

全国健康保険協会運営委員会（第 45 回）議事次第

平成 25 年 1 月 30 日（水） 10:00～
アルカディア市ヶ谷 会議室

〔議 題〕

1. 健康保険の保険料率について
2. 船員保険の保険料率について
3. 定款の変更について
4. 25 年度事業計画案について
5. その他

〔資 料〕

- | | |
|----------|-------------------------------|
| 資料 1－1 | 平成 25 年度都道府県単位保険料率の決定について（案） |
| 資料 1－2 | 厚生労働省への要望書 |
| 資料 1－3 | 社会保障審議会・医療保険部会「議論の整理」 |
| 資料 1－4 | 協会けんぽの収支見込み（医療分） |
| 資料 1－5 | 都道府県単位保険料率凍結の仕組み |
| 資料 1－6 | 平成 25 年度都道府県単位保険料率の算定に係る基礎データ |
| 資料 1－7 | 平成 25 年度都道府県単位保険料率の算定について（案） |
| 資料 1－8 | 都道府県単位保険料率の決定に関する関係条文 |
| 資料 1－9 | 平成 25 年度介護保険料率について |
| 資料 1－10 | 平成 25 年度保険料率に関する広報について |
| 資料 2 | 平成 25 年度船員保険の保険料率（案） |
| 資料 3－1 | 全国健康保険協会定款の一部変更について（案） |
| 資料 3－2 | 平成 25 年度特定保険料率及び基本保険料率について |
| 資料 3－3 | 平成 25 年度日雇特例被保険者の保険料額について |
| 資料 4－1 | 平成 25 年度事業計画（案）について |
| 資料 4－2 | 第二期特定健康診査・特定保健指導実施計画（案） |
| 資料 5 | 中央社会保険医療協議会等について |
| 参考資料 1 | 保険財政に関する重要指標の動向 |
| 参考資料 2－1 | 第 2 回社会保障制度改革国民会議資料（抄） |
| 参考資料 2－2 | 第 3 回社会保障制度改革国民会議資料（抄） |

平成 25 年度

予 算 案 の 主 要 事 項



【計数については、整理上、変動があり得る。】

Ⅱ 平成 2 5 年度予算案のポイント

(2) 妊婦健康診査の安定的な実施等

(妊婦健康診査の公費助成)

- 妊婦健康診査の公費助成については、これまで補正予算により基金事業の延長を重ねてきたが、平成25年度以降は、地方財源を確保し地方財政措置を講ずることにより、恒常的な仕組みへ移行
また、離島に居住する妊婦が健康診査を受診するための交通費等の支援についても、地方財政措置が講じられる

(小児慢性特定疾患児への支援の推進)

【25年度予算案 130 億円】

- 小児期に小児がんなどの特定の疾患に罹患し、長期間の療養を必要とする児童などの健全育成を図るため、その治療の確立と普及を図り、併せて患者家庭の医療費の負担を軽減する(小児慢性特定疾患治療研究事業)
なお、難病対策の法制化等の取組みと併せ、取組みを進める

2 医療・介護等

(1) 安定した医療保険制度の構築

【25年度予算案 10兆5, 532 億円】

(協会けんぽの国庫補助割合の特例措置の継続等)

【25年度予算案 9, 904 億円】

- 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から24年度までの間講じてきた特例措置を平成26年度まで2か年度延長する
 - ・ 被用者保険に関する後期高齢者支援金の3分の1を総報酬割とする
 - ・ 国庫補助率を16.4%とする

(特定健診などの推進)

【25年度予算案 249 億円】

- 特定健診などの効果の検証に取り組むとともに、引き続き医療保険者に対し特定健診などの費用を助成

(参考) 【平成24年度補正予算案】

(高齢者医療の負担軽減措置)

【24年度補正予算 2, 683 億円】

70～74歳の窓口負担軽減措置、後期高齢者医療の被保険者のうち低所得者等の保険料軽減措置を行う。

- 「日本経済再生に向けた緊急経済対策」(平成25年1月11日閣議決定)(抄)

70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。

Ⅲ 主 要 事 項

○広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の機能の充実

89百万円

災害発生時に被災地での災害派遣医療チーム(DMAT)の活動を支援するため、広域災害・救急医療情報システム(EMIS)を改修し、携帯電話以外の可搬端末(スマートフォン、タブレット端末)からのDMAT活動情報の入力・把握及びDMAT活動情報のモニターへの表示機能を整備する。

3 安定的で持続可能な医療保険制度の運営の確保

10兆5,532億円(10兆2,316億円)

(1)各医療保険制度などに関する医療費国庫負担

10兆5,175億円(10兆1,962億円)

各医療保険制度などに関する医療費国庫負担に要する経費を確保し、その円滑な実施を図る。

(2)協会けんぽの国庫補助割合の特例措置の継続等(一部再掲)

9,904億円(9,649億円)

協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から24年度までの間講じてきた特例措置を平成26年度まで2か年度延長する。

- ・被用者保険に関する後期高齢者支援金の3分の1を総報酬割とする。
- ・国庫補助率を16.4%とする。

(3)特定健診などの推進

249億円(255億円)

特定健診などの効果の検証に取り組むとともに、引き続き医療保険者に対する特定健診などの費用の助成を行う。

(4)警戒区域などでの医療保険制度の特別措置(復興)

108億円(98億円)

東京電力福島第一原発の事故により設定された警戒区域などの住民の方について、医療保険の一部負担金や保険料の免除などの措置を延長する場合に、保険者などの負担を軽減するための財政支援を行う。

(参考)【平成 24 年度補正予算案】

○安定した医療保険制度の構築

2,801億円

(後期高齢者医療制度臨時特例基金等の積み増し・延長等)

医療保険制度の円滑な施行及び運営のため、以下の事業を進める。

① 高齢者医療の負担軽減措置

2,683億円

70～74歳の窓口負担軽減措置、後期高齢者医療の被保険者のうち低所得者等の保険料軽減措置を行う。

・70歳から74歳までの窓口負担軽減措置（1割負担）の継続（1,898億円）

(参考)「日本経済再生に向けた緊急経済対策」（平成25年1月11日閣議決定）(抄)

○70～74歳の医療費自己負担については、当面、1割負担を継続する措置を講じるが、本措置の在り方については、世代間の公平や高齢者に与える影響等について、低所得者対策等とあわせて引き続き検討し、早期に結論を得る。

・後期高齢者医療の被保険者のうち所得の低い方の保険料軽減の継続（均等割9割、8.5割、所得割5割軽減）等（776億円）

② 特定健康診査・保健指導データ管理システムの機器更改等

38億円

国民健康保険制度等の安定的な運営を確保するため、国民健康保険団体連合会等が運用する特定健康診査・保健指導データ管理システムの機器更改等を行う。

③ 健康保険組合の保険者機能強化に向けたITネットワーク基盤システムの機器更改等

80億円

健康保険組合の電子レセプト及び特定健診・特定保健指導データを活用した医療費分析の機能を向上させるため、健康保険組合医療費分析システムの機器更改等を行う。

4 安心して質の高い介護サービスの確保

2兆5,842億円(2兆4,314億円)

(1) 認知症を有する人の暮らしを守るための施策の推進【一部新規】

34億円(26億円)

今後、高齢者の増加に伴い認知症の人は更に増加することが見込まれていることから、平成24年9月に策定した「認知症施策推進5か年計画」の着実な実施を図り、全国の自治体で、認知症の人とその家族が安心して暮らしていける支援体制を計画的に整備するため、次の取組みを推進する。

① 認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、各市町村が地

平成 25 年度 都道府県単位保険料率の決定について（案）

標記について、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 160 条第 1 項の規定及び健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）に基づき、以下のとおり決定する。

なお、平成 25 年度の都道府県単位保険料率は、平成 24 年度の保険料率と同じであり、激変緩和率は平成 24 年度と同じ 2.5/10 を前提としている。

1. 都道府県単位保険料率

北海道	10.12%	滋賀県	9.97%
青森県	10.00%	京都府	9.98%
岩手県	9.93%	大阪府	10.06%
宮城県	10.01%	兵庫県	10.00%
秋田県	10.02%	奈良県	10.02%
山形県	9.96%	和歌山県	10.02%
福島県	9.96%	鳥取県	9.98%
茨城県	9.93%	島根県	10.00%
栃木県	9.95%	岡山県	10.06%
群馬県	9.95%	広島県	10.03%
埼玉県	9.94%	山口県	10.03%
千葉県	9.93%	徳島県	10.08%
東京都	9.97%	香川県	10.09%
神奈川県	9.98%	愛媛県	10.03%
新潟県	9.90%	高知県	10.04%
富山県	9.93%	福岡県	10.12%
石川県	10.03%	佐賀県	10.16%
福井県	10.02%	長崎県	10.06%
山梨県	9.94%	熊本県	10.07%
長野県	9.85%	大分県	10.08%
岐阜県	9.99%	宮崎県	10.01%
静岡県	9.92%	鹿児島県	10.03%
愛知県	9.97%	沖縄県	10.03%
三重県	9.94%		

2. 適用時期

平成 25 年 3 月分（任意継続被保険者にあつては、同年 4 月分）の保険料額から適用

協発第 121212-02 号
平成 24 年 12 月 12 日

厚生労働省保険局長
木 倉 敬 之 様

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

平成 2 5 年度の保険料率について

全国健康保険協会は、これまで平成 2 2 年度から 3 年連続で保険料率を大幅に引き上げ、平成 2 4 年度の平均保険料率は 1 0 % という、これまでにない水準に至りました。当協会と他の被用者保険との保険料率格差は拡大するばかりであり、現在の保険料率は限界です。

平成 2 5 年度の保険料率については、これまでの運営委員会の議論を踏まえ、下記の事項について検討を進めていただき、これらの事項の実現のため、法令改正等の必要な措置を講じていただきますよう、よろしくお願いいたします。

記

1. 全国健康保険協会の財政基盤を強化、安定化させるとともに、当協会の加入者、事業主の保険料負担を軽減するため、平成 2 5 年度予算において、次の措置を講じること
(1) 全国健康保険協会に対する国庫補助金の補助率を健康保険法上の上限である 2 0 % に引き上げること。
(2) 高齢者医療制度を見直すこと
① 高齢者医療の公費負担の拡充
② 高齢者医療を支える現役世代の負担を、頭割から支払い能力に応じた負担に変更
③ 高齢者にも応分の負担（7 0 ～ 7 4 歳の高齢者の窓口負担割合を 1 割から 2 割に）
2. 上記 1 の措置の実現を図るとともに、平成 2 5 年度の平均保険料率については、平成 2 4 年度と同じ平均保険料率 1 0 % に据え置き、更なる引上げを行う必要がないようにすること。
この場合において、各都道府県単位保険料率が引き上がることをしないよう、平成 2 5 年度の激変緩和率は、平成 2 4 年度の激変緩和率と同じ 1 0 分の 2. 5 に凍結するとともに、平成 2 5 年度の各都道府県単位保険料率は、医療費等の基礎数値の変動にかかわらず、それぞれ平成 2 4 年度と同じ保険料率に据え置くことができるようにすること。
3. 仮に、上記 1 の措置が実現しない場合であっても、平成 2 5 年度平均保険料率及び各都道府県単位保険料率がそれぞれ引き上がることをしないよう、準備金の活用を含めて、必要な措置を講じること。
4. 平成 2 5 年度予算編成の遅れに伴い、加入者、事業主をはじめ、現場の混乱をできる限り避けるため、例年どおり 4 月保険料納付実施ができるよう、激変緩和率の取扱いを早期に決定するなど、必要な配慮を講じること。

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

全国健康保険協会
理事長 小林 剛

全国健康保険協会の財政基盤の強化、安定化について（要望）

日頃より、ご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

当協会は加入者数 3,500 万人、国民の 3.6 人に一人が加入する日本最大の医療保険者であり、被用者保険のセーフティネットとして国民皆保険を支えています。一方で、当協会の加入者の大半は収入の低い中小企業の事業主、そこで働く従業員やそのご家族であり、財政基盤は脆弱です。

現役世代の賃金が低下する一方、医療費が増大するという赤字構造の中で、当協会の保険料率は 3 年連続で大幅な引上げとなり、24 年度の平均保険料率は 10%という、これまでにない水準であります。健康保険組合や共済組合との保険料率格差は拡大するばかりであり、同じ被用者保険であるにもかかわらず、収入の低い者が重い保険料を負担するという、社会保障とは到底言えない状態となっております。

現在の平均保険料率 10%という水準は既に限界であり、これ以上の引上げは、加入者の生活、中小企業の経営の限界を超えるものであり、到底考えられません。

平成 25 年度収支推計を足下に置いた 29 年度までの 5 年間の収支見通しを見ても、現在講じられている財政措置を継続し平均保険料率 10%のまま据え置いた場合、29 年度には最大 2 兆 3,700 億円という途方もない累積赤字となる見通しであります。当協会が被用者保険のセーフティネットとして持続可能な制度とするために、一刻も早く当協会の財政基盤の強化、安定化のための具体的な方策を講じる必要があります。

また、当協会は、全体の支出の４割、約３兆円を高齢者医療への負担に充てておりますが、この負担も限界です。高齢者医療の負担は広く社会全体で支えるべきであり、公費負担を拡充し、高齢者にも応分の負担を求めるとともに、現役世代の負担についても、負担能力に応じた、より公平なものとするべきです。

現在、社会保障制度改革国民会議において高齢者医療のあり方を含む医療保険制度全体の見直しの議論が進められておりますが、その議論を踏まえ、当協会の財政基盤の強化・安定化、保険料負担の緩和、被用者保険間での保険料負担の公平性の確保の実現に向けた具体的な改革を実施していただきまうよう、切に要望いたします。

一方で、当協会の事業主、加入者の皆さまが置かれている状況は、一刻の猶予もならない危機的な状況にあります。したがって、医療保険制度全体の見直しが実施されるまでの当座の対応として、以下の事項について、平成 25 年度予算において実現が図られるよう、切に要望いたします。

- (１) 全国健康保険協会に対する国庫補助金の補助率を健康保険法上の上限である 20% に引き上げること。
- (２) 高齢者医療制度を見直すこと
 - ① 高齢者医療の公費負担の拡充
 - ② 高齢者医療を支える現役世代の負担を、頭割から支払い能力に応じた負担に変更
 - ③ 高齢者にも応分の負担（70～74 歳の高齢者の窓口負担割合を 1 割から 2 割に）

社会保障審議会・医療保険部会「議論の整理」(平成25年1月9日)

1. 協会けんぽの財政対策(抄)

○ 議論では、現行の協会けんぽの保険料率10%は、加入者、事業主にとって大変重い負担となっており、他の被用者保険との保険料率の格差も拡大する傾向にあることから、協会けんぽの財政基盤の強化、安定化のための具体的な方策を講じなければならないという意見が多かった。

協会けんぽの財政基盤の強化、安定化を検討するに当たっては、高齢者医療の在り方等の見直しが必要であることから、社会保障制度改革国民会議における議論等を踏まえた見直しが実施されるまでの間の当面の対応として、準備金を取り崩せば保険料率10%が維持できる平成26年度までの2年間、現行の措置(国庫補助率16.4%、支援金の1/3について総報酬割)を延長することはやむを得ないとの意見が多かった。

具体化には

(以下略)

- ◆ 現行の特例措置(国庫補助率16.4%・1/3総報酬割)を更に2年間(25年度・26年度)延長するための規定を追加する必要がある。
- ◆ 平均保険料率10%を維持するためには、協会の判断で準備金を取り崩せるようにする必要がある。
→ 準備金を積み立てることを義務づけている規定(健保法第160条の2)の適用を外す。
- ◆ 激変緩和措置を講じることができる期間(平成30年3月まで)を延長するための規定も必要か。

(※健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等の改正が必要)

2. 傷病手当金等の不正受給対策(抄)

○ 傷病手当金等の不正受給対策については、健保組合に比べ事業主との結びつきが弱い協会けんぽに対して、事業主への調査権限を付与することに異論がなかった。 (以下略)

具体化には

- ◆ 保険給付に関する大臣の事業主への立入調査権限を協会に委任することができる等の規定が必要。
→ 日本年金機構に関する規定と同様に、事業主に対する立入調査事務を協会の事務に位置付けるとともに、調査実施に関する大臣認可手続等の規定を設ける。(※健保法、船保法の改正が必要)

議論の整理

平成 25 年 1 月 9 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・税一体改革大綱」（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定。以下「大綱」という。）を受けて、平成 24 年 7 月 30 日以降、主に平成 25 年度予算編成までに議論を尽くしておくべき 3 つの課題（協会けんぽの財政問題への対応の課題、70 歳から 74 歳の間の患者負担の取扱いの課題、高額療養費制度の改善に向けた財源を含めた課題）を中心に審議を重ねてきた。以下、当部会におけるこの間の議論を整理する。

1. 協会けんぽの財政対策

- 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 22 年度から平成 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（以下「支援金」という。）の 3 分の 1 を総報酬割にするとともに、国庫補助率を 13%から 16.4%に引き上げる等の措置を講じている。
- 当部会では、平成 22 年改正健康保険法附則第 2 条において、「協会けんぽの財政状況、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、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、所要の措置を講ずる」と規定されていることから、平成 25 年度以降の協会けんぽの財政対策について議論を行った。
- 議論では、現行の協会けんぽの保険料率 10%は、加入者、事業主にとって大変重い負担となっており、他の被用者保険との保険料率の格差も拡大する傾向にあることから、協会けんぽの財政基盤の強化、安定化のための具体的な方策を講じなければならないという意見が多かった。
協会けんぽの財政基盤の強化、安定化を検討するに当たっては、高齢者医療の在り方等の見直しが必要であることから、社会保障制度改革国民会議における議論等を踏まえた見直しが実施されるまでの間の当面の対応として、準備金を取り崩せば保険料率 10%が維持できる平成 26 年度まで

の2年間、現行の措置（国庫補助率16.4%、支援金の1/3について総報酬割）を延長することはやむを得ないとの意見が多かった。

他方、多くの健保組合で赤字となっている実態を考慮して方策を検討すべきとの意見や、協会けんぽの財政状況は改善しており現行の措置を延長する必要はないとの意見もあった。

- また、国庫補助率を法定上限の20%に引き上げる措置を講ずべきとの意見があった。さらに、国庫補助率を16.4%とする措置を継続するのであれば、総報酬割（支援金の1/3）によって財源を捻出するという健保組合等による負担の肩代わりではなく、国の責任で財源を確保すべきとの意見もあった。

2. 高齢者医療制度における支援金の負担の在り方等

- 高齢者医療制度の見直しについては、平成24年6月15日の3党（自公民）の確認書において、「今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する」とされ、その後成立した社会保障制度改革推進法の規定において、社会保障制度改革国民会議の検討事項とされている。
- 他方、大綱において、「高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。」こととされていることから、当部会では、支援金の総報酬割の在り方を中心に高齢者医療制度の在り方について検討を行った。
- 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。

- 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見が

あった。

3. 70 歳から 74 歳の患者負担の取扱い

- 70 歳から 74 歳の患者負担については、平成 20 年 4 月から法律上 2 割負担とされているが、毎年度約 2000 億円の予算措置により、1 割負担に凍結されている。
- これについて、大綱において、「70 歳以上 75 歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。」「平成 24 年度は予算措置を継続するが、平成 25 年度以降の取扱いは平成 25 年度の予算編成過程で検討する。」とされていることから、平成 25 年度以降の取扱いについて、本来の 2 割負担に戻すのかどうかという点と、2 割負担に戻すとすれば、どのような形で戻すかという点を中心に当部会で議論を行った。
- 前者については、他の世代との負担の公平性の観点から、早急に法律上の 2 割負担に戻すべきとの意見が多かった。一方で、負担の増加による受診控えにより症状の悪化等が懸念されるため、現行の措置を維持すべきとの意見もあった。
- また、後者については、公平性の観点から見直しは行うべきだが、引上げによる負担感を軽減するため、現在 1 割負担である者の負担割合は変更せず、平成 25 年度以降新たに 70 歳以上となる者から 3 割負担が 2 割負担となることとし、段階的に法律上の負担割合に戻すべきとの意見や、医療保険財政は猶予を許さない厳しい状況であること等から、平成 25 年度から直ちに 70 歳から 74 歳の者を一律 2 割負担にすべきとの意見があった。また、実施する場合には、低所得者等に配慮を行うべきとの意見が多かった。
- なお、70 歳から 74 歳の者を含めて国民に対して十分な説明をすべきという意見、対象者への周知と市町村におけるシステム対応等現場が混乱しないよう十分な準備期間をとるべきとの意見、システム改修は国が必要な費用を負担すべきとの意見があった。また、年齢ごとの負担割合の水準については、高齢者医療制度の在り方の中で議論すべきとの意見があった。

4. 高額療養費制度の改善

- 近年、医療の高度化等により、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

フティネット機能を強化することが求められている。

- このため、当部会では、大綱に基づき、まずは年間での負担上限を新たに設けることについて、議論を行った。
- 議論では、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、年間での負担上限の導入については、①必要となる保険料財源と比較してシステム改修費が多額に上るため、費用対効果が薄く、提案された規模の改正では効果が限定的、②厳しい医療保険財政の中、保険者への負担増は避けるべきであり、改善に当たっては、財政中立であるべき等の理由から、導入には慎重な意見が多かった。
- また、これ以外にも、社会保障・税番号制度に関する議論等が控えており、今後、制度改革に伴う大幅なシステム改修が見込まれる中で、現段階で多額の投資を伴う一部のシステム改修のみ行うことには慎重であるべきとの意見があった。

5. その他

(健康保険と労災保険の適用関係の整理について)

- 現行の制度では、シルバー人材センターの業務中やインターンシップ中に負傷した場合など、労災保険及び健康保険のいずれの給付も受けることができない事態が生じることがある。
- このため、当部会では、「労災保険の給付が受けられない場合には、健康保険の対象とすること」等について検討を行った。
- 議論では、労災保険と健康保険のどちらの給付も受けられない者を救うことは必要であるなどの意見があった。その上で、労災保険の給付が受けられない場合には、健康保険の対象とすべきであり、請負などの働き方の形態にかかわらず、労働者性のある業務に起因する負傷等については、引き続き、労災保険が健康保険に優先して給付されるべきであるとした事務局の案については異論がなかった。
- ただし、労災保険は業務上の事由を、健康保険は業務外の事由を対象とするという根本的な原則は変更すべきではなく、健康保険法における業務上・外の区分を廃止する必要はないとの意見があった。

- なお、労働者性のない役員の業務に起因する場合に、「被保険者が5人未満である適用事業所に所属する法人の代表者等であって、一般の従業員と著しく異ならないような労務に従事している者について、健康保険の給付の対象とすること」という現行の取扱いを継続することについても異論がなかった。
- また、これらの取扱いは、健康保険法の根幹に関わるため、法律改正で明確に見直すべきとの意見が多かった。さらに、これまでの考え方を変更し制度改正を行う以上、将来に向かって適用すべきであり、遡及適用はすべきでないとの意見が多かった。

(傷病手当金等の不正受給対策について)

- 傷病手当金等の不正受給対策については、健保組合に比べ事業所との結びつきが弱い協会けんぽに対して、事業主への調査権限を付与することに異論がなかった。
- 一方、保険者判断で傷病手当金等の支給額に上限を設けることを可能とすることについては、負担と給付の関係から適当ではないなど反対の意見が多かった。
- なお、保険者が標準報酬月額額の計算基礎を事案に応じて過去の一定期間の平均とすることができるような仕組みなど更なる不正受給対策の検討を行うべきとの意見があった。

(健保組合における準備金の見直し)

- 健保組合が毎事業年度末に積み立てるべき準備金を、来年度以降、現行の「その年度と直前2事業年度内に行った医療給付費相当分及び支援金等拠出金相当分の平均の3ヶ月分」から「その年度と直前2事業年度内に行った医療給付費相当分の平均の3ヶ月分及び支援金等拠出金相当分の平均の1ヶ月分」と見直すことについて、異論がなかった。

以上の課題は、平成25年度の予算編成過程で検討するとされているなど喫緊の課題であり、厚生労働省においては、当部会における意見を十分に踏まえ、見直しを進められたい。

また、高齢者医療制度等の見直しについては、引き続き検討する必要があることから、社会保障制度改革国民会議の議論等を踏まえ、当部会においても議論を進めていくべきである。

協会けんぽの収支見込み(医療分)

(単位:億円)

		23年度 (決算)	24年度			25年度			備 考
			24年11月公表の収支 (a)	直近見直し (25年1月) (b)	(b)－(a)	24年11月試算の収支 (c)	政府予算案に基づく見込み (25年1月) (d)	(d)－(c)	
収 入	保険料収入	68,855	73,117	73,115	▲ 2	73,404	73,410	6	25年度保険料率：10.00%
	国庫補助等	11,539	11,806	11,806	0	12,245	12,194	▲ 52	
	その他	186	145	162	17	156	173	17	
	計	80,580	85,068	85,084	15	85,806	85,777	▲ 29	
支 出	保険給付費	46,997	48,010	48,025	15	49,722	49,731	9	拠出金等対前年度比 } ⇒ +795 ⇒ +1,043 ⇒ +248 対11月比 +2,086 (▲ 315)
	老人保健拠出金	1	1	1	0	1	1	0	
	前期高齢者納付金	12,425	13,604	13,604	0	14,924	14,399	▲ 525	
	後期高齢者支援金	14,652	16,021	16,021	0	16,862	17,064	202	
	退職者給付拠出金	2,675	3,154	3,154	0	3,395	3,402	8	
	病床転換支援金	0	0	0	0	0	0	0	
	その他	1,243	1,796	1,796	0	1,706	1,660	▲ 46	
	計	77,992	82,586	82,602	15	86,608	86,257	▲ 351	
単年度収支差		2,589	2,482	2,482	0	▲ 802	▲ 480	322	25年度保険料率 10.07% (10.1%)
準備金残高		1,951	4,432	4,433	1	3,630	3,953	323	

(注) 1. 協会会計と国会計を合算して作成したもの。
2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

都道府県単位保険料率凍結の仕組み

1. 従来の算定方法

- 都道府県単位保険料率は、前々年度の各都道府県別の医療給付費、年齢階級別加入者数、総報酬等を基に、
 - ① 年齢調整、所得調整を行い、
 - ② 激変緩和率で調整し、
 - ③ 2年度前の支部別収支(実績)に基づく精算分を反映し、
 - ④ 特別計上を支出に含めることで、算定している。

2. 今回の保険料率凍結の仕組み

- 各支部ともに、上記1のとおり、従来の算定方法に基づき平成25年度の保険料率を試算した上で、24年度と同率とするために必要な額を算出する。
- その必要な額に対して、準備金を取り崩した分を各支部の収入と見なして充てる。
- 保険料率の試算に当たり用いる基礎データは、これまでと同様に、前々年度(23年度)の都道府県別の医療給付費、年齢階級別加入者数、総報酬等とする。

3. 凍結分は平成27年度において精算

- 各支部に充てる準備金の取崩し分の本来の姿は、総報酬按分で準備金を取り崩した額。
- したがって、平成25年度保険料率を前年度と同率にするために各支部に充てた準備金取崩し分(A)と、総報酬按分を取り崩すべき準備金取崩し分(B)の差額は、2年後(27年度)の保険料率の算定時に精算。
- 今回各支部に充てる準備金の取崩し分(A)は、25年度の特別計上を支出に含めた上で算定した額。したがって、特別計上が増えると支出が増加するため、精算額が増えるおそれがある。なお、平成27年度保険料率算定に当たっては、別途、平成25年度の特別計上分の精算を行うことは不要。

平成25年度都道府県単位保険料率の算定にかかる基礎データ

- 医療給付費に関する都道府県単位保険料率の算定（年齢調整及び所得調整を含む）に当たっては、下記の基礎データが必要となる。

- ・ 都道府県支部別・年齢階級別加入者数
- ・ 都道府県支部別医療給付費
- ・ 年齢階級別加入者1人当たり医療給付費
- ・ 都道府県支部別総報酬額

- 注 ・都道府県支部別や年齢階級別の数値については、平成23年度の実績データを集計したものを基礎として、これに東日本大震災の影響（加入者構成及び平均報酬等の変化）を考慮して補正した上で、全国計の平成25年度の見込み値との比率を乗じて算出している。
- ・医療給付費については、国庫補助金及び特別の事情に係る額（原子爆弾被爆者に係る医療費、療養担当手当に係る額及び水俣病患者に係る医療費）を控除している。

- 平成25年度の都道府県単位保険料率の算定において、健康保険法施行規則第135条の7に基づき、平成23年度の都道府県支部ごとの収支決算における収支差を精算する。
- また、平成25年度の都道府県単位保険料率を凍結したことに伴い、算定における準備金取崩し額と準備金本来取崩し額（準備金取崩し総額を総報酬按分した額）の差額は、平成27年度の都道府県単位保険料率の算定時に精算することになる。

（参考）平成27年度の都道府県単位保険料率算定時に精算するもの

- ① 平成 25 年度の都道府県支部ごとの収支決算における収支差（実績）
- ② 平成 25 年度の都道府県単位保険料率算定における準備金取崩し額と準備金本来取崩し額（準備金取崩し総額の総報酬按分）の差額

○ 都道府県支部別・年齢階級別 加入者数(平成25年度見込み)

(百人)

	合計	0～ 4	5～ 9	10～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74
全 国	350,470	19,301	19,495	20,452	21,142	23,850	26,881	29,572	34,092	31,837	26,705	25,649	25,862	27,897	11,658	6,077
1 北海道	17,091	809	854	921	1,005	1,115	1,185	1,350	1,600	1,527	1,360	1,343	1,439	1,634	667	283
2 青森	4,202	202	225	266	284	270	296	332	384	367	342	361	348	319	127	79
3 岩手	4,081	204	223	253	268	271	283	320	362	336	317	350	356	329	126	85
4 宮城	6,590	357	363	381	386	449	523	585	626	545	470	501	535	545	206	117
5 秋田	3,363	156	169	192	215	207	227	260	286	264	262	306	323	295	117	83
6 山形	3,812	197	210	229	252	262	278	309	327	298	287	333	342	303	111	76
7 福島	6,171	318	345	383	414	453	478	504	543	482	454	512	526	479	169	112
8 茨城	6,004	321	335	355	371	420	471	519	585	547	454	441	457	448	180	101
9 栃木	4,860	264	276	278	282	337	389	430	487	429	351	356	375	375	150	82
10 群馬	5,648	303	326	345	356	379	408	456	550	523	427	400	423	446	200	106
11 埼玉	10,594	562	602	627	646	698	754	864	1,070	1,073	852	730	733	808	377	200
12 千葉	7,316	384	393	409	418	491	542	603	724	718	574	516	523	599	280	141
13 東京都	36,124	1,825	1,721	1,722	1,791	2,352	3,106	3,502	3,818	3,547	2,896	2,499	2,482	2,981	1,291	591
14 神奈川県	12,299	651	667	686	685	759	879	1,033	1,276	1,262	1,011	867	835	1,005	457	225
15 新潟	8,041	419	442	487	527	542	559	637	737	685	617	635	680	667	250	159
16 富山	3,930	204	226	239	239	250	268	312	395	362	296	286	301	341	143	67
17 石川	4,183	236	246	257	255	282	306	338	420	376	308	300	305	340	143	70
18 福井	2,909	161	169	180	189	205	210	226	269	247	220	225	222	236	94	55
19 山梨	2,358	126	133	144	156	163	169	181	217	212	187	177	178	183	82	50
20 長野	6,193	340	361	388	393	413	430	485	589	557	471	462	473	500	214	115
21 岐阜	7,038	398	427	456	465	477	485	541	668	656	551	522	506	535	221	129
22 静岡県	9,442	508	530	557	570	629	693	768	908	870	736	707	702	762	326	176
23 愛知県	22,118	1,288	1,275	1,321	1,340	1,573	1,765	1,906	2,247	2,142	1,711	1,512	1,427	1,568	676	369
24 三重	4,789	263	269	287	306	342	361	385	450	437	377	367	343	365	150	87
25 滋賀	3,371	197	199	205	203	240	263	285	330	297	246	239	236	262	110	59
26 京都	8,438	472	467	480	481	594	690	742	858	794	636	564	543	654	308	158
27 大阪府	30,139	1,731	1,697	1,754	1,747	2,070	2,400	2,639	3,106	2,947	2,319	1,973	1,886	2,268	1,044	558
28 兵庫県	13,929	775	777	826	841	974	1,085	1,158	1,370	1,289	1,069	996	966	1,103	471	230
29 奈良	3,001	171	176	180	181	211	226	249	288	273	226	208	200	236	112	65
30 和歌山	2,898	156	165	188	197	198	207	222	273	281	240	220	199	210	90	53
31 鳥取	1,974	108	114	119	128	138	145	162	176	157	144	157	172	164	60	31
32 島根	2,586	144	150	161	170	176	181	202	232	205	183	204	221	226	86	45
33 岡山	6,985	404	410	430	433	497	562	582	685	614	496	489	492	545	233	114
34 広島	10,092	585	581	607	623	691	752	822	1,001	925	739	724	740	813	337	152
35 山口	4,198	225	227	247	261	270	300	327	391	365	301	316	346	395	160	67
36 徳島	2,617	144	142	151	155	181	209	225	247	217	192	193	206	217	86	52
37 香川	3,683	205	212	225	226	249	271	303	360	324	264	267	279	312	125	61
38 愛媛	5,180	301	300	315	332	367	403	433	494	445	381	397	391	393	149	78
39 高知	2,519	134	143	159	163	159	179	204	250	224	187	194	194	202	86	44
40 福岡	17,559	1,052	994	1,008	1,039	1,229	1,439	1,555	1,690	1,495	1,232	1,256	1,315	1,419	565	273
41 佐賀	2,894	173	174	184	195	202	221	233	243	221	205	227	238	234	92	53
42 長崎	4,528	259	260	283	310	311	334	353	388	365	343	383	388	355	126	70
43 熊本	5,856	355	344	355	376	410	472	491	515	457	435	467	483	442	165	90
44 大分	4,085	232	231	246	258	274	304	328	373	334	288	315	335	353	144	71
45 宮崎	3,840	239	235	245	256	260	289	311	342	299	271	306	326	300	108	52
46 鹿児島	5,941	373	361	368	398	421	463	490	493	443	431	494	532	453	149	72
47 沖縄	5,001	368	350	354	359	390	424	413	449	403	349	353	342	281	96	72

・ 各支部の年齢階級別加入者数の平成23年度実績を基礎として、これに平成24年4月以降における加入者構成の変化を考慮して補正した上で、全国計の加入者数の平成25年度見込みとの比率を乗じて算出。

・ 数値は、年度の平均値。

○ 都道府県支部別 医療給付費(平成25年度見込み)

(百万円)

1 北海道	207,665	25 滋賀	34,962
2 青森	45,594	26 京都	90,634
3 岩手	43,491	27 大阪	339,150
4 宮城	75,551	28 兵庫	151,817
5 秋田	38,748	29 奈良	33,165
6 山形	41,104	30 和歌山	31,815
7 福島	67,004	31 鳥取	21,377
8 茨城	60,687	32 島根	28,977
9 栃木	51,751	33 岡山	79,955
10 群馬	59,944	34 広島	111,456
11 埼玉	110,512	35 山口	49,150
12 千葉	77,984	36 徳島	30,675
13 東京	383,584	37 香川	42,659
14 神奈川	133,548	38 愛媛	56,160
15 新潟	82,809	39 高知	28,607
16 富山	41,640	40 福岡	204,298
17 石川	47,137	41 佐賀	35,182
18 福井	32,130	42 長崎	50,330
19 山梨	25,471	43 熊本	65,474
20 長野	61,915	44 大分	47,435
21 岐阜	76,153	45 宮崎	41,763
22 静岡	99,144	46 鹿児島	65,301
23 愛知	232,240	47 沖縄	51,534
24 三重	50,100	全国計	3,837,778

- ・ 各支部の医療給付費の平成23年度実績から東日本大震災に伴う一部負担金免除等に係る震災臨時補助金を控除した額を基礎として、これに平成24年における4月以降の加入者構成の変化及び6月以降の一人当たり医療費の変化を考慮して補正した上で、全国計の医療給付費の平成25年度見込みとの比率を乗じて算出。
- ・ 医療給付費については、療養の給付のほか、療養費、移送費を含み、国庫補助金、特別療養担当手当等に係る額等を控除している。

○ 年齢階級別 加入者一人当たり医療給付費(平成25年度見込み)

(円)

計	109,504
0～ 4歳	163,151
5～ 9	82,637
10～14	57,449
15～19	46,267
20～24	46,719
25～29	58,909
30～34	66,823
35～39	71,902
40～44	80,616
45～49	99,681
50～54	128,133
55～59	161,176
60～64	210,055
65～69	275,810
70～74	424,695

