

Stu-GEセミナー

今、医療業界に何が起きているのか I
「これからどうなる？」

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）

代表取締役所長 菊地祐男

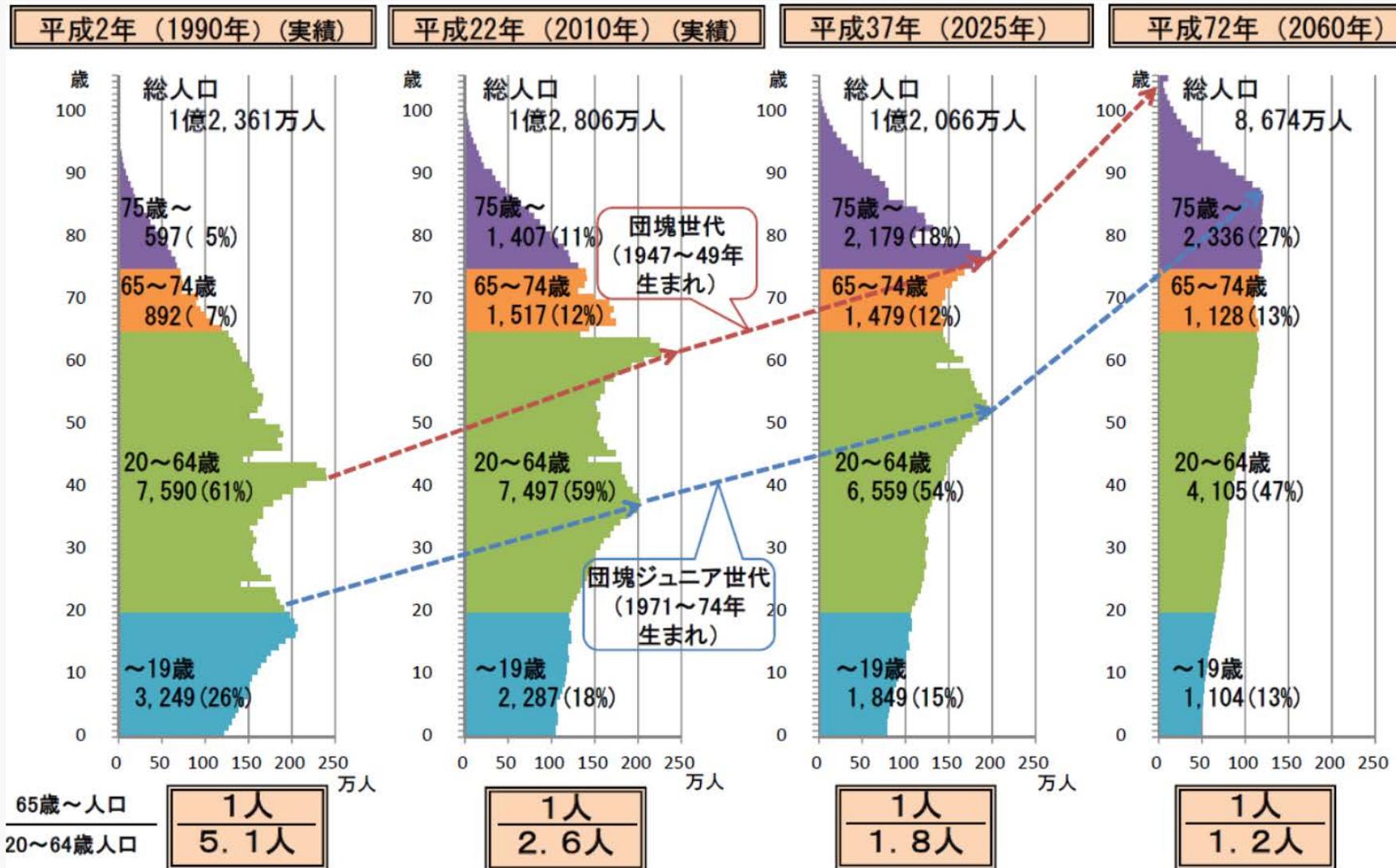
（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217

2015年9月18日

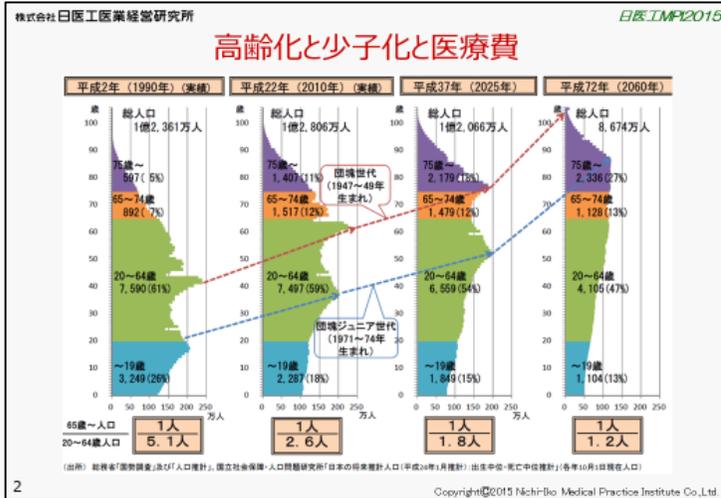


株式会社日医工医業経営研究所

高齢化と少子化と医療費



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)



高齢化と少子化と医療費

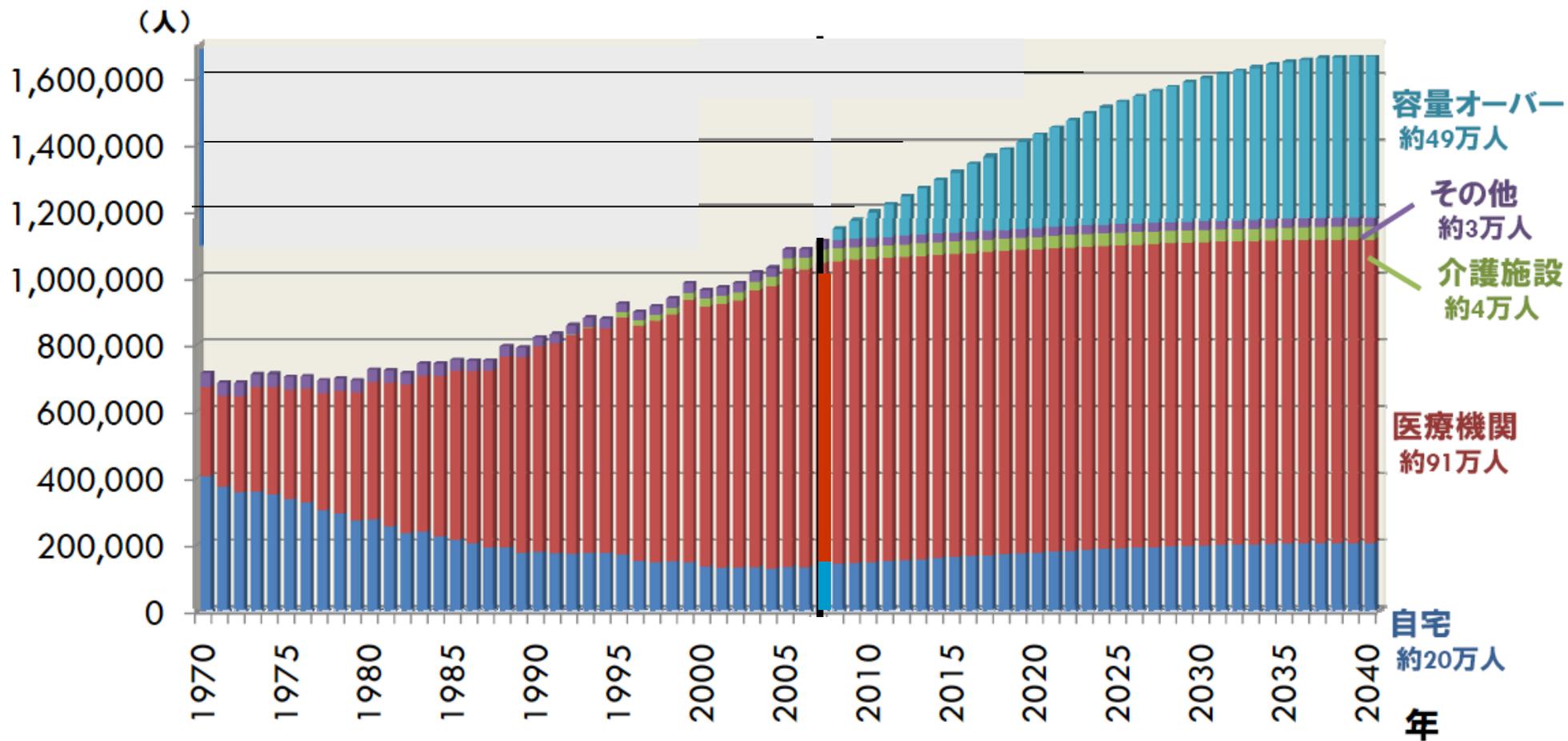
- ・2025年問題（高齢化対策）
- ・人口減少、特に生産年齢の・

2010年に定年を迎えた多くの団塊の世代は、今は65歳を超え高齢者となっています。この団塊の世代が2025年には75歳を超え、後期高齢者に入ってきます。

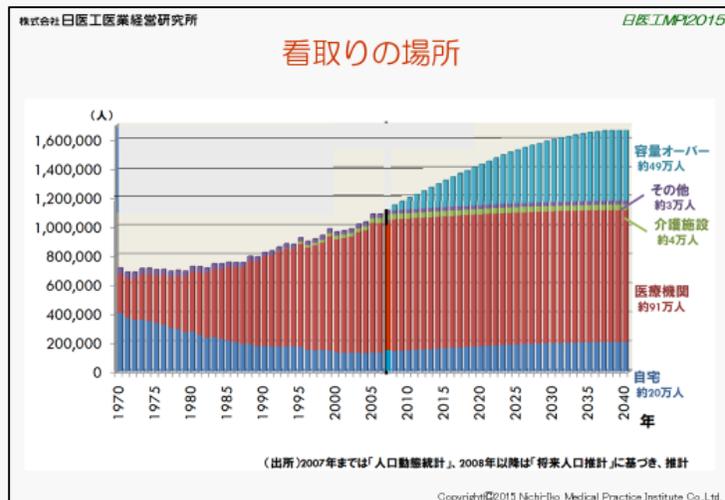
2010年頃までは高齢者を支える側だった団塊の世代が、2025年にはほとんどが支えられる側になります。また75歳以上は65歳未満に比べて5倍の90万円を超える医療費（年間一人あたり）がかかると言われており、一気に医療費負担も増加するため、2025年を乗り越えることを当面の目標として政策が進められています。

