

II 医療費適正化に向けた総合的な対策の推進

医療費適正化計画に基づき、関係当事者の参加による中長期的な医療費適正化を進めるとともに、公的保険給付の内容・範囲の見直し等の短期的な方策を組み合わせ、国民的合意を得ながら医療費の適正化に強力に取り組む。

(1) 中長期的な医療費の適正化

～個人の生活に根ざし、生活習慣病の予防対策や、介護・医療提供体制の改革との整合性を持った仕組みの導入～

中長期的に医療費の適正化を行うため、国が示す参酌標準の下で、三計画との整合性を図る形で都道府県が医療費適正化計画（仮称）を策定し、一定期間後に計画推進効果を検証しつつ、医療費の適正化に取り組む仕組み（都道府県医療費適正化計画制度）を導入する。

① 計画の策定、実施、検証、実施強化、実績評価の流れ

- 国は、都道府県医療費適正化計画の策定に資するため、次の事項を示すこととする。
 - ・ 医療費適正化の政策目標について、都道府県が参酌すべき標準（全国的な目標）
 - ・ 目標実現のための国、都道府県を始め、患者（被保険者）、医療機関、市町村を含む医療保険者といった関係当事者の役割
 - ・ これらの政策目標の実現の効果としての将来医療費の見通し

（平成27（2015）年度における医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標（全国目標））

- i 糖尿病等の患者・予備群の減少率
 - ・・・平成20（2008）年と比べて25%減少させる。
- ii 平均在院日数の短縮日数
 - ・・・全国平均（36日）と最短の長野県（27日：計画策定時に固定）との差を半分に縮小する。

※ i 及び ii の目標と併せて、これらを実現するための具体的な取組レベルでの目標も示す。

例) i については、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の実施率

ii については、在宅等での看取り率、地域連携クリティカルパス実施率、病床転換数 等

※ 第1期都道府県医療費適正化計画の終了年度である平成24（2012）年度時点での数値も示す。

- 国が都道府県に対して示す政策目標の参酌標準については、三計画に関して国が示す基本方針との整合性を確保する。
 - 国はこれらの政策目標の実現に資するよう、診療報酬体系の見直しや必要な財政措置を行い、都道府県や関係者の取組を支援する。
また、これと併せ、病床転換を進めるため、医療保険財源を活用した支援措置を講ずる。
 - 都道府県は、
 - ・ 平成20（2008）年度から平成24（2012）年度までを計画期間とする第1期の都道府県医療費適正化計画を定める。この計画では、国の参酌標準を勘案し、当該都道府県における政策目標、その実現のための関係者の役割、政策目標の実現の効果としての当該都道府県における将来の医療費の見通しを定める。
 - i 糖尿病等の予防対策に関する政策目標については、国保及び被用者保険の各医療保険者が主な実施主体となる。また、都道府県においても、今後、一層積極的な役割を担うこととし、医療保険者への指導又は助言、保険者協議会での関係者間の調整、市町村が行う普及啓発活動の支援等を行う。
 - ii 平均在院日数に関する政策目標については、都道府県が主な実施主体となり、在宅等での看取りや地域連携クリティカルパス、退院時ケアカンファレンスの推進や、病床転換の支援等を図る。
 - 都道府県は、計画策定から3年目の平成22（2010）年度において、計画の進捗状況について、要因分析を含めた検証を行い、その時点で政策目標の達成が危ぶまれ、実際の医療費の動向が医療費見通しを上回ると予測される場合は、三計画の見直しを含め、関係者がそれぞれに果たすべき役割に基づいた取組の強化を行う。
この際に、必要があれば、都道府県は、国に対し診療報酬体系に関する意見具申を行い、国は真摯に対応するものとする。
 - 第1期計画の終了年度（平成24（2012）年度）における政策目標の実施状況を踏まえ、以下のとおり、関係当事者への実績評価措置を講ずる。
 - ・ 後期高齢者医療制度及び国民健康保険において、各都道府県の平均在院日数に係る政策目標の実施状況を踏まえ、費用負担の特例を設ける。
 - ・ 都道府県は、国に対し、医療費適正化に資する特例的な診療報酬の設定について申し出ることができることとし、国は、これを踏まえ、当該都道府県のみにも適用される特例的な診療報酬を設定することができることとする。
- ② 医療保険者による保健事業の本格実施
- 国保及び被用者保険の医療保険者に対し、40歳以上の被保険者及び被扶養者を対象とする、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の事業を計画的

