

第62回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成25年5月16日（木）
16時00分～18時00分
場所：厚生労働省18階専用22会議室

(議 題) 社会保障制度改革国民会議での議論について（続き）

(配布資料)

資 料 1 「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) (案)」と主な論点 (案) II

資 料 2 「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) (案)」に関する参考資料II

参考資料 1 「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) (案)」
(前回の医療保険部会資料2)

参考資料 2 「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) (案)」と主な論点 (案)
(前回の医療保険部会資料3)

参考資料 3 「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) (案)」に関する参考資料
(前回の医療保険部会資料4)

委員提出資料 樋口委員提出資料

机上配布資料 社会保障制度改革国民会議におけるプレゼン資料

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成25年5月16日現在

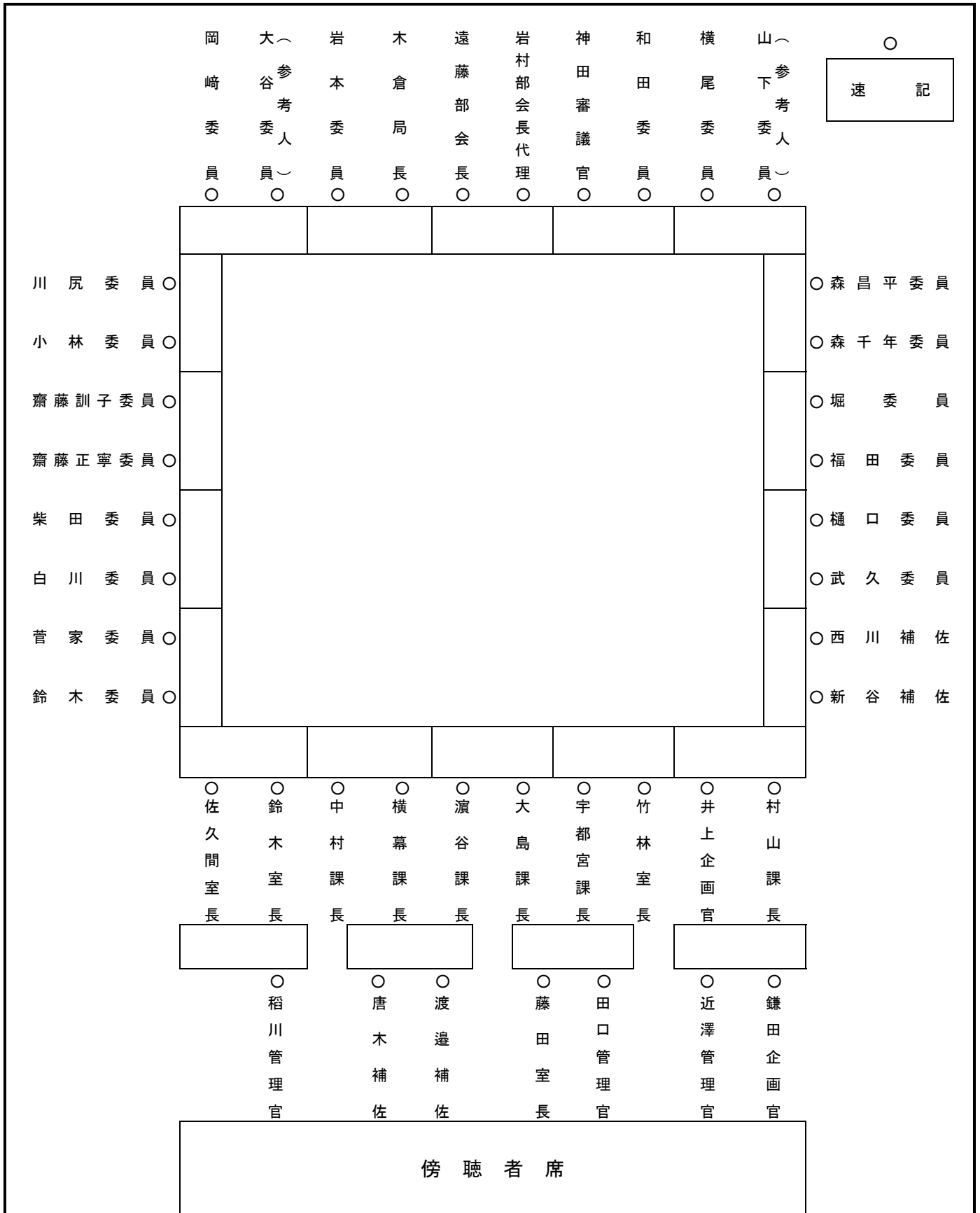
本 委 員	<p>えんどう ひさお ◎遠藤 久夫</p> <p>すがや いさお 菅家 功</p> <p>ふくだ とみかず 福田 富一</p>	<p>学習院大学経済学部教授</p> <p>日本労働組合総連合会副事務局長</p> <p>全国知事会社会保障常任委員会委員長／栃木県知事</p>
臨 時 委 員	<p>いわむら まさひこ ○岩村 正彦</p> <p>いわもと やすし 岩本 康志</p> <p>おおたに たかこ 大谷 貴子</p> <p>おかざき せいや 岡崎 誠也</p> <p>かわじり たかお 川尻 禮郎</p> <p>こばやし たけし 小林 剛</p> <p>さいとう のりこ 齋藤 訓子</p> <p>さいとう まさやす 齋藤 正寧</p> <p>しばた まさと 柴田 雅人</p> <p>しらかわ しゅうじ 白川 修二</p> <p>すずき くにひこ 鈴木 邦彦</p> <p>たけひさ ようぞう 武久 洋三</p> <p>ひぐち けいこ 樋口 恵子</p> <p>ほり けんろう 堀 憲郎</p> <p>もり ちとし 森 千年</p> <p>もり まさひら 森 昌平</p> <p>やました いっぺい 山下 一平</p> <p>よこお としひこ 横尾 俊彦</p> <p>わだ よしたか 和田 仁孝</p>	<p>東京大学大学院法学政治学研究科教授</p> <p>東京大学大学院経済学研究科教授</p> <p>全国骨髄バンク推進連絡協議会顧問</p> <p>全国市長会国民健康保険対策特別委員長／高知市長</p> <p>全国老人クラブ連合会理事</p> <p>全国健康保険協会 理事長</p> <p>日本看護協会常任理事</p> <p>全国町村会副会長／秋田県井川町長</p> <p>国民健康保険中央会理事長</p> <p>健康保険組合連合会専務理事</p> <p>日本医師会常任理事</p> <p>日本慢性期医療協会会長</p> <p>NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長</p> <p>日本歯科医師会常務理事</p> <p>日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長</p> <p>日本薬剤師会常務理事</p> <p>日本商工会議所社会保障専門委員会委員</p> <p>全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長</p> <p>早稲田大学法学学術院教授</p>

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第62回社会保障審議会医療保険部会

平成25年5月16日(木) 16:00~18:00

厚生労働省 専用第22会議室(18階)



「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)」と主な論点 (案) Ⅱ

平成 25 年 5 月 16 日

厚生労働省

「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）」と主な論点（案）

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）	主な論点（案）
<p>■ 基本的な考え方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「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。
- 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。
- 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。

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）	主な論点（案）
<p>■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。各自治体が取り組むべき。 ○ 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。 ○ 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。 ○ 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。

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（案）	主な論点（案）
<p data-bbox="73 199 604 422">■ 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】</p> <p data-bbox="638 199 1619 885">○ 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。</p> <p data-bbox="638 965 1619 1189">○ 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。</p> <p data-bbox="638 1260 1619 1476">○ 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。</p>	<ul data-bbox="1653 199 2152 710" style="list-style-type: none"> ・ 医療計画の見直し及び補助金的手法と診療報酬について ・ 都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を付与する等の実効性を高めるための取組について ・ 診療報酬の地域ごとの柔軟性の検討について

- 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。
- 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

	<p>要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	
<p>【外来の役割分担の在り方】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一定病床数以上の病院の紹介のない外来受診の定額自己負担の導入について ・ かかりつけ医等のあり方について

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 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。
- 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。

- ・ 在宅医療の推進について
- ・ 地域における医療と介護の一体的提供について

	<p>○ 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。</p>	
<p>【医療関連データの収集・分析等】</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	<p>・ 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収集やその活用について</p>

- | | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ 科学的根拠に基づいた医療を提供すべきであり、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」。 | |
|--|--|--|

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）	主な論点（案）
<p>■ 医療保険における療養の範囲の適正化等</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 70—74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。 ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 70—74歳の医療費自己負担について ・ 高額療養費について

社会保障制度改革国民会議
「議論の整理」(医療・介護分野)
に関する参考資料Ⅱ

平成25年5月16日
厚生労働省

【目次】

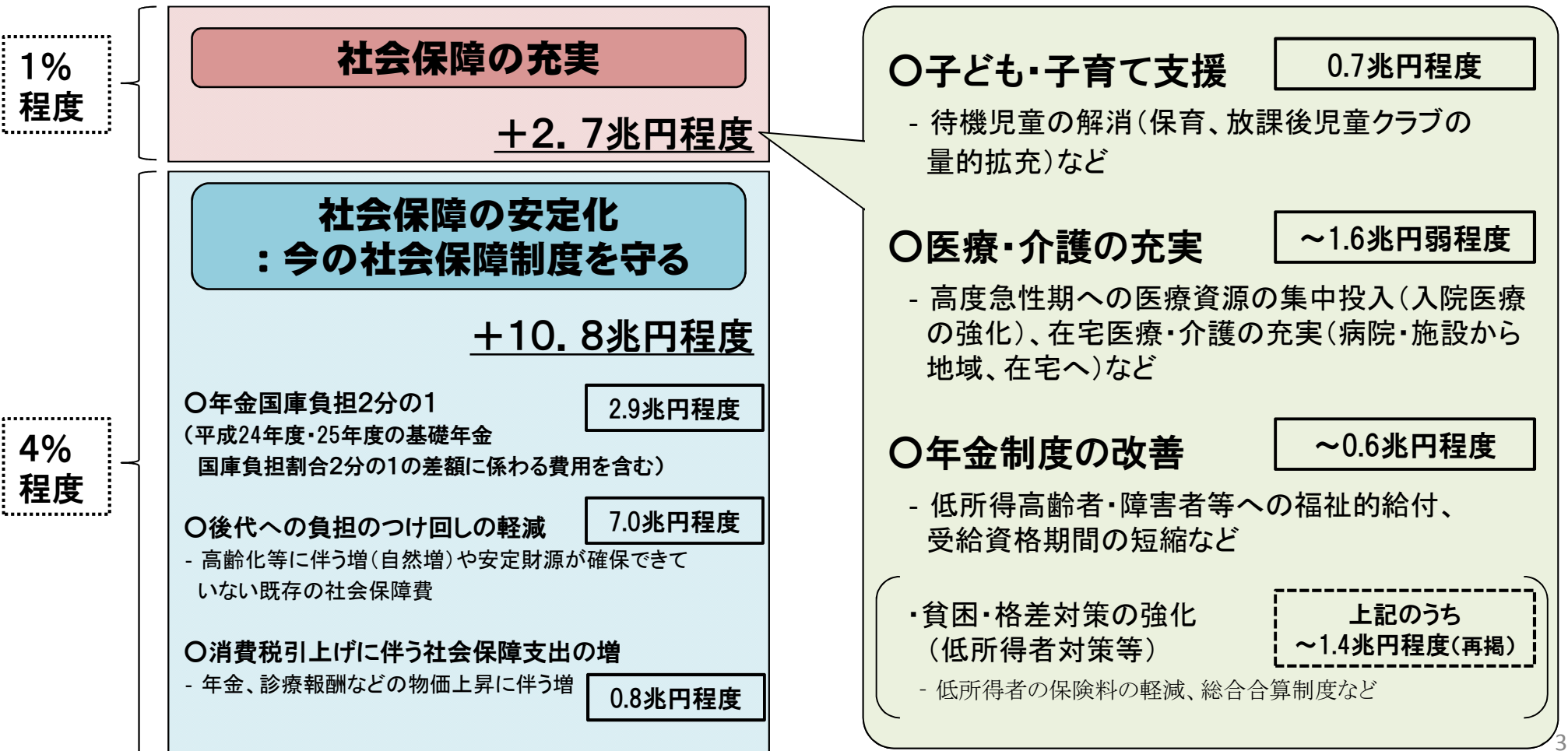
■ 基本的な考え方	2
■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見	6
■ 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等	
【医療・介護の提供体制の在り方】	16
【外来の役割分担の在り方】	29
【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】	34
【医療関連データの収集・分析等】	38
■ 医療保険における療養の範囲の適正化等	49

「基本的な考え方」 関連資料

消費税5%引上げによる社会保障制度の安定財源確保

- 消費税率(国・地方)を、2014年4月より8%へ、2015年10月より10%へ段階的に引上げ
- 消費税収の使い途は、国分については現在高齢者3経費(基礎年金、老人医療、介護)となっているが、
 今後は、社会保障4経費(年金、医療、介護、子育て)に拡大
- 消費税の使途の明確化(消費税収の社会保障財源化)
- 消費税収は、全て国民に還元し、官の肥大化には使わない

(注) 現行分の地方消費税を除く。また、現行の基本的枠組みを変更しないことを前提とする。



改革の方向性

社会保障の充実と重点化と効率化

■ 社会保障の機能強化を行うため、充実と併せて重点化や効率化も検討

主な改革検討項目

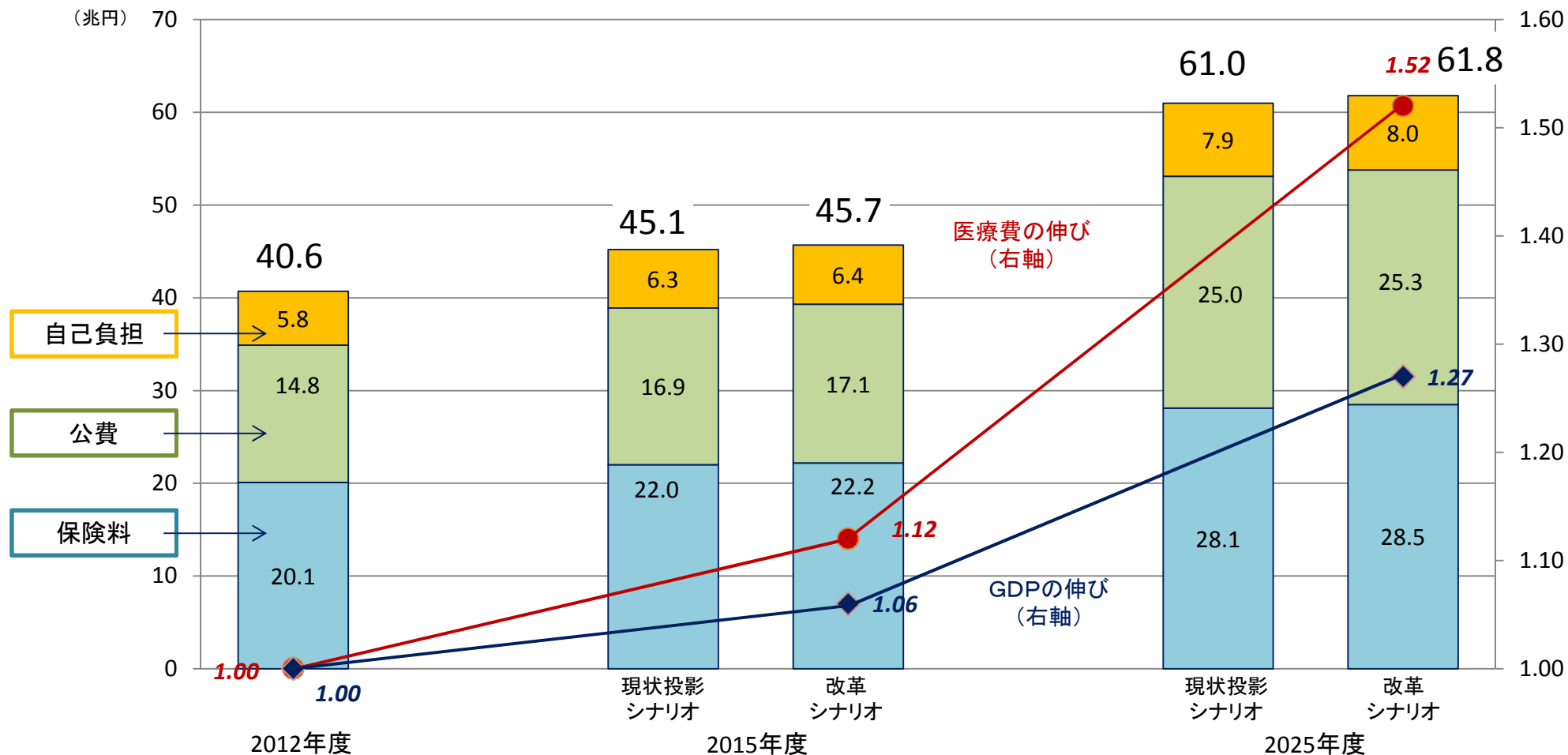
2015年度の所要額（公費）合計 = 2.7兆円程度（～3.8兆円程度 - ～1.2兆円程度）

A 充実	～3.8兆円程度	B 重点化・効率化	～1.2兆円程度
【子ども・子育て】 ○ 子ども・子育て支援の充実 ・(例)0～2歳児保育の量的拡充・体制強化等(待機児童の解消)	0.7兆円程度		
【医療・介護】 ○ 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～ ・病院・病床機能の分化・強化と連携・在宅医療の充実等(8,800億円程度) ・在宅介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築(2,800億円程度) ・上記の重点化に伴うマンパワー増強(2,500億円程度)	～1.4兆円程度	・平均在院日数の減少等(▲4,400億円程度) ・外来受診の適正化(▲1,300億円程度) ・介護予防・重度化予防・介護施設の重点化(在宅への移行) (▲1,800億円程度)	▲～0.7兆円程度
○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策 a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 ・市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化(低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円程度) d その他(総合合算制度～0.4兆円程度)	～1兆円程度	公費への影響は完全実施の場合は▲1,600億円 改正法では、公費への影響は縮小(▲200億円程度) ・介護納付金の総報酬割導入(完全実施すれば▲1,500億円) ・軽度者に対する機能訓練等重度化予防に効果のある給付への重点化 ・制度の持続可能性の観点から高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討するとともに、まずは年間での負担上限等の導入を目指す ・高齢者医療制度改革(※)	▲～0.5兆円程度
【年金】 <新しい年金制度の創設(※)> ○ 所得比例年金(社会保険方式) ○ 最低保障年金(税財源) <現行制度の改善> ○ 最低保障機能の強化 ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付(5,600億円程度) ・受給資格期間の短縮(300億円程度) ○ 遺族年金の父子家庭への拡大(100億円程度) ● 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大 ● 産休期間中の保険料負担免除 ● 被用者年金の一元化 ● 第3号被保険者制度の見直しの検討 ● 在職老齢年金の見直しの検討 (●は公費への影響なし)	0.6兆円程度	○ 物価スライド特例分の解消 ・平成25年度から平成27年度の3年間で解消し、平成25年度は10月から実施 ○ 高所得者の年金給付の見直しの検討 ○ マクロ経済スライドの検討 ・単に毎年▲0.9%のマクロ経済スライドをすると、毎年最大0.1兆円程度の公費縮小 ● 標準報酬上限の引上げの検討 ◆ 支給開始年齢引上げの検討(中長期的な課題) ・基礎年金の支給開始年齢を引き上げる場合、1歳引き上げる毎に、引上げ年において0.5兆円程度公費縮小	

(※)3党の「確認書」では、今後の公的年金制度、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ている。

医療費の将来推計

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



- ※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）を基に作成。
- ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
- ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
- ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

「健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見」 関連資料

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

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別年次推移）

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (速報値)	45.0%	32.7%	41.1%	37.4%	35.4%	69.7%	73.0%
平成22年度 (確報値)	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度 (確報値)	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 (確報値)	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 (速報値)	15.9%	21.7%	8.7%	11.3%	6.6%	17.1%	12.6%
平成22年度 (確報値)	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度 (確報値)	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 (確定値)	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

保険者による医療費適正化の取組

- 医療保険者は医療費適正化のための取組を主体的に実施。
- 厚生労働省では、医療費適正化の推進などの保険者機能の発揮が円滑に行われるよう、保険者による主体的な取組を促進。

保険者における取組事例

① 現状の把握

・ 医療費分析の実施

被保険者の受診状況、医療機関や医薬品に関する情報を収集・分析を行う

保険者による分析を支援するシステムが稼働予定（平成24年度予算等で補助）

- ・ 国保データベースシステム：平成25年10月から
- ・ 健保連システム：平成26年6月頃から

② 被保険者に対する情報提供・指導

・ 医療費通知の送付

医療費の実情、健康に対する認識を深めることを目的とし、被保険者・被扶養者に対し医療費を通知

・ 重複・頻回受診者に対する指導

同疾病で複数医療機関に受診している者等へ指導

・ 後発医薬品の使用促進

差額通知の送付等を行い、後発医薬品の使用を促進

③ 有病者の重症化の予防

・ 保健指導の実施

投薬状況等から一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、生活習慣病等の改善に向けた指導を行う

・ 医療機関への受診勧奨

健診データとレセプトデータを突合し、健診データで異常値を出しているにもかかわらず、通院していない者等に対し、受診勧奨を行う

④ 給付の適正化

・ レセプト点検の実施

請求誤りの多い事項等重要事項を定めた上でレセプト点検を行う

・ 傷病手当の適正支給

レセプト等関係資料の確認、調査等により、傷病手当の適正支給に努める

・ 柔道整復師に係る療養費の適正化

被施術者への医療費通知や負傷部位の原因調査により療養費の給付適正化を図る

2. 医療保険者による疾病予防等の取組を促進する

25年4月23日
産業競争力会議厚生労働省提出資料


■ 好事例を横展開させるための3つの取組

I. 好事例をモデル化する

 **呉市** 保険者
The City of Kure



- ・レセプトデータ
- ・特定健診データ

- 
- ・ジェネリック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
 - ・健診データから異常値の者を抽出、レセプトデータと突合して、医療機関未受診者に**受診勧奨**
 - ・運動や食事などの**生活習慣改善を指導**（重症化予防プログラム）
 - ・複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者などに対して**訪問指導**

被保険者



II. レセプトデータ・健診データ等の
分析のためのシステムを整備する

III. モデル化された取組の実施のために
必要な費用に対する支援を検討する

■ 特定健診・保健指導の実施率の更なる向上

- 特定健診・保健指導の効果に関するエビデンスの検証及び周知を行い、保険者の主体的な取組を促進
（例 メタボ該当者と非該当者の平均医療費には約年9万円の差が存在
特定保健指導を終了した者の約1/3が、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群ではなくなる）
- 後期高齢者支援金の加算・減算制度については、現行制度に対して関係者からは廃止も含め意見があり、今年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討

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り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)

後期高齢者支援金の加算・減算の仕組み

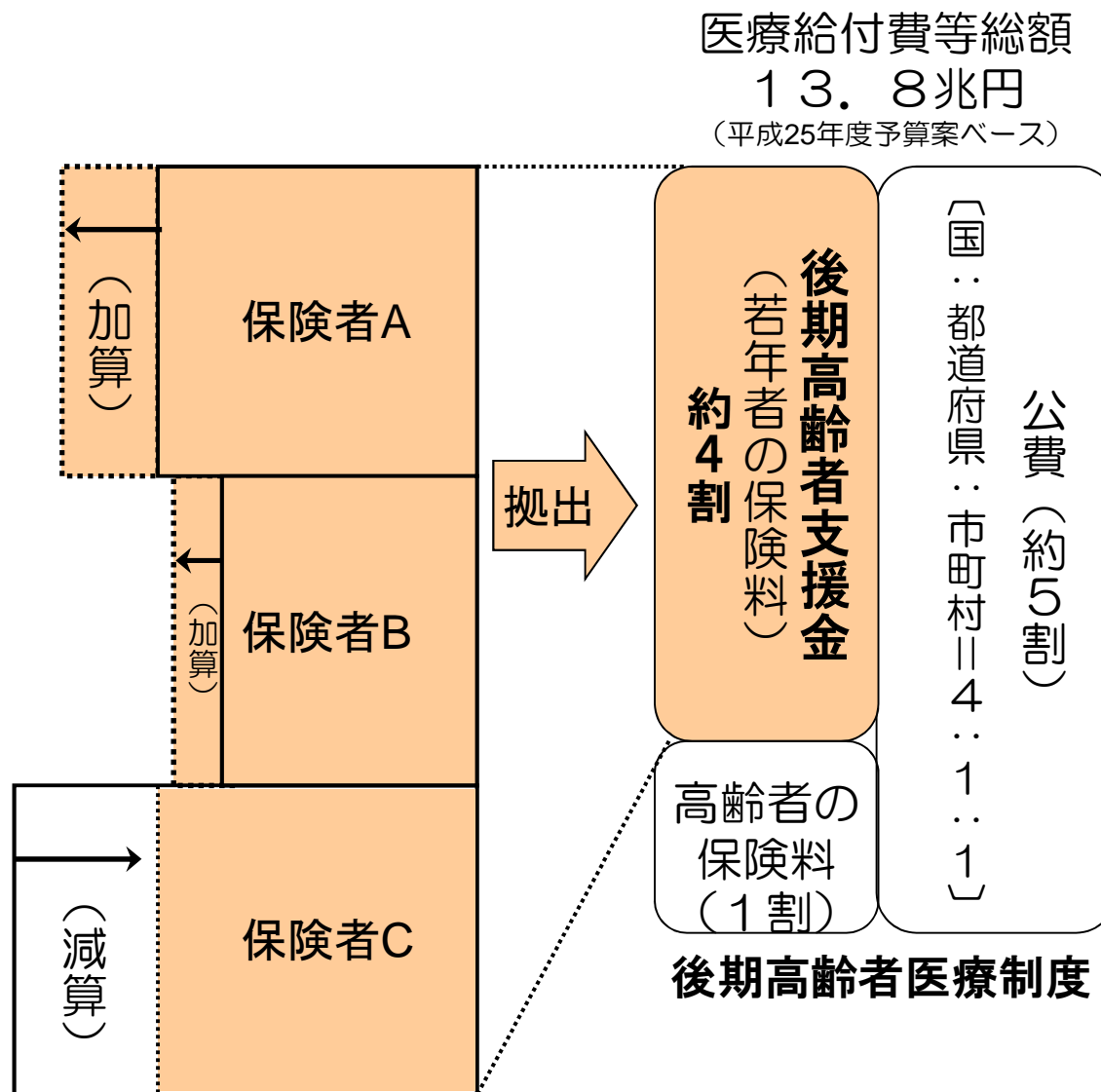
各保険者の特定健診等の実施及びその成果に関する具体的な目標の達成状況等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う

〈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

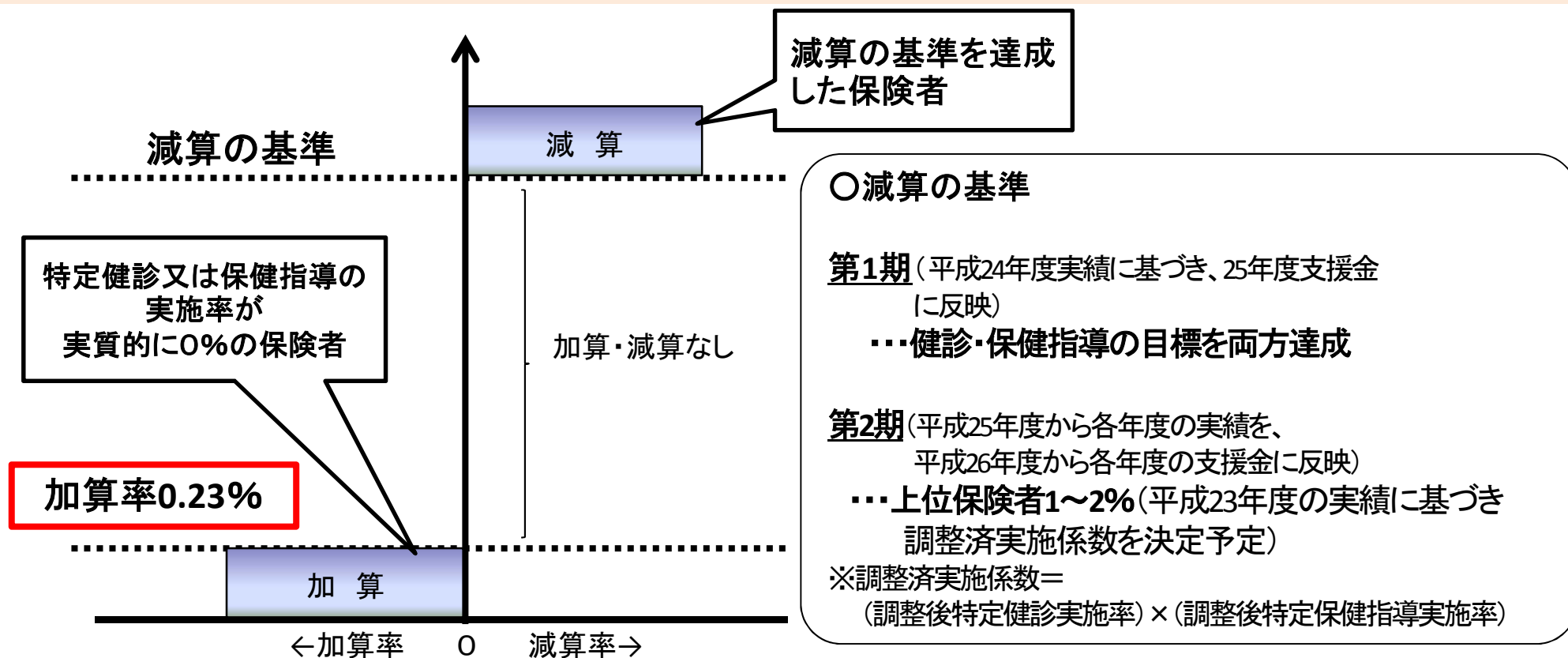
◆ 加算率は0.23%に設定。

◆ 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。



後期高齢者支援金の加算・減算の実施について

- 後期高齢者支援金の加算・減算は、75歳以上の高齢者の医療費の適正化に資する、保険者による生活習慣病予防のための取組み(特定健診及び保健指導)の状況进行评估するためのもの。
- 後期高齢者制度見直し時に改めて検討することを前提に、現行法の加算・減算制度を平成25年度から実施。
 - ・ 保険者種別ごとの事情を考慮(実施率を調整)
 - ・ 加算額を基に減算、保健指導実施率が実質的に0%の保険者に対し加算
 - ・ 第1期は、特定健診・保健指導の目標(参酌標準)を両方達成した保険者に対し減算
 - ・ 第2期は、上位1~2%程度の保険者に対し減算
 - ・ 実施は平成25年度支援金の精算時(平成27年度)から



その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

1. 国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築

○予防のインセンティブとして、現行0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大(例:10%)



○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。

○疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定



○同一の疾病でも重症度が異なるため、疾病の種類による分類が困難であるとともに、過度な受診抑制や受診抑制による重症化の可能性があり、実施困難。

○高額療養費の上限額の比例増部分(現在1%)の引き上げ



○国民会議の議論も踏まえつつ、検討を予定。

○70歳以上75歳未満の1割負担を2割に、75歳以上も2割負担に



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せて検討し、早期に結論。
○75歳以上を含めた自己負担のあり方は医療保険全体に関する国民会議等の議論の中で検討。

3. 良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて

○一般用・処方箋医薬品のネット販売普及



○一般用医薬品については、現在、厚労省の検討会で検討中。
○一般用医薬品よりも効き目が強い反面、その副作用も強い医療用医薬品については、対面での丁寧な服薬指導が必要。

○病床規制・介護総量規制を撤廃すべき



○病床規制は医療資源の偏在の深刻化と保険給付の増大が、介護総量規制は財政運営に支障が生じるため困難。

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

○健診受診や健康増進事業に対する税額控除や拠出金控除



○税制については、税務当局との調整が必要。なお、健診後に重大疾病が発見された場合や一定の要件を満たす特定保健指導が行われた場合は、健診も治療に先立って行われる診察と同様に考えられ、医療費控除の対象となっている。

○個人や中小企業が健診を身近に受けられる環境整備（血液や尿の簡易診断、看護師による採血＜医師が検査分析＞）



○簡易診断に関しては、個人の健康状態を的確に把握するためには、一定以上の健診項目数が必要。
○看護師は、医師の指示の下であれば、採血を実施可能。ただし、医師の指示の下、看護師が反復継続して採血を実施するのであれば、診療所の開設届出が必要。
○自己採血の場合は、衛生管理や検査の精度管理の観点から、衛生検査所の登録が必要。

○医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定



○医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務に関する業務（附帯業務）は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後通知改正で対応。

○医療保険の自己負担の在り方を検討



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せ検討し、早期に結論。
○自己負担の在り方については、医療保険制度全体に関する、国民会議での議論も踏まえつつ検討。

○疾病管理など予防向けサービスの報酬や地域や集団で健康達成度を評価して支払う制度の導入を検討



○医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難。
○予防の取組については保険者による保健事業等が効果的に行われるよう、必要な支援を検討。

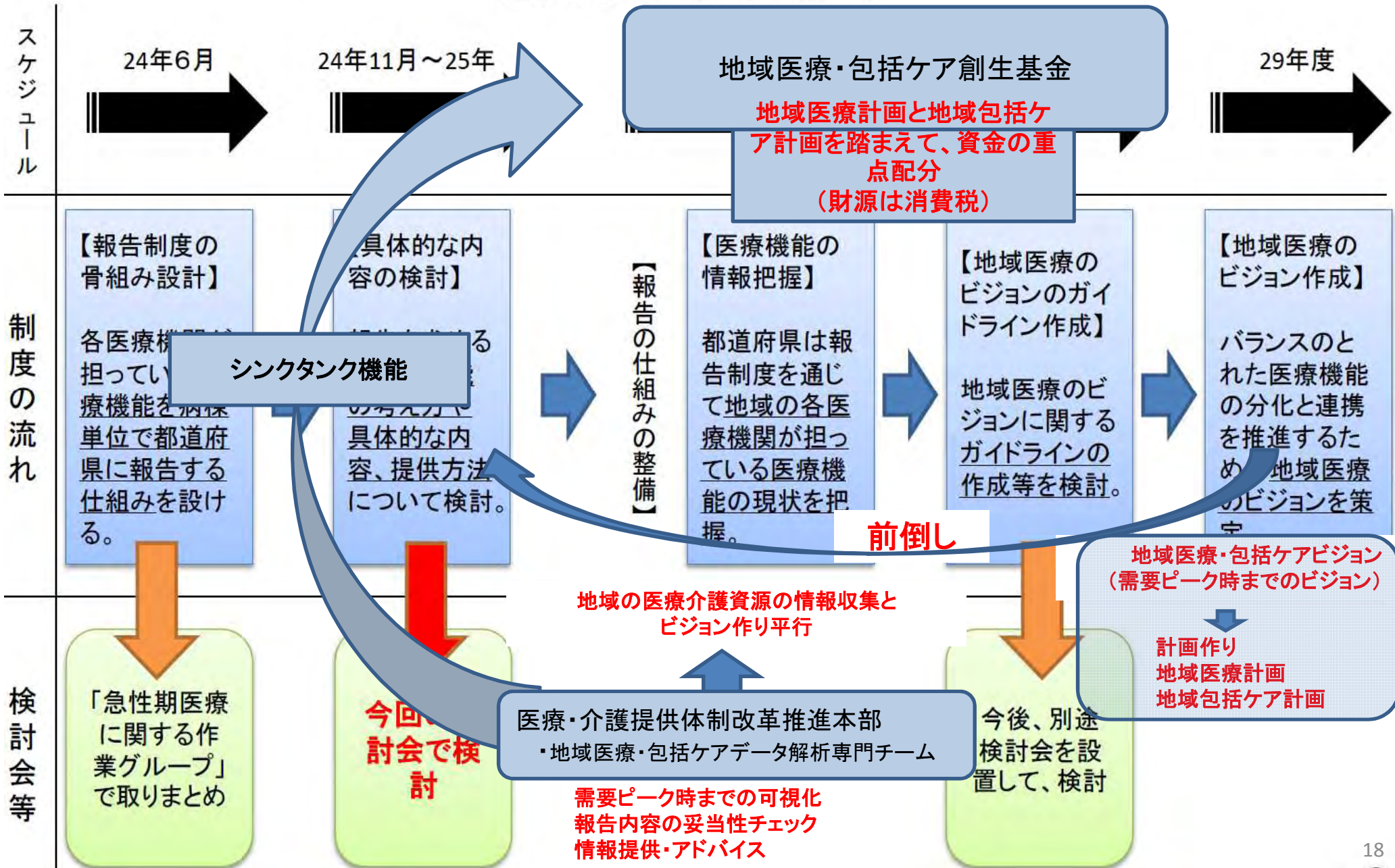
「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」
【医療・介護の提供体制の在り方】
関連資料

2次医療圏の医療・介護需要ピーク時までの地域医療・包括ケアビジョン作成を

- 「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」(厚労省医政局)における「報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ」の前倒し。
- 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。
- 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る。
- それに沿った医療機能の分化・連携を促すための「地域医療・包括ケア創生基金」を創設(財源として消費税増収を活用)。診療報酬や介護報酬による利益誘導ではなく、まずは、医療機能の分化・連携を補助金的手法で誘導。
- 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。

報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)

平成25年4月19日
第9回社会保障制度改革国民会議
権丈委員提出資料



医療介護需要ピーク時までの 地域医療・包括ケアビジョン作成と平行しながら

- 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。
- その実効性を高めるため、後述(51頁参照)するとおり、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、実効性を高めるための諸施策を講ずる
- 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、町づくりにも参画できるように医療法人制度の見直しを行う。
などの方策を検討する。
- 地域医療ビジョンの前倒しでの策定に加え、上記の方向性を医療法改正で明示する。

病院・病床機能の区分における医療法と診療報酬の関係

医療提供体制の改革の基本方向は、病院・病床の機能を細分化し、①各機能区分において平均在院日数の短縮、②機能区分ごとの医療資源の投入にメリハリをつける、③連携の推進、と集約されるが、病院・病床の機能分化の方法としての医療法と診療報酬について現状と展望を示す。

(現状)

○病院・病床の機能区分は原則として医療法によるが、診療報酬により(施設基準等と報酬額の組み合わせることで)事実上の機能区分が行われる。

○医療法による機能分類より、診療報酬による機能分類の方が多様で数が多い。

○診療報酬による機能区分は、医療法による機能区分と連携しているものもあるが、医療法とは独立に機能区分するケースが多い。

○新規の機能区分の策定や既にある機能区分の見直しについて、法律改正を伴う医療法は2年毎に改定がある診療報酬と比較して柔軟性・即時性に劣る。

○医療機能の地域偏在の是正については、診療報酬は原則として全国一律なので効果はないが、医療法改正では地域医療計画と関連させることにより是正効果は期待できる。

(展望)

○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実質的な機能区分の方が細分化され種類も多いが、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。

