

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 5
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 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)

ワーキンググループB

B5-3

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。

方向性

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。併せて、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。加えて、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。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るべき。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。

論点①

先発品の薬価は、後発品の薬価を目指して大幅に引き下げるべき
5名

先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすべき 7名

後発品についての周知・啓発をもっと進めるべき 6名

その他 2名

(注:重複あり)

論点②

市販品類似薬は医療保険の対象から外すべき 4名

市販品類似薬について自己負担割合の引上げを試行すべき 6名

市販品類似薬は現状のまま保険適用を続けるべき 0名

その他 1名

(注:重複あり)

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。併せて、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。加えて、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。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。

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)後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。

- (「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担とすべき」について)中期的に検討
- 医師、薬剤師から先発品・後発品の主なリストを患者さんに提示する義務を課すことについて検討すべき

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

- 診療報酬(薬価等)は後発品薬価に合わせて設定(一物一価の原則)
- 先発品薬価との差額は自己負担。必要であればこの自己負担をカバーする民間医療保険の普及を計る。
- 保険者(健保等)に後発医薬品の使用を加入者に促す(指導する)ようにさせる。
- 後発医薬品のシェアの目標値(H24年度まで30%)が達成できなかったときの措置(例:診療報酬の見直し)を予め明らかにしておく。
- 必要であれば先発品に係る情報提供コストは別途“手当て化”する(情報提供料を設ける)。
- 新薬(後発品のない先発品)は下げるべきでない。(後発品のある)先発品については、価格を下げる方法ではなく、患者に対して後発品に関する情報(患者が選択できるような情報)を十分に与えるように医療機関、薬局に義務づける。(一覧表として説明する等)
- 上記の情報を提供した上で先発品を求めた人には差額の一部を自己負担とすべきである。これにより先発品の価格を下げる圧力が高まる。ただし、中期的には、薬価を下げることにならなければ、先発品の薬価を思い切って引き下げるなど段階的に対策をとる。
- 後発品一般論ではなく、効能、価格などを具体的に説明するなど(一覧表にするなど)、啓発、周知すべき。
- 根拠なき安心代、誤解代を保険で払うことはおかしい同じ効能のものは公定価格は同じにすべき。
- 「後発品についての周知・啓発」よりも差額を自己負担にしたり、先発品価格を下げること(これは医師の負担ということ)の方がスピーディーにすすむ「先発品の薬価は、後発品の薬価を目指して大幅に引き下げる」・「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」を優先すべき。
- 短・中期的には後発薬の普及を進めるため薬価の差額の一部を自己負担とすべき。
- 医薬費には保険料、税金の公費が投入されており、安い価格の薬を義務付ける。
- (「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担すべき」について)「差額の一部」ではなく「差額全額」を自己負担とすべき。
- 特許が切れている後発品は、極めて安い薬価に国が決めるべき。その一つの方法は入札制度。
- 原則公的保険を使う場合後発薬のある薬種については最も価格の安い薬の使用を義務付ける。
- ①長期収載品の価格形成の問題(④参考)の方が大きい。市場でもし公正に決まっているならば、それに従うべき。但し、保険でカバーする範囲は限定すべき。(②参考)
- ②(「先発品薬価と後発品薬価の差額の一部を自己負担すべき」について)賛成。参照価格制度を遠くない将来に導入すべき。
- ③(「後発品についての周知・啓発をもっと進めるべき」について)賛成。処方せん様式を再考すべき。後発品への変更を認めない場合には、「理由」を記述するなど。また、一貫して認めない医師にはヒアリングを行なうべき。)
- ④薬価調達の実態が必ずしも明らかになっていない。本当に価格の分布は正規分布か?左側にゆがんでいれば、平均をとるのはよくない。中央値をとるべき。薬局(大規模チェーン店)の調達もしているのか?総価取引によるバイアスはないのか?

行政刷新会議「提言型政策仕分け」

(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。

- 薬によっては、保険対象から外し、薬によっては自己負担割合を引上げるべき。
- 窓口価格が安いだけで、大きなコストがかかっている。国民が知らぬ間にムダ遣いを行わせる悪い制度。
- 類似薬全てではなく、一定の限定をかけるなどの配慮は必要。
- 薬は診療とセットであるので、全て医療保険の対象から除外するのではなく、市薬品類似薬の効能やその存在と薬名等を示した上で、自己負担割合を市販品価格と同等程度まで引き上げることによって、患者と医療機関・薬局との間の情報格差を小さくする。
- 薬の飲み残しを避けるためにも、市販品類似薬は特に 2～3 日分に限定するなど最低限の少量処方とする。
- 医療データの整備を早急に進める。
- 問題のある医療機関・保険者があれば、その適正化を図る。
- (医療保険の)対象から外すべきだが、暫定的な措置として、市販品類似薬について自己負担割合の引き上げを実施すべき。
- ①(市販品類似薬は医療保険の対象から外すことについて)賛成。厚労省はまずそのリストをつくり、それから審議会で議論すべき。ex.シップ薬。
- ②(市販品類似薬について自己負担割合の引上げを試行することに)賛成。
- ③(市販品類似薬は現状のまま保険適用を続けることについて)①のように取り組みを始めるべき。
- (市販品類似薬について自己負担割合の引上げを試行すべきことについて)

1 割 VS 10 割
3 割 } という差がつくのはおかしい。

施策・事業シート

施策/事業名		後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策					
担当府省庁	厚生労働省	担当部局庁・課室	医政局・医薬食品局・保険局	作成責任者	保険局医療課長 鈴木康裕 医政局経済課長 鎌田光明 医薬食品局監視指導・麻薬対策課長 中井川 誠 審査管理課長 赤川 治郎		
主な関係法令	—			主な関係府省庁	—		
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) 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日厚生労働省策定)			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	—						
施策/事業目的(ビジョン/何のため)	後発医薬品の使用を進めることにより、患者の薬剤費の自己負担額の軽減と医療保険財政の効率化を図る。						
施策/事業目標(ターゲット/どこまで)	政府目標である「平成24年度までに後発医薬品の数量シェア30%以上」の達成に向け、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、環境整備を図る。						
主な手段	—						
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)
	後発医薬品の数量シェア (*22年度については、薬局における電子化された調剤レセプトの集計値であり、医療機関における使用分は含まない。)	成果実績	%	—	20.2	22.4*	24年度までに30%
		達成度	—	—	—	—	—
主な対象(性別/年齢/地域)	国民						
年度等(注1)	全						
	男						
	女						
	65歳未満						
	65歳以上						
事業等(注2)	名称	後期高齢者医療制度事業費補助金	診療内容及び薬剤使用状況調査費	後発医薬品使用状況調査経費	再審査・再評価調査費	医薬品等GMP対策事業	
	予算額(百万円)	179	4	13	143	0.5	
事業概要	<p>後期高齢者に対する後発医薬品の使用に関する患者から医師・薬剤師への意思表示がしやすくなるように、引き続き「後発医薬品お願いかード」の配布を新規加入者に対して行うとともに、後発医薬品利用差額通知の送付等の取り組みが実施されるよう施策を講じる。</p> <p>欧米諸国における後発医薬品の使用に関する医療保険制度の実態や動向等の調査研究を行う。</p> <p>厚生労働省が行う後発医薬品の使用促進のための施策の効果を検証するため、保険医療機関及び保険薬局における後発医薬品の処方・調剤に関する状況や、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識等の調査を行う。</p> <p>有識者による検討会を国立医薬品食品衛生研究所に設置して後発医薬品の品質等に関する学術論文や学会発表等の内容について検討し、必要に応じて当該品目に関する試験検査を実施することでその品質の確認を行い、結果を公表する。</p> <p>都道府県のGMP(※)調査担当者に対し、後発医薬品と先発医薬品との同等性を調査するための技術的な研修・訓練を行う。</p> <p>※GMP(Good Manufacturing Practice): 医薬品及び医薬部外品の製造管理及び品質管理の基準</p>						

事業等 (全業)	名称 後発医薬品品質確保対策事業	医薬品等産業振興費			
	予算額等 26百万円	117百万円			
事業概要	後発医薬品の品質を確保するため、都道府県の薬事監視員が後発医薬品を製造販売又は製造する業者へ立入検査を行い、GMPバリデーション(※)の実施状況等の指導及び国・都道府県が選定した指定品目について、流通する製品を検体として収去し、品質の確認検査を行う。 ※バリデーション：製造工程等が期待される結果を出すことの確認	・都道府県に設置する協議会における後発医薬品の使用促進に係る具体的な事業の検討及び実施 ・パンフレットの作成・配布やシンポジウムの開催による普及啓発事業等の実施 ※「予算額等」及び「事業概要」については、後発医薬品使用促進対策に係る経費分のみを記載。			
役割分担	名称				
	国が担う事業性(国の主たる実施の可否)				
	地方との連携・役割分担(地方公共団体による実施の可否)				
	民間との連携・役割分担(民間による実施状況)				
従事者数(概数)	医師数286,699人、歯科医師数99,426人、薬剤師約267,751人(平成20年現在)				
国内産業連携	—				
これまで目指されて いる課題と検討状況	課題		検討状況		
	後発医薬品の更なる使用促進を図る。		社会保障審議会医療保険部会、中央社会保険医療協議会において検討中。		
これまでの事業仕分け 時、事業仕分けにおける 対象、評価結果、対応 状況の概要	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	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。	「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。 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。		
特記事項	—				

ジェネリック医薬品(後発医薬品)について

ジェネリック医薬品の主な特徴

- ① 有効成分、効能・効果、用法・用量等は先発医薬品と同じ。
- ② 価格が安い(当初の薬価は先発医薬品の70%)。
- ③ 添加物等の有効成分以外の成分が異なる場合がある。

(苦みの軽減、使用感の改善等のため)

* 先発医薬品との同等性は承認時等で確認。その基準は欧米と同じ。



価格が安いことによる患者負担の軽減、医療保険財政の効率化



○医療関係者の意識

- ① 医療関係者全般に、品質や安定供給に不安を抱き、使い慣れた先発医薬品に代えて、ジェネリック医薬品をあえて用いる必要性を十分に感じていない。
- ② 薬局における品揃えの負担、ジェネリック医薬品の選択の難しさ

(ある高血圧の薬は34社がジェネリック医薬品を供給)

○患者の意識

- ① ジェネリック医薬品の認知度はある程度進んでいる。
- ② 患者としては、薬代が安くなるメリットがある一方で、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えても大丈夫との安心感が医療関係者から十分得られていない。



主な対応方策

平成24年度までにジェネリック医薬品の数量シェア30%達成を目標に(平成21年9月現在20.2%)

・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」

- ① 主に医療機関、薬局向け対応



(ジェネリック企業による在庫確保、国の試験研究機関による品質試験の実施等)

・診療報酬上の環境整備

(薬局における調剤数量の割合に応じた段階的な評価と変更調剤の環境整備、積極的に使用する医療機関に対する評価、保険医に対する患者の意向確認などの対応の努力義務 など)

- ② 主に患者向け対応



・ジェネリック医薬品希望カードの配布

・ジェネリック医薬品に切り替えた場合の差額通知 など

施策・事業シート(関連事業一覧)

施策/事業名		後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策			
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
178	再審査・再評価調査費	<p>①再審査に関するGLP(※1)査察、申請品目について審議会で調査審議するための資料の整備、結果の公示、申請企業への通知等。</p> <p>②再評価のための関連情報(最新知見)の追加的収集及び専門的評価(事前評価)。</p> <p>③GPSP基準の遵守状況の調査及び再審査・再評価申請資料等の信頼性を確保するため、GPSP査察を実施。</p> <p>④有識者による検討会を国立医薬品食品衛生研究所に設置して後発医薬品の品質等に関する学術論文や学会発表等の内容について検討し、必要に応じて当該品目に関する試験検査を実施することでその品質の確認を行い、結果を公表する。</p> <p>→ うち、後発医薬品の使用促進に係るものは④</p> <p>(※1)GLP(Good Laboratory Practice):医薬品の安全性に関する非臨床試験の実施の基準 (※2)GPSP(Good Postmarketing Study Practice):医薬品の製造販売後の調査及び試験の実施の基準</p>	154 (うち143)	154 (うち143)	154 (うち143)
194	医薬品等GMP対策事業	<p>①都道府県が行うGMP/QMS(※)査察の全国的な整合性を確保するための国及び都道府県による合同模擬査察の実施</p> <p>②都道府県のGMP/QMS担当者を対象とした研修の実施</p> <p>③国際的に流通する医薬品等の品質を確保するとともに、これらの国際取引の円滑化を推進するため、医薬品等GMPの国家間における査察技術の同等性を確認し、GMP相互承認協定進展のための協議及び日EU相互承認協定の履行を行う。</p> <p>④輸出用医薬品等の証明書を発給するための適合性調査等の実地調査</p> <p>⑤GMP査察に関する国際的な枠組み(PIC/S)への加盟へ向けた、調査・検討を行う。</p> <p>→ うち、後発医薬品の使用促進に係るものは②</p> <p>※QMS(Quality Management System):医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準</p>	22 (うち0.9)	26 (うち0.5)	33 (うち0.5)
195	後発医薬品品質確保対策事業	<p>後発医薬品の品質を確保するため、都道府県の薬事監視員が後発医薬品を製造販売又は製造する業者へ立入検査を行い、GMPバリデーションの実施状況等の指導及び国・都道府県が選定した指定品目について、流通する製品を検体として収去し、品質の確認検査を行う。</p>	37	31	26
208	医薬品等産業振興費	<p>・各都道府県に設置する後発医薬品の使用促進のための協議会において、後発医薬品に係る理解を一層向上させるため、各都道府県の実情に応じた使用促進のための具体的な事業を検討し、実施する。</p> <p>・パンフレットの作成・配布やシンポジウムの開催による普及啓発事業並びに後発医薬品の使用促進に先進的な地域における施策の内容・効果等に関する調査研究とその情報提供等を行う。</p> <p>※「予算(要求)額」及び「概要」については、後発医薬品使用促進対策に係る経費分のみを記載。</p>	138	101	117

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
220	後期高齢者医療制度事業費補助金	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>→ うち、後発医薬品の使用促進に係るものは②</p>	5,962 (うち83)	6,327 (うち174)	6,314 (うち179)
235	診療内容及び薬剤使用状況調査費	欧米諸国における後発医薬品の使用に関する医療保険制度の実態や動向等の調査研究を行う。	9 (うち4)	9 (うち4)	9 (うち4)
252	後発医薬品使用状況調査経費	厚生労働省が行う後発医薬品の使用促進のための施策の効果を検証するため、保険医療機関及び保険薬局における後発医薬品の処方・調剤に関する状況や、医師、薬剤師及び患者の後発医薬品に対する意識等の調査を行う。	81 (うち13)	80 (うち13)	68 (うち13)

論点別シート

テーマ名	B5-3	社会保障：後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
視点	薬局でもらう薬の値段はどう決まっているのか。 後発医薬品とは何か。	
論点	1-1、2-1	後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。
作成	厚生労働省	

○保険薬局等で支給される薬剤の値段(薬価)とは○

医師の診断、処方せんに基づき保険薬局等で支給される薬剤については、中協で定めたルールに従って、銘柄毎に薬価を定めている。

具体的には、薬価収載時には、先発医薬品では、類似の薬剤がある場合には、その類似薬相当の価格を基準とし、類似薬がない場合には、製造原価等、必要な経費に基づき薬価を定めている。後発医薬品では、最初の後発医薬品の場合には、先発医薬品の薬価の0.7倍とし、後発医薬品が既にある場合には、原則、最も低い後発医薬品の薬価と同価格として薬価を定めている。

その後、2年に1度の薬価改定時には、原則、それぞれの市場実勢価格に応じた薬価に改めている。

○後発医薬品(ジェネリック医薬品)とは○

新薬の特許期間が満了し、かつ、その新薬の再審査期間(※)が終了した後に、他社より発売される、同じ有効成分、同じ薬効の医薬品のことである。そのため、先発医薬品と有効性・安全性が同等であり、代替可能な医薬品と位置づけられる。

新薬ほど莫大な研究開発費がかからないためその薬価は新薬に比し廉価であり、患者の薬剤費負担及び国の医療費の節減に役立っている。

(※)新薬が承認される際に付される、有効性、安全性を確認するための調査期間

●後発医薬品の使用を進めるための方策は何か

1. 現状

- ・平成19年5月の「医療・介護サービスの質向上・効率化プロジェクト」において、平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%以上とする数値目標を設定。同年10月に「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定し、後発医薬品の信頼性の向上や使用促進のための環境整備、医療保険制度上の施策に取り組んでいる。
- ・薬価収載されているすべての医療用医薬品のうち後発医薬品の数量シェアは、平成21年9月現在(直近の薬価本調査結果)で20.2%。その後、平成22年診療報酬改定において、薬局における後発医薬品調剤体制加算の見直し等新たなインセンティブの導入により、メディアス(電子化された調剤レセプトによる集計)による参考値では、平成23年3月現在22.4%(医療機関で使用される薬剤は含まない)。
- ・本年12月初旬に、最新の薬価本調査に基づく集計値の速報が出る予定。それを踏まえて、平成24年診療報酬改定に向けて、更なる使用促進策が検討される見込み。

2. 問題点

医療関係者及び患者の間で、後発医薬品の使用に積極的になれない理由がある。

- ・医療関係者にとって、品質や安定供給等の面での不安を抱き、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に替える必要性を感じない。
- ・薬局等において、後発医薬品は品目数が多いために、在庫の負担、選択の難しさがある。
- ・患者にとって、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えても大丈夫との安心感が医療関係者から十分得られていない。等

3. 対策

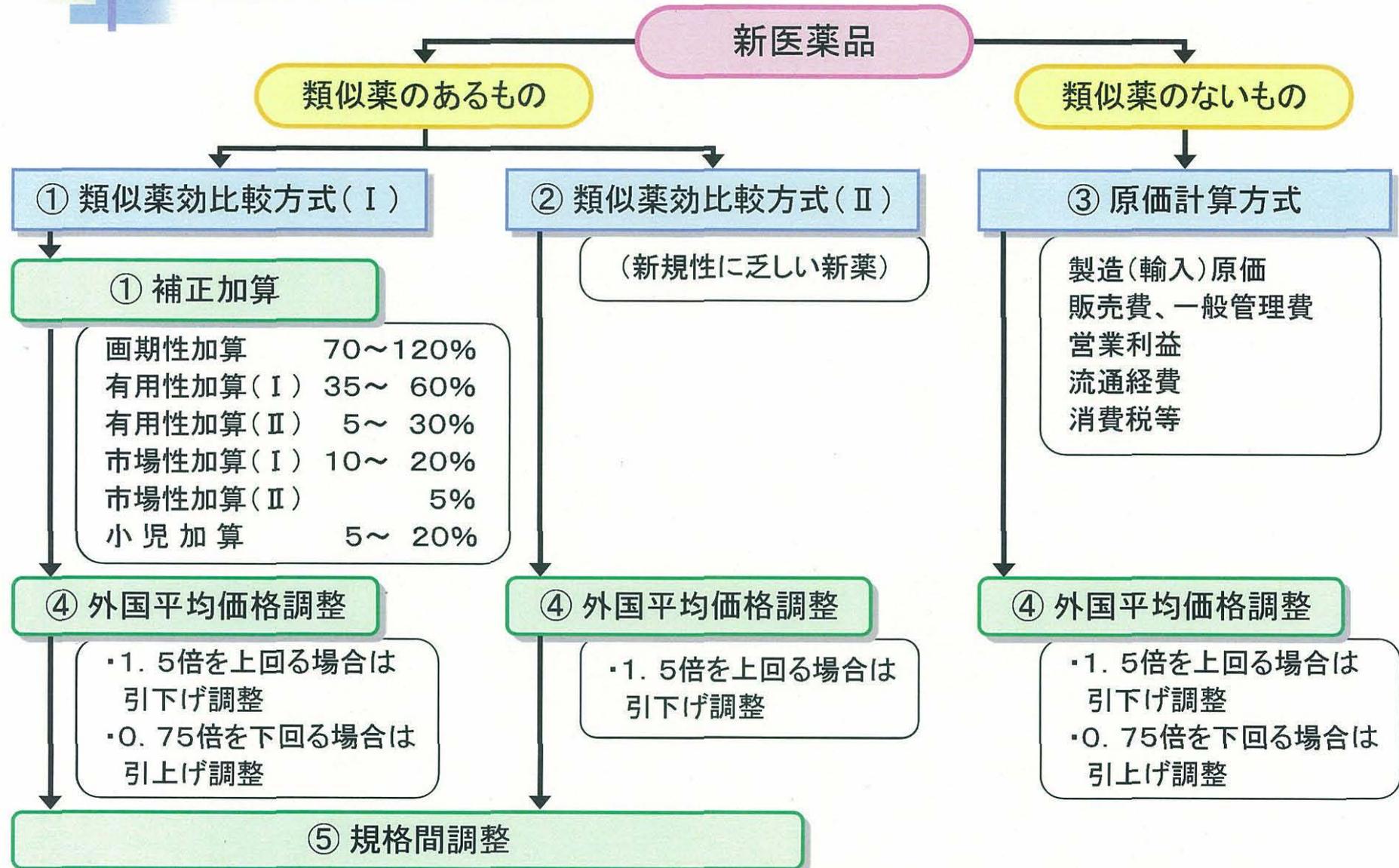
○後発医薬品の更なる信頼性の向上と、正しい理解の普及も含めた周知
→「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」の強化

○中央社会医療保険協議会における、医療保険制度面での検討

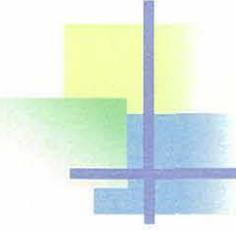
- ・品目数や薬価のばらつき等、薬価制度上の諸問題
- ・医療機関における診療報酬並びに医師の処方及び処方せんのあり方
- ・薬局における調剤報酬及び患者への情報提供のあり方 等

○保険者における被保険者へのより積極的な働きかけ

新医薬品の薬価算定方式



(注)有用性の高いキット製品については、上記⑤の後、キット特徴部分の原材料費を加え、加算(5%)



新規収載後発医薬品の薬価算定方式

1. 後発品が初めて収載される場合

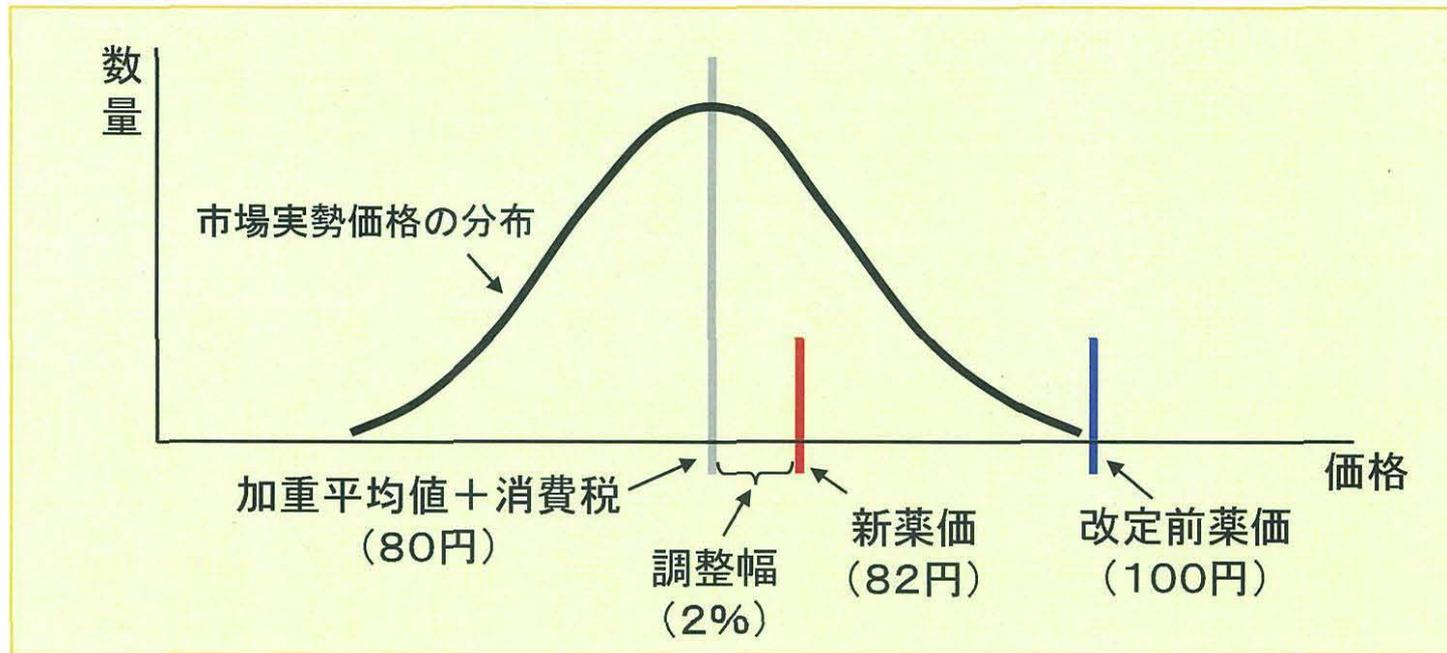
→ 先発品の薬価の0.7掛けとする。

2. 後発品が既に収載されている場合

→ 最低価格の後発品と同価格とする。

既収載医薬品の薬価算定方式

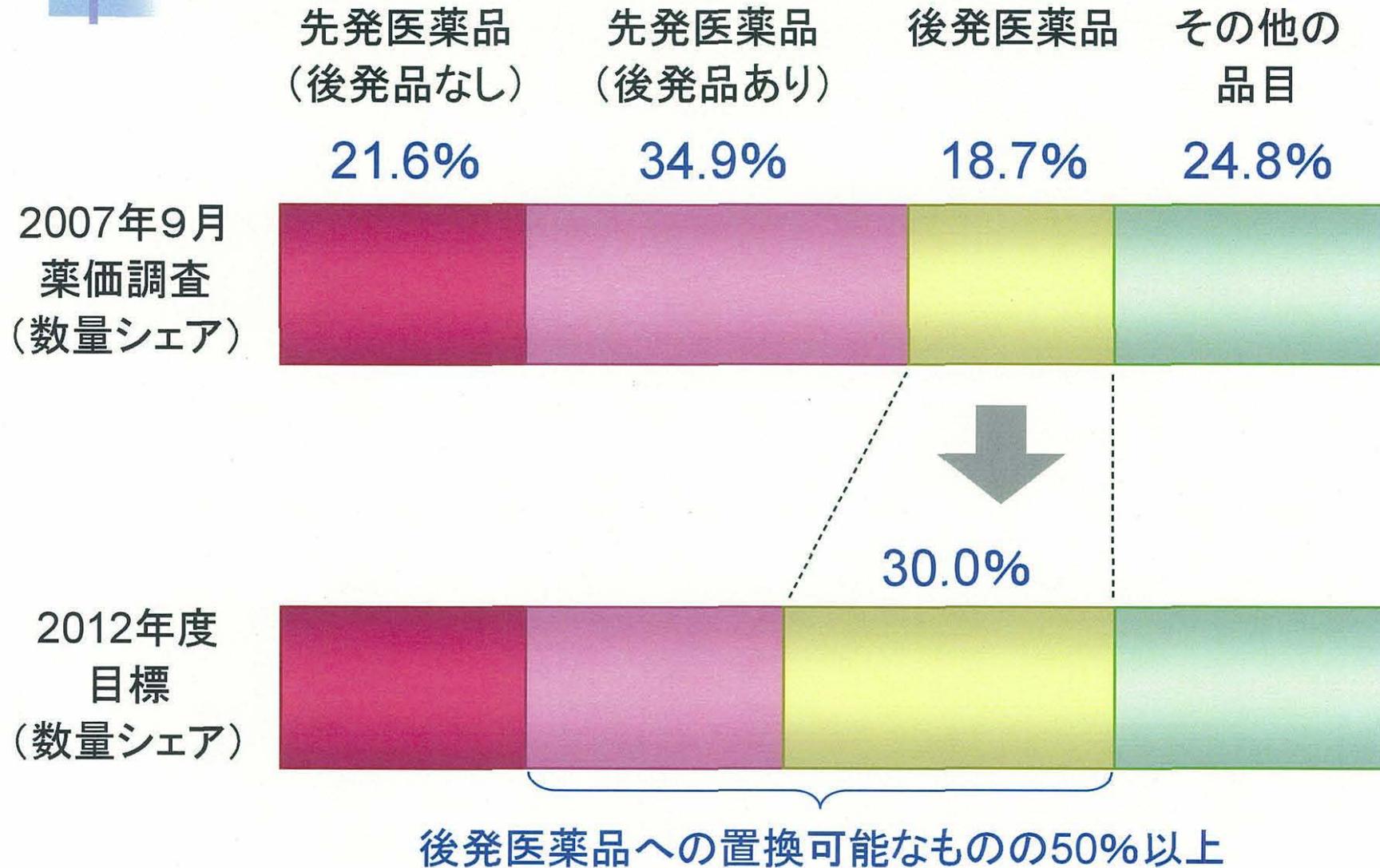
～基本的なルール～



卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値(税抜きの世界実勢価格)に消費税を加え、更に薬剤流通の安定のための調整幅(改定前薬価の2%)を加えた額を新薬価とする。

$$\text{新薬価} = \left[\text{医療機関・薬局への販売価格の加重平均値(税抜の世界実勢価格)} \right] \times \left(1 + \text{消費税率(地方消費税分含む)} \right) + \text{調整幅}$$

