

# 安全・安心で質の高い医療の確保に向けて

## ～医療制度改革関連法案～

厚生労働委員会調査室 すぎやま あやこ  
杉山 綾子

### 1. はじめに

「健康保険法等の一部を改正する法律案」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」のいわゆる医療制度改革関連法案は、平成18年2月11日に国会に提出された後、衆参の厚生労働委員会において審議された。衆議院厚生労働委員会においては、対政府質疑、参考人質疑、委員派遣等が行われ、与党の賛成多数で可決、参議院に送付された。その後、参議院厚生労働委員会においても、対政府質疑のほか、2回の参考人質疑、北海道への委員派遣等により議論が深められ、6月13日、委員会で与党の賛成多数をもって可決、21項目に及ぶ附帯決議が付された後、翌14日の参議院本会議で成立した。

本稿では、主だった論点と国会論議を紹介するとともに、今後の課題を提示する。

なお、両法案の提出の経緯及び概要については、佐藤研資「四半世紀ぶりの高齢者医療制度の大幅見直し～医療制度改革関連法案～」『立法と調査』No. 253 (2006. 4. 7) 29頁を参照されたい。

### 2. 主な論点と国会論議

#### (1) 医療費の将来見通し

厚生労働省が平成17年10月に発表した医療費の将来見通しでは、平成37年(2025年)における我が国の国民医療費は65兆円、医療給付費は56兆円に至るとされた。この推計で基礎数値として使用された医療費伸び率が、最近の医療費伸び率ではなく、平成7年度から平成11年度のものであったこと、また、平成18年4月に日本医師会が独自に推計、公表した医療費の将来見通しでは、平成37年(2025年)における国民医療費が49兆円であったことなどから、政府の医療費将来見通しについて、その信頼性、妥当性が議論された。

政府は、将来見通しの性格について「医療費の将来推計の確立した手法はない。公表した医療費の将来見通しは、過去の実績に基づいて機械的に算出した目安としての数値」であるとの認識を示した<sup>1</sup>。その上で、平成7年度から平成11年度の伸び率を使用した理由については「平成12年の介護保険制度創設、平成14年の健康保険の3割負担の導入等、医療費に大きな影響を与える制度改革が行われた時期の数値では、医療費の自然体の伸び率を算出するための精度が落ちるため、それ以前の制度改革の影響を受けない時期の医療費の動きを参考に算出した<sup>2</sup>」ものであり、「近年の医療費の伸び率は大きな制度改革があった時期を除けば、(診療報酬改定による要因を除いた場合) おおむね3%から4%で安定的に推移しているため、平成7年度から平成11年度の実績を用いたことは適切であると考

えている」<sup>3</sup>旨説明した。

なお、日本医師会が公表した医療費の将来見通しは、平成14年度を除く平成13年度から平成17年度の実績を用いており、健康保険の3割負担導入等の制度改正の影響を含めた医療費の伸びを基に算出されている。これについて、政府は「近年の大きな制度改正の影響を含めた医療費の伸びが、そのまま将来も続くといった仮定を置いて見通しを作成するのはいかがなものか」との見解を述べている<sup>4</sup>。

## (2) 後期高齢者医療制度

現行の老人保健制度は、運営主体の市町村に対し、被用者保険と国民健康保険から必要な費用が拠出される仕組みとなっていることから、財政運営の責任主体が不明確、高齢世代と現役世代の費用負担の関係が不明確といった問題点が指摘されてきた。そのため、今回の法案では、今後、高齢化に伴い増大する老人医療費について「財政運営の責任主体を明確化するとともに、高齢者の保険料と現役世代の負担の明確化、公平化を図る」<sup>5</sup>ため、新たに75歳以上の高齢者を後期高齢者として位置付け、現行の老人保健制度に代わる独立した医療制度として、後期高齢者医療制度を創設することが大きな柱として盛り込まれた。

