

財政制度等審議会における 議論の状況について

財務省

2020年11月12日（木）

我が国の医療保険制度の特徴と課題

我が国の医療保険制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業医制

出来高払い

患者・利用者側

- 患者負担が低く、コストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
- 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能

医療機関施設側

- 患者数や診療行為数が増加するほど収入増
- 患者と医療機関側との情報の非対称性が存在

供給サイドの増加に応じて
医療費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

- **高齢化**の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
- 少子化の進展による「**支え手（現役世代）**」の減少
- イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

保険給付範囲のあり方の見直し

患者に係る保険給付範囲（患者負担）のあり方の見直し

医療技術や医薬品等に係る保険給付範囲のあり方の見直し

保険給付の効率的な提供

価格
公定価格の適正化 等

供給
医療提供体制の改革 等

ガバナンス
保険者機能の強化、デジタル化の推進 等

患者に係る保険給付範囲（患者負担）のあり方

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<p>58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討</p> <p>団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。</p>	<p>全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討 病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 <厚生労働省>			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<p>65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討</p> <p>年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。</p>	<p>年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	<p>57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討</p> <p>高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。</p>	<p>マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。</p> <p>介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

医療保険制度における患者負担の推移

- 医療保険制度における**患者負担の導入・強化**は、我が国の医療保険制度の特徴を踏まえ、**制度を持続可能なものとするべく、行われてきたもの**。
- 足元では、定率負担の患者負担のもと、負担割合が低い高齢者数の増加や、高額療養費制度等の影響により、**実効負担率が毎年下がっている**。団塊の世代が後期高齢者入りする2022年以降、こうした傾向が加速することが想定されるが、**制度の持続可能性を確保するためには、患者負担が果たすべき機能の低下は望ましくない**。
- **年齢が上がるほど患者負担割合が低く保険給付範囲が広がる構造を含め、患者負担のあり方を見直していく必要**。

～昭和47年12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年10月～		平成15年4月～		平成18年10月～		平成20年4月～	
老人医療費支給制度前		老人医療費支給制度(老人福祉法)		老人保健制度													
国保	3割	なし		入院300円/日 外来400円/月		→1,000円/日 →500円/日(月4回まで) +薬剤一部負担		定率1割負担(月額上限付き) *診療所は定額制を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設		定率1割負担(現役並み所得者2割)		定率1割負担(現役並み所得者3割)		75歳以上	後期高齢者医療制度 1割負担(現役並み所得者3割)		
被用者本人	定額負担	なし		入院3割 高額療養費創設(\$48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		3割 薬剤一部負担の廃止		3割		70歳以上 74歳	2割負担(現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に達している者は1割(平成26年4月以降70歳になる者から2割)		
被用者家族	5割	国保	3割 高額療養費創設(\$48～)	入院2割 高額療養費創設		入院2割 外来2割+薬剤一部負担		入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		3割 薬剤一部負担の廃止		3割		70歳未満	3割(義務教育就学前2割)		

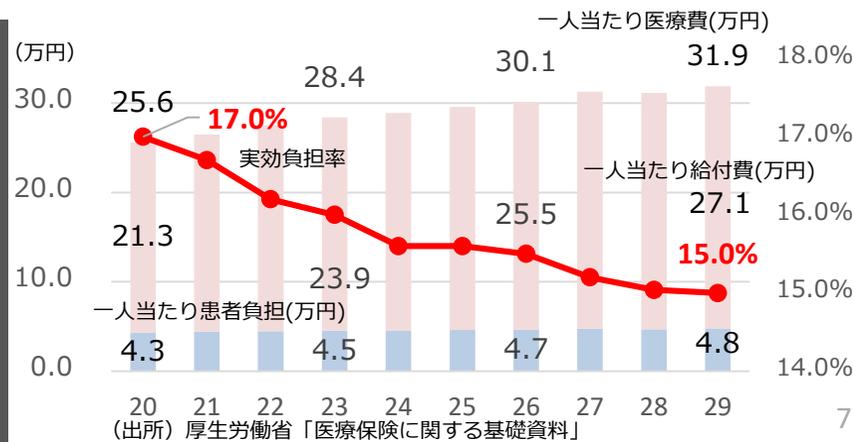
◆ 患者負担の趣旨「平成24年版厚生労働白書」(抜粋)

日本では、国民皆保険制度により、全ての人が、必要なときに、必要な医療を受けることを保障している。また、患者がどの医療機関にも制限なく受診できる「フリーアクセス」、原則出来高払いなどの特徴を持っている。

このような状況下では、もし一部負担がなければ、不安に駆られた**患者側は**、安心を得るために医学的・客観的に必要な回数以上に受診(過剰受診)してしまう**可能性がある**。他方、**医療サービス提供者側は**、診療報酬が原則出来高払いのため、患者から求めがあれば、念のため診察して、結果的に**過剰診療を**してしまう**可能性がある**。実際、1970年代に老人医療費の無料化が実施されたときは、高齢者が病院の待合室を憩いの場とする「**病院のサロン化**」や過剰診療が**問題**となり、保険財政も厳しい状態になった。

このような「**モラルハザード**」ともいえる**事態を回避するための工夫の一つが、患者の一部負担の導入**である。一部負担をしてもらうことで、患者側には、本当に必要なときに診察を受けようとする**インセンティブ**が働き、医療サービス提供者側にも、本当に診療を必要と考えて受診してきた患者を効率よく診療しようとする**インセンティブ**が働く。

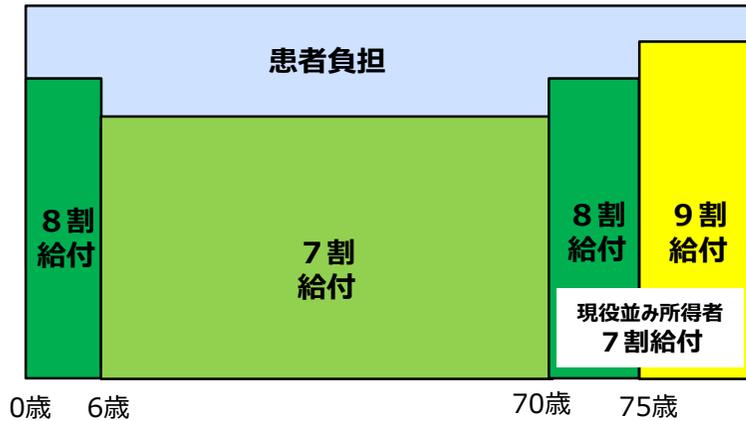
◆ 実効負担率と一人当たり医療費、患者負担の推移



後期高齢者の患者負担割合のあり方①

- 後期高齢者医療制度及びこれを支える後期高齢者支援金の仕組みのもと、**団塊の世代が後期高齢者入りする2022年以降、現役世代の保険料負担がますます重くなる**と見込まれる。
- 現在の患者負担の仕組みは**年齢が上がるほど保険給付範囲が広がる仕組み**であり、**現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心**という全世代型社会保障改革において問題とされる**これまでの社会保障の構造そのもの**である。
- 全世代型社会保障への転換を図るからには、現在9割給付（1割負担）とされている後期高齢者について、**可能な限り広範囲で8割給付（2割負担）を導入**するとともに（高齢者の医療の確保に関する法律の改正）、遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする**2022年度初までに改革を実施**できるよう、施行時期を定めるべき。

◆ 医療費の給付割合

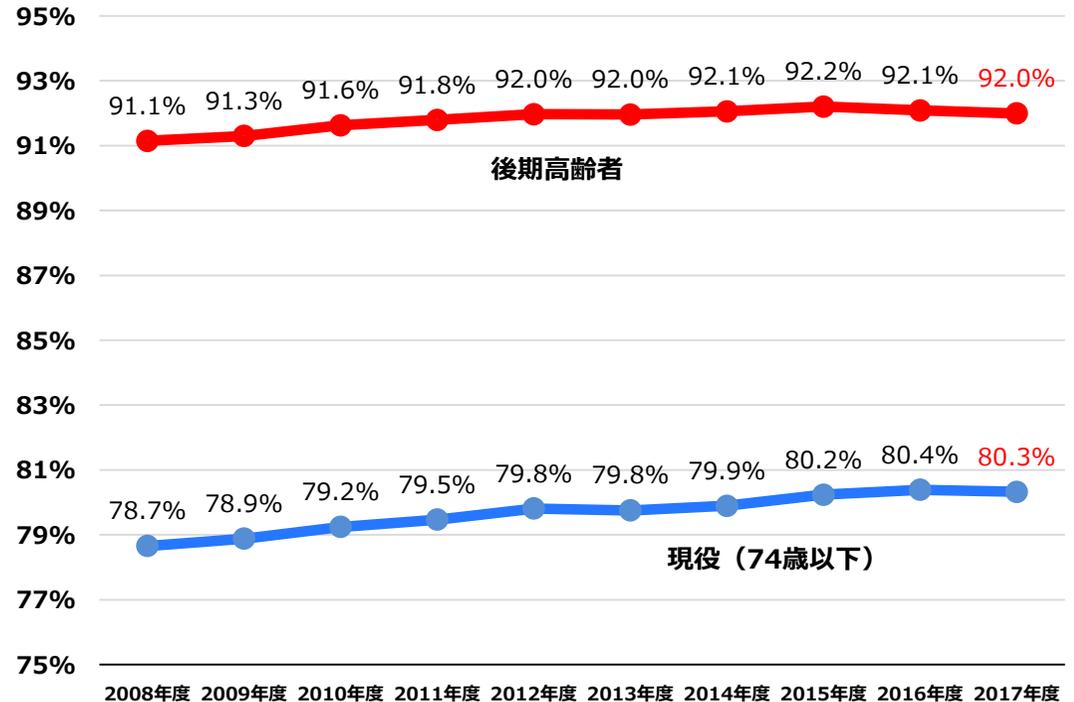


◆ 後期高齢者医療制度における被保険者の分布



(出所) 厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」(平成29年度実績ベース)

◆ 実効給付率の推移



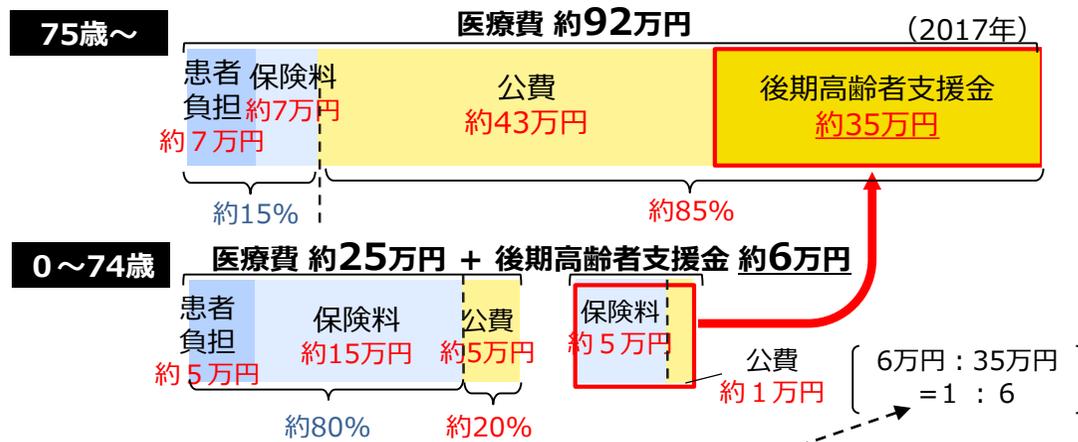
(注) 公費による患者負担の軽減は含んでいない。

(出所) 第4回全世代型社会保障検討会議資料 データ元：各制度の事業年報等

後期高齢者の患者負担割合のあり方②

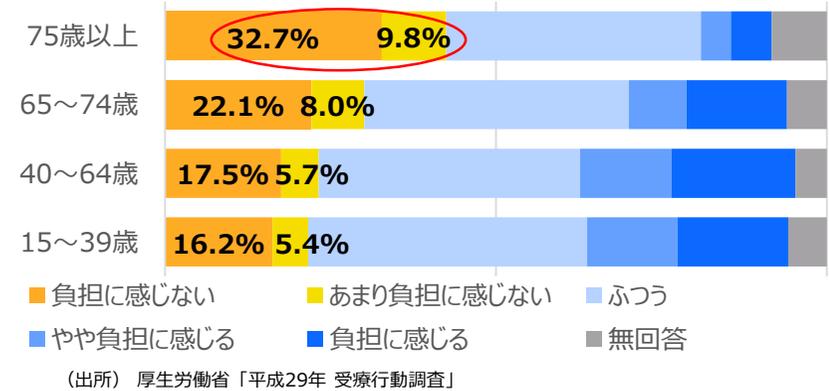
- 75歳以上の1人当たり医療費は現役世代の約4倍弱であり、その財源の8割強は公費と現役世代の支援金。現役世代は自らの医療費のほか後期高齢者支援金も負担。近年の高齢者の医療費の増加により、**支え手である現役世代の保険料負担は重くなっている状況。**
- これに対し、75歳以上の後期高齢者の約4割は、患者負担を「負担に感じない」または「あまり負担に感じない」と回答。外来では、1回当たりの患者負担は800円弱で、15～64歳の現役世代（2,100円）と大きな開きがある。

◆ 1人当たり医療費・後期高齢者支援金とその財源の内訳



◆ 世代別の患者負担額に係る負担感

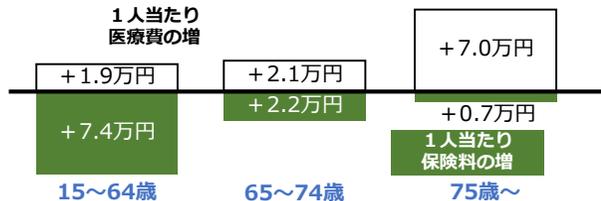
「今日、病院で請求された金額は負担に感じますか」への回答



◆ 年齢別人口の推移

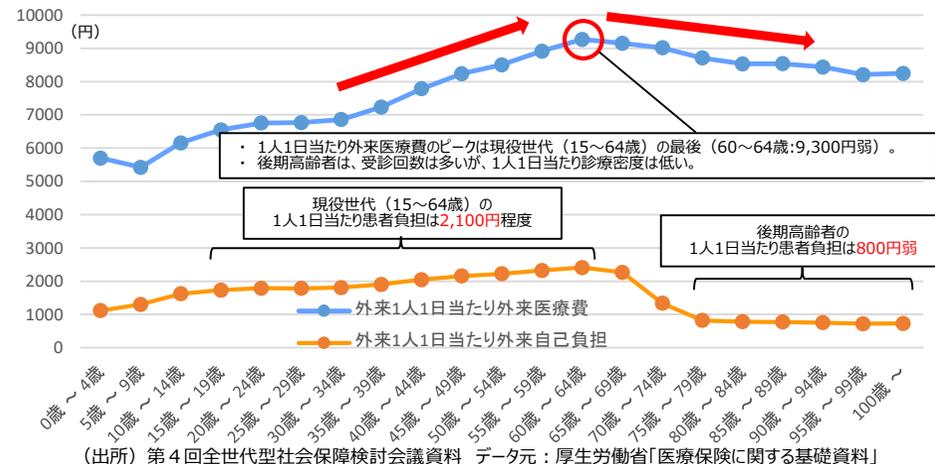
	75歳以上	0～74歳
2017年	1,749万人 1 : 6	10,904万人
2025年	2,180万人 1 : 5	10,074万人
2054年	2,449万人 1 : 3	7,385万人

◆ 1人当たり医療費と保険料の増加 (2009年→2017年)



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

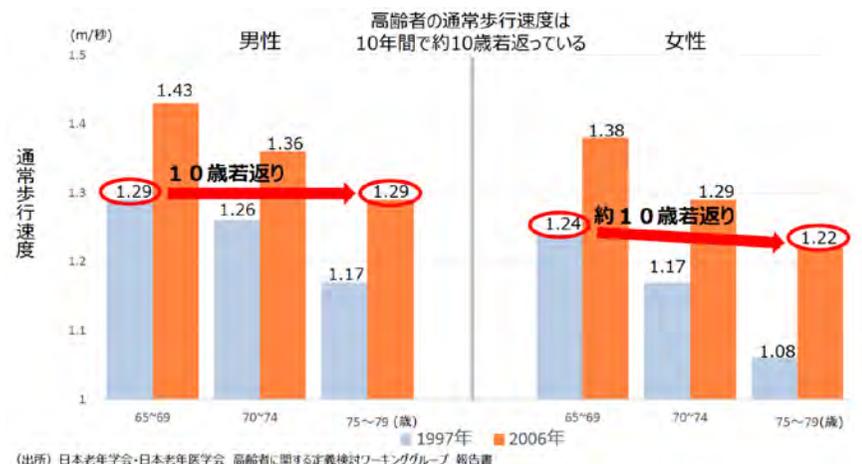
◆ 年齢階級別の1人1日当たりの外来医療費・患者負担額



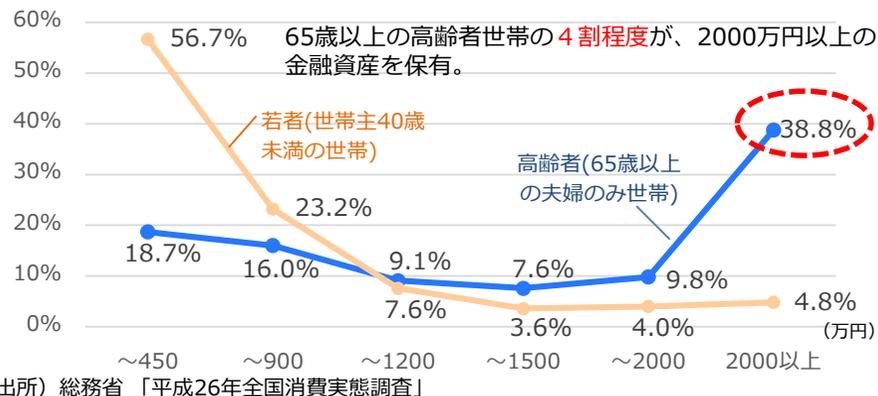
後期高齢者の患者負担割合のあり方③

- 年齢を基準に「高齢者」を一括りにすることは現実にあわなくなっており、**元気で意欲ある高齢者が働き活躍できる環境整備を進めてきた**ところ。
- 後期高齢者の患者負担についても、年齢を基準に一括りにすることなく、負担能力を踏まえる必要。すなわち、**高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い**こと、また、**所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある**ことを踏まえる必要。
- なお、医療保険・介護保険における負担のあり方全般について、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するため、具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

