

日本病院団体協議会
第 236 回代表者会議 議事次第

日 時 2024 年 8 月 23 日（金）13:00～14:30
場 所 Web 会議システム「Zoom」を使用した開催（日病会議室との併用）

議 題

○電子処方箋について

厚生労働省医薬局総務課 電子処方箋サービス推進室 長嶋賢太課長補佐

1. 中医協関連会議の報告

<説明者>

資料 1 薬価専門部会（8/7・第 226 回）

池端委員、太田委員

資料 1-2 総会（8/7・第 593 回）

//

2. その他

資料 2 厚生労働省保険局医療課との面談について

仲井議長

資料 2-2 2040 年に向けた地域医療構想について

//

資料 2-3 日本専門医機構理事会（8/9・第 3 回）

一読

資料 A 第 235 回代表者会議（7/26）報告書

参考資料 1 2024 年度代表者会議開催日程

参考資料 2 日病協代表者 名簿

※ 14:30～ 記者会見（Zoom）

※ 次回開催について

日時：2024 年 9 月 27 日（金）13:00～15:00（予定）WEB 会議（日病会議室との併用）

出席者	議長		仲	井	培	雄
	副議長		望	月		泉
	中医協委員		池	端	幸	彦
			太	田	圭	洋
	診療報酬実務者会議委員長		津	留	英	智
一般社団法人国立大学病院長会議	会 長	大	鳥	精	司	
独立行政法人国立病院機構		<	欠	席	>	
一般社団法人全国公私病院連盟	会 長	邊	見	公	雄	
	副会長	辻	井	正	彦	
公益社団法人全国自治体病院協議会	会 長	望	月		泉	
	副会長	小	阪	真	二	
公益社団法人全日本病院協会	会 長	猪	口	雄	二	
	副会長	神	野	正	博	
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	山	本	修	一	
	理 事	山	本	圭	子	
一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会	会 長	仲	井	培	雄	
	副会長	加	藤	章	信	
一般社団法人日本医療法人協会	会 長	加	納	繁	照	
	副会長	太	田	圭	洋	
一般社団法人日本社会医療法人協議会	会 長	西	澤	寛	俊	
	副会長	伊	藤	伸	一	
一般社団法人日本私立医科大学協会						
大学病院の診療報酬に関する検討委員会	委 員	川	瀬	弘	一	
公益社団法人日本精神科病院協会	副会長	平	川	淳	一	
一般社団法人日本病院会	副会長	岡		俊	明	
一般社団法人日本慢性期医療協会	会 長	橋	本	康	子	
	副会長	池	端	幸	彦	
一般社団法人						
日本リハビリテーション病院・施設協会	副会長	近	藤	国	嗣	
	副会長	佐	藤	吉	沖	
独立行政法人労働者健康安全機構	理 事	高	野	順	子	

電子処方箋の現況等

厚生労働省 医薬局総務課
電子処方箋サービス推進室

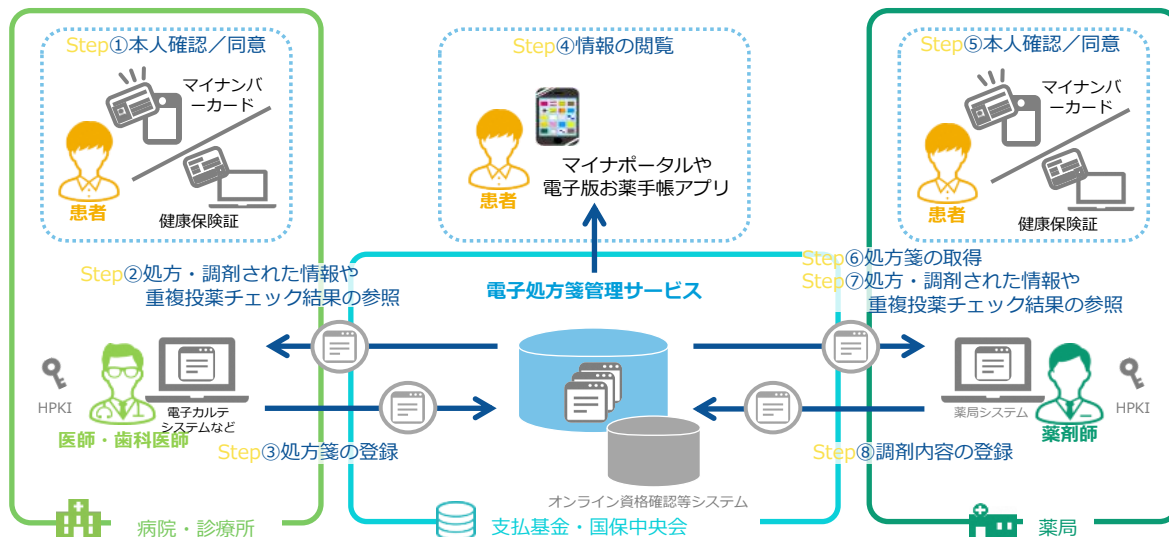
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 電子処方箋の概要と現状
2. 普及対応や支援策等
3. 電子署名周りの状況
4. 今後の予定
5. その他参考

電子処方箋とは

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、**現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組み**。オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、**患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧**や、当該データを活用した**重複投薬等チェックの結果確認**が可能に。（令和5年（2023年）1月～運用開始）



■ 医療DXの推進に関する工程表（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）

すでに運用を開始している電子処方箋については、概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年3月までに普及させる。これにより、複数の医療機関にかかっている場合に、処方・調剤する薬剤と服用中の薬剤の重複の有無や、飲み合わせに問題がないか等について、医療機関や薬局が確認できるようになる。

■ 経済財政運営と改革の基本方針 2023（令和5年6月16日閣議決定）

医療DX推進本部において策定した工程表に基づき、医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ政府を挙げて確実に実現する。

3

電子処方箋の導入状況(全国)

(2024/08/11時点)

- ・ 薬局における導入が加速化しており（42.5%の薬局が既に運用開始済）、**周辺薬局が対応していないという当初の課題は、解消しつつあるか、今後解消していく見込み。**
- ・ **紙の処方箋を含め、多くの薬局が調剤結果を登録。**リアルタイムでの薬歴参照や重複投薬等チェックに活用可能。

	①電子処方箋運用開始施設数	②オンライン資格確認システム導入施設数	③割合（①/②）
全体	28,926 施設	209,672 施設	13.8%
病院	149 施設	7,986 施設	1.87%
医科診療所	3,276 施設	81,535 施設	4.02%
歯科診療所	129 施設	60,468 施設	0.21%
薬局	25,372 施設	59,693 施設	42.5%

（※）運用開始施設数とは、医療機関等向け総合ポータルサイトで運用開始の旨を入力した施設であって、当該運用開始日が経過している施設をいう。

4

病院の導入状況 R6.8.11時点 1/2

富山県

吉見病院（滑川市）
富山大学附属病院（富山市）
みなみの社病院（高岡市）

石川県

松任石川中央病院、つるぎ病院（白山市）
北陸病院、医療法人社団金沢古府記念病院（金沢市）
社会医療法人財団重仙会恵寿総合病院（七尾市）

山梨県

甲州リハビリテーション病院（笛吹市）
医療法人慶友会城東病院（甲府市）

長野県

木曽病院（木曽郡木曽町）
上田地域（上田市）
社会医療法人財団慈泉会相澤病院、
社会医療法人財団慈泉会相澤東病院（松本市）

岐阜県

多治見病院（多治見市）
羽島市民病院（羽島市）
飛騨市民病院（飛騨市）
山田病院
岐阜県総合医療センター（岐阜市）
日新会城山病院（中津川市）

静岡県

三島共立病院（三島市）
静岡市立静岡病院（静岡市）
静岡県立病院機構県立総合病院、
こころの医療センター、
こども病院（静岡市）

愛知県

名古屋掖済会病院（名古屋市中区）
半田市立半田病院（半田市）
西知多総合病院（東海市）

モデル地域

運用開始済病院等
運用開始予定病院等
（8月以降予定）
※ 2024年8月12日時点
（最終更新8月12日）

北海道

北海道がんセンター（札幌市）
名寄三菱病院（名寄市）

青森県

青森市立浪岡病院（青森市）
青森市民病院（青森市）

岩手県

釜石病院、二戸病院、大槌病院、遠野病院
千厩病院、大東病院、東和病院、宮古病院
山田病院、軽米病院、一戸病院、胆沢病院
江刺病院、中部病院、中央病院、大船渡病院
久慈病院、磐井病院、高田病院、南光病院

宮城県

気仙沼市立病院（気仙沼市）
塩竈市立病院（塩竈市）
仙台市立病院（仙台市）
石巻市立病院（石巻市）

秋田県

大湯リハビリ温泉病院（鹿角市）
御野場病院、秋田大学医学部附属病院（秋田市）

山形県

日本海総合病院、本間病院（酒田市）

福島県

公立若瀬病院（須賀川市）

埼玉県

久喜すずのき病院（久喜市）
寿康会病院、医療法人誠朗会
上野病院（川口市）
行田総合病院（行田市）
龍原病院（熊谷市）

千葉県

国保旭中央病院（旭市）
南ヶ丘病院（佐倉市）
五香病院（松戸市）

東京都

玉川病院（世田谷区）
慶友整形外科脊椎関節節病院（足立区）
東京病院（清瀬市）
杏林大学医学部付属杉並病院（杉並区）
東京通信病院（千代田区）
神奈川県
広瀬病院（相模原市）
国家公務員共済組合連合会
横須賀共済病院（横須賀市）

茨城県

水府病院（水戸市）

栃木県

足利第一病院（足利市）

群馬県

富沢病院（前橋市）
国立病院機構
高崎総合医療センター
（高崎市）

病院の導入状況 R6.8.11時点 2/2

福岡県

原三信病院、原土井病院、貝塚病院（福岡市）
福岡新水巻病院（遠賀郡水巻町）
新田原聖母病院（行橋市）
高良台リハビリテーション病院、神代病院（久留米市）
嘉麻赤十字病院（嘉麻市）
福岡病院（福岡市）
社会医療法人共愛会戸畑共立病院、
戸畑リハビリテーション病院（北九州市）

佐賀県

肥前精神医療センター（神埼郡吉野ヶ里町）

長崎県

長崎みなとメディカルセンター
社会福祉法人恩賜財団済生会長崎病院（長崎市）

熊本県

天草慈恵病院、熊本市立熊本市市民病院（熊本市）
有働病院（荒尾市）
国保水俣市立総合医療センター（水俣市）
国民健康保険天草市立河浦病院（天草市）

大分県

だいく病院、大分共立病院、塚川第一病院（大分市）
宇佐高田医師会病院（宇佐市）

宮崎県

えびの市立病院（えびの市）

鹿児島県

鹿児島市立病院、新成病院、三宅病院（鹿児島市）
薩摩郡医師会病院（薩摩郡さつま町）
卓翔会記念病院（薩摩川内市）

沖縄県

ハートライフ病院（中頭郡中城村）

島根県

市立総合医療センター、小林病院（出雲市）
松江市立病院（松江市）
雲南市立病院（雲南市）

岡山県

岡山市立市民病院、岡山県精神科医療センター、
岡村一心堂病院（岡山市）

広島県

安佐市民病院、長久堂 野村病院、
広島共立病院、国家公務員共済組合連合会広島記
念病院（広島市）
吉島病院、広島市民病院、舟入市民病院、
ぎおん牛田病院、日比野病院（広島市）
宗近病院、安芸津病院（東広島市）
大君浜井病院（江田島市）

山口県

岩国みなみ病院（岩国市）
下関市立豊田中央病院（下関市）
地域医療機構 徳山中央病院（周南市）

三重県

三重大学医学部附属病院（津市）
桑名市総合医療センター（桑名市）
四日市病院、山中胃腸科病院、
県立総合医療センター（四日市市）

京都府

なぎ辻病院（京都市）
亀岡市立病院（亀岡市）

大阪府

貝塚病院（貝塚市）
八尾市立病院（八尾市）
恵温病院、北大阪病院、加納総合病院（大阪市）
馬場記念病院（堺市）
社会医療法人信愛会臨生会脳神経外科病院（四條
畷市）
国家公務員共済組合連合会枚方公済病院（枚方
市）
医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院（岸和田市）

兵庫県

田中病院（尼崎市）
芦屋病院（芦屋市）
加古川中央市民病院（加古川市）
神戸掖済会病院（神戸市）

滋賀県

社会医療法人誠光会淡海医療センター（草津市）

徳島県

徳島市民病院（徳島市）

高知県

島津病院（高知市）

愛媛県

HITO病院（四国中央市）

メリット①

他の医療機関・薬局で処方・調剤された薬の情報を電子カルテシステム等で活用できます

- 電子処方箋管理サービス側で過去の処方・調剤情報を活用できた事例が続々報告されています。
- 患者の過去の処方・調剤情報の閲覧によって既往歴を推察し、患者からの聞き取りも相まって、病態を考慮しながら適切な処方判断ができた等の事例もあります。

直近の処方・調剤情報を閲覧できます！

- ・ 緑内障患者に禁忌である、不眠症の治療薬（ゾルピデム酒石酸塩）を処方しようとしたが、患者に緑内障の治療薬（ラタノプロスト、リバスジル塩酸塩）の処方歴があることが判明。
- ・ 向精神薬等の初回用量に上限がある薬について、他医療機関での処方量を確認できた。
- ・ お薬手帳や患者とのコミュニケーションでは確認できなかった薬や、お薬手帳を忘れた患者の薬についても確認できた。等

過去の処方・調剤情報を対象に
重複投薬・併用禁忌をチェックできます！

- ・ 新規患者が「併用薬はない」と言っていたところ、重複投薬等チェックに引っかかり、不眠症の治療薬（ゾルピデム酒石酸塩）の服用を検知できた。
- ・ 高脂血症治療薬（ロスバスタチンカルシウム）を処方しようとしたが、併用禁忌チェックにかかり、併用禁忌薬の免疫抑制剤（シクロスポリン）が処方されており、他薬に変更することで併用禁忌を回避することができた。
- ・ 慢性疼痛の治療目的でトラマドール塩酸塩を処方しようとしたところ、重複投薬等チェックから併用禁忌のパーキンソン病治療薬セレギリン塩酸塩が処方されていることが判明。等

7

1. 電子処方箋の概要と現状
2. 普及対応や支援策等
3. 電子署名周りの状況
4. 今後の予定
5. その他参考

8

電子処方箋の普及・促進について

令和6年6月18日
第7回デジタル行財政改革会議
厚生労働大臣提出資料
※導入済み施設数のみ改変

- 令和6年8月11日時点、電子処方箋導入済みの医療機関は3,554施設、薬局は25,372施設。導入済みの薬局を中心に電子処方箋システムへの調剤情報の登録が進んでおり、重複投薬等チェックも累計1億回以上実施。
- 導入を阻害する要因として医療業界から挙げられる課題を十分に踏まえ、医療現場の負担軽減とメリットを増加するような対策を講じることで普及の加速を図る。

医療機関等が指摘する主な課題

対応方針

費用の負担が重い

ICT基金・都道府県補助・診療報酬加算等により支援

- ・ 導入補助として、既存のICT基金に加え、令和5年度補正予算で設けた都道府県と協働した補助事業を最大限活用することにより負担を軽減。
- ・ 令和6年度診療報酬改定で新設した「医療DX推進体制整備加算」により後押し。

地域一体で面的に普及させる必要がある

都道府県との協働や見える化を強化

- ・ 都道府県ごとの病院・診療所・薬局の導入率を定期的に公表し、利用者（患者）にとっての利便性を向上するとともに普及拡大に繋げる。
- ・ 都道府県と協力し、公立病院をはじめとした地域の中核医療機関への働きかけを強化等。

※ その他、先行施設の取り組みや各種好事例等の発信、国民向け周知等の対策を継続。

9

導入支援の拡充①

- 令和5年12月以降、①令和5年12月に実装した追加機能※の補助（補助上限の引き上げ）、②都道府県による追加導入費用の助成（補助率の引き上げ）、③診療報酬改定・医療DX推進体制整備加算による電子処方箋の評価等により薬局導入支援を実施中。 ※リフィル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応、処方箋ID検索

追加機能への拡充拡充

	大規模病院	病院	診療所	大型チェーン薬局	薬局
基本機能部分 (従前補助)	162.2万円を上限に補助 ※事業額の486.6万円を 上限に、その1/3を補助	108.6万円を上限に補助 ※事業額の325.9万円を 上限に、その1/3を補助	19.4万円を上限に補助 ※事業額の38.7万円を 上限に、その1/2を補助	9.7万円を上限に補助 ※事業額の38.7万円を 上限に、その1/4を補助	19.4万円を上限に補助 ※事業額の38.7万円を 上限に、その1/2を補助
追加機能部分 ※既に基本機能を 導入している施設	45.2万円を上限に補助 ※事業額の135.6万円を 上限に、その1/3を補助	33.3万円を上限に補助 ※事業額の100万円を 上限に、その1/3を補助	12.3万円を上限に補助 ※事業額の24.5万円を 上限に、その1/2を補助	6.4万円を上限に補助 ※事業額の25.6万円を 上限に、その1/4を補助	12.8万円を上限に補助 ※事業額の25.6万円を 上限に、その1/2を補助
基本機能＋ 追加機能部分	200.7万円を上限に補助 ※事業額の602.2万円を 上限に、その1/3を補助	135.3万円を上限に補助 ※事業額の405.9万円を 上限に、その1/3を補助	27.1万円を上限に補助 ※事業額の54.2万円を 上限に、その1/2を補助	13.8万円を上限に補助 ※事業額の55.3万円を 上限に、その1/4を補助	27.7万円を上限に補助 ※事業額の55.3万円を 上限に、その1/2を補助

都道府県による追加導入費用の助成（補助率の引上げ）

都道府県助成
(医療提供体制推進事業費補助金)

都道府県が環境整備のため薬局等へ導入費用を助成（国が一部補助）

都道府県助成と①の補助金を合わせて受け取ることが可能。その場合の導入費用に対する財政支援全体の割合は最大で
病院:1/2、診療所・薬局（大型除く）:3/4、大手チェーン薬局:1/2

(※) 現在、以下の都道府県において実施に向け準備中。他、9月以降補正に向けて複数の都道府県で検討中。
青森県、秋田県、山形県、福島県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、長野県、愛知県、三重県、大阪府、広島県、山口県、福岡県、熊本県

10

導入支援の拡充②

医療DX体制整備加算として、令和6年6月から、マイナ保険証、**電子処方箋**などの「医療DX推進体制」を評価（調剤で4点）。**本年10月からはマイナ保険証の利用率に応じて更に増点予定。**

令和7年3月までに電子処方箋を発行できる体制が必要。

医療DX推進体制整備加算及び医療情報取得加算の見直し		中医協 総-9 6.7.17
医療DX推進体制整備加算	令和6年6月～9月	令和6年10月～
	医療DX推進体制整備加算 8点 医療DX推進体制整備加算（歯科） 6点 医療DX推進体制整備加算（調剤） 4点 ※初診時に所定点数を加算 [施設基準（医科医療機関）]（要旨） ～中略～ （6）マイナバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。（令和6年10月1日から適用）	医療DX推進体制整備加算1 1.1点 医療DX推進体制整備加算1（歯科） 9点 医療DX推進体制整備加算1（調剤） 7点 [施設基準（医科医療機関）]（要旨） （6）マイナバーカードの健康保険証利用について、 十分な実績 を有していること。 （新）マイナポータル上の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。 医療DX推進体制整備加算2 1.0点 医療DX推進体制整備加算2（歯科） 8点 医療DX推進体制整備加算2（調剤） 6点 [施設基準（医科医療機関）]（要旨） （6）マイナバーカードの健康保険証利用について、 必要な実績 を有していること。 （新）マイナポータル上の医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること。 医療DX推進体制整備加算3 8点 医療DX推進体制整備加算3（歯科） 6点 医療DX推進体制整備加算3（調剤） 4点 [施設基準（医科医療機関）]（要旨） （6）マイナバーカードの健康保険証利用について、 実績 を有していること。
医療情報取得加算	令和6年6月～11月	令和6年12月～
	初診時 医療情報取得加算1（現行の保険証の場合） 3点 医療情報取得加算2（マイナ保険証の場合） 1点 再診時（3月に1回に限り算定） 医療情報取得加算3（現行の保険証の場合） 2点 医療情報取得加算4（マイナ保険証の場合） 1点 調剤時（6月に1回に限り算定） 医療情報取得加算1（現行の保険証の場合） 3点 医療情報取得加算2（マイナ保険証の場合） 1点	初診時 医療情報取得加算 1点 再診時（3月に1回に限り算定） 医療情報取得加算 1点 調剤時（12月に1回に限り算定） 医療情報取得加算 1点