この後期高齢者医療制度は、都道府県ごとにすべての市町村が加入する広域連合を運営主体とし、75歳以上の後期高齢者を被保険者とする独立保険方式が採用された。その財源構成は、おおむね、給付費の5割を公費、4割を現役世代からの支援金（後期高齢者支援金）で支え、残り1割について、公的年金制度の成熟化を踏まえ、後期高齢者から保険料を徴収して賄うこととされている。

しかし、そもそも後期高齢者のようなハイリスク集団のみを加入対象とした保険制度が成り立つのか、創設後も安定的な運営が持続可能なのかどうかについて懸念が示された。

これについて、政府は「限られた財源の中で公費を重点的に投入する観点から、対象者を重点化する必要がある」として、後期高齢者のみを対象とした保険制度とする理由を説明する一方で、「後期高齢者のようなハイリスク集団だけによる保険制度は持続できない」との認識を示し、老人保健制度における社会連帯の考え方を継承し「各世代の支援を受けながら運営していく仕組みとしている」旨答弁している<sup>6</sup>。

一方、後期高齢者医療制度の運営への各保険者の関与についても、その在り方が議論となった。政府は「費用を負担する医療保険者、地方自治体等の納得、理解を得ながら制度運営することが必要」と述べ<sup>7</sup>、各医療保険者や現役世代の意見を反映させる場として、各都道府県に設置されている保険者協議会を活用し高齢者医療制度の運営や医療費適正化に関する連絡調整の場とする旨説明したが、「具体的な協議の場については、今後検討する」と述べるにとどまっている<sup>8</sup>。この保険者協議会については「広域連合との法的関係、両者の意見が異なった場合の調整方法等、不明確な部分が多い」との指摘もされており<sup>9</sup>、今後、実効性のある協議の場づくりに向けた積極的な検討が求められる。

## (3) 医療費適正化

今回の医療制度改革のキーワードとも言える「医療費適正化」については、その推進策

の一つとして、国及び都道府県による医療費適正化計画の策定が本法案に盛り込まれた。この医療費適正化計画には、国、都道府県のそれぞれにおいて医療費適正化のため取り組むべき施策と、達成すべき目標数値を掲げることとなっている。計画終了年度の翌年度には取組の実績評価をし、その結果、医療費適正化の効果が上がっていない都道府県については、医療の公平な提供の観点から合理的であると認められる範囲内において、都道府県ごとに診療報酬の特例を設定することができるといった仕組みとなっている。

従来、医療に関する施策は、国がそのほとんどを担ってきた。今回の改革で、医療費適正化計画の作成や、それに基づく目標達成のための取組など、医療行政に対する都道府県の関与度合いが高められると同時に、都道府県も責任の一端を負うこととなるが、果たして都道府県が実効性ある施策を行っていきけるのかといった懸念が示された。

政府は「時代の流れとしては、医療の主役が国から県に移っていく方向で間違いない」との見解を示した上で、「すべての都道府県が今現在、医療の受け手としてやれるまでの体制が整っているかということ、正に進んでいる段階だと認識している」、「政策目標や計画の作成手法の開発、財政支援、人材研修などの援助をこれからやっていく」旨述べた<sup>10</sup>。

医療費適正化に関する施策が「高齢者の医療の確保に関する法律」<sup>11</sup>に盛り込まれたことについては、医療費適正化の対象を後期高齢者に限定しているのではないかといった批判がなされた。

これについて、政府は「医療費高騰の要因は高齢者の増加に伴うことが大きい」との見解を示し、「高齢期における医療に要する費用を適正化することにより、高齢者医療制度の持続可能性を維持する」旨説明した<sup>12</sup>。

また、後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療の提供のため、新たな診療報酬体系を構築することとされた。これについては、医療制度改革大綱等に、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い医療が提供されるよう適切に評価する、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といった方向性が示されているが、ともすれば新たな診療報酬体系によって、高齢者医療は終末期医療と看取りを中心とした安上がりな医療とされ、医療の切り捨てにつながるのではないかといった懸念が示された。

