



日本の医療政策

Updated: 2017 年 9 月

JHPN とは

Japan Health Policy NOW (JHPN) は、日本の医療政策に関する情報を日・英、二か国語で発信する世界で唯一のプラットフォームです。

「高齢化が最も急速に進む国の一つである日本の医療政策は、世界中からの注目を集めています。それらの情報を発信するサイトとして、2015 年 9 月に日本医療政策機構 (Health and Global Policy Institute) が開設し、運営しています。

JHPN においては、以下の情報を重点的に提供しています。

- ・日本の医療政策の概要と基本情報
- ・旬な医療政策アジェンダの解説
- ・日本の医療政策に関する文献リスト (論文、書籍、報告書など)

詳細につきましては、www.Japanhpn.org をご覧ください。

目次

1. 背景

- 1.1 日本の国土と人口構成
- 1.2 公的医療保険の歴史
- 1.3 主要な政策

2. プロセス及びプレイヤー

- 2.1 日本の統治機構の概要
- 2.2 政策の決定プロセス
- 2.3 医療政策決定に関わるプレイヤー

3. 医療保険制度

- 3.1 医療保険制度
- 3.2 介護保険制度
- 3.3 民間医療保険

4. ファイナンス

- 4.1 医療支出
- 4.2 診療報酬体系
- 4.3 コスト管理

1.1 背景 | 日本の国土と人口構成

日本は東アジアに位置する島国であり、国土総面積は約 377,900 平方キロメートルである。本州、北海道、九州、四国と沖縄本島のほか 6800 を超える島から構成されており、47 の都道府県が地方公共団体として自治権を持つ。

日本の総人口は約 1 億 2700 万人であり、およそ 90%が都市部や市街地に居住している。2015 年現在、総人口の約 36.4%が東京都、神奈川県、大阪府、愛知県、埼玉県に集中している。そのうち東京都の人口が最も多く、総人口の約 10.6%にあたる¹。

現在、人口の高齢化と低出生率が日本の保険医療制度が直面している 2 つの大きな課題となっている。

- 2017 年 2 月現在、**65 歳以上の高齢者が全人口の 27.6%**を占めている²。また、この数字は **2060 年までには 40%に達する**見込みである³。
- 老年人口指数(65 歳以上の老年人口と 15 歳から 64 歳までの生産年齢人口の比率)は 2015 年の時点で秋田県が最も高く(60.7)、次に高いのは高知県(59.2)であった。一方、最も低いのは沖縄県の(31.2)であり、2 番目に低い割合を示したのは東京都(34.332.8)であった。
- 2015 年の出生率は全国で 1.45 である。出生率は東京で最も低く 1.24 であり、最も高い沖縄では 1.96 であった。

日本人の平均寿命は女性が 91.53 歳、男性が 84.9580 歳と世界トップレベルである⁴。厚生労働省と OECD による 2013 年時点の日本の主要死因別死亡率は以下に示す通りである。また、2014 年の WHO の統計によると、日本の総死亡数のうち約 79%は非感染性疾患 (NCDs) によるものであり、そのうち約 30%はがんによる死亡である。また、心臓病による死亡が約 29%、その他の非伝染性疾病による死亡が約 12%である⁵。

コラム：東京で進む超高齢化

高齢化は日本国内で均一に進むものではない。東京 およびその近郊、大阪、名古屋といった大都市圏では、特に劇的な高齢化が急速に進行すると考えられている。高橋* によると、2010~2025 年にかけて全国で 700 万人の後期高齢者 (75 歳以上) が増加、その増加分の 50%以上が首都圏 (東京・神奈川・千葉・埼玉) ・大阪圏・名古屋圏に集中する。一方で、それら 3 圏域は国土面積のわずか 2%であり、「超高齢化」は大都市でより進むことが分かる。特に東京中心部 (23 区内) では高齢者向け施設のベッド数は全国平均の半分であり、施設不足が深刻になる恐れがあると高橋は指摘している。

*引用：高橋泰：第 9 回社会保障制度国民会議資料「医療需要ピークや医療福祉資源レベルの地域差を考慮した医療福祉提供体制の再構築。2013 年。

¹ Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications (1 July 2015). *Monthly report of population estimates: 2015*. (accessed on 30 July 2015) Retrieved from: <http://www.stat.go.jp/english/data/jinsui/tsuki/index.htm>.

² Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications (1 August 2015). *Monthly report of population estimates: August 2015*. (accessed on 21 January 2016) Retrieved from: <http://www.stat.go.jp/english/data/jinsui/tsuki/index>.

³ Cabinet Office (2015). *Annual Report on the Aging Society*. Retrieved from http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/gaiyou/27pdf_indexg.html

⁴ WHO (2014). *World Health Statistics 2014: Large gains in life expectancy*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>

⁵ WHO (2014). *Noncommunicable diseases country profiles 2014: Japan*. Retrieved from: http://www.who.int/nmh/countries/jpn_en.pdf?ua=1

主な死因	死亡率(人口10万人あたり) ⁶	OECD加盟国の死亡率 ⁷ (人口10万人あたり)*
がん	290.3	211
心臓病	156.5	122
肺炎	97.8	n/a
脳卒中	94.1	69
老衰	55.5	n/a
不慮の事故	31.5	n/a
自殺	20.7	12.4 in 2011
肝疾患	12.7	n/a
結核	1.7	n/a

*データが利用可能な国のみ。

障害調整生存年数(DALY)に焦点を当てると、疾病負荷が特に高いのはがん、心臓病、糖尿病、精神・神経系疾患、筋骨格疾患、呼吸器系疾患、その他の非伝染性疾病、外傷、感染症である⁸。今後、人口の変化と高齢化に伴い、生活習慣病や変性疾患による疾病負荷が増大すると考えられている。

2013年の世界銀行の試算によると、日本の5歳未満児死亡率(U5MR)は出生1,000人あたり3人である。また、妊産婦死亡率は出産10万件あたり6人であり、これは1990年と比べて約50%減少している⁹。

コラム：高齢者も増えない「人口減少社会」

2010年から2040年の人口推移を年齢別にみると、日本で高齢者として定義されている65歳以上人口が約900万人増加する一方で、0-64歳人口は3000万人と大幅に減少するとみられている。2040年前後から高齢者の絶対数の伸びはフラットになる、つまり高齢者は増加しないが、現役世代の大きな減少により、総人口は15%程度減少、そして高齢化「率」が上がることとなる。

*障害調整生存年数(DALY)とは特定の疾病や傷害による健康の損失(疾病負荷)を示す指標である。「死が早まることにより失われる生存年数(YLL)」および「健康でない状態で過ごす年数(YLD)」の合計により算出される¹⁰。

⁶ MHLW (2014). *Vital Statistics in Japan*. Retrieved from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>

⁷ OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2013.

⁸ World Health Organization (2015). *Japan: WHO statistical profile*. Retrieved from: <http://who.int/gho/countries/jpn.pdf?ua=1> (accessed on 13 August 2015)

⁹ The World Bank (2013). *Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)*. Retrieved from : <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT>

¹⁰ World Health Organization. Metrics: Disability- Adjusted Life Year (DALY). Retrieved from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/ (accessed on 8 December 2015)

1.2 背景 | 公的医療保険の歴史

歴史的背景

現在の日本の医療制度を理解するには、その成り立ちから理解することが不可欠である。日本の公的医療保険制度は、職域保険と地域保険（国民健康保険）という異なる2つの構造から成り立つ。この2つの保険が、現在、ほぼ全ての日本国民と日本国内の長期滞在者（合わせて1億2700万人以上）をカバーする世界最大級の医療保険制度の礎となっている。

職域保険－軍事力と労働力確保のニーズから発達

1920年代以前の医療保険と生命保険は、民間企業では民間共済組合、公務員に対しては官業共済組合により提供されていた。当時、これらの組合への加入は任意で行われており、給付金額や掛金率も加入者1人1人により異なるものであった。この制度が現在まで続く政府主導の職域保険の形へと移行したのは1927年であったが、それに先駆けて1922年に健康保険法が制定された。健康保険法の制定により、10人以上の従業員をもつ企業は健康保険組合を通して従業員の健康保険を提供することが義務付けられた。また、他の保険制度と同様、政府によって給付金や掛金に関する規定が設けられた¹¹。当初は財政が不安定であったため、決して良いスタートでは無かったものの、軍事的労働力を確保する必要が高まったことにより職域保険は勢いを増していった。1934年には職域保険の対象を「5人以上の従業員のいる会社」へと拡大し、その後、改正を重ねることにより現行の2つの職域保険制度へと段階的に移行した。その一つは大企業の被用者や公務員向けの健康保険であり、健康組合や共済組合により提供されている。もう一つは、協会けんぽにより提供される中小企業の被用者向けの健康保険である。

コラム：老人医療費無料化－日本の医療政策の最大の「失敗」

老人医療費無料化は、政府では「日本の医療政策最大の失敗」（厚生労働省元幹部）と言われた。無料化は、高齢者の医療機関へのアクセスを劇的に改善した。一方で、過剰診療、薬漬け医療、そして病院の待合室に高齢者があふれる「病院のサロン化」などの医療サービスの「過剰使用（オーバーユース）」を招いた。当時の病院での様子を描写する高齢者同士の会話がある－「あれ、今日は山田さんは病院に来てないの？」「今日はどこか具合でも悪いんじゃない？」－用事が無くても無料で暇つぶしができる病院が人気だった、というジョークである。無料化による患者の「不適切受診」（専門家は「モラルハザード」とも呼ぶ）も大きな原因であるとされ、その後政府は、医療サービスには一定以上の自己負担を求める方針を徹底するようになる。しかし、一度無料化した自己負担を引き上げるのは政治的に極めて困難であり、それが実現するまでには実に30年の月日を要することとなった。

¹¹ Sugita Y. The 1922 Japanese Health Insurance Law. Harvard Asia Quarterly 2012; 14: 36-43.
© 2017 Japan Health Policy NOW

