

第48回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成23年11月9日（水）
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館大ホール（2階）

（議 題）

1. 次回の診療報酬改定に向けた検討について
2. 給付の重点化・制度運営の効率化について
3. 高額療養費の見直しと受診時定額負担について

（配布資料）

【議題1について】

資料1 平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等（案）
（第47回医療保険部会 資料3）

資料2 過去の診療報酬改定の基本方針における視点等
（第47回医療保険部会 資料4）

資料3 社会保障審議会医療保険部会・医療部会における各委員の発言
要旨（第47回医療保険部会 資料5）

【議題2について】

資料4 給付の重点化・制度運営の効率化

【議題3について】

資料5 高額療養費の見直しと受診時定額負担について

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成23年11月9日現在

本 委 員	えんどう ひさお ◎遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
	すがや いさお 菅家 功	日本労働組合総連合会副事務局長
	ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会文教常任委員長／栃木県知事
臨 時 委 員	あべ よしひろ 安部 好弘	日本薬剤師会常務理事
	いわむら まさひこ ○岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
	いわもと やすし 岩本 康志	東京大学大学院経済学研究科教授
	おおたに たかこ 大谷 貴子	全国骨髓バンク推進連絡協議会顧問
	おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長
	かわじり たかお 川尻 禮郎	全国老人クラブ連合会理事
	こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会 理事長
	さいとう のりこ 齋藤 訓子	日本看護協会常任理事
	さいとう まさのり 齋藤 正憲	日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長
	さいとう まさやす 齋藤 正寧	全国町村会副会長／秋田県井川町長
	しばた まさと 柴田 雅人	国民健康保険中央会理事長
	しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会専務理事
	すずき くにひこ 鈴木 邦彦	日本医師会常任理事
	たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
	ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
	ほり けんろう 堀 憲郎	日本歯科医師会常務理事
	やました いっぺい 山下 一平	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
	よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
	わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第48回社会保障審議会医療保険部会

平成23年11月9日(水) 16:00~18:00

全国都市会館 大ホール

○ 速 ○ 記									
岩本委員○	安部委員○	唐澤審議官○	□副大臣○	岩村部会長代理○	遠藤部会長○	藤田大臣政務官○	外口局長○	和田委員○	横尾委員○
大谷委員○ 川尻委員○ (参考人) 小林委員○ 齋藤訓子委員○ 齋藤正憲委員○ (参考人) 齋藤正寧委員○ 柴田委員○ 白川委員○ ○山下委員 ○堀委員 ○福田委員 (参考人) ○樋口委員 ○武久委員 ○鈴木委員 ○菅家委員									
○横幕課長	○濱谷課長	○鈴木室長	○西辻課長	○木下課長	○鈴木課長	○迫井企画官	○屋敷室長	○吉田管理官	○村山課長
○石井補佐 ○高木補佐 ○北澤室長 ○山田補佐 ○鳥山管理官 ○宮崎室長 ○榊原管理官 ○下島企画官									
傍聴者席									

平成23年11月9日	第48回社会保障審議会医療保険部会	資料1
平成23年10月26日	第47回社会保障審議会医療保険部会	資料3

平成24年度診療報酬改定の基本的認識、 視点、方向等（案）

平成23年10月26日
保険局

平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等（案）

前回までの議論を踏まえ、平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等について、以下の事項を検討してはどうか。

1. 基本的な認識

次期診療報酬改定について、以下のような基本的な認識を共有することとしてはどうか。

【案】

- 医療は国民の安心の基盤であり、超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた社会保障と税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定）に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべき。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療、介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、これらを切れ目なく提供するとともに、役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要。
- 効率的かつ効果的な医療資源の利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、それぞれの立場での取組を進めるべき。
- 東日本大震災により明らかとなった、災害時における医療提供体制の問題点等に鑑み、補助金との役割分担を踏まえた、診療報酬における対応の検討が必要。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置などあらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

2. 重点的に取り組む課題について

【案】

次期診療報酬改定においては、社会保障・税一体改革成案等を踏まえ、上記のような基本的な認識のもと、どのような事項について、重点的に取り組むべきか。

- 今後も、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえつつ、医療従事者の負担軽減について、重点的に取り組むこととしてはどうか。
- 診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点的に取り組むこととしてはどうか。

3. 改定の視点について

前回までの議論において、平成22年度診療報酬改定の基本方針における「4つの視点」については、今後も医療保険制度及び医療政策が目指すべきものとして、同様の趣旨のものを引き続き視点とするべきとの意見も多くあったが、どのような視点が相応しいか。

【案】

「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」

がん医療、認知症医療など、超高齢社会において国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要ではないか。

【案】

「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点」

患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけることが重要ではないか。生活の質という観点も含め、患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが重要ではないか。

【案】

「医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」

超高齢社会において持続可能な医療保険制度を実現していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要ではないか。

【案】

「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」

医療費は国民の保険料や公費を主な財源としており、患者の負担の軽減の観点からも適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化に関する自覚も重要ではないか。

4. 具体的な次期改定の方角について

上記で案として提示した、重点的に取り組むべき課題(案)や、改定の視点(案)について、以下のような方角についてどう考えるか。

【重点的に取り組む課題 案】

今後も、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、医療従事者の負担軽減

【具体的な方角案】

- ・ 救急、産科、小児、外科等の医師等の医療従事者の負担軽減に資する勤務体制の改善等の取組に対する評価
- ・ 救急外来や外来診療の機能分化の評価
- ・ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進

【重点的に取り組む課題 案】

診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえた、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組

【具体的な方角案】

- ・ 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
- ・ 看取りに至るまでの医療の適切な評価
- ・ 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価
- ・ 地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
- ・ 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
- ・ 維持期(生活期)のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携

【改定の視点 案】

「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」

【具体的な方向案】

- ・ 緩和ケアを含む、がん医療の充実
- ・ 感染症、生活習慣病対策の適切な評価
- ・ 認知症の早期診断等、重度の認知症の周辺症状に対する精神科医療の適切な評価
- ・ 身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価
- ・ 地域移行を推進し、地域生活を支えるための精神科医療の評価
- ・ リハビリテーションの充実
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
- ・ 東日本大震災を踏まえた診療報酬における災害対応の検討
- ・ 手術等の医療技術の適切な評価
- ・ 医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価

【改定の視点 案】

「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点」

【具体的な方向案】

- ・ 医療安全対策等の推進の評価
- ・ 退院支援の充実等、患者に対する相談支援体制への評価
- ・ 明細書無料発行の促進
- ・ 診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化

【改定の視点 案】

「医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」

【具体的な方向案】

- ・ 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
- ・ 慢性期入院医療の適正な評価
- ・ 医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価
- ・ 診療所の機能に着目した評価

【改定の視点 案】

「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」

【具体的な方向案】

- ・ 後発医薬品の使用促進策
- ・ 平均在院日数の減少、社会的入院の是正
- ・ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

5. 将来に向けた課題について

- 従来の基本方針においては次期改定までの課題のみを記載してきたが、今回の基本方針においては、社会保障・税一体改革成案等において診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、将来に向けて取り組んでいくこととしてはどうか。

【将来に向けた課題 案】

社会保障と税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定）に2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等

- ・ 高度急性期、一般急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
- ・ 地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応
- ・ 外来診療の役割分担
- ・ 在宅医療の充実

- その際には、どのようなことに留意すべきか。

【案】

- 地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行う。
- 持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行う。
- 将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて検討を行う。

過去の診療報酬改定の基本方針における視点等

	平成18年度改定	平成20年度改定	平成22年度改定
重点課題等	—	【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減 ・ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応の充実 ・小児医療について専門的な医療を提供する医療機関の評価 ・診療所における夜間開業の評価 ・大病院が入院医療の比率を高めることの促進策 ・医師以外の者による書類作成等の体制の促進	【重点課題】 1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建 ・地域連携による救急患者の受入れの推進 ・救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ・新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ・後方病床、在宅療養の機能強化 ・手術の適正評価
		—	【重点課題】 2. 病院勤務医の負担軽減 ・医師以外の医療職が担う役割の評価 ・医療職以外が担う役割の評価 ・医療クラークの配置の促進 ・地域の医療・介護関係職種の連携の評価
視点 点	① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点 ・診療報酬の名称等の位置づけを含めた分かりやすい診療報酬体系への見直し ・領収書の発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供の推進 ・生活習慣病等の重症化予防の推進	① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点 ・明細書を発行する仕組み ・分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件の見直し ・がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価 ・夕刻以降の診療所の開業の評価 ・地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価	① 患者から分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点 ・診療報酬を患者等に分かりやすいものにすることの検討 ・医療安全対策の推進に対する評価 ・患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価 ・疾病の重症化予防などに対する適切な評価
	② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点 ・24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価 ・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価 ・DPCの支払対象病院の拡大 ・病院と診療所の初再診料の格差等の外来医療の評価の在り方の検討	② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点 ・診断群分類別包括評価（DPC）の支払対象病院の在り方、拡大等 ・提供された医療の結果により質を評価する手法 ・7対1基本料等について医療ニーズに着目した評価 ・医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価 ・歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価	② 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点 ・質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進に対する評価 ・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進 ・介護職種も含めた多職種間の連携などに対する適切な評価
	③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点 ・産科や小児科、救急医療等の適切な評価 ・IT化の集中的な推進 ・医療技術について、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価と保険導入手続の透明化・明確化	③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点 ・がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価 ・脳卒中にかかる発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等に向けた評価 ・救急搬送された自殺企図への自殺防止のための精神科医を含めた総合的な診療の評価 ・子どもの心の問題に係る外来診療や専門的な医療機関の評価 ・医療安全の更なる向上のためのための新しい取組に対する評価 ・医薬品、医療機器に係るイノベーションの評価と後発医薬品の更なる使用促進 ・IT化の積極的な推進	③ 充実が求められる領域を適切に評価していく視点 ・がん医療の推進 ・認知症医療の推進 ・新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進 ・肝炎対策の推進 ・質の高い精神科入院医療の推進 ・歯科医療の充実 ・新しい医療技術や医薬品等についての、イノベーションの適切な評価
	④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点 ・慢性期入院医療の評価 ・入院時の食事に係る評価 ・外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価 ・コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価 ・かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価 ・後発医薬品の使用促進 ・医薬品、医療材料、検査の市場実勢価格等を踏まえた評価	④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点 ・相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価 ・後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策 ・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価	④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点 ・後発医薬品の使用促進 ・市場実勢価格調査等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価 ・相対的に治療効果が低くなった技術について、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価

平成 23 年 11 月 9 日	第 48 回社会保障審議会医療保険部会	資料 3
平成 23 年 10 月 26 日	第 47 回社会保障審議会医療保険部会	資料 5

社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

1 改定率・改定時期について

- ・ 賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(7/21 斎藤正憲委員)
- ・ 次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(7/21 逢見委員)
- ・ 中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということを考えると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(7/21 逢見委員)
- ・ 事業所は中小が多く、給与も減少しており、保険料を上げることはできない。医療と介護の連携の視点、QOL を高める視点、医療サービスの評価、効率化という視点も重要。ただし、効率化の項目を増やすべき。また、基本方針には、国民、患者目線に立ってどのような影響があるのか分かりやすく伝える内容にすべき。(9/16 小林委員)

2 介護報酬との同時改定、在宅医療に関して

- ・ 介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には1度病気になると、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(7/21 高原委員)
- ・ 前は急性期に手厚い配分だったが、今回は介護の地域包括ケアに対応した医療の部分を盛り込む必要がある。超高齢社会に向けて、亜急性期、慢性期、在宅医療をどう充実させるか、それを介護とどう関連させるかが大きなテーマ。また、全て在宅医療というのではなく、地域の中小病院、診療所など既存の資源を活用すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 医療と介護の連携が大事。診療報酬に反映するには具体的にどのような連携が必要かこの部会としても議論すべき。特に高齢期の認知症の問題は、在宅ケアを推進していくためにもしっかりサポートすべき課題。(9/16 逢見委員)

- ・ 健康管理、医療、介護をトータルで考えるべき（9/16 横尾委員）
- ・ リハビリについては介護保険で対応すべきところを医療保険からズルズルと給付することのないようにすべき。（10/26 斎藤正憲委員）
- ・ 早期の在宅への移行が必要。在宅では、常に良い状態にあるわけではないので、在宅療養の維持を支えるのが看護職。そのためにも訪問看護ステーションを充実させるべき（10/26 紙屋委員）
- ・ 在宅支援診療所については、皆でネットワークを組んだ取組を評価すべき（10/21 高原委員）
- ・ 施設から在宅へと大きな流れには賛成だが、スタッフの認識はあるのか。高齢者の単身世帯が増えるなかで、一人暮らしの高齢者が退院をしたときなどを念頭に置いて考えるべき。（10/21 樋口委員）
- ・ 在宅医療では、身近な老人クラブにおける情報交換も大事。民生委員も活躍しているが、担当する住民の数が多すぎ、個人情報の取扱いの問題もある。近隣における支え合いが重要。（10/21 川尻委員）

3 震災関連

- ・ 災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。（7/21 岡崎委員）
- ・ 被災地の医療の再建が大事。その中で公費と診療報酬の役割分担として、インフラに係る基盤整備や医療人材の確保は公費で、経常的な経費は診療報酬で対応すべき。（9/16 逢見委員）
- ・ 被災地において診療報酬でできることは非常に限られており、補助金の役目である。日々の医療サービスとして患者から見えにくいものは診療報酬の役割としては不向き。資本コストを診療報酬でみているということ自体も問題点があるということまでつながってくる。（9/16 岩本委員）
- ・ 被災地には患者が戻ってきていない。診療報酬の加算という話もあったが、四月まで待つことなく補助金や補償で速やかに対応すべき。（9/16 鈴木委員）
- ・ 「社会保障と税の一体改革」の中で共通番号制度の議論が進もうとしている。被災地でも有用であり、このような検討が目の前にあるということを想定して検討すべき。（9/16 横尾委員）
- ・ 震災対策については、本来は補助金の役割なので、診療報酬で対応することには違和感があり、非常に疑問。（10/26 斎藤正憲委員）

4 患者からみた視点

- ・ 「患者からみて分かりやすい」というのが明細書の発行なのか違和感がある。明細書を発行するなという趣旨ではない。診療報酬が複雑すぎて患者は読んでも分からない。報酬体系を分かりやすくするのが基本。(9/16 高原委員)
- ・ 明細書が原則無償発行になったことを高く評価。患者が当事者意識を持つということが重要で、まだ発行が義務化されていない医療機関については着実に実行していくべき。明細書の発行を更に定着していく必要がある。明細書は、肝炎や薬害エイズの問題があったときに過去に自分がどのような治療を受けたのか知ることができる。(9/16 逢見委員)
- ・ 「患者からみて分かりやすい」という観点からは、患者がどこに行って誰に相談すれば良いかということが大事。医療ソーシャルワーカーが医療と介護を繋ぐ上で重要。(9/16 横尾委員)
- ・ 明細書の発行については、次回からは必要ないという人も多い。実際の医療行為と明細書の中身が合っていないので、患者に理解していただくには工夫が必要(9/16 堀委員)
- ・ 看護職が退院支援室に確保できないことがあるので、保健師も活用すべき。(10/21 大谷委員(児玉参考人))

5 医療の効率化の視点

- ・ 四つの視点は総論的で異論はないが、「適正化する視点」に後発医薬品程度しか項目があがらないのが残念。システム化や番号制度を活用したネットワーク化を記載すべき(9/16 白川委員)
- ・ 医療費の伸びが避けられない中で、機能強化と同時に効率化にも取り組むことが必要。全体として保険料や患者負担が増えないようにして欲しい(9/16 山下委員)
- ・ レセプトの電子化については進捗状況を把握しながら的確なサポート体制をお願いしたい。IT化は医療費動向のチェックや医療費の抑制にも利用できる(9/16 逢見委員)
- ・ 医療の効率化の視点が重要。過去の改定の目的と達成度を十分に検証すべき。人口が減っていく中で、医療提供体制を診療報酬体系だけで対応するのは無理がある。都道府県の医療計画と診療報酬との連動・連携を考えるべき。(9/16 斎藤正寧委員(藤原参考人))
- ・ 医療の機能強化は大事であるが、効率化も忘れないようにして、保険料が上がらないようにすべき。(10/21 山下委員)
- ・ 効率化として、平均在院日数の減少を評価する。90日越えの入院患者に対する評価の見直しはこの項目に含まれていると理解。(10/21 小林委員)
- ・ 特定除外に関するレセプトへの記載不備といった形式犯で重罪にすべきではない。(10/21 鈴木委員)

6 歯科関連

- ・ 前回改定では歯科医療の充実が謳われたが、実際には歯科技工加算しかなかった。昨日まで元気に生きて美味しいものを食べて死ぬという質の高さを求めていくことに歯科医療が果たす役割は大きい。次期改定では在宅医療推進、高齢者医療の充実の中で在宅歯科医療を推進すべき。(9/16 堀委員)

7 薬剤師・薬局関連

- ・ D P Cに含まれている薬剤費はカウントされないので、D P Cでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 後発品の薬価は安い、実際には加算があって、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないか。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を10年経ったら安くするのが一番良いのではないか。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革における「市販薬医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があって、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。(7/21 安部委員)
- ・ 後発医薬品の促進も、患者から見た分かりやすさが大事。後発医薬品の価格や品質を国民にしっかり説明していくことが必要。ジェネリックの使用割合を各国で比較する際には、その分母も考えることが必要。(9/16 安部委員)
- ・ 在宅医療における薬剤師の役割も重要。(10/21 安部委員)

8 医療従事者の確保・処遇

- ・ 看護労働者の処遇が大事。医師不足も重要課題だが、看護師等の医療従事者の確保も重要。在宅の看取り、長期の在宅療養に対する体制整備を図っていくためには看護人材は不可欠。離職に歯止めをかけるため、労働時間や仕事と生活の両立支援等、処遇に対する配慮が必要。(9/16 逢見委員)
- ・ 全国の2分の1が過疎地域になっているなかで、地域医療は大きな問題。医師確保、医療スタッフへの配慮を記載して欲しい。(9/16 横尾委員)
- ・ 安全・安心な医療は、人が確保するものであり、医療を支える医師を含めた看護職員等医療従事者を確保する観点を入れるべき。(9/16 紙屋委員)
- ・ 救急、産科、小児、外科等の確保は、診療報酬だけでは不十分。他の施策による対応も必要(10/21 斎藤正憲委員)
- ・ 看護師はレセプトの打ち込み業務に迫られ、医師も患者よりカルテに向かう時間が多かったりする。そのような場合にクラークを採用し、医師・看護師をデスクワークから解放し、専門職は専門職でないとできない業務に集中させるべき(10/21 紙屋委員)

- ・ 医療従事者の負担軽減については、同じような書類の整理が必要。(10/21 高原委員)
- ・ 医師も看護師も勤務状況が厳しく事故が起こらないのが不思議な程である。勤務態勢は、マンパワー不足であるという認識をもって取り組むべき。(10/21 紙屋委員)

9 終末期医療

- ・ 年齢に着目した点数の設定には反対。年齢に関わらず終末期医療の在り方、治療の在り方について検討し、その成果をできるだけ早く広く国民、特に高齢者に示すべき。患者学や第2の義務教育のようなものも必要。人生100年時代を生きる情報を的確に情報提供し、患者として、利用者としての資質を上げていくべき。(9/16 樋口委員)
- ・ 在宅で末期患者を診ることがあるが、在宅では十分な治療ができないこともある。ガンの場合は耐えられるが、慢性期、特に認知症では家族が耐えきれない場合がある。終末期医療についてもう一度議論する必要がある。(9/16 高原委員)
- ・ 終末期医療のあり方や看取りについて考えるとクリニックも地域における存在は大きい。(9/16 横尾委員)

10 その他

- ・ ガンの検診率を上げるべき。事前にケアができれば、医療費の適正化にも国民の安心にも繋がる。(9/16 横尾委員)
- ・ 「社会保障と税の一体改革」では番号制度が実現の方向である。診療報酬制度でも番号制度を利用すべき (9/16 横尾委員)
- ・ 日本の早期ガン発見率が高いのは、診療所の質が高いからであり、超高齢社会では気軽に身近なところで診断も検査も治療も受けられる日本型のミニ健康センター的な診療所が見直されるべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 急性期、慢性期を念頭に置いている部分については、亜急性期の視点も必要 (10/26 鈴木委員)
- ・ 地域の産科、小児科を守るために、母親がもり立てている地域もある。そのような取組をリソースとして取り込めないか。診療報酬だと工夫がいるだろうが、患者と病院とのつなぎ目として期待。また、患者の意識改革も必要。(10/21 和田委員)
- ・ 自殺者数は、10年続けて3万人を超えている。医療だけの話ではないが、医療も大事。22年改定で認知行動療法が評価されたが、今回も自殺対策を盛り込んで欲しい。(10/21 柴田委員)

社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

1 「視点」、「方向性」への一般的な意見

- ・ 前回改定で示した2つの重点課題と4つの視点については踏襲すべき。勤務医や看護師などの医療従事者の処遇改善や医療従事者の人材確保についても今回も重点課題とすべき。(9/22 小島委員)
- ・ 前回改定の4つの視点については、到達目標であり、踏襲すべき。また効率化の部分では後発医薬品の利用促進が挙げられているが、バイオシミラーについても後発品の使用促進とともに触れるのか。(9/22 高智委員)
- ・ 基本的な4つの視点は維持すれば良いが、今回は同時改定なので、介護との関係が重要。「地域包括ケアの実現」を目指してどのような形で今回の改定をやるのか明示的に示すべき。(9/22 尾形委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6年に1回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(7/20 中川委員)
- ・ 次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(7/20 邊見委員)
- ・ 医療・介護の連携強化をするべき。具体的には在宅医療や訪問看護の評価・連携が重要。精神疾患患者、身体的な救急を要する患者、合併症の患者を受け入れられるような連携も極めて重要。(9/22 小島委員)
- ・ 医療と介護の連携は、地域における包括ケアシステムの構築にも資する。また、社会的入院を是正していくためにも医療・介護連携をすすめるべき。(9/22 小島委員)
- ・ 在宅医療の連携にあたっては、既存の医療資源の有効活用という視点があってもいいのではないか。(10/27 小島委員代理(花井参考人))
- ・ 「看取りに至るまでの医療の適切な評価」「早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価」「退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実」について賛同。(10/27 斎藤(訓)委員)

3 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・ 社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(7/20 日野委員)

- ・ 社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、閣議の取扱いの中では一番低いレベル。成案をまとめる段階でどのような議論が行われたのかも全く不透明。今の政権は審議会、検討会でやっている議論を頭越しに閣議に持ってきて政治主導で決めてしまう。これを事務方が基本方針の中に反映させるというのは非常に問題が多い。(7/20 中川委員)
- ・ 以前、事務局からは、社会保障・税一体改革の成案は閣議報告であり、基本方針改定の具体的な議論は医療部会や医療保険部会で行うとの回答があった。しかし、「一体改革成案に沿って」など、「一体改革」の文字が頻繁に出てくる。一体改革の診療報酬項目がどこで議論されたかが全く見えて来ず、不信感がある。(10/27 中川委員)
- ・ 税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課題を両睨みで扱っていくことが必要。(7/20 光山委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革において、将来の在り方が示されているので、今回の改定をどう位置付けていくのか。あるべき姿を目指して、少なくとも今回はここまでやるという議論が必要。(9/22 尾形委員)
- ・ 一体改革では「急性期病院の平均在院日数を 9 日にする」とあるが、インフラ整備もないまま進められると、地域の急性期病院は皆つぶれてしまうということを理解すべき。(10/27 大西委員)

4 震災・改定の延期議論について

- ・ 東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(7/20 中川委員)
- ・ 診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(7/20 光山委員)
- ・ 本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成 24 年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成 24 年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(7/20 高智委員)
- ・ 粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなく、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基本方針とすべき。(7/20 西澤委員)
- ・ 診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(7/20 斎藤部会)

長)

- ・ 震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(7/20 小島委員 (伊藤参考人))
- ・ 医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が3割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(7/20 山崎委員)
- ・ 被災地における看護師の不足対策は触れられているが、医師不足への対応も重要。特に福島では子育て中の女医、看護師という若い医療従事者が離れている。精神医療の場合は、一名欠けただけでも特別入院料に落ちてしまう。放射能問題が解決するまで標欠を認めるべき。特に社会医療法人は医療法の基準が前提となっており、医師の退職により取り消しされてしまう。(9/22 山崎委員)
- ・ 大震災への対応に集中すべきで、全面改定は行うべきではない。ただし、必要な見直しは行うべき。被災地において医療機関は復興に尽力している。被災地では医療従事者の大移動が起きており、改定では人員配置基準に関わることは、要件緩和を除いて変更すべきではない。(9/22, 10/27 中川委員)
- ・ 災害が一過して慢性期医療に近い機能が必要となっているので、どう手当するか検討すべき。災害拠点病院は、国公立に独占されているが、民間病院も参加できるようにすべき。(9/22 日野委員)
- ・ インフラの整備は公費、通常の経常的なコストは診療報酬と役割分担をはっきりすべき。地域によって、重点的に何かを措置しなければならないものについては診療報酬と切り離してやるべき。被災地の人員不足は診療報酬で収斂できるものではない。(9/22 光山委員)

5 患者からみた視点

- ・ 患者から見て分かりやすい診療報酬という観点から明細書の定着を図るべき。負担も意識していくということが患者にとっても重要。(9/22 小島委員)
- ・ 患者から見て分かりやすいという視点が大事。「高度急性期」、「亜急性期」と言われても患者には分からない。また、地域には高度医療も亜急性期医療もない。機能分化は昭和60年くらいから言われているが、曖昧なままであり、診療報酬との関係はよく考えなければならない。(9/22 相澤委員)
- ・ 効果的な医療資源の利用のためには、患者の「協力」が必要とあるが、「協力」は外部者がすること。本来、国民は医療の主人公なので、「協力」ではない。(10/27 田中委員)
- ・ 「診療報酬点数表における用語の平易化」とあるが、診療報酬体系の平易化も加えてほしい。(10/27 高智委員)

6 医療の効率化の視点

- ・ 皆保険の中で医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点は、持たざるを得ない。医療機関の開設に対する一定のルールというのは診療所についてもあり得る議論だと考えている。(7/20小島委員(伊藤参考人))
- ・ 効率化の部分では、薬の関連ばかり記載されているが、単に薬価を下げるのではなく、国で改定財源を確保すべき。薬価だけ下げて財源とする改定方式は辞めて欲しい。(9/22山本委員)
- ・ 前回の改定で取り組んだ後発医薬品や検査の見直しについては引き続き行うべき。電子レセプトの促進や高額医療機器の共同利用を促進する報酬とすべき。(9/22小島委員)
- ・ コンビニ受診、はしご受診の抑制等、被保険者への周知に努めていきたい。また、「医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、医療機器はもう少し効率化が図れるのではないか。(10/27 高智委員)

7 歯科関連

- ・ 口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(7/20 水田委員)
- ・ 在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(7/20 近藤委員)
- ・ 「チーム医療」、「慢性期」といった観点を入れるべき。また、医療連携が大事であり、在宅医療と記載されているところには、在宅歯科医療とも記載すべき。(9/22 近藤委員)

8 薬剤師・薬局関連

- ・ 薬剤師や薬局は、医療機関「等」と記載されることが多いが、薬剤師や薬局と記載すべき。(9/22 山本委員)
- ・ ジェネリックのシェアを国際比較する場合には、諸外国の定義が異なるので、注意が必要(9/22 山本委員)
- ・ 訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。(7/20 山本委員(森参考人))
- ・ 「医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価」と「医薬品、医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、「適切」と「適正」の違いは、一般の方には分かりにくいのではないか。(10/27 山本委員)

9 医療従事者の確保・処遇

- ・ 勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。(7/20 横倉委員)
- ・ 22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。(7/20 小島委員（伊藤参考人）)
- ・ 「医療従事者の負担軽減」は前回の改定の際もあったが、救急・産科・小児科・外科の従事者の負担は必ずしも軽減されていない。従事者が増えていない。(10/27 邊見委員)
- ・ 働いている医師、看護師の問題は、人材不足が根本にある。負担軽減はすべきだが、診療報酬だけではなく、地域医療支援センターなど診療報酬以外での対応も必要。(10/27 高智委員)
- ・ 医師・看護師を含む「医療従事者の負担軽減」が重点的に取り組む課題に位置付けられている点に賛同(10/27 斎藤（訓）委員)

10 診療所の役割について

- ・ 有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作って欲しい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。(7/20 横倉委員)
- ・ 有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないかと。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないかと。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価の仕方をすべき。(7/20 相澤委員)
- ・ 急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護という地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(7/20 部会長代理)
- ・ 診療所や病院の外来で日常生活の療養指導を確実にやっていく機能が必要だ。生活習慣病を悪化させない取組として重要。(7/20 斎藤（訓）委員)
- ・ 外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないか。(7/20 水田委員)
- ・ 専門医たる総合診療医の育成を図るべき。ドイツでは、専門一般医と呼ばれ、国民から信頼されている。診療、治療のみならず、患者に寄り添い、患者の日常生活面を医学的な知見に即して支える役割を担う医療職の制度化をすべき。そのためには文科省との連携も図るべき。(9/22 高智委員)
- ・ かかりつけ医を持つことは大切だが、それを如何に制度化するかのところにいくつかの問題がある。登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医と

いうのは、患者が自ら選ぶというのを残しておかないといけない。(7/20, 9/22 横倉委員)

