

第41回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成22年10月27日（水）

16時00分～18時00分

場所：厚生労働省専用第18～20会議室
（中央合同庁舎5号館17階）

（議題）

1. 高額療養費制度について
2. 診療報酬の支払早期化の検討状況について
3. 新たな高齢者医療制度における医療費適正化計画の在り方について（特定健診・保健指導）
4. 国民健康保険組合に対する補助の見直しについて
5. その他

（配布資料）

【議題1について】

資料1 高額療養費制度について

参考資料1-1 高額療養費制度関係参考資料（発作性夜間
ヘモグロビン尿症）

参考資料1-2 高額療養費制度関係参考資料（リウマチ）

【議題2について】

資料2 診療報酬の支払早期化の検討状況について

【議題3について】

資料3 新たな高齢者医療制度における医療費適正化計画の
在り方について（特定健診・保健指導）

【議題4について】

資料4 国民健康保険組合に対する補助の見直しについて

資料5 平成21年度国民健康保険組合の所得調査結果

【議題5について】

資料6 医療事故の原因究明及び再発防止を図る仕組みについて

参考資料2 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業
について

参考資料3 死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する
検討会について

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成22年10月27日現在

本 委 員	<p>おうみ なおと 逢見 直人 かんだ まさあき 神田 真秋 ぬかや しんぺい ◎糠谷 真平</p>	<p>日本労働組合総連合会副事務局長 全国知事会社会文教常任委員長、愛知県知事 独立行政法人国民生活センター顧問</p>
臨 時 委 員	<p>あべ よしひろ 安部 好弘 いわむら まさひこ 岩村 正彦 いわもと やすし 岩本 康志 おおたに たかこ 大谷 貴子 おかざき せいや 岡崎 誠也 かみや かつこ 紙屋 克子 けんぼう かずお 見坊 和雄 こばやし たけし 小林 剛 さいとう まさのり 齊藤 正憲 さいとう まさやす 齋藤 正寧 しばた まさと 柴田 雅人 しらかわ しゅうじ 白川 修二 すずき くにひこ 鈴木 邦彦 たかはら あきら 高原 晶 ひぐち けいこ 樋口 恵子 よこお としひこ 横尾 俊彦 わたなべ みつお 渡辺 三雄 わだ よしたか 和田 仁孝</p>	<p>日本薬剤師会常務理事 東京大学大学院法学政治学研究科教授 東京大学大学院経済学研究科教授 全国骨髓バンク推進連絡協議会会長 全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長 静岡県立大学大学院看護学研究科教授 全国老人クラブ連合会相談役・理事 全国健康保険協会理事長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長 全国町村会行政部会長、秋田県井川町長 国民健康保険中央会理事長 健康保険組合連合会専務理事 日本医師会常任理事 諫早医師会会長 NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長 全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 日本歯科医師会常務理事 早稲田大学法学学術院教授</p>
専 門 委 員	<p>あま きょうこ 阿真 京子 いのうえ きよなり 井上 清成 うんの のぶや 海野 信也 かんの まさひろ 神野 正博 てらお としひこ 寺尾 俊彦 もうり たえこ 毛利 多恵子</p>	<p>「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会」代表 弁護士 日本産科婦人科学会医療改革委員会委員長 全日本病院協会副会長 日本産婦人科医会会長 日本助産師会副会長</p>

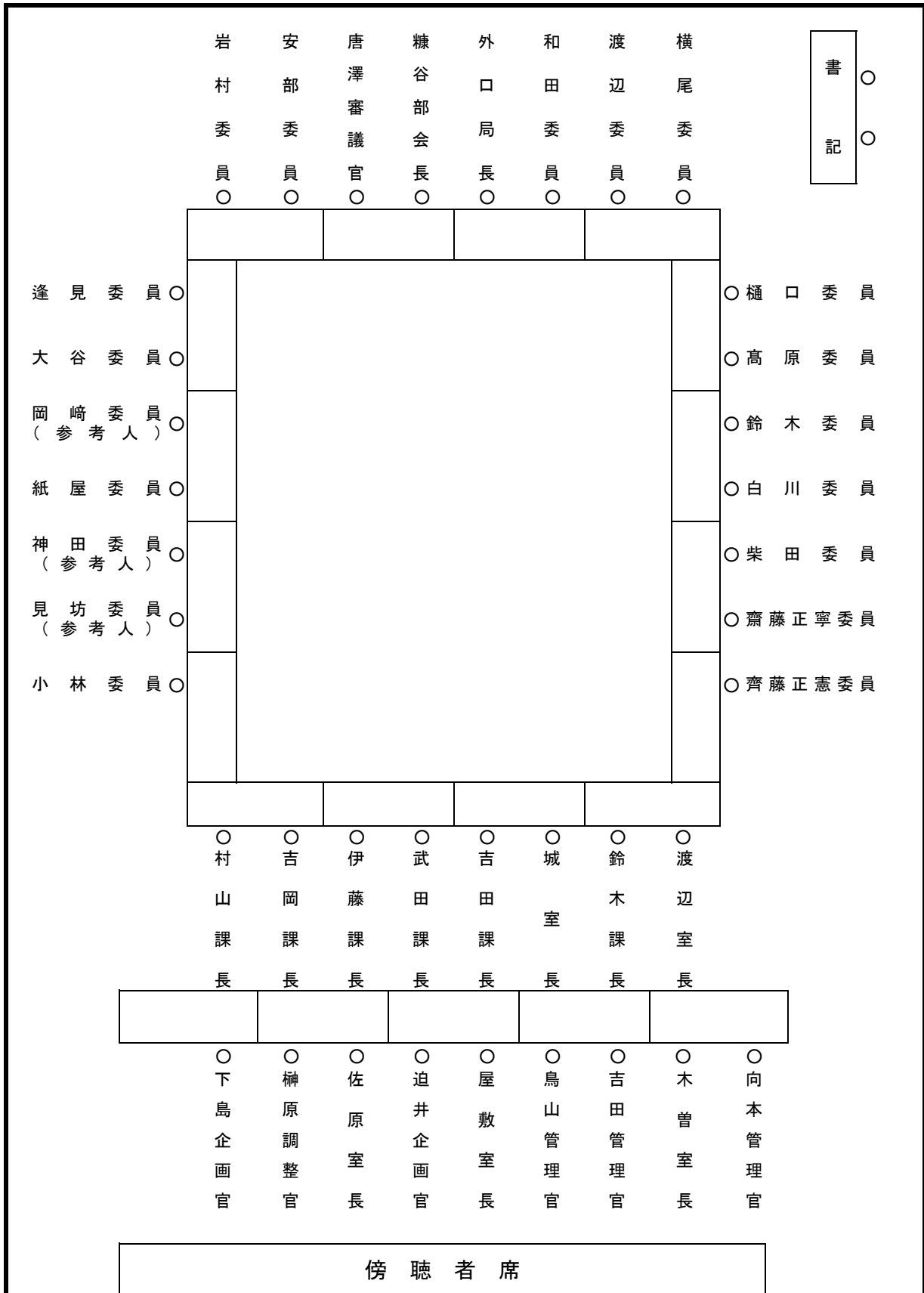
(注1)◎印は部会長である。

(注2)専門委員は「平成23年度以降の出産育児一時金制度の在り方の検討」を専門事項とする。

第 4 1 回 社会保障審議会医療保険部会

平成 2 2 年 1 0 月 2 7 日 (水) 16:00 ~ 18:00

厚生労働省 専用第 1 8 ~ 2 0 会議室 (1 7 階)



高額療養費制度について

厚生労働省保険局

7月14日部会で要請があった自己負担限度額に関する粗い試算

- 前回(7月14日)の議論で、岡崎委員、小林委員、柴田委員から、高額療養費の自己負担限度額の設定については保険財政に影響があることから、検討に当たって財政影響を示して欲しい旨の要請があったことから、一般所得者の自己負担限度額について、一定の前提を置いて、機械的に試算したものである。
- なお、今回の試算に当たっては、前回指摘された「必要な財源の負担の在り方」や「制度を通じた所得再分配効果」については、考慮に入れていない(例えば、全体で保険財政に中立となるよう、自己負担限度額全体を設定)。

<試算の前提>

- 70歳未満の一般所得者のうち、所得が低い層(※1)の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。

現行：「 $80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ <多数該当 44,400円>」

→ 「 $44,400円 + (医療費 - 148,000円) \times 1\%$ <多数該当 35,400円>」

(※1) 健保：標準報酬月額22万円以下(ボーナス含む年収で約300万円以下)

国保：旧ただし書き所得160万円以下(年収約300万円以下)

(※2) 前提との均衡確保のため、70歳以上の一般所得者についても、一部自己負担限度額の調整が必要となる。

<試算の結果>

給付費ベース 約2600億円(うち保険料 約1700億円、公費 約900億円)の新たな財源が必要となる。

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	$150,000円 + (医療費 - 500,000) \times 1\%$ <多数該当 83,400円>
一般所得者	$80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>



上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	$150,000円 + (医療費 - 500,000) \times 1\%$ <多数該当 83,400円>
一般所得者	$80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ <多数該当 44,400円>
健保：標準報酬22万円以下 国保：旧ただし書き所得が160万円以下	$44,400円 + (医療費 - 148,000円) \times 1\%$ <多数該当 35,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

※70歳以上(一般所得)についても所要の調整が必要になる。

委員から要請があった自己負担限度額に関する粗い試算（追加の試算）

- 9月8日部会の議論で、高額療養費の給付改善を検討するに当たっては、保険財政への影響を考慮し、あわせて上位所得者などの自己負担限度額の見直しを検討すべきであり、その財政影響を示して欲しい旨の要請があったことから、一定の前提を置いて、機械的に試算したものである。

<試算の前提1>

- 70歳未満の上位所得者のうち、所得が高い層（※1）の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。

現行：「150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% <多数該当83,400円>」

→ 「250,000円 (※2) + (医療費 - 833,000円) × 1% <多数該当140,000円 (※2)>」

(※1) 健保：標準報酬月額68万円以上（ボーナス含む年収で約1000万円以上）

国保：旧ただし書き所得770万円以上（年収約1000万円以上）

（参考）家計調査(平成21年)の勤労者世帯の10分位階級の上位第1分位の最低年収 1059万円

(※2) 自己負担限度額については、機械的に約10万円（多数該当は約5万円）高い水準に設定した。

<試算の結果>

見直しで見込まれる影響額 給付費ベース 約250億円（うち保険料 約200億円、公費 約50億円）

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>



健保：標準報酬68万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間770万円以上	250,000円 + (医療費 - 833,000円) × 1% <多数該当140,000円>
上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間 600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

※70歳以上については、調整を加えていない。

＜試算の前提2＞

○ 70歳未満の上位所得者のうち、「試算の前提1」以外の者（※1）の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。

現行：「 $150,000円 + (医療費 - 500,000円) \times 1\%$ <多数該当83,400円>」

→ 「 $180,000円(※2) + (医療費 - 600,000円) \times 1\%$ <多数該当100,000円(※2)>」

（※1）健保：標準報酬月額53万円～65万円（ボーナス含む年収で約790万円～約1000万円）

国保：旧ただし書き所得600万円～770万円（年収約840万円～約1000万円）

（※2）自己負担限度額については、年間の自己負担の合計が、その所得層のほぼ中間の年収900万円の月収2か月分（150万円）を超えないよう、機械的に約3万円（多数該当は約1.5万円）高い水準に設定した。

＜試算の結果＞

見直しで見込まれる影響額 給付費ベース 約110億円（うち保険料 約100億円、公費 約10億円）

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間600万円以上	$150,000円 + (医療費 - 500,000) \times 1\%$ <多数該当 83,400円>
一般所得者	$80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>



健保：標準報酬68万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間770万円以上	$250,000円 + (医療費 - 833,000円) \times 1\%$ <多数該当140,000円>
上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間600万円以上	$180,000円 + (医療費 - 600,000) \times 1\%$ <多数該当 100,000円>
一般所得者	$80,100円 + (医療費 - 267,000円) \times 1\%$ <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

※70歳以上については、調整を加えていない。

	(イ) 一般所得者のうち年収300万円以下の自己負担限度額 (80100円→44400円)	(ロ) 上位所得者のうち年収1000万円以上の自己負担限度額 (15万円→25万円)	(ハ) 上位所得者のうち年収約800万円～1000万円の自己負担限度額 (15万円→18万円)	(イ)～(ハ)
①保険料負担への影響	約1700億円増	約200億円減	約100億円減	約1400億円増
協会けんぽ	約500億円増	約50億円減	約20億円減	約500億円増
健保組合	約300億円増	約80億円減	約50億円減	約200億円増
共済組合	約100億円増	約30億円減	約20億円減	約60億円増
国民健康保険	約700億円増	約50億円減	約10億円減	約600億円増
後期高齢者医療	約50億円増	—	—	約50億円増
②公費負担への影響	約900億円増	約50億円減	約10億円減	約800億円増
給付費への影響 (①+②)	約2600億円増	約250億円減	約110億円減	約2200億円増

(注) 100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため(ロ)及び(ハ)の「給付費への影響」を除く)、合計の数字が一致しない場合がある。

高額療養費制度に関する改善の要望

(平成22年通常国会での質問・要望等があったもの(順不同))

- 70歳未満者の「一般区分」のうち、所得の低い層の自己負担上限額の引き下げ
- 世帯合算の合算対象基準額(現行70歳未満は21000円以上のレセプトが合算の対象)の引下げ、レセプト単位(医科・歯科・入院・外来別)で合算対象基準額を設定する取扱いの見直し
- 歴月をまたがる場合の月単位での高額療養費の支給
- 外来における高額療養費の現物給付化
- 高額療養費の自動支払化など支給申請の簡素化
- 高額長期疾病(自己負担1万円)の対象となっていないものの高額長期疾病への追加

