

2023\_0615  
医療関連サービス振興会  
月例セミナー

## かかりつけ医の社会実装に向けた課題と 医薬品をめぐる課題

岩手医科大学 医学部 客員教授  
BCG シニア・アドバイザー  
(一社) 日本在宅ケアアライアンス 副理事長  
武田俊彦



JHHCA

1

はじめに  
(イギリスのかかりつけ医)

2



3



4



イギリスのGPクリニック（待合室）



イギリスのGPクリニック（外部）



イギリスのGPクリニック（掲示）

## イギリスのGP／プライマリケア（未定稿）

- コロナへの対応
- GPに勤務する医師の動向
- コロナ前後での変化
- 高齢化への対応
- 社会的処方
- その他

7

## ポストコロナの医療提供体制の課題

8

## コロナで問われる医療提供体制(入院から在宅へ)

- 陽性者全員を入院・隔離できる医療体制  
↓
- 自宅療養、宿泊療養と入院医療の組み合わせ (振り分けとフォローアップ)  
↓
- 重症者を受け入れられる病床の増強 (病院に求められる機能の純化・強化)  
↓
- 後方病棟への転院の促進 (機能連携・患者の流れ)  
↓
- 在宅医療による患者支援・多職種協働 (ネットワーク・医療介護連携拠点)

→ 「高度医療提供」と「地域包括ケア」の充実が切り札

※ 在宅医療も、看取りの医療から急性期にも対応へ

予防も含めて、真の「かかりつけ医」とそのための政策が問われる。

※※ オミクロン株が救急をマヒさせる → 高齢者施設で(外から)医療を

9

## 今後の医療提供体制(想定されるもの)

→ 「高度医療提供」と「地域包括ケア」の充実が切り札

※ 在宅医療も、看取りの医療から急性期にも対応へ

予防も含めて、真の「かかりつけ医」とそのための政策が問われる。

※※ オミクロン株が救急をマヒさせる → 高齢者施設で(外から)医療を

### ・ 高度急性期の必要性

= ICUの必須化 = 地域中核、スタッフ集積、常時稼働病床減

注:キャノングローバル総研 CIGS「ポストコロナの医療提供体制シンポジウム」(HPで動画公開中)

### ・ 地域包括ケアの機能強化

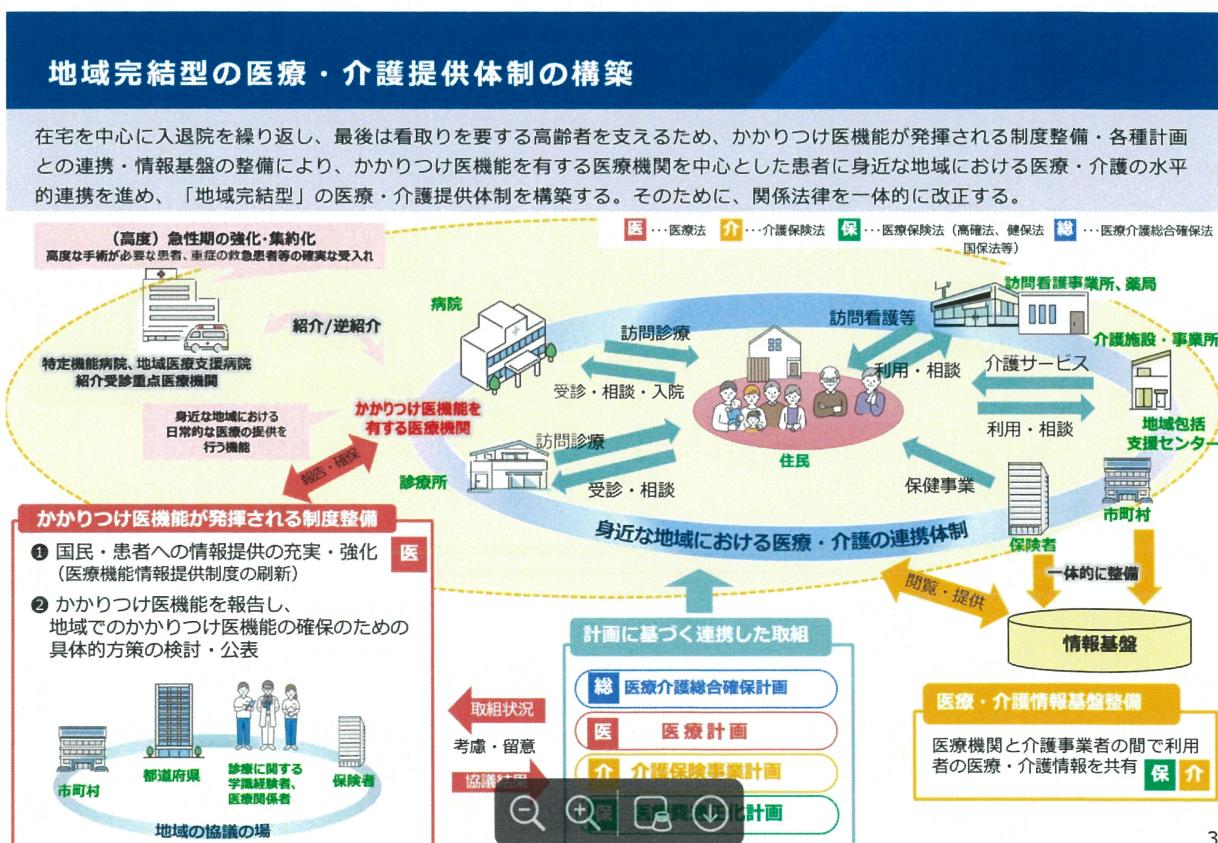
= 看取りから軽度救急、急性増悪、介護重度化も視野に

→ 病院なのか、診療所ネットワークなのか、介護なのか

10

# かかりつけ医機能が発揮される制度整備

11



## かかりつけ医機能が発揮される制度整備

### 趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に取り組まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
  - ・ 国民・患者が、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できるための情報提供を強化し、
  - ・ 地域の実情に応じて、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ことで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

### 概要

#### (1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

#### (2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- 慢性疾患有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的実施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求ることとする。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

#### (3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

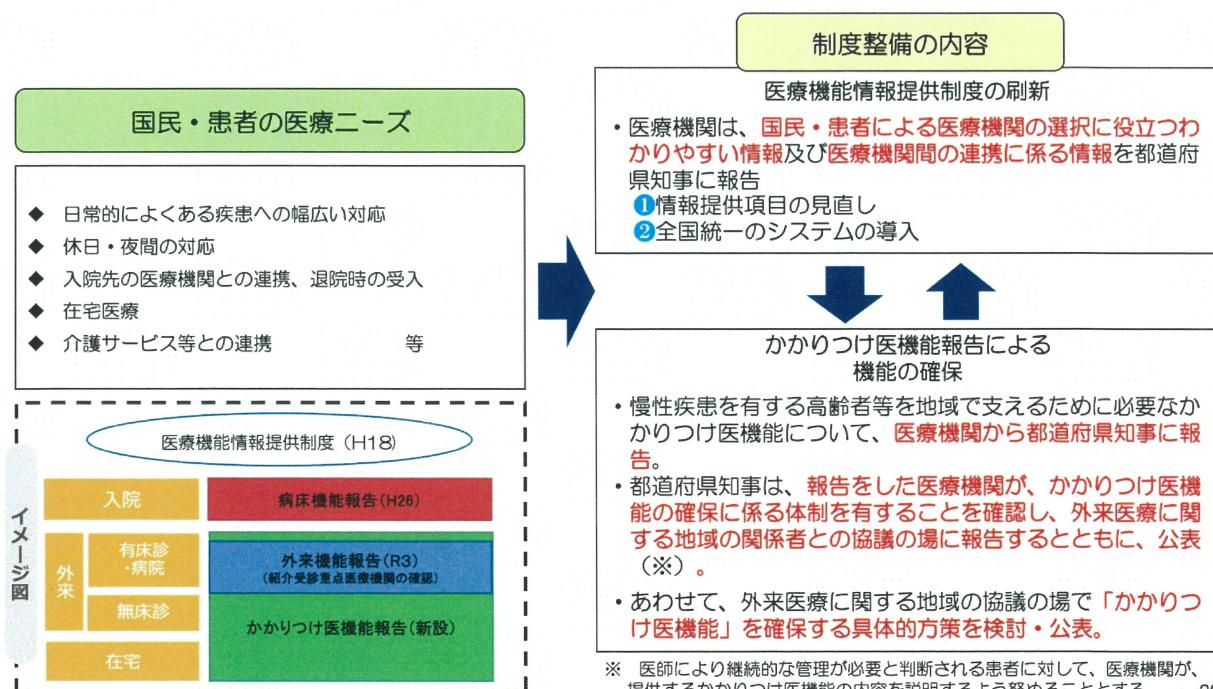
- 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

13

19

## かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、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、かかりつけ医機能の内容を強化。



14

20

うものとする。

2・3 (略)

第三十条の十八の三 (略)

第三十条の十八の四 地域におけるかかりつけ医機能を確保するため必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの(以

めに必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの(以

二 介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者と連携して必要な医療を提供する機能

三 当該かかりつけ医機能報告対象病院等及び他の病院又は診療所が厚生労働省令で定めるところにより相互に連携して前号に規定する機能を確保するときは、当該他の病院又は診療所の名稱及びその連携の内容

四 その他厚生労働省令で定める事項

2 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、前項の規定による報告をしたかかりつけ医機能報告対象病院等(同項第二号イからホまでに規定する機能のいずれかを有する旨の報告をしたものに限る。)が、当該報告に係る当該機能について、当該機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するものを有すること(他の病院又は診療所と相互に連携して当該機能を確保する場合を含む。)を確認するものとする。

3 都道府県知事は、前項の規定による確認をしたときは、その結果を次条第一項に規定する協議の場に報告するとともに、厚生労働省令で定めるところにより、これを公表するものとする。

4 第二項の規定による確認を受けたかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者は、当該確認を受けた体制について変更が生じたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を都道府県知事に報告しなければならない。この場合において、当該報告を受けた都道府県知事は、当該変更が生じた体制が同項の厚生労働省令で定める要件に該当すること(他の病院又は診療所と相互に連携して同項に規定する当該機能を確保する場合を含む。)を確認するものとする。

5 第三項の規定は、前項の規定による確認について準用する。  
都道府県知事は、かかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第四項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該かかりつけ医機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又は

# かかりつけ医機能をめぐる論点

17

## 横倉元日医会長の言葉より（世界医師会挨拶）

さて、私が昨年10月に開催された世界医師会台北総会におきまして、世界医師会長に立候補いたしましたのは、一つの強い思いによるものです。それは「日本の国民健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げた、わが国の医療システムやノウハウを広く世界に発信していきたい」というものでした。

本日は、この思いについてお話しします。一つは私の原点からくる思いです。

私は、福岡県高田村という村で生まれ育ちました。元は無医村だったこの土地に軍医だった父が小さな診療所を建てたのです。目を閉じると、父と母の姿が浮かびます。**父は、病に苦しむ人がいれば、誰でも快く受け入れました。** **感染症の啓発にも力を入れ、常に地域住民の健康状態の把握に努める医師でした。**母は、治療費の払えない患者のために自らの着物を売って薬代に変えるような人でした。こうした両親の背中を見て育った私は、「目の前に病んだ人がいれば、わが身を顧みずに尽くす」という医療の精神を日々の生活の中で学んでいきました。

**医師は「人を診る」ことが仕事です。そして、誕生から死を迎えるまで寄り添い、より健やかな人生を患者と共につくり上げていくことを使命としています。地域社会にあって医師として働く父を思い出す時、「医療の原点」がここにあるという気持ちを新たにするのです。**

現在に目を転じると、医療を取り巻く状況は、ICT（情報通信技術）、AI（人工知能）等の急速な発達とその利活用により、大きく変化しています。

このような時だからこそ、「ジュネーブ宣言」にある「人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う」という**「医療の原点」に立ち戻り、こうした進歩するテクノロジーを安全かつ有効に医療に応用していくかなければなりません。**また、世界はスピードの違いこそあれ、高齢社会という大変革期に突入しています。日本は世界に先駆けて、2025年に団塊の世代が75歳となり爆発的な超高齢社会に突入します。それに伴い医療分野における課題も増加していきます。**高齢になっても人生に積極的関与を続けていく健康長寿社会、人命を尊重する社会をつくり出さなくてはいけません。**これは、各国が将来対処すべき大きな課題です。

