

医療保障総合政策調査・研究基金事業

医療費適正化に向けた給付と負担のあり方に関する
調査研究報告書

平成 28 年 6 月

健康保険組合連合会

研究体制

(○:座長、敬称略)

【委員】

- 土田 武史 早稲田大学 名誉教授
- 島崎 謙治 政策研究大学院大学 教授
- 河本 滋史 新日鐵住金健康保険組合 常務理事
- 棟重 卓三 日立健康保険組合 常務理事
- 村上 顕郎 東芝健康保険組合 理事長
- 牧野 純二 トヨタ自動車健康保険組合 常務理事
- 山川 孝司 近畿電子産業健康保険組合 専務理事
- 新井 法博 中国電力健康保険組合 常務理事

(所属・役職は平成28年3月時点)

【事務局】

健康保険組合連合会 企画部社会保障研究グループ

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

【目 次】

第1章 調査研究の概要	1
第2章 医療保険制度における給付と負担を巡る動向	4
1. 社会経済情勢の変化	4
2. 最近の議論の動向	8
(1) 各審議会等の概要	8
(2) 議論の動向	10
第3章 論点と見直しの方向性	27
1. 検討の視点	27
(1) 公的医療保険における給付	27
(2) 公的医療保険における負担	28
(3) 給付と負担のあり方	29
2. 給付に関する論点と見直しの方向性	31
(1) 在宅療養等との公平確保（入院患者の居室代見直し）	31
(2) 受診時定額負担・保険免責制の導入	33
(3) 生活習慣病治療薬等の処方あり方の見直し	38
(4) 市販品類似薬等に係る保険給付の見直し	41
(5) 長期収載品に対する保険給付のあり方の見直し	49
(6) その他	53
3. 負担に関する論点と見直しの方向性	59
(1) 高額療養費制度の見直し	59
(2) 後期高齢者医療の窓口負担の見直し	61
(3) 介護納付金への総報酬割の導入	63
(4) 前期高齢者医療納付金への総報酬割の導入	69
(5) マイナンバーの活用等による金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方	72
資料編	
1. 経済財政諮問会議「経済財政運営と改革の基本方針2015」（平成27年6月30日閣議決定・抜粋）	77
2. 規制改革会議の第3次答申にもとづく「規制改革実施計画」（平成27年6月30日閣議決定・抜粋）	82
3. 産業競争力会議『日本再興戦略』改訂2015（平成27年6月30日閣議決定・	

抜粋)	88
4. 財政制度等審議会「財政健全化計画等に関する建議」(平成 27 年 6 月 1 日・抜 粋)	90
5. 財政制度等審議会「平成 28 年度予算の編成等に関する建議」(平成 27 年 11 月 24 日・抜粋)	100
6. 「保健医療 2035」策定懇談会「保健医療 2035」(平成 27 年 6 月 9 日・抜粋)	110

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の目的

国民皆保険の達成から半世紀が経ち、医療保険制度は必要不可欠な社会制度として国民生活に深く根付いているが、一方で医療保険制度を支える社会経済情勢の大きな変化を受けて、高度経済成長期の社会経済を基盤とする現行制度は見直しの必要性に迫られている。少子高齢化の進展や雇用基盤の変化などにより医療保険財政は大変厳しい状況にあり、今後も深刻化することが予想される。

医療費適正化や医療保険の給付と負担を巡る問題は、社会保障審議会医療保険部会や中央社会保険医療協議会、社会保障制度改革推進本部・会議などで活発な議論が行われることが見込まれる。また、これらの問題は医療保険に関する審議会のみならず、財政制度等審議会や規制改革会議などでも俎上に載せる重要な課題となっている。

現在の給付と負担のあり方では医療保険制度を維持し続けることは不可能である。特に負担面では、自己負担においても保険料においても現役世代の負担が大きい。また、多額の拠出金の影響などから健康保険組合自体の持続も困難となっている。医療保険制度を今後も維持し続けるためには、バランスのとれた給付と負担の構造を構築するとともに医療資源の有効活用の視点から医療費適正化を進める必要がある。

こうした背景及び問題意識のもと、本事業は、医療保険制度を今後も維持し続けるうえで必要な医療費適正化策や給付と負担のあり方等を検討し、今後の健康保険組合連合会の主張や政策活動における「基礎資料」とする。健保連が今後の方向性を検討するうえで参考となる「素材を整理しておく」という位置づけであり、現状や課題、最近の動向などを整理し、論点ごとに見直しの方向性などをとりまとめることを主目的としている。

2. 調査研究の内容とテーマ

本調査研究は、平成26年度、平成27年度の2年間事業である。

【平成26年度事業】

本調査研究のタイトルである「給付と負担」のあり方について議論することは、公的医療保険制度そのものについて議論することと同じであり、非常に広範囲にわたるテーマであるため、限られた時間内に、すべてのトピックスにわたって網羅的に議論を行うことは現実的ではない。

このため、平成26年度事業では、「給付」と「負担」に関するテーマとしてどのようなものがあるかを整理することとした。次に、これらのテーマの中から、本調査研究において議論の対象とすべきテーマとその論点を選定し、さらに、現状下における当該テーマの位置づけや実行可能性、時間軸等を考慮しながら議論を深めるべきテ

マを絞り込むこととした。これらのテーマや論点の選定・絞り込みに際しては、健康保険法第2条の「基本的理念」に依拠している。

結果的に、平成26年度事業では、議論の対象とすべき「給付」と「負担」に関するテーマとして、①保険事故、基本的理念、②保険給付の範囲、③保険給付の価格、④被保険者の範囲、⑤被扶養者の範囲、⑥保険料負担、⑦一部負担金、⑧高齢者支援金、⑨保険財政の自律性、⑩医療提供体制への関与—といった各項目についてそれぞれ経済財政諮問会議や財政制度等審議会など各種審議会での提言内容や論点等を整理した。例えば、「②給付の範囲」については、医薬品の給付や保険外併用療養費制度などの療養の給付に関する議論の他、傷病手当金、海外療養費、出産育児一時金などの現金給付に関する論点を整理した。

(参考)健康保険法「基本的理念」

健康保険制度については、これが医療保険制度の基本をなすものであることにかんがみ、高齢化の進展、疾病構造の変化、社会経済情勢の変化等に対応し、その他の医療保険制度及び後期高齢者医療制度並びにこれらに密接に関連する制度と併せてその在り方に関して常に検討が加えられ、その結果に基づき、**医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上**を総合的に図りつつ、実施されなければならない。(健康保険法第2条 基本的理念)

なお、平成26年度事業では、以下の有識者、関係者を委員とする検討委員会を設置・開催し、議論を行った。

平成26年度事業における調査研究体制

【委員】

(○座長、敬称略)

○土田 武史	早稲田大学 名誉教授
島崎 謙治	政策研究大学院大学 教授
棟重 卓三	日立健康保険組合 常務理事
村上 顕郎	東芝健康保険組合 理事長
新井 法博	中国電力健康保険組合 常務理事

【事務局】

健康保険組合連合会 企画部社会保障研究グループ
三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

【平成27年度事業】

平成27年度事業では、引き続き、経済財政諮問会議や財政制度等審議会など各種審議会の最新の提言内容等について整理を行い、これらの提言内容等から重要と思わ

れる具体的なテーマ・内容に絞り込み、検討を行った。

また、2年間の研究事業の内容・議論等について報告書としてとりまとめを行った。

3. 調査研究の方法

経済財政諮問会議や財政制度等審議会等の各種審議会の提言内容について情報収集・整理を行った。また、現行制度の概要と給付と負担を巡る論点について文献調査を実施し、整理した。

なお、「調査研究体制」に記載のとおり、有識者・健保組合関係者を委員とする検討委員会を設置・開催し、調査研究の内容について検討を行った。

4. 調査検討委員会の開催

下記の通り、計4回の検討委員会を開催した。

【第1回】

日時： 平成26年8月21日（木）14：00～16：00

- 議題： 1. 挨拶、委員紹介
2. 事業趣旨について
3. 調査研究で扱うテーマ・論点について
4. その他

【第2回】

日時： 平成27年3月23日（月）10：00～12：00

- 議題： 1. 調査研究の概要について
2. 論点案について
3. 平成27年度における事業の進め方について
4. その他

【第3回】

日時： 平成27年10月8日（木）14：00～16：00

- 議題： 1. 挨拶、委員紹介
2. 平成27年度事業の進め方について
3. 最近の議論等について
4. 論点（案）について
5. その他

【第4回】

日時： 平成28年3月24日（木）10：00～12：00

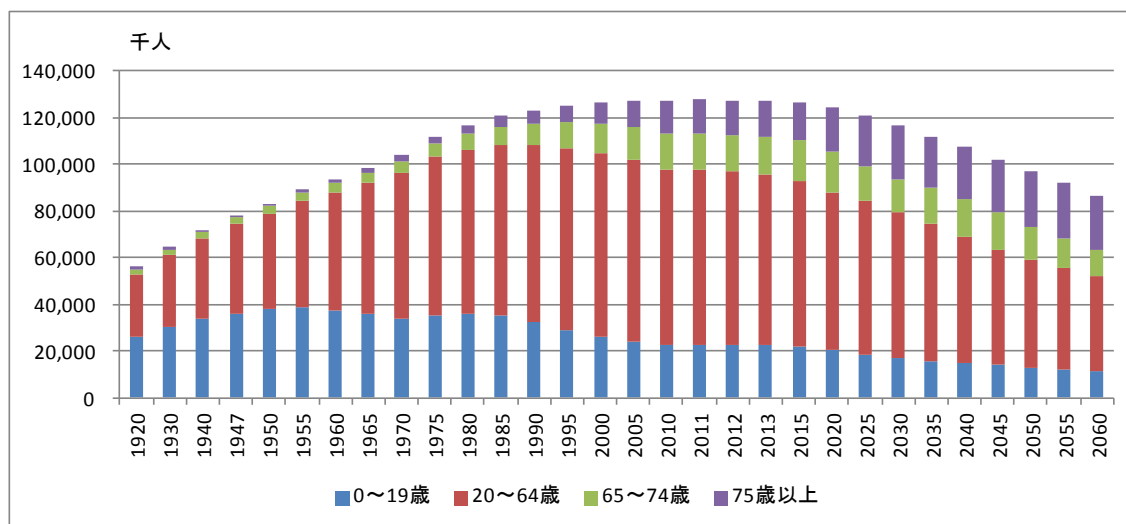
- 議題： 1. 報告書骨子案について
2. その他

第2章 医療保険制度における給付と負担を巡る動向

1. 社会経済情勢の変化

- わが国では、急速な少子高齢化が進展している。この傾向はしばらく続き、高齢者人口が増加する一方で、若年世代・現役世代の人口は減少し、総人口も減少することが予測されている。
- 具体的には、65歳以上の高齢者人口は、2015年は3,395万人であるが、2025年には3,657万人、2035年には3,741万人となり、20年後は現在より1割も多くなる見込みである。一方、实际的に生産年齢人口と考えてもよい20～64歳の人口は、既に減少傾向に突入している。2015年は7,089万人であるが、2025年には6,559万人、2035年には5,910万人と、20年間で約1,200万人が減少する。また、0～19歳の若年人口も同様に減少する。2015年は2,176万人であるが、2025年には1,849万人、2035年には1,562万人となり、20年間で約600万人の減少が見込まれている。
- この結果、現役世代が若年世代と高齢世代を支える現行制度では、現役世代1人につき、2015年は0.79人、2025年は0.84人、2035年は0.93人を支えるという計算になる。内容的には若年世代よりも高齢世代をより多く支える構造となっている。
- こうした人口構造の変化を受けて、医療需要はますます増大し、医療費は増加していくが、現役世代の減少により保険料収入が減少していくことや医療ニーズに対応する人材の確保が困難になることが懸念される。

図表 1 日本の人口構造の推移



(原典) 総務省統計局「国勢調査報告」、「人口推計」および国立社会保障・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)]推計値による。各年10月1日現在。1947～70年は沖縄県を含まない。総数は年齢不詳を含む。

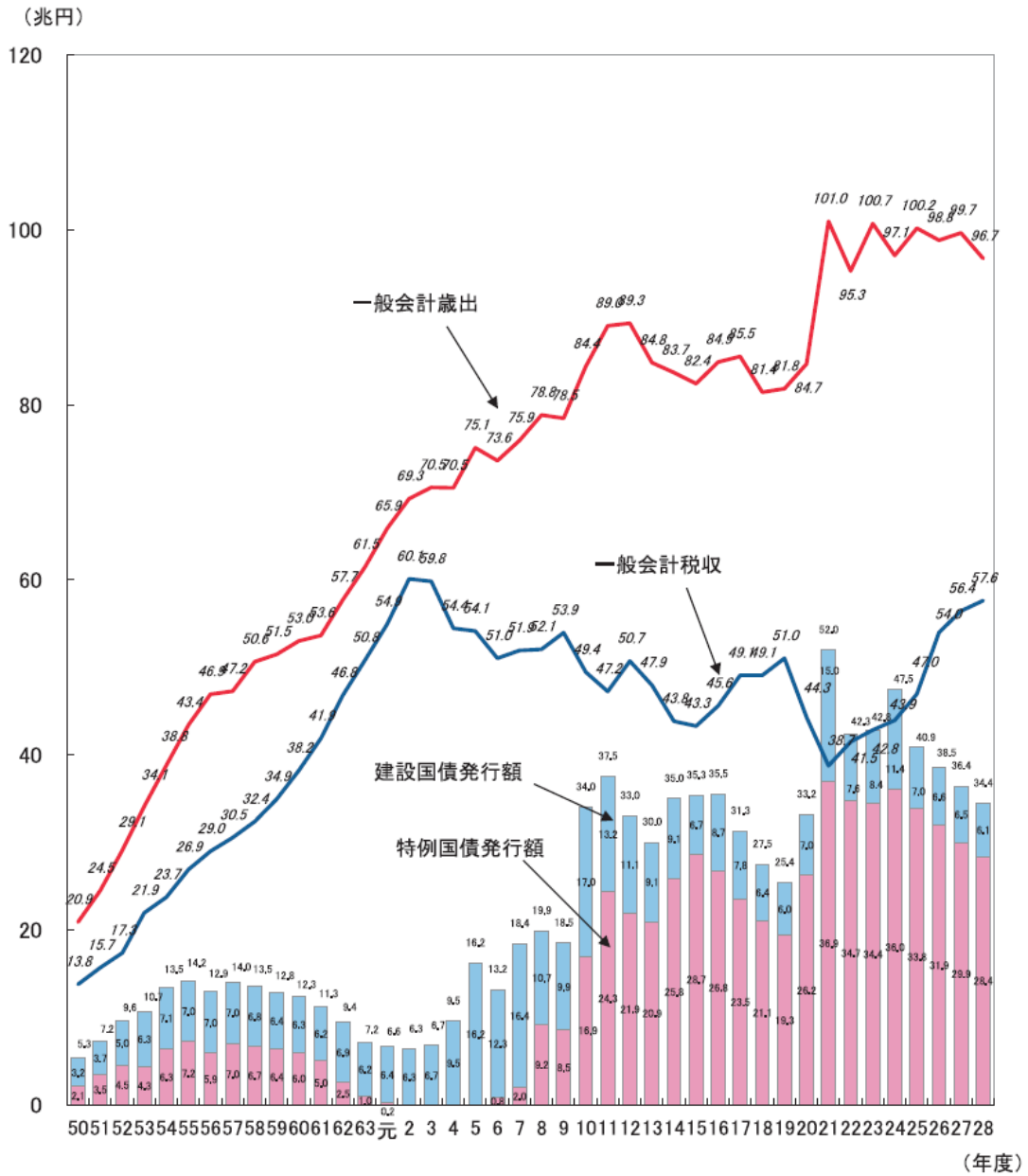
(資料) 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2015)」

- わが国の医療保障制度は、社会保険方式を採用している。しかし、その財源は保険料がおよそ 5 割、公費が 4 割、患者負担が 1 割となっており、公費の占める割合も大きい。
- 現在のわが国の財政状況は、歳出を賄うだけの十分な税収を確保できず¹、毎年、国債を発行し財源を調達している。国及び地方の長期債務残高は、平成 28 年度末に 1,062 兆円、対 GDP 比で 205%に達する見込みであり、「歴史的にも国際的にも、例を見ない水準である。しかも急速な高齢化の進展の下で、債務残高累増の趨勢は未だに止まる展望が見えない²」状況となっている。平成 2 年度の歳出額が 66.2 兆円であったのに対し、平成 28 年度の歳出額は 96.7 兆円とおよそ 1.5 倍の規模になっている。この間、社会保障関係費以外の公共事業や防衛、文教・科学技術に関する歳出額合計はほとんど変化していないが、社会保障関係費は 3 倍に増加している。
- こうした状況を受けて、財政健全化に向けて歳出抑制の圧力が強まっている。社会保障関係費は増加しているうえに歳出額のうち 3 分の 1 を占めることから、特にその給付費抑制が着目されている。

¹ 平成 28 年度予算案では税収が 57.6 兆円に対し、一般会計歳出は 96.7 兆円となっている。この歳出額のうち 4 分の 1 (23.6 兆円) が国債の償還費とその利払費等に充てられる。

² 財政制度等審議会「平成 28 年度予算の編成等に関する建議」(平成 27 年 11 月 24 日)

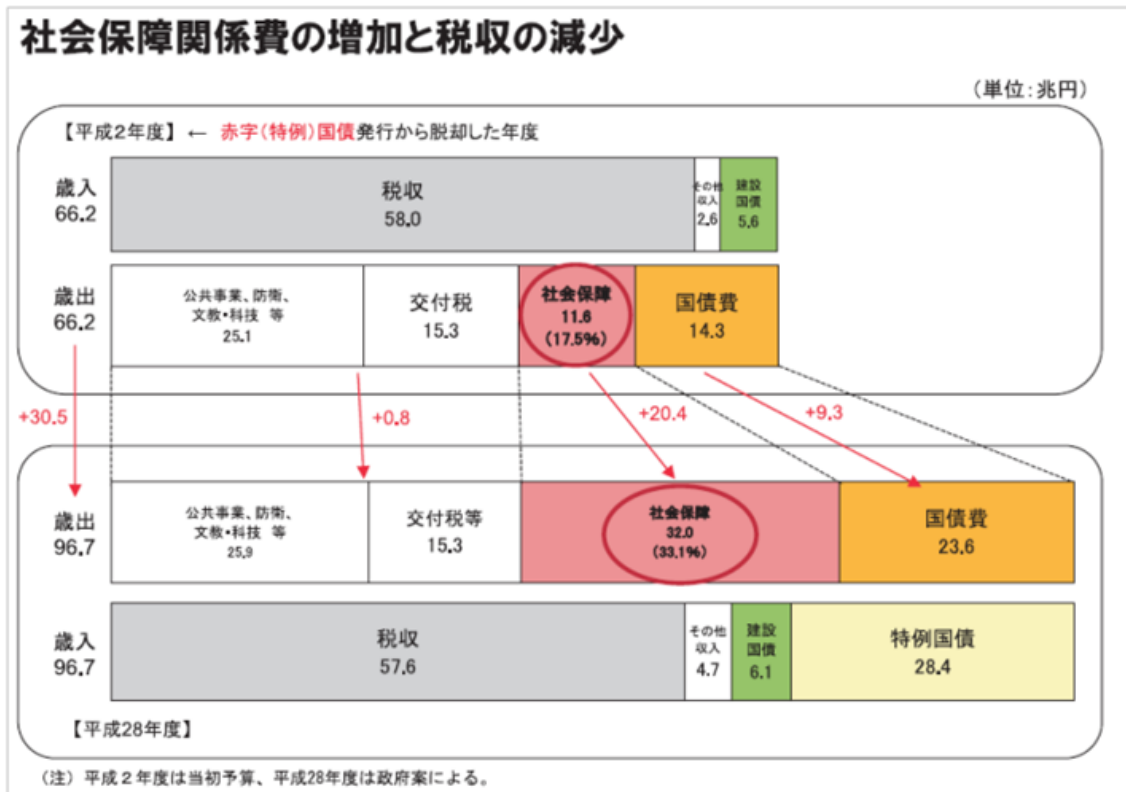
図表 2 一般会計における歳出・歳入の状況



(注1) 平成26年度までは決算、平成27年度は補正後予算、平成28年度は政府案による。
 (注2) 公債発行額は、平成2年度は沿岸地域における平和回復活動を支援する財源を調達するための臨時特別公債、平成6～8年度は消費税率3%から5%への引上げに先行して行った減税による租税収入の減少を補うための減税特別公債、平成23年度は東日本大震災からの復興のために実施する施策の財源を調達するための復興債、平成24年度及び25年度は基礎年金国庫負担2分の1を実現する財源を調達するための年金特別公債を除いている。

(資料) 財務省「日本の財政関係資料」(平成28年2月)

図表 3 歳出に占める社会保障関係費



(資料) 財務省「日本の財政関係資料」(平成28年2月)

- 医療保険財源である保険料や公費、患者負担、いずれにしても国民の負担につながるものであるが、平成26年度の国民所得は364.4兆円と20年前の平成7年度の370.8兆円を下回るなど、長い低迷状況が続いている。こうしたことから、公費だけではなく、保険料や患者負担の面においても医療費適正化が強く要請される状況となっている。

2. 最近の議論の動向

- 厳しい財政状況を背景に、国民皆保険を堅持していくうえでの医療費適正化や、給付と負担のあり方については、医療関係者だけではなく、広く関心が高まっている。
- 給付と負担を巡る問題については、従来、厚生労働省の社会保障審議会や中央社会保険医療協議会等で検討が行われてきたが、近年は、内閣府の経済財政諮問会議や規制改革会議、財務省の財政制度等審議会等でも踏み込んだ検討・議論が行われるようになってきたことが特徴的といえる。
- これらの答申で提言された事項については、スケジュールが明示されたうえで、社会保障審議会や中央社会保険医療協議会等の関係審議会で具体的な検討が行われるという流れになっており、答申の内容を踏まえておく重要性が高まっている。
- そこで、本調査研究事業では、こうした経済財政諮問会議や財政制度等審議会等における最近の議論を整理することとした。

(1) 各審議会等の概要

①経済財政諮問会議

- 経済財政諮問会議は、経済財政政策に関する重要事項について、有識者等の優れた識見や知識を活用しつつ、内閣総理大臣のリーダーシップを十全に発揮することを目的として、内閣府に設置された合議制の機関である（内閣府設置法第 18 条）。橋本内閣下での 2001 年 1 月の中央省庁再編によって設置された。
- 議長と 10 人以内の議員で構成される。議長は内閣総理大臣であり、議員には内閣官房長官、経済財政政策担当大臣が就任することが法で定められているほか、「各省大臣のうちから、内閣総理大臣が指定する者」として財務大臣、総務大臣、経済産業大臣が就任することが慣例化している。
- 同会議では民間議員³を 4 割以上確保することが法で定められており、現在は財界から 2 名、学界から 2 名の有識者が委員として就任している。
- 平成 27 年 6 月 30 日には、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」に盛り込まれた「経済・財政再生計画」を着実に実行することを目的として、「経済・財政一体改革推進委員会」が設置された。この推進委員会のもと、1) 社会保障、2) 社会資本整備等、3) 制度・地方行財政、4) 教育、産業・雇用等一の分野別にワーキンググループが設置され、具体的検討が進められている。

②規制改革会議

- 「規制改革会議」は、内閣府設置法第 37 条第 2 項を根拠に設置された審議会（内閣総理大臣の諮問機関）である。内閣府本府組織令（平成 12 年政令第 245 号）第

³ 「経済又は財政に関する政策について優れた識見を有する者のうちから、内閣総理大臣が任命する者」（内閣府設置法第 22 条第 1 項第 7 号）。

32条には、その役割として、「経済に関する基本的かつ重要な政策に関する施策を推進する観点から、内閣総理大臣の諮問に応じ、経済社会の構造改革を進める上で必要な規制の在り方の改革に関する基本的事項を総合的に調査審議すること」（第1項第1号）、「前号の諮問に関連する事項に関し、内閣総理大臣に意見を述べること」（第1項第2号）と明記されている。

- 規制改革会議の名称は度々変わり、平成13年4月からは「総合規制改革会議」（森内閣・第1次小泉内閣）、平成16年4月からは「規制改革・民間開放推進会議」（第2次・第3次小泉内閣）、平成19年1月から「規制改革会議」（第1次安倍内閣、福田内閣、麻生内閣、鳩山内閣）となった。この「規制改革会議」は平成22年3月31日に任期満了で終了したものの、その後、第2次安倍内閣の下、平成25年1月23日に平成28年7月31日までを設置期間として復活している。
- 現在、1) 健康・医療、2) 雇用、3) 農業、4) 投資促進等、5) 地域活性化一の5つのワーキンググループが設置されている。

③産業競争力会議

- 産業競争力会議は、「日本経済再生本部の下、我が国産業の競争力強化や国際展開に向けた成長戦略の具現化と推進について調査審議する」ために設けられた会議である。
- 「日本経済再生本部」は、「我が国経済の再生に向けて、経済財政諮問会議との連携の下、円高・デフレから脱却し強い経済を取り戻すため、政府一体となって、必要な経済対策を講じるとともに成長戦略を実現することを目的として、内閣に、これらの企画及び立案並びに総合調整を担う司令塔となる日本経済再生本部を設置する」となっている（事務局は、「内閣府の助けを得て、内閣官房において処理する」⁴）。日本経済再生本部の構成員については、内閣総理大臣が本部長となり、本部長代理には副総理が、副本部長には経済再生担当大臣兼内閣府特命担当大臣（経済財政政策）、内閣官房長官が就任し、その他のすべての国務大臣が本部員となっている。
- 産業競争力会議は、平成25年1月8日に設置が決定され、同月23日に1回目の会合が行われた。
- 議長は内閣総理大臣で、議長代理は副総理、副議長は経済再生担当大臣兼内閣府特命担当大臣（経済財政政策）、内閣官房長官、経済産業大臣となっている。議長は必要があると認める時は構成員の追加または関係者の出席を求めることができる。
- 構成員は、「内閣総理大臣が指名する国務大臣並びに産業競争力の強化及び国際展開戦略に関し優れた識見を有する者のうちから内閣総理大臣が指名する者」とされている。

⁴ 首相官邸ホームページ「日本経済再生本部の設置について（平成24年12月26日閣議決定）」（<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/konkyo.html>）（平成28年3月）

- 「会議の庶務は、経済産業省等の関係行政機関の協力を得て、日本経済再生総合事務局において処理する」こととなっている⁵。
- 1) 雇用・人材・教育、2) 新陳代謝・イノベーション、3) 国際展開、4) 改革 2020 一のワーキンググループが設置されている。

④財政制度等審議会

- 財政制度等審議会は、財務省設置法（平成 11 年 7 月 16 日法律第 95 号）第 6 条にもとづく財務大臣の諮問機関である。平成 13 年の中央省庁再編に伴って、旧大蔵省にあった 5 つの審議会を統合して発足したものである。
- 審議会は、「委員 30 人以内で組織する」（財政制度等審議会令第 2 条）とされており、必要に応じて「臨時委員」、「専門委員」を置くことができる。委員は、「学識経験のある者のうちから、財務大臣が任命する」（同令第 3 条）とされている。
- 1) 財政制度分科会、2) 国家公務員共済組合分科会、3) 財政投融资分科会、4) たばこ事業等分科会、5) 国有財産分科会—の 5 つの分科会が設けられている。

（2）議論の動向

①社会保障制度改革国民会議報告書

- 民主党政権下の平成 24 年 2 月 17 日に「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定された。その後、同年 6 月に、自民党、公明党、民主党の 3 党で確認書が合意され、それにもとづき、3 党の提案で社会保障制度改革推進法案が国会に提出され、他の一体改革関連法案と同時に成立した（議員立法）。
- 「社会保障制度改革国民会議」（以下、「国民会議」）は、これにより成立した「社会保障制度改革推進法」（平成 24 年 8 月 22 日法律第 64 号）に基づき、内閣に設置された有識者会議である。
- 国民会議は、「社会保障・税一体改革大綱その他の既往の方針のみにかかわらず、幅広い視点に立って、改革推進法に規定された基本的な考え方や基本方針に基づき、社会保障制度改革を行うために必要な事項を審議すること⁶」を使命としている。
- 国民会議は 15 名の有識者で構成される。平成 24 年 11 月 30 日の初回会議を皮切りに、翌年の平成 25 年 8 月 5 日までに計 20 回の会議が開催され、同年 8 月 6 日に「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」（以下、「国民会議報告書」）がとりまとめられた⁷。
- 国民会議報告書では、社会保障制度改革推進法の基本的な考え方として、1) 自助・

⁵ 首相官邸ホームページ「産業競争力会議の開催について（平成 25 年 1 月 8 日日本経済再生本部決定）」（<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/skkaigi/konkyo.html>）

⁶ 社会保障制度改革国民会議報告書 p2

⁷ 設置は民主党政権下であったが、報告書のとりまとめは自民党・公明党による連立政権下（平成 24 年 12 月 26 日～）である（第 3 回の会議以降、政権交代）。

共助・公助の最適な組合せ、2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化・効率化、負担の増大の抑制、3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割負担、4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平—といった4つの方針が示されている。

- まず第1の方針の中では、「日本の社会保障制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される『自助の共同化』としての社会保険制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の『公助』は自助・共助を補完するという位置づけとなる」とし、「社会保障制度改革においては、こうした自助・共助・公助の位置づけを前提とした上で、日本の社会経済の情勢の変化を踏まえて、その最適なバランスをどのように図るのかについて議論が求められる」としている。
- 第2の方針の中で、「社会保障と経済や財政は密接不可分な関係にあり、十分に相互の状況を踏まえながら、一体的に検討することが必要」とした上で、『自助努力を支えることにより、公的制度への依存を減らす』ことや、『負担可能な者は応分の負担を行う』ことによって社会保障の財源を積極的に生み出し、将来の社会を支える世代の負担が過大にならないようにすべきである」としている。また、「徹底した給付の重点化・効率化が求められる」としている。
- 第3の方針の中で、制度が分立していることによる給付と負担の不均衡を是正するためには、「基本的には保険制度の中での調整が求められ、原則としては公費投入に頼るべきでなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべき」であり、「日本の財政状況を踏まえれば、社会保険への税の投入については、(中略) 所得格差の調整を含め、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすべき」としている。
- つまり、保険者間の格差は保険料で調整し、低所得者への支援に公費は限定すべきという主張である。一方で、「社会保険は、透明性と納得性にその特徴があることから、制度が必要以上に複雑にならないようにできる限り努力しなければならない」とも述べている。
- 第4の方針の中では、「これまでの日本の社会保障の特徴であった現役世代への給付が少なく、給付は高齢世代中心、負担は現役世代という構造を見直して、給付・負担の両面で世代間・世代内の公平が確保された制度とすることが求められる」としている。
- 国民会議報告書では、社会保障制度改革の道筋については、「将来あるべき社会像を想定した上で、短期と中長期に分けて実現すべき」としており、「中長期とは、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025(平成37)年を念頭において段階的に実施すべき改革である」としている。
- 国民会議報告書では、給付と負担に関する意見として、具体的には、以下のような提言を行っている。なお、改革推進法第6条第2号では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることを求めている。

図表 4 国民会議報告書における「給付」と「負担」に関する提言

- 1) 「緩やかなゲートキーパー機能」の導入と紹介状のない患者の大病院受診時の定額自己負担の導入
- 2) 入院療養における給食給付等の自己負担のあり方についての見直し（入院医療と在宅医療の公平を図る観点からの見直し）
- 3) 70～74歳の医療費の自己負担の2割負担（段階的に実施済み）
- 4) 高額療養費制度の見直し（負担能力に応じて応分の負担を求める、所得区分の見直し）
- 5) 後発医薬品の使用促進
- 6) 患者の自己負担について「年齢別」から「負担能力別」へ負担原則の転換
- 7) 保険料賦課限度額の引上げ、被用者保険における標準報酬月額上限の引上げ
- 8) 後期高齢者支援金の全面総報酬割へ移行

