

医療保険者を取り巻く最近の動向について

令和5年1月30日

○ 令和5年度薬価改定について

中医協	総－1
4. 1 2. 2 1	

中医協	薬－1
4. 1 2. 2 1	

令和5年度薬価改定の骨子（案）

第1 基本的考え方

「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」（平成28年12月20日内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣決定）を踏まえ、今般決定された「令和5年度薬価改定について」（令和4年12月16日内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意）及び「大臣折衝事項」（令和4年12月21日厚生労働省）に基づき、以下のとおり令和5年度薬価改定を行うこととする。

○薬価制度の抜本改革に向けた基本方針（平成28年12月20日内閣官房長官、経済財政政策担当大臣、財務大臣、厚生労働大臣決定）（抄）
「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、薬価制度の抜本改革に向け、PDCAを重視しつつ、以下のとおり取り組みものとする。
（2）市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。
そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目について薬価改定を行う。

○令和5年度薬価改定について（令和4年12月16日内閣官房長官、財務大臣、厚生労働大臣合意）
令和5年度薬価改定については、令和4年薬価調査に基づいて、以下のとおり実施する。
改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点から、平均乖離率7.0%の0.625倍（乖離率4.375%）を超える品目を対象とする。
急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、不採算品再算定について臨時・特例的に全品を対象に適用するとともに、イノベーションに配慮する観点から、新薬創出等加算の加算額を臨時・特例的に増額し、従前の薬価と遜色ない水準とする対応を行う。

○大臣折衝事項（令和4年12月21日厚生労働省）（抜粋）

2. 薬価改定

（1）薬価

令和5年度薬価改定については、令和4年薬価調査に基づいて、以下のとおり実施する。
・改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点から、平均乖離率7.0%の0.625倍（乖離率4.375%）を超える品目を対象とする。

（2）薬価制度関連事項

- ・薬価算定ルールについては以下の通りとする。
- ・令和3年度の改定時に適用したルール（新薬創出等加算、最低薬価等）は令和5年度改定においても適用する。更に、令和5年度改定においては、イノベーションに配慮する観点から、新薬創出等加算の加算額を臨時・特例的に増額し、従前の薬価と遜色ない水準とする対応を行う。
- ・不採算品再算定については、令和5年度改定において適用する。急激な原材料費の高騰、安定供給問題に対応するため、令和5年度改定に限り不採算品再算定について臨時・特例的に全品を対象に適用する。
- ・収載後の外国平均価格調整については、令和5年度改定において適用する。
- ・新薬創出等加算の累積額控除及び長期収載品に関する算定ルールについては、令和5年度改定において適用しない。その上で、令和6年度改定において、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立する観点から、新薬創出等加算や長期収載品に関する薬価算定ルールの見直しに向けた検討を行う。
- ・その他の既収載品の算定ルールについては、評価に一定の時間を要することなどから、令和5年度改定において適用しない。

これらにより、薬剤費は▲3,100億円（国費▲722億円）の削減とする。

第2 具体的内容

1. 対象品目及び改定方式

改定の対象範囲については、国民負担軽減の観点から、平均乖離率(7.0%)の0.625倍(乖離率4.375%)を超える品目を対象とする。

改定方式は、市場実勢価格加重平均値調整幅方式とし、具体的には、以下の算出式で算定した値を改定後薬価とする。

＜算出式＞

$$\text{新薬価} = \left[\begin{array}{c} \text{医療機関・薬局への販売} \\ \text{価格の加重平均値(税抜} \\ \text{の市場実勢価格)} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{c} 1 + \text{消費税率} \\ \text{(地方消費税分含む)} \end{array} \right] + \text{調整幅}$$

ただし、改定前薬価(税込み)を上限とする。

※ 調整幅は、改定前薬価の2/100に相当する額

2. 適用する算定ルール

令和5年度薬価改定において適用する算定ルールについては、以下のとおりとする。

(1) 基礎的医薬品

※ 令和4年度改定の際に基礎的医薬品とされたものと組成及び剤形区分が同一である品目について適用する。ただし、安定確保医薬品のカテゴリAに位置づけられた既収載品のうち、今回新たに基礎的医薬品の要件を満たすものは適用する。

※ 乖離率の要件(全ての既収載品の平均乖離率以下)を満たさない品目については、対象としない。

(2) 最低薬価

(3) 不採算品再算定

急激な原材料料費の高騰、安定供給問題に対応するため、不採算品再算定について臨時・特例的に調査結果(※)に基づく全品を対象に適用する。

その際、適用に当たっては、通常の不採算品再算定の取扱いの「製造販売に要する原価等が著しく上昇したと認められるもの等」における要件のうち、「(当該既収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬がある場合には、全ての類似薬について該当する場合に限る。)」又は「(当該既

収載品と組成、剤形区分及び規格が同一である類似薬（新規後発品として薬価収載されたものに限る。）がある場合には、当該全ての類似薬について該当する場合に限る。）」の規定は適用しない。

（※）令和4年9月に実施した薬価収載医薬品を供給する業者に対して実施した、物価高騰等の影響による不採算品目の状況に関する調査。

（4）新薬創出・適応外薬解消等促進加算（加算のみ）

イノベーションに配慮する観点から、新薬創出・適応外薬解消等促進加算（新薬創出等加算）の加算額を臨時・特例的に増額し、従前の薬価と遜色ない水準とする対応を行う。

このため、通常の当該加算の算定方式に基づき加算を行った後、改定前の薬価と当該加算適用後の価格の差に相当する額の95%を、当該加算適用後の価格に上乗せすることとする。

※ ただし、令和4年度改定以降に後発品が収載されるなどして対象から外れた品目については、同加算の対象としない。

※ 企業区分が定められていない場合（令和4年度改定後に、初めて新薬創出等加算の対象品目が収載された企業の場合）は、企業指標点数を算出し、令和4年度改定の際の分類の絶対値と比較して、暫定的に企業区分を判断する。

（5）後発品等の価格帯

※ 改定の対象品目について、令和4年度改定時の価格帯集約の考え方を踏襲して適用する。

（6）既収載品の外国平均価格調整

※ 最近の欧米における新薬の品目数の増加等の状況変化を踏まえ、令和5年度薬価改定において適用する。

（7）新薬創出等加算の累積額控除及び長期収載品に関する算定ルールについては、令和5年度改定において適用しない。その上で、令和6年度改定において、「国民皆保険の持続可能性」と「イノベーションの推進」を両立する観点から、新薬創出等加算や長期収載品に関する薬価算定ルールの見直しに向けた検討を行う。

（8）その他の既収載品の算定ルールについては、評価に一定の時間を要することなどから、令和5年度改定において適用しない。

3. その他の取扱い

上記のほか、改定に係る運用上の取扱いについて、以下のとおり取り扱うこととする。

(1) 規格間の価格逆転防止

組成、剤形区分及び製造販売業者が同一の品目の規格間で価格逆転が生じる際には、可能な限り価格の逆転が生じないよう、財政中立の範囲内で、改定の対象とならない規格を含め、価格を調整する。

(2) 今年度薬価調査において、取引が確認されなかった品目類似する品目の乖離率等に基づき、改定の対象か否かを判定する。ただし、本年10月以降に薬価収載された品目は改定対象としない。

(3) 「薬価改定」を区切りとして品目を選定する規定の取扱い再算定の対象品の選定など、「薬価改定」を区切りとして品目を選定する規定において、令和5年度薬価改定は、当該規定でいう「薬価改定」には含まれない。ただし、既収載品の外国平均価格調整における規定は除く。

第3 その他

近年の革新的新薬に係る日本への導入の状況や後発医薬品を中心とした安定供給上の課題を踏まえ、これまでの薬価制度改革の検証も行いつつ、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」での議論も踏まえ、第2.2(7)の点も含め、令和6年度薬価制度改革に向けて検討を行う。

また、診療報酬改定がない年の薬価改定の在り方を含め、令和4年度薬価制度改革の骨子における検討事項については、引き続き検討を行う。

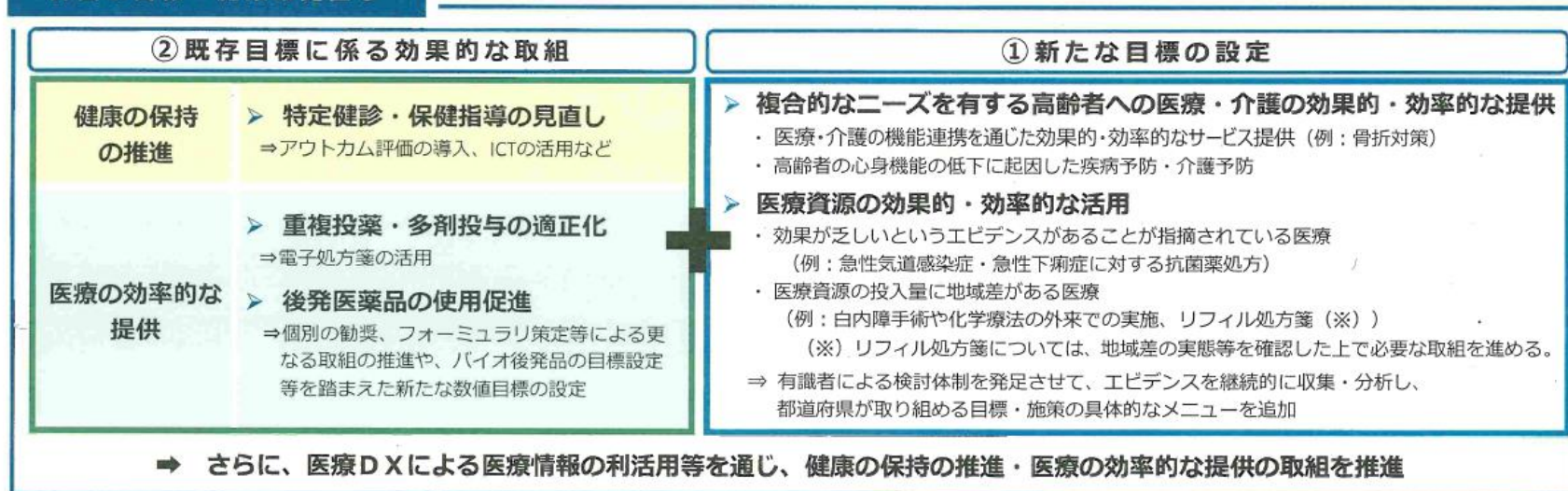
以上

○ 都道府県医療費適正化計画について

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し（案）

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し



実効性向上のための体制構築

- ③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携
- 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料率の試算 等
- 都道府県の責務や取り得る措置の明確化
- 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し（案）

