

# 第10回 社会保障制度改革国民会議

## 議事次第

平成25年4月22日(月)  
15:00～17:00  
於：官邸2階大ホール

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. これまでの議論の整理（医療・介護分野）
4. 閉会

### 【資料】

資料1 これまでの国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）

### 【参考資料】

参考資料 医療・介護制度関係参考資料

## これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理（医療・介護分野）（案）

## ■基本的な考え方

- 「いつでも、好きなところで、お金の心配をせずに、求める医療を受けることができる」医療から、「必要なときに適切な医療を適切な場所で最小の費用で受ける」医療に転換すべき。その際、適切な医療の提供とは、疾病や障害に合った適切な場で医療を提供することを基本に考えるべき。
- 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。
- 医療資源を国民の財産と考え、適正に養成、配置し有効に使用できるシステムとする必要があり、個人のすべての要求に応えることは不可能であることを前提に制度を再編すべき。
- 社会保障の改革は、社会保障の持続可能性のみならず、地域経済の持続可能性の観点から重要。
- 社会保障と人口動態、経済、産業、雇用の関係性と今後の方向は、地域ごとに異なっており、そのあり方は地域毎に考えていく必要がある。
- 地域医療を守るためには、地域医療提供体制の整備と国民皆保険を最終的に支える「医療保険における最後のセーフティネット」である国民健康保険のあり方を一体的に検討すべき。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 一体改革では、改革があたかもすみやかに実行され、その効果もすぐに現れることを前提とした財政計画が立てられていたが、再考の必要が出てくる。例えば、医療提供体制改革により2015年度までに平均在院日数の減少等で4,400億円の効率化が生じることを見込んで、それも財源とした公費の追加が計画されていたが、さすがに2015年度までにその効果を期待することは難しいなど、改革のタイミング、スピードとこれまでの財政計画との調整は行わなくてはならない。</li> </ul>
<p><b>■健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健康の維持・疾病の予防に対するインセンティブが働くような仕組みの構築を推進すべき。</li> <li>○ 健康寿命の問題は、医療も含め、地域にあった包括的なシステムが必要。各自治体に取り組むべき。</li> <li>○ 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。</li> <li>○ 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。</li> <li>○ 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。</li> </ul>

## ■医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等

### 【医療・介護の提供体制の在り方】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを目標として各地域の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョンを作成すべき。その際、地域医療ビジョンは、平成30年度とは言わず前倒しで作成。そのビジョンの実現に向けて、都道府県は地域医療計画を、市町村は地域包括ケア計画を、一定年間隔で策定すべき。それに沿った医療機能の分化・連携を促すための基金を創設（財源として消費税増収を活用）し、診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは補助金的手法で誘導すべき。医療機能の分化・連携が進んだ後、補助金的手法にあてていた消費税増収分を、順次医療機能ごとの診療報酬重点配分に移行していくべき。
- 基金による財政支援は、地域医療・包括ケアビジョンの実現に向けて、具体的な地域医療計画・地域包括ケア計画が策定され、計画の実効性確保の手段も整備されることを前提とすべき。
- 各都道府県が2次医療圏ごとに基準病床数を高度急性期・一般急性期・亜急性期といった新たな医療機能別に算定し（国が標準を示しつつ、地域の実情に応じて都道府県が補正を行う）、地域医療計画に盛り込むべき。
- 地域包括ケア計画は、市町村が主体となって、地域の高齢化ピーク時までの計画を策定し、介護だけでなく、在宅医療、住まい、生活支援、予防を位置づけるべき。特に「住まい」の確保は、長期療養患者や介護施設からの軽度要介護者の受け皿としても重要。
- 医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とする、さらには医療計画の策定者である都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を与えるほか、その実効性を高めるための諸施策を講じることとし、これらの方向性を医療法改正で明示すべき。

- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とするにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
- 医療法による機能分化と診療報酬による機能分化のそれぞれの特性を生かしながら、これまで以上に相互補完的に連携して医療提供体制の改革を進めるべき。  
現状は診療報酬による機能区分のウェイトが大きいように思われるが、地域偏在の是正の視点から医療計画を含めた医療法による機能分化の重要性を見直すべきではないか。
- 医療法改正による地域医療計画の見直しには相応の時間を要することから、改革速度を速める意味で、まずは次期診療報酬改定において、診療報酬の特性を活かした、機能分化のための取組を実施し、しかる後に地域医療計画と連動させるべき。
- 時代によって医療は変わる。医療資源は有限であることを前提に、医療需要に基づいて医療資源を算定し、提供体制の総合計画を定めるべき。
- 地域における病院・病床機能の役割分担・連携の望ましい姿を住民や医療提供者等に広く示すものとして、地域毎の医療資源の実態をベースに積み上げて、全体のあるべき姿を作成した実行可能な医療提供体制のビジョンを、都道府県知事が示すべき。具体的な仕組みについては、地方と協議し、地方の理解を得て構築すべき。
- 都道府県が、これまで以上に地域医療提供体制の整備を積極的かつ主体的に行うことができるよう、例えば、保険医療機関の指定・取消権限を都道府県に付与するなど、都道府県の役割を拡大すべき。

- 診療報酬や医療計画など、全国一律の規制等をどこまで緩和するか、地域ごとの医療政策の柔軟性を検討する必要がある。
- 地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みを積極的に活用すべき。
- 都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。
- フリーアクセスを守るためにも初診時一定病床数（例：200床）以上の一般病床での紹介のない外来受診について、初診時特定療養費に代えて、一定額（例：1万円）の定額自己負担を導入すべき。同様の仕組みを再診時にも検討。この場合、救急車の適正利用についても別途検討する必要。
- 患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うとともに、専門医や病院、介護関係者との間の連携の主役を担当するなど、継続的な保健指導や疾病予防活動を行う日本型総合医のあり方を検討すべき。
- 医療機関が役割分担を行うこと、一人の医者が総合的に高齢者を診ることなど、フリーアクセスの問題やかかりつけ医への受診体制の変革について結論を出すべき。
- 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。

【外来の役割分担の在り方】

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 市町村が中心となって、地域で医療と介護を一体的に提供できる体制の整備を図るべき。医療・介護の連携・調整の機能は法律上に位置付ける。
- 老後の暮らしの質を良くする観点から、医療と介護をどう連携させるか考えるべき。
- 「キュア」から「ケア」重視の生活支援と看取りの体制を確保するため、医療と介護が一体化した地域包括ケア体制を構築するべき。原則、すべての診療所を在宅療養支援診療所とすること等を検討すべき。また、地域包括ケアへの参画を条件に、こうした診療所や、これを利用する患者への優遇策を検討するべき。
- 高齢化が進む環境下で効率的に都市サービスを供給する体制が必要であり、都市のコンパクトシティ化と、それに応じて医療・介護施設を含めた必要な都市機能の再配置を行うべき。
- 医療機関と在宅患者を結びつけるコーディネーターや支援組織が必要である。
- 医療機能の分化・連携のための医療機関の再編等を可能とし、ケアをベースとしたコミュニティ形成、町作りにも参画できるように医療法人制度の見直しを行うべき。  
具体的には、医療法人が病院経営の非営利性を担保しつつ付帯事業で住宅建設（サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム）や町のインフラ形成に参加、共同事業を立ち上げることができる道を開き、その際のファイナンスの選択肢として、今後慎重に設計されるべき「ヘルスケアREIT」等を視野に入れるべき。
- 地域を起点とした公的安心サービス提供基盤の整備を進めていくため、病院の統合・再編による機能の集約化・分化と、医療・介護と高齢者向け住宅を結合すべき。

【医療法人制度等の在り方】

【人材の確保】

- 医療法人制度及び社会福祉法人制度については、新しいまちづくりを促進する仕組みの構築が必要であり、具体的には、医療法人制度（及び社会福祉法人制度）の経営統合を促進する制度、医療法人（及び社会福祉法人）の「非営利性」を担保しつつ都市再開発に参加できるようにする制度、ヘルスケアも含むコンパクトシティに対する資金調達手段を促進する制度など、総合的な規制の見直しが必要。
- 社会福祉法人こそ、経営の合理化、近代化が必要。大規模化や複数法人の連携を推進。加えて、社会福祉法人非課税扱いとされているに相応しい、国家や地域への貢献が求められるべき。低所得者の住まいや生活支援などに積極的に取り組むべき。
- 看護師確保対策として、免許を「登録制」にし、潜在看護師を把握できる公的システムの確立、養成の拡大、離職防止・定着促進を図っていくべきではないか。
- 我が国は医療機関数が多く、フリーアクセスのもとで医療資源を配分すれば、医師不足や看護師不足となりかねない。病院の機能分担と連携を図る必要があり、大都市以外では総合医中心の医療提供体制が必要である。
- 介護人材の確保については、処遇改善とキャリアパスの確立が重要。
- 医療職種の職務の見直しとチーム医療が重要。
- 専門医のトレーニング枠は、地域ごとの調整が必要。
- 生産年齢人口の急速な減少の中、看護師や介護職員の確保が課題。

## 【医療関連データの収集・分析等】

- 医療、介護、看取りまで継ぎ目のない地域医療・包括ケアを創生するためには、人口推計をはじめ、地域の特性に配慮した医療介護資源とニーズに関連するデータの可視化が重要。各地域からの報告内容の妥当性をチェックするとともに、既存データを集約・統合し、足らざるデータは収集することにより、住民、地域医療計画、地域包括ケア計画作成者に提供していくべき。
- データを収集して、地域による一人当たり医療費のばらつきの原因や地域の取組の費用対効果を研究すべき。
- 保険者がレセプト情報などを使って医療機関の評価を行い、被保険者に伝えることを考えるべき。
- 医療費財源や消費税財源を充て、医療の質の検証やレセプトチェックに有効なデータベースの構築、ICTの活用を行うことが重要である。
- 効果的かつ効率的な医療の提供に資するよう、データを収集・分析し、医療の質の更なる向上につなげることが必要である。保険で承認された医療も費用対効果などの観点から常に再評価されるべき。
- 科学的根拠に基づいた医療を提供するべきであり、診療内容の選択の基準を提示できるようにするべき。
- 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築する上で、地域の特徴や課題が客観的に把握できるようにデータを整理し「見える化」。

■医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保

- 健保組合間、健保組合と協会けんぽの間の構造的要因に着目した財政調整に踏み込むべき。
- 高齢者医療の拠出金について、総報酬割を導入すべき。被用者間で助け合うべき。
- 後期高齢者支援金の負担金に対する全面総報酬割の導入、その際に浮いた公費の投入の国保優先の実現を図る必要。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、更には所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい内容の改革となる。
- 後期高齢者支援金の総報酬割の導入については、浮くとされる国庫負担分を国債残高圧縮への充当（＝将来世代へのツケの先送りの抑制）に使うべきとの意見に加え、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など、様々な意見があることも踏まえ、浮いた財源の使途も含めて、検討すべき。
- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。

- 国民健康保険の赤字構造を抜本的に解決した上で、国民健康保険の保険者を都道府県とするべき。ただし、その際には、保険料徴収・保健事業等引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担する仕組みとすることが必要。
- 地域医療提供体制整備の責任主体と、国民健康保険の保険者を都道府県に一本化し、地域医療の提供水準と保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能な望ましい体制を実現すべき。
- 国保の広域化に当たっては、医療費適正化や保険料徴収に対する地域の取組を反映させる仕組みを検討する必要がある。
- 広域化によって保険料負担を平準化するに当たり、医療費水準が違うことによって保険料水準が高くなることは不公平でないことに留意すべき。
- 市町村国保の広域化については、平成27年度から実施される都道府県単位の共同事業の拡大による保険料の平準化の状況を見ながら、検討することが適当。
- 保険財政安定化事業により市町村国保の財政は県単位化されるが、老人保健制度と同様に責任者不在の仕組み。都道府県が地域保険に参画するとともに、都道府県への医療供給に係る統制力と地域特性に応じた診療報酬設定の一部権限委譲も必要である。
- 国保の広域化については、リスク分散機能の強化や事務の共同化・効率化といった広域化のメリットを追求しつつ、地域の実態に即応した保険事業（保険料徴収、保健施設活動、医療費適正化対策等）を推進するには、市町村保険者を維持しつつ、都道府県単位の共同事業の改善により対応。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保険料負担者等の公平感へ配慮するため、所得捕捉の精度に関し、改めて点検・強化を図るべき。</li> <li>○ 欧州諸国の低賃金の方の保険料を免除しても、雇用者責任を果たすという制度を日本でも考えるべき。</li> </ul>
<p><b>■医療保険における療養の範囲の適正化等</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 現世代の負担増・給付抑制によって、将来世代の負担増・給付減を緩和する視点が不可欠である。</li> <li>○ 中高所得層高齢者の本人負担の引き上げ、給付範囲の見直し・効率化を図るべき。</li> <li>○ 際限ない高齢者向け給付の増大は現役世代の生活設計を破綻させるため、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。</li> <li>○ 低所得者への配慮は当然として、70歳以上の高額療養費、特に外来特例の見直しを行うべき。</li> <li>○ 70－74歳の医療費自己負担は法律では2割であるのに、確たる理由もなく暫定的に1割のまま。</li> <li>○ 70－74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。</li> <li>○ 後発医薬品の使用促進をはじめ、医薬品に関する見直し等について、具体的に医療費がいくら減るかといった議論をすべき。</li> </ul>

<p><b>■個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるために必要な見直し、人生の最終段階を穏やかに過ごすための環境整備</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今後のさらなる高齢者人口の増加の中で、地域包括ケア型医療・介護を進めると、在宅での看取りが増加する。終末期医療のあり方について国民的合意を形成する必要がでてくる。 たとえば、リビングウィルによる延命措置の不開始又は中止について、民事、刑事、行政上の取扱い等々について合意形成する必要。</li> <li>○ 「病院で治す」医療から超高齢社会に合った「地域全体で、治し・支える医療」へ転換することが必要である。</li> <li>○ 現場で医療提供側と患者側が決めた医療の積上げが全体の医療費になるが、その際の裁量権は大きく、終末期医療のあり方もこれに関連する問題。医療提供側だけでなく、医療を受ける国民側がどう考え、何を要求するかが大きな要素となるのではないか。</li> <li>○ 病院頼み、介護施設頼みからの脱却をはっきりと示すべき。看取りの体制さえできないという危機感を持って対応すべき。</li> <li>○ 死生観・価値観の多様化が進む中、医療保険・介護保険で全てに対応するのは財政的に限界であることを踏まえ、抑制する範囲を皆で決める必要がある。</li> </ul>
<p><b>■高齢者医療制度の在り方</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> </ul>

## ■介護サービスの効率化及び重点化

- 医療の機能分化のためには、しっかりした地域包括ケアを構築すべき。介護施設利用の適正化のためにも町のインフラ作りの全体的な取り組みが必要。介護は、24時間巡回型介護、訪問看護などで、重度要介護者の在宅生活限界点を高めるべき。サービス付き高齢者住宅（住まい＋生活支援等）を整備し、そのため、空き家・空き施設など既存社会資源を有効活用すべき。
- 介護について重点化・効率化が求められており、骨太の方針を示すべき。
- 継ぎ目のない「医療」「介護」システム構築の観点からの医療・介護の自己負担・利用者負担の整合性確保が必要。70－74歳の現役並み所得の医療費自己負担3割。ところが、介護に移行すると利用者負担1割。他方、75歳以上の高齢者では「医療」から「介護」へ移行しても1割負担のままであり、全体の整合性を確保していくべき。
- 利用者負担の在り方については、一定所得以上の所得がある者や預貯金などの資産を有する者には、応分の負担を求めるべき。
- 軽度の高齢者は、見守り・配食等の生活支援が中心であり、要支援者の介護給付範囲を適正化すべき。具体的には、保険給付から地域包括ケア計画と一体となった事業に移行し、ボランティア、NPOなどを活用し柔軟・効率的に実施すべき。
- デイサービスは、重度化予防に効果のある給付への重点化などが課題。
- 引退後の引きこもりを予防し、地域の人的資源として活躍を促進するため、自治体による各種サポーター養成講座の提供、地域貢献活動の紹介により、地域の助け合い活動を拡大し、保険のカバー範囲を見直すべき。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 特別養護老人ホームは中重度者に重点化。軽度者を含めた低所得高齢者の住まいの確保が新たな課題。</li> <li>○ 補足給付は、所得だけではなく、預貯金や不動産などの資産を勘案して給付すべき。また、低所得となる所得や世帯のとらえ方について、遺族年金等の非課税年金、世帯分離された配偶者の所得等を勘案するよう見直すべき。</li> </ul>
<p><b>■低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護保険料の低所得者軽減の強化が必要。</li> <li>○ 介護保険では、現役世代の保険料負担の公平性は保険料で調整すべきであり、第2号被保険者の介護納付金について、総報酬割を導入すべき。</li> <li>○ 介護納付金の総報酬割導入については、負担の公平化の観点から応能負担の強化が課題になるが、後期高齢者医療支援金の見直しとの関連も整理の上で導入。</li> <li>○ 後期高齢者支援金の全面総報酬割と合わせて介護納付金の総報酬割の検討も必要。</li> </ul>

# 医療・介護制度関係参考資料

1	医療分野	1
2	介護分野	49

平成25年 4 月22日

# 1 医療分野

# 我が国の医療制度の概要

- ・75歳以上  
1割負担  
(現役並み所得者は3割負担)
- ・70歳から74歳  
2割負担※  
(現役並み所得者は3割負担)
- ・義務教育就学後から69歳  
3割負担
- ・義務教育就学前  
2割負担

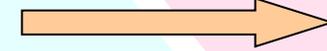
※平成20年4月から、1割に据え置く

患者(被保険者)

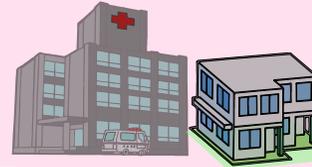


患者負担4.8兆円

②受診・窓口負担



③診療



## 【医療提供体制】

病院	8,605
(病床数—1,583,073)	
診療所	99,547
(病床数—129,366)	
歯科診療所	68,156
薬局	53,001

※数字は、2011年10月1日時点、  
薬局は、2010年3月31日時点

医療費37.4兆円

保険料18.1兆円

①保険料

保険者

⑤支払

④請求

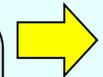
## 【医療保険制度】

行政機関



国  
都道府県  
市町村

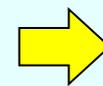
公費負担



公費負担



支援金



各保険者

(主な制度名)	(保険者数)	(加入者数)
国民健康保険	1881	約3,800万人
全国健康保険協会 管掌健康保険 (旧政管健保)	1	約3,500万人
組合管掌健康保険	1443	約3,000万人
共済組合	85	約900万人

※保険者数及び加入者数は2012年3月末時点(速報値)(ただし、共済組合は2011年3月末時点)

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

※加入者数は2012年3月末時点(速報値)

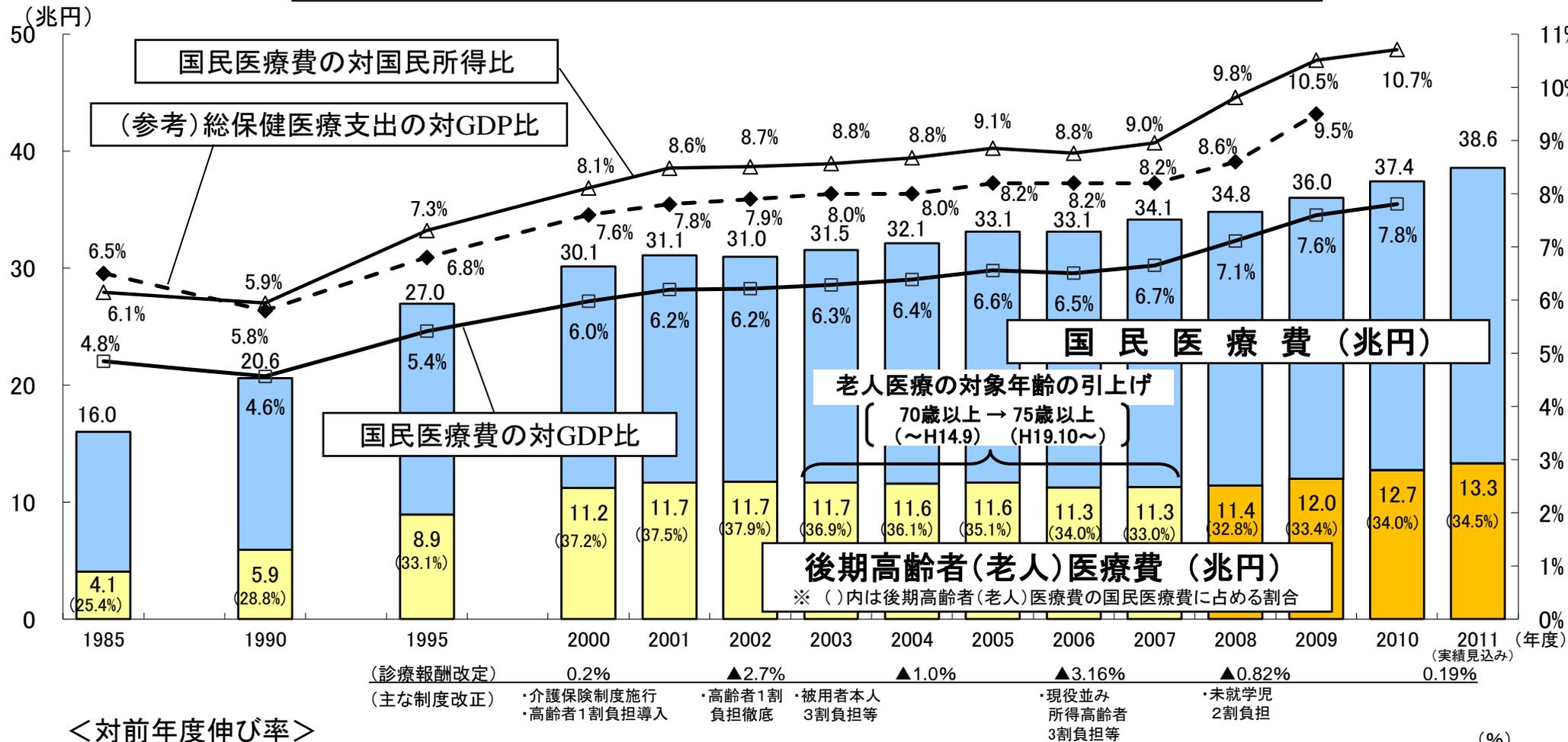


医師	295,049
歯科医師	101,576
薬剤師	276,517
看護師	994,639
保健師	54,289
助産師	32,480

※医師・歯科医師・薬剤師は2010年12月31日時点

※看護師・保健師・助産師は2010年における厚生労働省看護課集計

# 医療費の動向



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1
後期高齢者(老人)医療費	4.1	5.9	8.9	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.6
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.1	-

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算(2011.12)。総保健医療支出は、OECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、国民医療費より範囲が広い。2010年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.5%

注2 2011年度の国民医療費及び後期高齢者医療費は実績見込みであり、前年度の国民医療費及び後期高齢者医療費に当該年度の概算医療費の伸び率をそれぞれ乗じることにより、推計している。また、斜体字は概算医療費の伸び率である。

