

視点 2：保険給付の効率的な提供

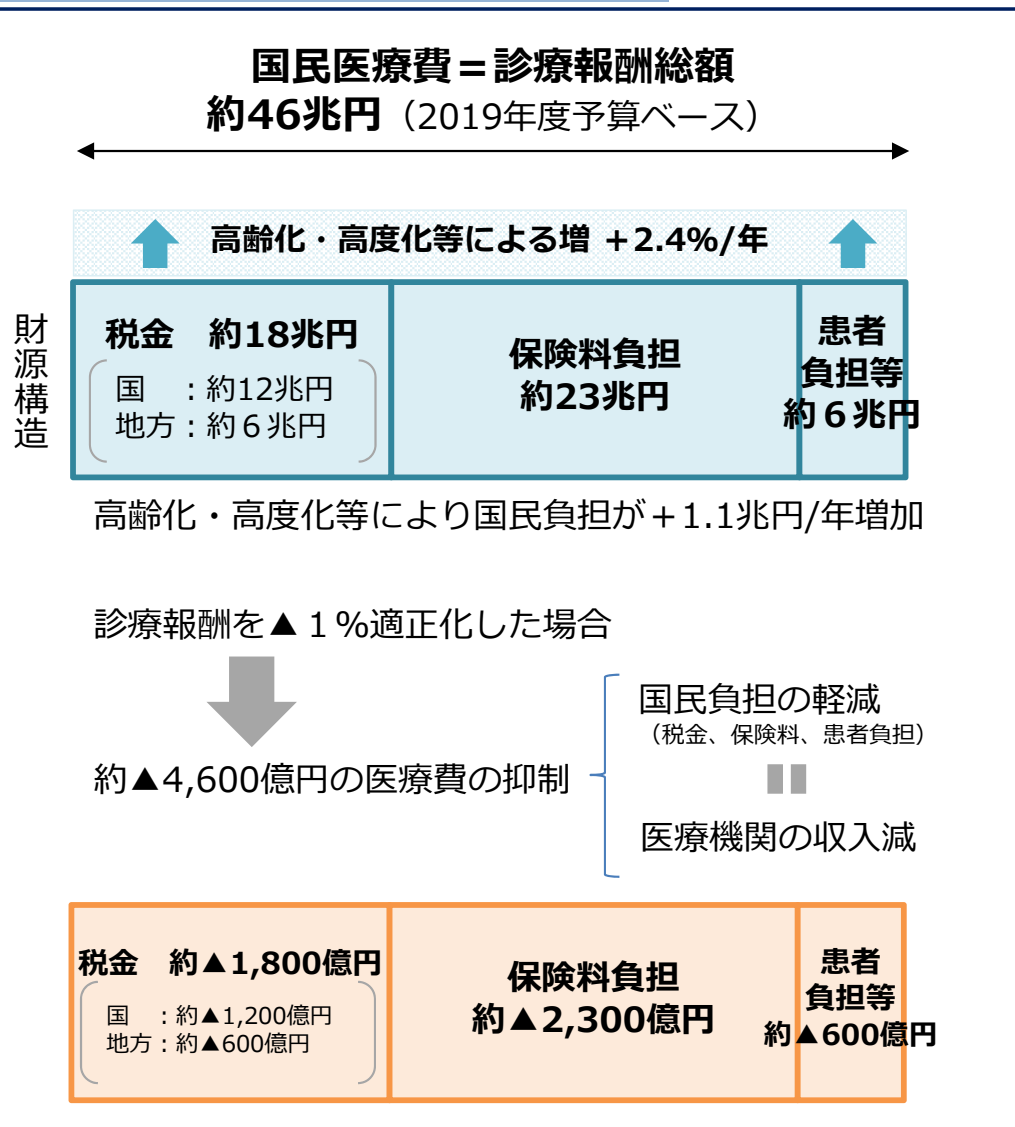
① 医療・介護提供体制の改革

- 国民健康保険の更なる改革
- 病床に係る医療提供体制の改革

② 公定価格の適正化

- 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、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬の合理化・適正化等を進めていく必要。

医療費の構造



これまでに取り組んできた主な事項

- **診療報酬本体**
 - ・ 急性期や長期療養に係る入院基本料の評価体系の見直しなど、機能に応じた適切な評価を実施
- **薬価制度の抜本改革**
 - ・ 革新性・有用性に着目した新薬創出等加算の見直しや、費用対効果評価制度の本格的導入等を実施
- **調剤報酬**
 - ・ いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化を実施

今後の主な改革の方向性

- **診療報酬の合理化・適正化** p. 60
 - ・ 高齡化・高度化等により医療費が毎年増加している中、国民負担の増加を抑制する観点から診療報酬の合理化・適正化が必要
- **薬価・調剤報酬** p. 61-p. 63 p. 64-p. 65
 - ・ 毎年薬価調査・毎年薬価改定の実施など薬価抜本改革の残された課題を着実に進めるとともに、調剤報酬についても薬局の多様なあり方や経営環境を踏まえた見直しを実施

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が、患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬のうち、
 - ① 医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）については、2年に1度、個別の診療行為の公定価格が見直されている（診療報酬改定）。
 - ② 薬の値段等の「物の価格評価」（薬価）については、従来は2年に1度の見直しであったが、今後、市場実勢価格をより適時に反映する観点から、毎年価格を見直し（薬価制度の抜本改革）。
- 診療報酬本体は、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、中央社会保険医療協議会において、初再診料、各種入院基本料、各種検査・手術など5千以上の診療報酬項目の点数設定や算定条件について審議を行い、改定がなされる。

診療報酬本体
検査・手術・入院等の
医療行為の公定価格
(技術・サービスの評価)



2年に1度、診療報酬改定
(公定価格の見直し)

薬価
処方や投薬などで使用される
医薬品の価格
(物の評価)

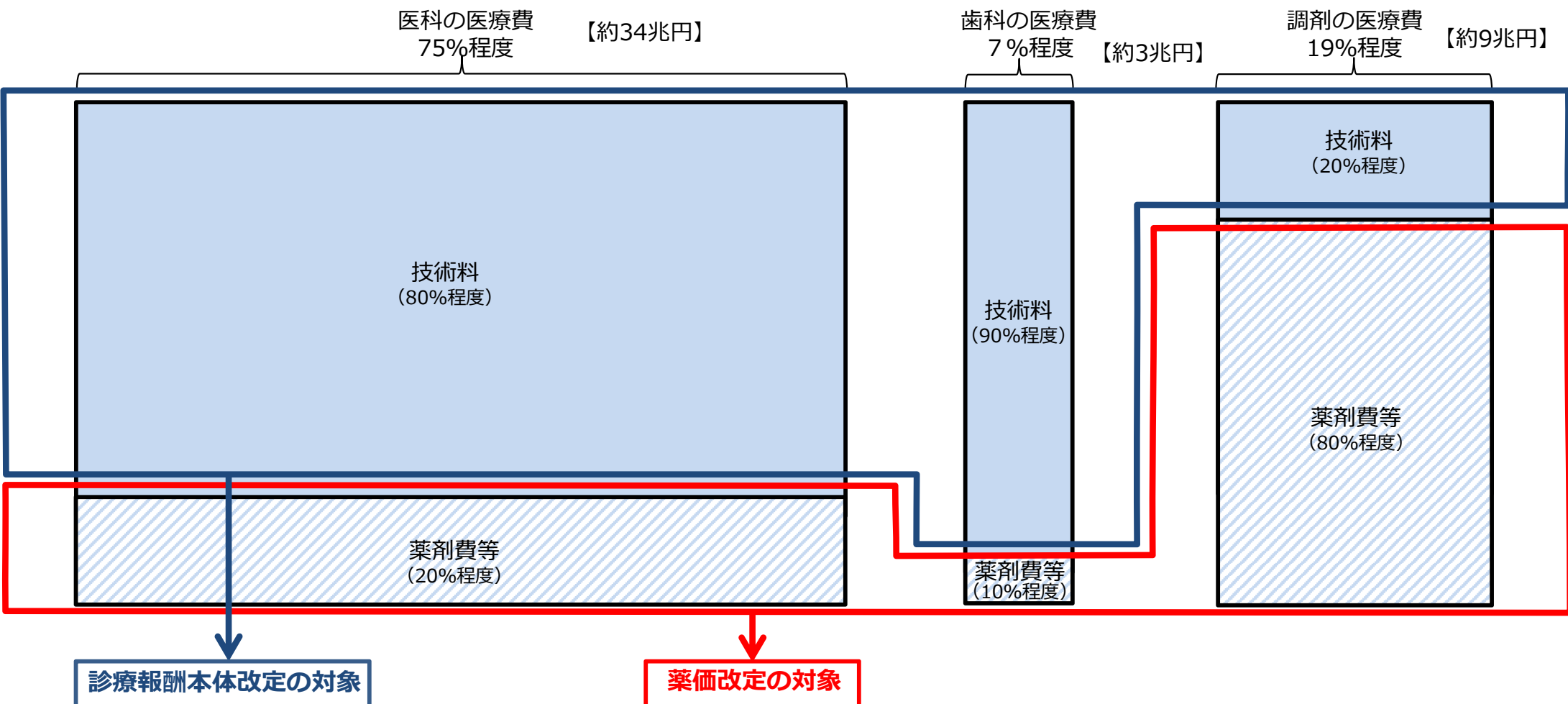


市場実勢価格を予算編成に反映
(毎年、価格を見直し)

※ 製薬企業→卸→医療機関の取引により、客観的な市場実勢価格が存在

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
 - 診療報酬は、①医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）と、②薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）からなっており、個々の技術・サービスを点数化して表示（1点は10円）。
- （例）初診料：282点（2,820円） 急性期一般入院料1：1,591点／日（15,910円／日）

薬価改定・診療報酬本体改定の対象範囲（イメージ）



※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。
 【 】の数字は、2019年度予算ベースの国民医療費（約46兆円）を上記の構成比で機械的に分割した値。