① 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等の推進

2040年の医療・介護需要を見据え、より効果的・効率的に進めるための取組を推進

- 医療と介護の複合的なニーズを有する高齢者の増加が今後見込まれる中で、医療と介護にまたがるアプローチの重要性を関係者が認識し、限られた医療・介護資源を効果的・効率的に組み合わせた医療費適正化を推進する。
 - 医療・介護の機能連携を通じた効果的・効率的なサービス提供を新たに目標とする。例えば、今後の高齢化の進展に伴い増加が見込まれる高齢者の骨折について、急性期から回復期、在宅での介護や通院時の医療・介護の機能連携や適切な受診勧奨等を推進する。
 - 高齢者の心身機能の低下に起因した疾病予防・介護予防の取組を新たに目標とし、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、医療費適正化計画に位置づける。

個別の医療サービスについて、エビデンスや地域差に基づく新たな目標を設定

- 個々の医療サービスの提供状況について、地域ごとに関係者が把握・検討し、適正化に向けて必要な取組を進められるよう、有識者による検討体制を発足してエビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを提示する。
- 第4期では新たに以下の項目を目標として位置づける。有識者の検討を踏まえて具体的なメニューを更に追加する。
 - 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））（※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。

② デジタル等を活用した既存目標に係る効果的な取組の推進

既存の目標についても更なる実効性の向上を図るために、デジタルの活用等を推進

- 特定健診・特定保健指導について、個人の受診者の行動変容につながり、成果が出たことを評価する方向（アウトカム評価の導入、ICTを活用した取組など）で見直す。
- 重複投薬・多剤投与の適正化について、電子処方箋の活用等により更に効果的に実施する。
- 後発医薬品の使用促進について、使用促進効果が確認されている個別通知や、医薬品の適正使用の効果も期待されるフォーミュラリ等の取組を推進する。また、「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」の議論や、バイオ後発品の目標設定を踏まえ、後発医薬品の使用促進に関する新たな数値目標を設定する。

第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し（案）

③ 保険者・医療関係者との連携による実効性向上

医療費適正化計画の策定・実施主体である都道府県が目標達成に向けて実効性のある取組を実施できるよう、保険者・医療関係者と方向性を共有・連携する枠組みを設けた上で、都道府県の責務や取り得る措置を明確化

① 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- 都道府県計画に記載すべき事項を充実させるとともに、保険者協議会を必置として都道府県計画への関わりを強化することにより、都道府県と関係者による医療費適正化のPDCAサイクルを強化する。
- 保険者協議会への医療関係者の参画を促進し、都道府県・保険者・医療関係者が協力して医療費適正化に取り組む場とする。
- 都道府県計画の医療費見込みを精緻化し、制度区分別（国保、後期、被用者保険）に見える化するとともに、それをもとに国保・後期の1人当たり保険料を試算することとし、医療費適正化の意義・方向性を保険者・住民と共有する。
- 国保運営方針においても医療費適正化の取組を記載すべき事項とするとともに、財政見通しについて、都道府県計画の国保の医療費見込みを用いることが望ましいこととする。
- 支払基金及び国保連合会の目的や基本理念等に、診療報酬請求情報等の分析等を通じた医療費適正化を明記する。

② 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- 都道府県は、住民の高齢期における医療費の適正化を図るための取組において中心的役割を果たすべきであることを明確化する。
- 都道府県は、医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等には、その要因を分析し、当該要因の解消に向けて、保険者・医療関係者等と連携して必要な対応を講ずるよう努めるべきであることを明確化する。
- 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合や、都道府県計画の目標を達成できないと認める場合に都道府県が取り得る措置として、高確法第9条第9項に基づく保険者・医療関係者等に対する協力要請があることを明確化するとともに、その内容の具体的な例を示す。

○ マイナンバーカードと健康保険証の一体化 について

マイナンバーカードと健康保険証の一体化（保険証の廃止）

- ・ マイナンバーカードは、社会全体のデジタル化を進めるための最も重要なインフラ。このインフラを活用し、国民にマイナンバーカード1枚で受診していただくことで、健康・医療に関する多くのデータに基づいた、よりよい医療を受けていただけることが可能となる。
- ・ 「マイナンバーカードと健康保険証の一体化」を進めるため、令和6年秋に保険証の廃止を目指す。
- ・ 保険証の廃止に向けては、細部にわたりきめ細かく環境を整備する必要がある。また、医療を受ける国民、医療を提供する医療機関関係者などの理解が得られるよう、丁寧に取り組んでいく。
- ・ 具体的に、以下2つの課題に取り組む。

1. 訪問診療・訪問看護・柔整あはき等にオンライン資格確認を導入

- ・ 訪問診療・訪問看護等の居宅における資格確認の仕組みの構築。
 - ・ 柔道整復師・あんまマッサージ師・鍼灸師の施術所等に資格情報のみを取得できる簡素な仕組みの構築。
 - ※ オンライン資格確認義務化の例外医療機関等について、簡素な仕組みを導入し、必要な資格確認を行える方向で検討。
 - ※ 上記に併せて、事業者のシステム改修、利用機器の導入支援、保険者等のシステム改修を実施。
- ⇒ 必要な予算を今回の経済対策に盛り込む予定

2. マイナンバーカードの取得の徹底

- ・ 保険証の廃止に当たっては、マイナンバーカード取得の徹底に加え、カードの手続き・様式の見直しの検討が必要。

※ 何らかの事情により手元にマイナンバーカードがない方が必要な保険診療等を受ける際の事務手続きについては、今後検討。

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関する検討会における検討事項

(1) 特急発行・交付の仕組みの創設等について

- ・特急発行・交付の対象者（新生児、紛失、海外からの入国など）
- ・発行・交付に要する期間のさらなる改善

(2) 代理交付・申請補助等について

- ・代理交付を幅広く活用できるようにするための柔軟な対応、申請補助・代理での受取等を行う者の確保等の具体的な促進方法等

(3) 市町村による申請受付・交付体制強化の対応

- ・出張申請受付等の拡大など効率的な実施方法等

(4) 紛失など例外的な事情によりマイナンバーカード不所持の場合の取扱い

- ・不所持の場合の資格確認の方法
- ・子どもや要介護者等におけるマイナンバーカードの取り扱いについて

(5) 保険者の資格情報入力タイムラグ等への対応

- ・資格変更時のオンライン資格確認システムへの入力のタイムラグ

※その他、保険証廃止後のオンライン資格確認における実務上の課題

- ・発行済の保険証の取扱い
- ・災害時、システム障害時の対応

法律改正が想定される事項

(1) 番号法

- ① 乳幼児の写真

(2) 国民健康保険法等

- ① 資格の取得や喪失の事実関係、資格確認に必要な事項の証明に関する規定の整備
- ② 滞納対策の仕組み、滞納者への通知等に関する規定の整備
- ③ 保険証廃止に伴い不要となる規定の削除、これらに伴う技術的改正

医療機関・薬局におけるオンライン資格確認の導入状況

(2023/1/8時点)

1. 顔認証付きカードリーダー申込数

208,719施設 **(90.8%)** / 229,936施設

※義務化対象施設に対する割合：**97.7%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	98.4%	98.4%
内科診療所	90.1%	97.0%
歯科診療所	87.3%	98.6%
薬局	94.7%	97.5%

参考：全施設数

病院	8,186
内科診療所	89,804
歯科診療所	70,468
薬局	61,478

2. 準備完了施設数 (カードリーダー申込数の内数)

112,307施設 **(48.8%)** / 229,936施設

※義務化対象施設に対する割合：**52.6%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	63.3%	63.3%
内科診療所	38.1%	41.0%
歯科診療所	39.2%	44.3%
薬局	73.7%	75.9%

3. 運用開始施設数 (準備完了施設数の内数)

93,378施設 **(40.6%)** / 229,936施設

※義務化対象施設に対する割合：**43.7%**

	全施設数 に対する割合	義務化対象施設 に対する割合
病院	53.1%	53.2%
内科診療所	28.7%	30.9%
歯科診療所	31.5%	35.6%
薬局	66.7%	68.7%

注) 義務化対象施設数は、社会保険診療報酬支払基金にレセプト請求している医療機関・薬局の合計(213,686施設)で算出
(紙媒体による請求を行っている施設を除く。令和4年10月診療分)

【参考：健康保険証の利用の登録】

40,713,474件 カード交付枚数に対する割合 **56.1%**
(2023年1月9日時点)

【参考：マイナンバーカード申請・交付状況】

有効申請枚数： 約8,350万枚 (人口比： 66.3%)
交付実施済数： 約7,261万枚 (人口比： 57.7%)

○ かかりつけ医機能について

かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

- ・国民・患者はそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- ・医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者のニーズ

（高齢者の場合）

- 持病（慢性疾患）の継続的な医学管理
- 日常的によくある疾患への幅広い対応
- 入退院時の支援
- 休日・夜間の対応
- 在宅医療
- 介護サービス等との連携

多様な医療ニーズ

制度整備の内容

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

- ・医療機関は左記**ニーズに対応する機能**を都道府県に**報告**する。
- ・この報告に基づき、都道府県は、地域における**機能の充足状況**や、**これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表**した上で、地域の協議の場で**不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表**。

※医師により継続的な管理が必要と判断される患者と医療機関が書面交付と説明を通じてかかりつけの関係を確認できるようにする。

期待される効果

身近な地域で提供される日常的な医療が充実

⇒住んでいる地域で、あるいは加齢に伴い、必要な医療が受けられなくなるのではないか、という不安を解消

医師・医療機関との継続的な関係を確認できる

⇒今かかっている医療機関で、将来も継続的に診てもらえるのか、という不安を解消

大病院に行かなくても身近なところで必要な医療が受けられる

⇒大病院に行かないと必要な医療が受けられないのではないか、という不安を解消
⇒大病院で働く医師の負担軽減にも資する

誰もが確実に必要な医療につながる環境が整う

⇒医療にかかるための情報が見つからない、情報の見方が分からない、という悩みや不安を解消

全ての国民への情報提供

- かかりつけ医・医療機関を選ぶための情報が不足している。
- かかりつけ医・医療機関を探す方法が分からない。

医療機能情報提供制度の拡充

- ・「かかりつけ医機能」の定義を**法定化**。
「**身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能**」
- ・**都道府県**は国民・患者による医療機関の適切な選択に資するよう「かかりつけ医機能」に関する情報を**分かりやすく提供**

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

- ◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方のとりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

