

第51回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成23年12月5日（月）
9時30分～11時30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. 年金制度改革と併せて実施する医療保険制度の見直しについて
2. 行政刷新会議「提言型政策仕分け」の指摘事項について
3. 議論の整理

（配布資料）

【議題1について】

資料1 短時間労働者への社会保険適用拡大について

参考資料1 社会保障審議会短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会
これまでの議論の整理（案）

資料2 産休期間中の保険料負担免除について

【議題2について】

資料3 提言型政策仕分けを受けた医療保険部会及び中央社会保険医療協議会における検討事項

資料4 医療サービスの機能強化と効率化・重点化（行政刷新会議の評価結果等）（第50回医療保険部会 資料4）

資料5 後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策（行政刷新会議の評価結果等）（第50回医療保険部会 資料5）

【議題3について】

資料6 議論の整理（案）

資料7 議論の整理（案）（第50回 医療保険部会資料3からの変更点）

参考資料2 議論の整理（案）参考資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成23年12月5日現在

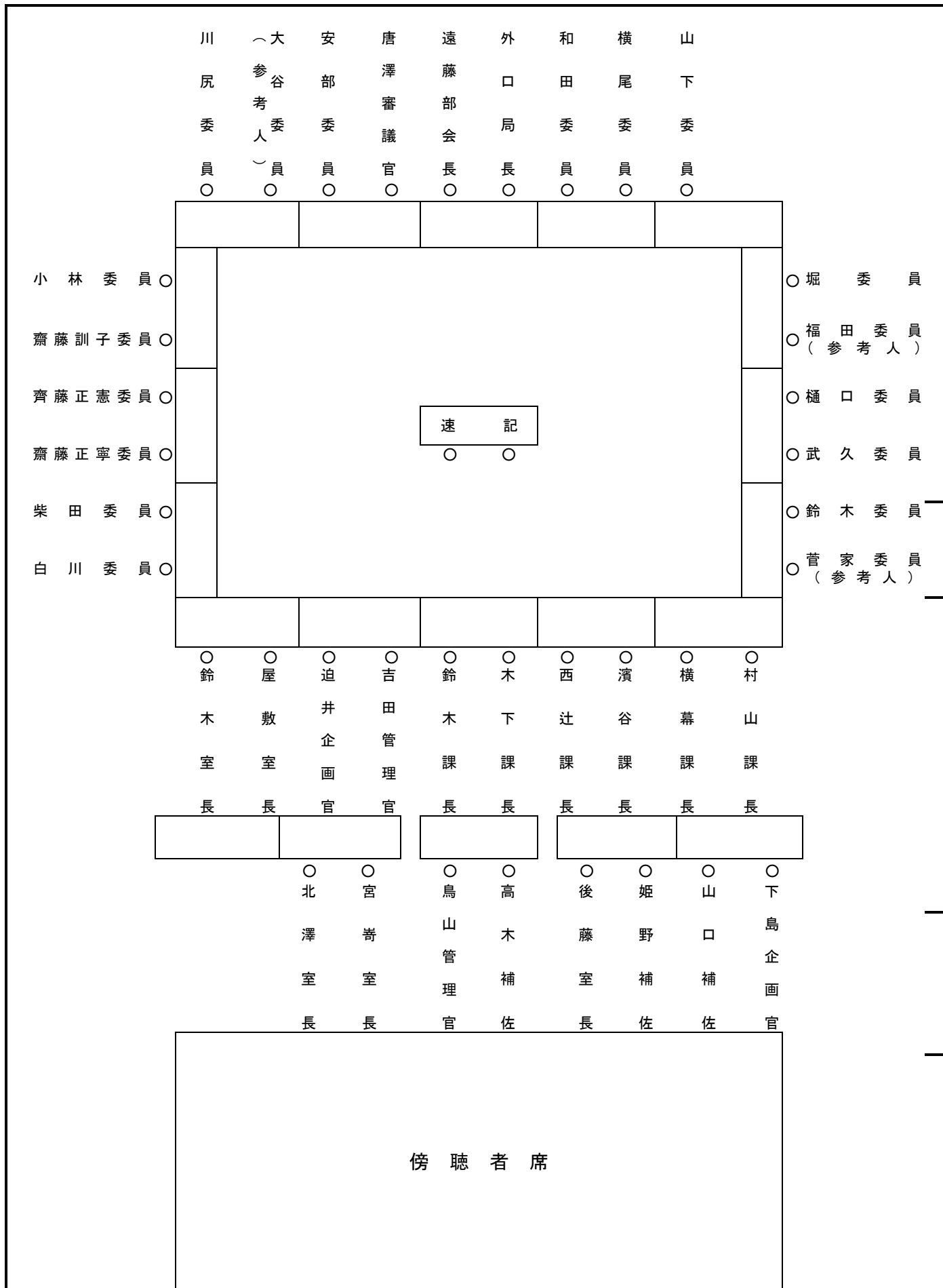
本 委 員	<p>えんどう ひさお ◎遠藤 久夫</p> <p>すがや いさお 菅家 功</p> <p>ふくだ とみかず 福田 富一</p>	<p>学習院大学経済学部教授</p> <p>日本労働組合総連合会副事務局長</p> <p>全国知事会社会文教常任委員長／栃木県知事</p>
臨 時 委 員	<p>あべ よしひろ 安部 好弘</p> <p>いわむら まさひこ ○岩村 正彦</p> <p>いわもと やすし 岩本 康志</p> <p>おおたに たかこ 大谷 貴子</p> <p>おかざき せいや 岡崎 誠也</p> <p>かわじり たかお 川尻 禮郎</p> <p>こばやし たけし 小林 剛</p>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

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第51回社会保障審議会医療保険部会

平成23年12月5日(月) 9:30~11:30

厚生労働省 専用第18~20会議室



短時間労働者への社会保険適用拡大について

平成23年12月5日
厚生労働省保険局

社会保障・税一体改革成案（抄）（短時間労働者への社会保険適用拡大関係）

（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）

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

（略）

- 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。

- 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**

短時間労働者への適用拡大に関する年金・医療保険における主な論点

○ 厚生年金・健康保険の適用対象となる者の範囲をどのように定めるか。

- ・ 週の労働時間について、平成19年法案では雇用保険と同様の20時間を適用基準とし、一体改革「成案」でも「例えば雇用保険並びにまで拡大」となっているが、どう考えるか。
- ・ 雇用保険では適用の要件を31日以上雇用見込みとしているが、どう考えるか。
- ・ 生計の中心ではなく、その家計における役割は補助的なものであるようなパート労働者をどのように位置づけるか。
- ・ 生活の中心が労働者であるとは言えない昼間学生であるパート労働者をどのように位置づけるか。
- ・ 厚生年金の受給資格を満たしている60歳以上のパート労働者をどのように位置づけるか。 等

○ パート労働者の雇用への影響にどのように配慮するか。

- ・ 企業が、事業主負担を抑えるため、雇用自体を抑制したり、パート労働者に新たな基準以下の就業（労働時間の短縮等）を求めたりするのではないか。
- ・ パート労働者が、保険料の負担増を避けるため、新たな基準以下の就業（労働時間の短縮等）に移行するのではないか。
- ・ パート労働者の処遇面（給与等）に与える影響はどうか。 等

○ パート労働者が多く就業する企業への影響にどのように配慮するか。

- ・ 「企業規模」による取扱いの差異を設けるかどうか。
- ・ 「業種」による取扱いの差異を設けるかどうか。
- ・ 企業の事業主負担の激変緩和策の必要性について、どう考えるか。
- ・ 小規模の事業所について、社会保険の適用事務が多大な負担にならないか。
- ・ 負担の大きい業種や企業に対する雇用政策、産業政策としてどのようなことが考えられるか。 等

○ その他

- ・ パート労働法による均等・均衡待遇の推進等、他の非正規雇用関係施策との整合性はどうか。
- ・ 現行の厚生年金・健康保険の適用対象、および新たに適用対象となる事業所・従業員に対する適用の徹底をどう図るか。 等

短時間労働者への適用拡大に関する医療保険における主な論点

- 適用対象となる者の範囲をどのように定めるか。
医療保険では、どの制度に加入しても同じ医療給付が受けられる中で、事業主が費用（保険料）の半額を負担する範囲という観点から、どう考えるか。また、被用者保険の被保険者は現金給付（傷病手当金、出産手当金）を受けられるという観点から、どう考えるか。
- 医療保険では、被扶養者の保険関係の適用を維持するために被扶養者の認定基準を引き上げてきた経緯をどう考えるか。
- 2以上の事業所で働くパート労働者の適用、徴収業務に与える影響はどうか。
- 地域保険に、本来被用者保険に加入すべき被用者が多く加入している現状をどう考えるか。
- 保険者の負担増をどう考えるか。適用対象を拡大することによって増加する保険者の負担をどう考えるか。被用者保険の保険者（保険集団）がカバーする範囲という観点から、どう考えるか。

パート労働者が健康保険に加入した場合の給付と負担の変化について

<月収は10万円（標準報酬月額は9万8千円）の場合>

- サラリーマンの配偶者で、パートで働いている方は、新たに保険料の負担が生じる。
- 一方で、母子世帯の母や独身フリーターのように、パート労働者が家計の担い手である世帯は、保険料負担が軽減する。

適用関係の変化	1年間加入した場合の保険料負担の変化	1年間加入した場合の給付の変化
国保→健保 (本人・単身世帯)	約8千円減 (月額約600円減)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 傷病手当金 【日給の2/3相当額、最長1年6か月間】 (月収10万円の場合、月で約6万5千円支給) ○ 出産手当金 【日給の2/3相当額、産前6週間、産後8週間】 (月収10万円の場合、全体で約21万円支給) ○ 付加給付：加入する保険者によって、一部負担還元金等が支給
国保→健保 (本人・自営業者の妻)	約1万1千円増 (月額約900円増)	
国保→健保 (本人・母子家庭の母)	約1千円減 (月額約100円減)	
国保→健保 (本人・夫婦共働き)	約5千円減 (月額約400円減)	
健保(被扶養者)→健保(本人)	約6万5千円増 (月額約5,400円増)	

(備考)

1. 1年間加入した場合の保険料負担の変化と将来得られる給付の変化を示す。昭和40年生まれの女性(現在46歳)の場合とする。
2. 健康保険の保険料率は協会けんぽの平成23年度の全国平均値(保険料率11.01%：一般保険料率9.5%、介護保険料率1.51%)を使用。市町村国保の保険料は平均値のモデル(所得割8.78%等)を使用する。介護保険料を含む値。
3. 国民健康保険の保険料は、4方式かつ旧ただし書き方式採用の市町村の平成21年度の平均値(所得割率8.78%(医療分7.41%、介護分1.37%)、資産割17,784円(医療分15,360円、介護分2,424円)、均等割34,820円(医療分27,501円、介護分7,319円)、平等割31,447円(医療分26,278円、介護分5,169円))を使用。国保(共働き)と国保(自営業者の妻)は非軽減世帯、国保(母子家庭の母)は5割軽減世帯、国保(単身世帯)は2割軽減世帯とし、パート労働者の資産割はないと仮定。
4. 国保(自営業者の妻)は、妻のみ健保に加入すると仮定し、世帯単位でみた妻の分の国保保険料の減少額と、健保適用後の妻本人の保険料の増加額とを比較。国保(母子家庭の母)は、子の分の国保保険料を含む比較。

(参考1) 医療保険者の比較

	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成22年3月末)	1,723	165	1	1,473	83	47
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人 (2,033万世帯)	343万人	3,483万人 〔被保険者1,952万人 被扶養者1,531万人〕	2,995万人 〔被保険者1,572万人 被扶養者1,423万人〕	912万人 〔被保険者447万人 被扶養者465万人〕	1,389万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	38.9歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
加入者一人当たり 平均所得 (平成21年度)	旧但し書き所得 (※1) 74万円 〔一世帯あたり〕 129.1万円	市町村民税 課税標準額 217万円 (※2)	211万円 (収入) 〔被保険者一人あたり〕 374万円	280万円 (収入) 〔被保険者一人あたり〕 530万円	326万円 (収入) 〔被保険者一人あたり〕 666万円	旧但し書き所得(※1) 66.6万円 (平成22年度)
加入者一人当たり 医療費(平成21年度) (※3)	29.0万円	17.1万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり 保険料(平成21年度) (※4) 〈事業主負担込〉	8.3万円 〔一世帯あたり〕 14.6万円	12.4万円	8.6万円 <17.1万円> 〔被保険者一人あたり〕 15.2万円 <30.3万円> 平均保険料率 9.34% (9.26~9.42%) (平成22年度)	9.0万円 <20.0万円> 〔被保険者一人あたり〕 16.9万円 <37.6万円> 平均保険料率 7.45% (3.12%~10.0%)	11.0万円 <22.0万円> 〔被保険者一人あたり〕 22.4万円 <44.8万円> 平均保険料率 7.83%	6.3万円
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の43% (※5)	給付費等の16.4% (※6)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (平成23年度予算ベース)	3兆4,411億円	2,900億円	1兆1,108億円	18億円		5兆8,006億円

(※1) 旧但し書き所得とは、後期高齢者医療制度や多くの市町村国保の保険料の算定基礎とされているもので、収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除及び基礎控除等を差し引いた額のこと。

(※2) 平成21年所得調査結果では、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。

(※3) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)である。

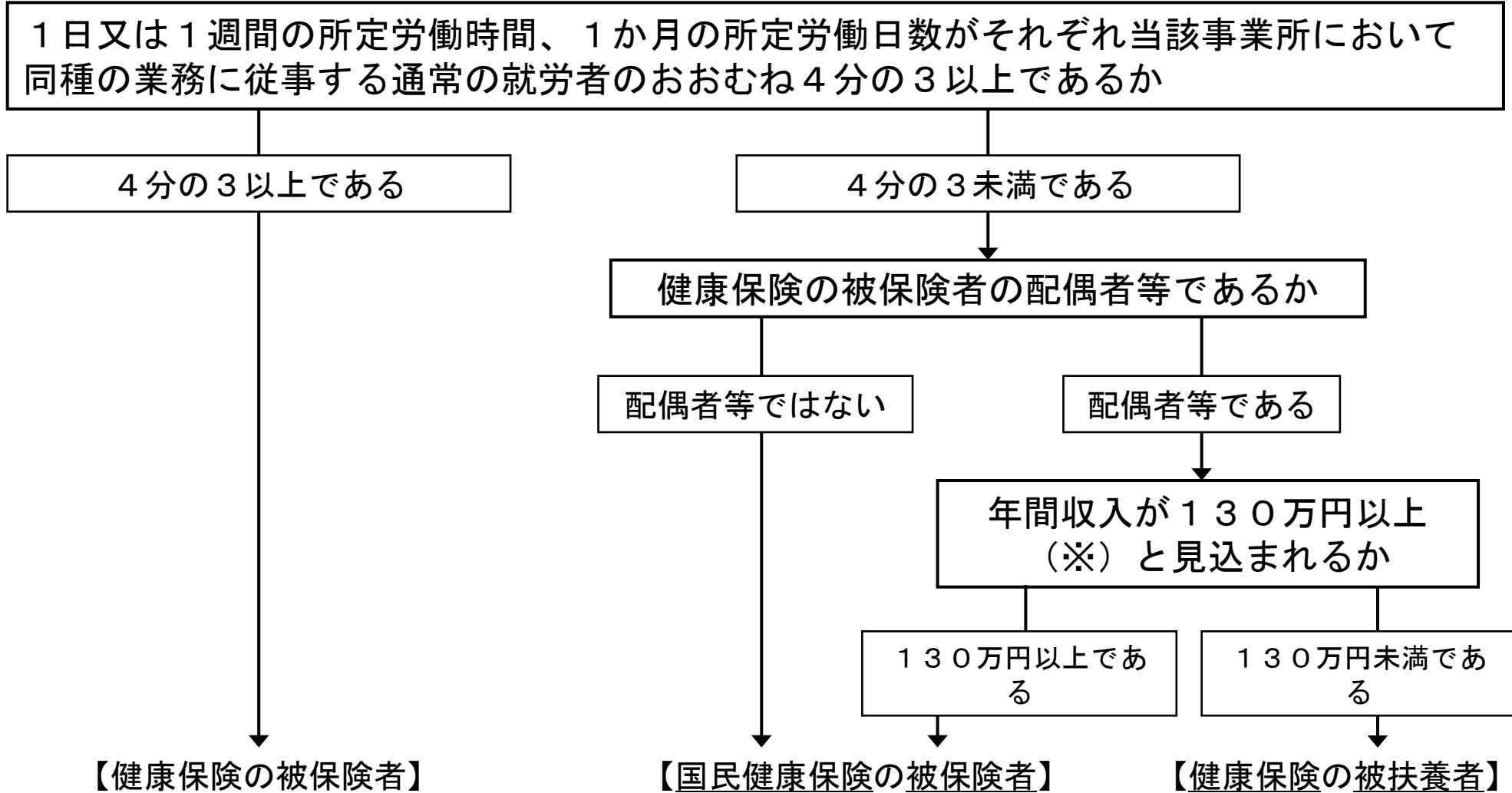
(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 平成23年度予算ベースにおける平均値。

