

2016年5月25日 全11頁

2016年度診療報酬改定による医療費への影響

改定の焦点は「地域包括ケアシステムの構築推進」と「医療費の抑制」。
入院医療と調剤薬局に対する改革が加速化

経済環境調査部 研究員
亀井 亜希子

[要約]

- 2016年度の診療報酬（全体）改定率¹は、2008年度の改定以来、マイナスとなり、2020年度の財政健全化に向けて、国民医療費の伸びを抑制する方向に本格的に舵が切られたと考えられる。
- 今回の改定により、2016～17年度の国民医療費の高齢化要因による伸びを超える伸びは、前年度比で約0.43兆円削減されることとなり、国民医療費の増加は、「経済財政運営と改革の基本方針2015」で示された年0.5兆円程度の範囲内に調整されることとなった。
- 一方、診療報酬の改定は医療提供体制の改革の進捗とも関連している。2016～17年度において同改革の進捗が遅れた場合には、2018年度と2020年度の診療報酬改定において、診療報酬の点数を大幅に引き下げること、改革を加速させることが想定される。

1. 診療報酬改定は国民医療費の伸びをコントロールする効果

診療報酬は、保険医療機関及び保険薬局²が提供する保険医療サービスの対価として受け取る報酬の評価体系である。技術料（医科・歯科・調剤）、薬剤費、材料費別に、個々の技術・サービスの対価を点数化して評価する。通常、隔年で改定され、政府の医療政策の方針に沿って、個々の技術・サービス別に点数の加算・減算が行われる。つまり、「国民医療費」とは、患者に提供した当該点数を1点につき10円として換算した合計額となる。

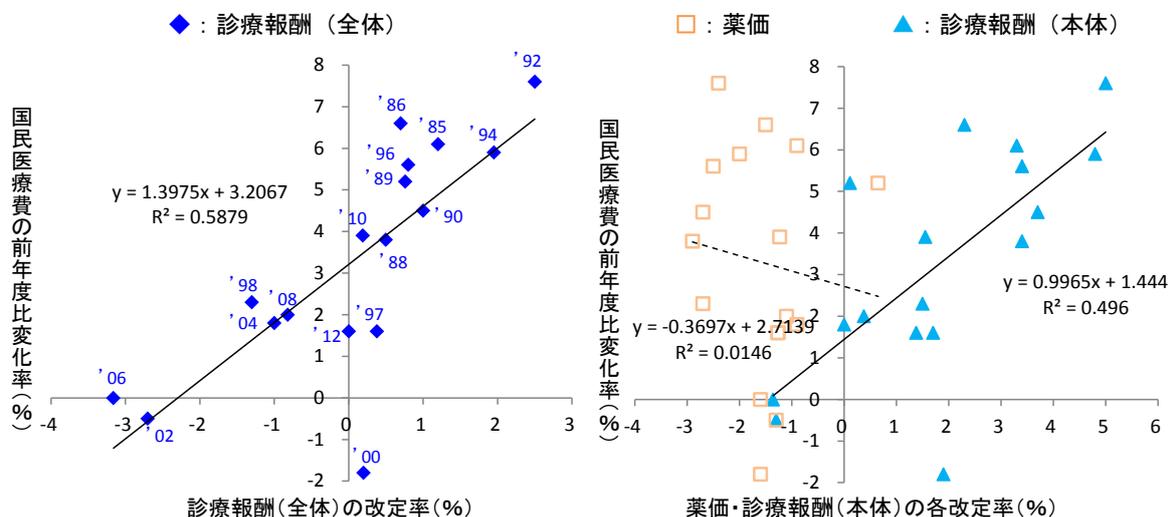
1985～2012年度の期間を見ると、診療報酬が改定された各年度における診療報酬（全体）の改定率の変化は、国民医療費の前年度比の変化にある一定の影響を与えてきたことが分かる（図表1 左図）。このため、診療報酬（全体）のマイナス改定は、政府が目指す財政健全化においても有効な政策ツールと考えられる。さらに同期間の診療報酬（全体）の内訳を見ると、診療

¹ 診療報酬（全体）改定率は、「本体（医科・歯科・調剤）」「薬価」「材料価格」の合計の改定率を指す。

² 公的医療保険制度の保険適用となる医療サービスを提供する医療機関及び薬局

報酬（本体³）の改定率をマイナスにする方が、薬価基準の改訂率をマイナスにするよりも、相対的に有効であることが分かる（図表1 右図）。

図表1 国民医療費の前年度比変化率と診療報酬（全体・薬価・本体）の改定率の関係（1985～2012年度）



(注1) 相関係数 (R) は、診療報酬（全体）は0.77、薬価は0.19、診療報酬（本体）は0.70である。

(注2) 左図のラベルは、改定年度（西暦）である。

(出所) 厚生労働省「平成25年度国民医療費」より大和総研作成

2. 診療報酬の改定率は長期的に引き下げ傾向

1985～2016年度の診療報酬（全体）の改定が実施された年度の改定率⁴の推移をみると、改定率を上昇させた時期（1985年度から1997年度の改定年度）、改定率を低下させた時期（1998年度から2008年度の改定年度）、ほぼ横ばいの時期（2010年度～2014年度）に大きく分類される（図表2）。その内訳となる薬価基準および診療報酬（本体）別の改定率をみると、薬価基準の改定率は、同期間、殆どの改定年度でマイナス改定⁵となっているのに対し、診療報酬（本体）の改定率⁶は、2002・04・06年度を除く全ての年度で、プラス改定となっている。

