

医療保険制度に関する改革について

- ・医療制度改革の全体像・・・・・・・・・・ p. 1
- ・医療保険制度体系に関する基本方針の策定・・・・・・・・ p. 2
- ・医療費適正化・・・・・・・・・・ p. 3
- ・診療報酬体系の在り方に関する主な検討課題・・・・・・・・ p. 15
- ・いわゆる「混合診療」について・・・・・・・・ p. 17

厚生労働省

医療制度改革の全体像

医療保険制度

- 【主要検討事項】
- ① 保険者の再編・統合
 - ② 高齢者医療制度
 - ③ 診療報酬体系の在り方の見直し

以上のような改革及び関連する諸施策を通じ、高齢化等の進展に伴い増大する医療費について、過大・不必要な伸びを抑制し、適正化を図る。

- ・ 中長期の効果を目指す方策（医療費適正化計画（仮称））

- ・ 早期に効果を目指す方策（公的保険給付の内容の見直し等）

現在、社会保障審議会医療保険部会において議論

8月にこれまでの議論の整理

医療提供体制

医療費適正化

- 【主要検討事項】
- 医療機能の分化・連携の推進（医療計画制度の見直し）
 - …急性期から回復期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるような体制の構築

現在、社会保障審議会医療部会において議論

7月に中間まとめ

生活習慣病対策

化に向けての

- 【主要検討事項】
- 科学的根拠に基づいた効果的な保健事業の手法の開発
 - ・普及
 - ・都道府県の役割強化（健康増進計画の見直し）

- ・ 医療保険者を含めた保健事業
- 老健ヘルス事業の在り方の見直し

現在、厚生科学審議会の部会等において議論

8月にこれまでの議論の整理

介護保険制度

関連施策

- 【主要検討事項】
- 医療と介護の機能分担と連携強化
 - ・ 地域における主治医とケアマネジャー等の連携強化
 - ・ 介護保険施設や居住系サービスにおける日常的な健康管理や緊急時の対応、ターミナルケアの在り方

- ・ 介護予防

社会保障審議会介護給付費分科会等において来年4月の介護報酬改定に向けて議論

秋口 医療制度改革に関する厚生労働省試案を提示

年末 政府・与党の成案を得る

医療保険制度体系に関する基本方針の策定

経緯

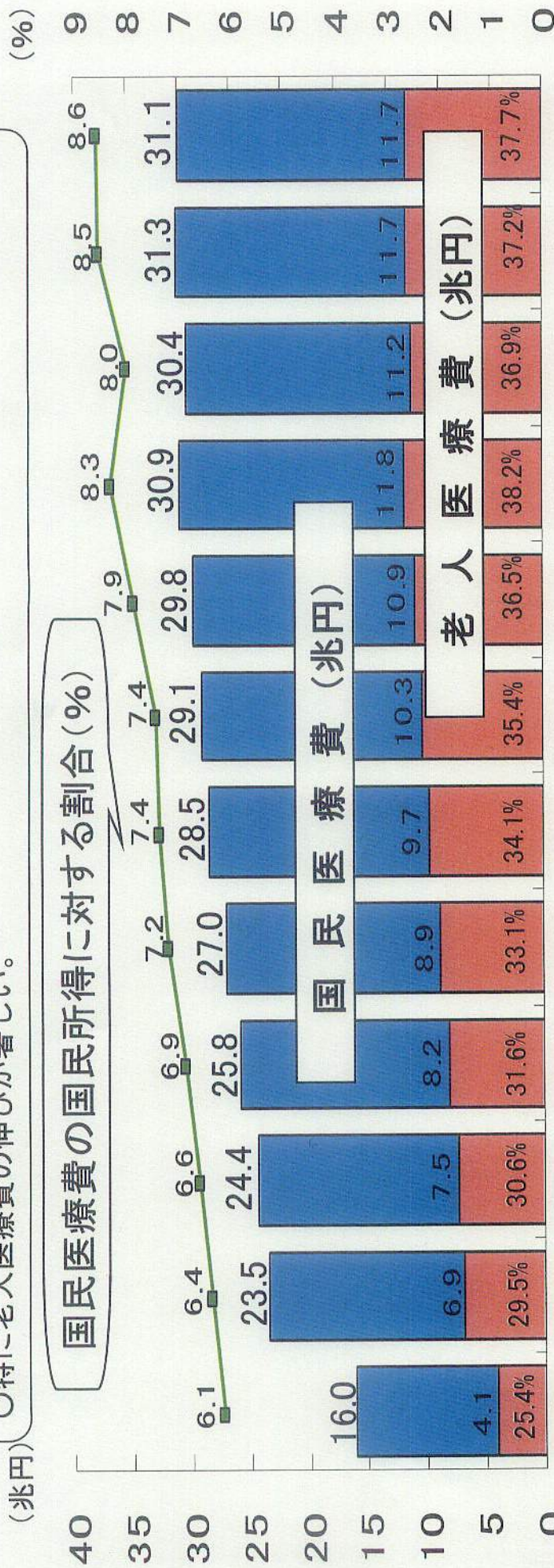
- ・ 平成14年に成立した健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条において、今後の医療保険制度の改革等について規定。
- ・ 同条に基づき、平成15年3月28日に「基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針）」を閣議決定。

(参考) 平成14年健康保険法等改正法附則第2条 (抄)

- 2 政府は、将来にわたって医療保険制度の安定的運営を図るため、平成14年度中に、次に掲げる事項について、その具体的内容、手順及び年次計画を明らかにした基本方針を策定するものとする。政府は、当該基本方針に基づいて、できるだけ速やかに(第2号に掲げる事項についてはおおむね2年を目的に)、所要の措置を講ずるものとする。
 - 1 保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方
 - 2 新しい高齢者医療制度の創設
 - 3 診療報酬の体系の見直し