これについて、政府は「安上がりの医療という概念は持っていない」、「国民皆保険制度の理念を前提とし、後期高齢者に必要な医療が提供されないといった懸念が生じないように十分注意しながら適切な評価・検討を進める」旨答弁した<sup>13</sup>。

なお、参議院の厚生労働委員会における附帯決議の中で、政府に対し、後期高齢者医療については「その心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成18年度中を目途に取りまとめること」と決議されている。具体的な診療報酬策定は、本年秋にも新たな検討の場を設置して議論が開始されることとなっている。

#### (4) 療養病床再編

療養病床については、医療保険適用型（約25万床）と介護保険適用型（介護療養型医療

施設。約 13 万床) があり、前者は比較的医療密度の高い医学的管理を必要とする長期療養患者を、後者は要介護者であって医学的管理を伴う長期療養の必要な者を対象とするとされている。しかし、人員配置基準や入院患者の実態に大きな違いはなく、また、両者とも入院医療の必要性が低い者が相当数入院していると指摘されていた。

今回の法案には、医療の必要性の低い患者を、医療施設から老健施設等の介護施設へ移行させ、医療保険と介護保険の役割分担の明確化を図ることを目的として、介護療養型医療施設を平成 24 年 3 月 31 日をもって廃止することが盛り込まれた。これについては、介護保険法附則第 7 条に「病床転換が円滑に行われるよう介護保険施設等の入所定員の増加について配慮する」との規定がなされてはいるものの、医療施設からの患者の追い出しにつながるのではないかと、拙速な転換が病院経営に支障を及ぼすのではないかと懸念が示された。

政府は、療養病床が老人保健施設等の介護施設に転換することによって、大きな改修をすることなく受け皿となることが可能との見方を示し<sup>14</sup>、病床転換を行おうとする医療施設や都道府県に対し「老人保健施設における廊下幅の基準緩和等、既存の医療施設で（介護施設への）転換を可能とする措置」、「病床転換助成事業、地域介護・福祉空間整備等交付金の活用等による支援」といった措置を講ずる旨答弁した<sup>15</sup>。

一方で、これらの支援策が講じられるとしても、国の参酌標準によって定められる適正な介護施設数の枠が広がらない限り、療養病床から介護施設への転換は難しいのではないかと意見も出された。療養病床から介護施設へ移る患者の受け皿整備を進めるに当たり、現在の第 3 期介護保険事業計画（平成 18 年度～平成 20 年度）の参酌標準を見直す必要性が指摘された。

これについて、政府は「各市町村は、必要なサービス料や病床転換費用を見込んだ介護保険事業計画に基づき介護保険料設定を行っている。（参酌標準を見直すことで）見込み以上の病床転換を認めてしまうと、保険料が不足するため、計画期間の途中で見直しは考えていない」旨答弁した。その一方で、療養病床再編には医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業計画の 3 計画が整合性を持って策定されることが重要との見方を示し、「法案成立後は地域ごとの施設ニーズや関係者の意向の把握を行い、厚生労働省において地域におけるケア体制の整備の方針や療養病床転換に係る計画などを盛り込んだ地域ケア整備指針を策定し、各都道府県による地域ケア整備構想の作成を支援し、施設の適切な対応を促すよう考えている」旨述べた<sup>16</sup>。

なお、厚生労働省は法案成立後に、第 3 期介護保険事業計画の必要利用定員総数の範囲内であれば、介護施設の種類を問わず転換を認める合算制度を設けることを決定している。

## （５）予防・健診

今回の医療制度改革の柱の一つとして「予防の重視」が掲げられている。中でも、生活習慣病対策の強化に重点が置かれており、その一環として、医療保険者にメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健診が義務付けられた。このメタボリックシンドロームについては、腹部の脂肪量に着目した診断基準を用いることから、国民に分