(参考) 総理所信の代表質問における菅総理大臣答弁

「高額療養費制度については、患者負担に一定の歯止めをかけているが、患者負担の現状や医療保険財政への影響等を勘案しつつ、その在り方を検討」(平成22年6月14日)

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円＋（医療費－500,000）×1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,000円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの

※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

高額長期疾病（特定疾病）に係る高額療養費の特例について

1 特例の趣旨と経緯

高額療養費における高額長期疾病（以下「特定疾病」という。）の特例は、著しく高額な治療を長期（ほとんど一生の間）にわたって必要とする疾病にかかった患者について、自己負担限度額を通常の場合より引き下げ、1万円とすることにより、医療費の自己負担の軽減を図るものである。昭和59年の健康保険法改正で被保険者本人の定率負担（1割）が導入された際、国会審議を踏まえて創設された。

2 対象疾病

- 対象となる特定疾病は、法令上、以下の要件が定められている。
 - ① 費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、
 - ② ①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと

 - この要件に基づき、現在、以下の3つの治療法と疾病が指定されている。
 - ① 人工腎臓を実施する慢性腎不全（昭和59年10月から対象）
 - ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（昭和59年10月から対象）
 - ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（※）（平成8年7月から対象）
- ※ 血液製剤の投与に起因するHIV感染者、2次・3次感染者等に限る。

3 自己負担額

自己負担限度額は月額1万円（※）。限度額を超える分は高額療養費が現物給付で支給される。

※ 慢性腎不全のうち70歳未満の上位所得者については2万円

自己負担の軽減について要望がある疾病の例

疾病名	主な病状等	治療法等	1月当たり総医療費(※)	患者数
慢性骨髄性白血病 (CML)	病態の段階として慢性期・移行期・急性転化期の3段階がある。慢性期ではほとんど無症状であるが、軽度の疲労感や満腹感が伴う程度であるが、移行期では白血球数のコントロールが困難となり、貧血傾向、発熱等が現れることがある。その後、急性転化期に至ると、急性白血病と同様の症状となり、治療が困難となる。治療は慢性期から移行期への移行を防ぐための治療を慢性期において行うのが中心であり、その場合に用いられるのがグリベックの投薬を継続する手法である。	グリベック、タシグナ、スプリセルの投与(慢性期) ※なお、移行期までであれば骨髄移植、急性転化期であれば、急性白血病の治療	(慢性期の場合) グリベック：約33万円 タシグナ：約55万円 スプリセル：約55万円 ※高額療養費の支給対象となるが、治療が続くため月々の負担が重い	約1万2千人(平成20年患者調査)
消化管間質腫瘍 (GIST)	粘膜下腫瘍の一種で消化管壁に腫瘍が生じる。症状が現れにくいいため、腫瘍が大きくなるまで発見されにくい。自覚症状としては、下血、腹痛、腹部のしこりなど。切除することが基本であるが、切除困難な場合にはグリベックやスーテントによる投薬治療となる。なお、グリベック等による投薬治療により、腫瘍の増殖は抑えられるものの、腫瘍が完全に消失することは少ない。	グリベック、スーテントの投与	グリベック：約33万円 スーテント：約48～96万円 ※高額療養費の支給対象となるが、治療が続くため月々の負担が重い	不明
関節リウマチ	破壊性非化膿性関節炎を主病変とし、関節の破壊、変形を来し、自己免疫疾患の一つとされる。進行性、全身性の炎症性疾患であり、全身倦怠感や微熱等、多彩な全身症状を呈する。合併症として間質性肺炎、心膜炎等が起こることがある。関節破壊が進行すれば、痛み・変形のため日常生活動作が不自由になる。	レミケード等の生物学的製剤の投与	約18万円(体重60kgの場合。2か月に1回投与) ※年齢・所得区分によっては高額療養費の支給水準にまで窓口負担が達しない	約33万6千人(平成20年患者調査)
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	気管支に慢性的な炎症を起こし、肺が次第に壊れていくため、呼吸困難となる病気。	抗コリン薬吸入、在宅酸素療法など	在宅酸素療法の場合、約10万円	約22.4万人(平成20年患者調査)

(※1) 7月14日の医療保険部会以降、9月13日に「発作性夜間ヘモグロビン尿症(PNH)」、10月25日に「生物学的製剤を使用しているリウマチ患者」についても自己負担軽減の要望があったところ。

(※2) 「1月当たり総医療費」は、医療用医薬品添付文書の用法・用量において患者の体重を60kgと仮定して推計したもの。

70歳未満の高額療養費の所得区分別の範囲について（給与所得者の場合（※1））

<p>上位所得者</p>	<p>[被用者保険] 標準報酬53万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約790万円以上（※2） ※「標準報酬53万円の下限（515千円）」×12月＋「標準報酬50万円と標準報酬53万円の平成20年度の平均賞与額（1,674千円）」＝785万円</p> <p>[国民健康保険] 旧ただし書き所得600万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約840万円以上 ※給与収入837万円の給与所得（837万円×0.9－120万円＝633.3万円）－基礎控除33万円＝約600万円</p>
<p>一般所得者</p>	<p>[被用者保険] 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 約790万円まで</p> <p>[国民健康保険] 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 約840万円まで</p>
<p>低所得者 （市町村民 税非課税）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単身1人世帯の場合（本人が給与所得者）：給与年収ベースで100万円まで ※給与所得控除(65万円)＋35万円＝100万円 ・ 夫婦2人世帯の場合（夫が給与所得者）：給与年収ベースで156万円まで ※給与所得控除(65万円)＋35万円×2人＋21万円＝156万円 ・ 3人世帯の場合（夫婦と子1人、夫は給与所得者）：給与年収ベースで206万円まで ※給与年収206万円の給与所得控除（79.8万円）＋35万円×3人＋21万円＝206万円

（※1）給与収入のみの世帯を仮定して機械的に計算したものである。

（※2）被用者保険における高所得者の給与年収ベースは、平均額を用いて試算したものであり、個人別には実際の賞与額によって異なる。

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上、旧 ただし書き所得600万円以上)	約300万人 (8.6%)	約780万人 (25.9%)	約170万人 (5.6%)
一般	約3,130万人 (90.9%)	約2,230万人 (74.0%)	約2,010万人 (65.1%)
低所得者 (市町村民税非課税)	約10万人 (0.4%)	約2万人 (0.1%)	約900万人 (29.3%)
計	約3,440万人 (100.0%)	約3,020万人 (100.0%)	約3,090万人 (100.0%)

[70歳以上]

	協会けんぽ (70～74歳)	健保組合 (70～74歳)	市町村国保 (70～74歳)	後期高齢者 (75歳以上)
現役並み所得者	約9万人 (15.0%)	約4万人 (14.6%)	約40万人 (8.5%)	約110万人 (8.1%)
一般	約50万人 (82.0%)	約20万人 (84.9%)	約300万人 (56.2%)	約740万人 (56.2%)
低所得者Ⅱ	約0.8万人 (1.4%)	約0.05万人 (0.2%)	約120万人 (21.9%)	約240万人 (18.3%)
低所得者Ⅰ	約1.0万人 (1.6%)	約0.1万人 (0.3%)	約70万人 (13.3%)	約230万人 (17.4%)
計	約60万人 (100.0%)	約30万人 (100.0%)	約530万人 (100.0%)	約1320万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、標準報酬月額7.8万円以下(総報酬約100万円以下)の加入者を低所得区分(うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得者Ⅰ)と仮定して推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成20年度平均(保険局調べ)。ただし、後期高齢者については4月から翌年2月の平均である。

高額療養費の支給実績（平成19年度）

	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険	約1438万件	約1兆2177億円	84,657円
政府管掌	約240万件	2704億円	112,462円
健保組合	約158万件	1693億円	106,986円
共済	約52万件	519億円	99,757円
国保	約987万件	7248億円	73,465円
老人保健	約2327万件	約4056億円	17,433円
計	約3765万件	約1兆6234億円	43,115円

	支給件数	支給額	1件当たり支給額
現金給付	約2625万件 (69.7%)	約9142億円 (56.3%)	34,827円
現物給付	約1140万件 (30.3%)	約7092億円 (43.7%)	62,198円
計	約3765万件 (100%)	約1兆6234億円 (100%)	43,115円

（注）国保の現物給付は「高額長期疾病（特定疾病）」分のみを計上している。

高額療養費の現行の自己負担限度額の考え方

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）		所得区分要件・限度額設定の考え方
		外来（個人ごと）		
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額53万円以上※① [国保] 世帯の被保険者全員の年間所得（基礎控除後）の合計額が600万円以上※②	150,000円※③＋ （医療費－500,000円）×1% 〈多数該当 83,400円〉※④		①平成15年家計調査の勤労者世帯の世帯収入5分位の第1分位の定期収入526,939円に相当 ②標準報酬月額53万円に対応する旧ただし書き所得 ③標準報酬月額53万円に対応する総報酬月額60万円の25% ④年間最大負担額（当初3カ月＋多数該当9カ月）が総報酬月額60万円の2カ月分程度となるよう設定
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円※⑤＋ （医療費－267,000円）×1% 〈多数該当 44,400円〉※⑥		⑤平成16年度の政管平均標準報酬月額283,208円に対応する総報酬月額（約32万円）の25% ⑥年間最大負担額（当初3カ月＋多数該当9カ月）が総報酬月額32万円の2カ月分程度となるよう設定
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 等	35,400円※⑦ 〈多数該当 24,600円〉※⑦		⑦昭和59年改正で低所得者の負担限度額が健保15,000円、国保39,000円であったものを制度間での格差を是正して30,000円（多数該当21,000円）とした。その後、給与伸び率、可処分所得伸び率、消費者物価指数伸び率を勘案し、一般の自己負担限度額の引上げと平仄をとって、平成元年・3年・5年に引き上げたが、5年以降は据え置き。

[70歳以上]

	要件	自己負担限度額（1月当たり）		所得区分要件・限度額設定の考え方
		外来（個人ごと）		
現役並み所得者	[後期・国保] 課税所得145万円以上 [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上	44,400円※⑧	80,100円※⑨＋ （医療費－267,000円）×1% 〈多数該当44,400円〉※⑧	⑧70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定 ⑨70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定
一般	現役並み所得者、低所得者 I・IIに該当しない者	12,000円※⑩	44,400円※⑧	⑩平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き
低所得者	II	8,000円※⑩	24,600円※⑪	⑪70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定
	I		15,000円※⑩	

注1 標準報酬月額：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。
注2 旧ただし書き所得：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの。

厚生労働大臣 長妻 昭 殿

要 望 書

発作性夜間ヘモグロビン尿症を、高額療養費における高額長期疾病(特定疾病)の特例として新規認定し、本人及びその家族の療養生活にかかる精神的、経済的負担の軽減に特段の御高配をいただきたくお願い申し上げます。

記

発作性夜間ヘモグロビン尿症(以下「PNH」)は、造血幹細胞の PIG-A 遺伝子の後天的な突然変異により補体系の攻撃から細胞を保護する膜表面蛋白が欠損した血液細胞が産生され、特に、赤血球は、補体により容易に破壊されてしまうため、溶血が引き起こる疾患です。PNH の予後は良好とはいえず、5 年死亡率は約 35%と報告されています[1]。慢性溶血によって、慢性腎臓病、貧血、疲労、QOL(生活の質)の低下、血栓症、肺高血圧症など生命を脅かす症状を引き起こします[2]。また、男女を問わず発症年齢が様々であり、病気の進行による全身症状の悪化に伴い、身のまわりのことや、家事・子育てなども自力ではできなくなるなどの日常生活の著しい質の低下や、重症化し職を辞することを強いられるなど、患者とその家族は治療費、生活費の調達のために奔走しなければならないケースがあり、その精神的、経済的負担は多大なものとなります。

2007 年 3 月米国にて、2007 年 6 月欧州にて優先審査品目の指定のもと PNH 治療薬としてエクリズマブが承認されました。本邦では 2007 年 7 月に、本会より厚生労働大臣 柳澤伯夫氏宛に「PNH 治療薬(エクリズマブ)の早期保険適用要望書」を提出し、今年 4 月厚生労働省の承認をいただきました。先生方および関係者のご尽力より、今年 6 月には晴れて PNH の治療薬「ソリリス」が発売されました[3]。ソリリスの効果については、平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業 特発性造血障害に関する調査研究班の報告で「Eculizumab(ソリリス)は、安全かつ忍容性も良好で、PNH の溶血に対して極めて有効な薬剤であると言える。Eculizumab(ソリリス)は PNH の溶血を抑制するだけでなく、血栓症や腹痛、嚥下困難、勃起不全等の平滑筋緊張症状も緩和されることが期待されるので、本邦における早期の導入は患者さんに多くの福音をもたらすものと思われる。」と結論づけられています[4]。

しかしながら、ソリリスの費用については非常に高額で、薬価ベースで年間 4000 万以上の薬剤費がかかり、現行の高額療養費制度の下では、年間、70 歳未満で 327,600 円～1,289,501 円、70 歳以上では 96,000 円～528,000 円の薬剤費が生じます[5]。「血液難病 年 4,500 万円 首都圏で家 1 軒が買えるほどの高額な承認薬」と報道されているように[6]、患者・家族の経済的負担が非常に重く、この薬を使うことができずに命を落とす患者がいます。費用が著しく高額である上、さらに、著しく長期にわたって投与を継続しなければならないため[7]、経済的負担から治療を拒否したり、本当は使用したいと思いつつも、感染症のリスクを否定できない定期的な赤血球輸血による支持療法や、長期間にわたる大量のステロイド治療など、より安くて副作用の大きい薬の使用で、何とかその場をやり過ごす選択を余儀なくされることが考えられています。しかし、輸血やステロイドは一時的な対症療法にすぎず、PNH の病因である血管内溶血をほとんど抑制しない、あるいは治療効果のエビデンスが無いが使用されているというのが現状です。