11 その他

- ・ 日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(7/20 中川委員)
- ・ 特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(7/20 中川委員)
- ・ 医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されることが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬と医療計画がある程度連動性・相互連携をもっていくという方向で検討すべき。(7/20、9/22 光山委員)
- ・ 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(7/20 海辺委員)
- ・ 昭和 23 年に 40 対 1 となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(7/20 斎藤部会長)
- ・ 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(7/20 樋口委員)
- ・ 基本方針の議論であるから大局的な見方をするべき。改定財源が潤沢にあるとき、そこそこあるとき、大震災や原発の問題があったときなどの場合において、基本方針の策定に当たってはどのように考えればいいのか。改定率が決まったあとに優先度を決めることには賛成だが、中医協の議論を先行させ、中医協で合意した事項を積み上げて、結果的に非常に重要な部分を最後に後回しにして、財源がなくなるからさらに大切な事項を先送りするというものがないように。(9/22 中川委員)
- ・ 前回重点課題とした分野の検証を十分にすべき。実際に医療提供体制の充実に繋がったのか。(9/22 光山委員)
- ・ 小児の在宅医療を推進すべきであり、小児に対する訪問看護を実施している診療所や訪問看護ステーション等の評価の充実、小児の在宅医療への参入のインセンティブを付与することが重要。(9/22 加藤委員)
- ・ 診療報酬改定の基本方針の（方向の例）で「身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価」とあるが、そもそも一般救急と異なり、身体合併症に対応できる精神科 3 次救急はほとんどの都道府県にない現状で、どのように評価するのか。(9/22 山崎委員)
- ・ 15対1の一般病棟入院基本料は前回の改定で唯一点数が引き下げられたが、13対1や15対1が救急患者の受け入れを多く行っているのが実情であり、適切に評価すべき。

(9/22邊見委員)

- ・ 介護との関係、リハビリ、それらを含めたチーム医療が重要 (9/22 水田委員)
- ・ チーム医療は他の会議で議論中で、被災地を中心に医療従事者が移動しているときなので、新たにチーム医療の評価をすべきではない。(9/22 中川委員)
- ・ 高齢者が増えていくなかで、在宅医療も重要だが、そのキーを握っているのは急性期病院から退院する際の連携、退院支援。そこには看護師が非常に関わってくるので、その退院調整、退院の支援、退院後の連携に十分な手当てをする必要。(9/22 相澤委員)
- ・ 医療技術の評価、特に内科医の評価を上げて欲しい (9/22 相澤委員)
- ・ 外来診療の役割分担とあるが、とりわけ都市部の大学病院の外来機能を見直すべきではないか。(10/27 高智委員)
- ・ 認知症の場合、周りの家族がおかしいと思いながら暮らしていくうちに進行してしまっている。そういう不安を相談できる体制づくりも盛り込んでほしい。(10/27 (小島委員 (花井参考人))
- ・ 「医療機能の分化と連携を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」について、地域において継続的に療養相談や療養指導を受け、疾病の重症化・悪化予防を図る視点が必要 (10/27 斎藤 (訓) 委員)

給付の重点化・制度運営の効率化

平成23年11月9日
厚生労働省保険局

「給付の重点化・制度運営の効率化」の必要性

- 高齢化や医療の高度化で医療費は増大する一方で、厳しい経済情勢を反映し、保険財政は非常に厳しい現状にある。また、今後は、更なる高齢化の進展や、医療提供体制の機能強化により、医療費が増加することが見込まれている。
- このような中、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な医療保険制度とするためには、必要な機能の充実を図りつつ、給付の重点化・制度運営の効率化を行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図っていくことが必要である。
- 「社会保障・税一体改革成案」も、このような観点から、「必要な機能の充実」と「給付の重点化・制度運営の効率化」を同時に実施することとされている。（社会保障に関する集中検討会議（平成23年5月19日）において、厚生労働省としても、「制度の運営の効率化」を提案）
- この他、行政刷新会議等においても、給付の重点化・制度運営の効率化に関する施策が求められている。

【給付の重点化】

- 高額療養費の改善規模に応じた受診時定額負担の検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）…①
- 医薬品の患者負担の見直し …①
- 70～74歳の患者負担割合の見直し …①
- 入院時の食費・居住費の在り方 …②
- 現金給付（傷病手当金）の見直し

等

【制度運営の効率化】

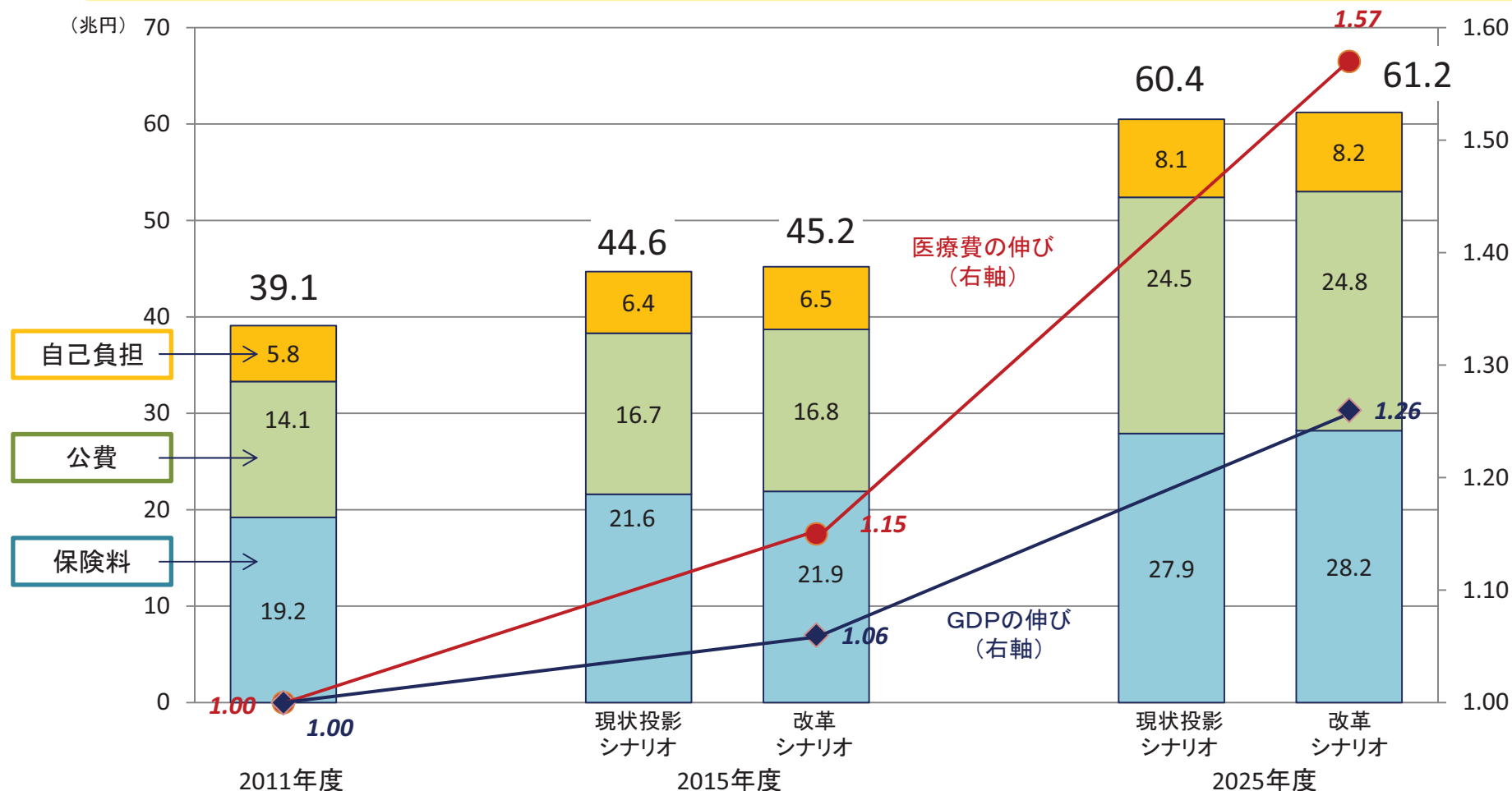
- 後発医薬品の更なる使用促進 …①・②
- 生活習慣病予防、介護・重度化予防 …①
- ICT利活用の推進 …①
- レセプト審査の質の向上・業務の効率化（審査支払機関の在り方を含む）…②
- 保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮 …①
- 療養費の見直し …①・②
- 国保組合の補助率の見直し …①・②

等

（注） ①：社会保障・税一体改革成案・厚労省案に盛り込まれている事項 ②：行政刷新会議等の指摘を受けた事項

医療費の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に公費の増大は著しい。



※1 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議資料で公表している将来推計のバックデータから作成。

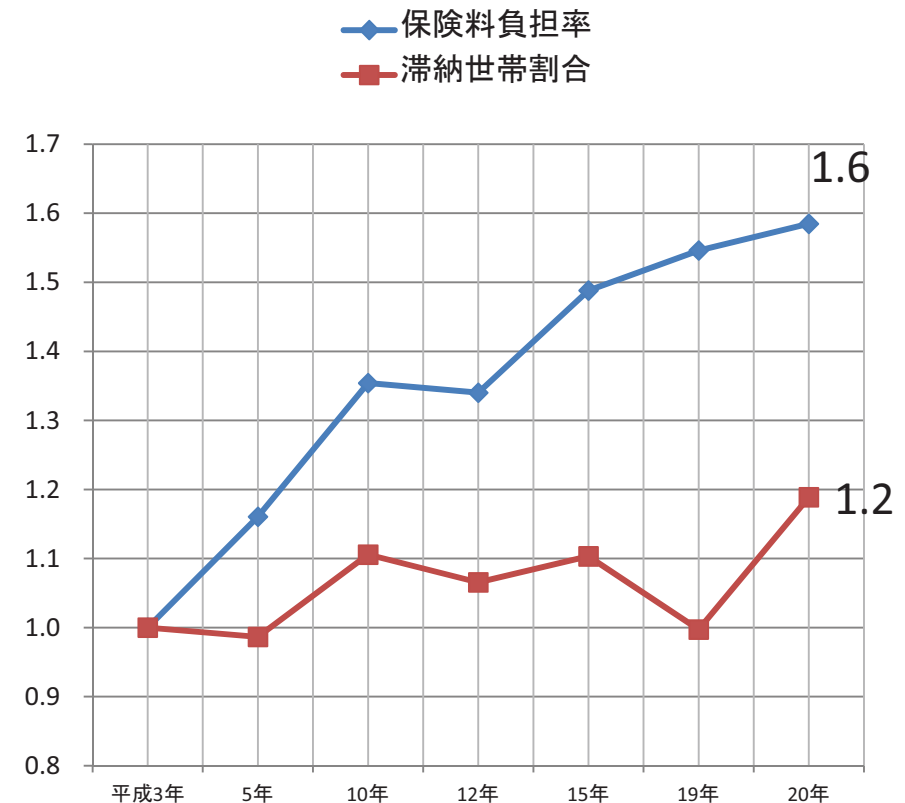
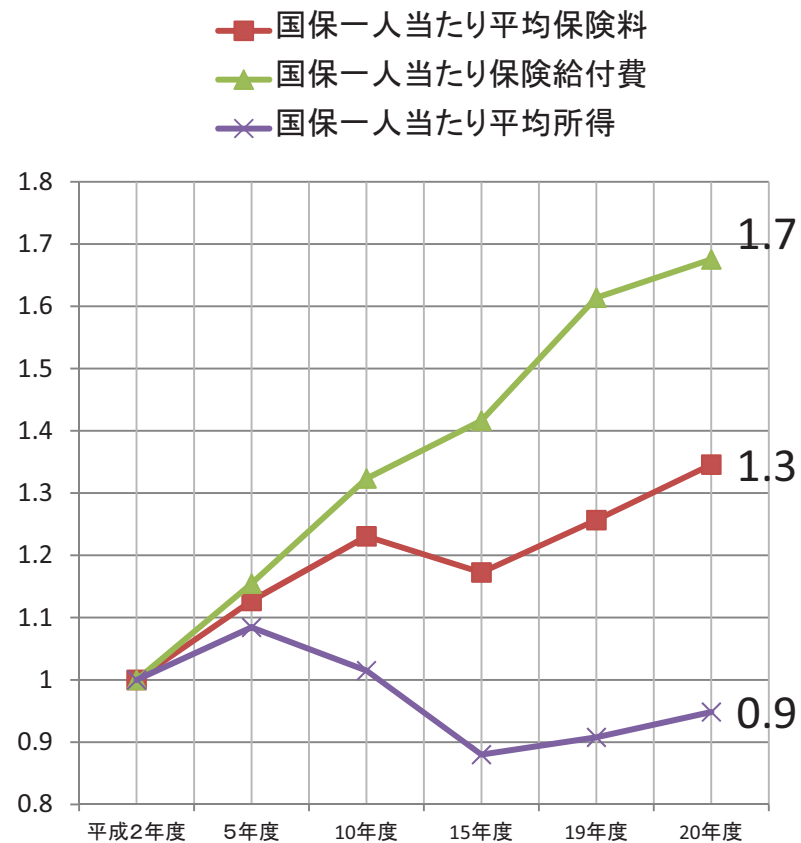
※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）

※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）

※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2011年度比。

国民健康保険の現状

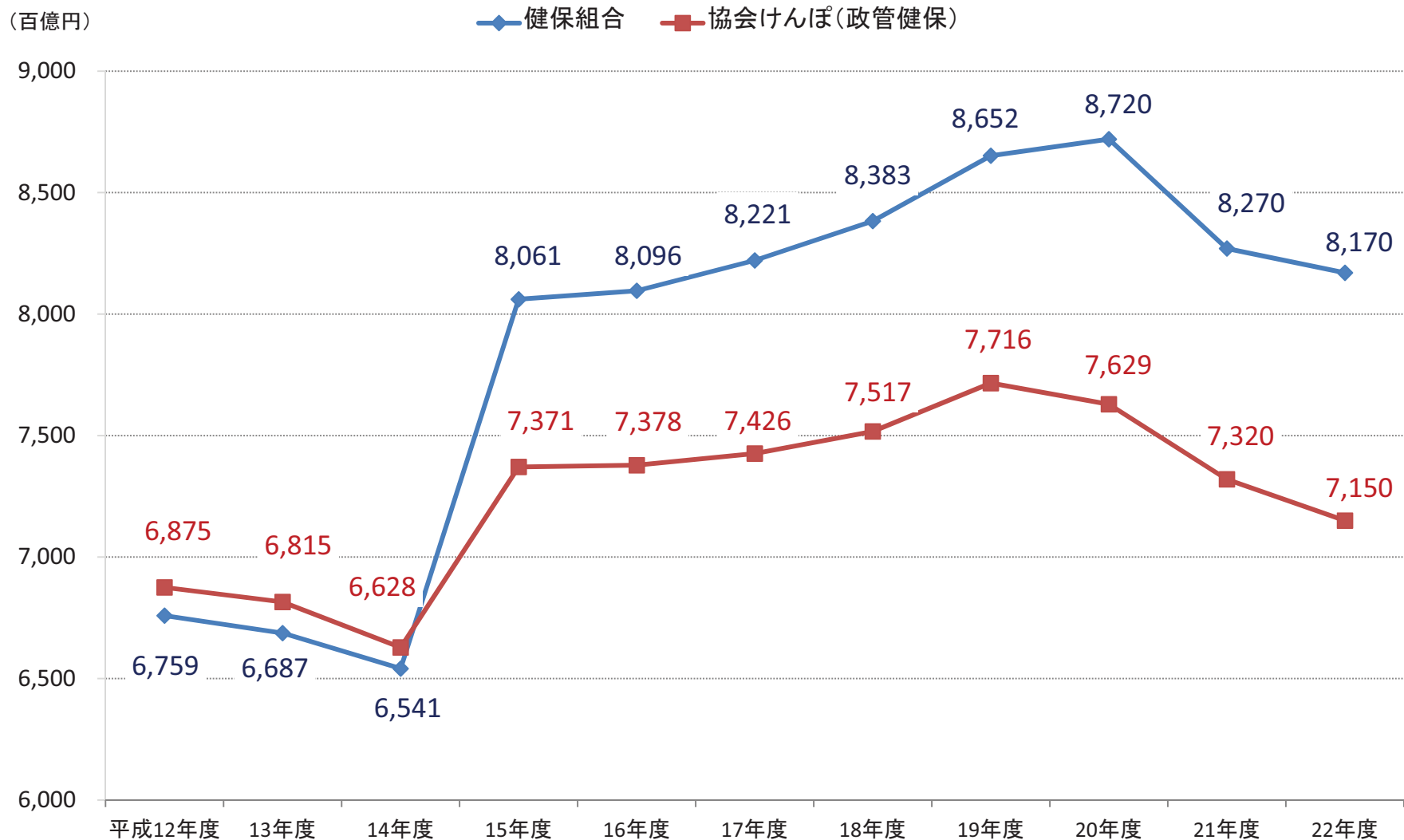
- 国民健康保険の財政状況は、支出の伸びが保険料収入の伸びを上回っている状況にある。
- 保険料負担率（保険料調停額の所得に対する割合）は上昇傾向にあり、滞納世帯割合は増加している。



- ※1 平均保険料および平均所得は「国民健康保険実態調査報告」（厚生労働省保険局）、保険給付費は「国民健康保険事業年報」（厚生労働省保険局）の数値を利用している。
- ※2 保険料負担率（一人当たり平均保険料／一人当たり平均所得）は「国民健康保険実態調査報告」の数値を利用している。
- ※3 滞納世帯割合は厚生労働省保険局国民健康保険課調べ。
- ※4 平成20年度から後期高齢者医療制度が施行され、75歳以上の被保険者が移行していることに留意が必要。

被用者保険の現状（標準報酬総額）

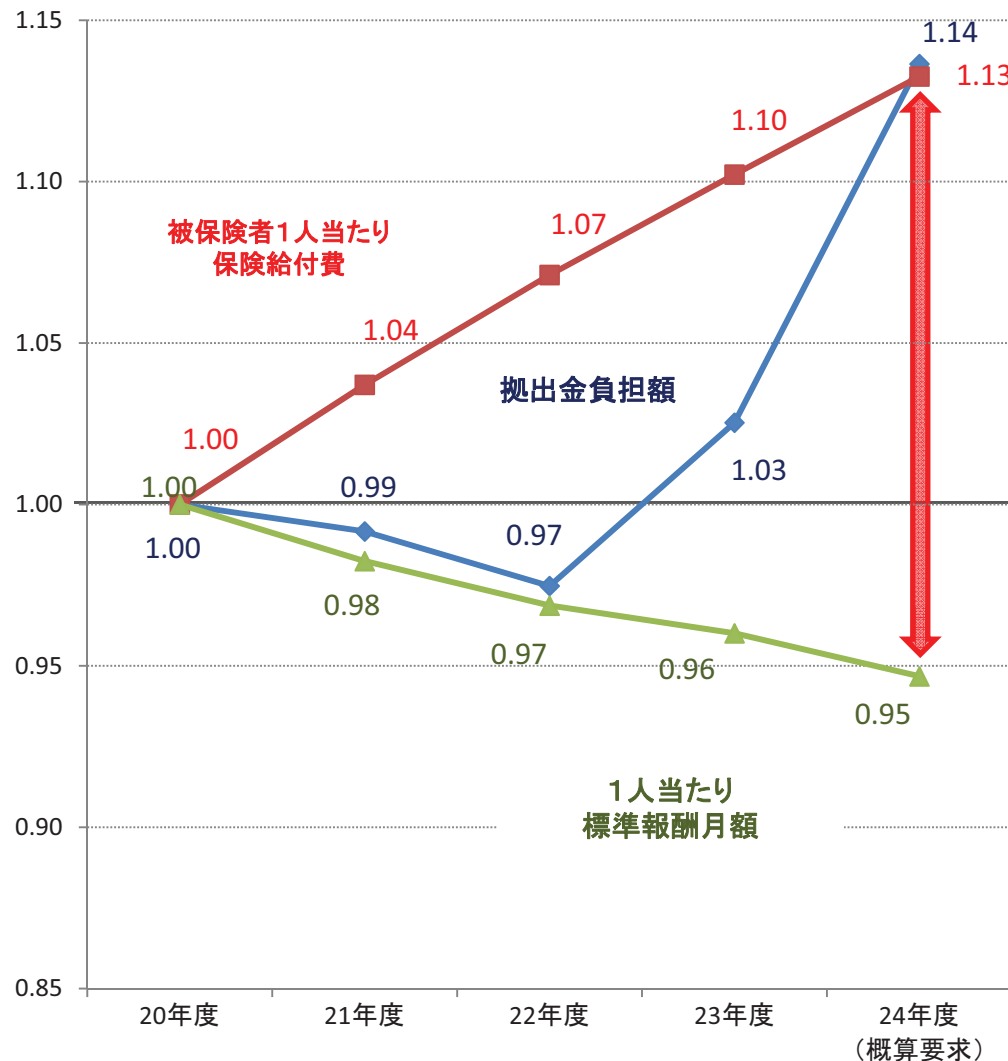
○ 被用者保険の標準報酬総額は、近年減少している。



※ 22年度は予算ベース

協会けんぽの医療保険財政の状況

- 協会けんぽの近年の医療保険財政は、支出の伸びが保険料収入の伸びを大きく上回っている状況にある。
- 特に、リーマンショック後の報酬の下落は著しく、構造的赤字が顕在化。



(注1) 数値は平成20年度を1とした場合の指数で表示したもの

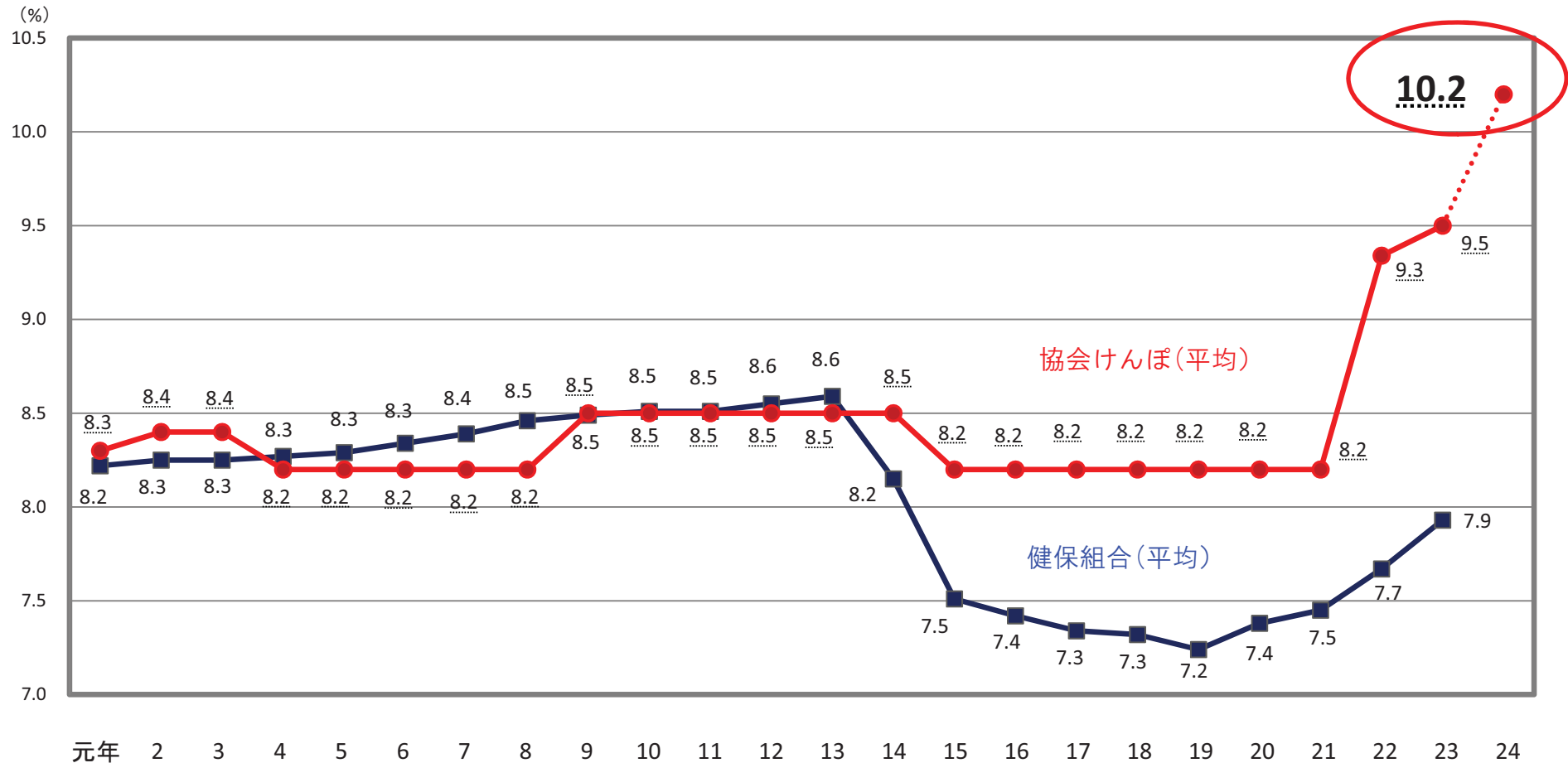
(注2) 平成22年度までは単年度収支決算、
平成23年度の数値は平成23年10月時における実績見込み、
平成24年度は概算要求時点における見込み
(全国健康保険協会運営委員会資料を参考にしている)

(注3) 平成24年度の「被保険者1人当たり保険給付費」は
高齢受給者の者に係る自己負担引上げ凍結を解除した場合
の数値

(注4) 拠出金負担は、前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金
のほか、経過措置として存続している退職者給付拠出金
及び老人保健支出金の額も含めている。

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 平成15年度から総報酬制（賞与も保険料算定の基礎とする）の導入とともに、中小企業の経営環境の悪化に伴い、協会けんぽと健保組合の保険料率の差も拡大。



出典：健康保険組合の保険料率は、健康保険組合連合会「健康保険組合の現勢」、平成20・21・22年度は決算。23年度は予算。
協会けんぽの24年度の保険料率は、平成23年10月12日医療保険部会 小林委員（協会けんぽ）提出資料より。

社会保障・税一体改革成案における重点化・効率化策

○ 社会保障・税一体改革成案においては、受診時定額負担のほかに、後発医薬品の使用促進、医薬品の患者負担の見直しなどの重点化・効率化のための施策が盛り込まれている。

■ 社会保障と税の一体改革成案における該当部分の抜粋（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定）

○ 社会保障改革の具体策、工程及び費用試算（抜粋）

Ⅱ 医 療 ・ 介 護 等 ②	A 充実（金額は公費（2015年））	B 重点化・効率化（金額は公費（2015年））
	○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策	
	a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度）） ※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動	(= 完全実施の場合▲1,600億円)
	c 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化 ・ 長期高額医療の高額療養費の見直し（長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等）による負担軽減（～1,300億円程度） ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動	・ <u>受診時定額負担等</u>（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円）ただし、低所得者に配慮。
	d その他 ・ 総合合算制度（番号制度等の情報連携基盤の導入が前提） ・ 低所得者対策・逆進性対策等の検討	・ <u>後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し</u>（医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す） ・ 国保組合の国庫補助の見直し
	・ 高齢者医療制度の見直し（高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、<u>自己負担割合の見直し</u>など）	

医療・介護制度改革の全体像

「医療・介護に関する資料」
厚生労働省（平成23年5月19日）

○ 医療・介護制度改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化

医療提供体制

- 医師確保・医師の偏在是正
- 病院・病床の機能分化・機能強化
- 在宅医療の強化
- チーム医療の推進
- 精神保健医療の改革

地域包括ケアシステム
ケアマネジメント
の機能強化

医療と介護の連携

認知症対策の強化

介護サービス提供体制

- 24時間安心の在宅サービス
- 介護・重度化予防への重点化
- 介護人材の確保と資質の向上

あるべき医療・介護サービスを支えるための保障の重点化・機能強化

医療保険制度

- 被用者保険の適用拡大
(ゆらぎの是正・包摂型システムへの変革)
- 公平で納得のいく高齢者医療費の
支払いの仕組みの構築
(全世代を通じた公平な仕組み)
- 高額療養費の見直し
(長期・高度医療への対応と重点化)
- 医療保険の財政基盤の強化等
(皆保険制度の堅持、セーフティネット機能の強化)

介護保険制度

- 保険料負担の公平化
(応能負担と低所得者への配慮)
- 保険給付の重点化
(軽度者に対する機能訓練の重点実施・重度化予防)
- 市町村の役割の重視
(ニーズ調査に基づく事業計画の策定)
- 被保険者の範囲の拡大の検討

医療・介護制度の運営の効率化

国民負担増に配慮し、持続可能な制度とするために、更なる効率化を推進

- 生活習慣病の予防
- 介護予防・重度化予防
- 効果や安全性を踏まえた効率化に
資するICTの利活用
- 後発医薬品の更なる使用促進
- 適正受診の啓発・勧奨、計画的なサービス提供
体制等への保険者機能の発揮
- 療養費の見直し

平成24年
診療・介護
報酬の
同時改定
及び以後
の各改定

医療・介護
サービス
提供体制
の基盤整
備のため
の一括的
な法整備

医療保険
介護保険
各法の
改正など

※ 恒久的な財
源の裏づけの
下、順次実施。

○ 医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保する観点から、予防事業や、ICTの利活用、後発医薬品の更なる使用促進などのその他の取組みにより、制度運営の更なる効率化等を図る。

【予防事業】

国民の生活の質の向上等を図る観点から、生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防に積極的に取り組む。

○生活習慣病の予防

特定健診・保健指導の導入から今年度で4年目を迎えた実績を踏まえ、エビデンスに基づく新たな健診等の在り方を早急に関係者と検討し、保険者による、より効果的な保健事業の実施によって生活習慣病の予防に取り組む。

○介護・重度化予防

リハビリや機能訓練等の介護予防・重度化予防の取組みにより、要介護者の数を減少させる等の取組みを推進する。

【その他の取組み】

○ICT利活用の推進

レセプト電子化による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用などを着実に進める。

○後発医薬品の更なる使用促進等

現在、平成24年度までに後発医薬品のシェア(数量ベース)を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。また、先発医薬品を含む医薬品の価格設定等のあり方を費用対効果の観点から検討するなど、引き続き保険給付の適正化に取り組む。

○保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮

現在、一部の保険者で実践されているレセプトを用いた被保険者への適正受診の啓発・勧奨の取組みについて、保険者全体における実施を推進する等、制度運営の効率化に向けた保険者機能の発揮を強化。

