



医療・介護改革の行方

～2018年診療報酬・介護報酬同時改訂へ向けて～

慶應義塾大学法科大学院・医学部外科

TMI総合法律事務所

参議院議員

古川俊治

2017年 医療・介護をめぐる主要な政治課題

- 社会保障費の伸びを年5000億円程度に抑制
- 薬価改定の頻度
- 社会保険診療報酬に関する控除対象外消費税
- 国民健康保険の都道府県への移管
- 専門医制度、医師の偏在対策と今後の需給推計
- 地域医療連携推進法人制度の開始
- 在宅医療・介護の全国的な開始
- 介護人材の不足、処遇改善
- 介護療養病床制度の転換（医療療養病床25対1の廃止）

「経済財政運営と改革の基本方針2015(骨太2015)」(平成27年6月30日閣議決定)における基本的考え方

「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。」

年	額
平成24年度(2012年度)予算	11,600億円
平成25年度(2013年度)予算	8,400億円
平成26年度(2014年度)予算	9,900億円
平成27年度(2015年度)予算	8,300億円
平成28年度(2016年度)予算	6,700億円
平成29年度(2017年度)予算	6,400億円

社会保障費自然増の抑制

年度	抑制額	主な制度改正項目
H25	▲1200億円	・生活保護の適正化(▲1200億円)
H26	▲1700億円	・薬価改定(▲1300億円) ・「7対1」算定病床の要件厳格化(▲200億円)
H27	▲1700億円	・介護報酬改定(▲1130億円) ・協会けんぽ国庫補助見直し(▲460億円)
H28	▲1700億円	・薬価改定(▲1300億円) ・医薬品価格の適正化(▲500億円)
H29	▲1400億円	・高額療養費の自己負担限度額引き上げ ・後期高齢者保険料の軽減特例見直し ・高額医薬品の薬価引き下げ ・介護納付金における総報酬割の導入
H30	自然増5000億円 まで抑制？	・診療報酬改定 ・介護報酬改定

社会保障関係費の自然増圧縮への対応

制度	見直し内容	財政効果
高額療養費制度 (70歳以上)	一般所得・外来特例: 12,000円→14,000円(29年8月施行) →18,000円(30年8月施行) (年間上限14.4万円)	▲220億円 (29年度) ▲240億円 (30年度)
後期高齢者の 保険料軽減特例	低所得者の所得割の軽減特例の見直し 5割軽減→2割軽減(29年4月施行) 2割軽減→廃止 (30年4月施行)	▲190億円 (29年度)
	元被扶養者の均等割の軽減特例の見直し 9割軽減→7割軽減(29年4月施行) 7割軽減→5割軽減(30年4月施行) 5割軽減→廃止 (31年4月施行)	▲150億円 (30年度)
入院時光熱水費の患者負担	医療区分Ⅰ: 320円→370円(29年10月施行) 医療区分Ⅱ・Ⅲ: 0円→200円(29年10月施行)→370円(30年4月施行)	▲20億円(29年度) ▲60億円(30年度)
高額な薬剤への対応	オプジーボの薬価を50%引下げ	▲200億円
協会けんぽに対する 国庫補助の特例減額		▲約300億円
介護納付金総報酬割	総報酬割の段階的導入 1/2(29年8月)、3/4(31年度)、全面(32年度)	▲約440億円(29年度) ▲約220億円(30年度)
高額介護サービス費 制度	一般所得: 37,200円→44,400円(29年8月施行) (年間上限 446,400円)	▲10億円

平成30年度の財政効果: 約670億円

薬価制度の抜本改革に向けた基本方針(平成28年12月20日)

1. 薬価制度の抜本改革

- (1) 効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に対応する年4回の薬価見直し
- (2) 全品を対象に毎年薬価調査 → 価格乖離の大きな品目について薬価改定
調査の正確性や調査手法等について検証し、薬価長座自体の見直しを検討
- (3) 新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度のゼロベースでの見直し、費用対効果評価の高い薬の薬価引き上げを含め費用対効果評価を本格的に導入
→ 真に有効な医薬品を見極めてイノベーション評価、研究開発投資を促進