(※6) 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、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。

(※7) 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。

(参考2) 短時間労働者への健康保険の適用について



※ここでいう「収入」には給与の他、資産所得等、継続して入る収入が含まれる（資産所得、事業所得等経費を要するものについては必要経費控除後）。

(参考3) 被扶養者配偶者認定基準の経緯

○ 昭和61年4月までは、所得税の控除対象配偶者収入限度額に連動して改定されてきた。

	一般（高齢者以外）	
	認定基準額	基準の考え方
52年4月	70万円	①所得税控除対象配偶者収入限度額 給与所得控除+配偶者控除対象限度 (50万円) (20万円) ②国共の基準 70万円
56年4月	80万円	①所得税控除対象配偶者収入限度額 給与所得控除+配偶者控除対象限度 (50万円) (29万円)
58年4月	80万円 (据置き)	—
59年4月	90万円	①所得税控除対象配偶者収入限度額 給与所得控除+配偶者控除対象限度 (57万円) (33万円) ②実収入伸率×80=92万円 ③可処分所得伸率×80=91万円 ④消費者物価伸率×80=87万円 ⑤きまって支給する給与伸率×80=91万円
61年4月	90万円 (据置き)	—

○ 昭和62年5月以降は、所得税との連動をやめ、被扶養者の適用を維持するという考え方から、所得水準の伸びに応じた改定を行った。

62年5月	100万円	①所得税との連動をやめる ②実収入伸率×90=103万円 ③可処分所得伸率×90=101万円 ④きまって支給する給与伸率×90=102万円
元年5月	110万円	①実収入伸率×100=106万円 ②可処分所得伸率×100=107万円 ③きまって支給する給与伸率×100=107万円
4年1月	120万円	①実収入伸率×110=124万円 ②可処分所得伸率×110=124万円 ③きまって支給する給与伸率×110=119万円 ④国家公務員扶養手当所得基準 110万円→120万円（4年1月）
4年4月	120万円 (据置き)	—
5年4月	130万円	①実収入伸率×120=127万円 ②可処分所得伸率×120=126万円 ③きまって支給する給与伸率×120=124万円

※1 医療保険では、被保険者によって生計を維持されている被扶養者の疾病等は、被保険者にとって経済上の負担となることから、被保険者の生活の安定のために、被扶養者についても保険給付を行ってきた。

※2 医療保険における家族の給付割合について

国民健康保険では、世帯員（家族）の給付割合が、昭和34年から昭和42年まで5割、昭和43年以降、7割であるが、健康保険では、被扶養者の給付割合が、昭和18年から昭和47年までは5割、昭和48年から昭和55年までは7割、昭和56年から平成14年まで、被扶養者の入院の給付割合が8割（外来は7割）であり、国民健康保険と健康保険で家族の給付割合に差があった。

社会保障審議会短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会

これまでの議論の整理（案）

平成23年11月30日

I. 経緯

- 本特別部会では、去る9月1日に第1回の会合を開催し、事務局から提示した「想定される主な論点」をもとに、社会保険適用を巡る現状及び論点に関する議論を開始した。
- 第2回特別部会（9月21日）では、事務局から提示した「適用拡大に関する考え方」をもとに、社会保険適用拡大に関する考え方について議論を行った。
- 第3回特別部会（9月30日）では、所定労働時間が20時間から30時間のパート労働者の就労実態について有識者からヒアリングを行うとともに、事業主団体・労働組合等からのヒアリングにおいて聴取すべき事項について議論を行った。
- 第4回（10月13日）、第5回（10月24日）、第6回（10月27日）及び第7回（11月9日）の特別部会では、事業主団体、労働組合、母子家庭団体など、社会保険の適用拡大の当事者である事業主及び労働者の立場を代表する団体からヒアリングを行った。ヒアリングに際しては、事務局から事前に提示した質問に対して文書での回答を求めるとともに、特別部会の場において口頭での説明の後、質疑応答を行った。ヒアリングを実施した団体は以下のとおり。
 - ・第4回（10月13日）：（事業主団体）日本フードサービス協会、（労働組合）日本サービス・流通労働組合連合
 - ・第5回（10月24日）：（事業主団体）日本チェーンストア協会、日本スーパーマーケット協会、日本百貨店協会、全国生活衛生同業組合中央会、全国介護事業者協議会、日本人材派遣協会、（労働組合）UIゼンセン同盟、（その他）NPO法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ
 - ・第6回（10月27日）：（事業主団体）全国乗用自動車連合会、全国ビルメンテナン協会、日本在宅介護協会、（労働組合）全日本自治団体労働組合、（その他）全国母子寡婦福祉団体協議会

・第7回（11月9日）：（労働組合）情報産業労働組合連合会、（その他）国民健康保険中央会

○ 第8回（11月17日）及び第9回（11月30日）の特別部会では、ヒアリングにおいて各団体から出された見解をもとに、社会保険適用を巡る現状と論点について、とりまとめに向けた議論を行った。

Ⅱ. 社会保険の適用拡大に関するこれまでの議論の概要

（1）適用拡大に対する基本的な考え方について

①ヒアリングの概要

- 事業主団体からは、以下のような意見が寄せられた。
 - ・ 制度の抜本改革なくして適用拡大を議論することはできない。（飲食業、小売業）
 - ・ 既にセーフティネットのある被扶養配偶者など、適用を望まない者が多い。（飲食業）
 - ・ 保障を必要とする人たちに対する政策の必要性は理解するが、社会保障全体の枠組みの中で議論すべき。（小売業）
- 労働組合などからは、以下のような意見が寄せられた。
 - ・ 均等・均衡待遇の実現に向けて労働時間による差別を是正することが必要で、すべての雇用労働者に社会保険を適用する方向で検討すべき。（飲食業の労組、小売業の労組）
 - ・ 被用者でありながら国民年金・国民健康保険に加入している者にも、十分な老後の所得保障や、傷病手当金や出産手当金を含めた医療保障を確保すべき。（介護業の労組）
 - ・ 現在の被扶養配偶者についても、離婚などのリスクを考えれば適用拡大のメリットはある。（母子家庭団体）

②委員の意見の概要

- 以下のような議論があった。
 - ・ 就職難の中で非正規を選択せざるを得なかった者に対して必要な保障を行うための改革を目指すべき。

- ・ 正規雇用の多い業種が負担している社会保険料について、パート労働者を多く雇用している業種はその負担を免れている不公平がある。
- ・ 本人たちが望まないなら適用するべきではないという考え方は社会保険の議論では適当でない。
- ・ 格差問題への対応や、短時間労働者の処遇の改善など、政策パッケージの一つとして適用拡大は位置づけられるべきであり、この問題を単体で考えるべきではない。
- ・ 現在ある問題点については解決に取り組むべきであり、年金制度の抜本改革が先決との意見は採れない。
- ・ 適正なセーフティーネットに入っていない者を中心に考えるなど適用拡大の対象を明確化すべき。
- ・ 企業の事業への影響を含めた長期的・全体的な視点で考えるべき。

(2) パート労働者の就労実態及び適用拡大のパート労働者の働き方に対する影響について

①ヒアリングの概要

- 事業主団体からは、以下のような意見が寄せられた。
 - ・ 年末に集中する就業調整が労働力供給に支障を来している。(介護業)
 - ・ 現行制度における就業調整の発生は、パート労働者側の被扶養配偶者認定基準内での就労の選択によるものであるから、適用拡大は更なる就業調整をもたらすおそれがある。(飲食業、小売業)
- 労働組合などからは、以下のような意見が寄せられた。
 - ・ 主たる生計の担い手で正社員志向が強いパート労働者など、社会保険適用を望む者は多く、適用拡大は必ずしも就業調整にはつながらない。(情報サービス業の労組)
 - ・ 母子家庭のパート労働者はすべて、生計の担い手であり適用対象となるべき。(母子家庭団体)

②委員の意見の概要

- 以下のような議論があった。
 - ・ 被扶養配偶者認定基準によって働き方が制限されることは良くない。
 - ・ 長期的には人口減少社会の中で就業人口を増やせるような、また、所得階層の中間層を厚くしていけるような制度を構築することが必要である。

- ・ 雇用への影響が避けられず、国際競争力の維持といった観点からも考えなければならない。
- ・ 従来は同じ労働時間である者が、適用拡大を機に、能力があつて延長される者と、能力がなくて短縮される者に分かれるおそれがある。

(3) 適用拡大の企業経営に対する影響について

①ヒアリングの概要

- 事業主団体からは、以下のような意見が寄せられた。
 - ・ 中小零細企業には社会保険料を払えるか払えないかという瀬戸際にある企業も多く、適用拡大が行われれば廃業の増加が避けられない。(生活衛生業)
 - ・ 企業のセーフティーネットや経過措置の整備がなければ経営が成り立たない。(ビルメンテナンス業)
- 労働組合などからは、以下のような意見が寄せられた。
 - ・ 影響緩和措置は必要ではあるが、それがなければ適用拡大はできないということにはならない。(飲食業の労組、小売業の労組)
 - ・ 企業負担が賃金に転嫁されることが心配である。(飲食業の労組、小売業の労組)
 - ・ 雇用調整を防ぐための政策が必要である。(母子家庭団体)

②委員の意見の概要

- 以下のような議論があつた。
 - ・ 保険料率の段階的に引き上げが既に行われていることによって企業の社会保険料負担は増大している一方で、リーマン・ショックや東日本大震災の影響で収益が減少しているため、困窮している中小企業への配慮が必要である。
 - ・ 公平性の確保やセーフティーネットの拡充は重要だが、産業・業種の実態を見つつ検討しなければ、目的とした政策効果が実現できず、むしろ逆の結果を生じてしまうおそれがある。
 - ・ 社会保険料は企業にとって当然負担すべき必要コストであつて、どう軽減するかという視点ではなく、企業が負担できるようにどう支援するかという視点で考える必要がある。
 - ・ タイミングが悪いという意見はいつでも出てくる話であり、適用拡大と

いう政策は遂行しなければならない。

(4) その他

①ヒアリングの概要

- 事業主団体からは、以下のような意見が寄せられた。
 - ・ 年金を受給しながら働く者への配慮が必要である。(タクシー・ハイヤー業)
 - ・ 適用拡大が行われれば、現行制度をもとに構築してきたビジネスモデルが壊れてしまう。(飲食業)
 - ・ シンプルで判断が分かれにくい透明性のある基準を設定してほしい。(人材派遣業)

②委員の意見の概要

- 以下のような議論があった。
 - ・ 適用拡大に当たっては、医療保険者ごとの財政への影響を十分に考慮すべき。
 - ・ 適用拡大によって被扶養配偶者の手続などの事務が煩雑になる。
 - ・ 2以上事業所で働くパート労働者が増加することにより事務が煩雑になるといった問題もある。
 - ・ 第3号被保険者制度や配偶者控除制度の見直しや短時間労働者対策など、関連する政策との整合性を図りつつ検討することが必要である。

Ⅲ. これまでの議論における論点の整理

- これまで4回に渡り、計17団体から実施したヒアリングを通じて、パート労働者の就業実態や、適用拡大が雇用・企業経営に与える影響、事業主団体・労働組合の適用拡大に対する考え方を相当程度把握したのではないかと。
- また、委員間の議論を通じて、社会保険の適用拡大については、一定の理解が示されたのではないかと。
- ただし、具体的な社会保険の適用拡大については、以下のような議論があり、意見の集約には至っていないのではないかと。

- ・ パート労働者の年金保障・医療保障の確立のために、適用範囲を可能な限り広く設定すべき。
 - ・ 適用拡大が実施された場合に就業調整が発生する可能性や、経済状況、事業主に生じる保険料及び事務負担、医療保険者（被用者保険）への財政影響を十分考慮すべき。
- 第3号被保険者・被扶養配偶者の認定基準である「年収130万円未満」の見直しについては、以下のような議論があり、意見の集約には至っていないのではないか。
- ・ 女性の活躍を阻害しており、引き下げるべき。
 - ・ 健康保険では被扶養者の保険の適用を維持するために被扶養者の認定基準を引き上げてきた経緯があることに留意すべき。
 - ・ 給付内容が変わらないのに保険料だけが増加することについて国民への十分な説明が必要であり、慎重に対応すべき。
- 厳しい医療保険財政の中、保険者の負担増をどう考えるかという点については、以下のような議論があり、意見の集約には至っていないのではないか。
- ・ いずれの医療保険者（被用者保険）も財政状況は厳しく、特に健保組合については、これ以上負担が増えれば解散する可能性もある。
 - ・ 医療保険に財政影響があることはわかるが、公平性の議論とは分けて考えるべきである。適用拡大を行うことにより、社会保険をライフスタイルに中立的な制度とすることは重要である。
- 適用拡大により企業経営に生じうる影響を緩和するための措置に関しては、例えば段階的に適用拡大を行うなど、一定の配慮を行うことが必要であるという点については概ね同意が得られたのではないか。
- 本特別部会においては、これらの論点について引き続き議論を進め、速やかに結論を得ていくべきではないか。

(以上)

産休期間中の保険料負担免除について

平成23年12月5日
厚生労働省保険局

社会保障・税一体改革成案（抄）（産休期間中の保険料負担免除関係）

（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）

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）>

Ⅲ 年金

○ 国民的な合意に向けた議論や環境整備を進め、「新しい年金制度の創設」実現に取り組む。

・ 所得比例年金（社会保険方式）、最低保障年金（税財源）

○ 年金改革の目指すべき方向性に沿って、現行制度の改善を図る。

・ 最低保障機能の強化＋高所得者の年金給付の見直し

・ 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大、第3号被保険者制度の見直し、在職老齢年金の見直し、産休期間中の保険料負担免除、被用者年金の一元化