に行うことを義務づける。あわせて、実施結果に関するデータ管理を義務づける。

- ・ 国は、都道府県健康増進計画に関する基本方針と整合性のとれた、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導に関する基本指針を提示する。
 - ・ 医療保険者は、この基本指針に基づき、実施の目標、取組方策等を定めた「健診・保健指導事業計画（仮称）」を作成し、これに基づいて健診及び保健指導を実施する。
 - ・ 医療保険者は、計画の作成、事業の実施に当たっては、各都道府県に設置される保険者協議会の活用を図る。
 - ・ 医療保険者は、健診結果のデータを有効に活用し、保健指導を受けるべき者を効率的に選定するとともに、事業成果の評価を行う。
- 国は、医療保険者による後期高齢者医療支援金（仮称）の負担額等について、政策目標の実施状況を踏まえた加算・減算の措置を講ずる。
- 自営業者等の健診については、これまで市町村が老人保健事業として実施してきた実態を踏まえ、公費による市町村国保等への財政支援を行う。
- 医療保険者は、糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導について、40歳未満の者に対しても事業実施に努めるものとする。

（２）公的保険給付の内容・範囲の見直し等

１）公的保険給付の内容・範囲の見直し

① 高齢者の患者負担の見直し

i 後期高齢者（75歳以上）

患者負担については、現行どおり1割の定率負担とする。

ただし、現役並みの所得を有する者については、3割負担とする。（※平成18年10月1日より先行して実施）

ii 前期高齢者（65歳～74歳）

患者負担については、新たな高齢者医療制度の創設と併せて、平成20（2008）年度より2割の定率負担とする。

ただし、現役並みの所得を有する者は3割負担とする。（※70歳以上の現役並みの所得を有する者の負担の引上げについては、平成18年10月1日より先行して実施）

iii 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の負担軽減をする仕組み（高額医療・高額介護合算制度）を設ける。

（前期・後期高齢者の患者負担の別案）

前期高齢者・後期高齢者双方とも、一般は2割負担、現役並みの所得を有する者は3割負担、後期高齢者のうち、低所得者は1割負担とする。

(注) この他に、65歳から69歳までの者は現行の3割負担を維持しつつ、70歳以上の者について、一般は2割負担、現役並みの所得を有する者は3割負担、低所得者は1割負担とする案がある。

② 保険給付の内容・範囲の見直し

i 入院時の食費・居住費の負担（※平成18年10月を目途に実施）

介護保険との負担の均衡を図るため、低所得者に対する配慮を行いつつ、療養病床に入院する70歳以上の者について、食費及び居住費の負担の見直しを図る（新たな高齢者医療制度の創設と併せて、平成20（2008）年度からは65歳以上の者について、見直しを図る）。

ii 高額療養費の見直し

ア 高額療養費の基準額（自己負担限度額）について、低所得者に対するきめ細かな配慮を行いつつ、負担の公平を図るため定額の限度額を月収の25%から、賞与を含む総報酬を基礎とした月額25%の水準となるよう見直す。また、高額な医療給付を受ける者とそうでない者の均衡を図るため、定額の限度額を超える部分について求められている医療費の1%の負担を2%に引き上げる。（※平成18年10月を目途に実施）

イ 人工透析患者の自己負担限度額の水準について、患者の負担能力を踏まえつつ、検討する。

iii 現金給付の見直し（※平成19年4月を目途に実施）

ア 傷病手当金及び出産手当金について、支給額に賞与（ボーナス）を反映させるとともに、任意継続被保険者に対する傷病手当金及び出産手当金を廃止し、併せて資格喪失後の出産手当金を廃止する。

イ 被用者保険において給付される埋葬料については、定額（一律10万円）にする。

ウ 出産育児一時金の水準について、検討する。

iv その他（※平成18年8月より実施）

公的年金等控除等の見直しに伴い、新たに現役並みの所得を有する者に該当する70歳以上の者について、2年間、高額療養費の自己負担限度額を一般の者の水準に据え置く経過措置を講ずる。また、老年者に係る住民税非課税措置の廃止に伴い、低所得者世帯から新たに一般世帯となる世帯についても、高額療養費の自己負担限度額について、2年間の所要の経過措置を講ずる。