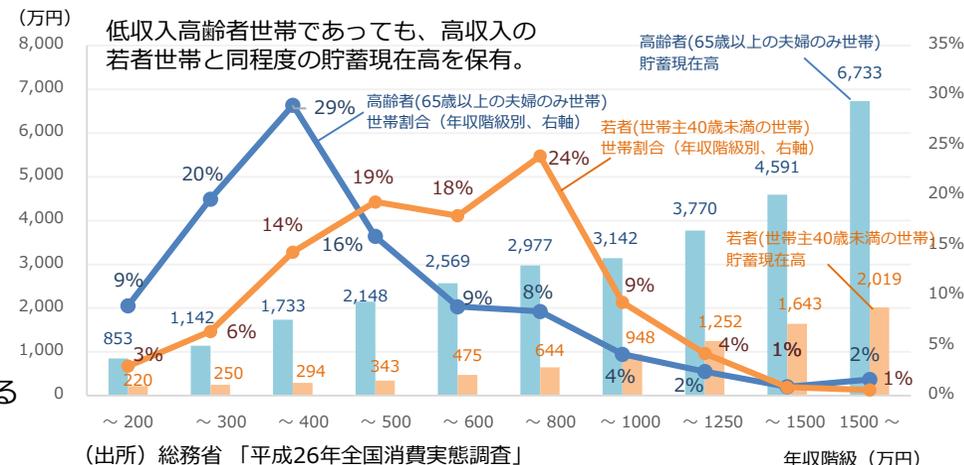
◆高齢者の通常歩行速度の変化



◆高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高の割合



◆高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高



◆高齢者が働き活躍できる環境整備

- 高齢者就業の促進 (2021年4月～)
 - ・ 70歳までの就業確保措置を企業の努力義務とする
- 年金の受給開始時期の選択肢拡大 (2022年4月～)
 - ・ 60歳～70歳 → 60歳～75歳
- 在職老齢年金制度の見直し (2022年4月～)
 - ・ 60～64歳を対象者とする部分について、年金と賃金を受け取る場合の支給停止となる上限を引上げ

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

- 紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の拡大は、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」への医療への転換を進める中で嚆矢となる取組である。
- 大病院は入院医療や専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本として機能分化を進めることは重要であり、**限りある医療資源の有効な活用や医師等の働き方改革にもつなげる改革**となる。
- **機能分化の実効性が上がる拡充となるよう、対象病院の拡大、定額負担の増額を図るとともに**、明確な形での医療保険財政へ寄与となるよう制度的対応を講ずるべき。

【現状】

- 定額負担は、徴収する金額の最低金額として、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）と設定している。
- 徴収される定額負担は、病院の収入の増加となり、公的医療保険の負担の軽減にはつながらない
- 令和2年度に対象となる医療機関を拡大

400床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院

200床以上の特定機能病院及び地域医療支援病院

【今後の検討】

- 増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改める
- 対象病院を**病床数200床以上の一般病院**に拡大する
(全世代型社会保障検討会議 中間報告(抄))

【定額負担の仕組み】



【病床規模別の病院数】

病床数(※1)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体	
令和元年度まで	400床以上	86 (1.0%) 433	347 (4.1%) ※2	124 (1.5%) 688	538 (6.4%)
令和2年度以降	200~399床	0 (0%)	233 (2.8%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
今後の検討対象	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7031 (83.6%)	7058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)	

出典:厚生労働省

※1 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

※2 上記400床以上の地域医療支援病院数には、一般病床数は400床未満だが、一般病床の他に療養病床や精神病床等を有し、合計で400床以上となっている病院数(19病院)を含めている。

◆中間報告(令和元年12月19日)

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。

◆第2次中間報告(令和2年6月25日)

医療

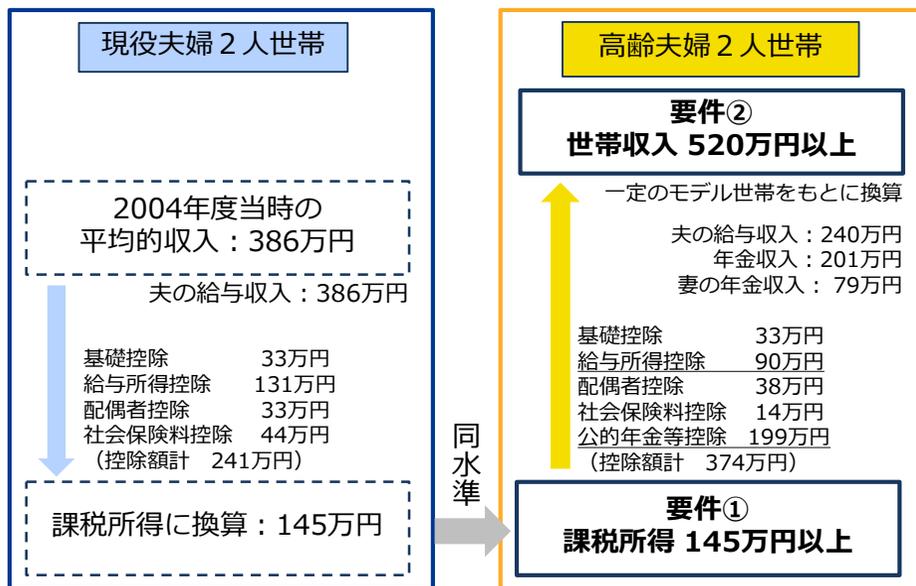
昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。

現役並み所得の判定基準の見直し

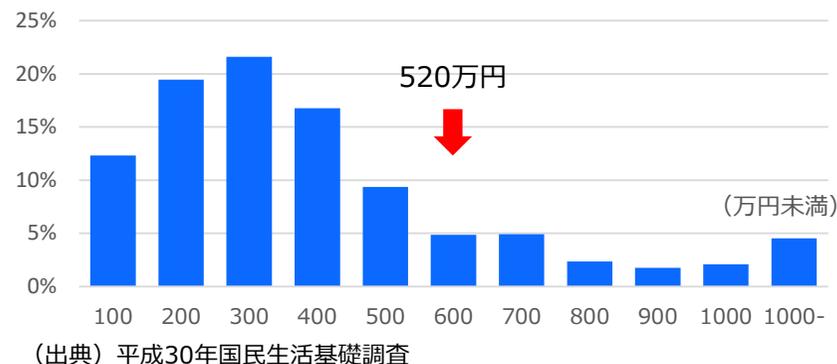
- 後期高齢者の患者負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担を求めることとしている。
- しかしながら、実際の判定基準は、一定の仮定を置いた世帯収入要件もあわせて設けていることから、「現役並み」以上の課税所得があっても必ずしも「現役並み」とは評価されない仕組みとなっている。
- 後期高齢者に占める「現役並み所得者」の割合は減少傾向であり、実効負担率の減少の一因となっていることも踏まえ、「現役並み所得」の判定基準について、現役世代との公平性を図り、**世帯収入要件について見直しを行うべき。**

◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

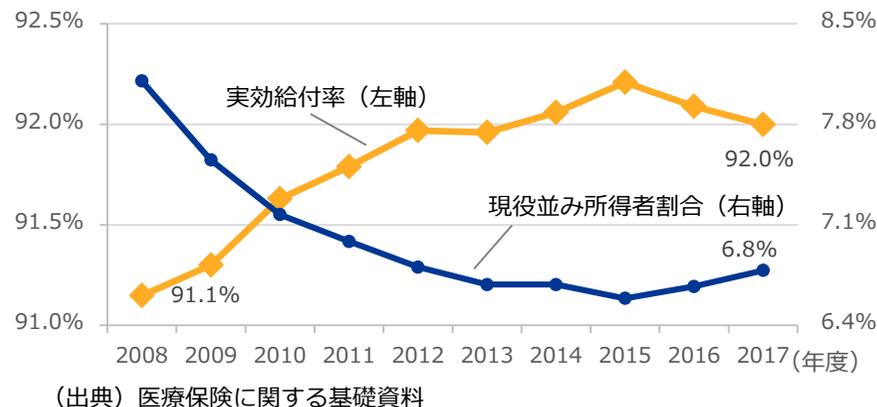
- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる
かつ
- 要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)



◆ 所得金額階級別の世帯数割合（世帯主：75歳以上）



◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率（後期高齢者医療制度）



薬剤費の適正化

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 ≪厚生労働省≫			—	—
	59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 ≪厚生労働省≫			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	51 薬価制度抜本改革の更なる推進 i 医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討 イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。 ※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。	2019年4月からの本格実施の実績を踏まえ、実施範囲・規模の拡大のための所要の措置を講ずる。 ≪厚生労働省≫			—	—
	ii 2019年度、2020年度に全品目の薬価改定を行うとともに、2020年度中に2021年度における薬価改定の対象範囲について決定 イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。 ※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。	2018年度から2020年度までの市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2021年度における薬価改定の対象範囲について2020年中にこれらを総合的に勘案して、具体的な範囲を設定する。 ≪厚生労働省≫	最初の毎年薬価改定の実施。		—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>iii 2020年度の薬価改定に向けた、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討</p> <p>イノベーションの推進を図ること等により、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換するとともに、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組む。こうした観点から、前回の薬価改定で引き続き検討することとされた課題（※）等について結論を得、着実に改革を推進する。</p> <p>※ 医薬品等の費用対効果評価における迅速で効率的な実施に向けた見直しや、その体制等を踏まえた実施範囲・規模の拡大、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非、長期収載品の段階的な価格引き下げ開始までの期間の在り方、2021年度における薬価改定の具体的な対象範囲の2020年中の設定。</p>	<p>新薬創出等加算の対象外である品目に関し、同加算の対象品目を比較薬とした薬価算定における比較薬の新薬創出等加算の累積額を控除する取扱いについて検討を行い、その結果に基づき、所要の措置を講ずる。</p> <p>長期収載品に関し、イノベーションを推進するとともに医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する観点から、段階的な価格引下げ開始までの期間の在り方について検討を行い、その結果に基づき、所要の措置を講ずる。</p> <p>イノベーションの評価に関し、効能追加等による革新性・有用性の評価の是非について検討を行い、その結果に基づき、必要な措置を講ずる。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

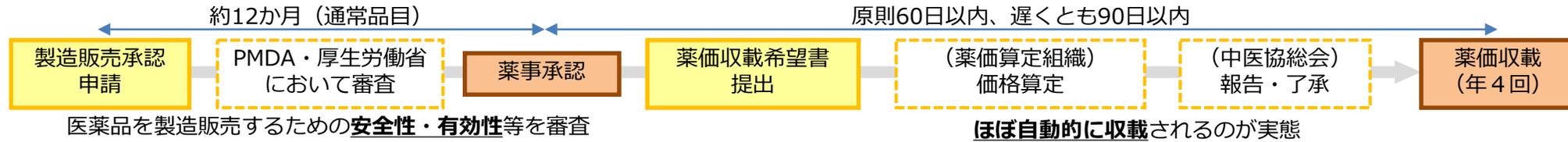
	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>54 後発医薬品の使用促進</p> <p>後発医薬品の使用促進について、安定供給や品質の更なる信頼性確保を図りつつ、2020年9月までの後発医薬品使用割合80%の実現に向け、インセンティブ強化も含めて引き続き取り組む。</p>	<p>普及啓発の推進や医療関係者への情報提供等による環境整備に関する事業を実施。</p> <p>保険者協議会や後発医薬品使用促進の協議会を活用するなどの現場の取組を促す。</p> <p>保険者インセンティブの活用や、保険者ごとの使用割合の公表等により、医療保険者の使用促進の取組を引き続き推進。</p> <p>後発医薬品の使用を推進する観点から、2020年度診療報酬改定において後発医薬品使用体制加算や後発医薬品調剤体制加算に係る基準の見直しなど所要の見直しを実施。</p> <p>信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果について、医療用医薬品最新品質情報集（ブルーブック）に順次追加して公表。</p> <p>後発医薬品利用差額通知の送付など、後発医薬品の使用促進を図るための取組支援。</p> <p>改正生活保護法（平成30年10月施行）に基づく生活保護受給者の後発医薬品の使用原則化について、施行後の使用割合も踏まえつつ、引き続き地方自治体において確実に取組むよう促す。</p> <p>後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。</p> <p>「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容について検討。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○後発医薬品の品質確認検査の実施【年間約900品目】</p>	<p>○後発医薬品の使用割合【2020年9月80%以上】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>50 バイオシミラーの研究開発・普及の推進等</p> <p>バイオ医薬品の研究開発の推進を図るとともに、バイオシミラーについては、「経済財政運営と改革の基本方針2017」を踏まえ、有効性・安全性等への理解を得ながら研究開発・普及を推進するなど医薬品産業の国際競争力強化に向けた取組を着実に推進する。</p>	<p>バイオシミラーの医療費適正化効果額・金額シェアを公表。</p> <p>バイオシミラーの有効性、安全性、品質等に関する講習会の開催。</p> <p>バイオシミラーの研究開発の推進。</p> <p>《厚生労働省》</p>				

新規医薬品の保険収載と既存医薬品の見直し

- 既存医薬品の薬価下落に伴う薬価改定にかかわらず、薬剤費が大きく増加する背景として新規医薬品の保険収載がある。すなわち、新規医薬品については、**年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載**されており、保険収載により生ずる**財政影響は勘案されていない**。
- 医薬品の価格が高額になっている状況も踏まえ、財政影響を勘案して新規医薬品の保険収載の可否を判断することや、新規医薬品を保険収載する場合には保険収載と既存医薬品の保険給付範囲の見直しとを財政中立で行うことを含め、**医薬品に対する予算統制のあり方を抜本的に見直すべき**。

◆新規収載までのプロセスの概要（医薬品）



◆近年国内外で登場した高額薬剤の例

銘柄	収載年月	効能・効果	費用
ステミラック注	2019.2	脊髄損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円 (1回投与)
キムリア点滴静注	2019.5	急性リンパ芽球性白血病 等	約3,350万円 (1回投与)
ゾルゲンスマ点滴静注	2020.5	脊髄性筋萎縮症	約1億6,710万円 (1回投与)

(出所) 中央社会保険医療協議会資料等に基づき作成。費用は新規収載時のもの。

米国での製品名	米国での承認年月等	米国での費用
イエスカルタ (リンパ腫)	2017.10	約4,000万円(1回投与)
ラクスターナ (遺伝性網膜疾患)	2017.12	約9,100万円 (両眼1回投与)

(出所) 各社報道発表資料等に基づき作成。1米ドル=107円(令和2年9月中において適用される基準外国為替相場)。

◆欧州における薬剤予算制度の例

国の総予算制[Global Budget]	
GDP又はGDP成長率で設定	ギリシャ、ポルトガル、スペイン
総医療費を基準として設定	イタリア
一定の伸び率で設定	イギリス
マクロ経済基準に基づき設定	フランス
地方府の予算制[Regional Budget]	
過去実績や人口に基づく地域ごとの割当	イタリア、スペイン
処方予算制[Prescribing Budget]	
医師に対して処方すべき予算額を割当	ドイツ

⇒例えば基準超過分を産業に支払わせるなど、多くの国においては、払戻制 (Payback System) を設けている

(出典) "Do pharmaceutical budgets deliver financial sustainability in healthcare? Evidence from Europe" Mackenzie Mills, Panos Kanavos(2020)を元に作成

既存医薬品の保険給付範囲の見直し

- 医薬品の保険給付範囲を見直す際、医薬品を保険給付範囲から除外するやり方と医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小するやり方がある。
- 前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となりかねないことから、**保険外併用療養費制度に新たな類型を設ける**などの対応が必要。
- 後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定、薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方があり、これらの手法を幅広く検討すべき。