医療機能情報提供制度の拡充

- ◆ ～令和5年夏目途
 - ・ 今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。
- ◆ 令和6年度以降
 - ・ 医療機能情報の公表の全国統一化（都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する）
 - ・ あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映

かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化

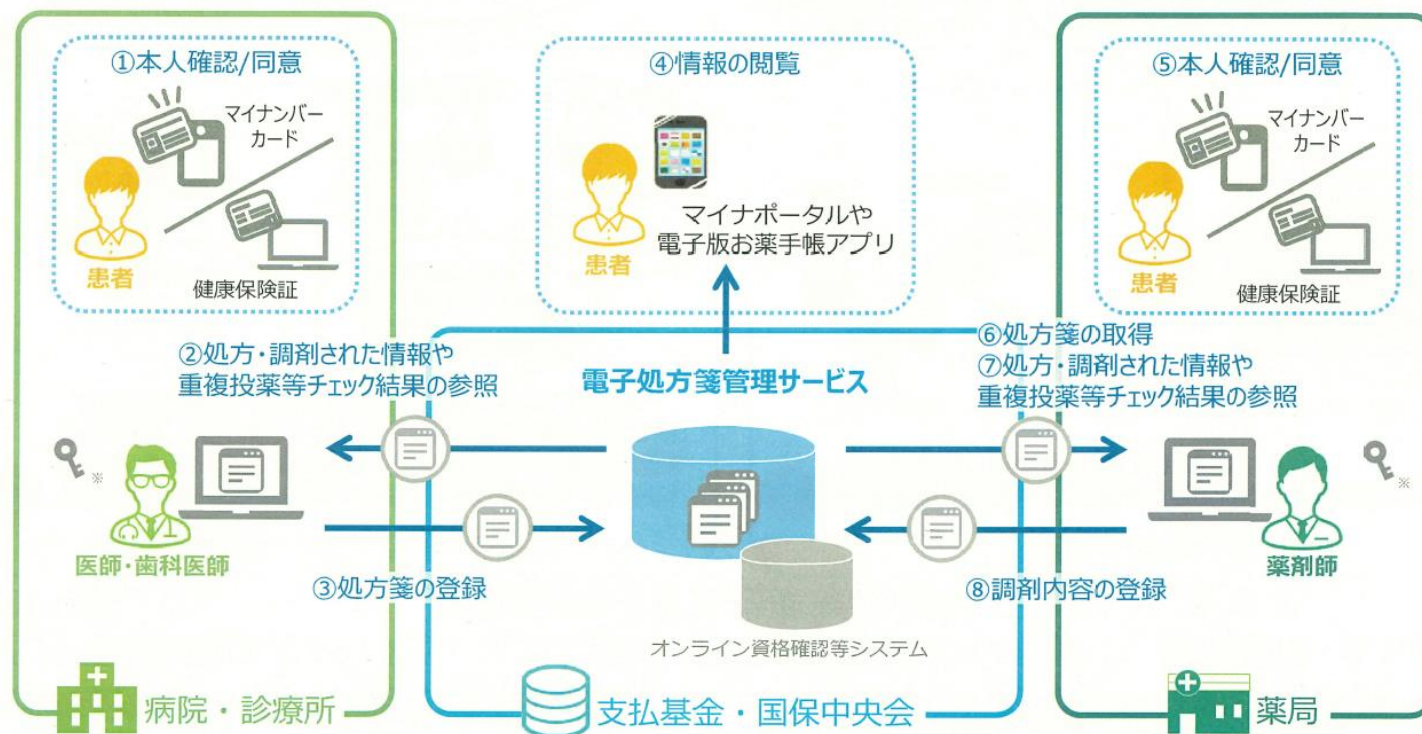
- ◆ 令和5年度頃
 - ・ 医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討
- ◆ 令和6年度～令和7年度頃
 - ・ 個々の医療機関からの機能の報告
 - ・ 地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論
- ◆ 令和8年度以降
 - ・ 医療計画に適宜反映

※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画との関係性についても検討が必要。

○ 電子処方箋について

1. 電子処方箋とは

電子処方箋とは、電子的に処方箋の運用を行う仕組みであるほか、複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の参照、それらを活用した重複投薬等チェックなどを行えるようになります。



※電子署名の方法は、HPKIカードを用いた方式に限られませんが、現時点では本方式のみご利用いただけます。

2. 病院・診療所でできるようになること

処方箋の事前送付が行えるようになるほか、丁寧な患者対応への注力や、医療機関・薬局間の円滑なコミュニケーション、より効果のある重複投薬等の抑制を行えるようになります。※1

直近の患者情報を踏まえた診察・処方

！ マイナンバーカードで患者本人の同意を得た場合は、オンライン資格確認等システムで参照できる情報に加え、**複数の医療機関や薬局で直近に処方・調剤された情報の参照が可能**になり、より患者に寄り添った対応を行うことができるようになります。

本人確認/同意



！ システム化により**医師と薬剤師のコミュニケーションを円滑に行える**ようになります。

薬剤師



薬剤師とのコミュニケーションが円滑になった。

医師・歯科医師



重複投薬等の抑制

！ 医療機関・薬局を跨いだ情報共有により、**より実効性のある重複投薬等の防止**が可能になります。

本人確認/同意



直近、処方や調剤された内容により**重複投薬等がないかチェックを実施**

A病院での処方情報
B歯科での処方情報
E薬局での調剤情報
F薬局での調剤情報

診察



※1 すべての医療機関・薬局に電子処方箋が普及した状態のイメージとなります。

※2 受付方法（マイナンバーカード/健康保険証）問わず、重複投薬等チェックの結果を確認できますが、マイナンバーカードで受付を行った患者が過去のお薬の情報提供に同意した場合に限り、処方・調剤するお薬が過去のどのお薬と重複投薬等にあたるかまで表示されます。

電子処方箋モデル事業 及び 電子処方箋の運用開始について

- 10月31日から山形県酒田市を始めとした4地域の医療機関・薬局でモデル事業を開始
- 今後、各地域において準備が整った施設から順次参加

目的

令和5年1月の電子処方箋管理サービスの運用開始に向けて、医療機関・薬局等における運用プロセスやトラブル・問合せ対応を確立するとともに、電子処方箋の活用方法の展開を行う。

概要

地域を限定した上で、電子処方箋を先行導入可能な医療機関・薬局を対象に効果的な服薬指導を実現するため、重複投薬等のチェックをはじめとした電子処方箋の運用面での検証を行うとともに、電子処方箋を活用した先進的な取組や課題、優良事例を収集することにより、電子処方箋の更なる活用方策についてとりまとめる予定。



お薬手帳だと患者さんが忘れてしまうこともあり、ひとつの診療機関が使っている薬をすべて把握するのは難しい。電子処方箋によって薬剤師も含めて複数のチェック機能が働く。

令和4年10月31日 NHK山形 NEWS WEB

運用開始日について

運用開始については、**令和5年1月26日(木)**とし、同日以降、システム導入が完了した医療機関・薬局は電子処方箋の発行等が可能。

併せて国民・医療機関・薬局向け周知について、説明会・利用方法解説動画・HP広報・ポスター等を活用し、引き続き注力していく。

① 山形県酒田地域

- ・ 日本海総合病院
- ・ アイン薬局 酒田店
- ・ 共創未来 あきほ薬局 他

④ 広島県安佐地域

- ・ 安佐市民病院
- ・ ココカラファイン薬局 安佐市民病院店
- ・ 日本調剤 安佐北薬局
- ・ びーだま薬局 他

② 福島県須賀川地域

- ・ 公立岩瀬病院
- ・ さくら薬局 須賀川北町店
- ・ フジ薬局 他

③ 千葉県旭地域

- ・ 国保旭中央病院
- ・ 調剤薬局 マツモトキヨシ旭店
- ・ とまと薬局 旭店
- ・ 日本調剤 旭病院前薬局
- ・ 日本調剤 旭薬局
- ・ 毎日薬局 旭店
- ・ ヤックスドラッグ 旭薬局 中央病院前店 他

モデル事業の実施概況

参加施設

全国4地域で**38**施設（医療機関7施設／薬局31施設）

令和5年1月6日時点

STEP 1

酒田地域

- ・ 共創未来 千石町薬局
- ・ 共創未来 ライラック薬局
- ・ ニーズ薬局 あきほ店
- ・ ひまわり薬局
- ・ ラパス調剤薬局 酒田南店

須賀川地域

- ・ フジ薬局
- ・ クオール薬局 鏡石北店
- ・ アイランド薬局須賀川店
- ・ さくら調剤薬局
- ・ 大町調剤薬局

旭地域

- ・ 調剤薬局 マツモトキヨシ旭店
- ・ 毎日薬局 旭店
- ・ ヤックスドラッグ 旭薬局 中央病院前店

安佐地域

- ・ 長久堂野村病院
- ・ 西山整形外科・胃腸科
- ・ 広島共立病院
- ・ のぞみ薬局本店
- ・ みわ薬局
- ・ コスモス薬局 勝木台店
- ・ アイビー薬局可部
- ・ エスマイル薬局 緑井店
- ・ ハート薬局 高陽店
- ・ ドレミ薬局
- ・ すずらん薬局 川内店
- ・ すずらん薬局 上安店

STEP 2

- ・ 日本海総合病院
- ・ アイン薬局 酒田店
- ・ 共創未来 あきほ薬局

- ・ 公立岩瀬病院
- ・ さくら薬局 須賀川北町店

- ・ 国保旭中央病院
- ・ とまと薬局 旭店
- ・ 日本調剤 旭病院前薬局
- ・ 日本調剤 旭薬局

- ・ 安佐市民病院
- ・ ココカラファイン薬局 安佐市民病院店
- ・ びーだま薬局
- ・ 日本調剤安佐北店

電子処方箋管理サービス利用状況

令和4年10月31日～12月31日



データ登録件数**90,241**件(※1)

医療機関

○処方箋登録件数
65,184件

薬局

○調剤結果登録件数
25,057件(※2)

(※1) 紙の処方箋の受付又は紙の処方箋に基づく調剤の際に登録された処方情報データ及び調剤情報データを含めた合計件数。

(※2) 電子処方箋に対応する医療機関から応需した処方箋に加え、非対応の医療機関から応需した処方箋の調剤情報が含まれる。



重複投薬等チェック実施件数

155,812件

医療機関 104,105件
(重複投薬等 3,812件検知)

薬局 51,707件
(重複投薬等 4,337件検知)