後発医薬品の使用促進目標



※ その他の品目:承認が昭和42年以前のもの、漢方エキス剤、生薬、生物製剤(ワクチン、血液製剤等)、局方品

薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェア (平成21年9月薬価調査)

		品目数	数量シェア	金額シェア
先発医薬品	後発品なし	1,894	18.9%	47.8%
	後発品あり	1,469	36.3%	35.9%
後発医薬品		6,778	20.2%	7.6%
その他の品目		4,164	24.6%	8.7%

- ・ 品目数は平成22年4月時点。但し、名称変更による旧名称品(経過措置移行品目)は含まない。
- ・ 数量シェア及び金額シェアは平成21年9月調査時の数量、薬価による。
- ・ 「その他の品目」は、薬事法上先発医薬品と後発医薬品との区別ができない昭和42年以前に承認された医薬品等(血液製剤等)。

論点別シート

テーマ名	B5-3	社会保障：後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
視点	医師から処方される薬とそれ以外は何が違うのか。	
論点	3-1	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。
作成	厚生労働省	

1 市販薬と医療用医薬品について

- (1)市販薬は、一般の人が薬局で購入し、自己判断の下で使用される医薬品であり、効能、用法等は一般人向け。一方、医療用医薬品は、医師の診断、処方せんに基づき使用される医薬品であり、効能、用法等は専門家向けとなっている。
- (2)仮に、同一成分を含有していたとしても、一般的には、市販薬の方がリスクを低く設定しており、両者は、基本的に異なるもの。具体的には、医療用医薬品の中には、たとえ市販薬と同一の成分を含むものでも、より重症の患者に高用量で使用されるなどの点で市販薬と異なっている。

例：イブプロフェン

	効能	使用量
市販薬(一般人向け)	頭痛、生理痛、など	1日450mgまで
医療用医薬品(専門家向け)	慢性関節リウマチ、手術後の消炎・鎮痛など	1日600mg

- (3)なお、市販薬では、メーカーが自由に価格を設定できるが、医療用医薬品では、保険収載する際に公定価格が設定されている。

2 薬の負担はどうあるべきか

- 医師から処方される医療用医薬品は、原則、医療保険の対象となっている。
- 市販薬と同一の成分を含有するものを「市販品類似薬」として保険から外すことなどがこれまでも外部から指摘されているところであるが、このことについて、平成22年12月、平成23年10月開催等の社会保障審議会医療保険部会において議論されたが、
 - ① 市販品類似薬を使用している患者の負担が著しく増大すること
 - ② 負担や影響が患者ごとに異なること
 - ③ 同一成分でも医療用と一般用で効能・効果、含量が異なる場合など、対象となる薬の切り分け・範囲の選定が困難であること。
 - ④ 新規の市販薬開発への支障、安定供給への影響が懸念されること
 - ⑤ 安全で、有効、かつ安価な薬が保険で使われなくなることは、かえって高い薬にシフトして医療費削減にならないのではないかと考えられること
 などの反対意見があったことから、たとえ実施を検討するとしても、慎重な対応が必要と考える。

市販薬と類似した医療用医薬品について

1 市販薬と医療用医薬品について

- 市販薬：**患者が薬局で購入し、自らの判断で使用**する医薬品
- 医療用医薬品：**医師が患者の治療のために処方**する医薬品（注）

注 たとえ市販薬と同一の成分を含むものでも、より重症の患者に高用量で使用されるなどの点で市販薬と異なる。イブプロフェンを含む医薬品の場合、以下のとおり。

市販薬： 「頭痛、生理痛」等を効能とし、使用量は1日450mgまで。

医療用医薬品： 「慢性関節リウマチ、手術後の消炎・鎮痛」等の効能を有し、使用量は1日600mg。

2 医療保険における取扱

- 他の医療用医薬品と同様、医師が患者の治療のために処方する医薬品であり、保険給付の対象とされている。

市販薬と類似した医療用医薬品を保険外とすることに係る論点 (昨年の医療保険部会に提示した論点)

- 1 市販品類似薬を保険給付外とした場合、これらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになるが、この点についてどのように考えるか。
- 2 また、保険給付外とする市販品類似薬の範囲によって、どのような患者にどの程度の負担が生じるのか、吟味する必要があるのではないか(注)。
(注)負担増になる患者層の例
 - ・湿布薬:主として関節痛などをもつ高齢者
 - ・うがい薬・かぜ薬:小児の場合、現行の医療費助成と同様に自治体が負担するのであれば、多くの自治体において、公費負担が増加
 - ・漢方薬:不定愁訴、更年期障害、自律神経失調症などの中高年
- 3 市販品類似薬の中には、市販品と異なる重篤な疾患の効能を有しているものがあり(注)、その場合、保険給付と給付外の効能を整理する必要があるほか、同じ漢方薬でも、医療用医薬品と成分や含量が同じものが市販品にあるとは限らないなど、保険給付と給付外の切り分けの考え方について整理が必要ではないか。
(注)例えば、ビタミンB₁製剤の場合、ビタミンB₁欠乏症のほか、ウェルニッケ脳炎などの効能を有する。
- 4 市販品類似薬を保険給付外とすることにより、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇したり、特定の分野の医薬品の安定供給に大きな影響を与えたりする場合があります。について、どう考えるか。
- 5 仮に実施するとしても、保険給付外とする市販品類似薬の範囲を選定するに当たっては、その基準を策定する必要があるとともに、専門家や負担増となる患者の意見を聴くなど透明性を確保した形で行う必要がある、実施するまでに一定程度の時間が必要ではないか。

論点別シート

テーマ名	B5-3	社会保障:後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
視点	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局でもらう薬の値段はどう決まっているのか。 ・後発医薬品とは何か。 	
論点	1-1、2-1	後発医薬品の使用を進めるための方策は何か。
作成	財政当局	

薬局でもらう薬の値段はどう決まっているのか？

A 薬価算定の仕組み

薬価基準(医療保険が支払われる際の医薬品の価格を定めたもの)
⇒ 全国統一の公定価格

特許期間
(市場実勢価格に基づき2年ごとに薬価改定)

新薬

薬価算定方式

- 類似薬効比較方式
- 原価計算方式

後発品
(初めて取扱い)

薬価算定方式

- 先発品の0.7掛け

後発品
(他の後発品あり)

薬価算定方式

- 最低価格の後発品と同価格

B

＜先発品と後発品の薬価の差＞
…高脂血症用剤(5mg 1錠)の例

先発品:薬品 A 59.30円(100)

後発品:薬品 B 35.40円(60)
薬品 C 27.30円(46)
薬品 D 15.60円(26)

C 個別品目における価格帯 (例:アムロジピン5mg錠・降圧剤)

先発医薬品	品目	薬価(円)		対先発医薬品薬価比	
先発医薬品	ノルバスク錠5mg	64.90	64.70 (加重平均値)	-	
	アムロジピン錠5mg	64.00		-	
後発医薬品	アムロジピン錠5mg「EPJ」	50.80		価格帯①	78.5%
	アムロジピン錠5mg「KNJ」	48.90		価格帯②	75.6%
	アムロジピン錠5mg「NSJ」	47.70		価格帯③	73.7%
	アムロジピン錠5mg「トーフ」	47.70			
	アムロジピン錠5mg「CHJ」	33.50		価格帯④	51.8%
	アムロジピン錠5mg「RLLJ」	32.20		価格帯⑤	49.8%
アムロジピン錠5mg「ガレン」	32.20				
アムロジピン錠5mg「TCKJ」	29.90			46.2%	

※ アムロジピン5mg錠は、初回改定で、1の価格帯から15の価格帯が発生
出典:中央社会保険医療協議会 薬価専門部会(23.10.19) 資料抜粋

後発医薬品とは何か？

D

国名	後発医薬品シェア(単位:%) (2009年度)	
	数量	金額
日本	20.2	7.6
アメリカ	72	14
イギリス	65	26
ドイツ	63	24
フランス	23	12

(出典)日本:厚生労働省 2009年9月 薬価調査
アメリカ、イギリス、ドイツ: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, Dec MAT 2009
フランス:フランス政府・医療用品経済委員会(CEPS)報告

(注)諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較できないことに留意が必要。

E 薬価と後発品普及の関係

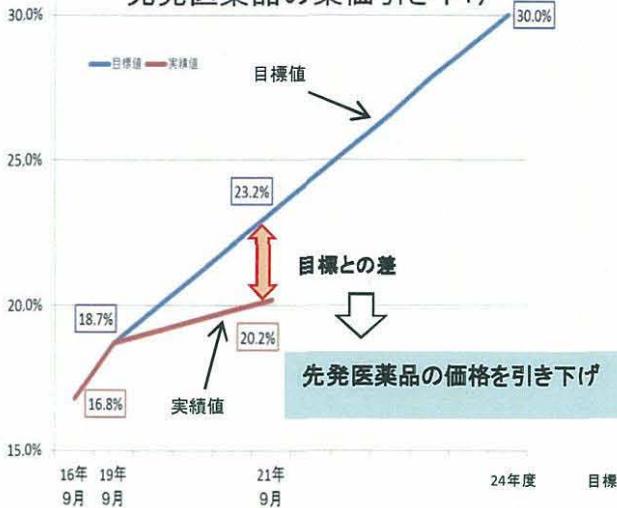
図表32 医療機関から後発医薬品の取引の申出を断られる場合の理由(複数回答)
有効回答数 60(メーカーアンケート)

なんとなく後発医薬品に対する不安がある	56.7%
安定供給(在庫、製造トラブルの回避、緊急注文対応、継続生産等)に不安がある	50.0%
品質(安定性、規格試験結果等)について安心できない	46.7%
情報収集・提供(MR数、緊急連絡体制等)等が不十分である	46.7%
他の医療機関で採用されていないので不安がある	41.7%
薬価差益が先発医薬品に比べ少ない	40.0%
病院経営への寄与(寄付金等)が見込めない	18.3%
会社の信用(株式上場等)に不安がある	16.7%
その他	23.3%

「医療用医薬品の流通実態に関する調査報告書」(平成18年9月、公正取引委員会)より引用

後発医薬品とは何か？

F 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



H23.11.09 社会保障審議会 医療保険部会 資料

後発医薬品の影響額

○後発医薬品のシェア

	数量ベース	金額ベース
後発品シェア	20.2%	7.6%
(後発品あり先発品)	36.3%	35.9%

※ 目標値は平成24年度に数量ベースで30%以上
出典：厚生労働省 2009年9月 薬価調査

○後発医薬品シェアが20.2%から30%になった場合の影響額

⇒ 医療費影響額 **▲4,800億円(国費 ▲1,200億円)**

○後発品あり先発品が全て後発医薬品に置き換わった場合の影響額

⇒ 医療費影響額 **▲17,600億円(国費 ▲4,400億円)**

※ 平成21年度国民医療費より機械的に試算

H 処方せん様式 (保険医療機関及び保険医療養担当規則 様式第二号)

後発品への変更を認めるかは医師の裁量

後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印
保険医署名

各国の例

- 仏：後発医薬品の使用を促進する観点から、一部の先発品を選んだ場合、**差額を患者負担化**。
- 独：外来薬剤費の1割を患者が負担することになっているが、これに加え、**薬剤費が一定価格(先発品と後発品の価格の間で設定される参照価格)を超過する分についても患者が負担**。

有識者意見

○平成23年11月9日 社保審 医療保険部会 岩本教授

「先発薬と後発薬の効能が同じならば、両者の価格は同じであってしかるべき」

●先発品薬価については、後発品薬価を目指して大幅に引き下げるべきではないか。

→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など、中期的には医療保険上の取扱いを統一化することを目指すべきではないか。

論点別シート

テーマ名	B5-3	社会保障:後発医薬品の使用促進など薬の有効な使用策
視点	医師から処方される薬とそれ以外は何が違うのか。	
論点	3-1	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。
作成	財政当局	

医師から処方される薬とそれ以外は何が違うのか？

A 市販品類似薬の具体例(ビタミン剤)

市販品と医療用医薬品の比較
(市販品と医療用医薬品は、同一・同量の有効成分のケース)

区分	市販品	医療用医薬品			
	価格	調剤料等 + 薬価	3割負担	(薬価)	(薬価3割)
ビタミン剤	1,575円	2,840円	852円	300円	90円

※1 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
 ※2 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、一般的な調剤薬局で購入した場合の価格を機械的に算出。

○ 調剤レセプトに占めるビタミン剤のシェア … 1.2%(金額ベース)
 ※ 「平成22年度 最近の調剤医療費の動向」(厚生労働省)より

B 【フランスの薬剤費の負担割合】

○ フランスでは、薬剤(外来)の内容によって自己負担割合を変更。

- ・ 代替性のない重要薬 : 0% (抗ガン剤等)
- ・ ほとんどの治療薬 : 35%
- ・ 胃薬など : 70%
- ・ 再評価で有効性が乏しいとされたもの : 85%
- ・ ビタミン剤等 : 100%

C 【第1回事業仕分けの結果】

○ 評価者コメント (抜粋)

- ・ **市販品類似薬は保険対象外とすべき**。単価比較をすれば、市販品の方が安くなるデータもある。
- ・ 市販品を拡大して、保険適用外にするのは賛成。

◎ WGの評価結果

「市販品類似薬は保険外」

- ・ 市販品類似薬を保険外とする方向性については当WGの結論とするが、**どの範囲を保険適用外にするかについては、今後も十分な議論が必要**である。

D 【厚生労働省の対応】

○ 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)

◎ 医療保険部会での結論
「保険外とすることは見送る」

<理由>

- ① 保険給付外となることによって患者負担の増加につながる
- ② 負担及び影響が患者毎に異なる
- ③ **同一成分でも医療用と一般用で効能・効果、含量が異なる場合など、保険給付と給付外への切り分け及び市販類似薬の範囲の選定が困難である**こと
- ④ 新薬開発の躊躇、安定供給への影響が懸念される

●市販品類似薬(ビタミン剤など)については、医療保険上の取扱いを見直し、半額は自己負担とすべきではないか。

議論の整理（案）

平成 23 年 12 月 日
社会保障審議会 医療保険部会

社会保障審議会 医療保険部会は、「社会保障・税一体改革成案」（平成 23 年 6 月 30 日 政府・与党 社会保障検討本部 決定。以下「成案」という。）を受けて、本年 7 月 21 日以降、成案の具体化に向けて審議を重ねてきた。以下、当部会におけるこの間の議論を整理する。

1. 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

- 成案には、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・効率化等が盛り込まれており、これを着実に実現していく必要がある。平成 24 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定はこの実現に向けた第一歩とすべく、「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」を医療部会とともに取りまとめた。
- 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、引き続き、「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」に盛り込まれた「将来を見据えた課題」について関係審議会でも議論を重ねていく。

2. 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

- 近年、医療の高度化により、がんの患者など長期にわたって高額な医療を受ける方が増えており、これらの方の負担を軽減し、医療保険のセーフティネット機能の強化が求められている。
- 現在の高額療養費制度は、70 歳未満の一般所得者の所得区分の年収の幅が大きい（年収約 210 万～790 万円）ため、低所得層の負担が重くなっている。また、自己負担上限額が月単位で設定されているため、自己負担上限額は超えない水準の負担で、長期にわたって療養される方の負担が軽減されない場合がある。

- これらの課題に対応するため、自己負担上限額を細分化し、中低所得層の負担を重点的に軽減するとともに、年単位で新たに上限額を設定する改善案について検討を行った。
- 高額療養費の改善の必要性については、異論がなかったが、財源をどのように賄うかについては、意見が分かれた。
- 高額療養費の改善については、昨年度の当部会でも議論したが、保険財政が厳しい中、更に高額療養費の改善による給付費の増加を保険料の引き上げで賄うことは困難である等の意見があり、改善は見送られたという経緯がある。
- 今年度の検討においては、6月に取りまとめられた成案で、セーフティネット機能の強化と給付の重点化を併せて実施する観点から、「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。」とされたことを踏まえ、高額療養費改善の財源として、外来受診時に100円（低所得者は50円）の受診時定額負担について議論を行った。
- 受診時定額負担については、①患者だけが負担するのではなく、健康な人も含めて保険料や公費で広く負担すべき、②受診抑制により病状が悪化するおそれがある等の理由から、導入に反対の意見があった。
- 一方で、①医療費は保険料・公費・自己負担の組み合わせで確保する必要があるが、保険財政の現状を考えると、高額療養費の改善を保険料の引き上げで賄うのは困難、②財源を保険料に求める場合、負担の大部分が若年者に転嫁される等の理由から、受診時定額負担も一つの選択肢との意見もあった。
- また、保険者ごとの財政影響が異なることを踏まえた議論を行う必要がある、財源の問題は理解するが、高額な医療を受ける患者は大変困っており高額療養費の改善は早急に実施して欲しいという意見もあった。
- なお、成案では「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」とされており、大病院での外来の受診時のみ定額負担を求めることについても検討を行ったが、これにより高額療養費の改善に必要な財源を賄うべきとの意見はなかった。

- 高額療養費の改善により、長期にわたって療養される方の負担を軽減することは喫緊の課題であり、財源の確保とあわせてさらに検討を進める必要がある。

3. 市町村国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- 市町村国保は、被用者保険と比べて、①年齢構成が高く医療費水準が高い、②所得水準が低い、③所得に占める保険料負担が重い、④保険料収納率が低いという構造的な問題を抱えている。このため、市町村が多額の一般会計繰入を行うなど、市町村財政にとっても大きな負担となっている。
- また、市町村合併後も、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が依然として多数存在しているほか、医療費や所得、保険料の市町村格差が大きく、所在する市町村によって保険料が異なることに対する不公平感もある。
- こうした市町村国保の構造的な問題に対応するため、低所得者保険料軽減の拡充や所得水準の低い保険者に対する支援の拡充等の財政基盤の強化を行うとともに、財政運営を都道府県単位に広域化することにより、財政基盤の安定化を図ることが必要である。
- 今年2月から開催されている「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、市町村国保の財政基盤強化策及び財政運営の都道府県単位化の具体的内容については、引き続き協議を行った上で、税制抜本改革とともに、制度見直しを行う。

(注) 成案の別紙2「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」において、「併せて検討」とされている「被用者保険の適用拡大」については、現在、「短時間労働者に対する社会保険適用等に関する特別部会」において議論されている。

4. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度の見直しについては、高齢者医療制度改革会議において平成22年12月に最終とりまとめが行われたが、成案において、「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、自己負担割合の見直しなど」を行うとされていることを踏まえ、検討を行った。

- 高齢者医療制度の見直しは、市町村国保の都道府県単位化を含め、最終とりまとめにおいて示された方針に沿って着実にやっていくべきとの意見があった。また、後期高齢者医療制度の先行きに関する被保険者や現場の不安を解消するため、可能な限り速やかに将来に向けた方針が示される必要があるとの意見があった。
- 他方、最終とりまとめに沿って後期高齢者医療制度を廃止しても、運営上の年齢区分は残ること、高齢者間に新たな不公平が発生すること等の問題がある、同制度は既に定着しており、拙速に新制度に移行して混乱を招くことがないように、現行制度の改善により安定的な運営に努めるべきとの意見があった。
- 高齢者医療に関する国民の理解を得ていくため、また、現役世代による負担の増大を抑制するため、後期高齢者医療制度や前期高齢者の財政調整に対する公費拡充が必要であるとの意見があった。
- 後期高齢者支援金については、被用者保険における負担の公平の見地から、また、協会けんぽに対する緊急的な措置として、全面総報酬割を早急に実施すべきとの意見があった。他方、総報酬割は高齢者医療制度の見直し全体の中で行うべきであり、これのみを抜き出して実施することは不適當との意見があった。
- 最終とりまとめに盛り込まれている後期高齢者負担率の見直しは、高齢者の負担を軽減する一方で、現役世代にとっては負担増であることから、これを実施する場合には、現役世代への経済的支援をあわせて行うべきとの意見があった。
- 前期高齢者納付金の算定上、保険者の負担が過大にならないように設けられている前期高齢者加入率の下限を引き下げるべきとの意見があった一方、その見直しを行うのであれば、高齢者医療制度の見直し全体の中で検討すべきとの意見があった。

5. 協会けんぽの財政健全化の取組

協会けんぽについては、リーマンショックによる被保険者の報酬の下落等による財政悪化を受け、平成 24 年度末までの間、被用者保険における後期高齢者支援金の 3 分の 1 を、総報酬割とするとともに、国庫負担割合を 13% から 16.4% に引き上げる等の特例措置を講じている。

しかしながら、平成 21 年度から 3 年連続で保険料率が上昇しており、平成 24 年度には 10% を超える見込みであり、健保組合との保険料率の乖離が急速に拡大している。

- 協会けんぽの財政悪化が進む中、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割を早急に実施するとともに、協会けんぽへの国庫負担割合を健康保険法本則に規定された上限割合である 20% に引き上げるべきとの意見があった。
- 他方、総報酬割の拡大は、前期高齢者の財政調整への公費投入とあわせて行うべきである、協会けんぽと健保組合との所得格差に起因する保険料率の格差の是正のための財源は、健保組合等に肩代わりさせるべきではないとの意見があった。
- 協会けんぽの財政運営は、単年度の収支ではなく複数年度で均衡させる中期財政運営の考え方を導入すべきとの意見があった。

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

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、医療の高度化、医療提供体制の機能強化等により、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、必要な機能の充実は図りつつ、給付の重点化・制度運営の効率化も併せて行っていくことが必要である。

成案においても、このような観点から、重点化・効率化を同時に実施することとされており、受診時定額負担のほか、次のような項目が盛り込まれており、議論を行った。

このほか、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。

(70～74 歳の患者負担割合)

- 70～74 歳の方の患者負担割合については、現行法上、2 割負担と法定されている中で、毎年度約 2000 億円の予算措置を講ずることにより、1 割負担に凍結されているところ、「高齢者医療制度改革会議」の最終とりまとめ（平成 22 年 12 月 20 日）において、個々人の負担が増加しないよう配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70 歳に到達する方から段階的に本来の 2 割負担とする旨が提案されていることを踏まえ、議論を行った。
- 70～74 歳の患者負担については、世代間で不公平が生じている状況を踏まえ、法律上 2 割負担とされていることを尊重する観点からも、速やかに法定割合に戻すことが適当とする意見が多かった。なお、一部の委員からは、日本の患者負担割合は国際的に見て高水準にある中で、患者負担割合は 1 割のままとすべきとの意見もあった。

(医薬品の患者負担)

- 市販医薬品の価格水準を考慮して医薬品の患者負担を見直すとの考え方については、診療報酬体系が複雑化するおそれがあるといった意見や過度な患者負担を求めるべきでないといった意見があった。また、市販医薬品については、消費者が自ら選択して服薬するものであり、医師の処方による医療用医薬品とは性質が異なることや、使用方法が異なるものの負担を比較することは困難であるという意見もあった。これらの意見も踏まえ、引き続き検討する。

(後発医薬品の使用促進)

- 平成 24 年度に後発医薬品のシェアを 30%とするとの目標の下に、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保など、総合的な使用促進を図る。
- 行政刷新会議の「政策提言型仕分け」において出された、先発品と後発品の一部を患者負担とするとの考え方については、過度な患者負担を求めるべきでないといった意見があり、今後、引き続き検討する。

(入院時の食費・居住費)

- 入院時の食費・居住費については、①入院時の食事管理は治療の一環であり、通常の食事とは区別して考えるべき、②居住費の負担が入院前の住居との二重の負担にならないようにすべき、等の理由から、見直しに慎重な意見が大勢を占めた。なお、一部の委員からは、事業仕分けの考え方に基づき見直しを進めるべきとの意見もあった。