しかし、一番怖いのはその後に訪れる少子化の影響です。2060年には痩せ細った生産年齢人口で高齢者を支えることになるため、今のうちから本気で少子化対策を進める必要があります。

看取りの場所



(出所)2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計



看取りの場所

- ・人はどこで亡くなってきたか
- ・病院と病床は増やせないなかでどこで看取るか

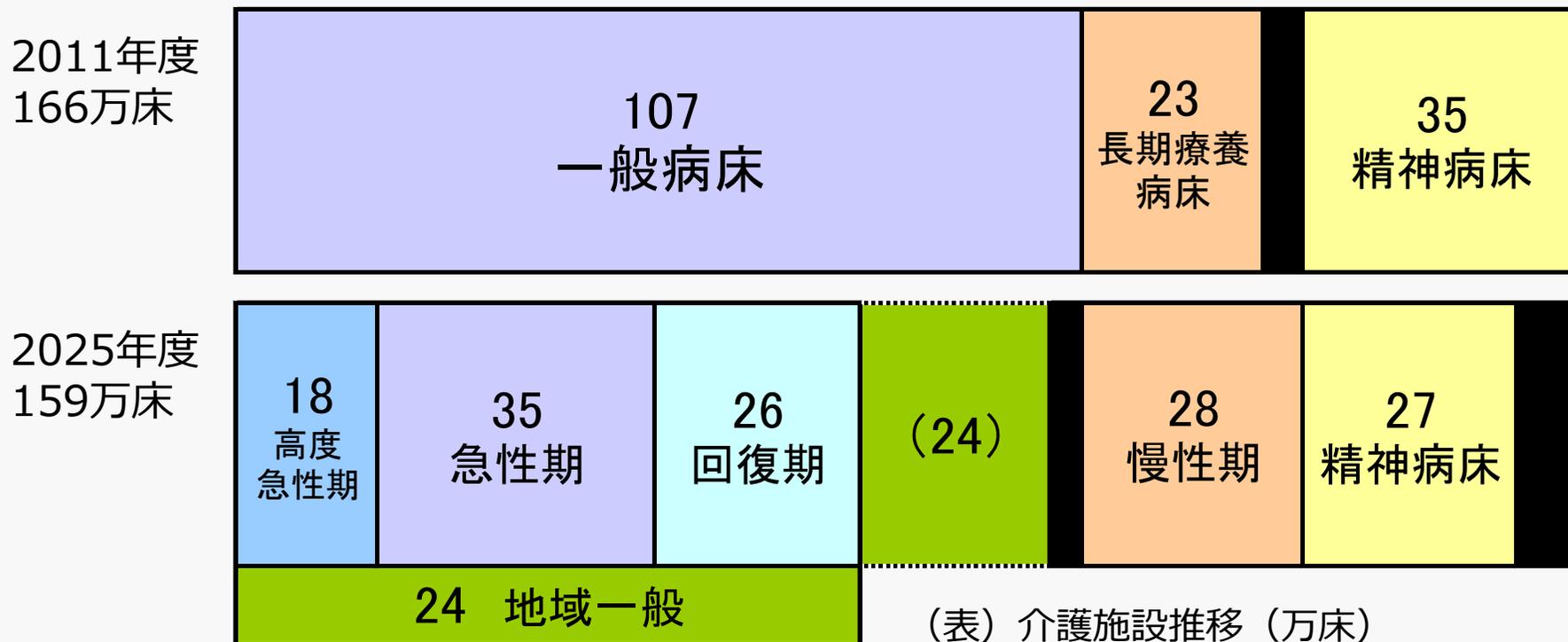
1970年頃の看取りの場所は、病院と自宅が半々でした。その後は病院が増えるにしたがって病院で看取ることが多くなり、それが一般的な姿になってきました。

高齢化が進めば、年間の死亡者数も当然増加します。ピーク時は年間に約160万人が亡くなると予想されています。

しかし病院は今以上に増やせません。そこで介護施設や自宅での看取りを増やす必要があり、具体的な対応策が課題となっています。

2025年度の病床数と介護施設

(図) 病床数推移 (万床)



(表) 介護施設推移 (万床)

	2011年度	2025年度
特養	48	72
老健等	44	59
居住系	31	61
在宅	273	449

参考：208回中医協総会配布資料より (2011年11月25日)



2025年度の病床数と介護施設

- ・病床再編の目標
- ・介護施設の目標

厚労省が2011年に発表した病床区分の計画です。

2001年までの日本の病床区分は、「結核病床」「感染症病床」「精神病床」と「その他病床」となっていました。「その他病床」日本の病床の多くを占めていたこともあり、2001年3月に施行された第四次医療法改正で「その他病床」は「一般病床」と「療養病床」に分けられ呼び名も変更されました。

この区分（一般と療養）を2025年までに「高度急性期・急性期・回復期・慢性期」の4区分とするのが病床再編の目標で、それぞれに病床数の目標が設定されています。

「地域一般」の区分は、病院が少なく連携できない地域において単独の病院が複数の病床区分を持つ24万床をイメージしています。

病床数全体としては大きく変動（減少）しないことになっていますが、再編を通して病床が余る試算が最近示されました。

また介護施設と在宅は大きく増加します。ここで高齢化に伴う医療と介護、さらに看取りまでを担う計画です。

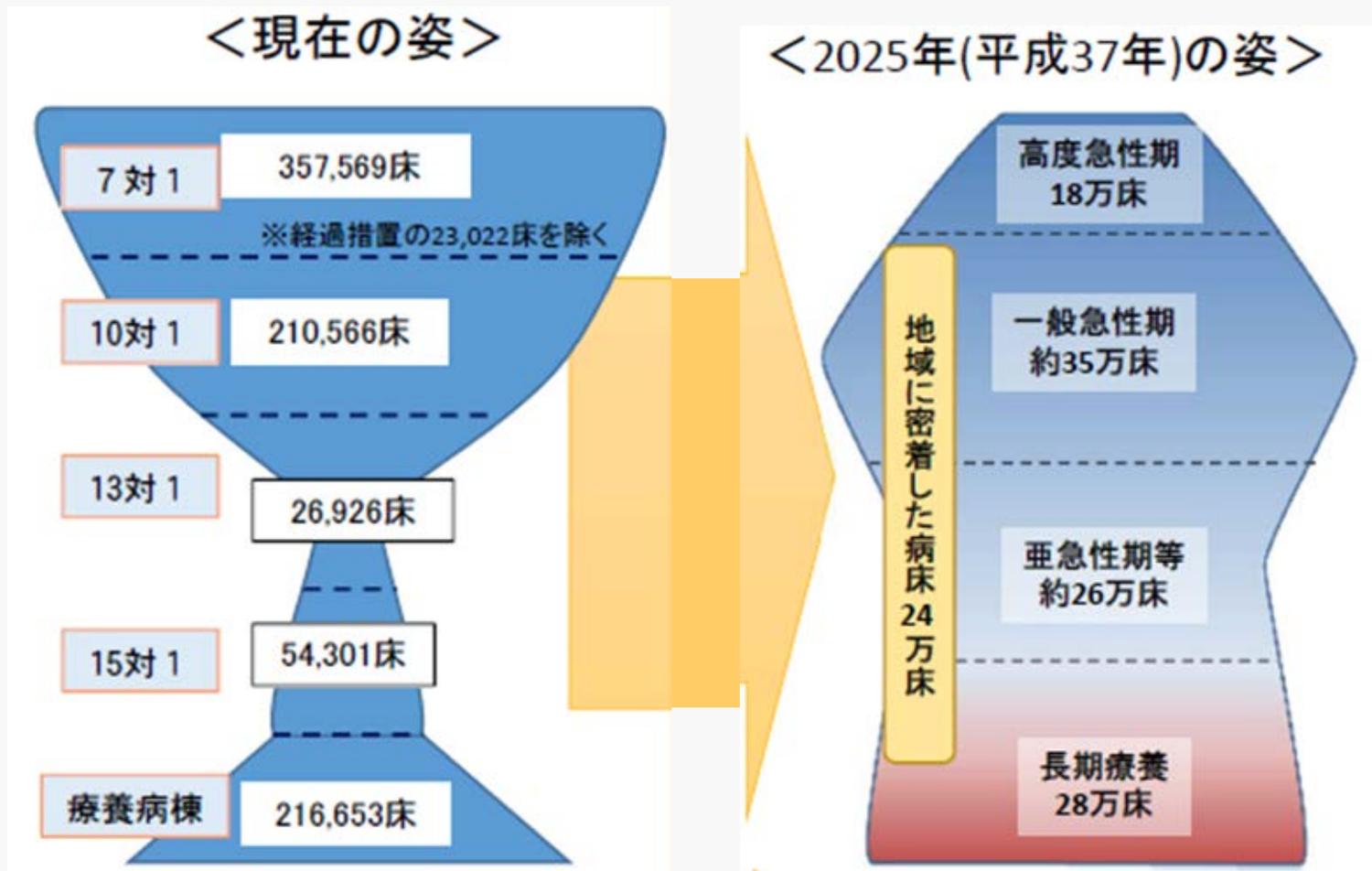
2025年の病床の姿 (病床再編)

入院患者7人：看護師1人
(重症患者用病床?)