かりやすい概念として取り入れられたが、その定義、診断基準については臨床的価値が定まっていないとの批判的意見もあり、その信頼性が議論された。

政府は、メタボリックシンドロームの診断基準について、「日本内科学会等関係8学会が、国内外の研究成果を踏まえ、取りまとめたものであり、現時点における科学的な知見に基づく診断基準と考えている」<sup>17</sup>との認識を示した。さらに、保険者による特定健診の効果についても「特定健診によって対象者を効率的に把握することで、効果的・効率的な保健指導の提供が可能になり、生活習慣病の早期治療が徹底される」旨説明した<sup>18</sup>。

また、政府によれば、特定健診と保健指導の実施により、メタボリックシンドロームの発症予防、脳卒中や心筋梗塞などへの重症化予防等ができることから、平成37年(2025年)において2兆円の医療費適正化が図られるとしたが、この推計の根拠についても問われた。

政府は、「三重県の政管健保被保険者約2,800人を対象とした調査から、肥満、血圧、脂質、血糖の4項目の健診結果に異常が多かった人ほど、10年後の患者1人当たりの医療費が高くなり、中でも、4項目すべてに異常があった人は、異常が全くなかった人に比べて約3倍の医療費になったという結果が出た。定性的には生活習慣病のリスク要因を減らすことが医療費の減少につながると言える」旨説明した<sup>19</sup>。

一方で、メタボリックシンドロームの概念を取り入れることによって、従来、病気とみなされていなかった国民までもが、メタボリックシンドロームの患者とみなされるようになり、その結果、医療費が増加するのではないかといった問題点が指摘された。

これについては、「従来、糖尿病、高脂血症、高血圧症といったような病態がばらばらに捉えられ、各々に対して薬の使用が安易に行われてきたことへの反省に立つものであり、今回、内蔵脂肪に着目し、生活習慣病の予備軍として総合的に捉えることで、生活習慣の改善につながることを期待している」旨答弁した。さらに「メタボリックシンドロームの概念の普及、保健指導により、適度な運動やバランスのとれた食生活といった、生活習慣の改善が病気の予防に有効であることへの理解が進む」ことが、生活習慣病予防につながり、医療費適正化の一助となるとの見解を示し、今後は「メタボリックシンドロームの概念導入により、逆に安易な薬の使用が増えることを避けるため、正しい知識の普及啓発を図る」旨答弁した<sup>20</sup>。

ところで、今回の老人保健法改正により、老人保健法から市町村が実施する保健事業に関する規定は削除されている。その結果、今後の保健事業体制がどのように変わるのか、また地域で行われてきた保健事業が法律的根拠を失うことによって、保健師等地域保健にかかわる専門職にどのような影響が及ぶのかが問われた。

政府は、今後の保健事業の体制について「従来、市町村により行われてきた老人保健事業のうち、健診事業については保険者に、その他保健指導等の事業については、健康増進法に基づき市町村が引き続き行う」こととなる旨説明した<sup>21</sup>。さらに、「地域住民全体の健康増進を図る責務が市町村にあるということは変更されない」とし、「地域保健の枠組みを大きく変更することはないと認識している」旨述べた。また、「市町村は、生活習慣病対策のほか、母子保健対策、障害者施策、介護予防、児童虐待防止対策等を

担っているため、保健師等の地域保健専門職の方については、引き続き、地域保健の分野において重要な役割を担ってもらふ必要がある」旨答弁した<sup>22</sup>。

## （6）医師不足・偏在問題

これまでの政府の医師供給政策については、以前は一県一医大構想にみられるような医師確保策により医師の安定供給を図っていたが、昭和58年に目標医師数が達成されると、今度は医師の新規参入制限のための医学部入学定員削減という、施策の方向転換が行われた。政府は現在も、医師の総数は足りているとしており、将来の供給過剰を見込み、医師の総量規制を行っている。

ところが、実際の医療現場をみると、へき地のような特定の地域や、小児科・産科といった特定の診療科においては、医師の不足感があるというのが実情である。今回の法案審議においても、これらの特定地域、特定診療科における医師確保策が最大の論点となった。特に、病院に勤務する小児科医の過酷な勤務状況については、医師不足を招く大きな原因として度々取り上げられた。