④ その他 電子処方箋管理サービスの運用開始日について

電子処方箋管理サービスの運用開始日については、令和5年1月26日（木）とする。

<対応方針>

○これまで「令和5年1月」から運用を開始するとしてきたが、電子処方箋管理サービスの運用開始予定日については、以下の条件を満たすこととする。

- ①可能な限り多くの医療機関・薬局等において当該サービスが行われた上で運用を開始する必要があること。
- ②一般的に医療機関が混雑する月曜日や、何らかのトラブル対応が発生した場合に必然的に土日対応が発生する可能性が高い金曜日を避けること。

<令和5年1月>

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31		運用開始予定日		

○上記を踏まえて、令和5年1月26日（木）を運用開始日とする（トラブル等が発生した場合の予備日は令和5年1月31日（火））。

（※）オンライン資格確認等システムについては、上記同様の要素等も考慮し、令和3年10月20日（水）に本格運用を開始。

○ その他医療保険部会における議論について

次期医療保険制度改革の主な検討事項

I. 出産育児一時金の引き上げ

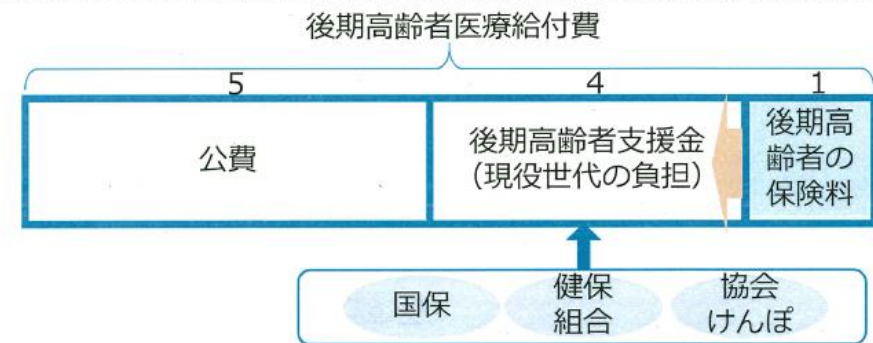
- 出産育児一時金について、費用の見える化を行いつつ、大幅に増額
- 後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入することが考えられないか
※高齢者医療制度創設前は、全ての世代で出産育児一時金を含め子ども関連の医療費を負担

II. 高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組み

- 現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直すことが考えられないか
 - 介護保険では、第1号被保険者（65歳～）と第2号被保険者（40～64歳）の1人当たり保険料額は概ね同じ
 - 高齢者世代の保険料について、低所得者に配慮しつつ、能力に応じた負担を強化する観点から、賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で見直しをしてはどうか

III. 被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化

- ①被用者保険者支援の在り方を見直すとともに、②前期高齢者の給付費の調整において、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、「報酬水準に応じた調整」を導入することが考えられないか

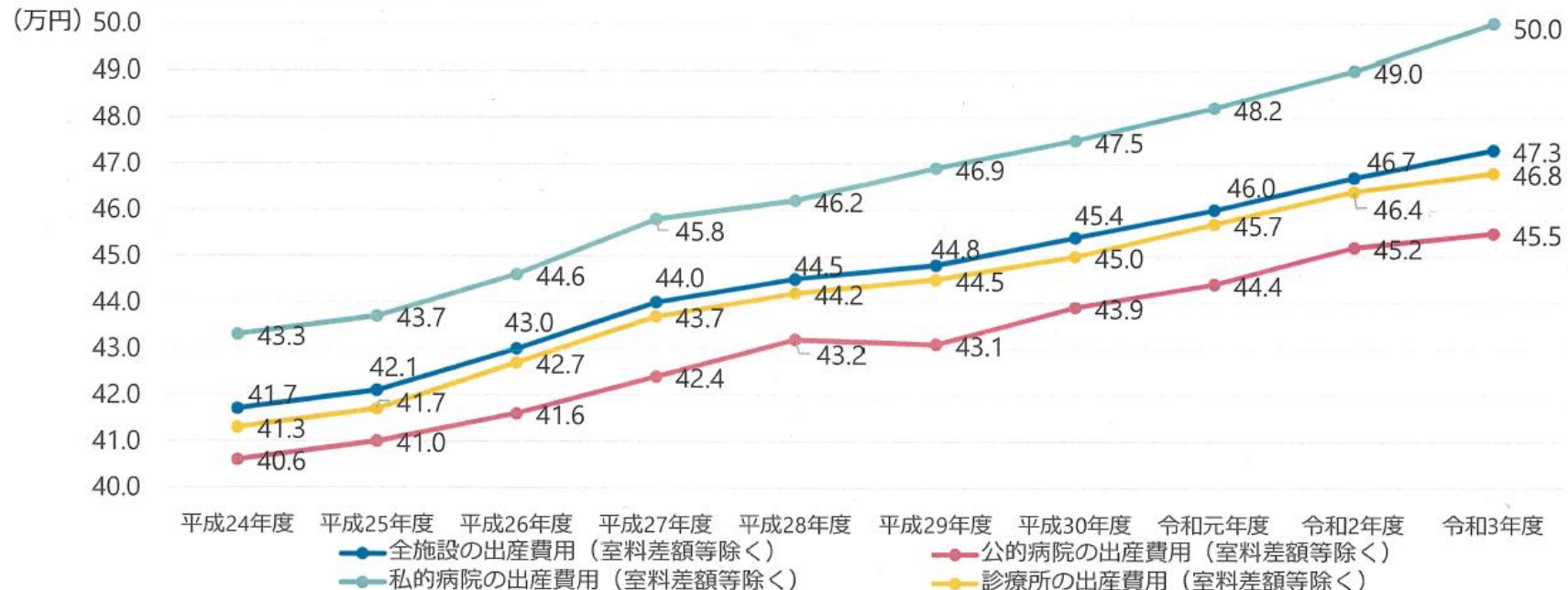


出産育児一時金の引上げ額について

- 出産育児一時金の額については、前回の引き上げ時は、「公的病院」の平均出産費用を勘案し、設定。
- 出産費用は年々上昇する中で、平均的な標準費用を全て賄えるようにする観点から、
 - ・「全施設」の平均出産費用を勘案するとともに、
 - ・近年の伸びを勘案し、直近の出産費用も賄える額に設定する。
- 以上より、48.0万円（令和4年度の全施設平均出産費用の推計額（※））＋1.2万円（産科医療補償制度の掛金）＝49.2万円となるため、出産育児一時金の額は、令和5年4月から、全国一律で、**50万円**とする。

※「全施設」の平均出産費用は、ここ10年、毎年平均で1.4%上昇しており、令和4年度の平均出産費用を48.0万円と推計。

<参考：出産費用（正常分娩）の推移>



（データ）厚生労働省。室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を除く出産費用の合計額。

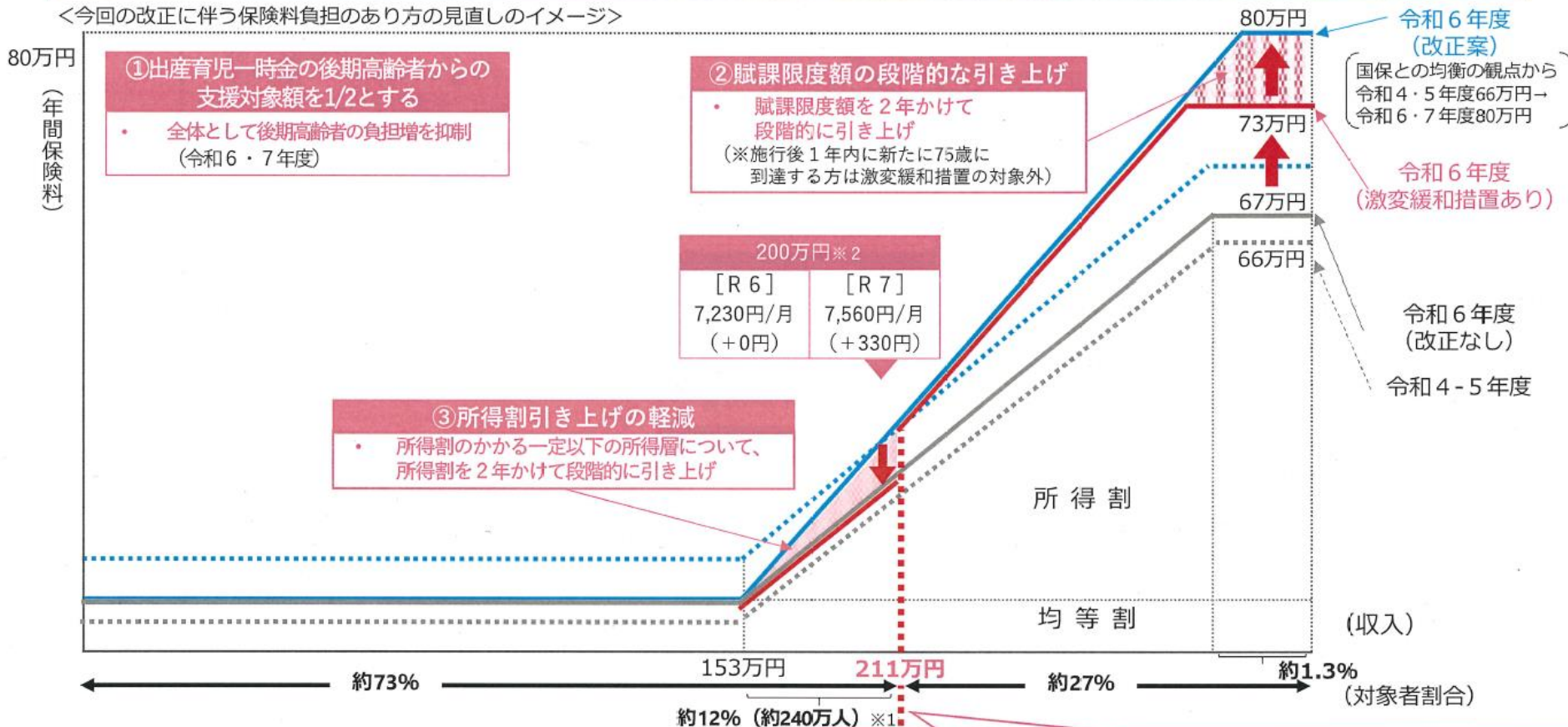
（※）平成24年以降、出生数は年間平均2.5%減少傾向（2020年人口動態統計）

