

社会保障審議会医療保険部会（第17回）議事次第

平成17年 7月29日（金）

10時～12時

於：第一ホテル東京 5階 ラ・ローズI

議 題

1. 医療保険制度体系に関する改革について
2. その他

高齢者医療保険制度改革に対する基本的考え方

日本歯科医師会

国民に安全で良質な歯科医療を提供するとともに、国民皆保険制度を守ることを使命とする日本歯科医師会は、高齢者医療保険制度改革に際し、かねてより 8020 運動等の歯科保健活動を通じて推進して来た高齢者の口腔機能の維持・増進による ADL の改善、QOL の向上のために、そして国民皆保険体制を堅持することを基本として持続可能で安定した高齢者医療保険制度を構築するために、ここに本会の基本的考え方を表明するとともに、政府に対して、老人医療費を膨張させる要因となっている社会的入院、ターミナル・ケア等の問題点の改善等を含めた適切な措置を講じるよう強く求める。

◎ 前期高齢者（65 歳～74 歳）に対する医療保険制度の充実を図るために、患者負担の軽減措置を講じる。

歯科疾患の中でも歯牙喪失の最大原因となっている歯周病は、40 歳以降の中高年期に年齢特性があり、特に喪失期にあたる前期高齢者に対しては、総合的な口腔ケアが必要不可欠となる。

医療の原則は早期発見・早期治療にあり、患者に負担増を強いることは、必要な受診機会さえも抑制し、疾病の長期化・重篤化を招くことに繋がり、我々が目指す「高齢者の ADL の改善、QOL の向上」に大きな障壁となるために、断じて容認することは出来ない。

また、経済的な側面から見ても、前期高齢者への十分な医療提供は、結果として後期高齢者の健康維持に寄与し医療費の適正化・効率化にも繋がることから、今回の改革では、前期高齢者に対する負担軽減措置を講じるべきことを第一義として強く申し入れる。

- ◎ 新たな高齢者医療保険制度は、対象年齢を75歳以上として制定する。

- ◎ 後期高齢者（75歳以上）は、新たな高齢者医療保険の被保険者となる。
前期高齢者については、就労者は被用者保険とし、退職者、無職の者、
自営業者は全て国保加入とし、財源等は別途、考慮する。

- ◎ 患者窓口負担率については、前期高齢者は 65歳から69歳までを2割
（現行3割）、70歳から74歳までを1割とし、75歳以上の後期高齢者は
1割とする。なお、低所得者には充分なる配慮（逡減）を行う。

- ◎ 公費負担は5割以上とする。
残りは、患者本人負担、高齢者自身の保険料、被用者保険・国保からの
支援で賄う。

- ◎ 運営主体は都道府県（当面の間は国）とする。
なお、将来は広域市町村または医療圏への移行も考慮する。
国は都道府県間の財政調整について監督の責を負う。窓口業務は市町村が
行い、財政を運営する都道府県と連携して保険者機能を生かす。

国民健康保険制度の抜本改革に関する決議

国民健康保険制度は、他の保険制度に加入していないすべての国民を対象とし、国民皆保険体制の最後の砦となっている。このため、国保加入者の所得水準は他制度と比較して著しく低く、無職者の占める割合は5割を超えるとともに、高齢者比率の上昇や医療の高度化による医療費の増嵩等が相俟って、国保財政の赤字は増大する一方である。

今や、国保加入者の保険料負担率は限界に達しており、これ以上引き上げることは困難な状況にある。

市町村では、総額で年間1兆円を超す一般会計から国保特別会計への繰入れを行い、破綻を凌いでいるのが実態である。

このような構造的問題の解決なくして、国保制度の健全な運営は不可能であり、国保と被用者保険の制度間を通じた抜本改革が必要である。

よって、国は、国保制度の抜本改革を行うため、医療保険制度の検討に当たり、下記事項の実現を図られるよう強く要請する。

記

- 1 安定的で持続可能な医療保険制度を構築するため、国を保険者とし、すべての国民を対象とする医療保険制度への一本化を図ること。
- 2 一本化の実現までの間、国保と被用者保険との制度間における財政格差について、「年齢構成」及び「所得状況」を要因として調整する仕組みを導入すること。
- 3 国保の安定的運営のための財政措置、一般会計から国保特別会計への繰入れに対する財政措置等、国保の財政基盤強化のための抜本的な対策を緊急に講じること。
- 4 今後、国民医療費は、高齢者医療費を中心として大幅な増加が見込まれることから、より実効性のある医療費の適正化対策を検討・推進すること。
- 5 国において検討を進めている高齢者医療制度については、現在、国保と介護保険の二つの保険者として極めて厳しい財政運営を強いられている市町村が保険者となることは困難であるので、国等を保険者とし、給付と負担の均衡に配慮した持続可能な制度を構築すること。

