

■19～21年度の社会保障費抑制目標を議論 経済財政諮問会議

政府の経済財政諮問会議は、6月にも策定する「骨太の方針2018」と「経済・財政一体改革の新たな計画」に、2019年度から2021年度の社会保障関係費の「歳出の目安となる水準」を盛り込む方針である。

16-18年度以上の自然増削減を 民間議員

2016-18年度が集中改革期間の「経済・財政再生計画」では、社会保障費の自然増を合計1.5兆円程度に抑えることを「目安」にした。これを達成するため2015年末には計44項目の社会保障改革を盛り込んだ工程表を策定。その結果、3年間で計4400億円が削減された。

4月12日の経済財政諮問会議では、榊原定征・経団連会長ら民間議員は、2019-21年度を「構造改革期間」に位置付け、「全世代型社会保障制度」の実現を目指し、社会保障費の自然増削減に、これまで以上に取り組む必要があると主張。医療・介護分野では、「医療・介護提供体制の効率化」や「医療・介護サービスの生産性向上」による自然増削減を提案した。

厚生労働省は、社会保障費の自然増について、高齢化と人口減とを合わせた「人口要因」は、2030年以降は医療費を削減させる方向で作用するとの推計を示した。一方、財務省は今後の医療費について、人口要因を除く自然増、すなわち医療の高度化等の要因を政策的にコントロールする考え方を財政制度等審議会に示している。

民間議員が提案した主な項目

- ・1人当たり医療費・介護費の地域差半減・縮減に向けて、厚生労働省は地域別の取組や成果を「見える化」するとともに、進捗管理や進捗の遅れている地域の要因分析を徹底する体制を構築する。
- ・地域医療構想の実現に向けた取組とあわせて、病床過剰地域において病床を削減する病院への支援金交付により、病床削減を加速する。
- ・健康予防への取組や医療保険・介護保険の保健事業について、成功報酬型を含め、多様・包括的な民間委託を推進し、サービスの質と効率性を高めていく。
- ・診療報酬・介護報酬体系について、包括払いの拡大、要介護状態の改善等アウトカムに基づく支払いの導入等を進めていく。
- ・保険者努力支援制度の評価への追加などインセンティブの一層の活用、戦略的な情報発信などによる後押しにより、先進・優良事例の全国展開を促進する。
- ・加入者の性・年齢・所得で調整した標準的な医療費を基準に普通調整交付金を配分する仕組みに見直すべく検討を進める。
- ・レセプト情報を個人集計したデータベースを作成し、医師や薬剤師が投薬歴等を閲覧し、薬剤処方を適正化できる仕組みや多剤投与の適正化を継続的に促す報酬体系を構築する。

■医療・介護改革、財務省が提言 財政制度等審議会

財務省は4月11日、財政制度等審議会・財政制度分科会（分科会長＝榊原定征・経団連会長）に医療・介護改革メニューとして18項目を示した。①医療費・介護費そのものの増加を抑える、②保険給付範囲を見直す、という2つの柱からなっている。

追加大額負担の導入

このうち、軽度な傷病での受診について、定率の自己負担（年齢・所得により1-3割）に加えて、「追加的な定額の自己負担」を求めることについて、「かかりつけ医」であっても、軽度な傷病で受診した場合は、定率負担に加えて、「追加的な自己負担」を求めるとしている。その上で、「かかりつけ医」に受診した場合には、定額負担を小さくする仕組みを考えている。これまで財務省は、かかりつけ医以外を外来受診した場合に、追加の定額負担を求めることを提案していたが、社会保障審議会・医療保険部会等から、「かかりつけ医の定義、範囲が明確でない」「かかりつけ医を持たない国民も多い」といった指摘が相次いだため、「かかりつけ医以外の受診」から「窓口負担が少額な軽度の傷病」に修正した形である。しかし、患者にとって、自分の疾病が軽微なのか重篤なのかを判断することは難しく、早期治療を阻害し、かえって医療費が増加することが懸念される。

そもそも定率の法定負担に上乗せして、定額の追加負担を義務付けることは、3割を超える窓口負担となり、「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」という健康保険法の附則に反することになる。仮に1回100円の定額負担とした場合、年間20億回の外来受診（厚生省調査）で、2000億円もの患者負担増となる。これまで以上に、経済的な理由による受診抑制につながり、疾病の長期化や重篤化を招く恐れがある。

地域別診療報酬の活用

地域別診療報酬の「活用可能なメニューを国が示す」ことについては、これまで厚生労働省は、地域によって同じ医療サービスに対して患者の自己負担が異なることとなり、患者がより安い地域の医療機関を受診するインセンティブが働くことなど課題の整理が必要であるとしてきた。社会保障審議会・医療保険部会（4月19日）に示した「医療保険制度改革の主な論点」で、「具体的なメニューを想定することは、地域の実情に応じた取組にかえって枠をはめることになりかねない」として、「厚生労働省としては、引き続き、医療費適正化計画の実務主体である都道府県の意見を丁寧に聴きながら対応していく」との見解を示した。日本医師会も県境における患者の動きに変化をもたらし、それに伴う医療従事者の移動によって地域における偏在が加速することで、医療の質の低下を招く恐れがあると、判断の姿勢を示している。（別紙、資料参照）

