

第61回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成25年5月10日（金）
16時00分～18時00分
場所：グランドアーク半蔵門

(議 題) 社会保障制度改革国民会議での議論について

(配布資料)

- 資 料 1 社会保障制度改革国民会議について
- 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)
(平成25年4月22日 第10回社会保障制度改革国民会議資料)
- 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)」と主な論点 (案)
- 資 料 4 「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
- 参考資料1 後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ
(平成25年4月5日公表)
- 参考資料2 柔道整復療養費、あん摩マッサージ指圧及びはり・きゅう療養費
の算定基準の改定について
(平成25年3月29日公表)
- 参考資料3 「健康保険法等の一部を改正する法律 (案)」について
- 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10日現在

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

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第61回社会保障審議会医療保険部会

平成25年5月10日(金) 16:00~18:00

グランドアーク半蔵門 「富士東の間」

	岡崎委員	大谷参考人	木倉局長	遠藤部長	秋葉厚生労働副大臣	岩村部会長代理	神田審議官	横尾委員	○ 速記
川尻委員									
小林委員									○山下委員
齋藤訓子委員									○森昌平委員
齋藤正寧委員 (参考人)									○森千年委員
柴田委員									○堀委員
白川委員									○福田委員
菅家委員									○樋口委員
鈴木委員									○武久委員
	○佐久間室長	○鈴木室長	○中村課長	○横幕課長	○濱谷課長	○大島課長	○竹林室長	○井上企画官	○村山課長
	○稻川管理官	○泉室長	○唐木補佐	○渡邊補佐	○藤田室長	○田口管理官	○近澤管理官	○鎌田企画官	
	傍聴者席								

社会保障制度改革国民会議について

1 設置根拠

- 社会保障制度改革推進法に基づき設置。
- 法律に基づく設置期限は平成25年8月21日。

2 委員

- 委員として以下の有識者15名を任命（法律上は20名以内）。

(会長) 清家 篤	慶應義塾長	神野 直彦	東京大学名誉教授
(会長代理) 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	永井 良三	自治医科大学学長
伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授	西沢 和彦	日本総合研究所調査部上席主任研究員
大島 伸一	国立長寿医療研究センター総長	増田 寛也	野村総合研究所顧問
大日向雅美	恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授	宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授	宮本 太郎	北海道大学大学院法学研究科教授
駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授	山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授
榊原 智子	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長		

※国民会議の事務局は、内閣官房社会保障改革担当室が担当している。

3 開催経過

【第1回】平成24年11月30日	<議題>	会長選任等諸手続、各委員からのあいさつ、意見交換 等
【第2回】平成24年12月7日	<議題>	医療、介護、年金、少子化対策の各分野について、厚生労働省の関係審議会部会長を務める委員から現状と課題を説明、意見交換
【第3回】平成25年1月21日	<議題>	これまでの議論の確認、意見交換
【第4回】平成25年2月19日	<議題>	ヒアリング・意見交換（日本経済団体連合会、経済同友会、日本商工会議所、日本労働組合総連合会）
【第5回】平成25年2月28日	<議題>	ヒアリング・意見交換（1）地方団体（全国知事会、全国市長会、全国町村会）（2）財政制度等審議会
【第6回】平成25年3月13日	<議題>	これまでの議論の確認及び「基本的な考え方」の整理に向けた議論
【第7回】平成25年3月27日	<議題>	関係者を交えての議論（四病院団体協議会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会 全国老人福祉施設協議会、民間介護事業推進委員会、（日本医師会））
【第8回】平成25年4月4日	<議題>	関係者を交えての議論（健康保険組合連合会、全国健康保険協会、国民健康保険中央会 全国後期高齢者医療広域連合協議会）
【第9回】平成25年4月19日	<議題>	委員からのプレゼンテーション及び議論、関係者を交えての議論（日本医師会）
【第10回】平成25年4月22日	<議題>	これまでの議論の整理（医療・介護分野）
【第11回】平成25年5月9日	<議題>	委員からのプレゼンテーション等及び議論（少子化対策分野）

4 検討項目 [社会保障制度改革推進法に規定、国民会議発足前の3党実務者協議でも合意]

【医療の改革】

- ① 健康の維持増進・疾病の予防・早期発見等の積極的促進、
医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用 等
- ② 医療保険制度の財政基盤安定化、保険料負担に関する公平の確保、療養の範囲の適正化等
- ③ 医療の在り方（個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直し、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備）
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかる改革

【介護の改革】

介護サービスの範囲の適正化等による効率化・重点化、低所得者等の保険料負担の増大の抑制

【年金の改革】

- ① 今後の公的年金制度にかかる改革
- ② 現行年金制度の改善（低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等）

【少子化対策】

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

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>■ 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。