医師不足・偏在問題が議論されるに当たって、現在の医師の需給状況は、医師の供給不足なのではないか、政府が言うように将来的に供給過剰となるのかといった指摘がなされた。

これに対して、政府は「診療科や地域における医師の偏在により不足感はあるが、絶対数は不足していない」との答弁に終始し、あくまで偏在が問題なのであり、医師の数そのものを増やす必要はないとの見解を示した<sup>23</sup>。

その上で、政府は「医師確保策として、医療計画制度を見直し、小児救急医療、周産期医療等地域において必要な医療に係る具体的な医療連携が確保されるようにする」<sup>24</sup>、「地域の大学関係者、病院関係者、医師会、地域住民等で構成する地域医療対策協議会を法律に位置付け、実効性ある施策がとれる枠組みを制度化する」<sup>25</sup>等の措置を講じるとしている。

中でも、小児科・産科など特定診療科における医師確保策、特に、病院に勤務する小児科医の労働環境の改善対策として、政府は、診療報酬改定における産科・小児医療への重点的な評価や、小児救急医療体制の強化などを進めてきた。今回さらに、「都道府県による医療機能の集約化・重点化を、医師確保及び医療安全確保の双方の観点から推進する」との方向性を打ち出している<sup>26</sup>。そのための支援については、「集約後の新しい診療圏域における、医療機関相互の連携に基づく診療ネットワークの構築、拠点病院における診療体制の整備等について、国が重点的に支援を行う必要がある」との認識を示した<sup>27</sup>。

他方、へき地など特定の地域における医師確保策としては、「都道府県において大学病院等の関係者等が出席する医療対策協議会を設置し、各病院への医師の派遣、医学部卒業生が地元に残るようにする方策等を検討・実施できる体制を構築」するほか<sup>28</sup>、「医学部入学の地域枠導入についても、各大学等へ協力を要請していく」旨説明した<sup>29</sup>。このほか、自治医科大学等で導入されている地域での勤務を条件とした奨学金制度についても、医師確保対策として方向付けをしなければならないとの見方を示しており<sup>30</sup>、今後の医師偏在

解消に向け、厚生労働省だけでなく、文部科学省も含めて取組を協議していくとの考えを表明した。

### 3. 今後の課題

法案成立後の平成18年7月28日、医師の需給に関する検討会は最終報告書を取りまとめ、公表した。今後の医師の受給状況について、同報告書は、マクロ的には必要な医師数は供給されるが、地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味するものではないと結論づけている。その上で、今後の対応の基本的考え方として、地域に必要な医師の確保と調整、病院における持続的な勤務が可能となる環境の構築、医学部定員の暫定的な調整など、取り組むべき課題、施策を提言している。特に、国に対しては、それらの方針、施策を適切な検討の場で速やかに具体化し、今後とも医師確保対策を不断に検討・実施することを求めている。

一方、今回の法案審議において、医師不足問題については大いに論ぜられ、問題の所在、対策の方向性は示されてきたが、肝心の医師確保策については、満足のいく具体策が見えてこなかった。すべての国民に安全・安心な医療を提供するため、早急に適切な検討会へ議論を引き継ぎ、対策の具体化、実施を実現していくことが望まれる。

療養病床再編に関しては、療養病床から追い出された高齢者の受け皿確保が大きな課題となり議論されたが、政府は、そもそも療養病床が患者を抱えたまま介護施設に転換するため追い出しは起こらないとの姿勢をとり続けた。

ところが、現実にも目を向ければ、現在の参酌標準に基づき策定された介護保険事業計画においては、介護施設数を計画以上に増やすかたちでの転換は難しいこと、また、先の診療報酬改定において、療養病床を抱える医療施設にとって事実上の減収となる改定がなされたことなどから、平成24年を待たずして療養病床を廃止する医療機関が出てくるおそれがある。これらをかながみれば、追い出された患者とその家族の不安は目前にあると思われるが、その不安をすべて解消するだけの答弁は得られていない。政府は「今後6年かけて療養病床の転換を図るに当たり、事例を丹念に検討しながら対応する」との答弁をしているが<sup>31</sup>、今後の対応を注視する必要がある。

