

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。

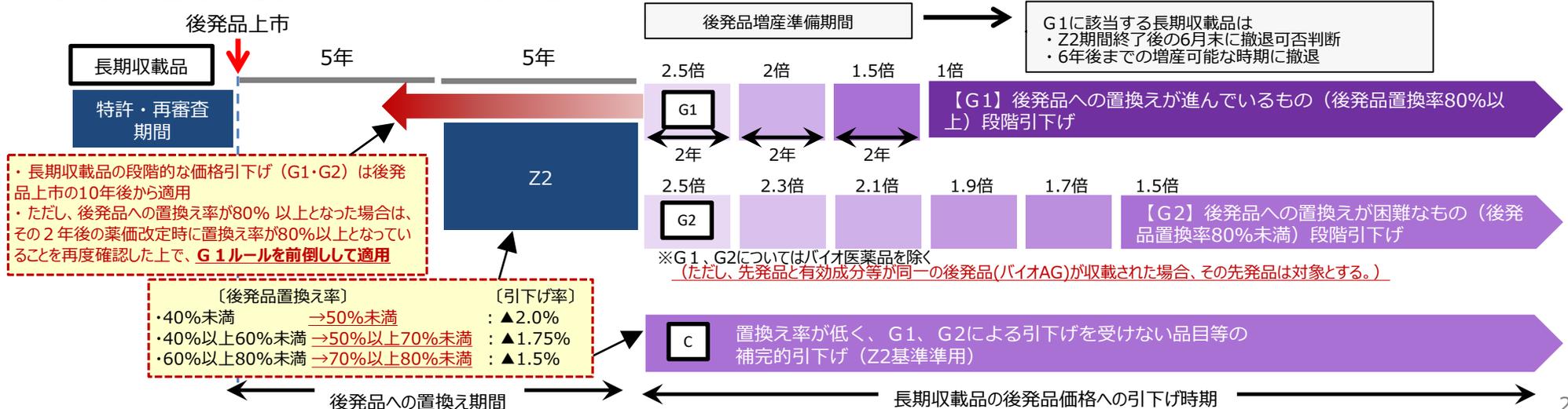
◆ 新薬創出等加算の要件

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。

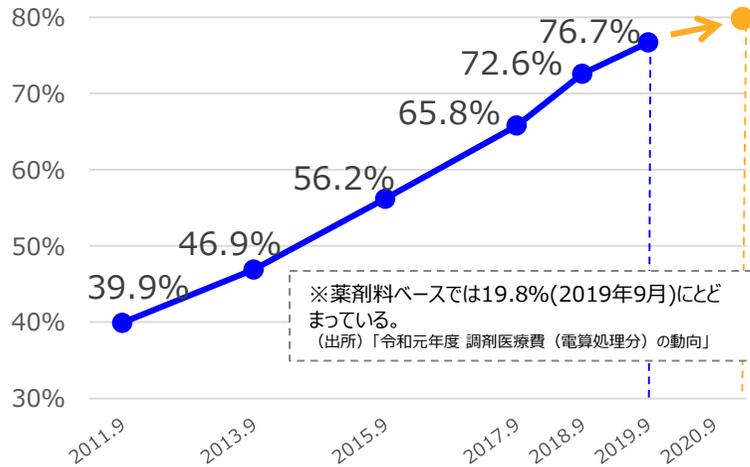
◆ 長期収載品の薬価引下げ（2020年度改定）



後発医薬品の更なる使用促進

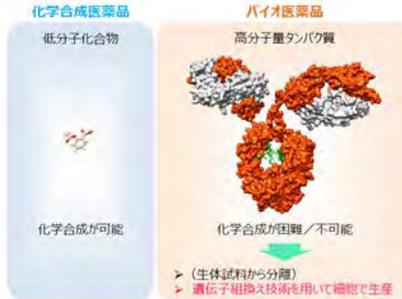
- **後発医薬品の80%シェア達成目標が2020年9月に設定されているが、達成の可能性が高い。後発医薬品の使用割合には地域による差及び保険者による差が大きいことも踏まえつつ、更に促進するための新たな目標を設定すべき。**
- その際、薬価の高い**バイオ医薬品**について、**後発品（バイオシミラー）の使用を促すための新たな数量目標の設定**や、現在保険者別にとどまっている**後発医薬品の使用割合の「見える化」による公表の医療機関別への拡大**、国において**フォーミュラリのガイドラインの策定**に取り組む中で**後発医薬品の選定基準**を設けることなどを検討すべき。
- また、後発医薬品調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



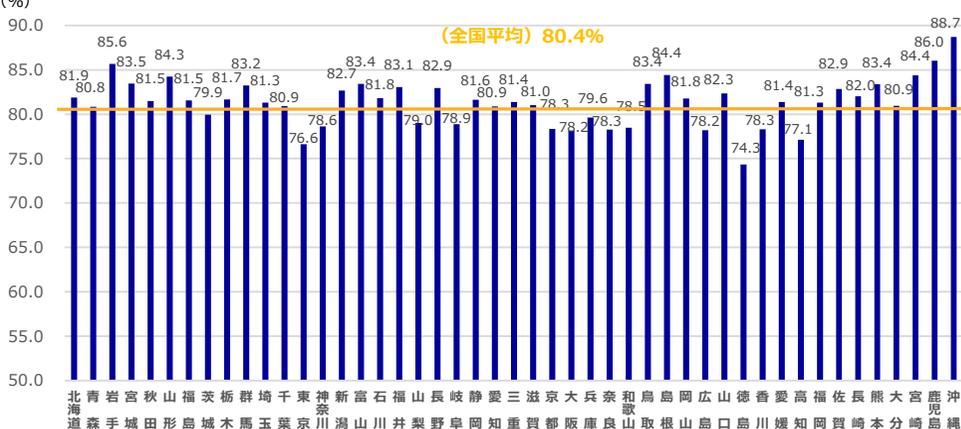
(出所) 国立医薬品食品衛生研究所生物薬品部作成