(現金給付(傷病手当金)の見直し)

- 傷病手当金について、不正請求防止の観点等から、①支給上限額の設定や、②標準報酬の平均額に基づき支給額を決定すべきとの意見があったが、これらについては、保険料負担に応じた給付という傷病手当金の基本的な考え方や実務のコストの面から問題との意見があった。
- また、不正請求の防止に加え、保険者機能の強化の観点から、事業主への質問・調査権限の法律上の明確化を検討すべきである。

(生活習慣病予防)

- 特定健診・保健指導について、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」での議論や制度導入からこれまでの実績を踏まえ、その在り方を検討し、引き続き生活習慣病を予防する取組を推進する。

(ICT利活用の推進、レセプト審査の質の向上・業務の効率化)

- 本年4月に電子レセプトによる請求が原則化されたが、今後もレセプト電子化が猶予されている医療機関について電子レセプトへの移行を勧奨するなど、更なるレセプトの電子化を推進することにより、レセプト審査の質の向上・業務の効率化を図る。

(保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮)

- 保険者による被保険者に対する受診勧奨や頻回・重複受診への指導、重症化予防などの取組など保険者機能の発揮による制度運営の効率化等を推進する。

(療養費の見直し)

- 柔道整復等の療養費について、審査体制の強化などその適正な支給を求める意見が多かったこと、会計検査院等からも指摘を受けていること、療養費は国民医療費の伸びを近年上回って増加している現状などを踏まえ、平成 24 年療養費改定において適正化するとともに、関係者による検討会を設け、中・長期的な視点に立って、柔道整復療養費等の在り方の見直しを行う。

(医療費適正化計画)

- 以上の取組のほか、国及び都道府県は、特定健診・保健指導の実施による国民の健康の保持の推進と平均在院日数の短縮等による医療の効率的な提供の推進を柱とする医療費適正化計画を策定し、医療費の適正化を図っている。このうち、医療の効率的な提供の推進については、療養病床に係る目標を凍結したことや、成案において新たな医療提供体制の方向性が示されたことも踏まえ、平成 25 年度からの新たな計画期間における目標の在り方等を検討し、引き続き医療費の適正化を推進する。

(国保組合の補助率の見直し)

- 3 大臣合意（平成 22 年 12 月 17 日、国家戦略担当大臣・財務大臣・厚生労働大臣）を踏まえ、保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合（以下「国保組合」という。）に対する国庫補助の見直しを行う。
- なお、所得水準の高い国保組合についても、国庫補助を完全に廃止することは財政運営への影響が大きい、国庫補助を廃止した場合には、保険料の上昇により加入者が脱退し、国保組合の解散等の可能性もあることから財政影響について精査する必要がある、という意見もあった。

以上のほか、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、産休期間中の保険料免除といった年金改革とともに進めていくべき課題もある。当部会として意見の隔たりがあった点もあるが、社会保障・税一体改革は喫緊の課題であり、厚生労働省においては、当部会における種々の意見に十分に留意しつつ、改革を進められたい。

議論の整理（案）

平成 23 年 12 月 日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会は、「社会保障・税一体改革成案」（平成 23 年 6 月 30 日政府・与党社会保障検討本部決定。以下「成案」という。）を受けて、本年 7 月 21 日以降、成案の具体化に向けて審議を重ねてきた。以下、当部会におけるこの間の議論を整理する。

1. 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

- 成案には、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・効率化等が盛り込まれており、これを着実に実現していく必要がある。平成 24 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定はこの実現に向けた第一歩とすべく、「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」を医療部会とともに取りまとめた。
- 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、引き続き、「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」に盛り込まれた「将来を見据えた課題」について関係審議会で議論を重ねていく。

2. 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

—(高額療養費の改善)—

- 近年、医療の高度化により、がんの患者など長期にわたって高額な医療を受ける方が増えており、これらの方の負担を軽減し、医療保険のセーフティネット機能の強化が求められている。
- 現在の高額療養費制度は、70 歳未満の一般所得者の所得区分の年収の幅が大きい（年収約 210 万～790 万円）ため、低所得層の負担が重くなっている。また、自己負担上限額が月単位で設定されているため、自己負担上限額は超えない水準の負担で、長期にわたって療養される方の負担が軽減されない場合がある。

- これらの課題に対応するため、自己負担上限額を細分化し、中低所得層の負担を重点的に軽減するとともに、年単位で新たに上限額を設定する改善案について検討を行った。
- 高額療養費の改善の必要性については、異論がなかったが、財源をどのように賄うかについては、意見が分かれた。

—(受診時定額負担)—

- 高額療養費の改善については、昨年度の当部会でも議論したが、保険財政が厳しい中、更に高額療養費の改善による給付費の増加を保険料の引き上げで賄うことは困難である等の意見があり、改善は見送られたという経緯がある。
- 今年度の検討においては、6月に取りまとめられた成案で、セーフティネット機能の強化と給付の重点化を併せて実施する観点から、「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。」とされたことを踏まえ、高額療養費改善の財源として、外来受診時に100円（低所得者は50円）の受診時定額負担について議論を行った。
- 受診時定額負担については、①患者だけが負担するのではなく、健康な人も含めて保険料や公費で広く負担すべき、②受診抑制により病状が悪化するおそれがある等の理由から、導入に反対の意見があった。
- 一方で、①医療費は保険料・公費・自己負担の組み合わせで確保する必要があるが、保険財政の現状を考えると、高額療養費の改善を保険料の引き上げで賄うのは困難、②財源を保険料に求める場合、負担の大部分が若年者に転嫁される等の理由から、受診時定額負担も一つの選択肢との意見もあった。
- また、保険者ごと問の財政影響が異なることを踏まえた議論を行うので、**財政調整の方法も併せて議論する**必要がある、財源の問題は理解するが、高額な医療を受ける患者は大変困っており高額療養費の改善は早急に実施して欲しいという意見もあった。
- なお、成案では「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」とされており、大病院での外来の受診時のみ定額負担を求めるこ

とについても検討を行ったが、これにより高額療養費の改善に必要な財源を賄うべきとの意見はなかった。

- 高額療養費の改善により、長期にわたって療養される方の負担を軽減することは喫緊の課題であり、財源の確保とあわせてさらに検討を進める必要がある。

3. 市町村国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- 市町村国保は、被用者保険と比べて、①年齢構成が高く医療費水準が高い、②所得水準が低い、③所得に占める保険料負担が重い、④保険料収納率が低いという構造的な問題を抱えている。このため、市町村が多額の一般会計繰入を行うなど、市町村財政にとっても大きな負担となっている。
- また、市町村合併後も、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が依然として多数存在しているほか、医療費や所得、保険料の市町村格差が大きく、所在する市町村によって保険料が異なることに対する不公平感もある。
- こうした市町村国保の構造的な問題に対応するため、低所得者保険料軽減の拡充や所得水準の低い保険者に対する支援の拡充等の財政基盤の強化を行うとともに、財政運営を都道府県単位に広域化することにより、財政基盤の安定化を図ることが必要である。
- 今年2月から開催されている「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、市町村国保の財政基盤強化策及び財政運営の都道府県単位化の具体的内容については、引き続き協議を行った上で、税制抜本改革とともに、制度見直しを行う。

(注) 成案の別紙2「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」において、「併せて検討」とされている「被用者保険の適用拡大」については、現在、「短時間労働者に対する社会保険適用等に関する特別部会」において議論されている。

4. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度の見直しについては、高齢者医療制度改革会議において平成22年12月に最終とりまとめが行われたが、成案において、「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、自己負担割合の見直しなど」を行うとされていることを踏まえ、検討を行った。

○ 高齢者医療制度の見直しは、市町村国保の都道府県単位化を含め、最終とりまとめにおいて示された方針に沿って着実にやっていくべきとの意見があった。また、後期高齢者医療制度の先行きに関する被保険者や現場の不安を解消するため、可能な限り速やかに将来に向けた方針が示される必要があるとの意見があった。

○ 他方、最終とりまとめに沿って後期高齢者医療制度を廃止しても、運営上の年齢区分は残ること、高齢者間に新たな不公平が発生すること等の問題がある、同制度は既に定着しており、拙速に新制度に移行して混乱を招くことがないように、現行制度の改善により安定的な運営に努めるべきとの意見があった。

○ 高齢者医療に関する国民の理解を得ていくため、また、現役世代による負担の増大を抑制するため、後期高齢者医療制度や前期高齢者の財政調整に対する公費拡充が必要であるとの意見があった。

○ 後期高齢者支援金については、被用者保険における負担の公平の見地から、また、協会けんぽに対する緊急的な措置として、全面総報酬割を早急に実施すべきとの意見があった。他方、総報酬割は高齢者医療制度の見直し全体の中で行うべきであり、これのみを抜き出して実施することは不適當との意見があった。

○ 最終とりまとめに盛り込まれている後期高齢者負担率の見直しは、高齢者の負担を軽減する一方で、現役世代にとっては負担増であることから、これを実施する場合には、現役世代への経済的支援をあわせて行うべきとの意見があった。

○ 前期高齢者納付金の算定上、保険者の負担が過大にならないように設けられている前期高齢者加入率の下限を引き下げるべきとの意見があった一方、その見直しを行うのであれば、高齢者医療制度の見直し全体の中で検討すべきとの意見があった。

5. 協会けんぽの財政健全化の取組

協会けんぽについては、リーマンショックによる被保険者の報酬の下落等による財政悪化を受け、平成24年度末までの間、被用者保険における後期高齢者支援金の3分の1を、総報酬割とするとともに、国庫負担割合を13%から16.4%に引き上げる等の特例措置を講じている。

しかしながら、平成21年度から3年連続で保険料率が上昇しており、平成24年度には10%を超える見込みであり、健保組合との保険料率の乖離が急速に拡大している。

○ 協会けんぽの財政悪化が進む中、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割を早急に実施するとともに、協会けんぽへの国庫負担割合を健康保険法本則に規定された上限割合である20%に引き上げるべきとの意見があった。

○ 他方、総報酬割の拡大は、前期高齢者の財政調整への公費投入とあわせて行うべきである、協会けんぽと健保組合との所得格差に起因する保険料率の格差の是正のための財源は、健保組合等に肩代わりさせるべきではないとの意見があった。

○ 協会けんぽの財政運営は、単年度の収支ではなく複数年度で均衡させる中期財政運営の考え方を導入すべきとの意見があった。

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

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、医療の高度化、医療提供体制の機能強化等により、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、必要な機能の充実は図りつつ、給付の重点化・制度運営の効率化も併せて行っていくことが必要である。

成案においても、このような観点から、重点化・効率化を同時に実施することとされており、受診時定額負担のほか、次のような項目が盛り込まれており、議論を行った。

このほか、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。

(70～74 歳の患者負担割合)

- 70～74 歳の方の患者負担割合については、現行法上、2 割負担と法定されている中で、毎年度約 2000 億円の予算措置を講ずることにより、1 割負担に凍結されているところ、「高齢者医療制度改革会議」の最終とりまとめ（平成 22 年 12 月 20 日）において、個々人の負担が増加しないよう配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70 歳に到達する方から段階的に本来の 2 割負担とする旨が提案されていることを踏まえ、議論を行った。
- 70～74 歳の患者負担については、世代間で不公平が生じている状況を踏まえ、法律上 2 割負担とされていることを尊重する観点からも、速やかに法定割合に戻すことが適当とする意見が多かった。なお、一部の委員からは、日本の患者負担割合は国際的に見て高水準にある中で、患者負担割合は 1 割のままとすべきとの意見もあった。

(医薬品の患者負担)

- 市販医薬品の価格水準を考慮して医薬品の患者負担を見直すとの考え方については、診療報酬体系が複雑化するおそれがあるといった意見や過度な患者負担を求めるべきでないといった意見があった。また、市販医薬品については、消費者が自ら選択して服薬するものであり、医師の処方による医療用医薬品とは性質が異なることや、使用方法が異なるものの負担を比較することは困難であるという意見もあった。これらの意見も踏まえ、引き続き検討する。

(後発医薬品の使用促進)

- 平成 24 年度に後発医薬品のシェアを 30%とするとの目標の下に、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保など、総合的な使用促進を図る。
- 行政刷新会議の「政策提言型仕分け」において出された、先発品と後発品の一部を患者負担とするとの考え方については、過度な患者負担を求めるべきでないといった意見があり、今後、引き続き検討する。

（入院時の食費・居住費）

- 入院時の食費・居住費については、①入院時の食事管理は治療の一環であり、通常の食事とは区別して考えるべき、②居住費の負担が入院前の住居との二重の負担にならないようにすべき、等の理由から、見直しに慎重な意見が大勢を占めた。なお、一部の委員からは、事業仕分けの考え方に基づき見直しを進めるべきとの意見もあった。

（現金給付（傷病手当金）の見直し）

- 傷病手当金について、不正請求防止の観点等から、①支給上限額の設定や、②標準報酬の平均額に基づき支給額を決定すべきとの意見があったが、これらについては、保険料負担に応じた給付という傷病手当金の基本的な考え方や実務のコストの面から問題との意見があった。
- また、不正請求の防止に加え、保険者機能の強化の観点から、事業主への質問・調査権限の法律上の明確化を検討すべきであるとの意見があった。

（生活習慣病予防）

- 特定健診・保健指導について、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」での議論や制度導入からこれまでの実績を踏まえ、その在り方を検討し、引き続き生活習慣病を予防する取組を推進する。

（ICT利活用の推進、レセプト審査の質の向上・業務の効率化）

- 本年4月に電子レセプトによる請求が原則化されたが、今後もレセプト電子化が猶予されている医療機関について電子レセプトへの移行を勧奨するなど、更なるレセプトの電子化を推進することにより、レセプト審査の質の向上・業務の効率化を図る。

（保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮）

- 保険者による被保険者に対する受診勧奨や頻回・重複受診への指導、重症化予防などの取組など保険者機能の発揮による制度運営の効率化等を推進する。

（療養費の見直し）

- 柔道整復等の療養費について、審査体制の強化などその適正な支給を求める意見が多かったこと、会計検査院等からも指摘を受けていること、療養費は国民医療費の伸びを近年上回って増加している現状などを踏まえ、平成 24 年療養費改定において適正化適切に対応するとともに、関係者による検討会を設け、中・長期的な視点に立って、柔道整復療養費等の在り方の見直しを行う。

（医療費適正化計画）

- 以上の取組のほか、国及び都道府県は、特定健診・保健指導の実施による国民の健康の保持の推進と平均在院日数の短縮等による医療の効率的な提供の推進を柱とする医療費適正化計画を策定し、医療費の適正化を図っている。このうち、医療の効率的な提供の推進については、療養病床に係る目標を凍結したことや、成案において新たな医療提供体制の方向性が示されたことも踏まえ、平成 25 年度からの新たな計画期間における目標の在り方等を検討し、引き続き医療費の適正化を推進する。

（国保組合の補助率の見直し）

- 3大臣合意（平成 22 年 12 月 17 日、国家戦略担当大臣・財務大臣・厚生労働大臣）を踏まえ、保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合（以下「国保組合」という。）に対する国庫補助の見直しを行う。
- なお、所得水準の高い国保組合についても、国庫補助を完全に廃止することは財政運営への影響が大きい、国庫補助を廃止した場合には、保険料の上昇により加入者が脱退し、国保組合の解散等の可能性もあることから財政影響について精査する必要がある、という意見もあった。

以上のほか、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、産休期間中の保険料免除といった年金改革とともに進めていくべき課題もある。当部会として意見の隔たりがあった点もあるが、社会保障・税一体改革は喫緊の課題であり、厚生労働省においては、当部会における種々の意見に十分に留意しつつ、改革を進められたい。

参考資料

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 工程表(抄)

		A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
II 医療・介護等 ①	○ 地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化					
	<p>～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～</p> <ul style="list-style-type: none"> 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、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等) 在宅医療の充実等(診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等) <p>(8,700億円程度)</p> <p>→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日</p>	<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数の減少等 <p>(▲4,300億円程度)</p> <p>→ ○平均在院日数：2011年 19～20日程度 → 2025年 高度急性期：15～16日程度 一般急性期： 9日程度 ○病床数：概ね現状水準 ○精神医療：2025年に在院日数1割程度減少</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し 	0.4兆円程度	1.3兆円程度	
	<p>→ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実等</p> <p>・施設のユニット化 (2,500億円程度)</p> <p>GH、小規模多機能：2011年 21万人/日 → 2025年 77万人/日 居住系・在宅介護：2011年 335万人/日 → 2025年 510万人/日</p>	<ul style="list-style-type: none"> 外来受診の適正化等(生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等) (▲1,200億円程度) ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減 <p>→ 外来患者数：2025年に現行ベースより5%程度減少</p>	<ul style="list-style-type: none"> 基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現 	△0.1兆円程度	△0.6兆円程度	
	<p>・上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆ (2,400億円程度)</p> <p>→ 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人 (1.6倍程度)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防・重度化予防 介護施設の重点化(在宅への移行) <p>(▲1,800億円程度)</p> <p>→ 要介護認定者数：2025年に現行ベースより3%程度減少</p>		0.1兆円程度	1.2兆円程度	
医療・介護①小計	充実計(2015年)	～1.4兆円程度	重点化・効率化計(2015年)	～0.7兆円程度	(上記の機能分化等が全て実現する場合の試算) ～0.6兆円程度	～2.3兆円程度

	A 充実 (金額は公費(2015年))	B 重点化・効率化 (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
II 医療・介護等 ②	○ 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		税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出 ↓ 順次実施	～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討	—
	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 → 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 (=完全実施の場合▲1,600億円) ・ 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				
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円) ・ 介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,600億円) ・ 軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 ※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動				
	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) ・ 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(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。 ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動				
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 ・ 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(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、自己負担割合の見直しなど)		〔総合合算制度：2015年の番号制度以降導入〕	〔総合合算制度～0.4兆円程度〕		
医療・介護②小計	充実計(2015年) 1兆円程度(改革の内容により変動)	重点化・効率化計(2015年) ～0.5兆円程度(改革の内容により変動)		～1兆円弱程度	—
医療・介護計	充実計(2015年) ～2.4兆円程度(改革の内容により変動)	重点化・効率化計(2015年) ～1.2兆円程度(改革の内容により変動)		～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度

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10.04%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）

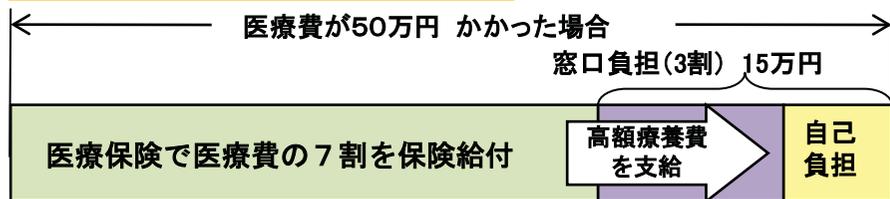
(注3) 「ケース①」は医療の伸び率（人口増減や高齢化除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合。「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合。

(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。

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)

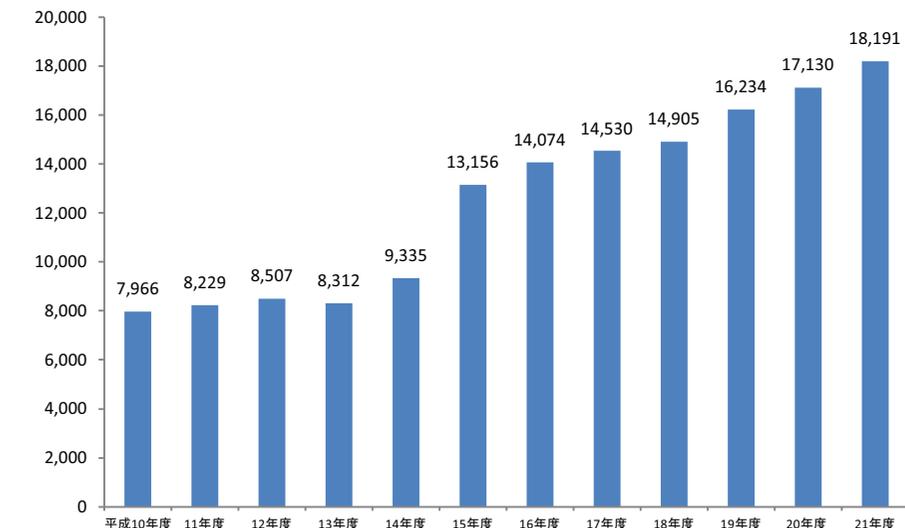
医療保険全体	16.97%
被用者保険	23.07%
市町村国保	19.63%
後期高齢者医療	8.85%

(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)

○ 高額療養費の支給額

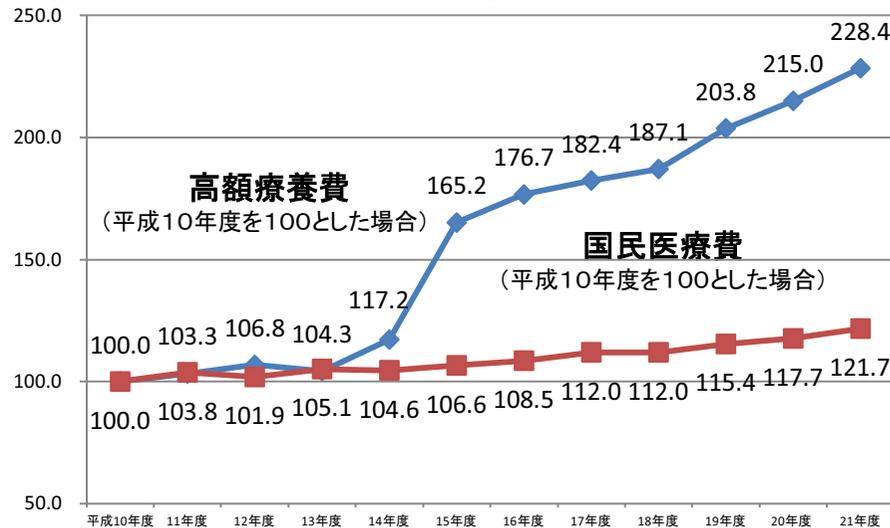


(注1)13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。

(注2)15年度の大規模な支給額の増加は、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。

(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。

○ 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)



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%	▲34.7	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。

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。

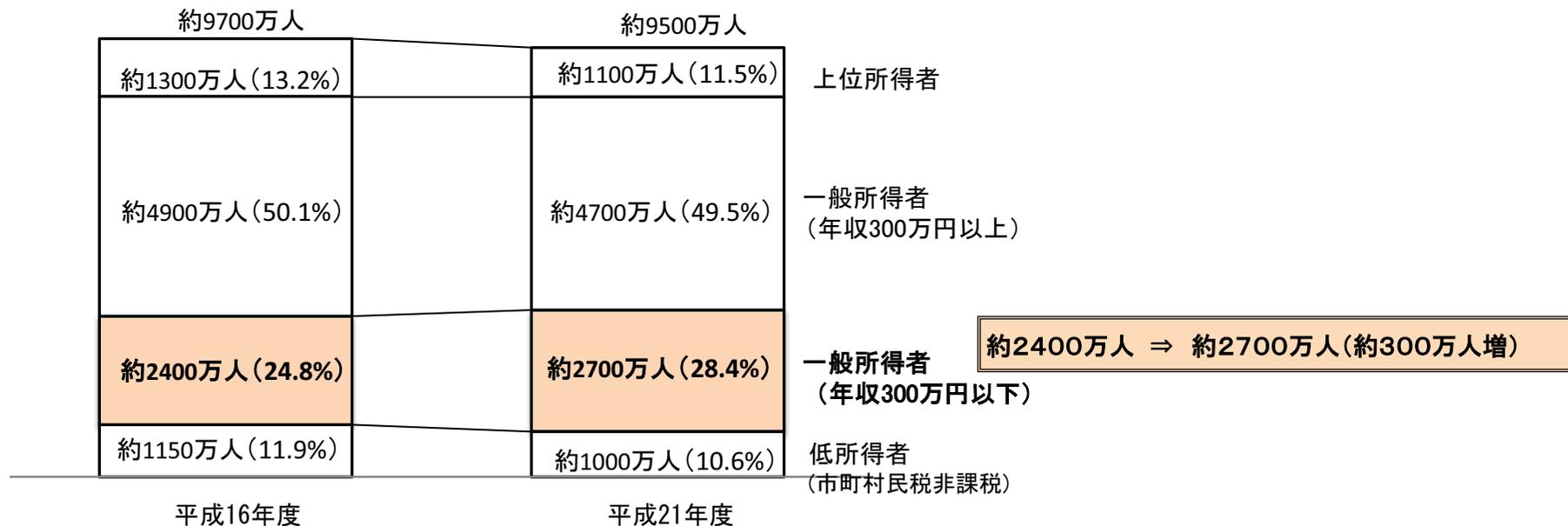
		被用者保険計				国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正	
		協会(一般)	組合健保	共済組合	国保計	市町村 国保	国保組合						
		%	%	%	%	%	%	%	%	%			
被保険者 (70歳未満)	平成14年度	82.03	81.06	82.75	84.11	78.12	78.09	78.57	79.67	—	—	健保:2割→3割	
	15	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—		
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	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	—	—		現役並み:2割→3割
	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		現役並み:2割→3割
	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。

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・フェマール(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60kgと仮定して推計。

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

70歳以上

[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%

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	
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。