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

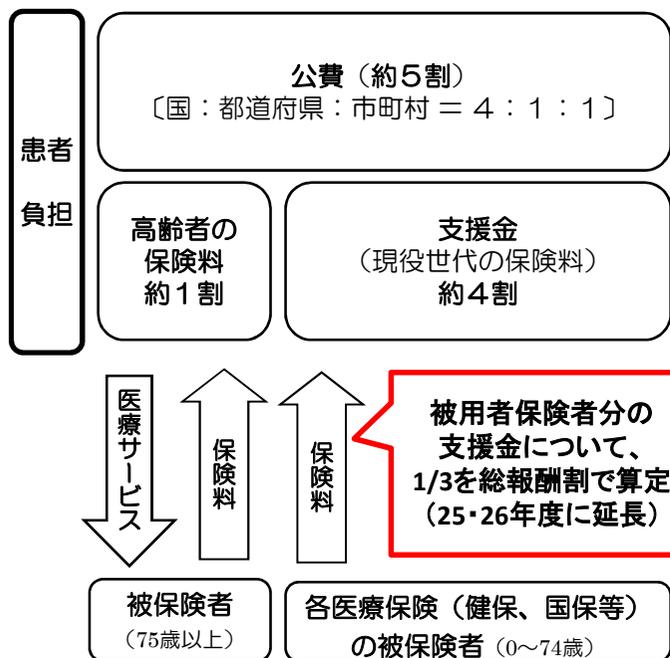
現行

- 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

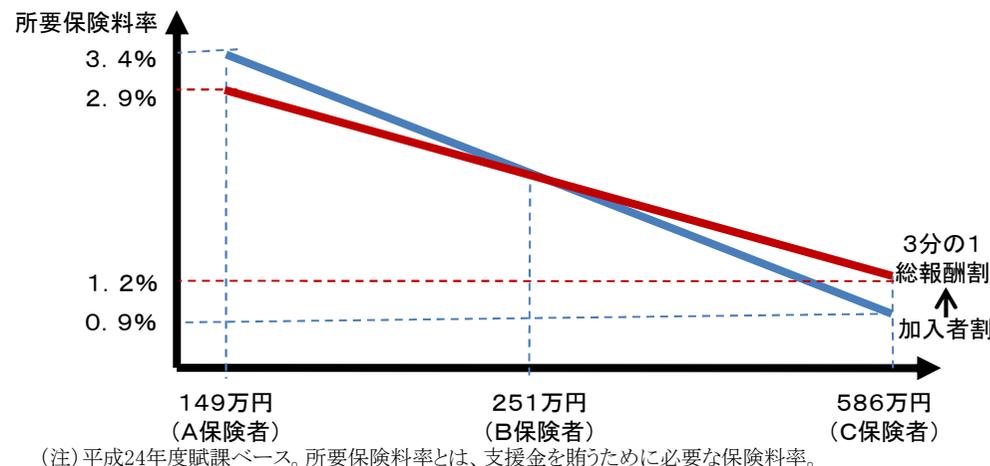
- 平成25年度及び平成26年度の2年間、被用者保険の支援金の3分の1について総報酬割とする特例措置を延長する。

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

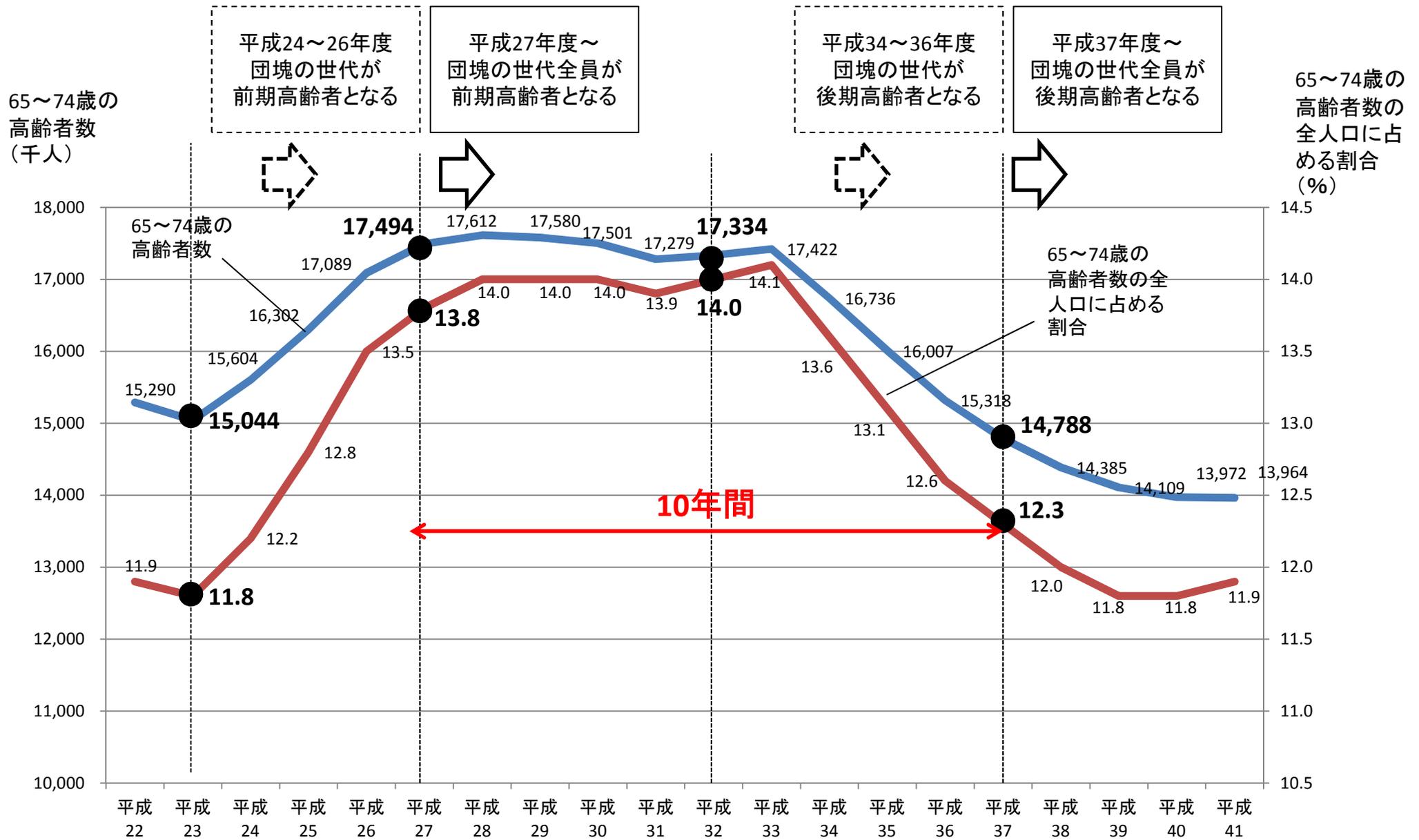
○ 総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数（H27年度推計）