2) 保険運営効率化の取組

① ITを活用した医療保険事務の効率化

○ 医療保険事務全体の効率化を図るため、保険医療機関等、審査支払機関、

保険者というレセプトの流れが、オンラインを含め一貫してペーパーレスで行われる仕組みづくりを目指す。

- このため、審査支払機関から保険者への提供も電子的な手法でできるようにするなど必要な取組を早急を実施する。また、いまだ2割程度にとどまっている病院における電子的手法によるレセプト提出の大幅な拡大を図るため、病院については、電子的手法によるレセプト提出を標準であるものとする。
- 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。

② 審査支払機関による審査の充実等

- 審査支払機関による高額医療に係る審査の充実を図るため、社会保険診療報酬支払基金本部及び国民健康保険中央会での審査を行う高額医療の対象を拡大する。
- 被用者保険及び国保それぞれの保険者が、社会保険診療報酬支払基金及び各都道府県国民健康保険団体連合会のいずれに対しても、レセプトの審査及び支払に関する事務を委託することを可能とする。
- 保険者によるレセプトチェックの充実等を図り、交通事故等の場合に加害者が支払うべき医療費や業務上の事故のため労災保険で賄われるべき医療費について、第三者求償や労災適用の徹底を図る。

3) 保険料賦課の見直し（※平成19年4月目途より実施）

- 健康保険の標準報酬月額分布の拡大を踏まえた標準報酬月額の上下限の範囲の拡大及び負担の公平化を図るための標準賞与額の範囲の見直しを行う。

Ⅲ 都道府県単位を軸とする医療保険者の再編統合等 ～保険運営の安定化と保険者機能の発揮による医療費適正化～

保険財政運営の規模の適正化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進する。これにより、保険財政の安定化を図り、医療費適正化に資する保険者機能を強化する。

(1) 国民健康保険

- 市町村合併によってもなお残る小規模保険者の保険運営の広域化を図るため、都道府県が積極的な役割を果たす。
- 都道府県単位での保険運営を推進するため、各市町村における高額医療費の発生リスクを都道府県単位で分散させるとともに、保険財政運営の安定と保険料平準化を促進する観点から共同事業の拡充を図り、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。
(※平成18年度より実施)
- 公的年金等控除の見直し等に伴う高齢者の保険料負担の増加について、所要の経過措置を講ずる。(※平成18年度より実施)
- 保険料収納率の向上のため、クレジットカードや携帯電話を活用した新たな収納方法の導入を検討するなど、総合的な対策を講ずる。
- 国保組合の国庫補助について、所得調査の結果等を踏まえ、財政力に応じて適切に見直す。(※平成18年度より実施)

(2) 被用者保険

① 政府管掌健康保険

- 政府管掌健康保険については、平成20(2008)年10月を目途に、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する。
- 財政運営は、都道府県単位を基本とし、都道府県間の年齢格差に起因する医療費格差及び所得格差を調整した上で、都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料を設定する。なお、法律で定める保険料率の上下限の見直しについて検討する。
- 中期的な視点による財政検証、医療費の支払い等のための準備金の積立てなど、財政運営の安定化のために必要な措置を講ずる。

- 公法人の組織については、意思決定機関として、関係事業主、被保険者、学識経験者から構成される運営委員会を設置するとともに、都道府県単位での財政運営、保健事業について意見を聴くため、被保険者等で構成する評議会を設置する。
- 適用・保険料徴収の事務は、社会保険庁改革に伴い新たに設立される公的年金の運営主体において併せて実施する。

② 健康保険組合

- 健保組合については、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・業種を超えて健保組合同士が合併して形成する地域型健保組合の設立を認める。（※平成18年10月目途より実施）
- 特定健康保険組合制度を存続させるとともに、その特例退職被保険者に係る資格喪失要件等を見直す。（※平成18年10月目途より実施）