・ マクロ経済スライド、支給開始年齢の引上げ、標準報酬上限の引上げなどの検討

○ 業務運営の効率化を図る（業務運営及びシステムの改善）。

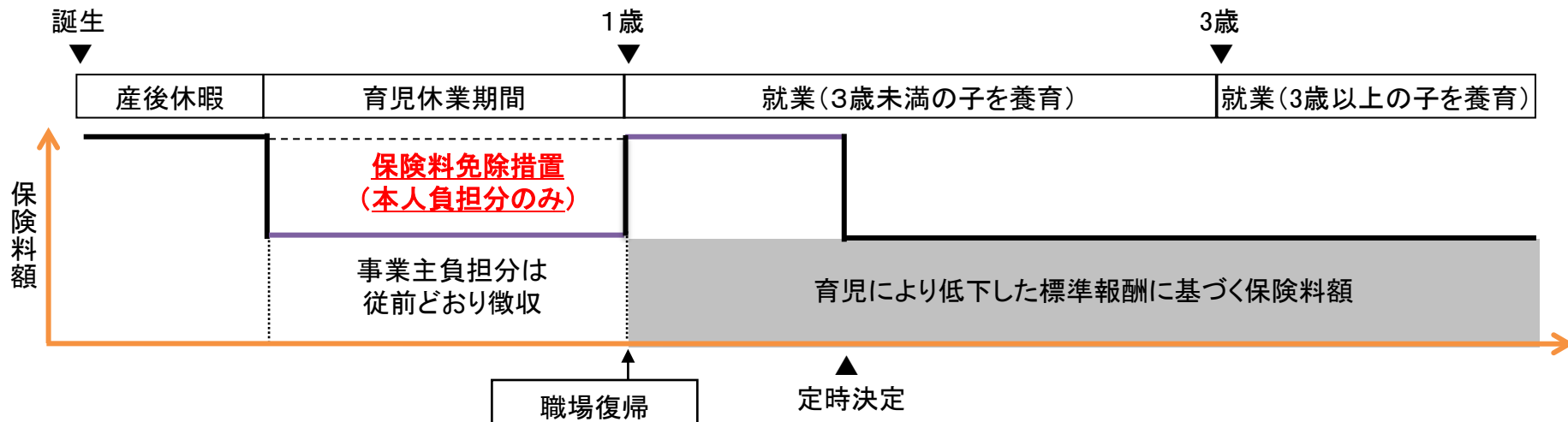
産休中・育休中の社会保険料等の現在の取扱いについて

	妊娠中	産前・産後休業中	育児休業中	復帰後
休業制度		労働基準法により休業 <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">出産</div> <p>(産後6週間は強制休業)</p> </div>	育児・介護休業法により休業 ※ 本人の請求による	
		産前6週間 産後8週間		
所得	【給与】	【給与】 無給(一部企業では有給)	【給与】 無給(一部企業では有給)	【給与】
	社会保険料	【健康保険】 出産手当金の支給 (休業前賃金の3分の2) 社会保険料	【雇用保険】 育児休業給付金の支給 (原則1年)休業前賃金の40%(当面50%) (社会保険料免除) 支給調整あり	社会保険料
社会保険料	【厚生年金】 保険料負担	【厚生年金】保険料負担	【厚生年金】 保険料全額免除(労使)	【厚生年金】 保険料負担 (標準報酬改定の特例)
	【健康保険】 保険料負担	【健康保険】保険料負担	【健康保険】 保険料全額免除(労使)	【健康保険】 保険料負担 (標準報酬改定の特例)

(参考) 育児休業期間中の保険料免除に関する改正経過

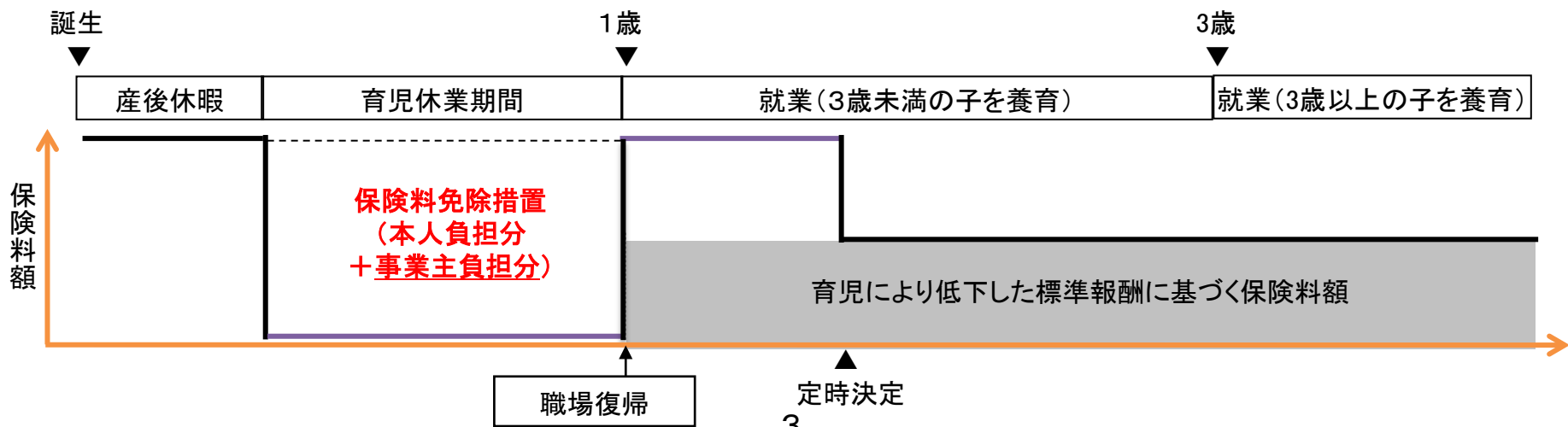
平成6年改正（健康保険法、厚生年金保険法を一括に改正）

- 育児休業期間（子が1歳に到達するまで）中の健康保険料、厚生年金保険料の「本人負担分」を免除。
- 厚生年金では、保険給付の面では、保険料免除期間を保険料拠出を行った期間と同様に取り扱う。



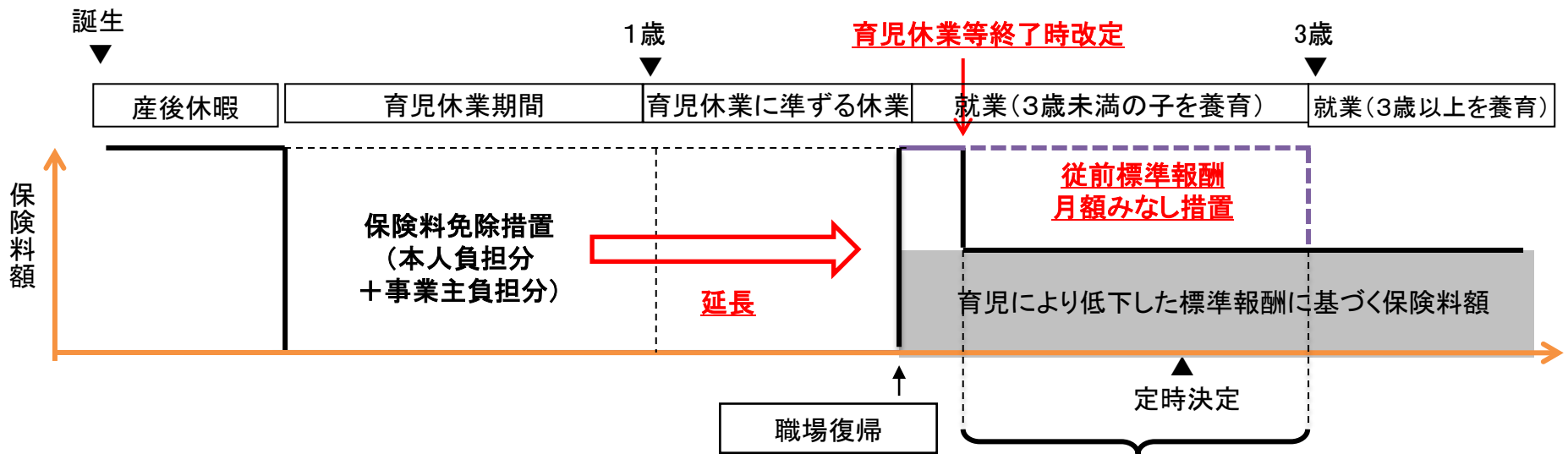
平成12年改正（健康保険法、厚生年金保険法をそれぞれ改正）

- 育児休業期間中の健康保険料、厚生年金保険料を本人負担分だけでなく「事業主負担分」も免除。



平成16年改正（健康保険法、厚生年金保険法を一括に改正）

- 育児休業等期間のうち、子が3歳に到達するまでの期間について、保険料免除制度を拡充。
 - 厚生年金では、3歳未満の子を養育しながら就業を継続する者への給付算定上の配慮措置を創設。
- ※ 育児・介護休業法の改正（平成14年4月施行）で育児休業に準ずる休業を含めて最大3年間まで取得が可能となったことに伴う措置。

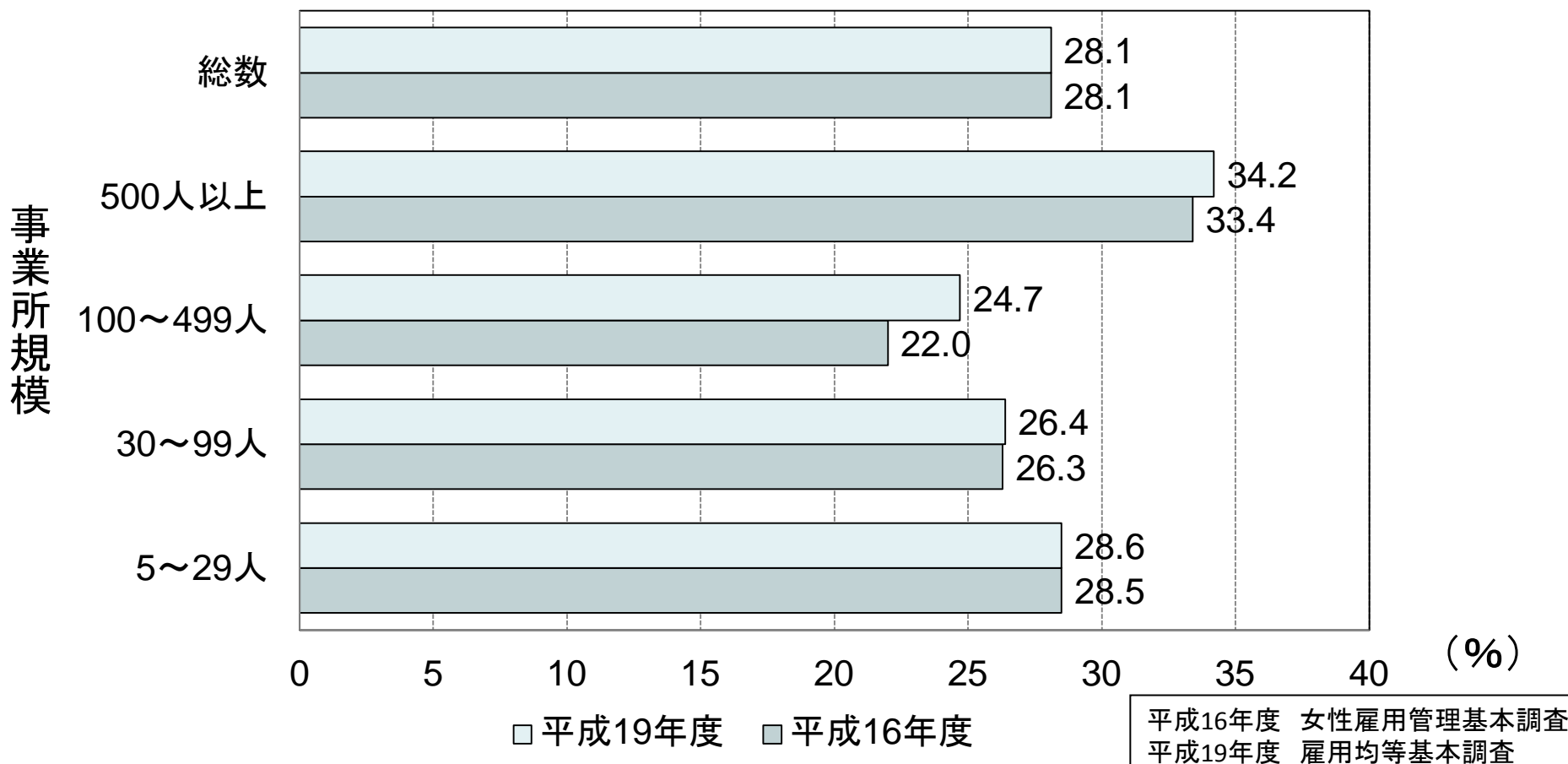


- ① 保険料額の計算の基礎となる標準報酬月額は、定時決定前であっても、「実際に低下した報酬額」となるよう、改定を行う(=育児休業等終了時改定)。
- ② 一方、給付額の算定の基礎となる標準報酬月額は、育児休業等終了時改定前の標準報酬月額とみなし、給付額の低下を防止する。

産前産後休業期間中の賃金支給の現状

- 休業期間中における給与の取扱いについては、産前・産後いずれの場合も、法律上定められておらず、各事業所の労働協約、就業規則等で定めるところによる。
- 産前産後休業期間中の賃金を「有給」とする事業所の割合は、平成19年度で約3割（28.1%）となっており、約7割の事業所で、産前産後休業期間中の賃金は支給されていない。

産前産後休業期間中の賃金支給ありの割合（事業所規模別）



産前産後休業期間中の保険料免除に関する医療保険における主な論点

- 年金の場合は、少子化対策として産前産後期間中の保険料免除を行った場合、長期的には、年金財政に寄与するという観点がある。医療保険も年金と同様に、長期的には保険制度の支え手を増やすというメリットがあるのではないか。
- 医療保険の産前産後期間中の保険料免除を行った場合、保険料免除期間の保険給付の財源は他の被保険者及び事業主の保険料によって賄うことになるが、この点をどう考えるか。
- 医療保険では、産前産後期間中でも被用者本人に対する「出産手当金」や「出産育児一時金」の給付、「異常分娩の際の保険給付」があるが、これをどう考えるか。
(※) 医療保険では、「傷病手当金」の給付の期間は、被保険者は保険料を支払うことになる。産前産後期間中に保険料を免除する場合、「傷病手当金」が給付されている被保険者との平仄をどう考えるか。
- 厚生年金だけを産前産後期間中に保険料免除とした場合、実務上の問題はないか。
(※) 健康保険だけ徴収する場合、現行制度を変更するものではなく、保険料を決定する「標準報酬月額」の手続きの変更もないので、実務が大きく変わるものではない。

(参考) 10月31日の年金部会での主な意見

- 次世代育成支援だけでなく晩婚化が進んでおり、女性の就労継続の支援、産休中の経済的な安定、子育て世代の経済的負担の軽減、将来の保険料負担者を育てるという観点から、産休期間中の保険料免除を進めるべき。
- 中小企業では、産前産後休業が精一杯であり、育児休業が取得できないことが多い。出産手当金が支給された後に産休中に事業主が立て替えた保険料を本人が払うケースもあり、出産費用もかかるので保険料を免除すべき。
- 育児休業よりも産前産後休業の方が取得者が多い。ただし、財源をどう考えるか。また、厚生年金だけでなく健康保険でも同様に行うことになれば、更に他の事業主の事業主負担が増加する。
- 賦課方式である年金制度にとって、将来の担い手を増やすことは、財政運営の観点から不可欠である。
- 中小企業では産休期間に入る前に暗黙のプレッシャーにより辞職してしまう方が多い。この期間がきちんと保険料免除されることで、産前産後休業の取得促進につながる効果も考えられる。

産休期間中の保険料免除による財政影響（粗い試算）

≪産前6週間、産後8週間で計14週間を免除した場合（事業主負担を含む）≫

	総計	協会けんぽ	健保組合
保険料免除額	約140億円	約80億円	約60億円

○ 保険料免除額の算出方法

「保険料免除額」＝「出産手当金の支給件数」×「支給対象者の1人あたり平均報酬月額」
×「保険料率」×「平均免除月数」（「平均免除月数」＝14週÷4.2週）

（参考）出産手当金の支給実績（平成21年度）

	支給件数	支給額	1件当たり支給額
計	186,962件	803億円	42.9万円
協会けんぽ	109,111件	441億円	40.4万円
健保組合	77,856件	362億円	46.5万円

- （注1）「出産手当金の支給件数」は平成21年度の数字。（資料：平成21年度健康保険・船員保険事業年報）
 （注2）「支給対象者の1人あたり平均報酬月額」は、厚生労働省保険局調査課で特別集計を実施し算出した「平成21年度の育児休業中の被保険者1人あたり平均報酬（賞与含む）」を用いた。
 （注3）1人あたり平均報酬月額は、標準報酬月額と賞与分の合計として計算。保険料率は、協会けんぽは9.5%（平成23年度平均）、健保組合は7.93%（平成23年度の平均）で計算。
 （注4）「出産手当金」は「産休中に産休前の給与の3分の2以上をもらっている者」には支給されないため、その者については「出産手当金の支給件数」に含まれていない。したがって、試算には「産休中に産休前の給与の3分の2以上をもらっている者」についての保険料免除額は含まれていない。