# 特定健康診査・特定保健指導の概要

## 基本的な考え方

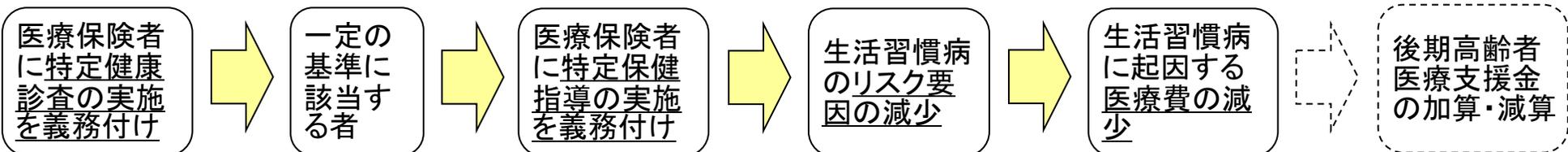
- 内臓脂肪型肥満(メタリックシンドローム)に着目した健診及び保健指導を医療保険者に行わせることにより、生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目指す。

## 主な内容

- 医療保険者は、40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者に対して特定健診を実施。
- 健診の結果、一定の基準に当てはまる者に対して特定保健指導を実施。  
【一定の基準】：腹囲が基準以上(男性85cm、女性90cm)でかつ、血糖・血圧・脂質の検査値が基準に当てはまる者(リスクの程度によって指導内容が変化(喫煙者は指導レベル上昇))
- 平成25～29年度における全国目標
  - ・特定健康診査の実施率 70%【29年度の目標値】
  - ・特定保健指導の実施率 45%【29年度の目標値】
  - ・メタリックシンドロームの該当者・予備群の減少率 25%(20年度比)【29年度の目標値】
- 平成25年度より、医療保険者ごとの達成状況に応じ、後期高齢者支援金の加算・減算を行う。

(参考)特定健診・保健指導の実績

	20年度	21年度	22年度	23年度(速報値)
特定健診の実施率	38.9%	41.3%	43.2%	45.0%
特定保健指導実施率	7.7%	12.3%	13.1%	15.9%

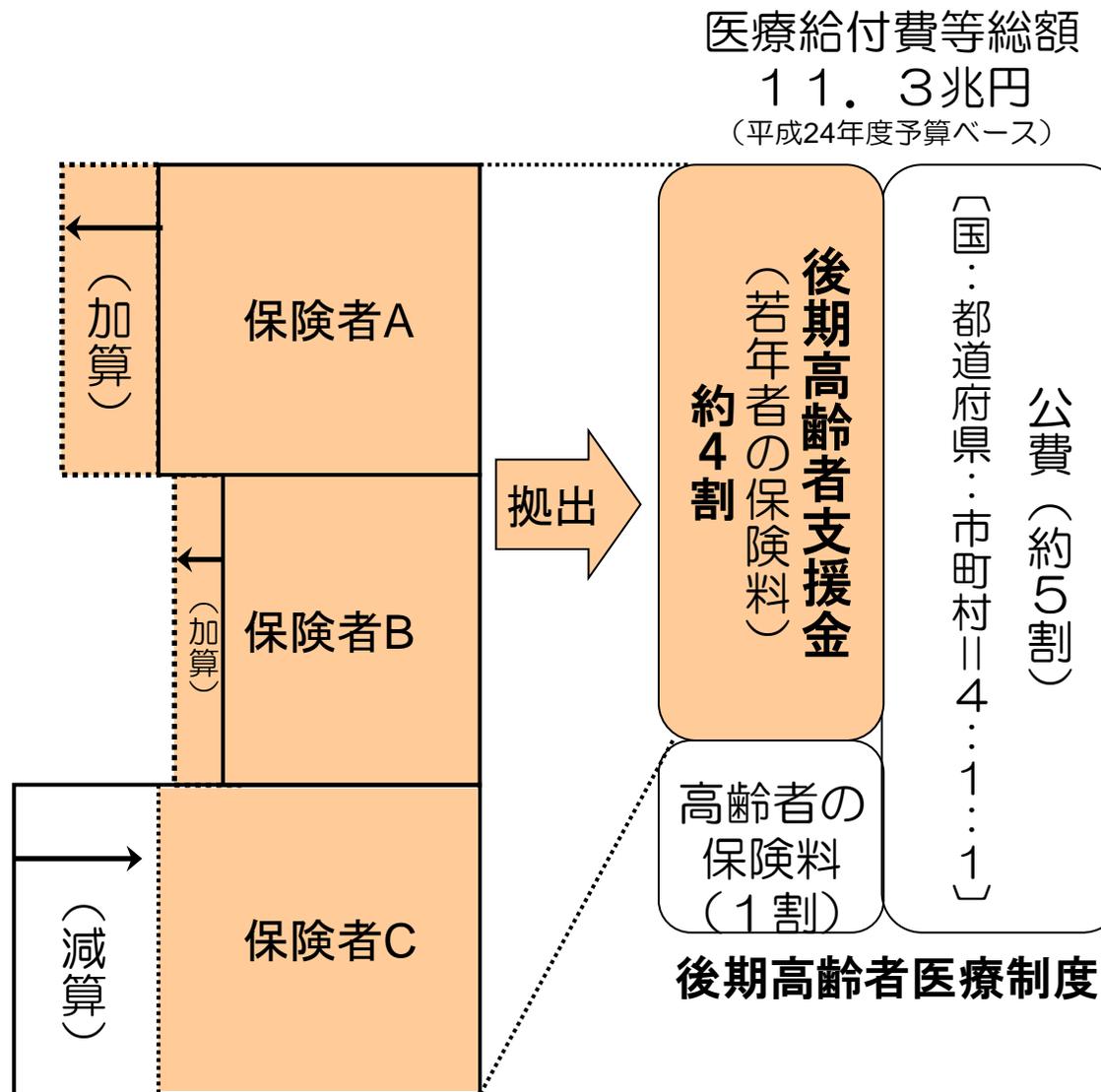


# 後期高齢者支援金の加算・減算の仕組み

各保険者の特定健診等の実施及びその成果に関する具体的な目標の達成状況等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

## 〈加算・減算の方法〉

- ① 目標の達成状況
    - 特定健診・保健指導の実施率
  - ② 保険者の実績を比較
    - 実績を上げている保険者 → 支援金の減算
    - 実績の上がっていない保険者 → 支援金の加算
- ◆ 加算率は0.23%に設定。
  - ◆ 減算率については、加算額と減算額の総額が同じになるように、設定。



# 国・都道府県による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により中長期的に医療費適正化に取り組むため、国及び都道府県が計画を策定（第1期：平成20～24年度、第2期：平成25～29年度）

政策目標	特定健診実施率	特定保健指導実施率	メタボ該当者・予備群減少率	平均在院日数
第1期 (24年度)	70%	45%	10%以上減（平成20年度比）	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
第2期 (29年度)	70%	45%	25%以上減（平成20年度比）	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、都道府県が目標を設定

## 医療費適正化計画の目標の進捗状況について

### 特定健診・保健指導等の推進

平成23年度実施率 (速報値)	全体	市町村国保	国保組合	協会けんぽ	船員保険	健保組合	共済組合
特定健診	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
特定保健指導	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%

#### 実施率の状況

- ・特定健診・特定保健指導ともに、目標とはまだ開きがあるものの、実施率は着実に上昇してきている。
- ・特定健診の実施率は被用者保険において高い傾向にあるのに対して、特定保健指導の実施率は市町村国保や健保組合において高い。

#### 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と非該当者との年間医療費の比較 **▲約9万円（22年度）**

### 平均在院日数の縮減

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

#### 平均在院日数の状況

- ・全国平均で見れば、目標には届いていないものの一定程度縮減してきている。
- ・全国平均と最短との差はほとんど縮小しておらず、都道府県間のばらつきも大きい。

※ 18年の最短県は長野県、23年は東京都

# 保険者の取組(広島県呉市の事例)

## ○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から24年3月までの通知者の77%が後発医薬品へ切り替え。

## ○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

## ○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

## ○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※平成23年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:51件 診療費削減額:54,160円 最大18,380円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:94人 診療費削減1,544,030円 最大 受診日数28日/月 → 1日/月  
114,610円/人 診療費減

## ○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 平成23年度重複服薬指導対象者184人、併用禁忌2件、併用回避33件(呉市医師会によるスクリーニング後、該当医療機関に通知)

# 健保組合の保険者機能強化のためのネットワーク基盤整備改修

24補正 80億円

## 目的

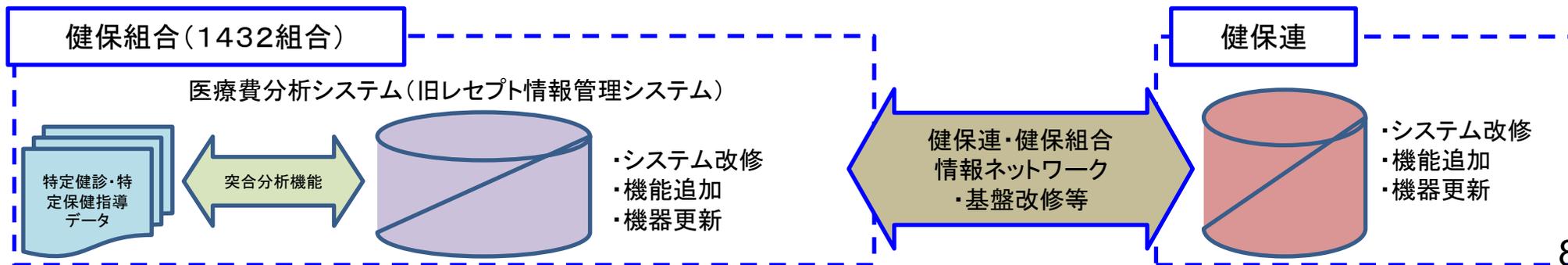
- 健保組合の「レセプト情報管理システム」については、初期開発(平成15年)から既に10年が経過しており、システム改修等により、電子レセプトによる迅速かつ効率的な業務処理への対応及び特定健診・特定保健指導データ等を活用した医療費分析の機能向上を図る。

## 事業概要

- 健保組合のレセプト情報管理システムの改修・機器更新等を行う(新システム「医療費分析システム」)とともに、健保組合と健康保険組合連合会間の情報ネットワークに係る基盤整備を実施。
  - ・レセプト情報管理システムのシステム改修・機器更新(新システム「医療費分析システム」)
  - ・医療費と特定健診・特定保健指導データの突合分析機能導入
  - ・健保連・健保組合情報ネットワークの改修・機器更新 等

## 交付先等

- 交付先 : 健康保険組合連合会
- 補助率 : 定額



## 国保データベース(KDB) システム(平成25年10月稼動予定)

保険者から委託を受けて国保連合会が保有する「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用し、被保険者の健康水準の向上(きめ細かな生活習慣病の予防対策等)対策を推進する。

### 1 地域の状況を把握

- 特定健診の結果及び疾病別医療費等の分析により、生活習慣病の状況や、健康課題を明らかにできる
- 要介護状態区分と疾病との関係を把握する

地域における疾病予防のための取り組み(例)

### 2 重点課題の抽出

- 予防可能な問題となっている疾病を選択

予防対策の疾病を選択

### 4 効果を確認

- 疾病別医療費等経年データ分析により保健事業の効果を判定できる

有病者や予備群等の改善の確認

### 3 重点課題への対策

- 選択された疾病への重点的な保健事業の実施

対象者を選択し、保健指導を実施

## 医療提供体制の各国比較(2010年)

- 我が国では、人口一人当たりの病床数が顕著に多いものの、その機能が未分化なまま、手薄な人員体制の下で「低密度医療」を招いている。
- 世界的に見ても平均在院日数が長いにもかかわらず、リハビリ等を担う病床や在宅療養体制が不足している中で入院需要や介護需要が増加し続けている。

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	人口千人当たり臨床医師数	人口千人当たり臨床看護職員数
日本	32.5	13.6	2.2	10.1
ドイツ	9.6	8.3	3.7	11.3
フランス	12.7	6.4	#3.3	#8.5
イギリス	7.7	3.0	2.7	9.6
アメリカ	6.2	3.1 (2009)	2.4	#11.0

(出典)OECD「Health Data 2012」

(注1)「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

(注2) 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

## 外来受診回数の各国比較（2009年）

日本の一人当たり年間外来受診回数は主要国の1.5～3倍程度

日	本	:	13.1	回	(⇒OECD加盟国で最多)	
ド	イ	ツ	:	8.4	回	
フ	ラ	ン	ス	:	6.7	回
イ	ギ	リ	ス	:	5.0	回
ア	メ	リ	カ	:	3.9	回
ス	ウェー	デン	:	2.9	回	

(出典) OECD 「Health data 2012」  
※アメリカは2008年の値。

# 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		【一般病床】 114万床		【一般病床】 129万床	
一般急性期	75%程度 19~20日程度		75%程度 19~20日程度		75%程度 19~20日程度	
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。12

# 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

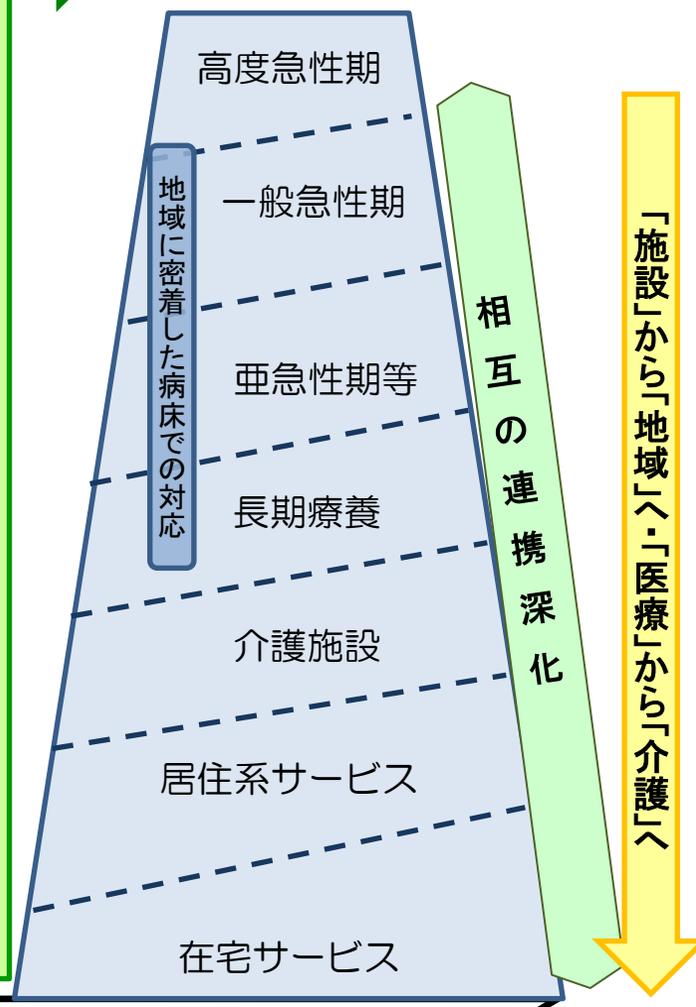
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

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)】

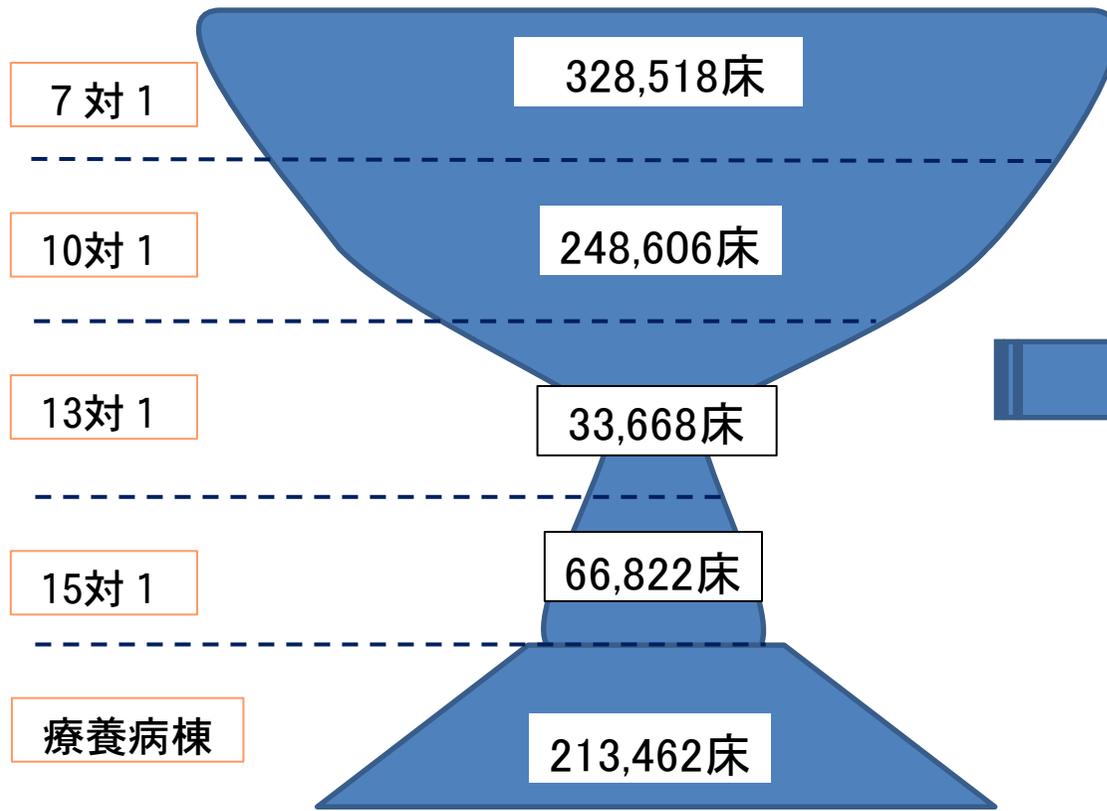


医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

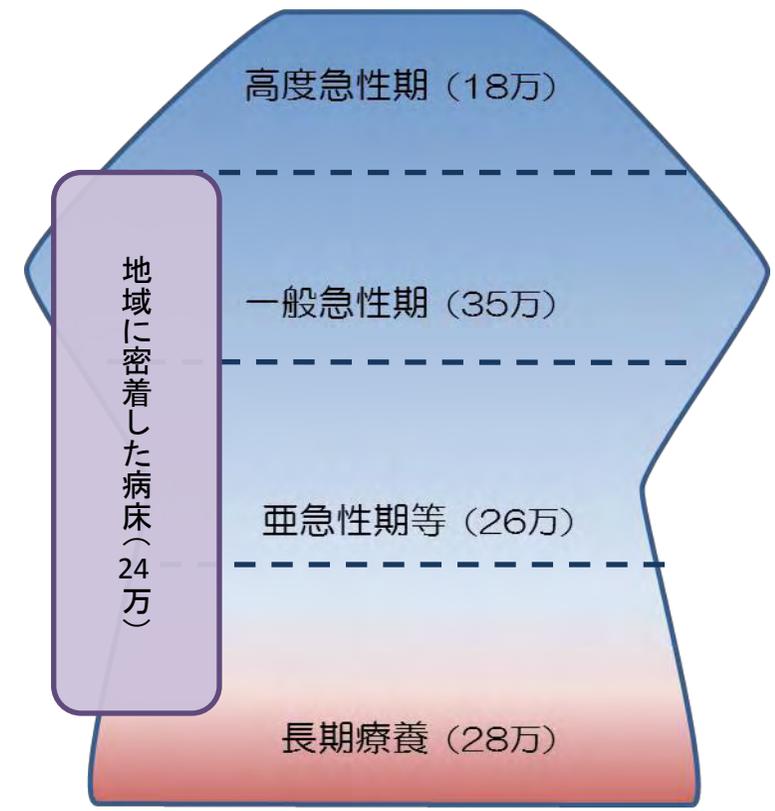
## 現在の一般病棟入院基本料等の病床数

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

＜2010(H22)年の病床数＞



＜2025(H37)年のイメージ＞



# 機能分化を推進するための仕組み

第4回「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」(平成25年3月7日)提出資料

## ①医療機関による報告(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。

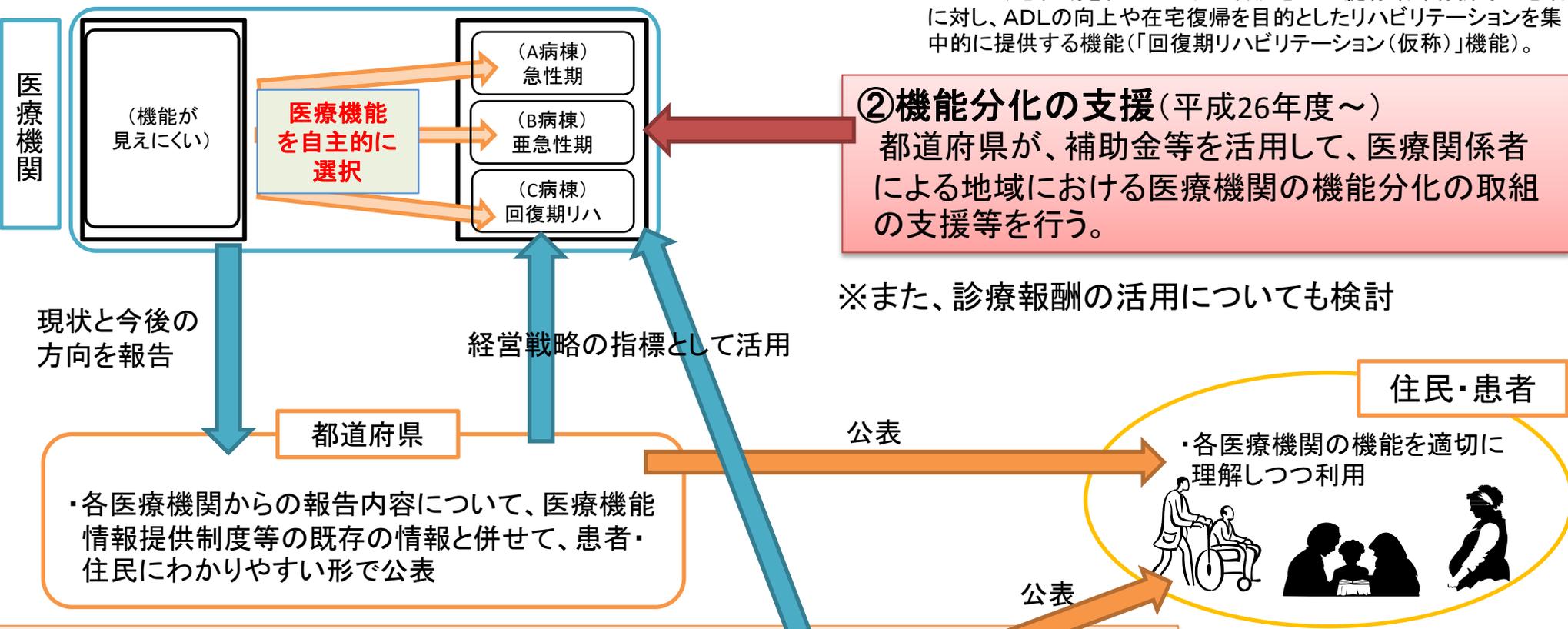
< 各医療機能の内容(病期や診療密度別に大きく分類) >

- ・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能(「急性期(仮称)」機能)。
- ・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であつて症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能(「亜急性期(仮称)」機能)。
- ・主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(「回復期リハビリテーション(仮称)」機能)。

## ②機能分化の支援(平成26年度～)

都道府県が、補助金等を活用して、医療関係者による地域における医療機関の機能分化の取組の支援等を行う。

※また、診療報酬の活用についても検討



## ③地域医療ビジョンの策定(平成30年度～)

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

# 医療計画制度について

## 趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

## 平成25年度からの医療計画における記載事項

- 新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

- 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の医療従事者の確保
- 医療の安全の確保 ○ 二次医療圏(※)、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