1984年度以前は、改定時に「保険収載」「引上げ」「加算を創設」「新設」という文言が並んでいたように、診療報酬が改定によって段階的に体系化されていった時期であったが、1985年度以降の改定では、診療報酬（本体）の評価体系に対して、「適正化」「合理化」「見直し」の政策に沿った調整が加えられるようになった⁷。

³ 医科・歯科・調剤の平均改定率

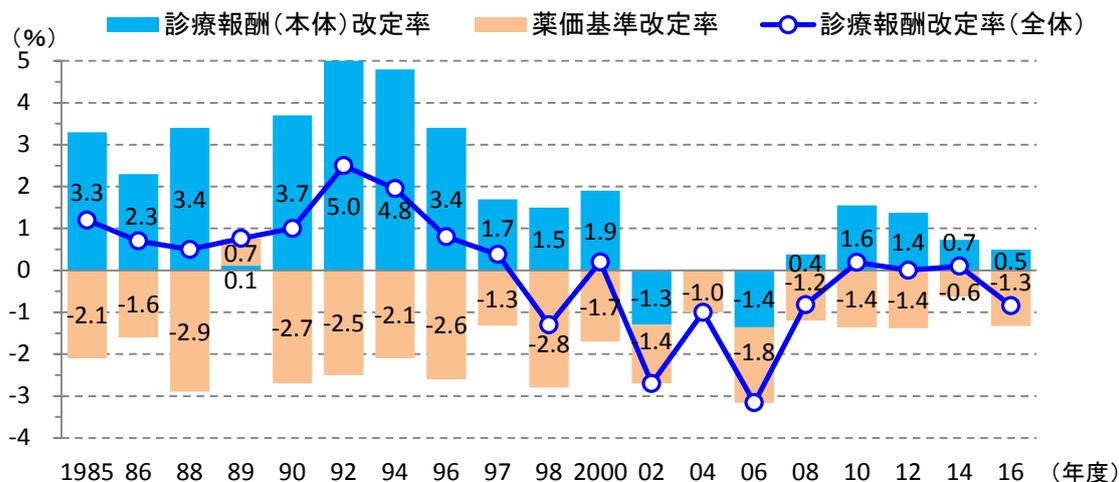
⁴ 診療報酬（本体）と薬価と材料価格の合計の改定率である。「市場拡大再算定による薬価の見直し」及び「年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施」による改定率のマイナス分は含まない。

⁵ 医薬品の価格は、保険収載された後に、普及の程度（投資回収の程度）に応じて市場実勢価格を反映するために、加算率が減額されることから、全体としてマイナスになる傾向がある。

⁶ 医科・歯科・調剤の各診療報酬の平均の改定率である。

⁷ 厚生労働省「平成25年度国民医療費」

図表2 診療報酬改定率（全体、本体、薬価基準）の推移（1985～2016年度）



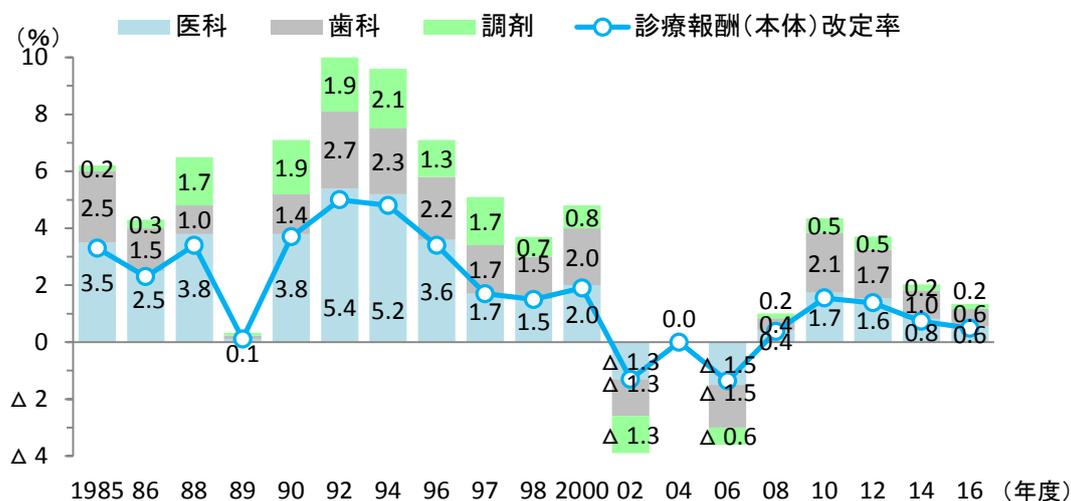
(注1) 薬価基準は薬価+材料価格である。

(注2) 各年度の改定率は、市場拡大再算定による薬価の見直し、年間販売額が大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施による改定率のマイナス分を含まない。

