

# 改革工程表の中で早急に実現すべき 重要課題について

財務省

2023年4月28日

# これまでの主な制度改革

赤枠囲いの項目は改革工程表に記載されていたもの

2014年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬・薬価改定等</li> <li>・70～74歳の医療における窓口負担割合の見直し（1割⇒2割負担）</li> </ul>
2015年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険制度改革（地域支援事業の充実、予防給付の一部を地域支援事業に移行、介護2割負担の導入等）</li> <li>・介護報酬改定</li> <li>・協会けんぽ国庫補助の見直し</li> </ul>
2016年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬・薬価改定等</li> </ul>
2017年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入、<b>介護納付金の総報酬割の導入</b></li> <li>・<b>高額療養費の見直し</b></li> <li>・後期高齢者医療の保険料軽減特例の見直し</li> </ul>
2018年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療報酬・薬価改定等、<b>薬価制度の抜本改革</b></li> <li>・<b>介護の高所得者への3割負担の導入</b></li> </ul>
2019年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>介護納付金の総報酬割の拡大</b></li> <li>・診療報酬・薬価改定等（消費税率引上げに伴う対応）</li> </ul>
2020年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>介護納付金の総報酬割の拡大</b></li> <li>・診療報酬・薬価改定等</li> </ul>
2021年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>毎年薬価改定（1回目）</b></li> <li>・<b>介護保険制度改革（補足給付及び高額介護サービス費の見直し）</b></li> </ul>
2022年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>診療報酬(リフィル処方等)</b>・薬価改定等</li> <li>・<b>後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し（一定以上の所得のある者: 1割⇒2割負担）</b></li> <li>・<b>被用者保険の適用拡大等</b></li> </ul>
2023年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>毎年薬価改定（2回目）</b></li> <li>・<b>健保法等改正[国会で審議中]（高齢者医療に関する負担の在り方の見直し、出産育児一時金を全世代で支える仕組みの導入、かかりつけ医機能を発揮する制度整備）</b></li> </ul>

その他に実現した主な事項

- ・後発医薬品の使用促進
- ・薬価の費用対効果評価の導入
- ・医療機関におけるオンライン資格確認の導入
- ・オンライン診療・服薬指導の充実

# 改革工程表の中で早急に実現すべき重要課題

## ◆過去の工程表と比較して進捗が見られない事項、目標が後退していると言われかねない事項

改革工程表2018	改革工程表2022
<p><b>26 地域医療構想の実現</b> 自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事とその役割を適切に発揮できるよう、<u>権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。</u></p>	<p><b>38 地域医療構想の実現</b>、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進 c. 都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用及び地域医療構想調整会議等における議論の状況の透明性の確保を図るために、地域医療構想調整会議の議事録の公表や議論の実施状況の市町村への報告等について、<u>法制上の位置付けも含め、必要な措置を講じ、取組を進める。</u></p>
<p><b>54 薬剤自己負担の引上げ</b>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。</p>	<p><b>61 薬剤自己負担の引上げ</b>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 2020年の関係審議会のとりまとめを踏まえ、医療資源の効率的な活用を図る観点から、<u>薬剤給付の適正化に向けて、保険者の上手な医療のかかり方及びセルフメディケーションを推進するとともに、その他の措置についても検討。</u></p>
<p><b>58 介護の多床室室料に関する給付の在り方</b>について検討 多床室室料について、給付の在り方を検討する。</p>	<p><b>65 介護の多床室室料に関する給付の在り方</b>について検討 a. 介護老人保健施設及び介護医療院の多床室の室料負担の導入については、在宅でサービスを受ける者との負担の公平性、各施設の機能や利用実態等、これまでの介護保険部会における意見を踏まえつつ、介護給付費分科会において介護報酬の設定等も含めた検討を行い、<u>次期介護保険事業計画に向けて結論を得る。</u></p>

## ◆急ぎ対応が求められる事項

改革工程表2022
<p><b>67 医療・介護における「現役並み所得」等の判断基準の見直し</b>を検討 b. 介護における「一定以上所得」(2割負担)の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係、介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者の方々が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期介護保険事業計画に向けて結論を得る。 また、「現役並み所得」(3割負担)の判断基準については、医療保険制度との整合性や利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討を行う。 ※次期介護保険事業計画に向けて結論を得るとされた事項については、<u>遅くとも来年夏までに結論を得るべく引き続き議論</u></p>
<p><b>68 介護保険の1号保険料負担の在り方</b>を検討 a. 介護保険の1号保険料について、国の定める標準段階の多段階化、高所得者の標準乗率の引上げ、低所得者の標準乗率の引下げ等について検討を行い、具体的な段階数、乗率、公費と保険料多段階化の役割分担等について、<u>次期介護保険事業計画に向けた保険者の準備期間等を確保するため、早急に結論を得る。</u></p>

# 地域医療構想の進捗状況

○地域医療構想の実際の進捗ははかばかしくない。

→急性期・回復期をはじめとする病床の役割分担が進まないと、今後、各地域で治療に長い期間を要する高齢者が増える中で、質の高い急性期医療、回復期における適切なケアの提供ができなくなる。

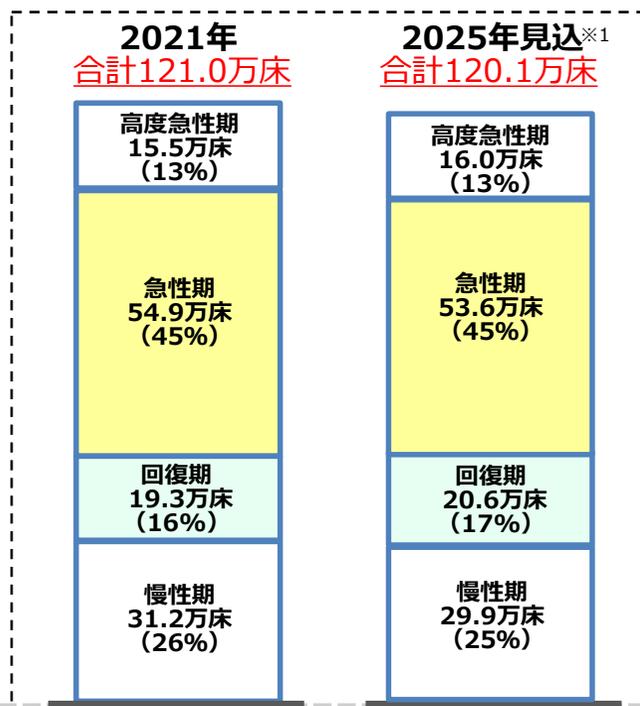
## 2015年度 「病床機能報告」

(各医療機関が病棟単位で報告)



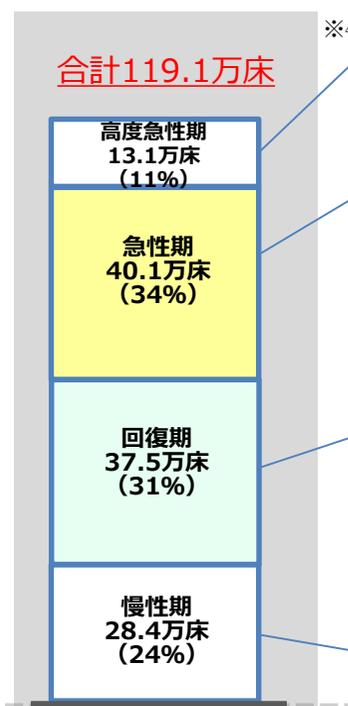
## 2021年度 「病床機能報告」

(各医療機関が病棟単位で報告)



## 地域医療構想における 2025年の病床の必要量

(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(2016年度末時点))



### 高度急性期機能

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。

### 急性期機能

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。

### 回復期機能

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。  
特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。

### 慢性期機能

長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。  
長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

(出所) 2021年度病床機能報告

※1: 2021年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数。

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要。

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある。

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計。

# 地域医療構想の実現に向けたさらなる制度整備の必要性

- 地域医療構想については、医療法において、地域の会議における協議が整わない場合には不足している病床機能を提供するよう、病院に指示・要請できるとの規定があるが、ほとんど発動実績はない。
- 地域医療構想の実現の必要性、進捗の遅さを踏まえれば、2025年以降の確実な目標実現を見据えて、例えば、各医療機関において地域医療構想と統合的な対応を行うよう求めるなど、もう一步踏み込んだ法制的対応が必要ではないか。

## ◆医療法で定められている知事の権限

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）  
⇒命令・要請・勧告：0件
- ② 協議が調わない等の場合に、地域で不足している医療機能を担うよう指示（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）  
⇒指示・勧告：0件、要請：4件
- ③ 病院の開設等の許可申請があった場合に、地域で不足している医療機能を担うよう、開設等の許可に条件を付与  
⇒条件付き開設許可：114件
- ④ 稼働していない病床の削減を命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）  
⇒命令・要請・勧告：0件