## 【医療連携体制の構築・明示】

- ◇ 五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進)。

# 外来患者の紹介の状況

<紹介の承認要件> 医療法第16の3第1項第6号、医療法施行規則第9の20第6号イ・ロ・ハ

○他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること。

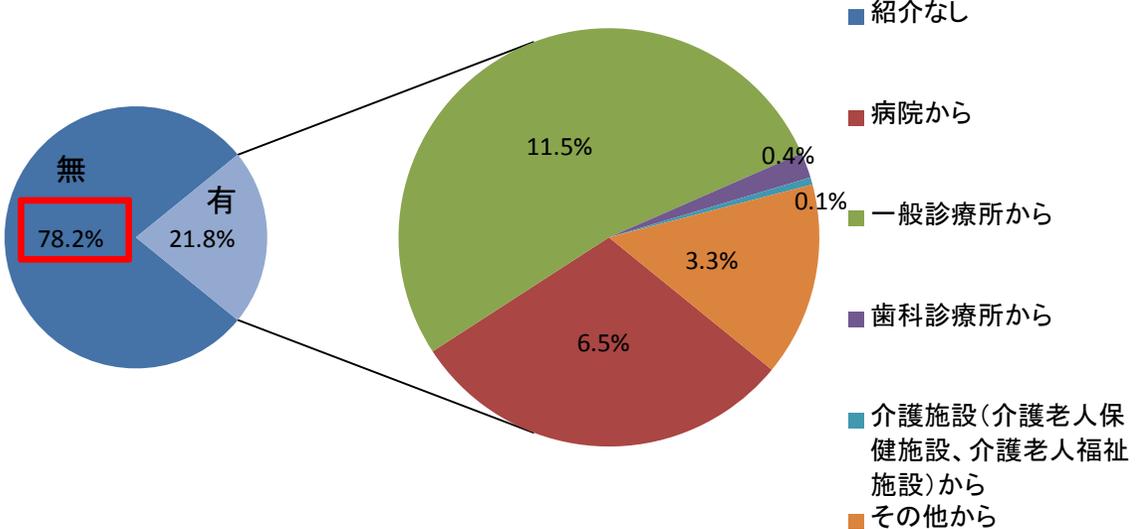
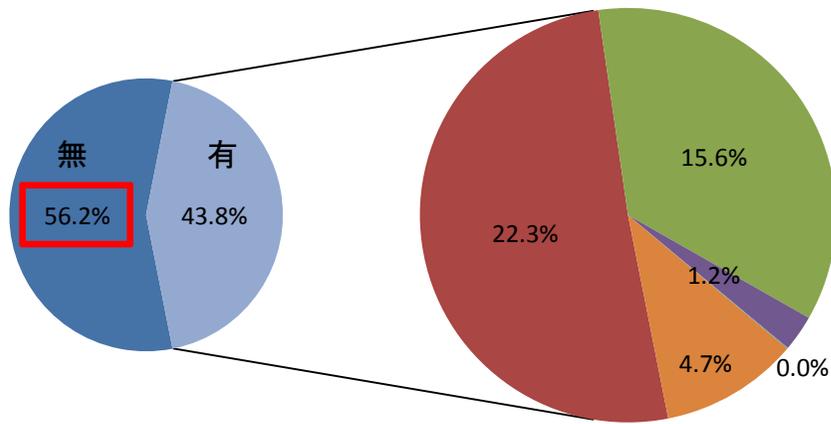
○紹介率が30%以上であること。

$$\frac{\text{紹介患者の数} + \text{他の病院又は診療所に紹介した患者の数} + \text{救急用自動車によって搬入された患者の数}}{\text{他の病院又は診療所に紹介した患者の数} + \text{初診の患者の数}}$$

○紹介なしの外来患者の割合について、特定機能病院は56.2%、「一般病床400床以上病院」は78.2%であり、特定機能病院の方が少ないものの、特定機能病院の紹介なしの外来患者は過半数を占めている。

特定機能病院

「一般病床400床以上病院」



※ここでいう「『紹介あり』外来患者割合」とは、各医療機関における外来患者数に占める初診時の「紹介あり」外来患者数の割合を算出したものであり、特定機能病院の要件となっている紹介率の算定式により算出した割合ではない。

# 外来診療の機能分化の推進

## 特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し

- 紹介率や逆紹介率の低い特定機能病院等を紹介なしに受診した患者等に係る初・再診料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(新) 初診料 200点(紹介のない場合)

(新) 外来診療料 52点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

**※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能**

[算定要件]

①前年度の紹介率が40%未満かつ逆紹介率が30%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院(経過措置)当該初診料・外来診療料の評価を導入するのは、平成25年4月1日とする。

なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}} \quad \text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様

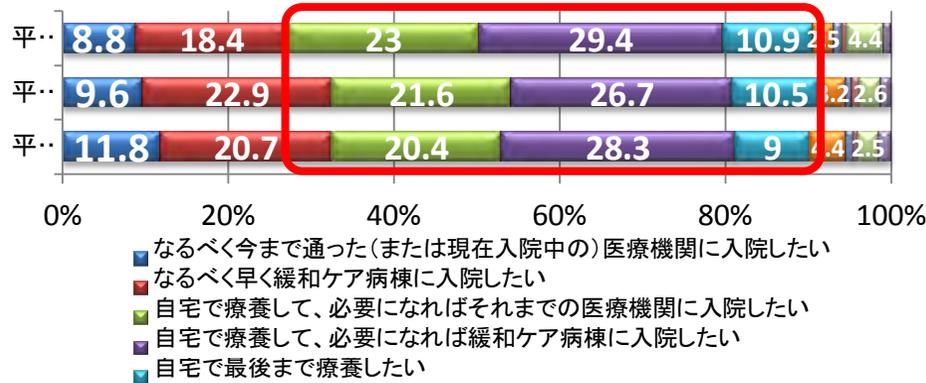
# 在宅医療・介護の連携推進の背景・課題

## 在宅医療・介護の連携推進の背景

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(図1)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(図2)。

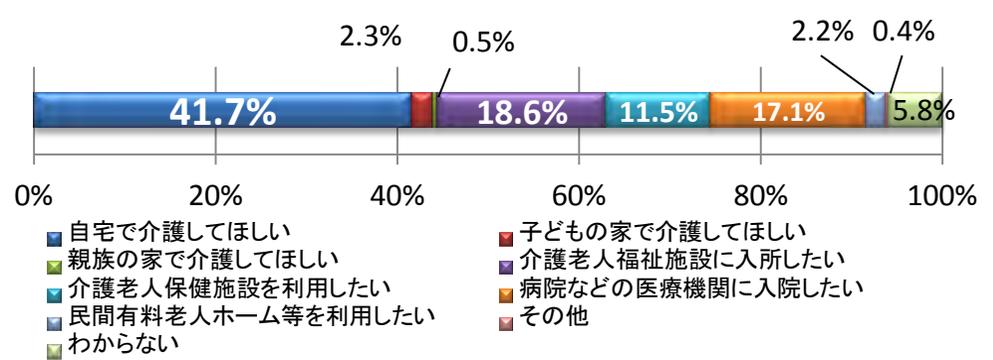
(図1) 終末期の療養場所に関する希望

出典：終末期医療に関する調査(各年)



(図2) 療養に関する希望

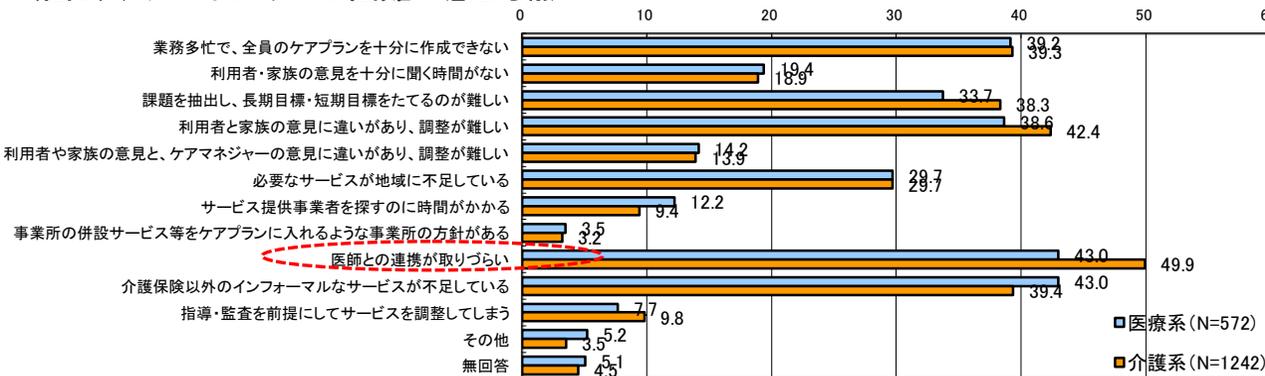
高齢者の健康に関する意識調査(平成19年度内閣府)



## 在宅医療・介護の連携推進に当たっての課題

- 在宅医療を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えない等、連携体制の構築や人材育成などの環境整備を進めていく必要がある。(図3, 4)

(図3) ケアマネジャーが困難に感じる点



(図4) 訪問診療を実施している医療機関

箇所	対全数の割合 (%)
病院	2,582 (29.4)
診療所	19,501 (19.7)
訪問看護ステーション	5,815 (—)

病院、診療所：厚生労働省「医療施設調査(静態)」(平成20年)、訪問看護ステーション：介護給付費実態調査(平成23年)

# 在宅医療・介護の連携推進の方向性

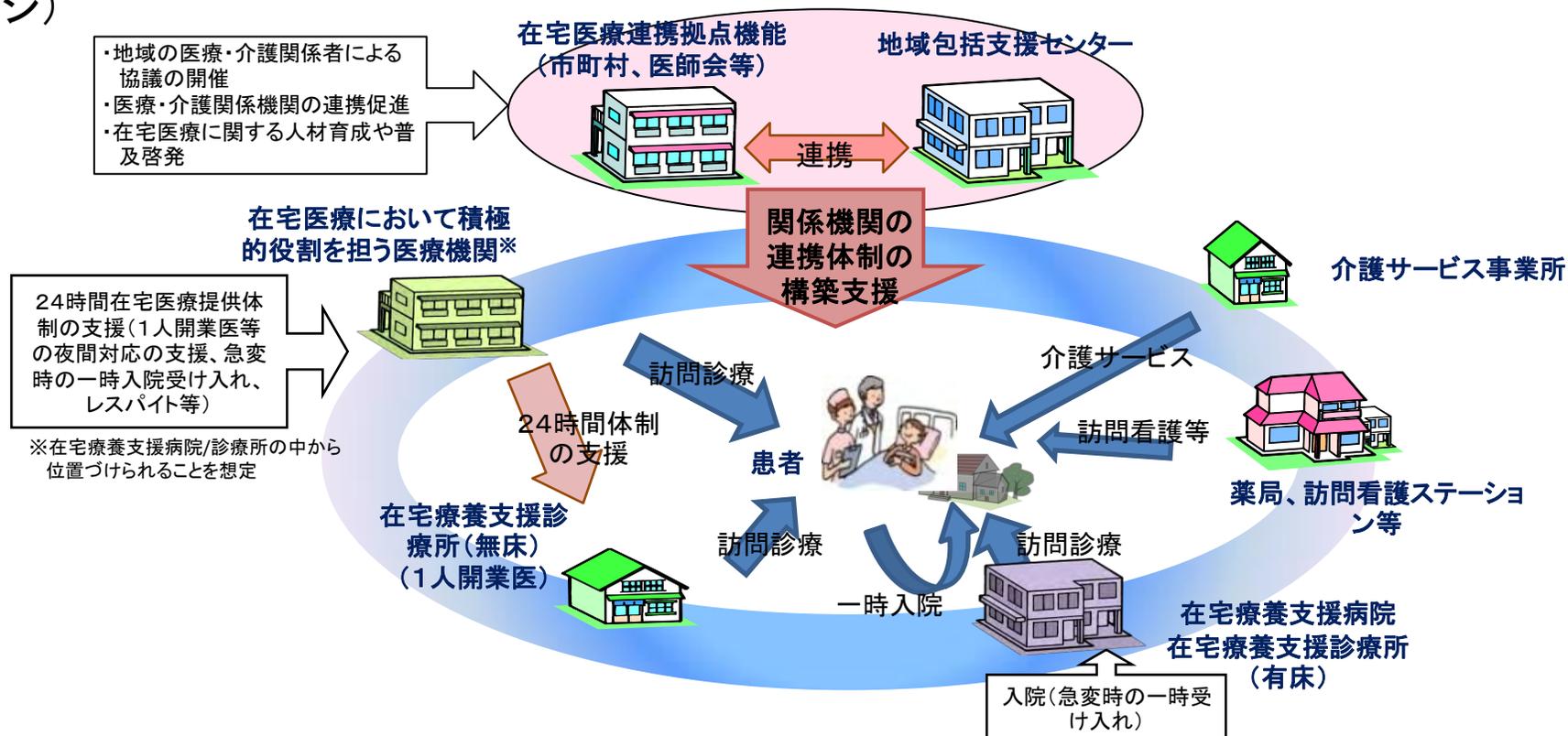
○ 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(※)在宅療養を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所(有床)（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、浣腸等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

(イメージ)



# 医療法人制度の概要

## 1 制度の趣旨

- 医療法に基づく法人。昭和25年の医療法改正により制度創設。
- 医療事業の経営主体が医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得する途を開く。

### 【制度創立当初】

私人による医療機関の経営の困難を緩和  
(資金の集積を容易にするねらい)

医療機関の経営に継続性を付与  
→ 地域医療を安定的に確保

## 2 設立

- 医療法に基づく社団又は財団。
- 都道府県知事の認可。ただし、2以上の都道府県において医療機関を開設するものは厚生労働大臣の認可。

(法人数)

- ・ 医療法人 47,825 (H24. 3. 31)  
うち社団法人 47,434 (持分なし 5,189、持分あり42,245)、財団法人 391

※ 持分なし医療法人

- ・ 解散時の残余財産の帰属先について、個人(出資者)を除外し、国、地方公共団体、他の持分なし医療法人等と定めている医療法人。
- ・ 平成18年の医療法改正で、新設法人は持分なし法人に限定。ただし、既存の法人については、従前の規定を適用した上で自主的な移行を図る。
- ・ 社会医療法人 191 (H25. 1. 1)



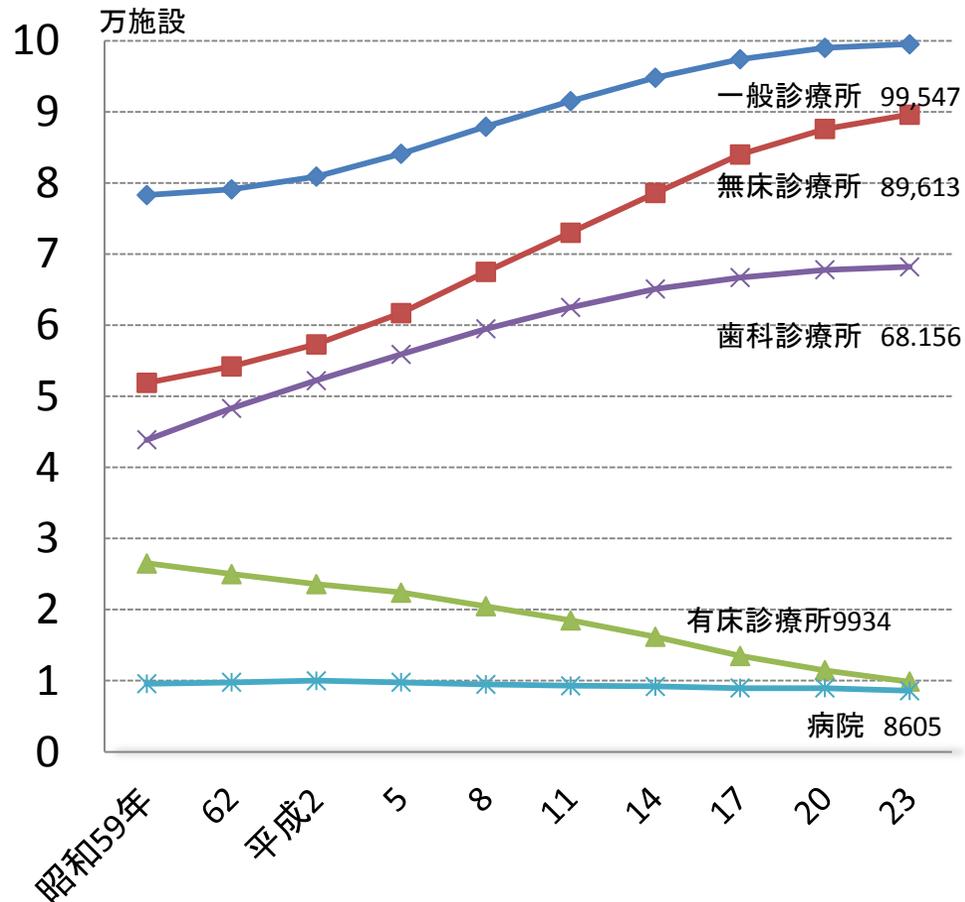
## 3 運営

- 医業(病院、診療所、老人保健施設の運営)のほか、保健衛生や社会福祉等に関する附帯業務を行うことができる。
- 社会医療法人の認定を受けた医療法人は、その収益を病院等の経営に充てることを目的として、収益業務を行うことができる。
- 剰余金の配当をしてはならない。
  - ※ 社会医療法人
    - ・ 民間の高い活力を活かしながら、地域住民にとって不可欠な救急医療やへき地医療等(救急医療等確保事業)を担う公益性の高い医療法人として、平成18年の医療法改正で制度化。
    - ・ 役員等について同族性が排除されていること、解散時の残余財産は国、地方公共団体等に帰属する(持分がない)こと、などの要件を満たすことが必要。
    - ・ 医療保健業の法人税は非課税。救急医療等確保事業を行う病院・診療所の固定資産税等は非課税。

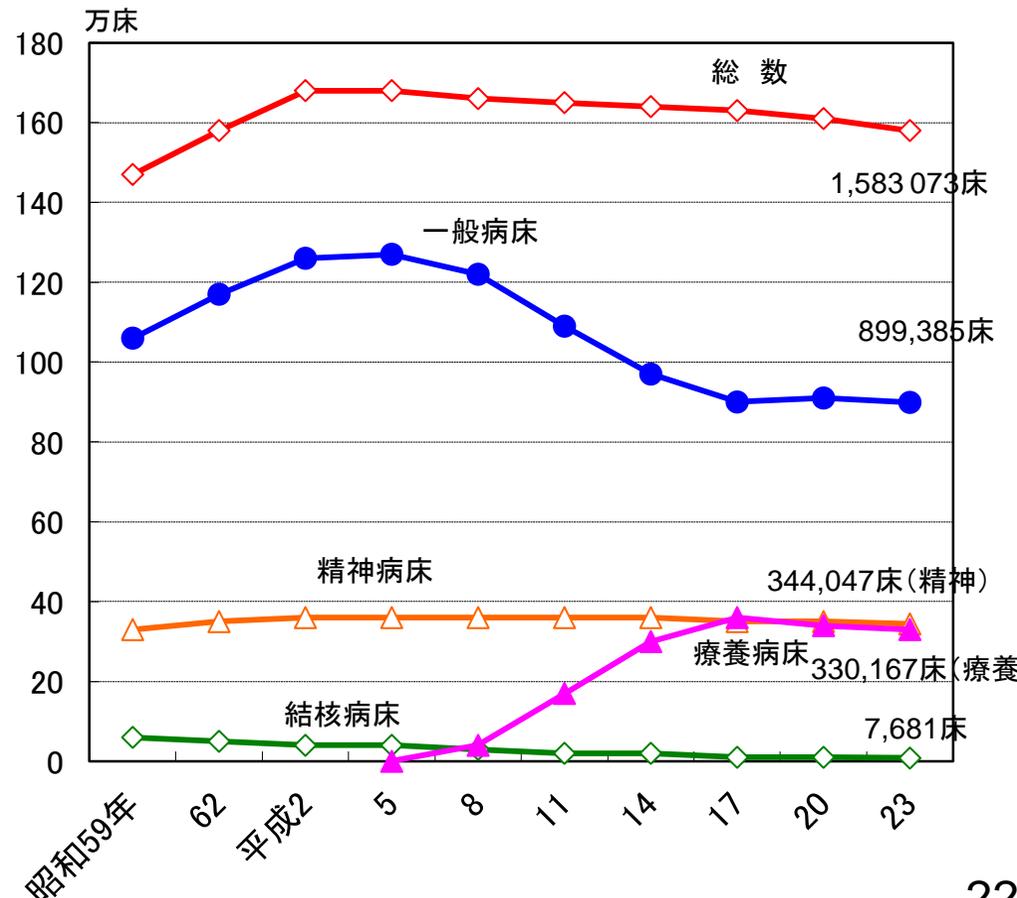
# 医療施設数及び病床数の推移

- 病院数は、平成2年をピークに1割減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年をピークに減少。

## 医療施設数の推移

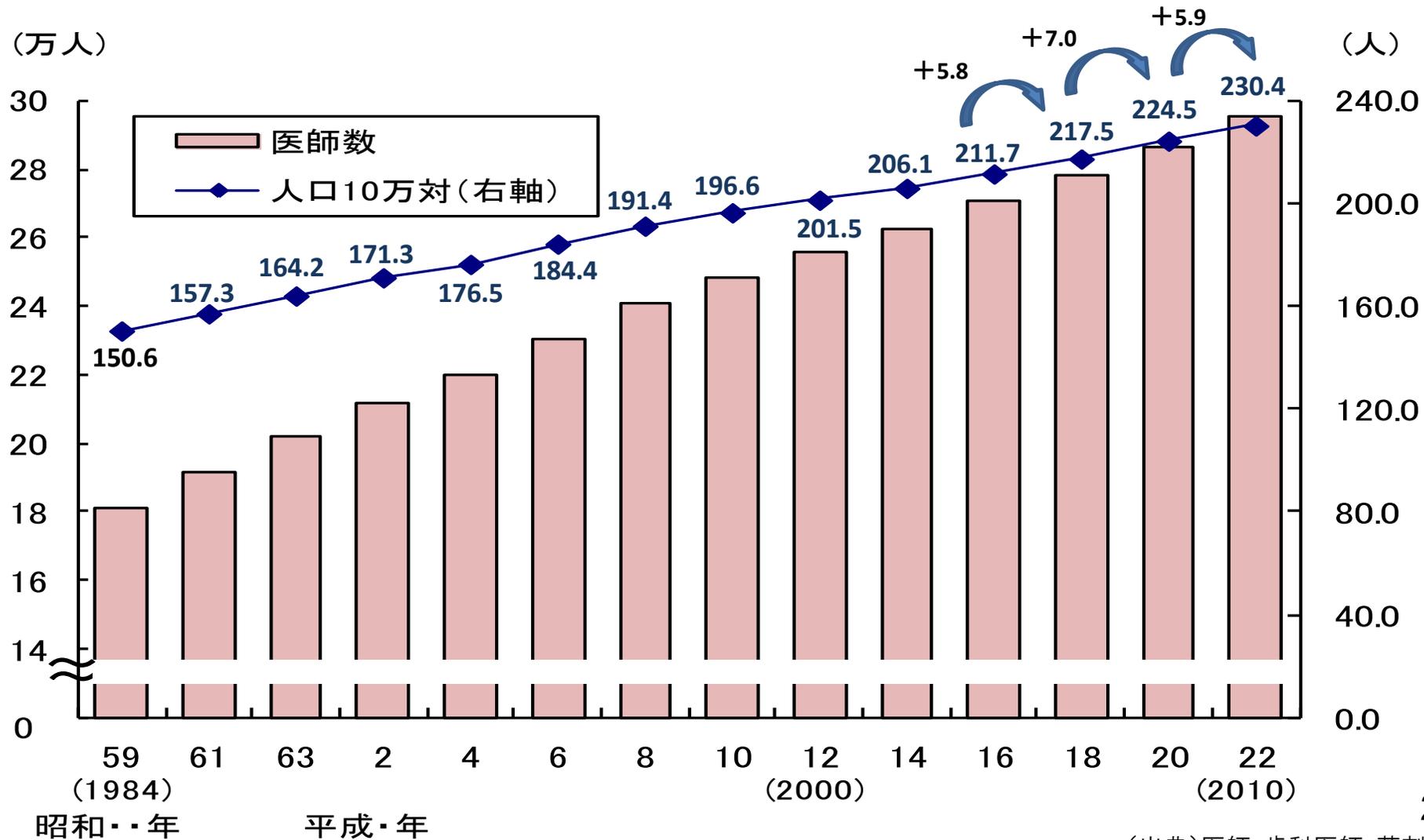


## 種類別病院病床数の推移



# 人口10万対医師数の年次推移

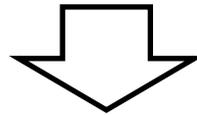
- 近年、死亡等を除いても、医師数は4,000人程度、毎年増加している。  
 (医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成22年 29.5万人 (注) 従事医師数は、28.0万人