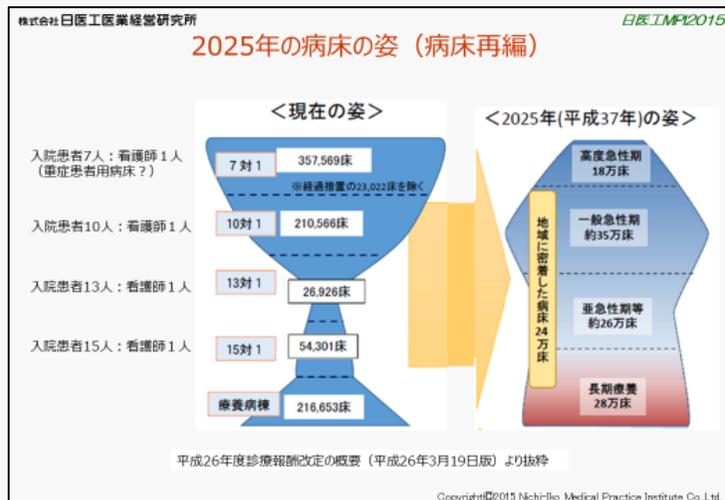
入院患者10人：看護師1人

入院患者13人：看護師1人

入院患者15人：看護師1人



平成26年度診療報酬改定の概要 (平成26年3月19日版) より抜粋



2025年の病床の姿（病床再編）

・一般病床の区分と問題

この図も厚労省が作成したものです。正確な比率になっていないせいか現在は使用していないようなので、イメージとして見てください。

一般病床は急性期を担う病床となり、看護基準で細分化されています。「7対1」とは入院患者7人に対し1人の看護師（一部准看護師）がいる体制の病床です。看護師が多い病床はより急性期を担う病床であると思われませんが、日本ではこの7対1が最も多くなっています。

一般病床の1泊2日の食事なし治療費別の素泊まり料金（入院基本料、早期加算など）は、7対1が約42,000円、10対1が約37,000円、・・・15対1では約30,000円となり、看護師の多い病床は診療報酬も多く支払われます。

問題は7対1病床が急性期だけを担っているわけではないことです。日本の医療需要で7対1や10対1の病床がこれだけ多く必要ではありません。結局看護師を雇用し多くの診療報酬を得る病床でも慢性期と思われる患者を多く診ていることもあるようです。このままでは2025年問題を越えられないこともあり、病床再編が必須の政策となっています。

医療需要の将来推計（全国）

医療需要 = 年齢階級別の人口 × 年齢階級別・疾病別受療率

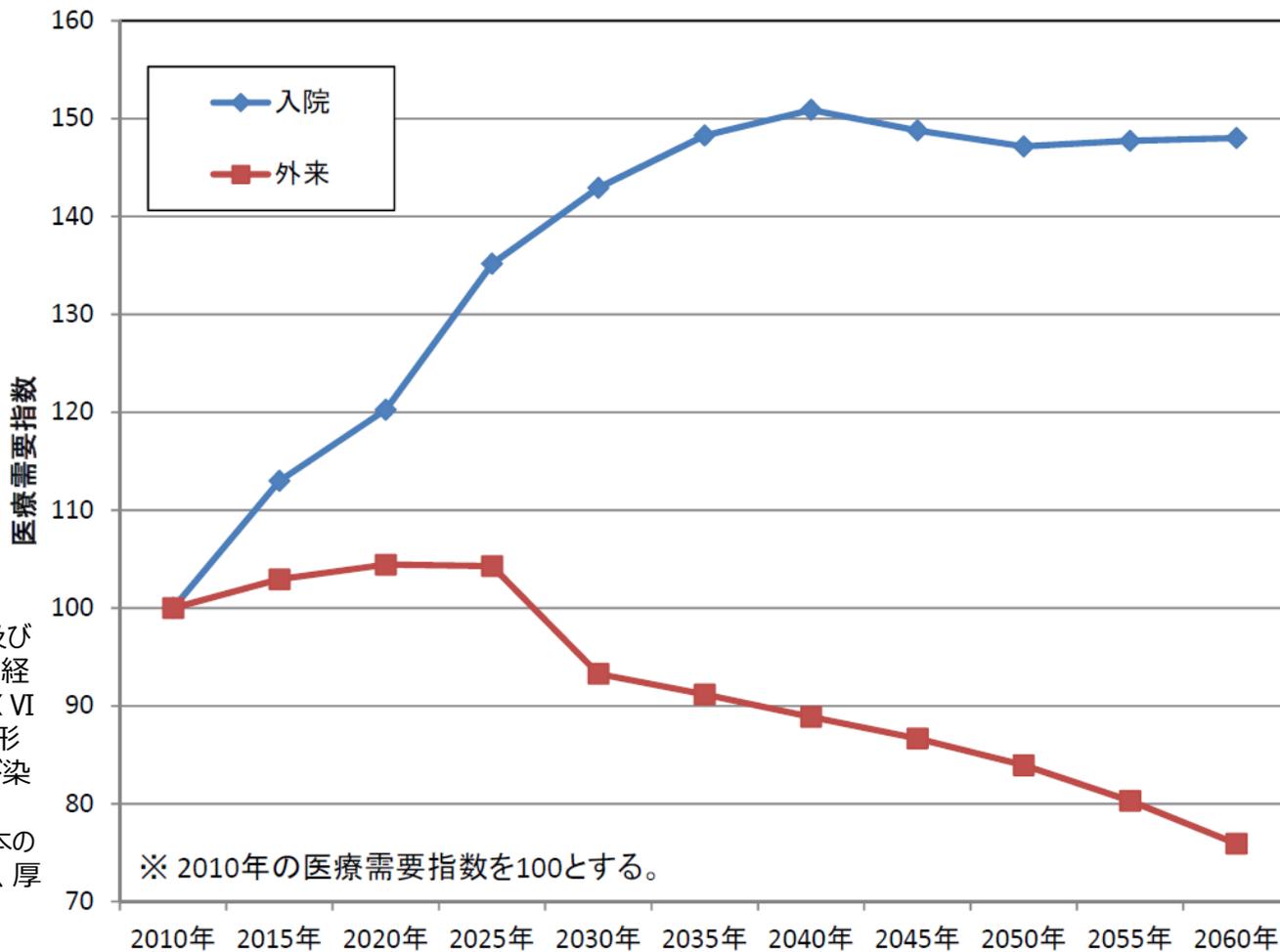
全国の入院医療需要と 外来医療需要の推移

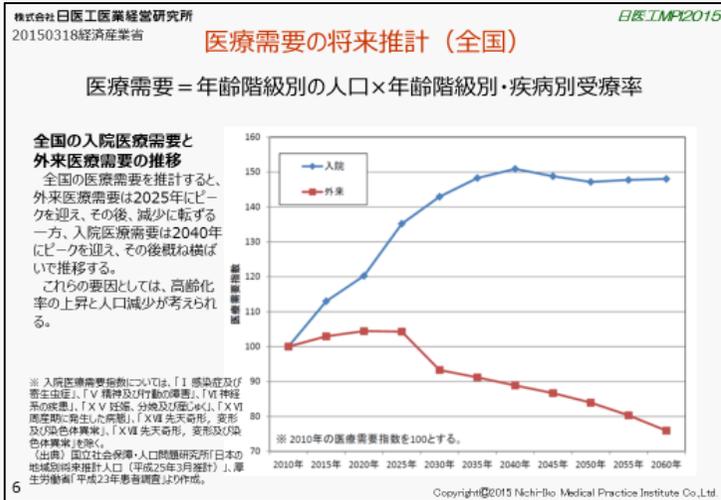
全国の医療需要を推計すると、
外来医療需要は2025年にピークを
迎え、その後、減少に転ずる
一方、入院医療需要は2040年
にピークを迎え、その後概ね横ば
いで推移する。

これらの要因としては、高齢化
率の上昇と人口減少が考えられ
る。

※ 入院医療需要指数については、「I 感染症及び
寄生虫症」、「V 精神及び行動の障害」、「VI 神経
系の疾患」、「XV 妊娠、分娩及び産じゅく」、「XVI
周産期に発生した病態」、「XVII 先天奇形、変形
及び染色体異常」、「XVIII 先天奇形、変形及び染
色体異常」を除く。

（出典）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3月推計）」、厚
生労働省「平成23年患者調査」より作成。





医療需要の将来推計（全国）

- ・経済産業省の公表データ
- ・医療需要予測

本データの解説資料は、Stu-GEに2015年4月11日付けで掲載しています。

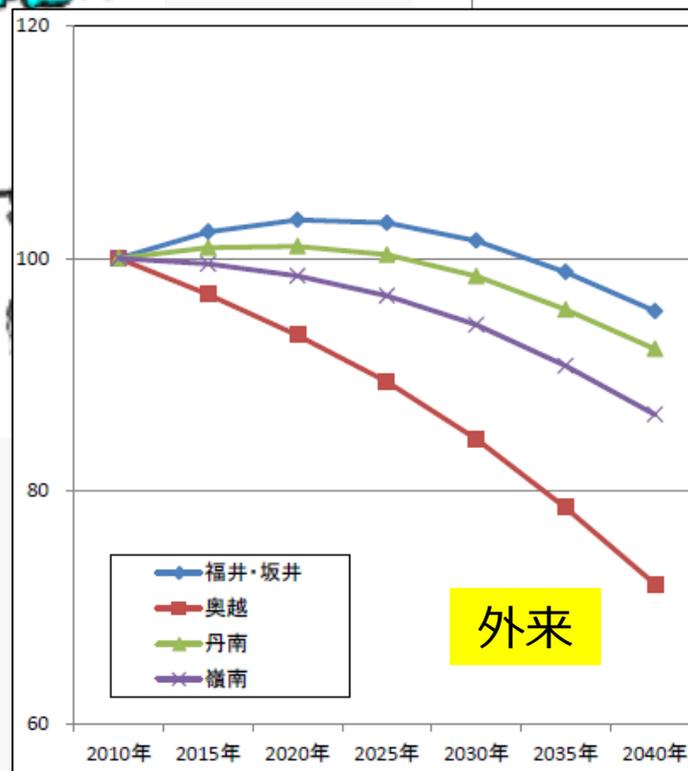
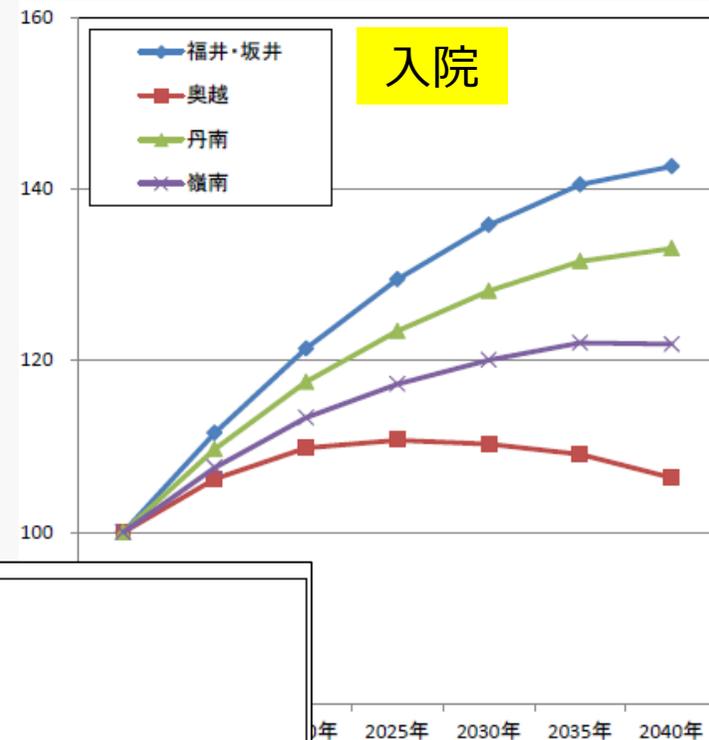
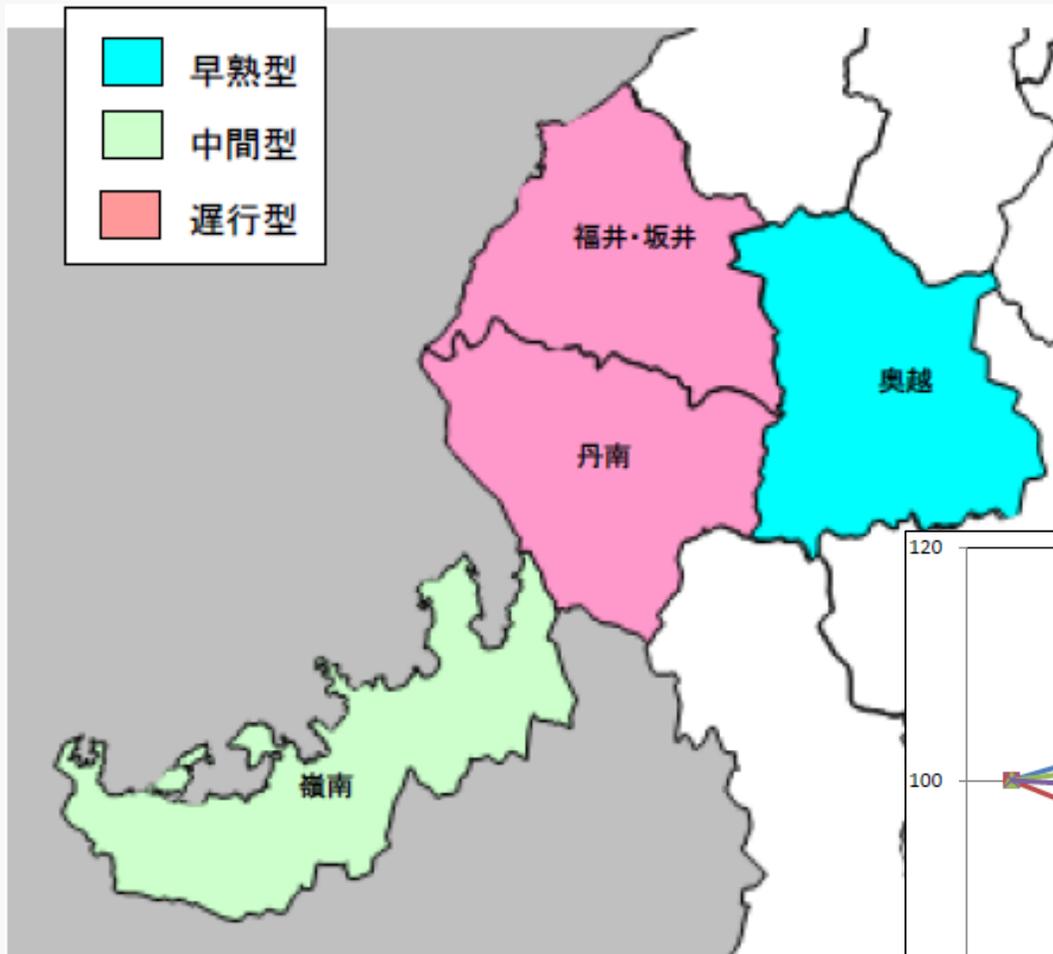
MPI資料：「都道府県別の医療需要予測分析」