○しかしながら、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。

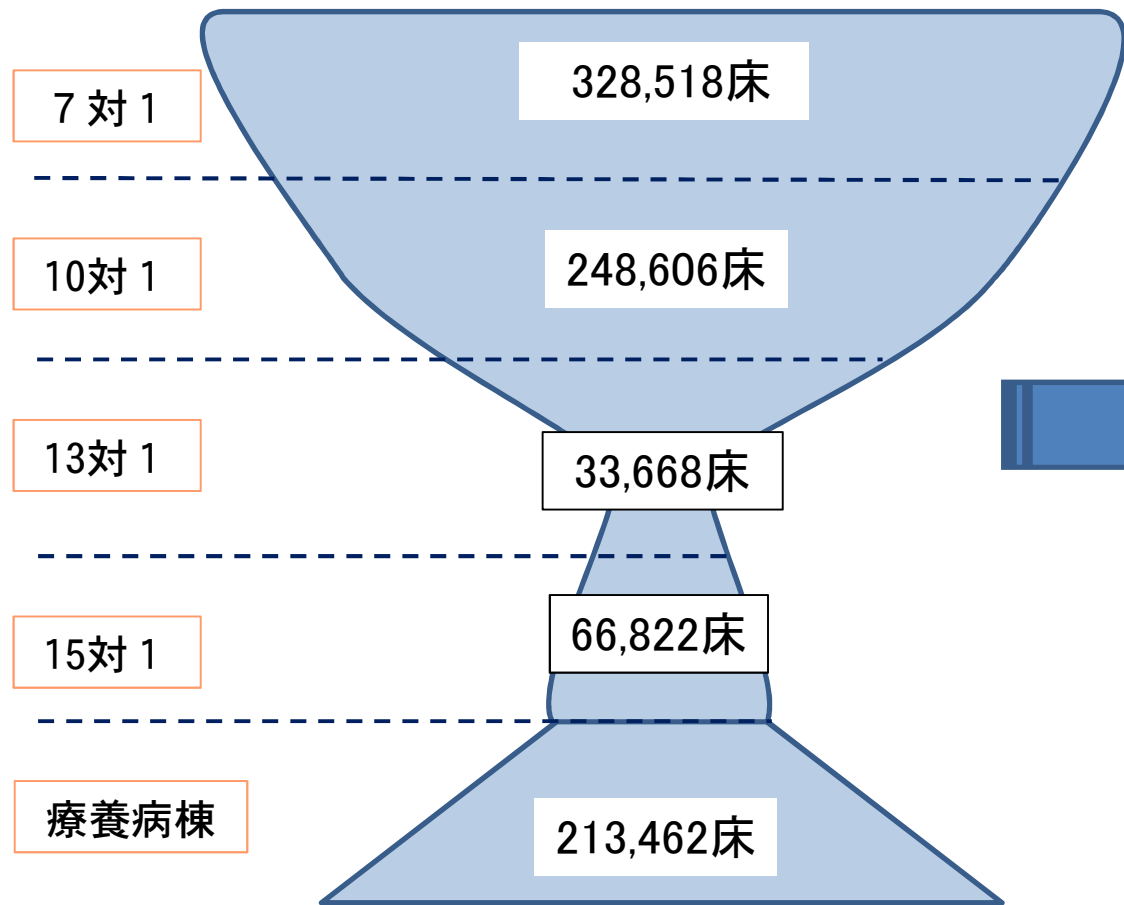
(参考)

	医療法	診療報酬
機能区分との関係	<p>○病院・病床の機能区分は本来医療法が決定する。</p> <p>○医療法による機能区分の数は多くない。</p> <p>○医療法による機能区分も診療報酬による裏付け（インセンティブ）がないと進まない。</p>	<p>○診療報酬で施設基準等と報酬額の組み合わせることにより事実上の機能区分が行われる。</p> <p>○医療法による機能区分以外にも独自の「機能区分」が多数ある。</p> <p>○価格誘導であるため機能分化に及ぼす効果は大きい。</p> <p>○病院単位、病棟単位で詳細な区分が行われている。</p>
機能区分の例	<p>(病院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療支援病院 ・ 特定機能病院 <p>(病床)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一般病床 ・ 療養病床 ・ 精神病床 ・ 結核病床・ ・ 感染症病床 	<p>(病院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPC対象病院 ・ 在宅療養支援病院 <p>(病棟)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 7対1入院基本料 ・ 10対1入院基本料 ・ 亜急性期入院医療管理料 ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料 ・ 特定機能病院入院基本料 ・ 地域医療支援病院入院診療加算等
内容の見直しの特徴	○原則として法律改正が必要なため柔軟性・即時性は低い。	<p>○法律改正を必要としない告示であり、2年に1回改定される。</p> <p>○実情に応じて報酬額や施設要件等は適宜見直される。</p>

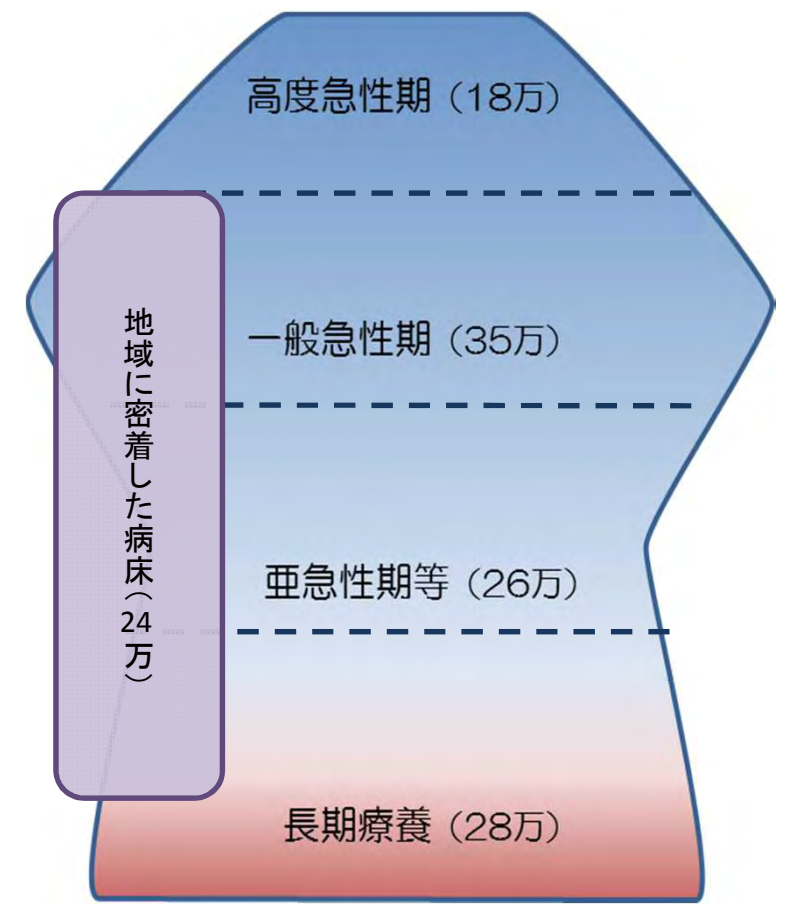
	医療法	診療報酬
機能分化を進める上での政策ツールとしての特徴	<p>○必ずしも十分に機能しているとはいえない。</p> <p>○（医療法で定められている）療養病床の再編計画（＝療養病床を減らして介護施設に転換）においても中心的な政策ツールは診療報酬政策であった（＝医療必要度の低い患者の入院基本料の引き下げ等）。</p>	<p>○政策目標に沿う形で診療報酬改定が行われる。</p> <p>（平均在院日数の短縮）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院基本料を平均在院日数に応じて逡減させる ・退院支援の評価（連携強化） ・地域連携パスの評価（大病院の外来患者の抑制） ・紹介患者割合による報酬の引き下げ
地域偏在の是正に対する有効性	<p>○医療法で定められている地域医療計画において、機能分類毎の病床数の上限を設定することにより地域偏在を是正させる可能性は期待できる。</p>	<p>○診療報酬は原則として全国一律なので地域偏在の是正の効果はない。</p> <p>※平成24年診療報酬改定において医療資源が不足している地域での要件緩和の特例が設けられた。</p>

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞



＜2025(H37)年のイメージ＞

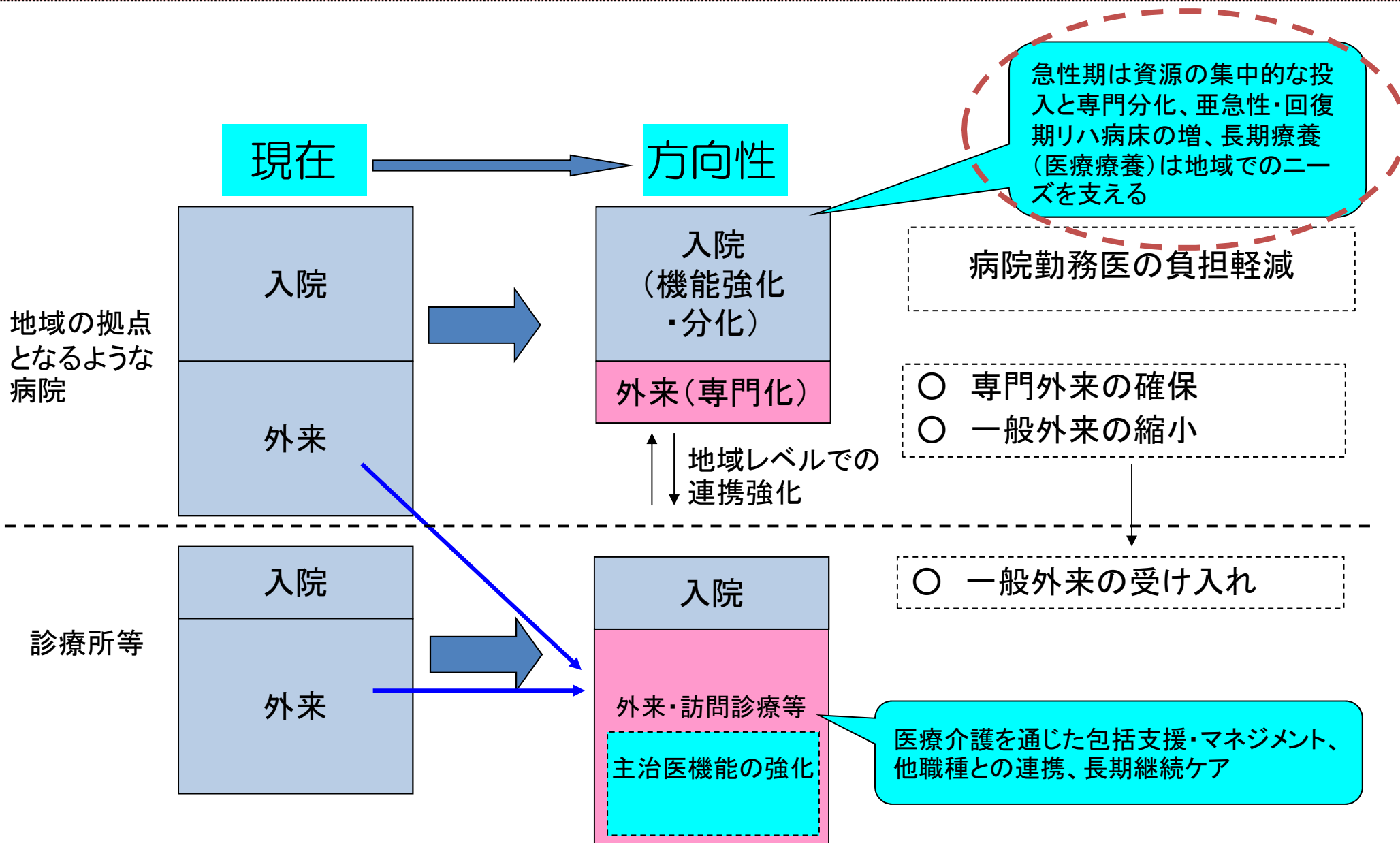


保険局医療課調べ

○ 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。

入院医療・外来医療の役割分担のイメージ

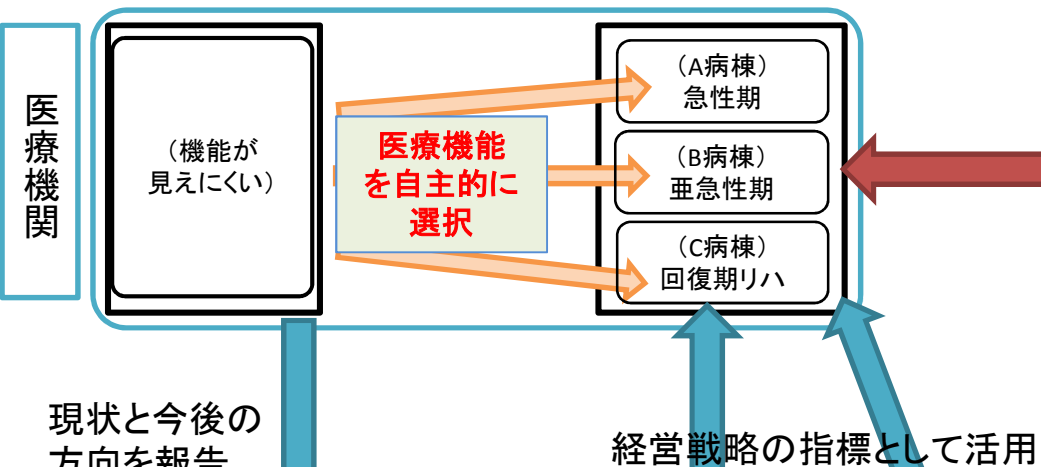
(改) 中医協 総-2
23.10.5



機能分化を推進するための仕組み

①医療機関による報告(平成26年度～)

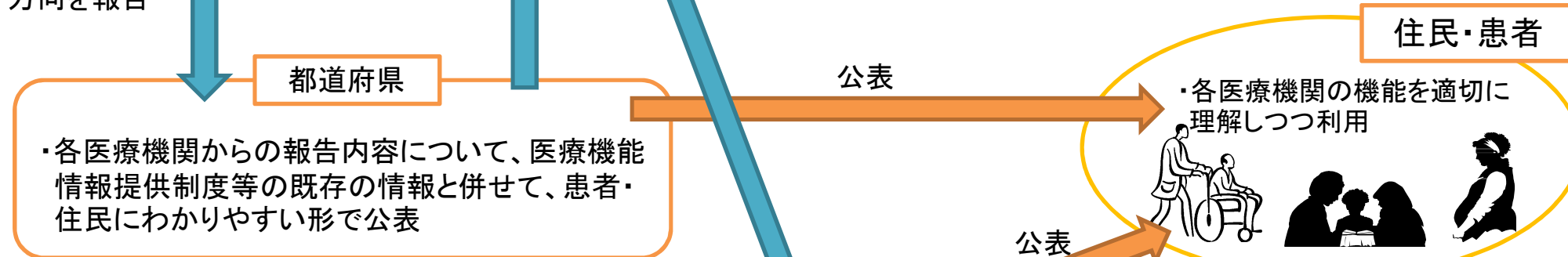
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



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。

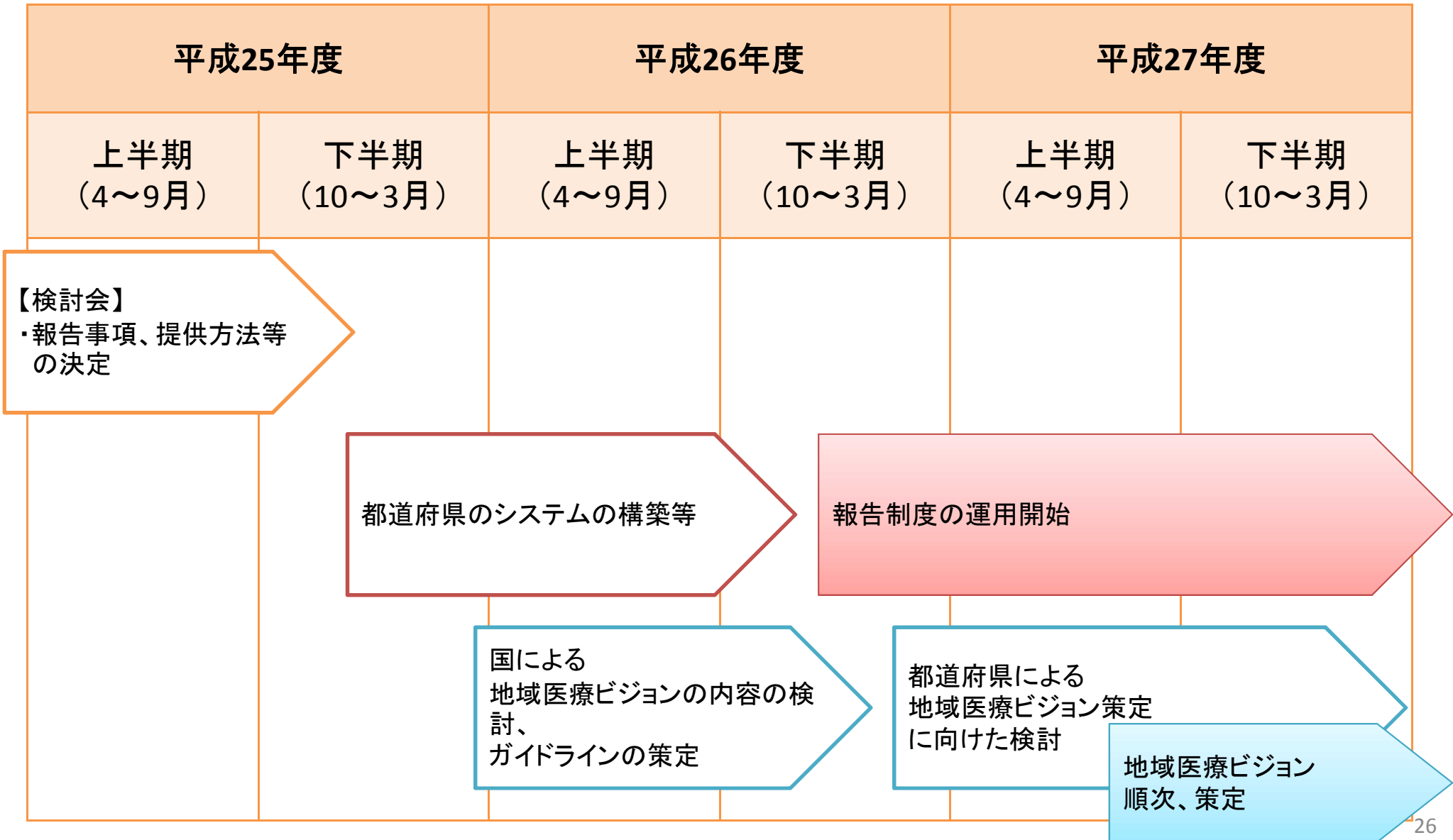
※また、診療報酬の活用についても検討



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。

地域医療ビジョンの策定を前倒しする場合のスケジュール



保険医療機関・保険薬局の指定・取消権限について

保険医療機関・保険薬局の指定・取消は、都道府県知事の機関委任事務とされていたが、

- ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること、
- ②保険医療機関の指定等は、国が保険者に代わり、全国を通じて公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関を指定する事務であること、

から、平成11年の地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律(平成11年法律第87号)によって、国の直接執行事務とされた。

平成11年地方分権一括法前の健康保険法の規定

○健康保険法(大正11年法律第70号)第43条の3

[保険医療機関又は保険薬局の指定]

第四十三条の三 保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ハ命令ノ定ムル所ニ依リ病院若ハ診療所又ハ薬局ニシテ其ノ開設者ノ申請アリタルモノニ就キ都道府県知事之ヲ行フ

- ③ **都道府県知事**保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ノ申請アリタル場合ニ於テ当該病院若ハ診療所又ハ薬局ガ本法ノ規定ニ依リ保険医療機関若ハ保険薬局ノ指定若ハ第四十四条第一項第一号ニ規定スル特定承認保険医療機関ノ承認ヲ取消サレ五年ヲ経過セザルモノナルトキ又ハ保険給付ニ関シ診療若ハ調剤ノ内容ノ適切ヲ欠ク虞アリトシテ重テ第四十三条ノ七第一項(第四十三条ノ十七第九項、第四十四条第十三項及第十四項、第五十九条ノ二第八項並ニ第六十九条ノ三十一ニ於テ準用スル場合ヲ含ム)ノ規定ニ依ル指導ヲ受ケタルモノナルトキ其ノ他保険医療機関若ハ保険薬局トシテ著シク不相当ト認ムルモノナルトキハ其ノ指定ヲ拒ムコトヲ得

[保険医療機関及び保険薬局の指定の取消]

第四十三条の十二 保険医療機関又ハ保険薬局ガ左ノ各号ノ一ニ該当スル場合ニ於テハ**都道府県知事**其ノ指定ヲ取消スコトヲ得(略)

現在の健康保険法の規定

○健康保険法(大正11年法律第70号)第65条

(保険医療機関又は保険薬局の指定)

第六十五条 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

- 3 **厚生労働大臣**は、第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。(略)

(保険医療機関又は保険薬局の指定の取消し)

第八十条 **厚生労働大臣**は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医療機関又は保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定を取り消すことができる。(略)

地域ごとの診療報酬の特例（根拠条文）

○高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）

（診療報酬に係る意見の提出等）

第十三条 都道府県は、第十一条第一項又は前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号に掲げる目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準（次項及び次条第一項において「診療報酬」という。）に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

（診療報酬の特例）

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

【参照条文（抜粋）】

（医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画）

第八条（略）

4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

二 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

（都道府県医療費適正化計画）

第九条（略）

3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

（計画の進捗状況に関する評価）

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

（計画の実績に関する評価）

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」
【外来の役割分担の在り方】
関連資料

フリーアクセスを守るための諸策

- 選定療養内の初診時特定療養費では効果が低い
 - － 初診時一定病床数(例:200床)以上の一般病棟での紹介のない外来受診に、一定額(例:1万円)の定額自己負担を設ける。同様の仕組みを再診時にも検討。
 - － この定額自己負担を導入した場合、選定療養上の負担さえ適用除外となっている救急車利用が一層有利になるため、救急車の適正利用については別途検討の要有り。
- 健保連からの発言にもあった70歳以上の高額療養費、外来特例の見直し
 - － 「今の高齢者、特に70歳以上の方には高額療養費、外来について特例の取り扱いもございます。非常に負担が軽くなる仕組みになっております」
 - － 低所得者への配慮は当然
- 医療連携・チーム医療の推進
 - － 高い専門性を有した開業医という日本のプライマリーケア医の長所をいかしながら、医療連携・チーム医療を推進していく。
- 日本型総合医のあり方を検討
 - － ゲートキーピング機能はイギリスのGPのようなものではなく、上述の価格メカニズムを用いた程度にしておき、患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うと共に、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、患者と医師の信頼関係を基軸とした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る。
- 委員からの要求
 - － 診療報酬支払データを収集管理する機関を設け、多剤投与、過剰検査問題があると思われる保険医療機関には指導を行う。

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。

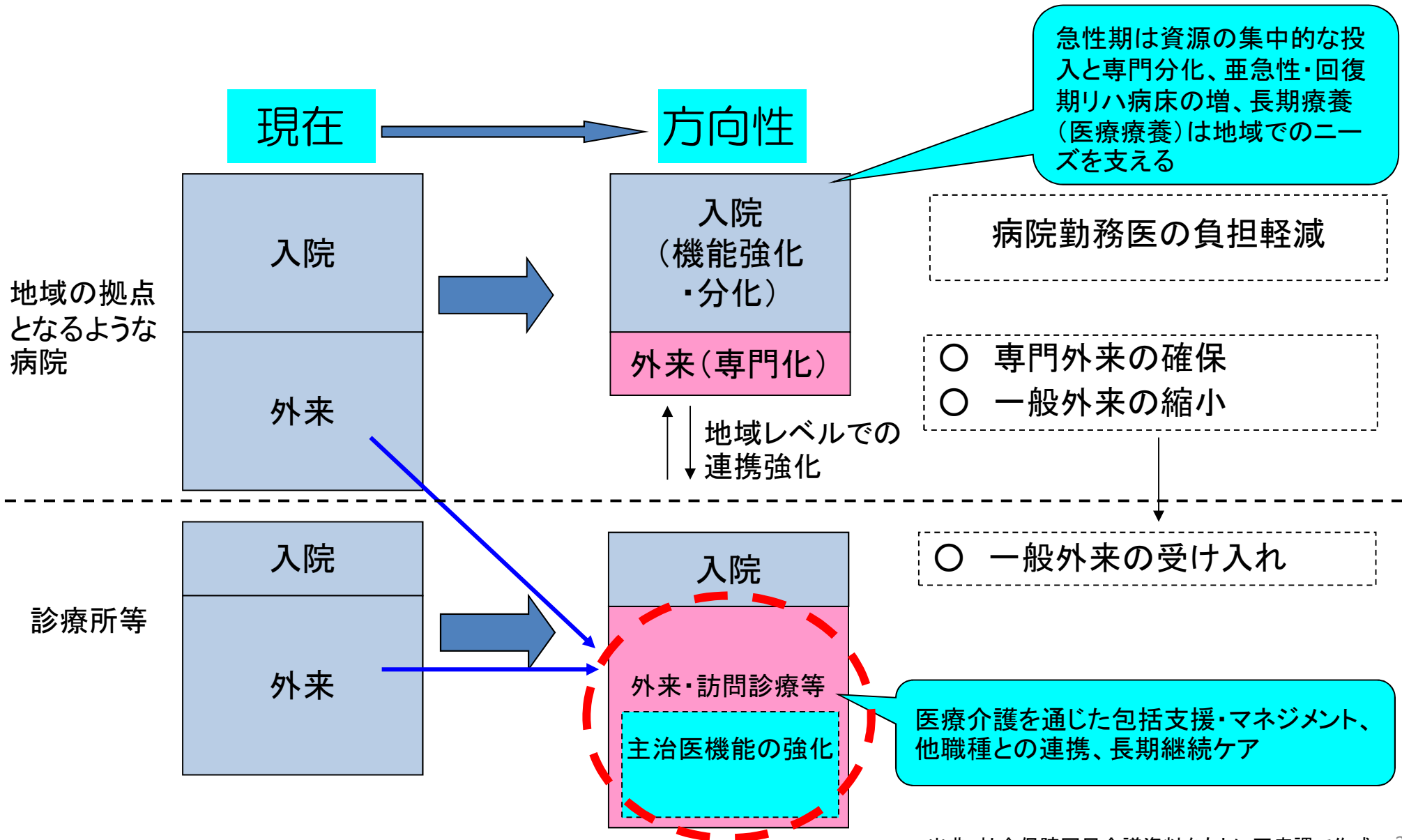
なお、①の場合には、毎年10月1日に地方厚生(支)局に報告を行うこと。

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

※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

外来医療の役割分担のイメージ

(改) 中医協 総 - 3
2 3 . 1 1 . 3 0



救急外来や外来診療の機能分化の推進

初・再診料及び関連する加算の評価

- 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3点



【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定要件]

時間外対応加算1: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。

時間外対応加算2: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

時間外対応加算3: 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は最大で3つまでとすること。

「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」
【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】
関連資料

在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満の病院であって、4km以内に診療所がない
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。

【主な施設基準】

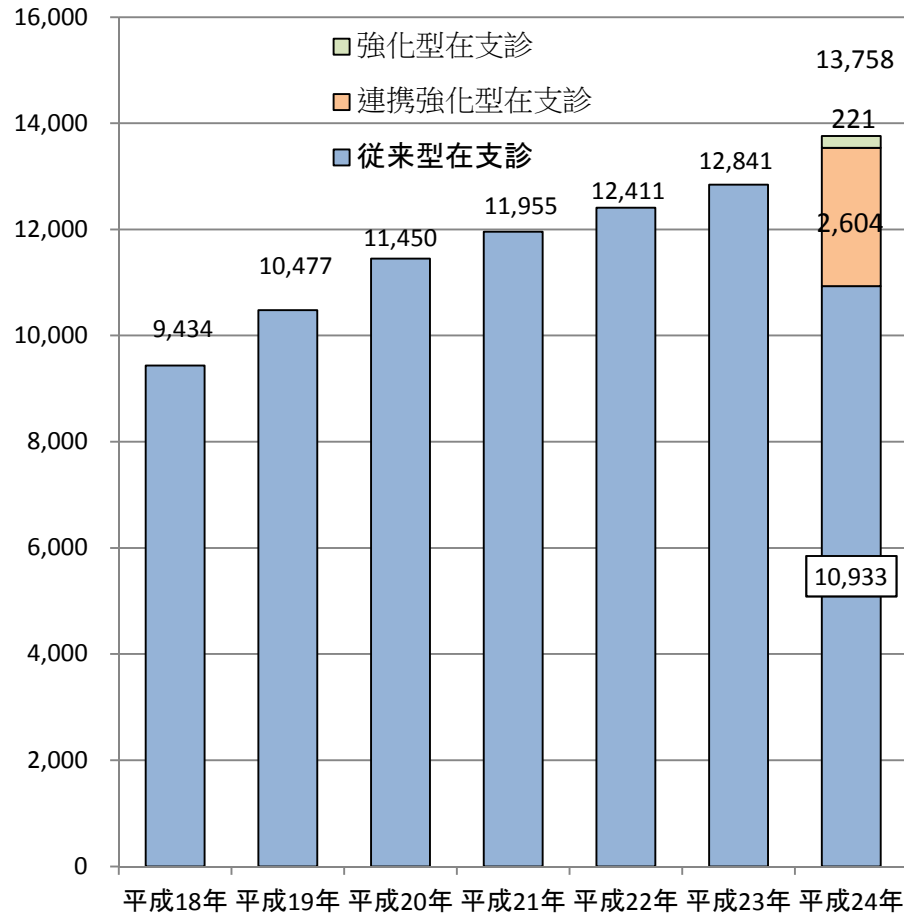
- ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置
- ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する
- ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している

注3：①の医師数については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可

在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

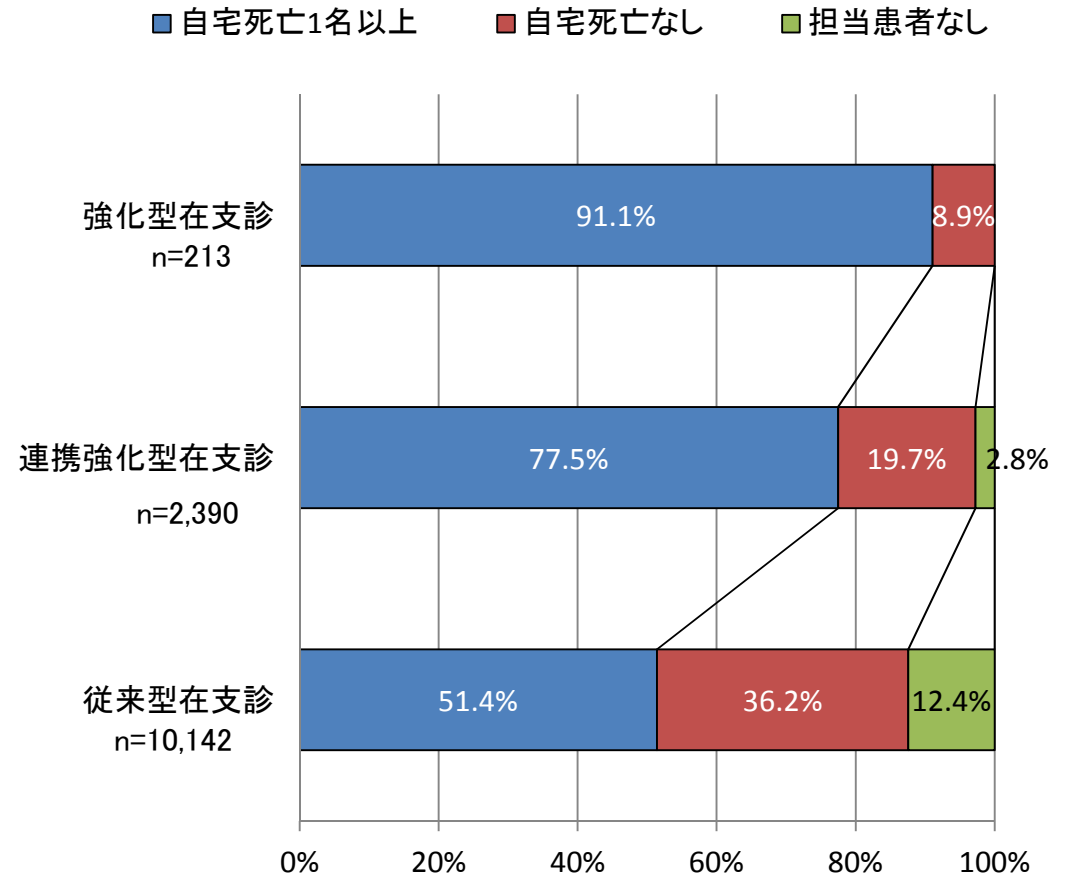
(届出数)

在宅療養支援診療所届出数



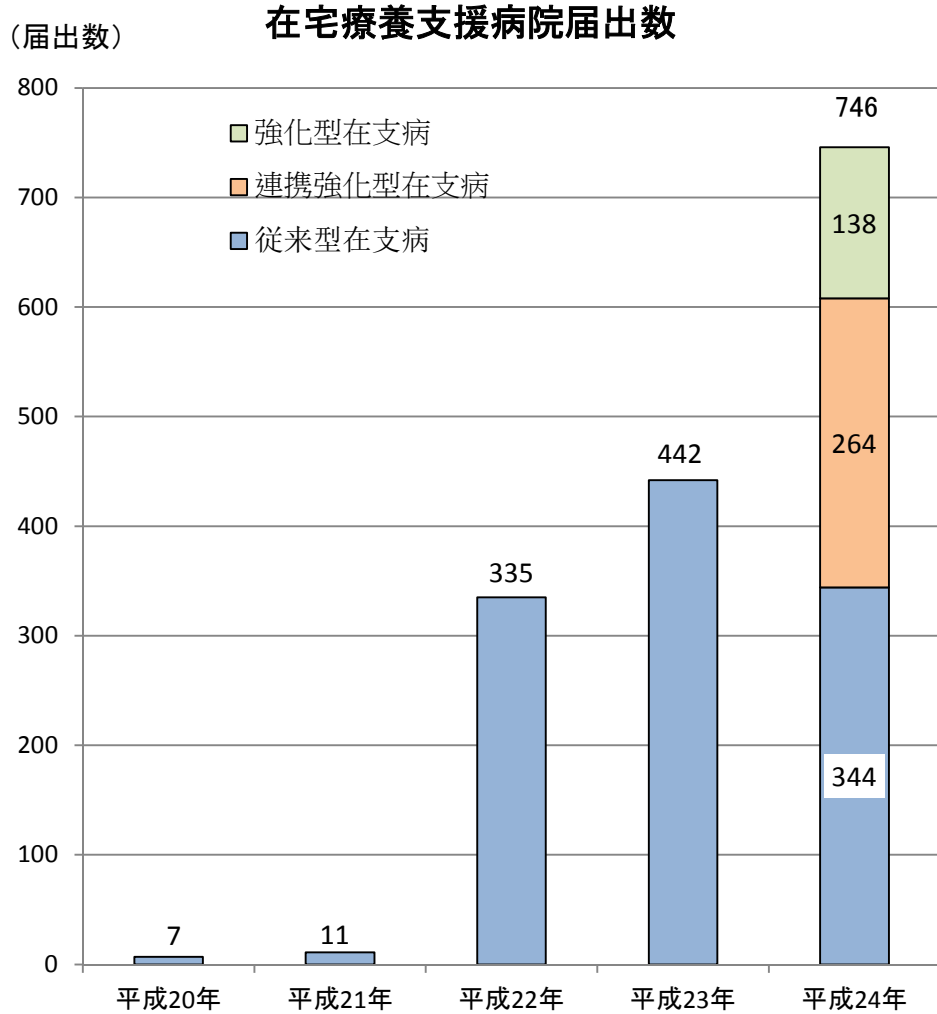
(注1) 平成23年10月1日現在の診療所総数は99,547
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月1日時点)



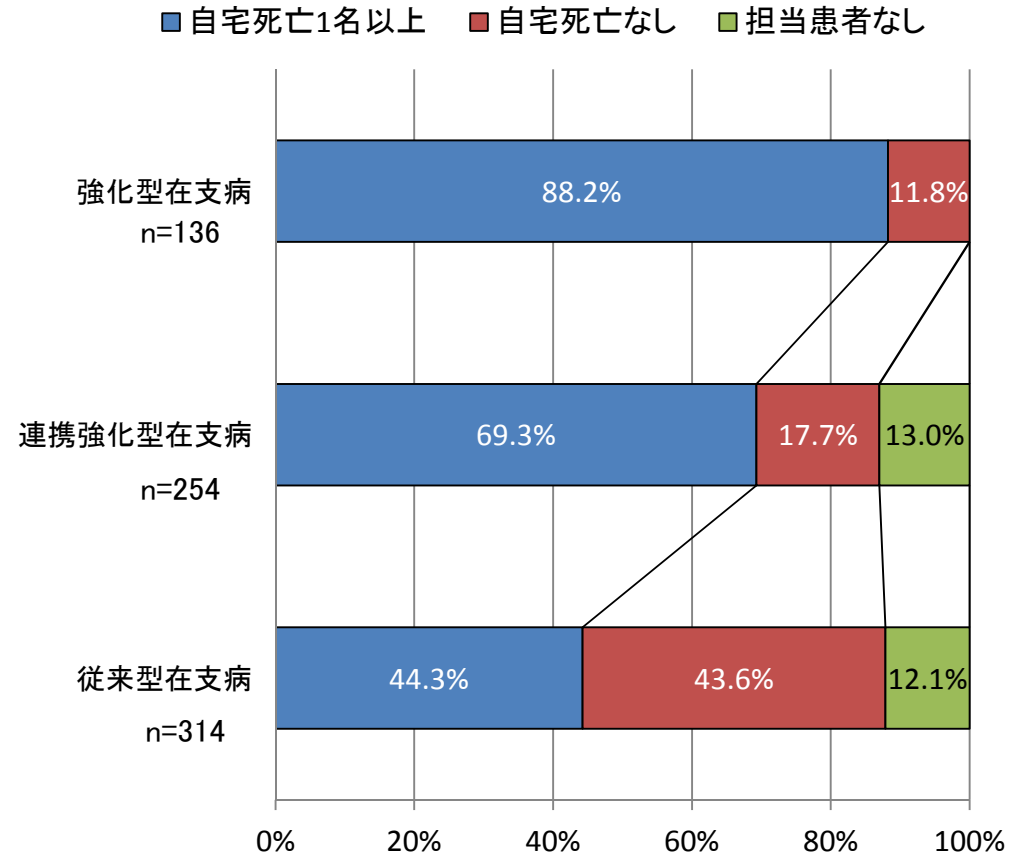
(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

在宅療養支援病院の届出数の推移と実績



(注1) 平成23年10月1日現在の病院総数は8,605
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支病については、連携医療機関平均数3.1

在宅療養支援病院の年間実績(平成24年7月1日時点)