医療費の動向

○我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示しており、近年、制度改革等がなければ、毎年約1兆円ずつ伸びている。
 ○特に老人医療費の伸びが著しい。



60 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 年度

- 65: 老人一部負担金の引上げ (外来900円/月、入院600円/日、→700円/日)
- 66: 老人一部負担金の創設
- 67: 食事療養費制度の創設
- 68: 老人一部負担金の物価スライド実施
- 69: 被用者本人2割負担へ引上げ、外来薬剤一部負担導入
- 70: 診療報酬・薬価等の改定 ▲1.3%
- 71: 診療報酬・薬価等の改定 ▲2.7%
- 72: 介護保険制度が施行、高齢者1割負担導入
- 73: 診療報酬・薬価等の改定 ▲2.7%
- 74: 診療報酬・薬価等の改定 ▲2.7%

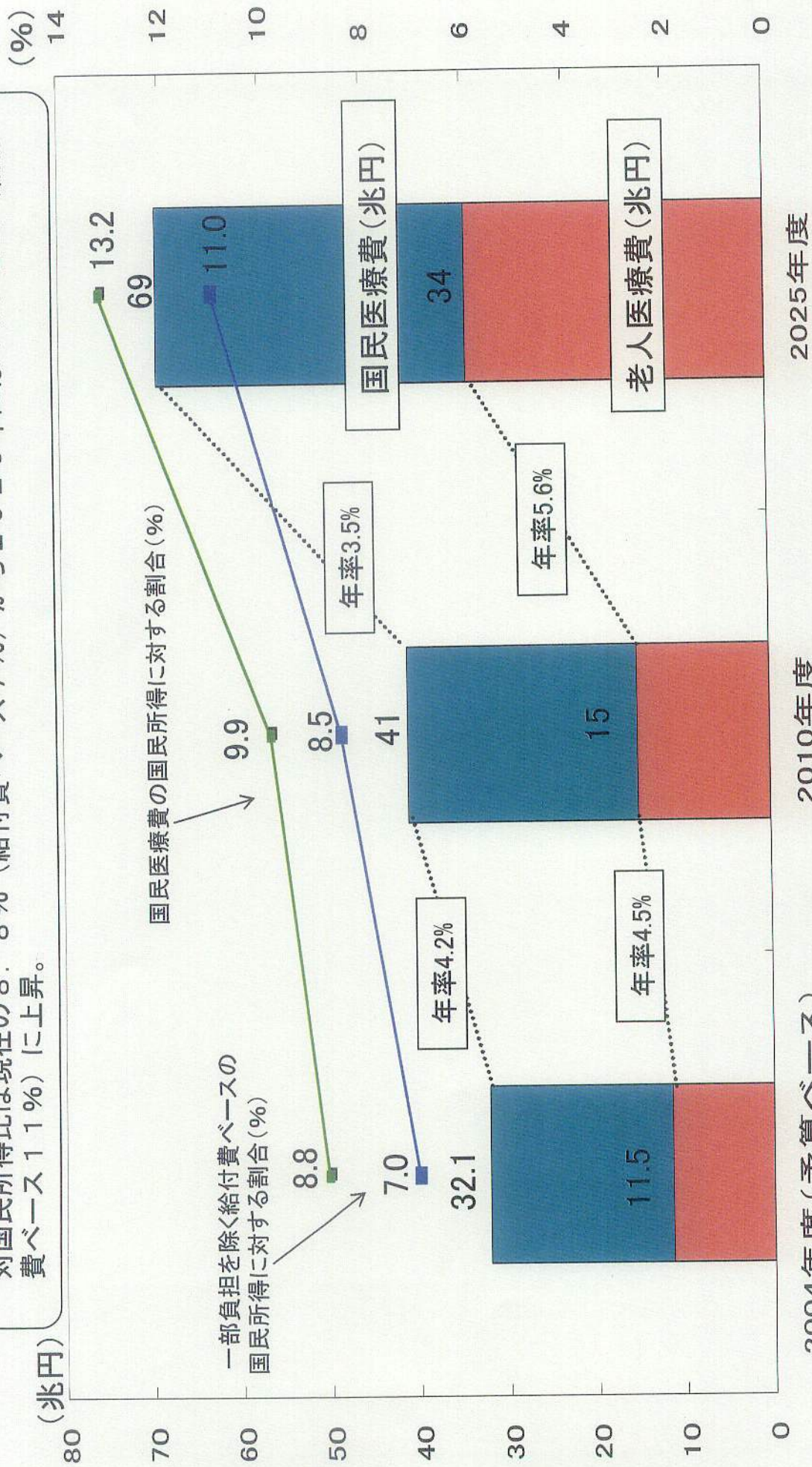
国民医療費等の対前年度伸び率 (%)

	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
国民医療費	6.1	7.6	3.8	5.9	4.5	5.8	1.9	2.6	3.7	▲1.9	3.2	▲0.6	0.6	0.6	0.6
老人医療費	12.7	8.2	7.4	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	▲5.1	4.1	0.6	0.6	0.6	0.6
国民所得	7.4	▲0.5	▲0.1	1.4	0.0	3.3	0.9	▲3.0	▲1.5	1.5	▲2.8	▲1.3	1.3	1.3	1.3

注: 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2003年12月発表)による - 3 -

国民医療費の見通し

○医療費は経済成長を上回る3～4%程度の伸びであり、このまま推移すれば、国民医療費の対国民所得比は現在の8.8%（給付費ベース7%）から2025年には13.2%（給付費ベース11.1%）に上昇。