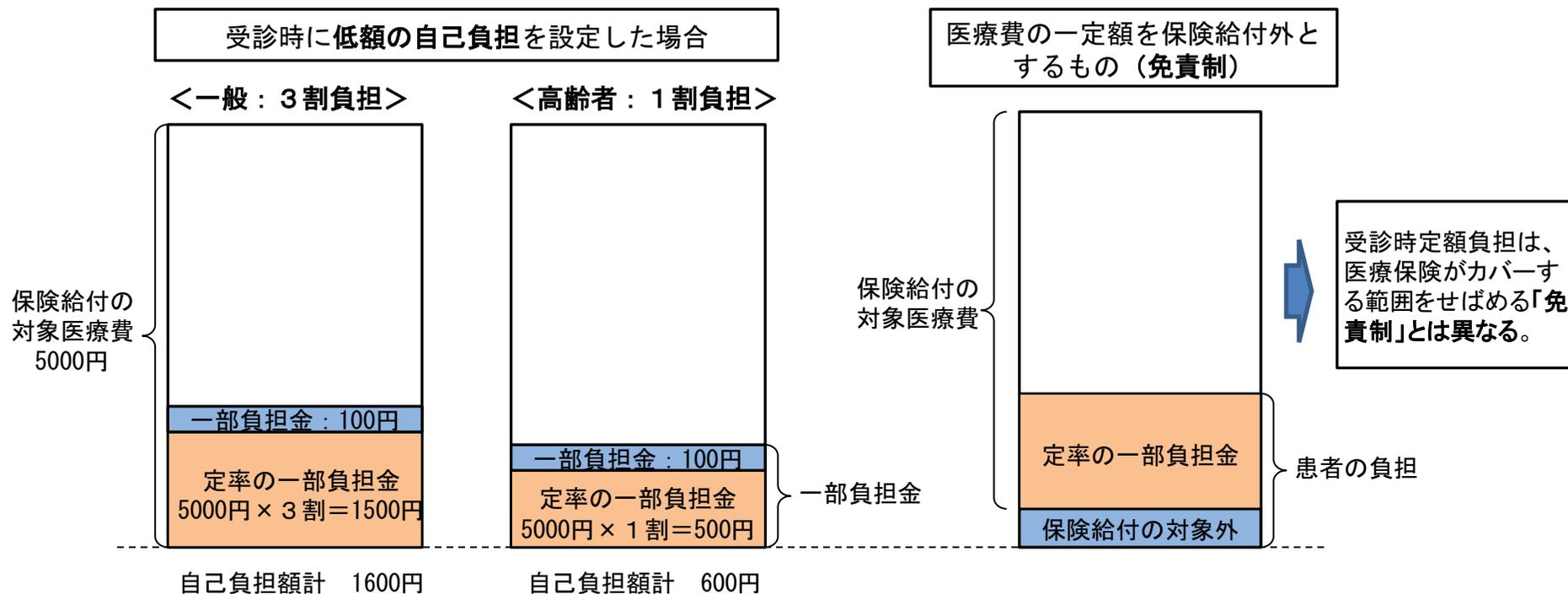
(注4) 年収300万円以下は、高額療養費の自己負担限度額の区分において、一般所得に該当するものの中で年収300万円以下の者。

(注5) 10万人単位で四捨五入している。

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）



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。

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かと。

《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	
			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 (P12の財政影響)	(ロ) 受診時定額負担 (P17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。

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）

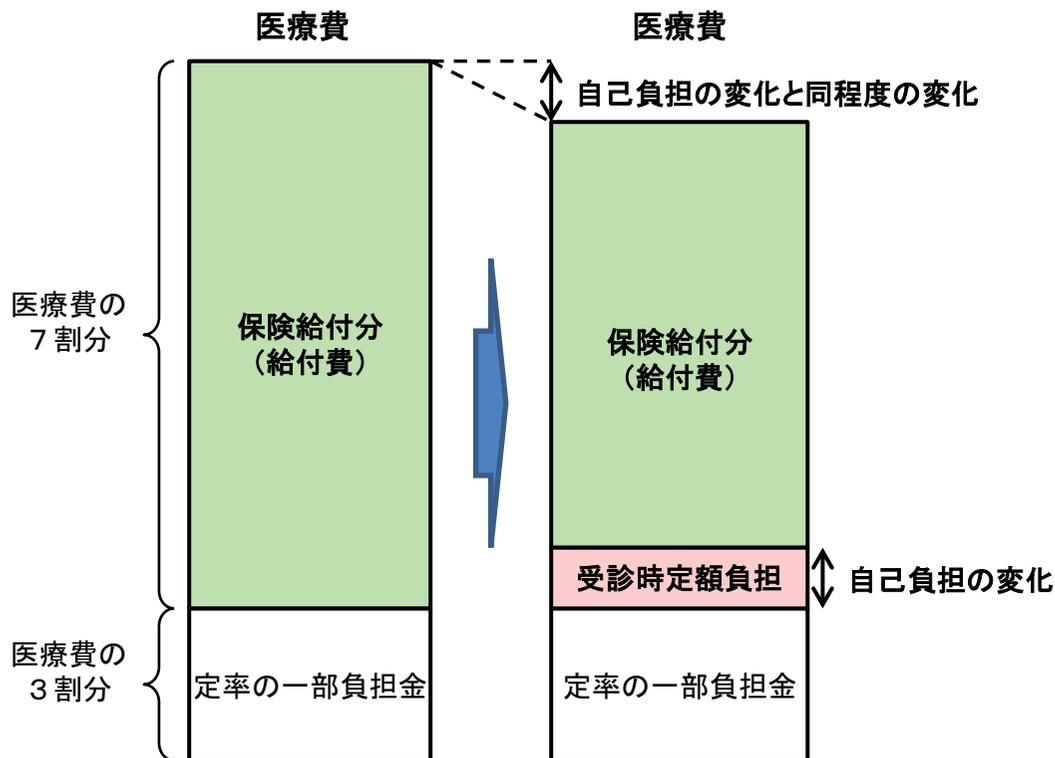
3. 1日当たり医療費の変化がないと仮定すると、加入者1人当たり受診日数の減少率は、外来医療費の減少率と同じとなる。

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）

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

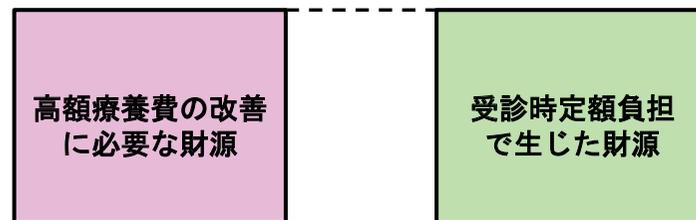


※制度改正時に、自己負担の変化額と同程度の額の医療費の変化が生じる。
→ 給付費ベースで、自己負担の変化額の2倍程度の財政影響が生じる試算。

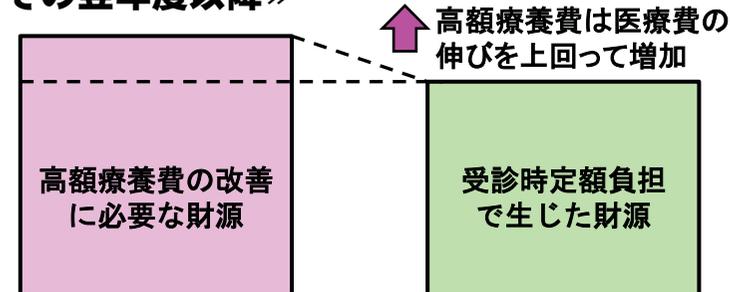
②高額療養費の見直しと受診時定額負担の関係

《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。

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

受診時定額負担と病院・診療所の役割分担を踏まえた外来診療の適正化について

- 一体改革成案では、高額療養費の見直しによる負担軽減と受診時定額負担の検討とあわせて、「病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化」が盛り込まれている。
- 受診時定額負担に代えて、病院と診療所の役割分担などを考慮して、例えば、大病院での外来の受診時のみ定額負担を求めることについて、どう考えるか。
- 現在、大病院（200床以上）で紹介状なしに受診する場合に、患者負担を上乗せして徴収できる（選定療養）が、これは、医療機関の収入となる。（保険財政に影響を及ぼすものではない。）高額療養費の財源は、保険財政に資する仕組みとする必要がある。

（参考）選定療養の初診の患者負担の設定状況（平成21年7月現在）

1,176病院（200床以上） 平均 約1900円（最高 8400円、最低 105円）

- また、仮に、受診時定額負担100円と同規模の財源を確保するため、大病院での初診時に負担いただくとした場合、初診1回につき7千円～1万円程度の追加負担をお願いすることになる。

（算出の根拠）

初診・再診の外来の受診延べ日数（年間） 約20.6億日（初診約3.5億日、再診約17.1億日）

うち200床以上の大病院の初診の受診日数（年間） 約0.3億日（なお、再診は約2.4億日）

$100円 \times 20.6億日 \div 0.3億日 = 約7千円$

※ 紹介状なしの患者（地域医療支援病院の外来では約7割、特定機能病院の外来では約5～6割。平成20年患者調査の結果）からのみ徴収する場合、1万円程度になる。

- なお、患者の受診行動が大きく変化した場合、確保できる財源の規模は低減することになる。

市町村国保の抱える構造的な問題

①年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合：国保(31.4%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費：国保(29.0万円)、健保組合(13.3万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得：国保(91万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合：22.8%

③保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料／加入者一人当たり所得
市町村国保(9.1%)、健保組合(4.6%)
- ※健保は本人負担分のみの推計値

④保険料(税)の収納率低下

- ・収納率：平成11年度 91.4% → 平成21年度 88.0%
- ・最高収納率：94.17%(島根県) ・最低収納率：83.93%(東京都)

⑤一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額：約3,600億円 うち決算補填等の目的：約3,100億円
- ・繰上充用額：約1,800億円

※繰上充用...一会計年度経過後に至って歳入が歳出に不足するときは翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。

⑥財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

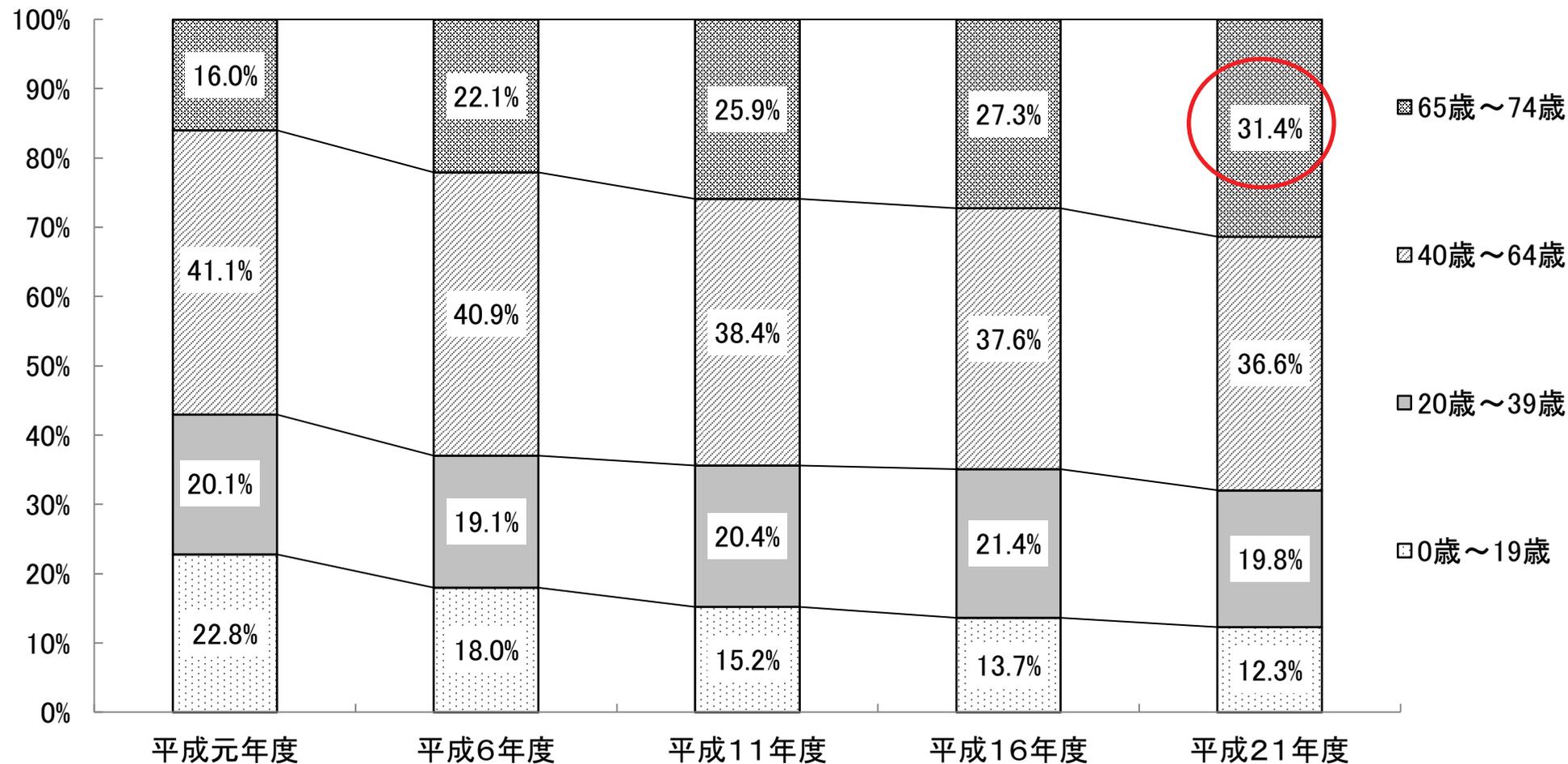
- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (全体の1/4)

⑦市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大：2.7倍(東京都) 最小：1.2倍(滋賀県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大：6.5倍(秋田県) 最小：1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大：2.8倍(東京都) 最小：1.3倍(富山県)

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

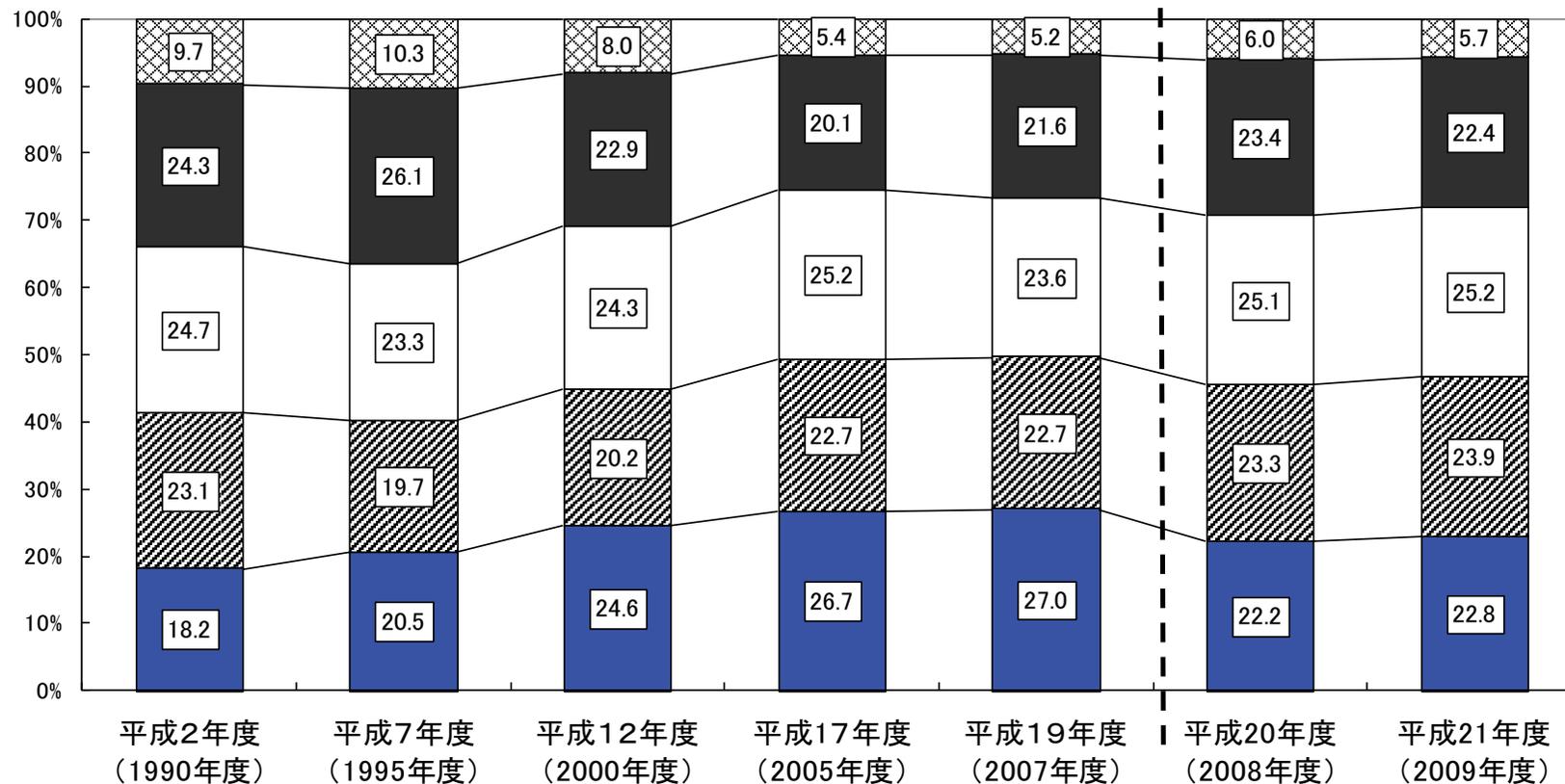
○ 市町村国保の被保険者の年齢構成を見ると、75歳未満の被保険者全体に占める65歳以上74歳までの者の割合は次第に増加し、平成21年度には約3割となっている。



市町村国保の世帯の所得階層別割合の推移

○ 市町村国保の世帯の所得階層を見ると、「所得なし」の世帯が年々増加し平成19(2007)年度において約3割。
0円以上100万円未満の世帯(約2割)を含めた低所得世帯は、約5割となっている。

※ 「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



■ 所得なし ■ 0円以上100万円未満 □ 100万円以上200万円未満 ■ 200万円以上500万円未満 ■ 500万円以上

【出典】厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注1) 擬制世帯主、所得不詳は除いて集計している。

(注2) 平成20年度以降は、後期高齢者医療制度創設に伴い、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注3) ここでいう「所得」とは、「旧ただし書き方式」により算定された所得総額(基礎控除前)である。

各保険者の比較

	市町村国保	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	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)	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	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
65～74歳の割合	31.4% (平成21年度)	4.8% (平成21年度速報値)	2.6% (平成21年度速報値)	2.6% (医療費の動向)	3.2% (H21年報)
加入者一人当たり医療費 (平成21年度)(※1)	29.0万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり平均所得(※2) (平成21年度)	91万円 一世帯あたり 158万円	139万円 一世帯あたり(※3) 245万円	195万円 一世帯当たり(※3) 370万円	236万円 一世帯当たり(※3) 479万円	80万円 (平成22年度)
加入者一人当たり平均保険料 (平成21年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.3万円 一世帯あたり 14.7万円	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>	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>	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>	6.3万円
保険料負担率(※5)	9.1%	6.2%	4.6%	4.7%	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	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	1兆1,108億円	18億円		5兆8,006億円

(※1) 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。

(※2) 総所得金額等(収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)を指す。

市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額及び山林所得金額」に「雑所得の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」をくわえたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」による。

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※3) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※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。

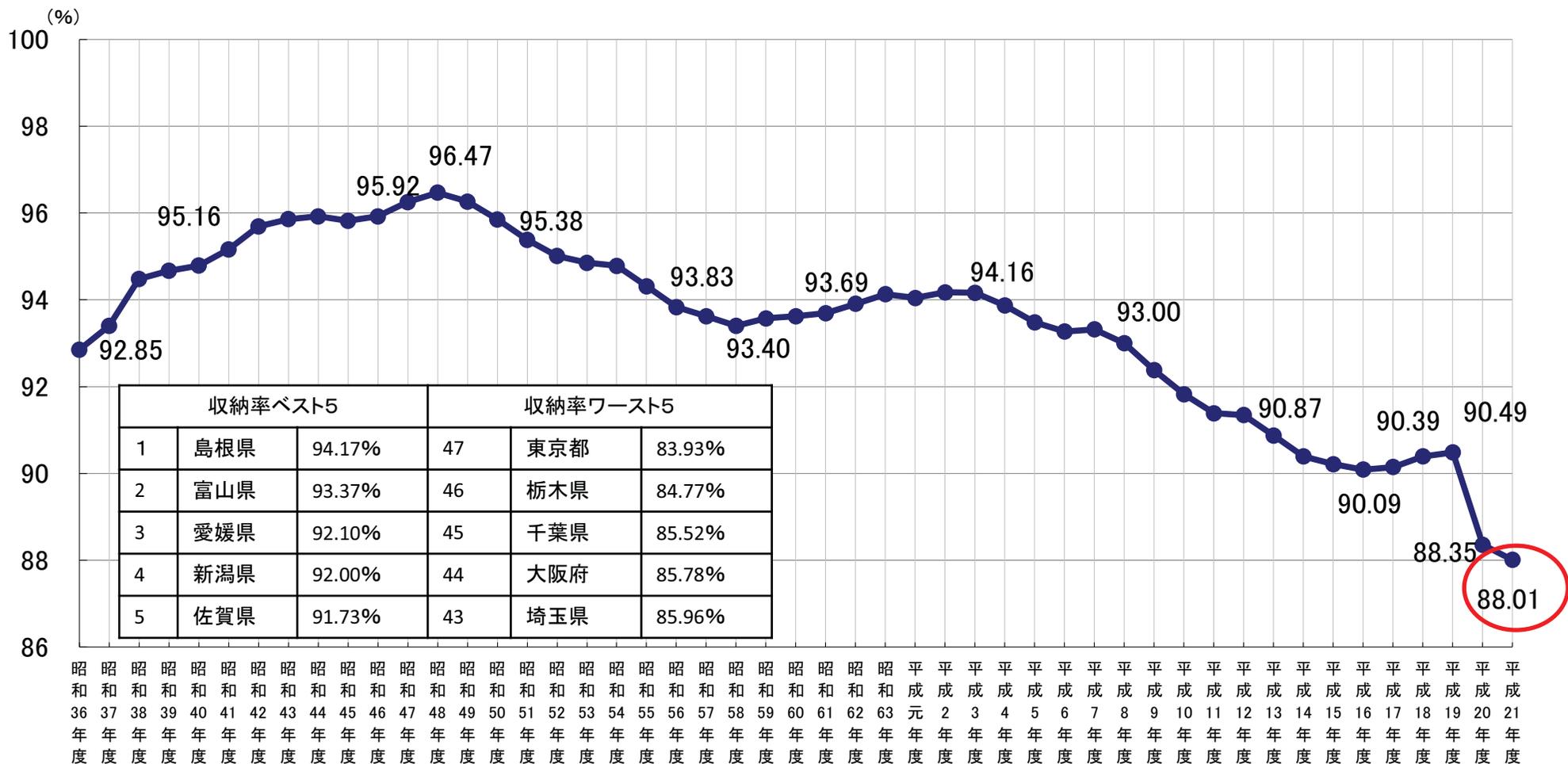
(※5) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※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。

市町村国保の保険料（税）の収納率の推移

○ 平成21年度の保険料(税)の収納率は、平成20年度以降の景気の低迷を受け、88.01%と過去最低となっている。



(注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)
 (注2) 平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。
 【出典】 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成21年度 【東京都の財政調整交付 金含む】
単年度収入(経常収入)	保険料(税)	37,726	30,621	30,495	30,495
	国庫支出金	33,240	30,943	32,280	32,280
	療養給付費交付金	26,584	8,810	5,859	5,859
	前期高齢者交付金	-	24,365	26,690	26,690
	都道府県支出金	8,745	7,985	8,269	8,269
	一般会計繰入金(法定分)	4,422	3,995	4,046	4,046
	一般会計繰入金(法定外)	3,804	3,671	3,601	3,601
	共同事業交付金	12,890	13,858	14,247	14,247
	直診勘定繰入金	6	2	1	1
	その他	380	339	507	507
	合 計	127,797	124,589	125,993	125,993
単年度支出(経常支出)	総務費	2,269	2,002	1,939	1,939
	保険給付費	83,253	83,382	85,550	85,550
	後期高齢者支援金	-	14,256	15,776	15,776
	前期高齢者納付金	-	19	45	45
	老人保健拠出金	22,404	3,331	778	778
	介護納付金	6,795	6,114	5,900	5,900
	保健事業費	406	840	897	897
	共同事業拠出金	12,874	13,843	14,231	14,231
	直診勘定繰出金	35	42	50	50
	その他	1,050	667	760	760
	合 計	129,087	124,496	125,927	125,927
単年度収支差引額(経常収支)		▲1,290	93	66	66
国庫支出金精算額		226	109	▲162	▲162
精算後単年度収支差引額 (A)		▲1,064	202	▲96	▲96
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		2,556	2,585	2,532	3,144
実質的な単年度収支差 (A)-(B)		▲3,620	▲2,383	▲2,628	▲3,240
前年度繰上充用金(支出)		1,412	1,714	1,833	1,833

(出所) 国民健康保険事業年報(保険局調査課)、国民健康保険事業実施状況報告書(保険局国民健康保険課)

(注1) 前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金は、当年度概算額と前々年度精算額を加えたもの。

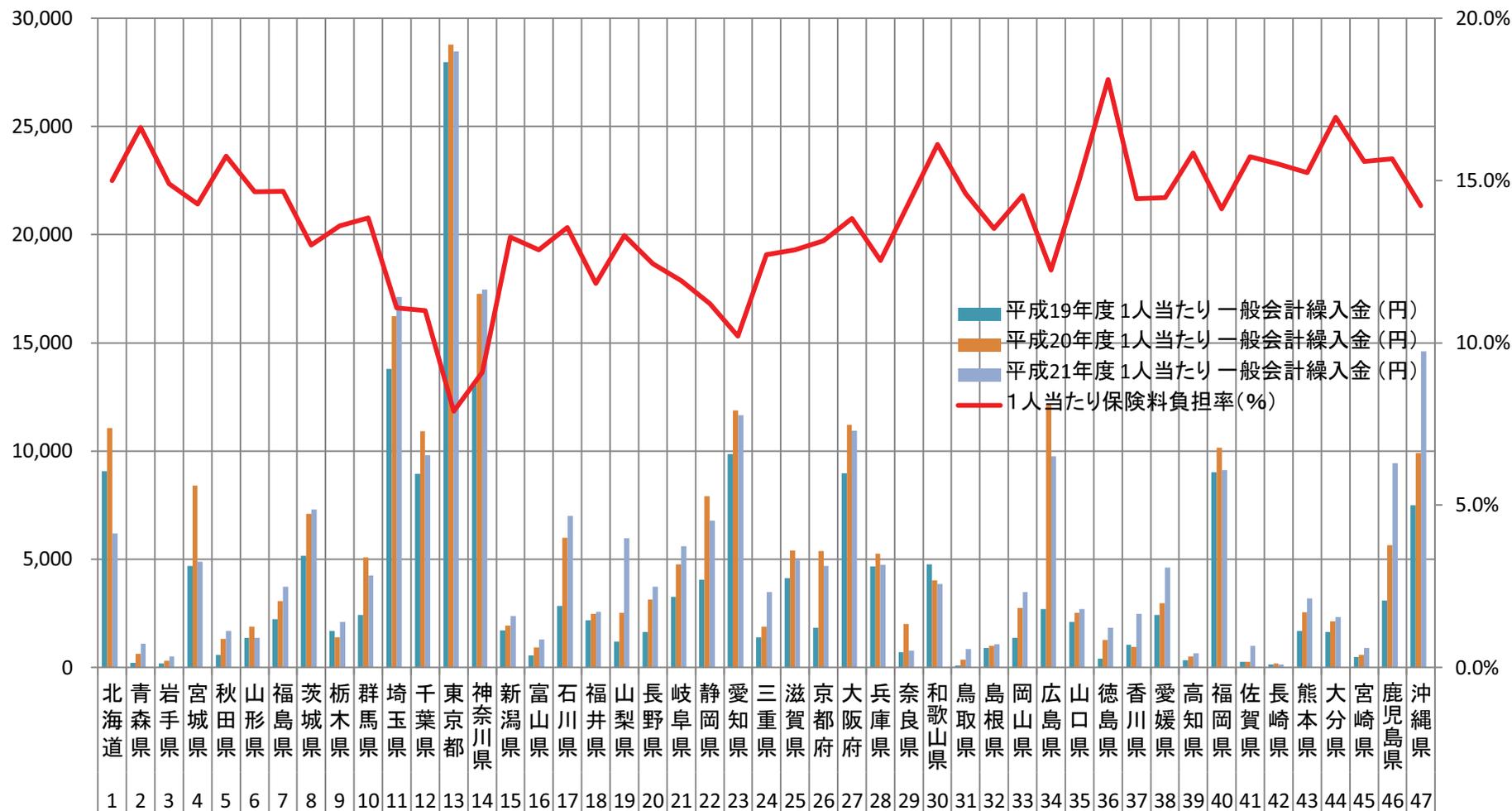
(注2) 「決算補填等のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補填等を目的とした額。