	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。

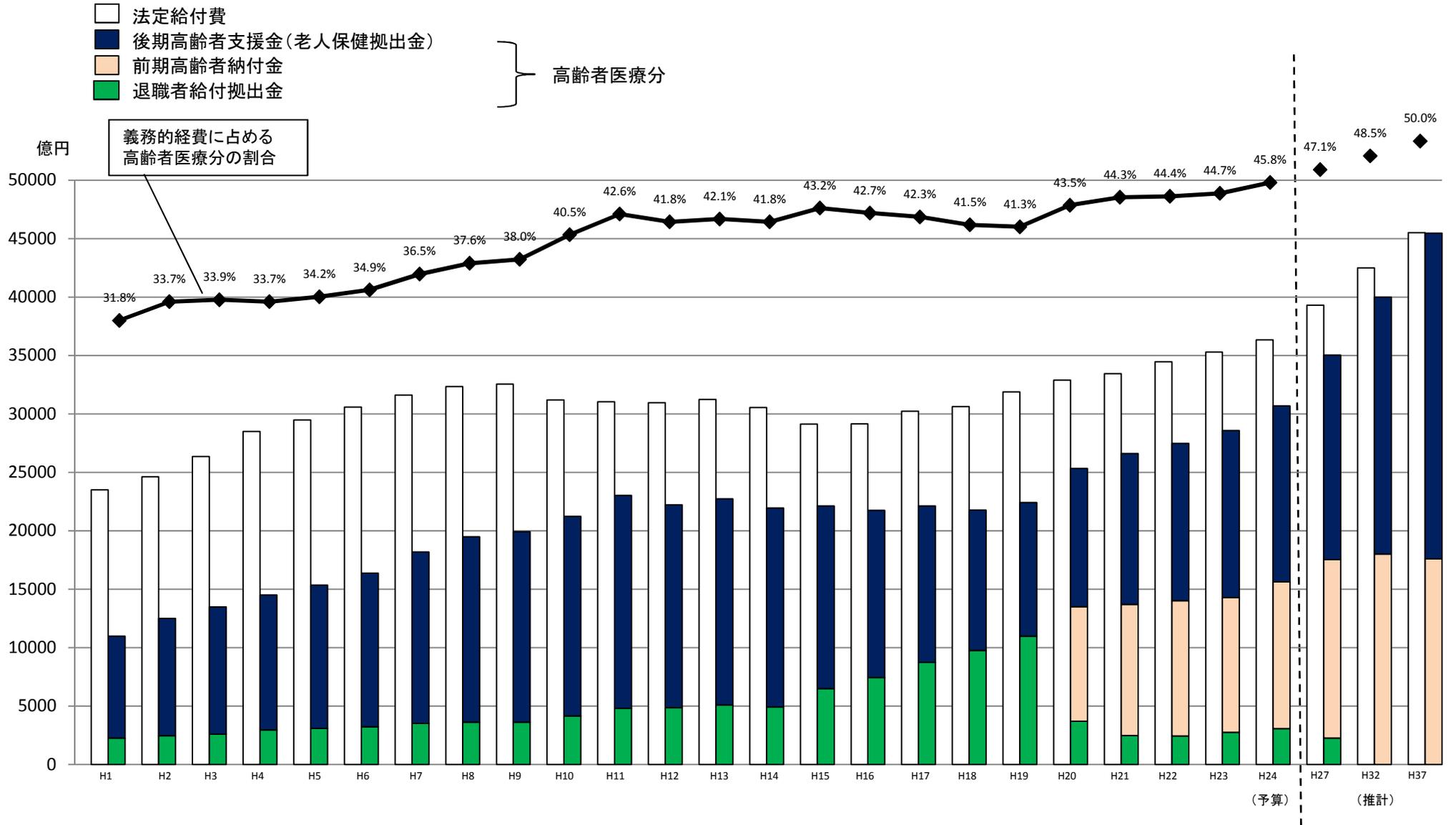
※ 平成25年度予算ベースに基づく推計。

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。

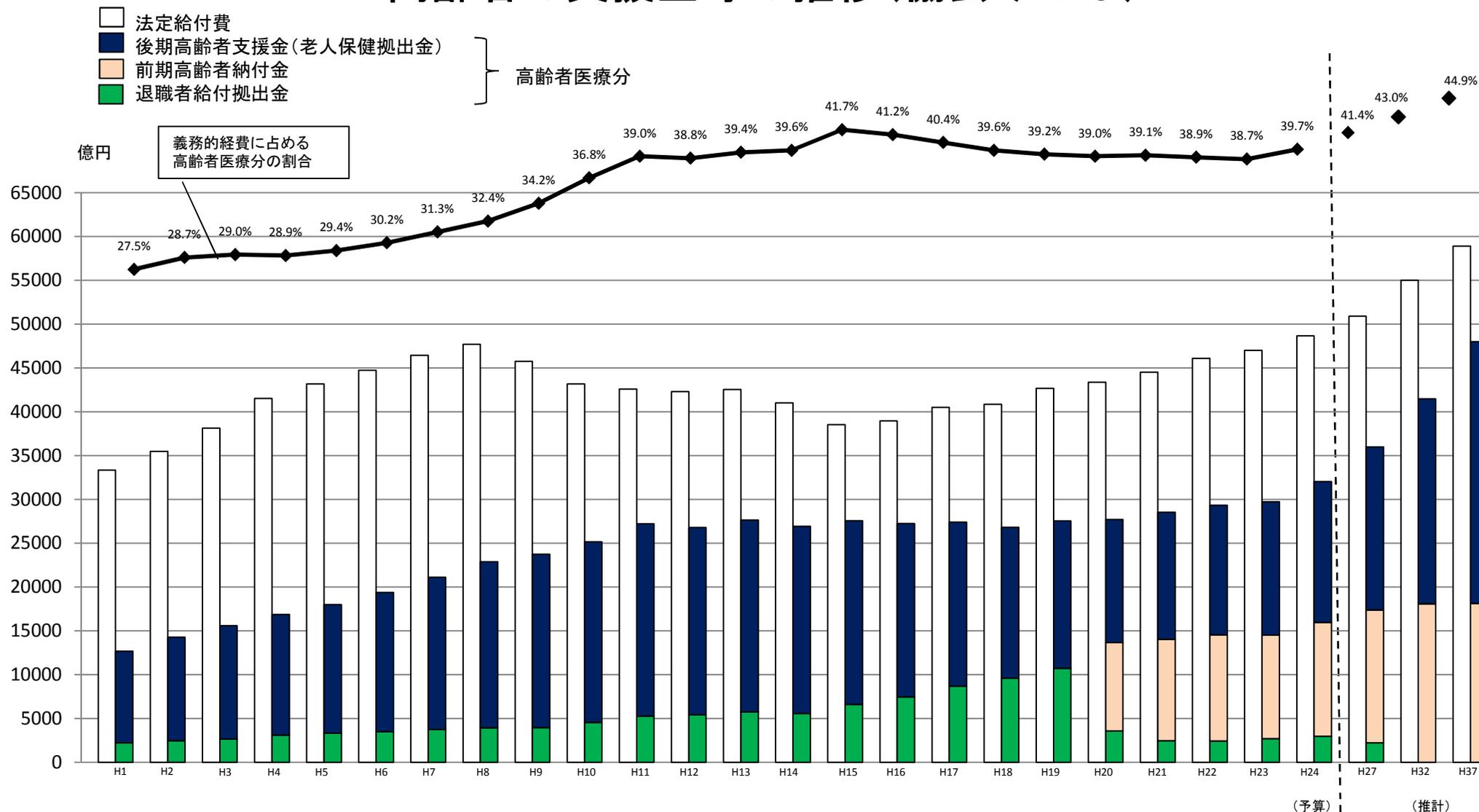
なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※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