また、PNH は国の難治性疾患克服研究事業には該当しますが、特定疾患治療研究事業の対象疾患には含まれておりません。PNH 同様に高額な薬剤費がかかる稀少難病疾患の患者負担を比較した場合、ムコ多糖症やファブリー病などは特定疾患治療研究事業の対象疾患に認定され、結果的に医療費負担の軽減を受けているのに対し、PNH はその認定がされていません[8]。

平成 11 年度の「特定疾患治療研究事業未対象疾患の疫学像を把握するための調査研究班(主任研究者大野良之)」によると、全国で 430 名の PNH 患者がいると推定されています[9]。患者数が少ないがゆえに、疾患への認知度も低く、血液内科の専門医でさえ一度も治療に携わったことがないということがあります。また、慢性溶血によって、慢性腎臓病、貧血、疲労、QOL(生活の質)の低下、血栓症、肺高血圧症など様々な症状を呈するため、専門医のいない医療機関では PNH の診断がつけにくく、「診断までに 10 年、20 年を要した」という患者の話もお聞きます。そしてようやく診断がおり、病名が判明し、治療が始まっても、これまでこの病気で働けず収入が少ない患者にとって、このような高額な医療費を一生支払っていくことは困難な状況であり、仮に経済的理由で投薬を中止した場合には、ソリリスの添付文書の使用上の注意として記載されている【本剤を中止した場合に重篤な血管内溶血が認められるおそれがある】という最悪の事態を引き起こす事となります[10]。

このように、PNH 患者は、厚生労働省の承認をいただいた唯一の PNH 治療薬「ソリリス」が使えるようになったにも関わらず、その高額な治療費を支払うことができず、また支払えたとしても生涯にわたり使用しなければいけないため、患者が延命にどれだけのお金をかけられるかという深刻な状況に直面しています。PNH は遺伝性が無く、後天的に発症し、超稀少疾患であるため、患者の切実な現状が世の中に伝わりにくい疾患です。人工腎臓を実施する慢性腎不全、血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群の患者と同様に、国の特例により救っていただくほかに道がありません[11]。このような状況をご理解いただき、発作性夜間ヘモグロビン尿症を高額長期疾病(特定疾病)に新規認定し、高額療養費の特例の形で本人及びその家族の療養生活にかかる精神的、経済的負担の軽減に特段の御高配をいただきたくお願い申し上げます。

以上

2010 年 9 月 13 日

再生つばさの会

(再生不良性貧血・MDS・PNH 患者家族の会)

会長 市川賢司



〒259-1133

神奈川県伊勢原市東大竹 650-1-101

Tel: 090-9230-6756

添付資料（事務局注：[5]を除き省略）

[1] Hillmen P, Lewis SM, Bessler M, Luzzatto L, Dacie JV. Natural History of Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 1995; 333: 1253-1258.

[2] Hillmen P, Young NS, Schubert J, et al. The Complement Inhibitor Eculizumab in Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 2006; 355: 1233-1243.

[3] 再生不良性貧血・MDS・PNHの患者・家族の会「再生つばさの会」パンフレット

[4] 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業 特発性造血障害に関する調査研究
平成 20 年度 総括・分担研究報告書

[5] 高額療養費制度を使った場合のソリスの自己負担限度額比較表

[6] 2010 年 8 月 29 日(日)毎日新聞「命を削る」上

[7] 審査報告書 平成 22 年 2 月 18 日独立行政法人医薬品医療機器総合機構

[8] 稀少疾患における医療費の比較(70 歳未満・一般)

[9] 厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業 特定疾患治療研究事業未対象疾患の疫学像を把握するための調査研究班 平成 11 年度研究業績集

[10] ソリス点滴静注 300mg 添付文書

[11] 自己負担の軽減について要望がある疾病の例、PNHの治療について

[補] PNH患者の自己負担額(海外)

高額療養費制度を使った場合の自己負担限度額

70歳未満

	総医療費/月	3割負担額		自己負担額限度額/月		年間 総自己負担額
		月額	年額	3回目まで	4回目以降	
上位所得者(月額報酬53万以上)	3,463,374	1,039,012	12,468,146	179,634	83,400	1,289,501
一般	3,463,374	1,039,012	12,468,146	112,064	44,400	735,791
低所得者(住民税非課税者)	3,463,374	1,039,012	12,468,146	35,400	24,600	327,600

70歳以上

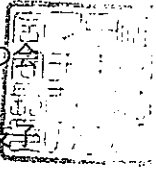
	総医療費/月	3割負担額		自己負担額限度額/月		年間 総自己負担額
		月額	年額	3回目まで	4回目以降	
現役並み所得者(月額報酬が28万円以上であり、世帯年収が520万以上、単身年収が383万円以上)	3,463,374	1,039,012	12,468,146	44,000	44,000	528,000
一般	3,463,374	1,039,012	12,468,146	12,000	12,000	144,000
低所得者(住民税非課税・年金収入80万円以下など)	3,463,374	1,039,012	12,468,146	8,000	8,000	96,000

平成 22 年 10 月 25 日

厚生労働大臣 細川律夫 殿

社団法人、日本リウマチ友の会

会長 長谷川三枝子



生物学的製剤を使用しているリウマチ患者に係る 高額医療費助成制度の見直しに関する要望書

わが国のリウマチ患者は、約 70 万人とされています。その患者の多くは 20 代から 50 代の働き盛りに発病し、進行と悪化を繰り返しながら痛みと身体機能の低下の中で長期間の療養生活を余儀なくされております。

近年、医療の進歩は著しく、生物学的製剤の開発により、これまで痛みや炎症を抑制する治療から、関節破壊を阻止する治療へと変わり、患者が夢にまで見た寛解を目標とすることが世界的な治療の目標となってきています。

現在、リウマチ患者の治療として承認されている生物学的製剤は現在 5 種類ありますが、これらの生物学的製剤 (Bio 製剤) によるリウマチ治療の投与方法は週 2 回の薬剤から隔月投与の薬剤までであることから、現行の高額療養費制度の下では、患者間で助成対象になったりならなかったりする不合理、さらには助成の必要性が高い患者に対して助成がなされないという不公平が生じています。現状では、リウマチ患者が Bio 製剤の治療を受けた患者の 1 年間の自己負担額は、高額療養費制度の助成対象者は約 30 万円ですが、それ以外の患者では約 40 万円～60 万円の自己負担となっています。

また、高額療養費制度の助成の対象患者であっても、同一の薬剤の長期間使用による効果減弱或いは副作用の回避など、臨床上的理由により別の Bio 製剤に変更されると、上記の制度上の限界により、変更後には自己負担が約 2 倍となる事があります。これらの理由から一部患者においては、治療継続が困難な状況に追い込まれ、患者の症状の悪化・進行を招くことになっているのが実状です。

つきましては、このような状況に鑑み、生物学的製剤を必要とするリウマチ患者に対して、患者の経済力の差が適正な治療を受ける妨げとなることなく、公平な助成がなされ、自己負担の憂いなく適切な治療が行われるよう、政府に対して強く下記の対応を要望いたします。

<要望>

現行の高額療養費制度で生じている患者間の不合理な自己負担上の格差を是正し、慢性的な疾病に対する適切な治療を支援する見地から、生物学的製剤を使用しているリウマチ患者を長期高額疾病患者と認定し、医療費助成の対象 (月 1 万円、高所得者は 2 万円) とする措置を実現する等、リウマチ患者の自己負担を安定的に軽減することを、国の施策において推進することを要望いたします。

診療報酬の支払早期化の検討状況について

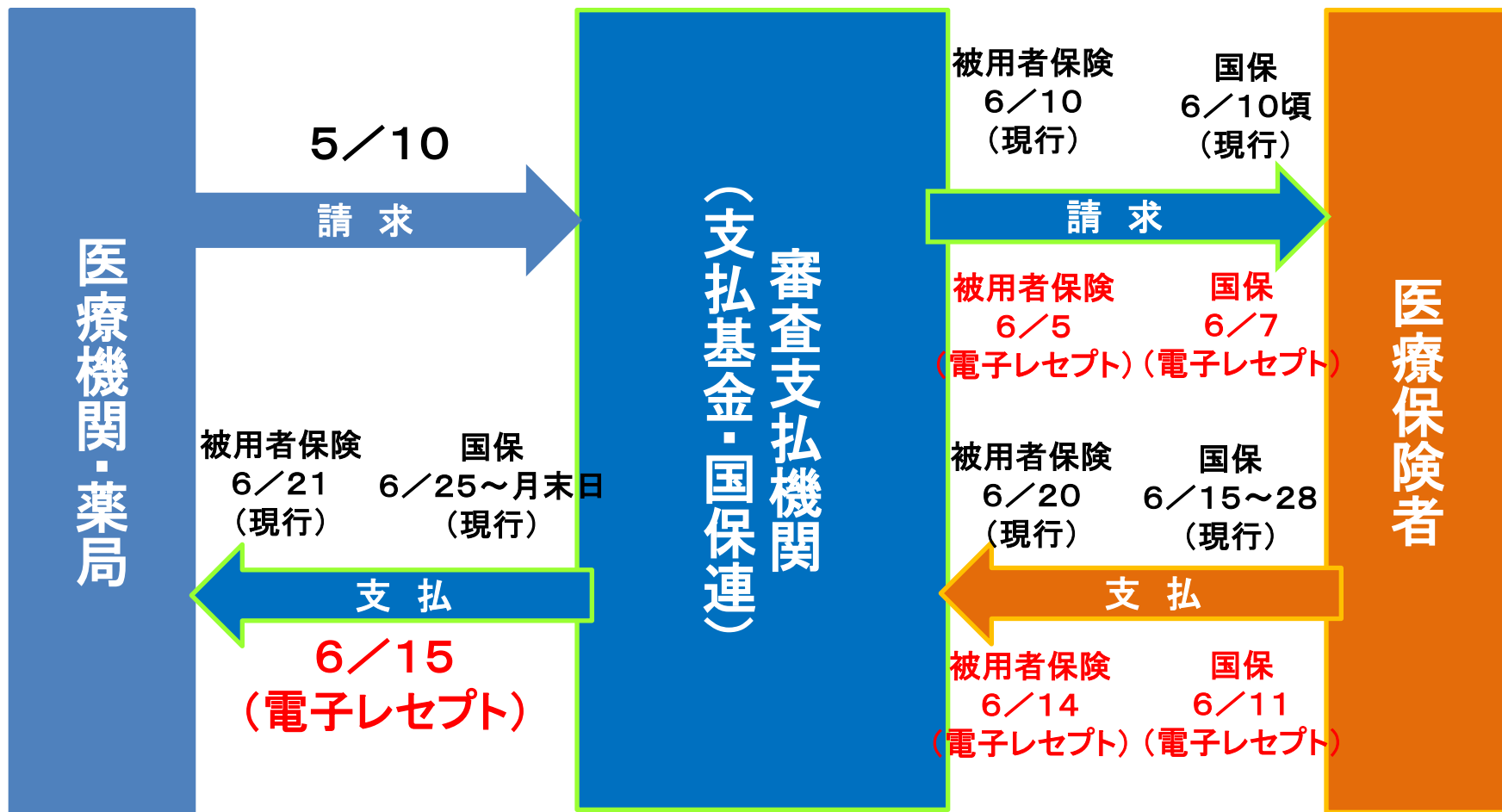
平成22年10月27日

厚生労働省保険局総務課

支払早期化のイメージ

(平成22年9月8日医療保険部会資料)

<平成23年4月診療分の例>



関係者の検討状況

審査支払機関

○共通

システム改修のための期間(約半年間)及びコストが発生。

○国保中央会・国保連

中央会としては、案に沿って、さらに紙レセプト分についても電子レセプトと同様に早期化する方向で検討。ただし、全国の国保連に対し、案についての調査を実施中。

○支払基金

- ・ 電子レセプト分については、公費負担医療の実施機関を含め、すべての保険者によるオンラインの受取りが必要。
- ・ 電子レセプト分の支払い早期化に対応できない保険者について、支払基金の資金繰りを検討する必要。
- ・ 紙レセプト分については、早期化を行うことは困難であるが、引き続き検討。

保険者

○市町村国保

市町村によっては、支払い事務や資金繰りが困難となる可能性があるため、厚労省において全市町村に対し、早期化案及び現在の支払い事務等についての調査を実施。

○健保連

支払早期化に向けた個別健保組合の対応の可否や実施に向けた条件について実態を把握中。少なくとも、事業主の資金繰りに影響が出ないかの精査が必要。審査支払機関への支払いが月2回となるような業務負担増は対応困難。

○後期高齢者広域連合

新たな高齢者医療制度における対応について検討中。

新たな高齢者医療制度における 医療費適正化計画の在り方について (特定健診・保健指導)

平成22年10月27日

厚生労働省保険局総務課

医療費増加の構図

(参考)

医療費の増加

主要因は老人医療費の増加

〔 老人増
1人当たり老人医療費＝若人の5倍 〕

〔 1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均82万円、最高:福岡県約102万円、最低:長野県約67万円) 〕

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

病床数の多さ(平均在院日数の長さ)