(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

「医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等」
【医療関連データの収集・分析等】
関連資料

レセプト・特定健診等情報の利活用について

保有主体		データベース	使用目的	活用例
国 (厚生労働大臣)		○ONDB →レセプト情報・特定 健診等情報	医療費適正化計画の 作成、実施、評価に資 する	○ 医療費適正化計画の策定、実施及び評価 ・ 特定健診の結果から、検査値(腹囲、血圧、血糖値 等)を都道府県別、年齢階級別、性別に集計したデータ の都道府県への提供・公表 ・ 調剤レセプトの分析を活用した都道府県別、年齢別の 薬剤の使用状況や調剤医療費の動向の分析
保険者	保険者中央 団体 (国民健康 保険中央会、 健康保険組 合連合会)	○OKDB(国保デー タ ベース) ※平成25年10月稼働 予定 →レセプト情報(後期 高齢者医療広域連 合も含む)・特定健 診等情報・介護情報 ○健保連システム ※平成26年4月稼働予 定 →レセプト情報・特定 健診等情報	①当該保険者の加入 者についての健康状 況の把握・比較分析 ②疾病別等の医療費 の分析	○ 現在は、保険者が個別のシステムを用いて、下記の事 項等について分析等を行っているが、今回のシステム整 備により大幅に環境が整備され、下記の事項の他に、特 に、全国平均などと比較した当該保険者に関する評価も 可能となる。 ① 現状の把握(医療費分析の実施) ② 被保険者に対する情報提供・指導(医療費通知の送 付、重複・頻回受診者に対する指導等) ③ 有病者の重症化予防(保健指導の実施、医療機関へ の重症化予防) ④ 給付の適正化(レセプト点検の実施、傷病手当の適 正支給等)
	その他(保険 者)	○独自のシステムや 民間事業者への委 託により医療費分析 等を行っている		

レセプト・特定健診データベース(NDB)の概要

利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため

[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

保有主体

厚生労働大臣

(注)外部事業者にて維持管理を委託

収載データ

- ・レセプトデータ 約59億件[平成21年4月～平成25年2月診療分] ※平成25年5月時点
- ・特定健診・保健指導データ 約9,000万件[平成20年度～平成23年度実施分]

(注1)レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載

(注2)特定健診等データについては、全データを収載

(注3)個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ、匿名化

データの利活用の例

- ・特定健診データ(腹囲、血圧、血糖値等)を都道府県、年齢階級、性別に集計し、国民の健康状態を分析
- ・レセプト・特定健診等データから、特定健診・保健指導の効果を推計(メタボリックシンドローム該当者と非該当者の年間平均医療費の差や、特定保健指導によりメタボリックシンドローム該当者から外れる率等を算出)
- ・レセプトデータ(調剤)から、都道府県、年齢別の、薬剤の使用状況や調剤医療費の動向を分析

DPCデータ*の主な項目

* DPC/PDPS導入影響評価のための調査(退院患者調査)による調査データを指す。

内容

患者別匿名化情報	簡易診療録情報	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日付情報 (入院日、退院日等) ・ 診断情報 (主傷病名等) ・ 患者情報 (生年月日、性別、郵便番号等) ・ 入院経路 (退院時の患者の状態 (傷病の治療、軽快、死亡等)、救急搬送の有無等) ・ 診療情報 (身長、体重、ADLスコア、がんの分類等) 等 	
	診療報酬 請求情報	医科点数表に基づく出来高点数情報
診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報等		
施設情報 (病床数、届け出ている入院基本料等)		

国保データベース(KDB) システム(平成25年10月稼働予定)

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

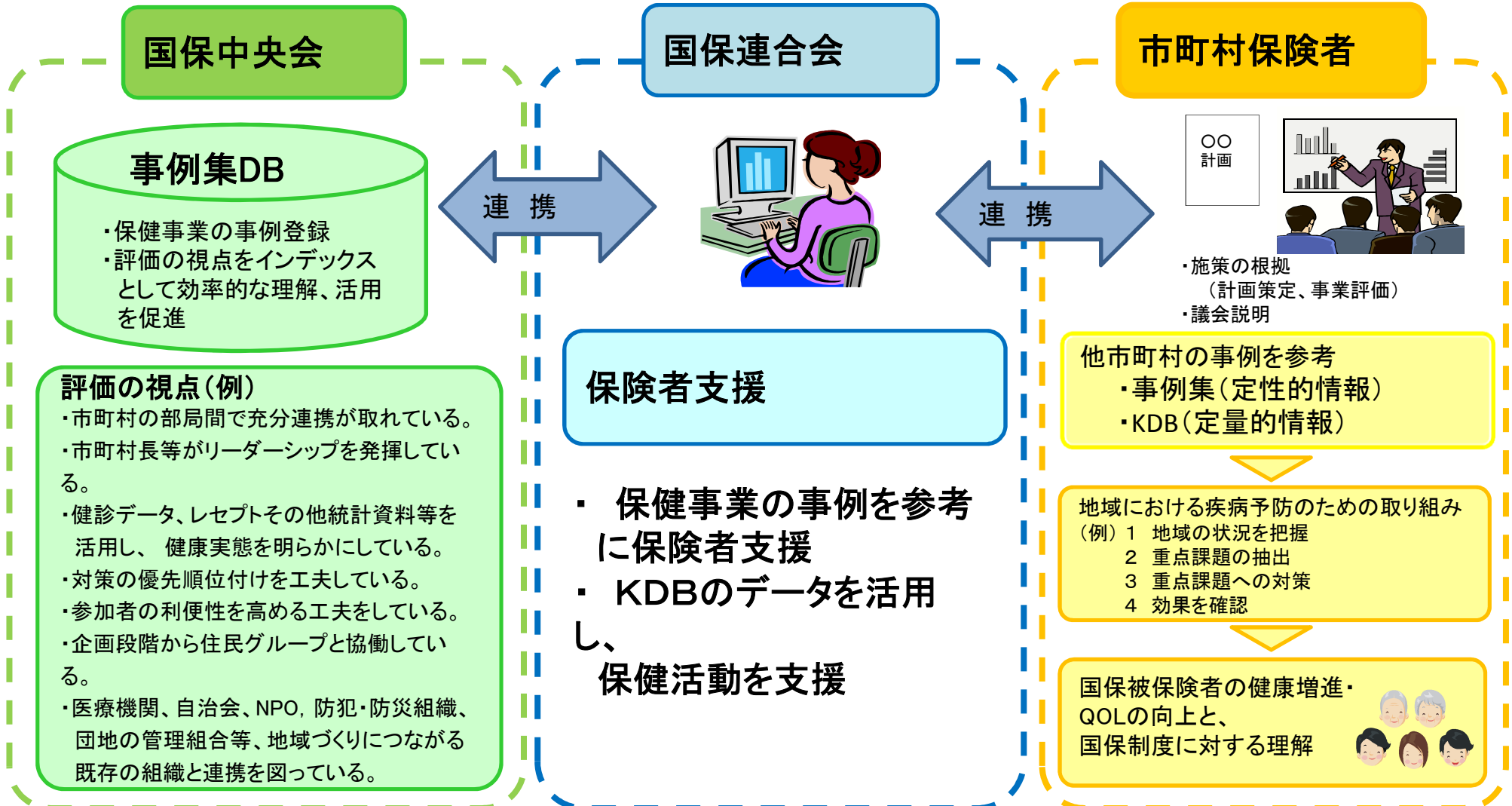
有病者や予備群等の改善の確認

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

評価の視点を明らかにした保健事業事例集データベースの展開



健保組合の保険者機能強化のためのネットワーク基盤の整備

目的

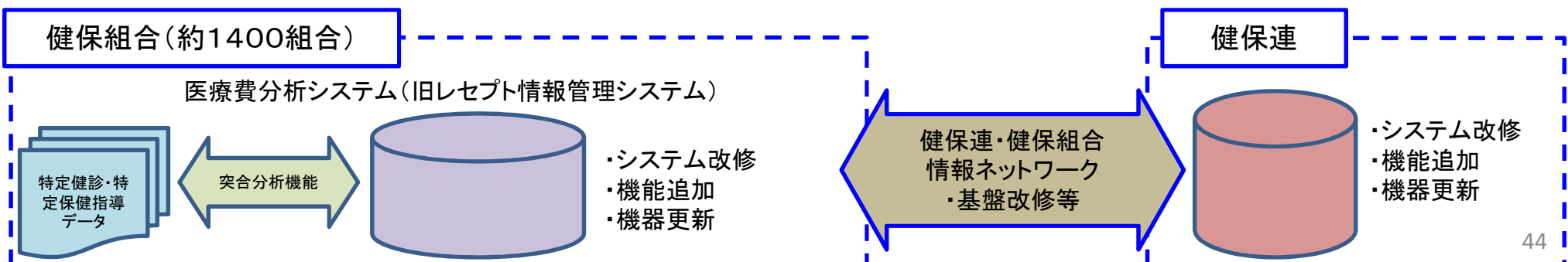
○健保組合の「レセプト情報管理システム」については、初期開発(平成15年)から既に10年が経過しており、システム改修等により、電子レセプトによる迅速かつ効率的な業務処理への対応及び特定健診・特定保健指導データ等を活用した医療費分析の機能向上を図る。

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

スケジュール

- 平成25年～ システム改修等の実施
- 平成26年4月～ 新システムの稼働

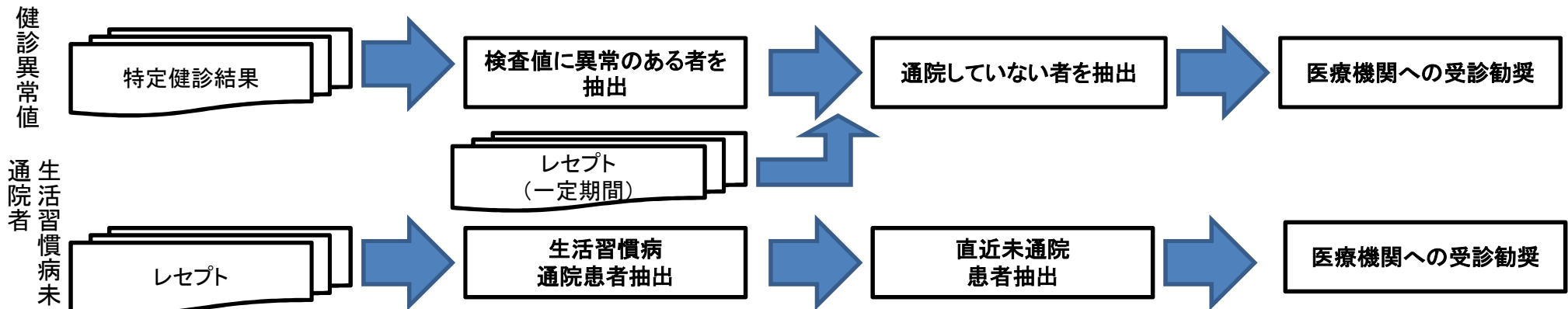


保険者による電子レセプトの保健事業への活用例①

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

受診勧奨

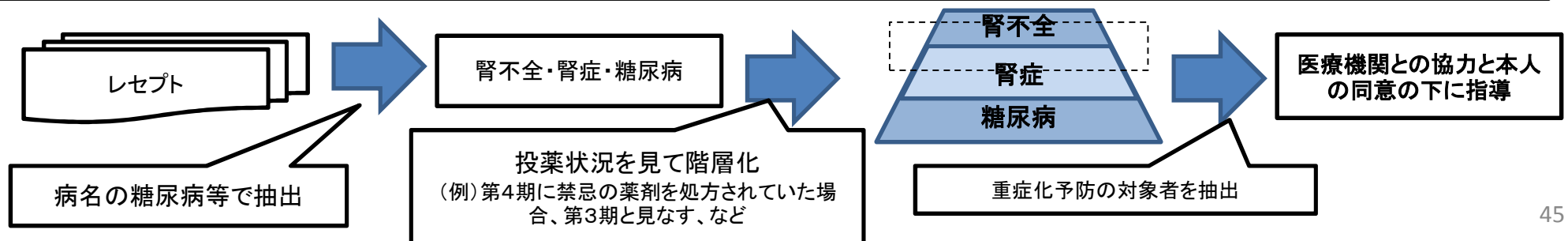
保険者において、健診で異常値を出しているにも関わらず通院していない者や生活習慣病通院患者で最近通院をしていない者を抽出し、受診勧奨を行う。



重症化予防

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

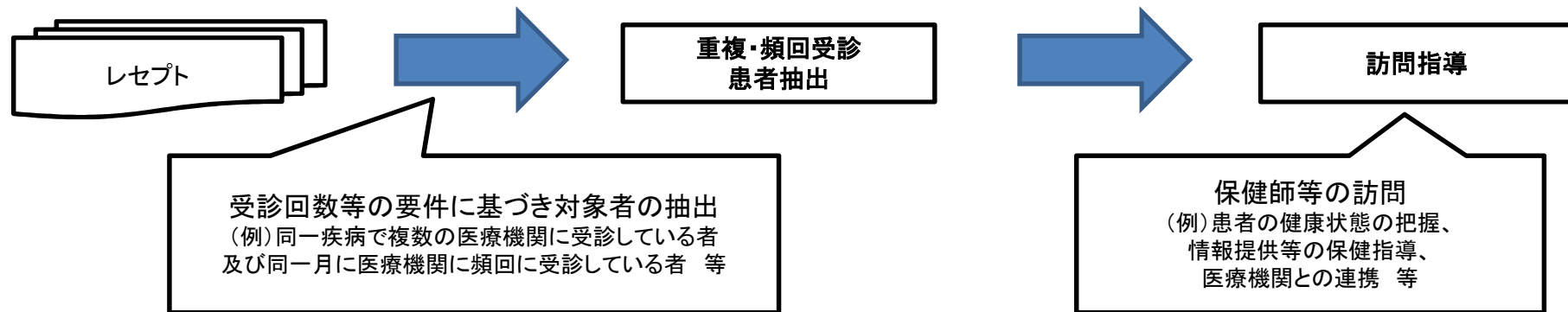
※ 抽出の方法や指導のあり方については関係者間で十分な協議が必要。



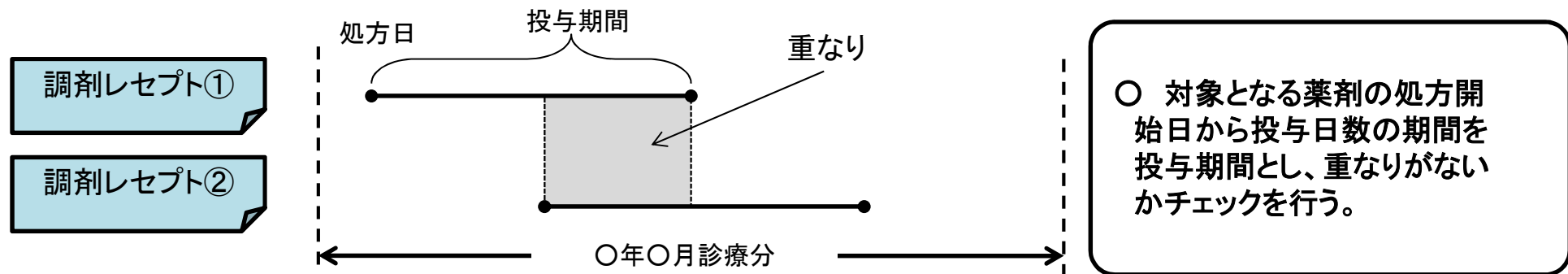
保険者による電子レセプトの保健事業への活用例②

重複・頻回受診者への訪問指導

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



調剤レセプトの場合(例)



医療機能情報提供制度について (平成19年4月～)

第13回医療部会資料より
(平成22年11月11日)

病院等に対して、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報（医療機能情報）について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度（薬局についても同様の制度あり）

創設前

〔病院等に関する情報を入手する手段〕

- 病院等の広告
- インターネット等による広報
※ 病院等からの任意情報
- 院内掲示 等

〔視点〕

- ① 必要な情報は一律提供
- ② 情報を集約化
- ③ 客観的な情報をわかりやすく提供
- ④ 相談助言機能の充実

現行制度

病院等

- 病院等管理者は、医療機能情報を都道府県に一年に一回以上報告（報告時期は都道府県毎に異なる）

都道府県

- 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- 医療安全支援センター等による相談対応・助言

住民

- 医療機能情報を病院等において閲覧に供すること（インターネット可）
- 正確かつ適切な情報の提供（努力義務）
- 患者等からの相談に適切に応ずること（努力義務）

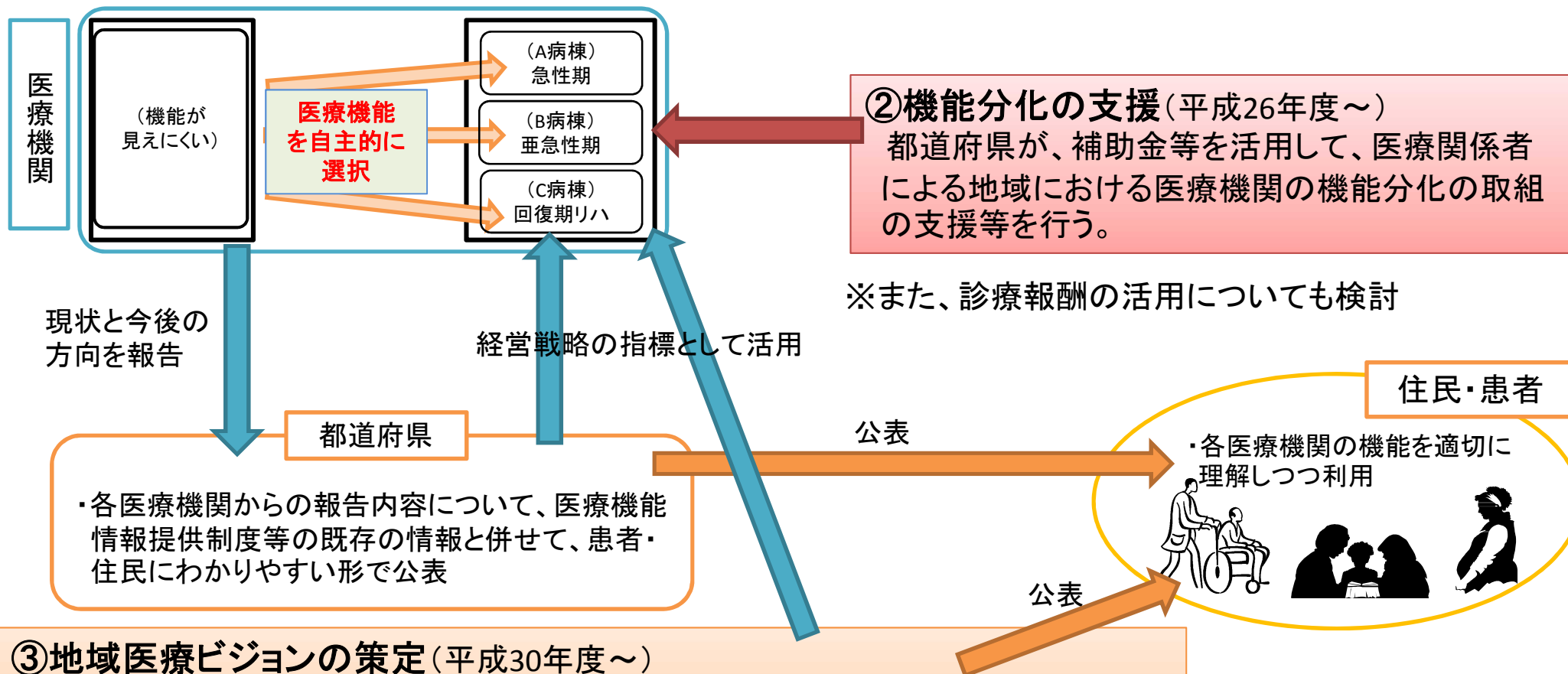
〔医療機能情報の具体例〕

- ① 管理・運営・サービス等に関する事項（基本情報（診療科目、診療日、診療時間、病床数等）、アクセス方法、外国語対応、費用負担等）
- ② 提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医（広告可能なもの）、保有設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制等）
- ③ 医療の実績、結果等に関する事項（医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等）

機能分化を推進するための仕組み

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。



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。

「医療保険における療養の範囲の適正化等」 関連資料

フリーアクセスを守るための諸策

- 選定療養内の初診時特定療養費では効果が低い
 - 初診時一定病床数(例:200床)以上の一般病棟での紹介のない外来受診に、一定額(例:1万円)の定額自己負担を設ける。同様の仕組みを再診時にも検討。
 - この定額自己負担を導入した場合、選定療養上の負担さえ適用除外となっている救急車利用が一層有利になるため、救急車の適正利用については別途検討の要有り。
- 健保連からの発言にもあった70歳以上の高額療養費、外来特例の見直し
 - 「今の高齢者、特に70歳以上の方には高額療養費、外来について特例の取り扱いもございます。非常に負担が軽くなる仕組みになっております」
 - 低所得者への配慮は当然
- 医療連携・チーム医療の推進
 - 高い専門性を有した開業医という日本のプライマリーケア医の長所をいかしながら、医療連携・チーム医療を推進していく。
- 日本型総合医のあり方を検討
 - ゲートキーピング機能はイギリスのGPのようなものではなく、上述の価格メカニズムを用いた程度にしておき、患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うと共に、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、患者と医師の信頼関係を基軸とした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る。
- 委員からの要求
 - 診療報酬支払データを収集管理する機関を設け、多剤投与、過剰検査問題があると思われる保険医療機関には指導を行う。

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成 24 年 2 月 17 日
閣議決定

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）

（3）長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

- 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を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、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。
- 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

高額療養費の見直しのイメージ（案）

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

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

[現行]

[見直しのイメージ案]

《上位所得者》

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

《上位所得者》

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

(※1) 83,000円 × 12月

《一般所得者》

当初3ヶ月：80,100円
+ (医療費 - 267,000) × 1%

4月目～：44,400円

《年収600万円以上（一般所得者）》

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

《年収300万円～600万円（一般所得者）》

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

《年収300万円以下（一般所得者）》

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

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

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

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,400円 4月目～：24,600円

《低所得者（住民税非課税）》

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

(※7) 24,000円 × 12月 × 90%

70
歳
未
満

[現行]

[見直しのイメージ案]

70歳以上
《現役並み所得者》

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

【外来：44,400円】

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

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

【外来：44,000円】

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

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

【外来：44,000円】

《一般所得者》

44,400円 (※8) 【外来12,000円】 (※9)

(※8) 2割負担では62,100円

(※9) 2割負担では24,600円

《一般所得者》 ※70歳未満の年収300万円以下と平仄とった

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

【外来：12,000円】 (※10)

(※10) 2割負担では24,000円

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,600円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

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

(※11) 24,000円 × 12月 × 90%

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

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

(※12) 15,000円 × 12月 × 90%

高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

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

《高額療養費の見直し》

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

（注1）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

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

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

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

高額療養費の見直し案（年間上限の設定）

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定する。

70歳未満	月単位の上限額		月単位の上限額			年間の上限額	
	上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円＋ (医療費－500,000円) × 1% ＜4月目～：83,400円＞	上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円＋ (医療費－500,000円) × 1% ＜4月目～：83,400円＞		1,200,600円 (150,000円 × 3月 ＋83,400円 × 9月)	
	一般所得者 (年収約210万円(※) ～約790万円) (※) ・3人世帯(給与所得者/ 夫婦子1人)の場合 ：約210万円 ・単身(給与所得者)の場合 ：約100万円	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1% ＜4月目～：44,400円＞	一般所得者	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1% ＜4月目～：44,400円＞		639,900円 (80,100円 × 3月 ＋44,400円 × 9月)	
	低所得者 (住民税非課税)	35,400円 ＜4月目～：24,600円＞	年収約300万円以下 健保：標報22万円以下 国保：旧ただし書き所得 が年間160万円以下			532,800円 (44,400円 × 12月)	
		低所得者 (住民税非課税)	35,400円 ＜4月目～：24,600円＞		327,600円 (35,400円 × 3月 ＋24,600円 × 9月)		

(※)70歳以上についても70歳未満と同様の考え方で年間上限を設定する。

高額療養費を見直した場合の財政影響（粗い推計）

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定した場合、財政影響は約100億円（うち公費約20億円）となる。

※ 高額療養費の改善（給付増）に際しては、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に影響があるので、個別制度ベースで財政中立とする必要がある

	給付費	保険料＋公費	保険料			うち国費
			保険料	公費		
総計	約100億円	約100億円	約80億円	約20億円	約20億円	
協会けんぽ	約20億円	約30億円	約20億円	約0億円	約0億円	
健保組合	約20億円	約30億円	約30億円	—	—	
共済組合	約10億円	約10億円	約10億円	—	—	
市町村国保	約50億円	約30億円	約20億円	約20億円	約10億円	
後期医療	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円	

（注1）平成27年度（2015年度）ベースの試算。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

（注3）給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
この効果を見込まない場合の影響額は記載している影響額の半分程度となる。

第3章 具体的施策

Ⅲ. 暮らしの安心・地域活性化

1. 暮らしの安心の確保

(1) 安心できる医療体制の構築等

住み慣れた地域で安心して暮らし続けるため、介護と連携した在宅医療の体制整備の支援や医学生に対する修学資金の貸与など地域の医師確保の推進、新型インフルエンザの発生に備えたワクチン備蓄の維持等の施策を推進する。また、若年層への対策を含む新たな自殺対策等を進める。

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。

- ・在宅医療や地域の医師確保の推進等(厚生労働省)
 - ・新型インフルエンザ対策の推進:プレパンデミックワクチンの備蓄維持等(厚生労働省)
 - ・社会福祉施設の円滑な運営支援(厚生労働省)
 - ・自殺対策の推進:若年層対策等(内閣府)
 - ・安定した医療保険制度の構築(厚生労働省)
- 等

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

1. 国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築

○予防のインセンティブとして、現行0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大(例:10%)



○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。

○疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定



○同一の疾病でも重症度が異なるため、疾病の種類による分類が困難であるとともに、過度な受診抑制や受診抑制による重症化の可能性があり、実施困難。

○高額療養費の上限額の比例増部分(現在1%)の引き上げ



○国民会議の議論も踏まえつつ、検討を予定。

○70歳以上75歳未満の1割負担を2割に、75歳以上も2割負担に



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せて検討し、早期に結論。
○75歳以上を含めた自己負担のあり方は医療保険全体に関する国民会議等の議論の中で検討。

3. 良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて

○一般用・処方箋医薬品のネット販売普及



○一般用医薬品については、現在、厚労省の検討会で検討中。
○一般用医薬品よりも効き目が強い反面、その副作用も強い医療用医薬品については、対面での丁寧な服薬指導が必要。

○病床規制・介護総量規制を撤廃すべき



○病床規制は医療資源の偏在の深刻化と保険給付の増大が、介護総量規制は財政運営に支障が生じるため困難。

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

○健診受診や健康増進事業に対する税額控除や拠出金控除



○税制については、税務当局との調整が必要。なお、健診後に重大疾病が発見された場合や一定の要件を満たす特定保健指導が行われた場合は、健診も治療に先立って行われる診察と同様に考えられ、医療費控除の対象となっている。

○個人や中小企業が健診を身近に受けられる環境整備（血液や尿の簡易診断、看護師による採血＜医師が検査分析＞）



○簡易診断に関しては、個人の健康状態を的確に把握するためには、一定以上の健診項目数が必要。
○看護師は、医師の指示の下であれば、採血を実施可能。ただし、医師の指示の下、看護師が反復継続して採血を実施するのであれば、診療所の開設届出が必要。
○自己採血の場合は、衛生管理や検査の精度管理の観点から、衛生検査所の登録が必要。

○医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定



○医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務に関する業務（附帯業務）は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後通知改正で対応。

○医療保険の自己負担の在り方を検討



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せ検討し、早期に結論。
○自己負担の在り方については、医療保険制度全体に関する、国民会議での議論も踏まえつつ検討。

○疾病管理など予防向けサービスの報酬や地域や集団で健康達成度を評価して支払う制度の導入を検討



○医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難。
○予防の取組については保険者による保健事業等が効果的に行われるよう、必要な支援を検討。

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。

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"> ○ 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。 ○ 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。
<p>■健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 高齢者の地域活動により医療費の節減は可能。 ○ 高齢者の社会参加を通じた介護予防を推進。

■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。
- 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"> ○ 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。 ○ 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。
<p>■医療保険における療養の範囲の適正化等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 70－74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。 ○ 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。

<p>■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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 「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。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。
<p>■高齢者医療制度の在り方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。

■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"> ○ 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。 ○ 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。
<p>■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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険料の低所得者軽減の強化が必要。 ○ 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。 ○ 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。 ○ 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。

「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)」と主な論点 (案)

平成 25 年 5 月 10 日

厚生労働省

「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）」と主な論点（案）

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）	主な論点（案）
<p>■ 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 【総報酬割】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入について ・ 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入により生じる財源の使い途について（協会けんぽの国庫補助、高齢者医療の給付費、国保の国庫補助等）

	<p>○ 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。</p>	
<p>【国保の保険者】</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	<p>① 国保の保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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か、市町村を保険者としつつ、改善を図っていくか ▪ 国保保険者を都道府県とした場合に、保険料徴収・保健事業等を引き続き市町村が担うことについて ▪ 国保の広域化に当たり、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について

- 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。

- ② 国保の財政基盤について
 - ・ 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入により生じる財源の使い途について（再掲）
 - ・ 国保の赤字構造の抜本的解決について
- ③ スケジュール
 - ・ 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との関係について
 - ・ 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場合の医療計画の策定期との関係について

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ 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。 	
<p>■ 高齢者医療制度の在り方</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	

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）		主な論点（案）
<p>■ 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】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県に保険医療機関の指定・取消権限を付与する等の実効性を高めるための取組について

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）	主な論点（案）
<p data-bbox="73 199 607 300">■ 医療保険における療養の範囲の適正化等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="633 199 1615 300">○ 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 data-bbox="633 379 1615 480">○ 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 data-bbox="633 560 1615 715">○ 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 data-bbox="633 794 1615 895">○ 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 data-bbox="633 975 1615 1075">○ 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 data-bbox="633 1155 1615 1187">○ 70—74歳の窓口負担について、本則を適用すべき。 <li data-bbox="633 1267 1615 1423">○ 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。 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1648 199 2163 300">・ 70—74歳の医療費自己負担について <li data-bbox="1648 320 2163 352">・ 高額療養費について

平成25年5月16日

第62回社会保障審議会医療保険部会

参考資料3

平成25年5月10日

第61回社会保障審議会医療保険部会

資料4

社会保障制度改革国民会議
「議論の整理」(医療・介護分野)
に関する参考資料

平成25年5月10日
厚生労働省

【目次】

■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	
【総報酬割】	2
【市町村国保】	12
国保の保険者	19
国保の財政基盤	31
スケジュール	40
■高齢者医療制度の在り方	49
■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】	
指定・取消権限等	50
■医療保険における療養の範囲の適正化等	52

「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」

【総報酬割】

関連資料

後期高齢者医療制度の総報酬割について

- 「高齢者医療制度に関する検討会」議論の整理について
(2009年3月24日)
 - － 2008年9月24日～2009年3月17日 全7回開催
 - 国保と被用者保険の間は加入者数で均等に分け、被用者保険の中では、財政力の強い保険者が財政力の弱い保険者を支援するものとなるよう、保険者の財政力に応じた応能負担による助け合い・連帯の仕組みにすべき(全面総報酬割)という意見があった。
 - …この際、前期高齢者医療制度には直接公費を投入することとした場合、多額の公費を必要とし、また、国保よりも健保組合等の負担がより軽減されると言った点や公費の投入は国保を優先すべきという意見を含め、十分に検討する。
- 今般の一体改革でこれらの意見(全面総報酬割、浮いた公費の投入は国保優先)の実現を図る必要。

後期高齢者支援金の総報酬割について

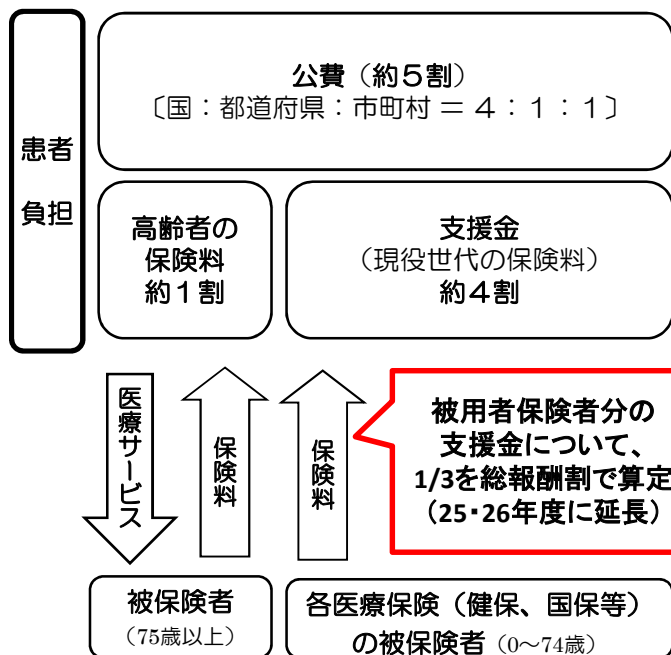
現行

- 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

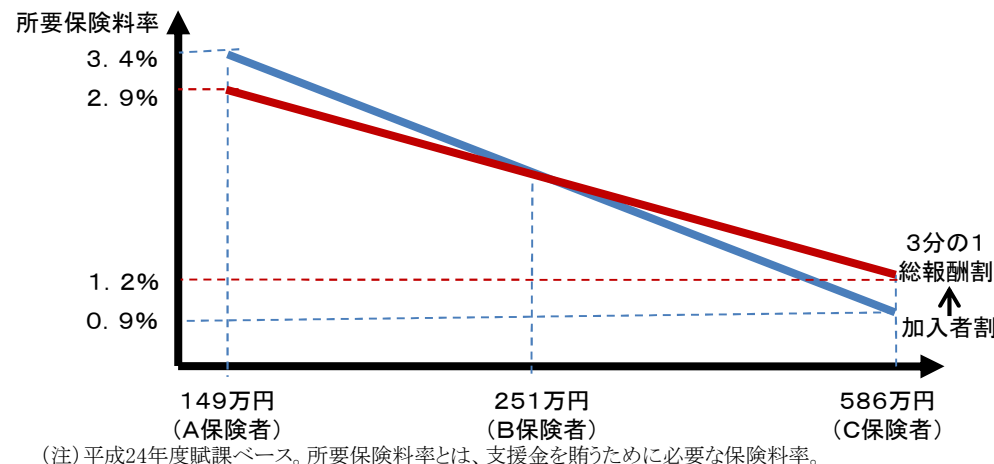
- 平成25年度及び平成26年度の2年間、被用者保険の支援金の3分の1について総報酬割とする特例措置を延長する。

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（H27年度2,300億円）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（H27年度推計）

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆4,300億円 うち公費 2,300億円	1兆2,300億円	3,900億円	3兆600億円
	加入者数	3,400万人(47%)	2,800万人(40%)	900万人(12%)	7,100万人
	1/3 総報酬割	6,000億円	6,800億円	2,400億円	1兆5,300億円
	総報酬額	72.0兆円(40%)	81.5兆円(45%)	28.3兆円(16%)	182.2兆円
	計(①)	2兆400億円	1兆9,200億円	6,200億円	4兆5,800億円
1/2総報酬割(③)		1兆9,800億円	1兆9,500億円	6,500億円	4兆5,800億円
負担額の変化(③-①)		▲600億円	300億円	200億円	±0億円
2/3総報酬割(④)		1兆9,200億円	1兆9,900億円	6,700億円	4兆5,800億円
負担額の変化(④-①)		▲1,100億円	700億円	400億円	±0億円
全面総報酬割(⑤)		1兆8,100億円	2兆600億円	7,100億円	4兆5,800億円
負担額の変化(⑤-①)		▲2,300億円	1,400億円	900億円	±0億円

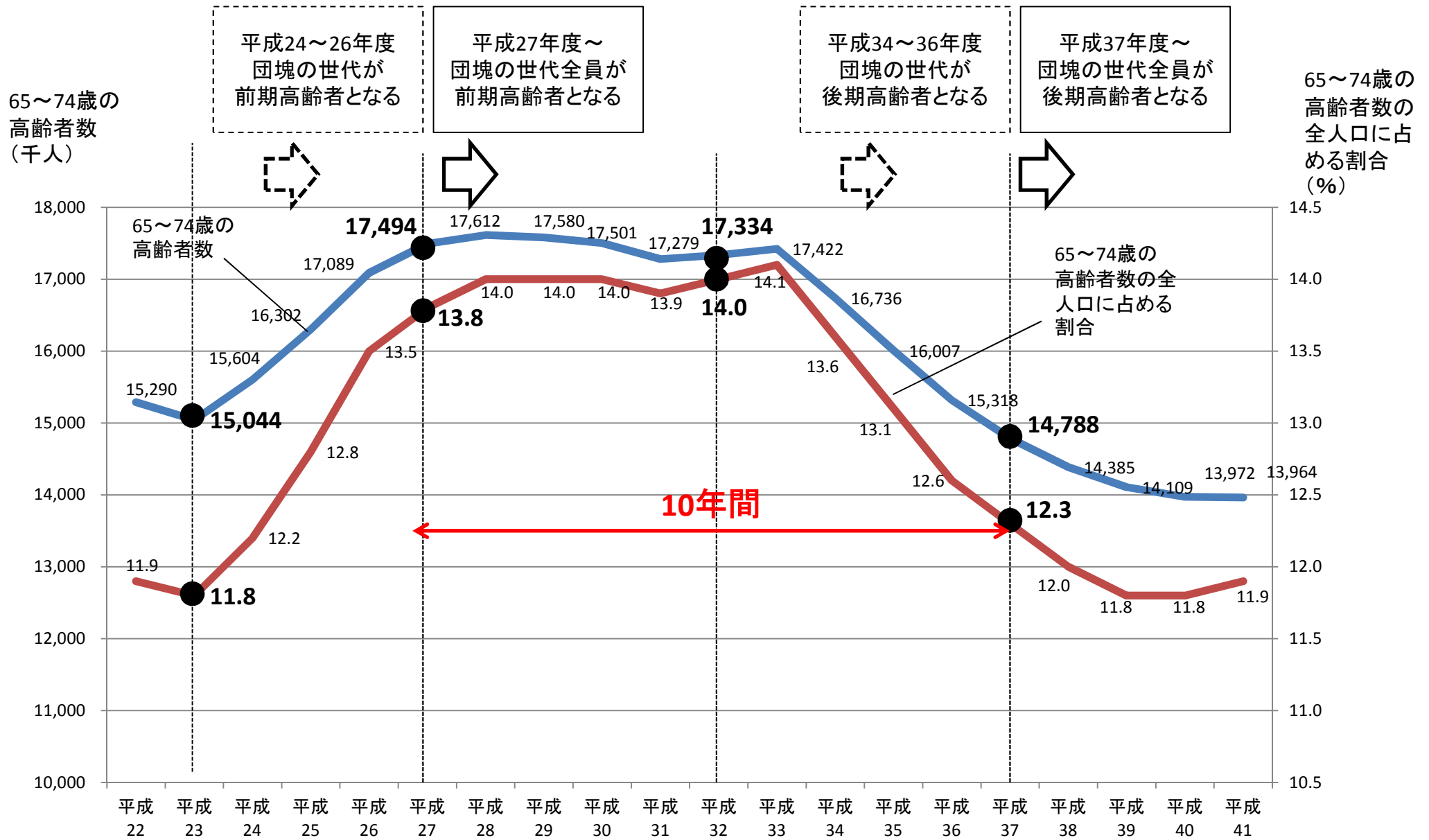
○ 総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数（H27年度推計）