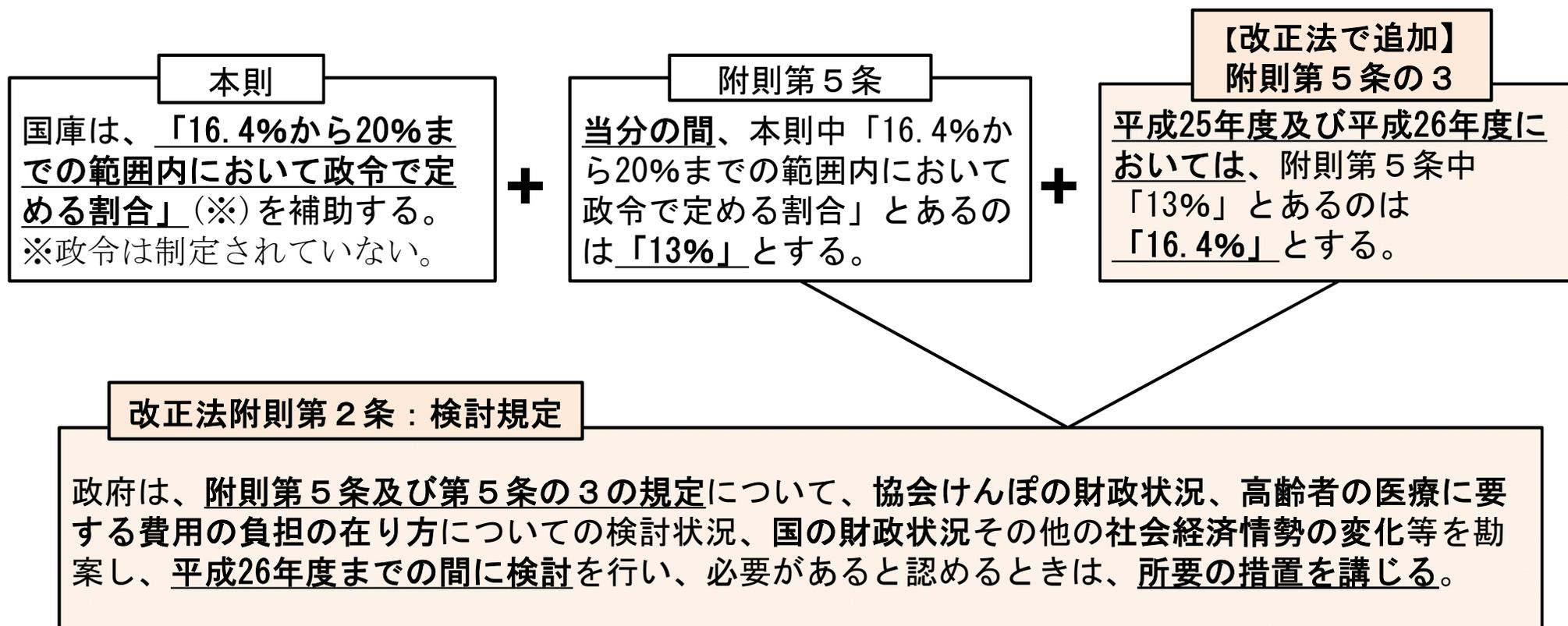
- 高齢者医療制度の見直しについては、平成24年6月15日の3党（自公民）の確認書において、「今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する」とされ、その後成立した社会保障制度改革推進法の規定において、社会保障制度改革国民会議の検討事項とされている。
- 他方、大綱において、「高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。」こととされていることから、当部会では、支援金の総報酬割の在り方を中心に高齢者医療制度の在り方について検討を行った。
- 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な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、平成二十六年までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずるものとする。

(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。

資料3-8

2013/4/19

医療・介護保険制度改革の方向性

山崎 泰彦

医療保険

〔これからの医療のあり方〕

- 医療における高齢者医療、特に後期高齢者医療の比重が飛躍的に高まる。これは人口構造の変化から不可避。
- 高齢者医療の内容が変わる（変えなければならない）。急性期医療から回復期・慢性期医療へ、入院医療から外来・在宅医療へ、そして介護と連携した医療へ。その際、地域包括ケアを推進する観点が特に重要。介護と同様に高齢者医療も地域密着型サービスに重点をシフト。

〔後期高齢者医療の問題点〕

- 都道府県単位の後期高齢者医療と市町村単位の介護保険の不整合性
 - ・市町村が介護や在宅医療で引き受けるインセンティブを阻害、市町村は医療に委ねたほうが保険料・市町村負担が軽減される。
 - ・市町村負担の割合は、後期高齢者医療 12分の1、介護保険 8分の1。
 - ・後期高齢者医療と介護保険の給付と負担の関係を一体化させるべき。

〔国保の広域化論を巡って〕

○広域化の狙いは何か

- ・小規模保険者対策としてのリスク分散機能の強化：再保険としての現行の高額医療費共同事業等が相当な効果をあげている。この事業の改善によって対応可能ではないか（医療費の平準化の期間を拡大する、超高額医療費については公費の配分を高めるなど。）
- ・保険料負担の平準化：受益としての実質医療費水準（年齢構造調整後の医療費水準）の差を考慮しない平準化は、市町村レベルでの保健施設活動、医療費適正化対策、地域包括ケア等の取り組みを阻害。