経済産業省が地域医療構想を進める上で参考とする「医療需要の将来推計」をホームページで公開しています。

これは全国の推計ですが、現在の疾患別受療率を将来の予測人口を用いて算出したものです。入院患者数は2040年頃にピークを迎えますが、その多くは慢性期の患者と考えられます。また外来患者数は2025年にピークを迎え、その後減少していきます。

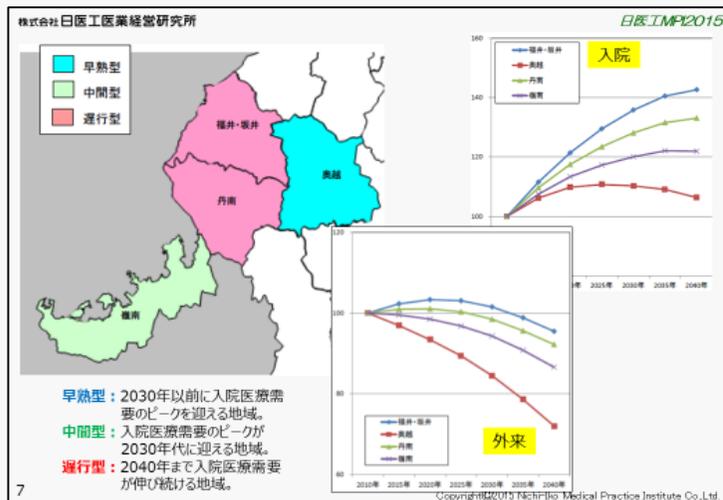
これらの要因に、高齢化率の上昇と人口の減少があります。

同様の分析を全国の全ての二次医療圏毎に行っており、福井県の例を紹介します。



- 早熟型** : 2030年以前に入院医療需要のピークを迎える地域。
- 中間型** : 入院医療需要のピークが2030年代に迎える地域。
- 遅行型** : 2040年まで入院医療需要が伸び続ける地域。

解説



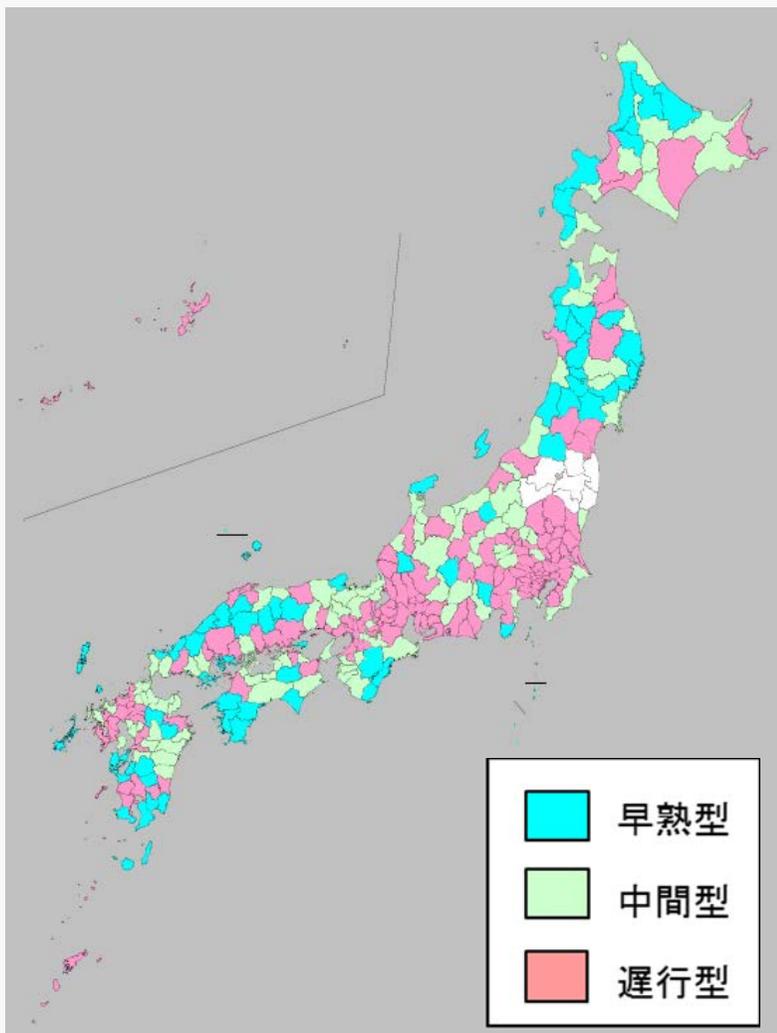
医療需要の将来推計（福井県）

- ・3つの型の分類
- ・入院と外来の医療需要予測

福井県の二次医療圏は4つあります。入院の医療需要推移予測により3つの型に分けています。2040年まで入院医療需要が伸び続ける地域の「遅行型」が2つありますが、奥越は2030年以前に入院医療需要のピークを迎える「早熟型」となっており、既に高齢化がピークを迎え、人口減少が進んでいる地域と言えます。

奥越の外来需要は既に下がっており、この地域にある医療機関は早急な対応が必要となっています。またこのような状況の場合は、複数の二次医療圏を統合した構想区域設定の可能性についても提言しています。

全国の入院医療需要 (二次医療圏)



現状のタイプ分類 (二次医療圏)

【タイプⅠ】

今も将来も病床が多い

【タイプⅡ】

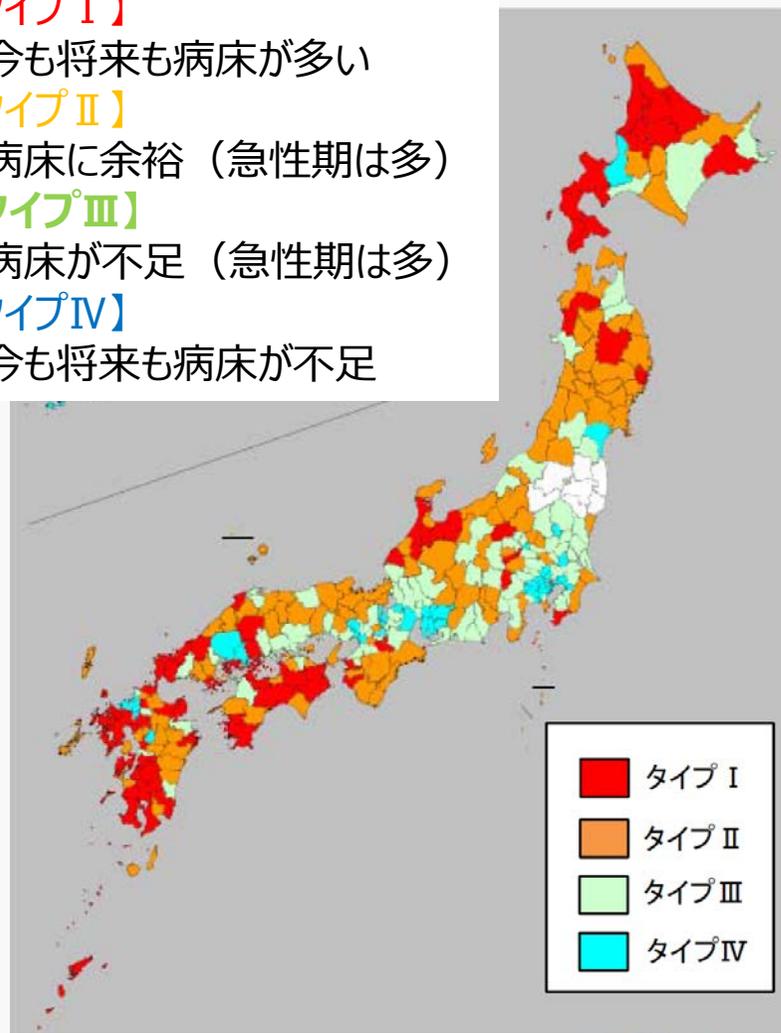
病床に余裕 (急性期は多)