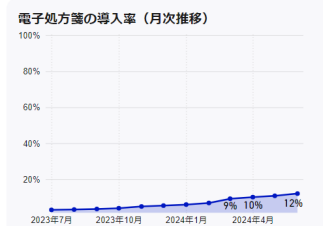
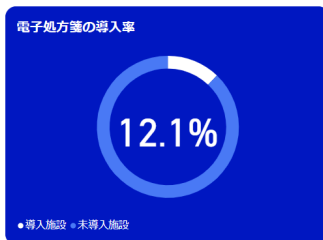
※ 適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。ただし、令和6年10月～令和7年1月は、適用時期の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることもできる。
 ※ 令和7年4月以降のマイナ保険証利用率の実績要件は、附帯意見を踏まえ、本年末を目途に検討、設定。

11

電子処方箋の導入状況に関するダッシュボード①

都道府県別に病院、診療所（医科及び歯科）及び薬局別の電子処方箋の導入状況を定期的（月1回を予定）に公表することで、患者、医療従事者、行政が最新の状況を理解しやすくすることを図るため、2024/7/31にデジタル庁HPにおいて電子処方箋の導入状況に関するダッシュボードの掲載を開始。

電子処方箋の導入状況

厚生労働省 国・県・市町村保健医療局
Ministry of Health, Labour and Welfare

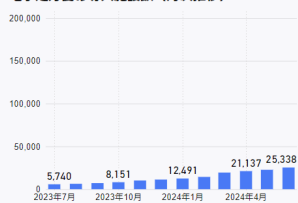
電子処方箋の導入施設数

25,338

オンライン資格確認システムの導入施設数

208,845

電子処方箋の導入施設数（月次推移）



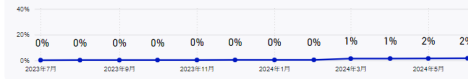
施設別の電子処方箋の導入状況

厚生労働省 国・県・市町村保健医療局
Ministry of Health, Labour and Welfare

病院の導入率

1.7%

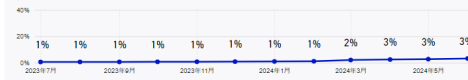
病院の導入率（月次推移）



医科診療所の導入率

3.3%

医科診療所の導入率（月次推移）



歯科診療所の導入率

0.2%

歯科診療所の導入率（月次推移）



薬局の導入率

37.7%

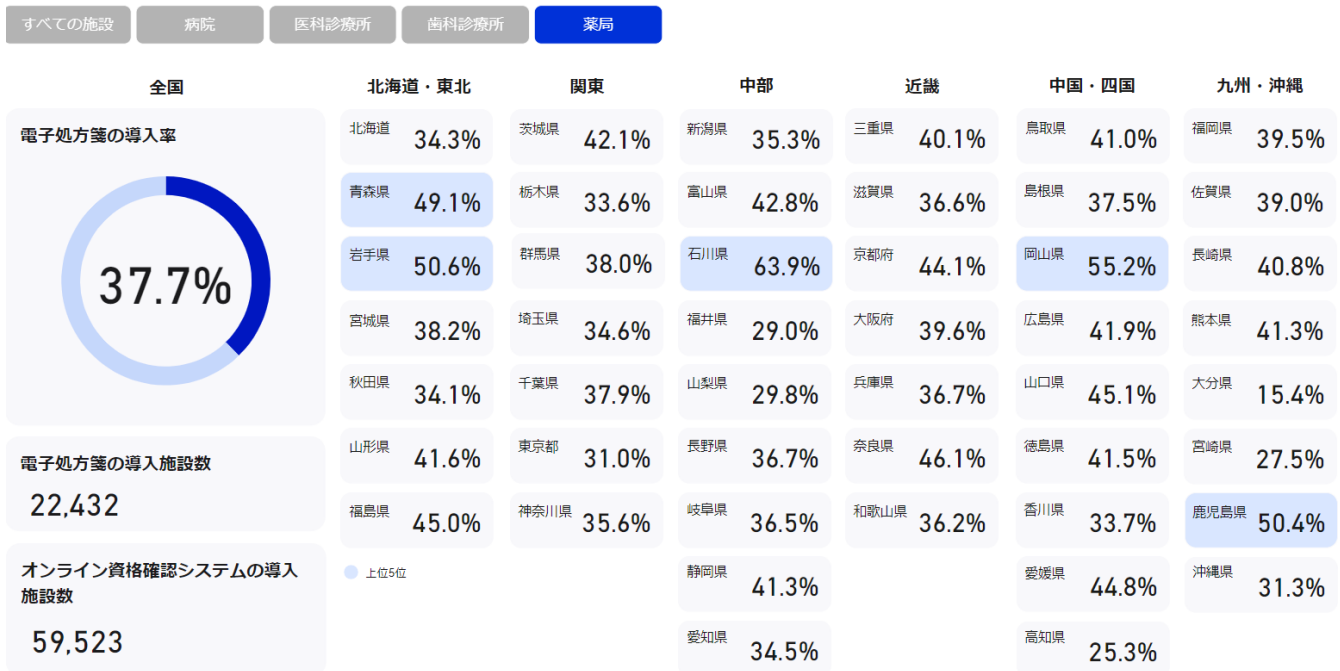
薬局の導入率（月次推移）



12

電子処方箋の導入状況に関するダッシュボード②

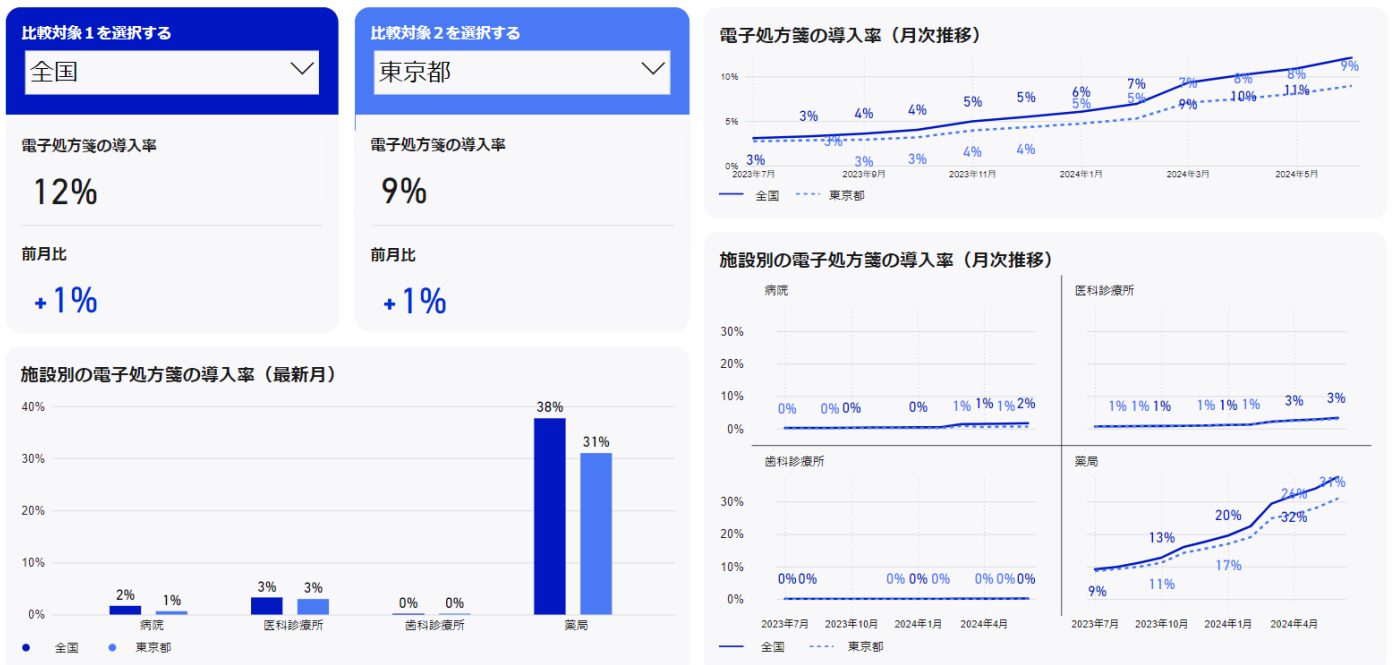
都道府県毎の電子処方箋の導入状況



13

電子処方箋の導入状況に関するダッシュボード③

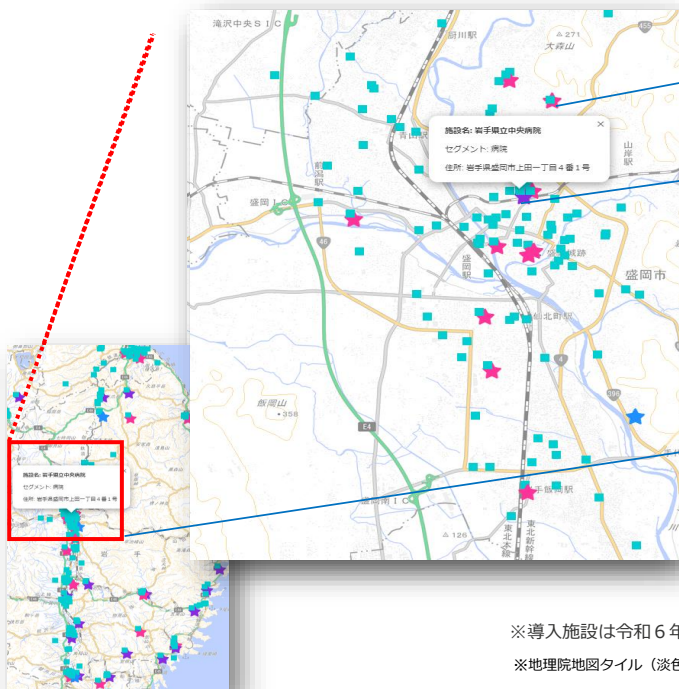
電子処方箋の導入状況比較



14

電子処方箋対応医療機関・薬局のマップの公表

患者さまの利便性を考慮し、地図上からも検索できるよう、電子処方箋に対応した医療機関・薬局のマップを作成しました。医療機関・薬局においては、近隣の電子処方箋対応施設の把握にご活用ください。



病院★、内科診療所★、歯科診療所★、
薬局■をアイコンで表示。

アイコンをクリックすると、
施設名、住所の確認が可能。

地図の拡大・縮小が可能。
スマートフォンからも閲覧しやすい。

※導入施設は令和6年7月21日時点（令和6年7月31日公表）

※地理院地図タイトル（淡色地図）に厚生労働省で電子処方箋に対応した医療機関・薬局に印を追記しています。

出典 地理院地図タイトル（淡色地図）<https://maps.gsi.go.jp/development/ichiran.html>

15

【参考】電子処方箋に関する情報掲載先



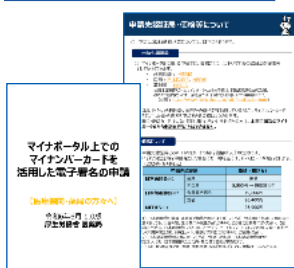
16

1. 電子処方箋の概要と現状
2. 普及対応や支援策等
3. 電子署名周りの状況
4. 今後の予定
5. その他参考

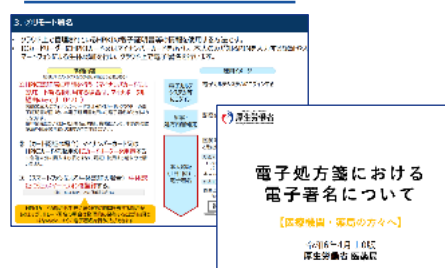
電子署名の無償化と申請マニュアルの作成、HPKIカードの現況

- ・ マイナポータル経由での日本医師会への電子署名の申請は非会員も当面无料。
 - ・ 申請に当たる医師等の要望を踏まえマニュアルを作成。
 - ・ 病院のシステム関係者等の要望を踏まえ、電子署名に関する説明資料を作成。
- (※) 1日1回の本人認証で電子署名が可能化するメリット、直近のHPKIカードの後追い発行等※を考慮し、リモート署名方式での対応をお願いしたい。
- ※令和6年4月2日より、日本医師会の発行分において

電子署名申請マニュアル



電子署名の説明資料



(※) 左記の資料については、厚生労働省HP・電子処方箋ページ (<https://www.mhlw.go.jp/stf/den-shishohousen.html>) の「電子署名」の項目において公開中。

HPKIカードに関してこちらへの共有事項がある場合は、以下のアドレスを連絡口とする予定。

e_presc_case@mhlw.go.jp

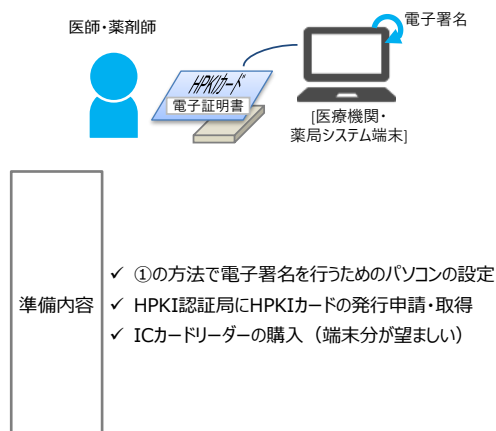
参考：電子処方箋の仕組みにおける電子署名について

電子処方箋の仕組みにおいて使用できる電子署名の方法としては、
HPKIカードの中の電子証明書を用いる方法（①）と、
クラウド上の電子証明書を用いる方法（②）の2つがあります。

①ローカル署名

（HPKIカードの中の電子証明書を用いる方法）

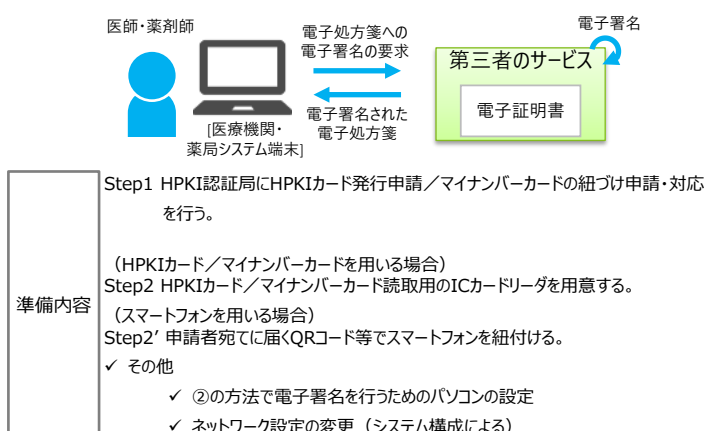
医師等は、電子処方箋を発行する都度、
HPKIカードをICカードリーダーにかざして電子署名を行う



②リモート署名

（HPKIカード又はマイナンバーカードをICカードリーダーにかざす方法、もしくは、スマートフォンによる生体認証により、クラウド上の電子証明書を用いる方法）

医師等は、1日1回程度、本人認証を行い、
クラウドで管理されている電子証明書を読み出す。
本人認証後は、自動で電子署名を付与して電子処方箋を発行することができる。



こちらの対応
を願います

19

参考：リモート署名

- クラウド上で管理されているHPKIの電子証明書等の情報を使用する方法です。
- ICカードリーダーにHPKIカード又はマイナンバーカードをかざし、本人のみが知るPINを入力する認証やスマートフォンによる生体認証を行い、クラウド上で電子署名を行います。

準備内容

（お使いいただくシステムの改修は別途行う必要がある）

① HPKI認証局に申請を行う

医師等本人のマイナンバーカード又はHPKIカードとクラウド上の電子証明書が紐づき、本電子証明書を用いて電子署名ができるようになります。

※申請先についてローカル署名と同様、資格によって、申請先の認証局や値段等が異なりますのでご注意ください。

②（カード認証の場合）マイナンバーカード又はHPKIカード読取用のICカードリーダーを用意する

※各端末分の購入は必須ではなく、認証に使用する端末分で構いません。

③（スマートフォンによる生体認証の場合）生体認証に使うスマートフォンを登録する。

HPKIカードの場合お手元に届くまでに時間を要する場合がありますが、リモート署名の場合は物理的に保有することが必須ではないため、すぐに電子署名を行うことができます

運用イメージ

電子カルテシステム等にログイン

電子カルテシステムにログインする

診察・処方内容確定

診察を行い、処方内容を確定する

本人認証（1日1回）、電子署名

医師等本人がクラウド上の電子証明書を使うことを証明するため、1日1回本人認証を行う

方法ⅰ）カード認証

HPKIカード又はマイナンバーカードをかざし、本人のみが知るPINを入力



方法ⅱ）スマートフォンによる生体認証

画面上表示されるQRコードをスマホで読み取り

スマホで生体認証



参考：ローカル署名

- ・ HPKIカードに格納されている電子証明書等の情報を使用する方法です。
- ・ ICカードリーダーにHPKIカードをかざし、本人のみが知るPINを入力することで、電子証明書等の情報を読み取り、電子カルテシステム等で電子署名を行います。

準備内容

(お使いいただくシステムの改修は別途行う必要がある)

① HPKI認証局にHPKIカードの発行申請を行う。

※医療機関・薬局によって、申請先の認証局が異なります。

② HPKIカード読取用のICカードリーダーを用意する。

HPKIカードの申請先

＜医師＞
・日本医師会 電子認証センター
<https://www.jmaca.med.or.jp/application/>
・一般財団法人医療情報システム開発センター (MEDIS)
http://www.medis.or.jp/8_hpki/index.html

＜薬剤師＞
・日本薬剤師会認証局
<https://www.nichiyaku.or.jp/hpk/index.html#S30>
・一般財団法人医療情報システム開発センター (MEDIS)
http://www.medis.or.jp/8_hpki/index.html

＜歯科医師＞
・一般財団法人医療情報システム開発センター (MEDIS)
http://www.medis.or.jp/8_hpki/index.html

※日本医師会電子認証センター（認証局）及び一般財団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）への申請に関しては、マイナンバーからも申請が可能です。
※日本医師会電子認証センター（認証局）ではマイナンバーからの申請に限り、当面の間、費用を減免中です。
※資格によって、申請先の認証局や値段等が異なりますのでご注意ください。

ローカル署名は、リモート署名とは異なり、HPKIカードを物理的に準備する必要がありますが、ネットワークの構成変更・設定費用が掛かりません

運用イメージ

電子カルテシステム等にログイン

電子カルテシステムにログインする

診察・処方内容確定

診察を行い、処方内容を確定する

本人認証（都度）、電子署名

医師等本人が電子証明書を使うことを証明するため、都度※1本人認証を行う



HPKIカードをICカードリーダーにかざし※2、ご使用いただく電子カルテシステム等で本人のみが知るPINを入力する

※1 お使いいただくシステムによっては、一度認証を行った後、HPKIカードを外すまでは認証が有効となり、都度の認証が不要となる場合もある。
※2 HPKIカードをICカードリーダーに常時かざしておくことも可能です。

21

システム事業者における開発・導入状況（病院向け）

令和6年6月末時点

※一部、集計中の7月末のデータから修正

- 合計5,000弱のユーザー施設をもつシステム事業者から開発状況等を確認。現時点で多くの事業者が電子処方箋に対応済。
- ※医療施設調査（厚生労働省）によると、令和2年時点の病院の電子カルテ導入数は4,109施設
- マイナンバーカード（MNC）を活用した電子署名も早期開発要請を継続して実施し、今年度10月までに多くが対応予定。

#	ベンダ名	基本機能	追加機能 リフィル処方箋機能、 口頭同意機能等	リモート署名	
				HPKI又はスマホ	MNC
1	日本アイ・ビー・エム株式会社	○	○	2024年9月	2024年9月
2	ウィーメックスヘルスケアシステムズ株式会社	○	△	○	2024年10月
3	ウィーメックス株式会社	○	○	○	○
4	株式会社イトス	2024年10月	2024年10月	2024年10月	2024年10月
5	株式会社エーアイクリエイト	○	△	○	○
6	株式会社エーシーエス	○	2024年10月	○	○
7	株式会社SBS情報システム	2024年10月	2024年10月	2024年10月	2024年10月
8	亀田医療情報株式会社	○	○	○	○
9	キヤノンメディカルシステムズ	○		○	
10	株式会社シーエスアイ	○	○	○	2024年9月
11	株式会社シグマソリューションズ	○		○	
12	株式会社ソフトウェア・サービス	○	○	○	○
13	ソフトマックス株式会社	○	○	○	○
14	東亜システム株式会社	○	○		
15	株式会社ナイス	○	○	○	○
16	日本電気株式会社（NEC）	○	○	○	○
17	株式会社ファインデックス	○	○	○	○
18	富士通Japan株式会社	○	○	○	○
19	株式会社メディカルJSP	○	○	○	
20	メディカルウイズ株式会社	○	△		2024年9月
21	株式会社両備システムズ	○	2025年1月	○	○
22	株式会社レスコ	○	2024年10月	2024年10月	2024年10月
23	株式会社ワイズマン	○	○	2025年1月	2025年1月

