

4. 各論

I. 医療・介護

1. 医療・介護と公費負担の現状

- ・ 医療費・介護費と負担の現状
- ・ 医療費増加の要因

2. 今後直面する課題

- ・ 後期高齢者の増加
- ・ 「支え手」の大幅な減少
- ・ 急速な医療技術の高度化・高額化

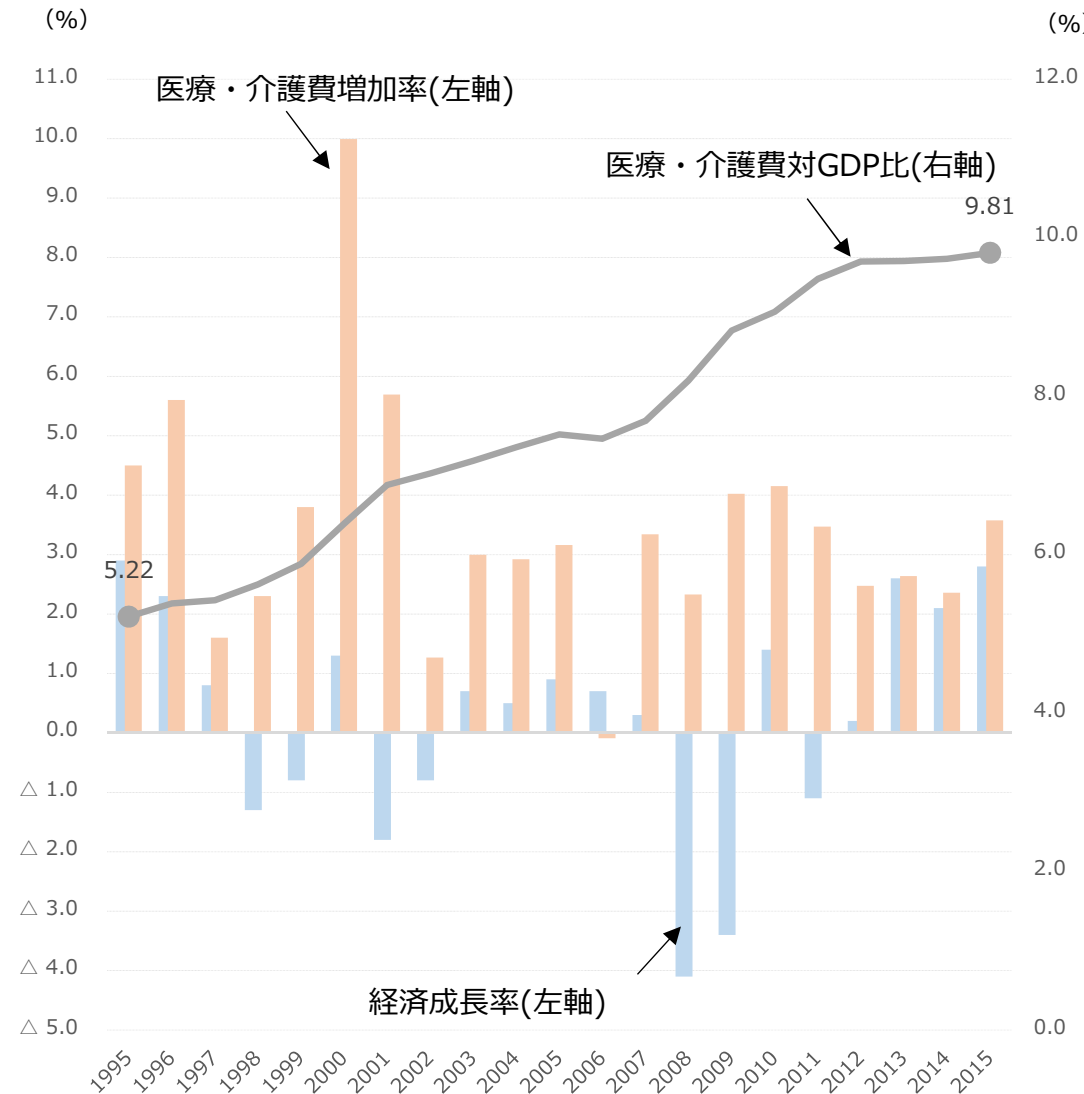
3. 対応の方向性

- ・ 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく
- ・ 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する
- ・ 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく

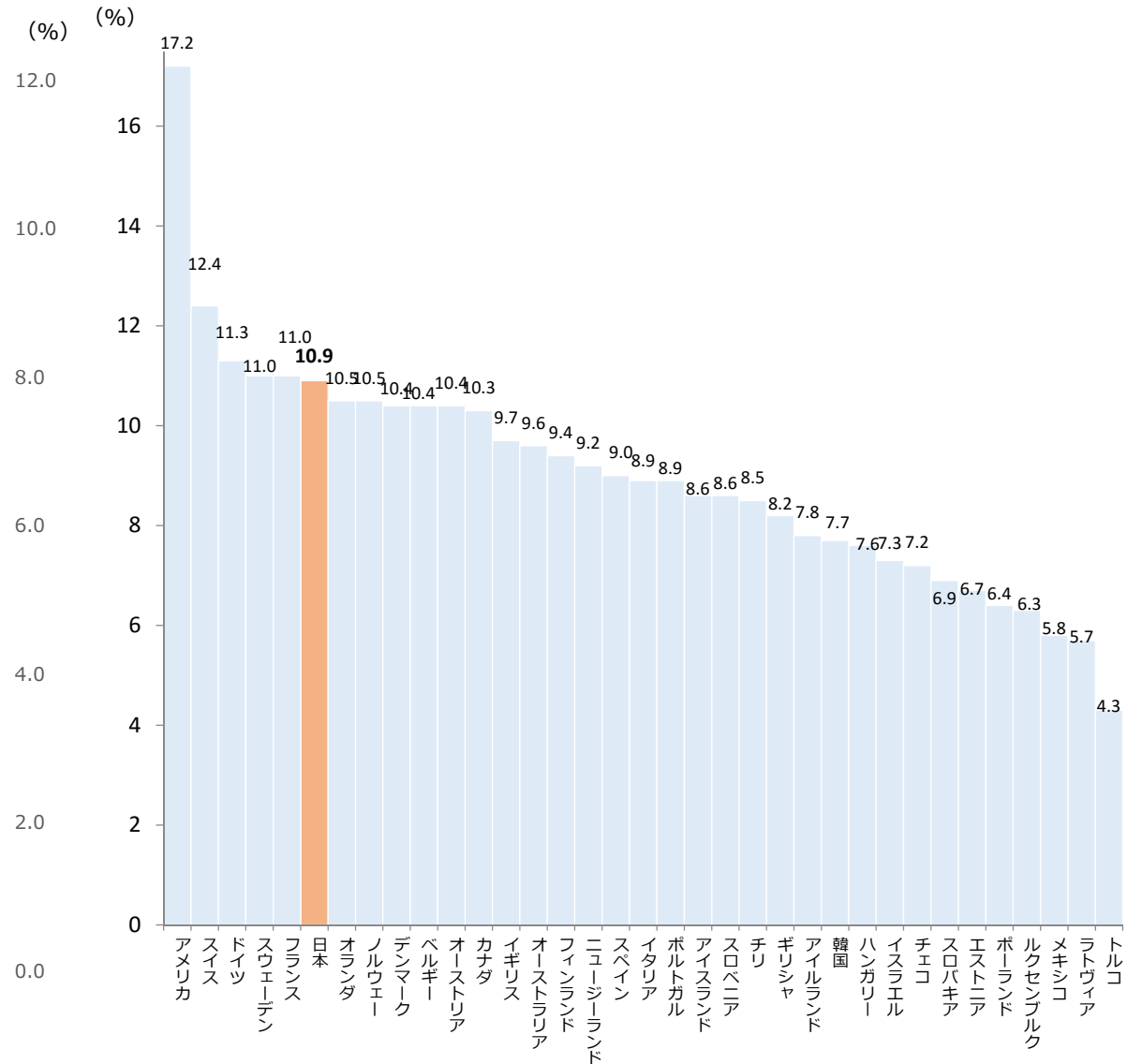
我が国における医療費・介護費の状況

- 医療費（+介護費）は、これまで、国全体としての負担能力（経済成長）を上回るペースで増加してきた。
- 国際的に見ても、我が国の総医療費の規模は諸外国の中でも大きい。

◆医療費（+介護費）対GDP比の推移



◆OECD加盟国の総医療費対GDP比（2016年）



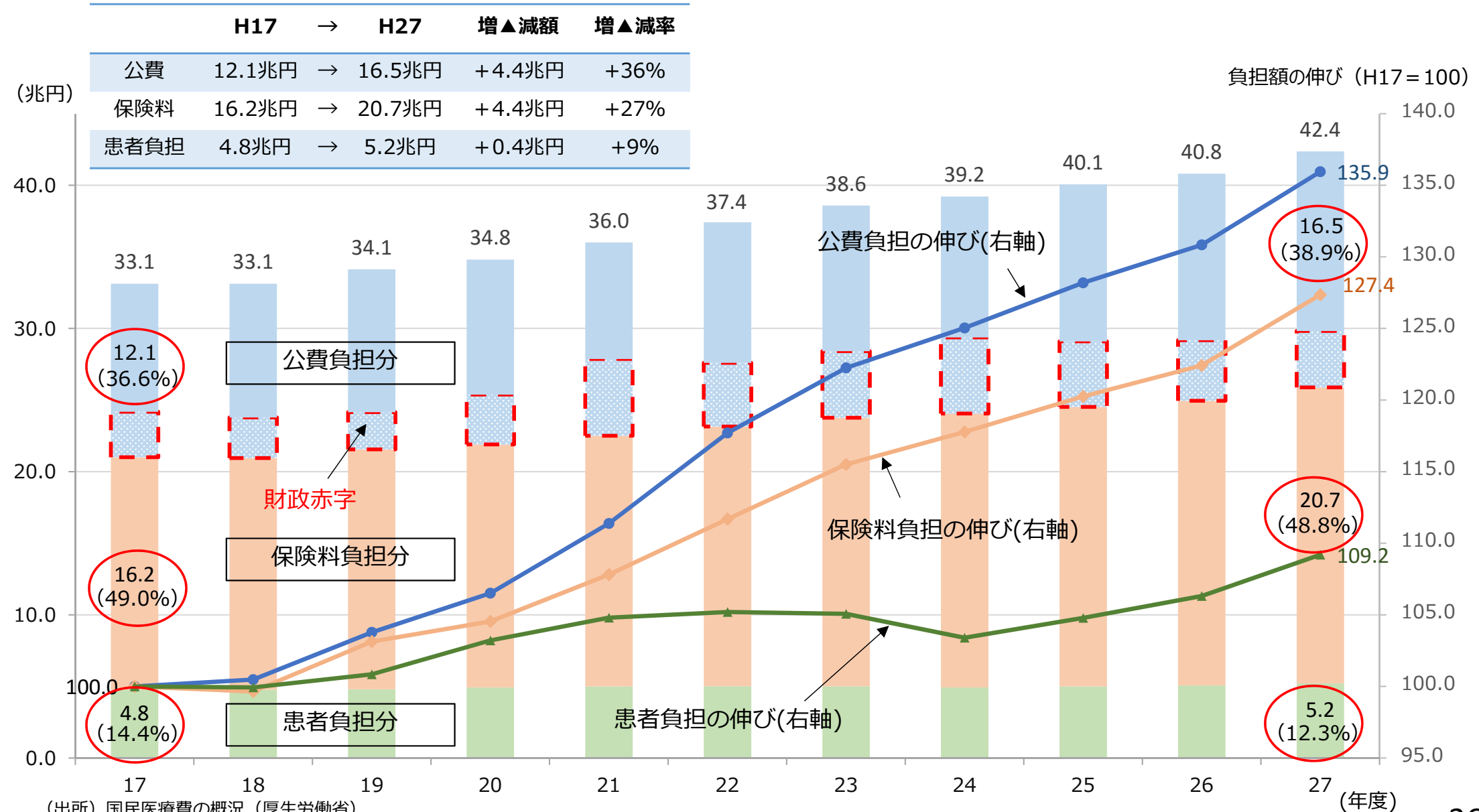
(出典) OECD Health Statistics 2017

(注) OECDの「総医療費」には、国民医療費に加え、介護費用の一部（介護保険適用分）、民間の医療保険からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれている。

(出所) 内閣府「国民経済計算」、国民医療費の概況、介護保険事業状況報告（厚生労働省）

財源別国民医療費の推移

- 経済の伸びを超えた医療費の増加の大宗は、公費負担及び保険料負担の増加によって賄ってきた。医療費における公費への依存は今後さらに高まっていくものと見込まれる。
- 一方、公費については、財政赤字により次世代に負担を付け回しながら確保している状況

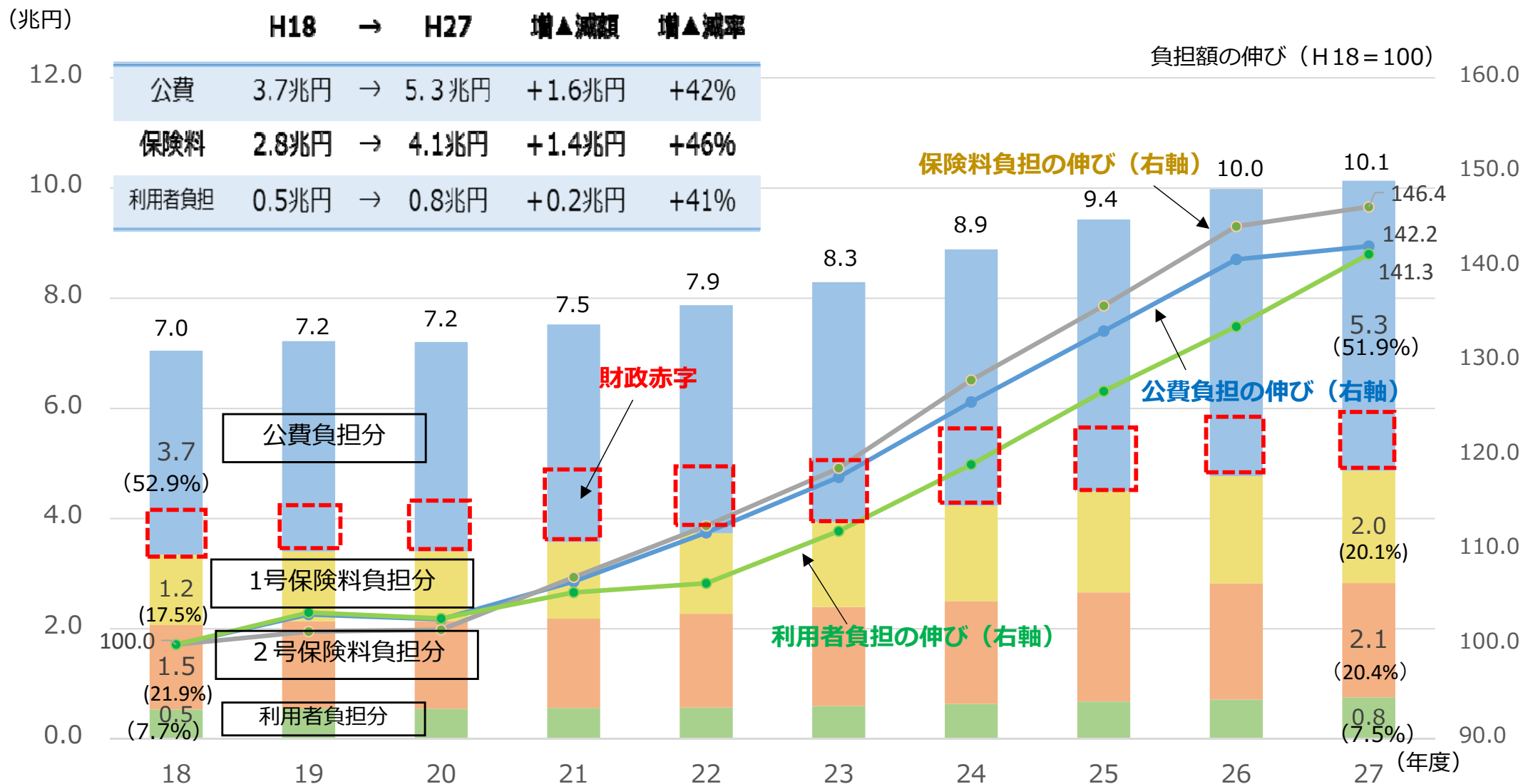


(出所) 国民医療費の概況 (厚生労働省)

(注) 患者負担には原因者負担 (公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等) を含む。

財源別介護費の推移

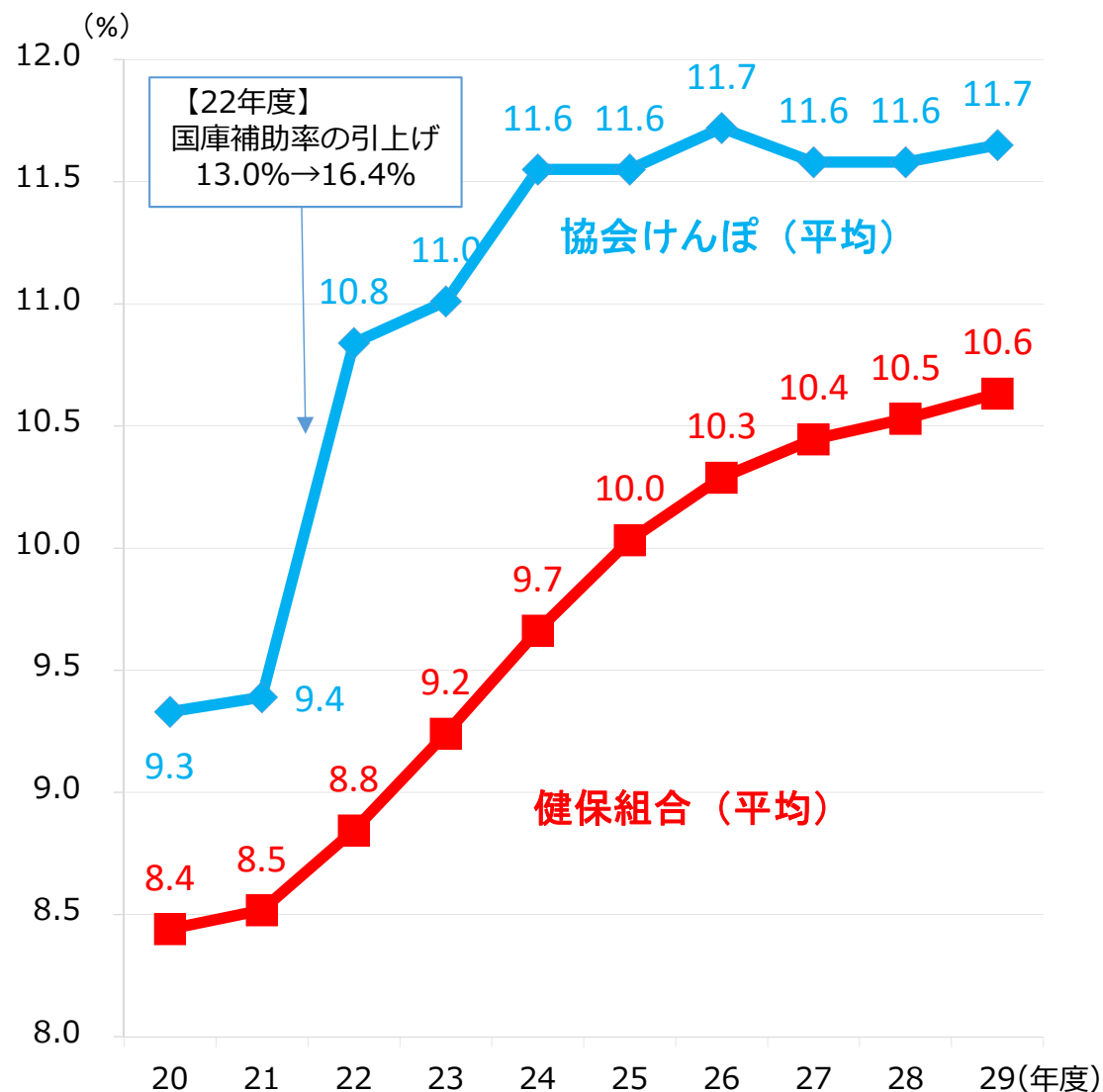
- 介護費についても経済の伸びを超えて、公費・保険料・利用者負担が伸びている状況であり、公費については、財政赤字により次世代に負担を付け回しながら確保している状況。