# 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. 特定行為に係る看護師の研修制度の創設

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等が必要な行為(特定行為)の明確化」と「医師又は歯科医師の指示の下、プロトコールに基づき、特定行為を実施する看護師に係る研修制度の導入」について、チーム医療推進会議において、取りまとめたところ。

### 2. その他の医療関係職種の業務範囲や業務実施態勢の見直し

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、業務範囲等の見直しを検討。

<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。

# 専門医のあり方に関する検討会

## 1 趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在の是正を図ることを目的として、専門医に関して幅広く検討を行うため、有識者の検討会を開催する

## 2 主な検討項目

- 求められる専門医像について
- 医師の質の一層の向上について
- 地域医療の安定的確保について
- その他

## 3 構成員

- 池田 康夫（日本専門医制評価・認定機構理事長）  
○金澤 一郎（国際医療福祉大学大学院長）  
桐野 高明（独立行政法人国立病院機構理事長）  
小森 貴（小森耳鼻咽喉科医院長）  
今 明秀（八戸市立市民病院副院長）  
◎高久 史麿（日本医学会長）  
高杉 敬久（博愛クリニック院長）  
高山 佳洋（大阪府健康医療部長）  
富田 保志（国立病院機構名古屋医療センター教育研修部長）  
平林 勝政（國學院大學法科大学院特任教授）  
福井 次矢（聖路加国際病院長）  
藤本 晴枝（NPO法人地域医療を育てる会理事長）  
松尾 清一（名古屋大学医学部附属病院長）  
桃井真里子（前自治医科大学医学部長）  
森山 寛（東京慈恵会医科大学附属病院長）  
門田 守人（がん研究会有明病院長）  
山口 徹（虎の門病院長）

◎・・・座長 ○・・・副座長

## 4 検討スケジュール

- |                  |   |
|------------------|---|
| 第1回 平成23年10月13日  | ・ 検討会開催の趣旨等                                     |
| 第2回 平成23年11月 4日  | ・ 内科学科・外科学会よりヒアリング                              |
| 第3回 平成23年12月 1日  | ・ 産婦人科学会、救急医学会よりヒアリング                           |
| 第4回 平成24年 1月11日  | ・ プライマリケア連合学会よりヒアリング                            |
| 第5回 平成24年 2月16日  | ・ 江別市立病院、一関市国民健康保険藤沢病院よりヒアリング                   |
| 第6回 平成24年 3月 8日  | ・ 日本専門医制評価・認定機構よりヒアリング                          |
| 第7回 平成24年 5月18日  | ・ 東京医科歯科大学全国共同利用施設医歯学教育システム研究センター、日本病理学会よりヒアリング |
|                  | ・ 論点項目の素案について                                   |
| 第8回 平成24年 6月15日  | ・ 秋田大学医学部総合地域医療推進学講座、文部科学省医学教育課よりヒアリング          |
|                  | ・ 論点項目の修正案について                                  |
| 第9回 平成24年 7月 6日  | ・ 中間まとめ（案）について                                  |
| 第10回 平成24年 8月 3日 | ・ 中間まとめ（案）について                                  |

平成24年8月31日「中間まとめ」公表

- |                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| 第11回 平成24年 9月 7日 | ・ 中間まとめの報告について               |
|                  | ・ 引き続き議論が必要な課題について           |
| 第12回 平成24年10月 3日 | ・ 専門医の養成・認定・更新等の在り方について      |
| 第13回 平成24年11月29日 | ・ 専門医の養成数や医療提供体制における専門医等について |
| 第14回 平成24年12月26日 | ・ 「総合医」「総合診療医」等について          |
| 第15回 平成25年 1月18日 | ・ さらに議論が必要な論点について            |
| 第16回 平成25年 2月 6日 | ・ 報告書（素案）について                |
| 第17回 平成25年 3月 7日 | ・ 報告書（案）について                 |

平成25年4月目途 「報告書」とりまとめ

平成24年8月31日とりまとめ

## 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
- 等

## 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

# 【医療保険制度の体系】

## 後期高齢者医療制度

約14兆円

- ・75歳以上
- ・約1,500万人
- ・保険者数: 47(広域連合)

## 前期高齢者財政調整制度(約1,400万人) 約6兆円(再掲)

退職者医療(経過措置)

サラリーマンOB  
・約200万人

### 国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、非正規雇用者等
- ・約3,800万人
- ・保険者数: 約1,900

約10兆円

### 協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,500万人
- ・保険者数: 1

約5兆円

### 健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約3,000万人
- ・保険者数: 約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

### 共済組合

- ・公務員
- ・約900万人
- ・保険者数: 85

※1 加入者数・保険者数は、平成24年3月末の数値(速報値)

※2 金額は平成25年度予算ベースの給付費

# 各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成24年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 4 3	8 5 (平成23年3月末)	4 7
加入者数 (平成24年3月末)	3, 5 2 0万人 (2, 036万世帯)	3, 4 8 8万人 被保険者1, 963万人 被扶養者1, 525万人	2, 9 5 0万人 被保険者1, 555万人 被扶養者1, 395万人	9 1 9万人 被保険者452万人 被扶養者467万人 (平成23年3月末)	1, 4 7 3万人
加入者平均年齢 (平成23年度)	5 0. 0歳	3 6. 3歳	3 4. 1歳	3 3. 4歳 (平成22年度)	8 1. 9歳
65～74歳の割合 (平成23年度)	3 1. 3% (平成22年度)	4. 7%	2. 5%	1. 6% (平成22年度)	2. 8% (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成23年度)	2 9. 9万円 (平成22年度)	1 5. 9万円	1 4. 2万円	1 4. 4万円 (平成22年度)	9 1. 8万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成23年度)	8 4万円 一世帯あたり 1 4 5万円 (平成22年度)	1 3 7万円 一世帯あたり (※4) 2 4 2万円	1 9 8万円 一世帯当たり (※4) 3 7 4万円	2 2 9万円 一世帯当たり (※4) 4 6 7万円 (平成22年度)	8 0万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成23年度) (※5) 〈事業主負担込〉	8. 1万円 一世帯あたり 1 4. 2万円 (平成22年度)	9. 9万円 <19. 7万円> 被保険者一人あたり 17. 5万円 <35. 0万円>	1 0. 0万円 <22. 1万円> 被保険者一人あたり 18. 8万円 <41. 7万円>	1 1. 2万円 <22. 4万円> 被保険者一人あたり 22. 7万円 <45. 5万円> (平成22年度)	6. 3万円
保険料負担率 (※6)	9. 7%	7. 2%	5. 0%	4. 9% (平成22年度)	7. 9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の5 0%	給付費等の1 6. 4%	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約5 0%
公費負担額 (※7) (平成25年度予算 (案) へ-入)	3 兆 4, 3 9 2 億円	1 兆 2, 1 8 6 億円	1 5 億円		6 兆 5, 3 4 7 億円

(※1) 市町村国保の加入者数、加入者平均年齢、協会けんぽ、組合健保及び後期高齢者医療制度については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」によるもので、それぞれ前年の所得である。

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

(※4) 被保険者一人あたりの金額を表す。

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

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

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

# 後期高齢者支援金の総報酬割について

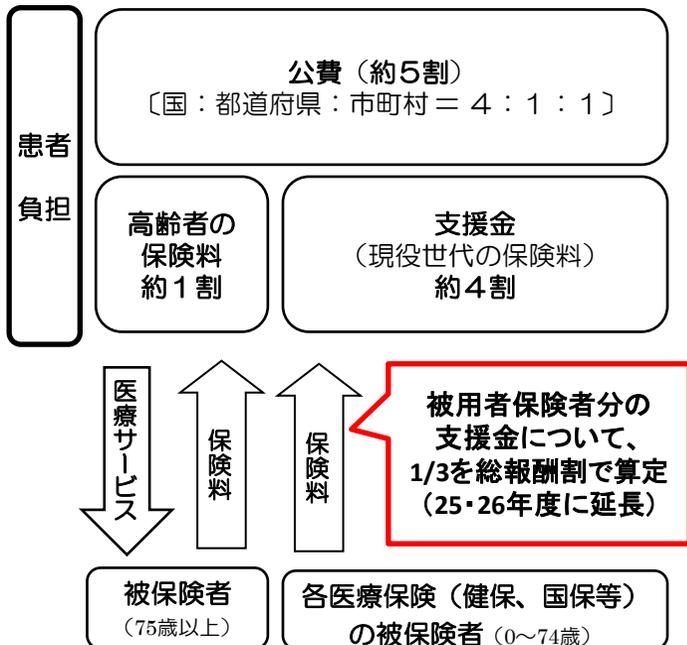
## 現行

- 75歳以上の医療給付費は、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、原則、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分しているが、被用者保険者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、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、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年度までの間、被用者保険者間の按分について、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ている。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

## 法案の内容

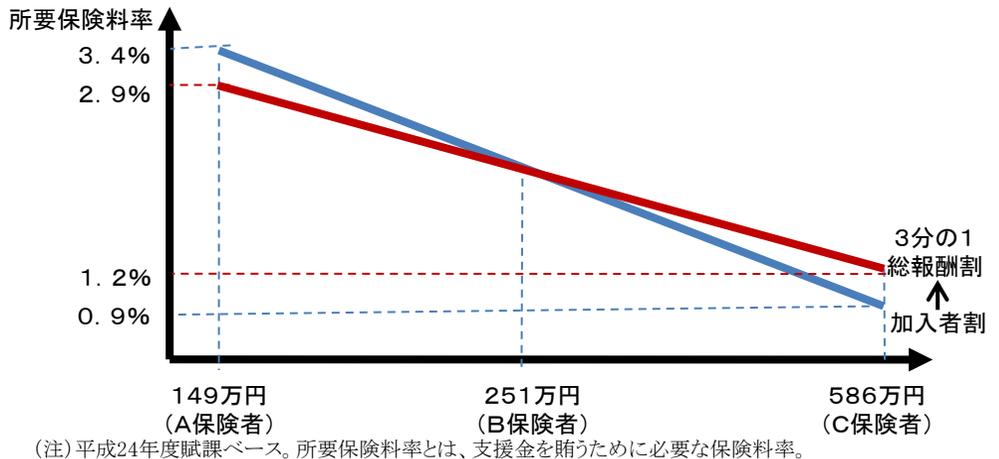
- 平成25年度及び平成26年度の2年間、被用者保険の支援金の3分の1について総報酬割とする特例措置を延長する。

### 75歳以上の費用負担の仕組み



支援金内訳  
(平成25年度予算案)  
(1/3総報酬割の場合)  
協会けんぽ1.9兆円  
健保組合1.8兆円  
共済組合0.6兆円  
市町村国保等1.6兆円

### 加入者割から3分の1総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



### 加入者割から3分の1総報酬割にした場合に負担増・負担減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	935	83
負担減	498	2

(注) 平成24年度賦課ベース。

# 後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響

\* 全面総報酬割を導入した場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への  
 国庫負担（H25年度2,200億円）は不要となる。

## ○ 総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化（H25年度予算）

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆3,200億円 うち公費 2,200億円	1兆1,300億円	3,500億円	2兆8,000億円
	加入者数	3,440万人(47%)	2,910万人(40%)	900万人(13%)	7,250万人
	1/3 総報酬割	5,500億円	6,200億円	2,200億円	1兆3,900億円
	総報酬額	73.4兆円(40%)	82.7兆円(45%)	28.6兆円(15%)	184.7兆円
	計(①)	1兆8,700億円	1兆7,500億円	5,700億円	4兆1,900億円
1/2総報酬割(③)		1兆8,200億円	1兆7,900億円	5,800億円	4兆1,900億円
負担額の変化(③-①)		▲500億円	400億円	100億円	±0億円
2/3総報酬割(④)		1兆7,700億円	1兆8,200億円	6,100億円	4兆1,900億円
負担額の変化(④-①)		▲1,000億円	700億円	400億円	±0億円
全面総報酬割(⑤)		1兆6,700億円	1兆8,800億円	6,400億円	4兆1,900億円
負担額の変化(⑤-①)		▲2,000億円	1,300億円	700億円	±0億円

## ○ 総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	935	83
負担減	498	2

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

※ 平成24年度賦課ベース。

# 協会けんぽ（政管健保）の国庫補助率・保険料率の推移

	国庫補助率	保険料率（注2）
昭和31年度～	予算の範囲内で給付費の一部を補助	6.5%（S30年7月～） 6.3%（S35年4月～） 6.5%（S41年5月～） 7.0%（S42年9月～）
昭和48年度～	10.0%（S48年10月～） 13.2%（S49年11月～） 14.8%（S51年10月～） 16.4%（S53年2月～）	7.2%（S48年11月～） 7.6%（S49年12月～） 7.8%（S51年11月～） 8.0%（S53年3月～）
昭和56年3月～	16.4%（S56年3月～） （※）16.4%～20%の間で政令で定める。ただし、当分の間16.4%に法定。	8.4%（S56年4月～） 8.5%（S56年12月～） 8.4%（S59年4月～） 8.3%（S61年4月～） 8.4%（H2年4月～）
平成4年度～	13.0%（H4年4月～） （※）16.4%～20%の間で政令で定める。ただし、当分の間13.0%に法定（給付費分）。（注1）	8.2%（H4年5月～） 8.5%（H9年10月～） 8.2%（H15年5月～） （※）総報酬制に移行。実質0.7%増。
平成20年10月～ （協会けんぽ発足）		平均8.2%（H21年11月～） （※）都道府県単位料率を導入。
平成22年度～	16.4%（H22年7月～） （※）22年度から24年度までの間は16.4%に法定。	平均9.34%（H22年4月～） 平均9.5%（H23年4月～） 平均10.0%（H24年4月～） 平均10.0%（H25年4月～）

（注1）老健拠出金（昭和58年2月～）、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金（前期高齢者の給付費分を除く）（平成20年4月～）の国庫補助率は16.4%。

（注2）保険料率の変更の開始月は、変更後の保険料率に基づく徴収の開始月を記載している（保険料は徴収する月の前月の報酬を基礎に賦課する）。

# 今回の健康保険法改正案

## 本則

国庫は、「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」(※)を補助する。  
※政令は制定されていない。

+

## 附則第5条

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。

+

## 【改正法で追加】 附則第5条の3

平成25年度及び平成26年度においては、附則第5条中「13%」とあるのは「16.4%」とする。

## 改正法附則第2条：検討規定

政府は、附則第5条及び第5条の3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、平成26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。

# 国民健康保険法の一部を改正する法律の概要(イメージ) (平成24年4月5日成立)

## (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

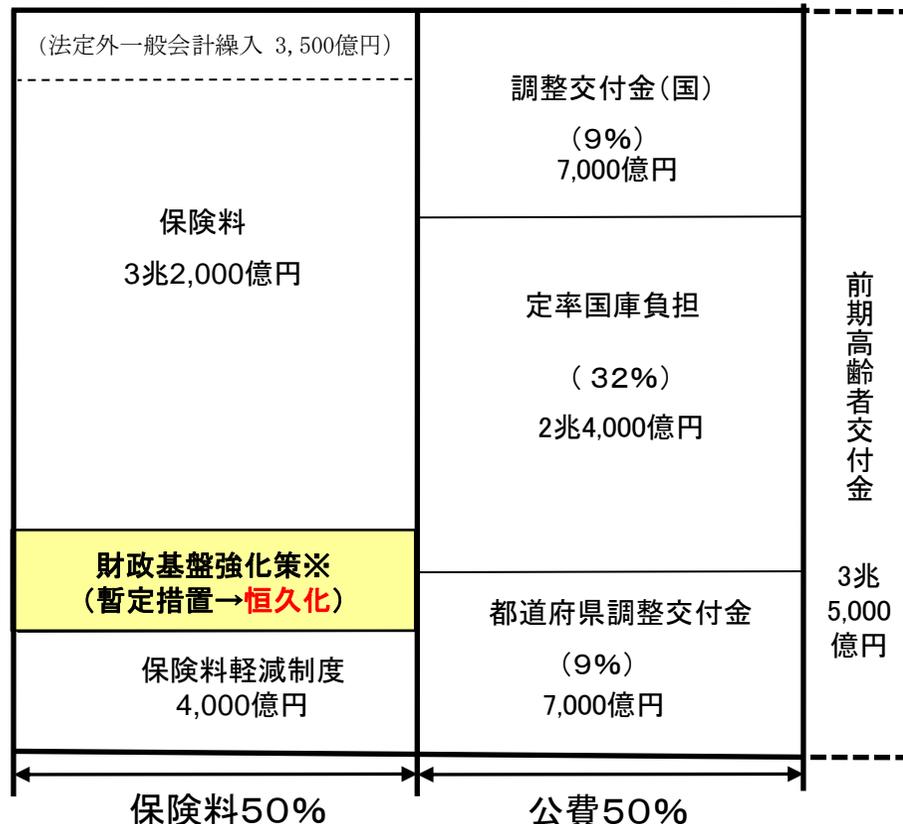
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

### 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11兆3,000億円  
(25年度予算案ベース)



※財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費3,000億円のほか、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23年度決算(速報値)ベース。

# 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(保険財政共同安定化事業)について、事業対象をすべての医療費に拡大する。【平成27年度】

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

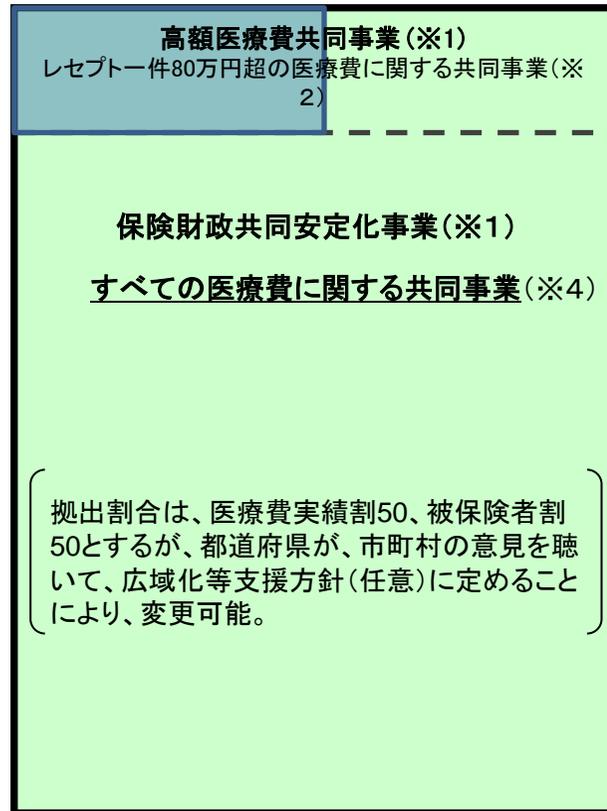
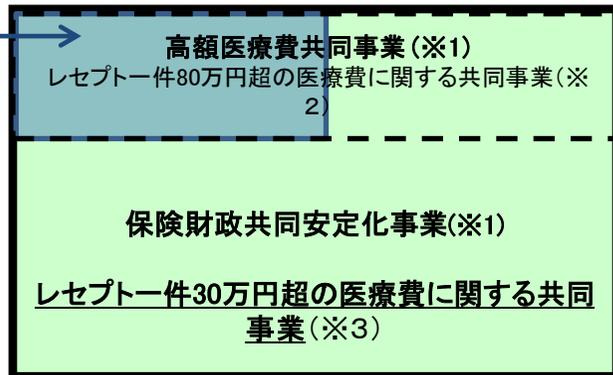
【現行】

【改正後】

## 都道府県単位の共同事業

## 都道府県単位の共同事業の拡大

高額医療費に対する公費投入 (※5)



都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針(任意)に定めることにより、①対象医療費の拡大や②拠出割合の変更が可能

拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針(任意)に定めることにより、変更可能。

※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置

※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。

※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。

※4 自己負担相当額等を除く。

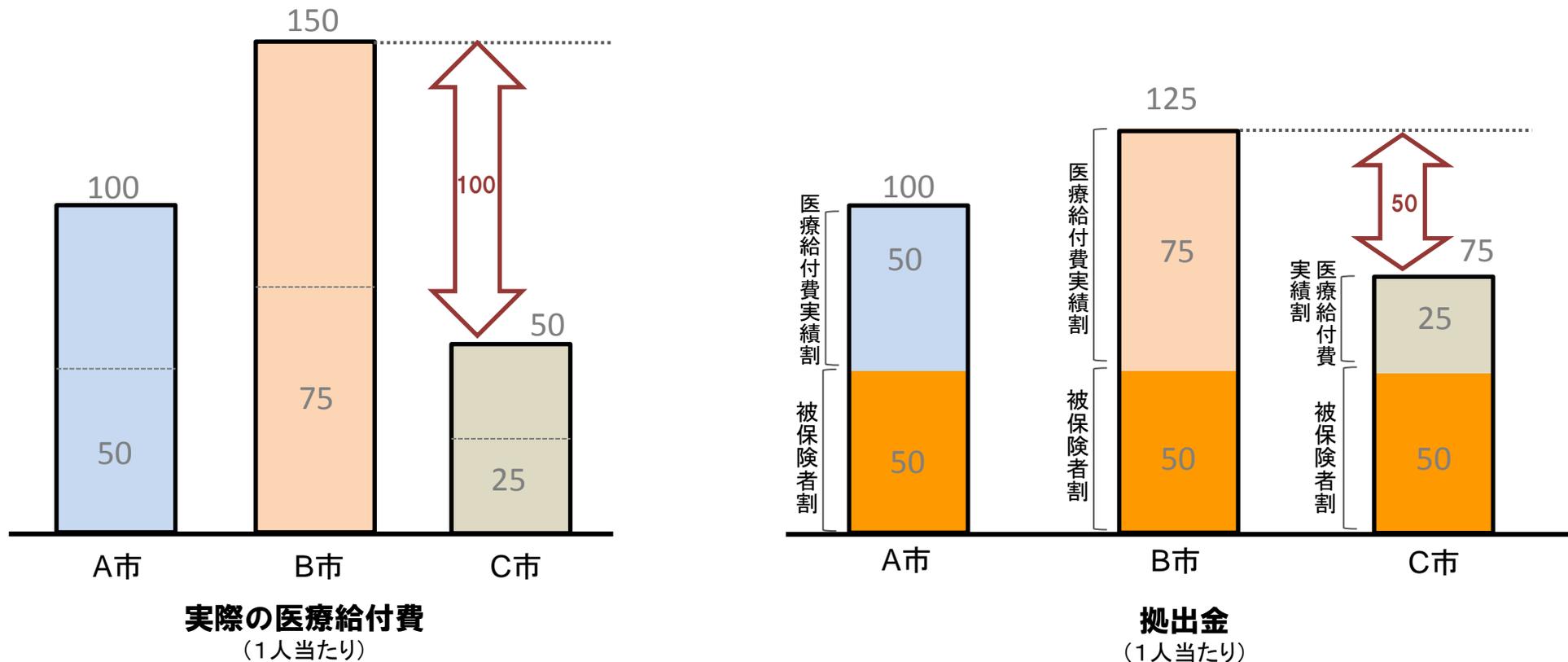
※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