診療報酬（本体）改定率・薬価等改定率

公定価格

（年度）

	1989 (H元)	1990 (H2)	1992 (H4)	1994 (H6)	1996 (H8)	1997 (H9)	1998 (H10)	2000 (H12)	2002 (H14)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	(+0.65%)	▲2.7%	▲2.5%	▲2.12%	▲2.6%	▲0.87% (+0.45%)	▲2.8%	▲1.7%	▲1.4%
診療報酬 本体改定率(B) (自然増への上積み)	(+0.11%)	+3.7%	+5.0%	+4.8%	+3.4%	+1.25% (+0.32%)	+1.5%	+1.9%	▲1.3%
(A)+(B)	(+0.76%)	+1.0%	+2.5%	+2.7%	+0.8%	+0.38% (+0.77%)	▲1.3%	+0.2%	▲2.7%

	2004 (H16)	2006 (H18)	2008 (H20)	2010 (H22)	2012 (H24)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2019 (H31)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	▲1.0%	▲1.80%	▲1.2%	▲1.36%	▲1.375%	▲0.63% (+0.73%)	▲1.33% 〔▲1.52%〕 〔▲1.82%〕	▲1.45% 〔▲1.74%〕	▲0.48% (+0.47%)
診療報酬 本体改定率(B) (自然増への上積み)	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%	+0.73% (+0.63%)	+0.49%	+0.55%	+0.41% (+0.41%)
(A)+(B)	▲1.0%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+0.004%	+0.1% (+1.36%)	▲0.84%	▲0.90%	▲0.07% (+0.88%)

※（ ）内は、消費税対応分。（注1）2016年度の〔 〕書き(中段)には、市場拡大再算定(通常分)を含む。

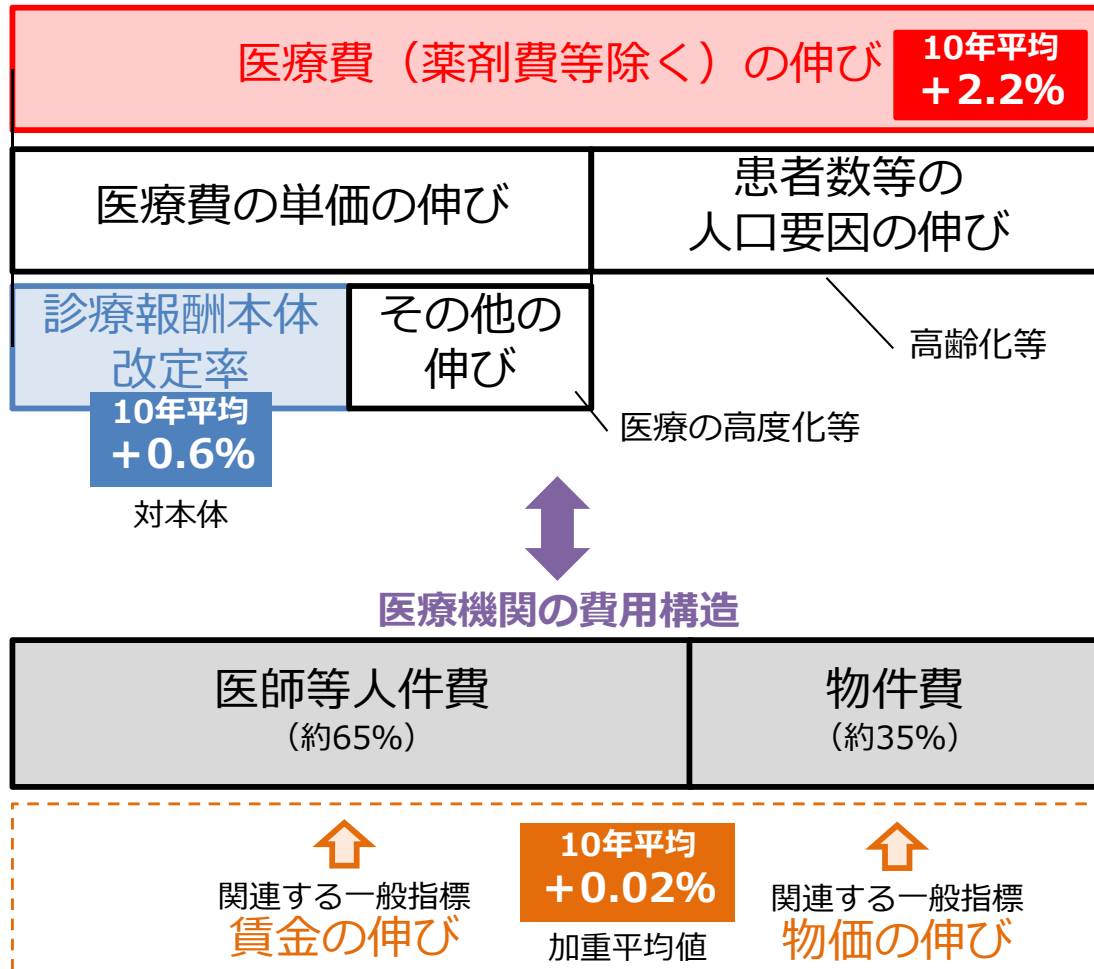
（注2）2016年度及び2018年度の〔 〕書き(下段)には、市場拡大再算定(通常分)及び新たに行われた制度改革の影響を含む。

医療費の伸びの構造

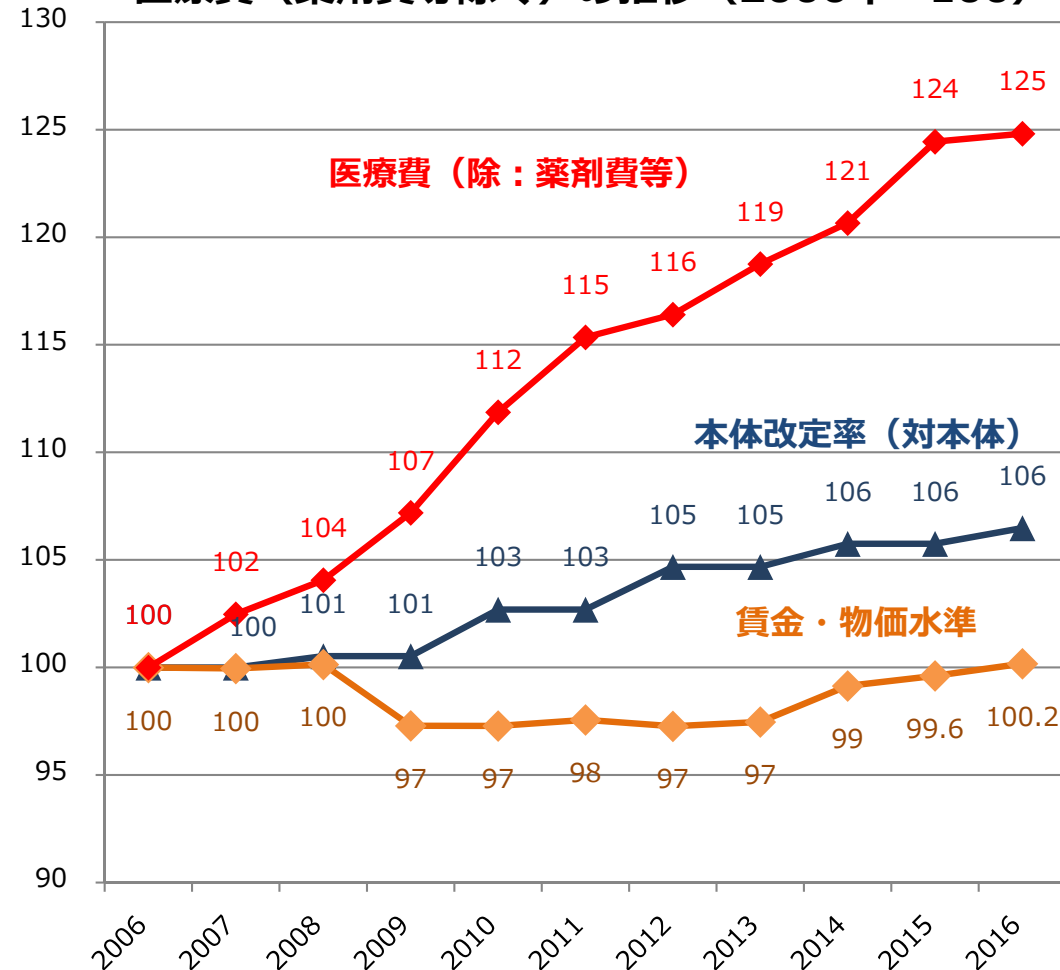
公定価格

- **医療費（薬剤費等除く）の伸び**は、「医療費の単価の伸び」と「患者数等の人口要因の伸び」で構成され、全体として医療機関の収入増となって、人件費や物件費（薬剤費等除く）を賄っている。
- 「医療費の単価の伸び」の一部を構成する「診療報酬本体改定率」は、一般的な人件費や物件費の伸びを示す「賃金・物価の伸び」の加重平均値（医療機関と同じ費用構造にある場合の一般企業のコスト）の近年の増加率よりも大きい。
- 「その他の伸び」と「患者数等の人口要因の伸び」を加えた「**医療機関の収入の伸び**」はさらに大きく上回る水準となっている。