○療養費等の見直し

会計検査院から指摘を受けた柔道整復療養費等、従来から見直しの議論がなされていた療養費等の支給について、その効率化を図る。

○国保組合の国庫補助の見直し

所得の高い国民健康保険組合に対する定率国庫補助の見直しを行う。

これまでの事業仕分け等における主な指摘事項

事業名等	指摘内容
後発品のある先発品などの薬価の見直し	事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日、12月8日）において『市販類似薬は保険外とする』ことについて議論を行った上で、保険外とすることは見送った。」とのことであり、その後、次回診療報酬改定に向けて事業仕分け第1弾における「後発品のある先発品などの薬価の見直し」の評価結果に則して、どの範囲を保険適用外にするかについての議論は行われていない。
その他医療関係の適正化・効率化 ①レセプト審査の適正化対策 ②国保中央会・国保連に対する補助金（国保連・支払基金の統合）	事業仕分け第1弾の評価結果を受け、『厚生労働省内に「審査支払機関の在り方に関する検討会」を設けて議論を行っている』とのことであるが、事業仕分け第1弾における「その他医療関係の適正化・効率化（①レセプト審査の適正化対策、②国保中央会・国保連に対する補助金（国保連・支払基金の統合）」の評価結果に則したレセプト審査率と手数料の連動及び国保連・支払基金の統合といった見直しが行われていない。
その他医療関係の適正化・効率化 ③入院時の食費・居住費のあり方	事業仕分け第1弾の評価結果を受け、「社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日、12月8日）において、食費・居住費（光熱水費）の引上げの範囲・対象者、引き上げ額をどうするか等について議論を行った上で、見直しを盛り込むことについては見送った。」とのことであるが、その後、事業仕分け第1弾における「その他医療関係の適正化・効率化（③入院時の食費・居住費のあり方）」の評価結果に則した次回診療報酬改定に向けて入院時の食費・居住費の見直しが行われていない。

後発医薬品の使用促進について

後発医薬品の使用促進に関する医療保険上の主な取組み

○ 平成18年3月

- ・「後発医薬品の必要な規格を揃えること等について」(医政局長通知)
関係団体等に対して、安定供給や規格の統一について周知依頼。

○ 平成18年度

- ・処方せん様式の見直し(「後発医薬品に変更可」欄を設ける。)

○ 平成19年9月

- 「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定。

○ 平成20年度

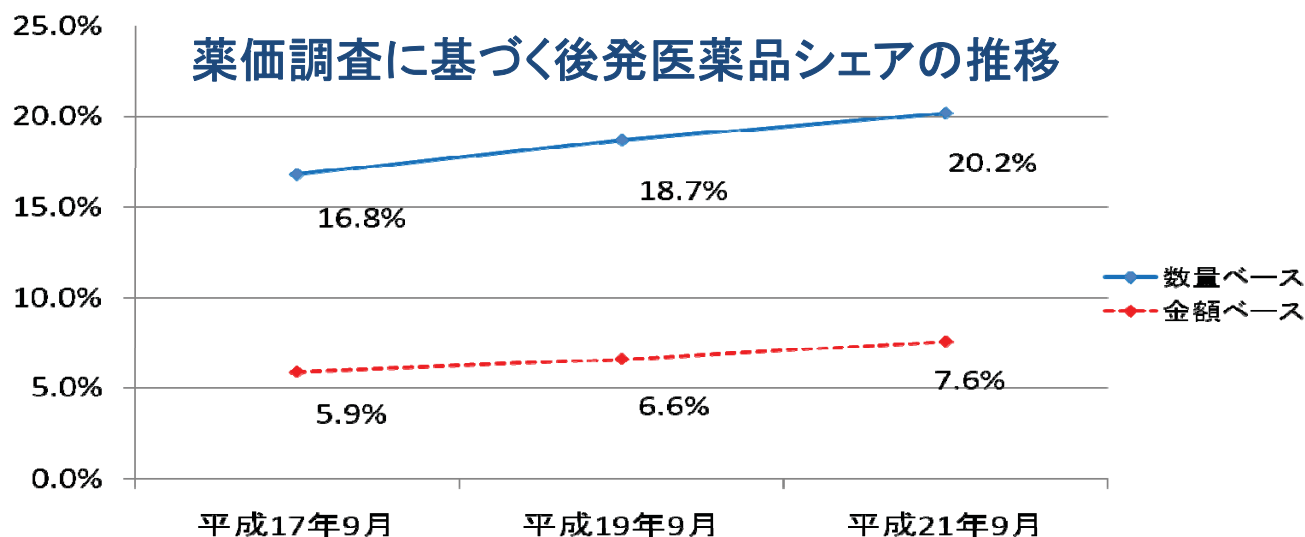
- ・処方せん様式の見直し(「後発医薬品に変更不可」欄に変更。)
- ・後発医薬品調剤体制加算
直近3ヶ月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上である場合に、処方せんの受付1回につき4点の加算。
- ・療担規則に保険医及び保険薬剤師に対する使用・調剤の努力義務等を規定。

○ 平成22年度

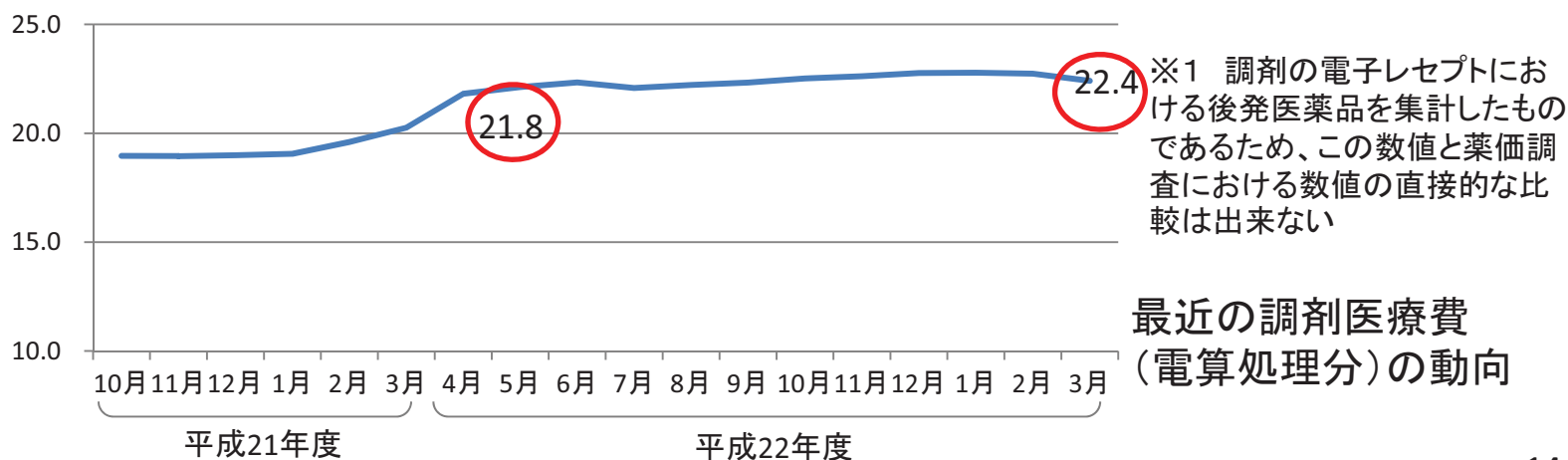
- ・後発医薬品調剤体制加算の見直し
処方せん毎ではなく、数量ベースでの後発医薬品の使用割合に応じて加算。
- ・薬局での後発医薬品への変更調剤の環境整備(含量違いの後発品等に変更可)
- ・療担規則に保険医に対して患者の意向確認などの対応の努力義務を追加。

後発医薬品のシェア

平成21年9月時点での後発医薬品の数量シェアは20.2%、金額シェアは7.6%。
また、調剤の電子レセプトにおける後発医薬品の調剤率(数量ベース)は、
平成22年4月時点は21.8%、平成23年3月時点は22.4%となっている。



参考: 平成21年
10月からの後発
医薬品シェアの
推移(数量ベー
スのみ)



※2 平成22年4月以降は、後発医薬品割合(数量ベース)の算出から、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤は除外している

後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム（概要）

『平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%（現状から倍増）以上』という政府の目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにする。

①安定供給

医療現場の声

発注から納品までに時間がかかることがある等

国

○安定供給の指導の徹底

・医療関係者からの苦情の受付、メーカーの指導・指導内容の公表 等

後発品
メーカー

●納品までの時間短縮

・卸への翌日までの配送100%（19年度中） ・卸に在庫がない場合、卸への即日配送 75%（20年度中）

●在庫の確保

・社内在庫・流通在庫1か月以上（19年度中） ・品切れ品目ゼロ（21年度中）

②品質確保

医療現場の声

一部の後発品は、溶出性・血中濃度が先発品と異なるのではないかな

国

○後発品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表

・注射剤等を対象に、不純物に関する試験を実施
・後発品の品質に関する研究論文等を收集整理し、また、「後発医薬品相談窓口」に寄せられた品質に関する意見等を検討の上、必要に応じ、試験検査を実施。

○一斉監視指導の拡充・結果の公表

・都道府県及び国の立入検査によるGMPに基づく指導 ・検査指定品目の拡充

後発品
メーカー

●品質試験の実施・結果の公表

・ロット毎に製品試験を実施（19年度中）
・長期保存試験など、承認要件でない試験についても、未着手のものは、年度内に着手（19年度中）

●関連文献の調査等

・業界団体において、後発品の関連文献を調査・評価し、必要な対応を実施（19年度中）

③後発品メーカーによる情報提供

医療現場の声

- ・MRの訪問がない
- ・「先発メーカーに聞いて欲しい」など情報が先発メーカー頼み等

国

○添付文書の充実を指導

- ・添付文書には、添加物、生物学的同等性試験データ、安定性試験データ、文献請求先等を記載すること
- ・20年3月末までに改訂 → 後発品メーカーは、自主的に、19年12月までに前倒し対応

○後発品メーカーの情報提供体制の強化を指導

- ・研究開発データ、収集した副作用情報、関係文献を整理・評価し、医療関係者へ情報する体制の強化

後発品メーカー

●医療関係者への情報提供

- ・試験データ、副作用データについて、ホームページへの掲載等、資料請求への迅速な対応（19年度中）

④使用促進に係る環境整備

国

○都道府県レベルの協議会の設置

- ・都道府県レベルにおける使用促進策の策定・普及啓発を図るため、医療関係者、都道府県担当者等から成る協議会を設置

○ポスター・パンフレットによる普及啓発

- ・医療関係者・国民向けポスター・パンフレットの作成・配布（19年度～）

後発品メーカー

●「ジェネリック医薬品Q&A」を医療機関へ配布・新聞広告

⑤医療保険制度上の事項

これまでの取組

○後発医薬品を含む調剤を診療報酬上評価（14年度～）

- 後発品の品質に係る情報等に加え、先発品と後発品の薬剤料の差に係る情報を患者に文書により提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合に調剤報酬上評価（18年度～）

○処方せん様式を再変更し、「変更不可」欄に医師の署名がない場合に変更調剤を可能に（20年度～）

○薬局において、後発医薬品の調剤数量の割合に応じて段階的に調剤報酬上評価（22年度～）

○医療機関において、後発医薬品を積極的に使用する体制が整備されている場合に診療報酬上評価（22年度～）

- 厚生労働省令等において、保険薬剤師による後発医薬品に関する患者への説明義務並びに調剤に関する努力義務、保険医による後発品の使用に関する患者への意向確認などの対応の努力義務を規定（22年度～）

「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の実施状況について(概要)

平成23年7月29日

- 「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」(平成19年10月15日策定)に掲げる主な項目の実施状況(平成23年3月末現在)は、以下の通り。
- 後発医薬品メーカーが取り組むべき項目については、日本ジェネリック製薬協会(GE薬協)の協力を得て、同協会の会員会社における実施状況をとりまとめたものである。(調査対象会社:43社、調査対象期間:平成22年4月1日～平成23年3月31日)

後発医薬品メーカーの取組

取組項目		アクションプログラムにおける取組の内容	実施状況
安定供給	納品までの時間短縮	卸業者に在庫がない場合、卸業者への即日配送75% (平成20年度末)	○ 緊急配送が必要だった件数 826件 うち即日配送できた件数 820件(99.3%)
	在庫の確保	品切れ品目ゼロ(平成21年度末)	○ 品切れ品目あり 6社 14件 (1年間の累計) ※品切れ件数は着実に減っているが(20'・14社34件、21'・10社22件)、目標達成に向けてさらに取り組みを徹底することとする。
品質確保	品質試験の実施等	長期保存試験等、承認条件でない試験について、未着手の場合、年度内に100%着手するとともに、医療関係者等の求めに応じて、速やかに試験結果を情報提供(平成19年度末)	○ 長期保存試験対象品目数 5,177品目(すべて着手済) うち試験終了品目数 3,064品目(59%) ○ 無包装状態安定性試験対象品目数 3,149品目(すべて着手済) うち試験終了品目数 3,089品目(98%)
	品質再評価時の溶出性の確保	品質再評価指定品目について、品質再評価時標準製剤の溶出プロファイルと同等であることを定期的に確認するとともに、医療関係者等の求めに応じて、速やかに試験結果を情報提供	○ 品質再評価適用品目数 1,892品目 うち溶出プロファイル確認済品目数 1,881品目(99%) うち溶出プロファイル確認中品目数 11品目(1%)
情報提供	医療関係者への情報提供	インタビューフォーム、配合変化試験データについて、自社ホームページへの掲載を含め、資料請求に対する迅速な対応を確保(平成20年度末)	○ インタビューフォーム及び配合変化試験データを含め、アクションプログラムで掲げた8項目の情報について、医療関係者からの資料請求に対する100%の情報提供体制を確保 ○ 「ジェネリック医薬品情報提供システム」の運用を開始し、より迅速かつ円滑な情報提供を可能とする体制を確保

国の取組

取組項目		実施状況
品質確保に関する事項	後発医薬品の注射剤等を対象に、製剤中に含まれる不純物に関する試験等を実施するとともに、後発医薬品の品質に関する研究論文等を収集・整理し必要に応じて試験検査を実施	○ 品質に関する研究論文等を踏まえ、国立医薬品食品衛生研究所等において溶出試験検査等を実施し、その試験結果をホームページにて公表
使用促進に関する環境整備	・後発医薬品の普及に資するポスター等の作成 ・都道府県レベルにおける使用促進策策定 ・地域レベルで使用されている後発医薬品リストの医療関係者間での共有の推進	○ 政府インターネットテレビによる広報の実施 ○ 42の都道府県で協議会を設置し、後発医薬品の使用促進に関する検討、取り組みを実施 ○ 都道府県における先進的な取り組み事例について、その内容・効果等に関する調査研究を実施 ○ 11の都道府県において、後発医薬品の採用基準等を地域で共有するための「後発医薬品採用ノウハウ普及事業」を実施。

後発医薬品使用促進の先進事例

各保険者における後発医薬品の使用促進に係る先進事例について、調査報告書「ジェネリック医薬品使用促進の先進事例に関する調査報告書」(平成23年3月)を公表。その中で、4県(福岡、富山、北海道、広島)、2市(川崎市、呉市)及び3健保組合での取組を紹介。

<呉市の事例>

①概要

平成20年7月からジェネリック医薬品の「差額通知」事業を実施。被保険者の電子レセプトをデータベース化し、このデータベースを用いてジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額が大きい者を抽出し、差額通知を実施することで後発医薬品の使用を啓発する事業を行う。当初は毎月、差額が大きい上位3000名を対象に差額通知を行っていたが、現在は4ヶ月に1回程度。

※ 精神薬は薬の変更自体が効能に影響を及ぼす可能性があること、抗がん剤は本人への告知がなされているかどうかという懸念があるため、対象から除外。

②主な実施までの流れ

1)検討調整期間(平成17年～平成20年2月まで)

地元の医療関係団体との事前協議。呉市国保の運営協議会において、医療関係団体代表、学識経験者、被保険者代表等をメンバーにシステム導入の説明。

2)合意形成期間(平成20年3月～6月まで)

医療関係団体との協議本格化。市民公開シンポジウムの開催等でも議論。

3)事業実施(平成20年7月～)

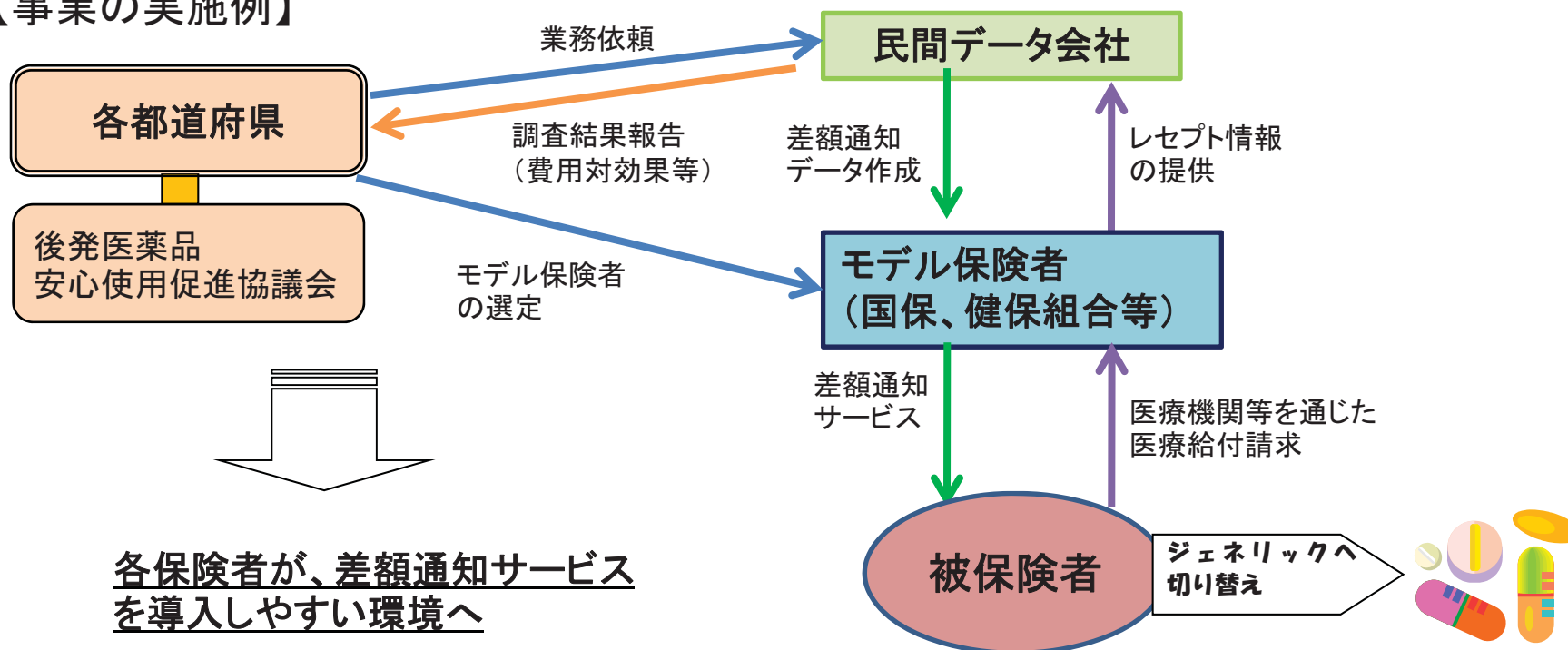
③費用対効果

費用	費用削減額	費用対効果
レセプト電子化による委託費 約35,100千円	医療費の減 約108,000千円	費用対効果合計 約73,900千円
郵便料 約2,300千円	レセプト仕分け不要による費用減 約3,300千円	
費用合計:約37,400千円	費用削減合計:約111,300千円	

都道府県への委託による保険者後発医薬品使用促進事業

- 平成23年度から、各都道府県が、モデル保険者(国保、健保組合等)を選定し、被保険者に対する差額通知サービスを実施するとともに、その効果(後発医薬品への切り替えがどの程度進んだか、保険財政にどの程度貢献したか、患者の満足度がどうであったか)について調査を行う事業を実施。

【事業の実施例】



後発医薬品の更なる使用促進

○ 後発医薬品の差額通知については、現在、一部の保険者において行われているところであるが、市町村国保、国保組合及び後期高齢者広域連合において、差額通知を実施していくための体制整備を進めることにより、更に後発医薬品の使用促進を図る。

(参考)後発医薬品利用差額通知(協会けんぽの例)

〒123-4567
〇〇〇〇市〇〇〇区
〇〇〇〇〇〇-23-45
〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇
(代表者) 〇〇〇〇 〇〇〇
(代表者) 〇〇〇〇 〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇
1234567890
0000000123

1001 0000000123
〒891-2345
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

全国健康保険協会 〇〇支部
〒891-2345
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

ジェネリック医薬品はこんなお薬です

効き目や安全性が実証されているお薬と主成分が同一であることなどが審査され、厚生労働省により製造・販売が承認されたお薬です。

なぜ安いのですか?
先発薬の効き目は多くの費用がかかっていますが、ジェネリック医薬品は効き目の弱く、コストを抑えるため、価格も低くなっています。

効き目は悪いですか?
先発薬の効き目は多くの費用がかかっていますが、ジェネリック医薬品は効き目の弱く、コストを抑えるため、価格も低くなっています。

ジェネリック医薬品を処方してもらうには?

病院・診療所にて
先生、このお薬はジェネリックに処方してもらえますか?
はい、このお薬はジェネリックに処方してもらえます。

薬局にて
先生、このお薬はジェネリックに処方してもらえますか?
はい、このお薬はジェネリックに処方してもらえます。

※処方箋の「処方箋」欄に「ジェネリック」の記載があれば、薬局でジェネリック医薬品に処方されます。

品質確保の取組み

- 独立行政法人 医薬品・医療機器総合機構の取組では、ジェネリック医薬品の品質、有効性及び安全性等に関する情報(TEL:03-3808-8487)を提供しています。
- 医薬品医療機器総合機構の取組では、ジェネリック医薬品の品質、有効性及び安全性等に関する情報(TEL:03-3808-8487)を提供しています。
- 独立行政法人 医薬品・医療機器総合機構の取組では、ジェネリック医薬品の品質、有効性及び安全性等に関する情報(TEL:03-3808-8487)を提供しています。
- 独立行政法人 医薬品・医療機器総合機構の取組では、ジェネリック医薬品の品質、有効性及び安全性等に関する情報(TEL:03-3808-8487)を提供しています。

お問い合わせ先

【お知らせ】の見方や素朴な疑問、ジェネリック医薬品に関するお問い合わせ
フリーダイヤル 0120- 8:30~17:15 土・日・祝日も受け付け

(参考)協会けんぽにおける差額通知の実施状況

	21年度	22年度
通知数	約145万通	約90万通
対象額	自己負担 軽減額 200円以上	自己負担 軽減額 300円以上
対象年齢	40歳以上	35歳以上
実施時期	22年1月～ 6月	22年11月 ～23年1月

ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減額に関するお知らせ

〇〇〇〇〇〇様
〇年〇月分 の薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合、薬代の自己負担額の軽減可能額としては、

1,100円～ が見込まれます。

※平成21年 3月分 の処方実績をもとに、ジェネリック医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担の軽減可能額の見込み額を算出しています。100円未満は切り捨てています。

※試算は薬代のみを対象としています。実際に医療機関や薬局へお支払いになる金額は、薬代以外の診療や薬の調剤料に要する費用が含まれています。

明 細

この明細は、平成21年 3月分 の薬の処方実績に基づき、処方された医薬品(先発医薬品)と、主成分が同一のジェネリック医薬品に切り替えることで軽減できる自己負担額をご紹介します。

過去の処方実績 (平成21年 3月分)				ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額 (※1)	
医療機関・薬局区分	薬の単位	数量	単位	先発(※1)	ジェネリック(※2)
薬局	〇〇錠5.5mg	141.7	錠	1,270	420～
	〇〇錠5.5mg	83.7	錠	750	350～
	〇〇錠0.2mg	47.5	錠	1,280	410～
小計				3,300	1,180～
薬局	〇〇錠5.5mg	83.7	錠	〇〇〇	〇〇〇～
ジェネリック処方分				〇〇〇	〇〇〇～
小計				〇〇〇	〇〇〇～
医療機関	〇〇錠5.5mg	141.7	錠	〇〇〇	〇〇〇～
ジェネリック処方分				〇〇〇	〇〇〇～
小計				〇〇〇	〇〇〇～
合計				3,300	1,180～

※1 試算は薬代のみを対象としています。実際に医療機関や薬局へお支払いになる金額は、薬代以外の診療や薬の調剤料に要する費用が含まれています。医薬品の価格が下がっても、処方せん料などの費用により、医薬品価格の支払い金額は先発医薬品使用時と変わらないか、上がることもあります。また、調剤や調剤料から医療費助成を受けている場合は、実際の支払金額と異なる場合があります。

※2 本明細に記載している先発医薬品には、指定処方箋の発行、がんその他の特定の疾病に使用される薬などは除外されています。

※3 ジェネリック医薬品は1つの先発医薬品に対して複数存在する場合があります。実際の軽減額にも差がありますので目安としてご参考ください。

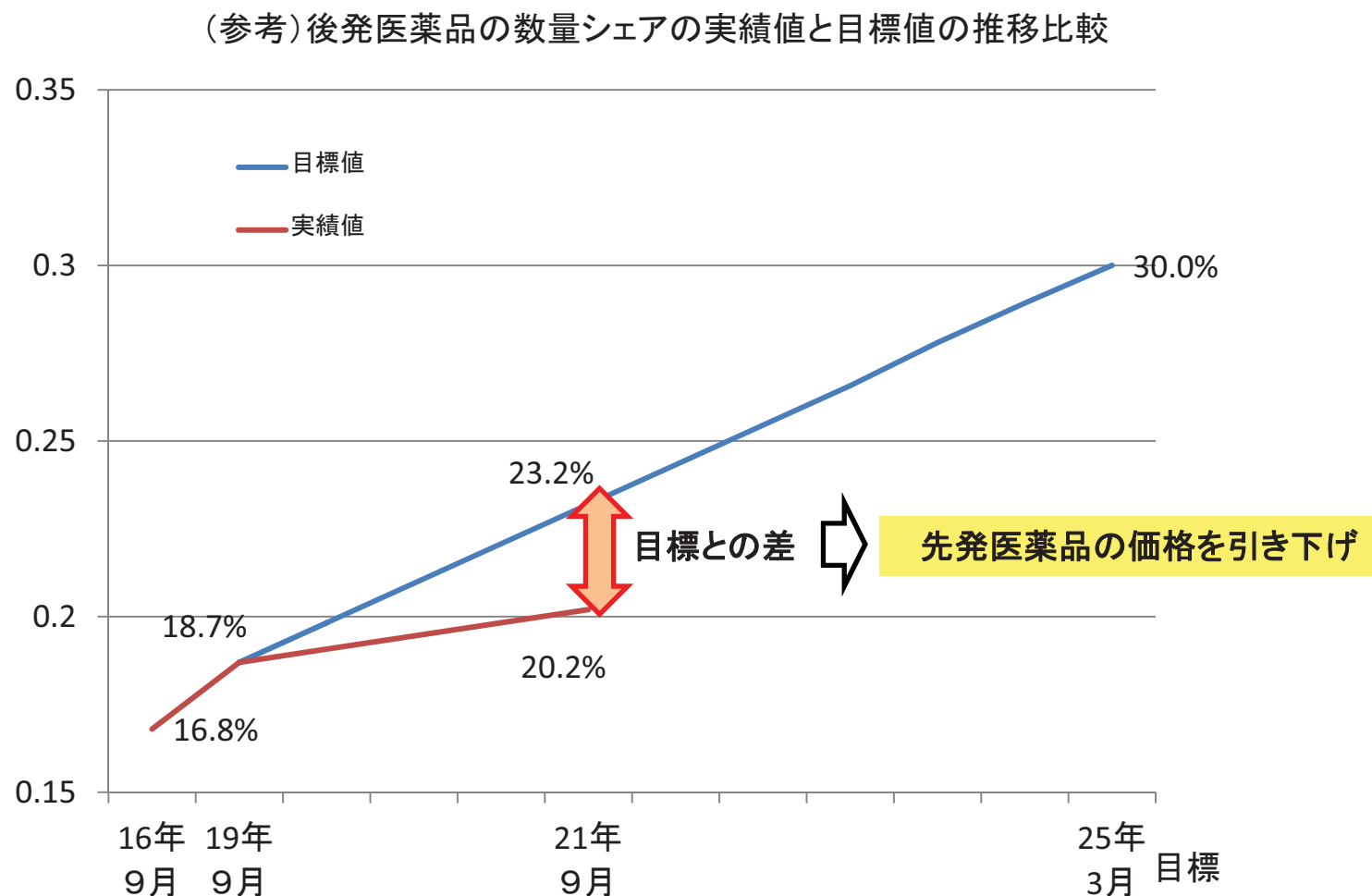
※4 本明細は、医療機関・薬局から請求のあったデータに基づいて作成しています。多くの薬を処方されている場合は軽減できる金額が大きいためから先に記載しており、本明細に記載しない場合があります。

※5 先発医薬品とジェネリック医薬品とは主成分が同一ですが、使用できる病状(効能)が異なるなどの理由で切り替えることができない場合があります。また、全ての先発医薬品にジェネリック医薬品があるわけではありません。

※6 同じ医薬品(先発医薬品やジェネリック医薬品)であっても、個人によって処方方や処方内容など異なる場合がありますので、処方箋に関する詳しい内容は医師または薬剤師の薬剤師にご相談ください。

平成22年改定における後発医薬品のある先発医薬品の薬価引き下げ

○ 平成24年度までに後発医薬品のシェアを30%とすることとしているが、先発品から後発品の置き換えが十分に進んでいないことから、平成22年度においては、予定通り使用促進が進んでいれば達成されていた財政効果を勘案し、後発医薬品のある先発医薬品の薬価の引き下げを行った。