②社会保障改革プログラム法

- 政府は、国民会議における審議の結果等を踏まえて、法律の施行後1年以内（平成25年8月21日まで）に、必要な法制上の措置を講ずることとされた（改革推進法第4条）。
- 国民会議報告書を受けて、『法制上の措置』の骨子がとりまとめられ、平成25年8月21日に閣議決定された。その後、法案として平成25年10月15日に国会に提出され、平成25年12月5日に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（社会保障改革プログラム法）が成立した（公布は12月13日）。このプログラム法は社会保障制度改革の全体像・進め方を明示したものであり、平成26年の通常国会以降、順次、個別法改正案が提出されている。
- また、同法にもとづき内閣に「社会保障制度改革推進会議」が設置された。改革推進会議は、1) 社会保障改革プログラム法に基づく改革の進捗状況の確認、2) 2025年（平成37年）を展望し、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の総合的な検討、3) 総理の諮問に応じ、社会保障制度改革についての調査審議一を行い、その結果にもとづき、総理に意見を述べることを役割としている。なお、同会議は「平成31年1月11日以前の政令で定める日」を設置期限としている。
- 平成26年6月18日に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が可決成立した（公布は6月25日）。
- 同法は、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築し、地域包括ケアシステムを構築することで地域における医療及び介護

の総合的な確保を推進していくことを目的としている。

- 具体的には、1) 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化、2) 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（病床機能報告制度、地域医療構想など）、3) 介護分野になるが、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（予防給付の地域支援事業への移行、一定以上の所得のある利用者の自己負担2割への引上げなど）一等である。
- 医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行されることとなった。例えば、地域医療構想については、国が平成26年度中に地域医療構想策定のためのガイドラインを策定し、都道府県では、このガイドラインをもとに平成27年度以降に策定することとなっている。

③平成27年医療保険制度改革法

- 平成27年5月27日には、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（以下、「平成27年医療保険制度改革法」）が成立した。
- この法律は、プログラム法にもとづく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講じるためのものである。
- 具体的には、1) 国民健康保険の安定化（国保への財政支援の拡充、平成30年度からの国保の都道府県化）、2) 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入、3) 負担の公平化等（入院時の食事代の段階的引上げ、紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入、標準報酬月額の上限額の引上げ）、4) 患者申出療養等の創設等一を主な内容としている。
- なお、同法に関する衆議院厚生労働委員会の附帯決議では、「本法による制度改革の実施状況を踏まえつつ、高齢者医療制度を含めた医療保険制度体系、保険給付の範囲、負担能力に応じた費用負担の在り方等について、必要に応じ、盤石な医療保険制度を再構築するための検討を行うこと」とされた。
- また、参議院厚生労働委員会の附帯決議では「後期高齢者支援金の総報酬割の拡大に当たっては、被用者保険の保険財政への影響の評価及び検証を行うとともに、被用者保険の保険者及び被保険者に十分な説明を行い、その理解と納得を得るように努めること」とされた。

図表 5 衆議院厚生労働委員会における附帯決議（平成 27 年 4 月 24 日）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一 患者申出療養については、患者が自ら申し出たことを理由に、有害な事象が発生した際に不利益を被ることのない仕組みとするとともに、患者申出療養の対象となった医療が、できる限り速やかに保険適用されるような措置を講じること。
- 二 持続可能な医療保険制度を構築するためには増大する医療費の抑制が不可欠であることに鑑み、今回の改正による医療費適正化の取組に加え、現在実施されている実効性のある取組の普及・促進を図る等医療費適正化の指導の徹底を図ること。
- 三 本法による制度改革の実施状況を踏まえつつ、高齢者医療制度を含めた医療保険制度体系、保険給付の範囲、負担能力に応じた費用負担の在り方等について、必要に応じ、盤石な医療保険制度を再構築するための検討を行うこと。

図表 6 参議院厚生労働委員会における附帯決議（平成 27 年 5 月 26 日）（以下、抜粋）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、国民健康保険について

（略）

二、高齢者医療制度及び被用者保険について

1. 高齢者の医療費の増加に伴い、現役世代の負担が大きくなっている中で、持続可能な医療保険制度の確立に向けて、更なる医療保険制度改革を促進するとともに、負担の公平性等の観点から高齢者医療制度に関する検討を行うこと。
2. 前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金が過大とならないよう、本法に規定された拠出金負担が特に重い保険者に対する拠出金負担軽減措置を講ずるとともに、将来にわたって高齢者医療運営円滑化等補助金の財源を確保するよう努めること。
3. 後期高齢者支援金の総報酬割の拡大に当たっては、被用者保険の保険財政への影響の評価及び検証を行うとともに、被用者保険の保険者及び被保険者に十分な説明を行い、その理解と納得を得るように努めること。
4. 協会けんぽに対する国庫補助の在り方については、加入者の報酬水準が相対的に低いことに鑑み、その加入者の保険料負担が過重とならないようにするため、必要な財源の確保に努めること。

三、患者負担について

1. 入院時食事療養費については、今後も引き続き、低所得者、難病患者及び小児慢性特定疾病患者はもちろん、長期にわたり入院を余儀なくされている療養患者等への配慮を十分に行うこと。
2. 紹介状のない大病院受診に係る定額負担の導入に当たっては、外来の機能分化促進

の効果、低所得者等の受診状況の変化等を調査し、その結果に基づき適切な措置を講ずるとともに、定額負担の対象とならない症例等、事例の明確化及び積極的な周知を行うこと。

四、医療費適正化計画及び予防・健康づくりについて

(略)

五、患者申出療養について

1. 患者申出療養については、患者からの申出が適切に行われるよう、患者が必要とする医薬品等の情報を容易に入手できる環境を整備するとともに、製薬企業から不適切な関与が起きないことを担保しつつ、医学的に適切な判断に基づいて、ヘルシンキ宣言及び「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づく臨床研究等として、患者申出療養が実施されるよう、患者等に対する相談体制及び倫理審査体制の整備、利益相反の適切な管理等必要な措置を講ずること。
2. 患者申出療養の実施に当たっては、医の倫理及び被験者保護の確保と、その安全性及び有効性の確保を十分に行うとともに、患者の不利益とならないよう、また、患者に責任が押しつけられないよう、患者申出療養の実施に伴い、副作用、事故等が生じた場合に、患者が十分かつ確実に保護される枠組みとすること。
3. 臨床研究中核病院が作成する実施計画については、患者申出療養に関する会議において厳格かつ透明性ある審議が迅速に行われるようにするとともに、保険収載に向けた評価が着実に実施されるよう、また、臨床研究計画の内容が国際水準を目指したものとなるよう、必要な措置を講ずること。
4. 患者申出療養においては、円滑な制度の運用に資するため、負担が重くなる臨床研究中核病院等の医療機関に対し、必要な支援措置を講ずるとともに、患者申出療養に関わる医療従事者等が長時間労働にならないようにするなど、医療従事者等の負担について十分な配慮を行うこと。また、関係学会等に協力を要請し、患者申出療養において申出が予想される医薬品等のリスト化を行うなど、申請作業の迅速化及び効率化を図られるよう、所要の措置を講ずること。
5. 評価療養の中で実施されている先進医療、最先端医療迅速評価制度及び国家戦略特別区域での先進医療に加え、新たに患者申出療養制度が設けられることにより、保険外併用療養費制度がますます複雑化することから、制度の効率化を図るとともに、国民にとって分かりやすいものとする。

図表 7 平成 27 年医療保険制度改革法の概要

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化（27年度から約1700億円、29年度以降は毎年約3400億円）
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施
(現行:1/3総報酬割→27年度:1/2総報酬割→28年度:2/3総報酬割→29年度:全面総報酬割)

3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ
(現行:1食260円→28年度:1食360円→30年度:1食460円。低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする（紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入）
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ（121万円から139万円に）

4. その他

- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないよう、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
 - ・都道府県が地域医療構想と整合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
 - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設（患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み）

【施行期日】 平成30年4月1日（4①は公布の日（平成27年5月29日）、2は公布の日及び平成29年4月1日、3及び4②～④は平成28年4月1日）

(資料) 社会保障審議会医療保険部会資料（平成 27 年 7 月 9 日）

④経済財政諮問会議

- 経済財政諮問会議は、平成 27 年 6 月 30 日に「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（以下、「骨太の方針」）をとりまとめ、同日、閣議決定された。
- 「骨太の方針 2015」では、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」とし、「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」としている。
- 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、4) 健康で生きがいのある社会、5) 公平な負担で支え合う制度—という基本理念に基づいて取り組むこととしている。
- この基本理念に沿い、「負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化」として、1) 医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担のあり方について検討する、2) 現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る、3) マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、実施上の課題を整理しつつ検討する、4) 平成 28 年度診療報酬改定において医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を試行的に導入する、5) 生活習慣病治療薬等について費用面も含めた処方のあるあり方等について検討する、6) 市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討する—としている。
- 合わせて、「薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革」として、1) 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あり方等について検討する、2) 薬価改定のあり方について検討する、3) かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討する—としている。
- 経済財政諮問会議は「骨太の方針 2015」に盛り込まれた「経済・財政再生計画」を着実に実行するため、同会議のもとに経済・財政一体改革推進委員会を設けて検討を進め、平成 27 年 12 月 24 日に「改革工程表」を含む「アクション・プログラム」をまとめた。同プログラムは、12 月 25 日の閣議に報告された。
- 「改革工程表」は、2016 年度から 2018 年度までを「集中改革期間」と位置づけ、2019 年度、2020 年度以降に分けて、改革の項目、内容、スケジュールを示しており、医療・介護分野では 38 項目が盛り込まれている。

図表 8 経済・財政再生計画 改革工程表①

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度		2017年度				
医療・介護提供体制の適正化		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			
		<p>＜③医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討＞</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p> </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p> </div>						
		<p>＜④地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在の是正などの観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について検討＞</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>「地域医療構想」も踏まえつつ、医療従事者の需給について、検討会を設置して、検討し、結論</p> </div>					＜前頁参照＞	＜前頁参照＞
	《厚生労働省》							4

(資料) 経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政再生計画 改革工程表」(平成 27 年 12 月 24 日)

図表 9 経済・財政再生計画 改革工程表②

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間			2019 年度	2020 年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度	2017 年度	2018 年度				
医療・介護提供体制の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p> <p>＜⑨かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討＞</p> <p>かかりつけ医機能の更なる強化に向け、地域包括診療料等の普及に向けた必要な要件見直し等について、中央社会保険医療協議会において検討し、平成28年度診療報酬改定で対応</p> <p>外来の機能分化を進める観点から、紹介状なしの大病院受診に対する定額負担を2016年4月から導入</p> <p>かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p> <p>＜⑩看護を含む医療関係職種の質評価・質向上や役割分担の見直しを検討＞</p> <p>特定行為研修制度を着実に実施するとともに、地域医療介護総合確保基金に基づく新人看護職員研修をはじめとする研修の推進や看護系データベースの参加・利活用の推進を支援</p> <p>臨床検査技師及び診療放射線技師の追加された業務範囲の内容の現場における実施状況に関する検証等の方法を研究</p>						<p>かかりつけ機能の評価する診療報酬である「地域包括診療料」、「地域包括診療加算」の算定状況【増加】</p>	<p>大病院受診者のうち紹介状なしで受診した者の割合【500床以上の病院で60%以下】</p> <p>患者が1年間に受診した医療機関数【見える化】</p>

7

(資料) 経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政再生計画 改革工程表」(平成 27 年 12 月 24 日)

図表 10 経済・財政再生計画 改革工程表③

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間			2019 年度	2020 年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)	
		2016年度		2017 年度					2018 年度
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
	<p>＜④世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討＞</p> <p>＜(i)高額療養費制度の在り方＞</p>								
	<p>外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論</p>				<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる</p>				
	<p>＜(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方＞</p> <p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p>								
	<p>＜(iii)高額介護サービス費制度の在り方＞</p> <p>高額介護サービス費制度の見直しについて、制度改正の施行状況や高額療養費との均衡の観点も踏まえつつ、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論</p>								
<p>＜(iv)介護保険における利用者負担の在り方 等＞</p> <p>介護保険における利用者負担の在り方について、制度改正の施行状況や医療保険制度との均衡の観点も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p>				<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる (法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)</p>					
							-	-	

(資料) 経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政再生計画 改革工程表」(平成 27 年 12 月 24 日)

図表 11 経済・財政再生計画 改革工程表④

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間				2019 年度	2020 年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度		2017 年度	2018 年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化		通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
		<p>＜⑤現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための検討＞</p> <p>＜(i)介護納付金の総報酬割＞</p> <p>社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p> <p>＜(ii)その他の課題＞</p> <p>現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討し、結論</p> <p>＜⑥医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討＞</p> <p>医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p> <p>マイナンバーの活用については、改正マイナンバー法（公布日（平成27年9月9日）から3年以内に施行予定）による預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を検討</p>							
	《厚生労働省》								18

(資料) 経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政再生計画 改革工程表」(平成 27 年 12 月 24 日)

図表 12 経済・財政再生計画 改革工程表⑤

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間			2019 年度	2020 年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)	
		2016年度		2017 年度					2018 年度
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会				
	<p><㉞公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討></p> <p><(ii)医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す></p>								
	費用対効果評価について、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等について、平成28年度診療報酬改定での試行的導入に向けて検討、結論		<p>試行的な導入の結果を踏まえ、速やかな本格導入に向けて、費用対効果評価に用いる費用と効果に関するデータの整備方法や、評価結果に基づく償還の可否判断の在り方等について、施行の状況も踏まえた更なる検討、診療報酬改定における適切な対応</p>						
	<p><(iii)生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方等の在り方等の検討></p>								
	生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した上で検討し、結論								
	<p><(iv)市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討></p>								
	公的保険給付の範囲の見直しや医薬品の適正使用の観点等から、平成28年度診療報酬改定において、長らく市販品として定着したOTC類似薬を保険給付外とすること等について、その具体的内容を検討し、結論					診療報酬改定において適切に対応			
	スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論					関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）			
	<p><(v)不適切な給付の防止の在り方について検討 等></p>								
	保険医療機関に対する指導監査及び適時調査について、見直しを検討								

20

(資料) 経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政再生計画 改革工程表」(平成27年12月24日)

図表 13 経済・財政再生計画 改革工程表⑥

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)	
	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	2016年度	2017年度	2018年度					
薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会					
	<p>＜⑧後発医薬品に係る数量シェアの目標達成に向けて安定供給、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措置を講じる＞</p>								
	<p>普及啓発等による環境整備に関する事業を実施</p>				<p>2017年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、後発医薬品数量シェア80%以上の目標達成時期を決定し、更なる取組を推進</p>				
	診療報酬上のインセンティブ措置等の総合的な実施	<p>信頼性向上のため、国立試験研究機関及び都道府県における後発医薬品の品質確認検査の実施体制を強化</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 【2017年央70%以上、2018年度から2020年度末までのなるべく早い時期に80%以上に引上げ】</p>	
	<p>＜⑨後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討＞</p>				<p>信頼性向上のため、有効成分ごとに品質情報を体系的にまとめた情報(ブルーブック(仮称))等を公表</p>				
	国民負担軽減の観点から、後発医薬品の価格の見直しを実施								
	<p>＜⑩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の検討＞</p>								
	特許の切れた先発医薬品の価格の引下げ措置(Z2)の見直しを実施								
	<p>先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について、関係審議会等において検討し、2017年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目途に結論</p>								
	<p>＜厚生労働省＞</p>								
21									

(資料) 経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政再生計画 改革工程表」(平成27年12月24日)

⑤規制改革会議

- 自民党・公明党連立政権下で復活した規制改革会議は、平成 25 年 6 月 5 日には「規制改革に関する答申～経済再生への突破口～」を、平成 26 年 6 月 13 日には「規制改革に関する第 2 次答申～加速する規制改革～」を、平成 27 年 6 月 16 日には「規制改革に関する第 3 次答申～多様で活力のある日本へ～」をとりまとめた。
- また、平成 27 年 6 月 30 日には「規制改革実施計画」が閣議決定された。
- 規制改革会議では、「国民の安心・安全の確保を前提に、『国民の利便性向上』、『医療や福祉サービスの発展による経済の活性化』、『保険財政の健全化』の 3 つを基本的な考えとし、1) 医薬分業推進の下での規制の見直し、2) 医薬品に関する規制の見直し、3) 医療情報の有効活用に向けた規制の見直し、4) 遠隔モニタリングの推進、5) 介護付有料老人ホーム等に関する規制の見直し、6) 食品の表示制度の見直し—について、重点的に取り組む」としている。
- このうち、医薬品に関する規制の見直しでは、「市販品と類似した医療用医薬品（市販品類似薬）の保険給付の在り方等の見直し」が挙げられている。

⑥産業競争力会議

- 日本経済再生本部の産業競争力会議では、平成 27 年 6 月 30 日に「『日本再興戦略』改訂 2015」をまとめ、同日、閣議決定された。ここでは、医療・介護分野において「『産業としての活性化・生産性の向上』といった視点を持つことが必要である」としている。
- 具体的に、産業活性化の観点から、1) 個人に対する予防・健康づくりへのインセンティブ付与、2) 「患者申出療養」の創設、3) 先進医療の評価の迅速化、4) 医療の国際展開等の推進—が盛り込まれている。

⑦財政制度等審議会

- 財政制度等審議会は、平成 27 年 6 月 1 日に「財政健全化計画等に関する建議」をとりまとめた。
- ここでは、1) 国民皆保険を維持するための公的保険給付範囲の見直し、2) サービス単価の抑制、3) 負担能力に応じた公平な負担、4) 医療の効率化—の大きく 4 点が提案されている。
- 第 1 の点については、「国民皆保険を維持し、限られた医療・介護資源の中で疾病等に伴う大きなリスクに有効に対応するという公的保険の本来機能に立ち戻り、同一効果を有する後発医薬品がある先発医薬品や、個人が日常生活で通常負担するようなサービス・金額について、公的保険給付の範囲を見直し、全体として公的保険を真に必要な場合に重点化していく必要がある」、「この公的保険給付の範囲の重点化は、保険給付額を抑制して制度の持続性に貢献すると同時に、公的保険から外れた市場を産業として伸ばしていくことにより、経済成長とも整合的であり、社会保

障の雇用・成長市場としての側面を損なわずに社会保障改革を進めることができるメリットがある」と述べている。

- 具体的には、1) 後発医薬品の使用促進、2) 後発医薬品がある先発医薬品（長期収載品）については、公的保険による給付額を後発医薬品の価格までとする制度への移行、3) 市販品類似薬等に係る保険給付の見直し、4) 受診時定額負担・免責制度の導入、5) 在宅療養との公平性確保等（入院患者の居室代負担の見直し、柔道整復師に係る給付のあり方の見直し）一が挙げられている。
- 第2の点としては、「医療・介護のサービス単価は診療報酬・介護報酬改定で定められる。今後、次期診療報酬改定に向けて、経済動向、財政事情、医療機関の経営実態等を踏まえつつ、総合的に検討が進められる中で、当審議会としても更に論点を深掘りしていくこととなるが、その際には、保険料を含めた国民負担増の抑制という視点が特に重要である」、「また、公的保険給付範囲の抜本の見直しができず、幅広く公的保険でカバーすることを継続していく場合は、国民皆保険を維持するため、公的な保険給付の総量の伸びを抑制せざるを得ず、今後、サービス単価を更に大幅に抑制することが必要となる」としている。
- 第3の点としては、「医療・介護の自己負担や保険料負担については、世代間・世代内の負担の公平を図るため、年齢や就業先にかかわらず、負担能力に応じた公平な負担を求めていく必要がある」としている。
- 具体的には、高額療養費制度の見直し（年齢ではなく負担能力に応じたものとする）、高齢者の自己負担の見直し（75歳以上も原則2割負担に段階的に移行）、高齢者に関する「現役並み所得」の見直し（水準、金融資産も踏まえて負担能力を判断する）、総報酬割の拡大（前期高齢者医療費納付金、介護納付金）が挙げられている。
- 第4の点として、1) 医療提供体制の改革、2) 保険者によるレセプトデータ等を用いた医療の無駄排除と質の転換に向けた活動、3) ヘルスポイントや保険料の傾斜設定、4) 医療のデータベースの充実化一などが挙げられた。
- また、平成27年11月24日に「平成28年度予算の編成等に関する建議」をまとめ、政府の「経済・財政再生計画」が掲げる社会保障分野の重点事項について、改革の方向性を提示した。
- ここでは、「改革の具体的な方向性」や「検討・実施時期」、「KPIの在り方」など、6月の「建議」を踏まえた具体的な提案を盛り込んだ。
- このうち「検討・実施期間（案）」では、「平成28年末のできる限り早い時期に結論を得て、速やかに実施すべき項目」（第Ⅰトラック）、「遅くとも平成29年通常国会に法案を提出すべき項目」（第Ⅱトラック）、「2020年度（平成32年度）までのできる限り早い時期に、具体化の方策をとりまとめるべき項目」（第Ⅲトラック）一の3つの区分を設け、検討時期等を明確化した。

⑧保健医療 2035

- 厚生労働省では、「保健医療 2035」策定懇談会を設置し、平成 27 年 2 月 27 日から 6 月 8 日まで、合計 8 回の会議を開催し、「保健医療 2035」をとりまとめた。
- 「保健医療 2035」は、保健医療のあるべき姿を設定し、それを達成するための保健医療システムの構築に向けて、掲げるべき基本理念、ビジョン、それを実現・達成するためのアクションとインフラについての検討結果をとりまとめたものである。
- ここでは、1) リーン・ヘルスケア～保健医療の価値を高める、2) ライフ・デザイン～主体的選択を社会で支える、3) グローバル・ヘルス・リーダー～日本が世界の保健医療を牽引する一の 3 つのビジョンを掲げている。
- この 3 つのビジョンのうち「リーン・ヘルスケア」では、「20 年後に向け、世界最高水準の持続可能な保健医療システムを構築するためには、保健医療システムへの投入資源に対して、人々が得られる価値を最大化することが必要である。しかし、これまで、投入される資源を最大限効果的・効率的に活用し、患者の得られる価値に応じた価格設定や予算投入などを行う方法や方針が必ずしも明確でなく、保健医療の持つ価値の最大化が実現されていなかった」とし、「今後、限られた財源をできる限り効果的・効率的に活用し、保健医療サービスから得られる価値の最大化を図ること、つまり、価値の高いサービスをより低コストで提供することが必要であり、これをリーン・ヘルスケアと位置付ける。いわば『より良い医療をより安く』というコンセプトが、これからの保健医療システムを考える上で重要となる」としている。
- 「保健医療 2035」では、公的医療保険の負担の機能や役割、そのための財源確保方策、財政的なガバナンスの強化について提言している部分がある。

第3章 論点と見直しの方向性

1. 検討の視点

- 本章では、給付と負担に関する考えを述べた後、経済財政諮問会議の「骨太の方針2015」で提案された事項等のうち、公的医療保険の給付と負担のあり方に関するテーマについて最近の議論を整理した上で、考えられる論点と見直しの方向性をまとめた。

(1) 公的医療保険における給付

- わが国の医療保険制度は、国民にとって必要な医療は公的保険でカバーするという基本方針のもと、幅広い給付により、国民の健康維持・寿命の延伸に大きく貢献してきたといえる。
- 公的医療保険の守備範囲は、健康保険法、保険医療機関及び保険医療養担当規則、診療報酬点数表等により規定される。給付率や自己負担だけではなく、診療行為や医薬品、医療材料等、保険給付の対象は2年に1度の診療報酬改定や薬価基準、材料価格基準の見直し、随時の新規医薬品・医療材料の保険適用といった形をとることで、医療技術の進歩等に対応しながら給付範囲が見直されている。
- 一方で、給付を支える財源は、保険料、税ともに、極めて厳しい状況にある。人口構造が大きく変化していく中で、社会保障全般のニーズは高まっていくが、それを支える財政・労働力は、今以上に厳しくなることが予想される。
- こうした財政面の制約のもとで、すべてのニーズに対応していくことは難しく、様々な場面で効率化とともに優先順位をつけていくことが求められており、そのためにデータを用いた客観的な分析が必要となっている。
- 給付面については、「重点化」、「効率化」が最近の改革案のキーワードとなっている。例えば、「保健医療2035」では「必要かつ適切な医療サービスや重大な疾病リスクを保障するという公的医療保険の基本原則を守りつつ、不断の検証を行っていく」と述べている。
- この「必要かつ適切な医療サービス」の観点から現在の状況を見ると、過度なフリーアクセス（患者の大病院志向、重複受診、容体急変を除く時間外受診など）、残薬や重複検査、諸外国と比較した後発医薬品の低い使用割合などの問題が挙げられる。まずは、こうした無駄・非効率を是正していくことが急務といえる。
- 「必要かつ適切な医療サービス」とするためには、EBMの推進によりガイドラインを設け、有効性、安全性だけではなく経済性も考慮した「診療の標準化」を図っていく（例えば、医薬品の処方における選択順位）ことが必要である。また、新しい医薬品や技術等の導入に際し、費用対効果評価を行い、より良い医療をより安く受けることができるようにする、“value for money”を高めるといった視点が求められる。

れる。このように、今後は、医療関係者、患者・国民の意識も変えていくことが必要である。

- 保険本来の目的からすれば、「重大な疾病リスクを保障する」、「給付の重点化」というのは正しい方向性といえる。しかし、軽症に対する保険給付を縮小すれば、例えば、受診控えの結果、重症化につながる恐れや公的医療保険の恩恵を感じられない国民が増える可能性もあり、制度設計においては慎重な検討が望まれる。

(2) 公的医療保険における負担

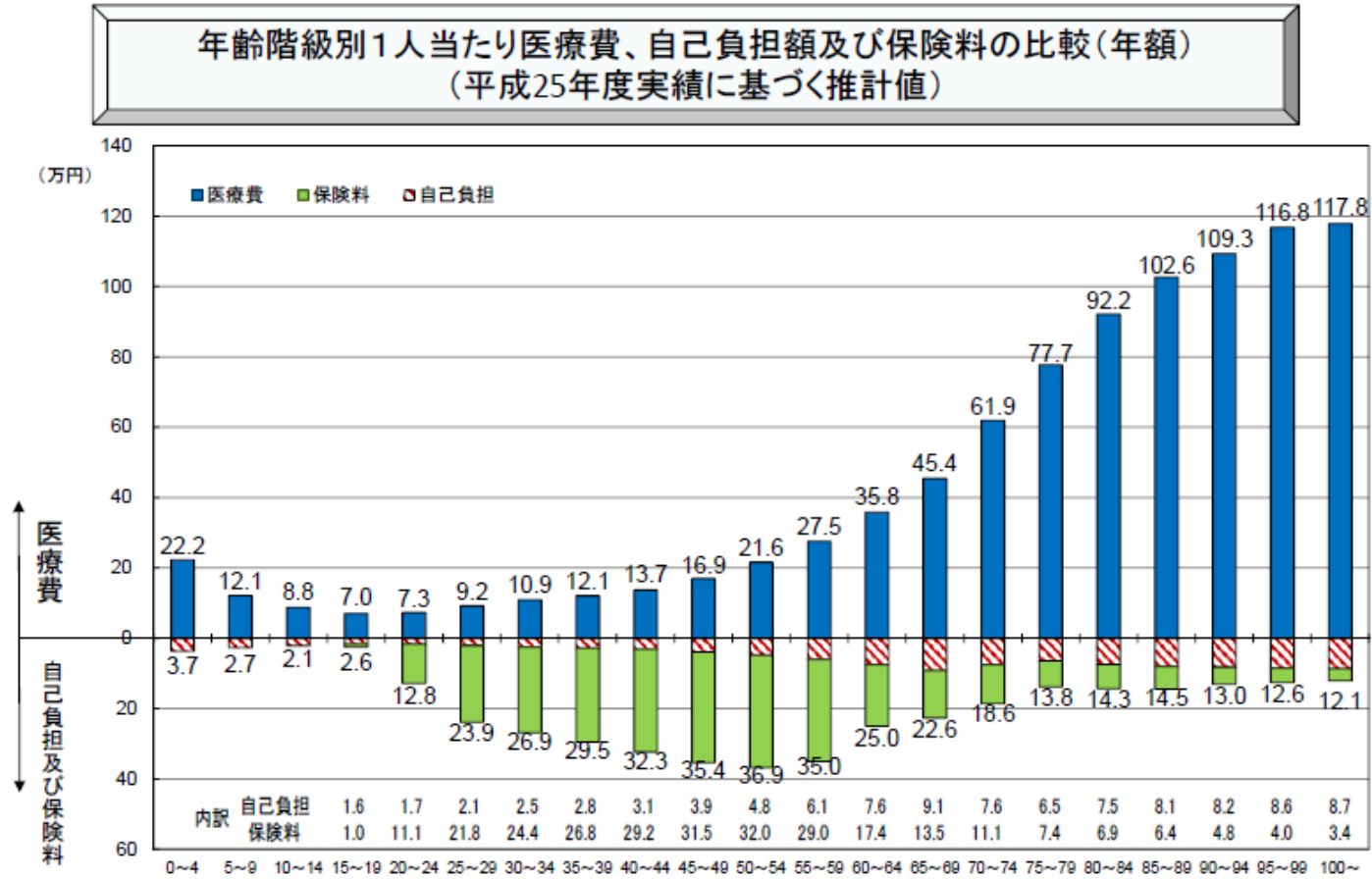
- わが国の医療保険制度は、保険料、公費、患者負担を財源としている。
- 戦後、日本国憲法を根拠に社会保障制度の充実と国の責務が強調され、医療においては国民皆保険を達成した。その際、保険料負担能力が低い保険者に対しては多額の国庫負担を投入する制度設計とし、国も相当の責任をもって財政責任を負うことが明言された。しかし、前に述べたとおり、低調な経済基調、人口構造の大きな変化を背景に、現行のままでは財政面において制度存続が危うい状況となっている。
- こうした中、近年の改革案では、「負担の公平」がキーワードとなっているが、「負担の公平＝応能負担」という文脈で提案がなされるようになってきた。医療保険制度における所得再分配機能をより強化しようとするものといえる。
- 例えば、国保の赤字については一般会計からの繰入で補填しており、保険運営ができていないと言いき難い状況である。また、適正な保険料設定や保険料徴収、保健指導などが十分にできていないなど、保険者としてガバナンス上の問題がある。こうした状況が看過されたまま、「とりやすいところから、とる」という被用者保険に負担を強いる手法では制度への信頼性がゆらぎ、現役世代、将来世代からの支持を失いかねない。
- 現在、財政制度等審議会等で提案されている改革案では、「負担の公平化」をキーワードに被用者保険に総報酬割を拡大していくことで、協会けんぽに投入してきた国庫負担の財源を他の施策に転用しようとしている。また、「被用者保険の統合も視野に入れ」た改革をも提言している。
- 社会保険方式では、連帯意識をもつ被保険者集団を前提に応能負担を一定の範囲で認めるものである。貴重な財源を適切に使用するという意識を持ち、適切な受診につなげていくことが重要である。
- 「保険」として運営している限り、給付との対価性を無視することは適切ではない。また、財政の健全化を図るためには、一定程度、応益負担を増やすことが必要である。
- 現行制度では、保険料、一部負担、高額療養費とあらゆる段階で、高齢者の負担が軽減される仕組みとなっており、総合してみれば、現役世代との差はさらに大きくなる。現役世代の保険料の4割以上が高齢者医療に拠出されており、現役世代と高齢世代との間で負担と給付の歪みが生じている。

- 今後、現役世代が減少し高齢者が増加していく中で、こうした財源構造では制度を維持できなくなることは明らかである。世代間の公平を確保する観点に立って、高齢者、特に後期高齢者医療制度の保険料負担、患者一部負担、高額療養費等を早急に見直すことが必要であり、国民の理解を得ながら、国が責任をもって改革を進めることが求められる。

(3) 給付と負担のあり方

- 本来、保険では、支出に見合った保険料収入を確保することが基本である。一方で、保険料は経済と密接に結びついており、医療支出の増加に合わせて、保険料を増やすことには限界がある。このように負担能力に限界がある中で、どこまでを給付範囲とするのか、あるいはどこを給付外とするのか議論する必要がある。
- 現在、医療保険制度を取り巻く環境は厳しい。今後の人口構造の変化を踏まえれば、負担は増えていくものの、現行の給付範囲・給付水準の維持さえも難しい状況である。このままでは、現役世代は自らと高齢世代を支えることがやっとなり、子供を産み育てていくことの余力を持ってない状況となってしまう。現行制度のように現役世代が過度に高齢世代を支える構造は望ましくない。
- 財政の健全化を図るうえでは、医療需要が高い高齢者医療について改革を優先的に行い、他の保険者が自律的な財政運営をできるようにすべきである。そのうえで、高齢者自身の保険料や自己負担で賄えない部分について公費を投入することが望まれるが、将来世代に負担を先送りすべきではない。この公費の財源確保策としては、高齢者自身も広く負担する消費税などを充当すべきである。
- 給付と負担に関する様々な改革案が提言されているが、医療保険制度の運営において重要なのは、被保険者の納得・信頼や給付と負担における一定の対応関係の確保、また、これらに資する保険者機能の発揮である。国民皆保険制度はわが国の誇れる制度であり、今後も堅持していくことが望まれている。そのためには、受益者と負担者の関係が一方的にならないよう、世代間の大きな格差を早急に是正することが必要である。