医療機関の収入の伸び



医療費（薬剤費等除く）の推移（2006年=100）



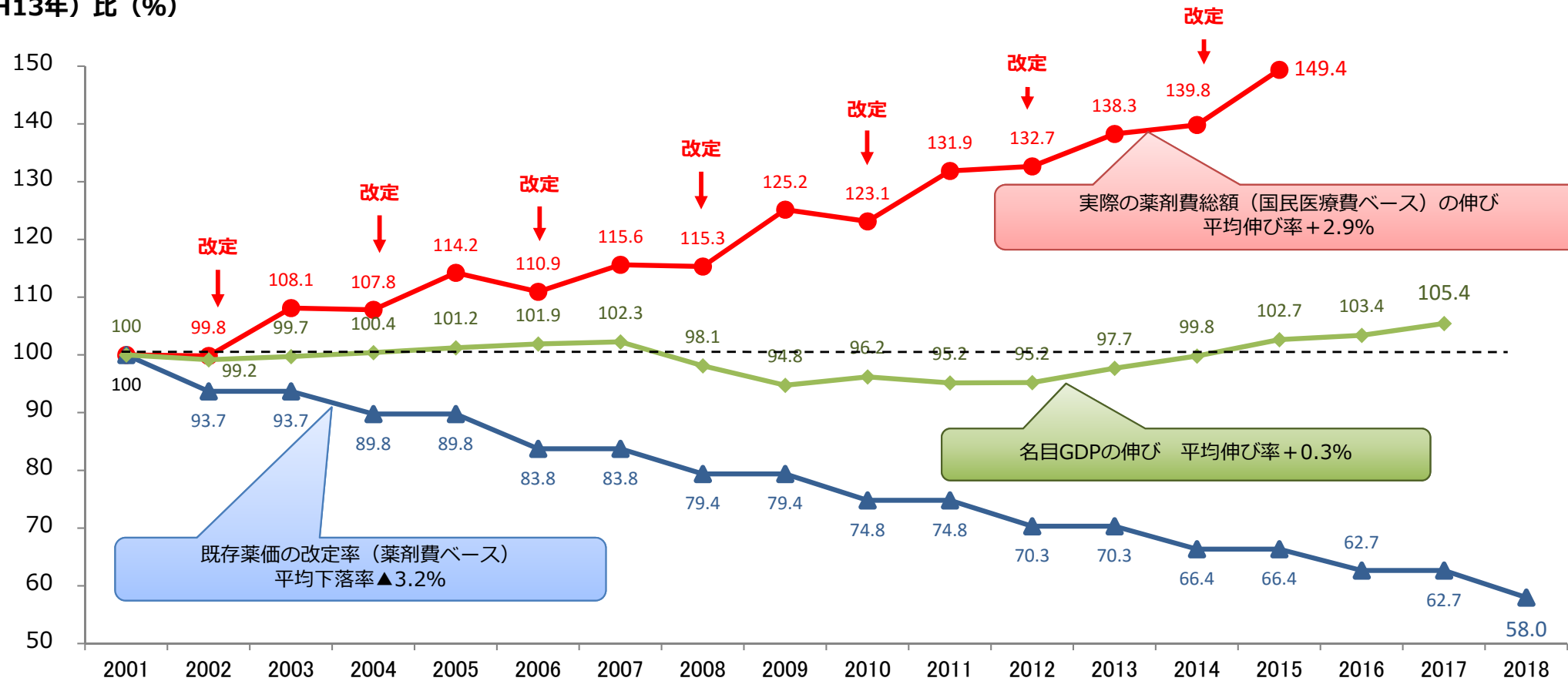
既存薬価の改定率と実際の薬剤費総額の推移

公定価格

- 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や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おり、その伸びは名目GDP成長率を大きく上回っている。

※ 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ている（年4回・近年の平均は約90品目／年度のペース）。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 (品目ベース)	68	45	39	38	24	78	60	90	55	112	61	88	69	124	70	108	55	96
改定率（％）		▲6.3		▲4.2		▲6.7		▲5.2		▲5.75		▲6.00		▲5.64		▲5.57		▲7.48

※1 2018年10月31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。

【論点】

- 国民負担の軽減に引き続き取り組むとともに、患者にとっての個々の医薬品の画期性や有用性を見極めてイノベーションを適切に評価していくことが重要。財政措置のみに頼るのではなく、研究開発環境の改善、創薬コスト低減や産業構造転換といった対応も併せて重要。

主な改革事項

新薬創出等加算の抜本的見直し

- ・ 対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み
(約920品目*→約540品目) * 現行制度が継続した場合
- ・ 企業指標：**企業指標**(革新的新薬の開発等)の**達成度に応じた加算**

効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- ・ 対象：**350億円以上*** ・ 頻度：**年4回**(新薬収載の機会)
- * 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

新薬のイノベーション評価の見直し

- ・ 加算対象範囲(類似薬のない新薬)
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**
(製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定)

外国平均価格調整の見直し

- ・ 米国参照価格リスト
：メーカー希望小売価格 → **公的制度の価格リスト**

費用対効果評価の導入

- ・ **財政影響が大きい**一定の新規収載品・既収載品を対象に導入
(市場規模：新規収載品50億円以上、既収載品1,000億円以上)

(参考) 日本創薬力強化プラン2019

566億円(2019年度当初・厚生労働省計上分)

- ・ がんゲノム医療の実現など日本初のシーズが生まれる研究開発環境の改善
- ・ 薬事規制改革等を通じたコスト削減と効率性向上
- ・ 日本初医薬品の国際展開の推進
- ・ 医療分野の研究開発 等

今後の検討事項

毎年薬価調査・薬価改定

- ・ 対象範囲：全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**2020年中に設定**

新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の取扱いの見直し 長期収載品の段階的な価格引き下げまでの期間の在り方等

⇒ **次期薬価改定に向けて検討**

【改革の方向性】(案)

- 薬価制度の抜本改革のうち、残された検討課題について、スケジュールに沿って着実に検討を進めていくべき。
- イノベーションの推進に向けて、様々な施策も活用しつつ、創薬コストの低減、製薬企業の費用構造の見直しや業界再編に取り組むべき。

薬価制度の抜本改革(毎年薬価調査・毎年薬価改定)

公定価格

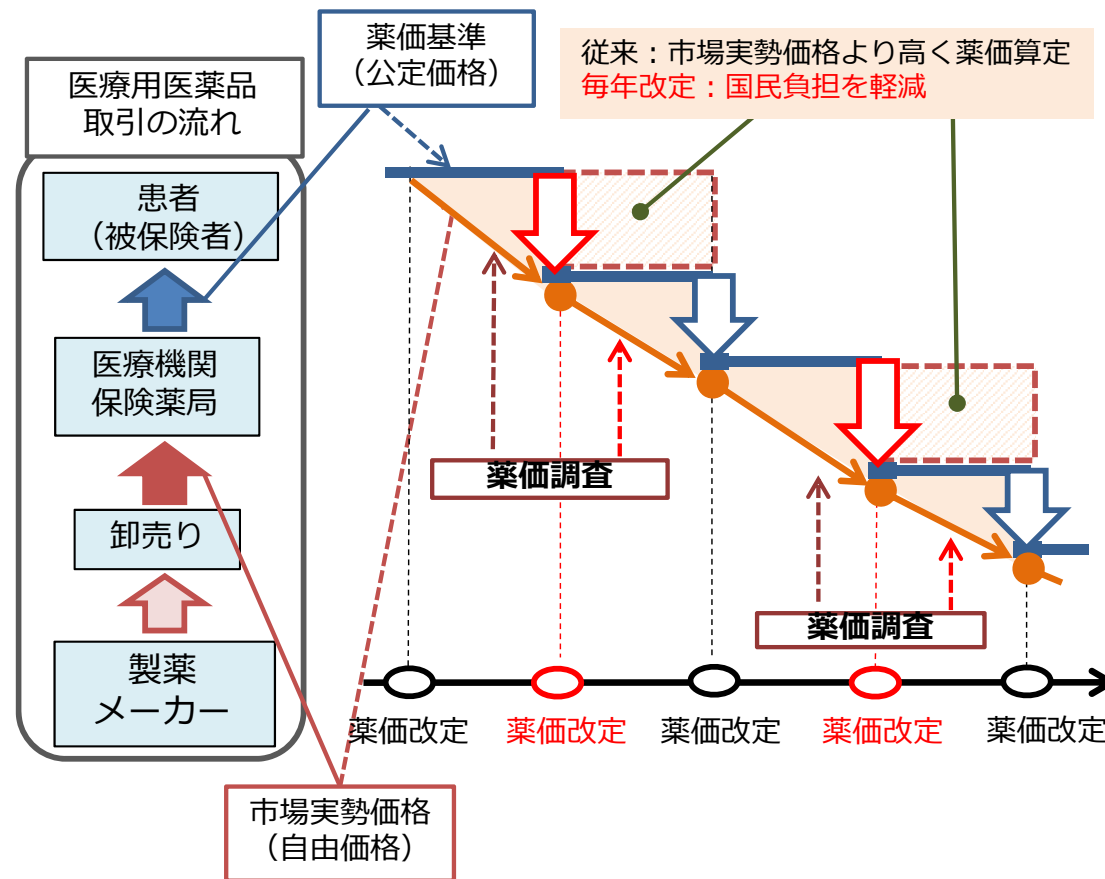
【論点】

- 医療用医薬品は、数量ベースと金額ベースでは内訳が大きく異なる。品目数や数量ベースでは後発医薬品が最大であるが、金額ベースでは半分程度を「後発品のない先発品」が占める。
- また、先発品は薬価水準が高いため、薬価と市場価格の乖離額が大きくても、乖離率は相対的に小さくなる。