18

## 横倉元日医会長の世界医師会挨拶から考えること

- 私たちは、今一度「医療の原点」、すなわち、医療が果たすべき役割についての原点と、皆保険制度が目指したもののは原点に立ち戻って、来るべき社会にふさわしい医療提供体制・医療提供システムを再構築していくべきではないか。
- 医療の原点  
= 誕生から死を迎えるまで寄り添い、  
健やかな人生を患者と共につくり上げていくこと
- 医療保険制度の原点  
= 誰もが、費用負担を心配することなく、保険証を提示しさえすれば、  
必要かつ適切な医療が安心して受けられること

Keyword 生涯にわたる健康支援、信頼、伴走支援、医療保障、質の担保、アクセスの保証

19

## かかりつけ医の定義（日医四病協提言より）

### 2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

20

## かかりつけ医の定義（日医四病協提言より）

### 「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

21

### 「かかりつけ医機能」

- 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。

22

## 日医四病協のかかりつけ医の定義の要素（上智大香取教授による）

日医・四病協提言を要素分解してみると、、、

- 患者の生活背景を把握した適切な診療及び保健指導の実施。 プライマリケア（包括的健康管理・地域医療・保健・福祉を通じた総合能力 総合診療能力）common diseaseへの対応  
自己の専門性を超える場合、専門医療機関の紹介、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供 病診・診診連携・伴走支援
- 休日・夜間対応体制の構築 地域の医師、医療機関等との情報共有・協力関係の確保 24時間対応 ネットワーク
- 地域住民との信頼関係の構築 健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健への参加 地域参加  
保健・介護・福祉関係者との連携 地域包括ケアネットワークへの参画・医療介護連携
- 在宅医療の推進 アウトリーチ・退院時支援 「切れ目のない医療」の提供
- 患者や家族への適時適切な医療情報の提供 家族支援・コンシェルジュ機能（「総合相談支援」機能）  
コミュニケーション力

→実際の医療現場で「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」を実装していくための2つの視点

- ①個々の医師に求められる能力・個々の医療機関が具備すべき体制
- ②地域で構築されるべきシステムの姿とシステムを機能させるための基盤

12

23

# なぜ今かかりつけ医なのか

24

## なぜいまかかりつけ医なのか

### ・コロナ前の問題状況

- かかりつけ医の評価について機運醸成  
これは、日医・四病協提言で定義が明らかにされ、国としても政策課題に載せたことが大きい
- しかしかかりつけ医が実際には持てていないことが課題に  
特に救急のひっ迫、多剤投与、予防の重視等において顕著

### ・コロナで明らかになった課題

- 大多数の国民にとってかかりつけ医が不在
- 発熱外来、ワクチン、緊急時往診、いずれもかかりつけ医の機能が問われる事態に
- オンライン診療においてもかかりつけ医の定義が課題となった
  - 妥当適切な患者の流れ、医療のアクセス、医療におけるデータの扱い、医療における信頼性の確保、等々の観点から、かかりつけ医機能（何と呼ぶかどうかは別にして）の議論はある意味必須だった。

25

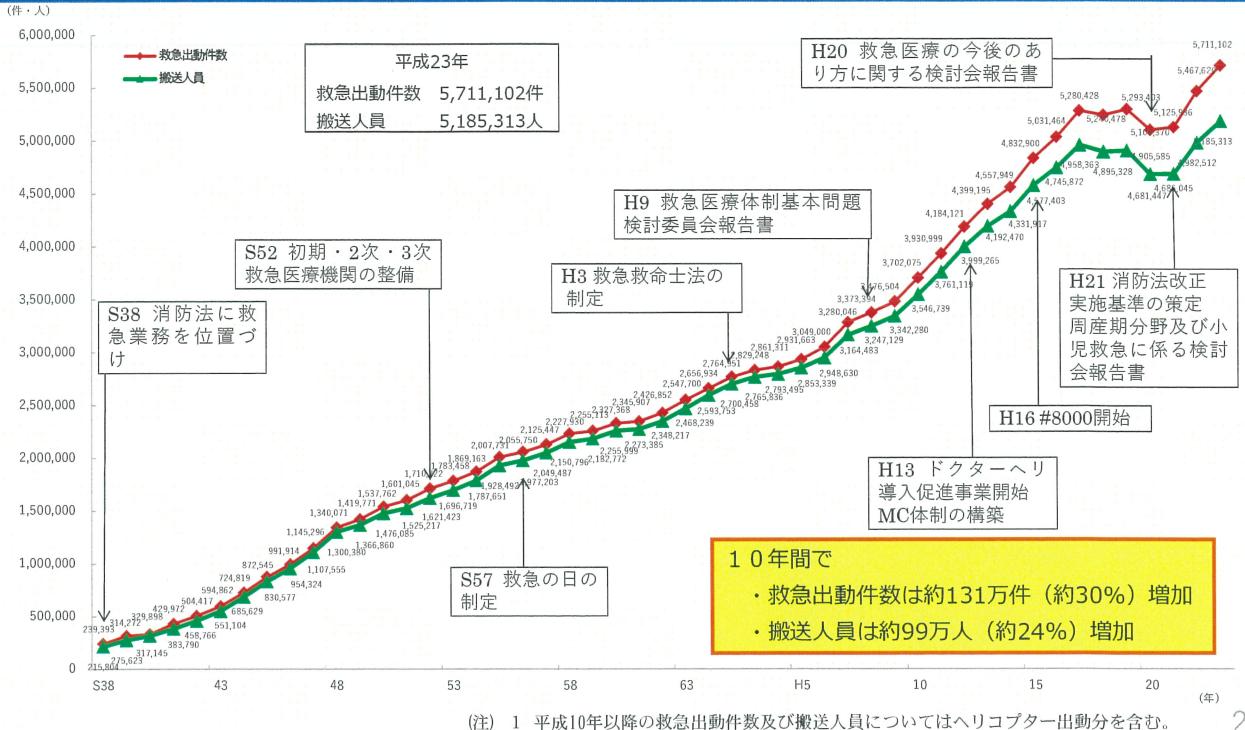
## 救急医療の歴史（主要事項）

- 昭和6年 日赤大阪支部で救急業務
- 昭和8年 大都市部の警察で救急車運用
- **昭和38年 消防法に救急搬送業務を位置づけ**
- 昭和39年 救急医療機関告示制度
- 昭和52年 初期・2次・3次救急医療機関、救命医療情報センターの整備
- 昭和57年 救急の日の制定
- 平成3年 救急救命士法の制定
- 平成9年 救急医療体制基本問題検討員会
- 平成11年 小児救急医療支援事業開始（2次病院当番制）
- 平成12年 病院前救護体制の在り方に関する検討会
- 平成13年 ドクターヘリ導入促進事業開始、MC体制の構築

法的には  
ここから

26

## 救急出動件数及び搬送人員の推移



「平成24年救急・救助の現況」（総務省消防庁）

27

## #7119の取り組み

- 事業実施規模により、勤務人員、相談件数、運営費に差がある。

(4) 受付時間 原則、24時間365日(12地域で実施)※例外:【平日夜間及び土日祝】3地域(宮城県、鳥取県、徳島県)【毎日夜間】1地域(新潟県)

(5) 運営形態 各自治体でコールセンターを設置(一部を事業委託している地域あり)

=9地域 (札幌市等、埼玉県、東京都、横浜市、大阪府、神戸市等、奈良県、広島市等、福岡県)

各自治体が民間コールセンターへ事業委託=7地域 (宮城県、茨城県、新潟県、田辺市等、鳥取県、山口県、徳島県)

(6) 勤務人員 通常、①常駐医師、又は電話等で常時相談対応が可能な医師、②相談看護師、③受付員/オペレーター

④監督員で構成

実施団体の時間帯別勤務人員(例): 4人~6人(広島市)、22~26人(東京消防庁)

(7) 相談件数 全国 約162.5万件 最小 約0.3万件(田辺市等)~最大 約39.9万件(東京都)

[実施例]	相談件数	うち救急相談	うち医療機関案内
東京都	約 39.9万件	約 20.2万件	約 19.6万件
大阪府内全市区町村	約 27.1万件	約 11.8万件	約 12.6万件
神戸市等	約 9.8万件	約 2.4万件	約 5.6万件
奈良県	約 6.9万件	約 2.9万件	約 3.0万件
札幌市等	約 6.6万件	約 3.5万件	約 1.2万件

※H30年度件数

※H30年度以降に事業開始した5地域(茨城県、鳥取県、広島市等、山口県、徳島県)を除いて集計

(8) 運営費 全国 約16.8億円: 最小 約320万円(田辺市等)~最大 約5.6億円(東京都)

[実施例]	運営費	[参考] 17人口	[参考] 受付時間
東京都	約 5.6億円	約 1,351万人	24時間365日
大阪府内全市区町村	約 2.4億円	約 884万人	24時間365日
神戸市等	約 1億円	約 162万人	24時間365日
奈良県	約 1億円	約 137万人	24時間365日
宮城県	約1,580万円	約 233万人	平日夜間及び土日

※H30年度決算額

※H30年度以降に事業開始した5地域(茨城県、鳥取県、広島市等、山口県、徳島県)を除いて集計

28

## #7119の取り組み

図表3-12 救急搬送傷病者と#7119の相談対象者における年齢区別別の比較



### (iv) 効果の考察

医療機関への自力受診が可能な成人層において、#7119の医療機関案内で適切な診療科を紹介することで、適切な受療機会の提供に寄与していると考えられる。

また、ある調査では、20歳以上におけるかかりつけ医を持つ率は、若年層ほど低く、20～30歳代では60歳代・70歳代の半分以下であるとの報告があり、気軽に相談できる先（かかりつけ医）を持たない成人層の医療相談に対するニーズに応えるとともに、必要に応じて受診を促すことで、かかりつけ医を持つことへの橋渡しの役割も考えられる。

29

「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」  
に向けて

30

## いま求められる、かかりつけ医機能の発揮のための環境整備

- ・かかりつけ医(かかりつけ医療機関)を持つことを国民の(被保険者の)権利と位置づける  
(ただし、同時に国民は患者としての健康に対する自らの責務も受け入れるものとする)
- ・かかりつけ医を持つことを望む国民にかかりつけ医療機関を紹介する仕組みを導入する
  - 救急受診後の情報提供（救急指定医療機関への義務付け）
  - 退院時の情報提供（退院支援体制の整っている医療機関への義務付け）
  - かかりつけ医紹介拠点における情報提供（医療介護連携拠点機能の報酬上の評価）
  - 医師会における紹介・あっせん（育成を含む） 医師会への補助事業
- ・かかりつけ医機能を定め、その認定・公表・評価の仕組みを整備する
  - 生涯にわたる健康支援＝健康情報（既往歴・家族歴・健診情報）の把握・提供、相談応需
  - かかりつけ医の受診の際の自己負担軽減（他の医療機関との差別化）
  - かかりつけ医機能にふさわしい診療報酬上の評価の在り方の検討を早急に行う

31

## かかりつけ医機能（現役世代）

- ・健康情報の一元的把握（登録時）
- ・家族情報・健康履歴（病歴）の把握（登録時）
- ・健診・健康相談（年1回）
- ・ワクチン（必要時）
- ・発熱外来（必要時）
- ・オンライン診療・オンライン健康相談
- ・救急相談（救急車を呼ぶかどうか）

32

## かかりつけ医機能 (高齢者世代等)

- ・ 健康情報の一元的把握 (登録時)
- ・ 家族情報・健康履歴(病歴)の把握 (登録時)
- ・ 健診・健康相談 (年1回)
- ・ ワクチン (必要時)
- ・ 発熱外来 (必要時)
- ・ オンライン診療・オンライン健康相談
- ・ 救急相談 (救急車を呼ぶかどうか)  
+
- ・ 24時間対応 (ネットワーク、機能連携、グループプラクティス等による)
- ・ 服薬の一元管理及び処方整理 (他の処方医への連絡・要請を含む)
- ・ 在宅医療 (往診・定期的訪問診療)
- ・ 医療介護連携、チーム医療、ケアマネ等との連携
- ・ ACP (アドバンスト・ケア・プランニング)