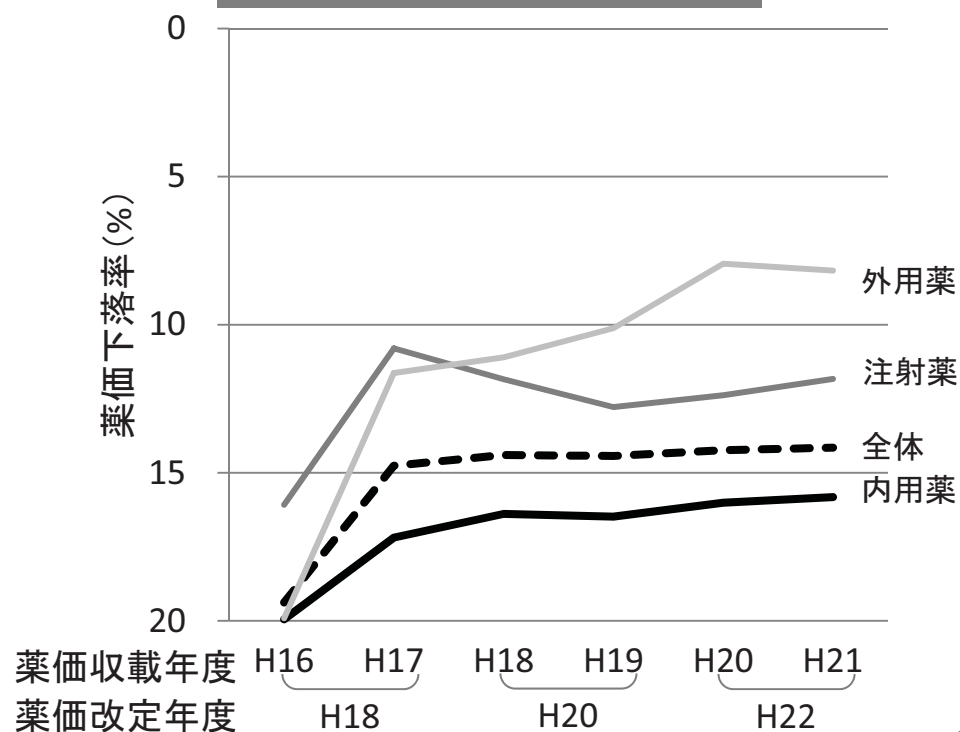
新規後発医薬品^(注)の初回改定時の薬価下落率について (最近の傾向)

平成23年10月19日
中医協薬価専門部会
資料1-5 抜粋

(注) 先発医薬品に対して初めて薬価収載された後発医薬品

- 新規後発医薬品の初回改定時における薬価下落率は、平成17年度薬価収載品以後、安定的に推移している
- 一方で、注射薬及び外用薬に比して、内用薬の初回改定時の薬価下落率は大きく、全体平均を2%程度上回っている

薬価下落率の推移



過去の薬価下落率の平均

平成16～21年度薬価収載分

全体	15.10% (14.42%)
内用薬	17.04% (16.41%)
注射薬	12.24% (11.90%)
外用薬	10.94% (10.53%)

※ ()内: 薬価下落率の大きい平成16年度分は除く

集計対象: いわゆる現行の0.7掛けルールとなった平成16年度以降の新規後発医薬品

集計方法: ① 同一の規格に含まれる新規後発医薬品の薬価下落率の加重平均値を規格毎に算出

② ①で算出した規格毎の加重平均値を用いて、全体、内用薬毎、注射薬毎及び外用薬毎並びに年度毎に集計

レセプト審査の質の向上・業務の効率化について

「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理（全体像）

平成22年12月 厚生労働省保険局

○ 審査支払機関の在り方について、有識者による「審査支払機関の在り方に関する検討会」（22年4月～）において、審査の質の向上、業務の効率化、組織の在り方等について議論。11回にわたって議論を重ね、一巡したことから、これまでの議論を中間的に整理。

＜前提＞ ○患者の個性・地域の医療体制等の尊重 ○国民が受ける医療に違いが生じない共通の判断基準 ○迅速で効率的な審査支払い

目指すべき姿

審査の判断基準の統一化

○審査基準の明確化、公表

審査の標準化

○基準のあてはめ、幅の収束化におけるITの活用

レセプトの電子化に対応した制度、システム

○レセプトデータの活用
○審査におけるITの活用
○審査や健診情報へのフィードバック

審査機能の強化

○医療の高度化・専門化への対応
○審査におけるITの活用

効率的な制度、システム

○業務運営の効率化、集約化、共同処理
○手数料・コストの引下げ
○支払いの早期化

審査の質の向上

- 審査の均一性の確保のための取組の推進
 - ・支払基金と国保連で審査の判断基準の統一化のための定期的な連絡協議会の開催（22年度～）
 - ・支払基金で支部間の専門医による審査照会のネットワークの構築、本部に専門分野別ワーキンググループの編成（22年6月）
 - ・審査の透明化や請求誤り防止のため、審査の判断基準や審査データの公表の推進
- 審査における判断基準の違いを縮小するためのITの活用
 - ・電子レセプトの審査履歴の記録システムの導入（22年7月～）
 - ・審査実績の分析評価、標準化への活用（23年4月～）
 - ・電子化に対応した審査補助職員の事務能力の向上（研修の充実等）
- 特別審査の対象レセプトの範囲の拡大、専門診療科に属するレセプトの審査の集約化、上級の審査組織が一定回数以降の再審査を行う仕組みの導入（24年度以降～）
- 支払基金の調剤レセプトの審査機能の強化、審査委員会への薬剤師の配置（23年度～）

審査・支払業務の効率化

- コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ（23年度も更に引下げ）
 - ・支払基金では27年度の水準を22年度と比較して約11%引き下げる目標（22年9月に提示）
- 業務効率化、保有資産の整理合理化
 - ・支払基金の給与水準の引下げ、資金管理業務の本部への集約化等（23年度～）
 - ・47国保連の審査支払の共通基盤システムの構築（23年5月）
- システムの共同開発・共同利用の一層の推進、支払いの早期化（23年度）

統合、競争促進の観点からの組織の在り方

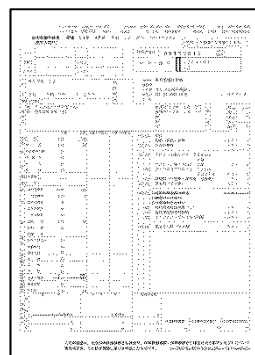
- 組織の在り方について、定量的な検証や効果・留意点を含め、統合と競争の観点から引き続き検討。
- 保険者が支払基金と国保連の相互に審査の委託が可能な環境整備（22年内目途に通知発出）
- 保険者の直接審査の推進
 - ・調剤レセプトの直接審査の対象薬局の追加手続きの簡素化（22年10月通知改正）
 - ・医科・歯科レセプトの直接審査の紛争処理ルール整備（22年度中通知改正）

審査支払機関におけるレセプト審査の効率化

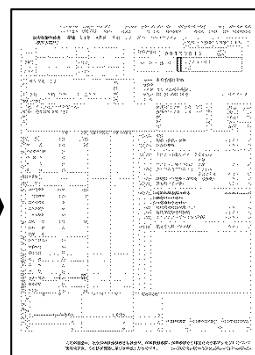
レセプトの電子化の進捗により、従来、紙レセプトでは物理的に困難であった過去と現在のレセプトの照合や異なるレセプト間の照合による審査、いわゆる縦覧・突合審査が行えるようになる。

昨年の『「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理』において、23年度から支払基金と国保連において実施することとしていたが、震災等の影響により未実施の状況。現在、改めて導入に向けて検討を行っている。

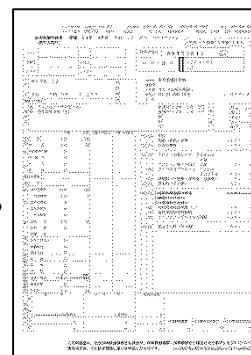
○縦覧審査の例



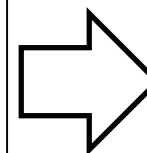
2ヶ月前のレセプト



1ヶ月前のレセプト



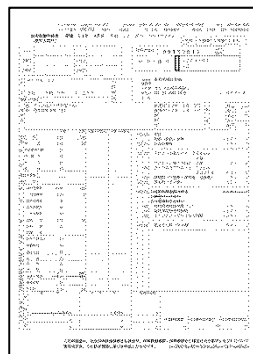
今月のレセプト



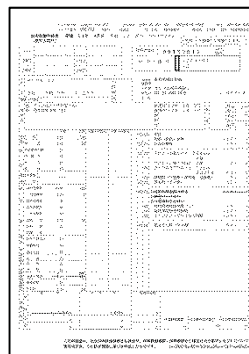
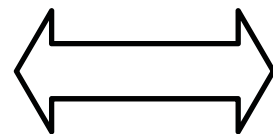
診療項目	当月	1月前	2月前
×××	○	—	—

例えば、3ヶ月に1回しか請求ができない診療行為について、過去の月の請求実績とのチェックを行う。

○突合審査の例



医科レセプト



調剤レセプト

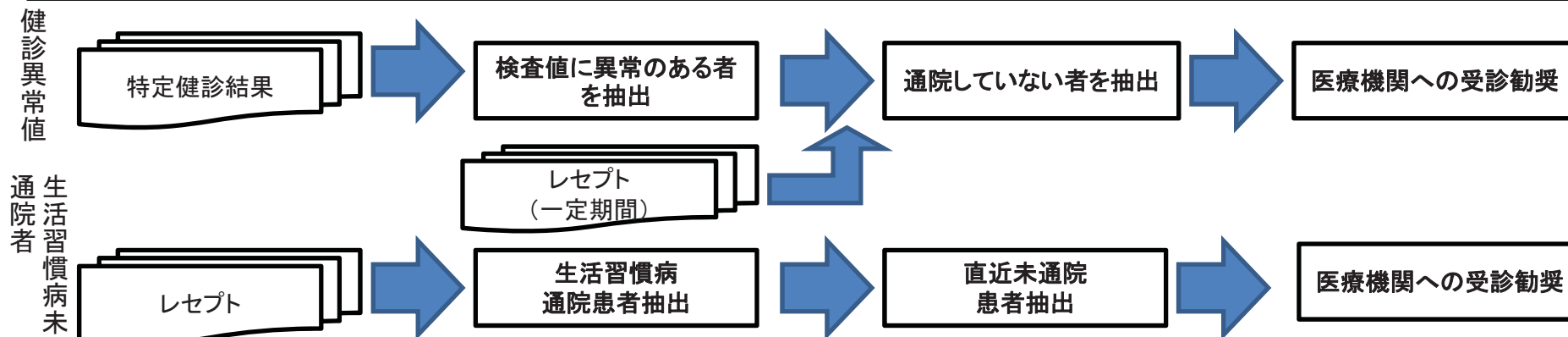
例えば、医科レセプトと調剤レセプトを突き合わせて、医科レセプトの傷病名と調剤レセプトに処方されている医薬品の適応傷病名をコンピュータ上で照合。

保険者による電子レセプトの保健事業への活用例①

- 電子レセプトを活用することにより、保険者が行う様々な保健事業の対象となる被保険者を抽出することが、紙レセプトよりも容易となる。今後、保険者が医療機関等の関係者と連携した上で、重症化予防等の保健事業により積極的に関与していくことが求められる。

受診勧奨

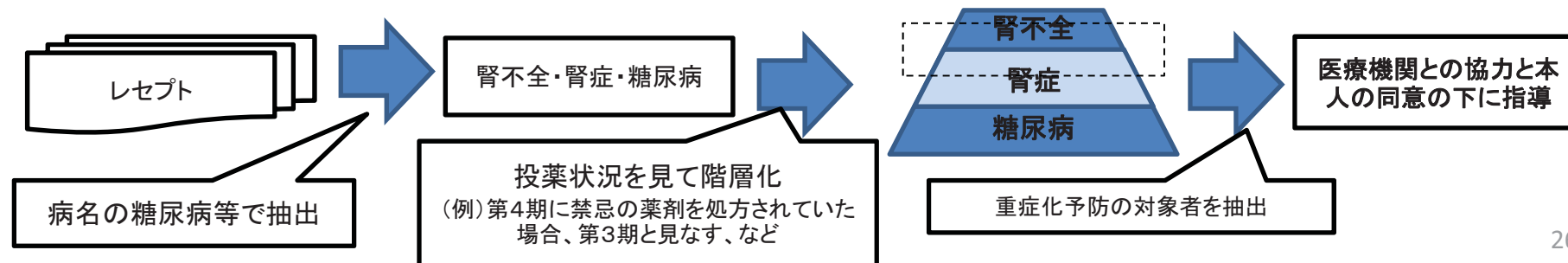
保険者において、健診で異常値を出しているにも関わらず通院していない者や生活習慣病通院患者で最近通院をしていない者を抽出し、受診勧奨を行う。



重症化予防

保険者において、レセプトから対象病名の患者を抽出し、投薬状況などから一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、必要な場合に指導を行う。

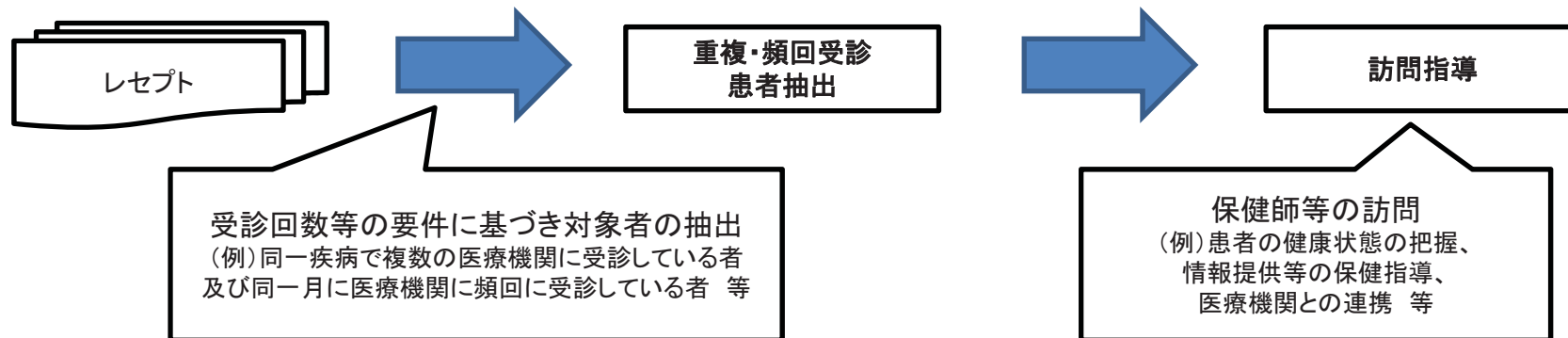
※ 抽出の方法や指導のあり方については関係者間で十分な協議が必要。



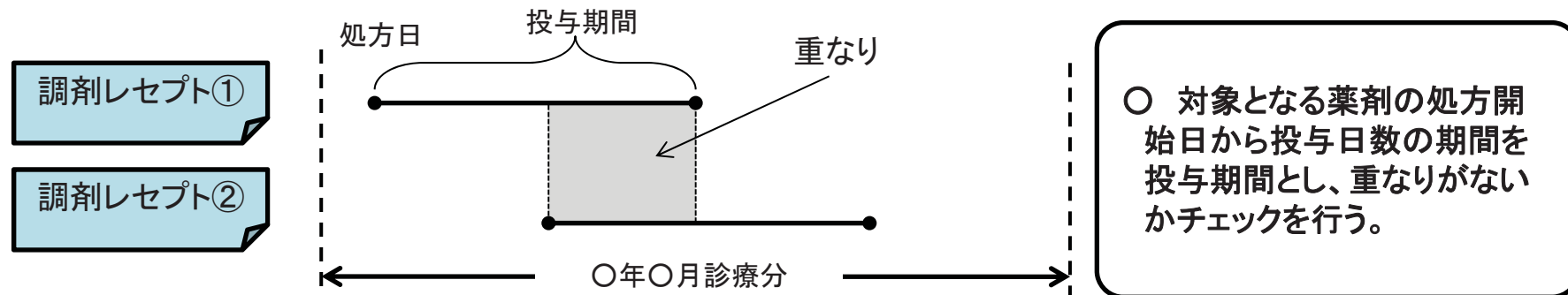
保険者による電子レセプトの保健事業への活用例②

重複・頻回受診者への訪問指導

- 電子レセプトを活用し、被保険者の受診状況をチェックする保険者の取り組みが行われており、電子レセプトで把握した受診状況を踏まえ、医療機関、保険者等の関係者間で連携した上で、訪問指導などを行うことにより、適正な受診の指導を行う。



調剤レセプトの場合(例)



審査手数料の更なる引き下げ

「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理においては、審査手数料について以下のような方針が示されている。

○コスト削減に対応した審査手数料の更なる引下げ

＜支払基金＞

・審査手数料の引下げ: 平成27年度の水準を平成22年度と比較して約11%引き下げ(90.24円→80円)、平成9年度と比較して約25%引き下げ(107.29円→80円)を目指す。【22年9月に新サービス向上計画案で提示】

＜国保連＞

・審査手数料は毎年引き下げており、今後とも努力(平成10年度84.82円から平成20年度68.05円へ16.77円の引き下げ)

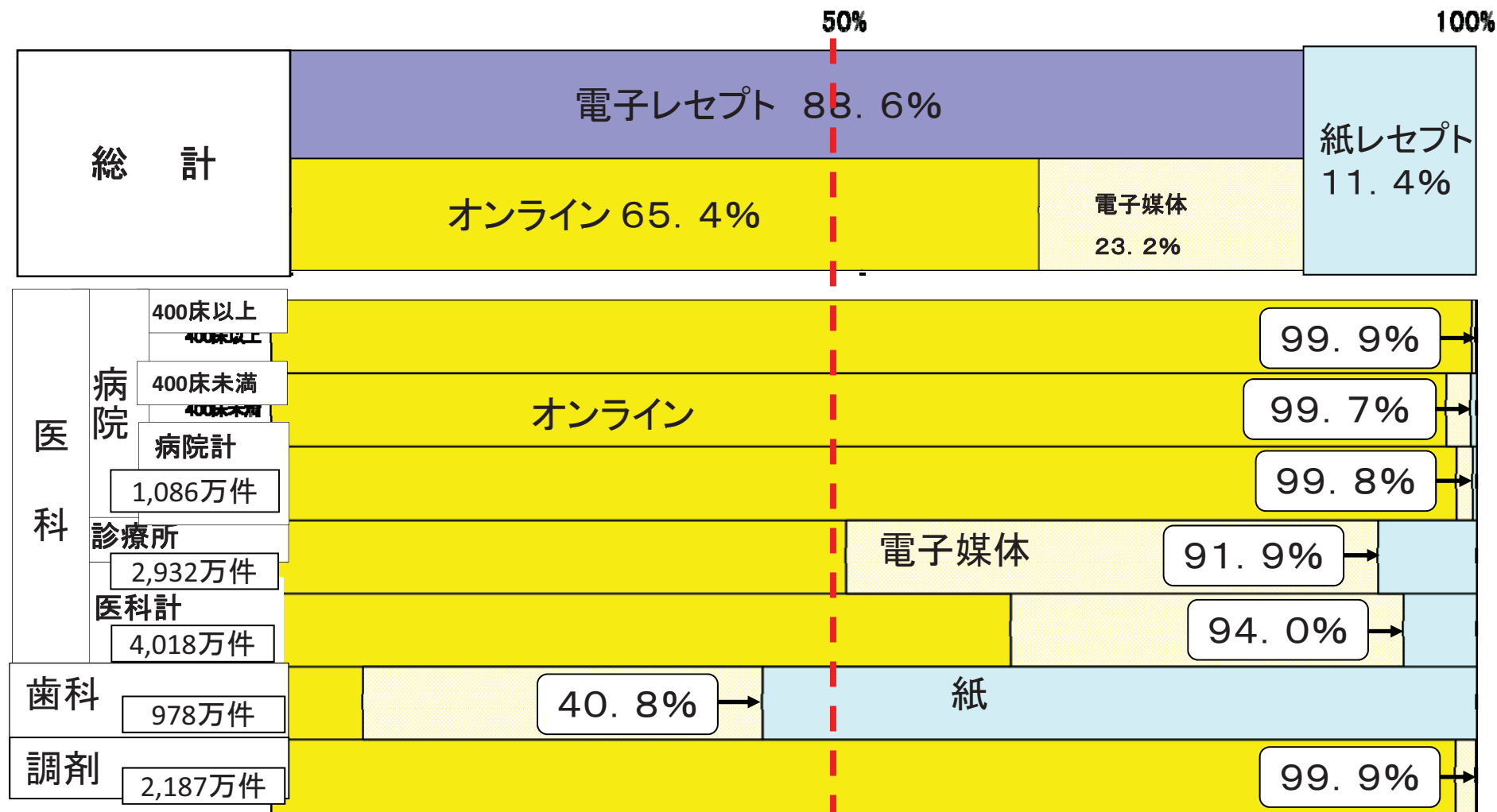
・全国決済手数料(111.6円)の引下げの検討。【23年度～】

(参考) 社会保険診療報酬支払基金事務費単価の推移

年 度		15	16	17	18	19	20	21	22	23
区 分		15	16	17	18	19	20	21	22	23
事 務 費 単 価 (税込)	審査支払分	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭
	電子媒体請求促進分	—	—	—	—	113円20銭	112円20銭	110円20銭	108円20銭	108円20銭
	オンライン請求促進分	—	—	—	—	—	112円00銭	108円50銭	104円00銭	101円40銭
	調剤分	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭
	電子媒体請求促進分	—	—	—	—	56円20銭	55円20銭	53円20銭	51円20銭	51円20銭
	オンライン請求促進分	—	—	—	—	—	55円00銭	51円50銭	47円00銭	44円40銭
	審査のみ分	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭
	平均手数料	99円89銭	98円32銭	98円93銭	97円70銭	97円29銭	97円08銭	94円65銭	90円24銭	85円50銭

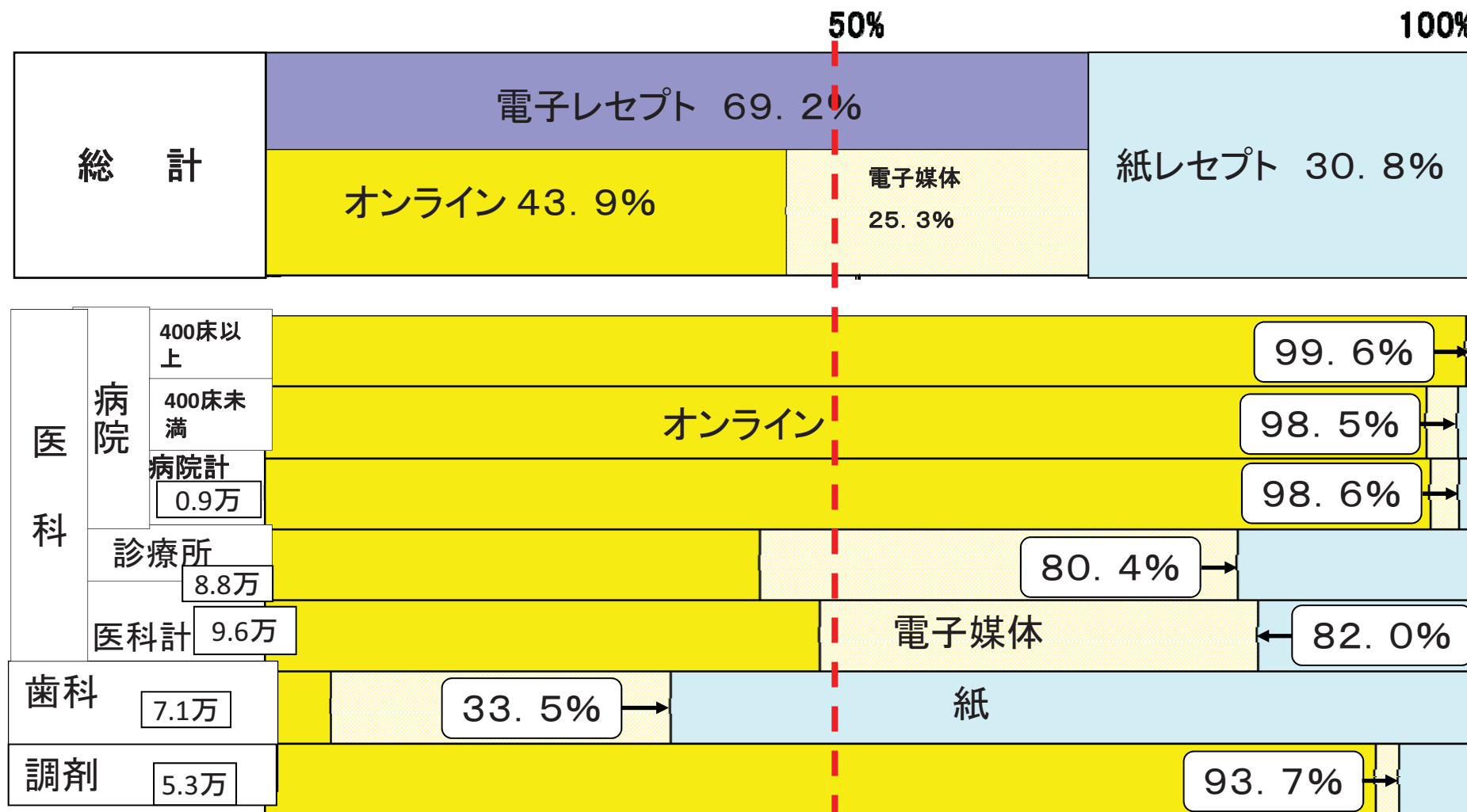
電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成23年9月請求分】

普及率



電子レセプト請求普及状況（施設数ベース）【平成23年9月請求分】

普及率

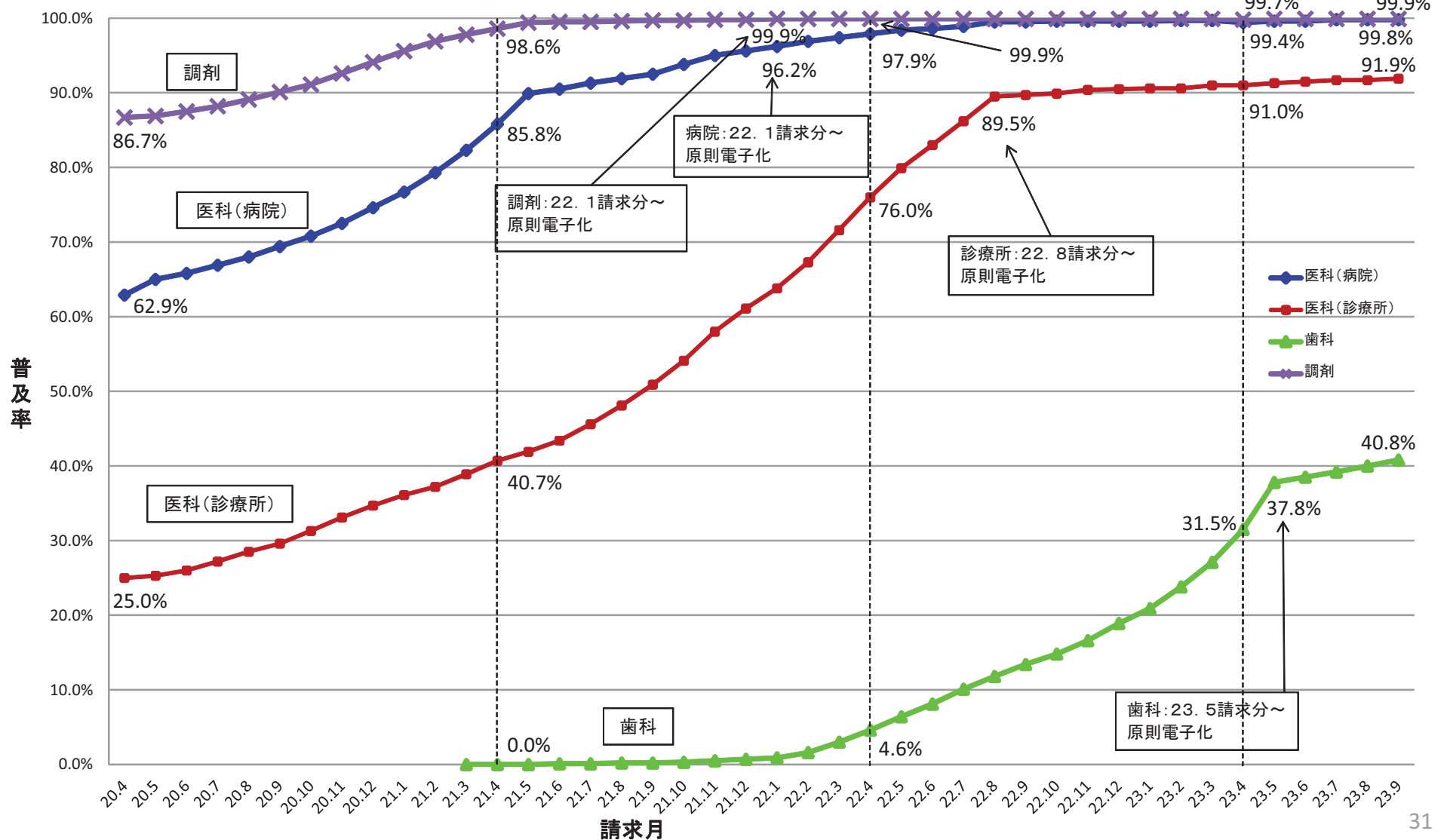


社会保険診療報酬支払基金調べ

レセプト電子化の推移

○本年4月に歯科医療機関が原則電子化の期限を迎えたことにより、電子化の免除・猶予要件に該当する医療機関以外は、電子レセプトによる請求に移行。今後も、電子レセプトに対応しないレセコンのリース期間中により電子化が猶予されている医療機関が順次電子レセプトへ移行する見込み。

医療機関のレセプト電子化の推移（レセプト件数ベース）



柔道整復療養費等の見直しについて

療養費について

柔道整復療養費は、最近、国民医療費の伸びを上回る勢いで増加しており、平成21年度の推計で約4,000億円程度となっており、内容としては捻挫が7割超を占めている。また、就業している柔道整復師数についても、平成12年度以降増加している。

柔道整復等に係る療養費の推移(推計)

(金額：億円)