※空欄は対応未定 ※追加機能の△は口頭同意は対応済み ※リモート署名の下欄は本人認証方式。MNCはマイナンバーカード。

22

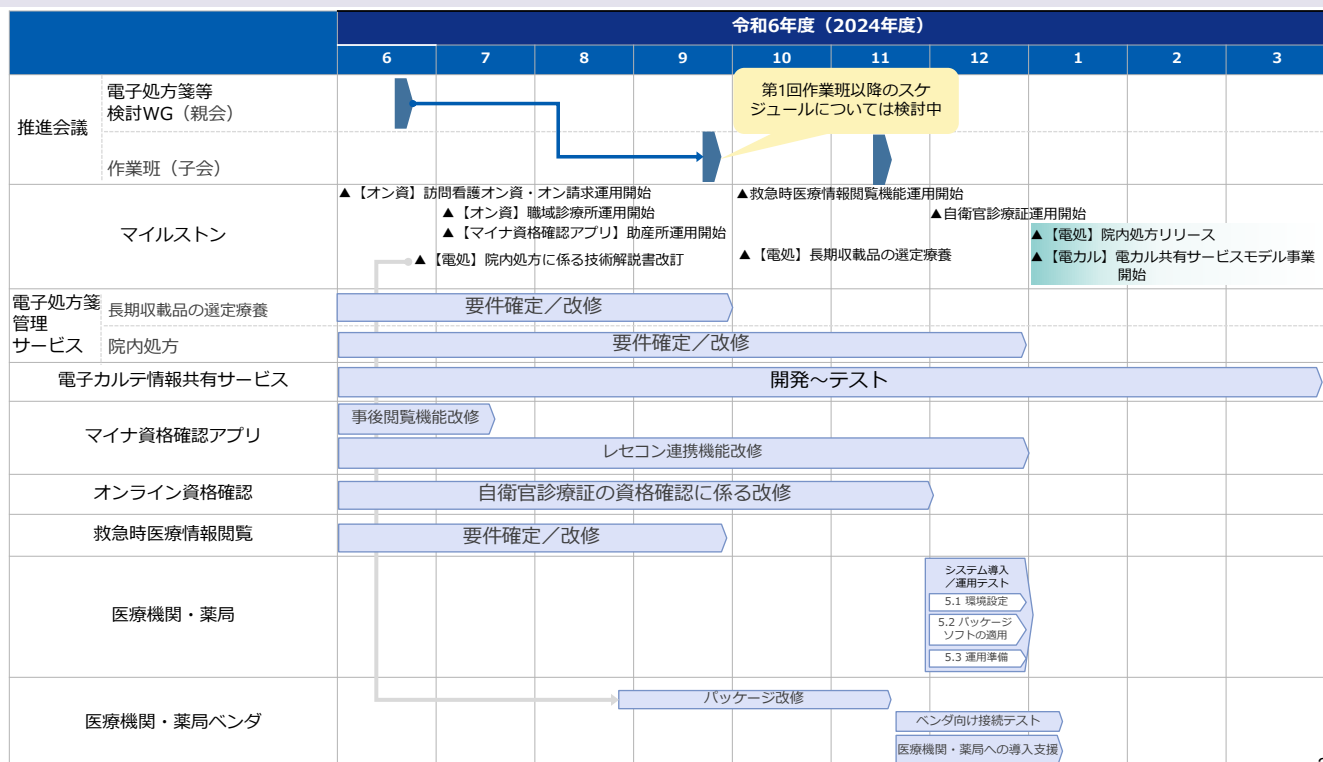
1. 電子処方箋の概要と現状
2. 普及対応や支援策等
3. 電子署名周りの状況
4. 今後の予定
5. その他参考

ひと、くらし、みらいのために

電子処方箋に係る令和6年度のスケジュール

令和6年6月19日第5回電子処方箋等検討
ワーキンググループ 資料1

○ 全体スケジュールは以下のとおり



電子処方箋の主な追加機能等について（令和6年度）

- 令和6年度には、電子処方箋管理サービスに蓄積される情報の拡充と医療機関・薬局側、患者側の利便性の向上を目的に、院内処方への対応について、対応軸含め検討している。
- また、診療報酬改定に伴う改修として、長期収載品の選定療養を予定している。

分類	#	案件	改修内容	対応時期
診療報酬改定に係る対応	1	長期収載品の選定療養	<ul style="list-style-type: none"> ・後発品変更不可の理由（医療上必要／患者希望）を記録できるようにする ・処方内容控えに変更不可の理由を表示する 	R6.10
既存機能の拡張に係る対応	2	院内処方対応（*）	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中／院内外来／退院時処方を登録可能にする 	R7.1以降

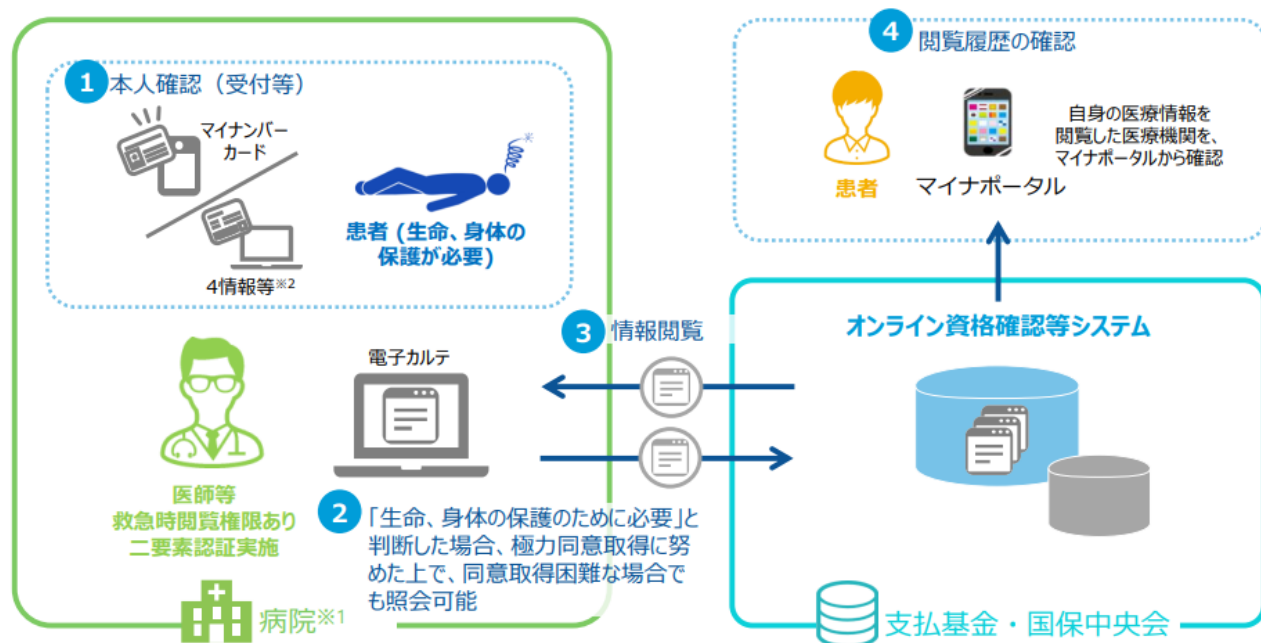
（*）令和6年3月29日の議論を踏まえて技術解説書の作成等各種対応中（注射薬は内服薬等とは異なる記録条件仕様を設定、入院中に投薬された薬剤は重複投薬等チェックの対象外 他）

（注）その他、現時点では予定されていない何らかの理由（診療報酬改定等）により追加の対応が必要となる可能性がある。

25

1. 救急時医療情報閲覧について

救急時医療情報閲覧機能により、病院においては※1、**患者の生命、身体保護のために必要な場合、マイナンバーカードまたは4情報による検索により本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧**できるようになります。



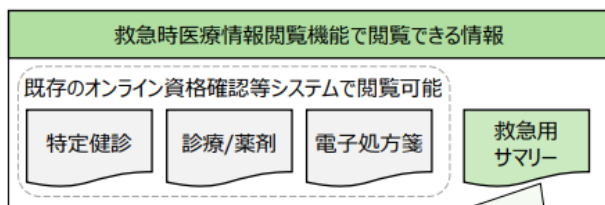
※1 救急時医療情報閲覧機能は、「患者の生命、身体保護のために必要がある場合」を対象とした仕組みであるため、主に救急患者を受け入れる一次救急～三次救急告示病院および病院を対象とした機能です。病院以外の医療機関等（診療所・薬局）には開放を想定しない機能となります。

※2 4情報等：①氏名 ②生年月日 ③性別 ④住所 または 保険者名称（資格確認書等情報による検索も可能）

26

2. 閲覧できる情報

救急時医療情報閲覧機能では、現行のオンライン資格確認等システムで通常表示可能な診療／薬剤情報に加え、患者の基本情報・医療情報等が集約された**救急用サマリー**の閲覧が可能です。



救急用サマリーの項目・期間

項目	期間	参考：通常表示 における期間
受診歴	3か月	5年
電子処方箋情報（※1）	45日	100日
薬剤情報（※2）	3か月	5年
手術情報	5年	5年
診療情報（※2）	3か月	5年
透析情報	3か月	5年
健診情報（※2）	健診実施日を表示	5年

※1：電子処方箋情報については、既に電子処方箋管理サービスを導入済みの医療機関等で登録された情報が閲覧可能。（救急用サマリーでは電子処方箋管理サービスに登録された情報のうち調剤情報のみ閲覧可能）

※2：薬剤情報については令和3年9月診療分のレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、診療情報については令和4年6月以降に提出されたレセプト（医科・歯科・調剤・DPC）から抽出した情報、特定健診情報については令和2年度以降に実施し順次登録された情報が閲覧可能。

救急用サマリーの表示イメージ（PDF）

救急用 診療／薬剤情報一覧 作成日：2022年8月26日 1 / 1ページ

氏名 フナキ 裕子 保険者番号 12345678
氏名 診療 太郎 被保険者証等記号 1234567
生年月日 1962年5月21日 性別 男 年齢 60歳 被保険者証等番号 12345
得意 00

この診療／薬剤情報一覧は、以下期間の診療行為及び医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
（処方箋や処方情報がない場合など、診療行為が表示されない場合があります）

受診歴 ※表示日（2022年8月）～2022年8月までの記録を表示

診療機関名	受診日
薬局クリニック	22年7月
薬局薬局	22年6月

調剤結果情報 ※表示日（2022年8月）～2022年8月までの記録を表示

調剤	処方	調剤名	調剤数量
年月	日	調剤名	調剤数量
22年8月	2日	フルオキサチドン 150mg錠（商品名） （フルオキサチドンプロピオン酸エステル・フルオキサチドンプロピオン酸エステル水和物） 【用法】 1日2回朝食後 服用	42錠 1錠 1錠

レセプトに基づく薬剤実績 ※表示日（2022年8月）～2022年8月までの記録を表示

調剤	処方	調剤名	調剤数量
年月	日	調剤名	調剤数量
22年7月	19日	ガンタマイン錠 100mg錠（商品名） （ガンタマイン錠） 【用法】 1日2回朝食後 服用	10錠 1錠 1錠
22年6月	18日	オンライン薬局（薬局薬局） 【用法】 1日2回朝食後 服用	1錠 1錠 1錠

--- 次頁へ続く ---

【注意事項】
※1 医薬品の場合、入院/外来/在宅で分類し、「外来」とは入院及び在宅（薬局）以外で調剤された医薬品を指します。
また、診療行為の場合、入院/外来で分類しています。
※2 処方箋が調剤レセプトの場合にのみ表示されます。
※3 調剤時の使用量（数量、日数、回数等）と一致しない場合があります。

救急用
※データ表示
期間を限定

27

5. その他参考

- ・ 電子処方箋のメリット
- ・ 電子処方箋導入後の業務変化（大きな変更なし）
- ・ 周知広報対応

ひとくらし、あいらずのために

メリット②

処方箋の形式不備の削減や、薬局との情報共有による疑義照会の効率的な運用に繋がります

- 医師が処方箋の備考欄に処方意図等のコメントをつける機能があります。既に導入している施設では、増減量や併用薬の状況を記載するなど、薬局の薬剤師との情報共有の手段として活用しています。
- また、電子処方箋導入後は、医療機関が処方箋を発行する際に電子処方箋管理サービス側で処方箋の形式不備をチェックし、不備が無い状態で処方箋を登録いただけます。
- 上記のとおり、形式的な不備に基づく疑義照会の削減や、薬剤師が医師の処方意図や重複投薬・併用禁忌の確認状況を把握できることで疑義照会の効率的な運用に繋がります。

処方箋の形式に関するチェック項目

- 必須項目に入力漏れがないか
- 記載が必要ない項目にデータが入力されていないか
- データが指定された形式で入力されているか
- 処方箋の発行形態が選択されているか

医師のコメントが有効に活用された例

- 過去の薬との重複（タムスロシン塩酸塩）を検知したが、処方医の処方意図を確認できたため、改めて問い合わせることなく、調剤・服薬指導を行えた。
- 経口ステロイド薬（ベタメタゾン、プレドニゾン）がそれぞれ別の医療機関から処方されていたことを薬局で検知できたが、処方医が併用確認済みであることがわかり、これを踏まえた調剤・服薬指導を実施することができた。

形式的不備に基づく疑義照会の削減や疑義照会の効率的な運用へ

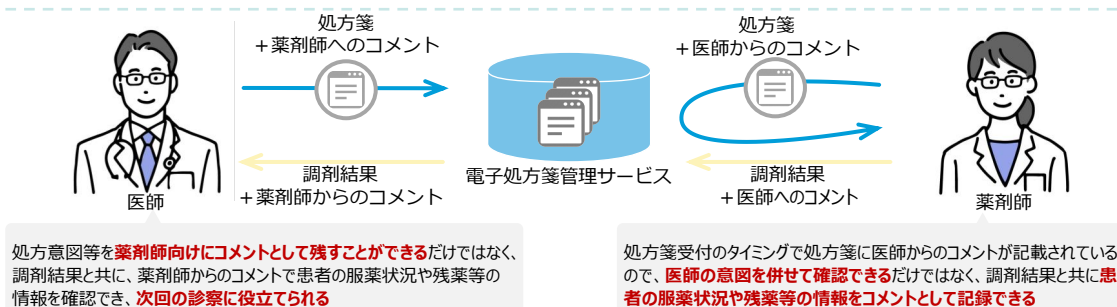
29

メリット③ 患者の服薬状況や体調等に係る薬局からのコメントを見ることができるようになります

- 薬局側も調剤結果を電子処方箋管理サービスに登録する際、併せて患者の服薬状況や残薬等の情報を医師に共有する機能があり、医師が次回の診察に役立てることができます。
- 医師から薬局へのコメントも含め（前頁）、電子処方箋を導入することで、医療機関・薬局間でのコミュニケーションを電子的に、より簡単に行えるようになります。

電子処方箋のコメント機能について

電子処方箋のコメント機能を活用することで、医療機関・薬局間でのコミュニケーションを電子的に、より簡単に行えるようになります



30

メリット④ オンライン診療等において、紙の処方箋を郵送する手間を削減できます

- オンライン診療において、従来は処方箋原本を患者に送付する、あるいは、患者が利用を希望する薬局にFAXで送信（合わせて原本送付）する必要がありましたが、処方箋の電子化に伴い、本対応が不要となります。
- 電子処方箋を選択することにより、オンライン診療後に対面で服薬指導を受けたり、対面での診察後にオンライン服薬指導を受けるなど、柔軟な対応が取りやすくなります。
- なお、従来は、オンライン診療では健康保険証の受付のみ対応できていましたが、令和6年4月からは「マイナ在宅受付Web」というWebサービスの開始に伴い、患者のスマートフォン等を利用してマイナ保険証による受付も可能となり、患者の同意に基づき、過去の処方・調剤情報を活用できるように※。

※アプリベンダの状況によりしますので、ご利用いただけるかはアプリベンダにご確認ください。



医療機関

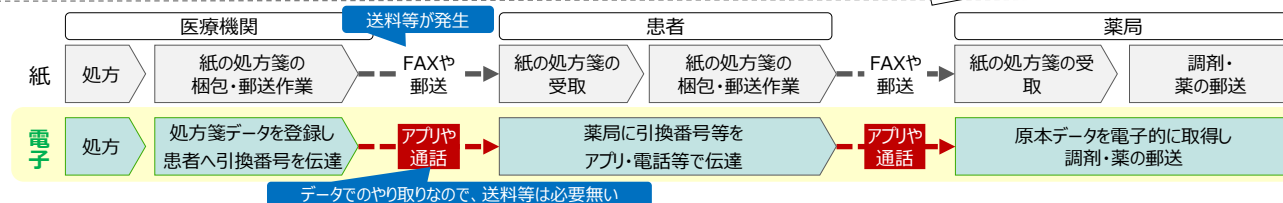
- ・ 処方後は、患者に引換番号を伝え、それを患者が薬局に伝達するため、医療機関から薬局へのFAX・メール送付、FAX番号・アドレスの確認等が不要に。
- ・ 患者が利用する薬局が電子処方箋のデータを取り込むと、それが処方箋原本の取得となるため、郵送等にかかる送料や事務作業の負担を削減。

医療機関では、データを用いたやり取りによって、処方箋原本発送の手間やFAXなどの設備が不要となり、事務作業にかかるコストも削減。



マイナ在宅受付Webの開始に伴い、オンライン診療等でもマイナ保険証で受付を行い、電子処方箋を発行・受付可能に。

電子処方箋を利用することで、オンライン診療・服薬指導をより柔軟に実施することが可能になります。



31



避難先の医療機関・薬局で患者の薬剤情報等を活用



POINT: 避難先の施設でオンライン資格確認等システムに蓄積された薬剤情報等を活用！

令和6年能登半島地震において、オンライン資格確認等システムの「緊急時医療情報・資格確認機能（災害時医療情報閲覧）」（災害時モード）を利用して、薬剤情報等が災害医療に活用されました。

石川県の医療機関・薬局の方々より情報提供いただきました

活用事例

- ・ 患者が普段通っていない避難先近くの医療機関で、薬剤情報等を確認して診療。
- ・ 患者が普段通っている薬局が営業不可能な状態になったため、営業可能な薬局で薬剤情報等を確認して調剤・服薬指導。
- ・ 避難所の医師が処方し、薬局で調剤の流れの中で、薬局で薬剤情報等を確認。医療従事者間で連携し、適切な治療法を検討。



現場からの声



薬剤師 小林 星太さん

- 患者さんは薬剤の現物は持っていないもお薬手帳や薬剤情報提供書を持っていないことが多く、持参した薬剤以外にも使用している薬剤があるかもしれません。その際、抜け漏れがないか確認できるのは有用です。
- 例えば、抗生剤等を使用している場合、当該薬剤をいつから使用しているかを確認でき、継続可否の判断に役立っています。
- 被保険者番号等が確認できるのも有用です。

32



薬剤師 A

- 営業可能な薬局 1 件に業務が集中して大変ですが、患者さんの薬剤情報を効率的に収集できて大変有用です。患者への聞き取りのみしか手段がなければ業務が追いつきません。
- 普段、当薬局を利用していない患者さんについても、正確な薬剤情報を入手できました。
- レセプト情報のみの場合は、直近の情報を患者に確認したり、手持ちの薬剤も確認しながら慎重に対応しました。



薬剤師 B

- 災害の状況にもよりますが、医療機関・薬局のどちらも避難してきた患者を普段診ていないため、できるだけ医療機関・薬局双方で薬剤情報を閲覧し、ダブルチェックすることが大事だと感じます。