(出所) 厚生労働省「平成25年度国民医療費」「平成28年度診療報酬改定の概要」より大和総研作成

同期間の診療報酬（本体）の改定率について、医科・歯科・調剤の各改定率の推移をみると、2008年度以降は、医科と調剤の改定率のプラス幅は、2000年度以前の同プラス幅と比べて縮小している（図表3）。

図表3 診療報酬改定率（本体、医科、歯科、調剤）の推移（1985～2016年度）



(出所) 厚生労働省「平成25年度国民医療費」より大和総研作成

2000年度以前は、政府の政策が示す「質の高い医療」の提供における医療機関及び薬局に対する評価方式は、改定で設けた基準を満たし、高く評価できる場合に診療報酬を加算するという傾向が強かった。しかし、2002年度以降では、基準を満たさず評価が低い医療機関には、収益が減少するように診療報酬を減算するという、ペナルティーを科す手法が増加していると考えられる。特に、医療提供体制・医療費の効率化の方針が前面に打ち出され、診療報酬（本体）の医科・歯科・調剤の全ての改定率がゼロ以下とされた2002～06年度の改定時には、地方を中

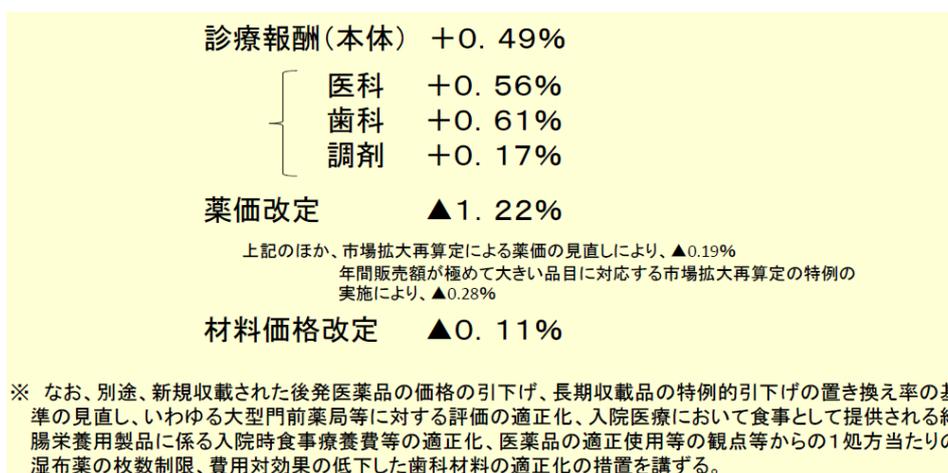
心に経営が悪化する医療機関が続出し、医療の質の大幅な低下が社会問題化した。

3. 2016年度の診療報酬改定は8年ぶりのマイナス改定

診療報酬（本体、薬価、材料価格）の各改定率は、内閣が、改定年度の前年度の12月下旬の国の予算編成過程において、①保険料などの国民負担、②物価・賃金の動向、③保険財政や国の財政に係る状況、④医療費の増加に伴う医療機関の収入や経営状況、⑤個別の医療課題を巡る改革課題、の5つの視点⁸から検討し、決定している⁹。

2016年度の全体の診療報酬改定率は、 -0.84% ¹⁰と、2008年度以来、8年ぶりのマイナス改定となった（図表4）。つまり、2016年度の診療報酬改定の結果、1年間の国民医療費（2015年度予算ベース：約43兆円）の約1%に相当する約0.43兆円分、2016年度及び2017年度に前年度比で増加する国民医療費の伸びを抑える効果が見込まれる。