33

## かかりつけ医機能の2分類(地域包括ケア対応医療機能と一般医療機能)

### かかりつけ医機能 I

- ・ 健康情報の一元的把握 (登録時)
- ・ 家族情報・健康履歴(病歴)の把握 (登録時)
- ・ 健診・健康相談 (年1回)
- ・ ワクチン (必要時)
- ・ 発熱外来 (必要時)
- ・ オンライン診療・オンライン健康相談
- ・ 救急相談 (救急車を呼ぶかどうか)

### かかりつけ医機能 II

- +
- ・ 24時間対応 (ネットワーク、機能連携、グループプラクティス等による)
- ・ 服薬の一元管理及び処方整理 (他の処方医への連絡・要請を含む)
- ・ 在宅医療 (往診・定期的訪問診療)
- ・ 医療介護連携、チーム医療、ケアマネ等との連携
- ・ ACP (アドバンスト・ケア・プランニング)

34

## かかりつけ医機能の担い手(診療所では)

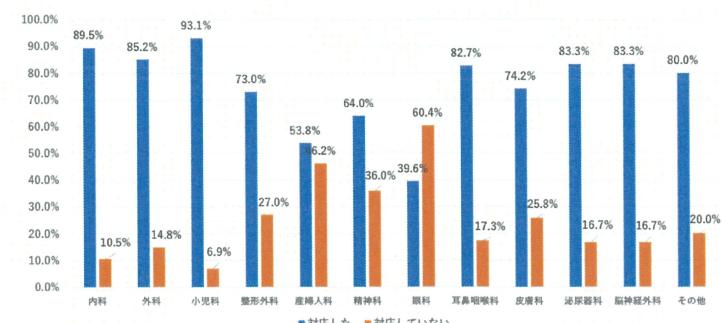
すべての診療所が同じ機能を有しているわけではない  
= 診療所の役割分担、機能連携、ネットワーク対応が必要

### 新型コロナの対応をしていない理由

医師の体調による理由
・高齢のため ・医師病気療養中のため ・院長が入院中のため ・基礎疾患有しているため ・体力的に対応が不可能
設備・導線に関する理由(抜粋)
・安全な診療体制を作れないため ・医療体制が整っていないため ・高齢の患者が多く感染リスクを考慮したため ・患者の導線が確保できなかったため ・ビル内の診療所で、他のテナントも入っているので、患者の導線が確保できなかったため

職員・通常診療に関する理由
・職員の人員不足 ・対応できるスタッフが確保できなかっただため ・通常診療が忙しく対応出来ないため (夜間や休日診療もしており対応は難しい) ・通常診療を行いかつ分焼の対応をしているため
診療科による理由(抜粋)
・単科のため(眼科・不妊治療・精神科・乳腺等) ・訪問診療中心のため ・健診専門で、通常の外来診療を行っていないため ・感染症に対して専門外のため ・透析施設を1人でやっているため、感染し診療できなくなると透析が出来なくなるためなど

### 有床診療所および無床診療所の主たる診療科ごとの新型コロナ対応の有無

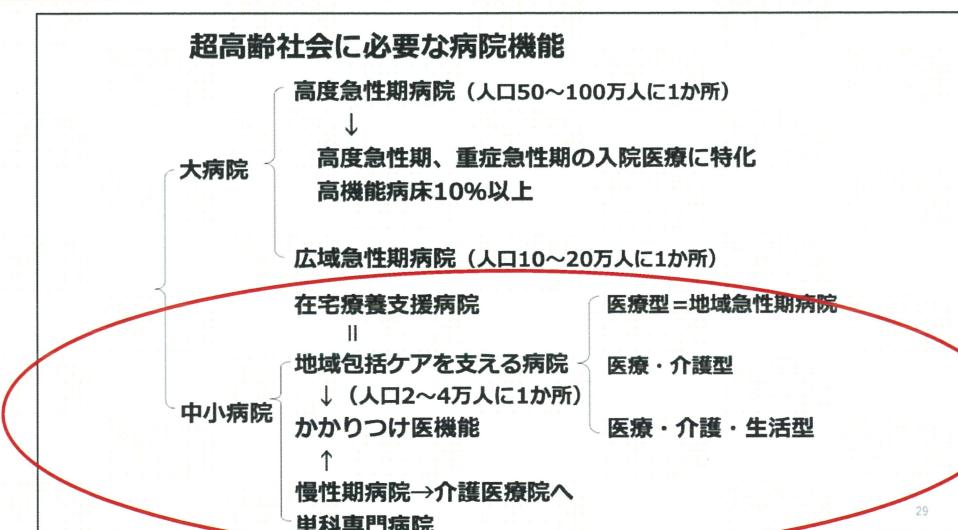


出典:鈴木邦彦茨城県医師会長による

35

## かかりつけ医機能の担い手(病院では)

病院の急性期機能は大きく二つに分かれる  
= 高度・広域急性期対応と、地域包括ケア急性期対応



出典:鈴木邦彦茨城県医師会長による

36

## かかりつけ医機能の担い手(連携とネットワーク) revised

【診療所・病院の機能＝多様性と機能強化】

【連携医療機関の機能】

(例) (いずれも連携医療機関とともにかかりつけ医機能 I 又は II を満たすもの)

