

民主党 厚生労働部門会議 次第

1. 挨拶・報告

長妻 昭 厚生労働部門会議座長

2. 障がい者WT報告

中根 康浩 障がい者WT座長

陪席： 中島 誠 障害保健福祉部企画課長
土生 英二 障害保健福祉部障害福祉課長

3. 診療報酬・介護報酬改訂の検討状況、提案型仕分けの結果について

説明： 辻 泰弘 厚生労働副大臣
外口 崇 保険局長
宮島 俊彦 老健局長
金谷 裕弘 大臣官房審議官（老健、医療・介護地域連携担当）、ほか

吉田 泉 財務省大臣政務官
福田 淳一 主計局次長
新川 浩嗣 主計局主計官

4. その他

【次回】12/16（金）13:00-14:00 厚労部門会議 衆2-1（診療報酬・介護報酬）

社会保障と税の一体改革調査会・税制調査会合同総会

社会保障を中心に議論する合同総会の日程は以下のとおりです。

日時： 12月14日（水） 16:30-18:00
場所： 衆議院第二議員会館 地下2階 民主党A会議室
議題： 社会保障・税一体改革素案骨子のヒアリング、協議

日時： 12月15日（木） 14:15-16:50
場所： 衆議院第二議員会館 地下2階 民主党A会議室
議題： 社会保障・税一体改革素案骨子について協議

※ 金曜の日程については別途ご連絡します。

以上

2011年12月9日

民主党政調査会厚生労働部門会議
障がい者ワーキングチーム (WT)

座長 中根 康浩
事務局長 初鹿 明博
事務局次長 水野 智彦

当面の障がい福祉施策の推進について

厚生労働部門会議の下に設置された本WTは、民主党マニフェストに沿って障がい者福祉制度を抜本的に見直すため、10月以降、42の関係団体及び地方3団体から総合福祉法（仮称）に盛り込むべき事項についてご意見を伺うなど、精力的に議論を続けている。

制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等に向けた法案については、次期通常国会への提出を目指し検討中であるが、一方で、障がい者が当たり前前に地域で暮らし、地域の一員としてともに生活できる社会をつくっていくための取組は、並行して重層的に進めていかなければならない。このことは団体ヒアリングでも多く意見が寄せられたところであり、民主党のめざす新法の方向性にも一致しているところである。このため、今後の予算編成、報酬改定等においては、次の事項に十分配慮すべきである。

1. 障害福祉は「人」によって成り立っているサービスである。民主党マニフェストも踏まえ、現在、障害者自立支援対策臨時特例交付金による基金事業として行われている福祉・介護職員の処遇改善に向けた取組については、介護保険の動向も踏まえ、引き続き処遇改善が図られる水準を担保すべきである。

また、基金事業の中には、これ以外にも、通所サービス等の送迎に係る費用の支援や、重度訪問介護等の利用促進のための市町村への財政支援といった、継続的な取組が必要なものがある。さらに、障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正の円滑な施行や新体系移行に伴う事業者支援・基盤整備への配慮も必要である。これらについて、新法制定への道程も念頭に、しっかりとした財政措置を講じていかなければならない。

2. 障害福祉サービス等の報酬改定においては、改定を取り巻く経済状況や、障害福祉サービス等はその大部分が国民の税金によって賄われていることも念頭に置きつつ、介護報酬改定の動向も踏まえ、必要な財源をしっかりと確保していくべきである。その際、個別の改定では、以下の課題を優先的な政策課題として配慮すべきである。

(1) 地域で暮らす障害者やその家族の支援を強化していかなければならない。グループホームやケアホームでの夜間支援の強化、介護者のレスパイトのための医療型ショートステイの拡充等のための取組を進めるべきである。

(2) 昨年12月に議員立法で、障害者自立支援法・児童福祉法の一部改正法が成立した。来年4月からの円滑な施行のため、相談支援や障害児支援の適切な報酬設定を行うべきである。

(3) 今回は、6年に1度、診療報酬・介護報酬と同時に行われる改定である。他制度の動向も踏まえて地域区分を見直すほか、医療との連携の観点も踏まえ、介護職員等によるたんの吸引等の評価について積極的に対応すべきである。