(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(注4) 【東京都の財政調整交付金含む】は、一般会計繰入金(法定外)の特別区財政調整分を決算補填等の項目別に算出した場合の表。

市町村国保の法定外一般会計繰入

○ 一人当たり繰入金が1万円を超えるのは、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、沖縄。そのうち埼玉、東京、神奈川、愛知は保険料負担率が低い。



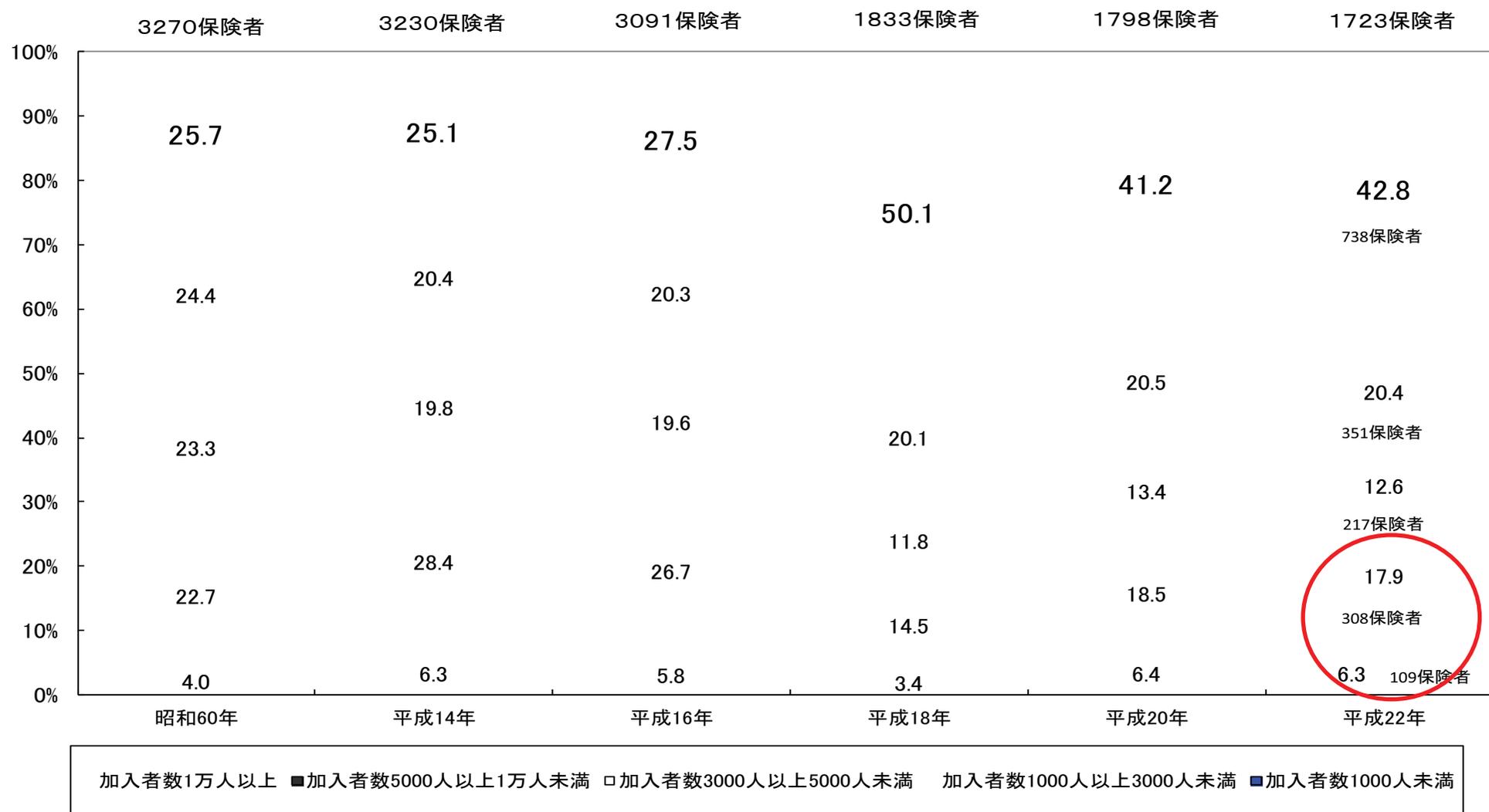
(出所) 「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険事業実施状況報告」

(注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入れ分を除いたものである。

(注2) 一人あたり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書所得で除したものである。

市町村国保の規模別構成割合の推移

○ 平成21年9月末時点で、市町村国保の約4分の1(1,770保険者中432保険者)が、被保険者数3,000人未満の小規模保険者である。



(注) 平成20年度に後期高齢者医療制度が創設され、被保険者数が減少していることに留意が必要。

【出典】厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

市町村国保の財政運営の広域化

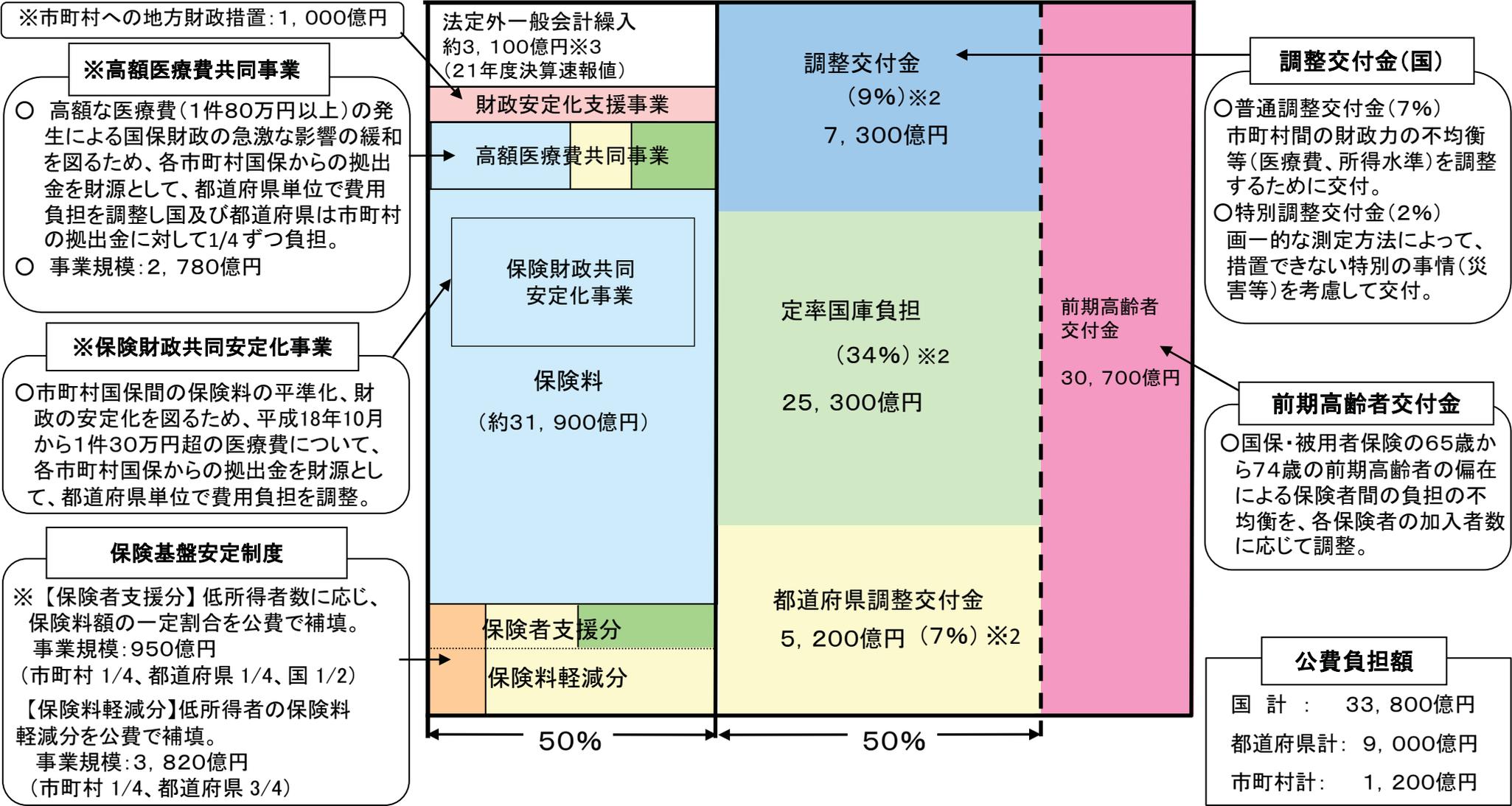
- 市町村国保の事業運営の都道府県単位化の環境整備を進めるため、都道府県が「広域化等支援方針」を策定することが可能になっているが、財政運営の都道府県単位化につながる保険財政共同安定化事業（暫定措置）の拡大を行っているのは、3県にとどまっている。
- 保険財政共同安定化事業の中で、拠出割合を見直すことにより都道府県内の保険料水準の平準化を図るとともに、地域の実情に応じて、都道府県調整交付金により調整を行っている。

	対象医療費	拠出割合	実施時期	県調整交付金による対応	見直し規定
青森県	変更なし	実績割 40% 被保険者割 55% 所得割 5%	23年度	拠出超過額が一定率以上にならないよう交付金で調整	対象医療費の拡大と実績割の減少の方向で見直しを検討
埼玉県	10万円超に引下げ(26年度から5万円超)	実績割 40% 被保険者割 30% 所得割 30%	24年度	拠出超過の負担軽減措置として補填	
福井県	変更なし	実績割 45% 被保険者割 45% 所得割 10%	24年度	拠出超過保険者に対して負担軽減措置	
滋賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 30% 所得割 20%	23年度	激変緩和策として必要な対応	
京都府	変更なし	実績割 40% 被保険者割 40% 所得割 20%	23年度	府調整交付金と新たな無利子貸付金制度により、24年度までの激変緩和措置 23年度: 拠出増加額の1/2府調整交付金交付、1/2無利子貸付 24年度: 拠出増加額の1/2無利子貸付	対象医療費の拡大、所得割の増加の方向で引き続き検討
大阪府	変更なし	実績割 25% 被保険者割 50% 所得割 25%	23年度	府調整交付金を活用して激変緩和措置	必要に応じて見直し
佐賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 25% 所得割 25%	23年度	拠出額超過分が一定以上の市町に対して支援	

国保財政の現状

医療給付費等総額: 約107,600億円

(23年度 予算ベース)



※市町村への地方財政措置: 1,000億円

※高額医療費共同事業

- 高額な医療費(1件80万円以上)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整し国及び都道府県は市町村の拠出金に対して1/4ずつ負担。
- 事業規模: 2,780億円

※保険財政共同安定化事業

- 市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、平成18年10月から1件30万円超の医療費について、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。

保険基盤安定制度

- ※【保険者支援分】低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で補填。
事業規模: 950億円
(市町村 1/4、都道府県 1/4、国 1/2)
- 【保険料軽減分】低所得者の保険料軽減分を公費で補填。
事業規模: 3,820億円
(市町村 1/4、都道府県 3/4)

調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
市町村間の財政力の不均衡等(医療費、所得水準)を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない特別な事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

公費負担額

国計 : 33,800億円
都道府県計 : 9,000億円
市町村計 : 1,200億円

※ 平成22年度から平成25年度までの暫定措置
 ※2 それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットがあること等から、実際の割合はこれと異なる。
 ※3 決算補填等の目的の額

保険基盤安定制度の概要

○保険料軽減分

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で補てん。

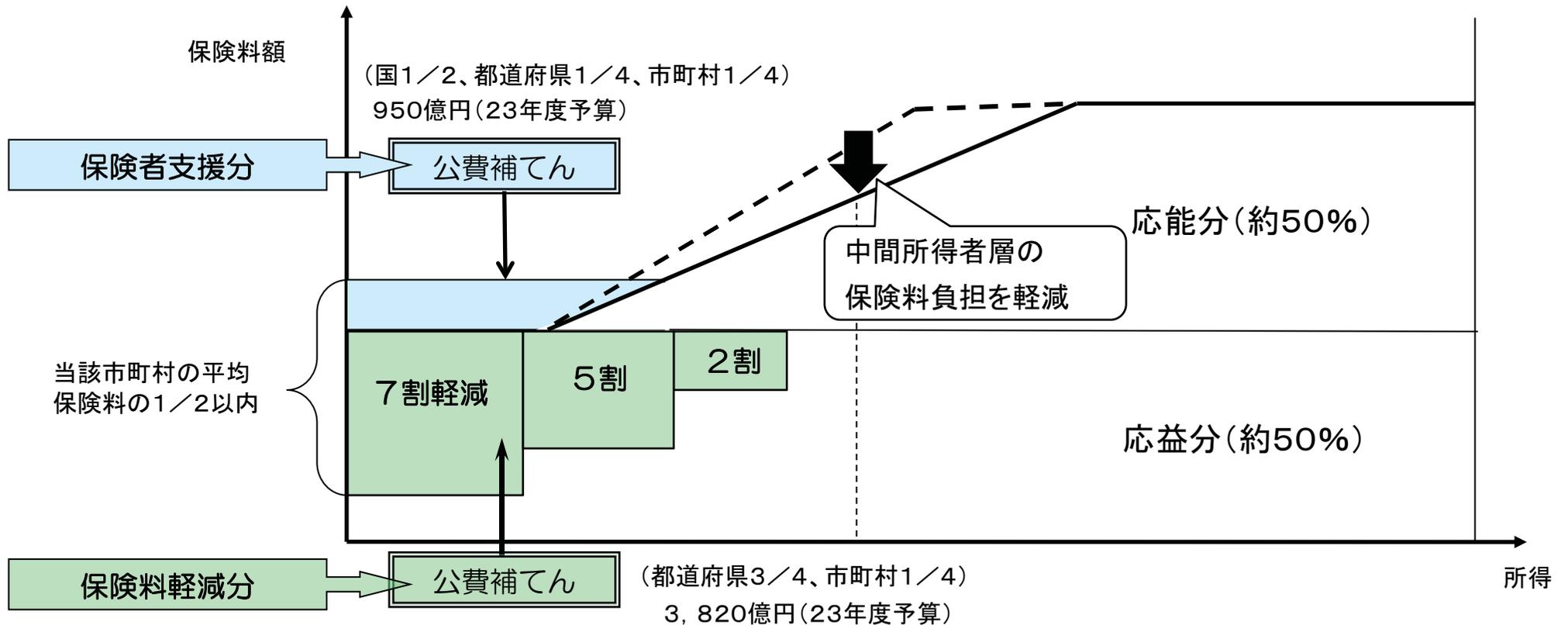
※ 対象者(平成22年度実績) 7割軽減 770万人(22.8%)、5割軽減 230万人(6.8%)、2割軽減 372万人(11.0%)

対象者の収入(3人世帯、給与収入の場合) 98万円以下 147万円以下 223万円以下

(注)対象者のうち、7割軽減には6割軽減対象者を、5割軽減には4割軽減対象者を含む。

○保険者支援分

中間所得者層を中心に保険料負担を軽減するため、保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を公費で補てん。



国保財政基盤強化策（暫定措置）の延長（平成22年度～）

市町村国保の財政運営については、今後とも、厳しい状況が続くものと見込まれることから、平成22年度から平成25年度までの4年間、下記のとおり、財政基盤強化策を継続実施する。

なお、新たな高齢者医療制度の検討に合わせて、必要に応じ、途中年度でも、財政基盤強化策の見直しを行う。

1 高額医療費共同事業の継続

- 1人1か月80万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有（負担区分）市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

2 保険財政共同安定化事業の見直し（都道府県の役割と権限の強化）

- 1人1か月30万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有
- 保険料平準化や国保財政の広域化等の観点から、都道府県が次の内容について「広域化等支援方針」で定めることができるようにする。
 - ・事業の対象となる医療費の範囲の拡大（30万円以下でも可）
 - ・市町村国保からの拠出金の拠出方法の基準

3 保険者支援制度の継続

- 低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援（負担区分）国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

（参考） 国保財政安定化支援事業の継続

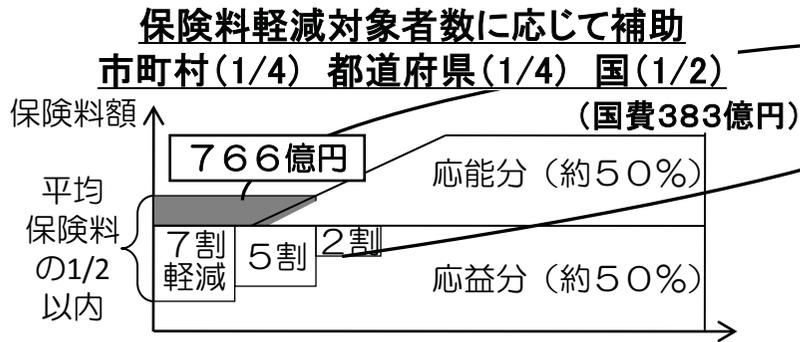
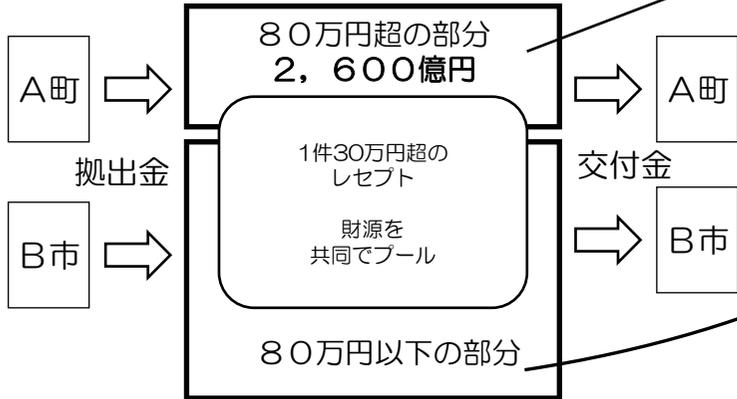
- 市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援（1,000億円程度）

国保財政基盤強化策の概要(平成22年度～)

(白抜き太字) 4年間の暫定措置(22～25年度)

保険者の責に帰さない
所得水準、病床数等に着目
市町村への地方財政措置
1,000億円程度

高額な医療費に関する
都道府県単位の互助事業
(実施主体)各都道府県国保連合会
80万円超の1/2に公費
都道府県(1/4) 国(1/4) (国費131億円)



法定外一般会計繰入(決算補填目的等) 約3,100億円(21年度決算)		
財政安定化支援事業	調整交付金 (9%) 7,100億円	前期高齢者 交付金 28,000億円
高額医療費 共同事業		
保険財政 共同安定化事業	定率国庫負担 (34%) 24,800億円	
保険料 (31,600億円)		
保険者支援分	都道府県調整交付金	
保険料軽減分	5,100億円 (7%)	
50%		50%

国保財政のイメージ

医療給付費等総額 : 約10兆3,100億円(22年度予算)

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の開催について

1. 趣旨

社会保障・税一体改革の検討に当たっては、特に、国民健康保険制度のあり方については、地方団体の意見を十分に伺いながら検討を進めることが必要であることから、国民健康保険の構造的な問題の分析と基盤強化策等について検討するため、厚生労働省と地方の協議を開催することとし、これまで事務レベルのワーキング・グループを開催してきたところである。

本年6月30日に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」においては、医療保険制度改革について、「税制抜本改革の実施と併せ、2012年以降速やかに法案を提出」し、順次実施することとされており、改革案の具体化に向けて、これまでの事務レベル協議を踏まえた検討を行うための政務レベルの協議を開催する。

2. メンバー

【厚生労働省】 辻泰弘厚生労働副大臣、藤田一枝厚生労働大臣政務官

【地方代表】 福田富一知事（栃木県）、岡崎誠也市長（高知市）、齋藤正寧町長（秋田県井川町）

3. 協議事項

○市町村国保の構造的問題への対応

・低所得者対策等のあり方 ・事業運営・財政運営の広域化 ・財政支援のあり方 等

○その他

4. 開催経過

○ 政務レベル協議

第1回 10月24日

○ 事務レベル ワーキング・グループ(WG)

第1回 2月25日、第2回 6月6日、第3回 7月14日 第4回 7月27日 第5回 9月30日

第6回 11月17日、第7回 12月1日

(事務レベルWGのメンバー)

全国知事会 栃木県、愛知県、鳥取県

全国市長会 福島市、高知市

全国町村会 井川町(秋田県)、聖籠町(新潟県)

厚生労働省 保険局総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

新制度のポイント

(高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」<平成22年12月20日>より)

I 改革の基本的な方向

- 後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、より良い制度を目指す。
- 長年の課題であった国保の財政運営の都道府県単位化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

II 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み

- ・後期高齢者医療制度は廃止し、地域保険は国保に一本化。

2. 国保の運営のあり方

- ・第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化。
- ・都道府県単位の運営主体は、「都道府県」が担うことが適当。
- ・「都道府県」は、財政運営、標準保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。

3. 費用負担

(1) 公費

- ・75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。

(現在は、現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。)

- ・さらに、定期的に医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

(2) 高齢者の保険料

- ・国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県で同じ所得であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。
- ・高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改め、より公平に分担する仕組みとする。
- ・75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)は、段階的に縮小する。

(3) 現役世代の保険料による支援金

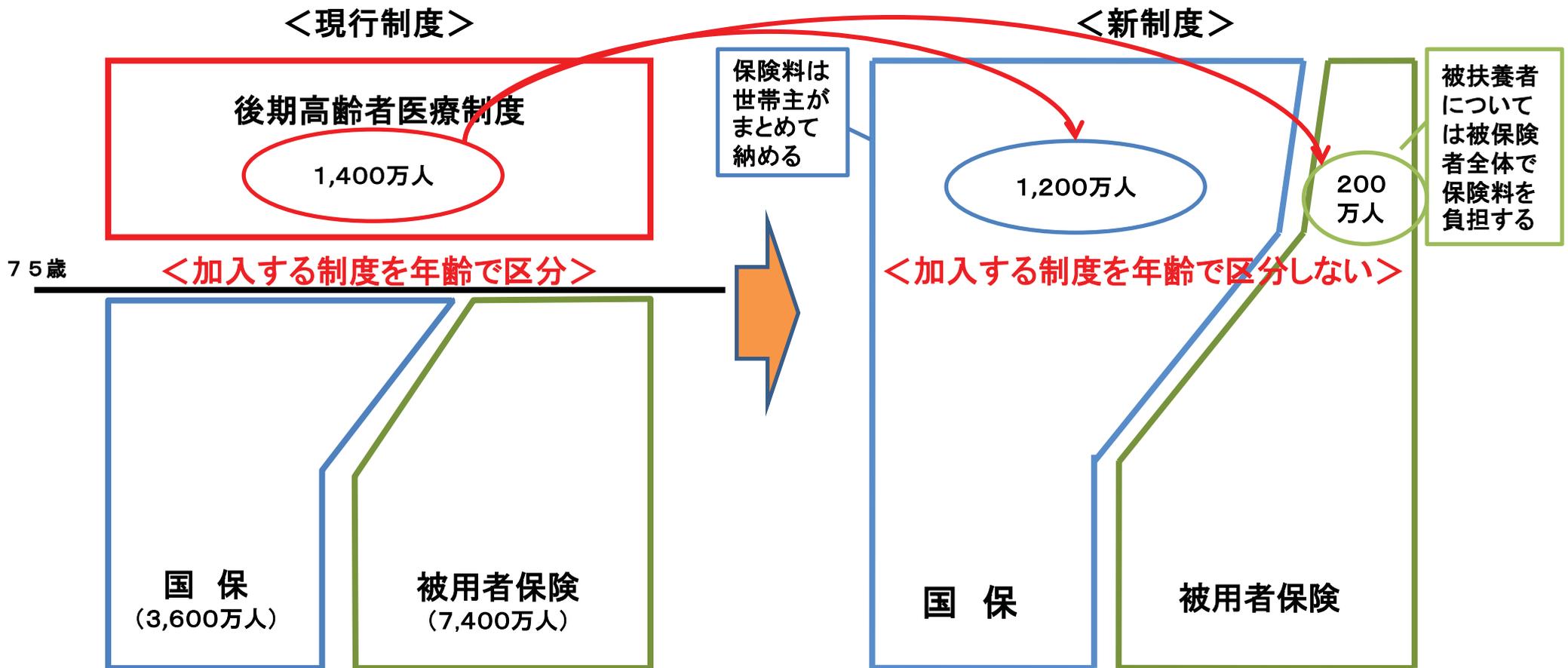
- ・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