	健保組合	共済
負担増	909	81
負担減	502	4

※ 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。

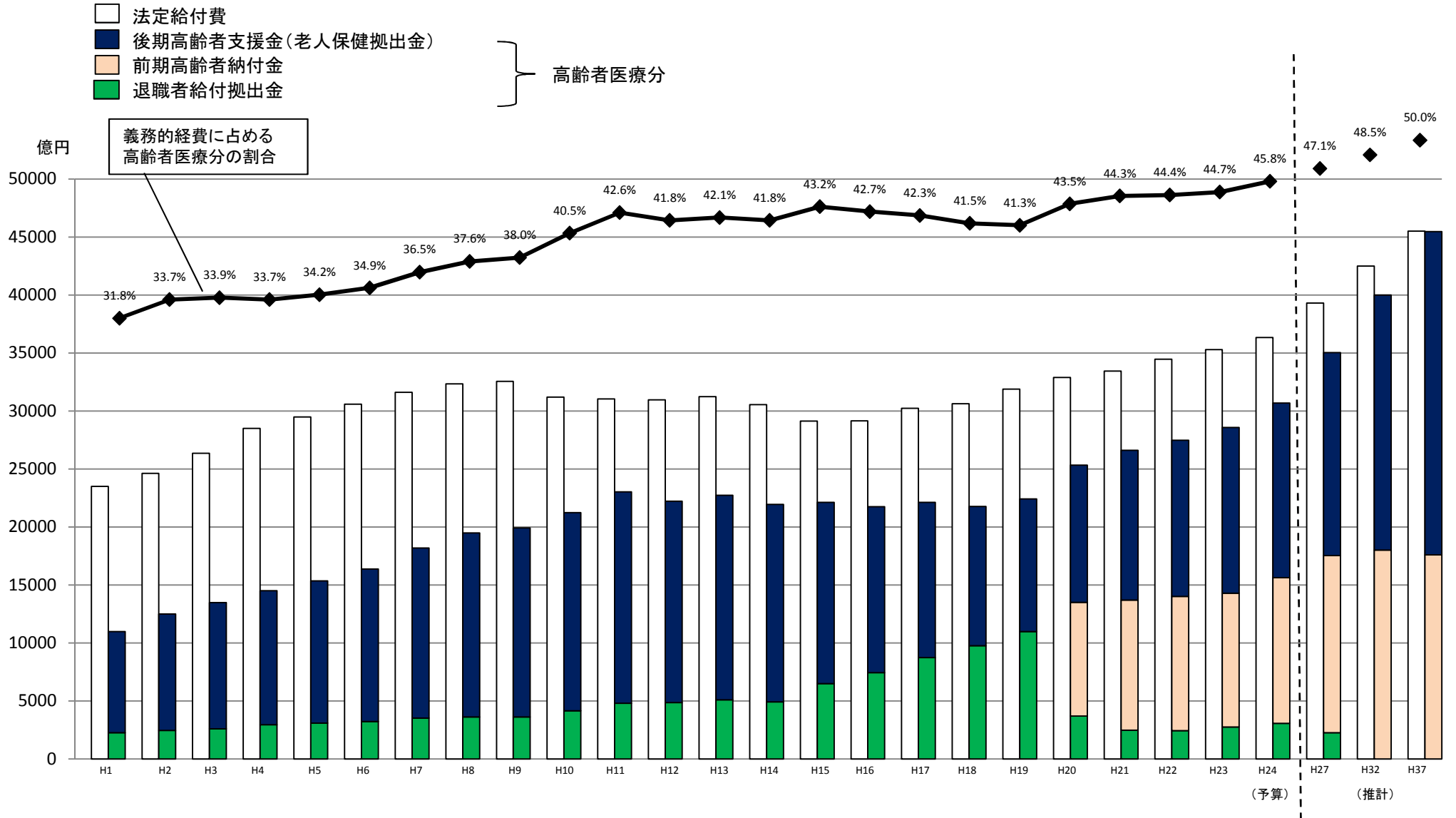
※ 平成25年度予算ベースに基づく推計。

前期高齢者数の推移



(参考1) 日本の将来推計人口(平成24年1月推計)(国立社会保障・人口問題研究所)
 各年10月1日現在人口.平成22(2010)年は,総務省統計局『平成22年国勢調査による基準人口』(国籍・年齢「不詳人口」をあん分補正した人口)による。

高齢者の支援金等の推移(健保組合)



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。

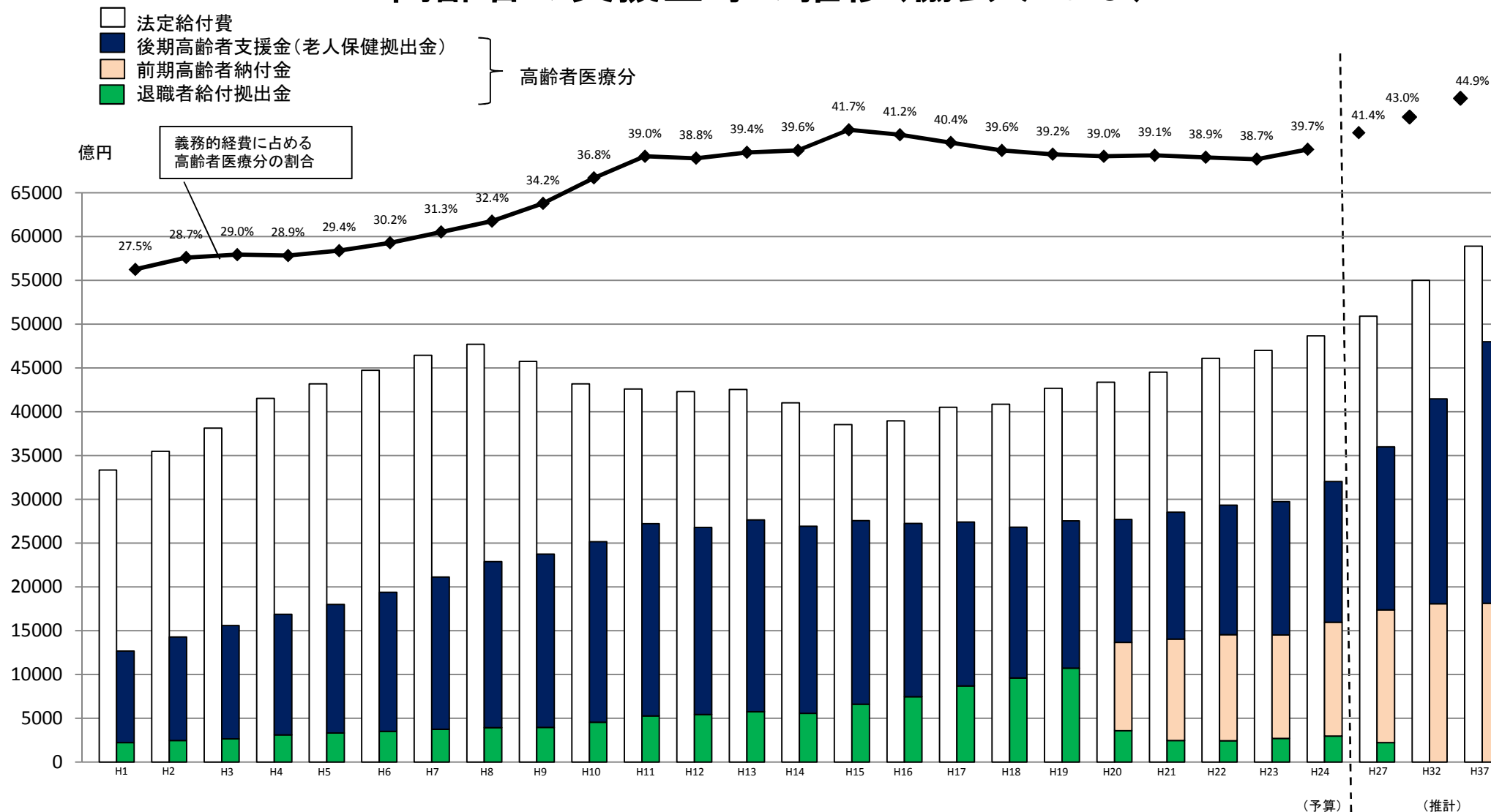
なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成23年度までは実績額を、平成24年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成22年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額を、平成23年度と平成24年度は医療給付費等見込みに基づいた概算額を用いている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

高齢者の支援金等の推移(協会けんぽ)



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。

なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成23年度までは実績額を、平成24年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成22年度までは医療給付費等実績に基づいた確定額を、平成23年度と平成24年度は医療給付費等見込みに基づいた概算額を用いている。

※平成27年度以降は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定」(平成24年3月)の現状投影シナリオをベースに推計。

議論の整理（抄）

（平成25年1月9日社会保障審議会医療保険部会）

2. 高齢者医療制度における支援金の負担の在り方等

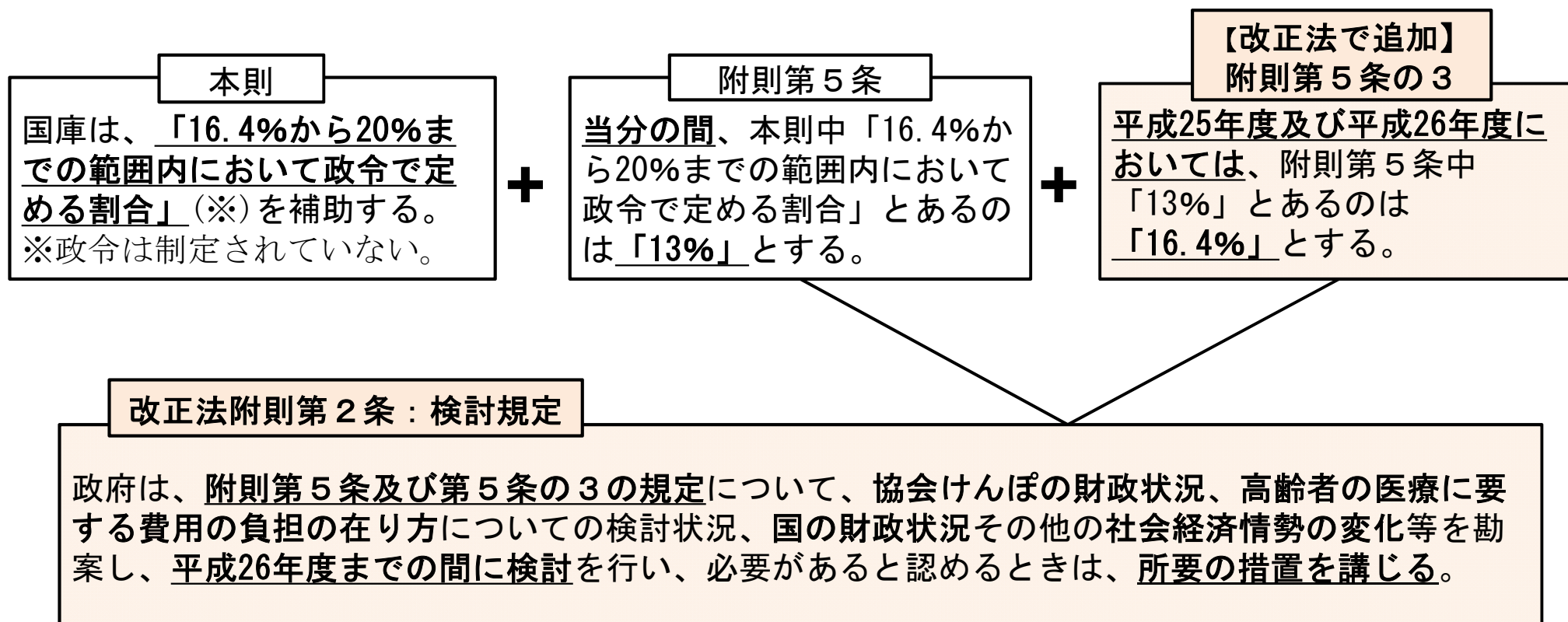
- 高齢者医療制度の見直しについては、平成24年6月15日の3党（自公民）の確認書において、「今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する」とされ、その後成立した社会保障制度改革推進法の規定において、社会保障制度改革国民会議の検討事項とされている。
- 他方、大綱において、「高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。」こととされていることから、当部会では、支援金の総報酬割の在り方を中心に高齢者医療制度の在り方について検討を行った。
- 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な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。

健康保険法等の一部を改正する法律案 (平成25年3月8日国会提出)(抜粋)

附 則 (検討) 第二条

政府は、第一条の規定による改正後の健康保険法附則第五条及び第五条の三(国庫補助率に係る部分に限る。)の規定について、全国健康保険協会が管掌する健康保険の財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討の状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、平成二十六年まで間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずるものとする。

(参考) 国庫補助にかかる健康保険法の条文の構成について



**「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」**

【市町村国保】

関連資料

Ⅱ 新たな地域医療政策について(提言のポイント①)

- ・ 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ることが必要。

【地域医療提供体制の整備について】

- ・ 増大する医療ニーズに対応するためには、病床を急性期・回復期など機能別に区分し、有効活用していくことや、病院間の役割分担・連携が必要不可欠(病院・病床機能の役割分担・連携)。 そのためには、都道府県知事が、地域毎の医療提供体制に関するビジョンを示すことが必要。

※ このビジョンは、将来にわたって持続可能な地域医療提供体制を実現するため、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。

※ また、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することにより、実行可能なビジョンとすることが必要。

※ 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

- ・ このようなビジョンを策定し、実現していくためには、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、都道府県の役割を拡大。

(例) 現在、国が行っている保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与 等

Ⅱ 新たな地域医療政策について(提言のポイント②)

【国民皆保険を最終的に支えている国民健康保険の抜本的見直しについて】

- ・ 国民健康保険は、「医療保険における最後のセーフティネット」であり、国民皆保険を維持するため、その持続可能性の確保は極めて重要な課題。しかしながら、国民健康保険は、毎年度、多額の赤字補填目的の法定外繰入が行われており、持続可能とは言い難い現状。
- ・ また、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在や、地域毎の保険料格差が大きいことも国民健康保険の大きな課題。
- ・ 以上の問題を解決するためには、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ことが適切。
- ・ また、都道府県が国民健康保険の保険者となることにより、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が都道府県に一本化。これにより、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が実現。

※ なお、都道府県が国民健康保険の保険者となった場合でも、保険料徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務は存在。したがって、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。

国保の都道府県単位への広域化①

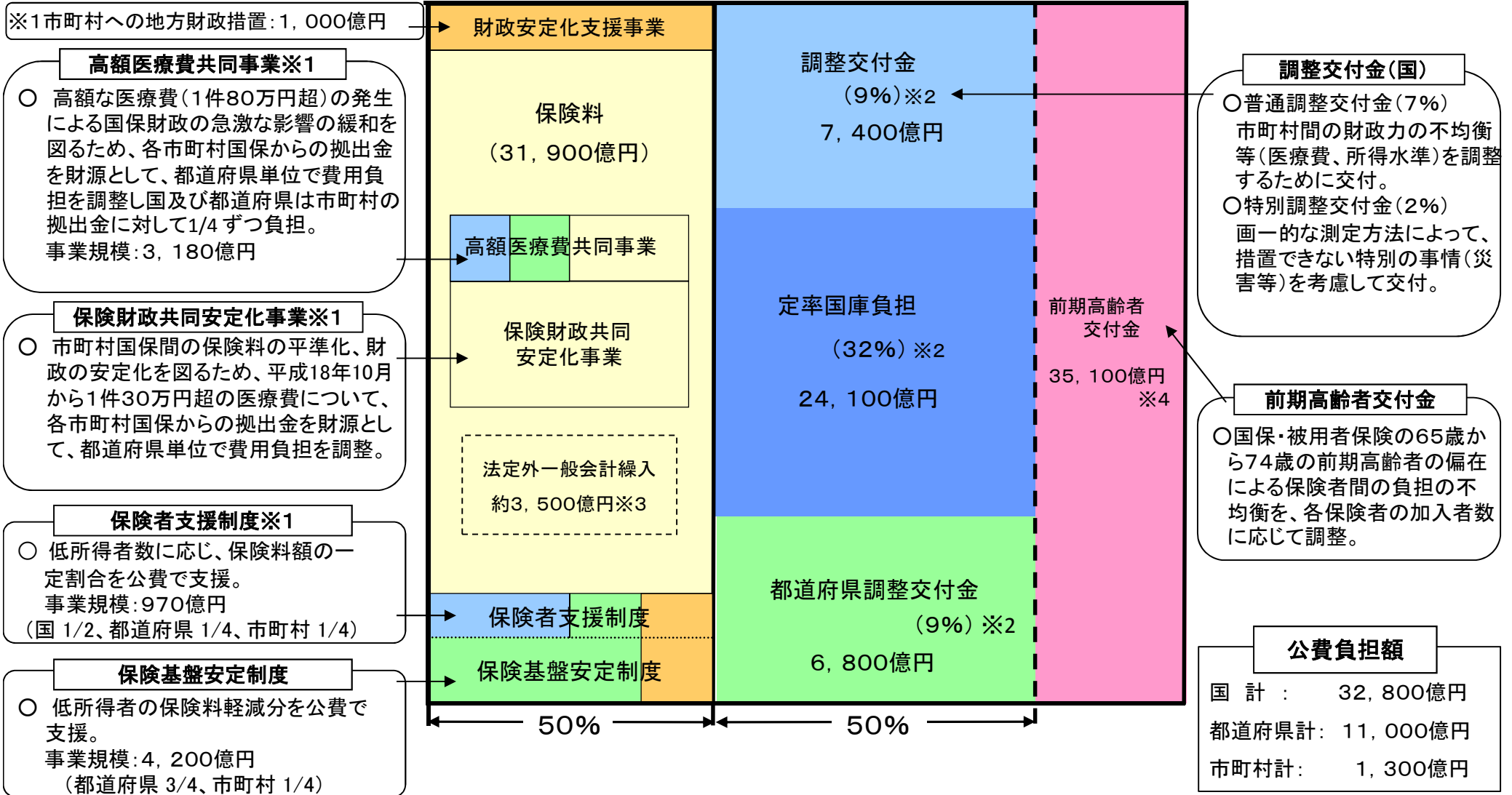
- 医療提供体制改革の実効性を高めるためには、医療計画の策定者である都道府県を国保の保険者とすることにより、保険者機能を通じた受益と負担の牽制を働かせることが効果的。
- 後期高齢者支援金の全面報酬割と国保の都道府県化、さらには後述する(55頁参照)所得の高い被保険者からなる国保組合への定率補助の廃止を一体的に実現すれば、被用者保険者間のみならず市町村間の保険料負担の格差の是正を図ることができることになり、保険制度を通じて「保険料負担に係る国民の負担に関する公平の確保」との『社会保障制度改革推進法』の趣旨を実現でき、消費税率引上げのタイミングにふさわしい改革となる。
- なお、市町村が引き続き責任を持って収納対策、保健事業に取り組む仕組みを確保する必要がある。

国保の保険者

国保財政の現状

医療給付費等総額: 約113,000億円

(25年度 予算案ベース)



※1 平成22年度から平成26年度まで暫定措置。平成27年度以降恒久化。
 ※2 それぞれ給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある。
 ※3 平成23年度決算(速報値)における決算補填等の目的の額 ※4 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる。

市町村国保の構造的な問題への対応の枠組み

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合: 国保(31.3%)、健保組合(2.6%)
- ・一人あたり医療費: 国保(29.9万円)、健保組合(13.8万円)



● 高齢者医療制度

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得: 国保(84万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合: 23.4%

③ 保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.7%)、健保組合(4.8%)
- ※健保は本人負担分のみの推計値



● 財政基盤の強化【新規】

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化
- ② 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

④ 保険料(税)の収納率低下

- ・収納率: 平成11年度 91.38% → 平成23年度 89.39%
- ・最高収納率: 94.60%(島根県) 最低収納率: 85.32%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用

- ・市町村による法定外繰入額: 約3,900億円 うち決算補てん等の目的: 約3,500億円、繰上充用額: 約1,500億円

3. 財政の安定性・市町村格差

⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在

- ・1717保険者中3000人未満の小規模保険者 422 (全体の1/4)



● 財政運営の都道府県単位化の推進【新規】

● 財政調整機能の強化【新規】

⑦ 市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大: 2.6倍(沖縄県) 最小: 1.2倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 6.5倍(秋田県) 最小: 1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大: 2.8倍(長野県) 最小: 1.3倍(富山県)

国保保険料の都道府県内格差（平成22年度）

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり保険料(税)調定額				保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり保険料(税)調定額				
	最大	最小	格差	最大	最小			格差	最大	最小	格差	最大	最小	格差	順位
北海道	猿払村	141,650	上川町	58,002	2.4倍	83,823	14	滋賀県	栗東市	107,734	甲良町	62,677	1.7倍	87,345	3
青森県	平内町	99,225	鶴田町	51,301	1.9倍	76,875	34	京都府	木津川市	92,341	伊根町	46,593	2.0倍	78,049	28
岩手県	矢巾町	84,969	岩泉町	46,871	1.8倍	69,398	45	大阪府	大阪狭山市	97,303	泉南市	72,226	1.3倍	80,173	25
宮城県	富谷町	105,646	七ヶ宿町	49,561	2.1倍	81,760	17	兵庫県	南あわじ市	97,803	新温泉町	53,292	1.8倍	79,757	26
秋田県	大潟村	127,645	小坂町	50,270	2.5倍	75,589	35	奈良県	平群町	106,774	下北山村	46,331	2.3倍	83,816	15
山形県	山形市	100,821	小国町	56,639	1.8倍	80,707	24	和歌山県	九度山町	90,843	古座川町	45,424	2.0倍	77,040	32
福島県	泉崎村	88,889	昭和村	49,164	1.8倍	76,981	33	鳥取県	鳥取市	77,992	智頭町	55,328	1.4倍	72,707	41
茨城県	境町	101,675	東海村	53,919	1.9倍	82,312	16	島根県	出雲市	88,191	飯南町	58,744	1.5倍	78,028	30
栃木県	上三川町	107,542	那珂川町	61,877	1.7倍	88,516	1	岡山県	早島町	90,492	美咲町	52,985	1.7倍	80,962	22
群馬県	吉岡町	104,873	上野村	61,714	1.7倍	87,422	2	広島県	坂町	87,400	神石高原町	52,238	1.7倍	81,117	20
埼玉県	所沢市	100,070	小鹿野町	52,875	1.9倍	85,298	11	山口県	岩国市	99,561	周防大島町	61,201	1.6倍	86,890	5
千葉県	白井市	100,771	成田市	66,016	1.5倍	86,368	9	徳島県	徳島市	98,100	那賀町	57,197	1.7倍	81,097	21
東京都	千代田区	115,724	三宅村	42,035	2.8倍	80,730	23	香川県	多度津町	96,567	綾川町	64,063	1.5倍	81,425	19
神奈川県	南足柄市	105,231	座間市	74,045	1.4倍	85,706	10	愛媛県	四国中央市	100,161	愛南町	53,119	1.9倍	73,700	39
新潟県	粟島浦村	93,615	津南町	55,285	1.7倍	75,568	36	高知県	馬路村	85,625	三原村	42,870	2.0倍	71,974	43
富山県	黒部市	92,447	氷見市	72,507	1.3倍	78,788	27	福岡県	広川町	88,107	添田町	51,681	1.7倍	74,645	37
石川県	白山市	98,168	七尾市	70,590	1.4倍	85,012	12	佐賀県	基山町	96,865	大町町	66,558	1.5倍	81,578	18
福井県	美浜町	91,955	池田町	53,427	1.7倍	77,879	31	長崎県	大村市	82,290	小値賀町	50,156	1.6倍	69,653	44
山梨県	富士河口湖町	107,192	小菅村	60,412	1.8倍	83,859	13	熊本県	あさぎり町	91,958	玉東町	52,517	1.8倍	73,690	40
長野県	南牧村	101,496	大鹿村	36,807	2.8倍	73,871	38	大分県	臼杵市	89,461	姫島村	47,456	1.9倍	78,048	29
岐阜県	美濃加茂市	100,408	飛騨市	60,563	1.7倍	86,641	7	宮崎県	川南町	91,362	日之影町	56,276	1.6倍	72,680	42
静岡県	牧之原市	99,712	川根本町	55,902	1.8倍	87,180	4	鹿児島県	中種子町	82,944	三島村	34,238	2.4倍	67,573	46
愛知県	田原市	100,194	豊根村	50,072	2.0倍	86,829	6	沖縄県	北大東村	70,642	粟国村	31,242	2.3倍	53,524	47
三重県	木曾岬町	102,845	大紀町	55,992	1.8倍	86,619	8								

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。
(注2) 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。
(※)平成22年度 国民健康保険事業年報を基に作成

1人当たり保険料(税)全国平均：81,021円

国保保険料の都道府県内格差

- 都道府県内の市町村間の保険料格差は、1.28倍(富山県)~2.75倍(東京都)。
- 仮に都道府県内の平均保険料に統一する場合、多くの市町村で保険料が値上げとなる。
- 仮に都道府県内の平均保険料に統一する場合、値上げ幅は、
 - ・ 最大で約39,000円(東京都、格差2.75倍)。
 - ・ 都道府県内の市町村間の保険料格差が平均的(愛知県・京都府・和歌山県・高知県、格差2.0倍)な都道府県においても、約29,000円~37,000円。

■ 保険料の都道府県内格差

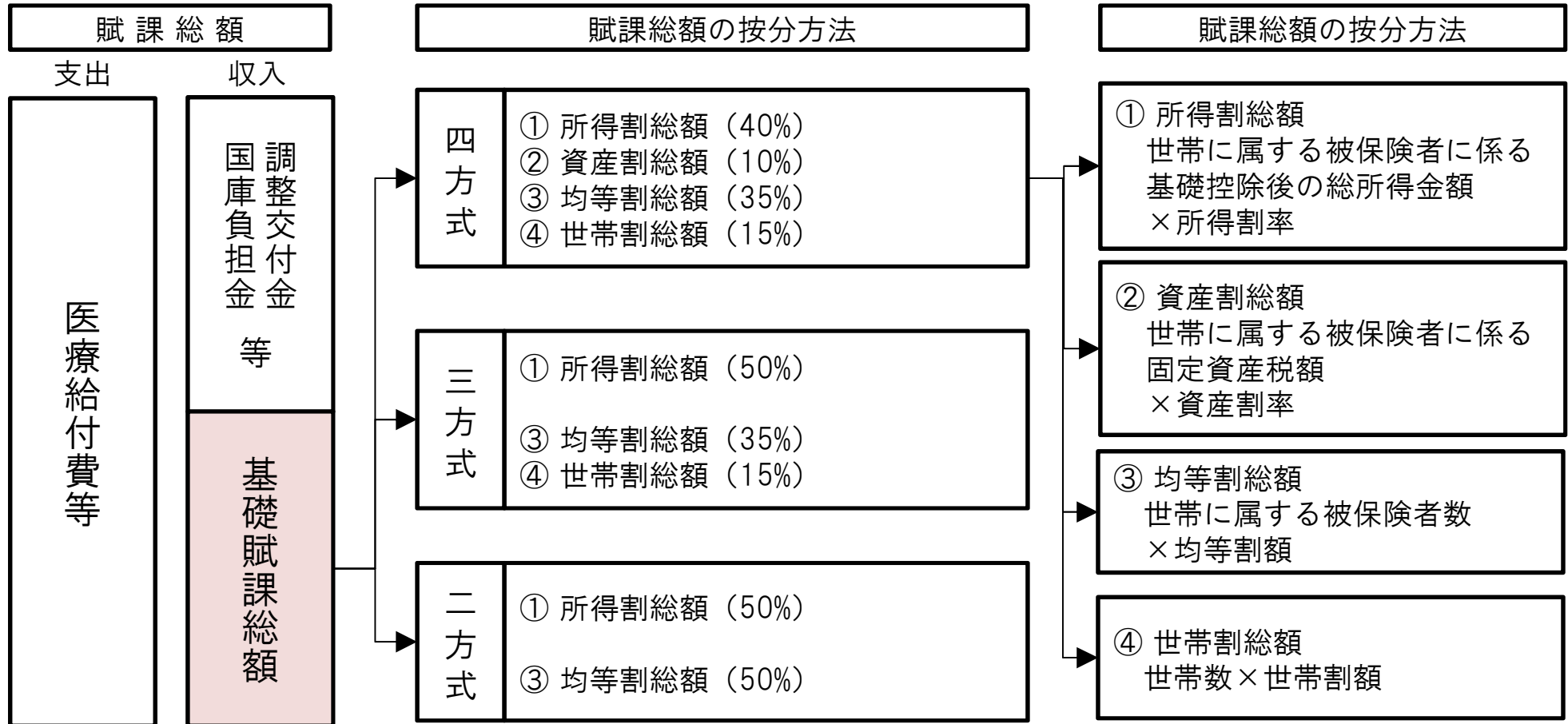
格差(倍)	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
都道府県(47)	1 富山	4 神奈川 石川 大阪 鳥取	4 千葉 島根 香川 佐賀	3 山口 長崎 宮崎	10 栃木 群馬 新潟 福井 岐阜 滋賀 岡山 広島 徳島 福岡	8 岩手 山形 福島 山梨 静岡 三重 兵庫 熊本	5 青森 茨城 埼玉 愛媛 大分	4 愛知 京都 和歌山 高知	1 宮城	0	2 奈良 沖縄	2 北海道 鹿児島	1 秋田	0	0	2 東京 長野

■ 都道府県内の平均保険料と最小保険料の差

差額	1万円未満	1万円以上 1.5万円未満	1.5万円以上 2万円未満	2万円以上 2.5万円未満	2.5万円以上 3万円未満	3万円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 4万円未満
都道府県(47)	2 富山 大阪 差額最小 富山：6,281円	2 神奈川 石川	6 鳥取 島根 香川 佐賀 長崎 宮崎	12 岩手 山形 千葉 新潟 福井 山梨 滋賀 徳島 愛媛 福岡 熊本 沖縄	13 北海道 青森 秋田 福島 茨城 栃木 群馬 岐阜 徳島 愛媛 福岡 熊本 岡山 広島 山口 高知	8 宮城 埼玉 静岡 三重 京都 和歌山 大分 鹿児島 高知：29,104円 京都：31,455円 和歌山：31,616円 愛知：36,757円	4 東京 長野 愛知 奈良 差額最大 東京：38,695円

(※)平成22年度 国民健康保険事業年報を基に作成

国民健康保険料（税）賦課基準



■ 国民健康保険料（税）の賦課方式別保険者数

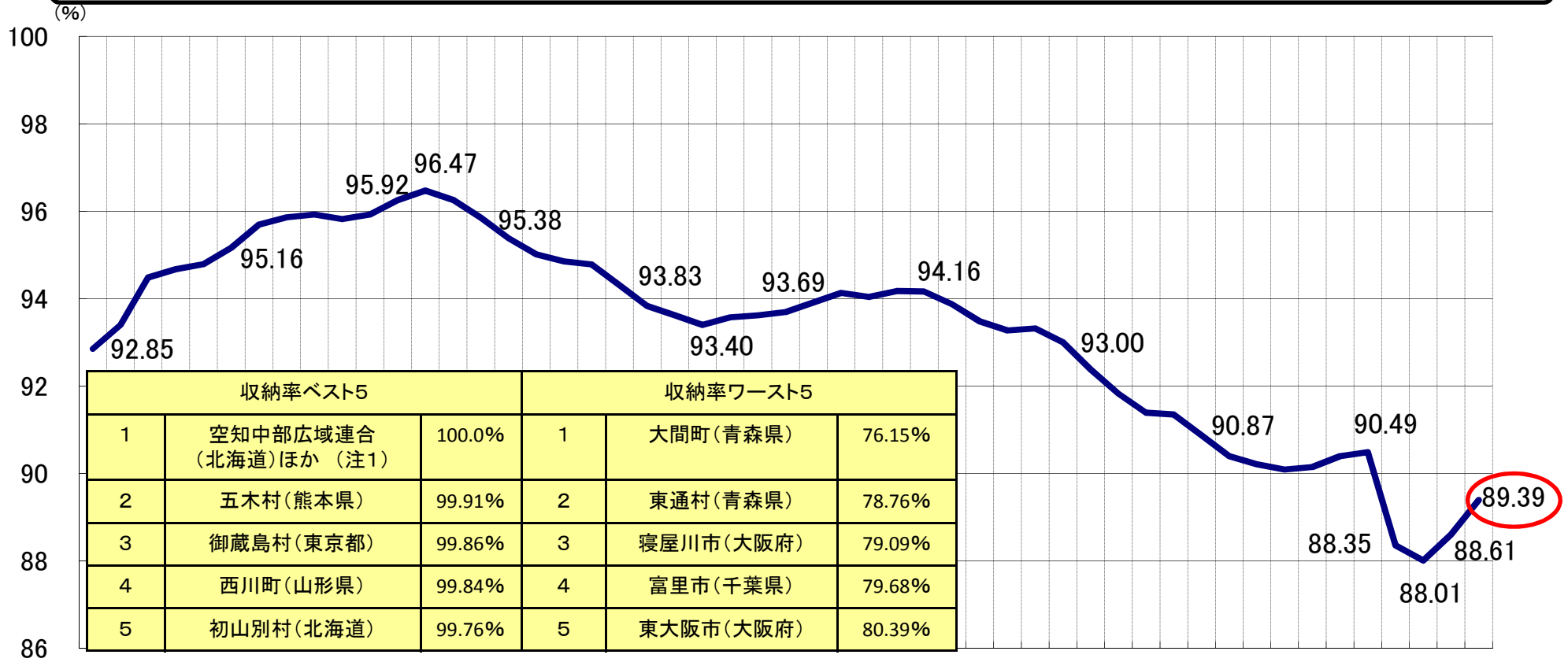
（平成22年度末現在）

区分	保険者数	保険者数による構成比
四方式	1, 187	70.4%
三方式	449	26.6%
二方式	50	3.0%
合計	1, 686	100.0%

- ※1 不均一課税の保険者(37保険者)を除く。
- ※2 計数は、四捨五入によっているため、端数において合致しないものがある。
- ※3 「平成22年度国民健康保険事業年報」より。
- ※4 基礎賦課分(医療給付費等にかかるもの)の賦課方式別保険者数。(基礎賦課分(他、後期高齢者支援金等、介護納付金にかかるものがある。))

市町村国保の保険料（税）の収納率（現年度分）の推移

平成23年度の保険料（税）の収納率は、89.39%に上昇したが、依然として90%を下回っている。



昭和36年度から平成23年度までの収納率推移を示す折線グラフ。縦軸は収納率（%）で86から100まで表示されている。横軸は年度で昭和36年から平成23年まで表示されている。データポイントは毎年記載されており、平成23年度の89.39%は赤い円で強調されている。

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

(注1) 平成23年度の収納率上位1位は、空知中部広域連合(北海道)、後志広域連合(北海道)、檜枝岐村(福島県)、鮫川村(福島県)、川内村(福島県)、青ヶ島村(東京都)、粟島浦村(新潟県)、小菅村(山梨県)、丹波山村(山梨県)、根羽村(長野県)、下條村(長野県)、売木村(長野県)、大鹿村(長野県)、下北山村(奈良県)、知夫村(島根県)、西米良村(宮崎県)及び諸塚村(宮崎県)の17保険者である。

(注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

(注3) 平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。

(注4) 平成23年度は速報値である。

市町村国保の保険者規模別収納率

年度	全国平均		市部平均		政令都市 及び特別区		中核市		10万人以上		5万人以上 10万人未満		5万人未満		町村部平均	
	増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
19	90.49	0.09	90.13	0.11	88.32	0.50	89.94	▲ 0.27	89.05	0.04	90.44	0.05	91.98	0.05	93.47	▲ 0.04
20	88.35	▲ 2.13	87.91	▲ 2.22	85.97	▲ 2.36	87.48	▲ 2.47	85.49	▲ 3.56	87.51	▲ 2.93	89.85	▲ 2.12	92.08	▲ 1.39
21	88.01	▲ 0.34	87.58	▲ 0.33	85.89	▲ 0.08	87.16	▲ 0.32	85.56	0.07	86.69	▲ 0.82	89.47	▲ 0.38	91.88	▲ 0.20
22	88.61	0.59	88.19	0.60	86.30	0.41	87.91	0.75	86.56	1.00	87.32	0.63	90.12	0.65	92.42	0.56
23	89.39	0.78	89.01	0.82	87.42	1.12	88.63	0.72	87.31	0.75	88.00	0.68	90.81	0.69	92.98	0.56

(注1) 市部内訳における保険者規模は、年度平均の被保険者数による。

(注2) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

【出典】平成23年度国民健康保険(市町村)の財政状況(速報)

後期高齢者医療制度の保険料収納率の推移

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
98.75%	99.00%	99.10%	99.20%

(出典)厚生労働省保険局「平成23年度後期高齢者医療事業年報」

(参考)市町村国保における保険者の規模と健診実施率との関係

(1) 行政区分

健診実施率の上位に位置する保険者は、全保険者と比較して、相対的に村や町が多く、市が少ない。

	健診実施率50.9%以上 (約上位から10%保険者)		健診実施率21%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
村	65	36.9%	8	4.6%	182	10.4%
町	85	48.3%	75	42.9%	757	43.3%
市	26	14.8%	72	41.1%	686	39.2%
特例市	0	0.0%	4	2.3%	39	2.2%
中核市	0	0.0%	10	5.7%	41	2.3%
政令指定都市	0	0.0%	6	3.4%	20	1.1%
特別区	0	0.0%	0	0.0%	23	1.3%
合計	176	100.0%	175	100.0%	1748	100.0%

(2) 健診対象者の規模

健診実施率の上位に位置する保険者は、500人未満が20.5%を占めている。

	健診実施率50.9%以上 (上位から約10%保険者)		健診実施率21%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
500人未満	36	20.5%	5	2.9%	74	4.2%
500~1,000人未満	32	18.2%	14	8.0%	129	7.4%
1,000~5,000人未満	78	44.3%	61	34.9%	666	38.1%
5,000~10,000人未満	17	9.7%	41	23.4%	343	19.6%
10,000~50,000人未満	13	7.4%	38	21.7%	449	25.7%
50,000~100,000未満	0	0.0%	10	5.7%	61	3.5%
100,000~500,000人未満	0	0.0%	5	2.9%	25	1.4%
500,000~10,000,000未満	0	0.0%	1	0.6%	1	0.1%
10,000,000人以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書（概要）