3. 新法についてはなお検討中であるが、骨格提言で取り上げられた新法の諸課題について、予算面も含め、積極的に取り組むべきである。

以上

診療報酬・介護報酬の改定
の検討状況について

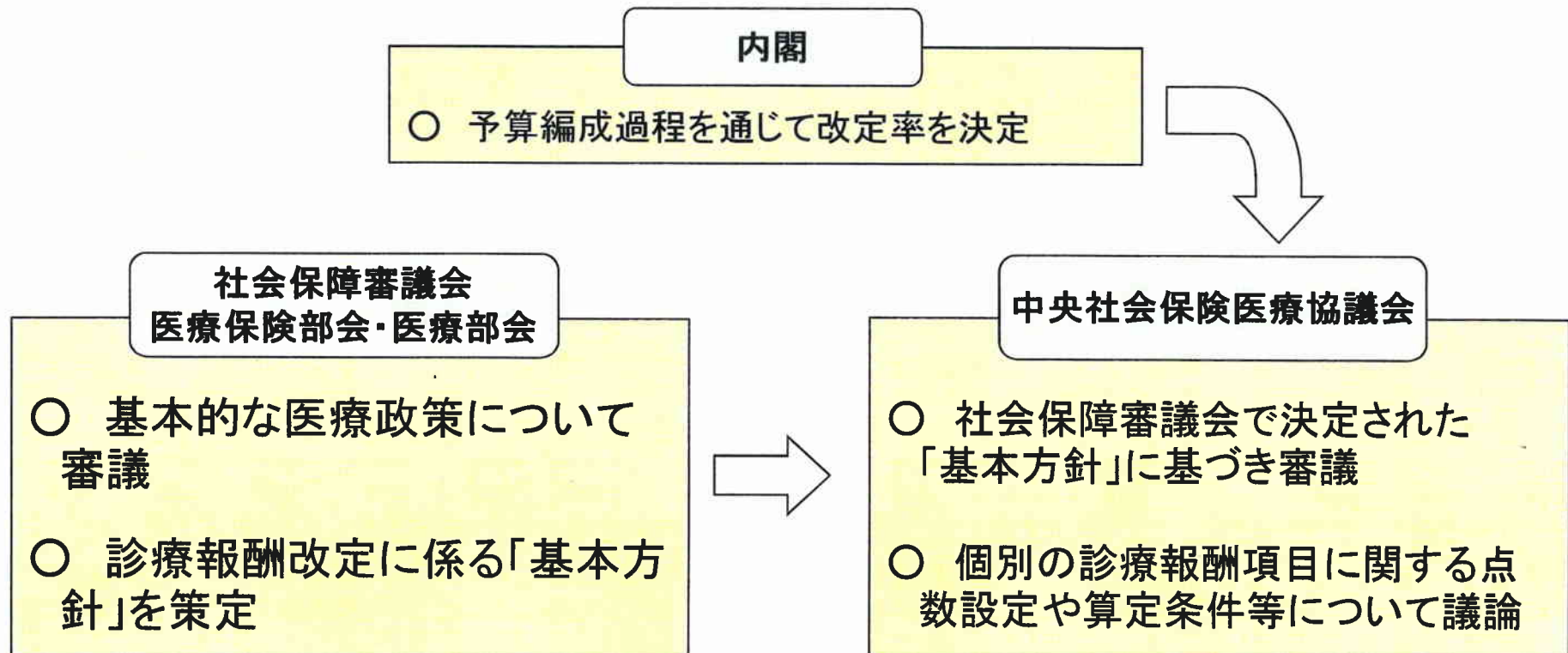
厚生労働省
平成23年12月14日

診療報酬改定について

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。



診療報酬改定率(%)の推移

| | 昭和59年 | 昭和60年 | 昭和61年 | 昭和63年 | 平成元年 ※消費税導入に伴う改定 | 平成2年 | 平成4年 | 平成6年 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|------|------|------|
| 診療報酬(本体) | 2.8 | 3.3 | 2.3 | 3.4 | 0.11 | 3.7 | 5.0 | 4.8 |
| 薬価、材料価格 | ▲5.1 | ▲2.1 | ▲1.6 | ▲2.9 | 0.65 | ▲2.7 | ▲2.5 | ▲2.1 |
| 診療報酬(本体)+薬価等 (ネット(全体)の改定率) | ▲2.3 | 1.2 | 0.7 | 0.5 | 0.76 | 1.0 | 2.5 | 2.7 |

| 平成8年 | 平成9年 | 平成10年 | 平成12年 | 平成14年 | 平成16年 | 平成18年 | 平成20年 | 平成22年 |
|------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 3.4 | 1.7 (0.32) | 1.5 | 1.9 | ▲1.3 | ±0 | ▲1.36 | 0.38 | 1.55 |
| ▲2.6 | ▲1.32 (0.45) | ▲2.8 | ▲1.7 | ▲1.4 | ▲1.0 | ▲1.8 | ▲1.2 | ▲1.36 |
| 0.8 | 0.38 (0.77) | ▲1.3 | 0.2 | ▲2.7 | ▲1.0 | ▲3.16 | ▲0.82 | 0.19 |

※平成9年における括弧内の数字は、消費税引き上げ(3%→5%)に伴う改定分

Manifesto 2009

22. 医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供する

【政策目的】

- 医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供する。
- 特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する。

【具体策】

- 自公政権が続けてきた社会保障費2200億円の削減方針は撤回する。医師・看護師・その他の医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬(入院)を増額する。

Manifesto 2010

5. 年金・医療・介護・障がい者福祉

- 診療報酬の引き上げに、引き続き取り組みます。

平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成23年12月1日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

重点課題

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- **救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減**
チーム医療の促進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等
- **医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実**
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**
退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等
- **医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**
急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- **効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**
後発医薬品の使用促進策 等

将来に向けた課題

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

平成24年度診療報酬改定について(抄)

平成23年12月7日
中央社会保険医療協議会

本協議会は、医療経済実態調査の結果、賃金・物価の動向、薬価調査及び材料価格調査の結果等を踏まえつつ、平成24年度診療報酬改定について審議を行ってきたところであるが、その結果を下記の通り整理したので、厚生労働大臣に意見を申し述べる。