区 分	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度
国民医療費	321,111	331,289	331,276	341,360	348,084	360,067
対前年度伸び率	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%
柔道整復	3,370	3,493	3,630	3,749	3,933	4,023
対前年度伸び率		3.6%	3.9%	3.3%	4.9%	2.3%
はり・きゅう	162	191	221	236	267	293
対前年度伸び率		17.9%	15.7%	6.8%	13.1%	9.7%
あん摩・マッサージ・指圧	215	250	294	309	374	459
対前年度伸び率		16.3%	17.6%	5.1%	21.0%	22.7%

(注1) 医療課とりまとめの推計

(注2) 柔道整復、はり・きゅう、マッサージ別の療養費の算出について

・全国健康保険協会管掌健康保険(平成20年9月以前は政府管掌健康保険)、健康保険組合、船員保険、日雇特例被保険者、共済組合、については推計値を、国民健康保険、後期高齢者医療制度については実績値を使用。

なお、平成19年度以前の健康保険組合及び国民健康保険については、柔道整復、はり・きゅう、マッサージ別の統計が無い
ため、健康保険組合については、療養費総額の実績値に政府管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計、国民健康
保険については、療養費総額の実績値に標本調査に得られた国民健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じて推計

・船員保険、共済組合については、柔道整復、はり・きゅう、マッサージ別の統計が無い
ため、それぞれの療養費総額の実績値に全国健康保険協会管掌健康保険の柔道整復等の各々の割合を乗じ推計

(参考)柔道整復療養費の負傷種類別支給額割合(平成22年10月サンプル調査)

骨折及び脱臼	0.5%
打撲	29.2%
捻挫	70.3%

(参考)就業柔道整復師等の年次推移

各年末現在

	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
柔道整復師	30,830	32,483	35,077	38,693	43,946	50,428
はり師	71,551	73,967	76,643	81,361	86,208	92,421
きゅう師	70,146	72,307	75,100	79,932	84,629	90,664
あん摩マッサージ指圧師	96,788	97,313	98,148	101,039	101,913	104,663

(注1) 平成22年は東日本大震災の影響により、宮城県を除いて集計した数値である。

(参考)柔道整復等を行う施術所数の年次推移

各年末現在

	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
柔道整復の施術所	24,500	25,975	27,771	30,787	34,839	37,997
はり及びきゅうを行う施術所	14,216	14,008	14,993	17,794	19,451	21,065
あん摩、マッサージ及び指圧を行う施術所	21,272	20,772	20,532	21,822	21,092	19,983
あん摩、マッサージ及び指圧、はり並びにきゅうを行う施術所	32,024	32,722	33,601	34,517	35,808	36,251
その他の施術所	2,884	2,948	3,187	3,219	2,892	2,693

(注1) 平成22年は東日本大震災の影響により、宮城県を除いて集計した数値である。

柔道整復療養費の医療保険上の取扱い

柔道整復療養費については、過去、整形外科を担う医師が少なかったことなどを勘案し、「急性又は亜急性の外傷性の骨折、脱臼、打撲及び捻挫に対する施術」の場合に、一定の要件の下で医療保険から療養費が支給されることとなっている。

また、その支給の際には、療養費の請求・受領を患者が施術者に委任する、いわゆる受療委任払いにより、患者は窓口で一部負担金相当を支払う現物給付が行われている。

○「柔道整復施術療養費にかかる取扱いについて」(保医発第0519001号 平成21年 5月19日)
(抜粋)

柔道整復施術療養費については、かつて整形外科を担う医師が少なかったこと、柔道整復師は脱臼又は骨折に対する応急手当をすることがあり、その場合には柔道整復師法第17条により医師の同意を要しないこととされていること等を踏まえ、被保険者が施術に係る費用の負担を心配することなく、傷病に対する手当等を迅速に利用することを可能とする観点から、例外的に受療委任払いの実施が認められているところである。

そのため、「急性又は亜急性の外傷性の骨折、脱臼、打撲及び捻挫に対する施術」については、

- ① 健康保険法第87条第1項により、「保険者が療養の給付等を行うことが困難であると認めるとき」に該当する場合のほか、
- ② ①に該当しない場合であっても、同項の「保険者がやむを得ないものと認めるとき」に該当するもの

として療養費が支給されるものであり、また、支払の方法については、受療委任払いの実施により被保険者が窓口で一部負担金相当を支払うことで、療養の給付と同じように現物給付が行われているところである。

柔道整復療養費等の見直し

○平成21年11月 行政刷新会議の指摘

- ・ 柔道整復療養費は国民医療費の伸びを上回る勢いで増加。
- ・ 部位別請求の地域差が大きい。→ 他部位請求の適正化など給付の適正化が必要。



○平成22年療養費改定における対応(±0%、医科外来の改定率0.31%)

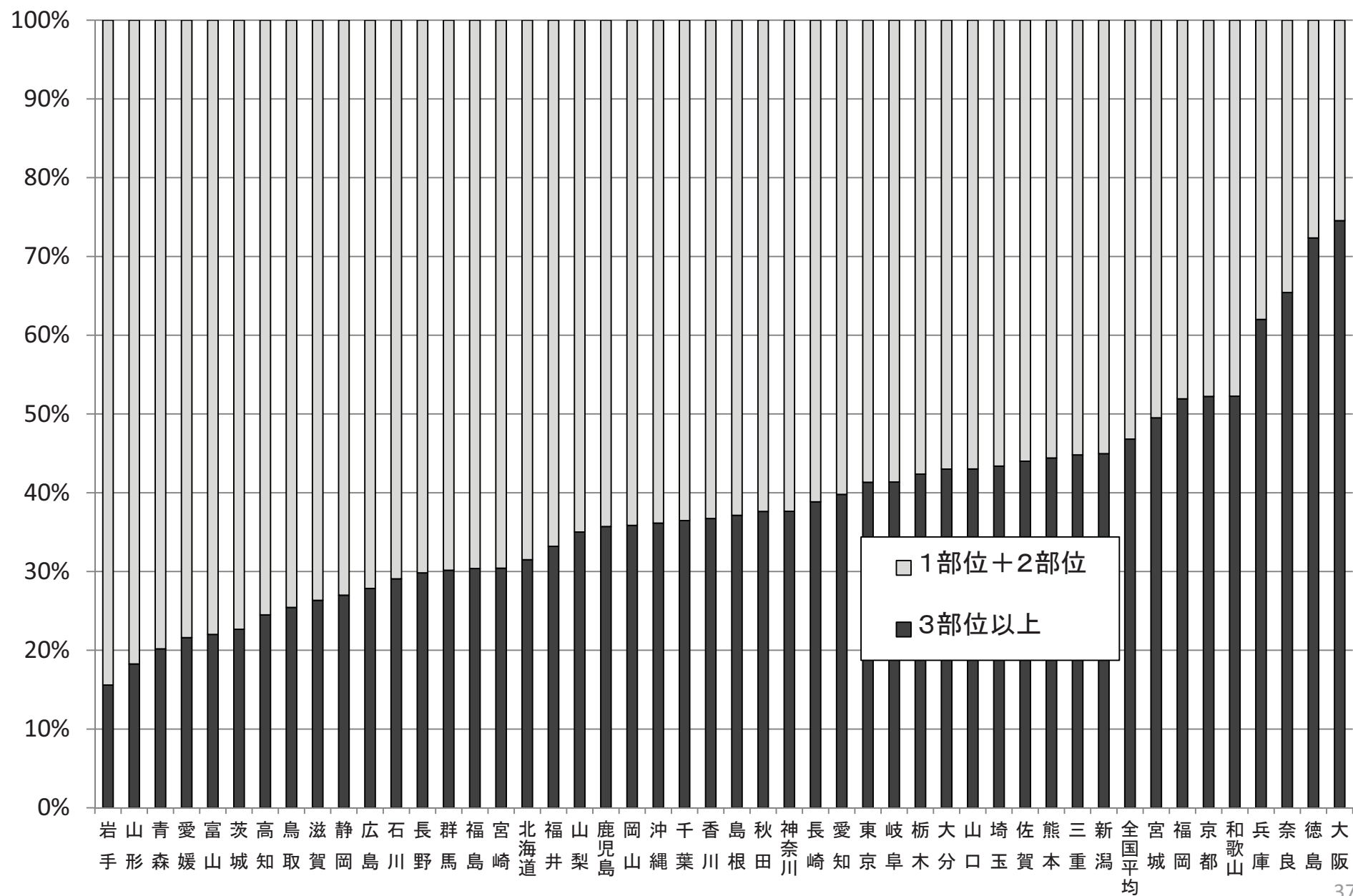
① 他部位請求の適正化

- 4部位目の給付率の見直し(33%→0%)
- 3部位目の給付率の見直し(80%→70%)

② その他の適正化事項

- ・ 領収書の無料発行を義務付け
- ・ 明細書については希望する者に発行を義務付け
- ・ 骨折・脱臼の医師の同意を施術録のみならずレセプトにも記載。
- ・ レセプトに施術日を記載。
- ・ 不正等があった場合に施術所の管理者だけでなく開設者の責任も問えるようにする。
- ・ 申請書様式の統一(経過措置あり、平成23年7月施術分より完全実施)

柔道整復療養費 都道府県別の請求部位数の分布（平成22年度）



(参考)平成21年度決算検査報告(抜粋)(22年11月5日)

柔道整復師の施術に係る療養費の支給について(厚生労働大臣あて)

(中略)

3 本院が表示する意見

厚生労働省において、柔道整復療養費の支給を適正なものとするよう、次のとおり意見を表示する。

ア 柔道整復療養費の支給対象となる負傷の範囲を例示するなどして、算定基準等がより明確になるよう検討を行うとともに、長期又は頻度が高い施術が必要な場合には、例えば、申請書にその理由を記載させるなどの方策を執ること

イ 保険者等及び柔整審査会に対して、点検及び審査に関する指針等を示すなどして、施術が療養上必要な範囲及び限度で行われているかに重点を置いた点検及び審査を行うよう指導するなどして体制を強化すること

ウ 保険者等に対して、内科的原因による疾患並びに単なる肩こり及び筋肉疲労に対する施術は柔道整復療養費の支給対象外であることを被保険者等に周知徹底するよう指導すること

柔道整復施術療養費に係る今後の取組み等

○ 柔道整復施術療養費についての取組状況

① 平成23年度実施予定

- ・ 審査の地域差を解消するため、算定基準の明確化(Q&Aの作成等)
- ・ 審査委員の欠格事由を明確化するなど、選定基準の見直し
- ・ 指導・監査マニュアルの作成等
- ・ 保険者との協力を得つつ、指導、監査において保険者の審査情報を活用する方策を検討
- ・ 適正受診のための保険者への協力要請

※平成23年3月3日医療課長事務連絡
により一部実施

- ・ 保険者において柔道整復施術療養費についても積極的に医療費通知を行う。
- ・ 保険者において、多部位、長期又は頻度が高い施術である申請書の患者等に対し、負傷部位や原因の調査等を実施し、患者等に対する指導等、適正受診の促進を図る。
- ・ 保険適用外の施術について、ポスター等を用いて被保険者等への周知徹底を図る。

※具体的内容は別途通知予定
(調査票、ポスターの例等)

- ・ 点検及び審査に関する指針を作成
- ・ 策定した指導・監査マニュアルを基に地方厚生局担当者の情報交換、ネットワークを推進

② 平成24年度予定

- ・ 長期的視点に立って柔道整復療養費のあり方を関係者間で議論する場を設定することを検討
- ・ 24年療養費改定

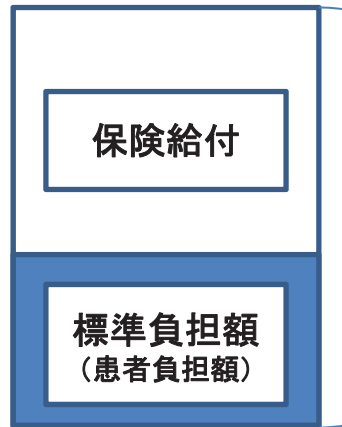
入院時の食費・居住費について

入院時の食費・居住費について

平成22年12月2日
医療保険部会 資料5-2

現行制度

保険給付
＝①基準額(食費・居住費の提供に必要な額)から、②標準負担額(患者が負担する額)を除いた額



基準額
(食費・居住費の提供に必要な額)

経緯

平成6年10月

食費に係る負担を導入(食材料費のみ)

※ 標準負担額については、600円(1日)→760円→780円
→260円(1食)に変遷

平成17年10月

介護保険法改正→介護保険施設の食費(食材料費+調理費(調理員の人件費))・居住費(光熱水費)を利用者負担

平成18年10月

療養病床に入院する65歳以上の方に、食材料費に加え、調理費及び居住費の負担を導入

※ 介護保険施設に入所している方とのバランス

※ 年金給付を受けている場合、基礎的な生活費の二重給付を解消する

標準負担額

区分	療養病床に入院する 65歳以上の方 (難病の患者などを除く)	左以外の方 (一般病床など)
一般の方	(食費) <u>1食460円</u> (居住費) <u>1日320円</u>	1食につき 260円
市町村民税非課税の 世帯に属する方等	(食費) 1食210円 (居住費) 1日320円	1食につき 210円
上記のうち、世帯全員 が一定の所得以下	(食費) 1食130円 (居住費) 1日320円	1食につき 100円

(参考)介護保険施設 に入所している方(多床室)	
一般の方の標準的な負担額	(食費) <u>1日1380円</u> (居住費) <u>1日320円</u>
年金80万円 超で市町村民 税非課税	(食費) 1日650円 (居住費) 1日320円
年金80万円 以下の者	(食費) 1日390円 (居住費) 1日320円
生活保護	(食費) 320円 (居住費) 0円

「事業仕分け」指摘事項に対する平成22年度の対応状況

平成22年12月2日
医療保険部会 資料5-2

入院中の食費・居住費のあり方について

評価結果 取りまとめコメント	評価結果・取りまとめコメントに対する対応状況	備考
【評価結果】 見直しを行う 【取りまとめコメント】 「エ. 入院時の食費・居住費の見直し」は12名であった。 【予算担当部局論点】 ・入院時の食費・居住費自体は圧縮した上で、若者や一般病床の患者にも公平な負担を求める →病気になるなくてもかかる経費であり、可能な限り、保険や患者への請求額自体を圧縮した上で、若者にも公平に負担していただくべきではないか。	平成22年度予算において、入院時の食費・居住費(光熱水費)に係る患者負担の見直しは行っていない。 【取りまとめコメントへの対応状況】 ○ 入院時の食費・居住費(光熱水費)の見直しについては、過去の事業仕分けの結果を踏まえ、社会保障審議会医療保険部会(平成21年11月25日、12月8日)において、食費・居住費(光熱水費)の引上げの範囲・対象者、引き上げ額をどうするか等について議論。 ○ これに対し、委員からは以下のような意見があった。 ・ 入院時の食事管理は治療の一環であり、通常の食事と単純に比較して患者負担を考えるべきではない。 ・ 居住費(光熱水費)の負担を患者に求めると、入院前の住居を維持したまま一般病棟に入院する方にとっては二重の負担となる。 ・ 患者負担を増加させる見直しには慎重な検討が必要。 ○ これを受け、平成22年度予算では、入院中の食費・居住費(光熱水費)の見直しは盛り込まないこととした。	※ 入院時の食費・居住費(光熱水費)の見直しを行うためには、健康保険法の改正が必要。 ※ <平成21年11月19日 参・厚労委における長妻厚生労働大臣答弁> 「行政刷新会議としての結論等を踏まえ、また、患者の方々の負担が増えることも考慮し、検討を行ってまいりたい」。

傷病手当金について

傷病手当金の見直しの検討状況について

- 健康保険の傷病手当金の見直しについては、協会けんぽからの要望等を踏まえ、昨年11月の医療保険部会で議論が行われ、以下について厚生労働省で検討することとされた。
 - (1) 支給上限額の設定
傷病手当金の目的が「生活保障」であることや給付の重点化等の観点から、一定の上限額を設定する（例えば、高額療養費の上位所得者（標準報酬月額53万円以上）を基準とする）。
 - (2) 標準報酬の平均額に基づく支給額の決定
直近の平均的な報酬実態をより反映させる等の観点から、支給請求前の一定期間における標準報酬の平均額に基づいて支給額を算定する。
- このため、現在の検討状況としては、
 - (1) 支給上限額の設定は、実施する方向で準備したい。なお、実施までの間に十分な周知期間の確保が必要である（健康保険法の改正が必要になる）。
 - (2) 標準報酬の平均に基づく支給額の決定は、実施に当たっての課題や事務負担が多いことから、引き続き、課題について検討したい。

(参考)平成22年11月15日の医療保険部会の主な意見

《支給額の上下限の設定について》

- 最高支給額の上限は引き下げるべき。
- 上下限を設けた場合、報酬比例で保険料を徴収していることとの整合性を法的に整理するとともに、国民に分かりやすく説明すべき。

《一定期間の標準報酬の平均額をもとに支給額を算定することについて》

- 不正請求の抑止策として効果が期待できる。
- 保険者に過度な事務負担が生じないようなものとすべきではないか。

《加入期間要件の設定について》

- 加入期間要件の設定は、期間要件を満たすまで仕事を続けることで病状が悪化するおそれがあり、避けるべき。

《医師や事業主への質問・調査権限に関する法律上の規定の明確化》

- 適正な調査を行うため、何らかのルールを設定することは有用。
- 調査権限については、法律上の根拠を置くことも含めて検討するべきではないか。

傷病手当金の見直しに関する考え方(案)について

平成22年11月15日
医療保険部会 資料4-1

協会けんぽからの要望（平成22年9月8日提出）	見直しの方向性（案）
① 支給限度額の設定 傷病手当金の支給最高額（月額81万円）は、社会保障としての性格や財源の制約を考慮すれば、極めて高い水準・過大な給付であることから、一定の上限額を設けるべきであり、併せて下限を設けてはどうか。	（１）医療保険財政が厳しい現状を踏まえ、また傷病手当金の目的が「生活保障」という観点から ・ 現在より低い支給上限額（※１）を設ける（※２） ・ 下限額については、現状の水準を維持することとしてはどうか。 その際、設定する支給上限額をどのように考えるか。（例えば、高額療養費の「上位所得者」を基準とする） （※１）健康保険における負担・給付の基準としては標準報酬月額が用いられていることから、手法としては支給基準となる最高等級を設定することが考えられる。 （※２）結果として、実際の報酬額と傷病手当金の逆転現象を少なくし、不正請求の抑制効果が考えられる。 （２）支給額の基準となる報酬額について、直近の平均的な報酬実態をより反映させる観点から、支給請求前の一定期間における報酬の平均額を基準に支給額を算定することをどう考えるか。 その際、以下の点について検討が必要ではないか。 ・ 高額な報酬を設定した直後の受給申請等の不正の防止に繋がり、また傷病のために報酬額が下がった者等について、過去の報酬額も含めた評価が可能となる一方、 ・ 最大１年６ヶ月の支給である傷病手当金について、報酬実態をより反映させるための事務負担をどう考えるか
② 加入期間要件の設定 社会保障における相互扶助の観点から、受給要件として最低限の加入期間要件を設けるべき。	○ 加入期間要件の設定については、期間を満たすために受診を控え仕事を継続した結果、病状の悪化を招くおそれがあることを考慮すべきではないか。
③ 医師や事業主への質問・調査権限に関する法律上の規定の明確化 審査の一環として保険者が行う事業主・医療機関等に対する質問・調査について、円滑な協力が得られるよう、法律上の位置付けを明確にするべき。	○ 保険者が行う質問・調査について、個人情報保護等との関係の中で、より適正かつ円滑に行われるよう、法律上可能な範囲やルール等をより明確にすることとしてはどうか。

（注１）傷病手当金の見直しに当たっては、共済組合や船員保険における取扱いについても検討する必要がある。

（注２）出産手当金については、これとは別途、内閣府の「子ども・子育て新システム検討会議」における検討課題に挙げられている。

（注３）給付を見直す場合には、実施までの間に十分な周知期間を確保する必要がある。

今後に向けた取組み

給付の重点化・制度運営の効率化に向けた今後の取り組み

○患者負担の見直し

高額療養費の改善の規模に応じた受診時定額負担、医薬品の患者負担の見直し、70～74歳の患者負担割合の見直し等の「社会保障・税一体改革成案」に盛り込まれた給付の見直しについては、議論を継続し、年内に考え方をとりまとめる。

○生活習慣病の予防

現在、開催している「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の議論も踏まえ、平成25年度からの第2期医療費適正化計画の期間におけるあり方を検討し、その更なる推進を図る。

○後発医薬品の更なる使用促進

市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合において、後発医薬品の差額通知に係る事業を行うための体制を整備を行うなど、更なる使用促進を図る。

○審査支払機関によるレセプト審査の質の向上・業務の効率化

『「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理』において決定した方針を着実に実施することにより、レセプト審査の質の向上と審査支払業務の効率化を図る。

○保険者による電子レセプトの保健事業への活用

保険者が被保険者に対して行う受診勧奨や重症化予防については、電子レセプトを活用することで対象者の抽出をより効率的に行うことができることから、関係者と連携した上でこうした取り組みを引き続き推進する。

○療養費の見直し

近年、柔道整復療養費等が国民医療費の伸びを上回って伸びてきたことも踏まえ、平成24年療養費改定において適切な評価を行う。また、関係者による検討会を立ち上げる等、中・長期的な視点に立って、柔道整復療養費のあり方を見直しを行う。

○現金給付(傷病手当金)の見直し

従来からの医療保険部会等の議論も踏まえ、今後所要の措置を講じる。

○国保組合の国庫補助の見直し

行政刷新会議等の議論も踏まえ、所得の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直しを行う。

高額療養費の見直しと受診時定額負担について

平成23年11月9日

厚生労働省保険局

高額療養費の見直しに関する基本的な考え方

《医療保険を取り巻く状況》

- 経済状況が悪化する中、医療費・拠出金の負担の増加により、医療保険者の財政状況は非常に厳しい。
- 医療の高度化や急速な高齢化、医療提供体制の機能強化等により、医療費は今後もGDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。
これを賄うための公費、保険料、自己負担の規模も増大。

市町村国保の平均保険料(税)(年間、介護分含む)
約8.0万円(H17年度)→約9.1万円(21年度。13%増)
協会けんぽの平均保険料率
8.2%(H21年度)→9.5%(23年度。16%増)
※直近の収支見通しでは24年度は10.2%の見込み

《セーフティネット機能》

- 高額療養費制度により、所得に応じた自己負担の上限を設定しており、実効給付率は継続的に上昇。高額療養費は、国民医療費の伸びを大きく上回って増加。
- 他方、高額療養費については、
 - ・ 高額な治療薬の長期服用により、医療費負担の重い患者が増加
 - ・ 一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、非課税世帯ではない中低所得層の負担が重く、また近年この層の人数が増加
という課題があり、機能強化が必要。

セーフティネット
機能の強化の規
模に応じて、給
付の重点化を併
せて実施

《受診時定額負担》

- 今後、保険料・公費・自己負担の規模が増大する中で、セーフティネット機能を強化(高額な医療費にかかる自己負担を軽減)するため、相対的に医療費の負担が小さい場合の負担のあり方を見直すなど、給付を重点化(改正により、患者負担の規模を変えるものではない)。

慢性骨髄性白血病の治療(グリベック錠を服用する場合)
医療費(年間) 約400~600万円

→ 70歳未満の一般所得者の場合、高額療養費により、現行は年間約64万円の自己負担

(参考) 外来(入院外)の受診回数(H22年3月平均)

後期高齢者医療	約3.7回(患者当たり)
国民健康保険	約2.7回(患者当たり)
協会けんぽ、健保組合	約2.1回(患者当たり)

医療の費用と財源構成の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に、公費の増大は著しい。

		2011年度	2015年度				2025年度			
			現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
			医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②
医療の費用（兆円）		39.1	44.6	44.1	45.2	44.7	60.4	60.9	61.2	61.6
対2011年度比		—	+14%	+13%	+15%	+14%	+55%	+56%	+57%	+58%
財源	保険料負担（兆円）	19.2	21.6	21.4	21.9	21.6	27.9	28.1	28.2	28.4
	対2011年度比	—	+12%	+11%	+14%	+13%	+45%	+46%	+47%	+48%
	公費負担（兆円）	14.1	16.7	16.5	16.8	16.7	24.5	24.7	24.8	25.0
	対2011年度比	—	+18%	+17%	+19%	+18%	+73%	+75%	+76%	+77%
	自己負担（兆円）	5.8	6.4	6.3	6.5	6.4	8.1	8.1	8.2	8.2
	対2011年度比	—	+11%	+10%	+12%	+11%	+40%	+41%	+42%	+43%
GDP（兆円）		483.8	510.9				607.4			
対2011年度比		—	+6%				+26%			
1人当たりの所要保険料額の見通し （2011年度を100として、制度改正を見込まない場合）	協会けんぽ	100	115	114	116	115	157	158	159	160
	健保組合	100	117	116	118	117	160	161	162	163
	市町村国保	100	112	111	113	112	162	163	164	165
	後期高齢者医療	100	115	113	116	115	163	164	165	166
賃金上昇率（2011年度を100とした場合）		100	107				139			
医療の費用に占める財源構成（同年度ではケースによる財源構成は同じ）	保険料	49.1%	48.4%				46.1%			
	公費	36.1%	37.3%				40.5%			
	自己負担	14.7%	14.3%				13.3%			

（注1）平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議資料で公表している将来推計のバックデータから作成。

（注2）「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）

（注3）「ケース①」は医療の伸び率（人口増減や高齢化除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合。「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合。

（注4）「1人当たり所要保険料の見通し」は積立金がなくなることで引き上げる保険料の変化分を含まない。

加入者一人当たりの患者負担・保険料負担等の比較（平成21年度平均）

- 高齢者は高額療養費の給付額(一人当たり)が高く、保険制度のセーフティネットも整備されている(70歳以上の一般の高齢者は定率負担が1割、高額療養費の自己負担の上限も低く設定されている)。
○ 現役世代は、自らの給付費以上(1.5～2.0倍程度)の保険料を負担し、保険料の4割以上を使って高齢者医療を支えている。

		加入者 1 人当たり（年間／万円）						
		医療費	給付費	高額療養費	患者負担	実効負担率	高齢者支援金・納付金	保険料負担（調定額）
医療保険（後期高齢者医療制度以外）	70歳未満	16.9	13.1	1.1	3.9	22.9%	－	－
	70歳以上	55.1	47.4	4.0	7.7	14.0%	－	－
	協会けんぽ	15.2	11.6	0.8	3.5	23.4%	8.3	17.1 （給付費の1.5倍）
	健保組合	13.3	10.3	0.6	3.0	22.6%	8.8	19.8 （給付費の1.9倍）
	共済	14.0	10.9	0.6	3.1	22.0%	10.0	22.0 （給付費の2.0倍）
	市町村国保	29.1	23.5	2.3	5.6	19.3%	▲4.7	8.3
後期高齢者医療制度		88.5	80.8	3.1	7.7	8.7%	▲ 3 4.7	6.4
	現役並み所得者	81.8	65.7	8.6	16.2	19.7%	－	－
	現役並み所得者以外	89.1	82.1	2.6	7.0	7.9%	－	－

(※1) 「加入者1人当たり」は、平成21年度平均ベースの加入者数を用いて算出。

(※2) 「医療費」は、医療保険の診療費、調剤、食事・生活療養、訪問看護、療養費等の合計。

(※3) 「保険料負担」は、平成21年度決算ベース（健保組合は決算見込み）の保険料収入額。

(※4) 「高齢者支援金・納付金」は、平成21年度決算ベースの後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、退職者給付拠出金の合計から後期高齢者交付金、前期高齢者交付金、療養給付費交付金の合計を差し引いたもの。

(※5) 医療保険70歳未満、70歳以上の高額療養費は、被用者は世帯合算分を医療費で按分した推計値、国保は協会けんぽの実効給付率を用いて按分した推計値である。

(※6) 公費補助分及び70歳～74歳の一般所得者の患者負担軽減分は患者負担に含まれている。

高額療養費の見直しについて

- 高額療養費の改善については、例えば、以下のような方法が考えられる。
 - ① 非課税世帯ではない中低所得者の自己負担を軽減する方法として、例えば、現在の一般所得者の区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定してはどうか。
 - ② 自己負担限度額が月単位のため、年間医療費が同じでも高額療養費が支給されない場合や長期にわたって負担が重い場合があるので、自己負担限度額に年間の上限額を設けてはどうか。
- 現行制度は、財政力に応じて制度ごとの公費負担が異なり、75歳未満は職域・地域単位で縦割りとなっている。

高額療養費の改善（給付増）は、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に大きな影響があり、個別制度ベースで財政中立とする必要がある。

高額療養費の見直しのイメージ（案）

一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模（※）の見直しを想定したもの（一般所得者の区分の細分化と年間上限額の設定）であり、低所得者の軽減の規模によって内容は変わる。

（※）一体改革成案の工程表では、「受診時定額負担等（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、公費1300億円）ただし、低所得者に配慮」としている。

〔現行〕

〔見直しのイメージ案〕

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,400円
+（医療費－500,000）×1%

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,000円 年間上限：996,000円（※1）

（※1）83,000円×12月

《一般所得者》

当初3ヶ月：80,100円
+（医療費－267,000）×1%

4月目～：44,400円

《年収600万円以上（一般所得者）》

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円（※5）

《年収300万円～600万円（一般所得者）》

当初3ヶ月：62,000円（※4） 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円（※5）

《年収300万円以下（一般所得者）》

当初3ヶ月：44,000円（※2） 4月目～：35,000円（※3） 年間上限：378,000円（※6）

（※2）現行の4月目以降とほぼ同じ額 （※3）低所得者の当初3カ月とほぼ同じ額

（※4）年収600万円以上と300万円以下の中間の額 （※5）44,000円×12月×95% （※6）35,000円×12月×90%

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,400円 4月目～：24,600円

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,000円 4月目～：24,000円 年間上限：259,000円（※7）

（※7）24,000円×12月×90%

70歳未満

[現行]

《現役並み所得者》

当初3ヶ月：80,100円 4月目～：44,400円
 + (医療費 - 267,000) × 1%

【外来：44,400円】

[見直しのイメージ案]