以上決議する。

平成17年6月8日

第75回全国市長会議

中長期の医療費適正化効果を目指す方策について

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

2 保険者の再編・統合

(2) 具体的な方向

② 地域における取組

ア 地域の実情を踏まえた取組

保険者、医療機関、地方公共団体等の関係者が、都道府県単位で連携して地域の住民に対し質の高い効率的な医療を提供できるような取組を推進する。

保険者・医療機関・地方公共団体が協議する場を設け、医療の地域特性の調査・分析・評価を行うとともに、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、医療費の適正化に向けて取り組むための計画を策定する。

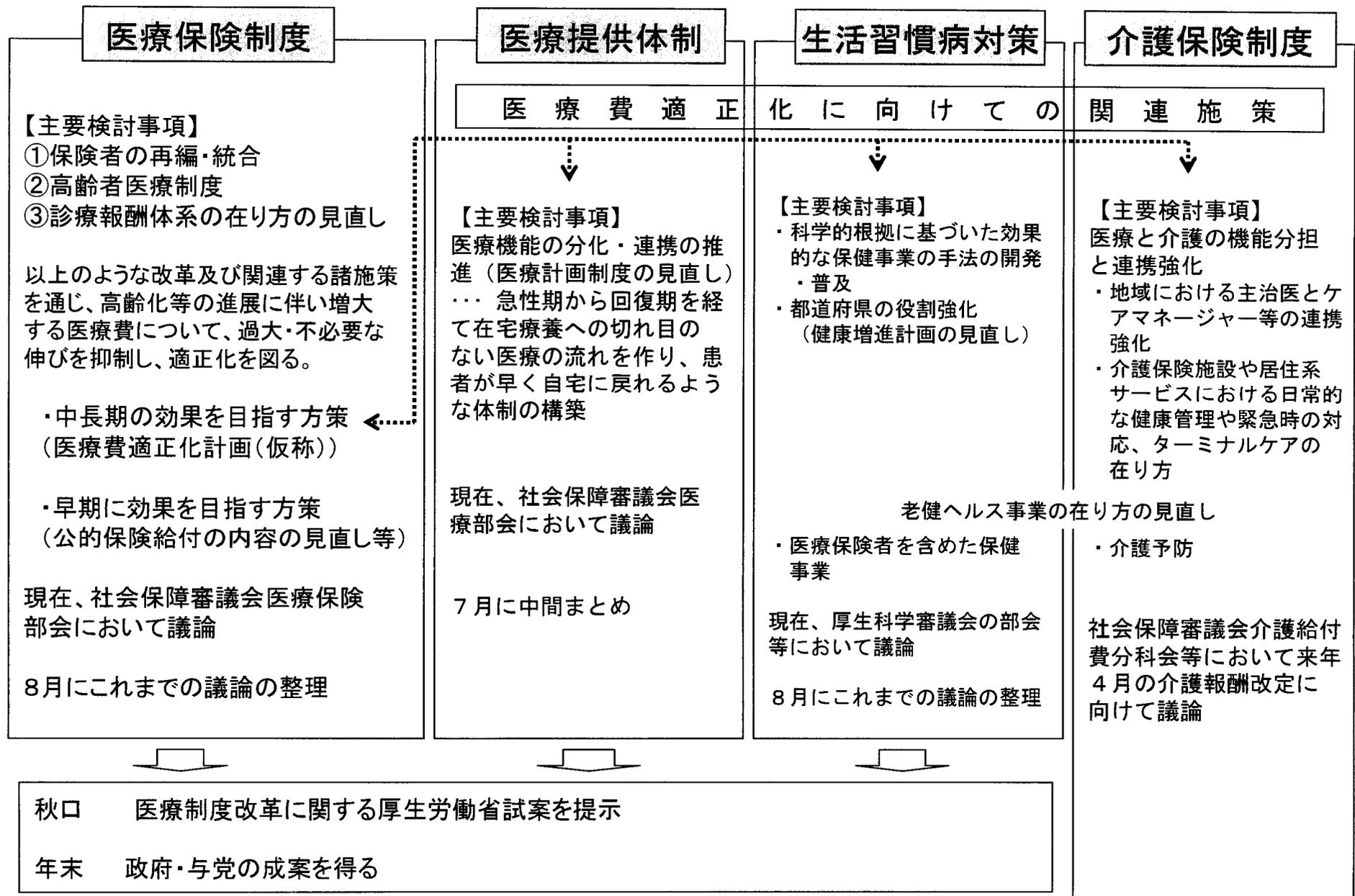
当該計画の実施に当たり、住民の健康づくりや適切な受診、病床の機能に応じた効率的な利用の促進等地域における取組に関し、国と都道府県の間で協議・検討を行い、必要な措置を講ずる。