(4) 患者負担

- ・70歳から74歳までの患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。

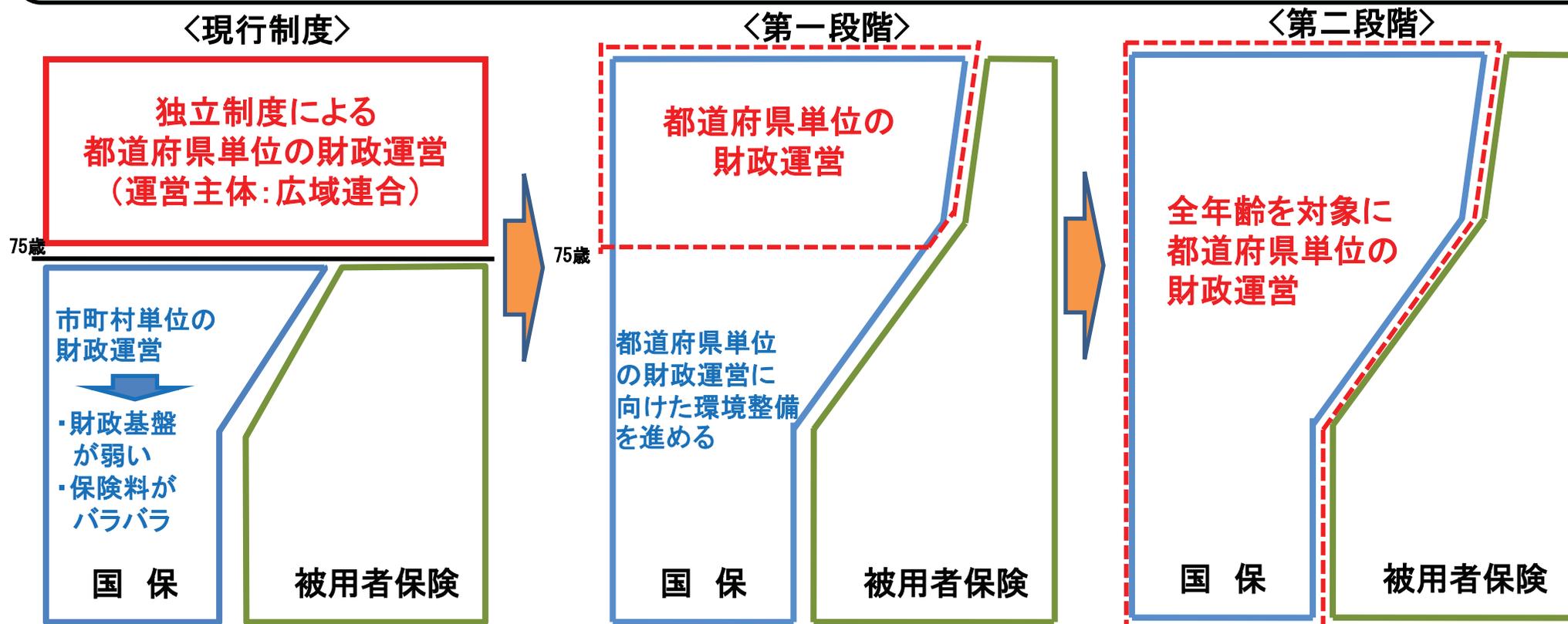
制度の基本的枠組み、加入関係

- 加入する制度を年齢で区分することなく、被用者である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢による差別と受け止められている点を解消する。また、世帯によっては、保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。



国保の財政運営の都道府県単位化

- 低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える国保については、財政基盤強化策や収納率向上に向けた取組に加え、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に従前の市町村国保に戻ることであれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする（都道府県を運営主体とするのが意見の大勢）。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。



後期高齢者負担率の見直し

○ 高齢者の保険料は、「高齢者の一人当たり医療費の伸び」により増加。

○ 高齢者医療を支える現役世代からの支援は、「高齢者一人当たり医療費の伸び」に加えて、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」により増加。



現状

- 現行制度においては、現役世代の負担の増加に配慮し、「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率(当初10%)を段階的に引き上げる仕組みになっているが、
- ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:14)を考慮していないため、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造にある
 - ② 高齢者人口の増加分は、現役世代と高齢者で分かち合っていないといった問題が生じている。

方向性

○ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分については、負担能力に応じて公平に負担するという観点から、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとする。

後期高齢者負担率の見直し

	20年度	22年度	24年度	26年度
現行制度	10%	10.26%	10.51%	10.77%
見直し後	—	—	—	10.58%

(注)現行制度、2011年度予算ベース推計
負担率は2年ごとに見直すため、奇数年度は、その前年度と同じ率。

後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

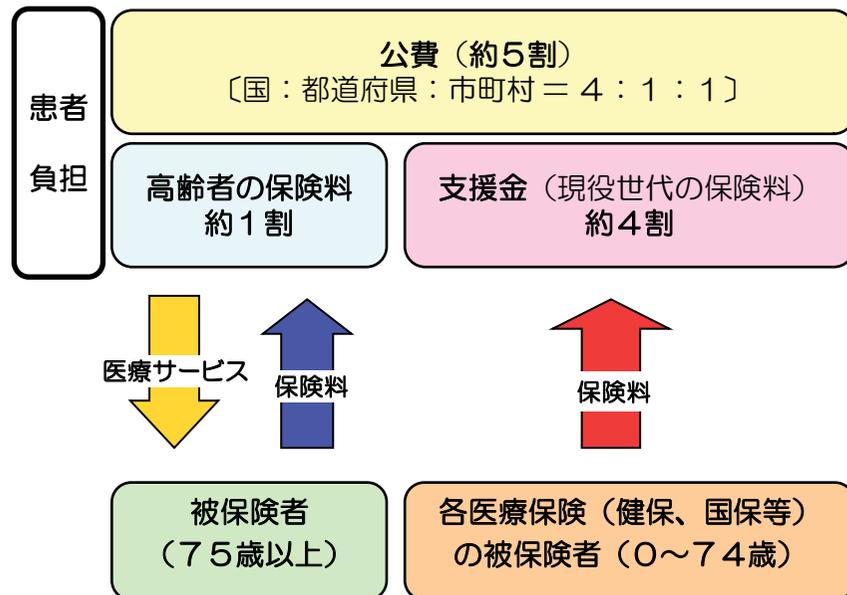
現状

- 75歳以上の方の医療給付費については、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、国保を含む各保険者間で共通のルールを設定する観点から、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分してきたところ。
- しかしながら、被用者保険者間の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入したところ。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

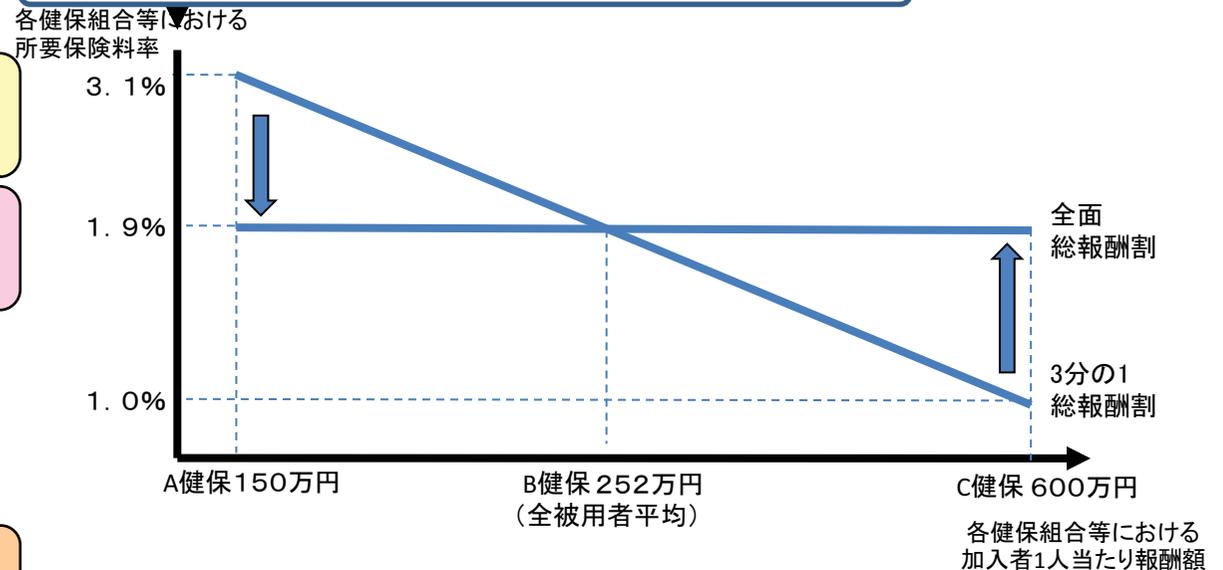
方向性

更に高齢化が進展する中、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平な支え合いの仕組みにするため、被用者保険者間の按分をすべて総報酬割とする。

75歳以上の方の費用負担の仕組み



支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注1) 23年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。

(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は209万円。

(注3) 被扶養者を除く被保険者1人当たりの報酬額は、A健保370万円、B健保490万円、C健保1400万円。

(21年度の加入者数に占める被保険者数の割合から推計。)

<参考> 前期高齢者の医療給付費の財政調整

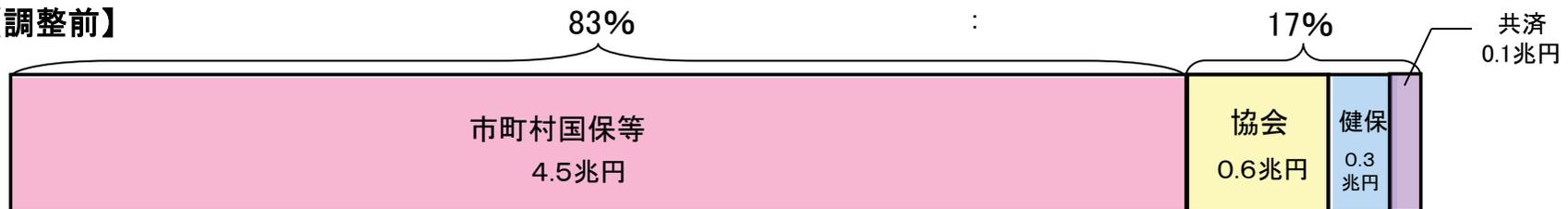
現状

- 前期高齢者の給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、保険者間の前期高齢者の偏在による負担の不均衡を調整し、費用負担の公平性と財政の安定性を確保するため、全ての保険者が全国平均の前期高齢者加入率と同じであったと仮定して算出した負担額となるよう、費用負担の調整を行っている。

財政調整の仕組み

前期高齢者の医療給付費 5.5兆円（平成23年度(2011年度)予算ベース）
前期高齢者数 約1,400万人

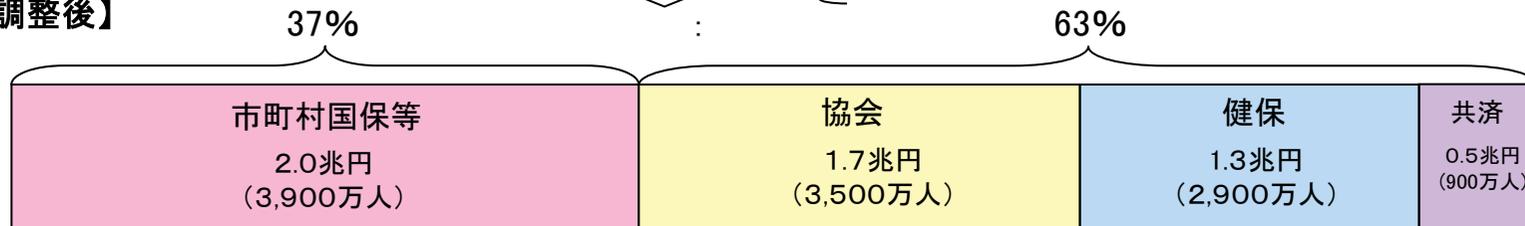
【調整前】



全ての保険者が全国平均の前期高齢者加入率と同じであったと仮定して算出した負担額となるよう調整

納付金 協会けんぽ 1.1兆円
健保組合 1.0兆円
共済組合 0.4兆円
交付金 市町村国保等 2.5兆円

【調整後】



<参考> 前期高齢者の財政調整における下限割合

現状

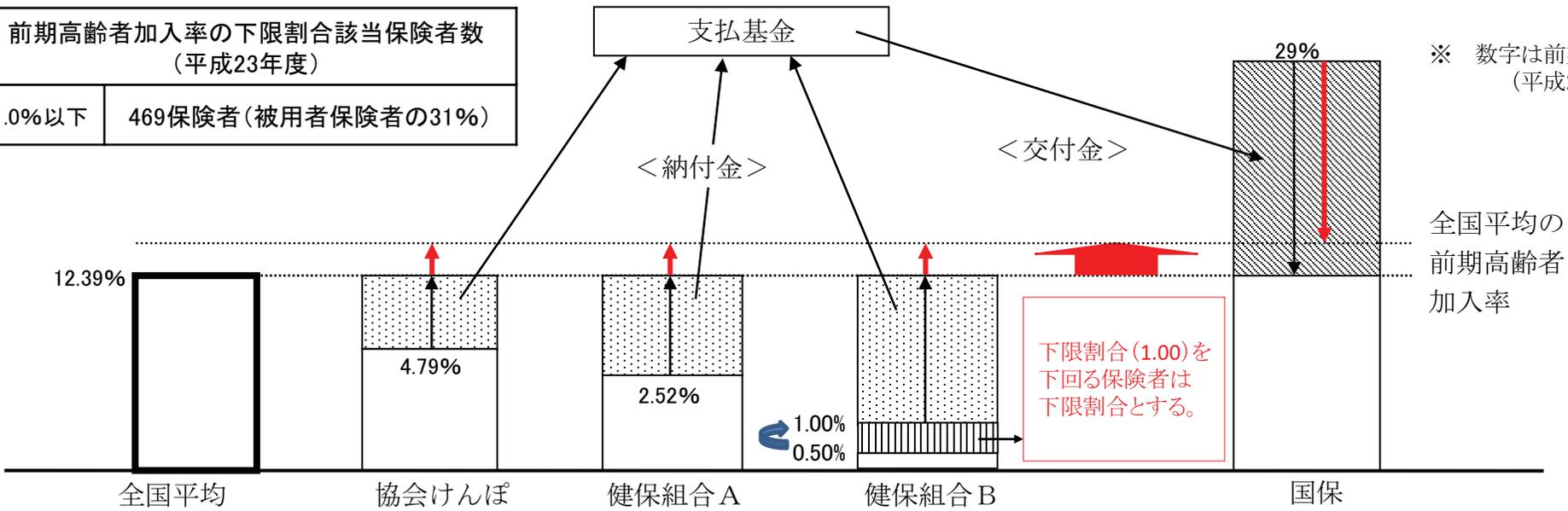
- 前期高齢者に係る給付費及び後期高齢者支援金について、前期高齢者の偏在による負担の不均衡を調整するため、全ての保険者が全国平均の前期高齢者加入率と同じであったと仮定して算出した負担額となるよう、財政調整を実施。
- その際、前期高齢者加入率が全国平均よりも著しく低い保険者の納付金額が過大とならないよう、特例的に下限割合を設定。(現在1.0%)
- 前期高齢者加入率が下限割合に達しない保険者は、下限割合がその保険者の前期高齢者加入率とみなされる。
- 下限割合に該当させることにより足りなくなった納付金額は、全保険者で共同に負担。

$$\begin{aligned}
 & \text{前期高齢者納付金} \\
 = & \left(\text{当該保険者の前期高齢者給付費} + \text{前期高齢者に係る後期高齢者支援金} \right) \times \left(\frac{\text{前期高齢者加入率の全国平均 (平成23年度12.4\%)}{\text{当該保険者の前期高齢者加入率}} \right) - \left(\text{当該保険者の前期高齢者給付費} + \text{前期高齢者に係る後期高齢者支援金} \right)
 \end{aligned}$$

<加入者調整率>

<財政調整の仕組み>

前期高齢者加入率の下限割合該当保険者数 (平成23年度)	
1.0%以下	469保険者(被用者保険者の31%)



※ 数字は前期高齢者加入率(平成23年度賦課)

協会けんぽの財政再建の特例措置(H22~24年度の3年間)

「医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律(平成22年法律第35号)」(平成22年通常国会で改正)による措置

1 国庫補助率の引上げ : 13%→16.4%(本則水準)

・国庫補助引上げに必要な財源

23・24年度 約1800億円 22年度(8カ月分) 約1200億円

・国庫の純増

23・24年度 約920億円 22年度(8カ月分) 約610億円

※ 25年度以降の国庫補助率:「高齢者医療制度の検討状況とともに、協会けんぽの財政状況、国の財政状況等を勘案の上、24年度までの間に検討」(改正法附則の検討規定)

2 後期高齢者支援金(1/3)への総報酬割の導入

・負担能力に応じた分担(総報酬割)

3 単年度収支均衡原則の緩和

・平成21年度末の累積債務4500億円を3年間で解消

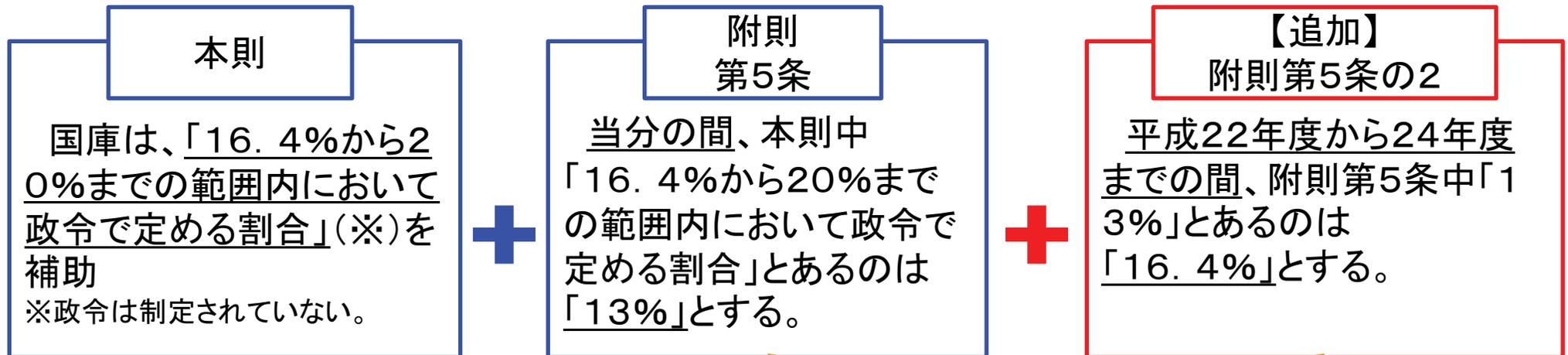


協会けんぽの平均保険料率

8.2%(H21)→9.9%(特例措置なかりせば)→9.34%の引上げに抑制

協会けんぽの国庫補助(13%→16.4%)の規定 「附則第5条の特例規定として、3年間の経過措置を追加」

- 協会けんぽの国庫補助率の規定は、平成22年国保法等の一部改正法により、それまでの健康保険法の附則の規定で「当分の間13%」としているものを、さらに3年間(22年度～24年度)読み替える改正を行った。
- 改正法の規定は、24年度までの規定であるので、24年度中に法律上の手当を行わない場合、国庫補助の水準が13%に戻ることになる。

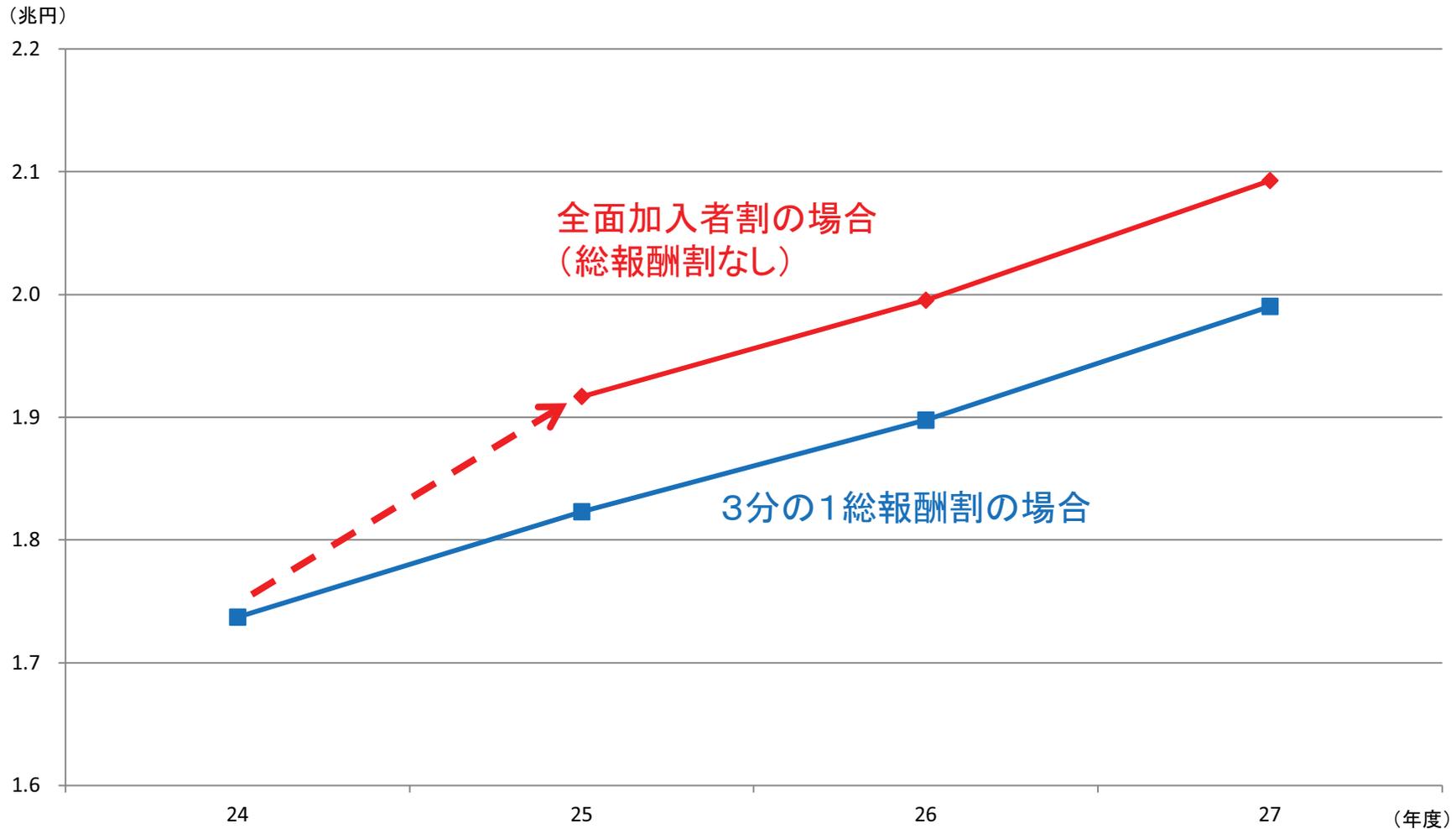


【追加】改正法附則第2条: 検討規定

附則第5条及び第5条の2の規定について、協会が管掌する健康保険の財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成24年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置が講ぜられるものとする。

協会けんぽの後期高齢者支援金の見通し

- 協会が負担する後期高齢者支援金は、今後も増加していくことが見込まれる。
- 24年度までの協会けんぽの財政再建の特例措置の終了後に、3分の1総報酬割から全面加入者割となる場合、協会けんぽの25年度の支援金等の負担は、24年度より急激に上昇することになる。



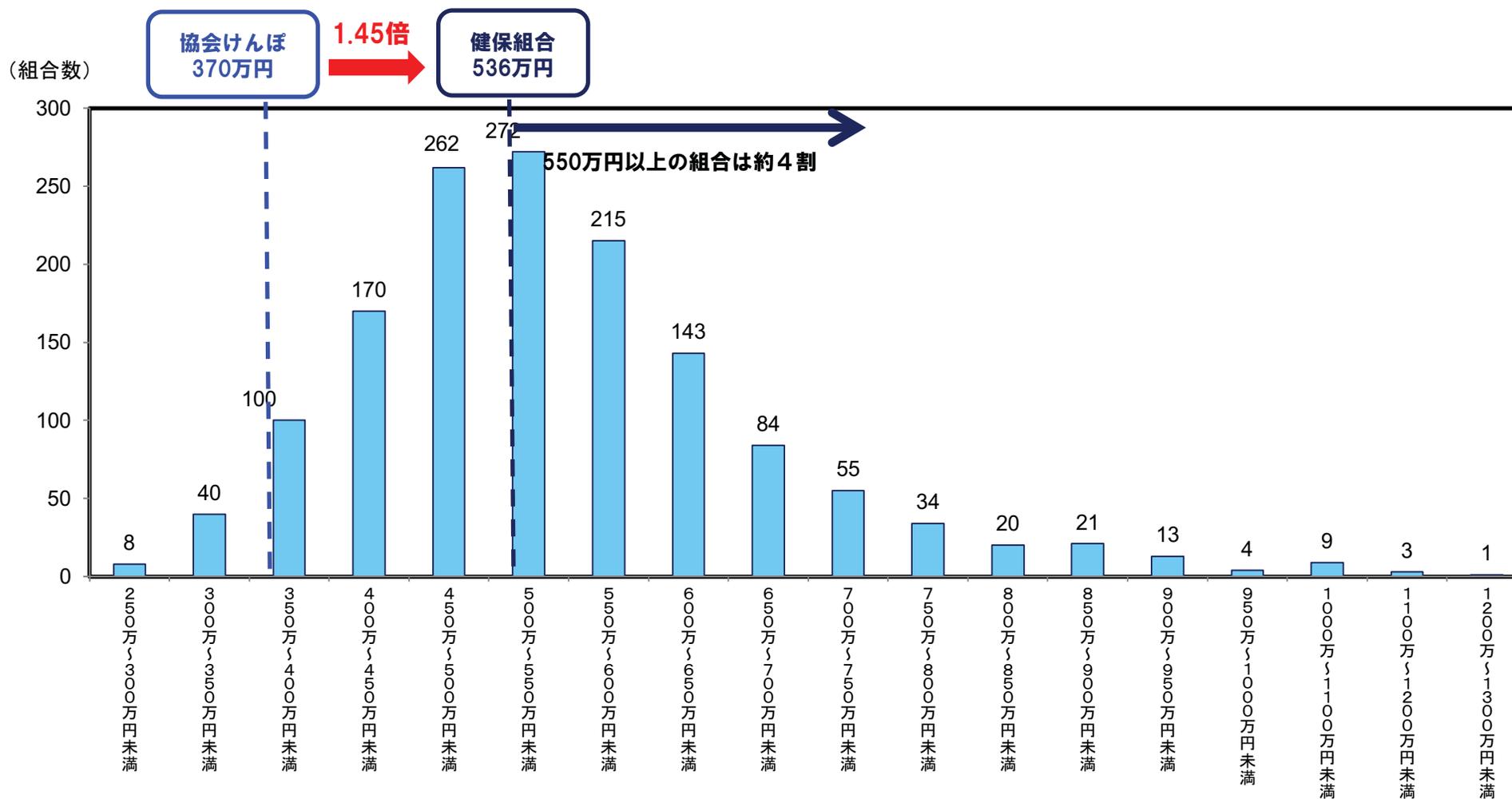
(注1) 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