記

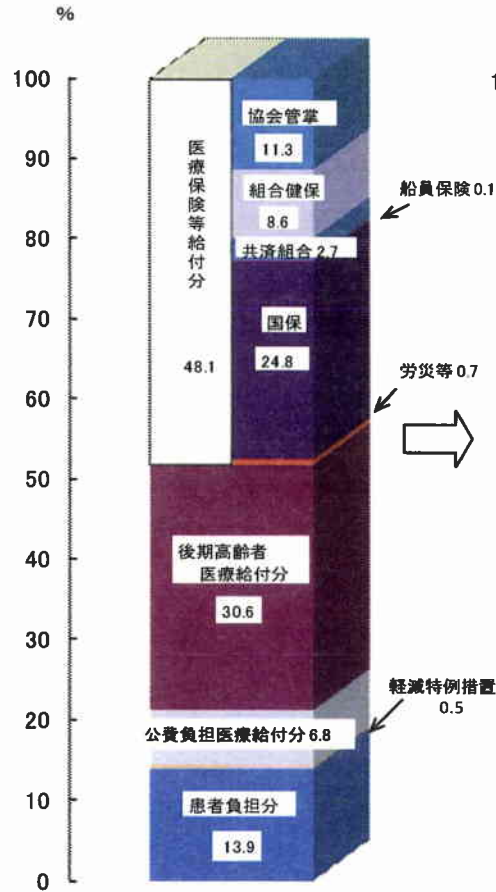
2. 平成24年度診療報酬改定について

- どのように平成24年度診療報酬改定に臨むべきであるかについては、次のような意見の相違が見られた。
まず、支払側は、景気や雇用情勢の悪化や賃金の低下など、国民生活が厳しい状況にあり、また、医療保険財政も急速に悪化している一方で、医療機関の経営状況は概ね安定的に推移していること等を踏まえれば、患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬全体(ネット)の引き上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られず、財源を効率的かつ効果的に配分すべきであるとの意見であった。
一方、診療側は、平成14年度改定から平成20年度改定までの全体(ネット)マイナス改定により、急性期医療を引き受ける大規模病院、地域医療を支える中小病院や一般診療所、歯科診療所、薬局の経営はなお不安定で、前回の全体(ネット)プラス改定のみでは不十分であり、また、国際的に見て我が国の税と保険料を併せた国民負担は低く、引き上げる余地があり、医療機関の経営が厳しい状況にある中で、国民の生命及び健康を守るために、診療報酬の引き上げによる医療費全体(ネット)での底上げを行うべきであるとの意見であった。
- 本協議会としては、基本方針の実現に向けた診療報酬改定の具体的検討を行う所存である。厚生労働大臣におかれては、これまでの本協議会の議論を踏まえ、平成24年度予算編成に当たって、診療報酬改定に係る改定率の設定に関し適切な対応を求めるものである。

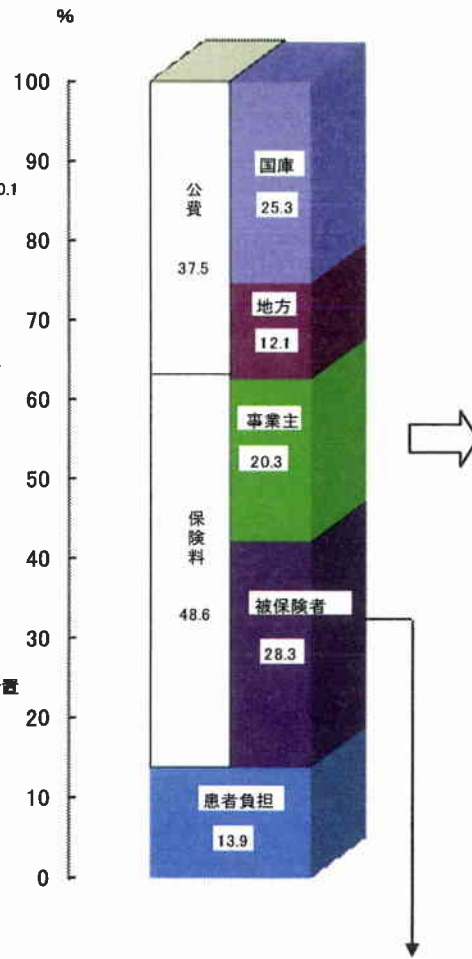
国民医療費の構造(平成21年度)

国民医療費 36兆67億円
一人当たり医療費 282,400円

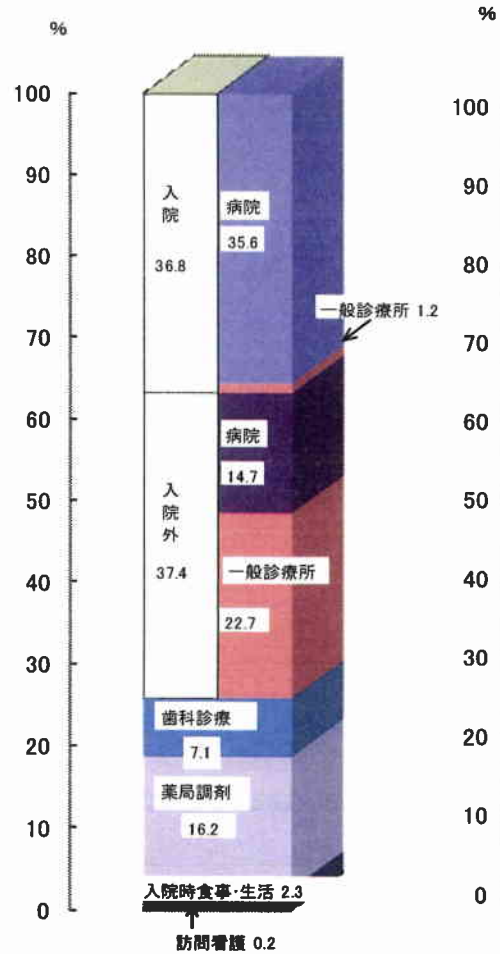
国民医療費の制度別内訳



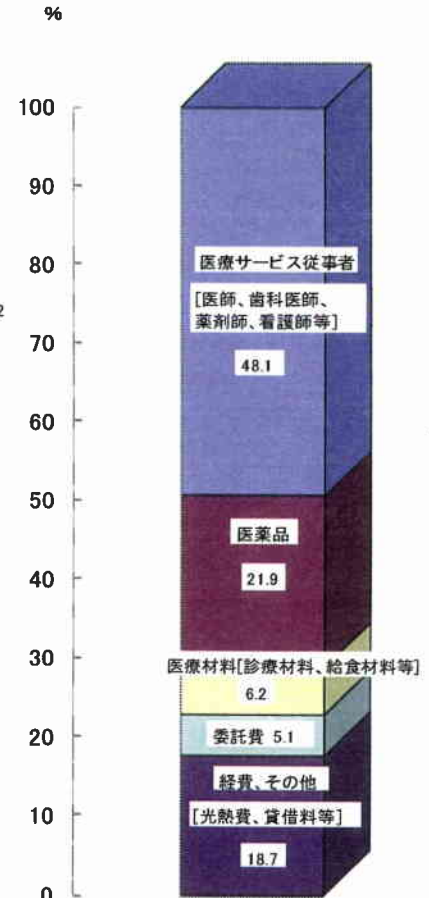
国民医療費の負担(財源別)