医療の地域特性に起因して生ずる医療費の地域差部分については、地域における適正化努力を促すような仕組みを導入する。

イ 保険者による取組

再編された保険者は、レセプト点検等の取組を更に強化するとともに、被保険者相談、地域の医療サービス等に関する情報提供、きめ細かな保健事業について都道府県単位で共同実施を推進する。

医療制度改革の全体像



1. 生活習慣病対策について

生活習慣病の医療費と死亡数割合

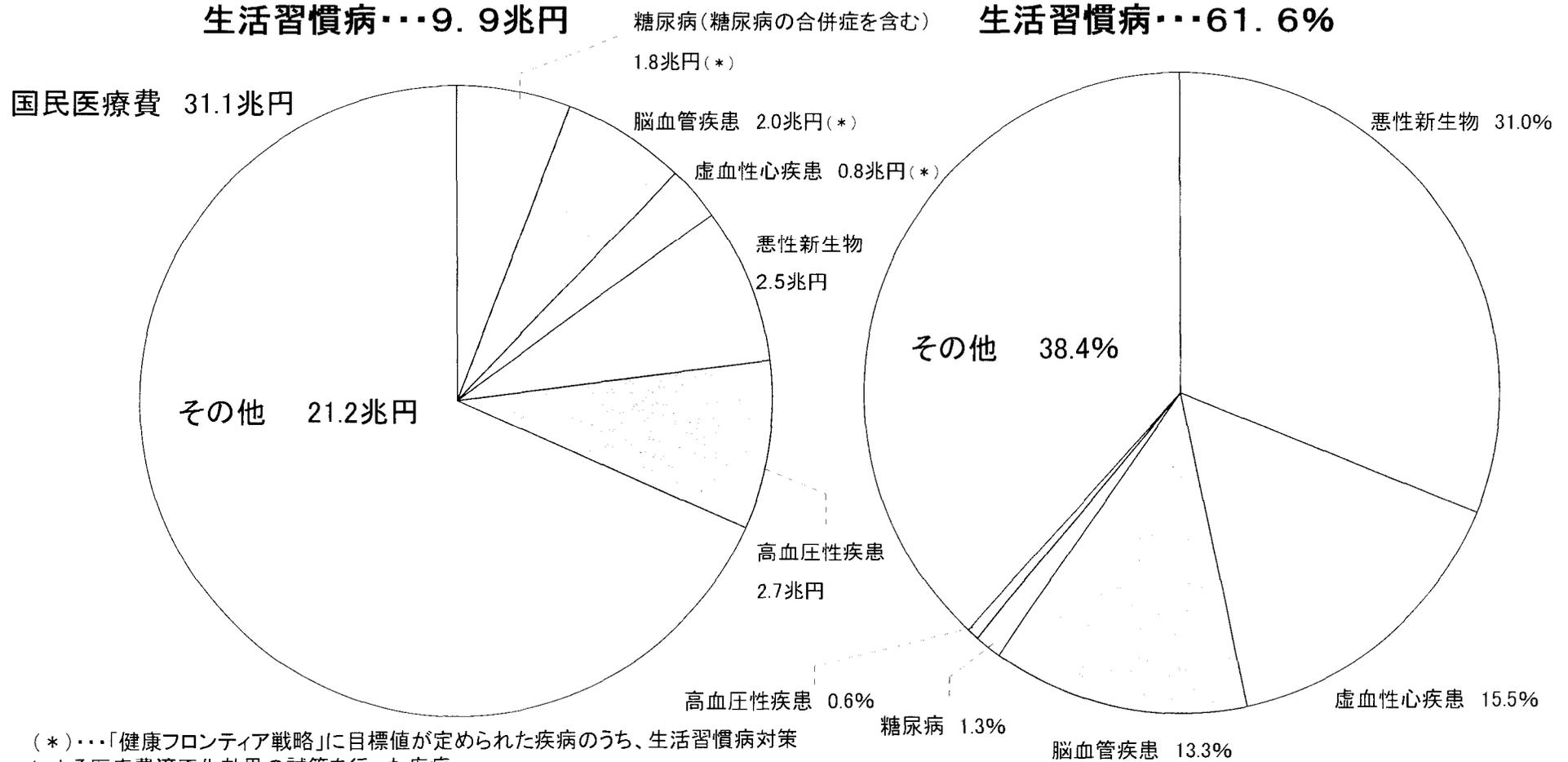
生活習慣病は、国民医療費の約3割を占め、死亡数割合では約6割を占める。

医療費(平成14年度)

生活習慣病・・・9.9兆円

死因別死亡割合(平成14年)