保険料負担の
激変緩和措置を講じる場合

能力に応じた後期高齢者の保険料負担の見直し（激変緩和措置）

- 後期高齢者の負担増に対応するため、次の激変緩和措置を実施。
 - ①出産育児一時金の後期高齢者からの支援対象額を1/2とする（令和6・7年度）
 - ②賦課限度額を2年かけて段階的に引き上げ
 - ③所得割のかかる一定以下の所得層について、所得割を2年かけて段階的に引き上げ（制度改正分は令和7年度）

＜今回の改正に伴う保険料負担のあり方の見直しのイメージ＞



(参考1) 当該者の所得が旧ただし書所得58万円（年金収入のみの場合、年収211万円に相当）

以下の場合に、所得割を2年かけて段階的に引き上げる。

(参考2) 世帯の所得が一定以下の場合には、均等割の7割、5割、2割を軽減。

(※1) 所得割引き上げの軽減対象者割合（約12%）は、令和3年度後期高齢者被保険者実態調査特別集計。対象者数（約240万人）は、当該対象者割合に令和6年度の被保険者数見込みを乗じた推計値。

(※2) 年収200万円の場合の保険料額（7,230円/月・7,560円/月）は、R4・5年度（6,840円/月）からの高齢化等による医療費増に伴う保険料負担の増加（+390円/月）を含む。

平均的な収入で算定した年金額（単身186万円）や窓口2割負担（単身200万円）の基準を超え、配偶者を扶養する場合でも住民税非課税世帯となる本人の年金水準（東京23区）。

保険料負担の
激変緩和措置を講じる場合

後期高齢者1人当たり保険料額（2年間）への影響（収入別）

- 今回の見直しに伴う後期高齢者一人当たり保険料額（2年間）への影響を収入別に試算したもの。
- 次の3点の激変緩和措置を実施。
 - ①出産育児一時金（50万円）の後期高齢者からの支援対象額を1/2とし、全体として後期高齢者の負担増を抑制（令和6・7年度）
 - ②賦課限度額を2年かけて段階的に引き上げ
 - ③所得割のかかる一定以下の所得層について、所得割を2年かけて段階的に引き上げ（制度改正分は令和7年度）

	賦課限度額 ＜超過割合＞ ＜到達収入＞	均等割額	所得割率	保険料額 [] : 月額									
				後期1人当たり平均		年収80万円		年収200万円		年収400万円		年収1,100万円	
					増加額		増加額		増加額		増加額		増加額
制度改正前 (R6・7)	67万円 ＜1.30%＞ ＜976万円＞	50,500円	9.87%	82,000円 [6,830円]		15,100円 [1,260円]		86,800円 [7,230円]		217,300円 [18,110円]		670,000円 [55,830円]	
制度改正後 (R6)	73万円 ＜1.28%＞ ＜984万円＞	50,500円	10.70%	86,100円 [7,170円]	+4,100円 [+340円]	15,100円 [1,260円]	+0円 [+0円]	86,800円 [7,230円]	+0円 [+0円]	231,300円 [19,270円]	+14,000円 [+1,170円]	730,000円 [60,830円]	+60,000円 [+5,000円]
制度改正後 (R7)	80万円 ＜1.13%＞ ＜1,049万円＞			87,200円 [7,270円]	+1,100円 [+90円]	15,100円 [1,260円]	+0円 [+0円]	90,700円 [7,560円]	+3,900円 [+330円]	231,300円 [19,270円]	+0円 [+0円]	800,000円 [66,670円]	+70,000円 [+5,830円]

※1 負担率の見直しとあわせ、出産育児一時金を8万円引き上げ、一時金(公費除く)の1/2の7%を後期高齢者が支援するとともに、これに伴う後期高齢者の保険料増は所得割で対応する前提で試算。

※2 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※3 2022年度予算ベースを足下にし、2024年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※4 2021年度後期高齢者被保険者実態調査を特別集計したものを基に試算。

※5 「均等割額」、「所得割率」、「保険料額(後期一人当たり平均)」は、全国ベースの推計値であり、収入別の保険料額は、当該全国ベースの推計値をもとに、控除・均等割軽減について現行制度を前提に試算。

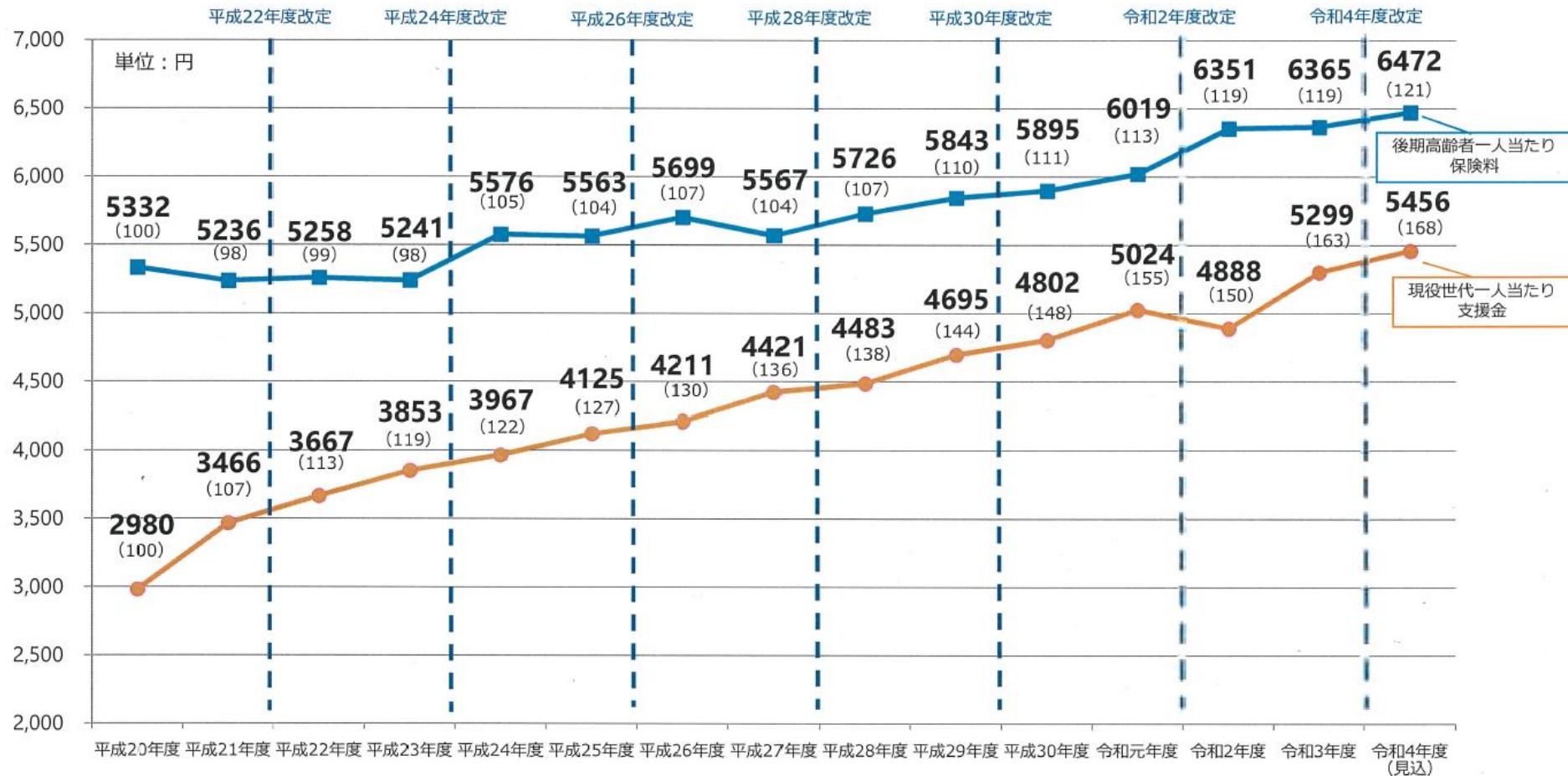
※6 「到達収入」「年収1,100万円」は、単身、年金収入110万円、その他を給与収入をモデルに算定。「年収80万円」「年収200万円」は、単身、年金収入のみをモデルに算定(「年収80万円」は均等割7割軽減、「年収200万円」は均等割2割軽減)。「年金収入400万円」は、単身、年金収入200万円、その他を給与収入をモデルに算定。

※7 「増加額」は、2024年度は同年度における制度改正前後の比較、2025年度は前年度からの保険料負担の増加。

「保険料額」は、一般の制度改正に伴う影響のほか、各項目ごとに、2022・23年度からの高齢化等による医療費増に伴う保険料負担の増加(下記)を含む。

- ・ 保険料額(後期1人当たり平均)【R4・5年度 77,700円[6,470円]】 +4,300円/年[+360円]
- ・ 保険料額(年収80万円)【R4・5年度 14,300円[1,190円]】 +800円/年[+70円]
- ・ 保険料額(年収200万円) 【 " 82,100円[6,840円]】 +4,600円/年[+390円]
- ・ 保険料額(年収400万円)【 " 205,600円[17,140円]】 +11,600円/年[+970円]
- ・ 保険料額(年収1,100万円) 【 " 660,000円[55,000円]】 +10,000円/年[+830円]

後期高齢者1人当たり保険料、現役1人当たり支援金の推移



※ 後期高齢者一人当たり保険料額は、平成20～令和3年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額、令和4年度は保険料改定時見込み。

※ 現役世代一人当たり支援金額は、平成20～令和2年度は確定賦課、令和3年度及び令和4年度は概算賦課ベース。

※ 現役世代一人当たり支援金額の伸びは、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。

※ 平成28年度の現役世代一人当たり支援金額は、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。

※ () 内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

保険料負担の
激変緩和措置を講じる場合

財政影響（出産育児一時金の増額、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）

- 今回の見直し（出産育児一時金の増額、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）に係る財政影響を制度別にみたもの。
- 出産育児一時金は50万円（8万円引き上げ）、**後期高齢者医療からの支援対象額は一時金の1/2**。

（2024年度：満年度ベース）

※（括弧）内は、後期高齢者医療制度からの支援導入による影響額

	42万円（現行）		50万円（+8万円）	
	給付費	加入者 一人当たり []：月額	影響額	加入者 一人当たり []：月額
合計	3,320億円		630億円 （-）	
協会けんぽ	1,440億円	3,800円〔320円〕	220億円 （▲60億円）	600円〔50円〕 （▲200円〔▲10円〕）
健保組合	1,040億円	3,800円〔310円〕	160億円 （▲40億円）	600円〔50円〕 （▲200円〔▲10円〕）
共済組合等	510億円	5,200円〔440円〕	80億円 （▲20億円）	800円〔70円〕 （▲200円〔▲20円〕）
国民健康保険	320億円	1,200円〔100円〕	60億円 （▲10億円）	200円〔20円〕 （▲20円〔▲2円〕）
後期高齢者	—	—	130億円 （130億円）	600円〔50円〕 （600円〔50円〕）