(3) 地域の関係者が連携して行う医療費適正化に関する取組

- 各都道府県に、健保組合、新たに設立される(2)①の公法人の支部、国保保険者等で構成する保険者協議会を置く。
- 保険者協議会においては、保健事業の取組状況、県内の医療費の動向等について、取りまとめや分析を行い、前・後期高齢者医療制度の運営や都道府県の医療費適正化計画について協議する。

IV 新たな高齢者医療制度の創設 ～高齢者に係る医療費負担の公平化・透明化～

高齢者の心身の特性、生活実態等を踏まえ、新たな高齢者医療制度を創設する。具体的には、75歳以上の後期高齢者の医療の在り方に配慮した独立保険を創設するとともに、65歳から74歳の前期高齢者については、予防を重視して国保・被用者保険といった従来の制度に加入しつつ、負担の不均衡を調整する新たな財政調整の制度を創設する。

(1) 後期高齢者医療制度

(概要)

後期高齢者の保険料（1割）、国保・被用者保険からの支援（約4割）及び公費（約5割）を財源とする新たな独立保険を創設する。また、併せて所要の患者負担を設けるものとする。

後期高齢者の医療給付費について、後期高齢者の保険料、国保・被用者保険からの支援と公費の負担割合を明確化することにより、負担関係の透明化を図ることとする。また、世代間の負担の公平化の観点から、今後、後期高齢者の増加等を勘案して、後期高齢者の保険料総額の負担割合を高めていくことにより、現役世代の負担の軽減が図られる仕組みとする。

(運営主体)

- 高齢者のほとんどが地域を生活基盤としている実態等を考慮し、地域保険とした上で、安定した保険運営を確保するため、国・都道府県・市町村が重層的に役割を果たす。
- 運営主体は市町村とした上で、財政リスクを分散・軽減するため、次のような保険運営の安定化措置を講ずる。
 - ・ 2年を単位とした財政運営の導入
保険運営について2年を単位とした財政運営を導入する。
 - ・ 保険基盤安定制度
低所得者について、保険料軽減制度を設け、軽減分を公費で支援する。
 - ・ 高額医療費再保険事業
高額な医療費に係る都道府県の再保険事業、特に高額な医療費に係る全国レベルの再々保険事業を実施する。
 - ・ 財政安定化支援事業
都道府県において、国、都道府県及び市町村の拠出の下、基金を設置し、保険料の未納、給付の見込み違い等に対し、貸付・交付を行う。
 - ・ 保険料の特別徴収（年金天引き）
保険料について、年金からの特別徴収（年金天引き）を実施する。
- 国保同様、都道府県が市町村に対する指導権限を有することとする。

(費用負担)

- 後期高齢者一人ひとりに、応益+応能の保険料負担を求める。保険料水準は、保険料総額が医療給付費の1割となるよう定める。低所得者には、適切な軽減措置を講ずるなど、現行の国保における保険料の仕組みを踏まえて制度を設計する(平均的には保険料水準は現行制度とほぼ同じで、年間7万円程度となる)。

医療給付費の1割という保険料総額の負担割合については、施行後5年を目途に、後期高齢者の増加や国保・被用者保険の保険料水準等を勘案して、改定する。

- 国保及び被用者保険の各保険者は、その加入者数に応じて後期高齢者医療支援金(仮称)を負担する。後期高齢者医療支援金(仮称)の負担割合は、医療給付費から公費と高齢者の保険料を控除した割合(医療給付費の約4割)とするが、今後、高齢者の保険料総額の負担割合が高まるのに応じて低くなる仕組みとする。

- 患者負担については、現行どおり1割の定率負担とする。

ただし、現役並みの所得を有する者については、3割負担とする。(※平成18年10月目途より先行して実施)

なお、9ページに記載のとおり別案あり。

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の負担軽減をする仕組み(高額医療・高額介護合算制度)を設ける。(前述)

- 公費負担については、老人保健制度と同様とする(給付費の5割等)。また、市町村国保・政管からの後期高齢者医療支援金(仮称)については、老健制度と同様の公費負担を設ける。さらに、国及び都道府県において、公費の一部を用いて、保険者間の年齢格差に起因する医療費格差及び所得格差を調整する。これにより、保険料の水準は、基本的に後期高齢者の医療費に連動する形とする。

(後期高齢者の診療報酬)

