

# 医療制度改革大綱

政府・与党医療改革協議会

平成17年12月1日

(目次)

|                            |     |    |
|----------------------------|-----|----|
| ．改革の基本的な考え方                | ... | 1  |
| 1．安心・信頼の医療の確保と予防の重視        | ... | 1  |
| 2．医療費適正化の総合的な推進            | ... | 2  |
| 3．超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現 | ... | 2  |
| ．安心・信頼の医療の確保と予防の重視         | ... | 3  |
| 1．安心・信頼の医療の確保              | ... | 3  |
| 2．予防の重視                    | ... | 4  |
| ．医療費適正化の総合的な推進             | ... | 5  |
| 1．医療給付費の伸びと国民の負担との均衡の確保    | ... | 5  |
| 2．医療費適正化計画の推進              | ... | 6  |
| (1) 計画の策定                  | ... | 6  |
| (2) 計画の推進のための措置            | ... | 7  |
| (3) 計画の達成の検証               | ... | 7  |
| 3．公的保険給付の内容・範囲の見直し等        | ... | 7  |
| (1) 高齢者の患者負担の見直し           | ... | 7  |
| (2) 食費・居住費の負担の見直し          | ... | 8  |
| (3) 高額療養費の自己負担限度額の引上げ等     | ... | 8  |
| (4) 現金給付の見直し               | ... | 8  |
| (5) レセプトIT化の推進等            | ... | 8  |
| (6) その他                    | ... | 9  |
| ．超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現  | ... | 9  |
| 1．新たな高齢者医療制度の創設            | ... | 9  |
| (1) 後期高齢者医療制度(75歳以上)       | ... | 10 |
| (2) 前期高齢者医療制度(65歳～74歳)     | ... | 11 |
| (3) その他                    | ... | 12 |
| 2．保険者の再編・統合                | ... | 12 |
| (1) 国民健康保険                 | ... | 12 |
| (2) 政府管掌健康保険               | ... | 12 |
| (3) 健康保険組合                 | ... | 13 |
| ．診療報酬等の見直し                 | ... | 13 |
| 1．診療報酬改定                   | ... | 13 |
| 2．薬剤等に係る見直し                | ... | 13 |
| 3．中央社会保険医療協議会の見直し          | ... | 14 |
| ．改革の時期                     | ... | 14 |

## ．改革の基本的な考え方

わが国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。しかしながら、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行、国民生活や意識の変化など、大きな環境変化に直面しており、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくためには、その構造改革が急務である。

医療保険制度については、平成14年の健康保険法等の改正に際して、抜本的な制度の改革を行うべきとの論議があり、その旨が法律の附則に規定された。これを踏まえ、平成15年3月に「医療制度改革の基本方針」が閣議決定され、診療報酬体系については、改定の都度、見直しを図ることとされ、新たな高齢者医療制度の創設及び保険者の再編・統合については、平成20年度に向けて実現を図ることとされた。

また、本年6月に閣議決定された「骨太の方針2005」においては、「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずる」としている。

改革に当たり国民が求めているのは医療の安心・信頼の確保である。上記の方針を踏まえ、患者、国民の視点から医療はいかにあるべきかについて、次のような基本的な考え方にに基づき、医療制度の構造改革を推進する。

### 1．安心・信頼の医療の確保と予防の重視

国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制を確立する。

また、健康と長寿は国民誰しもの願いであり、今後は、治療重点の医療から、疾病の予防を重視した保健医療体系へと転換を図っていく。

特に、生活習慣病の予防は、国民の健康の確保の上で重要であるのみならず、治療に要する医療費の減少にも資することとなる。

## 2 . 医療費適正化の総合的な推進

急速な少子高齢化の進展の中で、国民の安心の基盤である皆保険制度を維持し、将来にわたり持続可能なものとするため、医療費について過度の増大を招かないよう、経済財政と均衡がとれたものとしていく必要がある。

このため、医療給付費の伸びについて、その実績を検証する際の目安となる指標を策定するなど、国民が負担可能な範囲とする仕組みを導入する。

医療費の伸びが過大とならないよう、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮を図るなど、計画的な医療費の適正化対策を推進する。

医療費の無駄を常に点検するとともに、国民的な合意を得て、公的保険給付の内容・範囲の見直し等を行う。

## 3 . 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

医療費の負担について国民の理解と納得を得ていく必要がある。老人医療費を中心に国民医療費が増大する中、現行の制度では、現役世代と高齢者世代の負担の不公平が指摘されている。このため、新たな高齢者医療制度を創設し、高齢者世代と現役世代の負担を明確化し、公平で分かりやすい制度とする。

市町村が運営する国民健康保険は財政基盤が脆弱であり、また、健康保険組合の中には、小規模で財政が窮迫している保険者もある。他方、政府管掌健康保険は、全国一本の保険者であり、地域の実情が保険運営に十分に反映されていないという課題がある。このため、都道