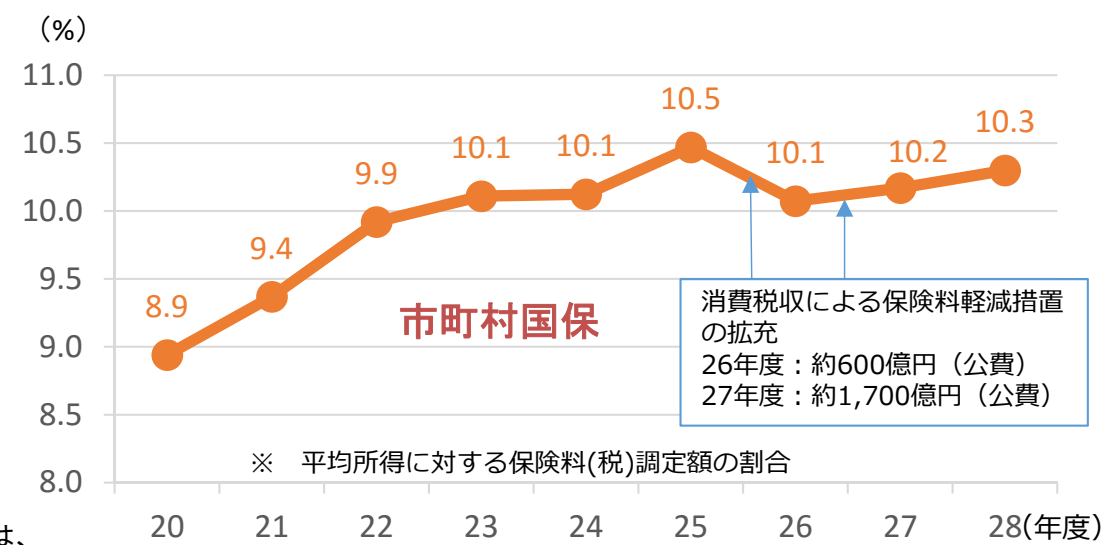
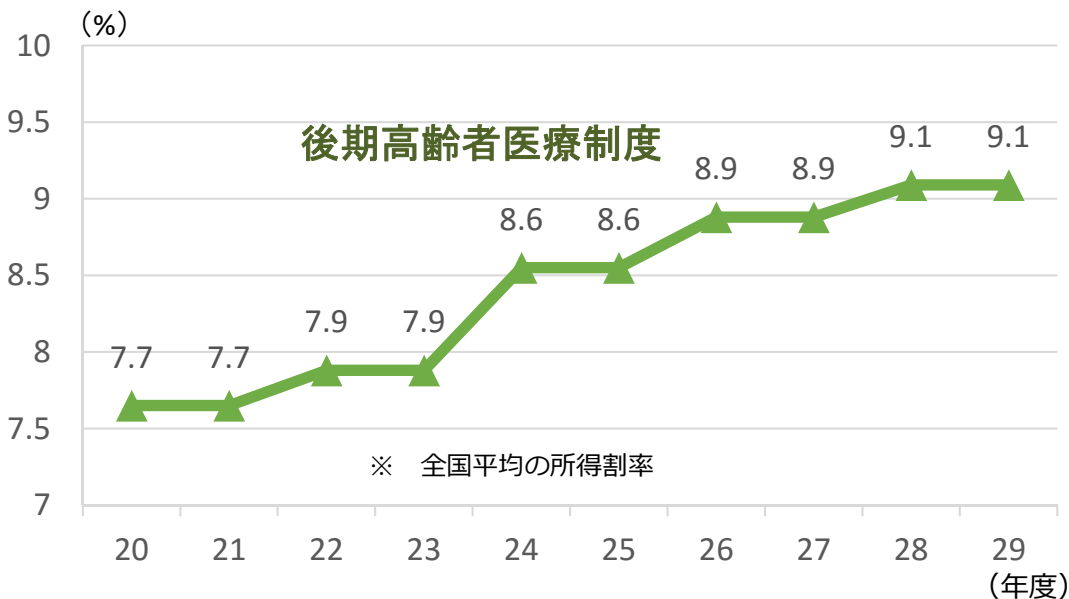
※利用者負担は介護保険事業状況報告（厚生労働省）をもとに推計値を算出
 ※給付費については予算ベースで算出

医療費・介護費の保険料負担

- 近年、医療費の増加等に伴い、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽに対しては、平成22年度から国庫補助率の引き上げ（13.0%→16.4%）も行われている。
- 国保においても、一人当たり保険料負担は増加してきており、平成26、27年度においては消費税収による公費の拡充による保険料負担の軽減が行われてきた。



※ 協会けんぽ及び健保組合の保険料率は医療分と介護分の合計。また、健保組合の保険料率は、12年度～27年度は決算、28年度は決算見込、29年度は予算早期集計による。

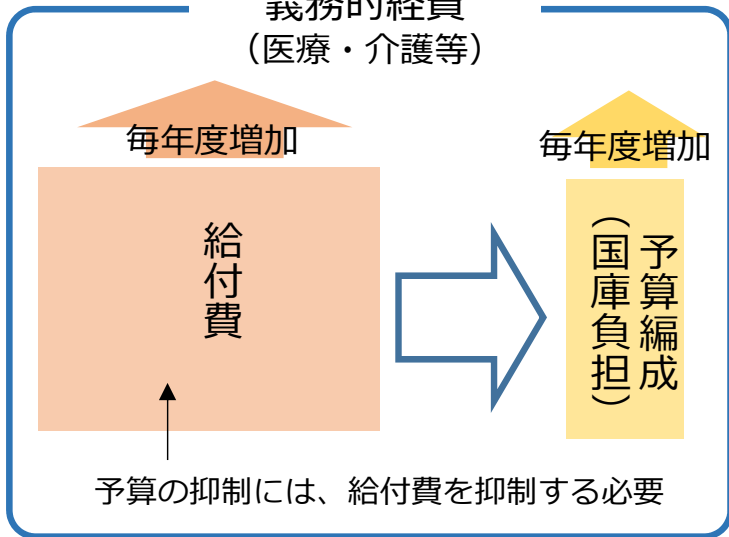


（出典）厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

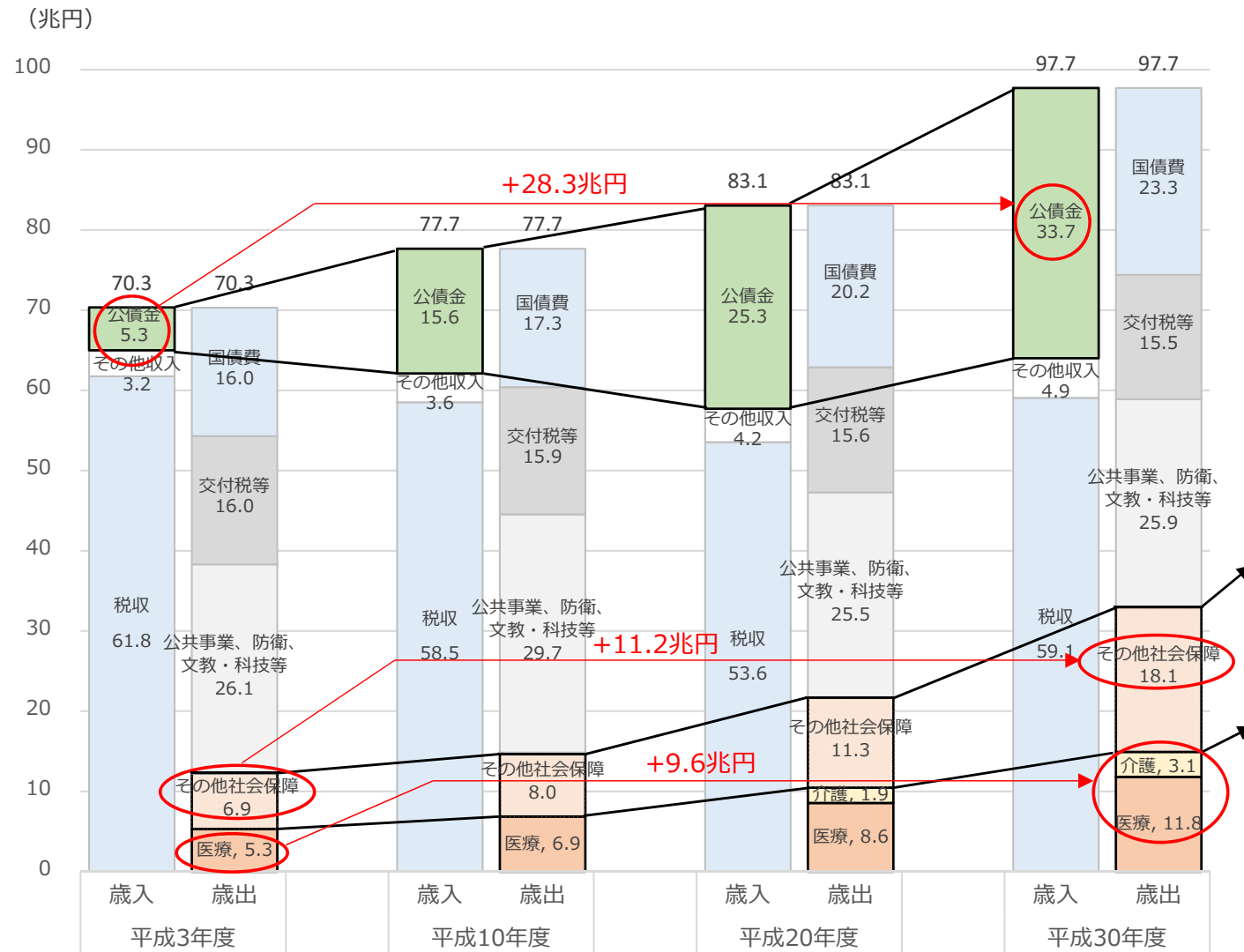
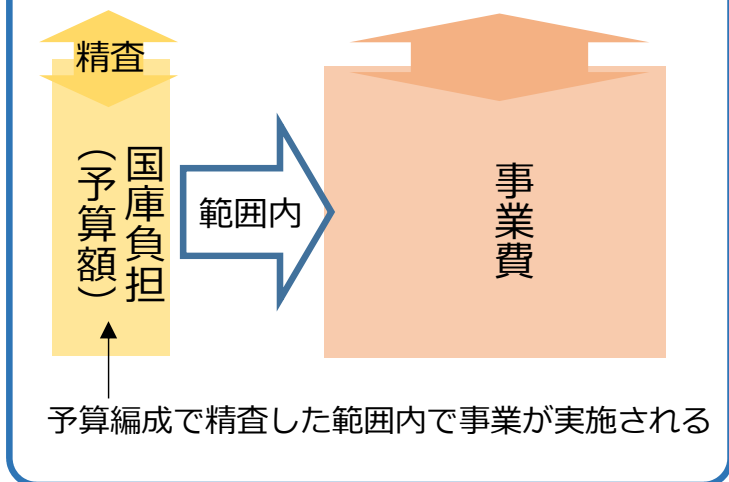
医療費・介護費の国庫負担

- 通常の国の政策は、必要性、妥当性、費用対効果等の観点から予算編成を行い、これに沿って執行がなされる。
- 医療・介護など義務的経費は、実際にサービスが提供されて生じる「給付費」に応じて国庫負担額が決まる。
いかなる理由であれ給付費が増加すれば、それに応じて財政負担も自動的に増加する仕組みとなっている。
- また、給付費に占める国庫負担の割合は、高齢化等により公費負担割合の高い後期高齢者医療制度や介護保険制度の給付が増えること等により、年々高まってきている。

義務的経費 (医療・介護等)



裁量的経費 (公共事業、防衛、科学技術等)



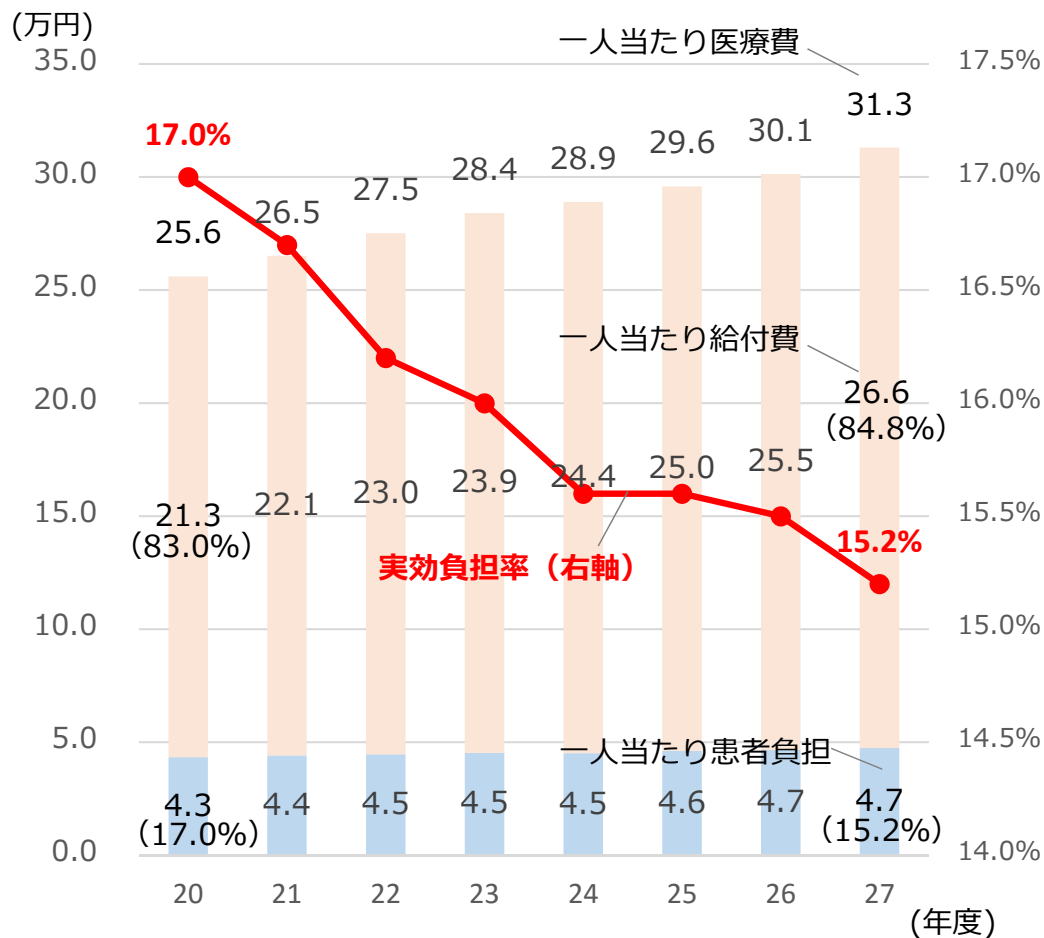
(注) 予算額は全て当初予算ベース。

医療費の患者負担

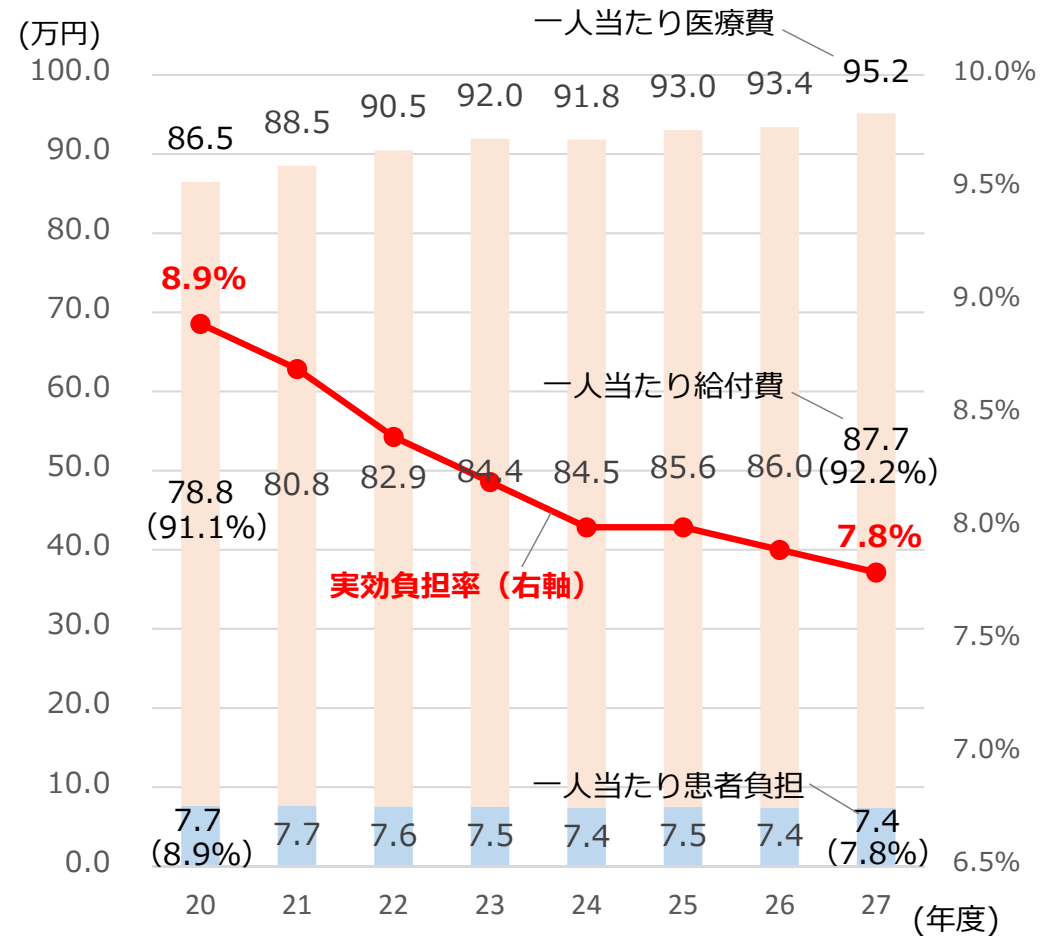
- 医療費に占める患者負担の割合（実効負担率）は、自己負担割合が低い高齢者数の増加や、高額療養費（負担上限）が変わらない中での医療の高額化の影響により、毎年低下（現在は全体で15%程度）
- 近年の一人当たり医療費の増加は大宗が給付費（保険料・公費負担）の増加で賄われており、患者負担はほとんど変わっていない。特に、後期高齢者医療制度においては、一人当たり医療費が増加している中で、患者負担は逆に減少。