図表 14 年齢階級別 1 人あたり医療費、自己負担額及び保険料の比較



- (注) 1. 1人あたりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人あたり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が含まないことがある。

(資料) 厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料～平成25年度の医療費等の状況～」

2. 給付に関する論点と見直しの方向性

- 経済財政諮問会議の「骨太の方針」や「改革工程表」、財政制度等審議会の「建議」で取り上げられた給付に関するテーマのうち、見直しの方向性について検討を深めることが望ましいテーマとして、(1)在宅療養等との公平確保「入院患者の居室代見直し」、(2)受診時定額負担・保険免責制の導入、(3)生活習慣病治療薬等についての費用面も含めた処方あり方、(4)市販品類似薬等に係る保険給付の見直し、(5)長期収載品に対する保険給付のあり方—の見直し—について、最近の論点と見直しの方向性をまとめた。
- また、経済財政諮問会議や財政制度等審議会で特段取り上げられていないものの、給付に関する考え方として整理しておくことが望ましいと考えたテーマ((6)その他)として、1)保険外併用療養費制度（産業競争力会議、他）、2)出産育児一時金—についても現行制度や改革の方向性等を整理した。

(1) 在宅療養等との公平確保（入院患者の居室代見直し）

①最近の議論

【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、「医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う」としている。
- 「改革工程表」では、③の項目で「入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」、「検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る 2017 年通常国会への法案提出を含む）」としている。

【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、「在宅療養との公平確保の観点から入院患者の居室代負担の見直しや、柔道整復師に係る給付の在り方—の見直し（料金の包括化、長期・頻回に関する給付率の引下げ、支給対象の見直し、受領委任払いが実施可能な施術所の限定等）にも取り組む必要がある」と述べている。
- 具体的には、「入院時の生活療養費について、療養病床のうち 65 歳以上の医療区分 I に該当する患者（一般所得）については患者負担があるが、それ以外については患者負担がなく、在宅療養等との公平性が確保されていない」ことが論点として示された。
- これについて、「具体的な改革の方向性（案）」では、「入院時生活療養費について、在宅療養等との公平性を確保する観点から、難病患者・小児慢性特定疾患患者等を除く全ての病床について、居住費（光熱水費相当）の負担を求めていくべき」としている。

- 「検討・実施時期（案）」については、法改正を待たずに実現可能なもの（医療区分Ⅱ・Ⅲへの拡大）は最優先の「第Ⅰトラック」に位置づけ、法改正が必要なもの（一般病床等への拡大）については、「第Ⅱトラック」で検討・実施することとした（※）。

（※）以下、財政制度等審議会の「建議」における「検討・実施時期（案）」について、経済財政諮問会議の「改革工程表」と重複する場合は記載を省略した。

図表 15 医療・介護を通じた居住に係る負担の公平化

医療・介護を通じた居住に係る負担の公平化				
資料Ⅱ-2-9				
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】				
「医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。」				
<p>【論点】</p> <p>○ 入院時の生活療養費について、療養病床のうち65歳以上の医療区分Ⅰに該当する患者（一般所得）については自己負担があるが、それ以外については自己負担がなく、在宅療養等との公平性が確保されていない。</p> <p>（参考）27年度医療保険制度改革において、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求め見直しを実施。</p> <p>（※）低所得者は上げを行わない（据え置き）。難病患者、小児慢性特定疾患患者は負担額を据え置く。</p>	65歳以上医療区分Ⅰ（一般所得）の療養病床	その他	介護保険施設（老健・療養病床（多床室））補足給付における基準費用額	介護保険施設（特養（多床室））補足給付における基準費用額
	1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり
<p>【改革の具体的な方向性】（案）</p> <p>○ 入院時生活療養費について、在宅療養等との公平性を確保する観点から、難病患者・小児慢性特定疾患患者等を除く全ての病床について、居住費（光熱水費相当）の負担を求めていくべき。</p>				
<p>【検討・実施時期】（案）</p> <p>○ 法改正を待たずに実現可能なもの（医療区分Ⅱ、Ⅲへの拡大）については、速やかに関係審議会等において検討し、平成28年末までのできる限り早い時期に制度改革の具体的な内容について結論を得て、速やかに実施する。</p> <p>○ 法改正が必要なもの（一般病床等への拡大）については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。</p>				

（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

②論点と見直しの方向性

- 現行制度では、居住費については、医療と介護とで、また医療でも病床によって、負担が異なっており、患者にとっても理解しにくいものとなっている。
- そもそも、治療の一環としての入院とはいえ、一定の居住費（光熱水費）が発生しており、在宅療養との公平性の確保という観点からみても、入院患者の居住費負担を見直すことは妥当である。介護保険と同等の療養病床の患者だけを対象とする考え方を見直し、低所得者等に配慮することを前提に、他の病床（療養病床の医療区分Ⅱ・Ⅲ、一般病床等）の入院患者にも、一定の居住費負担を求めるべきである。

また、その際に、医療区分Ⅰの居住費負担は320円であるが、介護保険の370円に合わせて引き上げることが妥当と考える。

- なお、中長期的に考えれば、今後、「病院（入院）医療」か「在宅医療」かという観点だけではなく、患者の住む場所で適切な医療サービス・介護サービスを受けるという視点が必要である。この点で、通常の生活で負担している、医療の本質とは関係のないコストについては、施設類型に関わらず、患者自身が負担することは妥当といえる。ただし、自己負担額の設定や低所得者への適切な配慮は必要である。

（２）受診時定額負担・保険免責制の導入

①最近の議論

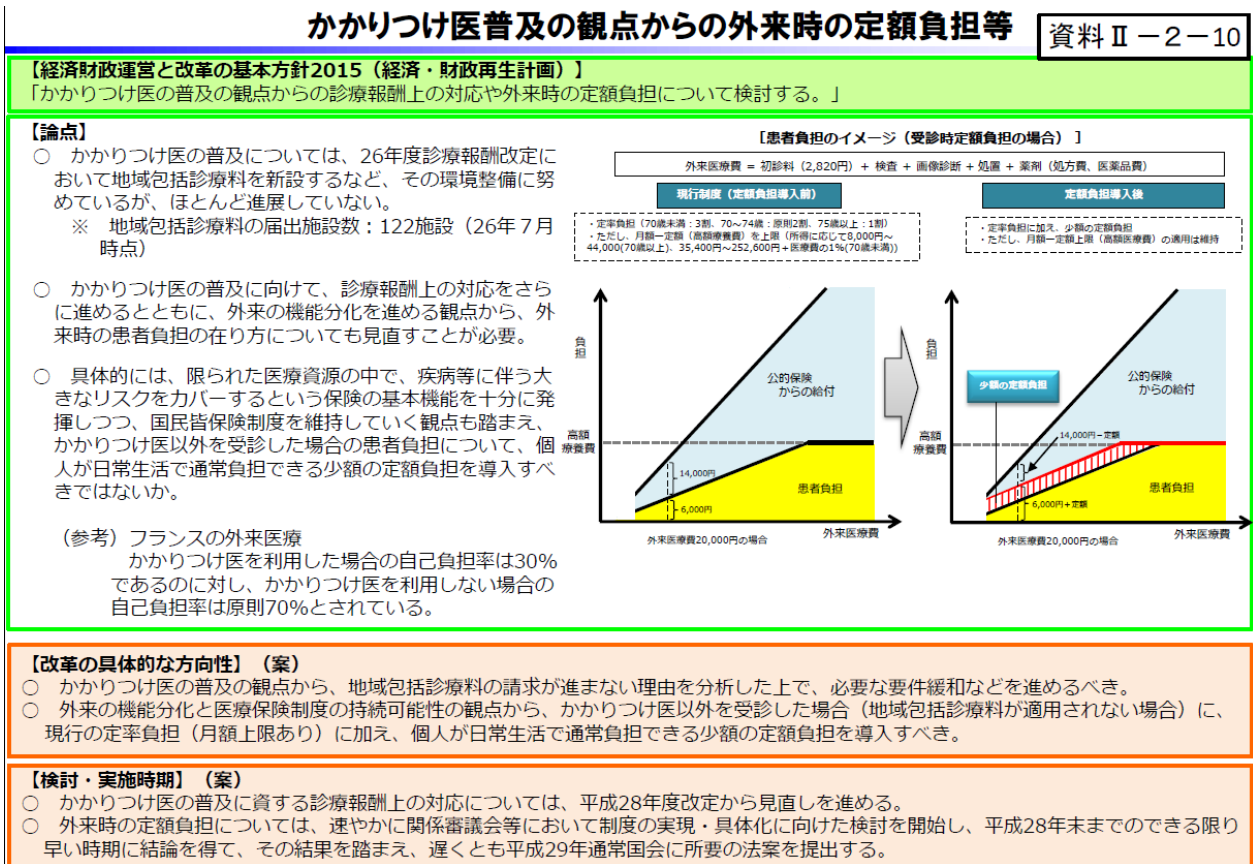
【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、「かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する」と述べている。
- 「改革工程表」では、⑨の項目で「かかりつけ医機能の更なる強化に向け、地域包括診療料等の普及に向けた必要な要件の見直し等について、中央社会保険医療協議会において検討し、平成28年度診療報酬改定で対応」、「かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」、「検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）」としている。

【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、「我が国の医療保険制度は、定率の患者負担を求めつつ、高額療養費（患者負担の月額上限）を設けることにより、医療費が多くかかった場合にはより厚めの保険給付を行う（患者の実効負担率が逡減する）、つまり、リスクの大きさに応じて公的保険がカバーする範囲が大きくなる仕組みとなっている。この考え方に立って、限られた医療資源の中で、疾病等に伴う大きなリスクをカバーするという保険の基本機能を発揮しながら、国民皆保険を維持していく観点から、現行の定率負担に加え、少額の定額負担を導入すべきである。その際、かかりつけ医の更なる推進・包括払いへの移行といった観点から制度設計をすることも考えられる」としている。

図表 16 かかりつけ医普及の観点からの外来時の定額負担等



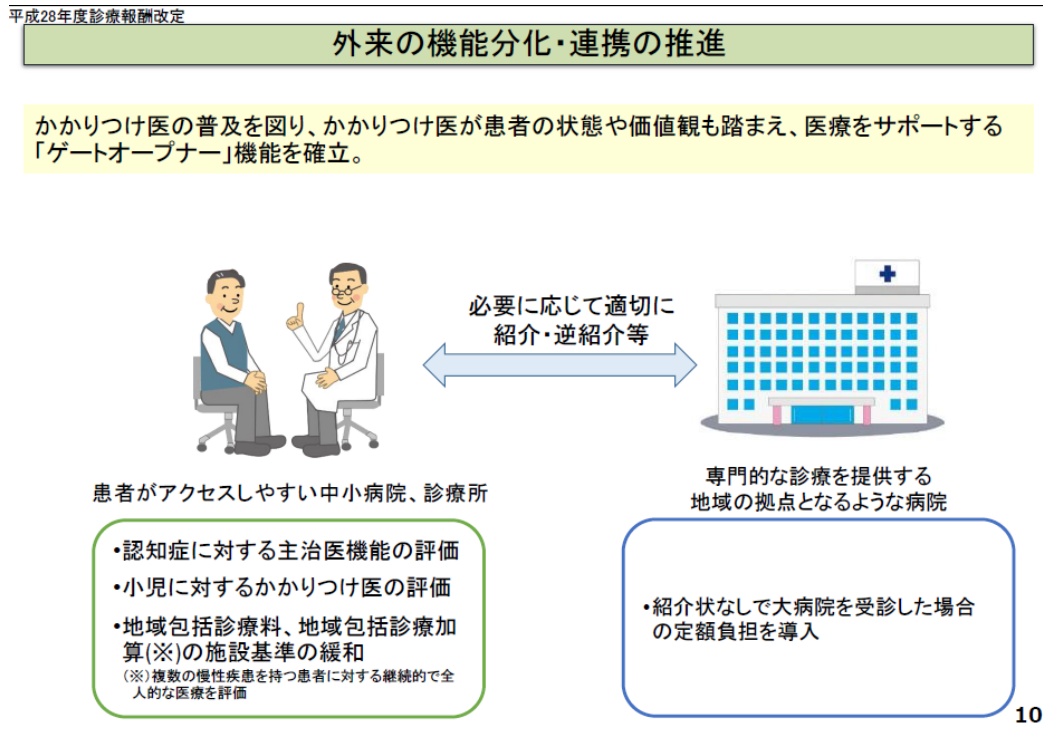
（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

- 財政制度等審議会では、「かかりつけ医の普及については、26年度診療報酬改定において地域包括診療料を新設するなど、その環境整備に努めているが、ほとんど進展していない（※地域包括診療料の届出施設数：122施設、平成26年7月時点）」、「かかりつけ医の普及に向けて、診療報酬上の対応をさらに進めるとともに、外来の機能分化を進める観点から、外来時の患者負担の在り方についても見直すことが必要」とし、「かかりつけ医以外を受診した場合の患者負担について、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を導入すべき」と示された。
- ここでは、参考として、フランスの外来医療が紹介され、「かかりつけ医を利用した場合の自己負担率は30%であるのに対し、かかりつけ医を利用しない場合の自己負担率は原則70%とされている」としている。
- また、「改革の具体的な方向性（案）」では、1) かかりつけ医の普及の観点から、地域包括診療料の請求が進まない理由を分析したうえで、必要な要件緩和などを進めるべき、2) 外来の機能分化と医療保険制度の持続可能性の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合（地域包括診療料が適用されない場合）に、現行の定率負担（月額上限あり）に加え、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を導入すべき—としている。

【その他】

- なお、平成 28 年度診療報酬改定では、地域包括診療料の施設基準の緩和を図るとともに、認知症地域包括診療料が新設された。

図表 17 平成 28 年度診療報酬改定の概要（外来の機能分化・連携の推進）



(資料) 厚生労働省

図表 18 平成 28 年度診療報酬改定の概要（地域包括診療料）

平成28年度診療報酬改定

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での 受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新 認知症地域包括診療 加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上		内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。
 ※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。
 ※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

11

(資料) 厚生労働省

②論点と見直しの方向性

- 財政制度等審議会では「限られた医療資源の中で、疾病等に伴う大きなリスクをカバーするという保険の基本機能を発揮しながら、国民皆保険を維持していく観点から、現行の定率負担に加え、少額の定額負担を導入すべき」としているが、国民皆保険を維持するために患者負担を増やすという論理しか示されていない。患者には受診時に定率負担があり、さらに、定額負担を導入する趣旨が不明である。国民の理解を得る観点から、まずは、定額負担の趣旨を明らかにすることが必要である。
- そもそも、医療保険の給付割合については、平成14年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第1項で「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」ことが明記され、平成18年健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議でも再度確認されており、この枠組みを超える自己負担の強化については慎重に検討する必要がある。
- また、かかりつけ医以外を受診した場合の少額の定額負担導入ということも提案されているが、現状では「かかりつけ医」の定義が定められていない上に、制度としても、実態としても機能しているとはいえない。

- 平成 26 年度診療報酬改定で創設された「地域包括診療料」は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、認知症のうち 2 疾患以上を有する患者を対象にその外来医療費を包括払いとするものである。また、平成 28 年度診療報酬改定で新設された「認知症地域包括診療料」は認知症とそれ以外の疾患を有する患者を対象にした診療報酬である。これらは対象疾患を限定し、その主治医機能を果たす医療機関を評価したものであるが、対象患者も医療機関も限定的である。
- 医療機能の分化・連携の強化といった観点から、役割・機能を明確にしたうえで、地域医療におけるゲートキーパーとして、疾患を限定しない「かかりつけ医」を育成し、その普及を急ぐべきと考える。そのうえで、患者が「かかりつけ医」にまずは受診するという仕組みが導入され、定着していくことが必要である。
- なお、「かかりつけ医」の機能・役割については、総合診療専門医の位置づけと並行して検討を進める必要がある。
- 現在、他の改革案で保険給付外化、給付の重点化などが提案されており、さらに受診時定額負担を導入した場合に、公的医療保険の恩恵を感じられない国民が増える可能性がある。受診時定額負担の導入が、医学的に必要性の低い頻回受診や重複受診等を抑制することを政策目標とするならば、他の手段・仕組みを考えるべきである。
- この観点に立てば、自己負担割合が現役世代と比較して低い高齢者の自己負担について 2 割への引上げを行うことが先決である。受診時定額負担を含め、さらなる自己負担の強化は、高齢者の 2 割自己負担実施後の財政状況を踏まえて慎重に検討すべきである。

(参考) 自己負担 3 割上限について

健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（平成 18 年 6 月 13 日、参議院厚生労働委員会）

政府は、次の事項について、適切な措置を講ずるべきである。

一、新たな保険外併用療養費制度においては、医療における安全性・有効性が十分確保されるよう対処するとともに、保険給付外の範囲が無制限に拡大されないよう適切な配慮をすること。

(中略)

二十一、国民生活の安心を保障するため、将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、平成十四年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第二条第一項に明記された「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。」ことを始めとして安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること。また、今後の医療制度改革に当たっては、個々の制度見直しのみならず、社会保障全体の在り方に深く留意し、国民の視点に立った給付と負担の関係を明らかにすること。

(3) 生活習慣病治療薬等の処方あり方の見直し

①最近の議論

【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、「生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の在り方等について検討する」と述べている。
- 「改革工程表」では、⑳の (iii) の項目で 2017 年度末までに「生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した上で検討し、結論」としている。

【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、「我が国は、例えば、高血圧薬などを例にとると、高価な生活習慣病治療薬が多く処方されている現状にある。同一薬効の後発医薬品に対する保険給付の在り方について前述したところであるが、さらに、同じ生活習慣病を対象とした治療薬が複数ある場合において、費用対効果の観点も踏まえ、専門家の知見を集めて処方の順番・ルールを設定し、保険給付の在り方を適正化すべきである」としている。

図表 19 生活習慣病治療薬の処方あり方
生活習慣病治療薬の処方の在り方

資料Ⅱ-2-25

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】
「生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の在り方等について検討する」

【論点】

- 生活習慣病治療薬の処方方は、性・年齢・進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個々の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、我が国では高価な A R B 系が多く処方されている。

＜医薬品国内売上高上位10品目＞			＜医薬品世界売上高上位10品目＞		
順位	製品名	薬効	順位	製品名	薬効
1	プラビックス	抗血小板薬	1	ヒムラ	関節リウマチ
2	ミカルディスファミリー	ARB(配合剤含む)	2	レミケド [®]	抗リウマチ薬
3	オルメテックファミリー	ARB(配合剤含む)	3	リツキサ [®]	非ホジキソリン [®] 腫他
4	プロレスファミリ	ARB(配合剤含む)	4	エンブレ	関節リウマチ
5	アバステン	抗悪性腫瘍薬	5	アドエア	抗喘息薬(配合剤)
6	ジャスピア [®]	糖尿病治療薬(DDP-4阻害薬)	6	ランタス	糖尿/インスリンアナログ
7	リリカ	疼痛治療薬	7	アバステン	転移性結腸がん
8	レミケド [®]	抗リウマチ薬	8	ハーセプチン	乳がん
9	ネキシウム	プロトンポンプ阻害薬	9	クレストール	高脂血症/スタチン
10	モーステープ [®]	鎮痛消炎薬	10	ジャスピア	2型糖尿病/DPP4

(出典)
・医薬品国内売上高上位10品目: Monthly 375 2015年 増刊号
・医薬品世界売上高上位10品目: セジテム・ストラテジックデータ(株)ユート・ブレン事業部

＜高血圧薬の使用に関するガイドライン＞

日本	イギリス
【STEP1】 ACE、ARB、Ca拮抗剤、 サイアザイド [®] 利尿剤のいずれか 【STEP2】(以下の組み合わせいずれか) (ACE又はARB)+(Ca拮抗剤) (ACE又はARB)+(サイアザイド [®] 利尿剤) (Ca拮抗剤)+(サイアザイド [®] 利尿剤) 【STEP3】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤)+(サイアザイド [®] 利尿剤) 【STEP4】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤)+(サイアザイド [®] 利尿剤)+ ・β ² ブロッカー ・サイアザイド [®] 利尿剤の追加 ・α ¹ ブロッカー	【STEP1】 55歳以上(全人種) →Ca拮抗剤 55歳未満(ア ¹ 抗系、カ ¹ 系を除く) →ACE(副作用等がある場合にはARB) 【STEP2】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤) 【STEP3】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤)+(サイアザイド [®] 利尿剤) 【STEP4】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤)+(サイアザイド [®] 利尿剤)+ ・β ² ブロッカー ・サイアザイド [®] 利尿剤の追加 ・α ¹ ブロッカー

＜代表的な治療薬の一日薬価＞

薬系	薬名(用量)	一日薬価
ACE系	タナトリン錠(10mg)	123.60円
ARB系	ディオバン錠(80mg)	109.10円
Ca拮抗系	アムロジン錠(5mg)	53.30円

【改革の具体的な方向性】(案)
○ 生活習慣病治療薬等の処方ルール^①の明確化を図るべき。

【検討・実施時期】(案)
○ 費用対効果評価^②の導入と並行して、専門家の知見を集約し、速やかに処方ルールに係るガイドラインの明確化を図る。

(資料) 財政制度等審議会「平成 28 年度予算の編成等に関する建議」(平成 27 年 11 月 24 日)


②論点と見直しの方向性

- 生活習慣病治療薬の処方は、性・年齢、進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個々の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、わが国では高価な降圧薬（ARB 系）が多く処方されている。これは、日本では、高血圧薬の治療薬の第一選択として、ACE 系、ARB 系、Ca 拮抗系、サイアザイド利尿系の中での順位付けが行われていないこともその要因となっている。
- これに対して、イギリスでは、55 歳以上の場合は Ca 拮抗剤、55 歳未満ではまず ACE 剤が選択され、副作用がある場合に ARB 剤が選択されるという、順位付けが定められている。
- イギリスやアメリカでは、「フォーミュラリ」が導入されている。「フォーミュラリ」とは、「疾患の診断、予防、治療や健康増進に対して、医師を始めとする薬剤師・他の医療従事者による臨床的な判断を表すために必要な、継続的にアップデートされる薬のリストと関連情報」とされており、「医療機関における、患者に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における方針」として紹介されている⁸。
- 日本でも、聖マリアンナ医科大学病院での導入事例がある。同院では、院内の薬事委員会細則規程で「同種同効薬は、原則として 2 剤までとし、経済性を考慮したフォーミュラリを作成し、院内の使用推奨基準を定める」としている。
- このように、EBM の推進により、有効性・安全性の他、経済性の視点も含めた処方ガイドラインを整備し、この処方ガイドラインの普及・実践を図っていくことが必要である。特に生活習慣病治療薬等については、第一選択薬等について EBM による処方ガイドラインを定めるべきと考える。
- こうした処方ガイドラインは、関係学会が主導的に策定し普及を図ることが望まれるが、国としても、一刻も速いガイドラインの策定・普及に向けて、積極的な支援を行うべきである。また、ガイドラインを審査支払機関における審査に反映させ（審査の基準とする）、保険給付が適切に行われるよう担保すべきである。
- なお、処方ガイドラインだけではなく、治療の標準化が可能な他の疾病についても、治療方法、手順、使用する薬剤等に関する診療ガイドラインを策定していくことが必要である。その際には経済性の視点も取り入れていくことが必要であり、対象によっては費用対効果評価の仕組みを導入すべきである。

⁸ 社会保障審議会医療保険部会資料（平成 27 年 11 月 20 日）

図表 20 海外における医薬品処方の方（フォーミュラリ）

海外におけるフォーミュラリの現状(米国)	
位置付け	フォーミュラリによる医薬品適正使用推進の戦略
<ol style="list-style-type: none"> 1. 採用薬並びに関連する機器のリスト 2. 薬の使用手順書 3. 重要な医薬品情報 4. 臨床上意思決定をサポートするツール 5. 院内ガイドライン 	<ul style="list-style-type: none"> ○使用要件の作成 ○使用許可制 ○臨床ガイドラインの使用 ○特定の医師・場所のみ使用可能 ○上司の許可制 ○ジェネリック医薬品の使用 <ul style="list-style-type: none"> ・質の高いジェネリック医薬品の使用 ・安全性の担保(外観や商品名の類似) ○同種同効薬の薬剤師による変更 <ul style="list-style-type: none"> ・代替薬への変更プロトコルの作成 ・処方医への報告義務の有無

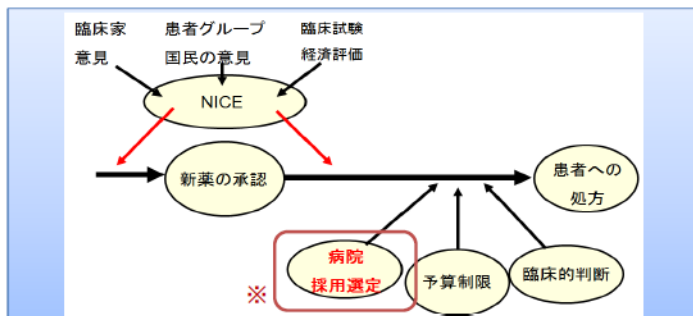
視点	P&T Committee(薬事委員会)による採用薬の管理	
<p>経済性のみにとらわれない</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Formularyシステムの管理 ➢ 薬に関する院内の指針・手順の管理 ➢ MUEの実施 (medication use evaluation) ➢ 副作用モニタリングの報告 ➢ 薬に関する過誤の対策 ➢ 臨床ガイドラインの策定 ➢ New drug monograph (新薬評価) ➢ 採用薬の定期的な再評価 ➢ 同種同効薬評価 ➢ 優先薬評価 	

Am J Health-Syst Pharm. 2008; 65:1272-83 5

海外におけるフォーミュラリの現状(英国)

- 治療の標準化を目的に各医療機関での医薬品の使用指針としてフォーミュラリが重要な役割を果たしている。
- フォーミュラリは国のガイドラインを反映したものであり、その遵守状況を国が定期的に確認している。
- 専門医から地域の家庭医まで対象とし、地域でも積極的に使用を推進。

➤ 医薬品承認から処方までの流れ



特徴

○英国では、国のガイドラインを発行するNational Institute of Health and Care Excellences(NICE)とよばれる機関があり、新薬や新しい医療技術などの評価、テクノロジーアプライザルや疾患ごとのガイドラインを発行。
 ※NICE: 公的医療サービスにおいての治療の標準化や限りある財源の有効活用を目的。
 ○日本と同様、医療機関で採用薬の選定。
 ○各地域での医薬品予算制限や臨床的な判断をもって患者への処方。
 ○英国の公的医療サービスにおいては、地域フォーミュラリは同一の医療経済圏や医療サービスを提供する組織における医薬品の採用、使用、採用中止の管理プロセスとされ、病院と家庭医が共通の採用薬となっていることが大きな特徴。

※新薬評価のチェック項目	
専門医との協力	<ul style="list-style-type: none"> □専門医の診断が必要 □専門医による治療必要性の評価が必要 □血液などのモニタリングが必要 □臨床ガイドラインや処方基準が必要 □共通の診療プロトコルが必要
治療の位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> □治療の位置づけが明確
検討事項	<ul style="list-style-type: none"> □ソーシャルワーカー等の介入が必要
安全性	<ul style="list-style-type: none"> □必要とする患者群に試験が行われた □重大な相互作用の可能性 □重篤な副作用の可能性 □薬物乱用の可能性 □有益性がリスクを上回る
健康増進または改善への影響	<ul style="list-style-type: none"> □必要とする患者の健康増進 □患者コンコダンスの影響 □医療の質の改善
<ul style="list-style-type: none"> □Secondary careの医薬品予算への影響を考慮した □Primary careの医薬品予算への影響を考慮した □本剤の使用により、他剤の使用中止できる □本剤の使用により、医療費の費用対効果の低減ができる □適応外または未承認薬使用申請が必要である 	

(資料) 社会保障審議会医療保険部会資料 (平成 27 年 11 月 20 日)

図表 21 日本におけるフォーミュラリ導入事例

(参考) 日本におけるフォーミュラリ②

フォーミュラリ運用の具体例

※聖マリアンナ医科大学病院の事例

一般名	シンバスタチン	プラバスタチンNa	アトルバスタチンCa	ピタバスタチンCa	ロバスタチンCa
採用薬 (先発品)	シンバスタチン錠「7M」 (リボバ)	プラバスタチンナトリウム錠「KH」 (メバロチン)	アトルバスタチン錠「EE」 (リビートル)	ピタバスタチンカルシウム錠「東和」 (リバロ)	ロバスタチン錠 (先発品)
規格	5mg	10mg	5mg 10mg	2mg	2.5mg
薬価 (円/錠)	27.6	43.0	31.6 60.9	62.2	68.1
適応症	高脂血症	5-10mg/分1	10-20mg/分1-2	—	—
	高コレステロール血症	—	—	10-20mg/分1	1-4mg/分1
	家族性高コレステロール血症	5-20mg/分1	10-20mg/分1-2	10-40mg/分1	1-4mg/分1
脂溶性又は水溶性	脂溶性	水溶性	脂溶性	脂溶性	水溶性
LDL-C低下作用の強さ	Standard	Standard	Strong	Strong	Strong

フォーミュラリ小委員会において、有効性・費用対効果等を考慮して、薬剤部の提案により、フォーミュラリを作成。

薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考	削減効果
PPI注射薬	オメプラゾール注用(後発品)	タケプロン静注用 (先発品)		▼1,010,576円
H2遮断薬 (内服薬)	ファモチジン (後発品) ラニチジン (後発品)			▼373,451円
αグリコシターゼ阻害薬	ボグリボース (後発品) セイブル (先発品)		新規導入において(ボグリボースを優先する)	▼1,648,380円
グリニド系薬	シェアポスト (先発品) グルファスト (先発品)			
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) クレステール (先発品)	新規導入には後発品を優先する	▼852,574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	▼6,031,539円
ビスフォスホネート剤	アレンドロン酸塩錠35mg (後発品) リセドロン酸Na錠17.5mg (後発品)	ボナロン点滴静注バッグ 900µg (先発品)	立位・座位を保てない患者	▼674,945円
PPI経口薬	オメプラゾール (後発品) ランソプラゾール (後発品) ラベプラゾール (後発品)			▼2,459,160円

(資料) 社会保障審議会医療保険部会資料 (平成 27 年 11 月 20 日)

(4) 市販品類似薬等に係る保険給付の見直し

①最近の議論

【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では「市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する」と述べている。
- 「改革工程表」では、⑳の (iv) の項目で、「公的保険給付の範囲の見直しや医薬品の適正使用の観点等から、平成 28 年度診療報酬改定において、長らく市販品として定着した OTC 類似薬を保険給付外とすること等について、その具体的内容を検討し、結論、「スイッチ OTC 化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」、「検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる (法改正を要するものに係る 2017 年通常国会への法案提出を含む)」としている。

【規制改革会議】

- また、規制改革会議では、1) 市販品と類似した医療用医薬品（市販品類似薬）の保険給付のあり方等の見直し、2) スイッチ OTC の更なる推進一の 2 点について提言が行われた。具体的には、以下のとおりである。

図表 22 規制改革会議における市販品類似薬に関する提言

- 市販品類似薬を含めた医療用医薬品の給付及び使用について、残薬削減等による保険給付の適正化の観点から次期診療報酬改定に向けて方策を検討し、結論を得る。その際、特に市販品類似薬については負担の不公平等が生じやすいとの指摘を踏まえ、実効性のある適正給付の在り方を検討する。【平成 27 年度検討・結論】
- これまでの診療報酬改定で対応したビタミン剤とうがい薬の医療費適正化の検証として、例えば医療機関別、地域別等の観点から給付額の増減について調査を行い、結果を公表する。【平成 27 年度措置】

市販品類似薬は、保険給付されることによって同じ成分を含む市販の薬よりも低い負担額で入手可能である。そのため、類似の薬を使用する場合でも、医療機関を受診した場合とそうでない場合で、負担に不公平が生じているとの指摘がある。また、安易な医療機関の受診などのモラルハザードが生じやすく、大量・重複処方や、その結果として残薬が発生すること等により、健康保険の不健全な運営につながるとの指摘がある。

なお、市販品類似薬の一つとされるビタミン剤は、平成 24 年度診療報酬改定において「単なる栄養補給目的」での投与は保険適用除外とされており、また、うがい薬に関しては、平成 26 年度診療報酬改定において、治療目的の場合を除き、うがい薬のみの投与は保険適用除外とされている。