図表4 2016年度の診療報酬改定率



（出所）厚生労働省「平成28年度診療報酬改定の概要」

⁸ 保険財政、医療機関の経営状況、個別の医療課題に関しては中央社会保険医療協議会の議論を参考にしている。

⁹ 財政制度等審議会 財政制度分科会（平成27年10月30日開催）資料1「社会保障②（28年度診療報酬改定、子ども・子育て）」

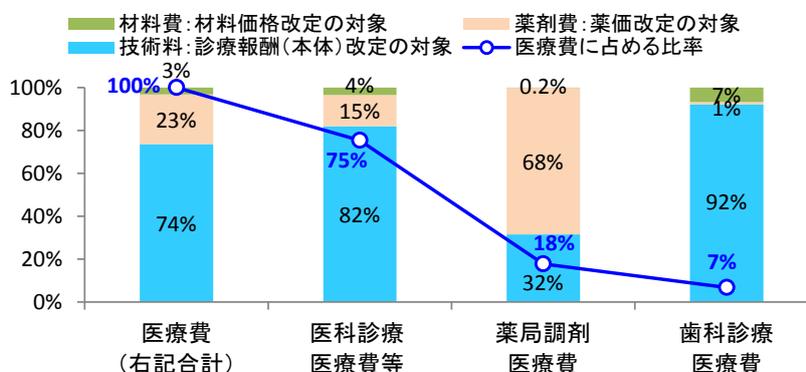
¹⁰ 診療報酬（本体）（+0.49%）、薬価（-1.22%）、材料価格（-0.11%）の各改定率を合計した改定率である。なお、市場拡大再算定による薬価の見直しによる改定率（-0.19%）、年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施による改定率（-0.28%）を合計した場合には、-1.31%である。

4. 2016 年度のマイナス改定の影響は特に薬局調剤医療費

診療報酬のうち、薬価及び材料価格の改定率は 1.22% 及び 0.11% のマイナスとなったが、診療報酬改定（本体）の改定率は 0.49% のプラスとなった（図表 4）。

2016 年度の診療報酬（本体）のプラス改定の影響を受けるのは、医療費のうち 74% を占める「技術料」である（図表 5）。このため、診療種類別の医療費においては、技術料の医療費に占める比率が高い「医科診療医療費」と「歯科診療医療費」において、2015 年度よりも同医療費が自然増¹¹を超えて増加する。一方、「薬剤費」及び「材料費」は、薬価及び材料価格のマイナス改定の影響を受け、薬剤費の構成比率の高い「薬局調剤医療費」は同医療費が自然増よりも減少することとなる。

図表 5 診療報酬（本体）・薬価・材料価格の各改定の医療費における対象範囲



(注 1) 「医科診療医療費等」は医科診療医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、療養費等の合計。

(注 2) 医療費に占める診療種類別医療費の比率は 2013 年度実績。

(注 3) 各診療種類別の医療費の技術料・薬剤費・材料費の比率は、2012 年度実績。

(出所) 厚生労働省「平成 25 年度国民医療費」、中央社会保険医療協議会 医療機関等における消費税負担に関する分科会 第 10 回（平成 26 年 1 月 8 日開催）税-1-2 資料より大和総研作成

2015 年度の予算ベースの国民医療費（約 43 兆円）を用いて、2016 年度の診療報酬改定による 2015 年度から 2016 年度の診療種類別の医療費の変化額について推計した（図表 6）。医科診療医療費では前年度比で自然増に加え約 900 億円増加（ネットの変化額：以下同様）することになるが、薬局調剤医療費では約 490 億円の減少が見込まれる。

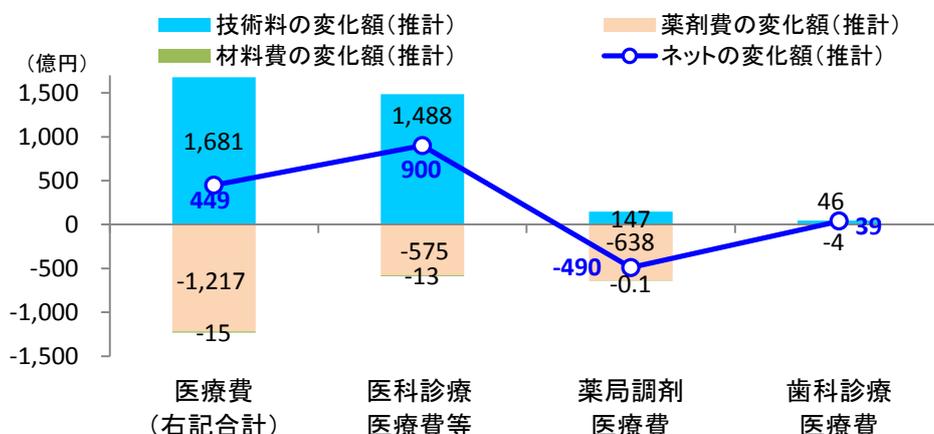
これに歯科診療医療費の約 39 億円増を加えると、2016 年度のマイナス改定によって、医療費全体の自然増を超える伸びは、約 450 億円にとどまると推計される。つまり、2013 年度に策定された「財政健全化計画」を踏まえ、2015 年度の「経済財政運営と改革の基本方針 2015」（2015 年 6 月 30 日に閣議決定）では、社会保障関係費を、高齢化による増加分（自然増分）に相当する年 0.5 兆円程度の伸びとする数値目標が示された¹²。2016 年度の診療報酬改定では、同計画