**G機能＝総合かかりつけ医機能の場合**

G1 情報把握 + G2 健診 + G3 相談 + Q1 救急相談 + I1 ワクチン + I2 発熱外来 + その他機能

\* 専門診療は他機関 \* 情報把握とは、健診情報、病歴情報及び介護福祉情報等の把握

**SG機能＝専門医機能+かかりつけ医機能の場合**

G1 情報把握 + S1 専門主治医機能 + G3 相談機能 + その他機能

\* 健診実施は他機関、感染症対応は他機関

**HG1 機能＝在宅医機能 + 総合かかりつけ医機能 + 24時間対応機能**

H1 往診・訪問診療 + H2 24時間対応 + G1・G2・G3 総合機能 + Q2 救急対応 + その他機能

\* 専門診療は他機関、感染症対応は他機関

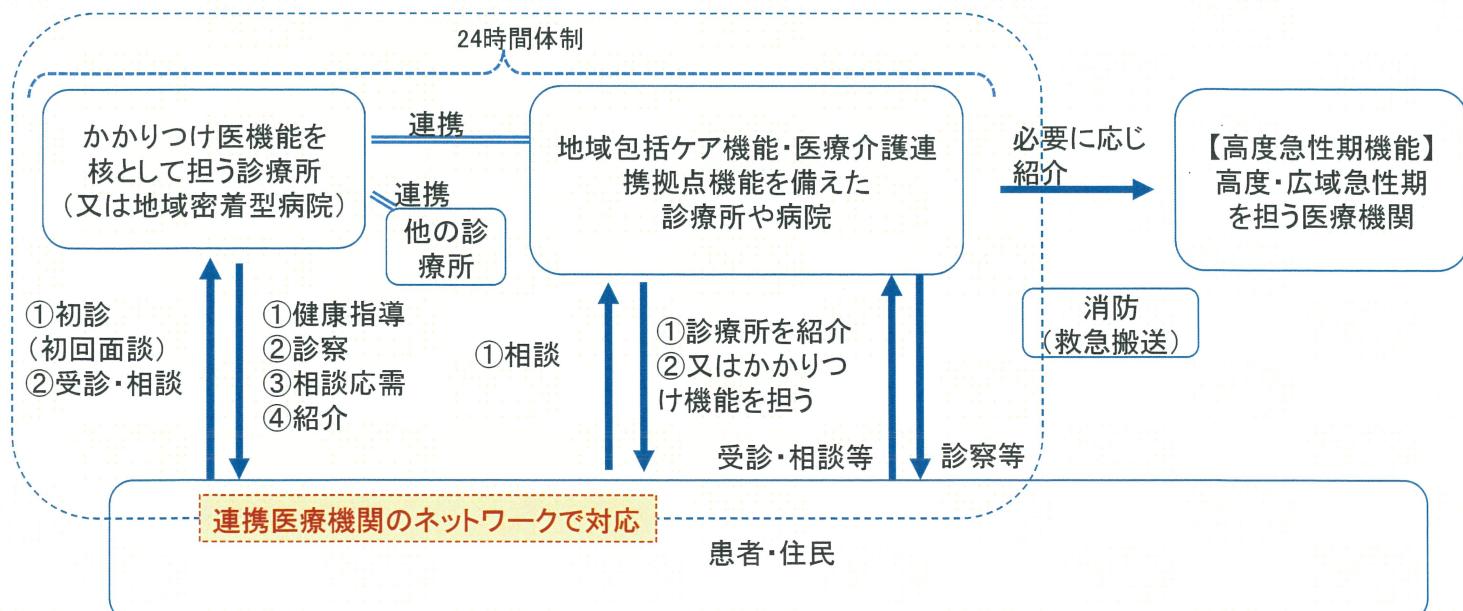
**HG2 機能＝総合かかりつけ医機能 + 在宅医機能 + 専門主治医機能**

G1・G2・G3 総合機能 + S1 専門主治医機能 + H1 往診・訪問診療 + Q1 救急相談 + その他機能

注:本図において、機能の略称は、G総合診療 S専門診療 H在宅診療 I感染症 Q救急診療 である

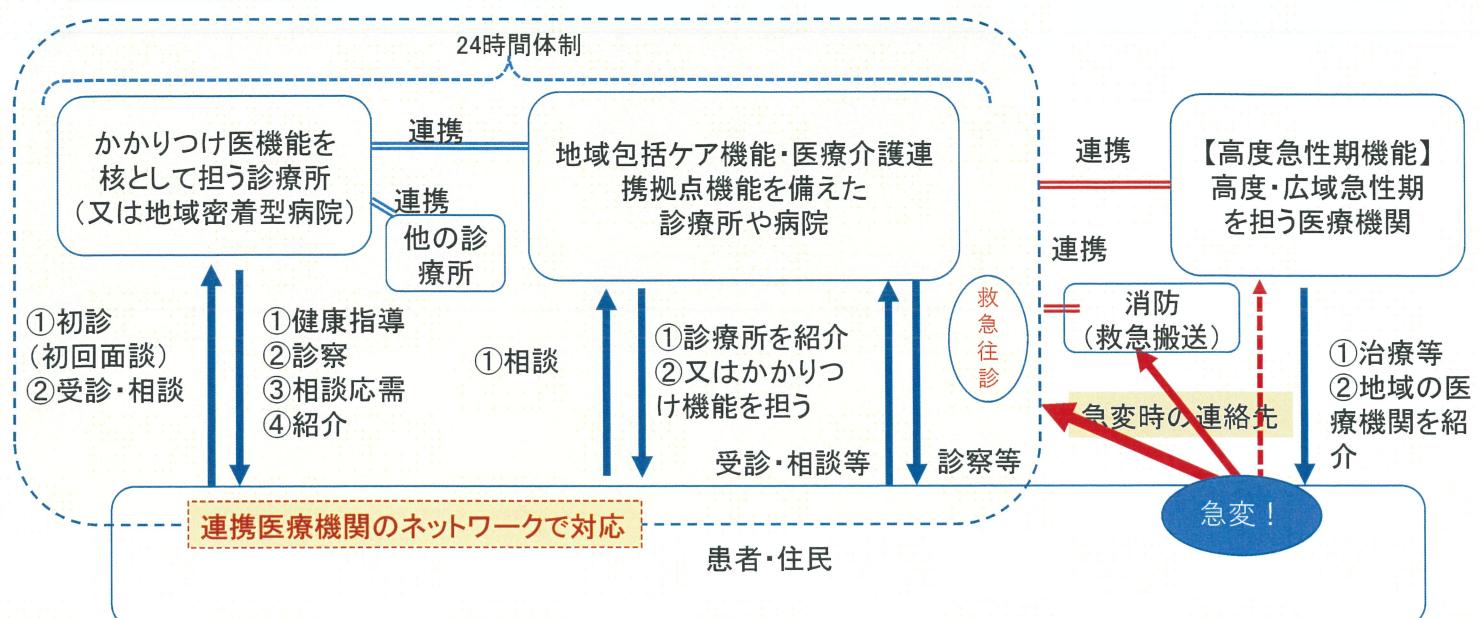
37

## かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携(イメージ)



38

## かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携(急変時)re-revised



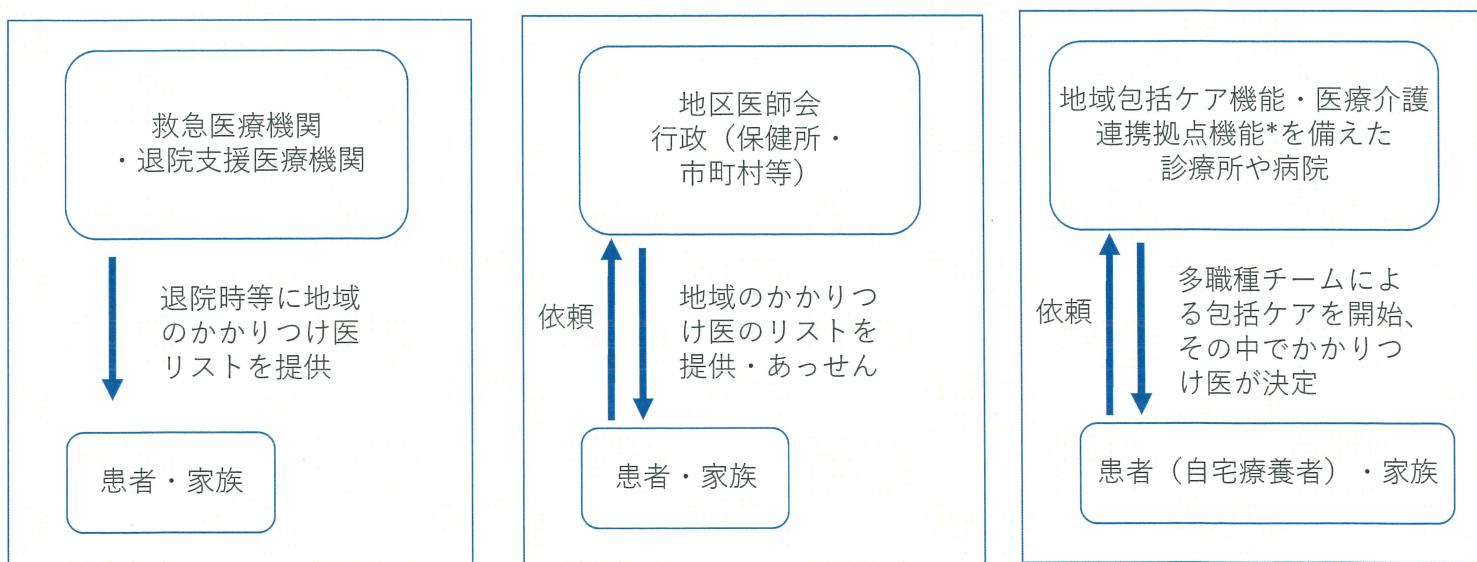
39

## かかりつけ医機能を持つ診療所・病院を紹介する仕組みの導入(イメージ)

例1 退院時に身近なかかりつけ医(機能)が必要な場合

例2 外来で身近なかかりつけ医(機能)が必要な場合

例3 地域包括ケアの中のかかりつけ医(機能)が必要な場合



※ いずれもかかりつけ医の研修・認定・公表が必要。※※医療介護連携拠点機能は診療報酬で評価してはどうか

40

# ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿 (案)

41

ポスト2025年の医療・介護  
提供体制の姿（案）より

（ポスト2025年を見据えた医療機能）

- 入院医療については、令和7年（2025年）に向けて、4つの医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計した病床の必要量を含む地域医療構想を策定し、これに基づき医療機能の分化・連携の取組が進められている。  
また、外来医療については、地域における紹介受診重点医療機関の決定など、大病院への外来患者の集中を緩和するための取組が進められている。  
こうした取組に加え、在宅医療を含め、身近な地域における日常的な診療、**疾病の予防のための措置**その他の医療の提供を行うかかりつけ医機能について、こうした機能が発揮される制度整備を行っていくこととされている。
- 入院医療の中で急性期から回復期、慢性期に至る診療体制を構築するだけでは、「治し、支える」医療やこれと連携した介護を地域で完結して受けられる体制を構築していくことはできない。外来医療や在宅医療、**介護保険施設における医療**を含め、限りある医療資源が連携して最適化・効率化されていて、これが住民に分かりやすく共有されることで、患者もこれに応じて適切に医療にかかることができる。

42

- こうした観点も含め、地域医療構想をアップデートし、これに基づき、さらに医療機能の分化・連携を進めていく必要がある。
- また、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者が増加する中、要介護になつても、在宅を中心に生活を継続しながら、必要に応じて入退院を繰り返すこと、即ち「ときどき入院、ほぼ在宅」にも対応できるよう、こうした高齢者の入退院における対応について介護保険施設との協力や役割分担も含め検討していくことが必要である。

### 3 地域に健康・医療・介護等に関して必要なときに相談できる専門職やその連携が確保され、さらにそれを自ら選ぶことができるこ

#### （基本的考え方）

- 健康・医療・介護に関して何か不安を感じたときに、自分が住み慣れた地域に気軽に相談できる専門職やその連携が確保されている。こうした専門職等に相談すれば、自ら適切なサービスを提供してくれるか、その時々の状況に適した専門職を紹介し、適切なサービスに繋げてくれる。こうした気軽に相談できる専門職等があらかじめ明らかになっていて、自らそれを選ぶことができる。

#### （医療・介護サービス利用の起点）

- 身近な地域における日常的な診療、疾病的予防のための措置その他の医療の提供を行うかかりつけ医機能を担う医療機関やその連携が明らかになっていることが重要である。自らこうした医療機関を選択することで、国民は、地域において「治し、支える」医療やこれと連携した介護を提供してくれる地域包括ケアシステムへの起点を持つこととなる。
- こうした機能を担う医療機関は、日常的な医療を提供しつつ、必要に応じて、地域の介護サービスや通いの場などの社会資源につないだり、専門的な医療機関等へ紹介したりして、患者を継続的に総合的に支える役割を担う。また、退院した患者を地域で継続的に支援する機能なども担うこととなる。

## くすり未来塾について

45

### くすり未来塾について

- 10/27開催の厚生労働省『第5回医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会』にて薬価流通政策研究会・くすり未来塾が、【くすり未来塾研究会提言】を発表。
- 今後さらに提言を行っていく予定。（次回は、安定供給のための仕組みについて言及予定）

MEDEA web ホーム > 会議・学会

調整幅は「6%」へ、薬剤費キャップ制には反対 の武田氏ら研究会発足へ

2022年11月11日 10:49



医薬品産業に関する具体的な政策提言を民間の立場で行うことを目的に、行政や製薬業界のOBが集う「薬価流通政策研究会（通称＝くすり未来塾）」が12月1日に発足する。立ち上げを前に、共同代表を務める元厚生労働省医政局長の武田健吾氏（ガストンコンサルティンググループシニア・アドバイザー）がじほ

マクロスライドで議論白熱、官僚OBらが応酬 有識者検討会、「財務省は薬剤費増加を認めるか」

2022年11月26日 11:00

Facebook Twitter Line Email Print



薬剤費の削減を割り切れるのなら、財務省は薬剤費の増加を認めるのかー。厚生労働省は27日、「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、薬価制度の見直しや業界再編に向けてシンクタンクやコンサルタント企業からのヒアリングを実施。国内総生産（GDP）と薬剤費の伸びを運動させる“マクロスライド”の導入や考え方を巡り、学者や、財務省、厚労省のOBが熱戦を繕ひ広げた。

46

## くすり未来塾発足時と現在

- ・くすり未来塾発足時（2021年12月）、「薬価キャップ制」「調整幅ゼロ」という議論が飛び交う状況。一方、厚生労働省はコロナ対策の渦中。

（予算編成に上記の二つの論点は盛り込まれず）

- ・その後、厚生労働省に有識者検討会が発足。（2022年8月）

（薬価・流通を一つの検討会で議論するのは画期的）

- ・毎年改定との関係がある中で、昨年末の予算編成時に、中間年改定の実施と新薬・必須医薬品への配慮が決定される（2022年12月）

（薬価・流通問題の議論は2023年度が主要舞台に）

47

## くすり未来塾発足時と現在（承前）

- ・厚生労働省の有識者検討会が報告書をまとめた。（6月）

- ・「骨太の方針2023」が決定（6月か）

- ・報告書を踏まえた議論が行われる

（薬価については中医協で年末まで議論が継続、来年の同時改定と同時決着か）

（中医協以外で、どの場で議論が行われるか、注目される）

48

# 世界的な供給網の見直しの動きと求められる対応

## (世界的な供給網の見直しの動きとインフレ率)

グローバリゼーションは、徹底的にコストパフォーマンスを追求しよう、そのためであれば世界のどこにでも進出しようという考え方方に根差すものでした。これに対して「脱グローバル化」の背後にあるのは、供給網の安全性と安定性を重視し、そのためにコストパフォーマンスが多少犠牲になってしまってもやむを得ないという発想です。必然的にグローバル企業の製造コストは上昇し、製品価格は上昇します。脱グローバル化は、長期的かつ静かに進行する供給ショックなのです。（中略）世界のインフレ率の抑制要因であったグローバリゼーションが今後、後退することになれば、インフレ率はその分、底上げになります。パンデミックを経て、企業も行動変容し、それが先行きのインフレ率を高める可能性があるのです。

（「世界インフレの謎」渡辺努 講談社現代新書 pp.149-150）

## (医薬品産業政策における経済安全保障)

効率性の追求の下、グローバルなサプライチェーンが拡がっていくなかで、2019年にセファゾリンナトリウム注射薬が長期間にわたり欠品となるなど、安定供給という観点から懸念される事態が生じた。さらに、新型コロナウイルス感染症パンデミック時に生じたグローバルな生産・流通網の停滞・断絶、自国第一主義の顕在化により、サプライチェーンの問題は、経済安全保障にも直結する課題であることが認識された。医薬品は、国際的にも、半導体やレアアースなどと並ぶ重要物資として注目を集めている。（中略）こうした経済安全保障や医薬品の安定供給の確保は、制度的な対応も含めて、今後その重要性を増していくと考えられる。

（厚生労働省「医薬品産業ビジョン 2021」令和3年9月13日）

49

# 世界の供給網の変化と安定供給

- コストは上昇、薬価は下落、行き詰まりを見せる現行制度  
(常に下がり続ける価格と製造販売コストの上昇は二律背反 = 持続可能ではない構造)
- 医薬品と一つのジャンルで区切っていいのか  
(イノベーションと安定供給)
- コスト上昇に応じて価格を引き上げるにはどうしたらいいのか  
(購入価償還、コスト連動の算定方式、カテゴリー別の制度設計 等)
- 産業の構造をどう変えていくのか  
(後発医薬品業界、安定確保医薬品業界の将来像)
- 薬価差をどう考えるか

50

## 世界的な脱グローバリゼーション・コスト増時代に適した新しい薬価制度の在り方（1）

- 現在の薬価制度、特に流通改革と薬価改革が行われ、仕切価制度と市場実勢価格加重平均値一定幅（調整幅）方式が導入された以降の時代（2000年代～2010年代）は、概ね、一貫してデフレ下の状況にあった。
- 薬価制度は市場価格を引き下げる方向で市場に影響を及ぼしたが、さらに後発品の使用促進策、未妥結減算制度（半年以内に価格妥結しなければペナルティが課される診療報酬制度）が導入され、制度による価格引き下げ圧力は強められた。一方、同時期に、薬事制度的には共同開発制度が導入され（2005年）、企業は原薬調達先を海外に求めるなど、コストの低下が同時に進んだ。
- 現在、これらの状況は急速に変化しており、既存の制度との不整合が顕在化している。
- 特に、毎年改定の実施により、この問題がさらに深刻化したとみることができる。

（※ 本年の薬価改定においては、不採算医薬品の価格見直しについて、一定の配慮が行われる予定になっている。）

51

## 世界的な脱グローバリゼーション・コスト増時代に適した新しい薬価制度の在り方（2）

- このように、医薬品の製造環境は急速に変化しており、既存の制度との不整合が顕在化していると言えるが、特に、一部の製造コストの占める割合が高い医薬品については、コスト構造が他の医薬品と大きく異なるにもかかわらず、同一の薬価制度が厳格に当てはめられたため、コスト上昇と薬価低下が同時に発生し、これが不採算医薬品が発生する一つの原因となっている。
- また、新薬は一般的に製造コストよりも研究開発コストが大きいが、これらの医薬品であっても、特許切れ後一定期間経過すればコスト見合いの価格とする必要がある製品群に該当してくる。
- したがって、一定の医薬品については、コスト要因で価格を変化させ、サプライチェーンを強靭化するとともに安定供給を確保するよう、薬価制度の見直しが必要。
- なお、同時に、すべての企業のすべての品目を手当てるのではなく、品質を確保する企業、既存品であっても研究開発を行う企業、安定供給義務を果たす企業といった国民の医薬品ニーズに応えられる企業が評価される仕組みとすることが必要ではないか。
- こういう観点から、現行薬価制度の見直しについてどう考えるか。