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の増加

医療機能の分化・連携

急性期
回復期
療養期
在宅療養



連携

介護提供体制

・地域における高齢者の生活機能の重視

生活習慣病対策

- ① 保険者と地域の連携した一貫した健康づくりの普及啓発
- ② 網羅的で効率的な健診
- ③ ハイリスクグループの個別的保健指導

中長期的な医療費適正化方策

(参考)

基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少(平成27(2015)年度)
 - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小(同上)

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 都道府県における事業実施への支援
 - ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
 - ・ 医療提供体制の整備
 - ・ 人材養成
 - ・ 病床転換に関する財政支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施(生活習慣病対策)
 - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
 - ・ 市町村の啓発事業の指導(在院日数の短縮)
 - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
 - ・ 病床転換の支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

実績評価の結果を踏まえた措置

- 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める(※)
- 都道府県と協議の上、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる
- ※設定にあたっては中医協において審議
- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

保険者

(※)については中間年における進捗状況の評価時と同様

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画 (全国医療費適正化計画)

(参考)

(平成20年厚生労働省告示第442号)

<目次>

計画期間:5年間
(平成20年度～平成24年度)

- 第一 計画の位置付け
- 第二 医療費を取り巻く現状と課題
 - 一 医療費の動向
 - 二 平均在院日数の状況
 - 三 療養病床の状況
 - 四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況
- 第三 目標と取組
 - 一 基本理念
 - 1 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
 - 2 超高齢社会の到来に対応するものであること
 - 二 医療費適正化に向けた目標
 - 1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標
 - 2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
 - 3 計画期間における医療に要する費用の見通し
 - 三 目標を達成するために国が取り組むべき施策
 - 1 国民の健康の保持の推進に関する施策
 - 2 医療の効率的な提供の推進に関する施策
- 第四 計画の推進
 - 一 関係者の連携及び協力による計画の推進
 - 二 計画の達成状況の評価
 - 1 進捗状況評価
 - 2 実績評価

年間33兆円で1/3が老人医療費。年間で約1兆円の伸び

平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)との相関性は高い

医療費の1/3、死因の6割が生活習慣病。メタボリックシンドローム該当者・予備群は40歳以上の男性の2人に1人、女性で5人に1人

特定健康診査の実施率	70%以上
特定保健指導の実施率	45%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	平成20年度と比べ10%以上の減少

平均在院日数	32.2日⇒29.8日
療養病床の病床数	21万床+ α (※)

(※)確定している44都道府県の目標数を集計したものに今後確定する3県の目標数を加えたもの

- (1) 保険者による特定健康診査等の推進
 - ① 保健事業の人材養成
 - ② 特定健康診査等の内容の見直し
 - ③ 集合的な契約の活用への支援
 - ④ 好事例の収集及び公表
 - ⑤ 国庫補助
- (2) 都道府県・市町村の啓発事業の促進

- (1) 療養病床の再編成
 - ① 療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成等
 - ② 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施
 - ③ 第4期の介護保険事業計画における配慮
 - ④ 老人保健施設における適切な医療サービスの提供
- (2) 医療機関の機能分化・連携
- (3) 在宅医療・地域ケアの推進

平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況

○特定健診の受診率

(1)全体

対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
51,919,920	19,870,439	38.3%

(2)保険者種別毎

市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
30.8%	31.3%	29.5%	58.0%	22.6%	58.7%

○特定保健指導の終了率

(1)全体

対象者数	終了者数	特定保健指導終了率
3,942,621	307,847	7.8%

(2)保険者種別毎

市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
14.1%	2.4%	3.1%	7.0%	7.2%	4.3%

特定健診・保健指導の目標達成状況（平成20年度）

○平成24年度における目標値（参酌標準）を、平成20年度において既に達成している保険者も存在。

○特定健診の受診率の目標達成は健保組合において高いなど、保険者種別毎に異なる傾向。

（保険者数）

	特定健診実施率 80・70・65%	特定保健指導終了率 45%	左記の2目標を 達成している者	全保険者数
健保組合	156 (単一:113 総合:43)	57	17	1,480
市町村国保	22	262	4	1,794
国保組合	0	0	0	165
協会けんぽ	0	0	0	1
共済組合	3	3	1	77
船員保険	0	0	0	1
計	181	322	22	3,518

（注1）特定保健指導の終了率については、そもそも保険加入者が極端に少ないことや特定健診の実施率が低いこと、保健指導の対象とならない服薬者が多くいること、などの事由により高くなることに留意。

（注2）特定健診実施率の参酌標準は、単一健保組合、共済:80%、総合健保、協会けんぽ、国保組合、共済、船員保険:70%、市町村国保:65%

新たな高齢者医療制度の検討

○高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ)(抄)(平成22年)

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組みの必要性

○新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65歳以上の方については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。

5. 保健事業等

○75歳以上の方の健康診査の実施について、現行制度前は市町村に実施義務が課せられていたが、広域連合の努力義務となった中で受診率が低下した。

○新たな仕組みの下では、75歳以上の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなり、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行うこととする。

○特定健診・特定保健指導については、生活習慣病を予防し、高齢期等の医療費の効率化できる部分を効率化する取組であり、保険者機能の強化の点からも、引き続き、取組を進めていくが、今後の具体的なあり方については、高齢者への対応を含め、別途、技術的な検討を進めることが必要である。

○一方、現在、特定健診・特定保健指導の達成状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、新たな制度の下でも、特定健診等をより円滑に推進するための方策を講じる。

今後の医療費適正化計画について

特定健診・保健指導について

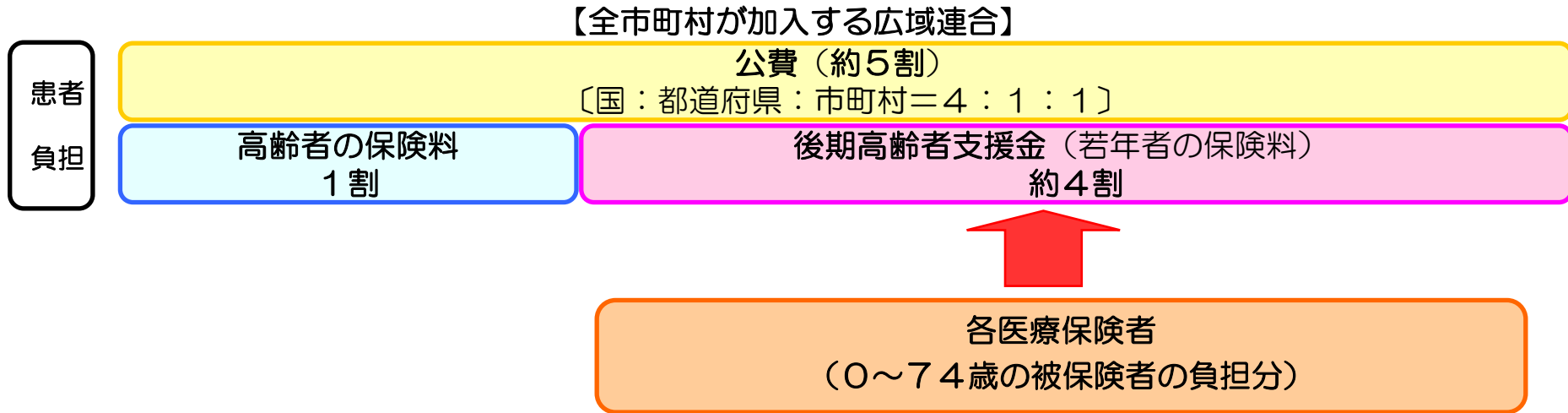
- 「高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ)」のとおり、保険者に対して特定健診・保健指導について、75歳以上の高齢者の方々への実施を義務付け。ただし、高齢者の方々への対応を含め、平成25年度以降の実施に向けた技術的な対応方法については別途検討を予定。
- 特定健診・保健指導の実施状況等について、本年度中に中間評価を行うこととしており、実施状況の良好な保険者の取組み等を分析し、各保険者にフィードバックすることにより特定健診・保健指導の実施率向上に資するよう努める。

療養病床の再編

- 転換意向調査及び患者実態調査の結果を踏まえ、今後の方針については、介護保険部会において検討中。

後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金の (参考) 加算・減算制度(平成25年度以降実施)

○後期高齢者医療制度における財政調整



各保険者について、特定健診・保健指導の実施状況等に応じて後期高齢者支援金を加減算。

〈加算・減算の方法〉

①目標の達成状況

- ・特定健診・保健指導の実施率
- ・内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率

②保険者の実績を比較

- 実績を上げている保険者 ⇒ 支援金の減算
- 実績の上がない保険者 ⇒ 支援金の加算

◆減算と加算は最大±10%の範囲内で設定

◆減算額と加算額の総額は ±ゼロ

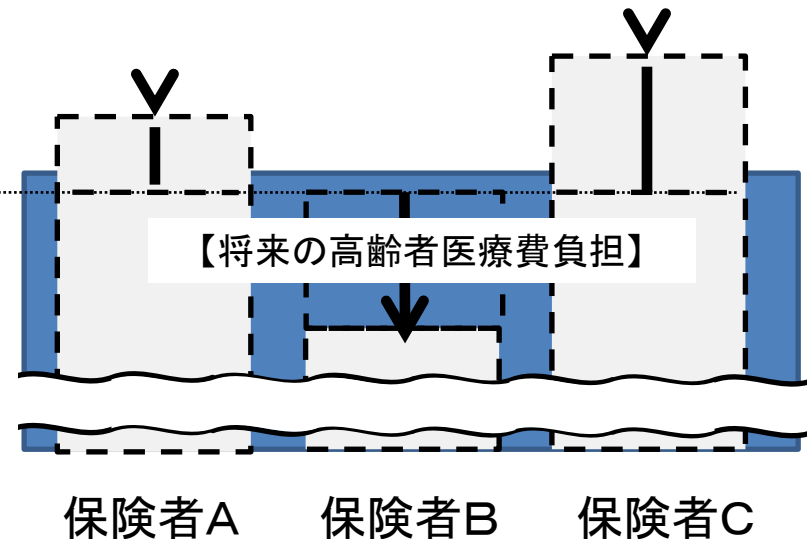
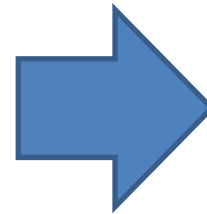
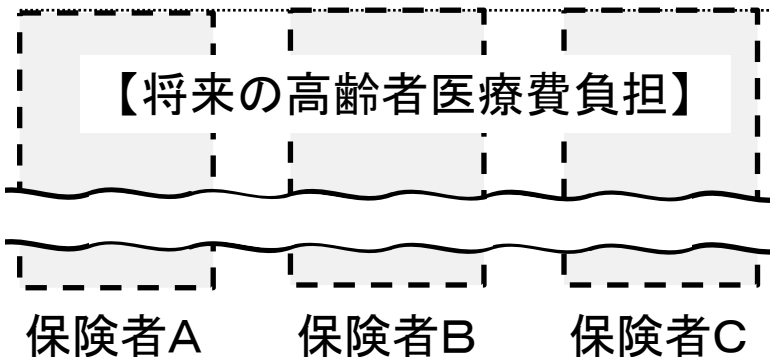
後期高齢者支援金の加減算制度の考え方

【イメージ】

○健診・保健指導の実施率が同一の場合。

※加入者数の規模、保険者種別及び
高齢者加入割合等の他の諸条件を同一と仮定。

○健診・保健指導の実施率が保険者A及びCは低く、Bが高い場合。



┌───┐ : 各保険者に加入していた高齢者に係る医療費
■ : 財政調整後の各保険者の高齢者医療費負担

○高齢者の方々の医療費を広く保険者全体で負担し合う仕組み(後期高齢者支援金制度)を前提とすると、生活習慣病対策の取組みにより、相対的に医療費のかからない高齢者の方々を輩出した保険者は、保険財政全体に貢献。

○保険財政全体の改善による恩恵を享受する他の保険者の負担により、こうした生活習慣病対策に取り組んだ保険者の負担を軽減することが、加減算制度の本来の目的。

現行の支援金の加減算制度についての論点

※ 新たな高齢者医療制度においても、高齢者の方々の医療費の負担を全保険者で支え合う仕組みは存置される見込み。

一方で、現行の加減算制度については、以下のような論点が考えられる。

○そもそも実施率の低い保険者へのペナルティーである等の理由により、加減算制度自体を廃止すべき、との意見をどう考えるか。

→前述のように、保険財政全体に貢献をした保険者にメリットを与えるのが加減算制度の本来の趣旨。既に20年度において国の定める参酌基準を達成した保険者も存在。

○状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか(被用者保険と市町村国保の達成状況の相違など)。

→保険者毎の状況に配慮し保険者の種別・規模等を勘案する必要があるか。

○加減算される金額(最大で後期高齢者支援金の±10%)は過大ではないか。

(特定健診等の全保険者の事業規模は約1,000億円程度である一方、後期高齢者支援金の10%は、約5,000億円程度(平成22年度予算ベース))

→保険者毎の財政状況を勘案し適正な加減算の規模とする必要があるか。

○生活習慣病対策による将来的な医療費への効果と加減算される支援金の対応関係をどのようにつけるか。

→中期的な実施状況やデータの蓄積状況を勘案する必要があるのではないか。

国民健康保険組合に対する 補助の見直しについて

平成22年10月27日

厚生労働省保険局国民健康保険課

国保組合に対する補助制度の概要

1. 国民健康保険組合について

- 同種の事業又は業務に従事する従業員を組合として組織された国民健康保険法上の公法人。
- 平成20年度末の組合数及び被保険者数
 - (1) 医師、歯科医師、薬剤師 92組合 被保険者数 65万人
 - (2) 建設 32組合 被保険者数 196万人
 - (3) 一般業種 41組合 被保険者数 91万人
 - 合計 165組合 被保険者数 352万人