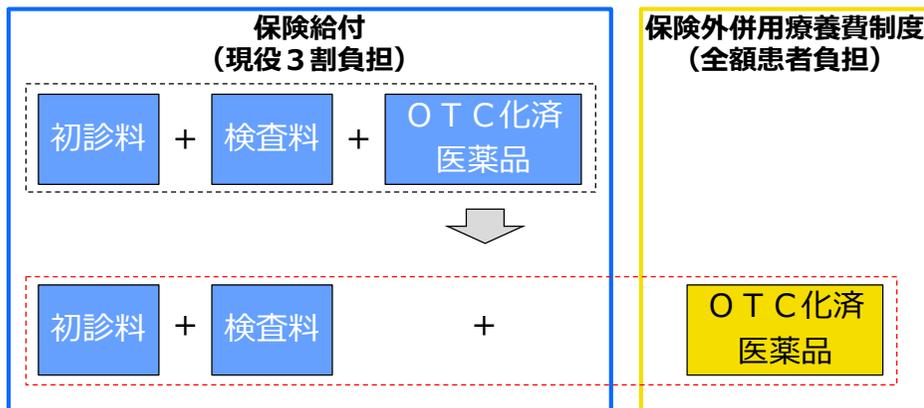
◆ 医薬品を保険給付対象から除外

過去の例	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養補給目的のビタミン製剤（2012） ・治療目的以外のうがい薬単体（2014） ・70枚超の湿布薬（2016）
今後の検討例※	<ul style="list-style-type: none"> ・花粉症治療薬（OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合） ・保湿剤（他の外用薬等との同時処方がない場合）

※健康保険組合連合会「政策立案に資する レセプト分析に関する調査研究Ⅲ、Ⅳ」政策提言（2017,2019）を参照

（参考）保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のままで医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



◆ 医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

① 薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類（医薬品の有効性等）	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

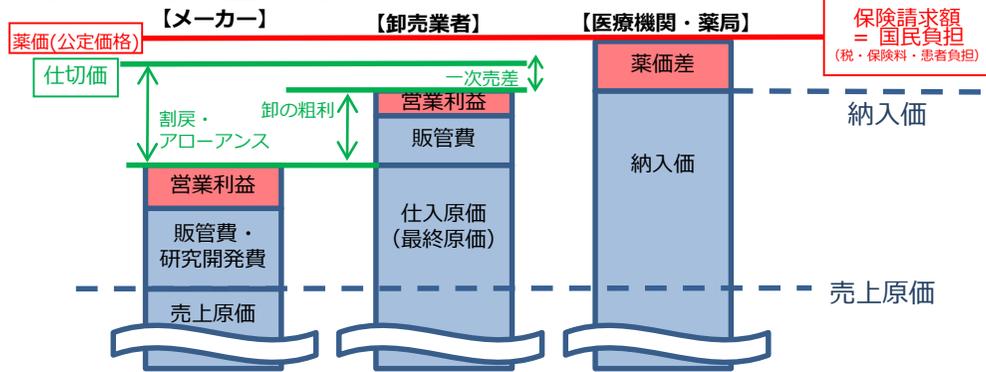
年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

（注）1クローネ=12円（令和2年9月中において適用される裁定外国為替相場）

既記載医薬品の薬価改定（毎年薬価改定）

- 医薬品の取引価格（市場実勢価格）が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が一定程度据え置かれれば、患者負担、保険料負担、公費負担がいたずらに高止まりする。**市場実勢価格を適時に薬価に反映することが国民負担の抑制の観点から極めて重要**である。
- 2021年度（令和3年度）は**毎年薬価改定の初年度**であり、国民負担の軽減や国民皆保険の持続性の観点から、**初年度にふさわしい改定を実現する必要がある**。
- その際、国民負担の抑制を最大限実現する観点から、薬価と市場実勢価格の乖離に着目して対象範囲を決定するとしても、形式的な乖離率や品目数のみではなく、**乖離額に着目**すべきであり、**全品改定を視野**に入れ、薬価の水準が高いため乖離率としては相対的に小さくなりがちな**先発医薬品も幅広く対象品目に含めるべき**。
- また、市場実勢価格の加重平均値に対して上乗せを行っている**調整幅**についても、流通安定のための**最小限必要な調整比率**とされているが、**一律に2%とされたまま、約20年間見直しがされておらず、その合理的な根拠（エビデンス）を含め、あり方を見直すべき**。

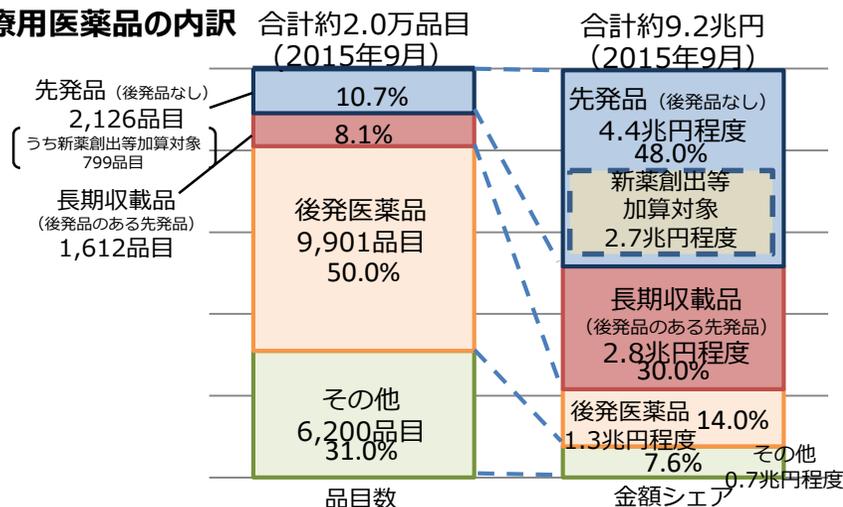
◆ 薬剤価格と各事業主体の関係



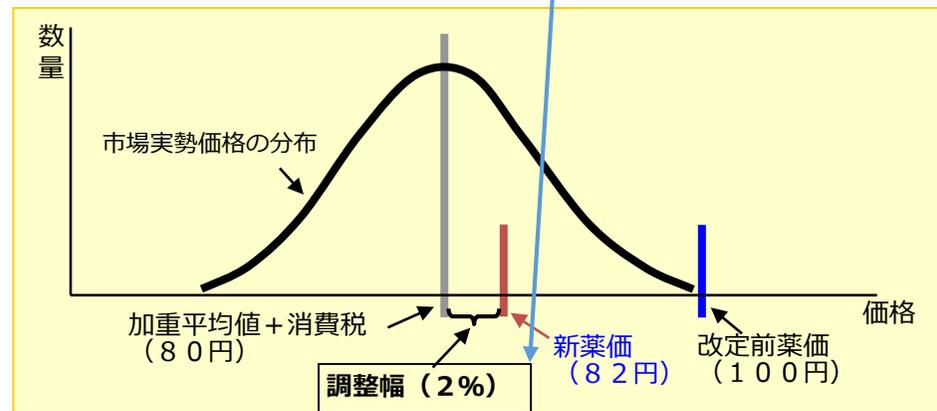
◆ 調整幅の推移

年月	調整幅
H4.4~	15%
H6.4~	13%
H8.4~	11%
H9.4~	10%
H10.4~	5%
H12.4~	2%

◆ 医療用医薬品の内訳



◆ 市場実勢価格加重平均値調整幅方式



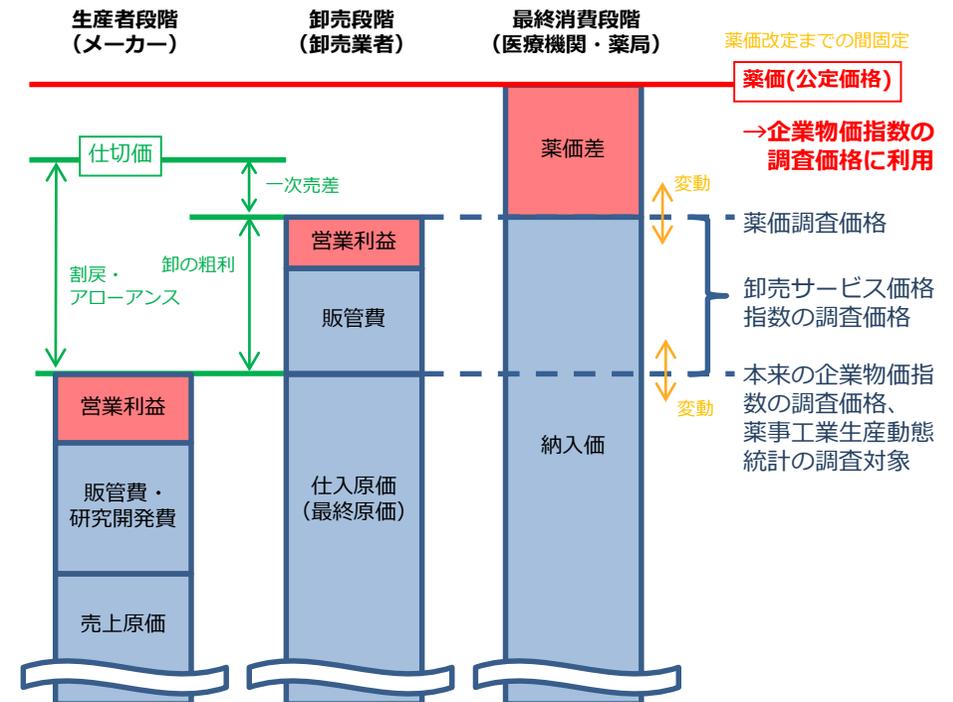
医薬品の価格を巡る公的統計の整備・精度向上

- 「国民経済計算」のGDP統計の基礎となる「国内企業物価指数」においては、原則として出荷時点の生産者価格の把握が求められているにもかかわらず、医家向け医薬品（医薬品に占めるウエイト：86.4%、全体に占めるウエイト：2.9%）については、最終消費段階の薬価が外部データとして用いられ、市場価格が下落しているにもかかわらず、薬価改定まではその値が据え置かれるなど、**医薬品価格を巡っては統計の歪みがみられる。**
- **毎年薬価調査・毎年薬価改定の実現を機に、医薬品の価格を巡る公的統計の改善を図り、薬価調査を待たずとも市場実勢価格の大まかな動向が「見える化」されるようにすべきである。**具体的には、
 - ・生産者段階では、「薬事工業生産動態統計」について、各品目の販売単価（＝生産者価格）を月次で公表すべきである。これを利用すれば、「国内企業物価指数」の統計精度の向上にもつながる。
 - ・卸売段階では、「企業向けサービス価格指数」の参考計数として四半期ごとに公表される「卸売サービス価格指数」について、調査先企業の必要な協力を得て、内訳としての医薬品卸売を公表できるようにすべきである。

◆ 医薬品を巡る公的統計における価格調査等の概要

生産者段階	薬事工業生産動態統計調査 (厚生労働省)	原則として、医薬品、医療機器等の製造販売業者に対して調査を実施し、 毎月、月間生産金額や数量 を公表。生産金額を数量で除すれば、およその価格動向が把握可能。 ただし、 医薬品について、月報では、生産金額の公表はあるが、生産数量の公表はなく、価格動向が把握できない。
	国内企業物価指数 (日本銀行)	原則として、一定の考え方のもとで 選定した調査品目 について、生産・出荷額シェア等に応じて 選定した調査先企業 に対し、 毎月 価格調査を実施。
	医家向け医薬品	価格調査に代えて、薬価（公定価格）を利用。
	薬局向け医薬品	調査先企業に対し、 毎月 価格調査を実施。
卸売段階	薬価調査 (厚生労働省)	薬価基準収載の 全品目 について、 全医薬品販売業者 ^(注) を対象に、 年1回 価格調査を実施。 (注) 毎年調査では、大手事業者を含め、調査対象を抽出。
	卸売サービス価格指数(参考計数) (日本銀行)	企業物価指数同様、 調査品目を選定 。原則として、調査先企業に対し、 四半期ごと に価格調査を実施。 医薬品卸売業にかかる内訳の公表はなし。

◆ 各価格調査等の対象（イメージ）



(参考) 毎年薬価調査・毎年薬価改定に関する政府方針

「経済財政運営と改革の基本方針2014」(2014年6月)

薬価調査、更には薬価改定が2年に1度となっている現状の下では、医薬品の取引価格が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が一定期間据え置かれているため、患者負担、保険料負担、公費負担に影響を与えている。

このような現状を踏まえ、調査・改定に係るコストにも適切に配慮しつつ、他の統計に与えている影響や市場価格形成の状況を勘案して、市場実勢価格を適正に反映できるよう、薬価調査・薬価改定の在り方について、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、その頻度を含めて検討する。

「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」

(2016年12月、内閣官房長官、内閣府特命担当大臣(経済財政政策)、財務大臣及び厚生労働大臣 合意)

市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。

現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目(注)について薬価改定を行う。

(注) 具体的内容について、来年中に結論を得る。

「薬価制度の抜本改革について 骨子」(2017年12月、中央社会保険医療協議会)

2. 毎年薬価調査、毎年薬価改定

- 対象品目の範囲については、平成33年度(2021年度)に向けて、安定的な医薬品流通が確保されるよう、国が主導し、単品単価契約、早期妥結、一次売差マイナスの是正等を積極的に推進し、流通改善に取り組むことにより、薬価調査が適切に実施される環境整備を図りつつ、国民負担の軽減の観点から、できる限り広くすることが適当である。

「経済財政運営と改革の基本方針2018」(2018年6月)

毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。

「経済財政運営と改革の基本方針2020」(2020年7月)

本年の薬価調査を踏まえて行う2021年度の薬価改定については、骨太方針2018等の内容に新型コロナウイルス感染症による影響も勘案して、十分に検討し、決定する。

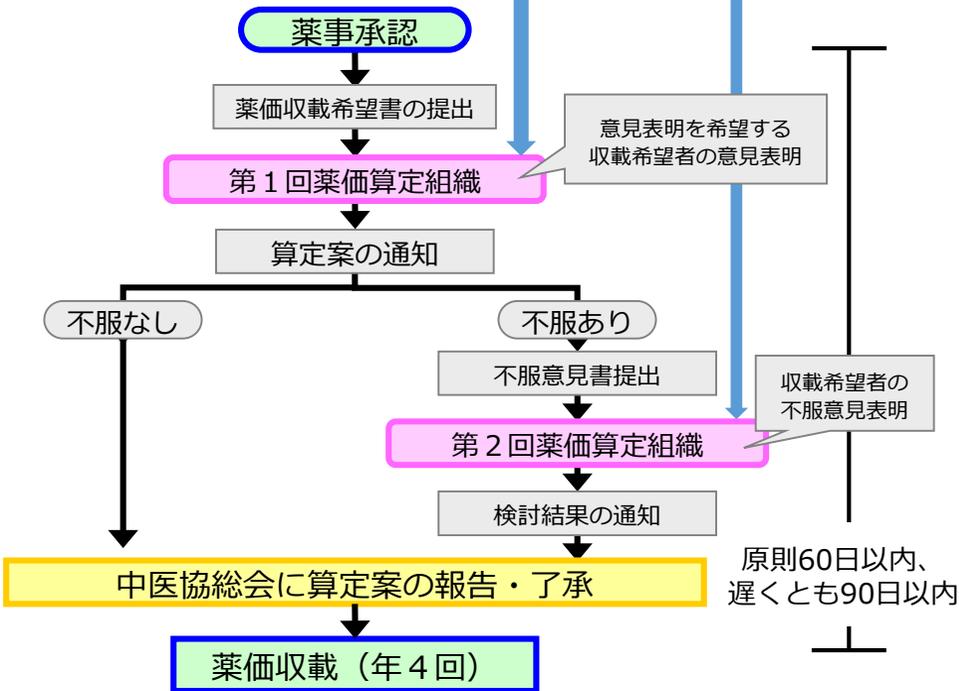
新規医薬品の薬価算定方式の妥当性・透明性の徹底

- 新規医薬品の薬価算定は、薬価算定組織の審議を経て中医協が了承する仕組みであるが、**審議経過の公開が不十分**となっている。**薬価算定プロセスの透明性を向上させ、薬価算定の根拠の明確化を図るべき。**
- 具体的な**薬価算定方式**についても、徒な国民負担の増大を抑止するため、開示が不十分なうえ高い営業利益率が上乗せされている**原価計算方式をはじめ、不断に見直しに取り組むべき。**

