

# 医療制度改革の論点

財務省主計局

今回の医療制度改革について、厚生労働省の試案をもとに議論するにあたり、検討していただきたい論点を以下の「基本的考え方」及び「具体的内容」に述べる。

## I 基本的考え方

- (1) ここ数年の医療制度の頻繁な手直しが、国民の不安を増大させていることを踏まえ、14年度における医療制度改革については、将来にわたって持続可能な制度を構築することを最大の課題として位置づけるべき。
- (2) 医療の質を確保しつつ、保険制度の持続可能性を担保するためには、公的医療保険でカバーすべき範囲を大幅に見直すとともに、増大する公的医療費の伸びを経済の伸び（≒保険料収入の伸び）とバランスさせることが不可欠。
- (3) そのために、混合診療の拡大や徹底した効率化策の実施等とあわせて、公的医療費の伸びと経済の伸びをバランスさせるための枠組みを構築する。また、負担のあり方についても老若かかわらず能力に応じた公平な負担の観点から抜本的な見直しを行うべきではないか。
- (4) 十分な情報開示を前提として選択のできるような制度を導入することなどにより、医療の質の向上と効率化の両立を図り、あわせて国民のニーズ・関心の高い分野に重点的な政策対応を行うことにより、国民に支持される医療制度改革を目指すべきではないか。

## II 具体的内容

### 1. 持続可能な制度の構築

#### (1) 公的医療保険の守備範囲の見直し（混合診療の拡大、民間活力の活用等）

公的医療保険と民間医療保険のカバーすべき守備範囲を見直すことにより、個人の多様なニーズに対応できる制度とするとともに医療機関の収入手段も多様化させるべきではないか。

民間活力の活用と十分な情報開示を前提として選択のできるような制度を導入することなどにより、医療の質の向上と効率化を両立させるとともに、関連産業の創出・雇用拡大等にも寄与。

#### ① 公的医療保険の守備範囲の大幅な見直し（混合診療の拡大・民間保険等の活用）

- ・ 公的医療保険の守備範囲を見直す観点から、差額ベット・予約診療等の適用弾力化などの特定療養費制度の拡充・弾力化。
- ・ より広範な医療サービスについて医療機関の費用徴収の自由度を拡大。具体的には、十分な事前説明及び情報公開を条件に地域の特性を踏まえつつ、患者から自由に費用の徴収ができることとする。  
これにより民間保険の活用も活性化。

（例） 医師の指名、セカンドオピニオンの紹介、先発薬剤の使用、通常よりも高度な医療機器（MRI等）の利用、手厚い介護体制の提供、終末期医療の提供、選択制の高い医療等

#### ② 情報開示の充実・強化

- ・ 医療機関の診療・経営情報開示の促進、医療情報のデータベース化・ネットワーク化、機能評価（第三者評価を含む）指標の整備により、患者の選択を可能とする。
- ・ カルテ、レセプトの全面開示 → 「患者の同意」以外の要件撤廃。
- ・ 医療機関の窓口において、診療内容の明細が記載された領収証発行の義務づけ。
- ・ 医師、病院の広告規制の緩和  
→ 不当表示の禁止等のネガティブリスト化。

#### ③ レセプト審査・支払事務に民間を活用（社会保険診療報酬支払基金の見直し）、保険者機能のアウトソーシング等。

## (2) 効率性の追求等

制度の持続可能性を担保し、給付の増大をコントロールするためには、まずは、医療の効率化等を徹底して進めるべきではないか。従来の枠組みにとらわれず、次のような施策を早急に実施する。

### ① 診療報酬体系の見直し

- ・ 近年の物価・賃金動向のほか、医療費と経済動向の乖離を勘案した引下げ。
- ・ 診療報酬の配分については、医療機関のあるべき運営コストや医療技術のあるべき姿が適切に反映されるよう体系的に見直し。
- ・ 長期入院の点数評価の見直し。
- ・ 医療サービスの標準化（EBMやクリティカルパスの導入等）及び支払方式の見直し（DRG-PPSの導入）。
- ・ 特定療養費の拡大。