(参考) ILO第102号条約における出産手当金に関する規定について

ILO第102号条約（社会保障の最低基準に関する条約）について

- 1952年6月採択、1955年4月発効。日本は1972年2月に批准。
- 妊娠・分娩に起因する勤労所得の停止を給付事由として「産前産後の手当（定期金）」が「母性給付」の一つとして規定されている。

出産手当金の支給期間及び給付水準に関する規定について

- 「産前産後の手当（定期金）」の支給期間は、国内法令により定められている休業期間とする。国内法令に定められていない場合は、12週間に制限できる。
- 「産前産後の手当（定期金）」は、受給者又はその被扶養者の従前の勤労所得の45%以上でなければならない。また、給付額又は給付の計算に当たって考慮する勤労所得は、最高限度を国内法令で定めることができる。

提言型政策仕分けを受けた医療保険部会及び中央社会保険医療協議会における検討事項

社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化

論点① 医療サービスの価格はどうあるべきか。

論点② 今後どのような医療サービスに重点をおくべきか。

論点③ 病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

提言型政策仕分け とりまとめ（提言）

- ・ 国民・地域のニーズを具体的に把握して、診療報酬の改定を行うべき。
- ・ 勤務医と開業医、また診療科間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。
- ・ 医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める。
- ・ 医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体（医師の人件費等）については、「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があったことを重く受け止めて対応されたい。
- ・ 中長期的な検討課題として提案された地域・診療科間の偏在の解消など、医師不足の問題に対応する医療供給体制の在り方について、社会保障審議会で検討の上、行政刷新会議に報告されたい。

中央社会保険医療協議会

- ・ 診療報酬の加算が効果的に待遇改善につながるよう、勤務条件が厳しい診療科を中心に待遇改善につながる条件付けを行うべき。

中央社会保険医療協議会

社会保障：後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策

論点① 後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。

論点② 病院でも薬局でも買うことのできる薬の負担はどうあるべきか。

提言型政策仕分け とりまとめ（提言）

・先発品の薬価は後発医薬品（ジェネリック）の薬価を目指して大幅に引き下げ、医療費の支出と国民の負担を最小限にすべき。

中央社会保険医療協議会

・先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすることについて検討すべき。

社会保障審議会
医療保険部会

・医師・薬剤師から主な先発品・後発品のリストを患者に提示する義務を課すことについても検討すべき。

中央社会保険医療協議会

・後発医薬品の推進のロードマップを作成し、行政刷新会議に報告すること。

・ビタミン剤など市販品類似薬については、自己負担割合の引き上げを試行すべき。さらに、一部医療保険の対象から外すことについても検討すること。

社会保障審議会
医療保険部会

平成 23 年 12 月 5 日	第 51 回 社会 保障 審議 会 医 療 保 険 部 会	資 料 4
平成 23 年 12 月 1 日	第 50 回 社会 保障 審議 会 医 療 保 険 部 会	資 料 4

医療サービスの機能強化と効率化・重点化
(行政刷新会議の評価結果等)

ワーキンググループB

B5-2

社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化

(論点①)医療サービスの価格はどうかあるべきか。

(論点②)今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。

(論点③)病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

方向性

国民・地域のニーズを具体的に把握して、診療報酬の改定を行うべき。その中で、勤務医と開業医、また診療科目間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。また、医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める。

また、医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体(医師の人件費等)については、

「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があった
ことを重く受け止めて対応されたい。

加えて、中長期的な検討課題として提案された
地域・診療科目間の偏在の解消など、医師不
足の問題に対応する医療供給体制の在り方
について、社会保障審議会で検討の上、行政刷
新会議に報告されたい。

また、診療報酬の加算が効果的に待遇改善に
つながるよう、勤務条件が厳しい診療科を中心
に待遇改善につながる条件付けを行うべき。

論点①②

医師不足を改善するため、中期的に開業医と勤務医の収入をバランスさ
せることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める 8名

医師不足を改善するため、リスクや勤務時間に応じて、診療科ごとの報酬
配分を見直す 9名

診療報酬本体(医師の人件費等)を

ア. 増やす 0名

イ. 据え置く 6名

ウ. 抑制 3名

その他 2名

(注:重複あり)

論点③

病院に対する加算を行った場合には、勤務医の人件費増につながるよう、
条件付けを行うべき 7名

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

病院に対する加算を行った場合には、勤務条件が厳しい診療科・部門の
勤務医に院内で重点的に処遇するよう、条件づけを行うべき 8名
病院に対する加算を行った場合には、勤務条件が厳しい診療科・部門の
病院勤務医の待遇を現在以上に改善する必要はない 0名
その他 3名
(注:重複あり)

とりまとめ(提言)

国民・地域のニーズを具体的に把握して、診療報酬の改定を行うべき。その中で、勤務医と開業医、また診療科目間について、リスクや勤務時間に応じて報酬配分を大胆に見直す。また、医師不足改善のため、勤務医と開業医とのアンバランスや地域別・診療科別の医師不足の状況を踏まえて、メリハリの利いた診療報酬改定を早急に行うべき。また、中長期的には、開業医と勤務医の収入をバランスさせることを目指し、開業医・勤務医の平準化を進める。

また、医療サービスの価格全体の前提となる診療報酬本体(医師の人件費等)については、「据え置く」6名、「抑制」3名という意見があったことを重く受け止めて対応されたい。

加えて、中長期的な検討課題として提案された地域・診療科目間の偏在の解消など、医師不足の問題に対応する医療供給体制の在り方について、社会保障審議会で検討の上、行政刷新会議に報告されたい。

また、診療報酬の加算が効果的に待遇改善につながるよう、勤務条件が厳しい診療科を中心に待遇改善につながる条件付けを行うべき。

評価者の提言内容(評価シートに記載された提言事項)

(論点①)医療サービスの価格はどうあるべきか。

(論点②)今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。

- 勤務医の待遇改善、報酬アップ。但し、開業医でも、産科・小児科は待遇維持または改善すべき。
- 救急対応(急性期)の病院、医師への配分及び産科、小児科、内科、外科の報酬は上げ、皮膚科、眼科は大きく下げるべき。
- (開業医と勤務医の収入を)中長期的には均衡させる。
- (診療報酬本体を)極力抑制する。
- 地方における医師不足に対応するため、地域の国立大学病院の医学部に「県内枠」を設けて、地元の高校出身者を増やすことも検討すべき。
- ドイツのような公的医療保険における開業医の配置規制についても検討すべき。
- 開業医と勤務医のリスクや勤務状況をもっと直視した診療報酬のつけ方を改めてゆく。

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 「医師不足」がある以上、開業医と勤務医の平準化を進める方向で診療報酬配分を改めるべき。
- 眼科や皮膚科、泌尿器科といった医師数が増加している診療科には、特にターゲットを当てて診療報酬を引き下げる直接的な方策を講じるべき。
- 物価や民間企業の給与が下がる状況の下で、診療報酬本体のは据え置く(ゼロ改定)べき。今後も診療報酬改定時には、物価や民間企業給与の動向と連動させるべき。
- 勤務医に対して開業医の時間当たり報酬が相対的に高いため勤務医から開業医へシフトが生じている。これが医師不足の原因の一つ。格差を平準化させるべきだ。
- 診療別の価格が想定的に高い医師分野に民間が集まる傾向があるため、不足する診療科の報酬を想定的に引上げるべき。
- 自由参入(開業の場所、診療科目)にもかかわらず、医療サービスの価格が固定されており、医師の処遇は相当に恵まれている。報酬を引下げるべきだ。
- 公的病院の統合を進め、病床数を削減する。
- 医療は保険・公的負担で賄われている以上、厚労省は医療機関に対する管理を強化する。
- 供給側の効率化がここでの議論の中心であり、そのためには、病院・診療所でどのように機能分化が行われるべきかの議論が必要。
- ①規模による病院の機能に着目して、②勤務医であっても担っている機能に応じて、③報酬配分を見直すべき。その際、病院の集約化をすすめたり、医療法人のガバナンスの改革を行うべき。そのうえで、ホスピタルフィーの導入も検討すべき。
- 医療法人制度改革で法人のガバナンスをどのようにしていくのかの制度設計が必要になる。持分権の廃止だけで病院のガバナンスが改善するとは思えない。
- 医師不足、給与(収入)を含めて医師の待遇・格差の実態を正しく捉えることから議論を始めるべき。エビデンスベースの診療報酬の改正が不可欠。
- 中長期的には“ドクターフィー”の導入を。
- 当面は全病院調査(病院・医師センサス)の実施と実態の分析を。
- 診療報酬はマクロ＝総額を増やすのではなく政策目的に即したメリハリのある配分を。
- 医師不足の実態を地方自治体の方がより情報を有しているならば、診療報酬決定の一部(例±10%)を地方に分権化しては？
- 財政的に診療報酬が増やせない現状では勤務医の収入を増やす為に、開業医の収入を減らす方向も、タブーなく踏み込むべきだ。
- リスクの高い外科、産婦人科や、過労状態にある小児科の報酬はリスクや労働環境に応じて増加させるべき。
- 勤務医を増やす。開業医を減らす。メリハリをつけるべき。もちろん地域別の診療科別の医師不足の状況を勘案して、地域、診療科別のメリハリをつけるべき。
- 収入のみならず勤務時間や勤務地を考えないと医師不足は改善しないが、まず、当面の対応策と

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

して開業医と勤務医間の収入面での改善(平準化)を進める。

- 上記の方法論として、リスクが高い、また、勤務時間に応じて診療科ごとに報酬配分を見直す。病院に対してもリスクと勤務時間に応じて(診療報酬に応じて)人件費を割り当てるような制度を検討・導入する。
- 開業医・勤務医、診療科目によって上げるところと下げるところを設ける。

(論点③)病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。

- 病院加算の内、一定の割合を Doctor Fee として勤務医に配分されるようにすべき。
- 上記中、条件の厳しい診療料の勤務医への Doctor Fee を厚くすることを義務付けるべき。
- ドクターフィーを導入する(中長期)
- 勤務医とのバランスをとるよう開業医への診療報酬は抑制
- 病院間の連携、看護師との業務分担の見直しの徹底
- 現行制度では病院経営の効率化＝収益性の向上を通じて勤務医の給与を増やすしかない？
- 地方の勤務医については定期的に都市部の大病院で検修を受けて技能の向上を促す仕組みがあっても良いのではないか？
- ドクターフィー、ホスピタルフィーの導入を通じて勤務医の待遇改善を進めるとともに、小病院を減らして大病院に集約化を促進すべき。
- 単純に給与を上げるだけでなく勤務医の労働時間、労働条件を改善するよう、病院数等の統合を図る。
- 各病院別の人件費割合や給与等を公開して政策評価の為に具体的な指標を定めるべき。
- 診療科別の給与や労働時間等も統計をとって公開すべき。
- 地域単位当たりの効率化が不足。公立病院などを垂直統合して、職能分化に基づく医療施設のダウンサイジングが必要。
- 医師でなくても可能な医療サービスは極力看護師、介護師でも供給可能に。これを行うことで医療コストを引き下げることが可能。同時に医師は医師でしかできない業務に従事可能。
- 病院に対してもリスクと勤務時間に応じて(診療報酬に応じて)人件費を割り当てるような制度を検討・導入する。
- 病院については、400床(又は500床以上)の病院と200床未満の中小病院は別けて考えるべき。前者は高次の医療サービスを担うが、後者は診療所とあまり変わらない。
- (選択肢①について)高次機能を担う大病院については、人件費増を認めてもいい。
- (選択肢②について)そのとおりである。
- (選択肢③について)高次機能病院と療養型病院とは区別して議論すべき。療養病床のあり方については、もう少し考える必要がある。
- 療養病床の監理及び診療報酬の改善について、現在の診療報酬の包括化の区分はまだ改善の余地がある。介護療養病床の他施設への転換をすすめるスピードをあげるべき。
- 地域医療、特に過疎地勤務の医師の報酬、待遇を改善(アップ)すべき。その為には、地域＝保険者が一定程度診療報酬を決められるよう、スピード感を持って決断すべき。
- 勤務条件が厳しい診療科目や地域の医師や看護職員の待遇改善につながるよう条件付けを行うべき。

施策・事業シート

医療サービスの機能強化と効率化・重点化							
担当府省庁	厚生労働省	担当部局庁 課室	保険局・医政局	作成責任者	保険局総務課長 木下 賢志 医政局総務課長 池永 敬康		
主な関係法令	医療保険制度：健康保険法、国民健康保険法、高齢者医療確保法 医療提供体制：医療法、医師法等			主な関係府省庁	財務省、総務省		
主な計画（閣議決定等）	社会保障・税一体改革成案（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定）			主な審議会等	社会保障審議会医療保険部会・医療部会、中央社会保険医療協議会		
関係施策名	医療保険給付費国庫負担金等						
施策・事業目的（ビジョン/のたのしみ）	○少子高齢化の進行、経済状況の変化、医療の高度化等に対応し、「社会保障・税一体改革成案」を踏まえ、地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図るとともに、セーフティネット機能を強化し、給付の重点化・制度運営の効率化を図り、誰もが良質な医療サービスを受けられるようにする。						
施策・事業目的（ターゲット/とこま）	○健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、各医療保険者に対し医療費等に要する費用の一部を負担する。（主な国庫負担割合：協会けんぽ：164/1000、市町村国保：34/100及び9/100、後期高齢者医療：3/12及び1/12等） ○国民が安心して良質な医療を受けることができる体制を整備する。						
主な手段	○国民健康保険制度、健康保険制度、高齢者医療制度 ○医療保険給付費国庫負担金等						
主な成果目標及び成果実績	成果指標		単位	20年度	21年度	22年度	目標値（何年度）
	成果実績	-	-	-	-	-	-
達成度	-	-	-	-	-	-	-
主な対象（W/何人/何日）	国民						
施策①	医療保険制度						
制度等（注）	①市町村国保（1,723）	②協会けんぽ（1）	③健保組合（1,473）	④後期高齢者医療広域連合（47）	⑤国民健康保険組合（165）		
	国民健康保険制度	健康保険制度	健康保険制度	後期高齢者医療制度	国民健康保険制度		
	8,555,005 百万円	4,451,273 百万円	3,344,264 百万円	11,040,294 百万円	496,810 百万円		
	2,937,358 百万円	955,626 百万円	2,841 百万円	3,543,944 百万円	301,140 百万円		
	36,059 千人	34,807 千人	29,951 千人	13,616 千人	3,475 千人		
名称	I 医療保険給付費国庫負担金等	II 後期高齢者医療制度事業費補助金	Ⅲ 高齢者医療運営円滑化等補助金	IV 健康保険組合給付費等臨時補助金	V 国民健康保険組合出産育児一時金等補助金		
	8,741,306 百万円	6,314 百万円	30,879 百万円	1,642 百万円	4,729 百万円		
事業等（注）	全国健康保険協会管掌健康保険（以下「協会けんぽ」という。）、国民健康保険及び後期高齢者医療等の健全な運営を図るため、健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、医療費等に要する費用の一部を負担する。		後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」と言う。）に対して、後期高齢者医療に係る事業を円滑に実施するために、広域連合が実施する、健康診査事業、保険者機能強化事業及び特別高額医療費共同事業に要する経費の一部について補助するものである。	高齢者医療制度の基盤の安定化を図るため、被用者保険の保険者の後期高齢者支援金等の負担を緩和するための助成及び特定保健指導等の実施に対する助成を行う。	健康保険事業の運営に支障を来す恐れのある健保組合に対し、国庫補助により事業の円滑な運営を図り、解散抑止に資する。	国保組合に対し、①「出産育児一時金補助金」、②「高額医療費共同事業補助金」、③「国民健康保険特別対策費補助金（平成23年度から廃止）」を交付することにより、国民健康保険事業の適正な運営を確保するとともに、国保組合財政の安定化に資することを目的とする。	