- 後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系とすることとし、具体的には、特に次の点に重点的に配慮する。

- ・ ターミナルケアの在り方についての国民的な合意の形成を踏まえた終末期医療の評価
- ・ 在宅における日常的な医学管理から看取りまで常時一貫した対応が可能な主治医の普及
- ・ 在宅での看取りまでの対応を推進するための、医師、看護師、介護支援専門員(ケアマネジャー)、訪問介護員(ホームヘルパー)等の連携による医療・介護サービスの提供
- ・ 在宅医療の補完的な役割を担うものとしての、入院による包括的なホスピスケアの普及

(2) 前期高齢者医療制度

(概要)

前期高齢者については、国保・被用者保険といった従来の制度に加入することとするが、その給付費（前期高齢者に係る後期高齢者医療支援金（仮称）を含む。）については、各保険者の加入者数に応じて負担する財政調整を行うことにより、国保・被用者保険の負担の不均衡を是正する。

ただし、著しく医療費が高い部分について、財政調整の対象外とする。

また、現行制度においては、退職者医療制度の対象者の給付費等については公費負担がなされず、政府管掌健康保険が負担する退職者医療拠出金についても国庫負担がなされていないが、新たな制度においては、従来の退職者医療制度の対象者を含め国保の給付費等について公費負担を行うとともに、政府管掌健康保険が負担する財政調整に要する費用についても給付費等と同様の国庫負担を行う。

(保険料の特別徴収（年金天引き）の実施)

- 国保加入の65歳以上の前期高齢者も対象とする。

(患者の負担)

- 患者負担については、新たな高齢者医療制度の創設と併せて、平成20（2008）年度より2割の定率負担とする。

ただし、現役並みの所得を有する者は3割負担とする。（※70歳以上の現役並みの所得を有する者の負担の引上げについては、平成18年10月目途より先行して実施）

なお、9ページに記載のとおり別案あり。

後期高齢者と同様の高額医療・高額介護合算制度を設ける。（前述）

(3) 新制度発足の際の経過措置

- 現行制度における費用負担からの円滑な移行を図るため、平成26（2014）年度までの間における65歳未満の退職被保険者等を対象として、当該被保険者等が65歳に達するまでの間、経過的に現行の退職者医療制度を存続させる。

V 診療報酬体系の在り方の見直し等

患者本位の医療を更に推進するため、診療報酬と医療政策上の要請との関係を明らかにするとともに、診療報酬決定プロセスを透明化する。

(1) 診療報酬体系の在り方の見直し

○ 診療報酬体系の見直しについて、医療提供体制の在り方も含めた今後の中長期的な医療費適正化方策との整合性についても留意しながら行うこととし、平成18年度改定において、以下の項目を中心とした検討を行う。

i 医療技術の適切な評価

- ・ 技術の難易度、時間、技術力等を踏まえた評価、生活習慣病の重症化予防、医療技術の評価・再評価等

ii 医療機関のコスト等の適切な反映

ア 疾病の特性等に応じた評価

- ・ 急性期入院医療・・・診断群別分類別包括評価（DPC）に基づく支払病院の拡大
- ・ 慢性期入院医療・・・患者の状態像に応じた評価

イ 医療機関等の機能に応じた評価

- ・ 入院医療・・・平均在院日数の短縮の促進、入院時の食事、看護体制等に係る評価の在り方
- ・ 外来医療・・・病診の機能分化と連携、初再診料の見直し 等

iii 患者の視点の重視

- ・ 医療機関の機能等に関する情報提供促進、診療報酬点数表の簡素化 等

iv 医療提供体制に係る改革・介護報酬改定との連携

- ・ 医療機能の分化・連携の促進のための、地域における疾患ごとの医療機能の連携体制に対する評価
- ・ 入院から在宅への円滑な移行のための、24時間対応ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価 等

v その他

- ・ 歯科診療報酬・・・かかりつけ歯科医に対する評価の適正化
- ・ 調剤報酬・・・情報提供や服薬管理指導に関する評価の適正化 等

○ 後期高齢者医療制度の創設に併せ、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系を構築する。

(2) 薬剤に係る給付の見直し等

- 薬剤に係る給付の見直し等について、平成18年度改定等において、以下の項目を中心とした検討を行う。
 - ・ 処方せん様式の変更等による後発品の使用促進
 - ・ 後発品の市場実勢価格の状況等を勘案した先発品の薬価算定ルールの導入等による先発品に対する保険給付の在り方
 - ・ 画期的新薬の適切な評価
 - ・ 医療上の必要性の程度を踏まえた医薬品への保険給付の在り方 等