※ 各件数については、2022年9月末時点（①・④は2021年度病床機能報告後から調査日までの、②・③は当該規定の施行日から調査日までの累計）。

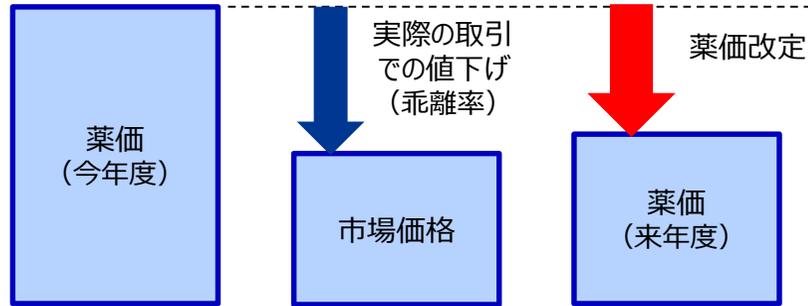
※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院・特定機能病院の承認の取消し等を行うことができる。

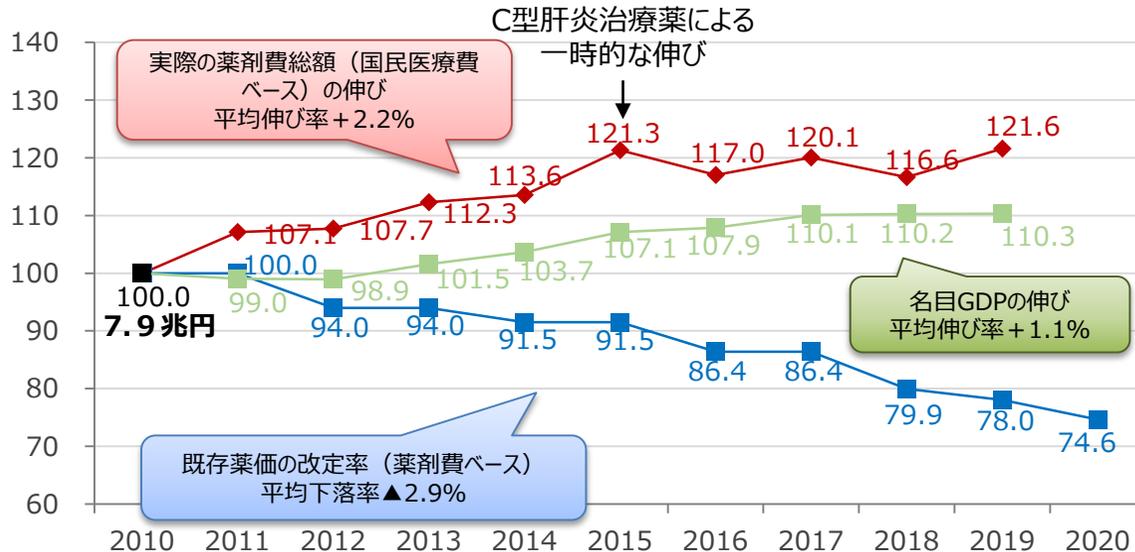
# 薬価改定の経緯

○ 既存薬価の改定率は例年マイナスとなっているが、薬剤使用量の増加や新規医薬品の保険収載により、薬剤費総額は拡大傾向にある。さらに、今後の高齢化の進展に伴い、更なる薬剤費の増加も見込まれる。

## ◆薬価改定



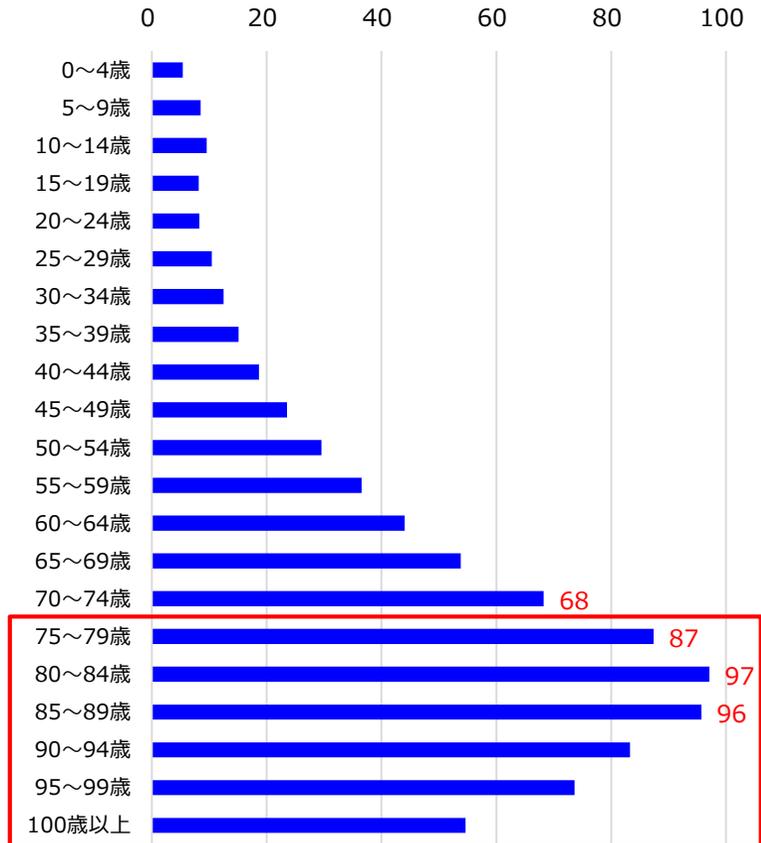
## ◆薬剤費の動向 (2010年比 (%))



## ◆年齢階級別の1人当たり薬剤料[内服薬]

(2021年度)

(千円)



※「薬剤料」とは、調剤報酬明細書の「処方」欄に記載された用量、「調剤数量」欄に記載された調剤数量及び薬価から、個別の薬剤ごとに算出した金額をいう。

(出所) 厚生労働省「最近の調剤医療費 (電算処理分) の動向」 「人口推計」を基に作成

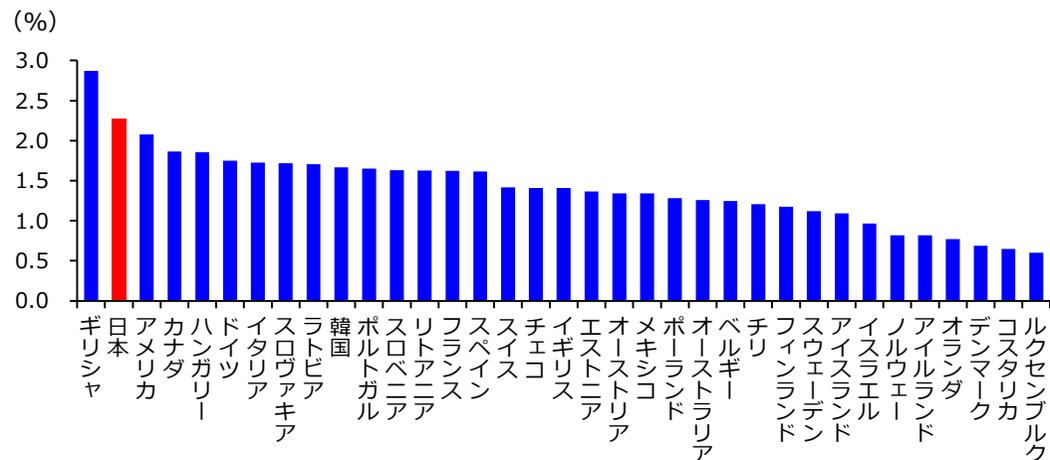
※ 1 2021年8月4日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料、内閣府「国民経済計算年次推計」を基に作成。