平成24年度厚生労働省委託事業（平成25年3月みずほ情報総研株式会社）

○ 保険者機能とは「保険者が果たしている（果たすべき）役割・機能」であり、以下の①～⑥と整理。

保険者とは

医療費の資金調達（ファイナンス）に関し社会保険方式を採用
⇒ 保険運営を行う主体が必要（＝保険者）

医療にはファイナンスの前に
医療サービスの提供・受療という過程がある
⇒ 保険者は医療の共同購入組織・加入者の健康の保持増進を図る必要

保険者機能とは

① 被保険者の適用（資格管理） ③ 保険給付（付加給付も含む）
② 保険料の設定・徴収 ④ 審査・支払

⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

加入者のエージェントとして、加入者の利益の最大化を図る観点から、具体的に整理すると…

- ① 適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと
- ② 加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと
- ③ 必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと
- ④ レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと
- ⑤ レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること
 - ・ 加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと
 - ・ 医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること
- ⑥ 医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと
 - ・ レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること

- ※1 保険者機能の発揮には、一定の体制整備とコストが必要であり、保険者機能と一口にいても、複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものがあること、保険者種別ごとの制度上の違いがあること、保険者ごとの置かれている状況に応じて最重要課題として取り組んでいることが異なることなどを踏まえた対応が必要。
- ※2 複数の保険者が共同して行うことになじむもの、保険者全体（例えば保険者協議会）で対応すべきものなど、個々の保険者機能の内容・性格等を踏まえた対応が必要。29

国民健康保険事業の事務の広域化（保険料賦課・徴収方法の比較）

- 現在、国民健康保険事業を広域連合により実施しているのは、空知（そらち）中部広域連合（北海道：6市町）、大雪（だいせつ）地区広域連合（北海道：3町）、後志（しりべし）広域連合（北海道：16町村）、最上地区広域連合（山形：4町村）の4例。
- 広域連合により国保事業を実施する場合の保険料の賦課・徴収について、大きく以下2つの方法がある。

	分賦金方式	直接賦課方式
広域連合名	空知中部広域連合（北海道） 後志広域連合（北海道）	大雪地区広域連合（北海道） 最上地区広域連合（山形）
賦課主体	各市町村	広域連合
料／税	各市町村において選択可 （空知：6市町すべて国保税） （後志：16町村すべて国保税）	国保税のみ可
賦課基準	各市町村が独自に選択 （空知：5市町4方式、1町3方式） （後志：16町村すべて4方式）	構成市町村すべて統一 （大雪：4方式） （最上：4方式）
徴収主体	各市町村	各市町村
未納が生じた場合の財政責任	各市町村 ※広域連合は給付に必要な額を市町村に分賦金として賦課し、市町村は収納率に関わらず分賦金を納付 （分賦金納付率100%）	広域連合 ※市町村は徴収した額のみ納付
収納率 （平成23年度）	空知：97.2% 後志：94.7% ※広域連合を構成する市町村全体の収納率	大雪：94.8% 最上：92.2%

（注）直接賦課方式においても、広域連合を構成する市町村をいくつかのグループに分類し、グループごとに賦課基準を決定する方式（不均一方式）が制度上は可能であるが、実例はない。

国保の財政基盤

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成22年度	平成23年度(速報)
単年度収入	保 険 料 (税)	29,861	30,411
	国庫支出金	33,196	34,359
	療養給付費交付金	6,028	7,174
	前期高齢者交付金	27,142	29,569
	都道府県支出金	8,720	8,956
	一般会計繰入金 (法定分)	4,332	4,282
	一般会計繰入金 (法定外)	3,979	3,903
	共同事業交付金	14,384	14,767
	直診勘定繰入金	1	3
	そ の 他	375	407
合 計		128,019	133,831
単年度支出	総 務 費	2,047	1,890
	保 険 給 付 費	88,291	90,821
	後期高齢者支援金	14,518	15,915
	前期高齢者納付金	25	47
	老人保健拠出金	199	7
	介 護 納 付 金	6,271	6,887
	保 健 事 業 費	924	968
	共同事業拠出金	14,355	14,752
	直診勘定繰出金	49	46
	そ の 他	1,046	1,478
合 計		127,726	132,811
単年度収支差引額 (経常収支)		293	1,019
国庫支出金精算額		▲611	▲534
精算後単年度収支差引額 (A)		▲318	486
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		3,582	3,508
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,900	▲3,022
前年度繰上充用金 (支出)		1,811	1,527

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

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

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

(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(注4) 決算補填等のための一般会計繰入金 (B) は、平成21年度から東京都財政調整交付金分を含めた計算となっている。

(注5) 平成23年度は速報値である。

法定外一般会計繰入れ（決算補填目的等）及び前年度繰上充用に関する保険者の状況

	一般会計繰入(決算補填目的等) 又は繰上充用を行っている保険者	いずれも行っていない保険者	全国
対象保険者数	1061保険者	656保険者	1717保険者
一人あたり保険料調定額	9.0万円	8.5万円	9.0万円
一人あたり旧ただし書き所得	64.9万円	50.9万円	62.8万円
保険料調定額 ／旧ただし書き所得 (保険料負担率)	13.9%	16.8%	14.3%

(注1) 保険料調定額は、平成23年度事業年報（速報）を基に作成している。

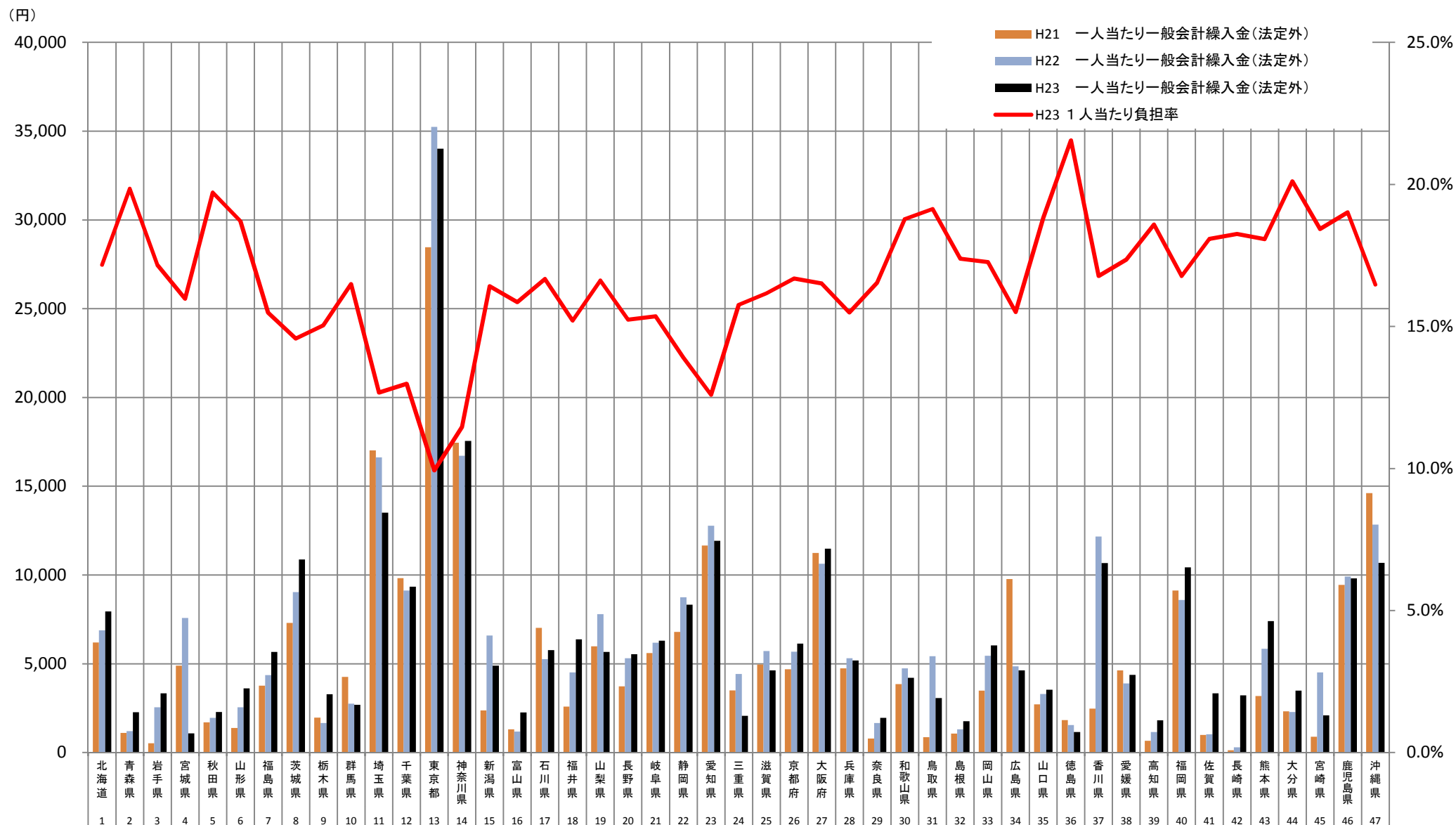
(注2) 保険料調定額は介護保険分を含んでいる。

(注3) 「旧ただし書き所得」は、平成23年度国民健康保険事業実態調査報告（保険者票）を基に作成している。

(注4) 「旧ただし書き所得」は、総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額。

1人当たり一般会計繰入金（法定外）の都道府県別繰入状況

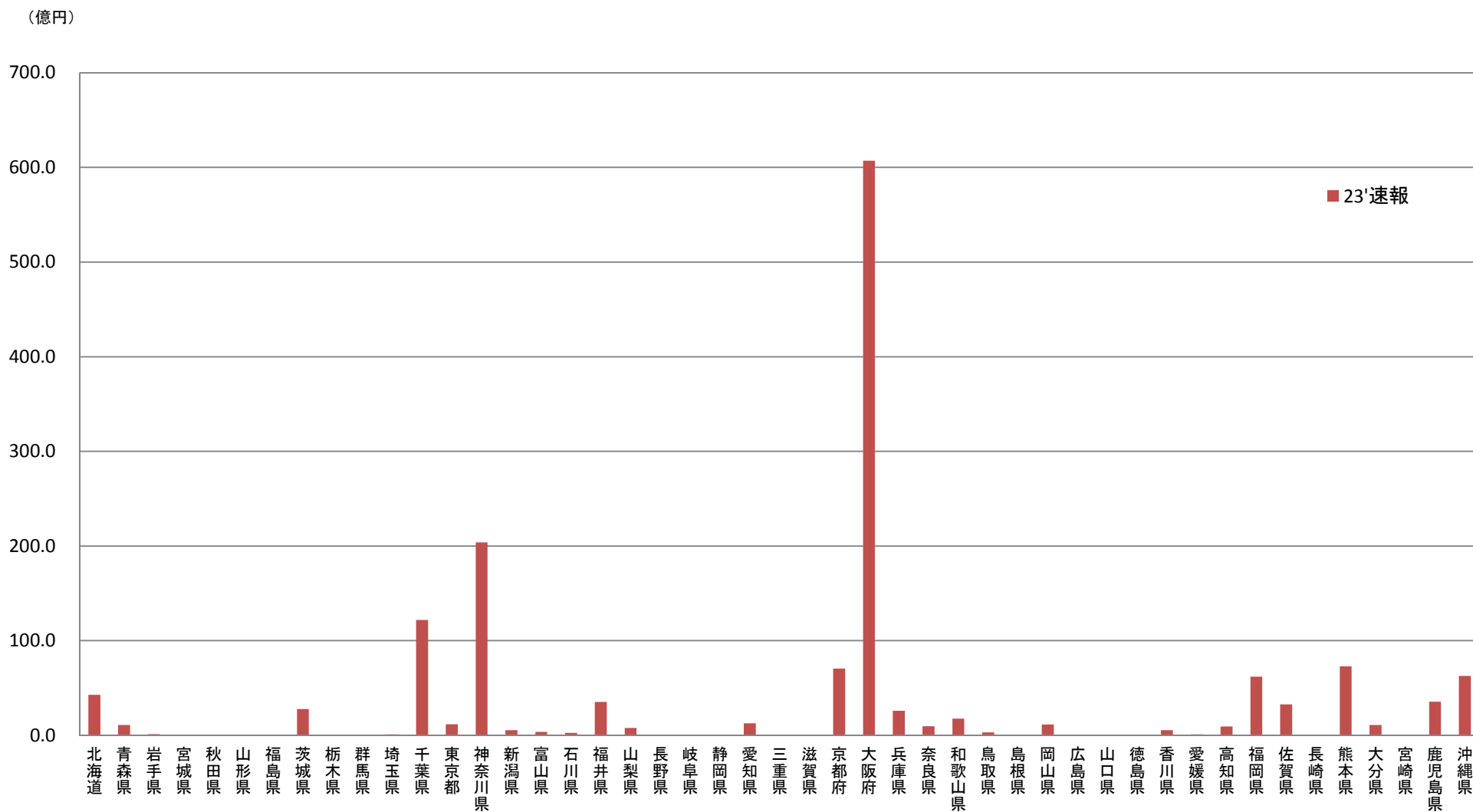
○ 平成23年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知は保険料負担率が低い。



(出所) 国民健康保険事業年報、「国民健康保険事業実施状況報告」(平成23年度は速報値)所得
 (注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。
 (注2) 一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書き所得で除したものである。

前年度繰上充用金の状況（平成23年度）

○ 前年度繰上充用金は約1,530億円。うち大阪府内の市町村の合計が約607億円であり、全体の約4割を占める。



(出所)国民健康保険事業年報 (注)平成23年度の速報値である。

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

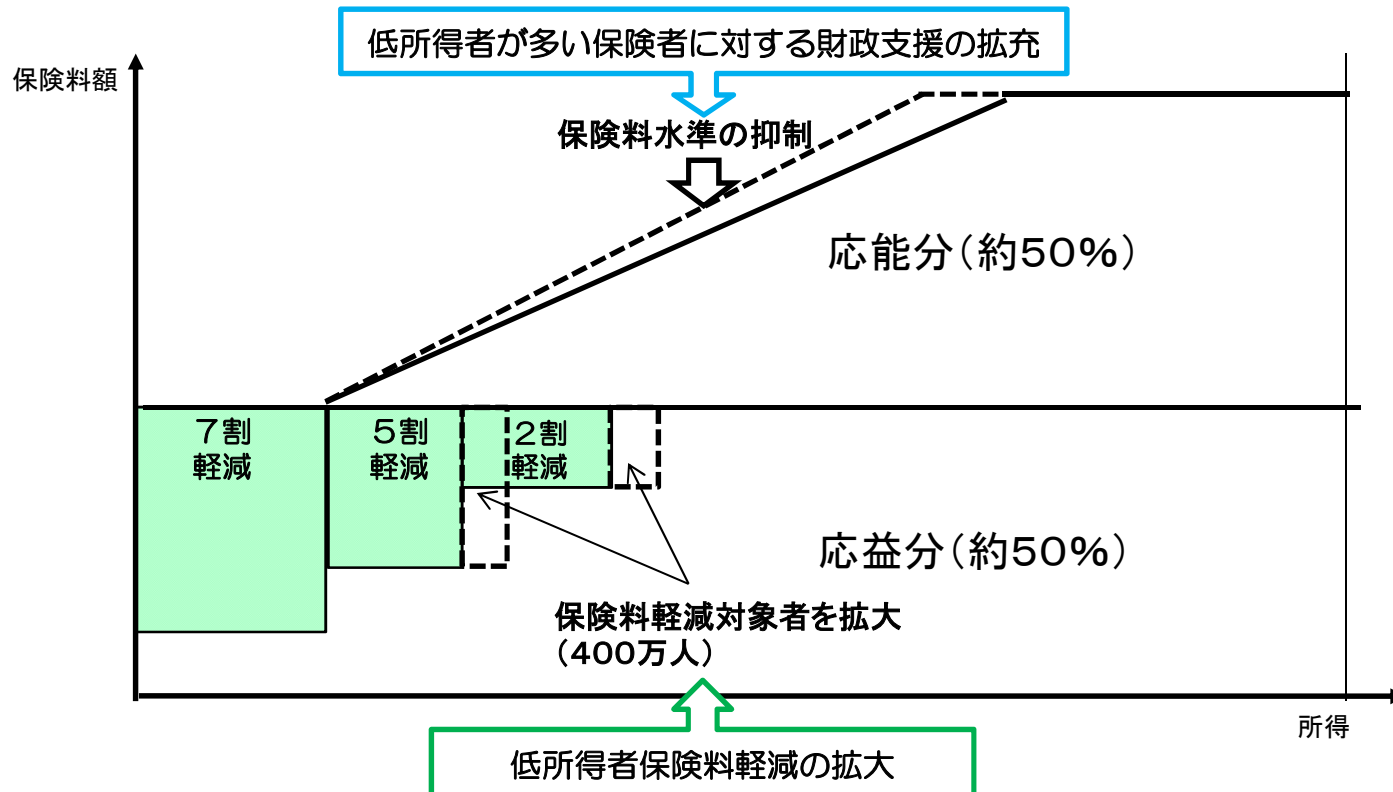
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆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



国の調整交付金と都道府県調整交付金の役割分担について

1. 調整交付金の概要と趣旨

(1) 国の調整交付金(法律で給付費等の9%と規定)

① 普通調整交付金:(政令で給付費等の7%と規定)

→ 医療費や所得格差を全国レベルで調整
(実際の市町村別の交付額は、所得水準の低い市町村は7%以上、所得水準の高い市町村は7%以下となる。)

② 特別調整交付金:(政令で給付費等の2%と規定)

→ 災害等による保険料減免、原爆、結核等、地域的な特殊事情による給付費増など全国レベルの財政調整が望ましいもの、保健事業など施策の推進に必要な取組等に対して交付

(2) 都道府県調整交付金(法律で給付費等の9%と規定)

① 普通調整交付金に相当するもの(政令で1号交付金として考慮すべき事項を規定)

→ 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格差を調整

② 特別調整交付金に相当するもの(政令で2号交付金として考慮すべき事項を規定)

→ 国民健康保険事業の運営の安定化に資する事業の実施状況その他国民健康保険の財政に影響を与える特別な事情に応じて交付

(例) 広域連合による保険運営など国保運営の広域化に際しての保険料平準化を支援するもの

国・調整交付金

普通調整交付金(7%)

特別調整交付金
(2%)

都道府県調整交付金

普通調整交付金相当(6%)

特別調整交付金相当
(3%)

(注) 都道府県調整交付金における普通調整交付金相当額と特別調整交付金相当額の割合については、「都道府県調整交付金配分ガイドライン(平成17年6月17日保険局長通知)」に目安が示されており、各都道府県は、条例に具体的な割合を規定している。

都道府県調整交付金の交付状況（平成23年度）

都道府県調整交付金(総額)	(百万円)	1号交付金に 占める割合	2号交付金に 占める割合	総額に占める 1号・2号の割合
	507,806			100%
(1) 1号交付金	439,798	100%		86.6%
I 定率交付	345,059	78.5%		
II 定率交付以外(財政調整)	94,739	21.5%		
(2) 2号交付金	68,008		100%	13.4%
I 災害等による給付費増	2,064		3.0%	
II 共同事業の拠出超過額に対する激変緩和措置	5,460		8.0%	
III 国保運営の広域化に際し保険料平準化を支援	103		0.2%	
IV 医療費適正化・収納率向上等の取組に係る事業費支援	11,762		17.3%	
医療費適正化に係る取組	5,517		8.1%	
収納率向上に係る取組	2,572		3.8%	
各種保健事業	3,673		5.4%	
V 医療費適正化・収納率向上等の成績評価	36,314		53.4%	
医療費の適正化に係るもの	6,433		9.5%	
収納率の向上に係るもの	16,344		24.0%	
上記以外に係るもの	13,537		19.9%	
VI その他	12,304		18.1%	

(注) 平成23年度における都道府県調整交付金における1号交付金と2号交付金の割合は、「都道府県調整交付金配分ガイドライン(平成17年6月17日保険局長通知)」において、6:1(85.7%:14.3%)という目安を示していた。

都道府県調整交付金（1号交付金）の交付状況（平成23年度）

定率(財政調整無し)	定率・財政調整型併用	財政調整型
34／47	6／47	7／47

1	北海道	財政調整型	17	石川県	定率	33	岡山県	定率
2	青森県	定率	18	福井県	定率	34	広島県	定率
3	岩手県	定率	19	山梨県	定率	35	山口県	定率
4	宮城県	定率	20	長野県	定率	36	徳島県	定率
5	秋田県	財政調整型	21	岐阜県	財政調整型	37	香川県	定率・財政調整型併用
6	山形県	定率	22	静岡県	定率	38	愛媛県	定率
7	福島県	定率	23	愛知県	定率	39	高知県	財政調整型
8	茨城県	定率	24	三重県	定率	40	福岡県	定率
9	栃木県	定率	25	滋賀県	財政調整型	41	佐賀県	定率・財政調整型併用
10	群馬県	定率	26	京都府	定率	42	長崎県	定率
11	埼玉県	定率	27	大阪府	財政調整型	43	熊本県	定率・財政調整型併用
12	千葉県	定率	28	兵庫県	財政調整型	44	大分県	定率
13	東京都	定率・財政調整型併用	29	奈良県	定率	45	宮崎県	定率
14	神奈川県	定率	30	和歌山県	定率	46	鹿児島県	定率
15	新潟県	定率	31	鳥取県	定率・財政調整型併用	47	沖縄県	定率
16	富山県	定率	32	島根県	定率・財政調整型併用			

スケジュール

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

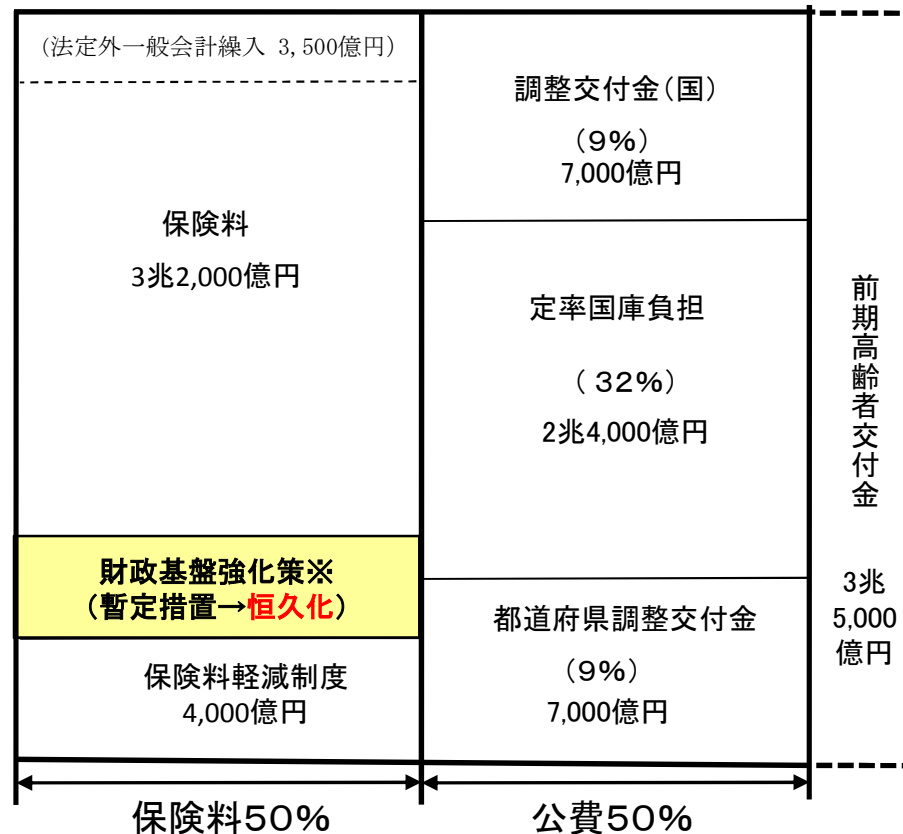
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

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。

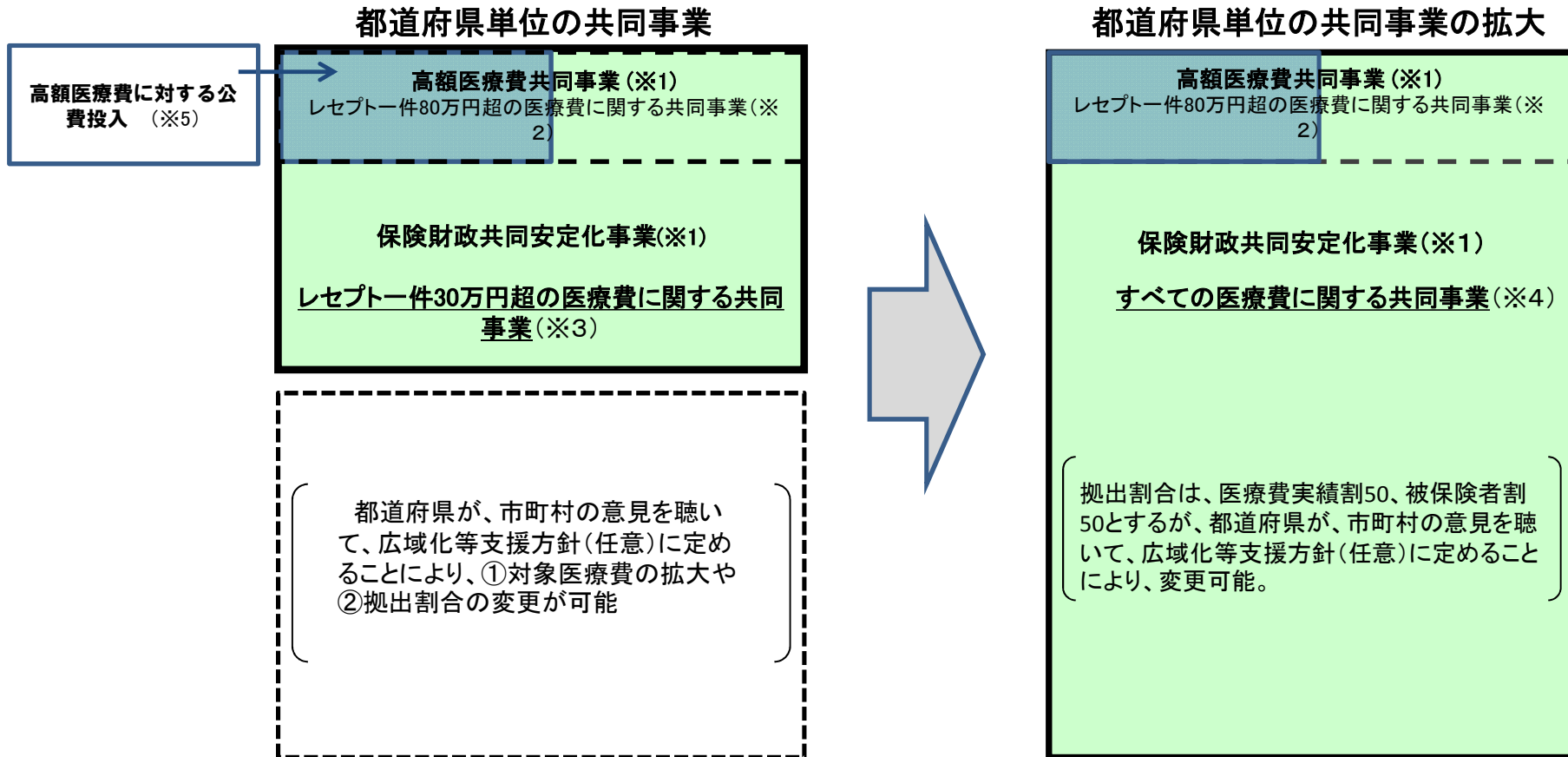
財政運営の都道府県単位化の推進

○ 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】

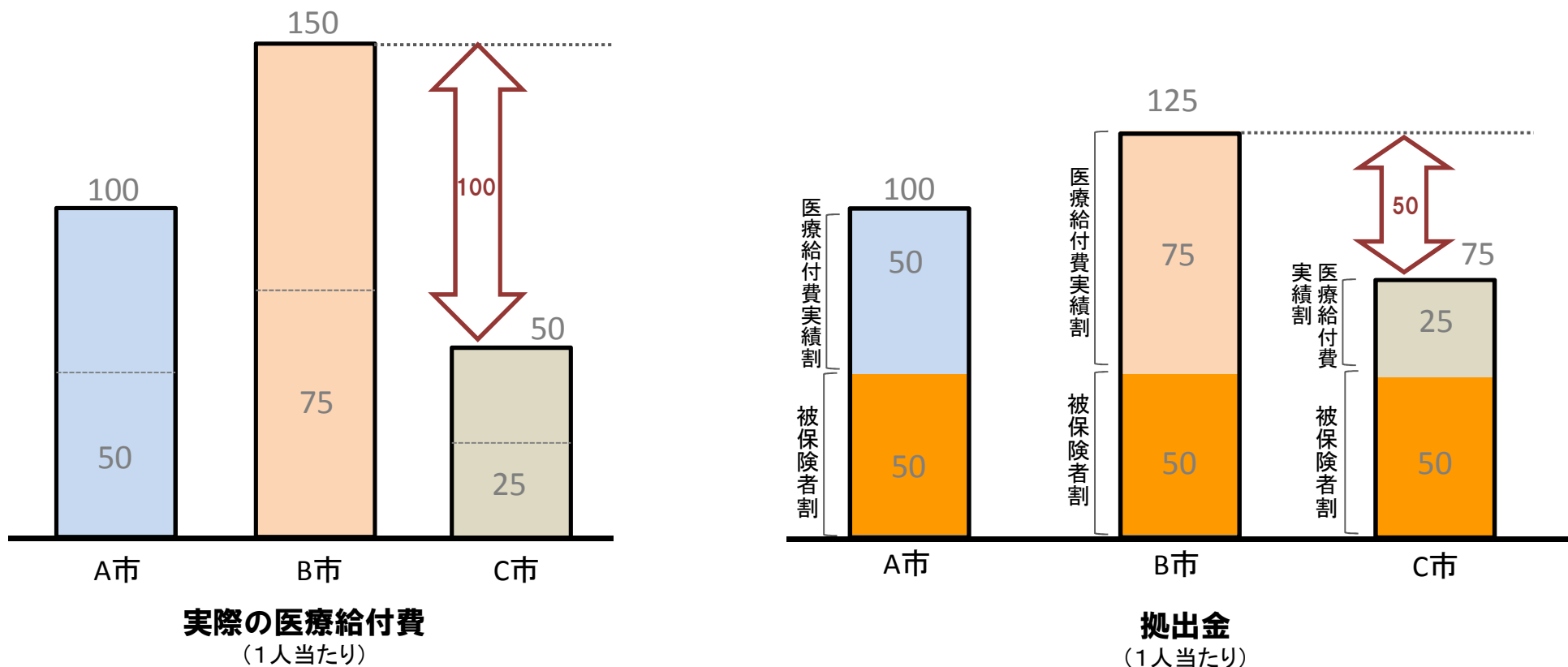


- ※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置
- ※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。
- ※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。
- ※4 自己負担相当額等を除く。
- ※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

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

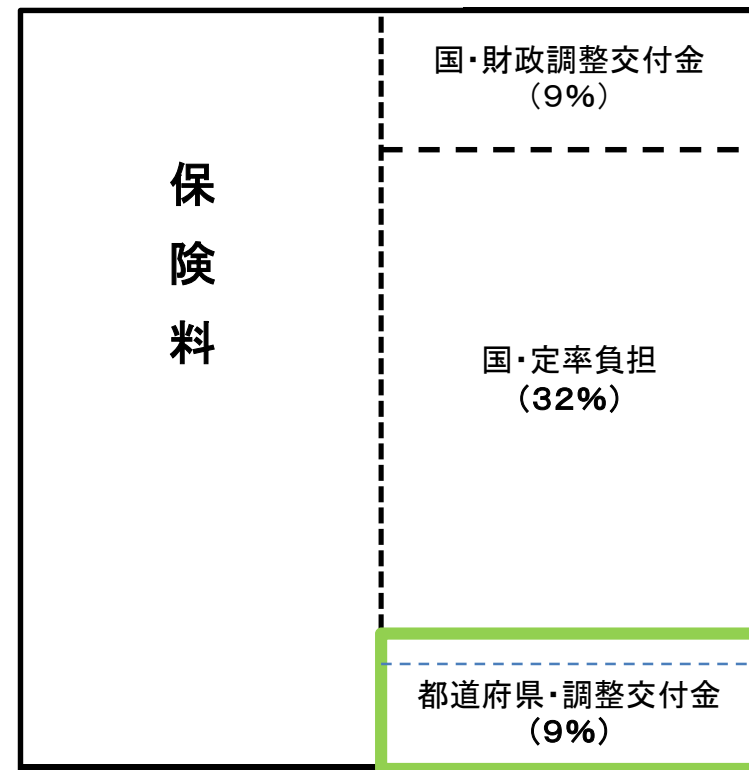
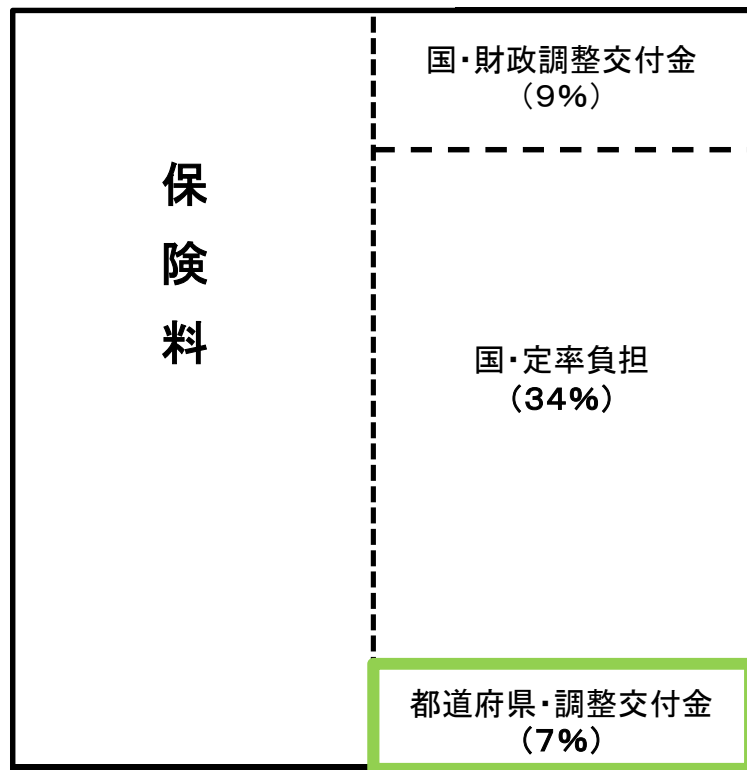
○ 都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

※ 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

都道府県調整交付金ガイドライン等の見直しについて

1. 見直しの趣旨

国保法改正により、平成27年度から都道府県単位の共同事業の対象医療費を拡大するため、各市町村の共同事業に係る費用負担が変動することが見込まれる。共同事業の対象医療費の拡大を円滑に進める等のために増額した都道府県調整交付金の具体的な配分方法等について、国保に関する国と地方の協議ワーキング・グループで議論した上で、方針を示す。

→ 都道府県調整交付金ガイドライン及び広域化等支援方針策定要領の改正(7月12日)

2. 見直し内容

(1) 1号交付金の交付方法

- ・ 財政調整機能を発揮するよう広域化のための連絡会議の活用等により市町村の意見を十分に聴いて検討
- ・ 共同事業が拠出超過となる所得が低く負担が大きい保険者に対する調整として、活用することも考えられる
- ・ 共同事業の所得割による拠出と財政調整型の都道府県調整交付金については選択的に、かつ都道府県調整交付金による財政調整を優先的に導入

(2) 1号交付金と2号交付金の割合

- ・ 現行のガイドラインでは、「1号交付金:2号交付金=6%程度:1%程度」
 - 共同事業の拡大を円滑に進める等のために増額した都道府県調整交付金(2%相当額)については、2号交付金として位置付け
- ・ 平成26年度までの間は1号交付金と同様の交付も可能

(3) 共同事業の拠出超過額に対する財政支援の期間

- ・ 共同事業の拠出超過額に対する財政支援については、激変緩和措置と位置付け

(4) 共同事業の拠出超過額に対する財政支援の規模と方法

- ・ 現在は、都道府県単位の共同事業による拠出超過額が交付額の3%を超過した部分を財政支援
 - 27年度以降は、保険財政共同安定化事業(80万円以下)について、拠出超過額が交付額の1%を超過した部分を財政支援することが考えられる

見直し後の保険財政共同安定化事業等の拠出超過額に対する財政支援の概要

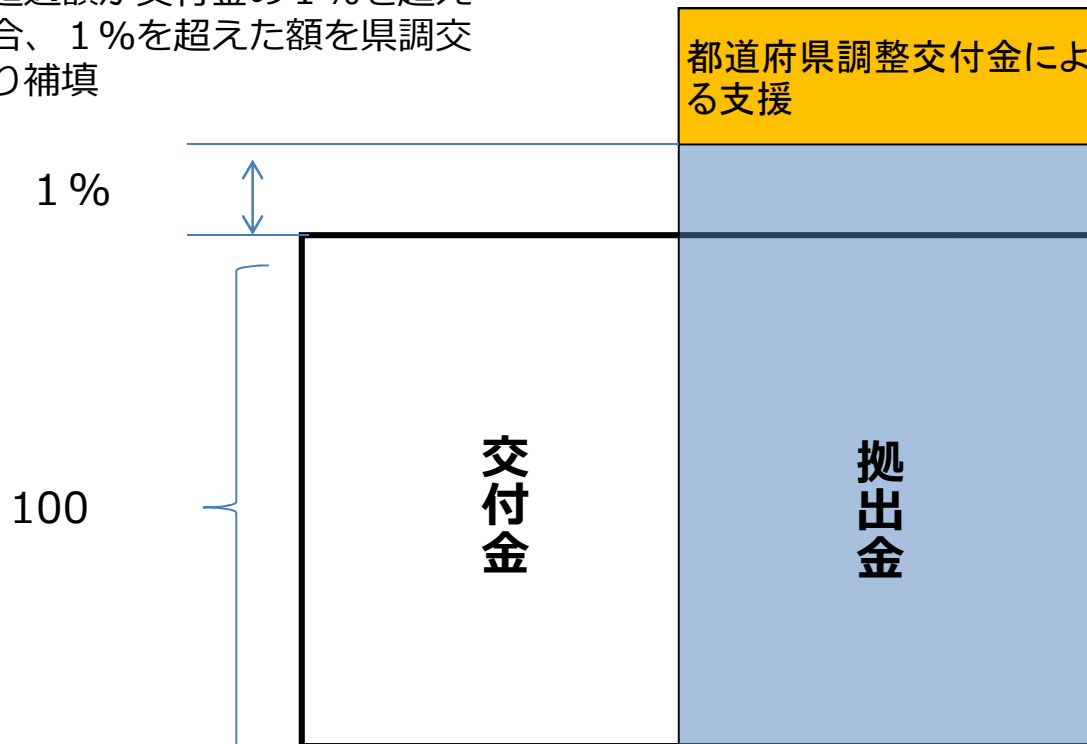
○ 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額(拠出金－交付金)が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 財政支援の対象となる拠出金超過額の計算方法

$$\text{支援対象の拠出超過額} = \frac{\text{拠出超過額}}{(\text{拠出額} - \text{交付額})} - \text{交付金の1\%}$$