生活習慣病・・・61.6%

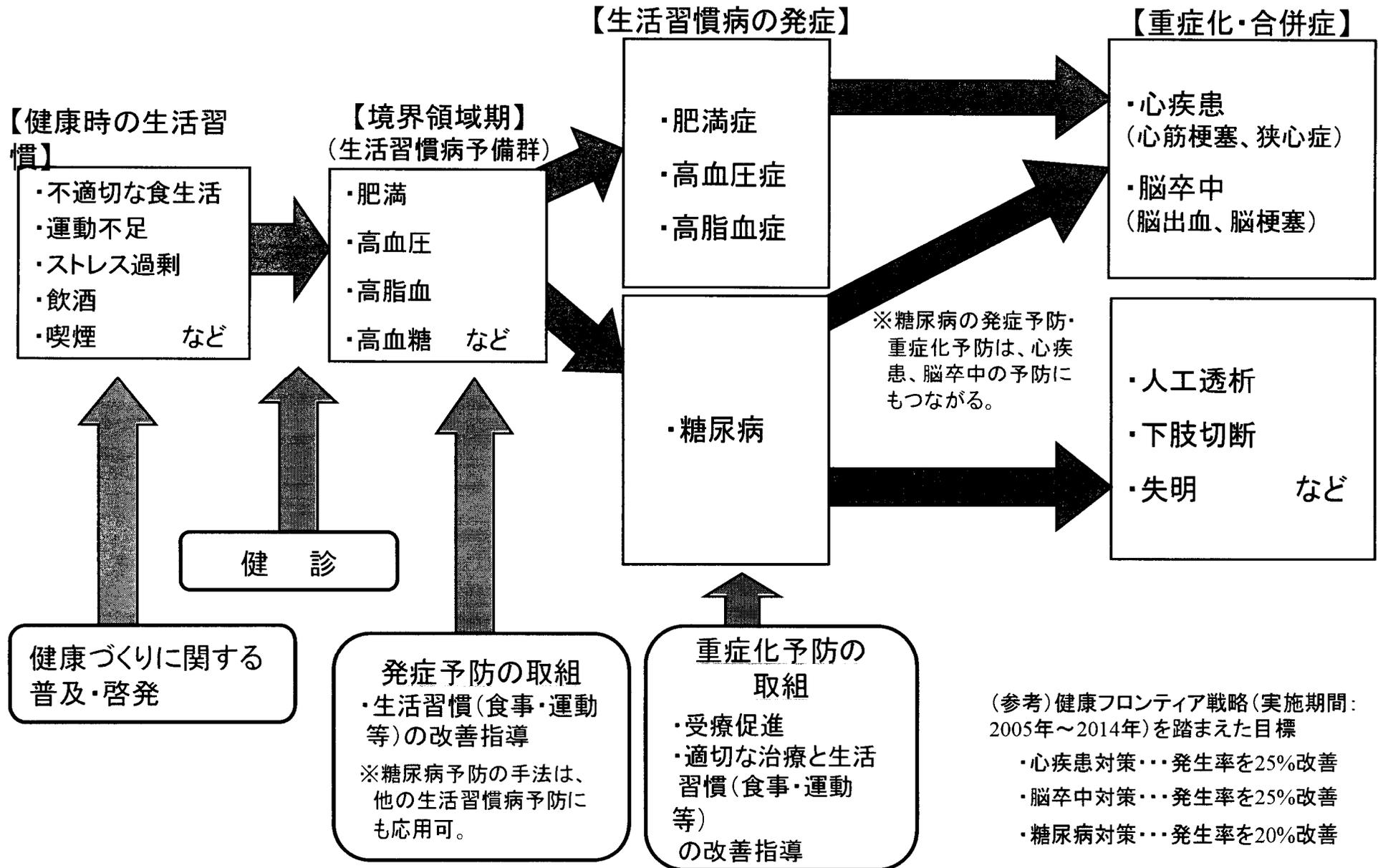


(*)・・・「健康フロンティア戦略」に目標値が定められた疾病のうち、生活習慣病対策による医療費適正化効果の試算を行った疾病

(注)国民医療費(平成14年度)、わが国の慢性透析療法の現況(2003年12月31日)等により作成

(注)人口動態統計(平成14年)により作成

生活習慣病の発症予防・重症化予防の流れ(イメージ)



糖尿病を中心とした生活習慣病等の進行例

喫煙等

加齢
肥満
運動不足等

高血圧(医療費2.7兆円)
高脂血症等

糖尿病
総患者数:228.4万人
医療費 :1.4兆円
死亡数 :1.3万人

※「糖尿病が強く疑われる人」と「糖尿病の可能性が否定できない人」の合計は1,620万人

動脈硬化症

合併症の発生

糖尿病性腎症

進行

脳血管疾患
総患者数:137.4万人
医療費 :2.0兆円
死亡数 :13.0万人

虚血性心疾患
総患者数:91.1万人
医療費 :0.8兆円
死亡数 :7.2万人

慢性腎不全
患者数:7万人(毎年5千人増)
(人口透析者数23万人の3割)
医療費:4千億円規模
(毎年3百億円増)
(血液透析:約550万円/年)

糖尿病性網膜症
↓ 進行
失明(身体障害)

糖尿病性神経障害
糖尿病性壊疽等

悪性新生物
総患者数:128.0万人
医療費 :2.5兆円
死亡数 :30.5万人

出典:患者調査(平成14年)、国民医療費(平成14年)、人口動態統計(平成14年)、糖尿病実態調査(平成14年)、わが国の慢性透析療法の現況(2003年12月31日)等より