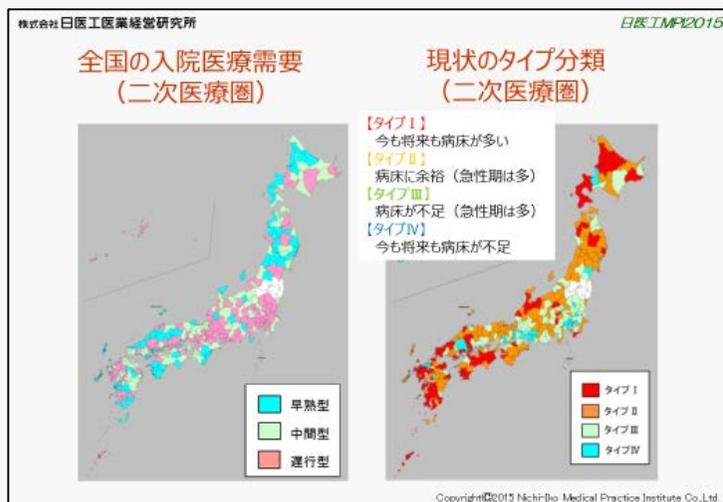
【タイプⅢ】

病床が不足 (急性期は多)

【タイプⅣ】

今も将来も病床が不足





全国の入院医療需要 & タイプ分類

- ・ 3つの型（全国）
- ・ 4つのタイプ（全国）

左は、二次医療圏の3つの型を全国で表示した地図です。（福島県は人口推計が困難なため白地になっています）

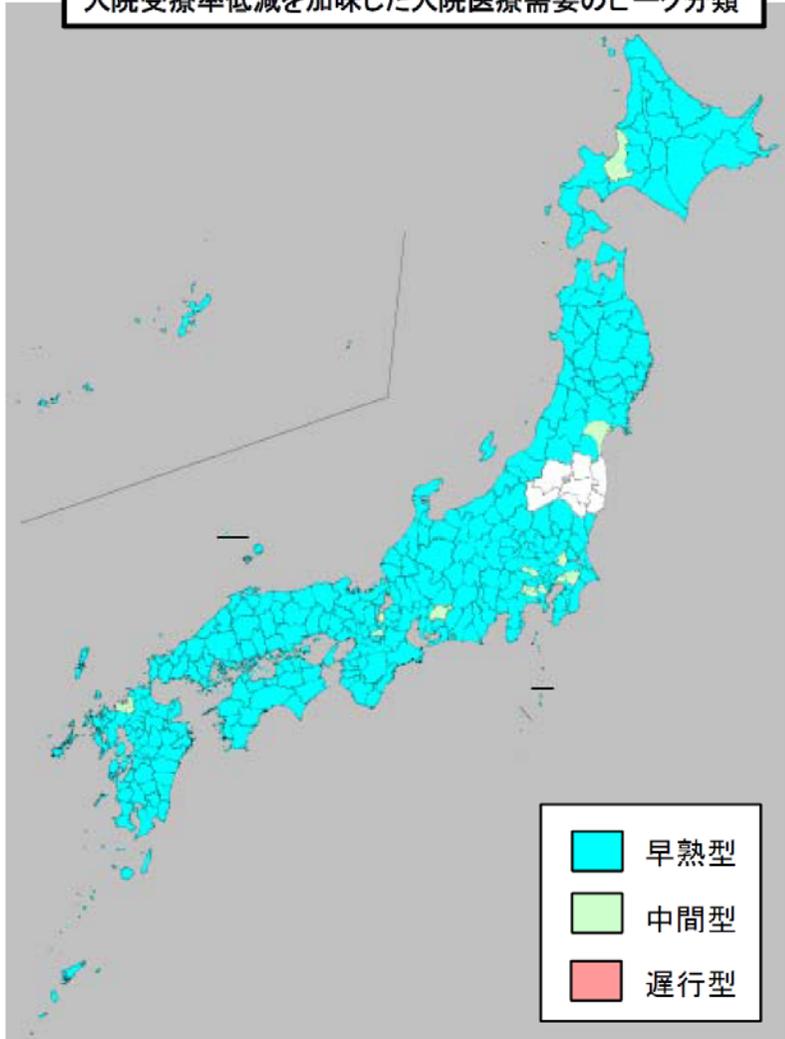
大まかに見て、都市部は遅行型、地方では早熟型が目立ちます。

右は、将来の必要病床数を4つのタイプに分けて分類したものです。大まかに赤や橙色は病床が余る地域、黄緑や水色は病床の不足する地域となります。

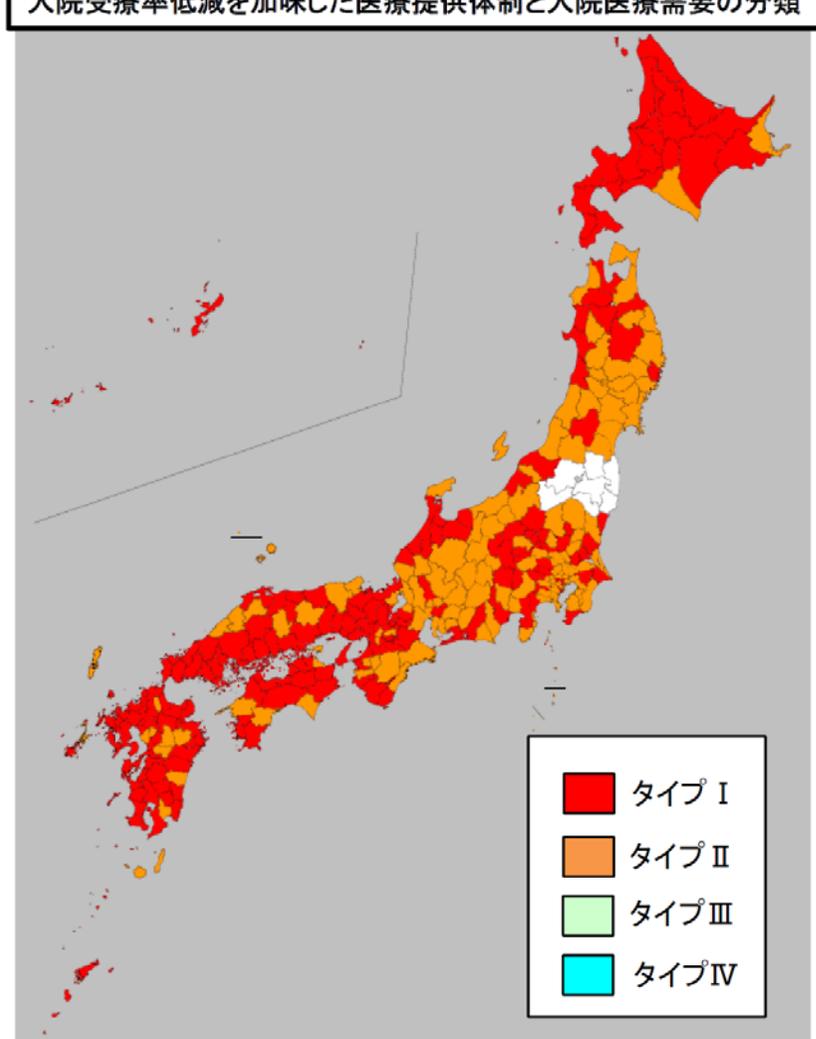
やはり都市部と地方で傾向が分かれています。

入院受療率の低減、平均在院日数の短縮を加味した将来予想

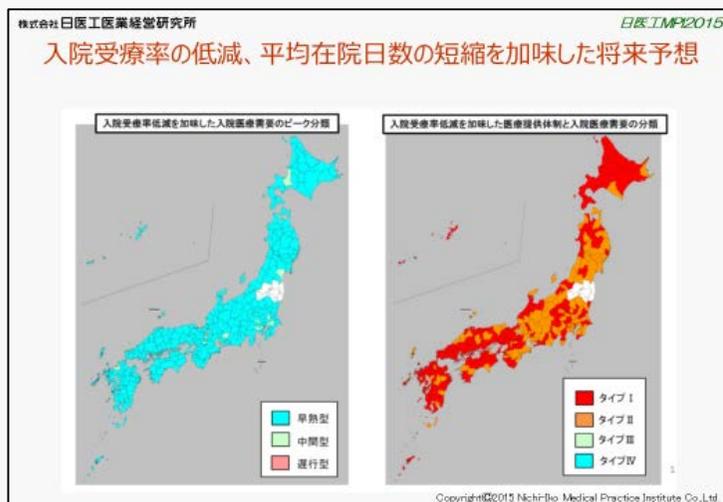
入院受療率低減を加味した入院医療需要のピーク分類



入院受療率低減を加味した医療提供体制と入院医療需要の分類



解説



入院受療率の低減、 平均在院日数の短縮を加味した将来予想

- ・補正した医療需要予想

医療需要予測は現在の医療受療率で算定していますが、直近の3年は毎年3%ずつ医療需要率が低下しているそうです。疾病予防や健診制度が進んだことが理由のようですが、平均在院日数も減少しているため、これらを加味して補正すると、左図のように全国的にほぼ全てが早熟型になり、右図のタイプ別もIまたはIIとなり、病床は相当に余る予測となります。

このようなデータに基づいて病床再編が進められることとなります。

今までは、地域連携が謳われる中で緩やかな病床区分変更が行われてきましたが、これらの将来予想と医療費抑制の2025年問題をクリアするために、これからはなかば強制的に病床再編が実行されることになりそうです。

地域医療構想（地域医療ビジョン）

将来（2025年）の医療需要を推定し、それに見合う医療供給体制を都道府県が主体となって策定する医療構想（ビジョン）

病床機能報告制度を受けて2015年度から策定する

【地域医療構想の3つの内容】

- ①2025年の医療需要「入院受療率」（入院・外来別、疾患別の患者数など）
- ②2025年に必要となる医療提供体制（医療機能別の必要量など）
- ③それを実現するための施策（機能分化連携の推進、在宅医療、人材育成など）