◆ 実効負担率と一人当たり医療費、患者負担の推移

全体



後期高齢者



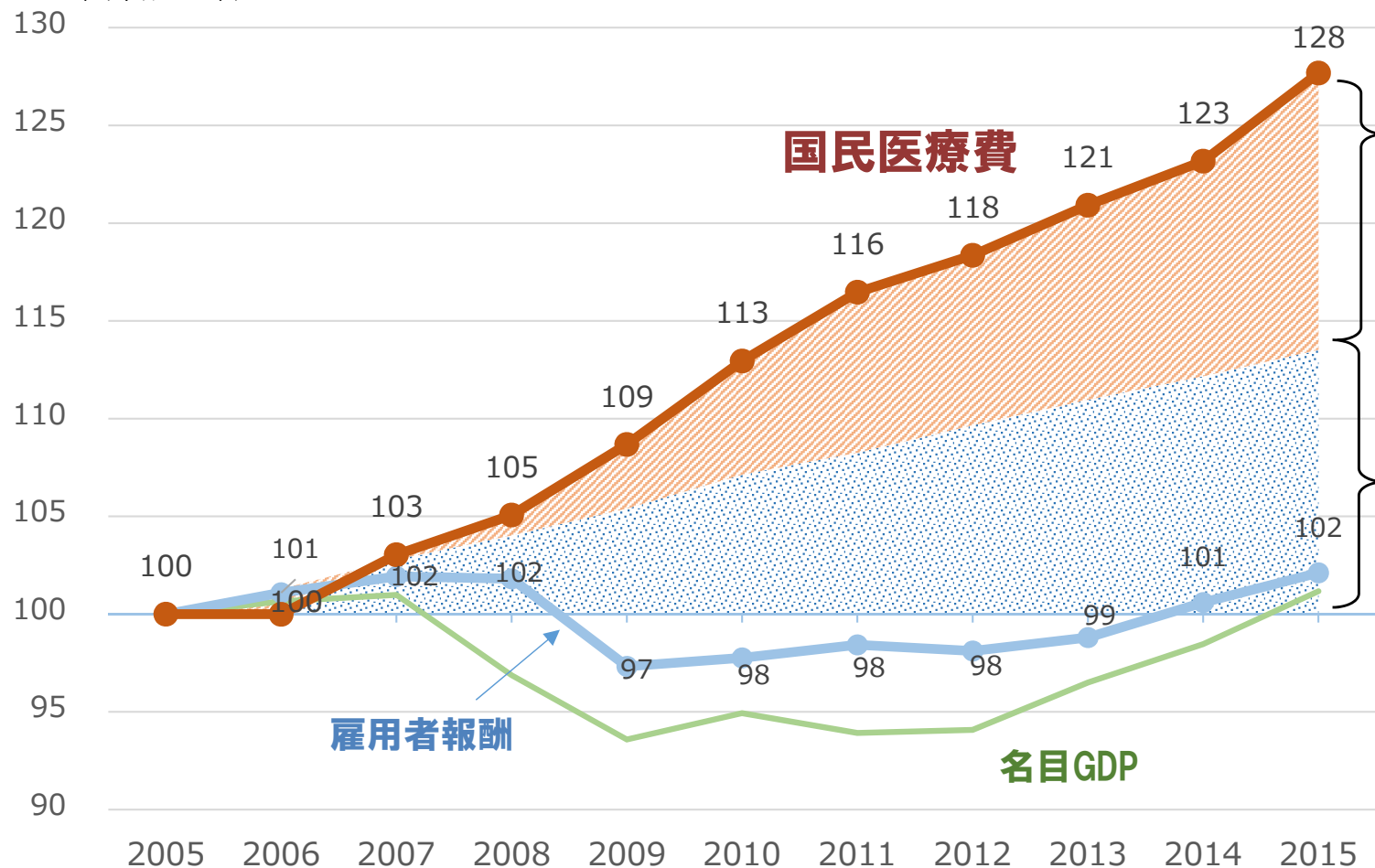
(出所) 医療保険に関する基礎資料（厚生労働省）

(注) グラフ内の () 書きは一人当たり医療費に占める割合。

医療の伸びと政策的対応可能性

- これまで公費負担の増加をもたらしてきた医療費の増加のうち、高齢化など人口動態の変化によると説明されるものは半分程度であり、残り半分は、「その他の伸び」とされる。
- 「その他の伸び」の内訳は必ずしも明らかでないが、受診・診療行動の変化に加えて、
 - ① 診療報酬改定のほか、新規の医薬品や医療技術の保険収載といった施策・行為に起因するものや、
 - ② 医師や医療機関の増加（提供体制へのコントロールの不存在）などによる影響も含まれると考えられ、これらについて政策的にどのように対応していくか検討が必要。

2005年(平成17年)=100



「その他」の影響

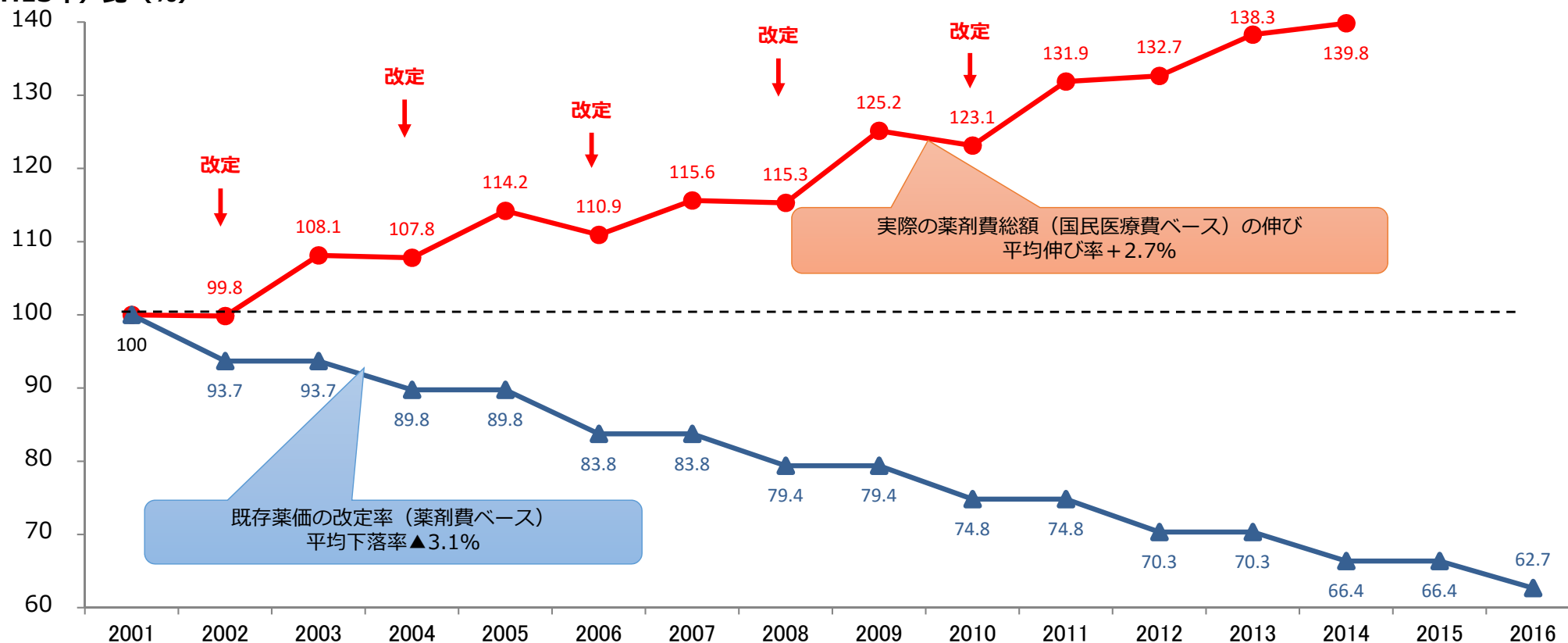
- ・ 新規医薬品等の保険収載
 - ・ 医師数、医療機関数の増加
 - ・ 診療報酬改定
 - ・ 過去の改定で収載された高額な医療へのシフト
- ※ 政策的に対応できる余地があると考えられる部分が多い。

人口増減／高齢化の影響とされる部分。

「その他の増」の要因①－医薬品・特定保険医療材料の保険収載

- 新規に開発されて薬事承認を得た医薬品は、基本的にすべて3か月以内に中医協において薬価が算定されて保険収載がなされる（年4回）（近年の平均は約90品目／年度のペース）
- 薬価については、これまでは2年に1回、すでに収載されている医薬品等について、実勢価格を反映した価格の引き下げを行い、その影響については予算に反映させている。一方で高齢化による使用量の増に加えて、こうした年度中の新規保険収載等が生じるため、薬剤費自体は増加を続けている。
- これにより、国庫負担も増加しているが、現行制度では、年度中の保険収載に対して財政上の観点から検証がなされることにはなっていない。

2001年（H13年）比（%）



新規収載（品目）	68	45	39	38	24	78	60	90	55	112	61	88	69	124	70	83
改定率（%）		▲6.3		▲4.2		▲6.7		▲5.2		▲5.75		▲6.00		▲5.64		▲5.57

※1 平成29年8月9日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料を基に作成。

※2 2001年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

「その他の増」の要因②－提供体制へのコントロール

- 「患者と医療提供者との情報の非対称性」という医療サービスの性格に加えて、「国民皆保険」「フリーアクセス」「出来高払い」といった我が国の公的医療保険制度の特性もあり、医療費は医師数や医療機関数といった提供体制に強い影響を受ける。
- しかしながら、我が国では必要な需要に応じて提供体制を適切にコントロールする仕組みが不十分。
- 提供体制の影響を受け医療費が増加すれば、国民負担も増加。

医療機関側

自由開業・自由標榜
どこでどの診療科で開業するのかは自由

出来高払い
患者数や診療行為数が増加するほど収入増

情報の非対称性
どんな医療が必要か供給者の判断が大きい

+

患者側

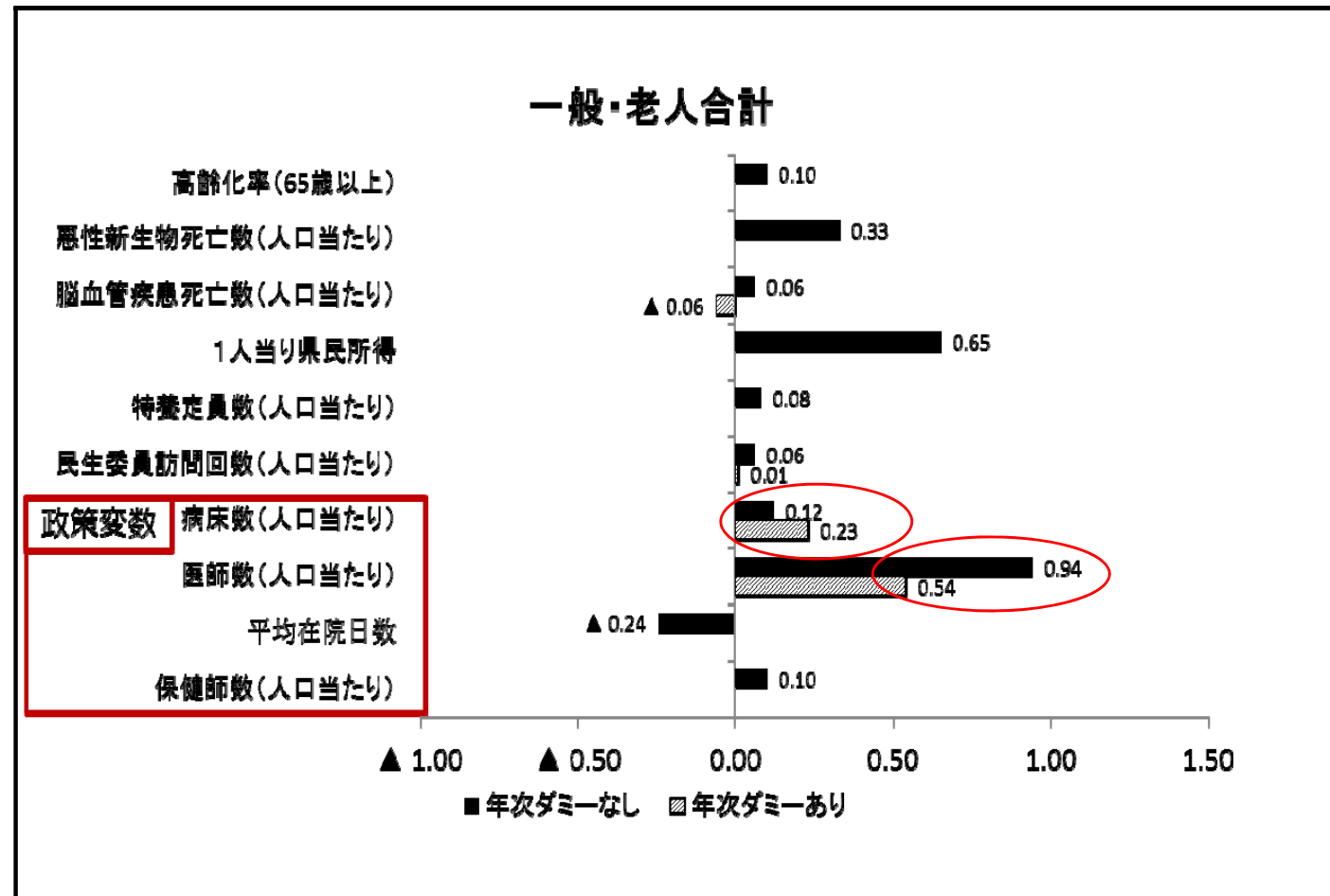
国民皆保険
誰もが低い負担でサービスを受けられる

フリーアクセス
いつでもどの医療機関でも受診可能

供給サイドの増加に応じて
医療費が増加しやすい構造

国民負担

◆一人当たり医療費増加要因の分析結果（30年間の都道府県別医療費の増減の要因）



- (注) 1. 線形パネルデータモデル(水準対数モデル)で固定効果モデルが選択された。
 2. 数字は1人当たり国保医療費総額(1983～2012年)に対する各要因の水準弾力性(1%増減した場合に何%増減するか)を示す。各要因はいずれも5%水準で有意。
 3. 調整済み決定係数(overall)は、年次ダミーなし0.87、年次ダミーあり0.95。
 (出典) 印南一路著「再考・医療費適正化」(2016年8月)

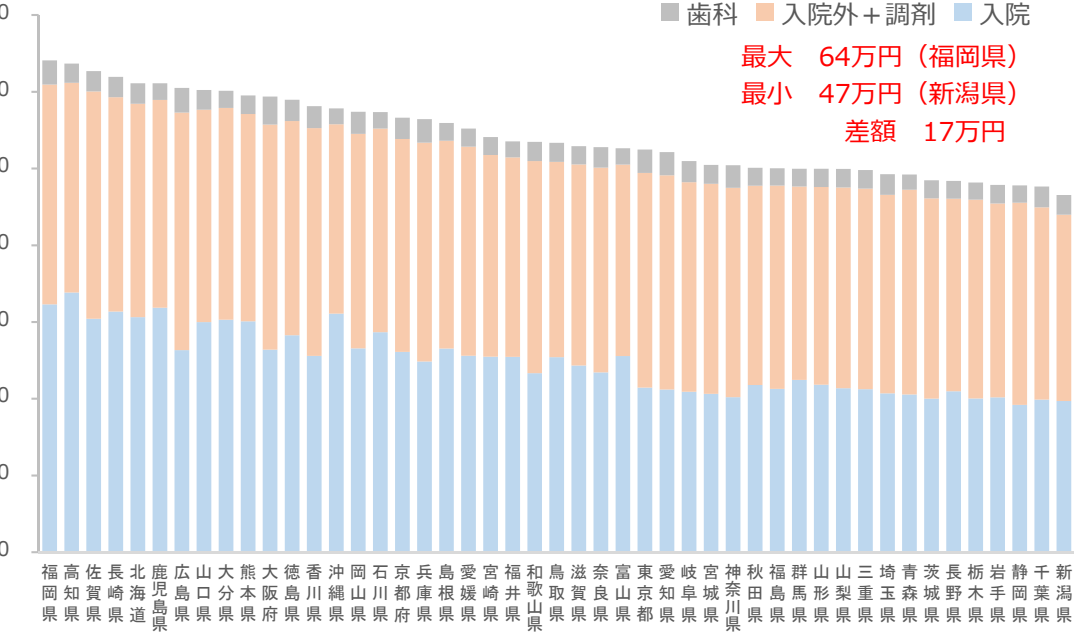
我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院 日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	29. 1 (16.5)	13. 2	17. 9※1	2. 4※1	83. 0※1	11. 0※1	51. 7※1
ドイツ	9. 0 (10.2)	8. 1	50. 9	4. 1	164. 1	13. 3	33. 6
フランス	10. 1※1 (5.9)	6. 1	50. 9	3. 3※2	161. 8※2	9. 9※2	12. 6
イギリス	7. 0 (6.8)	2. 6	106. 9	2. 8	302. 7	7. 9	7. 2※1
アメリカ	6. 1※1 (5.5)※1	2. 8※1	90. 9※1	2. 6※1	394. 5※1・2	11. 3※2	39. 0