したがって、市販品類似薬を含めた医療用医薬品の給付及び使用について、残薬削減等による保険給付の適正化の観点から次期診療報酬改定に向けて方策を検討し、結論を得る。その際、特に市販品類似薬については負担の不公平等が生じやすいとの指摘を踏まえ、実効性のある適正給付の在り方を検討する。

また、これまでの診療報酬改定で対応したビタミン剤とうがい薬の医療費適正化の検証として、例えば医療機関別、地域別等の観点から給付額の増減について調査を行い、結果を公表する。

図表 23 規制改革会議におけるスイッチ OTC に関する提言

- 『日本再興戦略』改訂 2014 を踏まえ検討中の新たな仕組みにおいては、多様な主体が意見を提出できるようにし、その検討プロセスの透明性を確保するなど、有用な意見を適切に反映する仕組みを確実に構築する。【平成 27 年度措置】

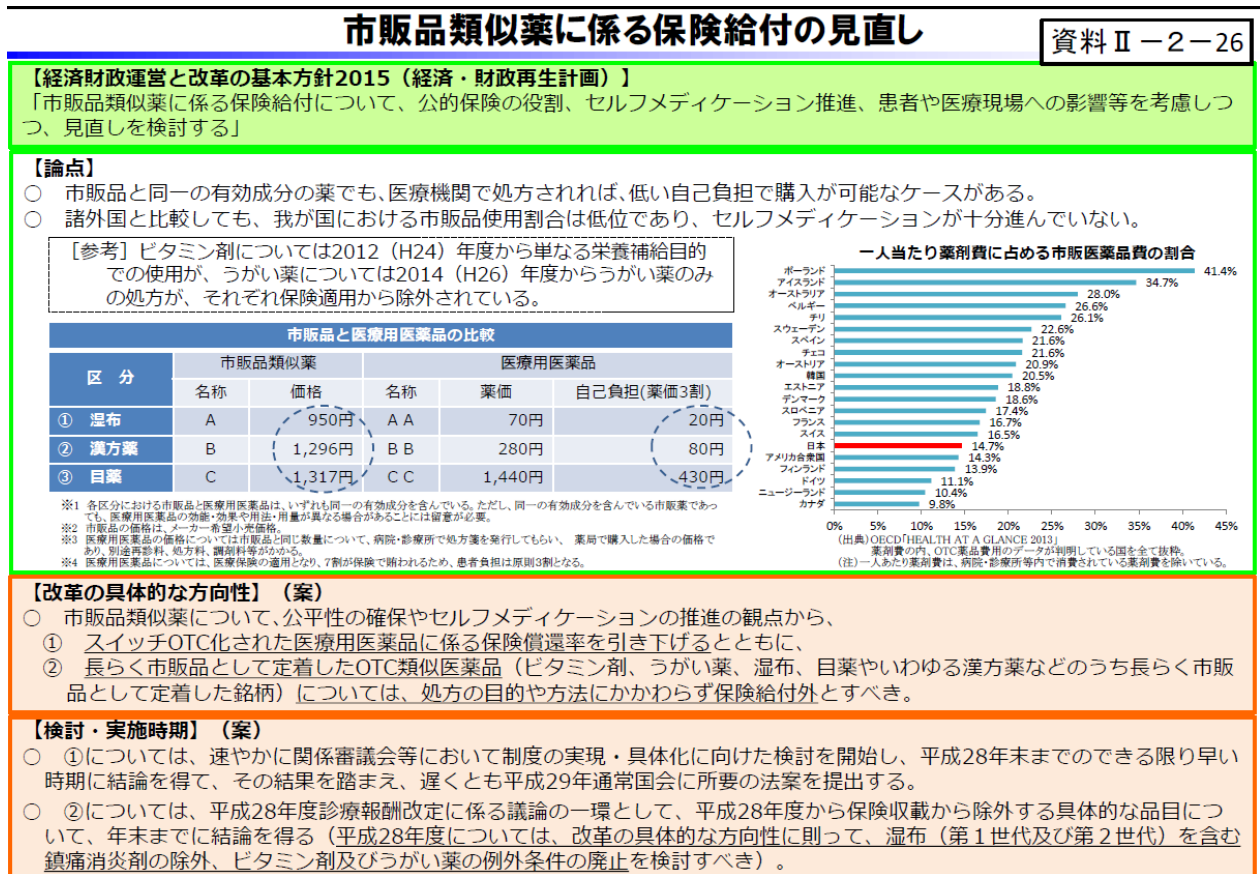
医療用医薬品から一般用医薬品への転用（スイッチ OTC）については、従来の「個別企業からの申請」という枠組みに加え、日本薬学会でスイッチ OTC が適当と考える成分を取りまとめ、公表するというスキームが導入されているが、更なる促進を図るためには、より多様な主体からの意見が反映される仕組みが必要である。

したがって、『日本再興戦略』改訂 2014 を踏まえ検討中の新たな仕組みにおいては、多様な主体が意見を提出できるようにし、その検討プロセスの透明性を確保するなど、有用な意見を適切に反映する仕組みを確実に構築する。

【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、1) スイッチ OTC 化された医療用医薬品に係る保険償還率の引下げ、2) 長らく市販品として定着した OTC 類似医薬品の保険給付外化一の 2 点が提案されている。
- また、「医療用医薬品については、使用実績があつて、副作用の発生状況等からみて市販品としても適切であると認められれば、市販（スイッチ OTC）が認められる。これらについては、公平性の観点、セルフメディケーション推進の観点から、保険償還率をその他の医薬品よりも低くすべきである。さらに、長らく市販品として定着した OTC 類似医薬品（湿布、目薬、ビタミン剤、うがい薬やいわゆる漢方薬などのうち長らく市販品として定着した銘柄）については公的保険から完全に除外すべきである」としている。

図表 24 市販品類似薬に係る保険給付の見直し



（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

図表 25 医薬品に係る保険給付のあり方に関する国際比較

医薬品に係る保険給付の在り方に関する国際比較			資料Ⅱ-2-27
<p>○ フランスでは、医薬品の治療上の貢献度・有用性に応じ、段階的な自己負担割合（保険償還率）が設定されているほか、ドイツと同様、参照価格（償還限度額）制度が採用されている。また、スウェーデン等においては、医薬品の種類にかかわらず、一定額以下は全額自己負担とされているなど、相応の自己負担を求める枠組みが採用されている。</p> <p>○ 我が国においても、公的保険給付の範囲の見直しや薬剤の適正使用の観点等から、諸外国の制度も踏まえ、医薬品に係る保険給付の在り方を見直し、全体として保険償還率を引き下げることを検討すべきではないか。</p> <p>（※）日本でも、かつて、外来薬剤費について、定率負担に加えて別途定額負担が設けられていた（平成9年9月～15年3月）。</p>			
<p>【薬剤に係る自己負担についての国際比較】</p>			
	制度類型	薬剤に係る自己負担	（参考）国民負担率
日本	社会保険方式 ※1	・原則3割 （義務教育就学前：2割、70～74歳：2割、75歳以上：1割）	43.4% （2015年度）
ドイツ	社会保険方式 ※2	・10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ） （注）参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	52.2% （2012年）
フランス	社会保険方式 ※1	・以下を加重平均した自己負担率：34% - 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品：0% - 一般薬剤：35% - 胃薬等：70% - 有用度の低いと判断された薬剤：85% - ビタミン剤や強壮剤：100% （注）参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	65.7% （2012年）
スウェーデン	税方式 ※3	・900クローナまでは全額自己負担、より高額の薬剤についても一定の自己負担割合を設定 （注）上限は年間2,200クローナ	56.1% （2012年）
イギリス	税方式 ※3	・処方1件：8.05ポンド（高齢者、低所得者、妊婦等については免除あり）	46.7% （2012年）
アメリカ	社会保険方式 ※4	・保険の種類や契約内容等に応じ相違 （注）メディケア（任意加入）の場合 - 310ドルまでは全額自己負担、より高額な薬剤についても一定の自己負担割合を設定	31.1% （2012年）
<p>（※1）国民皆保険 （※2）国民の約87%が加入 （※3）全居住者を対象 （※4）65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド （出所）厚生労働省「医療保障制度に関する国際関係資料について」「第47回社会保障審議会医療保険部会資料」、医療経済研究機構「薬剤使用状況等に関する調査研究報告書」等より作成</p>			

（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

- 「検討・実施時期（案）」では、上記の1)については「第Ⅱトラック」、2)については「第Ⅰトラック」の検討課題に位置づけたうえで、「平成28年度については、改革の具体的な方向性に則って、湿布（第1世代及び第2世代）を含む鎮痛消炎剤の除外、ビタミン剤及びうがい薬の例外条件の廃止を検討すべき」としている。

【その他】

- なお、社会保障審議会医療保険部会（第88回）（平成27年9月11日）において、一般社団法人日本経済団体連合会より、「これまでの診療報酬改定で対応したビタミン剤とうがい薬の医療費の適正化について、効果や影響について調査するとともに、市販品類似薬に係る保険給付についても必要に応じて適正化を図るべきである」とする資料が出された。

②論点と見直しの方向性

- 医療用医薬品（市販品類似薬）は、保険給付となることや、類似の一般用医薬品に比べて安価なものが多いことから自己負担が低いため、医療機関への安易な受診を助長する面がある。

- また、厳しい医療保険財政のもとで給付の重点化を図るためには、保険給付の範囲を見直し、一般用医薬品として定着した市販品類似薬について給付から除外することや給付に一定の条件・上限を設けること、セルフメディケーション推進の観点からより一層のOTC化を推進することが必要である。
- ただし、市販品類似薬の保険給付外化については、以下の点を検討することも必要である。
 - ✓ 保険給付外とする市販品類似薬の範囲を選定する基準
 - ✓ 保険給付外となる医薬品を使用する患者負担の増加
 - ✓ 市販品類似薬の中には、市販品と異なる重篤な疾患の効能を有しているものがあるなど、保険給付と給付外の切り分けの考え方
 - ✓ 市販品類似薬を保険給付外とすることにより、製薬企業が新規成分の市販品の販売を抑制するなど、特定の分野の医薬品の安定供給への影響
- また、「(2) 受診時定額負担・保険免責制の導入」の項で指摘した「自己負担3割(保険給付7割)」上限の考え方との整合性を考慮しても、保険給付に費用対効果評価を導入することは、給付の合理化を図るものであり、容認されるところである。
- さらに、市販品類似薬について給付対象か保険給付外かといった二択ではなく、段階的に保険給付率を変えるという仕組みの導入も検討の余地がある。具体的には科学的評価にもとづき保険償還率を変えているフランスの例が挙げられる。
- フランスでは、「HAS(高等保健機構)」と呼ばれる独立した公的機関が科学的な見地から医薬品の評価を行っている。HASの評価結果をもとに「UNCAM(全国医療保険金庫連合)」が保険償還率を、「CEPS(医療製品経済委員会)」が価格を、それぞれ決定し、保険収載される仕組みとなっている。HASでは、「SMR評価」と「ASMR評価」といった2つの評価を行っている。SMR評価は、個々の医薬品について、有効性や安全性、疾患の重篤度、公衆衛生への影響等の「医療上の便益」を評価するものである。このSMR評価で「他の医薬品では代替不可能であると認められ、極めて高額である特定の医薬品」と評価されたものは100%の保険償還率(給付率)となる。また、「重要」と評価された医薬品の保険償還率は65%、「中等度」が30%、「軽度」が15%、「不十分」が0%(非償還)となっている。つまり、フランスでは医療上の便益を5段階で評価し、医療上の便益が高いものは保険給付率を高くし、逆に医療上の便益が低いものは保険給付率を低くするといった仕組みをとっている。

(参考) 市販品類似薬とスイッチ OTC について

- 「市販薬」とは「患者が薬局で購入し、自らの判断で使用する医薬品」であり、「医療用医薬品」とは「医師が患者の治療のために処方する医薬品」である。
- 医療用医薬品では市販薬と同一の成分を含むものでも、より重症の患者に高用量で使用されるなどの点で市販薬と異なる。したがって、市販薬と類似した医療用医薬品については、他の医療用医薬品と同様、医師が患者の治療のために処方する医薬品であり、保険給付の対象とされている。

(例) イブプロフェンを含む医薬品の場合、以下のようになる。

市販薬：「頭痛、生理痛」等を効能とし、使用量は 1 日 450mg

医療用医薬品：「慢性関節リウマチ、手術後の消炎・鎮痛」等の効能を有し、使用量は 1 日 600mg。

- 医療用医薬品については、使用実績があって、副作用の発生状況等からみて市販品としても適切であると認められれば、市販（スイッチ OTC）が認められる。
- 最近のスイッチ OTC 薬等の承認状況は、以下のとおりである。

図表 26 最近のスイッチ OTC 薬等の承認について

平成27年10月末現在

承認年 (成分数)	主な成分名	薬効群等
平成23年 (7成分)	クロトリマゾール（外用） 赤ブドウ葉乾燥エキス混合物 オキシメタゾリン塩酸塩（外用） アシタザノラスト水和物（外用） イブプロフェン・ブチルスコポラミン臭化物 ペミロラストカリウム メキタジン	腔カンジダ治療薬（腔錠） むくみ等改善薬 【ダイレクトOTC】 アレルギー用薬 アレルギー用薬 生理痛薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬
平成24年 (6成分)	ネチコナゾール塩酸塩（外用） フェキソフェナジン塩酸塩 セチリジン塩酸塩 ケチフェンマル酸塩・ナファゾリン塩酸塩 イコサペント酸エチル イブプロフェン	腔カンジダ治療薬（クリーム） アレルギー用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬 中性脂肪異常改善薬 解熱鎮痛薬
平成25年 (4成分)	トリメプテンマレイン酸塩 ペミロラストカリウム（外用） エバステン トラニラスト（外用）	消化器官用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬
平成26年 (2成分)	チェストベリー乾燥エキス アルミノプロフェン	月経前症候群治療薬 【ダイレクトOTC】 解熱鎮痛薬
平成27年 (2成分)	フッ化ナトリウム（洗口液） ロキソプロフェンナトリウム水和物（外用）	歯科用剤（う蝕予防） 消炎鎮痛薬

(資料) 社会保障審議会医療保険部会資料（平成 27 年 11 月 20 日）

- 平成 24 年度診療報酬改定において、ビタミン剤の医療保険制度上の取扱いについて、治療のために必要な場合を除き、単なる栄養補給目的での使用については保険上の算定から除外されることとなった。

- また、平成 26 年度診療報酬改定においては、医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しないこととなった。
- 平成 28 年度診療報酬改定では、医薬品の適正給付の観点から、湿布薬については処方枚数制限を設けることとなった。具体的には、外来患者に対して、1 処方につき計 70 枚を超えて投薬する場合は、超過分の薬剤料を医療機関は算定することができなくなる。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず、計 70 枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せんと診療報酬明細書に記載すれば算定は可能となる。

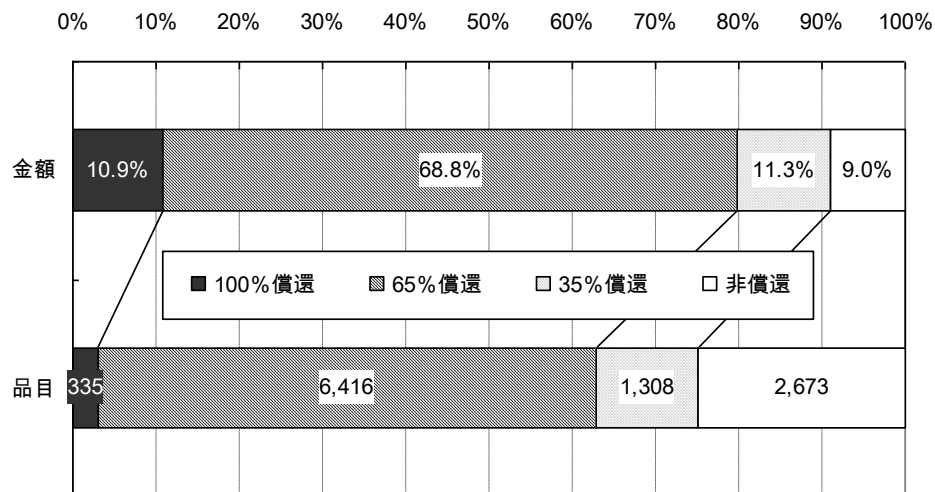
図表 27 フランスにおける SMR 評価結果と保険償還率との関係

SMR 評価結果	償還率
SMR important 重要	65%
SMR modéré 中等度	30%*
SMR faible 軽度	15%**
SMR insuffisant 不十分	0% (非償還)

*2011 年 5 月 2 日より 30%となったが、それ以前は 35%であった。

**以前は 100%、65%、35%の 3 段階であったが、2010 年 4 月 17 日以降、15%の区分が新設された。

図表 28 フランスにおける承認医薬品 10,732 品目の保険償還率による分類(2009 年)



(資料) 福田敬「フランスにおける医療・医薬品等の評価プロセス」(2013.9.26)

(5) 長期収載品に対する保険給付のあり方の見直し

①最近の議論

【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、「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」と述べている。
- 「改革工程表」では、㊸の項目で、2015 年度に「特許の切れた先発医薬品の価格の引下げ措置 (Z2) の見直しを実施」、「先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担の在り方について、関係審議会等において検討し、2017 年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目標に結論」としている。

【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、「現行制度のままでは先発医薬品価格の高止まりはなかなか解消されず、また、患者側にも 1～3 割の定率負担のままでは後発医薬品を使用する十分なインセンティブが働かない面は残る。第 2 段階として、80%の目標を達成する過程を通じて生産体制や国民の意識等が整うと見込まれる平成 30 年度から、後発医薬品がある先発医薬品（長期収載品）については、公的保険による給付額を後発医薬品の価格までとする制度に改革する必要がある。この制度改革により、医薬品に関する情報開示が進み、国民が医薬品を選択する契機となろう」と述べている。

図表 29 長期収載品（特許切れ先発医薬品）の保険制度による評価の仕組み・あり方等

長期収載品(特許切れ先発医薬品)の保険制度による評価の仕組み・在り方等

資料Ⅱ-2-45

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

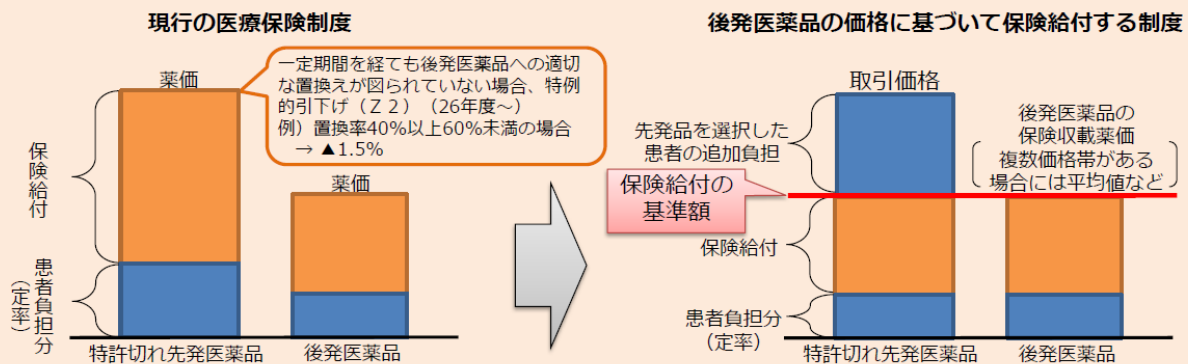
「後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等について検討する」

【論点】

- 後発医薬品の使用促進を図ってもなお、現行の医療保険制度の下では、長期収載品（特許切れ先発品）の価格の高止まりの解消は迅速には進まず、患者にとっても後発医薬品を使用する十分なインセンティブがない。

【改革の具体的な方向性】（案）

- ① 長期収載品の価格について、後発医薬品の数量シェア目標の引上げを踏まえ、Z2における後発医薬品への置換率の閾値の見直しや引下げ率の全般的な拡大を行うべき。
- ② 長期収載品に係る保険給付について、後発医薬品に係る保険給付額を超える部分を患者の追加負担とする制度に抜本的に改革すべき。



【検討・実施時期】（案）

- ① 長期収載品の価格（Z2の見直し）については、平成28年度診療報酬改定に向けて、年末までに結論を得る。
- ② 長期収載品に係る保険給付の在り方については、関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、平成29年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目途に、具体化の方策を取りまとめる。

（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

②論点と見直しの方向性

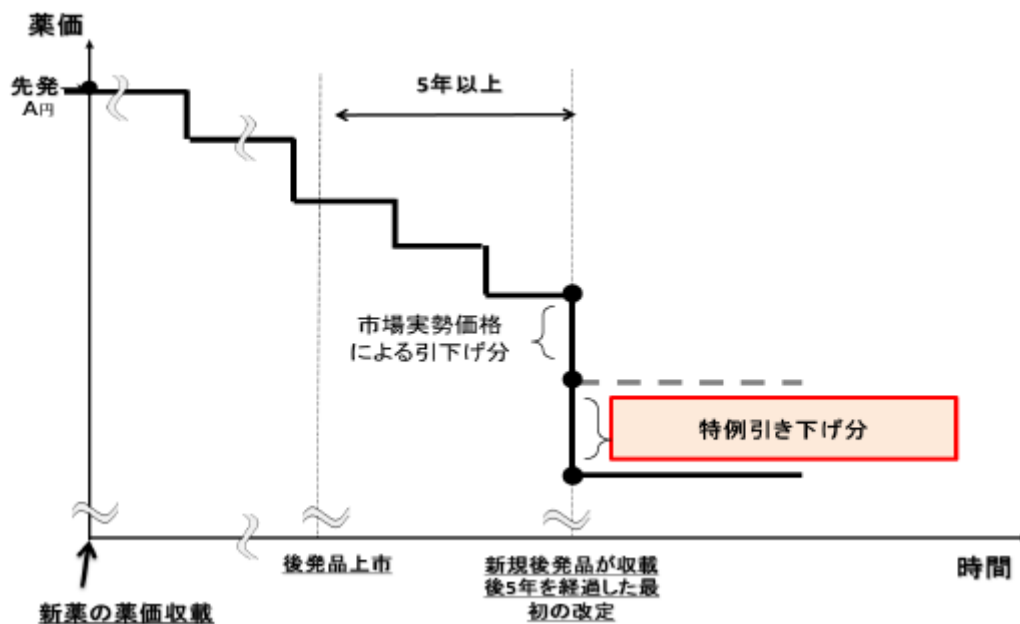
- 財政制度審議会の提案は、後発医薬品の使用促進や長期収載品の薬価引下げを目的としていると考えられるが、そのための手法として患者の負担を重くすることは適切ではない。
- 後発医薬品の使用促進は、生産・流通体制の整備、医師や国民の理解促進、診療報酬や薬価制度による支援・誘導などにより実現すべきである。また、長期収載品の薬価引下げは薬価制度の見直しなど、患者・国民の負担を軽減する観点から行うべきである。
- ただし、安全性・有効性が「同等」である医薬品の保険給付額は同じであるべきとの観点に立って、財政制度等審議会の指摘に則して長期収載品の保険給付額を「後発医薬品の保険収載薬価」とする場合、以下の点について検討したうえで、実施の適否を判断する必要がある。
 - ✓ 後発医薬品の生産、流通に与える影響（品切れ、生産停止）
 - ✓ 後発医薬品に複数の価格帯がある場合の保険給付額
 - ✓ 後発医薬品と長期収載品の適応症が一致しない場合の取扱い

- ✓ 患者の追加負担額を「取引価格との差額」とすることの妥当性
- ✓ ドイツ、フランスにおける類似制度（参照価格制度）の効果
- また、「(2) 受診時定額負担・保険免責制の導入」の項で指摘した「自己負担3割（保険給付7割）」上限の考え方との整合性についても考慮する必要がある。

(参考) 長期収載品に関する薬価の仕組み

- 長期収載品の薬価改定については、市場実勢価格を反映することを原則としている。しかし、長期収載品については、平成14年度の薬価制度改革以降、薬価の追加引下げを特例的に行ってきた。
- 平成26年度薬価制度改革により、最初の後発品が薬価収載されて5年を経過した以降の薬価改定ごとに、後発品への置換え率が60%未満となる先発品（希少疾病用医薬品等を除く）について、市場実勢価格による改定後の薬価から、置換え率に応じて特例的な引下げを行うこととなった（「Z2」と呼ばれる）。

図表 30 長期収載品の薬価改定の仕組み



(資料) 中央社会保険医療協議会薬価専門部会（第110回）（平成27年11月4日）資料

- 一方、後発医薬品の使用促進として、平成19年10月15日に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」が公表され、「平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%（現状から倍増）以上」とするという数値目標が初めて設定された。

- このアクションプログラムの終了後、平成 25 年 4 月 5 日に、厚生労働省は「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」をとりまとめ、後発医薬品の数量シェアを「平成 30 年 3 月末までに 60%以上にする」という目標を設定した。なお、「数量シェア」の定義はアクションプログラムとロードマップで異なっている。
- さらに、平成 27 年 6 月の閣議決定「骨太方針 2015」において、後発医薬品の目標値は引き上げられ、平成 29 年央に 70%以上にする事、平成 30 年度から平成 32 年度末までの間のなるべく早い時期に 80%以上とすることとなった。
- この結果、平成 28 年度薬価制度改革では、Z2 の対象区分が変更されることとなった。

図表 31 長期収載品の薬価の特例引下げ（Z2）（平成 28 年度～）

・置換え率が <u>30%</u> 未満のもの	→2.00%
・置換え率が <u>30%</u> 以上 <u>50%</u> 未満のもの	→1.75%
・置換え率が <u>50%</u> 以上 <u>70%</u> 未満の既収載品	→1.50%

- 後発医薬品の新規収載については「先発品の 0.6（内用薬については、銘柄数が 10 を超える場合は 0.5）を乗じた額」となっている（平成 28 年度改定では、先発品の 0.5（内用薬については、銘柄数が 10 を超える場合は 0.4）を乗じた額となる）。
- 既収載の後発医薬品の薬価については、最高価格（通常は長期収載品の薬価）を基準に 3 つの価格帯となっている。後発医薬品の価格を 1 つの価格帯に統一すべきではないかという意見もあるが、28 年度改定においても現行制度が存続することとなった。

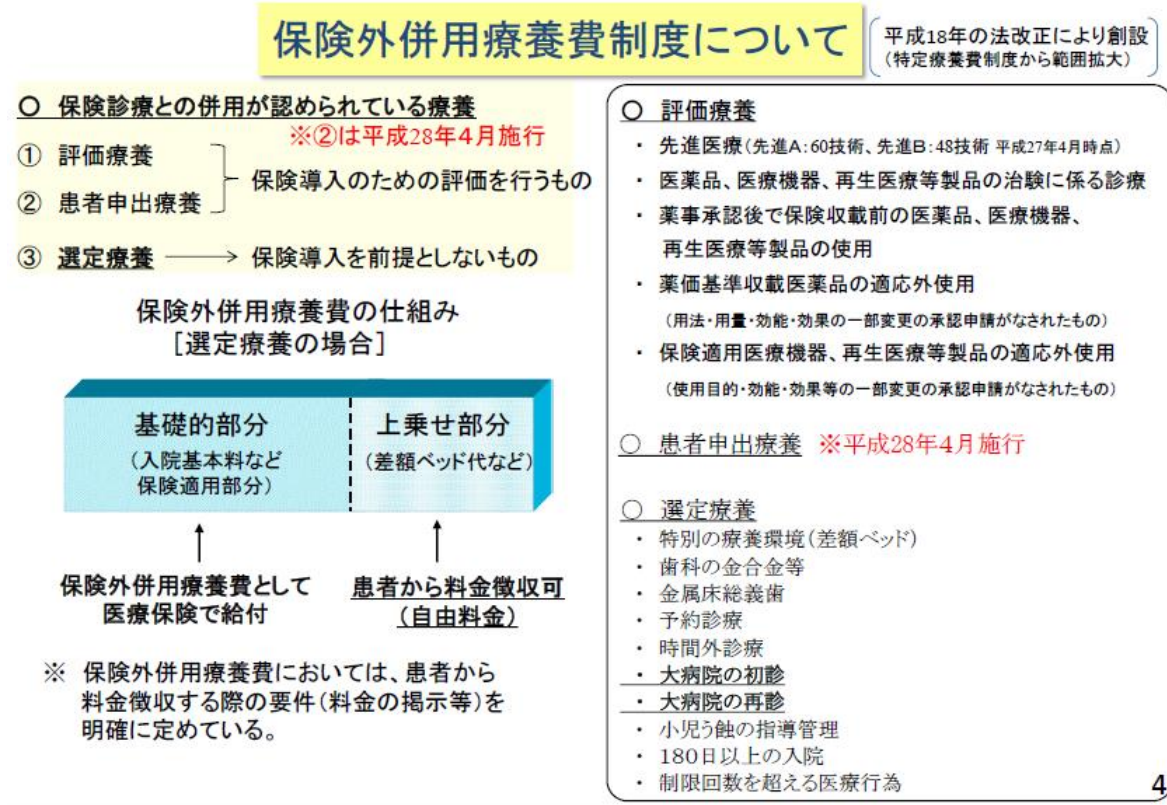
(6) その他

1) 保険外併用療養費制度の見直し

①最近の議論

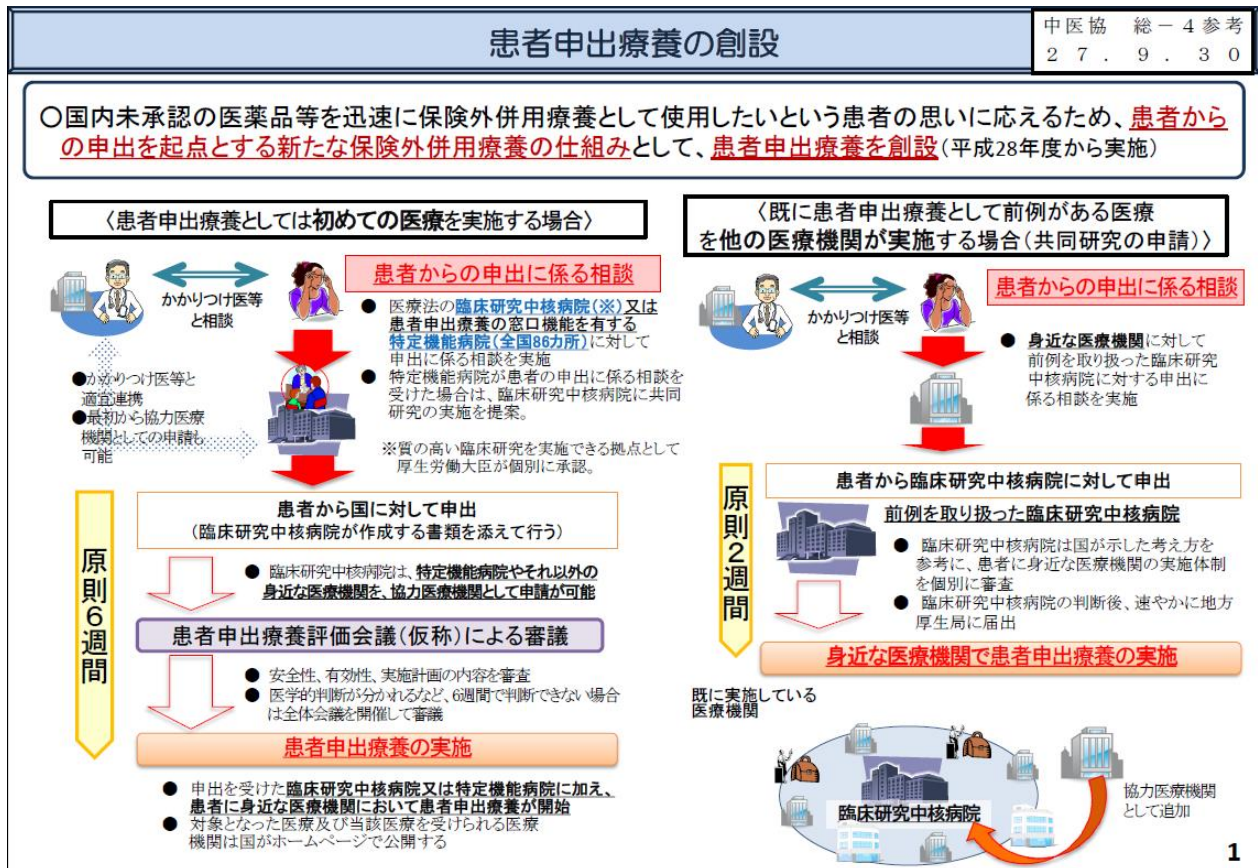
- 産業競争力会議や規制改革会議の提案により、「国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応えるため、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして、『患者申出療養』を創設（平成28年4月施行）すること」等を内容とする法案が平成27年3月に国会に提出され、5月に成立・公布された。
- この結果、新たな保険外併用療養費制度として「患者申出療養」が平成28年4月から施行されることとなった。患者申出療養は、「評価療養」と同様に保険導入のための評価を行うものとして位置づけられている。