(3) 保険診療と保険外診療との併用の在り方の見直し（いわゆる「混合診療」への対応）

- 患者の要望に対応するため、未承認医薬品、先進技術、制限回数を超える医療行為等について、安全性等に配慮しながら、新たに一定のルールの下に保険診療と保険外診療との併用を認める措置を講じたところであるが、これに加え、さらに、現行の特定療養費制度を、「将来的な保険導入のための評価を行うかどうか」の観点から、「保険導入検討医療（仮称）」（保険導入のための評価を行うもの）及び「患者選択同意医療（仮称）」（保険導入を前提としないもの）に再構成する。（※平成18年10月目途より実施）

(4) 中央社会保険医療協議会の見直し

- 診療報酬改定における中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）の役割
 - ・ 改定率は内閣で決定する。
 - ・ 改定に係る基本的な医療政策の審議は、社会保障審議会の医療保険部会及び医療部会が担当し、中医協においては、これに沿いつつ、内閣が決定する改定率を前提とし、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行う。
 - ・ 中医協が診療報酬点数の改定案を作成するに至る過程において、広く国民の意見を募集する手続きをとる。
- 委員構成の見直し（※平成18年10月目途より実施）
 - ・ 支払側8名・診療側8名・公益委員4名となっている委員構成を見直し、中医協の委員数全体の適正を維持するという観点も踏まえつつ、公益委員を支払側委員及び診療側委員のそれぞれと同数程度とする。
- 支払側委員及び診療側委員の団体推薦制の在り方については、引き続き検討する。

VI 施行時期

○ 主な改正の施行時期については、次に掲げる時期とする。

- ① 平成18年4月適用
 - ・ 国保財政基盤強化策
- ② 平成18年10月目途
 - ・ 70歳以上の現役並みの所得を有する者の負担の見直し
 - ・ 食費・居住費の負担
 - ・ 高額療養費制度の見直し
 - ・ 「保険導入検討医療（仮称）」等の制度化
 - ・ 中医協の見直し
 - ・ 国保における共同事業の拡充
 - ・ 地域型健保組合の創設
- ③ 平成19年4月目途
 - ・ 現金給付の見直し
 - ・ 保険料賦課の見直し
- ④ 平成20年度目途
 - ・ 新たな高齢者医療制度の創設
 - ・ 政管健保の公法人化（10月目途）

〔総括〕 医療費適正化方策について

(1) 現行見通し

平成16(2004)年5月の「社会保障の給付と負担の見通し」に即しつつ、起算点を平成18年度概算要求とすると、仮に制度改正なしでこのまま推移した場合、平成37(2025)年度において、我が国の国民医療費は、65兆円、医療給付費は56兆円、対国民所得比(対GDP比)は各々12.2%(9.0%)、10.5%(7.7%)となる。

(2) 医療費適正化の方策と規模

本試案における中長期及び短期の適正化方策^(※)を実施することを通じて、平成37(2025)年度において、医療給付費を49兆円、国民所得比9.1%(GDP比6.7%)に適正化することが可能である。

今後、医療費適正化の方策・規模については、この試案も含めて各般の議論を行い、平成17年中に結論を得ることとする。

(※) ① 中長期の適正化方策

- ア 生活習慣病対策
- イ 平均在院日数の短縮

② 短期の適正化方策

- ア 70歳以上の現役並みの所得を有する者の負担の見直し(2割→3割)(平成18年10月日途実施)
- イ 前期高齢者の負担を2割に統一(平成20年度日途実施)
- ウ 療養病床に入院する高齢者の食費及び居住費の負担の見直し(平成18年10月日途実施)
- エ 高額療養費の見直し(平成18年10月日途実施)