医療費適正化の方向性（イメージ）

－ 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）

生活習慣病対策の考え方

<効果的な保健事業の手法の開発・普及>

- 生活習慣の改善(行動変容)に結び付く健診等の保健事業の充実を図る。
- 生活習慣の改善が必要な者を抽出するため、健診機会の拡大を図るとともに、個々人の生活改善の必要度に応じた生活習慣病予防プログラムの開発を図る。

<生涯を通じた生活習慣病対策の体制整備>

- 健診後の事後指導・フォローアップも含め、生涯を通じて一貫した健康管理や保健指導の体制を構築する。
- 地域と職域を通じた、生涯にわたる健診データの継続的な活用を図る。
- 特にこれまで十分に行われてこなかったサラリーマンの被扶養者に対する保健事業の取組などを推進する。

<都道府県健康増進計画の見直し>

- 国は、都道府県が作成する健康増進計画の基本方針を示し、重点的に取り組むべき対象疾病やその克服に向けた具体的な目標、手法等を提示する。
- 都道府県は、国の基本方針に即し、地域の実情を踏まえ、関係者による健診及び事後指導の実施方針や連携方策を健康増進計画に明記する。

2. 医療提供体制の見直しについて

【見直しの方向性】

- 都道府県が策定する医療計画について、がん対策、糖尿病対策、小児救急対策、周産期医療対策などの事業ごとに数値目標を設定して、都道府県が自主性・裁量性と責任をもって、地域内の医療機関の機能分化と連携を推進する仕組みへ