図表 32 保険外併用療養費制度の仕組み



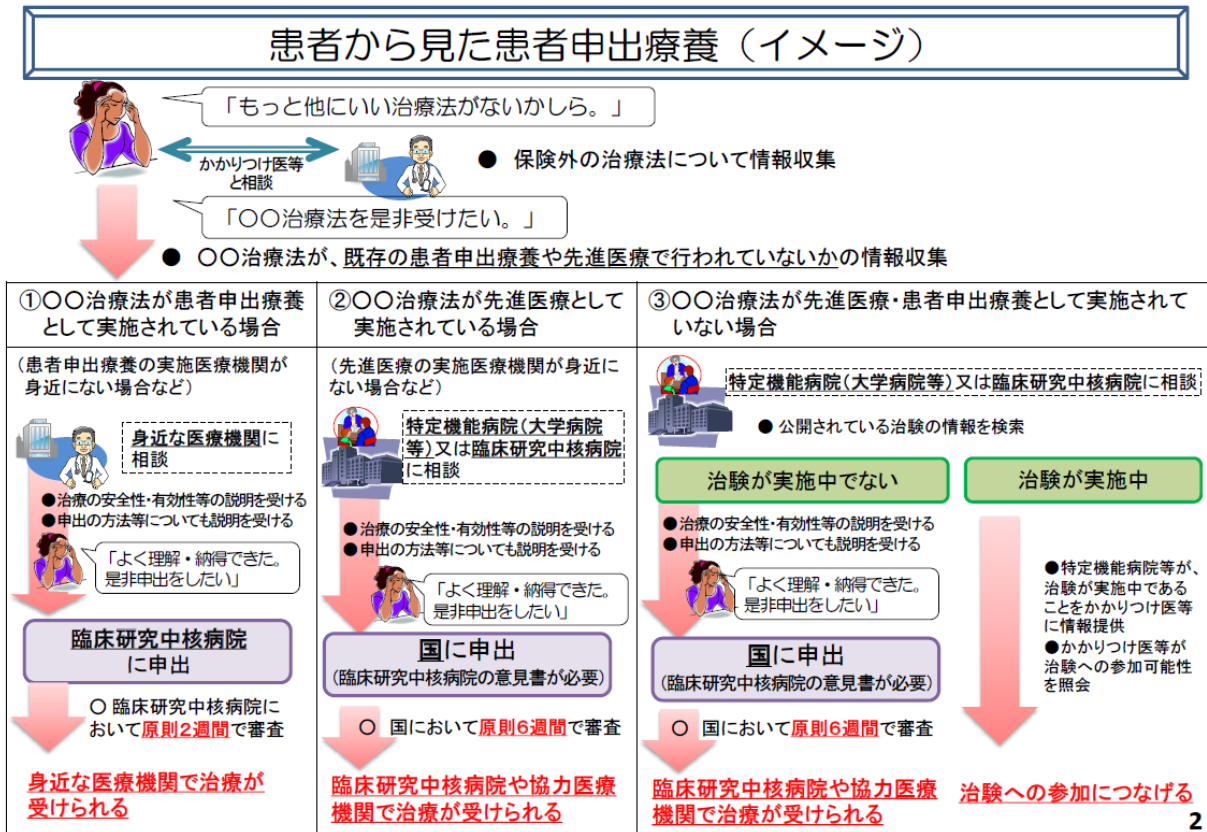
(資料) 中医協総会資料 (平成27年9月30日)

図表 33 患者申出療養の仕組み



（資料）中医協総会資料（平成27年9月30日）

図表 34 患者申出療養のイメージ



(資料) 中医協総会資料 (平成 27 年 9 月 30 日)

- 患者申出療養については、平成 27 年医療保険制度改革法において、衆議院・参議院からは、1) 患者が不利益を被らないようにすること、2) できる限り速やかに保険収載されるようにすること一などが附帯決議に盛り込まれた。
- 保険外併用療養費制度に関しては、この患者申出療養制度以外に選定療養についての提案もなされている。『日本再興戦略』改訂 2014 (平成 26 年 6 月 24 日閣議決定) にもとづき、厚生労働省は、関係学会・医療関係団体・国民から、選定療養に関する提案・現行の選定療養の類型の見直しに関する意見の募集を行った。この結果が、平成 28 年 1 月 29 日の中医協総会で報告された。
- ここでは、選定療養の基本的な考え方が、次頁のように示されている。

図表 35 選定療養の基本的な考え方について

① 保険外併用療養費制度における選定療養については、健康保険法上「被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣の定める療養（第 86 条第 2 項第 4 号（平成 28 年 4 月からは第 5 号）とされており、「保険導入を前提としないもの」が位置づけられている。

② 現在、選定療養には 10 項目が掲げられているが、これらを分類すると、以下のように整理される。

<p>快適性・利便性に係るもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特別の療養環境（差額ベッド） ・ 予約診療 ・ 時間外診療 	<p>医療機関の選択に係るもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 大病院の初診 ・ 大病院の再診 	<p>医療行為等の選択に係るもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 制限回数を超える医療行為 ・ 180 日超の入院 ・ 歯科の金合金等 ・ 金属床総義歯 ・ 小児う蝕の指導管理
---	--	--

③ なお、選定療養は現状において「保険導入を前提としないもの」が位置づけられているが、医療を取り巻く状況の変化や技術の進展等に伴って保険導入の可能性が生じることがあり得る。

（資料）中医協総会資料（平成 28 年 1 月 29 日）

- 上記の基本的な考え方にもとづき、厚生労働省では、収集された提案・意見を、1) 選定療養の類型として新たに位置付けることが考えられるもの、2) 「療養の給付とは直接関係ないサービス等」として実費徴収を認めてもよいと考えられるもの、3) 保険給付との関係等について引き続き検討することが必要であると考えられるもの、4) その他一といった 4 類型に分類している。
- この中で、「選定療養の類型として新たに位置付けることが考えられるもの」としては、「治療中の疾病又は負傷とは直接関係しない検査」が挙げられた。具体的には、治療方針の決定に直接影響がなく、治療の実施上は必要がないノロウィルス検査等を実施する場合などで、「疾病又は負傷の治療に当たっては必要ではないが、（例えば職場への提出等のために）患者側が確定診断を得たいといったニーズに対応する観点から認めてもよいのではないか」とされた。

②論点と見直しの方向性

- 公的枠組みを通じてあらかじめ有効性、安定性が確認された診療行為に対して給付を行うのが医療保険制度の原則であり、保険外併用療養費制度で実施されている範囲外の「混合診療」は認めるべきではない。
- 国が関与する形で一定の安全性・有効性が確認された医療を、国民が迅速に受けられるようにする仕組みとして患者申出療養を創設することは一定の理解ができる。
- ただし、平成 27 年医療保険制度改革法の衆議院・参議院の附帯決議にあるように、患者が自ら申し出たことを理由に、有害な事象が発生した際に不利益を被ることの

ない仕組みとすることが重要である。制度の具体的な運用について、安全性を十分に審査すること、患者に対する統一的なインフォームドコンセントを行うことを求める必要がある。

- 保険外併用療養費制度の評価療養の中で実施されている先進医療、最先端医療迅速評価制度及び国家戦略特別区域での先進医療に加え、新たに患者申出療養制度が設けられることにより、保険外併用療養費制度がますます複雑化するため、制度の効率化を図り、国民にとってわかりやすいものとする必要がある。
- なお、保険外併用療養費制度の評価療養のうち、先進医療で長期間保険適用の適否が判断されないまま継続されているものについては、治療実績等を検証し、有効性や安全性、経済性等において「否」となったものについては、速やかに対象から外す必要がある。

2) 出産育児一時金の見直し

①現行制度

- 経済財政諮問会議や財政制度等審議会では取り上げられている議論ではないが、「出産育児一時金」について見直しを検討する余地がある。
- 「出産育児一時金」は、健康保険法等にもとづく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産した時に、出産に直接要する費用や出産前後の健診費用等の出産に要すべき費用の経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度であり、平成6年10月1日に創設された。
- 出産育児一時金が創設されるまでは「分娩費」として支給されていた。それまでの分娩費が廃止となり出産育児一時金を創設した際に、「出産育児一時金の額は、従来の分娩費よりその対象とする費用の範囲を拡大することにより、大幅な額の引き上げを行うものであり、医療機関が安易な分娩介助料等の値上げを行うことのないよう制度の周知徹底を図ること」とされた（平成6年9月9日、保発第96号・庁保発第29号、各都道府県知事あて厚生省保険局長・社会保険庁運営部長連名通知）。
- 出産育児一時金の支給額については、出産費用等の状況を踏まえ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で、それぞれ規定されている。
- 近年、以下のような見直しが立て続けに行われ、5年で12万円の増額が行われている。平成21年10月～平成23年3月までの暫定措置は「緊急の少子化対策」として実施されたものであるが、期限が終了した4月からは制度が恒久化された。
 - ・平成18年10月：30万円→35万円
厚生労働省保険局保険課の調査にもとづく平成17年3月の国立病院の平均出産費用（35万円）を参照
 - ・平成21年1月：35万円→原則38万円
産科医療補償制度の導入に伴い3万円の加算措置を創設

- ・平成 21 年 10 月：原則 38 万円→原則 42 万円（平成 23 年 3 月までの暫定措置）
日本産婦人科医会の調査にもとづく平成 19 年度の公的病院、指摘病院、診療所の平均出産費用（39 万円）を参照
出産育児一時金の直接支払制度導入
- ・平成 23 年 4 月：原則 42 万円を恒久化⁹

②論点と見直しの方向性

- 物価上昇率や診療報酬改定率に比べ、出産費用が大幅に増加していることは説明できない。エビデンスのない出産費用の実態に合わせて、出産育児一時金の本体部分を引き上げることは合理性がない。
- 出産費用の実態にもとづいて一時金を見直すルールを改め、物価や診療報酬改定率などのデータに則して見直すルールを検討すべきである。
- そもそも、正常分娩に係る費用を医療保険の現物給付に含めるべきとの意見もある。この場合、給付のあり方について改めて検討する必要があるものとする。少なくとも、出産に係るコストを明らかにし、その費用構造と保険で負担すべき範囲について整理する必要がある。
- この他、現行の出産育児一時金の問題として、一時金本体部分と産科医療補償制度の掛金が法令上明確な区分がないという点を指摘することができる。法令上の区分をすべきと考える。
- なお、少子化対策は極めて重要な政策課題であり、子育て世代を広く社会で支援する仕組みは必要不可欠である。しかし、これは、本来、保険で対応すべきではなく、少子化対策として国の責任で適正な費用を負担すべき課題である。社会保険方式を徹底しているドイツにおいても、「保険に馴染まない給付」として公費で対応している。

⁹ 平成 27 年 1 月 1 日以降は、産科医療補償制度の掛け金引下げ（3 万円→1 万 6 千円）に合わせ、出産育児一時金本体の給付額は 40 万 4 千円に引き上げられた。

3. 負担に関する論点と見直しの方向性

- 経済財政諮問会議の「骨太の方針」や「改革工程表」、財政制度等審議会の「建議」で取り上げられた負担に関するテーマのうち、見直しの方向性について検討を深めることが望ましいテーマとして、(1)高額療養費制度の見直し、(2)後期高齢者医療の窓口負担の見直し、(3)介護納付金への総報酬割の導入、(4)前期高齢者医療納付金への総報酬割の導入、(5)マイナンバーの活用等による金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方—について、論点と見直しの方向性をまとめた。

(1) 高額療養費制度の見直し

①最近の議論

【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、「負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化」という観点から、「社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」と述べている。
- 「改革工程表」では、㉔の(i)の項目で、「外来上限や高齢者の負担上限の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論」、「検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる」としている。

【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、「高齢者の負担に関しては、まず、現役世代と高齢者で同じ所得水準でも差がある医療の高額療養費制度（医療費の自己負担の月額上限）を見直す必要がある。特に外来医療費については、現役世代は入院医療費と同様の上限であるのに対し、高齢者には入院医療費の場合よりも更に低額の特例が設けられている。世代間の公平の観点から高額療養費制度を年齢ではなく負担能力に応じたものに見直していくことに最優先で取り組むべきである」としている。
- また「改革の具体的な方向性（案）」では、負担能力に応じた適正な負担とするため、1) 高齢者のみに設けられている外来の特例措置を廃止し、2) 入院・外来を通じて、高齢者の自己負担の月額上限を所得水準に応じて現役世代と同じ水準へと見直すべき、3) 「現役並み所得」の基準について妥当性の検証・見直しを行うべき—としている。

図表 36 高額療養費制度のあり方

高額療養費制度の在り方			資料Ⅱ-2-15			
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】						
「社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」						
【論点】						
<ul style="list-style-type: none"> ○ 70歳以上の高齢者については、①月単位の上限額が70歳未満に比べて低額に設定されている、②外来について70歳未満には無い更なる特例措置が講じられているなど、若年者よりも負担が低い状況となっている。 ○ 負担の公平の観点から、年齢のみを理由に負担上限について異なる取扱いがされている高額療養費制度の見直しは最優先の課題。 						
高額療養費月額上限	入院	医療費の自己負担	現役 70歳未満 3割負担 (就学前2割)	高齢者(現状)		
		年収約1,160万円～	25.4万円(注1)	70歳～74歳 2割負担 * 25年4月以降70歳になる者から (現役並み所得者3割)	8.7万円(注3)	同じ所得水準の 現役より軽減
		年収約770万円～約1,160万円	17.2万円(注2)	75歳以上 1割負担 (現役並み所得者3割)	4.4万円	
	年収約370万円～約770万円	8.7万円(注3)	現役並み所得(年収約370万円以上) (6.6%※)	2.5万円		
	外来	～年収約370万円	5.8万円(注3)	一般所得(～年収約370万円) (53.5%※)	1.5万円	入院の場合の 約1/2
		住民税非課税	3.5万円(注4)	住民税非課税(注5) (21.4%※)	4.4万円	
年収約370万円以上～ ～年収約370万円		上記(入院の場合)と同じ	年金収入80万円以下等(18.5%※)	0.8万円		
		住民税非課税				
<small>上記は医療費が100万円と仮定した場合の金額。(※)は後期高齢者に占める割合、 (注1)4か月目以降は14.0万円、(注2)4か月目以降は9.3万円、(注3)4か月目以降は4.4万円、(注4)4か月目以降は2.5万円、(注5)年金収入のみの場合、単身世帯で年金収入155万円以下。</small>						
【改革の具体的な方向性】(案)						
<ul style="list-style-type: none"> ○ 負担能力に応じた適正な負担とするため、①高齢者のみに設けられている外来の特例措置を廃止し、②入院・外来を通じて、高齢者の自己負担の月額上限を所得水準に応じて現役世代と同じ水準へと見直すべき。あわせて、③「現役並み所得」の基準について、妥当性の検証・見直しを行うべき。 						
【検討・実施時期】(案)						
<ul style="list-style-type: none"> ○ 速やかに関係審議会等において検討し、平成28年末までのできる限り早い時期に制度改革の具体的な内容について結論を得て、速やかに実施する。 						

(資料) 財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」(平成27年11月24日)

②論点と見直しの方向性

- 現役世代との負担の公平の観点から、高齢者の自己負担割合の引上げ、高額療養費の外来特例の見直し等を行うべきである。
- 平成27年1月の高額療養費の見直しは、70歳未満に限定され、70歳以上の上限は据え置かれている。
- 70歳以上の高額療養費の外来特例は、患者にとって大きな負担軽減となっている。この外来特例は、平成14年に月額上限を廃止し定率1割負担を徹底した際の激変緩和的な措置として導入されたもので、既に10年以上が経過している。
- 70歳以上の高齢者に適用している外来特例では、住民税非課税者は窓口負担の月額上限が8千円、一般所得者は1万2千円、現役並み所得者でも4万4千円と低額に設定されているため、高齢者自身にコスト意識を喚起せず、重複受診など無駄な医療費も発生させやすいといった問題がある。また、年齢区分によって設けているものであり、現役世代との間で公平性の確保をできておらず、早急に廃止すべきである。

(2) 後期高齢者医療の窓口負担の見直し

①最近の議論

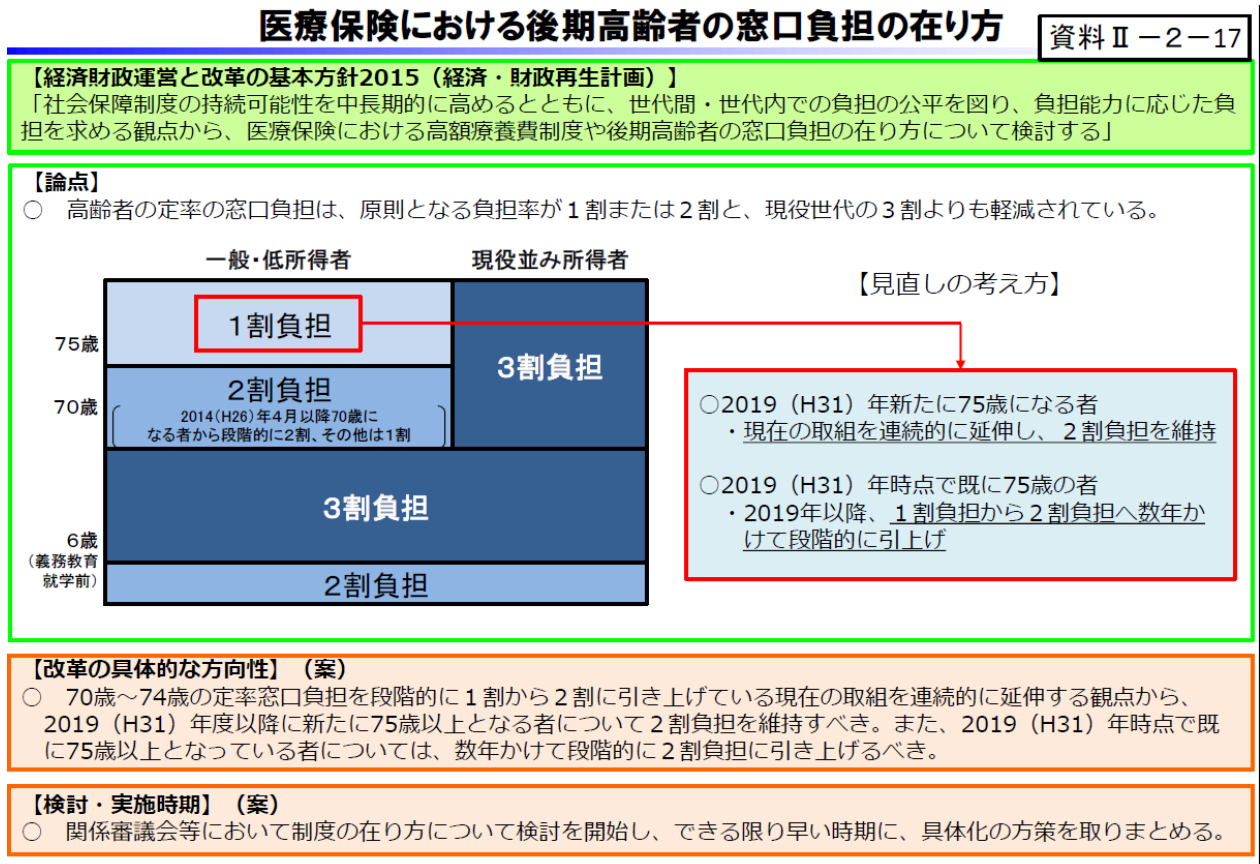
【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化の観点から「社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」と述べている。
- 「改革工程表」では、⑭の(ii)の項目で、2018年度末までに「医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会において検討し、結論」としている。

【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、「医療の定率負担についても、現在75歳以上は原則1割負担が維持され、70～74歳については平成26年度から順次1割負担から本則の2割負担に戻しているが、原則3割負担となる若年世代と比べて優遇されており、是正する必要がある。70歳以降において本則の2割負担が適用される者については、平成31年度以降に75歳に到達した後も引き続き2割負担とし、あわせて、平成31年度の時点で既に75歳になっている者についても、数年かけて2割負担に引き上げることにより、75歳以上の定率負担を原則2割負担とする制度へ段階的に移行すべきである」としている。

図表 37 医療保険における後期高齢者の窓口負担のあり方



（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

②論点と見直しの方向性

- 現役世代との負担の公平の観点から、後期高齢者の自己負担割合の引上げを行うべきであると考えられる。また、世代間の負担のバランス、負担能力に応じた負担とする観点から、低所得者に配慮した上で、75歳以上の自己負担は原則2割とすべきである。
- また、医療保険における「現役並み所得」の基準は世帯合計で520万円（後期高齢者の約7%が該当）となっているが、現役並み所得の高齢者の窓口負担が3割となった平成18年10月以降、見直しが行われていない。介護保険の利用者負担は原則1割だが、一定以上所得者は2割負担であり、その基準は、65歳以上高齢者の上位20%が該当する水準（2人世帯で346万円）に設定されている（平成27年8月）。
- そもそも年金所得については控除が大きく、高齢者の年金所得は過少に評価されている（65歳以上の場合、年金額が120万円までは所得税の計算では所得は「0」とみなされる）。遺族年金など非課税年金も所得から除かれている。医療保険制度における高齢者の「現役並み所得」の基準の見直しも合わせて検討すべきである。

図表 38 公的年金等に係る控除額等

年金を受け取る人の年齢	公的年金等の収入金額 (A)	割合 (B)	控除額 (C)
65 歳未満	(公的年金等の収入金額の合計額が 700,000 円までの場合は所得金額はゼロとなる。)		
	700,001 円～1,299,999 円	100%	700,000 円
	1,300,000 円～4,099,999 円	75%	375,000 円
	4,100,000 円～7,699,999 円	85%	785,000 円
	7,700,000 円以上	95%	1555,000 円
65 歳以上	(公的年金等の収入金額の合計額が 1,200,000 円までの場合は所得金額はゼロとなる。)		
	1,200,001 円～3,299,999 円	100%	1,200,000 円
	3,300,000 円～4,099,999 円	75%	375,000 円
	4,100,000 円～7,699,999 円	85%	785,000 円
	7,700,000 円以上	95%	1555,000 円

(例) 65 歳以上で公的年金等に係る収入金額が 350 万円の場合、公的年金等に係る雑所得は、以下の計算式で算出される。3,500,000 円×75%－375,000 円＝2,250,000 円。
(350 万円の所得が 225 万円となる。ここから、一律に適用される基礎控除 38 万円の控除した額が課税対象の所得額となる。)

- これに関連して現行制度では、後期高齢者医療の財源として、公費が給付費の 5 割を負担することとなっているが、後期高齢者のうち現役並み所得者の給付費には公費負担がない。その結果、公費負担割合は約 47%にとどまり、その分は現役世代の保険料で賄われている。この部分については、本来、公費で負担すべきであり、公費が投入できない場合には高齢者自身の保険料で賄うべきである。
- なお、高齢者の負担問題は、窓口負担だけでなく、高齢者の保険料負担も含めて議論すべきである。低所得者への配慮は必要であるとしても、高齢者の保険料軽減措置についても見直す必要がある。

(3) 介護納付金への総報酬割の導入

①最近の議論

【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化の観点から、「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う」と述べている。
- 「改革工程表」では、㊸の (i) の項目で、「社会保障プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入について、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」、「検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる (法改正を要するものに係る 2017 年通常国会への法案提出を含む)」としている。

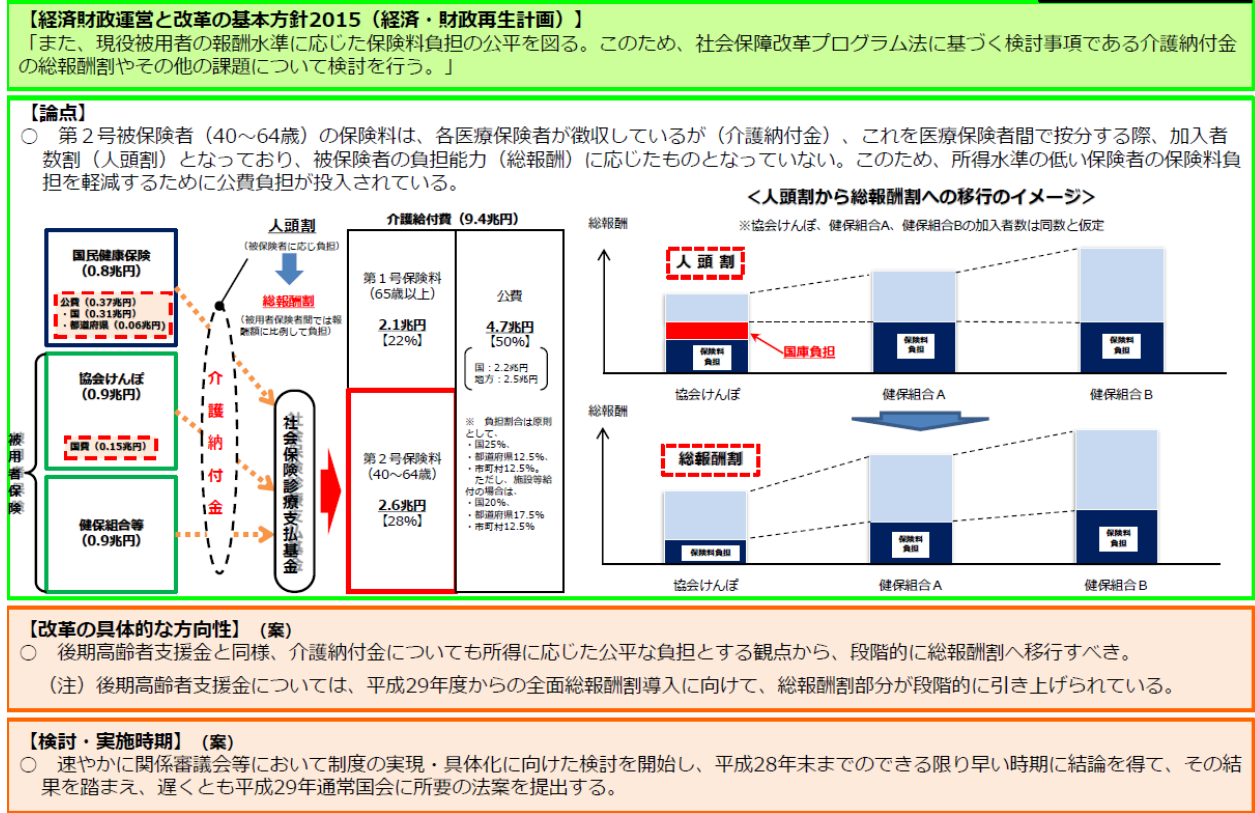
【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、「就業先にかかわらない負担」として、「被用者保険は、歴史的経緯から分立している結果、高齢者医療費支援金や介護納付金に係る保険者間の保険料負担が報酬水準に連動しておらず、負担の不公平が生じている。就業先にかかわらない負担能力に応じた負担を実現する観点から、被用者保険者間における保険料負担を人头割から総報酬割にしていく必要がある」としている。
- そのうえで、「人头割の場合、平均所得水準の低い中小企業健保も高い健保組合も拠出金負担に係る保険料水準が同額となり、不公平が生ずることから、負担が重い中小企業に配慮して一部国庫負担を入れて保険料負担を軽減しているが、この財源は消費税あるいは借金となっており、不公平の是正の在り方として適切でない。歴史的経緯から被用者保険は分立しているが、本来、総報酬に連動した負担とするのは当然である」としている。
- 合わせて、「第2号被保険者（40～64歳）の保険料は、各医療保険者が徴収しているが（介護納付金）、これを医療保険者間で按分する際、加入者数割（人头割）となっており、被保険者の負担能力（総報酬）に応じたものとなっていない。このため、所得水準の低い保険者の保険料負担を軽減するために公費負担が投入されている」としている。
- 一方で、「全面総報酬割については、移行過程において、協会けんぽに対する国庫補助を、所得の高い健保組合を中心に他の被用者保険全体の保険料で肩代わりすることとなるため、慎重な対応を求める意見があった」と述べている。
- また、「改革の具体的な方向性（案）」では、「後期高齢者支援金と同様、介護納付金についても所得に応じた公平な負担とする観点から、段階的に総報酬割へ移行すべき」としている。

図表 39 介護納付金の総報酬割への移行

介護納付金の総報酬割への移行

資料Ⅱ-2-18



（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

②論点と見直しの方向性

- 介護保険制度では、65歳以上を「第1号被保険者」、40歳以上65歳未満を「第2号被保険者」としている¹⁰。第1号被保険者が給付対象の中心であり、第2号被保険者は給付対象となる可能性が低いことが認識されながらも、一般的に老親の介護が必要となり、家族という立場から介護保険制度による社会的支援という利益を受ける可能性が高まるという考え方にもとづき被保険者に位置づけられた。したがって、介護納付金は、自らは給付を受ける可能性が極めて低い第2号被保険者が社会的扶養の観点から公平に負担を分かち合うために加入者割となっている。また、各医療保険者が市町村に代わって第2号被保険者の保険料を徴収・納付することとした。
- 財政制度等審議会は、介護納付金に対する総報酬割の導入を提案しているが、介護

¹⁰ 第1号被保険者は3,202万人であり、このうち要介護（要支援）認定者数は569万人であり、被保険者に占める割合は17.8%である。第2号被保険者は4,247万人であり、このうち要介護（要支援）認定者数は15万人であり、被保険者に占める割合は0.4%である（第1号被保険者および要介護（要支援）認定者数は25年度末現在、第2号被保険者数は25年度内の月平均）。

納付金の位置づけなど、介護保険制度の理念を大きく逸脱している。実質的に国の財源捻出の手段として提案されており、協会けんぽの介護納付金に対する国庫補助を健保組合に肩代わりさせるものであることから反対である。

- 介護納付金の総報酬割導入による財政影響試算（平成 27 年度の数值）では、健保組合は 800 億円の負担増加となる見込みである。7 割を超える健保組合で負担増となるなか、特に報酬水準が高い健保組合は負担が急激に上昇することが考えられる。
- 介護保険制度において、現役世代は負担のみで給付はほとんど受けることがないにもかかわらず、介護保険料は年々増加を続けている。そのうえ、総報酬割の導入など負担方式の変更により大幅な負担増となることについて、医療保険者が加入者・事業主の理解や納得を得ることは困難である。
- なお、「骨太方針 2015 の策定に向けた被用者保険関係 5 団体の意見書」（平成 27 年 6 月 5 日）では、「財源捻出策として、介護納付金や前期高齢者納付金に総報酬割を導入することは到底容認できるものではない。今後も増大していく現役世代の拠出金を抑制するための施策を講ずるよう求める」と表明した。

図表 40 介護納付金の総報酬割導入による財政影響試算（27 年度）

○総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化

		協会けんぽ	(国費充当後)	健保組合	共済
現行 (加入者割)	納付額	7,316億円	6,116億円	5,885億円	1,928億円
	報酬額に対する負担割合	1.77%	1.48%	1.21%	0.97%
総報酬割 (1/3導入)	納付額	6,775億円 (-541億円)	5,975億円 (-141億円)	6,152億円 (+267億円)	2,197億円 (+269億円)
	報酬額に対する負担割合	1.64% (-0.13%)	1.44% (-0.04%)	1.27% (+0.06%)	1.10% (+0.13%)
総報酬割 (全面導入)	納付額	5,694億円 (-1,622億円)		6,685億円 (+800億円)	2,735億円 (+807億円)
	報酬額に対する負担割合	1.37% (-0.40%)		1.37% (+0.16%)	1.37% (+0.40%)

○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	1012組合	84組合
負担減	431組合	1組合

※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。
 ※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。
 ※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算している。