(注2) 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議で公表している将来推計を基礎として推計。

(注3) 診療報酬改定等の影響は含んでいない。また、精算は含んでいない。

被用者保険の所得の比較

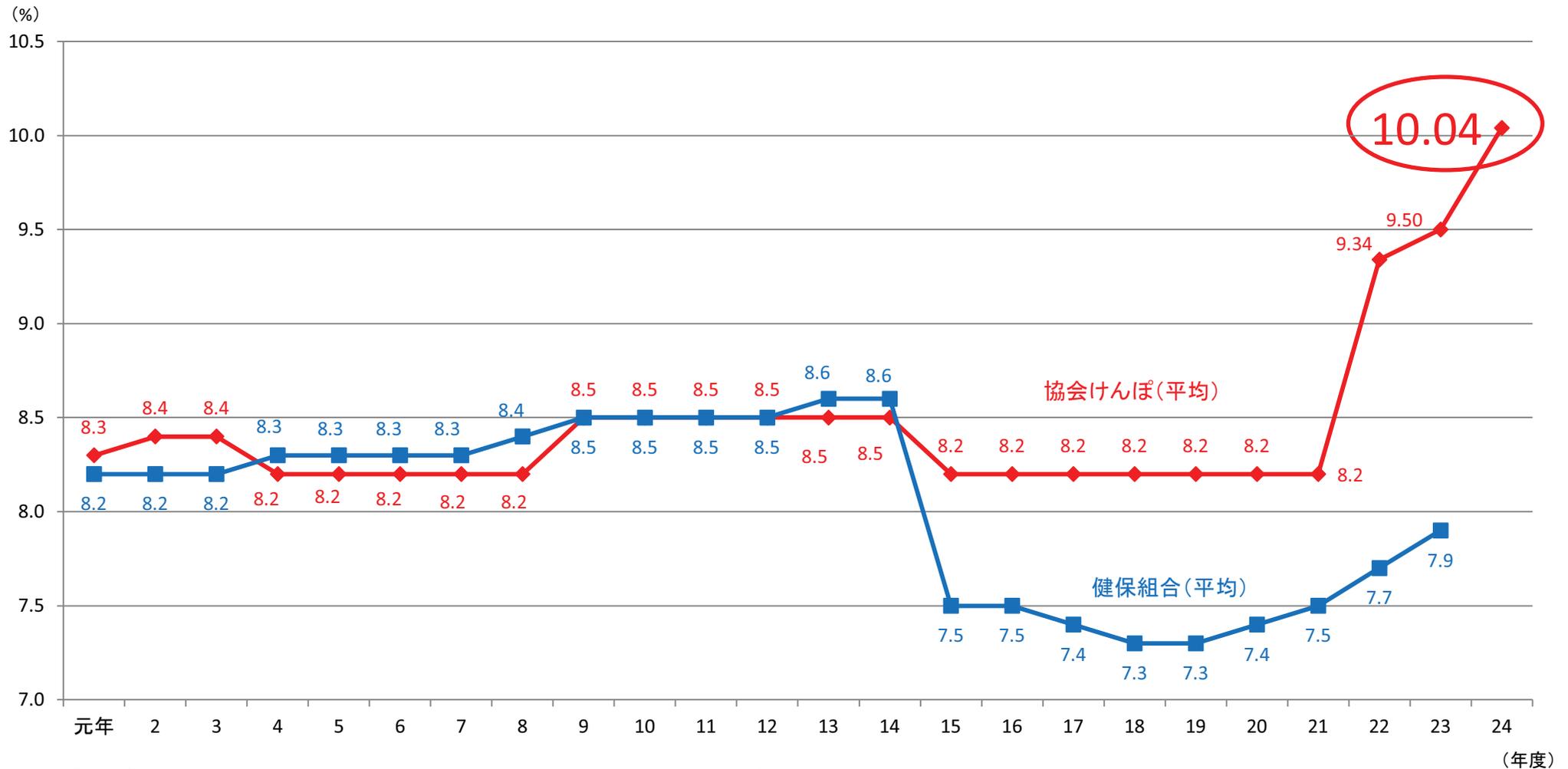
- 一人当たり総報酬額を見ると、260万円から1200万円までばらつきがある。
- 健保組合平均の一人当たり総報酬額(536万円)は、協会けんぽの一人当たり総報酬額(370万円)の1.45倍。



(注) 健康保険組合の平成22年度決算見込より作成。

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（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」、「平成22年度健保組合決算見込の概要」及び「平成23年度健康保険組合の予算早期集計について」による。

（注）平成24年度の協会けんぽの料率は、11月21日全国健康保険協会運営委員会資料より

協会けんぽの平成24～28年度の平均保険料率の見通し試算（全国健康保険協会試算）

協会けんぽで、第28回協会けんぽ運営委員会資料(平成23年3月16日)における収支見通しの前提を基本とし、平成24年度の収支見込み(平成23年11月21日運営委員会提出資料)を足下とした5年間の収支見通しを試算した。

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
(1) 経済低位ケース×0.5	10.0%	10.2%	10.5%	10.6%	10.8%
(2) 平成24年度以降 0%		10.3%	10.6%	10.9%	11.1%
(3) 平成24年度以降▲0.6%		10.3%	10.7%	11.1%	11.4%

(参考)

① 総報酬額の見通し:次の3ケースの賃金上昇率を使用

賃金上昇率の見通し	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
(1) 経済低位ケース × 0.5	0.70%	0.80%	0.80%	1.05%
(2) 0%で一定	0%	0%	0%	0%
(3) 過去10年間の平均で一定	▲ 0.6%	▲ 0.6%	▲ 0.6%	▲ 0.6%

(注) 経済低位ケースは、厚生労働省「国民年金及び厚生年金に係る財政の現状及び見通し(平成21年財政検証結果)」(平成21年2月)における賃金上昇率の前提である。

② 医療給付費の伸び率は、70歳未満は1.6%、70歳以上75歳未満は1.9%、75歳以上は2.2%とし、70歳以上75歳未満の患者負担の特例的引下げは24年度以降も継続されると仮定している。

協会けんぽ対策の今後の在り方について

○協会けんぽについては、団塊の世代の高齢化を控える中で、**財政状況が急激に悪化しており、緊急の財政支援が必要**。また、平成21年度以降、**健保組合と協会けんぽの保険料率の乖離は急速に拡大**。

○他方、後期高齢者支援金について、「**高齢者医療制度改革会議**」最終とりまとめ（平成22年12月20日）では、現行の負担能力に応じた公平な支え合いの仕組みとする観点から、**被用者保険における総報酬割を後期高齢者支援金の1/3から全体に拡大する旨を提示**。

※最終とりまとめでは、現役並み所得を有する75歳以上高齢者の医療給付費についても、他と同様5割の公費負担を行う旨を提示。（総報酬割の導入によって得られる国庫負担分については、協会けんぽに対する国庫負担割合の引上げのほか、財政力の弱い健保組合への支援、前期高齢者への公費投入に活用すべきとの意見あり。）

○協会けんぽに対する緊急の財政支援の必要性が増している中で、これらの施策の組合せをどう考えるか。

全面総報酬割を導入した場合の各保険者の支援金負担額の変化(H25年度推計)

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆2,800億円	1兆1,100億円	3,500億円	2兆7,500億円
	加入者数	3,380万人(47%)	2,880万人(40%)	900万人(13%)	7,180万人
	1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,200億円	1兆3,700億円
	総報酬額	70.7兆円(39%)	81.3兆円(45%)	28.7兆円(16%)	181.0兆円
	計①	1兆8,100億円	1兆7,300億円	5,700億円	4兆1,200億円
全面総報酬割②		1兆6,000億円	1兆8,500億円	6,500億円	4兆1,200億円
負担額の変化②-①		▲2,100億円*	1,300億円	800億円	±0億円

* 全面総報酬割を導入した場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した**協会けんぽの支援金負担への国庫負担（H25年度2,100億円）は不要となる**。なお、この場合、**協会けんぽの保険料負担は±0となる**。
* 協会けんぽに対する国庫補助率20%への引上げを実施した場合、公費所要額2,100億円（全面総報酬割ベース）。

総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数(H25年度推計)

	健保組合	共済
負担増	880	83
負担減	564	2

※ 全面総報酬割を導入した場合の各保険者の支援金負担額の変化については、後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

※ いずれも2011年度賦課ベースに基づく推計

総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化（H25年度推計）

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆2,800億円	1兆1,100億円	3,500億円	2兆7,500億円
	加入者数	3,380万人(47%)	2,880万人(40%)	900万人(13%)	7,180万人
	1/3 総報酬割	5,300億円	6,100億円	2,200億円	1兆3,700億円
	総報酬額	70.7兆円(39%)	81.3兆円(45%)	28.7兆円(16%)	181.0兆円
	計(①)	1兆8,100億円	1兆7,300億円	5,700億円	4兆1,200億円
全面総報酬割(②)		1兆6,000億円	1兆8,500億円	6,500億円	4兆1,200億円
負担額の変化(②-①)		▲2,100億円*	1,300億円	800億円	±0億円
2/3総報酬割(③)		1兆7,100億円	1兆7,900億円	6,100億円	4兆1,200億円
負担額の変化(③-①)		▲1,000億円*	600億円	400億円	±0億円
1/2総報酬割(④)		1兆7,600億円	1兆7,600億円	5,900億円	4兆1,200億円
負担額の変化(④-①)		▲500億円*	300億円	200億円	±0億円

* 総報酬割を拡大した場合、拡大した部分に対する健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担（全面総報酬割のとき2100億円、2/3総報酬割のとき1000億円、1/2総報酬割のとき500億円）は不要となる。したがって、これらの場合、協会けんぽの保険料負担はいずれも±0となる。

※ 各保険者の支援金負担額の変化については、後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

※ 2011年度賦課ベースに基づく推計

「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、国民の信頼に答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

給付の重点化・制度運営の効率化に向けた今後の取組み

○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。

社会保障・税一体改革成案における その他の患者負担に関する事項

医薬品の患者負担の見直し

- 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。

(参考1)

昨年の医療保険部会で議論された論点

- ・市販品類似薬を保険外とすることについて

(参考2)

海外の制度や日本の過去の制度

- ・フランスでは、薬剤の治療上の貢献度・有用度に応じ、段階的な償還率を設定している
- ・我が国でも、かつて、外来薬剤費について、処方される薬剤の種類の数により、一部負担を設けていた
(平成9年の健保法等の一部改正により導入され、平成14年改正まで存続)

諸外国の薬剤自己負担

項目	イギリス	フランス	ドイツ	アメリカ
医療保険制度	税方式による国営の国民保健サービス(NHS) ※全国民を対象	社会保険方式 (公的医療保険と民間保険の混合) ※国民皆保険	社会保険方式 (法定疾病保険と民間保険)	民間保険が主(一部、公的医療保障) ※皆保険ではない
公的保険の保険者(制度名)	・国民保健サービス(NHS)	疾病金庫 ・一般制度 ・特別制度 ・自営業者社会制度 ・農業社会制度	疾病金庫 独立した法人 ・企業疾病金庫 ・同業者疾病金庫 ・地区疾病金庫 ・代替金庫連盟など	・メディケア(連邦政府が運用) 高齢者、障害者の医療保険 ・メディケイド(連邦政府・州の共同運用) 低所得者への医療扶助 ・SCHIP(各州が運用) 貧困家庭の子ども
薬剤の自己負担	薬剤費には自己負担(7.20£)があるが、16歳未満、16～18歳のフルタイムの学生、60歳以上、出産前後の女性、疾患、所得などによる社会的弱者については、自己負担免除となっている。	薬剤毎に公的保険からの償還率が、100・65・30・15・0%の5段階に設定。 ※補完医療保険によって公的医療保険の自己負担がカバーされるが、償還率15%以下の医薬品は対象外。 ※ただし、参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担。	医薬品の患者負担は、給付額の10%だが、負担額は5～10ユーロの範囲に限定。 ※ただし、参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担。	自己負担額は保険の種類や契約内容等で異なる。 メディケアパートD(任意加入)の場合; \$310まで:全額自己負担 \$310～\$2840: (処方箋薬額-\$310) ×25%負担 \$2840～6448:全額自己負担(但し、ブランド薬の場合は企業が50%割引き) \$6448～:5%負担

(出典)平成22年度厚生労働省保険局医療課による委託事業「薬剤使用状況等に関する調査研究」
平成21年～22年「医療関連データ集」医療経済研究機構

70～74歳の自己負担割合の見直し

○ 70～74歳の方の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

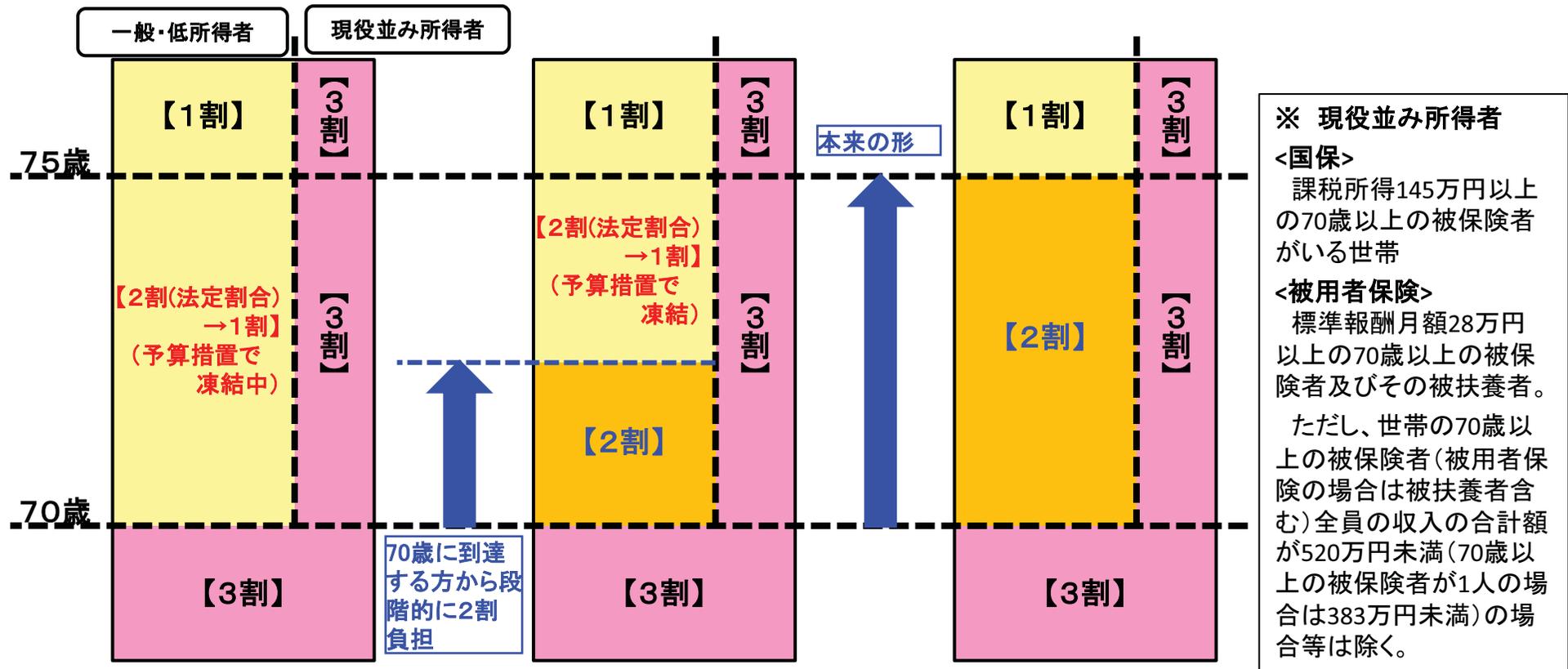
高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一

「70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」

「なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきとの意見があった。」

※仮に、70～74歳の自己負担割合を1割負担で恒久化することとした場合の財政影響

+2,000億円(協会けんぽ500億円、健保組合500億円、共済組合200億円、市町村国保300億円、公費500億円)



<参考> 年齢別の医療費及び収入

1人当たり医療費(年)

【75歳以上(注1)】医療費86.5万円



患者負担: 7.7万円

【70歳～74歳(注2)】医療費53.6万円



患者負担: 7.7万円

1割負担に凍結

4.9万円

【65歳～69歳】医療費37.2万円



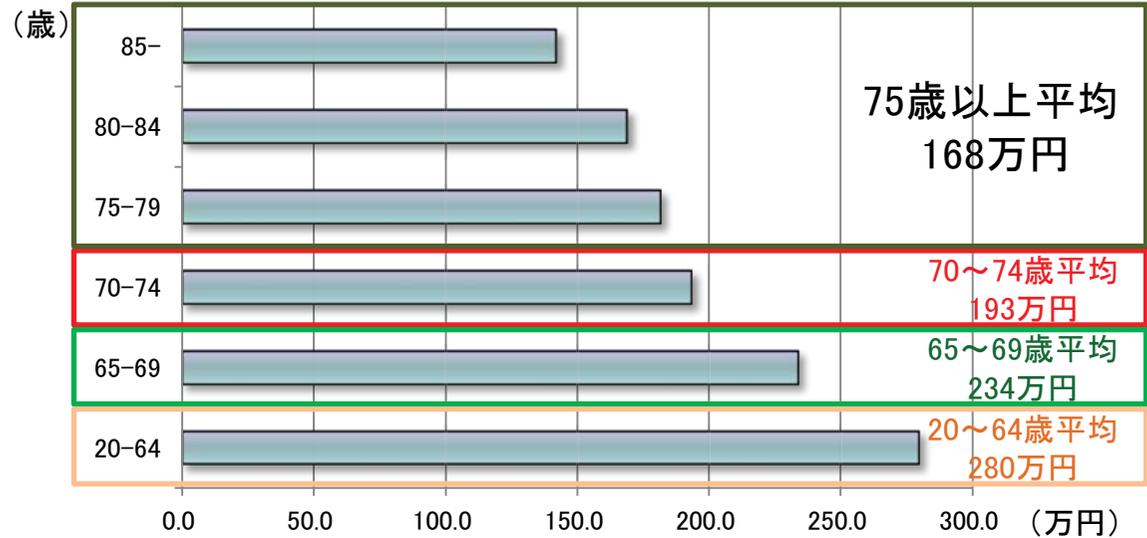
患者負担: 8.3万円

【20歳～64歳】医療費16.1万円



患者負担: 3.7万円

1人当たり平均収入(年)



【出典】平成21年の平均収入額。平成22年国民生活基礎調査(抽出調査)による。

平均収入及び医療費に占める患者負担率

年齢階級	①1人当たり 平均収入	②1人当たり患者 負担額		③1人当 り医療費	④1人当たり患者 負担額	
		負担額	率(②/ ①)		負担額	率(④/③)
75歳以上	168万円	7.7万円	4.6%	86.5万円	7.7万円	8.9%
70～74歳	193万円 (負担凍結)	7.7万円	4.0%	53.6万円	7.7万円	14.4%
(負担凍結)		4.9万円	2.5%		4.9万円	9.1%
65～69歳	234万円	8.3万円	3.5%	37.2万円	8.3万円	22.3%
20～64歳	280万円	3.7万円	1.3%	16.1万円	3.7万円	23.0%

【出典】平成20年度実績。
各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて
保険局調査課による推計

(注1) 1割負担(現役並み所得者3割負担)。

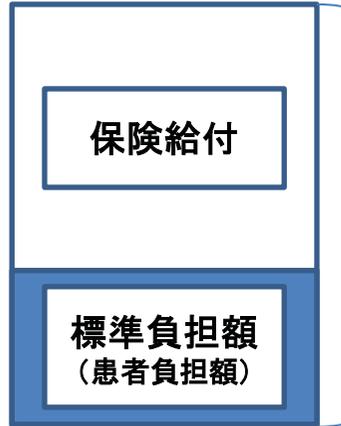
65～74歳の障害認定者を含む。

(注2) 2割負担(現役並み所得者3割負担)。

入院時の食費・居住費について

①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)

②基準額

《療養病床に入院する65歳以上の方》

入院時生活療養(Ⅰ)(※1)	(食費)1食554円(※2) (居住費)1日398円
入院時生活療養(Ⅱ)	(食費)1食420円 (居住費)1日398円

《上記以外の方(一般病床など)》

入院時食事療養(Ⅰ)(※1)	1食につき640円(※2)
入院時食事療養(Ⅱ)	1食につき506円

※1:医師、管理栄養士又は栄養士による検食が毎食行われている場合等に算定

※2:特別食が提供された場合、1食につき76円加算

食堂で提供された場合、1食につき50円加算

③標準負担額(例)

区分	療養病床に入院する65歳以上の方(※3)	左以外の方(一般病床など)
一般の方	(食費)1食460円(※4) (居住費)1日320円	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(※5)
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(※6)	1食につき100円

※3:難病等の入院医療の必要性の高い方の負担額は、1食260円等(居住費の負担なし。)

※4:入院時生活療養(Ⅰ)の場合。入院時生活療養費(Ⅱ)の場合は、420円。

※5:過去1年間の入院日数が90日超の場合

※6:老齢福祉年金受給者の場合はさらに軽減。

「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
<p>【評価結果】 見直しを行う</p> <p>【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。</p> <p>【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 →病気になら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。</p>	<p>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。</p> <p>【取りまとめコメントへの対応状況】</p> <p>○ 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。</p> <p>○ これに対し、委員からは以下のような意見があった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>○ 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。</p>	<p>※ 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。</p> <p>※ <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」。</p>

傷病手当金の見直しについて（協会けんぽの要望）

○ 健康保険の傷病手当金について、協会けんぽから不正請求防止等の観点から、以下の要望があった。

（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。

（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。

医療費適正化計画の中間評価(概要)

医療費適正化計画の基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画:平成24年度まで)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 国民の健康の保持の推進 → 政策目標:特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%(平成24年度)
メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少(平成24年度)
 - ・ 医療の効率的な提供の推進 → 政策目標:全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)短縮 (平成24年度)
※平均在院日数は、平成18年の病院報告の計数



中間年度における進捗状況

◎ 医療費適正化計画は5年を一期とする計画であり、中間年度の22年度において、計画の進捗状況に関しての中間評価を実施。

特定健診・保健指導の実施率		
	20年度	21年度
特定健診の実施率	38.9%	40.5%
特定保健指導終了率	7.7%	13.0%

※ 21年度は速報値である。

【実施率向上に有効と考えられる取組】
 がん検診等との同時実施
 未受診者への受診勧奨
 電話や個別訪問による通知の実施
 地域人材の活用 など。

平均在院日数の縮減		
	18年度	20年度
全国平均	32.2日	31.3日
最短県	25.0日	23.9日

※ 18年度の最短県は長野県、20年度は東京都である。

【医療の効率的な提供体制の推進の取組】
 地域連携パスの普及
 在宅医療の推進
 かかりつけ医・薬局等の普及啓発 など。

※療養病床数の目標は凍結、機械的削減は行わない

実施状況の評価の在り方等を検討会で議論(23年4月～)

病院間・在宅との連携のあり方等について検討

第2期(平成25年度～)の医療費適正化計画に反映

特定健診・保健指導の見直しについて

保険者による検討会の立ち上げ

- 特定健診・特定保健指導については、保険者による検討会を4月25日に再開。新たに「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」として、今までの実績等を踏まえ、以下の検討を行っている。
 - (1) 特定健診・保健指導の実施方法等について
 - (2) 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容等について
 - (3) 保険者における特定健診・特定保健指導への取組みの評価方法等について
 - (4) その他特定健診・保健指導に関連する事項について

主な検討事項

- ① 特定健診のあり方について
治療中の者や75歳以上の高齢者への対応の論点、非肥満のリスク保有者への対応（腹囲基準について）、HbA1cの表記の変更等
 - ② 受診促進の制度的な手当て
特に被扶養者に対する受診促進（市町村への委託、市町村がん検診との連携）、PR方法
 - ③ 円滑な実施についての実務的課題
労働安全衛生法における定期健康診断（事業主健診）の取得、実施機関側とのシステム連携及び
確実な問診結果データ作成等の協力
 - ④ 実施を促進する方策等について
支援金の加算・減算制度について
- など。

今後の予定

- 8月29日の第4回開催までに議論を概ね一巡。標準的な健診・保健指導プログラムを所掌している健康局とも連携し、25年度からの次期医療費適正化計画の期間における実施のあり方を検討。