※ 2 2010年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

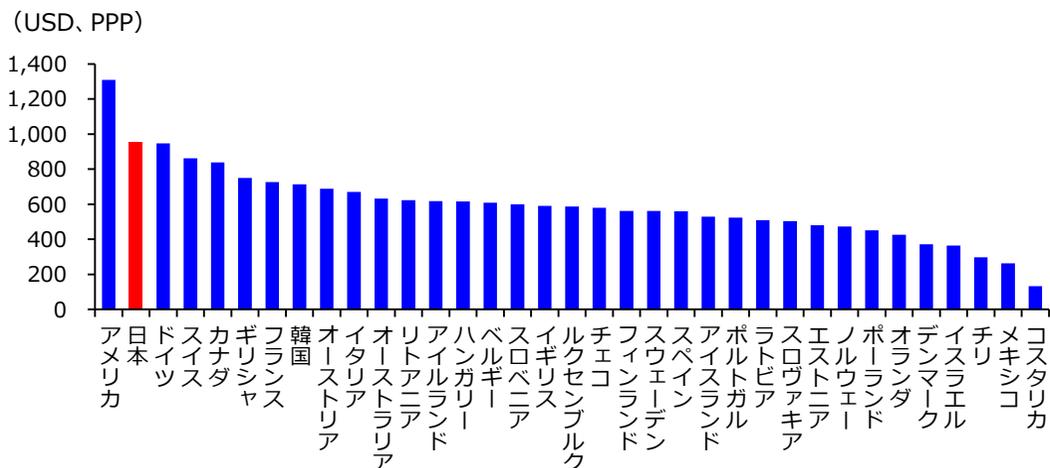
# 我が国の薬剤費の高さ

○ 我が国の医薬品費等GDP比や1人当たり医薬品費等は先進国の中で極めて高い。

## ◆ 医薬品費等（対GDP比）の国際比較（2020年）



## ◆ 1人当たり医薬品費等の国際比較（2020年）

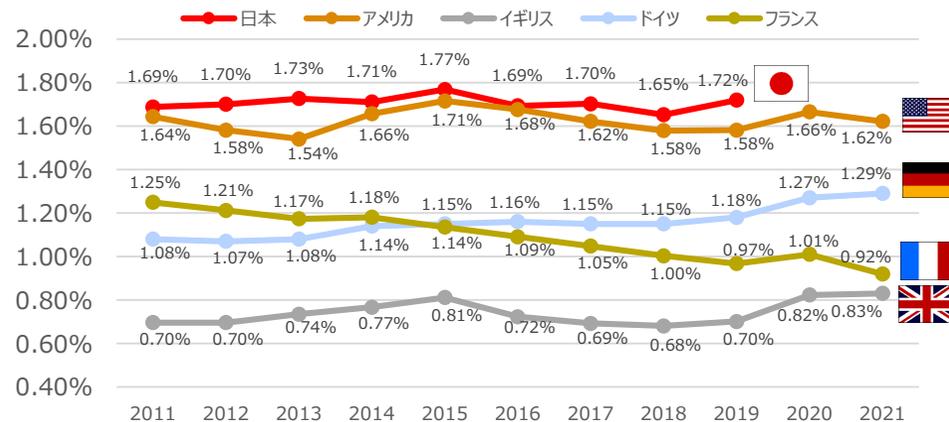


(出所) “OECD Health Statistics 2022” (2023年4月11日時点)

(注1) 日本・オーストラリアは2019年、イスラエルは2018年。医薬品費等は、医薬品およびその他非耐久性医療剤支出。政府支出・私的支出の合計。

(注2) 日本の医薬品費等の内訳は処方薬86%、OTC薬13%、その他非耐久性医療剤1%。

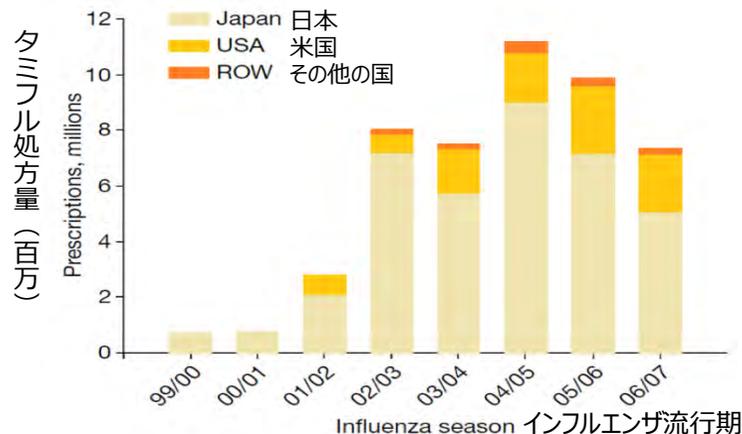
## ◆ 薬剤費（対GDP比）の国際比較



(注) 上記薬剤費は、各国における公的医療保険制度の対象となる薬剤費として、厚生労働省において整理したもの。

(出所) 第11回「医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会」厚生労働省提出資料を基に作成。

## ◆ タミフルの使用量

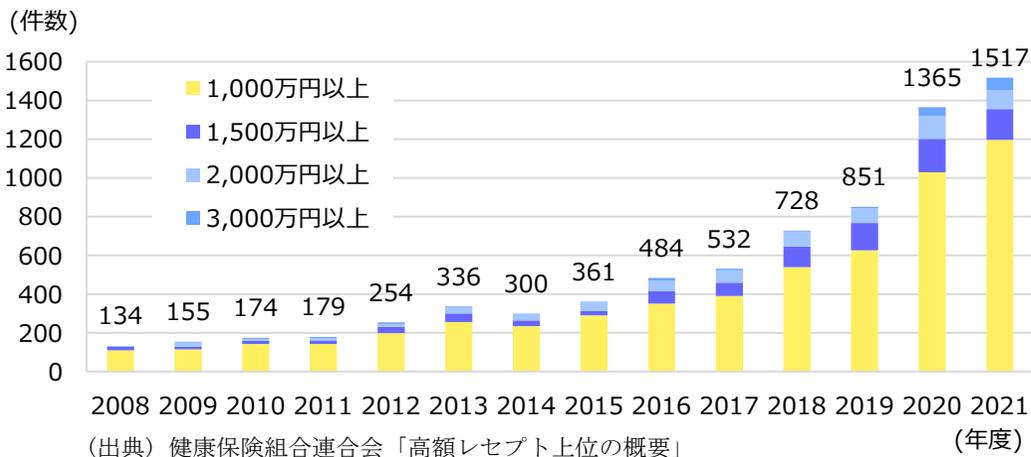


(出所) Masato Tashiro, Jennifer L McKimm-Breschkin, Takehiko Saito, Alexander Klimov, Catherine Macken, Maria Zambon and Frederick G Hayden for the Neuraminidase Inhibitor Susceptibility Network. 2009. “Surveillance for neuraminidase-inhibitor-resistant influenza viruses in Japan, 1996-2007.” Antiviral Therapyより作成。

# 保険給付範囲の見直しの方向性

- 単価が高額な医薬品の収載が増えており、今後の医療技術の進歩に伴い、さらに保険財政への影響が大きい医薬品が出てくることも想定される。
- こうした中で、保険給付がいまのままでは保険料や国庫負担の増大が避けられない。基本的には、公的医療保険の役割は大きなリスクをシェアするということであり、それを前提に考えるべき。諸外国の動向をみると、高額な医薬品について費用対効果を見て保険対象とするか判断する、医薬品の有用性が低いものは自己負担を増やす、あるいは、薬剤費の一定額までは自己負担とする方向性が考えられ、早急な対応が必要。

## ◆ 健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移



## ◆ 単価が高額な医薬品の例

	効能・効果	薬価 (収載時)	ピーク時市場規模 (収載時予測)
ゾルゲンスマ点滴静注	脊髄性筋萎縮症	約1億6,700万円	42億円
キムリア点滴静注	急性リンパ芽球性白血病 等	約3,300万円	72億円
イエスカクタ点滴静注	びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 等	約3,400万円	79億円
ステミラック注	脊髄損傷に伴う機能障害等の改善	約1,500万円	37億円

## 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）

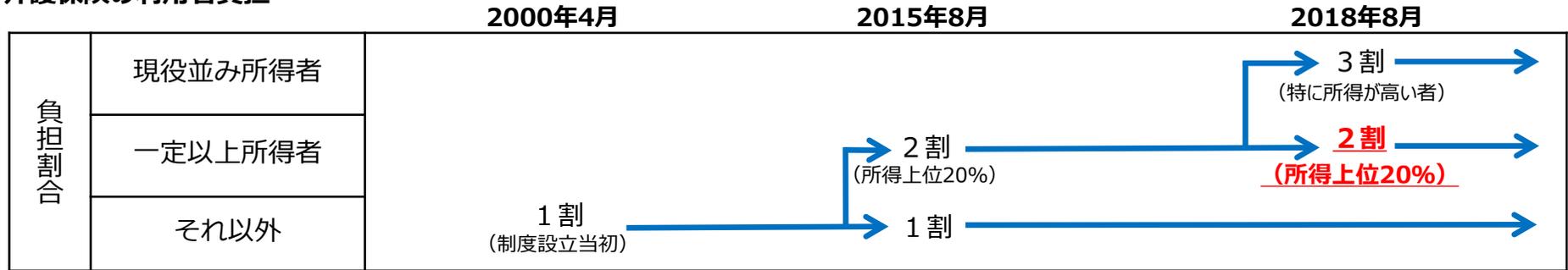
年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=12円 (2022年4月中において適用される裁定外国為替相場)