52



2022/11/29

香取照幸×武田俊彦「医薬品の迅速・安定供給をどう実現す…」



2022/11/28

香取照幸×武田俊彦「医薬品の迅速・安定供給をどう実現す…」



2022/11/25

香取照幸×武田俊彦「医薬品の迅速・安定供給をどう実現す…」



2022/11/24

香取照幸×武田俊彦「医薬品の迅速・安定供給をどう実現す…」

53

## 今、医薬品を巡り生じている深刻な問題

～「医薬品の迅速・安定供給」で国検討会が始まっている背景

- ・ 处方しても薬が薬局にない?
  - ～ 薬局が注文しても薬が来ない
- ・ 新薬が欲しければ海外へ?
  - ～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か
- ・ メーカーも卸も誰も来てくれない?
  - ～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺
- ・ 疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか
  - ～ 薬価差という言葉のトラップ

## 今、医薬品を巡り生じている深刻な問題 ～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

### → ・処方しても薬が薬局にない？ ～ 薬局が注文しても薬が来ない

- ・新薬が欲しければ海外へ?  
～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か
- ・メーカーも卸も誰も来てくれない?  
～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺
- ・疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか  
～ 薬価差という言葉のトラップ

第1回 医薬品の迅速かつ安定的な供給のための流通・薬価制度に関する有識者検討会（8月31日）資料より

### 出荷調整、欠品等の全体像についての状況確認

安定供給の確保に関するアンケート（令和3年8月末時点）2021.11.18日薬連公表（回答社数 218社（15,444品目））

		総計							
		先発品		後発品		その他の医薬品			
品目数	(割合)	品目数	(割合)	品目数	(割合)	品目数	(割合)	品目数	(割合)
通常出荷	12,301	79.6%	4,461	95.6%	6,933	70.6%	907	94.9%	
欠品・出荷停止	743	4.8%	34	0.7%	686	7.0%	23	2.4%	
出荷調整	自社事情	828	5.4%	76	1.6%	732	7.5%	20	2.1%
	他社影響	1,572	10.2%	94	2.0%	1,472	15.0%	6	0.6%
	小計	2,400	15.5%	170	3.6%	2,204	22.4%	26	2.7%
	欠品・出荷停止、 出荷調整 小計	3,143	20.4%	204	4.4%	2,890	29.4%	49	5.1%
合計		15,444	100.0%	4,665	100.0%	9,823	100.0%	956	100.0%

2022年10月4日

## 医薬品の供給に関する情報

### ■ 医薬品の供給に関する情報

医療用医薬品の供給状況については、一部品目の製造・供給停止や出荷調整が相次いでおり、製薬企業からの供給再開時期や代替薬等に関する情報提供が不十分であるなど、現場の医療機関に混乱をきたしています。

本ページでは、業界・厚生労働省が公開している安定供給に関する情報をご案内します。

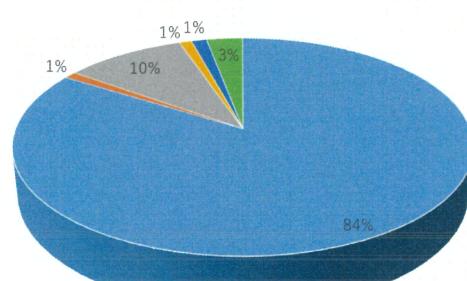
处方にあたりましては、患者の適格性、長期処方の見直しおよび処方の必要性の検討について、引き続きご配慮くださいますようお願い申し上げます。

■ 厚生労働省	<a href="#">安定供給体制等を指標とした情報提供項目に関する情報提供ページ</a>	
■ 日本ジェネリック製薬協会	<a href="#">製品の供給状況について（検索可能）</a>	

## 医薬品卸の主要業務は、今や「出荷調整」

医薬品流通の課題、実態を把握することを目的としたアンケート調査

11. 現在、あなたが日々の業務において、最も時間を割いて対応している業務は何ですか？



■期 間  
2022年9月

■対 象

医薬品卸の労働組合の組合員で流通の現場で働くMS(医薬品営業担当者)

回答者1,493名（ヘルスケア産業プラットフォームに未加盟の労働組合含む）

■内 容

MS（医薬品営業担当者）の業務の状況

医薬品の供給不安の状況

2022年1月に発出された「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」の進展状況

■①医薬品の供給不安に伴う出荷調整業務

■②コロナ対応（ワクチン、治療薬配送等）にかかる対応

■③価格交渉にかかる業務（単品単価交渉等）

■④医薬品の適正使用の推進

■⑤医療経営にかかる情報提供等

■⑥その他

## 今、医薬品を巡り生じている深刻な問題 ～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

- ・処方しても薬が薬局にない?  
～ 薬局が注文しても薬が来ない

### →・新薬が欲しければ海外へ? ～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か

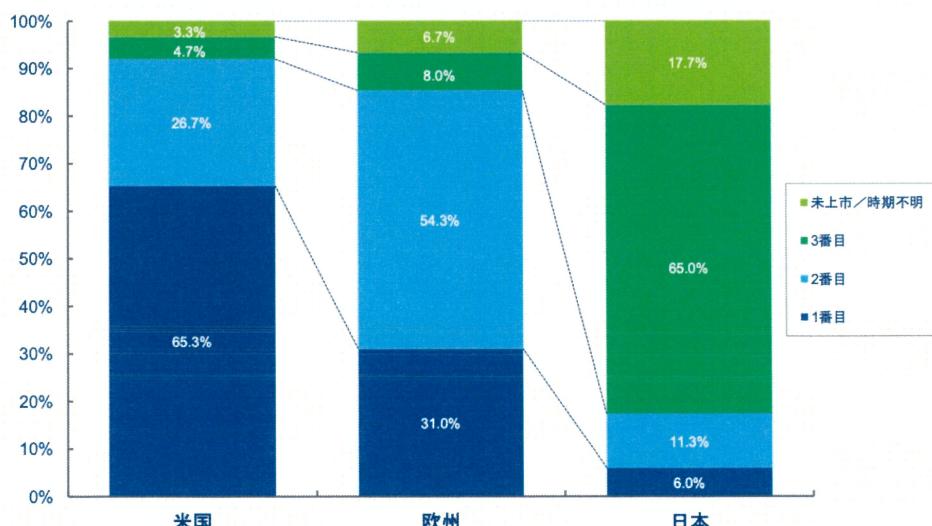
- ・メーカーも卸も誰も来てくれない?  
～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺
- ・疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか  
～ 薬価差という言葉のトラップ

第1回 医薬品の迅速かつ安定的な供給のための流通・薬価制度に関する有識者検討会（8月31日）資料 より

医療用世界売上上位300品目(2020年)の日米欧上市順位

OPIR  
Office of Pharmaceutical Industry Research

米国・欧州に次いで、3番目に日本国内に上市される医薬品の割合が65%を占める。



注:

1) 上市に関するデータは2021年6月時点

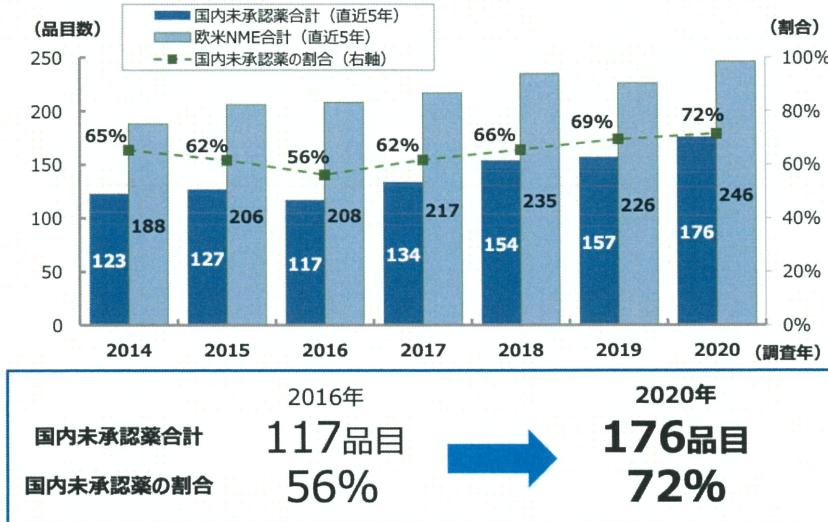
2) 欧州とはEvaluate Pharmaが定める“Europe”である『フランス、ドイツ、イタリア、スペイン、イス、トルコ、イギリス、及びその他ヨーロッパ諸国』を指す。

出所: Evaluate Pharmaのデータをもとに医薬産業政策研究所にて作成

令和4年1月20日  
日本製薬工業協会記者会見資料



## 国内未承認薬の増加



注1：各年の品目数は調査時点における直近5年の国内未承認薬数  
注2：国内未承認薬の割合 = 国内未承認薬合計（直近5年）／欧米NME合計（直近5年）  
出所：PMDA, FDA, EMAの各公開情報をもとに医薬産業政策研究所にて作成  
出典：医薬産業政策研究所「ドラッグ・ラグ：国内未承認薬の状況とその特徴」政策研ニュース No.63 (2021年07月)

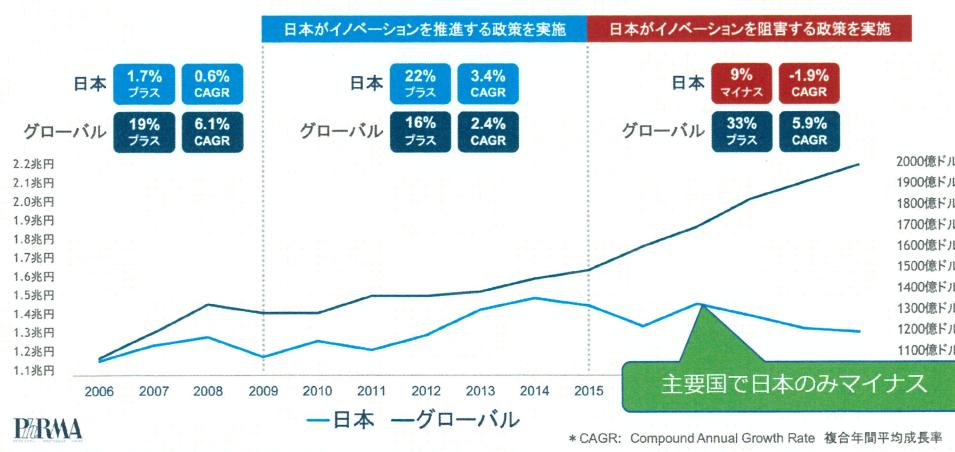
7

61

世界標準の治療を我が国の医療で確保していくためには、  
我が国の医薬品開発環境を世界と遜色のないものにすべき

くすり未来塾提言第4弾より

### ここ数年の政策変更は 日本におけるバイオ医薬品への投資に悪影響



出典：経済産業省「研究開発に関する調査（2021年）」、エバリュエートファーマ・ワールドプレビュー

- ・日本で医薬品を発売するには、日本での開発投資が必要（日本人データが承認には必要）
- ・医薬品は国際物資であり世界の企業が日本を注視
- ・今の日本は、新薬開発を躊躇する危険水準。
- ・国際水準の医療を確保するなら、世界の潮流を踏まえた戦略が必要。