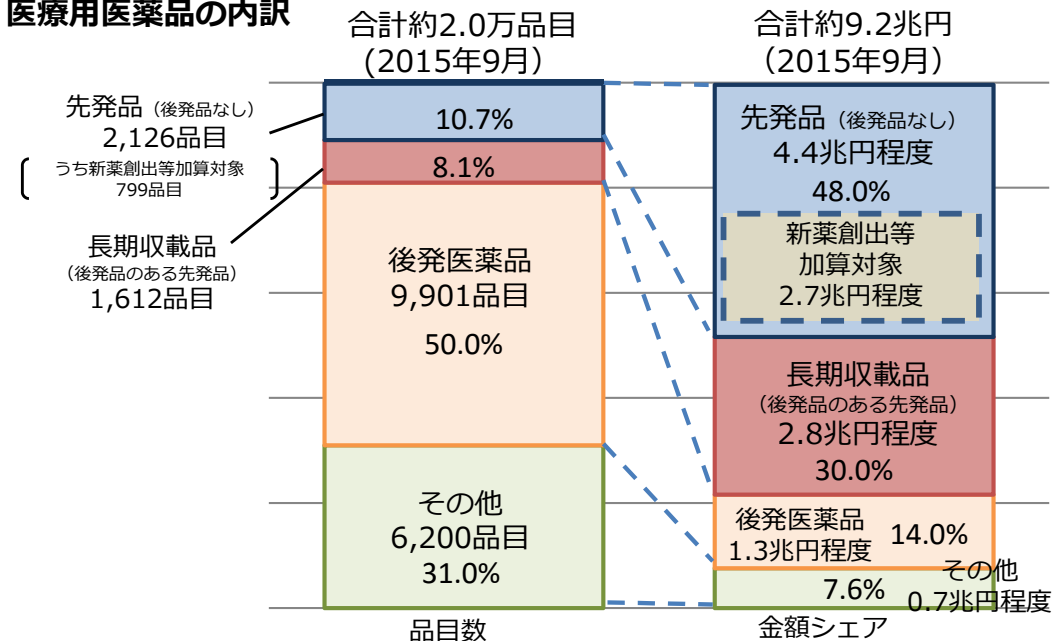
「経済財政運営と改革の基本方針2018」における記載

毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。

◆毎年改定のイメージ(赤字：今般新たに追加)



◆医療用医薬品の内訳



(出所) 2016年12月7日経済財政諮問会議 厚生労働省提出資料を基に作成

◆新薬と後発品薬価の価格変化と乖離率

	価格例	▲1円	▲5円	▲10円	▲15円
新薬	885円	▲0.11%	▲0.56%	▲1.13%	▲1.69%
後発品	100円	▲1%	▲5%	▲10%	▲15%

(出所) 2017年9月薬価調査結果における薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェアを基に作成

【改革の方向性】(案)

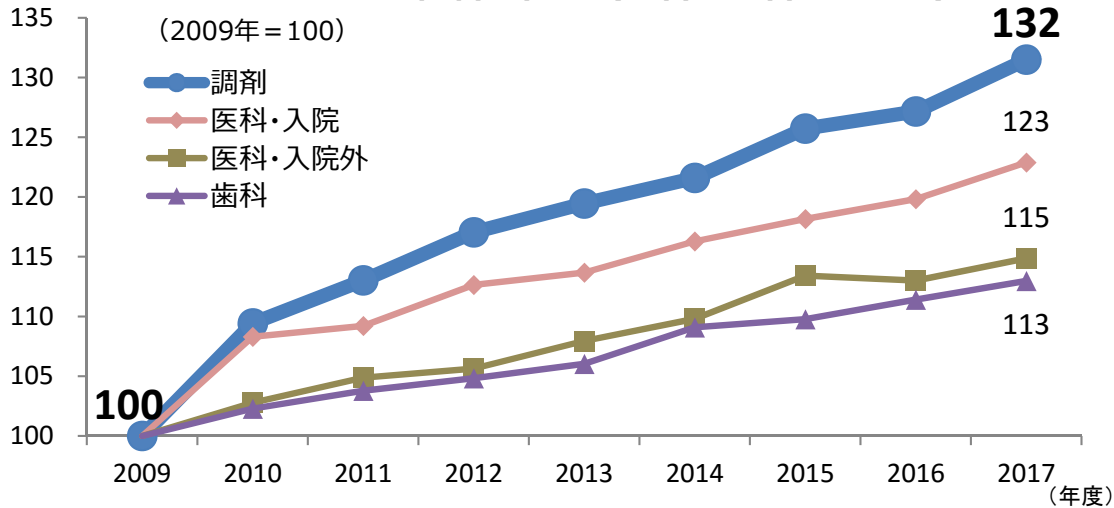
- 2021年度における薬価改定の対象範囲については、金額ベースで見て国民負担の軽減に十分につながるようなものとすべき。

【論点】

- 調剤医療費のうち薬剤料等を除いた技術料部分の伸びは、医薬分業の進展による処方せん枚数の増加のみならず、処方せん1枚当たりの単価の増加により、入院医療費や外来医療費と比較して大きいものとなっている。
- 調剤基本料は、基本的に集中率と処方せん受付回数に応じて設定されているが、2018年度診療報酬改定においてはいわゆる大型門前薬局に係る調剤報酬の引下げを実施。

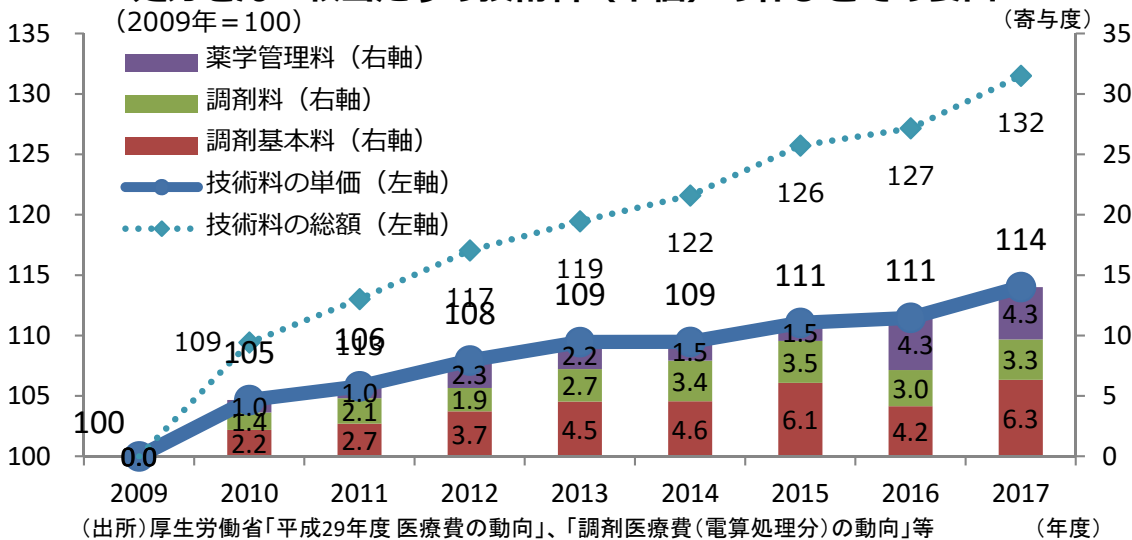
診療種類別の技術料の伸び（医科・歯科は推計値）

(2009年 = 100)

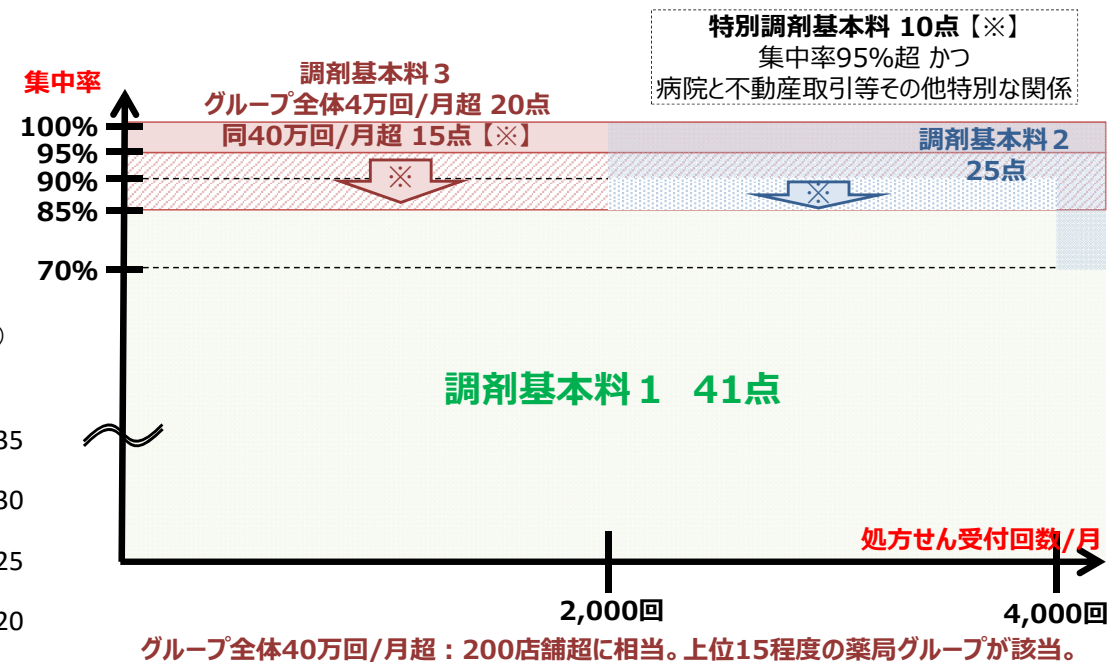


処方せん1枚当たりの技術料（単価）の伸びとその要因

(2009年 = 100)



調剤基本料の構造（※は2018年度改定による創設・拡大）



【論点】

- 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：90円）とされている一方で、院外処方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。
- 今日の業務の実態や技術進歩（P T P包装の一般化、全自動錠剤分包機の普及などの調剤業務の機械化等）を踏まえれば、調剤料の水準を全体として引き下げるとともに、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調剤料の仕組みを見直すべき。累次の改定においても、こうした観点からの見直しはごく一部にとどまっており、更なる引下げを行うべき。
- 薬剤師の業務を対物業務から対人業務中心へシフトさせていく中で、かかりつけ機能が必要となる患者の範囲やかかりつけ機能の評価方法なども含め、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料といった調剤報酬全体の体系のあり方についても見直しを行っていくべき。