¹¹ 高齢化による増加分

¹² 「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。この点も含め、2020 年度（平成 32 年度）に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す。」

が示す医療費の伸びの範囲内の伸びに収まるように調整されたことになる。

図表 6 2016 年度の診療報酬改定に伴う診療種別医療費の 2015 年度比 2016 年度変化額 (推計：自然増分を除く)



(注) 推計に際し、国民医療費 (2015 年度予算ベース)、診療種別医療費の比率 (2013 年度実績)、各診療種別の医療費の技術料・薬剤費・材料費の比率 (2012 年度)、2016 年度の診療報酬改定率を使用。
 (出所) 厚生労働省「平成 25 年度国民医療費」「平成 28 年度診療報酬改定の概要」、中央社会保険医療協議会医療機関等における消費税負担に関する分科会 第 10 回 (平成 26 年 1 月 8 日開催) 税-1-2 資料より大和総研作成

5. 改革の焦点は「地域包括ケアシステムの構築推進」と「医療費の効率化」

医科・歯科・調剤に関する個別項目ごとの具体的な診療報酬の点数の加算率の引上げ・引下げは、社会保障審議会 (医療保険部会及び医療部会) が診療報酬 (本体) の改定率を所与として医療政策について審議し策定した基本方針に基づき、中央社会保険医療協議会 (中医協)¹³ が審議し、その答申を受けて厚生労働大臣が決める。

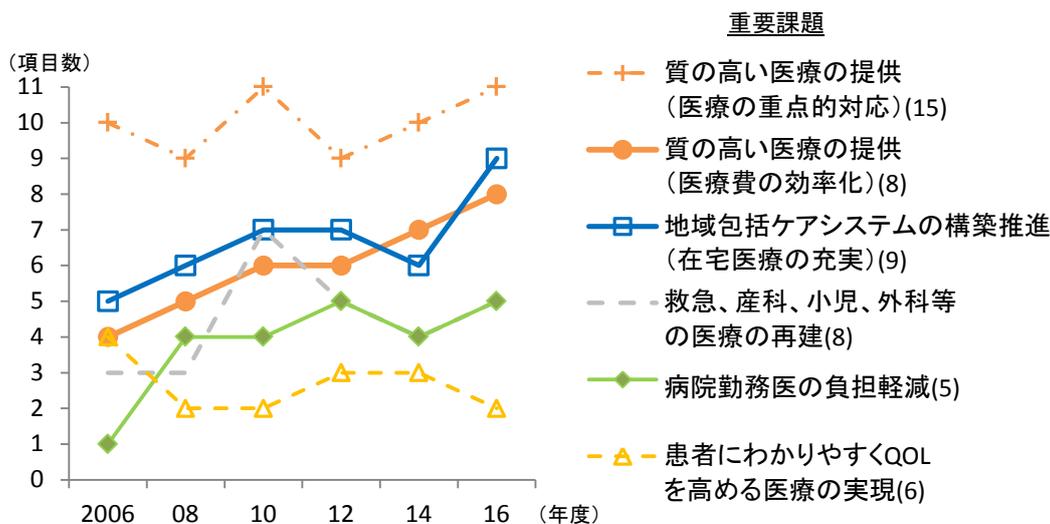
2006～2016 年度の医療提供体制において対処すべきと掲げられた重要課題を整理すると、大きく 6 つの課題¹⁴に区分される。さらに、同期間における上記の重要課題別に集計した診療報酬の改定項目数の推移をみると、各年度において「質の高い医療の提供 (医療の重点的対応¹⁵)」が最も多く、「地域包括ケアシステムの構築推進 (在宅医療の充実)」及び「質の高い医療の提供 (医療費の効率化)」の課題に関する改定項目が、増加傾向にある (図表 7)。

¹³ 支払側委員 (保険者、被保険者の代表) と診療側委員 (医師、歯科医師、薬剤師の代表) による協議を公益代表が調整する。

¹⁴ 「質の高い医療の提供 (医療の重点的対応)」「質の高い医療の提供 (医療費の効率化)」「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務医の負担軽減」「患者にわかりやすく QOL を高める医療の実現」「地域包括ケアシステムの構築推進 (在宅医療の充実)」である。

¹⁵ 「医療の重点的対応」は、重点的対応が求められる分野の医療を充実させること。医療安全、質の高い医薬品・医療機器・検査・手術等の評価、先進医療、がん医療・緩和ケア、精神疾患・認知症、リハビリ、難病医療等である。

図表7 重要課題別の主要改定項目の該当数の推移 (2006~16年度)



(注1) 凡例の()の数値は、2006~16年度の重要課題別の主要改定項目数である。

(注2) 「医療の重点的対応」は、重点的対応が求められる分野の医療を充実させること。

(出所) 厚生労働省「診療報酬改定の概要」(平成20、22、24、26、28年度)、第91回社会保障審議会医療保険部会 参考資料1「平成28年度診療報酬改定の基本方針(骨子案)」(平成27年11月20日)より大和総研作成