- ・ 全国計の年齢階級別加入者一人当たり医療給付費の平成23年度実績から東日本大震災に伴う一部負担金免除等に係る震災臨時特例補助金を控除した額を基礎として、これに平成24年における4月以降の加入者構成及び6月以降の一人当たり医療費の変化を考慮して補正した上で、全国計の加入者一人当たり医療給付費の平成25年度見込みとの比率を乗じて算出。
- ・ 医療給付費には、療養の給付のほか、療養費、移送費を含み、国庫補助金、特別の事情に係る額（原爆医療費及び療養担当手当等に係る額等）を控除している。

○ 都道府県支部別 総報酬額(平成25年度見込み)

(百万円)			
1 北海道	3,276,791	25 滋賀	701,835
2 青森	737,550	26 京都	1,805,867
3 岩手	744,910	27 大阪	6,516,077
4 宮城	1,306,753	28 兵庫	2,945,820
5 秋田	593,057	29 奈良	582,420
6 山形	720,502	30 和歌山	555,236
7 福島	1,210,364	31 鳥取	364,095
8 茨城	1,307,628	32 島根	489,954
9 栃木	1,032,072	33 岡山	1,416,675
10 群馬	1,162,437	34 広島	2,069,328
11 埼玉	2,317,677	35 山口	852,960
12 千葉	1,605,753	36 徳島	505,991
13 東京	9,042,314	37 香川	733,922
14 神奈川	2,904,590	38 愛媛	994,383
15 新潟	1,578,787	39 高知	486,309
16 富山	853,302	40 福岡	3,468,557
17 石川	877,132	41 佐賀	525,023
18 福井	604,762	42 長崎	829,350
19 山梨	482,346	43 熊本	1,079,330
20 長野	1,259,359	44 大分	755,251
21 岐阜	1,457,575	45 宮崎	686,239
22 静岡	2,084,582	46 鹿児島	1,065,276
23 愛知	4,991,417	47 沖縄	760,179
24 三重	1,020,995	全国計	73,362,730

- ・ 各支部の総報酬額の平成23年度実績を基礎として、これに平成24年4月以降の加入者構成の変化及び平均報酬の変化を考慮して補正した上で、全国計の総報酬額の平成25年度見込みとの比率を乗じて算出。
- ・ 平成25年度見込みに予定保険料納付率約0.995を乗じている。

都道府県単位保険料率の算定に係る基礎データについて(平成25年度見込み)

【支出】

(百万円)

法第160条第3項第1号経費	
・医療給付費(国庫補助を除く)	3,837,778
法第160条第3項第2号経費	
・現金給付費等(国庫補助、日雇拋出金を除く)	354,119
・拋出金等(国庫補助を除く)	3,061,220
・前期高齢者納付金	1,212,119
・後期高齢者支援金	1,508,792
・退職者給付拋出金	340,247
・老人保健拋出金	62
・病床転換支援金	0
法第160条第3項第3号経費	
・協会業務経費・一般管理費(国庫補助を除く)	132,287
・貸付金	2,434
・雑支出	2,242
* 事務経費・雑支出(国)	18,194
合 計	7,408,275

【収入】

保険料収入	
・保険料収入(一般分)	7,337,699
その他収入	
・貸付金返済収入	2,434
・雑収入	13,090
・出産育児一時金に係る国庫補助	0
・震災補助金等	2,202
* 日雇特例被保険者保険料収入	3,350
* 雑収入等(国)	1,660
合 計	7,360,435

(注)・*については、国の予算において計上されるもの。

・第1号経費の医療給付費は、特別の事情に係る額(原爆医療費及び療養担当手当等に係る額等)を控除したものであり、当該控除額は第2号経費の現金給付費等に含まれている。

・第3号経費及びその他収入において、平成23年度の都道府県支部ごとの収支決算における収支差の精算分は含まれていない。また、

第3号経費の業務経費における支部ごとの特別計上分及びその他収入における支部ごとの準備金取崩しは含まれていない。

共通料率等

共通料率(A+B-C)		4.84 %
	A.第2号都道府県単位保険料率	4.66 %
	B.第3号都道府県単位保険料率	0.21 %
	C.収入等の率	0.03 %
第1号平均保険料率		5.23 %
計		10.07 %

(注)・ 共通料率(B)の第3号都道府県単位保険料率及び共通料率(C)の収入等の率には、平成23年度の都道府県支部ごとの収支決算における収支差の精算分は含まれていない。また、共通料率(B)の第3号都道府県単位保険料率には支部ごとの特別計上分が含まれていないほか、共通料率(C)の収入等の率には支部ごとの準備金取崩し分が含まれていない。

平成23年度の都道府県支部別の収支差

○平成25年度の都道府県単位保険料率の算定においては、健康保険法施行規則第135条の7に基づき、平成23年度の都道府県支部ごとの収支決算における収支差について精算する必要がある。当該収支差は、プラスの場合は収入の「その他収入」に加算し、マイナスの場合は絶対値の額を支出の「第3号経費」に加算する。

(百万円)			
1 北海道	140	25 滋賀	▲ 0
2 青森	125	26 京都	▲ 56
3 岩手	119	27 大阪	389
4 宮城	347	28 兵庫	74
5 秋田	113	29 奈良	20
6 山形	▲ 20	30 和歌山	▲ 49
7 福島	302	31 鳥取	▲ 5
8 茨城	124	32 島根	▲ 20
9 栃木	85	33 岡山	▲133
10 群馬	▲ 55	34 広島	▲ 44
11 埼玉	▲ 56	35 山口	27
12 千葉	▲182	36 徳島	▲ 2
13 東京	222	37 香川	▲ 66
14 神奈川	46	38 愛媛	▲123
15 新潟	94	39 高知	40
16 富山	▲ 8	40 福岡	▲272
17 石川	▲ 62	41 佐賀	▲ 94
18 福井	▲ 24	42 長崎	▲ 1
19 山梨	▲ 43	43 熊本	▲ 3
20 長野	▲228	44 大分	125
21 岐阜	▲119	45 宮崎	▲ 6
22 静岡	▲256	46 鹿児島	▲110
23 愛知	▲349	47 沖縄	▲ 91
24 三重	85	全国計	0

平成25年度 業務経費に係る特別計上分経費（暫定版）

（単位：千円）

	その他の保健事業	支部独自の サービス向上の取組み （広報経費含む）	医療費適正化	計
01 北海道	0	0	620	620
02 青森	0	0	0	0
03 岩手	0	2,930	0	2,930
04 宮城	0	2,115	420	2,535
05 秋田	0	6,480	0	6,480
06 山形	4,298	3,056	0	7,354
07 福島	0	1,117	372	1,489
08 茨城	0	0	0	0
09 栃木	0	424	0	424
10 群馬	0	3,504	0	3,504
11 埼玉	0	0	0	0
12 千葉	0	0	0	0
13 東京	0	34,368	1,800	36,168
14 神奈川	0	0	0	0
15 新潟	0	1,656	548	2,204
16 富山	0	0	0	0
17 石川	0	0	0	0
18 福井	0	2,252	0	2,252
19 山梨	194	1,491	1,007	2,692
20 長野	0	1,042	0	1,042
21 岐阜	0	0	0	0
22 静岡	0	0	0	0
23 愛知	0	18,635	0	18,635
24 三重	0	0	0	0

（単位：千円）

	その他の保健事業	支部独自の サービス向上の取組み （広報経費含む）	医療費適正化	計
25 滋賀	0	0	463	463
26 京都	0	5,250	0	5,250
27 大阪	0	0	945	945
28 兵庫	0	0	0	0
29 奈良	0	1,169	0	1,169
30 和歌山	0	0	1,908	1,908
31 鳥取	688	520	0	1,208
32 島根	0	0	88	88
33 岡山	0	0	0	0
34 広島	9,135	336	0	9,471
35 山口	62	1,052	0	1,114
36 徳島	0	0	0	0
37 香川	0	0	0	0
38 愛媛	0	0	1,370	1,370
39 高知	0	0	0	0
40 福岡	0	0	0	0
41 佐賀	0	0	0	0
42 長崎	0	0	0	0
43 熊本	0	3,238	905	4,143
44 大分	10,286	3,126	229	13,641
45 宮崎	0	1,681	0	1,681
46 鹿児島	0	0	0	0
47 沖縄	0	324	0	324
合 計	24,663	95,766	10,675	131,104

※平成24年12月末時点での予定額であり、今後、支部評議会での議論を踏まえて変更となる可能性がある

平成25年度都道府県単位保険料率の算定について(案)

	医療給付費に ついての調整前の 所要保険料率 (a:%)	調整(b:%)		医療給付費に ついての調整後の 所要保険料率 (a+b:%)	所要保険料率 (a+b+4.84:%)	保険料率 (激変緩和措置後) (精算・特別計上除く) (c:%)	保険料率 (激変緩和措置後) (精算・特別計上含む) (d:%)	H24の適用 保険料率 (e:%)	準備金取崩し に係る料率 (d-e:%)	準備金 取崩し額 (f:億円)	準備金本来 取崩し額 (総報酬按分) (g:億円)	要精算額 (g-f:億円)
		年齢調整	所得調整									
全 国 計	5.23	-	-	5.23	10.07	10.07	10.07	10.00	0.07	480	480	0
1 北 海 道	6.34	▲ 0.21	▲ 0.48	5.65	10.49	10.17	10.17	10.12	0.05	16	21	6
2 青 森	6.18	▲ 0.02	▲ 1.01	5.16	9.99	10.05	10.03	10.00	0.03	2	5	2
3 岩 手	5.84	▲ 0.12	▲ 0.77	4.95	9.78	10.00	9.98	9.93	0.05	4	5	1
4 宮 城	5.78	▲ 0.04	▲ 0.29	5.45	10.29	10.12	10.10	10.01	0.09	11	9	▲ 3
5 秋 田	6.53	▲ 0.36	▲ 0.98	5.19	10.03	10.06	10.04	10.02	0.02	1	4	3
6 山 形	5.70	▲ 0.09	▲ 0.56	5.05	9.89	10.02	10.03	9.96	0.07	5	5	▲ 0
7 福 島	5.54	0.02	▲ 0.35	5.21	10.04	10.06	10.04	9.96	0.08	9	8	▲ 1
8 茨 城	4.64	0.07	0.20	4.92	9.75	9.99	9.98	9.93	0.05	6	9	2
9 栃 木	5.01	0.04	0.07	5.13	9.96	10.04	10.03	9.95	0.08	9	7	▲ 2
10 群 馬	5.16	▲ 0.04	▲ 0.09	5.03	9.87	10.02	10.02	9.95	0.07	8	8	▲ 1
11 埼 玉	4.77	▲ 0.00	0.23	4.99	9.83	10.01	10.01	9.94	0.07	16	15	▲ 1
12 千 葉	4.86	▲ 0.08	0.24	5.02	9.86	10.01	10.03	9.93	0.10	15	10	▲ 5
13 東 京	4.24	0.00	0.86	5.10	9.94	10.04	10.03	9.97	0.06	57	59	2
14 神 奈 川	4.60	▲ 0.05	0.59	5.14	9.98	10.04	10.04	9.98	0.06	18	19	1
15 新 潟	5.25	▲ 0.09	▲ 0.35	4.81	9.64	9.96	9.96	9.90	0.06	9	10	2
16 富 山	4.88	▲ 0.08	0.19	4.99	9.83	10.01	10.01	9.93	0.08	7	6	▲ 1
17 石 川	5.37	▲ 0.01	0.01	5.38	10.21	10.10	10.11	10.03	0.08	7	6	▲ 1
18 福 井	5.31	▲ 0.05	▲ 0.04	5.23	10.07	10.07	10.07	10.02	0.05	3	4	1
19 山 梨	5.28	▲ 0.07	▲ 0.12	5.09	9.93	10.03	10.04	9.94	0.10	5	3	▲ 2
20 長 野	4.92	▲ 0.06	▲ 0.15	4.70	9.54	9.94	9.95	9.85	0.10	13	8	▲ 5
21 岐 阜	5.22	0.02	▲ 0.06	5.19	10.03	10.06	10.07	9.99	0.08	11	10	▲ 1
22 静 岡	4.76	▲ 0.05	0.27	4.98	9.82	10.00	10.02	9.92	0.10	20	14	▲ 6
23 愛 知	4.65	0.13	0.38	5.16	9.99	10.05	10.06	9.97	0.09	43	33	▲ 10
24 三 重	4.91	0.03	0.09	5.03	9.87	10.02	10.01	9.94	0.07	7	7	▲ 0
25 滋 賀	4.98	0.04	▲ 0.03	4.99	9.83	10.01	10.01	9.97	0.04	3	5	2
26 京 都	5.02	0.01	0.11	5.15	9.98	10.05	10.05	9.98	0.07	13	12	▲ 1
27 大 阪	5.20	0.05	0.17	5.42	10.26	10.11	10.11	10.06	0.05	31	43	11
28 兵 庫	5.15	0.03	0.05	5.24	10.08	10.07	10.07	10.00	0.07	20	19	▲ 1
29 奈 良	5.69	▲ 0.07	▲ 0.41	5.21	10.05	10.06	10.06	10.02	0.04	2	4	2
30 和 歌 山	5.73	0.08	▲ 0.48	5.33	10.16	10.09	10.10	10.02	0.08	4	4	▲ 1
31 鳥 取	5.87	▲ 0.02	▲ 0.70	5.14	9.98	10.05	10.05	9.98	0.07	2	2	▲ 0
32 島 根	5.91	▲ 0.12	▲ 0.55	5.25	10.08	10.07	10.08	10.00	0.08	4	3	▲ 0
33 岡 山	5.64	0.06	▲ 0.17	5.53	10.37	10.14	10.15	10.06	0.09	13	9	▲ 4
34 広 島	5.39	0.03	▲ 0.11	5.31	10.14	10.09	10.09	10.03	0.06	12	14	1
35 山 口	5.76	▲ 0.16	▲ 0.16	5.44	10.28	10.12	10.12	10.03	0.09	7	6	▲ 2
36 徳 島	6.06	▲ 0.07	▲ 0.43	5.56	10.39	10.15	10.15	10.08	0.07	3	3	▲ 0
37 香 川	5.81	▲ 0.03	▲ 0.26	5.51	10.35	10.14	10.15	10.09	0.06	4	5	1
38 愛 媛	5.65	0.10	▲ 0.47	5.27	10.11	10.08	10.09	10.03	0.06	6	7	1
39 高 知	5.88	▲ 0.03	▲ 0.44	5.41	10.25	10.11	10.10	10.04	0.06	3	3	0
40 福 岡	5.89	0.03	▲ 0.31	5.61	10.44	10.16	10.17	10.12	0.05	17	23	6
41 佐 賀	6.70	▲ 0.06	▲ 0.81	5.83	10.67	10.22	10.24	10.16	0.08	4	3	▲ 1
42 長 崎	6.07	0.02	▲ 0.75	5.34	10.17	10.09	10.09	10.06	0.03	3	5	3
43 熊 本	6.07	0.05	▲ 0.71	5.41	10.25	10.11	10.11	10.07	0.04	5	7	2
44 大 分	6.28	▲ 0.12	▲ 0.69	5.47	10.31	10.13	10.11	10.08	0.03	2	5	2
45 宮 崎	6.09	0.05	▲ 0.90	5.24	10.08	10.07	10.07	10.01	0.06	4	4	0
46 鹿 児 島	6.13	0.10	▲ 0.88	5.35	10.19	10.10	10.11	10.03	0.08	8	7	▲ 1
47 沖 縄	6.78	0.46	▲ 1.97	5.27	10.10	10.08	10.09	10.03	0.06	4	5	1

(注)・所要保険料率は、医療給付費についての調整後の所要保険料率に、傷病手当金等の現金給付費(0.48%)、後期高齢者支援金等(4.17%)、保健事業費等(0.21%)、その他収入(▲0.03%)の合計の保険料率4.84%を全国一律に加算したものである。

- ・ 特別の事情による額(原爆医療費、療養担当手当及び水俣病医療費)は、医療給付費から控除されており、全国一律の保険料率に反映している。
- ・ 保険料率(c)は、激変緩和措置として、当該支部の医療給付費についての所要保険料率の全国計との差が10分の2.5となるよう調整した上で、全国一律の保険料率4.84%を加算したものである。
- ・ 保険料率(d)は、保険料率(c)には含まれていない、平成23年度の都道府県支部ごとの収支決算における収支差の精算分及び支部ごとの特別計上分を含めて算定した保険料率である。
- ・ 準備金取崩し額(f)は料率凍結のために配分した額であり、準備金本来取崩し額(総報酬按分)(g)は準備金取崩し総額を総報酬で按分したものである。
- ・ 要精算額(g-f)は、平成27年度の都道府県単位保険料率算定時に平成25年度収支決算の収支差(実績)とあわせて精算される。

都道府県単位保険料率の決定に関する関係条文

保険料率の変更に関する法律上の手続

◎健康保険法

第160条 (略)

2 (略)

3 都道府県単位保険料率は、支部被保険者を単位として、次に掲げる額に照らし、毎事業年度において財政の均衡を保つことができるものとなるよう、政令で定めるところにより算定するものとする。

一～三 (略)

4・5 (略)

6 協会が都道府県単位保険料率を変更しようとするときは、あらかじめ、理事長が当該変更に係る都道府県に所在する支部の支部長の意見を聴いた上で、運営委員会の議を経なければならない。

7 支部長は、前項の意見を求められた場合のほか、都道府県単位保険料率の変更が必要と認める場合には、あらかじめ、当該支部に設けられた評議会の意見を聴いた上で、理事長に対し、当該都道府県単位保険料率の変更について意見の申出を行うものとする。

8 協会が都道府県単位保険料率を変更しようとするときは、理事長は、その変更について厚生労働大臣の認可を受けなければならない。

9 厚生労働大臣は、前項の認可をしたときは、遅滞なく、その旨を告示しなければならない。

10～13 (略)

14 特定保険料率は、各年度において保険者が納付すべき前期高齢者納付金等の額及び後期高齢者支援金等の額（協会が管掌する健康保険及び日雇特例被保険者の保険においては、その額から第153条及び第154条の規定による国庫補助額を控除した額）の合算額（前期高齢者交付金がある場合には、これを控除した額）を当該年度における当該保険者が管掌する被保険者の総報酬額の総額の見込額で除して得た率を基準として、保険者が定める。

15 基本保険料率は、一般保険料率から特定保険料率を控除した率を基準として、保険者が定める。

16 介護保険料率は、各年度において保険者が納付すべき介護納付金（日雇特例被保険者に係るものを除く。）の額（協会が管掌する健康保険においては、その額から第153条第二項の規定による国庫補助額を控除した額）を当該年度における当該保険者が管掌する介護保険第2号被保険者である被保険者の総報酬額の総額の見込額で除して得た率を基準として、保険者が定める。

17 協会は、第14項及び第15項の規定により基本保険料率及び特定保険料率を定め、又は前項の規定により介護保険料率を定めたときは、遅滞なく、その旨を厚生労働大臣に通知しなければならない。

激変緩和率による保険料率の調整

◎平成18年健康保険法等改正法

附 則

第31条 平成20年10月改正健保法第160条第3項の規定に基づき算定した都道府県単位保険料率のうち、第4条の規定の施行の日の前日における旧政管健保の一般保険料率との率の差が政令で定める基準を上回るものがある場合においては、同項の規定にかかわらず、協会は、成立の日から平成30年3月31日までの間に限り、政令で定めるところにより、都道府県単位保険料率の調整を行い、運営委員会の議を経て、当該算定した都道府県単位保険料率とは異なる都道府県単位保険料率を定めるものとする。

定款変更に関する法律上の手続

◎健康保険法

第7条の6 協会は、定款をもって、次に掲げる事項を定めなければならない。

一～九 (略)

十 その他組織及び業務に関する重要事項として厚生労働省令で定める事項

2 前項の定款の変更（厚生労働省令で定める事項に係るものを除く。）は、厚生労働大臣の認可を受けなければ、その効力を生じない。

3 協会は、前項の厚生労働省令で定める事項に係る定款の変更をしたときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に届け出なければならない。

4 協会は、定款の変更について第2項の認可を受けたとき、又は同項の厚生労働省令で定める事項に係る定款の変更をしたときは、遅滞なく、これを公告しなければならない。

第7条の19 次に掲げる事項については、理事長は、あらかじめ、運営委員会の議を経なければならない。

一 定款の変更

二 第7条の22第2項に規定する運営規則の変更

三 協会の毎事業年度の事業計画並びに予算及び決算

四 重要な財産の処分又は重大な債務の負担

五 第7条の35第2項に規定する役員に対する報酬及び退職手当の支給の基準の変更

六 その他協会の組織及び業務に関する重要事項として厚生労働省令で定めるもの

2・3 (略)

◎健康保険法施行規則

第2条の2 健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第7条の6第1項第10号の厚生労働省令で定める事項は、保険料に関する事項とする。

平成25年度介護保険料率について

各年度の介護保険料率は、次の算式により得た率を基準として、保険者が定めることとなっている。

$$\text{介護保険料率} = \frac{\text{介護納付金の額} - \text{国庫補助額等}}{\text{介護保険第2号被保険者(40歳～64歳)の総報酬額総額の見込}}$$

《現行の介護保険料率》

1. 55%



《平成25年3月分(4月納付分)～》

1. 55%

※任意継続被保険者は、平成25年4月分～

【参考】

介護納付金は8,233億円※、国庫補助額は1,350億円※、24年度末に見込まれる剰余分 267億円、準備金
取り崩し額は73億円、総報酬額総額は42兆5,845億円として算定しており、1.55%と設定。

※ 上記の介護納付金、国庫補助額には、日雇特例被保険者に係る額は含まれていない。

協会けんぽの収支見込み(介護分)

(単位:億円)

		23年度	24年度				25年度			備 考
		決算	24年11月26日 運営委の収支 (a)	直近見直し (25年1月) (b)	(b)－(a)	24年11月26日 運営委の収支 (c)	政府予算案に 基づく見込み (25年1月) (d)	(d)－(c)		
収 入	保険料収入	6,222	6,457	6,457	0	6,548	6,548	0	25年度保険料率: 1.55%	
	国庫補助等	1,230	1,251	1,251	0	1,330	1,351	20		
	その他	0	0	0	0	0	0	0		
	計	7,452	7,708	7,708	0	7,878	7,898	20		
支 出	介護納付金	7,403	7,629	7,629	0	8,115	8,238	123	介護納付金対前年度比 ⇒ +609 (+ 123) ○25年度の単年度収支を収支均 衡させた場合の25年度の保険料 率	
	その他	1	13	13	0	0	0	0		
	計	7,404	7,642	7,642	0	8,115	8,238	123		
単年度収支差		48	66	66	0	▲ 237	▲ 340	▲ 103	25年度保険料率 1.57%	
準備金残高		202	268	267	▲ 1	31	▲ 73	▲ 104		

- (注) 1. 協会会計と国会計を合算して作成したもの。
2. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

○準備金残高の▲73億は、医療分の準備金を73億を取り崩し、これを充当して25年度の介護保険料率を24年度の保険料率1.55%に据え置く。

平成25年度保険料率に関する広報について

広報の方針

- 平成25年度予算編成の遅れに伴い、保険料率の広報は、従来のスケジュールとは異なる。
- 2月には保険料率の見通しをお知らせし、3月に保険料額表にて、決定した保険料率をお知らせする。
- 署名活動や各方面への要請等、これまでの協会の取組みが今後の国民会議の議論等を踏まえた制度全体の見直しに反映できるよう、メディアに対して、意見発信をしていく。

	平成25年2月	3月	4月
ホームページ メールマガジン	【2月】 料率据置きの見通しを告知	【3月～】 料率据置き(予定)を分かりやすく説明	
関係団体 都道府県・市町村等	【2月～3月】 ◆事業主・事業主団体、健康保険委員の集まる機会を活用したきめ細かな説明 ◆地域の関係団体、都道府県や市町村への情報発信による協力依頼(広報誌等への掲載依頼) ◆繋がりのある地元メディアへの情報発信を通じて、保険料率軽減への協力依頼(記事の掲載依頼等)		
加入者・事業主・ 任意継続被保険者 へのお知らせ	納入告知書 ヘチラシ同封 任継続付書 納入告知書 ヘチラシ同封 任継続付書 (注1) 平成25年度保険料率の見通しについて、同封するチラシで加入者・事業主にお知らせする。 (注2) 事業主等の利便を図るため、健康保険・厚生年金保険の一体となった保険料額表を作成する。		

平成 2 5 年度船員保険の保険料率（案）

以下のとおり、保険料率を 3 月分（4 月納付分）から変更する。但し、疾病任意継続被保険者については 4 月分（4 月納付分）から変更する。

（平成 2 4 年度）

1 一般保険料率

（単位：％）

	被保険者 負担率	控除率 ^(注)	船舶所有 者負担率	計
疾病保険料率	4.55	0.35	4.90	9.80
災害保健福祉 保険料率	—	—	1.20	1.20
合 計	4.55	0.35	6.10	11.00

※特定保険料率：3.61％、基本保険料率：5.84％

▶疾病任意継続被保険者 ⇒ 9.87％

（疾病 9.45％（0.35％控除後）＋災害 0.42％）

▶独立行政法人等被保険者 ⇒ 災害 0.41％

▶後期高齢者医療被保険者 ⇒ 災害 1.20％

（注）被保険者保険料負担軽減措置による控除率である。

2 介護保険料率

（単位：％）

	被保険者 負担率	船舶所有者 負担率	計
介護保険料率	0.865	0.865	1.73

（平成 2 5 年度）

1 一般保険料率

（単位：％）

	被保険者 負担率	控除率 ^(注)	船舶所有 者負担率	計
疾病保険料率	4.55	<u>0.50</u>	<u>5.05</u>	<u>10.10</u>
災害保健福祉 保険料率	—	—	<u>1.05</u>	<u>1.05</u>
合 計	4.55	<u>0.50</u>	6.10	<u>11.15</u>

※特定保険料率：3.79％、基本保険料率：5.81％

▶疾病任意継続被保険者 ⇒ 9.99％

（疾病 9.60％（0.5％控除後）＋災害 0.39％）

▶独立行政法人等被保険者 ⇒ 災害 0.31％

▶後期高齢者医療被保険者 ⇒ 災害 0.88％

（注）被保険者保険料負担軽減措置による控除率である。

2 介護保険料率

（単位：％）

	被保険者 負担率	船舶所有者 負担率	計
介護保険料率	<u>0.815</u>	<u>0.815</u>	<u>1.63</u>

(参考1)

船員保険の収支見込み(疾病保険分)

(平成25年度の疾病保険料率を10.1%(被保険者負担軽減分を含む)へ改定することを前提とした24年12月時点の暫定試算)

(単位:億円)

		23年度 (決算)	24年度	25年度	備 考
収 入	保 険 料 収 入	279	286	286	疾病保険料率:9.6% (被保険者負担軽減分(0.5%)控除後) 被保険者負担軽減分:0.5%
	国 庫 補 助 等	35	30	30	
	雑 収 入 等	1	1	1	
	準 備 金 戻 入	5	11	15	
	計	321	328	332	
支 出	保 険 給 付 費	203	201	201	【平成25年度基礎係数】 被保険者数 58,192人(▲1.5%) 平均標準報酬月額 390,630円(0.0%) 1人当たり給付費 344,869円(1.2%) 注:()内は対前年度比
	前 期 高 齢 者 納 付 金	40	43	45	
	後 期 高 齢 者 支 援 金	56	62	65	
	老 人 保 健 拠 出 金	0	0	0	
	退 職 者 給 付 拠 出 金	12	13	14	
	業 務 経 費	1	1	1	
	一 般 管 理 費	4	5	5	
	雑 支 出 等	1	2	1	
	計	317	327	331	
単 年 度 収 支 差		3	1	1	
準 備 金 残 高		235	225	211	
	被保険者保険料負担軽減分	188	178	163	
	被保険者保険料負担軽減分を除く	47	48	48	

(注) 1. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

2. 各種拠出金については、国の予算編成過程において若干の変動がありうる。その結果、収支不足が生じた場合には準備金を取り崩すことによって対応する。

3. 25年度の業務経費及び一般管理費については暫定値であり、25年3月の協会予算決定までに必要な見直しを行う。

(参考2)

船員保険の収支見込み(災害保健福祉保険分)

(平成25年度の災害保健福祉保険料率を1.05%へ改定することを前提とした平成24年12月時点の暫定試算)

(単位:百万円)

		23年度 (決算)	24年度	25年度	備 考
収 入	保 険 料 収 入	4,147	3,551	3,069	災害保健福祉保険料率:1.05%
	国 庫 補 助	30	13	13	
	福 祉 医 療 機 構 国 庫 納 付 金 等	362	555	525	
	雑 収 入 等	81	79	82	
	計	4,619	4,198	3,689	
支 出	保 険 給 付 費	1,895	1,860	1,858	【平成25年度基礎係数】 被保険者数 58,192人(▲1.5%) 平均標準報酬月額 390,630円(0.0%) 注:()内は対前年度比
	業 務 経 費	775	1,298	1,267	
	一 般 管 理 費	263	351	338	
	雑 支 出 等	44	31	15	
	計	2,977	3,540	3,477	
単 年 度 収 支 差		1,642	658	212	
準 備 金 残 高		15,295	15,953	16,165	

(注) 1. 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

2. 25年度の業務経費及び一般管理費については暫定値であり、25年3月の協会予算決定までに必要な見直しを行う。

平成 2 5 年度の介護保険料率の算定方法

各年度の介護保険料率については、次の算式により得た率を基準として、協会が定めることとなっている。

$$\text{介護保険料率} = \frac{\text{介護納付金の額}}{\text{介護保険 2 号被保険者の総報酬額の総額の見込額}}$$

《現行の介護保険料率》

1 . 7 3 %



《(案) 平成 2 5 年 3 月～》

1 . 6 3 %

※ 疾病任意継続被保険者にあつては、平成 25 年 4 月～

【 介護保険料率の算定式 】

$$\begin{aligned}
 (1) \quad & \frac{3,348,845 \text{ 千円 (介護納付金)}}{193,943,122 \text{ 千円 (総報酬額)}} = 1.727\% \\
 (2) \quad & 165,578 \text{ 千円 (24 年度末剰余見込み)} \div 193,943,122 \text{ 千円 (総報酬額)} = \blacktriangle 0.085\% \\
 (3) \quad & \text{過年度の未納保険料を平成 25 年度中に収納することによる減} = \blacktriangle 0.012\% \\
 & (1) + (2) + (3) = \underline{1.630\%}
 \end{aligned}$$

(注) 介護納付金については、国の予算編成過程で若干の変動がありうる。その結果、過不足が生じた場合には、平成 26 年度以降の保険料率を調整することによって対応する。

全国健康保険協会定款の一部変更について（案）

全国健康保険協会定款中別表２、別表５及び別表６を次のように変更する。
変更後の別表２、別表５及び別表６は平成２５年３月１日（健康保険の任意継続被保険者及び船員保険の疾病任意継続被保険者にあつては、同年４月１日）から適用する。

別表２（第３７条及び第３９条関係）

都道府県	一般保険料率	特定保険料率	基本保険料率
北海道	１０．１２％	４．１５％	５．９７％
青森県	１０．００％	４．１５％	５．８５％
岩手県	９．９３％	４．１５％	５．７８％
宮城県	１０．０１％	４．１５％	５．８６％
秋田県	１０．０２％	４．１５％	５．８７％
山形県	９．９６％	４．１５％	５．８１％
福島県	９．９６％	４．１５％	５．８１％
茨城県	９．９３％	４．１５％	５．７８％
栃木県	９．９５％	４．１５％	５．８０％
群馬県	９．９５％	４．１５％	５．８０％
埼玉県	９．９４％	４．１５％	５．７９％
千葉県	９．９３％	４．１５％	５．７８％
東京都	９．９７％	４．１５％	５．８２％
神奈川県	９．９８％	４．１５％	５．８３％
新潟県	９．９０％	４．１５％	５．７５％
富山県	９．９３％	４．１５％	５．７８％
石川県	１０．０３％	４．１５％	５．８８％
福井県	１０．０２％	４．１５％	５．８７％
山梨県	９．９４％	４．１５％	５．７９％
長野県	９．８５％	４．１５％	５．７０％
岐阜県	９．９９％	４．１５％	５．８４％
静岡県	９．９２％	４．１５％	５．７７％
愛知県	９．９７％	４．１５％	５．８２％
三重県	９．９４％	４．１５％	５．７９％

滋 賀 県	9. 9 7 %	4. 1 5 %	5. 8 2 %
京 都 府	9. 9 8 %	4. 1 5 %	5. 8 3 %
大 阪 府	1 0. 0 6 %	4. 1 5 %	5. 9 1 %
兵 庫 県	1 0. 0 0 %	4. 1 5 %	5. 8 5 %
奈 良 県	1 0. 0 2 %	4. 1 5 %	5. 8 7 %
和 歌 山 県	1 0. 0 2 %	4. 1 5 %	5. 8 7 %
鳥 取 県	9. 9 8 %	4. 1 5 %	5. 8 3 %
島 根 県	1 0. 0 0 %	4. 1 5 %	5. 8 5 %
岡 山 県	1 0. 0 6 %	4. 1 5 %	5. 9 1 %
広 島 県	1 0. 0 3 %	4. 1 5 %	5. 8 8 %
山 口 県	1 0. 0 3 %	4. 1 5 %	5. 8 8 %
徳 島 県	1 0. 0 8 %	4. 1 5 %	5. 9 3 %
香 川 県	1 0. 0 9 %	4. 1 5 %	5. 9 4 %
愛 媛 県	1 0. 0 3 %	4. 1 5 %	5. 8 8 %
高 知 県	1 0. 0 4 %	4. 1 5 %	5. 8 9 %
福 岡 県	1 0. 1 2 %	4. 1 5 %	5. 9 7 %
佐 賀 県	1 0. 1 6 %	4. 1 5 %	6. 0 1 %
長 崎 県	1 0. 0 6 %	4. 1 5 %	5. 9 1 %
熊 本 県	1 0. 0 7 %	4. 1 5 %	5. 9 2 %
大 分 県	1 0. 0 8 %	4. 1 5 %	5. 9 3 %
宮 崎 県	1 0. 0 1 %	4. 1 5 %	5. 8 6 %
鹿 児 島 県	1 0. 0 3 %	4. 1 5 %	5. 8 8 %
沖 縄 県	1 0. 0 3 %	4. 1 5 %	5. 8 8 %

〔船員保険関係〕

別表 5（第 5 2 条及び第 5 4 条関係）

	一般 保険料率	疾病 保険料率	特定 保険料率	基本 保険料率	災害保健福祉 保険料率
一般被保険者	1 0 . 6 5 %	9 . 6 0 %	3 . 7 9 %	5 . 8 1 %	1 . 0 5 %
疾病任意継続 被保険者	9 . 9 9 %	9 . 6 0 %	3 . 7 9 %	5 . 8 1 %	0 . 3 9 %
後期高齢者医療 の被保険者等 である被保険者	0 . 8 8 %	—	—	—	0 . 8 8 %
独立行政法人等 職員被保険者	0 . 3 1 %	—	—	—	0 . 3 1 %

※ 疾病保険料率については、船員保険法附則第 9 条第 1 項の規定に基づき、平成 2 5 年 3 月分から平成 2 6 年 2 月分まで（疾病任意継続被保険者にあつては、平成 2 5 年 4 月分から平成 2 6 年 3 月分まで）の間、0 . 5 0 %を控除する。この場合において、別表 5 中「疾病保険料率」とあるのは、「疾病保険料率から 0 . 5 0 %を控除した率」と読み替えるものとする。