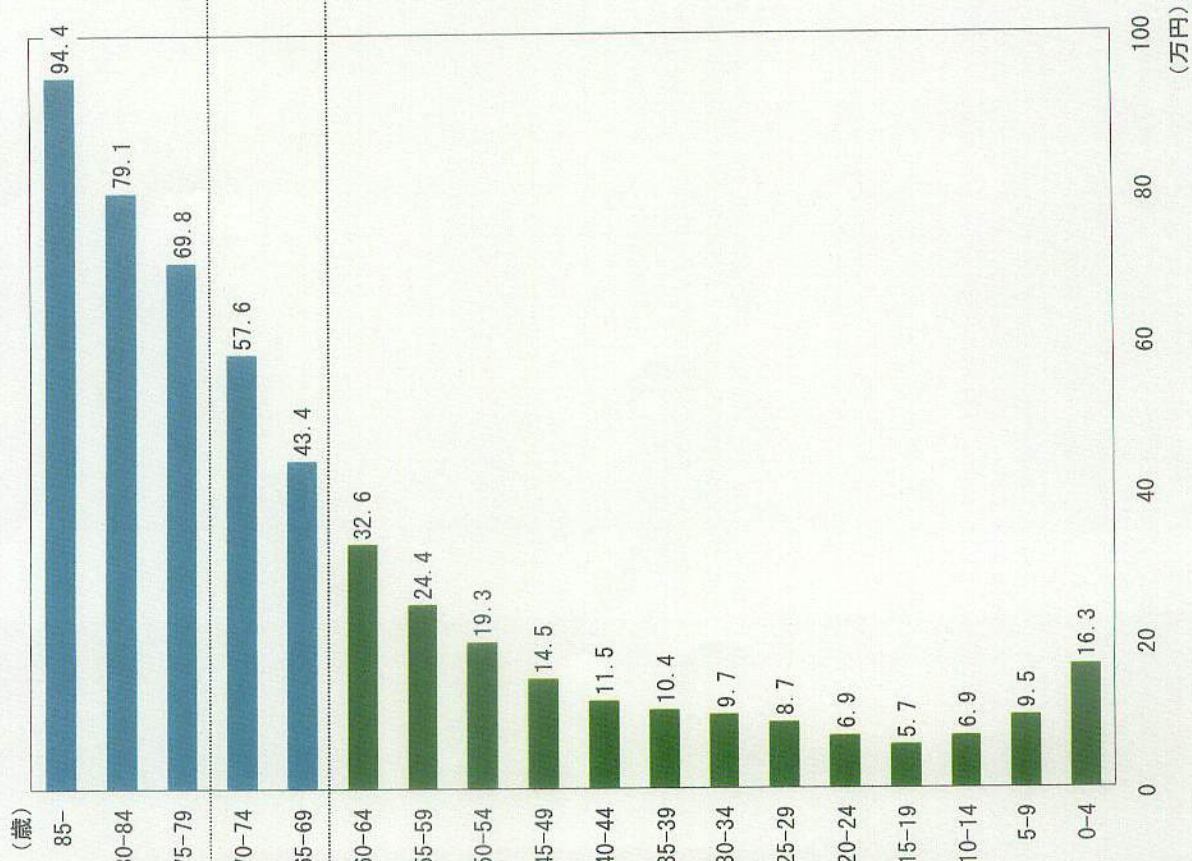


2004年度 (予算ベース) 2010年度

2025年度

注1: 老人医療は2007年まで対象年齢の引き上げが行われていたことに注意が必要
 注2: 2010年度及び2025年度は「社会保障の給付と負担の見通し」(平成16年5月)ベースの推計値

