

(1) 医療

①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、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。また、将来的には、診療所についても分析を深めて改革を進めていくべきとの意見があった。

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。既に成立した医療介護総合確保推進法に示された考え方・枠組みに沿って諸施策が開始されているが、来年の医療保険制度改革法案によって補完・強化していくべき論点が残されており、これらについては、以下の4つの改革を実効性のある形で実施していくことが重要である。〔資料Ⅲ－1－4参照〕

まず、医療介護総合確保推進法に基づき、都道府県は2025年における機能毎の必要病床数を定めることとなっており（地域医療構想）、この算定方法について今年度中に国がガイドラインを示すこととなっている。この将来の必要病床数の算定方法については、社会保障制度改革推進本

部の下に設置されたワーキンググループで検討がなされているが、単に現状を投影した医療需要を推計するだけではなく、データ等に基づき客観的に求められた地域毎のあるべき病床数、平均在院日数を踏まえた医療提供体制の在り方、さらには、地域差の分析を踏まえて認められる不合理な差異（例えば入院受療率）を解消した医療提供体制の在り方をそれぞれ示す必要がある。その上で、不合理な差異を解消した医療提供体制の在り方を「目指すべき医療提供体制」と明確に位置づける必要がある。都道府県によるこれらを盛り込んだ地域医療構想の策定は、医療提供体制の改革に向けた出発点であり、30年の医療計画の改定に間に合わせるスケジュール感ではなく、極力27年度中、遅くとも28年度中には策定すべきである。

第二に、都道府県は地域医療構想と統合的な医療費適正化計画とを両者一体のものとして速やかに策定する必要がある。そのため、来年度の医療保険制度改革において、医療費適正化計画の在り方を見直し、地域医療構想と統合的な医療費の水準に関する目標や、平均在院日数や後発医薬品の使用割合等の医療の効率的な提供に関する目標を明確に位置づける必要がある。さらに、これらの目標が達成できない場合の改善措置の策定など、PDCAサイクルの実効性を高める措置が必要である。医療費適正化計画は地域医療構想と一体のものであり、地域医療構想を27・28年度中に策定した上で、28年度（遅くとも29年度）には各都道府県が医療費適正化計画を新制度の下で見直すべきである。

第三に、来年度の医療保険制度改革において、国民健康保険制度の運営主体を現在の市町村から都道府県に移行することが課題となっている。これにより、医療提供体制に関する計画の策定に関する責任主体と国民健康保険の保険運営の責任主体が都道府県で一致することとなる。保険者機能が適切に発揮されるよう、標準保険料率の決定など、国保の運営に係る責任・権限を適切に都道府県に移行すべきである。

最後に、今般の医療提供体制改革に伴って各般の財政措置を講ずるに当たっては、病床の機能分化・連携や医療費の適正化等に向けた保険者（都道府県）の努力を促すものとしていく必要がある。消費税財源が充当される医療介護総合確保基金の27年度以降の配分に当たっては、地域

医療構想を早期に策定し病床の機能分化・連携を積極的に進める都道府県に対して優先的に配分していくことが不可欠であり、その配分と効果を国民に分かりやすい形で示すべきである。国保に対する財政支援の強化に当たっては、社会保障制度改革プログラム法において、「国保の更なる財政基盤の強化を図り、国保の財政上の構造的な問題を解決」することとされていることを踏まえ、一般会計繰入を行っている自治体への単純な補填ではなく、保険者支援制度の強化等のほか、財政上の構造問題の解決に資する観点からの医療費適正化に向けた保険者機能の発揮を促すような形で措置する必要がある。また、医療費水準の地域間格差が保険料に的確に反映されるような国保の普通調整交付金の配分方法の見直し等を図るべきである。

②医療保険制度改革

今般の医療保険制度改革においては、上述の国民健康保険の運営に係る責任・権限を適切に都道府県に移行することに加えて、保険給付範囲の見直し・重点化や負担の公平化等に係る足元の課題については、社会保障制度改革プログラム法等に則り、来年の医療保険制度改革関連法案において、改革を推進していく必要がある。〔資料Ⅲ－１－５参照〕

イ) 保険給付範囲の見直し

医療制度の持続可能性を確保する観点から、来年の医療保険制度改革や次期診療報酬改定において患者の QOL (Quality of Life) 等に配慮しつつ、保険給付の範囲を抜本的に見直し、給付を重点化していく必要がある。

後発医薬品の更なる使用促進については、我が国の後発医薬品のシェアは、他の主要国が 70%以上となっているのと比較して 40%程度と著しく低く、厚生労働省が独自に設定している 30 年度目標「60%」の目標は、従来の政府目標と比べて低位であるなど「遅すぎ、低すぎ。」の状況にあり²⁶、他の主要国の状況を踏まえ、早急に目標を再設定すべきである。

²⁶ 政府は、従来、24 年度末までの後発医薬品シェアの目標を掲げていたが、これが未達成となった。その後、厚生労働省は独自の 30 年度末目標「60%」を設定しているが、これは従来の政府

また、具体的な使用促進策に向けて、これまでの医薬品メーカー、医療機関、保険薬局、患者等の各種の取組みに加えて、保険者がその機能を発揮して被保険者に使用を促す枠組みを強化していく必要がある。来年度の医療保険制度改革において、国保への新たな財政支援の活用、後期高齢者支援金の加減算制度の抜本的強化、後期高齢者医療制度における特別調整交付金の配分の見直しなどを行う必要がある。