別表 6（第 5 5 条関係）

介護保険料率
1 . 6 3 %

(新旧対照) 全国健康保険協会定款

変 更 案				現 行			
別表 2 (第 3 7 条及び第 3 9 条関係)				別表 2 (第 3 7 条及び第 3 9 条関係)			
都道府県	一般保険料率	特定保険料率	基本保険料率	都道府県	一般保険料率	特定保険料率	基本保険料率
北 海 道	1 0 . 1 2 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 9 7 %</u>	北 海 道	1 0 . 1 2 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 1 1 %</u>
青 森 県	1 0 . 0 0 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 5 %</u>	青 森 県	1 0 . 0 0 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 9 %</u>
岩 手 県	9 . 9 3 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 7 8 %</u>	岩 手 県	9 . 9 3 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 2 %</u>
宮 城 県	1 0 . 0 1 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 6 %</u>	宮 城 県	1 0 . 0 1 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 0 %</u>
秋 田 県	1 0 . 0 2 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 7 %</u>	秋 田 県	1 0 . 0 2 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 1 %</u>
山 形 県	9 . 9 6 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 1 %</u>	山 形 県	9 . 9 6 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 5 %</u>
福 島 県	9 . 9 6 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 1 %</u>	福 島 県	9 . 9 6 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 5 %</u>
茨 城 県	9 . 9 3 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 7 8 %</u>	茨 城 県	9 . 9 3 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 2 %</u>
栃 木 県	9 . 9 5 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 0 %</u>	栃 木 県	9 . 9 5 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 4 %</u>
群 馬 県	9 . 9 5 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 0 %</u>	群 馬 県	9 . 9 5 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 4 %</u>
埼 玉 県	9 . 9 4 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 7 9 %</u>	埼 玉 県	9 . 9 4 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 3 %</u>
千 葉 県	9 . 9 3 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 7 8 %</u>	千 葉 県	9 . 9 3 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 2 %</u>
東 京 都	9 . 9 7 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 2 %</u>	東 京 都	9 . 9 7 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 6 %</u>
神 奈 川 県	9 . 9 8 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 3 %</u>	神 奈 川 県	9 . 9 8 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 7 %</u>
新 潟 県	9 . 9 0 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 7 5 %</u>	新 潟 県	9 . 9 0 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 8 9 %</u>
富 山 県	9 . 9 3 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 7 8 %</u>	富 山 県	9 . 9 3 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>5 . 9 2 %</u>

石川 県	10.03%	<u>4.15%</u>	<u>5.88%</u>	石川 県	10.03%	<u>4.01%</u>	<u>6.02%</u>
福井 県	10.02%	<u>4.15%</u>	<u>5.87%</u>	福井 県	10.02%	<u>4.01%</u>	<u>6.01%</u>
山梨 県	9.94%	<u>4.15%</u>	<u>5.79%</u>	山梨 県	9.94%	<u>4.01%</u>	<u>5.93%</u>
長野 県	9.85%	<u>4.15%</u>	<u>5.70%</u>	長野 県	9.85%	<u>4.01%</u>	<u>5.84%</u>
岐阜 県	9.99%	<u>4.15%</u>	<u>5.84%</u>	岐阜 県	9.99%	<u>4.01%</u>	<u>5.98%</u>
静岡 県	9.92%	<u>4.15%</u>	<u>5.77%</u>	静岡 県	9.92%	<u>4.01%</u>	<u>5.91%</u>
愛知 県	9.97%	<u>4.15%</u>	<u>5.82%</u>	愛知 県	9.97%	<u>4.01%</u>	<u>5.96%</u>
三重 県	9.94%	<u>4.15%</u>	<u>5.79%</u>	三重 県	9.94%	<u>4.01%</u>	<u>5.93%</u>
滋賀 県	9.97%	<u>4.15%</u>	<u>5.82%</u>	滋賀 県	9.97%	<u>4.01%</u>	<u>5.96%</u>
京都 府	9.98%	<u>4.15%</u>	<u>5.83%</u>	京都 府	9.98%	<u>4.01%</u>	<u>5.97%</u>
大阪 府	10.06%	<u>4.15%</u>	<u>5.91%</u>	大阪 府	10.06%	<u>4.01%</u>	<u>6.05%</u>
兵庫 県	10.00%	<u>4.15%</u>	<u>5.85%</u>	兵庫 県	10.00%	<u>4.01%</u>	<u>5.99%</u>
奈良 県	10.02%	<u>4.15%</u>	<u>5.87%</u>	奈良 県	10.02%	<u>4.01%</u>	<u>6.01%</u>
和歌山 県	10.02%	<u>4.15%</u>	<u>5.87%</u>	和歌山 県	10.02%	<u>4.01%</u>	<u>6.01%</u>
鳥取 県	9.98%	<u>4.15%</u>	<u>5.83%</u>	鳥取 県	9.98%	<u>4.01%</u>	<u>5.97%</u>
島根 県	10.00%	<u>4.15%</u>	<u>5.85%</u>	島根 県	10.00%	<u>4.01%</u>	<u>5.99%</u>
岡山 県	10.06%	<u>4.15%</u>	<u>5.91%</u>	岡山 県	10.06%	<u>4.01%</u>	<u>6.05%</u>
広島 県	10.03%	<u>4.15%</u>	<u>5.88%</u>	広島 県	10.03%	<u>4.01%</u>	<u>6.02%</u>
山口 県	10.03%	<u>4.15%</u>	<u>5.88%</u>	山口 県	10.03%	<u>4.01%</u>	<u>6.02%</u>
徳島 県	10.08%	<u>4.15%</u>	<u>5.93%</u>	徳島 県	10.08%	<u>4.01%</u>	<u>6.07%</u>

香 川 県	1 0 . 0 9 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 9 4 %</u>
愛 媛 県	1 0 . 0 3 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 8 %</u>
高 知 県	1 0 . 0 4 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 9 %</u>
福 岡 県	1 0 . 1 2 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 9 7 %</u>
佐 賀 県	1 0 . 1 6 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>6 . 0 1 %</u>
長 崎 県	1 0 . 0 6 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 9 1 %</u>
熊 本 県	1 0 . 0 7 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 9 2 %</u>
大 分 県	1 0 . 0 8 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 9 3 %</u>
宮 崎 県	1 0 . 0 1 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 6 %</u>
鹿 児 島 県	1 0 . 0 3 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 8 %</u>
沖 縄 県	1 0 . 0 3 %	<u>4 . 1 5 %</u>	<u>5 . 8 8 %</u>

香 川 県	1 0 . 0 9 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 8 %</u>
愛 媛 県	1 0 . 0 3 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 2 %</u>
高 知 県	1 0 . 0 4 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 3 %</u>
福 岡 県	1 0 . 1 2 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 1 1 %</u>
佐 賀 県	1 0 . 1 6 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 1 5 %</u>
長 崎 県	1 0 . 0 6 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 5 %</u>
熊 本 県	1 0 . 0 7 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 6 %</u>
大 分 県	1 0 . 0 8 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 7 %</u>
宮 崎 県	1 0 . 0 1 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 0 %</u>
鹿 児 島 県	1 0 . 0 3 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 2 %</u>
沖 縄 県	1 0 . 0 3 %	<u>4 . 0 1 %</u>	<u>6 . 0 2 %</u>

〔船員保険関係〕

変 更 案

別表 5（第 5 2 条及び第 5 4 条関係）

	一般 保険料率	疾病 保険料率	特定 保険料率	基本 保険料率	災害保健 福祉 保険料率
一般被保険者	10.65%	<u>9.60%</u>	<u>3.79%</u>	<u>5.81%</u>	<u>1.05%</u>
疾病任意継続 被保険者	<u>9.99%</u>	<u>9.60%</u>	<u>3.79%</u>	<u>5.81%</u>	<u>0.39%</u>
後期高齢者医療 の被保険者等で ある被保険者	<u>0.88%</u>	—	—	—	<u>0.88%</u>
独立行政法人等 職員被保険者	<u>0.31%</u>	—	—	—	<u>0.31%</u>

別表 6（第 5 5 条関係）

介護保険料率
<u>1. 6 3 %</u>

現 行

別表 5（第 5 2 条及び第 5 4 条関係）

	一般 保険料率	疾病 保険料率	特定 保険料率	基本 保険料率	災害保健 福祉 保険料率
一般被保険者	10.65%	<u>9.45%</u>	<u>3.61%</u>	<u>5.84%</u>	<u>1.20%</u>
疾病任意継続 被保険者	<u>9.87%</u>	<u>9.45%</u>	<u>3.61%</u>	<u>5.84%</u>	<u>0.42%</u>
後期高齢者医療 の被保険者等で ある被保険者	<u>1.20%</u>	—	—	—	<u>1.20%</u>
独立行政法人等 職員被保険者	<u>0.41%</u>	—	—	—	<u>0.41%</u>

別表 6（第 5 5 条関係）

介護保険料率
<u>1. 7 3 %</u>

平成25年度の特定保険料率及び基本保険料率について

- ・健康保険の保険料率については、後期高齢者医療制度への支援金等に充てるための保険料率（特定保険料率）と、加入者の給付費等に充てられる保険料率（基本保険料率）の内訳を示すこととなっている。
- ・各年度の特定保険料率及び基本保険料率については、次の算式により得た率を基準として、保険者が定めることとなっている。

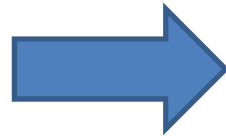
$$\text{特定保険料率} = \frac{\text{前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等の額} - \text{国庫補助額}}{\text{総報酬額の総額の見込額}}$$

$$\text{基本保険料率} = \text{都道府県単位保険料率} - \text{特定保険料率}$$

《現 行》

9.85～10.16%

特定保険料率 $\left(4.01\% \right)$
基本保険料率 $\left(5.84\sim 6.15\% \right)$



《平成25年3月分～》

9.85～10.16%

$\left(4.15\% \right)$
 $\left(5.70\sim 6.01\% \right)$

※任意継続被保険者にあつては、平成25年4月分～

【参考】

前期高齢者納付金の額は1兆4,398億円※、後期高齢者支援金の額は1兆7,064億円、退職者給付拠出金の額は3,402億円、老人保健拠出金の額は1億円、国庫補助額は4,253億円、総報酬額は73兆7,929億円として特定保険料率を算定している。

※25年度収支見込みにおける額(1兆4,399億円)から23年度の精算金等(1億円)を差し引いた額

平成25年度日雇特例被保険者の保険料額について

○日雇特例被保険者の保険料額（日額）は、次の算式※により算定し、厚生労働大臣が告示することとなっている。

$$\text{保険料額(日額)} = \text{標準賃金日額} \times (\text{平均保険料率} + \text{介護保険料率}) \times (1 + 0.31) \quad \text{※健康保険法第168条}$$

○平均保険料率については、健康保険法上、各支部の都道府県単位保険料率に各支部の被保険者の総報酬額を乗じて得た額の総額を全国の被保険者の総報酬額の総額で除して得た率により算出することとなっているが、平成25年度の都道府県単位保険料率の平均保険料率及び介護保険料率は平成24年度と同じであるため、日雇特例被保険者に係る保険料額は変更されないこととなる。

(1) 介護保険第2号被保険者である日雇特例被保険者の保険料額（平均保険料率は10.00%、介護保険料率は1.55%により算定）

標準賃金日額の等級	日雇特例被保険者に関する保険料額	当該被保険者の負担すべき額	当該被保険者を使用する事業主の負担すべき額
第1級	440円	170円	270円
第2級	650円	250円	400円
第3級	860円	330円	530円
第4級	1,080円	415円	665円
第5級	1,320円	505円	815円
第6級	1,620円	620円	1,000円
第7級	2,000円	765円	1,235円
第8級	2,370円	905円	1,465円
第9級	2,750円	1,050円	1,700円
第10級	3,210円	1,225円	1,985円
第11級	3,730円	1,425円	2,305円

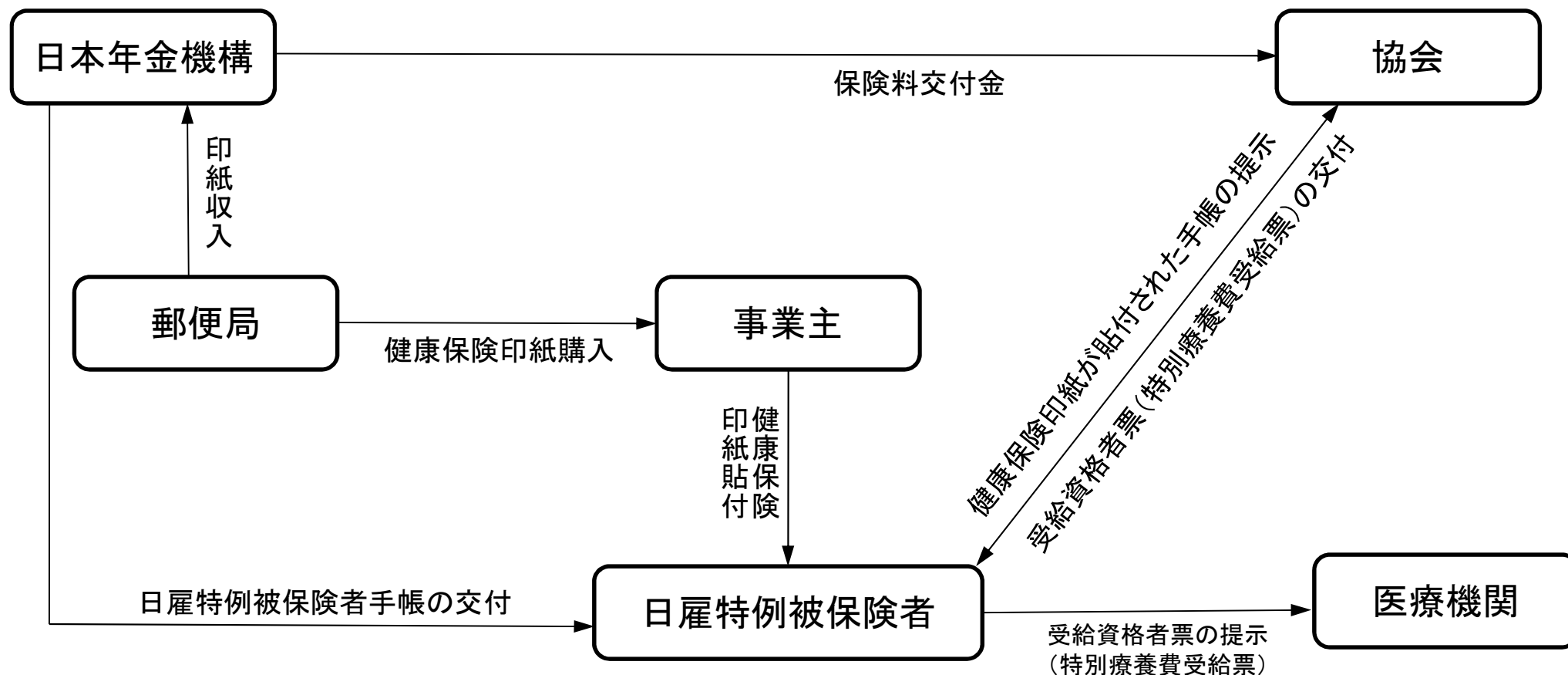
(2) (1)に掲げる者以外の日雇特例被保険者（平均保険料率は10.00%により算定）

標準賃金日額の等級	日雇特例被保険者に関する保険料額	当該被保険者の負担すべき額	当該被保険者を使用する事業主の負担すべき額
第1級	390円	150円	240円
第2級	570円	220円	350円
第3級	740円	285円	455円
第4級	940円	360円	580円
第5級	1,140円	435円	705円
第6級	1,400円	535円	865円
第7級	1,730円	660円	1,070円
第8級	2,050円	785円	1,265円
第9級	2,380円	910円	1,470円
第10級	2,770円	1,060円	1,710円
第11級	3,230円	1,235円	1,995円

(注) 保険料額のうち、日雇特例被保険者と事業主の負担割合は、0.5:0.81となっている。

《日雇特例被保険者の保険料納付等の仕組みについて》

日雇特例被保険者は日々雇い入れられる者等が対象となっており、日本年金機構から日雇特例被保険者手帳の交付を行い、事業主が手帳に健康保険印紙を貼り、消印するという方法で保険料を納付する仕組みとなっている。（日雇特例被保険者は、平成24年9月現在、約1.2万人）



【参考】

2カ月月間に通算して26日分以上の保険料が納付されているか、又はその月の前6カ月間に通算して78日分以上の保険料を納めていることが受給資格者票の交付の要件となっている。（ただし、最初の手帳の交付等の場合には当該要件を満たしていなくとも特別療養費受給票を交付）

協会けんぽ事業計画案（基本方針）

新（平成 25 年度）	現（平成 24 年度）
I. 事業計画の基本方針 ○ 加入者の健康の維持、増進を図り、質の高い医療サービスを地域で効率的に提供できるよう支援する保険者機能を、<u>地域の実情を踏まえ、加入者や事業主の意見を反映した、自主自律・都道府県単位の運営により、最大限発揮すべく、以下の考え方により策定した、「保険者機能強化アクションプラン（第 2 期）」の具体化を図る。</u> 第一に、協会自らが、加入者の健診データや受診情報、地域の医療提供機関等の機能情報及び疾病動向等を効果的に収集できるよう取組みを強化する。併せて、加入者アンケートの実施等により、加入者の実態および意識や意見などの把握に努める。 第二に、収集した情報を統合し、協会内部で分析する機能を更に強化する。 第三に、分析した内容を協会の運営に活用するとともに、政策提言として国、都道府県等に対して発信することを通じて地域の医療・介護サービスが効率的に提供されるよう支援する。また、協会の取組みについて、協会の加入者、事業主をはじめとする国民に向けて情報発信を行う。 ○ 「<u>保険者機能強化アクションプラン（第 2 期）」</u>においては、引き続き加入者の疾病の予防や健康増進、医療の質の向上等の取組みを総合的に推進する。特に、<u>これまで疾病予防や健康増進、あるいは医療費に比較して議論の少なかった医療の質に関する情報の収</u>	I. 事業計画の基本方針 ○ 加入者の健康の維持、増進を図り、質の高い医療サービスを地域で効率的に提供できるよう支援する保険者機能を最大限発揮すべく、以下の考え方により、現在の「<u>保険者機能強化アクションプラン</u>」を発展させた、<u>中期的な「新保険者機能強化アクションプラン（仮称）」を新たに策定する。</u> 第一に、協会自らが、加入者の健診データや受診情報、地域の医療提供機関等の機能情報及び疾病動向等を効果的に収集できるよう取組みを強化する。併せて、加入者アンケートの実施等により、加入者の実態および意識や意見などの把握に努める。第二に、収集した情報を統合し、協会内部で分析する機能を更に強化する。そして第三に、分析した内容を協会の運営に活用するとともに、政策提言として国、都道府県等に対して発信することを通じて地域の医療・介護サービスが効率的に提供されるよう支援する。また、協会の取組みについて、協会の加入者、事業主をはじめとする国民に向けて情報発信を行う。 ○ 従来の「<u>保険者機能強化アクションプラン</u>」を発展させた「<u>新保険者機能強化アクションプラン（仮称）」</u>においては、引き続き加入者の疾病の予防や健康増進、医療の質の向上等の取組みを総合的に推進する。特に <u>24 年度は、5 年を一期とした医療費適正化計画の</u>

<u>集、分析、発信に向けた取組みに着手する。</u> ○ あわせて、都道府県支部間の医療費の地域差の状況に鑑み、その差の縮小に向け、医療費の低い支部等に関する情報の収集・分析や、都道府県、他の保険者等との連携を深める。 ○ また、協会の組織面においても、実績や能力本位など民間にふさわしい人事制度や組織基盤を定着させていくとともに、協会のミッションの徹底や、人材育成等を通じて、職員の意識改革を進め、加入者本位、主体性と実行性の重視、自由闊達な気風と創意工夫に富んだ組織風土・文化の更なる定着を図る。あわせて、「<u>保険者機能強化アクションプラン（第２期）</u>」を実効あるものとするための人材育成を推進する。 ○ 厳しい経済環境の影響による被保険者の標準報酬の減少や保険給付費及び高齢者医療への支援金の増等により、協会けんぽの平均保険料率は<u>10.00%ともはや限界に達しており</u>、協会けんぽの取組みの理解とあわせて、加入者・事業主に保険財政の厳しい状況を伝えていく必要がある。また、中小企業等で働く方々の健康と暮らしを守る被用者保険としての機能が果たせるよう、本部と支部が一体になって全力で事業運営に取り組む。特に、協会けんぽの財政基盤をより強化するため、より一層の効率的な事業運営の推進を図るとともに、国庫補助率の引上げを含めた医療制度改革を本部・支部と連携して、<u>社会保障制度改革国民会議をはじめ</u>、関係各方面へ提言していく。また、<u>自主・自律という一方で法令により協会に様々な制</u>	<u>最終年度であることを踏まえ、目標達成に向けてより一層の取組強化を図る。</u> ○ あわせて、都道府県支部間の医療費の地域差の状況に鑑み、その差の縮小に向け、医療費の低い支部等に関する情報の収集・分析や、都道府県、他の保険者等との連携を深める。 ○ また、協会の組織面においても、実績や能力本位など民間にふさわしい人事制度や組織基盤を定着させていくとともに、協会のミッションの徹底や、人材育成等を通じて、職員の意識改革を進め、加入者本位、主体性と実行性の重視、自由闊達な気風と創意工夫に富んだ組織風土・文化の更なる定着を図る。あわせて、「<u>新保険者機能強化アクションプラン（仮称）</u>」を実効あるものとするための人材育成を推進する。 ○ 厳しい経済環境の影響による被保険者の標準報酬の減少や保険給付費及び高齢者医療への支援金の増等により、協会けんぽの24年度の平均保険料率も<u>10.00%とせざるを得ず</u>、協会けんぽの取組みの理解とあわせて、加入者・事業主に保険財政の厳しい状況を伝えていく必要がある。また、中小企業等で働く方々の健康と暮らしを守る被用者保険としての機能が果たせるよう、本部と支部が一体になって全力で事業運営に取り組む。特に財政再建期間の最終年度である24年度は、<u>特例措置の期限でもあることから</u>、協会けんぽの財政基盤をより強化するため、より一層の効率的な事業運営の推進を図るとともに、国庫補助率の引上げを含めた医療制度改革を本部・支部と連携して関係各方面へ提言していく。また、法令により協会に
---	---

約が課されている現状を踏まえ、協会の自主性とそれに伴う責任をより広げる方向での制度見直しを求めていく。 ○ 従来の広報に留まらず、中小企業団体と連携し、制度や協会運営に関する意見を吸い上げ、政策提言や運営改善に役立てると同時に、家計や経営環境が厳しい状況の中において、被用者医療保険の柱である協会けんぽの機能の重要性を被保険者・加入者が理解し、安心感をもてるよう、保険料率のお知らせとともに、医療保険制度の仕組みや現役世代が高齢者の医療を支えている構造についても、加入者・事業主の方々の理解と納得が得られるよう、周知広報に万全を期す。 ○ 中期的な財政見通しを踏まえ、保険料負担をできるだけ上げないよう、地域の実情に応じた医療費の適正化のほか、業務改革、経費の節減等のための取組みについて一層強化する。なお、国による社会保障・税番号制度の動向に留意する。 ○ 協会の運営については、情報発信を強化し、スピード感をもって実行に移していくとともに、指標（数値）化を行い、定期的に公表するものとし、運営委員会及び評議会を基軸として、加入者及び事業主の意見に基づき、PDCAサイクルを適切に機能させていく。 ○ また、保険料収納や保険証交付の前提となる被保険者資格の確認などを担う日本年金機構との連携を深め、円滑な事業実施を図る。	様々な制約が課されている現状を踏まえ、協会の自主性とそれに伴う責任をより広げる方向での制度見直しを求めていく。 ○ 従来の広報に留まらず、中小企業団体と連携し、制度や協会運営に関する意見を吸い上げ、政策提言や運営改善に役立てると同時に、家計や経営環境が厳しい状況の中において、被用者医療保険の柱である協会けんぽの機能の重要性を被保険者・加入者が理解し、安心感をもてるよう、保険料率のお知らせとともに、医療保険制度の仕組みや現役世代が高齢者の医療を支えている構造についても、加入者・事業主の方々の理解と納得が得られるよう、周知広報に万全を期す。 ○ 中期的な財政見通しを踏まえ、保険料負担をできるだけ上げないよう、地域の実情に応じた医療費の適正化のほか、業務改革、経費の節減等のための取組みについて一層強化する。なお、国による社会保障・税番号制度の動向に留意する。 ○ 協会の運営については、情報発信を強化し、スピード感をもって実行に移していくとともに、指標（数値）化を行い、定期的に公表するものとし、運営委員会及び評議会を基軸として、加入者及び事業主の意見に基づき、PDCAサイクルを適切に機能させていく。 ○ また、保険料収納や保険証交付の前提となる被保険者資格の確認などを担う日本年金機構との連携を深め、円滑な事業実施を図る。
--	--

協会けんぽ事業計画案（重点事項）

新（平成 25 年度）	現（平成 24 年度）
Ⅱ．重点事項 1．保険運営の企画 (1) 保険者機能の発揮による総合的な取組みの推進 「<u>保険者機能強化アクションプラン（第2期）</u>」に基づき、地域の医療費、健診データ、加入者・患者からの考えを収集・分析するとともに、地域の実情を踏まえ、加入者の疾病の予防や健康増進、医療の質の確保、医療費適正化対策の推進のため、以下のような取組みを総合的に<u>推進し、保険者機能強化アクションプラン（第2期）に記載した事項の具体化を図る。</u>あわせて、パイロット事業等の成果を全国的に普及する。 ○ 医療に関する情報の収集と分析 ○ 医療に関する情報の加入者・患者への提供 ○ 都道府県など関係方面への積極的な発信 ○ 他の保険者との連携や共同事業の実施 ○ 保健事業の効果的な推進 ○ ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進 等 また、<u>社会保障審議会の各部会や中央社会保険医療協議会において、協会の財政基盤強化の視点、給付の重点化・制度運営の効</u>	Ⅱ．重点事項 1．保険運営の企画 (1) 保険者機能の発揮による総合的な取組みの推進 <u>新たに策定する「新保険者機能強化アクションプラン（仮称）」</u>に基づき、地域の医療費、健診データ、加入者・患者からの考えを収集・分析するとともに、地域の実情を踏まえ、加入者の疾病の予防や健康増進、医療の質の確保、医療費適正化対策の推進のため、以下のような取組みを総合的に<u>推進していく。</u>あわせて、パイロット事業等の成果を全国的に普及する。 ○ 医療に関する情報の収集と分析 ○ 医療に関する情報の加入者・患者への提供 ○ 都道府県など関係方面への積極的な発信 ○ 他の保険者との連携や共同事業の実施 ○ 保健事業の効果的な推進 ○ ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進 ○ 効果的なレセプト点検の推進 ○ 傷病手当金、出産手当金、柔道整復施術療養費等健康保険給付の審査強化 等 ○ <u>社会保障審議会の各部会や中央社会保険医療協議会において、協会の財政基盤強化の視点、給付の重点化・制度運営の効率化の</u>

（6）から移動

率化の視点、適切に保険料が医療・介護の質の向上に活用されるような視点で意見を述べる。

特に、社会保障制度改革国民会議における議論に向け、高齢者医療制度の抜本的見直し、協会けんぽの財政基盤の強化、安定化のための構造的な見直しを求めていく。また、平成25年度は診療報酬改定が議論される年度であり、消費税引上げの影響も議論されることから、診療報酬の引下げも含め、保険者負担を最小限にとどめるよう、協会の意見を発信する。

都道府県の政策関係部局をはじめ、地方公共団体に対して提言を行うとともに、各種協議会に参加するなど、都道府県・市町村の医療政策・介護政策の立案に積極的に参加し、協会の意見を発信していく。協会の意見発信に当たっては、協会が収集・分析したデータの活用に努める。また、都道府県と協会けんぽとの間で医療情報の分析や保健事業等における連携に関する協定を締結するなど、都道府県との連携推進を図る。

なお、サービス向上を含む適正な給付業務の推進、効果的なレセプト点検の推進、傷病手当金、出産手当金、柔道整復施術療養費等健康保険給付の審査強化等は、保険者機能強化アクションプラン（第2期）とは別に、引き続き着実に推進していく。

(2) 地域の実情に応じた医療費適正化の総合的対策

レセプト点検、ジェネリック医薬品の使用促進、現金給付の審査強化等の医療費適正化対策をさらに推進する。特に、現金給付の審査強化については、協会けんぽの事業所への調査権が法定される場合には、調査権の積極的活用を図る。

視点、適切に保険料が医療・介護の質の向上に活用されるような視点で意見を述べる。

○ 都道府県・市町村の医療政策・介護政策の立案に積極的に参加し、協会の意見を発信していく。

(6) から移動

(2) 地域の実情に応じた医療費適正化の総合的対策

レセプト点検、ジェネリック医薬品の使用促進、現金給付の審査強化等の医療費適正化対策を、財政再建期間の3年目である24年度において、強力に実施する。

また、支部の実情に応じ、医療費適正化のための総合的な対策を都道府県や他の保険者と連携しつつ、立案・実施していく。

(3) ジェネリック医薬品の更なる使用促進

ジェネリック医薬品に切替えた場合の自己負担額の軽減効果を通知するサービス等による使用促進効果を更に着実なものとするよう、年度内2回目通知の継続や加入者への適切な広報等を実施する。また、その効果を着実なものとするために、地域の実情に応じて、医療機関関係者、薬局関係者へ働きかけ、セミナー等を開催して地域における積極的な啓発活動を推進するなど、きめ細かな方策を進める。

(4) 調査研究の推進等

中長期的な視点から、医療の質の向上、効率化の観点を踏まえた調査研究を行う。保険者機能強化アクションプラン（第2期）に沿って、医療に関する情報の収集、分析を的確に行うため、医療費等に関するデータベースを充実するとともに、本部から各支部への各種の情報リストや医療費分析マニュアル等の提供及び支部職員に対する統計分析研修を行い、地域ごとの医療費等の分析に取り組む。また、加入者や研究者に対してレセプト情報等を提供できるよう、先進的な取組み事例も踏まえ、検討する。更に、医療の質を可視化するための指標に関する調査研究を行う。

(5) 広報の推進

加入者及び事業主に対する情報提供や広報については、ホーム

また、支部の実情に応じ、医療費適正化のための総合的な対策を都道府県や他の保険者と連携しつつ、立案・実施していく。

(3) ジェネリック医薬品の更なる使用促進

ジェネリック医薬品に切替えた場合の自己負担額の軽減効果を通知するサービス等による使用促進効果を更に着実なものとするよう、加入者への適切な広報等とともに、地域の実情に応じて、医療機関関係者、薬局関係者へ働きかける等きめ細かな方策を進める。また、24年度診療報酬改定を踏まえ、調剤薬局で個別にジェネリック医薬品に切替えた場合の軽減効果額の情報が提供されることに合わせ、加入者向けのジェネリック医薬品の浸透を図る。

(4) 調査研究の推進等

中長期的な視点から、医療の質の向上、効率化の観点を踏まえた調査研究を行う。医療費等に関するデータベースを充実するとともに、加入者や研究者に対してレセプト情報等を提供できるよう、先進的な取組み事例も踏まえ、検討する。また、医療費分析マニュアル等を拡充し、支部等における活用を推進する。

(5) 広報の推進

加入者及び事業主に対する情報提供や広報については、ホーム

ページのほか、支部ごとに定期的なお知らせを行うとともに、メールマガジンを活用し、加入者の視点から積極的な情報提供を行う。また、都道府県、市町村、関係団体との連携による広報、テレビ・ラジオ、新聞・雑誌などメディアへの発信力を強化する。

特に、平成 25 年 3 月からリニューアルした新ホームページと新メールマガジンを通じ、加入者及び事業主に対する広報を実施する。その取組みの中で、様々なコンテンツ開発及び提供等を通じて、加入者、事業主との距離を縮め、協会けんぽの認知度を高める。

モニター制度や対話集会、支部で実施するアンケートをはじめ加入者から直接意見を聞く取組みを進め、これらの方々の意見を踏まえ、創意工夫を活かし、わかりやすく、迅速に加入者・事業主に響く広報を実施する。

救急医療をはじめ地域の医療資源が公共性を有するものであり、また、有限でもあることについて、医療の受け手であり支え手でもある加入者の意識が高まるよう、都道府県等とともに広報に努める。

(6) 的確な財政運営

健康保険財政については、財政運営の状況を日次・月次で適切に把握・検証するとともに、直近の経済情勢や医療費の動向を踏まえ、財政運営を図る。各支部の自主性が発揮され、地域の医療費の適正化のための取組みなどのインセンティブが適切に働くような都道府県単位の財政運営を行う。

ページのほか、支部ごとに定期的なお知らせを行うとともに、メールマガジンや携帯サイトを活用し、加入者の視点から積極的な情報提供を行う。また、都道府県、市町村、関係団体との連携による広報、テレビ・ラジオ、新聞・雑誌などメディアへの発信力を強化する。

特に、ホームページについては、加入者サービスの視点から現在の仕様を見直し、より加入者及び事業主にとって「見やすい・探しやすい」ホームページとなるよう検討を進める。

モニター制度や対話集会をはじめ加入者から直接意見を聞く取組みを進め、これらの方々の意見を踏まえ、創意工夫を活かし、わかりやすく、迅速に加入者・事業主に響く広報を実施する。

救急医療をはじめ地域の医療資源が公共性を有するものであり、また、有限でもあることについて、医療の受け手であり支え手でもある加入者の意識が高まるよう、都道府県等とともに広報に努める。

(6) 的確な財政運営

健康保険財政については、財政運営の状況を日次・月次で適切に把握・検証するとともに、直近の経済情勢や医療費の動向を踏まえ、財政運営を図る。各支部の自主性が発揮され、地域の医療費の適正化のための取組みなどのインセンティブが適切に働くような都道府県単位の財政運営を行う。

- 被用者保険のセーフティネットである協会けんぽの中期的な財政基盤強化のために喫緊に講じなければならない方策について検討し関係方面へ発信していく。
- 中長期的に極めて厳しい財政状況を広く伝えるため、引き続き、政府・メディア・関係団体へ積極的に意見発信していく。
- 協会の財政状況の厳しさ、他の被用者保険との保険料率の格差、高齢者医療の公平かつ適正な負担の在り方等について広く国民の理解を得るための情報発信を行う。

(1)へ移動

- 財政再建期間後（平成25年度以降）の協会けんぽの中期的な財政基盤強化のための方策について検討し関係方面へ発信していく。
- 直面している厳しい財政状況を広く伝えるため、引き続き、政府・メディア・関係団体へ積極的に意見発信していく。
- 協会の財政状況の厳しさ等について広く国民の理解を得るための情報発信を行う。
- ~~社会保険審議会の各部会や中央社会保険医療協議会において、協会の財政基盤強化の視点、給付の重点化・制度運営の効率化の視点、適切に保険料が医療・介護の質の向上に活用されるような視点で意見を述べる。~~
- ~~都道府県・市町村の医療政策・介護政策の立案に積極的に参加し、協会の意見を発信していく。~~

2. 健康保険給付等

(1) サービス向上のための取組

加入者等のご意見や苦情等を迅速に、また、正確に現場にフィードバックし、サービスの改善に結びつける。さらに、お客様満足度調査等を実施し、加入者等の意見やニーズを適切に把握しサービスの改善や向上に努める。その際、各支部の創意工夫を活かしていく。

健康保険給付については、申請の受付から給付金の振込までの期間をサービススタンダードとして定め、その状況を適切に管理し、着実に実施する。

2. 健康保険給付等

(1) サービス向上のための取組

加入者等のご意見や苦情等を迅速に、また、正確に現場にフィードバックし、サービスの改善に結びつける。さらに、お客様満足度調査等を実施し、加入者等の意見やニーズを適切に把握しサービスの改善や向上に努める。その際、各支部の創意工夫を活かしていく。

健康保険給付については、申請の受付から給付金の振込までの期間をサービススタンダードとして定め、その状況を適切に管理し、着実に実施する。

教育研修の実施等を通じて、加入者本位の理念について職員への一層の徹底を図るとともに、お客様に対する接遇の向上を図るなど、お客様の満足度を高める。

申請書等の様式や記載要領、パンフレット等については、加入者等の立場からみてわかりやすく改善するとともに、手続きの簡素化を進める。

各種広報や健康保険委員による相談対応、申請書類の配備場所の拡大、わかりやすい記載要領の作成等を通じて、郵送による申請や電子申請の促進のための環境整備を進める。

インターネットを活用した医療費の情報提供サービスや、任意継続被保険者保険料の口座振替の利用の促進を図る。

(2) 高額療養費制度の周知

医療機関の協力を得つつ、限度額適用認定証を申請すれば高額療養費が現物化されることなど高額療養費制度について周知を図る。また、高額療養費の未申請者に対する支給申請手続きを勧奨するサービスを更に推進する。

(3) 窓口サービスの展開

各種申請等の受付や相談等への窓口サービスについては、地域の実情を踏まえ、創意工夫を活かして、年金事務所等への職員の巡回や外部委託を適切に組み合わせ、効率的かつ効果的にサービ