年齢階級別一人当たり医療費（年額）



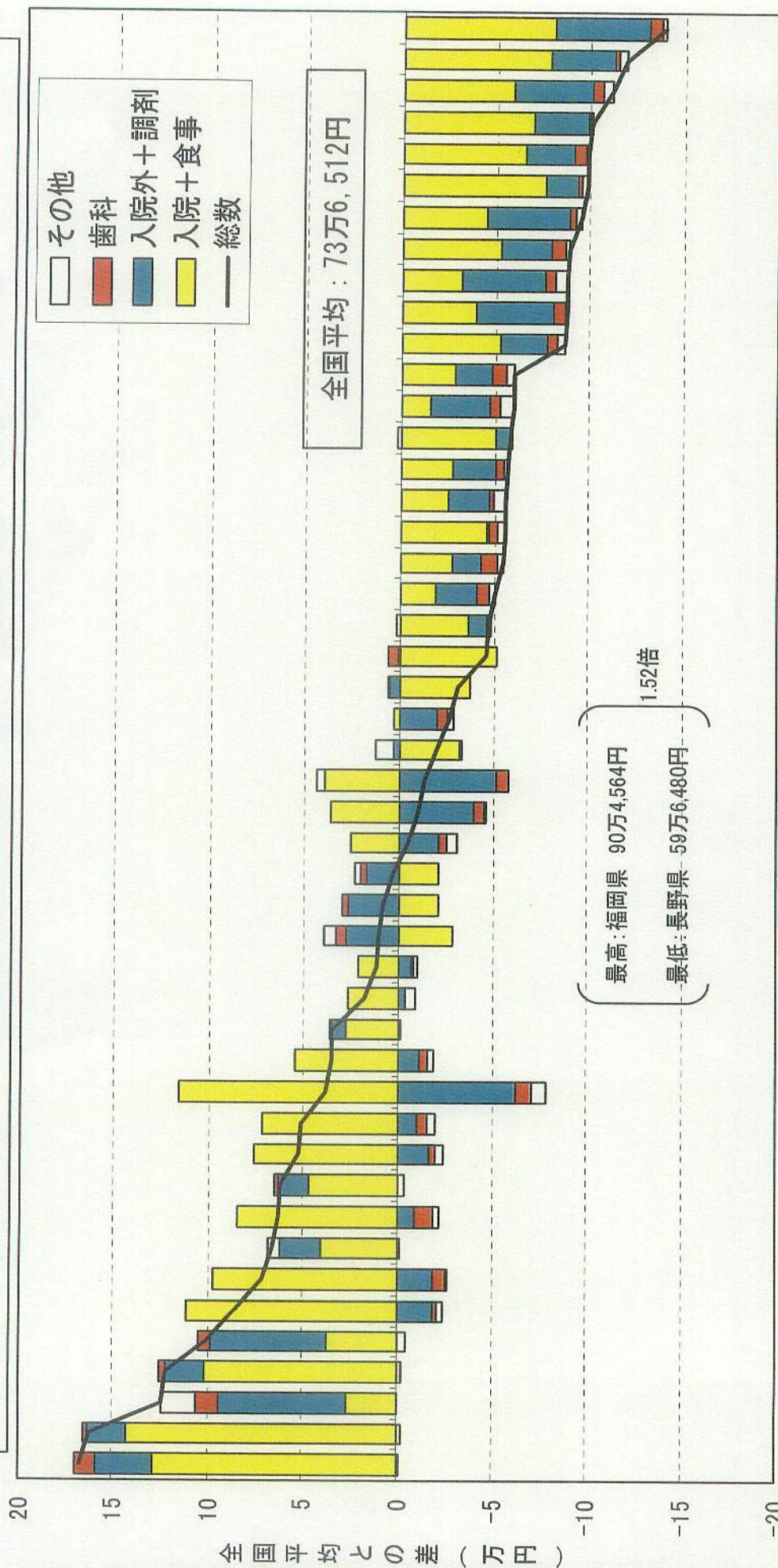
高齢者の医療費の特性

- 1人当たり医療費が高い。
 - 65歳未満 14万円
 - 65歳以上75歳未満 50万円
 - 75歳以上 79万円
 - (平成14年度)
 - 75歳以上の者の急速な増加。
 - 2002年 (平成14年) 75歳以上 7.9%
 - 65歳以上75歳未満 10.7%
 - 2025年 (平成37年) 75歳以上 16.7%
 - 65歳以上75歳未満 11.9%
 - 75歳以上の医療費割合が急増。
 - 75歳以上 65歳以上75歳未満
 - 2002年度 (平成14年度) 26.7%
 - 2025年度 (平成37年度) 48.0%
 - 23.2%
 - 21.0%
- (参考)
- 1人当たり医療費の伸び率 (平成7年度～11年度の平均)
 - 70歳以上 3.2%
 - 70歳未満 2.1%

1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差)

～平成14年度～

○1人当たり老人医療費は、最大(福岡県)と最小(長野県)で約30万円(約1.5倍)の格差が存在しており、都道府県格差の約7割は入院医療費が寄与している



福 北 大 長 広 高 石 京 鹿 佐 熊 大 冲 山 香 岡 徳 東 兵 愛 愛 福 富 和 宮 奈 神 埼 福 青 島 鳥 滋 岐 島 秋 三 群 岩 茨 山 静 栃 千 山 新 長
岡 海 阪 崎 島 知 川 都 児 賀 本 分 繩 口 川 山 歌 崎 良 奈 玉 島 森 城 取 賀 阜 根 田 重 馬 手 城 梨 岡 木 葉 形 瀧 野
道 島 川 島

次期医療保険制度改正における対応

【「医療費適正化計画」(仮称)の策定】

- 国民の生活の質(QOL)の向上を図りつつ、中長期的に構造的な医療費適正化を進めるため、医療計画、介護保険事業支援計画及び健康増進計画との整合性を図りつつ、都道府県において、医療費の適正化に向けて取り組むための計画を策定
- 医療費適正化計画においては、医療費の伸びの約7割を占める高齢者の医療費の伸びを政策的に抑えられる要素に着目し、
 - ① 生活習慣病対策の推進
 - ② 医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮
 - ③ 地域における高齢者の生活機能の重視といった点を特に重視し、都道府県ごとの取組の目標を設定
- この計画については、定期的にその達成状況を検証し、必要に応じて改善措置を講ずる。
- これらの取組を計画的に行うことで、中長期的に以下の効果が期待できる。

2015年	医療給付費	約2.8兆円減 (約7%減)
2025年	医療給付費	約6.5兆円減 (約11%減)
- 「骨太の方針2005」(平成17年6月21日閣議決定)において、「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標」を設定することとされ、年末までにその具体策を取りまとめる必要があり、中長期的の方策と併せ、公的保険給付の内容の見直し等の方策についても検討が必要。

医療費適正化の方向性

①健診・事後指導の充実等による生活習慣病対策の推進を図る

成果目標(例)

- 糖尿病発生率： 今後10年間で20%改善
→ 糖尿病予防の推進により、糖尿病に起因する合併症(慢性腎不全、網膜症など)の予防も図られる
- 心疾患発生率： 今後10年間で25%改善
- 脳卒中発生率： 今後10年間で25%改善

取組目標(例)

- 健診受診率の引上げ
 - ・ 20歳以上の健診受診率： (現状)約6割 → 9割に引上げ
- 健診実施後の保健指導の充実
 - ・ 生活習慣病予備群に対する事後指導実施率：
(現状)糖尿病予備群の約7割 → 9割に引上げ

医療費適正化効果

(給付費ベース)

- 2015年度 約1.3兆円減(約3.3%減)
- 2025年度 約2.4兆円減(約4.1%減)

②医療と介護の連携等により平均在院日数を短縮する

成果目標(例)

- 平均在院日数の短縮 (← 我が国の平均在院日数は、諸外国と比べ長い)
(2002年・全病床) 38日 → 30日以下に短縮

※ 社会的入院患者の円滑な減少等により平均在院日数の短縮を図る

取組目標(例)

- 入院患者ができるだけ円滑に在宅療養に移れるような取組の推進
 - ・ 連携パス(急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成)の普及(→ 参考1)
 - ・ 退院時における医師とケアマネジャーなどの間における医療・介護サービスの調整の実施(→ 参考2)
- 地域における高齢者の多様な居住の場の整備
 - ・ ケアハウス等の整備率の向上