【1%超過額に対する財政支援のイメージ】

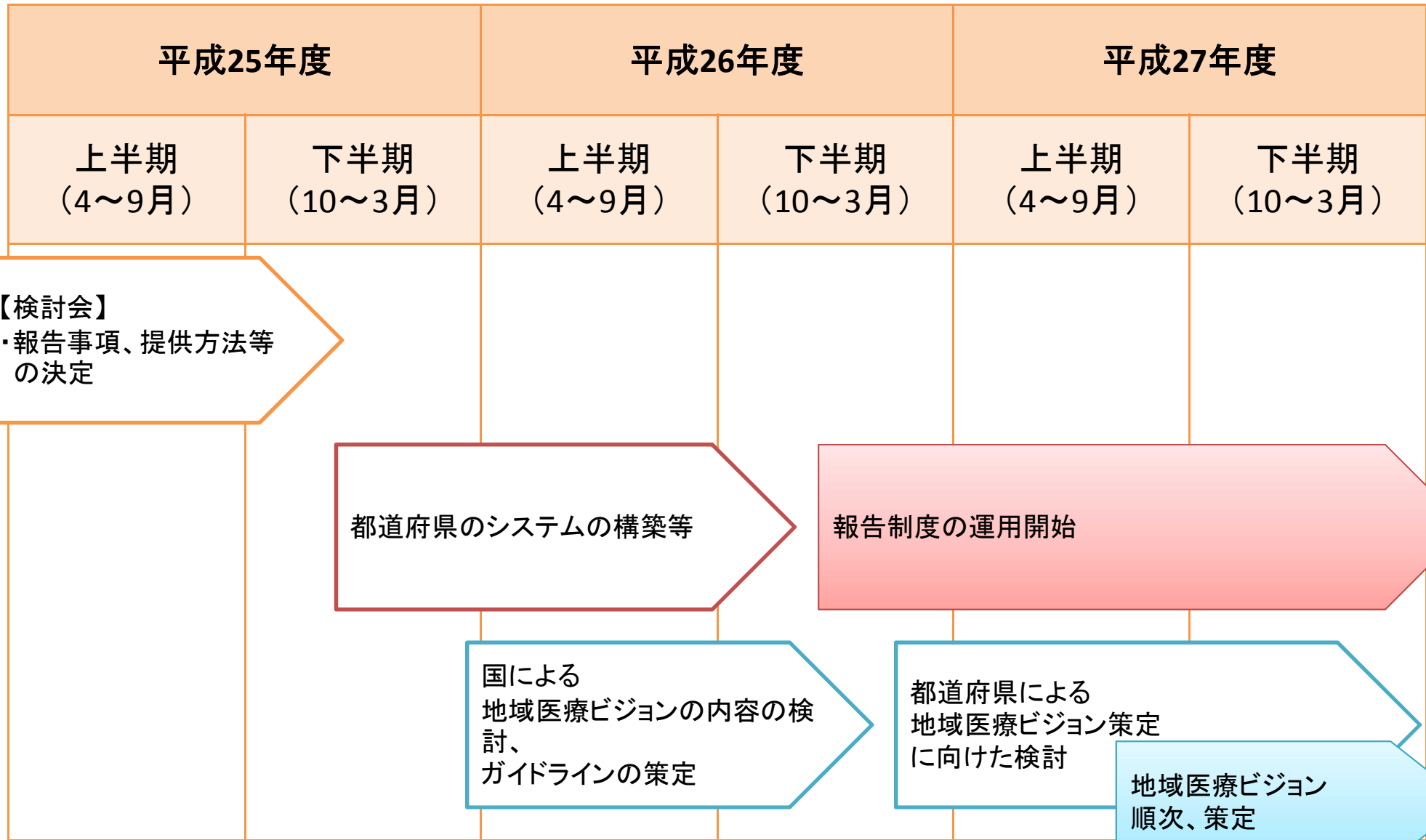
拠出超過額が交付金の1%を超える場合、1%を超えた額を県調交により補填



医療介護需要ピーク時までの 地域医療・包括ケアビジョン作成と平行しながら

- 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。
 - その実効性を高めるため、後述(51頁参照)するとおり、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、実効性を高めるための諸施策を講ずる
 - 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、町づくりにも参画できるように医療法人制度の見直しを行う。
- などの方策を検討する。
- 地域医療ビジョンの前倒しでの策定に加え、上記の方向性を医療法改正で明示する。

地域医療ビジョンの策定を前倒しする場合のスケジュール



(4) 高齢者医療制度の見直し

- 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。
- 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。

(注) 現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。

☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。

- 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。

(注) 患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されている。

☆ 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。

「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】

（指定・取消権限等）

関連資料

保険医療機関・保険薬局の指定・取消権限について

保険医療機関・保険薬局の指定・取消は、都道府県知事の機関委任事務とされていたが、

- ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること、
- ②保険医療機関の指定等は、国が保険者に代わり、全国を通じて公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関を指定する事務であること、

から、平成11年の地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律(平成11年法律第87号)によって、国の直接執行事務とされた。

平成11年地方分権一括法前の健康保険法の規定

○健康保険法(大正11年法律第70号)第43条の3

[保険医療機関又は保険薬局の指定]

第四十三条の三 保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ハ命令ノ定ムル所ニ依リ病院若ハ診療所又ハ薬局ニシテ其ノ開設者ノ申請アリタルモノニ就キ都道府県知事之ヲ行フ

- ③ **都道府県知事**保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ノ申請アリタル場合ニ於テ当該病院若ハ診療所又ハ薬局ガ本法ノ規定ニ依リ保険医療機関若ハ保険薬局ノ指定若ハ第四十四条第一項第一号ニ規定スル特定承認保険医療機関ノ承認ヲ取消サレ五年ヲ経過セザルモノナルトキ又ハ保険給付ニ関シ診療若ハ調剤ノ内容ノ適切ヲ欠ク虞アリトシテ重テ第四十三条ノ七第一項(第四十三条ノ十七第九項、第四十四条第十三項及第十四項、第五十九条ノ二第八項並ニ第六十九条ノ三十一ニ於テ準用スル場合ヲ含ム)ノ規定ニ依ル指導ヲ受ケタルモノナルトキ其ノ他保険医療機関若ハ保険薬局トシテ著シク不適当ト認ムルモノナルトキハ其ノ指定ヲ拒ムコトヲ得

[保険医療機関及び保険薬局の指定の取消]

第四十三条の十二 保険医療機関又ハ保険薬局ガ左ノ各号ノ一ニ該当スル場合ニ於テハ**都道府県知事**其ノ指定ヲ取消スコトヲ得(略)

現在の健康保険法の規定

○健康保険法(大正11年法律第70号)第65条

(保険医療機関又は保険薬局の指定)

第六十五条 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

- 3 **厚生労働大臣**は、第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。(略)

(保険医療機関又は保険薬局の指定の取消し)

第八十条 **厚生労働大臣**は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医療機関又は保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定を取り消すことができる。(略)

「医療保険における療養の範囲の適正化等」 関連資料

フリーアクセスを守るための諸策

- 選定療養内の初診時特定療養費では効果が低い
 - 初診時一定病床数(例:200床)以上の一般病棟での紹介のない外来受診に、一定額(例:1万円)の定額自己負担を設ける。同様の仕組みを再診時にも検討。
 - この定額自己負担を導入した場合、選定療養上の負担さえ適用除外となっている救急車利用が一層有利になるため、救急車の適正利用については別途検討の要有り。
- 健保連からの発言にもあった70歳以上の高額療養費、外来特例の見直し
 - 「今の高齢者、特に70歳以上の方には高額療養費、外来について特例の取り扱いもございます。非常に負担が軽くなる仕組みになっております」
 - 低所得者への配慮は当然
- 医療連携・チーム医療の推進
 - 高い専門性を有した開業医という日本のプライマリーケア医の長所をいかしながら、医療連携・チーム医療を推進していく。
- 日本型総合医のあり方を検討
 - ゲートキーピング機能はイギリスのGPのようなものではなく、上述の価格メカニズムを用いた程度にしておき、患者に対して一貫した病歴、受診行動の管理を行うと共に、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、患者と医師の信頼関係を基軸とした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る。
- 委員からの要求
 - 診療報酬支払データを収集管理する機関を設け、多剤投与、過剰検査問題があると思われる保険医療機関には指導を行う。

社会保障・税一体改革大綱（抄）

平成 24 年 2 月 17 日
閣議決定

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）

（3）長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討

- 高額療養費については、制度の持続可能性の観点から、高額療養費を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、高額療養費の改善に必要な財源と方策を検討する必要がある。
- 他方、こうした抜本的な見直しまでの間も、高額な医療費の負担を少しでも改善することが必要である。このため、平成24年4月からの外来現物給付化に引き続き、まずは年間での負担上限等を設けることについて、所要の財源を確保した上で、導入することを目指す。その際、年収300万円以下程度の所得が低い方に特に配慮する。

高額療養費の見直しのイメージ（案）

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

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

[現行]

[見直しのイメージ案]

《上位所得者》

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

《上位所得者》

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

(※1) 83,000円 × 12月

《一般所得者》

当初3ヶ月：80,100円
+ (医療費 - 267,000) × 1%

4月目～：44,400円

《年収600万円以上（一般所得者）》

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

《年収300万円～600万円（一般所得者）》

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

《年収300万円以下（一般所得者）》

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

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

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

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,400円 4月目～：24,600円

《低所得者（住民税非課税）》

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

(※7) 24,000円 × 12月 × 90%

70
歳
未
満

[現行]

[見直しのイメージ案]

70
歳
以
上

《現役並み所得者》

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

【外来：44,400円】

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

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

【外来：44,000円】

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

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

【外来：44,000円】

《一般所得者》

44,400円 (※8) 【外来12,000円】 (※9)

(※8) 2割負担では62,100円

(※9) 2割負担では24,600円

《一般所得者》 ※70歳未満の年収300万円以下と平仄とった

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

【外来：12,000円】 (※10)

(※10) 2割負担では24,000円

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,600円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

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

(※11) 24,000円 × 12月 × 90%

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

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

(※12) 15,000円 × 12月 × 90%

高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

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

《高額療養費の見直し》

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

（注1）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

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

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

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

高額療養費の見直し案（年間上限の設定）

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定する。

70歳未満	旧制度		→	新制度		
		月単位の上限額			月単位の上限額	年間の上限額
	上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円＋ (医療費－500,000円) × 1% <4月目～：83,400円>		上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円＋ (医療費－500,000円) × 1% <4月目～：83,400円>	1,200,600円 (150,000円 × 3月 ＋83,400円 × 9月)
	一般所得者 (年収約210万円(※) ～約790万円) (※) ・3人世帯(給与所得者/ 夫婦子1人)の場合 ：約210万円 ・単身(給与所得者)の場合 ：約100万円	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1% <4月目～：44,400円>		一般所得者	80,100円＋ (医療費－267,000円) × 1% <4月目～：44,400円>	639,900円 (80,100円 × 3月 ＋44,400円 × 9月)
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <4月目～：24,600円>	年収約300万円以下 健保：標報22万円以下 国保：旧ただし書き所得 が年間160万円以下		532,800円 (44,400円 × 12月)		
		低所得者 (住民税非課税)	35,400円 <4月目～：24,600円>	327,600円 (35,400円 × 3月 ＋24,600円 × 9月)		

(※)70歳以上についても70歳未満と同様の考え方で年間上限を設定する。

高額療養費を見直した場合の財政影響（粗い推計）

○ すべての所得層に年間上限を設定し、70歳未満の年間上限額には年収300万円以下の区分を新たに設定した場合、財政影響は約100億円（うち公費約20億円）となる。

※ 高額療養費の改善（給付増）に際しては、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に影響があるので、個別制度ベースで財政中立とする必要がある

	給付費	保険料＋公費	保険料			うち国費
			保険料	公費		
総計	約100億円	約100億円	約80億円	約20億円	約20億円	
協会けんぽ	約20億円	約30億円	約20億円	約0億円	約0億円	
健保組合	約20億円	約30億円	約30億円	—	—	
共済組合	約10億円	約10億円	約10億円	—	—	
市町村国保	約50億円	約30億円	約20億円	約20億円	約10億円	
後期医療	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円	約0億円	

（注1）平成27年度（2015年度）ベースの試算。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

（注3）給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
この効果を見込まない場合の影響額は記載している影響額の半分程度となる。

第3章 具体的施策

Ⅲ. 暮らしの安心・地域活性化

1. 暮らしの安心の確保

(1) 安心できる医療体制の構築等

住み慣れた地域で安心して暮らし続けるため、介護と連携した在宅医療の体制整備の支援や医学生に対する修学資金の貸与など地域の医師確保の推進、新型インフルエンザの発生に備えたワクチン備蓄の維持等の施策を推進する。また、若年層への対策を含む新たな自殺対策等を進める。

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。

- ・在宅医療や地域の医師確保の推進等(厚生労働省)
 - ・新型インフルエンザ対策の推進:プレパンデミックワクチンの備蓄維持等(厚生労働省)
 - ・社会福祉施設の円滑な運営支援(厚生労働省)
 - ・自殺対策の推進:若年層対策等(内閣府)
 - ・安定した医療保険制度の構築(厚生労働省)
- 等

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

1. 国民が健やかに生活し、老いることのできる社会の構築

○予防のインセンティブとして、現行0.23%の後期高齢者支援金加算額を拡大(例:10%)



○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。

○疾病の種類に応じた自己負担割合の導入、自己負担の最低限度額の設定



○同一の疾病でも重症度が異なるため、疾病の種類による分類が困難であるとともに、過度な受診抑制や受診抑制による重症化の可能性があり、実施困難。

○高額療養費の上限額の比例増部分(現在1%)の引き上げ



○国民会議の議論も踏まえつつ、検討を予定。

○70歳以上75歳未満の1割負担を2割に、75歳以上も2割負担に



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せて検討し、早期に結論。
○75歳以上を含めた自己負担のあり方は医療保険全体に関する国民会議等の議論の中で検討。

3. 良質な医療へのアクセスを通じて直ぐに社会復帰が出来る社会に向けて

○一般用・処方箋医薬品のネット販売普及



○一般用医薬品については、現在、厚労省の検討会で検討中。
○一般用医薬品よりも効き目が強い反面、その副作用も強い医療用医薬品については、対面での丁寧な服薬指導が必要。

○病床規制・介護総量規制を撤廃すべき



○病床規制は医療資源の偏在の深刻化と保険給付の増大が、介護総量規制は財政運営に支障が生じるため困難。

その他の民間議員提案に対する厚生労働省の対応・考え方

民間議員の提案

厚生労働省の対応・考え方

○健診受診や健康増進事業に対する税額控除や拠出金控除



○税制については、税務当局との調整が必要。なお、健診後に重大疾病が発見された場合や一定の要件を満たす特定保健指導が行われた場合は、健診も治療に先立って行われる診察と同様に考えられ、医療費控除の対象となっている。

○個人や中小企業が健診を身近に受けられる環境整備（血液や尿の簡易診断、看護師による採血＜医師が検査分析＞）



○簡易診断に関しては、個人の健康状態を的確に把握するためには、一定以上の健診項目数が必要。
○看護師は、医師の指示の下であれば、採血を実施可能。ただし、医師の指示の下、看護師が反復継続して採血を実施するのであれば、診療所の開設届出が必要。
○自己採血の場合は、衛生管理や検査の精度管理の観点から、衛生検査所の登録が必要。

○医療法人がフィットネス等健康増進や配食等生活支援を円滑にできるためのガイドラインの策定



○医療提供という本来業務に支障のない範囲で本来業務に関する業務（附帯業務）は実施可能。例えば、生活習慣病の者に対する医師の指導に基づく健康増進や、高血圧、高血糖又は生活習慣病の者に対して、医師等が行う栄養指導や運動指導と併せて配食サービスを行うこと等、附帯業務のうちの保健衛生に関する業務として整理できるものは、今後通知改正で対応。

○医療保険の自己負担の在り方を検討



○70歳以上75歳未満については、低所得者対策と併せ検討し、早期に結論。
○自己負担の在り方については、医療保険制度全体に関する、国民会議での議論も踏まえつつ検討。

○疾病管理など予防向けサービスの報酬や地域や集団で健康達成度を評価して支払う制度の導入を検討



○医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難。
○予防の取組については保険者による保健事業等が効果的に行われるよう、必要な支援を検討。

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。

2013 年 5 月 16 日
社会保障審議会医療保険部会

人生最期の医療に関する調査の結果について

NPO 法人 高齢社会をよくする女性の会
理事長 樋口 恵子

世界トップレベルの長寿国日本において、最近ようやく人生最期の医療・介護のあり方への論議が高まってまいりました。その論議の中心には、専門家だけでなく、かけがえのない命の主人公である当事者が据えられてほしいと思います。

私たちは、「おまかせ」でなく自分の最期と真剣に向き合いたいと思います。

市民・当事者が人生最期の医療のあり方について、どのように捉えているかを調査し、これからの最期の医療措置のあり方に参画していきたいと考え、人生最期の医療に関して、全国の 10 歳代～90 歳代の男女を対象とした調査を実施しました。

調査の結果、次の 3 点が明らかとなりました。

- 1 延命処置をしてほしくないという意識は、年齢や職業（医師、看護師）、看取りの経験など、最期の医療に関する知識や経験により相違がある。
- 2 最期の医療について 4 つの延命措置について尋ねた。心肺蘇生は 71.3%、人工呼吸器装着 86.6%、胃ろう 85.4%、鼻チューブ 86.9% が希望していない。
- 3 最期の医療について「書面にしている」人は 1 割に満たないが、「書面にしたい」と思っている人は 6 割近い。年齢別では、「書面にしている」人は 80 歳代以上 13.6%、70 歳代 10.7% である。

今回の調査対象は国民一般から見れば、いわば「意識の高い」層がより多く含まれているかもしれません。気が付いた人々から、命の当事者として、専門家や家族におまかせでなく、自分の意思を表明することが大切と思っています。それは社会全体の倫理性と、個人の選択の多様性の上に立つのはもちろんのことです。

私たち NPO 法人高齢社会をよくする女性の会は、この調査に基づき、まず自分の最期について語り合い、書面にすることを提唱したいと考えています。そのことを通して長寿の総仕上げとしての最期が、みどり文化の形成につながることを願っています。

(注) 本年 3 月上旬、学会発表のため、2 月末締切ですでに結果を公表していますが、その後も多数、調査票が届き 5,390 人に達しました。この方々のご意見を生かしたく再集計しました。全体の傾向に変わりはありません。

人生最期の医療に関する調査

2013年5月

NPO法人 高齢社会をよくする女性の会

調査の目的・対象・時期・方法

- (1) 調査目的: かけがえのない命の主人公である私たちは、「おまかせ」でなく自分の最期と真剣に向き合いたい。そこで、市民・当事者(医師、看護職、介護関連職を含む)は、人生最期の医療のあり方についてどのように捉えているかを調査し、医療・介護のあり方を探ろうとした
- (2) 調査対象: 全国の10歳代～90歳代 の 5,390人
(女性4,031人 男性1,359人)
- (3) 調査時期: 2012年12月～2013年3月
- (4) 調査方法: 郵送による配布・回収、FAX回収、e-mail回収
インターネット(ホームページ上のアンケートフォームに入力)

調査事項

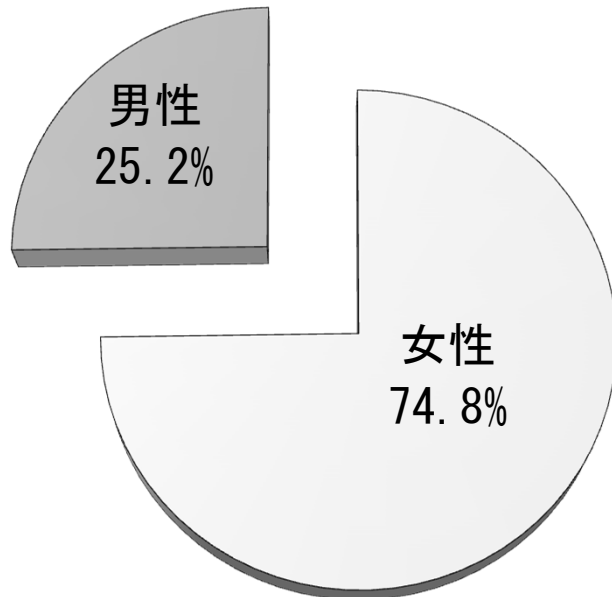
- 1 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく全身の状態が極めて悪化した場合、鎮痛剤を使ってほしいか心肺蘇生等をしてほしいか。
- 2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく食べられなくなった場合、延命のための栄養補給を望むか。
- 3 最期の医療について望むことを家族か信頼できる人と話し合ったことはあるか。
- 4 あなたが望む最期の医療について書面にしているか。
- 5 家族を看取った経験はあるか。

回答者(5,390人)の性別・年齢

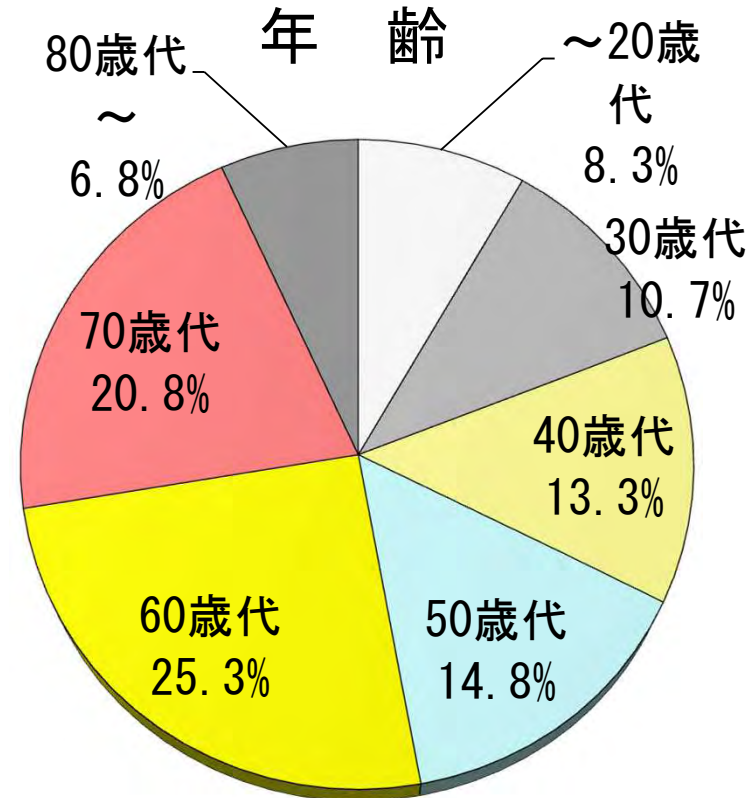
女性(4,031人)男性(1,359人)

60歳以上が52.9%

性別



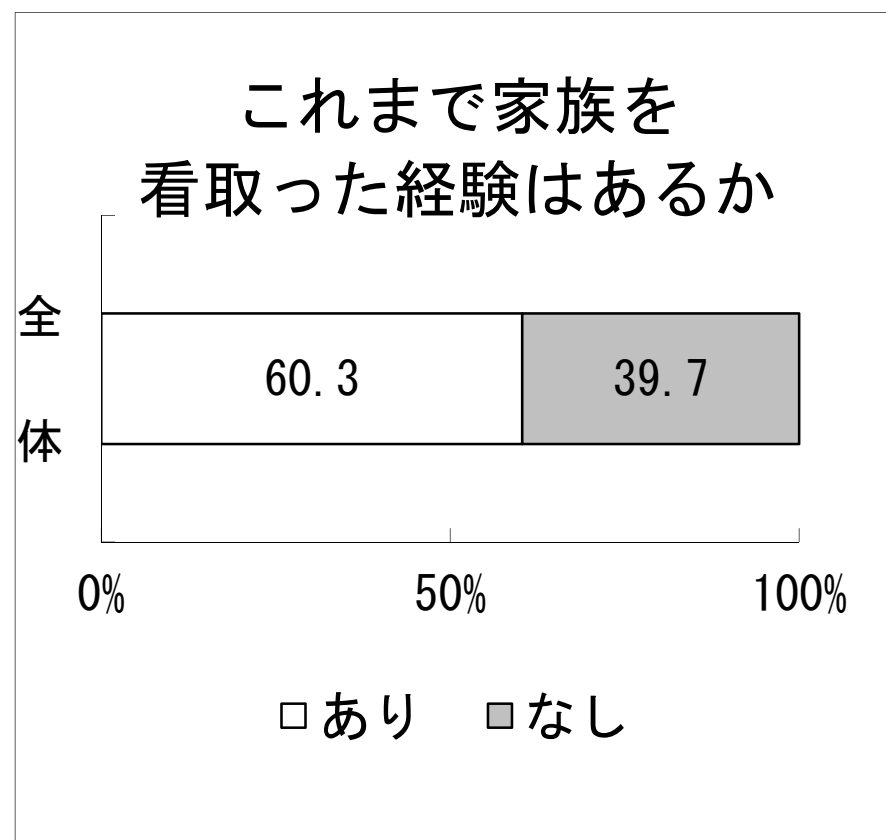
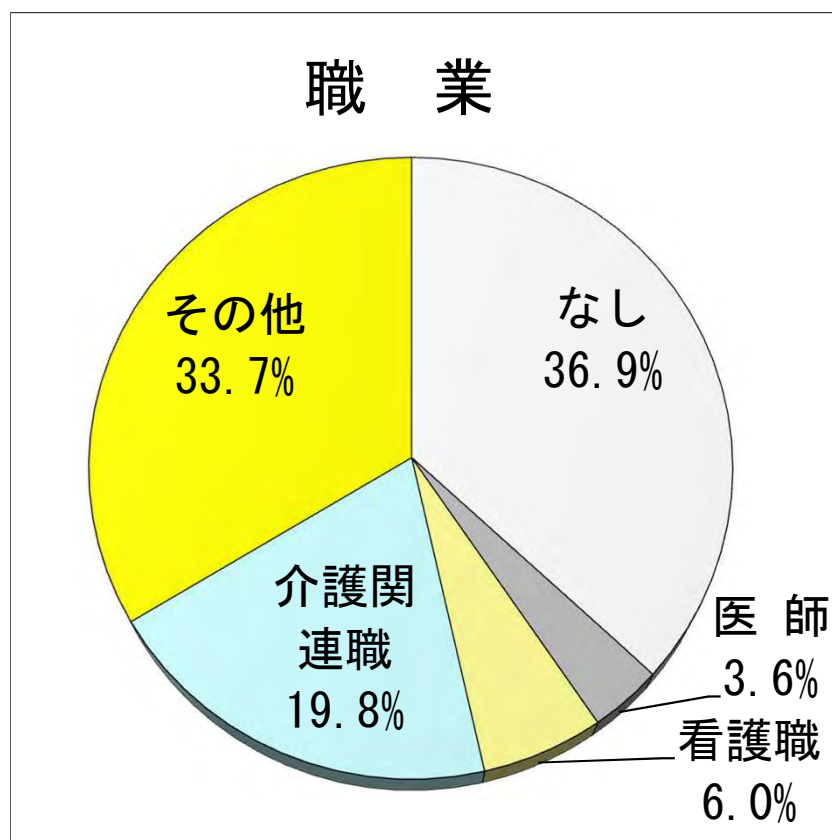
年齢



回答者の職業・看取り経験

無職、「その他」、介護関連職
看護職、医師の順

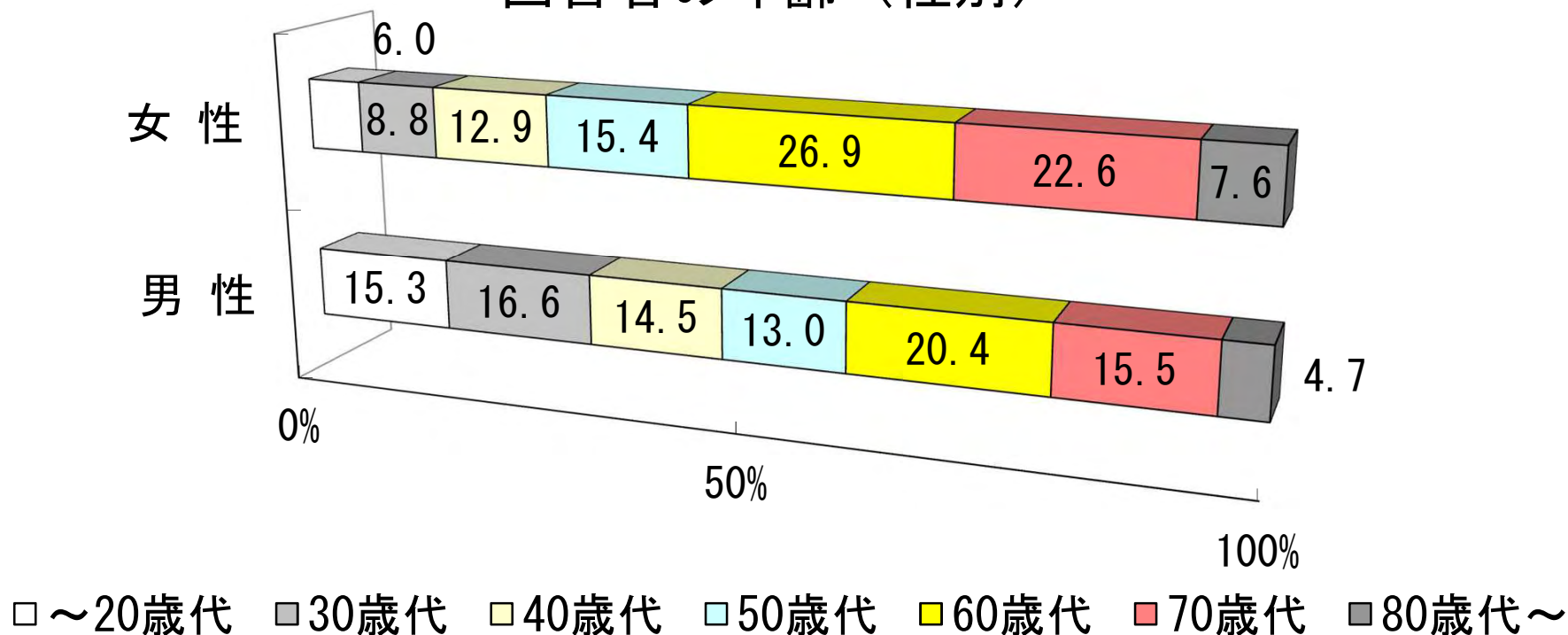
これまで家族を
看取った経験あり 6割



回答者 (5,390人) の年齢(性別)

女性 (4,031人)： 60歳以上 57.1%
男性 (1,359人)： 49歳以下 46.4%

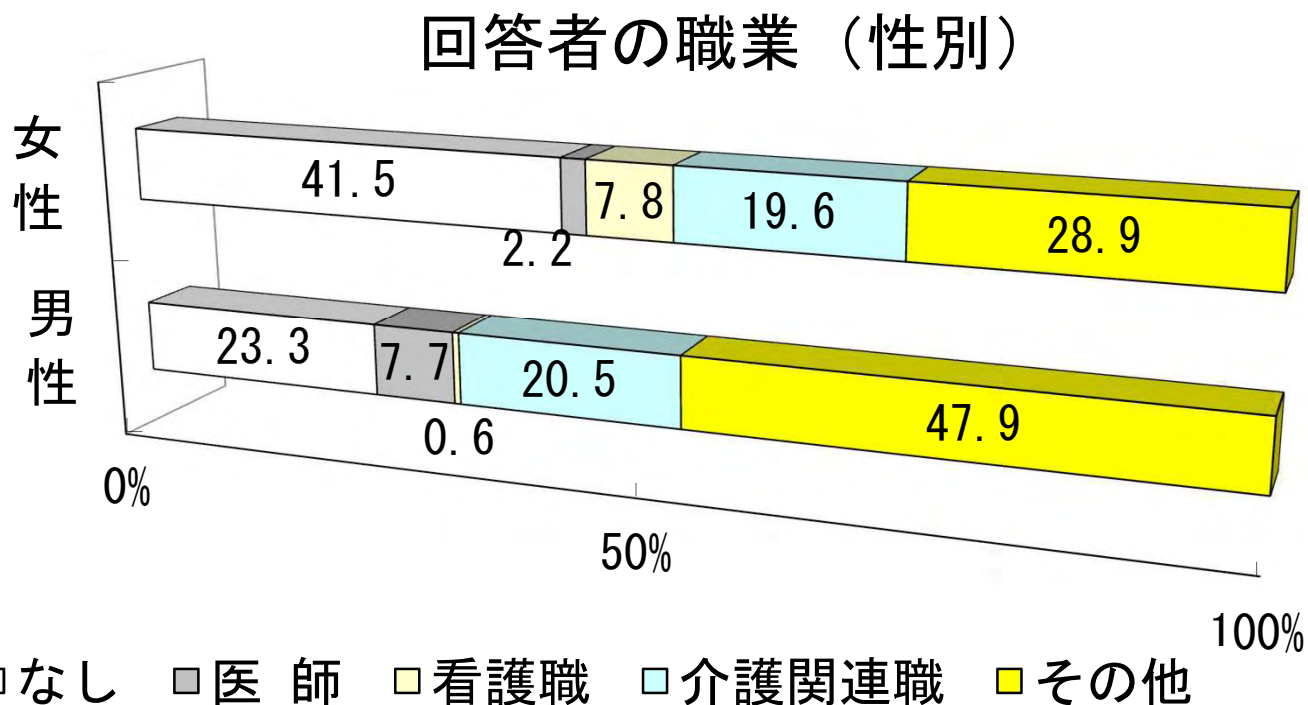
回答者の年齢 (性別)



回答者（5,390人）の職業（性別）

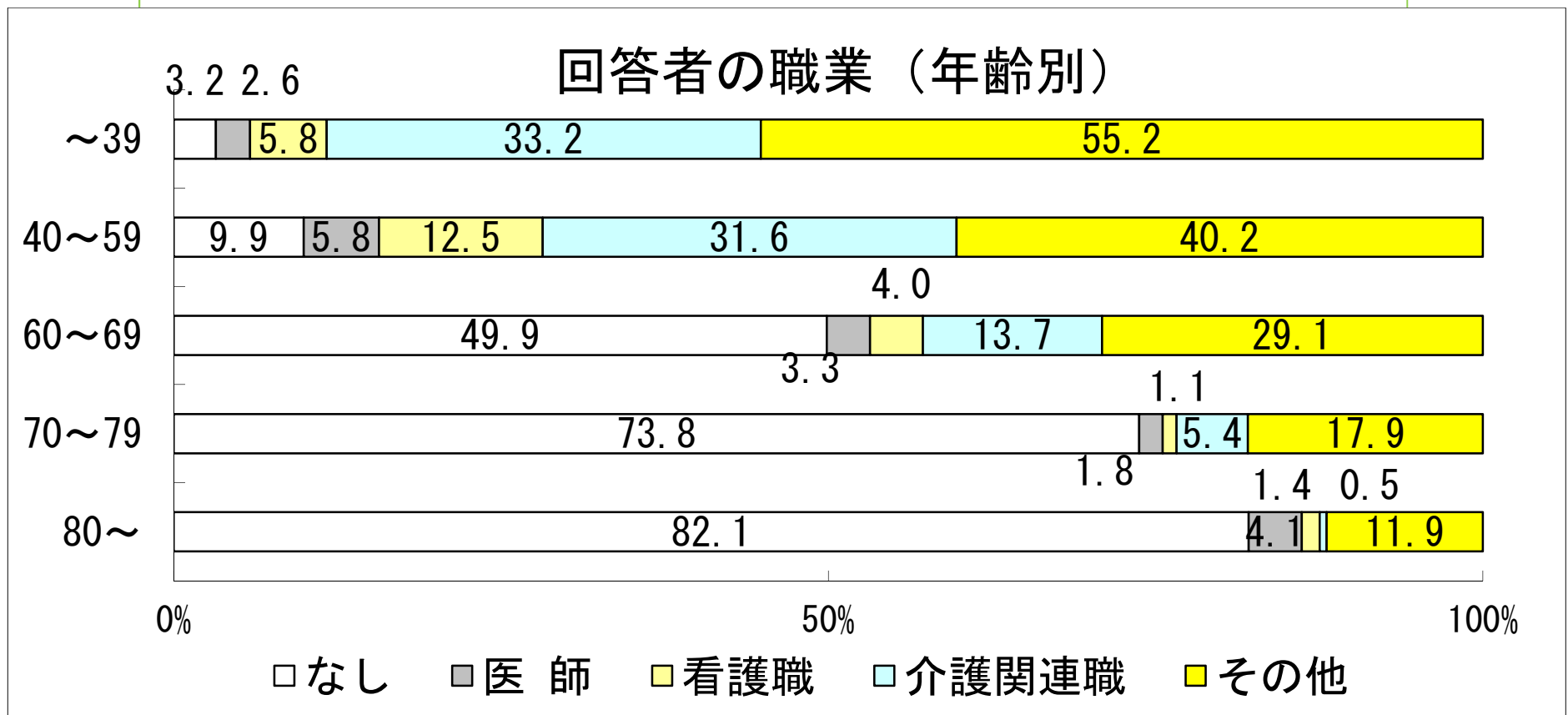
女性：無職4割強、「その他」3割弱、次いで介護関連職、看護職、医師の順
男性：「その他」約半数、無職と介護関連職 2割台、医師と看護職1割未満