（出典）2022年1月28日 デイビッド・リックスPhRMA会長 記者会見資料

62

## 第3の算定制度、企業届出価格承認制度について

(参考) 第1回 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(9月22日)資料 より

### 革新的医薬品の医療への貢献



#### 革新的技術を活用した モダリティ\*の多様化



#### モダリティ\*の多様化により、新たな治療選択肢を提供

\*治療手段（創薬技術・手法）

くすり未来塾

現在の類似薬効比較方式、原価計算方式の2方式は限界、第3のルールの導入が必要

→ 新規モダリティの出現で、既存の評価方式は限界（遺伝子型に応じた治療法、治療効果の価値で測るべきデジタルアプリ等）

#### 予見可能性のある算定方式が必要

→ 承認届出価格については、薬価推移を固定

#### イノベーション、安全保障の評価

→ 企業届出価格承認制度で評価

#### 医療保険財政への配慮

→ 類似薬からの除外

→ 市場拡大の場合、薬価固定を解除

→ 費用対効果の再評価を義務化

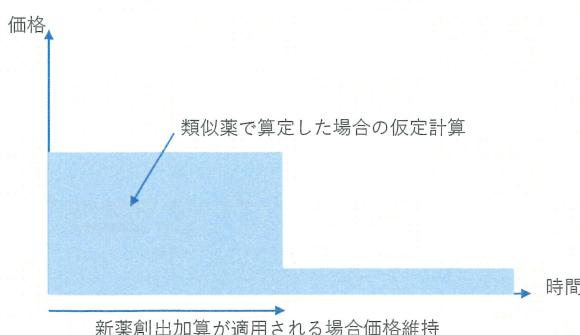
→ 薬のライフサイクルで見た医療費を増やさない

(くすり・未来塾提言Ⅳより)<sup>63</sup>

## 第三の新薬薬価算定方式＝企業届出価格承認制度(イノベーション価格算定方式)について ～類似薬効比較でも原価計算でも評価できないイノベーションは企業に当初販売価格の説明責任を

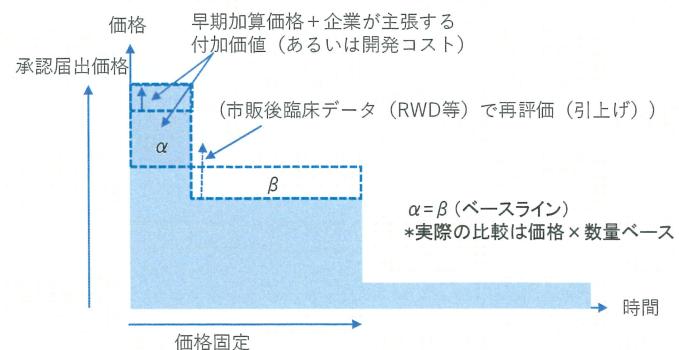
### 企業届出価格承認制度(イノベーション価格算定方式)のコンセプト

#### 既存薬価算定方式の場合(イメージ)



類似薬に価値を加算するのが基本だが、類似薬のない分野の評価の仕組みがない（原価計算とその加算のみ）。特許期間中は薬価維持される仕組み。海外価格に見劣り。

#### (新)イノベーション価格算定方式(イメージ)



財政中立をベースとしつつ、その薬の価値そのもので  
イノベーションを評価（当初価格の引き上げ）  
一定期間後価格引き下げを予定、その際に市販後臨床データで  
有効性・有用性があれば価格引き上げ

<sup>64</sup>

## 第三の新薬薬価算定方式＝新しい価値の評価について

医療の価値、医薬品の価値そのものにふさわしい評価が必要 ("Value-Based Pricing")

- ✓ 患者にとっての価値  
→ 世界各国で薬価の評価に組み込まれつつある  
※ QALY\*の考え方（我が国でも薬価の再評価（費用対効果）には導入した）
- ✓ 家族、社会にとっての価値  
→ 必ずしも十分評価されていない（上記の費用対効果に参入不可）
- ✓ 医療者にとっての価値（医療安全面、効率化・時間短縮等での医療現場への貢献に対する価値）  
→ 我が国では、評価のルールが基本的ない
- ✓ 社会保障費の軽減（医療費、介護費等の軽減）に対する価値  
→ 我が国では、評価のルールが基本的ない  
→ 類似薬との比較のみ。治療方法そのもの（例・手術の代替）での視点がない

➡ 欧米では企業がまず説明責任を果たすことが基本。我が国企業も説明し始めている。

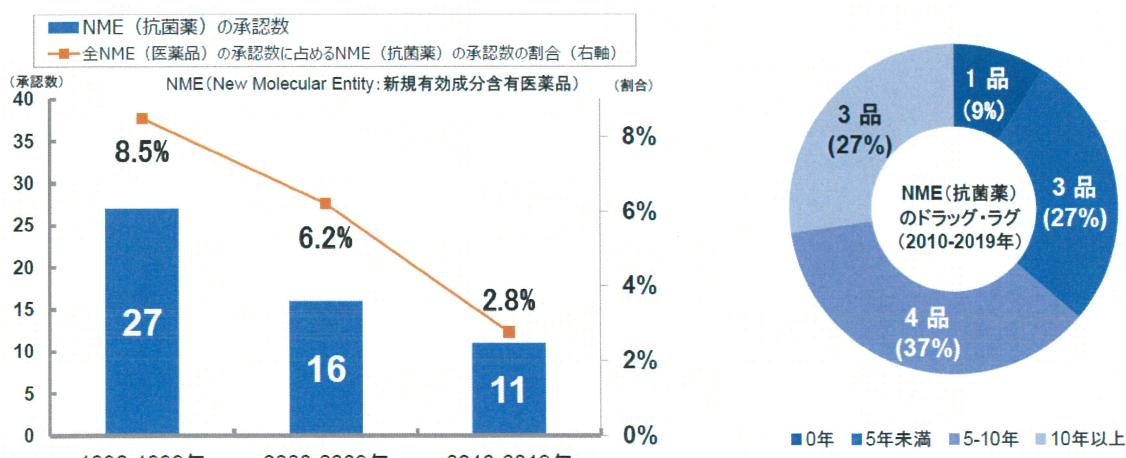
※ QALY=Quality-Adjusted Life Year : QALYは健康アウトカムの価値を示す指標。生存年と生命の質を1つの指標数値にまとめ、1QALYは完全に健康な状態での1年間に相当。  
※※ 次頁以降の認知症薬の価値評価について、「企業からも具体的な形で薬剤が持つ価値を反映させた推計値が出てくることは非常に興味深い」という専門家の声が出ている（五十嵐中、「認知症ケアの価値評価」Monthly IHEP 2023 April, No.328）

65

## 新規抗菌薬の上市数（ドラッグラグ・ドラッグロス）

製薬協

■ 新規抗菌薬の上市数は経年により低下しており、上市時期も欧米から遅れている。（ドラッグラグ）

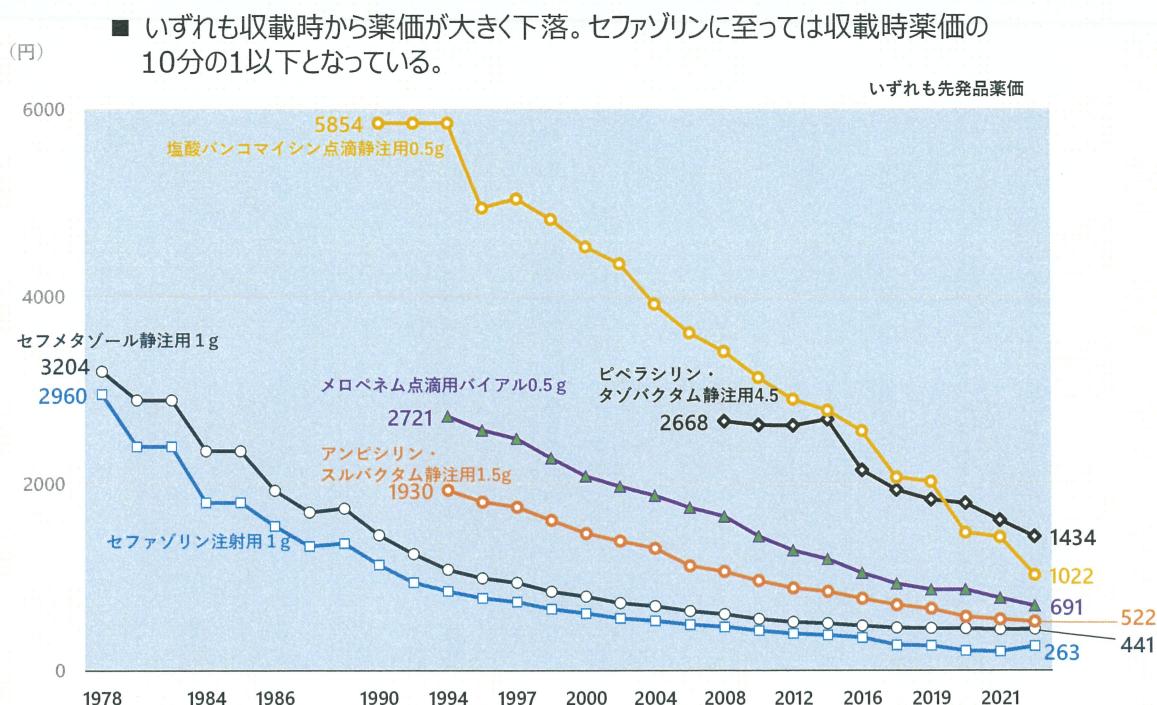


湯浅晃、吉田昌生、俵木保典. 日本と欧米の抗菌薬開発の状況と課題.  
政策研ニュース. 2022; 65. <https://www.jpma.or.jp/opir/news/065/01.html>

■ 国内開発中のパイプライン数も欧米に比べ少ない状況。（ドラッグロス）

■ 市場規模も縮小（全身用抗菌薬の国内市場は1989年から2018年までに9,655億円から2,195億円）

## 安定供給医薬品カテゴリーA抗菌薬の薬価推移



## 超低薬価品目が急増中（金額ベース10%時代、アイテム数50%時代の到来） ～コスト増に対応余力なし、卸の在庫コスト・配送コストがマージンで確保できない

薬価	規格用量別品目数 (製品小分類)	包装単位別品目数	流通金額(億円) 2022.04-2023.03		
20円未満	7,125	42%	14,768	49%	9,936
20円以上100円未満	4,994	29%	8,637	29%	14,187
100円以上1000円未満	2,691	16%	3,936	13%	25,948
1000円以上10万円未満	2,119	12%	2,475	8%	33,638
10万円以上100万円未満	232	1%	239	1%	14,437
100万円以上	31	0%	47	0%	1,072
単位薬価無し	2	0%	33	0%	48
総計	17,138	100%	30,135	100%	99,266
					100%

出典：エンサイス

## 今、医薬品を巡り生じている深刻な問題 ～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

- ・処方しても薬が薬局にない?  
～ 薬局が注文しても薬が来ない
- ・新薬が欲しければ海外へ?  
～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か

### → ・メーカーも卸も誰も来てくれない? ～メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺

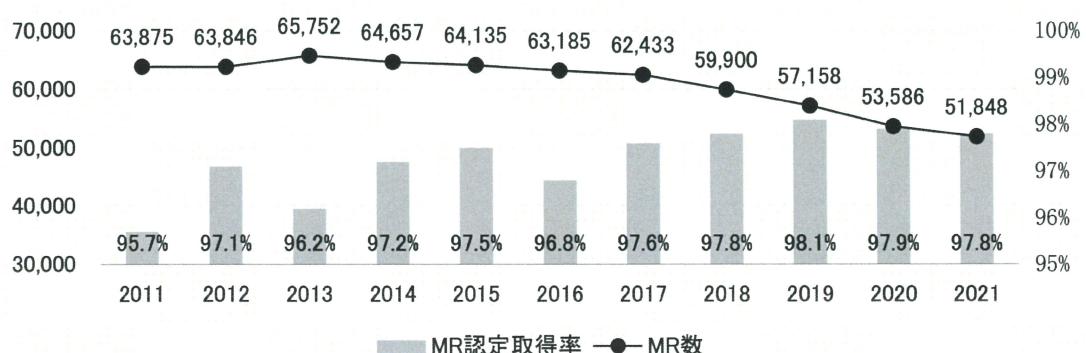
- ・疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか  
～ 薬価差という言葉のトラップ