※1 出産育児一時金（公費除く）の1/2の7%を後期高齢者が支援するとともに、それに伴う後期高齢者の保険料増は所得割で対応する前提で試算。

※2 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。

※3 2022年度予算ベースを足下にし、2024年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※4 「共済組合等」には日雇特例及び船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。

※5 被用者保険各制度の「影響額」には事業主負担分を、国民健康保険の「影響額」には地財措置等分を含む。

※6 「加入者一人当たり」は、各制度の給付費・影響額を当該制度の加入者数で除して加入者一人当たりへ換算したものである。

※7 端数処理のため内訳が合計に一致しない場合がある。

財政影響（高齢者負担率の見直し）

- 今回の見直し（高齢者負担率の見直し）に係る財政影響を制度別にみたもの。

（2024年度：満年度ベース）

	保険料	加入者 一人当たり []：月額	公費		
				国	地方
合計	50億円		▲50億円	▲50億円	0億円
協会けんぽ	▲300億円	▲800円 〔▲70円〕	0億円	0億円	-
健保組合	▲290億円	▲1,000円 〔▲90円〕	-	-	-
共済組合等	▲100億円	▲1,100円 〔▲90円〕	0億円	0億円	-
国民健康保険	▲80億円	▲300円 〔▲20円〕	▲100億円	▲70億円	▲20億円
後期高齢者	820億円	4000円 〔340円〕	50億円	20億円	20億円

※1 見直しに伴う後期高齢者の保険料増は所得割で対応する前提で試算。

※2 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※3 2022年度予算ベースを足下にし、2024年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※4 「共済組合等」には日雇特例及び船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。

※5 被用者保険各制度の「保険料」には事業主負担分を含む。

※6 「加入者一人当たり」は、各制度の保険料影響額を当該制度の加入者数で除して加入者一人当たりに換算したものである。

※7 端数処理のため内訳が合計に一致しない場合がある。

財政影響（被用者保険者間の格差是正）

- 今回の見直し（被用者保険者間の格差是正）に係る財政影響を制度別にみたもの。
- 前期財政調整における報酬調整の導入の範囲は、1/3で調整。

（2024年度：満年度ベース）

前期納付金等への影響額	1/3 報酬調整
合計	-
協会けんぽ	▲970億円
健保組合	600億円
共済組合等	350億円
国民健康保険	20億円
後期高齢者	-

※1 健保組合に対し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに、高齢者負担率の見直し（▲290億円）とあわせて負担減となるように国費による更なる支援を行う。

※2 報酬調整の導入に伴う導入部分に係る協会けんぽへの国庫補助の廃止等により、国費は合計▲1,290億円。

上記の影響額を含めた協会けんぽの保険料への影響額は320億円、国民健康保険の保険料への影響額は30億円。

（参考）近年、協会けんぽの報酬水準が上昇していることから、保険料負担は増加する見通しとなっているが、協会けんぽの平均報酬は、平成28年以前は13年間、被用者保険全体の平均報酬に比べ、国庫補助率の16.4%以上下回っており、こうした状況下では保険料負担は減少。なお、協会けんぽの今年度末の積立金見込みは4.9兆円。

※3 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※4 2022年度予算ベースを足下にし、2024年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※5 「前期納付金等への影響額」は、各制度における「前期納付金－前期交付金」の見直しによる影響額。

※6 「共済組合等」には日雇特例及び船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。

※7 端数処理のため内訳が合計に一致しない場合がある。

○関係審議会等における意見発信の状況

第191回 中医協 薬価専門部会(R4.11.16) (出席:安藤理事長)

議題	令和5年度薬価改定について
発言	○ 乖離率だけだと、カテゴリー別で影響が大きい薬等もあるため、乖離額についても考慮に入れて慎重に判断すべきであると考えている。 ○ 安定供給については、安定確保医薬品であるとか基礎的医薬品について、かなりの影響が出ている。これらの影響が実際にどのくらいあるのか国民にとって非常に重要であると認識している。

第192回 中医協 薬価専門部会(R4.12.2) (出席:安藤理事長)

議題	第24回医療経済実態調査について
発言	○ 平均乖離率や回収率、妥結率、納入価率等の数値は例年並みとなっており、通常どおりの薬価改定が可能なことがデータにより示されたのではないかと考える。 ○ 燃料費の高騰や物価高、製造管理、品質管理の不備等による医薬品の安定供給障害が続いていることは一定理解できるが、これまでにご提示いただいた資料や今回の調査結果を踏まえると、報酬改定以外の形で何らかの財政的支援を講じる余地はあると考えるが、今回の薬価改定にあたって、特別に配慮すべき事情があるとまでは言えないのではないかとというのが率直な感想。

第193回 中医協 薬価専門部会(R4.12.7) (出席:安藤理事長)

議題	令和5年度薬価改定について(関係業界からの意見聴取等について)
発言	○ 現在の後発品を中心とした、医薬品全体の供給問題は、2020年12月に発覚し、2021年2月に業務停止処分を受けた小林化工、2021年3月に日医工が業務停止となったことに端を発しているものと考えている。その原因となったのはGMP違反であった。国民の命を支える製薬企業がその製造過程において、安全製造管理・品質管理を規定通りに実行していなかったことにある。このことの最大の責任は製造会社そのものにあると考える。しかし、「安定供給」の問題と「薬価」とは、別の問題であると認識して議論をしなければならないと考えている。従って、私は安定供給をするためには、薬価をただ単に下支しても何の効果もないと考えており、そこは後発品業界全体の改定が不可欠であると考えている。 ○ 物価高騰による影響については、報酬改定以外の形で何らかの財政的支援を講じること、そして、個別に対象品目について精査を行ったうえで実勢価改定と連動しない措置を実施する工夫の余地はあるものの、現時点では平時のルールに基づき改定すべきだと考える。 ○ 後発医薬品企業のビジネスモデル上の課題や、新薬と後発品など取引条件や商品特性が異なる製品を全て同じ薬価改定ルールで扱うことの問題を議論しなければ、この問題の根本的な解決につながらないと思う。

第194回 中医協 薬価専門部会(R4.12.9) (出席:安藤理事長)

議題	令和5年度薬価改定について
発言	○ 薬価改定において最も重要視すべき客観的データである薬価調査の結果を踏まえると、「薬価制度の抜本改革について 骨子」等で示されている、対象品目の範囲については、国民負担の軽減の視点から、できる限り広くすることが妥当である、との方針に沿った検討をすることが、本来のあるべき姿ではないかと考える。 ○ そうした基本的な考えの下、安定供給の問題と薬価の問題とは、別の問題であると認識して議論しなければならず、乖離の状況を考慮に入れず、ある分野を一律に対象から外すようなことは慎むべきと考えるが、安定供給に深刻な支障が生じている状況を鑑みて、不採算となっているものについて、改定対象には含めたうえで、一定程度の配慮を行うことを考慮に入れて議論してもよいと考える。

第195回 中医協 薬価専門部会(R4.12.16) (出席:安藤理事長)

議題 令和5年度薬価改定について

発言

- これまでの業界ヒアリングや本部会での議論を踏まえ、令和3年度薬価改定の前例を踏まえつつ、平時のルールに基づき、平均乖離率0.625倍を超える品目を改定対象とすべきであり、その際の救済措置については、緊急的、特例的な対応であることを前提に、薄く広く一律の対応を実施するのではなく、個別に精査を行ったうえで検討すべき、というのが私の考えである。
- そのうえで現在大変懸念していることは、今週も製品に異物が混入して、工場が製造停止となったケースが発生し、一部製品が限定出荷となる等、医薬品の安定供給の問題は、引き続き深刻であり、ますますこの問題が長期化することが予想されている。
- 本骨子案にもあるとおり、令和6年度診療報酬改定においては、医薬品の迅速、安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会の議論も踏まえ、後発医薬品企業のビジネスモデル上の課題であるとか、新薬と後発品等の取引条件や商品特性が異なる製品をすべて同じ薬価改定ルールで扱うことの是非等、本質的な問題を議論し、医薬品の安定供給をめぐる問題の根本的な解決に向けた議論を進めていければ、と考えている。

第196回 中医協 薬価専門部会(R4.12.21) (出席:安藤理事長)

議題 令和5年度薬価改定の骨子(案)について

発言

- 今回の骨子案について、これまでの議論では平均乖離率0.625倍超を採用した場合の影響額は、約4,900億円との試算が示されていたところ、今回の大臣合意では、削減効果は約3,100億円と5分の3くらいになっている。
- 不採算品等への対応の必要性は理解しているが、医療費の負担が国民に重くのしかかる中で、今回の救済措置については、あくまでも緊急的、特例的なものであるということを改めて強調させていただく。

第195回 中医協 総会(R4.12.21) (出席:安藤理事長)

議題 医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の対応について

発言

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、治療薬である解熱鎮痛剤等の需要が増加する一方で、製造販売業者からの限定出荷が続く等、医薬品の安定供給の問題は、引き続き深刻であり、そのような状況の中、医療機関、薬局で対応いただいていることに感謝を申し上げる。
- しかし、こうした状況は、医薬品業界の構造的な課題に端を発するものであり、診療報酬上の評価による対応では、この問題の根本的な解決にはつながらないと考えている。不安定供給により、最も不利益を受けるのが患者国民であるという点でも、患者負担が生じる診療報酬での対応は、理解を得難いのではないか。
- 今回、仮に診療報酬上の評価を行うとしても、患者への丁寧な説明を行うことを前提として、それを評価するとともに、今回の措置はあくまで暫定的なものとし、令和6年度診療報酬改定において、医薬品の迅速、安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会の議論も踏まえ、問題の根本的な解決に向けた議論に腰を据えて取り組むべきであると考えている。

第195回 中医協 総会(R4.12.21) (出席:安藤理事長)