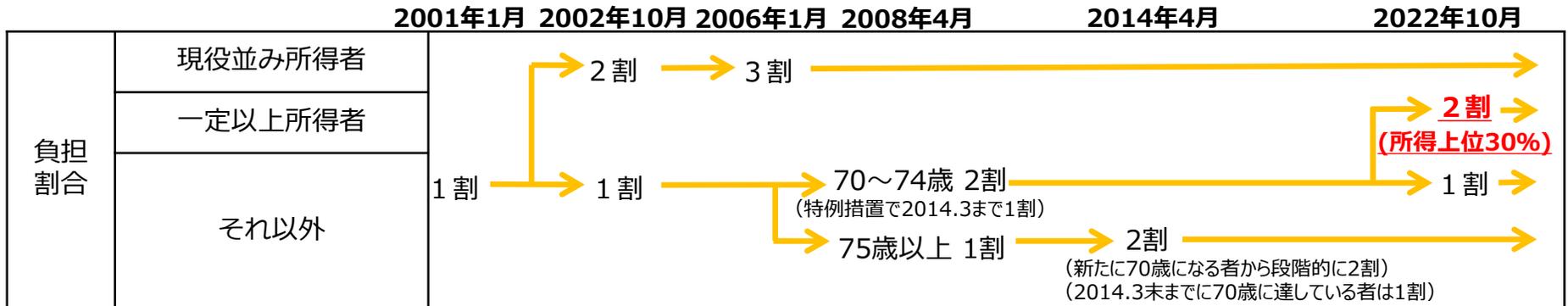
# 介護保険の利用者負担（2割負担）の見直し

- 後期高齢者医療制度における2割負担の導入（所得上位30%）を受けて、介護保険の利用者負担（2割負担）（現行：所得上位20%）の拡大について、ただちに結論を出す必要。
- 更に、利用者負担を原則2割とすることや、現役世代並み所得（3割）等の判断基準を見直すことについても検討していくべきである。

## 介護保険の利用者負担



(注) 医療保険の患者負担（70歳以上の高齢者）



介護保険制度の見直しに関する意見 (2022年12月20日 社会保障審議会介護保険部会)

○「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

・利用者負担が2割となる「一定以上所得」の判断基準の見直しについて、後期高齢者医療制度との関係や介護サービスは長期間利用されること等を踏まえつつ、高齢者が必要なサービスを受けられるよう、高齢者の生活実態や生活への影響等も把握しながら検討を行い、次期計画に向けて結論を得る

○(略) その際、次期計画に向けて結論を得ることが適当とされた事項については、遅くとも **来年(=本年)夏までに結論を得る** べく、引き続き本部会における議論を行う必要がある。

# 參考資料

# 改革工程表2018

	取組事項	実施年度		
		2019年度	2020年度	2021年度
26	地域医療構想の実現			
iii	<p>病床の機能分化にかかる都道府県知事の権限の在り方について関係審議会において検討</p> <p>地域医療構想調整会議の議論の進捗について、具体的な対応方針を2019年央までに検証し、不十分な場合の追加的な推進策を骨太方針2019において提示。併せて、累次の法改正で設けた都道府県知事の権限の行使状況を勘案した上で、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、関係審議会等において検討し、結論。</p> <p>2019年央までに、都道府県単位の調整会議や地域医療構想アドバイザーの取組の効果を検証し、その結果を踏まえ、自主的な取組による病床の機能分化・連携を進めるための必要な措置。</p> <p>自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事とその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>結論を踏まえ、所要の措置を講ずる。</p>	<p>2025年度まで</p>	

	取組事項	実施年度		
		2019年度	2020年度	2021年度
54	<p>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</p> <p>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。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>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、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。</p> <p>《厚生労働省》</p>	<p>骨太 2 0 2 0</p>	

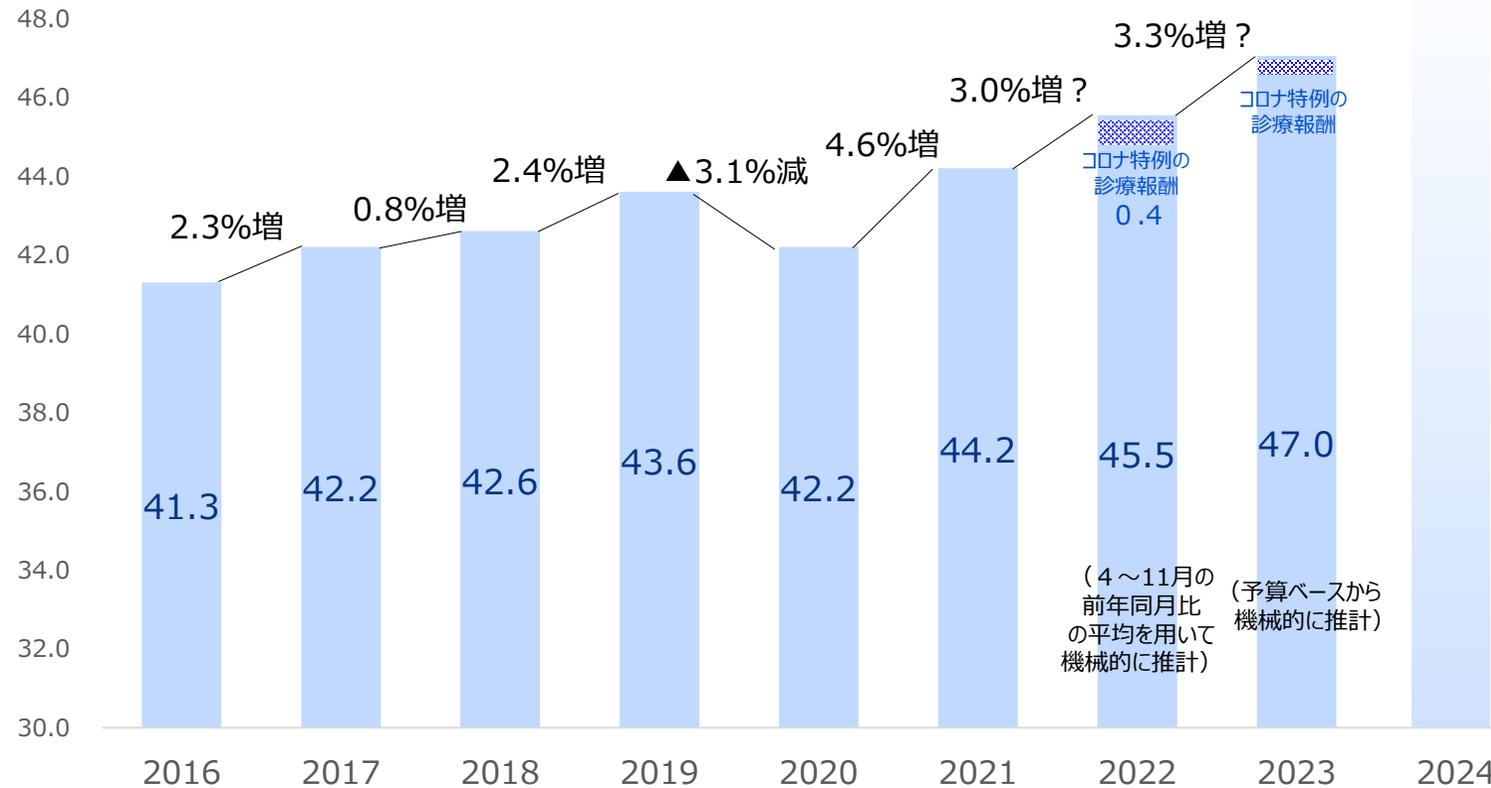
# 改革工程表2018

	取組事項	実施年度		
		2019年度	2020年度	2021年度
58	<p>介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討</p> <p>多床室室料について、給付の在り方を検討する。</p>	<p>介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院等の多床室の室料負担等、施設サービスの報酬等の在り方について、関係審議会等において第8期介護保険事業計画期間に向けて検討し、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>		

# 最近の医療費の動向

## ◆医療費の動向

医療費（兆円）



## ◆医療費の伸び率 (対前年同月比、%)

	総計		
	うち病院	うち診療所	
2022年 4月	+0.7	+0.3	+3.2
5月	+5.4	+5.5	+7.1
6月	+3.7	+4.4	+4.3
7月	+2.7	+1.0	+10.0
8月	+3.1	▲1.8	+15.4
9月	+3.4	+1.5	+9.2
10月	+2.6	+2.7	+5.4
11月	+2.8	+1.3	+8.5
<b>4~11月</b>	<b>+3.0</b>	<b>+1.8</b>	<b>+7.8</b>