施策②		医療提供体制			
制度等 (注5)	名称				
	制度等				
事業等 (注6)	名称		I. 医療提供体制推進事業	II. へき地における医療提供等の実施	III. 災害時における医療提供体制の確保
	事業等		25,939百万円	1,385百万円	154百万円
事業概要	事業概要		都道府県が策定する医療計画に基づき、救急医療対策、周産期医療対策、看護職員確保対策、歯科保健医療対策等の事業を実施するため、医療施設等の運営及び設備整備等に必要経費について財政支援を行う。	巡回診療等によるへき地における住民の医療の確保等のための財政支援を行う。	地震等大規模災害発生時に一人でも多くの命を救うため、急性期に活動する災害派遣医療チーム(DMAT)の養成や、被害状況等を迅速かつ的確に把握するための広域情報ネットワークの構築など、災害時における医療提供体制の確保のための財政支援を行う。
	事業概要				看護師、薬剤師等医療関係職種の活用の推進や役割の拡大によりチーム医療を推進し、各職種の業務の効率化・負担軽減等を図るとともに、質の高い医療サービスを実現するため、チーム医療の安全性や効果の実証を行う。
名称		医療保険給付費国庫負担金等	救命救急センター運営事業	へき地医療拠点病院運営事業	広域災害・救急医療情報システム経費
費用分担	国が実施する事業(他の主体による実施の可否)	全国健康保険協会管掌健康保険(以下、「協会けんぽ」という。)、国民健康保険及び後期高齢者医療等の健全な運営を図るため、健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、医療費等に要する費用の一部を負担するものであり、国が実施する必要がある。	医療計画に基づき行われる、救命救急センターの全国的な整備を推進するため、国が支援を行う必要がある。	へき地においては、地理的条件等から医療機関を容易に利用できない状況にある。このため、国がナショナルミニマムとして医療提供体制を支援し、等しく医療を受けられる環境を整備する責務がある。	広域災害医療体制の確保を図るため、国が主体となって、全国的な災害医療情報等の集約を行う必要がある。
	地方との連携・役割分担(地方公共団体による実施状況)		国が運営方針を示し、県が医療計画を定め、県の実情に基づき医療機関が実施。	国が運営基準を作成し、都道府県が実施。	県が運営する救急医療情報センターと連携し、各地域の情報収集を行う。
民間との連携・役割分担(民間による実施状況)					本事業は、医療現場におけるチーム医療の取組の効果・課題等のデータを収集することを目的としており、医療機関に委託して実施している。
従事者数(概数)	医師数286,699人、歯科医師数99,426人、看護師918,263人等(平成20年現在)				
国内産業規模	-				

	課題	検討状況	
これまで指摘されている課題と検討状況	<p>地域の実情に応じた医療サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。</p> <p>※社会保障・税一体改革成案における医療提供体制に係る改革の主な検討項目</p> <p>①病院・病床機能の分化・強化と連携 ②地域間・診療科間の偏在の是正 ③在宅医療の充実</p>	<p>社会保障審議会医療保険部会・医療部会、中央社会保険医療協議会において検討中。</p>	
	<p>医療保険制度のセーフティネットとしての機能を強化するとともに、給付の重点化、制度運営の効率化を図る。</p> <p>※社会保障・税一体改革成案における医療保険制度改革の主な検討項目</p> <p>①短時間労働者への被用者保険の適用拡大 ②高額療養費の自己負担限度額の見直しと受診時における定額負担の導入 ③高齢者医療制度の見直し ④国保の財政基盤の安定化・強化・広域化</p>	<p>社会保障審議会医療保険部会において検討中。</p> <p>※被用者保険の適用拡大については、社会保障審議会短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会において、年金改革とあわせて検討中。</p> <p>※「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」を設け、事務レベルのワーキンググループを平成23年2月より計5回開催（平成23年10月24日には政務レベルの協議を開催）</p>	
	番号・対象(事業等)	評価結果	対応状況の概要
	34・後発品のある先発品などの薬価の見直し	<p>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。</p>	<p>「市販類似薬品は保険外とする」ことについては、医療保険部会において議論したところ（平成22年12月2日）、高齢の女性（漢方薬）や小児（うがい薬・かぜ薬）を中心に、国民生活に大きな影響を与えることとなるから、患者負担になるものであり、反対とのことであった。</p> <p>平成23年10月26日に開催された医療保険部会においても、「市販品類似薬品は保険外とする」ことについては、「安価な薬剤を選択しづらくなり、かえって高額な薬剤が増える」「日本の患者負担は小さくないが、その負担がさらに大きくなる」といった反対意見があった。</p>
35・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））	<p>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。</p>	<p>「レセプト審査率と手数料の連動」と「国保連と支払基金の統合」については、厚生労働省の「審査支払機関の在り方に関する検討会」において、平成22年4月以降11回にわたり議論を行い、同年12月に「議論の中間的整理」をとりまとめ、公表。その中で、①審査手数料と査定率との連動は、「審査委員会の審査は、医師又は歯科医師の専門的知見に基づく判断であり、審査手数料と査定率との連動は、査定インセンティブになりえない。」②国保連・支払基金の統合は、「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。」と整理されたところ。</p> <p>②について、支払基金と国保連では、審査手数料の引き下げとともに、審査の質の向上と判断基準の統一化のため、共通の「審査情報提供事例」の改訂・公表（23年9月）や、都道府県レベルの判断基準の統一化のための会議の設置（47都道府県のうち39都道府県で実施）に取り組んでいる。</p>	

<p>これまでの事業仕分け・規制仕分けにおける対象の評価結果・対応状況の概要</p>	<p>36・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)</p>	<p>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。</p>	<p>入院時の食費・居住費の見直しは、昨年の社会保障審議会医療保険部会において議論を行ったが、見直しを行わないとの合意が得られたため、23年度に対応は行っていない。 また、今年の社会保障審議会医療保険部会でも11月9日に議論を行ったが、負担の引き上げには、反対や慎重な意見が多かった。</p>
	<p>A-10所得水準の高い国民健康保険組合への補助金の見直し</p>	<p>見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)</p>	<p>平成22年12月の予算大臣折衝の結果、事業仕分けの結論に沿って見直しを行うこととし、国民健康保険法の改正が必要な事項は、平成24年4月からの実施を念頭に、前通常国会に提出することを目指していたが、一括改正を予定していた高齢者医療制度廃止法案の調整が整わず、前通常国会への提出は見送った。 国保組合に対する国庫補助の見直しについては、社会保障・税一体改革成案に盛り込まれているため、医療保険制度改革の一環として、次期通常国会への法案提出を目指している。 なお、法律改正が必要でない事項については、平成23年度から見直しを実施済。</p>
	<p>A-15高齢者医療運営円滑化等補助金</p>	<p>見直しを行う(運営に困難をきたしている保険者に限定)</p>	<p>対応済み(運営に困難をきたしている保険者に助成対象を限定)</p>
	<p>2-9 医師確保、救急・周産期対策の補助金等(一部モデル事業)</p>	<p>予算要求の縮減(半額)</p>	<p>○診療報酬改定を踏まえた削減、 ○真に必要な事業への絞り込みに伴う削減、 により予算要求からほぼ半額に縮減。</p>
	<p>A-9 医師確保、救急・周産期対策の補助金等</p>	<p>見直しを行う</p>	<p>診療報酬改定で対応可能な事業の廃止等を行うとともに、不用額を確実に反映。</p>
<p>特記事項</p>			

我が国の医療制度の概要

- ・75歳以上
1割負担
(現役並み所得者は3割負担)
 - ・70歳から74歳
2割負担※
(現役並み所得者は3割負担)
 - ・義務教育就学後から69歳
3割負担
 - ・義務教育就学前
2割負担
- ※平成20年4月から、1割に据え置く

患者(被保険者)



患者負担5.0兆円

②受診・窓口負担



③診療



医療費36.0兆円

保険料17.5兆円

①保険料

保険者

⑤支払

④請求

【医療提供体制】

病院	8,739
(病床数-1,601,476)	
診療所	99,635
(病床数-141,817)	
歯科診療所	68,097
薬局	53,304

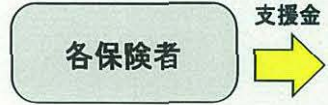
※数字は、2009年10月1日時点、
薬局は、2009年3月31日時点

【医療保険制度】



(主な制度名)	(保険者数)	(加入者数)
国民健康保険	1888	約3,900万人
全国健康保険協会 管掌健康保険 (旧政管健保)	1	約3,500万人
組管管掌健康保険	1473	約3,000万人
共済組合	83	約900万人

※保険者数及び加入者数は2010年3月末時点



後期高齢者医療制度	47	約1,400万人
-----------	----	----------

※加入者数は2010年3月末時点

医師

医師	286,699
歯科医師	99,426
薬剤師	267,751
看護師	918,263
保健師	51,703
助産師	30,130

※医師・歯科医師・薬剤師は2008年12月31日時点
※看護師・保健師・助産師は2008年における厚生労働省看護課集計

施策/事業名

施策・事業シート(施策等の全体像)

医療サービスの機能強化と効率化・重点化

施策等の全体像・仕組みがわかる1枚物の資料を貼付。(自由記述・ボツチ絵可)

【※既存の1枚紙をそれぞれ添付】

施策・事業シート(関連事業一覧)

施策/事業名		医療サービスの機能強化と効率化・重点化	予算(要求)額(百万円)		
事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	平成22年度		
			平成22年度	平成23年度	平成24年度
0021	中毒情報センター情報基盤整備費	財団法人日本中毒情報センターが行う以下の事業に必要な経費(情報システム運用経費等)について、財政支援を行う。 (1)化学物質等によって起こる急性中毒に関する情報の収集及び提供 (2)(1)により収集した情報の整理集積 (3)急性中毒に関する情報提供に必要な基礎資料の作成(4)24時間体制で医師の適切な指示が受けられる体制の確保	15	15	15
0022	救急医療支援センター運営事業	「救急医療支援センター」として、小児科を含む専門医を休日・夜間に常駐させ、ITネットワークを活用する等により、地域の二次医療機関及び救命救急センターの診断・治療の支援を行う医療機関に対して財政支援を行う。	109	109	109
0025	へき地における医療提供体制整備の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療拠点病院等への医療従事者の派遣要請に関すること。 ・へき地医療拠点病院における医師・歯科医師等派遣登録業務、当該人材のへき地診療所等及び特例措置許可病院への派遣業務に係る指導・調整に関すること。 ・へき地医療拠点病院における巡回診療の実施に関すること。 ・へき地診療所等への医師の派遣(へき地診療所等の医師の休暇時等における代替医師の派遣を含む。)の実施に関すること。 ・へき地従事者に対する研修計画・プログラム作成、キャリア形成推進に関すること。 ・ドクタープール機能の機能の強化 ・へき地医療支援機構交流促進会議の開催。 	248	294	259
0026	へき地における医療提供等の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること。 ・へき地診療所等への代診医等の派遣及び技術指導、援助に関すること。 ・特例措置許可病院への医師の派遣に関すること。 ・派遣医師等の確保に関すること。 ・へき地の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。 ・総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の育成に関すること。 ・遠隔医療等の各種診療支援に関すること。 	1,408	1,385	1,337
0027	医療施設の耐震化	未耐震の災害拠点病院、救命救急センター、二次救急医療機関が行う耐震化のための新築、増改築、耐震補強工事について、各都道府県に基金を設置し費用を助成する。	36,059	21	21
0029	災害時における医療提供体制の確保	DMAT養成研修では災害時に限られた医療物資や場所・時間、また人的制約を受けるなど、非常に厳しい環境を想定した医療活動や、トリアージや航空機内での医療提供など特殊かつ専門的な知識を受講者に習得させるとともに、災害時を想定した実動訓練、ヘリコプターでの情報収集、広域災害に対応できる効果的な広域情報ネットワークの構築を行い、災害時の医療体制の確保を図る。	147	6,444	195

事業 番号	事業名 (行政事業レビュウ)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0030	へき地歯科巡回診療車運 営事業	歯科医療の提供が不十分なへき地における住民(人口概ね15,000人)の歯科医療の確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等購入費、自動車燃料費、自動車維持費)	6.4	4	4
0031	沖縄へき地歯科診療班運 営事業	歯科医療の提供が不十分な沖縄県のへき地における住民の歯科医療確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等消耗品費、会議費)	4.2	4.2	4.2
0032	離島歯科診療班運営事業	歯科医療の提供が不十分な離島における住民の歯科医療確保を図るため、地方公共団体等が行う、巡回診療の施策に対する補助。(人件費、旅費、医薬品等購入費)	1.9	1.9	1.9
0033	医療問題調査費	我が国における医療体制の一層の質的な充実等を図るため、現在の医療体制の問題やあり方等について検討会を開催して、有識者を招聘し検討を行う。	20	20	49
0034	医療機能情報集約システ ム経費	病院等から各都道府県に提出された医療機能情報について、各都道府県から厚生労働省に電子媒体で提出させ、当該情報を集約し、データベース化する。	12	12	12
0035	医療施設指導等経費	救急・災害・へき地医療及び院内感染に関する諸方策等の検討、医療計画の推進にかかる指導、医療機関の経営管理改善施策の推進、医療法人設立許可等の事務処理と適正な管理運営のための指導及び医療監視業務等の指導を行う。	9	9	9
0036	地域医療支援中央会議	「地域医療支援中央会議」を開催し、地域医療の確保に関する好事例の収集・調査・紹介を行う。	3	3	3
0037	地域医療推進専門家養成 事業	医療計画の推進は、都道府県における主体的な施策の実施が必要である。そのため、地方自治体職員には、関係法令及び制度についての理解、関係データの収集、評価及び分析手法等の実践的技術、関係者間の調整能力等を身につけるための研修を行う。	2	2	2
0039	医療施設経営安定化対策 費	医療施設経営に影響を与える諸制度や環境に関して、調査課題を設定した上で、民間シンクタンクの調査ノウハウ等を活用して調査研究するものである。	17	17	17

事業 番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0045	医療施設の施設整備の支援	下記の事業等について病院等の建物の整備を行う場合の経費の補助を行う。 ・へき地関係：へき地医療拠点病院、へき地診療所、過疎地域特定診療所、へき地保健指導所、離島等患者宿泊施設 ・臨床研修関係：研修医のための研修施設、臨床研修病院、研修医環境整備 ・産科：産科医療機関施設整備 ・医療計画等の推進に関する事業 ・施設環境等の改善に関する事業 ・医療従事者の養成力の発揮に関する事業	8,315	9,263	4,842
0063	女性医師支援センター事業	・女性医師に関するデータベースをコンピュータに構築し、他方、医師の採用を希望する医療機関の情報収集を行い、就業希望条件が適合する女性医師に対して当該医療機関を紹介し、採用に至るまでの間の支援を行う。また、女性医師バンクの啓発普及並びに必要な応じて実情把握調査を行う。 ・就業を希望する女性医師に対して最近における医療についての知識及び技術を修得させ、現場復帰を容易にするための講習、医師の採用を希望する医療機関に対する環境整備等に関する講習会及び若手女性医師・女子医学生を対象として女性医師のキャリア継続に関する講習会等の実施及び支援を行う。	156	150	175
0066	看護師等養成所運営費	看護職員確保の一つである「養成力の確保」として、看護師等養成所の教育内容の充実を図り、看護教育の魅力を高め、養成所の運営の適正化を図るため、養成所の運営を行う。	4,937	4,577	4,512
0068	中央ナースセンター事業	求人・求職情報の提供や無料職業紹介など、潜在看護職員の再就業の促進を図る。	114	114	114
0069	看護職員確保対策特別事業	厚生労働大臣が認める者が創意工夫を凝らし、地域の実情に応じた効果的・効率的な看護職員の離職防止対策をはじめとした総合的な看護職員確保対策に関する特別事業について助成し、より具体的な事業展開を図る。	71	66	66
0217	医療保険給付費国庫負担金等	健康保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律等に基づき、各医療保険者に対し医療費等に要する費用の一部を負担する。 (主な国庫負担割合：協会けんぽ：164/1000、市町村国保：34/100及び9/100、後期高齢者医療：3/12及び1/12等)	8,072,046	8,393,427	8,741,306
0220	後期高齢者医療制度事業費補助金	①健康診査事業（補助率1/3） 生活習慣病の早期発見により、疾病の重症化を防ぐために実施する事業。 ②保険者機能強化事業（補助率1/2・定額補助） 後期高齢者の医療費の適正化及び保険料収納対策等の保険者機能強化に取り組むために実施する事業。 ③特別高額医療費共同事業（定額補助） 著しく高額な医療給付費の発生による後期高齢者医療制度の財政に与える影響を緩和するために実施する事業。	5,962	6,327	6,314