「医療費の効率化」に関する改定項目が増加している理由は、近年の医療費の増大傾向の抑制が、2013年度以降の政府の財政健全化における重要な政策課題になっているからである。

医科診療医療費は、生活習慣病の医療費が医療費全体の約3割を占めている¹⁶。さらに、医科診療医療費の前年度比変化率について、診療種別(入院医療費、入院外医療費、薬局調剤医療費)の寄与度を見ると、2009年度以降の医科診療医療費の伸びは、入院医療費と薬局調剤医療費の寄与度の上昇が主因となっている¹⁷。

入院医療費と薬局調剤医療費の金額は適正化の余地がある。日本の病床数は国際的にみても非常に多く、病床の機能分化が進んでいないこと¹⁸、さらには、病床の稼働率を上げるために、高齢者の社会的入院や療養目的の長期入院により、平均在院日数が長期化する傾向があり、入院医療費が必要以上に発生している。高齢患者の退院には、地域で、介護サービスの充実、及び在宅医療を支える「地域包括ケアシステム」が整っていることが必要条件となる。

薬局調剤医療費は、医療費を適正化する仕組みとしては、従来、市場情勢価格に応じた薬価の適正化が実施されてきた。しかし、依然、高齢者による飲み忘れ、複数疾病の罹患による多剤・重複・長期の処方や、保険収載される医薬品の費用対効果等、の課題が残る。

診療報酬改定の最大のポイントは、医療機関経営や医療の質を維持しながら、医療費を効率化することである。2015年12月24日に経済・財政一体改革推進委員会が公表した2016~20年

¹⁶ 亀井亜希子「[長寿社会と健康増進 第3回 高齢期に増加する生活習慣病の医療費](#)」(2016年1月25日付レポート)

¹⁷ 亀井亜希子「[医療費抑制は本当に実現するのか?](#)」(2015年10月23日付レポート)の2頁の図表2を参照。なお、当該レポートでは、入院・入院外療費を、入院・入院外診療費と表記している。

¹⁸ 亀井亜希子「[医療費抑制は本当に実現するのか?](#)」(2015年10月23日付レポート)の11~12頁を参照。

度の「経済・財政再生計画改革工程表」では、医療分野の各改革工程と KPI が盛り込まれており、2017～20 年度の期間に「診療報酬改定において適切に対応」の併記もされている。同計画の医療分野において、診療報酬改定とリンクしている改革を抜粋したものが図表 8 である。2016・17 年度の改革の進捗に遅れがみられた場合には、2018・20 年度の診療報酬改定において、該当基準に満たない場合には、診療報酬の点数を大幅に引き下げることで、改革を加速させることが想定される。

図表 8 経済・財政再生計画 改革工程表（医療分野における診療報酬改定との関連項目）

		2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
入院医療	医療費の地域差を是正	機能別病床の必要量等「地域医療構想」に基づき、病床の機能分化・連携、平均在院日数の短縮を推進 を定める「地域医療構想」を全都道府県で策定 「診療報酬」の改定で適切に対応 病床の機能分化に対する都道府県の権限内容を検討・2020年央までに付与				
	医療費の地域差を是正	(23県目標) (全県目標) 「医療費適正化計画」に基づき推進 地域差の「見える化」の実施を踏まえ 「診療報酬」の改定で適切に対応 「医療費適正化計画」を全都道府県で策定 紹介状なしの大病院受診に対し定額負担を導入				
地域包括ケアシステム	かかりつけ医の普及	「診療報酬」の改定で対応 かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担を導入				
	在宅医療の推進	「診療報酬」の改定で対応 (2013～17年度医療計画) (2018～23年度医療計画) 介護連携、看取り、在宅医療・看護、歯科の充実				
	医療情報連携	「診療報酬」の改定で対応 ICTによる医療情報の連結・相互利用(試験的運用) 医療等分野の番号の段階的運用(2020年までに本格運用)				
医療費の適正化	生活習慣病予防	(一部実施) (本格実施) 保険者へのインセンティブを強化(後期高齢者支援金の加算・減算制度の導入等) 加入者へのインセンティブを強化(ヘルスケアポイント付与や保険料軽減等) がん検診の受診率向上(50%目標) 次期「がん対策推進基本計画」の推進				
	費用対効果評価の導入	「診療報酬」の改定で対応(試行導入) 「診療報酬」の改定で対応(本格導入)				
	後発医薬品の推進	使用割合の向上(70%以上目標) 使用割合の向上(80%以上目標)				
	薬価等の適正化	「診療報酬」の改定で対応 「診療報酬」の改定で対応 (医薬品・医療材料・検査等の市場実勢価格の反映、長期収載品の薬価の引き下げ等)				
	残薬、重複・多剤・長期投与の削減	「診療報酬」の改定で対応 「診療報酬」の改定で対応 かかりつけ薬局・薬剤師による服薬管理の推進、門前薬局の見直し				