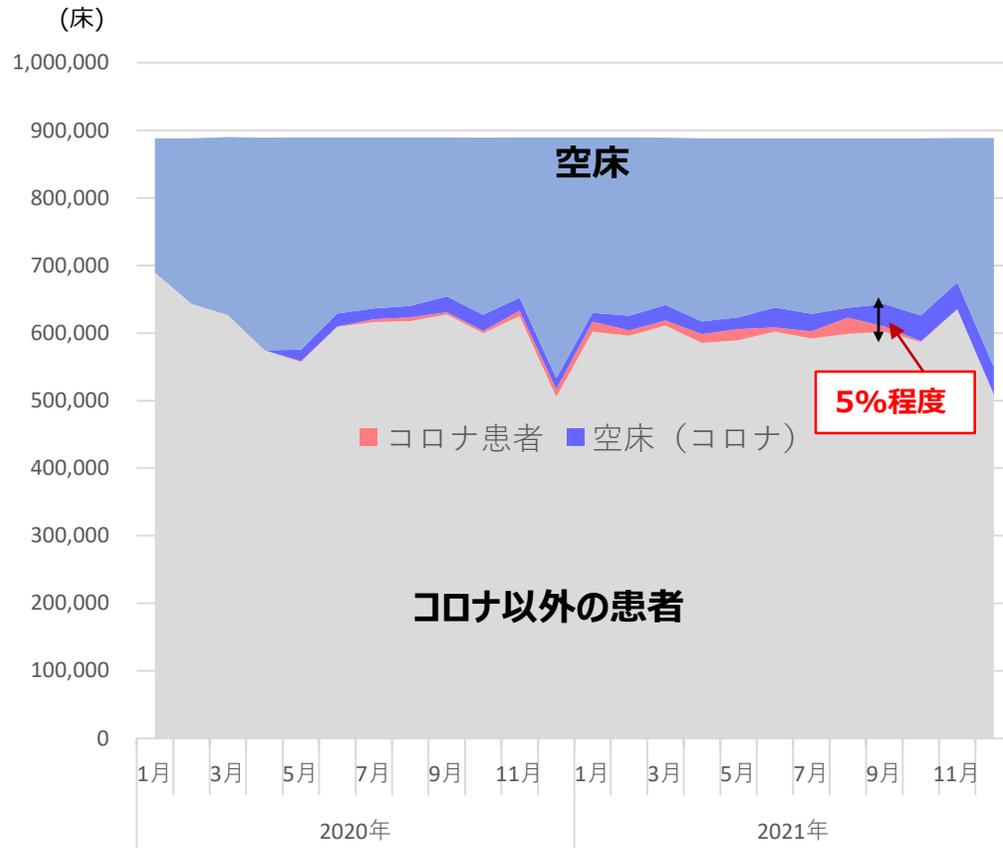
(注1) 医療費について、2021年度までは厚生労働省「医療費の動向」の概算医療費。2022年度は社会保険診療報酬支払基金の統計月報・請求データによる点数及び国民健康保険中央会国保連合会審査支払業務統計のデータを踏まえて推計。2023年度は国民医療費(予算ベース)を2020年度の国民医療費と概算医療費の割合を基に概算医療費ベースに推計。

(注2) 病床確保料及びワクチン接種支援について、2021年度までは都道府県の執行実績又は国の支出済額。2022年度は決算確定前のため2021年度の金額と同額を見込んでいる。

(注)「総計」には内科・歯科・保険薬局・訪問看護ステーションが含まれる。「病院」及び「診療所」はそれぞれ医科のみ。  
(出所)厚生労働省「医療費の動向」

# 新型コロナにおけるコロナ病床の状況

## ◆新型コロナ発生時期の日本の病床の状況



新型コロナ患者数及び確保病床数は毎週の厚生労働省の報告のうち、月末に近い時点のデータを使用。コロナ以外の患者及び空床は、病院報告における各月末時点の病床数、患者数からコロナ患者、確保病床を差し引いて算出。

(出所)「病院報告」、「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査」

### 病床確保を巡るこれまでの経緯

2020年

3月 厚生労働省から医療機関に対し、新型コロナ入院患者用の医療機関と病床の確保を依頼

4月 診療報酬の特例措置や緊急包括支援交付金による病床確保料による支援を開始 (⇒以後随時拡充)

6月 「病床・宿泊療養施設確保計画」の策定を都道府県に依頼

12月 「感染拡大に伴う入院患者像かに対応するための医療提供体制パッケージ」のとりまとめ、1床当たり最大1,950万円の支援などを開始。

2021年

4月 感染症法に基づき、病床確保の協力要請の実施 (⇒以後順次実施)



### 2024年4月 改正感染症法施行

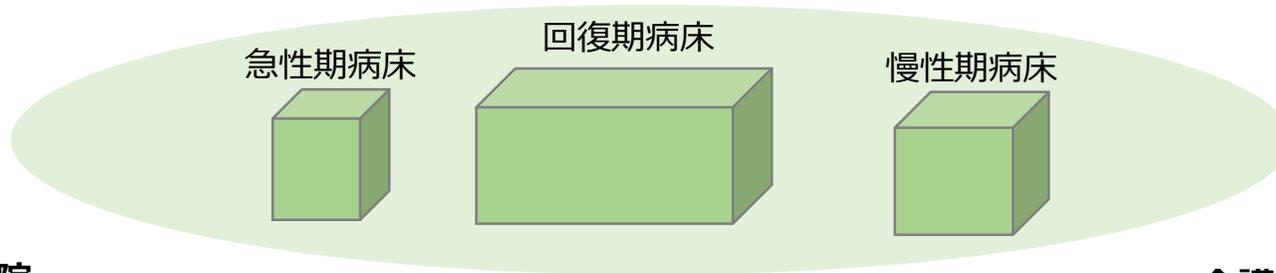
- ・都道府県は深刻な感染症発生・まん延時に確保すべき病床の総数を予め計画に規定
- ・都道府県は具体的な病床の割り当てを含め、各医療機関と協定を締結
- ・公立・公的医療機関等は病床確保を含め、感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務付け
- ・民間医療機関は協定締結の協議に応じる義務を課す

⇒計画や協定において、各病院が確保する病床数を具体的に定め、実効性を持った仕組みとすべき

# 平時からの効率的・効果的な医療提供体制の構築の必要性

- 医療機関の役割分担は、今回の新型コロナにおいて問題が顕在化した。超高齢化が進む中で平時から益々大きな課題となっている。
- 患者の高齢者が進んで疾病を持つ者が増える一方で、人口減少により医療資源としての人材が先細る中で、医療制度を持続可能にするためには、給付と負担のバランスだけでなく、医療提供体制そのものを効果的・効率的なものにする必要がある。
- ①病院の役割分担（＝地域医療構想）、②診療所等のかかりつけ医機能の確保・強化、③地域包括ケア（地域における医療・介護の連携）をあわせて進めていく必要。

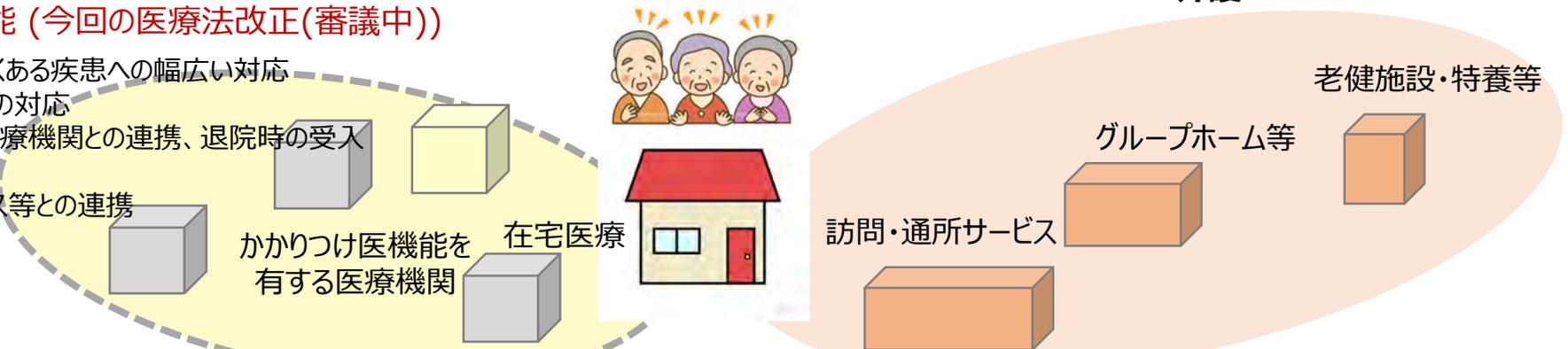
## 病院 役割分担＝「地域医療構想」（医療法）



## 地域の診療所、中小病院

### かかりつけ医機能（今回の医療法改正(審議中)）

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携



## 地域における連携＝「地域包括ケア」（医療介護総合確保法）

# 我が国の医療提供体制の特殊性

○ 主要国と比較した日本の医療提供体制の特徴としては、

- ・ 人口当たりの病床数が多い
- ・ 病床数当たりの臨床医師数が少ない（人口当たり臨床医師数は他国並）
- ・ 個々の病院の規模が小さい

→結果として、他国に比べて、医療資源が薄く広く散在している状態にあり、医療資源としての人材確保が難しくなる中で、機能の集中・再編が不可避の課題となっている。

国名	平均 在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	人口千人 当たり 臨床 医師数	病床百床 当たり 臨床 医師数	1病院 当たり 臨床 医師数
日本	28.3 (16.4)	12.6	2.6	20.5	39.7
ドイツ	8.7 (7.4)	7.8	4.5	57.1	123.6
フランス	9.1 (5.5)	5.7	3.2	55.4	71.7
イギリス	6.9 ※ (6.2) ※	2.4	3.0	125.1	105.9
アメリカ	6.2 ※ (5.4) ※	2.8 ※	2.6 ※	94.2 ※	142.3 ※