教育研修の実施等を通じて、加入者本位の理念について職員への一層の徹底を図るとともに、お客様に対する接遇の向上を図るなど、お客様の満足度を高める。

~~年金事務所の協力・連携や公募により、健康保険委員（健康保険サポーター）の委嘱を進め、各支部の健康保険事業に関する広報、相談、各種事業を推進していく。~~

申請書等の様式や記載要領、パンフレット等については、加入者等の立場からみてわかりやすく改善するとともに、手続きの簡素化を進める。

各種広報や健康保険委員による相談対応、申請書類の配備場所の拡大、わかりやすい記載要領の作成等を通じて、郵送による申請や電子申請の促進のための環境整備を進める。

インターネットを活用した医療費の情報提供サービスや、任意継続被保険者保険料の口座振替の利用の促進を図る。

(2) 高額療養費制度の周知

医療機関の協力を得つつ、限度額適用認定証を申請すれば高額療養費が現物化されることなど高額療養費制度について周知を図る。また、高額療養費の未申請者に対する支給申請手続きを簡素化するサービスを更に推進する。

(3) 窓口サービスの展開

各種申請等の受付や相談等の窓口サービスについては、地域の実情を踏まえ、創意工夫を活かして、年金事務所等への職員の巡回や外部委託を適切に組み合わせ、効率的かつ効果的にサービス

スを提供する。

また、届書の郵送化の進捗状況や窓口の利用状況を踏まえ、サービスの低下とならない様配慮しつつ、年金事務所窓口における職員配置の見直しを行う。

(4) 被扶養者資格の再確認

被扶養者資格の再確認について、被扶養者に該当しなくなった者による無資格受診の防止や、加入者数に応じて負担することとなっている高齢者医療費に係る拠出金等を適正なものとするため、日本年金機構との連携のもと、事業主の協力を得つつ、的確に行っていく。

(5) 柔道整復施術療養費の照会業務の強化

多部位・頻回（3部位かつ15日以上）の申請について加入者に対する文書照会を実施するとともに、回答の結果、請求内容が疑わしいものについて、必要に応じ施術者に照会する。また照会時にパンフレットを同封し柔道整復施術療養費についての正しい知識を普及させるための広報を行い、適正受診の促進を図る。

(6) 傷病手当金・出産手当金不正請求の防止

不正請求の疑いのある申請等には、保険給付適正化プロジェクトチーム会議を開催し、支部全体で対応するとともに、年金機構等の関係機関と連携し、調査及び審査に取り組む。

事業主が、資格取得届または月額変更届の提出後、直ちに被保険者から傷病手当金、出産手当金が申請されるケースが散見され

を提供する。

また、届書の郵送化の進捗状況や窓口の利用状況を踏まえ、支部並びに年金事務所窓口の体制の見直しを図る。

(4) 被扶養者資格の再確認

被扶養者資格の再確認について、被扶養者に該当しなくなった者による無資格受診の防止や、加入者数に応じて負担することとなっている高齢者医療費に係る拠出金等を適正なものとするため、日本年金機構との連携のもと、事業主の協力を得つつ、的確に行っていく。

(5) 傷病手当金、出産手当金、柔道整復施術療養費等に係る適正な給付業務の推進

傷病手当金、出産手当金、柔道整復施術療養費等に係る不適切な申請事例へ厳格に対処するため、本部、支部に設置している「保険給付適正化プロジェクトチーム」を活用し、効果的な審査・調査手法を全国的に実施していく。また、不適切な申請がなされないよう加入者及び事業主等への周知を図る。特に、柔道整復施術療養費においては、加入者等に対し文書照会等を実施するなど、適正受診の促進を図る。

るため、傷病手当金、出産手当金で、資格取得日または月額変更日から近い請求による支払済データを各支部に提供し、これらの事業所に対し、年金機構との連携により合同調査を実施することを徹底する。

さらに、対応が困難な案件は、本部に設置している保険給付適正化プロジェクトチーム会議も活用し、本部・支部間が連携しながら対応を検討する。

また、加入者に対し適正な申請の促進を図るための周知を行う。

(7) 効果的なレセプト点検の推進

内容点検においては、点検効果向上化計画を引き続き策定・実施し、点検効果額の向上を目指す。具体的には、システムを活用した点検を推進するとともに、点検員のスキルアップを図るために、査定事例の集約・共有化、研修を実施する。また、点検員の勤務成績に応じた評価を行う。

さらに、オンラインレセプトの一部を外注化し、競争性を確保すること並びに点検員が点検業者のノウハウを取得し活用することにより、レセプト点検の質をより一層向上させ、点検効果額を更に引上げる。

(8) 資格喪失後受診等による債権の発生防止のための被保険者証の回収強化

債権の発生を防止するため、加入資格を喪失した方からの被保

(6) レセプト点検の効果的な推進

内容点検においては、システムにより点検できるレセプト抽出の精度を上げ、点検業務を充実強化する。

また、各支部の点検効果向上に向けた改善、査定事例の共有化、査定事例の集約、自動点検機能の効果的活用、研修の充実、点検員の勤務成績に応じた評価等により、点検技術の全国的な底上げを図るとともに、オンラインレセプトの一部を外注化し、点検員が点検業者のノウハウを取得し活用すること並びに競争性を確保することにより、レセプト点検の質のより一層の向上を図り、点検効果額を更に引上げる。

資格点検においては、オンラインレセプトの請求前資格確認により、早期化及び効率化を図る。

(7) 無資格受診等の事由による債権の発生抑制及び回収の強化

債権の発生を抑制するため、加入資格を喪失した方からの被保険者証回収について、催告状の送付、電話催告等により回収強化

険者証回収について、日本年金機構が行う催告状による一次催告
の他、協会けんぽでは文書による二次催告、電話や訪問を交えた
三次催告を行い、回収強化を図る。

また、事業主や加入者に対して、資格喪失後（又は被扶養者削
除後）は被保険者証を確実に返却していただくよう、チラシやポ
スターなどの広報媒体や健康保険委員研修会等を通じて注意喚
起を行う。

(9) 積極的な債権管理回収業務の推進

発生した資格喪失後受診に係る返納金等債権については早期回
収に努め、文書催告の他、電話や訪問による催告を行うとともに
法的手続きによる回収を積極的に実施するなど債権回収の強化を
図る。併せて、交通事故等が原因による損害賠償金債権について
は損害保険会社等に対して早期に折衝を図り、より確実な回収に
努める。

また、担当者会議や研修会を開催し、回収業務のノウハウの取
得を図る他、効果的な回収方法を各支部に周知する。

(10) 健康保険委員の委嘱者数拡大と活動強化

健康保険委員（健康保険サポーター）については、事業主、
加入者との距離を縮める重要な橋渡しの役割を担っていただい
ていることから、研修等の開催により制度の周知や健康保険事
業等に対する理解を深めていただき、各支部の健康保険事業に
関する広報、相談、各種事業をさらに推進していく。

また、健康保険委員表彰を実施するとともに、健康保険委員

を図る。

また、発生した債権については早期回収に努め、適宜催告状
の送付や電話等による催告を行うとともに訴訟等法的手続きを
積極的に実施するなど、債権回収の強化を図る。

委嘱者数のさらなる拡大を図る。

3. 保健事業

(1) 保健事業の総合的かつ効果的な推進

加入者の疾病の予防や健康の増進を目指し、特定健康診査及び特定保健指導を最大限に推進するとともに、健診の結果、要治療域と判定されながら治療していない者に対して、確実に医療に繋げることにより生活習慣病の重症化を防ぎ、医療費適正化及び QOL の維持を図る取組みを進める。

保健事業の効果的な推進を図るため、支部の「健康づくり推進協議会」などの意見を聞きながら、地域の実情に応じた支部独自の取組みを強化する。また、本部と支部の共同で実施したパイロット事業の成果を広めていくほか、好事例を検証し支部間格差の解消に努める。

(2) 特定健康診査及び特定保健指導の推進

特定健康診査及び特定保健指導については、事業主への積極的な働きかけにより、事業所との距離を更に縮めることで身近な存在となり、事業主や加入者に健康の大切さを認識いただき、より多くの加入者が健診、保健指導を受けることができるよう、業務の実施方法を工夫する。

特定健康診査については、市町村が行うがん検診との連携強化や、確実に情報が届くよう、新たに被扶養者の受診券を自宅（被

3. 保健事業

(1) 保健事業の総合的かつ効果的な推進

加入者の疾病の予防や健康の増進を目指し、~~22 年 9 月に協会内でとりまとめた基本方針に沿って、特定健康診査及び特定保健指導を最大限に推進する。24 年度は、5 年を 1 期とした医療費適正化計画の最終年度であることを踏まえ、目標達成に向けて一層の取組み強化を図る。その際、支部ごとの「健康づくり推進協議会」などにおいて、保健事業に関する全体像などを描く。~~

保健事業の効果的な推進を図るため、本部と支部の共同で実施したパイロット事業の成果を広めていく。

(2) 特定健康診査及び特定保健指導の推進

特定健康診査及び特定保健指導については、事業主への積極的な働きかけとともに、市町村が行うがん検診との連携や、特定保健指導の外部委託、IT の活用などを進めるほか、好事例を検証し、支部独自の取組みを強化する。

保険者宅）に直接送付する。

特定保健指導については、外部委託、ITの活用などを進める。
また、健診データや医療費データ等の分析結果を活用して保健指導の利用拡大に繋げ、生活習慣病のリスクに応じた行動変容の状況や予防の効果を把握、評価、検証し、より効果的な保健指導に向けた取組みを進める。

事業者健診については、医療保険者への健診結果データの提供の徹底を図るための行政通知（平成24年5月厚生労働省より発出）を最大限活用し、各都道府県の労働局等と連携を図り、事業所に対する適切な広報や積極的な事業所訪問により意識啓発を図り、実施目標の達成に努めていく。

また、保険者による健診・保健指導等に関する検討会（厚生労働省保険局において、平成23年4月から開催）での見直し結果を踏まえ、健診受診率や保健指導の実施率の向上を図るための具体的な取組みを進める。

また、保険者による健診・保健指導等に関する検討会（厚生労働省保険局において、平成23年4月から開催）での見直し結果を踏まえ、健診受診率や保健指導の実施率の向上を図るための具体的な取組みを進める。

事業者健診については、医療保険者への健診結果データの提供の徹底を図るための行政通知を踏まえ、事業所に対する適切な広報や積極的な事業所訪問により意識啓発を図り、特定健康診査実施目標の到達に努めていく。

保健指導については、事業所との距離を更に縮めることで身近な存在となり、事業主や加入者に健康の大切さを認識いただき、より多くの加入者が保健指導を受けることができるよう、事業の実施方法を工夫する。また、生活習慣病のリスクに応じた行動変容の状況や予防の効果を把握、評価、検証し、より効果的な保健指導に向けた取組みを進める。

(3) 各種業務の展開

保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等の場を通じて自治体や他の保険者と連携し、特定健康診査や特定保健指導の推進を図るとともに、健康づくりや生活習慣改善に関する教育や相談、普及啓発など、地域の実情に応じて、創意工夫を活かし、保健事業を推進する。

国の施策との連携のもと、加入者の疾病の予防や健康増進のための普及啓発を推進する。

4. 組織運営及び業務改革

(1) 業務・システムの刷新

現行システムについては、劣化に伴うトラブルを回避する必要があるとともに、大量データ処理に対応しきれていないことや、大量の紙を使用する事務処理となっていることから、24年度から、段階的に新システム基盤の設計及び構築等を進めており、25年度においては、アプリケーション設計・開発のほか、データ移行、ネットワークシステムの設計・構築、LAN・端末機器の設計・構築等を順次進める。

(2) 組織や人事制度の適切な運営と改革

◇組織運営体制の強化

本部と支部の適切な支援・協力関係、本部と支部を通じた内部統制（ガバナンス）、支部内の部門間連携を強化するとともに、

(3) 各種事業の展開

保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等の場を通じて自治体や他の保険者と連携し、特定健康診査や特定保健指導の推進を図るとともに、健康づくりや生活習慣改善に関する教育や相談、普及啓発など、地域の実情に応じて、創意工夫を活かし、保健事業を推進する。

国の施策との連携のもと、肝炎やエイズに対する正しい理解や予防のための普及啓発を推進する。

4. 組織運営及び業務改革

(1) 業務・システムの刷新

現行システムについては、劣化に伴うトラブルを回避する必要があるとともに、大量データ処理に対応しきれていないことや、大量の紙を使用する処理となっていることから、23年度における新しい業務プロセスを踏まえたシステムの要件定義を受けて、24年度から、段階的に新システムの設計及び構築を進める。

(2) 組織や人事制度の適切な運営と改革

◇組織運営体制の強化

本部と支部の適切な支援・協力関係、本部と支部を通じた内部統制（ガバナンス）、支部内の部門間連携を強化するとともに、

必要に応じて組織体制を見直し、組織運営体制の強化を図る。

◇実績や能力本位の人事の推進

目標管理制度を活用した人事評価制度を適切に運用し、実績や能力本位の人事を推進する。また、現行の人事制度の課題を整理し、中長期視点に立って見直しを検討する。

◇協会の理念を実践できる組織風土・文化の更なる定着

加入者本位、主体性と実行性の重視、自由闊達な気風と創意工夫に富んだ組織風土・文化の更なる定着に向けて、協会のミッションや目標の徹底、研修の充実を図る。

◇コンプライアンス・個人情報保護等の徹底

法令等規律の遵守（コンプライアンス）については、内部・外部の通報制度を実施するとともに、研修等を通じて、その遵守を徹底する。また、個人情報保護や情報セキュリティについては、各種規程の遵守やアクセス権限、パスワードの適切な管理等を常時点検し、徹底する。

◇リスク管理

リスク管理については、適切な運営を脅かす様々なリスクの点検や分析、リスク管理能力の向上のための研修の実施、平時からの訓練やリスク管理委員会の開催など、リスク管理体制を整備する。

必要に応じて組織体制を見直し、組織運営体制の強化を図る。

◇実績や能力本位の人事の推進

目標管理制度を活用した人事評価制度を適切に運用し、実績や能力本位の人事を推進する。また、現行の人事制度の課題を整理し、中長期視点に立って見直しを検討する。

◇協会の理念を実践できる組織風土・文化の更なる定着

加入者本位、主体性と実行性の重視、自由闊達な気風と創意工夫に富んだ組織風土・文化の更なる定着に向けて、協会のミッションや目標の徹底、研修の充実を図る。

◇コンプライアンス・個人情報保護等の徹底

法令等規律の遵守（コンプライアンス）については、内部・外部の通報制度を実施するとともに、研修等を通じて、その遵守を徹底する。また、個人情報保護や情報セキュリティについては、各種規程の遵守やアクセス権限、パスワードの適切な管理等を常時点検し、徹底する。

◇リスク管理

リスク管理については、適切な運営を脅かす様々なリスクの点検や分析、リスク管理能力の向上のための研修の実施、平時からの訓練やリスク管理委員会の開催など、リスク管理体制を整備する。

(3) 人材育成の推進

階層別研修を実施するとともに、重点的な分野を対象とした業務別研修を実施する。

特に若手職員に対する階層別研修では、職員に自らのキャリアビジョンを意識させることにより、具体的な目標を持って日々の仕事に取り組む姿勢を持つことができるようカリキュラムを工夫する。また、人事制度の見直しの検討に併せて、職員のキャリア形成を計画的かつ効果的に行えるようにするため、研修制度の見直しを検討する。

その他、引き続き、e-ラーニングの実施や通信教育講座の斡旋など多様な研修機会の確保を図る。

(4) 業務改革の推進

よりよいサービスの標準化を目指し地域の実情を踏まえて、複数の支部単位で設置された業務改革会議等により、各支部の創意工夫を提案・検討できる機会を作り具体的な改善を実現していく。

入力業務等の定型的な業務や繁忙期の業務については、アウトソーシングを一層推進するとともに、業務及びそのプロセスや職員の配置等の不断の点検等を通じて、職員のコア業務や企画業務への重点化を進める。

(5) 経費の節減等の推進

引き続き、サービス水準の確保に留意しつつ業務の実施方法見直しの検討を行うとともに、競争入札や全国一括入札、消耗品の web 発注を活用した適切な在庫管理等により、経費の節減に努め

(3) 人材育成の推進

階層別研修を実施するとともに、重点的な分野を対象とした業務別研修を実施する。

特に若手職員に対する階層別研修では、職員に自らのキャリアビジョンを意識させることにより、具体的な目標を持って日々の仕事に取り組む姿勢を持つことができるようカリキュラムを工夫する。また、人事制度の見直しの検討に併せて、職員のキャリア形成を計画的かつ効果的に行えるようにするため、研修制度の見直しを検討する。

その他、引き続き、e-ラーニングの実施や通信教育講座の斡旋など多様な研修機会の確保を図る。

(4) 業務改革の推進

よりよいサービスの標準化を目指し地域の実情を踏まえて、複数の支部単位で設置された業務改革会議等により、各支部の創意工夫を提案・検討できる機会を作り具体的な改善を実現していく。

入力業務等の定型的な業務や繁忙期の業務については、アウトソーシングを一層推進するとともに、業務及びそのプロセスや職員の配置等の不断の点検等を通じて、職員のコア業務や企画業務への重点化を進める。

(5) 経費の節減等の推進

事務経費削減計画 2 年目を踏まえ、サービス水準の確保に留意しつつ業務の実施方法見直しの検討を行うとともに、引き続き競争入札や全国一括入札、消耗品の web 発注を活用した適切な在庫

る。 また、システム刷新による業務プロセスの見直しに当たっては、経費削減の観点からもどのような方策が可能か検討を加えていく。 調達や執行については、調達審査委員会のもと、これらを適切に管理するとともに、ホームページにより調達結果等を公表することにより、透明性の確保に努める。	管理等により、経費の節減に努める。 また、システム刷新による業務プロセスの見直しに当たっては、経費削減の観点からもどのような方策が可能か検討を加えていく。 調達や執行については、調達審査委員会のもと、これらを適切に管理するとともに、ホームページにより調達結果等を公表することにより、透明性の確保に努める。
--	---

協会の運営に関する各種指標(25 年度数値)について

【目標指標】

サービス関係指標		
サービススタンダードの遵守	健康保険給付の受付から振込までの日数の目標 (10 営業日)の達成率	100%
	健康保険給付の受付から振込までの日数	10 営業日以内
保険証の交付	資格情報の取得から保険証送付までの平均日数	2営業日以内
お客様満足度	窓口サービス全体としての満足度 職員の応接態度に対する満足度 訪問目的の達成度 窓口での待ち時間の満足度 施設の利用の満足度	<u>24</u> 年度の状況より改善
保健事業関係指標		
健診の実施	特定健康診査実施率	被保険者 <u>50.1</u> % 被扶養者 <u>17.0</u> %
事業者健診の取得	事業者健診のデータの取込率	<u>6.4</u> %(被保険者)
保健指導の実施	特定保健指導実施率	被保険者 <u>10.8</u> % 被扶養者 <u>2.3</u> %
医療費適正化等関係指標		
レセプト点検効果額	被保険者1人当たり内容点検効果額(※)	<u>24</u> 年度を上回る
ジェネリック医薬品の使用促進	ジェネリック医薬品使用割合(数量ベース)	<u>24</u> 年度を上回る
加入者・事業主への広報	メールマガジンの登録件数	<u>24</u> 年度を上回る

(※) 社会保険診療報酬支払基金のレセプト審査において開始された突合点検・縦覧点検の結果が協会の内容点検効果額に影響を与えるのは 24 年度の下期からであるため、単純比較はできないことに留意が必要。

協会の運営に関する各種指標(24 年度数値)について

【目標指標】

サービス関係指標		
サービススタンダードの遵守	健康保険給付の受付から振込までの日数の目標 (10 営業日)の達成率	100%
	健康保険給付の受付から振込までの日数	10 営業日以内
保険証の交付	資格情報の取得から保険証送付までの平均日数	2営業日以内
お客様満足度	窓口サービス全体としての満足度 職員の応接態度に対する満足度 訪問目的の達成度 窓口での待ち時間の満足度 施設の利用の満足度	<u>23</u> 年度の状況より改善
保健事業関係指標		
健診の実施	特定健康診査実施率	被保険者 <u>50.0</u> % 被扶養者 <u>27.8</u> %
事業者健診の取得	事業者健診のデータの取込率	<u>10</u> % (被保険者)
保健指導の実施	特定保健指導実施率	被保険者 <u>16.0</u> % 被扶養者 <u>16.0</u> %
医療費適正化等関係指標		
レセプト点検効果額	被保険者1人当たり内容点検効果額(※)	<u>23</u> 年度を上回る
ジェネリック医薬品の使用促進	ジェネリック医薬品使用割合(数量ベース)	<u>23</u> 年度を上回る
加入者・事業主への広報	メールマガジンの登録件数	<u>23</u> 年度を上回る

(※) 平成 24 年 3 月審査分から、社会保険診療報酬支払基金のレセプト審査において、突合点検・縦覧点検が行われることから、単純比較はできないことに留意が必要。

【検証指標】

各種サービスの利用状況	インターネットによる医療費通知の利用割合
	任意継続被保険者の口座振替利用率
事務処理誤りの防止	「事務処理誤り」発生件数
お客様の苦情・意見	苦情・意見の受付件数とその内容
レセプト点検	・被保険者1人当たり資格点検効果額 ・被保険者1人当たり外傷点検効果額
健診・保健指導の効果	・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ・特定保健指導利用者のうち特定保健指導対象者でなくなった者の割合の増加
ホームページの利用	ホームページへのアクセス件数
都道府県との連携	・都道府県医療費適正化計画に係る検討会への参加支部数 ・都道府県ジェネリック使用促進協議会への参加支部数
申請・届出の郵送化	申請・届出の郵送化率
業務の効率化・経費の削減	・健康保険給付担当職員の1人当たり給付業務処理件数 ・随意契約の割合(件数)、内訳 ・コピー用紙等の消耗品の使用状況

(注) 「都道府県との連携」に関して、都道府県によっては協議会・検討会が設置されていない場合や名称が異なる場合がある。

(注) 検証指標については、目標の設定が馴染まない又は具体的な数値目標の設定が困難であるが、運営状況を数値により検証、確認することが必要と考えられる指標をまとめたものであり、運営状況を踏まえて、今後、適宜追加。

【検証指標】

各種サービスの利用状況	インターネットによる医療費通知の利用割合
	任意継続被保険者の口座振替利用率
事務処理誤りの防止	「事務処理誤り」発生件数
お客様の苦情・意見	苦情・意見の受付件数とその内容
レセプト点検	・被保険者1人当たり資格点検効果額 ・被保険者1人当たり外傷点検効果額
健診・保健指導の効果	・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 ・メタボリックシンドローム診断基準項目別該当者率 ・生活習慣の改善状況
ホームページの利用	ホームページへのアクセス件数
都道府県との連携	・都道府県医療費適正化計画に係る検討会への参加支部数 ・都道府県ジェネリック使用促進協議会への参加支部数
申請・届出の郵送化	申請・届出の郵送化率
業務の効率化・経費の削減	・健康保険給付担当職員の1人当たり給付業務処理件数 ・随意契約の割合(件数)、内訳 ・コピー用紙等の消耗品の使用状況

(注) 「都道府県との連携」に関して、都道府県によっては協議会・検討会が設置されていない場合や名称が異なる場合がある。

(注) 検証指標については、目標の設定が馴染まない又は具体的な数値目標の設定が困難であるが、運営状況を数値により検証、確認することが必要と考えられる指標をまとめたものであり、運営状況を踏まえて、今後、適宜追加。

Ⅲ. 事業体系

事 項		内 容
保険運営の 企画	運営委員会・評議会の運営	○本部に運営委員会、各都道府県支部に評議会を設置し、その運営を行う。
	保険料率の設定	○都道府県単位保険料率を設定する。
	財政運営	○健康保険の財政運営を行う。
	運営の企画	○加入者の疾病の予防や健康増進、医療の質の確保、医療費適正化や業務改革、サービス向上等に関する企画を行い、保険者機能の発揮により取組みの総合的推進を図る。 ○ジェネリック医薬品の使用促進を図る。
	調査分析・統計	○医療費等に関する調査分析を行うとともに、統計を作成する。
	広報・情報発信等	○広報、関係方面への情報発信や情報提供を行う。
健康保険給 付等	保険証の交付	○保険証の交付や被扶養者資格の再確認等を行う。
	保険給付	○健康保険の給付を行う。 ・現物給付（保険医療機関等に対しては社会保険診療報酬支払基金を通じて医療費を支払う。） ・現金給付（傷病手当金、高額療養費、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料、療養費等）
	レセプトの点検	○レセプトの資格点検・内容点検・外傷点検を行う。 ・レセプト件数：387,844 千件 ※【25 年度見込み】
	債権の回収等	○債権の <u>新規発生を防止</u> するとともに、発生した債権を適正に管理し、回収する。
	任意継続被保険者業務	○任意継続被保険者の資格の登録、保険料の収納等を行う。
	窓口サービス・相談	○支部の窓口や職員の巡回、外部委託により各種申請等の受付や相談等の窓口サービスを行う。
	情報提供	○医療費通知やインターネットを活用した医療費に関する情報提供等を行う。

Ⅲ. 事業体系

事 項		内 容
保険運営の 企画	運営委員会・評議会の運営	○本部に運営委員会、各都道府県支部に評議会を設置し、その運営を行う。
	保険料率の設定	○都道府県単位保険料率を設定する。
	財政運営	○健康保険の財政運営を行う。
	運営の企画	○加入者の疾病の予防や健康増進、医療の質の確保、医療費適正化や業務改革、サービス向上等に関する企画を行い、保険者機能の発揮により取組みの総合的推進を図る。 ○ジェネリック医薬品の使用促進を図る。 <u>(政府目標：平成 24 年度までに数量シェア 30%)</u>
	調査分析・統計	○医療費等に関する調査分析を行うとともに、統計を作成する。
	広報・情報発信等	○広報、関係方面への情報発信や情報提供を行う。
健康保険給 付等	保険証の交付	○保険証の交付や被扶養者資格の再確認等を行う。
	保険給付	○健康保険の給付を行う。 ・現物給付（保険医療機関等に対しては社会保険診療報酬支払基金を通じて医療費を支払う。 <u>審査支払手数料は 111 円 40 銭(うちオンライン請求促進分は 99.40 円)</u> ） ・現金給付（傷病手当金、高額療養費、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料、療養費等）
	レセプトの点検	○レセプトの資格点検・内容点検・外傷点検を行う。 ・レセプト件数： <u>377,270 千件</u> ※【24 年度見込み】
	債権の回収等	○債権の発生を抑制するとともに、発生した債権を適正に管理し、回収する。
	任意継続被保険者業務	○任意継続被保険者の資格の登録、保険料の収納等を行う。
	窓口サービス・相談	○支部の窓口や職員の巡回、外部委託により各種申請等の受付や相談等の窓口サービスを行う。
	情報提供	○医療費通知やインターネットを活用した医療費に関する情報提供等を行う。

保健事業	健診	○被保険者（35 歳以上の者）については、健診機関と契約し、被保険者に対して生活習慣病予防健診を行い、その費用の一部を負担する。 ○被扶養者については、他の保険者と共同して地域の医師会等と契約するとともに、協会単独で健診機関の中央団体等と契約し、受診券を配布し、地域の特定健康診査機関で健診を受けられるようにし、その費用の一部を負担する。（健診費等の支払は、社会保険診療報酬支払基金を代行機関として利用） ○40 歳及び 50 歳への付加健診、乳がん・子宮頸がん検査、肝炎ウィルス検査を実施する。 【国の定めた目標値】・特定健康診査実施率：65.0%
	保健指導	○被保険者については、保健師が事業所を訪問し、健診結果に基づき保健指導（情報提供、動機づけ支援、積極的支援、その他支援）を実施するほか、外部委託を活用する。 ○被扶養者については、他の保険者と共同して地域の医師会等と契約するとともに、協会単独で特定保健指導機関の中央団体と契約し、利用券を配布し、地域の特定保健指導機関で特定保健指導が受けられるようにし、その費用の一部を負担する。 【国の定めた目標値】・特定保健指導実施率：30.0%
	健康づくり事業	○健康増進や疾病予防のための運動プログラムの実施や教育、相談、普及啓発のための広報等を行う。
	未治療者への受診勧奨	○生活習慣病の重症化を防ぐために健診の結果、要治療と判定されながら治療していない者に対して受診を促し、確実に医療に繋げる。
	情報提供	○健康増進や疾病予防に関する情報提供を行う。
福祉事業	高額療養費等の貸付	○高額療養費や出産費用の貸付を行う。 ・貸付予定額：約 12 億円
その他	健康保険委員の委嘱 等	○健康保険委員の委嘱を行う。 ○保険料の納付に関する広報や勧奨を行う。

保健事業	健診	○被保険者（35 歳以上の者）については、健診機関と契約し、被保険者に対して生活習慣病予防健診を行い、その費用の一部を負担する。 ○被扶養者については、他の保険者と共同して地域の医師会等と契約するとともに、協会単独で健診機関の中央団体と契約し、受診券を配布し、地域の特定健康診査機関で健診を受けられるようにし、その費用の一部を負担する。（健診費等の支払は、社会保険診療報酬支払基金を代行機関として利用） ○40 歳及び 50 歳への付加健診、乳がん・子宮がん検査、肝炎ウィルス検査を実施する。 【国の定めた参酌標準】・特定健康診査実施率：70.0%
	保健指導	○被保険者については、保健師が事業所を訪問し、健診結果に基づき保健指導（情報提供、動機づけ支援、積極的支援、その他支援）を実施するほか、外部委託を活用する。 ○被扶養者については、他の保険者と共同して地域の医師会等と契約するとともに、協会単独で特定保健指導機関の中央団体と契約し、利用券を配布し、地域の特定保健指導機関で特定保健指導が受けられるようにし、その費用の一部を負担する。 【国の定めた参酌標準】・特定保健指導実施率：45.0%
	健康づくり事業	○健康増進や疾病予防のための運動プログラムの実施や教育、相談、普及啓発のための広報等を行う。
	情報提供	○健康増進や疾病予防に関する情報提供を行う。
福祉事業	高額療養費等の貸付	○高額療養費や出産費用の貸付を行う。 ・貸付予定額：約 23 億円
その他	健康保険委員の委嘱 等	○健康保険委員の委嘱を行う。 ○保険料の納付に関する広報や勧奨を行う。

○第二期特定健康診査実施計画（案）

《平成 27 年度において、それまでの実績やその時点での取組み状況を勘案し平成 28 年度以降の計画を見直す。》

	25 年度計画	26 年度計画	27 年度計画	28 年度計画	29 年度計画
被保険者	56.5% 6,383 千人	62.3% 7,038 千人	68.1% 7,694 千人	73.9% 8,349 千人	80.0% 9,038 千人
生活習慣病予防健診	50.1% 5,660 千人	53.8% 6,078 千人	57.5% 6,496 千人	61.2% 6,914 千人	65.0% 7,343 千人
事業者健診	6.4% 723 千人	8.5% 960 千人	10.6% 1,198 千人	12.7% 1,435 千人	15.0% 1,695 千人
被扶養者	17.0% 691 千人	18.6% 756 千人	20.2% 821 千人	21.8% 886 千人	23.3% 947 千人
合 計	46.1% 7,074 千人	50.7% 7,794 千人	55.4% 8,514 千人	60.1% 9,235 千人	65.0% 9,985 千人

（注 1）この計画の実施者数は、平成 25 年度予算の対象者数（下記）を用いて算出している。

・被保険者数 40 歳～74 歳 11,297,373 人 ・被扶養者数 40 歳～74 歳被扶養者数 4,063,079 人

（注 2）実施者数については費用請求ベースである。また、年度内の喪失者等も含まれるため国が集計する数値とは相違する。

○第二期特定保健指導実施計画（案）

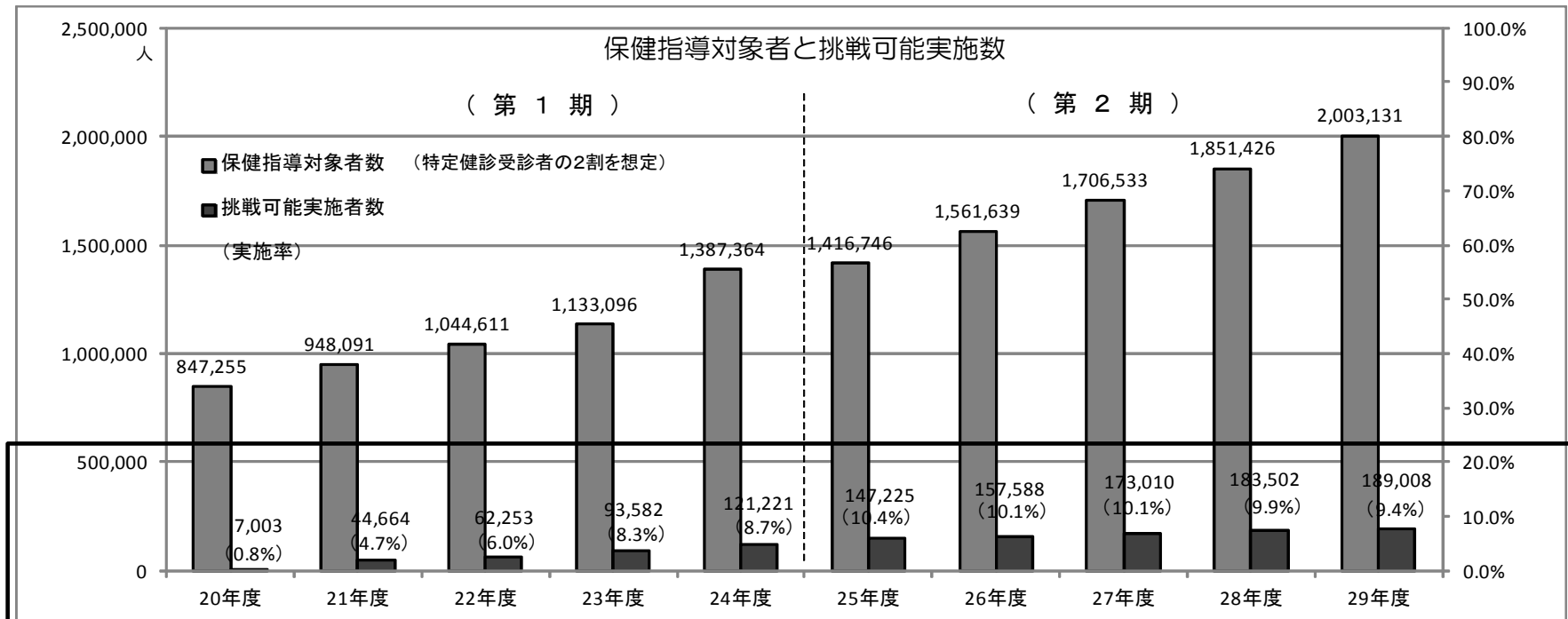
※ 27 年度において、28 年度以降の特定健康診査実施計画を見直すこととしており、対象者数の変化に応じて特定保健指導の計画についても同時期に見直す。

	25 年度計画	26 年度計画	27 年度計画	28 年度計画	29 年度計画
対象者数	1,416,746 人	1,561,639 人	1,706,533 人	1,851,426 人	2,003,131 人
被保険者	10.8% 145,760 人	10.4% 155,830 人	10.5% 170,900 人	10.2% 180,970 人	9.7% 185,970 人
被扶養者	2.3% 1,465 人	2.5% 1,758 人	2.8% 2,110 人	3.1% 2,532 人	3.5% 3,038 人
合 計	10.4% 147,225 人	10.1% 157,588 人	10.1% 173,010 人	9.9% 183,502 人	9.4% 189,008 人