2. 改革とあわせた今後の取組み

- (1) 薬価算定根拠の明確化、薬価算定プロセスの透明性向上、外国価格調整の方法の明確化
- (2) 薬価制度改革の影響を受ける関係者の経営実態について、必要な対応を検討
- (3) 革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充の検討、ベンチャー支援、後発医薬品市場での競争促進
→ 国内製薬産業について、長期収載品依存モデルから、高い創薬力を持つ産業構造への転換を図る。
- (4) 安定的な医薬品流通の確保：流通改善の促進、収益構造への対処
単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討
- (5) 新医療技術を、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供する方策を検討

薬価引き下げ分は医療の高度化のための財源に！！

○診療報酬本体改定 **+500億円**
 (+0.49%: 医科+0.56%、歯科+0.61%、調剤+0.17%)

○薬価等改定 (-1.33%)
 ・薬価 (-1.22%)
 ・材料価格 (-0.11%)

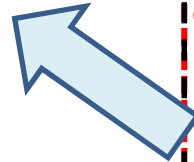
▲1200億円
 ▲100億円

○医薬品価格の適正化

▲500億円

内訳

- ・市場拡大再算定(通常分) ▲200億円
- ・市場拡大再算定(特例分) ▲280億円
- ・長期収載品の価格算定ルールの要件強化 ▲10億円
- ・後発医薬品の新規収載時の価格引き下げ ▲10億円



○自然増圧縮分 ▲1700億円
 (6700→5000億円)

○いわゆる大型駅前薬局等に対する評価の適正化 ▲40億円

○経腸栄養用製品に係る給付の適正化 ▲40億円

○その他(湿布薬、歯科材料) ▲30億円

<上記以外>

○国保組合の補助見直し ▲20億円

○協会けんぽの国庫補助特例減額 ▲200億円

約2,200億円

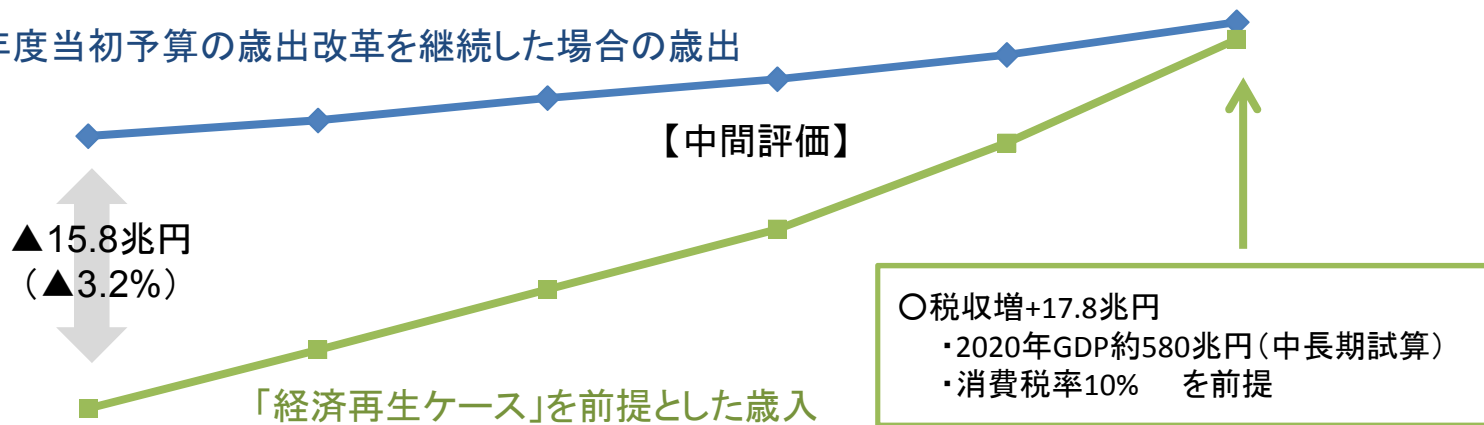
約2,200億円

内閣府の中長期試算(2016年7月)に歳出改革を織り込んだ場合の試算 (by 財務省)

名目3%超の経済成長の下での税収増が実現、歳出改革を今後4年間継続すると仮定すると、2020年度のPB黒字化が視野にはいる。

(単位:兆円)	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2016年度以降の増加額
国・地方のPB歳出 一般・普通会計ベース	110.4	111.3	112.6	113.7	115.1	117.0	+5.7兆円
うち国の一般歳出 (当初ベース)	57.4	57.8 (+0.5兆円)	58.4 (+0.5兆円)	58.9 (+0.5兆円)	59.8 (+0.9兆円)	61.2 (+1.4兆円)	+3.4兆円
		{ 59.0(決算後) (+1.6兆円(当初比)) } { 58.6(1次補正後) (+0.8兆円(当初比)) }					