○小規模市町村よりも大都市国保の方により大きな問題あり

- ・小規模市町村のリスク分散機能の低下には再保険事業で対応。所得水準の格差には国・県の財政調整交付金で対応。年齢構成の違いには制度間調整で対応。残る問題への対応を探るのが現実的な検討の方向。
- ・単に小さいということであれば、国保だけでなく、介護、子ども・子育て支援、その他福祉などにも及ぶ脆弱な行財政力の問題で、基礎自治体のあり方として論ずるべき問題。
- ・大都市国保には、低い保険料（税）収納率、高い一般会計法定外繰入金割合、少なくない総務費割合（スケールメリットが発揮できていない）などの問題がある。赤字保険者は大都市国保に多く、黒字保険者は町村国保に多い。共同事業においても大都市国保は交付金超過（拠出金＜交付金）になりがち。
- ・都道府県による広域化等支援方針による取り組み（平成22年国保制度改革による市町村国保の事業運営の都道府県単位化にむけた環境整備）が必ずしも順調に進まないのはなぜか検討すべき。

国民健康保険の市町村規模別比較(平成22年度)

	保険料・税 収納率 (%)	一般会計法定 外繰入金割合 (%)	総務費 割合 (%)	1人当たり 共同事業拠出 金(円)	1人当たり 共同事業交付 金(円)*
19 大都市・特別区	86.30	5.2	1.7	36,684	37,275
10 万人以上の市	87.62	3.0	1.4	40,856	40,731
5~10 万人未満の市	87.39	2.7	1.4	39,235	39,464
5 万人未満の市	90.13	2.1	1.5	41,304	41,284
市 計	88.19	3.2	1.6	39,532	39,722
町 村	92.39	1.6	1.7	44,554	43,695
合 計	88.61	3.0	1.6	40,042	40,125

* 高額医療費共同事業と保険財政共同安定化事業の合計額。

(資料)国民健康保険中央会等「国民健康保険の実態」

○広域化には都道府県単位の共同事業の改善により対応すべき

・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。

〔医療提供体制の見直しと地域医療の充実に向けて〕

・都道府県からの診療報酬に関する意見の提出とそれを踏まえた診療報酬の決定や、地域の実情を踏まえた診療報酬の決定ができる仕組みの積極的な活用による地方分権の推進。

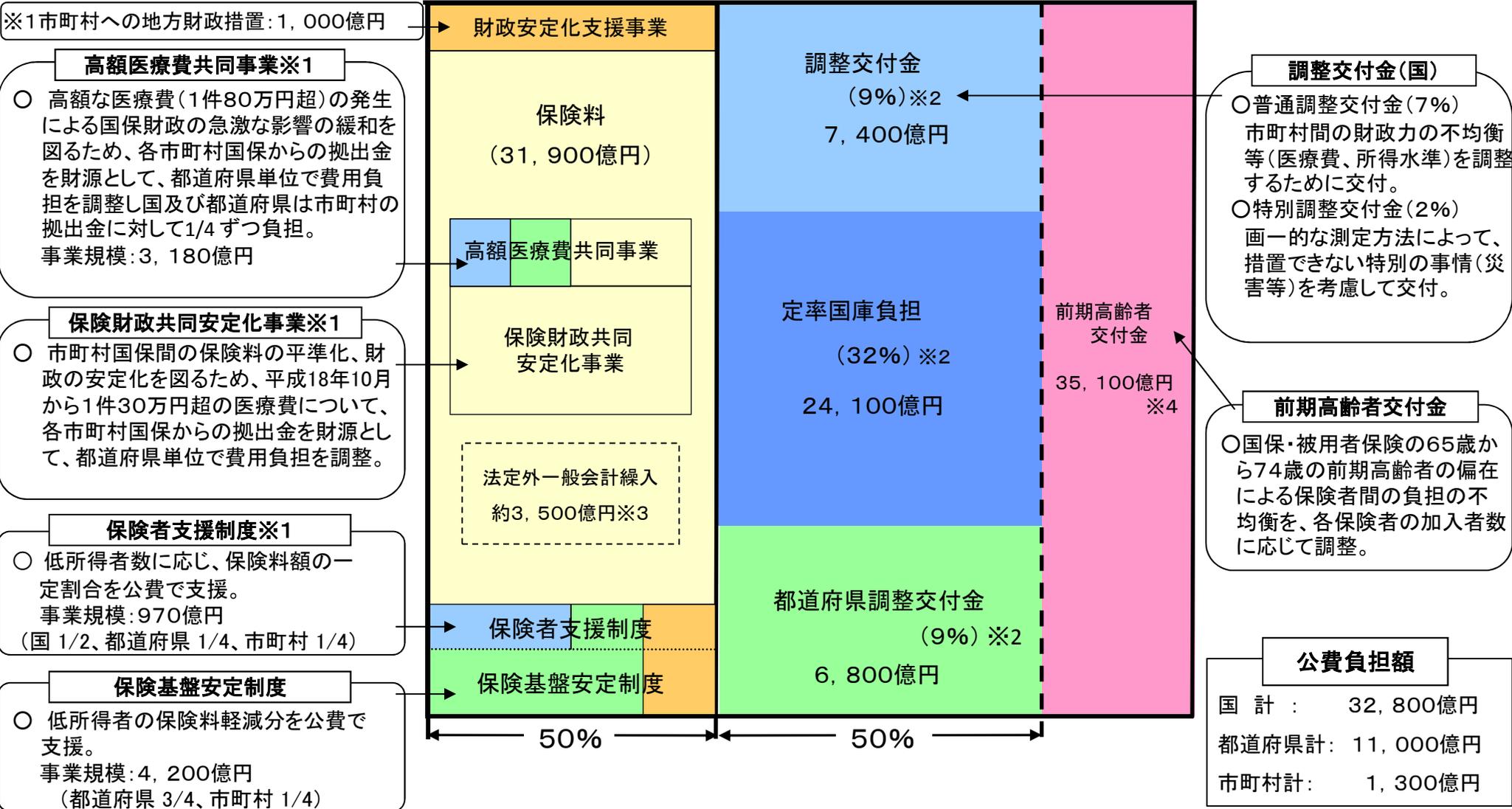
・都道府県医療計画の策定や医療機関の開設における医療保険者・市町村の積極的な関与。

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

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



● 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

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)

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)



● 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】

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	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