2. 国民健康保険組合に対する国庫補助（平成22年度予算額 3255.1億円）

- 国保組合に対しては、国民健康保険制度の一環として、財政の安定化を図るとともに、円滑な事業運営を確保する観点から、次頁のような国庫補助を実施（補助の体系は、概ね市町村国保と同じ）。

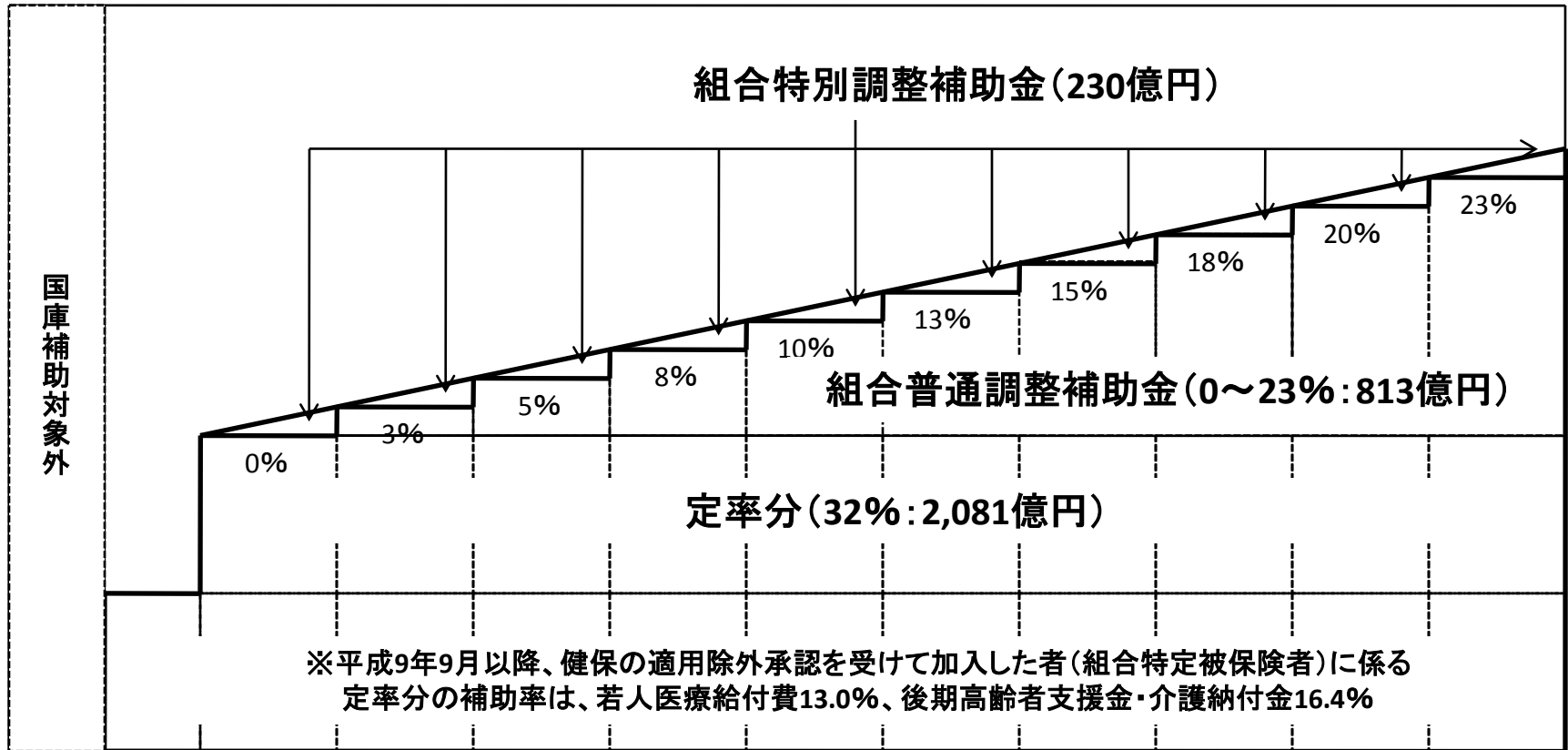
	定率補助	国の調整交付（補助）金		都道府県 調整交付金	高額医療費の再保険、低所得者対策、保健事業等	20年度実績
		普通	特別			
市町村国保	医療給付費等の34%	概ね7%	概ね2%	7%	事業規模に応じ	55%
国保組合	医療給付費等の32%	概ね12%	概ね3%	—	事業規模に応じ	39%

- 国保組合は、歴史的経緯等から同業者が自主的に組織したものであり、組合方式による保険者機能の発揮という点では健保組合と同じ。しかし、その加入者は、基本的には、仮に国保組合がなければ市町村国保の加入者となる自営業者であり、事業主負担がないという点で、健保組合とは異なる。
- なお、被保険者のうち、被用者であり、本来、健康保険の適用を受けるべき者であるが、平成9年9月以降に年金事務所（旧社会保険事務所）から健康保険の適用除外承認を受けて国保組合に加入している者（組合特定被保険者）に対する定率補助は、協会けんぽの補助率を勘案して設定。

※ 一般の被保険者 32% → 組合特定被保険者 13～16.4%

(参考1) 国庫補助の交付状況 (概要)

平成22年度予算



300人以上 事業所の 本人・家族	300人未満 事業所の 本人・家族	0%組合 (68組合)	3%組合 (9組合)	5%組合 (9組合)	8%組合 (14組合)	10%組合 (6組合)	13%組合 (11組合)	15%組合 (13組合)	18%組合 (22組合)	20%組合 (9組合)	23%組合 (3組合)
		医師 47	歯科医師 4	歯科医師 6	歯科医師 1	薬剤師 1	建設業 7	建設業 4	建設業 11	建設業 7	建設業 3
		歯科医師16	薬剤師 5	薬剤師 1	薬剤師 7	その他 5	その他 4	薬剤師 1	その他 11	その他 2	
全国土木建築 国保組合		薬剤師 3 その他 2		その他 2	その他 6			その他 8			

1. 平成9年9月1日以降、健康保険の適用除外承認を受けて、新規に国保組合に加入する者とその家族(組合特定被保険者)に対する補助率は、協会けんぽの補助率を勘案して設定(若人13.0%、後期・介護16.4%)。このため、実際の補助率は、年々低下。

※組合特定被保険者の割合 17% (医師32%、歯科医師15%、薬剤師46%、一般業種25%、建設10%) ※20年度末

2. 全国土木建築国保組合の平成9年9月1日以前からの加入者の家族に対する補助率は、事業所の規模にかかわらず、32%。

(参考2) 国庫補助制度の概要

		補助の趣旨	補助の仕組み	22年度
定率補助		医療給付費、後期高齢者支援金、介護納付金等に対する定率の補助	<ul style="list-style-type: none"> ○ 原則、医療給付費等の32% ○ ただし、平成9年9月以降、健康保険の適用除外承認を受けて加入した者(組合特定被保険者)に対する補助率は、協会けんぽ加入者に対する補助率を勘案して設定 ※ 医療給付費 13% 後期高齢者支援金等 16.4% 	2081億円
調整補助金	普通調整補助金	各国保組合の財政力(加入者の所得水準)に応じて配分	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「調整補助金」の総額は、医療給付費等の15%以内 ○ 「普通調整補助金」総額は、「調整補助金」総額の概ね8割 ○ 所得調査により、各国保組合を10段階の財政力区分に当てはめ、医療給付費等の0~23%を補助 	813億円
	特別調整補助金	各国保組合の毎年度の ・財政状況(財政調整分) ・経営努力(経営努力分) 等に応じて配分	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「特別調整補助金」総額は、「調整補助金」総額の概ね2割 ○ 「財政調整分」については、毎年度、各国保組合の調整対象需要額・収入額を算定し、不足額の半分を交付(40億円) ○ 「経営努力分」については、各組合の医療費適正化等への取組状況を点数化し、算式に当てはめて算出(190億円) 	230億円
特別対策費補助金		資格管理や医療費の適正化事業に対して補助	○国保組合が申請する事業費に対して補助	26億円
事務費負担金		事務に要する費用を補助	○被保険者数に応じて補助	29億円
出産育児一時金補助金		給付に要する費用を補助	○出産育児一時金の1/4を補助	34億円
高額医療費共同事業補助金		高額医療費の再保険事業への拠出金に対して補助	○拠出金の1/4を補助	26億円

これまでの取組み(運営の適正化、補助の見直し)

1. 実態の把握

- 平成22年1月及び5月、各組合の付加給付、積立金、国庫補助等に関する調査結果を公表

2. 医療費の一部自己負担の無料化(付加給付)を是正するよう指導

- 全ての国保組合が無料化を見直す方向を表明

3. 財政力の高い国保組合に対する補助の削減(国民健康保険法改正)

- 協会けんぽの制度見直しに合わせ、組合特定被保険者の後期高齢者医療支援金に係る定率補助について、財政力の高い組合への補助を削減(22年度▲9.1億円、23・24年度▲13.7億円)

4. 全国建設工事業国保組合の無資格加入問題に対する対応

- ① 平成21年度の特別調整補助金等の交付額を一部削減(▲5.1億円)
- ② 平成22年9月、厚生労働大臣が是正改善命令を発出
 - ・ 無資格加入者数は、2.8万人
 - ・ 無資格加入者に係る国庫補助返還額は、80億円程度

5. 国保組合に対する指導監督の強化

- ① 平成22年9月、全ての国保組合に対し、法令遵守体制の整備及び資格管理状況の点検を指導
- ② 同日、都道府県及び地方厚生局に対し、国保組合に対する指導監督の強化を要請

6. 平成21年度所得調査結果のとりまとめ

- 資料5参照

補助制度見直しの方向性

1. 行政事業レビュー

平成22年5月、厚生労働省行政事業レビューが行われ、国保組合に対する国庫補助のあり方について議論が行われた。

(結論)

事業は継続するが更なる見直しが必要

(主なコメント)

- 財政基盤に不安のない組合に対して国庫金が入ることを長期的には廃止すべき。定率分の見直しも必要。
- 特別調整補助金の「経営努力分」と特別対策補助金の廃止、定率補助と調整補助金の増額を含めた見直し。
- 本来、協会けんぽに加入すべきであるが、平成9年以前に健保の適用除外承認を受けて国保組合に加入している者の定率補助を引き下げ、協会けんぽと同様の水準に抑えるべき。

2. 今後の取組み

厚生労働省行政事業レビューの結果等を踏まえ、補助制度全般について見直すことが必要であるため、具体的な見直し案を予算編成過程において検討。

(改革に当たっての基本的考え方)

- ① 個々の国保組合の財政力を精査し、財政力(所得水準)に応じた補助を基本とする。
- ② 市町村国保や協会けんぽに対する国庫補助とのバランスを確保する。
- ③ 国保組合に対する不信感や不公平感を持たれないようにする。
- ④ 国保組合が果たしてきた役割を踏まえ、保険者機能の強化に資するようにする。

(参考資料1) 医療保険制度の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	健保組合
被保険者	自営業者・無職等	自営業者等	主として中小企業のサラリーマン	主として大企業のサラリーマン
保険者数 (21年3月末)	1,788	165	1	1,497
加入者数 (21年3月末)	3,597万人	352万人	3,471万人 (被保険者 1,950万人) (被扶養者 1,521万人)	3,034万人 (被保険者 1,591万人) (被扶養者 1,443万人)
加入者平均年齢 (20年度)	49.2歳	38.8歳	36.0歳	33.8歳
平均所得 (総報酬) (20年度)(注4)	加入者1人当たり旧ただし書所得 79万円	加入者1人当たり市町村民税課税標準額 217万円(注5)	加入者1人当たり総報酬 218万円	加入者1人当たり総報酬 293万円
加入者1人当たり医療費(20年度)	28.2万円	16.7万円	14.5万円	12.6万円
加入者1人当たり保険料(20年度)	8.3万円	12.5万円	8.9万円 (事業主負担含め17.7万円)	9.1万円 (事業主負担含め20.3万円)
公費負担割合	給付費等の55%(注6)	給付費等の39%(注7)	給付費等の16.4%(注8)	定額(予算補助)
国の予算 (22年度)(注9)	30,274億円	2,936億円	10,447億円	24億円
積立金額 (積立比率)(注10)	2,741億円(4%)	2,774億円(39%)	0(—)	42,130億円(69%) (法定準備金16,267億円を含む)

(注1) 数値は国庫負担を除き、いずれも平成20年度のものである。

(注2) 被用者保険の加入者1人当たり医療費は、審査支払機関における審査分の医療費である(療養費等を含まない)。

(注3) 加入者1人当たり保険料額は、市町村国保は平成20年度における現年分保険料調定額であり、被用者保険は決算における保険料額を基に推計している。また、保険料額には介護分を含んでいない。

(注4) 国保組合は21年度課税所得。旧ただし書所得は、総所得金額等(収入から給与所得控除等を控除したもの)から基礎控除(33万円)を控除した金額であり、市町村国保において保険料を試算する際使用されているもの。市町村民税課税標準額は、総所得金額等から基礎控除のほか所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額。仮に、旧ただし書所得に相当するものを試算してみると、国保組合の場合は加入者1人当たり316万円、協会けんぽの場合は加入者1人当たり102万円、健保組合の場合は加入者1人当たり154万円となる。

(注5) 平成21年度所得調査結果では、業種別には、医師国保644万円、歯科医師国保225万円、薬剤師国保221万円、一般業種国保125万円、建設関係国保71万円。