府県単位を軸とする保険者の再編・統合を進め、保険財政の基盤の安定を図り、医療保険制度の一元化を目指す。

・安心・信頼の医療の確保と予防の重視

1 . 安心・信頼の医療の確保

( 医師不足問題への対応 )

地域ごとの医師の偏在により、へき地等における医師不足が大きな問題となっている。また、小児科、産科などの特定の診療科における医師の不足が深刻化している。このため、都道府県ごとに医療対策協議会を設置し、医学部入学定員の地域枠を拡大するなど、地域の実情に応じた医師確保策を総合的に講じていく。

( 地域医療の連携体制の構築 )

急性期から回復期を経て自宅に戻るまで、患者が、一貫した治療方針のもとに切れ目ない医療を受けることができるよう、地域医療を見直す。このため、医療計画において、脳卒中対策、がん医療、小児救急医療など事業別の医療連携体制を構築する。

( 患者に対する情報提供の推進 )

患者に対する情報提供を推進し、患者の医療に関する選択に資するため、都道府県による医療機関に関する情報提供を制度化する。また、保険医療機関等に医療費の内容がわかる領収書の発行を義務づける。

( 遠隔医療の推進等 )

高度な医療を含め地域による医療水準の格差を解消するよう、IT技術を活用した遠隔医療を推進するなど医療水準の均てん化を図る。

(信頼できる医療の確保)

信頼できる医療を確保していくため、患者のニーズや医療現場の実態を踏まえ、以下の対策を推進する。

- ・ 根拠に基づく医療（EBM）の推進
- ・ 医療の質の向上に向けた第三者評価の推進
- ・ 医療安全支援センターの制度化など医療安全対策の充実
- ・ 医療従事者の資質向上
- ・ 終末期医療の患者に対する在宅医療の充実

(医療法人制度改革)

公益性の高い法人類型の創設等の医療法人制度改革を行うとともに、医療法人に必要な会計の在り方について検討する。

## 2. 予防の重視

(国民運動の展開)

糖尿病・高血圧症・高脂血症といった生活習慣病の予防を国民運動として展開し、運動習慣や、「食育」の推進を含め、バランスのとれた食生活の定着を図る。

また、高齢期の健康確保のため、8020運動を推進する。

(生活習慣病予防のための取組体制)

都道府県の健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標を設定し、国民の生活習慣改善に向けた普及啓発を積極的に進める。また、健診・保健指導実施率等の目標を設定し、その達成に向けた取組を促進する。

生活習慣病の予防についての保険者の役割を明確化し、被保険者・被扶養者に対する効果的・効率的な健診・保健指導を義務づけるなど、本格的な取組を展開する。

保健指導の効果的な実施を図るため、国において保健指導プログラムの標準化を行う。

(がん予防の推進)

がんは、日本人にとって死亡原因の第一位である。がん予防のため、禁煙支援などの生活習慣の改善を進める。なお、たばこ税を引上げるべきとの意見については、税制改正全体の中で議論していくこととする。

・医療費適正化の総合的な推進

1．医療給付費の伸びと国民の負担との均衡の確保

医療給付費の伸びに関しては、糖尿病等の患者・予備群の減少や平均在院日数の短縮などの中長期の医療費適正化対策の効果を基にして、また、公的保険給付の見直し等を積み上げた効果を織り込んだ形で、経済規模と照らし合わせ、国民にとって安心できる医療の確保の観点や、国民負担の観点から評価しつつ、5年程度の中期を含め、将来の医療給付費の規模の見通しを示す。そして、これを医療給付費の伸びの実績を検証する際の目安となる指標とする。

一定期間後、この目安となる指標と実績とを突き合わせることにより、医療費適正化方策の効果を検証し、その検証結果を将来に向けた施策の見直しに反映させる。

将来の医療給付費の規模の見通しを示すに当たっては、例えば、その対国民所得比や対GDP比を示し、国民にとって安心できる医療の確保ができるかどうかという観点や、国民負担の面で許容範囲にある

と考えられる程度の水準にあるかどうかという観点から、厚生労働省、経済財政諮問会議等で検討を行う。その後、現実に医療給付費の対国民所得比等の一定の増加が見込まれる場合、どのような要因に基づいているのか検証し、施策の見直しの必要性について検討を行う。

(注) 医療給付費の実績が目安となる指標を超過した場合であっても、一律、機械的、事後的(遡及的)な調整を行うものではない。施策の効果を検証し、国民の負担と安心に配慮しつつ、将来に向けて適時施策の見直しを検討する。

