

2024年9月26日  
国民民主党

## 国民民主党 重点政策2024の実現に向けた医療制度改革(中間整理) ～現役世代・次世代の負担軽減による持続可能な地域医療提供体制構築に向けて～

### 1. 現役世代・次世代の負担軽減

#### ①「年齢ではなく能力に応じた負担」 **重点政策事項**

- ・後期高齢者の医療費自己負担について原則を2割、現役並所得者については3割とする。また、「現役並所得」の判断基準について、従来の年金所得・就労所得に加え、金融所得、金融資産等の保有状況を反映させることで、世代間の支え合いに加え、“世代内”での支え合い機能と公平性を高める。
- ・高額療養費制度の自己負担の上限額について経済状況に応じた設定を検討する。

#### ②後期高齢者拠出金への公費投入増 **重点政策事項**

- ・現役世代の社会保険料負担（天引き）の内、およそ半分を占める高齢者医療制度（後期高齢者拠出金、前期高齢者納付金）や次世代に対する支え合い分について、本来の制度趣旨を鑑み、現役世代だけではなくあらゆる世代が負担する公費投入をする。その財源として、国民の安定的な資産形成の促進に配慮しながら、富裕層の保有する資産への課税等を検討する。

#### ③こども子育て支援金の教育国債への転換 **重点政策事項**

- ・こども子育てに関する予算は投資的経費とみなし教育国債をあてる。

#### ④「保険給付範囲の見直し」 **重点政策事項**

- ・市販品として広く定着した銘柄と同一の製品（所謂、OTC類似薬）について公的医療保険の対象から見直し、セルフメディケーションを推進する。
- ・年齢ごとに健康に生活出来る状況を維持するのにかかる医療の費用対効果評価<sup>1</sup>が低いものは、公的医療保険の対象から見直す。

---

<sup>1</sup> 総合的評価(アプレイザル)：質調整生存年（クォリィー、QALY[Quality-adjusted life year]）にかかる増分費用効果比（アイサー、ICER[Incremental cost-effectiveness ratio]）で、支払い意志の観点から受け入れ可能な範囲であるかを計る行政評価手法。

- ・保険外併用療養費制度<sup>2</sup>（評価療養、選定療養など）の弾力化を図ることで、難病ならびに希少疾病患者等に対する治療の選択肢を増やすと共に、先進的な医療の導入促進を図る。
- ・医療アクセスの妨げとならないよう、特定の患者に対する保険外療養の経済的支援（予算措置）や、先進医療に対する民間保険の活用を図る。

### ⑤中間年薬価改定の廃止

- ・後発医薬品の安定供給を図るとともに、我が国における新薬創出を促進するため、中間年改定は廃止し、経済成長率を踏まえた新たな薬価改定ルールを策定する。そのため、中央社会保険医療協議会の構成を見直し、医薬品関連業種の代表者を加える。

## 2. 持続可能な医療提供体制構築

### ⑥地域における患者アクセスの確保と医療経営の安定強化

- ・将来にわたって地域で医療サービスを受け続けられるよう、地域医療連携の強化（連携機関がグループで対応することで ①診療機能の集約化・機能分担、病床管理 ②医療機器の共同利用 ③地域フォーミュラリ<sup>3</sup>の導入 ④人的資源の派遣体制の整備等を推進）をはかる。
- ・医療圏単位での全診療科が設置出来るよう、診療報酬上の評価にメリハリをつけることによって地域医療の安定強化と医師の偏在（地域及び診療科目）を解消する。

### ⑦初期医療（一次医療）提供体制のあり方の見直し

- ・過疎地域を中心とした医療の経営基盤を支えるため、「日本版GP制度<sup>4</sup>」ならびに診療報酬の包括支払制度や人頭払い制度等について検討する。

<sup>2</sup> 保険外併用療養費制度：健康保険では、保険が適用されない療養を受けると、保険が適用される部分も含めた医療費の全額が自己負担となる。しかし、「評価療養」と「選定療養」等であれば、保険が適用される部分は一般の保険診療と同様に扱われる。

<sup>3</sup> フォーミュラリ：医療機関等において医学的妥当性や経済性等を踏まえて作成された医薬品の使用方針。地域レベルで「第一選択薬」、「第二選択薬」といったリストを作成する。

<sup>4</sup> GP[General Practitioner]：国の保健医療制度と契約をした一般医/家庭医、総括支払制度：従来の診療行為に対する請求ベースでの支払いから、診療件数に係りなく医療圏の人口単位で診療報酬を総括してGPに支払う。

- ・初期医療を担うかかりつけ薬局の制度化（日本版CPCFの導入）と、医師、看護師、薬剤師等の役割の再編をする<sup>5</sup>。

#### ⑧医療DXの推進による保険医療の高度化、効率化

- ・「公的介護費や生産性損失」を含む医療経済学や個人医療記録<sup>6</sup>の収集・分析に基づく科学的・客観的な保険給付範囲の設定により、医療給付の効率化を図るとともに、新規医療技術の開発ならびに医療市場の拡大を推進する。
- ・診療所（保険医）におけるオンライン診療の要件化の推進により当面の医療空白地対策等患者の利便性を高める。
- ・電子カルテ、電子処方箋の義務化ならびに「全国医療情報プラットフォーム」の整備推進により、医療情報を共有化し、医療と介護の連携強化や重複投薬等を削減する。その前提となるマイナンバーと保険証番号の連携の仕組みを整備する。

#### ⑨勤務医の働き方改革

- ・勤務医の業務量削減のため、コ・メディカル（病院薬剤師、特定看護師、看護師等）への更なるタスクシフトやタスクシェアなどにより、働き方改革を推進する。

#### ⑩法整備も含めた終末期医療のあり方の見直し **重点政策事項**

- ・人生会議<sup>7</sup>の制度化を含む尊厳死の法制化によって終末期医療のあり方を見直し、本人や家族が望まない医療を抑制する。

---

<sup>5</sup> CPCF[Community Pharmacy Contractual Framework]：国の保健医療制度と薬局の契約。契約に基づき提供するサービスの内、基本サービスに加え、高機能サービスでは初期・軽度の診療、処方、医行為も実施している。

<sup>6</sup> パーソナル・ヘルス・レコード(PHR)：医療に関する情報の連携基盤のうち、診断履歴や服薬履歴など個人の医療・健康情報・介護情報を管理するシステム。

<sup>7</sup> 人生会議（ACP [Advanced Care Planning]）：人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み。