◆ 投与日数や剤数に応じた調剤料の設定のあり方

◎ 調剤料（内服薬）〔0.8兆円〕

1剤につき

（赤字は、2018改定後←2018改定前←2016改定前）

イ. 14日分以下

(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 50円

(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 40円

ロ. 15日分以上21日分以下

670円←700円←710円

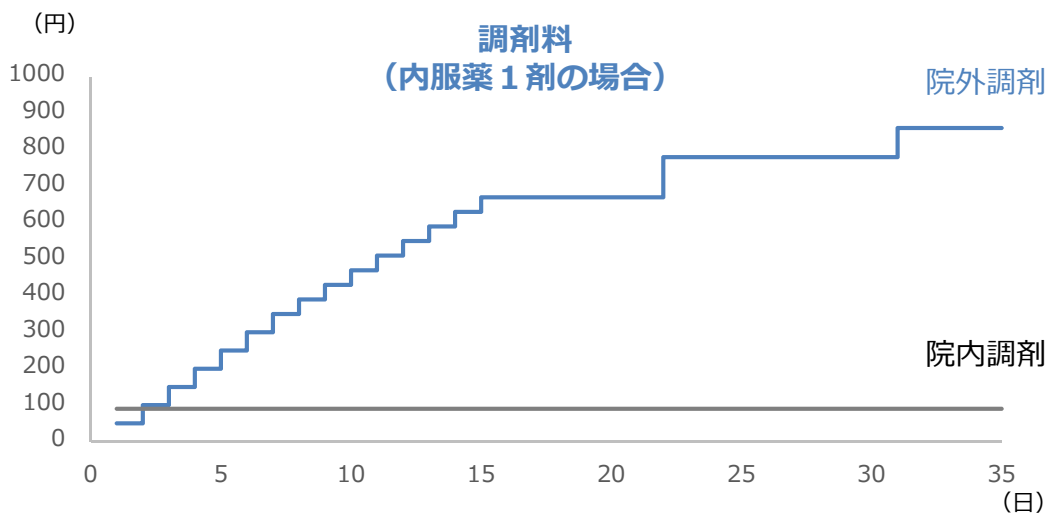
ハ. 22日分以上30日分以下

780円←800円←810円

ニ. 31日分以上

860円←870円←890円

※服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。



◆ 調剤業務のあり方について（抜粋）

（2019年4月2日付 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）

- 調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、以下のいずれも満たす業務を**薬剤師以外の者が実施することは、差し支えない**こと。なお、この場合であっても、調剤した薬剤の最終的な確認は、当該薬剤師が自ら行う必要があること。
 - ・当該薬剤師の目が現実届く限度の場所で実施されること
 - ・薬剤師の薬学的知見も踏まえ、処方箋に基づいて調剤した薬剤の品質等に影響がなく、結果として調剤した薬剤を服用する患者に危害の及ぶことがないこと
 - ・当該業務を行う者が、判断を加える余地に乏しい機械的な作業であること
- 具体的には、調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、当該薬剤師の目が届く場所で薬剤師以外の者が行う**処方箋に記載された医薬品（P T Pシート又はこれに準ずるものにより包装されたままの医薬品）の必要量を取り揃える行為、及び当該薬剤師以外の者が薬剤師による監査の前に行う一包化した薬剤の数量の確認行為**については、**上記1に該当するもの**であること。

【改革の方向性】（案）

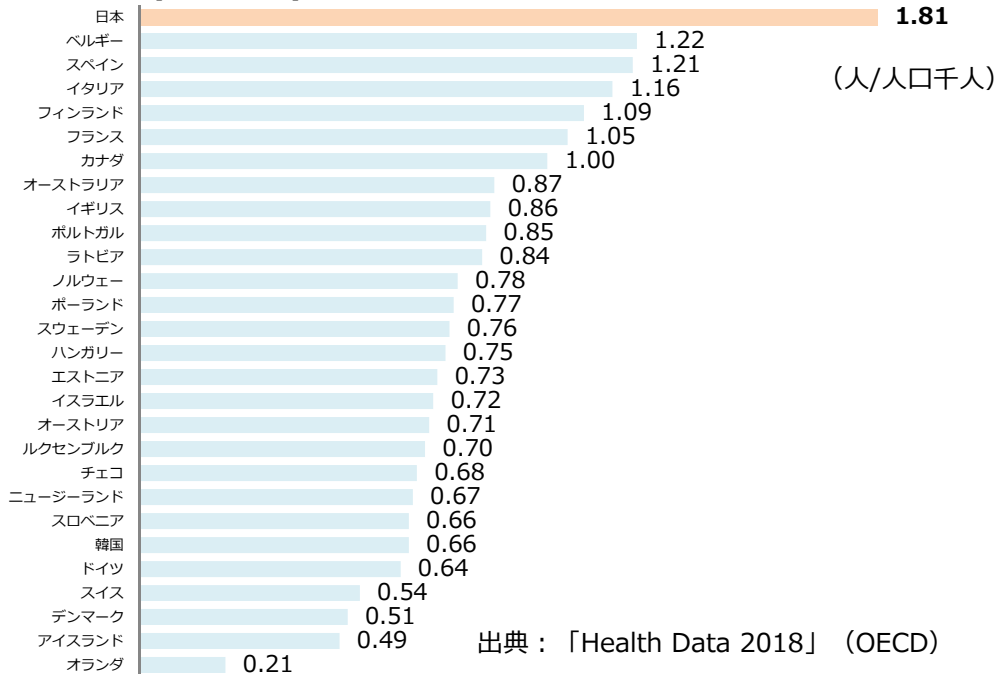
- 薬局の多様なあり方や経営環境を踏まえた調剤報酬の評価を行う観点から、かかりつけ機能のあり方を改めて検討した上で、地域においてかかりつけ機能を担っている薬局を適切に評価する一方、こうした機能を果たしていない薬局の報酬水準は適正化が必要。その際、かかりつけ機能の評価次第では受けるサービス以上に患者負担が増加することにも留意する必要。
- 対物業務に関し、近年の技術進歩等を踏まえた投与日数や剤数に比例する調剤料設定の妥当性や、調剤業務のあり方の見直しによる業務効率化といった状況への対応も含め、引き続き調剤報酬の見直しを行っていくべき。

(参考)薬局・薬剤師数と調剤報酬(技術料)の増加

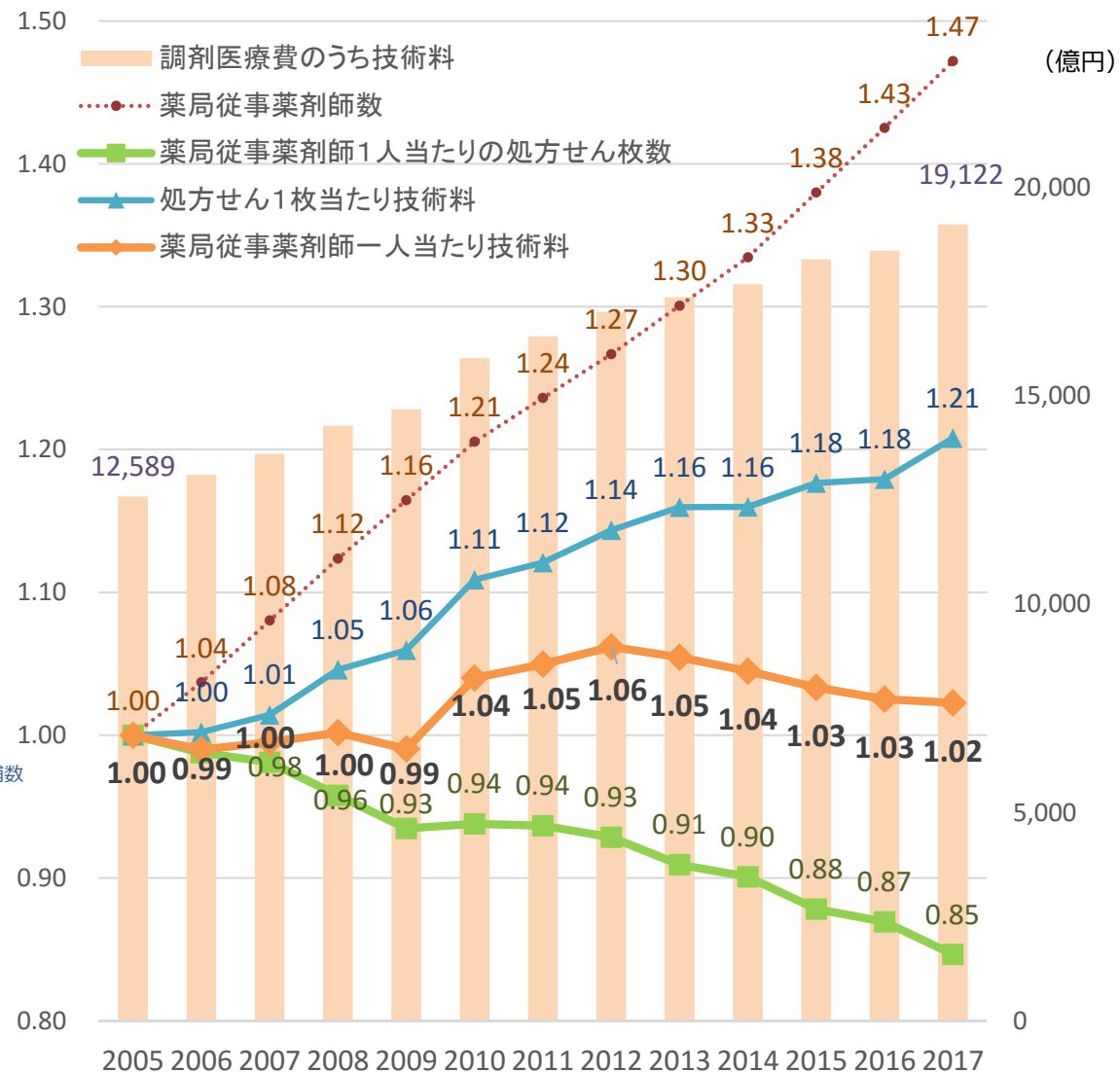
公定価格

- 薬剤師数は近年増加しており、国際的に見てもOECD諸国の中で最も多い。また、薬局の開設許可には需給面からの規制がなく、薬局数も増加。コンビニエンスストアの店舗数や郵便局、ガソリンスタンド（給油所数）よりも多い。
- 通常の市場競争であれば、必要以上の供給増は収益の低下を招き調整が行われる。しかしながら、薬剤師数の増加により薬剤師一人当たりの処方せん枚数は減少している中で、調剤報酬の引き上げにより、薬剤師一人当たりの技術料が維持されている状況。