(注6) 国、都道府県、市町村による負担(20年度)。保険基盤安定制度、高額医療費共同事業等の公費負担分を含む。このほか、市町村による法定外一般会計繰入あり。

(注7) 定率補助、調整補助金等(20年度)。このほか、特別対策費補助金等の国庫補助あり。

(注8) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金、介護納付金、病床転換支援金に係る分を除き、13.0%である。

(注9) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(注10) 市町村国保・国保組合・健保組合は20年度末、協会けんぽは21年度末。積立比率は、保険給付費等に対する積立金の割合。

(参考資料2) 国保組合の現状(平成20年度)

(単位:千円)

業種別	加入者数 [年度末] (単位:人)	加入者1人当 たり保険料 調定額 (単位:円)	保険給付費等	国庫補助		保険給付費 に対する 国庫補助 割合	積立金		積立比率 (積立金合計 /保険給付費)
				うち特別調整 補助金	法定積立金 (法令による 最低必要額)		積立金合計		
医師国保	321,275	132,459	52,487,934	13,727,079	185,613	26.2%	11,201,024	39,504,463	75.3%
歯科医師国保	279,802	123,296	43,175,447	12,765,360	117,697	29.6%	8,900,960	21,252,750	49.2%
薬剤師国保	47,926	132,659	9,311,693	3,223,409	475,504	34.6%	1,855,282	6,639,539	71.3%
一般業種国保	914,846	155,844	187,261,734	54,297,022	6,211,738	29.0%	44,091,842	94,664,678	50.6%
建設関係国保	1,957,849	109,235	411,815,356	193,077,852	13,661,291	46.9%	65,701,303	115,290,664	28.0%
全国計	3,521,698	124,897	704,052,164	277,090,722	20,651,843	39.4%	131,750,411	277,352,094	39.4%

(参考)

市町村国保	35,969,890	82,765	70,094億円	38,427億円	—	54.8%	—	2,741億円	3.9%
健康保険組合	30,346,929	91,091	61,302億円	—	—	—	(保有している法定準備金) 16,267億円	(法定準備金を含む) 42,130億円	68.7%

(注)

1. 加入者1人当たり保険料調定額については、介護分を除く保険料調定額を加入者数で除したものである。
2. 市町村国保の加入者数、加入者1人当たり保険料調定額については、一般被保険者と退職被保険者の合算である。
3. 健康保険組合の加入者1人当たり保険料調定額については、事業主負担分は含まれていない。
4. 国保組合の保険給付費等は、療養給付費、老人保健医療費拠出金、後期高齢者医療費支援金及び病床転換支援金等の合計である。国庫補助は、保険給付費等に係る定率補助金、普通調整補助金、特別調整補助金及び高額医療費共同事業補助金の合計であり、特別対策費補助金、出産育児一時金補助金及び介護納付金に対する国庫補助は含まれていない。
5. 市町村国保の保険給付費等は、療養給付費、老人保健医療費拠出金、後期高齢者医療費支援金及び病床転換支援金等の合計である。
6. 市町村国保の国庫補助には、都道府県及び市町村による補助を含む。その他、市町村国保には、市町村による法定外一般会計繰入(3,668億円)等がある。
7. 積立金合計は、平成20年度末の法定積立金と任意積立金(退職積立金、施設整備準備積立金等)の合計である。
8. 積立金合計が法定積立金(法令による最低必要額)を下回っている場合は、積立不足の状態にある。
9. 一般業種国保には全国土木建築国保を含む。
10. 国保組合及び市町村国保については、平成20年度国保事業年報(速報)等により作成。健康保険組合については、平成20年度組合決算見込みによる。

(参考資料3) 国民健康保険組合一覽

建設組合 国民健康保険組合名	一般組合 国民健康保険組合名	医師組合 国民健康保険組合名	歯科医師組合 国民健康保険組合名	薬剤師組合 国民健康保険組合名
1 全国建設工事業	1 関東信越税理士	1 北海道医師	1 全国歯科医師	1 北海道薬剤師
(2) 建設連合	2 東京理容	2 青森県医師	2 北海道歯科医師	2 埼玉県薬剤師
(3) 全国左官タイル塗装業	3 東京芸能人	3 岩手県医師	3 宮城県歯科医師	3 千葉県薬剤師
(4) 全国板金業	4 文芸美術	4 宮城県医師	4 秋田県歯科医師	4 東京都薬剤師
⑤ 中央建設	5 東京料理飲食	5 秋田県医師	5 山形県歯科医師	5 神奈川県薬剤師
⑥ 北海道建設	6 東京技芸	6 山形県医師	6 福島県歯科医師	6 新潟県薬剤師
⑦ 宮城県建設業	7 東京食品販売	7 福島県医師	7 茨城県歯科医師	7 福井県薬剤師
⑧ 山形県建設	8 東京美容	8 茨城県医師	8 群馬県歯科医師	8 静岡県薬剤師
⑨ 埼玉県建設	9 東京自転車商	9 栃木県医師	9 埼玉県歯科医師	9 愛知県薬剤師
⑩ 埼玉土建	10 東京青果卸売	10 群馬県医師	10 千葉県歯科医師	10 三岐薬剤師
(11) 東京建設職能	11 東京浴場	11 埼玉県医師	11 神奈川県歯科医師	11 京都府薬剤師
⑫ 東京建設業	12 東京写真材料	12 千葉県医師	12 静岡県歯科医師	12 大阪府薬剤師
⑬ 東京土建	13 東京都弁護士	13 東京都医師	13 愛知県歯科医師	13 兵庫県薬剤師
14 神奈川県建設業	14 神奈川県食品衛生	14 神奈川県医師	14 三重県歯科医師	14 紀和薬剤師
⑮ 神奈川県建設連合	15 福井食品	15 新潟県医師	15 大阪府歯科医師	15 中四国薬剤師
16 新潟県建築	16 静岡市食品	16 富山県医師	16 兵庫県歯科医師	16 広島県薬剤師
⑰ 富山県建設	17 名古屋市食品	17 石川県医師	17 奈良県歯科医師	17 福岡県薬剤師
⑱ 長野県建設	18 京都芸術家	18 福井県医師	18 和歌山県歯科医師	18 長崎県薬剤師
⑲ 岐阜県建設	19 京都料理飲食業	19 山梨県医師	19 広島県歯科医師	
20 静岡県建設産業	20 京都府酒販	20 長野県医師	20 愛媛県歯科医師	
21 愛知建連	21 京都市中央卸売市場	21 岐阜県医師	21 福岡県歯科医師	
⑳ 三重県建設	22 京都市食品衛生	22 静岡県医師	22 佐賀県歯科医師	
㉑ 京都建築	23 京都府衣料	23 愛知県医師	23 長崎県歯科医師	
24 京都府建設業職別連合	24 京都府花街	24 三重県医師	24 熊本県歯科医師	
㉒ 大阪建設	25 大阪府整容	25 滋賀県医師	25 大分県歯科医師	
㉓ 兵庫県建設	26 大阪府小売市場	26 京都府医師	26 宮崎県歯科医師	
㉔ 岡山県建設	27 大阪文化芸能	27 大阪府医師	27 鹿児島県歯科医師	
㉕ 広島県建設	28 大阪中央市場青果	28 兵庫県医師		
㉖ 徳島建設産業	29 大阪府浴場	29 奈良県医師		
㉗ 香川県建設	30 大阪府食品	30 和歌山県医師		
㉘ 佐賀県建設	31 大阪府たばこ	31 鳥取県医師	40 福岡県医師	
㉙ 長崎県建設事業	32 大阪質屋	32 島根県医師	41 佐賀県医師	
	33 近畿税理士	33 岡山県医師	42 長崎県医師	
	34 大阪市公設市場	34 広島県医師	43 熊本県医師	
	35 大阪木津卸売市場	35 山口県医師	44 大分県医師	
	36 大阪衣料品小売	36 徳島県医師	45 宮崎県医師	
	37 兵庫食糧	37 香川県医師	46 鹿児島県医師	
	38 明石浦	38 愛媛県医師	47 沖縄県医師	
	39 神戸中央卸売市場	39 高知県医師		
	40 兵庫県食品			
	41 全国土木建築			

(注) 被保険者数(H21.3.31)
 無印 全協加入(1,854千人)
 ○印 全建総連(1,385千人)
 () その他 (283千人)

(参考資料4) 組合普通調整補助金補助率別国保組合一覽

0%組合 (69組合)	3%組合 (9組合)	5%組合 (9組合)	8%組合 (14組合)	10%組合 (6組合)	13% 組合 (11組合)	15%組合 (13組合)	18%組合 (22組合)	20%組合 (9組合)	23%組合 (3組合)
《 一般(3) 》 全国土木建築 關東信越税理士 東京弁護士	《 薬剤師(5) 》 埼玉県薬剤師 東京都薬剤師 静岡県薬剤師 三岐薬剤師 中・四国薬剤師	《 一般(2) 》 東京浴場 近畿税理士 《 薬剤師(1) 》 新潟県薬剤師	《 一般(6) 》 東京芸能人 文芸美術 東京美容 東京青果卸売 大阪中央市場青果 大阪質屋	《 一般(5) 》 東京料理飲食 東京技芸 東京食品販売 東京写真材料 神奈川食品衛生	《 建設(7) 》 埼玉土建 東京建設職能 東京建設業 東京土建 神奈川県建設業 神奈川県建設連合 静岡県建設産業	《 建設(4) 》 全国建設工事業 建設連合 埼玉県建設 愛知建連 《 一般(8) 》 静岡市食品 大阪府整容 《 一般(4) 》 東京理容 東京自転車商 名古屋市食品 大阪文化芸能	《 建設(11) 》 全国左官タイル塗装業 全国板金業 中央建設 北海道建設 富山県建設 岐阜県建設 三重県建設 京都建築 京都府建設業職別連合 岡山県建設 広島県建設 《 一般(11) 》 福井食品 京都芸術家 京都料理飲食業 京都中央卸売市場 京都市食品衛生 京都花街 大阪木津卸売市場 大阪衣料品小売 兵庫食糧 明石浦 兵庫県食品	《 建設(7) 》 宮城県建設業 新潟県建築 長野県建設 大阪建設 兵庫県建設 香川県建設 長崎県建設事業 《 一般(2) 》 京都府酒販 京都府衣料	《 建設(3) 》 山形県建設 徳島建設産業 佐賀県建設
《 薬剤師(3) 》 千葉県薬剤師 神奈川県薬剤師 福岡県薬剤師	《 歯科医師(4) 》 広島県歯科医師 福岡県歯科医師 長崎県歯科医師 宮崎県歯科医師	《 歯科医師(6) 》 北海道歯科医師 宮城県歯科医師 愛媛県歯科医師 佐賀県歯科医師 熊本県歯科医師 大分県歯科医師	《 薬剤師(7) 》 愛知県薬剤師 京都府薬剤師 大阪府薬剤師 兵庫県薬剤師 紀和薬剤師 広島県薬剤師 長崎県薬剤師	《 薬剤師(1) 》 北海道薬剤師	《 一般(4) 》 東京理容 東京自転車商 名古屋市食品 大阪文化芸能	《 建設(4) 》 大阪府小売市場 大阪府浴場 大阪府食品 大阪府たばこ 大阪市公設市場 神戸中央卸売市場	《 建設(11) 》 京都府建設業職別連合 岡山県建設 広島県建設 《 一般(11) 》 福井食品 京都芸術家 京都料理飲食業 京都中央卸売市場 京都市食品衛生 京都花街 大阪木津卸売市場 大阪衣料品小売 兵庫食糧 明石浦 兵庫県食品	《 建設(7) 》 宮城県建設業 新潟県建築 長野県建設 大阪建設 兵庫県建設 香川県建設 長崎県建設事業 《 一般(2) 》 京都府酒販 京都府衣料	《 建設(3) 》 山形県建設 徳島建設産業 佐賀県建設
《 医師(47) 》 北海道医師 宮城県医師 福島県医師 群馬県医師 東京都医師 富山県医師 山梨県医師 静岡県医師 滋賀県医師 兵庫県医師 鳥取県医師 広島県医師 香川県医師 福岡県医師 熊本県医師 鹿児島県医師	青森県医師 秋田県医師 茨城県医師 埼玉県医師 神奈川県医師 石川県医師 長野県医師 愛知県医師 京都府医師 奈良県医師 島根県医師 山口県医師 愛媛県医師 佐賀県医師 大分県医師 沖縄県医師	岩手県医師 山形県医師 栃木県医師 千葉県医師 新潟県医師 福井県医師 岐阜県医師 三重県医師 大阪府医師 和歌山県医師 岡山県医師 徳島県医師 高知県医師 長崎県医師 宮崎県医師	《 歯科医師(6) 》 北海道歯科医師 宮城県歯科医師 愛媛県歯科医師 佐賀県歯科医師 熊本県歯科医師 大分県歯科医師	《 薬剤師(7) 》 愛知県薬剤師 京都府薬剤師 大阪府薬剤師 兵庫県薬剤師 紀和薬剤師 広島県薬剤師 長崎県薬剤師	《 建設(7) 》 埼玉土建 東京建設職能 東京建設業 東京土建 神奈川県建設業 神奈川県建設連合 静岡県建設産業	《 建設(4) 》 全国建設工事業 建設連合 埼玉県建設 愛知建連 《 一般(8) 》 静岡市食品 大阪府整容 《 一般(4) 》 東京理容 東京自転車商 名古屋市食品 大阪文化芸能	《 建設(11) 》 全国左官タイル塗装業 全国板金業 中央建設 北海道建設 富山県建設 岐阜県建設 三重県建設 京都建築 京都府建設業職別連合 岡山県建設 広島県建設 《 一般(11) 》 福井食品 京都芸術家 京都料理飲食業 京都中央卸売市場 京都市食品衛生 京都花街 大阪木津卸売市場 大阪衣料品小売 兵庫食糧 明石浦 兵庫県食品	《 建設(7) 》 宮城県建設業 新潟県建築 長野県建設 大阪建設 兵庫県建設 香川県建設 長崎県建設事業 《 一般(2) 》 京都府酒販 京都府衣料	《 建設(3) 》 山形県建設 徳島建設産業 佐賀県建設
《 歯科医師(16) 》 全国歯科医師 福島県歯科医師 埼玉県歯科医師 静岡県歯科医師 大阪府歯科医師 和歌山県歯科医師	秋田県歯科医師 茨城県歯科医師 千葉県歯科医師 愛知県歯科医師 兵庫県歯科医師	山形県歯科医師 群馬県歯科医師 神奈川県歯科医師 三重県歯科医師 奈良県歯科医師	《 歯科医師(6) 》 北海道歯科医師 宮城県歯科医師 愛媛県歯科医師 佐賀県歯科医師 熊本県歯科医師 大分県歯科医師	《 薬剤師(7) 》 愛知県薬剤師 京都府薬剤師 大阪府薬剤師 兵庫県薬剤師 紀和薬剤師 広島県薬剤師 長崎県薬剤師	《 建設(7) 》 埼玉土建 東京建設職能 東京建設業 東京土建 神奈川県建設業 神奈川県建設連合 静岡県建設産業	《 建設(4) 》 全国建設工事業 建設連合 埼玉県建設 愛知建連 《 一般(8) 》 静岡市食品 大阪府整容 《 一般(4) 》 東京理容 東京自転車商 名古屋市食品 大阪文化芸能	《 建設(11) 》 全国左官タイル塗装業 全国板金業 中央建設 北海道建設 富山県建設 岐阜県建設 三重県建設 京都建築 京都府建設業職別連合 岡山県建設 広島県建設 《 一般(11) 》 福井食品 京都芸術家 京都料理飲食業 京都中央卸売市場 京都市食品衛生 京都花街 大阪木津卸売市場 大阪衣料品小売 兵庫食糧 明石浦 兵庫県食品	《 建設(7) 》 宮城県建設業 新潟県建築 長野県建設 大阪建設 兵庫県建設 香川県建設 長崎県建設事業 《 一般(2) 》 京都府酒販 京都府衣料	《 建設(3) 》 山形県建設 徳島建設産業 佐賀県建設