国民医療費の分配



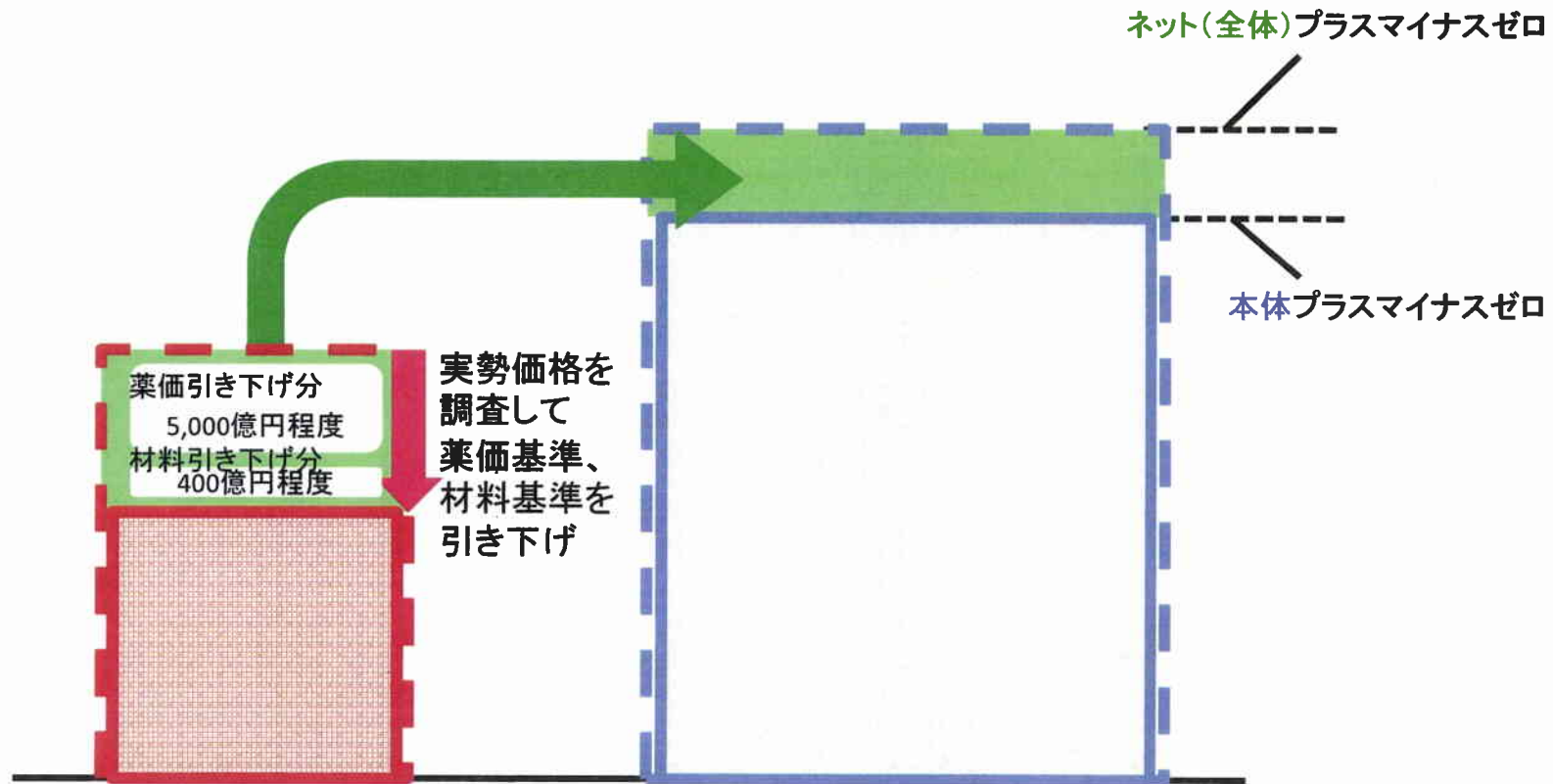
医療機関の費用構造



●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●平成21年度国民医療費、医療経済実態調査(平成21年7月)結果等に基づき推計

診療報酬改定と薬価・材料改定



薬価・材料
【約9兆円】

技術料
(診療報酬本体)
【約3.1兆円】

※ 技術料、薬価・材料の数値は平成24年度

介護報酬改定について

平成24年度介護報酬改定のスケジュール

介護給付費分科会

平成23年

10月 ・介護事業経営実態調査結果公表済み

10月
～11月 ・各サービスの報酬について審議

11月24日 ・審議報告(案)議論(その1)

12月5日 ・審議報告(案)議論(その2)

※12月7日取りまとめ

平成24年

1月 ・厚生労働大臣からの諮問を受け、答申

内閣

12月下旬 予算編成過程において介護報酬の改定率を決定

過去の介護報酬改定の経緯

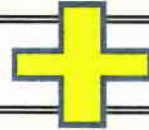
| 改定時期 | 改定にあたっての主な視点 | 改定率 |
|---------|--|-------|
| 平成15年改定 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化 | ▲2.3% |
| 平成18年改定 | <p>【H17.10施行】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し <p>【H18.4施行】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 | ▲2.4% |
| 平成21年改定 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証 | 3.0% |

平成24年度介護報酬改定の基本的考え方①

「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」(平成23年12月7日)より作成

介護保険制度の基本理念

介護保険の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった人びとが「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことであり、介護保険給付の内容及び水準は、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」とされている。



基本認識

1. 地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、本年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。
2. また、本年6月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる。
3. さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配慮する。
4. 介護報酬の全体的な水準については、賃金・物価の下落傾向、介護事業者の経営状況の改善傾向などを踏まえつつ、介護給付費の増加による保険料の上昇幅をできる限り抑制する必要がある一方、介護職員の安定的な確保に向けて処遇改善を継続する必要があることに留意し、適正なものとする必要がある。



介護保険制度の基本理念を追求するため、上記の基本的な認識の下で改定を実施。

平成24年度介護報酬改定の基本的考え方②

地域包括ケアシステムの構築推進

地域包括ケアシステムの基盤強化

- 在宅・居住系サービスの機能強化
 - ・高齢者の自立支援に資するサービスへの重点化
 - ・要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者への対応強化
- 施設の機能強化
 - ・介護保険施設に求められる機能(在宅復帰、要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者への対応)に応じたサービス提供の強化