### ② IT化の促進

- ・ 14年度中にレセプトのオンライン請求を全ての病院において義務付けるとともに、今後3年以内に全医療機関において実施。
- ・ カルテの電子化、診療情報の共有化等医療機関の情報化についてもその促進を図るため、一定の条件のもとに融資等の政策的支援を実施。

### ③ 薬剤使用の適正化、薬価基準等の見直し

- ・ 成分・効能が同一の薬剤については、原則最も低い水準に薬価を設定。
- ・ 後発品処方、調剤に誘導する仕組みの構築（先発品処方の場合処方せん発行料のカット、代替調剤の導入とその際先発調剤を行った場合の調剤料カットの組み合わせ等）。
- ・ 「205円ルール」の撤廃。
- ・ 市販薬類似医薬品の保険収載の制限。
- ・ 内外価格差の是正等による医療材料、医療機器等の価格引下げ。

### ④ 医療提供体制の見直し

- ・ 医業経営の近代化・効率化
  - 法人の形態、経営者資格要件、従業員の雇用形態を含めた検討
- ・ ベッドの削減
  - 削減計画の策定
- ・ 公的医療機関の存在意義を明らかにし、その役割に沿った運営を行う。

- ・ 高額医療機器の配置適正化  
→ 診療報酬請求上の施設基準（共同利用率要件）を大幅強化。
- ・ 医師、歯科医師の需給計画に基づき、医学部、歯学部の入学定員（若しくは国家試験合格者）を大幅に削減。

⑤ 社会保険と労働保険の保険料徴収事務の一元化。

⑥ 番号制の導入により、個々人の実態を把握し、受益と負担の公平を担保。

### (3) 医療費と経済のバランス回復

国民負担の継続的な引上げを前提としない持続可能な制度とするためには、上記のような措置とあわせて、医療費全体の伸びと経済の伸び（＝保険料収入の伸び）をバランスさせるような枠組みを構築すべきではないか。

#### ① 医療費伸び率の目標設定

国民医療費（公的医療費）全体の伸びが国民所得の伸びのトレンド程度になるよう老人医療費、若人医療費別に伸び率目標を設定。

#### ② 目標超過の場合の調整方法

目標超過が見込まれる場合は、翌年度において、診療報酬単価（一点10円）を引下げ。医療費実績確定後、翌々年度において再度調整。

なお、医療費の配分適正化を図るため、必要に応じ、診療報酬・薬価の改定によって診療報酬点数等を見直し。

③ この措置により、医療機関に対し、人件費、薬剤費、医療材料等、その他の物件費等について、経営合理化を含めた効率化努力を求める。

## 2. 患者負担の見直し

今後の急速な高齢化の進展を踏まえると、「高齢者＝社会的・経済的弱者」という従来の見方を改め、患者負担の水準を年齢によって区分せず、その人の負担能力や心身の特性（即ち、医療の必要性が高いかどうか）といった要因で負担水準を定めるべきではないか。

- ① 低所得者や受診頻度の高くならざるを得ない者については、老若問わず負担軽減措置（高額療養費制度等）できめ細やかに対応した上で、各年齢階層を通じて原則として同一（3割）の適正な自己負担を求める。将来的には資産の水準も加味した負担区分を導入。
- ② 保険免責制度の導入（外来1回・入院1日あたり500円）。
- ③ 若人薬剤一部負担の廃止。