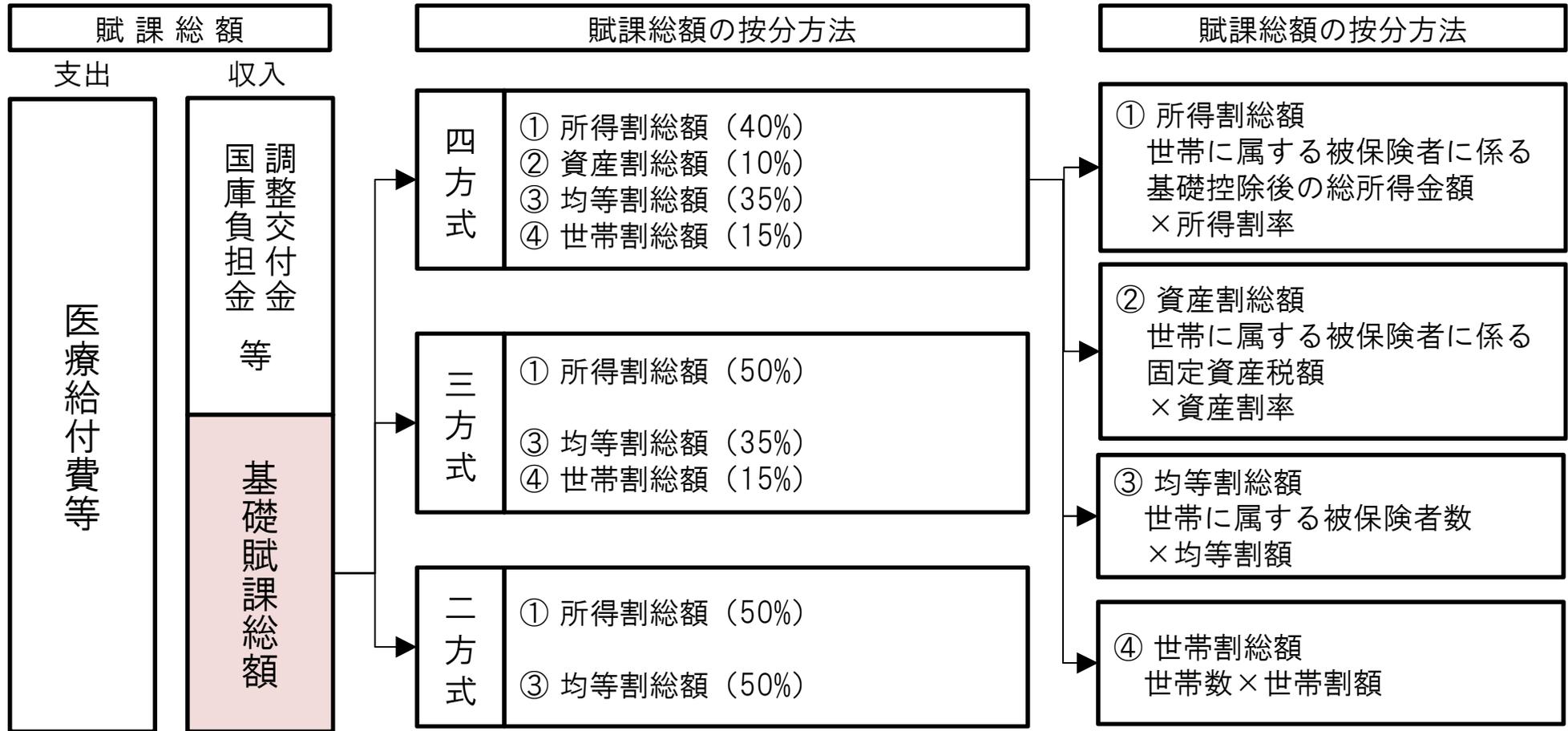
格差(倍)	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
都道府県(47)	1 富山	4 神奈川 石川 大阪 鳥取	4 千葉 島根 香川 佐賀	3 山口 長崎 宮崎	10 栃木 群馬 新潟 福井 岐阜 滋賀 岡山 広島 徳島 福岡	8 岩手 山形 福島 山梨 静岡 三重 兵庫 熊本	5 青森 茨城 埼玉 愛媛 大分	4 愛知 京都 和歌山 高知	1 宮城	0	2 奈良 沖縄	2 北海道 鹿児島	1 秋田	0	0	2 東京 長野

■ 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 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