《現役並み所得者（年収600万円以上）》 ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

《現役並み所得者（年収600万円以下）》 ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：62,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

《一般所得者》

44,400円 (※8) 【外来12,000円】 (※9)

(※8) 2割負担では62,100円

(※9) 2割負担では24,600円

《一般所得者》 ※70歳未満の年収300万円以下と平仄とった

当初3ヶ月：44,000円 4月目～：35,000円 年間上限：378,000円

【外来：12,000円】 (※10)

(※10) 2割負担では24,000円

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,600円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,000円 【外来：7,500円】 年間上限：259,000円 (※11)

(※11) 24,000円 × 12月 × 90%

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：7,500円】 年間上限：162,000円 (※12)

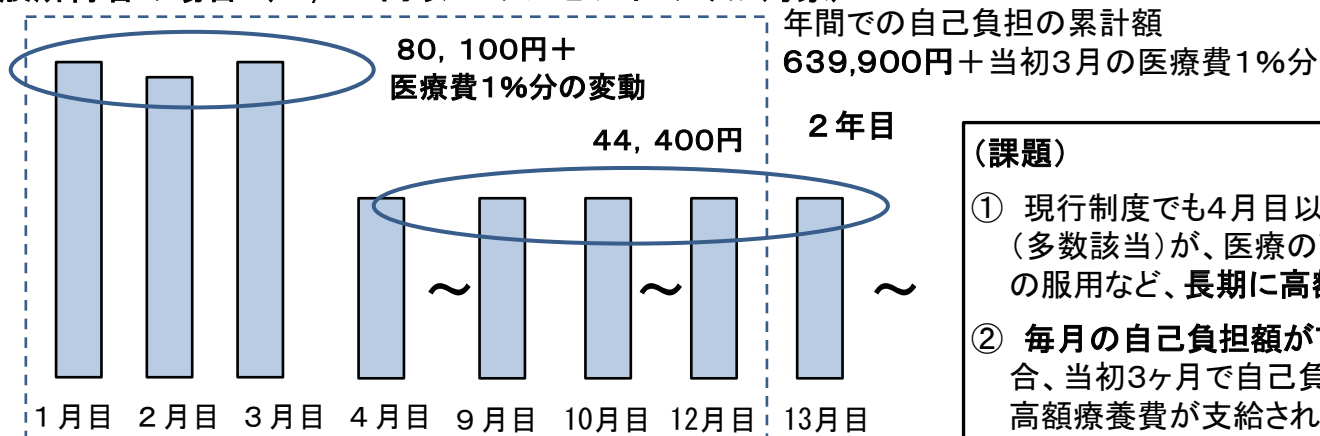
(※12) 15,000円 × 12月 × 90%

年間上限額の設定の考え方（案）

- 高額療養費が月単位で算定されるために支給されない場合がある問題を解消するとともに、長期に高額な医療にかかる患者の負担を軽減するため、多数該当の場合の自己負担限度額を基準として、年間での自己負担の上限額を設ける。
- その場合、年間で実際に負担した額の合計額が上限額を超えた場合に事後に償還する仕組みとする。

【現行の自己負担限度額】

一般所得者の場合（21,000円以上のレセプトのみが対象）



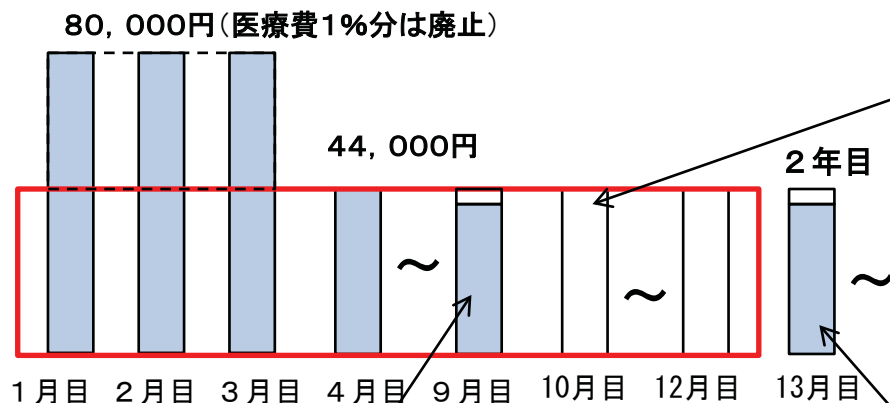
（課題）

- ① 現行制度でも4月目以降に自己負担の上限を軽減している（多数該当）が、医療の高度化等により、高額な薬剤の長期の服用など、長期に高額な負担がかかる患者が生じている。
- ② 毎月の自己負担額が7万円程度（年間で84万円程度）の場合、当初3ヶ月で自己負担限度額（80100円）に満たないため、高額療養費が支給されない。

【年間上限額を設定】

一般所得者（年収600万円以上）の場合（21,000円以上のレセプトのみが対象）

年間上限を $44,000円 \times 12カ月 \times 95\% = 50.1万円$ で設定



年間上限額を超える部分を事後に
支給された場合の実質的な負担水準

- ① 1年目に年間で9カ月以上、高額療養費に該当するケースでは、事後に年間上限を超える額が償還される（実質的な負担を軽減）。
（1年目に年間で9カ月該当する場合は、自己負担の合計は8万円×3カ月+4.4万円×6カ月=50.4万円であり、年間上限50.1万円に該当）
- ② 毎月の自己負担額が7万円程度（年間で84万円程度）の場合でも、高額療養費が支給される（実質的に4月目以降の軽減した自己負担と同程度の負担となる）。
- ③ 2年目以降も、12カ月間継続して該当する場合には、1月当たりの実質的な負担が44000円よりも軽減される。

高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しを想定。
- 国保は低所得者が多く財政影響が大きいため、財政中立とするためには、受診時定額負担に加えて、公費の拡充も必要。税制抜本改革と併せて国保の財政基盤の強化の中で、低所得者の高額療養費の財政支援を検討。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。

《高額療養費の見直し》

	給付費	保険料＋公費	保険料＋公費	
			保険料	公費
総計	約3600億円	約3600億円	約2500億円	約1200億円
協会けんぽ	約800億円	約1100億円	約900億円	約200億円
健保組合	約400億円	約700億円	約700億円	—
共済組合	約100億円	約200億円	約200億円	—
市町村国保	約1500億円	約1200億円	約500億円	約700億円
後期医療	約700億円	約300億円	約50億円	約300億円

- （注1）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、合計の数字が一致しない場合がある。
- （注2）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。
- （注3）70歳未満は、世帯合算の要件（自己負担が2万1千円以上のレセプトを合算対象）を変えない場合の試算。
- （注4）低所得者の多い国保に対する財政支援は上記試算に含まれておらず、別途検討する。

1年間で高額療養費を受給する人数の粗い推計（平成21年度ベース）

- 現在、1年間で高額療養費を受給する人数は、約670万人と推計される。
- 現在提示している高額療養費の見直しを行った場合、現在高額療養費を受給している670万人の負担が軽減されることに加え、新たに70万人が高額療養費を受給することになり、合計740万人の負担が軽減されると見込まれる。

	現行での受給者数 ①	見直した場合 ②	差 ②－①	加入者数 (年度平均)
全制度計	670万人 (5.3%)	740万人 (5.8%)	70万人	12,700万人
被用者保険	190万人 (2.5%)	220万人 (3.0%)	30万人	7,400万人
年収300～600万円（70歳未満）	80万人 (2.6%)	90万人 (3.0%)	10万人	3,100万人
年収300万円以下（70歳未満）	50万人 (2.6%)	70万人 (3.7%)	20万人	1,800万人
国民健康保険	240万人 (6.1%)	270万人 (6.7%)	30万人	4,000万人
年収300～600万円（70歳未満）	40万人 (4.6%)	50万人 (5.2%)	10万人	900万人
年収300万円以下（70歳未満）	60万人 (4.8%)	70万人 (6.4%)	20万人	1,200万人
後期高齢者	250万人 (18.2%)	250万人 (18.7%)	10万人	1,400万人

（注1）カッコ内の数値は、加入者に占める高額療養費受給対象者の割合。

（注2）自己負担の上限が1万円の長期疾病（透析、血友病、HIV）を除く。

（注3）被用者保険については和歌山県の協会けんぽ加入者、市町村国保については和歌山県の市町村国保加入者、後期高齢者については和歌山県の後期高齢者加入者における、高額療養費該当状況を基に推計したもの。

（注4）年収300万円以下は、高額療養費の自己負担限度額の区分において、一般所得に該当するものの中で年収300万円以下の者。

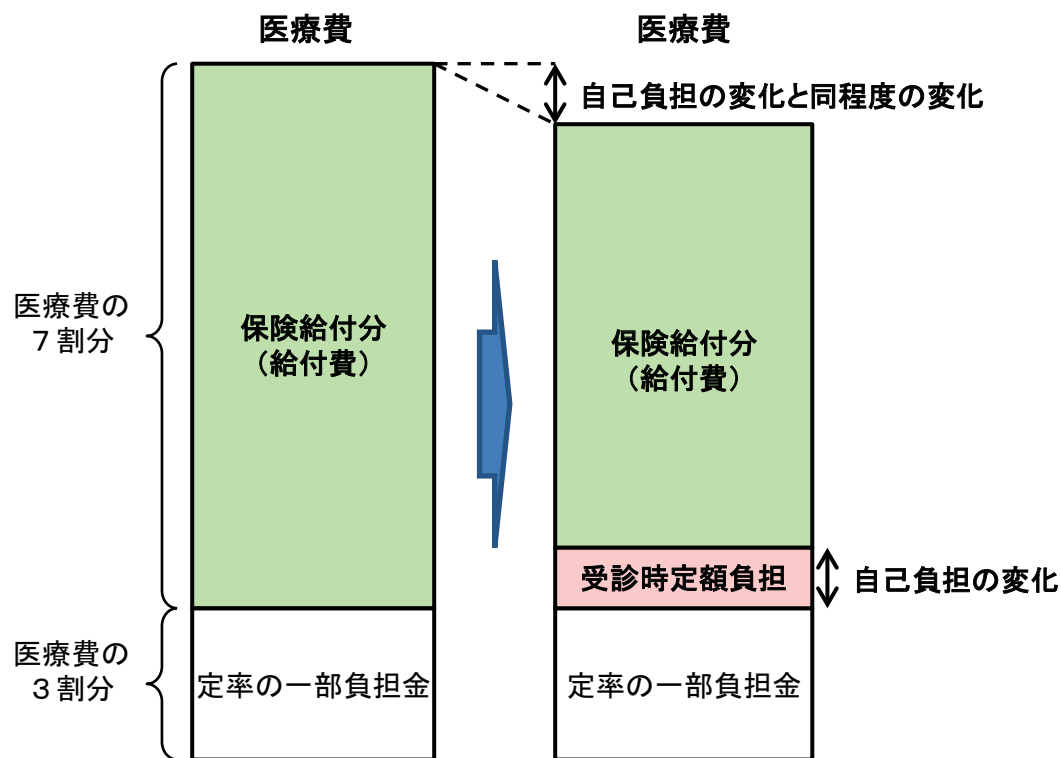
（注5）10万人単位で四捨五入している。

高額療養費の見直しと受診時定額負担による財政影響試算の考え方

- ① 高額療養費の見直しと受診時定額負担の財政影響の試算では、患者負担の見直しによる財政影響試算の従来の考え方を踏襲し、給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合、影響額はその半分程度となる。
- ② 高額療養費は、将来にわたって医療費の伸び以上に増加（平成20年度実績：1兆7千億円。毎年1千億円程度増）すると見込まれるため、受診時定額負担で確保される財源によって、制度改正時（年度）に単年度ベースで財政中立となっても、その翌年度以降には高額療養費の改善による給付費の伸びが上回ると見込まれる（保険者財政の中で負担することが必要）。

（注）受診時定額負担の財政影響は、平成21年度実績で推計している。

①受診時定額負担による財政影響の機械的な試算の方法

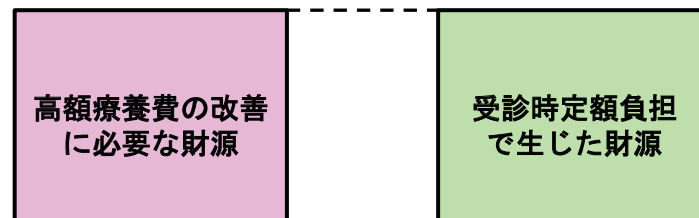


※制度改正時に、自己負担の変化額と同程度の額の医療費の変化が生じる。
→ 給付費ベースで、自己負担の変化額の2倍程度の財政影響が生じる試算。

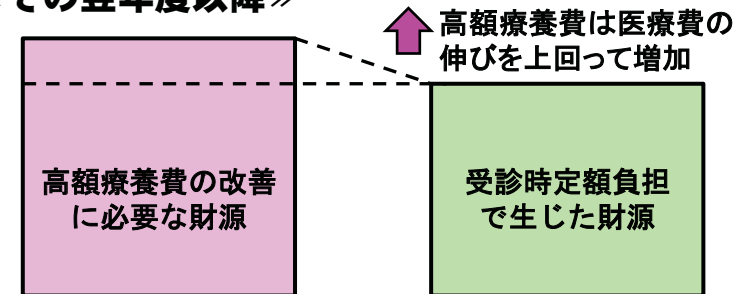
②高額療養費の見直しと受診時定額負担の関係

《制度改正時（年度）》

財政中立を確保（給付費や患者負担の規模は変えない）



《その翌年度以降》

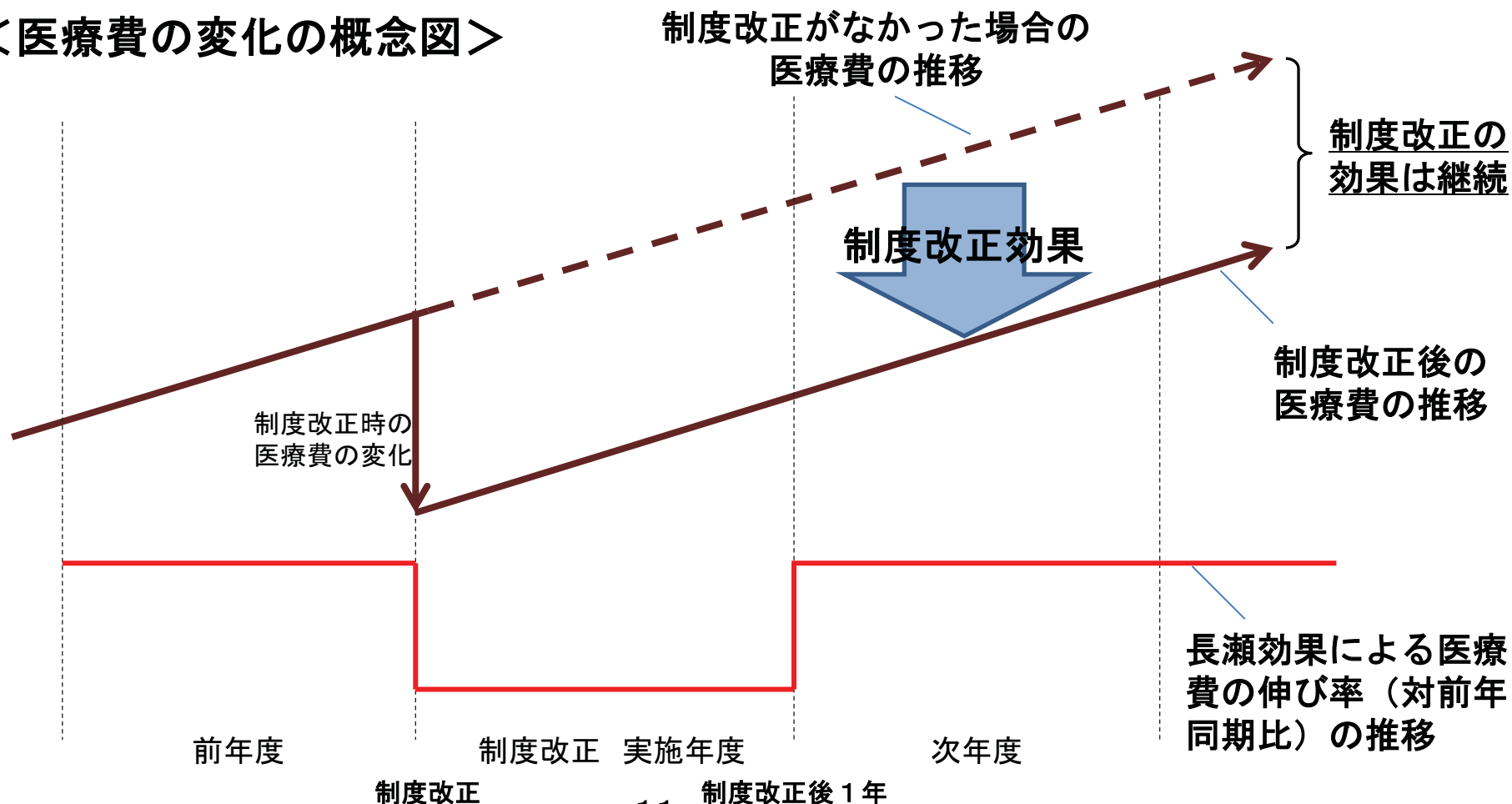


※制度改正時に、一時的に財政中立となるが、翌年度以降は高額療養費の改善の伸びの部分も、保険者財政の中で負担する必要。

「給付率」の変化による「医療費」の変化のイメージ (長瀬効果について)

- 制度的な給付率の変化に伴い、医療費水準が変化することが経験的に知られている。例えば、給付率が低下(=患者負担が増加)する制度改革が実施されると、受診行動が変化し受診日数(患者数)が減少する。(この効果を「長瀬効果」と呼んでいる)
- 医療費の伸び率(前年同期比)は、制度改革後1年間は低くなるが、1年を過ぎると伸び率(前年同期比)は制度改革前の水準に戻る。
- ただし、「戻る」のは伸び率であり、制度改革によって医療費が低下した効果は戻らない。

<医療費の変化の概念図>



初診・再診時の定額負担による受診行動の変化の粗い推計

- 制度的な給付率の変化に伴い、医療費水準が変化することが経験的に知られている。例えば、給付率が低下（＝患者負担が増加）する制度改正が行われると、受診行動が変化し受診日数（患者数）が減少する結果、医療費が減少する（この効果を「長瀬効果」と呼んでいる）。
- この医療費の水準の変化は、患者負担の変動額と同程度変化することが見込まれる。例えば、受診時に100円の定額負担を設定した場合、年間の受診日数が約20.6億日（医科・歯科計。平成21年度ベース）であるので、患者負担が約2,060億円増加し、医療費が約2,060億円減少することを見込んでいる。
この医療費の減少分を、「加入者1人当たりの受診日数」に置き換えた場合の変化を推計した。

＜初診・再診時の定額負担（※1、2）に伴う加入者1人当たり受診日数への影響＞

	[医科外来]		[歯科]			[医科外来]		[歯科]	
協会けんぽ	9.2日／年		2.82日／年			9.1日／年		2.78日／年	
健保組合	8.6日／年		2.74日／年			8.5日／年		2.69日／年	
市町村国保	13.9日／年		3.57日／年			13.8日／年		3.52日／年	
後期高齢者	34.2日／年		4.00日／年			33.9日／年		3.94日／年	

（※1）平成21年度の各制度の受診日数をもとに推計。

（※2）定額負担は、初診・再診時100円の場合（試算では、低所得者への軽減措置による影響は入れていない）。

（※3）試算では、長瀬効果による医療費の変化は、受診日数の変化により生じるものとし、1日当たり医療費は変化しないものと仮定して試算した。
この場合、医療費の減少率と加入者1人当たり受診日数の減少率は同じとなる。

（※4）高額療養費の改善による医療費の増加（長瀬効果）の影響は見込んでいない。

＜推計方法（数字は協会けんぽの例）＞

1. 外来の患者負担の増加額を算出

協会けんぽ： 3.2億日（医科入院外の受診延日数）× 100円 ＝ 320億円

2. 医療費の減少額は患者負担の増加額と概ね同じと見込み、外来医療費（調剤含む）の減少率を算出

協会けんぽ： 320億円 ÷ 3.1兆円（外来医療費）＝1.0％（減少率）

3. 1日当たり医療費の変化がないと仮定すると、加入者1人当たり受診日数の減少率は、外来医療費の減少率と同じとなる。

協会けんぽ： 9.2日／年（改正前の受診日数）×（100％－1.0％）＝ 9.1日／年（改正後の受診日数）

受診時定額負担の仕組みについて（案）

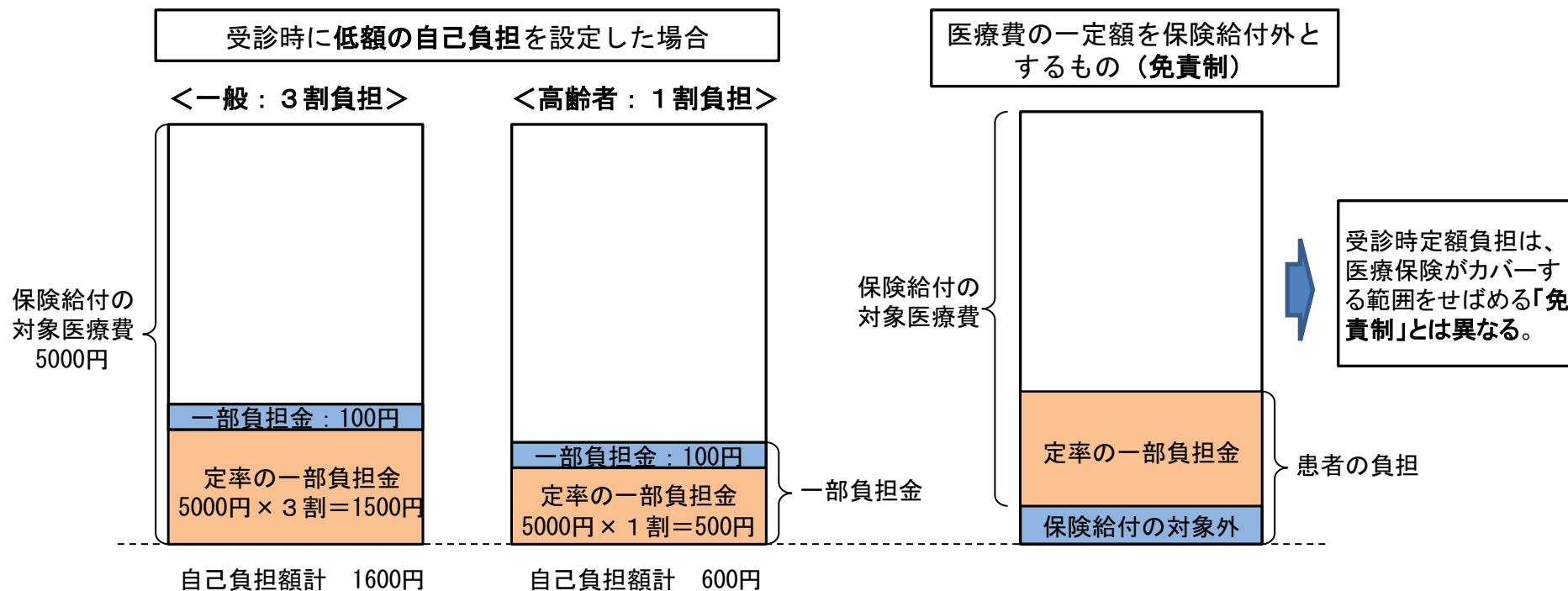
- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を考えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。

（参考）健康保険法等の一部を改正する法律（平成14年法律第102号）

附 則

第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

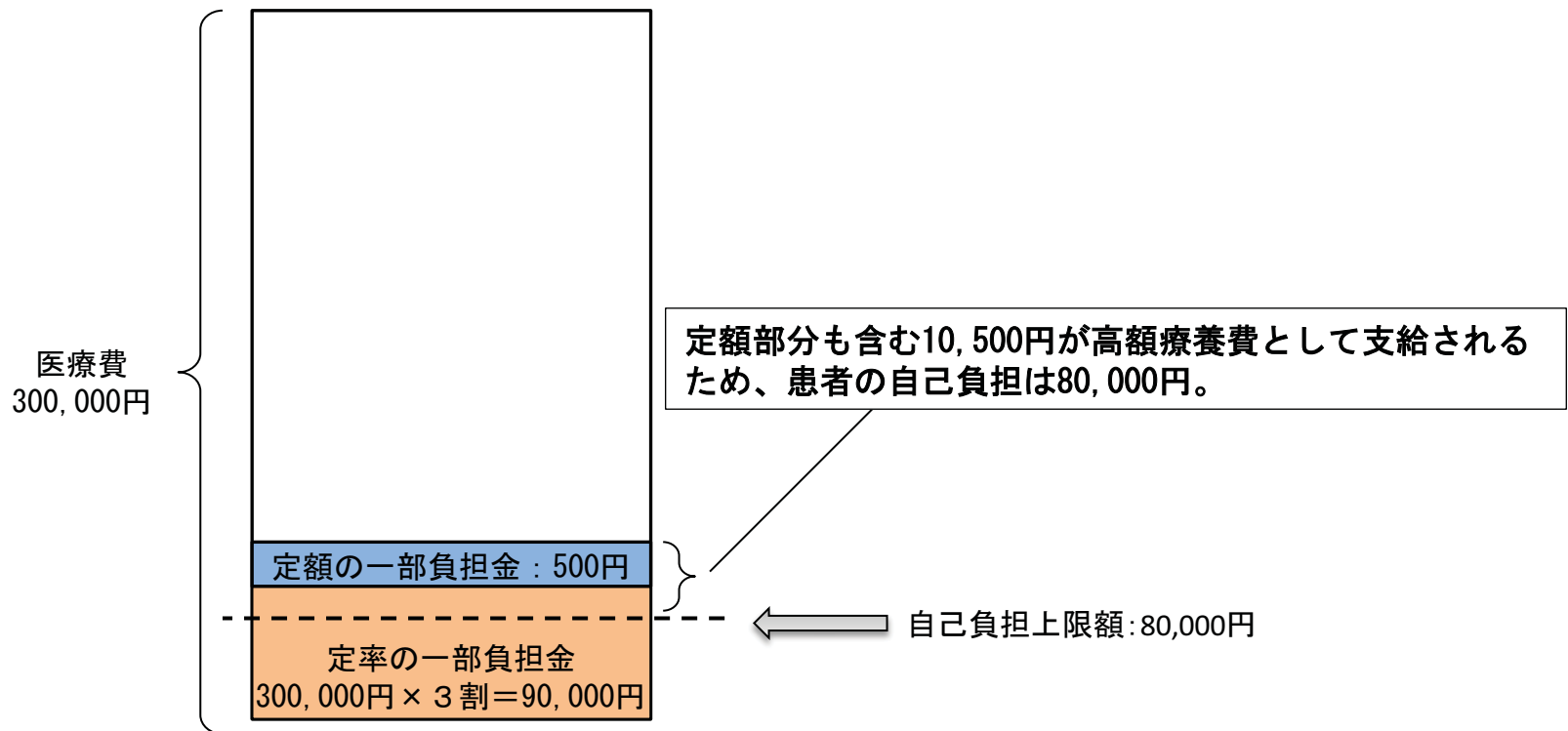
※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合（医療費5000円の例）



高額療養費と受診時定額負担の関係について①

- 受診時定額負担は、現行の定率負担分と同様に一部負担金として患者が医療機関の窓口で支払うものであるため、現行の定率負担分と同様に高額療養費の支給の対象となる。
- 受診時定額負担の導入により、高額療養費の自己負担上限額以上の患者負担が生じるということはない。

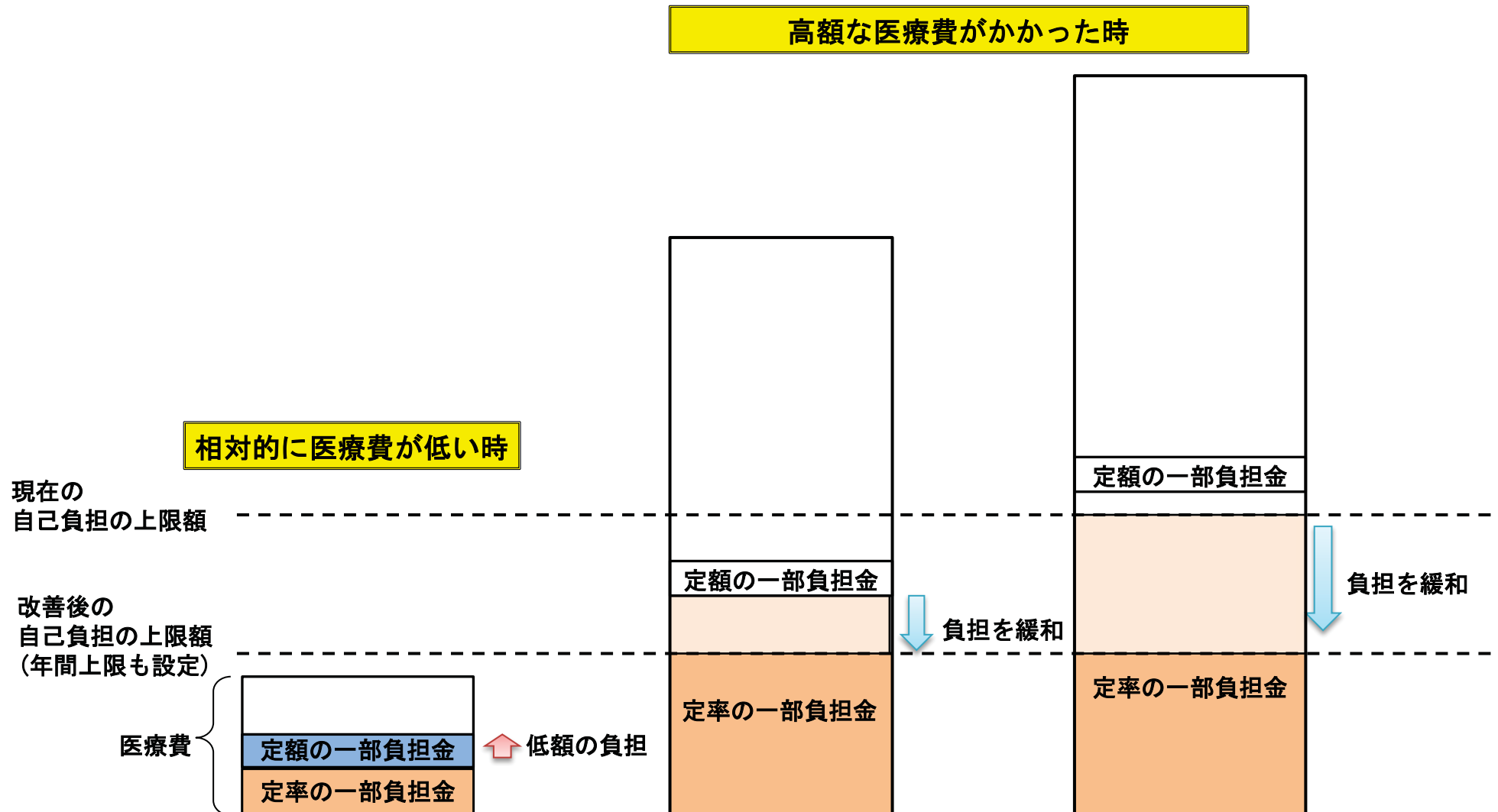
(例) 70歳未満の一般所得者(年収600万円以上)が1月の間に同一の医療機関を5回受診し、医療費が30万円かった場合