地域保険の義務化で 60 年代には国民皆保険を達成へ

地域保険は「定礼（常礼ともいわれる）」という形で 20 世紀以前にすでに存在していた。しかし、現在の地域保険である国民健康保険制度は、1938 年の厚生省（現厚生労働省）の設立と国民健康保険法の成立よりも後に確立した制度である。当初、国民健康保険の導入は第二次世界大戦の時代に困難を極め、さらに各自治体により任意で設立・運営されていたために、全ての国民に普及するには程遠いものであった。実際に、1956 年の時点では日本の人口の約 3 分の 1 が医療保険に未加入の状態であった¹²。この状況を受けて 1958 年に国民健康保険法が改正され、全ての市町村における地域保険制度の設立が義務化された。この改正が後押しとなり、1961 年に国民皆保険が達成された¹³。当初、国民健康保険は医療費の 50%を給付していたが、給付率は 1968 年に 70%まで達した。各保険における（医療費の）負担の割合はその後何度も調整されてきた。現在の給付内容については、「日本の医療保険制度」を参照。

老人医療費「無料化」と高齢者医療制度

1972 年、高齢者を対象とした新たな医療保険体制が構築された。公費の効率的な再分配により、70 歳以上の高齢者ほぼ全員についてそれまで自己負担であった医療費 30%分が無料化された¹⁴。高齢者

の医療のための支出は 1980 年までに 1973 年以前の 4 倍以上に膨れ上がり、財源の持続可能性に対する懸念が広がったことから、1982 年に老人保健法が制定された。同法は高齢者に対して少額の自己負担を課すものであり、1983 年に施行されたことにより高齢者医療自己負担ゼロの時代を終えることとなった¹⁵。また、この法律により職域保険の保険料を市町村運営の国民健康保険に宛て、財政補助をすることが可能になった。これら二つの改革をもたらした点において、老人保健法は日本の医療制度の歴史上で最も重要な医療政策関連の法律の一つである。

コラム：都道府県が医療政策の中心になる？

都道府県はこれまでも医療計画の策定などを担ってきたが、今後、ますますその役割は大きくなる。人口動態や疾病構造、医療・介護ニーズ、医療資源などは地域によって大きく異なるため、地域の状況に合った医療を提供するためには、地域主体の政策が必要となる。たとえば、病院やベッドの数や配置などの医療提供体制を決める「地域医療構想」の策定をはじめ、医師の診療科の地域偏在の是正などで県が果たす役割は大きい。また「医療費適正化計画*」も県が定めるものである。一方で、「やりたいこと、やるべきことは山ほどあるが人材がない」（ある県幹部）という声に代表されるように、医療政策の立案を行うことができる人材は都道府県でも不足しており、人材の育成と確保が課題となっている。

*医療費を抑制する（政府はこれを「適正化」と呼ぶ）ために、都道府県が 5 年毎に策定する計画で、健康診断や保健指導の実施率、たばこ対策、在院日数の短縮、後発医薬品の使用促進などの目標を定めるもの。

¹² Ikegami N. Universal health coverage for inclusive and sustainable development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014.

¹³ Ikegami N. Universal health coverage for inclusive and sustainable development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014.

¹⁴ Tatara K, Okamoto E, Allin S. Health systems in transition. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

¹⁵ Ikegami N. Universal health coverage for inclusive and sustainable development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014.

介護保険の創設

医療ニーズが急性期中心から慢性疾患中心に大きく変化したことにより、医療と介護を一体として継続的なケアを提供する必要性が高まっていた。また、長期療養が必要な入院などのケアニーズを医療保険でカバーするのは財政負担という点からも困難であり、新たな制度の創設が検討されてきた。

1997年に成立した介護保険法により、65歳以上及び加齢に伴う病気を患う40歳以上の全員を対象とした、医療施設での介護、在宅ケアまたは地域における介護サービスを受ける費用も補償の範囲内となった。介護保険は、介護支援専門員（ケアマネジャー）という新しい専門職の拡大を促した。ケアマネジャーは介護保険において給付を受けるのに中心的なアクセスポイントとなる存在である¹⁶。なお、介護保険制度では、医療保険と異なり、「給付限度額」を設けることで限度額を超えるサービスは自己負担とすることとなった。

その他の医療政策関連の法律

その他、医療政策を知る上で重要となるのは2006年の医療制度改革¹⁷である。この改革により、75歳以上の後期高齢者を対象とした医療保険制度の設立が行われた¹⁸。また、医療施設の地理的不均衡の原因の一つでもある1948年公布の医療法も重要な法律と言えよう。医療法は地域コミュニティでのニーズに対応した施設の使用を実現するため、現在までに計6回の改正が行われている¹⁹。最近で最も大きな出来事は、2015年の医療保険制度改革法案の成立である。これは、これまで市町村が運営していた国民健康保険を2018年から都道府県に移管するもので、都道府県が財政運営と医療提供体制で大きな権限と責任を持つようになることを意味する「国民健康保険制度創設以来最大の改革」（厚生労働省幹部）である。

¹⁶ Tataru K, Okamoto E, Allin S. Health systems in transition. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

¹⁷ Esmail N. Health care lessons from Japan. Vancouver, B.C.: Fraser Institute, 2013.

¹⁸ Ikegami N. Universal health coverage for inclusive and sustainable development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014.

¹⁹ Tataru K, Okamoto E, Allin S. Health systems in transition. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

1.3 背景 | 主要な政策

年	政策	詳細
1922	健康保険法成立	・ 一定額所得をもつ会社員や他の被雇用者を対象とした国家主導の初の保険制度の成立
1938	国民健康保険法制定	・ 健康保険法で対象外とされていた農家や自営業者、定年退職者、非雇用者を対象とした、市町村が管理する任意国民健康保険制度（国保）の成立
1948	医療法制定	・ 病院や診療所、その他の医療機関における施設の開設と管理・運営、規模、人員などを規定
1958	国民健康保険法改正	・ 市町村が国保を運営することを義務付け、強制加入に
1961	国民皆保険達成	・ 1958年の国民健康保険法改正により、市町村の国保運営が義務化されたことで実現
1972	高齢者医療の無料化	・ 70歳以上の高齢者を対象とした新制度が成立。これにより、ほぼすべての70歳以上の高齢者を対象とした医療が無料に ・ 高齢者だけでなく、その他の国保加入者の自己負担額も引き下げ
1982	老人保健法制定	・ 70歳以上の高齢者への無料医療を終了し、小額の自己負担制を導入 ・ 高齢者の医療費を、保険者間の財政調整によって賄うことを規定
1985	第1次医療法改正	・ 病院病床数管理のため、都道府県ごとの医療計画を策定
1993	第2次医療法改正	・ 特定機能病院と療養型病床群制度の創設
1997	介護保険法制定	・ 介護を必要とする高齢者の治療・介護費などを保障する制度の発足。これにより介護者の負担を一部軽減、高齢化のニーズに対応
1997	第3次医療法改正	・ 地域医療支援病院制度の創設 ・ インフォームド・コンセントの法制化

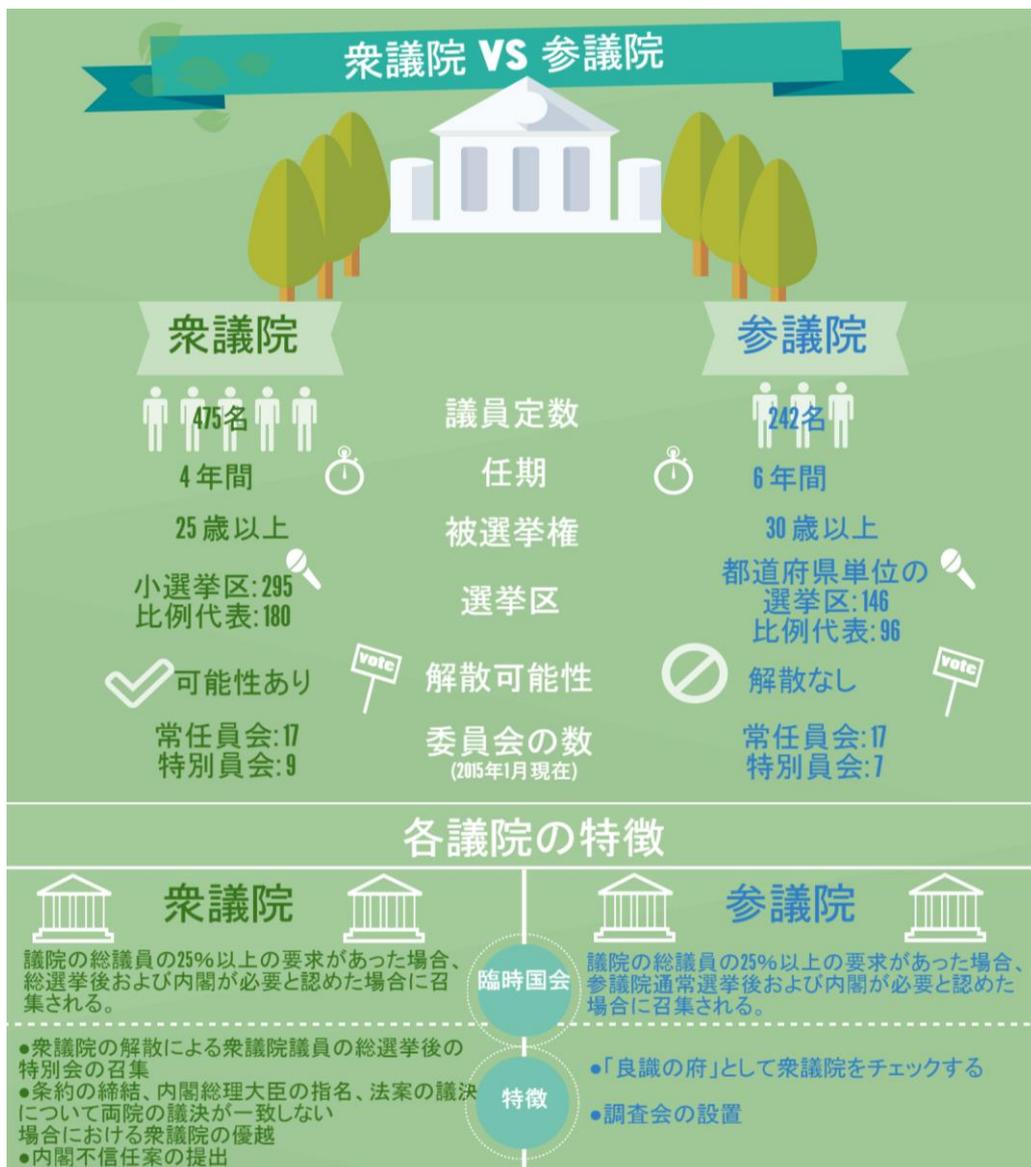
年	政策	詳細
2000	第4次医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> ・入院医療の向上のため病床区分（一般病床と療養病床）の届け出を義務化 ・医師免許取得後2年間の臨床研修の必修化 ・全医療機関への医療安全管理体制の法的義務付け
2006	医療制度改革	<ul style="list-style-type: none"> ・75歳以上の後期高齢者を対象とした新たな医療制度の創設 ・中小企業の従業員を対象とする政府管掌健康保険の運営を国から都道府県に引き継ぐための公法人を設立
2006	第5次医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> ・患者等への医療に関する情報提供を都道府県レベルで推進 ・医療安全支援センターの制度化設立を決定
2012	国民健康保険法改正	<ul style="list-style-type: none"> ・国保の財政運営責任を都道府県へ移行。財政基盤の安定化や保険料格差の是正を図る
2014	第6次医療法改正	<ul style="list-style-type: none"> ・病床機能報告制度と地域医療構想の策定により病床の機能分化・連携を推進 ・医師や看護師を含む医療従事者の確保対策 ・特定機能病院の承認の更新制の導入 ・医療従事者の労働環境の改善対策 ・在宅医療の推進 ・臨床研究の更なる推進 ・医療事故に関する調査の仕組みの整備 ・医療法人制度の見直し
2015	医療保険制度改革法案制定	<ul style="list-style-type: none"> ・国保の運営主体と市町村から都道府県に移管。財政基盤の強化を図る ・大企業社員や公務員の保険料引き上げ ・保険診療と保険外の自由診療を併用する「患者申し出療養」創設を決定