◆ 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



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>○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>
		<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>				

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>

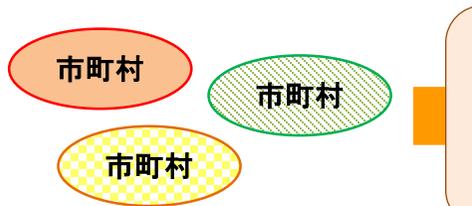
	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
医療・福祉サービス改革	<p>33 地域の実情を踏まえた取組の推進</p> <p>iii 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討</p> <p>高齢者の医療の確保に関する法律 第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する。</p>	<p>各都道府県において、第3期医療費適正化計画に基づき、医療費適正化の取組を推進するとともに、毎年度PDCA管理を実施し、国において、高齢者の医療の確保に関する法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

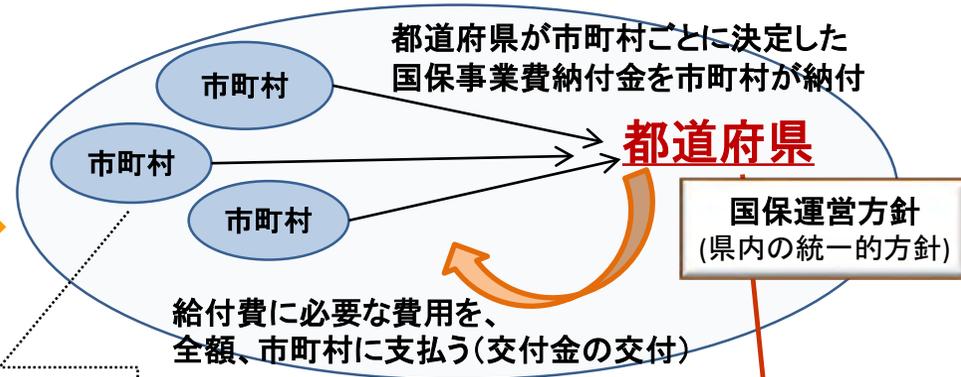
(構造的な課題)