### 3. 保険料の見直し

上記のような給付の見直しを行ってもなお、保険料の引上げが避けられない場合にも、現下の経済情勢を勘案し、14年度については健保保険料率の引上げは行わない。

なお、15年度からは年金制度とあわせ、総報酬制に移行し、その際、必要に応じ所要の保険料率の見直しを行うが、医療費伸び率管理の徹底によりその後の引上げを回避する。

### 4. 老人保健制度の見直し

今後の高齢化の進展を踏まえると、高齢者であっても負担能力のある者にはそれに応じた適正な負担を求めるとともに、現役世代においても真に救済を必要とする者には適切な配慮を行うということでない限り、医療保険制度は立ち行かなくなることは明らか。

従って、現行老健制度のもつ制度間の財政調整機能の利点は活かしつつ、自己負担の在り方を抜本的に見直すべきではないか。さらに、上記1.で示した伸び率管理の枠組みの導入により、現行の老人保健制度に起因する医療保険制度全体の持続可能性リスクを除去し、将来にわたって持続可能な制度とする。

#### (1) 自己負担

- ① 現在70歳以上で老健制度の適用を受けている者については、激変緩和措置として、引き続き、原則一割負担とするが、月額上限については若人と同様の水準とする。但し、それらの者のうち所得の高い者については、一定の自己負担水準の引上げを行う。
- ② その他の者については年齢によって区分するのではなく、その人の所得水準や受診頻度によって負担水準を定める。将来的には資産水準にも着目。

(2) なお、制度間の年齢リスク調整については、退職者医療制度とあわせ、引き続き、十分な調整機能を持たせる。

(3) 介護保険との連携

介護保険との役割分担に留意しつつ、診療・介護報酬の水準や自己負担の範囲などについて適正化を行う。

## 5. 安心して質の高い開かれた医療

国民が安心できる医療提供体制を整備するため、特に国民的関心の高い医療事故の防止等について徹底した対策をとるとともに、小児救急医療等国民のニーズが高い分野に適切に対応する。

- ① 医療事故、院内感染の防止・相談体制の充実
  - ・ 法改正により、医療機関において一定の事故防止措置を講じ、その措置を公表することを義務化。
  - ・ 都道府県単位での患者相談窓口の設置(第三者、医療・法律の専門家等で構成)。
  - ・ 報告制度の導入等。
- ② 医療従事者の質の向上
  - ・ 国家試験の改善、養成課程における選別、研修の充実、出身大学(医局)にとらわれない開かれた任用等。
- ③ 小児救急医療等を行う医療体制の充実
- ④ 情報開示の充実・強化(再掲)

## 6. 保険者の役割見直し

保険者機能を十分に発揮できるよう保険者の役割についてより自由度を高めるとともに、特に市町村国保にみられるような小規模保険者については、保険としてのリスク管理単位の見直し等を行うべきではないか。

- ① 直接(割引)契約の解禁、レセプト審査支払に民間を活用、IT化の推進(再掲)

## ② 市町村国保のリスク管理単位の見直し

一定以上の高額医療費のリスク分散を都道府県単位で行う高額医療費共同事業の対象となる医療費を拡大し、都道府県レベルでの保険リスクプール機能を強化。将来的には、より本格的な保険者間の統合に向けて、医療保険制度のあり方も含め、検討を進める。

## 7. 個人の選択尊重

終末期医療の在り方等について、個人の選択を尊重しつつ、あるべき医療の姿について国民的コンセンサスを形成すべきではないか。その際保険制度のかかわり方についても検討し、必要な給付の在り方について結論を得る。

### ① 終末期医療をめぐる選択

- ・ 専門家による検討委員会の設置、意思表示カード制度の創設等。
- ・ 個人の選択の尊重と負担の在り方の見直し。

### ② インフォームドコンセントの強化。

## 8. 健康寿命の延伸

「治療より予防」の観点から、日常における予防・健康管理の充実を図るべきではないか。こうした取り組みにより、医療費の抑制にも寄与するとともに、寝たきり等を予防し生活の質の向上も期待できる。