(出所)「OECD Health Statistics 2022」、「OECD.Stat」より作成(2020年データ。※は2019年のデータ)

# 地域医療構想の進捗状況

- 後期高齢者が急増する「2025年」を目指して、各地域において病院・病床の役割分担を進めるために「地域医療構想」がスタート（2014年医療法改正）。その後、公立・公的病院について先行して対応方針を策定するが、その内容が構想の実現に沿っていない可能性があり、再検証を要請。コロナの影響で一時的に対応が遅れたが、2022年に民間医療機関も含めた対応方針の策定や検証・見直しを行うことを通知。

## ・医療法改正（2014年6月公布、同年10月施行）

- \* 病床機能報告制度の導入、地域医療構想の策定、協議の場の設置
- \* 都道府県知事が講ずることができる措置を規定（地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、転換の中止の命令（公的医療機関等）及び要請・勧告（民間医療機関）ができる等）

## ・全ての都道府県において地域医療構想を策定（2017年3月）

## ・医療法改正（2018年7月公布・施行）

- \* 地域医療構想の実現のため知事権限の追加（既に将来の病床の必要量に達している場合、開設・増床の許可を与えないこと（民間医療機関には勧告）ができる）

## ・公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針の策定し、地域医療構想調整会議で合意（～2019年3月）

- ・「急性期」からの転換が進んでいない。トータルの病床数は横ばい。  
→ 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿っていないのではないかと

## ・「経済財政運営と改革の基本方針2019」閣議決定（2019年6月）

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、（略）原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。

※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。

## ・再検証に係る424の公立・公的病院（※）を公表（2019年9月）

※「診療実績が特に少ない」または「類似かつ近接（構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している）」の要件のいずれかをすべての項目で満たす

## ・「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（2020年1月通知）

当面、都道府県においては、「経済財政運営と改革の基本方針2019」における一連の記載（※）を基本として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。

※医療機関の再編統合を伴う場合：遅くとも2020年秋頃、左記以外の場合：2019年度中

## ・「具体的対応方針の再検証等の期限について」（2020年8月通知）

再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、「経済財政と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとする。

## ・「地域医療構想の進め方について」（2022年3月通知）

2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行う。

## ・「経済財政運営と改革の基本方針2022」閣議決定（2022年6月）

地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

→法改正は行われず、厚生労働大臣告示・医政局地域医療計画課長通知を本年3月に発出。

# 病床機能報告（「急性期」「回復期」など）と診療報酬の関係

- 地域医療構想における「急性期」「回復期」という分類は、各病院が、フロアごとに定められた各病棟の主たる機能を報告するもの。
- これと診療報酬の分類を重ね合わせてみると、最も報酬が高い「急性期一般入院料1」（看護配置7：1などが要件）に偏っており、さらに、看護配置が比較的小さい病床でも「急性期」に分類されている例が多いことがわかる。

## ◆「病床機能報告」と診療報酬の関係（2021年7月1日時点）

該当する入院基本料・特定入院料	2021年7月1日時点の機能			
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
救命救急入院料等（ICU・HCUなど）	28,322	2,530	-	24
特定機能病院7対1入院基本料等	45,010	16,133	-	60
急性期一般入院料1（7対1以上）	71,589	269,227	527	87
急性期一般入院料2～7（10対1以上）	518	144,930	7,275	466
地域一般入院料等（13対1、15対1以上）	-	31,312	16,185	6,468
地域包括ケア病棟入院料等	49	14,589	53,880	2,349
回復期リハビリテーション病棟入院料	-	-	89,468	285
療養病棟入院料等	-	142	3,496	201,706
その他（障害者施設、診療所など）	9,755	70,416	22,125	100,634
計	155,243 13%	549,279 45%	192,956 16%	312,079 26%

2025年の病床の必要量	13.1万床 11%	40.1万床 34%	37.5万床 31%	28.4万床 24%
--------------	---------------	---------------	---------------	---------------

## ◆「急性期一般入院料」の主な要件（2022年度）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員 （※1）	7対1以上	10対1以上				
重症度、医療・看護必要度Ⅱの患者割合 （※2）	28%	24%	21%	17%	14%	測定していること
平均在院日数	18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能連携率	8割以上	-				
点数	1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

（※1）看護師比率は7割以上が要件

（※2）輸血などの処置の状況や、患者の状況、手術等の状況を勘案して重症度、医療・看護必要度が高い患者の割合。上記は許可病床200床以上の場合。このほか重症度、医療・看護必要度Ⅰによる患者割合の基準がある。

# 製薬関係のグローバル市場の状況について

## ◆内外の大手製薬企業の売上高

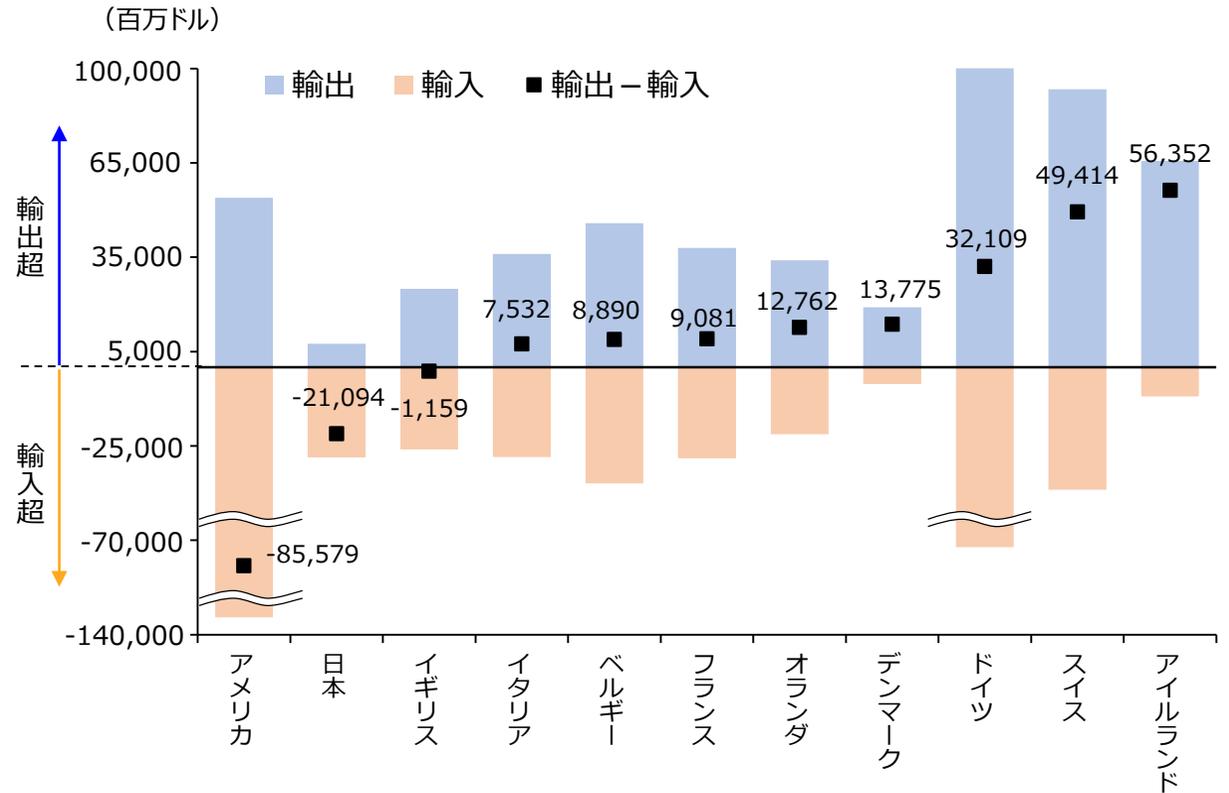
	企業名 ※赤字はワクチン開発企業	売上高 (億米ドル)
世界 上位 10 社	ファイザー (アメリカ)	796
	アッヴィ (アメリカ)	562
	ジョンソン&ジョンソン (アメリカ)	521
	ノバルティス (スイス)	516
	ロシュ (スイス)	493
	プリストル・マイヤーズ スクイブ (アメリカ)	464
	メルク (アメリカ)	428
	サノフィ (フランス)	394
	アストラゼネカ (イギリス)	374
	グラクソ・スミスクライン (イギリス)	337
日本 上位 10 社	武田薬品工業	266
	アステラス製薬	97
	第一三共	78
	中外製薬	75
	大塚ホールディングス	73
	エーザイ	47
	住友ファーマ	39
	田辺三菱製薬	29
	小野薬品工業	27
	協和キリン	26