医療費適正化効果

(給付費ベース)

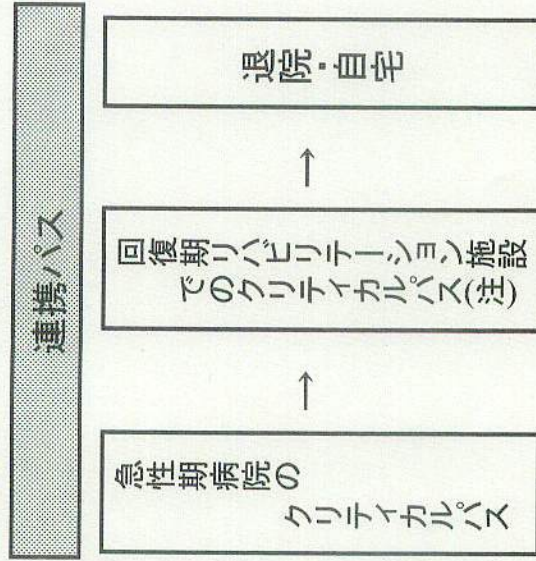
- 2015年度 約1.4兆円減(約3.5%減)
- 2025年度 約4.1兆円減(約7.0%減)

(参考1)

熊本市内で使用されている「医療連携クリティカルパス(連携パス)」について

(1) 連携パスの基本構造

疾病別に診療ネットワークを形成し、連携パスの共通様式を作成の上、使用する。



(3) 大腿骨頸部骨折(人工骨頭置換術、骨接合術)における連携パスの導入効果

①急性期病院における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
・連携パス導入前 (平成11年1月～12月)	72例	28.5日 (A)	—
・連携パス導入後 (平成13年1月～8月)	77例	19.6日	約31%減
・連携パス導入後 (平成15年1月～17年1月)	423例	15.4日	約46%減

②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

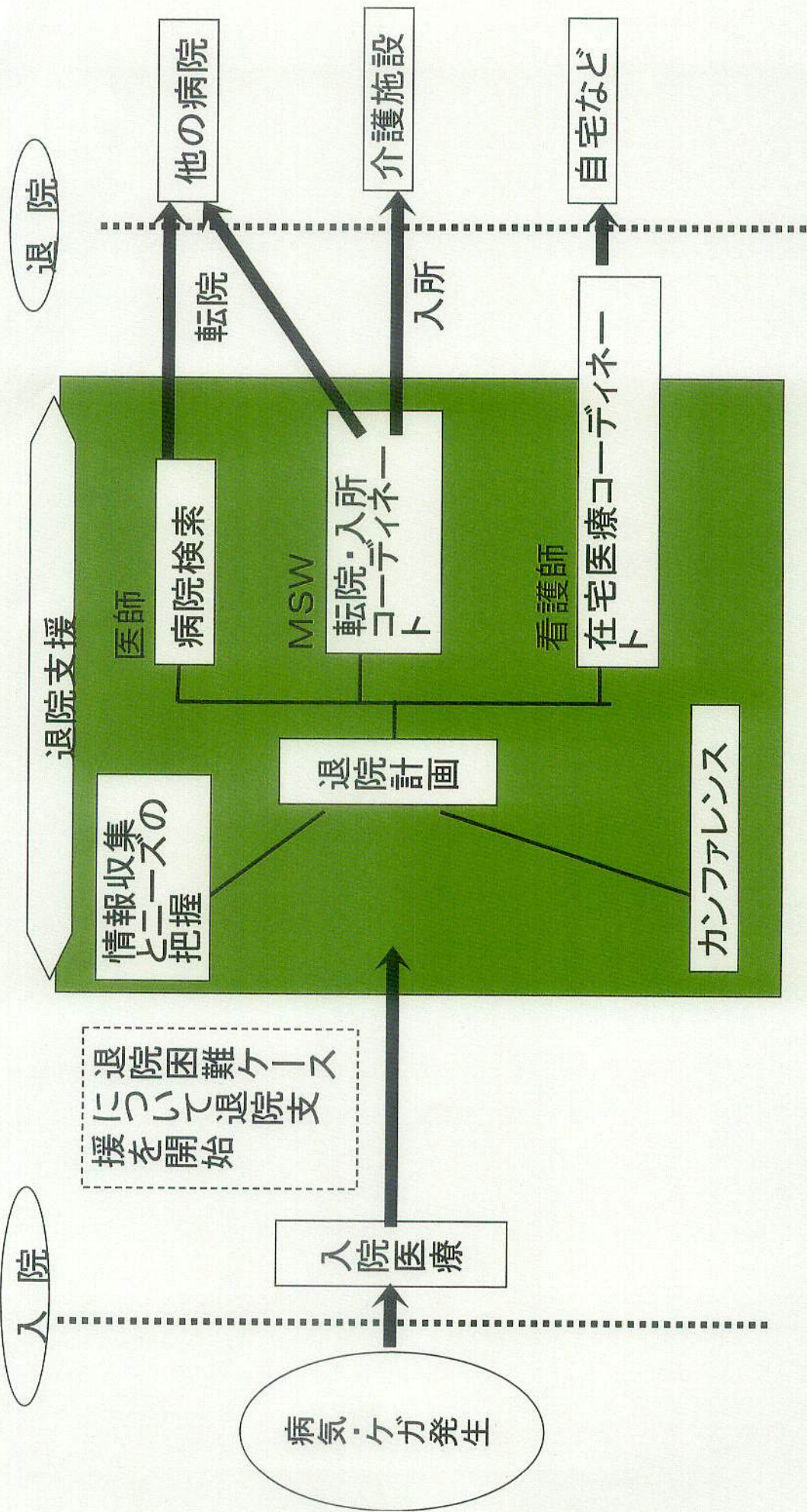
	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
・連携パス導入前 (平成15年)	55例	90.8日 (B)	—
・連携パス導入後 (平成16年)	53例	67.0日	約26%減