2.1 プロセス及びプレーヤー | 日本の統治機構の概要

日本国憲法は1946年に制定され、1947年に施行されたもので、日本の議会制度と三権分立の基本的な構造、すなわち立法府、行政府、司法府のあり方について定めている。これにより、国の権限が三権に分立され、互いにチェックし合い、均衡を保つ仕組みが成り立っている。

立法府

日本において立法府とは唯一の立法機関である国会を指す。国会は衆議院と参議院の2つの議院を指し、それぞれ選挙により選ばれた国民の代表によって構成される。通常国会は1月から150日間であり、議員は会期中に少なくとも1つの常任委員会の委員を務める。通常国会の会期は一度のみ延長が可能とされている。



行政

行政府とは、行政権を有する内閣府を指しており、内閣総理大臣を首長とする。内閣総理大臣は国会議員の中から衆議院により指名され、その後天皇により正式に任命される。内閣は内閣総理大臣（首相）および総理大臣によって指名された国務大臣により構成されている²⁰。内閣官房は内閣および内閣総理大臣を支える役割を持つ。また、憲法の規定により国務大臣の過半数は国会議員の中から選出される。国務大臣は衆議院において内閣不信任案が可決(または内閣信任案が否決)された場合または内閣総理大臣の罷免によってのみ解任される。内閣不信任案が可決(または内閣信任案が否決)された場合、議決から10日以内に衆議院の解散または内閣閣僚の総辞職となる。内閣とは、内閣府および各省庁を指し、厚生労働大臣や財務大臣を含む11名の大臣もこれに含まれる。中央省庁は様々な政策を執行する場であり、また、内閣提出法案の原案作成が行われる場でもある²¹。

司法府

司法府は最高裁判所および4種類の下級裁判所から構成される。最高裁判所は違憲審査権を有し、国が定めた法律および内閣による命令、規則、処分が憲法に適合するかを判断する役割を担う。最高裁判所長官は内閣の指名に基づき天皇によって任命され、その他の14名の最高裁判事は内閣によって任命される。最高裁判所の裁判官は任命後に初めて行われる衆議院議員総選挙の際に国民審査を受け、その後は70歳で定年を迎えるまで10年間隔で再審査を受ける。投票者の多数が罷免を可とした場合は当該の裁判官は罷免となるが、現在に至るまで国民審査による罷免の実例はない。現在は、2014年4月に就任した寺田逸郎氏が最高裁判所長官を務めている。最高裁判所以外の下級裁判所とは、高等裁判

コラム：頻繁な国政選挙

日本では、国政選挙が頻繁に行われている。2005年から2015年までの10年間で、衆参合わせて7回の国政選挙が行われており、実に1年半ごとに大きな選挙が行われていることとなる。政権選択選挙となる衆議院選挙は、その任期4年の満了を待たずに解散されることが多いため、過去10年では2年半に一回程度の頻度で選挙が行われた。また、3年に1回、議員の半数が改選される参議院選挙は、政権に対する中間評価といった意味合いもあり、政権運営に極めて大きな影響を与える。さらにこれに加え、4年に1回の統一地方選挙や、実質的に与野党の争いとなる自治体首長選挙などが加わるため、頻度はさらに増す。この結果、政府・与党や各政党は常に「選挙」を気にしなければならず、政治が不安定になったり、大きな政治的影響力を持つ高齢者寄りの政策が通りやすい「シルバー民主主義」を生む一因という見方もある。

コラム：官邸主導

かつて、日本の政治や政策立案は「官僚主導」と呼ばれた。各省庁と、自民党の「族議員*」、自民党政務調査会などが政策決定権を独占、主導していたというものである。しかし、2001年に小泉純一郎が内閣総理大臣になると、状況は一変する。小泉は自民党族議員や一部の省庁を「抵抗勢力」と位置付け徹底した改革路線を実施。閣僚人事や重要な政策決定で、自民党と省庁の意向を時には無視して、小泉ら首相官邸が主導した。省庁と族議員の力を削いだ一連の動きは、「官邸主導」と呼ばれ、現在もその傾向が観察できる。医療政策の重要な方針決定においても、厚生労働省だけではなく、首相官邸が方針を決定することがしばしばあるが、「族議員」の影響力も依然として極めて大きい。

*特定省庁との関係が強く高い専門性を持つ国会議員。たとえば、厚生労働行政に精通した議員は「厚労族議員」と呼ばれる。多くの場合、自民党厚生労働部会長や厚生労働省の大臣、副大臣経験者などがそれにあたり、有力議員として政策に大きな影響力を持つ。

²⁰ Ministry of Internal Affairs and Communications. Election System in Japan.

http://www.soumu.go.jp/senkyo/senkyo_s/naruhodo/naruhodo03.html#chapter1 (accessed on July 30, 2015)

²¹ The Cabinet Office, Outline of Duties 2014. http://www.cao.go.jp/en/pmf_index-e.html (accessed on July 30, 2015)

所、地方裁判所、家庭裁判所、簡易裁判所を指す。裁判の多くは1名～3名の判事により行われる。2009年より、裁判員制度により刑事事件の裁判に国民の意見が取り入れられるようになった²²。

²² Courts in Japan. Lay Judge System. <http://www.saibanin.courts.go.jp> (accessed on July 30, 2015)

2.2 プロセス及びプレーヤー | 政策の決定プロセス

立法のプロセス

日本の医療政策の大部分は医療費の変化を考慮し随時改正が加えられるものの、基本的には立法の手続きを経た法案が政府の予算を含む政策プロセスの全体を形作っている。日本の会計年度は毎年4月から3月までであり、法案は予算案とともに翌年4月から始まる新年度に向けて提出の予定が組まれることとなる。医療政策に関わる法案およびその他の法案は内閣または国会議員により国会へ提出される。

なお、日本では、議員提出法案よりも内閣（政府）提出法案の比率が高く約7割を占める。また議員提出法案の成立率は約2割と低いのに対して、内閣提出法案の成立率は80%と高いことから、結果的に成立する法案の多くは内閣提出法案となっている²³。

内閣における審議

内閣により提出される法案は内閣提出法律案と呼ばれ、緊急の場合を除き、長期に渡る原案作成と審査の手続きを経て国会に提出される。その流れは以下に示す通りである^{24,25}。

- 問題の定義および情報収集

はじめに、内閣がステークホルダーの利害関係やメディアによる報道内容について調査を行う。医療関係者、ステークホルダーおよび外部の有識者を含めた会議を通して情報収集および意見収集を行う。

- 審議会による検討^{26,27}

政府には宇宙政策から自殺防止対策に至るまで幅広い分野に関する委員会が存在し、社会保障審議会や医療保険部会など常設の委員会の他に、専門性の高い議題や様々な角度からの見解を必要とする場合は臨時の特別委員会を設置、開催する。

- 内閣法制局における審査

法案は閣議にて全会一致で可決され国会に提出される必要があるため、閣議に先立ち各省庁が調整を行う。

- 与党による法案審査

法案は自民党政務調査会などによる与党審査が行われる。与党との調整が取れない場合、法案はこの時点で廃案となる。与党の審査を経て事務次官会議等により了承された法案は閣議へと回される。

- 国会提出のための閣議決定

²³ The House of Representatives. The National Diet of Japan.