患者 A

- 眼薬を能登の自宅に置いてきてしまいました。くすりの名前までわからなかったのですが、薬剤師さんが調べてくれて眼薬を再開できました。



患者 B

- 吸入薬を使用していて何というくすりだったか忘れてしまいましたが、同じくすりを再開できて安心しました。

災害発生時にも、オンライン資格確認等システムの薬剤情報等が活用されています。
電子処方箋の活用が広がれば直近の薬剤情報が更に充実します。

災害時モードとは

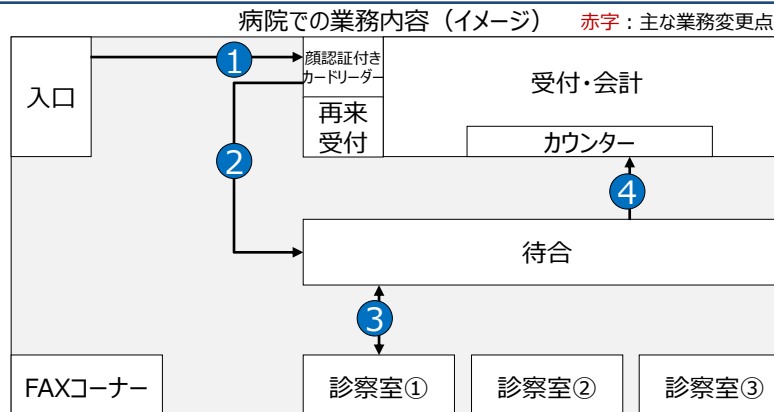
- オンライン資格確認等システムの「緊急時医療情報・資格確認機能（災害時医療情報閲覧）」（災害時モード）とは、地震等の災害発生時に、災害救助法適用地域等に対して時限的に開放される機能です。災害時モードを利用すれば、患者がマイナンバーカードや健康保険証、お薬手帳等を持参できない場合であっても、氏名や住所等の情報から患者を特定し、本人の同意の下、患者の薬剤情報・診療情報・特定健診等情報を閲覧することができます。
- この機能により閲覧できる薬剤情報にはレセプト由来の情報に加え、全国の電子処方箋対応施設で登録された直近の処方・調剤情報が含まれます。
- 患者への聴取と組み合わせることで、被災者への医療の継続に役立てることができます。
- 令和 6 年能登半島地震において、本機能は石川県や富山県の二次避難先の地域も含め2/1までに約22,000件活用されています。

33

医療機関の業務はどう変わるの？

電子処方箋導入後の業務内容が大きく変わるわけではありません

- 電子処方箋導入後の業務フローにおいて、主な変更点は以下のとおりです。
 - ア) 患者が顔認証付きカードリーダーでマイナ保険証による受付をする際に「電子処方箋」または「紙の処方箋」を自分で選択します。
 - ※受付職員または医師が、電子処方箋の発行を希望するかを患者に確認し、医師が電子カルテ等の処方箋発行画面で電子処方箋を選択することも可能です。
 - イ) 「電子処方箋」を発行した場合、会計時に従来の「紙の処方箋」を渡す代わりに、処方内容の概要を記載した「処方内容（控え）」を渡します。
 - ※マイナポータル等で処方内容を閲覧することができる等の理由により、患者が「処方内容（控え）」を不要とする場合は、当該（控え）を渡す必要はありません。



- 1 受付
 - ・顔認証付きカードリーダー、再来受付機（再診の場合）で受付
 - ・薬剤情報閲覧の同意
 - ・（処方箋発行形態の選択）
- 2 待機
- 3 診察・処方箋発行
 - ・顔認証付きカードリーダーでの患者同意がある場合に限り、過去の薬剤情報と直近の処方・調剤情報が閲覧可能
 - ・電子処方箋を発行
- 4 会計・処方内容（控え）を渡す

34

質問 マイナ保険証がなくとも電子処方箋を発行したり、電子処方箋に基づいて調剤できますか？

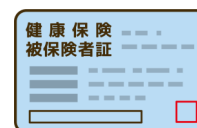
- 患者がマイナ保険証を持参していない場合でも、オンライン資格確認ができれば電子処方箋を発行・受付することができます。
- ただし、マイナ保険証での受付を行わない場合には、薬局での電子処方箋受付時に被保険者番号等と電子処方箋発行時に併せて発行される「引換番号」が必要となります。
- このため、患者がマイナポータルを利用できない場合、医療機関では「処方内容（控え）」を発行するなど、患者に何らかの手段で引換番号をお知らせすることになります。
- 薬局でマイナ保険証で受付を行うことで、患者が引換番号や被保険者番号等を意識する必要がなくなり、スムーズに薬の受取ができます。

薬局における電子処方箋受付方法

マイナ受付の中で
電子処方箋を簡単に提出できます



引換番号＋被保険者番号等で
電子処方箋を取得することも可能です



35

電子カルテシステムにおける操作が大きく変わるわけではありません

- オンライン資格確認導入時に、電子カルテシステム等で過去情報閲覧ができる設定をしている場合、電子処方箋導入による変更点としては、患者の希望により発行する処方箋を紙か電子かを切り替えるボタンと調剤結果を閲覧するメニューが追加される程度です※1。
- 患者の同意により閲覧可能となる過去の薬剤情報に、直近1か月の処方・調剤情報が加わります。
- また、従来電子カルテシステム内での禁忌チェック等を行ってきたタイミングで、電子処方箋管理サービス上の薬剤との重複投薬・併用禁忌のチェックを行います（追加操作等は基本的に不要です※2）

※1: 患者が顔認証付きカードリーダーで電子処方箋を希望した場合は、自動的に電子処方箋にチェックが入る電子カルテもあります。
※2: 導入されているシステムによって異なる場合があります。

電子カルテシステム等の操作イメージ

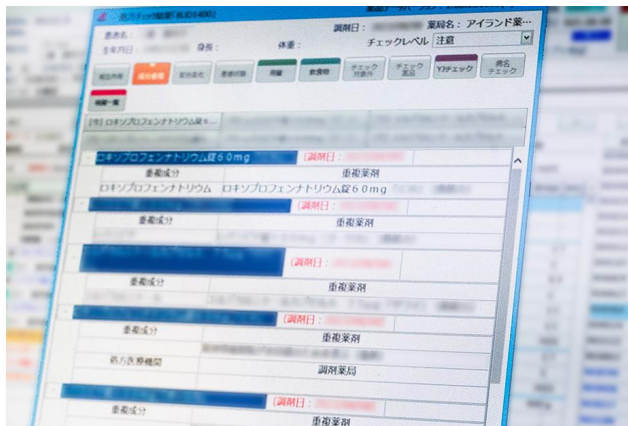
	過去の薬剤情報の閲覧	処方する薬の選択	重複投薬等チェック	処方箋発行・（電子）署名
現状 （オン資導入済）	過去の薬剤情報を閲覧 （1か月前から過去5年分の情報が閲覧可能）	処方する薬を選択	電子カルテシステム上で チェックを実施 （原則として自院内の情報によるチェック）	処方内容を確定。 処方箋を印刷し、記名押印 または署名を行う
電子処方箋 導入後	過去の薬剤情報を閲覧 （直近を含む過去5年分の情報が閲覧可能）	処方する薬を選択	電子カルテシステム上で チェックを実施 （電子処方箋管理サービスで、 自動的に他施設の情報を 含めた重複投薬・併用禁忌の チェックを実施）	処方箋発行形態が 電子処方箋となっ ていることを確認のうえ、 処方内容を確定し 電子署名する※3

※3: 電子署名の方法については、P.26以降で説明。

36

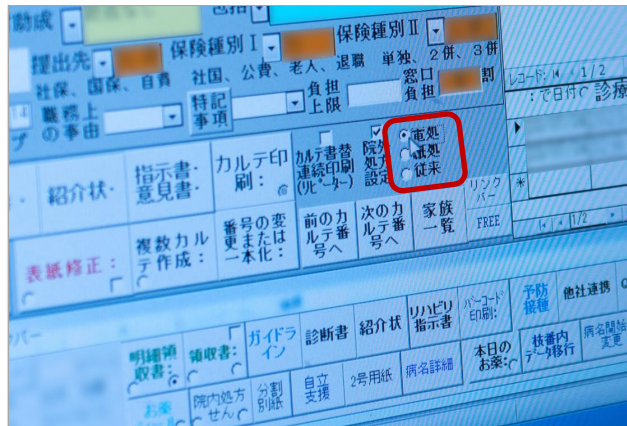
(参考) 電子カルテシステム等の画面イメージ

重複投薬等チェックの結果確認画面



既存の薬剤に関するチェックを行う画面上に、
電子処方箋管理サービスで行う
重複投薬等チェックの結果も追加されます

電子処方箋の発行画面



患者が電子処方箋を希望する場合、発行形態として「電子処方箋」を選択し、処方箋を発行だけです。

※お使いの電子カルテシステム等により異なる場合があります

37

周知資料等について

- 活用事例サイトや、患者さんへの説明にも使える資料等も充実し、導入普及を促進してまいります。
- （※）電子処方箋等活用事例サイト（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/denshishohousen_case.html）
- （※）電子処方箋に関する周知素材サイト（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/denshishohousen_sozai.html）

電子処方箋ポスター等の配布

(※2023年度実施)



©日向夏・イマジカインフォス/「茶屋のひとりごと」製作委員会
TVアニメ「茶屋のひとりごと」とタイアップ

患者向け周知用資料の配付



好事例／活用事例の周知



- 電子処方箋の対応施設、広報のためのタイアップ・ポスター等を配布（昨年度実施）
- リフィル処方箋のプレ運用期間中に、対応施設に表示するステッカーも配布。
- 今後も引き続き、ポスター／リーフレットを医療機関等に配布していく。

- 事業主の方に送付される**社会保険料の納入告知書**（2024年6月送付分）に、**電子処方箋のリーフレット**を同封・従業員への周知を呼びかけ。（**全国健康保険協会及び船員保険の約278万事業所に送付**）

- 能登半島地震の被災により通院等が困難な状況下でも、オンライン診療・電子処方箋により、患者の医療に貢献した事例。
- 電子処方箋×タブレット端末の導入により、完全ペーパーレス化、業務時間、経費削減を行った事例。
- 既存のその他活用事例に加えて、今後も追加していく。

中央社会保険医療協議会 薬価専門部会（第 226 回） 議事次第

令和 6 年 8 月 7 日（水）
9 時 30 分～

議 題

- 関係業界からの意見聴取について
- 薬剤費等の年次推移について

意見陳述者一覧

日本製薬団体連合会 会長 岡田 安史

日本製薬工業協会 会長 上野 裕明

日本ジェネリック製薬協会 会長 川俣 知己

米国研究製薬工業協会 在日執行委員会 委員 傳 幸諭

欧州製薬団体連合会 会長 岩屋 孝彦

一般社団法人日本医薬品卸売業連合会 会長 宮田 浩美

(敬称略)

Proprietary

中 医 協 薬 - 1
6 . 8 . 7



2024年度薬価制度改革に関する3団体 合同アンケート調査

米国研究製薬工業協会（PhRMA）
2024年8月7日

調査の概要

2024年度薬価制度改革に関する3団体合同アンケート調査

調査の名称	2024年度薬価制度改革に関する3団体合同アンケート調査
調査実施機関	製薬協、PhRMA、EFPIA （合同で実施）
調査実施事務局	PhRMA
調査実施時期	2024年6月24日～7月8日
調査の方法	各企業に設問票を送付し、それに対して文書にて回答実施
調査対象企業	製薬協、PhRMA、EFPIA加盟企業のうち30社 （内資系10社、外資系20社）
回収率	100% （30社中30社が回答提出）



主な調査項目

1. 2018年度薬価制度抜本改革による影響
2. 2024年度薬価制度改革に対する評価
3. 2024年度薬価制度改革による開発計画の変更
4. 更なる国内開発活性化のために期待される薬価制度改革

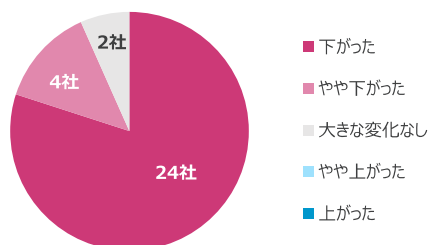


1. 2018年度薬価制度抜本改革による影響

2018年度の薬価制度抜本改革によって、日本での新薬開発活動等にネガティブな影響が発生

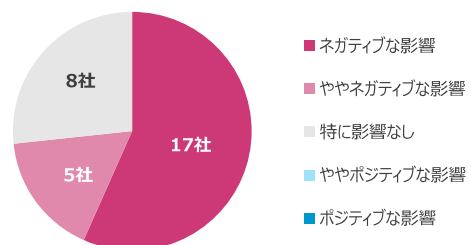
Q1. 薬価制度抜本改革以後の日本市場の予見性

30社中28社が抜本改革以降、日本市場の予見性が「下がった」「やや下がった」と回答



Q2. 抜本改革以後の新薬開発活動や日本への投資優先度への影響

30社中22社が抜本改革以降、新薬開発活動や投資優先度に「ネガティブな影響」「ややネガティブな影響」と回答

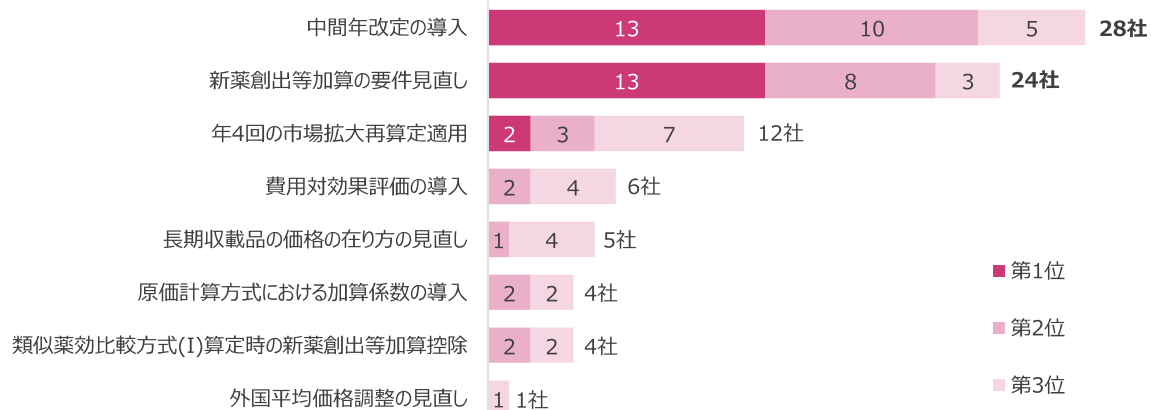


1. 2018年度薬価制度抜本改革による影響

中間年改定導入や新薬創出等加算の見直し等によって、日本での新薬開発活動等にネガティブな影響が発生

Q3. 影響を与えた抜本改革の事項（影響の大きかった順に、各社、第1位～最大第3位までを選択）（Q1で「下がった」「やや下がった」と回答した28社の回答内容）

「中間年改定の導入」と「新薬創出等加算の要件見直し」が影響を与えたとする企業が多数

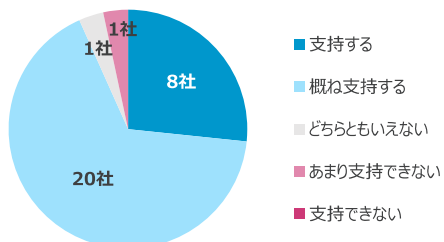


2. 2024年度薬価制度改革に対する評価

多くの企業が、2024年度薬価制度改革を支持し、それによりポジティブな影響が期待できると回答

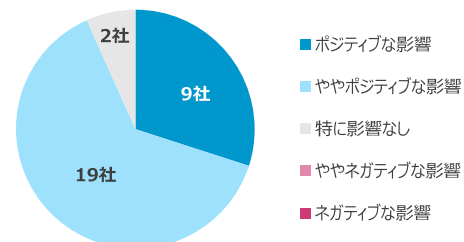
Q4. 2024年度薬価制度改革に対する全般的な印象

30社中28社が2024年度薬価制度改革を「支持する」「概ね支持する」と回答



Q5. 2024年度薬価制度改革による新薬開発への影響

30社中28社が2024年度薬価制度改革により、新薬開発に「ポジティブ/ややポジティブな影響」が生じると回答

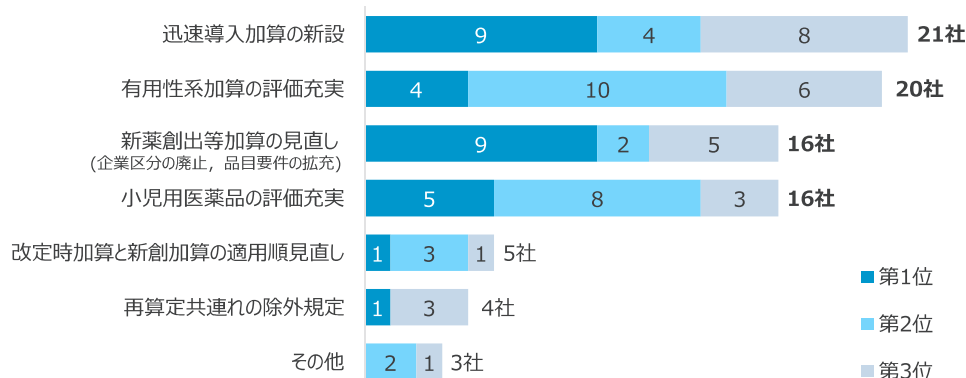


2. 2024年度薬価制度改革に対する評価

多くの企業が、2024年度薬価制度改革を支持し、それによりポジティブな影響が期待できると回答

Q6. 2024年度薬価制度改革のうちポジティブな影響を期待できる改革内容（影響の大きい順に、各社、第1位～最大第3位までを選択）

迅速導入加算、有用性系加算の評価充実、新薬創出等加算の見直し、小児用医薬品の評価充実などに対する期待が高い

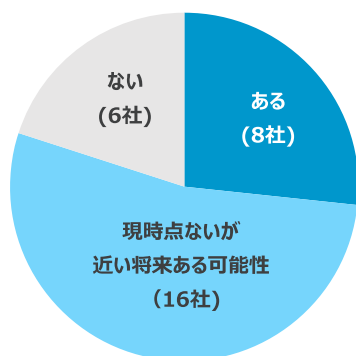


3. 2024年度薬価制度改革による開発計画の変更

2024年度の薬価制度改革により、国内開発計画を前向きに変更する動きが進んでいる

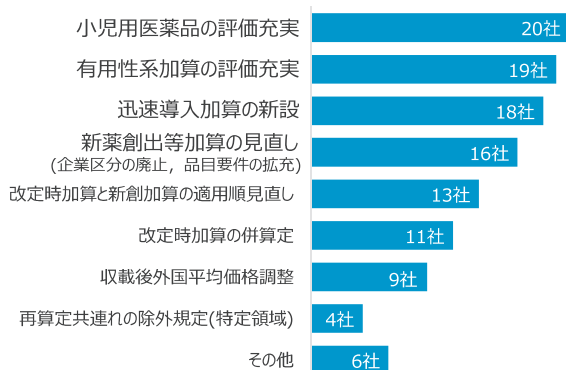
Q7. 2024年度改革が直接間接に影響し国内開発計画を前向きに変更(*)したものの有無 (* 再検討に着手したものを含む)

30社中24社が2024年改革によって国内開発計画が前向きに変更された/変更され得ると回答



Q8. 2024年度改革のどの項目が開発計画の前向きな変更に影響を与えたか (Q7で「ある」「現時点ないが近い将来ある可能性」と回答した24社の回答内容。複数選択)

小児用医薬品の評価充実、有用性系加算の評価充実、迅速導入加算などが、開発計画を前向きな変更を後押ししている



3. 2024年度薬価制度改革による開発計画の変更

2024年度薬価制度改革により、各企業の中で国内開発の積極的な検討が進められるようになってきている

2024年度薬価制度改革による各社の開発計画の変更例

小児

- 小児適応の追加を検討する開発品目が出てきた。
- 小児開発をより早期から積極的に検討するようになった。
- 小児用医薬品に関する評価の充実がなされたことを背景に、既存製品への小児効能追加を積極的に検討する動きが出ている。
- 小児用医薬品に対する評価の充実が今回導入されたことで、小児効能や小児用量の開発を製品のライフサイクルの検討項目として含めるようになった。
- 小児用量の開発について、以前から検討はされていたものの、今回の制度改革が追い風となり、議論が加速している。