- 注1) 自己負担限度額は、10月12日の医療保険部会で示した見直しのイメージ案の額
注2) 受診時定額負担を初診・再診100円の場合
注3) 平成24年4月から、外来の場合も高額療養費について現物給付化される。

高額療養費と受診時定額負担の関係について②

- 高額療養費制度は、高額な医療費がかかった時に、定率負担による高額な自己負担によって、家計が破綻しないよう、保険の枠組みの中で、所得に応じて自己負担に上限を設ける仕組みである。
- 受診時定額負担は、この高額療養費の枠組みの中で、相対的に医療費が低い時の低額の一部負担により、医療費が高額な時に家計の破綻が生じないよう負担をさらに緩和する仕組みと位置づけることができる。



受診時定額負担の財政影響（粗い試算）

- 一体改革成案に盛り込まれた「例えば、初診・再診時100円の場合」の財政影響を試算。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。
- 「低所得者への配慮」による財政影響は含んでいないので、軽減措置を講じることで財政影響の効果は小さくなる。特に、低所得者が多い市町村国保では、保険料負担と公費負担の財政改善の効果は小さくなる。

《初診・再診で100円を設定した場合》（低所得者の軽減措置分は財政影響に入っていない）

		給付費	保険料＋公費	保険料	公費
総計		▲約4100億円	▲約4100億円	▲約2900億円	▲約1300億円
	協会けんぽ	▲約800億円	▲約1200億円	▲約1000億円	▲約200億円
	健保組合	▲約700億円	▲約1000億円	▲約1000億円	—
	共済組合	▲約200億円	▲約300億円	▲約300億円	—
	市町村国保	▲約1300億円	▲約900億円	▲約400億円	▲約500億円
	後期医療	▲約1000億円	▲約600億円	▲約80億円	▲約500億円

（注1）平成23年度予算ベース。受診回数については、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

（注2）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。

（注3）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

受診時定額負担の低所得者への配慮について

- 仮に100円程度の負担とした場合、低所得者の軽減措置をどのように考えるか。
- 現行の高額療養費制度では、低所得者の範囲として、全世代で共通の基準として「市町村民税非課税」としている。

今回の制度でも、①国民への分かりやすさ、②高額療養費や食費負担など自己負担の水準の仕組みにおいて、現在の基準以外に別の区分を作る必要がなく、制度体系への影響が小さい、③実務上も現在の食事療養標準負担額の減額認定証を活用できる等を考慮すると、「市町村民税非課税」を低所得者の範囲とすることが考えられるが、どうか。

(参考) 「市町村民税非課税」の対象者数 (H21年度平均値) : 約1,700万人 (加入者全体の約15%)
国保 (約1170万人)、後期高齢 (約500万人)、協会けんぽ (約12万人)、健保組合 (約2万人) の計

《低所得者への軽減措置の財政影響の機械的な試算》

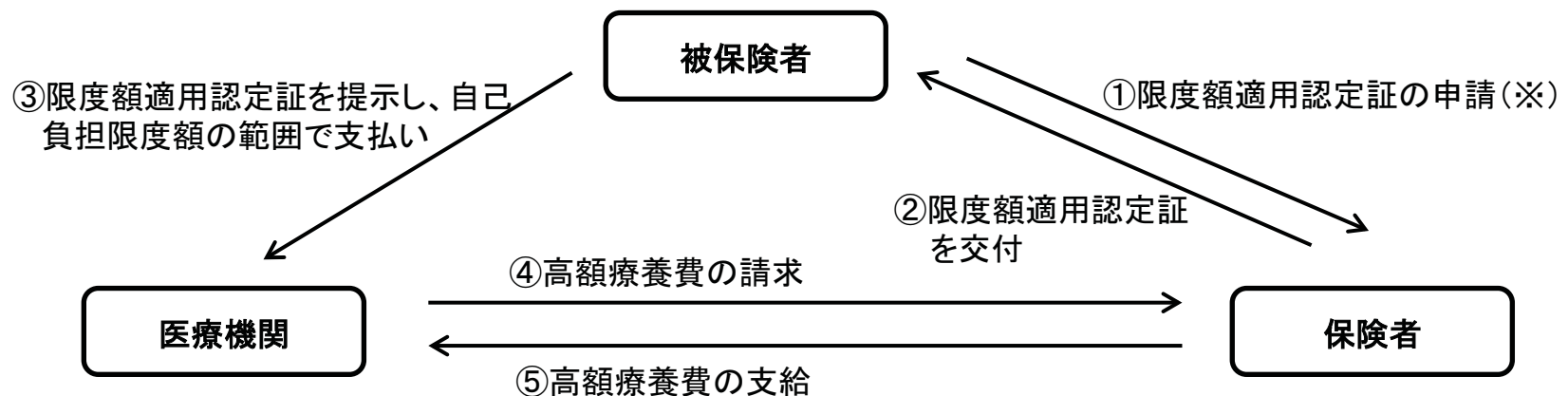
仮に、受診時定額負担を一律に100円と設定した場合、低所得者が負担する相当分の受診時定額負担は、給付費ベースで 約800億円 (うち保険料400億円、公費400億円) と見込まれる。

したがって、軽減措置による財政影響は、その措置の内容に応じて、この額の範囲となる。

医療機関の窓口における所得区分の確認について

- 70歳未満の人や70歳以上で住民税非課税等の人、入院時に高額療養費の現物給付を受ける場合、**保険者へ申請**を行い「**限度額適用認定証**」の交付を受ける。
- **被保険者は限度額適用認定証を医療機関の窓口で提示**することにより、窓口での支払いを所得区分に応じた自己負担限度額の範囲までにとどめることができる（現物給付）。（平成24年4月から、外来の場合も同様の仕組みで高額療養費が現物給付化される。）
- 入院時食事療養費及び入院時生活療養費の標準負担額（自己負担額）についても、住民税非課税等の方は、事前に保険者から交付を受けた「**健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証**」を医療機関の窓口で提示することにより、標準負担額（自己負担額）が軽減される。

高額療養費の現物給付



(※) 限度額適用認定証の申請には、住民税非課税である旨を証する書類を添付することが必要なため、事前に市区町村の税務当局から非課税証明書の発行を受ける。

受診時定額負担の低所得者への配慮の財政影響（2015年度ベース）

○ 低所得者（市町村民税非課税の者）への配慮の内容としては、定額を低い額に設定することが考えられるのではない。

《市町村民税非課税の低所得者は、初診・再診で50円とした場合の試算》

	給付費	保険料＋公費	保険料	公費
総計	▲3700億円	▲3700億円	▲2700億円	▲1100億円
協会けんぽ	▲800億円	▲1100億円	▲900億円	▲200億円
健保組合	▲700億円	▲900億円	▲900億円	—
共済組合	▲200億円	▲300億円	▲300億円	—
市町村国保	▲1100億円	▲800億円	▲300億円	▲400億円
後期医療	▲900億円	▲500億円	▲60億円	▲400億円

（注1）平成23年度予算ベース。受診回数については、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

（注2）100億円未満の数字は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。

（注3）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

高額療養費の見直しと受診時定額負担の財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しを想定。
- 市町村国保は、低所得者が多く、財政影響が大きい（健保組合、共済、協会けんぽも、前期高齢者等の財政調整を通じて、市町村国保の給付増の一部を負担）。財政中立とするため、受診時定額負担に加えて、さらに公費の支援も必要だが、その分の財政影響は加えていない。

	(イ) 高額療養費の見直し (P 8 の財政影響)	(ロ) 受診時定額負担 (P 1 9 の財政影響)	(イ) + (ロ)
①保険料負担への影響	約2500億円	▲約2700億円	▲約200億円
協会けんぽ	約900億円	▲約900億円	▲約30億円
健保組合	約700億円	▲約900億円	▲約300億円
共済組合	約200億円	▲約300億円	▲約70億円
市町村国保	約500億円	▲約300億円	約200億円
後期高齢者医療	約50億円	▲約60億円	▲約10億円
②公費負担への影響	約1200億円	▲約1100億円	約90億円
給付費への影響 (①+②)	約3600億円増	▲約3700億円	▲約90億円

(注 1) 100億円未満の数字は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、合計の数字が一致しない場合がある。

(注 2) 「受診時定額負担」の財政影響は、平成23年度予算ベース。受診回数は、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

高額療養費の見直しによる財政影響（2018年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しの財政影響を、2018年度ベースで試算したもの。高額療養費の伸び率は、医療費の伸び率と同じ設定で試算している。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。

《高額療養費の見直し》

		給付費	保険料＋公費	保険料	公費
総計		約3900億円	約3900億円	約2600億円	約1300億円
	協会けんぽ	約800億円	約1100億円	約900億円	約200億円
	健保組合	約400億円	約700億円	約700億円	—
	共済組合	約100億円	約300億円	約300億円	—
	市町村国保	約1600億円	約1200億円	約600億円	約700億円
	後期医療	約800億円	約400億円	約60億円	約300億円

（注1）100億円未満の数字は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、合計の数字が一致しない場合がある。

（注2）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

（注3）70歳未満は、世帯合算の要件（自己負担が2万1千円以上のレセプトを合算対象）を変えない場合の試算。

（注4）低所得者の多い国保に対する財政支援は上記試算に含まれておらず、別途検討する。

財政影響分を1人当たりの保険料にあてはめてみた場合の粗い試算

- 一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しでは、給付費で約3600億円（保険料約2500億円、公費約1200億円）の財政影響がある（市町村国保には、財政中立とするため、さらに公費の支援も必要であり、約1200億円に加えてその分の公費分の財政影響が生じる）。
- 一体改革成案では、高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて、受診時定額負担等を実施としているが、仮に、財政影響分を、保険料にあてはめてみた場合の影響を試算したもの。
- なお、公費分（約1200億円）は、保険料の引上げでは賄えないので、別途、財源を確保することが必要になる。

協会けんぽの保険料負担：約900億円 → 23年度の保険料率ベースで 約0.1%増
被保険者1人当たり(平均)で 約4600円増(年間)
(うち後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等の拠出分：約1200円)

※23年度予算ベース(被保険者数1960万人、総報酬72兆円、保険料率9.5%、保険料収入6.8兆円)で換算した場合

健保組合の保険料負担：約700億円 → 23年度の保険料率ベースで 約0.1%増
被保険者1人当たり(平均)で 約4400円増(年間)
(うち後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等の拠出分：約1800円)

※23年度予算早期集計ベース(被保険者数1560万人、総報酬83兆円、平均保険料率7.9%、保険料収入6.4兆円)で換算した場合

市町村国保の保険料負担：約500億円 → 23年度の1人当たり保険料ベースで 約1400円増(年間)

※23年度予算ベース(被保険者数3660万人、平均保険料9.3万円(年間)、保険料収入3.2兆円)で換算した場合

後期高齢者医療制度の保険料負担：約50億円 → 23年度の1人当たり保険料ベースで 約350円増(年間)

※23年度予算ベース(被保険者数1460万人、平均保険料6.3万円(年間)、保険料収入0.9兆円)で換算した場合

參考資料

社会保障・税一体改革成案（抄）（高額療養費関係）

（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定、7月1日閣議報告）

I 社会保障改革の全体像

1 社会保障改革の基本的考え方 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

（略）

以上のような改革の基本的考え方にたち、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

① （略）

② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。

③～⑤ （略）

2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

（2）個別分野における具体的改革

＜個別分野における主な改革項目（充実／重点化・効率化）＞

II 医療・介護等

○ 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

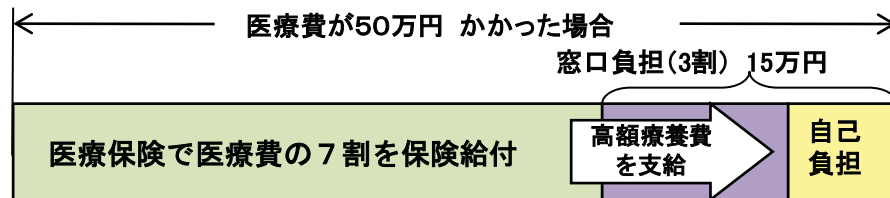
c) 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。

高額療養費によるセーフティネット機能と支給実績

- 医療保険制度では、高額な医療にかかっても家計が破たんしないよう、高額療養費によって所得に応じた自己負担の上限を設定し、定率による患者負担に歯止めを置いている。この結果、**実効給付率は、約83.0%(平成20年度)**となっている。
- **高額療養費の支給実績**は、定率負担の引き上げ等に伴い、**医療費の伸びを大きく上回って増加(10年間で2倍程度)**に。平成21年度実績:1兆8千億円)。医療の高度化等によって、**今後も医療費の伸びを大きく上回って増加することが見込まれる。**

高額療養費で患者負担に歯止め



低所得者(市町村民税非課税)は自己負担の上限を低く設定

70歳未満: 月35,400円(4月目から24,600円)
70歳以上: 月24,600円(特に所得が低い方は15,000円)、外来8000円

⇔ 一般所得者の自己負担の上限(現行)

70歳未満: 月80,100円 + (医療費 - 26.7万円) × 1% (4月目から44,400円)
70歳以上: 月44,400円、外来12,000円

現在でも、高額療養費によって、患者負担は、定率負担よりも低い水準に抑えられています。

実質的な患者負担率(平成20年度)

医療保険全体	16.97%
被用者保険	23.07%
市町村国保	19.63%
後期高齢者医療	8.85%

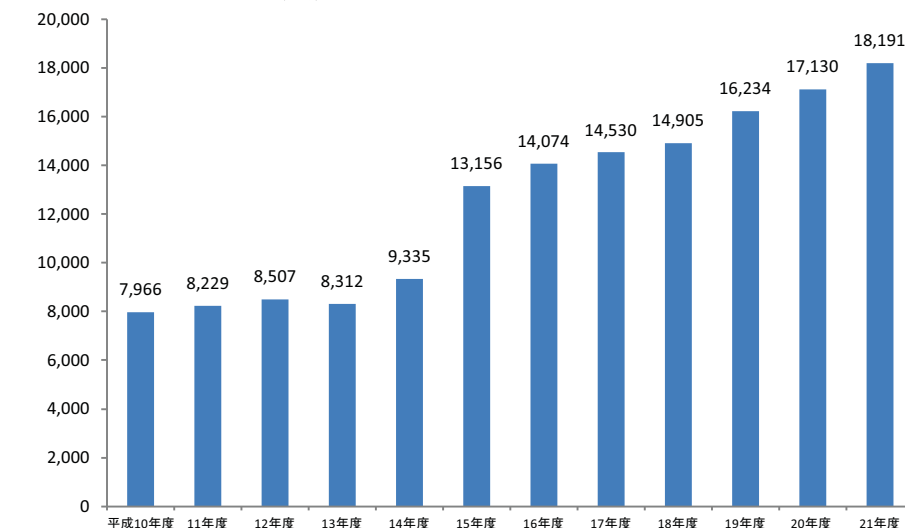
(注) 負担率の計算では予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分は含んでいない。

【平成21年度】	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険(後期医療除く)	約1856万件	約1兆3969億円	75,268円
協会けんぽ	約279万件	2867億円	102,693円
健保組合	約184万件	1825億円	99,188円
共済	約57万件	545億円	95,300円
国保	約1334万件	8719億円	65,346円
後期高齢者医療制度	約2408万件	約4223億円	17,536円
計	約4264万件	約1兆8191億円	42,663円

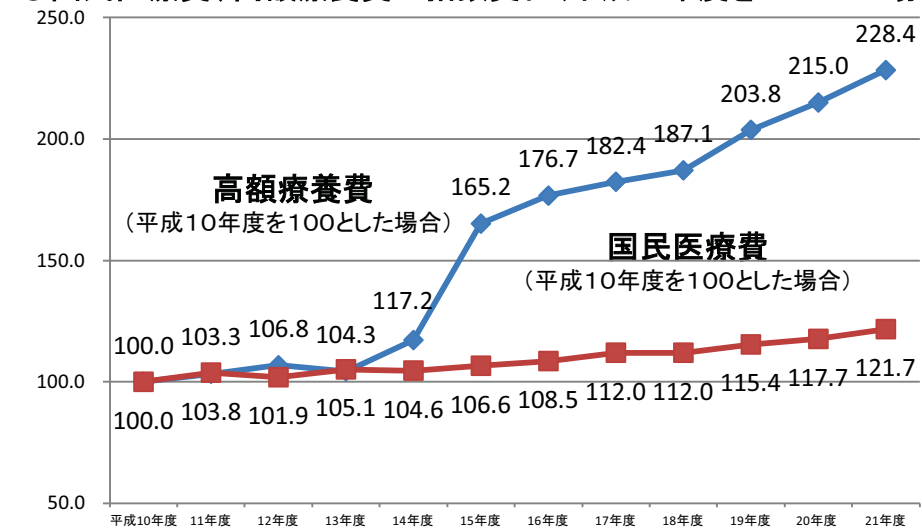
(1) 高額療養費の支給額は、10年間で2倍程度に増加(平成21年度実績:1兆8千億円)

(2) 高額療養費の伸びは、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、国民医療費の伸びを大きく上回っている。

○高額療養費の支給額



○国民医療費、高額療養費の指数変化(平成10年度を100とした場合)



(注1) 13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。

(注2) 15年度の大幅な支給額の増加は、14年10月から老人保健制度に1割負担(すべての医療機関)を導入したこと、15年4月から健保本人の自己負担割合を2割負担から3割負担に引き上げたこと等による。

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）

医療保険制度別の実効給付率の推移

○ 平成20年度の医療保険全体での患者の実効負担率は約17.0%。ただし、平成20年度以降、70歳から74歳の一般所得者の自己負担割合(法律上2割)を、予算措置で1割負担に据え置いているため、予算措置による軽減分を含めると約16.4%である。

		被用者保険計				国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正
		協会(一般)	組合健保	共済組合	国保計	市町村 国保	国保組合					
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
被 保 険 者 (70 歳 未 満)	平成14年度	82.03	81.06	82.75	84.11	78.12	78.09	78.57	79.67	—	—	健保:2割→3割
	15	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—	
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—	
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—	
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—	
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—	
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—	義務教育前:3割→2割
被 扶 養 者 (70 歳 未 満)	平成14年度	75.78	75.32	75.84	77.23	—	—	—	75.78	—	—	健保の入院:2割→3割
	15	75.73	75.11	75.92	77.35	—	—	—	75.73	—	—	
	16	75.88	75.40	76.02	77.20	—	—	—	75.88	—	—	
	17	75.83	75.46	75.91	76.88	—	—	—	75.83	—	—	
	18	75.87	75.49	75.96	77.01	—	—	—	75.87	—	—	
	19	76.20	76.01	76.20	76.91	—	—	—	76.20	—	—	
	20	77.01	76.66	77.19	77.73	—	—	—	77.01	—	—	義務教育前:3割→2割
70 歳 以 上	平成14年度	89.66	89.34	90.20	91.73	88.94	88.99	87.23	89.07	—	—	現役並み:1割→2割 等
	15	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—	
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—	
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—	
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—	
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—	
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—	70～74歳:1割→2割
計	平成14年度	79.26	78.69	79.50	80.79	78.59	78.57	78.82	78.96	91.21	83.89	現役並み:1割→2割 等 健保:2割→3割
	15	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79	
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09	
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27	
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21	
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45	
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03	70～74歳/義務教育前: 2割
		[77.18]				[81.75]			[79.51]		[83.59]	

(注1) 各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。ただし、19年度以前の健保組合及び共済組合は事業年報等に基づく推計値。

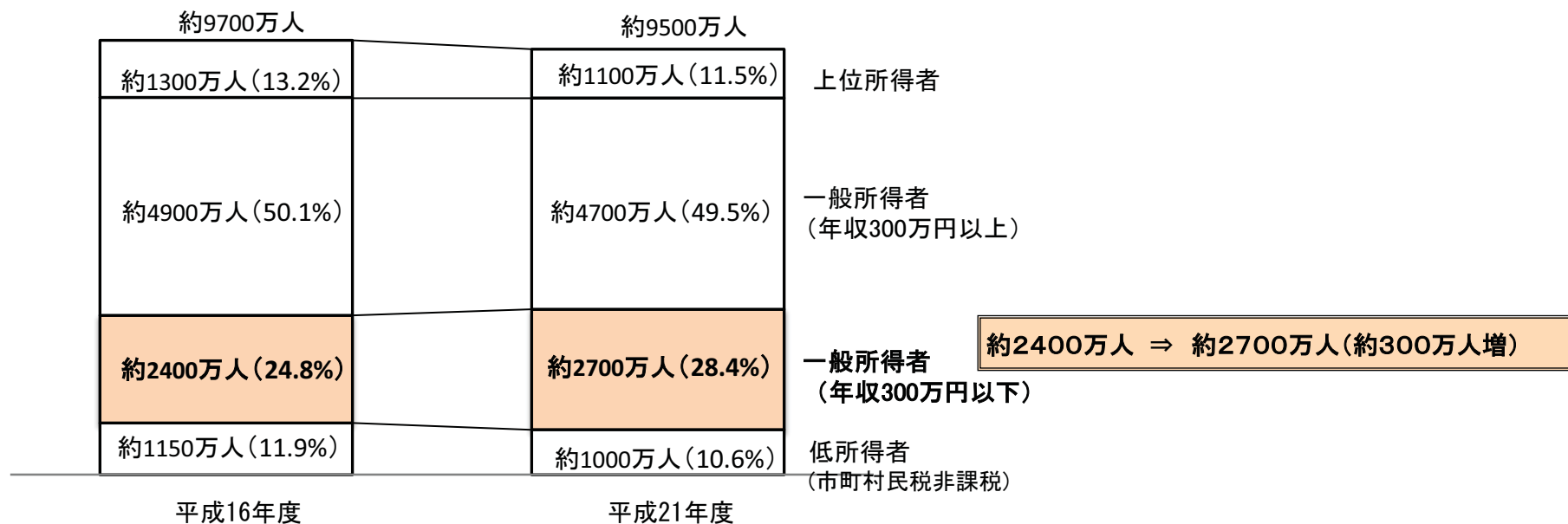
(注2) 20年度の給付率には、予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。予算補助分を含めた給付率は「 」で記載。

(注3) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

中低所得者数の推移

○ 近年、現役世代で、年収300万円以下の所得層が増加している。

70歳未満（協会けんぽ、健保組合、市町村国保）の所得階層別の対象者数の変化（平成16年度→21年度）



《平成16年度》

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	計
上位所得者	約300万人	約770万人	約210万人	約1300万人
一般所得者	約3080万人	約2160万人	約2020万人	約7300万人
年収300万円以下	約1080万人	約360万人	約960万人	約2400万人
低所得者	-	-	約1150万人	約1150万人

《平成21年度》

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	計
上位所得者	約270万人	約680万人	約140万人	約1100万人
一般所得者	約3140万人	約2300万人	約1950万人	約7400万人
年収300万円以下	約1190万人	約470万人	約1040万人	約2700万人
低所得者	約20万人	約2万人	約980万人	約1000万人

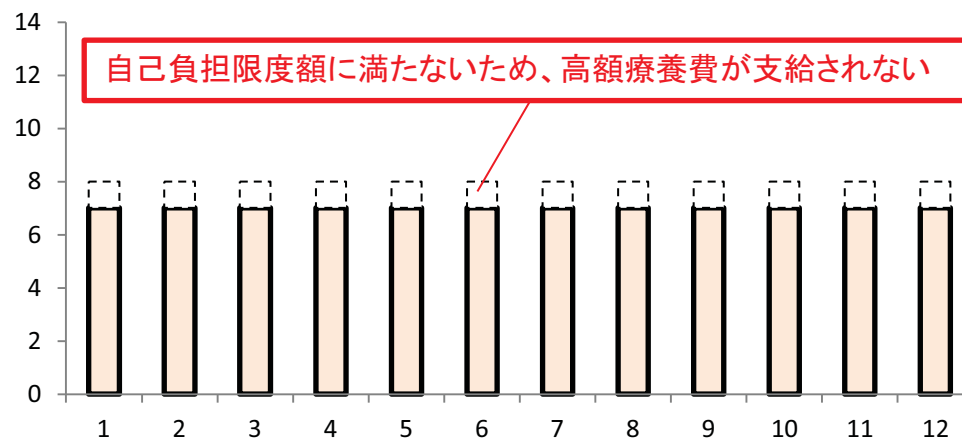
※「年収300万円以下」の人数は、標準報酬22万円以下、旧
ただし書き所得160万円以下の人数の推計値

※平成16年度は旧政管健保の健保組合の標準報酬月額の下
限が9.8万円であり、市町村民税非課税世帯はいないと仮
定して集計。

現行の高額療養費制度の課題

- 自己負担限度額が月単位のため、当初3月の自己負担限度額を超えず、長期にわたって自己負担が重い方の負担が軽減されない場合がある。

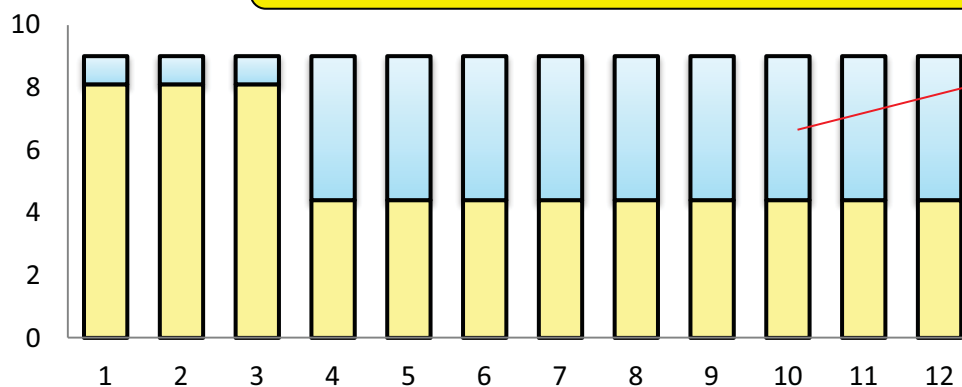
毎月の医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



※ 自己負担限度額を80,100円、
多数該当44,400円として試算。

高額療養費が支給されないため、年間トータルの自己負担額は84万円。

毎月の医療費約30万円・自己負担額9万円の場合



高額療養費支給

高額療養費が支給されるため、年間トータルの自己負担額は64万円。

高額な治療薬の長期服用が必要な疾病の例

疾病名	主な病状等	治療法等	1月当たり主な治療薬剤費(※)	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	約1万2千人 （H20年患者調査）
乳がん	乳がんの症状には、乳房のしこりや皮膚の変化、乳房の近傍のリンパ節の腫れ等がある。遠隔転移による症状は転移した臓器により様々である。臨床的に明らかな転移を伴っておらず、外科手術が可能と考えられる場合で、かつ局所疾患の場合は局所療法（外科手術±放射線療法）を行うが、浸潤癌である可能性が考えられる場合には術前または術後に薬物療法を加える。転移・再発乳癌の場合には、治療が困難であるため、延命及び生活の質の改善を目的とした薬物療法が適用となる。	薬物療法には、内分泌療法・化学療法・分子標的療法があり、予後・効果・予測因子を考慮し、選択する。	●内分泌治療の例（治療期間は5年又はそれ以上） ノルバデックス等（抗エストロゲン剤）：約1万円 アリミデクックス・アロマシン・フェマーラ（アロマターゼ阻害剤）：約2万円 ゾラデックス（LH-RHアナログ）：約4.4万円 ●化学療法の例（治療期間は3ヶ月～1年程度） Weeklyパクリタキセル（タキソール）：14万円 ●分子標的療法（治療期間は1年） ハーセプチン（トラスツズマブ）：約20～25万円 ※ 治療期間は術後薬物療法の場合。なお、転移・再発乳癌の治療では患者の有害事象の訴えとQOLを考慮して継続の可否が判断される。	約17万9千人 （H20年患者調査）
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 等	約18万円（体重60kgの場合。2か月に1回投与）	約33万6千人 （H20年患者調査）

(※) 「1月当たり主な治療薬剤費」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60^{kg}と仮定して推計。

長瀬効果

1 長瀬効果とは

制度的な給付率の変更に伴い、医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、受診行動が変化し、受診率が低下したり、1件当たり日数が減少する。

2 制度改革後の医療費の動きの具体例

- 患者数の伸び率(対前年度同期比)の推移を見ると、制度改革後1年間は低くなる。
- しかし、制度改革後1年を過ぎると、患者数の伸び率は従前の水準に戻る。
- その結果、医療費の伸び率も制度改革後1年間は低くなるが、1年を過ぎると従前の水準に戻る。
- ただし、「戻る」のは伸び率であり、制度改革により減少した延べ患者数や医療費の実額は改革後、他の受診行動の変化がなければ元には戻らない。