※2021年度(会計年度ベース)、売上高は2021年度末時点のレート(121円)でドル換算。

(出所) SPEEDA(株式会社ユーザベース)、アニュアルレポート、有価証券報告書、決算情報

(出典) 日本製薬工業協会 DATA BOOK 2023

## ◆主要国の医薬品の輸出入額 (2020年)



(出所) OECD, "International Trade by Commodity Statistics Volume 2021 Issue 1-6"  
(Harmonised System 2012 classification 分類 No.30) を基に作成

# 後発品（ジェネリック医薬品）の例

例	一般名：アムロジピンベシル酸塩錠2.5mg	成分名：アムロジピンベシル酸塩
---	-----------------------	-----------------

適応症：高血圧症、狭心症

先発医薬品：ノルバスク錠



後発医薬品



	品名	メーカー名	薬価 (円)	備考
先発	ノルバスク錠2.5mg	ファイザー	29.90	
先発	アムロジン錠2.5mg	大日本住友製薬	29.00	
後発	アムロジピン錠2.5mg「EMEC」	エルメッド エーザイ	17.40	<div style="border: 2px solid #003366; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #003366; color: white; text-align: center;"> <p>2.5mg錠 (普通錠) の後発品 →35品目</p> <p>【参考】 2.5mg OD錠の 後発品 →25品目</p> </div>
後発	アムロジピン錠2.5mg「F」	富士製薬工業	17.40	
後発	アムロジピン錠2.5mg「JG」	日本ジェネリック	17.40	
後発	アムロジピン錠2.5mg「KN」	小林化工	17.40	
後発	アムロジピン錠2.5mg「MED」	メディサ新薬	17.40	
後発	アムロジピン錠2.5mg「NS」	日新製薬	17.40	
後発	アムロジピン錠2.5mg「あすか」	あすか製薬	17.40	
後発	アムロジピン錠2.5mg「アメル」	共和薬品工業	17.40	
:	:	:	17.40	
後発	アムロジピン錠2.5mg「CH」	長生堂製薬	13.00	
後発	アムロジピン錠2.5mg「NP」	ニプロ	13.00	
後発	アムロジピン錠2.5mg「TCK」	辰巳化学	13.00	
後発	アムロジピン錠2.5mg「TYK」	バイオテックベイ	13.00	
後発	アムロジピン錠2.5mg「YD」	陽進堂	13.00	
:	:	:	13.00	
後発	アムロジピン錠2.5mg「クニヒロ」	皇漢堂	9.60	
後発	アムロジピン錠2.5mg「ZJ」	ザイダスファーマ	9.60	

※薬価収載医薬品を取扱う企業(329社)のうち、後発品を取扱う企業は約6割(196社)(2021年9月調査時点)

# 介護の改革の必要性

- 介護はすでに医療以上のスピードで費用が増加しているが、団塊世代が85歳以上となる「10年後」には介護費用が激増することが確実。一方で、介護費用を支える保険料・公費負担の上昇、介護サービスを支える人材確保には限界がある。
- この中で、①ICT・ロボットの活用による人員配置の効率化、②大規模化・協働化による多様な人員配置、③給付の効率化（介護報酬改定、利用者負担、給付範囲の見直し）を3年に1度の制度見直しにおいて、毎回、着実に進める必要。

## ◆介護費用の推移

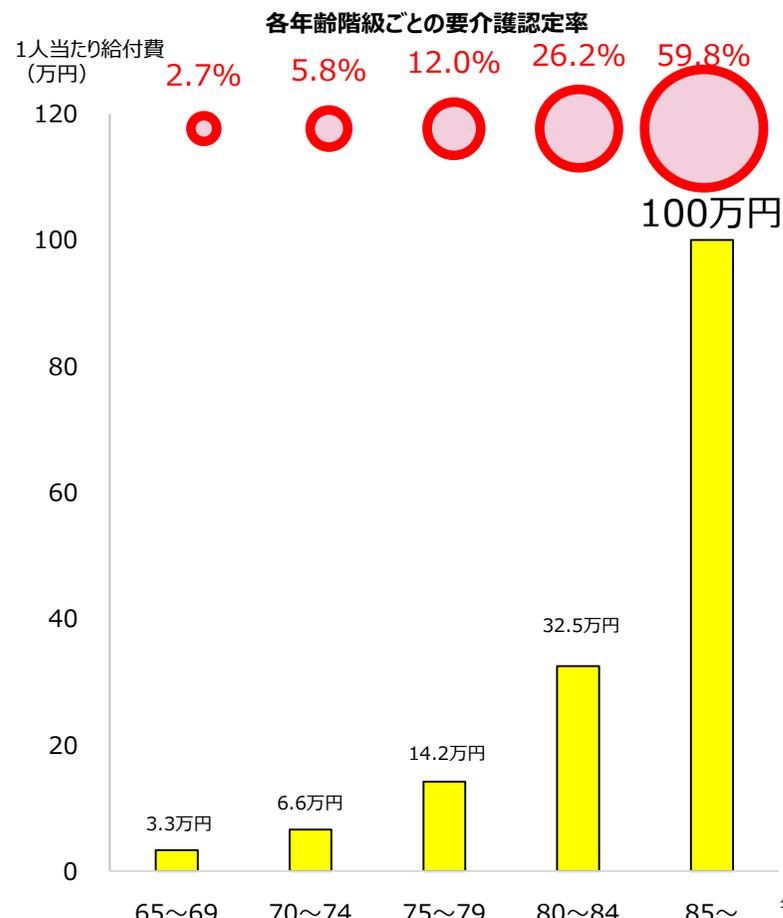
	2000年		2022年
介護保険	3.6兆円	約4倍	<u>13.3兆円</u>
医療保険	30.1兆円	約1.6倍	46.7兆円

## ◆介護保険料（月額）の推移

	2000年		2022年
1号保険料	2,911円	約2.1倍	<u>6,014円</u>
2号保険料	2,647円 <sup>注1</sup>	約2.1倍	5,669円 <sup>注2</sup>
医療保険 (協会けんぽ)	8.5%	約1.2倍	10.0%

(注1) 2001年の確定納付金額。  
(注2) 2020年の確定納付金額。

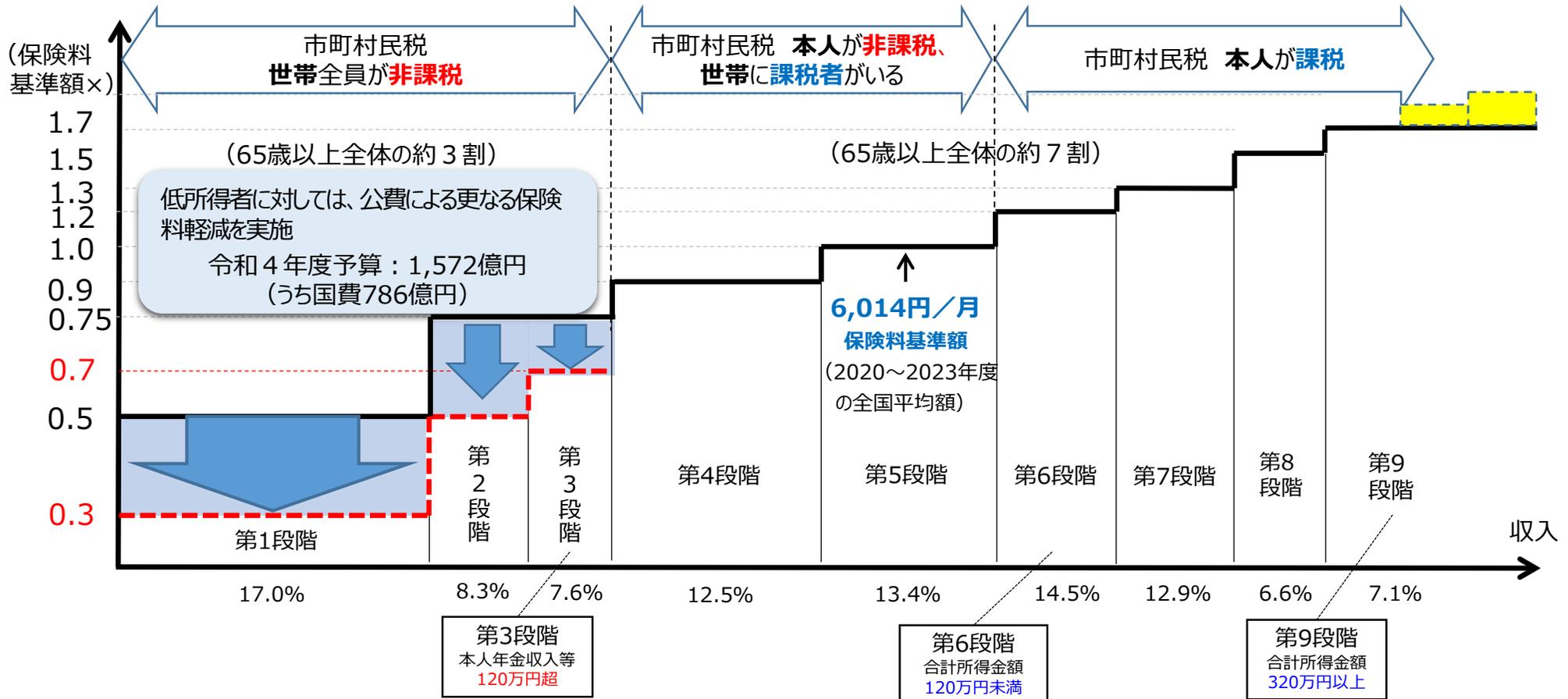
## ◆年齢別一人当たり給付費と要介護認定率



(出所) 要介護認定率：厚生労働省「介護保険事業状況報告（令和2（2020）年度）」 総務省「人口推計」  
介護給付費：厚生労働省「介護給付費等実態統計（令和2（2020）年度）」 総務省「人口推計」