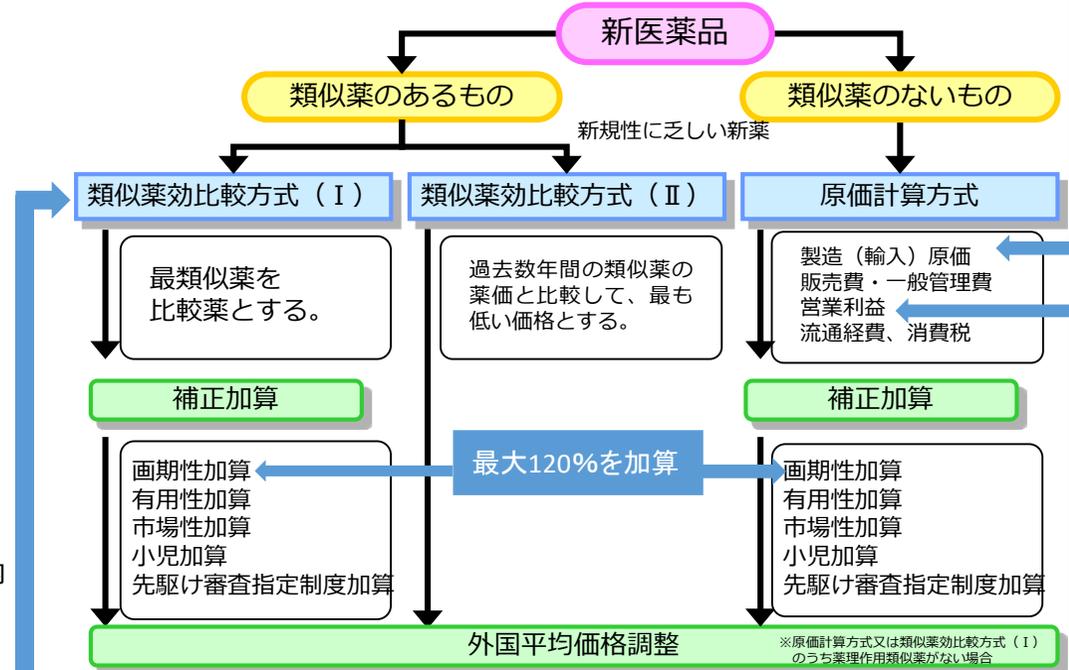
審議は非公開、議事録なし。にもかかわらず、右のとおり薬価算定組織に対する製造原価の開示すら不十分。

薬価算定組織での開示が可能な部分の割合（開示度）に応じて加算率に差を設けているが、低い加算率に甘んじて開示度が低いケースが多い。開示しないメリットが上回る製造原価の信頼性・妥当性が問われる。

○新規医薬品の薬価算定プロセス



○新規医薬品の薬価算定方式



既に加算が行われている類似薬を比較薬とする場合、当該類似薬における既往の加算が既得権益化するおそれ。

製造業平均の営業利益率が4%台（法人企業統計）にとどまる中、上場製薬企業の平成28年～30年の平均営業利益率14.8%を上乗せ。

薬価制度の更なる見直し

- 新薬創出等加算について、2018年度の要件見直しにも関わらず、**2020年度改定でも加算額が770億円と高止まりしている。対象・企業指標の厳格化**によりメリハリを一層強化するなど、更なる見直しを行う必要。
- 2020年度改定において**新薬創出等加算対象品目を比較薬とする薬価算定**のあり方について見直しを行ったが、**収載当初から、比較薬の新薬創出等加算の累積加算額を控除して薬価算定**を行うべき。
- 2020年度改定において、長期収載品については、
 - ・後発品上市後10年を経過する前であっても、後発品への置換え率が80%以上となった長期収載品は、その2年後の薬価改定時に置換え率が80%以上となっていることを再度確認した上でG1ルールを前倒し適用するとともに、
 - ・一定期間を経ても後発品への置換えが図られていない場合の特例引下げ(Z2)及び補完的引下げ(C)の置換え率の基準を引き上げることとしたが、毎年薬価改定の開始を踏まえ、段階引き下げのスピードも早めるなど、**長期収載品依存の構造から早期に転換する観点から更なる見直し**を行うべき。

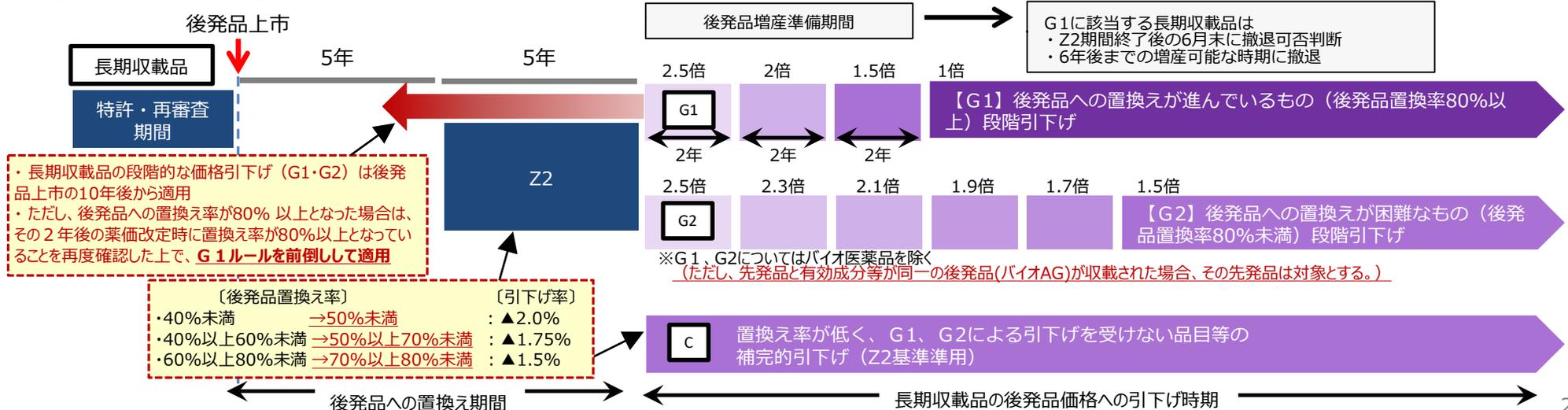
◆ 新薬創出等加算の要件

①医薬品の革新性・有用性等を踏まえた対象品目について、②厚生労働省の開発要請等に従う企業が製造販売する場合に、収載から15年の経過や後発薬が収載されるまで等の期間について加算を行うことにより、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを猶予する制度。加算率については、革新的新薬創出の実績・取組等の企業指標に応じたものとしている。

◆ 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定（2020年度改定）

類似薬効比較方式(I)等で算定された新薬で、新薬創出等加算対象外のものについては、収載から4年を経過した後の初めての薬価改定の際に収載時点での比較薬の累積加算分を控除。

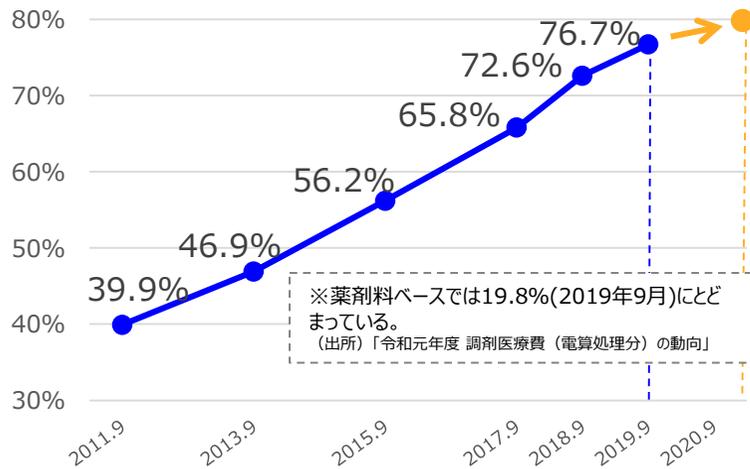
◆ 長期収載品の薬価引下げ（2020年度改定）



後発医薬品の更なる使用促進

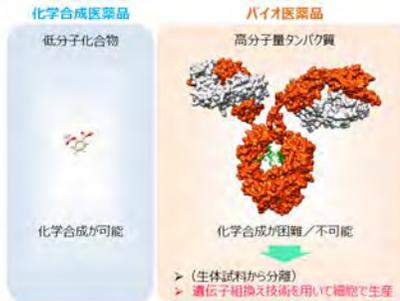
- **後発医薬品の80%シェア達成目標が2020年9月に設定されているが、達成の可能性が高い。後発医薬品の使用割合には地域による差及び保険者による差が大きいことも踏まえつつ、更に促進するための新たな目標を設定すべき。**
- その際、薬価の高い**バイオ医薬品**について、**後発品（バイオシミラー）の使用を促すための新たな数量目標の設定**や、現在保険者別にとどまっている**後発医薬品の使用割合の「見える化」**による公表の医療機関別への拡大、国において**フォーミュラリのガイドラインの策定**に取り組む中で**後発医薬品の選定基準**を設けることなどを検討すべき。
- また、後発医薬品調剤体制加算については約6割の薬局が算定しており、80%シェア達成にあわせて**加算の在り方について見直し**を行うべき。

◆ 後発医薬品調剤数量シェアの推移と目標値



◆ バイオシミラー

国内で既に承認されたバイオ医薬品と同等/同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品として、異なる業者により開発される医薬品
バイオシミラーが収載されているバイオ医薬品のうち、バイオシミラーのシェアは金額ベースで20%程度(2019年)。薬価は先行品の70%。



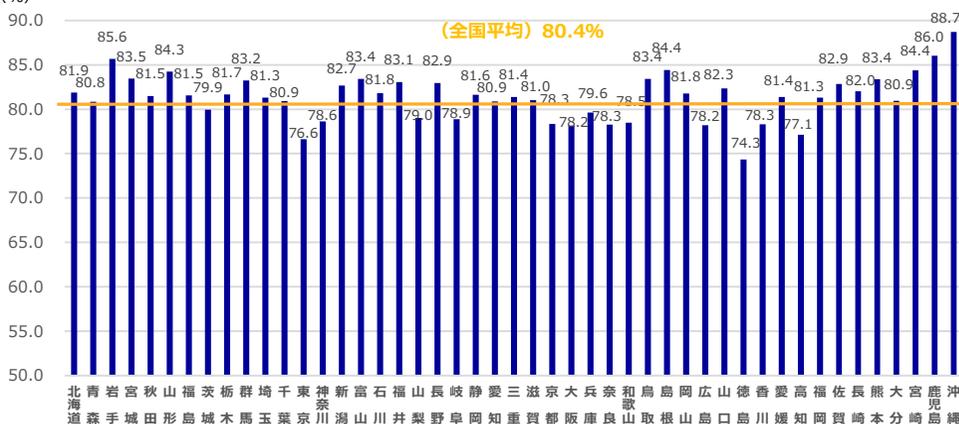
(出所) 国立医薬品食品衛生研究所生物薬品部作成

◆ フォーミュラリ（推奨医薬品リスト）の例

薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考	削減効果
...
HMG-CoA還元酵素阻害薬	アトルバスタチン錠 (後発品) ピタバスタチン錠 (後発品)	プラバスタチン (後発品) クレストール (先発品)	新規導入には後発品を優先する	▼85.3万円
RAS系薬	ACE阻害薬 (後発品) ロサルタン (後発品) カンデサルタン (後発品)	ミカルディス、オルメテック、アジルバ (いずれも先発品)	新規導入にはACE阻害薬又は後発品を優先する	▼603.2万円
...

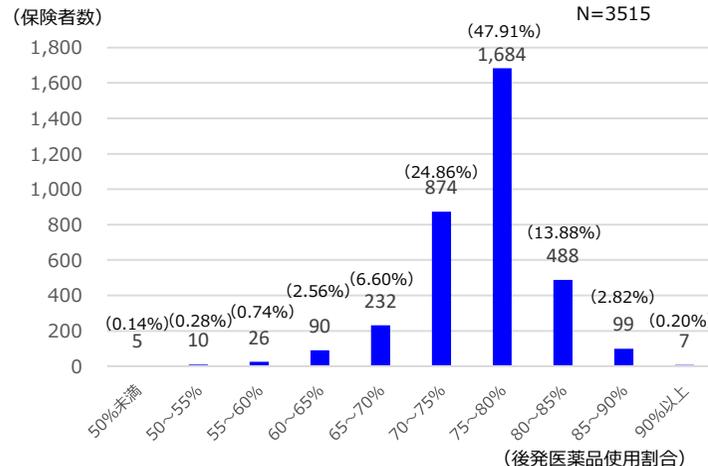
(出所) 経済財政諮問会議「社会保障改革の推進に向けて」
聖マリアンナ医科大学の事例 (2017年10月26日)

◆ 後発医薬品調剤数量シェアの地域差



後発医薬品調剤体制加算等 (後発医薬品の調剤数量割合による)	
調剤基本料の減算 (原則40%以下)	▲2点
加算1 (75%以上)	15点
加算2 (80%以上)	22点
加算3 (85%以上)	28点

◆ 後発医薬品調剤数量シェアの保険者による差



医療費を巡るガバナンスの強化

(地域における医療提供体制の整備と医療費適正化計画)

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	29 地域医療構想の実現					
	i 地域医療構想の実現に向けた病床の機能分化・連携の取組を促進する 地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。 民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。 こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。 地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築する 病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。 ※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。	<ul style="list-style-type: none"> 重点支援区域の設定を通じた国による助言や集中的な支援の実施。 民間医療機関の対応方針策定の促進のための方策の議論に着手。 地域医療介護総合確保基金の配分における大幅なメリハリ付けの仕組みの検討、実施。 公立・公的医療機関等の対応方針の見直し等の取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合の新たな都道府県知事の権限の在り方の検討、所要の措置。 <p>以上の事項について、「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図る。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○地域医療構想調整会議において具体的対応方針について合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p> <p>○公立病院改革プランまたは公的医療機関等2025プラン対象病院で、再検証要請対象医療機関とされた医療施設のうち、地域医療構想調整会議において具体的対応方針について再度合意に至った医療施設の病床の割合 【「経済財政運営と改革の基本方針2020（仮）」に向け、工程表の具体化を図ることとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】</p>	<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】</p> <p>○介護療養病床の第7期介護保険事業計画に沿ったサービス量進捗状況と、第8期計画期初に見込まれる期末時点でのサービス減量【2020年度末に100%】</p>

骨太の方針2020
に向け具体化

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>ii 病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討</p> <p>病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。</p>	<p>地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえ、病床のダウンサイジング支援の追加的方策について検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。</p> <p>2019年度末までに介護療養型医療施設及び医療療養病床からの転換状況を把握した上で、転換が進んでいない場合には、その原因の検証を実施。その結果を踏まえ、関係審議会等において、第8期計画期間に向けて検討し、その結果に基づき所要の措置を講じる。</p> <p>病床の機能分化・強化・連携を推進し、患者の状況に応じて適切な医療資源が投入されるよう、一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しや療養病棟の適切な評価について、2020年度診療報酬改定において対応。</p> <p>〈厚生労働省〉</p>			—	—

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	33 地域の実情を踏まえた取組の推進					
	<p>i 地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、さらなる対応の検討</p> <p>一人当たり医療費の地域差半減、一人当たり介護費の地域差縮減に向けて、国とともに都道府県が積極的な役割を果たしつつ、後期高齢者の増加に伴う医療費の伸びを含め、地域別の取組や成果について進捗管理・見える化を行うとともに、進捗の遅れている地域の要因を分析し、保険者機能の一層の強化を含め、更なる対応を検討する。</p>	<p>各都道府県において、第3期医療費適正化計画（2018年度から2023年度まで）に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施。</p> <p>新たな保険者インセンティブ制度（2018年度より開始）を実施しつつ、加減算双方向での評価指標による財政的インセンティブの一層の活用。（地域別の取組については、第3期医療費適正化計画や保険者努力支援制度等で見える化）</p> <p>改正介護保険法に基づく、保険者等における以下の取組等について、費用分析や適正化手法を普及することに加え、進捗管理の手引を周知し、推進。 一介護保険事業（支援）計画の策定に当たりデータの分析を実施。 一同計画に自立支援・重度化防止等の取組内容と目標を記載し、その達成状況の評価等を実施。</p> <p>地域包括ケア「見える化」システムに地域ごとの取組の具体的事例を掲載。</p> <p>国において、介護給付費の地域差等の分析、「見える化」を引き続き推進し、地域包括ケア「見える化」システムを通じて国民に分かりやすい形で公表。</p> <p>保険者機能強化推進交付金の評価指標に基づく評価結果を公表し、各保険者等における取組状況の「見える化」を推進等。</p> <p>《厚生労働省》</p>			<p>○後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う保険者【2020年度までに100%】</p> <p>○重複・頻回受診、重複投薬の防止等の医療費適正化の取組を実施する保険者【2023年度までに100%】</p> <p>○地域差を分析し、介護給付費の適正化の方策を策定した保険者【2020年度までに100%】</p>	<p>○第3期医療費適正化計画における各都道府県の医療費目標及び適正化指標【2023年度における各都道府県での目標達成】</p> <p>○年齢調整後の一人当たり医療費の地域差【2023年度時点での半減を目指して年々縮小】</p> <p>○年齢調整後の要介護度別認定率の地域差【2020年度末までに縮減】</p>

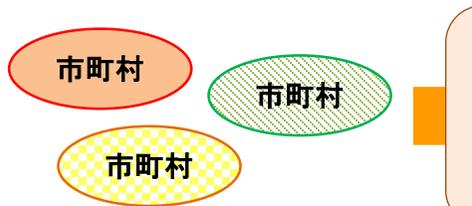
	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>33 地域の実情を踏まえた取組の推進</p> <p>iii 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討</p> <p>高齢者の医療の確保に関する法律 第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。</p>	<p>各都道府県において、第3期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施し、国において、高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