迅速導入

- 迅速導入加算の適用を目指すため、タイムラインの再検討を行った。
- 迅速導入加算の適用（また、それによる新薬創出等加算の適用）を目指して、日本国内の上市時期を当初タイムラインより前倒しする検討が進んでいる。
- 迅速導入加算が見込めるパイプラインのレビューや小児適応の開発などを積極的に検討している。
- 迅速導入加算のようなドラッグ・ラグ/ロスを解消する制度が導入されたことで、社内関連部門の合意の下、チャレンジな開発計画に変更することを検討している。

有用性系加算

- 有用性系加算要件の拡大によって、開発計画を前向きな変更を検討している品目がある。
- これまでの薬価算定基準では、開発を前倒しすることによって算定薬価に大きなネガティブインパクトが生ずる可能性が高かったが、今回の薬価制度改革によって薬価へのネガティブインパクトが緩和されると想定されたため、開発の前倒しを前向きに検討することができ、薬価制度改革が早期開発の後押しとなっている。

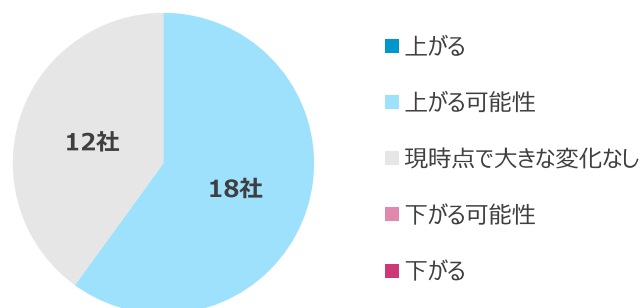


4. 更なる国内開発活性化のために期待される薬価制度改革

2024年度改革をポジティブに受け止めるも、投資優先度の向上には、更なる前向きな制度改革が必要と受け止め

Q9. 2024年度薬価制度改革による日本市場の投資優先度の変化

30社中18社が2024年度改革によって日本市場の投資優先度が「上がる可能性あり」と回答した一方、「現時点大きな変化なし」と回答した企業も一定数存在

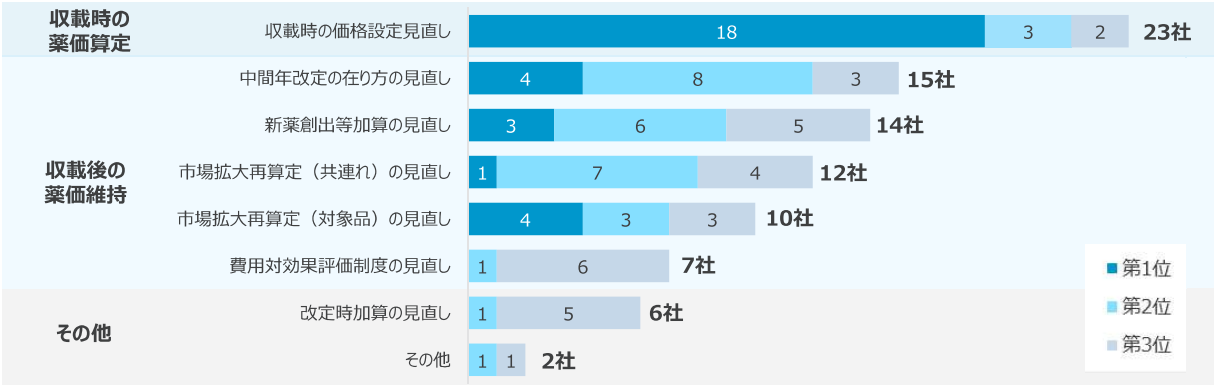


4. 更なる国内開発活性化のために期待される薬価制度改革

2024年度改革をポジティブに受け止めるも、投資優先度の向上には、更なる前向きな制度改革が必要と受け止め

Q10. 国内開発活性化のために期待される薬価制度改革の内容（各社、第1位～最大第3位までを選択）

収載時の価格設定の見直し、中間年改定の在り方の見直しを含めた収載後の薬価維持を期待する声が多い



参考

回答企業(全30社)の属性

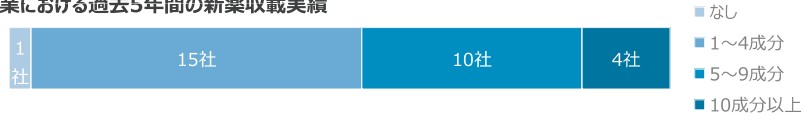
回答企業の内資/外資別



回答企業における過去5年間の国内試験実施数



回答企業における過去5年間の新薬収載実績



回答企業における国内医療用医薬品の年間売上高

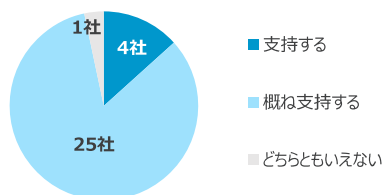


薬事制度の見直し議論に対する評価

昨年～今年にかけて行われた薬事制度の見直し議論を評価する声が多い

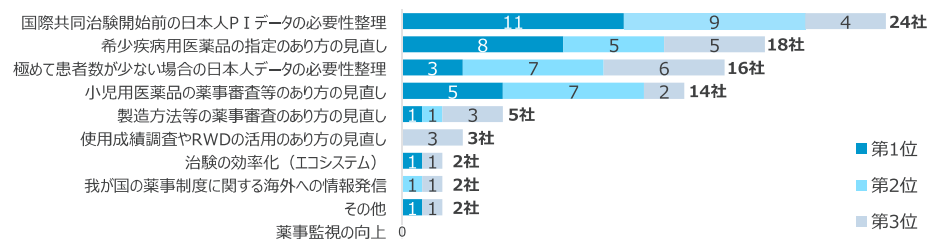
Q. 今回の薬事制度の見直しについての全般的印象

30社中29社が「支持する」または「概ね支持する」と回答



Q. 今回の薬事制度見直し議論の中でラグ・ロスの解消に貢献すると考えられるもの（各社、第1位～最大第3位までを選択）

日本人データの必要性、小児や希少疾病の取扱いの見直しに関する意見が多い



ドラッグラグ・ロス解消に向けた製薬協の取り組み

2024年8月7日
日本製薬工業協会
上野 裕明

ドラッグラグ・ロスに関する基本認識



2000年代のドラッグラグの際には、PMDA改革による審査期間の短縮、治験環境の整備による国際共同治験の推進、薬価制度のインセンティブ(新薬創出・適応外薬解消等促進加算の試行実施)などの施策が導入された。また、各企業は自社品を中心に未承認薬等の国内開発に取り組み、製薬協は新薬・未承認薬等研究開発支援センターを設立して開発支援を行ってきた。

一方、2010年代後半からのドラッグラグ・ロスは、主に国内に基盤を持たない海外ベンチャー企業由来の医薬品が未承認となっているものである。これに対し、2024年度薬価制度改革では革新的新薬のイノベーションや迅速な国内導入を評価する制度が導入され、また薬事制度においても、海外ベンチャーの日本開発を促進する方向に改革が始まっている。これらの改革は、ドラッグラグ・ロスの解消や海外企業の日本における新薬開発を後押しする第一歩となると期待される。

製薬協は行政や他団体と協力して、今回の薬価制度改革の効果を検証するとともに、革新的新薬への患者アクセス向上に向け、ドラッグラグ・ロスの解消に取り組んでいく。

【本日の報告内容】

- 製薬協のドラッグラグ・ロス解消に向けた取り組み

2024年度薬価制度改革のドラッグラグ・ロス解消への効果検証

2024年度
薬価制度改革

企業の意識変容

日本への投資優先度の向上
日本市場における事業性の予見性向上
海外企業から見た日本市場の魅力度向上

企業の行動変容

開発計画の着手・促進
国内未承認薬の導入検討の活発化
海外ベンチャー企業が日本進出を検討

日本における開発促進

治験の着手・促進
海外ベンチャー企業由来の開発品の増加
海外ベンチャー企業の日本進出

意識・行動変容調査

製薬企業へのアンケート
国内外ベンチャー企業へのヒアリング

分析・評価していく主な指標（案）

PMDAへの相談件数
・ 小児・希少疾患を含む治験
・ 希少疾病用医薬品指定
開発検討品目数
・ 小児・希少疾患
・ 国内への導入案件
海外PMDAへの相談件数

治験実施数
・ 小児・希少疾患を含む治験
・ 国際共同治験
開発品目数
・ 小児品目
・ 希少疾病用医薬品指定品目
・ 海外ベンチャー企業由来の品目
海外ベンチャー企業の日本進出状況

革新的新薬の創出、ドラッグラグ・ロス解消等の医薬品開発に対する影響を
行政や他団体と協力して分析・評価等を進めていく

3

ドラッグラグ・ロス解消に向けた取り組み



製品・企業への取り組み

未承認薬検討会議への協力（Appendix参照）

- ドラッグロス品目に係る調査、および当該企業への聞き取り
- 新薬・未承認薬等研究開発支援センターを通じた研究開発、承認取得等に対する支援

海外ベンチャー企業への情報発信

- PMDA米国事務所に対し、製薬企業のネットワークを生かしたバックアップ
- 国内外のイベントにおける海外ベンチャー企業への発信（BIO、DIA※等）
- 海外製薬団体との情報交流（欧州二国間会合、APAC※等）

環境整備への協力

治験環境

- 国際水準の臨床試験実施体制構築に向けた政府、医療者、アカデミア等との連携

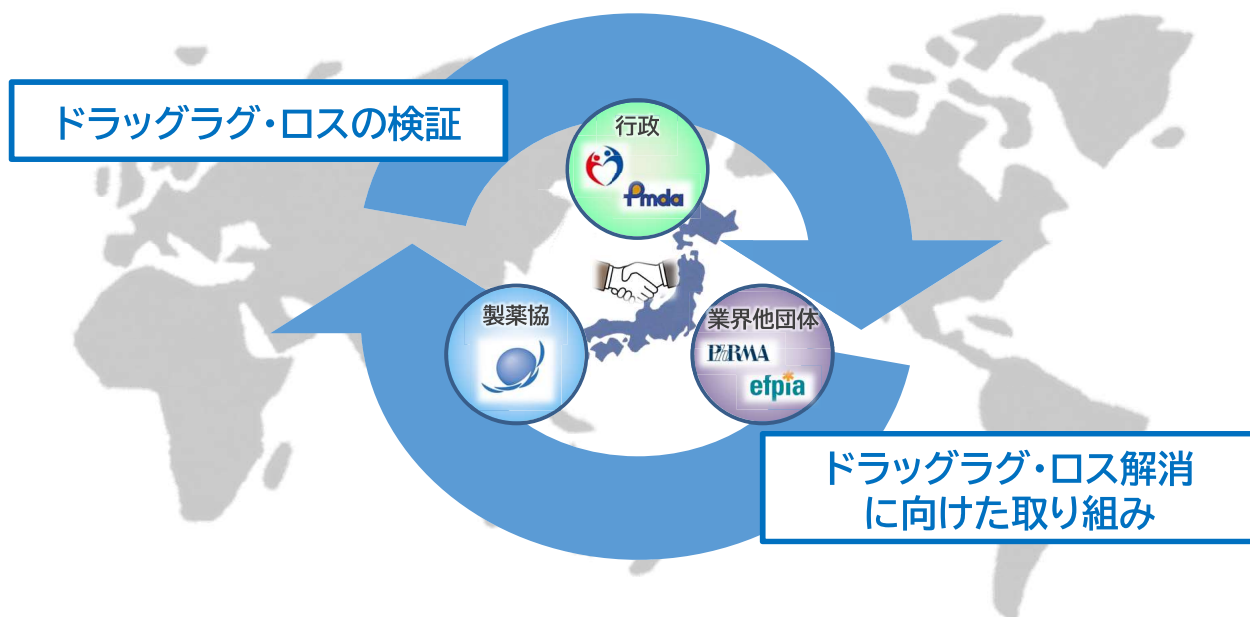
薬事制度

- 制度見直しの啓発活動および効果検証

薬価制度

- 2024年度制度改革の啓発活動および効果検証

※BIO:米国バイオテクノロジーイノベーション協会、DIA:一般社団法人 ディー・アイ・イー・ジャパン、APAC:アジア製薬団体連携会議



行政や他団体と協力しドラッグラグ・ロスの検証を行い、解消に向け取り組む
このサイクルを継続的に回すことで、ドラッグラグ・ロスの解消を図る

5

医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議 開発要請品目の取り組み状況



✓ 開発要請品目のおよそ9割の品目が承認済みとなっており、概ね対応が進んでいる。

	第Ⅰ回	第Ⅱ回	第Ⅲ回	第Ⅳ回	計	割合
承認済み	181	85	42	55	363	88.3%
承認申請済み	2	0	0	6	8	1.9%
治験届提出済み(開発中)	0	0	0	7	7	1.7%
公知申請予定	0	8	2	19	29	7.1%
治験計画届提出予定(開発着手)	0	0	0	0	0	0.0%
その他	0	1	3	0	4	1.0%
計	183	94	47	87	411	100%

開発要請取下げ	6	6	8	3	23
---------	---	---	---	---	----

※「その他」は、使用実態調査中2件、開発検討中1件、海外で開発中1件、海外製造中止による治験薬供給不可のため開発中止1件

※要望受付時期:第Ⅰ回 2009.6.18～8.17、第Ⅱ回 2011.8.2～9.30、第Ⅲ回 2013.8.1～2015.6.30、
第Ⅳ回 2015.7.1～随時募集

出典:第59回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議資料(2024.7.5)に基づき製薬協にて作成

7

医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議 開発公募品目の取り組み状況



✓ 開発公募品目のおよそ7割が承認済みとなっている

	第Ⅰ回	第Ⅱ回	第Ⅲ回	第Ⅳ回	計	割合
承認済み	14	12		3	29	67.4%
承認申請済み					0	0.0%
治験実施中			1	4	5	11.6%
治験準備中				1	1	2.3%
開発計画検討中		1			1	2.3%
検討中					0	0.0%
進捗未公表 (手上げ企業あり)	3		2		5	11.6%
手上げ企業無し				2	2	4.7%
計	17	13	3	10	43	100%

※公募と同時に開発要請も行っている品目も含む

※要望受付時期:第Ⅰ回 2009.6.18～8.17、第Ⅱ回 2011.8.2～9.30、第Ⅲ回 2013.8.1～2015.6.30、
第Ⅳ回 2015.7.1～随時募集

出典:第59回医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議資料(2024.7.5)に基づき製薬協にて作成

2024年7月5日 製薬協 ニュースリリース


製薬協

2024年7月5日

報道関係者 各位

日本製薬工業協会

厚生労働省の医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議にて提案された「ドラッグロス解消に向けた取組み」について

本日、厚生労働省の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において、これまで中央社会保険医療協議会等において喫緊の課題となってきたドラッグロス品について、厚生労働省より解消に向けた具体的なスキームが提示されました。日本製薬工業協会（製薬協）は、ドラッグロス解消がより効果的に進むよう、国と共に取り組んでまいります。

現在、米国研究製薬工業協会（PhRMA）や欧州製薬団体連合会（EFPIA）と共同で令和6年度薬価制度改革を受けての各社の意識変容・行動変容を調査しており、その結果については今夏のうちに公表する予定です。

製薬協は、患者さんに必要な医薬品を、スピード感をもってお届けできるよう、国と協力してドラッグロス解消に向け全力で取り組んでまいります。

以上

9

中 医 協 薬 - 3
6 . 8 . 7

中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 業界意見陳述 ー安定供給に向けた取り組みー

2024年8月7日

日本ジェネリック製薬協会
会長 川俣 知己

P17 企業情報の公表に対する取り組み



- 令和6年度薬価制度改革においては、安定供給確保の観点から「後発品の安定供給が確保できる企業の考え方」として、企業指標が試行的に導入されました。
- 企業情報の公表については、令和6年6月30日までに、GE薬協加盟企業（29社）は各企業のWebサイトで情報の公表を開始いたしました。
- 引き続き、医療現場や国民にとって有益な情報公表となるよう、公表内容や方法等について、業界としても積極的に検証作業に協力してまいります。

2

GE薬協の新たな取り組み



1. 持続可能な産業構造に向けての安定供給能力の確保

安定供給責任者会議の立ち上げ

2. 製造・品質管理体制の確保

各企業の**クオリティーカルチャー醸成**に向けた**人材育成及び定着**のための取組の共有と研修

3. GE産業のあるべき姿

業界再編の具体的な姿について、各企業の役割の明確化と強みの相互補完の観点からの調査・研究のための研究会の立ち上げ

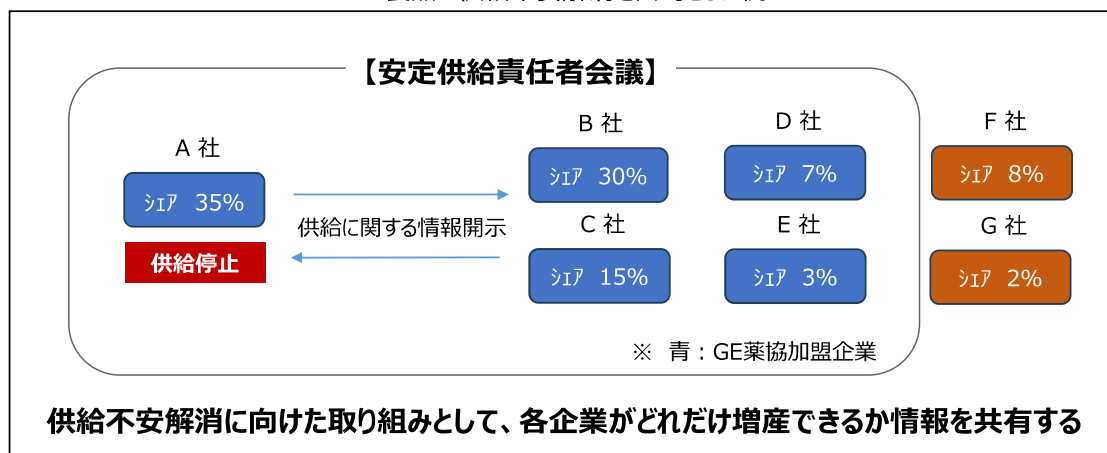
P17

3

P18 安定供給責任者会議の立ち上げ

- GE薬協内に設置し、加盟各社の安定供給責任者が出席
- 情報の共有化を図り、不足している医薬品の効率的な増産に取組める体制の構築
- 独占禁止法との関係整理が必須
- 必要に応じてGE薬協加盟企業外にも展開

X製品の供給不安解消を目的とした例



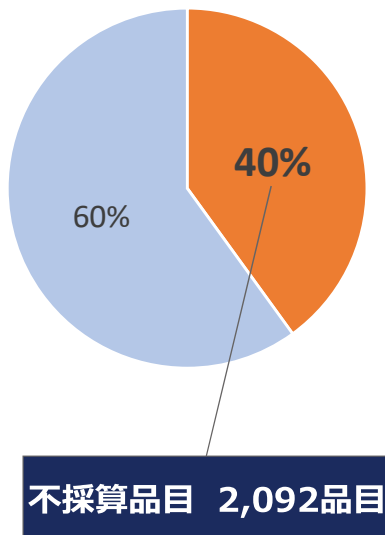
4

Appendix

P19 取り巻く環境の変化 ～不採算の状況～

- 現在不採算となっている品目の中には、安定確保医薬品や基礎的医薬品も含まれています。

薬価収載品目 5,227品目



	不採算品目数
安定確保医薬品A	51
安定確保医薬品B	5
安定確保医薬品C	752
基礎的医薬品	140

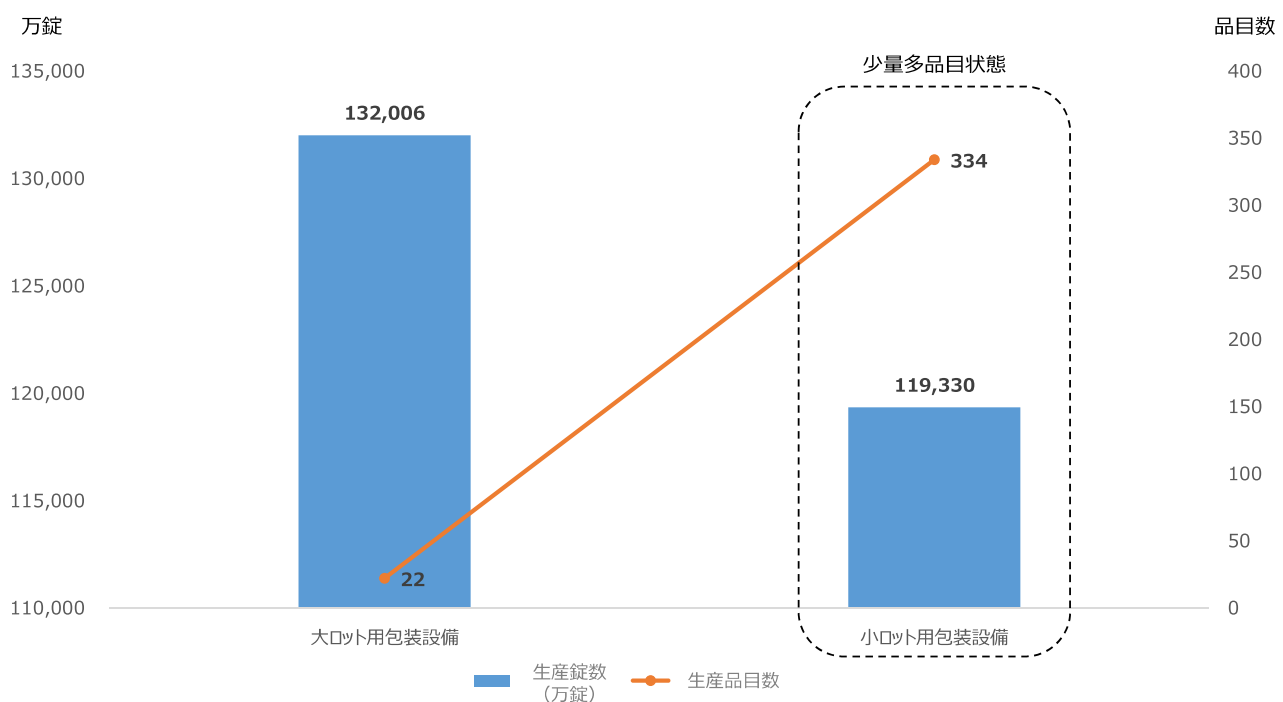
(安定確保医薬品及び基礎的医薬品の両方に該当する場合は、それぞれカウント)