医療と介護の役割分担・連携強化

- 在宅生活時の医療機能の強化に資する、サービスの充実及び看取りの対応強化
- 介護施設における医療ニーズの対応強化
- 入・退院時における医療機関と介護事業者との連携促進



認知症に相応しいサービスの提供

地域包括ケアシステムを支える介護人材の確保

- 介護報酬において、事業者における処遇改善を評価する。
- 地域間の人件費の差を考慮するため、国家公務員の地域手当に準じた見直しを行う。

今後の課題(介護の基本理念の追求)

ケアプラン・ケアマネジメントの
評価・検証手法の確立

認知症のケアモデルの
開発及び体制整備

介護サービスの質の向上に
向けた評価手法の確立

平成24年度介護報酬改定に関する審議報告(概要)

介護保険制度の基本理念

介護保険の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった人びとが「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことであり、介護保険給付の内容及び水準は「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」とされている。

基本認識

1. 地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、本年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。
2. また、本年6月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる。
3. さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配慮する。

基本的な考え方及び重点課題

介護保険制度の基本理念を追求するため、以下の基本的な考え方に則った改定を実施する。

1. 地域包括ケアシステムの基盤強化

高齢者が住み慣れた地域で生活し続けることを可能にするため、
①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高い高齢者に対応した在宅・居住系サービスを提供する。

また、重度者への対応、在宅復帰、医療ニーズへの対応など、各介護保険施設に求められる機能に応じたサービス提供の強化を図る。

2. 医療と介護の役割分担・連携強化

医療ニーズの高い高齢者に対し、医療・介護を切れ目なく提供する観点から、医療と介護の役割分担を明確化し、連携を強化するため、

- ①在宅生活時の医療機能の強化に向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリテーションの充実並びに看取りへの対応強化、
- ②介護施設における医療ニーズへの対応、
- ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進、を進める。

また、これらを実現するために、看護職員等医療関係職種をはじめ必要な人材確保策を講じる必要がある。

3. 認知症にふさわしいサービスの提供

認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくため、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設において必要な見直しを行う。

4. 介護職員の処遇改善等に関する見直し

(1) 介護職員の処遇改善に関する見直し

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。

介護職員の処遇を含む労働条件については、本来、労使間において自律的に決定されるべきものである。他方、介護人材の安定的確保及び資質の向上を図るためには、給与水準の向上を含めた処遇改善が確実かつ継続的に講じられることが必要である。そのため、当面、介護報酬において、事業者における処遇改善を評価し、確実に処遇改善を担保するために必要な対応を講ずることはやむを得ない。

これは、介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取扱いとして設けるものである。

(2) 地域区分の見直し

地域区分については、現在の特甲地の区分を3分割し、地域割りを7区分にする見直しを行う。また、適用地域や上乘せ割合についても、国家公務員の地域手当に準じた見直しを行う。さらに、適用地域について、国の官署が所在しない地域等においては、診療報酬における地域加算の対象地域の設定の考え方を踏襲する見直しを行う。

地域区分の見直しに伴い、報酬単価の大幅な変更を緩和する観点から、各自治体の意見を踏まえ、平成26年度までの経過措置等を設定する。

今後の主な検討課題

次回の介護報酬改定までに、以下の事項について、着実に検討を進めることが必要。

- ・認知症早期診断・治療、ケア体制の確立と認知機能の低下予防、介護サービス事業の普及、認知症ケアモデルの開発とそれに基づく人材の育成、市民後見人の育成など地域全体で支える体制の充実
- ・介護サービスの質の向上に向けた具体的な評価手法の確立や、利用者の状態を改善する取組みを促すための報酬上の評価
- ・ケアプランやケアマネジメントの評価・検証手法の検討や、ケアプラン様式の見直しなどによる成果の活用・普及
- ・介護事業所、介護施設における医師・看護職員の配置の在り方の検討・見直し
- ・施設から在宅まで高齢者の状態に応じたリハビリテーションの包括的提供、リハビリ専門職と介護職との連携強化、リハビリテーションの効果の評価手法の研究
- ・効果が高い介護予防サービス提供の在り方の検証・見直し

資料

平成23年12月14日

財務省

12月9日(金)に吉田政務官から藤田政務官にお示した内容

- ① 政策仕分けの提言、賃金や物価の下落傾向などを踏まえると、**診療報酬本体は▲1%程度引き下げるべき**、その上で、急性期医療など特に負担の重い分野に重点配分すべき

- ② 「先発医薬品の薬価は後発医薬品の薬価を目指して大幅に引下げ」という政策仕分けの提言を踏まえ、24年度に30%という厚労省の目標を前提に考えると、**先発薬の薬価を▲10%程度引き下げるべき**

- ③ 「ビタミン剤など市販品類似薬は、一部医療保険の対象から外すことについても検討すべき」という政策仕分けの提言を踏まえ、医療現場で混乱が起こらないようにしつつ、**ビタミン剤の一部について医療保険の対象から外す方策についてお示しいただきたい**

医療費の内訳

費用構造 ⇒ 医師等の人件費:約5割、医薬品:約2割、その他:約3割

| | | | |
|-------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| 国民医療費(36.0) | | | |
| 医師等の人件費:48%(17.3) | 委託費・光熱費等 24%(8.6) | 医療材料 6%(2.2) | 医薬品 22%(7.8) |

・医療機関別 ⇒ 病院:50%、診療所:24%、歯科診療所:7%、調剤薬局:16%
その他:2%(0.9)

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------------|------------------|--|
| 病院:50%(18.1) [入院:36%(12.8)、外来:15%(5.3)] | 診療所:24%(8.6) [外来:23%(8.2)] | 歯科診療所 7%(2.6) | 調剤薬局 16%(5.8) | |
|--|-------------------------------|------------------|------------------|--|