	平成18年度 (2006年度)	平成27年度 (2015年度)	平成37年度 (2025年度)
「社会保障の給付と負担の見通し」に即した現行制度ベース	28.3兆円	40兆円	56兆円
対 国民所得比	7.3%	8.7%	10.5%
対 GDP比	5.4%	6.4%	7.7%

中長期的方策 (生活習慣病対策、平均在院日数の短縮)	▲2.0兆円	▲6兆円
短期的方策 (高齢者自己負担、高額療養費制度、食費・居住費、現金給付の見直し)	▲0.6兆円	▲1兆円
合計	▲2.6兆円	▲7兆円
上記の中長期的方策及び短期的方策を講じた場合の医療給付費	37兆円	49兆円
対 国民所得比	8.1%	9.1%
対 GDP比	6.0%	6.7%
別案 前期・後期高齢者2割負担(現役並みの所得を有する者は3割負担、後期高齢者のうち低所得者は1割負担)	▲0.8兆円	▲1.3兆円
(注) 65~69歳の者は現行どおり3割負担とし、70歳以上の者は2割負担(現役並みの所得を有する者は3割負担、低所得者は1割負担)	▲1.0兆円	▲1.4兆円

(参考)

経済財政諮問会議における民間議員が、経済の規模に応じて医療費を適正化する考え方の下で提案した、高齢化修正GDPによる管理指標に基づいて厚生労働省で試算すると、平成37(2025)年度において、医療給付費4.2兆円、国民所得比7.8%(GDP比5.8%)となる。

	平成27年度 (2015年度)	平成37年度 (2025年度)
経済財政諮問会議民間議員提案(※)	3.5兆円	4.2兆円
対国民所得比	7.7%	7.8%
対GDP比	5.7%	5.8%

※「経済財政諮問会議民間議員提案」は、経済財政諮問会議民間議員提案の「高齢化修正GDP」(名目GDP成長率+(65歳以上の人口の増加数)/全人口(前年度))を基に厚生労働省が試算したもの。

また、これまでの経済財政諮問会議の議論、社会保障の在り方懇談会の議論等において、様々な提案がなされている。これを紹介すると次のとおりとなる。なお、その中で医療費削減効果の機械的な試算が可能なものを試算すると、表に掲げるとおりとなる。

- ア 入院する者に係る食費・居住費の見直し
療養病床に入院する高齢者に加え、一般病床を含めた病院に入院する者についても、食費・居住費の負担を見直す。
- イ 後発品の使用促進
医療保険給付は後発品の薬価の水準までとし、仮に患者が高い先発品を選択した場合には、後発品との差額は自己負担とする仕組みを導入する。
- ウ 市販薬との負担の均衡
市販薬と類似の医薬品(非処方せん薬)は医療保険給付の対象外とする。
- エ 保険免責制の創設
外来診療について、低所得者を除き、かかった医療費のうち、受診一回ごとに一定額(1,000円又は500円)までは自己負担とする。
- オ 診療報酬の伸びの抑制
医療給付費が(1)及び(2)のとおり伸びていくことを前提として、この伸びを抑制するために、診療報酬改定において、平成37(2025)年度又は平成27(2015)年度までに合計▲10%の改定を実施する。