[http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_english.nsf/html/statics/english/kokkaiannai_e27.pdf/\\$File/kokkaiannai_e27.pdf](http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_english.nsf/html/statics/english/kokkaiannai_e27.pdf/$File/kokkaiannai_e27.pdf) (accessed on 16 July, 2015)

²⁴ Iwabuchi, Y. (2013). 日本の医療政策 成り立ちと仕組みを学ぶ. 中央法規出版. pp.32-41

²⁵ Cabinet Legislation Bureau. The Law-making Process. <http://www.clb.go.jp/english/process.html> (accessed on 4 August, 2015)

²⁶ Cabinet Secretariat. List of councils. http://www.cas.go.jp/jp/gaiyou/jimu/jinijyoku/satei_01_04_03.html (accessed on 4 August, 2015)

²⁷ Cabinet Office. List of cabinet councils. <http://www.cao.go.jp/council.html> (accessed on 4 August, 2015)

閣議では法案の緊急度および現行の法律との整合性の検討を行う。閣議によって法案の提出が決定した場合、2月から3月頃に総理大臣が内閣を代表して法案を国会に提出する。

国会における審議

内閣提出法案以外の法案は衆議院議員または参議院議員により国会に提出される。議員による法案の発議(議員立法)に際しては、提案者の他に一定数の賛成者による署名が必要となる。法案は提出者が衆議院議員の場合は衆議院議長へ、参議院議員の場合は参議院議長へと提出される。法案が国会へ提出された後は、衆参両院にて審議が行われる。審議は通常、

常任委員会における審議、議員立法の提出者または総理大臣の質疑応答、公聴会および委員会での採決などを経たのち、本会議で以下のいずれかを經由して可決される。

- 衆参両院で過半数の賛成を得て可決された場合
- 衆参で議決が異なり、両院協議会が開かれた後に成案が衆参それぞれの本会議で可決された場合
- 衆議院可決後に参議院で否決された法案が、衆議院で出席議員の3分の2以上の多数で再可決された場合²⁸。(これを衆議院の優越と呼ぶ。衆議院議員の任期が短いことと解散があることから、衆議院がより民意に近いと考えられているためである。)

可決された法案は内閣を經由して奏上され、その後30日以内に法律として公布されなければならない。

以上に挙げた一連の策定手続きを経て成立した法令の一つの例が、2006年の医療制度改革法案である。この法案は厚生労働省の主導により作成され、閣議を経たのち、2006年2月10日に国会へと提出された。しかし、当時の国会が次年度予算審議に時間を要していたため、衆議院で厚生労働大臣の質疑応答が行われたのは翌年度となる2006年4月6日であった。その後、衆議院厚生労働委員会で審議されたのち、修正を行うことなく、そのまま5月18日に本会議で可決された。その後、医療制度改革法案は参議院に送られ、同年7月14日に可決され、2008年4月に政策として施行された²⁹。

診療報酬改定

上記のプロセスに加え、2年に一度実施される診療報酬改定も医療政策を形成する重要な手続きである。診療報酬制度についての詳細はコスト管理を参照。

²⁸ The House of Representatives, Disagreement between the two Houses, Retrieved from http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_english.nsf/html/statics/guide/disagree.htm (accessed on 09-07-2015)

²⁹ Tataru K, Okamoto E, Allin S. Health systems in transition. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. P.8

2.3

プロセス及びプレイヤー | 医療政策決定に関わるプレイヤー

日本の医療政策は他の先進国と同様に利害関係の範囲が広く、その決定プロセスは多くのステークホルダーを巻き込むものである。医療政策の決定に関わる主な関係組織は以下の通りである。

中央省庁および国の行政機関

国の行政機関は医療保険制度をコントロールすることにより医療の管理と規制を行っている。具体的には各省庁が政府と医療機関の保険契約の管理を行っており、これは1922年の健康保険法により規定された権限である³⁰。また、医薬品の治験、製造と販売後調査など製薬業界の動向を法令の制定を通して監視する責任も国の行政機関の管轄内であり、これらの法令は厚生労働省内外の多岐にわたる部局が所管している。例えば、新薬と医療機器の評価業務は独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の管轄である³¹。

厚生労働省

厚生労働省は中央省庁の一つである。1938年に厚生省として設立され、2001年の中央省庁再編により労働省と統合し、現在の厚生労働省として発足した³²。2015年7月現在で16の審議会、8つの地方厚生局、各都道府県に設置してある労働局をもつほか、外部部局として143の国立病院を運営する国立病院機構やPMDAなどの独立行政法人、および日本年金機構などの特殊法人を所管している³³。また、厚生労働省の本省には様々な機能をもつ内部部局が置かれている。医療政策の決定プロセスに携わる主な部局は以下の通りである³⁴。

- **保険局:** 2年に一度行われる診療報酬改正時に積極的な役割を果たす組織であり、医療保険制度の改善に向けた取り組みを行う³⁵。
- **医政局:** 人口構造や疾病構造の変化に対応する施策や、医療提供・人員配置・保健医療技術等に関する政策の研究と立案を行う³⁶。
- **健康局:** 地域保健、感染症対策、生活衛生、臓器移植、健康向上等に関わる取り組みや業務を行う³⁷。

³⁰ Tataru K, Okamoto E, Allin S. Health systems in transition. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009 p.73

³¹ Tataru, p.74

³² Tataru, p.29

³³ MHLW. Facilities and Agencies/Regional Offices. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p42.html> (accessed on July 12, 2015)

³⁴ MHLW. Organization Chart. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/detail/dl/organigram.pdf> (accessed on July 12, 2015)

³⁵ MHLW. Health Insurance Bureau. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p34-35.html> (accessed on July 15, 2015)

³⁶ MHLW. Health Policy Bureau. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p8-9.html> (accessed on July 15, 2015)

³⁷ MHLW. Health Service Bureau. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p10-11.html> (accessed on July 15, 2015)

- **医薬食品局:** 医薬品、医療機器、化粧品等の安全性と有効性の確保に向けた施策や、病院等への規制を設け血液製剤の管理を行う。さらには医薬品の不正表示、麻薬、覚せい剤等の取り締まり等も行う³⁸。
- **社会・援護局:** 生活保護やホームレス対策等を含む社会福祉全般に関する業務を管轄する。また、第二次大戦の遺族へのサポートなども行う³⁹。
- **老健局:** 高齢社会をサポートするための介護保険制度や高齢者福祉に関する法整備を行う⁴⁰。
- **年金局:** 公的年金制度と企業年金制度に関する企画立案や運用管理等を行う⁴¹。
- **労働基準局:** 労働時間や賃金の管理や労災補償の実施など、労働者の健康と安全を確保するための業務を行う⁴²。
- **雇用均等・児童家庭局:** 労働者やその家族に対する支援、児童福祉を支える業務を行う⁴³。

コラム：早朝から行列ができる「中医協」

「医療に関する専門用語を日本語でひとつだけ覚えろとしたら、‘Chu-i-kyo’だと教えられた」（グローバル製薬企業幹部のアメリカ人）という逸話が示すように、医療政策に関する政府の審議会でもっとも重要で、かつステークホルダーの注目を集めるのが「中医協」である。議論は原則として公開で行われ、一般の傍聴も可能である。中医協が最も注目を集めるのは、2年に1回、4月に行われる診療報酬改定を控える前年秋から2月くらいまでである。この時期に開催される中医協では、診療報酬改定について細部にわたる議論が行われる。その内容をいち早く知るために、医療関係者、報道関係者、製薬メーカー社員などが早朝から傍聴整理券（先着順で配布される）を獲得するために列を作る。会場の座席数は数十名であることが多いが、その限られたシートを巡り、開始の3時間前から100人以上が列を作る・・・という光景も、中医協では恒例となっている。

医薬品医療機器総合機構（PMDA）

PMDAは2004年に設立された政府の規制機関であり、主に新薬と医療機器の品質や有用性の審査、市販後の安全性の評価や健康被害に対する取り組みを行う組織である。PMDAは国外からの申請や問い合わせに対応する国際部、国内におけるレギュラトリーサイエンスの確立を目指すレギュラトリーサイエンス推進部、生物製剤分野に重点的に取り組む再生医療製品等審査部など複数の部所により構成されている。様々な方策や組織戦略が功を奏し、PMDAは2008年には22ヶ月を要していた通常品目の平均審査期間を2011年には11.5ヶ月まで短縮することに成功した。また、優先品目の平均審査期間についても2008年時点で15.4ヶ月であったものが2011年には6.5ヶ月まで短縮されている⁴⁴。

³⁸ MHLW. Pharmaceutical and Medical Safety Bureau. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p13-14.html> (accessed on July 15, 2015)

³⁹ MHLW. Social Welfare and War Victims' Relief Bureau. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p29-30.html> (accessed on July 15, 2015)

⁴⁰ MHLW. Health and Welfare Bureau for the Elderly. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p32-33.html> (accessed on July 18, 2015)

⁴¹ MHLW. Pension Bureau. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p36-37.html> (accessed on 18 July, 2015)

⁴² MHLW. Labour Standards Bureau. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p16-17.html> (accessed on 18 July, 2015)

⁴³ MHLW. Equal Employment, Children and Families Bureau. <http://www.mhlw.go.jp/english/org/policy/p26-28.html> (accessed on 18 July, 2015)

⁴⁴ Y. Ando, T. Tominaga, and T. Kondo, "PMDA Update: the current situation and future directions," *Generics and Biosimilars Initiative Journal* (2013) 1, p.41-44

中央社会保険医療協議会

中央社会保険医療協議会(中医協)は厚生労働相の諮問機関であり、厚生労働省保険局により運営されている。中医協は支払側・診療側・公益を代表する学術関係者などによる3つのグループによる「三者構成」といわれる形態で行われており、1年を通じて様々な議論が交わされる中、主に診療報酬と薬価の改定に関して議論を行う組織である⁴⁵。

財務省主計局

財務省の内部部局である主計局は社会保障に関する国の予算を管轄しており、医療政策に関わる極めて重要なプレイヤーの1つである。一般会計予算からの支出は税収と国債で賄われ、国の総医療費の中で重要な位置を占めている。主計局は隔年で行われる診療報酬改定および薬価改定において、厚労省保険局とともに全体改定率を定める際に最も強い影響力をもつ。診療報酬改定による利害が大きいほど多くのステークホルダーを巻き込み、長期に渡る交渉となる⁴⁶。

