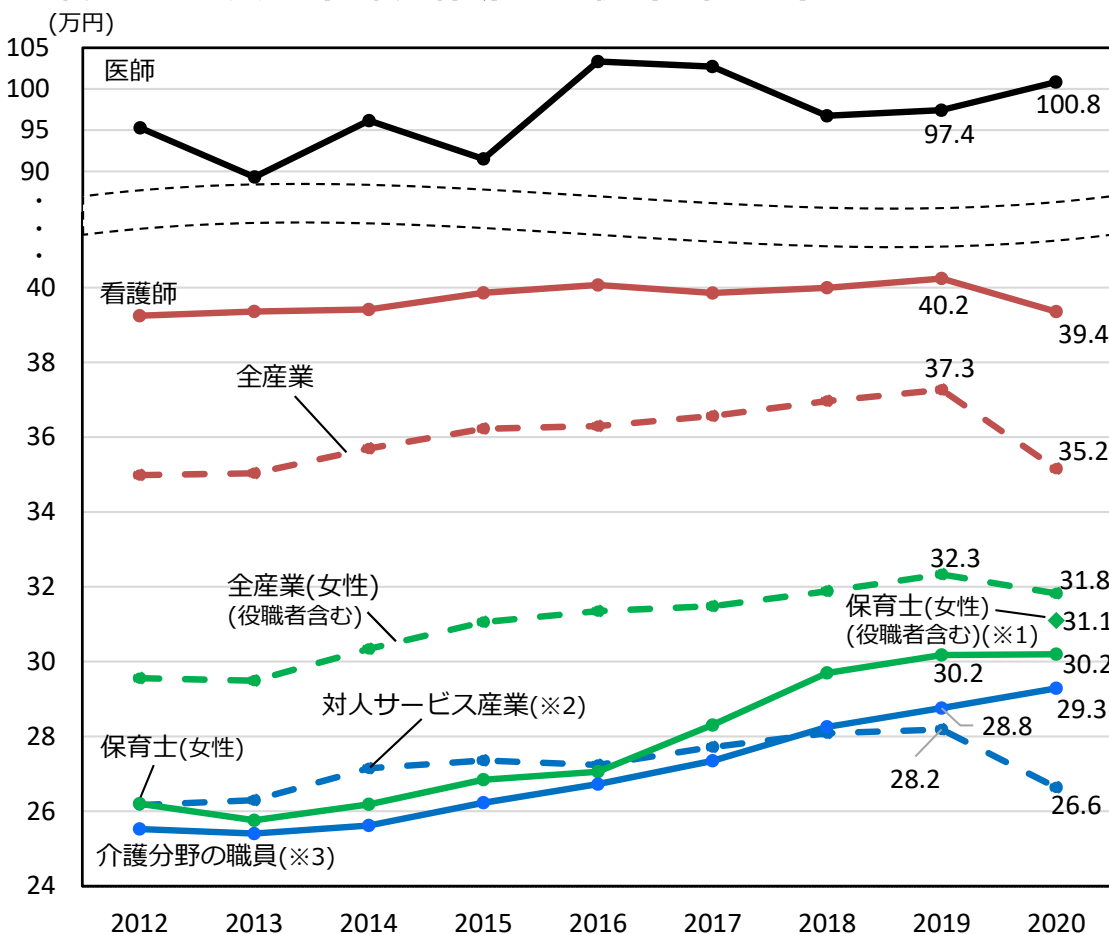
(注1) 賃金は、雇用人報酬を雇用人数で除して算出。GDPベースの購買力平価を用いて、すべてドル換算している。賃金は年間の値。

(注2) 国際標準産業分類 (ISIC, rev4) による区分であり、日本標準産業分類とは必ずしも対応していない。

医療・福祉分野における職種別の雇用情勢

- 医療・福祉分野で賃金水準が低いのは、**保育や介護**の現場で働いている方々であり、これらの方々は**女性・非正規問題と関連が深い**。
- 相対的に賃金水準が高いとはいえ、**新型コロナウイルス感染症への対応の最前線にいる医療の現場**においては、**女性・非正規問題と関連が深いのは、看護**の現場で働いている方々である。

◆職種別平均賃金（役職者除く）の推移（月収換算）



(出所) 厚生労働省「令和2年賃金構造基本統計調査」により作成。いずれも一般労働者。

(注1)「役職者含む」としたものの以外は全て、役職者を除いた数値。

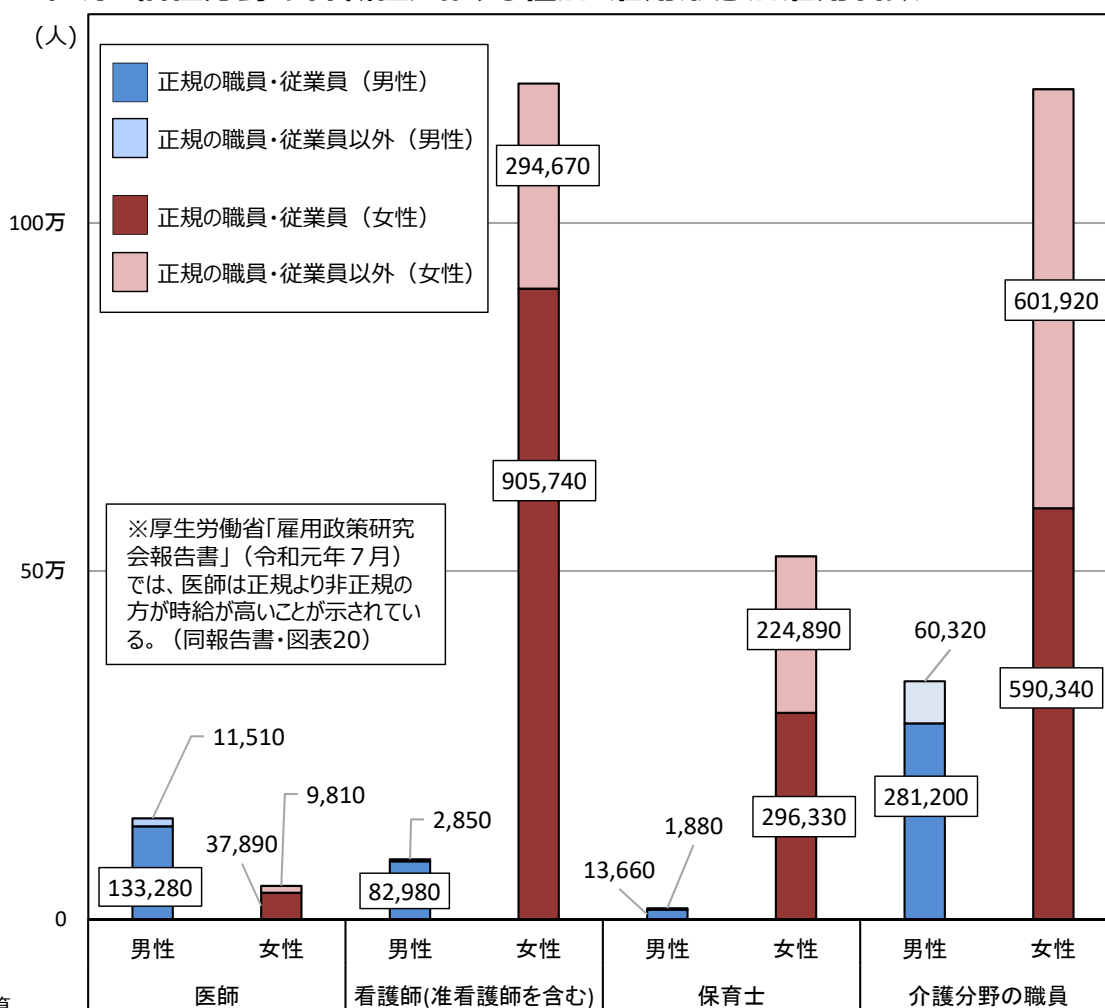
(注2)「きまって支給する現金給与額」に「年間賞与その他特別給与額」の1/12を足した額を月収として換算。

(※1) 職種別の賃金について、令和元年までは役職者を除いたものしか調査していなかったが、令和2年から調査方法の変更により、役職者を含んだものも調査している。

(※2)「介護分野の職員」は、令和元年までは「ホームヘルパー」及び「福祉施設介護員」を、令和2年は「訪問介護従事者」及び「介護職員(医療・福祉施設等)」をそれぞれ加重平均したもの。

(※3)「対人サービス産業」は、「宿泊業、飲食サービス業」及び「生活関連サービス業、娯楽業」の加重平均。

◆医療・福祉分野の各職種における性別・雇用形態別雇用者数



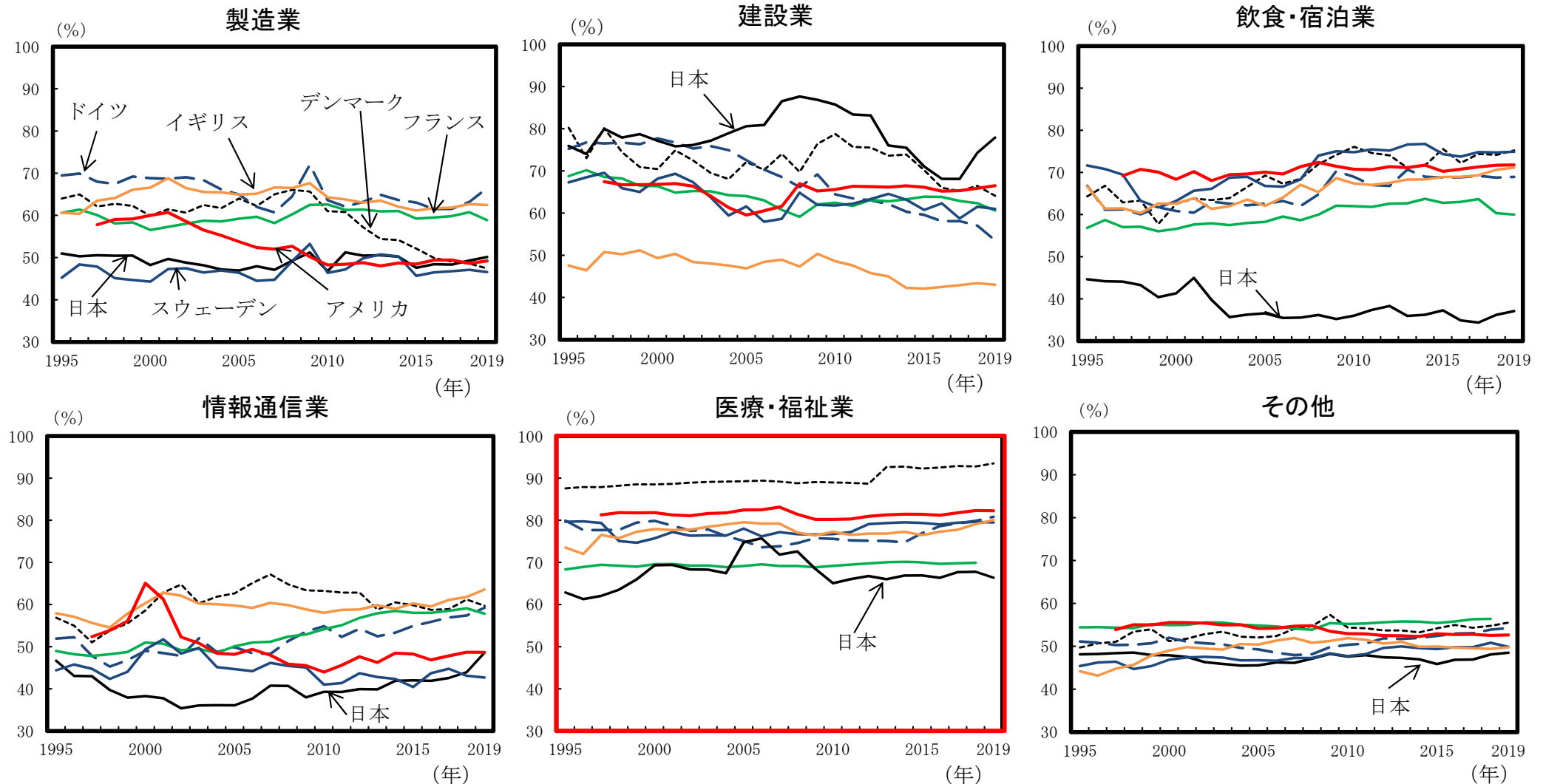
(出所) 総務省「平成27年国勢調査」により作成

(注)「介護分野の職員」は、「訪問介護従事者」及び「介護職員(医療・福祉施設等)」の合計

医療・福祉分野の労働分配率（国際比較）

○ 産業別の労働分配率を国際比較すると、我が国の医療・福祉分野における労働分配率は他国に比べて相対的に低く、分配機能を強化する観点から、診療報酬・介護報酬をはじめ、分配のあり方を見直す必要がある。

◆産業別の労働分配率（国際比較）



(出所) OECD.statにより作成。

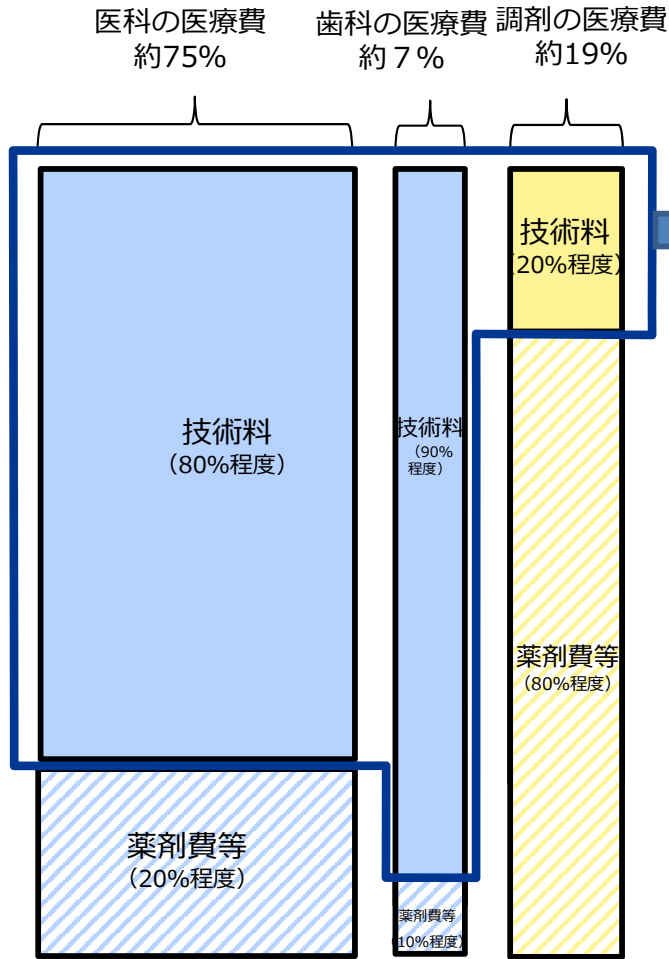
(注1) 労働分配率は、雇用者報酬を総付加価値で除して算出。

(注2) 国際標準産業分類 (ISIC, rev4) による区分であり、日本標準産業分類とは必ずしも対応していない。

診療報酬とその分配

- 診療報酬については、高齢化等により拡大する市場の中でその分配のあり方について十分な議論がなされてきたとはいえない。具体的には、既に指摘したとおり、診療報酬（本体）については、いわゆる「マイナス改定」をしたとしても医療従事者の処遇改善に充てることができる原資が十分にあるにもかかわらず、必要な課題の実現に向けて、まず分配のやり方を変えていくという議論はなされることがなかった。
- 現に、近年の診療報酬（本体）改定では、医科・歯科・調剤の各科について、それぞれの技術料部分に対して同程度の伸びとなるように改定率が横並びで設定されており、硬直的となっている。
- さらに、予算編成過程においては、基本的には年末に医科・歯科・調剤というそれぞれの改定率が決定されるのみであり、病院と診療所の間の配分を含め、その中で改定財源がどの分野にどのように分配されているのかは明らかにされておらず、「見える化」から始める必要。

◆診療報酬の構造



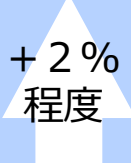
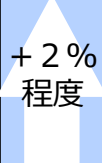
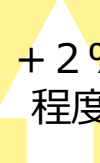
→ 医科・歯科・調剤の各科について、それぞれの技術料部分に対して同程度の伸びとなるように改定率が横並びで設定

1 : 1.1 : 0.3

(各科の診療報酬全体に対する配分割合)

※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成

◆診療報酬(本体)改定における各科の改定率の設定

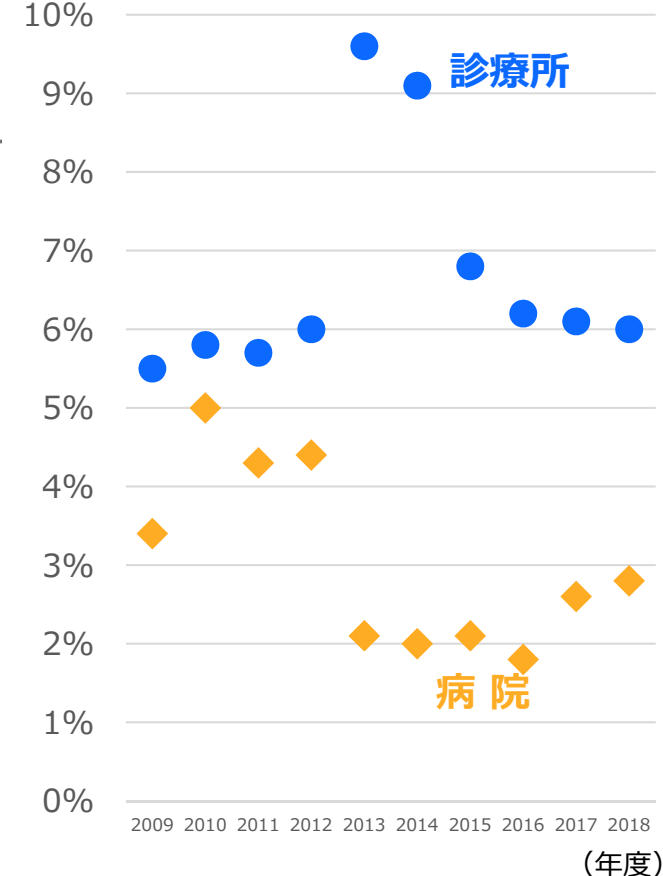
02改定	 +0.7% 程度	 +0.7% 程度	 +0.7% 程度
30改定	 +0.8% 程度	 +0.8% 程度	 +0.8% 程度
28改定	 +0.7% 程度	 +0.7% 程度	 +0.7% 程度
26改定	 +0.1% 程度	 +0.1% 程度	 +0.1% 程度
24改定	 + 2 % 程度	 + 2 % 程度	 + 2 % 程度
医科 (技術料)	歯科 (技術料)	調剤 (技術料)	

1 : 1 : 1

(各科の技術料部分に対する配分割合)

(注) 消費税対応分は除く。

◆一般病院と一般診療所の収益率の比較 (医療法人)



⇒ これまでの収益の動向なども踏まえて病院と診療所の間の配分見直しを行うべきであるが、そのような観点からの配分の在り方の見直しが必要

(出典) 厚生労働省「医療経済実態調査」

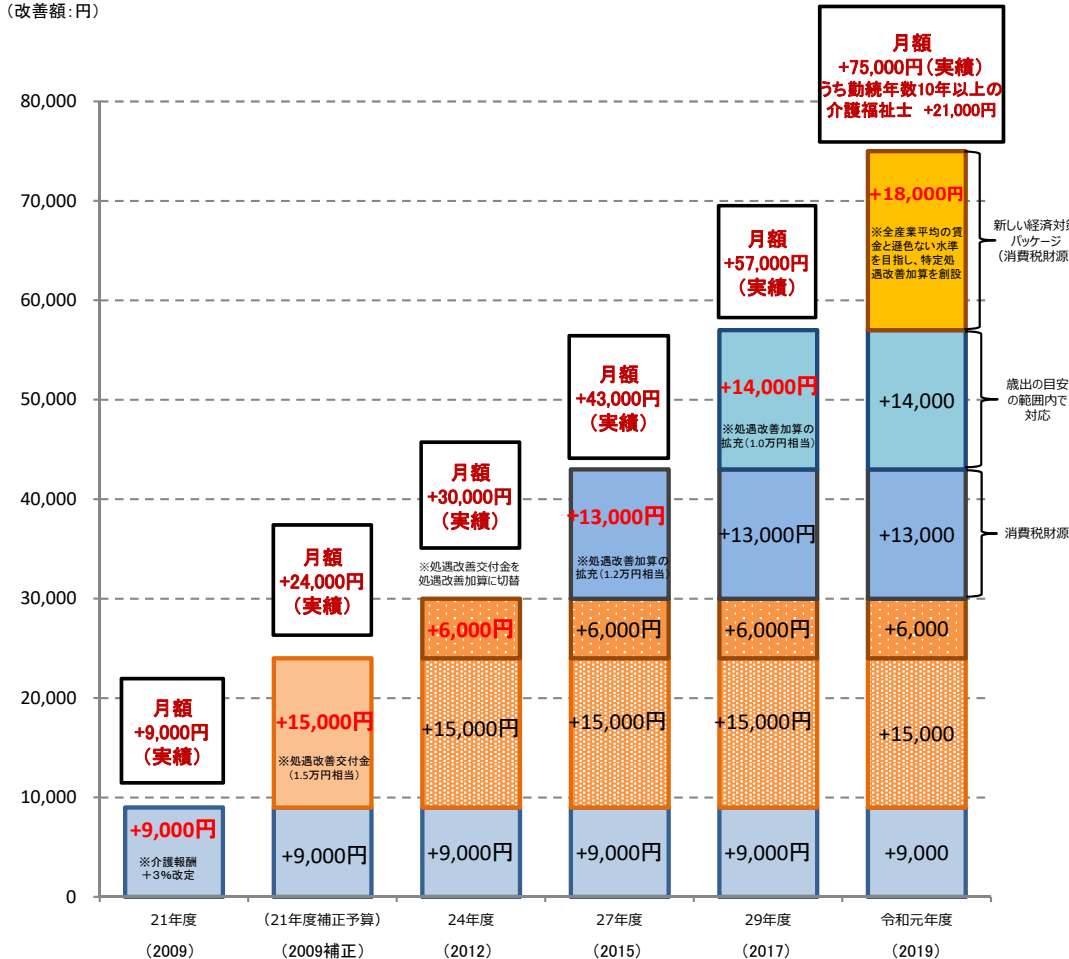
(注) 上記調査は2年に1回(西暦の奇数年)実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。