さらに、次期診療報酬改定において、後発医薬品の使用を促進し医薬品に係る保険給付の在り方を適正化する観点から、後発医薬品が存在する先発医薬品について、その保険給付額を後発医薬品の価格に基づいて設定し、それを上回る部分については患者負担とすることで、患者の医薬品選択におけるインセンティブを引き出す制度を検討すべきである。

その他の改革としては、まず、来年度の医療保険制度改革や次期診療報酬改定において、在宅療養等との公平性の観点から入院患者の食事代を見直すとともに、市販品類似薬について、公平性の観点から保険給付の対象から除外する取組みを加速化すべきである。また、医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の仕組みを導入すべきである。

その上で、その次の改革に向けて、リスクの大きさや医療技術の QOL 等への影響度に応じた患者負担の在り方や、柔道整復療養費について、例えば定額制の導入や受領委任払いが実施可能な施術所の限定など、その適正化の在り方について検討すべきである。

ロ) 負担の公平確保

高齢化の更なる進展に伴い、今後、現役世代の社会保障負担の増大が見込まれる中、制度の持続可能性確保の観点から、年齢・制度で区分せず、経済力に応じて公平に医療費を負担していくことが必要である。〔資料Ⅲ－１－６参照〕

まず、高齢者の負担については年齢で区分するのではなく、現役と同じ負担能力を有する高齢者には同等の負担を求めることが必要である。

目標を約8%下方修正するものである。

具体的には、来年の医療保険制度改革において高額療養費の外来特例の廃止や後期高齢者医療の保険料特例措置の段階的廃止を進める必要がある。特に、後期高齢者医療の保険料特例措置の見直しについては、消費税率10%への引上げ時に、低所得高齢者に対する年金福祉的給付の支給が行われることが法定されていることなどとあわせて、世代間の公平性の観点から本則に戻す必要性を丁寧に説明すべきである。また、現在、前期高齢者の自己負担割合を段階的に1割から2割に引き上げているが、原則1割となっている後期高齢者の自己負担割合の在り方や高齢者の高額療養費を別建てとすることの是非についても、次の改革課題として明確に位置づける必要がある。

次に、現役世代の負担についても、負担能力に応じた負担を徹底する必要がある。被用者間では、来年の医療保険制度改革において、後期高齢者支援金について、全面総報酬割に早急に移行する必要がある。また、標準報酬月額等の上限について、医療技術の高額化等を踏まえ、引上げを進める必要がある。さらに、最終的には被用者保険を統合することも視野に、前期高齢者納付金の総報酬割など、被用者間の負担の公平化を図る各種の措置について、次の改革に向けて検討を開始すべきである。

なお、全面総報酬割については、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構図となるため、慎重な対応を求める意見があった。

保険者に対する公費支援については、現世代の税負担や将来世代の負担（赤字国債）によるものであり、被保険者の所得水準等に鑑みて合理的な水準に抑制する必要がある。具体的には、来年の医療保険制度改革において、協会けんぽに対する国庫補助率をリーマン・ショック後の危機対応措置を開始する前の水準（13%）に段階的に戻すべきである。また、所得水準の高い国保組合の国庫補助について、原則廃止する必要がある。

③診療報酬・薬価

薬価については、「骨太方針2014」において、「薬価調査、更には薬価改定が2年に一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・薬価改定の在り方の見直しを具体的に進めていく必要がある。

保険給付の範囲の見直し

資料Ⅲ-1-5

○ 医療制度の持続可能性を確保する観点から、患者のQOL等に配慮しつつ、保険給付の範囲を抜本的に見直し、給付を重点化していくことが必要。

改革項目	内容
1. 後発医薬品の使用促進	<ul style="list-style-type: none"> 「遅すぎ、低すぎ」の状態にある後発医薬品使用割合の目標の再設定 保険者がその機能を発揮して被保険者に後発医薬品の使用を促す枠組みの強化 後発医薬品が存在する先発医薬品について、保険給付額を後発医薬品の価格に基づいて設定する患者インセンティブ制度の検討
2. 在宅療養等との公平確保	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者の食事代見直し 市販品類似薬の保険給付対象からの除外
3. 医療提供施設相互間の機能分担	<ul style="list-style-type: none"> 紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の仕組みの導入
4. その他	<ul style="list-style-type: none"> リスクの大きさや医療技術のQOL等への影響度に応じた患者負担のあり方の見直しの検討 柔道整復療養費のあり方の見直しの検討

後発医薬品使用割合

[数量ベース、2010年(平成22年)]

日本	約40% (目標は平成30年で60%)
アメリカ	約90%
イギリス	約70%強
ドイツ	約80%強
フランス	約60%強

平成24年時点では **70.69%**

保険者機能を通じた後発医薬品使用促進のために活用が考えられる枠組み

保険者(保険者数)	加入者数	活用が考えられる枠組み
国保(1,717)	3,466万人	<ul style="list-style-type: none"> 新たな財政支援の活用 後期高齢者支援金の加減算制度
被用者保険 ・協会けんぽ(1) ・組合健保(1,431) ・共済組合(85)	7,345万人	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者支援金の加減算制度
後期高齢者医療制度(47広域連合)	1,517万人	<ul style="list-style-type: none"> 特別調整交付金の配分