(資料) 社会保障審議会介護保険部会資料（平成 25 年 10 月 2 日）

(参考) 介護納付金に関する現行制度

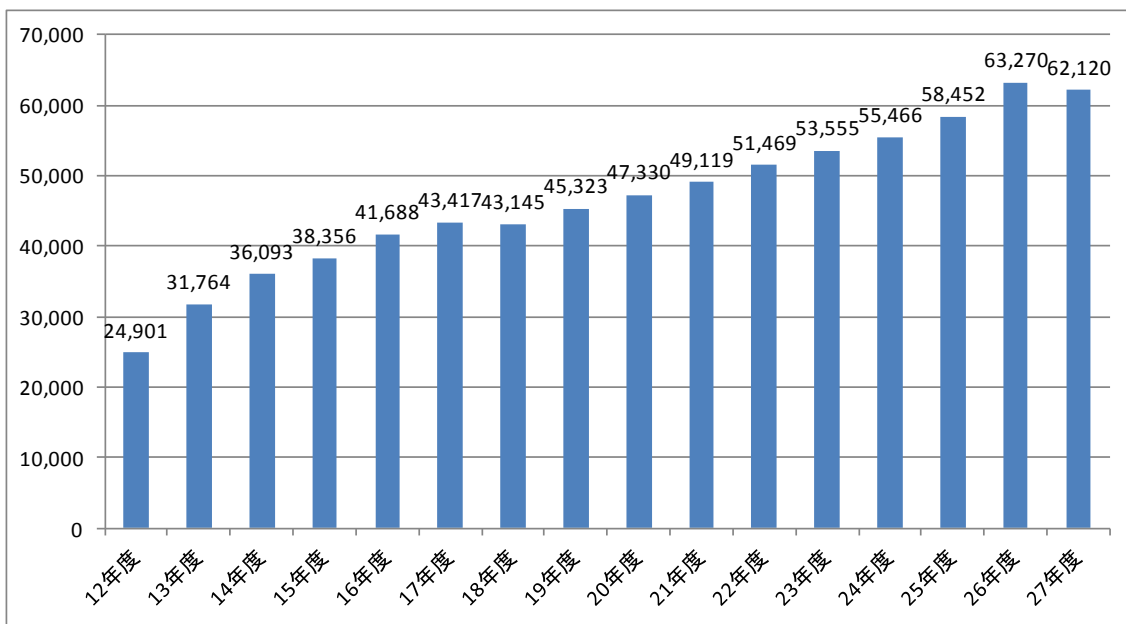
- 介護保険料の財源は、国が給付費の 25%、都道府県負担金が 12.5%、市町村負担金が 12.5%、第 1 号被保険者（65 歳以上）が 21%、第 2 号被保険者が 29%を負担している。
- 40～64 歳（第 2 号被保険者）については、各医療保険者を通じて保険料を徴収している。
- 全国ベースで第 2 号被保険者 1 人あたりの保険料額を計算し、これを各医療保険者が被保険者数に応じて納付する仕組みである。
- 介護納付金の計算式（概要）は、以下のとおりであり、介護納付金は、第 2 号被保険者の人数に応じて各医療保険者の負担が決まる「加入者割」となっている。

$$\text{介護納付金} = \text{第 2 号被保険者 1 人あたり負担額} \times \text{各医療保険者の第 2 号被保険者数}$$



$$\frac{\text{標準給付費額及び介護予防事業費額の総額} \times \text{第 2 号被保険者負担率}}{\text{全医療保険者の第 2 号被保険者数の総数}}$$

図表 41 第 2 号被保険者 1 人あたりの負担額の推移



(注) 25 年度までは確定納付金額、26 年度以降は概算納付金額

(資料) 厚生労働省資料より作成

- 健保組合における第 2 号被保険者の負担する介護保険料（第 2 号保険料）は、以下の計算式により算出し、健康保険の保険料（一般保険料）と一体的に徴収される。介護保険料は、一般保険料と同様に原則、被保険者と事業主の折半となっている。

○第2号被保険者の負担する介護保険料（年額）

$$\text{介護保険料（年額）} = \text{標準報酬月額} \times \text{介護保険料率} \times 12 + \text{標準賞与額} \times \text{介護保険料率}$$

○介護保険料率

$$\text{介護保険料率} = \frac{\text{介護納付金}}{\text{第2号被保険者の標準報酬月額・標準賞与額の年間総数}}$$

（資料）健康保険組合連合会「健保組合のための介護保険制度の概説」（平成23年10月）

※以前は、一般保険料率と介護保険料率を合わせた保険料率に上限が設定されていたが、平成13年1月からは一般保険料率にのみ上限が設定され、介護保険料率には上限が設けられていない。

※厚生労働大臣の承認を受けて、定額方式の介護保険料を採用することも可能である。

(4) 前期高齢者医療納付金への総報酬割の導入

①最近の議論

【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化の観点から、「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う」と述べている。
- 「改革工程表」では、㉔の(ii)の項目で、2018年度末までに「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るためのその他の課題について、関係審議会等において検討し、結論」としており、前期高齢者医療納付金への総報酬割の導入については、直接的には言及していない。

【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、就業先にかかわらない負担として、「被用者保険は、歴史的経緯から分立している結果、高齢者医療支援金や介護納付金に係る保険者間の保険料負担が報酬水準に連動しておらず、負担の不公平が生じている。就業先にかかわらない負担能力に応じた負担を実現する観点から、被用者保険者間における保険料負担を人头割から総報酬割にしていく必要がある。(中略)前期高齢者医療費納付金についても総報酬に連動して水準が決定される仕組みへと見直すべきである。なお、全面総報酬割については、移行過程において、協会けんぽに対する国庫補助を、所得の高い健保組合を中心に他の被用者保険全体の保険料で肩代わりすることとなるため、慎重な対応を求める意見があった」と述べている。
- また、「改革の具体的な方向性(案)」では、「最終的には被用者保険を統合することも視野に、後期高齢者支援金と同様、総報酬割化による被用者間の負担の公平化を図るべき」としている。
- さらに、「検討・実施時期(案)」については、具体的に「第Ⅲトラック」に位置づけた。

図表 42 前期高齢者医療費納付金の総報酬割への移行

前期高齢者医療費納付金の総報酬割への移行

資料Ⅱ-2-19

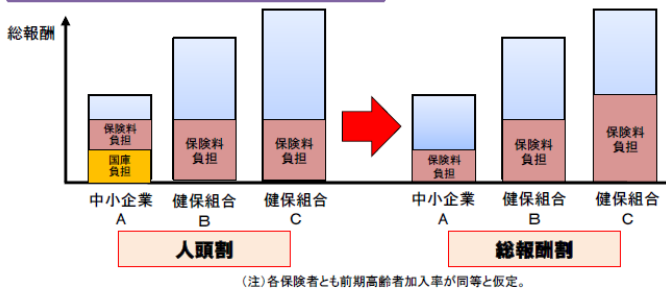
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う」

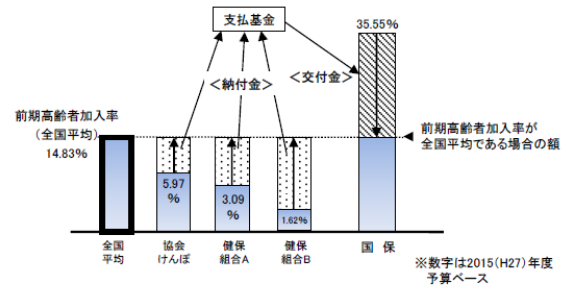
【論点】

- 前期高齢者（65～74歳）の医療給付費については、保険者間で高齢者が偏在することによる負担の不均衡を是正するため、財政調整が図られているが、その方式は各保険者の前期高齢者の加入者数に応じた人頭割となっており、被保険者の負担能力（総報酬）に応じたものとなっていない。このため、所得水準の低い保険者の保険料負担を軽減するために公費負担が投入されている。

人頭割から総報酬割への移行のイメージ



【参考】現行の財政調整の方式(イメージ)



【改革の具体的な方向性】（案）

- 最終的には被用者保険を統合することも視野に、後期高齢者支援金と同様、総報酬割化による被用者間の負担の公平化を図るべき。
（注）後期高齢者支援金については、平成29年度からの全面総報酬割導入に向けて、総報酬割部分が段階的に引き上げられている。

【検討・実施時期】（案）

- 関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめる。

（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

②論点と見直しの方向性

- 後期高齢者医療制度は75歳以上の高齢者を対象とする別立ての制度であるが、前期高齢者医療制度は65歳以上75歳未満の前期高齢者の、各保険者における加入率の不均衡を調整するために導入された財政調整の仕組みである。
- 具体的には、前期高齢者医療費納付金は、各保険者に全国平均と同じ割合で前期高齢者が加入しているという仮定のもとに、保険者ごとに実際の前期高齢加入者の平均医療費を乗じて算出される。したがって、同じ前期高齢者加入率であっても、前期高齢者に係る医療費が少ない保険者のほうが前期高齢者医療費納付金も少なくなり、保険者の医療費適正化努力が反映される仕組みとなっている。
- このように、前期高齢者医療制度は、各医療保険者における前期高齢者加入率の格差にもとづく財政調整であり、現役世代とは別建ての独立した制度に対する拠出である後期高齢者支援金と同様に総報酬割を導入することは、直ちに正当化されるものではない¹¹。

¹¹ 例えば、前期高齢者についても現役世代とは別建ての制度とするなど、現行の調整方法と考え方を大幅に変更する必要がある。

- 前期高齢者医療制度の総報酬割は、各保険者の医療費にもとづく高齢者加入率調整という現制度の考え方を大きく変更するものであることに加え、各保険者が保健事業の推進等により自らの加入者の医療費適正化を進めるなどのインセンティブが機能しない仕組みとなること、実質的に協会けんぽへの国庫補助を健保組合に肩代わりさせるものであることから反対である。
- 国保においては、前期高齢者とそれ以外とで会計区分がなされておらず、現行制度の不合理な部分が未解決である（例：会計区分があるとした場合、前期高齢者納付金の一部が前期高齢者以外の給付費等に使用されている、前期高齢者にかかる後期高齢者支援金まで財政調整の対象とされている等）。
- そもそも、公的医療保険制度は保険者の自立性や運営責任、保険者機能の発揮、給付と負担における一定の対応関係の確保を基本理念とするものであり、無制限の公平を求めるものではない。したがって、負担の公平にもこれらの理念にもとづく一定の制限があるのは当然と言うべきであり、後期高齢者支援金および前期高齢者納付金の拠出においても保険者の自立性や運営責任を保持するうえで一定の上限を設ける必要があるといえよう。
- このため、前期高齢者の加入割合の違いによる医療保険制度間の負担を調整するにあたっては、拠出金負担が過大とならないよう、拠出金負担と公費負担のバランスをとる必要がある。しかし、現行制度では公費負担がなく拠出金に大きく依存する仕組みになっている。
- したがって、前期高齢者医療制度への公費投入とその拡充が最優先に行われるべきであり、健保組合など報酬額が高い保険者の負担をさらに増大させる総報酬割は導入すべきでない。
- 国保と協会けんぽには税（公費）が投入されており、この税の負担（所得税、法人税等）は、健保組合側（事業主、被保険者）も多く負担している。医療保険における「負担の公平性」は、税負担も考慮すれば、相当規模、達成されている。
- また、財政制度等審議会の資料では、「被用者保険の統合も視野に入れる」とされている。しかし、すでに述べたように、わが国の医療保険制度は保険者の自立性や運営責任、保険者機能の発揮、給付と負担における一定の対応関係の確保などを基本理念としており、健保組合は保健事業やレセプト点検、医療費通知等を事業主との協力のもとで先駆的に実施し、成果をあげている。医療保険制度はこうした理念や実績を踏まえて構築すべきであって、目的を負担の公平に矮小化する被用者保険の統合は行うべきではない。
- なお、「骨太方針 2015 の策定に向けた被用者保険関係 5 団体の意見書」（平成 27 年 6 月 5 日）では、「財源捻出策として、介護納付金や前期高齢者納付金に総報酬割を導入することは到底容認できるものではない。今後も増大していく現役世代の拠出金を抑制するための施策を講ずるよう求める」と表明した。

(5) マイナンバーの活用等による金融資産等の保有状況を考慮した負担のあり方

①最近の議論

【経済財政諮問会議】

- 経済財政諮問会議では、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化の観点から、「医療保険、介護保険ともに、マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、実施上の課題を整理しつつ、検討する」と述べている。
- 「改革工程表」では、㉔の項目で、「医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論」、「検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る 2017 年通常国会への法案提出を含む）」としている。

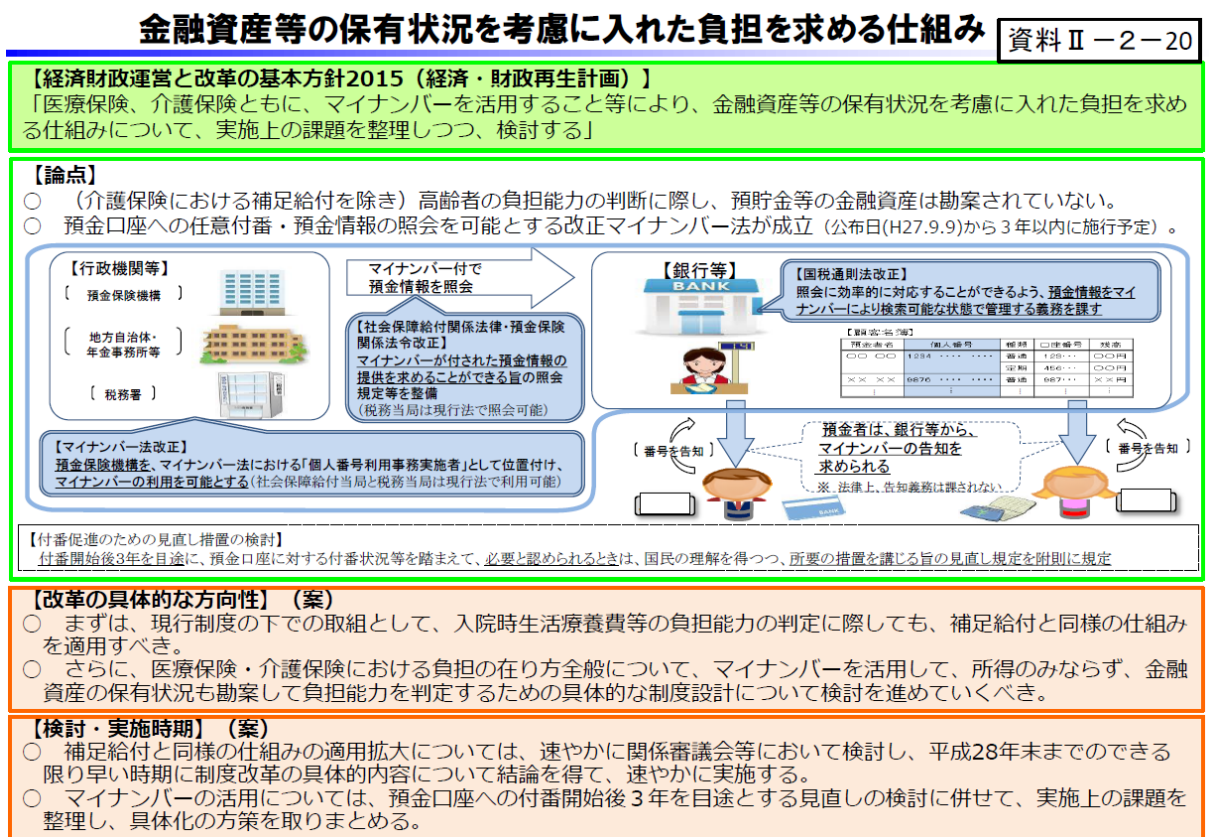
【財政制度等審議会】

- 財政制度等審議会では、「公平な負担という視点から医療・介護に共通する課題として、平成 28 年 1 月から利用が開始されるマイナンバーを活用して、フローの所得だけでなく、預貯金等の金融ストックも勘案して、70 歳以上においても医療の自己負担が 3 割となる『現役並み所得』などの負担能力を判定する仕組みに変えていく必要がある。その際、『現役並み所得』の水準についても、75 歳以上の約 7% のみに適用されていることを踏まえ、見直しが必要である。特に高齢者の場合には、例えば、2 人以上の世帯で見れば、20 歳代から 40 歳代の世帯当たりの金融資産が平均 100 万円以下であるのに対し、70 歳以上の世帯では平均で 2,000 万円近く、年収 200 万円未満の夫婦高齢者世帯でも、2,000 万円以上の貯蓄を有する世帯が 8% 強あるなど、現役世代と比べて、多額の金融資産を保有している。平成 27 年 3 月に閣議決定されたマイナンバー法の改正案では預金口座へのマイナンバーの登録は任意となっているが、これも踏まえて具体的な制度設計を検討していくべきである」としている。
- また、「改革の具体的な方向性（案）」では、介護保険における補足給付の支給に当たって、所得水準に加え、本人の申告にもとづき、一定の預貯金等の保有状況を勘案する仕組みが平成 27 年 8 月に導入されたことを踏まえ、「まずは、現行制度の下での取組として、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、補足給付と同様の仕組みを検討すべき」と指摘した。
- さらに、「医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、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の具体的な制度設計について検討を進めていくべき」とした。

②論点と見直しの方向性

- わが国の医療保険制度において、保険料や自己負担は「所得」に応じて負担するのが原則であり、「資産」に応じて負担する考え方はとっていない（ただし、国保の保険料に部分的に固定資産の保有が反映される）。「金融資産等の保有状況を考慮した負担」はこの原則を大きく変更するものであり、慎重に検討する必要がある。
- また、仮に資産の保有状況を考慮した負担を求めるならば、実態を正確に把握する必要があるが、マイナンバー制度で金融資産が把握できるようになったとしても、現金などの現物資産の保有状況は不透明なままであり、資産を正確に把握することは事実上不可能である。
- 一方、現行制度においては、税制を反映した負担の不公平がいくつか存在する。代表的な例は、「クロヨン」と言われる給与所得（被用者）、事業所得（自営業者）間の所得補足率の違いであり、こうした問題は是正する必要がある。
- 特に所得からの控除額が給与所得に比べて大きい公的年金控除と、非課税となっている遺族年金は、保険料や自己負担が他の所得者に比べて有利（負担が少ない）になり、財政制度審議会が指摘する「現役並み所得」の取扱いとも関連することから、見直す必要がある。

図表 43 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組み



（資料）財政制度等審議会「平成28年度予算の編成等に関する建議」（平成27年11月24日）

資料編

1. 経済財政諮問会議「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（平成 27 年 6 月 30 日閣議決定・抜粋）

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

「経済・財政一体改革」は、国民全体が自ら意欲をもって参加する社会改革であることを念頭に以下の取組を強力に推進する。その際、社会保障と地方行財政改革・分野横断的な取組等は、特に改革の重点分野として取り組む。

〔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む。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、④健康で生きがいのある社会、⑤公平な負担で支え合う制度という基本理念に基づいて取り組む。

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。

（時間軸）

社会保障・税一体改革を確実に進めるとともに、団塊の世代が後期高齢者になり始める2020年代初め以降の姿も見据えつつ、主要な改革については2018年度（平成30年度）までの集中改革期間中に集中的に取り組む。2020年度（平成32年度）までの検討実施に係る改革工程を速やかに具体化していく中で、予断を持たずに検討する。平成27年度からできる限り速やかに取組を進める。

(医療・介護提供体制の適正化)

都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。その際、療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を着実に挙る。このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討するとともに、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。また、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点から踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。

外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。

これらの取組を進めるため、地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。平成 27 年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。これらの取組を通じて、都道府県別の一人当たり医療費の差を半減させることを目指す。

医療・介護に関する計画については、中長期的な視野に立った工程管理を行う観点から PDCA マネジメントの実施を進める。

都市・地方それぞれの特性を踏まえ、在宅や介護施設等における看取りも含めて対応できる地域包括ケアシステムを構築する。また、人生の最終段階における医療の在り方の検討を行う。かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。看護を含む医療関係職種の質評価・質向上や役割分担の見直しを検討する。

改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成 27 年度からのメリハリある配分や、医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法第 14 条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討、機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など平成 28 年度診療報酬改定及び平成 30 年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応、都道府県の体制・権限の整備の検討等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。

(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を

現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度（平成30年度）までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立、国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映、後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化、医療保険の審査支払機関の事務費・業務の在り方など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を更に促進する。また、個人の健康管理に係る自発的な取組を促す観点から、セルフメディケーションを推進する。

要介護認定率や一人当たり介護給付費の地域差について、高齢化の程度、介護予防活動の状況、サービスの利用動向や事業所の状況等を含めて分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点から、制度的な対応も含めた検討を行う。

民間事業者の参画も得つつ高齢者のフレイル対策を推進する。「がん対策加速化プラン」を年内をめどに策定し、がん対策の取組を一層推進する。

（公的サービスの産業化）

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する。

社会保障に関連する多様な公的保険外サービスの産業化を促進する観点から、医療関係職種の活躍促進、民間事業者による地域包括ケアを支える生活関連サービスの供給促進等に取り組む。その際、医療法人や医療関係者が実施可能な業務の範囲など、障壁となっている規制がないか検証し、グレーゾーン解消制度等の活用も含めて必要な対応を検討・実施する。あわせて、事業運営の効率化等に関する民間事業者の知見や資金の活用を促進する。

介護サービスについて、人材の資質の向上を進めるとともに、事業経営の規模の拡大やICT・介護ロボットの活用等により、介護の生産性向上を推進する。

マイナンバー制度のインフラ等を効率的に活用しつつ、医療保険のオンライン資格確認の導入、医療機関や介護事業者等の間の情報連携の促進による患者の負担軽減と利便性向上、医療等分野における研究開発の促進に取り組む。

（負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化）

社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討するとともに、介護保険における高額

介護サービス費制度や利用者負担の在り方等について、制度改正の施行状況も踏まえつつ、検討を行う。また、現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う。

あわせて、医療保険、介護保険ともに、マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、実施上の課題を整理しつつ、検討する。

公的保険給付の範囲や内容について検討した上で適正化し、保険料負担の上昇等を抑制する。このため、次期介護保険制度改革に向けて、高齢者の有する能力に応じ自立した生活を目指すという制度の趣旨や制度改正の施行状況を踏まえつつ、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う。加えて、医療の高度化への対応として、医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて、平成 28 年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入をすることを目指すとともに、生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の方等について検討する。市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する。不適切な給付の防止の在り方について検討を行う。

(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。

薬価について市場実勢価格を踏まえた適正化を行うとともに、薬価改定の在り方について、個々の医薬品の価値に見合った価格が形成される中で、先進的な創薬力を維持・強化しながら、国民負担の抑制につながるよう、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、2018 年度（平成 30 年度）までの改定実績も踏まえ、その頻度を含めて検討する。あわせて、適切な市場価格の形成に向け、医薬品の流通改善に取り組む。医療機器の保険償還価格については、機器の流通改善に取り組むとともに、開発力の維持・強化に留意し

つつ、適正化を検討する。

かかりつけ薬局の推進のため、薬局全体の改革について検討するとともに、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や医師との連携による地域包括ケアへの参画を目指す。平成 28 年度診療報酬改定において、調剤報酬について、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証した上で、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた見直しを行う。

診療報酬については、保険医療費が国民負担によって成り立つものであることを踏まえ、改定に当たっては、前回改定の効果・保険医療費への影響の検証を行いその結果を踏まえるとともに、改定の水準や内容について国民に分かりやすい形で説明する。

2. 規制改革会議の第3次答申にもとづく「規制改革実施計画」（平成27年6月30日閣議決定・抜粋）

1 健康・医療分野

(2) 個別措置事項

①医薬分業推進の下での規制の見直し

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
1	薬局における診療報酬とサービスの在り方の見直し	地域包括ケアの推進において、薬局及び薬剤師が薬学的管理・指導を適切に実施する環境を整える観点から、かかりつけ薬局の要件を具体的に明確化するなど、薬局全体の改革の方向性について検討する。	平成27年度検討・結論	厚生労働省
2		薬局の機能やサービスに応じた診療報酬となるように、調剤報酬の在り方について抜本的な見直しを行い、サービスの質向上と保険財政の健全化に資する仕組みに改める。門前薬局の評価を見直すとともに、患者にとってメリットが実感できる薬局の機能は評価し、実際に提供したサービスの内容に応じて報酬を支払う仕組みに改めるなど、努力した薬局・薬剤師が評価されるようにする。	平成27年度検討・結論、次期診療報酬改定において措置	厚生労働省
3		薬局においてサービス内容とその価格を利用者に分かりやすく表示し、利用者が薬局を選択できるようにする。さらに、利用者がサービスごとに利用の可否を選択できるように、提供されたサービスを利用者が確認することも含めてサービスの提供の在り方を検討する。	平成27年度検討・結論、平成28年度措置	厚生労働省
4		リフィル処方箋の導入や分割調剤の見直しに関する検討を加速し、結論を得る。	平成27年度検討・結論	厚生労働省
5	政策効果の検証を踏まえたPDCAサイクルの実施とそれに基づく制度の見直し	医薬分業の政策効果について、医薬品による治療の安全性向上と保険財政の効率化の観点から、定性・定量両面で検証を行い、検証結果等を踏まえて、今後の医薬分業推進における政策目標や評価指標を明確化する。	平成27年度検討・結論	厚生労働省
6		政策目標の達成状況を適切に管理し、政策の継続的な改善を図るため、PDCAサイクルでの政策評価を実施し、診療報酬改定等の際に政策評価結果を活用し、制度の見直しに反映させる。	平成27・28年度検討・結論、平成29年度措置	厚生労働省

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
7	保険薬局の独立性と患者の利便性向上の両立	<p>医薬分業の本旨を推進する措置を講じる中で、患者の薬局選択の自由を確保しつつ、患者の利便性に配慮する観点から、保険薬局と保険医療機関の間で、患者が公道を介して行き来することを求め、また、その結果フェンスが設置されるような現行の構造上の規制を改める。</p> <p>保険薬局と保険医療機関の間の経営上の独立性を確保するための実効ある方策を講じる。</p>	平成 27 年度検討・結論、平成 28 年度措置	厚生労働省
8	ICT 技術を活用した服薬情報の一元化	ICT の有効活用により、患者自身及び薬局が服薬情報の管理を行い、他の薬局及び医療機関等と情報連携をより効果的、効率的に行うことができる仕組みの構築について検討し、結論を得る。	平成 27 年度検討・結論	厚生労働省

②医薬品に関する規制の見直し

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
9	新医薬品の 14 日間処方日数制限の見直し	新医薬品の処方日数制限について、副作用の早期発見など、安全性確保に留意の上、中央社会保険医療協議会において検討し、結論を得る。	平成 27 年度検討・結論	厚生労働省
10	市販品と類似した医療用医薬品（市販品類似薬）の保険給付の在り方等の見直し	市販品類似薬を含めた医療用医薬品の給付及び使用について、残薬削減等による保険給付の適正化の観点から次期診療報酬改定に向けて方策を検討し、結論を得る。その際、特に市販品類似薬については負担の不公平が生じやすいとの指摘を踏まえ、実効性のある適正給付の在り方を検討する。	平成 27 年度検討・結論	厚生労働省
11		これまでの診療報酬改定で対応したビタミン剤とうがい薬の医療費適正化の検証として、例えば医療機関別、地域別等の観点から給付額の増減について調査を行い、結果を公表する。	平成 27 年度措置	厚生労働省
12	スイッチ OTC の更なる推進	「『日本再興戦略』改定 2014」を踏まえ検討中の新たな仕組みにおいては、多様な主体が意見を提出できるようにし、その検討プロセスの透明性を確保するなど、有用な意見を適切に反映する仕組みを確実に構築する。	平成 27 年度措置	厚生労働省

③医療情報の有効活用に向けた規制の見直し

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
13	レセプト情報・特定健診等情報データベースの研究利用の法的位置付けの検討	「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」の見直しの検討状況を踏まえ、NDB データの公益目的での研究利用の法律上の位置付けや制度的枠組みについて検討し、結論を得る。	「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」の見直しに合わせて検討・結論	厚生労働省
14	レセプト情報・特定健診等情報データベースにおける民間利用の拡大	民間企業でも公益性の高い研究は可能であることから、民間企業に所属する研究者であっても、NDB データの公益目的での利用が可能となるよう、民間企業からの提案に基づき、厚生労働省においてNDB データを基にした集計表を作成する枠組みを構築する。	平成 27 年度 検討・結論、 平成 28 年度 措置	厚生労働省
15	レセプト情報・特定健診等情報データベースにおける探索的研究の充実	これまで「サンプリングデータセット」を提供した関係者等の意見も踏まえつつ、探索的研究が可能な「サンプリングデータセット」の内容の充実を図る。	平成 27 年度 措置	厚生労働省
16		平成 27 年 4 月に開設されたオンサイトリサーチセンターについて、システムの安定的な稼働に資する検証を行いつつ、利用者の範囲や利用方法などの運用ルールの確立を図る。その上で、精度の高い研究の実施に資するようなオンサイトリサーチセンターの特性をいかした活用方を検討し、結論を得る。	(オンサイトリサーチセンターの運用ルールの確立) 平成 27 年度 措置 (オンサイトリサーチセンターの特性をいかした活用方策) 平成 28 年度 検討・結論	厚生労働省
17	レセプト情報・特定健診等情報データベースにおける最少集計単位の検討	研究成果の公表に当たり、集計単位が市区町村の場合に患者数等が 100 未満になる集計単位が含まれていないことを条件とすることの妥当性について、提供依頼申出者の意見を聴いた上で検討し、結論を得る。	平成 27 年度 検討・結論	厚生労働省

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
18	レセプト情報・特定健診等情報データベースにおける地方公共団体の利用手続簡素化	提供依頼申出者が地方公共団体である場合の NDB データの提供の枠組みの在り方について、その利用目的等に応じた再整理を行うとともに、特に迅速にデータ提供を行う必要がある場合には、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」の意見聴取を省略することを検討し、結論を得る。	措置済み	厚生労働省
19	レセプト情報・特定健診等情報データベースによる分析の効率化	NDB を活用したレセプトデータ分析がより容易になるよう、電子レセプト上で省略されている各診療行為等の点数や回数、診療識別を補完する等、NDB のシステムの改修を行う。	措置済み	厚生労働省
20		研究者等が自らの研究に NDB データを活用することが可能か事前に判断できるようにするため、項目ごとの出現率などのデータ精度に関する情報等、NDB データの分析に役立つ情報について精査し、公表する。	平成 27 年度 検討・結論、 平成 28 年度 措置	厚生労働省
21	医療データの活用に向けた検討	厚生労働省内において、各種医療データのデータベース化の進捗管理や、省全体でのデータ利用を可能とする方策の検討、医療機関の負担軽減につながる各種調査の見直し、医療機関へのフィードバックを含む第三者提供の在り方に関する検討等を行うため、部局横断的なワーキング・グループを設置する。	措置済み	厚生労働省
22		「病院報告」、「医療施設調査」、「患者調査」等の医療分野の統計調査について、調査対象となる医療機関の負担軽減につながるよう、病床機能報告制度、NDB 及び DPC データとの重複を整理し、抽出できる情報の活用について検討を行った上で、調査事項の見直しを行う。	統計調査の定期的な見直し (病院報告は平成 28 年度、医療施設調査及び患者調査は平成 29 年度) に合わせて措置	厚生労働省
23	地方厚生局が保有するデータの活用	厚生労働省の地方厚生局が実施する、診療報酬の施設基準の届出状況等の報告について、中央社会保険医療協議会の意見に基づく調査への活用等、省全体での利用が可能となるよう、データベースを構築し当該データベースの活用推進を含めた所要の措置を取る。	平成 27 年度中に検討開始、平成 29 年度にシステムを稼働させることにより措置	厚生労働省

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
24	DPC データの活用	DPC データについて、厚生労働省全体での利用が可能となるよう、データベースを構築する。	平成 29 年度措置	厚生労働省
25	病床機能報告制度の活用	「病床機能報告制度」により報告された医療データの活用促進のため、都道府県ホームページにて結果を公表する。	平成 27 年度措置	厚生労働省
26		調査対象となる医療機関の負担軽減につながるよう、「病院報告」、「医療施設調査」、「患者調査」等の既存の調査との重複を整理し、NDB のレセプトデータ等から抽出できる情報の活用についての検討も行った上で、必要に応じ制度の見直しを行う。	医療施設調査及び患者調査の見直し時期等に合わせ、平成 29 年度措置	厚生労働省

④遠隔モニタリングの推進

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
27	有用な遠隔モニタリング技術の評価	在宅酸素療法及び CPAP 療法について、安全性、有効性等についてのエビデンスを確認した上で、患者の利便性向上や医療従事者の負担軽減の観点から対面診療を行うべき間隔を延長することも含めて、遠隔でのモニタリングに係る評価について、中央社会保険医療協議会において検討する。	平成 27 年度措置	厚生労働省
28		遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカー指導管理料について、安全性、有効性等についてのエビデンスを確認した上で、対面診療を行うべき間隔を延長することを中央社会保険医療協議会において検討する。	平成 27 年度措置	厚生労働省
29	遠隔診療の取扱いの明確化	局長通知「情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について」における遠隔診療の取扱いを分かりやすくするため、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものであれば、患者側の要請に基づき、患者側の利点を十分に勘案した上で、直接の対面診療と適切に組み合わせて行われるときは、医師の判断により、遠隔診療を行うことが可能であるという取扱いを明確化する。	平成 27 年度措置	厚生労働省