介護分野における処遇改善の取組

○ 介護分野では、平成21年度以来、累計で月額7.5万円の介護職員の処遇改善の取組を行ってきている。

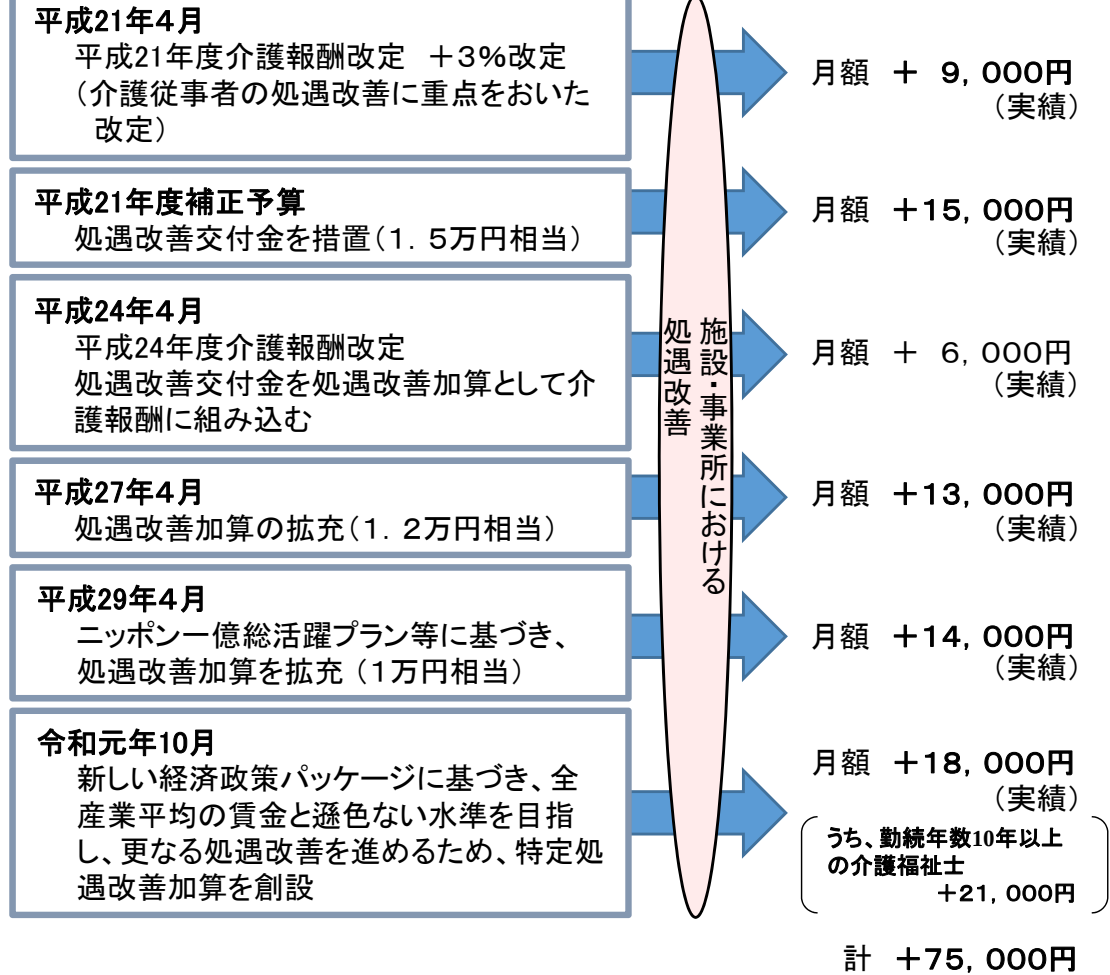
◆これまでの介護職員の処遇改善

(改善額:円)



※ 実績は全て「介護従事者処遇状況等調査」によるが、それぞれ調査客等は異なる。
 ※ 30年度予算においては、介護職員の処遇改善加算は実施していない。

◆処遇改善の概要 (介護)



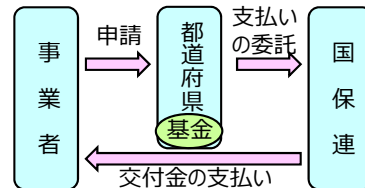
介護分野における処遇改善の取組

- 介護分野における処遇改善の取組を振り返れば、平成21年介護報酬改定による効果が限定的であったことを踏まえ、同年の補正予算で介護職員処遇改善交付金が措置されたものの、**一時的な財政措置**であったため、**一時金や諸手当等により対応する事業者が多く根本的な処遇改善にはつながらなかった。**
- そこで、平成24年介護報酬改定では、根本的な処遇改善につなげるべく、介護職員処遇改善加算を新設した。しかし、平成24年度介護報酬改定についても、事業者の収入にはなっても必ずしも介護職員の賃金引上げにつながらなかったとの指摘もある。
- 直近では、全産業平均の賃金と遜色ない水準を目指し、更なる処遇改善加算を進めるために、特定処遇改善加算が創設されたが、こうした**経緯を踏まえつつ、介護職員の実際の賃金引上げにつながる実効的な仕組みを模索する必要がある。**

◆平成21年度 介護職員処遇改善交付金の概要

- 介護職員（常勤換算）1人当たり月額平均1.5万円の賃金引上げに相当する額を介護職員の処遇改善に取組む事業者へ交付

- 平成21年度～23年度サービス分を予算計上（平成21年度第1次補正予算）



平成24年度介護報酬改定に関する審議報告（社会保障審議会介護給付費分科会 平成23年12月）

- Ⅱ各サービスの報酬・基準の見直しの基本方向、1.介護職員の処遇改善に関する見直し
- ・平成21年度補正予算において、介護職員の給料を月額平均1.5万円引き上げる、介護職員処遇改善交付金が政策措置として創設されたが、**平成23年度までの時限措置であり、基本給の引き上げではなく、一時金や諸手当等により対応している事業者が多いという現状である。**
- ・**介護職員の根本的な処遇改善を実現するためには、補正予算のような一時的な財政措置によるのではなく、事業者の自主的な努力を前提とした上で、事業者にとって安定的・継続的な事業収入が見込まれる、介護報酬において対応することが望ましい。**

介護職員処遇改善交付金による対応状況（平成22年度介護従事者処遇状況等調査）

※複数回答、平成21年61,542事業所、平成22年64,051事業所

対応状況	平成21年度割合	平成22年度割合
一時金として対応	64.4%	60.2%
毎月支給される手当（＝諸手当）	39.8%	43.8%
定期昇給を実施（＝基本給）	20.7%	22.7%
給与表改定による賃金水準引き上げ（＝基本給）	10.8%	11.0%

◆平成24年度 介護報酬改定の分析（東大・近藤絢子教授）

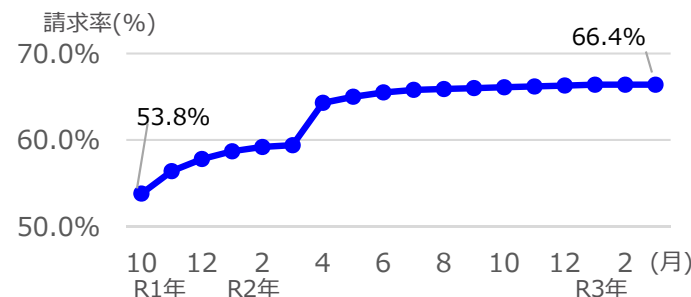
- ・介護従事者や保育士の賃金が人手不足にもかかわらず抑制されている原因として、国や地方自治体の財政難によって事業者の受け取る報酬が抑制されてきたことが指摘されているが、報酬の引き上げによって問題が解決するとは限らない。
- ・2012年(平成24年度)介護報酬改定を分析すると、事業者の報酬が数%程度増えると、
 - －事業所単位でみた雇用は増えない
 - －介護職員の月収や労働時間も増えない
 - －介護保険の支出額自体は増えている(＝介護事業者に支払われる金額は増えている)
- ・数%程度事業者の報酬が増えても、それが賃金上昇につながるとは限らない。**事業者の収入を増やしても賃金に回るとは限らない。**

出所：近藤絢子 東京大学社会科学研究所教授（労働経済学）論文（Impact of increased Long-term Care Insurance payments on employment and wages in formal long-term care, Journal of the Japanese and International Economy 53 2019）等より作成

◆介護職員処遇改善加算と特定処遇改善加算の概要

	内容	対象者	支給方法・使途	手続
特定処遇改善加算（Ⅰ）・（Ⅱ）	経験・技能のある介護職員に重点化を図りながら行う更なる処遇改善 ※ 取得要件は下記すべてを満たす必要 【要件Ⅰ】…処遇改善加算（Ⅰ）から（Ⅲ）までのいずれかを取得していること 【要件Ⅱ】…処遇改善加算の職場環境等要件に關し、標準の取組を行っていること 【要件Ⅲ】…処遇改善加算に基づき取組について、ホームページへの掲載等を通じた「見える化」を行っていること ※ 特定加算（Ⅰ）は、介護福祉士の配置割合が大きい以下を取得している場合、それ以外は（Ⅱ） ・サービス提供体制強化加算の最も高い区分 ・訪問介護の特定事業所加算（従事者要件区分ⅠorⅡ） ・特設の日常生活継続支援加算 ・特定施設の入居継続支援加算 ※ 例えば、訪問介護 【特定加算（Ⅰ）】6.3% 【特定加算（Ⅱ）】4.2%	介護福祉士の資格を有するとともに、所属する法人等における勤続年数10年以上の介護職員 ※ ただし、業務や技能等を踏まえ各事業所の裁量で設定。	事業所が配分方法を検討の上で支給 ※ 「A.経験・技能のある介護職員」「B.その他の介護職員」「C.介護職員以外の職員」に分類して、どの職員範囲で算出するか決定 1) 経験・技能のある介護職員（Aのみ） 2) 介護職員全体（A+B） 3) 職員全体（A+B+C）	計画書 実績報告書 ※ 賃上げする職員範囲を定めた上でグループ(A,B,C)毎の平均賃金改善額を記載（計画には見込額、報告書には実績額） ※ 経験・技能を積んだ職員のうち、月額1.5万円改善もしくは年額440万円以上となった職員数を記載（計画には見込額、報告書には実績額）
処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）	賃金改善・キャリアアップの取組に応じた人件費 ※ 対象は基本給が望ましいとするが、手当・賞与等でも可 基礎的な改善措置が要件（賃金体系の整備、キャリアアップの取組、職場環境整備） ※ 取得要件は下記の組合わせ。 【キャリアパス要件Ⅰ】…職位・職務・業務内容等に応じた任用要件と賃金体系整備 【キャリアパス要件Ⅱ】…資質向上のための計画を策定し研修を実施又は機会を確保 【キャリアパス要件Ⅲ】…経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定基準で定期昇給を決定する仕組みを設置 【職場環境等要件】…賃金改善以外の処遇改善実施。全ての介護職員への周知	介護職員（非常勤を含む）	事業所が支給	計画書 実績報告書

◆特定処遇改善加算の請求状況（月別、期間：R1年10月制度開始～R3年3月）

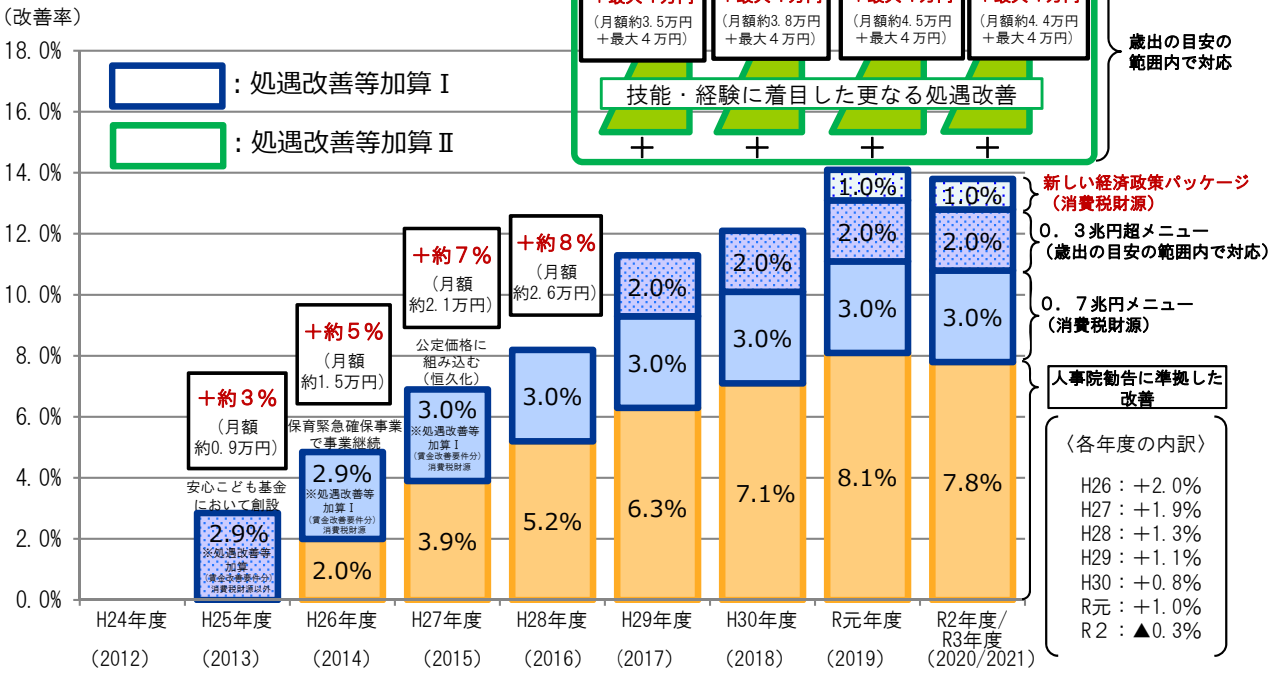


- ・特例処遇改善加算の請求率は、開始時の53.8%（R1年10月サービス分）以降、足元の66.4%（R3年3月サービス分）まで一貫して増加。

保育分野における処遇改善の取組

- 保育分野においては、平成25年度以来、累計で最大月額8万円程度の保育士の処遇改善の取組を行い、女性保育士と全産業（女性）との差額は0.8万円まで縮小した。
- 具体的には、平均経験年数などに応じた処遇改善等加算Ⅰ、技能・経験等に応じた処遇改善等加算Ⅱの仕組みが講じられてきたが、そのいずれについても事業者の収入となりながらも保育士の賃金引上げに充てられなかった事例が会計検査院より指摘されるなど、保育士の実際の賃金引上げにつながる実効的な仕組みを模索する必要がある。

◆これまでの保育士の処遇改善



◆処遇改善の概要

	内容	対象者	支給方法・使途	手続
処遇改善等加算Ⅱ	技能・経験を積んだ職員の追加的な人件費 「基準年度の人件費」(加算Ⅰを含む)に対する賃金改善分 定額加算 4万円×職員数の約1/3 5千円×職員数の約1/5 ※ 配分人数・配分額の柔軟な運用可 ※ 基準年度は、加算当年度の前年度 (これにより難い場合は加算当年度の3年前の年度とすることも可)	副主任保育士等及び職務分野別リーダー等 (職位発令、経験年数等を満たす者) ※ 令和5年度から研修要件を段階的に実施 ※ 園長は配分不可	確実に賃金改善に充当 (役職手当・職務手当又は基本給) ※ 20%の範囲内で同一法人の他の教育・保育施設の職員にも充当可 (令和4年度までの時限措置)	計画書 実績報告書
処遇改善等加算Ⅰ (賃金改善要件分)	賃金改善・キャリアアップの取組に応じた人件費 「基準年度の人件費水準を適用した場合の賃金総額」及び「人件費の改定状況を踏まえた部分」に対する賃金改善分 定率加算 6% (平均勤続年数が11年以上の場合は7%、キャリアパス要件を満たさない場合は▲2%) ※ 基準年度は、加算当年度の前年度 (これにより難い場合は加算当年度の3年前の年度とすることも可)	非常勤職員を含む全職員	確実に賃金改善に充当 (基本給、手当、一時金等) ※ 同一法人の他の教育・保育施設の職員にも充当可	計画書 実績報告書
処遇改善等加算Ⅰ (基礎分)	職員の平均経験年数に応じた人件費 定率加算 平均勤続年数に応じ2~12%	非常勤職員を含む全職員	適切に昇給 (勤続年数の長い職員の基本給、手当) 等に充当	加算率の認定
人件費単価 (人事院勧告対応分)	人事院勧告を受けた国家公務員給与の改定に準じた人件費の引上げ分 【平成24年度以降の人事院勧告に伴う人件費の増加率】 ※ 常勤保育士の値 H26 2.0% H27 1.9% H28 1.3% H29 1.1% H30 0.8% R元 1.0% R2 ▲0.3%	公定価格上算定される常勤職員	適切に給与 (基本給、手当、一時金等) に反映	なし ※ 処遇改善等加算Ⅰの賃金改善要件分、Ⅱの前提条件

◆「令和元年度決算検査報告」(会計検査院) (抄)

2 検査の結果

(1) 子ども・子育て支援施策の予算の執行状況及び同施策の実施状況

イ 子ども・子育て支援施策の実施状況 (イ) 保育士等確保施策の実施状況

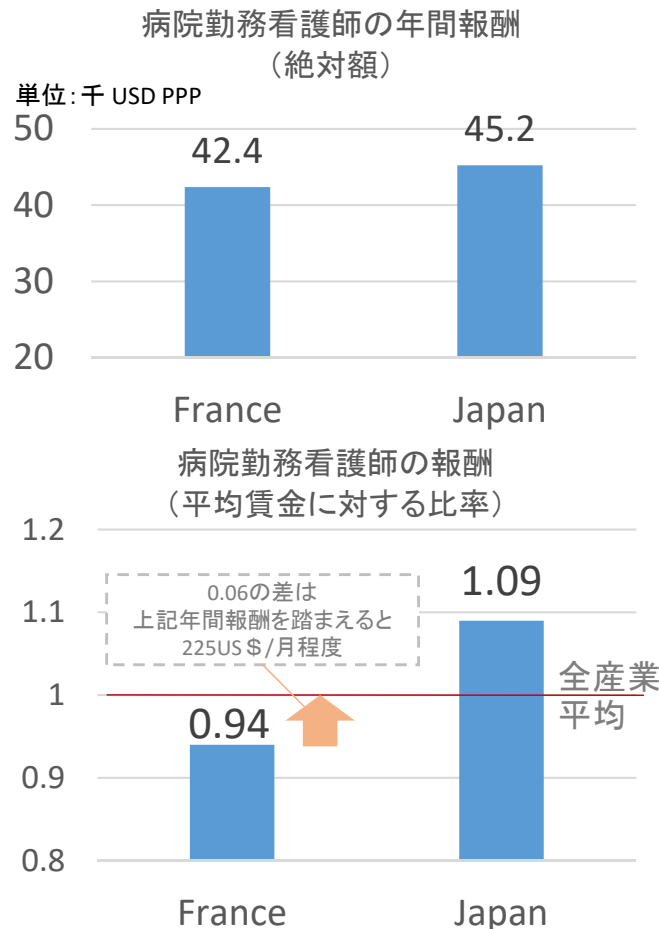
前記のとおり、処遇改善等加算には、処遇改善等加算Ⅰと処遇改善等加算Ⅱがあり、両加算に係る加算額はそれぞれ職員の賃金改善に充てることとなっている。そして、処遇改善等加算Ⅰの賃金改善要件分(以下「処遇改善等加算Ⅰ(賃金改善要件分)」という。)は、賃金改善を実施する計画を策定しているなどの賃金改善要件に適合する保育所等が対象となっており、加算額から賃金改善に要した費用の総額(以下「賃金改善総額」という。)を控除した残余の額(以下「残額」という。)が生じた場合は、翌年度において、その全額を一時金等により職員の賃金改善に充てることとなっている。また、処遇改善等加算Ⅱは、副主任保育士、専門リーダー等の役職を設けることにより、キャリアパスの仕組みを構築し、保育士等の処遇改善に取り組む保育所等が対象となっており、残額が生じた場合は、翌年度において、その全額を当年度の加算対象職員の賃金改善に充てることとなっている。

処遇改善等加算による職員の賃金改善の実施状況について、(中略) 処遇改善等加算Ⅰ(賃金改善要件分)に残額が生ずるなどしていたもののうち、28年度で計133施設(残額が生ずるなどしていた562施設に対する割合23.6%)の合計1億5472万余円(国庫負担金相当額合計7736万余円)、29年度で計275施設(残額が生ずるなどしていた761施設に対する割合36.1%)の合計4億4675万余円(国庫負担金相当額合計2億2337万余円)、処遇改善等加算Ⅱに残額が生ずるなどしていたもののうち29年度で計303施設(残額が生ずるなどしていた1,730施設に対する割合17.5%)の合計1億1803万余円(国庫負担金相当額合計5901万余円)が、翌年度においても職員の賃金改善に充てられていなかったなどの状況となっていた。

フランスにおける看護師・パラメディカル等の報酬引き上げの合意

- **フランス**においては、新型コロナ危機を契機として結ばれた政府と看護師・パラメディカル等の組織労働組合との合意によって、医療従事者向け**報酬引き上げ**が2020年9月から順次実施されている。**基本的には非医師の医療従事者向けの措置**として実施。
- ※ 医師に関しては、民間セクターなどにおいて副業をせず、公的セクターに専属する医師に対して支給される手当の増額等が盛り込まれているにとどまっている（総額の5%程度）。
- 看護師について、公立病院**看護師の報酬が月額で183ユーロが引き上げられるが**、看護師の平均収入が全産業平均より高い我が国とは異なり、**フランスでは看護師の平均収入が全産業平均を下回っており、引き上げにより概ね全産業平均並みとなる**。このほか、平均月額35ユーロの勤続年数に応じて累進的な報酬引き上げがなされる。
- **フランスの看護師・パラメディカルの大部分は公的セクターで勤務しているため、俸給表を改定することにより、実効的に賃金引き上げが行われやすいこと**に留意する必要がある。

◆日仏の病院看護師の報酬比較

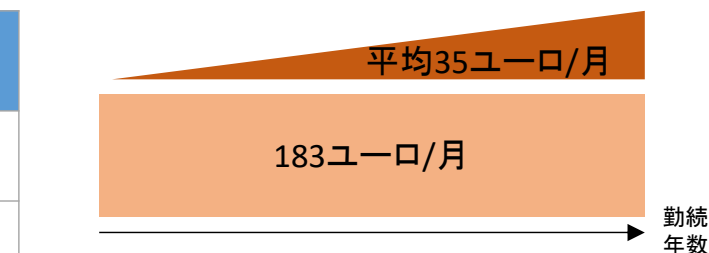


◆フランスにおける看護師等の報酬引き上げ合意の内容

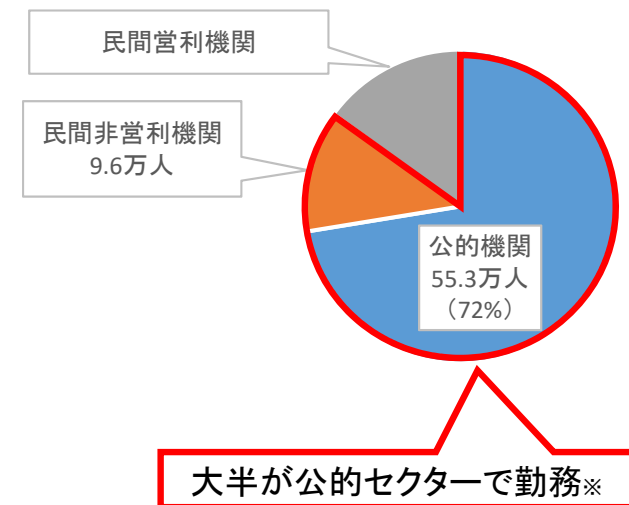
主な施策	所要額 (億ユーロ)
○非医師の医療従事者の処遇改善	
①一階部分 公立病院・介護施設等の非医師の医療従事者の月額報酬を183ユーロ増額	65.52
②二階部分 看護師・パラメディカルなど患者と接触のある職種に関して、俸給表上の報酬を勤務年数に応じて改善することを通じて、月額報酬を平均的に35ユーロ増額	8.02
○公立病院の医師の待遇改善 公的サービスへの排他的関与手当の月額1,010ユーロへの引き上げ（グロス）（従来は勤務年数に応じて月493 ～ 704ユーロ）等	5.57
○その他 ・医療の質や労働時間の評価 ・福祉部門への報酬引き上げの対象拡大 等	19.48