- ・ 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

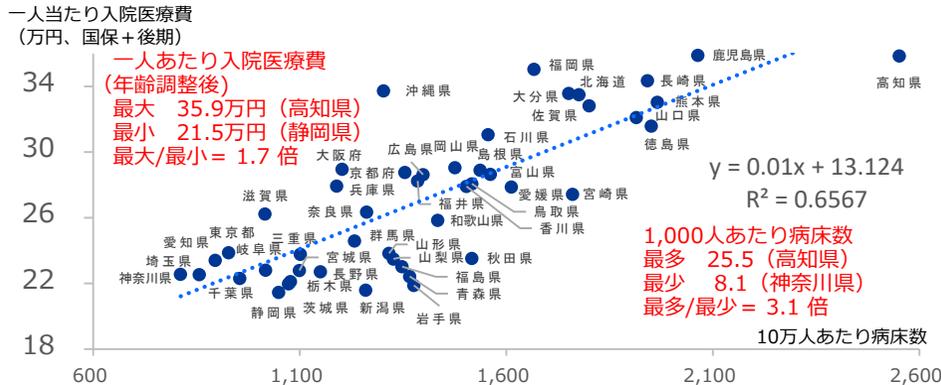
- 日本の人口当たり病床数は先進国と比較して多く、また、都道府県単位では、**病床数と入院医療費との強い相関**が認められる。
- このような状況のもと、2025年に向け、「**病院完結型**」の医療から、地域全体で治し、支える「**地域完結型**」の医療への転換を目指して、**地域医療構想の推進**が図られてきた。
- その進捗状況を踏まえ、厚生労働省は、昨秋、公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表（暫定版。その後精査により見直し）。**再検証については、2019年度中（医療機関の再編統合を伴う場合については遅くとも2020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	病床百床あたり 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 ※

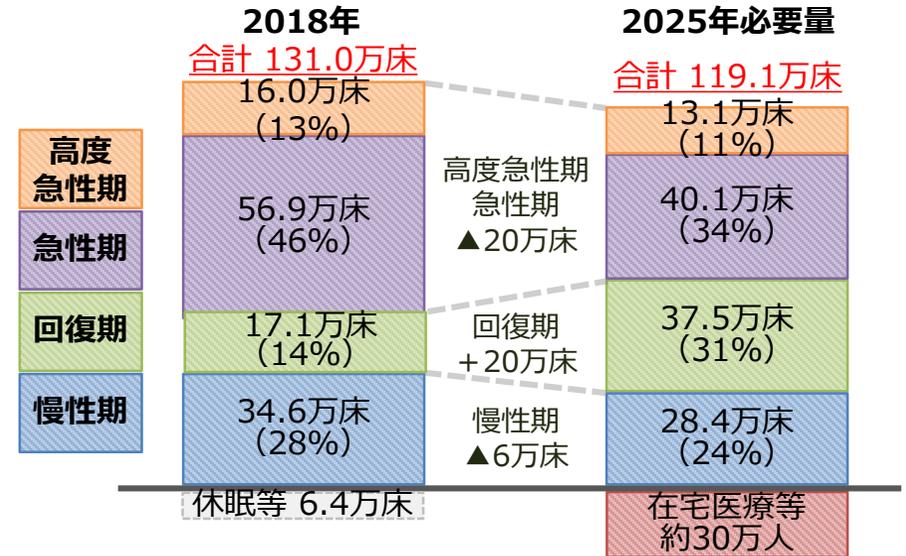
出典：「OECD HealthData2019」（2017年データ。※は2016年のデータ）
注：平均在院日数の（ ）書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数。

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）