# 介護保険の第1号保険料負担の見直し

- 介護保険第1号保険料は、保険者ごとに介護サービスの利用見込み等を踏まえて基準額を設定した上で、所得段階別の保険料を決定。基本的に、基準額を上回る分の合計額と、基準額を下回る分の合計額を均衡させることとなっている。
- これに対し、低所得者の保険料負担の軽減を強化するため、2015年度より、公費による更なる負担軽減を実施。
- 今後、高齢化の進展による第1号被保険者数の増加や、給付費の増加に伴う保険料の上昇が見込まれる中で、低所得者の負担軽減に要する公費の過度な増加を防ぐため、負担能力に応じた負担の考え方に沿って、高所得の被保険者の負担による再分配を強化すべき。



(出所) 被保険者割合は「令和2(2020)年度介護保険事業状況報告」

(注) 具体的軽減幅は各割合の範囲内で市町村が条例で規定

# 多床室の室料負担の見直し①

- 制度創設時から、「施設介護については、居宅介護とのバランスや高齢者の自立が図られてきている状況から見て、食費等日常生活費は、利用者本人の負担とすることが考えられる」とされていた（「高齢者介護保険制度の創設について」（1996））。
- このため、2005年度に、食費と個室の居住費（室料＋光熱水費）を介護保険給付の対象外とする見直しを実施（多床室は食費と光熱水費のみ給付対象外）。2015年度に、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）の多床室の室料負担を基本サービス費から除く見直しを実施。
- しかしながら、介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床の多床室については、室料相当分が介護保険給付の基本サービス費に含まれたままとなっている。

## 介護老人福祉施設（特養老人ホーム）

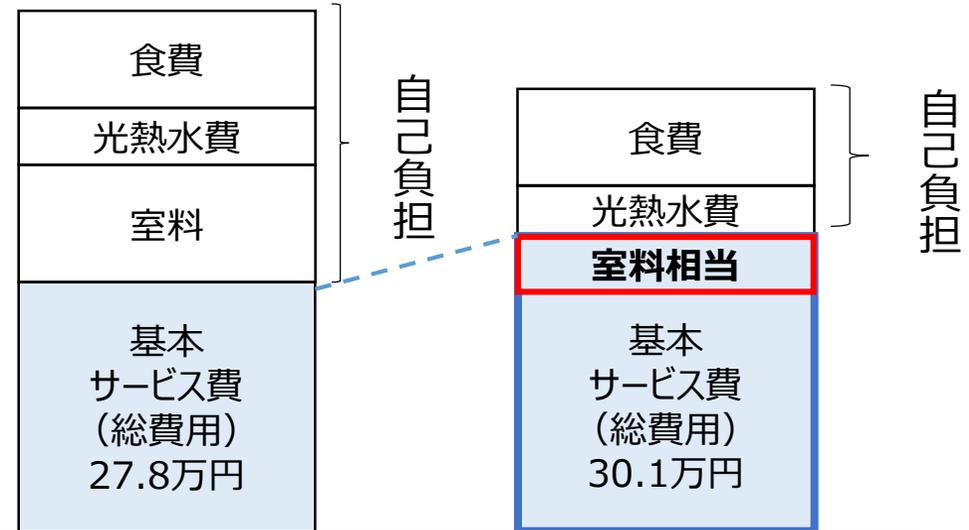
特養は2015年度改定で多床室の室料をサービス費から除外し、個室と多床室の報酬水準は同額。



個室・多床室

## 介護老人保健施設・介護医療院・介護療養病床

老健施設の多床室については、**室料相当額は基本サービス費に含まれたまま**であり、多床室の方が個室よりも基本サービス費が高い。



個室

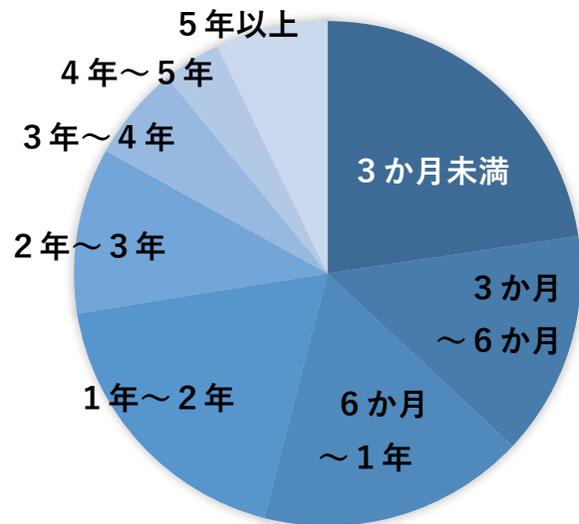
多床室

(注) 上記の特養老人ホーム、介護老人保健施設等の基本サービス費は要介護5の者が30日入所した場合の費用（利用者負担含む）

## 多床室の室料負担の見直し②

- 介護医療院は、介護老人福祉施設（特養老人ホーム）と同様、家庭への復帰は限定的であり、利用者の「生活の場」となっている。
- 介護老人保健施設は、施設の目的が「居宅における生活への復帰を目指すもの」とされ、少なくとも3か月ごとに退所の可否を判断することとされているが、一般的な医療機関でも長期入院の基準が180日となっている中で、介護老人保健施設の平均在所日数は300日を超えている状況。
- さらに、入所当初の利用目的が「他施設への入所待機」や「看取り・ターミナル期への対応」という利用者が3割となっており、長期入所者の退所困難理由でも「特養の入所待ちをしている」が38%、「家族の希望」が25%となっている。
- こうした状況を踏まえ、居宅と施設の公平性を確保し、どの施設であっても公平な居住費（室料＋光熱水費）を求めていく観点から、給付対象となっている室料相当額について、次期計画期間（2024～2026年度）から、基本サービス費等から除外する見直しを行うべきである。

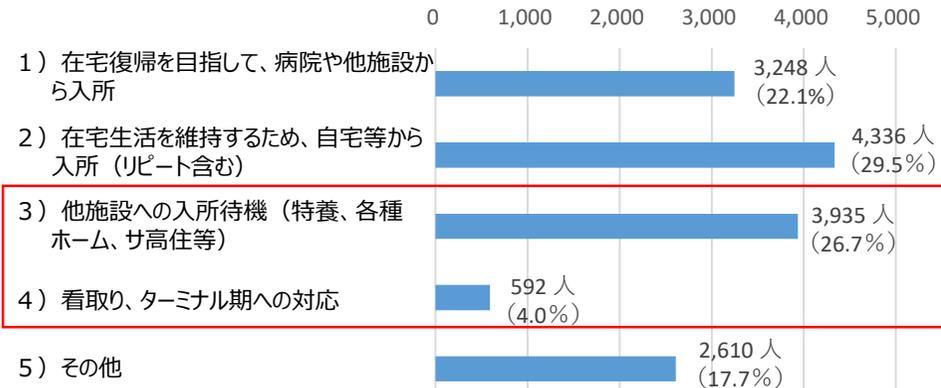
### ◆介護老人保健施設の在所日数別の利用者数（2019年9月末時点）



- 3か月を超えて入所している利用者：77%
- 6か月を超えて入所している利用者：63%
- 1年を超えて入所している利用者：46%

（出所）「令和元（2019）年介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省（2021年1月）

### ◆介護老人保健施設の入所サービス利用者の利用目的



（出所）「介護老人保健施設における多職種連携を通じた在宅復帰・在宅支援等に関する調査研究事業 報告書」全国老人保健施設協会（2022年3月）

### ◆長期入所者における退所の困難理由（住宅強化型）

- 認知度が重度である：20.6%
- 自宅等では療養困難な医療処置を必要とする：7.3%
- 自宅等では療養困難な精神疾患を有する：1.6%
- 特養の入所待ちをしている：38.1%
- 在宅生活を支える介護サービスが乏しい：5.1%
- 家族の希望：25.0%
- その他：6.7%

（出所）「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化へ向けて」全国老人保健施設協会（2018年3月）