※ 2022年度社会保障予算ベース

◆看護師等の報酬引き上げイメージ



◆フランスにおける看護師等の所属機関内訳



※ 民間非営利機関は、教育・研究・救急等の公的病院活動に参加し、公的機関と同様の役割を果たしており、医療費の支払い、施設整備の補助金等に関して、公的病院と同様の取扱いとなる。

英国における社会保障・税の一体改革

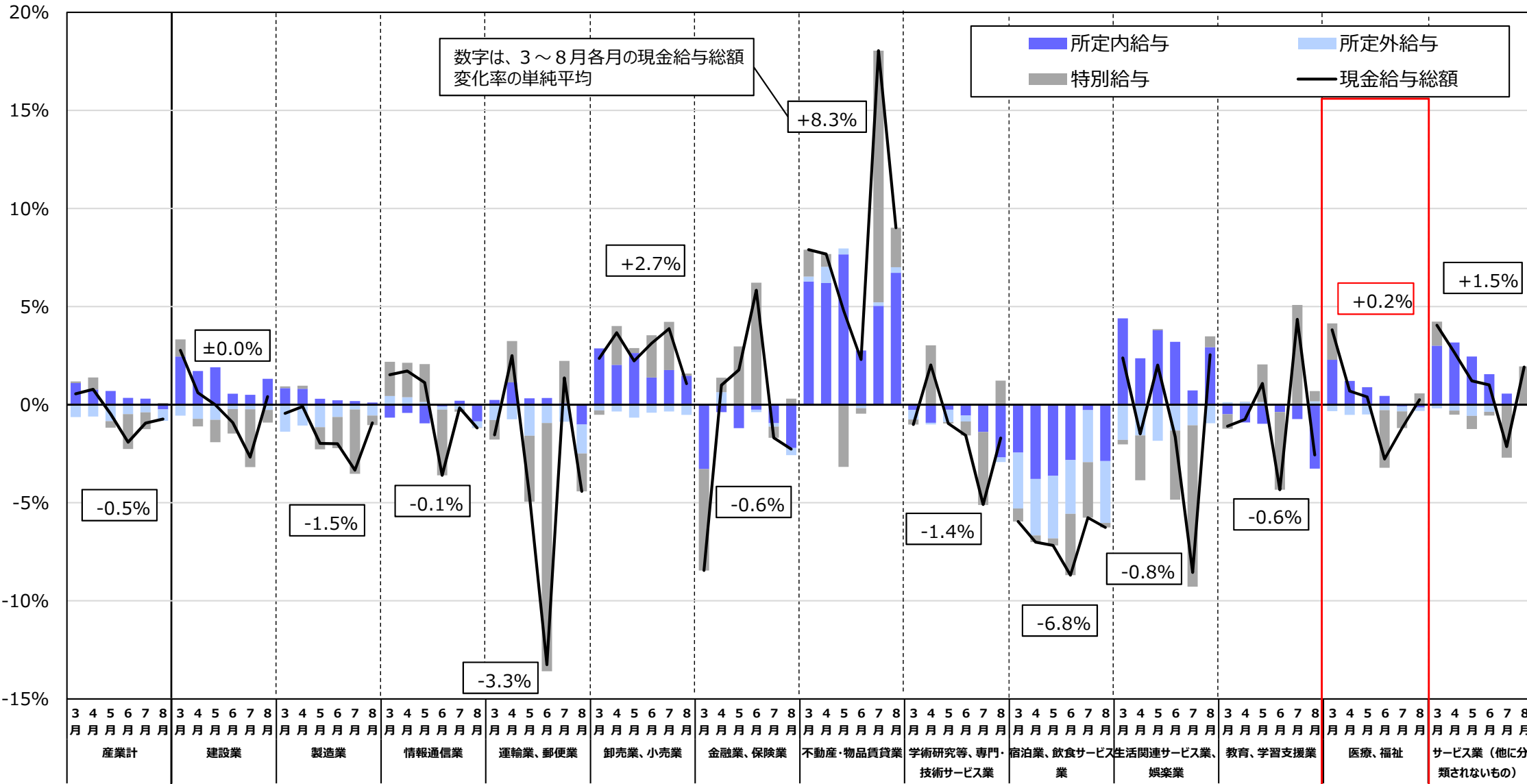
- 主要国では、財政状況の悪化を踏まえ、増税を含めた財源の確保や財政再建に向けた議論を開始しているが、中でもイギリスでは、医療・介護の充実の財源を医療・介護負担金の導入や配当所得課税の税率の引上げで賄う社会保障・税の一体改革が行われている。
- 看護、介護、保育などの現場で働いている方々の収入を引き上げていくには、安定財源の確保が必要である。

主な財源確保策	目 的・使 途	具体的な財源確保策	増収額
2021年財政法（6月10日成立）			
法人税率 の引上げ	コロナの影響で悪化した財政の立直し ・ コロナ対策で財政は厳しい状況 ・ 次の危機への対応に備えて財政の自由度を残す ・ 金利やインフレ率がこのまま低くとどまるとは限らない (スナク財務大臣 財政演説)	● 2023年4月から最高税率を19%→25%に引上げ (収益25万ポンド超の企業が対象) ・ 収益25万ポンド(約3,750万円)以下、5万ポンド(約750万円)超の企業は計算式に基づき、税率が25%から逡減 ・ 収益5万ポンド(約750万円)以下の企業は19%で据え置き ※ 法人税率の引上げは1974年以来約50年ぶり ● 租税回避の防止措置として導入された迂回利益税(Diverted Profits Tax)を2023年4月から25%→31%に引上げ	2026年度までに約665億ポンドの増収見込み
医療・介護制度改革計画（9月7日発表・9月8日議会下院可決）			
医療・介護 負担金 (Health and Social Care Levy) の導入	NHS (National Health Service) の立直し ・ コロナ対応の影響で先延ばしになった治療への対応(5万人の看護師の増員等) ・ NHSの持続可能性の強化(更なる財源投入) ・ 予防医療の重視(国民予防サービスの導入等によりNHSの長期的な負担を軽減)	● 給与収入(※)及び利益(自営業者)に対する1.25%の医療・介護負担金の導入 ・ 2022年度は、一時的に国民保険料率に1.25%上乗せ ・ 2023年度から給与収入及び利益の1.25%を独立して徴収(国民年金の受給対象年齢で働く者も負担金の対象となる) ※ 給与収入については雇用主・従業員双方が1.25%ずつ負担	2026年度までに約663億ポンドの増収見込み
配当所得課税 の税率引上げ	介護サービスの改革 ・ 介護費用の自己負担額の上限値の設定(全生涯で最大8.6万ポンド(約1,300万円)に設定) ・ 介護費用の財政的支援(資産額に応じて費用の一部もしくは全額を公的に負担) ・ 介護システムへの幅広いサポート(ケアワーカーの研修や資格取得への支援等) ・ 医療と介護の統合の推進(サービスの利便性向上、選択肢の増加、柔軟化)	● 配当所得課税(7.5%・32.5%・38.1%の超過累進課税)について、一律1.25%の税率引上げ	

医療・福祉分野の給与の変化（コロナ前後）

○ 産業別に直近6月の給与を新型コロナ流行前（2019年）の同月と比較すると、医療・福祉分野は、新型コロナによる影響が比較的小さいことがわかる。

◆産業別給与の対前々年同月比（2021年）（%）



（出所）厚生労働省「毎月勤労統計調査」により作成。就業形態計（パートタイム労働者を含む）。

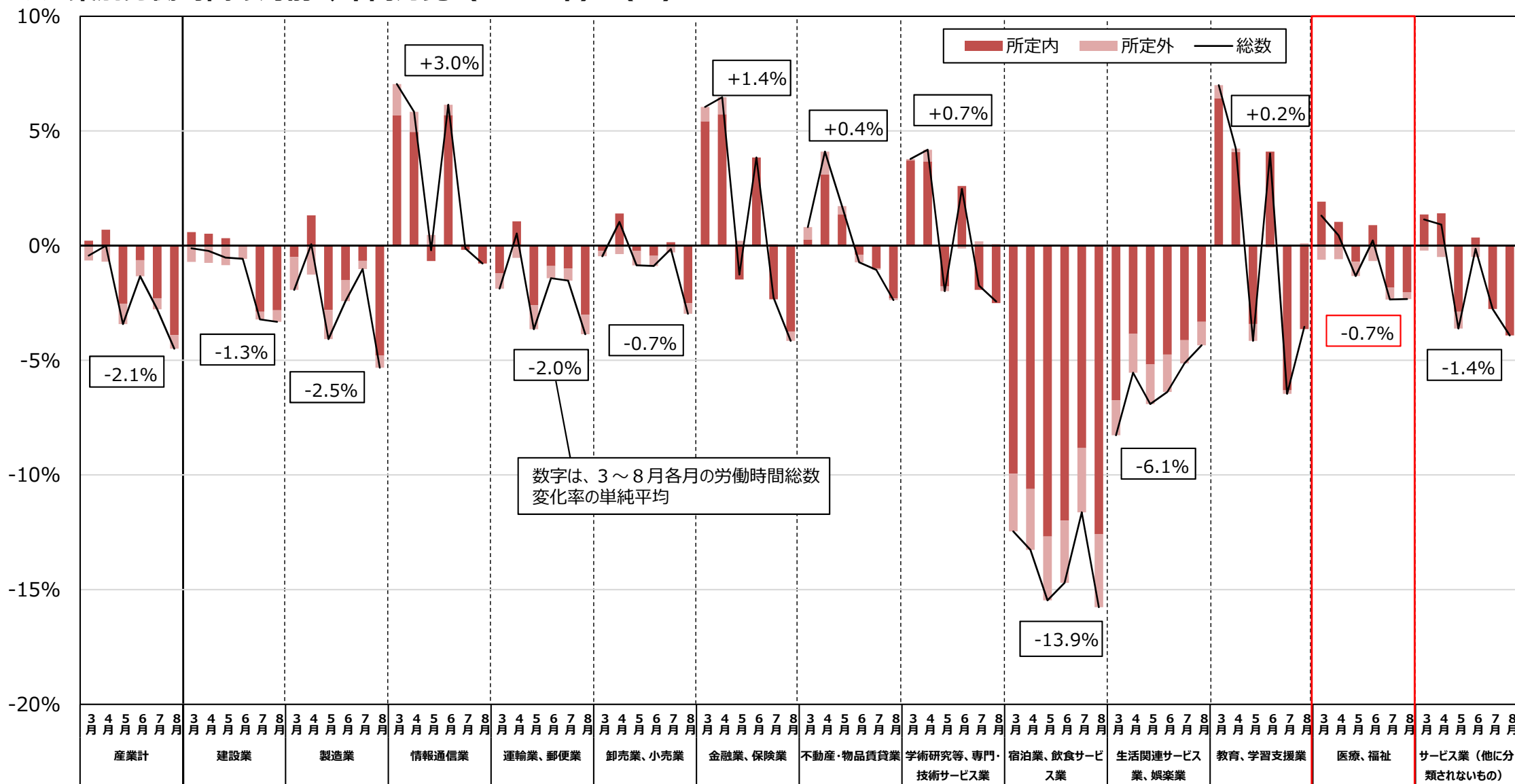
（注1）「鉱業、採石業、砂利採取業」「電気・ガス・熱供給・水道業」「複合型サービス」については割愛している。

（注2）事業所規模5人以上の数値を示している。

医療・福祉分野の労働時間の変化（コロナ前後）

○ 産業別に直近6月の労働時間を新型コロナ流行前（2019年）の同月と比較すると、医療・福祉分野は、全産業平均よりも落ち込みが小さい。

◆産業別労働時間の対前々年同月比（2021年）（%）



（出所）厚生労働省「毎月勤労統計調査」により作成。就業形態計（パートタイム労働者を含む）。

（注1）「鉱業、採石業、砂利採取業」「電気・ガス・熱供給・水道業」「複合型サービス」については割愛している。

（注2）事業所規模5人以上の数値を示している。

医療機関への新型コロナ関係補助金と処遇改善

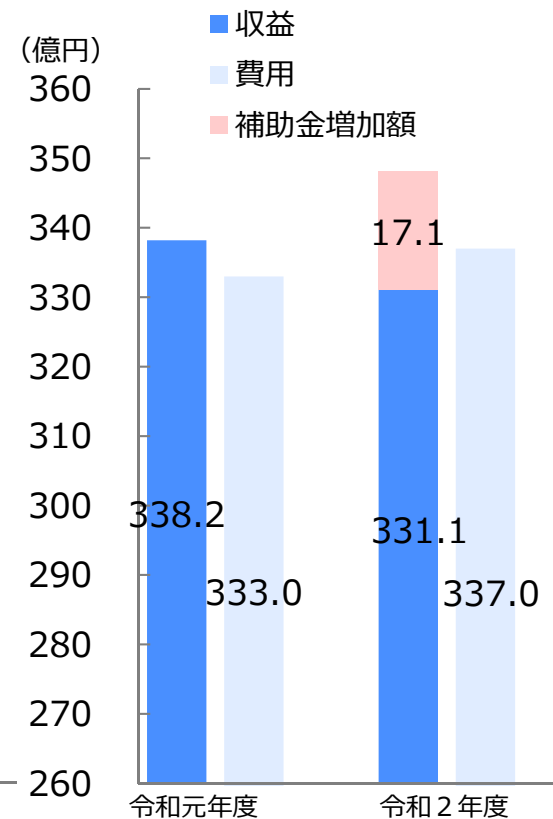
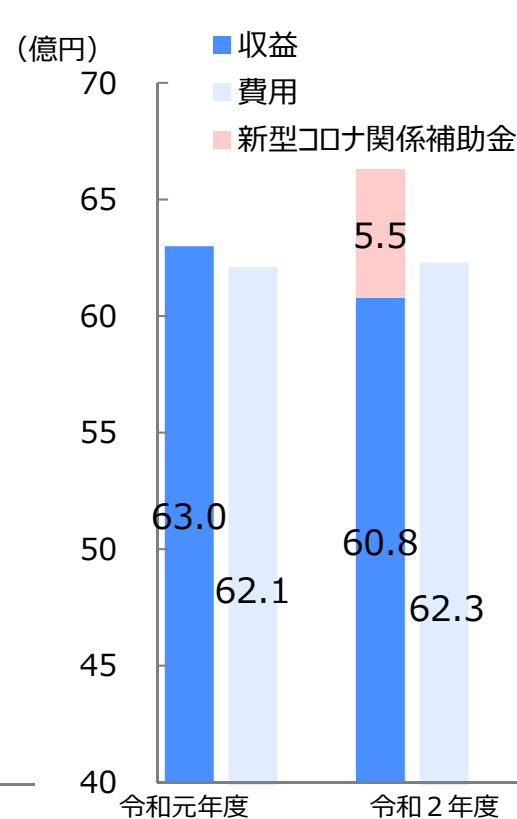
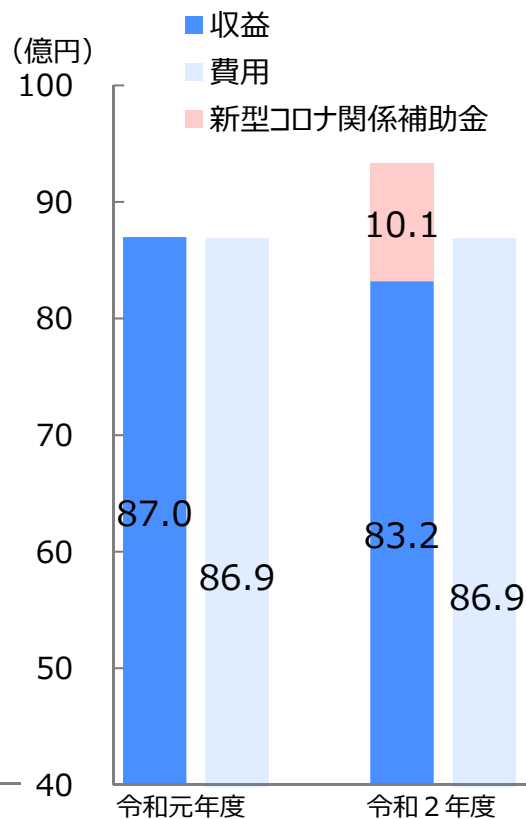
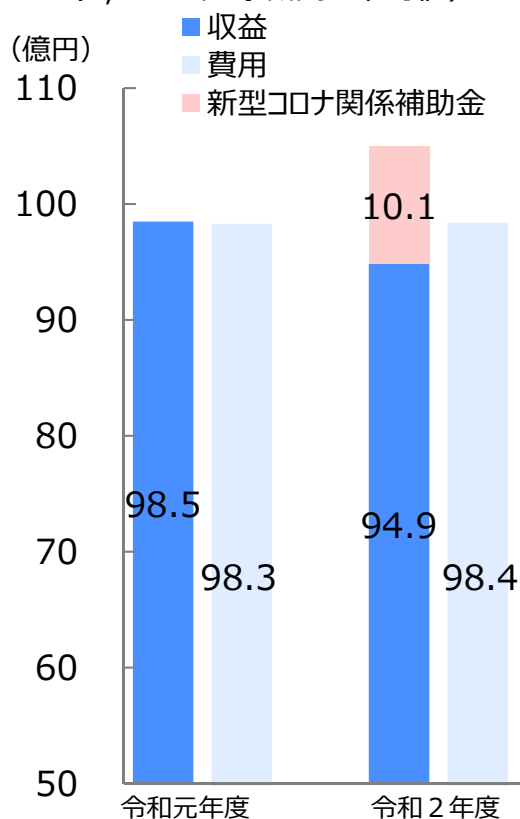
- **新型コロナ患者への対応を行っている医療機関**については、補助金等の効果もあって、**好調な経営状況**が指摘されている。
- このように医療機関が補助金等による経営改善効果を大きく享受していながら、**新型コロナに最前線に対応していただいている看護師等の処遇改善につながっていないとすれば問題であり、実効的に現場の方々の処遇改善につながる仕組みを模索する必要がある。**

◆ 1 緊急支援事業補助実施医療機関 (※1)
当りの収支状況
(1,290の医療機関の平均値)

◆ 1 受入国立病院(※2)当りの収支状況
(94病院の平均値)

◆ 1 地域医療機能推進機構病院
当りの収支状況(※3)
(「診療事業セグメント」の数値を医療機関数57で除したもの)

◆ 1 国立大学法人当りの収支状況 (※4)
(41法人の平均値)



※1 令和2年度に緊急支援事業補助金（1床当たり最大1,950万円の更なる病床確保のための緊急支援）を支給した医療機関に対し、厚生労働省がアンケート調査を実施し、回答があった医療機関の数値を集計したもの。

※2 国立病院機構が運営する140病院（国立病院）のうち新型コロナ患者を受け入れた94の国立病院の個別データを厚生労働省がまとめたもの。

※3 地域医療機能推進機構のウェブサイト上で公表されている財務諸表（附属明細書）「開示すべきセグメント情報」における、「診療事業セグメント」の数値を医療機関数57で除したもの。

※4 41の国立大学法人が公表している財務諸表における病院セグメントの収支データをまとめたもの。

※5 新型コロナ関係補助金は、病床確保料や施設整備等の緊急包括支援交付金事業や緊急支援事業補助金など補正予算や予備費で措置された補助金を集計したもの。医療従事者に直接交付される慰労金は除く。緊急支援事業補助実施医療機関については、施設整備等の補助金のうち、財務諸表において、損益計算書ではなく、貸借対照表に固定資産として計上される金額も含まれるが、国立病院及び地域医療機能推進機構については含まない。

※6 国立大学法人の補助金増加額は令和元年度から令和2年度にかけて増加した補助金の額。

※7 収益は、新型コロナ関係補助金（国立大学法人の場合には補助金増加額）以外の補助金を含み、新型コロナ関係補助金を控除している。

2. 診療報酬改定

総論

医療機関の経営実態

医療福祉分野の雇用情勢

医療提供体制改革と診療報酬改定
(医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし)

調剤報酬

薬価改定

新型コロナ禍で浮彫りになった医療提供体制の課題と医療提供体制改革

- **新型コロナ禍**では、
 - ― 病院数・病床数の多さに比して医療従事者が少なく、医療資源が散在し、手薄な人的配置により「低密度医療」となっている
 - ― 医療機関相互の役割分担や連携が不足している
 といった**我が国医療提供体制の脆弱さが浮彫りになった**。
- **国民が必要な時に必要な医療にアクセスできる医療提供体制に改革していくためには**、医療機関の再編・統合を含む地域医療構想の実現、医療従事者の働き方改革、医師偏在対策の三位一体での推進が重要である。
- こうした**改革の進捗がないまま、あるいは改革の進行を視野に入れることなく、診療報酬改定を行う意義は乏しく、財政資源の散財となりかねない**。
(医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし)

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

2019年4月医療部会資料

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を発揮できるための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化(タスク・シフティングやタスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化 等)
- ③**医師偏在対策**による地域における医療従事者等の確保(地域偏在と診療科偏在の是正)
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進(これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む)⇒**地域医療構想の実現**

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

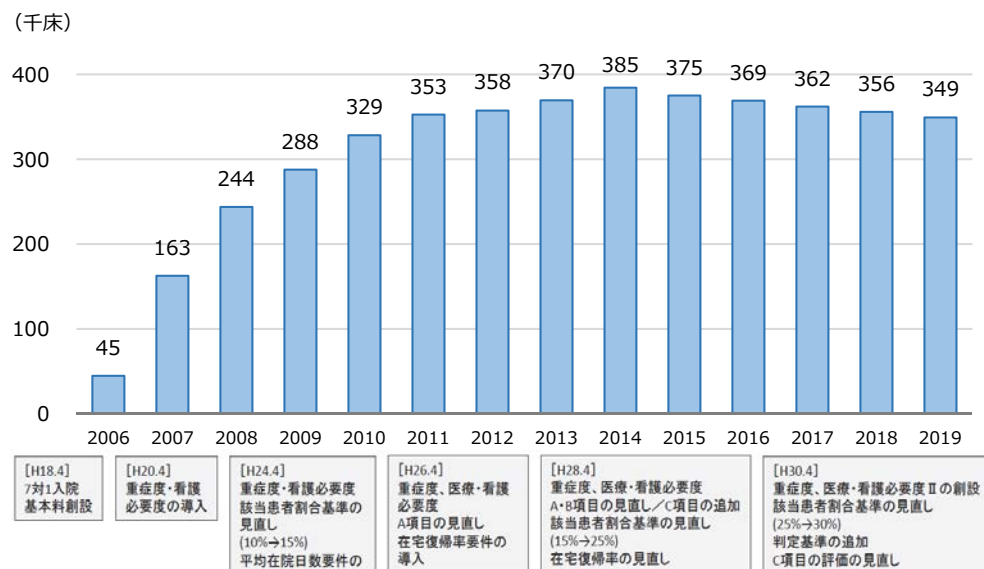
- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度～
地域医療構想の実現等	公立・公的医療機関等の再検証 民間医療機関の対応方針策定を推進 取組・検討状況の確認	※地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要	各都道府県において第8次医療計画策定作業	第8次医療計画開始
医師等の働き方改革		医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価 都道府県による特例水準対象医療機関の指定		医師に対する時間外労働の上限規制 適用開始
医師偏在対策の推進		医師の需給推計に基づく今後の医学部定員の在り方	各都道府県において医師確保計画策定作業	医師確保計画開始(第8次医療計画)