## 2. 医療費適正化計画の推進

### (1) 計画の策定

国の責任のもと、国及び都道府県等が協力し、生活習慣病対策や長期入院の是正などの計画的な医療費適正化に取り組む。

医療費適正化計画の策定の手順・内容は、次のとおりとする。

- ・国は、中長期的な医療費適正化のための基本方針を策定する。基本方針では、糖尿病等の患者・予備群の減少率や平均在院日数の短縮に関する政策目標の全国標準を定める。
- ・国及び都道府県は、基本方針に即して、それぞれ、医療費適正化計画(5年間)を策定する。
- ・国は、その適正化計画において、都道府県での取組に対する財政支援、計画を実施する人材の養成等の取組を定める。
- ・都道府県は、その適正化計画において、全国標準に基づき、当該都道府県における糖尿病等の患者・予備群の減少率や平均在院日数の短縮に関する政策目標を定める。
- ・政策目標の実現の効果として達成される医療費の見通しを、国レベル、都道府県レベルで定める。

## ( 2 ) 計画の推進のための措置

国は、都道府県医療費適正化計画の実現に資するよう、診療報酬体系の見直しや病床転換を進めるための医療保険財源を活用した支援措置を講ずる。

平均在院日数の縮減に併せて、患者の病院から在宅への復帰が円滑にできるよう、在宅医療・介護の連携強化や居住系サービスの充実を図る。

国の基本方針の下、医療費適正化計画の目標については、都道府県の健康増進計画、医療計画及び介護保険事業支援計画の目標と相互に整合のとれたものとして作成し、施策の連携を図る。

## ( 3 ) 計画の達成の検証

計画を確実に実施するため、次の取組を行う。

- ・国及び都道府県は、計画の中間年において、進捗状況を検証し、必要な取組を強化する。
- ・国及び都道府県は、計画終了時において、政策目標の達成状況を検証する。その結果を踏まえ、国は、都道府県の計画達成を支援する。また、都道府県別の診療報酬の特例について、国と都道府県で協議し、国が措置する。その際、都道府県間において給付に不適切な格差が生じないように配慮する。

## 3 . 公的保険給付の内容・範囲の見直し等

### ( 1 ) 高齢者の患者負担の見直し (平成 18 年度)

70 歳以上の高齢者のうち、現役並みの所得の者については、現役と同様に 3 割負担とする。

( 2 ) 食費・居住費の負担の見直し

療養病床に入院する高齢者については、低所得者に配慮しつつ、食費・居住費の負担の見直しを図る。

( 3 ) 高額療養費の自己負担限度額の引上げ等

高額療養費の自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準となるよう引上げを行う。

人工透析患者のうち所得の高い者については、自己負担限度額の引上げを行う。

入院に係る医療費については、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額にとどめることを検討する。

( 4 ) 現金給付の見直し

傷病手当金及び出産手当金については、支給額への賞与の反映などの見直しを行う。

出産育児一時金を現行の30万円から35万円に引き上げる。

被用者保険の埋葬料は、5万円とする。

( 5 ) レセプトIT化の推進等

医療保険事務全体の効率化を図るため、医療機関等が審査支払機関に提出するレセプト及び審査支払機関が保険者に提出するレセプトについて、平成18年度からオンライン化を進め、平成23年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする。その際には、データ分析が可能となるよう取り組む。

また、オンライン化のための経費に対する支援などに積極的に取り組むとともに、レセプトオンライン請求に関する情報保護ガイドラインの作成等により、個人情報の保護等に十分配慮する。

被保険者の利便性の向上等のため、被保険者証の個人カード化を推進する。

## (6) その他

保険料賦課の基準となる標準報酬月額の上下限の範囲の拡大や、標準賞与額の見直しを行う。

公的年金等控除等の見直しに伴い、現役並みの所得に該当する高齢者等の負担について、2年間の経過措置を講ずる。

### ・超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

#### 1 . 新たな高齢者医療制度の創設（平成20年度）

75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。

あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。

## ( 1 ) 後期高齢者医療制度 ( 7 5 歳以上 )

### ( 運営の仕組み )

運営については、保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行う。

広域連合の財政リスクの軽減については、国・都道府県が共同して責任を果たす仕組みとする。このため、広域連合に対する高額な医療費等についての国・都道府県による財政支援、国・都道府県も拠出する基金による保険料未納等に対する貸付・交付の仕組みを設ける。また、保険料の年金からの特別徴収(天引き)を導入する。

### ( 財源構成等 )

財源構成は、患者負担を除き、公費(約5割)、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く保険料(1割)を徴収する。被用者保険の被扶養者であった高齢者の保険料の負担については、必要な経過措置を講ずる。

現役世代からの支援は、国保・被用者保険の加入者数に応じた支援とする。

世代間の負担の公平を維持するため、人口構成に占める後期高齢者と現役世代の比率の変化に応じて、それぞれの負担割合を変えていく仕組みを導入する。これにより、高齢者の保険料による負担割合(1割)は高まり、現役世代の支援の割合は、約4割を上限として減っていくことになる。