### ① 生活習慣病等予防のための地域運動

食生活等の改善、飲酒・喫煙対策、こころの健康、歯科保健等に係る普及・啓発運動、モデル事業の推進。

### ② 地域・職域における健康づくりの連携強化

地域・職域における検診データの相互活用。

### ③ 高齢者の就労促進

(高齢者の就労率が全国一の長野県は平均寿命(男子)も全国一)

### ④ 健康診断の充実、生活習慣病予防等

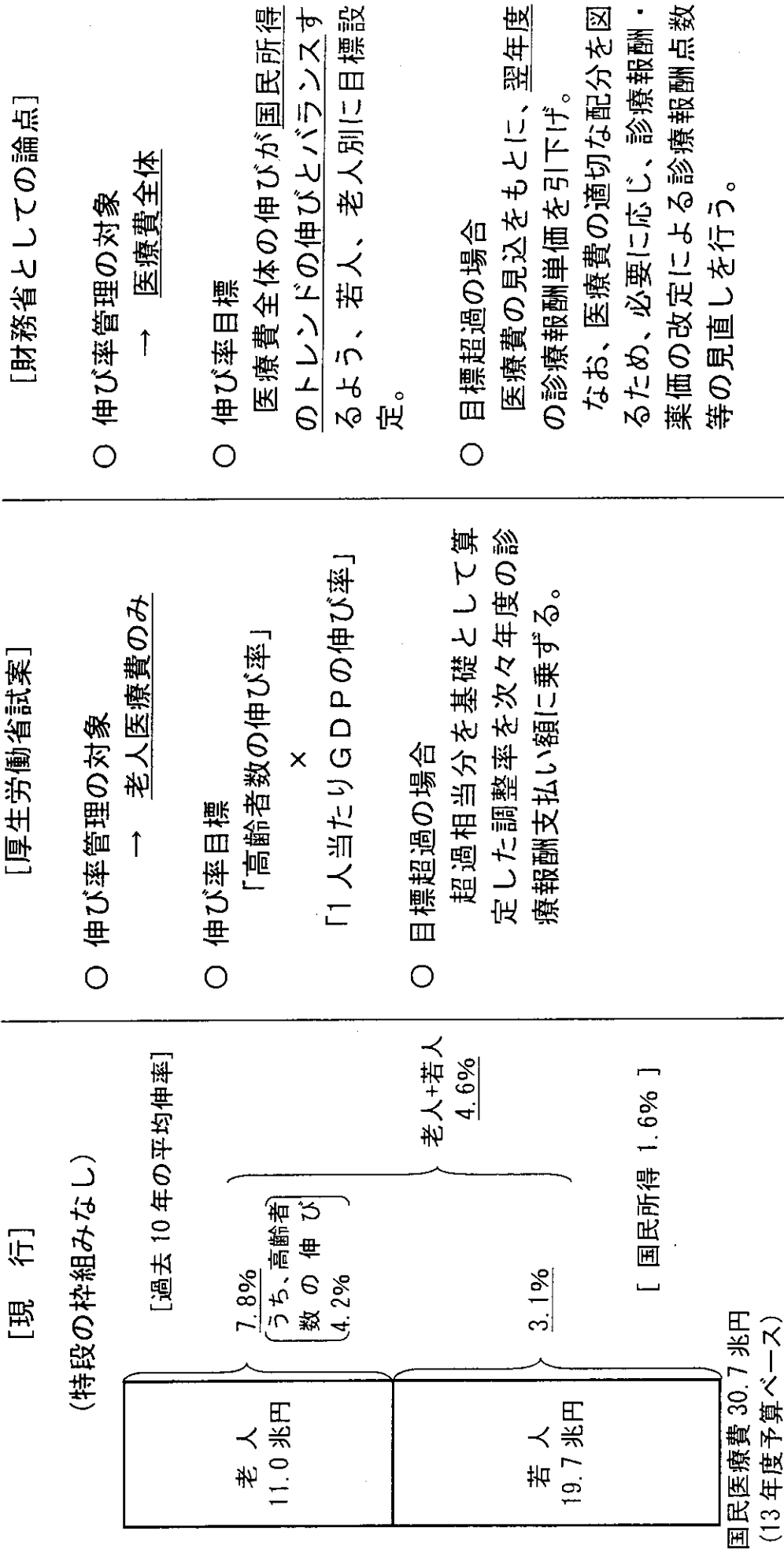
## 9. 先端医療への挑戦

先端的医療技術の進歩にむけて、保険制度とは別に、政策的支援を充実する。

- ① 先端医療分野(癌研究、老化、脳科学、ゲノム解析、遺伝子治療等)における研究開発の充実、技術評価・安全評価体制の整備
- ② ナショナルセンター等における高度医療の研究



# 医療費の伸び率管理の枠組み



国民医療費 30.7兆円  
(13年度予算ベース)

# 給付率の見直し

[現行制度]  
高齢者医療制度

70歳以上	9割	被用者保険	国保
0～5歳	8割 (家族外来は7割)	被用者保険	国保
	薬剤一部負担		
	7割		
	薬剤一部負担		

(注) 薬剤一部負担(外来のみ)

- ・内服薬 投薬ごとに1日分につき1種類 0円
- 2～3種類 30円
- 4～5種類 60円
- 6種類以上 100円
- ・外用薬 投薬ごとに1種類 50円
- 2種類 100円
- 3種類以上 150円
- ・内服薬 投薬ごとに1種類につき 10円

[厚生労働省試案]  
高齢者医療制度