# 都道府県単位の共同事業の仕組み

- 都道府県内の市町村国保の医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する事業。
  - これにより、都道府県内の市町村国保の財政の安定化(毎年の医療費の変動による財政への影響の緩和)及び保険料の平準化(医療費の差による保険料の相違の緩和)が図られる。
- ※ 以下イメージ図で見ると、共同事業の実施により、市町村間の格差が最大100 → 50 に縮小する。

## 都道府県単位の共同事業

(事務:国民健康保険団体連合会)



※ 医療給付費の実績(3年平均)と被保険者数に応じて拠出

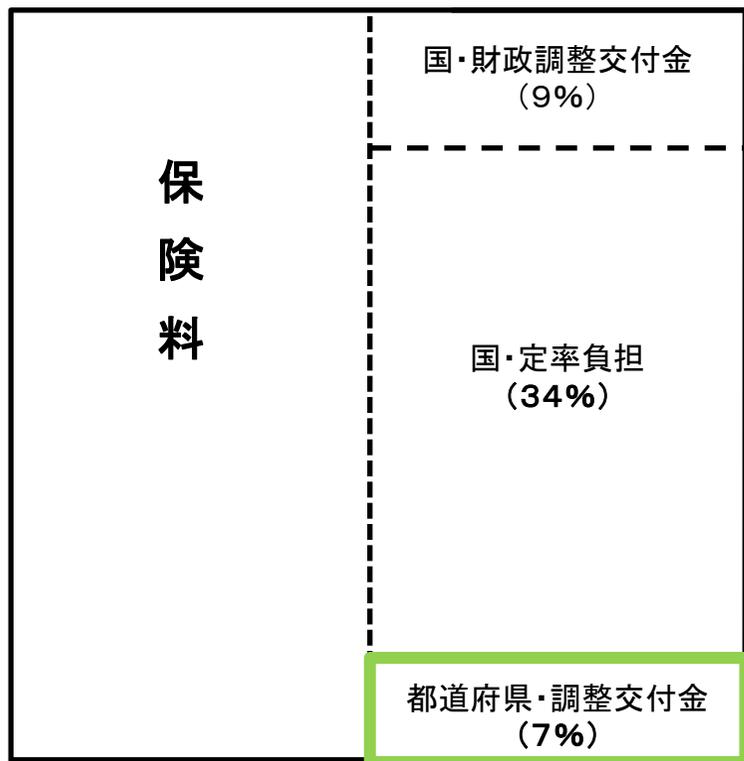
# 都道府県調整交付金の割合の引上げ

○ 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、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

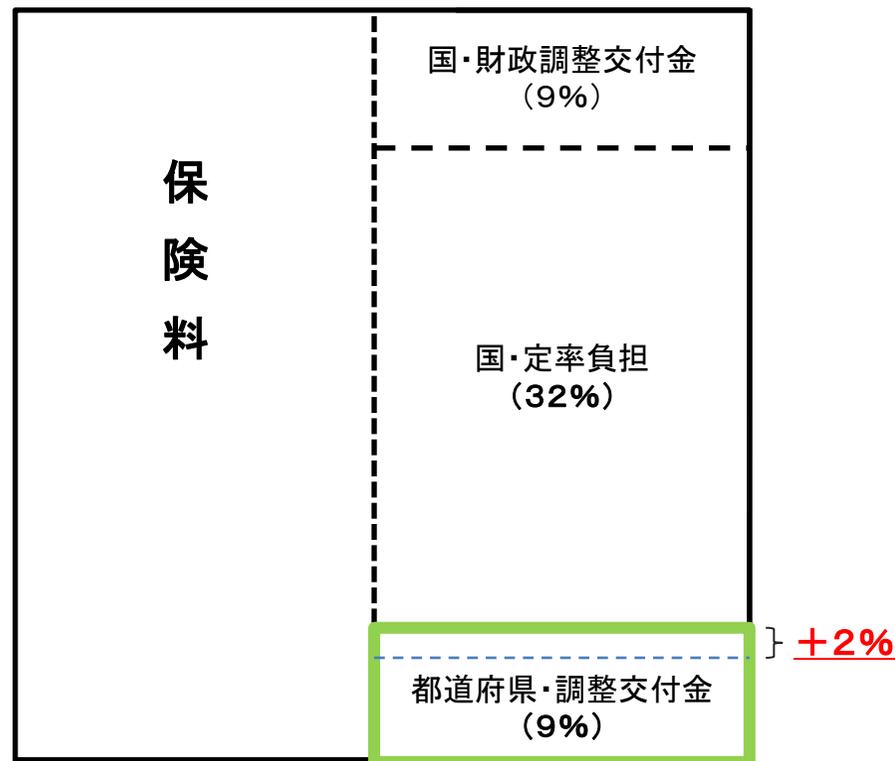
※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

※ 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に対応するために交付されている。

【現行】



【改正後】



※ 都道府県・調整交付金の2%増分の額は、平成24年度ベースで1,526億円

# 市町村国保の低所得者に対する財政支援の強化（2,200億円）

◎ 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

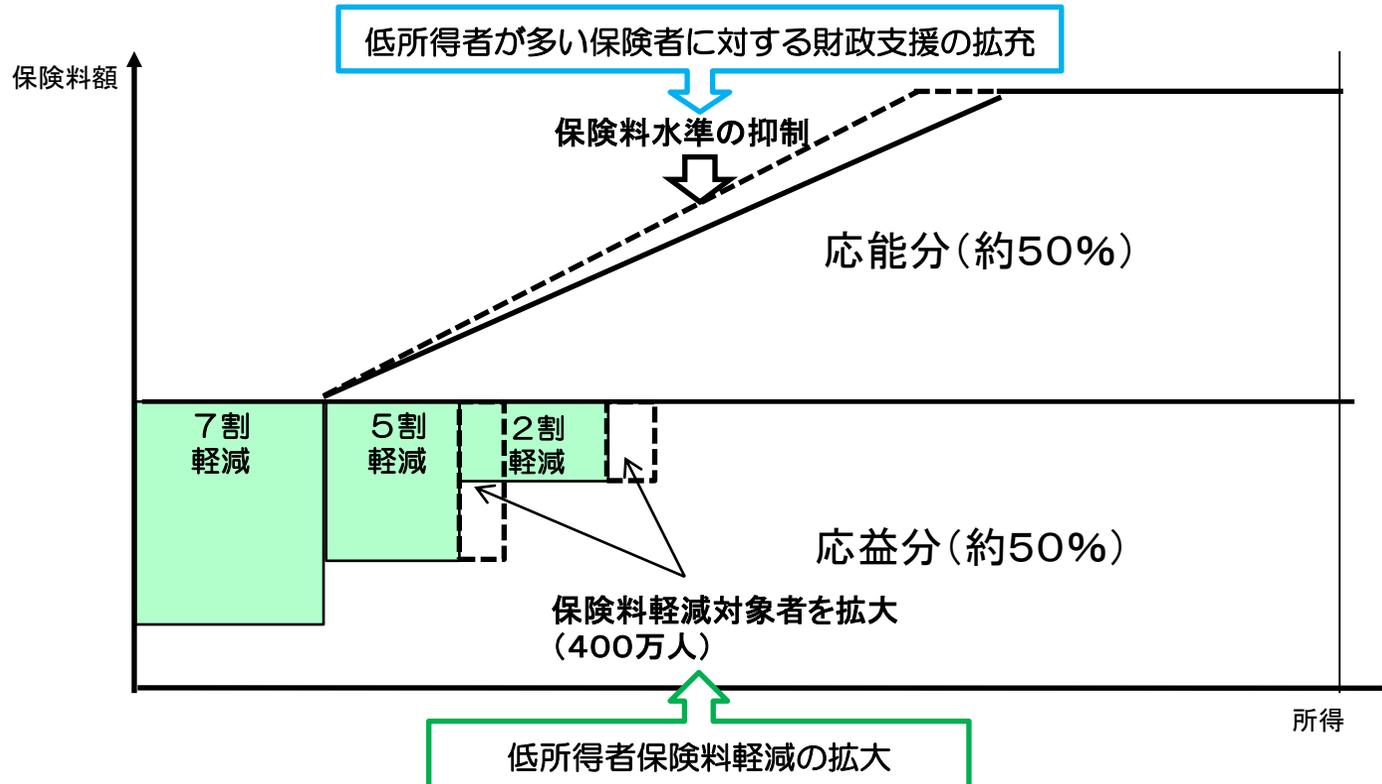
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆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



## 高額療養費制度の概要

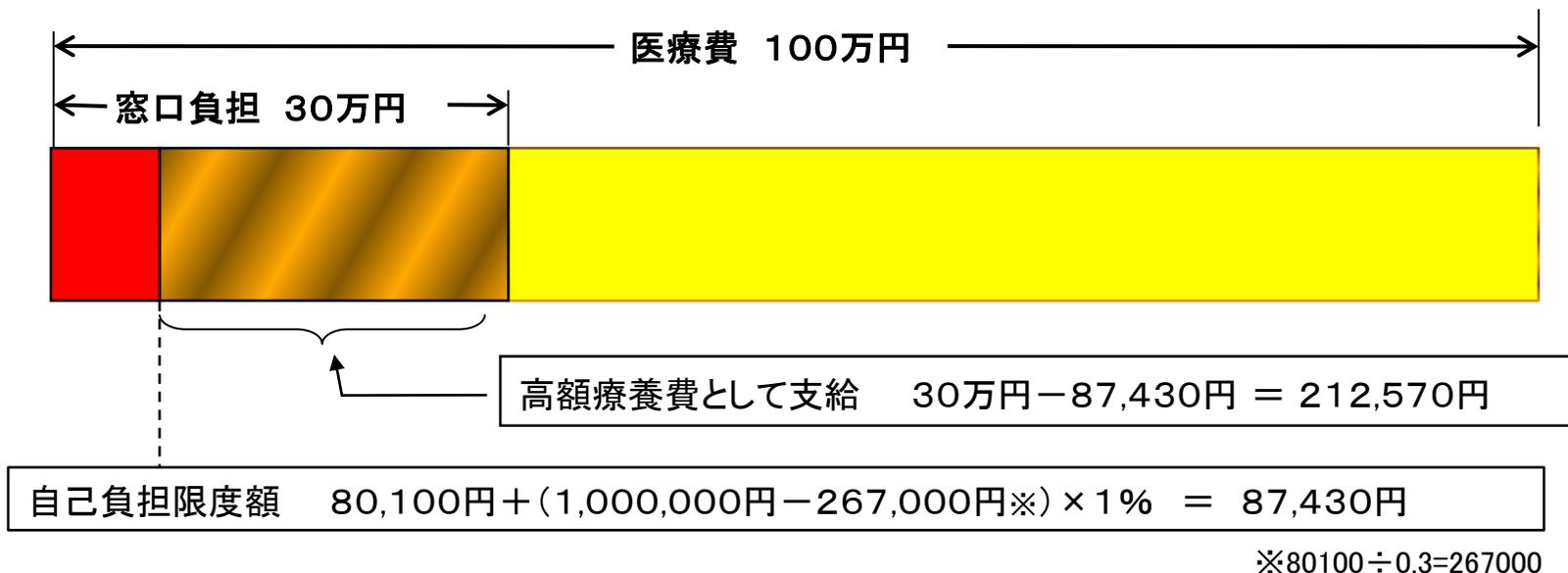
- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※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。

# 高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

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

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円＋（医療費－500,000円）×1％ 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円＋（医療費－267,000円）×1％ 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 等（※3）	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※4） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※4）	44,400円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1％ 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等（※3）	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下（※5） [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※5） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※5） 等（※3）		15,000円

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

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

※3 市町村民税非課税のほか、生活保護法による要保護者（低所得者に該当しない場合は、生活保護の適用対象となる者）を含む。

※4 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

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

# 医療保険制度における患者負担の推移

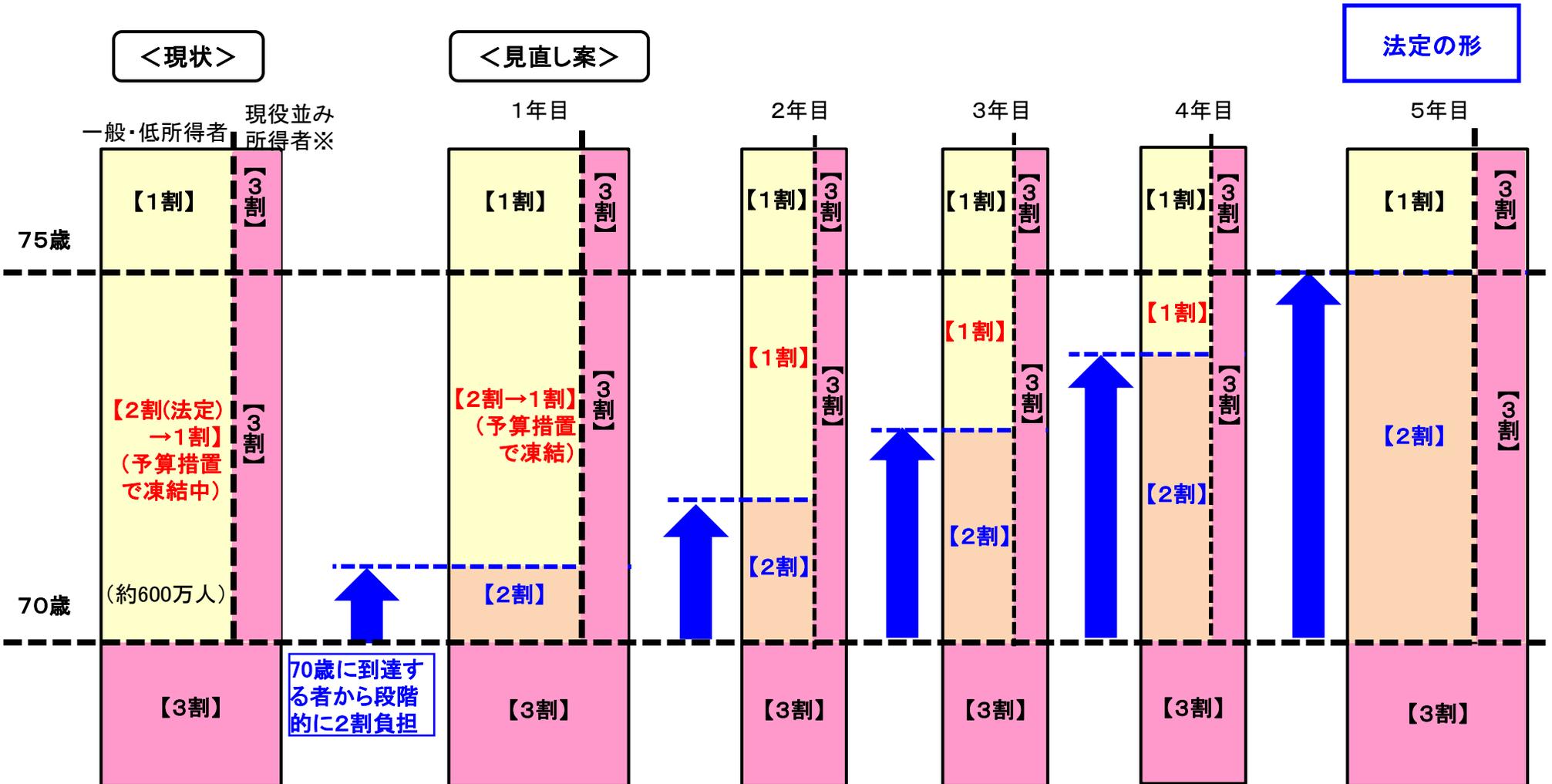
～昭和47年 12月		昭和48年1月～	昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	平成14年 10月～	平成15年 4月～	平成18年 10月～	平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)	老人保健制度						75歳以上	後期高齢者 医療制度
国保	3割	なし	入院300円/日	→1,000円/日	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は 定額制を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み 所得者3割)	70～74歳	1割負担 (現役並み所得者3割)	
被用者本人	定額負担		外来400円/月	→500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担					2割負担 (現役並み所得者3割) <b>※1割に凍結中</b>	
被用者家族	5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担	3割 薬剤一部負担の 廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)	
		被用者本人	定額	→1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担					
		被用者家族	3割(S48～)→入院2割(S56～) 高額療養費創設	入院2割 外来3割(S48～)						

(注)・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。

- ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
- ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

# 70~74歳の患者負担特例措置の見直し

世代間の公平の観点に立って、高齢者の負担増や低所得者に配慮しつつ、70歳に到達した者から、段階的に2割負担とする。



※ 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)

# 平成24年度厚生労働省補正予算（抄）

（平成25年2月26日成立）

## ○安定した医療保険制度の構築

（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（均等割り9割、8.5割、所得割5割軽減）等

（776億円）

### 3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

#### （9）後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、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。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。

## 後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ（概要）

- 後発医薬品の数量シェアを平成30年3月末までに60%以上にする。  
また、達成状況をモニタリングし、その結果や諸外国の動向を踏まえ、適宜見直す。  
※ 数量シェアについては、国際的な比較が容易にできることも踏まえ、後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェアとする。
- 後発医薬品のさらなる使用促進のための取組についてもモニタリングを行い、その結果を踏まえ必要な促進策を適宜追加する。

### － 主な取組内容 －

- ① 安定供給
- ② 品質に対する信頼性の確保
- ③ 情報提供の方策
- ④ 使用促進に係る環境整備
- ⑤ 医療保険制度上の事項
- ⑥ ロードマップの実施状況のモニタリング

## 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会（平成19年）

### ■背景

平成18年3月に富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が報道され、「尊厳死」のルール化の議論が活発になったことから、コンセンサスの得られる範囲に限ったルール作りを進めることとなった。

### ■目的

回復の見込みのない末期状態の患者に対する意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについての標準的な考え方を整理すること。

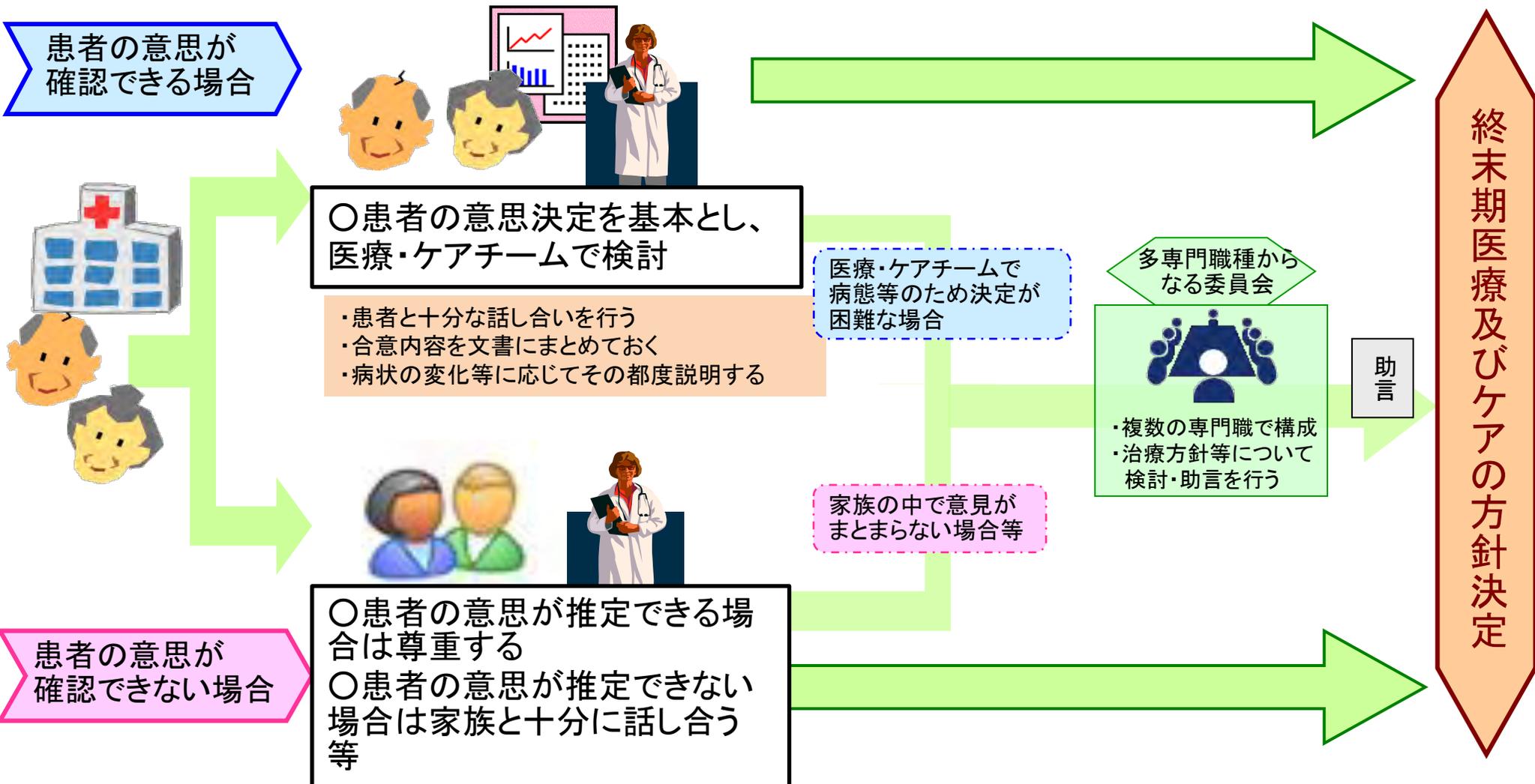
### ■検討会の概要

平成18年9月15日に厚生労働省が発表した「終末期医療に関するガイドライン(たたき台)」(検討会前にパブリックコメントを実施)を基に、3回にわたって議論を行い、平成19年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」をとりまとめた。

## ガイドラインの概要

- 医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として終末期医療を進めることが重要。
- 終末期における医療の内容は、多専門職種からなる医療・ケアチームにより、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断する。
- 患者の意思が確認できる場合には、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その内容を文書にまとめておく。説明は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じてその都度行う。
- 患者の意思が確認できない場合には、家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- 患者・医療従事者間で妥当で適切な医療内容について合意が得られない場合等には、複数の専門家からなる委員会を設置し、治療方針の検討及び助言を行うことが必要。