都道府県によるガバナンスの強化

- 近年の社会保障改革により、**都道府県は**、「地域医療構想」・「医師確保計画」・「外来医療計画」を含む「医療計画」の策定に加えて、「都道府県医療費適正化計画」の策定、国民健康保険の財政運営を一体的に担う主体となり、**地域における医療提供体制・医療費の水準と保険料負担の双方を俯瞰する存在**となりつつある。
- **国保の都道府県単位化は**、このように**都道府県が「住民が享受する給付」と「住民の負担」との結節点となるための嚆矢ともいうべき改革**であり、**改革の趣旨を徹底する必要**。
- さらには、現在広域連合による事務処理が行われている**後期高齢者医療制度**についても、財政運営の責任主体を都道府県に移すことを含め、**ガバナンスの強化に向けて、そのあり方の見直しを図るべき**。

◆ 国保改革による都道府県単位化

【改革前】 市町村が個別に運営



- ・ **国の財政支援の拡充**
- ・ **都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす**

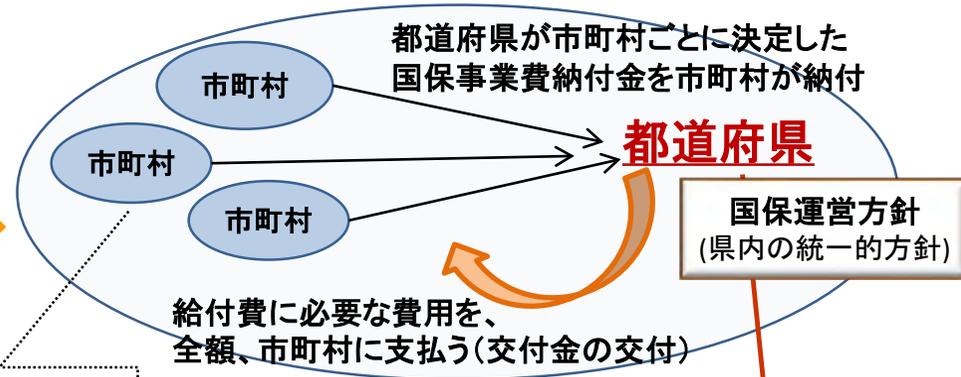
(構造的な課題)

- ・ 年齢が高く医療費水準が高い
- ・ 低所得者が多い
- ・ 小規模保険者が多い

- ・ 資格管理(被保険者証等の発行)
- ・ 保険料率の決定、賦課・徴収
- ・ 保険給付
- ・ 保健事業

- ※被保険者証は都道府県名のもの
- ※保険料率は市町村ごとに決定
- ※事務の標準化、効率化、広域化を進める

【改革後】 都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- ・ 財政運営責任(提供体制と双方に責任発揮)
- ・ 市町村ごとの納付金を決定
- ・ 市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・ 市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・ 市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

地域医療構想の推進①

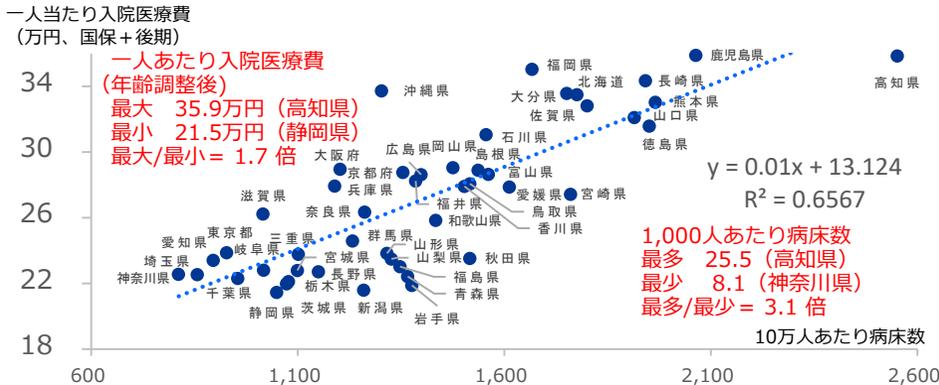
- 日本の人口当たり病床数は先進国と比較して多く、また、都道府県単位では、**病床数と入院医療費との強い相関**が認められる。
- このような状況のもと、2025年に向け、「**病院完結型**」の医療から、地域全体で治し、支える「**地域完結型**」の医療への転換を目指して、**地域医療構想の推進**が図られてきた。
- その進捗状況を踏まえ、厚生労働省は、昨秋、公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表（暫定版。その後精査により見直し）。**再検証については、2019年度中（医療機関の再編統合を伴う場合については遅くとも2020年秋頃まで）を基本として議論を進めることとされていた。**

①主要先進国における医療提供体制の比較

国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人あたり 総病床数	人口千人あたり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床医師数
日本	28.2 (16.2)	13.1	2.4 ※	18.5 ※
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	4.3	53.1
フランス	9.9 ※ (5.6) ※	6.0	3.2	52.8
イギリス	6.9 (5.6)	2.5	2.8	110.8
アメリカ	6.1 ※ (5.5) ※	2.8 ※	2.6	93.5 ※

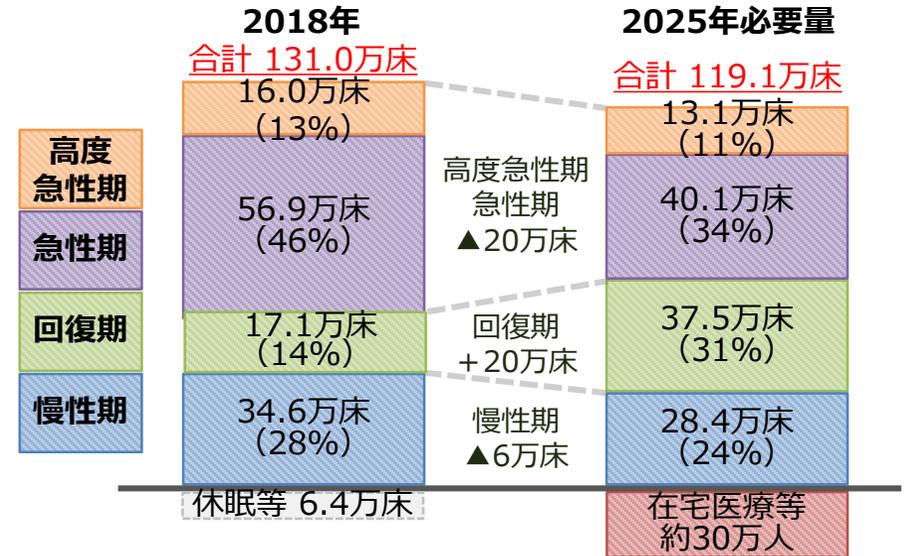
出典：「OECD HealthData2019」（2017年データ。※は2016年のデータ）
注：平均在院日数の（ ）書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数。

②入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係



(出典)：病床数：厚生労働省「平成30年度医療施設調査」
一人当たり入院医療費：厚生労働省「平成30年度医療費（電算処理分）の地域差分析」
※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

③地域医療構想に基づく病床の必要量



(出典)：厚生労働省「2018年度病床機能報告（2019年5月時点暫定値）」等

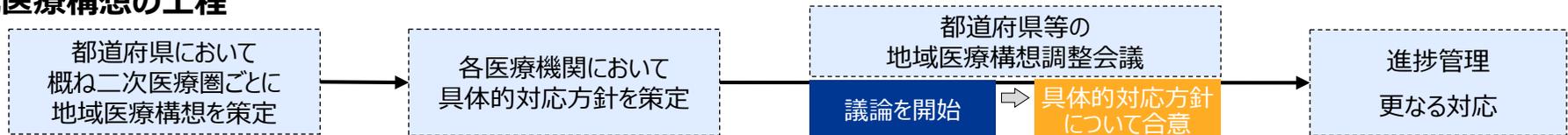
④具体的対応方針の再検証が求められた医療機関（2019年9月暫定版）

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車で20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院（Aに該当する先を除く）

地域医療構想の推進②

- 新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、公立・公的医療機関等の具体的対応方針の**再検証の期限については**、厚生労働省において**改めて整理**することとされている。
- 新型コロナウイルス感染症が我が国の医療提供体制に多大な影響を及ぼしていることは事実であり、万全の対応を講じていかなければならないとしても、**人口減少や高齢化という構造的課題は待つはくれず、医療需要の質・量の変化とサービス提供人口の減少も同時に生じる。**
 (注) 日本のICU等の人口当たり病床数は、特定集中治療室管理料を算定している病床等を含めれば、米国やドイツに及ばないものの諸外国と遜色ない。
- 都道府県による地域の医療提供体制の整備の責任がますます脚光を浴びているなか、国による技術的・財政的支援を集中的に行う重点支援区域の指定も進められており、**地域医療構想を医師の働き方改革や医師偏在対策の取組等とあわせて着実に進めるべき。**
- こうした地域医療構想の位置づけや工程を可能な限り早期に改めて明確にしたうえで、構想区域ごとの2025年の医療提供体制の検討、関係者との意見調整の促進のため、地域医療構想調整会議の議論の更なる活性化を図ることを含め、**取組を再加速させる方策を講ずるべき。**

◆ 地域医療構想の工程



◆ ICU等病床数の国際比較（人口10万人当たり）

日本	英国	スペイン	フランス	イタリア	ドイツ	米国
13.5	6.6	9.7	11.6	12.5	29.2	34.7

(出所) 厚生労働省資料（2020年5月6日）から引用

※日本については、特定集中治療室管理料、救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料を合計。

◆ 重点支援区域の指定

第1回（2020年1月31日）	第2回（2020年8月25日）
3県 5区域 宮城県 仙南区域 等	6道県 7区域 北海道 南空知区域 等

◆ 「経済財政運営と改革の基本方針2020」（2020年7月）

今後、感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、可能な限り早期に工程の具体化を図る。その際、地域医療構想調整会議における議論の活性化を図るとともに、データに基づく医療ニーズを踏まえ、都道府県が適切なガバナンスの下、医療機能の分化・連携を推進する。

都道府県医療費適正化計画①

- 「都道府県医療費適正化計画」は、診療報酬改定・薬価改定やそれによって影響される保険料等の負担面と連動しておらず、同計画における「医療費の見込み」は、6年間で1期とする計画期間中更新されない。
- このような仕組みのもと、第2期医療費適正化計画（2013年度～2017年度）では、実績が計画策定時の「医療費の見込み」を上回った都道府県はない（計画期間中に薬価改定や制度改革が行われたため）。
- 第3期医療費適正化計画では、「都道府県医療費適正化計画」の毎年度のPDCA管理が求められているものの、足元で生じている感染症のまん延は勿論、診療報酬改定・薬価改定や制度改革を織り込んだ改訂がなされない「医療費の見込み」では、実効性を期待できない。

(注) 介護保険制度においては、住民の負担である保険料率は、市町村が受益（給付）の予想額や公費負担額等に照らしておおむね3年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならずとされており、負担面と連動する関係になっている。このため、給付額が増えれば保険料率も上がるという意味で受益（給付）と負担の相互牽制関係が働く。こうした仕組みのもと、3年を1期とする「市町村介護保険事業計画」が立てられ、あわせて3年に1度の介護報酬改定が行われている。

介護保険法第129条第3項

前項の保険料率は、市町村介護保険事業計画に定める介護給付等対象サービスの見込量等に基づいて算定した保険給付に要する費用の予想額、財政安定化基金拠出金の納付に要する費用の予想額、第百四十七条第一項第二号の規定による都道府県からの借入金の償還に要する費用の予定額並びに地域支援事業及び保健福祉事業に要する費用の予定額、第一号被保険者の所得の分布状況及びその見通し並びに国庫負担等の額等に照らし、おおむね3年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならない。

◆第2期医療費適正化計画の医療費推計と実績の差異

A: 計画策定時点での2017年度の適正化後の医療費 ※ 足下値(2012年度値)補正後
B: 2017年度医療費(実績見込み値)

(億円)

	A	B	B-A
北海道	22,519	21,387	▲1,132
青森	4,594	4,461	▲134
岩手	4,338	4,122	▲216
宮城	7,693	7,375	▲318
秋田	3,866	3,693	▲173
山形	3,933	3,835	▲99
福島	6,571	6,282	▲289
茨城	9,235	9,025	▲210
栃木	6,517	6,099	▲418
群馬	6,697	6,328	▲369
埼玉	22,622	21,964	▲658
千葉	19,374	18,823	▲551
東京	45,318	42,621	▲2,697
神奈川	29,118	27,996	▲1,122
新潟	—	7,120	—
富山	3,698	3,599	▲98

	A	B	B-A
石川	4,329	4,007	▲322
福井	2,892	2,662	▲230
山梨	2,972	2,777	▲194
長野	7,036	6,806	▲229
岐阜	7,105	6,701	▲404
静岡	11,837	11,617	▲219
愛知	24,512	23,090	▲1,421
三重	6,051	5,898	▲154
滋賀	4,550	4,334	▲216
京都	—	9,170	—
大阪	33,777	32,933	▲844
兵庫	21,336	19,724	▲1,612
奈良	4,930	4,771	▲159
和歌山	—	3,621	—
鳥取	2,115	1,997	▲118
島根	2,697	2,620	▲77

	A	B	B-A
岡山	—	7,013	—
広島	11,180	10,373	▲807
山口	6,028	5,590	▲438
徳島	3,215	3,011	▲205
香川	3,886	3,729	▲156
愛媛	—	5,222	—
高知	3,425	3,220	▲205
福岡	20,971	19,590	▲1,381
佐賀	3,653	3,288	▲365
長崎	6,060	5,676	▲384
熊本	7,454	7,037	▲417
大分	—	4,635	—
宮崎	4,436	4,003	▲432
鹿児島	7,118	6,748	▲369
沖縄	5,127	4,437	▲690
全国	453,300	431,000	▲22,300

令和元年度以降の第3期医療費適正化計画のPDCA管理等について

令和元年6月28日 厚生労働省保険局医療介護連携政策課長 事務連絡
医療費適正化計画については、2018年度より、各都道府県において第3期医療費適正化計画（以下「第3期計画」という。）が開始されたところであり、高齢者の医療確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）第11条第1項においては、都道府県医療費適正化計画について、県は年度ごとに進捗状況を公表するよう、努力義務が規定されています。

1. 医療費適正化計画のPDCA管理体制

(1) 都道府県における連携体制

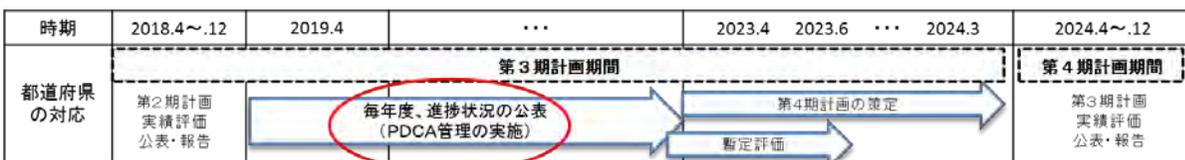
- 毎年度、第三期計画の進捗状況を把握・公表するとともに、必要な対策の検討を行い、実施することが望ましい。

(3) 保険者協議会について

① 保険者協議会の活用について

- 医療費適正化計画の実施においては、保険者協議会を活用してこれらの関係者に協力を求めることが望ましい。

◆第3期医療費適正化計画のPDCA管理の流れ

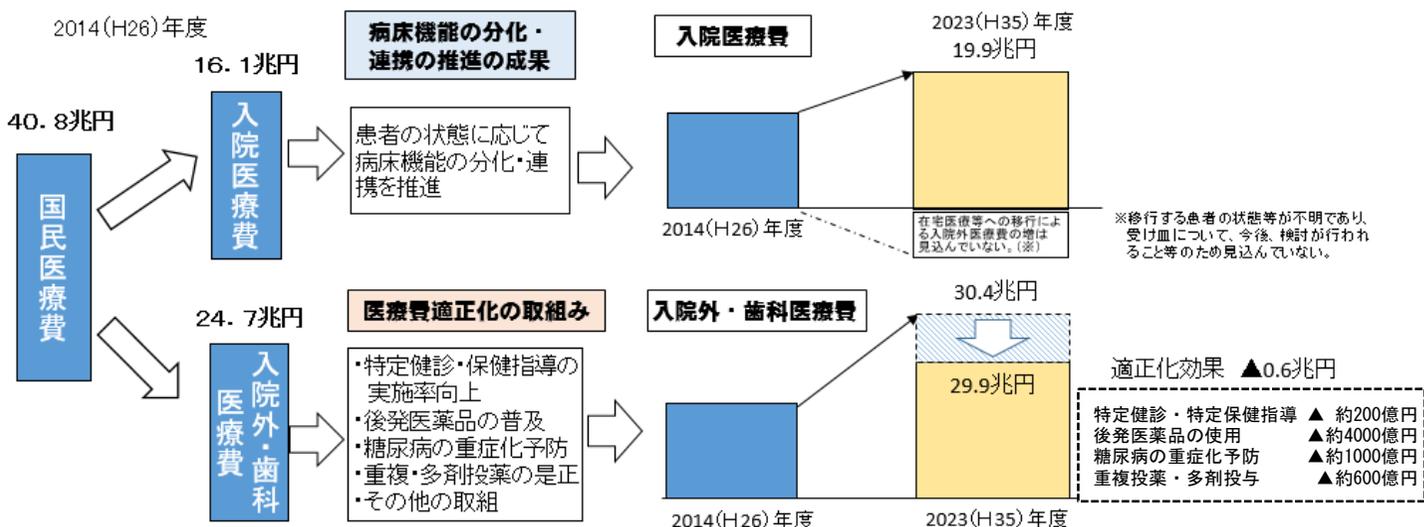


都道府県医療費適正化計画②

- 「都道府県医療費適正化計画」は、高齢者の医療の確保に関する法律の眼目となる計画でありながら、以下のとおり、**更に形骸化**している。
 - ① 医療費適正化に関して達成すべき**目標はあくまで個別の施策について設ける**こととされており、「**医療費の見込み**」は見通しに過ぎず、達成すべき「**目標**」でないとの**位置づけ**とされている。
 - ② 医療費適正化のため推進すべき個別の施策についても、**地域医療構想の推進**や「**医療の効率的な提供**」よりも「**住民の健康の保持の推進**」が重視されている。
- このような状況のもと、「**医療費の見込み**」について、負担面との連動を求めるとははじめその**位置づけを見直す**とともに、定期改訂をするなど**毎年度のPDCA管理に馴染むものとすべき**である。また、都道府県医療費適正化計画において**推進すべき施策の優先順位について見直す**とともに、**都道府県や保険者協議会の医療費を巡るPDCAサイクルへの関与を強化**すべき。