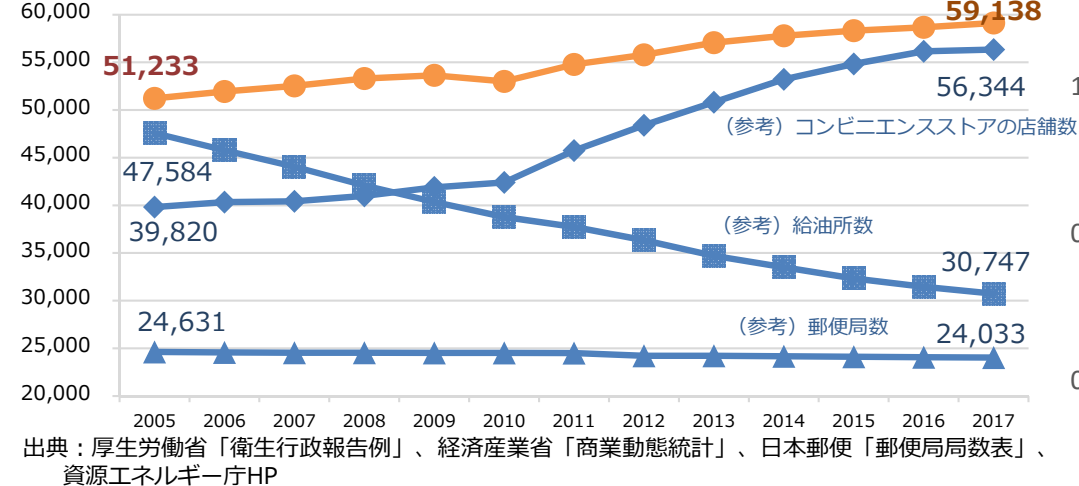
◆薬剤師数(対人口比)の国際比較 (2016年)



◆薬局従事薬剤師一人当たりの技術料等の推移 (2005年度 = 1)



◆薬局数の推移



視点3：高齢化・人口減少下での負担の公平化

- ① 年齢ではなく能力に応じた負担
- ② 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

- 75歳以上の者の1人当たり医療費は現役世代の約4倍であり、そのうち8割強は公費と現役世代の支援金で賄う構造。他方で現役世代は医療費のうち8割を患者負担と保険料で賄いつつ、加えて後期高齢者支援金も負担。
- 年齢ではなく能力に応じた負担とし、世代間の公平性を確保する観点から、75歳以上の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。

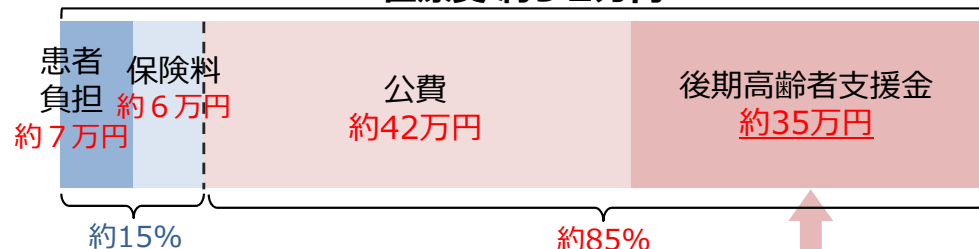
給付と負担のバランス

◆ 1人当たり医療費・後期高齢者支援金とその財源の内訳

(2016年)

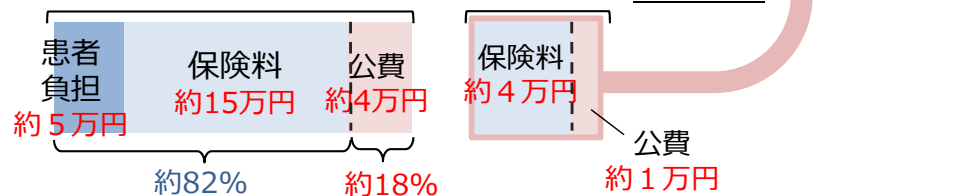
75歳～

医療費 約91万円



0～74歳

医療費 約24万円 + 後期高齢者支援金 約5万円



◆ 年齢別人口の推移

	75歳以上	0～74歳
2015年	1,632万人 1 : 7	11,077万人
2025年	2,180万人 1 : 5	10,074万人

◆ 65歳以上の高齢者世帯の4割程度が2,000万円以上の金融資産を保有

これまでに取り組んできた主な事項

- **70～74歳の者の窓口負担の引上げ（1割→2割）**
 - ・ 2014年4月以降に70歳に達した者から2割負担（2018年度末で完了）
- **70歳以上の者に係る高額療養費制度の見直し**
 - ・ 2017年8月以降、低所得者を除き、段階的に自己負担の限度額を引上げ
- **療養病床の65歳以上の者の光熱水費の負担見直し**
 - ・ 2017年10月以降、指定難病の者等を除き、段階的に光熱水費の負担を引上げ

今後の主な改革の方向性

- **年齢ではなく能力に応じた負担**
 - ・ 75歳以上の後期高齢者の自己負担の引上げ（1割→2割） p. 69
 - ・ 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の検討 p. 70
 - ・ 後期高齢者医療制度における「現役並み所得」の判定基準の見直し p. 71
- **支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応** p. 72

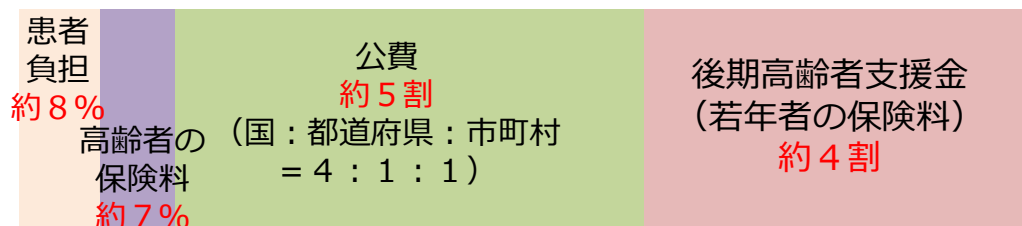
医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

負担の在り方

【論点】

- 後期高齢者数や医療費が毎年増加し、これを支える現役世代の保険料や税の負担が重くなっている状況。
- 70～74歳の窓口負担については2018年度までに段階的に2割に引き上げられてきたが、2022年から団塊の世代が後期高齢者になり始める中、75歳以上の窓口負担については引き続き1割のまま維持されている。