事業番号	事業名 (行政事業レビュー)	概要	予算(要求)額(百万円)		
			平成22年	平成23年	平成24年
0222	高齢者医療運営円滑化等補助金	<p>①高齢者支援金等負担金助成事業 後期高齢者支援金等の拠出金負担が重い被用者保険の保険者(健保組合・共済組合)に対する助成事業(平成21年度までは社会保険診療報酬支払基金が助成事業を実施)</p> <p>②被用者保険運営円滑化推進事業 保険者が共同で組織した団体が実施する特定健康診断等の支援、法令に基づき高齢者医療関係業務を行う社会保険診療報酬支払基金のシステム改修等に対する助成事業(平成21年度までは社会保険診療報酬支払基金が助成事業を実施)</p>	32,949	31,663	30,879
0224	健康保険組合給付費等臨時補助金	法定給付費の増嵩により財政窮乏となっている健康保険組合(保険料率が93.4%以上、法定準備金割合が3か月相当未満、保険給付費等に要する保険料換算率(財源率)が59%超)を対象に、当該組合の給付費の一部を補助する。	2,441	1,845	1,642
0255	国民健康保険組合出産育児一時金等補助金	<p>①出産育児一時金(42万円)の1/4相当分を補助</p> <p>②一件当たり100万円を超える高額レセプトについて、全国国民健康保険組合協会において再保険事業を実施しているが、同事業に対する各保組合が負担する拠出金の1/4相当分を補助</p> <p>③医療費適正化特別対策事業(レセプト点検体制の充実・強化、医療費通知の充実・強化等)及び適用の適正化特別対策事業(研修・広報、データ整備等)に対する補助並びに高齢者医療制度改正に伴う激変緩和のための補助(平成23年度から廃止)</p>	8,688	4,778	4,729
0833	医療の質の評価・公表等推進事業	<p>臨床指標を選定し、協力病院の臨床データを収集・分析し、臨床指標を用いた医療の質の評価・公表を行い、評価や公表に当たっての問題点の分析等を行う。</p> <p>・特定の分野について、評価・公表等を行う具体的な臨床指標を選定する。</p> <p>・関連する複数の医療機関から臨床データを集計・分析し、具体的な臨床指標の作成を行い、ホームページ等を通じて国民に対し公表する。</p> <p>・臨床データの提供のあった医療機関の関係者等による委員会を開催し、国民に有用な臨床指標の公表のあり方等に関する諸課題について分析・改善策の検討を行う。</p>	30	20	18
0835	医療計画に関する見直し等の検討・推進支援経費	<p>検討会において主に以下の点について検討を行う。</p> <p>1. 医療法第30条の6に基づく計画の目標達成状況等の調査、分析及び評価のあり方</p> <p>2. 医療法第30条の8に基づく、次期計画作成に向けての指針の改訂</p>	19	15	3

論点別シート

政策・施策・事業	医療サービスの機能強化と効率化・重点化	
視点	治療や薬にかかるお金(医療費)は誰が払っているのか。 なぜ医療費は増えるのか。高齢者が増えることが原因か。	
論点	1	医療サービスの価格はどうあるべきか
作成	厚生労働省	

● 国民医療費の負担(財源)

- 治療や薬にかかる費用(医療費)は、患者が窓口で払う定率の自己負担のほか、保険料と税(公費)によってまかなわれている。

(※)国民医療費の負担(財源別) 平成21年度実績

国民医療費36兆円

うち、税(公費):14兆円(38%)、保険料:18兆円(49%)、患者負担:5兆円(14%)

- 医療費が増大すれば、税(公費)、保険料、患者負担のいずれもが増加し、国民負担の増につながる。

● 国民医療費の増加要因

- 国民医療費の増加率の要因別内訳をみると、人口の高齢化、医療の高度化等による影響が大きい。

(※)国民医療費増加率の要因別内訳(平成20年度実績)

増加率:2.0

うち、診療報酬改定及び薬価基準改正による影響:▲0.82 人口増:▲0.1

人口の高齢化:1.3 その他:1.5

- 医療費は、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大し、2025年には61.2兆円となる見通し。

(※)医療費の将来推計は、

「改革シナリオ」:サービス提供体制について機能強化や効率化を行った場合

(高齢者負担率の見直し後)

医療費の伸び率はケース①、パターン1 : 伸び率計3.3

うち診療報酬改定等:0.4 人口増:▲0.3 医療の高度化等1.9

人口の高齢化:1.1 提供体制の見直し等:0.1

● 医療サービスの価格について

- 保険医療機関及び保険薬局が行う保険診療の価格は、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会(中医協)の議論を踏まえ、診療報酬として決定している。

- 診療報酬は、2年に1回改定される。改定は、

①予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、

②社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、

③中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施される。

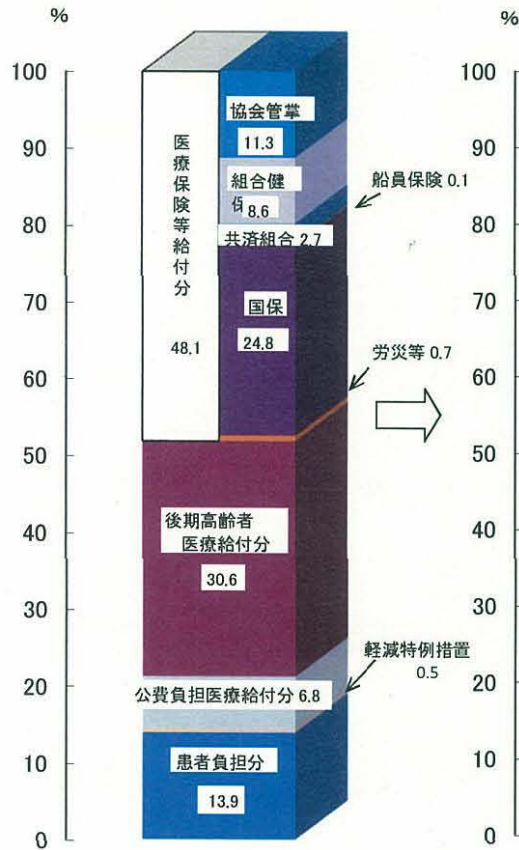
(参考) 平成22年度 診療報酬+薬価等(ネットの改定率):+0.19%

(診療報酬本体:+1.55% 薬価:▲1.36%)

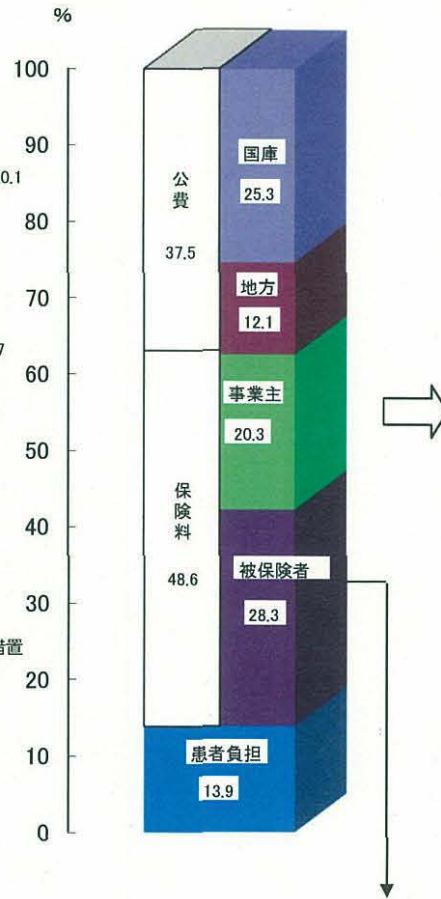
国民医療費の構造（平成21年度）

国民医療費 36兆67億円
一人当たり医療費 282,400円

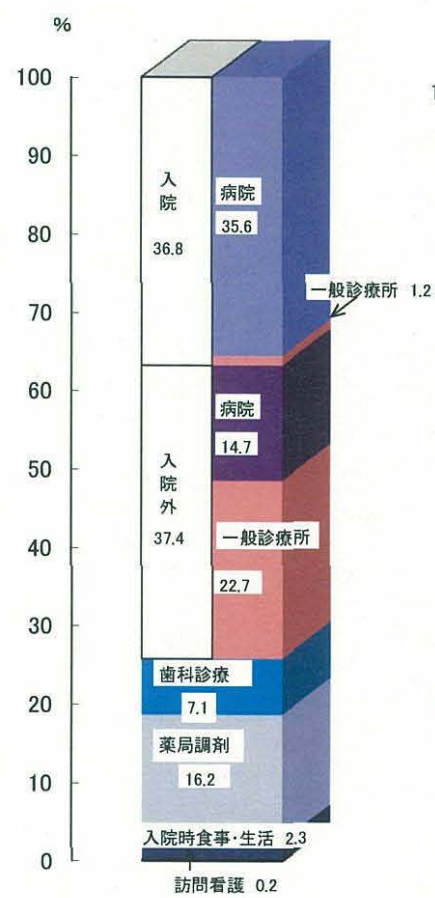
国民医療費の制度別内訳



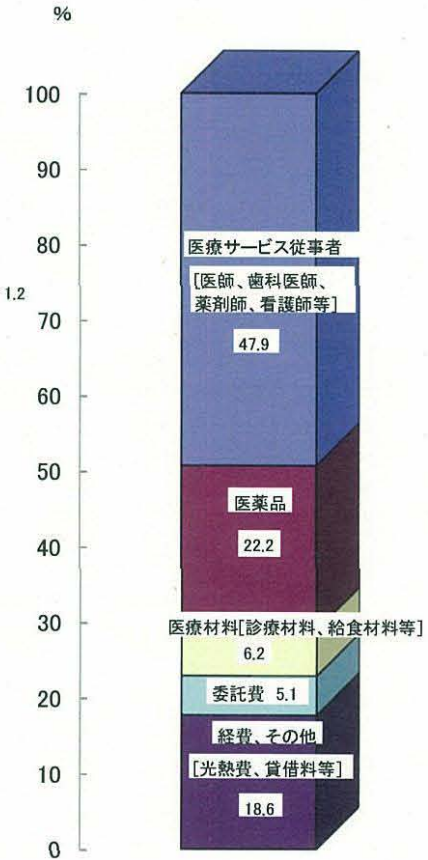
国民医療費の負担(財源別)



国民医療費の分配



医療機関の費用構造

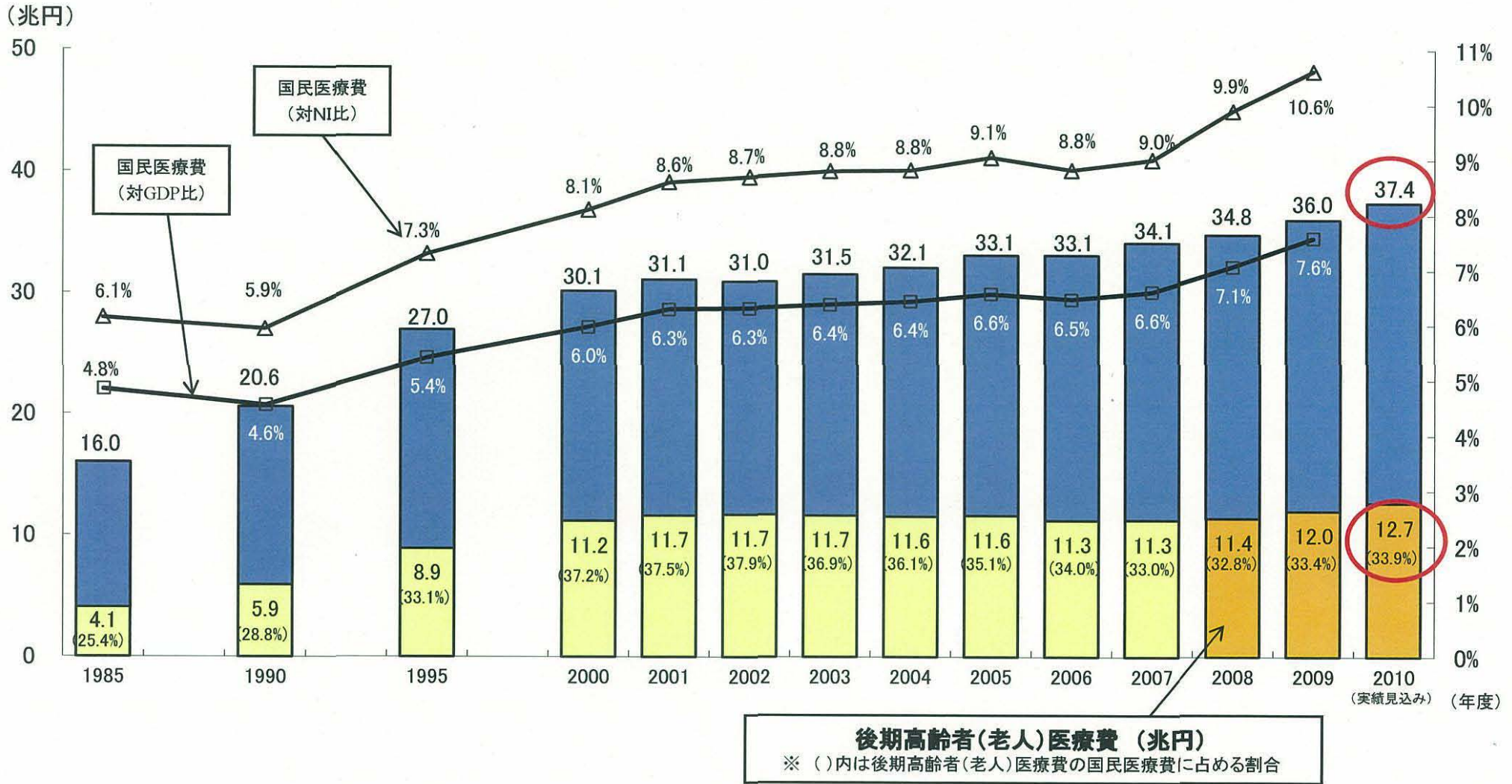


●被保険者負担には、国民健康保険の保険料が含まれている。

●平成21年度国民医療費、医療経済実態調査(平成21年7月)結果等に基づき推計

国民医療費の動向

- 国民医療費は、年々増加し、2010年には37.4兆円に達する見込み。
- そのうち、75歳以上の高齢者の医療費は12.7兆円であり、全体の約3割を占めている。



【出典】厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算確報」(2010年12月)

(注) 2010年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。

「平成20年度 国民医療費」厚生労働省(平成23年3月)

国民医療費増加率の要因別内訳の年次推移

(単位:%)

	63年度	平成 元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度
増 加 率	3.8	5.2	4.5	5.9	7.6	3.8	5.9
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	0.5	0.76	1.0	—	2.5	0.0	1.95
人 口 増	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2
人口の高齢化	1.3	1.3	1.6	1.5	1.6	1.5	1.5
そ の 他	1.6	2.7	1.5	4.0	3.0	2.0	2.1