自由民主党

自由民主党(自民党)は連合国軍による占領が終わった1950年代初頭より医療政策の最前線に立っている。政治勢力の転換期であった当時、医療政策が論議の焦点となり、与党であった自民党は国民皆保険政策を押し進めることにより先導的な役割を担い、国民の幅広い支持を集めた。実際に、自民党は1958年に国民健康保険法の改正に踏み切り、これにより全国の市町村において失業者、退職者、自営業者および不定期雇用者に対する制度を設け、国民健康保険の拡大を図り、最終的に国民皆保険の達成に至った⁴⁷。それ以来、自民党は法整備を進めるとともに、行政と利益団体(interest group)との連携を取りつつ政治的リーダーシップを確立し、医療政策において積極的な役割を果たしてきた。自民党は現行の医療制度が始まって以来、1993年から1994年までの11か月間と、2009年から2011年までの約3年間を除き、ほぼ一貫して政権与党であり続けている。

日本医師会

日本医師会は日本の医師の約55%が加入する組織であり、医療政策に関連する利益団体の中で最も強い発言力をもつとされる。日本医師会は官僚や政府関連組織、与党(主として自民党)などと密接なかかわり合いを持つことにより、医師の自律性や職業的利益を守るため

コラム：「三師会」

他の国と同様、日本においても医療従事者の職能団体は医療政策に強い影響力を持つ。日本では、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会の3団体が「三師会」と呼ばれ、医療関連団体のなかでは比較的大きな存在感を示している。このほか、日本看護協会や日本病院協会、日本製薬工業協会など約50の主要な団体が存在し、いずれも政府や与党と良好な関係を構築し、影響力を行使しようと活動している。

⁴⁵ Ikegami N. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014 p.111 and p.112

⁴⁶ Ikegami. p.103

⁴⁷ Ikegami. p.19

の活動を行っている⁴⁸。また、診療報酬を定める機関である中央社会保険医療協議会の委員にも、日本医師会から複数のメンバーが選出されている⁴⁹。中医協などの公式な場以外においても、日本医師会による非公式な提言やロビイングなどの活動は現在も積極的に行われており、それらの意見は医療政策関連法案を作成する上で大きな影響力を持つとされている。ただし、日本医師会が改正案等に反対している場合であっても、政府との関係を円滑に保つ目的で譲歩や妥協のための交渉が行われることがある⁵⁰。例として、小泉政権時代(2001-2006)に、混合診療の解禁や投資機関による病院運営の認可など、医療分野へ市場原理を導入する方針が打ち出された際に、日本医師会が強く反対したことが挙げられる。その結果、抜本的な改革へは至らなかったものの、一部の小規模な改革は行われることとなった⁵¹。

都道府県等の地方公共団体

医療法により、各都道府県は区域内の医療機関および医療従事者を管轄すると定められている。国の行政機関が契約や支払制度を統括するのに対し、都道府県は医療機関の施設設備、人員、医薬品その他の物品の管理等に関する規則が遵守されているかを管理する役割をもつ。これは1985年の医療法改正時に定められたものである。また、都道府県は保健所を設置し、疾病対策や生活衛生を管轄している。また、保健所は都道府県以外にも政令指定都市や特別区などにより設置されている⁵²。

市町村等の地方公共団体

現在、市町村役場などの地方公共団体は、主に地域医療センター等を通じた疾病予防や家族の健康に関連した政策方針を定めている。1982年の老人保健法では、市町村の保健事業の活発化を推進する目的で、保健指導や健康診断などの高齢者向けの保健サービスの増加を定めた。また2002年に制定された健康増進法においても、市町村レベルでの地域医療計画に対する積極的な取り組みが求められることとなった⁵³。

⁴⁸ Ikegami N. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014 p.137

⁴⁹ Ikegami. p.3

⁵⁰ Ikegami. p.20

⁵¹ Ikegami. p.24

⁵² Tataru K, Okamoto E, Allin S. Health systems in transition. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009 p.74

⁵³ Tataru, p.77-78

3.1 医療保険制度 | 日本の医療保険制度

1947年5月に施行された日本国憲法では、国民が健康である権利を有し、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上が国の責任の範囲内であることが明確に記されている⁵⁴。日本では1961年に政府主導の社会保障政策が実を結び、国民皆保険を達成するに至った⁵⁵。

国民皆保険制度の特徴は以下のとおりである⁵⁶。

- 日本国籍か外国籍かを問わず、日本に3ヶ月以上滞在すると認められた者全員に公的医療保険への**加入の義務があること**。
- どの公的医療保険に加入するかは加入者の職業、年齢、居住地域により決まるものであり、**加入者が自由に選択できるものでないこと**。また、加入者本人が世帯主でない場合は世帯主の職業、年齢および居住地域に基づいて決められること。
- いずれの医療保険制度に加入している場合においても、国民が自分の判断で医療機関や受診頻度を自由に選択できる「**フリーアクセス制度**」。
- **給付内容が原則として同じであること**。保険の制度により疾病予防や健康増進のプランに多少の差があるものの、公的医療保険は加入者が選択できるものでないため、これらの給付内容の違いは加入に影響を及ぼさない程度のものである。いずれの制度においても**給付の対象**は入院費、外来受診費、精神疾患による通院費、処方薬、訪問看護、歯科治療費等である。
- **医療費の自己負担率が医療保険制度間を通じて同じであること**。3歳以下の子どもは2割負担、75歳以上の低所得者は1割負担など自己負担額の割合は年齢に応じて決まる⁵⁷。
- **加入する医療保険制度により保険料率が異なること**。
- **高額医療費制度**による自己負担限度額を超えた場合の医療費の助成。平均的な所得の勤労者の負担上限は概ね月額9万円程度となる。自己負担限度額および限度額を超えた場合の自己負担額は被保険者の年齢と収入に応じて決められる。患者を財政的リスクから保護する（Financial

コラム：フリーアクセスと自由開業・自由標榜

患者は自分がかかる医療機関を自由に選ぶことができる。たとえば、東京の会社に勤務している会社員の男性が、仕事の合間に会社の近くの大病院で専門医の外来を訪れ、同じ週の週末に自宅のある神奈川県のクリニックで診察を受けるといったことも可能である。大病院の外来を受診する時には原則として開業医などの紹介状が必要だが、数千円を追加で自己負担を行えば殆どの場合、大病院の専門医であっても自由に受診できる。

また、医師には、自由開業が認められている。さらに医師は医師免許を取得していれば、専門医の資格に関係なく、あらゆる診療科を名乗る「自由標榜」も可能である。たとえば、外科医が「内科・整形外科」といった診療科を標榜することも可能で、実際に複数の診療科を記載しているクリニックの看板を見かけることも珍しくない。

⁵⁴ 憲法 25 条により「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」とされている。

⁵⁵ Ikegami N. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014

⁵⁶ Tataru K, Okamoto E, Allin S. Health Systems in Transition. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

⁵⁷ Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun, M. (2013). International Profiles of Health Care Systems, 2013. *Commonwealth Fund Pub. No. 1717*, p.75-83.

Risk Protection) 上で大きな役割を果たしている。

- 請求内容の適否の審査や支払を行うため、各都道府県に設置された**審査支払機関**が保険者への請求書送付や医療機関からの診療報酬請求などを請け負うこと。
- 医療保険制度間で加入者の所得水準に差があることから、財源を安定させる目的で**保険制度間の財政調整**が行われること。

3000 を超える保険者が存在し、**職域保険、国民健康保険(地域保険)、後期高齢者医療制度**と大きく3つに分けられる。職域保険および国民健康保険は支援金を通して後期高齢者医療制度を支える役割を持っている。

職域保険は3つに分類され、その一つは大企業向けの健康保険組合によるものである。これは1400以上の保険者により提供されている医療保険で、保険者が財政難に陥った場合には公費による助成の対象となる。2つ目は公務員向けの共済組合による保険で、公費による補助の対象外である。3つ目は全国健康保険協会により運営される中小企業の被用者向けの保険である。加入者からの保険料のほか、健康保険組合の保険料および公費から構成される支援金が全国保険協会の主な財源である⁵⁸。

国民健康保険は自営業、無職者および75歳未満の退職者を対象とした医療保険制度である。現在、国民健康保険の運営は市区町村単位で行われているが、2018年を目処に都道府県の管轄へと移行する予定である。加入者は保険料を納付するが、実際の給付金支出の5割程度は公費により賄われている。75歳以下の退職者の著しい増加、職域保険の対象外となるパートタイム労働者の増加、および第一次産業従事者の減少を背景に、保険料の滞納者数等を鑑みると国民健康保険は最も財源が不安定な制度であるといえる。

後期高齢者医療制度は2008年に導入された制度で75歳以上の全員を加入対象とし、扶養者と被扶養者の区別がなく加入者全員を被保険者とするものである。都道府県および市町村単位にて運営されている。この制度は、高齢化に伴う支出と医療費に関する説明責任と透明性の向上に向けて国民健康保険から後期高齢者のための制度を実質的に独立させたものである。都道府県単位で過去2年の医療費支出額から算出された保険料が、加入者個人の年金から差し引かれることによって保険料を納付する仕組みである。高齢者からの保険料の納付額は支出の10%程度にしか満たないため、後期高齢者医療制度は公費の助成と上記2つの医療制度との財政調整により支えられている。

⁵⁸ MHLW. Health and Medical Services. <http://www.mhlw.go.jp/english/policy/health-medical/health-insurance/index.html> (accessed on 15 April 2015)

3.2 医療保険制度 | 日本の介護保険制度

介護保険制度は2000年に創設され、2015年1月の時点で65歳以上の人口の約17%にあたる500万人以上を受給の対象としている⁵⁹。また、障がいを持つ若者を給付対象とする制度とは異なり、高齢者の長期介護を目的とし、40歳以上のすべての国民に加入の義務がある制度である。