「その他」とは、会社員、公務員、研究者、僧侶、福祉関係者、自営業者、学生等



回答者（5,390人）の職業（年齢別）

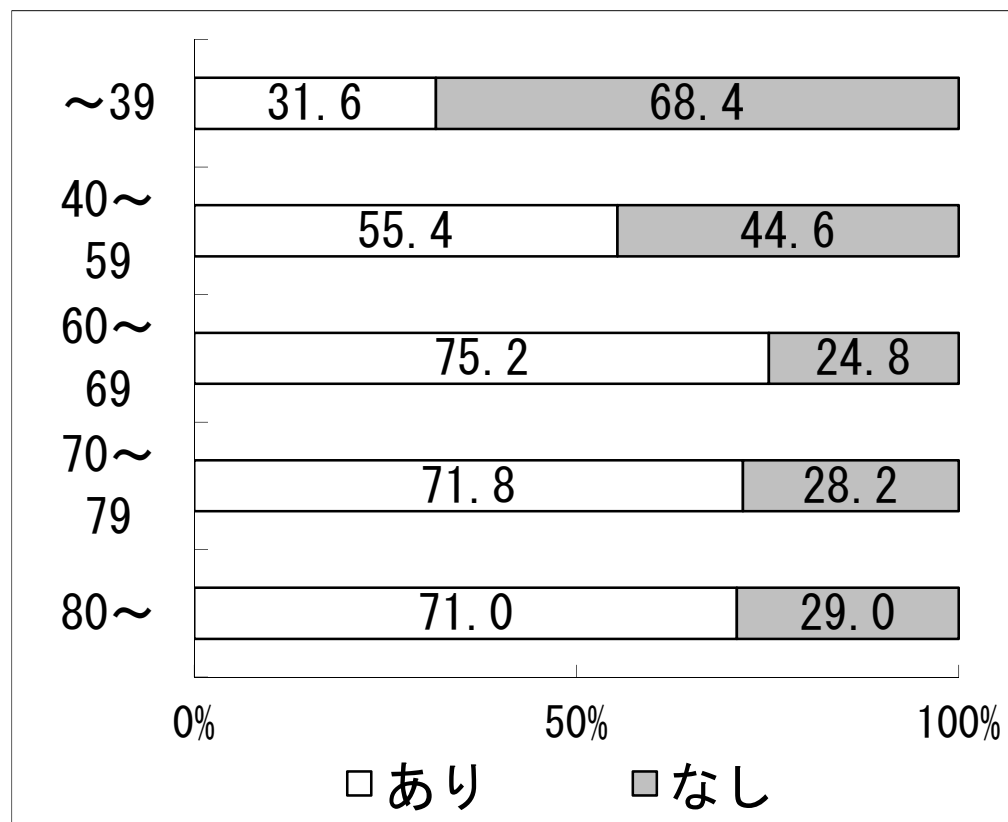
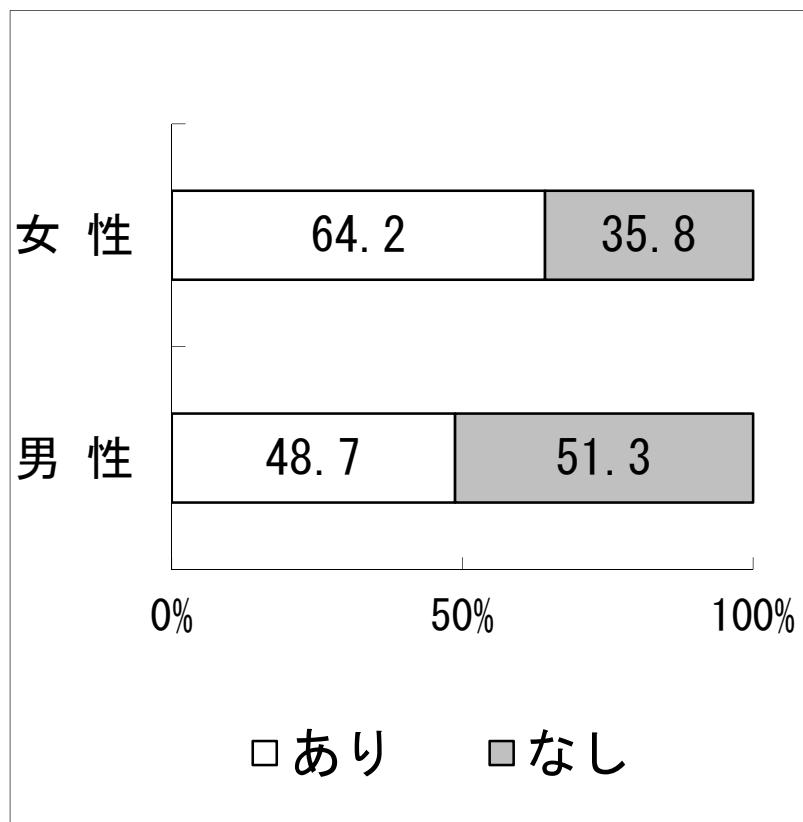
30歳代以下：「その他」5割強 介護関連職 3分の1
 40・50歳代：「その他」4割 介護関連職 3割
 60歳代：無職 半数 「その他」3割
 70歳代以上：無職 7～8割



家族を看取った経験の有無 (性別・年齢別)

経験あり:高年齢回答者の多い
女性のほうが高率

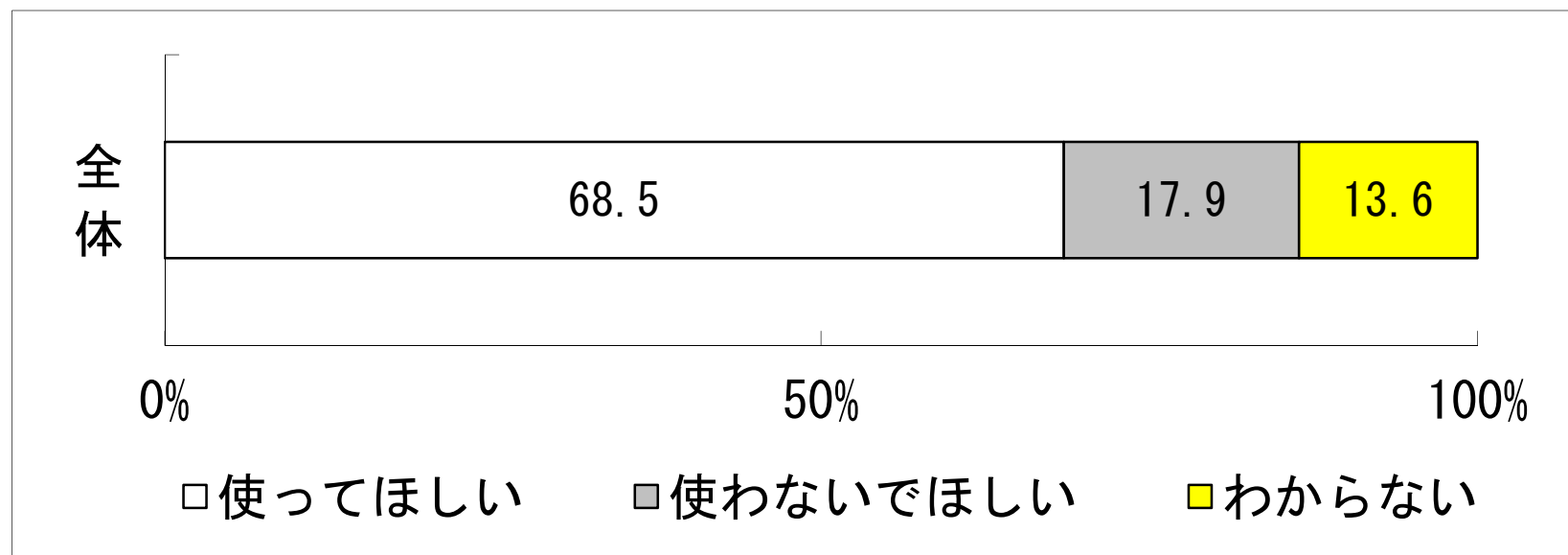
経験あり:39歳以下は約3割
60歳以上は7割台



1-1 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合鎮痛剤を使ってほしいか（全体）

「強い鎮痛剤を使用すると意識が低下する場合は多い」ことを付記して質問

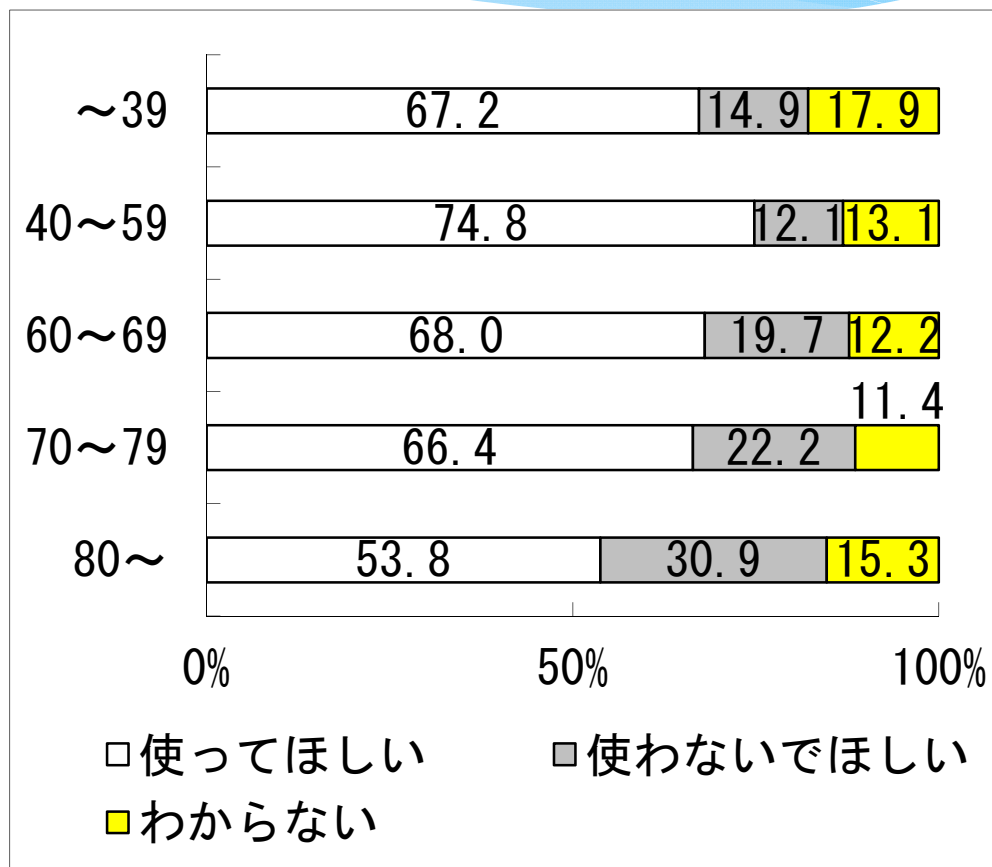
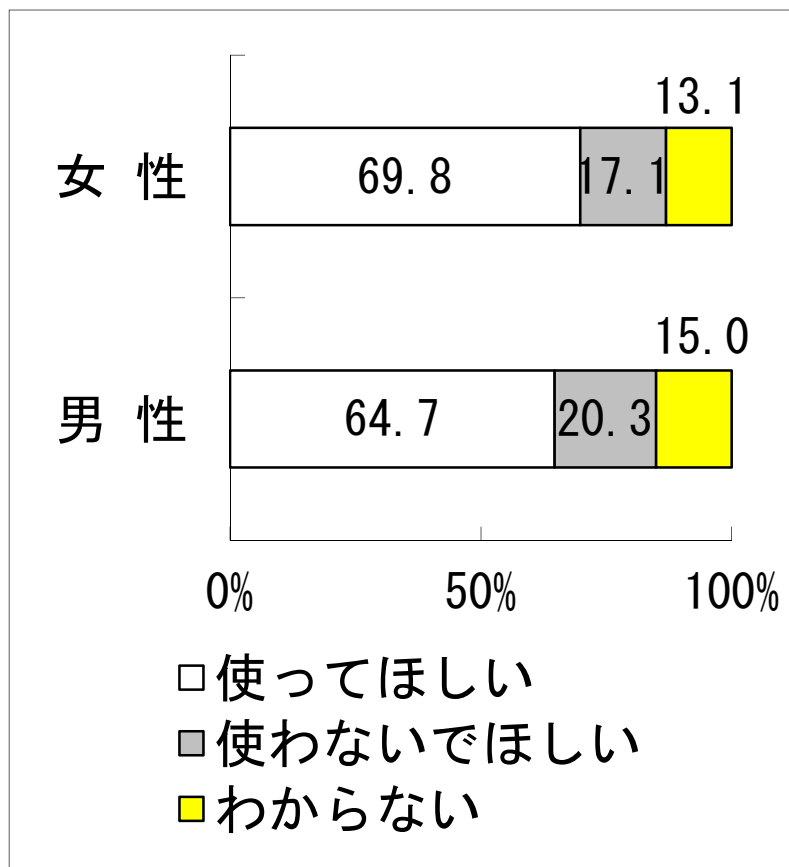
使ってほしい: 68.5% 使わないでほしい: 17.9% わからない: 13.6%



1-1 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合鎮痛剤を使ってほしいか（性別・年齢別）

使ってほしい：女性が多め

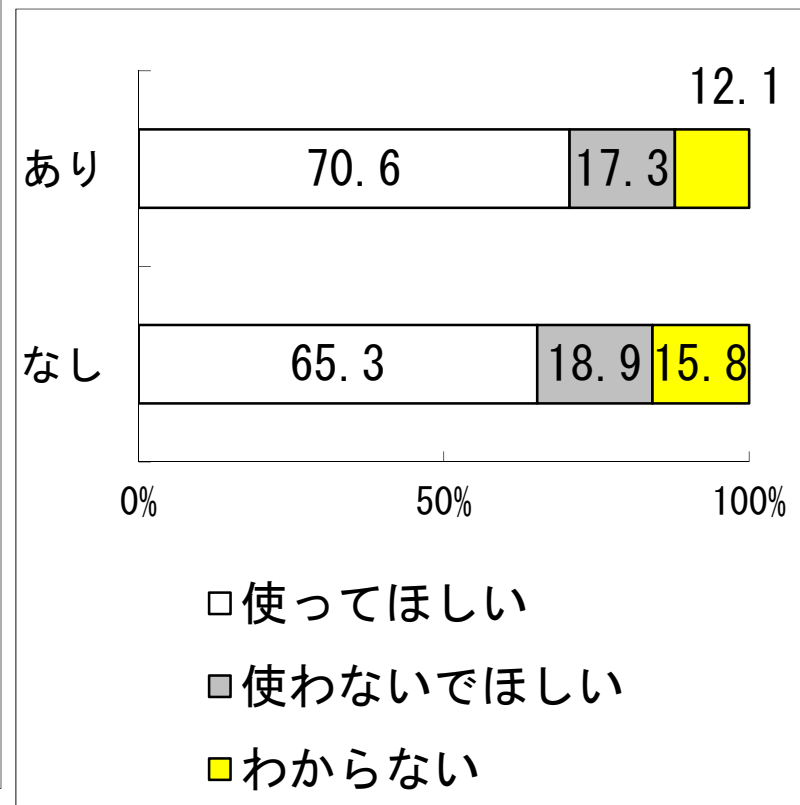
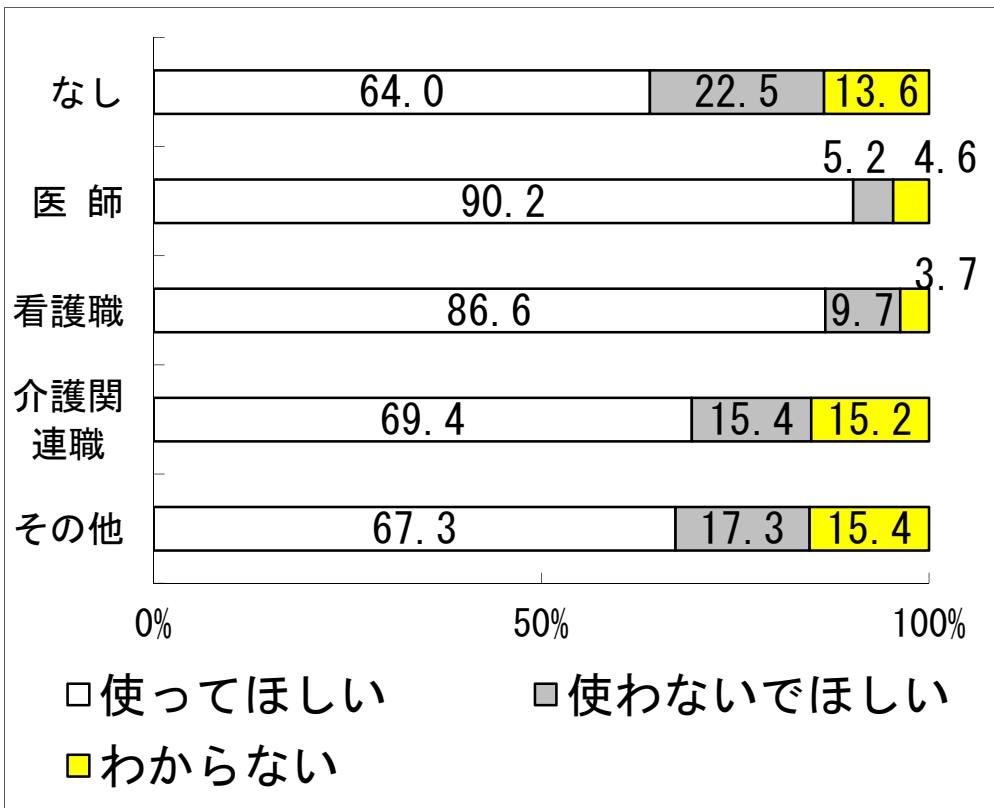
使ってほしい：80歳以上は少ない



1-1 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合鎮痛剤を使ってほしいか（職業別・看取り経験の有無別）

使ってほしい: 医師と看護職は9割前後
それ以外の職業と大差

使ってほしい:
看取り経験ありは 7割

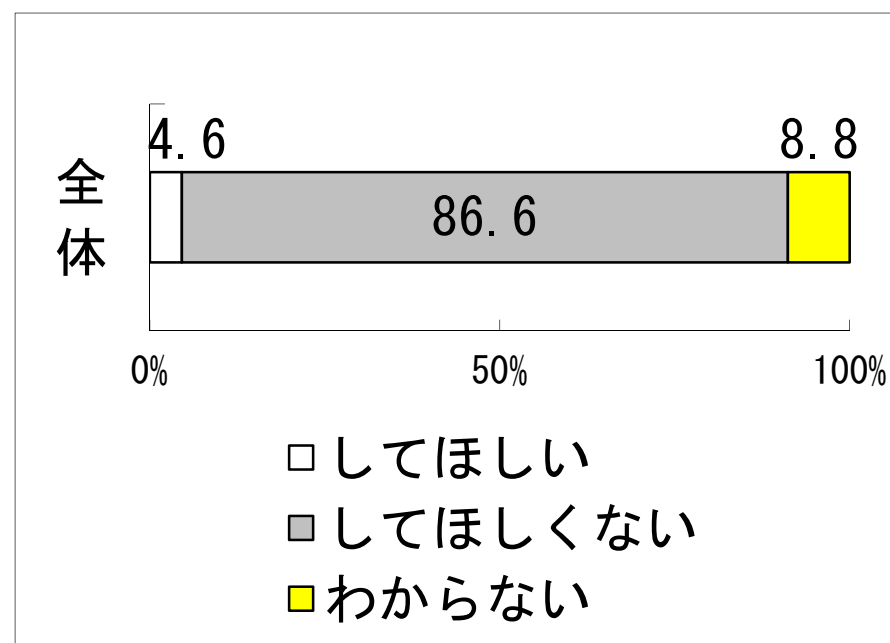
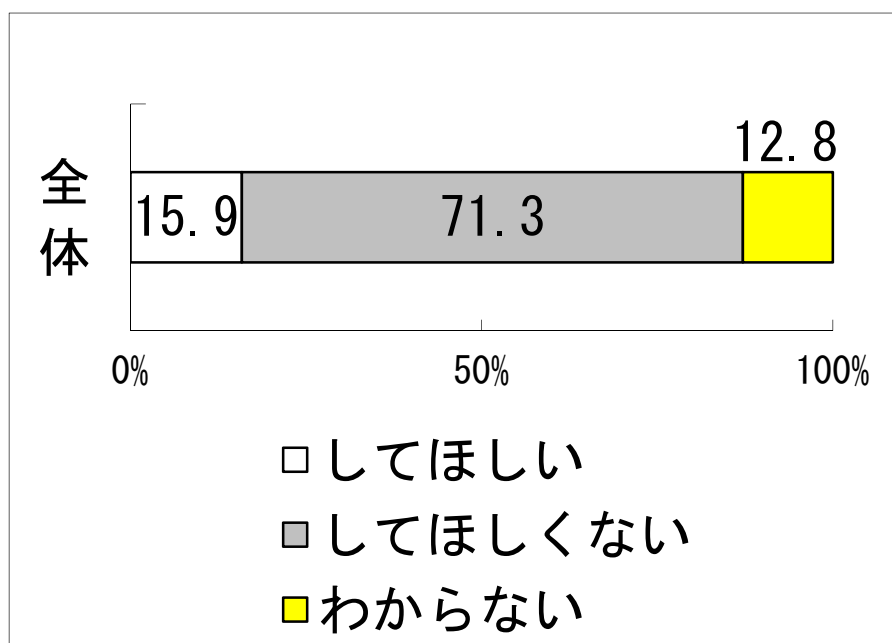


1-2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合

心臓マッサージなどの心肺蘇生をしてほしいか
延命のための人工呼吸器を装着してほしいか (全体)

心肺蘇生: してほしくない 71.3%
してほしい 15.9%

人工呼吸器装着: してほしくない 86.6%
してほしい 4.6%

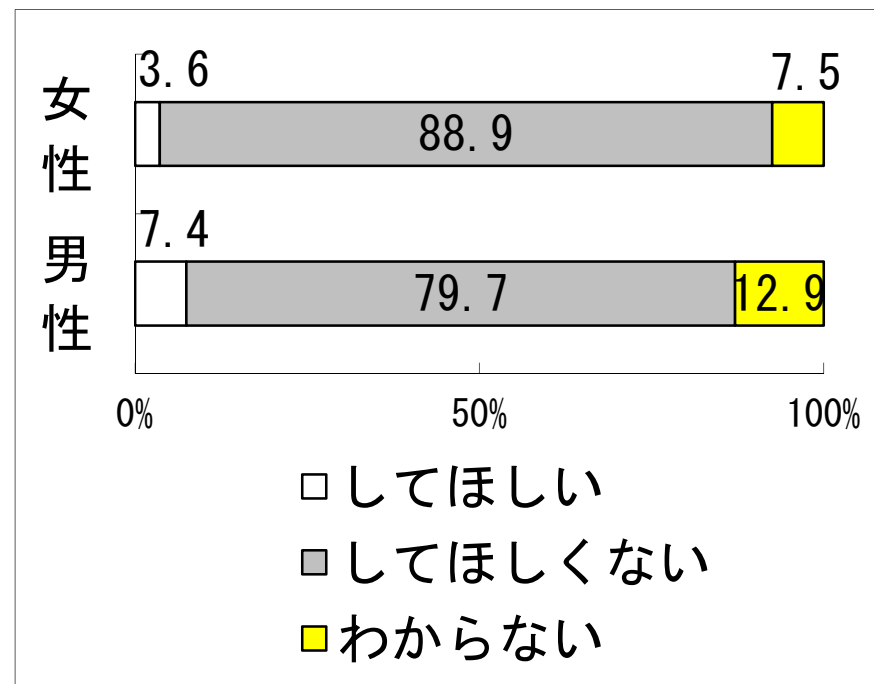
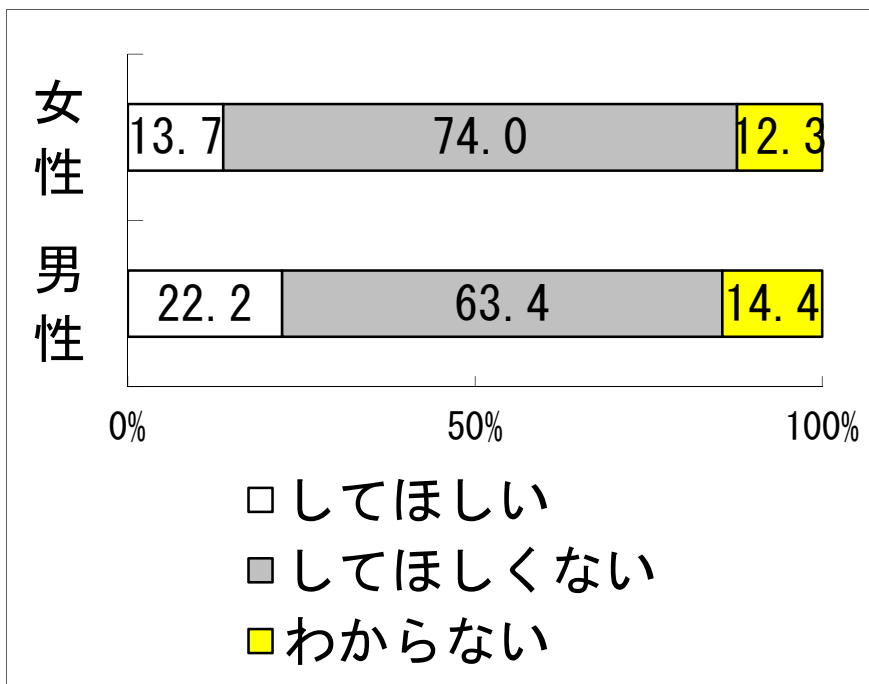


1-2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合

心臓マッサージなどの心肺蘇生をしてほしいか
延命のための人工呼吸器を装着してほしいか（性別）

心肺蘇生 してほしくない
女性と男性の差 11ポイント

人工呼吸器 装着してほしくない
女性と男性の差 9ポイント

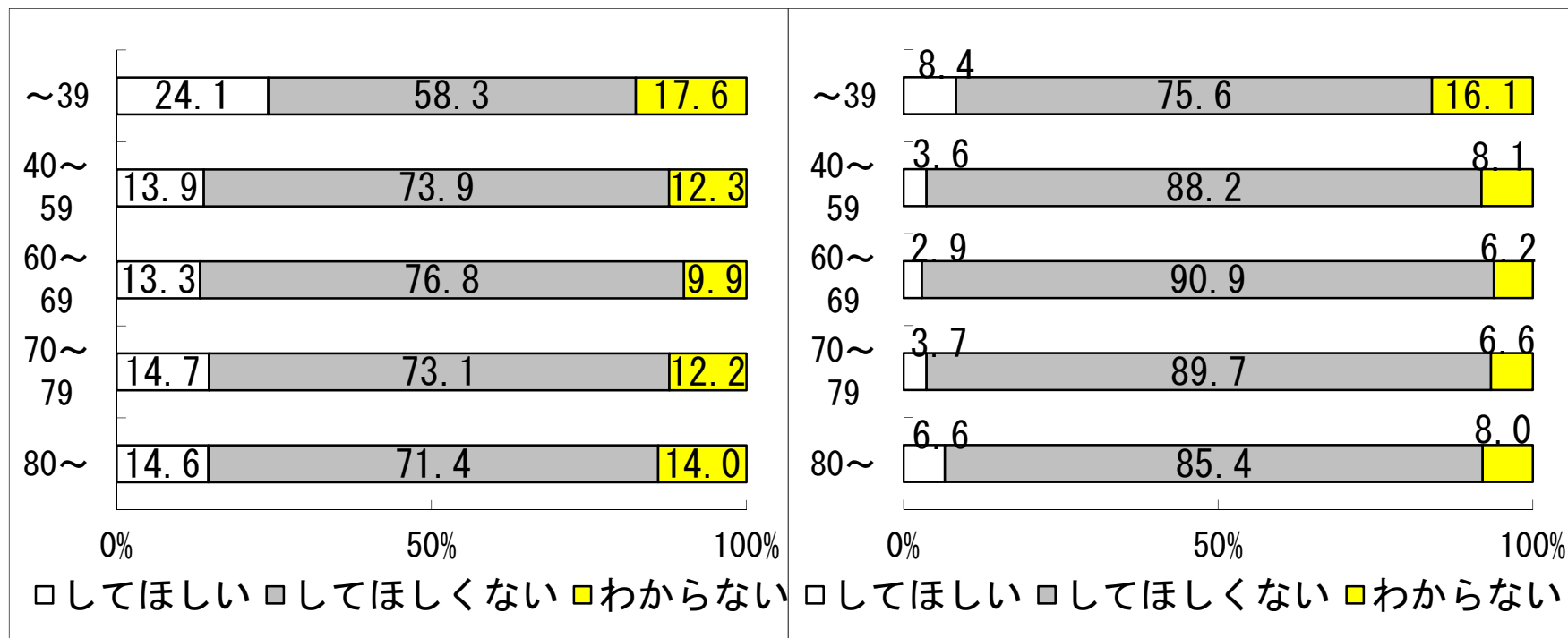


1-2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合

心臓マッサージなどの心肺蘇生をしてほしいか
延命のための人工呼吸器を装着してほしいか (年齢別)

心肺蘇生 してほしい39歳以下4分の1
してほしくない 40歳以上7割台

人工呼吸器 装着してほしくない
40歳以上は9割前後

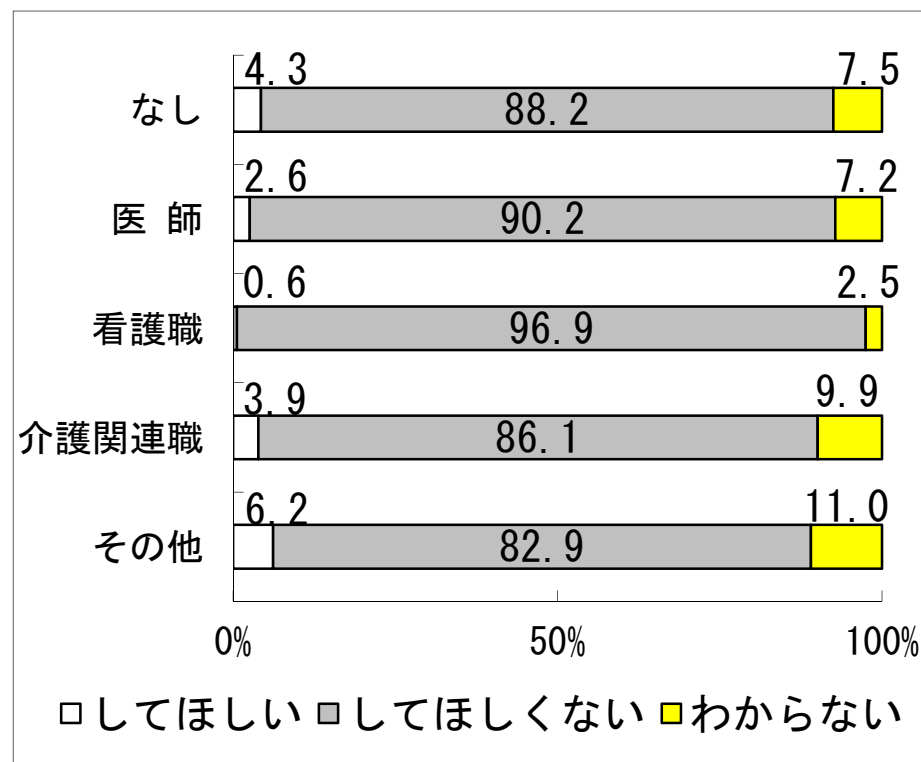
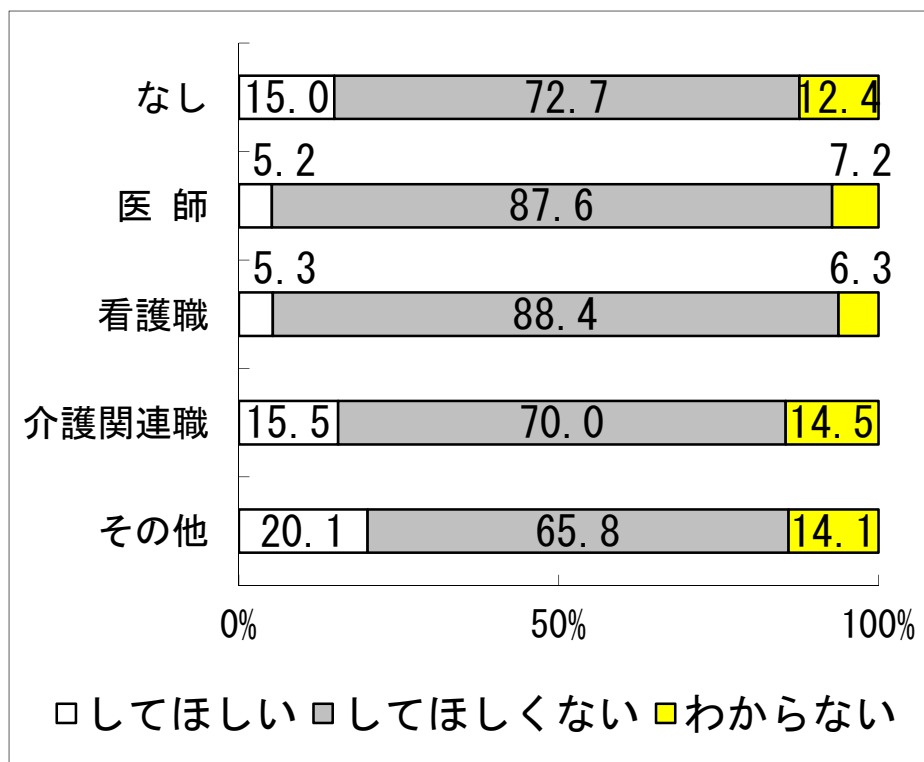


1-2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合

**心臓マッサージなどの心肺蘇生をしてほしいか
延命のための人工呼吸器を装着してほしいか（職業別）**

**9割近くの看護職と医師は
心肺蘇生をしてほしくない**

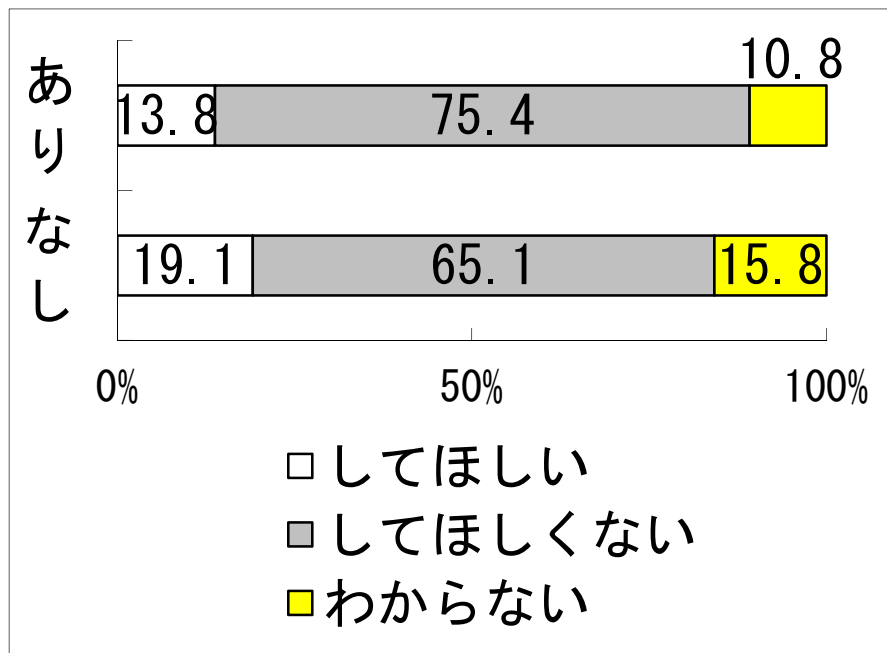
**とりわけ看護職は
人工呼吸器を装着してほしくない**



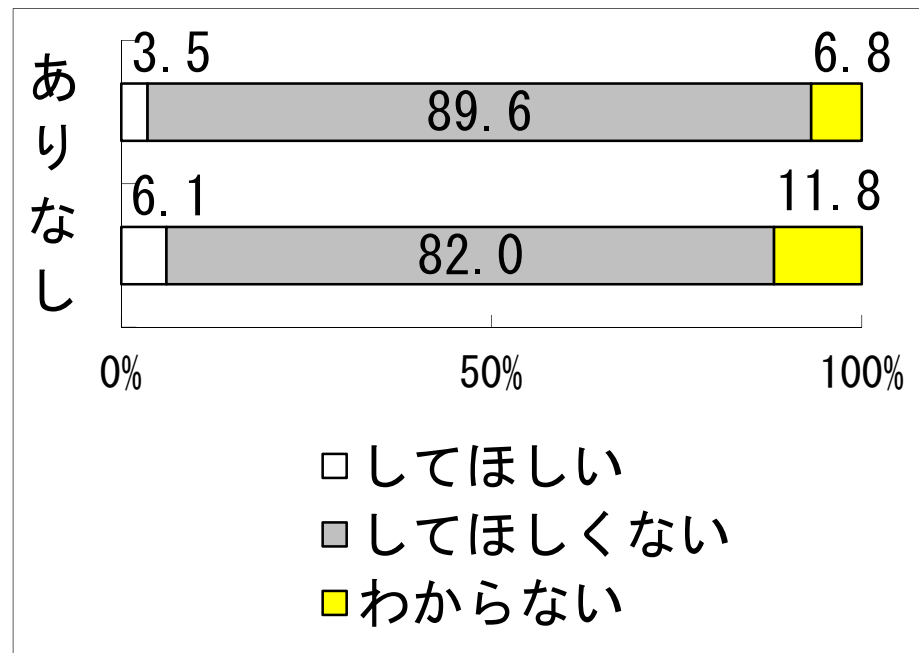
1-2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合

心臓マッサージなどの心肺蘇生をしてほしいか
延命のための人工呼吸器を装着してほしいか(看取り経験別)

心肺蘇生 してほしくない
経験ありとなしの差 10.3ポイント



人工呼吸器装着 してほしくない
経験ありとなしの差 7.6ポイント

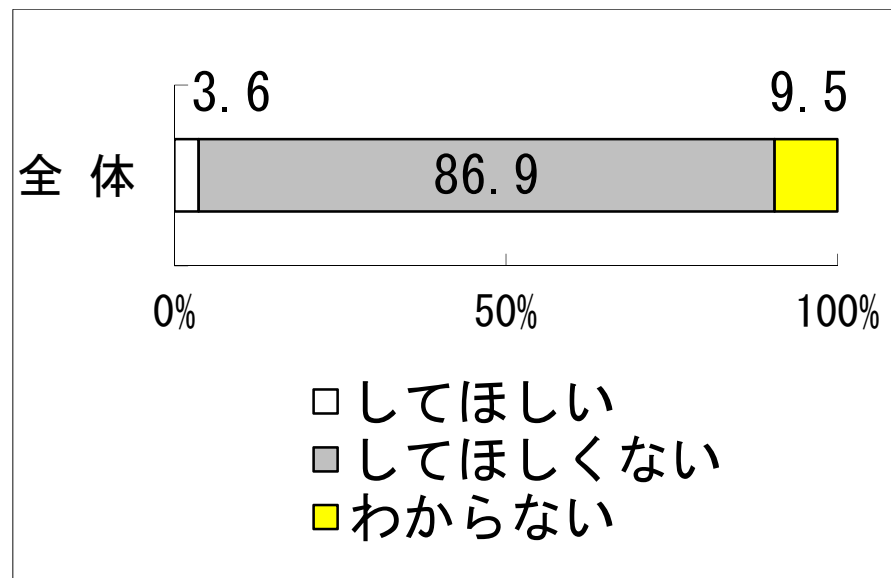
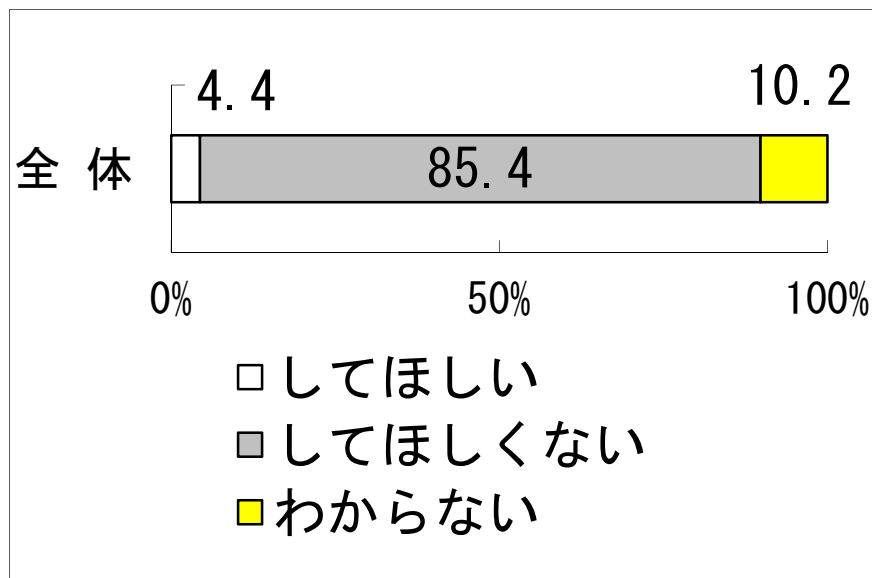


