

6月に閣議決定される政府の「骨太方針」に向けた政策課題

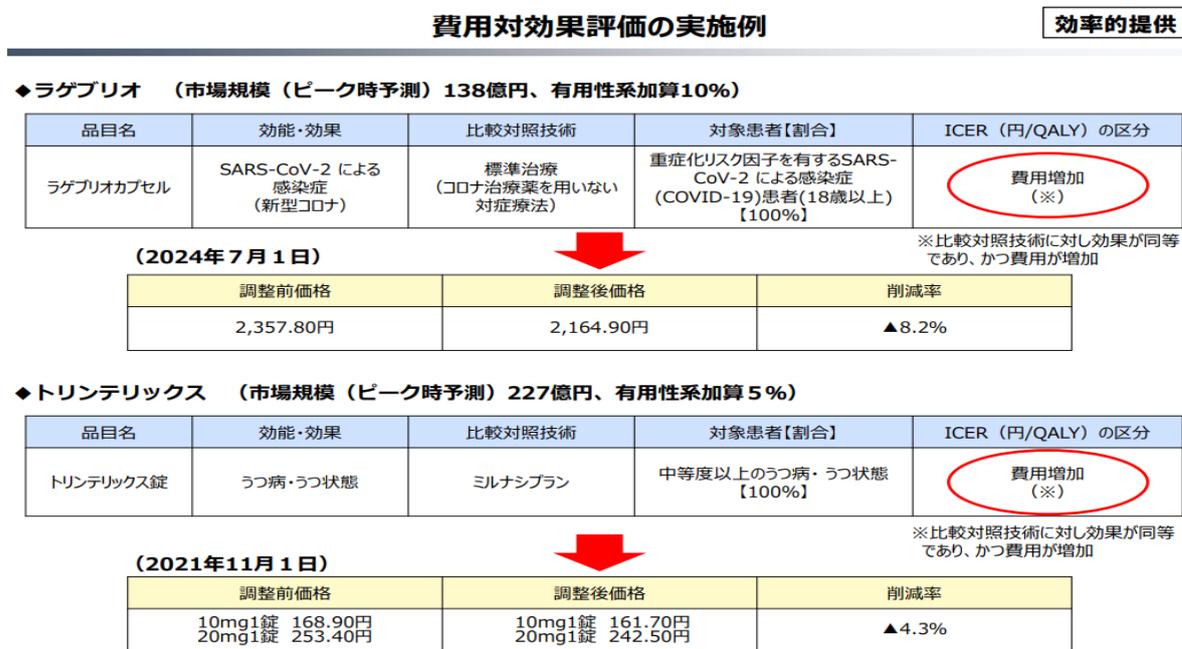
財務省は4月16日の財政制度等審議会の財政制度分科会(十倉雅和経団連会長が分科会長)に、6月に閣議決定を予定している政府の「骨太方針」に向けた政策課題として、医療保険給付範囲の削減や、医療提供体制における「偏在対策」の仕組みの導入などについて提案しました。

費用に対して得られる治療効果に応じ、医薬品の保険適用の可否を決める仕組みの導入

○2019年4月から運用が開始された高額な新薬の費用対効果評価制度は、患者を健康な状態で1年延命させるための費用(「増分費用効果比」)が既存の医薬品より500万円(抗がん剤等は750万円)を超えると薬価を引き下げる仕組みです(図1)。

現状、評価対象は市場規模の大きい、又は単価の高い医薬品に限定されており、4月10日時点で費用対効果評価を実施したのは36品目にとどまっております、うち27品目の薬価が引き下げられています。

(図1)



○財務省は、かかる費用に対して得られる治療効果に応じ、医薬品の保険適用の可否などを決める仕組みの導入を提案しました。

具体的には、「経済性の観点を診療の現場にも徹底させるべき」だと主張して、費用対効果の評価を保険適用の可否を決める判断基準に活用するとしています。

○また、費用対効果評価を本格的に活用すると、保険適用されない医薬品が拡大すると見込まれると結論付けて、保険外併用療養費（＝選定療養）の「柔軟な活用・拡大」や、国民・患者に対して民間医療保険を活用することを求めました。