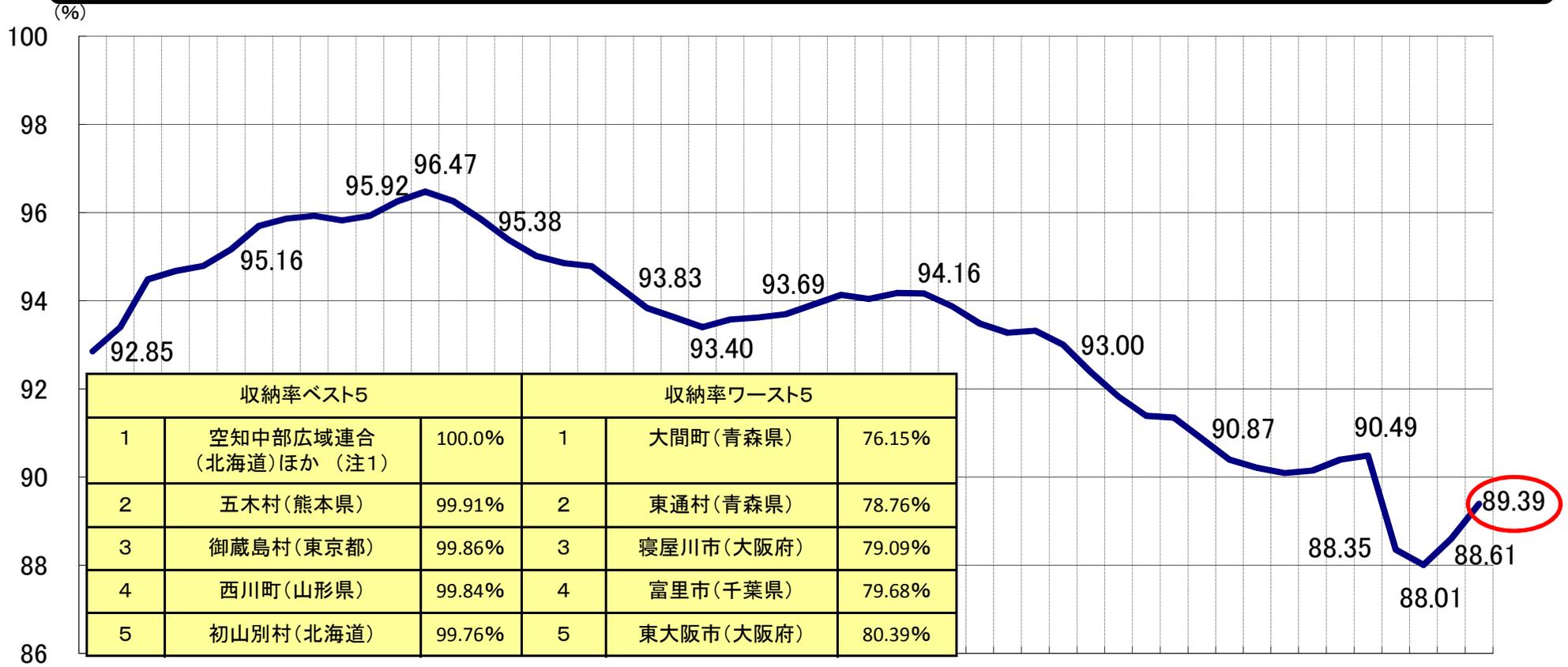
（平成22年度末現在）

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ので、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。(基礎賦課分の他、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										町村部平均			
			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			
		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差
平成	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
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）	国保料のみ可
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。