議題 医療DX対応について

発言

- オンライン資格確認等システムは、日本の医療DXの基盤となる仕組みであり、なるべく多くの医療機関が、経過措置を必要とせず、迅速な導入を行うことが可能となるよう、また、経過措置について、期限延長が繰り返されるといったことがないよう、引き続き、一層の導入促進に取り組んでいただきたいと考えている。
- また、その他特に困難な事情がある場合については、できる限り制限的に解釈すべき。
- 2024年秋にマイナンバーカードと健康保険証の一体化を行うとの方針が示されている中、保険証の原則廃止にあたっては、大前提として、すべての国民がマイナンバーを取得し、保険証として利用できる環境が整っていることはもちろんのこと、柔整、あはき、健診機関でオンライン資格確認等システムが導入されていることが必須であると考える。
- 医療DXの推進及び診療報酬上の評価等について、診療報酬上の評価を行うのであれば、オンライン資格確認システムを活用した診療を受けた患者が対価を支払うのにふさわしいメリットを感じるということが大前提であると思っている。
- 8月10日の答申書附帯意見の中の2番目に、患者国民の声をよく聴き、調査・検証を行い、課題が把握された場合には、速やかに対応を検討することとなっている。今回は、その患者、国民の声をよく聴かないまま、診療報酬で対応しようとしていることにつきましては、明確に反対する。
- 医療機関へのオンライン資格確認システムの導入が進まず、患者がメリットを感じられているとは言い難い現状において、こうした加算をさらに充実することについては、患者、国民の理解が得られないと考えている。
- 特に、再診について、本年10月の見直しで再診にかかる評価を廃止しており、復活させる理屈はないのではないか。
- まずは、柔整、あはき、健診機関を含む全医療機関でオンライン資格確認等システムが導入されるよう、診療報酬ではなく、補助の充実を図ることが先決だと考える。

第535回 中医協 総会(R4.12.23) (出席:安藤理事長)

議題 個別改定項目について

発言

- オンライン資格確認義務化の経過措置について、今回示された3つの場合(自然災害等により継続的に導入が困難となる場合、高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合、その他例外措置又は1～5の類型と同視できる特に困難な事情がある場合)については、合理的なものであり、特に困難な事情がある場合とみなしてよいと考える。また、高齢の医師等の要件を70歳以上は要件に合致するとし、65歳から69歳は個別判断との考え方は合理的であり、そのような運用をお願いしたい。
- 医療DXの推進および診療報酬上の評価等について、再診の際に診療報酬を取得活用する効果として、薬剤情報により、重複投薬を適切に避けられるとあるが、オンライン資格確認システムで確認できるのは、薬剤情報だけでなく、特定健診情報であるとか、受診履歴等の診療情報も閲覧できるようになっている。そうした点も必要に応じ確認することを要件に加えてはいかかがか。
- 医薬品の不安定供給への対応について、今回、患者に十分説明する旨が施設基準として盛り込まれていることについては評価したい。一方で、繰り返しになるが、問題の根本的な解決には薬価や診療報酬での対応ではなく、医薬品業界の構造的な問題等、根本的な部分についての議論と対策が必要だと考えている。

第160回 医療保険部会(R4.12.9 開催) (出席:安藤理事長)

議題

日本産婦人科医会からのヒアリング
医療保険制度改革について

発言

- 出産費用の見える化については、妊産婦の方が安心して出産を行うことができる病院を選べるように、わかりやすい形で公表すべきである。
- 令和4年度の調査研究では、出産費用の説明方法や説明内容といった情報の収集が乏しく、かつ妊婦の満足度が低かったという結果が出ている。また、こういった情報は年収世帯が低い層、すなわち出産費用が家計に与える影響が相対的に大きい層ほど重要視されているという結果もあり、こうした調査結果は見える化の検討に当たってしっかりと考慮すべきである。
- 出産費用に関する情報は妊産婦にとって一定のニーズがあることから、受けられるサービスだけではなく、それに応じた価格帯も踏まえて、妊産婦が適切な費用の医療機関等を選択できるようにしていくべきではないか。そのためには、医療機関ごとの出産費用の公表は必須である。
- また、直接支払制度の専用請求書の内容から平均額等を算出するという点については、出産費用にばらつきがある中で既存の仕組みを利用することは医療機関等にとって最大限簡便で公平な方法ではないか。
- 医療保険制度改革については、前回協会けんぽを含めた被用者保険関係5団体の意見として、「医療保険制度改革に向けた被用者保険関係5団体の意見」を提出させていただいた。そこで述べたとおり、現役世代の保険料負担は限界に達している。現役世代が納得して医療保険制度を支えていけるようにすることが重要であり、そのためには世代間の給付と負担の在り方を公平に見直すことなど、医療保険制度の持続可能性を高めるための見直しが必要不可欠である。
- 出産育児一時金や後期高齢者医療について、後期高齢者の方に医療保険を支える集団の一員として能力に応じた負担をお願いすることについては賛成である。
- 被用者保険間における負担能力に応じた格差是正の強化について、前期高齢者納付金について仮に報酬調整を行うのであれば、できるだけその割合を低くし、現役世代に負担がさらに高くないように留意いただきたい。また、制度の持続可能性を高める観点から、今回の改革により減少する公費負担分については、全額現役世代の負担軽減に資するように活用いただきたい。

第160回 医療保険部会(R4.12.9 開催) (出席:安藤理事長)

議題	日本産婦人科医会からのヒアリング 医療保険制度改革について
発言	○ 議論の整理案について、「医療費適正化対策の実効性の確保」について記載がされている。本資料に掲げられた措置については、国の第4期医療費適正化計画に盛り込まれ、これを踏まえて、令和5年度各都道府県において都道府県医療費適正化計画が策定されると理解している。<u>今回の第4期医療費適正化計画は、団塊の世代が全て75歳以上の後期高齢者になる令和7年、2025年をまたぐものであり、国民がより健康的な生活を送り、医療費の適正化を図っていく必要性が高まる中での計画であると認識している。このため、協会けんぽなどの被用者保険者と地方公共団体、国保連、経団連、経済団体等が連携して行う地域の医療費データ等の共同分析や日本健康会議をはじめとする民間主導の取組との連携など、都道府県において医療費適正化計画を実施していく上で実効性のある連携体制を組んでいくことが重要である。</u> ○ <u>メンタルヘルスのような各年代に幅広くまたがる課題に対して母子保健、学校保健、産業保健、被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療保険といった主体がどのように対応し、連携するのか、それぞれの役割分担を整理し、トータルビジョンを描くことが必要不可欠である。</u>

第161回 医療保険部会(R4.12.15 開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度改革について

発言

- 令和4年度の全施設の出産費用の平均額の推計等を勘案し、50万円という引上げ額が示されたことについては、一定の合理性はあるが十分ではない。出産費用の見える化によって、妊産婦がサービスに応じて適切な費用の医療機関を選択できるようになれば、出産費用の適正化も進み、今後の一時金の額に関する検討について、より明確なルールのもとで行うことが可能になると考えている。
- 資料2の4ページにもあるが、出産費用の見える化の効果等を踏まえ、引上げ後3年をめぐり、出産育児一時金の在り方について検討するべきであると記載がある。次回の一時金に関する検討において、丁寧な議論を積み重ねることが可能となるよう、出産費用の見える化について、前倒しも含め、可能な限り早期の実施に向けて迅速に議論を進めていただきたい。
- 医療費適正化対策の実効性の確保について、国の第4期医療費適正化計画に盛り込まれ、これを踏まえて、令和5年度、各都道府県において、都道府県医療費適正化計画が策定されると理解している。今回の資料にも、新たな目標として、医療・介護の効果的・効率的な提供の重要性を踏まえた取組の推進が掲げられているが、今回のコロナ対応で、医療と介護の連携の重要性が、より一層クローズアップされたと考えている。
- また、医療費適正化計画については、6年間の中期計画となるが、協会けんぽにおいては、毎年度、PDCAサイクルを回しながら保険料率の設定を行っているところである。こうした努力について、我々としても、保険者協議会等の場を通じ、国民健康保険等と共有していくつもりだが、国においても、都道府県が毎年、医療費適正化計画についてPDCAサイクルを回し、施策を検証することが可能となるよう、都道府県に対する積極的な指導をお願いしたい。
- 協会けんぽとしても、国民がより健康的な生活を送り、医療費の適正化を図ることが可能となるよう、都道府県と連携して後発医薬品の使用促進や、医療サービスの提供状況の適正化はもとより、加入者の健康づくり、重症化予防などの保健事業にさらに積極的に取り組んでいきたい。国においては、都道府県が産業保健や被用者保険等、幅広い主体と連携しつつ、大局的な視点に立って計画を立案することが可能となるよう、今後、医療費適正化基本方針等の策定等を進めていただきたい。

第161回 医療保険部会(R4.12.15 開催) (出席:安藤理事長)

議題 医療保険制度改革について

発言

- 高齢者医療費への拠出金が今後も大きく増加する見込みであるなど、現役世代の保険料負担は限界に達している。現役世代が納得して、これからも医療保険制度を支えていくためには、世代間の給付と負担の在り方を公平に見直すことをはじめ、制度の見直しに向けた検討を進めていくことが急務であると考えている。
- また、協会けんぽの加入事業所の約8割は、従業員が9人以下であり、そのほとんどが中小、小規模企業であるため、財政基盤が脆弱である。健康保険組合についても、協会けんぽの保険料率を超える組合が増加している状況である。したがって、こうした財政的に脆弱な健康保険組合に対する支援も含め、世代内における公平性の確保についても、あわせて検討を続けていく必要がある。その意味で、今回の整理は、医療保険制度の持続可能性を高めるために必要な見直しの、あくまでも第一歩であると考えており、全ての世代の方々の安心を広く支え合い、次の世代に引き継いでいくために不可欠な改革を確実に行っていけるよう、今後も本部会で不断の議論を続けていきたい。

第104回 介護保険部会(R4.12.5開催) (出席:吉森理事)

議題 とりまとめに向けた議論について

発言

○ 介護保険制度の見直しの多岐に渡る論点整理、方向性の明示をいただいたことに感謝申し上げます。その上で、資料の「地域包括ケアシステムの深化・推進」について、3点意見・要望を申し上げます。

○ まず、在宅医療・介護連携について、医療計画と介護保険事業(支援)計画との整合性を図るために担当部局間で緊密な連携を図ることが重要という記載がある。

ご指摘の通り、介護は市町村、医療は都道府県が計画を立てるという性格の違いゆえに、市町村が広域的な医療・介護ニーズを把握し難いという課題への対応として、都道府県と市町村の緊密な連携も勿論重要な論点だが、国としても、自治体に任せきりにせず、双方の計画策定にあたって進捗状況等に目配りし、必要に応じてガイド・指針を明示するなどして、両計画の整合性確保が担保されるような支援対応などが必要ではないかと考える。国の関与のニュアンスを書き加えることはいかがか。

○ 次に、「介護情報利活用の推進」について、ここに記載されている三つの論点と方向性は異論ないところだが、マイナンバーの利活用についてもう少し踏み込むことはいかがか。