## セルフメディケーション（自己治療）を推進して、医薬品の保険給付を削減

財務省は、医薬品の保険給付範囲を削減する目的で、「軽微な不調は自ら対応するセルフメディケーション（自己治療）を推進」することを提案しました。

具体的な方策は次の通りです。

- (1) 市販薬と効果が似た処方薬を保険給付から外すという「スイッチOTC化」を進め、薬局で国民・患者が自ら購入できる医薬品の品目数を増やす（図2）。
- (2) 有用性が低いと評価された医薬品については、患者負担を増やす。
- (3) 医薬品の種類、医薬品の有用性に応じて患者負担割合を設定する。
- (4) 薬剤費の一定額までを全額患者負担とする。例えば、スウェーデンは年間約1万6千円まで全額患者負担としている。

（図2）

◆医療用医薬品を処方された場合とOTC薬を購入した場合の比較（2020年時点）

	医療用医薬品を処方された場合					OTC薬を購入した場合
	薬剤費※1	その他の医療費※2	医療費の合計	患者自己負担額 (3割負担)	保険者の負担額	OTC価格※3
花粉症薬 (フェキソフェナジン60mg 14日分)	420～ 1,400	5,670	6,090～ 7,070	1,830～ 2,142	4,270～ 4,998	565～ 2,075
漢方薬（感冒） (葛根湯（顆粒）※4 4日分)	160～ 240	5,670	5,830～ 5,910	1,755～ 1,776	4,095～ 4,144	657～ 1,980
湿布薬 (ロキソプロフェン50mg 14枚)	170～ 290	5,220	5,390～ 5,510	1,617～ 1,653	3,773～ 3,857	1,730～ 1,737
保湿剤 (ヘパリン類似物質 0.3% 50g (1本))	220～ 1,080	5,220	5,440～ 6,300	1,632～ 1,890	3,808～ 4,410	1,134～ 2,494

保険者がヘルスケアポイント(例えば1,000円分)を付与する場合、その分負担は減少する。

（出所）第133回社会保障審議会医療保険部会資料（2020年11月12日）

※1 複数銘柄がある場合は最も薬価の安いものと最も高いものを記載（薬価は2020年4月時点のもの）。薬剤費は診療報酬点数として算定した場合の費用を記載。

※2 初診料（288点）、処方箋料（68点）、調剤基本料（42点）、薬剤服用歴管理指導料（57点）、調剤料（処方日数に対応した点数）、後発医薬品調剤体制加算2（22点）を算定したケースで算出。

※3 OTC薬は購入先やメーカーの違い（ブランド品、それ以外）によって価格は大きく異なる。確認できた範囲における最安値からメーカー希望小売価格までの範囲を記載。

※4 葛根湯（顆粒）の場合、OTC薬は医療用医薬品に比べて、1/4～1/3程度成分の含量が少ない場合がある。

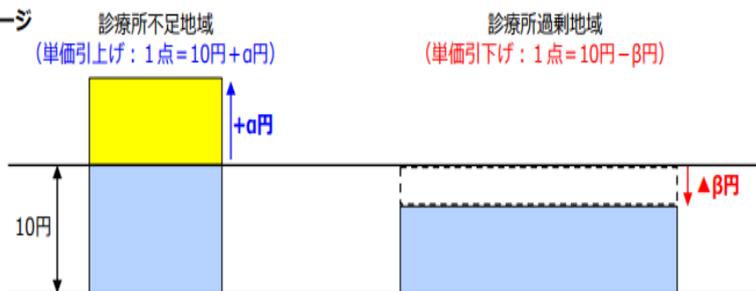
## 医療提供体制における「偏在対策」の仕組みの導入

財務省は、診療所の偏在是正のために診療報酬の地域別単価の仕組みや、医師過剰地域における診療所の新規開業規制の導入などについて提案しました。医師偏在を理由に地域単位で「医療の提供量」をコントロールする狙いです。