(参考資料5) 国保組合設立の経緯

- 昭和13年 旧国民健康保険法が施行。
地域住民を対象とする普通国保組合(現在の市町村国保)と、同一事業・同種の業務に従事する者を対象とする特別国保組合(現在の国保組合)を制度化。いずれも任意設立。
- 昭和18年 全国土木建築国保組合が設立。
※ 当時の健康保険法では、土木・建築、医療、サービス業等は適用対象外。これらは昭和28年に健康保険の適用対象となったが、組合として10年の実績があったため、適用除外が認められた。
- 昭和23年 戦後の混乱の中で、国保制度の再建を図るため、市町村国保を原則化。
市町村が実施しない場合には、国保組合の設立を認可。
- 昭和32年 医師国保組合が設立。
※ 当時、個人医療従事者(医師、歯科医師、薬剤師)は、条例により「医療従事者にして療養の給付を行う必要がないと認められるもの」として、普通国保組合の適用対象外とされていた。
- 昭和34年 新国民健康保険法が施行され、全市町村に国保事業実施を義務付け(国民皆保険)。
既存の国保組合の存続は認めるが、原則、新たな国保組合の設立は認めないこととした。
- 昭和45年 特例的に建設国保(土木建築関係の国保組合)を認可。
※ 当時、本来被用者ではない大工・左官等の一人親方についても、日雇健康保険法を擬制的に適用していたが、これらの者の適用除外を内容とする制度見直し案に対し、市町村国保に移ると保険料が高くなるとして、労働組合が激しい反対運動を展開したため、その代償として、国保組合設立を認めるとともに、特別な補助を行うこととした。
- 昭和49年 沖縄の本土復帰に伴い、沖縄県医師国保組合が設立(最後の国保組合設立認可)。

(参考資料6) 平成23年度予算概算要求(国保組合関係)

【平成23年度概算要求】

◎定率補助	未定	} 年金、医療等の経費	} 総予算組替え対象経費	} 予算編成過程において検討
◎普通調整補助金	未定			
◎特別調整補助金	未定			
◎高額医療費共同事業補助金	22.2億円 (▲4.3)			
◎特別対策費補助金	0億円 (▲26.1)			
◎事務費負担金	28.6億円 (▲0.4)			
◎特定健診・特定保健指導補助金	12.0億円 (▲3.5)			
◎出産育児一時金補助金	未定			

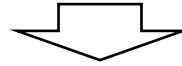
年度	14	15	16	17	18	19	20	21	22
定率補助	2,075.3	2,088.5	2,094.7	2,046.6	2,050.5	2,123.3	2,202.4	2,166.8	2,081.1
普通調整補助金	766.8	810.9	793.2	776.8	776.4	796.6	815.7	800.1	813.1
特別調整補助金	229.5	229.5	229.5	229.5	229.5	229.5	229.5	229.5	229.5
高額医療費共同事業補助金	-	12.5	20.5	26.5	25.3	24.6	25.4	25.9	26.5
特別対策費補助金	32.4	29.2	26.2	23.6	25.5	26.7	26.1	26.1	26.1
出産育児一時金補助金	-	-	23.3	22.6	24.0	25.1	25.3	27.6	34.3
事務費負担金	28.9	27.9	27.0	26.6	26.3	26.1	26.6	26.4	29.0
特定健診・特定保健指導補助金	-	-	-	-	-	-	24.8	16.0	15.5
計	3,132.9	3,198.5	3,214.4	3,152.2	3,157.5	3,251.9	3,375.8	3,318.4	3,255.1

(注) 補助金の額は、当初予算額。

(参考資料7) 平成22年度における国保組合に対する補助の見直し

○ 協会けんぽ支援のため、平成22年度から平成24年度までの暫定措置として、被用者保険が負担する後期高齢者支援金の1/3について、保険者の財政力に応じたものとする。(支援金額のうち、総報酬割1/3、加入者割2/3)

○ ただし、平成22年度については、7月から実施。



○ 国保組合について、同じ考え方を適用。

(1) 本来、その加入者は被用者保険に加入すべきである全国土木建築国保組合については、今回、被用者保険で実施する後期高齢者支援金の総報酬割に参加するものとする。



全国土木建築国保組合に対する後期高齢者支援金の1/3に対する国庫補助を削減

… ▲約6.9億円(▲約10.4億円)

(2) その他の国保組合加入者のうち、平成9年9月以降に社会保険事務所の承認を受けて、健康保険の適用を除外された者(組合特定被保険者)の後期高齢者支援金の1/3に対する定率補助については廃止する。ただし、財政力の弱い国保組合に配慮を行う。具体的には、普通調整補助金の10段階の区分を用い、財政力に応じ、補助を行う。

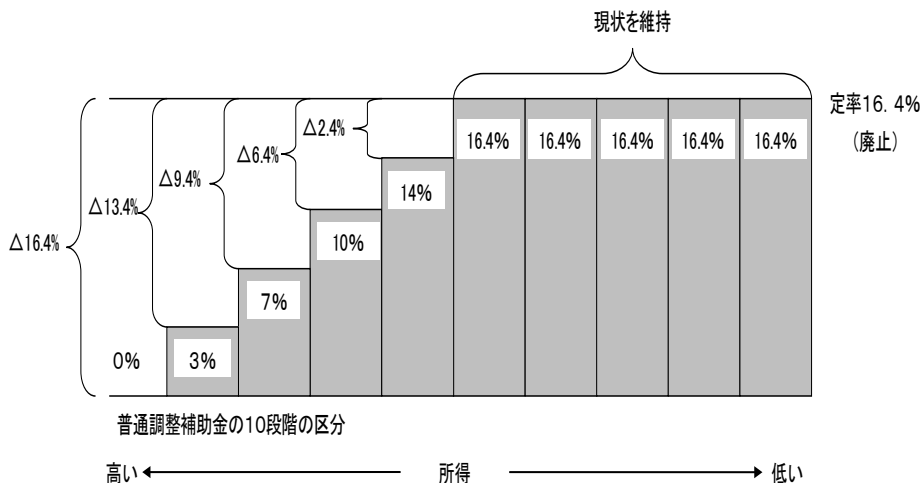
… ▲約2.2億円(▲約3.3億円)

合計(1)+(2) ▲約 9.1億円(▲13.7億円)

※ 平成22年度当初見込額、カッコ内は平成23年度満年度見込額

○ その他の国保組合加入者の国庫補助削減

* 22年度は7月実施
* ()内は満年度とした場合



全国土木建築国保	△6.9億円(△10.4億円)
----------	-----------------

医師国保	△1.0億円(△1.5億円)
歯科医師国保	△0.8億円(△1.2億円)
薬剤師国保	△0.1億円(△0.2億円)
一般業種国保	△0.3億円(△0.4億円)
計	△2.2億円(△3.3億円)

合計	△9.1億円(△13.7億円)
----	-----------------

(参考資料8) 全国建設工事業国保組合の無資格加入者問題への対応

【全国建設工事業国保組合(工事業国保)の概要】

- 母体団体は、日本鳶工業連合会、全国中小建築工事業団体連合会、日本造園組合連合会等
- 被保険者数 21.2万人(22年1月) ※建設関係28業種の従事者が加入
- 全国59支部 340出張所
- 国庫補助額 232億円(21年度)

【無資格加入の状況】

- 工事業国保の全国調査結果(6月30日)によれば、現時点で判明している無資格加入者は、7,284事業所の27,898人。(組合員12,252人、家族15,646人)

無資格加入の類型	無資格加入者数(推測)
規約で定める建設業(28業種)に従事していない者	2,559事業所 6,280名(組合員2,980人、家族3,300人)
健康保険の適用除外承認を受けないまま加入している者	3,237事業所 14,824名(組合員6,162人、家族8,662人)
本来健康保険が適用されるべき法人事業所であるにもかかわらず、個人事業主であると偽って従業員を加入させている 等	1,488事業所 6,794名(組合員3,110人、家族3,684人)

【行政処分(是正改善命令)】

- 無資格加入が発生するに至った経緯及び関与者などの実態解明
- 組合員資格の有無の追加調査、無資格加入者の被保険者資格の是正
- 日本年金機構、全国健康保険協会及び市町村国保への無資格加入者等のリストの提供
- 法令遵守等の再発防止、処分内容等の組合会への報告 等

【国庫補助の返還】

- まず、80億円程度(推計)。さらに、全国調査時点以前の脱退者等について追加調査を指示。

平成21年度 国民健康保険組合の所得調査結果

1. 調査方法

- 全国保組合が対象(165組合)。
- 各国保組合で調査対象者に調査票を配布し、回収(回答率84.6%)。
- 調査対象者は、各国保組合の平成21年5月1日現在の組合員(75才以上の者を除く。)から抽出。
抽出割合は、個々の国保組合の組合員数に応じて設定(下記(参考)参照)。
調査対象者数は、組合員、家族合わせて約56万人。
- 調査を行った所得は、平成21年度市町村民税課税標準額(平成20年所得)。

- (注)1. 市町村民税課税標準額は、総所得金額等(収入から給与所得控除、公的年金等控除等を控除したもの)から基礎控除の他、所得控除(扶養控除、配偶者控除等)を控除した金額。
2. 市町村国保で使用される所得概念である旧ただし書所得は、総所得金額等から基礎控除を除いたもの。

2. 調査結果

	平成21年度市町村民税課税標準額				(参考) 平成16年度市町村民税 課税標準額(1人当たり)	
	加入者1人当たり		1世帯当たり		単純平均	加重平均
	単純平均	加重平均	単純平均	加重平均		
医師国保組合	667万円	644万円	1,385万円	1,200万円	620万円	612万円
歯科医師国保組合	221万円	225万円	392万円	397万円	205万円	211万円
薬剤師国保組合	221万円	221万円	373万円	365万円	171万円	179万円
一般業種国保組合	125万円	125万円	250万円	255万円	122万円	122万円
建設関係国保組合	70万円	71万円	164万円	165万円	64万円	65万円
国保組合平均	295万円	217万円	593万円	443万円	270万円	206万円

- (注)単純平均:各国保組合の加入者の課税標準額の平均値を合計し、単純に国保組合数で除したもの
加重平均:全ての国保組合の加入者の課税標準額を合計し、全加入者数で除したもの

(参考)抽出割合

組合員数	抽出率	最低必要抽出人数
1,000人未満	3/4	—
1,000人以上 2,000人未満	2/3	750人
2,000人以上 5,000人未満	2/5	1,333人
5,000人以上 10,000人未満	1/4	2,000人
10,000人以上 20,000人未満	1/6	2,500人
20,000人以上 50,000人未満	1/11	3,333人
50,000人以上100,000人未満	1/16	4,545人
100,000人以上	1/40	6,250人

医療事故の原因究明及び再発防止を図る仕組みについて

○ これまでの取組み

- ・ 厚生労働省において、医療事故における死亡の原因究明・再発防止等の在り方について、これまで 3 次にわたり試案を公表・意見募集を実施し、平成 20 年 6 月、第三次試案を踏まえた法律案として、「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」を公表した。
- ・ 第三次試案及び大綱案に対しては、患者・遺族及び医療関係者からは、様々な意見が寄せられている。
- ・ 一方、民主党では、診断、治療、告知、そして不幸にして亡くなられた場合の死因究明までを一連のプロセスととらえ、医療事故が発生した際には、まずは当事者間で納得を得ることが基本であるという認識に立ち、同年に法律案骨子試案（通称：医療の納得・安全促進法案）を公表した。