## 製薬企業のMR数は減少している

2022 MR白書

### 2) 年度別MR数と認定取得状況の推移

過去11年間の推移は下図に示すとおり。



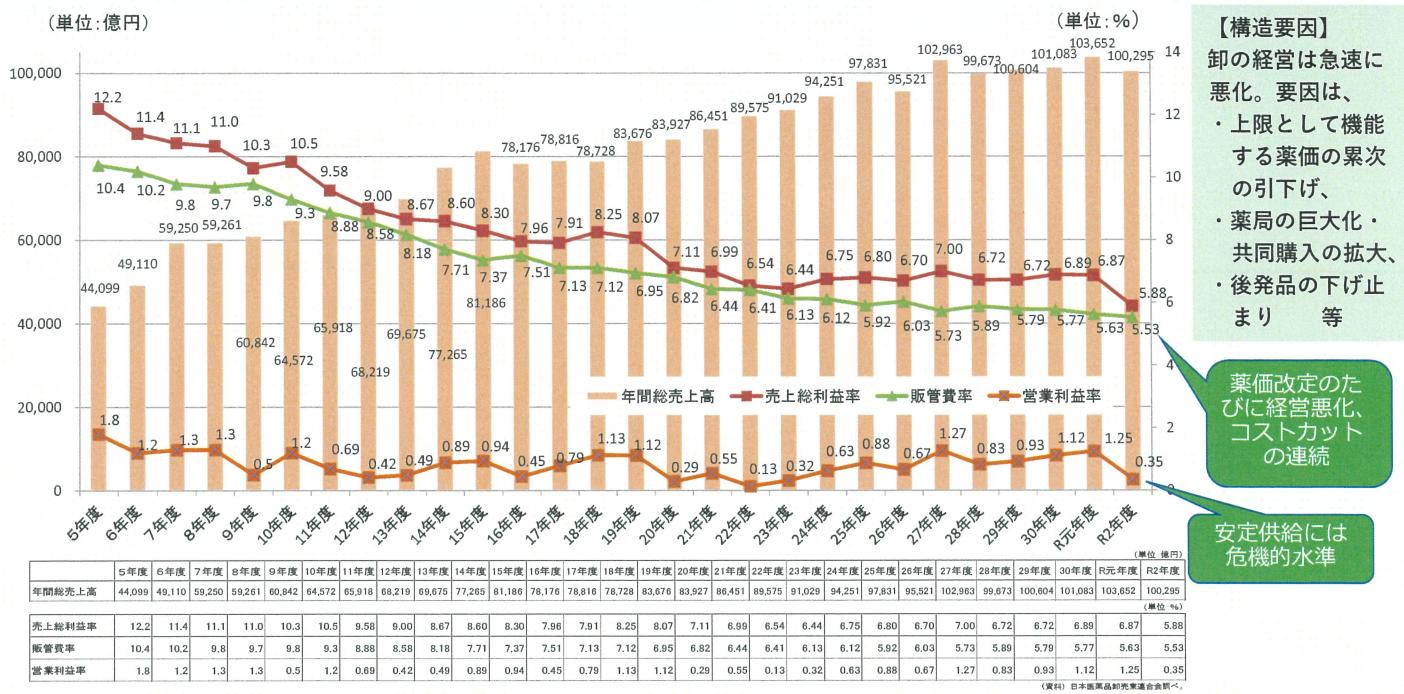
「年度別MR総数」は、2013年度をピークに毎年漸減しており、2021年度もその傾向が続いていることがわかった。認定証取得率に変化は見られなかった。

(出典) 2022MR白書 (MRセンター)

# 医薬品卸業の経営状況は、ついに危機的水準に

(年間総売上高／売上総利益率・販管費率・営業利益率の推移)

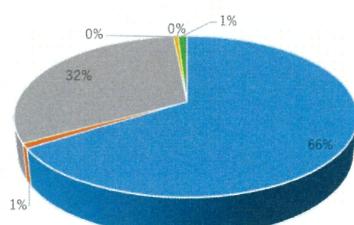
くすり未来塾提言  
第4弾より



## ヘルスケア産業プラットフォームのアンケート調査より

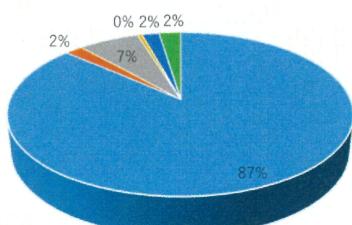
11-1. 現在、あなたが日々の業務において、最も時間を割いて対応している業務は何ですか？

①200床以上の病院



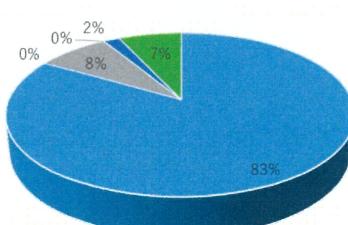
- ①医薬品の供給不安に伴う出荷調整業務
- ②コロナ対応（ワクチン、治療薬配達等）にかかる対応
- ③価格交渉にかかる業務（単品単価交渉等）
- ④医薬品の適正使用の推進
- ⑤医療経営にかかる情報提供等
- ⑥その他

②200床未満の病院、無床診療所



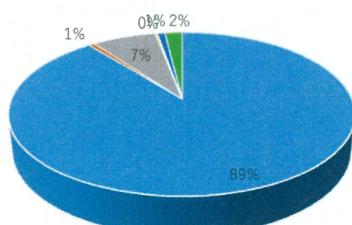
- ①医薬品の供給不安に伴う出荷調整業務
- ②コロナ対応（ワクチン、治療薬配達等）にかかる対応
- ③価格交渉にかかる業務（単品単価交渉等）
- ④医薬品の適正使用の推進
- ⑤医療経営にかかる情報提供等
- ⑥その他

③20店舗以上の調剤薬局チェーン



- ①医薬品の供給不安に伴う出荷調整業務
- ②コロナ対応（ワクチン、治療薬配達等）にかかる対応
- ③価格交渉にかかる業務（単品単価交渉等）
- ④医薬品の適正使用の推進
- ⑤医療経営にかかる情報提供等
- ⑥その他

④20店舗未満の調剤薬局チェーン・個店



- ①医薬品の供給不安に伴う出荷調整業務
- ②コロナ対応（ワクチン、治療薬配達等）にかかる対応
- ③価格交渉にかかる業務（単品単価交渉等）
- ④医薬品の適正使用の推進
- ⑤医療経営にかかる情報提供等
- ⑥その他

## 医薬品流通をめぐる課題について ～原薬調達、製造、流通を含めたサプライチェーンの確保を

医薬品卸は受注の赤字構造が深刻化：「大口割引価格の全国適用」が拡大  
= 大規模薬局（特に地方）は構造的赤字

赤字受注の現状（受注価格が仕入れ原価+販売管理費を下回っているもの）

仕入れ原価+販売管理費以下の受注（軒数ベース）

2020-2021	病院	診療所	保険薬局 (20店舗以上)	保険薬局 (19店舗以下)
都市部	30%	20%	87%	45%
代表的方都市	27%	18%	85%	52%
代表的僻地離島	43%	8%	100%	48%

(参考1)  
各社の販管費は  
・都市部 4.0~5.9%  
・地方 6.8~7.3%  
・僻地等 7.1~9.3%  
となっている。  
(※4社中の3社のデータである)

仕入れ原価+販売管理費以下の受注（金額ベース）

2020-2021	病院	診療所	保険薬局 (20店舗以上)	保険薬局 (19店舗以下)
都市部	48%	15%	86%	32%
代表的方都市	31%	17%	81%	43%
代表的僻地離島	67%	6%	100%	42%

(参考2)  
赤字受注分は、経費削減、返品等メーカーへの追加請求、事業多角化等で補てん努力。しかし、利益率は全卸売業平均(2%)を大きく下回る。

卸4社の代表的地域（サンプル地域）における当該地域内全数データによる。

なお、4社受注金額計1.9兆円のうち、38%(約7千億円)が赤字受注だった。（出典：「HIP研究会」）

73

## 今、医薬品を巡り生じている深刻な問題

～「医薬品の迅速・安定供給」で国の検討会が始まっている背景

・処方しても薬が薬局にない？

～ 薬局が注文しても薬が来ない

・新薬が欲しければ海外へ？

～ 欧米で承認されているうちの7割は日本で未承認か

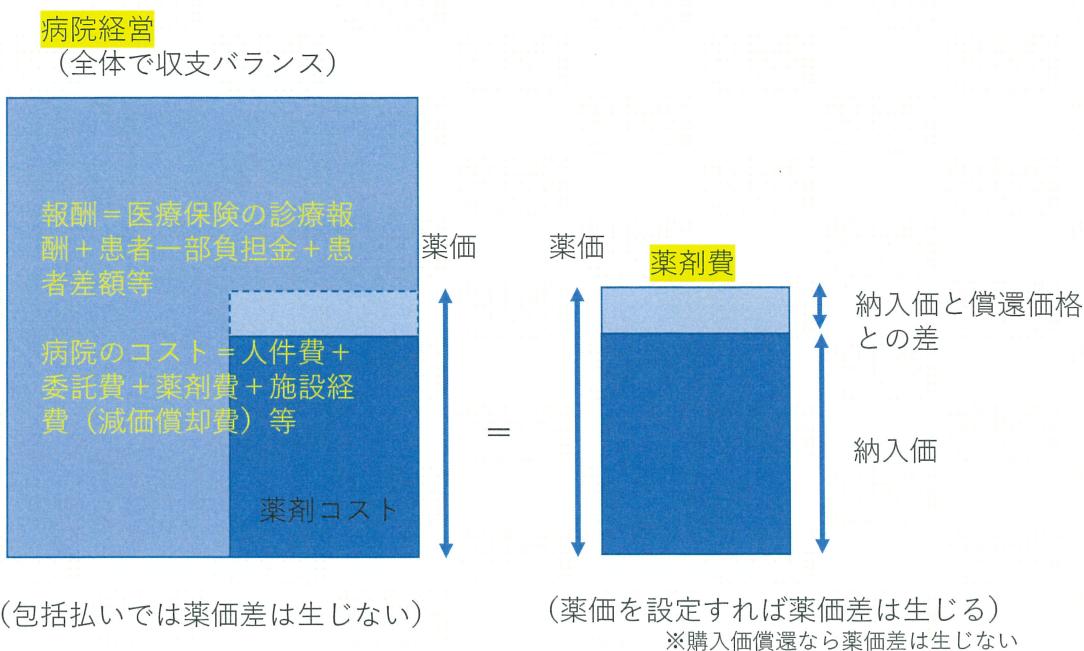
・メーカーも卸も誰も来てくれない？

～ メーカーも医薬品卸も人員削減の嵐、出荷調整で忙殺

→・疲弊する医薬品産業、誰が恩恵を受けているのか

～ 薬価差という言葉のトラップ

## 薬価があるから薬価差が生じる～薬価差について必要な議論



## 薬価差問題のトラップ～30年前の認識と現状の大きなギャップ

(平成元年)

- 薬価差**1兆3,000億円**の報道
- 医薬品費の**4分の1**が**医療機関の差益**収入  
(上記新聞報道)
- 類似新薬で同一市場で競争  
**(抗生素質の競争モデル)**
- 医薬分業は進展せず (基本的に**非分業**)
- 価格はメーカー**主導
- 信頼できる後発品なし** (新薬間競争中心)
- 長期収載品**が大きな市場
- グローバリゼーション**で**コスト削減可**

(令和)

- 国民負担の軽減 (**薬価差報道なし**)
- 主な薬価差の帰属は**医療機関ではない**  
(医療機関ではなく薬局)
- 「最適使用推進ガイドライン」とゲノム創薬  
(適応患者が限定される**抗がん剤モデル**)
- 医薬分業**は大きく進展
- 価格は卸が決定**、メーカー不介入
- 後発品80%時代**
- AG**という後発品の名前を持つ長期収載品
- 世界的にコスト上昇、自国生産に回帰**