出典:「OECD Health Data 2017」 注1:「※1」は2014年のデータ。 注2:「※2」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

◆ 一人あたり医療費（年齢調整後※）の地域差

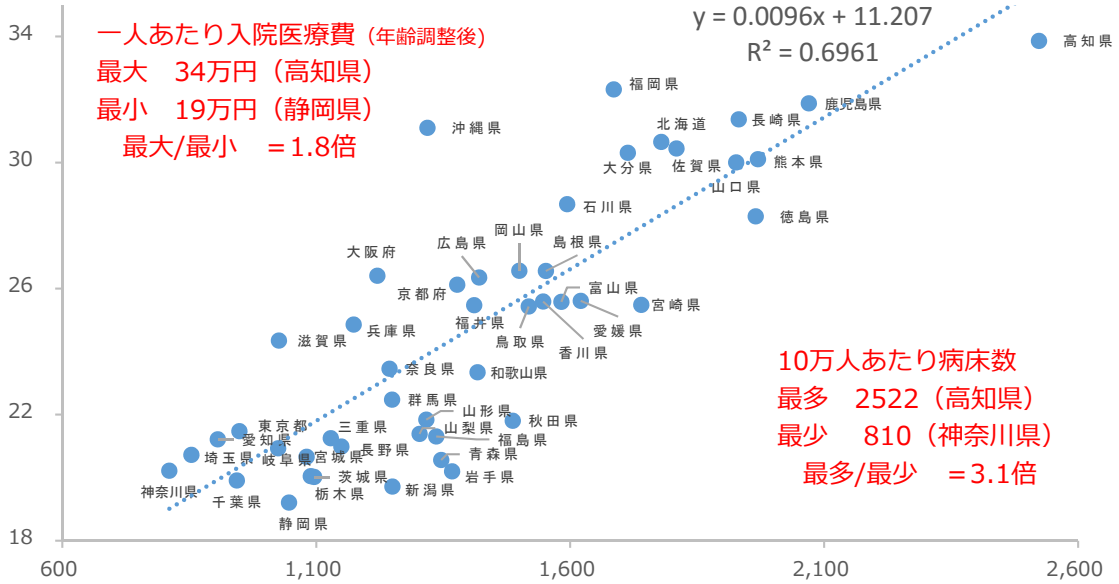
(万円、国保+後期)



(出典)厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」

◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

一人当たり入院医療費
(万円、国保+後期)



(出典): 病床数については厚生労働省「平成27年度医療施設調査」、
一人当たり入院医療費については厚生労働省「平成27年度医療費の地域差分析」

※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

医療制度と公費負担の現状について（まとめ）

- 医療費は我が国経済の伸びを上回って増加してきており、その増加を大宗は公費・保険料負担の増加によって賄われてきた。今後も、公費の増加に大きく依存した形で医療費の増加が続くと見込まれる。一方で、一人当たり患者負担はほとんど増加せず、後期高齢者医療制度ではむしろ減少している。
- 医療に係る公費負担は、予算編成によって実際の支出額をコントロールすることができず、理由はなんであれ、結果として医療費が増加すると自動的に国民負担も増加する仕組みとなっている。
- このため、医療費そのものの抑制に努めていく必要がある。高齢化など人口要因による理由以外での医療費の増加（その他の増加）については、保険収載の在り方の検討や、提供体制へのコントロールなど政策的な対応の余地がある。
- 予算編成において支出の必要性が厳しく精査される他の政策経費とのバランスや、限りある財政資源の適切な配分という観点を踏まえれば、このような「その他の増加」をあたかもやむを得ないものとして公費等の国民負担を増加させるとの考え方はとりえず、他の政策経費同様、増加を前提とせずに対応すべきである。
- 医療給付費が今後も財政に依存しながら増加していく中で、財政と医療保険制度の持続可能性を確保していくためには、特に医療技術の高度化等による増加額への対応は、医療中の支出のメリハリ付けや制度改革によって対応していくべきである。

I . 医療・介護

1 . 医療・介護と公費負担の現状

- ・ 医療費・介護費と負担の現状
- ・ 医療費増加の要因

2 . 今後直面する課題

- ・ 後期高齢者の増加
- ・ 「支え手」の大幅な減少
- ・ 急速な医療技術の高度化・高額化

3 . 対応の方向性

- ・ 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく
- ・ 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する
- ・ 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく

今後の人口動態の変化(高齢化と支え手の減少)

- 医療費・介護費に大きな影響を与える後期高齢者数は2030年まで大幅増加、その後ほぼ横ばいが続き、2040年ごろから再び増加。
- 一方で保険制度の主たる「支え手」となる20~74歳の人口は、今後中長期的に大幅な減少が続く。
- 「支え手」に関しては、高齢者や女性の労働参加を促していくことが重要。しかし、仮に労働参加率の上昇を想定したとしても、2030年以降、労働力人口は大幅に減少。

◆ 中長期的な人口の変化（1年間あたり）

団塊の世代が
後期高齢者に
なり始める

団塊の世代が
すべて後期高
齢者になる

団塊ジュニアが
後期高齢者に
なり始める

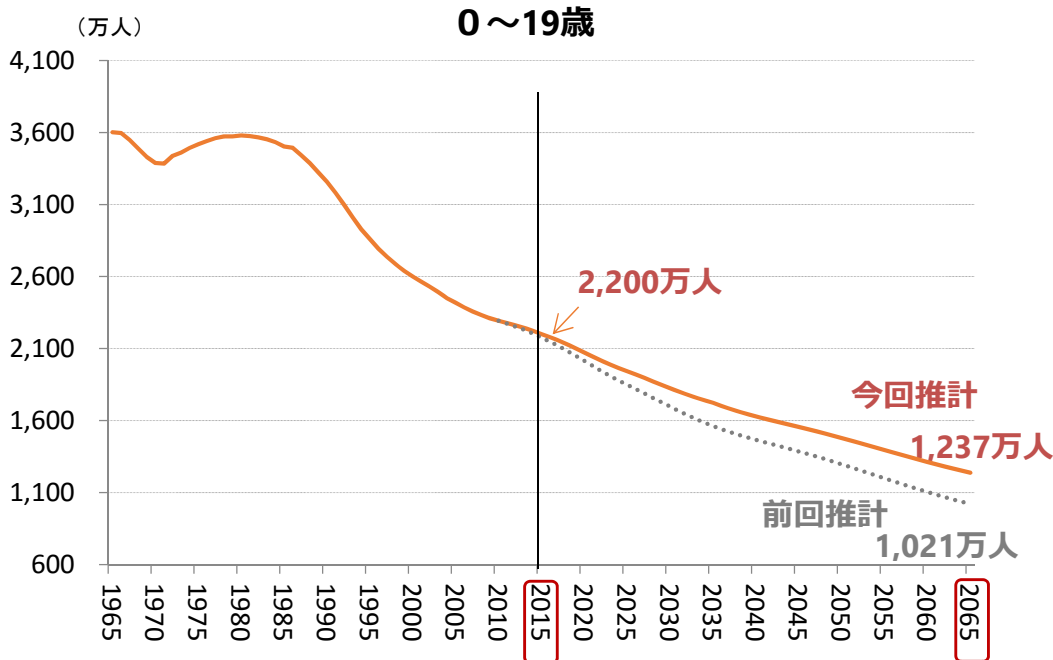
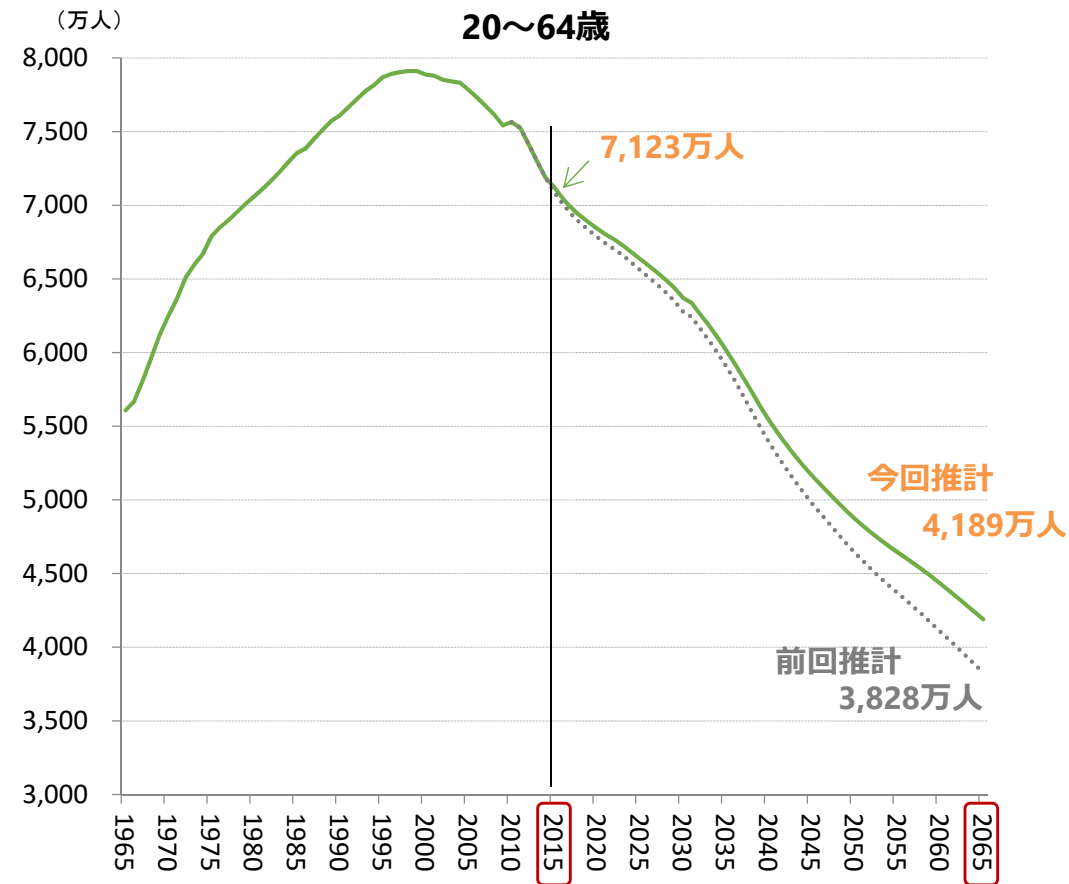
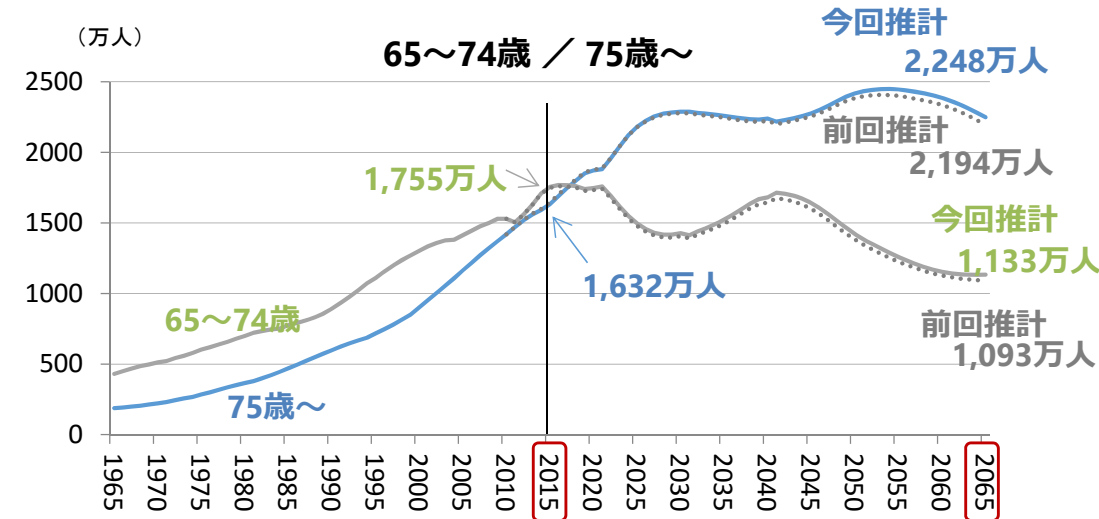
	2022- 2025	2026- 2030	2031- 2040	2041- 2050	2051- 2060
全人口	▲57万人	▲68万人	▲82万人	▲90万人	▲91万人
75歳以上 (後期高齢者)	+75万人	+22万人	▲5万人	+18万人	▲30万人
20-74歳	▲107万人	▲67万人	▲58万人	▲93万人	▲71万人

後期高齢者急増

支え手の急減

年齢4区分別の見通しについて

- 65～74歳については、2030年～2040年頃にかけて一旦上昇する局面を除いて減少傾向。また、75歳以上については、2025年にかけて急増した後、概ね横ばい。
- 一方、65歳未満の若年・現役世代については、前回推計と比較して減少トレンドが若干緩やかにはなっているが、今後一貫して減少。（2065年には0～19歳、20～64歳とも現在の概ね6割程度まで減少。）

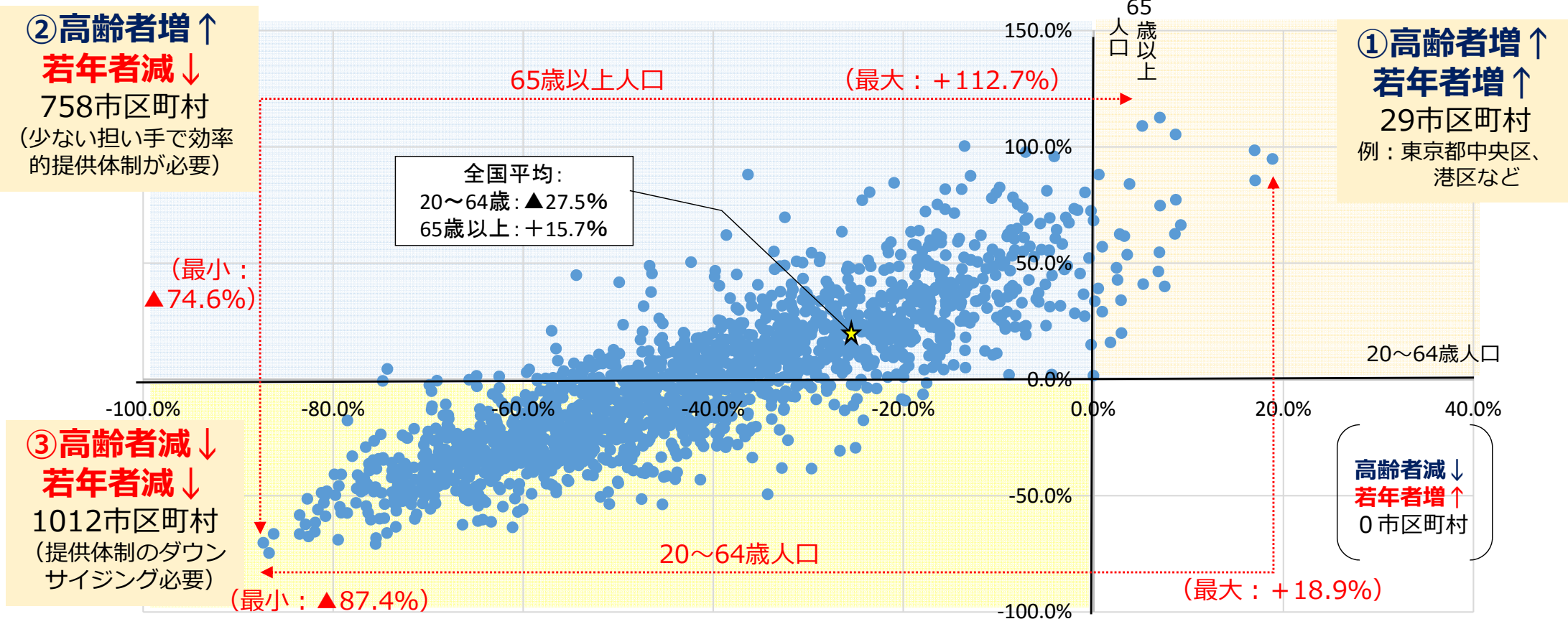


（出所）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」
（出生中位・死亡中位仮定）

(参考) 市区町村別の若年・高齢者人口の見通し

- 日本の人口は全国平均で、2015年から2045年までで、65歳以上の高齢者人口が+15.7%（+532万人）増加する一方で、20～64歳の若年人口が▲27.5%（▲1,956万人）減少。
- こうした人口増減を市区町村別で見ると、65歳以上人口が最大2倍増から最小7割減、20～64歳人口は、最大2割増から最小9割減と、地域によって大きな開きがある。また、その人口増減の傾向については、①高齢者・若年者がともに増加、②高齢者は増加するが若年者は減少、③高齢者・若年者ともに減少、という地域が存在。
- ①の地域は都心部など、ごく一部の地域であり、他は全て②と③の地域。②の地域については、今後、サービスの担い手でもある若年者が減少する中で、増加する高齢者に対応するための効率的な提供体制の構築が課題となる。また、③の地域については、高齢者数自体も減少していくことから、医療・介護サービスの提供体制の適切なダウンサイジングも課題となる。