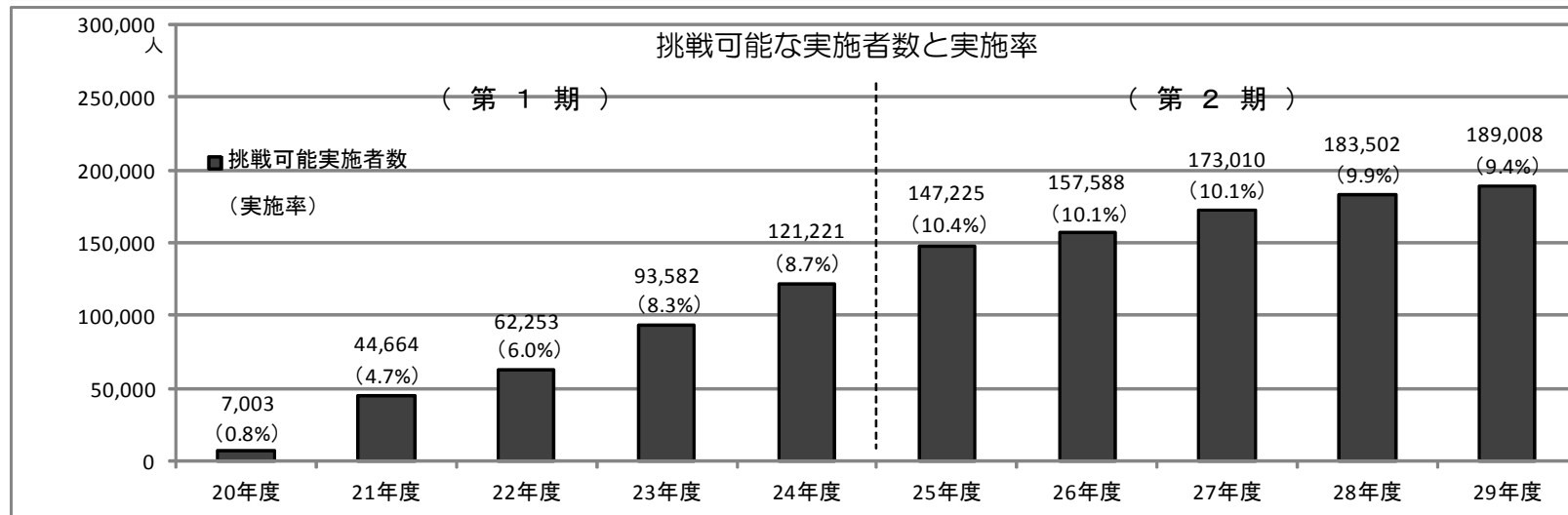
特定保健指導実施計画(案)

《基本的な考え方》

○ 第2期の特定保健指導の目標値は30%とされているが、協会として挑戦可能な目標として計画を策定



ZOOM IN



※ 第1期の20年度～23年度は実績、24年度は見込み、第2期の25年度～29年度は計画である。

中央社会保険医療協議会等（平成 24 年度）について

■ 中央社会保険医療協議会

○総会（12 月 19 日）

- ▶ 診療報酬調査専門組織・医療機器等における消費税負担に関する分科会からの報告について
- ▶ D P Cに関する調査について
- ▶ 先進医療会議の検討結果の報告について
- ▶ 医療機器の保険適用について
- ▶ 長期収載品の薬価のあり方等について

○総会（1 月 23 日）

- ▶ 外来医療について（その 1）
- ▶ 平成 2 4 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（平成 25 年度調査）の実施について
- ▶ 医療機器の保険適用について

○費用対効果評価専門部会（12 月 19 日）

- ▶ 費用の範囲や取扱い・比較対照のあり方について

○費用対効果評価専門部会（1 月 23 日）

- ▶ 費用の範囲や取扱い（生産性損失等についての具体例）
- ▶ データの取り扱い

○調査実施小委員会（1 月 23 日）

- ▶ 第 1 9 回医療経済実態調査について

■ 社会保障審議会

○医療保険部会（1 月 9 日）

- ▶ 議論の整理（案）について

○介護保険部会（1 月 21 日）

- ▶ 介護分野の最近の動向について
- ▶ 介護分野の課題について
- ▶ 今後のスケジュールについて

■社会保障制度改革国民会議

○第2回（12月7日）

- ▶ これまでの取組状況と今後の課題について
（医療分野、介護分野、年金分野、少子化対策分野）

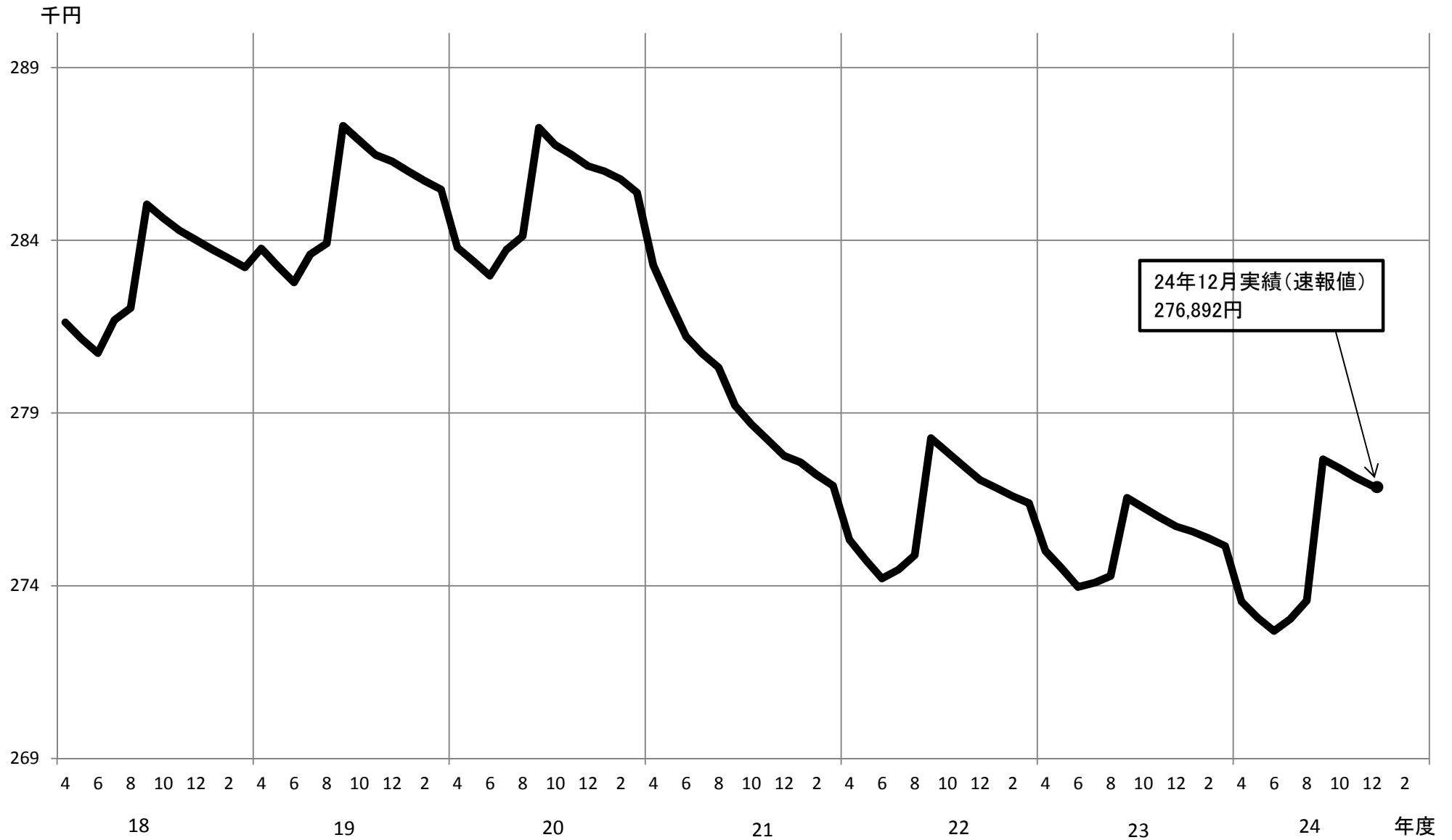
○第3回（1月21日）

- ▶ これまでの社会保障制度改革国民会議における主な議論について

※第44回運営委員会（12月6日）～本運営委員会前日迄について記載

保険財政に関する重要指標の動向

被保険者 1 人当たり標準報酬月額の実績値と推計



都道府県別加入者数等の状況（平成24年10月）

	全国計				岩手県				宮城県				福島県			
	被保険者数	被扶養者数	標準報酬月額 額の平均	標準報酬月額 額の総額	被保険者数	被扶養者数	標準報酬月額 額の平均	標準報酬月額 額の総額	被保険者数	被扶養者数	標準報酬月額 額の平均	標準報酬月額 額の総額	被保険者数	被扶養者数	標準報酬月額 額の平均	標準報酬月額 額の総額
	人	人	円	百万円	人	人	円	百万円	人	人	円	百万円	人	人	円	百万円
平成21年度	19,517,489	15,311,000	276,892	5,404,243	229,708	174,667	230,478	52,943	370,333	286,020	253,758	93,975	356,469	272,983	247,884	88,363
平成22年度	19,580,094	15,265,246	276,392	5,411,787	230,254	172,096	230,857	53,156	370,215	283,146	252,966	93,652	355,819	272,297	250,064	88,977
平成23年度	19,630,946	15,245,895	275,151	5,401,467	230,956	170,506	228,858	52,856	365,625	279,415	251,036	91,785	347,563	264,404	246,582	85,703
平成23年 5月	19,717,829	15,103,749	274,501	5,412,571	225,910	167,939	230,998	52,185	356,684	272,456	254,061	90,619	348,173	265,292	249,804	86,975
6月	19,727,821	15,104,077	273,964	5,404,707	226,994	168,201	229,856	52,176	356,990	272,535	252,465	90,127	347,973	264,471	247,046	85,965
7月	19,730,260	15,118,939	274,079	5,407,645	227,767	168,317	229,254	52,216	358,669	273,547	251,298	90,133	348,036	264,256	245,484	85,437
8月	19,714,700	15,138,217	274,287	5,407,494	228,618	168,921	228,515	52,243	359,902	274,591	249,899	89,939	347,404	263,730	244,739	85,023
9月	19,713,632	15,152,152	276,543	5,451,658	229,054	169,209	229,060	52,467	361,219	275,343	251,522	90,855	347,658	263,677	245,478	85,342
10月	19,710,853	15,170,212	276,259	5,445,310	229,464	169,596	229,120	52,575	362,741	276,218	251,240	91,135	348,013	263,880	245,757	85,527
11月	19,717,971	15,192,021	275,980	5,441,767	230,099	169,941	229,044	52,703	363,905	277,076	251,167	91,401	348,474	264,184	245,754	85,639
12月	19,722,436	15,211,149	275,717	5,437,818	230,249	169,846	228,997	52,726	364,855	277,857	251,113	91,620	349,008	264,488	245,628	85,726
平成24年 1月	19,681,408	15,225,311	275,571	5,423,617	229,980	169,626	228,924	52,648	365,220	278,278	251,072	91,696	348,369	264,323	245,747	85,611
2月	19,674,806	15,251,683	275,374	5,417,927	230,080	169,711	228,930	52,672	365,537	279,043	251,164	91,810	348,385	264,583	245,903	85,669
3月	19,630,946	15,245,895	275,151	5,401,467	230,956	170,506	228,858	52,856	365,625	279,415	251,036	91,785	347,563	264,404	246,582	85,703
4月	19,804,750	15,138,087	273,546	5,417,510	233,296	169,161	227,482	53,071	370,244	277,317	249,548	92,394	350,538	261,815	245,497	86,056
5月	19,847,657	15,088,397	273,073	5,419,862	235,969	168,840	226,815	53,521	372,314	276,840	249,202	92,781	352,697	260,993	245,045	86,427
6月	19,874,440	15,091,374	272,692	5,419,595	236,843	168,830	226,574	53,663	373,979	277,626	248,933	93,096	353,726	260,936	244,615	86,527
7月	19,891,353	15,093,002	273,043	5,431,197	237,640	168,742	227,118	53,972	375,843	278,374	249,904	93,925	354,209	260,719	245,461	86,944
8月	19,878,698	15,071,124	273,564	5,438,094	238,073	168,428	227,805	54,234	376,865	278,509	250,560	94,427	355,003	260,488	246,375	87,464
9月	19,897,743	15,077,382	277,659	5,524,781	238,500	168,535	232,688	55,496	377,537	278,922	256,987	97,022	355,227	260,310	252,639	89,744
10月	19,904,188	15,106,978	277,408	5,521,572	238,580	168,709	232,640	55,503	378,068	279,462	257,025	97,173	355,736	260,409	252,616	89,865
対前年同期比	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
平成21年度	0.1	0.7	△ 3.0	△ 2.9	0.4	△ 0.1	△ 2.2	△ 1.8	0.1	0.4	△ 2.2	△ 2.1	0.6	0.4	△ 3.0	△ 2.4
平成22年度	0.3	△ 0.3	△ 0.2	0.1	0.2	△ 1.5	0.2	0.4	△ 0.0	△ 1.0	△ 0.3	△ 0.3	△ 0.2	△ 0.3	0.9	0.7
平成23年度	0.3	△ 0.1	△ 0.4	△ 0.2	0.3	△ 0.9	△ 0.9	△ 0.6	△ 1.2	△ 1.3	△ 0.8	△ 2.0	△ 2.3	△ 2.9	△ 1.4	△ 3.7
平成23年 5月	△ 0.0	△ 0.6	△ 0.1	△ 0.1	△ 2.5	△ 2.5	1.1	△ 1.5	△ 4.5	△ 3.7	0.9	△ 3.6	△ 3.2	△ 2.4	1.3	△ 2.0
6月	△ 0.0	△ 0.6	△ 0.1	△ 0.1	△ 2.2	△ 2.3	0.7	△ 1.5	△ 4.3	△ 3.7	0.5	△ 3.9	△ 3.5	△ 2.6	0.4	△ 3.1
7月	0.0	△ 0.5	△ 0.1	△ 0.1	△ 1.9	△ 2.2	0.5	△ 1.4	△ 3.9	△ 3.3	0.1	△ 3.9	△ 3.6	△ 2.6	△ 0.3	△ 3.9
8月	0.1	△ 0.2	△ 0.2	△ 0.1	△ 1.5	△ 1.6	△ 0.1	△ 1.6	△ 3.5	△ 2.8	△ 0.7	△ 4.2	△ 3.7	△ 2.7	△ 0.8	△ 4.5
9月	0.1	△ 0.1	△ 0.6	△ 0.5	△ 1.4	△ 1.5	△ 1.1	△ 2.5	△ 3.1	△ 2.6	△ 1.2	△ 4.3	△ 3.7	△ 2.9	△ 1.9	△ 5.6
10月	0.1	△ 0.1	△ 0.6	△ 0.4	△ 1.3	△ 1.5	△ 1.0	△ 2.3	△ 2.7	△ 2.3	△ 1.1	△ 3.8	△ 3.0	△ 2.8	△ 1.8	△ 4.8
11月	0.1	△ 0.1	△ 0.5	△ 0.4	△ 1.1	△ 1.4	△ 0.9	△ 1.9	△ 2.4	△ 2.2	△ 1.1	△ 3.4	△ 2.9	△ 2.9	△ 1.8	△ 4.6
12月	0.1	△ 0.1	△ 0.5	△ 0.4	△ 1.0	△ 1.4	△ 0.8	△ 1.7	△ 2.0	△ 1.9	△ 1.0	△ 3.0	△ 2.7	△ 2.8	△ 1.7	△ 4.3
平成24年 1月	0.1	△ 0.1	△ 0.5	△ 0.3	△ 0.8	△ 1.6	△ 0.8	△ 1.6	△ 1.8	△ 1.8	△ 0.9	△ 2.6	△ 2.6	△ 3.0	△ 1.6	△ 4.2
2月	0.2	△ 0.1	△ 0.4	△ 0.2	△ 0.5	△ 1.5	△ 0.8	△ 1.3	△ 1.6	△ 1.6	△ 0.8	△ 2.3	△ 2.6	△ 3.0	△ 1.5	△ 4.1
3月	0.3	△ 0.1	△ 0.4	△ 0.2	0.3	△ 0.9	△ 0.9	△ 0.6	△ 1.2	△ 1.3	△ 0.8	△ 2.0	△ 2.3	△ 2.9	△ 1.4	△ 3.7
4月	0.5	△ 0.1	△ 0.5	0.0	3.3	0.5	△ 1.6	1.6	2.9	0.6	△ 1.8	1.0	0.4	△ 2.1	△ 2.0	△ 1.7
5月	0.7	△ 0.1	△ 0.5	0.1	4.5	0.5	△ 1.8	2.6	4.4	1.6	△ 1.9	2.4	1.3	△ 1.6	△ 1.9	△ 0.6
6月	0.7	△ 0.1	△ 0.5	0.3	4.3	0.4	△ 1.4	2.8	4.8	1.9	△ 1.4	3.3	1.7	△ 1.3	△ 1.0	0.7
7月	0.8	△ 0.2	△ 0.4	0.4	4.3	0.3	△ 0.9	3.4	4.8	1.8	△ 0.6	4.2	1.8	△ 1.3	△ 0.0	1.8
8月	0.8	△ 0.4	△ 0.3	0.6	4.1	△ 0.3	△ 0.3	3.8	4.7	1.4	0.3	5.0	2.2	△ 1.2	0.7	2.9
9月	0.9	△ 0.5	0.4	1.3	4.1	△ 0.4	1.6	5.8	4.5	1.3	2.2	6.8	2.2	△ 1.3	2.9	5.2
10月	1.0	△ 0.4	0.4	1.4	4.0	△ 0.5	1.5	5.6	4.2	1.2	2.3	6.6	2.2	△ 1.3	2.8	5.1

1. 数値には、健康保険法第3条第2項被保険者に係る分は含まれていない。
2. 年度別の数値は、年度末のものである。

都道府県別医療費の状況（平成24年10月）

[加入者計]

	全国計						岩手県					
	医療費総額	1人当たり医療費	(参考) 1人当たり 医療給付費	1人当たり 入院医療費	1人当たり 入院外（調剤を 含む）医療費	1人当たり 歯科医療費	医療費総額	1人当たり 医療費	(参考) 1人当たり 医療給付費	1人当たり 入院医療費	1人当たり 入院外（調剤を 含む）医療費	1人当たり 歯科医療費
	百万円	円	円	円	円	円	百万円	円	円	円	円	円
平成21年度	5,178,831	148,742	112,490	40,999	88,848	17,067	59,941	148,144	112,702	41,565	87,671	16,765
平成22年度	5,345,785	153,184	116,555	43,603	90,571	17,198	60,300	149,227	114,110	43,658	86,950	16,532
平成23年度	5,454,579	156,400	119,409	43,873	93,249	17,498	61,349	154,169	119,557	44,105	90,773	17,263
平成23年 6月	455,063	13,065	9,962	3,702	7,671	1,542	5,028	12,723	9,869	3,648	7,426	1,481
7月	445,638	12,788	9,760	3,698	7,435	1,502	4,922	12,426	9,603	3,640	7,153	1,457
8月	451,403	12,952	9,907	3,898	7,425	1,473	5,040	12,678	9,846	3,807	7,260	1,442
9月	431,800	12,385	9,461	3,559	7,300	1,379	4,950	12,429	9,658	3,721	7,176	1,359
10月	454,796	13,038	9,957	3,665	7,755	1,468	5,254	13,167	10,225	3,887	7,641	1,467
11月	453,409	12,988	9,937	3,680	7,703	1,457	5,192	12,980	10,075	3,719	7,635	1,458
12月	465,618	13,329	10,176	3,615	8,106	1,461	5,382	13,452	10,453	3,779	7,991	1,507
平成24年 1月	446,574	12,793	9,800	3,611	7,699	1,339	5,124	12,823	9,974	3,683	7,568	1,407
2月	468,487	13,414	10,260	3,699	8,121	1,447	5,362	13,413	10,409	3,765	7,988	1,491
3月	496,068	14,223	10,849	3,763	8,744	1,564	5,501	13,702	10,611	3,702	8,244	1,586
4月	440,904	12,618	9,662	3,555	7,487	1,434	5,014	12,459	9,668	3,376	7,497	1,430
5月	457,141	13,085	10,050	3,760	7,726	1,451	5,154	12,733	9,932	3,671	7,446	1,450
6月	459,258	13,134	10,070	3,709	7,694	1,583	5,234	12,901	9,996	3,532	7,604	1,605
7月	463,152	13,239	10,182	3,877	7,670	1,540	5,280	12,994	10,144	3,728	7,533	1,566
8月	454,412	13,002	10,023	3,999	7,397	1,450	5,209	12,813	10,031	3,728	7,464	1,455
9月	432,056	12,353	9,512	3,666	7,138	1,403	5,145	12,639	9,906	3,763	7,256	1,447
10月	483,247	13,803	10,597	3,952	8,158	1,539	5,607	13,767	10,572	3,905	8,157	1,525
対前年同期比	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
平成21年度	1.8	2.3	2.7	2.0	3.4	△ 1.8	1.0	1.7	2.0	0.7	3.1	△ 2.3
平成22年度	3.2	3.0	3.6	6.4	1.9	0.8	0.6	0.7	1.2	5.0	△ 0.8	△ 1.4
平成23年度	2.0	2.1	2.4	0.6	3.0	1.7	1.7	3.3	4.8	1.0	4.4	4.4
平成24年4月～ 平成24年10月	2.1	1.8	2.5	4.0	0.7	1.7	5.3	2.9	3.3	1.0	3.2	6.8
平成23年 6月	0.5	0.8	1.2	0.4	1.2	0.2	△ 3.5	△ 1.3	0.4	△ 0.6	△ 1.5	△ 1.0
7月	△ 1.2	△ 1.0	△ 0.6	△ 0.2	△ 1.5	△ 0.4	△ 5.0	△ 3.0	△ 1.9	△ 2.2	△ 4.1	0.2
8月	4.2	4.2	4.6	2.1	5.4	4.7	2.3	3.9	5.5	3.7	3.8	5.6
9月	2.2	2.2	2.5	0.1	3.6	1.0	0.2	1.6	3.2	4.5	0.0	2.5
10月	1.7	1.7	2.0	△ 0.2	2.9	0.3	4.1	5.6	7.5	11.0	3.5	3.8
11月	0.9	0.9	1.2	0.3	1.2	1.0	1.5	2.7	4.1	△ 1.5	4.9	3.8
12月	1.6	1.6	1.8	0.0	2.6	0.0	3.0	4.2	6.1	3.7	4.4	4.7
平成24年 1月	1.0	1.0	1.5	0.4	1.2	2.0	△ 1.7	△ 0.6	0.7	△ 7.9	2.4	5.7
2月	6.4	6.3	6.8	4.2	7.7	4.5	9.1	10.2	12.0	8.7	11.4	8.4
3月	3.0	2.9	3.2	0.6	3.6	5.4	20.9	21.2	21.8	8.1	25.5	38.1
4月	△ 1.8	△ 2.1	△ 1.2	3.3	△ 4.4	△ 2.3	2.9	0.8	1.9	3.2	△ 1.7	10.0
5月	4.7	4.4	5.1	6.2	3.6	3.8	9.2	6.2	6.6	5.6	5.7	11.1
6月	0.9	0.5	1.1	0.2	0.3	2.7	4.1	1.4	1.3	△ 3.2	2.4	8.3
7月	3.9	3.5	4.3	4.8	3.1	2.5	7.3	4.6	5.6	2.4	5.3	7.5
8月	0.7	0.4	1.2	2.6	△ 0.4	△ 1.6	3.3	1.1	1.9	△ 2.1	2.8	0.9
9月	0.1	△ 0.3	0.5	3.0	△ 2.2	1.7	3.9	1.7	2.6	1.1	1.1	6.5
10月	6.3	5.9	6.4	7.8	5.2	4.8	6.7	4.6	3.4	0.5	6.8	4.0

注1：医療費総額は、社会保険診療報酬支払基金審査分（入院、入院外、歯科、調剤、食事療養、訪問看護に係るもの）である。

2：数値には、健康保険法第3条第2項被保険者に係る分は含まれていない。

3：対前年同期比の年度の値は、4月から翌3月までの期間についてのものである。

都道府県別医療費の状況（続き）（平成24年10月）

[加入者計]

	宮城県						福島県					
	医療費総額	1人当たり医療費	(参考) 1人当たり 医療給付費	1人当たり 入院医療費	1人当たり 入院外（調剤を 含む）医療費	1人当たり 歯科医療費	医療費総額	1人当たり 医療費	(参考) 1人当たり 医療給付費	1人当たり 入院医療費	1人当たり 入院外（調剤を 含む）医療費	1人当たり 歯科医療費
	百万円	円	円	円	円	円	百万円	円	円	円	円	円
平成21年度	97,997	149,704	113,779	41,743	90,213	15,863	90,931	144,387	109,790	39,962	87,268	15,362
平成22年度	99,113	151,169	115,582	43,959	89,807	15,535	92,408	146,427	112,110	42,129	87,477	15,031
平成23年度	102,217	160,273	128,538	44,291	96,824	17,338	94,104	153,577	121,693	41,882	93,384	16,590
平成23年 6月	8,332	13,235	10,469	3,866	7,766	1,444	7,740	12,638	9,924	3,484	7,556	1,458
7月	8,228	13,014	10,337	3,788	7,605	1,461	7,646	12,487	9,837	3,717	7,222	1,398
8月	8,315	13,105	10,429	3,795	7,709	1,445	7,542	12,342	9,750	3,557	7,279	1,357
9月	8,054	12,653	10,161	3,526	7,577	1,406	7,395	12,097	9,560	3,280	7,360	1,316
10月	8,681	13,586	10,946	3,712	8,217	1,501	7,997	13,069	10,395	3,564	7,970	1,390
11月	8,790	13,713	11,116	3,835	8,208	1,511	7,897	12,890	10,293	3,556	7,781	1,410
12月	9,221	14,347	11,635	3,781	8,880	1,533	8,307	13,540	10,810	3,572	8,370	1,454
平成24年 1月	8,770	13,629	11,122	3,776	8,240	1,465	8,021	13,092	10,506	3,714	7,907	1,325
2月	9,117	14,143	11,560	3,732	8,676	1,583	8,347	13,618	10,928	3,667	8,331	1,472
3月	9,476	14,691	11,905	3,823	9,110	1,598	8,652	14,138	11,254	3,621	8,893	1,474
4月	8,644	13,348	10,885	3,655	8,078	1,469	7,742	12,643	10,101	3,380	7,744	1,383
5月	8,966	13,811	11,308	4,029	8,145	1,481	8,082	13,169	10,564	3,713	7,880	1,424
6月	9,151	14,044	11,480	3,859	8,403	1,627	8,223	13,378	10,727	3,687	7,995	1,543
7月	9,337	14,273	11,711	4,131	8,356	1,624	8,236	13,393	10,779	3,841	7,895	1,507
8月	9,150	13,962	11,491	4,241	8,061	1,498	7,895	12,827	10,339	3,719	7,566	1,395
9月	9,038	13,768	11,416	3,830	8,191	1,596	7,836	12,731	10,306	3,575	7,570	1,441
10月	9,087	13,820	10,604	3,788	8,423	1,457	8,562	13,896	10,874	3,894	8,384	1,466
対前年同期比	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
平成21年度	0.7	2.2	2.5	1.7	3.1	△ 1.2	0.7	1.3	1.4	△ 1.1	3.2	△ 1.9
平成22年度	1.1	1.0	1.6	5.3	△ 0.4	△ 2.1	1.6	1.4	2.1	5.4	0.2	△ 2.2
平成23年度	3.1	6.0	11.2	0.8	7.8	11.6	1.8	4.9	8.5	△ 0.6	6.8	10.4
平成24年4月～ 平成24年10月	11.5	8.2	10.9	8.7	7.4	11.5	7.0	6.7	8.5	8.7	5.6	7.5
平成23年 6月	△ 3.8	0.3	3.9	1.8	△ 0.7	1.3	△ 2.9	0.3	3.0	△ 3.7	1.3	5.9
7月	△ 3.9	△ 0.3	3.8	0.5	△ 1.4	3.6	△ 4.0	△ 0.8	2.2	1.5	△ 2.5	2.5
8月	2.6	6.0	10.2	△ 0.3	8.4	12.2	0.3	3.7	6.7	△ 3.5	7.1	7.8
9月	△ 0.8	2.1	7.1	△ 5.4	4.7	11.0	△ 2.4	1.0	4.4	△ 6.1	3.5	7.9
10月	2.9	5.6	11.2	△ 0.6	8.2	8.6	0.2	3.2	7.2	△ 2.1	5.5	5.4
11月	3.9	6.3	12.8	3.6	7.0	10.7	1.2	4.3	8.7	2.4	4.6	8.4
12月	6.8	9.0	15.6	3.3	11.0	13.5	4.1	7.1	11.9	3.6	8.5	9.4
平成24年 1月	3.7	5.6	12.8	3.0	5.0	17.3	3.3	6.3	11.5	7.2	5.0	12.8
2月	8.0	9.7	17.1	△ 3.8	15.5	19.0	6.4	9.4	14.4	△ 0.5	13.4	16.7
3月	39.3	41.1	48.9	24.5	42.3	96.7	27.8	31.2	35.5	19.4	32.7	60.8
4月	13.4	11.3	17.0	13.3	7.4	31.4	6.1	6.8	9.9	12.8	3.6	12.3
5月	17.8	14.2	19.2	17.7	12.1	17.0	11.3	11.3	14.2	17.6	8.9	9.2
6月	9.8	6.1	9.7	△ 0.2	8.2	12.6	6.2	5.9	8.1	5.8	5.8	5.9
7月	13.5	9.7	13.3	9.1	9.9	11.2	7.7	7.3	9.6	3.3	9.3	7.7
8月	10.0	6.5	10.2	11.8	4.6	3.7	4.7	3.9	6.0	4.6	3.9	2.8
9月	12.2	8.8	12.4	8.6	8.1	13.5	6.0	5.2	7.8	9.0	2.9	9.5
10月	4.7	1.7	△ 3.1	2.0	2.5	△ 2.9	7.1	6.3	4.6	9.2	5.2	5.4

注1：医療費総額は、社会保険診療報酬支払基金審査分（入院、入院外、歯科、調剤、食事療養、訪問看護に係るもの）である。

2：数値には、健康保険法第3条第2項被保険者に係る分は含まれていない。

3：対前年同期比の年度の値は、4月から翌3月までの期間についてのものである。

関 連 す る 主 な 経 済 指 標

● 毎月勤労統計調査（厚労省） 1月18日発表

○きまって支給する給与（基本給、時間外給与等）

常用雇用労働者数5～29人の事業所、一般労働者（平成22年の平均＝100）

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
平成 21	100.3	100.6	100.8	101.1	99.2	100.1	99.7	99.4	99.4	99.9	100.1	100.1
22	99.2	99.8	100.2	100.7	99.3	99.9	100.4	99.7	99.9	100.2	100.3	100.6
23	98.5	99.5	100.5	100.6	98.8	99.6	99.7	99.5	99.4	99.7	100.0	100.5
24	98.6	99.4	100.1	100.6	98.8	99.9	100.1	99.8	100.1	100.5	100.3	

● 中小企業月次景況観測（商工中金）12月26日発表

12月の景況判断指数は43.8（前月比0.5ポイント上昇）。

3ヶ月ぶりに上昇した。1月は低下を見込む。

※景況判断指数が50を上回れば、調査対象企業の景況判断が前月より「好転」を表し、50を下回れば「悪化」を表す。

●日銀短観（12月分業況判断D I）12月14日発表

＜中小企業＞（「良い」－「悪い」・％）							先行き
	2011/9月	→ 2011/12月	→ 2011/3月	→ 2012/6月	→ 2012/9月	→ 2012/12月	（3月まで予測）
製造業	-11	-8	-10	-12	-14	-18	-26
非製造業	-19	-14	-11	-9	-9	-11	-19
＜大企業＞							
製造業	2	-4	-4	-1	-3	-12	-10
非製造業	1	4	5	8	8	4	3

※企業経営者に、経営状態が「良い」「さほど良くない」「悪い」の選択肢から一つ選んでもらい、「良い」と答えた企業の割合から、「悪い」と答えた企業の割合を引く。この数字の変化で、経営者の景気判断の変化を把握する。

●月例経済報告（内閣府）1月23日発表

総論

景気は、弱い動きとなっているが、一部に下げ止まりの兆しもみられる。

雇用情勢

賃金をみると、定期給与は底堅く推移しているものの、現金給与総額は横ばい圏内で推移している。

先行きについては、依然として厳しさが残るなかで、足踏み状態が続くと見込まれる。

ただし、製造業の雇用に調整の動きが続いていることに注意が必要である。

●景気動向指数(内閣府) 1月22日発表

11月分(確報)

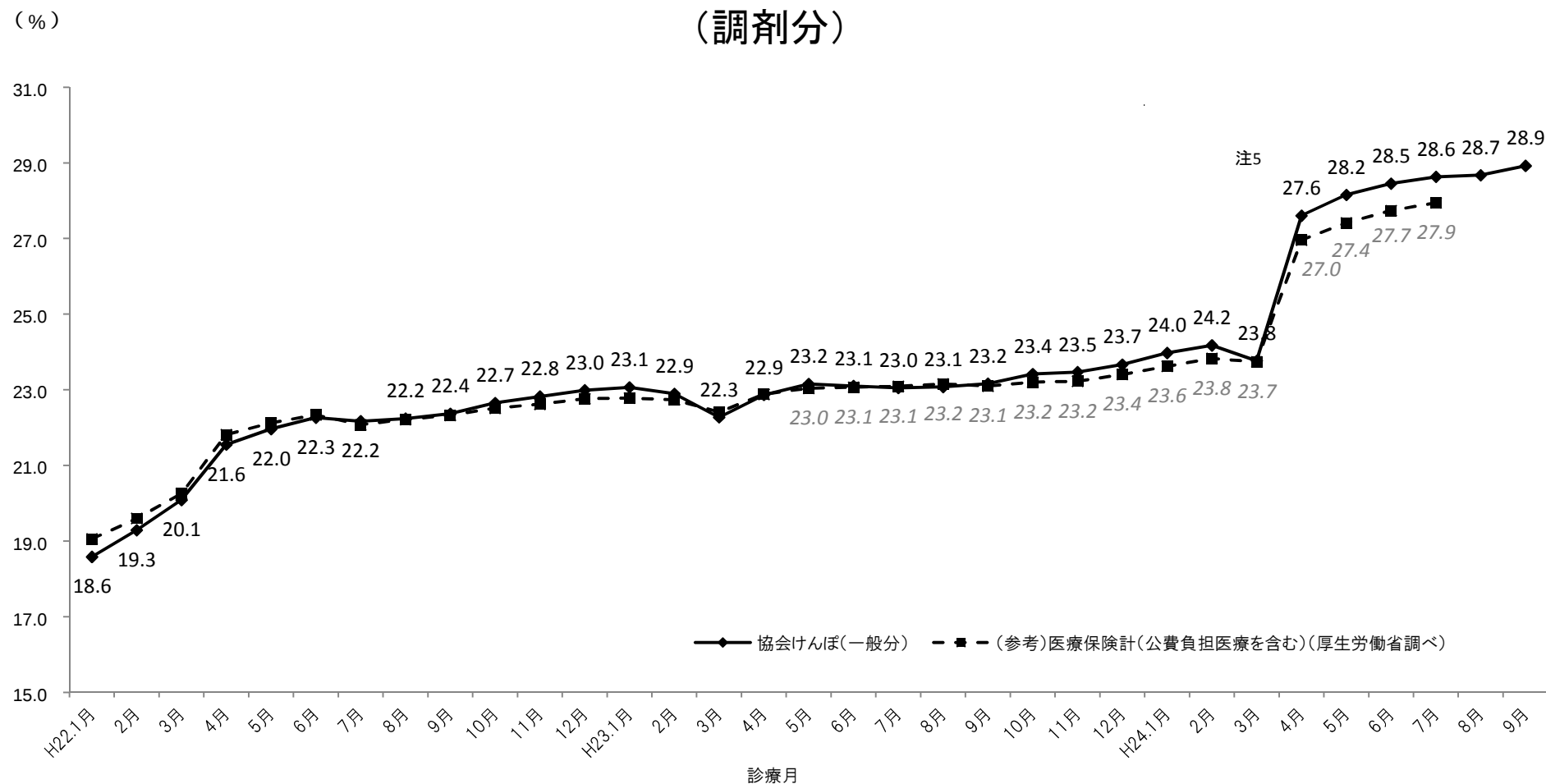
一致指数：前月比0.5ポイント下降し、8ヶ月連続の下降

先行指数：0.7ポイント下降し、2ヶ月振りの下降

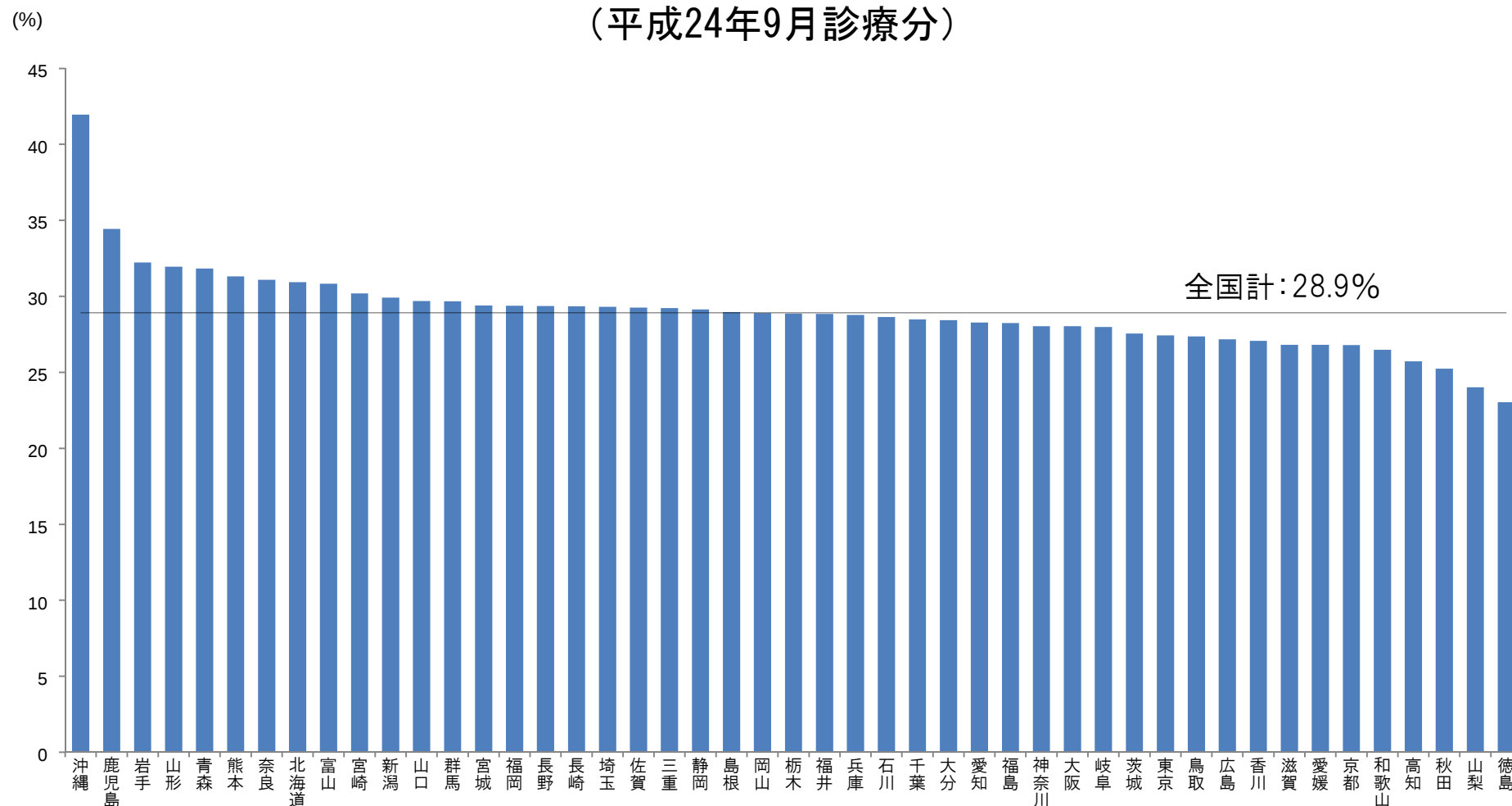
遅行指数：0.6ポイント下降し、2ヶ月振りの下降

※景気の現状把握及び将来予測に資するため、景気に敏感に反応する各種の経済指標を統合して作成。

ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース） （調剤分）



都道府県支部別ジェネリック医薬品使用割合（数量ベース）（調剤分） （平成24年9月診療分）



注1. 協会けんぽ（一般分）の調剤レセプト（電子レセプトに限る）について集計したもの（算定ベース）。

注2. 「数量」とは、薬価基準告示上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注3. 加入者の適用されている事業所所在地別に集計したもの。