75歳以上 (注)	9割 (高所得者は8割)	被用者保険	国保
70～74歳	8割		
3～70歳	7割		
0～3歳	8割		

(注) 高齢者医療制度の対象年齢については、14年度より5年間かけて75才に引き上げ。

[財務省としての論点]

9割(高所得者は8割)	7割	外来1回・入院1日500円までの保険免責制
低所得者・受診頻度の高い者には負担軽減		

(注) 激変緩和措置として現在70才以上の者については、9割(高所得者は8割)給付を適用(対象年齢を14年度より1歳ずつ引き上げ)。

対象年齢を毎年1歳ずつ引き上げ

# 自己負担限度額等の見直し

[現行制度]

	外 来 入 院
若 年 者	
上位所得者	121,800円+1% (70,800円)
一 般	63,600円+1% (37,200円)
低所得者	35,400円 (24,600円)

[厚生労働省試案]

	外 来 入 院
上位所得者	引上げ(A)
一 般	引上げ(B)
低所得者	据え置き(C)

[財務省としての論点]

	外 来 入 院
上位所得者	(A)
一 般 ※	(B)
低所得者 ※ (第2段階)	(C)
低所得者 (第1段階)	(F)

	高 齢 者
一 般	37,200円
低所得者	3,000円 (大病院 5,000円)
	24,600円
老福年金受給者 (受給者の0.7%)	15,000円

	若 年 者 と 同 水 準 (B)
高所得者	引上げ(D)
一 般	据え置き(E)
低所得者(第2段階)	据え置き(F)
低所得者(第1段階) (対象拡大:受給者 の1割程度)	