診療報酬改定と入院医療の機能分化①（2006年度診療報酬改定と地域医療構想）

- 既に述べたとおり、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、ある診療行為の算定回数をコントロールすることも、正確に見通すことも難しい。
- このように加減が効かない仕組みであるうえ、現在の診療報酬は人員配置などのストラクチャー評価に重点が置かれ、かつ地域の実情に無頓着な全国一律の体系であるために、診療報酬改定が医療提供体制に与える影響は大きい。
- **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 の入院基本料が算定病床の徒な急増をもたらし、その後累次にわたる算定要件の見直しにもかかわらず、当該算定病床の集約化は進まなかった。**
- 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**」が急増したことによる医療提供体制の歪みを是正し、**病床の機能分化を促すべく、データに基づく地域医療構想が各都道府県で策定されることとなった。**地域医療構想に基づく病床の必要量と医療機関が自らの医療機能を選択して報告する病床機能報告との差に、「**なんちゃって急性期病床**」の存在が浮かび上がることとなった。

◆看護配置 7 対 1 の入院基本料の届出状況

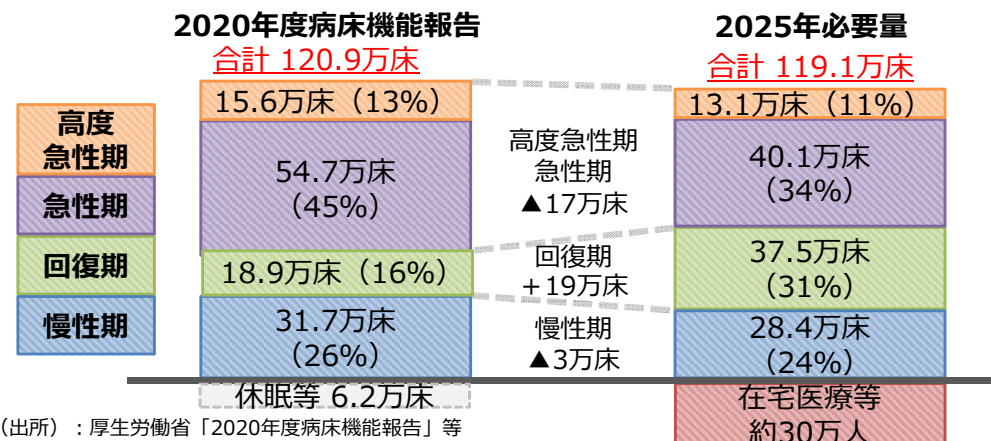


※2018年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数
 (出所) 令和3年8月25日 中央社会保険医療協議会

◆現行の看護配置7対1の入院基本料（急性期一般入院料1）の要件

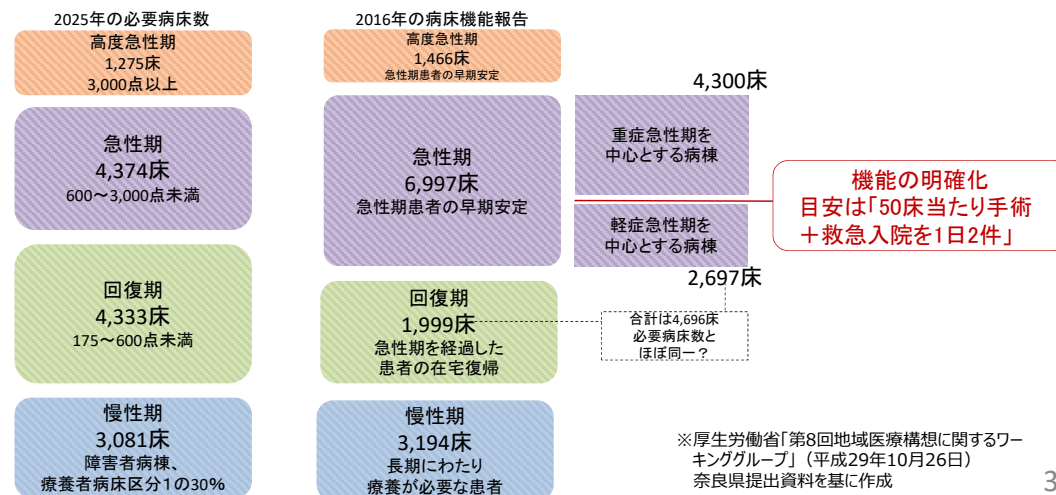
- ・看護職員が7対1以上（7割以上が看護師）
- ・重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者が31%以上又は同Ⅱの該当患者が29%以上
- ・平均在院日数18日以内
- ・在宅復帰・病床機能連携率8割以上 等

◆地域医療構想に基づく病床の必要量



◆奈良県における急性期機能の明確化

→病床機能報告上の急性期を重症急性期と軽症急性期に区分する目安を手術や救急入院の件数で示した上で、改めて報告を求め集計したところ、病床機能報告の急性期と必要病床数の急性期の数の差異は手術や救急入院の少ない病棟で説明できることが判明



診療報酬改定と入院医療の機能分化②（新型コロナ禍のもとでの入院医療）

- 厚生労働省は、さらに一昨秋、公立・公的病院等について診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院名を公表した（暫定版。その後精査により436病院が再検証対象医療機関となった）。再検証について2019年度中（医療機関の再編統合を伴う場合については遅くとも2020年秋ごろまで）を基本として議論を進めることとされていたところで、今般の新型コロナの感染拡大を迎えた。
- **医療資源の散在が是正されておらず、病床の機能分化も進んでいない段階で新型コロナの感染拡大を迎え、こうした医療提供体制の状況が、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。**
- 政府として、緊急包括支援交付金の病床確保料などで、新型コロナ患者の受入を促す多額の財政支援を行ったものの、**いわゆる「第5波」のもとでの東京都ですら、感染拡大ピーク時の確保病床の使用率が65%にとどまった。即応病床**（患者の受入要請があれば、空床にしておくなどにより、いつでも即時受入れ可能な病床）**として申告し、病床確保料を申請したり、その交付を受けながらも、患者受入れに使用されなかった病床の存在が顕在化した。**
即応病床と申告しながらも新型コロナ患者の受入を伴わない病床の問題は、急性期と申告しながらも診療実績を伴わない「**なんちゃって急性期病床**」の問題と通底しており、対応を迫られることとなった。

◆ 具体的対応方針の再検証が求められた医療機関（2019年9月暫定版）

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車で20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院（Aに該当する先を除く）

◆ 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
ICU病床	436,000円
HCU病床	211,000円
その他病床	74,000円



2020年度支払い実績

総額	1兆1,400億円程度
----	-------------

※都道府県の出納整理期間後の5月31日時点の集計値。

◆ 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、II 計画記載事項

(6) 入院等の体制 ① 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ていなかった場合には、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。**

◆ 東京都における療養者数等の推移

	療養者数（人）	入院者数	（参考）		自宅療養者等数	療養先調整中の人数	うち入院先調整中の人数
			確保病床数	確保病床利用率			
7月7日	4,935	1,677	6,044	28%	1,098	747	78
7月14日	6,864	2,023	6,314	32%	1,839	1,305	124
7月21日	10,396	2,466	6,406	38%	4,068	2,064	100
7月28日	16,344	2,995	6,406	47%	7,342	4,167	202
8月4日	29,703	3,399	6,406	53%	14,766	9,710	299
8月11日	35,689	3,667	6,406	57%	19,379	10,864	530
8月18日	40,197	3,815	6,406	59%	22,171	12,362	479
8月25日	41,368	4,154	6,406	64%	25,045	10,050	372
9月1日	33,061	4,218	6,406	65%	19,765	6,871	272
9月8日	21,849	3,970	6,583	60%	12,481	3,602	94
9月15日	12,190	3,083	6,583	46%	5,959	1,756	67
9月22日	6,868	2,042	6,583	31%	3,084	906	24
9月29日	3,532	1,181	6,651	17%	1,362	491	13
10月6日	1,993	751	6,651	11%	642	346	10
10月13日	1,150	480	6,651	7%	343	209	8

※療養者数には、入院者数、自宅療養者等数、療養先調整中の人数の他、宿泊療養者数、社会福祉施設等療養者数が含まれる。

※確保病床数は、いずれかのフェーズにおいて、新型コロナウイルス感染症患者の受入れ要請があれば、患者受入れを行うことについて医療機関と調整済の病床数

※確保病床利用率は、確保病床数に対する当該病床に入院している者の割合

※自宅療養者等には、社会福祉施設等療養者数は含まない。
(出所)厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」から作成

診療報酬改定と入院医療の機能分化③（今後の制度面の課題）

- 教訓は、**規制的手法を含めた実体面の改革がないまま、診療報酬や補助金といった財政支援で医療機能の強化を図ることには限界がある**ということである。費用対効果が低くなることを含め財政的な問題を孕むうえ、医療の質にも弊害を及ぼし得る。
- 具体的には、実体面の改革を伴わないまま**算定回数や確保病床数といった支援の対象拡大が優先**されることで、**政策目的と財政支援の要件等との乖離が生じやすい**。財政支援に見合う**医療機能の強化**（急性期医療の実態への対応や新型コロナ患者の受入れ促進）が果たされず、そのことが更なる要件等の緩和や財政支援の追加の議論を招くなど悪循環に陥り、砂漠に水を撒くような**財政資源の散財**となりがねない。
- 尤も、**今後の新型コロナへの対応**については、**財政支援ありきではなく、都道府県毎の医療機関別の新型コロナ用の病床の使用率の「見える化」、現行法の下での国・都道府県知事に与えられた権限の最大限の活用**、公的病院の専用病床の更なる確保により、確保病床が感染拡大時に確実に稼働する体制を作る方針が示されている。さらに司令塔機能の強化や人流抑制、医療資源確保のための**法改正なども検討**されている。
- **地域医療構想の取組**についても、新興感染症等の感染拡大時に向けて必要な対応を講じつつ、時計の針を戻すことなく、**遅滞なく進めるべき**である。その際、地域医療構想の推進が、必要な急性期病床を削減するものではまったくなく、医療資源が散在している実情を是正し、真に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、新興感染症にも対応できる持続可能な医療提供体制を構築する取組であり、医療の質の向上をもたらすことの理解を得ていく必要がある。
- あわせて、①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**、②地域医療構想調整会議の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**P D C A サイクルを強化**すること、③今般の新型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。

◆「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」の骨格(抄)

(令和3年10月15日 政府 新型コロナウイルス感染症対策本部)

(病床の確保、臨時の医療施設の整備)

- ワクチン接種による効果等も踏まえつつ、今後、感染力が2倍となった場合にも対応できるよう、都道府県毎に、必要な病床確保を含めた「保健・医療提供体制確保計画」の策定を要請する。
- その際、感染拡大時に確保した病床が確実に稼働する体制を作る。**ピーク時に即応病床と申告されながらも使用されなかった病床**(いわゆる「幽霊病床」)**の実態を把握し、感染拡大時のコロナ用の病床の使用率について、少なくとも8割を確保する**具体的な方策を全体像において明らかにする。
- 保健・医療提供体制確保計画の策定時には、東京、大阪を中心とする都市部について、感染拡大時において確保する国立病院機構等の公立公的病院の専用病床や国・都道府県知事の連携によって公立公的病院から医療人材が派遣され設置する臨時の医療施設を具体的に明らかにする。
- 現行法の下での国・都道府県知事に与えられた権限を最大限活用する。今般の保健・医療提供体制確保計画策定時には、**国立病院機構法・地域医療機能推進機構法に基づく「要求」をはじめ、大学病院や共済病院などへの要請を含め、公的病院に関する国の権限を発動し、公的病院の専用病床をさらに確保する**。
あわせて、感染力が3倍となるなどの緊急時には、一般医療を制限しつつ緊急的な病床等の確保を求めるなど、更なる国の権限を発動する。
これらの内容を全体像において明らかにする。
(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徹底的に「見える化」し**、国民の理解と協力を得て感染拡大を乗り越える。都道府県毎の**医療機関別のコロナ用の病床の確保・使用率**、地域毎のオンライン診療・往診など自宅療養者に対する診療実績など、「見える化」の具体的内容を全体像において明らかにする。

◆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)

【平時からの取り組み】

- ・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 等
(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)

診療報酬改定と入院医療の機能分化④（今後の財政面の課題）

- 実体面の改革がないまま、診療報酬や補助金といった財政支援で医療機能の強化を図ることには限界があり、かえって弊害をもたらす得ることは既に述べたが、**財政支援のあり方も極力弊害が小さいものに見直さなければならない。**
 - 費用対効果の観点から単価等を適正化することは勿論のこと、**財政支援の目的と支援の要件等が極力乖離しないよう努めるべき**であり、支援に当たっては、**提供されている医療の機能の実態を評価することを目指していくべき**である。
 - 新型コロナへの対応においては、緊急包括支援交付金における**病床確保料**については、その**水準・制度設計の見直し**が避けられないが、あわせて病床逼迫時において受入れ実績が乏しい場合には、単価が下がる仕組みを導入すべきである。
 - 他方、平時に関しては、先般の有識者ヒアリングにおいて、いわゆる「**なんちゃって急性期病床**」について医療資源の投入が殆ど行われない「**素泊まり入院**」を積み上げて**在院日数を延長しているケースが指摘**された。看護配置7対1の入院基本料の算定要件の一層の厳格化にとどまらず、このような「素泊まり入院」に算定を認めることは、本来求められている医療機能に即した評価とは言えず、少なくとも**平均在院日数を超えた在院日数のうち「素泊まり入院」による部分について算定不可とするなど、厳格化を目指す**べきである。
- (注)「素泊まり入院」は、診察、注射、処置、手術、検査、画像診断の医療資源がいずれも投入されず、入院・食事・投薬のみ(場合により入院・食事のみ)が提供されている慣行を指す。
- あわせて、有識者ヒアリングでは、**諸外国では外来で行われている手術が入院で行われている実態が指摘**された。先進国では、外来治療が主流の手術（白内障、扁桃摘出術）やがんの化学療法は平均在院日数の計算に含まれない一方、日本では、それらの多くを短期間の入院で実施し平均在院日数の計算にも加味されるため、平均在院日数が押し下げられている。にもかかわらず、諸外国と比べて在院日数が突出している現状は遺憾であり、先進国で外来治療が主流の手術を入院で行う場合において、**外来手術の場合との差異が解消されるよう、入院に係る診療報酬の適正化が図られるべき**である。

◆治療行為のない入院「素泊まり入院」の実態

- 入院に対しては、1日当たり単価で報酬が支払われるため、在院日数を延長化する傾向
- そのため、診察、注射、処置、手術、検査、画像診断などの医療行為がなされず、1日に入院、食事、投薬のみしか提供されない「素泊まり入院」の慣行がある

<イメージ>



- 入院、食事、投薬だけの素泊まり入院に使われている1年間の医療費を試算すると、8,832億円に上るとの推計がある。

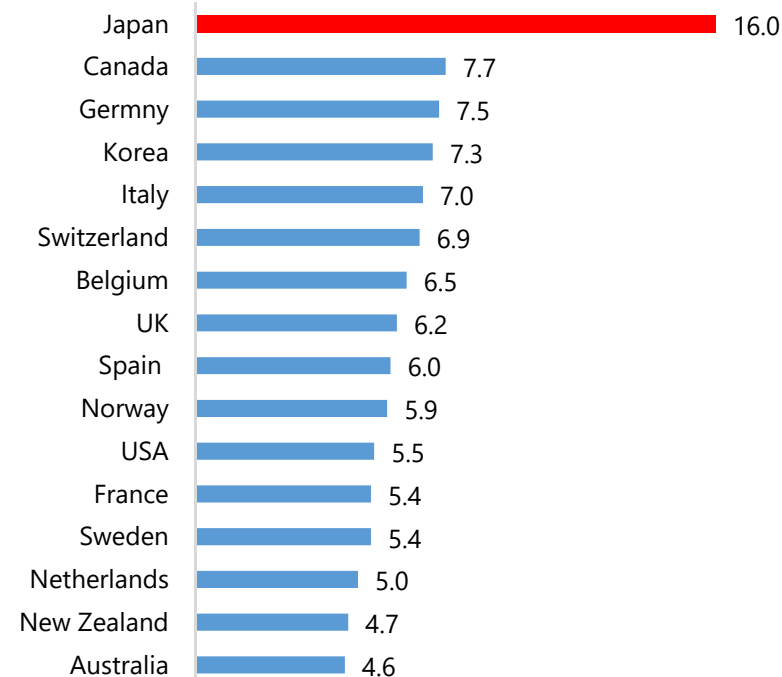
※グローバルヘルスコンサルティングジャパンによる、561病院のDPC算定病床における2018年10月退院の368,294症例を用いた拡大推計

◆外来手術実施比率の国際比較

国名	白内障	扁桃摘出術	鼠径ヘルニア術
フランス	92.2	27.6	63.2
ドイツ	82.5	4.0	0.3
イタリア	97.1	28.2	55.5
英国	98.8	55.2	72.7
米国	99.9	95.5	91.9
日本	52.9	0.1	3.8

(備考) 日本は2017年度、ヨーロッパ諸国は2016年、米国2014年第4回NDBオープンデータ(日本)
 “Health at a Glance: Europe 2018” (OECD2018) 等
 (出所) グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン

◆急性期（一般）病床の平均在院日数



※出典：OECD health data all data 2019 except DEU, USA NZL, AUS (2018)

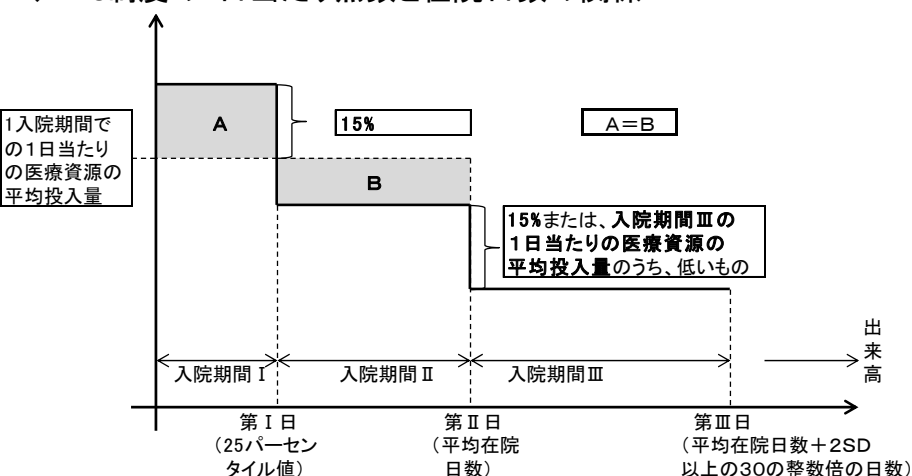
診療報酬改定と入院医療の機能分化⑤（診療報酬体系の見直し）

- 有識者ヒアリングでは、がん診療連携拠点病院であっても、標準化可能な在院日数のばらつきが大きいことや、在院日数が長期化すれば点数が低下する現在の**DPC制度（DPC/PPDS）**の下でもなお医療機関には**在院日数を長期化するインセンティブ**が働いていることが指摘された。
- 現在、急性期入院医療を対象として導入されているDPC制度は、**1日当たり包括払い制度**であり、2003年の同制度の導入の際、在院日数期間のばらつきが大きいことなどを理由に、**1入院当たり包括報酬（DRG/PPS）**の導入が見送られた経緯がある。
- しかし、20年近く前の議論のまま立ち止まってよいはずはなく、まして、高齢化を迎え、過度な病院頼みよりも、「治し、支える」地域完結型の医療への転換が求められている。患者のQOL（Quality of Life）の向上のためにも、**在院期間の標準化を目指すとともに**、患者がその状態に適した治療・療養を受けるための**転院**、さらには疾病の治療による退院あるいは疾病と共存しながらでも住み慣れた地域や自宅での生活に戻る**退院というエピソードを一つの成果として評価していくべき**である。
その際、患者単位でエピソードを評価し、患者の転帰に関わった地域の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も検討に値する。
- **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**のままで、医療行為の回数や病床の稼働率、在院日数の長期化に医療機関の経営上の関心が向きがちとなりがねない。このような「**インプット重視**」・「**量重視**」の医療機関本位のいわば「**縦突進**」型とも言うべき診療報酬体系から、「**アウトカム重視**」・「**質重視**」の**患者本位**かつ医療機関等の面的・ネットワーク的な**連携・協働**をより重視する「**横連携**」型の体系へのシフトを模索していくことは、地域完結型の医療の実現のためのみではなく、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。
- 新型コロナ禍の今こそこうした**診療報酬体系の見直しの議論を行うべき**であり、議論の先送りは許されない。短期滞在手術等基本料（日帰りや4泊5日までの入院による手術の入院基本料等を含む包括払い）の対象拡大といった**個別の報酬設定の問題にとどめることなく、1入院当たり包括報酬（DRG/PPS）の本格導入、包括払いの対象の急性期入院医療からの本格的拡大を視野に入れるべき**である。

◆胃の悪性腫瘍手術 胃切除術 病院別 平均在院日数



◆DPC制度の1日当たり点数と在院日数の関係



◆DPC制度導入時の議論（平成23年1月21日中医協総会）

- ・DPC/PPDSの導入に先立って、平成10年11月から国立病院等10病院における1入院当たりの急性期入院医療包括払い制度の試行が実施された（平成16年3月まで）。
- ・制度導入前に実施された包括払い制度の試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きく、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、在院日数がばらついていても包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さいことや、1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が示されたことから、在院日数に応じた**1日あたり定額報酬**を算定する、という現行のDPC/PPDSが導入された。

◆社会保障国民会議第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ（2008年6月19日）

サービス提供体制の「構造改革」「人的・物的資源の整備」を進めていくためには、安定的な財源確保、継続的な資金投入が必要であるが、同時に、医療制度・介護制度内部での財源配分・資金配分のあり方、具体的には**診療報酬体系・介護報酬体系のあり方についても見直しを行う必要がある**。

なぜならば、こうした見直しが行われなければ、仮に安定的な財源が確保され、必要な資金が医療・介護分野に投入されたとしても、その財源が国民の享受するサービスの向上につながるのか、効果的・効率的なサービス提供体制の実現のために使われるのかが定かではないからである。

例えば、地域において医療機関相互のネットワークを構築し、面的に地域の医療需要に応えていく、という課題の実現を考えても、現在のように、**医療機関単位・医療行為単位で評価する診療報酬体系のままで、地域完結型の「一体となった医療機関群」が行う医療に対して、その実態にふさわしい報酬を設定することは困難である**と考えられる。

診療報酬改定とかかりつけ医機能の強化①（これまでの取組）

- 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とともに、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、**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ており、医療関係団体により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ものの、かかりつけ医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、かかりつけ医の普及方策として、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**。
- 先般の通常国会における医療法改正では、**外来機能報告制度が導入されたものの、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を明確化する仕組みにとどまっており、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か否かを明確化するものでもなければ、入院医療における地域医療構想のように将来のあるべき姿との比較を促すものでもない**。
- 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）