医療分野では、マイナンバーの利活用としてオンライン資格確認等システムを通じた薬剤情報や特定健診情報の取得など、個々人の医療に関わる情報や、健康に関するデータの活用が進められているが、現状、医療分野内での対応に終始している印象を持っている。

地域包括ケアシステムの理念の更なる深化のためには、医療分野との情報連携を含め、介護分野でも、ケアプランの内容や要介護度等の情報・データの活用を進めていくべきであり、「全国的なプラットフォーム」の創設を目指すためにも、オンライン資格確認等のシステム活用も視野に入れつつ、マイナンバーの利活用について積極的に進めるような方向性の記載があってもよいのではないか。

第104回 介護保険部会(R4.12.5開催) (出席:吉森理事)

議題 とりまとめに向けた議論について

発言

○ 最後三点目、「地域包括支援センターの体制整備等」について、支援センターの体制整備やその在り方などが論点整理され方向性が記載されており異論ないところだが、これまでの議論において、地域共生社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムを推進していく中で、地域包括支援センターの在り方については、ワンストップで総合相談支援機能や地域の生活支援・介護予防の支援を担う拠点を目指すとの認識が共有されてきたと理解している。そうした地域包括支援センターの今後目指すべき姿についても、記載を加えていただければと考える。

○ 以上、個別の記載について3点申し上げたが、全体的に、各論点が整理され方向性がよく纏められていると思うものの、現状の確認と改善策の方向性の提示に留まっている印象を持っている。地域共生社会の実現に向け、在宅医療・介護連携にあたって国が主体的に果たす役割や、介護情報の標準化、地域包括支援センターに係る標準モデルの提示など、もう少し踏み込んで今後の介護の将来についての大局図が明白になるようなとりまとめとなるよう、議論を尽くしていくことが必要ではないかと考える。

第105回 介護保険部会(R4.12.19開催) (出席:吉森理事)

議題 とりまとめに向けた議論について

発言

- 医療・介護連携について、国の支援について明記していただいた点、また、地域包括支援センターの体制整備において、今後の地域包括支援センターの目指すべき姿・方向性について記載していただいた点、いずれも前回の部会で私どもが指摘・意見させていただいたところを踏まえまとめていただいたことについて、事務局に感謝申し上げます。
- また、介護情報利活用の推進について、今回の資料掲載されているとおり、全国医療情報プラットフォームの将来像に介護分野の情報が明確に組み込まれていることは評価したいと思うが、再三申し上げているとおり、デジタル化の推進については、医療分野で先行して進められているオンライン資格確認等システムを通じた薬剤情報や特定健診情報の取得など、個々人の医療にかかわる情報や、健康に関するデータの活用が医療分野のみで完結しており介護分野との情報連携に課題があることは皆さんもご存じのことと思う。
- 今後の地域包括ケアシステムの理念の更なる深化のためには、介護分野でもオンライン資格確認等のシステムを活用し、ケアプランの内容や要介護度等の情報・データの活用を進めていくべきであり、「全国的なプラットフォーム」が真に国民にとって役立ち、使いやすく実効性のある仕組み・制度となるよう、国が一元的に整備する必要がある。マイナンバー制度の利活用を基軸にし、医療分野等との情報連携も含めた検討を積極的に進めていただくようお願いする。
- 次に今回の給付と負担について意見だが、「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準や高所得者の1号保険料負担の在り方、多床室の室料負担などの次期計画に向けて結論を得ることが適当とされた各事項については、「遅くとも来年夏までに結論を得るべく、引き続き本部会における議論を行う」とされ、今回具体案について取りまとめに至らなかったことについては非常に残念に思っている。
- 本部会でも繰り返し申し上げてきたが、現役世代の社会保険料負担の水準は、特に私ども協会けんぽの加入者である中小企業とその従業員にとって、現在の経済環境下では限界に達しているとの声が多く寄せられている。

第105回 介護保険部会(R4.12.19開催) (出席:吉森理事)

議題 とりまとめに向けた議論について

発言

- 一方で、今後65歳以上の高齢者の急増から現役世代の急減に人口構造の局面が変化していく中で、介護保険の規模は膨らみ、一方で財源には自ずと限界が出てくる。介護サービスの品質向上を図りながら、介護保険制度の持続可能性を高めていくためにも、世代間・制度間・制度内での給付と負担のバランスについて、公平性を担保しつつ、介護や特定疾病のリスクの大小や被保険者の応能・応益等の観点で見直し、併せて保険料、公費の適切な在り方についても、早急に議論を深めることが極めて重要であると考えている。
- 今回、来年の夏までに引き続き議論を行うとされたことについては、種々エビデンスなどきめ細かいデータにより、各課題の議論がより深められる時間が確保できたと前向きに理解をしたい。
- 事務局におかれては、来年夏までに速やかに結論を得て取りまとめられるように、この介護保険部会、また介護給付費分科会場で丁寧な議論を積み重ねることができるよう、資料準備も含め議論スケジュール調整にご配慮をお願いしたい。

第20回 第8次医療計画等に関する検討会（R4.12.9開催）（代理出席：増井企画部長）

議題 6事業目（新興感染症対応）について

発言

- 新興感染症発生・まん延時における医療に関する医療計画指針については、今回の感染症法等の改正の内容や、同法に基づく予防計画等の感染症対策の内容を適切に反映していただければと考えている。一方、今回の新型コロナ対応にあたっては、普段からかかりつけ医を持っておくことの重要性が改めて認識されたと考えている。
- その上で、1点質問である。資料2の5ページにおいて、発熱外来の医療機関数について、新型コロナウイルス感染症対応の実績をベースとしてはどうかとの記載があるが、患者からすれば、普段から相談しているかかりつけ医に発熱時に対応していただけた方が安心できると考える。今後、数値目標を立てるにあたって、発熱外来については、かかりつけ医に中心的に担っていただくとの前提のもと、議論が進められると考えてもよいかお伺いしたい。

第21回 第8次医療計画等に関する検討会(R4.12.23開催) (代理出席:増井企画部長)

議題	地域医療構想について
発言	○ 意見の取りまとめ案に関して、協会けんぽとしても、地域医療構想の実現に向け、地域において良質かつ効率的な医療提供体制を構築すべく、各都道府県の地域医療構想調整会議の場で、各支部による、データを活用した積極的な意見発信に努めている。 ○ しかし、資料1の12ページから18ページにあるとおり、<u>新型コロナ対応の影響により、そもそも会議が開催されないケースや、開催されてもデータに基づく議論が十分に行われないケースも散見される。</u> ○ ウィズコロナに向けた新たな段階への移行が進んでいるところでもあり、各都道府県の地域医療構想調整会議における議論の活性化に向けて、 ① 20ページの意見の取りまとめ(案)にも3パラグラフ目で「協議の実施状況の公表」等を盛り込んでいただいているが、「国においても都道府県間で議論の進捗状況を比較できるよう、随時一覧にして見える化を行うために、公表を行う」旨追記してはいかがか。 ② <u>また、国として、都道府県における議論が進むよう、積極的に働きかけを行っていただきたい。その際には、医療関係者だけではなく、地域住民代表や被用者保険者代表など、多様な構成員の意見を幅広く取り入れながら進めていただくよう要望する。</u>

第18回 医療介護総合確保促進会議(R4.12.16開催) (出席:安藤理事長)

議題 総合確保方針の次期改定に向けた論点について

発言

- 全体として、本会議でのこれまでの議論や医療・介護分野における直近の課題を簡潔明快に反映した素案となっていると考える。
- そのうえで、協会けんぽとして4点、提示いただいた資料について意見を述べさせていただく。
- まず1点目、医療介護連携について。高齢化の進行状況が地域によって異なる中、医療と介護のきめ細かい連携がますます重要になっているが、医療は都道府県が計画を立て、介護は市町村が計画を立てるという制度の立て付けの違いゆえに、都道府県・市町村ともに医療・介護ニーズの実態をトータルに把握し難いという課題がある。
 総合確保方針は、こうした課題を乗り越え、医療と介護の連携を進めるうえで柱となるものであり、実際に都道府県と市町村が本方針を踏まえて行動する際、十分に連携できるよう、資料2の8ページの計画の作成に当たっての留意事項について、「都道府県が医療計画の策定を迅速に行い、市町村が介護保険事業計画を策定する際、当該医療計画を前提とすることが可能なスケジュール感で進める」ことを盛り込むなど、細部の記載を充実してはどうかと考える。
- 2点目、地域医療構想について。資料1・資料2において、「まずは令和7年(2025年)に向けて地域医療構想を推進し、その上で、その後の生産年齢人口の減少の加速等を見据え、さらに機能分化・連携を進めていくことが重要である」との記載がある。資料3の3ページでも「地域医療構想についてアップデートしていくことが重要」との記載があり、今後、65歳以上の高齢者人口が最も多くなる2040年に向けた地域医療構想のバージョンアップが進められていくと理解しているが、全世代型社会保障構築会議でも示されているように、具体的な検討スケジュールについて、もう少し具体的に書き込んでよいのではないか。
- 3点目、かかりつけ医機能について。少子高齢化が進展する中で、地域の医療・介護連携をはじめとする地域包括ケアシステムをより強力に実効あるものとして推進するうえで、「かかりつけ医」に期待される役割は非常に重要であると考えている。資料1から3において既に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行っていくことが重要である」旨記載していただいているが、現在、全世代型社会保障構築会議や医療部会等で行われている議論を踏まえ、必要に応じてより踏み込んだ記載を行うことをご検討いただくようお願いしたい。

第18回 医療介護総合確保促進会議(R4.12.16開催) (出席:安藤理事長)

議題 総合確保方針の次期改定に向けた論点について

発言

○ 最後に4点目、医療・介護現場のデジタル化について。高齢者人口のピークを迎える2040年に向けて、サービス提供人材の確保及び医療・介護現場のデジタル化の推進は最優先課題であると考えている。現在の素案においても、「全国医療情報プラットフォーム」の構築など、デジタル化の推進についての記載を盛り込んでいただいているが、特に、医療についてはオンライン資格確認等システム等の活用が進む一方、介護については、デジタル化が進んでいない状況にある。医療・介護連携を強化していく上で、医療・介護現場における医療関係者・介護関係者相互間の情報共有がスムーズに行われることは大前提となるものであり、介護分野においても、オンライン資格確認等のシステム活用も視野に入れつつ、マイナンバーの利活用について積極的に進めるような方向性の記載を盛り込んでどうか。