財務省提言 保険給付範囲の見直し

- ・新たな医薬品・医療技術について、経済性・費用対効果を追加し、「費用対効果が悪いもの」は、保険適用を見送り、保険外に留め置くことや、薬価を引き下げる仕組みづくり。
- ・一定額までの全額自己負担制度を参考にした「薬剤自己負担率」の導入や、薬剤の種類（筆者注：治療上の貢献度・有用性）に応じた自己負担率を設定する。
- ・少額な受診に一定程度の追加負担を義務付ける。「かかりつけ医」に受診した場合は「定額負担に差を設定する」ことも検討する。

財務省提言 医療費そのものの増加を抑える方策

- ・「7対1」「10対1」病棟の再編・統合など、「急性期入院医療費の削減」につながるように、KPIを設定して進捗を評価し、必要に応じて更なる要件厳格化などを2020年度改定で実施する。
- ・介護療養病床・25対1医療療養病床から介護医療院等への転換を促進するが、転換が進まない場合には介護療養の報酬を引き下げる。療養病床自体の削減などサービス付き高齢者住宅への転換も含めた幅広いダウンサイジング方針を策定する。
- ・診療所、医師数、高額医療機器など、病床以外の医療資源に関しても、配置への実効的なコントロール方策を早急に検討する。
- ・地域別診療報酬について、具体的に活用可能なメニューを国として示す。

財務省提言 介護費の伸びを抑える方策

- ・在宅と施設の公平性確保も踏まえ、「多床室の室料相当額」も基本サービス費から除外する。
- ・保険者機能強化推進交付金（自立支援等に積極的に取り組む市町村・都道府県へのインセンティブ）について、指標の達成状況がよくない自治体について、原因を分析し、自治体の取り組みを支援する。
- ・頻回なサービス利用に対する「保険者によるケアプランチェックのための指針」等を早急に策定・周知し、利用者の状態像に応じたサービスの利用回数や内容等についての標準化を進める。
- ・介護費の地域差縮減に向けて、在宅サービスについても、総量規制、公募制などのサービス供給量を自治体がコントロールできる仕組みを導入する。
- ・人材の確保・有効活用などの観点から、介護サービスの経営主体の統合・再編等を促す。

財務省提言 保険給付範囲の見直し

- ・居宅介護支援（ケアマネジメント）への利用者負担の導入
- ・一層の介護予防・日常支援総合事業の推進

（文責：医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之）

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。どのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的に示されてもいない。
- 平成30年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。
- 国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている。

全国一律 (注)		×	全国一律		= 医療費
診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)			1点あたり単価 10円		
(例)	初診料 282点 入院基本料 (7:1) 1,591点 調剤基本料 1 41点		(参考) ①介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。 ②かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。		

(注) 入院基本料への地域加算 (都市部に加算) など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

◆ 医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用 (考えられる例)

- 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整
- 入院医療費の地域差是正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ
- 調剤業務の需要に見合わない供給増 (薬剤師や薬局数の増加) が生じた場合の調剤技術料の引下げ

財政制度等審議会・財政制度分科会 (2018年4月11日) 資料

地域別の診療報酬の設定 (具体的な活用メニューの提示)

- 医療費適正化の実効性を上げるには、地域の医療費の状況や課題を把握・分析し、地域の関係者における議論も踏まえた上で、具体的な対応策が検討される必要がある。
- こうした地域での分析や議論がない中で、具体的なメニューを想定することは、地域の実情に応じた取り組みにかえて枠をはめることになりかねない。むしろ、地域の課題解決のためには、地元関係者による地域課題の把握・分析を通じた具体的な対応策の検討が、医療費適正化の実効性を上げるためには重要。
- 厚生労働省としては、引き続き、医療費適正化計画の実施主体である都道府県の意見を丁寧に聴きながら対応していく。

《 制度の枠組み 》

※ 医療保険部会での議論を踏まえ、以下の運用の考え方について、都道府県に対し平成30年3月29日付け通知により周知。

- ① 医療費には様々な要素があるなか、「医療費適正化計画」は、科学的エビデンスを伴い、保険者・医療関係者等の協力を得て実施可能な取組を目標設定する枠組み。
- ② 都道府県は「医療費適正化計画」に基づき取組を実施。計画終了後に、目標の達成状況について実績評価を行い、次期計画での目標達成に向けた方策について検討。
- ③ その際、各都道府県において、必要となる具体的な施策・取組を検討。その上で、なお目標達成のために必要があると認めるとき、都道府県は、保険者・医療関係者が参画する保険者協議会での議論も踏まえた上で、地域別の診療報酬について国に意見を提出。
- ④ 厚生労働省では、都道府県の意見を踏まえ、中医協における諮問・答申を経て検討。

《 留意点 》

- この規定については、医療保険部会において「国民皆保険の趣旨から診療報酬の地域格差の導入にはその妥当性や実効性も十分検討し慎重に検討すべき」といった意見が出されている。
- これまで、制度の適用事例はない。

《 参考 》 医療費適正化計画の経過

2008～2012年度	2013～2017年度	2018～2023年度
第1期計画	第2期計画	第3期計画

実績評価⇒ 第1期：2013年度 第2期：2018年度

社会保障審議会医療保険部会 (2018年4月19日) 資料