- 住民にとって必要な医療情報をわかりやすく医療計画に明記
 - 適切な機能分化・連携により、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にすることで、患者のQOLを高め、また、トータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みをつくる
 - 都道府県を支援するため、関係する補助金の交付金、統合補助金化を平成18年度に実施

- ※ 医療計画は、同じく都道府県が作成する健康増進計画（生活習慣病対策）や介護保険事業支援計画（高齢者の生活機能の重視）と十分連携をとって作成
 - 各都道府県が、その地域にふさわしい形で、整合性を持って、計画的に取り組む。
 - 結果として医療費の伸びの抑制に寄与

医療費適正化の方向性（イメージ）

－ 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)

医療と介護の機能分担・連携強化に関する主な課題（介護保険制度）

○主治医とケアマネージャー等との連携強化

- ・地域において、医療と介護の包括的・継続的なマネジメントが実施されるよう、地域における主治医とケアマネージャー等との連携強化を図る。
- ・新たに制度化される介護予防サービスについても、主治医とケアマネージャー等との連携により、効果的なサービス提供を図る。

○地域における介護サービス(施設、居住系サービス、在宅サービス)の基盤整備

- ・退院後も高齢者が地域で自立した生活を送ることができるよう、利用者のニーズに応じた多様な介護サービス(施設サービス、居住系サービス、在宅サービス)の整備を支援。

○介護保険施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担、ターミナルケアへの対応

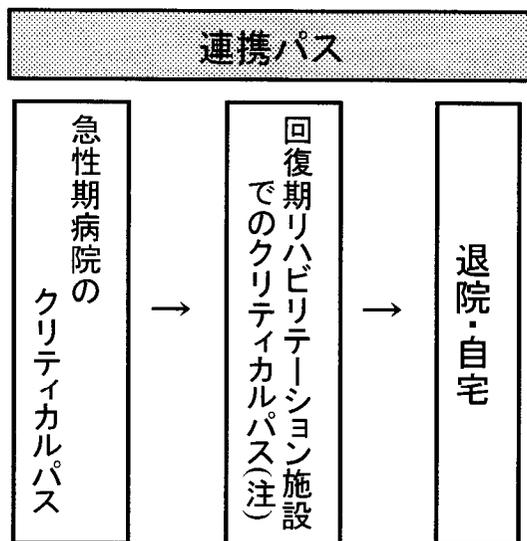
- ・医療ニーズを抱える高齢者も地域で生活を送ることができるよう、介護保険施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担について、ターミナルケアへの対応も含めて検討。