この制度の特徴としては、以下の点が挙げられる。

- 40歳以上の全ての国民を被保険者とした公的制度であること。また、保険料は所得に応じて設定される。
- **受給対象が65歳以上のすべての国民であり**、加齢に起因する疾病(脳卒中などの脳血管疾患を含む16種の特定疾病)により要介護・要支援状態にある40歳以上の国民も受給資格を持つこと⁶⁰。また、収入にかかわらず全ての人が同じサービスを受けることが可能であり、65歳以上になれば収入や身体的ニーズに関わらず、全員が利用できること⁶¹。
- **介護サービスには介護施設サービス・在宅サービス・地域密着型サービスなどがあり**、介護支援専門員により個別に必要なサービスの提示が行われること。日常動作などについての調査用紙および医療関係者からの診断書に基づき、自治体が個別に要介護レベルを定める。それぞれの要介護レベルにおいて、低所得者には負担能力に応じた段階的な保険料の設定がなされている。要介護レベルは通常の場合2年おきに再診断されるが、体調の悪化などが起きた場合は随時再診断が行われる。
- 全ての介護サービスにおいて自己負担の割合が10%であること。
- ケアマネージャーや介護サービスの提供者は、介護保険制度加入者が自由に選ぶことができること。このサービス選択の自由は、**介護サービスの質を管理する**上で重要である。ただし、介護サービス提供者やケアマネージャーの数が少ない地域においてはサービスの選択肢が少ないため、選択の自由による質の管理は、あまり効果的ではない⁶²。
- 保険料の設定や介護サービス提供者の認定など、**制度の具体的な運営は市町村単位**で行われること。
- **介護サービスの提供者には、営利目的の団体と非営利目的の団体の両方が存在すること**。また、介護サービス料は政府により規定され、3年毎に見直しが行われる。

コラム：認知症

他の多くの国と同様、日本でも認知症患者が激増すると予測されている。政府の推計によると、2025年には約700万人が認知症となり、65歳以上の20%が罹患するとされている。予防法も治療法も確立していないなか、認知症患者のケアは大きな課題となっている。安倍総理の指示により、政府は2015年1月に認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)を策定するなど、対策を急いでいる。また、たとえば80歳の妻が85歳の夫を介護するといった「老々介護」や、家族の介護のために仕事を辞めざるを得なくなる「介護離職」などが社会問題化、今後認知症患者の増加で、さらに深刻になると予測されている。

⁵⁹ MHLW. Long-term care benefits: Monthly report. Retrieved from : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2015/01.html> (accessed on 15 April, 2015).

⁶⁰ Campbell, J.C., Ikegami, N., Gibson M.J. (2010). Lessons from Public Long-term care insurance in Germany and Japan, Health Affairs, 29(1): 87-95

⁶¹ Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M.R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., Kawachi, I., Campbell, J.C. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*. 2011. 378(9797): 24-30

⁶² Ikegami N. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014

介護保険制度の主な課題としては、以下の点が挙げられる。

- 介護サービスには非常に大きな需要があるにもかかわらず、人的資源および財源の不足、新たな施設を立ち上げることに對する政府の規制などにより、施設サービスの希望者が入所**待機者として長い間施設に入れられない状態が続いている**こと。高齢化に伴い、**人口の多い大都市において介護施設のさらなる不足**が見込まれていること。
- **介護従事者の不足**により、短期入所療養介護施設を含む様々な介護施設で人員不足となっていること⁶³。厚生労働省によると、2025年までに30万人以上の人員不足が予想されている。人的資源の不足の一因として、たとえば介護職の低賃金問題が挙げられていることから、厚生労働省により様々な改善策が検討されている。
- 他のアジア諸国から医療従事者を受け入れ、労働市場を拡大しようという考えに徐々に移行しつつあること。2008年から2009年にかけて日本はインドネシア、フィリピン、ベトナムと貿易協定を結び、それらの国々からの労働者を増やすことに同意した。しかし、これらの外国人労働者を現在の医療システムにスムーズに受け入れるためには、今後、様々な施策が必要である。
- 介護保険制度下の介護者の負担については未だ大規模な評価が行われていないこと。介護者の負担に影響する要因として、介護サービスの供給能力、地方自治体の協力および精神的なサポート等が挙げられる。

⁶³ Matsuyama, K. (20 February 2015). Tokyo's Elderly Turned Away as Nursing Homes Face Aid Cuts. Bloomberg. Retrieved from: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2015-02-19/tokyo-s-elderly-turned-away-as-nursing-homes-face-aid-cuts> (accessed on 20 August 2015)

3.3 医療保険制度 | 日本の民間医療保険

日本の公的医療保険は給付額や補償範囲において非常に充実しているが、一方で民間の医療保険市場は急成長している分野である。民間医療保険は、かつては保障の対象が歯列矯正や高額な美容外科手術などの自由診療に限られていた。民間医療保険は生命保険の特約として徐々に広がり、その後、生命保険業界が拡大するにつれ、同時に発展を遂げてきた⁶⁴。現在、市場に出ている医療保険プランの中には慢性疾患や入院に伴う費用を給付対象とするものもある。それらのプランは疾病治療に関わる費用を一括して保障の対象としている。がん治療費と長期入院費などがその一例である。

民間の医療保険契約には、生命保険と分離した単独型の医療保険契約、新規または契約済みの生命保険に付加する特約型、そして公的医療保険制度により発生する自己負担金を補完する医療保障保険の3つの契約形態が存在する。日本国内の生命保険会社全社が加盟する生命保険協会の発表資料によると、2013年時点で民間保険会社による単独型の保有契約件数は推定2,998万件、入院・手術保障のある契約は9,452万件、補完的な医療保障保険は172万件に達した。国内のがん保険の契約件数も2013年現在で2,116万件に上っている⁶⁵。

国内の民間医療保険の拡大は、今後とも限定的なものに留まると考えられている⁶⁶。その要因としては公的医療保険制度の充実、幅広い医療提供体制および医療機関へのフリーアクセス制度が挙げられる⁶⁷。一方で、疾病構造の変化や日本における主な死亡要因であるがん医療が以前にも増して重視されていること⁶⁸や、先進医療の拡大などが、これらの民間医療保険に対するニーズを高める可能性もあると考えられている。

⁶⁴ Thomson, S., Osborn, R., Squires, D., & Jun, M. (2013). International Profiles of Health Care Systems, 2013. *Commonwealth Fund Pub. No. 1717*, p. 75–83.

⁶⁵ Life Insurance Association of Japan (2014). Life Insurance Fact Book 2014. Retrieved from <http://www.seiho.or.jp/english/statistics/trend/pdf/2014> (accessed, April 16, 2015)

⁶⁶ Tajika, E. and Kikuchi, J. (2012). The Roles of the Government and Private Insurances in Healthcare Systems: the theoretical framework and the overseas case studies. Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review. Vol 111, No.1

⁶⁷ Tajika, E. and Kikuchi, J. (2012). The Challenges of Japan's Public Healthcare System and the Potential of Private Medical Insurance. Policy Research Institute, Ministry of Finance, Japan, Public Policy Review. Vol 111, No.2

⁶⁸ Japanese Association of Cancer Registries. *Cancer Registry in Japan*. Retrieved from http://www.jacr.info/publication/document/CRIJ_eng.pdf (accessed on April 16, 2015)

4.1 ファイナンス | 医療支出

一般的に、日本の医療支出は他の先進国と比べて低いと考えられている。しかしながら日本の公的医療費の支出額や医薬品に関する支出額は OECD 平均値よりも高く、また、医療支出全体の 83%が公的支出であることから、医療支出は日本の医療制度全体の持続可能性を考える上で特に重要なテーマである⁶⁹。

総医療費

近年、日本の GDP に対する総保険医療支出(国民医療費、および保険適用外のサービス含むすべての医療サービスに対する支出)の割合は増加傾向にある。2008 年から 2013 年にかけて、医療支出の対 GDP 比は 8.5%から 10.2%へと増加し、OECD 平均の 8.9%(2013 年)をはるかに上回る数字となっている⁷⁰。また、2014 年の日本の医療支出は対 GDP 比 10.2%と推計されている⁷¹。OECD の試算によれば日本の医療支出は今後徐々に抑えられていく見込みであるが、同時に、日本は OECD 加盟国の中で 2009 年以降も対 GDP 比医療支出が増加している数少ない国のうちの一つであり、原因の一つとして経済成長の鈍さが挙げられている⁷²。また、人口一人当たりにおける公的支出と民間支出の割合は OECD 平均と近い数字であるにもかかわらず、2009 年から 2013 年までの日本の人口一人当たりの年間の医療費支出の増加率の平均は同期間における OECD 加盟国全体の平均増加率と比べてはるかに高いことが指摘されている⁷³。

医療費の増加要因

日本の医療支出が増加する要因としては、他の先進国と同様に高齢化・医療技術の高度化・医療需要の増加などが挙げられる。なかでも人口の高齢化に伴う医療費の増加は特に重要である。2011 年には病院支出の約 64%が 65 歳以上の高齢者(2012 年時点で総人口の約 23%)のケアに充てられていた⁷⁴が 2020 年までには高齢者の割合が日本の総人口の約 30%に上り、高齢者ケアへの支出は国の医療支出全体の 66%に達する見込みである⁷⁵。

⁶⁹ OECD. 2015. "OECD Health Statistics 2015." <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-JAPAN-OECD-Health-Statistics-2015.pdf> (accessed 16 February 2016).