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

注5. 平成24年4月以降は、後発医薬品（数量ベース）の算出から、経腸成分栄養剤、特殊ミルク製剤、生薬及び漢方製剤は除外している。このことによる平成24年4月のジェネリック割合（数量ベース）への影響は+2.3%ポイントとなっている。

第2回社会保障制度改革国民会議資料(抄)

これまでの取組状況と 今後の課題（医療分野）

平成24年12月7日
遠藤委員提出資料

医療に係る改革の課題

【医療・介護サービス保障の強化】

1 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見

- ・健康増進の総合的な推進
- ・医療費適正化の推進 等

2 医療サービス提供体制の制度改革

- ・病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進（機能強化）
- ・医師確保対策、チーム医療の推進（人材確保）

3 医療保険の財政基盤の安定化等

- ・市町村国保の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保等
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

4 個人の尊厳と患者の意思がより尊重される医療の確保

- ・国民の希望を踏まえた在宅医療の確保
- ・人生の最終段階を本人の希望に応じて穏やかに過ごすことができる環境の整備

5 今後の高齢者医療制度にかかる改革

- ・高齢者医療制度の在り方
- ・70～74歳の患者負担の在り方

健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等

現状と課題

○健康増進の総合的な推進

- ・ 生活習慣病の予防、社会生活を営むため必要な機能の維持等を図る必要がある。
- ・ 日本のがん検診の受診率（概ね20～30%）は、諸外国に比べ低水準。

○医療費の適正化

- ・ 医療費は、高齢化や医療の高度化等により、GDPの伸びを上回って増加。
- ・ 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとされている。

※ 平成20～24年度 第1期医療費適正化計画
平成25～29年度 第2期医療費適正化計画



今後の方向性

○健康増進の総合的な推進

- ・ 第二次健康日本21により、生活習慣病の発症予防、重症化予防を図り、健康寿命を延伸する。
- ・ がん検診の受診率について、平成28年度までに50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成することを目指す。

○医療費適正化の推進

- ・ 第2期医療費適正化計画において、平成29年度に向けた医療費の見通しを立て、次のような対策を推進。
 - ・ 特定健診・保健指導の実施による生活習慣病の発症予防
 - ・ 医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアの推進等による平均在院日数の縮減

※平成29年度までの全国目標：

特定健診実施率70%

特定保健指導実施率45%

- ・ 外来受診の適正化等（生活習慣病予防等）、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について、診療報酬・介護報酬改定、補助金等予算措置等により、取組を推進する。

医療サービス提供体制の制度改革（機能強化）

現状と課題

- 今後、団塊の世代が高齢期に入り、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。
- こうした中、医療サービスの機能の面では、以下の課題が存在。
 - ・ 一般病床の機能分担が不明確。
 - ・ 急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能などが不足。
 - ・ 多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保、地域包括ケアシステムの構築が必要。



今後の方向性

【病院・病床機能の分化・強化】

- 一般病床の機能分化を推進するため、
 - ・ 医療機関が病床機能の内容（急性期、亜急性期、回復期等）などを都道府県に報告し、
 - ・ 都道府県が、その情報を活用して、医療計画において、地域における病院・病床機能の分化と連携のビジョンを策定。
- 病院・病床機能の分化・連携を確保し、病状等に見合った医療サービスの提供と平均在院日数の減少につながる医療資源の適切な投入を行い、効果的・効率的な医療を提供。

【在宅医療の推進】

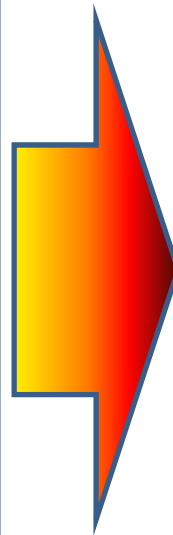
- 在宅医療、地域包括ケアを推進するため、医療計画、報酬及び予算面から包括的に取組を実施。
 - ・ 次期医療計画（平成25年度～）において、在宅医療の確保策や、在宅療養者の病状の急変時等における在宅医療の連携体制を新たに記載し、計画的な整備を推進。
 - ・ 診療報酬及び介護報酬において、在宅医療や医療と介護との連携を適切に評価。
 - ・ 医療と介護を地域で一体的に提供できる体制（地域包括ケアシステム）の整備や在宅チーム医療を担う人材育成を推進。

※ 上記の機能強化、人材確保等の制度改革を実現するため、今後、医療法等改正法案を提出。

医療サービス提供体制の制度改革（人材確保）

現状と課題

- 今後、団塊の世代が高齢期に入り、医療・介護サービスの需要は大きく増大することが見込まれる。
- こうした中、人材確保の面では、以下の課題が存在。
 - ・ 国際的に見て人口当たりの病床数が多い一方で、医師数は少ない（ただし、医師数は毎年4000人程度増加する傾向）。医師が地域間・診療科間で偏在。
 - ・ 医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医師を始めとするスタッフの業務が増大。



今後の方向性

【医師確保対策】

- 医学部入学定員を増員（平成24年度は8,991名（平成19年度と比較し1,366名増員））し、その中で特定の地域等での勤務を条件付けることができる「地域枠」を設定。平成25年度も引き続き増員予定。
- キャリア形成支援と一体的に地域の医師不足病院の医師確保の支援を行う地域医療支援センターを設置。（平成24年度で、20道府県）。今後さらに拡充。
- 各都道府県に設置された地域医療再生基金（～25年度末）を活用するなど、人材確保を含め、地域の状況に応じた取組を推進。
- 臨床研修医の地域的な適正配置を促進するため、都道府県別の募集定員の上限を設定。
- 医師や看護師が働き続けられる環境等を整備するため、医療現場での雇用環境改善を推進。

【チーム医療の推進】

- 看護師に関する高度な専門知識と技能が必要な行為の明確化と能力認証の仕組みの導入、診療放射線技師や歯科衛生士の業務範囲の拡大、薬剤師など医療関係職種の仕事の見直しの検討を図り、効率的で質の高い医療を実現。

※ 上記の機能強化、人材確保等の制度改革を実現するため、今後、医療法等改正法案を提出。

医療保険の財政基盤の安定化等

現状と課題

○市町村国保の財政基盤の安定化

- 市町村国保は、低所得者や高齢で医療の必要が高い人が多く加入しており、相対的に保険料負担が重い。
- 市町村国保財政は赤字であり、決算補填等のため市町村の一般会計から多額の法定外繰入れ・繰上充用を行っている。
 - * 法定外一般会計繰入・繰上充用：約5,000億円
- 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が存在し、市町村間の格差がある。
 - * 都道府県内の保険料格差最大：2.8倍（長野県）

○保険料に係る国民負担に関する公平の確保等

- 中小企業の従業員を加入者とする協会けんぽは、大企業中心の健保組合と比べて財政基盤が弱く、保険料を賦課する賃金水準も低い。このため、
 - 協会けんぽへの国庫補助を行うとともに、
 - 高齢者医療の支援金の3分の1について、被用者保険者の負担能力に応じた負担（総報酬割）としている。

今後の方向性

■ 医療保険制度については、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を図ること。

（市町村国保の財政基盤の安定化）

- 以下のような取組を実施。
 - 平成24年国保法改正において、財政基盤強化策の恒久化、財政運営の都道府県単位化（市町村国保のすべての医療費を都道府県単位で共同して負担）などを実施（27年4月1日から）
 - 市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化（～2200億円程度）
- 今後とも、市町村国保の財政基盤の安定化に向けた取組を推進。

（保険料にかかる国民負担に関する公平の確保等）

- 今後の高齢者医療制度にかかる改革の中で、高齢者医療の支援金について、全面総報酬割とすることを検討する。
- 国保組合の国庫補助の見直し

医療保険の財政基盤の安定化等

現状と課題

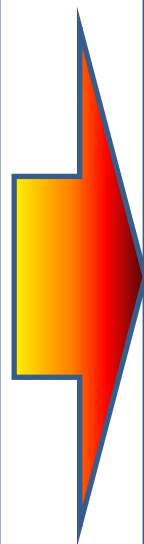
○保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

(医療費の伸びの増大)

- ・ 医療費は、高齢化や医療の高度化等により、GDPの伸びを上回って増大している。

(高額療養費や難病対策の見直し)

- ・ 医療の高度化に伴い、がん患者など長期にわたって、自己負担の重い患者が生じている。
- ・ また、難病の医療費助成についても、対応が求められている。



今後の方向性

(保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等)

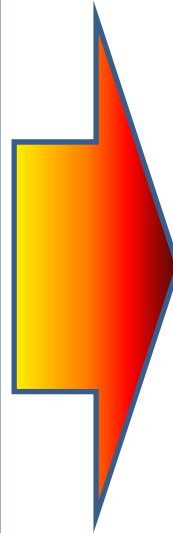
- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、後発医薬品の総合的な使用促進を図るとともに、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。また、医薬品の患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直すことについて検討する。

- 高額療養費については、
 - ・ 制度の持続可能性の観点から、保険者が共同で支え合う仕組みや給付の重点化を通じて、改善に必要な財源と方策等について検討する。難病の医療費助成についても、公平・安定的な仕組みを検討する。

個人の尊厳と患者の意思がより尊重される 医療の確保

現状と課題

- 今後の高齢化の進展を見据えつつ、疾病を抱えても自分らしい生活を続けられる環境の整備が必要。
 - こうした中、以下の課題が存在。
 - ・ 多くの国民が自宅などでの療養を希望していることを踏まえた、在宅医療の確保・地域包括ケアシステムの構築が必要。
 - ・ 人生の最終段階を本人の希望に応じて穏やかに過ごすことができる環境の整備が必要。
- ※ これまでほぼ5年おきに計4回の終末期医療に関する意識調査を実施するとともに（今年度中に新たな調査を実施予定）、平成19年に終末期医療の決定プロセスに関するガイドラインを作成。



今後の方向性

- 在宅医療、地域包括ケアを推進するため、医療計画、報酬及び予算面から包括的に取組を実施。（再掲）
 - ・ 次期医療計画（平成25年度～）において、在宅医療の確保策や、在宅療養者の病状の急変時等における在宅医療の連携体制を新たに記載し、計画的な整備を推進。
 - ・ 診療報酬及び介護報酬において、在宅医療や医療と介護との連携を適切に評価。
 - ・ 医療と介護を地域で一体的に提供できる体制（地域包括ケアシステム）の整備や在宅チーム医療を担う人材育成を推進。
- 終末期医療のあり方は、国民の死生観に深く関わる課題であり、国民的議論を踏まえつつ対応。

今後の高齢者医療制度にかかる改革

現状と課題

- 旧老人保健制度では次の問題あり。
 - ・高齢と現役の負担関係が不明確
 - ・加入制度や市町村により保険料額に高低 等
- このため、75歳以上が独立した後期高齢者医療制度施行(平成20年4月)。
 - ・給付費13.1兆円、加入者約1,500万人(平成24年)
- これに対し、「年齢による差別」と受け止め。
 - ・運用面で可能な限り対応済。
 - ※75歳以上の年齢に着目した診療報酬の廃止等
 - ・平成22年12月、高齢者医療制度改革会議が見直し案をとりまとめ。
 - ※75歳以上は国保又は被用者保険に加入。最終的に全年齢で国保を都道府県単位化等
- 民自公3党合意、社会保障制度改革推進法で規定。

今後の高齢者医療制度の改革については、あらかじめ三党間で合意に向けて協議するとともに、状況等を踏まえ、必要に応じて社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得る。

今後の方向性

- 民自公3党合意及び社会保障制度改革推進法を踏まえ、以下について検討を進める。
- 1. 高齢者医療制度の在り方
 - 制度的枠組みの在り方
 - 制度的枠組みにかかわらず検討を要する課題
 - ・支援金(総報酬割の検討(負担の公平化))・保険料・公費負担の在り方 等
- 2. 70～74歳の患者負担の在り方
 - 現在1割に凍結(法定は2割)されている70～74歳の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、25年度以降の取扱いを25年度予算編成過程で検討

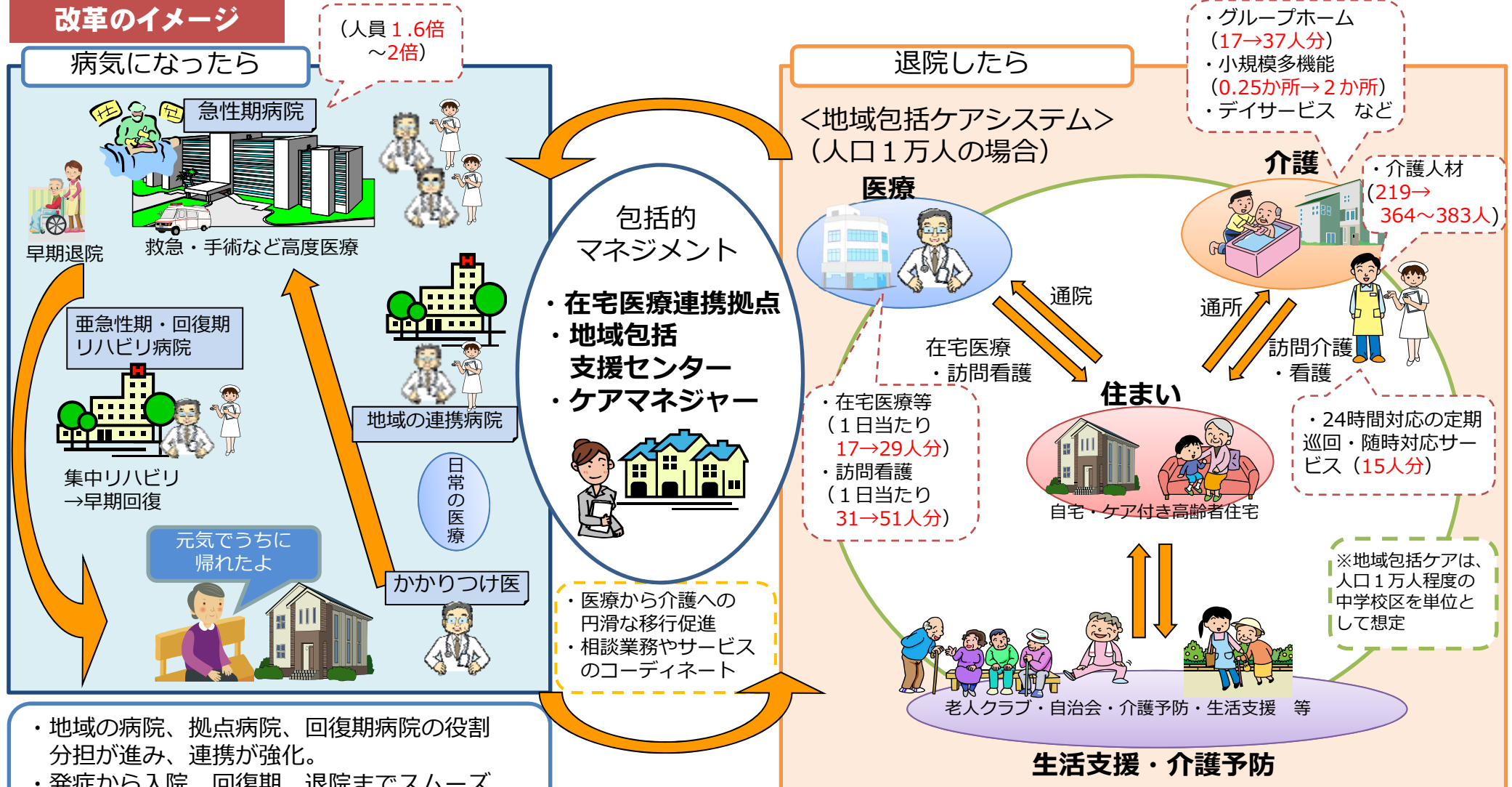
参考資料

医療・介護サービス保障の強化

- 病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2012年度、目標は2025年度のもの

健康日本21(第2次)の概要

- 平成25年度から平成34年度までの国民健康づくり運動を推進するため、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」(平成15年厚生労働大臣告示)を改正するもの。
- 第1次健康日本21(平成12年度～平成24年度)では、具体的な目標を健康局長通知で示していたが、目標の実効性を高めるため、大臣告示に具体的な目標を明記。

健康の増進に関する基本的な方向

① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

- ・生活習慣の改善や社会環境の整備によって達成すべき最終的な目標。
- ・国は、生活習慣病の総合的な推進を図り、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底(NCD(非感染性疾患)の予防)

- ・がん、循環器疾患、糖尿病、COPDに対処するため、一次予防・重症化予防に重点を置いた対策を推進。
- ・国は、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

- ・自立した日常生活を営むことを目指し、ライフステージに応じ、「こころの健康」「次世代の健康」「高齢者の健康」を推進。
- ・国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援等を推進。

④ 健康を支え、守るための社会環境の整備

- ・時間的・精神的にゆとりある生活の確保が困難な者も含め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守る環境を整備。
- ・国は、健康づくりに自発的に取り組む企業等の活動に対する情報提供や、当該取組の評価等を推進。

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

- ・上記を実現するため、各生活習慣を改善するとともに、国は、対象者ごとの特性、健康課題等を十分に把握。

がん対策推進基本計画(平成24年6月8日閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

(1)放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3)がん登録の推進

新(4)働く世代や小児へのがん対策の充実

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(2) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

新(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- 新**⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- ⑥その他(病理、リハビリテーション、希少がん)

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

新7. 小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

新8. がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

新9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

医療費適正化計画に基づく取組

医療費適正化計画について

- ◎ 生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のため、高齢者医療確保法により、平成20年度から、国及び都道府県が医療費適正化計画を策定することとされている
- ◎ 平成20年度を初年度とする第1期医療費適正化計画(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
(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%、メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少
・ 平均在院日数について、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)に縮小
- ◎ 平成25年度を初年度とする第2期医療費適正化計画(5年計画:平成29年度まで)を国及び都道府県において策定する予定
(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%、メタボ該当者及び予備群を平成20年度から25%以上減少(都道府県ごとの目標については、全国目標を踏まえ、各都道府県が独自に設定)
・ 平均在院日数については、社会保障・税一体改革に基づく病院・病床機能の分化・連携の将来像を参考に、都道府県が独自に目標を設定

医療費適正化計画の目標の達成状況について

特定健診・保健指導等の推進

○特定健診・保健指導の実施率の推移

	20年度	22年度(速報値)
特定健診の実施率	38.9%	43.3%
特定保健指導終了率	7.7%	13.7%

○特定健診・保健指導の効果

- ・ 特定保健指導終了者のうち、メタボリックシンドローム該当者及び予備群でなくなった者の割合 ▲約32%(21年度)
- ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群と非該当者との医療費の比較 ▲約9万円(22年度)

平均在院日数の縮減

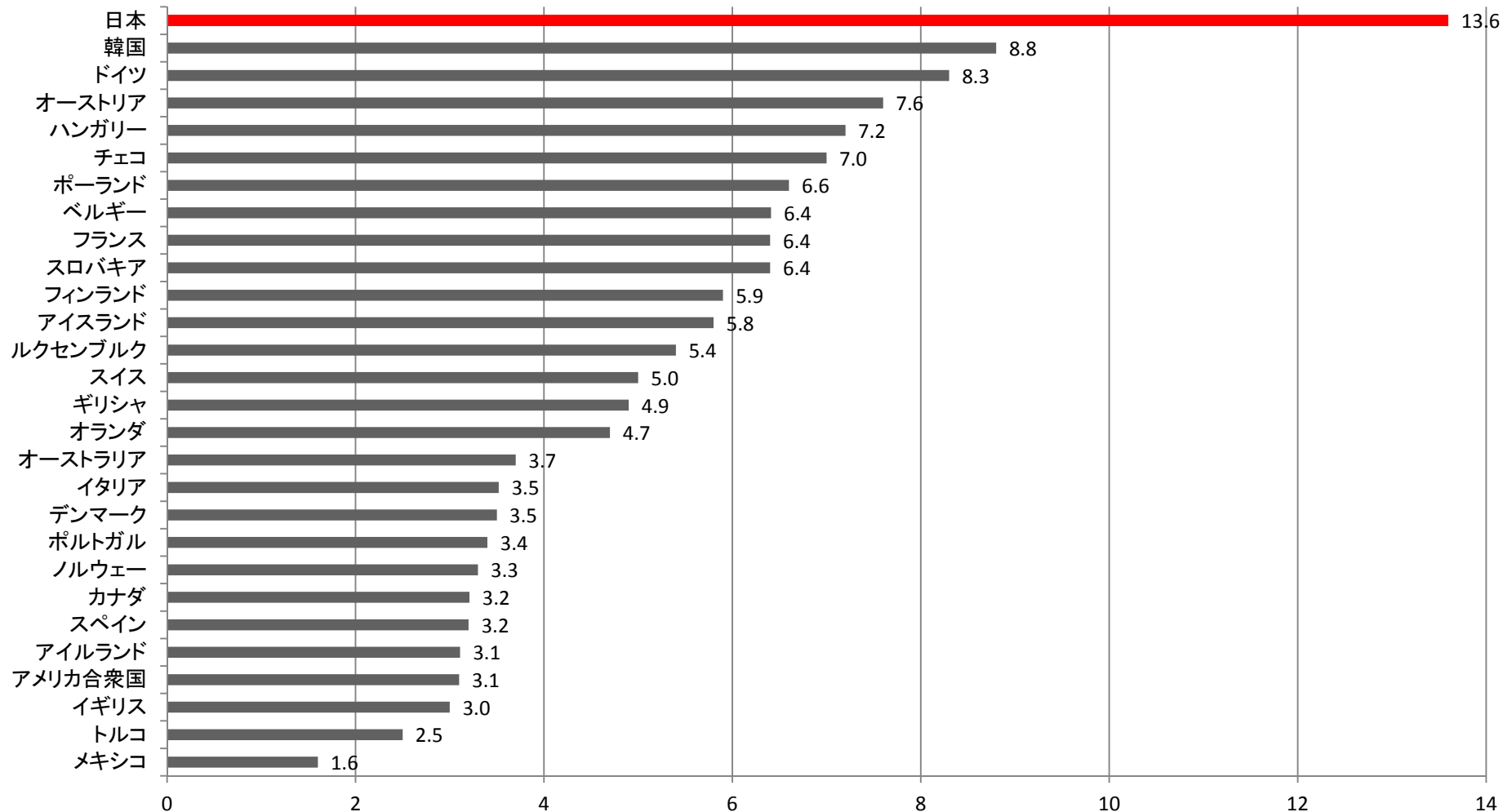
○平均在院日数の推移

	18年	23年
全国平均	32.2日	30.4日
最短県	25.0日	23.3日

※ 18年の最短県は長野県、23年は東京都

OECD諸国の病床数について(2010年)

人口1000人当たりの病床数は13.6と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。

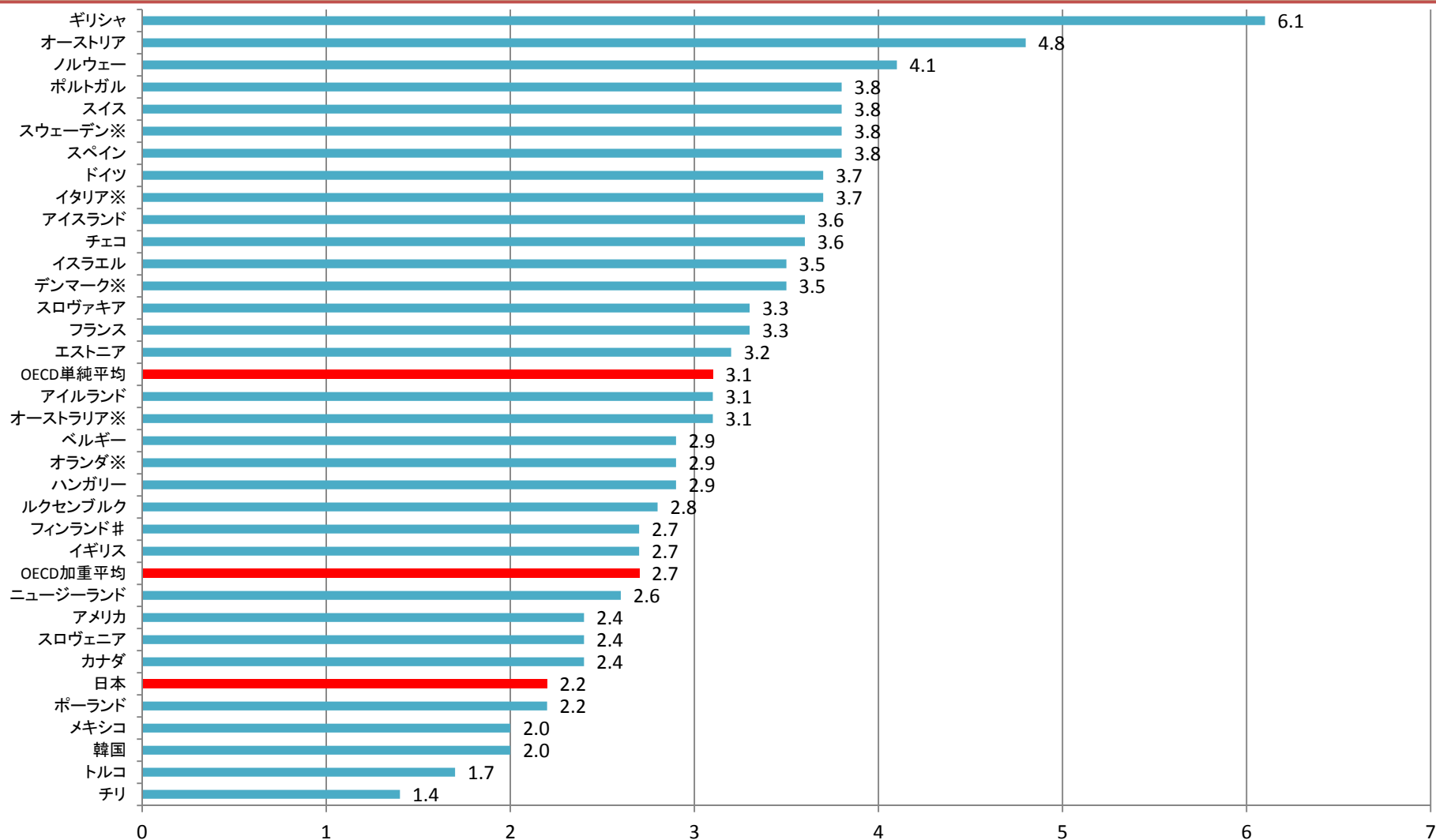


出典:「OECD HEALTH DATA 2012」

(注1) アイスランドは2007年の推計値、ポルトガルは2010年の推計値

(注2) ギリシャ・オランダ・オーストラリア・カナダ・アメリカ合衆国は2009年の値

人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2010年(平成22年))



※は2009年、#は2008年

注1 単純平均とは、各国の人口1000人当たり医師数の合計を国数で割った値

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数に1000を乗じた値

注3 ギリシャ・スロヴァキア・フランス・アイルランド・オランダ・カナダ・トルコは研究機関等に勤務し臨床にあたらない医師を含み、ポルトガル・チリは資格を有しており現役で働いていない医師を含む

注4 アイルランドは推計値

現在の性・年齢階級別の医療サービス利用状況をそのまま将来に投影した場合における入院者数等の見込み

- 現状を将来に投影した場合、1日当たり入院者数は、133万人→162万人（2025年）に増加。このニーズに対応する必要病床数は、一般病床で107万床→129万床に、病床総数で166万床→202万床に急増。
- しかし、我が国は、諸外国に比べ人口当たり病床数は多いが医師数は少ない中で、このように病床を増やしていくことは非現実的。
- したがって、医療資源を効果的かつ効率的に活用していくため、病床の機能分化を進め、機能に応じた資源投入を図ることにより、入院医療全体の機能強化と在宅医療等の充実を図ることが必要。

1. 1日当たり入院者数の見込み

	平成23(2011)年度	平成27(2015)年度	平成37(2025)年度
高度急性期	80万人 / 日	86万人 / 日	97万人 / 日
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養（慢性期）	21万人 / 日	24万人 / 日	31万人 / 日
精神病床	31万人 / 日	32万人 / 日	34万人 / 日
入院計	133万人 / 日	143万人 / 日	162万人 / 日

2. 必要病床数の見込み

高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養（慢性期）	23万床 91%程度 150日程度	27万床 91%程度 150日程度	34万床 91%程度 150日程度
精神病床	35万床 90%程度 300日程度	36万床 90%程度 300日程度	37万床 90%程度 300日程度
入院計	166万床 80%程度 30～31日程度	178万床 80%程度 30～31日程度	202万床 80%程度 30～31日程度

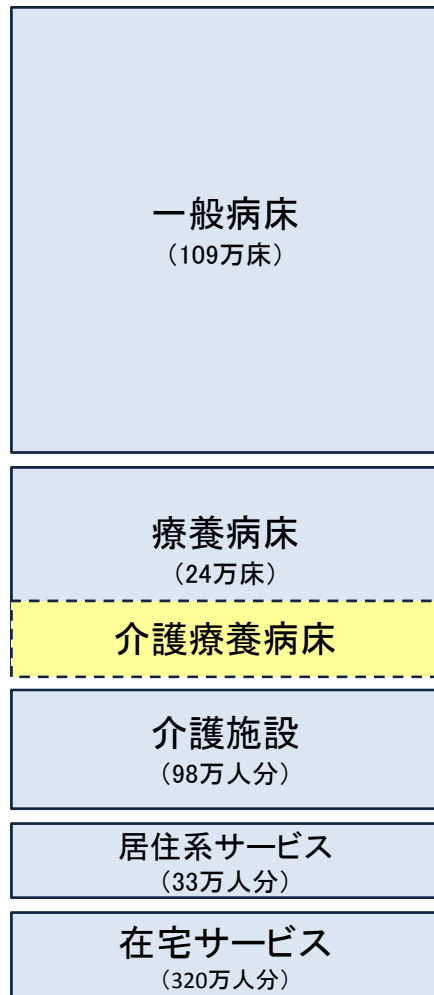
（参考）総人口	1億2729万人	1億2623万人	1億2157万人
---------	----------	----------	----------

※社会保障・税一体改革における「医療・介護に係る長期推計」におけるデータによる。必要病床数の見込みにおいて、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数。

医療・介護機能の再編（将来像）

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

【2012(H24)】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

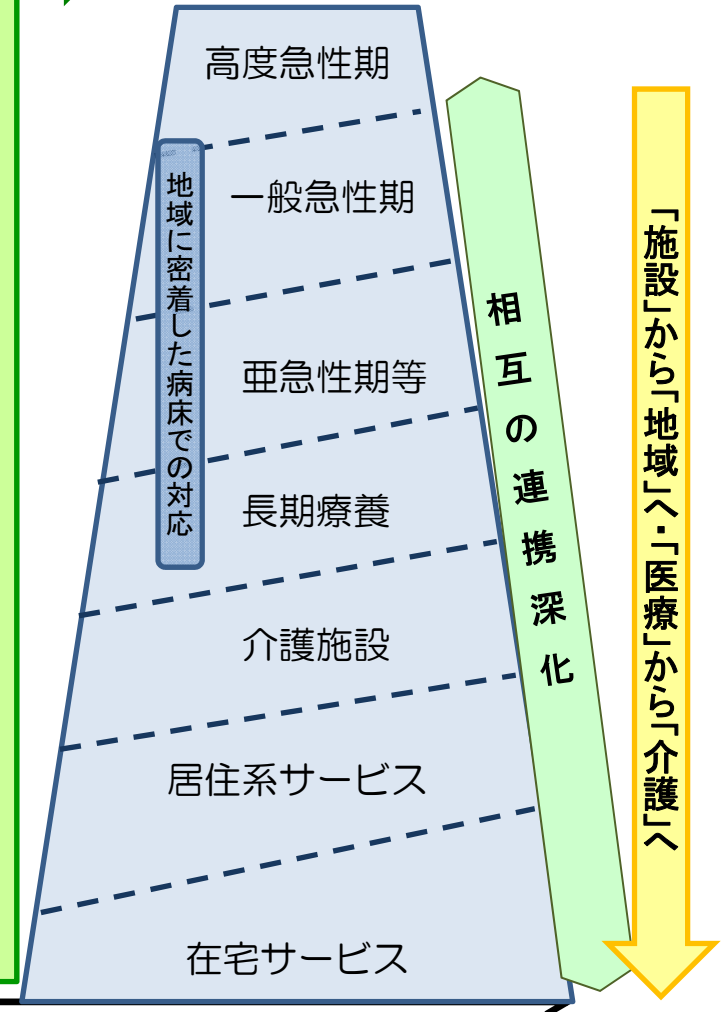
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

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

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療提供体制の改革に関する意見のポイント（平成23年12月22日社会保障審議会医療部会）

I 基本的な考え方

- 現在抱える様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築。
- ①医師等の確保・偏在対策、②病院・病床の機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべき。

II 個別の論点について

地域の実情に応じた医師等確保対策

【医師の養成、配置のあり方】

- 総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要。

【医師確保対策のあり方】

- キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に取り組むため、法制化等により都道府県の役割を明確化。
- 都道府県は、医療圏・診療科ごとの医師の需給状況を把握し必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かな対応が必要。

在宅医療・連携の推進

【在宅医療の推進、医療・介護間の連携】

- 在宅医療の推進には、複数の医療機関等の連携システムの構築など、地域としての供給体制整備が不可欠。そのためには、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要。
- 在宅医療の拠点となる医療機関について、法制上、その趣旨及び役割を明確化すべき。
- 在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担等を医療計画に盛り込むことを法制上明確にすべき。