○診療報酬の地域別単価の仕組みについては、診療所不足地域と過剰地域では異なる1点当たり単価を設定し、診療所過剰地域から不足地域へ医療資源が移るようにする仕組みを検討していくことを提案しました。

○当面の措置として、診療所過剰地域で1点あたり単価（10円）の引き下げを先行させて、それによって生じた財源を活用し、医師不足地域における対策を強化することも考えられるとしています。

◆診療所の偏在是正のための地域別単価のイメージ



○医師過剰地域における診療所の新規開業規制の導入については、地域別の診療報酬体系の導入とあわせて、ドイツやフランスの例も参考に検討することや、病院勤務医から開業医へのシフトを促すことのないように、現行の診療報酬体系を「適正化」していくことを提案しました。

○国民皆保険である公的医療保険制度のもと、診療報酬について被保険者間の公平性を担保する観点から、全国一律の点数が公定価格として設定されています。診療所の過不足の状況に応じて診療報酬を調節する仕組みは、診療所不足地域の患者の窓口負担が、過剰地域の患者に比べて高くなり、国民・患者の理解は得られません。

「規制的手法を検討すべきである」——武見敬三厚労大臣

医師偏在対策については、厚労省では「医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」で、文科省では「今後の医学教育の在り方に関する検討会」でそれぞれ検討を進めています。

○2つの検討会での議論が行われている中、武見敬三厚労大臣は4月7日のNHK番組で、▽地域ごとに医師の数を割り当てるという規制的手法を検討すべきである、▽あわせて、地域におけるかかりつけ医機能の強化も進める必要があると述べました。

○武見大臣は4月12日の閣議後の会見においても、「医師の偏在あるいは診療科の医師の偏在、こうしたことについて今まで幾度も改善の努力をしてきたが、その効果がなかなか出ずに今日に至っている。こうした状況を放置できないという切迫感がある。前例に囚われない方法で、改革をしなければならないだろう。検討を行う際には、規制的手法だけでなく、オンライン診療の充実を含め、医療の提供体制を包括的に考えながら議論しようということで、省内にそのための検討体制を作ることを指示している」と述べました。

「かかりつけ医機能が発揮される制度」の施行に向けた基本的な考え方

厚生労働省は4月12日の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」に、2025年4月から開始する「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に向けた基本的な考え方（案）」について提案しました。

- ①「かかりつけ医機能を有する医療機関」の機能の内容について、国民・患者に情報提供し、明確化することによって、国民・患者のより適切な医療機関の選択に資する。
- ②「かかりつけ医機能を有する医療機関」の機能の内容や今後、担う意向について地域の協議の場に報告し、地域での確保状況を確認して、地域で不足する機能を確保する方策を検討・実施することによって、地域医療の質の向上を図る。
- ⇒ 具体的な方策は、▽プライマリケア研修や在宅医療研修等の充実 ▽夜間・休日対応の調整  
▽在宅患者の 24 時間対応の調整 ▽後方支援病床の確保 ▽地域の退院ルール等の調整 ▽地域医療連携推進法人制度の活用など。
- ③地域性を踏まえた多様な「かかりつけ医機能を有する医療機関」のモデルの提示を行い、地域で不足する機能の確保のため、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化するように促す。

④今年の夏頃までに取りまとめを行う主な内容

(1) 施行に向けて省令やガイドライン等で定める必要がある事項

- ・「かかりつけ医機能を有する医療機関」の明確化
- ・「地域における協議の場」での協議
- ・「かかりつけ医機能を有する医療機関」の患者等への説明

(2) かかりつけ医機能が発揮されるための基盤整備、国の支援のあり方など

- ・地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修充実
- ・地域におけるかかりつけ医機能の実装に向けた取組（在宅医療・介護連携推進事業、地域医療連携推進法人、都道府県・市町村職員の研修など）
- ・医療DXによる情報共有基盤の整備

(文責:医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之)