(注)さらに、外来医療との連携も視野に入れた連携パスも今後の検討課題。

(2) 現在使用されている連携パス

- ・人工骨頭置換術
- ・人工膝関節置換術
- ・頸椎椎弓形成術
- ・肩腱板修復術
- ・脳血管障害
- ・大腸癌手術
- ・大腿骨頸部骨折骨接合術
- ・人工股関節置換術
- ・腰椎椎弓切除術
- ・下肢骨折手術
- ・胃癌手術

介護サービスとの連携～東大病院における退院支援活動～



③高額医療の見直しなど医療資源の適正配分を進める

高額医療をめぐる現状

- 上位1%の高額レセプト(医科)の医療費に占める割合は22%
(注)上位1%の高額レセプトは50万円以上のレセプトに相当

終末期医療をめぐる現状

- 終末期を自宅等(医療機関以外の場所)で送ることを希望する国民の割合:約6割
- 自宅等での死亡割合:約2割
- 死亡前1か月の入院医療費:年間約8,000億円(平成10年度ベース)

目標(例)

- 患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供
→ 自宅等での死亡割合を4割に
- 上記目標を達成するため、次のような取組を推進
 - ・ 在宅医療提供体制の充実
(往診・訪問診療に対応できる医師の確保、訪問看護サービスの普及等)
 - ・ 地域における高齢者の多様な居住の場の整備

検討課題

- 医療資源の適正配分の観点から、次のような事項についてどう考えるか。
 - ・ 高額療養費制度における患者負担の在り方
 - ・ 超高額医療についての医学的妥当性の検討

医療費適正化効果

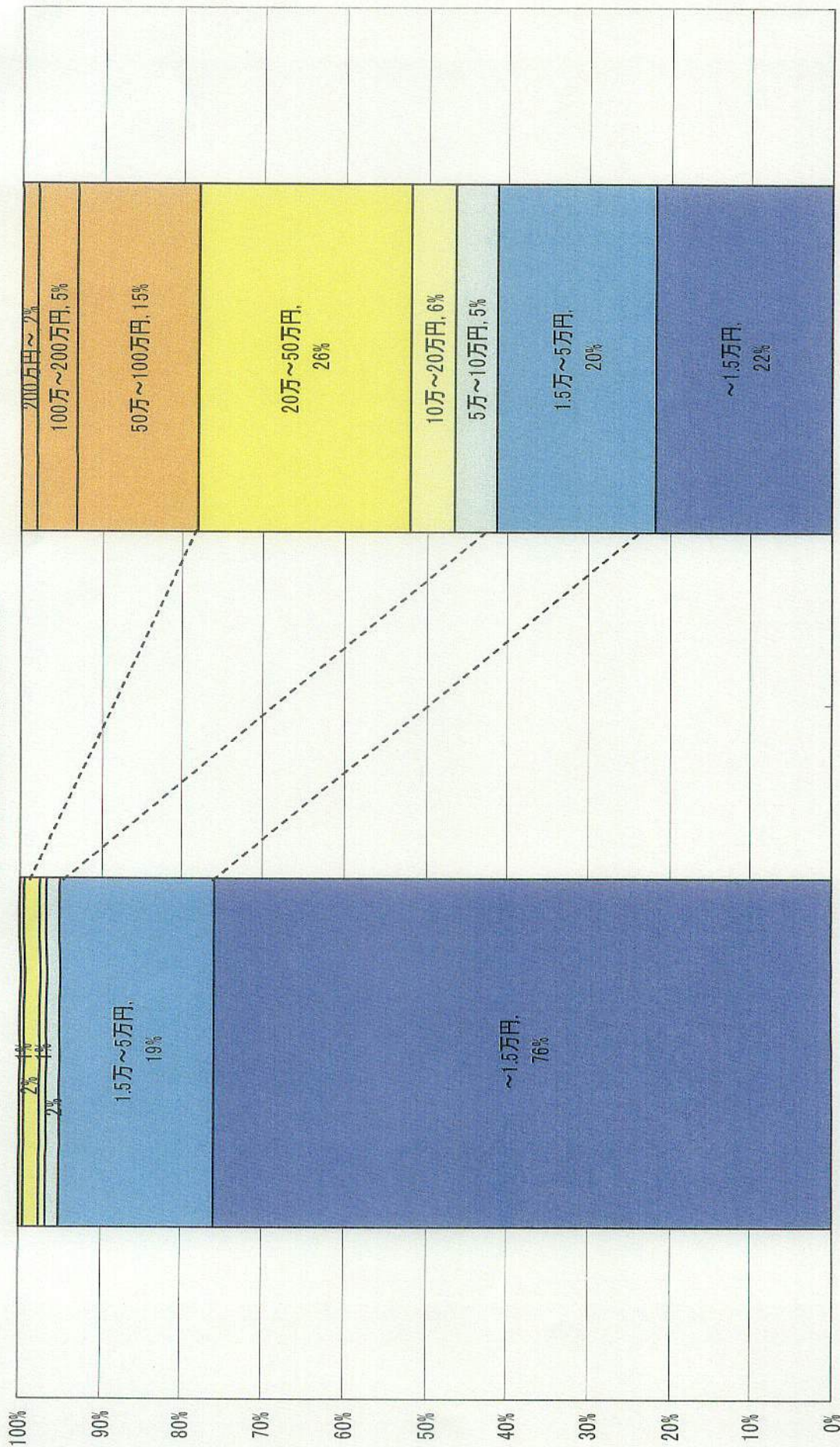
(給付費ベース)