⁷⁰ Data extracted on 08 Jul 2015 02:36 UTC (GMT) from [OECD.Stat](http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-JAPAN-OECD-Health-Statistics-2015.pdf)

⁷¹ Data extracted on 08 Jul 2015 02:36 UTC (GMT) from [OECD.Stat](http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-JAPAN-OECD-Health-Statistics-2015.pdf)

⁷² OECD. Focus on Health Spending. *OECD Health Statistics 2015*. p. 3 Retrieved from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf> (accessed on 30 July 2015)

⁷³ OECD. Health at a Glance 2013: Health Indicators. p.155. Retrieved from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (accessed on 10 August 2015)

⁷⁴ OECD. Health at a Glance 2013: Health Indicators. p.162-163. Retrieved from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (accessed on 10 August 2015)

⁷⁵ Ikegami, N., B.-K. Yoo., Hashimoto, H., Matsumoto, M. Ogata, H., Babazono, A., Watanabe, R., Shibuya, K., B.-M. Yang, Reich, M.R. and Kobayashi, Y. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *The Lancet*. 2011; 378: 1106–15

医薬品

近年、医薬品支出は多くの国々で鈍化の傾向にあるものの、日本においては増加傾向にある。2009年から2013年にかけて日本の医薬品支出における公的支出の割合は年間5%のペースで増加しており、2013年の国民一人あたりの医薬品支出額はOECD加盟国の中で2番目に高い数値であった。この高額な医薬品支出の背景のひとつとして、日本の市場におけるジェネリック医薬品の浸透率の低さが挙げられる。2013年時点において、医薬品市場の総額に対するジェネリック医薬品の市場シェアはOECD平均で24%⁷⁶であったのに対し、日本ではわずか11%に留まっている⁷⁷。また、量的ベースで見ても、市場全体におけるジェネリック医薬品のシェアはOECD平均が48%にのぼるのに対し、日本においてはわずか28%である。一方で、アメリカ、イギリス、ドイツにおけるジェネリック医薬品の量的ベースの市場シェア率は80%を超えている⁷⁸。ここ数年、日本政府はジェネリック医薬品のさらなる普及に向けて様々な取り組みを行っている。例えば、2002年の診療報酬改定・薬価改定時においてはジェネリック医薬品の処方箋料・調剤料によるインセンティブを導入した。しかしながら、2007年に経済財政改革の基本方針(「骨太の方針」)の一環で量的ベースでのジェネリック医薬品の普及率の目標を30%とすると示されるまでは具体的な数値目標は掲げられず、政府の方向性はやや曖昧なものであった。また同年、厚生労働省により「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」が策定され、ジェネリック医薬品とその品質、調剤に関して患者の理解を促進するための具体策が提示された。また、2008年から

コラム：日本は「ベストマーケット?」

日本に来る諸外国の医薬品企業や業界団体の幹部は、口を揃えて「世界の中で日本が最も良い市場だ」と言う。その理由のひとつは、医療制度や医薬品行政の予見可能性の高さである。日本では2年に1回の薬価改定で薬の価格が引き下げられるものの、その改定率は基本的に市場調査に基づく市場実勢価で決まること、また改訂率やその影響もある程度予測可能であることから、売上予測が比較的立てやすい、というものである。また欧米諸国に比べると、医薬品産業に対する国民の信頼度も高く、規制当局や政治家も医薬品業界に対して概ね寛大である。また、かつて日本は新薬の承認期間が欧米諸国に比べて長いとされる「ドラッグラグ」があると言われていたが、現在それは殆ど解消している。このような背景から、「日本が最良のマーケット、米国が最大のマーケット」(業界団体幹部)というコメントが生まれたのである。

一方で、2016年から開始される特例拡大再算定は、新規性が高い革新的な医薬品の価格設定を巡って、関係者の議論を引き起こしている。この制度は、市販後の売上が、メーカーによる年間売上予測を大幅に超えた場合などに医薬品の価格を最大50%引き下げるもの。通称、巨額再算定とも呼ばれ、2015年に上市されたC型肝炎治療薬が契機となって創設された。このC型肝炎治療薬は患者が長年待ち望んでいた画期的新薬。しかし、メーカーによる年間売上予測が1000億円未満であったのに対し、年間売上推計は5000億円に迫る勢いで予測を大幅に超えた。制度導入は止むを得ないとする政府や保険者に対して、医薬品業界は猛反発。「イノベーションを否定する制度で容認できない。ビジネスの予見可能性を奪うものだ(業界団体幹部)」などと制度の見直しを求めている。今後も、新薬や再生医療製品などで同じように「巨額」の製品が登場することが予想されている。

一日本も、他の諸国と同様に、医療技術の「イノベーション」と「医療財政の持続可能性」のジレンマに直面しているのである。

⁷⁶ OECD. Health at a Glance 2013: Health Indicators. p.14. Retrieved from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (accessed on 10 August 2015)

⁷⁷ OECD Health Statistics 2014, "How does Japan compare?"

⁷⁸ OECD. Health at a Glance 2013: Health Indicators. p.14. Retrieved from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (accessed on 10 August 2015)

2012 年の間にはジェネリック医薬品の普及率のさらなる増加に向け、診療報酬や調剤制度の改定などを含む様々な施策が導入された。2013 年、厚生労働省発表の「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の中で(代替可能な品目についての)ジェネリック医薬品の普及目標が新たに掲げられ、2010 年時点で 40%であった普及率を 2018 年までに 60%に引き上げることが示された。同時に、普及率のモニタリングにより制度を強化していくことや、目標達成に向けて行政・医薬品業界・医療関係者が行うべき具体的な施策も提示された⁷⁹。さらに 2015 年には、(代替可能な品目における)ジェネリック医薬品の使用率を 80%以上とする新たな目標が発表された。

⁷⁹ Japan Generic Medicines Association, <http://www.jga.gr.jp/medical/about/generic07/>
© 2017 Japan Health Policy NOW

4.2 ファイナンス | 診療報酬体系

診療報酬とは医療機関や薬局が医療保険の適用範囲内の医療サービスや医薬品を提供した時に対価として受け取る料金を指し、厚生労働省の管轄下にある制度である。厚生労働省は医療サービス、医療機器および医薬品に対する診療報酬点数と請求要件を定め、国内における全ての医療提供者がその決定を遵守しなければならない。また、診療報酬点数として定められているよりも高額な医療費を請求することは禁止されており、保険診療と保険外診療の併用(混合診療)も原則として認められない。

診療報酬体系

出来高払い方式

1961年に現在の医療保険制度の基盤が確立して以降、診療報酬制度は出来高払い方式を基本としてきた。保険適用内の医療サービス・医薬品・医療機器に個別に設定された点数に基づいて各医療機関が実際に行った医療行為に対する診療報酬を算出し、診療報酬点数を元に保険者から払い戻しを受ける制度である。

診断群分類別包括支払い方式

診断群分類別包括支払い方式(DPC)とは、人口の高齢化に伴い、医療費・入院治療の期間・医療サービスの需要に対する関心が高まる中で2000年代前半に始まった日本独自の診療報酬制度である。

DPC導入の主な目的は、医療の標準化・透明化の促進である。客観的な診療情報データベースの構築により、病院運営者や医療従事者にとって、自らが提供する医療の成果や改善点が明確になり、医療の質の病院間格差を是正、全体的な質が向上する狙いがある。同時に患者にとっては、客観的なデータで標準的な治療や価格情報を参照できるという利点がある。また、平均在院期間の短縮も期待されている。2012年現在、国内の一般病床の約53%がDPCの運用対象である⁸⁰。これはアメリカで導入されているDRG(Diagnosis Related Groups)/PPS(Prospective Payment System)制度と同様に定額払い方式であり、診断に基づいた分類コードを採用している(2012年4月の時点で全2927分類)。DPC制度の特徴としては、一日当たりの包括評価であることや、出来高払い方式を一部組み込んでいることが挙げられる。診療報酬の算出は、DPC施行診断群に該当する入院治療に対しては定額、非該当の場合には出来高方式で行われる。

DPC方式における具体的な報酬算定方法は以下の通りである。

⁸⁰ Ishii, M. (2012). DRG/PPS and DPC/PDPS as Prospective Payment Systems. *The Japan Medical Association Journal*. 55(4): 279–291, Retrieved from https://www.med.or.jp/english/journal/pdf/2012_04/279_291.pdf (accessed on 14-07-2015)

- 入院基本料、検査(画像診断を含む)、注射、投薬および診療報酬 1000 点未満の処置等を対象と包括評価部分の対象とし、DPC 分類別の一日当たりの点数、在院日数および予め定められた医療機関別の係数に基づいて算出する。現在、同レベルの診療機能を持つ医療施設間の係数のバラつきを無くすため、全国規模で医療機関別係数の見直しが行われている⁸¹。
- 手術、放射線治療、麻酔および 1000 点以上の処置は包括評価の対象外であり、診療報酬は出来高払い方式で算定される。
- 入院段階により算出方法が異なり、特定入院期間のうち入院期間Ⅰにおける一日あたりの定額報酬は入院期間ⅡおよびⅢよりも高く設定されている。入院期間Ⅱは第Ⅰ日以降平均在院日数までを指し、この期間における定額報酬は診断群分類に応じて異なるものの、一日当たりの医療資源の平均投入量を加味した上で入院期間Ⅰよりも低く設定されている。入院期間Ⅲは特定入院期間として計算される最後の期間であり、一日当たりの定額報酬は入院期間Ⅱより低く設定されている。例外的に入院期間Ⅲよりも入院が長期化する患者の診療報酬については、出来高払い方式で算出される。

DPC 制度が本来の目的に沿う成果を出しているかという点に関しては、様々な角度から議論が行われている。DPC 制度はアメリカの PPS 方式と出来高払い方式を独自の方法で組み合わせたものであるために、未だ医療コスト削減には繋がっていないとする分析も多い一方、PPS 制度を今後さらに統合していく事に対しては否定的な見方も多いとされている^{82,83,84}。

コラム：診療報酬改定の勝負は いつ決まる？

2 年に 1 回の診療報酬改定の議論の動向は、医療を取り巻くステークホルダーが固唾をのんで見守る（参考：[「早朝から行列ができる「中医協」](#)）。限られた財源を巡り、どの報酬がカットされた、あるいはどの部分が増えた、など「斬った、斬られた」の関係は、さながら日本の時代劇のようである。さて、その勝負はいつごろ決まるのだろうか？ 全体の医療費総額の増減を決める全体改訂率などの大枠は、実は改訂前年の 12 月頃には決着が着く。したがって、診療報酬や薬価を巡る「パイの奪い合い」は 10 月から 12 月くらいがヤマ場となるのである。

コラム：包括払いでコストは下がったか？

日本型の包括払いである DPC 導入は、その導入の際には、コスト抑制効果も期待されていた。ではそれは達成されているのだろうか？ 実は、DPC によりむしろ医療支出が増えた可能性もある。DPC 導入により平均在院日数は短縮されたが、1 日あたりの入院料は上昇、病院にとっては入院患者数を増やすことで増収を図るような動きも観察されている。また、「DPC コンサルティング」といったサービスも登場しており、いわゆるアップコーディング（より報酬が高い分類でコーディングして請求を行う）が行われている可能性もある。

⁸¹ Ikegami N. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. Washington, D.C.: World Bank Group, 2014.