地域医療構想を実現させるための施策（都道府県）

- ①医療機関の自主的取組の支援
- ②地域医療構想調整会議（協議の場）の設置
- ③地域医療介護総合確保基金の運用
- ④都道府県知事の権限

株式会社日医工医業経営研究所 日医IMPI2015

地域医療構想（地域医療ビジョン）

将来（2025年）の医療需要を推定し、それに見合う医療供給体制を都道府県が主体となって策定する医療構想（ビジョン）

病床機能報告制度を受けて2015年度から策定する

【地域医療構想の3つの内容】

- ①2025年の医療需要「入院受療率」（入院・外来別、疾患別の患者数など）
- ②2025年に必要となる医療提供体制（医療機能別の必要量など）
- ③それを実現するための施策（機能分化連携の推進、在宅医療、人材育成など）

地域医療構想を実現させるための施策（都道府県）

- ①医療機関の自主的取組の支援
- ②地域医療構想調整会議（協議の場）の設置
- ③地域医療介護総合確保基金の運用
- ④都道府県知事の権限

8 Copyright©2015 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

地域医療構想（地域医療ビジョン）

- ・地域医療構想とは
- ・地域医療構想の進め方

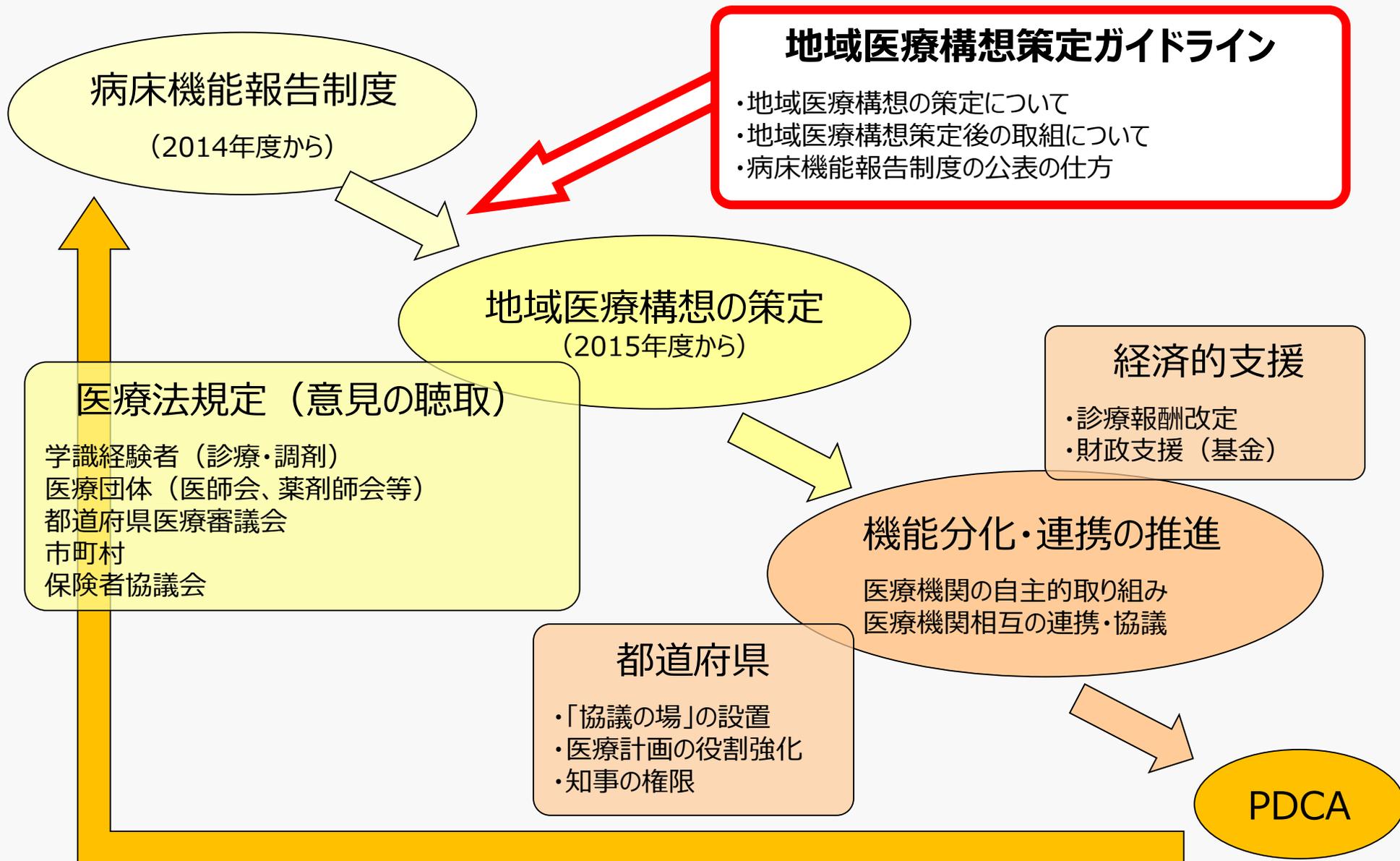
地域医療構想とは、将来の医療需要を推定し、それに見合う医療供給体制を都道府県が主体となって策定する医療ビジョンのことです。

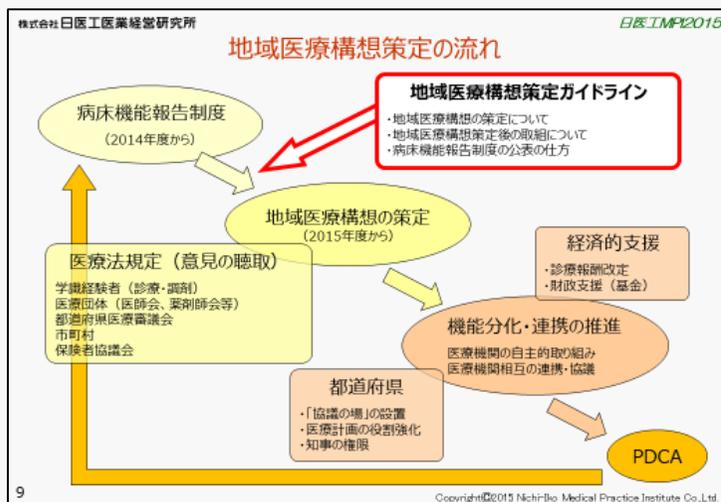
既に医療需要推計は公表され、その推計値に合わせた医療提供体制（区分別病床数など）も明確になっている中で、どのように実態に合わせていくかが問題になります。

その方法として、自主的な取組や協議の場の設置が考えられていますが、経済支援となる基金も用意されました。

さらに都道府県知事に勧告・命令や病院管理者の変更命令などができるような権限が医療法に規定され、何としても病床再編を行う強い意志が感じられます。

地域医療構想策定の流れ





地域医療構想策定の流れ

- ・病床機能報告制度
- ・PDCAによる構想の実現

地域医療構想を進める上で、まず病院の実情を把握する必要があります。

そこで2014年秋に全国の全ての病院と有床診療所（精神科単科病院などを除く）が自院の病床機能を報告しています。2014年は施設自からが考える病床区分でOKでしたが、今後は明確に定義された区分で報告することが求められます。

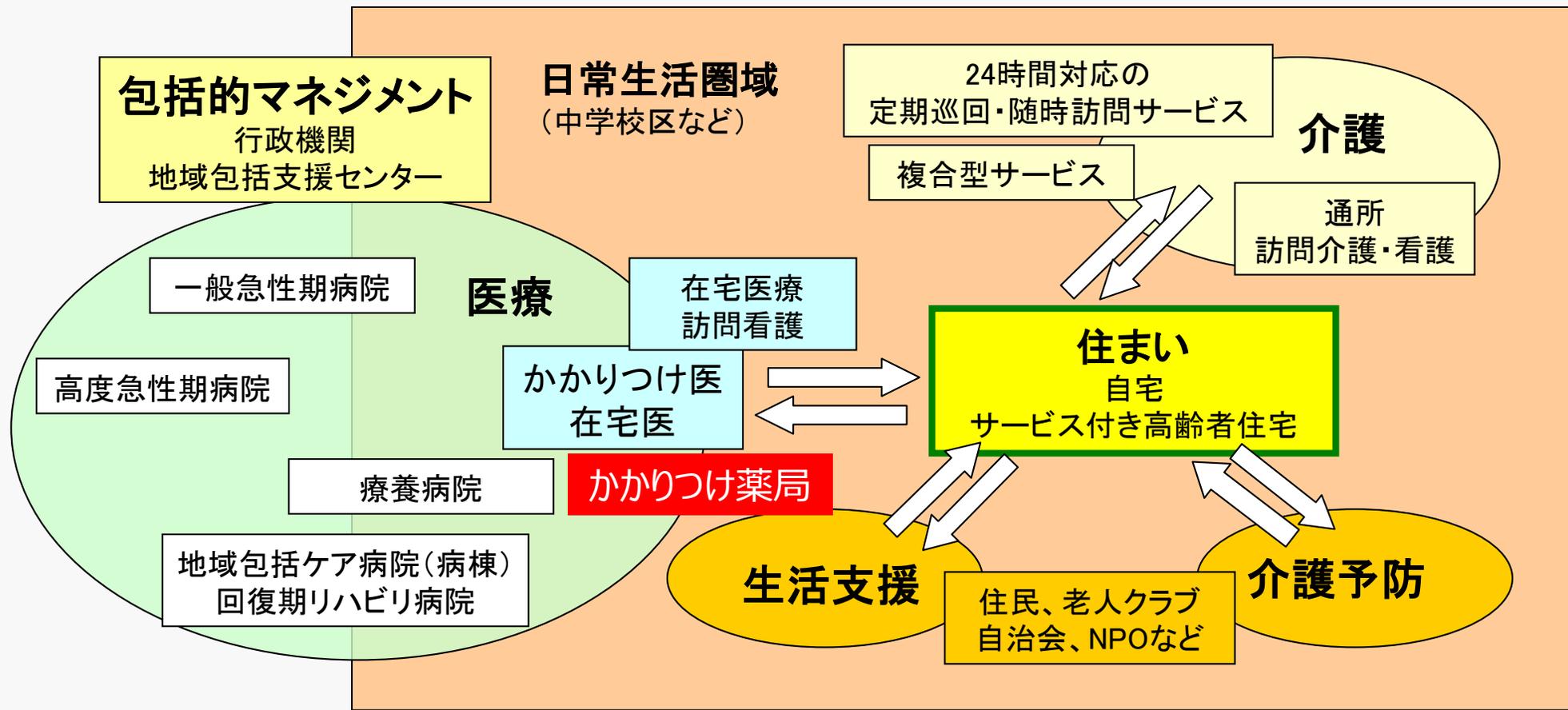
2015年度から地域医療構想の策定が始まりました。病床機能報告を受けて将来の医療需要と突き合わせながら、ガイドラインに従って調整を進めることとなりますが、単年で上手くいくことはないため、調整した結果で毎年病床機能報告を実施し、また調整を進めていくPDCAの手法で2018年を目途に地域医療構想が進められることとなります。