診療報酬改定とかかりつけ医機能の強化②（これまでの診療報酬上の評価）

- このように制度面での推進の動きが見られない中、**かかりつけ医の機能強化に向けて**は、2014年度診療報酬改定における地域包括診療料・地域包括診療加算の創設を嚆矢として、**診療報酬上の評価が先行**してきた。
- **実体面の改革を伴わないまま財政支援が先行する場合の弊害**は既に指摘したが、かかりつけ医機能の診療報酬上の評価に係るその後の推移については、指摘した弊害を**地で行く展開**となった。すなわち、算定回数の少なさを理由に算定の対象拡大が優先されることで、**算定要件が相次いで緩和され、かかりつけ医機能の強化という果たすべき政策目的と診療報酬上の評価がますますかけ離れること**となった。
- 特に、2018年度診療報酬改定で創設された**機能強化加算**については、**本来は初診患者の中でもより継続的な管理が必要な疾患を有する患者への算定が期待されながらも、算定の実態がまったく異なり、外来機能の分化につながっていないことが指摘**されている。

◆かかりつけ医機能に係る評価の経緯

2014年度改定	○ 地域包括診療料・地域包括診療加算の創設 →複数の慢性疾患を有する患者に継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価
2016年度改定	○地域包括診療料・地域包括診療加算の施設基準の緩和 →病院の場合「2次救急指定病院又は救急告示病院」であるとの要件を削除。 → 診療所における医師の配置基準を緩和 <改定内容説明資料> 「地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その 施設基準を緩和し、普及を促す 」
2018年度改定	○地域包括診療料・地域包括診療加算の 医師配置基準の緩和、24時間対応要件の緩和 、在宅への移行実績を評価 <改定内容説明資料> 「かかりつけ医機能を 推進する観点から、24時間対応や医師配置基準の緩和 と在宅への移行実績を評価」 ○ 機能強化加算を創設 →かかりつけ医機能に係る診療報酬の届出を行っている医療機関について初診における診療機能の評価
2020年度改定	○地域包括診療加算の 時間外の対応にかかる要件を緩和 <改定内容説明資料> 「地域においてかかりつけ医機能を担う 医療機関の評価を推進する観点から 、地域包括診療加算の施設基準のうち時間外の対応に係る要件について、複数の医療機関による連携により対応することとしてもよいこととする」 ○機能強化加算の要件見直し →院内掲示に専門医等への紹介を行っていること等を追加。当該内容を紙で持ち帰れる形で置くことを追加。

機能強化加算（80点）2018年度改定で創設

地域包括診療加算等、かかりつけ医機能に係る診療報酬の届出を行っている医療機関について、地域におけるかかりつけ医機能として健康管理に係る相談や夜間・休日の問い合わせへの対応等を行っていることを掲示しているなど、一定の施設基準を満たす場合に、初診を評価するもの。

健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」2019年8月

- 分析の結果、複数の医療機関から同加算を算定されている患者が一定数存在するほか、同加算を算定された患者群と算定されなかった患者群の間で80点の加算に見合う効果が見て取れない状況である。
- 機能強化加算届出の医療機関（内科標榜）を複数受診した患者のうち、約6割は2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定されている。
- 同加算の算定患者群は非算定患者群と比べて、傷病構成がほぼ同等で、傷病名トップは両群とも年齢層に関係なく「急性気管支炎」であった。
- 同様に、専門医療機関等への紹介状況や患者が受診する施設数等に関しても両群で差異がみられず、同加算による外来医療の役割分担への寄与は見取れない。
- また、施設基準さえ満たしていれば初診患者に一律に算定できるため、以下の通り同加算が本来対象とすることが想定される患者像とは異なる患者層への算定が大半であり、算定要件等の見直しが急務である。
- 同加算算定患者の年齢分布は、地域包括診療加算等の算定患者と比べて若年層に偏っている。
- 分析期間の6カ月の間に、算定患者の6割は受診回数が1回のみで、再診がなかった。
- 同加算の算定レセプトのうち高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれかを有するレセプトは5%に満たなかった。
- なお、健康保険組合全体の同加算の算定金額は年間50億円程度と見込まれる。

<機能強化加算届出あり施設で同加算を1回以上算定した患者> 実患者の出現率上位の傷病名（受診回数別）

順位	受診回数 1回		受診回数 2回	
	傷病名	出現率	傷病名	出現率
1	急性気管支炎	8.4%	急性気管支炎	6.9%
2	急性上気道炎	7.0%	急性上気道炎	5.2%
3	アレルギー性鼻炎	5.0%	アレルギー性鼻炎	4.8%
4	急性咽喉炎	3.3%	気管支喘息	2.7%
5	咽喉炎	2.5%	急性咽喉炎	2.5%
6	気管支喘息	2.4%	咽喉炎	1.8%
7	急性胃腸炎	1.7%	湿疹	1.4%
8	急性胃炎	1.6%	糖尿病	1.4%
9	気管支炎	1.4%	肝機能障害	1.4%
10	嘔吐症	1.4%	急性胃腸炎	1.3%

複数医療機関受診患者の機能強化加算の算定状況

区分	実患者数	構成割合
2つ以上の医療機関から機能強化加算を算定された患者	28,492	57.6%
1つの医療機関からのみ機能強化加算を算定された患者	21,012	42.4%
計	49,504	100.0%

<機能強化加算届出あり施設> 3傷病名の機能強化加算が算定されたレセプト件数

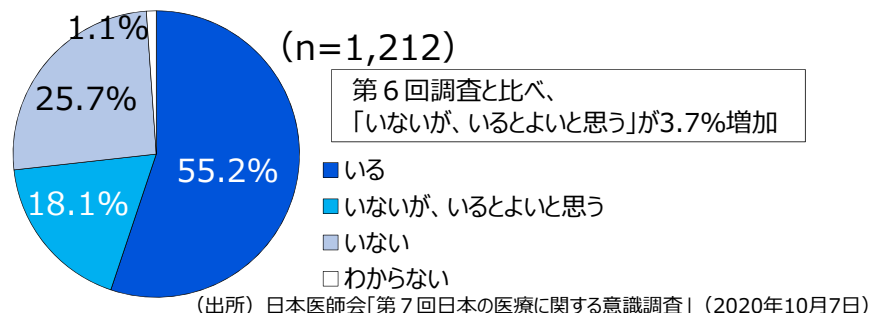
傷病名	レセプト件数	全体に占める割合
下記3傷病名のいずれか	57,782	4.8%
高血圧症	18,066	1.5%
糖尿病	32,462	2.7%
脂質異常症	28,848	2.4%
総レセプト件数	1,192,831	

（出所）健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」

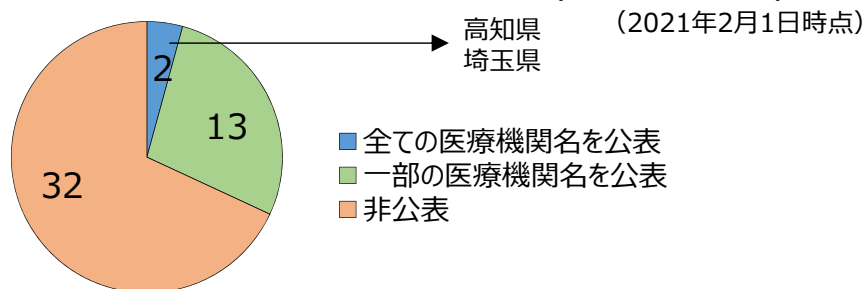
診療報酬改定とかかりつけ医機能の強化③（新型コロナ禍のもとでの外来・在宅医療）

- 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。
- 昨年秋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み、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、緊急包括支援交付金の病床確保料の仕組みを援用しており、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という点について、費用対効果などの面で病床確保料と同様の財政的な問題を孕んでいた。
- (注)ただし、外来診療・検査体制確保事業は本年3月までの仕組みであり、本年10月以降は、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算定する診療報酬の特例評価、すなわち実際に発熱患者の診察を評価する仕組みに切り替えられたため、財政支援のあり方の改善がなされている。
- そのほか、有識者ヒアリングでは、感染への不安から受診を避ける患者に対してオンライン診療で診察を提供する用意がなかった等の指摘もなされており、今後の地域毎のオンライン診療・往診など自宅療養者に対する診療実績などの「見える化」とあわせ、**自宅療養者・宿泊療養者に対する外来医療・在宅医療が十分であったか、実態の検証が必要**である。

◆かかりつけ医の有無についてのアンケート



◆各都道府県の「診療・検査医療機関」(いわゆる発熱外来)の周知状況



※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。」とされていた

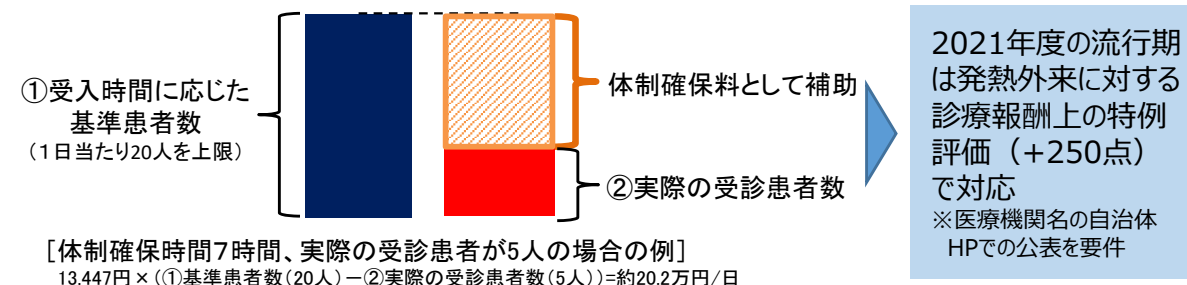
[次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について（令和2年9月4日厚生労働省事務連絡）]

◆受診・相談センターに連絡が取りづらい事例（千葉県議会議事録より）

千葉県の発熱相談コールセンターの日中の応答率
2021年1月16日（土）15.3%、17日（日）19.3%
※感染者の急増によりコールセンターに電話が集中したため

◆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)



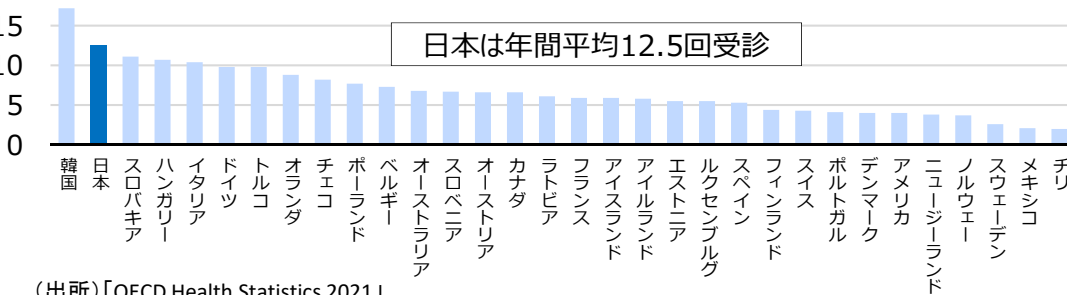
◆コロナ禍でのプライマリ・ケアの限界

- 発熱や上気道炎などの症状を持ち、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く、感染への不安から受診を避ける患者に対してオンライン診療で診察を提供する用意がなかった
 - クラスター感染が発生した介護施設の患者に対して訪問診療やオンライン診療を通じてサポートする機会はほとんどなかった
 - コロナ感染者として施設療養あるいは自宅待機している患者に対して、当初は診療する機会はなく、第4、5波でようやく関与することができたが、政府や医師会の呼びかけにもかかわらず動いた医療機関は限定的であった
- (出所) コロナ危機下の医療提供体制と医療機関の経営問題についての研究会資料

診療報酬改定とかかりつけ医機能の強化④（今後の制度面での課題）

- 新型コロナ禍では、いわゆる「第5波」のもとでピーク時には全国で約13万6千人（東京都約2万5千人）の自宅療養者、約3万6千人（東京都約1万2千人）に及ぶ入院先調整中の方々が発生した。
- こうした方々の外来医療・在宅医療へのアクセスの機会に限られていたことが指摘されており、**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。**
- 「いつでも、好きなところで」という意味でとられがちで、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、新型コロナ禍の経験から明らかとなった。**制度的対応が不可欠であり、これを欠いたままの診療報酬上の評価は実効性を伴わないことも、これまでの経緯が示すとおりである。**
- 具体的には、**かかりつけ医機能の要件を法制上明確化したうえで、これらの機能を担う医療機関を「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。**
- 同時に、**外来機能報告の制度がこうした機能を担う医療機関を明確化する制度となるよう制度の拡充を図ること、外来機能報告とは別に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」していくことなども、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。**
- このような取組を伴ってはじめて、「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、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムが確立する（**「かかりつけ医」が「緩やかなゲートキーパー」機能を発揮**）。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。

◆1人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較



◆新型コロナ「第5波」のもとでの自宅療養者数、入院先調整中の人数

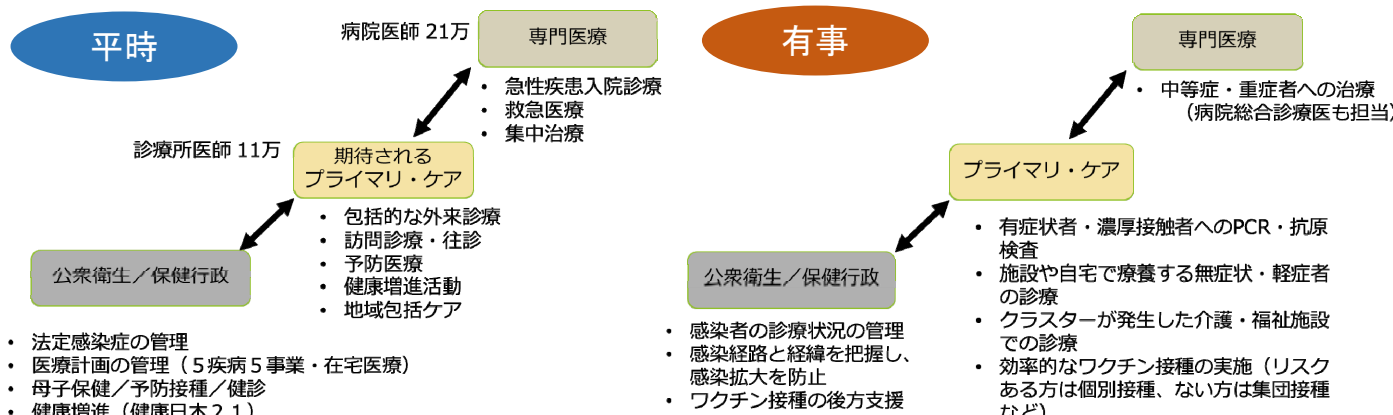
全国				東京			
	療養者数(人)	自宅療養者等数	療養先調整中の人数		療養者数(人)	自宅療養者等数	療養先調整中の人数
8月18日	167,588	96,709	31,111		40,197	22,171	12,362
8月25日	211,880	131,246	36,256		41,368	25,045	10,050
9月1日	207,661	135,674	27,690		33,061	19,765	6,871

※療養者数には、自宅療養者等数、療養先調整中の人数の他、入院者数、宿泊療養者数、社会福祉施設等療養者数が含まれる。
 ※自宅療養者等には、社会福祉施設等療養者数は含まない。
 (出所)厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」から作成

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）

◆プライマリケアの役割イメージ

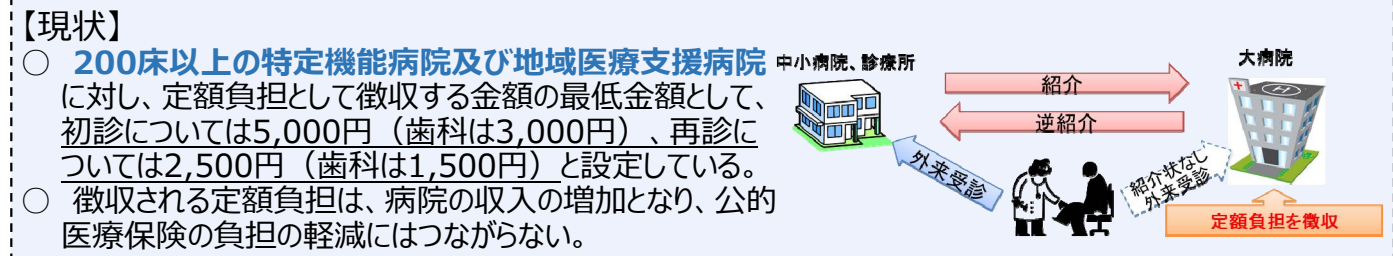


(出所) コロナ危機下の医療提供体制と医療機関の経営問題についての研究会資料

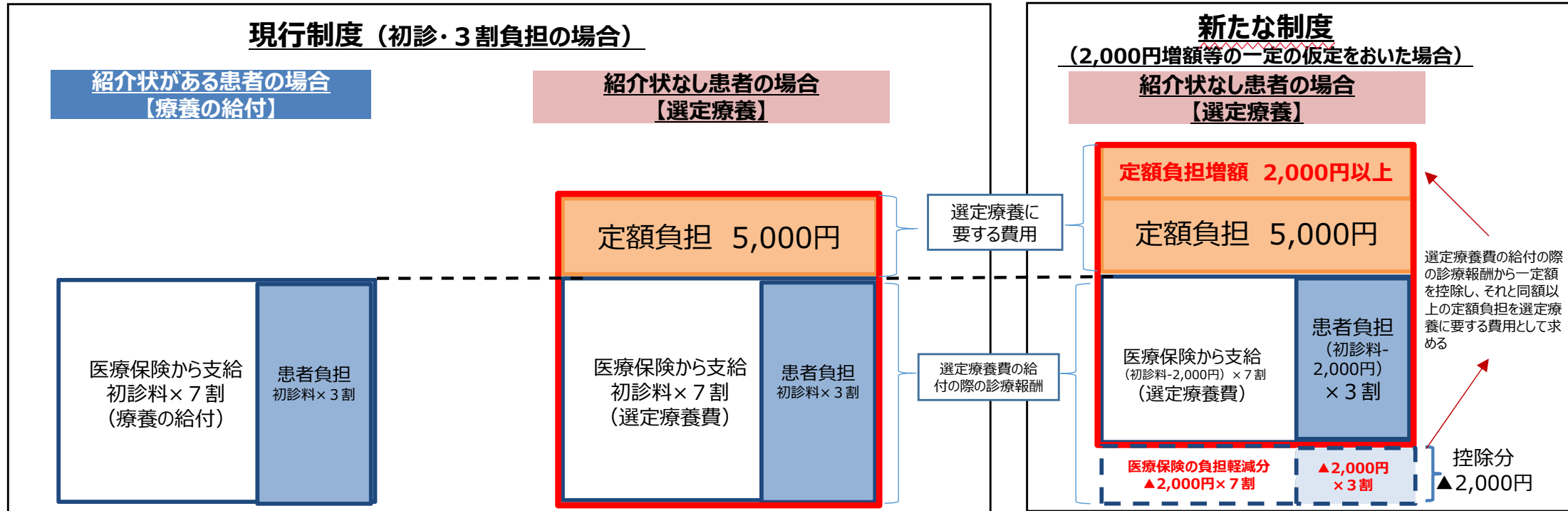
診療報酬改定とかかりつけ医機能の強化⑤（診療報酬上の対応等①）

- 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「かかりつけ医」への診療報酬上の評価については、受診回数や医療行為の回数による出来高払いより**包括払いがなじむ**。
- いずれにせよ**診療報酬上の評価については、制度化された「かかりつけ医」に対して行うこととすべきである**。これにより、制度上明確化されたかかりつけ医機能を診療報酬上の評価が後押しすることとなり、**制度面の対応と診療報酬上の評価とが相まって、かかりつけ医機能の発揮を促していくこととなる**。
- 他方、制度上の対応を欠いた**現状の診療報酬上の評価は、既に述べたとおり外来機能の分化を促していない**。機能強化加算のゼロベースでの見直しは必須である。その他の**かかりつけ医関連の診療報酬（※）の評価についても、算定要件等の安易な緩和は厳に慎むべきである**。
- ※地域包括診療料・地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料、認知症地域包括診療料・加算、診療情報提供料(Ⅲ)、特定疾患療養管理料など
- **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**定額負担を拡大**することが予定されている。
- 具体的には、外来機能報告による「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」のうち一般病床200床以上の病院に対象を拡大することが予定されているが、**こうした定額負担を「かかりつけ医」以外への受診にも拡大していくことにより、外来医療の機能分化を促していくことが重要**である。

◆大病院における紹介状なしの患者の定額負担の拡大



- 【全世代型社会保障改革の方針（2020年12月15日閣議決定）】
- **一般病床200床以上の病院**にも対象範囲を拡大
 - 保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合**2,000円程度**）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。



※ 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

診療報酬改定とかかりつけ医機能の強化⑥（診療報酬上の対応等②）

- これまでこうした定額負担の議論の度に、平成14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項との関係が問題とされてきたが、
- ① 現行の大病院における紹介状なし患者の定額負担のように選定療養に要する費用として徴収する場合(今般導入される当該定額負担の拡大のように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場合を含む)
- ② 「療養の給付と直接関係ないサービス等の費用」として徴収する場合などについては、**同項との抵触がないことが法制上明らかとなっており、幅広くその手法を検討すべきである。**
- (注1) たとえば、①については、一定の範囲の医療機関に対する紹介状のない受診に患者の療養に係るアメニティの向上部分を見出せるのであれば、「かかりつけ医」以外への受診すなわち登録・情報のない患者による受診等についてもより少額の同様の性質のものを見出すことが可能と考えられる。
- ②については、オンライン診療において、「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」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されており、実態として平均900円ほどの徴収が行われているとの報道がある。このようなものが「療養の給付と直接関係のないサービス等」として整理できるのであれば、登録・情報のない患者による受診等の個人の個人情報や医療情報の取得・確認に係る事務負担の費用等を定額負担として徴収していくことも可能と考える。
- (注2) なお、上記のオンライン診療に係る取扱いについては、他方で「在宅療養者の電話診療」は「療養の給付と直接関係のないサービス等とはいえないもの」と整理されていること、情報通信機器の運用を要する場合であってもその費用を含めて「遠隔連携診療料※」のように診療報酬上評価され、療養の給付として保険適用の対象となっているものもあることとの関係において、恣意的な運用になっていないか検証する必要がある。いずれにせよ、オンライン診療については、「骨太の方針2021」において初診からの実施は原則「かかりつけ医」に認められるとされており、「かかりつけ医」の制度化とセットでそのあり方を考えていくべきである。
- ※「遠隔連携診療料」とは、難病等の診断を行うため、患者来訪時にビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて専門医と連携して診療を行った場合に算定するもの

◆平成14年の健康保険法等の一部を改正する法律附則

第二条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

◆選定療養について



選定療養費として
医療保険で給付

患者から料金徴収可
(自由料金)

○ 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。

◆療養の給付と直接関係ないサービス等の費用について

○ 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について

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)

ネット診療の患者負担割高、平均900円加算、普及阻む、医療効率化へ見直し急售
日本経済新聞(2021年9月23日朝刊)

ビデオ通話などを用いるオンライン診療の患者負担額が通院時より高くなるケースが相次ぎ、利用拡大を阻んでいる。日本経済新聞が東京都内の医療機関を調べたところ「システム利用料」などの名目で平均約900円の保険外費用が生じていた。国がオンラインの診療報酬を低く設定し、医療機関に医療費以外でのかさ上げを認めていることが、患者の負担増を招いている。医療の効率化に向け、利用しやすい仕組みへの改善が急售だ。(中略)