2015年から2045年の市区町村別65歳以上人口と20～64歳人口の増減率

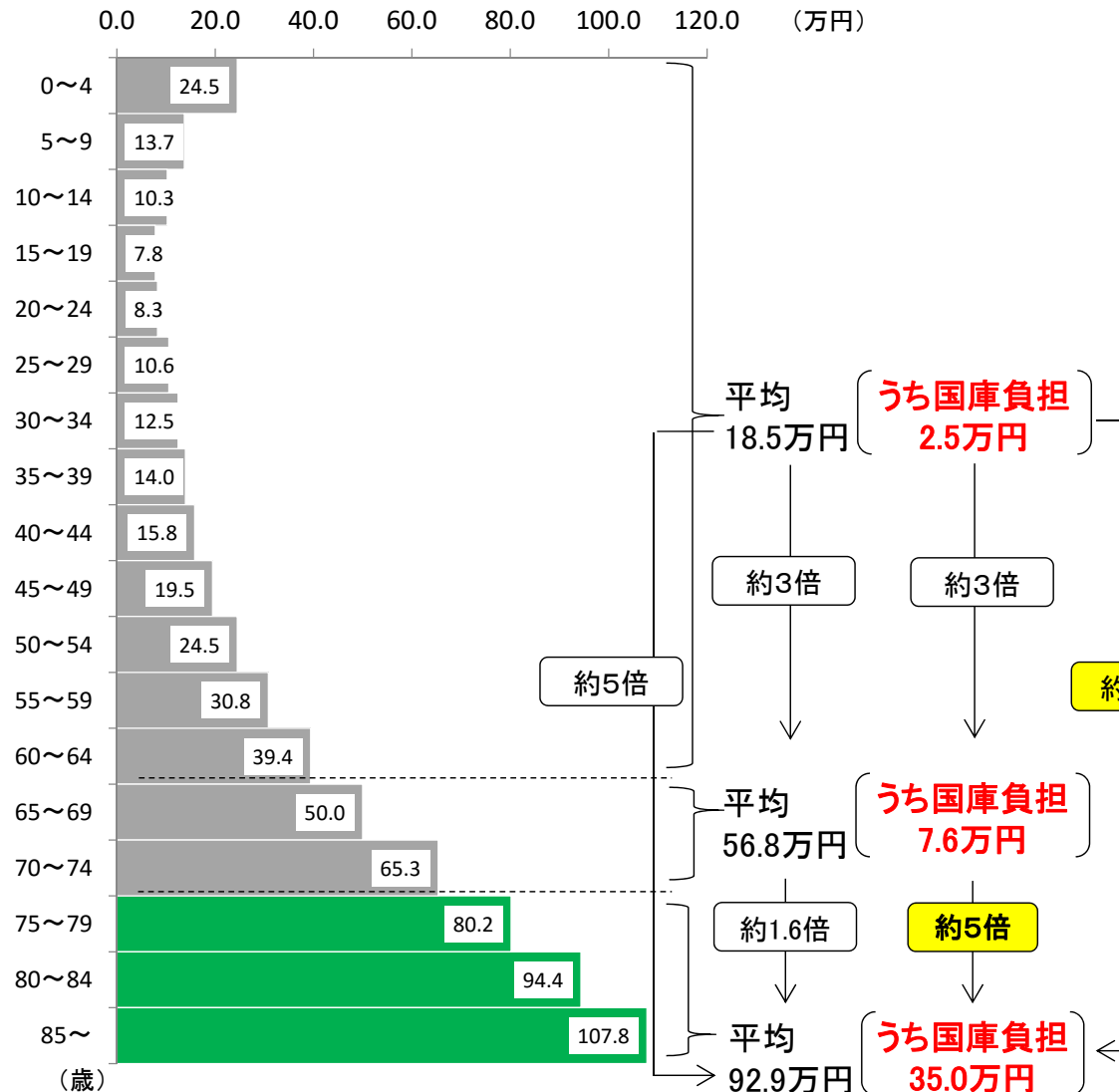


(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(全国)」 「日本の地域別将来推計人口(都道府県別・市区町村別)」

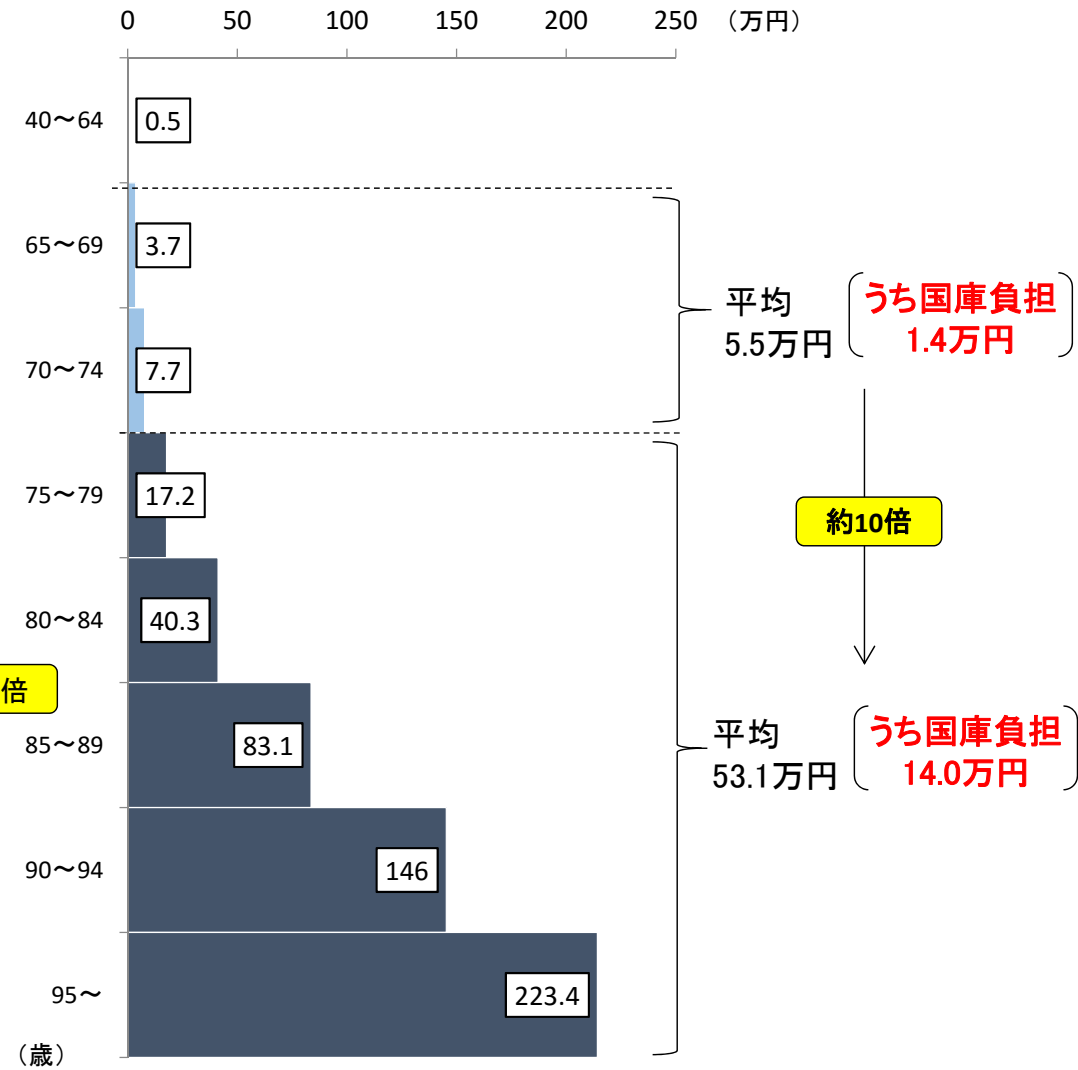
(注) 対象は、福島県(1県)と1,798市区町村(東京23区及び12政令指定都市の128区、その他の766市、713町、168村)である。2015から2045年の人口が同数の場合(3自治体)は減少にカウント。

年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費
(2015年)



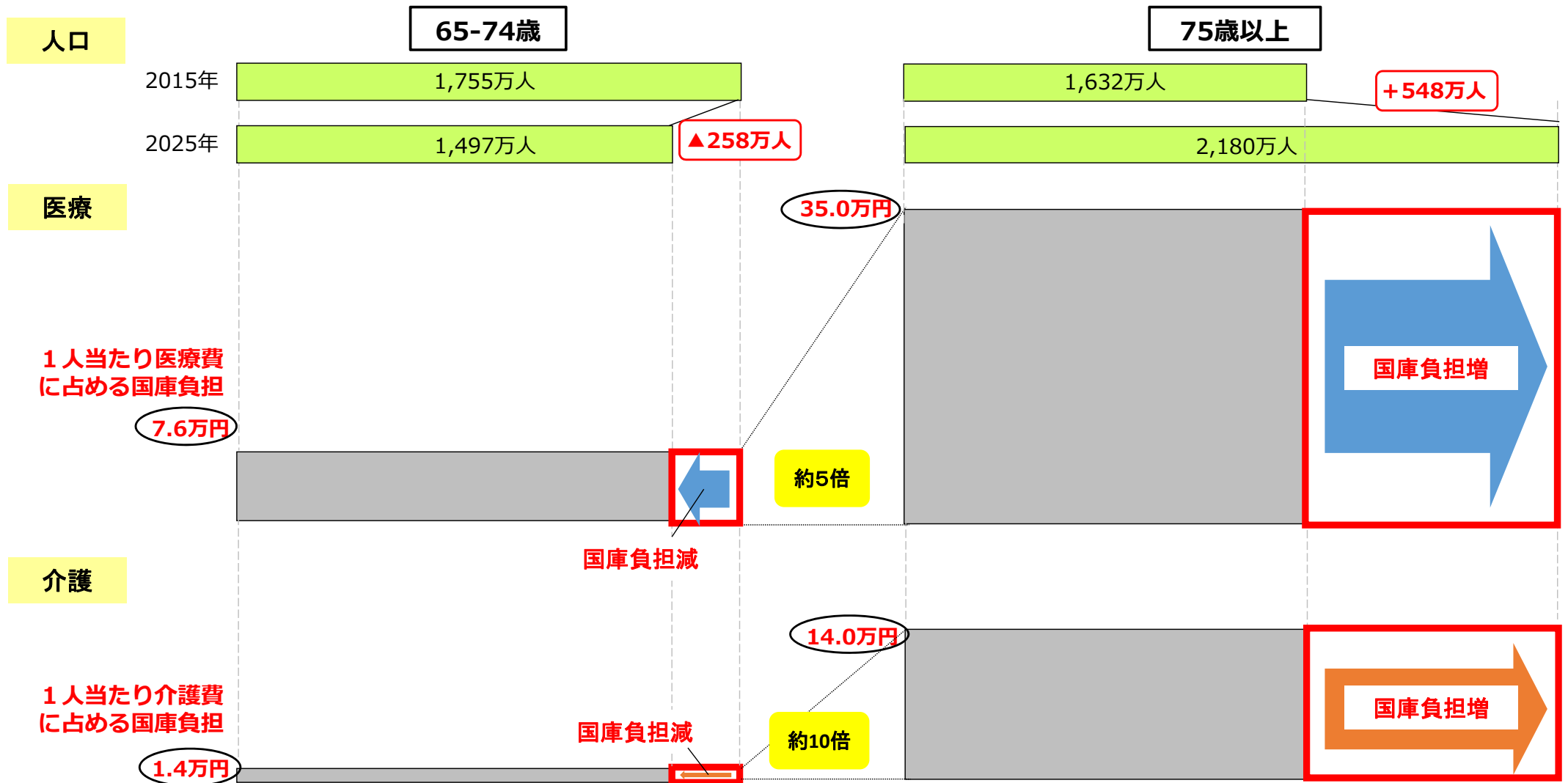
年齢階級別1人当たり介護費
(2015年)



高齢化の進展が財政に与える影響

- 75歳以上になると、医療・介護に係る 1人当たり国庫負担額が急増する。このため、高齢化の進展に伴い、仮に今後、年齢階級別の1人当たり医療・介護費が全く増加しないと仮定※しても、2025年にかけて、医療・介護に係る国庫負担は急増する見込み。国庫負担への依存を強めながら、医療費・介護費が大幅に増加していくことになる。

※ 実際の医療・介護費の伸びを要因分解すると、高齢化のほか、高度化等による影響がある。

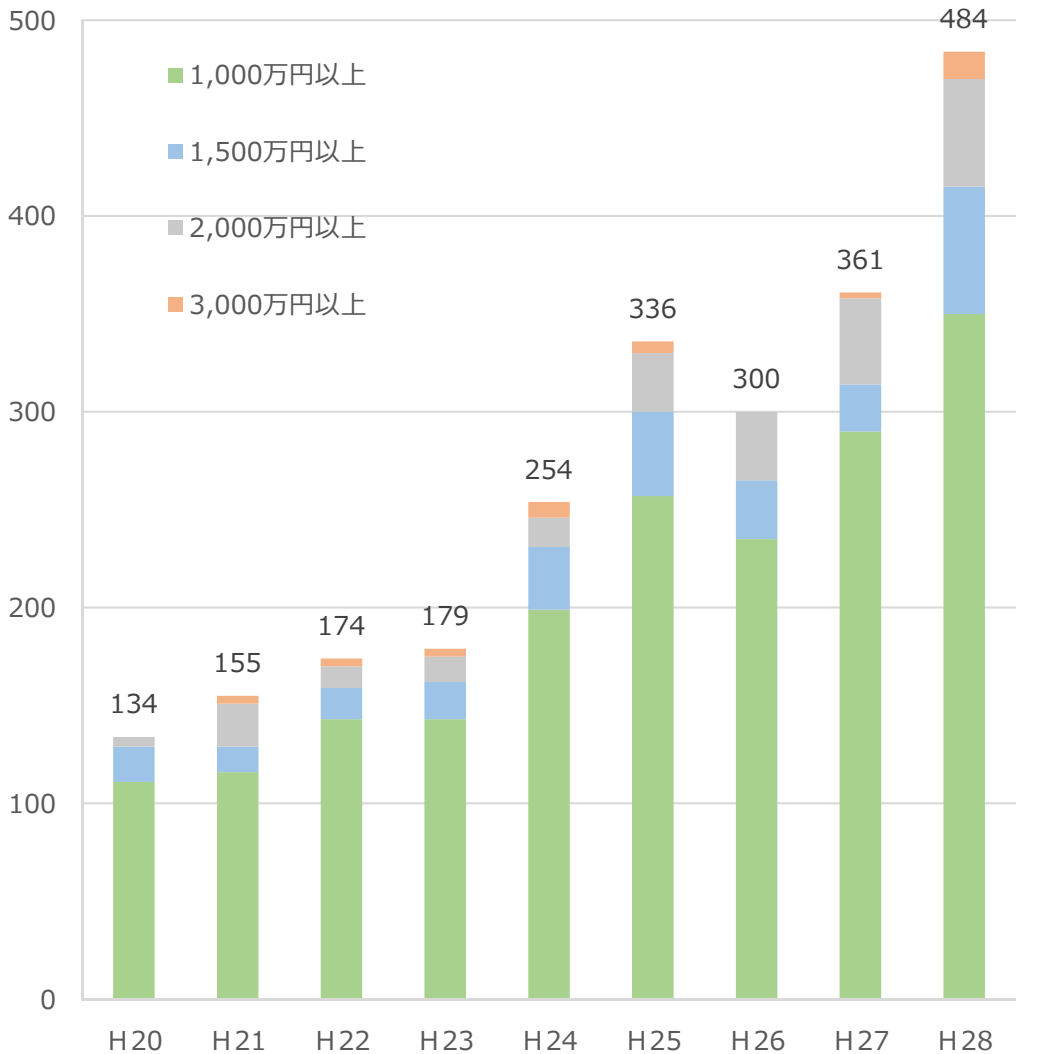


高額な医療費の状況

○ 近年の高額な医療技術・医薬品の登場などを背景に、1件（1か月・医療機関）あたりの医療費が高額なレセプトが大幅に増加してきている。

◆ 健保組合における1,000万円以上高額レセプトの件数の推移

(件数)



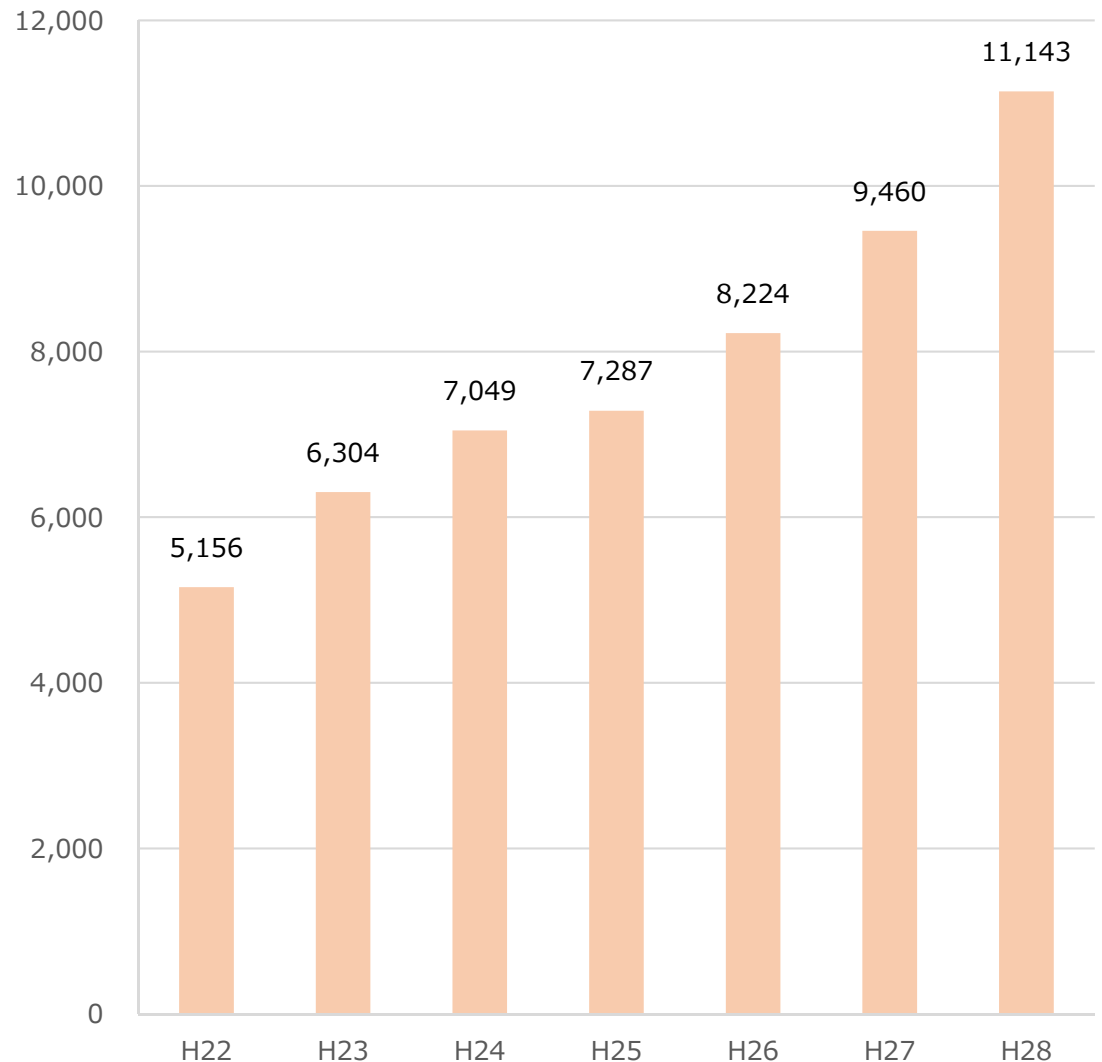
(出典) 健康保険組合連合会「高額レセプト上位の概要」

(年度)

◆ 後期高齢者医療制度における特別高額医療費共同事業の対象レセプト件数の推移

(件数)

※ 1件400万円超のレセプト



(出典) 国保中央会「特別高額医療費共同事業実績の報告について」

(年度)

(参考)高度・高額な医療技術の登場

再生医療等製品

(すでに保険収載されたもの)