【第3期全国医療費適正化計画における医療費の見込みのイメージ】

※奈良県は、入院外・歯科医療費の適正化前の額を算出していないため、国が示した算出方法により、国において算出。



高齢者の医療の確保に関する法律
 第九条
 3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。

- 一 住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項
- 三 前二号の目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項

(以下略)

都道府県医療費適正化計画と高齢者の医療の確保に関する法律

【新経済・財政再生計画改革工程表2019】

各都道府県において、第3期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度P D C A管理を実施し、国において、高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の意向を踏まえつつ、その判断に資する具体的な活用策を検討し、提示。

◆高齢者の医療の確保に関する法律(抜粋)

(都道府県医療費適正化計画)

第九条3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね都道府県における次に掲げる事項について定めるものとする。

二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

(計画の実績に関する評価)

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画の目標の達成状況及び施策の実施状況の調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

(診療報酬に係る意見の提出等)

第十三条 都道府県は、前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号の目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準(次項及び次条第一項において「診療報酬」という。)に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

全国一律 (注)

診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)

(例) 初診料	282点
急性期一般入院料 1	1,591点
調剤基本料 1	41点

×

全国一律

1点あたり
単価
10円

= 医療費

(注) 入院基本料への地域加算(都市部に加算)など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

(参考)

- ①介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
- ②かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

保健医療2035提言書(平成27年6月)

「診療報酬については、例えば、地域ごとのサービス目標量を設定し、不足している場合の加算、過剰な場合の減算を行うなど、サービス提供の量に応じて点数を変動させる仕組みの導入を検討する。都道府県において医療費をより適正化できる手段を強化するため、例えば、将来的には、医療費適正化計画において推計した伸びを上回る形で医療費が伸びる都道府県においては、診療報酬の一部(例えば、加算の算定要件の強化など)を都道府県が主体的に決定することとする。」

「仮に都道府県が医療費の地域差を負担することとなった場合、疾病予防という取組み以外にも医療費を都道府県自らが適正化できる具体的な権限を有することが望ましいため、診療報酬に係る一定の権限を都道府県に付与することが考えられる。」

医療費を巡るガバナンスの強化 (国保制度改革)

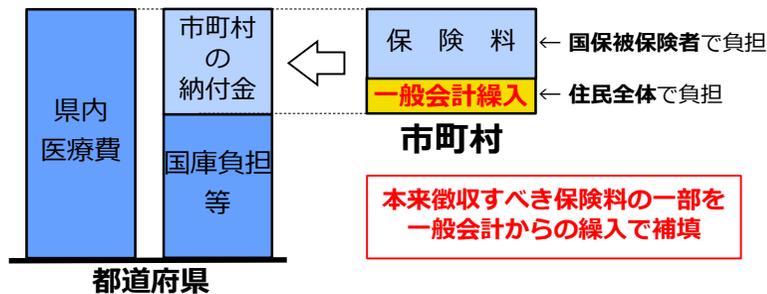
	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	33 地域の実情を踏まえた取組の推進 ii 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）	<p>法定外繰入等の解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定・実行を推進する。</p> <p>国保都道府県単位化後の法定外繰入等の状況を踏まえつつ、法定外繰入等を解消する観点から、法定外繰入等が生じる要因の分析を市町村単位で行い法定外繰入等の額と併せて公表するとともに、地方団体等と協議し、その結果に基づき、より実効性のある更なる措置。</p> <p>都道府県内保険料水準の統一に向けて、納付金等算定ガイドラインにおける見直しを行うとともに、戦略的な情報発信などにより、公費活用を含めた法定外繰入等の解消など統一に向けて取り組む都道府県の先進・優良事例の横展開を図る。 <厚生労働省></p>				
	<p>国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める。</p> <p>法定外繰入等の解消について、国保財政を健全化する観点から、その解消期限や公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた計画の策定を求めるとともに、保険者努力支援制度における加減算双方向でのインセンティブ措置を導入し、法定外繰入等の一人当たりの額が大きい都道府県を含め、法定外繰入等の早期解消を促す。</p> <p>国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。</p>				<p>○法定外繰入等の解消に向けた計画において、解消年度と公費の活用等解消に向けた実効的・具体的な手段を明記した市町村の割合【2020年度までに100%】</p>	<p>○法定外繰入等の額【2017年度決算(1,751億)より減少】 ○法定外繰入等を行っている市町村数【2023年度までに200市町村】</p>

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>45 国保の普通調整交付金について見直しを検討</p> <p>普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する。</p>	<p>骨太2020の取りまとめに向けて、普通調整交付金の配分について、所得調整機能の観点や、加入者の性・年齢で調整した標準的な医療費を基準とする観点から、引き続き地方団体等と議論を継続。</p> <p>《厚生労働省》</p>			—	—

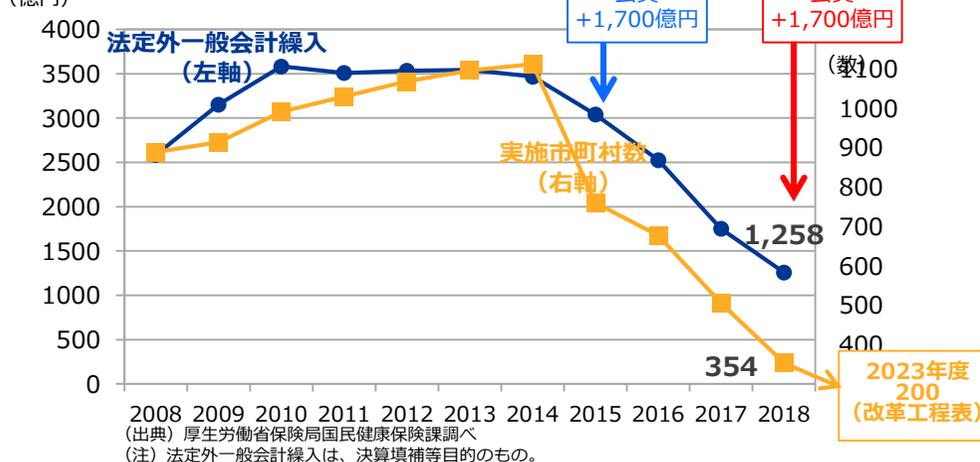
法定外一般会計繰入等の解消

- 国民健康保険では、制度上の公費に加えて、保険料の軽減等の目的で一般会計から総額約1,300億円の法定外繰入を実施（国保財政における給付と負担の相互牽制関係が毀損されている）。
- 法定外繰入の総額、実施市町村数（354市町村）は減少基調であるが、その解消に活用し得る公費が大幅に拡充されてきたこと等をも踏まえれば、解消に向けた取組はまだまだ不十分である。今後についても、「改革工程表」のK P Iにおける2023年度の実施市町村数が200とされるなど、十分なスピードでの解消方針が示されているとは言い難い。
- 介護保険制度では財政の均衡を保つ旨の規定の存在により一般会計からの法定外繰入れの余地が生じないこと等を踏まえ、国民健康保険法についても同様の規定を導入することや都道府県国保運営方針において都道府県内の市町村における法定外繰入れの解消に向けた計画の記載を求め、法定外繰入れの解消を一段と加速化するための制度的対応を講ずるべき。

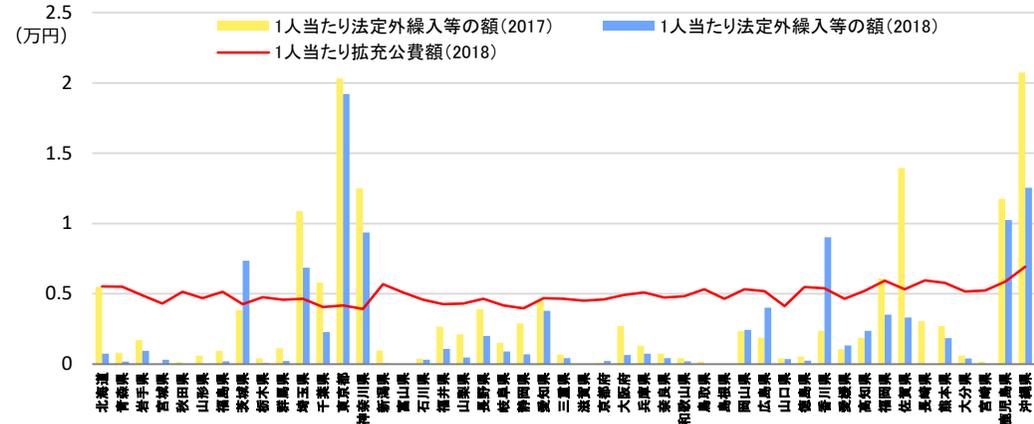
◆ 法定外一般会計繰入の構造（イメージ）



◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



◆ 都道府県別の1人当たり法定外繰入等の額（2017・2018年度）と2018年度に投入された1人当たり拡充公費の額の比較



◆ 介護保険法 第129条

- 1 市町村は、介護保険事業に要する費用に充てるため、保険料を徴収しなければならない。
- 2 前項の保険料は、第一号被保険者に対し、政令で定める基準に従い条例で定めるところにより算定された保険料率により算定された保険料額によって課する。
- 3 前項の保険料率は、市町村介護保険事業計画に定める介護給付等対象サービスの見込量等に基づいて算定した保険給付に要する費用の予想額、財政安定化基金拠出金の納付に要する費用の予想額、第四十七条第一項第二号の規定による都道府県からの借入金の償還に要する費用の予定額並びに地域支援事業及び保健福祉事業に要する費用の予定額、第一号被保険者の所得の分布状況及びその見通し並びに国庫負担等の額等に照らし、おおむね三年を通じ財政の均衡を保つことができるものでなければならない。

都道府県内保険料水準の統一

- 都道府県内で**国保の保険料水準を統一**することは、国保財政における**給付と負担の関係の「見える化」**を図り、都道府県を給付と負担の相互牽制関係のもとで両者の総合マネジメントを行う主体としていくうえで、極めて重要。
 (注) 都道府県内の国保の保険料水準の統一は、都道府県に給付水準の均霑化、そのための**医療提供体制の均霑化インセンティブ**をもたらし、地域内における公平かつ持続可能な**医療提供体制の整備の観点**からも好ましい影響をもたらす。
- しかし、現在、都道府県国保運営方針等において統一時期や検討時期等に係る記載を行っている都道府県が7都道府県にとどまるなど、**都道府県における保険料水準統一への動きは捗々しくない**。厚生労働省は、こうした進捗の遅れの一因であったガイドラインを本年5月に修正するとともに、保険者努力支援制度においても取組状況を評価に組み込んだところであるが、十分なものであるとは言えない。
- **都道府県国保運営方針において実現に向けた工程や期限の記載を求める**など、国保の都道府県内の保険料水準の統一を**一段と加速させる方策を講ずるべき**。

	旧	新
国保運営方針策定要領	<ul style="list-style-type: none"> 保険料率については、市町村ごとに設定することを基本にしつつ、地域の実情に応じて、二次医療圏ごと、都道府県ごとに保険料率を一本化することも可能としている。 	<ul style="list-style-type: none"> 保険料率については、市町村ごとの医療費水準や医療提供体制に差があることに留意しつつ、将来的には、都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、また、地域の実情に応じて、二次医療圏ごとに保険料水準を統一することも可能としている。 都道府県は、県内の市町村との間で、保険料水準の統一に向けた議論を深めることが重要であり、統一化の定義や前提条件等、さらには保険料算定方式の統一や標準保険料率と実際の保険料率の見える化から検討することも考えられる。
納付金算定等ガイドライン	<ul style="list-style-type: none"> 医療費水準に差異がある都道府県においては、年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが原則となる ($a = 1$)。 ただし、都道府県内で統一的な保険料水準とする観点から、医療費指数を反映させないこと ($a = 0$) …も可能とする。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療費水準に差異がある都道府県においては、年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが考えられる ($a = 1$)。 将来的には、都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、aを徐々に0に近づけ、あるいは医療費指数を反映させないこと ($a = 0$) も可能とする。

国保運営方針等における
具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

記載内容	該当都道府県
2024年度より統一	大阪府 奈良県 (激変緩和措置あり)
2024年度までを目標に検討	北海道※1 広島県※2 沖縄県 ※1: 納付金ベースでの統一 ※2: 収納率の差異によるバラツキを容認
2027年度までを目標に検討	和歌山県 佐賀県

年齢調整後の医療費水準を市町村の納付金に
どの程度反映するかを調整する係数 (a)

係数 a	該当都道府県
$a = 0$	滋賀県 大阪府 奈良県 広島県
$a = 0.5$	北海道 宮城県
$a = 0.7$	三重県
$a = 0.75$	群馬県
$a = 1$	その他の39都府県

医療費水準を反映しない ($a = 0$)

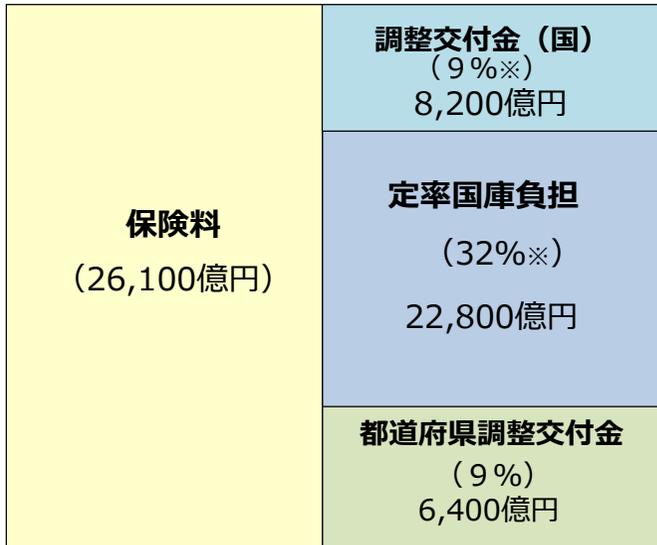


医療費水準を反映する ($a = 1$)

普通調整交付金の配分方法の見直し

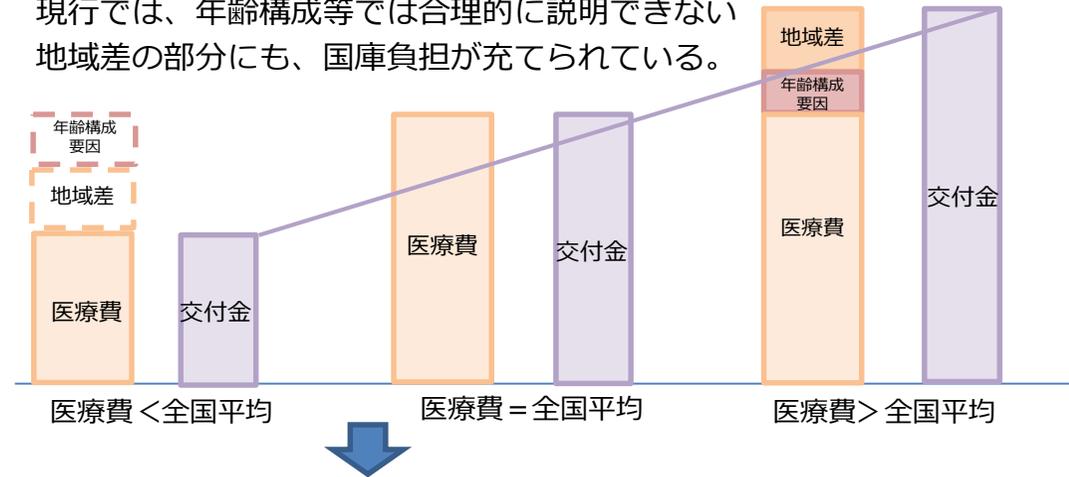
- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,100億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から都道府県に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組みとなっており、**医療費適正化のインセンティブが働かない。**
- 実際の医療費ではなく、**各都道府県の年齢構成を勘案してデータに基づき算出した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組み**に改めるべき。（年齢構成等により合理的に説明できない地域差は、その地域の保険料水準に反映されるべき。）