No.	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
30	遠隔診療推進のための仕組みの構築	遠隔診療の推進が政府の健康・医療戦略として位置付けられていることから、厚生労働省は、医療資源の適正化や産業振興の観点からも、遠隔診療を主体的に推進し、遠隔医療技術に関する評価及び学会との連携の強化等、安全性・有効性に関するエビデンスを積極的に確立する仕組みを構築する。	平成 27 年度 検討・結論、 平成 28 年度 措置	厚生労働 省
31		医療資源の適正化や産業振興の観点から重点的な推進が求められる遠隔診療技術について、その具体的な推進策を取りまとめる。	平成 27 年度 検討・結論	厚生労働 省

3. 産業競争力会議「『日本再興戦略』改訂2015」（平成27年6月30日閣議決定・抜粋）

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸

(2) 施策の主な進捗状況

(個人に対する予防・健康づくりへのインセンティブ付与)

- ・個人に対する予防・健康づくりに向けたインセンティブを付与するため、保険者が行う保健事業として加入者の自助努力への支援を追加すること等を内容とする法律が本年5月に成立した。今後、個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じたヘルスケアポイントの付与や保険料への支援等を保険者が行う際の具体的な基準等について、ガイドラインの中で考え方を整理し、本年度中に公表する予定。

(「患者申出療養」の創設)

- ・国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応えるため、患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組みとして、「患者申出療養」を創設（2016年4月施行）すること等を内容とする法律案を本年3月に国会に提出、5月に成立、公布された。

(先進医療の評価の迅速化、医療の国際展開等の推進)

- ・先進医療（再生医療、医療機器）の評価の迅速化・効率化、定期的に選定療養として導入すべき事例を把握する仕組みの構築、画期的な医薬品等の開発について、承認審査において優先的な取扱い等を行う「先駆け審査指定制度」の創設、海外における日本の医療拠点構築等に向けた医療の国際展開の推進などの施策が実施された。

(3) 新たに講ずべき具体的施策

- ①ヘルスケア産業の創出支援
- ②医療・介護等分野におけるICT化の徹底
- ③医療の国際展開（アウトバウンド・インバウンド）の促進
- ④介護サービスの質の評価に向けた仕組み作り
- ⑤国際薬事規制調和戦略に基づく国際規制調和・国際協力の推進
- ⑥「地域医療連携推進法人」制度の創設
- ⑦個人・保険者・経営者等に対する健康・予防インセンティブの付与

ア) 個人に対するインセンティブ

保険者が加入者に対して実施するヘルスケアポイント付与や保険料への支援等に係るガイドライン策定に当たっては、ICTを活用した健康づくりモデルの実証成果も

踏まえつつ、予防・健康づくりに向けた加入者の自助努力を促すメリハリあるインセンティブ付けを可能とするよう検討を行う。

イ) 保険者に対するインセンティブ

後期高齢者支援金の加算・減算制度や、国民健康保険制度において新たに創設される「保険者努力支援制度」については、被保険者の健康の保持増進や医療費適正化等に向けた保険者の努力を促すよう、特定健診・特定保健指導の実施状況や後発医薬品の使用状況等を積極的に評価するメリハリの効いたスキームとすべく、検討を行う。また、協会けんぽ、後期高齢者医療制度についても、新たなインセンティブ制度の創設に向けた検討を行う。

ウ) 経営者等に対するインセンティブ

(略)

⑧クリニカル・イノベーション・ネットワークの構築（疾患登録情報を活用した臨床開発インフラの整備）

⑨信頼性の確保されたゲノム医療の実現等に向けた取組の推進

⑩ものづくり力を結集した日本発の優れた医療機器等の開発・事業化

⑪がん対策の取組の一層の推進

4. 財政制度等審議会「財政健全化計画等に関する建議」(平成 27 年 6 月 1 日・抜粋)

II. 各歳出分野における歳出改革の方針と具体的方策

1. 社会保障

我が国の社会保障制度は、社会保険方式を採りながら、高齢者向け給付を中心に、全体として4割程度を公費負担に依存する一方、現役世代の減少により保険料の伸びが低下する財源構造となっている。このため、高齢化に伴い社会保障給付が増加すると、負担増は必然的に公費に傾斜する。それにもかかわらず、この増大する公費負担部分の財源を確保できていない。その結果、将来世代に負担を先送りしている「中福祉・低負担」の状態になっており、給付と負担のバランスを回復することが急務となっている。また、高齢者向け給付の財源の相当部分が現役世代の負担(賦課方式)となっており、世代間格差の観点からも見直しが必要である。

「社会保障給付費」は、今後も、医療・介護分野の増加が顕著と見込まれ、特に医療に係る公費負担の増加が著しい。一方、年金は、平成16年改正において導入された、固定された財源の範囲内に収まるよう給付水準を自動調整するマクロ経済スライドの仕組みを十分に機能させれば、経済と整合的な伸びとなる。今後とも、世界に冠たる国民皆保険を維持するためには、医療・介護分野を中心とした制度改革が不可欠である。

改革の時間軸は、2020年度(平成32年度)が鍵となる。医療・介護においては75歳以上になると1人当たりの費用が大きく増加する。後期高齢者医療制度では、公費負担のシェアが高いこともあり、また、75歳以上になると介護の1人当たり給付費も増加するため、国庫負担で見た1人当たりのコストはそれぞれ約4倍、約9倍に増加する。したがって、社会保障制度の持続可能性を維持するためには、「団塊の世代」が75歳の仲間入りを始める2020年代初頭までに、制度改革を実施に移す必要がある。

「社会保障関係費(国の一般会計予算のうち社会保障に関する経費)」の伸びについて、当審議会は、従来から、いわゆる「自然増」には、診療報酬の薬価部分について市場実勢価格を上回る過大要求があることや、診療報酬本体において高齢化による影響以外に「医療の高度化等」と称して様々な要素の伸びが織り込まれていることなどを指摘し、「自然増」の検証の必要性を提案してきた。例えば、医療で見ると、我が国の医療保険制度は、国民皆保険の下で、広範な範囲の医療行為が公的保険でカバーされ、フリーアクセスが認められているが、こうした制度の下での公的保険医療費は、年齢別人口の変化に起因して医療費が増加する「高齢化要因」の他、「その他要因」として、年齢層の1人当たりの医療費単価の増加、さらに受療率の高まりによって年齢別1人当たり医療費なども加わり、一方的に増大する傾向がある。

こうして分解して見ると、真にやむを得ない「自然増」は「高齢化による伸び」に相当する範囲だけと言える。「その他要因」に相当する伸びについては、例えば、技術の高度化という側面は社会保障以外の経費にもある要素であり、他経費においては様々な

合理化・効率化努力によってそれを吸収してきている。

社会保障分野においても、必要な技術の高度化を取り込む一方で、国民皆保険を維持するための制度改革や効率化等にあわせて取り組むことにより、社会保障費全体の伸びを「高齢化による伸び」に相当する範囲内にする必要がある。そのためには、公的保険給付範囲の見直し、サービス単価の抑制、負担能力に応じた公平な負担といった制度改革の他、医療提供体制の改革、重複受診等の無駄の排除や予防の推進等の医療の効率化に幅広く取り組んでいく必要がある。なお、「高齢化による伸び」は社会保障制度の持続性を確保するための伸びの量的な考え方であって、「その他要因」に該当する医療の高度化等も必要なものは取り込む一方、高齢者向け給付も当然効率化の対象となる。直近の3年間において、社会保障関係費の伸びは、経済雇用情勢の改善等や制度改革の効果により、消費税収を活用した社会保障の充実分1.0兆円を除くと、その伸びは年平均+0.5兆円程度と、「高齢化による伸び」に相当する範囲内となっている。この間、医療・介護の質は犠牲になっていない。

引き続き、2020年度（平成32年度）に向けて、国民皆保険を維持するための制度改革に取り組み、経済雇用情勢の好転やこれまでの改革等の効果、医療の効率化の効果と相まって、今後5年間の社会保障関係費の伸びを、少なくとも「高齢化による伸び」に相当する伸び（年0.5兆円弱）の範囲内としていく必要がある。

社会保障関係費の伸びを「高齢化による伸び」に相当する範囲内にすれば、名目3%の経済成長の下で、社会保障費のうち借金で賄う財源不足の金額が拡散しない。すなわち、国民皆保険の維持、制度の持続可能性確保という観点からは、「高齢化による伸び」に相当する範囲内に伸びを抑制することは、経済再生による社会保障財源の増収とあわせ、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ための最低条件である。また、消費税率10%への引上げを前提に、消費税財源を活用した社会保障の充実等（低所得者対策を含む）として別途1.5兆円程度措置される見込みである。その結果、今後5年間の社会保障関係費の伸びは、「高齢化による伸び」と消費税財源を活用した社会保障の充実等をあわせた全体として見れば+3.5兆円後半から4兆円程度（年平均2%以上の伸び）となる。このことを踏まえると、経済再生に伴う物価・賃金の上昇を勘案してもなお、社会保障の充実等を除いて「高齢化による伸び」に相当する範囲内にする過去3年間の取組は必ず継続しなければならない。

その際、削減額ありきではなく、国民皆保険を維持するための制度改革を積み上げ、経済雇用情勢の好転やこれまでの改革効果、医療提供体制の改革や無駄の排除等などの効率化努力とあわせて、多年度にわたる社会保障給付の伸び率を「高齢化による伸び」に相当する範囲内にしていくという考え方で取り組むことが重要である。これによって、実際の社会保障給付費の動向を見ながら、制度改革の規模を調整していくことが可能になる。

第I章で述べたように、「財政健全化計画」においては、このような社会保障関係費の伸びの抑制に関する方針、(1)において後述する国民皆保険を維持するための医療・

介護を中心とした制度改革・効率化等の柱とそれに沿った具体的方策のメニューを盛り込み、その上で、年末に、予算編成過程の中で、社会保障給付の動向等も見ながら、制度改革・効率化等の具体的内容とその工程表を策定する必要がある。また、(2)～(6)において後述する生活保護、障害福祉、年金、雇用、子ども・子育て分野の改革にもあわせて取り組んでいく必要がある。

(1) 医療・介護を中心とした制度改革と医療の効率化

今後5年間は、国民皆保険を維持するため、①公的保険給付範囲の見直し、②サービス単価の抑制、③負担能力に応じた公平な負担に係る制度改革を集中的に行う必要がある。他、中期的に効果が発現する医療の効率化の取組を進めていく必要がある。その際、医療・介護の質の維持・向上を図りつつ、無駄を省き、効率化していくという視点で取り組むことが重要である。

① 国民皆保険を維持するための公的保険給付範囲の見直し

国民皆保険を維持し、限られた医療・介護資源の中で疾病等に伴う大きなリスクに有効に対応するという公的保険の本来機能に立ち戻り、同一効果を有する後発医薬品がある先発医薬品や、個人が日常生活で通常負担するようなサービス・金額について、公的保険給付の範囲を見直し、全体として公的保険を真に必要な場合に重点化していく必要がある。この公的保険給付の範囲の重点化は、保険給付額を抑制して制度の持続性に貢献すると同時に、公的保険から外れた市場を産業として伸ばしていくことにより、経済成長とも整合的であり、社会保障の雇用・成長市場としての側面を損なわずに社会保障改革を進めることができるメリットがある。

イ) 後発医薬品の使用促進

後発医薬品は、治療効果の点では先発医薬品と全く同等であり、その使用促進は最優先で進めるべき課題である。

直近の公式データでは我が国の使用率は数量ベースで見ても5割を少し下回っており、諸外国に比べて大きく遅れているが、近年の様々な取組などにより、足元では使用率の増加速度が倍増し、傾向としては現在目標としている平成29年度内60%達成のペースを上回っている。まず、第1段階として、この傾向が継続するよう、目標を平成29年度内80%へ引き上げることが必要である。目標引上げについては、本年夏の時点で政府としてコミットすることにより、予見可能性を高めて後発医薬品メーカー等の生産体制の円滑な構築のための設備投資を促すことが適当である。さらに、目標は診療報酬体系と連動しており、それを適切に来年度の診療報酬に反映していくことで、目標を達成することが可能となる。現在、国会で審議中の医療保険制度改革法案においては、後発医薬品の使用促進を後期高齢者支援金の加減算制度や国民健康保険の医療費適正化支援制度等において強力に推進することとしており、この観点からも、現在の使用率の増加速度の傾向を維持する目標としなければ

ばならない。

一方、現行制度のままでは先発医薬品価格の高止まりはなかなか解消されず、また、患者側にも1~3割の定率負担のままでは後発医薬品を使用する十分なインセンティブが働かない面は残る。第2段階として、80%の目標を達成する過程を通じて生産体制や国民の意識等が整うと見込まれる平成30年度から、後発医薬品がある先発医薬品（長期収載品）については、公的保険による給付額を後発医薬品の価格までとする制度に改革する必要がある。この制度改革により、医薬品に関する情報開示が進み、国民が医薬品を選択する契機となろう。

ロ) リスクの大きさやQOL (Quality of Life) /ADL (Activities of Life (日常生活動作)) 等への影響度に応じた保険給付範囲の見直し

a) 市販品類似薬等に係る保険給付の見直し

医療用医薬品については、使用実績があつて、副作用の発生状況等からみて市販品としても適切であると認められれば、市販（スイッチ OTC）が認められる。これらについては、公平性の観点、セルフメディケーション推進の観点から、保険償還率をその他の医薬品よりも低くすべきである。さらに、長らく市販品として定着した OTC 類似医薬品（シップ、目薬、ビタミン剤、うがい薬やいわゆる漢方薬などのうち長らく市販品として定着した銘柄）については公的保険から完全に除外すべきである。

b) 受診時定額負担・免責制の導入

我が国の医療保険制度は、定率の患者負担を求めつつ、高額療養費（患者負担の月額上限）を設けることにより、医療費が多くかかった場合にはより厚めの保険給付を行う（患者の実効負担率が逡減する）、つまり、リスクの大きさに応じて公的保険がカバーする範囲が大きくなる仕組みとなっている。この考え方に立って、限られた医療資源の中で、疾病等に伴う大きなリスクをカバーするという保険の基本機能を発揮しながら、国民皆保険を維持していく観点から、現行の定率負担に加え、少額の定額負担を導入すべきである。その際、かかりつけ医の更なる推進・包括払いへの移行といった観点から制度設計をすることも考えられる。

ハ) 次期介護保険制度改革における軽度者に対する介護保険給付の見直し

我が国の介護保険は幅広く要支援者・要介護者を対象としており、軽度者（要支援・要介護1・要介護2相当）に対する給付が約4割を占めているが、公的な介護保険制度のある主要な国であるドイツ・韓国においては、保険給付の対象は中重度者（要介護3~要介護5相当）である。今後の制度の持続可能性や保険料等の負担を考えると、大きなリスクに対応するとの基本的考え方に沿って、質を確保しつつ、給付範囲を重点化していく必要がある。

まず、軽度者に対する掃除・調理などの生活援助サービスや、福祉用具貸与等は、

日常生活で通常負担するサービス・物品であり、また、原則 1 割負担の下で単価が高止まりしている可能性がある。公的保険給付の重点化、競争を通じたサービスの効率化と質の向上を促す観点から、原則自己負担（一部補助）の仕組みに切り替えるべきである。

また、軽度者に対する通所介護等のその他のサービスについては、提供されているサービスの内容に鑑み、人員や設備基準の規制を緩和して地方公共団体の裁量を拡大しつつ、地方公共団体の予算の範囲内で実施する枠組み（地域支援事業）に移行すべきである。これにより、地域のニーズに応じて、メリハリのある介護サービスが提供されるようになるとのメリットがある。

なお、重度化を予防するとの観点からは、④（ロ）で後述するような保険者機能を強化するインセンティブが働く仕組みを構築し、市町村による重度化予防の取組を強化していくことが重要である。

二) 在宅療養との公平確保等

上記の他、在宅療養との公平確保の観点から入院患者の居室代負担の見直しや、柔道整復師に係る給付の在り方の見直し（料金の包括化、長期・頻回に関する給付率の引下げ、支給対象の見直し、受領委任払いが実施可能な施術所の限定等）にも取り組む必要がある。

② サービス単価の抑制

医療・介護のサービス単価は診療報酬・介護報酬改定で定められる。今後、次期診療報酬改定に向けて、経済動向、財政事情、医療機関の経営実態等を踏まえつつ、総合的に検討が進められる中で、当審議会としても更に論点を深堀りしていくこととなるが、その際には、保険料を含めた国民負担増の抑制という視点が特に重要である。

また、公的保険給付範囲の抜本の見直しができず、幅広く公的保険でカバーすることを継続していく場合は、国民皆保険を維持するため、公的な保険給付の総量の伸びを抑制せざるを得ず、今後、サービス単価を更に大幅に抑制することが必要となる。

イ) 薬価

診療報酬・薬価改定については、来年度（平成 28 年度）がその時期になるが、それに加えて、平成 29 年度に消費税率が予定通り 10%に引き上げられると、現行の課税関係（非課税取扱い）に変更がない場合には、課税仕入れに係る消費税増への対応が必要となる。この際、高止まりした薬価基準をベースにすると、実際の課税仕入れ（市場実勢価格）に係る消費税負担を超える措置を講ずることになるため、平成 29 年度予算においても薬価調査を前年に行い、新たな薬価基準に改定した上で、消費税率引上げへの対応を適切に措置する必要がある。

薬価調査については、市場価格の調査に伴って既存薬価の引下げが行われることになるが、従来から当審議会が提言しているとおおり、これについては、市場実勢価

格の反映に過ぎず、診療報酬本体の財源とならない。実際の薬剤費は、既存薬価の引下げが行われる一方で新薬が保険収載されるため、過去 10 年間でみると年平均で 3%近い伸びとなっており、こうした観点からも、薬価調査に基づく既存薬価のマイナス分は診療報酬本体の財源とならないのは当然である。

薬価改定については、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2014」（平成 26 年 6 月 24 日 閣議決定）において「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、市場実勢価格を適切に反映できるよう、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」とされている。ここで示された課題と検討方針を踏まえ、薬価基準が市場実勢価格を適正に反映したものとなるよう、薬価調査・薬価改定の在り方を見直す必要がある。

また、我が国は、例えば、高価な生活習慣病治療薬が多く処方されている現状にある。同一薬効の後発医薬品に対する保険給付の在り方について前述したところであるが、さらに、同じ生活習慣病を対象とした治療薬が複数ある場合において、費用対効果の観点も踏まえ、専門家の知見を集めて処方の順番・ルールを設定し、保険給付の在り方を適正化すべきである。

ロ) 調剤報酬

調剤報酬に関しては、医薬分業の進展の影響を除いても伸びが大きく、院内処方と院外処方の報酬の水準の違いを含め、保険薬局が果たしている機能に照らして調剤技術料が適正かどうか、保険薬局の収益率等も踏まえて、その見直しを行う必要がある。

ハ) 診療報酬本体・介護報酬

診療報酬本体・介護報酬については、国民医療費や介護費は高齢化等の要因によって増加し、医療機関・介護事業者の収入総額は増加していくことを踏まえ、国民の保険料負担を含めた負担増の抑制の観点から、メリハリをつけつつ、全体としてはマイナスとする必要がある。

③ 負担能力に応じた公平な負担

医療・介護の自己負担や保険料負担については、世代間・世代内の負担の公平を図るため、年齢や就業先にかかわらず、負担能力に応じた公平な負担を求めていく必要がある。また、高所得者の年金の見直しを行う必要がある。

イ) 高齢者の負担

高齢者の負担に関しては、まず、現役世代と高齢者で同じ所得水準でも差がある医療の高額療養費制度（医療費の患者負担の月額上限）を見直す必要がある。特に外来医療費については、現役世代は入院医療費と同様の上限であるのに対し、高齢者には入院医療費の場合よりも更に低額の特例が設けられている。世代間の公平の観点から高額療養費制度を年齢ではなく負担能力に応じたものに見直していくことに最優先で取り組むべきである。

さらに、医療の定率負担についても、現在 75 歳以上は原則 1 割負担が維持され、70～74 歳については平成 26 年度から順次 1 割負担から本則の 2 割負担に戻しているが、原則 3 割負担となる若年世代と比べて優遇されており、是正する必要がある。70 歳以降において本則の 2 割負担が適用される者については、平成 31 年度以降に 75 歳に到達した後も引き続き 2 割負担とし、あわせて、平成 31 年度の時点で既に 75 歳になっている者についても、数年かけて 2 割負担に引き上げることにより、75 歳以上の定率負担を原則 2 割負担とする制度へ段階的に移行すべきである。

介護保険制度についても、現在、月額上限つきで原則 1 割負担・一定以上所得者 2 割負担となっているが、次期介護保険制度改革において、2 割負担対象者の対象拡大を図ることや、月額上限（高額介護サービス費）について医療の高額療養費と同様の観点から見直しが必要である。

公平な負担という視点から医療・介護に共通する課題として、平成 28 年 1 月から利用が開始されるマイナンバーを活用して、フローの所得だけでなく、預貯金等の金融ストックも勘案して、70 歳以上においても医療の自己負担が 3 割となる「現役並み所得」などの負担能力を判定する仕組みに変えていく必要がある。その際、「現役並み所得」の水準についても、75 歳以上の約 7%のみに適用されていることを踏まえ、見直しが必要である。特に高齢者の場合には、例えば、2 人以上の世帯で見れば、20 歳代から 40 歳代の世帯当たりの金融資産は平均 100 万円以下であるのに対し、70 歳以上の世帯では平均で 2,000 万円近く、年収 200 万円未満の夫婦高齢者世帯でも、2,000 万円以上の貯蓄を有する世帯が 8%強いるなど、現役世代と比べて、多額の金融資産を保有している。平成 27 年 3 月に閣議決定されたマイナンバー法の改正案では預金口座へのマイナンバーの登録は任意となっているが、これも踏まえて具体的な制度設計を検討していくべきである。

ロ) 就業先にかかわらない負担

被用者保険は、歴史的経緯から分立している結果、高齢者医療費支援金や介護納付金に係る保険者間の保険料負担が報酬水準に連動しておらず、負担の不公平が生じている。就業先にかかわらない負担能力に応じた負担を実現する観点から、被用者保険者間における保険料負担を人头割から総報酬割にしていく必要がある。人头割の場合、平均所得水準の低い中小企業健保も高い健保組合も拠出金負担に係る保険料水準が同額となり、不公平が生ずることから、負担が重い中小企業に配慮して

一部国庫負担を入れて保険料負担を軽減しているが、この財源は消費税あるいは借金となっており、不公平の是正の在り方として適切でない。歴史的経緯から被用者保険は分立しているが、本来、総報酬に連動した負担とするのは当然である。

具体的には、後期高齢者医療費支援金については、「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」に基づき平成 29 年度までに全面総報酬割へ移行することとされているが、残る課題として、前期高齢者医療費納付金と社会保障制度改革プログラム法の検討事項である介護納付金（40～64 歳の介護保険料）がある。

介護納付金についても所得に応じた負担とする観点から、現在の人頭割を改め、総報酬割へ移行すべきである。また、前期高齢者医療費納付金についても総報酬に連動して水準が決定される仕組みへと見直すべきである。

なお、全面総報酬割については、移行過程において、協会けんぽに対する国庫補助を、所得の高い健保組合を中心に他の被用者保険全体の保険料で肩代わりすることとなるため、慎重な対応を求める意見があった。

ハ) 高所得者の年金の見直し

老齢基礎年金に関し、現役世代と比べて遜色のない一定の所得を得ている高齢者については、国庫負担相当分の年金給付の支給を停止すべきである。

④ 医療の効率化

医療提供体制の改革や医療の無駄排除・予防の推進等による医療の効率化は効果が発現するのに一定程度の期間を要するが、このうち、医療提供体制の改革は、2025 年（平成 37 年）の地域毎の必要病床数等を定める「地域医療構想」が確実に実施されるよう、次期診療報酬改定における対応を含め、2020 年（平成 32 年）までに極力前倒して実施される枠組みを構築すべきである。

イ) 医療提供体制の改革

我が国の機能別の病床の分化の状況、さらに病床総数は大きな課題を抱えており、その結果、国民の入院行動に大きな影響を及ぼしている。まず、我が国の病床は、急性期を念頭に高い診療報酬点数となっている「7 対 1 入院基本料」を算定する病床が過剰となっており、高コスト構造になっていると同時に、今後回復期等のニーズが高まることに対応しておらず、医療の質を確保する観点からも問題がある。また、慢性期の病床数（医療保険・介護保険でカバーされる療養病床）の総数が多く、療養病床の入院受療率に不合理な地域差がある。

この結果、病床総数でも、人口 10 万人当たり病床数は、都道府県単位で最大 3 倍の開きがあり、人口当たり病床数が多い都道府県ほど、1 人当たり国民医療費、平均在院日数、入院受療率が高く、供給が需要を生む構造となっており、適正化の余地が大きい。病床数が多い結果、病床当たりの医師数や看護職員数が過小と

なり、密度の低い医療や長い入院期間にもつながっている。

医療提供体制の改革は、このような高コスト構造を変えて医療費の適正化を図りつつ、医療の質の確保につながるものである。現在、こうした問題の解消に向けて、レセプト等のデータに基づいて都道府県毎に 2025 年（平成 37 年）の必要病床数の目標を定める「地域医療構想」の策定、それと統合的な医療費の目標等を盛り込む「医療費適正化計画」の見直しに向けた作業が行われている。この医療提供体制改革の実効性が確保され、実際に病床の機能分化・医療費の不合理な地域差の解消を円滑かつ速やかに進めるため、現行の枠組みを強化すべきである。

具体的には、まず、平成 28 年度から、過剰な急性期病床の解消を含む病床の機能分化と療養病床の地域差の解消が確実に行われるような「地域医療構想」と統合的な診療報酬体系を構築する必要がある。その際、病床機能の算定要件の厳格化を含め、「地域医療構想」に基づく病床の機能分化を実現する医師等の配置基準・診療報酬体系とする必要がある。療養病床については、介護施設や在宅への円滑な転換を促すよう、療養病棟入院基本料を算定する際の医療区分 2・3 の算定要件の厳格化を行う他、医師等の配置基準と報酬水準を老人保健施設などと統合的なものにしていく必要がある。さらに、「地域医療構想」の実施に際して都道府県の勧告等に従わない病院の報酬単価の減額等の措置を講じる必要がある。

第 2 は、平成 27 年度から、既に予算措置を決定した基金や国保の財政支援のメリハリある配分を行い、「地域医療構想」の策定や「医療費適正化計画」の改訂を迅速に行い、不合理な地域差解消に取り組む都道府県に対する重点的な支援を行う必要がある。

第 3 に、平成 28 年度から、地域差の解消等に向けた改革が進まない地域において報酬単価の調整を現行制度に基づいて行えるよう、運用基準の明確化を行う必要がある。

第 4 に、平成 28 年度から、民間医療機関に対する他施設への転換命令を含め、病床の機能分化・地域差の解消に向けた都道府県の権限の更なる強化を行う必要がある。

また、現在は病院病床を対象に改革を進めているが、入院医療費と同様、外来医療費についても地域差があることが一部のデータから推察される。レセプトデータに基づく地域差の詳細分析を行い、その情報を公開するとともに、国が標準的な外来医療費の算定式を速やかに示した上で、平成 28 年度から、各都道府県が策定する医療費適正化改革の中で、不合理な地域差が解消されるようにしていく必要がある。その際、保険者がそれらの情報を活用し、重複・頻回受診、重複投薬などを効果的・効率的に防止することも重要である。

ロ) 医療の無駄排除、質の転換、予防の推進等

医療の無駄排除と質の転換に向けて、保険者が ICT やマイナンバー等を活用して

リアルタイムにレセプトデータ等を把握し、重複受診や多剤投与をチェックできる仕組みの構築、医療機関の機能評価の強化・対象拡大（診療所等）、医薬品・医療機器等に対する費用対効果評価分析の早期本格実施、診療報酬等の基準の順守状況のチェックの強化等を行う必要がある。

また、予防の推進に向けた枠組みを強化する観点から、受診・投薬が少ない被保険者へのインセンティブ措置（ヘルスポイントや保険料の傾斜設定）の普及や、要介護認定率（年齢調整後）や1人当たり介護給付費が低い市町村へのインセンティブの創設等を行う必要がある。

さらに、これらの取組を推進する基盤として、医療のデータベース（NDB）について、収載情報の充実、データ活用の利便性の向上を図る必要がある。

5. 財政制度等審議会「平成 28 年度予算の編成等に関する建議」（平成 27 年 11 月 24 日・抜粋）

I 我が国財政の変遷と長期展望

（略）

II 財政健全化に向けた取組と 28 年度予算編成

1. 「経済・財政再生計画」の実行

（略）

2. 社会保障

社会保障関係費は、高齢化等に伴い年々増大し、27 年度予算においては、一般歳出の 55%を占めるに至っている。こうした現状に鑑み、社会保障分野においては、社会保障と税の一体改革を踏まえつつ、財政健全化と制度の持続可能性の確保の両立に向けて、医療・介護・年金をはじめとする社会保障制度の全体像を分かりやすく示しながら、改革に正面から取り組んでいく必要がある。

「骨太 2015」の「経済・財政再生計画」においては、「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。」とされている。社会保障関係費の伸びについては、「経済・財政再生計画」を踏まえ、経済成長やこれまでの改革の効果とあわせて、改革工程表に盛り込まれる予防・効率化の取組や制度改革によって、確実に「2018 年度（平成 30 年度）までの目安」や「2020 年度（平成 32 年度）におさめることを目指す水準」を達成しなければならない。

そのためにも、公的保険給付の範囲の見直しや給付の適正化、負担能力に応じた公平な負担を通じた財源の確保をはじめとする様々な課題にスピード感を持って計画的に取り組む、主要な改革については、2018 年度（平成 30 年度）までの集中改革期間中に集中的に改革を進めていく必要がある。

これらの取組を通じ、持続可能な社会保障制度を次世代に引き渡していくことが重要であり、少なくとも、次世代への負担の先送りを拡大させるようなことはあってはならない。こうした観点から、「経済・財政再生計画」においては、社会保障分野における 44 の改革検討項目について、本年末の段階で、検討・実施に係る 2020 年度（平成 32 年度）までの改革工程表を策定することとされている。

改革工程表においては、社会保障制度改革の実効性を高めていくため、各項目について、改革の具体的な方向性を明らかにするとともに、改革のフェーズに応じて検討・実施時期を明確に設定することが必要である。また、既に改革の実施段階にある検討事項

等については、改革の実効性を高める KPI を設定し、改革の進捗を管理・促進することが必要である。

現在、経済財政諮問会議の下に設置された経済・財政一体改革推進委員会において、改革工程表の策定作業が進められているところであるが、当審議会としても、改革工程表の策定に当たっての基本的な考え方を示すとともに、改革の具体的な方向性や検討・実施時期等を提言する。当審議会の提言の内容が、本年末までに取りまとめられる予定の改革工程表に適切に反映されていくことを強く期待したい。

また、28 年度予算編成においては、診療報酬改定・薬価改定が予定されており、社会保障分野における重要課題の一つである。

平成 28 年度の社会保障関係費の高齢化等に伴う伸び（いわゆる「自然増」）は、本年 8 月末の概算要求時点で、足下の経済再生やこれまでの改革等の効果を織り込んだ上で、6,700 億円増となっている。平成 28 年度の社会保障関係費については、改革工程表の策定や診療報酬改定・薬価改定等を通じて、「経済・財政再生計画」初年度にふさわしいものとなるよう、当審議会としては、確実に高齢化による増加分の範囲内（5,000 億円弱）にしていくことを求めたい。

（１）改革工程表の策定

当審議会としては、各改革検討項目に係る検討・実施時期について、大きく 3 つに区分して明確化することを提言する。第 1 は、最優先で検討・実施すべき項目で、見直しの方針は明確に示した上で、速やかに関係審議会等において制度改革の具体的内容を検討し、平成 28 年末までのできる限り早い時期に結論を得て、速やかに実施すべき項目等を中心とした区分（「第Ⅰトラック」）とする。第 2 は、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成 28 年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成 29 年通常国会に所要の法案を提出すべき項目等を中心とした区分（「第Ⅱトラック」）とする。第 3 は、これらよりも検討・実施時期がやや後ろ倒しとなるものの、「経済・財政再生計画」の終期である 2020 年度（平成 32 年度）までのできる限り早い時期に、具体化の方策をとりまとめるべき項目についての区分（「第Ⅲトラック」）とする。