社会保険局報[100]九年五月二十一日  
「薬価差問題」の再認識～パラダイム転換に向けて  
より抜粋

代表的な例が、平成元年11月9日の朝日新聞の1面での報道である。「薬価差益、年に1兆3千億円 厚生省が試算を初めて公表」との見出しの下、詳しい記事を載せている。

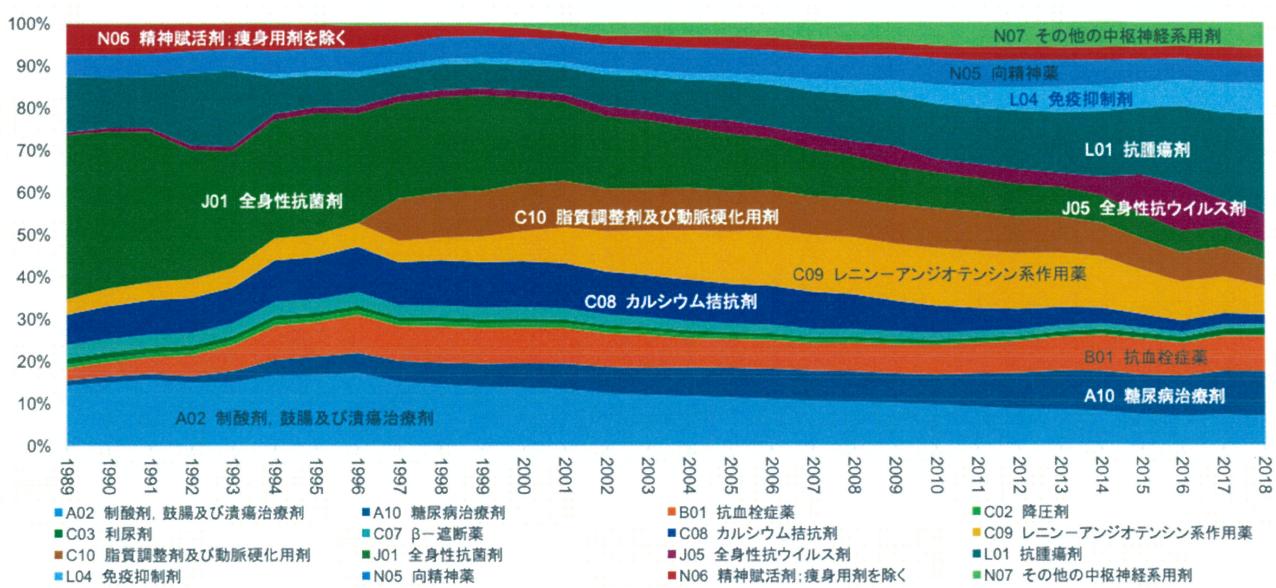
その内容を見ると、まず、「同省が薬価差益の年間総額についての具体的な数字を、公式に示したのは初めて。」とした上で、「同年度中、各健康保険や患者から医療機関に支払われた医薬品費は約5兆1600億円で、このうちの4分の1が、医療機関の差益収入となつていてことになる。」としている。そして、「この薬価差の構造として、「医療機関は患者に使った薬剤費を薬価基準価格で保険請求する。しかし、実際には、ほとん

どの薬剤について割引価格で購入しており、この差額はそつくり、医療機関のもうけになる。」と解説し、厚生省のコメントとして、「標準の4人世帯では約4万円が、医療機関の薬価差益となつている計算だ。この差益分を全額、被保険者に還元した場合、標準1世帯当たりの保険料を月額で3000円軽減できる、としている。」とし、「厚生省はこうした薬価差益の幅を縮めるため、2年に一度、医療機関の実際の薬購入価格を調査し、薬価基準を改定しており、来春に次回改定が予定されている。」と結んでいる。

なお、日本医師会の村瀬敏郎・副会長（当時）のコメントも載せられており、「社会保険はすべてが

薬価問題が大きく取り上げられた1990年前後は、抗生物質が大きなシェア～抗生物質の市場シェアは大きく減少、現在は抗がん剤の割合が大きい

## 平成年間-主要16薬効別シェアの推移



出典：IQVIA

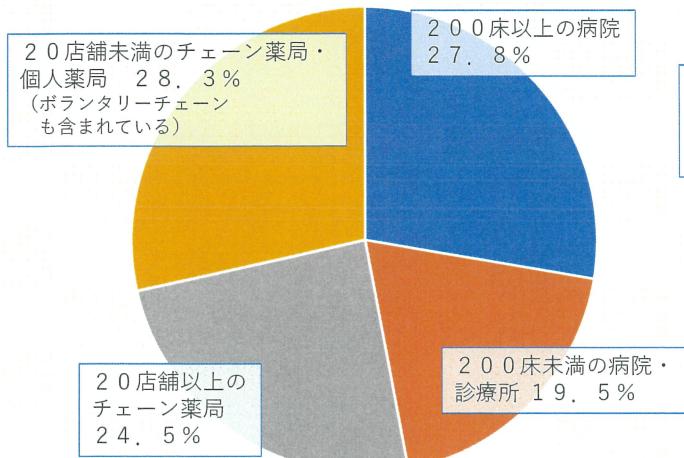
Copyright © IQVIA All right reserved. 2019 Feb 日本医薬品市場統計（統計書／1989年-2006年、IMSBase／2007年-2018年）

All Rights Reserved. Confidential and Proprietary.

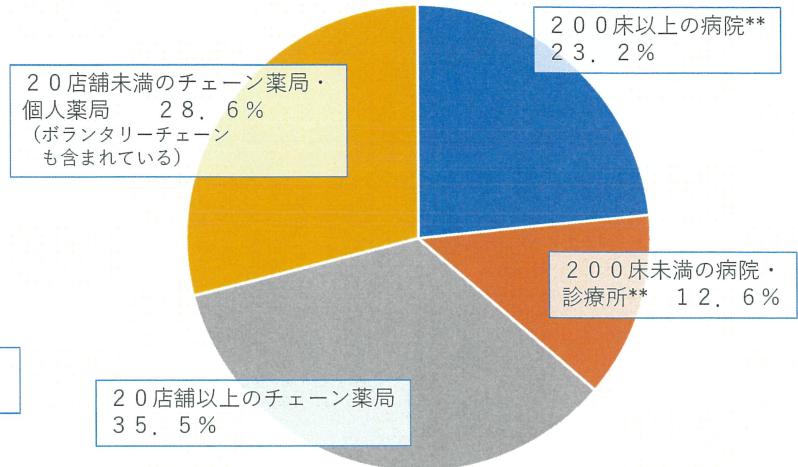


## 薬価差はどこで生じているか（1）

販売先別売上高ベースでのシェア



販売先別薬価差実額ベースでのシェア



• HIP研究会調べ（医薬品卸4社のデータによる分析）。売上高は、薬価ベースではなく販売高ベース。2022年4月～9月ベース。

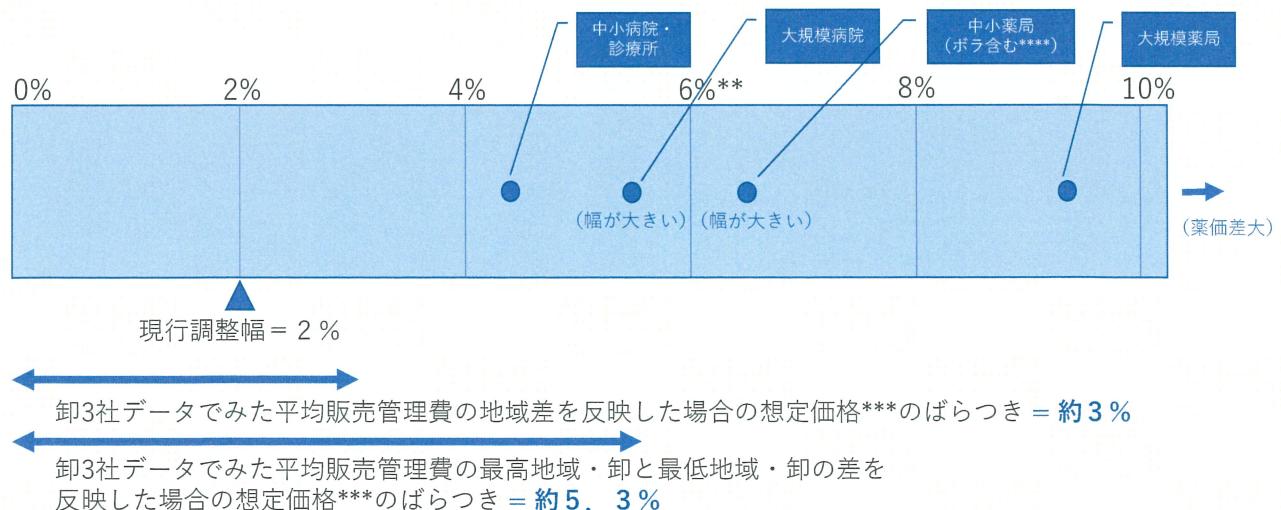
\*\* 病院等が包括診療報酬で請求した場合、概念上薬価差は生じないので、実際はこれが全て請求額との差である薬価差になっているものではない。

\*\*\* 速報値公表後、さらに4月26日現在で数字の精査を行った。（2023年4月26日現在）

79

## 薬価差はどこで生じているか（2）

医薬品卸の販売データに基づく推定薬価差\*（イメージ図）



\* HIP研究会調べ（医薬品卸4社のデータによる分析）。販売先別薬価差にはばらつきがあるが、ここでは4社の加重平均値を示す。

\*\* くすり未来塾は、先に現行調整幅は縮小すべきではなくむしろアメリカ並みの6%で然るべきではないか、と提言。

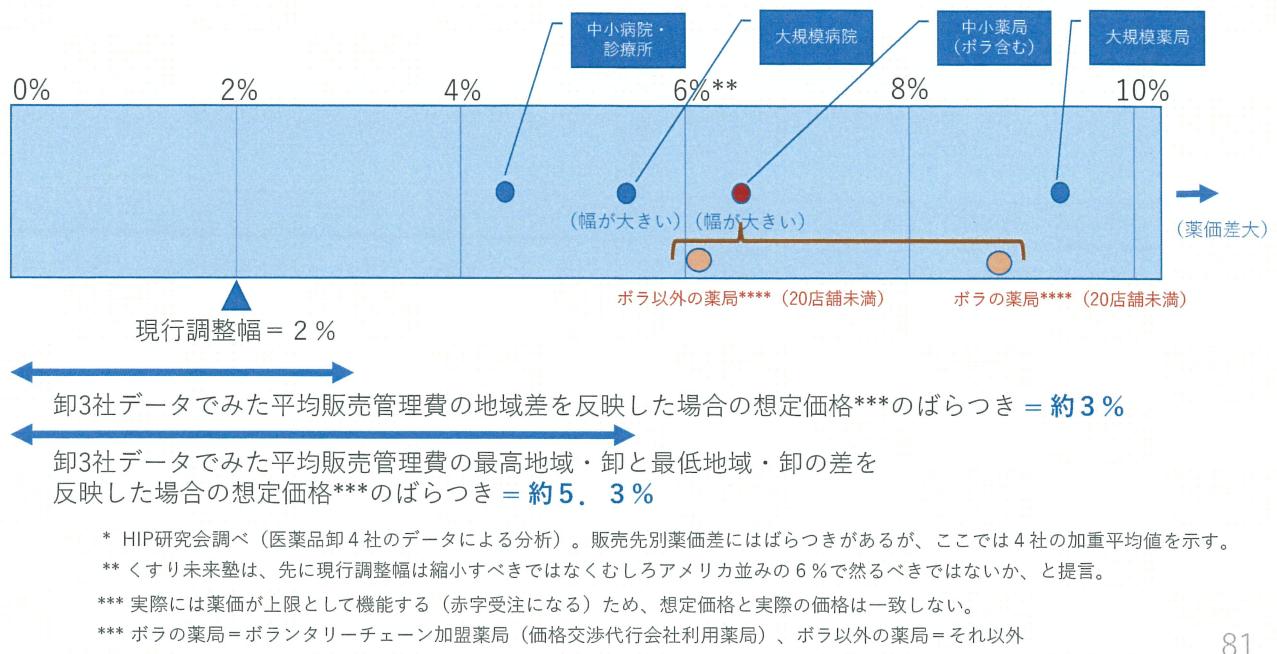
\*\*\* 実際には薬価が上限として機能する（赤字受注になる）ため、想定価格と実際の価格は一致しない。

\*\*\*\* ボラ含む=ボランタリーチェーン加盟薬局（価格交渉代行会社利用薬局）を含む。

80

## 薬価差はどこで生じているか（2）（改定版）

医薬品卸の販売データに基づく推定薬価差\*（イメージ図）



81

## 薬価差は何を賄っているのか

薬局の経営構造

技術料

薬価

全体として余剰  
が生じれば再投  
資又は株主配当

技術料＝医薬品の減耗コスト、  
施設の維持管理コストをカバー

薬価＝現物給付として交付される医薬品の費用償還  
(在庫費用等は左記で算定済み)

↑  
薬価差は本来技術料ではないが技術料で費用が賄えなければ経営全体としての原資になる

医療機関の経営構造

技術料

薬価

全体として余剰  
が生じれば  
再投資（医療法  
人は配当禁止）

技術料＝現物給付として提供される療養の給付に  
必要な費用  
(患者に交付・使用される特定の物代を除く)

薬価＝現物給付として交付される医薬品の  
費用償還（在庫費用等は左記で算定済み）

↑  
薬価差は本来技術料ではないが技術料で費用が賄えなければ経営全体としての原資になる

82