名称	収載	対象疾患	価格
ヒト（自己）表皮由来細胞シート「ジェイス」	21/1	重症熱傷	15.1万円（1枚）
ヒト自家移植組織「ジャック」	25/4	膝関節軟骨損傷	213万円
ヒト自己骨格筋由来細胞シート「ハートシート」	27/11	虚血性心疾患による重症心不全	1,476万円（5枚分）
ヒト（同種）骨髄由来間葉系幹細胞「テムセルHS注」	27/11	急性GVHD	約1,400万円（一か月）

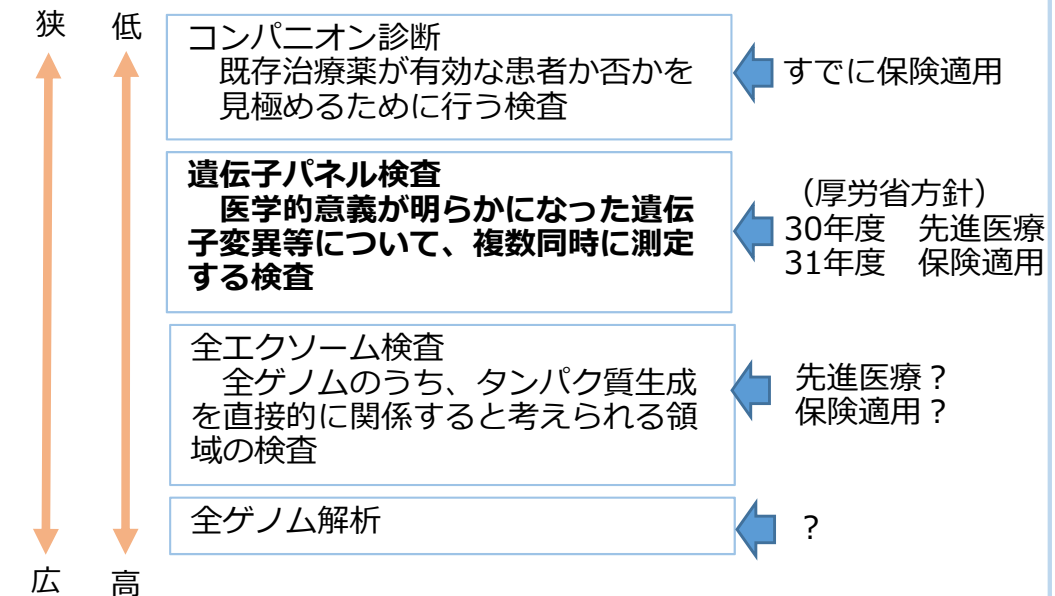
(先駆け審査指定品目)

画期的な治療方法の一刻も早い実用化が求められている疾患等を対象とした医薬品等について、①世界に先駆けて開発され、日本に最初に申請が計画される、②開発初期の臨床試験データ等から、既存の治療法に比した大幅な改善等、対象疾患に係る著明な有効性が見込まれるものを、申請により指定。承認取得までの期間短縮など開発促進を支援。

名称	指定
STR01（自家骨髄間葉系幹細胞）	28/2
G47Δ	28/2
自家心臓内幹細胞	28/2
CLS2702C/D（口腔粘膜由来食道細胞シート）	29/2
非自己iPS細胞由来ドパミン神経前駆細胞	29/2
ヒト（同種）成人骨髄由来多能性前駆細胞	29/2
TBI-1301	30/3
CLBS12	30/3
AVXS-101	30/3

検査
対象 費用

遺伝子パネル検査



パネル検査は、100以上の遺伝子の異常を一括で調べることができる。現在は、患者が全額自己負担する自由診療で、費用は約60万～100万円と高額。実施する医療機関も少なく、全てのがん患者がその恩恵を受けることは困難だった。

患者にとって、一括検査の保険適用は一見、福音だ。パネル検査に携わるある医師は、「進行がんの患者には時間がない。一刻も早く自分に合う分子標的薬を知りたいはず」と、患者や家族の思いを代弁する。しかし、いいことばかりではない。一括検査をしても遺伝子異常を発見できないケースがあり、仮に遺伝子異常を発見できても、その先の治療薬に公的保険が適用されず、高額な治療費を自己負担する場合も多いのだ。

「その先の治療薬も保険適用すればよい」と思うかもしれないが、治療薬を保険適用するまでには、その有効性を調べるために膨大な時間と費用がかかる。画期的な薬として登場した「オプジーボ」は高額な上に保険適用になるがん種が広がり、医療費抑制のため緊急措置で薬価引き下げとなった。

自由診療でも、すでにパネル検査を行う施設には全国から患者が殺到している。厚労省は、指定の中核拠点病院での実施に限るとしているが、保険で安価に受けられるとなれば、患者たちは必死でアクセスしようとするだろう。

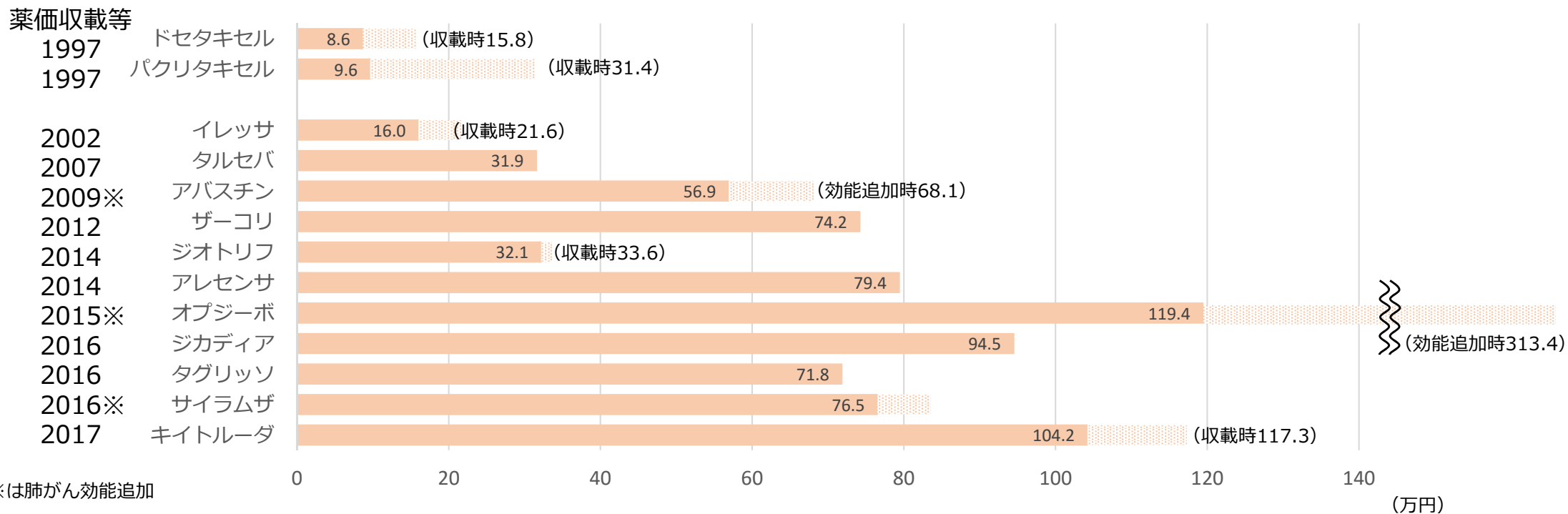
検査で合う薬が見つければ、そうした薬をより早くより広く保険適用すべきという圧力が働く。ある大学病院の医師は「この検査が保険適用されれば、医療財政は間違いなく破綻する」と懸念する。（「週刊ダイヤモンド」委嘱記者 野村聖子）

ダイヤモンド・オンライン 2017.7.12

「がん治療での遺伝子検査を保険適用か、医療財政破綻の懸念も」

(参考)医薬品の高額化(抗がん剤の例)

◆主な抗がん剤の1か月あたり薬価



(注) 肺がん治療に使用される主な抗がん剤について、1か月あたり薬価を、厚生労働省「国民健康・栄養調査」による成人男性の平均身長・体重をもとに算出。用法・用量に特定の抗がん剤との併用が明示されている場合を除き、併用薬の薬価は含まない。ドセタキセル、パクリタキセルは後発品が上市されているため、一般名で記載。価格は先発品価格。薬価は30改定後であるが、収載時乃至効能追加時の薬価のほうが高い場合には、その時点での1か月薬価を併せて記載。

遺伝子操作で免疫細胞強化…米承認の新療法、「薬価5300万円」など課題

自分の体内の免疫細胞を取り出し、遺伝子操作して攻撃力を高めてから体内に戻す「CAR-T細胞治療」と呼ばれる新しい免疫治療が、一部の白血病を対象に米国で承認された。開発企業は来年中にも、国内で承認申請する見通しだ。(森井雄一)

(中略)

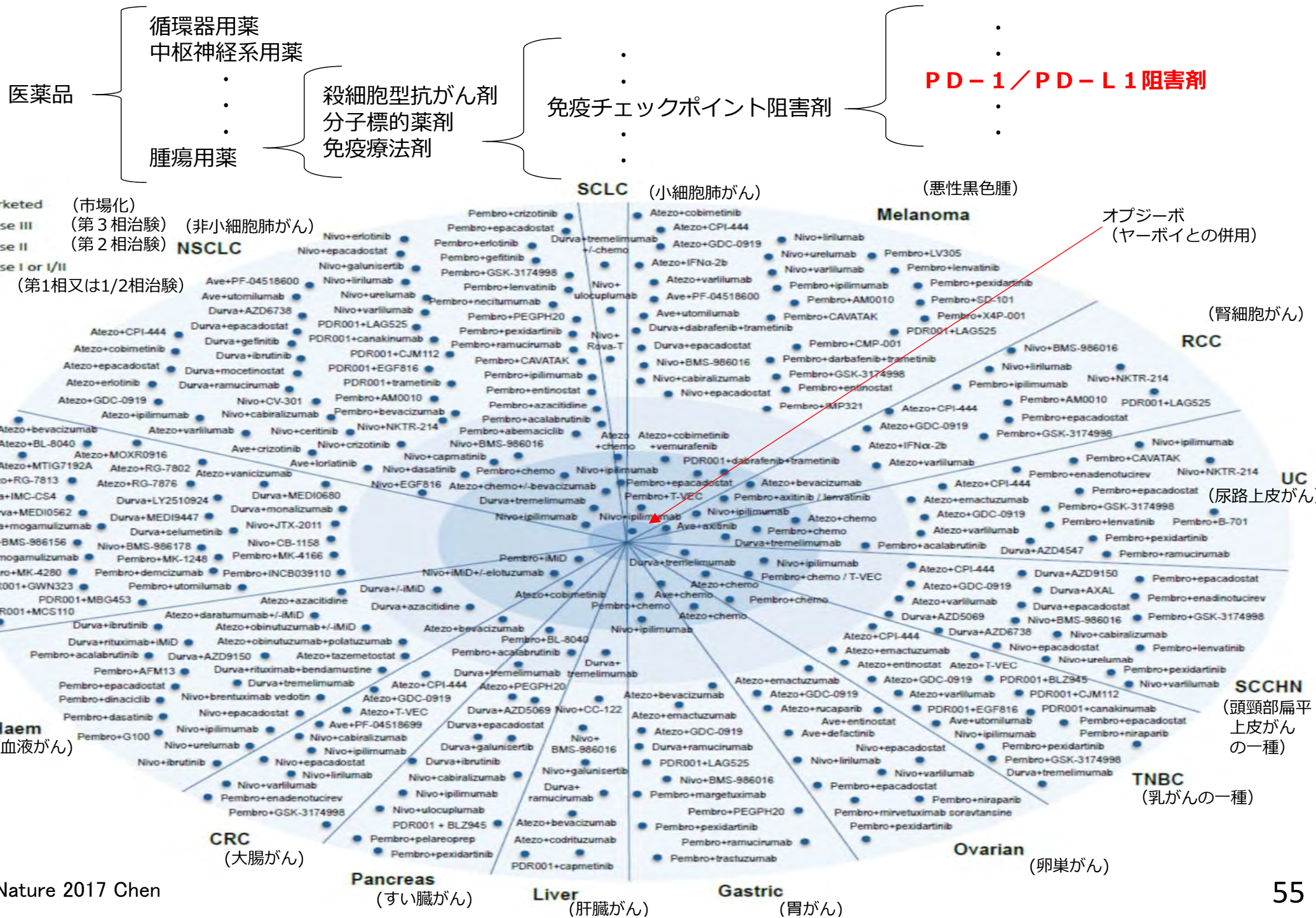
CAR-T治療は、同じ目印をもつ他の白血病への効果も期待されている。国内ではバイオ関連企業のタカラバイオ(滋賀県草津市)が開発を進めている。

一方で、がん細胞だけに特有の目印を見つけるのは難しく、様々ながんに対して研究は進むものの、白血病の次のターゲットはまだ明確ではない。

遺伝子操作や細胞の培養にコストがかかるため、高額な治療費も課題だ。ノバルティスのCAR-T治療用製品「キムリア」の米国での薬価は47万5000ドル(約5300万円)。治療から1か月後に効果が認められた場合だけ患者に支払いを求める方式を導入しているが、日本国内ではそうした例がなく、治療法が承認されたとしても高額な薬価が議論になりそう。

Yomiuri Online 2017年12月13日

(参考)PD-1／PD-L1阻害剤の開発状況



(参考) 国民皆保険の持続可能性についての医師の見方

国民皆保険による医療 医師の半数「持続不能」

すべての国民が公的な医療保険に加入している現在の国民皆保険について、医師の半数が「維持できない」と考えていることが、日本経済新聞社などが実施したアンケート調査で分かった。高齢化や医療技術の進歩で治療費が高額になっていることに医療現場で働く医師の多くが強い危機感を抱えている。医療の効率化の必要性を挙げる医師も目立った。

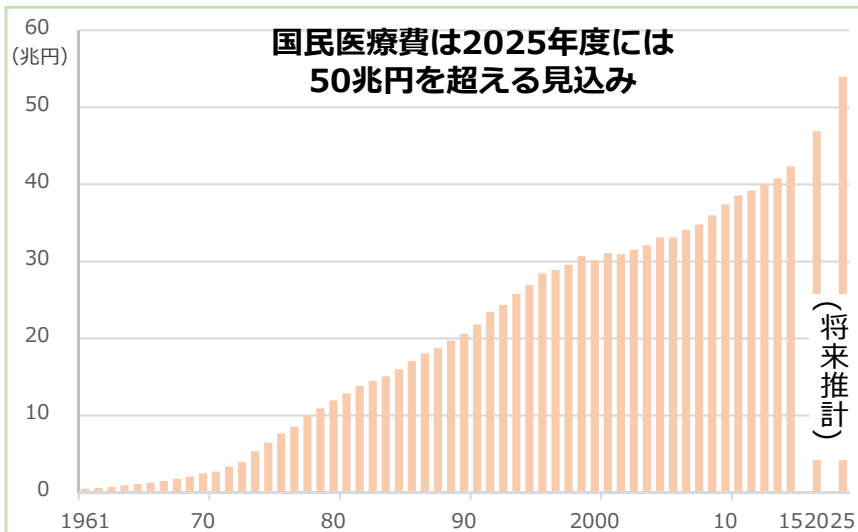
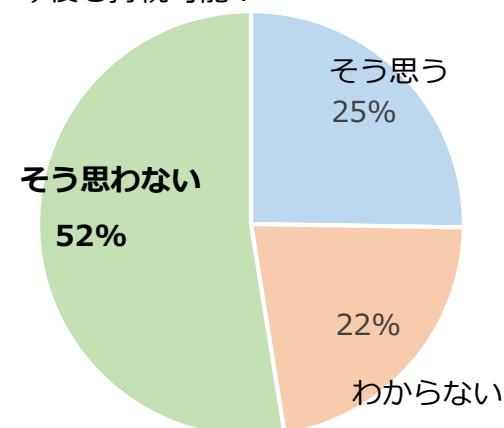
国民医療費は1990年度に20兆円を超え、2015年度は概算で41.5兆円。政府の推計では25年度には54兆円に達する見込みだ。

こうした状況について「現状の皆保険制度に基づく医療は今後も持続可能と思うか」と尋ねたところ、「そうは思わない」との回答が539人（52%）に達した。理由を聞いたところ、「高齢者の医療費が増大しすぎている」「医療が高度化して薬剤が高額になっている」などのコメントが目立った。

持続可能と答えた医師は261人（25%）。だが「患者負担の増加が必要」「消費増税があれば」など持続するための条件を付けており、現状のままでは維持が難しいとの認識が大半を占めた。

「持続不能」と答えた東京都の勤務医男性（63）は「支払い能力のある人にもっと払ってもらわないと維持できない」と回答。日本医師会も「皆保険を維持するため、国は増える医療費に対応できる財源を確保すべきだ」とするが、長野県の勤務医男性（59）は「過剰診療も大きな問題」と医療界の対応を促す声もあった。

医師の5割が皆保険維持に懐疑的
Q.現状の皆保険制度に基づく医療は
今後も持続可能？



海外では大病院の受診はかかりつけ医の紹介状が不可欠など受診制限があるが、日本では患者は自由に医療機関を受診できるフリーアクセスが認められている。日本の通院回数は海外の1.5倍～3倍程度と多く医療費増加の一因になっている。

高齢者や患者の負担増については改革案が検討されてきたが、「これ以上の負担は厳しい」などの反対意見で見送られてきた。フリーアクセスの見直しも日医などの反対で進んでいない。負担増や増税がなければ薬価だけでなく、医師の診療費も削減対象になる。調査では負担増のほか、医療の効率化を認める声もあった。医療保険財政に詳しい小黒一正・法政大教授は「医療費抑制のために診療費が削られることを心配しているのだろう」と指摘している。

I . 医療・介護

1 . 医療・介護と公費負担の現状

- ・ 医療費・介護費と負担の現状
- ・ 医療費増加の要因

2 . 今後直面する課題

- ・ 後期高齢者の増加
- ・ 「支え手」の大幅な減少
- ・ 急速な医療技術の高度化・高額化

3 . 対応の方向性

- ・ 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく
- ・ 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する
- ・ 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく

我が国の医療・介護制度の課題と特徴

わが国の医療・介護制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業制

出来高払い

患者側

- 患者負担が低く、患者側にコストを抑制するインセンティブが生じにくい構造
- 誰もがどんな医療機関・医療技術にもアクセス可能

医療機関側

- 患者数や診療行為数が増加するほど収入が増加
- 患者と医療機関側との情報の非対称性が存在

供給サイドの増加に応じて
医療・介護費の増大を招きやすい構造

社会構造の変化

- **高齢化**の進展による受給者の増加や疾病構造の変化
- 少子化の進展による「**支え手（現役世代）**」の減少
- イノベーション等による**医療の高度化・高額化**の進展