◆ 後期高齢者医療制度の財政（2016年度）

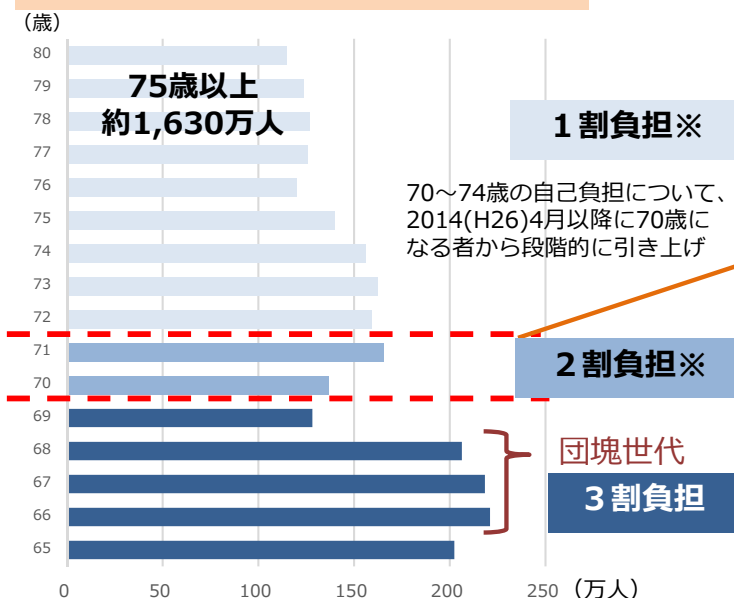


◆ 1人当たり医療費（年間）

75歳以上	約91.0万円
65歳未満	約18.4万円
65歳～74歳	約55.3万円

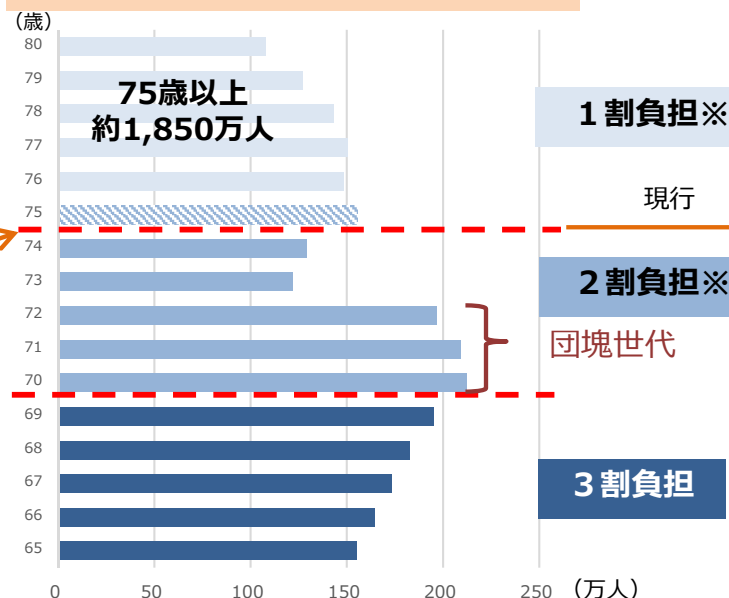
（出所）厚生労働省「平成28年度国民医療費の概況」

◆ 2015年



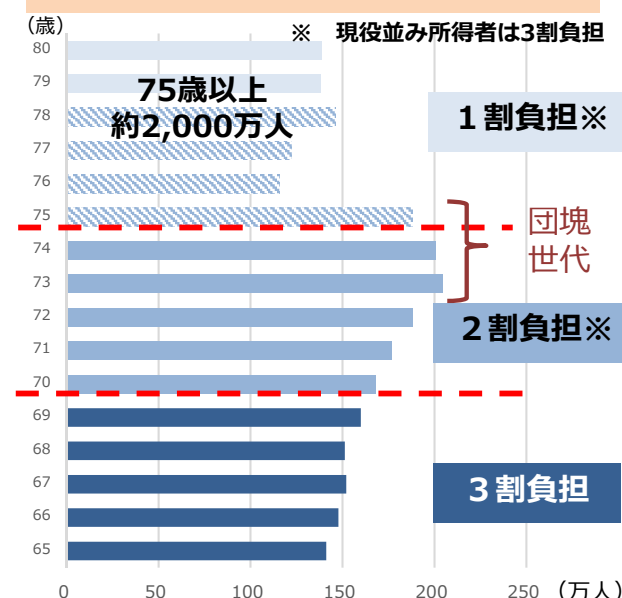
70～74歳の自己負担について、2014(H26)4月以降に70歳になる者から段階的に引き上げ

◆ 2019年



現行

◆ 2022年



※ 現役並み所得者は3割負担

団塊世代

2割負担※

3割負担

（出典）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）」

【改革の方向性】（案）

- 世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、まずはできる限り速やかに75歳以上の後期高齢者の自己負担について原則2割負担とすべき。
- その際、70歳～74歳について段階的に実施してきた自己負担割合の2割への引上げと同様に、75歳に到達した後も自己負担割合を2割のままとすることに加えて、すでに後期高齢者となっている者についても、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。

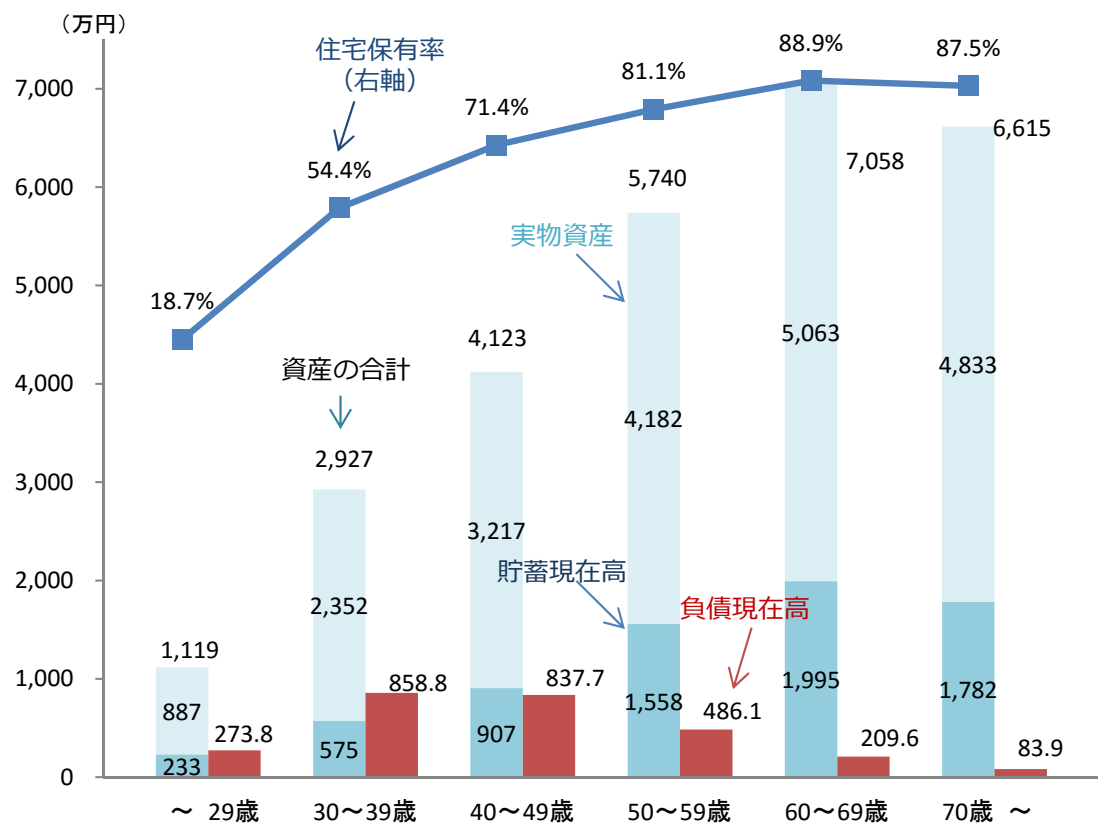
金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

負担の在り方

【論点】

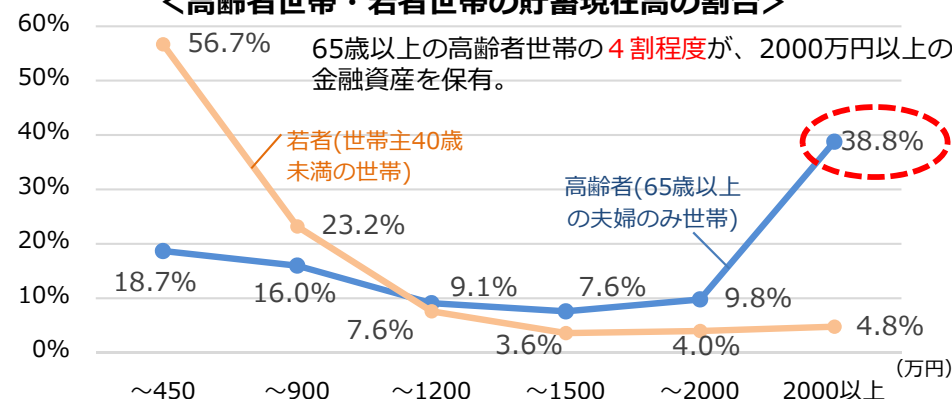
- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が施行。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞

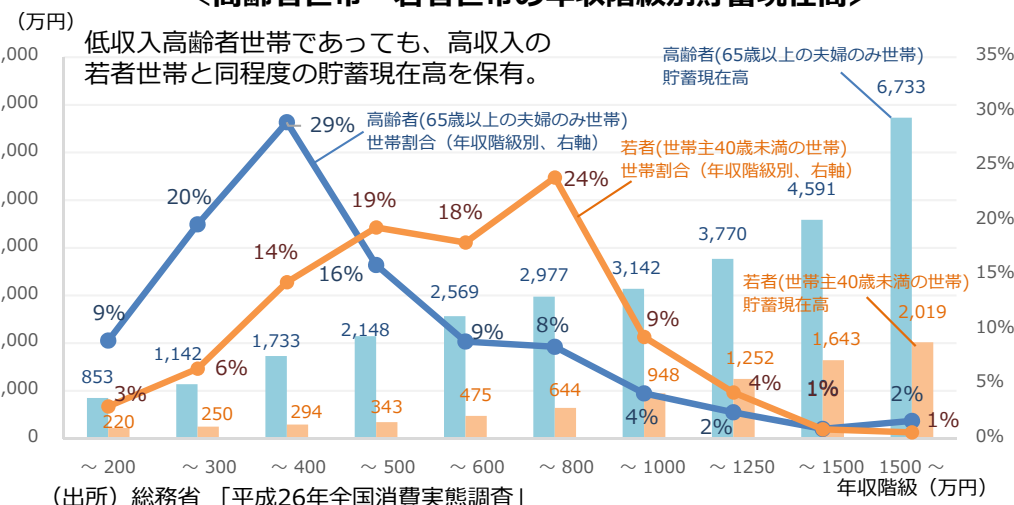


(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」
(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

＜高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高の割合＞



＜高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高＞



(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」

【改革の方向性】（案）

- 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適用すべき。
- 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。

【論点】

- 後期高齢者の自己負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担、それ以下であれば1割負担とされ、高額療養費の負担限度額にも差が設けられている。
- しかしながら、実際の判定基準は、「現役並み」以上の所得があっても「現役並み」とは評価されない仕組みとなっており、相当の収入があっても後期高齢者であれば1割負担となる。
- 後期高齢者に占める「現役並み所得者」の割合は減少傾向であり、実効給付率の上昇の一因となっている。

◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる
かつ
- 要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)

現役夫婦2人世帯

2004年度当時の
平均的収入：386万円

夫の給与収入：386万円

基礎控除 33万円
給与所得控除 131万円
配偶者控除 33万円
社会保険料控除 44万円
(控除額計 241万円)

課税所得に換算：145万円

高齢夫婦2人世帯

要件②
世帯収入 520万円以上

一定のモデル世帯をもとに換算

夫の給与収入：240万円
年金収入：201万円
妻の年金収入：79万円

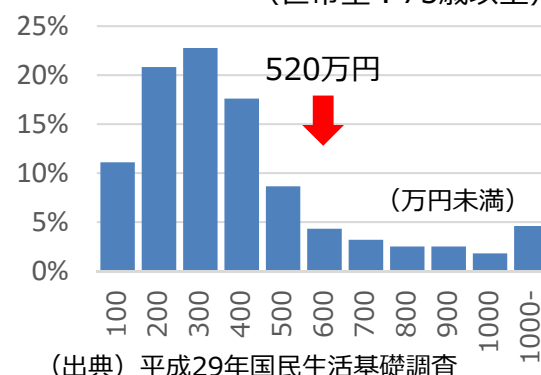
基礎控除 33万円
給与所得控除 90万円
配偶者控除 38万円
社会保険料控除 14万円
公的年金等控除 199万円
(控除額計 374万円)