(出所) 経済・財政一体改革推進委員会「経済・財政再生計画改革工程表」(平成 27 年 12 月 24 日) より
大和総研作成

6. 患者側からみた医療の変化

診療報酬改定が行われた際の関心事は、利益が相反する関係にある立場（供給側と需要側）によって大きく異なる。医療保険者の関心は、医療保険給付額の削減額である。医療機関・調剤薬局は、経営環境の変化（同業者との競争）、各個別項目の点数改定に伴う経営収益の増減である。医療従事者は、各医療技術・看護の評価を通じた医療の質の向上、現場での診療体制の変化である。これらに対し、患者は、医療費の自己負担の軽減、医療機関や薬局を利用する際の利便性向上である。

今回の改定で2016年度以降、患者の医療機関の受診の際に、新たに生じる変化は、主に、以下の5点である。

（1）大病院を受診する際の医療費の自己負担額

大病院を受診する際、診療所の医師からの紹介状がない場合には、初・再診料の自己負担額に加え、定額料金（初診：5,000円以上、再診：2,500円以上¹⁹）を上乗せで支払うことになる。

つまり、患者は、追加の定額料金を負担してまでも病院受診を希望する者を除き、通常の場合、症状が軽度の場合には、医療をうけるファーストアクセスとして、まず診療所を受診することになる。病院では、軽症患者の受診の減少につながり、病院の限られた専門的な医療資源（医師、看護師、スタッフ、医療機器、検査等）を、高度な専門医療を必要とする重症患者に集中的に投入できるようになるため、患者にとっても、専門医療の質の向上、外来診察の待ち時間の短縮等のメリットがあるだろう。

（2）処方薬の自己負担額

医療機関の受診で、薬を処方され、院外処方を受けた場合には、どこの薬局にいくかで、患者の薬代の支払額が異なるようになる。

患者が、自宅の近所のかかりつけの薬局に、「お薬手帳²⁰」（過去6か月内の処方箋履歴）を持参して処方を受けた場合には、薬代²¹の支払額は、従来に比べ10円²²安くなるのに対し、かかりつけ薬局にお薬手帳を持参しない場合や門前薬局²³に行った場合には50円²⁴多く支払うことになる。

¹⁹ 最低価格以上でどの価格帯に設定されるかは、各医療機関の判断による。なお、歯科の場合は、初診：3,000円以上、再診：1,500円以上の上乗せである。

²⁰ お薬手帳は、紙媒体と同様の機能を有する電子媒体（アプリ等）でも良い。

²¹ 調剤基本料＋薬剤料（薬の原価）＋調剤料（薬の種類・日数）＋技術料（薬の計量・混合等）＋指導管理料（患者への薬の服用方法や副作用等の指導）

²² お薬手帳を持参した場合、薬剤の指導管理料が、従来の410円から380円になり30円安くなる。自己負担が3割の場合は、10円安くなる。

²³ 大病院の目の前や真横にある薬局。

²⁴ お薬手帳を持参しない場合、薬剤の指導管理料が、従来の340円から500円になり160円高くなる。自己負担額が3割の場合には、50円高くなる。

つまり、患者にとっては、院外処方で自宅近所のかかりつけの薬局で薬を受け取るか、院内処方で病院の中で薬を受け取って自宅に帰るか、いずれかの方法が安価及び便利になる。

(3) 在宅医療の充実

今回の改定で、在宅医療を専門に行う診療所の開設要件の緩和とともに、在宅医療に関わる様々な医療（入院していた医療機関による在宅療養支援、訪問看護の充実、小児在宅医療、がん在宅医療、緊急・夜間・休日・24時間対応、介護連携、看取り等）について、患者の重症度、居場所²⁵、診察内容・実績等に応じた在宅医療の評価体系の見直しがされた。このため、過小供給であった在宅医療機関数が増加すると共に、各機関の在宅医療の質に応じた点数の加減算により、在宅医療を受けている患者のQOLが向上することが期待される。

(4) 難病患者の医療費助成額

難病患者の助成条件及び金額が、都道府県によって変更になる可能性がある。

難病医療は、2015年7月以降、医療費助成の対象である「指定難病²⁶」が56疾病から306疾病へ、「小児慢性特定疾病²⁷」では514疾病から704疾病へ拡大した。それに伴い、医療給付割合が、医療費の7割から8割に拡大されたことから、各都道府県では、助成対象額（給付額）が増大し、限られた福祉予算（県の財源）の中で、疾病別にどう配分するかが課題となっている。新たに指定された難病及び小児慢性特定疾病の患者にとっては、医療費助成が受けられるようになり経済的負担が軽減する反面、従来、医療費助成を受けていた指定難病及び小児慢性特定疾病の患者は、都道府県別の財政状況によっては、助成条件の厳格化及び助成金額の減少につながる可能性もある。