・年齢階級別 ⇒ 65歳以上(人口の2割)で約5割、75歳以上(人口の1割)で約3割

| | |
|-----------------|--|
| 65歳未満:45%(16.1) | 65歳以上:55%(19.9) [70歳以上:45%(16.1)、75歳以上:33%(11.7)] |
|-----------------|--|

※ 病院:20床以上の医療機関、診療所:19床以下の医療機関

(注) 数字は2009年度ベース〔()内は金額(兆円)〕

医療費の増大が国民負担に及ぼす影響

医療費が増大すれば、税(公費)負担増(37%)、保険料負担増(49%)、患者負担増(14%)という形でただちに国民負担増につながる。診療報酬の増額を行えば、国保・健保の保険料アップに直結。

医療費40.7兆円(概算要求額からの推計値)の内訳

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------|
| 税(公費):37% [国:25%、地方:12%] | 保険料:49% [事業主:20%、被保険者:28%] | 患者負担等 14% |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------|

診療報酬を1%引き上げた場合



約4100億円の医療費増

| | | |
|----------------------------------|--------------|-----------------|
| 税(公費) 約1500億円増 (うち国費約1000億円増) | 保険料 約2000億円増 | 患者負担 約600億円増 |
|----------------------------------|--------------|-----------------|

企業の
健保組合

中小企業が
主体の
協会けんぽ

市町村国保

真に必要な部門への配分の重点化により、医療崩壊を食い止める一方で、国民負担は抑制していくべき。

診療報酬の改定率

診療報酬本体

薬価等

いわゆる「ネット」の
診療報酬改定率

今回 (24年) ? 今回 (24年) ▲1.3 %程度 (▲5,000億円程度) 24年 ?

| | | |
|-----|-------|---------|
| 前回 | (22年) | +1.55 % |
| 前々回 | (20年) | +0.38 % |
| | 18年 | ▲1.36% |
| | 16年 | ± 0% |
| | 14年 | ▲1.3 % |
| | 12年 | +1.9 % |
| | 10年 | +1.5 % |

医師、看護師の人的費など



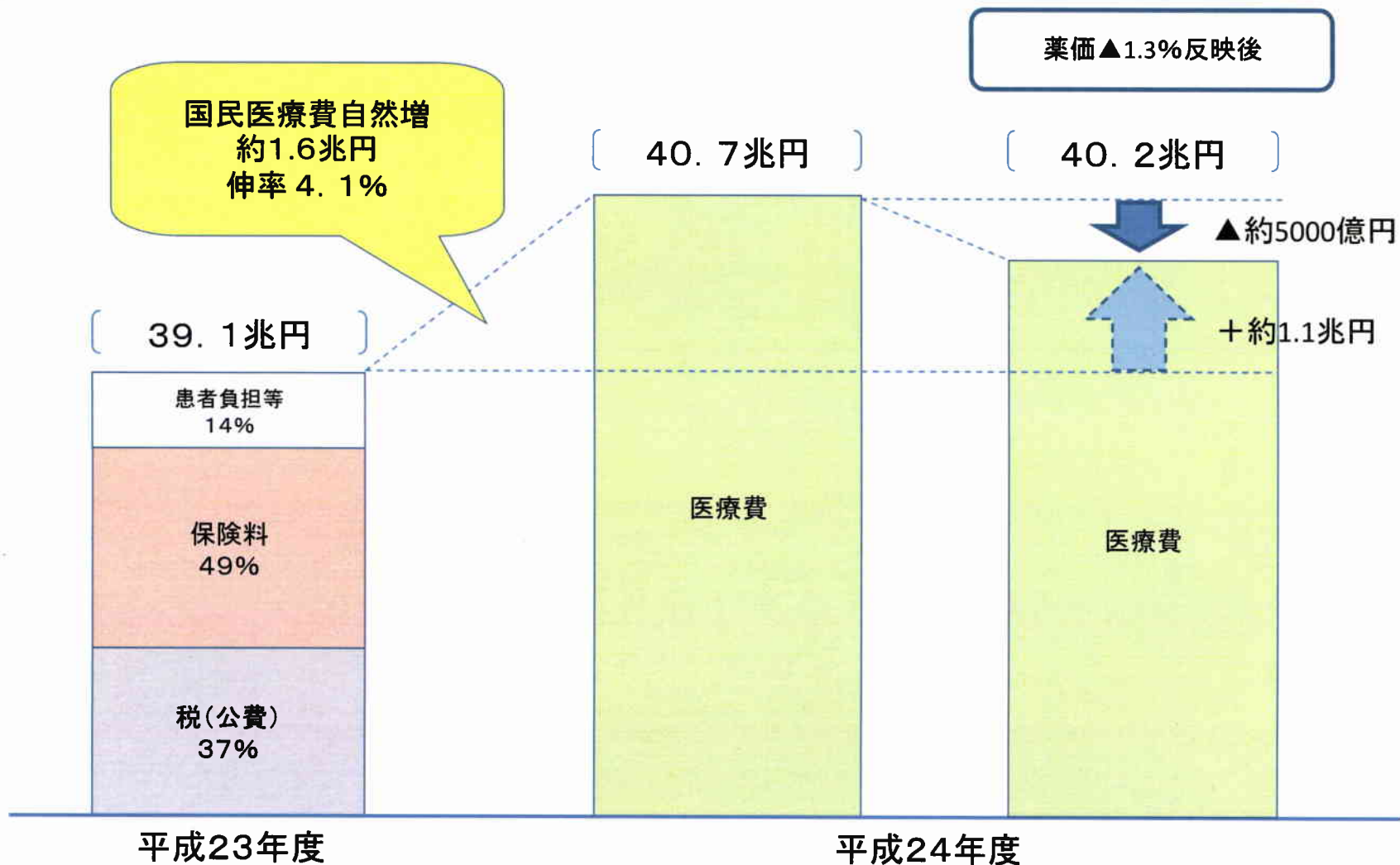
| | | |
|-----|-------|---------|
| 前回 | (22年) | ▲1.36 % |
| 前々回 | (20年) | ▲1.2 % |
| | 18年 | ▲1.8 % |
| | 16年 | ▲1.0 % |
| | 14年 | ▲1.4 % |
| | 12年 | ▲1.7 % |
| | 10年 | ▲2.8 % |