- 2015年度 約1,000億円減
- 2025年度 約4,000億円減

(注1)上記効果は、死亡前1か月の医療費に係るものである。

(注2)上記効果は、「②医療と介護の連携等により平均在院日数を短縮する」の医療費適正化効果の中に含まれる。 - 12 -

医療費階級別構成割合



件数

金額

(資料)「平成15年 社会医療診療行為別調査」(厚生労働省統計情報部)

経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005（抄）

（持続可能性を確保するための過大な伸びの抑制策）

超高齢社会にあっては、社会保障制度が持続可能であることは国民生活にとって不可欠なことであり、社会保障給付費を今後考える上で「国民の安心」、「持続可能性」という観点は最重要である。そのためには、日本の経済規模とその動向に留意しなければならぬと同時に、過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制しなければならない。

この観点から、以下の取組を行う。

- ① 社会保障給付費の伸びについて、特に伸びの著しい医療を念頭に、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、定期的にその達成状況をあらゆる観点から検証した上で、達成のための必要な措置を講ずることとする。上記目標については、国民が受容しうる負担水準、人口高齢化、地域での取組、医療の特性等を踏まえ、具体的な措置の内容とあわせて平成17年中に結論を得る。その上で、平成18年度医療制度改革を断行する。
- ② 上記目標を達成するために、これまでの施策の効果を検証しつつ、総合的に直ちに取り組む。
- ③ 平成18年度の医療制度改革においては、保険給付の内容について、相当性・妥当性などの観点から幅広く検討を行う。また、診療報酬・薬価改定は、近年の賃金・物価の動向や経済・財政とのバランス等を踏まえ検討する。

また、医療制度改革については、「基本方針2001」⁸以降閣議決定された事項⁹について、その完全実施の工程を策定し、取り組む。

⁸ 「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（平成13年6月26日閣議決定）

⁹ 「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」（平成15年3月28日閣議決定）等

診療報酬体系の在り方に関する主な検討課題

1 医療技術の適正な評価

- 難易度、時間、技術力等を踏まえた評価
- 技術進歩や治療結果等を踏まえた医療技術の評価

2 医療機関のコスト等の適切な反映

1 疾病の特性等に応じた評価

- 急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価(DPC)導入の影響の検証を踏まえたDPCの在り方
- 慢性期入院医療における患者の特性等に応じた包括評価
- 回復期リハビリテーション、救急医療、小児医療、精神医療、在宅医療、終末期医療等の適切な評価

2 医療機関等の機能に応じた評価

- 初診料・再診料の体系等の外来医療の評価の在り方
- がん等の専門的医療に係る医療機関の機能等に着目した評価の在り方

3 患者の視点の重視

- 医療機関の機能等に関する情報の提供の推進等

4 その他

- 歯科診療報酬の見直し
- 調剤報酬の見直し
- 画期的新薬の適切な評価及び後発品の使用促進のための環境整備
- IT化の推進のための環境整備

5 関連する他の制度改革との連携

- 介護保険制度に係る改革及び介護報酬改定との連携
- 医療提供体制に係る改革との連携

いわゆる「混合診療」について

(いわゆる「混合診療」とは)

一連の診療について保険診療と保険外診療との併用を認めること

(規制改革・民間開放推進会議の主張)

一定水準以上の医療機関には新しい治療法等を含めて包括的に混合診療を解禁
予防的処置・保険適用回数等に制限がある検査などは早急に解禁



(厚生労働省の主張)

我が国の医療保険制度は、誰もが一定の負担でいつでもどこでも安心して必要な医療を受けられることが原則

一方、規制改革・民間開放会議の主張する制度は、

- ① 患者の自己負担がさらに増大するおそれがある（自己負担が不明確）
- ② 安全性や有効性が不明確な医療が保険診療の一環として提供されるおそれがある。（安心できず、差額徴収を認める根拠が明確でない）
- ③ 医療機関の質をどのように評価するのかという基準が明確でない

→ 適正なルールの設定が不可欠

いわゆる「混合診療」問題についての基本的考え方

I この際、保険外の負担の在り方を根本的に見直し、患者の切実な要望に的確に対応

「なぜ、いわゆる『混合診療』の解禁が主張されるのか。」

↑ 現行制度では、患者の切実な要望に的確に対応していない。

患者の立場から個別に見れば、保険外の負担が過大な事例あり。

① 国内未承認薬

「国内で承認されるまでに時間がかかり、欧米で承認されているのに、全額自己負担でないと使えない。」

② 医療技術

「高度先進医療として認められるまでに時間がかかる。高度先進医療以外の技術については、保険導入のための手続きがよく分からない。」

③ 制限回数を超える医療行為

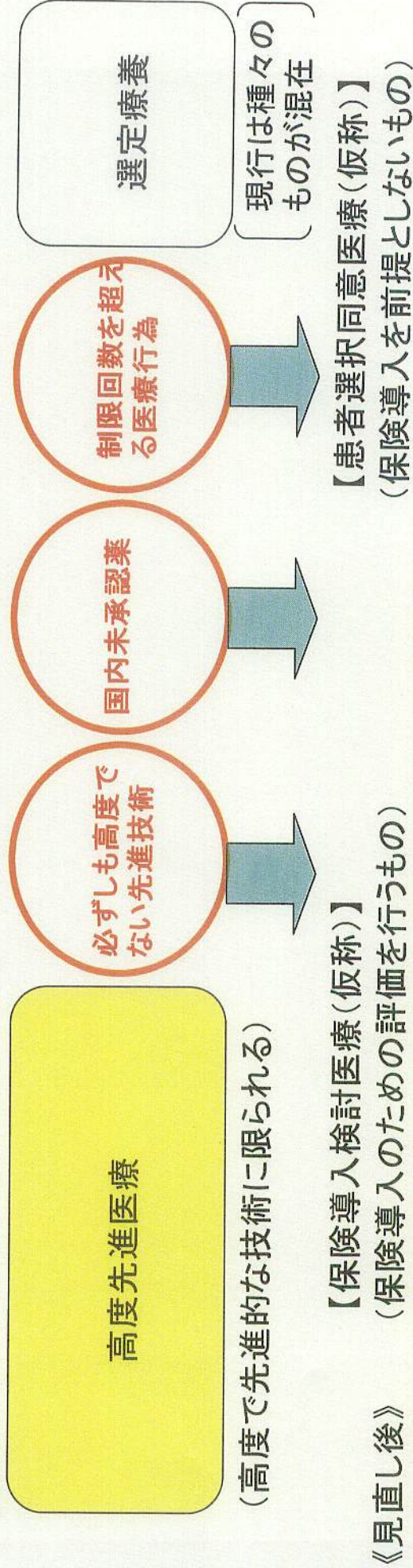
「もう1回検査等をしてほしいが、全額自己負担でないと、制限回数以上は受けられない。」