「経済・財政再生計画」に掲げられている社会保障分野の個々の改革検討項目に関する改革の方向性、検討・実施時期、KPI の在り方について、改革工程表に盛り込むべき具体的内容は、各項目の参考資料において詳細に示している。その上で、以下本章では、同計画の 7 つの柱立て（①医療・介護提供体制の改革、②インセンティブ改革、③公的サービスの産業化、④負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、⑤薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、⑥年金、⑦生活保護等）に沿って、各項目のうち、当審議会として特に重要と考えるものにつき、在るべき改革の方向性等を指摘する。

① 医療・介護提供体制の改革

医療・介護提供体制改革については改革に係る制度的枠組みがある程度構築されており、今後は、KPI の設定とともに、改革のスキームの拡大、改革の実効性を高める制度改正等を行うことが重要である。

第1に、改革の早期実現の観点から、都道府県毎の病床機能別の必要病床数を盛り込んだ地域医療構想や、それと整合的な医療費目標等を盛り込んだ医療費適正化計画が早期に策定されるよう促していく必要がある。また、改革の進捗評価（PDCA の実施）等を実行するため、現行の病床機能報告は、客観性に乏しく、病床の機能分化の進捗管理が困難であることから、遅くとも平成 28 年 10 月の次期病床機能報告時までには、1 日当たりの医療資源投入量等を勘案した定量的基準を設けるべきである。

医療・介護提供体制の第2の重要な課題として、改革のスキームを外来医療や介護分野に拡大する必要がある。外来医療については、データに基づき外来医療費に係る地域差の要因等を今年度中に分析し、情報を公開するとともに、医療費適正化計画への反映等を通じて不合理な地域差の解消を図っていかねばならない。また、介護分野においては、要介護認定率や1人当たり介護給付費について、地域差の要因分析を実施し、その結果を公表すべきである。さらに、分析結果を踏まえ、保険者機能の強化、調整交付金の傾斜配分等の市町村等による給付費適正化に向けた取組を促すような制度的枠組みを導入すべきである。

第3に、改革の実効性確保が重要である。この観点から、療養病床については、年齢構造等によっては説明のつかない地域差の是正に向け、高い診療報酬の対象となる医療区分2・3の要件の厳格化等を図る必要がある。また、慢性期の医療・介護ニーズに対応していく観点から、介護療養病床を予定通り平成 29 年度末までに廃止しつつ、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」の結論等も踏まえ、患者・利用者像に合わせて必要な機能に絞った受け皿への転換を含め、効率的なサービス提供体制を構築していく必要がある。

さらに、都道府県による病床再編や地域差是正に向けた努力を支援し、改革の実効性を確保していく観点からは、地域医療介護総合確保基金のメリハリある配分の継続、診療報酬の特例（高齢者医療確保法第 14 条）の運用に係るガイドラインの取りまとめ、7対1入院基本料の算定要件の一層の厳格化を含む病床4機能と整合的な点数・算定要件の設定、保険医療機関の指定に係る都道府県の権限の一層の強化といった課題に明確な実施期限を設定して取り組んでいく必要がある。

この他、医療・介護提供体制に関する課題として、難病患者・小児慢性特定疾患患者等に係る病床を除く全ての病床において、光熱水費相当額の負担能力に応じた患者負担化を図るべきである。この項目は、医療・介護を通じた費用負担の公平化の観点から、可能なものは「第Iトラック」で速やかに検討・実施すべきである。

また、かかりつけ医普及の観点から、28年度診療報酬改定において、普及が進んでいない地域包括診療料の必要な要件緩和を行うとともに、外来の機能分化と医療保険制度の持続可能性の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合に、現行の定率負担に加

え、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を「第Ⅱトラック」で導入すべきである。

② インセンティブ改革

医療・介護提供体制の改革と同様、改革に係る制度的枠組みはある程度構築されており、今後は、KPI の設定とともに、改革のスキームの拡大、改革の実効性を高める制度改正等を行う必要がある分野である。

保険者機能の発揮を促す観点から、保険者の取組に対するインセンティブ強化を図るため、平成 30 年度に新設される国民健康保険の保険者努力支援制度については、真に医療費の適正化に資する指標を設定し、その達成状況に応じて大胆な傾斜配分を行うべきである。被用者保険の後期高齢者支援金の加減算制度についても、加減算の指標を増やし、その達成状況に応じて大胆な傾斜配分を行うべきである。さらに、国民健康保険においては、所得水準による差異の補正後に残る医療費格差が適切に保険料水準に反映されるよう、調整交付金の配分方法を含め、保険財政の仕組みを見直す必要がある。

個人の取組に対するインセンティブ強化を図る観点からは、保健事業の一環として、個人による疾病予防や健康管理に係る取組状況を踏まえ、ヘルスケアポイントの付与や現金給付、保険料の傾斜設定を行う必要があるとあり、今年度中に厚生労働省においてそのためのガイドラインを策定すべきである。

③ 公的サービスの産業化

単年度毎の事業予算も一部活用しつつ、民間の活力を引き出す観点から改革の実効性を高める KPI を設定することが重要となる分野である。この分野では、既に、医療費の適正化等の観点から、健康増進・予防に関する優良事例の全国展開を図る取組が民間主導で開始されており、KPI の設定に当たり参考となる指標も公表されている。今後、政府の「健康増進・予防サービス・プラットフォーム」においても、民間の成果も取り込みつつ、優良事例の創出・全国展開を図り、地方公共団体や企業・保険者の競争を促進していくことが期待される。

④ 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

社会保障制度を持続可能なものとしていくためには、公的保険給付の範囲の見直しや、それを支える財源を負担能力に応じて公平に負担していくための改革が避けられない。この分野では、改革に係る制度設計を新規に実施する必要があることから、内容の具体化や法令等の改正時期の明確化が重要となる。

イ) 負担能力に応じた公平な負担

医療保険における高額療養費制度については、負担能力に応じた適正な負担とするため、高齢者のみに設けられている外来の特例措置の廃止、入院・外来を通じて高齢者の

自己負担の上限額を所得水準に応じて現役世代と同水準とする見直しが必要である。介護保険における高額介護サービス費制度についても、高額療養費と同水準までの利用者負担限度額の引上げが必要である。また、医療・介護を通じて「現役並み所得」の基準の妥当性の検討・見直しも行うべきである。これらの項目は、世代間・世代内の負担能力に応じた公平な負担の確保の観点から最優先で取り組むべきものであり、「第Ⅰトラック」で速やかに検討・実施すべきである。

自己負担割合については、65歳から74歳までの負担割合が、医療保険では2割となっている一方、介護保険では一定以上の所得者を除き1割となっている。両制度の均衡を図る観点から、介護保険において原則2割負担とするための改正を「第Ⅱトラック」で検討・実施すべきである。他方、75歳以上の自己負担割合に関しては、現在、医療保険において、平成26年4月以降に70歳となる者について、1割負担から2割負担への引上げを段階的に実施している。これにより2割負担化した世代が75歳に達する平成31年度以降に、現在の取組を連続的に延伸する観点から、75歳以上についても2割負担を原則とする見直しを「第Ⅲトラック」で医療・介護ともに行うべきである。

介護納付金の総報酬割化については、社会保障改革プログラム法の検討事項のうち未実施のものでもあり、現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る観点から、現在の人頭割から総報酬割への移行を「第Ⅱトラック」で検討・実施すべきである。この他、前期高齢者納付金についても、総報酬割化による負担の公平化を「第Ⅲトラック」で検討・実施すべきである。

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の仕組みについて、マイナンバーに関しては、本年9月に預金口座への任意付番を可能とする改正法が公布され、付番開始後3年を目途に、預金口座に対する付番状況等を踏まえ、必要と認められるときは、国民の理解を得つつ、所要の措置を講じることとされている。こうした状況を踏まえ、マイナンバーを活用して負担能力を判定するための具体的な制度設計については、預金付番に係る見直しの検討と併せて、実施上の課題を整理し、具体化の方策を取りまとめるべきである。

一方で、介護保険においては、本年8月から、補足給付の支給に当たり、所得水準のみならず、本人の申告に基づき、一定の預貯金等の保有状況も勘案する仕組みが導入されている。マイナンバーを活用する制度設計前であっても、例えば、医療保険における入院時生活療養費等については、同様の仕組みを優先的に「第Ⅰトラック」で検討・実施し、負担能力に応じた負担を少しでも進めていくことが適当である。

ロ) 給付の適正化

介護保険における軽度者に対する給付のうち、生活援助サービスについては、日常生活で通常負担する費用であり、介護保険給付を中重度者に重点化する観点、民間サービス事業者の価格・サービス競争を促す観点から、原則自己負担（一部補助）化すべきである。また、福祉用具貸与については、貸与額の地域差や要介護度とスペックの不均衡

等が認められる。このため、標準的な利用料や要介護区分毎の標準的な貸与品目を設定することで価格等についての「見える化」を推進するとともに、原則自己負担（一部補助）化すべきである。住宅改修についても同様の観点からの見直しが必要である。さらに、要介護 1・2 の高齢者への通所介護サービス等については、地方公共団体の裁量と予算の範囲内で実施する地域支援事業に移行すべきである。これらのうち、福祉用具貸与等に係る価格及びスペックの見直しについては、早急に是正すべきであることから、「第Ⅰトラック」で速やかに検討・実施し、その他の項目についても、「第Ⅱトラック」で実現を図るべきである。

医薬品や医療機器等の保険適用については、保険償還の対象とすることの可否の判断、償還額の決定等に活用するため、費用対効果評価の枠組みを速やかに本格導入していくべきである。また、こうした枠組みの導入と並行して、高価な医薬品が多く処方される現状にある生活習慣病治療薬等について処方ルールを設定し、保険給付の適正化を図っていくべきである。

市販品類似薬については、市販品を購入する場合との公平性の確保やセルフメディケーションの推進の観点から、スイッチ OTC 化された医療用医薬品に係る保険償還率の引下げを「第Ⅱトラック」で検討・実施すべきである。また、28 年度診療報酬改定に係る議論の一環として、長らく市販品として定着した OTC 類似医薬品のうち、湿布（第 1 世代及び第 2 世代）を含む鎮痛消炎剤を保険給付外とすべきである。ビタミン剤については平成 24 年度から単なる栄養補給目的での使用が、うがい薬については平成 26 年度からうがい薬のみでの処方が、それぞれ保険適用外とされたが、これらに係る薬剤料等は想定に反してほとんど減少していない。こうした状況を踏まえ、処方の目的や方法にかかわらず保険給付外とするなどの対応を本年末までに決定すべきである。

なお、諸外国においては、医薬品の治療上の貢献度・有用性に応じた段階的な自己負担割合（保険償還率）の設定や参照価格（償還限度額）制度の採用といった例もある。こうした例を踏まえ、我が国においても、公的保険給付の範囲の見直しや薬剤の適正使用等の観点から、医薬品に係る保険給付の在り方を見直し、全体として保険償還率を引き下げることが検討していく必要がある。

⑤ 薬価、調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革

この分野では、本年末までの予算編成過程で決定する診療報酬本体・薬価改定と並行して、診療報酬改定に関連する制度についても、改革の在り方を具体化していく必要がある。具体的な内容については、(2) において詳述する。

⑥ 年金

(略)

(2) 28 年度診療報酬改定

28 年度診療報酬改定に当たっては、保険料等の国民負担、物価・賃金の動向、医療

費の増加に伴う医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況、後発医薬品の使用促進等の個別の医療課題を巡る改革課題の5つの視点から検討することが必要である。

まず、今後とも高齢化により医療費の伸びは増加が見込まれる一方、雇用者の総報酬は、生産年齢人口の減少に伴い大幅な増加は見込めない。したがって、医療費の伸びを放置すれば、今後も保険料負担の増加は免れず、雇用者の実質賃金の伸びが抑制されるおそれがあり、国民負担増の抑制の観点からも、医療費の伸びの抑制は重要な課題となっている。

また、直近10年間の物価・賃金の動向と診療報酬本体の動向を比較すると、物価・賃金の動向に比較して診療報酬本体は高止まりしている。今後、アベノミクスの成果により物価・賃金の上昇が見込まれるとしても、足下の状況を踏まえれば、診療報酬本体について、一定程度のマイナス改定が必要と考えられる。

医療費の伸び率は、診療報酬改定による影響、人口増・高齢化の影響、その他（高度化等の影響）の3つに分解できる。保険財政・国の財政の持続性を確保していく観点から、「経済・財政再生計画」で示された考え方に沿って、医療費の伸びを高齢化による増加分に相当する水準の範囲内におさめることを目指すとすれば、診療報酬改定や改革検討項目の早期の実現により、高齢化による増加分を超えた伸び相当を抑制する必要がある。

こうした状況を総合的に勘案すれば、「経済・財政再生計画」に示された考え方に沿って、制度の持続可能性を確保していくためには、28年度予算編成において、薬価調査や医療経済実態調査の結果も踏まえつつ、市場価格を反映した薬価改定に加え、診療報酬本体のマイナス改定や、同計画に示された診療報酬に関わる改革検討項目の実現により、医療費の伸びを抑制することを通じて、平成28年度の社会保障関係費全体の実質的な伸びを高齢化による増加分の範囲内におさめていくことを目指すことを基本とすべきである。

この際、「経済・財政再生計画」に示された診療報酬以外に関わる改革検討項目のうち、本年末に定める改革工程表において、平成28年度からの確実な実施を政府決定した事項については、これによる制度改革影響額も含めて、平成28年度の社会保障関係費全体の伸びを高齢化による増加分の範囲内におさめていくことを目指すべきである。

なお、柔道整復療養費については、今般、不正請求事件が明るみとなった。当審議会としては、改めて柔道整復師に係る給付の在り方の見直し（料金の包括化、長期・頻回に関する給付率の引下げ、支給対象の見直し、受領委任払いが実施可能な施術所の限定等）に取り組む必要があることを指摘しておきたい。

① 薬価、医薬品等に係る改革

イ) 薬価改定

薬価については、市場実勢価格を反映して継続的にマイナス改定がなされているが、

薬剤費総額は高齢化等による使用量の増加や年度途中の新薬の保険収載等により増加していることや、薬価調査を踏まえた薬価の引下げは市場実勢価格の反映に過ぎないことを踏まえれば、薬価改定は診療報酬本体の財源とはなり得ない。平成 28 年度の薬価改定においては、既存薬価について、薬価調査に基づく市場価格を踏まえて適正化し、その結果を適切に医療費の伸びの減に反映していくことが重要である。

また、平成 29 年 4 月から予定されている消費税率の 10%への引上げの際、現行の非課税扱いに変更がない場合には、課税仕入れに係る消費税負担増については、診療報酬・薬価改定により対応することとなる。他方、仮に現行の非課税扱いを変更し、医療費を課税扱いとする場合には、消費税制度の中で税額控除が行われることとなることから、診療報酬・薬価に含まれる課税仕入れに係る消費税対応分の是正が必要となる。

いずれにせよ、消費税率の引上げに伴う負担増は最終的には患者等に帰属することとなる。その際、市場実勢価格に比して高止まりした薬価基準をベースに診療報酬上の対応（又は消費税の課税化）が行われることにより不合理な国民の超過負担が生ずることのないよう、平成 28 年中に薬価調査を行い、平成 29 年 4 月より、直近の市場実勢価格を反映した新たな薬価基準に改定することが必須であり、その薬価調査の実施については、遅くとも平成 28 年央までに決定すべきである。

なお、薬価改定の在り方については、頻度も含めて検討する旨が「経済・財政再生計画」に盛り込まれており、この点については、平成 30 年度までの改定実績、すなわち平成 29 年中に行われる薬価調査の結果も踏まえ、遅くとも平成 30 年央を目途に結論を得るべきである。

ロ) 後発医薬品の使用促進

「経済・財政再生計画」において、後発医薬品の数量シェアについて新たな目標が定められたことから、その達成に向けて、インセンティブ措置や品質等に関する信頼性の向上のための施策を含め、考え得る追加的な措置を早期かつ総合的に実施していく必要がある。

28 年度診療報酬改定においては、後発医薬品の価格について、新規収載品・既収載品ともに、現行の価格算定ルールを一層強化し、更なる価格の引下げを図るべきである。また、特許切れ先発医薬品の価格については、一定期間を経ても後発医薬品への適切な置換えが図られていない場合における、特例的引下げ措置（いわゆる「Z2」）に関し、新目標を踏まえた置換え率の閾値の見直しや引下げ率の拡大を図るべきである。

さらに、特許切れ先発医薬品に関しては、後発医薬品の価格を超える部分を患者の自己負担とする制度改革について、平成 29 年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目途に、具体化の方策を取りまとめるべきである。

ハ) 医薬品産業の国際競争力の強化

後発医薬品の使用を促す観点から、その価格や特許切れ先発医薬品の価格の引下げを

図る一方で、医薬品産業の国際競争力を高めることも重要な政策課題である。こうした観点から、新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、仮に、その本格導入を検討するのであれば、価格の下落率が小さいといった形式的な要件を適用要件とするのではなく、費用対効果評価の本格実施を前提とした上で、真に有用な新薬等を評価する枠組みとして重点化していくべきである。また、国際競争力強化に向けては、薬価制度による価格政策のみに頼るのではなく、研究開発促進のための諸施策や、業界再編を含む企業努力・環境整備を含め、創薬能力の向上を図るための幅広い措置を講ずることが必要である。

② 調剤報酬に係る改革

調剤報酬（技術料）は、近年、他の医療費を大きく超えて伸びており、医薬分業の進展による伸びに加え、単価も大幅に上昇している。また、我が国の人口当たり薬剤師数は、諸外国に比べて著しく多くなっている。いわゆる「医薬分業元年」とされる昭和49年以来進めてきた医薬分業は、薬局における薬学的観点からの処方内容のチェックや服薬指導等を通じて、薬物療法の有効性・安全性の向上等を目指すものとされる。

したがって、医薬分業に伴い、本来であれば、服薬指導等を評価する薬学管理料へのメリハリある重点化がなされるべきである。しかしながら、現行の調剤報酬体系について見ると、

- ・ 調剤技術料（調剤基本料及び調剤料）については、処方箋の受付回数や投与日数・剤数に応じて増加する仕組みとなっているため、処方箋の受付と必要な薬剤を取り揃える行為等のみで相当程度の収益を稼ぐことも可能となっており、門前薬局の林立や調剤医療費の増加を生んでいるのではないか。また、今日の業務の実態や技術進歩を踏まえれば、投与日数・剤数に応じて業務コストが比例増することを前提にした調剤料は不合理ではないか、
- ・ 薬学管理料については、大半を占める薬剤服用歴管理指導料の要件について（例えばお薬手帳への記載）、十分適切な薬学管理を行っていない薬局も算定可能となっており、さらに薬歴を適切に記録せずに算定した事例が判明するなど、努力している薬局との差別化が図られていないのではないか、

といった問題がある。

本年10月23日に厚生労働省が公表した「患者のための薬局ビジョン」においては、「立地から機能へ」、「対物業務から対人業務へ」、「バラバラから1つへ」との基本的な考え方が掲げられている。こうした点も踏まえ、現行の調剤報酬については、診療報酬本体とは別に、ゼロベースでの抜本的かつ構造的な見直しが必要である。具体的には、以下のような方向性で見直しを行い、調剤報酬水準全体の引下げを図りつつ、真にかかりつけ薬局の機能を果たしている保険薬局に対する薬学管理料等について、適切な差別化が図られるよう、要件を厳格化した上で重点評価すべきである。

イ) 調剤基本料の見直し

調剤基本料(狭義)については、処方箋の受付や必要な薬剤を取り揃える行為等に集中して収益をあげる現状を是正し、面的分業等の質的充実を図る観点から、いわゆる「大型駅前薬局」を念頭に低い点数が設定されている「特例」の対象拡充や点数の引下げを図るべきである。

薬局の体制を評価する基準調剤加算については、患者のニーズを踏まえて、真にかかりつけ薬局として求められる機能を果たしている薬局に対する加算とするべきである。このため、基準となる集中率要件の大幅な引下げ、備蓄数の引上げ等の算定要件の厳格化、24 時間体制について、連絡先電話番号等の交付といった形式的要件ではなく、夜間・休日対応の実績を要件とするなどの見直しを行う必要がある。

後発医薬品調剤体制加算については、足下の数量シェアの上昇を踏まえつつ、後発医薬品の使用を一層強力に推進していく観点から、数量シェア目標の引上げを踏まえた閾値の見直しに加え、加算の水準の引下げや、取組が不十分な薬局に対する減算措置の導入を図ることが適当である。

ロ) 調剤料の見直し

調剤料(内服薬)については、院内処方では投与日数や剤数にかかわらず1回の処方につき定額(9点)とされている一方で、院外では投与日数や剤数に応じて点数が高くなるように設定されている。

しかしながら、PTP(Press Through Pack)包装の一般化や全自動錠剤分包機の普及等の調剤業務の機械化といった今日の業務の実態や技術進歩を踏まえれば、投与日数や剤数に応じて業務コストが比例増することを前提にした現行の算定ルールに合理性は認められない。このため、調剤料の水準を全体として引き下げるとともに、院内処方と同様に投与日数や剤数にかかわらず定額とすべきである。28 年度改定においては、激変緩和の観点から、まずは、全体の水準を半分程度に引き下げつつ、投与日数に応じて点数の伸びが逡減していく配分とし、段階的に定額化を進めていくべきである。

また、一包化加算についても、作業の機械化が進んでいること等を踏まえ、点数を大幅に引き下げつつ、投与日数に連動した点数配分を廃止すべきである。

ハ) 薬学管理料の見直し

薬剤服用歴管理指導料は、医薬分業に期待される利点の1つとされる専門的見地からの処方内容の確認や服薬指導等に対する報酬であるにもかかわらず、例えば、お薬手帳への記載といった算定要件について、適切な管理を行っていない薬局も事実上算定可能となっているなど、実質的に形骸化している。服薬指導の意義、患者にとっての利点やこれまでの管理指導による具体的な成果等について分析を行った上で、真に効果的に、継続的かつ一元的な管理指導を行っている薬局に限り、高い点数が算定されるよう、適用要件の厳格化を図るべきである。

6. 「保健医療 2035」策定懇談会「保健医療 2035」（平成 27 年 6 月 9 日・抜粋）

6. 2035 年のビジョンを実現するためのアクション

(1) 「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める～」

i) より良い医療をより安く享受できる

[具体的なアクションの例]

① 医療提供者の技術、医療用品の効能などの医療技術評価を導入し、診療報酬点数に反映する

- ・平成 28 年度診療報酬改定における一部導入も視野に入れながら、速やかに、医療技術の費用対効果を測定する仕組みを制度化・施行する。
- ・先進的又は高額な医療が良い、あるいは検査や薬剤処方も量を投入すればするほど良いとするのではなく、国民の保険料や税金一円あたりの効果・価値を高め、2035 年までに、「より良い医療をより安く」という価値観へ転換する。
- ・医療技術評価の実施には、医療技術と医療経済に関する専門性を有するスタッフを獲得し配置するため、政府内外の専門家との連携が必要である。厚生労働省の外部からもスタッフを募りつつ、医療技術や保健アウトカムなどの評価を継続的に主導できる部門を厚生労働省内に設置する。
- ・将来的には、経済性と有効性の評価に重点を置き、欧米諸国で導入されている保健アウトカム指標（例：QALY）をそのまま移入するのではなく、時代環境に応じた患者の総合的な価値に関する指標を定め、主な医療サービスのパフォーマンスの評価を体系的に行うことができる体制を整える。さらに、医療・介護サービスの一貫性を担保するために、例えば、要介護者の状態像の改善について評価するなど、その報酬設定の基本的な考え方の整合を図る。

② 医療機関のサービスの費用対効果の改善や地域医療において果たす機能の見直しなど、医療提供者の自律的努力を積極的に支援する

- ・個々の病院は診療行為の実態や費用対効果の改善に向けた課題を、地域における自らの位置付けを踏まえて把握する。これにより、各医療機関が、個々のサービスの向上を図るだけでなく、地域医療における役割を果たすための連携体制を構築する。
- ・専門医制度と連携した症例データベースである National Clinical Database(NCD)をさらに普及させる。NCD は、詳細な臨床データに基づくリスク分析、プロセス指標の提示による最善の診療の事前検討や、自施設診療科のパフォーマンスの検討と全国平均との対比（ベンチマーキング）による治療成績の改善を可能とするものである。このような「医療現場主導」の取組を積極的に支援する。
- ・また、世界各国で急速に広がっている「賢い選択（Choosing Wisely）」の取組み、すなわち、検査や治療の選択において必要性を的確に吟味し、無駄を控えるように推奨するなどの専門医学会等による自律的な取組を進める。

- ・上記のエビデンスに基づいて医療機関や専門団体は、領域全体としての医療機関や医師ごとに異なる医療技術や診療プロセスの現状を把握し、医療サービスの過少・過剰部分を同定する。その上で、改善に向けた検討課題を把握し、最善の診療の普及を支援し、改善を達成できた領域にはインセンティブを設定する。
- ・高難度な治療や低難度な治療において、各地域または複数地域間の医療機関が連携と機能分化を進めて、地域と病院が患者側に最善の選択肢を提供できるように、地域を越えた医療機関間の情報共有と機能連携を進める。

③ 医療機関や治療法の患者による選択とその実現を支援する体制を強化する

- ・上記の取組みによる医療機関に関する情報を基に、患者は自らが望む保健医療を選択するにあたって必要かつ適正な情報やアドバイスを得て、治療に必要な選択肢の提供を受けることができ、かつその選択が実施される体制を構築する。例えば、自分の手術にはどのようなリスクがあり、死亡・合併症がどのくらいの確率で発生するのか、どういった治療法や服薬の組み合わせが現状では最善なのかといった情報が手に入るようになり、これにより、医療サービスの過少・過剰部分を是正する効果も期待される。
- ・自らが受ける医療の選択の際には、地域のかかりつけ医や保険者からの助言を受けられる体制を整備する。特に、保険者が、個人ごとの健康管理を的確にサポートすることが重要である。その際、例えば、情報提供、相談を最適なタイミングかつ多様なアプローチで受けられるような支援機能の強化及び保険者再編による効率の改善を図る。
- ・保険者は、保健医療の質と効率の双方の改善を進めるために、個人ごとの保健医療関連情報の統合と活用を推進する。人々の健康リスクを同定し、前もって適切な保健医療を提供するなどして、予防・健康管理における積極的な役割が求められる。さらに、必要とする全ての人に切れ目なく一貫したケアが提供されるための基盤の運営を担う。

ii) 地域主体の保健医療に再編する

[具体的なアクションの例]

- ① 地域における保健医療のガバナンスを強化する (略)
- ② 地域のデータとニーズに応じて保健・医療・介護サービスを確保する (略)
- ③ 地域のかかりつけ医の「ゲートオープナー」機能を確立する (略)

(2) 「ライフ・デザイン ～主体的選択を社会で支える～」

i) 自らが受けるサービスを主体的に選択できる

[具体的なアクションの例]

- ① 自ら最適な医療の選択に参加・協働する (略)

②自ら意識的に健康管理するための行動を支援する（略）

ii) 人々が健康になれる社会環境をつくり、健康なライフスタイルを支える

[具体的なアクションの例]

- ①「自然に健康になれる」コミュニティと社会づくり（略）
- ②生涯を通じた健康なライフスタイルの実現（略）
- ③予防・健康の推進とエビデンスの強化（略）
- ④「たばこフリー」社会の実現（略）

(3) 「グローバル・ヘルス・リーダー ～日本が世界の保健医療を牽引する～」

[具体的なアクションの例]

- ①健康危機管理体制を確立する（略）
- ②日本がグローバルなルールメイキングを主導する（略）
- ③保健医療のグローバル展開を推進する（略）

（略）

7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ

(3) 安定した保健医療財源

日本の保健医療システムが、公費への依存度を高め、結果的に財政赤字により、将来世代に負担を付け回している現状を直視し、真摯に解決策を考える必要がある。その際、2020年に75歳以上人口の伸びは一度踊り場となるが、2021年以降、急速に増加することに留意すべきである。

国民が世界最高水準の保健医療を享受できるため、提供される医療の効果・質に見合った価格設定を行うとともに、将来世代に負担を強いることのないよう、公的医療保険の機能と役割、給付と負担のあり方やあらゆる新たな財源確保策についても議論を重ね、保健医療システムの持続可能性を引き続き高めていく。

i) 公的医療保険の機能や役割

公的医療保険の機能や役割については、必要かつ適切な医療サービスや重大な疾病リスクを保障するという公的医療保険の基本原則を守りつつ、不断の検証を行っていく。こうした検討の結果、公的医療保険の範囲から外れるサービスを患者の主体的な選択により利用する際に、活用できる新たな金融サービス、寄付による基金など公的保険を補完する財政支援の仕組みの検討も重要である。

ii) 財源確保方策

公的医療保険の機能や役割についてi)の不断の検証を行った上で、必要となる財源については、患者負担、保険料、公費のいずれかで賄わなければならない。それぞれの財源について、より公平・公正なものとなるよう必要な見直しを行いつつ、負担

の引上げに理解を得ていく必要がある。その際、ある程度長期的な視点に立って給付に見合った負担を求めなければ、将来世代が高齢者になったときに大幅に給付が削減されるなど、世代間の不公平が拡大される懸念がある。

まず、患者負担については、現在、後期高齢者の患者負担の軽減など年齢によって軽減される仕組みがあるが、これらについては、基本的に若年世代と負担の均衡や、同じ年齢でも社会的・経済的状況が異なる点を踏まえ、検証する必要がある。この他、必要かつ適切な医療サービスをカバーしつつ重大な疾病のリスクを支え合うという公的医療保険の役割を損なわないことを堅持した上で、不必要に低額負担となっている場合の自己負担の見直しや、風邪などの軽度の疾病には負担割合を高くして重度の疾病には負担割合を低くするなど、疾病に応じて負担割合を変えることも検討に値する。介護保険制度においても、ケアマネージメント・プラン作成のサービス利用における利用者負担の設定など、給付を受けているが利用者負担のないものについて見直しを検討する。

また、患者負担や保険料については、負担能力に応じた公平な負担という観点から、所得のみならず、資産も勘案したものにすることや、資産に賦課した上でリバースモーゲージの活用も含む死後精算を行う仕組みとすることなどについても議論していくことが望まれる。

一方、高齢者については、年金、介護という形でコストもサービスも配慮されているのに対し、子育てについては、社会保険における負担面での配慮が十分されていないことから、扶養の有無に応じた負担の公平性の観点から検討されるべきである。

また、国民健康保険において子どもの数に応じて保険料が増加する仕組みとなっているが、その取扱いについても検討されるべきである。

公費（税財源）の確保については、既存の税に加えて、社会環境における健康の決定因子に着眼し、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税、また、環境負荷と社会保障の充実の必要性とを関連づけて環境税を社会保障財源とすることも含め、あらゆる財源確保策を検討していくべきである。ただし、所得などの社会経済的要因と生活習慣は関係性が認められると言われており、低所得者層の生活習慣等の改善の機会を提供することが同時に求められることに十分留意する必要がある。

また、財政調整に関する仕組みが複雑化する中で、給付と負担の関係が不明確となり、高齢者医療制度等に対する拠出について被用者保険の理解を得ていくための措置についても検討していく必要がある。

iii) 財政的なガバナンスの強化

2035年には、医療保険制度の運営主体である保険者が、健康づくり・予防、疾病管理、ICT等を活用した情報提供による医療の質の改善、リテラシー教育を行うなど、被保険者を総合的に支援することを通じて、自律的に給付と負担のバランスを図り、持続可能な保険システムとなっていなければならない。

こうした観点から、医療費適正化計画について、定期的に、計画に基づく全国の医療費の伸びについて実績を確認し、推測していた効果が期待通りとなっていない場合においては、乖離した原因を分析し、さらなる予防施策の推進や給付範囲の見直し、新たな財源の確保等を関係者と議論し、決定する仕組み（中期調整システム）を導入すべきである。あわせて、都道府県単位での地域差是正への取組の促進（都道府県への権限移譲等）を行う。

医療保障総合政策調査・研究基金事業

医療費適正化に向けた給付と負担のあり方に関する調査研究
報告書

平成 28 年 6 月

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山 1 丁目 24 番 4 号

TEL : 03-3403-0928

禁無断転載