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための医療・介護制度改革の視点

保険給付範囲の在り方の見直し （「共助」の対象は何か）

- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応
- 大きなリスクは共助、小さなリスクは自助で対応

必要となる保険給付の 効率的な提供

- 公定価格の適正化・包括化
- 医療提供体制の改革

高齢化や人口減少下での 給付と負担の適切なバランス

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手の負担能力に応じた医療費の増加に伴う負担の在り方の見直し

医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて公的保険で対応する仕組みとしていくべき。

② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」

少額の外来医療、OTC類似薬の処方など、「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）

① 「公定価格の適正化・包括化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を考慮して、できる限り効率的に提供するように、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。

② 「医療提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で、必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療提供体制についての都道府県を中心とするコントロールの仕組みを整備・充実していくべき。

視点3 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）

① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、「後期高齢者の窓口負担の引上げ」などの改革を実施すべき。

② 「支え手減少下での医療費増加に対しても制度の持続可能性を確保」

負担の先送りを解消していくとともに、支え手の負担能力を踏まえつつ、給付を見直していくことで、医療保険制度の持続可能性を確保していくべき。

視点を踏まえた具体的対応

改革の視点に沿って、現在の改革工程表においてすでに掲げられている改革項目を確実に実施していくとともに、さらなる改革項目を追加し、検討を進めていくべき。

視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

高度・高額な医療技術や医薬品への対応			大きなリスクは共助、小さなリスクは自助		
◆	保険収載の在り方	①		薬剤自己負担の引き上げ	③
	費用対効果評価の活用	②		受診時定額負担の導入	④
			◆	ケアマネジメントの質の向上と利用者負担	⑤
				要支援者へのサービスの介護予防等事業への移行	⑥

視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（公定価格と提供体制）

公定価格の適正化・包括化			医療提供体制の改革		
◇	急性期病床の適正化（診療報酬改定）	⑦		地域医療構想の推進	⑫
	薬価制度の抜本改革	⑧	◆	外来医療・高額医療機器の配置等へのコントロール	⑬
	調剤報酬の改革	⑨	◇	地域別診療報酬の活用	⑭
◇	慢性期病床等の転換	⑩		保険者機能強化のためのインセンティブの活用	⑮
	在宅と施設の公平性の確保	⑪		頻回のサービス利用へのチェックとサービスの標準化	⑯
				在宅サービスについての保険者等の関与の在り方	⑰
			◆	介護事業所・施設の経営の効率化	⑱

視点3 高齢化や人口減少の中でも持続可能な制度としていく（給付と負担のバランス）

年齢ではなく能力に応じた負担			人口減少下の医療費増加に対しても制度の持続可能性を確保		
	後期高齢者の窓口負担	⑲	◇	支え手の減少と医療保険制度の持続可能性	⑳
◆	介護保険の利用者負担について	㉑			
	金融資産等を考慮に入れた負担	㉒			
◆	現役並み所得の判定方法	㉓			

◇は「経済・財政再生計画 改革工程表2017改定版」に掲げられた改革項目についてさらに検討を前に進めるもの、◆は新たな検討項目。
それ以外は「改革工程表」にすでに記載されているもの。

視点1

制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく

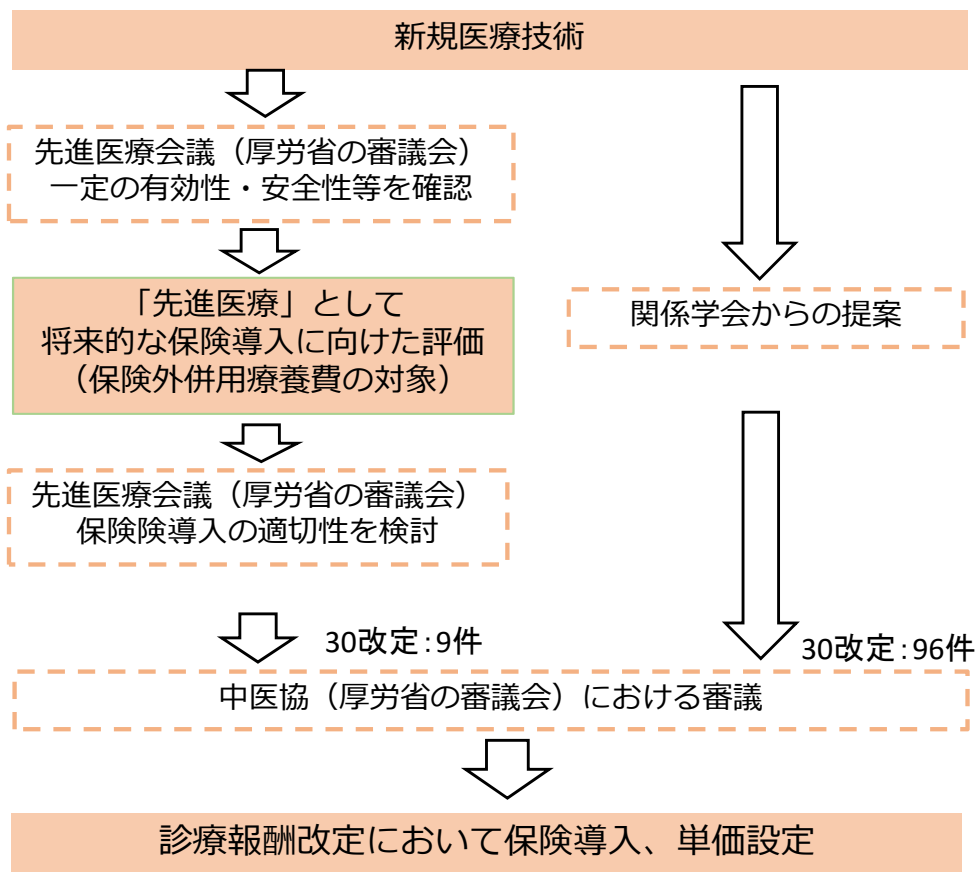
～共助の対象は何か～

- **高度・高額な医療技術や医薬品への対応**
- **大きなリスクは共助、小さなリスクは自助**

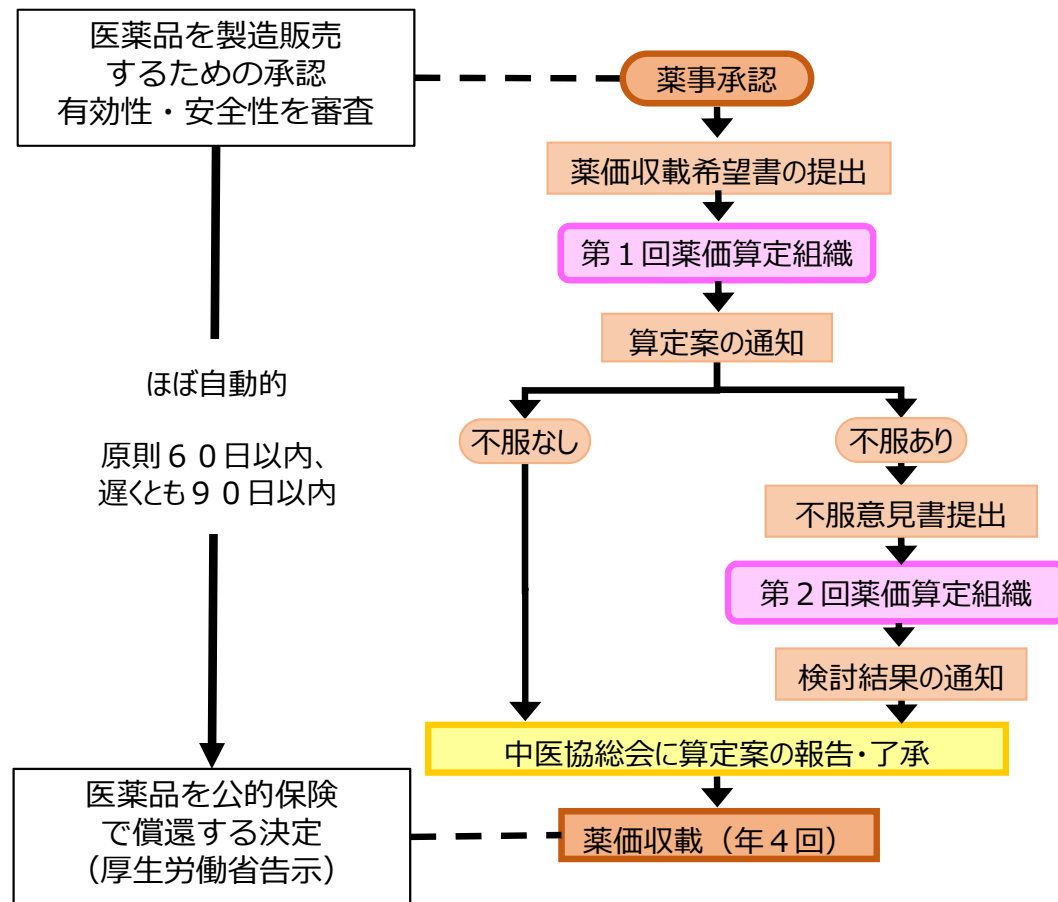
【論点】

- 現在、新たな医療技術は、診療報酬改定の際に収載されているが、収載にあたって経済性は考慮されていない。
- 医薬品については、そもそも年4回、薬事承認が行われたものは事実上すべて収載される仕組みとなっており、これによりどの程度財政影響が生じるかも十分検証されていない。
- これら保険収載の影響は、医療費の「高度化による増加」の要因になっていると考えられる。

◆医療技術の保険収載プロセス



◆医薬品の保険収載プロセス



【改革の方向性】（案）

- 新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加えて経済性・費用対効果を踏まえて公的保険での対応の在り方を決める仕組みとしていくべき。

【論点】

- 新規の医薬品等について、既存の医薬品等との関係で、「効果に比べてどの程度費用が高くなるか」「公的保険として受け入れ可能な水準か」等を評価する「費用対効果評価」の本格導入について平成30年度中に結論を得ることとされている。
- 新たな医薬品の保険償還価格は、市場価格がないため、一定の算定式に基づいて計算されるが、例えば、「原価計算方式」について、企業の提出した「原価」に営業利益分などを積み上げて価格設定されるものであり、輸入医薬品の場合には企業間の輸出入価格がそのまま「原価」とされるなど、価格水準の妥当性は明らかではない。

◆ 新薬の価格算定方法(原価計算方式の場合)

(論点)

製品製造(輸入)原価

【国内製造の場合】

【輸入品の場合】

原材料費

労務費

製造経費

輸入価格

+

販売費・研究費等

一般管理販売比率(※)45.2%が上限

営業利益

営業利益率(※)14.7%に、革新性等に応じて
-50%~0%の補正
(加算の場合は薬価全体に加算)

+

流通経費・消費税

||

薬価(※※)

- ・原価の算定根拠・内訳は非開示
- ・輸入価格は企業間取引価格を使用

- ・算定根拠・内訳は非開示

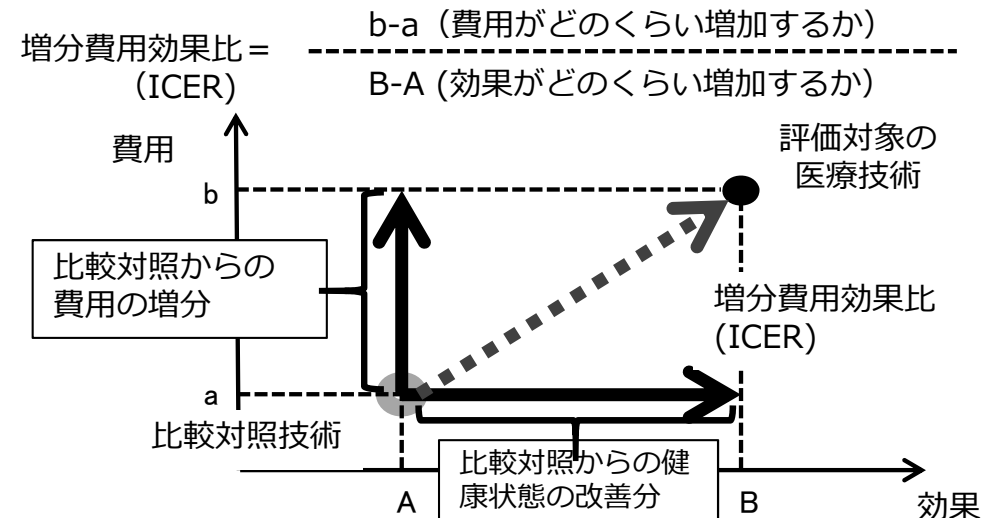
- ・高い営業利益率(製造業平均6.6%)

費用対効果が「悪い」場合、引き下げ

※ 製造業者出荷価格(原価+販売費・研究費+営業利益)に占める割合。製薬企業の平均値。
※※ 要件を満たす場合に外国平均価格調整がなされる。

費用対効果評価

- ① 比較対照からの「効果の増分」と「費用の増分」から、これまでの治療と比べた効果を1単位上げるのにかかる費用(ICER)を計算



- ② ICERが公的保険として受入れ可能な水準か、社会的・倫理的側面等も踏まえて総合評価(「アプレイザル」)

評価結果(費用対効果が「良い」か「悪い」か)

【改革の方向性】(案)

- 原価計算方式で算定された医薬品は費用対効果評価を義務付け、費用対効果が「悪い」ものについては、保険収載を見送るか、公的保険として対応するのであれば、薬価全体について償還可能な価格まで引き下げる仕組みとすべき。
- 類似薬効比較方式で算定された医薬品についても、補正加算が付される場合には費用対効果評価を義務付け、その結果に応じて薬価を引き下げるべき。
- 保険収載が見送られた医薬品等について、安全性・有効性があれば、保険外併用療養により柔軟に対応するか否かの検討も行うべき。

【論点】

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、持続可能性を確保していくうえでは、「小さなリスク」への保険給付の在り方を考えていく必要。
- また、市販品と同一の有効成分の医薬品でも、医療機関で処方されれば、自ら市販品を求めるよりも大幅に低い負担で入手が可能。セルフメディケーションの推進に逆行し、公平性も損ねている。
- なお、諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担については技術料とは異なる仕組みが設けられている。

◆ 薬剤自己負担の国際比較

日本	原則 3 割 + 高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%）（義務教育就学前：2 割、70～74歳：2 割、75歳以上：1 割）
ドイツ	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
フランス	薬剤の種類時応じて自己負担割合を設定（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
スウェーデン	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

◆ 市販品（OTC医薬品）と医療用医薬品の比較

種類	医療用医薬品				OTC医薬品	
	銘柄	薬価	3 割負担 (現役)	1 割負担 (高齢者)	銘柄	価格
湿布	AA	120円	36円	12円	A	1,008円
ビタミン剤	BB	300円	90円	30円	B	1,620円
漢方薬	CC	170円	51円	17円	C	1,296円
皮ふ保湿剤	DD	1,180円	354円	118円	D	2,634円

- ※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることに留意が必要。
- ※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
- ※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。

【改革の方向性】（案）

- 薬剤自己負担の引上げについて、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や一定額までの全額自己負担といった諸外国の例も参考としつつ、市販品と医療用医薬品とのバランス、リスクに応じた自己負担の観点等を踏まえ、速やかに具体的内容を検討し、実施すべき。

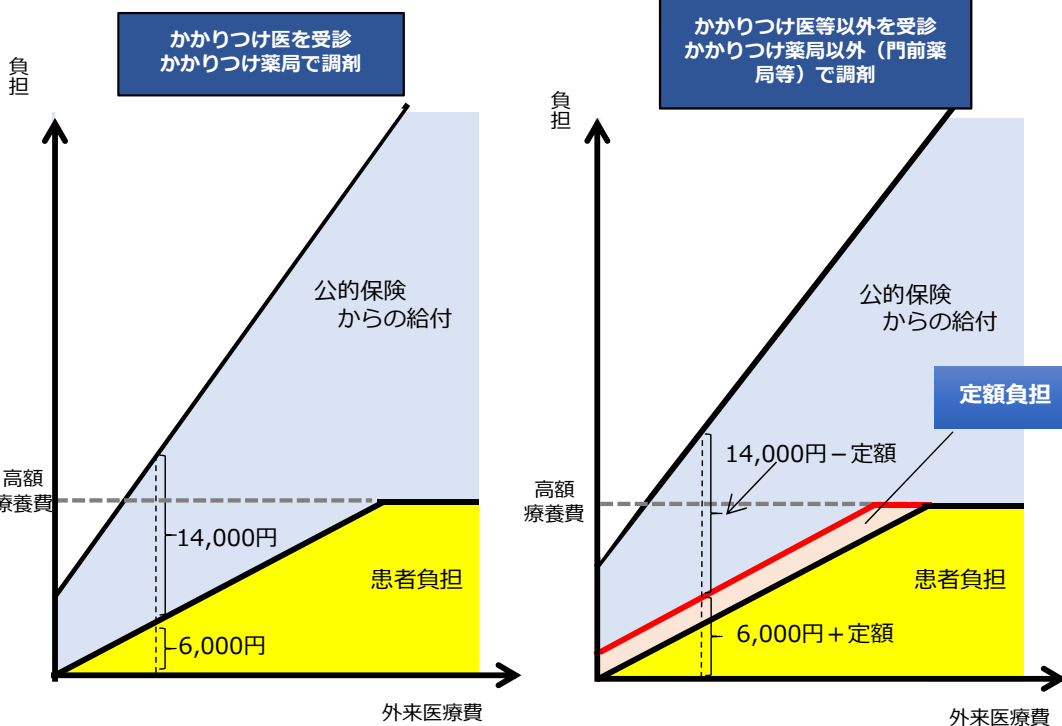
【論点】

- 諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点からも、比較的軽微な受診について、一定の追加負担は必要なのではないか。
- また、効率的で質の高い医療を提供する上で、かかりつけ医やかかりつけ薬局へ患者の受診行動を一定程度誘導する必要があるが、患者と医療機関等とで逆方向のインセンティブとなる「診療報酬での評価」などと比べて、定額負担は有効な手段。