当協会会員企業29社のうち28社の状況（令和6年6月末時点）

6

後発医薬品企業で行っている大ロット製造と小ロット製造

- 後発品企業では多品目製造を行っているが、大きくは大ロットによる製造と小ロットによる製造がある。
- 小ロット製造については、品目切替のため都度の洗浄等が必要であり、生産効率が悪い。



(JGA会員企業の包装工程における事例)

7

後発医薬品企業で行っている供給包装の集約化（１）

- 多くのジェネリック医薬品企業では、医薬品の供給不安解消の手段として、包装単位の集約化を進めている。
- 包装単位の集約化は企業としてできる生産効率向上策でもある。

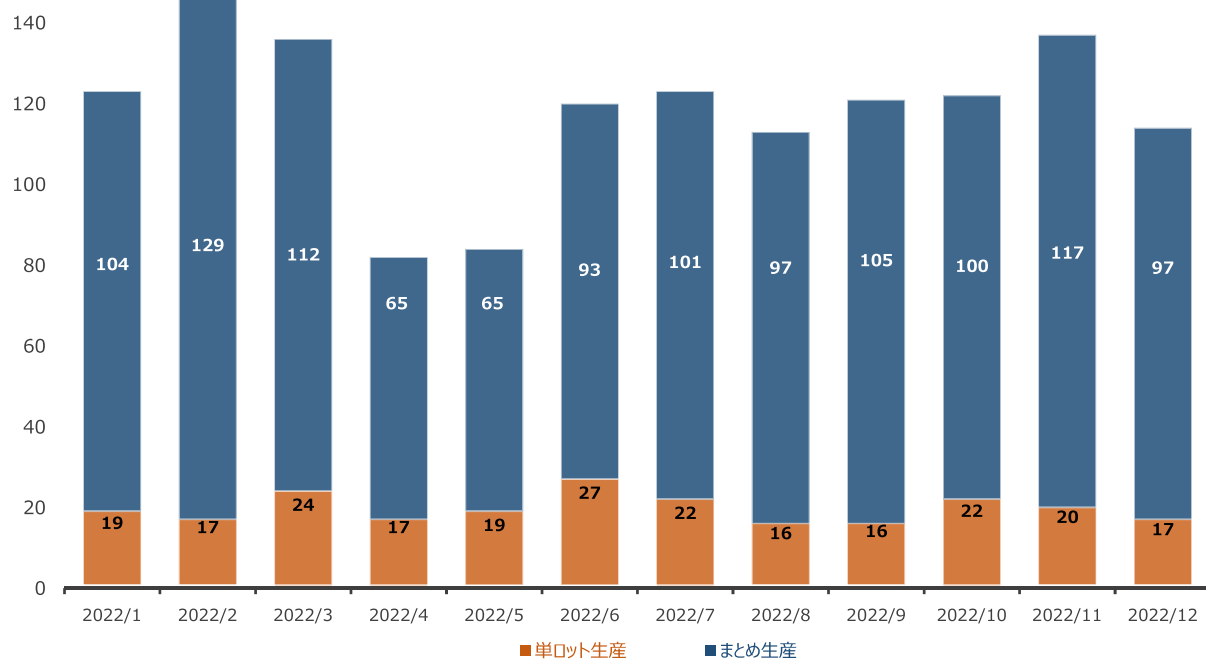
薬効分類	成分	規格	包装	換算数量	販売中止
H2ブロッカー	シメチジン	200mg 1錠	100錠	11,515,400	
			1000錠	7,050,000	包装中止
		400mg 1錠	バラ：1000錠	410,000	包装中止
			100錠	674,700	
	ニザチジン	150mg 1カプセル	100CP	-5,700	販売中止
			1000CP	81,000	販売中止
		75mg 1カプセル	100CP	-2,300	販売中止
			1000CP	-4,000	販売中止
	ラファチジン	10mg 1錠	100錠	19,641,700	
			140錠	1,002,260	包装中止
			500錠	10,330,000	
			B 300錠	745,800	
		5mg 1錠	100錠	2,678,500	
	ロキサチジン	37.5mg 1カプセル	100CP	895,900	
			100CP	6,780,900	
		75mg 1カプセル	500CP	2,460,000	包装中止
			700CP	321,300	包装中止

(JGA会員企業の事例)

8

後発品企業で進めている製造の効率化（まとめ生産）

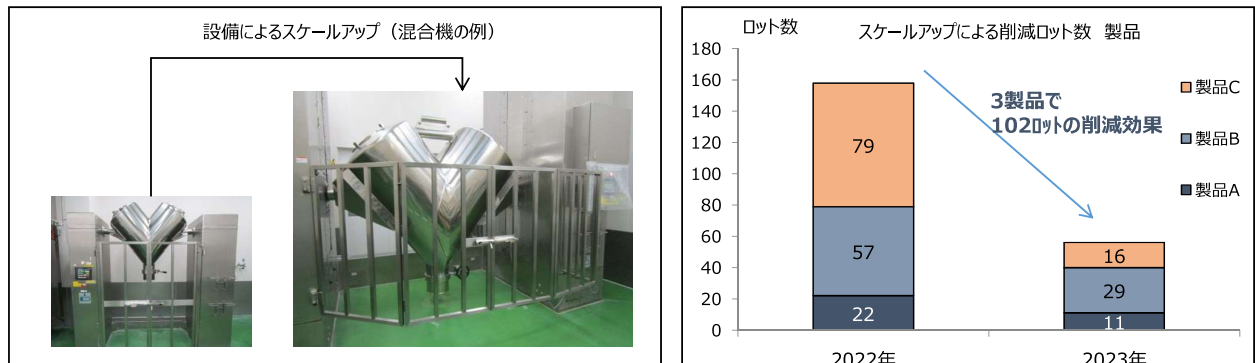
- 供給不安解消のため、月の生産における8割以上はまとめて製造する（まとめ生産）ことで効率化を図っている。

ロット数
160

(JGA会員企業の秤量工程における事例)

後発品企業で進めている製造の効率化（スケールアップ）

- 後発品企業では、製造上の効率化をさらに進めるため、ロットサイズの拡大（スケールアップ）を行っている。ただしスケールアップについては、品目によっては技術上の難易度が高く、薬事手続き上の時間も要する。



年	製品	スケールアップの概要
2022年	製品A	50万錠から100万錠にスケールアップ
	製品B	40万錠から80万錠にスケールアップ
	製品C	2万錠から10万錠にスケールアップ
	製品D	5万錠から30万錠にスケールアップ
	製品E	7万錠から35万錠にスケールアップ
	製品F	10万錠から40万錠にスケールアップ

（JGA会員企業の事例） 10

安定供給に向けた生産余力の強化

- 後発品企業では、当面できる製造の効率化に加えて、新たな生産施設を建設している。
- 下記だけで約135億錠の製造能力の増強が図れるが、それには3～5年を要する。

企業	製造能力
東和薬品 山形工場	約35億錠
沢井製薬 第二九州工場	約30億錠
トラストファーマテック	約30億錠
キョーリン製薬グループ工場 高岡工場	約20億錠
日新製薬 長岡工場	約10億錠
ダイト 第十製剤棟	約10億錠



日薬連

中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 意見陳述

日本製薬団体連合会 会長 岡田 安史

FPMAJ

1

2025年度薬価改定の在り方



日薬連

4 大臣合意以降の環境変化を踏まえ、2025年度薬価改定の在り方を議論する必要がある

- 顕在化した新たなドラッグ・ラグ／ドラッグ・ロスに対して、令和6年度薬価制度改革により、課題解決に向けた具体的な取り組みを進めているところ
- 後発医薬品を中心とした医薬品の安定供給問題に対して、令和6年度薬価制度改革などにより、課題解決に向けた具体的な取り組みを進めているところ
- 薬価制度については、薬価差が生じる要因等の本質的な議論が必要
- 急激かつ持続的な物価高騰、円安、原材料調達難度の上昇、賃金上昇政策など、国内のサプライチェーン維持に係る環境変化を踏まえた検討が必要

「経済財政運営と改革の基本方針2024」（骨太方針2024）

2025年度薬価改定に関しては、イノベーションの推進、安定供給確保の必要性、物価上昇など取り巻く環境の変化を踏まえ、国民皆保険の持続可能性を考慮しながら、その在り方について検討する

令和6年度薬価制度改革の意義



日薬連

抜本改革、中間年改定などにより生じた新たな課題の解決を図るため、
令和6年度薬価制度改革が行われたものと認識している

年度	社会を取り巻く環境	薬価制度を取り巻く環境	平均乖離率
2016	○ 革新的かつ非常に高額な医薬品の登場	○ 4大臣合意により「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を決定	—
2017			9.1%
2018	○ 高度・高額な医療技術の登場、医薬品の高額化	○ 薬価制度の抜本改革 四半期再算定導入、新薬創出等加算見直し、G1/G2導入、費用対効果評価の導入等	7.2%
2019	○ 消費税が10%に引き上げ	○ 消費税引上げに伴う臨時的な薬価改定	8.0%
2020	○ 新型コロナウイルス感染症の流行 ○ 後発品企業の品質不正に端を発した後発品を中心とした安定供給問題	○ 薬価制度改革 効能変化再算定、G1前倒し適用	8.0%
2021	○ 未承認薬の増加やドラッグラグの再燃 ○ COVID19の影響による安定供給確保への期待	○ 中間年改定 消費税引上げを伴わない初の中間年改定	7.6%
2022	○ ロシアによるウクライナへの軍事侵攻による原油価格の高騰、物価高騰 ○ アメリカの金利政策による急激な円安	○ 薬価制度改革 「高額医薬品に対する対応」の導入など	7.0%
2023	○ 新たなドラッグ・ラグ/ロスの顕在化	○ 中間年改定 臨時・特例的な不採算品再算定適用、新薬創出等加算における加算額の臨時・特例的な増額	6.0%
2024	○ 継続的な物価高騰、円安の進行、賃上げ	○ ドラッグ・ラグ/ロス解消と後発品を中心とした医薬品の安定供給確保を実現するための制度改革 新薬創出等加算見直し、価格の下支え制度の充実、不採算品再算定の特例的適用	

(出典) 中央社会保険医療協議会 薬価専門部会 (第207回) 薬-2「薬剤費等の年次推移について」

3

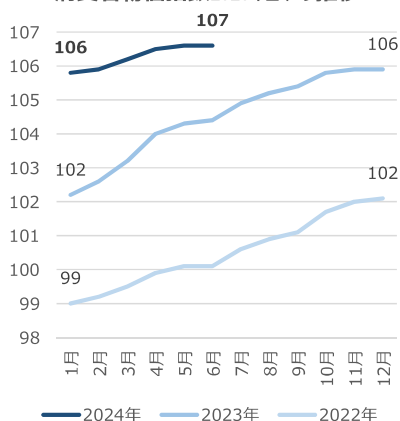
物価・為替等の状況



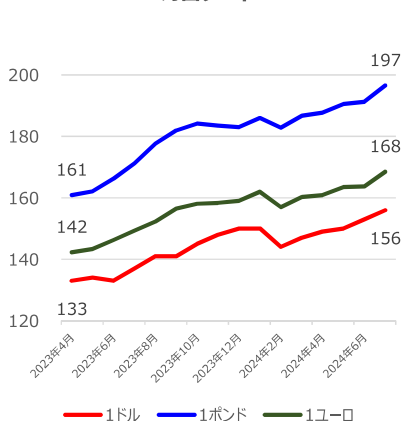
日薬連

- 消費者物価指数の上昇、円安の持続的な進行は、製薬企業の製造、研究開発等に影響を及ぼしている

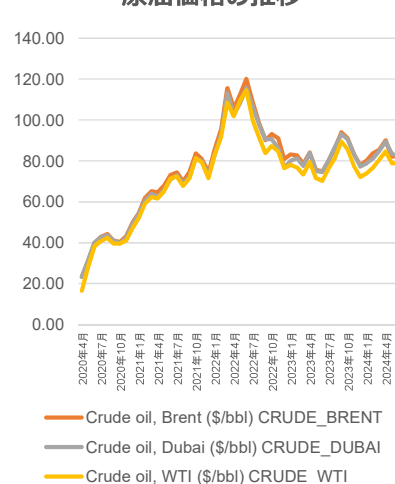
消費者物価指数2020年基準の推移



為替レート



原油価格の推移



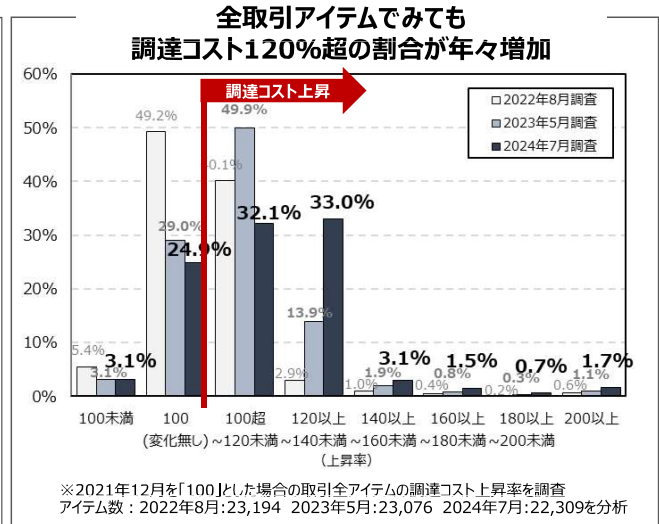
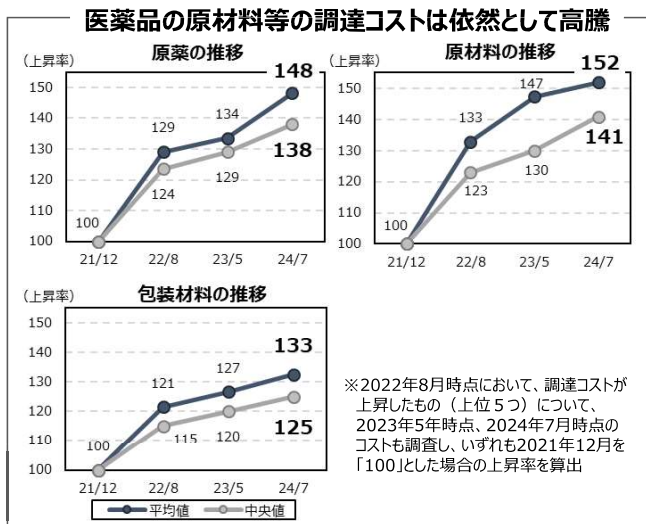
(出典)
2020年基準消費者物価指数, 総務省統計局
報告省令レート, 日本銀行
World Bank Commodity Price Data

4

医薬品の原材料等の調達コスト



- 医薬品の原薬・原材料・包装材料等の調達コストは、円安・物価高騰等の影響により引き続き上昇している
- 医薬品産業内の競争だけにとどまらず、他産業との競争も調達コストを上昇させる要因となっている



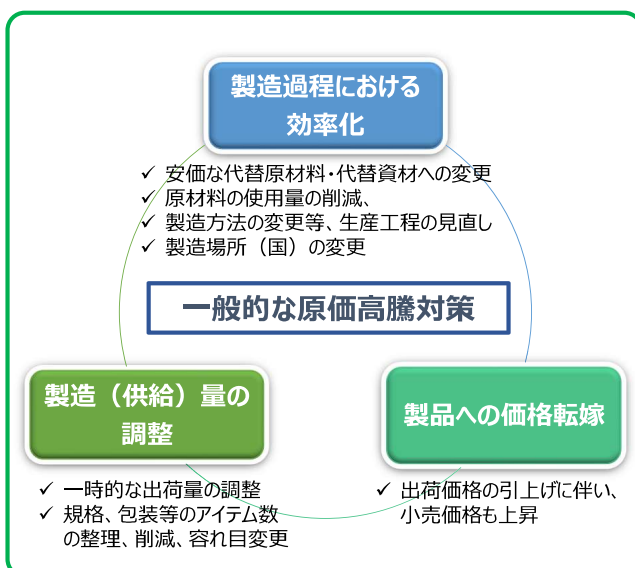
日薬連保険薬価研究委員会常任運営委員会29社に対し実施したアンケート結果より作成 5

中医協薬-1 R4/10/26

原価（原材料・資材、エネルギー）高騰対策と 医薬品の特性について



- 医薬品は一般的な消費財等と異なり、その特性のため「製造過程における効率化」「製品への価格転嫁」「製造（供給）量の調整」といった対策を柔軟に行うことはできない。



【医薬品の特性を踏まえた実態】

製造過程における効率化

- 医薬品の製造は薬機法※1、GMP省令※2に則り、「医薬品製造販売承認書」に記載された製造方法、製造場所にて、承認書に規定された原材料・資材（メーカー、グレードの規定のある場合も）を用い製造し、承認規格を満たす必要があることから、製造の効率化を柔軟に実施できない
- 品質確保の観点からも、原材料・資材の変更には検証が必要、承認変更手続きも必要

製品への価格転嫁

- 薬価基準制度下においては、不採算品再算定が適用されるなど薬価が引き上がらない限り、製品への価格転嫁は困難

製造（供給）量の調整

- 生命関連製品であることから、安定供給が求められており、採算性を理由に製造量の調整はできない

※1：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
※2：医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令（Good Manufacturing Practice）

中間年改定について



令和7年度に中間年改定を実施する状況にはない

- 令和6年度薬価制度改革は、平成30年度薬価制度抜本改革以降の毎年の薬価改定や医療用医薬品を取り巻く環境変化によって生じたドラッグ・ラグ/ロスの問題及び後発品の安定供給における課題解決を図るために行われたものと認識している。
- 業界としても、令和6年度の制度改革がこれら問題の解決に資するとの認識のもと、改革の方向性に沿った活動を始めている。
- 医薬品流通においては、平均乖離率が令和5年度に6.0%まで低下し、流通改善ガイドラインの改訂など、更なる流通改善に向けた取り組みが期待される。また、過度な薬価差の偏在の是正に向けた議論が行われるものと認識している。
- そのような中、急激かつ持続的な物価高騰、円安、原材料調達難度の上昇、賃金上昇政策など、依然として国内のサプライチェーン維持に重大な影響が及んでいる。
- 以上を踏まえれば、診療報酬改定のない年において薬価改定を実施する状況にはない。
- 中間年改定の在り方の検討にあたっては、市場実勢価格に基づく薬価改定の在り方について、薬価差が生じる要因等の本質的な議論が行われるべき。