例えば、慢性疾患の医療費が初診の対面で3560円ならオンラインでは2820円。3割負担の患者の支払額は各1070円、850円となり、再診でもオンラインが3割ほど安い。ただ、900円を加えると多くの診療で逆転する。システム提供大手のMICIN(東京・千代田)がオンライン受診した約700人に聞いた昨夏の調査では4割が「自己負担が増えた」と答えた。

厚労省は、医療機関が患者に対して診療システムなどでかかる費用を保険外で請求することを認めている。ただ、金額の目安は示しておらず「医療機関は診療報酬の差で生じる収入減の穴埋めに使っている」(都内の医師)。これらはすべて患者の全額負担となり、保険診療の枠外で支払額が積み上がる構図だ。(後略)

都内の医療機関の追加費用の内訳

追加費用	医療機関数
2000円以上	19機関
1000～2000円未満	68
500～1000円未満	88
0～500円未満	71
ホームページで対応の告知なし	500弱

(注) 都内で遠隔診療に対応する1023機関を対象に、保険適用の診療に上乗せされる場合の料金で算出。金額を明記しない機関は除いた

診療報酬改定と働き方改革

- 働き方改革については、令和6年4月から、医師について時間外労働の上限規制が適用され、各医療機関は労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要となる。
- これに対応して、令和2年度診療報酬改定において、地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、入院医療の提供を評価した地域医療体制確保加算が新設され、その継続・増額・算定要件緩和を求める声がある。
- 過酷な勤務環境となっている医療機関において働き方改革を推進すべきことは当然である。問題はそうした政策目的に即した財政支援の手法となっているかである。また、そもそも医師の働き方改革は、地域医療構想の実現に向けた取組や医師の偏在対策と三位一体で進めることとされ、そうでないと実効性を伴いにいくことにも留意する必要がある、財政支援ありきであってはならない。
- 現行の地域医療体制確保加算の算定要件は、ストラクチャーや「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の提出などプロセスに偏っており、医療従事者の労働時間の短縮などの具体的なアウトカムに結びつく実効的な仕組みであると言い難く、働き方改革のどのような費用に充てられてきたのかの実績報告書等も求められない。継続・増額・算定要件緩和を論ずるより前に、まずはこうした仕組みが是正されなければならない。
- 現在論点となっている看護師の処遇改善との関係、働き方改革に関係して措置されている多岐にわたる他の診療報酬上の評価との関係も整理が必要であり、全体として散漫な財政措置とならないようにしなければならない。

◆地域医療体制確保加算

- 入院初日について、520点の加算
- 消費税財源を活用した特例対応として令和2年度改定で新設
- 改定率0.08%、公費126億円・医療費ベース350億円程度（1医療機関当たり平均4,000万円程度）

【施設基準】

【救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間2,000件以上であること。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成、定期的な評価及び見直し
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開（当該保険医療機関内に掲示する等）

「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の作成に当たっては、以下ア～キの項目を踏まえ検討し、必要な事項を記載すること。

- ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容
- イ 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ウ 勤務間インターバルの確保
- エ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- カ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- キ 短時間正規雇用医師の活用

◆他の働き方改革に関係する

診療報酬上の評価の例

医師事務作業補助体制加算

→病院勤務医の事務作業を補助する専従職員を配置している等の取組を評価

総合入院体制加算

→急性期医療を24時間提供できる体制並びに医療従事者の負担の軽減及び処遇改善に資する体制等を評価

看護職員夜間配置加算

→夜間の看護体制を充実することに対して評価等

◆1カ月間の1人当たりの医師の平均勤務時間

（地域医療体制確保加算の有無別）【常勤】

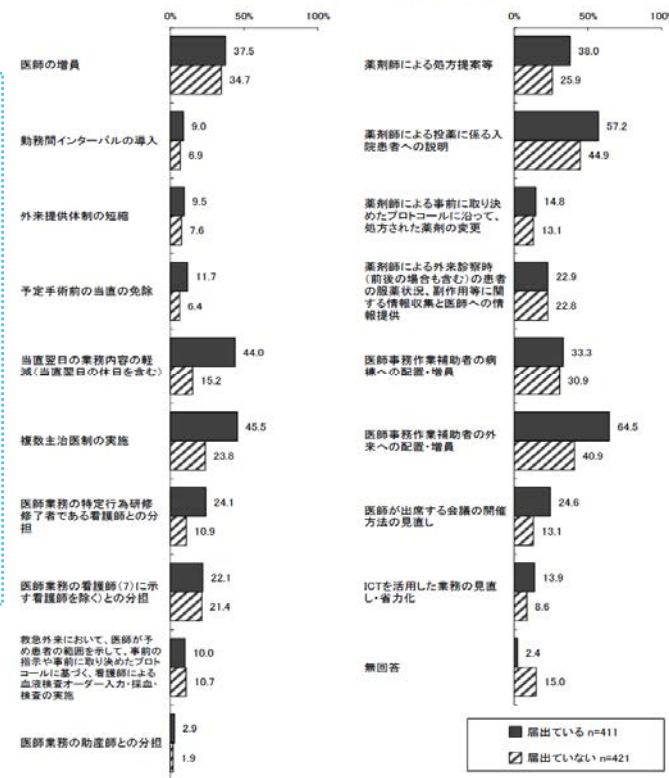
全体	常勤の医師							(単位:時間)
	令和元年10月				令和2年10月			
		平均値	標準偏差	中央値		平均値	標準偏差	中央値
全体	n=262	180.4	24.0	179.4	n=267	183.4	25.3	180.0
届出ている	n=131	190.3	20.7	189.8	n=135	193.2	21.3	192.4
届出していない	n=129	170.7	23.0	165.0	n=130	173.5	25.0	170.5

※令和元年10月、令和2年10月ともに記入のあったものを集計。

→常勤医師の平均勤務時間は体制確保加算の届出をしている医療機関において、2.9時間の増となっており、体制確保加算が有効に活用されていない可能性がある。
※届け出していない医療機関は2.8時間の増

◆医師の負担軽減策として実施している取組

（地域医療体制確保加算の届出有無別）



→地域医療体制確保加算を届出した医療機関が具体的にどのような医師の負担軽減の取組に加算額を活用したのかが分からない。

※上と左の図表は「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革推進に係る評価等に関する実施状況調査報告書 概要」からの抜粋 令和3年3月24日 中医師会・診療報酬改定結果検証部会（第62回）

2. 診療報酬改定

総論

医療機関の経営実態

医療福祉分野の雇用情勢

医療提供体制改革と診療報酬改定
(医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし)

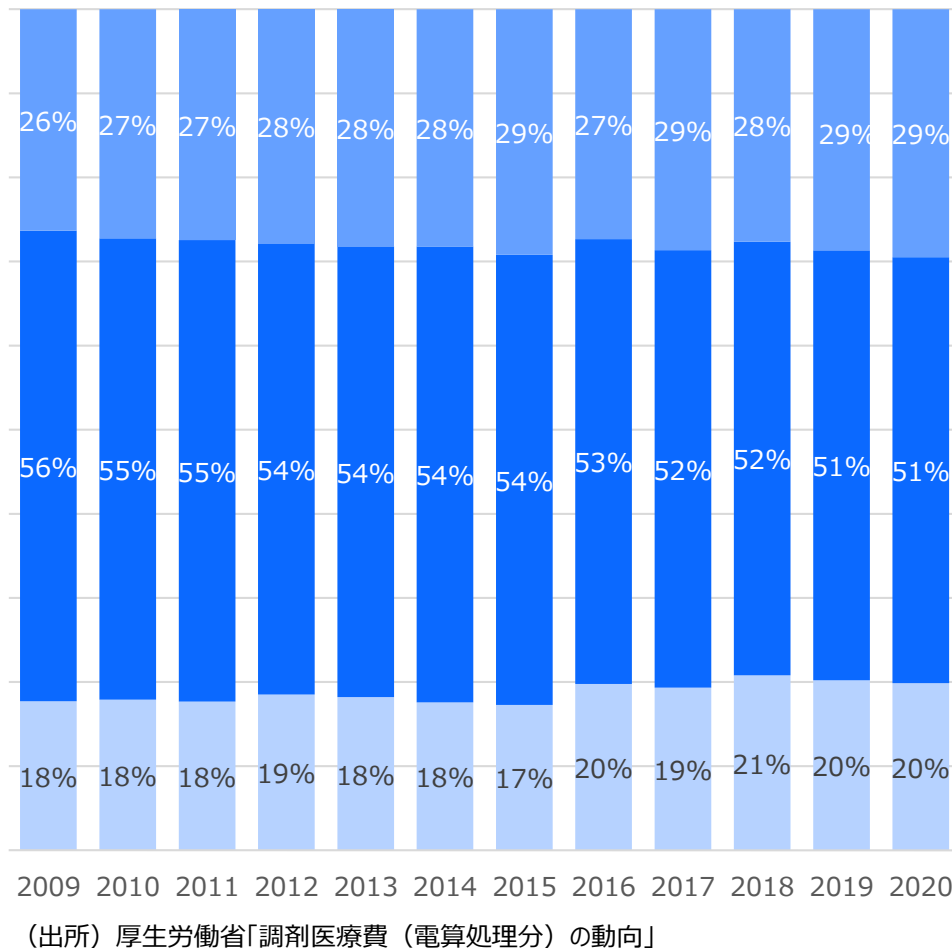
調剤報酬

薬価改定

調剤報酬

- 薬剤師業務の対物業務から対人業務への転換が求められ、調剤報酬は、薬学管理など価値のあるサービスを提供する薬局・薬剤師を評価する方向にシフトしていくべきである。
- にもかかわらず、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についてほとんど変化しておらず、調剤基本料や調剤料に依存した収益構造は依然として継続。
- 調剤料について、剤数や日数に比例した算定方法を適正化するなどの見直しを講じつつ、対物業務から対人業務への構造転換を後押しする調剤報酬改定としなければならない。

◆技術料に占める調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の比率の推移



◆技術料に関する見直しの例

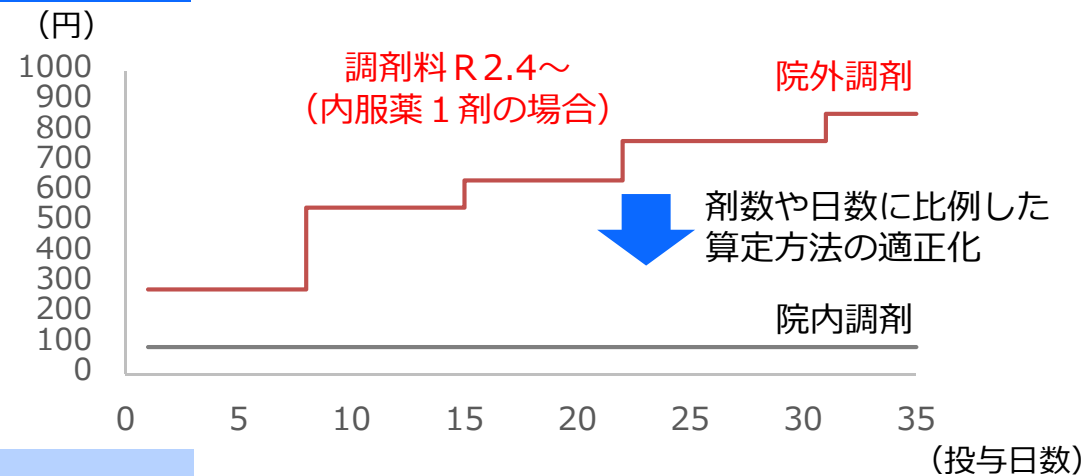
調剤基本料

〔0.5兆円〕薬局の運営維持費を評価

- ・ 地域支援体制加算の要件見直し
- ・ 同一敷地内薬局等の調剤基本料の見直し
- ・ 後発医薬品調剤体制加算の見直し

調剤料

〔1.0兆円〕医薬品調剤を行う際の技術を評価



薬学管理料

〔0.4兆円〕服薬指導、情報提供等を評価

- ・ 在宅業務や継続的なアフターフォローによる実績を重視する報酬構造への転換（リフィル処方への導入、多剤・重複投薬等への対応 等）

かかりつけ薬局

- 近年の調剤報酬改定でかかりつけ機能の評価を強化してきたが、調剤基本料のうち**地域支援体制加算の実績要件について、制度化された地域連携薬局の要件との整合性が明確でない**。調剤報酬上の評価については、制度化された「**地域連携薬局**」に対して行うこととし、制度面の対応と調剤報酬上の評価とが相まって、**かかりつけ薬局・薬剤師機能の発揮を促していくことが望ましい**。
- また、外来医療における「かかりつけ医」以外の受診への定額負担の導入とあわせて、「**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あり方についても検討を深めるべきである。

◆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



〔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）等

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（2021年8月施行）

第六条の二 薬局であつて、その機能が、医師若しくは歯科医師又は薬剤師が診療又は調剤に従事する他の医療提供施設と連携し、地域における薬剤及び医薬品の適正な使用の推進及び効率的な提供に必要な情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を実施するために必要な機能に関する次に掲げる要件に該当するものは、その所在地の都道府県知事の認定を受けて地域連携薬局と称することができる。

- 一 構造設備が、…指導を受ける者の心身の状況に配慮する観点から必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。（略）
- 二 前項の認定を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次の各号に掲げる事項を記載した申請書をその薬局の所在地の都道府県知事に提出しなければならない。（略）
- 三 地域連携薬局でないものは、これに地域連携薬局又はこれに紛らわしい名称を用いてはならない。
- 四 第一項の認定は、一年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によつて、その効力を失う。

◆地域支援体制加算

かかりつけ薬剤師が機能を発揮し、地域医療に貢献する薬局の体制等を評価するもの 38点（令和2年度改定で35点から引上げ）

○地域支援体制加算の施設基準

- | |
|-------------------------------------|
| (1) 地域医療に貢献する体制を有することを示す実績 |
| (2) 患者ごとに、適切な薬学的管理を行い、かつ、服薬指導を行っている |
| (3) 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する情報を提供している |
| (4) 一定時間以上の開局 |
| (5) 十分な数の医薬品の備蓄、周知 |
| (6) 薬学的管理・指導の体制整備、在宅に係る体制の情報提供 |
| (7) 24時間調剤、在宅対応体制の整備 |
| (8) 在宅療養を担う医療機関、訪問看護ステーションとの連携体制 |
| (9) 保健医療・福祉サービス担当者との連携体制 |
| (10) 医療安全に資する取組実績の報告 |
| (11) 集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合50%以上 |

○ 調剤基本料1を算定している保険薬局

以下の基準のうち①～③を満たした上で、④又は⑤を満たすこと。（1薬局あたりの年間の回数）

- ① 麻薬小売業者の免許を受けていること。
- ② 在宅患者薬剤管理の実績 12回以上
- ③ かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っていること。
- ④ 服薬情報等提供料の実績 12回以上
- ⑤ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に1回以上出席

同一敷地内薬局等に係る調剤基本料の見直し

- 薬局・薬剤師のあるべき姿とは異なる**処方箋の集中率が著しく高い薬局**やいわゆる**同一敷地内薬局等**については、これまで調剤基本料の見直しを進めてきたが、こうした取組は着実に進めるべきである。
- 特に、同一敷地内薬局については、令和2年度診療報酬改定による見直しにもかかわらず、引き続き誘致の動きが見られる。
- 経済的、機能的、構造的独立に疑義をもたらす**同一敷地内薬局の誘致は医薬分業の趣旨を損ねるものであり、調剤基本料の適正化を一段と強力に進めることは勿論、規制的手法も用いてこうした薬局の在り方を正していくべきである。**

◆処方箋の集中率が著しく高い薬局の調剤基本料の見直し（令和2年度改定）

- 特定の医療機関からの処方箋の受付割合が95%を超え、かつ、処方箋の受付回数が一定程度ある薬局について、医薬品の備蓄の効率性や医療経済実態調査における損益率の状況等を踏まえ、調剤基本料2又は調剤基本料3の対象とする。

	要件		点数
	処方箋受付回数等	処方箋集中度	
調剤基本料1	調剤基本料2、調剤基本料3及び特別調剤基本料以外		42点
調剤基本料2	①処方箋受付回数が月2,000回超～4000回 ②処方箋受付回数が月4,000回超 (新)③処方箋受付回数が1,800回超～2,000回 ④特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	① 85%超 ② 70%超 ③ 95%超 ④ —	26点
調剤基本料3 ※ 右記のほか、特定の保険医療機関との間で不動産取引があるもの。	イ	(新)同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回	21点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回	85%超
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超	

◆敷地内薬局に対する取扱い（令和2年度改定）

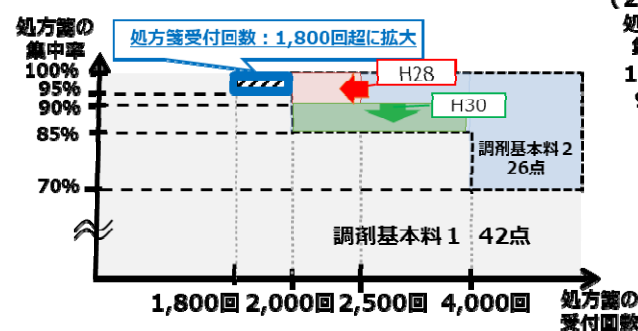
- 特別調剤基本料について、診療所と不動産取引等その他の特別な関係がある診療所敷地内の薬局等を対象に追加する。さらに、処方箋集中度の基準を引き下げ、点数も引き下げる。

令和2年度改定後	
病院敷地内の薬局等	特別調剤基本料 9点
診療所敷地内の薬局等 (同一建物内である場合を除く)	医療機関 と不動産取引等その他の特別な関係：有 + 処方箋集中度 70%超

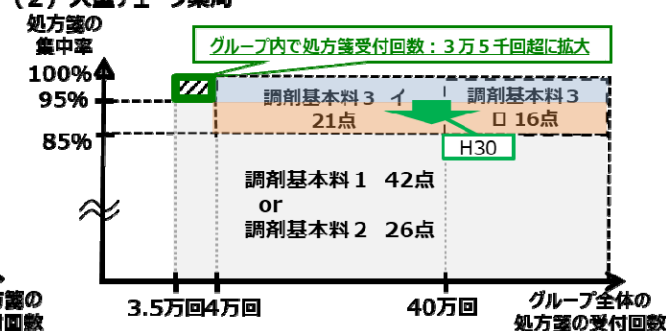
◆敷地内薬局の誘致状況（令和3年5月14日日本薬剤師会）

	都道府県	件数
誘致事例あり	41 (33)	186 (64)
国公立病院	32 (23)	56 (30)
公的病院	19 (8)	31 (8)
社会保険病院	4 (0)	4 (0)
診療所	10 (—)	32 (—)
その他	24 (15)	63 (26)
誘致事例なし	6 (14)	—

(1) 大型チェーン薬局以外



(2) 大型チェーン薬局

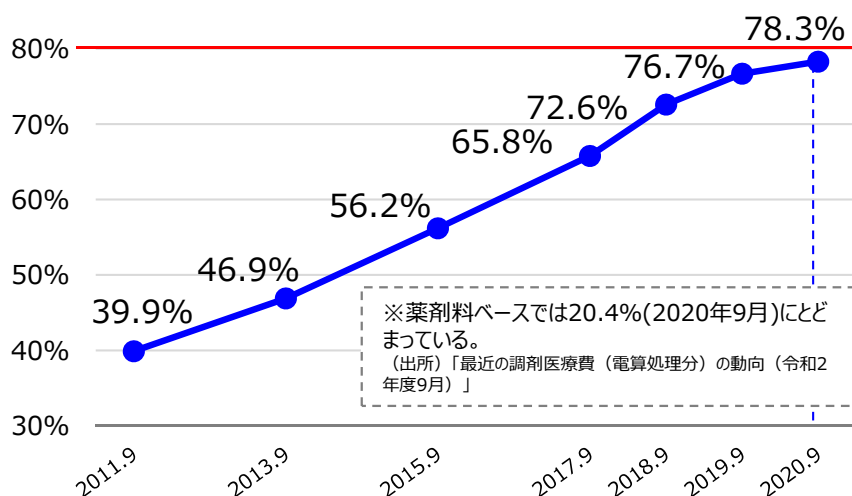


※令和2年12月までの情報。（ ）書きは平成30年9月までの情報。

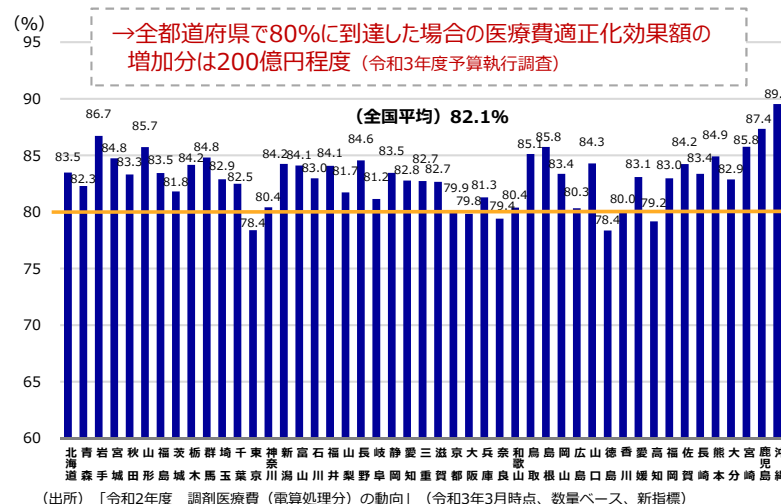
後発医薬品調剤体制加算等の見直し

- 2020 年（令和 2 年）9 月時点の後発医薬品の使用割合は 78.3 %であり、80 %とする目標に届かなかった一方、後発医薬品の数量シェアを、2023（令和 5）年度末までに**全ての都道府県で80%以上とする目標を新たに設定した**ところである。
- 昨今の後発医薬品メーカーによる不祥事等の中、後発医薬品の品質及び安定供給の信頼性確保に取り組むことは大前提であるが、令和 3 年度予算執行調査で指摘したとおり、**後発医薬品調剤体制加算について、令和 5 年度末までの新目標による適正化効果の増分が 200 億円と見込まれる一方、現行制度では年1,200 億円程度の加算とされており、費用対効果が見合っていないという問題がある。加算制度については、廃止を含めた見直しを行い、減算について対象を大幅に拡大するなど減算を中心とした制度に見直す**べきである。
- なお、後発医薬品調剤体制加算の見直しにあわせ、**処方側の医療機関の一般名処方加算や後発医薬品使用体制加算のあり方も同じ方向で見直しが必要となる。**

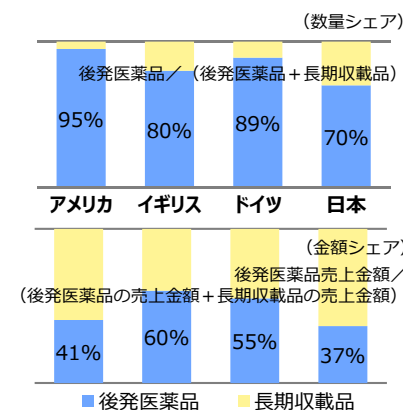
◆後発医薬品調剤数量シェアの推移と目標値



◆後発医薬品調剤数量シェアの地域差



◆後発医薬品シェアの国別比較（2020）



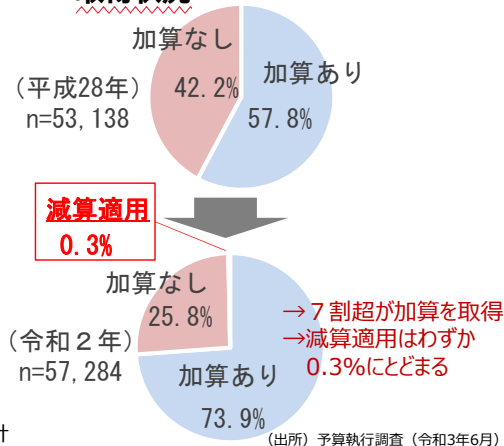
(出所) Copyright © 2021 IQVIA. IQVIA MIDAS, Market Segmentation, MAT Sep 2020, RX only (PRESCRIPTION BOUND) 他をもとに三菱UFJリサーチ & コンサルティング株式会社推計、無断転載禁止