(5) 患者の申出による国内未承認薬の利用

国内未承認薬等の保険外併用に関する患者申出制度は、従来は、患者が医師に申し出て、臨床研究中核病院と連携をとり、申請・審議を経て実施が可能になるまで、原則6週間かかっていた。しかし、今回の診療報酬改定では、既に患者申出療養の前例がある医療について、患者からの申し出があった場合、前例を取り扱った臨床研究中核病院の判断により、既に実施実績のある身近な医療機関（臨床研究の協力医療機関）の実施であれば、原則2週間で実施ができるようになった。

²⁵ 自宅、有料老人ホーム、介護施設等。同一建物・同一日かどうか。

²⁶ 「難病の患者に対する医療等に関する法律」による施行。

²⁷ 「児童福祉法の一部を改正する法律」による施行。

7. おわりに

医療機関及び調剤薬局の各医業収益の全体のパイである医科・歯科診療医療費及び薬局調剤費の伸びは、2020年度に向けて更に抑制されていく傾向にある。その制約の中で、診療報酬（本体）は、医療機関及び調剤薬局が、政府の政策方針が示す「質の高い医療」を提供しているかどうか評価し、政策に沿わない経営を行っている場合には、収益を減らすというペナルティーを科すという傾向を強めてきている。つまり、医療機関及び調剤薬局の経営上の改革手腕が問われており、各期間での収益格差が拡大する可能性を示唆している。

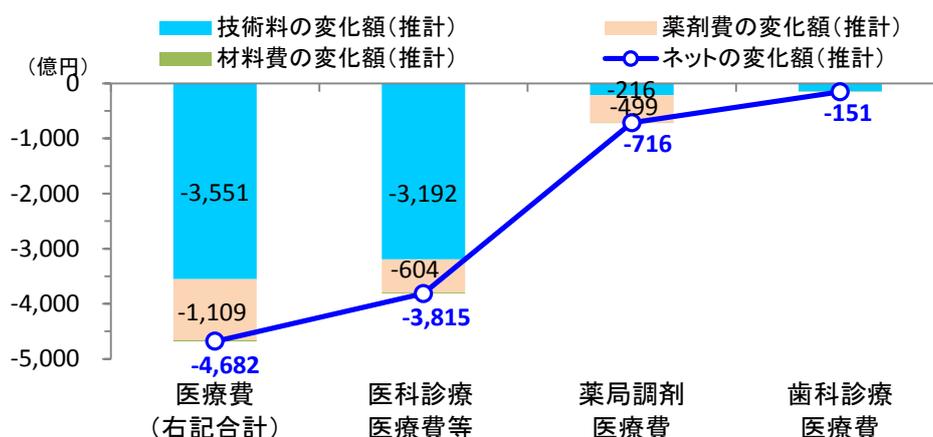
現段階では、2018・20年度の診療報酬改定において、保険収載する医薬品・医療機器の取捨選択（公的給付範囲の適正化）をベースに、病床の機能分化、服薬管理・指導の推進により、医療の質を下げないよう配慮しながら、全体としてマイナス改定にもってくる計画が垣間見える。どの程度の引下げになるかは、今回改定された診療報酬で、2016～17年度の間、薬剤費の適正化と病床再編を含む入院医療の効率化をどれだけ達成できるかにかかっているだろう。

（参考）2006年度のマイナス改定時の医療費への影響

2002～06年度は、診療報酬（本体）がマイナス改定となった。特に2006年度は過去最大のマイナス改定となり、医療の質の低下につながった。2006年度の診療報酬改定による2005年度から2006年度の医療費の変化を図表9に示した。2016年度の診療報酬改定による同変化額を示した図表6と比べると、2006年度は、医科診療医療費の自然増の伸びの抑制効果が大きく表れた。

医療費の削減額（0.47兆円）は、高齢化要因による医療費の増加額（0.5兆円）の9割を相殺する規模であったことから、前年度までと同様の医療提供を行うと医業コスト分の回収不能が生じることとなり、多くの医療機関では医療の質の低下及び経営赤字が生じたと考えられる。

図表9 2006年度の診療報酬改定に伴う診療種別医療費の2005年度比2006年度変化額（推計）



（注）推計に際し、国民医療費（2005年度実績）、診療種別医療費の比率（2005年度実績）、各診療種別の医療費の技術料・薬剤費・材料費の比率（2012年度）、2006年度の診療報酬改定率を使用。

（出所）厚生労働省「平成20年度国民医療費」「平成18年度診療報酬改定の概要」、中央社会保険医療協議会医療機関等における消費税負担に関する分科会 第10回（平成26年1月8日開催）税-1-2資料より大和総研作成

以上