※ 「1%」は、一定の限度額を超えた医療費の1%。

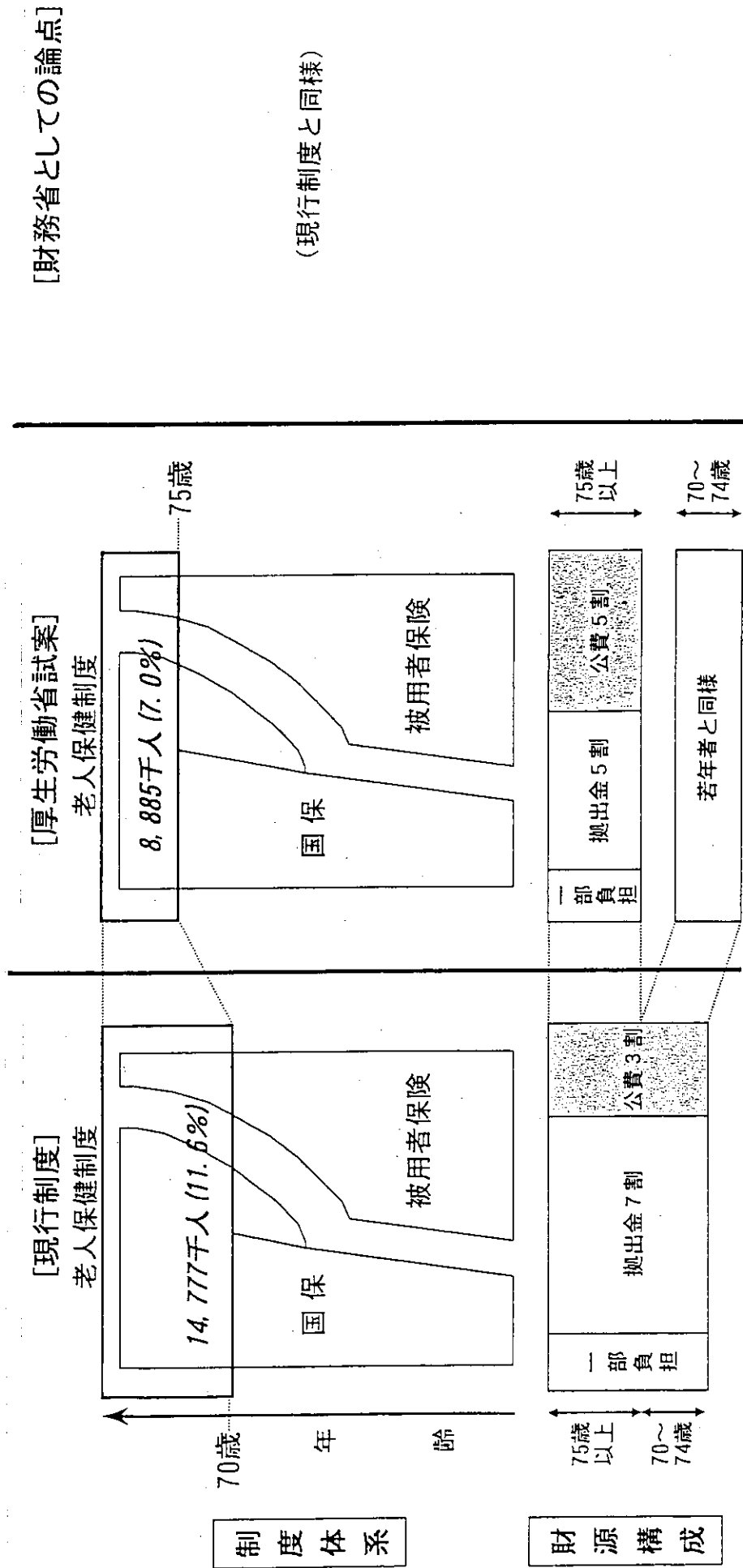
※ 自己負担限度額の( )内は、多数該当(12月内に3回以上該当の場合、4回目から適用)の場合の限度額。

※ 世帯合算制度あり。  
→ 同一月に30,000円以上の負担が世帯で複数ある場合はこれを合算して支給。

※ 「低所得者」: 市町村民税(所得割・均等割とも)非課税(例)4人世帯の場合の対象者  
給与所得者 252万以下  
公的年金受給者(65才未満) 262万以下  
" (65才以上) 312万以下

※ 一般及び低所得者(2段階)については、多数該当の要件緩和により、受診頻度の高い者には、よりきめ細かく対応。

# 老人保健制度対象年齢と公費負担割合



・国保に対して別途、財政対策を実施。

(注) 人口構成比は12年度のデータ。