同水準

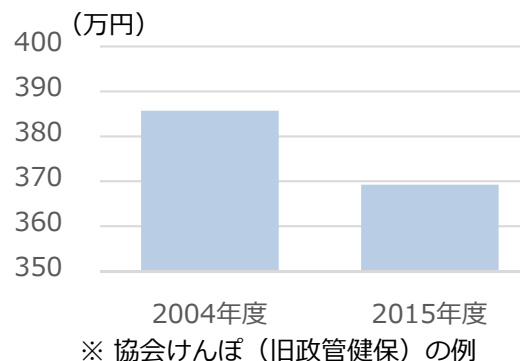
要件①
課税所得 145万円以上

◆ 所得金額階級別の世帯数割合

(世帯主：75歳以上)

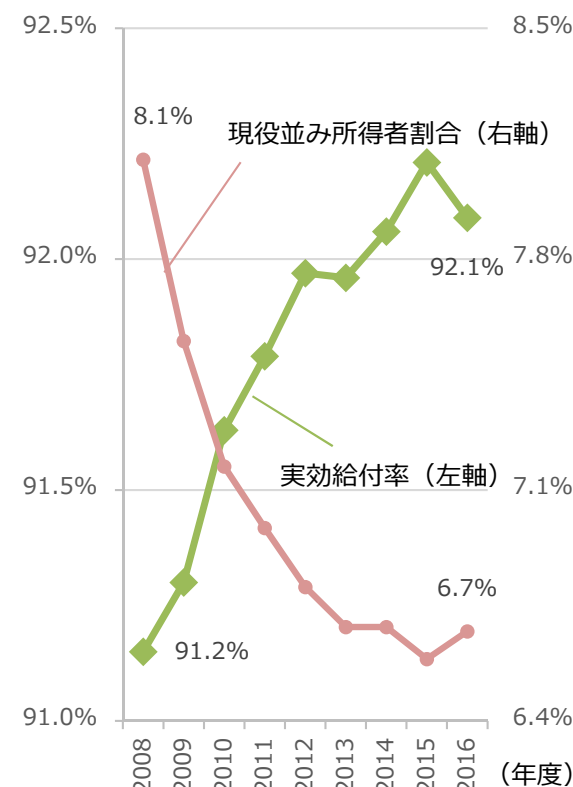


◆ 年間総報酬額の変化



◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率

(後期高齢者医療制度)



【改革の方向性】(案)

- 「現役並み所得」の判定基準について、能力に応じた負担としつつ現役世代との公平性を図る観点から、世帯収入要件について見直しを行うとともに、現役世代の所得水準の変化も反映すべき。

支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

負担の在り方

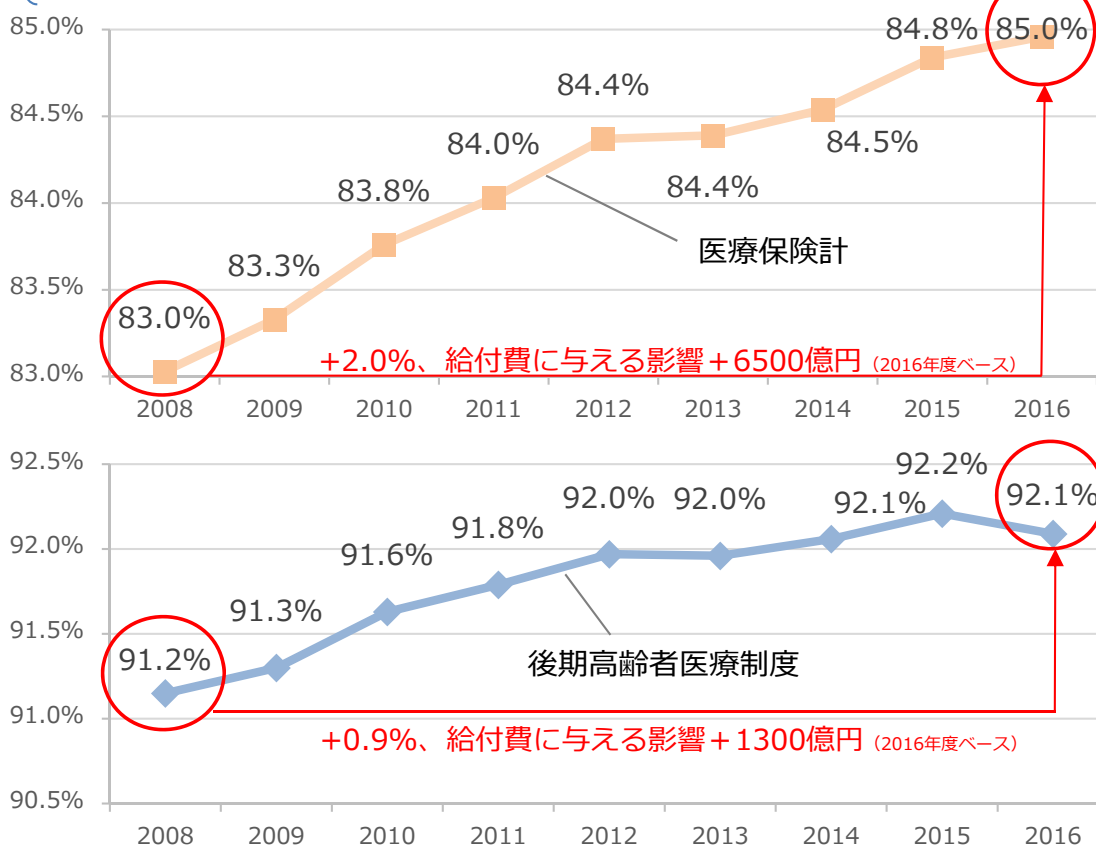
【論点】

○ 今後、現役世代の人口が急速に減少する一方で、医療費は増加し、実効給付率も上昇。医療費が支え手の負担能力を超えて増加し、制度の持続可能性が確保できなくなることを防ぐため、保険料・公費負担と患者負担の在り方を考えていく必要。

※ 後期高齢者医療制度において、人口減少による現役世代の負担増の一部を後期高齢者の保険料引上げで自動的に調整する仕組みがあるが、後期高齢者の保険料負担も近年増加してきており、若年・後期高齢者を含めた負担全体の水準についても検討する視点が不可欠。

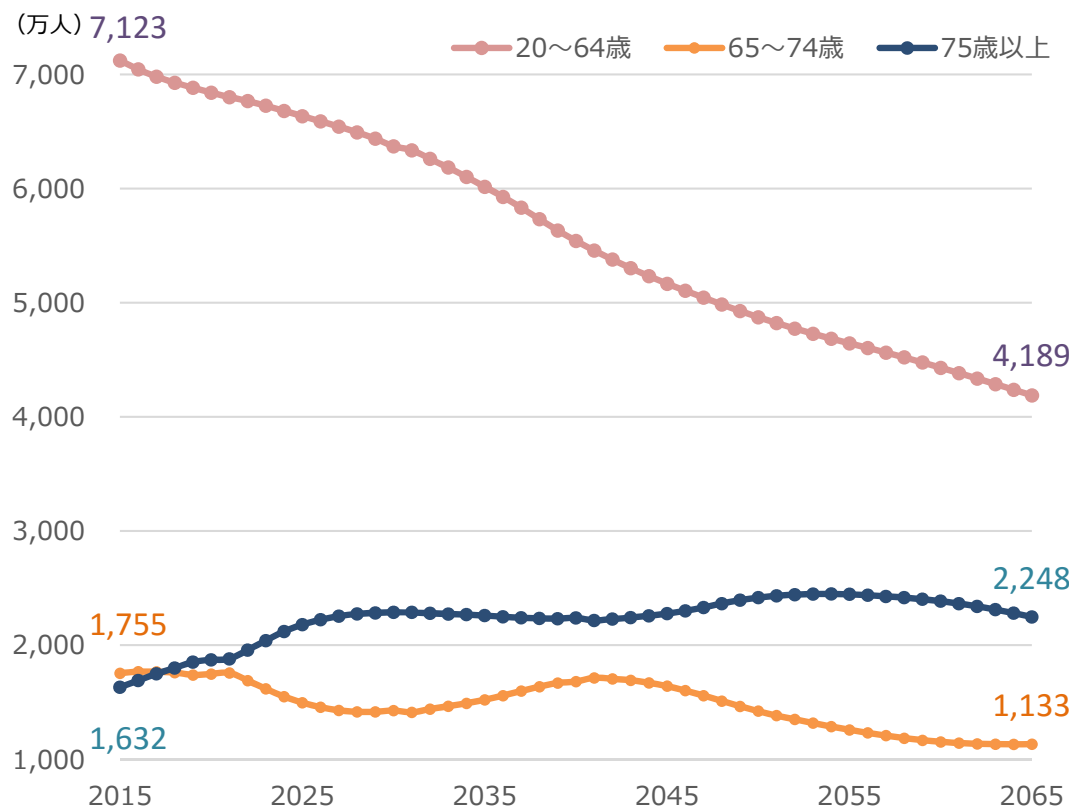
◆ 実効給付率（医療費に占める給付費の割合）の推移

患者負担は定率であるが、高額療養費制度により負担限度額が定められているため、医療の高度化等によって医療費が増加するにつれて、実効負担率は下がっていく。（実効給付率は上がっていく）



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

◆ 2065年までの人口の推移



(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）」

【改革の方向性】（案）

○ 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。