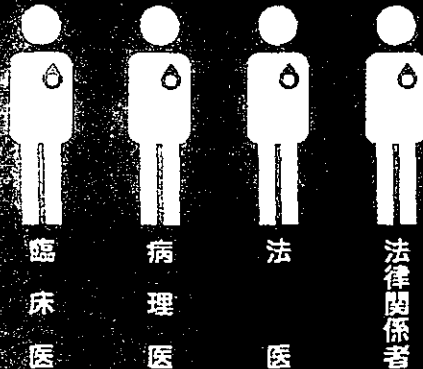
○ 現状と今後の検討に向けて

- ・ 第 174 回国会（平成 22 年 1～6 月）において、厚生労働大臣及び大臣政務官から「第三次試案及び大綱案がそのまま成案となることはない。」旨の答弁がなされているところ。
- ・ 引き続き、これまでの議論を参考にしつつ、医療現場の方々はもとより、医療を受ける患者や国民の方々からも広く御意見を伺うとともに、関係省庁とも協議を行い、検討を進めることとしている。
- ・ その一環として、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の内容の見直しや、「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会」における、異状死や診療行為に関連した死亡の死因究明のための死亡時画像診断を活用する方法等についての検討を行っているところ。

診療関連死の原因究明に関するこれまでの動き

- 平成11年以降 横浜市立大学事件（患者取り違え）、都立広尾病院事件（薬剤取り違え）、東京慈恵医大附属青戸病院事件（手術による患者死亡）等が発生し、医療安全についての社会的関心が高まる。
- 平成18年 2月 福島県立大野病院事件
帝王切開中の出血により妊婦が死亡（平成16年12月）した事例において、産科医が業務上過失致死・医師法21条違反容疑で逮捕。（その後、起訴され、平成20年9月無罪の地裁判決が確定）
- 9月 自民党「医療紛争処理のあり方検討会」を設置
- 平成19年 3月 厚労省「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」を公表（意見募集を実施）
- 4月 厚労省「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」を設置
- 10月 厚労省「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案 ー第二次試案ー」を公表（意見募集を実施）
- 12月 自民党検討会「診療行為に係る死因究明制度等について」とりまとめ新制度の骨格、政府における留意事項を提示
- 平成20年 4月 厚労省「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案ー第三次試案ー」を公表（意見募集を実施）
- 6月 厚労省「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」を公表
第三次試案及び第三次試案に対して寄せられた意見を踏まえ、厚労省としてとりまとめ（意見募集を実施）
- 6月 民主党「医療に係る情報の提供、相談支援及び紛争の適正な解決の促進並びに医療事故等の再発防止のための医療法等の一部を改正する法律〔仮称〕案骨子試案」を公表
- 10月 厚労省 第三次試案及び大綱案に寄せられた主な意見と、それに対する現時点における厚労省としての考えをとりまとめ、公表
- 平成21年 7月頃 民主党 マニフェスト等を公表
- 平成22年第174回国会 厚生労働大臣及び大臣政務官より「第三次試案及び大綱案がそのまま成案となることはない。」旨の答弁

当モデル事業では、診療行為に
関連した死亡について、
死因究明及び再発防止を
目的として、中立的な立場で
解剖・分析・評価します。



そして、新たなスタート

2005年に日本内科学会内事業としてスタートした当モデル事業は、多くの可能性と、多くの期待の上、2010年4月、「一般社団法人日本医療安全調査機構」として新たにスタートしました。

“私たちはモデル事業に協力しています”

日本内科学会・日本外科学会・日本産科学会・日本法医学会・
日本医学放射線学会・日本眼科学会・日本救急医学会・日本形
成外科学会・日本産婦人科学会・日本歯科医学会・日本耳鼻咽
頭科学会・日本小児科学会・日本整形外科学会・日本精神神経
学会・日本脳神経外科学会・日本泌尿器科学会・日本皮膚科学
会・日本麻酔科学会・日本リハビリテーション学会・日本臨床
検査医学会・日本アレルギー学会・日本感染症学会・日本肝臓
学会・日本胸肺外科学会・日本血液学会・日本呼吸器学会・日
本呼吸器外科学会・日本循環器学会・日本消化器外科学会・日
本消化器病学会・日本小児外科学会・日本神経学会・日本看護
学会・日本心臓血管外科学会・日本感染症学会・日本内分泌学
会・日本リウマチ学会・日本老年医学会・日本看護学会協議会

モデル事業の詳しい内容につきましては、
下記、地域受付窓口までお気軽にご相談ください。

北海道

対象：札幌市、小樽市、石狩市、江別市、岩見沢市、
北広島市、恵庭市、千歳市内の医療機関
調査受付窓口：北海道医師会館内 北海道地域事務局
tel.011-206-7360 fax.011-206-7361

宮城県

対象：宮城県内の医療機関
調査受付窓口：東北大学病院内 宮城地域事務局
tel.022-274-1871 fax.022-274-1872

茨城県

対象：茨城県内の医療機関
調査受付窓口：筑波大学付属病院病理部内
茨城地域事務局
tel.029-852-5566 fax.029-852-5566

東京都

対象：東京都内の医療機関
調査受付窓口：東京地域事務局
tel.03-3434-3670 fax.03-3434-3671

新潟県

対象：新潟県内の医療機関
調査受付窓口：新潟大学医学部法医学教室内
新潟地域事務局
tel.025-223-6186 fax.025-223-6186

愛知県

対象：愛知県内の医療機関
調査受付窓口：愛知県医師会館内 愛知地域事務局
tel./fax.052-251-6711

大阪府

対象：大阪府内の医療機関
調査受付窓口：大阪大学医学部法医学教室内
大阪地域事務局
tel.06-6816-9500 fax.06-6816-9501

兵庫県

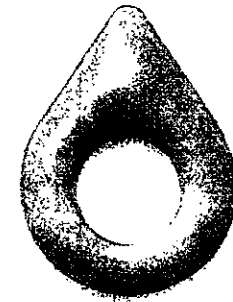
対象：西区と北区を除く神戸市内の医療機関
調査受付窓口：兵庫県監察医務室気付
兵庫地域事務局
tel.078-521-6333 fax.078-521-6334

岡山県

対象：岡山県内の医療機関
調査受付窓口：岡山県医師会館内 岡山地域事務局
tel.086-272-3250 fax.086-272-3255

福岡県

対象：福岡県内の医療機関
調査受付窓口：福岡県医師会館内 福岡地域事務局
tel.092-431-4588 fax.092-431-4606



わたしたちは
公正中立な
立場で医療の
安全を推進
いたします



一般社団法人

日本医療安全調査機構

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

<http://www.medsafe.jp/>

モデル事業の流れ

“モデル事業”について

このモデル事業は診療行為に関連した死亡の原因を専門家が調査(解剖を含む)し、同様の事例が再発しないための対策を検討するものであり、厚生労働省の補助事業として一般社団法人日本医療安全調査機構が実施するものです。

目的

診療行為に関連した死亡について原因を究明し、適切な対応策を立て、それを医療関係者に周知することによって医療の質と安全性を高めていくとともに、評価結果をご遺族の皆様及び医療機関に提供することによって医療の透明性の確保を図ることを目的としています。

“モデル事業の対象”となるのは？

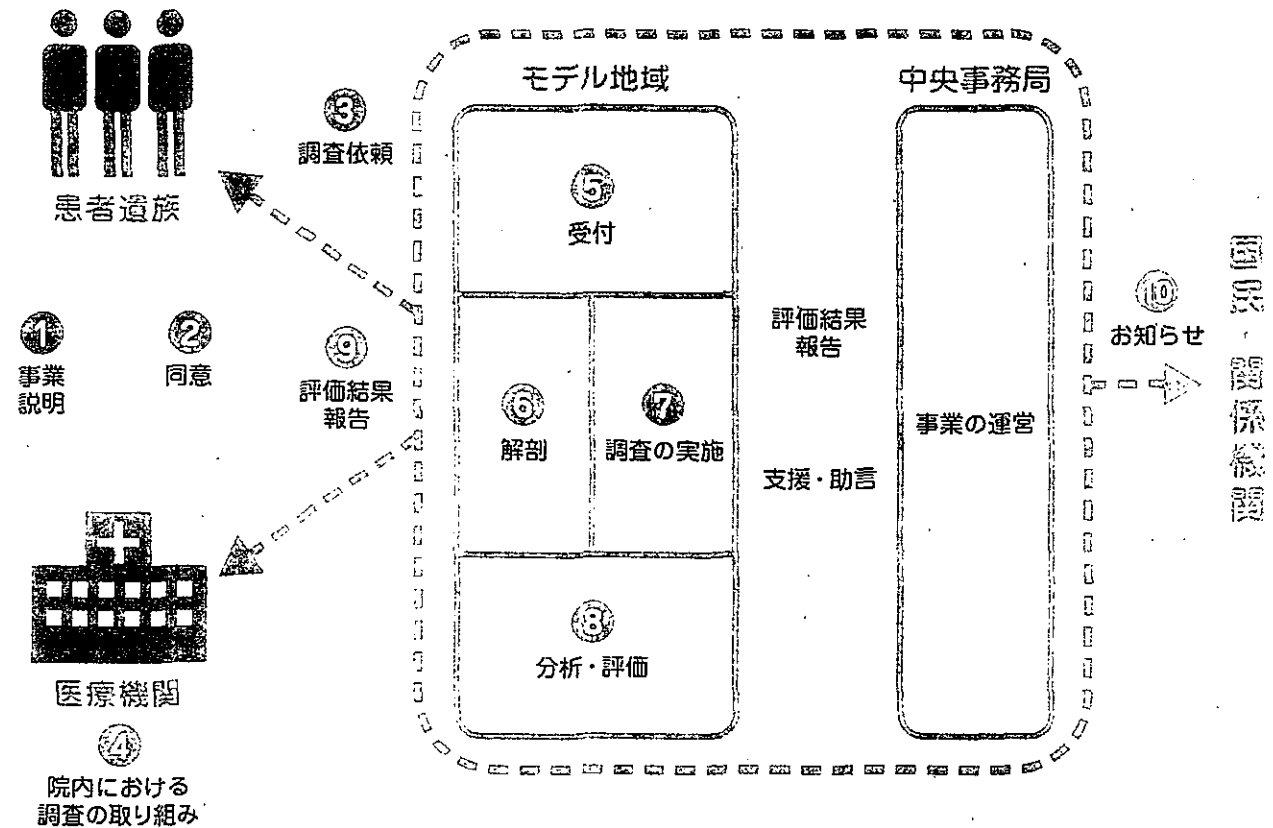
診療行為に関連した死亡について、死因究明と再発防止策を中立な第三者機関において検討するのが適当と考えられる場合です。

なお、警察署に届け出られた事例についても、モデル事業の対象となることがあります。

プライバシーに関する情報の取扱について

モデル事業で扱う資料の多くが慎重に取り扱われるべき個人情報であることから、資料等は厳正に管理されます。個人名、医療機関名が公表されることはありません。

なお、医療の質と安全性を高めていくために、必要な情報をプライバシーに配慮した形で関係者に説明することがあります。



- ① 医療機関からモデル事業の説明を行います。
- ② 患者様ご遺族から同意をいただきます。
(必要時、死亡時画像診断を活用します。)
- ③ 医療機関からモデル事業に調査を依頼します。
※モデル事業は医療機関からの同意依頼が前提です。ご遺族のご同意により、モデル事業窓口から、医療機関に申請をいたします。
- ④ 医療機関は院内の調査に取り組みます。
- ⑤ モデル事業の地域受付窓口で受け付けます。

- ⑥ 解剖担当医(法医・病理)、臨床専門医の立ち会いの下、解剖を行います。
- ⑦ 臨床専門医による調査や聞き取りを行います。
- ⑧ 解剖結果・調査結果を踏まえ、分析・評価を行います。
- ⑨ 評価結果について、ご遺族、医療機関にご説明いたします。
- ⑩ 個人や医療機関のプライバシーに十分配慮した上で、必要な情報を国民・関係機関にお知らせします。

※地域毎の手続きの詳細については、それぞれのモデル地域事務局にご確認ください。

死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会 開催要綱

1 趣旨

本検討会においては、異状死や診療行為に関連した死亡の死因究明のため、死亡時画像診断（Ai ; Autopsy imaging）を活用する方法等について、幅広く検討を行うこととする。

2 検討課題

- 1) これまでの死亡時画像診断に関する現状・科学的知見の整理
- 2) 死亡時画像診断に関する今後の取組方策
- 3) その他、死亡時画像診断に関すること

3 検討会の位置づけ等

大臣政務官が主催する検討会とし、その庶務は医政局にて行う。

4 検討会のメンバー

別添のとおり

(別 添)

死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会 名簿

(五十音順)

相田 典子	神奈川県立こども医療センター放射線部長
池田 典昭	九州大学大学院医学研究院法医学分野教授
今井 裕	東海大学医学部基礎診療学系画像診断学教授
今村 聡	日本医師会常任理事
北村 善明	日本放射線技師会理事
木ノ元直樹	弁護士
隈本 邦彦	江戸川大学メディアコミュニケーション学部教授
塩谷 清司	筑波メディカルセンター病院放射線科科長
菅野健太郎	自治医科大学消化器内科教授
長谷川 匡	札幌医科大学教授
宮崎 耕治	佐賀大学医学部附属病院長
門田 守人	日本医学会副会長
山本 正二	Ai 学会理事長
和田 仁孝	早稲田大学法務研究科教授