3 長瀬式

長瀬効果は、医療費水準 y を給付率 x の関数として示す式(長瀬式)で表現される。給付率の変化による医療費への影響を推定するときには、過去の実績値を基礎としてこの長瀬式を推定し、推定した長瀬式に見込まれる給付率の変化を代入して影響を算出している。

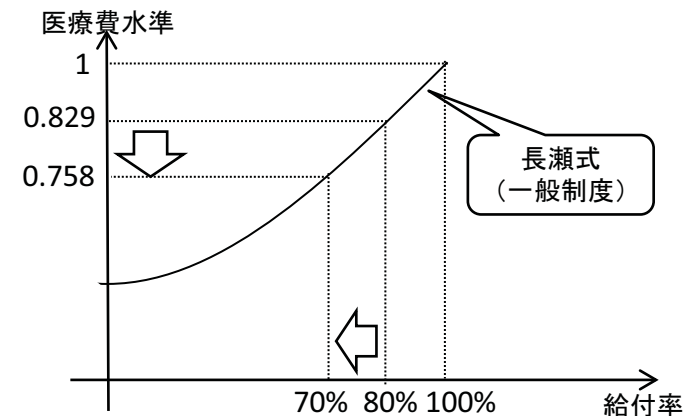
平成14年および平成18年の医療制度改革においては、一般制度では平成9年9月改正の実績、老人保健は昭和58年2月改正～平成9年9月改正の実績を基礎に次の長瀬式を推定している。

$$\text{一般制度} \quad y = 0.475x^2 + 0.525$$

$$\text{老人保健} \quad y = 0.499x^2 + 0.501$$

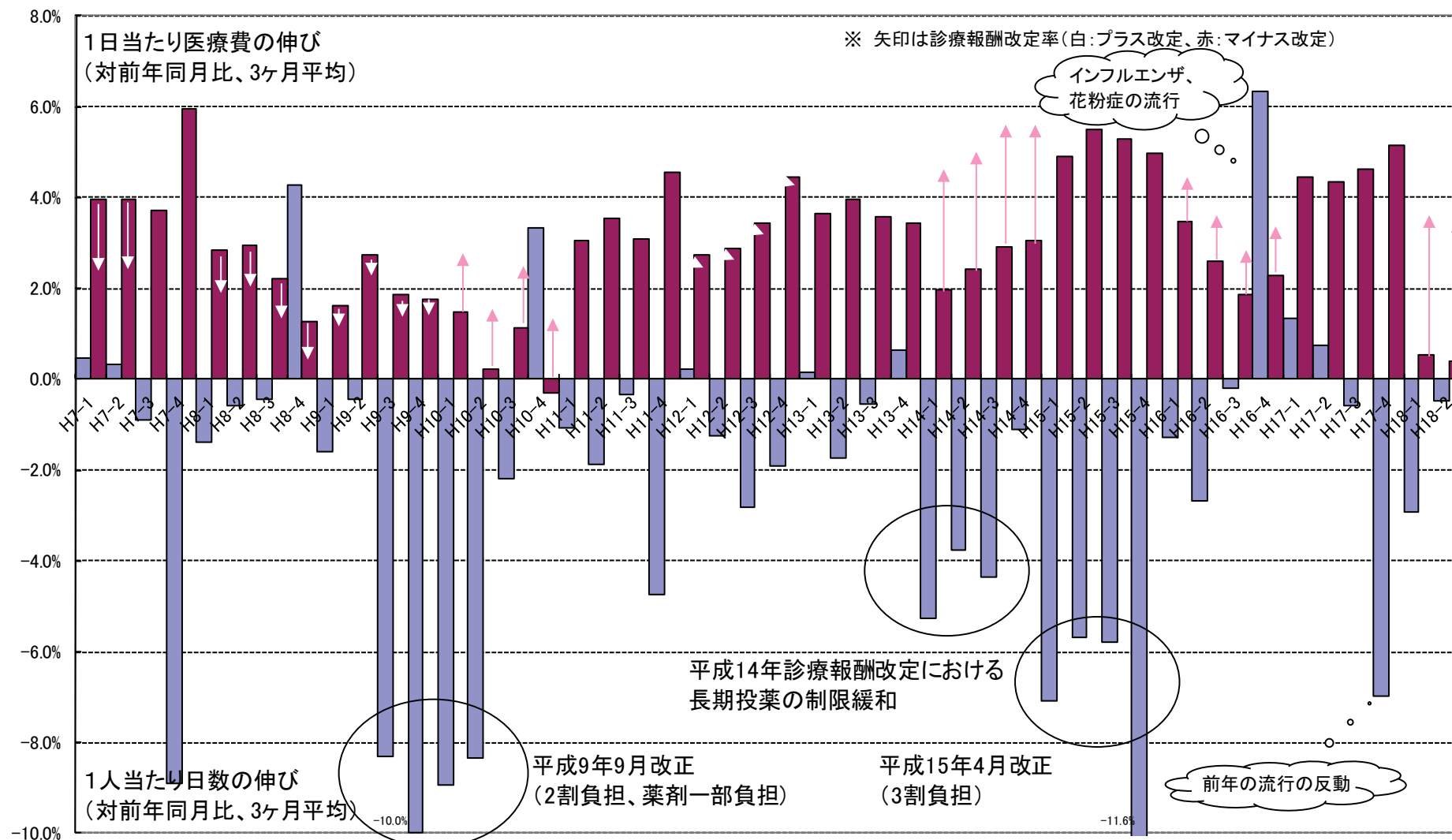
→ この長瀬式を用いて医療費水準の変化を計算した場合、
医療費は患者負担の変動額と同程度変動することとなる。

(例) 一般制度で給付率を80%→70%とした場合、
医療費は約8.6% ($0.758 \div 0.829 \div 0.914$) 減少



- 70歳未満の被用者本人の入院外をみると、1人当たり日数は、平成9年と平成15年の患者負担の引き上げ時には、長瀬効果により、一時的にマイナス幅が大きくなっている。
- 平成14年の診療報酬改定では、長期投薬の制限緩和が行われ、1回当たりの投薬日数が長くなったことに伴い、受診日数が少なくなっている。
- 第4四半期(1～3月期)は、インフルエンザや花粉症の流行の有無により、1人当たり日数の伸びが大きく変動している。

1人当たり日数の伸びと1日当たり医療費の伸び
(70歳未満被用者本人、入院外)



長期に高額な医療にかかっている患者の割合(※1)

- 高額療養費に該当した者のうち、約3割～6割の者が4カ月以上自己負担の上限に該当している。
- 高額療養費の自己負担の上限に、1年間で4カ月以上該当した者のうち、約4割～6割の者が10カ月以上上限に該当している。

<協会けんぽ：70歳未満>

	自己負担の上限に該当した患者の割合（対各所得階級の加入者数）									加入者の 所得階級別 構成割合 （全国計）
	高額療養費 該当割合									
				過去 1 年間に 4 月以上	過去 1 年間に					
					10月以上					
		うち入院患者	うち外来患者		うち入院患者	うち外来患者		うち入院患者	うち外来患者	
上位所得者	0.25%	0.20%	0.07%	0.08%	0.05%	0.04%	0.03%	0.02%	0.01%	7.9%
一般所得者	0.50%	0.35%	0.18%	0.21%	0.10%	0.13%	0.10%	0.04%	0.06%	91.6%
低所得者	0.83%	0.58%	0.37%	0.36%	0.13%	0.25%	0.15%	0.05%	0.11%	0.5%

(参考)3月末の加入者数は約28.1万人、3月中の患者数は約12.9万人(加入者数の45.9%)、うち入院約2千人(同0.7%)、外来12.9万人(同45.7%)。

<市町村国保：70歳未満>

	自己負担の上限に該当した患者の割合（対各所得階級の加入者数）									加入者の 所得階級別 構成割合 （全国計）
	高額療養費 該当割合									
				過去 1 年間に 4 月以上			過去 1 年間に 10 月以上			
		うち入院患者	うち外来患者		うち入院患者	うち外来患者		うち入院患者	うち外来患者	
上位所得者	0.58%	0.50%	0.13%	0.26%	0.20%	0.08%	0.13%	0.09%	0.04%	5.0%
一般所得者	1.43%	1.17%	0.34%	0.91%	0.70%	0.24%	0.62%	0.51%	0.12%	63.1%
低所得者	2.03%	1.38%	0.74%	1.24%	0.77%	0.51%	0.76%	0.53%	0.25%	31.9%

(参考)3月末の加入者数は約28.1万人、3月中の患者数は約14.4万人(加入者数の51.4%)、うち入院4.5千人(同1.6%)、外来14.2万人(同50.7%)。

<後期高齢者> ※70歳以上は所得に応じて自己負担の上限を低く設定

	自己負担の上限に該当した患者の割合（対各所得階級の加入者数）									加入者の 所得階級別 構成割合 （全国計）	
	高額療養費 該当割合										
				過去 1 年間に 4 月以上				過去 1 年間に 10 月以上			
					うち入院患者	うち外来患者	うち入院患者		うち外来患者		うち入院患者
現役並み所得者	5.54%	5.54%	3.44%	2.27%	2.27%	0.96%	0.95%	0.95%	0.25%	7.6%	
一般所得者	3.16%	3.16%	1.49%	1.14%	1.14%	0.28%	0.38%	0.38%	0.08%	56.0%	
低所得者Ⅱ	5.13%	5.13%	2.49%	2.44%	2.44%	0.65%	1.22%	1.22%	0.20%	18.2%	
低所得者Ⅰ	5.88%	5.88%	3.08%	2.79%	2.79%	0.84%	1.34%	1.34%	0.23%	18.2%	

(参考)3月末の現役並み所得者である加入者数は6.4千人、3月中の患者数は5.6千人(加入者数の87.5%)、うち入院0.4千人(同5.5%)、外来5.5千人(同85.7%)。

3月末の現役並み所得以外の加入者数は13.5万人、3月中の患者数は11.8万人(加入者数の87.4%)、うち入院0.9万人(同6.8%)、外来11.3万人(同84.3%)。

(※1)和歌山県の各制度の1人当たり医療費は全国平均に近いことなどを勘案して、和歌山県の協会けんぽ、市町村国保、後期高齢者のデータを用いて推計した。

(※2)平成22年3月の1ヶ月間に最低1回医療機関に行った者(特定疾病は除く)であって高額療養費の自己負担限度額に該当している患者について、過去1年間の自己負担額を抽出調査して推計している。

(※3)「うち入院患者」は、(※2)で推計した4カ月以上又は10カ月以上の多数該当の者で、平成22年3月に入院のレセプトを有する者。「うち外来患者」は、同様に外来のレセプトを有する者。入院と外来のレセプトの両方を有する者がいるため、この合計が計の欄を上回ることがある。

医療保険の制度別の患者割合

○ 平成21年度の1年間に、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者(合計)の割合は、協会けんぽが78%、組合健保が83%、国民健康保険が83%、後期高齢者医療が98%となっている。

(%)

	協会けんぽ (一般)				組合健保				国民健康保険				後期高齢者医療			
	合計	入院外	入院	歯科	合計	入院外	入院	歯科	合計	入院外	入院	歯科	合計	入院外	入院	歯科
平成21年度計	78.1	72.7	4.4	34.8	83.3	77.9	4.0	36.9	83.4	77.3	7.2	40.0	97.8	94.3	25.1	42.8
平成21年4月	43.1	36.7	0.8	11.0	40.8	34.5	0.6	10.6	51.4	45.2	1.7	13.0	86.2	81.0	7.0	14.2
5月	42.6	36.2	0.8	10.9	40.6	34.2	0.6	10.7	50.4	44.1	1.7	12.6	85.3	79.9	6.9	13.8
6月	43.4	36.6	0.8	11.8	41.5	34.6	0.6	11.6	51.7	45.1	1.7	13.6	86.2	81.1	7.0	14.5
7月	43.1	36.3	0.8	11.6	40.7	34.0	0.7	11.2	50.6	44.3	1.7	13.0	86.5	81.4	7.0	14.1
8月	42.1	35.4	0.8	11.1	39.4	32.8	0.7	10.8	50.1	43.8	1.7	12.3	85.3	80.2	6.9	13.1
9月	41.9	35.6	0.8	10.6	39.5	33.2	0.6	10.3	50.6	44.4	1.7	12.5	85.7	80.5	6.8	13.8
10月	45.2	38.9	0.8	11.0	43.6	37.4	0.6	10.8	52.8	46.7	1.7	13.0	86.6	81.5	6.9	14.6
11月	44.3	38.3	0.8	10.5	42.7	36.7	0.6	10.3	51.7	45.6	1.7	12.6	85.5	80.2	6.9	14.3
12月	44.9	38.7	0.8	11.0	43.6	37.3	0.6	11.0	52.4	46.3	1.7	13.0	86.6	81.4	6.9	14.7
平成22年1月	42.3	36.1	0.8	10.5	40.9	34.7	0.6	10.4	50.0	43.9	1.6	12.3	84.8	79.4	6.9	13.4
2月	42.3	35.9	0.8	10.8	41.3	34.9	0.6	10.6	50.1	43.8	1.7	12.6	84.4	78.8	6.9	13.7
3月	45.0	38.6	0.8	11.6	44.3	37.8	0.6	11.5	52.6	46.3	1.7	13.6	86.2	80.9	7.1	14.8

(出典) 平成21年度医療給付実態調査報告(厚生労働省)

(注1) 同一医療保険制度内の同一の者のレセプトを合計し、個人単位のデータに集計している。

(注2) 年度単位の患者割合は、入院外、入院、歯科及び合計(入院外、入院又は歯科のいずれか)の診療を受けた者の数を、年度内の延べ加入者数(4月末現在の加入者数に5月～翌年3月の新規加入者数を加えたもの)で除したものの。

医療保険の外来の受診動向

[外来の年間の受診延日数：平成21年4月～22年3月]

	医療保険計	協会けんぽ	健保組合	共済	国民健康保険	後期高齢者医療
医科・外来	16.61億日	3.19億日	2.58億日	0.81億日	5.34億日	4.67億日
うち初診	2.76億日	0.81億日	0.73億日	0.23億日	0.76億日	0.23億日
歯科	3.99億日	0.98億日	0.83億日	0.24億日	1.39億日	0.55億日
うち初診	0.74億日	0.19億日	0.16億日	0.05億日	0.27億日	0.08億日
合計	20.60億日	4.17億日	3.40億日	1.04億日	6.73億日	5.22億日
うち初診	3.50億日	1.00億日	0.89億日	0.27億日	1.02億日	0.31億日

(出典) 医療費の動向 (厚生労働省) (注) 初診は、社会医療診療行為別調査を用いた推計値である。

[医科・外来の月間の受診動向]

(※) 平成22年3月の受診データから集計

		協会けんぽ		健保組合		国民健康保険		後期高齢者医療	
加入者数 (a)		3,482.8万人		2,410.3万人		3,681.0万人		1,389.4万人	
受診日数 (月当たり)	5日以下	1,275.0万人	94.9%	870.1万人	95.4%	1,562.6万人	91.6%	939.6万人	83.6%
	6～10日	52.1万人	3.9%	33.3万人	3.6%	95.0万人	5.6%	115.5万人	10.3%
	11～15日	11.3万人	0.8%	6.3万人	0.7%	30.1万人	1.8%	40.9万人	3.6%
	16～20日	3.3万人	0.2%	1.7万人	0.2%	10.5万人	0.6%	15.4万人	1.4%
	21～25日	1.3万人	0.1%	0.6万人	0.1%	5.1万人	0.3%	8.0万人	0.7%
	26日～	0.6万人	0.0%	0.2万人	0.0%	2.4万人	0.1%	4.9万人	0.4%
	総計 (b)	1,343.6万人	100%	912.2万人	100%	1,705.8万人	100%	1,124.4万人	100%
患者割合 (b/a)		38.6%		37.8%		46.3%		80.9%	
患者1人当たり受診日数		2.1回		2.1回		2.6回		3.7回	

[1年間に医科・外来を受診した者の割合]

患者割合 (21年度計)	72.7%	77.9%	77.3%	94.3%
--------------	-------	-------	-------	-------

(出典) 平成21年度医療給付実態調査報告 (厚生労働省)

(注1) 患者1人当たり受診日数は (医療費の動向における受診延日数 / 各制度の業務統計における加入者数) / 患者割合 として算出。

(注2) 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計。

(注3) 同一医療保険制度内の同一の者のレセプトを合計し、個人単位のデータに集計。

(注4) 年度計は、平成21年度の1年間に医科外来のいずれかの医療機関以上で診療を受けた者の数を、年度内の延べ加入者数で除したもの。 35

医療保険財政の状況について

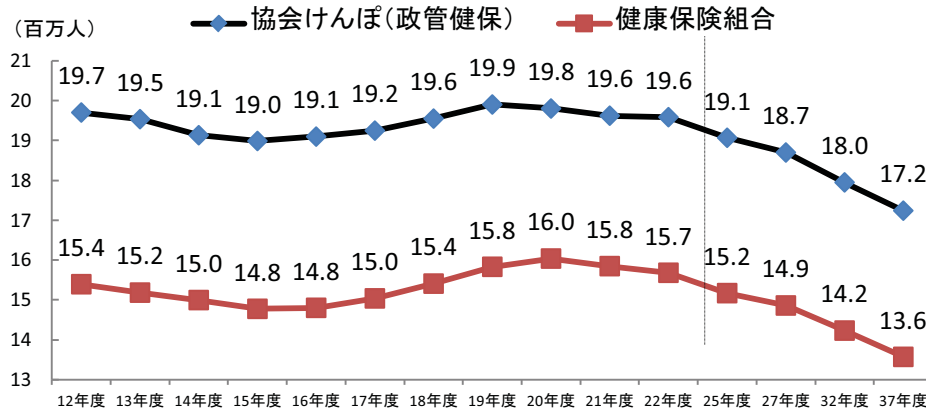
(単位: 億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度	備考
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993		・21年度から、東京都の特別区財政調整交付金のうち、決算補填等目的分とそれ以外を分類可能となり、決算補填等目的分を含めた一般会計繰入(決算補填分)は3,144億円。これを加味した収支差は▲3,240億円
	支出	129,087	124,496	125,927		
	収支差	▲1,290	93	66		
	一般会計繰入(決算補填分)を加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2,628(※)		
協会けんぽ (旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,172	・22年度は決算見込み。
	支出	72,442	73,647	74,628	75,632	
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,540	
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲639	
組合健保	収入	62,003	63,658	61,718	62,854	・22年度は決算見込みベース。
	支出	61,403	66,847	66,952	67,008	
	収支差	600	▲3,189	▲5,234	▲4,154	
後期高齢者 医療	収入		98,517	111,691		・20年度の収支差から翌年度に精算される当年度国庫支出金等精算額(1,599億円)を差し引いた収支差は1,408億円。 ・21年度の収支差に前年度国庫支出金精算額等(1,599億円)と当年度国庫支出金精算額等(1,810億円)の差を加えた収支差は505億円。
	支出		95,510	110,974		
	収支差		3,007	717		

被用者保険の収入や保険料の現状

○ 被用者保険では、経済情勢や人口構造、雇用環境の変化等により、被保険者数や所得が減少。一方、医療費の増加や高齢者医療費の拠出金等の負担増などにより、保険給付費や保険料は上昇しており、厳しい財政状況にある。

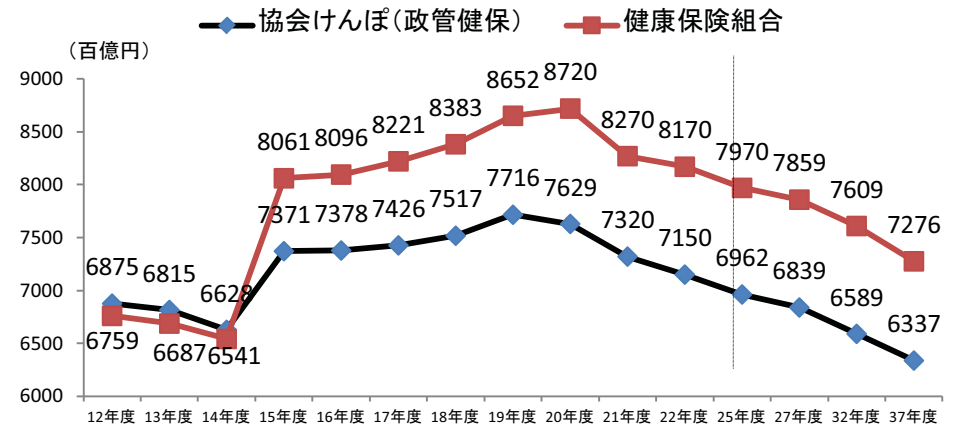
(1) 近年、被保険者数は減少しており、今後も減少する見通し。



※ 21年度は決算見込ベース。22年度は予算ベース。

※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

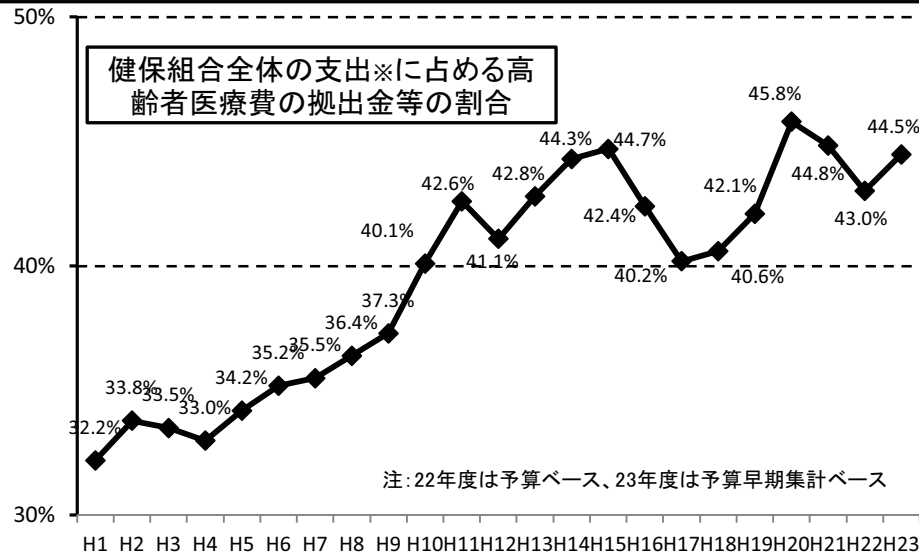
(2) 近年、標準報酬総額は減少しており、今後も減少する見通し。



※ 22年度は予算ベース。

※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

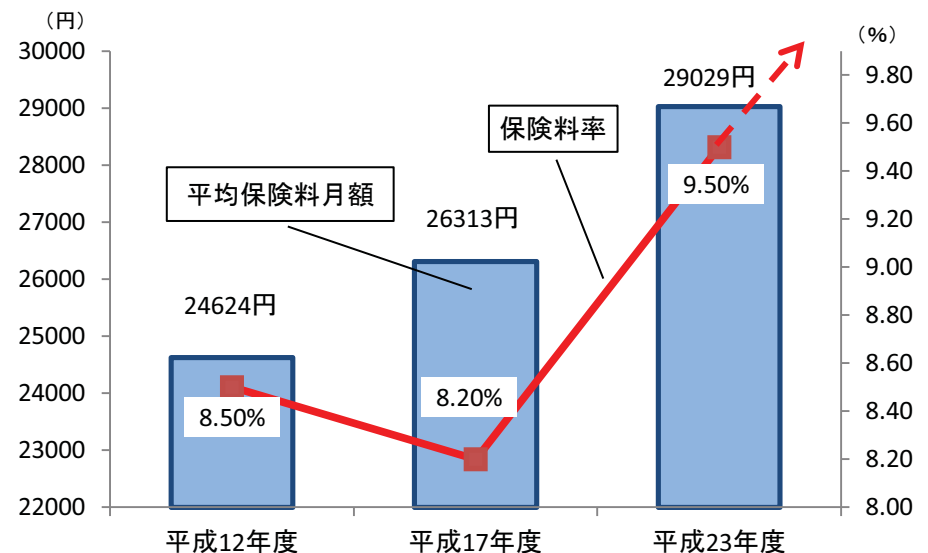
(3) 保険料の引上げ等の財政改善の努力にもかかわらず、高齢者医療費の拠出金等は、健康保険組合の支出全体の50%近くにまで達しており、保険者の財政運営の重い負担となっている。



注: 22年度は予算ベース、23年度は予算早期集計ベース

※ 支出＝法定給付費＋前期高齢者納付金＋後期高齢者支援金(19年度以前は退職者給付拠出金、老人保健拠出金。なお、20年度以降も、これらの経過措置分を含む)

(4) 協会けんぽでは、保険料率・平均保険料月額が急激に上がっている。



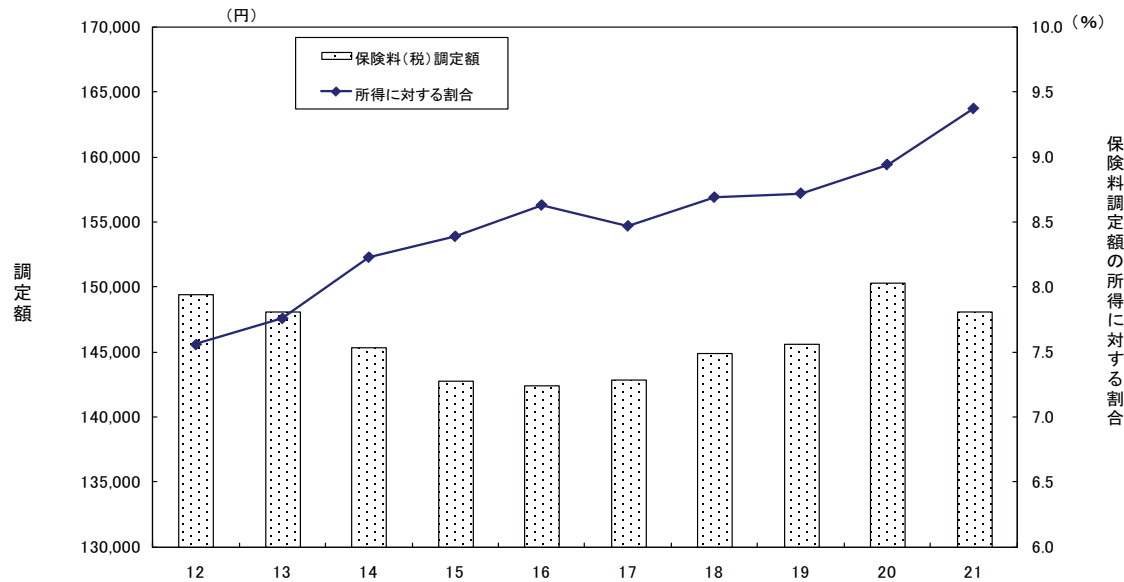
※ 平均保険料月額: 平均標準報酬月額 × (12 + 平均賞与月数) ÷ 12 × 保険料率

※ 平成23年度は当初予算ベースの値。

※ 保険料率8.5%→8.2%は総報酬制の導入により実質は0.7%増。

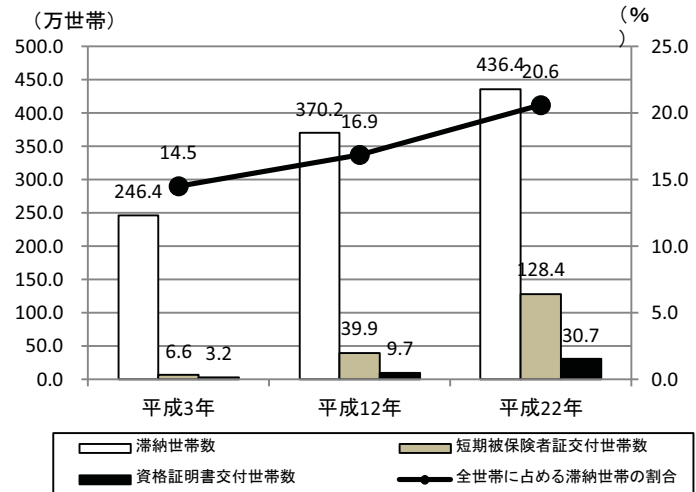
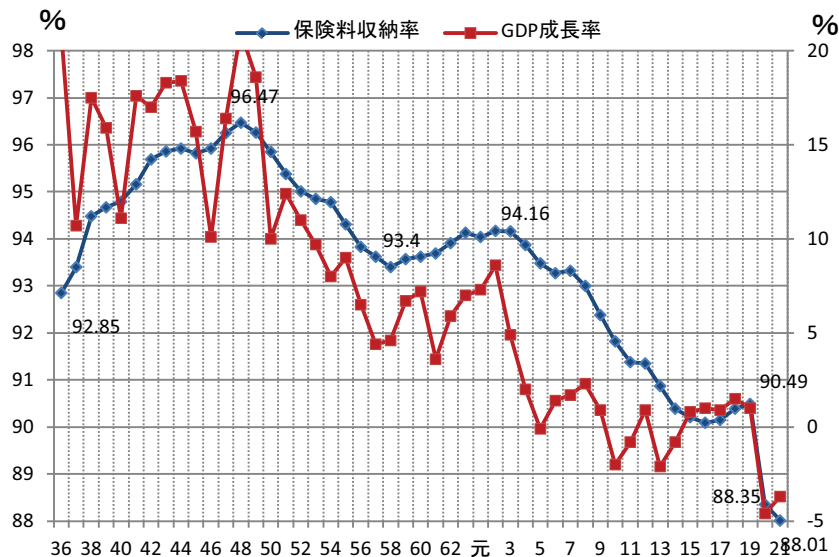
国民健康保険の保険料負担の現状

○ 保険料負担率(保険料調定額／平均所得)は上昇傾向にある。また、低所得世帯の負担率は高い。



	保険料調定額の所得に対する割合(平成21年度)
全世帯	9.4%
2割軽減世帯	13.4%
5割軽減世帯	13.3%
7割軽減世帯	33.3%

○ 厳しい経済状況等を反映し、国保の保険料収納率は低下し、滞納世帯数は増加している。



※平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されていることに留意を要する。