流通価格の下落を反映して
毎回マイナスとなる



| | |
|-----|--------|
| 22年 | +0.19% |
| 20年 | ▲0.82% |
| 18年 | ▲3.16% |
| 16年 | ▲1.0% |
| 14年 | ▲2.7% |
| 12年 | +0.2% |
| 10年 | ▲1.3% |

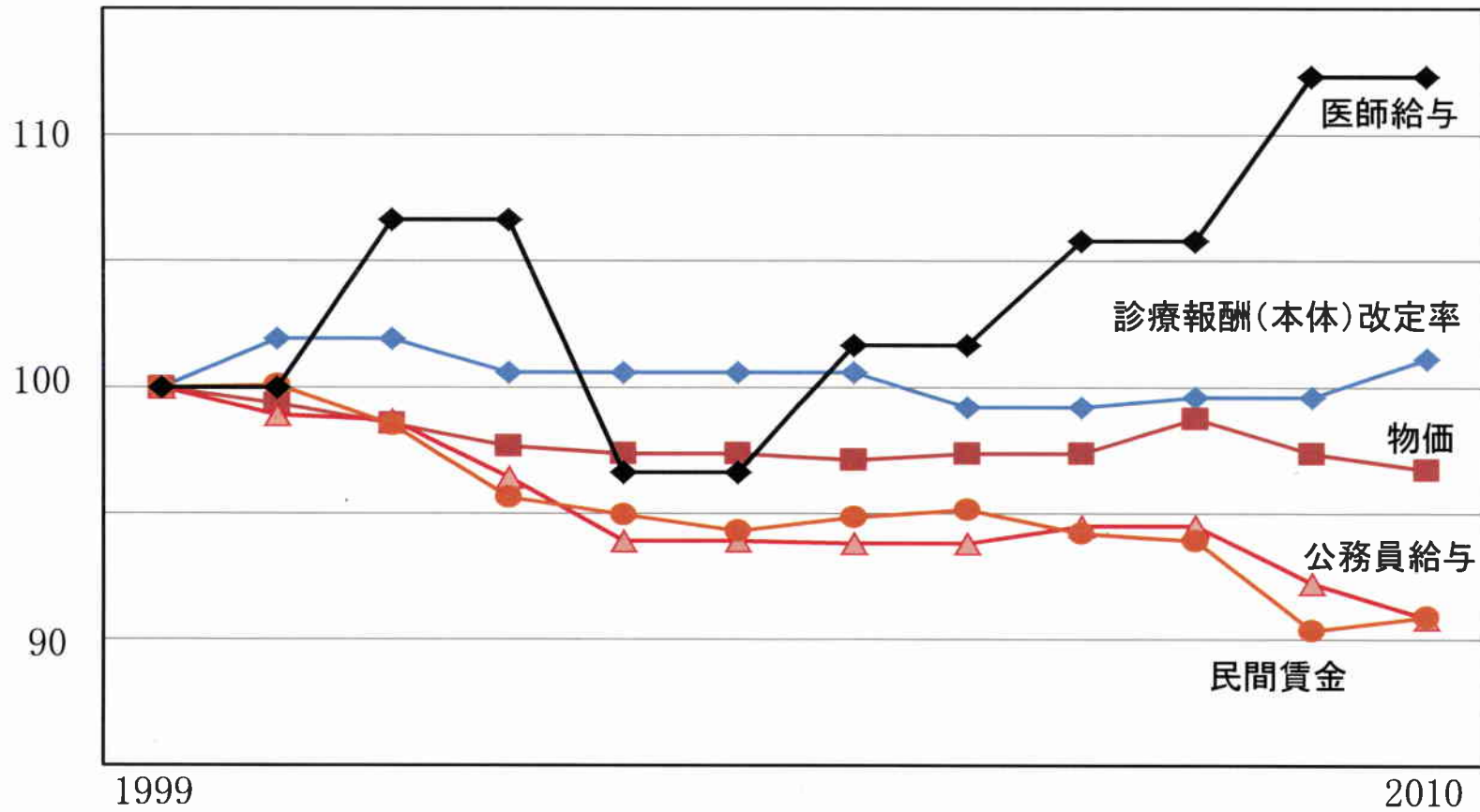
国民医療費の自然増と診療報酬改定の規模



(注) 24年度国民医療費は、24年度概算要求ベースの医療費(推計値)である。

人件費カットやデフレ傾向との乖離

1999年度を100とした時の賃金・物価動向の推移



- ※ 医師給与=医療経済実態調査 病院勤務医(医師・歯科医師)
- ※ 物価=消費者物価指数
- ※ 公務員給与=人事院勧告(行(一))平均給与
- ※ 民間賃金=毎月勤労統計

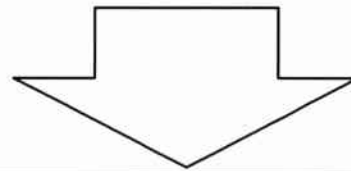
前回改定以降の賃金と物価を勘案した場合

| | 22年度 | 23年度 | 累計 | |
|---------|-------|-------|-------|---|
| 人事院勧告 | ▲1.5% | ▲0.2% | ▲1.7% | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 診療報酬本体 薬価 </div> 医療費 = 人件費5割、物件費3割、薬剤費2割 → ▲1.7 × 5割 + ▲0.5% × 3割 = <u>診療報酬本体への影響は▲1.0%</u> |
| 消費者物価指数 | ▲0.4% | ▲0.1% | ▲0.5% | |