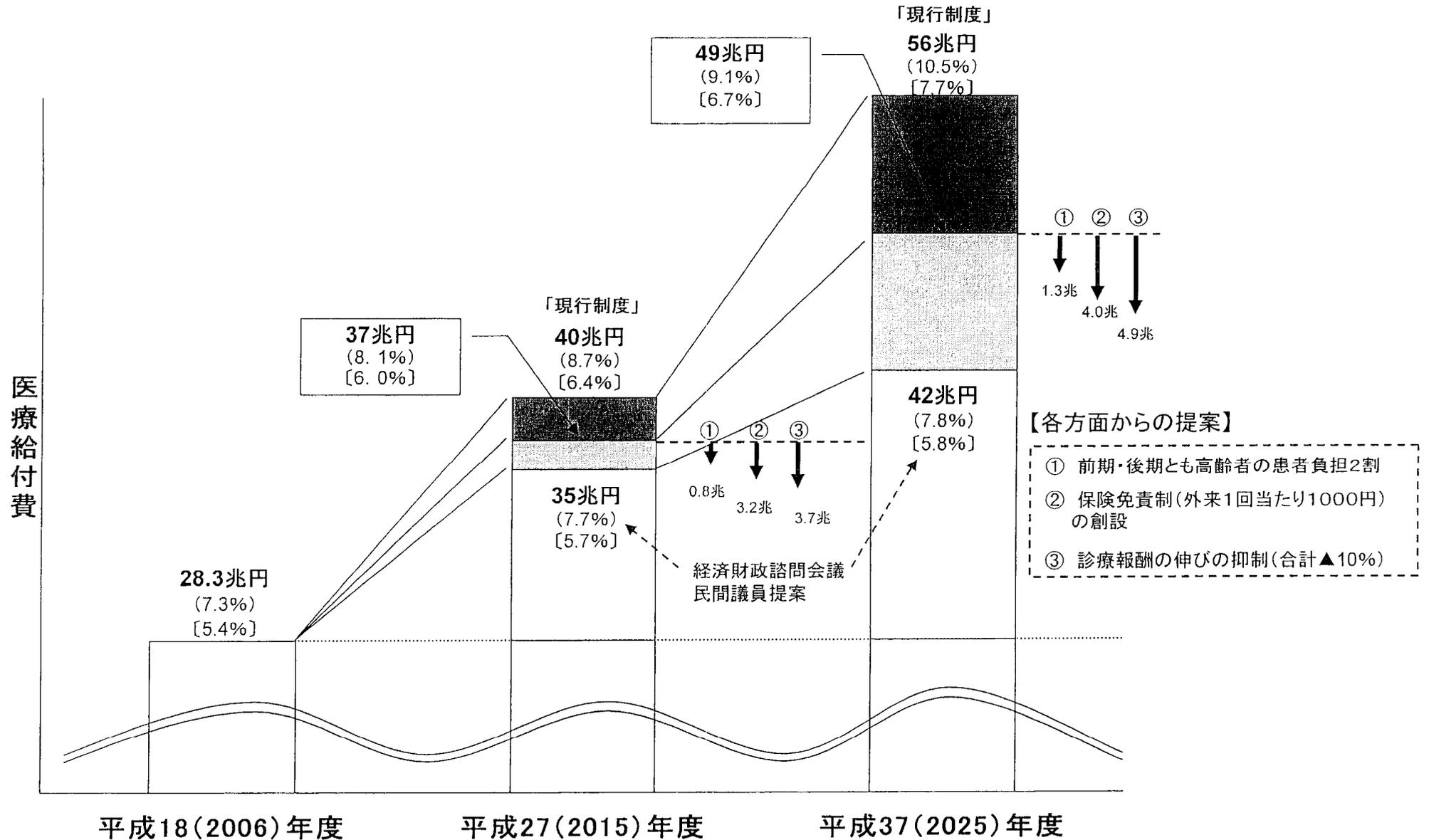
	平成27年度 (2015年度)	平成37年度 (2025年度)
入院時の食費・居住費負担の見直し	▲0.5兆円	▲0.7兆円
保険免責制の創設	外来受診一回当たり1,000円	▲3.2兆円
	外来受診一回当たり500円	▲1.9兆円
診療報酬の伸びの抑制	▲3.7兆円*	▲4.9兆円**

※ 平成27(2015)年度までに合計▲10%とした場合。

※※ 平成37(2025)年度までに合計▲10%とした場合。

(注) 表中の対国民所得比及び対GDP比は、「平成17年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度」における平成17年度の国民所得及びGDPを基として、その後は「社会保障の給付と負担の見通し(平成16年5月推計)」の名目国民所得の伸び率(平成18(2006)年2.1%、平成19(2007)年2.4%、平成20(2008)年2.8%、平成21(2009)~22(2010)年1.9%、平成23(2011)年以降1.6%)により伸びるものとして推計したもの。

医療費適正化の効果



(注1) 医療給付費の()内は対国民所得比。[]内は対GDP比。GDPの伸び率は、平成18(2006)年2.1%、平成19(2007)年2.4%、平成20(2008)年2.8%、平成21(2009)～平成22(2010)年1.9%、平成23(2011)年以降1.6%として推計

(注2) 「現行制度」は、平成18年度概算要求を起算点とし、平成16年5月の「社会保障の給付と負担の見通し」に即して推計したもの。