### ( 患者負担 )

75歳以上の後期高齢者については、1割負担(ただし、現役並みの所得を有する者は3割負担)とする。

( 後期高齢者医療制度にふさわしい診療報酬体系 )

後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。新たな体系においては、終末期医療の在り方についての合意形成を得て、患者の尊厳を大切にした医療が提供されるよう、適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。

( 2 ) 前期高齢者医療制度 ( 65歳 ~ 74歳 )

( 調整の仕組み )

65歳から74歳の前期高齢者については、国保・被用者保険の従来制度に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整する仕組みを創設する。

( 患者負担 )

70歳未満の者については、これまでと同様に3割負担とし、70歳から74歳の者については、2割負担(ただし、現役並みの所得を有する者は3割負担)とする。その際、1割負担から2割負担となる70歳から74歳までの低所得者については、自己負担限度額を据え置く措置を講ずる。

( 経過措置 )

現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。

### ( 3 ) その他

#### ( 乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大 )

高齢者医療制度の創設に併せて、乳幼児に対する自己負担軽減( 2割負担 )の対象年齢を 3 歳未満から義務教育就学前までに拡大する。

#### ( 自己負担合算制度の創設 )

医療保険及び介護保険の自己負担合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する仕組みを設ける。

なお、障害者自立支援法のサービスに係る利用者負担と調整する仕組みの在り方については、今後の検討課題とする。

#### ( 後期高齢者医療制度についての意見交換の場の設置 )

後期高齢者医療制度の運営に当たっては、広域連合と医療保険者等との間の意見交換の場を設ける。

## 2 . 保険者の再編・統合

### ( 1 ) 国民健康保険

国民健康保険については、都道府県単位での保険運営を推進するため、保険財政の安定化と保険料平準化を促進する観点から都道府県内の市町村の拠出により医療費を賄う共同事業の拡充を図る。あわせて、保険者支援制度等の国保財政基盤強化策について、公費負担の在り方を含め総合的に見直す。

### ( 2 ) 政府管掌健康保険

政府管掌健康保険については、国とは切り離れた全国単位の公法人を保険者として設立し、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定するなど、都道府県単位の財政運営を基本とする。

公法人については、関係事業主、被保険者等の意見に基づく自主自律の運営を確保していく。また、被用者保険の最後の受け皿であることを踏まえ、準備金の積立てや、保険料率に関する必要な国の関与、保険料率の上下限の見直しなど、必要な措置を講ずる。

### (3) 健康保険組合

健保組合については、規制緩和等を通じて、再編・統合を進める。また、同一都道府県内における健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた地域型健保組合の設立を認める。

## ・診療報酬等の見直し

### 1. 診療報酬改定

平成18年度の診療報酬改定については、賃金・物価の動向等の昨今の経済動向、医療経済実態調査の結果、さらに保険財政の状況等を踏まえ、引下げの方向で検討し、措置する。

改定に当たっては、小児科・産科・麻酔科や救急医療等の医療の質の確保に配慮する。また、急性期医療の実態に即した看護配置を適切に評価した改定を行う。一方、慢性期入院医療等の効率化の余地があると思われる領域については、適正化を図る。

### 2. 薬剤等に係る見直し

薬価・保険医療材料価格については、市場実勢価格を踏まえ引下げを行う。また、画期的新薬の適正な評価を行う一方、後発品の状況等を勘案した先発品の薬価引下げを行う。また、後発品の使用促進のために処方せん様式を変更する。

患者が有効性・安全性の高い新薬をできるだけ早く使用できるよう、医薬品の審査の迅速化を図る。

### 3 . 中央社会保険医療協議会の見直し

中医協の委員構成は、公益委員 6 名、支払側委員・診療側委員をそれぞれ 7 名とする。これに併せ、中医協の運営に関する公益委員の主導的な役割についての規定を設ける。

中医協委員の団体推薦規定を廃止する。これに併せ、委員任命に当たっての、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設ける。

#### . 改革の時期

現役並みの所得者に係る高齢者の患者負担の見直し、食費・居住費の負担の見直し、高額療養費の自己負担限度額の引上げ、出産育児一時金の引上げ、埋葬料の見直し、国保財政基盤強化策等、中央社会保険医療協議会の見直し、地域型健保組合の創設は平成 18 年度に、現金給付（出産育児一時金の引上げ等を除く）及び保険料賦課の見直しは平成 19 年度に、医療費適正化計画、高齢者医療制度、乳幼児に対する自己負担軽減措置の拡大及び政府管掌健康保険の公法人化は平成 20 年度に、それぞれ実施するものとする。

以上のような方針に基づき、早急に具体的な検討に着手し、平成 18 年度予算編成において適切に対応するとともに、平成 18 年の通常国会に一連の改革のための法案を提出し、確実に実行するものとする。