(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

疾患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。



(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

(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

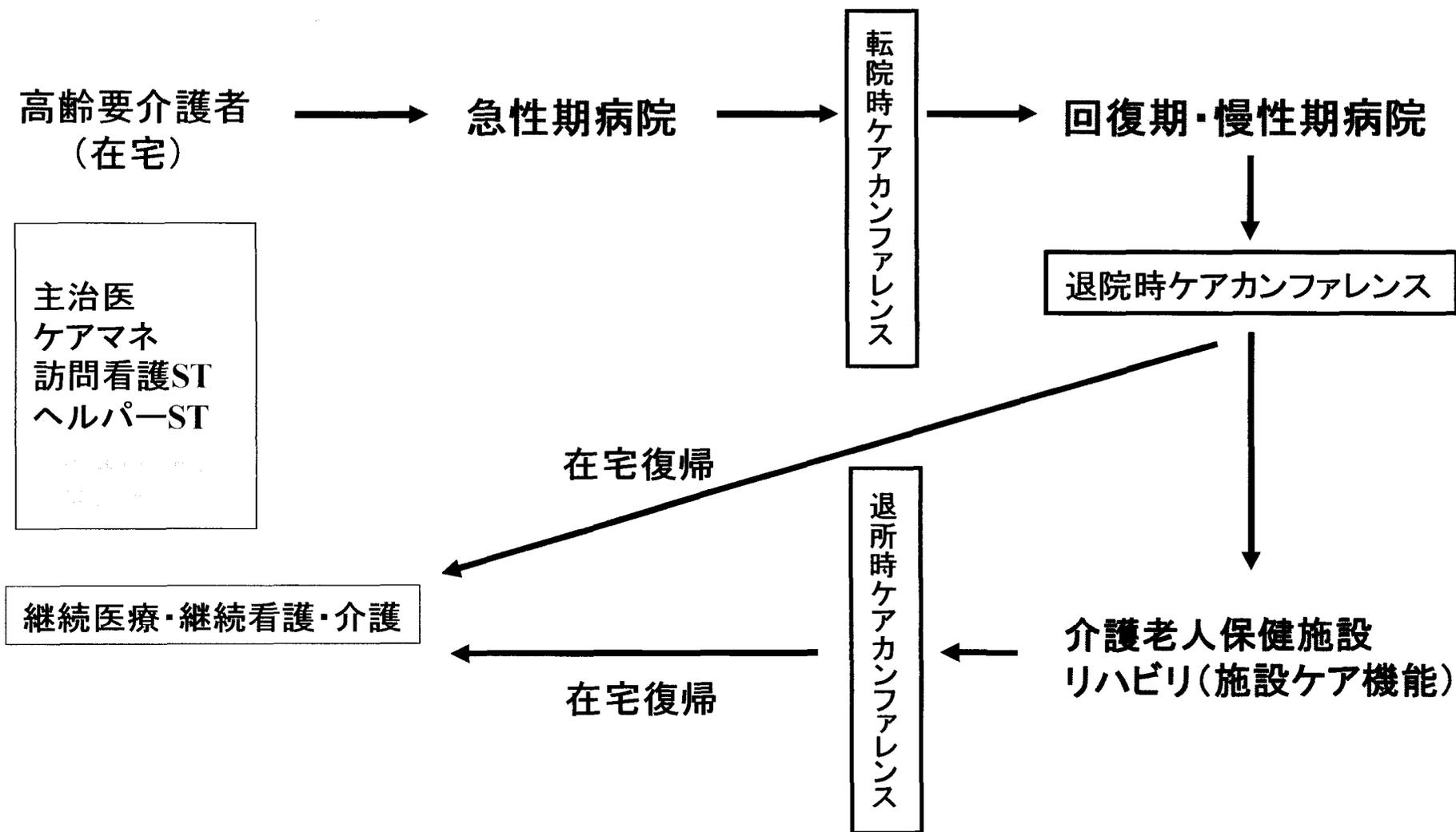
② 連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	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

(参考2)

医療と介護の機能分担・連携について（尾道市の例）

高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

医療費適正化効果の試算

生活習慣病対策の推進、医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮、地域における高齢者の生活機能の重視を一体的かつ計画的に行うことにより、構造的な医療費適正化を進めると、中長期的に以下のような効果が期待できる。

	2015年度	2025年度
「給付と負担の見通し」の推計額		
国民医療費 (対国民所得比)	49兆円 (11%)	69兆円 (13%)
給付費 (対国民所得比)	41兆円 (9%)	59兆円 (11%)
生活習慣病対策の推進(①)	約1.6兆円	約2.8兆円
平均在院日数の短縮(②)	約1.7兆円	約4.9兆円
医療費適正化効果総額(①+②)	約3.3兆円	約7.7兆円
対国民所得比	0.7%	1.5%
給付費減少総額	約2.8兆円	約6.5兆円
対国民所得比	0.6%	1.2%

(注)粗い試算の結果であり、今後、具体的な方策について更に議論を進める中で、その効果についても併せて精査を行う必要がある。

医療費適正化の方向性（イメージ）

－ 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9,000億円(平成14年度ベース)

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

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

医療費適正化効果

(給付費ベース)

- 2015年度 約2,000億円減
- 2025年度 約5,000億円減

(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、「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。

(参考)

終末期における医療費について (平成14年度)

1年間の死亡者について死亡前1ヶ月間にかかった医療費を年間の終末期医療費とした場合、

1年間の死亡者数(平成14年) 98万人⁽²⁾

うち、医療機関での死亡者数 80万人 …… ①

死亡前1ヶ月の平均医療費 112万円⁽¹⁾ …… ②

○ 1年間にかかる終末期医療費

$$\text{①} \times \text{②} = \underline{\text{約9,000億円}}$$

(参考)

(1) 1件当たり入院医療費(1ヶ月単位)は、約41万円。

(2) 年間の死亡者数は、近年、平均で年2万人程度の増加傾向。

今後10年間は、年2万人を超えるペースで増加すると推計されている。

資料出所: 医療経済研究機構「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究」(平成12年3月)等を基に、厚生労働省保険局調査課において推計