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。

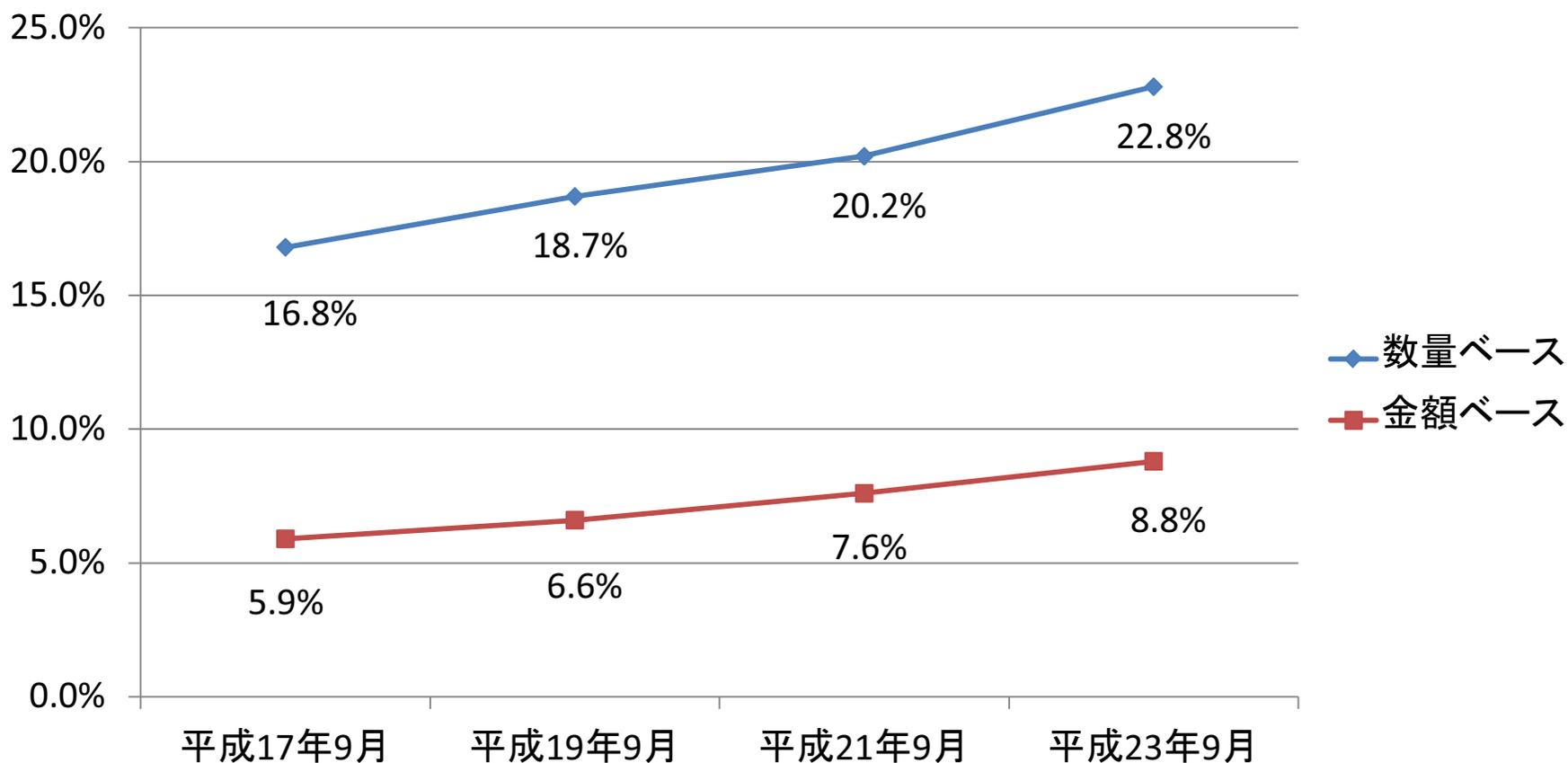
○ 平成22年度

- ・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23年9月時点での後発医薬品の数量シェアは22.8%、金額シェアは8.8%となっている。

薬価調査に基づく後発医薬品シェアの推移



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ど

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収集整理し、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取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	○ 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	○ 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～)

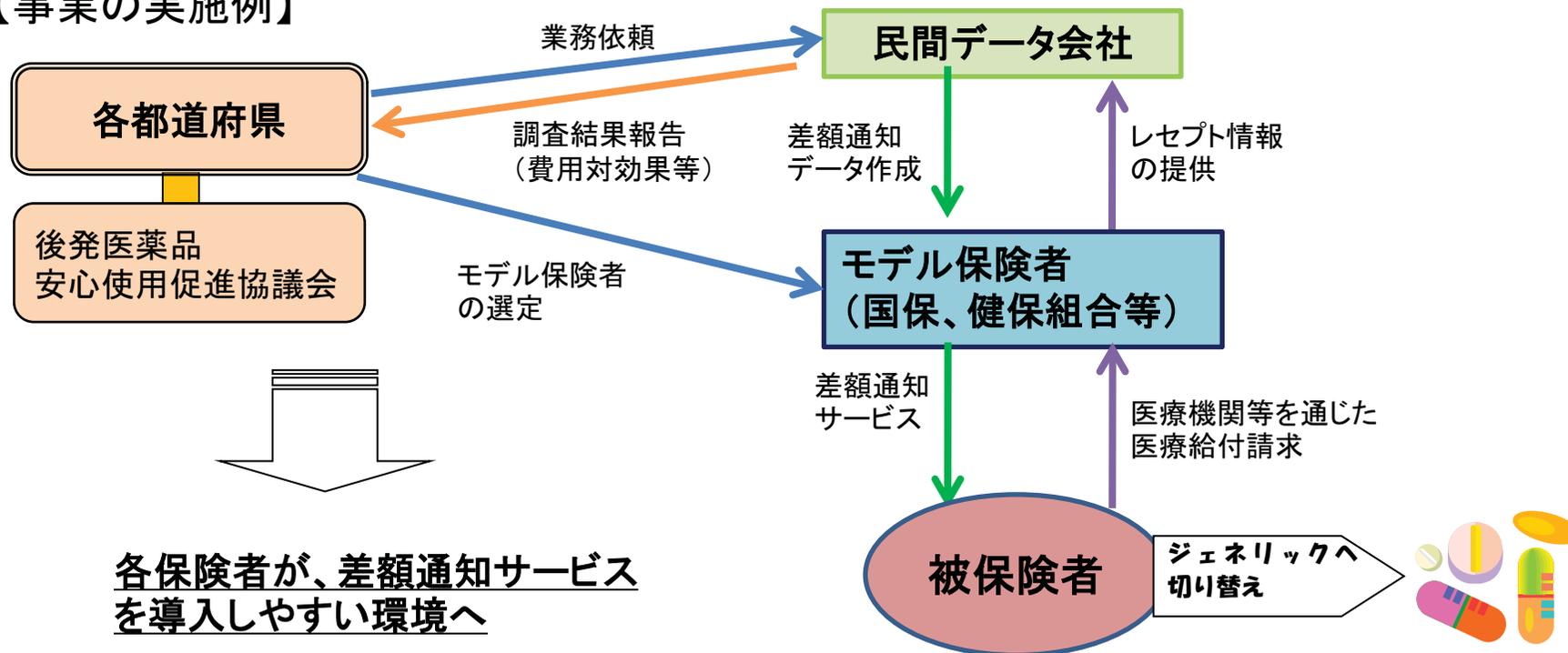
③費用対効果

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。

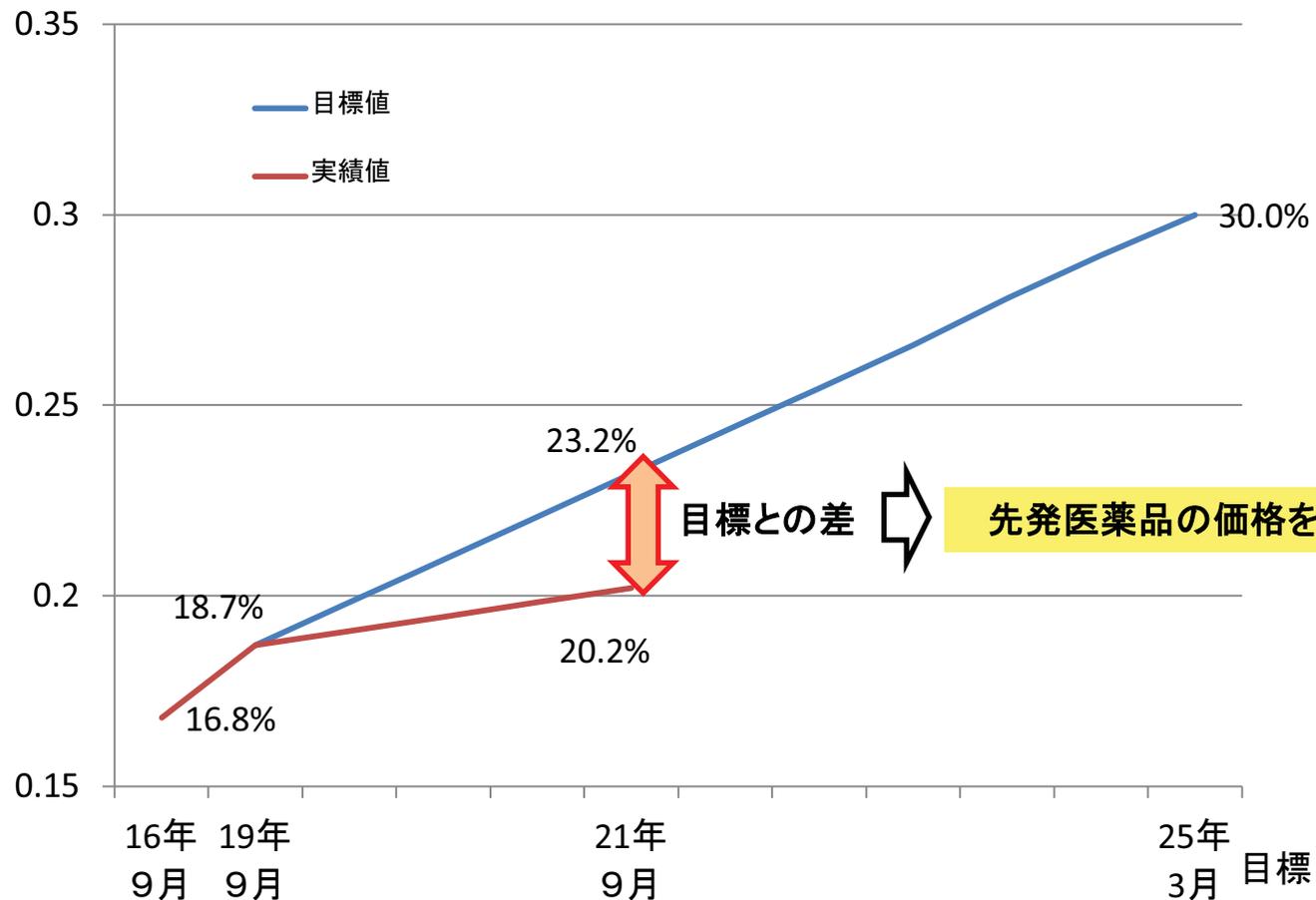
【事業の実施例】



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。

(参考)後発医薬品の数量シェアの実績値と目標値の推移比較

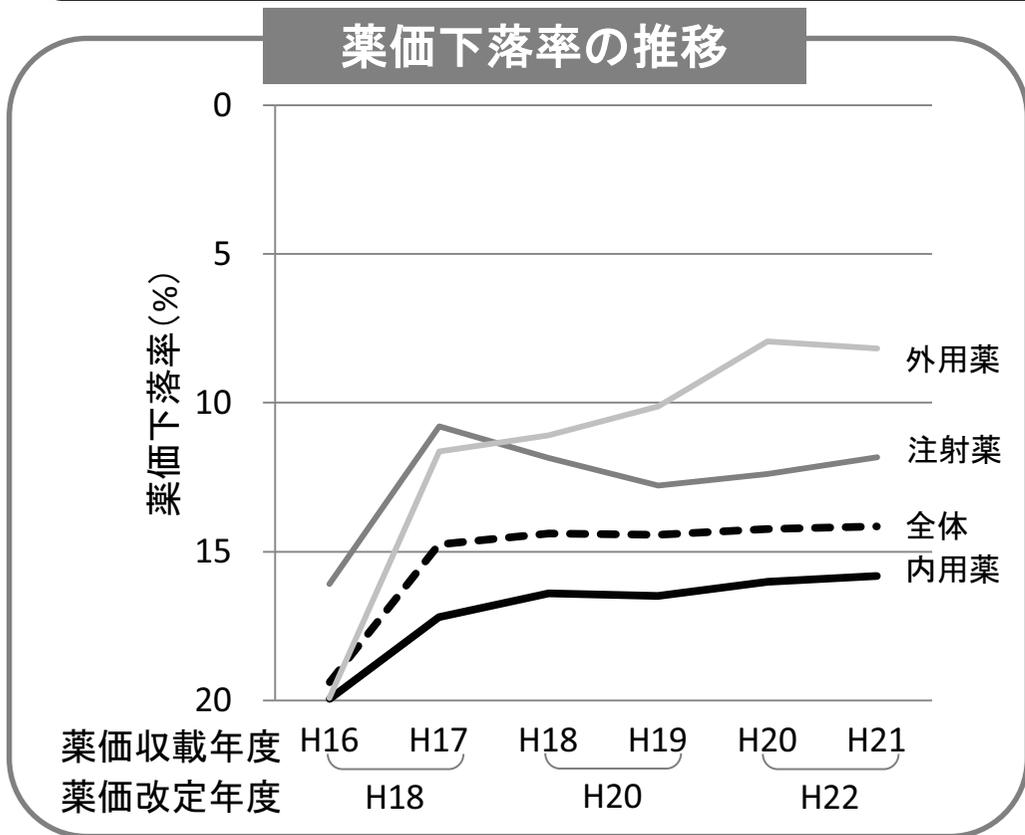


新規後発医薬品^(注)の初回改定時の薬価下落率について (最近の傾向)

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



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

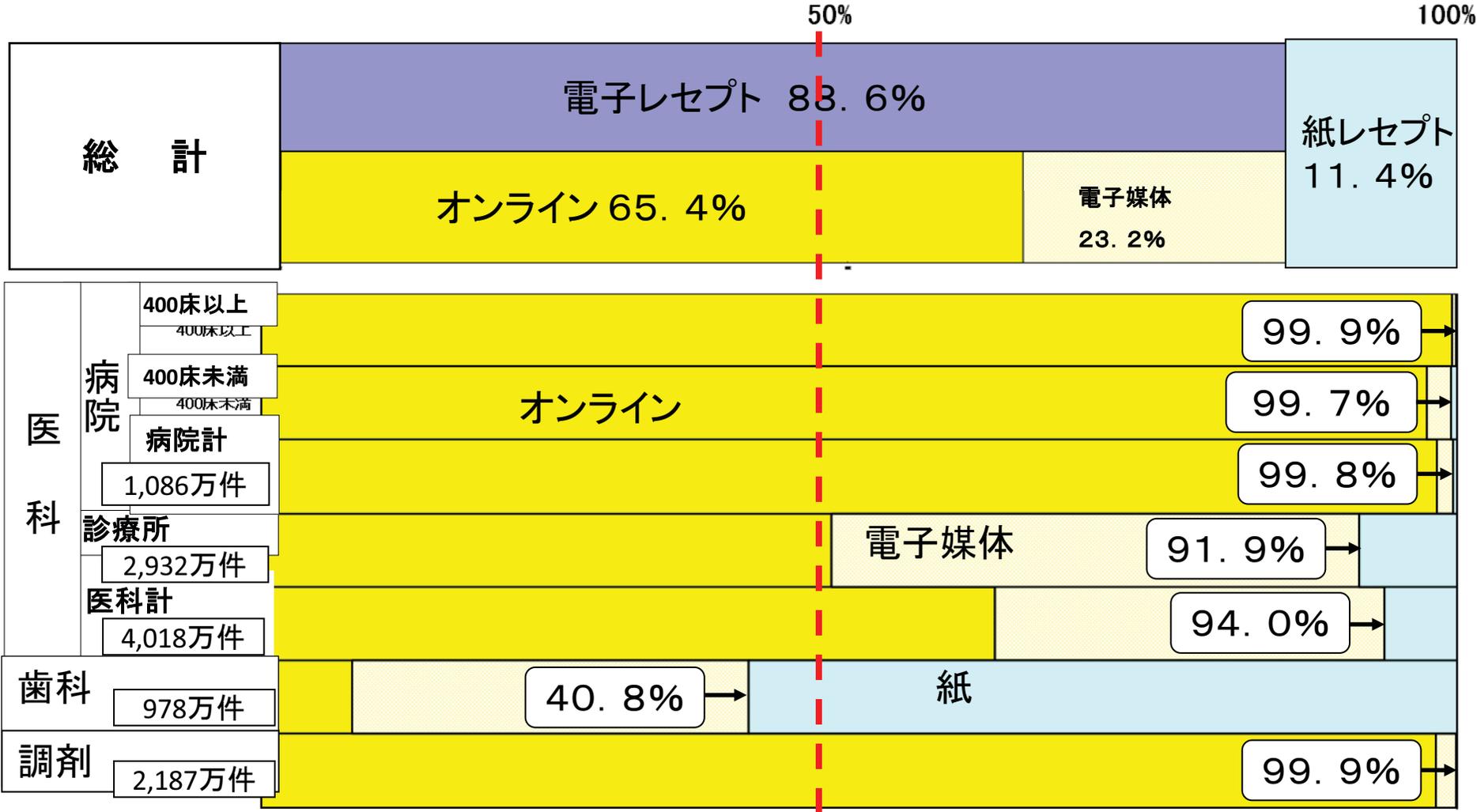
集計対象:いわゆる現行の0.7掛けルールとなった平成16年度以降の新規後発医薬品

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

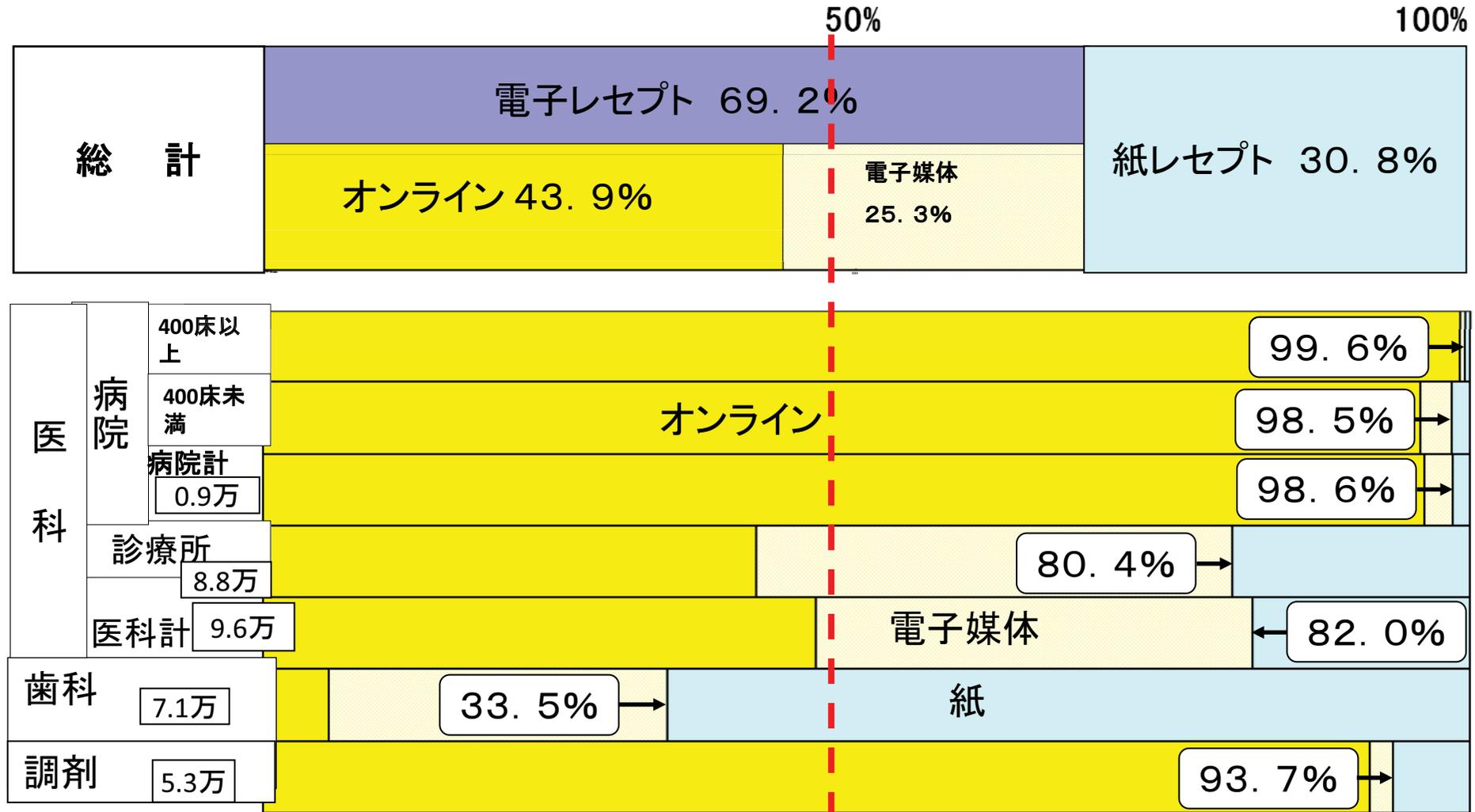
電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成23年9月請求分】

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



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) ※平成23年3月3日医療課長事務連絡により一部実施
- ・ 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

- ・ 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

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)

国保組合の国庫補助見直しに関するこれまでの議論

3. 行政刷新会議の事業仕分け(22年11月16日)

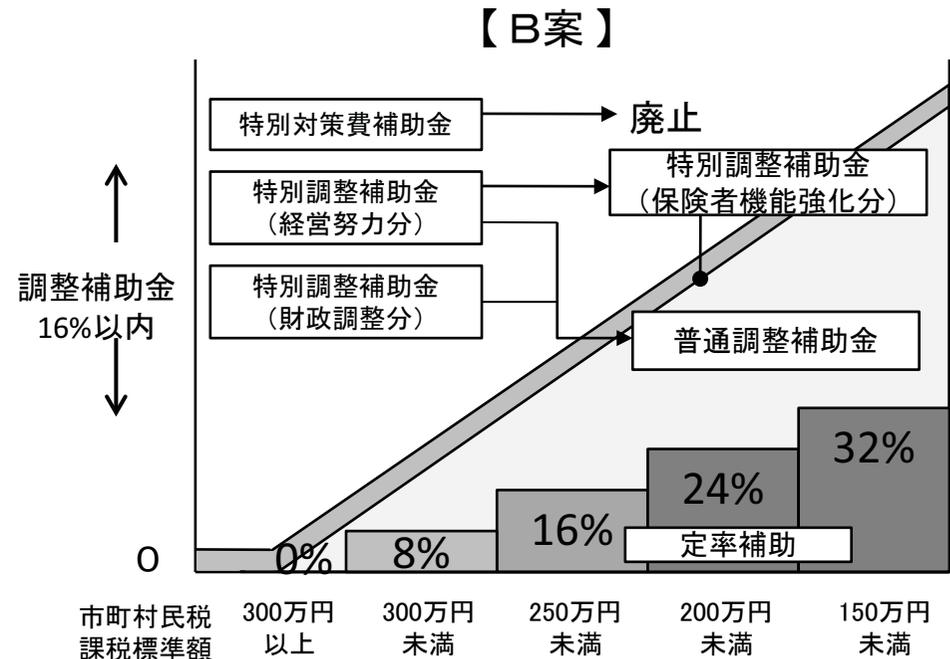
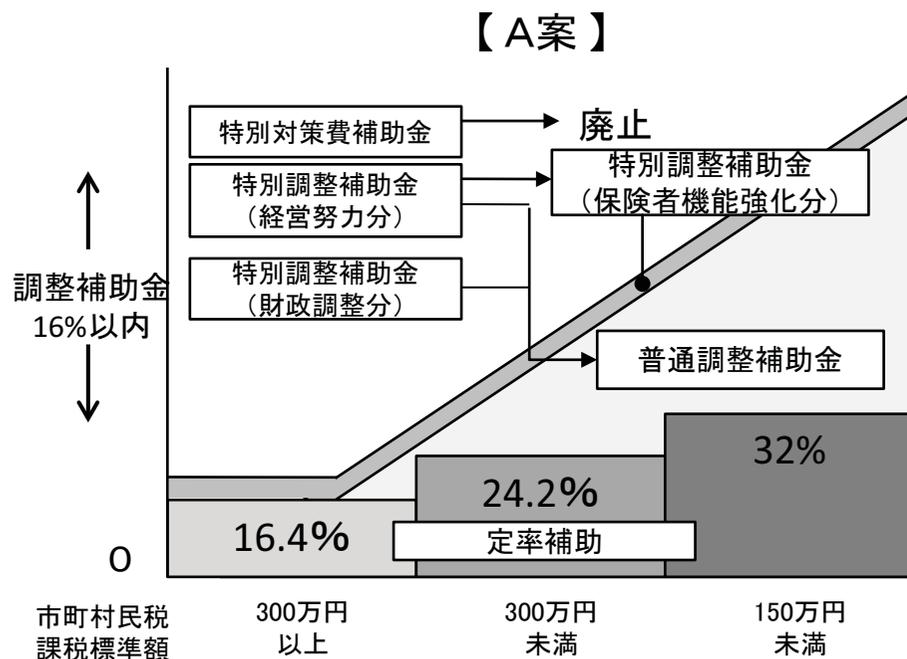
厚生労働省行政事業レビューの結論等を踏まえ、補助制度全般についての見直し案(A案・B案)を提示。「所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止」(B案)との評価結果が示された。

【A案】

- 定率補助を3段階の補助とする。その際、国保組合は、健保組合と異なり事業主負担がなく、国民健康保険の一環として一定の補助が必要であるため、補助率を協会けんぽの水準(16.4%)以上とする。

【B案】 ※行政事業レビューの指摘どおり

- 定率補助を5段階の補助とする。その際、所得水準の高い組合に対する定率補助は、廃止(0%)。



行政刷新会議の事業仕分けWGの評価結果

1. 評価結果

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)

① 国の事業として廃止 0名

② 見直しを行う 13名:

ア 所得水準の高い国保組合(健保組合を参考)に対する定率補助の

a. 廃止 12名

b. 協会けんぽ並みに引下げ 0名

イ その他 3名

③ 見直しを行わない 0名

2. とりまとめコメント

それぞれの組合ごとの所得階層が大きく異なっているので、所得の低い皆さんの集団である国保組合については、従前どおりのしっかりとした補助を、その代わり所得の高い人たちで集まっている国保組合についてはゼロも含めて、厚生労働省B案で進んでいただきたいということを結論とする。

平成23年度予算折衝における三大臣合意

所得水準の高い国民健康保険組合への補助金の見直しについて

国民健康保険組合（以下、「国保組合」という。）に対する国庫補助の見直しについては、以下の基本的な方針に沿って行うものとする。

1. 事業仕分けの結論を踏まえた見直し内容

行政刷新会議「事業仕分け」において、所得水準の高い国保組合に対する定率補助を廃止するとされたことを踏まえ、保険者間の給付と負担の公平を図るため、事業仕分けの結論に沿って、見直しを行う。

2. 見直しの時期

見直し内容のうち、国民健康保険法の改正が必要な事項については、厚生労働省は、国保組合の財政運営に配慮しつつ、平成24年4月からの実施を念頭に、所要の法律改正案を次期通常国会に提出することを目指す。

法律改正が必要のない事項については、所要の政省令改正を行い、平成23年度当初から直ちに実施する。

平成22年12月17日

国家戦略担当大臣	玄葉光一郎
財務大臣	野田佳彦
厚生労働大臣	細川律夫