◆後発医薬品調剤体制加算と算定総額

区分 (使用割合)	点数	推計算定額(※)
加算 1 (75%以上)	15点	100億円程度
加算 2 (80%以上)	22点	400億円程度
加算 3 (85%以上)	28点	700億円程度
基本料減算 (40%以下)	▲2点	▲200万円程度

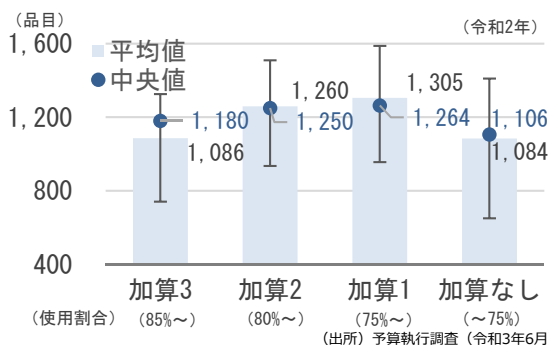
※「令和2年社会医療診療行為別統計」を用いて推計

◆後発医薬品調剤体制加算の取得状況



◆加算区分別の1薬局当たりの備蓄医薬品目数 ◆後発医薬品使用に向けた診療報酬上の取り扱い

→ 備蓄医薬品の管理コスト増も踏まえて加算制度が設けられてきたが、加算区分の中で使用割合の最も高い加算 3 を取得している保険薬局の備蓄医薬品目数が最も少ないなど、後発品使用割合と備蓄品目数が正の相関関係にない。



調剤基本料の減算 ▲2点

後発医薬品の調剤数量割合が4割以下の保険薬局である場合(処方回数が1月600回以下の場合を除く)

後発医薬品使用体制加算37~47点

後発医薬品使用割合等の施設基準を満たす医療機関の入院患者について、入院初日に加算する

一般名処方加算 加算 1 : 7点、加算 2 : 5点

薬剤の一般名称を記載する処方箋を交付した場合(複数かつ全ての該当医薬品の場合加算 1)

リフィル処方

- 「骨太の方針2017」で「医師の指示に基づくリフィル処方の推進を検討する」とされたものの、2018年度改定では、2016年度改定で導入された医師の分割指示による分割調剤の手続きの明確化にとどまった。「骨太の方針2021」で、「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**」ことが明記されており、改めて**リフィル処方の導入の検討が求められている**。
 - リフィル処方とは、利用しない場合より処方期間が長期化し、処方を行う医療機関への通院負担が減る一方、分割調剤は利用しない場合と比べて処方を行う医療機関への通院負担は減らない。分割調剤がリフィル処方と同様の効果をもたらすには、長期の処方が前提となるが、現在の通知上は例外的扱いであり、分割調剤の算定回数は少ない。**患者の通院負担の軽減や利便性の向上から新型コロナ禍でそのニーズも増している**なか、大きく仕組みを変えていくことが必要であり、**リフィル処方を時機を逸することなく導入すべきである**。
 - もちろん、リフィル処方とは、かかりつけ薬剤師が処方医と情報連携しつつ、患者に対し服薬期間中にわたって服薬管理を行い、必要に応じて患者に医師への受診勧奨を行うことが前提となる。そうした服薬指導・管理の評価を調剤報酬上充実・強化していくこともあわせて検討すべきであり、地域連携薬局制度が導入される中で、制度導入への環境は整いつつある。
- (注)ただし、リフィル処方の導入については、依存性の強い向精神薬等については避けるべきであり、前回と同じ内容の処方が長期にわたって行われているような生活習慣病等に対象を限ることが必要である。

◆リフィル処方箋（平成27年7月22日 中央社会保険医療協議会資料）

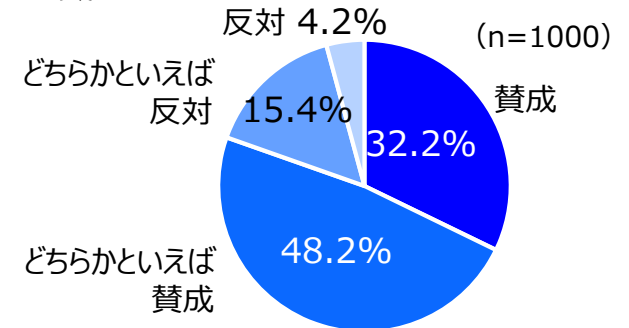
- 一定期間内に反復使用できる処方箋のこと
- 医師は、処方箋に繰り返し使用できる回数を定めて患者に交付し、患者は当該処方箋で繰り返し薬局で薬を受け取ることができる。
- 米国では麻薬等の依存性薬物以外はリフィルが広く認められている。

【健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究」】

- ・40歳以上で通算180日以上にわたり処方内容の変更がない処方（長期にわたる同一処方）が全患者の処方延べ日数の5割程度を占め、発生したケースの疾患は、高血圧症、糖尿病、高脂血症等の生活習慣病が主であった。こうした患者の割合は年々増加傾向。（「レセプト分析調査研究Ⅴ」2021年9月）
- ・上記患者の再診料と処方箋料のうち、リフィル処方を導入（90日に1回受診すると仮定）することで、年間約362億円（全国推計値）の医療費適正化効果が見込まれた。（「レセプト分析調査研究Ⅳ」2019年8月）

◆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」

平成27年11月6日 中央社会保険医療協議会資料から作成

諸外国における「リフィル制度」と「分割調剤」の違い

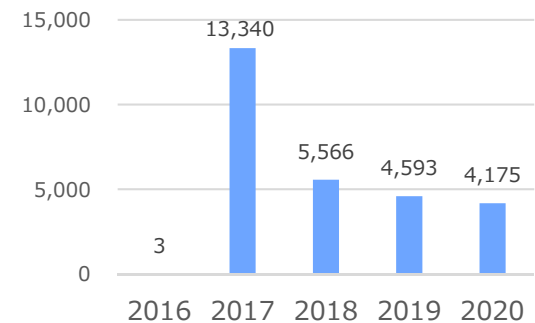
例) 90日分の内服薬を患者に投薬するため、30日分ごとに薬局で調剤して交付する場合

- | リフィル | 分割調剤 |
|---|---------------------------------|
| ○医師は30日分の処方箋を、繰り返し利用できる回数（3回）を記載した上で発行。 | ○医師は90日分の処方箋を発行し、薬局に対して3回の分割指示。 |
| ○薬局においては、医師の指示どおり30日分ずつ調剤。 | ○薬局においては、医師の指示どおり30日分ずつ調剤。 |

医療課長 通知(F100処方料) 令和2年3月5日

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した場合の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。
- ア 30日以内に再診を行う。
- イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

◆医師の分割指示による分割調剤算定回数

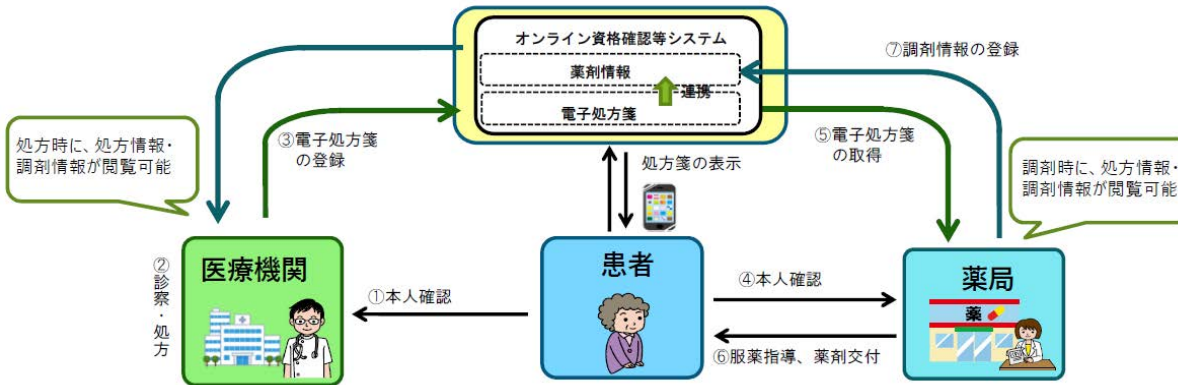


(出所)社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

多剤・重複投薬等への対応

- **多剤・重複投薬、さらには長期処方**の課題は、その適正化が医療費適正化につながるのみならず、医療の質の改善につながり得るものであることを踏まえ、**取組を強化すべき**である。
- 薬局における処方内容の疑義照会や減薬の提案の在り方についても見直しが必要となるが、調剤報酬における対応のみならず処方側の対応がより重要となる。
- 医療機関が、患者の過去の診療・処方箋情報等を参照可能となるよう、電子処方箋・オンライン資格確認システムにおける薬剤情報の活用を図り、患者の保健医療情報を効率的に医療機関・薬局等において確認できる仕組みを着実に構築するとともに、**診療報酬における多剤・重複処方について、減算等の措置を導入・拡充すべき**である。
- 2020年に自殺者数が11年振りに前年を上回り、**自殺対策は大きな課題**となっており、自殺に追い込まれることのない社会を目指し、総合的な対策を推進する必要。11年前を振り返れば、厚生労働省は、自殺対策に関し、**向精神薬の過量処方を問題視**。
- その後、向精神薬について、多剤処方や長期処方の適正化を図るべく、累次の診療報酬改定が行われてきたが、これまでの取組の効果を点検し、海外では投与期間が制限されている依存性の強い薬剤を含め、取組を強化すべきではないか。

◆電子処方箋の仕組み（2023年1月を目途に運用を開始） 処方情報・調剤情報を他の医療機関・薬局で閲覧することを可能とする仕組みを構築



◆向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について（平成22年6月24日 厚生労働省事務連絡）

最近の厚生労働科学研究において、精神科に受診していた自殺者が、自殺時に向精神薬その他の精神疾患の治療薬の過量服薬を行っていた例（薬物が直接の死因ではない場合を含む）が多くみられるという結果が出ております。（中略）自殺傾向が認められる患者に向精神薬等を処方する場合には、個々の患者の状況を踏まえて、投与日数や投与量に注意を払うなど、一層の配慮を行っていただくよう、管下医療機関に周知方お願い申し上げます。

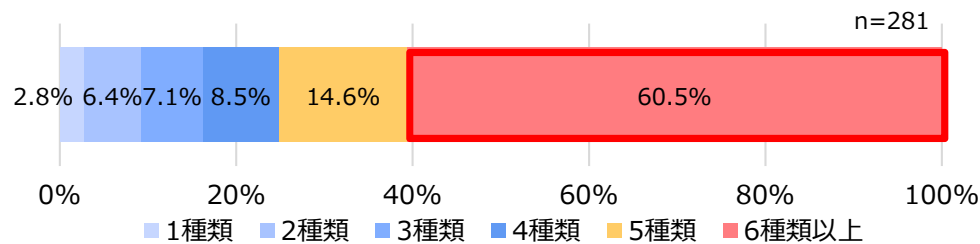
◆向精神薬のうち、承認用量の範囲内においても、連用により薬物依存が生じることがあると指摘されている「ベンゾジアゼピン」の海外での投与期間制限

英国医薬品・医療製品規制庁医薬品安全委員会	・重度の不安に対しベンゾジアゼピンは短期間での使用（2～4 週までに留める）と限定（1988年） ・漸減期間を含め処方期間は最長で4 週までと改めて注意喚起（2011 年7 月）
フランス国立医薬品・医療製品安全庁（2012年）	・ベンゾジアゼピン誤用の低減のためのアクションプランを発表 ・不眠治療に対しては4 週まで、不安治療に対しては12 週までという継続処方期間の制限を設定
カナダ保健省（1982年）	・ベンゾジアゼピンの抗不安作用に関して、投与開始2～4 週以降は効果が期待できないため、1～2 週間の投与期間を推奨。 ・ベンゾジアゼピンの依存性に関しては多数の研究結果から、ジアゼパムでは投与開始2 週間～4 ヶ月で依存が形成されると推測

◆多剤投与の実態

75歳以上の患者の6割が、6種類以上の薬を服用。

< 1日あたり使用している飲み薬の種類数（定期的に医療機関に行き処方してもらっている薬がある患者） >



（出所）厚生労働省「平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和元年度かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査）」

◆向精神薬等の処方に対する診療報酬上の対応（2018年～）

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く）を行った場合 18点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤※の投薬を行った場合 29点 ※ベンゾジアゼピン受容体作動薬

2. 診療報酬改定

総論

医療機関の経営実態

医療福祉分野の雇用情勢

医療提供体制改革と診療報酬改定
(医療提供体制改革なくして診療報酬改定なし)

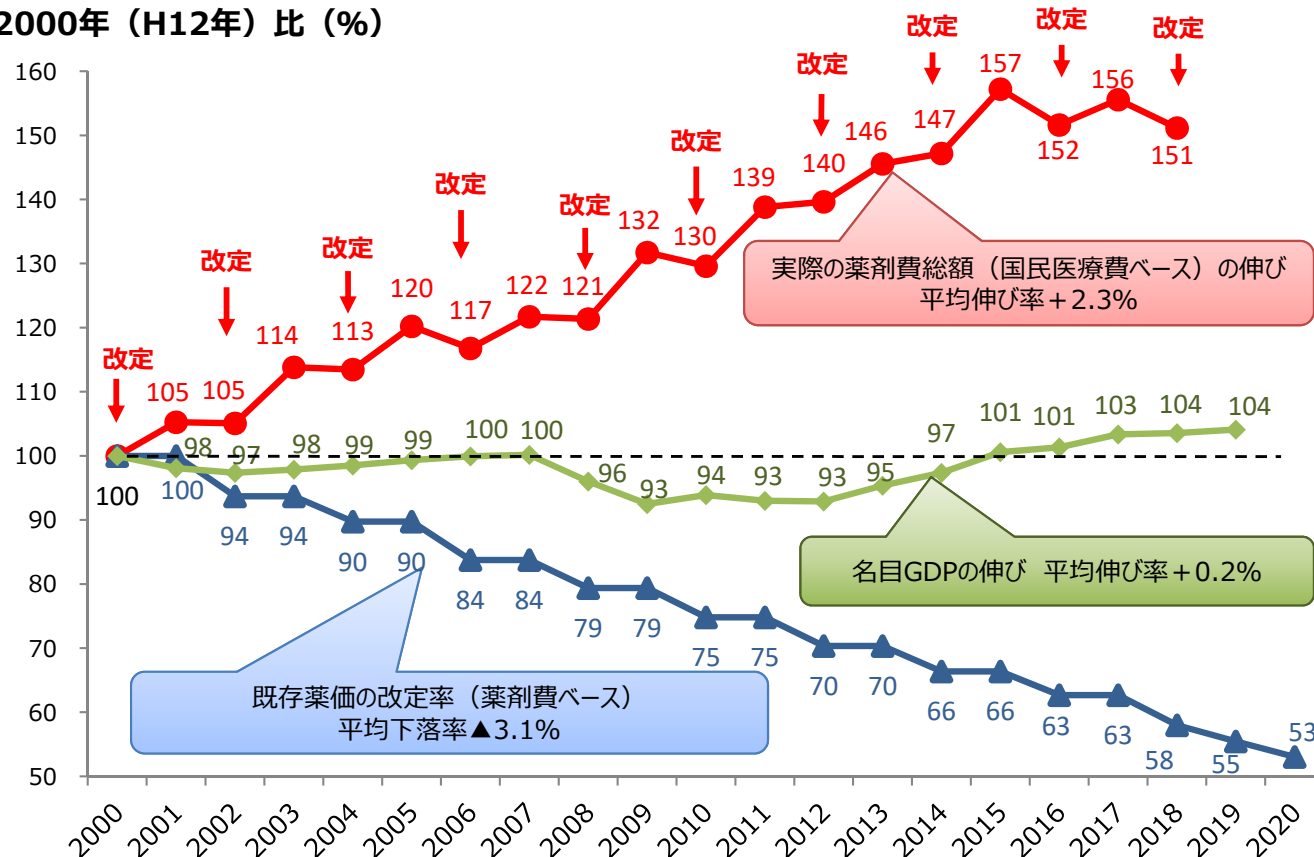
調剤報酬

薬価改定

薬剤費の予算統制

- 既存医薬品の薬価下落に伴う**薬価改定にかかわらず、薬剤費が大きく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すべて収載**されており、保険収載により生ずる**財政影響は勘案されておらず、予算統制の埒外**となっているため、**財政の予見可能性が失われている**。
- 医薬品の価格が高額になっている状況も踏まえ、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や、新規医薬品を保険収載する場合には保険収載と既存医薬品の保険給付範囲の見直しとを財政中立で行うことを含め、**保険適用された医薬品に対する予算統制のあり方を抜本的に見直し、正常化を図るべき**。
- その際、薬剤給付費の伸び率について過去の実績を反映した堅実な経済成長率の見通しなどマクロ指標による政策目標及びこれに合わせたP D C Aサイクル（**薬価総額のマクロ経済スライド**）を導入することも十分考慮に値する。
- こうした薬剤総額に係る財政規律の導入・強化が実現しないまま、薬価改定後も2%強という経済成長率を大きく上回る薬剤費総額の伸びが続くのであれば、**毎年薬価改定、市場拡大再算定・特例拡大再算定といった現行の薬価改定ルール of 徹底を一段と強化するとともに、調整幅の廃止をはじめ聖域ない薬価改定の厳格化・適正化に踏み込むべきである**。

2000年（H12年）比（%）



◆近年国内で登場した高額薬剤の例

銘 柄	収載年月	効能・効果	費 用
ステミラック注	2019.2	脊髄損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円 (1回投与)
キムリア点滴静注	2019.5	急性リンパ芽球性白血病 等	約3,350万円 (1回投与)
ソルゲンスマ点滴静注	2020.5	脊髄性筋萎縮症	約1億6,710万円 (1回投与)

（出所）中央社会保険医療協議会資料等に基づき作成。費用は新規収載時のもの。

◆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

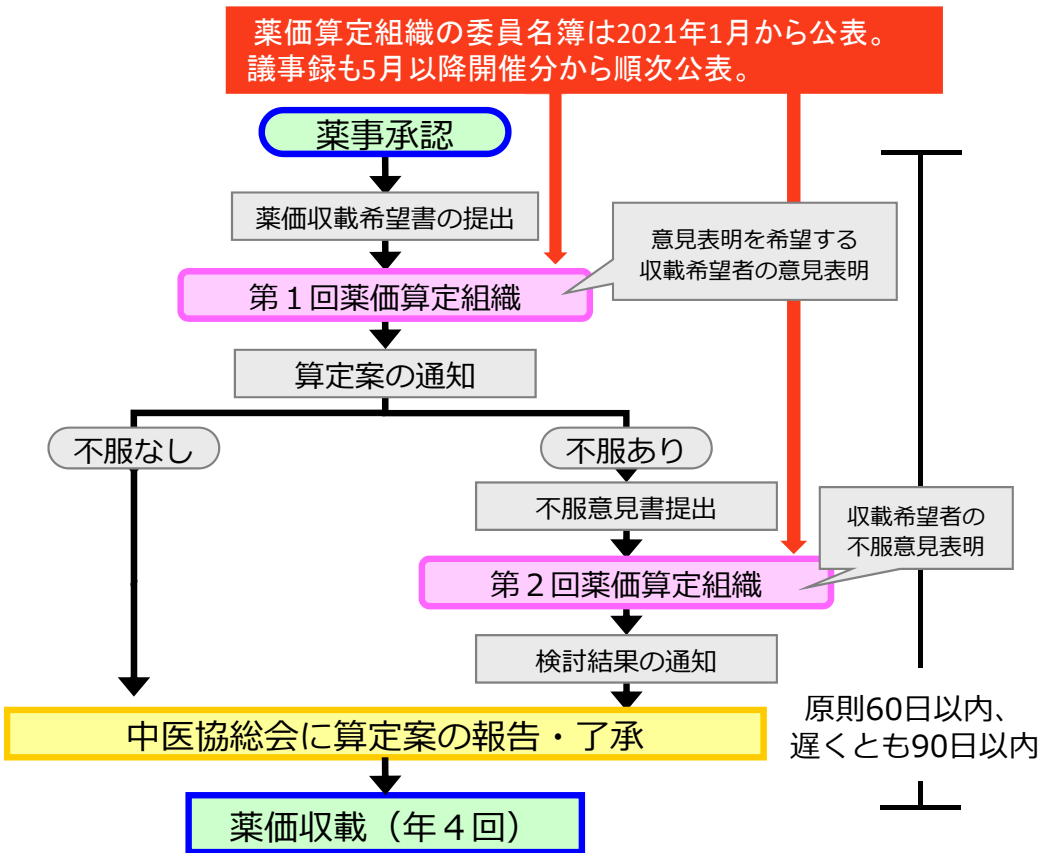
※ 1 2021年8月4日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料、内閣府「国民経済計算年次推計」を基に作成。

※ 2 2000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乘じたもの。

新規医薬品の薬価算定方式等①

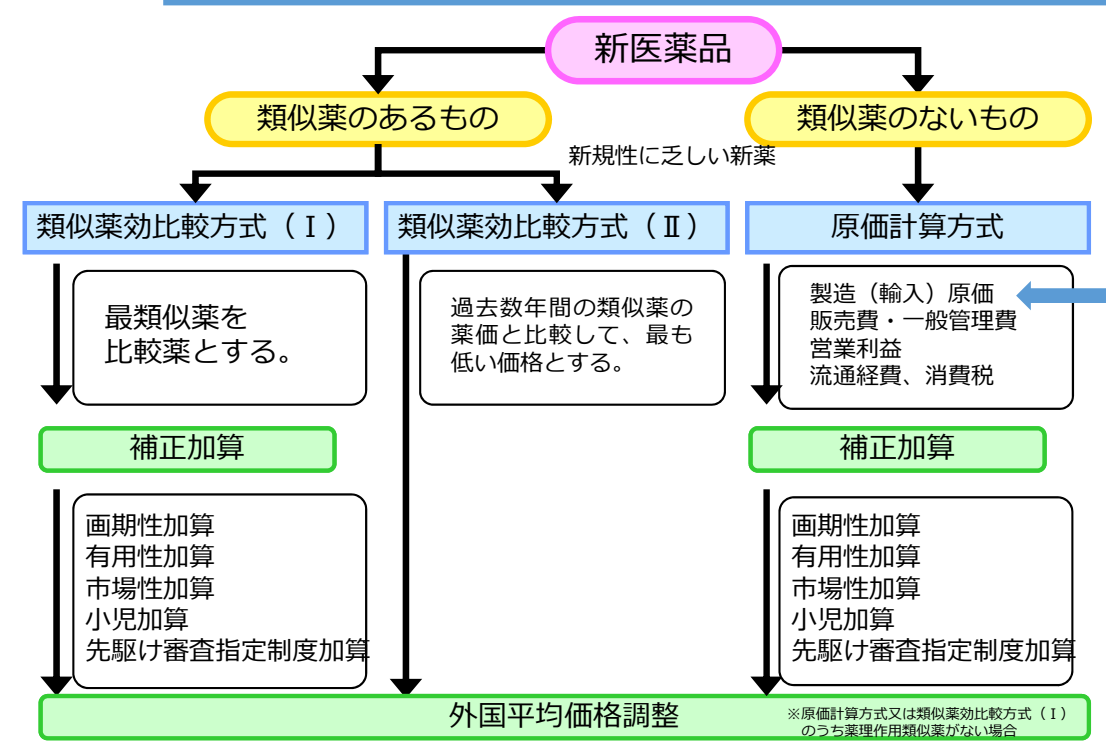
- 新規医薬品の薬価算定は、薬価算定組織の審議を経て中央社会保険医療協議会が了承する仕組みであり、今般、**行政改革推進会議による指摘を踏まえ、薬価算定プロセスの透明性の改善が一定程度図られることとなった。**
- **薬価算定方式について、徒な国民負担の増大を抑止するため、徹底的に見直すべき。**
 具体的には、**開示度に応じた医薬品の算定薬価の厳格化**といった行政改革推進会議による指摘を**実現することに加え**、新規性に乏しい新薬について**類似薬効比較方式**を採用する時の薬価算定の**厳格化、原価計算方式の更なる適正化、補正加算のあり方**の見直しを行うべき。