2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく食べられなくなった場合

延命のために胃ろうによる栄養補給を望むか
延命のため鼻チューブによる栄養補給を望むか（全体）

胃ろう してほしくない 85.4%
わからない 10.2%

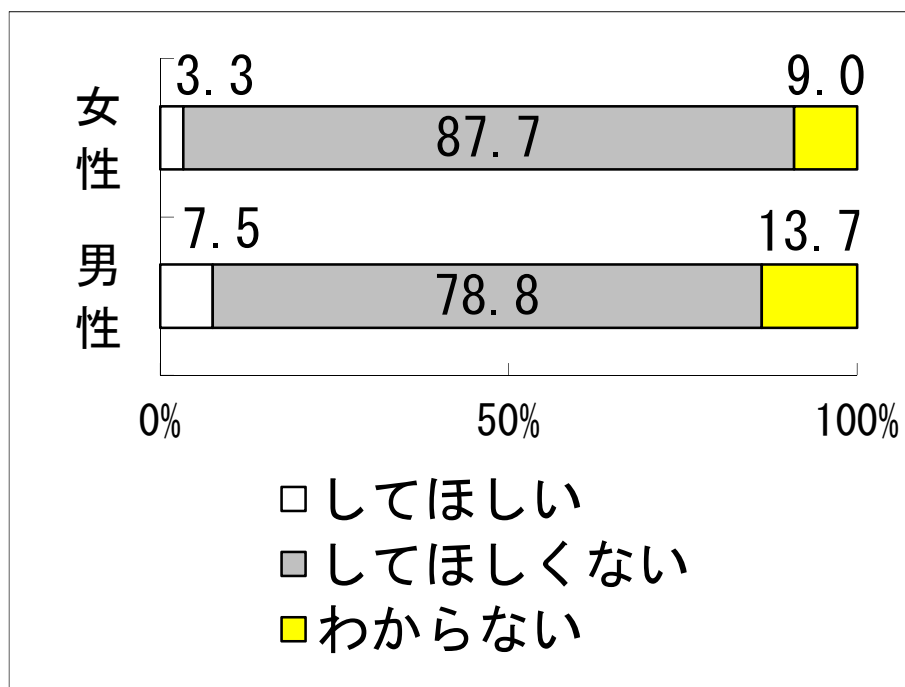
鼻チューブ してほしくない 86.9%
わからない 9.5%



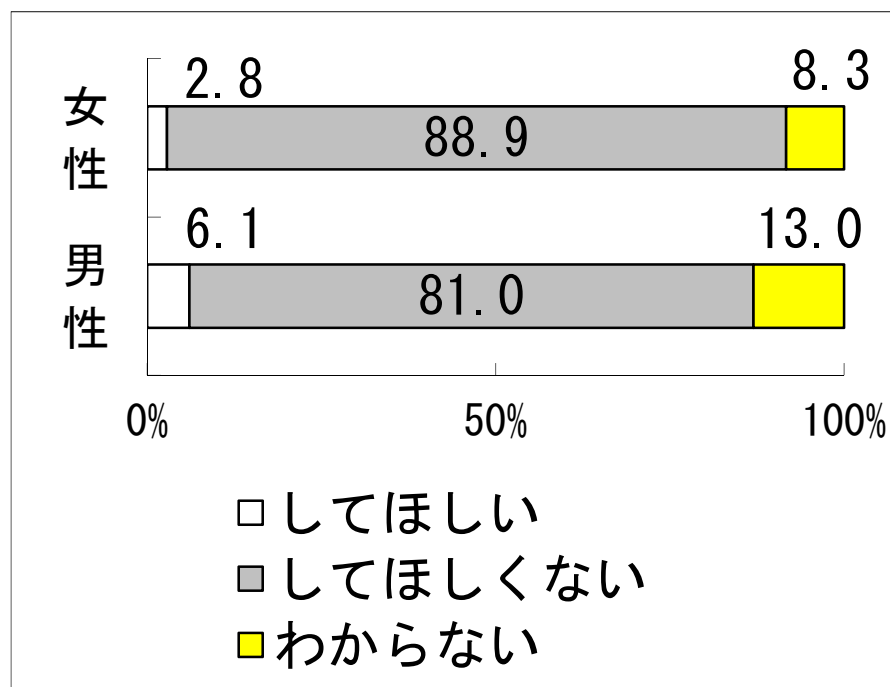
2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく食べられなくなった場合

延命のために胃ろうによる栄養補給を望むか
延命のために鼻チューブによる栄養補給を望むか（性別）

胃ろう してほしくない
女性と男性の差 8.9ポイント



鼻チューブ してほしくない
女性と男性の差 7.9ポイント

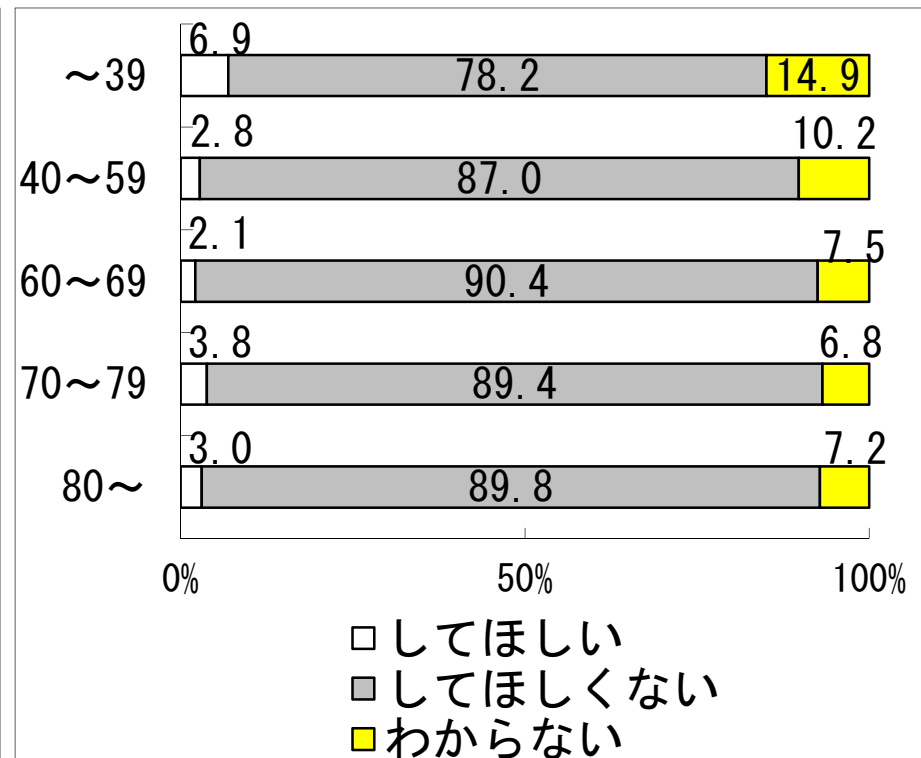
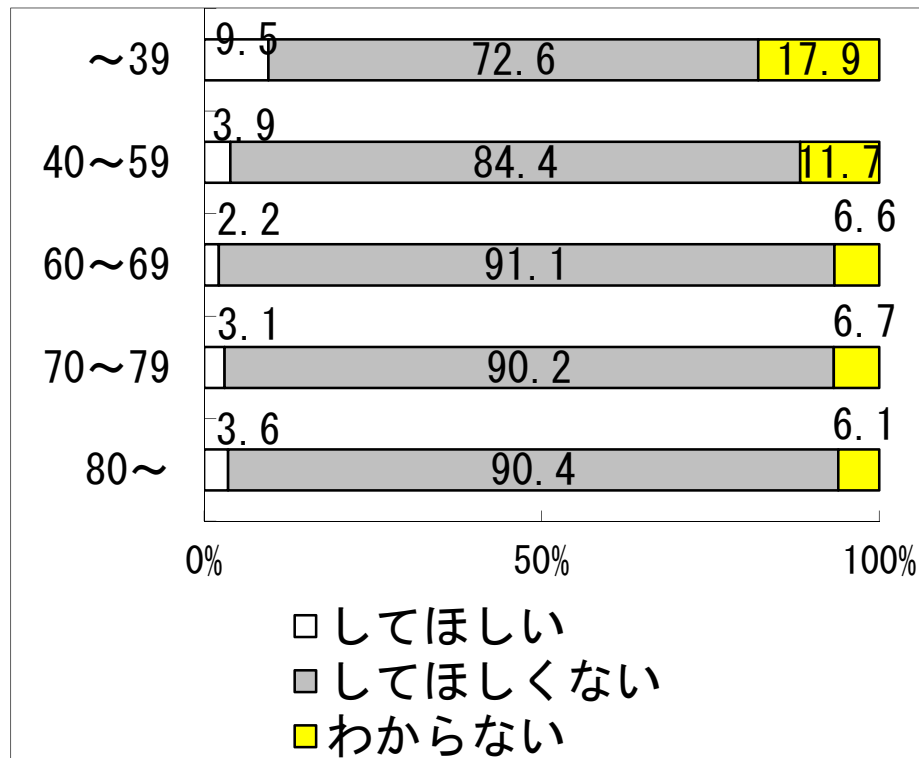


2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに 治る見込みがなく食べられなくなった場合

延命のために胃ろうによる栄養補給を望むか
延命のために鼻チューブによる栄養補給を望むか（年齢別）

胃ろう してほしくない
60歳以上は9割

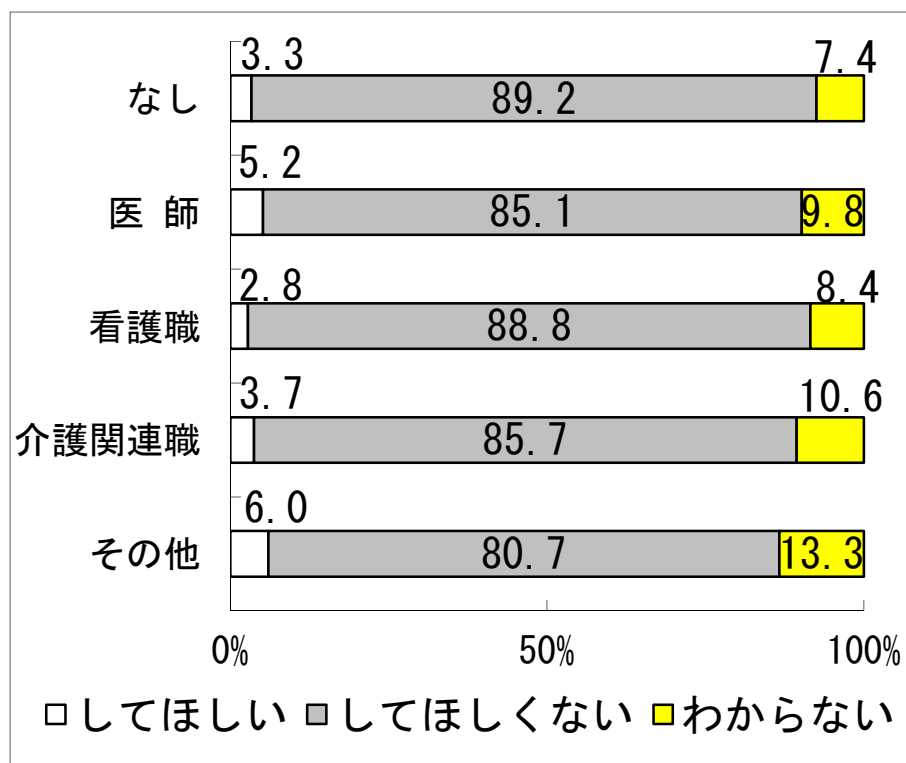
鼻チューブ してほしくない
40歳以上は9割前後



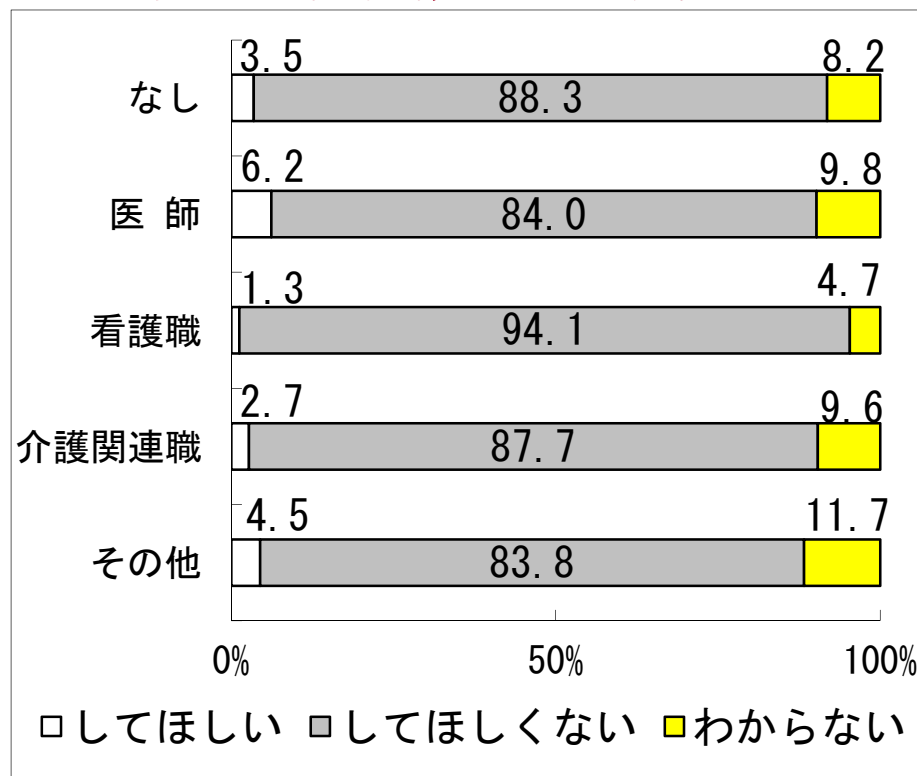
2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに 治る見込みがなく食べられなくなった場合

延命のために胃ろうによる栄養補給を望むか
延命のため鼻チューブによる栄養補給を望むか（職業別）

看護職と無職は9割近くが
胃ろうをしてほしくない



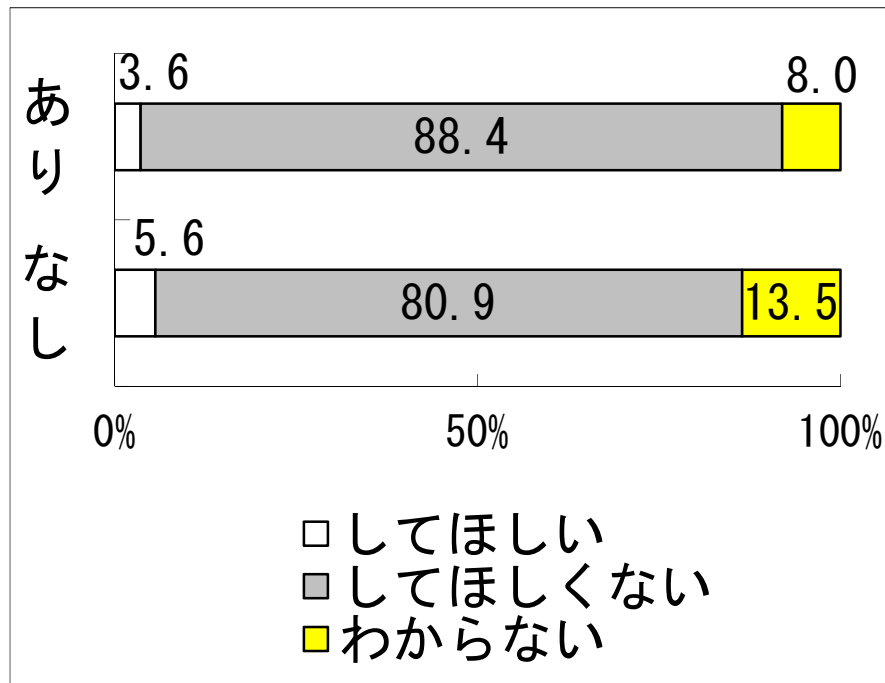
鼻チューブをしてほしくない
医師と看護職の差は顕著



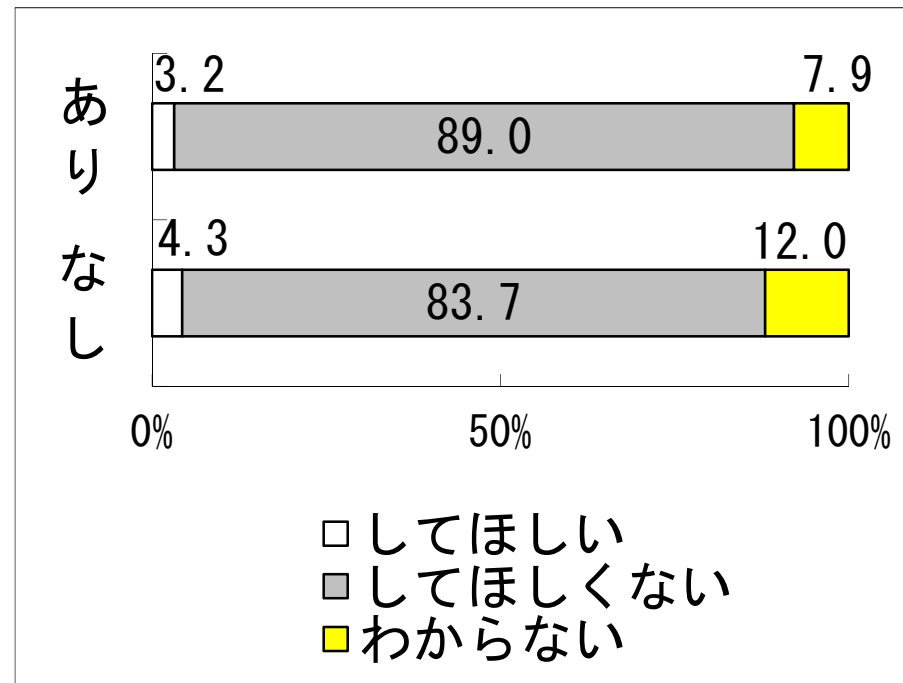
2 あなたが意思表示できない状態になり、さらに治る見込みがなく食べられなくなった場合

延命のために胃ろうによる栄養補給を望むか
延命のために鼻チューブによる栄養補給を望むか(看取り経験別)

胃ろう してほしくない
経験ありとなしの差 7.5ポイント



鼻チューブ してほしくない
経験ありとなしの差 5.3ポイント

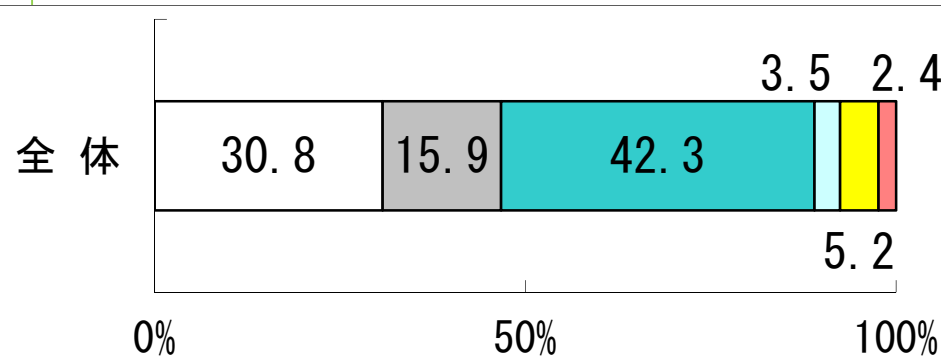


3 最期の医療について、あなたが望むことを家族と話し合ったことはあるか (全体)

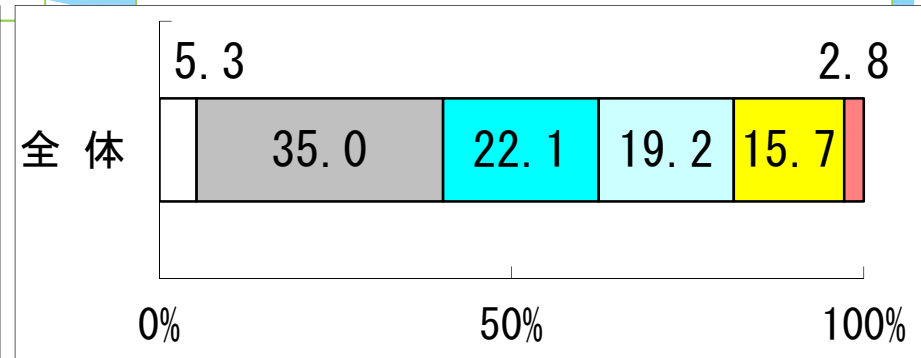
4 あなたが望む最期の医療について書面にしているか

自分が望む医療を伝えてある 30.8%

書面にしている 5.3%



- 話し合い、自分が望む医療について伝えてある
- 話し合ったことはあるが、自分が望む医療について伝えてない
- 話し合ったことはないが、これから話し合いたい
- 話し合うつもりはない
- わからない
- その他



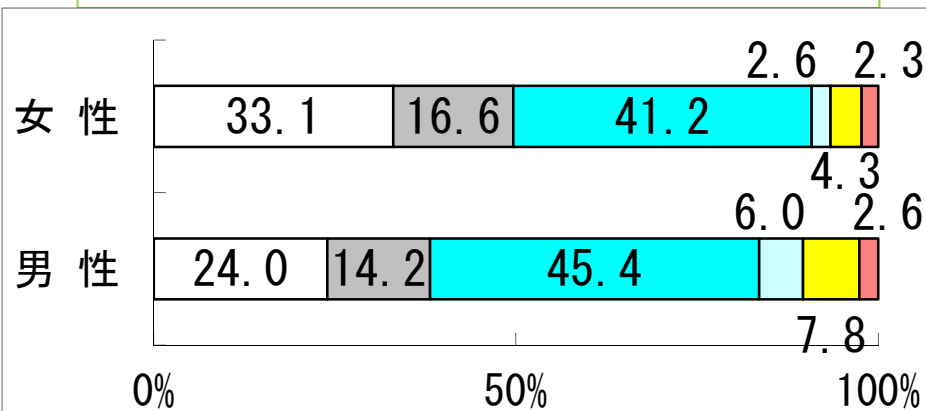
- 書面にしている
- これから書面にしたいと思う
- 書面にしたいが、どのようにすればよいか分からない
- 書面にしない
- わからない
- その他

3 最期の医療について、あなたが望むことを家族と話し合ったことはあるか (性別)

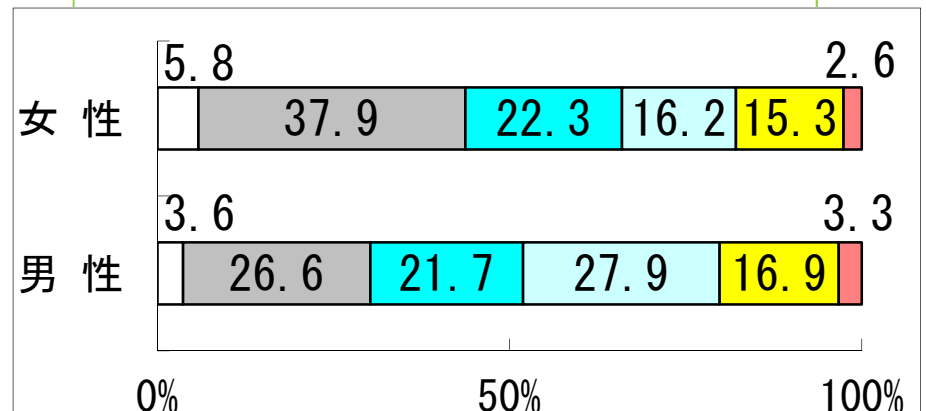
4 あなたが望む最期の医療について書面にしているか

自分が望む医療を伝えてある
女性3分の1 男性4分の1

これから書面にしたい
女性が男性を上回る



- 話し合い、自分が望む医療について伝えてある
- 話し合ったことはあるが、自分が望む医療について伝えてない
- 話し合ったことはないが、これから話し合いたい
- 話し合うつもりはない
- わからない
- その他



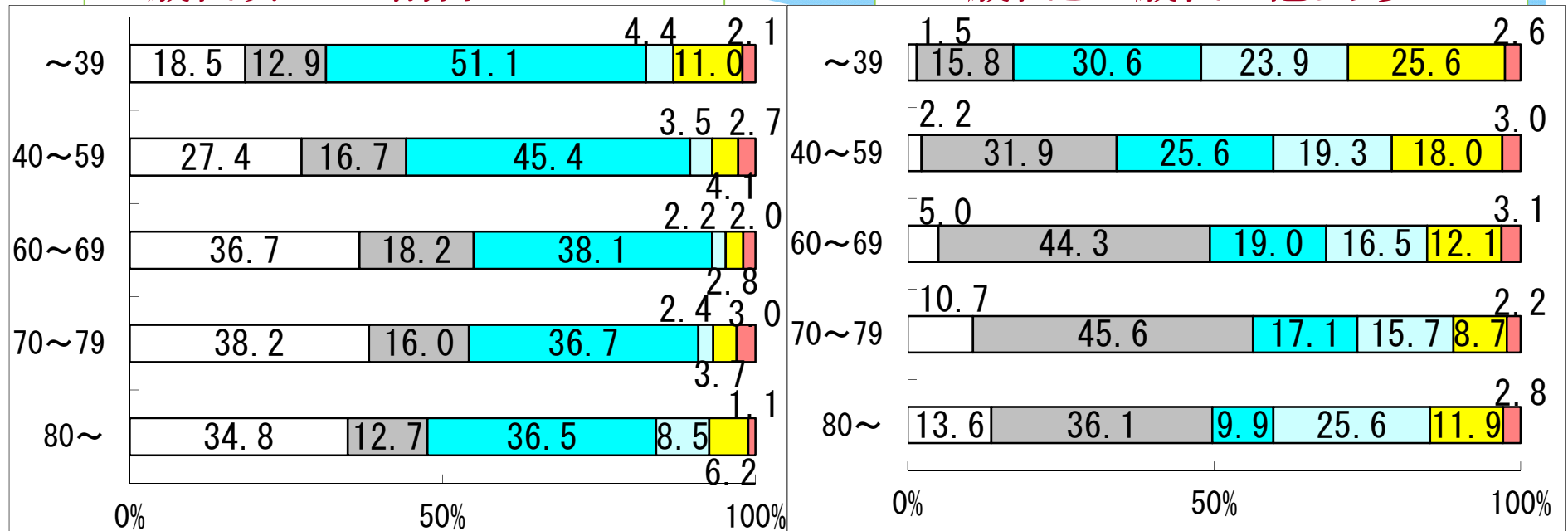
- 書面にしている
- これから書面にしたいと思う
- 書面にしたいが、どのようにすればよいか分からない
- 書面にしない
- わからない
- その他

3 最期の医療について、あなたが望むことを家族と話し合ったことはあるか (年齢別)

4 あなたが望む最期の医療について書面にしているか

自分が望む医療を伝えてある
60歳代以上は3割台

書面にしている
70歳代と80歳代が他より多め



- 話し合い、自分が望む医療について伝えてある
- 話し合ったことはあるが、自分が望む医療について伝えてない
- 話し合ったことはないが、これから話し合いたい
- 話し合うつもりはない
- わからない
- その他

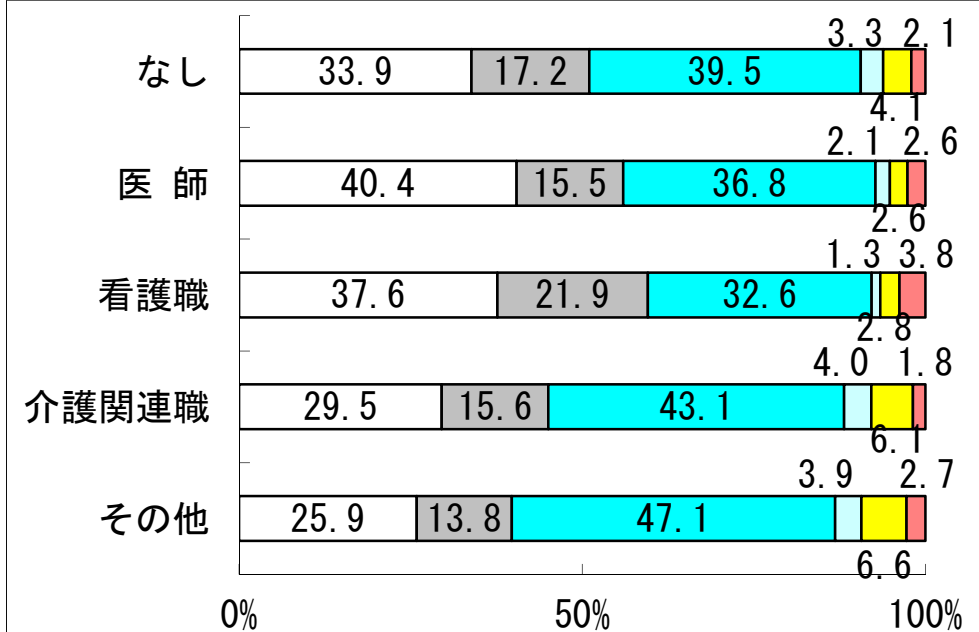
- 書面にしている
- これから書面にしたいと思う
- 書面にしたいが、どのようにすればよいか分からない
- 書面にしない
- わからない
- その他

3 最期の医療について、あなたが望むことを家族と話し合ったことはあるか (職業別)

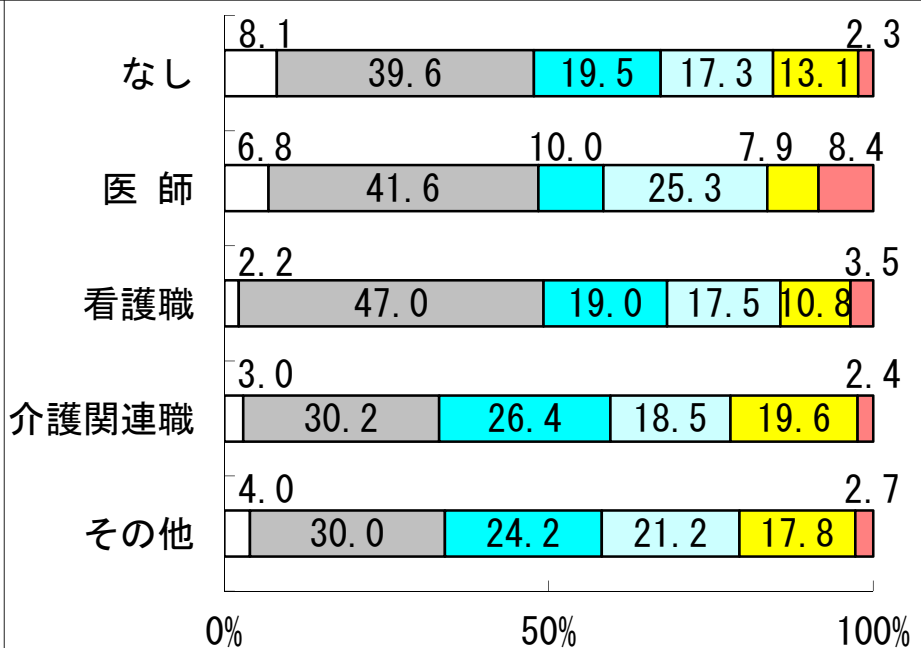
4 あなたが望む最期の医療について書面にしているか

自分が望む医療を伝えてある
医師と看護職が多く 約4割

これから書面にしたい
看護職、無職、医師は多い



- 話し合い、自分が望む医療について伝えてある
- 話し合ったことはあるが、自分が望む医療について伝えてない
- 話し合ったことはないが、これから話し合いたい
- 話し合うつもりはない
- わからない
- その他



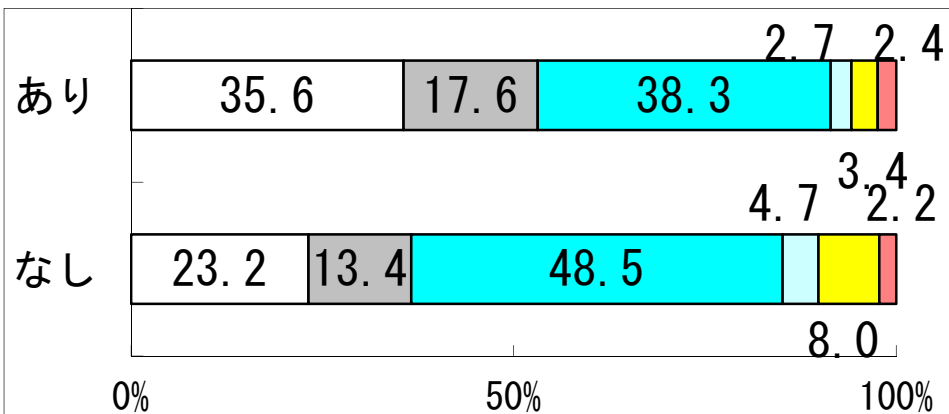
- 書面にしている
- これから書面にしたいと思う
- 書面にしたいが、どのようにすればよいか分からない
- 書面にしない
- わからない
- その他

3 最期の医療について、あなたが望むことを家族と話し合ったことはあるか (看取り経験別)

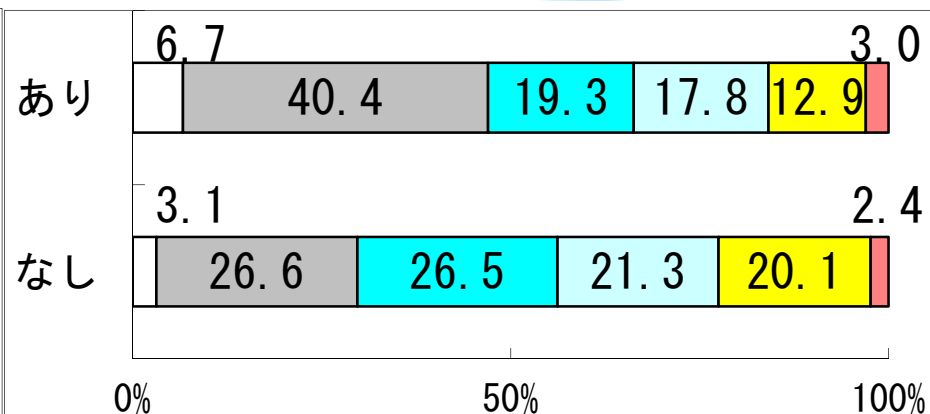
4 あなたが望む最期の医療について書面にしているか

自分が望む医療を伝えてある
経験ありとなしの差 12.4ポイント

これから書面にしたい
経験ありとなしの差 13.8ポイント



- 話し合い、自分が望む医療について伝えてある
- 話し合ったことはあるが、自分が望む医療について伝えてない
- 話し合ったことはないが、これから話し合いたい
- 話し合うつもりはない
- わからない
- その他



- 書面にしている
- これから書面にしたいと思う
- 書面にしたいが、どのようにすればよいか分からない
- 書面にしない
- わからない
- その他

自由記述の主な意見

調査票に「最期の医療についてご意見・ご経験をご自由にお書きください」という欄を設けたところ、数千人から意見が寄せられた。主な意見を以下に要約した。

(1) 家族間の意見の不一致

〈本人の思いと家族の思いは違う。医療関係者も。三者の意思疎通が必要〉

〈途中で親族の意見が分かれて困った〉

〈私は、延命は望まないが、家族の希望があればうけいれるかも〉

〈97歳の母がアンケートにあるような状況で同居の弟が延命を依頼し7か月。中止もできない。離れ住む私は反対だが（逆の例もあり）〉

〈102歳の母。同居の弟夫婦が何かあると救急車を呼び、治っている〉

〈複数の家族親族の合意が難しい〉

(2) 最近の医療側の変化

〈H21に父を送ったとき、病院は点滴ジャバジャバ、昼夜を問わず暴れると母に電話。縛られミトンをつけられ暴れないほうが不思議。H23同じ医師で母を送ったが、よく勉強していて往診、訪問介護・看護、家族の総力戦だった〉

〈10年前胃ろうを拒否すると“お父さんを殺す気か”となじられたが、最近は気持ちよく話し合いに応じてくれる〉

(3) 「延命」してもしなくても——家族の悩みは深い

〈母は尊厳死協会に入っており延命治療を拒否していたので酸素マスクだけで点滴もしなかった。家族としてはこれでよかったのか、と思いが残る〉

〈本人の尊厳を第一に考えるべきだが、残された家族はこれでよかったのか思い悩むことが多い〉

〈病院側から胃ろうを持ちかけられて応じたがあれでよかったのかと思う〉

(4) 命に対する認識「命は誰のもの」

〈本人の意思第一とはいえ、命は個人だけのものであると同時に社会的なもの。家族の希望もわかる。意識がなくて胃ろうなどで延命している場合、生きているだけで救われる人もいるはず。もし私の愛する人がそうなったら延命を望みます〉

一方で〈家族に迷惑をかけたくないから延命措置を望まない〉とする意見多数

(5) 本人の意思尊重のシステムを

〈本人の意思を書面にしたときは、それが実行できる半公的なシステムを〉

〈書いたとしても、倒れたときに自分がどう願うかは想像できない。柔軟に変更できる対応を〉

全体として延命によるみとり経験をした人を中心に、本人の意思で延命を行わない最期を求める声が圧倒的であった。一方、家族の死に関して、延命をしないでよかったのか、自分は家族の気がすむように、という声も若干あり、一人称の死、二人称の死の違いなど、社会的コンセンサスに至る道の問題点を知ることができた。

このアンケートを書くことによって、親子、夫婦の中で初めてまともに話し合うことができた、と感謝のことばをたくさんいただいた。一方、20人ぐらいのグループ集団で回答中、拒否した人が2人、途中で気分が悪くなって回答しきれなかった人2人、という報告もあった。生々しい体験直後の方であつたらしく、あらためて1人1人にとっての命の重さを痛感させられた。

自由記述の多くに、最期の医療措置、医療施設、在宅診療などについての的確な情報を望む声があり、政府はじめ関係機関はこの要望に応えていただきたいと願っている。