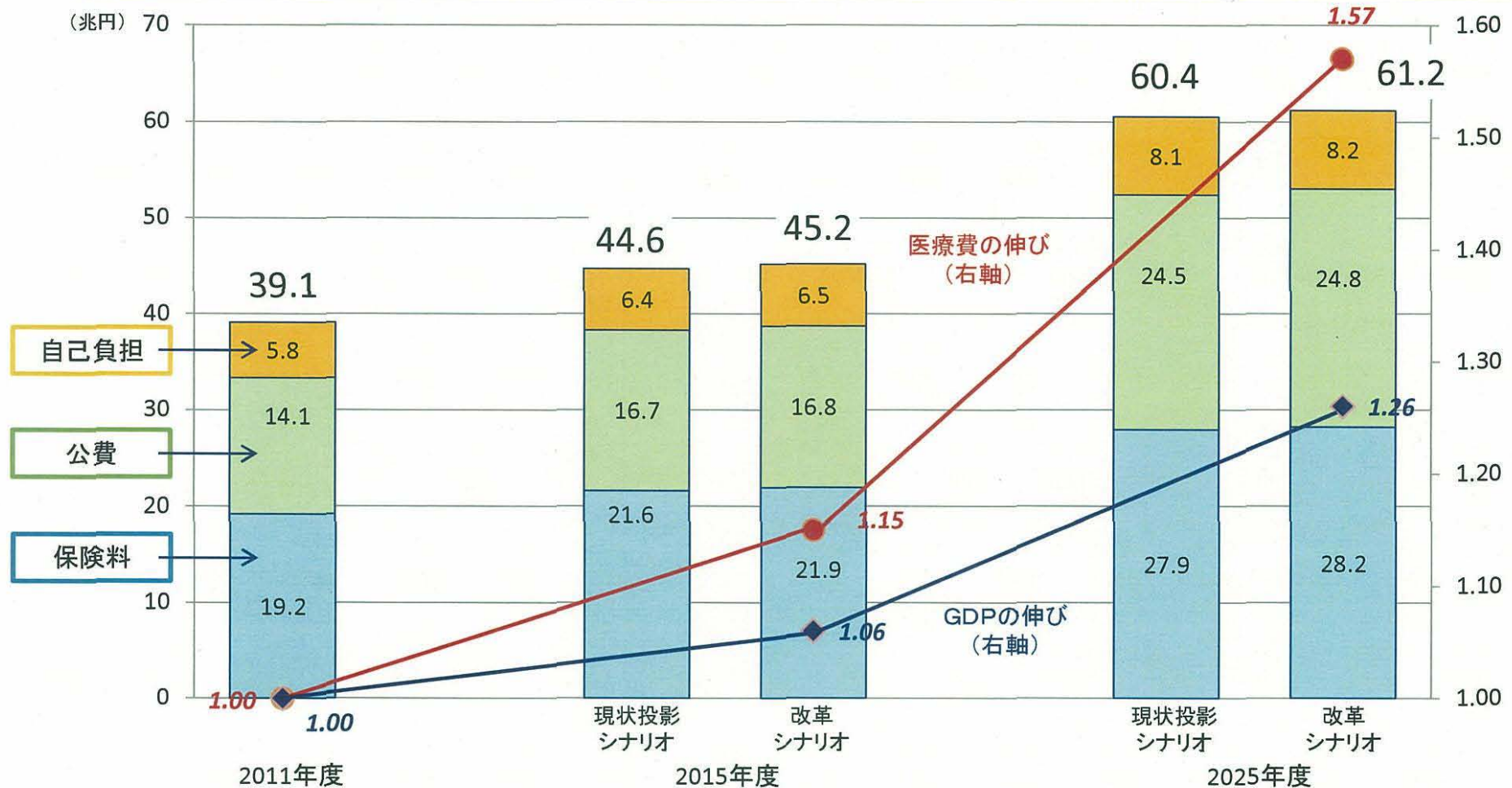
	7年度	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度
増 加 率	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	△ 1.8	3.2
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	0.75	0.8	0.38	△ 1.3	—	0.2	—
人 口 増	0.4	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3
人口の高齢化	1.6	1.7	1.7	1.6	1.7	1.7	1.6
そ の 他	1.7	2.8	△ 0.7	1.7	1.8	△ 4.0	1.3

	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
増 加 率	△ 0.5	1.9	1.8	3.2	△ 0.0	3.0	2.0
診療報酬改定 及び薬価基準 改正による影響	△ 2.7	—	△ 1.0	—	△ 3.16	—	△ 0.82
人 口 増	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	△ 0.1
人口の高齢化	1.7	1.6	1.5	1.8	1.3	1.5	1.3
そ の 他	0.4	0.2	1.2	1.3	1.8	1.5	1.5

注：平成8年度から平成14年度の増加率は、患者負担分推計額を訂正したため、各年度の報告書に掲載されている数値と異なる場合がある。

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。

診療報酬改定率の推移

	昭和59年	昭和60年	昭和61年	昭和63年	平成元年 ※消費税導入に伴う改定	平成2年	平成4年	平成6年
診療報酬	2.8	3.3	2.3	3.4	0.11	3.7	5.0	4.8
薬価等	▲5.1	▲2.1	▲1.6	▲2.9	0.65	▲2.7	▲2.5	▲2.1
診療報酬+薬価等 (ネットの改定率)	▲2.3	1.2	0.7	0.5	0.76	1.0	2.5	2.7

平成8年	平成9年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
3.4	1.7 (0.32)	1.5	1.9	▲1.3	±0	▲1.36	0.38	1.55
▲2.6	▲1.32 (0.45)	▲2.8	▲1.7	▲1.4	▲1.0	▲1.8	▲1.2	▲1.36
0.8	0.38 (0.77)	▲1.3	0.2	▲2.7	▲1.0	▲3.16	▲0.82	0.19

※平成9年における括弧内の数字は、消費税引き上げ（3%→5%）に伴う改定分

論点別シート

テーマ名	B5-2	社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化
視点	「医師不足」なのか。「医師不足」なら、その対策は。	
論点	3-1 3-2	今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。 病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。
作成	厚生労働省	

1. 現状の課題

- 国際的に見て人口当たり医師数が少なく、医師不足・偏在等への対応が急務。
(参考) 人口1,000人当たり臨床医師の国際比較
日本(2008): 2.2人 OECD単純平均(2009): 3.0人
- 国際的に見て人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者が少ない。一方で、医療技術の高度化等に伴い医療スタッフの業務は増大。
(参考) 人口1,000人当たり病床数(2009)
日本: 13.7床 アメリカ: 3.1床 フランス: 6.6床
病床100床当たり臨床医師数(2009)
日本(2008): 15.8人 アメリカ: 79.4人 フランス: 49.3人
- 一般病床の役割分担が不明確で、病院の人員配置も手薄。

2. 病院勤務医の待遇改善の実現に向けた対応

(1) 平成22年度診療報酬改定における対応

平成22年度診療報酬改定においては、10年ぶりのネットプラス改定を行い、医科入院については3.03%のプラスとするとともに、重点課題のうち一つに病院勤務医の負担軽減を掲げ、重点的に評価を行った。

【具体的な内容】

- ① 医師事務作業補助者の配置に対する評価の充実
- ② 病院勤務医の負担軽減等に資する体制の整備を要件とする算定項目の拡大
- ③ 人的資源を集中的に投入し、充実した急性期の入院医療を提供している医療機関における早期の入院医療の評価
- ④ 栄養管理や呼吸器装着患者の管理について他職種からなるチームによる取組を評価 等

(2) 平成22年度診療報酬改定の結果検証

上記の改定については、「平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(病院勤務医の負担軽減の状況調査)」において、その影響等を調査したところ。

- 平成22年度改定を期に取り組んだ勤務医の負担軽減策としては、医師事務作業補助体制26.0%、看護職員との役割分担12.1%、薬剤師との業務分担8.0%、その他コメディカルとの業務分担7.7%となっている。(施設調査)
- 効果があった取組としては、医師事務補助体制が47.4%、医師・看護職員の業務分担41.5%、医師薬剤師との業務分担33.5%、医師・その他コメディカルとの業務分担33.3%となっている。(施設調査)
- また、医師事務補助体制加算の効果については約5割の施設、栄養サポートチーム加算の効果については届出ありで約8割の施設が効果があったと回答している。
- 一方で、勤務医負担軽減に向けた今後の取り組みについて医師に質問したところ、「勤務負担感が大きく、勤務状況の改善が必要」44.4%、「勤務負担感は大きいですが、勤務状況は現状のままでよい」19.9%、「勤務負担感は大きくないが、勤務状況の更なる改善が必要」11.3%となっており、勤務状況の改善が必要である理由としては、「医師の過重勤務により患者が不利益を被る可能性がある」65.6%、「業務を継続していけるか不安がある」50.9%、「過重勤務により身体的・精神的疾患を患う(患った)」45.0%となっている。

(3) その他の取組

診療行為の対価として医療機関に支払われる診療報酬による対応では、必ずしも医師の処遇改善に直結しないことから、診療報酬以外の手段も活用して、病院勤務医の勤務環境を整え、その負担軽減を図っており、

- ・救急、産科、新生児医療を担う勤務医等の手当への財政支援
- ・病院内保育所の運営等に対する財政支援

といった対策を実施している。

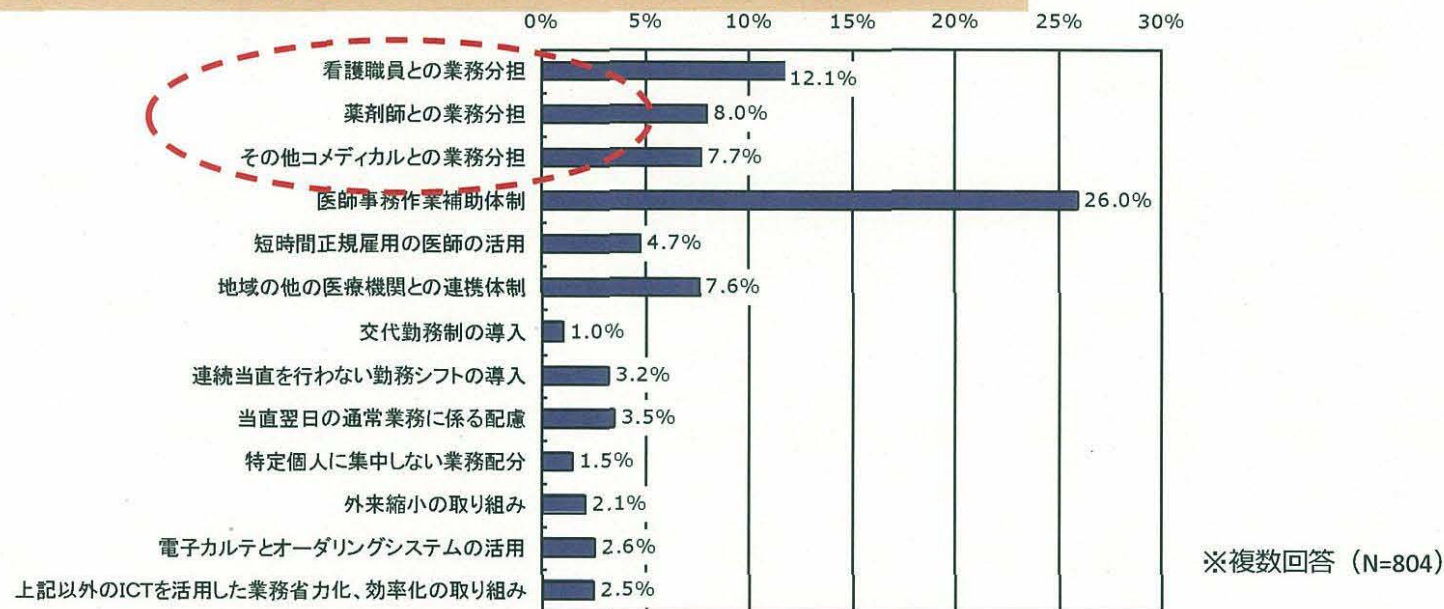
3. 今後の医療サービスの目指すべき方向

平成23年6月30日に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」において、「地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る」とされたところであり、そのような方向性に沿って取り組む。

【主な改革の方向性】

- 病院・病床の機能分化・強化と連携強化
 - ・急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
 - ・拠点病院機能の強化
- 在宅医療提供体制の強化
 - ・在宅医療を担う病院、診療所等の計画的整備
 - ・連携拠点機能の整備
- 医師の確保・偏在対策、多職種の連携・協働によるチーム医療の推進
 - ・医師確保、医師の偏在是正に向けての都道府県の役割強化
 - ・医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担の見直し

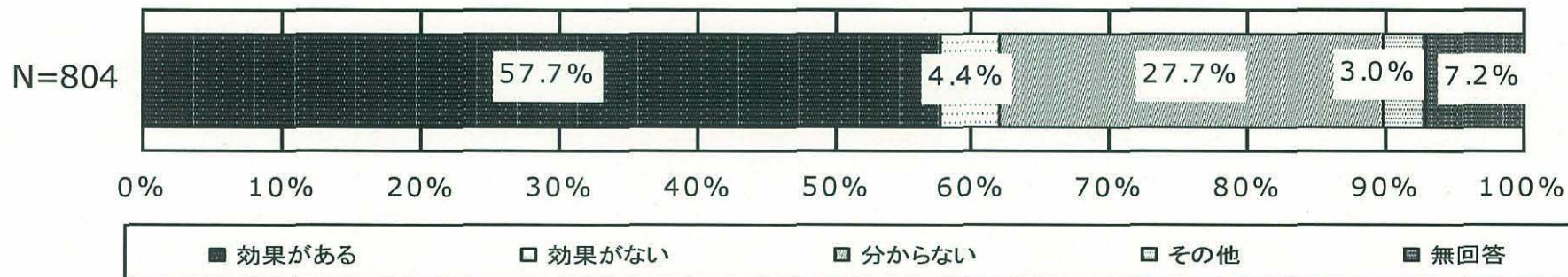
平成22年度改定を期に取り組んだ内容(施設調査)



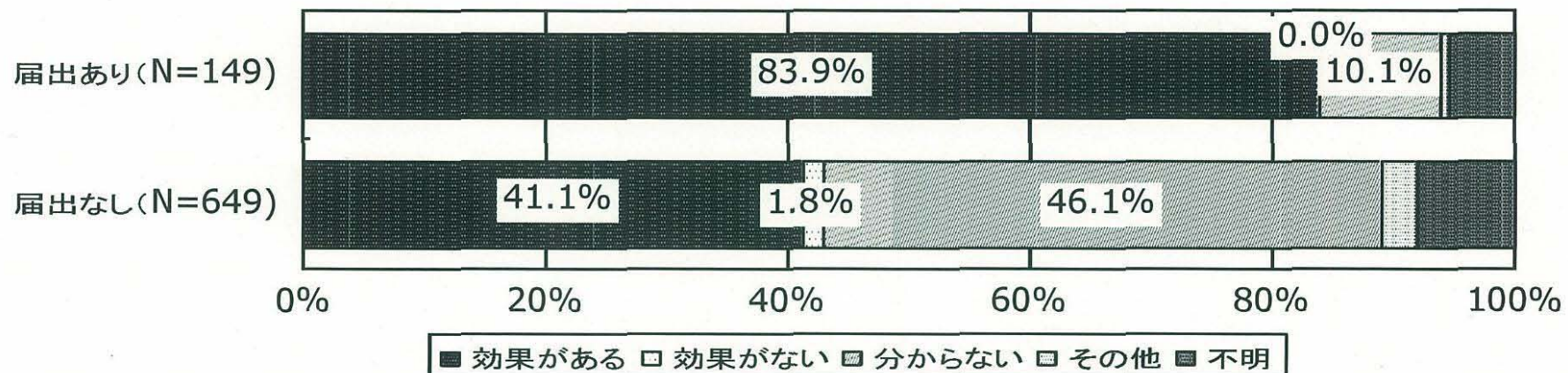
勤務医の負担軽減に効果があった取組(施設調査)



医師事務作業補助体制加算の効果(施設調査)