平成28年度当初予算の歳出改革を継続した場合の歳出



国の税収	56.3	57.6				69.0	+11.4兆円
地方の税収	41.7	41.9				48.4	+6.5兆円
国・地方PB	▲15.8兆円						▲数千億円程度

2020年度の基礎的財政収支

(内閣府「中長期の経済財政に関する試算」(平成28年7月26日))

		国・地方の基礎的財政収支赤字 (対GDP比)	
		2020年度	2023年度
経済再生ケース	【平均成長率】 名目 3%程度 実質 2%程度	▲5.5兆円 (▲1.0%)	0.6兆円 (+0.1%)
ベースラインケース	【平均成長率】 名目1%半ば 実質1%弱	▲9.2兆円 (▲1.7%)	▲10.7兆円 (▲1.9%)

「アベノミクスの成功」を前提にすれば、2023年度にはプライマリーバランスは自然に黒字化するはず。3年早めるために社会保障費を抑制するのは合理性を欠く。

2016～2018年度は、あくまでも、財政健全化の「集中取組期間」。
それ以降は、高齢化に見合った消費税率への引き上げこそ必要

「人生100年時代の社会保障へ」とりまとめ
(平成28年10月 自民党2020年以降の経済財政構想小委員会)

●短期的に必要な改革の方向性

今後の本丸

①小さなリスクは自己負担。大きなリスクは公的保険。

- * 受診時定額負担の導入
- * 市販品類似医薬品の公的保険からの除外
- * 医薬品の種類に応じた自己負担割合の設定
- * 軽度者に対する保険給付(特に生活援助サービスや福祉用具貸与等)の見直し

②病気の予防や健康維持へのインセンティブ

- * 企業(保険者)における健康経営の推進(取組中)
- * 予防健康づくりに対するヘルスケアポイントや高齢者に対する介護ボランティアポイントの導入
- * ヘルスデータによる個別化医療の促進(取組中)
- * 多様な民間ヘルスケア産業の支援(取組中)

③年齢ではなく負担能力に応じた負担

H29年度より決定済み

- * 高額療養費・高額介護サービス費の自己負担上限の見直し
- * 後期高齢者医療制度の保険料軽減特例の廃止
- * 介護納付金への総報酬割の導入

●中長期的に必要な改革の方向性

「健康ゴールド免許」～自助を促す自己負担割合の設定～

- * 健康管理にしっかり取り組む者に対する自己負担割合の軽減
- * 生活習慣病や認知症等の予防・改善へのインセンティブ措置

専門医制度と医師偏在対策

★専門医制度をめぐる混乱

専門医制度 = 本来、「優秀な臨床医を育成するための制度」

↔ 医師の偏在対策とは別問題

医師の偏在 = 地方の人口減少の自然な帰結

(etc. 症例数、チーム体制、子供の教育)

医師育成に公費が用いられているという理由で、法律により、医師の地方勤務を義務化したり、診療科選択を制限するのは合理的か？

①医療の質を担うのは、人間である医師

= Motivationが最も重要

②医療実務の修練は、“On-the-job training”

専門技術の修得には、良好な人間関係が不可欠

③医療機関が医療の質の維持・向上と効率的な医療経営を果たすための最大の要因は、医療従事者全員のチームワーク

➡ 人的関係のある大学の派遣機能・調整機能に期待

今後の医療・介護の政治的課題

★高齢化の水準に対応した医療・介護費の確保

医療機関の機能分化と医療介護連携の推進、地域毎の事情に応じた医療・介護資源の有効活用

= 拡大する医療・介護ニーズへの対応のためであって、「医療・介護費削減」を目的としたものではない。

財務省の主張する「かかりつけ医普及」の真意は？

★如何に医療財源を総枠で広げていくか？

- ・ 消費税率の引き上げ
- ・ 高額新規医療技術への公的保険の適用に関する検討
→ 民間保険の活用も考慮
- ・ 保険外併用療法の一層の弾力的運用
保険導入を前提としない「先進医療」、より広い範囲の「選定療養」
→ 医療機関の収益手段と患者の選択肢の多様化
- ・ 負担能力のある患者の自己負担の更なる引き上げ
- ・ 「小さなリスクは自己負担」？

★「高齢者」の再定義 → 75歳未満を支えて側に！