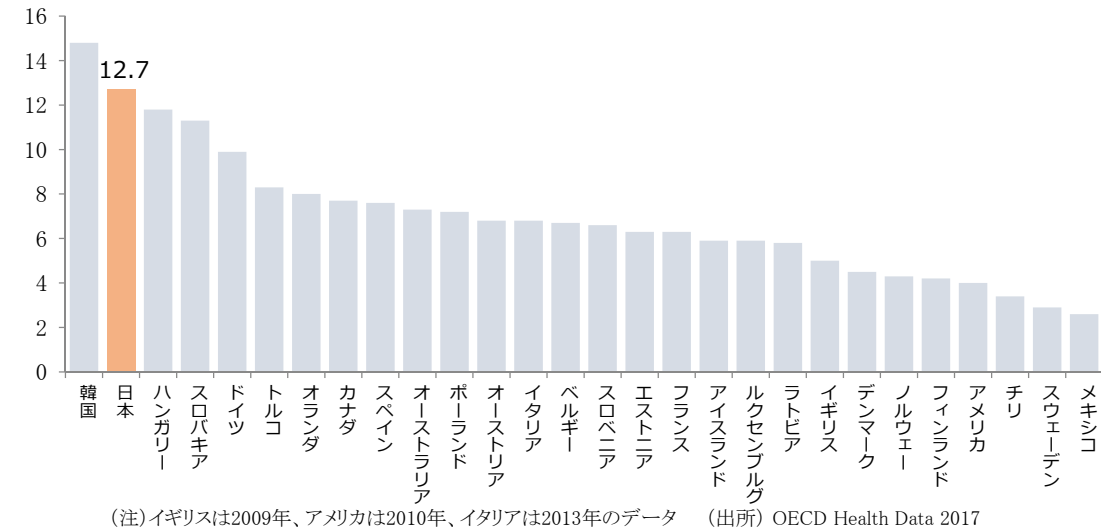
◆ 受診時定額負担のイメージ

外来医療費 = 初診料 (2,820円) + 検査 + 画像診断 + 処置 + 薬剤 (処方費、医薬品費)

外来医療費20,000円の場合



◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2014年)



◆ かかりつけ薬局に患者を誘導する政策

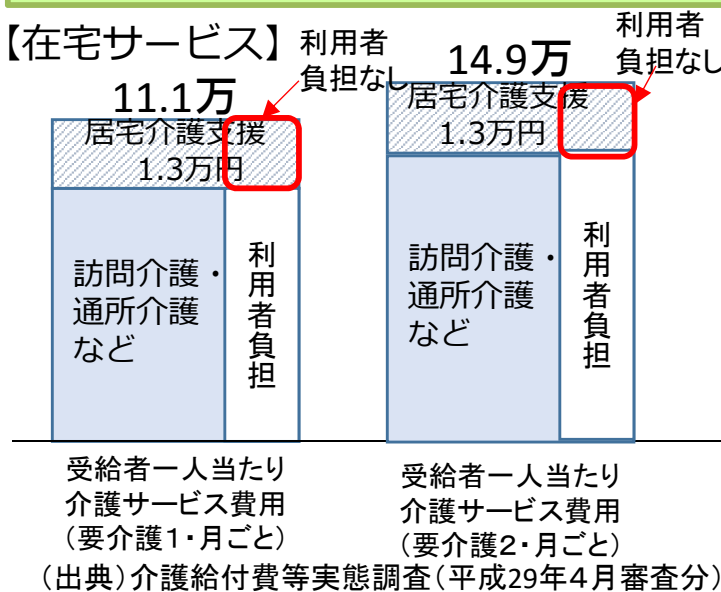
	薬局の収入	患者負担		保険財政
		かかりつけ薬局	かかりつけ薬局以外	
かかりつけ薬局の報酬引上げ	かかりつけ薬局の収入増加	高	低	給付増 負担増
かかりつけ薬局以外を受診した場合に定額負担	不変	低	高	給付減 負担減

【改革の方向性】 (案)

- 制度の持続可能性の観点から、少額の受診に一定程度の追加負担を求めていくべき。
- その際、かかりつけ医やかかりつけ薬局への患者の誘導策として定額負担に差を設定することについても、検討を進めるべき。

【論点】

- 介護保険サービスの利用にあたっては一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点などから利用者負担が設定されていない。
- ケアマネジメントの主な業務は、初回のケアプラン作成の後、毎月のモニタリング（要支援は3か月ごと）と数か月ごとの評価やケアプランの変更等となる。こうした業務については利用者負担がないことで利用者側からケアマネジャーの業務の質についてのチェックが働きにくい構造になっていると考えられる。
- また特養などの施設サービス計画の策定等に係る費用は基本サービス費の一部として利用者負担が存在。既に一定の利用者負担の下に介護サービスが利用されていることを踏まえれば、居宅介護支援への利用者負担は、サービスの利用の大きな障害にはならないと考えられる一方、利用者が、より一層ケアマネジャーの質のチェックを行っていくことに資すると考えられる。

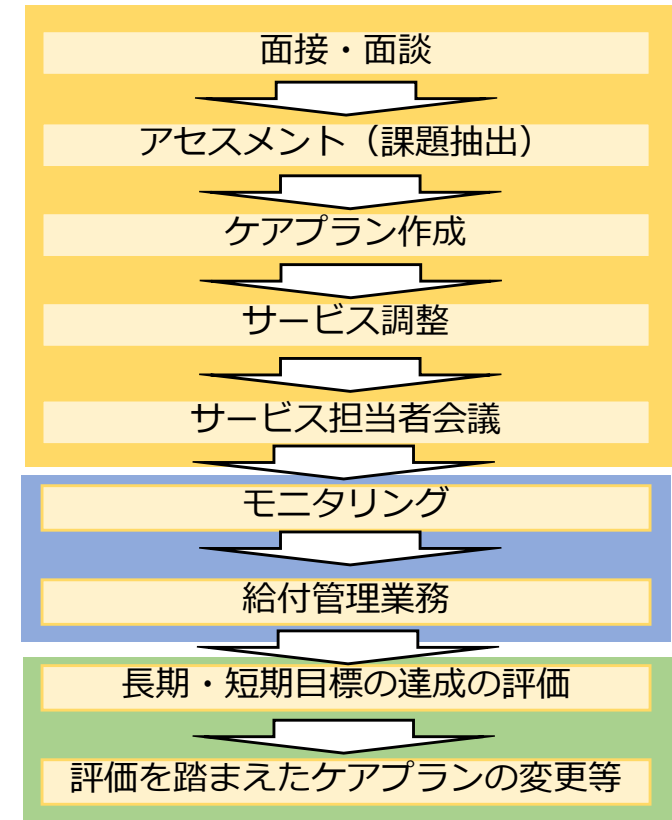


【ケアプランを変更した割合】 （平成28年9月中）

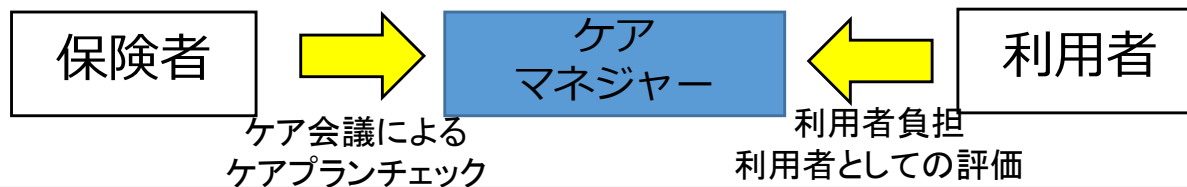
全体	新規作成	変更	新規作成・変更なし	無回答
3,473	191 5.5%	600 17.3%	2,605 75.0%	106 3.1%

（出典）平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成28年度調査）

【ケアマネジャーの主な業務の流れ】



【イメージ】



【改革の方向性】（案）

- 保険者におけるケアプランチェックと相まってケアマネジメントの質の向上を図る観点から、居宅介護支援に利用者負担を設ける必要。

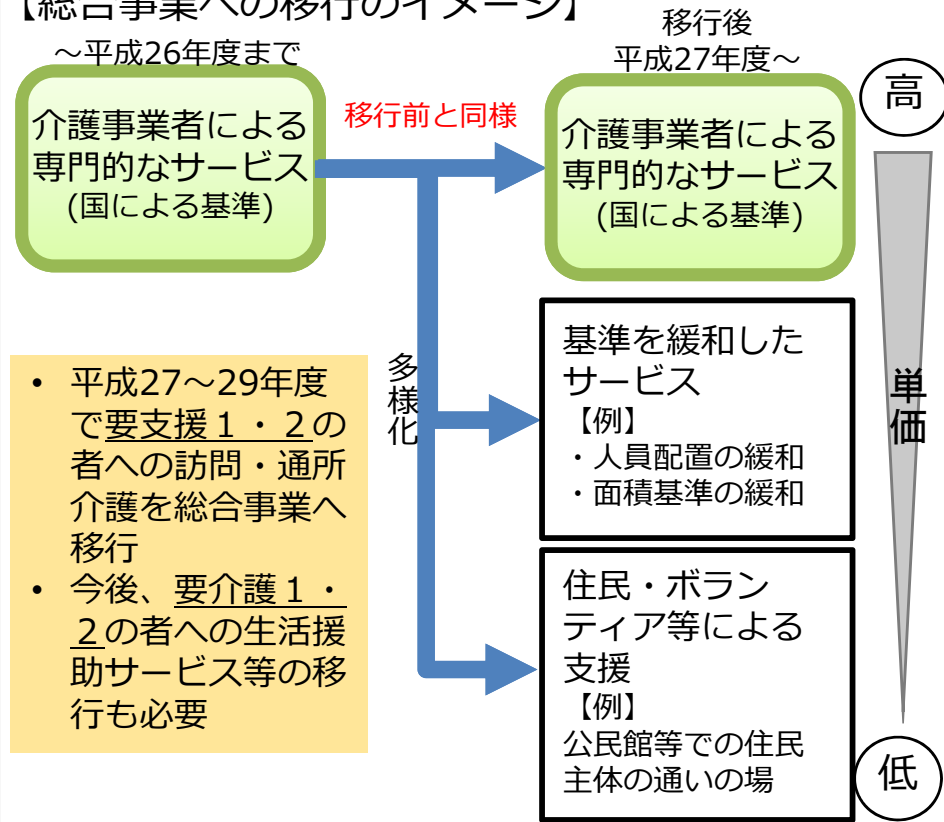
軽度者へのサービスの地域支援事業への移行について

⑥

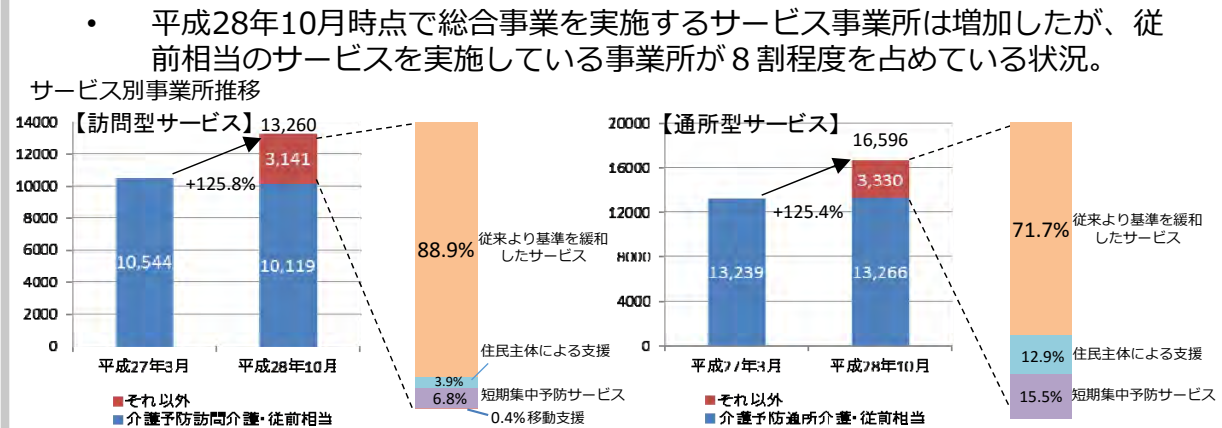
【論点】

- 軽度者（要支援、要介護1・2）は生活援助サービスの利用割合が大きい、こうした生活支援に関わるサービス等は、国による一律の基準によるサービス提供よりも、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供が望ましい。
- 平成27年度から要支援者に対する訪問・通所介護は、介護予防・日常生活支援総合事業に移行し、利用者の状態像や地域の実情に応じて、国による基準に基づく専門的なサービスだけでなく、基準を緩和したサービスや住民主体のサービスを実施する方向。
- 平成29年度に全市町村が総合事業へ移行しているが、総合事業を実施している事業所で見ると、まだ多くが移行前と同様の国による基準に基づくサービスの実施にとどまっている。

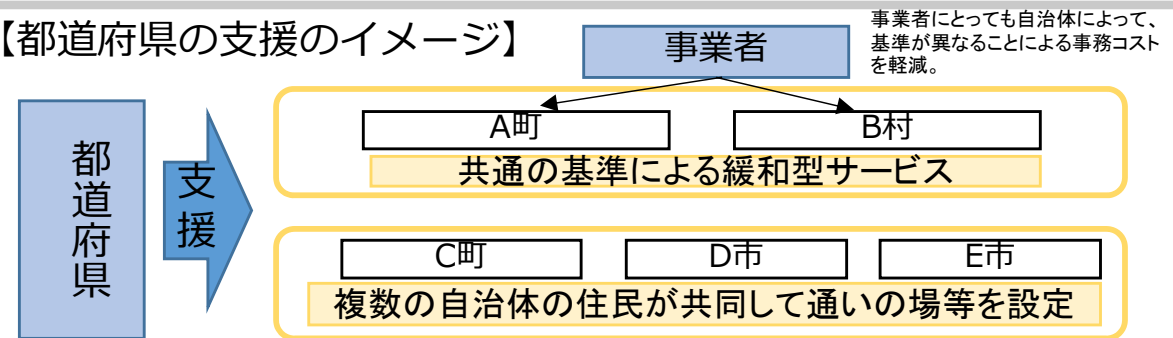
【総合事業への移行のイメージ】



【総合事業への移行状況】



【都道府県の支援のイメージ】



【改革の方向性】（案）

- 今後、先行した自治体の例も踏まえ、一定の時期までに利用者の実情によって専門的なサービスが必要な特段の場合を除き、基本的に緩和型や住民主体のサービスに移行するなどの方針を国において定めることで、一層の総合事業の推進を図るべき。
- その際、単独では緩和型サービスの基準や住民主体の取組の企画・策定が難しい自治体にあっては、都道府県が積極的に支援することにより、複数自治体にまたがる事業の実施も検討する必要がある。
- また、残された要介護1・2の者の生活援助サービス等の更なる地域支援事業への移行も進めていく必要。

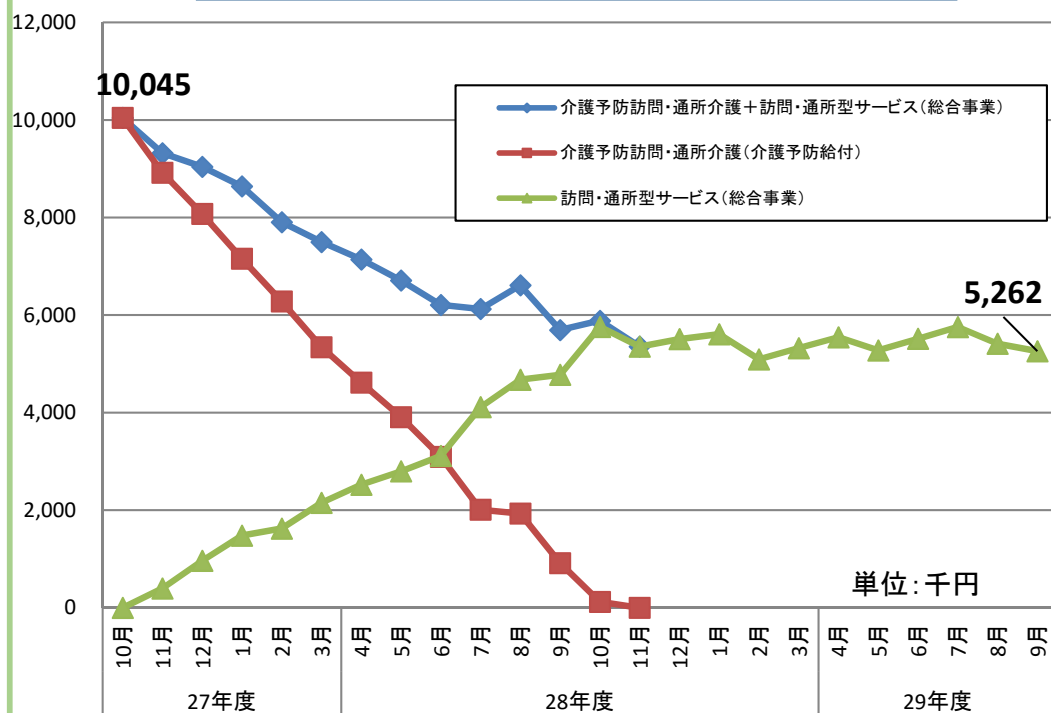
(参考)武蔵野市における取組み

- 武蔵野市においては、総合事業（訪問・通所サービス）の実施について、新規の利用者については要介護認定を行った上で、従来の介護予防給付利用者は更新時に、市独自の緩和した基準によるサービスへの移行を進めており、要支援者に対する訪問・通所サービスの支給額は平成27年10月以降、4割程度減少。
 - ※ 利用者の状況に応じ必要な場合は、専門的なサービス（予防給付相当）の利用あり。
 - ※ 武蔵野市では市独自の研修を実施して、修了者を「武蔵野市認定ヘルパー」として認定。
 - ※ 武蔵野市独自の緩和した基準によるサービスでは、従来の介護予防給付の1か月毎の包括報酬から1回毎の実績払いの単価に設定（「いきいきサロン」の利用等により、包括報酬の前提だった利用回数を下回ることによって結果として、給付費が減少するものと推測（今後、詳細な分析が必要））。
- 一方で、市の一般財源を用いて「テンミリオンハウス」や「いきいきサロン」といった住民参加型の多様なサービスを提供。

武蔵野市の取組みイメージ

要介護の高齢者	要支援の高齢者	要支援・それ以外の高齢者
・介護保険給付	・介護予防給付 ・訪問・通所については総合事業へ	・テンミリオンハウス ・いきいきサロン ・移送サービス など
認知症相談事業・認知症サポーター養成講座など		

総合事業（介護保険財源）



テンミリオンハウス（市の一般財源）

実施主体： 地域住民団体、NPO法人等
 参加者： 概ね65歳以上の高齢者
 利用時間： 概ね月～土曜日の10時～16時
 活動場所： 遺贈された物件、空き家、市有施設等

（8か所）
 活動内容： 手芸、書道、体操
 健康麻雀、世代間交流、
 緊急ショートステイ、
 昼食あり

補助内容： 年間1,000万円を上限



いきいきサロン（市の一般財源）

実施主体： 地域住民団体、NPO法人・民間事業者等
 参加者： 概ね65歳以上の高齢者
 開催頻度： 週1回以上2時間程度
 活動場所： 5名以上集まる場所（市内17か所）
 活動内容： 介護予防・認知症予防のプログラム
 （脳トレや軽体操等）を実施

補助内容：
 消耗品費・講師謝礼など： 年間上限20万円
 開設時の備品購入など： 上限10万円
 開設時の建物修繕工事等： 1/2補助上限30万円

※ この他、有償ボランティアを活用した移送サービスや健康づくりの事業など様々な取組みが行われている。