※人事院勧告は行(一)職員の平均年間給与の増減率

※消費者物価指数の23年度は4月～9月の指数の単純平均と22年度の指数との比較

前回改定以降の賃金と物価を勘案すれば
診療報酬本体には▲1.0%の影響。



今回の診療報酬本体改定率が▲1.0%より上であれば、
実質的にプラス改定

平成24年度診療報酬改定に関する要請

(要請書を提出した6団体)

- 健康保険組合連合会
- 国民健康保険中央会
- 全国健康保険協会

- 全日本海員組合
- 日本経済団体連合会
- 日本労働組合総連合会

平成23年11月11日付

平成24年度診療報酬改定に関する要請(概要)

- 厳しい経済・社会情勢や国民負担、保険者の財政状況、さらには先日公表された医療経済実態調査結果で医療機関の経営状況がおおむね改善傾向にあることが明らかになったことなどを考慮すると、**患者負担や保険料負担の増加につながる診療報酬の引上げを行うことは、とうてい国民の理解と納得が得られない。**
- 前回改定において、重点的に取り組んだ勤務医対策や産科、小児科、救急医療対策の効果を検証しつつ、**病院に勤務する医療従事者の負担軽減と人員確保をさらに進める**など、必要性の高い医療に対しては大胆かつ重点的な評価を行う。
- 限られた財源を効率的かつ効果的に配分するため、入院期間の短縮、社会的入院の解消等に向けた見直し・適正化を図っていくことが重要。

薬価算定の仕組み

薬価基準 (医療保険が支払われる際の医薬品の価格を定めたもの)

⇒ **全国統一の公定価格**

特許期間

(市場実勢価格に基づき2年ごとに薬価改定)



新薬

薬価算定方式

- 類似薬効比較方式
- 原価計算方式



後発品

(初めて収載)

薬価算定方式

- 先発品の0.7掛け



後発品

(他の後発品あり)

薬価算定方式

- 最低価格の後発品と同価格

後発医薬品の使用促進

先発品と後発品では成分が同じでも1.5~3.5倍の価格差がある。

世界的に見ると我が国の後発医薬品の使用は非常に少ない。

後発品の使用が促進されれば、医療の質を維持しつつ、患者負担や国民負担の軽減が可能となる。

<先発品と後発品で薬価の差が大きい例>
 ……高脂血症用剤(5mg 1錠)

先発品: 薬品 A 59.30円 (100)

後発品: 薬品 B 35.40円 (60)
 薬品 C 27.30円 (46)
 薬品 D 15.60円 (26)

<先発品と後発品で薬価の差が小さい例>
 ……X線造影剤(50ml 1瓶)

先発品: 薬品 E 5,335円 (100)

後発品: 薬品 F 3,985円 (75)
 薬品 G 3,651円 (68)
 薬品 H 3,239円 (61)

| 国名 | ジェネリック医薬品シェア(単位:%)(2011年度) | |
|------|----------------------------|-----|
| | 数量 | 金額 |
| 日本 | 22.8 | 8.8 |
| アメリカ | 72 | 14 |
| イギリス | 65 | 26 |
| ドイツ | 63 | 24 |
| フランス | 23 | 12 |

(出典)日本:厚生労働省 2011年9月 薬価調査

アメリカ、イギリス、ドイツ: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, Dec MAT 2009

フランス:フランス政府・医療用品経済委員会(CEPS)報告

(注)諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較できないことに留意が必要。

市販品類似薬の具体例

○価格だけを比較すれば、市販品の方が安くなっており、医療用医薬品の3割～6割の価格となっている。
○しかし、医療保険適用となった場合、7割は保険で賄われるため、市販品の価格より少ない負担で購入することが可能な医薬品もある。(下表①、③)

| 市販品と医療用医薬品の比較 | | | | | | | |
|---------------|-----|--------|--------|--------|------|------|--------|
| 区分 | 市販品 | | 医療用医薬品 | | | | |
| | 名称 | 価格 | 名称 | 価格 | 3割負担 | (薬価) | (薬価3割) |
| ① ビタミン剤 | A | 1,575円 | AA | 2,840円 | 852円 | 300円 | 90円 |
| ② うがい薬 | B | 609円 | BB | 2,340円 | 702円 | 609円 | 51円 |
| ③ 湿布 | C | 924円 | CC | 2,240円 | 672円 | 70円 | 21円 |

※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。

※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。

※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、一般的な調剤薬局で購入した場合の価格であり、再診料、処方料、調剤料等が含まれるため、調剤薬局の施設基準等により異なる場合がある。

※4 医師に処方された医療用医薬品については、医療保険の適用となり、7割が保険で賄われるため、患者負担は3割となる。
ただし、患者負担割合は年齢によって一部負担割合が異なる。

医療サービスの機能強化と効率化・重点化

- 論点① 医療サービスの価格はどうあるべきか。
- 論点② 今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。
- 論点③ 病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

国民・地域のニーズを具体的に把握して、診療報酬の改定を行うべき。その中で、勤務医と開業医、また診療科目間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。また、医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める。

また、医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体(医師の人件費等)については、「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があったことを重く受け止めて対応されたい。

加えて、中長期的な検討課題として提案された地域・診療科目間の偏在の解消など、医師不足の問題に対応する医療供給体制の在り方について、社会保障審議会で検討の上、行政刷新会議に報告されたい。

また、診療報酬の加算が効果的に待遇改善につながるよう、勤務条件が厳しい診療科を中心に待遇改善につながる条件付けを行うべき。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」(平成23年11月22日)におけるとりまとめ(方向性)

後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策

論点① 後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。

論点② 病院でも薬局でも買うことのできる薬の負担はどうあるべきか

先発品の薬価は後発医薬品(ジェネリック)の薬価を目指して大幅に引き下げ、医療費の支出と国民の負担を最小限にすべき。併せて、先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべき。加えて、医師・薬剤師から主な先発品・後発品のリストを患者に提示する義務を課すことについても検討すべき。後発医薬品の推進のロードマップを作成し、行政刷新会議に報告すること。

ビタミン剤など市販品類似薬については、自己負担割合の引き上げを試行すべき。さらに、**一部医療保険の対象から外すことについても検討**すること。