また、膨らむ一方である医療費をどのようにコントロールしていくかといった問題については、今回の医療制度改革に当たり、経済財政諮問会議、社会保障の在り方に関する懇談会等で、医療費総額管理制<sup>32</sup>の導入等をはじめとして、大いに議論されてきた。今回は、法案に中長期的な医療費適正化策等を盛り込むことで、一応の決着がついたところではあるが、医療費適正化策の進捗状況によっては、再び大きな議論となろう。限りある財源の中で、医療保険制度を持続可能なものとするため、医療費コントロールは避けて通れない課題となっている。

保険免責制<sup>33</sup>についても、財政制度審議会等からは、引き続き要請がなされている。保険免責性については、保険給付の範囲をどのように考えるかといった意味において、国民皆保険の根幹を揺るがすとも言われている。今後も慎重に検討されるべき問題であろう。

- 
- <sup>1</sup> 第164回国会参議院予算委員会会議録第17号34頁(平18.3.27)/第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号24頁(平18.5.30)
  - <sup>2</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第20号3頁(平18.5.23)/第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号24頁(平18.5.30)
  - <sup>3</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第19号6頁(平18.4.28)
  - <sup>4</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第19号6頁(平18.4.28)
  - <sup>5</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第4号7頁(平18.2.24)/第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第15号9~10頁(平18.4.14)
  - <sup>6</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号41頁(平18.5.30)
  - <sup>7</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第21号13頁(平18.5.12)
  - <sup>8</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号27頁(平18.5.30)
  - <sup>9</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第23号4頁(平18.6.2)
  - <sup>10</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第24号26頁(平18.6.6)
  - <sup>11</sup> 老人保健法の一部改正により、平成20年より「老人保健法」の題名が「高齢者の医療の確保に関する法律」に改められる。
  - <sup>12</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号13頁(平18.5.30)
  - <sup>13</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第19号38頁(平18.4.28)/第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号12頁(平18.5.30)/第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第26号25頁(平18.6.8)
  - <sup>14</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第26号25頁(平18.6.8)
  - <sup>15</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第22号32頁(平18.6.1)/第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第26号9頁(平18.6.8)/第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第27号27~28頁(平18.6.13)
  - <sup>16</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第20号5頁(平18.5.23)
  - <sup>17</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号32頁(平18.5.30)
  - <sup>18</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第15号7頁(平18.4.14)
  - <sup>19</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第21号14頁(平18.5.12)
  - <sup>20</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第24号29頁(平18.6.6)
  - <sup>21</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号12頁(平18.5.30)
  - <sup>22</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第24号26頁(平18.6.6)
  - <sup>23</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第15号38頁(平18.4.14)/第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第16号11~13頁(平18.4.21)
  - <sup>24</sup> 第164回参議院本会議録第26号13頁(平18.5.22)
  - <sup>25</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第21号35頁(平18.5.12)/第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第21号31頁(平18.5.30)
  - <sup>26</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第20号10頁(平18.5.23)
  - <sup>27</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第20号11頁(平18.5.23)
  - <sup>28</sup> 第164回国会衆議院厚生労働委員会会議録第19号8頁(平18.4.28)
  - <sup>29</sup> 第164回参議院本会議録第26号11頁(平18.5.22)
  - <sup>30</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第22号28頁(平18.6.1)
  - <sup>31</sup> 第164回国会参議院厚生労働委員会会議録第27号35頁(平18.6.13)
  - <sup>32</sup> 経済の規模等に応じて設定する基準や指標に基づき、年間の医療給付費総額を抑制しようとする制度。経済財政諮問会議において民間議員から提案された、医療給付費の伸び率を高齢化修正GDPの伸び率以下に抑えるとする「伸び率管理」などがある。
  - <sup>33</sup> 外来の保険診療費のうち、受診一回ごとに一定額までは患者の自己負担とする制度。