◆国民健康保険の財政（2020予算）

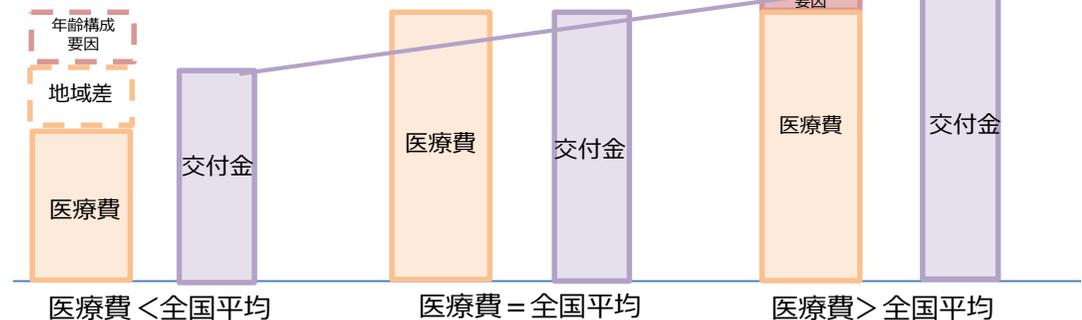


普通調整交付金
6,100億円
特別調整交付金
1,800億円
特例調整交付金
300億円

現行では、年齢構成等では合理的に説明できない地域差の部分にも、国庫負担が充てられている。



年齢構成等では合理的に説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



※ 定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

医療費を巡るガバナンスの強化

(デジタル化の推進による適正受診・医療費適正化の推進)

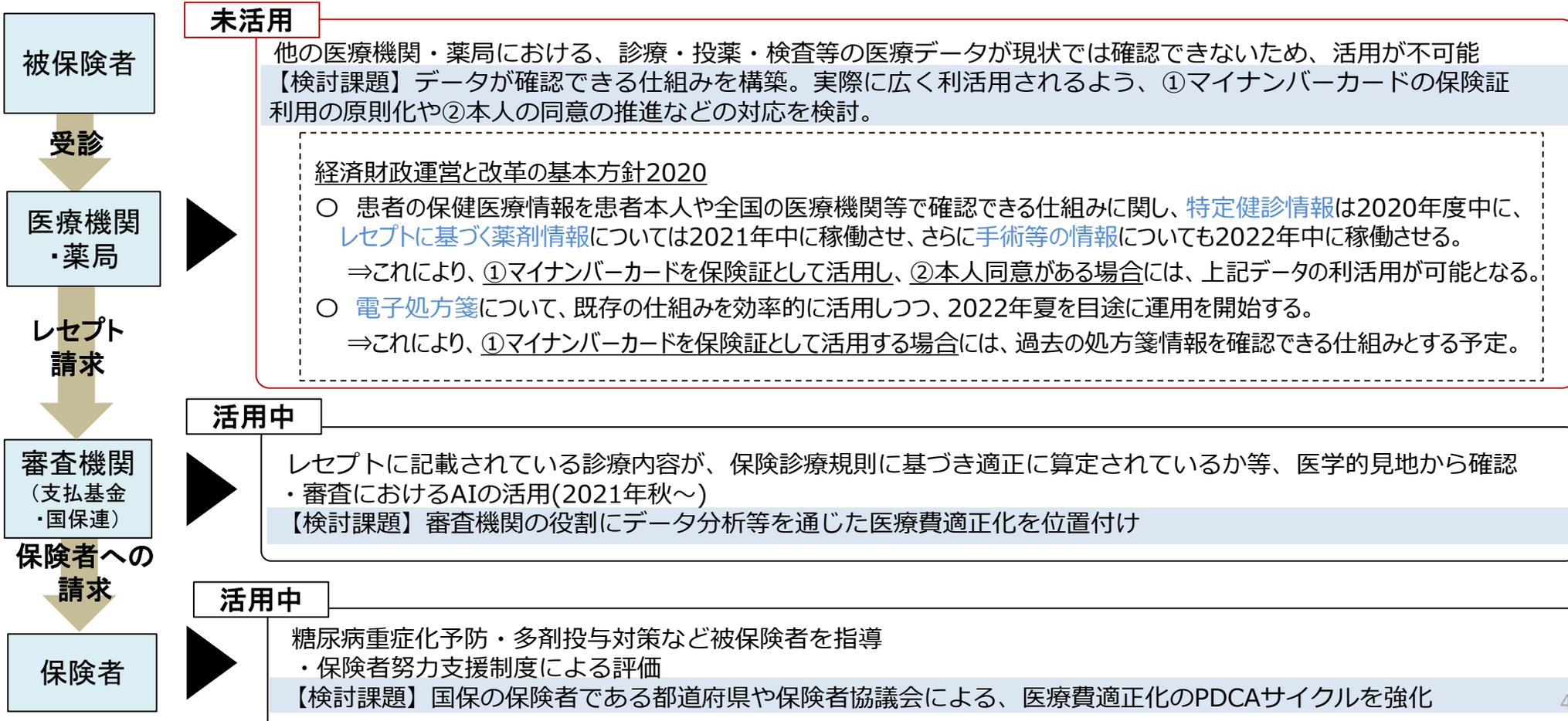
	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	39 データヘルス改革の推進 i 被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入 データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入するとともに、「保健医療データプラットフォーム」について、2020年度の本格運用開始を目指し取り組む。	被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認システムについて2020年度末までに本格運用を開始。 <厚生労働省>			—	—
	ii 「保健医療データプラットフォーム」の2020年度本格運用開始 データヘルス改革を推進し、被保険者番号の個人単位化とオンライン資格確認を導入するとともに、「保健医療データプラットフォーム」について、2020年度の本格運用開始を目指し取り組む。	2019年9月にデータヘルス改革推進本部において策定した2025年度までの工程表に沿って、着実に取組を推進。 レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを、特定健診情報について稼働。 レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報以外のデータ項目を全国の医療機関で確認できる仕組みの工程表を夏頃策定。 NDB、介護DB情報の匿名での連結解析を可能とするシステムについて2020年度中に検討し、運用を開始。 （DPCDBについては2022年度のNDB・介護DBとの連結解析体制の運用開始に向け検討）。 <厚生労働省>	レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報を全国の医療機関等で確認できる仕組みを、薬剤情報について稼働。 レセプトに基づく薬剤情報及び特定健診情報以外のデータ項目を全国の医療機関で確認できる仕組みについて、工程表に沿って対応。	2025年度まで 	○全国の医療機関等において確認できる保健医療情報のデータ項目数 【2020年夏までに工程表を策定することとしており、その結果を踏まえて指標を改めて設定】 ○NDB、介護DBの第三者提供の件数【運用開始後（2020年度以降）提供件数増加】 ○オープンデータの充実化【集計項目数増加】	

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	34 多剤投与の適正化 i レセプト情報を活用し、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できる仕組みの構築 レセプト情報を活用し、本人同意の下、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できる仕組みの構築や、診療報酬での評価等により、多剤投与の適正化を引き続き推進する。	レセプト情報を活用し、医師や薬剤師が投薬履歴等を閲覧できるシステム（本人のマイナポータルでの閲覧を含む）の構築・準備。 ≪厚生労働省≫	2021年10月からのデータ提供を開始。		—	—
	ii 診療報酬での評価等 診療報酬での評価等により、多剤投与の適正化を引き続き推進する。	医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の評価等、2020年度診療報酬改定において多剤投与の適正化を推進。 ≪厚生労働省≫			—	—

デジタル化の推進による適正受診・医療費適正化の推進

- 「骨太方針2020」に沿って、**患者の保健医療情報を医療機関・薬局等において確認できる仕組みを着実に構築すべき**。その際、実際に広く利活用されるよう、①マイナンバーカードの保険証利用の原則化や②本人の同意の推進などの対応を検討することが必要である。
- そのうえで、医療機関が、患者の過去の診療・処方箋情報等を参照可能である場合には、**重複投薬・重複検査などに対する診療報酬上の対応**を検討すべき。
- また、審査機関や保険者はデータを活用できる仕組みがあるものの、医療費適正化の役割や枠組みを十分に与えられていないため、折角のデータが「宝の持ち腐れ」に終わる可能性がある。審査機関や保険者によるデータの活用を促す環境整備として、**審査機関の役割強化や都道府県等による医療費を巡るPDCAサイクルの強化を図るべき**。

◆各機関での医療データの利活用状況



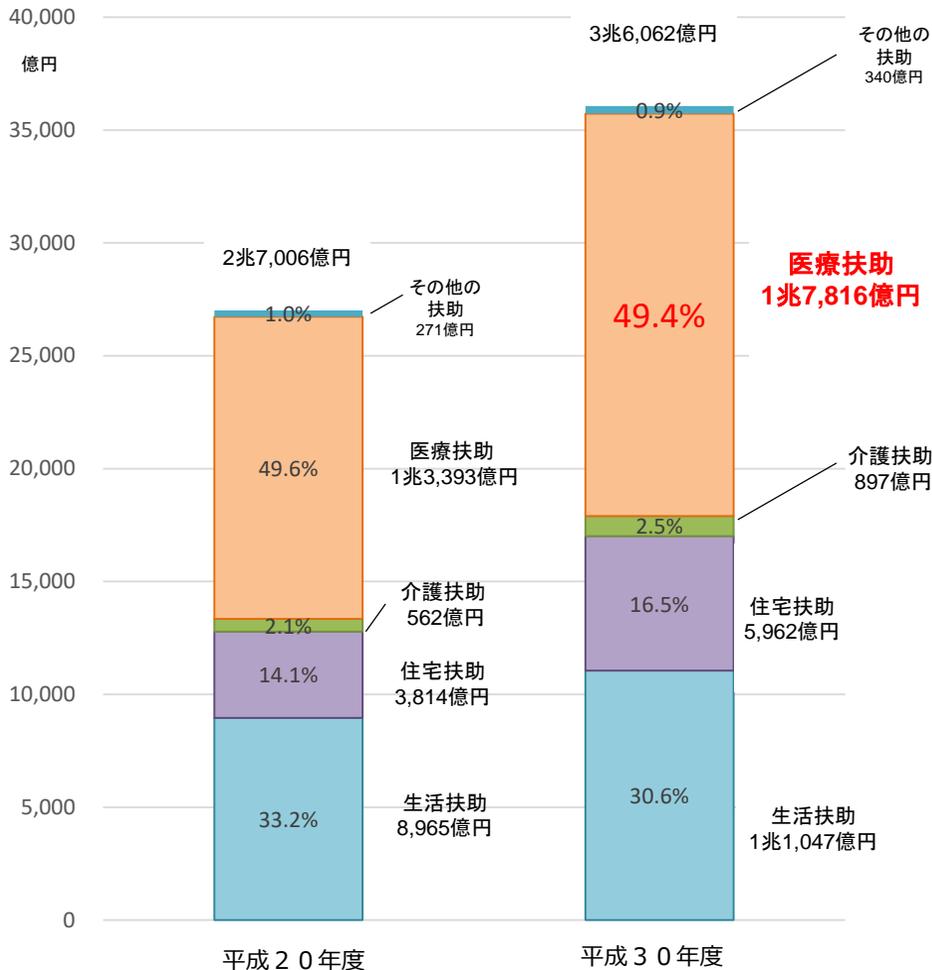
医療扶助

	取組事項/措置内容	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進	<p>④1 生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化</p> <p>頻回受診等に係る適正受診指導の徹底、生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等により、医療扶助の適正化を推進。頻回受診者に対する窓口負担について、頻回受診対策に向けた更なる取組の必要性、最低生活保障との両立の観点なども踏まえつつ、いわゆる償還払いの試行も含めた方策の在り方について検討する。</p> <p>生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等に向けた必要な措置を講ずる。</p> <p>生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進。【再掲】</p> <p>級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う。 <<厚生労働省>></p>				<p>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率【2021年度までに65%】</p> <p>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○医療扶助の適正化に向けた自治体における後発医薬品使用促進計画の策定率【毎年度100%】</p> <p>○頻回受診対策を実施する自治体【毎年度100%】</p>	<p>○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【2021年度までに50%】</p> <p>○「その他の世帯」の就労率（就労者のいる世帯の割合）【2021年度までに45%】</p> <p>○就労支援事業等を通じた脱却率【見える化】</p> <p>○就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○「その他の世帯」の就労率等の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○生活保護受給者の後発医薬品の使用割合【毎年度80%】</p> <p>○頻回受診者に対する適正受診指導による改善者数割合【2021年度において2017年度比2割以上の改善】</p> <p>○生活保護受給者一人当たり医療扶助の地域差【見える化】</p> <p>○後発医薬品の使用割合の地域差【見える化】</p>

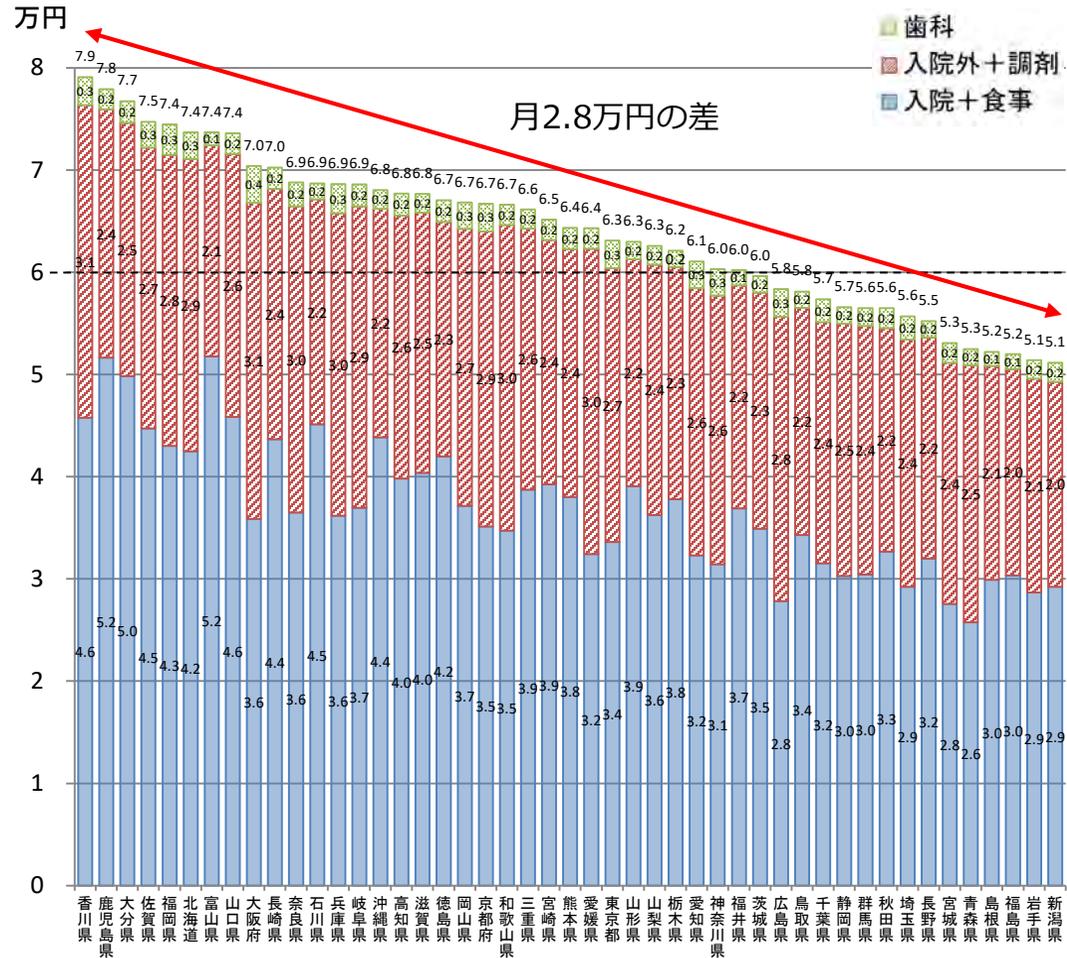
医療扶助

- 生活保護費負担金（事業費ベース）は約3.6兆円（平成30年度）。そのうち、**約半分は医療扶助**となっている。
- 都道府県別の生活保護受給者1人当たり医療扶助費（月額）を性・年齢構成の違い等を除いた形で比較すると、**最も高い県と低い県で約2.8万円の差**がある。