病院・病床の機能の明確化・強化

【病床区分のあり方】

- 一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化が必要であり、法制化を含め、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要。
- 一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について、検討の場を設け、早急に検討（※）。

【臨床研究中核病院（仮称）の創設】

- 医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を法制上位置づけることなどについて検討。

【特定機能病院のあり方】

- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、評価のあり方を検討。

医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

【チーム医療の推進】

- 限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、チーム医療を推進していくべき。各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべき。

【看護師、診療放射線技師等の業務範囲】

- 安全性の確保とサービスの質の向上のため、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要。看護師が安全かつ迅速にサービスを提供するため、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要（※）。
- 診療放射線技師については、安全性を担保した上で、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要。

※「一般病床の機能分化」については、「急性期医療に関する作業グループ」で基本的な枠組みがとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会で了承。具体的な事項について、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で検討中。「看護師の能力認証の仕組み」の法制化については、「チーム医療推進会議」において、制度の詳細について、検討中。

一般病床の機能分化を推進するための仕組み

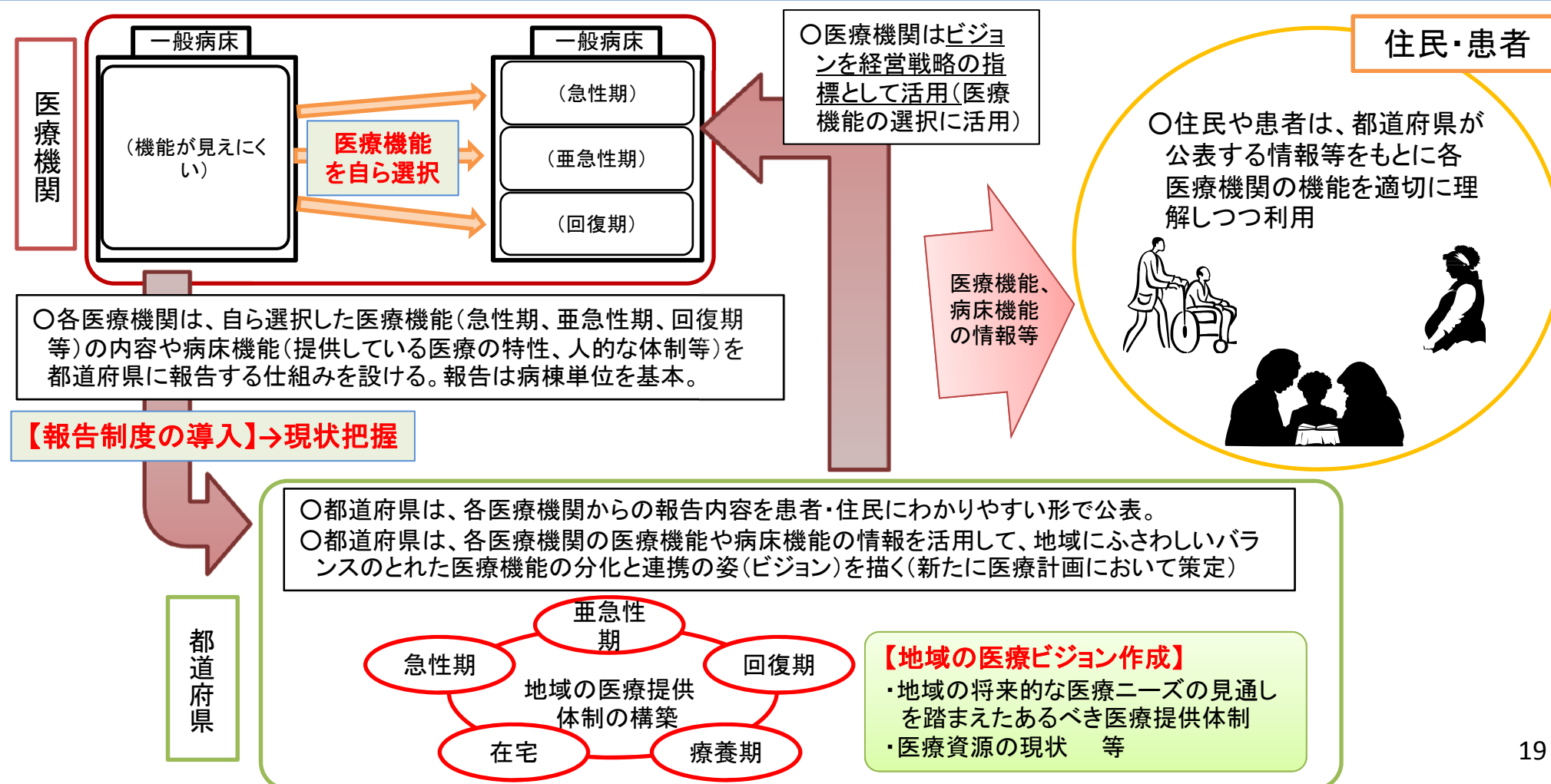
○一般病床の機能分化を推進していくため、

①医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入するとともに、

②報告を受けた情報を活用し、医療計画において、その地域にふさわしい地域医療のビジョンを策定する仕組みを導入。これにより、地域の実情に応じた医療機能の分化と連携を推進し、均衡ある地域医療の発展を図る。

※この枠組みについては「急性期医療に関する作業グループ」でとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会です承。

○「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について検討中。



在宅医療の推進

(背景)

- 日本は国民皆保険のもと、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立し、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同4位)を実現。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。
また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 一方、国民の60%以上は自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

国民の希望に応える療養の場の確保は喫緊の課題

(在宅医療・介護あんしん2012)

平成24年度を「在宅医療・介護あんしん2012」と位置づけ、予算、制度、報酬を総動員して在宅医療・介護を推進。

① 予算での対応

- 多職種協働による在宅医療を担う人材の育成、在宅医療・介護の連携のための調整を行う拠点の整備に関する予算の計上などにより、省横断的に在宅医療・介護を推進。

② 制度的対応

- 在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示。

(参考)平成24年度中に各都道府県で策定作業→平成25年度から5年間の新計画

③診療報酬・介護報酬

- 平成24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価。

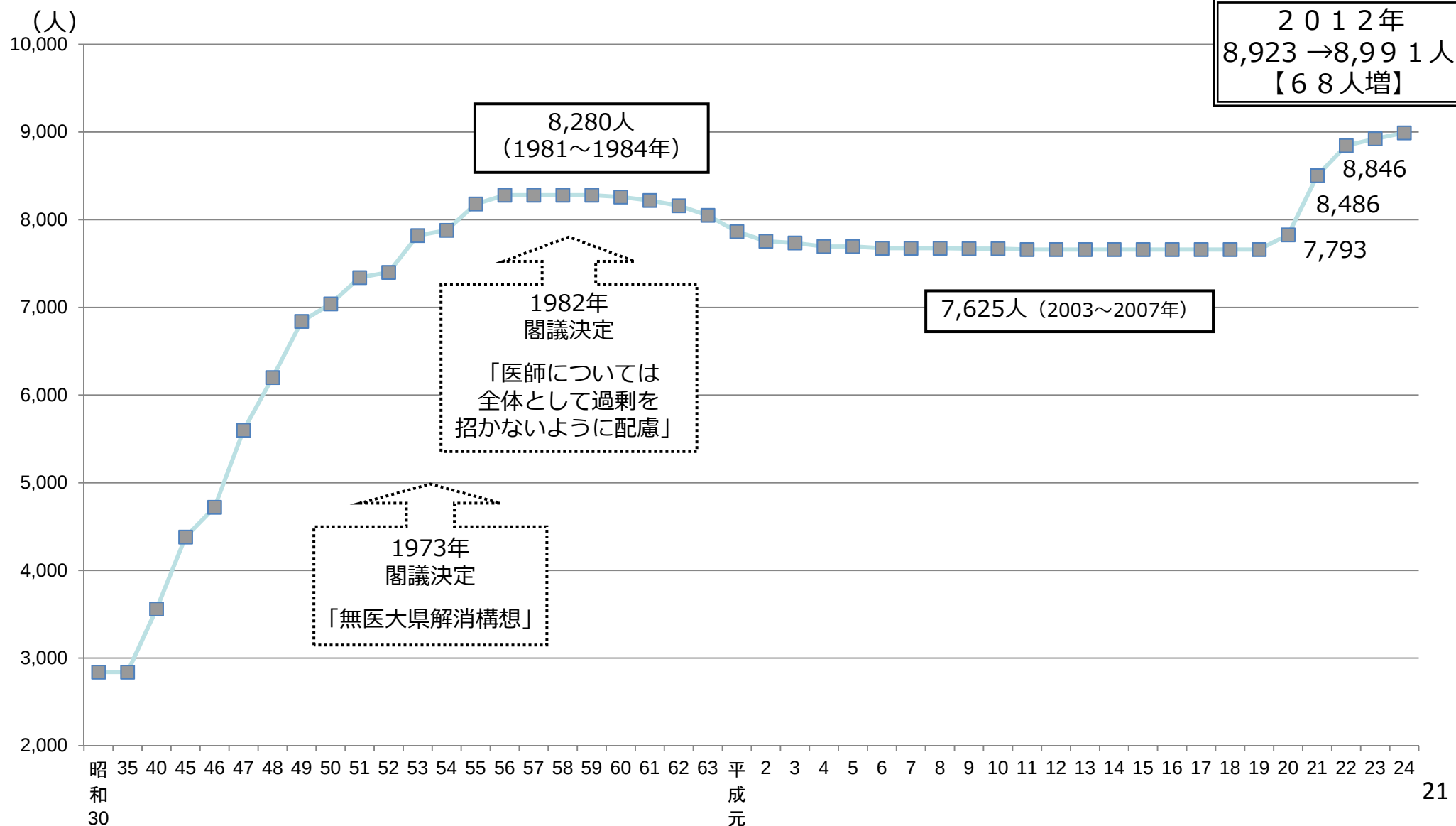
(今後の対応)

- 提言型政策仕分け(平成24年7月)での提言等を踏まえ、同年8月に「在宅医療・介護推進プロジェクトチーム」を設置(主査:医政局長、副主査:老健局長、保険局長、大臣官房審議官(医療・介護地域連携担当、医療・介護連携担当))し、2025年に向けた具体的施策について検討中。

医学部入学定員の年次推移

○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

(平成19年7,625→平成24年8,991人(計1,366人増))



地域医療支援センター運営経費

平成25年度概算要求 11.4億円（平成24年度予算 7.3億円）
（33箇所）（20箇所）

地域医療支援センターの目的と体制

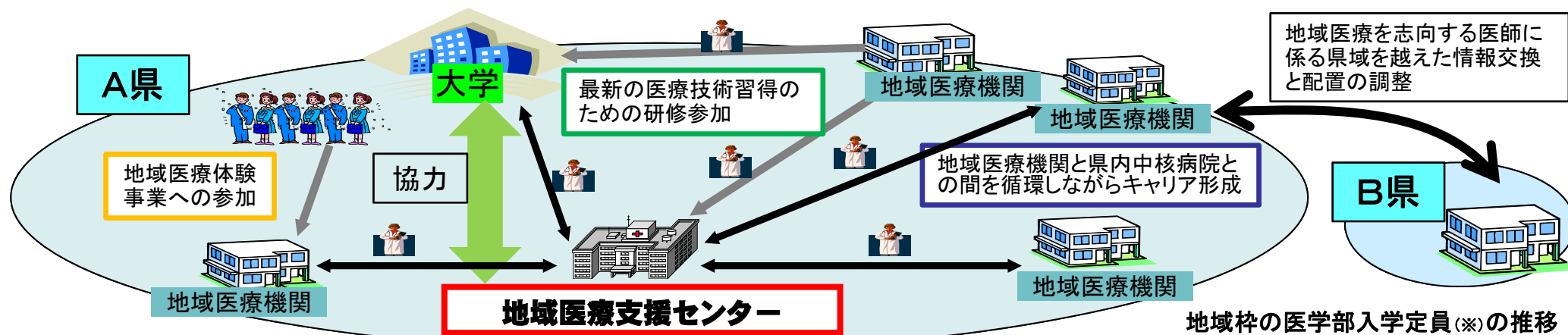
医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安 等

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

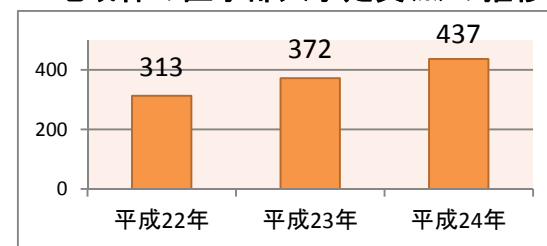
・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学と調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



(※) 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 平成24年度現在、全国20道府県の地域医療支援センターの運営に対する支援を実施している。
- 平成23年度以降、20道府県で合計620名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。（平成24年7月末時点）
- 平成25年度は、先行実施県での事業実施状況を踏まえ、支援センター事業がより広域的に推進されるとともに、各県支援センター間のネットワークが形成されるよう、来年度の事業実施の意向を持つ13箇所を加えた33箇所の運営経費について要求する。

地域医療再生基金の概要

21年度補正 予算総額2350億円
(25億円×94地域)

22年度補正 予算総額2100億円
(15億円×52地域＋加算額1320億円)

※被災3県については23年度補正予算でさらに720億円を上積み

基金の目的

- 地域の医師確保、救急医療の確保など、地域における医療課題の解決を図るため、都道府県に基金を設置。
- 従来の病院毎(点)への支援ではなく、都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく対象地域全体(面)への支援。

事業概要

- ◎都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援
- 対象地域 【21年度補正】二次医療圏を基本とする地域
【22年度補正】都道府県単位(三次医療圏) ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
(医師確保対策や救急医療体制の強化、ICTを活用した診療情報の共有 など)
- 計画期間 平成25年度まで
- 交付決定 【21年度補正】22年1月29日に交付決定済み
【22年度補正】被災3県以外については23年12月12日交付決定済み
被災3県については24年3月7日までに交付決定済み
- 計画の評価・助言は、厚生労働省に設置する有識者による会議で実施

チーム医療の推進について

○社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月）

多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。



1. 看護師の能力を認証する仕組みの導入

チーム医療の推進に資するよう、他の医療スタッフと十分な連携を図るなど、安全性の確保に十分留意しつつ、看護師がその能力を最大限に発揮できるような環境を整備するため、「高度な専門知識と技能が必要な行為の明確化」と「能力認証の仕組みの導入」について、現在、チーム医療推進会議において、具体的な検討を進めているところ。

2. その他の医療関係職種の業務範囲の見直し

その他の医療関係職種についても、チーム医療を推進する観点から、業務範囲の見直しを検討。

＜具体例＞

(1) 診療放射線技師

診療放射線技師が実施する検査に伴い必要となる行為について、新たに業務範囲に追加。

- ・CT検査、MRI検査等において造影剤自動注入器を用いた造影剤投与を行うこと
- ・下部消化管検査に際して、カテーテル挿入部（肛門）を確認の上、肛門よりカテーテルを挿入すること 等

(2) 歯科衛生士

・歯科衛生士が歯科医師の「直接の指導」の下に実施しているフッ化物塗布や歯石除去等の予防処置について、歯科医師との緊密な連携を図った上で実施することを認める。

新たな専門医に関する仕組みについて（専門医の在り方に関する検討会中間まとめ）

概要

視点

新たな専門医に関する仕組みは、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築。

現状

<専門医の質>

各学会が独自に運用。学会の認定基準の統一性、専門医の質の担保に懸念。

<求められる専門医像>

専門医としての能力について医師と患者との間に捉え方のギャップ。

<地域医療の安定的確保>

医師の地域偏在・診療科偏在は近年の医療を巡る重要な課題。

今後の課題（引き続き検討）

※今後、平成24年度末までの最終報告書の取りまとめに向け、主に以下の点を引き続き議論

- ①中立的な第三者機関の具体的な体制
- ②現在の専門医と新しい仕組みによる専門医の関係（移行措置）
- ③国の関与の在り方
- ④医師不足・地域偏在・診療科偏在の是正への効果
- ⑤医師養成に関する他制度（卒前教育、国家試験、臨床研修）との関係

新たな仕組みの導入

- 新たな専門医の仕組みを、医療を受ける側の視点も重視して構築。
- 中立的な第三者機関を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う。
- 「総合医」「総合診療医」（総合的な診療能力を有する医師。※名称については、引き続き検討）を基本領域の専門医の一つとして加える。
- 例えば、専門医を「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」と定義。
- 「総合医」「総合診療医」や「領域別専門医」がどこにいるのかを明らかにし、それぞれの特性を活かしたネットワークにより、適切な医療を受けられる体制を構築。
- 新たな仕組みの構築に併せて、広告が可能な医師の専門性に関する資格名等の見直し。
- 専門医の養成数は、養成プログラムにおける研修体制を勘案して設定。

期待される効果

- 専門医の質の一層の向上（良質な医療の提供）
- 地域医療の安定的確保

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要(イメージ)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

市町村国保の安定的な運営を確保するため、平成22年度から平成25年度までの暫定措置となっている市町村国保の「**財政基盤強化策**」(公費2,000億円)を恒久化する。

※ 財政基盤強化策として、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じた、市町村に対する財政支援や、高額医療費に関する市町村に対する財政支援を行っている。

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業について、平成27年度から、**事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進**する。

※ 現在、1件30万円を超える医療費について、都道府県内の全市町村が被保険者数と医療費実績に応じて共同で負担。

(3) 財政調整機能の強化

都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、平成24年度から、都道府県調整交付金を給付費等の**7%から9%**に引き上げる。

※ これに伴い、定率国庫負担を**34%から32%**とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付。

(4) その他

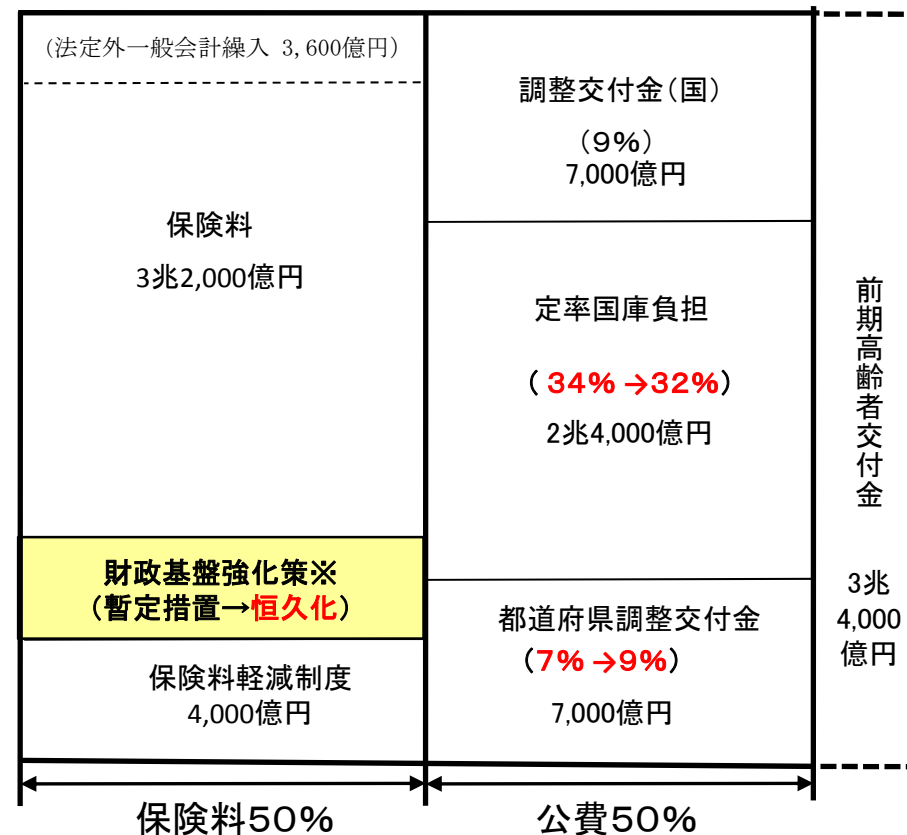
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

施行期日(適用日)

- (1)、(2) 平成27年4月1日
- (3)、(4) 平成24年4月1日

国保財政のイメージ

医療給付費等総額: 約11兆1,000億円
(24年度予算)



※財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費2,000億円のほか、財政安定化支援のため地財措置(1,000億円)がある。

※法定外一般会計繰入は平成22年度実績ベース。

市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化

◎ 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援制度の拡充により、財政基盤を強化する。
(～2,200億円程度、税制抜本改革とともに実施。)

《「国保に関する国と地方の協議」提出資料より》

1. 低所得者保険料軽減の拡大 (500億円程度)

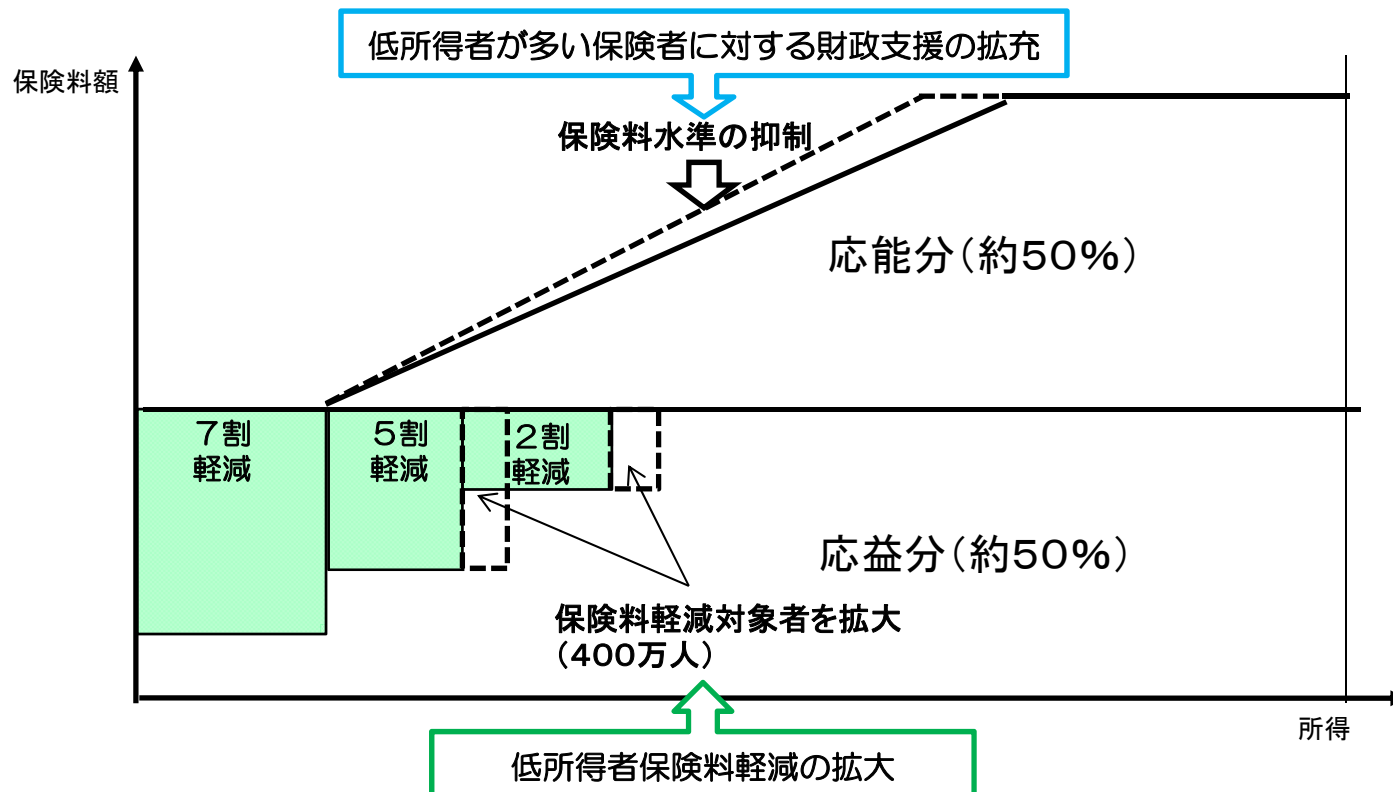
- ・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ (さらに保険料が軽減される者：約400万人) *27年度ベース

☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆2割軽減対象者 年収223万円以下 → 266万円以下 (※いずれも、夫婦、子1人で夫の給与収入のみの場合)

2. 保険者支援制度の拡充 (1,700億円程度)

- ・ 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援の拡充
- ・ 保険料水準全体を抑制する効果 (対象者：全被保険者(3,500万人)) *27年度ベース



協会けんぽの財政再建の措置（平成22年度～24年度）

○ 協会けんぽは、平成22年改正の健康保険法で、平成22年7月から24年度までの間、後期高齢者支援金の総報酬割（3分の1）と併せて、**国庫補助率の引上げ（13%→16.4%）**の措置が講じられている。

（※）リーマンショック後の景気悪化による保険料収入の激減により、平成21年度に4900億円の収支赤字を計上し、積立金を取り崩しても3200億円の負債が生じたため、平成22年に健康保険法を改正して、財政再建の措置を講じた。

（※）平成4年に法律附則で「当分の間、本則中「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」とあるのは「13%」とする」と定め、それまで16.4%であった補助を13%に引き下げた。

◇協会けんぽの財政再建の措置（平成22年7月～24年度）

①国庫補助率の引上げ：13%→16.4%（平成24年度予算ベースで+2000億円）

②**後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割**を導入（平成24年度予算ベースで▲1000億円）

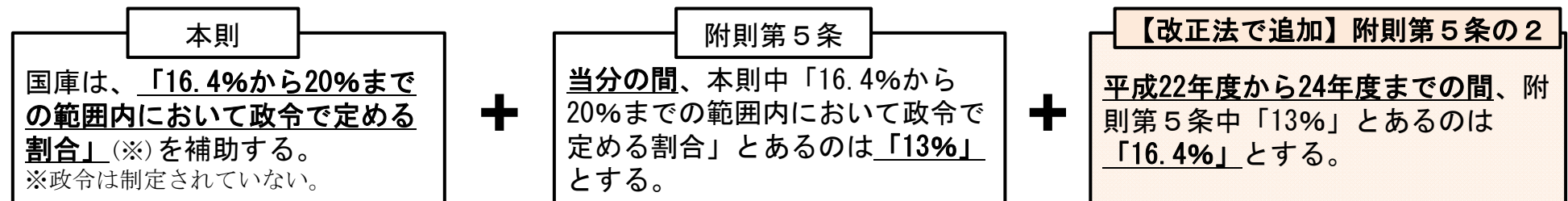
③単年度収支均衡原則の緩和（21年度末の累積債務3200億円を3年間で解消）

（参考）協会けんぽの保険料率：8.2%（21年度）→9.34%（22年度）→9.5%（23年度）→10.0%（24年度）

（1.8%分の引き上げ＝約1兆3000億円）

○ 平成22年健保法改正法の附則（検討規定）では、国庫補助率を、①「**当分の間13%**」とする規定と、②「**3年間16.4%**」とする規定の両方について、**24年度までの間に検討し、所要の措置を講じると**されている。

（※）24年度中に法律上の手当てを行わない場合、25年4月以降、国庫補助率が13%に戻るとともに、後期高齢者支援金もすべて加入者割となる。**措置が終了した場合、保険料率がさらに全国平均で0.4%程度上がる影響がある。**

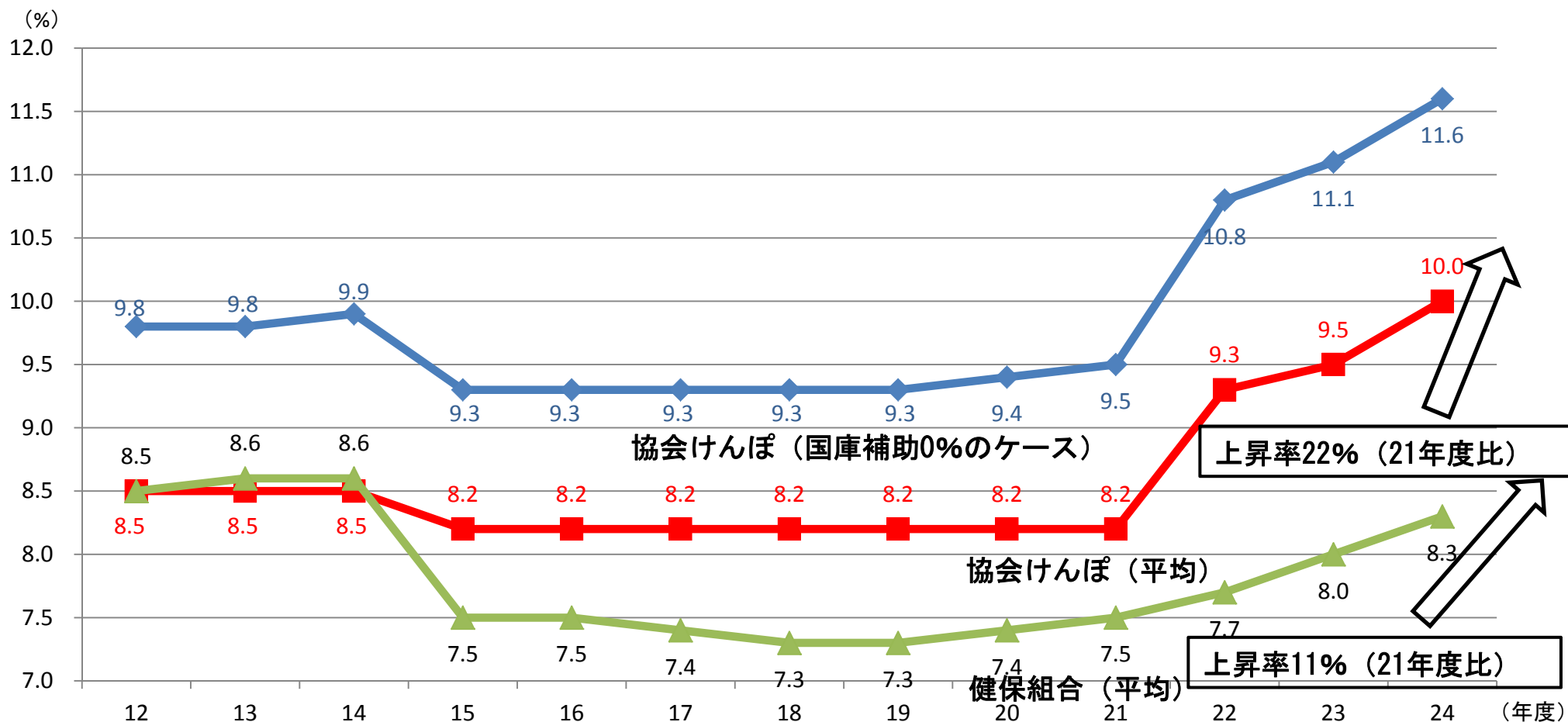


平成22年改正健保法附則第2条：検討規定

政府は、附則第5条及び第5条の2の規定について、協会けんぽの財政状況、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、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、**所要の措置を講じる。**

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽの引き上げ率の方が大きい。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。

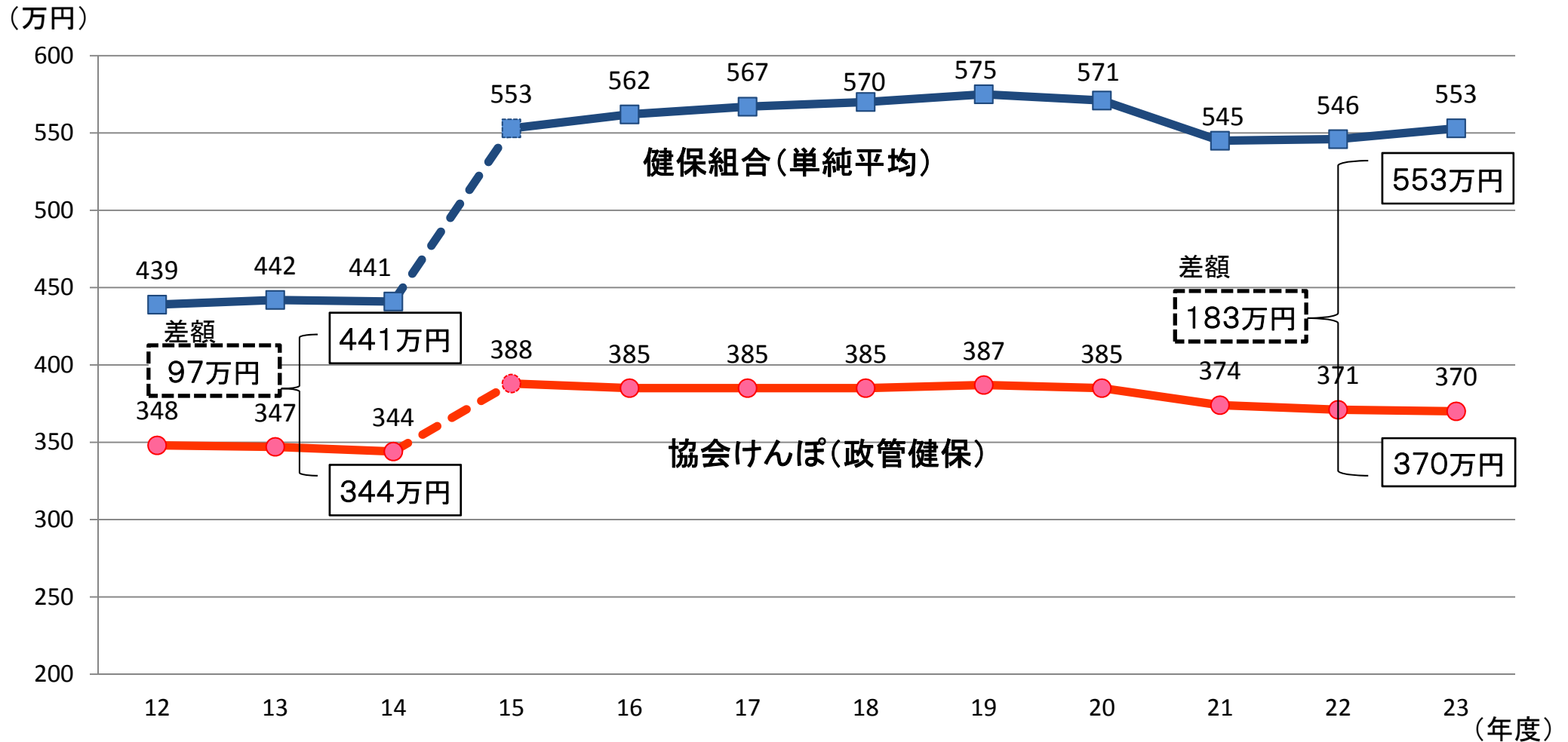


(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※2) 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」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移

○ 平成15年度より総報酬制へ移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。



注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

注2：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。

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23年9月現在22.8%）

- ①主に医療機関、
薬局向け対応



・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」

（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

市販薬と医療用医薬品の違い

		市販薬	医療用医薬品
定義※		一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入※	医師の診断・処方せんに基づき使用※
使用における特徴		○一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 ○一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。	○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 ○一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。
例： ファモチジン	効能・効果	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群
	用法・用量	1日20mgまで	1日40mg
	使用に当たっての注意事項	（右のような注意事項はない）	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。血液像、肝機能、腎機能等に注意。 など
医療保険		給付対象外	給付対象
価格		自由価格	公定価格

※）市販薬（一般用医薬品）とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているものをいう。」（薬事法第25条）