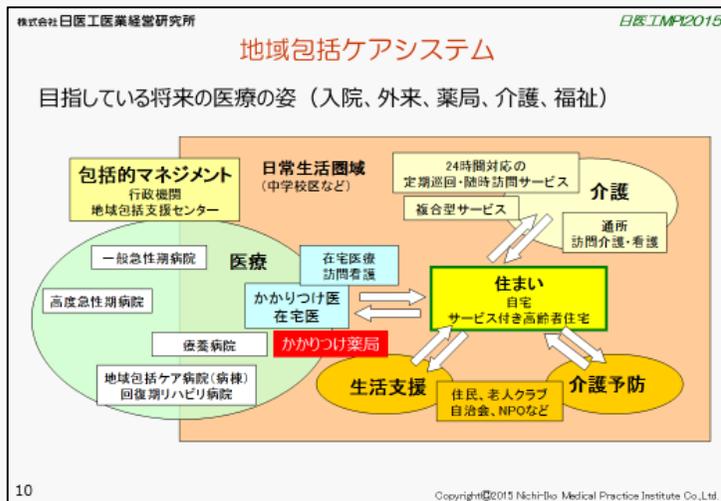
それでも調整ができない場合は、都道府県知事の権限が用いられるため、なかば強制的に病床再編が実行されることとなります。

2015年6月に「病床削減の目標」が報道されましたが、厚労省は否定しています。しかし地域医療構想のなかで病床が削減されることはあるとしており、厚労省の内部目標としては20万床の削減を見越しているかもしれません。

地域包括ケアシステム

目指している将来の医療の姿（入院、外来、薬局、介護、福祉）





地域包括ケアシステム

- ・日常生活圏域
- ・医療・介護・福祉の一体化

現在、入院医療において病床再編が進められています。病床が整理される中で国が目指しているのが地域包括ケアシステムです。

地域包括ケアシステムとは、中学校区をイメージとする日常生活圏域内に居住（自宅やサ高住など）する高齢者に対して、地域が見守り、介護が必要になれば介護業者、医療が必要になればかかりつけ医へ受診し、在宅医療も受ける。また容体が悪化すればかかりつけ医から紹介を受け急性期などの病院に入院し、回復期病院を経て自宅に戻る。なかなか戻れない場合は慢性期病院が受け皿になる。また自宅では薬局薬剤師から服薬指導や残薬管理を受けるなど、多くの医療介護従事者が関わりながら高齢者をサポートするシステムです。

2025年問題を乗り越えるためには必要な施策プランですが、少子化による人手不足などの懸念もあり、実際に上手く機能させられるかといった不安も指摘されています。

また調剤薬局の役割も重要になってきます。積極的な在宅医療への関わりや24時間対応となれば、中学校区内に薬剤師の多い大規模な薬局が、かかりつけ薬局（健康づくり支援薬局）として重要な役割を担うこととなります。

仮称

「国の借金」 1057兆円

2015年6月末時点で国債、借入金、政府短期証券などの合計が**1057兆2235億円**となった。国民1人あたりでは約833万円となる。（財務省2015年8月10日）

1万円札を積み上げたら、1兆円は？

日本のお札0.1mm/枚

1兆円 = 1万円札100,000,000枚（1億枚） = 10,000,000mm
= 1,000,000cm = 10,000m …… → 10km

1万円札を積み上げたら、1兆円は10,000mの高さとなり、チョモランマ（8,848m）を超える。

1,000兆円は、10,000kmとなり地球1/4周分となる。

解説

株式会社日医工医業経営研究所 日医IMPI2015

「国の借金」1057兆円

2015年6月末時点で国債、借入金、政府短期証券などの合計が**1057兆2235億円**となった。国民1人当たりでは約833万円となる。(財務省2015年8月10日)

1万円札を積み上げたら、1兆円は？

日本のお札0.1mm/枚
 1兆円 = 1万円札100,000,000枚 (1億枚) = 10,000,000mm
 = 1,000,000cm = 10,000m ……→ 10km

1万円札を積み上げたら、1兆円は10,000mの高さとなり、チョモランマ (8,848m) を超える。
 1,000兆円は、10,000kmとなり地球1/4周分となる。

Copyright©2015 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

「国の借金」1,057兆円

- ・国民1人当たり833万円
- ・1兆円を積み上げたら・・・

逼迫する医療費を含めた社会保障費を賄うために、国債などの借金で対応してきましたが、その借金が膨らんでいます。2015年8月10日に財務省が発表した「残高」は、1,057兆円を超えてさらに増加している状況です。0歳から100歳を超える全ての日本国民が1人あたり833万円の借金を持っていることとなります。

この借金の総額がどれくらいの大きさになるかをイメージするために、1万円札を積み上げてみると、1兆円は10kmに相当します。1兆円を1万円札で積み上げるとチョモランマ（エベレスト）より高くなる計算です。1,000兆円なら地球1/4周分の10,000kmに相当する量です。

これだけ膨大な借金を抱えながら、さらに増える医療費を工面していかなければならないのが、現在の日本の姿です。この借金を将来の日本国民（子孫）に背負わせないためにも、厳しい財政運営が求められています。

現在、安倍政権は2020年を目途にプライマリーバランスゼロを目指しています。つまり借金をしない財政運営です。これがうまく行ったとしても、ここから借金返済が始まることとなります。

医療費 幅広く負担増へ

2013年8月6日

社会保障制度改革国民会議 最終報告書提出

2013年12月5日

プログラム法 可決成立

2014年6月18日

医療介護総合確保推進法 可決成立

2015年5月27日

医療保険制度改革法 可決成立

解説

医療費 幅広く負担増へ	
2013年8月6日	社会保障制度改革国民会議 最終報告書提出
2013年12月5日	プログラム法 可決成立
2014年6月18日	医療介護総合確保推進法 可決成立
2015年5月27日	医療保険制度改革法 可決成立

医療費 幅広く負担増へ

- ・社会保障制度改革国民会議の提言
- ・医療介護関連法案19法改正の一括可決
- ・医療保険法5法改正の一括可決

民主党政権下の2012年6月21日に自民党と公明党の3党で消費税引き上げを合意しました（3党合意）。この時に設置が決まったのが「社会保障制度改革国民会議」です。国会議員などの利害関係者を入れず、政権交代が起きても一貫性のある政策を提言する組織で、翌年の2013年8月6日に実際に政権が変わった自民党の安倍首相にこれからの社会保障制度について提言を報告しました。この内容は国民や患者に負担を求めるものが多くありましたが、この時の与党と野党第一党の合意で設立された機関からの提言であったことから、すぐに政策が進められ、スケジュールを決めた法律「プログラム法」、医療と介護に関連する法律19法と医療保険に関する法律5法が相次いで可決成立し、負担増の政策が始まっています。

例えば、70～74歳の自己負担が1割から2割に、大病院受診の紹介状なし患者に定額の自己負担を導入、高所得者の健康保険料負担を重く、入院時の食費の負担引き上げ、介護保険の高所得者の自己負担引き上げ……など、多くの項目で国民に幅広く負担が求められています。

骨太の方針2015

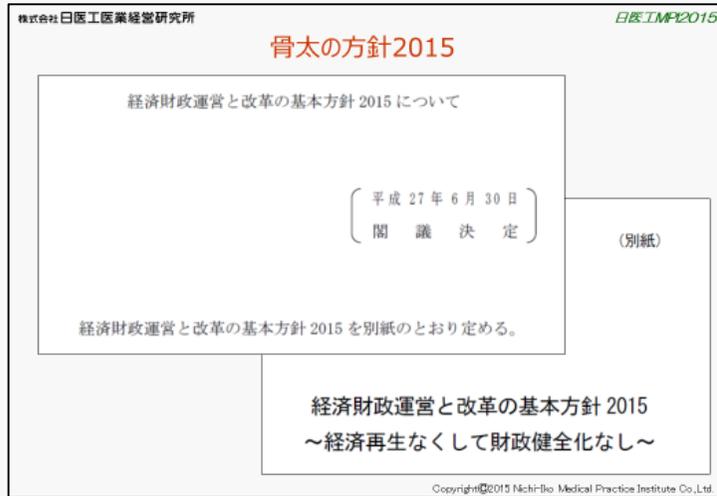
経済財政運営と改革の基本方針 2015 について

〔 平成 27 年 6 月 30 日 〕
〔 閣 議 決 定 〕

(別紙)

経済財政運営と改革の基本方針 2015 を別紙のとおり定める。

経済財政運営と改革の基本方針 2015
～経済再生なくして財政健全化なし～



骨太の方針2015

- ・2015年6月30日閣議決定
- ・経済再生なくして財政健全化なし

2015年6月30日に骨太の方針2015が閣議決定されました。「経済財政運営と改革の基本方針2015について」が正式なタイトルですが、財政運営の基本骨格を決めるものなので、小泉政権から“骨太の方針”と呼ばれています。

サブタイトルが「経済再生なくして財政健全化なし」となっており、安倍政権が目指すプライマリーバランスゼロに向けての方針が、4章構成で44ページに渡り記載されています。

社会保障（基本的な考え方）

[1] 社会保障

（基本的な考え方）

社会保障分野については、社会保障・税一体改革を確実に進めつつ、経済再生と財政健全化及び制度の持続可能性の確保の実現に取り組み、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持そして次世代へ引き渡すことを目指した改革を行う。

改革に当たっては、国民の納得感を醸成し、その参加の下に改革を進める観点から、インセンティブ改革による多様な主体の行動変化による効率化に取り組むとともに、民間の力を最大限活用して関連市場の拡大を実現することを含め、社会保障関連分野の産業化に向けた取組を進める。

また、①自助を基本に公助・共助を適切に組み合わせた持続可能な国民皆保険、②経済成長と両立する社会保障制度、③人口減少社会に合った公平で効率的な医療等の提供

増大していく公的社会保障の給付について、効率化・重点化のための改革を行い、経済再生の取組による社会保障財源の増収と併せ、少なくとも、社会保障における次世代への負担の先送りを拡大させないようにする。

安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（1.5兆円程度）となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度（平成30年度）まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。この点も含め、2020年度（平成32年度）に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す⁶⁰。