# 「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)



# 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>

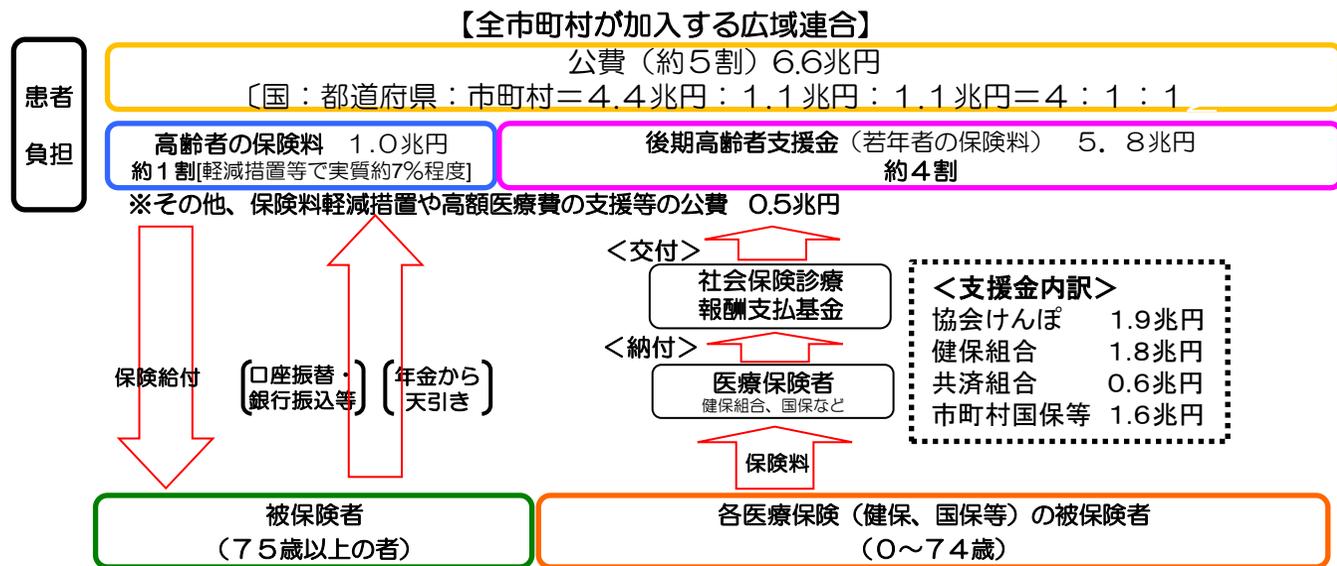
75歳以上の高齢者 約1,500万人

### <後期高齢者医療費>

15.0兆円（平成25年度予算案ベース）  
給付費 13.8兆円  
患者負担 1.2兆円

### <保険料額（平成24・25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

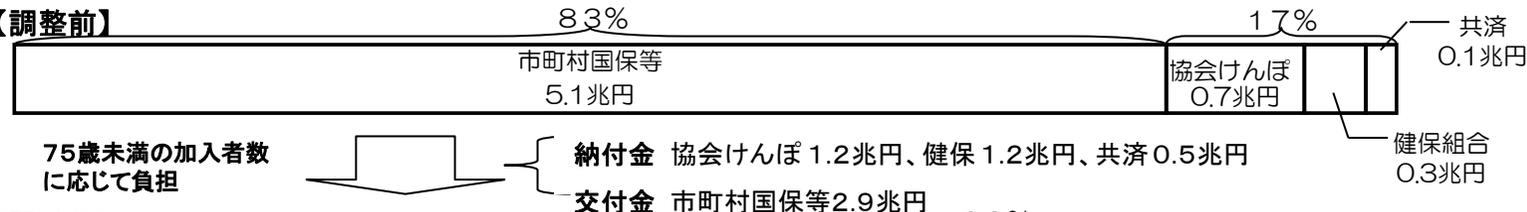
### <対象者数>

65～74歳の高齢者  
約1,500万人

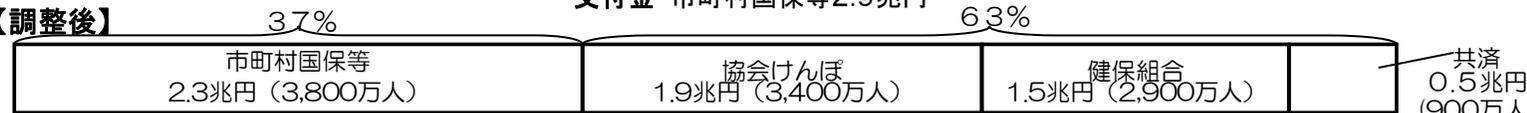
### <前期高齢者給付費>

6.1兆円  
（平成25年度予算案ベース）

### 【調整前】



### 【調整後】

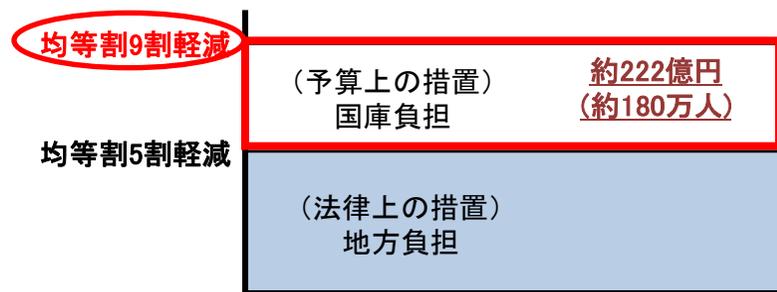
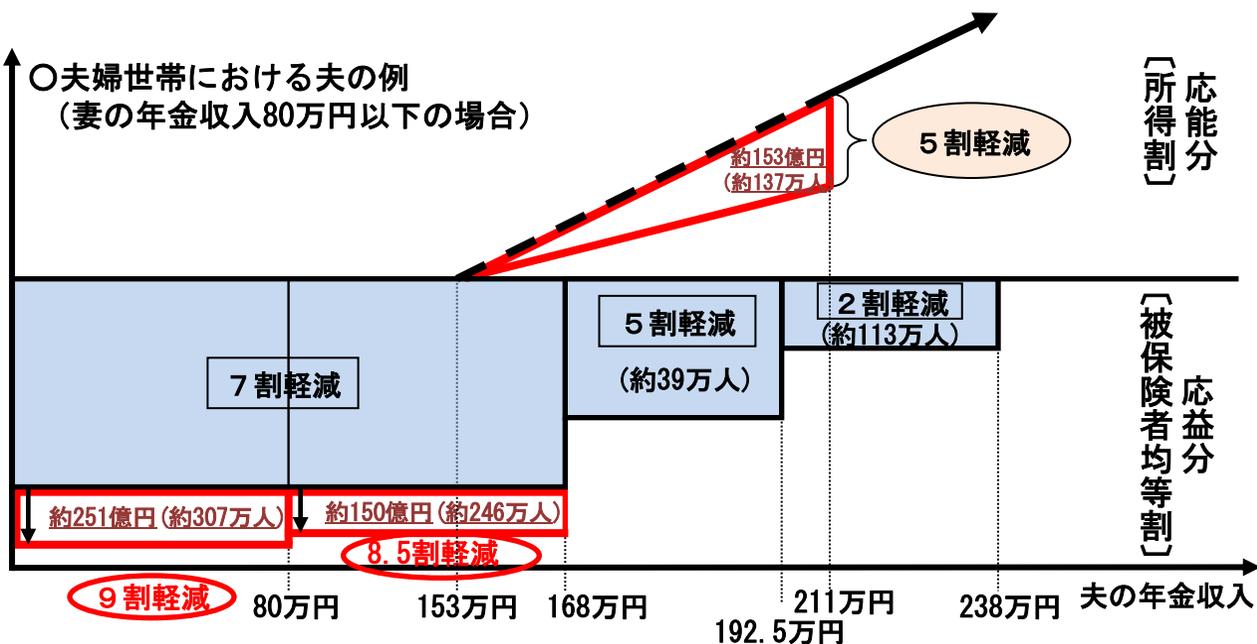


# 後期高齢者医療制度の保険料軽減について

- 後期高齢者医療制度は、毎年度、個人単位で保険料を算定し、被保険者が納付義務を負う。
- 保険料は、広域連合の条例で定め、①被保険者に等しく賦課する均等割額、②所得に応じて賦課される所得割額を合算して算定する。
- 低所得者対策として、世帯の所得に応じて均等割の7・5・2割の軽減措置、被用者保険の被扶養者であった者の軽減措置(均等割5割軽減、所得割賦課せず、加入から2年間限り)が、制度上設けられている。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、保険料軽減対策として、平成20年度以降毎年度、予算により、
  - ①低所得者の更なる保険料軽減(均等割9・8.5割軽減、所得割5割軽減)
  - ②被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、当分の間)の特例措置を実施している。

## 【低所得者への保険料軽減（平成25年度）】

## 【元被扶養者への保険料軽減（平成25年度）】



※元被扶養者の軽減は制度上、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している。

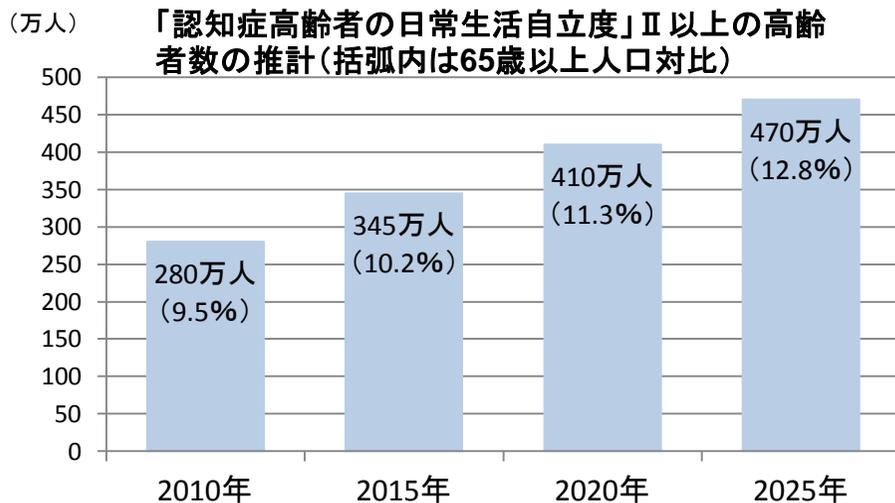
## 2 介護分野

# 今後の介護保険をとりまく状況について

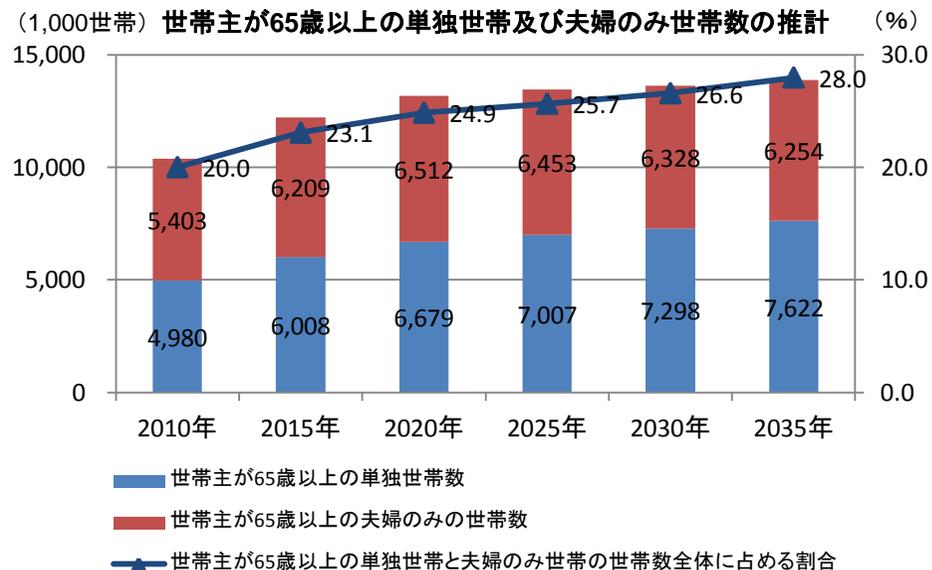
- ① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,658万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,658万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

- ② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



- ③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



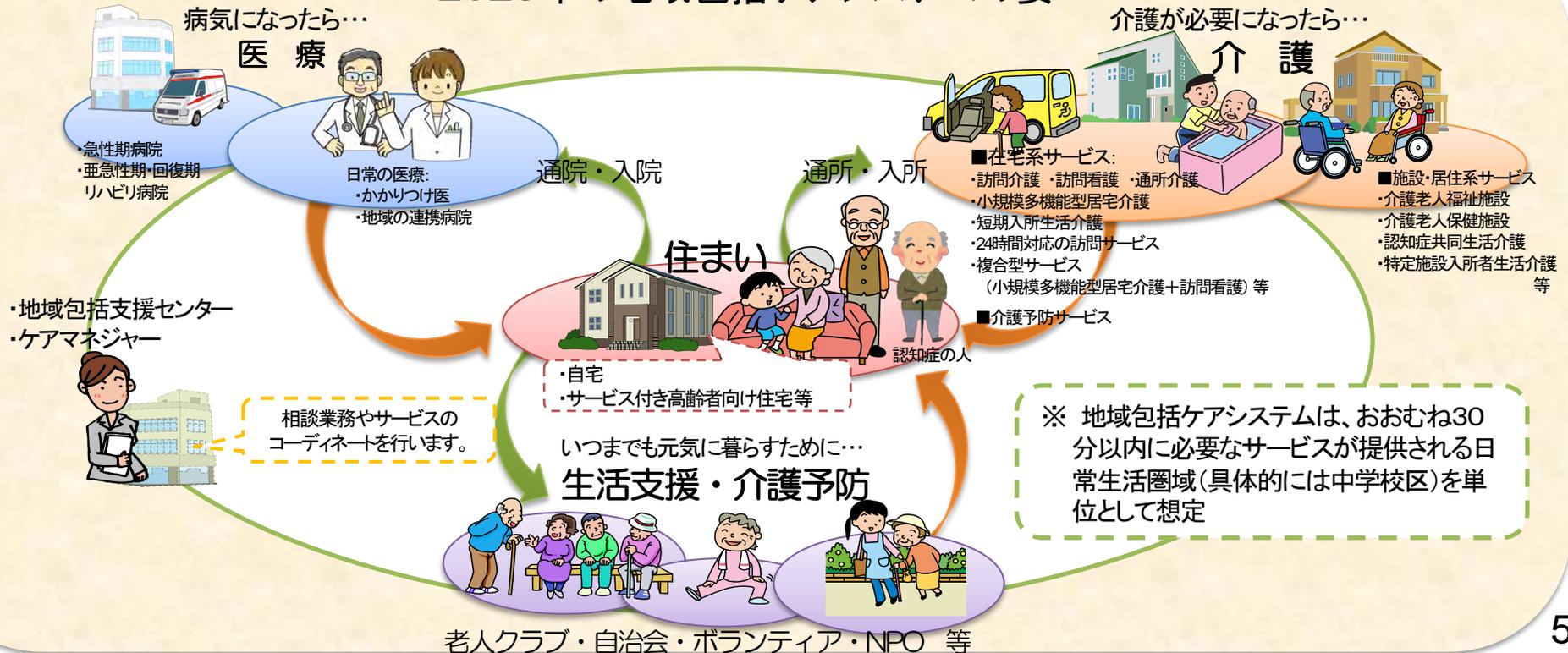
- ④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.54倍)

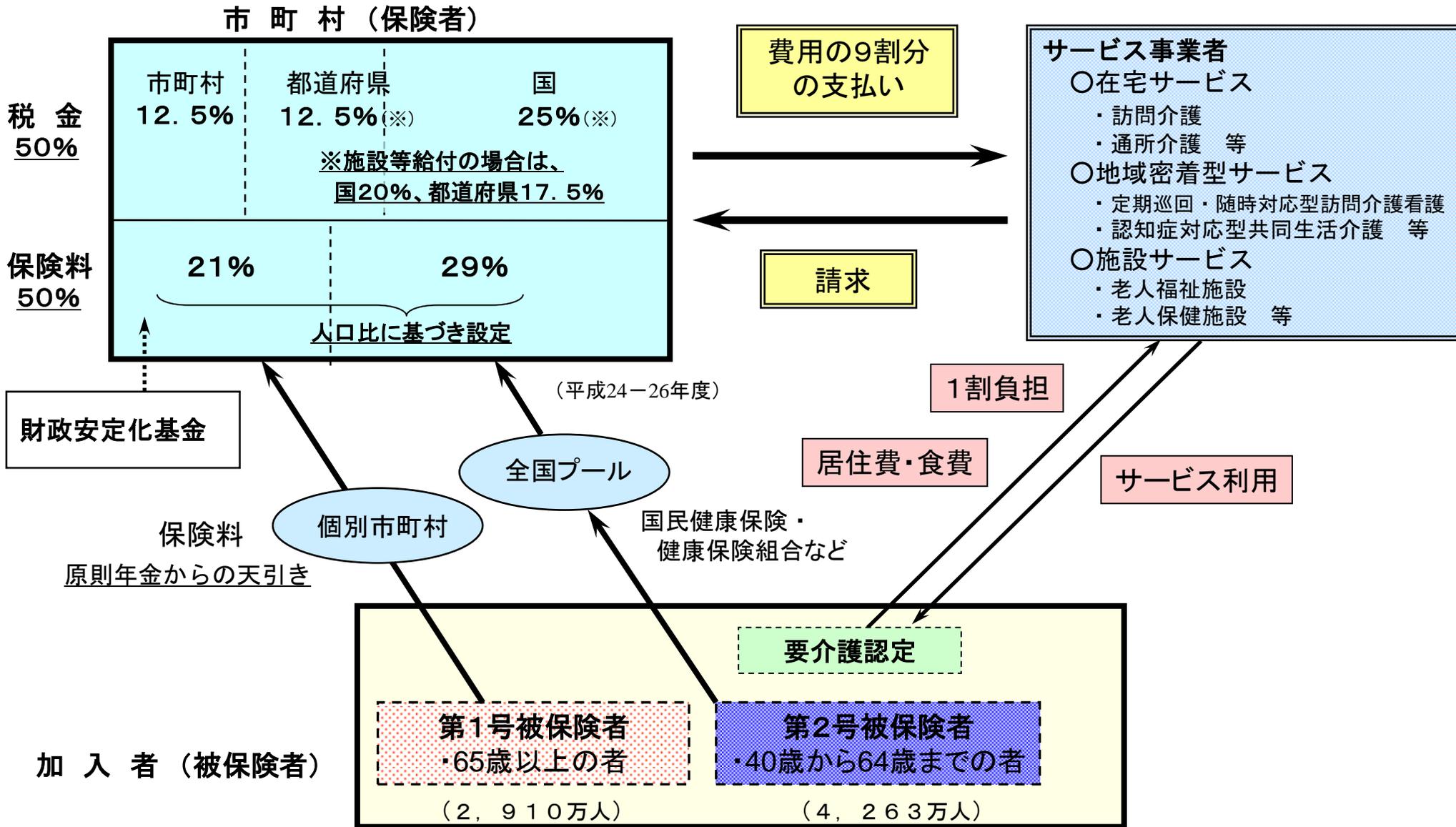
# 介護の将来像(地域包括ケアシステム)

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。**
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差を生じています。**  
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**

## 2025年の地域包括ケアシステムの姿



# 介護保険制度の仕組み



(注) 第1号被保険者の数は、「平成22年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成22年度末現在の数(福島県の5町1村を除く。)である。  
 第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成22年度内の月平均値である。

# 介護保険制度の被保険者(加入者)

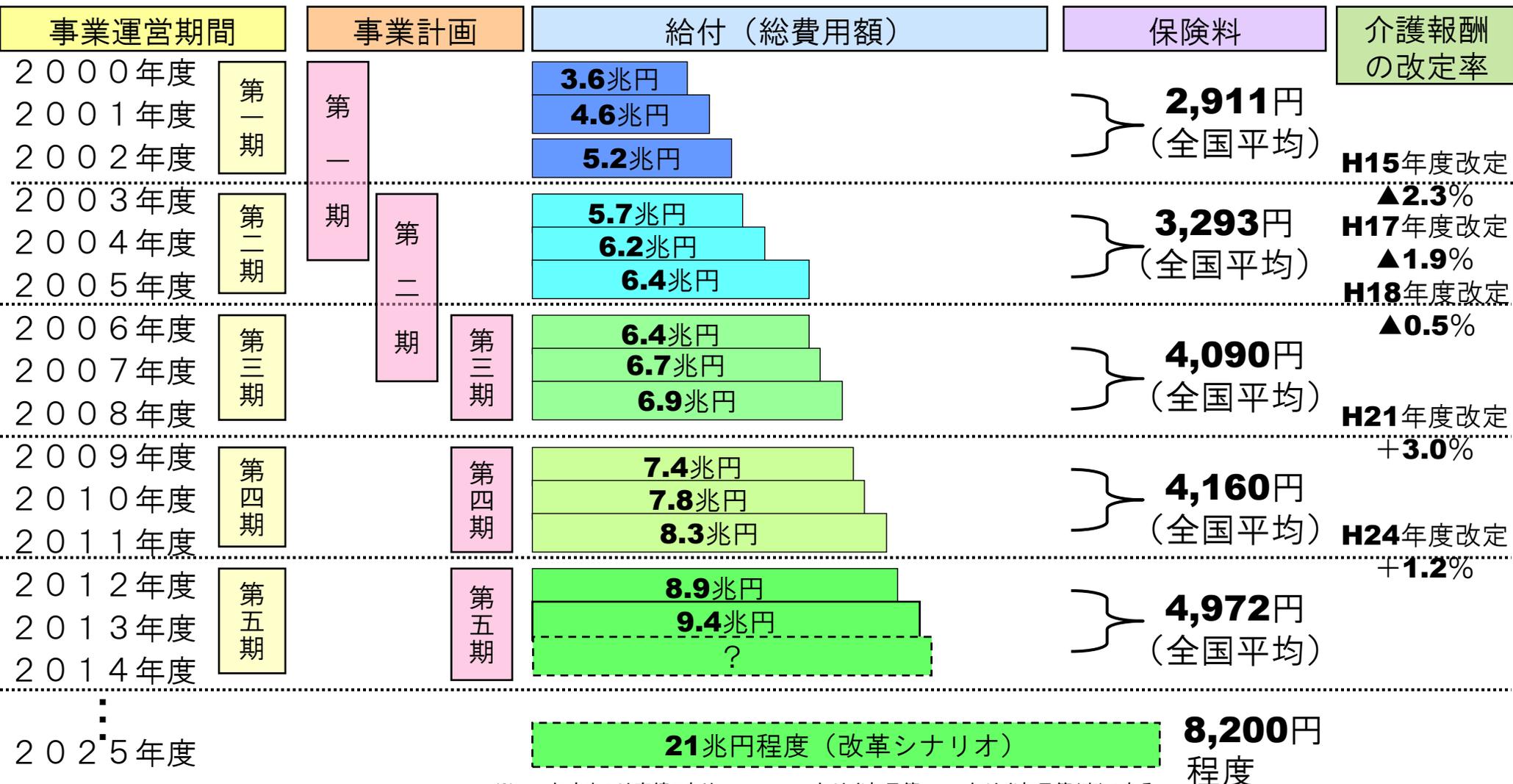
- 介護保険制度の被保険者は、①65歳以上の者(第1号被保険者)、②40～64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)となっている。
- 介護保険サービスは、65歳以上の者は原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40～64歳の者は末期がんや関節リウマチ等の老化による病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、受けることができる。

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳から64歳までの医療保険加入者
人数	2,910万人 (65～74歳:1,482万人 75歳以上:1,428万人)	4,263万人
受給要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護状態 (寝たきり、認知症等で介護が必要な状態)</li> <li>・要支援状態 (日常生活に支援が必要な状態)</li> </ul>	要介護、要支援状態が、末期がん・関節リウマチ等の加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定
要介護(要支援)認定者数と被保険者に占める割合	491万人(16.9%) 〔65～74歳: 64万人(4.3%) 75歳以上: 427万人(29.9%)〕	15万人(0.4%)
保険料負担	市町村が徴収 (原則、年金から天引き)	医療保険者が医療保険の保険料と一括徴収