(具体例：腫瘍マーカー検査、追加的リハビリテーション)

いわゆる「混合診療」問題への対応の考え方

○ 「特定療養費制度」を廃止し、「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から、新たな枠組みとして再構成(平成18年通常国会で医療保険制度改革法案の中で対応)

○ このような改革により、保険診療と保険外診療との併用に関する具体的な要望については、今後新たに生じるものについても、おおむねすべてに対応《現行》



A類型 医療技術

- ・ 約100技術、約2,000医療機関が新たに対象となる。

(平成17年夏までを目途に対応)

B類型 医薬品等

- ・ 患者の要望を把握し、確実な治験の実施を促す。
- ・ 欧米で新たに承認された薬は自動的に検証の対象とする。

(平成16年度中に対応)

○ 快適性・利便性に係るもの

○ 医療機関の選択に係るもの

○ 制限回数を超える医療行為

(平成17年夏までを目途に対応)

○ 療養の給付と直接関係のないサービス等については、保険診療との併用の問題が生じないことを明確化

いわゆる「混合診療」問題に係る改革の進捗状況

項目 (措置時期)	進捗状況
<p>国内未承認薬の使用について(16年度中に必要な措置)</p> <p>① <u>未承認薬使用問題検討会議</u>の設置</p> <p>② <u>医師主導治験の支援体制の整備</u>(保険給付を企業治験より拡大)</p>	<p>本年1月に立ち上げ、これまで4回開催 今後は年4回定期的に開催するとともに、必要に応じて随時開催</p> <p>3月9日の中医協総会での諮問・答申を経て、4月1日より実施済み</p>
<p><u>先進技術への対応</u> (17年夏までを目途に実施)</p>	<p>5月9日以降、先進医療専門家会議を開催し、科学的評価を行うための準備を実施</p> <p>6月15日の中医協総会での諮問・答申を経て、7月1日より選定療養として位置づけ、先進技術の届出受付を開始</p>
<p><u>制限回数を超える医療行為</u> (17年夏までを目途に実施)</p>	<p>6月15日の診療報酬調査専門組織・技術評価分科会において報告をとりまとめ 今後、中医協において議論</p>
<p><u>療養の給付と直接関係のないサービス</u> (17年夏までを目途に実施)</p>	<p>厚生労働省ホームページにおいて意見を募集 (3月22日まで)</p> <p>今後、幅広い国民の意見を踏まえ、中医協基本問題小委で議論を進め、取扱いを明示</p>

未承認薬を治験対象とする場合の考え方(改訂案)

医療上特に必要が高いと認められるもの

考え方

適応疾病の重篤性と医療上の有用性とを総合的に評価して選定

(1) 適応疾病の重篤性

以下に分類

- ① 生命に重大な影響がある疾患(致死的な疾患)
- ② 病気の進行が不可逆的で、日常生活に著しい影響を及ぼす疾患 等

(2) 医療上の有用性

- ① 既存の治療法・予防法がない
- ② 欧米の臨床試験において有効性・安全性等が既存の治療法・予防法と比べて明らかに優れている
- ③ 欧米において標準的治療法に位置付けられている 等

「制限回数を超える医療行為」に係る医療技術評価分科会の報告
(平成17年6月15日)

- 制限回数が定められている診療報酬項目(415項目)のうち、
- ・ 診療報酬の設定内容から、本来、制限回数を超えることが想定されない項目(147項目)、
 - ・ 患者が要望することが想定されない項目(126項目)
- を除いた142項目について、項目毎に評価

① 保険給付との併用を認める項目(28項目)

(対象)腫瘍マーカーなど一部の検査、リハビリテーション、一部の精神科専門療法

② 今後、具体的な事例に基づき、保険導入すべきか否かの観点から、継続審議(113項目)

(対象)検査(一部項目を除く。)、在宅医療、精神科専門療法(一部項目を除く。)、
処置、手術、麻酔等

③ 現時点では、医療上の悪影響が懸念されるため、将来的に医薬品の適応拡大が保険適用された時点で検討すべき項目

(対象)ヘリコバクターピロリの除菌

療養の給付とは直接関係のないサービス等

○ 昨年末のいわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意を踏まえ、患者から実費徴収が認められるサービス等について改めて整理するため、3月22日まで厚生労働省ホームページにおいて、意見募集を行ったところ、40件の意見が寄せられた。

○ 今後、寄せられた意見について、療養の給付と直接関係ないかどうかの観点から整理した上で、中医協で議論し、取扱いを明示する予定

(整理のイメージ)

- ① 療養の給付と直接関係ないサービス等
 - ・ 日本語を理解できない患者に対する治療内容や看護内容の説明の際における通訳 等
- ② 療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの等
 - ・ 血液検査などの検査結果の印刷費用代