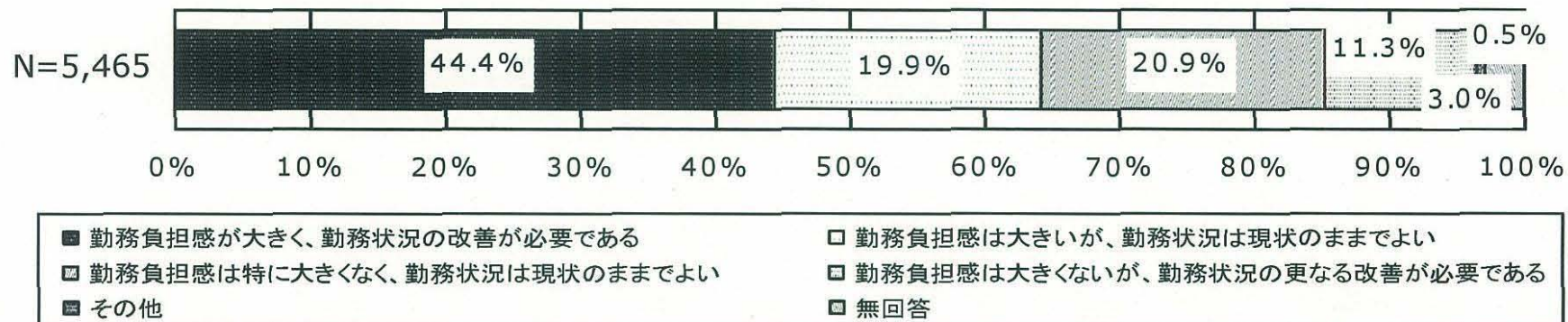


栄養サポートチーム加算の効果(施設調査)



勤務医負担軽減に向けて(医師調査)

○勤務状況の改善の必要性



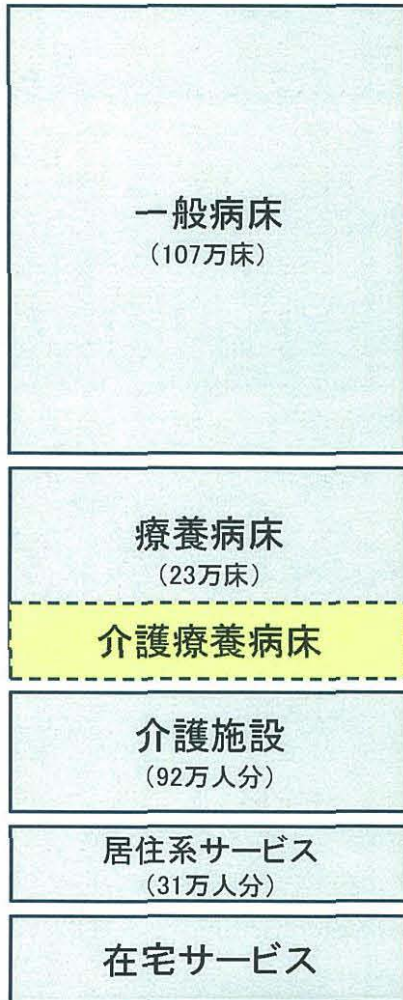
○勤務状況の改善が必要である理由



将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○在宅医療の充実

- ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
- ・訪問看護等の計画的整備 等

○在宅介護の充実

- ・地域包括ケア体制の整備
- ・ケアマネジメント機能の強化 等

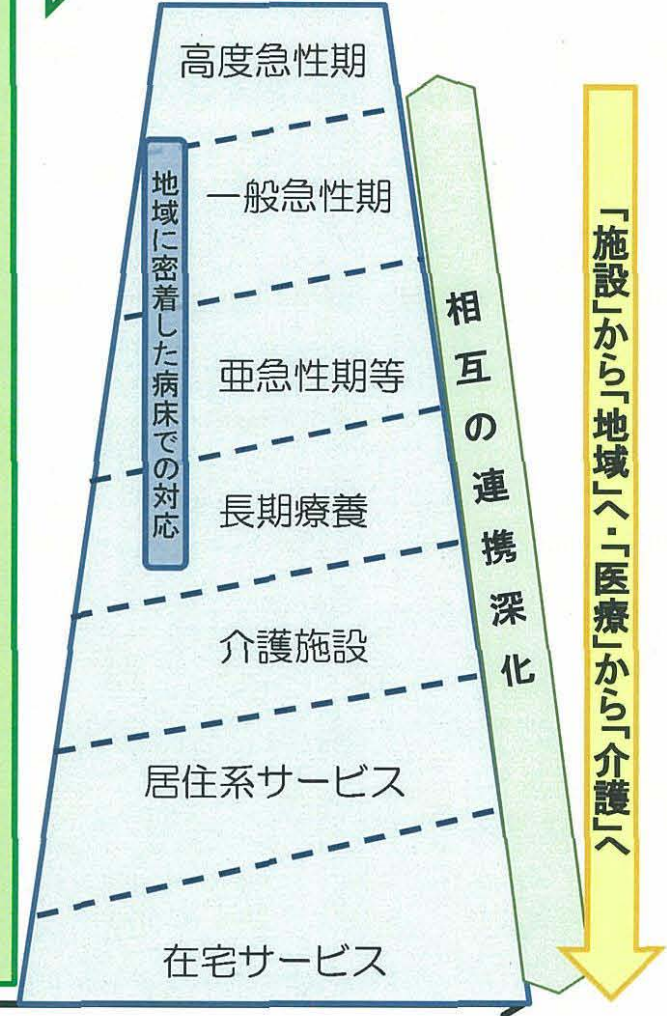
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

論点別シート

テーマ名	B5-2	社会保障: 医療サービスの機能強化と効率化・重点化
視点	・治療や薬にかかるお金(医療費)は誰が払っているのか。 ・なぜ医療費は増えるのか。高齢者が増えることが原因か。	
論点	1-1、2-1	医療サービスの価格はどうあるべきか。
作成	財政当局	

治療や薬にかかるお金(医療費)は誰が払っているのか？

(A) 医療費(36兆円)の内訳

税: 37%	保険料: 49%	患者負担等 14%
--------	----------	--------------

診療報酬を1%引き上げた場合

↓

約3600億円の医療費増=負担増

税 約1350億円増	保険料 約1,750億円増	患者負担 約500億円増
------------	---------------	--------------

企業の
サラリー
マンの健
保組合

中小企業
が主体の
協会けん
ぽ

市町村
国保

(B) 1999年度を100とした時の賃金・物価動向の推移

1999	100	100	100	100
2011	115.2 (109.1万円)	96.5	90.9 (33.4万円)	83.8 (36.7万円)

※ 医師給与=医療経済実態調査 病院勤務医(医師・歯科医師)
 () 書きは、平均給料月額

※ 物価=消費者物価指数

※ 公務員給与=人事院勧告(行(-)平均給与)
 () 書きは、23年人事院勧告前の行(-)平均月額39.8万円の▲7.8%

※ 民間賃金=毎月勤労統計
 () 書きは、23年9月分一般労働者の「現金給与総額」速報値
 (事業所規模5人以上)

- 医療費の約85%は税金・保険料で賄われており、医療費の増大は、国民負担増に直結。
- 公務員人件費、民間賃金は下落傾向、物価はデフレ傾向である中、医師給与は上昇。

なぜ医療費は増えるのか？

(C) 医療費の将来見通し

年	国民医療費 (兆円)	後期高齢者医療費 (シェア%)	GDP (兆円)
2011年	39.1	13.5 (34.5)	483.8
2015年	44.6	16.6 (37.2)	510.9
2020年	52.4	21.5 (41.0)	558.1
2025年	60.4	27.9 (46.2)	607.4

(出典) 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議 参考資料1-1「(参考資料)社会保障に係る費用の将来推計について」を基に作成。

(D) 高齢化等による「自然増」の規模

平成23年度	39.1兆円
平成24年度	40.6兆円

国民医療費 自然増 約1.5兆円

医療費の費用構造

- 医師等の人件費 48%
- 委託費・光熱費等 24%
- 医薬品等 22%
- 医療材料 6%

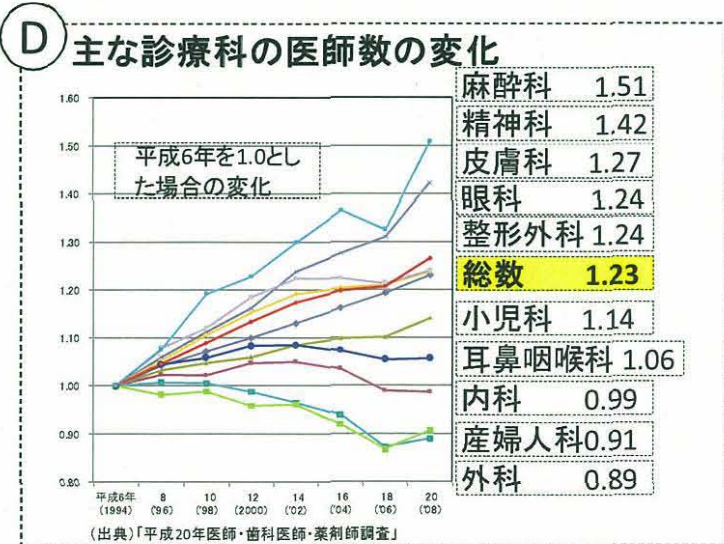
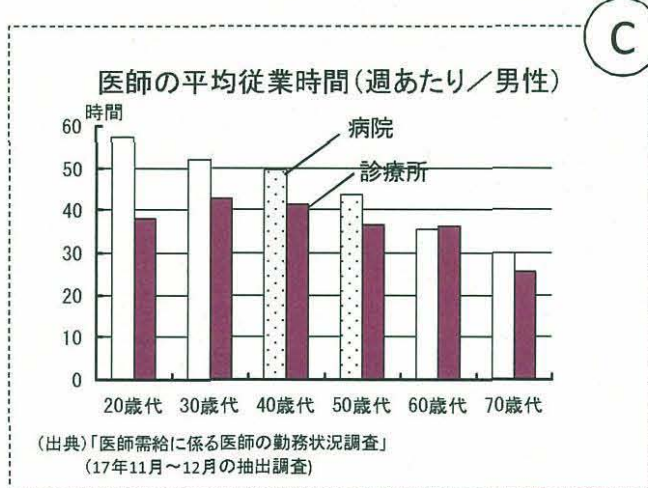
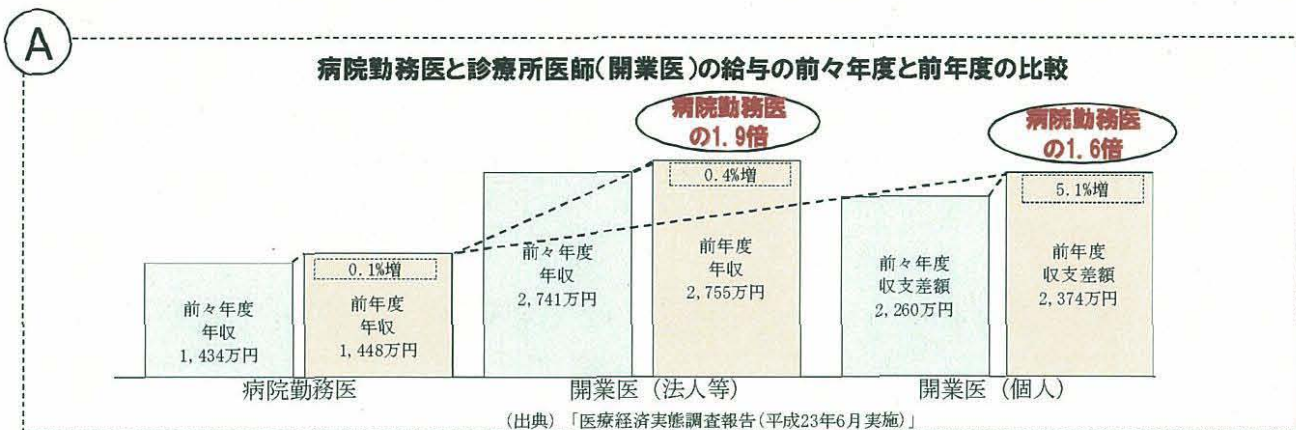
(注) 24年度国民医療費は、23年度国民医療費(推計値)に21年度から22年度の概算医療費の伸び率(3.9%)を乗じて機械的に試算。

- 医療費が経済成長を上回って伸びる見込みであり、現在の医療保険制度は持続可能ではない。
- デフレ、民間賃金の動向、公務員人件費削減(さらに▲7.8%法案)を踏まえれば、診療報酬本体(医師の人件費等)の引上げは国民の理解を得られず、引下げはやむを得ないのではないか。

論点別シート

テーマ名	B5-2	社会保障：医療サービスの機能強化と効率化・重点化
視点	「医師不足」なのか。「医師不足」なら、その対策は。	
論点	3-1、3-2	・今後どのような医療サービスに重点を置くべきか。 ・病院勤務医の待遇改善をどう実現していくか。
作成	財政当局	

「医師不足」なのか？「医師不足」なら、その対策は？



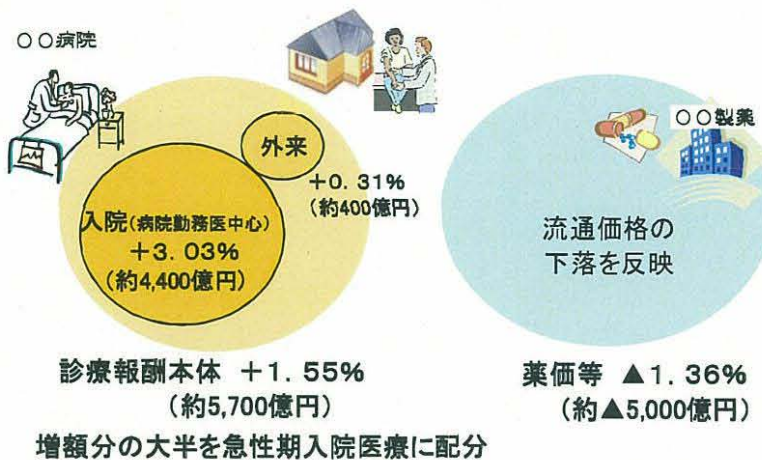
E 診療科別医師収入(開業医)

診療科名	収支差額
眼科	約 3,500万円
小児科	3,300万円
精神科	2,600万円
産婦人科	2,600万円
皮膚科	2,600万円
全体	2,200万円
整形外科	2,100万円
内科	1,900万円
耳鼻咽喉科	1,900万円
その他	1,500万円
外科	1,400万円

(出典)「医療経済実態調査報告(平成23年6月実施)」引用

F

前回の診療報酬改定



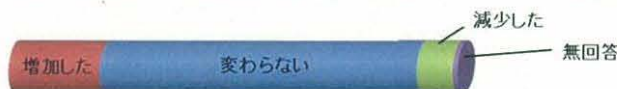
G

病院勤務医の負担軽減の状況調査

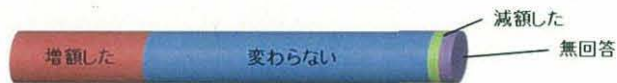
(平成22年度診療報酬改定の結果検証)

○給与について ⇒ **改善の傾向**

→医師の回答 「増加した」【20.3%】 > 「減少した」【8.0%】



→病院の回答 「増額した」【30.0%】 > 「減額した」【2.5%】



○勤務状況 ⇒ **なおも悪化の傾向**

→医師の回答 改善傾向【18.9%】 < 悪化傾向【24.3%】



→病院の回答 特定の診療科では当直回数増

H21.6月時点 H23.6月時点

産婦人科	3.14回/月	→	2.96回/月 (▲0.18回/月)
小児科	3.27回/月	→	5.37回/月 (+2.10回/月)
救急科	6.50回/月	→	7.00回/月 (+0.50回/月)

- 診療科ごと、病院・診療所の間で、リスクや勤務時間に応じた診療報酬とすべく、配分を大幅に見直すべきではないか。それが、産科など特定の診療科や、地域の中核病院の医師不足の改善につながるのではないか
- 特に、開業医と勤務医の報酬の平準化はさらに進めるべきであり、開業医と勤務医の収入を均衡させることを目指すべきではないか。