(注) 第1号被保険者及び要介護(要支援)認定者の数は、「平成22年度介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成22年度末現在の数である。  
第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成22年度内の月平均値である。

# 介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定される。（3年度を通じた同一の保険料）

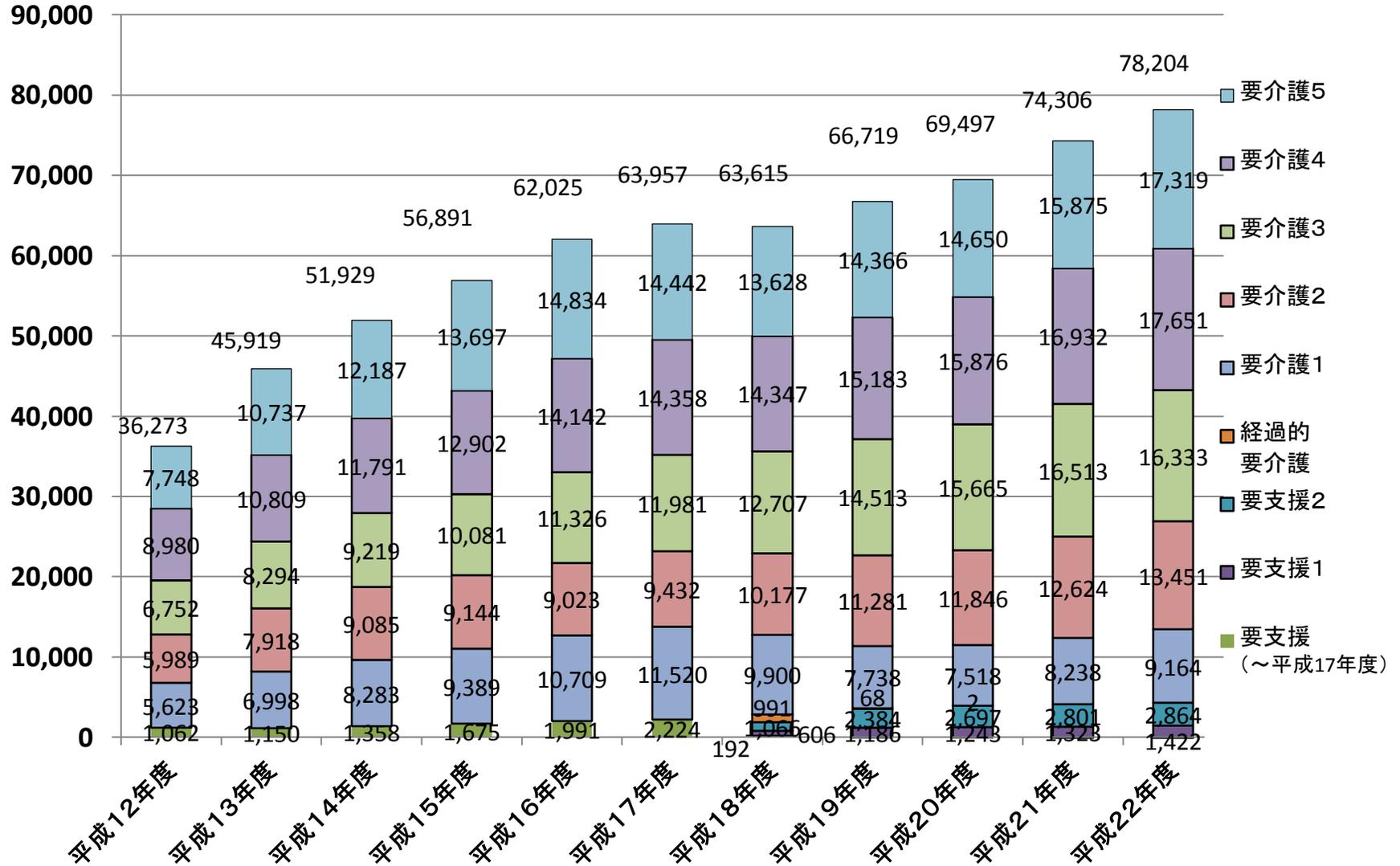


※2010年度までは実績であり、2011～2012年は当初予算、2013年は当初予算(案)である。  
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

※2012年度の賃金水準に換算した値

# 介護費用は、平成22年度で7兆8千億円で、 10年間で約2.2倍に。

(単位:億円)

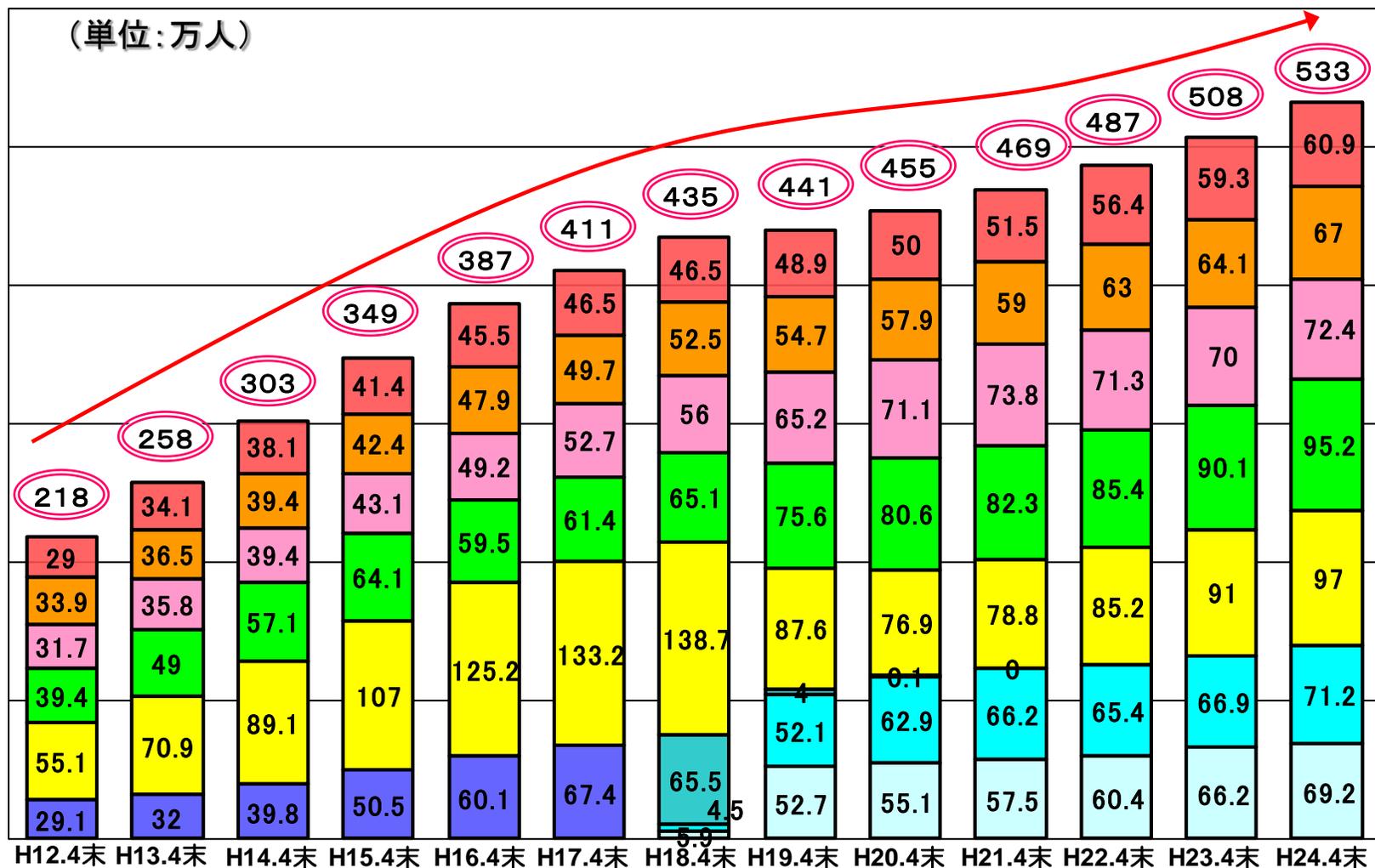


(注意) 各年度は3月～翌年2月サービス実施月。特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む。平成18年度について要支援は3月分、経過的要介護は4月以降分  
平成12年度には未区分、平成12～17年度には非該当、平成18年度以降には経過的要介護が精算分も含めて存在するため合計が合わない。

(資料) 介護保険事業状況報告年報。

# 要介護度別の認定者数の推移

要介護（要支援）の認定者数は、平成24年4月現在533万人で、この12年間で約2.44倍に。  
このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。

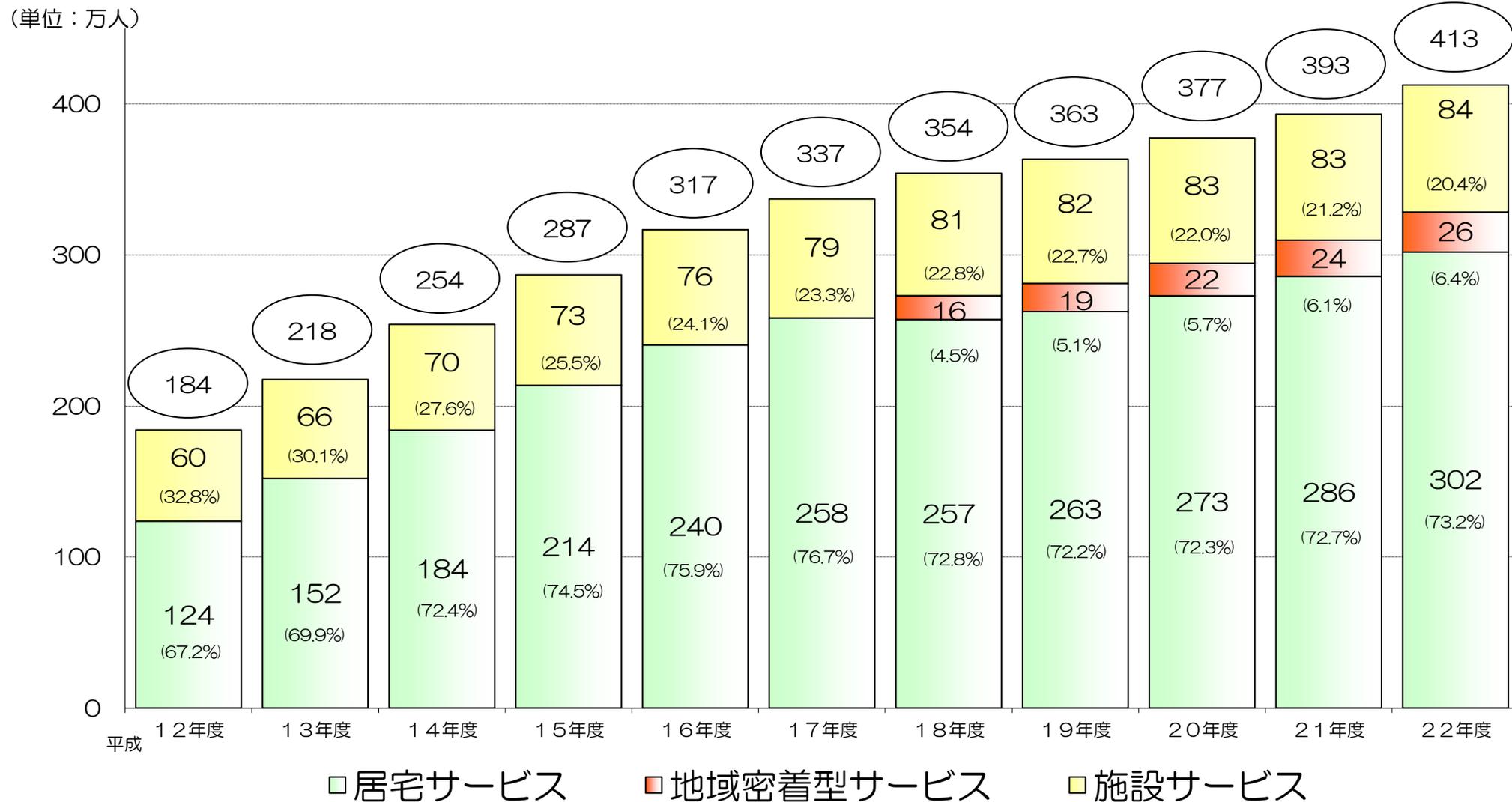


- 要支援
- 要支援1
- 要支援2
- 経過的
- 要介護1
- 要介護2
- 要介護3
- 要介護4
- 要介護5

(注1) (注2)  
(介護保険事業状況報告 他)

注1) H23.4は、陸前高田市、大槌町、女川町、桑折町、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町が含まれていない。  
注2) H24.4は、楡葉町、富岡町、大熊町が含まれていない。

# 介護保険サービス利用者は、平成22年度で413万人で、 10年間で約2.2倍に。(種別別平均受給者(件)数(年度平均))



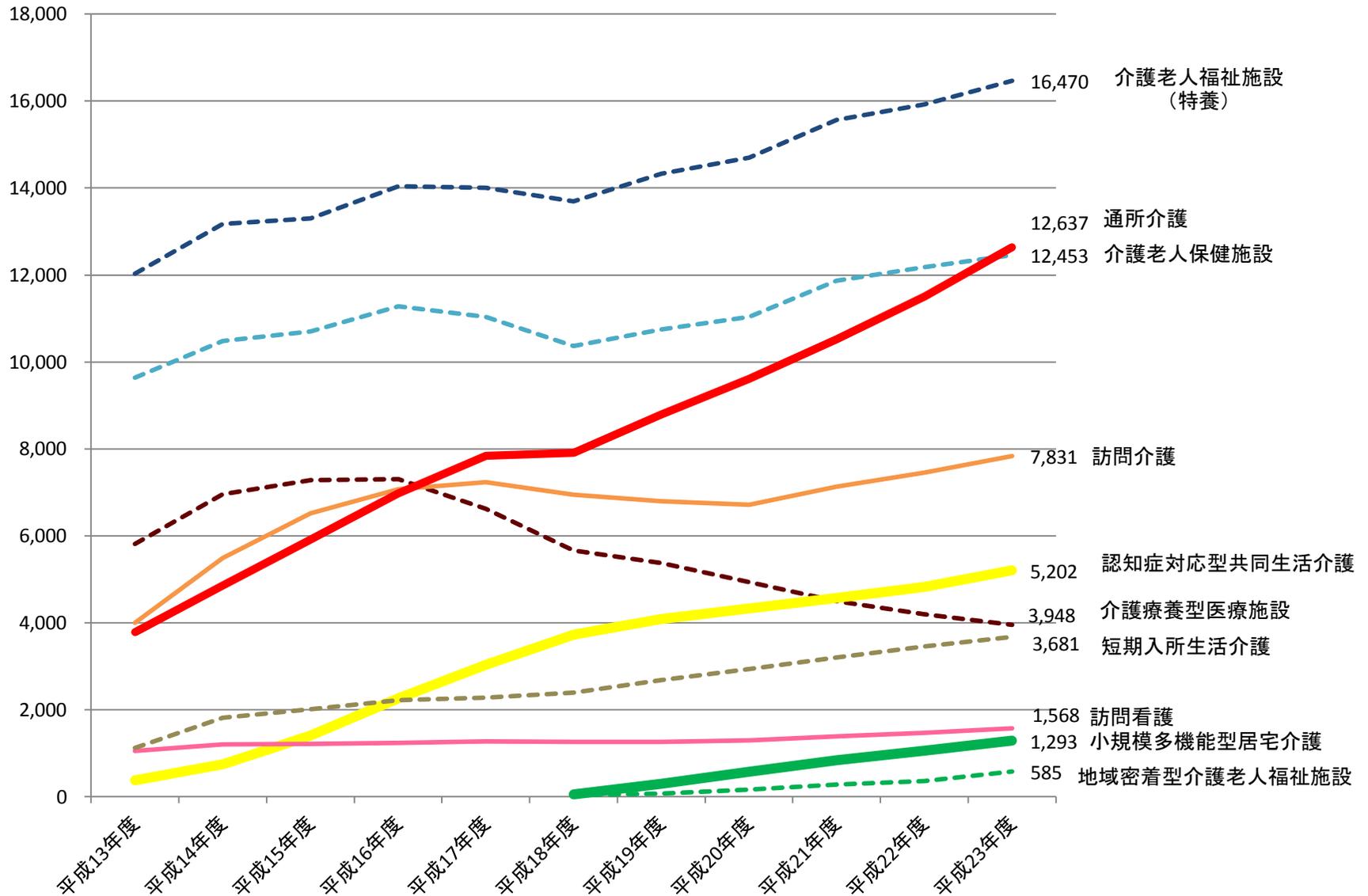
(注1) ( )は各年度の構成比。

(注2) 各年度とも3月から2月サービス分の平均(但し、平成12年度については、4月から2月サービス分の平均)。

(注3) 平成18年度の地域密着型サービスについては、4月から2月サービス分の平均。

# 通所介護費用が急増している。

(単位:億円)



注)

・特定入所者介護サービス費及び予防給付を含む。

・平成23年4月審査分においては、東日本大震災の影響により、介護給付費明細書等を各都道府県国民健康保険団体連合会

に提出できない介護サービス事業所等や介護給付費明細書によらない概算請求・支払いがあったものと考えられる。

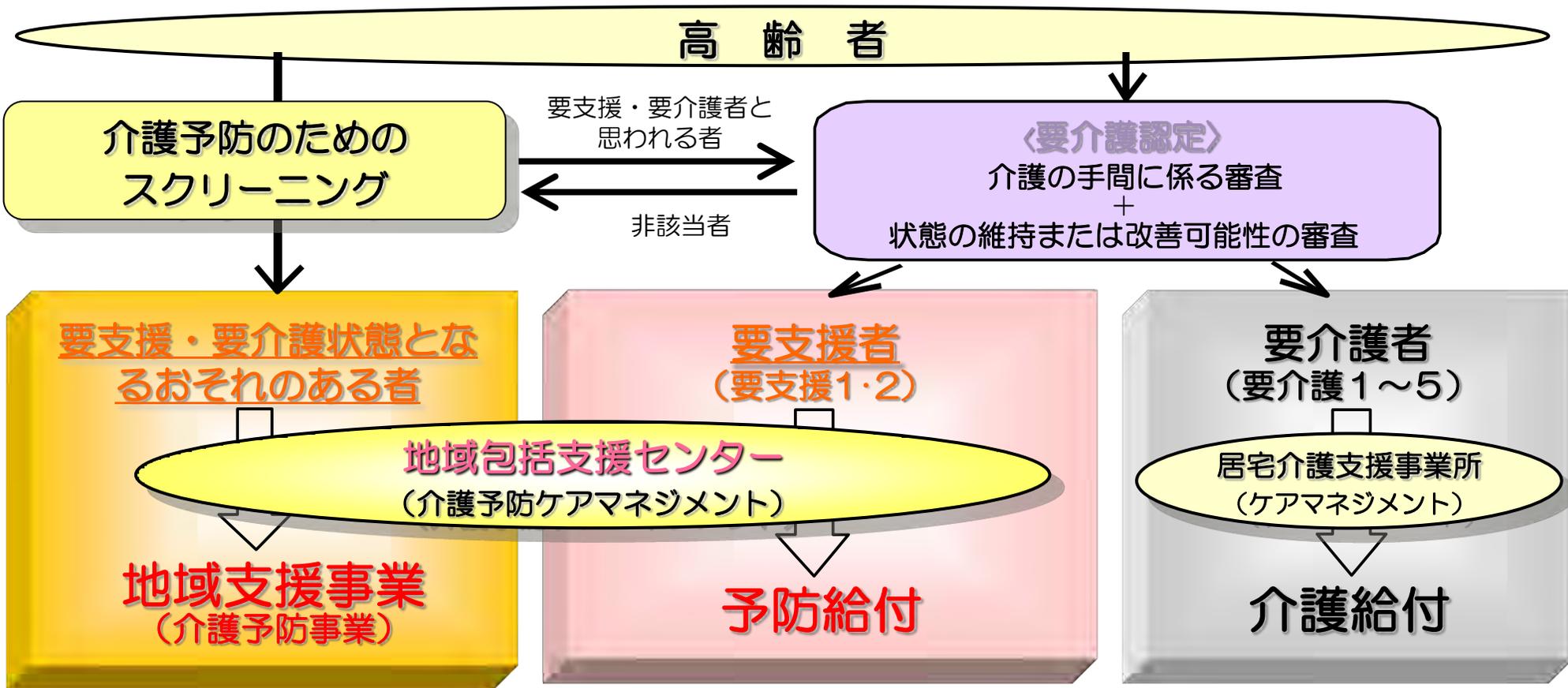
(資料)介護保険給付費実態報告年報

※平成12年度年報はないため表示していない。

# 介護予防・重度化予防について

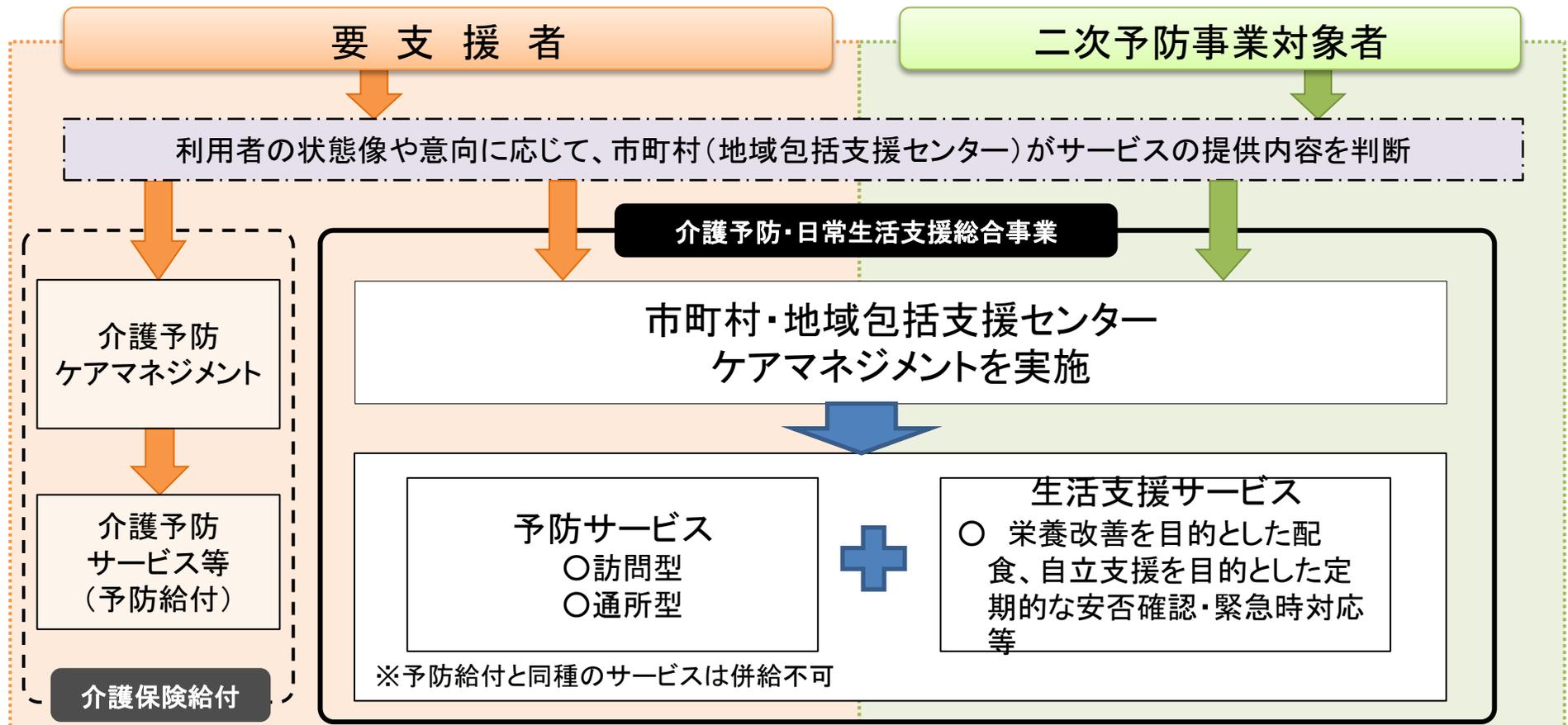
要支援者に対しては、状態の軽減・悪化防止を目的として予防給付を支給している。

【現行の仕組み】



# 介護予防・日常生活支援総合事業

- 市町村の選択により、地域支援事業において要支援者・2次予防事業対象者(要介護状態等となるおそれのある高齢者)向けの介護予防・日常生活支援に資するサービスを総合的に実施できる事業を創設(平成24年4月～)
- 同事業の導入により、多様なマンパワーや社会資源の活用等が図られ、地域の創意工夫を活かした取組の推進が期待される。  
(例)
  - ・ 要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供
  - ・ 虚弱・ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者には、円滑にサービスを導入
  - ・ 自立や社会参加意欲の高い人には、社会参加や活動の場を提供
- 平成24年度では、27保険者(市町村等)が実施。