株式会社日医工医業経営研究所 日医IMPI2015

[1] 社会保障（基本的な考え方）

(1) 社会保障（基本的な考え方）

社会保障分野については、社会保障・税一体改革を確実に進めつつ、経済再生と財政健全化及び制度の持続可能性の確保の両面に取り組む。当財に冠する国民皆保険・若年金の維持そして次世代へ引き渡すことを目指した改革を行う。

改革に当たっては、国民の納得感を醸成し、その参加の下に改革を進める観点から、インセンティブ改革による多様な主体の行動変化による効率化に取り組むとともに、民間の力を最大限活用して関連市場の拡大を実現することを含め、社会保障関連分野の産業化に向けた取組を進める。

また、①自助を基本に公助・共助を適切に組み合わせた持続可能な国民皆保険、②経済成長と両立する社会保障制度、③1人1社に合った公平で効果的な労働者の確保

増大していく公的社会保障の給付について、効率化・重点化のための改革を行い、経済再生の取組による社会保障財源の増収と併せ、少なくとも、社会保障における次世代への負担の先送りを拡大させないようにする。

安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（1.5兆円程度）となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度（平成30年度）まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。この点も含め、2020年度（平成32年度）に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す⁴⁰。

13 Copyright©2015 Nichi-Iko Medical Practice Institute Co.,Ltd.

社会保障（基本的な考え方）

- ・2018年まで自然増を1.5兆円に抑える
- ・目標は「目安」とされ、曖昧さを残した

骨太の方針には4章に渡り多くの項目が記載されています。社会保障は第3章のうちの1項目でしかありませんが、国家予算に占める社会保障費の割合が3割を超え、大きな影響があるため特に重要な項目です。この項の最初の「基本的考え方」に、社会保障費の自然増を2018年までの3年間で1.5兆円、すなわち毎年の自然増を約5,000億円で抑えることが目標とされていますが、これは“目安”とされています。

小泉政権では自然増の伸びを毎年2,200億円までとしたことが、失政だったと非難されていることや、多くの利害関係者に配慮する形で“目安”と表現したとも言われています。

このように今回の骨太の方針では、なかなか明確な目標や指標が設定されていないようです。

社会保障（医薬品等）

（薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革）

後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、2017年（平成29年）央に70%以上とするとともに、2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする。2017年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、80%以上の目標の達成時期を具体的に決定する。新たな目標の実現に向け、安定供給、品質等に関する信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など、必要な追加的な措置を講じる。国民負担を軽減する観点から、後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討するとともに、後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等について検討する。あわせて、臨床上の必要性が高く将来にわたり継続的に製造販売されることが求められる基礎的な医薬品の安定供給、成長戦略に資する創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置を検討する。

[1] 社会保障（医薬品等）

（薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革）

後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、2017年（平成29年）中に70%以上とするとともに、2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする。2017年中央において、その時点の進捗評価を踏まえて、80%以上の目標の達成時期を具体的に決定する。新たな目標の実現に向け、安定供給、品質等に関する信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など、必要な追加的な措置を講じる。国民負担を軽減する観点から、後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討するとともに、後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等について検討する。あわせて、臨床上の必要性が高く将来にわたり継続的に製造販売されることが求められる基礎的な医薬品の安定供給、成長戦略に資する創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置を検討する。

社会保障（医薬品等）

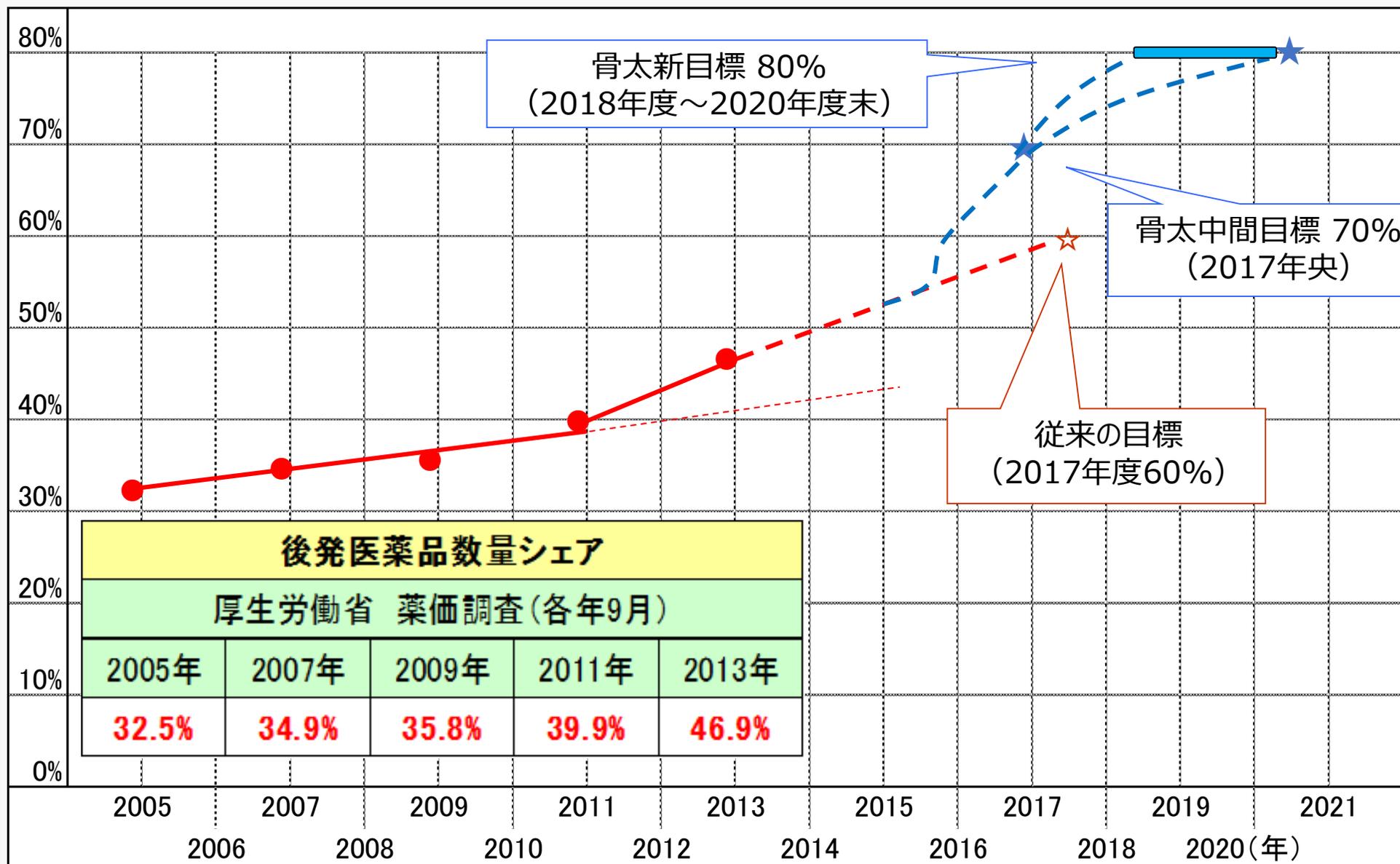
- ・ジェネリック数量シェアの新目標
- ・財務省の布石
- ・医薬品産業政策

骨太の方針に新たなジェネリック数量シェアの目標が記載され閣議決定されたことは大変重いものと認識しています。「2017年中央に70%、2018年度から2020年度のなるべく早い時期に80%」が、明確な数値目標として記載されました。

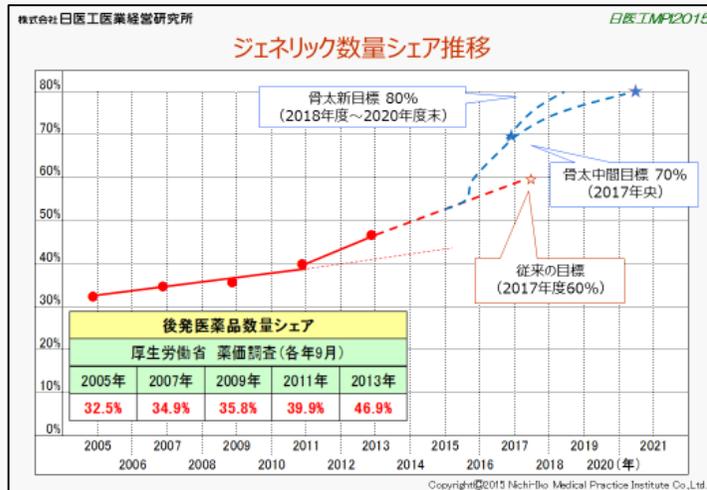
これは追い風となるジェネリックメーカーにとっても暴風となるような状況であり、この嵐に負けない経営戦略が必要になります。今回の骨太の方針には目標設定が明確にされない項目が多い中で、ジェネリックに厳しい目標が明記された背景には、医療費抑制の切り札とされていることや、明確に数値目標を記載しても強く反対されることが少なく、多くから理解されやすかったのではないかと考えます。またそれだけジェネリック推進が医療費抑制策として期待されていることと思われます。

中段には、「後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等について検討する」と記載されています。財務省では『参照価格制の導入と特例引き下げ（Z2）を含む概念』とコメントしており、財務省からの医療費抑制圧力は継続しそうです。またこの文章表現は素案から変更されており、その素案には『保険制度における後発医薬品使用の原則化等』が書かれていました。結果として変更になったものの、政府としては、ジェネリックは加算を付けて推進するのではなく、使わない場合は減算する考え方があると思われます。さらに下段には先発医薬品を含む医薬品産業に関することも盛り込まれました。

ジェネリック数量シェア推移



解説



ジェネリック数量シェア推移

- ・厚労省薬価調査データ
- ・従来目標60%
- ・新目標2017年央70%、2020年までに80%

2013年度までが厚労省の薬価調査に基づくデータ（赤実線）です。2011年と2013年の2点で傾向線（赤破線）を引くと従来目標であった2017年度末60%に届きそうな状況でした。このような状況下で骨太の方針2015で新たな目標値が設定されました。

現在のジェネリックの数量シェアはほぼ50%を超えたところと予想できます。ここから新目標に向けて市場が反応し始めるのが今年の秋から冬にかけてとなると、青破線のような立ち上がりが必要になります。これは過去からの傾向を見てもジェネリックメーカーにとって非常に厳しい対応が迫られることとなります。

またこの目標を達成するための新たなジェネリック使用促進策も必要になります。

ジェネリック使用促進策などについては、
Stu-GEセミナー【今、医療業界に何が起きているのかⅡ「ジェネリックはどくなる？」】で解説しています。