7



Appendix

薬価改定後も薬価差が残る構造

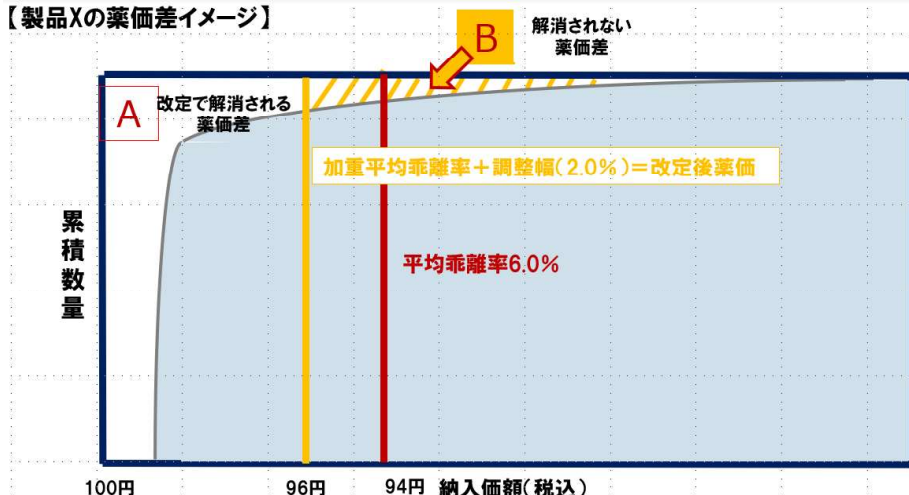


薬価改定により、平均で見ると薬価差が解消されるように見えるが、購入価格の低い取引における薬価差は温存される

加重平均値を基準に薬価改定が行われるため、

- 改定後薬価よりも高い納入価であった「A」の部分の薬価差は解消される
- 改定後薬価よりも低い納入価であった「B」の部分の薬価差は解消されない

【製品Xの薬価差イメージ】



9

日薬連加盟団体の採算性に係る状況について



原価計算方式で算出した場合に不採算となる品目数・割合

医薬品の種類	採算性等の状況
漢方・生薬 日本漢方生薬製剤協会15社の状況 (令和6年6月末時点)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 漢方・生薬：2,060品目中1,153品目が不採算（56.0%） ○ 医療用漢方製剤：580品目中501品目が不採算（86.4%）。うち、安定確保医薬品カテゴリCが5品目 ○ 生薬製剤：9品目中9品目が不採算（100%） ○ 生薬：1,471品目中643品目が不採算（43.7%）。うち、基礎的医薬品が358品目
血液製剤 日本血液製剤協会4社の状況 (令和6年6月末時点)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 129品目中66品目（51.2%）が不採算。うち、基礎的医薬品が42品目（63.6%） ※血液製剤は、別途法律にて安定供給の確保等について措置されているとして安定確保医薬品の対象外
外用製剤 外用製剤協会19社の状況 (令和6年6月末時点)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 局所性貼付剤：120品目中68品目（56.7%）が不採算。うち、安定確保医薬品カテゴリCが8品目（11.8%） ○ 全身性貼付剤：42品目中18品目（42.9%）が不採算。うち、安定確保医薬品カテゴリCが4品目（22.2%） ○ 塗布剤：185品目中78品目（42.2%）が不採算。うち、基礎的医薬品が2品目（1.1%）、安定確保医薬品カテゴリCが8品目（10.3%）
眼科用剤 日本眼科用剤協会15社の状況 (令和6年6月末時点)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 点眼剤・眼軟膏：230品目中68品目（29.6%）が不採算。うち、基礎的医薬品が6品目（8.8%）、安定確保医薬品カテゴリCが10品目（14.7%） ○ 眼科手術用剤（眼粘弾剤等）：25品目中10品目（40.0%）が不採算。うち、安定確保医薬品カテゴリCが10品目（100.0%）
輸液製剤 輸液製剤協会9社の状況 (令和6年6月末時点)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 輸液製剤：351品目中146品目（41.6%）が不採算。うち、基礎的医薬品が109品目（31.1%）、安定確保医薬品カテゴリCが51品目（14.5%）

日薬連加盟団体の採算性に係る状況について



日薬連

物価高騰以外に採算性を悪化させる製剤特有の要因

医薬品の種類	採算性を悪化させている製剤特有の理由
漢方・生薬	<ul style="list-style-type: none"> 天然物由来である原料生薬は8割を中国からの輸入に依存しており、中国経済の発展や中国国内での需要増などにより、原料生薬価格が年々高騰している。 原料生薬の品質確保のため、栽培方法・使用農薬など品質管理コストや生薬の保管設備費（温度・湿度管理ができる大規模倉庫）が増加している。また栽培地など広大な敷地の確保も必要となる。
血液製剤	<ul style="list-style-type: none"> 血漿分画製剤のコスト構造は、製造原価比率が約60%と高く、かつ製造原価の約50%を原料血漿費が占めており、当該価格の上昇傾向が継続していること等から、採算性が悪化している。
外用製剤	<ul style="list-style-type: none"> 貼付剤は、製剤を構成する部材の種類および各々の使用量が多い。加えて、製造ラインが長大かつ複雑であり設備の維持・運転に多大の経費が必要となる。容積が高み、重量も重いため、輸送コストへの影響も大きい。 塗布剤は、ステロイド等包装単位（5g・10gチューブ、100g瓶、等）が多いため、原材料・包装材料費、包装費用が高い。また、高薬理活性物質は専用ラインが必要であり、アルコール含有製剤には防爆設備が必要で製造コスト高の要因となっている。
眼科用剤	<ul style="list-style-type: none"> 点眼剤は原薬の使用量が少ないことから原薬購入時のスケールメリットが得られず、原薬値上げ等による影響が大きい。 眼科手術用剤など点眼剤の製造ラインで製造できない製品では、外注加工費用高騰等による採算性の悪化が起こりやすい。
輸液製剤	<ul style="list-style-type: none"> 輸液製剤は重量物で嵩高いため、大量に輸送をすることができず1製剤あたりの輸送コストが特に高くなる。 【参考】10tトラックに満載できる製剤数量（500mL；28,800袋）

11

中	医	協	薬	-	5
6	.	8	.	7	

中央社会保険医療協議会・薬価専門部会
意見陳述 資料
2024年 8月7日



一般社団法人 日本医薬品卸売業連合会

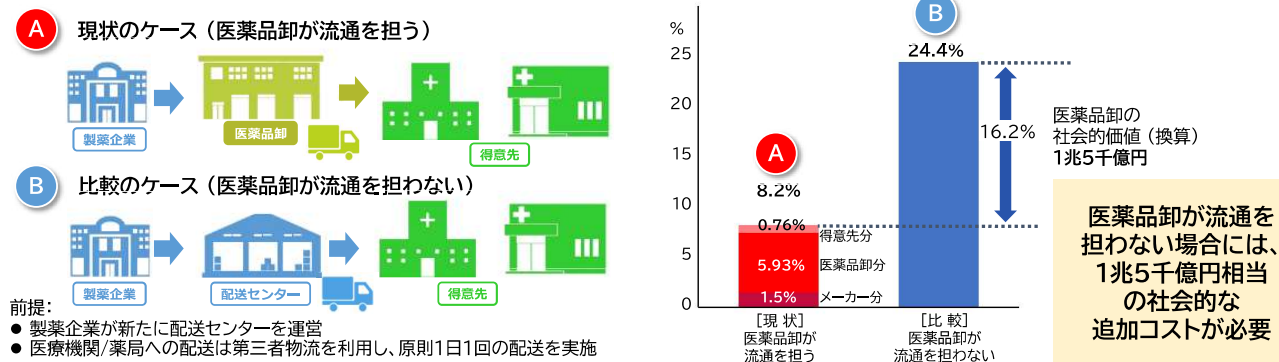
社会基盤としての医薬品卸の価値

- 日本の医薬品卸は、欧米と比較して広範囲かつ多機能の付加価値を提供している。(別添資料①)
- 医療提供体制を支える社会基盤の一部として、低いコストでサービスを提供しており、民間調査会社の試算では、医薬品卸の社会的価値は約1兆5千億円相当と推計されている。
- 医薬品卸は販管費の圧縮に努めているものの、累次の薬価引下げにより、このままでは現状のサービスを提供できなくなるおそれがある。(別添資料②)

民間調査会社試算

医薬品卸が提供するサービスを、仮に医薬品卸を使わずに提供するためには、現状のコストの約3倍と試算される。
この結果から、医薬品卸の社会的価値は約1兆5千億円相当と推計される

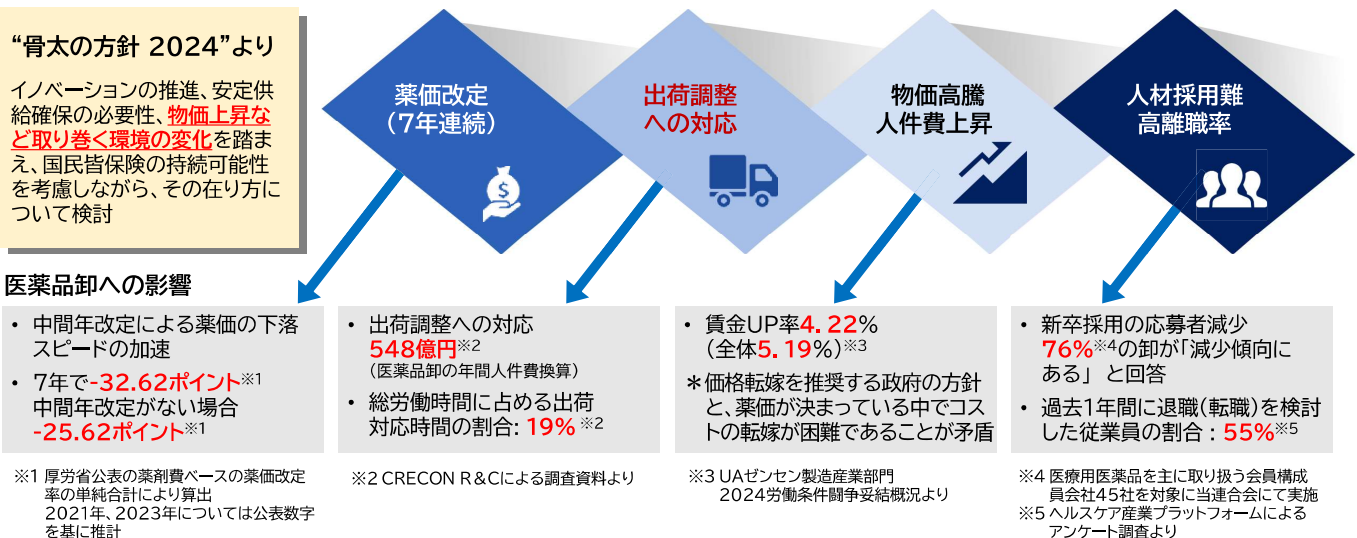
2023年度医薬品卸実販売額(約9兆2千億円)に対する比率



2

日本の医薬品卸を取り巻く環境の変化

医薬品卸を取り巻く環境は大きく変化している。
この状況は継続し、さらに悪化することも予想される。



3

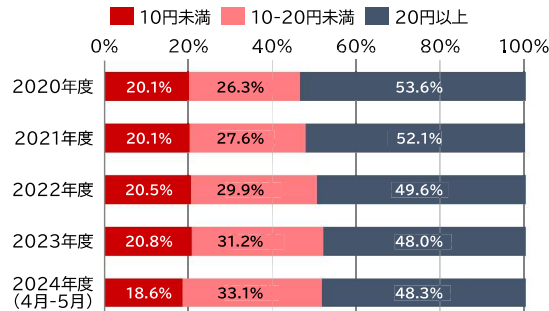
限定出荷と低薬価品の状況

- 2024年5月分の調査では全体の23%に相当する3,836品目が限定出荷・供給停止となっている。
- 品目数では薬価20円未満の低薬価品の比率が5割を超える状況にあって、限定出荷数量の86%を薬価20円未満の低薬価品が占めている。
- 累次の薬価下落により20円未満の低薬価品が今後も増加し、製薬企業における採算性悪化から限定出荷品が増えた場合には、医薬品の供給不安を今以上に増大させることとなる。
- 医療現場での必要性が高い医薬品については、製造と流通のコストが賄える薬価算定とする必要がある。

“骨太の方針 2024”より

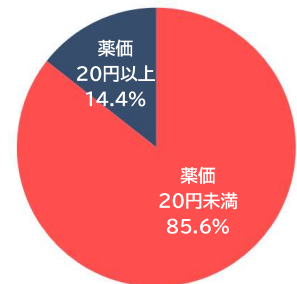
イノベーションの推進、**安定供給確保の必要性**、物価上昇など取り巻く環境の変化を踏まえ、国民皆保険の持続可能性を考慮しながら、その在り方について検討

価格帯 包装単位別品目数の構成比の推移



薬価20円未満の低薬価品が品目構成比の5割超を占める

限定出荷数量の構成比 (2024年5月現在)



薬価20円未満の限定出荷数量が全体の86%を占める

出典: 日本製薬団体連合会、エンサイス株式会社

4

医療用医薬品の商取引の実態

医薬品卸の努力だけでは、医療用医薬品の安定供給と流通改善ガイドラインへの取り組みとの両立が難しい商取引が一部に存在する。

価格交渉に携わる全ての関係者が、流通改善ガイドラインを遵守する必要がある。

病院・診療所

- 総価交渉を生み出している環境
値引率が担保される総価交渉は、一部の医療機関にとって便利かつ効果的な交渉方法であり、単品単価交渉を許容しない取引が依然として存在する。

[総価交渉を誘引する要因]

- ・ 毎年の単品単価交渉は流通当事者双方の交渉労力の限界を超えている。
- ・ 医薬品の価値を熟知しない関係者が交渉を担う場合がある。

[後発品・輸液類などの低薬価品]

- ・ 低価格であり、単品での取引成立が難しい。
数量や複数アイテムなどでのまとめた受注でないと卸の流通コストの回収が困難

薬局

■ 単品単価交渉が難しい商取引

- ・ 一部の総価交渉先においては、希少疾病薬剤等の製品価値を考慮せず、全体加重値(薬価差額)前提の価格交渉しか受け付けない。
- ・ 「別枠品」が明確になったことにより、今まで単品単価交渉されていた希少疾病治療薬等の一部が総価交渉に戻るおそれがある。
- ・ 個々の店舗の取引条件や数量を考慮しない交渉を迫る価格交渉代行業者が存在し、その規模が大きく増大している。

■ 後発品の仕切値上昇

- ・ 今年度から企業評価のための指標が導入され、平均乖離率を確保する必要がある等の要因により、仕切値の上昇率が1%を超え、卸の採算性が厳しい。

■ 別枠品

- ・ 一部では製品価値を考慮せず、全体加重値(薬価差額)前提の価格交渉となっている。
- ・ 別枠品を単品単価交渉としたとしても、薬価改定前の総価交渉による妥結価格や総価値引率を根拠とし、卸に対して値引を要求する場合がある。

5

流通改善ガイドライン遵守への取組み1

令和6年3月に改訂された流通改善ガイドラインに沿った医療用医薬品の商取引の改善に真摯に取り組んでいます。

＜当連合会で会員企業向けに作成した冊子(一部)＞

流通改善ガイドライン 改訂のポイント (1)

✓ 今回の流通改善ガイドラインの改訂では、流通関係者に求められる遵守事項がこれまでよりも詳細に記されました。

✓ 本冊子では今回の改訂のうち、医薬品卸と保険医療機関・保険薬局の流通取引に関係する点を中心に記載しております。

1) 単品単価交渉の定義

○ 他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉

2) 別種の設定

○ 「医薬品の安定供給」を確保する観点から、特に医療上の必要性の高い医薬品として「基礎的医薬品、安定確保医薬品(カテゴリーA)、不採算品再算定品、血液製剤、麻薬、覚醒剤及び覚醒剤原料」については、価格交渉の段階から別種とし、個々の医薬品の価格を踏まえた単品単価交渉とする。

○ これまでも単品単価交渉を行ってきた新薬創出等加算品等についても、引き続き単品単価交渉を行うものとし、流通改善が後戻りすることのないようとする。

3) 交渉方法

○ 卸売業者は、個々の医薬品の仕切値に安定供給に必要なコスト(地域差や物価上昇等を考慮した人件費や流通コスト等)を踏まえた適切な価格設定を行うとともに、交渉を行う双方が、その相対と妥当性を説明するなどにより、価格交渉を進める。

○ 取引条件等を考慮せずにベンチマークを用いて一方的な値引き交渉や取引品目等の相違を無視して同一の価格引き率を用いた交渉、取引条件等を考慮せずに同一の納入単価での取引を各卸売業者に求める交渉などは厳禁。

4) 価格交渉を代行する者

○ 価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼するに当たっては、価格交渉を代行する者がこうした交渉(上記交渉方法を参照)を行うことがないよう流通改善ガイドラインを遵守すること。

▶ 未受給算制度や経路別収載を基本とする原価基準制度の趣旨を踏まえ、価格交渉の段階から個々の医薬品の価格を踏まえた単品単価交渉を行うことを基本とすることが求められています。

▶ 価格取引を改善するための措置として、特に医療上の必要性の高い医薬品については、当該医薬品を従来の取引とは別種とすることなどが求められています。(※別種に関しては「別種品マスターデータベース(P10～11)」をご確認ください。)

▶ 医薬品の価格を無視した過大な値引き交渉は、個々の医薬品の価格を反映した銘柄別の薬価収載を行う現行の薬価制度とは相容れない行為とされています。また、安定供給に必要な流通コストを考慮しない値引き交渉を行うことは、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼす可能性があります。

▶ 価格交渉に関しては「受給率等に係る報告書(P6～9)」をご確認ください。

流通改善ガイドライン 改訂のポイント (2)

5) 受給価格の変更

○ 頻繁な価格交渉は、卸売業者の使命である安定供給に支障を来すとともに購入側にも負担増となることや、未受給算制度の趣旨を踏まえ、毎年一度は受給価格の変更を要請しないこととし、変更を行うのは期中で受給算定(再算定等)があるなど医薬品の価格に変動がある場合とする。

▶ 今回の改訂では「受給価格の変更」に関して、変更を行う際の要件が明記されております。

6) 返品扱い

○ 特に、以下に該当する医薬品の返品は、卸売業者及び保険医療機関・保険薬局等とも互いに禁むこと。


- ① 厳格な温度管理を要する医薬品の返品
- ② 有効期限を経過した医薬品の返品
- ③ 開封された医薬品の返品
- ④ 汚損、破損した医薬品の返品
- ⑤ 卸売業者と保険医療機関・保険薬局等との契約により「返品不能」と指定されている医薬品の返品
- ⑥ その他、価値、安全性等が損なわれている又はそのおそれがあると合理的に認められる医薬品の返品*
- ⑦ 在庫調整を目的とした医薬品の返品**

▶ 旧ガイドラインでは返品の扱いに関して、具体的な対象の記載がありませんでしたが、今回の改訂では返品を自棄すべき7種類の対象が明記されております。


※：特に温度管理を要する医薬品、有効期限を経過した医薬品、開封された医薬品、汚損、破損した医薬品の返品は「医療用医薬品卸売業における医薬品の取引の規範」に関する公正競争規約の適用範囲において厳禁されているが、これら以外にも医療機関等から返品されても、卸売業者にて再販売ができれば商業取引となる医薬品があることを想定

***：例えば月末に超過して、翌月に買い戻す行為

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 リンク先
<https://www.mhlb.jp/content/108000000/000061022.pdf>



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に関する相談窓口
厚生労働省ホームページアドレス
https://www.mhlb.jp/forms/pub/mhlb01/202004_01_ryosang/
厚生労働省メールアドレス
seisaku-shikaku@hse.mhlb.go.jp



6

流通改善ガイドライン遵守への取組み2

＜当連合会で会員企業向けに作成した冊子(一部)及びポスター＞

別種品マスターデータベース

データベース構築の目的

○ 今回の流通改善ガイドラインの改訂により、「医薬品の安定供給」を確保する観点から、特に医療上の必要性の高い医薬品(基礎的医薬品など)については、価格交渉の段階から別種とし、個々の医薬品の価格を踏まえた単品単価交渉とすることが求められています。

○ これを受け、価格交渉に携わる全ての流通当事者が流通改善ガイドラインの趣旨を踏まえ、共通の理解の下で単品単価交渉に取り組めるよう、一般社団法人日本医薬品卸売業連合会では、株式会社メディココードの下で「別種品マスターデータベース」の運用を開始いたしました。