# 地域における互助の取組の推進について

- 地域包括ケアの提供に当たっては、それぞれの地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要。

(平成20年度地域包括ケア研究会報告書より抜粋)

## 例1: 介護予防ボランティアによる介護予防と日常生活支援(長崎県佐々町)

- 「介護予防ボランティア養成研修」を受けた65歳以上の高齢者が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行うことを支援。
- 平成20年度から実施し、平成24年12月現在45名が登録・活動中。
- 平成24年度からは介護保険法改正により導入した介護予防・日常生活支援総合事業で実施。

## 例2: 小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置(福岡県大牟田市)

- 通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。
- 平成24年3月末現在、小規模多機能型居宅介護事業を行っている24事業所に設置。

## 例3: 介護支援ボランティアポイント(東京都稲城市、神奈川県横浜市等)

- 介護予防等を目的とした、65歳以上の高齢者が介護施設等でボランティアをした場合にポイントを付与し、たまったポイントに応じて、換金等を行うことにより、実質的に介護保険料の負担を軽減することができる制度(介護保険の地域支援事業で実施)。
- 平成24年では、約87の自治体で実施(推計)。  
※ 登録者数は、横浜市 7,079人、稲城市 521人(いずれも同年12月現在)等

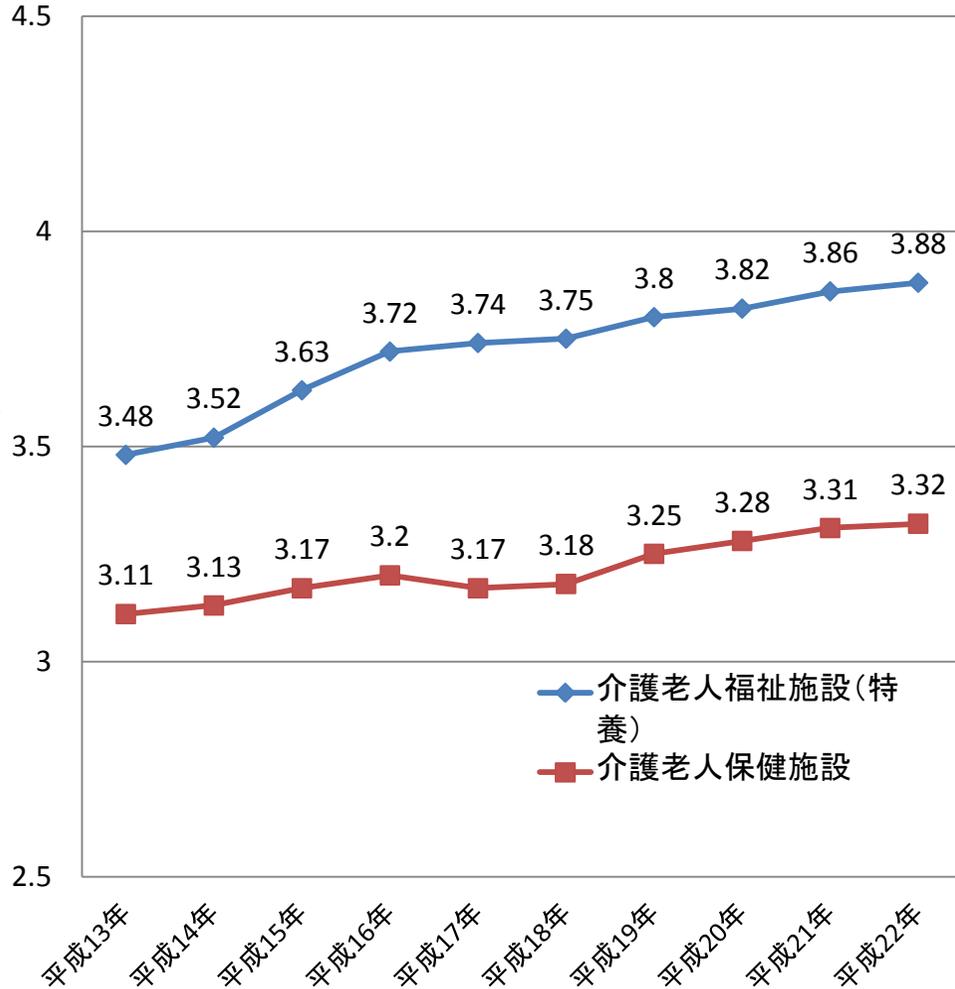
## 例4: 高齢者の生きがい就労(千葉県柏市)

- 退職した高齢者が、社会とのつながりを保ち、地域で孤立することがないように、(1)農業、(2)生活支援、(3)育児、(4)地域の食、(5)福祉の5分野で高齢者の就労の場を創生する。
- 平成24年12月現在、これらの分野でのべ139名の高齢者が就労している。

# 施設の重点化について

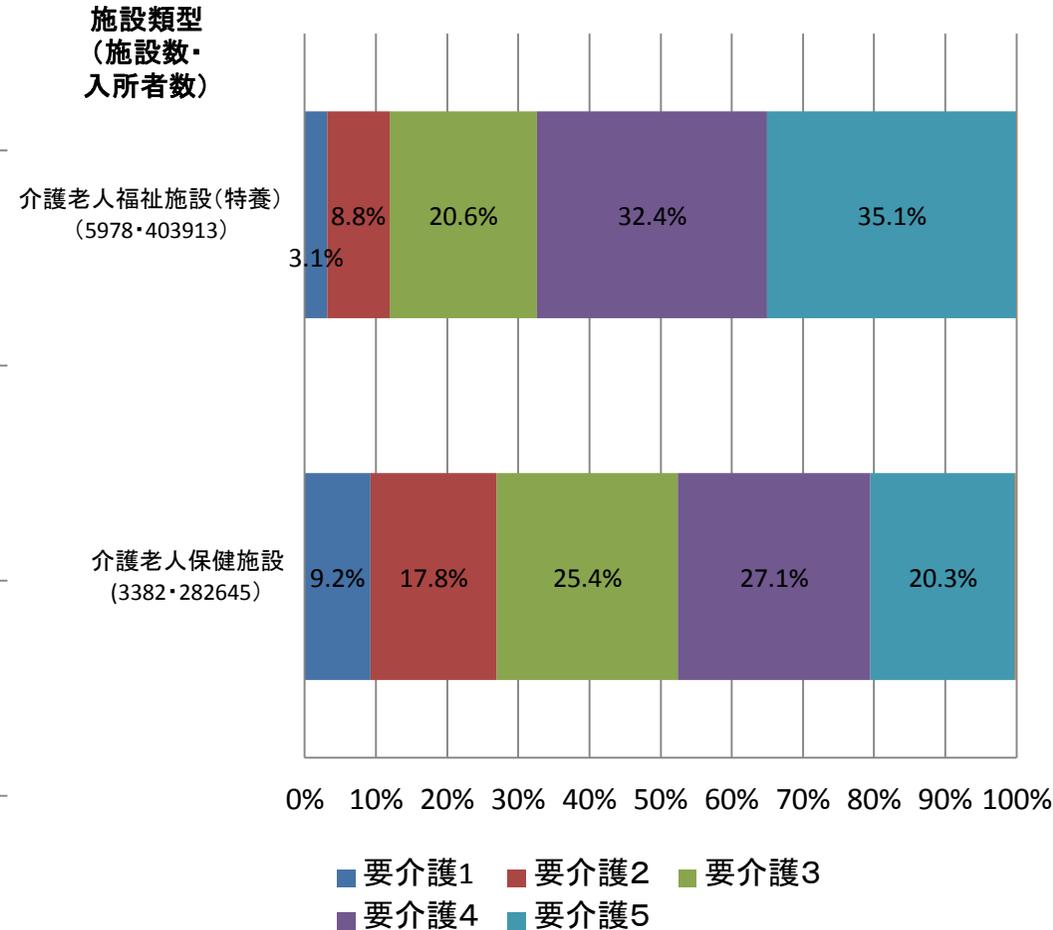
## 【現在の状況】

### 介護老人福祉施設(特養)・介護老人保健施設の 平均要介護度



### 利用者の要介護度別の構成割合

平成22年10月1日



出典:平成13～14年介護給付費実態調査(各年11月審査分)、  
平成15～22年介護サービス施設・事業所調査(各年10月1日)

(注)介護老人福祉施設(特養)については地域密着型介護老人福祉施設も含む。  
出典:「平成22年介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省大臣官房統計情報部

# 介護保険の利用者負担について

## 介護保険と医療保険の利用者負担の推移

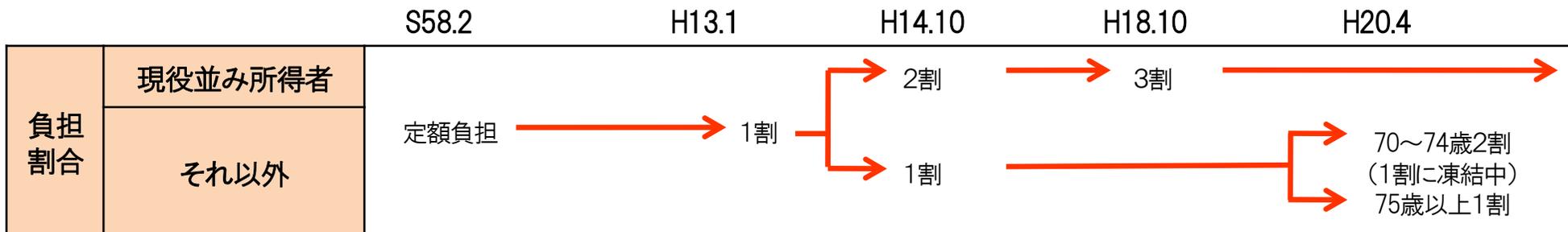
<定率負担の割合>

○ 介護保険の利用者負担は、制度創設以来1割を維持している。

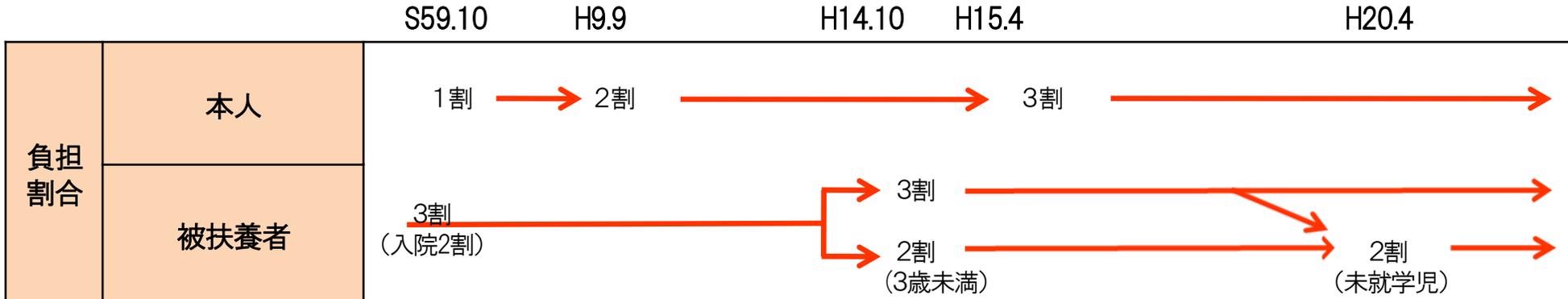
### 介護保険の利用者負担



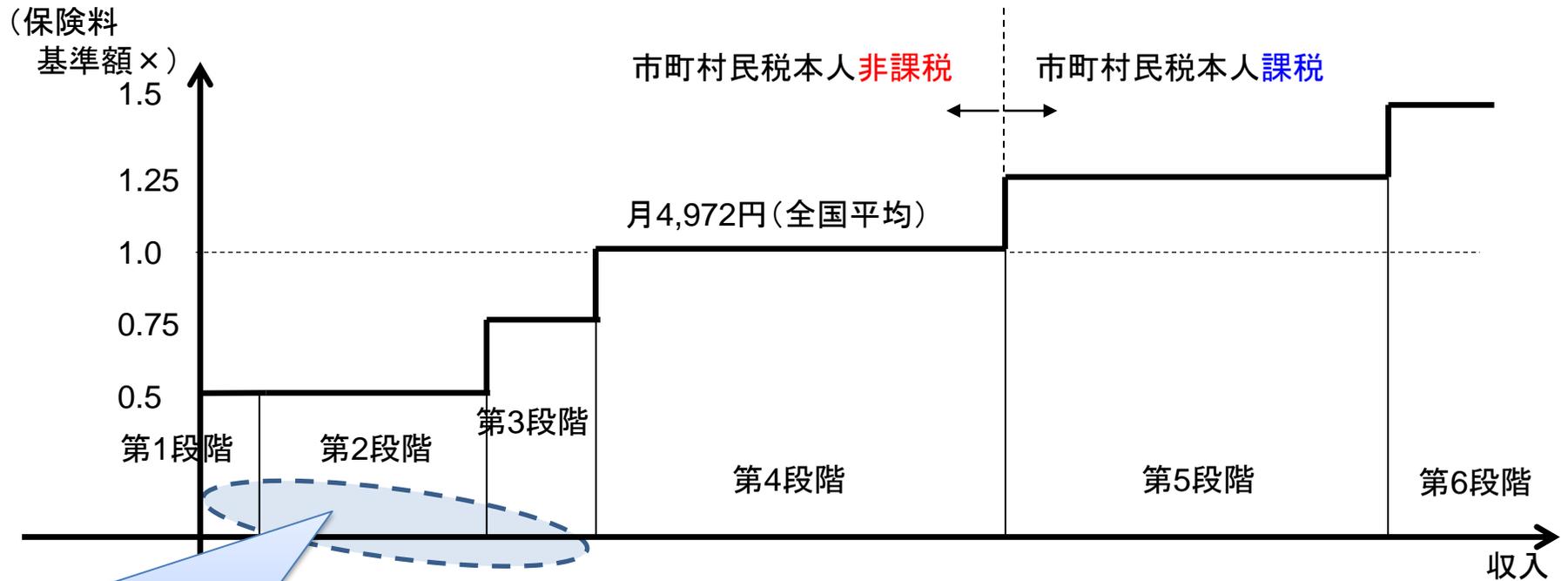
### 医療保険の利用者負担(70歳以上の高齢者)



### 医療保険の利用者負担(健康保険、69歳未満)



# 介護保険料の低所得者軽減について



負担能力に応じた保険料減免を行い、減免分を公費により補填。

・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化  
（～1,300億円）

- ※ 第1段階 生活保護受給者
- 第2段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入80万円以下等
- 第3段階 世帯全員が市町村民税非課税かつ本人年金収入80万円超等
- 第4段階 本人が市町村民税非課税（世帯に課税者がいる）
- 第5段階 市町村民税課税かつ基準所得金額190万円未満
- 第6段階 市町村民税課税かつ基準所得金額190万円以上

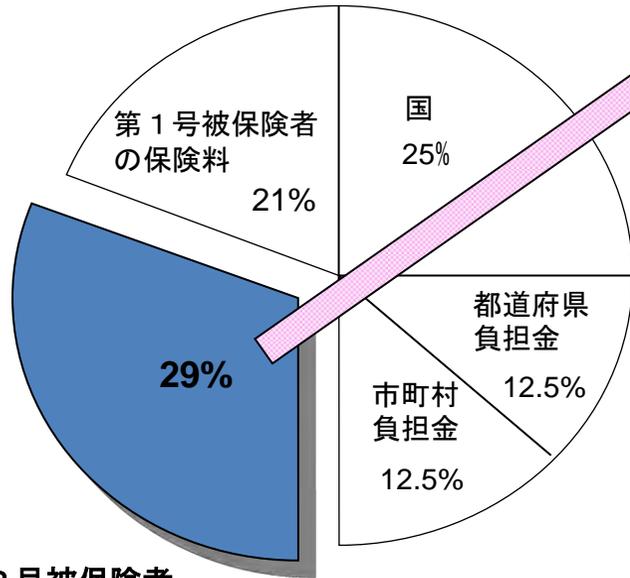
※ どのような範囲・条件で減免を行うかについては、財源・制度設計により変わるため、あくまで上記の図は一つのイメージである。

# 介護納付金の総報酬割について

- 40~64歳が負担する保険料は、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

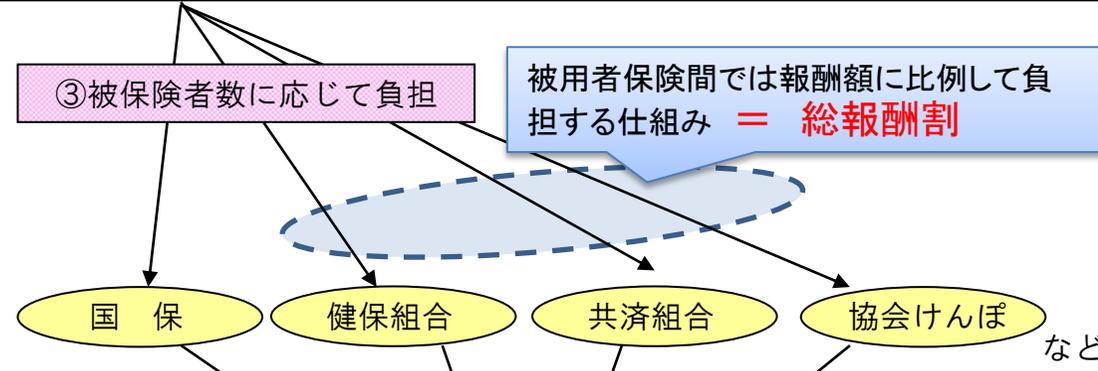
## [介護納付金の仕組み]

①第2号被保険者(40~64歳)は給付費の29%を負担



第2号被保険者の保険料

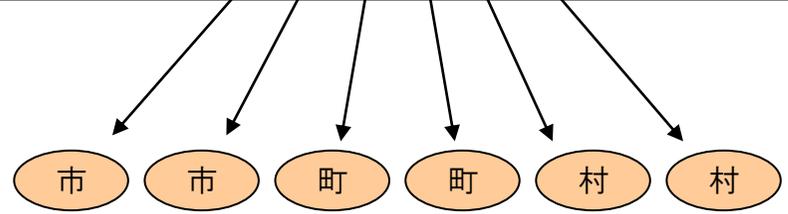
②第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算  
(介護給付費の29% ÷ 第2号被保険者数 = 第2号被保険者1人あたり保険料額)



④各医療保険者が医療保険料と一体的に徴収

⑤社会保険診療報酬支払基金に納付

⑥各市町村に交付(各市町村の介護給付費の29%分)



(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率の比較 (%)

	平成24年度介護保険料率
協会けんぽ	15.5
健保組合	13.15

※ 健保組合については、予算早期集計において報告のあった組合(1346組合)ベースの速報値。

# 介護職員の処遇改善について

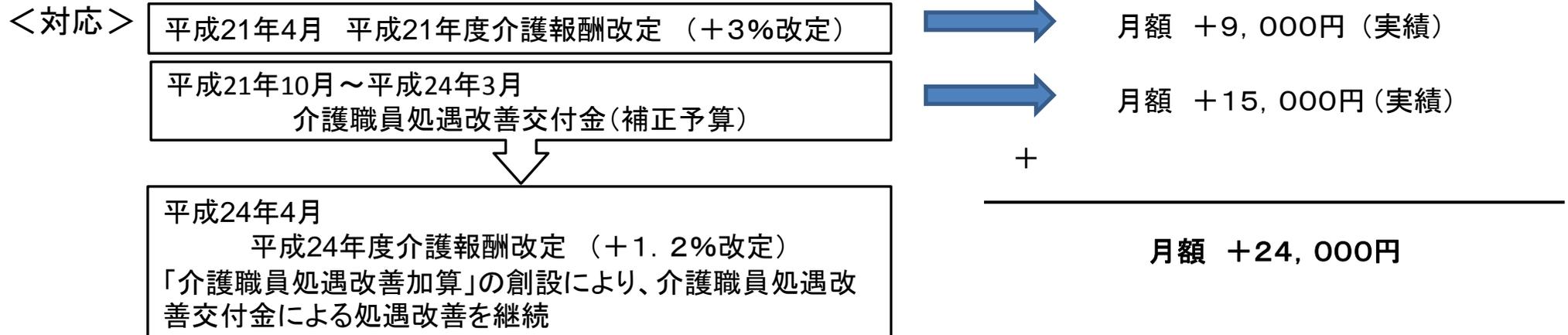
- 介護職員の人材確保に資するため、介護職員の処遇改善を実施してきた。  
今後、社会保障・税一体改革の中で更なる処遇改善を行うとともに、キャリアパスの確立に向けた取組を進めること等により、介護に必要な労働力を安定的に確保していく。

## ○ 介護職員の人材確保が必要。

- ※ 有効求人倍率(平成24年9月時点) 介護関係職種:1.76 全産業:0.76
- ※ 介護職員の入職率(平成22年度):25.8% (産業計14.3%) 離職率(平成22年度):17.8%(産業計14.5%)
- ※ 賃金の状況(平成23年賃金構造基本統計調査)

	男女計				男性				女性			
	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する 現金給与額	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する 現金給与額	構成比 (%)	平均年齢 (歳)	勤続年数 (年)	きまって支給する 現金給与額	
産業計	41.5	11.9	323.8	67.3%	42.3	13.3	360.2	32.7%	39.9	9.0	248.8	
ホームヘルパー	41.9	5.4	217.9	23.5%	35.3	4.0	231.2	76.5%	43.9	5.8	213.8	
福祉施設介護員	37.6	5.5	216.4	33.2%	34.8	5.4	229.4	66.8%	39.0	5.5	210.0	

- 現在、介護職員は約149万人(平成24年度)だが、一体改革の改革シナリオのもとでは、2025年までに約237~249万人が必要。



➡ 社会保障・税一体改革の中で更なる処遇改善を行う