◆新規医薬品の薬価算定プロセス



◆新規医薬品の薬価算定方式

薬価算定組織での開示が可能な部分の割合（開示度）に応じて加算率に差を設けているが、低い加算率に甘んじて開示度が低いケースが多い。開示しないメリットが上回る製造原価の信頼性・妥当性が問われる。



◆行政改革推進会議指摘（2020年12月9日）

- ・薬価算定組織及び費用対効果評価専門組織の委員名簿、各委員の利益相反情報、議事録などは早期に公開すべきである。
- ・現在の薬価算定プロセスでは、原価についての情報が製薬会社から国に対し十分に開示されているとは必ずしもいえないことから、少なくとも薬価算定の権限を持つ部局等に対して、**原価についての情報を製薬会社から開示を受け、十分な情報を持った上で適正な薬価の算定が行えるよう見直しを進めていくべき**である。
- ・薬価算定ルールについては、引き続き開示度を高める努力を行うとともに、**開示度の低い医薬品については算定薬価をさらに厳しく下げる仕組みを検討する**など、不断の見直しを行い、その適正性を確保するよう努めるべきである。

◆開示度に応じた加算の仕組み

補正加算額 = 価格全体 × 加算率 × 加算係数

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

新規医薬品の薬価算定方式等②

- **新規性に乏しい新薬である類似薬効比較方式（Ⅱ）**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4%台（法人企業統計）にとどまる中、上場製薬企業の平成28年～30年の平均営業利益率である**14.8%と高い水準を上乗せする仕組み**となっていることに加え、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、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とを踏まえ、有用性加算（Ⅱ）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とともに、類似薬がある場合の類似薬効比較方式（Ⅱ）の適用のみならず、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**などの仕組みを導入すべき。

◆類似薬効比較方式Ⅱ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（Ⅱ）

類似薬効比較方式（Ⅱ）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Ⅱ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）

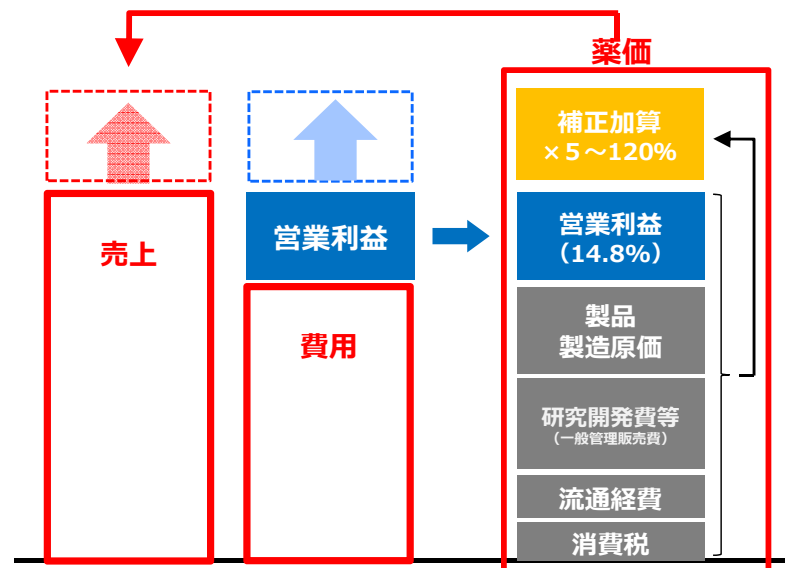
↓ 後発品のない先発品として
類似薬効比較方式Ⅱで収載

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。
- 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（Ⅰ）（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（Ⅱ）（5～30%）

次の**いずれかの要件を満たす**新規収載品

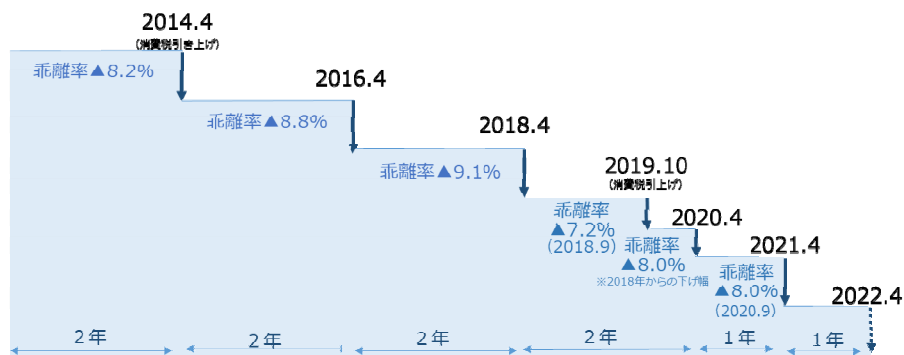
- イ 臨床上有用な新規の作用機序を有すること。
- 類似薬又は既存治療に比して、高い有効性又は安全性を有することが、客観的に示されていること。
- ハ 当該新規収載品により、当該新規収載品の対象となる疾病又は負傷の治療方法の改善が客観的に示されていること。
- ニ **製剤における工夫**により、類似薬又は既存治療に比して、高い医療上の有用性を有することが、客観的に示されていること。

- 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

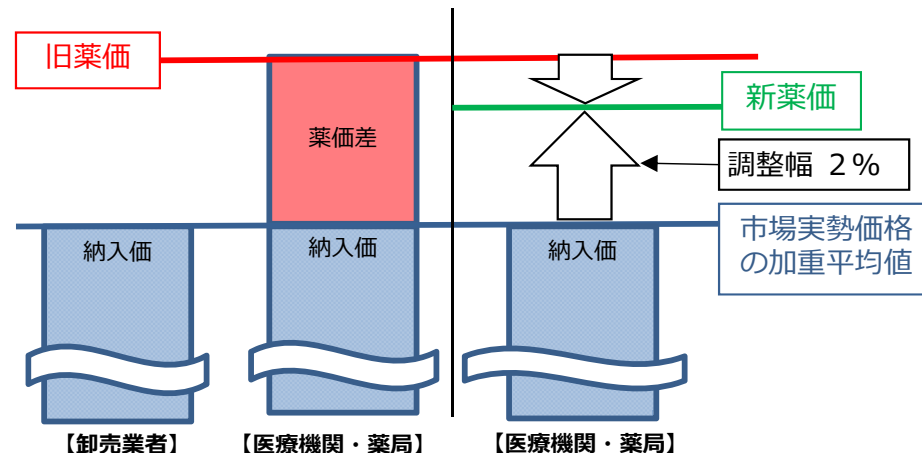
既収載医薬品の薬価改定（毎年薬価改定）の徹底と調整幅の抜本的見直し

- 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年度から**毎年薬価改定**が実現することとなった。「新型コロナウイルス感染症特例」として薬価の削減幅が0.8%分緩和されたことは令和3年度薬価改定限りであるが、
 - ・改定対象品目数が約7割にとどまり、これまでの改定より狭いこと、
 - ・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もののみを適用しており、「長期収載品の薬価改定（G1,G2,C）」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、（注）
 など毎年薬価改定が完全実施されたとまでは言えないことから、これらの点を見直し、**完全実施を早期に実現すべき**。
- （注）2021年度薬価改定の骨子（2020年12月18日中医協）においても、「今後の薬価改定に向け、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、既収載品目に係る算定ルールの適用の可否等も含め検討を行う。」とされている。
- 市場実勢価格の加重平均値に対して上乗せを行っている**調整幅**については、流通安定のための最小限必要な調整比率という以上の制度趣旨の説明がなされず、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。
- 令和4年度薬価改定においては、**調整幅の廃止に向けたロードマップ**を示しつつ、**段階的縮小を実現すべき**である。

◆薬価調査の結果



◆薬価改定における調整幅の仕組み



◆調整幅の推移

年月	調整幅
H4.4～	15%
H6.4～	13%
H8.4～	11%
H9.4～	10%
H10.4～	5%
H12.4～	2%

新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直し

- **新薬創出・適応外薬解消等促進加算**は一度加算を受けると、長期間にわたり加算の対象となり、累計の加算により市場実勢価格に比べて高額な薬価になる特例的な取り扱いとなる。このため、**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。**
- **品目要件**については、例えば、有用性加算Ⅱにおける「製剤上の工夫」による加算を受けた品目でも対象となるが、革新的新薬の創出とはいいがたく、その要件を**厳格化すべき。**
- **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について、**厳格化・メリハリづけの強化を行うべき**である。
- また、**毎年薬価改定にあわせ**、時宜に応じた薬価とするため、**毎年の薬価改定のタイミング**で、後発品が収載された先発品や、収載後15年が経過した先発品については、**それまでの累積額を控除する仕組みとすべき**である。

◆新薬創出・適応外薬解消等促進加算の要件

品目要件
後発品が上市されていない新薬のうち、①画期性加算、 有用性加算 、営業利益率補正がなされた医薬品、②開発公募品、③希少疾病用医薬品、④新規作用機序医薬品等が対象
企業要件
厚生労働省からの開発要請に適切に対応しない企業を除外するとともに、①革新的新薬創出、②ドラッグラグ対策、③世界に先駆けた新薬開発等の指標の達成度・充足度に応じた順位に基づき加算係数を設定。

⇒「新規作用機序」、「高い有効性又は安全性」、「治療方法の改善」を全て満たすような、画期性加算の品目の場合でも、「投与の簡便性が著しく向上する」などの「製剤における工夫」が認められた品目の場合でも、等しく長期間の加算の対象となる。

◆企業要件に基づく加算係数

区分	I	II	III
範囲	上位25%	I、Ⅲ以外	最低点数
加算係数	1.0	0.9	0.8
令和3年度対象企業	21社 (前年度同)	60社 (+ 5社)	8社 (前年度同)

⇒全体の90%を超える企業が9割以上の加算を受けている。

◆新薬創出・適応外薬解消等促進加算の品目数等の推移

改定年度	品目数	加算額	控除額 ※
平成22年度	624品目	700億円	—
平成24年度	702品目	690億円	▲130億円
平成26年度	758品目	790億円	▲220億円
平成28年度	823品目	1,060億円	▲360億円
平成30年度	562品目	810億円	▲650億円
令和元年度	591品目	700億円	—
令和2年度	555品目	770億円	▲750億円
令和3年度	593品目	470億円	—

※後発品収載又は収載後15年経過した先発品が、薬価改定時に、それまでの新薬創出加算の累積額を控除された額

⇒令和2年度中に後発品が収載された又は収載後15年を経過した品目について、通常は加算の要件を満たさなくなった時点で過去に受けた累積加算相当額を控除するが、3年度改定では控除が行われず、4年度改定まで価格が維持されてしまっている。

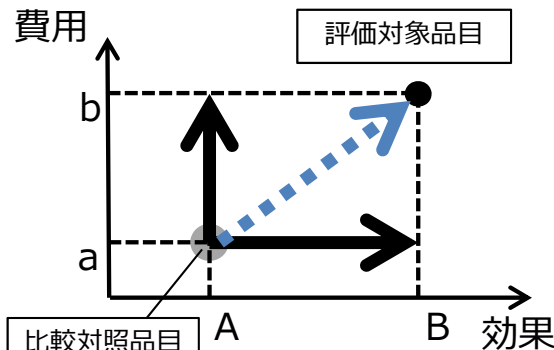
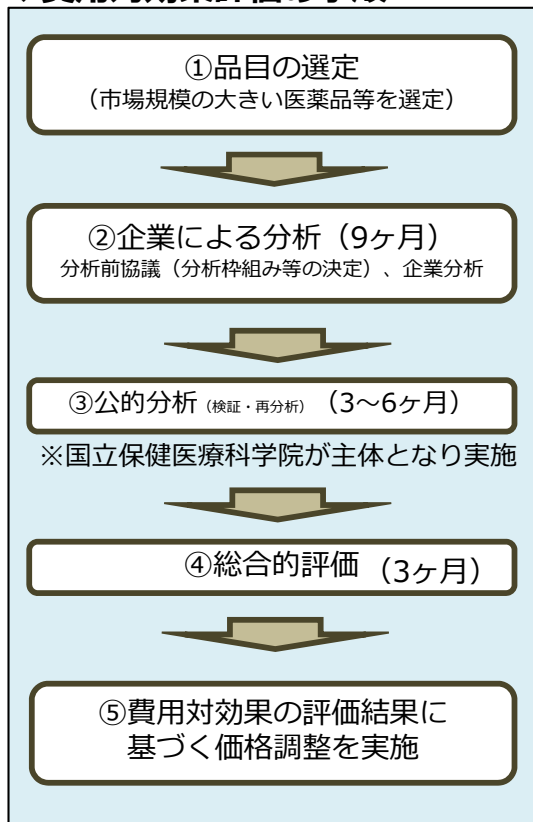
費用対効果分析の活用

- 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が、これは2019年5月に対象品目として指定されたものである。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。また、評価の対象とする品目について、**長期収載品についても含めて広く分析の対象とする基準**を設けるべき。
(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**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。

◆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
テルルジー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

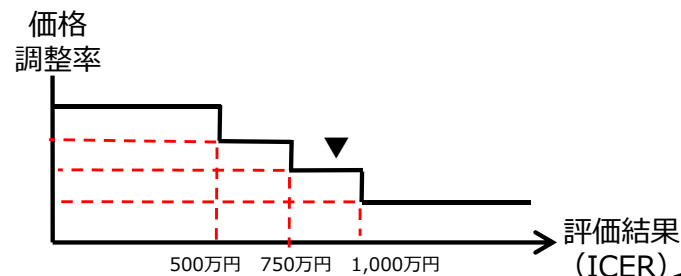
◆費用対効果評価の手順



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。

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

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

既存医薬品の保険給付範囲の見直し①

- 医薬品の保険給付範囲を見直す際、①OTC類似医薬品等を保険給付範囲から除外するやり方と、②医薬品を保険収載したまま、薬剤の有用性、負担する薬剤費等に応じて保険給付範囲を縮小するやり方がある。
- 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自己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自己負担となりかねないことから、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。
- 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**などのやり方があり、諸外国の取組も参考にしつつ、これらの手法を幅広く検討すべき。

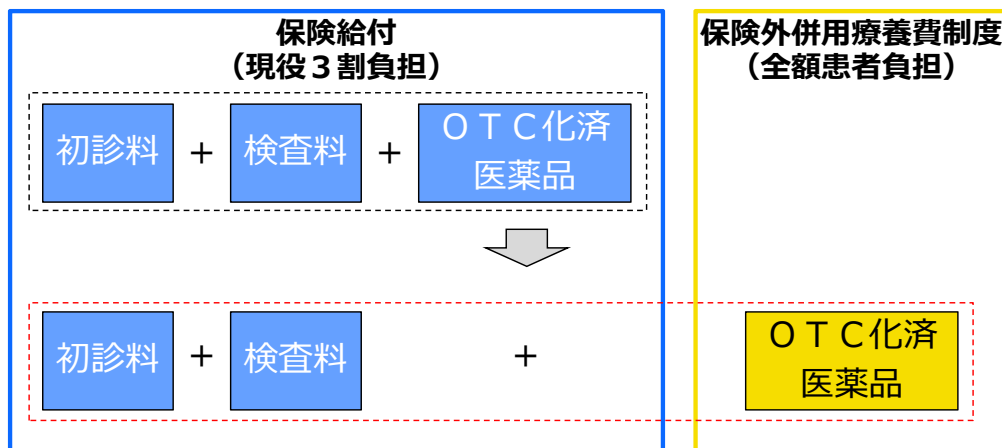
◆ 医薬品を保険給付対象から除外

過去の例	・栄養補給目的のビタミン製剤（2012） ・治療目的以外のうがい薬単体（2014） ・70枚超の湿布薬（2016）
今後の検討例※	・花粉症治療薬（OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合） ・保湿剤（他の外皮用薬等との同時処方がない場合）

※健康保険組合連合会「政策立案に資する レセプト分析に関する調査研究Ⅲ、Ⅳ」政策提言（2017,2019）を参照

（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で医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



◆ 医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

① 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%

② 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

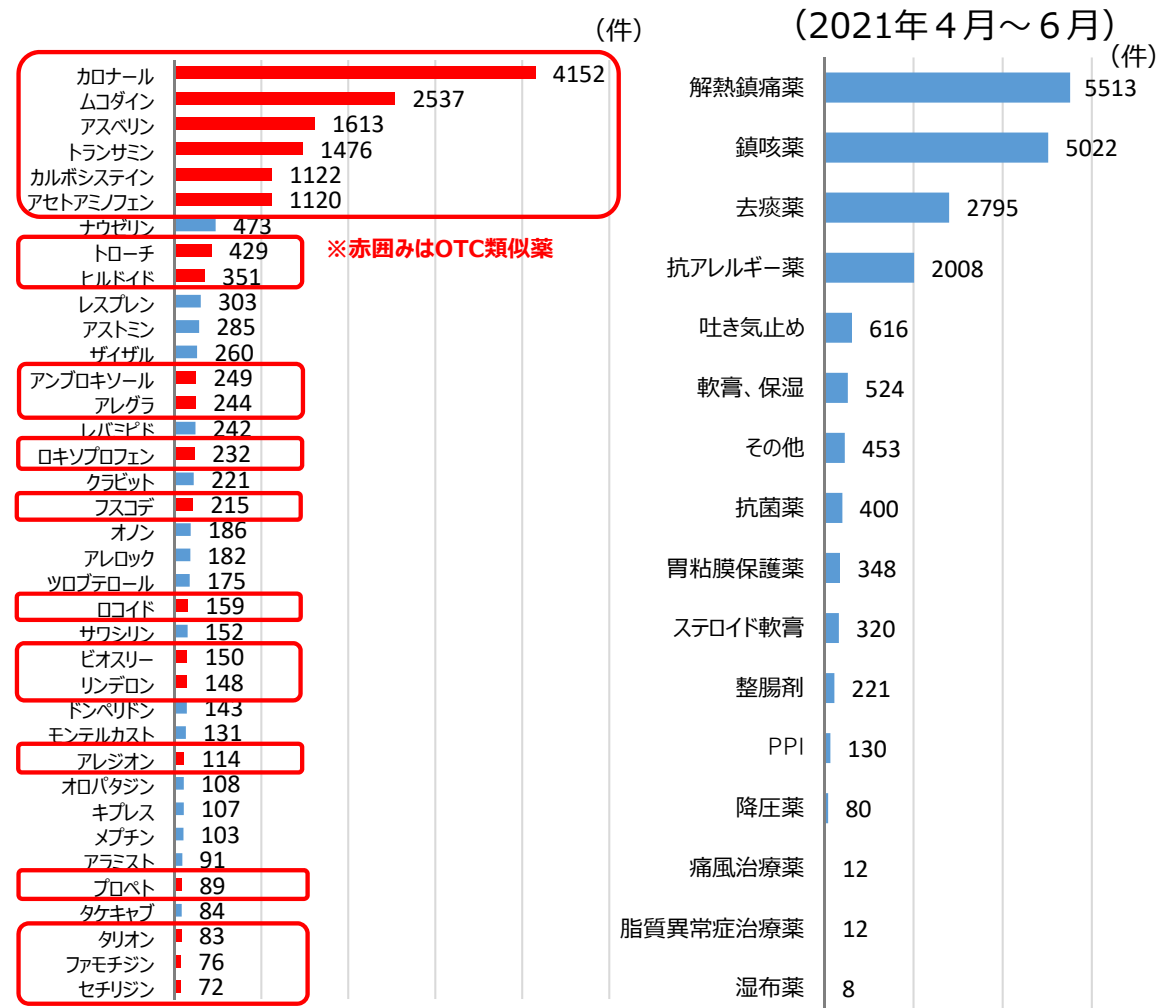
（注）1クローネ＝13円（令和3年11月中において適用される裁定外国為替相場）

既存医薬品の保険給付範囲の見直し②

○ とりわけ、**OTC類似医薬品**については、

- ・現在実施している**オンライン診療・電話診療**では、**OTC類似医薬品が処方**されるケースが多いこと、
 - ・OTC薬が使用可能な疾患領域において、OTC薬で対象可能である症状に対する保険診療について、**OTC置き換えによる医療費適正化効果が高いこと**（医療費適正化効果が2,300億円程度とする試算が存在）、
- などを踏まえ、セルフメディケーションを進める観点からも、**保険給付範囲からの除外や縮小などの適正化を検討すべき**である。

◆オンライン診療・電話診療により初診で処方された主な医薬品



◆OTC置き換えによる医療費削減効果の推計

疾患のうち、OTC薬が現在使用可能である「既存領域」及び将来的なOTC導入可能性のある「新規領域」について、レセプトデータから、OTC薬で対象可能とされる患者数を推計し（※）、平均的な当該疾患のみでの保険診療の医療費（薬剤費の他、初診・再診療等を含む）を掛け合わせて試算したもの

※例えば、「かぜ症候群」からは、かぜが主傷病である患者から、

- ・インフルエンザや急性扁桃炎などの患者
 - ・過去5年以内に肺炎や喘息などの疾患がある患者
- を除外して集計。

既存領域				新規領域			
疾患	人数 (A,万人)	医療費 (B,円)	総額(億円)	疾患	人数 (A,万人)	医療費 (B,円)	総額(億円)
かぜ症候群	560.0	7,200	403.2	腰痛・肩痛 の筋弛緩薬	13.0	10,486	13.6
頭痛	126.7	5,300	67.2	過敏性 腸症候群	16.3	7,617	12.4
腰痛・肩痛	92.0	8,830	81.3	高血圧	985.6	8,085	796.9
便秘	234.5	5,749	134.8	片頭痛	49.3	10,655	52.5
胸やけなど	287.8	7,457	214.6	胸やけなど のPPI	10.3	8,745	9.0
鼻炎	1668.7	8,561	1,428.7				
合計			2,329.7				884.3

既存領域2,330億円・新規領域880億円、合計3,210億円

（出所）厚生労働省「セルフメディケーション推進に関する有識者検討会」
2021年2月3日 五十嵐中准教授説明資料

（出所）厚生労働省「第17回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」