利用ガイド

1. メディココードが運用する専用サイトへアクセスし、利用申請の届け出を提出ください。
2. メディココードより、利用申請に基づいてログインIDとパスワードが発行されます。
3. 付与されたログインID、パスワードにて専用サイトへアクセスし、別種品マスターデータベースがダウンロード可能となります。
4. ご利用は無料です。

メディココード専用サイト:
<https://id.sys.medicode.jp.com/days/login>
データに関するお問い合わせは、メディココード(idsys@medicode.jp.com)宛へご連絡ください。



流通改善は新たなステージへ

過去からの価値観を改善するため、次の取組みを進める必要があります。

- 1 単品単価交渉の推進
- 2 流通コストを踏まえた適切な価格交渉の推進
- 3 頻繁な価格交渉の改善
- 4 コンプライアンスの徹底

日本医薬品卸売業連合会

7

現状認識と意見

現状認識

- ・デフレ基調からインフレ基調へ変化し、人材確保難となるなど、社会経済状況は4大臣合意当時とは大きく異なっている。
- ・医薬品卸は流通の最適化を図ることで、低いコストで日本の医療提供体制を支えているが、中間年の薬価改定による薬価下落スピードの加速や出荷調整の日々の対応などにより、厳しい状況におかれている。なお、医薬品卸は流通改善ガイドラインへの取組みを積極的に進めているが、医薬品卸の努力だけでは医薬品の安定供給との両立が難しい商取引が一部に存在する。
- ・2024年度薬価改定では不採算品再算定により薬価が引き上げられたものの、依然として薬価20円未満の低薬価品が多い。

意見

医薬品の安定供給のための基盤が大きく揺らいでいる

1. 中間年の薬価改定について
医薬品の安定供給が持続的に確保されるよう、中間年の薬価改定については、廃止を含め、抜本的に見直していただきたい。
2. 2025年度の薬価改定について
医薬品の供給不足の早期解消が見込まれない状況であることを踏まえ、2025年度については、薬価改定を中断していただきたい。
※仮に中断が難しいのであれば、安定供給すべき以下の医薬品カテゴリーを対象から除外していただきたい。
基礎的医薬品、安定確保医薬品 カテゴリーA、不採算品再算定品
それ以外の医薬品は、価格乖離の大きな品目のみを対象としていただきたい。

8

別添資料

9

別添資料①

医薬品卸機能の国際比較からみる日本の卸の特徴

日本の医薬品卸の配送軒数は、欧米と比較して圧倒的に多く、自社配送率も高い。
価格交渉や情報収集・情報提供を含めた様々なサービスをワンストップで提供し、きめ細やかに日本の医療提供体制を支えている。

医薬品卸の一般的な基本機能範囲・業務量

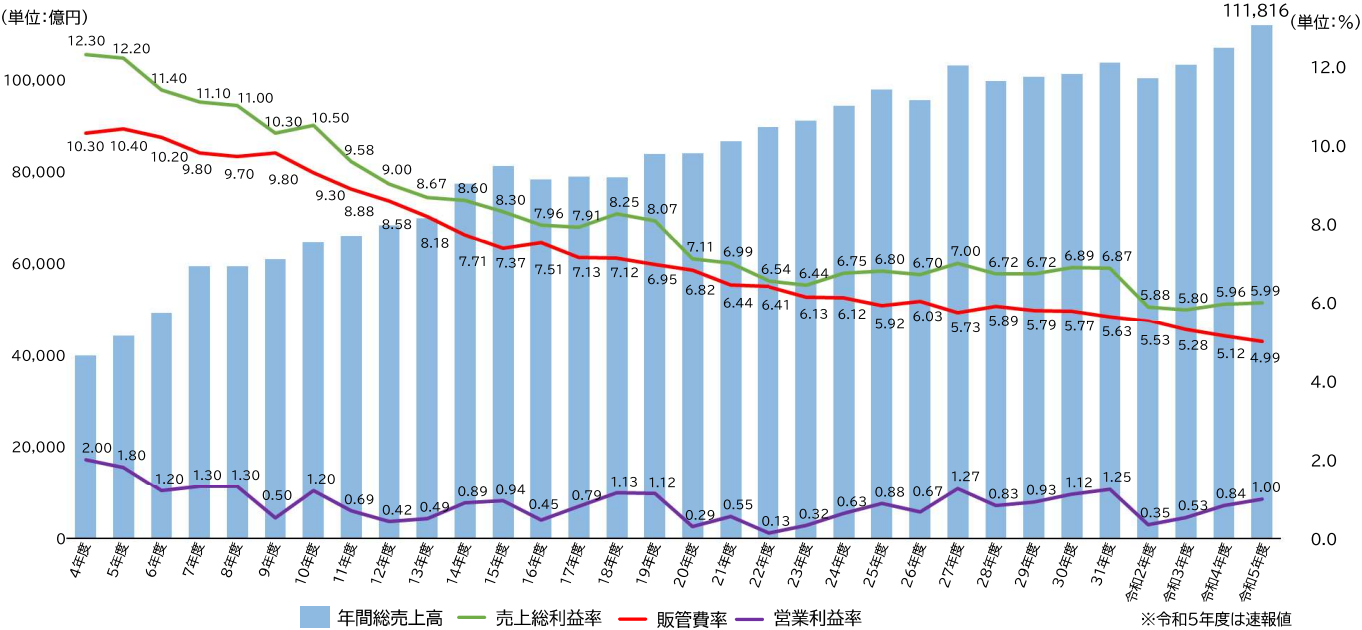
機能		日本	米国	イギリス	ドイツ	フランス
配送	販売配送先	病院・薬局・診療所等	病院・薬局・診療所等	薬局	薬局	薬局
	軒数*	約16万	約7万	約1.8万	約2.1万	約2.2万
	自社配送率	80-100%	0-20%	40-100%	40-80%	40-80%
受発注・在庫管理		有	有	有	有	有
価格交渉	対医療機関	有	有(後発品のみ)	-	-	-
	対薬局	有	有(後発品のみ)	有	有	有(後発品のみ)
情報収集・情報提供	採用・需要情報収集 薬剤情報提供	有	-	-	-	-
	処方元販促** (付随機能)	有	-	-	-	-

* 日常的に配送する毎日配送先軒数
** 処方元医療機関・薬局等に網羅的に訪問し需要情報・薬剤情報を収集・提供する活動

10

別添資料②

医薬品卸の経営状況の推移



出典: 日本医薬品卸売業連合会 経営概況より作成

11

薬剤費等の年次推移について

薬剤費等の年次推移①

年度	国民医療費 (A)	薬剤費 (B)	薬剤費比率 (B/A)	推定乖離率 (C)
平成 5 年度	24.363 (兆円)	6.94 (兆円)	28.5 (%)	19.6 (%)
平成 6 年度	25.791	6.73	26.1	—
平成 7 年度	26.958	7.28	27.0	17.8
平成 8 年度	28.454	6.97	24.5	14.5
平成 9 年度	28.915	6.74	23.3	13.1
平成 10 年度	29.582	5.95	20.1	—
平成 11 年度	30.702	6.02	19.6	9.5
平成 12 年度	30.142	6.08	20.2	—
平成 13 年度	31.100	6.40	20.6	7.1
平成 14 年度	30.951	6.39	20.7	—
平成 15 年度	31.538	6.92	21.9	6.3
平成 16 年度	32.111	6.90	21.5	—
平成 17 年度	33.129	7.31	22.1	8.0
平成 18 年度	33.128	7.10	21.4	—
平成 19 年度	34.136	7.40	21.7	6.9
平成 20 年度	34.808	7.38	21.2	—
平成 21 年度	36.007	8.01	22.3	8.4
平成 22 年度	37.420	7.88	21.1	—

薬剤費等の年次推移②

年度	国民医療費 (A)	薬剤費 (B)	薬剤費比率 (B / A)	推定乖離率 (C)
平成23年度	38.585 (兆円)	8.44 (兆円)	21.9 (%)	8.4 (%)
平成24年度	39.212	8.49	21.7	—
平成25年度	40.061	8.85	22.1	8.2
平成26年度	40.807	8.95	21.9	—
平成27年度	42.364	9.56	22.6	8.8
平成28年度	42.138	9.22	21.9	—
平成29年度	43.071	9.46	22.0	9.1
平成30年度	43.395	9.19	21.2	7.2
令和元年度	44.390	9.58	21.6	8.0 ※
令和2年度	42.967	9.56	22.3	8.0
令和3年度	45.036	9.80	21.8	7.6

※ 令和元年度の推定乖離率8.0%は平成30年4月の薬価に対する乖離。令和4年度及び令和5年度の推定乖離率はそれぞれ7.0%、6.0%。

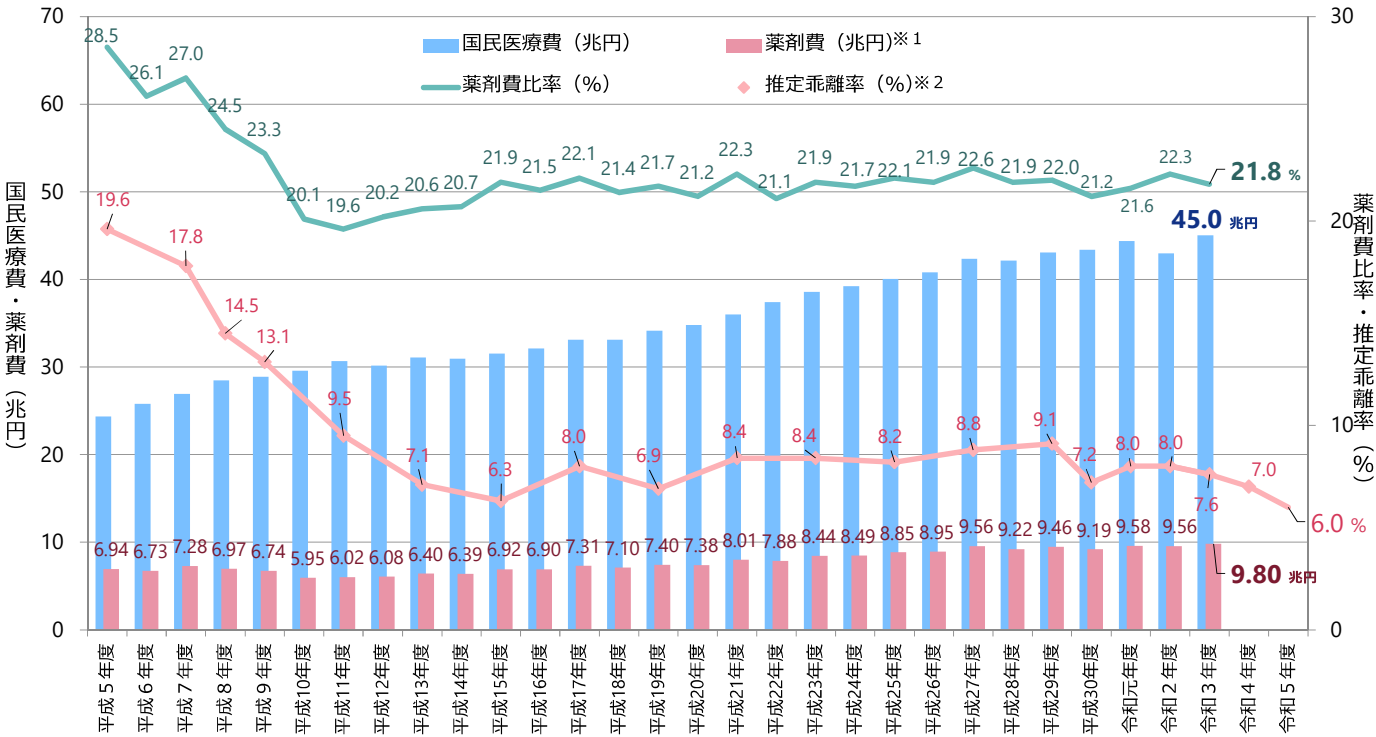
(注)

- 国民医療費は、当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものであり、医療保険の医療費総額に、労災、原因者負担（公害健康被害等）、全額自己負担、鍼灸等を加えたものである。
- 薬剤費は、労災等においても医療保険と同じ割合で薬剤が使用されたものと仮定し、国民医療費に医療保険における薬剤費比率をかけて推計している。DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合の薬剤費は含まれていない。
- 推定乖離率における「—」は薬価調査を実施していないため、データが無いことを示している。
- 平成12年度の介護保険の創設により国民医療費の一部が介護保険へ移行した。
- 令和元年度までは社会医療診療行為別統計（6月審査分）をもとに薬剤費比率を算出してきたが、令和2年度以降の値については医療費の動向調査（電算処理分）の通年分の値から算出した。なお、同様に医療費の動向調査（電算処理分）の通年分の値から薬剤費比率を推計すると、平成30年度分は21.5%、令和元年度分は22.0%。

3

参考

国民医療費、薬剤費等の推移



※1 薬剤費には、DPCを始めとする薬剤費が包括して算定される場合は含まれていない。
※2 薬価調査で得られた平均乖離率をその年度の推定乖離率としている。
令和元年度の推定乖離率は、平成30年4月の薬価に対する乖離を示す。

薬価改定の経緯①

改正年月日	改正区分	収載品目数	改 定 率		備 考
			薬剤費ベース	医療費ベース	
S 42. 10. 1	全面	6,831	▲10. 2 %	—	
44. 1. 1	〃	6,874	▲5. 6 %	▲2. 4 %	
45. 8. 1	〃	7,176	▲3. 0 %	▲1. 3 %	
47. 2. 1	〃	7,236	▲3. 9 %	▲1. 7 %	
49. 2. 1	〃	7,119	▲3. 4 %	▲1. 5 %	
50. 1. 1	〃	6,891	▲1. 5 5 %	▲0. 4 %	
53. 2. 1	〃	13,654	▲5. 8 %	▲2. 0 %	銘柄別収載
56. 6. 1	〃	12,881	▲18. 6 %	▲6. 1 %	
58. 1. 1	部分	16,100 (3,076)	▲4. 9 %	▲1. 5 %	81%バルクライン方式
59. 3. 1	全面	13,471	▲16. 6 %	▲5. 1 %	
60. 3. 1	部分	14,946 (5,385)	▲6. 0 %	▲1. 9 %	
61. 4. 1	部分	15,166 (6,587)	▲5. 1 %	▲1. 5 %	
63. 4. 1	全面	13,636	▲10. 2 %	▲2. 9 %	修正バルクライン方式
H 元. 4. 1	〃	13,713	+ 2. 4 %	+ 0. 65 %	消費税分の引上げ
2. 4. 1	〃	13,352	▲9. 2 %	▲2. 7 %	
4. 4. 1	〃	13,573	▲8. 1 %	▲2. 4 %	加重平均値一定価格幅方式 R 15
6. 4. 1	〃	13,375	▲6. 6 %	▲2. 0 %	R 13
8. 4. 1	〃	12,869	▲6. 8 %	▲2. 6 % (薬価算定方式の一部変更及び材料価格等を含む。)	R 11
9. 4. 1	〃	11,974	▲4. 4 % このほか消費税対応分+1. 4 %	▲1. 27 % このほか消費税対応分+0. 4 %	R 10 (長期収載医薬品 R 8)
10. 4. 1	〃	11,692	▲9. 7 %	▲2. 7 %	R 5 (長期収載医薬品 R 2)

(注) 部分改正における収載品目数欄の()内の数値は改正対象品目数を示す。

薬価改定の経緯②

改正年月日	改正区分	収載品目数	改 定 率		備 考
			薬剤費ベース	医療費ベース	
12. 4. 1	全面	11,287	▲7. 0 %	▲1. 6 %	調整幅 2 %
14. 4. 1	〃	11,191	▲6. 3 %	▲1. 3 %	調整幅 2 % (先発品の一定率引き下げ)
16. 4. 1	〃	11,993	▲4. 2 %	▲0. 9 %	調整幅 2 % (先発品の一定率引き下げ)
18. 4. 1	〃	13,311	▲6. 7 %	▲1. 6 %	調整幅 2 % (先発品の一定率引き下げ)
20. 4. 1	〃	14,359	▲5. 2 %	▲1. 1 %	調整幅 2 % (先発品の一定率引き下げ)
22. 4. 1	〃	15,455	▲5. 7 5 %	▲1. 2 3 %	調整幅 2 % (先発品の一定率引き下げ)
24. 4. 1	〃	14,902	▲6. 0 0 %	▲1. 2 6 %	調整幅 2 % (先発品の一定率引き下げ)
26. 4. 1	〃	15,303	▲5. 6 4 % このほか消費税対応分+2. 9 9 %	▲1. 2 2 % このほか消費税対応分+0. 6 4 %	調整幅 2 % [※]
28. 4. 1	〃	15,925	▲5. 5 7 %	▲1. 2 2 %	調整幅 2 % [※] このほか、市場拡大再算定分▲0.19%、市場拡大再算定の特例分▲0.28% (医療費ベース)
30. 4. 1	〃	16,434	▲7. 4 8 %	▲1. 6 5 %	調整幅 2 % [※] 改定率のうち、実勢価等改定 ▲1.36%、薬価制度の抜本改革 ▲0.29% (医療費ベース)
R 元. 10. 1	〃	16,510	▲4. 3 5 % このほか消費税対応分+1. 9 5 %	▲0. 9 3 % このほか消費税対応分+0. 4 2 %	調整幅 2 %
2. 4. 1	〃	14,041	▲4. 3 8 %	▲0. 9 9 %	調整幅 2 % [※] 改定率のうち、実勢価等改定分▲0.43%、市場拡大再算定の見直し等分 ▲0.01% (医療費ベース)
3. 4. 1	〃	14,228			平均乖離率の0.625倍(5%)を超える品目を改定対象 調整幅 2 %、新型コロナウイルス感染症特例として一定幅0.8% 薬剤費として▲4,300億円
4. 4. 1	〃	13,370	▲6. 6 9 % (実勢価等改定分)	▲1. 3 5 %	調整幅 2 % [※] 改定率のうち、実勢価等改定分▲1.44%、不妊治療の保険適用のための 特例的な対応分+0.09% (医療費ベース)
5. 4. 1	〃	13,098			平均乖離率の0.625倍(4.375%)を超える品目を改定対象 調整幅 2 % 不採算品再算定及び新薬創出等加算の臨時・特例的措置あり 薬剤費として▲3,100億円
6. 4. 1	〃	12,917	▲4. 6 7 %	▲0. 9 7 %	調整幅 2 % [※] 改定率のうち、実勢価等改定分▲0.83% (医療費ベース) 不採算品再算定の特例的措置あり

※ 後発品への置換えが進まない先発品等、一定率引き下げも実施

中央社会保険医療協議会 総会（第 593 回） 議事次第

令和 6 年 8 月 7 日（水）
薬価専門部会終了後～

議 題

- 医療機器の保険適用について（令和 6 年 9 月 1 日収載予定）
- 医薬品の新規薬価収載等について
- 費用対効果評価の結果を踏まえた薬価の見直しについて
- 薬価削除等手続きの明確化について
- DPC における高額な新規の医薬品等への対応について
- 放射性医薬品を用いた PET 検査の取扱い変更に伴う掲示事項等告示の一部改正について
- その他（再生医療等製品）

【日本病院団体協議会】

厚生労働省保険局医療課との面談について

日 時 令和6年8月6日（火） 15:00～15:15

場 所 Web 会議

出席者

日本病院団体協議会 議長 仲井 培雄

副議長 望月 泉

厚生労働省保険局医療課 課長 林 修一郎

課長補佐 矢野 好輝

2040 年に向けた地域医療構想はどうあるべきか？

- 高齢者救急の増加、医療介護の担い手の急減
- 地域により、人口変化が大きく異なる
 - 構想区域の見直し、基準病床数の見直し
 - 人口の少ない区域を複数合同化
 - 人口の多い区域の会議重層化
 - (国による設定が必要)
 - 病床機能から病院機能へ
 - 病床機能 4 分類を変更
 - ・ 地域基幹病院
 - ・ 二次救急病院
 - ・ 地域包括ケア支援病院
 - 介護施設、在宅医療との連携
 - 病床数減少（廃院含む）の費用支援拡大
 - 地域に必要な病床の建て替え費用支援拡大
 - 診療報酬・介護報酬の抜本的見直し
 - 人員基準および施設基準の大幅な見直しおよび簡素化
 - ・ ストラクチャー評価
 - プロセス評価、アウトカム評価
 - ・ 必要経費の的確な評価・保障
 - ACP の確実な普及
 - 国民の理解と納得