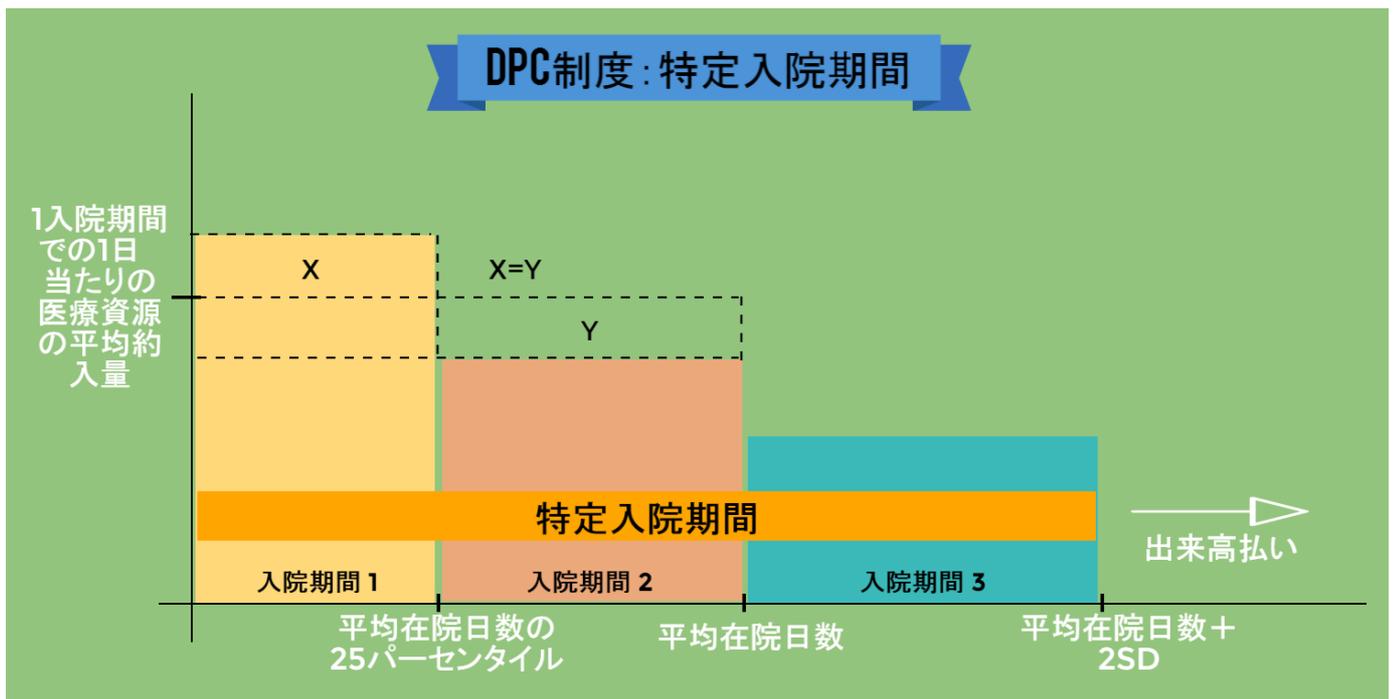
⁸² Yasunaga, H., Ide, H., Imamura, T., Ohe, K. Impact of the Japanese Diagnosis Procedure Combination-based Payment System on Cardiovascular Medicine-related Costs. International Heart Journal. 2005 Sep; 46(5):855-66.

⁸³ Ishii, M. DRG/PPS and DPC/PDPS as Prospective Payment Systems. Japan Medical Association Journal 55 (4): 279-291, 2012.

⁸⁴ Kondo, A. and Kawabuchi, K. Evaluation of the introduction of a diagnosis procedure combination system for patient outcome and hospitalisation charges for patients with hip fracture or lung cancer in Japan. Health Policy. 2012 Oct;107(2-3):184-93.

【特定入院期間とは】

- ・ 在院日数に応じて、入院期間Ⅰ(平均在院日数の25パーセント値までの期間)、入院期間Ⅱ(25パーセント値から平均在院日数までの期間)、入院期間Ⅲ(平均在院日数を超えた以降の2SD日間)が定められている。※SD(標準偏差)：統計値のばらつきを表す数値の1つ
- ・ これらの入院期間Ⅰ～Ⅲの通算した期間を「特定入院期間」という。
- ・ DPC方式においては、特定入院期間を超えた日より、医科点数表に基づいた出来高評価となる。



資料：近畿厚生局 「平成 22 年度診療報酬改定の概要（DPC 関連部分）」

4.3 ファイナンス | コスト管理

2年に一度の「診療報酬改定」

保険適用内のほぼ全ての医療サービスおよび医薬品は診療報酬制度で定められた料金にて提供される。診療報酬点数および請求要件については、中央社会保険医療協議会と厚生労働省により2年に一度見直しと改定が行われる。改定のプロセスは奇数年の春から偶数年の4月にかけて行われ、ここで決められる診療報酬点数と関連政策は医療保険制度下の医療サービス及びほぼ全ての医療提供者と医療機関の利益を決定づける非常に重要なものである。同時に、医療費の総額や単価管理、さらには医療提供者の行動を誘導するという点でも、極めて重要な政策ツールである診療報酬改正の明確な政策方針と要件の遵守状況に対する定期的な監視により、公的医療保険制度に関する予算面・医療の供給面・および現場における医療サービスの適切な提供面での統制が取られている。また、この改定プロセスは保険医療機関等の財政の健全性の確保という側面も合わせ持っている。

診療報酬改定の流れ

診療報酬改定のプロセスでは、まず全体の改定率を定めた後に項目別の診療報酬改定が行われる。全体改定率はその後2年間の政府の医療予算の方向性を示すものであり、具体的には財務省主計局の厚労省担当主計官と厚労省保険局長により決定される。

この全体改定率とは、全ての医療サービスと医薬品の価格を対象とした数量加重平均による調整率である⁸⁵。これらの数字は、与党と日本医師会を含む様々なステークホルダーによる協議や、医療経済実態調査と薬価調査の調査データをもとに導き出され⁸⁶、政治的、経済的、社会的状況を考慮に入れたものである。製品の数量および供給状況は向こう2年間における全体価格に影響を与えうるため、診療報酬の検討は単に価格調整を反映させるだけでなく、こうした社会動向を視野に入れて慎重に行われる⁸⁷。

「中医協」

全体改定率の最終決定は12月に行われ、その後、中央社会保険医療協議会(中医協)により健康保険制度の改定や診療報酬や薬価の改定が行われる。中医協とは厚生労働省大臣の諮問機関であり、支払側委員、診療側委員、公益委員などにより構成される組織であり⁸⁸、日本の医療政策にとって最も重要な会議のひとつである。診療報酬改定による医療サービス価格の引き上げは医療提供者へのインセンティブを高め、一方で価格の引き下げはインセンティブを下げることからサービスの供給量を抑える役割をもつため、価格の調整は政

⁸⁵ Maeda, A., Araujo, E., Cashin, C., Harris, J., Ikegami, N., & Reich, M. R. (2014). Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A synthesis of 11 country case studies. p.71

⁸⁶ Maeda, p.103-104

⁸⁷ Maeda, p.103

⁸⁸ Maeda, p.111

府の政策方針に基づいて行われる。また、この価格調整は異なる医療専門分野間における医療サービスのコストおよび収益の均一化を図る側面ももつ。このように診療報酬の改定は医療提供者の利益に直接影響をあたえることから、その改定プロセスにおいては、与党政治家や財務当局の意向も強く反映されると同時に、医療団体と厚生労働省担当者との間で細部にわたる交渉も行われる。

さらに、薬価の改定幅も医療費抑制の面で非常に重要である。薬価の改定率は、まず市場価格の調査をもとに各製品の数量加重平均市場価格を算出した後、現行の薬価と数量加重平均市場価格との差の合計を平均市場価格に上乘せする形で設定される。これは薬価と購入価格の差が医療期間の利益となるために医療機関が交渉により値下げを行ってきたことと、厚生労働省が医療費抑制の目的で薬価の引き下げを行ってきた経緯により確立されたプロセスである⁸⁹。

請求要件の改正

診療報酬とは異なり、請求要件の改正は二年に一度と限定されていないため、厚生労働省が必要と判断した際に随時改正を行うことができる。請求要件を調整することにより、医療サービスや医療製品の提供体制の管理を行い、さらに診療報酬点数とは別の切り口から費用の抑制を図ることが可能である。また、請求要件は医療サービスの質を確保する上においても重要である。例えば特定の医療サービスに対し適切な医療機器が使用されているか、また入院患者一人当たりの医療スタッフの数が基準に達しているかなどの人員と施設に関する基準を設け、厚生労働省が診療報酬の請求要件にすることにより医療の質の確保が図られている⁹⁰。

⁸⁹ Maeda, p. 77

⁹⁰ Maeda, p.73