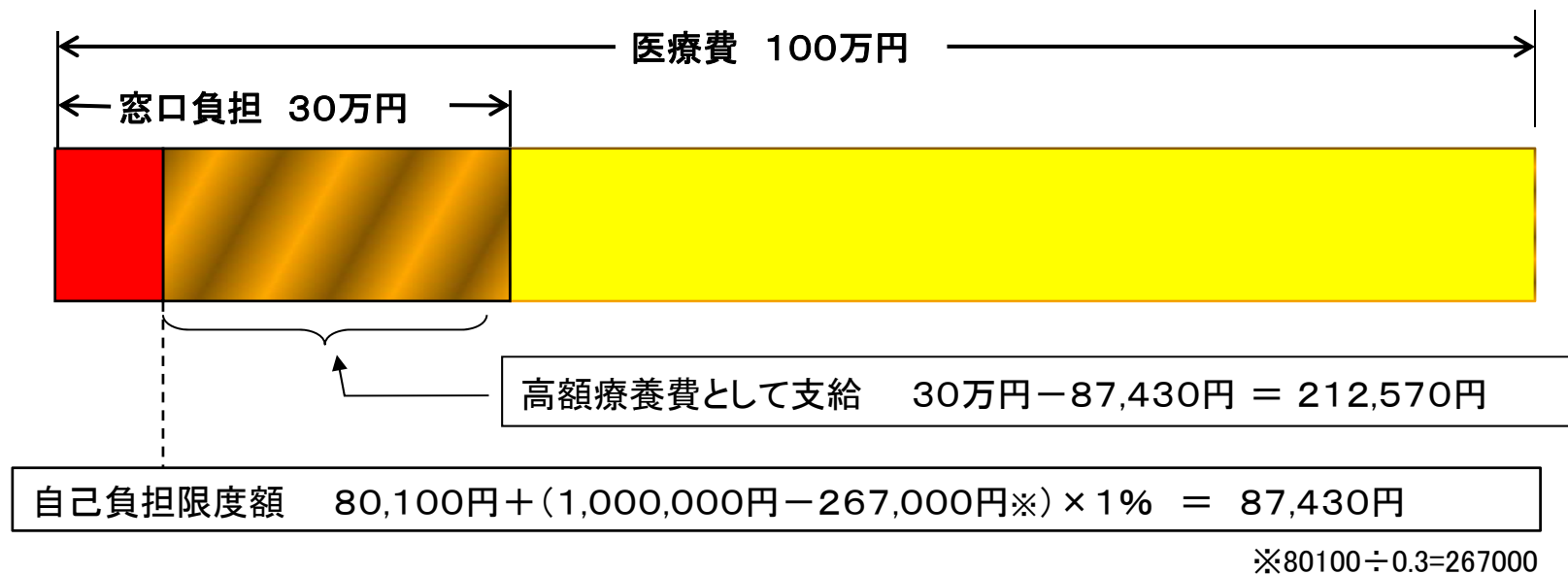
※）医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」

（平成17年3月31日付け薬食発第0331015号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2)）

高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
 - （※１）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
 - （※２）外来でも、平成２４年４月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（３割負担）>



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（７０歳未満の場合は２万１千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

今後の難病対策の在り方(中間報告)

平成24年8月16日厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会
(平成24年8月22日に疾病対策部会です承)

1. 難病対策の必要性和理念

- 難病の治療研究を進め、疾患の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指す。また、患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えることを目指す

2. 「難病」の定義、範囲の在り方

- 総合的な難病対策の外縁となる「難病」の定義は、「難病対策要綱」をも参考にしつつ、できるだけ幅広くとらえるべき。一方で、個別施策の対象となる疾病の範囲は、広く国民の理解を得られるよう、それぞれの施策の趣旨・目的等も踏まえ、比較的まれな疾病を基本に選定すべき

3. 医療費助成の在り方

① 対象疾患の在り方

- 特定疾患の4要素(①希少、②原因不明、③治療法未確立、④長期にわたる生活の支障)を基本的に踏襲
- 対象疾患の拡大を含めた見直しにあたっては公平な対象疾患の選定が必要。また、対象疾患の定期的な見直しが必要
- 対象患者に重症度等の基準を設定
- 対象疾患は研究班の調査結果等も参考に今後更に検討

② 対象患者の認定等の在り方

- 指定専門医の診断や指定医療機関での受診を認定の要件とする
- 治療ガイドライン策定・周知による治療の適正化
- 患者データの収集方法の見直し

③ 給付水準の在り方

- 難病の特性を踏まえつつ他制度との均衡を図るとともに、施策の安定性を確保し、国民の理解を得られるよう、給付水準の見直しを検討

4. 福祉サービスの在り方

- 障害者総合支援法の対象疾患について、研究班の調査結果や難病対策における医療費助成の対象疾患参考にしつつ検討
- 障害程度区分の認定に当たっては、難病ごとの特性にきめ細かく配慮

5. 難病相談・支援センターの在り方

- 医療機関、就労支援機関等との連携強化
- 各都道府県における必要な体制の確保
- ピアサポートなど患者視点に立った相談支援
- 難病相談・支援センターの中心的な機能を担うセンターの在り方について検討

6. 難病手帳(カード)(仮称)の在り方

- 目的、効果、事務負担等を他制度の例も参考に検討

7. 難病研究の在り方

- 臨床調査研究分野と研究奨励分野の区分の見直し
- 診断基準の作成、病態解明、治療法開発、創薬の研究を重点的に目指す
- 患者の研究への参加、研究成果の患者への還元
- 関係者が一体となる研究の総合戦略、研究についての国際協力

8. 難病医療の質の向上のための医療・看護・介護サービスの提供体制の在り方

- 高い専門性を有する「新・難病医療拠点病院(仮称)」を整備
- 地域で医療、介護サービスが受けられるよう「難病医療地域基幹病院(仮称)」を整備
- 難病患者の受け入れ・退院調整を行う「難病医療コーディネーター(仮称)」を設置について検討
- 地域の支援体制を整備するための「難病対策地域協議会(仮称)」を設置について検討
- 超希少疾患の高度専門的な対応を行う「難病治療研究センター(仮称)」の在り方について検討

9. 就労支援の在り方

- 難病に関する知識や既存の支援策(助成金等)の普及啓発
- 既存の支援策の充実や難病相談・支援センターと就労支援機関等との連携強化

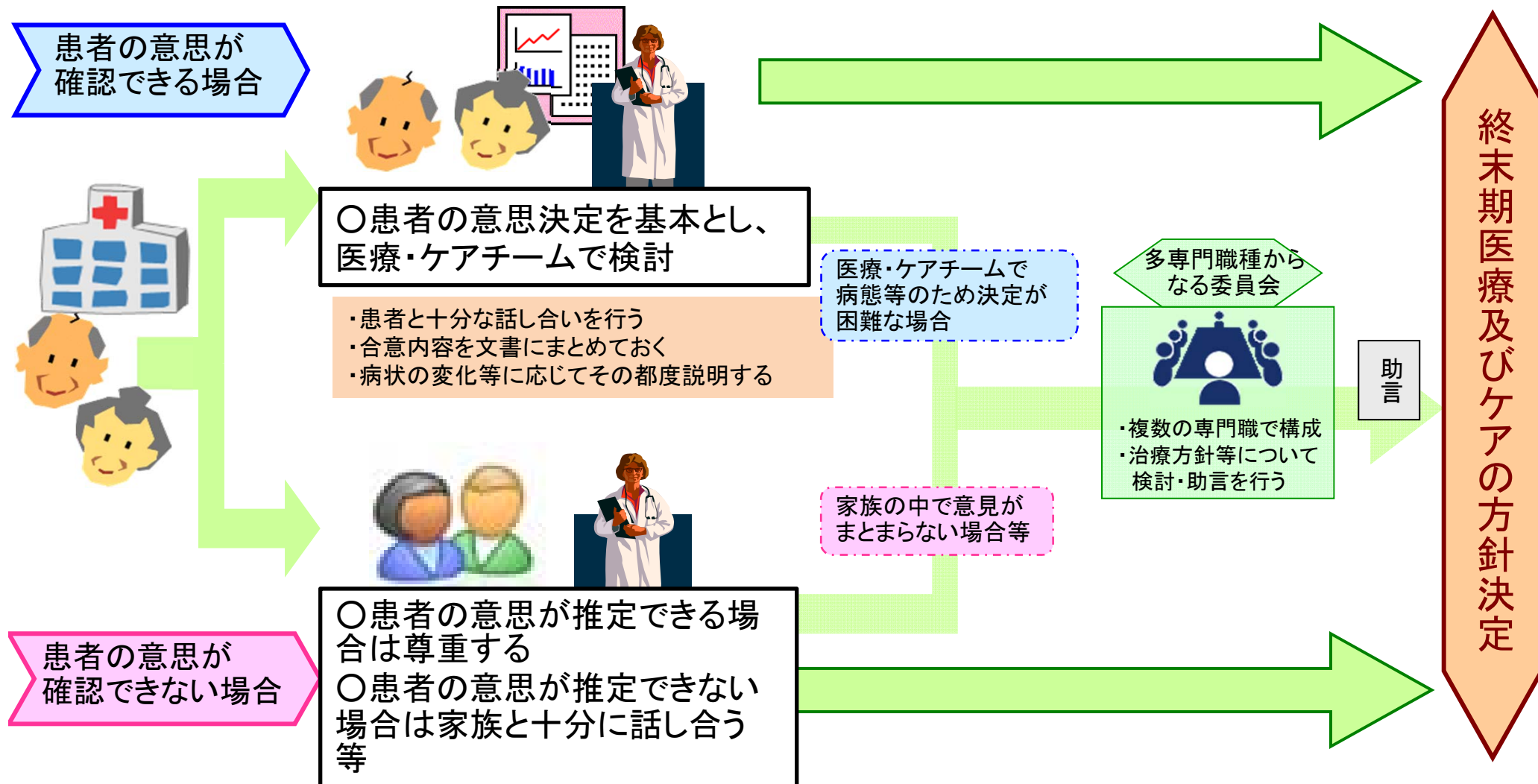
10. 難病を持つ子どもへの支援の在り方

- 難病相談・支援センターにおいて、難病の子ども等の相談
- 小児の難病の治療研究
- 小児期と成人期の担当医師の連携
- 難病を持つ子どもに対する総合的な自立支援について検討

11. 小児期から難病に罹患している者が成人移行する場合の支援の在り方

- 小児から成人にかけての切れ目のない支援の在り方を検討
- 医療従事者に対する研修、小児期からの担当医師との連携促進
- 小児期から難病に罹患している者について総合的な自立支援を検討

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」における手続きの流れ(イメージ図)



高齢者医療制度に関する議論

問題の所在

- 高齢化の進展、医療技術の高度化等により、高齢者の医療費は大幅に増加。
 - 「国民皆保険」の下、高齢化の進展、産業構造の変化等により、国保と被用者保険との間で、年齢構成や所得に偏り。
 - 国保にはほとんどの高齢者が加入し、また、所得水準が低いことから、そのままでは支えられないという構造的な課題。
- 一層の増大が見込まれる高齢者の医療費について、制度横断的に社会全体で支える必要。

経緯

- 昭和36年 「国民皆保険」達成
 - 昭和48年 老人医療費無料化…老人医療費が急増し、特に国保財政に大きな影響。
 - 昭和58年 老人保健制度創設…高齢者にも患者負担を設定。各医療保険制度の共同事業として、公費と拠出金により負担。
- 被用者保険側の不満の高まり
- ・拠出金負担が増大する一方、給付責任(市町村)と財政責任(各保険者)の分離により、各保険者が医療費を直接コントロールできない。 ※患者負担引上げ、公費拡充、介護保険制度創設等により、逐次対応。
- 平成20年 後期高齢者医療制度創設…75歳以上の独立制度(都道府県単位の広域連合が運営)とし、公費と支援金により社会全体で支える。

現行制度

<後期高齢者医療制度>

- 75歳以上の方の医療給付費について、公費(約5割)、現役世代からの支援金(約4割)、高齢者自身の保険料(約1割)といった負担割合を明確化。

- 75歳以上の方は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。

<前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整>

- 65歳以上75歳未満の方は、国保に多く加入しているため、その医療費について、保険者間の負担の不均衡を調整。

※各保険者の費用負担を、65歳以上75歳未満の方の加入率が全国平均と同じ加入率だった場合に必要な費用負担となるよう、財政調整。

課題

- 「年齢による差別」と受け止められた。

<運用面> 75歳以上という年齢に着目した診療報酬17項目を廃止するなど、可能な限り対応済み。

<制度体系> 「高齢者医療制度改革会議」で、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案をとりまとめ。

- 制度の枠組みを超えた課題

- ・高齢者の医療費の伸びを、どう適正化していくか。
- ・国保や被用者保険が運営上の課題を抱える中、高齢者医療制度を支える現役世代の負担を、どう分かち合うか。
- ・世代間・世代内の負担の公平を、どのように図っていくか。

現行の高齢者医療制度

制度の概要

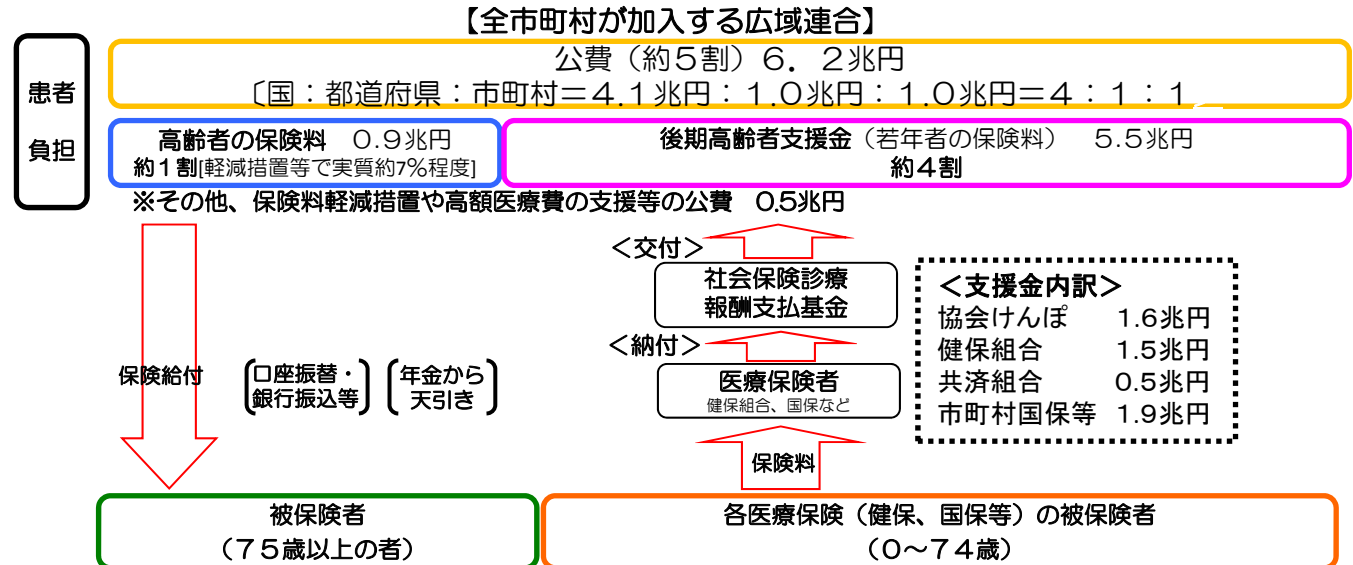
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

＜対象者数＞
75歳以上の高齢者 約1,500万人

＜後期高齢者医療費＞
14.2兆円（平成24年度予算ベース）
給付費 13.1兆円
患者負担1.1兆円

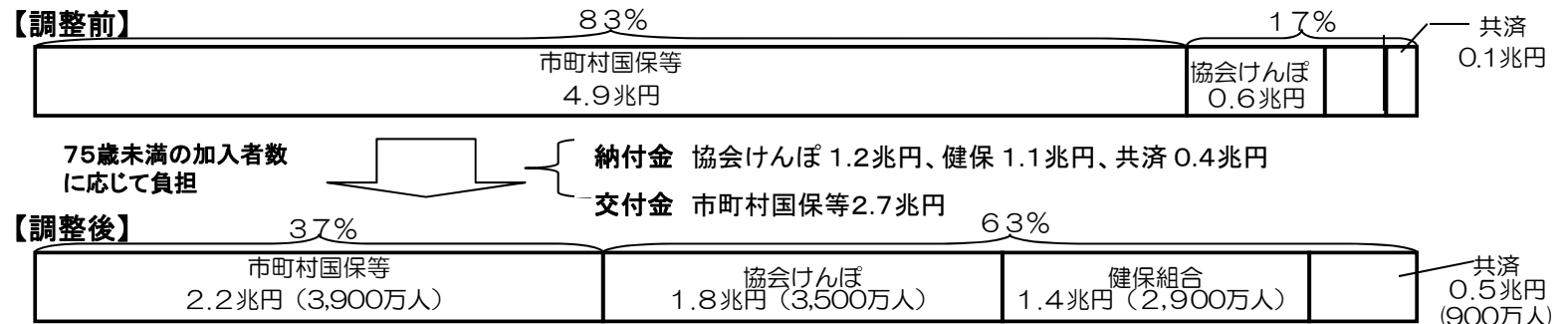
＜保険料額（平成24年度見込）＞
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は
約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者
約1,400万人

＜前期高齢者給付費＞
5.9兆円
（平成24年度予算ベース）



高齢者医療の制度的枠組み

《高齢者医療の制度的枠組みに関する主な課題》

【年齢による区分】年齢で区分する独立制度をどう考えるか。

【被用者・被扶養者の扱い】被用者の保険料負担や給付、被扶養者の位置付けについて、世代間、世代内の公平をどう図るか。

75歳以上の高齢者は、広域連合が運営する独立型の高齢者医療制度に加入。

＜現行制度＞

独立制度による
都道府県単位の財政運営
(運営主体: 広域連合)

75歳

国 保

被用者保険

75歳以上の高齢者は、国保または被用者保険に加入。国保の高齢者医療を都道府県単位化。

＜改革会議案＞ (第1段階)

都道府県単位の
財政運営

都道府県単位の
財政運営に向け
た環境整備を進める

国 保

被用者保険

全年齢で国保を都道府県単位化。

＜改革会議案＞ (第2段階)

全年齢を対象に
都道府県単位の
財政運営

国 保

被用者保険

【国保の課題】

- 低所得・市町村格差など構造的課題と赤字への対応
- 相対的に重い保険料負担の軽減
- 財政運営の都道府県単位化の推進

【被用者保険の課題】

- 協会けんぽの運営の安定化
- 保険者間の財政力格差の公平化(支援金の総報酬割等)

後期高齢者支援金の総報酬割の拡大

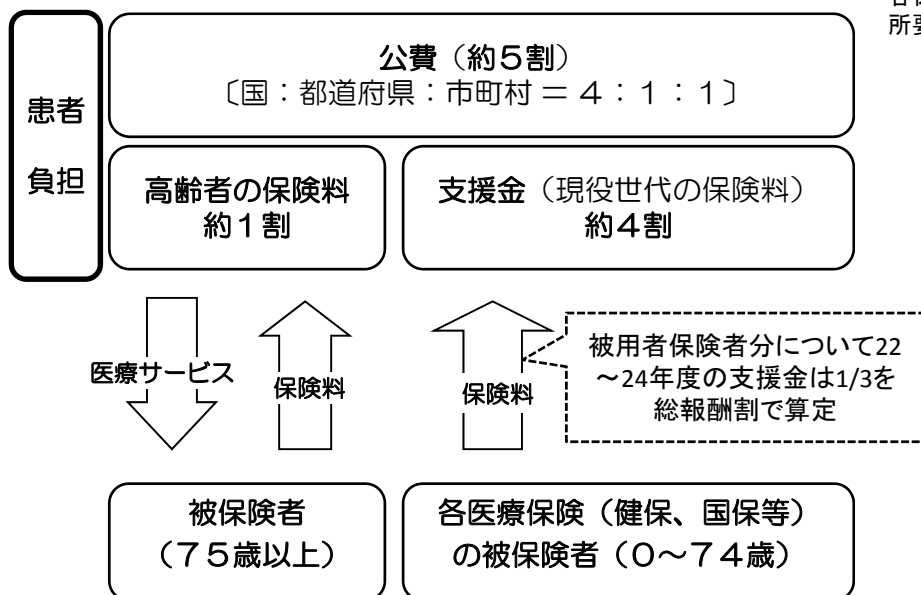
現状

- 75歳以上の者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、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、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)

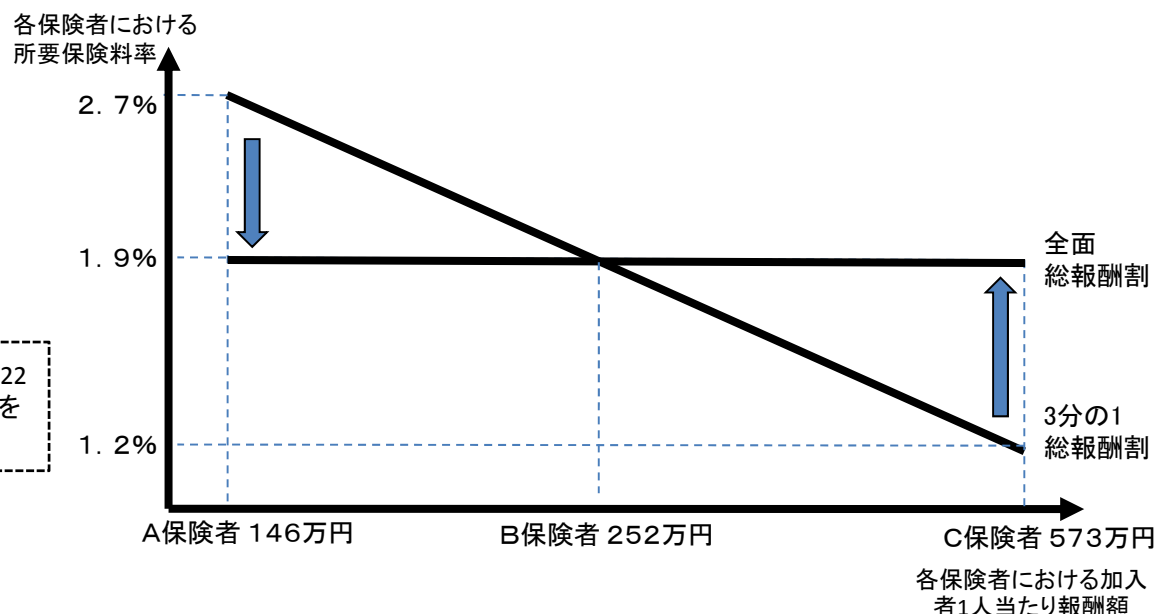
厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

今後更に少子高齢化が進展する中で、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で納得のいくさえ合いの仕組みにすべきであり、新たな制度においては、被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする。

75歳以上の方の費用負担の仕組み



支援金を全面総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注) 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。

保険料軽減の特例措置

現状

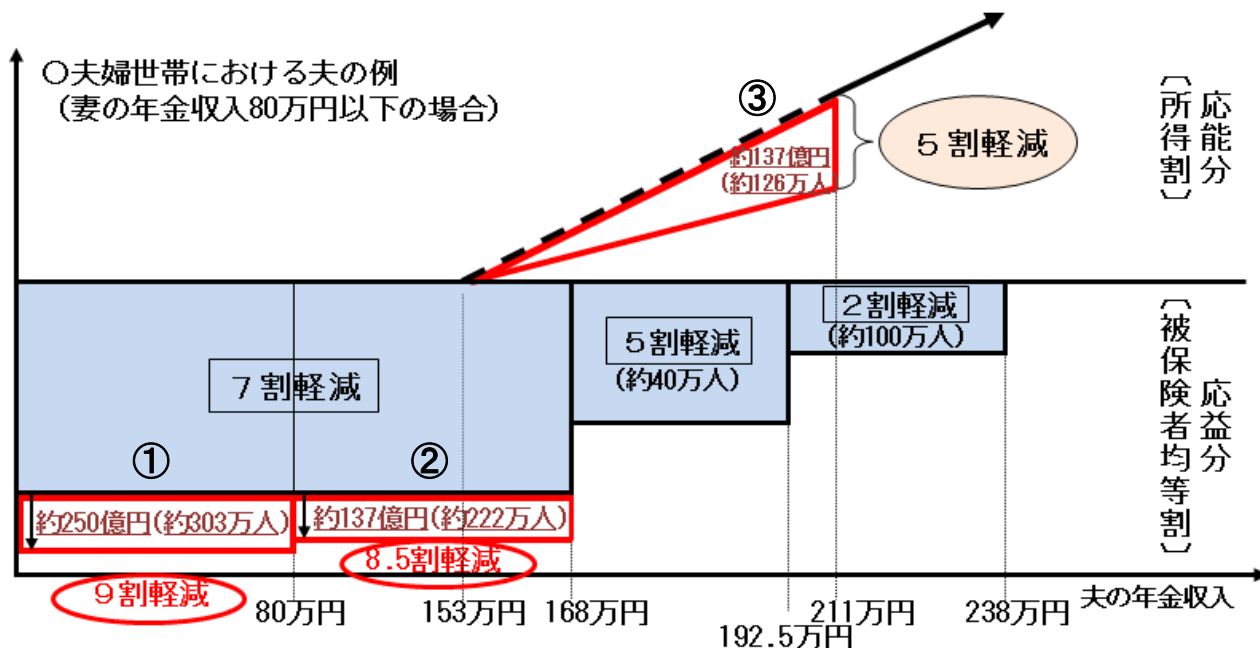
- 75歳以上の方の保険料は、所得に応じ、保険料の均等割を7割・5割・2割に軽減。
- 平成20年4月の制度施行前後に行われた政府・与党決定に基づき、次の特例措置を講じ、現在まで毎年度の予算措置(約750億円)により継続している。
 - ①均等割の7割軽減を受ける世帯のうち、被保険者全員が年金収入80万円以下(その他の収入なし)の場合、**均等割9割軽減**
 - ②その他の7割軽減に該当する者について、**均等割8.5割軽減**
 - ③低所得者(年金収入211万円まで)について、**所得割5割軽減**
 - ④被用者保険の元被扶養者の均等割を9割軽減、所得割10割軽減

厚生労働省の高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成22年12月)

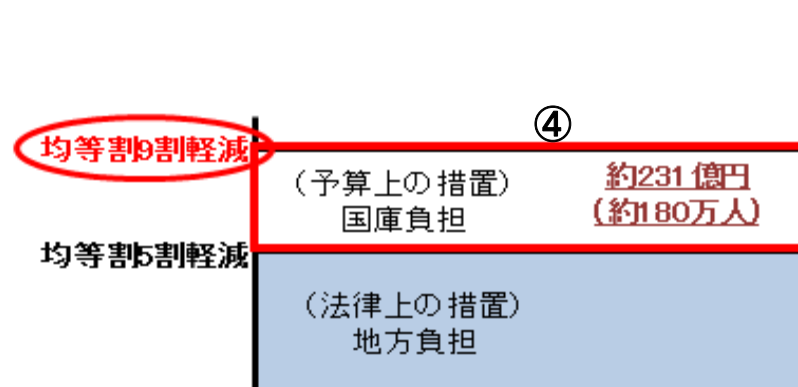
75歳以上の方に適用されている低所得者等の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割、所得割の5割軽減)については、後期高齢者医療制度施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。(※)

※ 高齢者医療制度改革会議最終とりまとめでは、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の被用者と被扶養者は被用者保険に加入することとしていることから、75歳以上の元被扶養者の保険料軽減特例措置の見直しに言及していない。

【低所得者への保険料軽減(平成24年度)】



【元被扶養者への保険料軽減(平成24年度)】



※元被扶養者の軽減(均等割5割軽減、所得割10割軽減)は、制度上、加入から2年間限りとされているが、特例措置により、期限を設けずに軽減(均等割9割軽減、所得割10割軽減)している。

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

- 70～74歳の者の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、平成20年度から毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

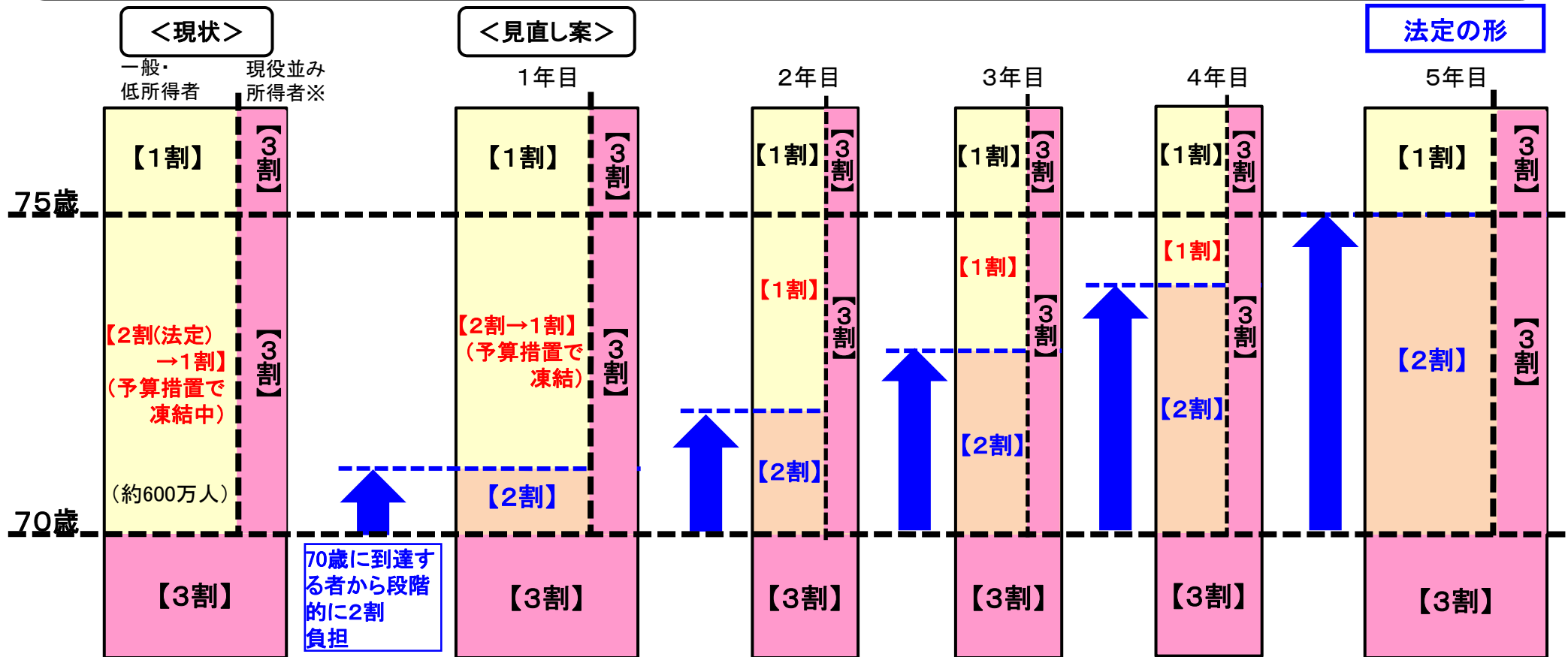
高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一

「新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」

⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

社会保障・税一体改革大綱(平成24年2月17日 閣議決定) 一抄一

「世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する」「平成25年度以降の取扱いは、平成25年度の予算編成過程で検討する」



※ 現役並み所得者

国保世帯: 課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯

被用者保険: 標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者

(ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合は除く)

第3回

社会保障制度改革国民会議 資料（抄）

これまでの社会保障制度改革国民会議における主な議論 (第 1 回：11 月 30 日、第 2 回：12 月 7 日)

1. 総 論

【持続可能な社会保障制度の構築】

- ・ 質の高く持続可能な社会保障制度の構築に向けて、専門家としての論理的・実証的な議論を積み重ねるべき。
- ・ 現役世代支援に軸足を移しながら、持続可能な社会保障を目指すべき。
- ・ 急速な少子高齢化の下で、制度を持続可能にするためには、長期的なビジョンを持って、給付を抑制していくことが重要ではないか。

【給付と負担の見直し】

- ・ 限られた資源の中で、どこを重視し、どこを抑制するか、トレードオフとなっていることを踏まえて議論すべき。
- ・ 将来世代にツケを残さず、制度が持続可能となるよう、負担の引上げ、給付の削減を議論すべき。

【保険料と税】

- ・ 保険料と税の役割分担を明確にすべき。社会保険全体の中で公費をどう誰に使うのか、保険の中の応能負担（再分配機能）をより高めていくのか、議論すべき。
- ・ 年金、医療、介護について「社会保険制度を基本とする」ことが 3 党合意されたのは画期的ではないか。財政制約がある中で、低所得者対策に公費を重点化し、保険料財源で調整できるところは調整すべき。
- ・ 雇用の構造転換もあり、保険原理そのものが成り立たなくなっているのではないか。保険制度内の再分配だけで乗り越えていけるのか。
- ・ 今後、税財源には、財政健全化の役割が期待されることに留意すべき。

【低所得者の取扱い】

- ・ 公的年金等控除及び遺族年金が非課税であることの影響により、多くの高齢者が住民税非課税となっており、低所得者をひとくくりに考えるのは適切ではないのではないかと。
- ・ 低年金者が多い中、低所得高齢者への対応を検討すべき。
- ・ 年金について、救貧機能を持たせるならば制度設計は難しくなるのではないかと。

【経済・雇用との関係】

- ・ 医療と介護は、多くの国民がサービスの提供に関わっており、雇用も含めて、サービス提供側が活性化する制度づくりを行うべき。
- ・ 老若男女が元気に働き続けることができる社会などを念頭に議論すべき。

【その他】

- ・ 子育て支援 0.7 兆円と年金 0.6 兆円については、既に法律が通っているが、医療・介護 1.6 兆円についてはまだ法律も出ていないので、どのような見直しが行われるか明確になるよう、議論すべき。
- ・ 社会保障の制度設計は財政再建問題と関わることを踏まえるべき。

2. 医療・介護

【医療と介護の在り方】

- ・ 高齢者が増え、疾病構造が大きく変化しており、従来追求してきた医療と根本的に異なるのではないかな。
- ・ 1人の医者が総合的に高齢者を診るなど、医療提供の在り方を変えるべき。
- ・ 今後、生産年齢人口が少ない自治体が増えることから、在宅医療と地域包括ケアについて、少ない人員で対応する新たなシステムを考えるべき。
- ・ 医療の課題と介護の課題を一体として議論すべき。
- ・ 単に生活保障を削るのではなく、老後の暮らしの質が良くなる観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- ・ 確率的な医療が増加しており、統計を基に医療の内容・適正化を議論すべき。

【医療・介護サービス提供体制】

- ・ 提供体制の機能強化に当たっては、重点化・効率化することが条件になっており、集中検討会議で示されたとおり、効率化と機能強化を並行して行うべき。
- ・ 医療を広く薄く提供するのではなく、社会全体での役割分担や連携の在り方などを論点とすべき。

【給付と負担の見直し】

- ・ 介護の重点化・効率化について、骨太の方針を示すべき。
- ・ 消費増税に見合った社会保障改革が行われるかが重要であり、医療・介護 1.6 兆円の充実・効率化それぞれの内容を明らかにすべき。
- ・ 後発医薬品の使用促進で具体的に医療費がいくら減るかといった議論すべき。

- ・ 医療では既に3割負担となっていることを踏まえ、介護でも一定以上所得者の自己負担の議論を進めるべき。
- ・ 一定以上所得者の給付の見直しは制度横断的に検討すべき。
- ・ 同じ要介護度でも高所得者の方が裁量的に保険給付を多く受けているのであれば不公平ではないか。
- ・ 高齢者医療や介護への拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。

【高齢者医療制度】

- ・ 高齢者医療制度については、医療保険制度を持続可能にする観点から、現役世代が支えていくにはどうすればいいか、議論すべき。
- ・ 高齢者医療制度は、結局、当事者（都道府県）が保険者を担ってくれるのかという問題ではないか。
- ・ 市町村国保では零細な保険者が増えていくので、高齢者医療制度の在り方は、地域保険の在り方・再編成と並行して議論すべき。

3. 年 金

- ・ まずは、どのような年金の将来像を描いたとしても対応すべき現行制度の改善に取り組むべき。
- ・ 年金財政を健全化する改革に早く着手して、年金制度を長持ちさせ、将来世代に財政的なツケを残さないようにすべき。

4. 少子化対策

【少子化対策の在り方】

- ・ 少子化の問題は、社会保障全体に関わる問題と認識すべき。また、子育て支援は、親子のためだけでなく、経済成長、日本社会の未来につながる。一体改革の中に子育て支援を位置づけたのは歴史的な一歩。
- ・ 少子化対策としてではなく、子育てに普遍的な価値を置き、社会の責任として家族政策に取り組むべき。出産の希望がかなえられるよう社会環境に変えれば、出生率も上がるのではないか。
- ・ 待機児童の問題だけでなく、全ての子どもへの良質な発達環境の支援や、女性の就労継続・再就職支援を含めた親や家族への支援も議論すべき。
- ・ 低所得世帯の子ども支援についても検討すべき。
- ・ 企業は安定した労働力を将来的に確保する観点から少子化対策に密接に関わるべき。
- ・ 子育て支援について、十分な財源が必要。

【保 育】

- ・ 保育の質の確保のため、環境や労働条件の整備を行うべき。

【ワークライフバランス】

- ・ 包括的な次世代育成支援の仕組みとワークライフバランスの実現は車の両輪。ワークライフバランスを強化して、子ども・子育て支援新制度と有機的に組み合わせるべき。若年者の雇用条件の改善などが必要。