◆ 生活保護費負担金（事業費ベース）実績額の推移



◆ 都道府県別の生活保護受給者1人当たり医療扶助費（月額）



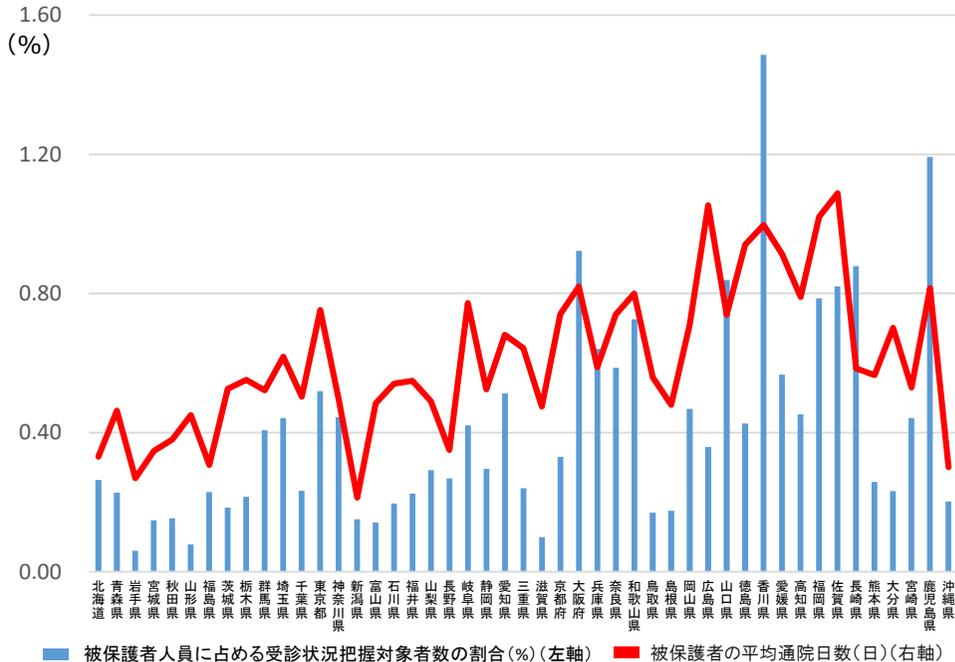
※ 各都道府県の性・年齢階級別被保護者1人当たり医療扶助費（月額）と、全国の被保護者の性・年齢構成とで算出した仮想的な被保護者1人当たり医療扶助費（月額）

厚生労働省第1回医療扶助に関する検討会（令和2年7月15日）の資料をもとに作成
 原資料：第65回医療扶助実態調査（平成30年6月審査分）特別集計、
 平成30年度被保護者調査（年次調査）

医療扶助における頻回受診

- 生活保護受給者のレセプト1件（1か月）の平均通院日数は地域によって偏りが見られる。平均通院日数が高い地域では、被保護者人員に占める受診状況把握対象者（注）の割合も高い傾向が見られる。
- （注）受診状況把握対象者とは、同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している者（短期的・集中的な治療を行う者を除く）。
- また、レセプト請求件数の全件または大多数が生活保護受給者のレセプトである医療機関も見受けられる。
- 生活保護受給者の平均通院日数が生活保護受給者以外の平均通院日数に比べて長い医療機関が標榜している診療科は、特定の診療科に偏る傾向が見られる。
- 自治体（特に平均通院日数が多い自治体）は、頻回受診者が多く発生している医療機関に着目した対策を講じる、嘱託医を充実するなど、頻回受診対策を更に強化すべき。

◆ 都道府県別「平均通院日数」と「被保護者人員に占める受診状況把握対象者の割合」



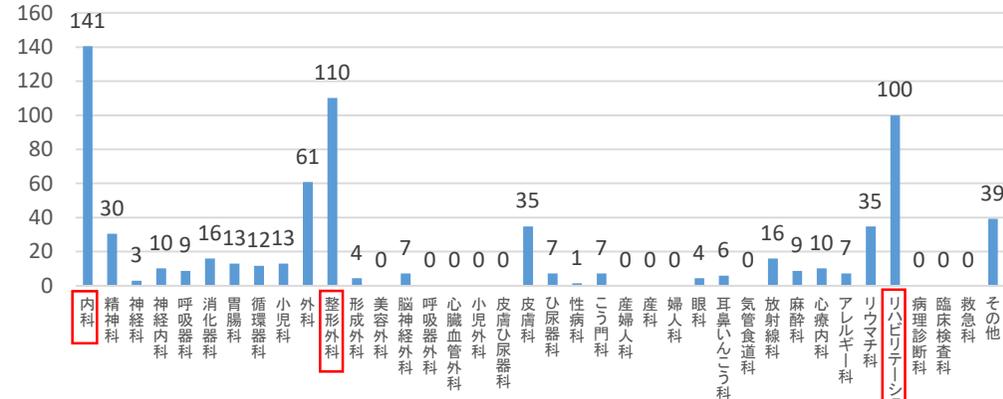
注) 平均通院日数とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数。
 資料：第66回医療扶助実態調査（平成30年6月審査分）、平成30年度被保護者調査（年次調査、平成30年7月末時点）、平成30年度頻回受診者に対する適正受診指導結果について（厚生労働省調べ）

◆ 生活保護受給者の請求件数割合が高い医療機関

件数割合	医療機関数
100%	19
90～100%	112
80～90%	191

資料：社会保険診療報酬支払基金の入院外のデータ（病院及び診療所）（対象診療年月：令和元年7月～9月）にもとづき財務省において集計。

◆ 被保護者の平均通院日数が被保護者以外の平均通院日数と比べて長い医療機関上位200先の診療科



※ 上位200先を「コード内容別医療機関一覧表」（各地方厚生局）において標榜されている診療科名をもとに機械的に集計。
 なお、診療科はレセプト電算処理システム用診療科コードによるものであり該当のない診療科等は「その他」に含まれている。

資料：社会保険診療報酬支払基金の入院外のデータ（病院及び診療所）（対象診療年月：令和元年7月～9月）にもとづき財務省において集計。

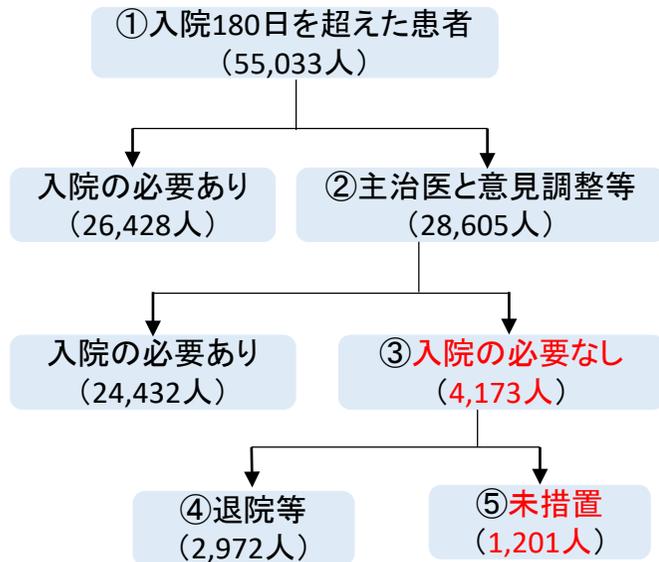
医療扶助における長期入院

- 入院期間が180日を超える医療扶助を受ける入院患者についての実態把握が毎年実施されている。平成30年度では、**入院の必要がないとされた患者のうち、退院等の措置がなされていない者の割合は約3割**になっている。
- また、自治体間で比較すると、入院180日を超えた患者のうち入院の必要がないとされた者の割合や、入院の必要なしとなったものの未措置となっている者の割合には、**地域差**が見られる。
- 生活保護は居宅保護が原則であり、自治体は、長期入院患者の**実態把握を強化し、入院の必要がない方の地域移行を更に促進**すべき。

◆ 長期入院患者の実態把握の状況

嘱託医は、診療報酬明細書等に基づき、医療扶助による入院継続の必要がある者、入院継続の必要性について主治医等の意見を聞く必要がある者に分類。ケースワーカーは主治医との意見調整等の結果、入院継続を要しないことが明らかになった者について、退院指導等を行うこととされている。

<平成30年度の結果>



⑤未措置／③入院の必要なし＝**28.8%**

(注) 厚生労働省「社会・援護局関係主管課長会議資料」(2020年3月4日)を一部更新して作成。

◆ 長期入院患者の多い自治体の状況

	入院180日 を超えた者 ①	入院の必要なし③	③／①	未措置⑤	⑤／③
東京都	6,704人	654人	9.8%	64人	9.8%
大阪市	3,030人	170人	5.6%	85人	50.0%
北海道	2,620人	20人	0.8%	6人	30.0%
福岡県	1,997人	210人	10.5%	93人	44.3%
大阪府	1,616人	98人	6.1%	27人	27.6%
札幌市	1,489人	0人	0%	0人	—
千葉県	1,342人	124人	9.2%	94人	75.8%
埼玉県	1,308人	37人	2.8%	12人	32.4%
福岡市	1,122人	58人	5.2%	9人	15.5%
北九州市	1,035人	142人	13.7%	13人	9.2%

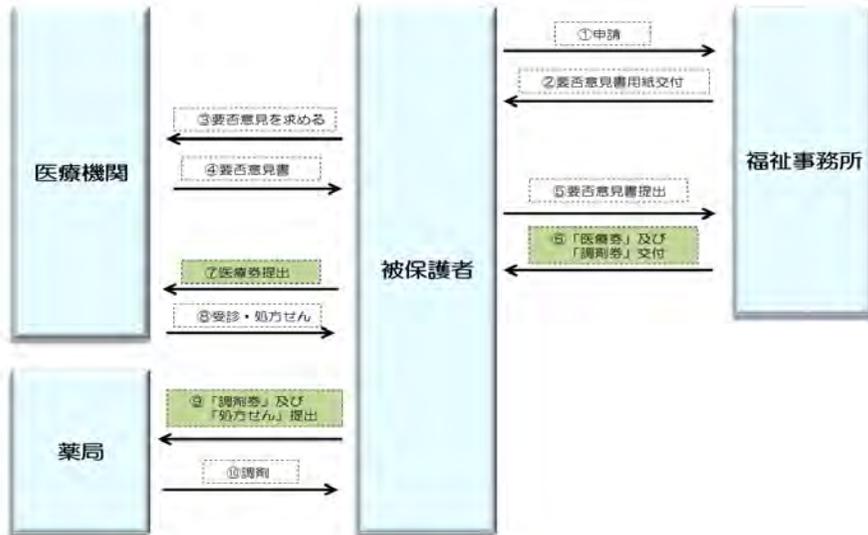
(注1) 厚生労働省「社会・援護局関係主管課長会議資料」(2020年3月4日)を一部更新して作成。

(注2) 政令指定都市、中核市及び都道府県(政令指定都市・中核市分を除く)について、長期入院患者が多い順に10自治体を抜粋して記載(平成30年度の結果)。なお、東京都の数値は八王子市の分を除く。北海道の数値は札幌市、旭川市、函館市の分を除く。福岡県の数値は福岡市、北九州市、久留米市の分を除く。大阪府の数値は大阪市、堺市、高槻市、東大阪市、豊中市、枚方市、八尾市、寝屋川市の分を除く。千葉県の数値は千葉市、船橋市、柏市の分を除く。埼玉県の数値はさいたま市、川越市、越谷市、川口市の分を除く。

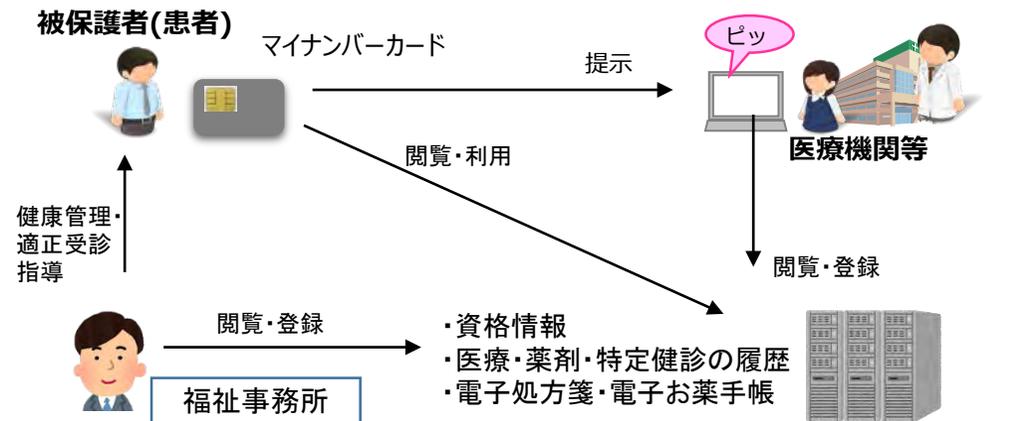
医療扶助におけるデジタル化の推進

- 医療扶助においては、生活保護受給者（被保護者）が、福祉事務所から医療券・調剤券の交付を受けた後に、医療機関で受診等することが原則。しかし、福祉事務所における実際の運用では、事務負担の軽減のため、医療券・調剤券の交付が事後に行われている事例が多い（福祉事務所から医療機関や薬局に医療券・調剤券を直接郵送等）。
- デジタルガバメント実行計画においては、医療扶助について**マイナンバーカードによるオンライン資格確認を進める**こととされている。これにより、将来的に、過去の医療・薬剤・特定健診の情報の把握や、処方箋・お薬手帳の電子化などの利用が可能となる方向であり、こうした**医療の質・利便性の向上**を被保護者が享受できるとともに、**効果的な健康管理・適正受診指導（頻回受診対策）**にもつながる。
- 医療保険制度において被保険者証に替えてマイナンバーカードの利用を推進しているため、これと足並みをそろえ、**医療扶助の資格確認は、原則としてマイナンバーカードにより行うべき**。

◆ 現在の医療券・調剤券の本来の事務手続き



◆ 将来のイメージ



◆ デジタル・ガバメント実行計画(令和元年12月20日改定(閣議決定))

マイナンバーカードを活用した各種カード等のデジタル化等に向けた工程表(抜粋)

	2019年度 (令和元年度)	2020年度 (令和2年度)	2021年度 (令和3年度)	2022年度 (令和4年度) ※ほとんどの住民が保有(確定)	2023年度~ (令和5年度~)
生活保護受給者の医療扶助の医療券・調剤券	1月~3月	地方との協議	環境整備・システム開発		本格運用
	フィジビリティ調査、制度的な検討				
	マイナンバーカードの利用促進、本人確認利用、メリットの広報周知、受給者の利便性向上				

デジタル化(マイナンバーカードによるオンライン資格確認)のメリット

- 従来の事務手続きが省略できる
- 医療の質・利便性の向上
- 迅速で効果的な健康管理・適正受診指導 等

生活保護法医療券・調剤券(年月分)	
公費負担者番号	有効期間 日から 日まで
受給者番号	種別 種別-使用
氏名	男・女 年 月 日生
居住地	
指定医療機関名	
病名(1)	診 入院 歯科
(2)	療 入院外 調剤
(3)	別 訪問看護
地区担当員名	本人受払額 円
福祉事務所長 印	
備考	社会保険 あり(健・共) なし
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条の2
その他	



医療機関等での窓口では、医療券・調剤券の提示は不要となり、医療保険の被保険者と同様にマイナンバーカードを提示すればよいこととなる。

生活保護受給者の国保等加入の検討

- 生活保護法では、**他法優先の原則**が規定されている。例えば、介護については、生活保護受給者は、介護保険に加入したまま、保険料や利用者負担分について介護扶助を受ける。しかし、医療については、**医療扶助と国民健康保険又は後期高齢者医療制度（以下「国保等」）では、自治体の業務の多くが重複**しているにもかかわらず、**国保等には入らず、医療扶助を受ける**こととなっている。
- 生活保護受給者が、年齢に応じて国保等へ加入する制度とすれば、生活保護の他法優先の原則や、**都道府県医療費適正化計画において医療扶助が適正化されるべき医療費に含まれていること、国民皆保険の考え方**とも整合的となると考えられる。さらに、国保等の担当部局と生活保護の担当部局の連携強化により、次のような効果が期待される。
 - ・ 医療提供体制整備や国保の財政運営等に係る**都道府県のガバナンスが医療扶助に及ぶ**ようになり、医療提供側への働きかけにより、頻回受診・長期入院への対応が強化される。
 - ・ 保護の前後における**資格移行**や、医療・薬剤・健診等の蓄積**データ活用がシームレス**なものとなり、生活保護受給者の利便性の向上や、保険者等による効果的な保健事業、頻回受診者への適正受診指導等が可能になる。
- このため、**生活保護受給者が国保等へ加入する制度を検討**するなど、**医療扶助に係るガバナンス強化**を図るべき。

◆ 生活保護受給者の各種制度への加入

介護保険	国民年金	労働保険	被用者保険	障害福祉サービス	国保等
加入・利用が可能					国保等から脱退して医療扶助を受ける

(参考) 生活保護法第4条第2項

民法に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする。

◆ 生活保護（医療扶助）と国保等に関する自治体の業務

国保等のみ必要	国保等・生活保護ともに必要（重複）	生活保護のみに必要
<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険料の設定・徴収 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資格管理 ・ 保健事業（健康管理指導・健診）、 ・ 適正受診指導 ・ レセプト審査・支払 ・ 医療提供側への働きかけ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療券の発給等によるアクセス管理

◆ 生活保護受給者の国保等加入により期待される効果