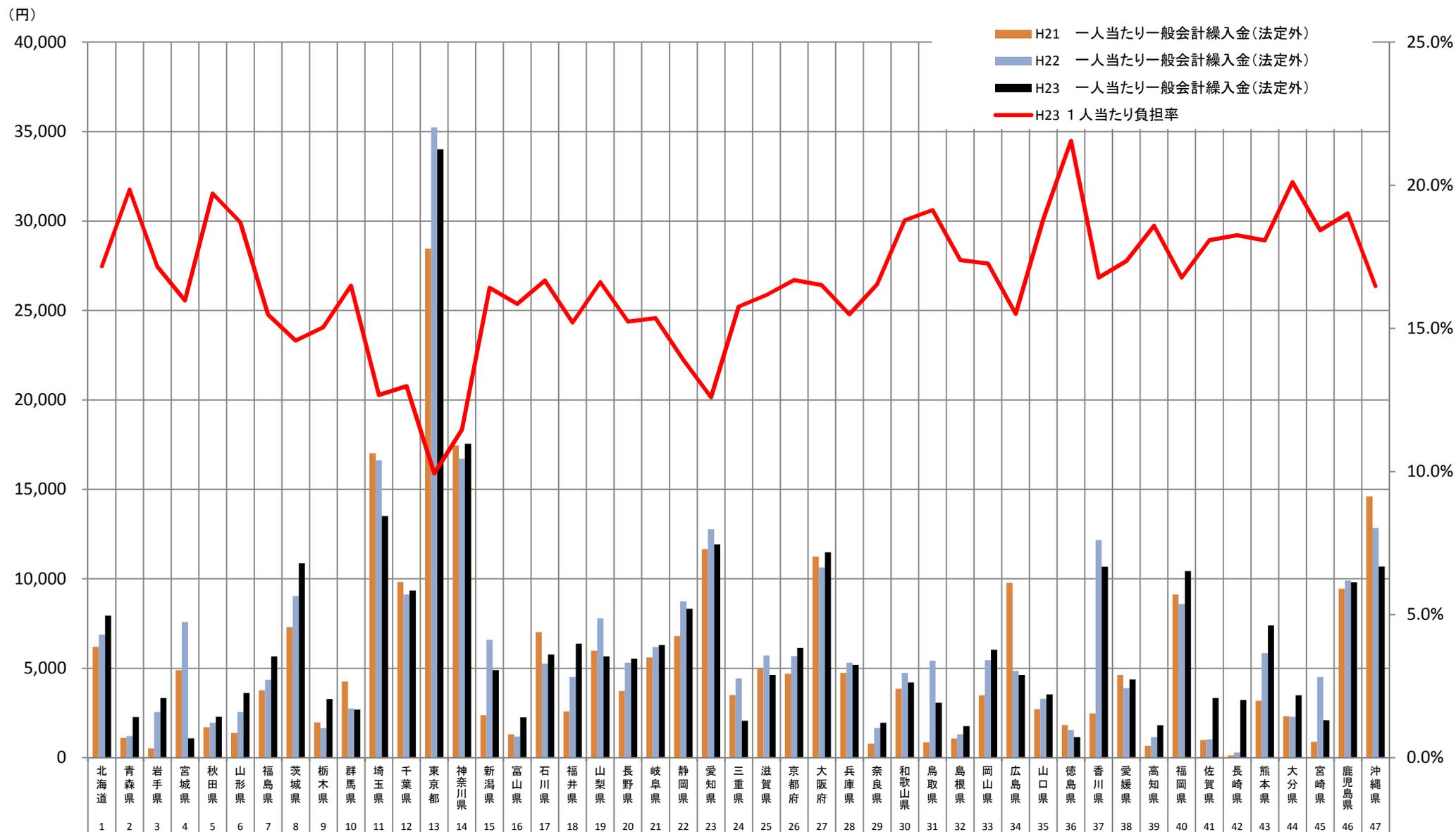
(注2) 保険料調定額は介護保険分を含んでいる。

(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

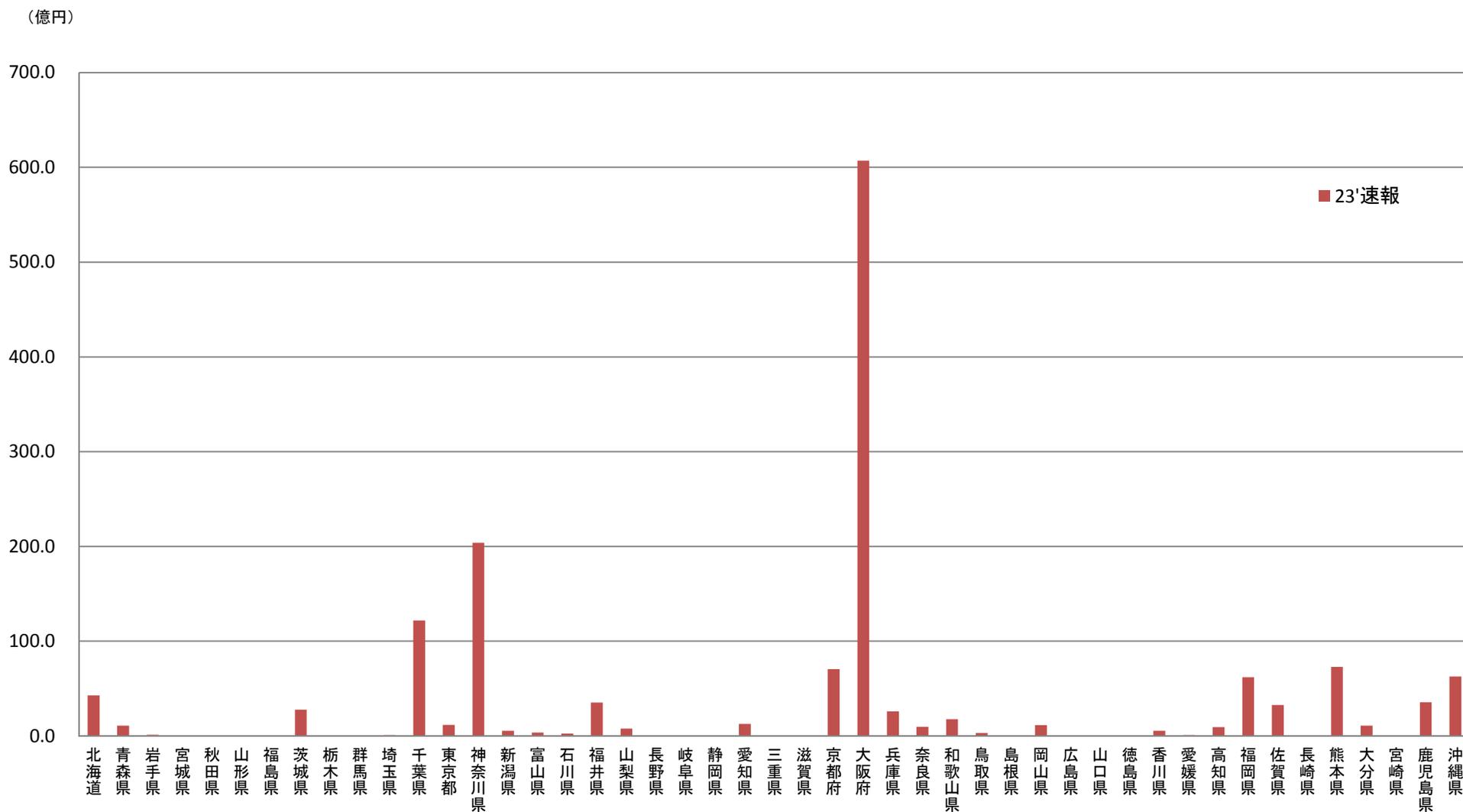
○ 平成23年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知は保険料負担率が低い。



(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

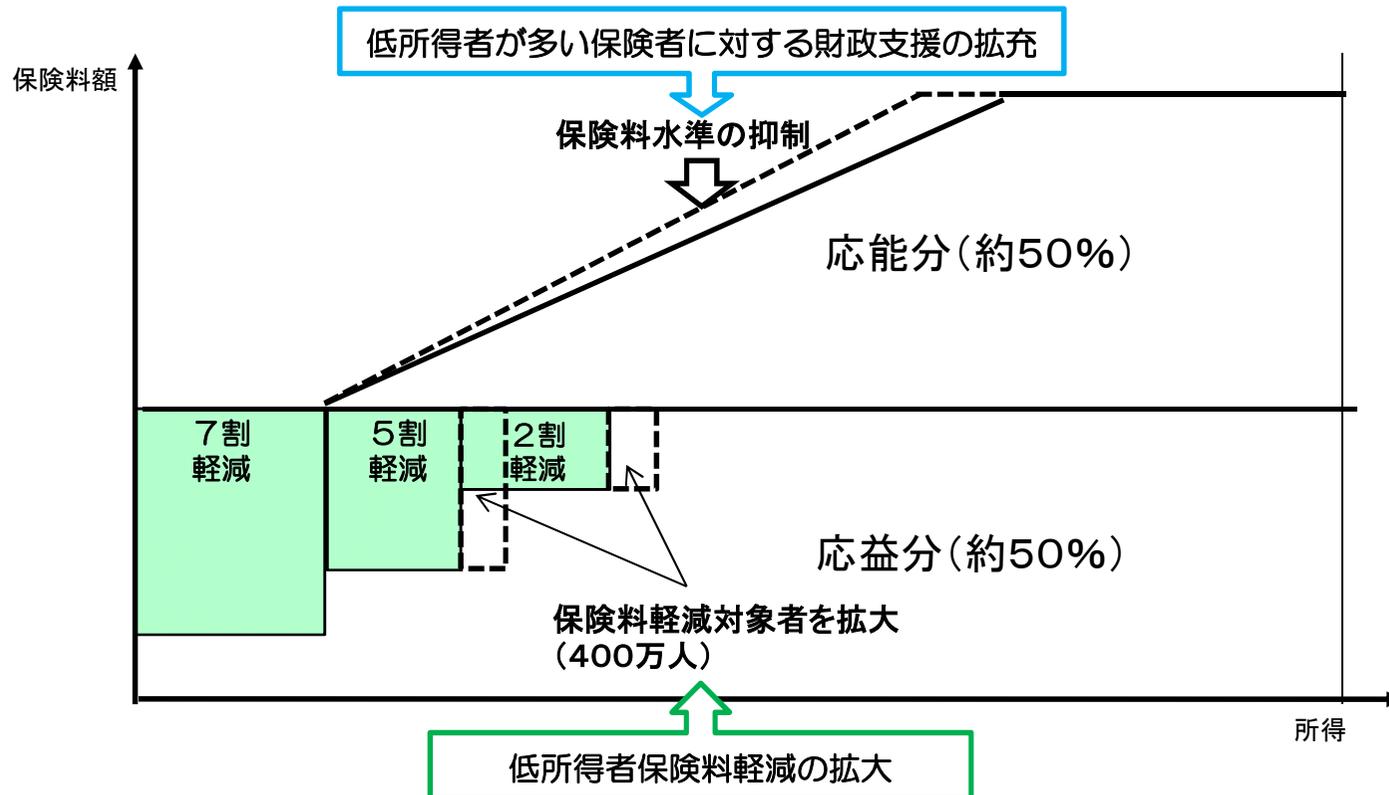
☆5割軽減対象者 年収147万円以下 → 178万円以下

☆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

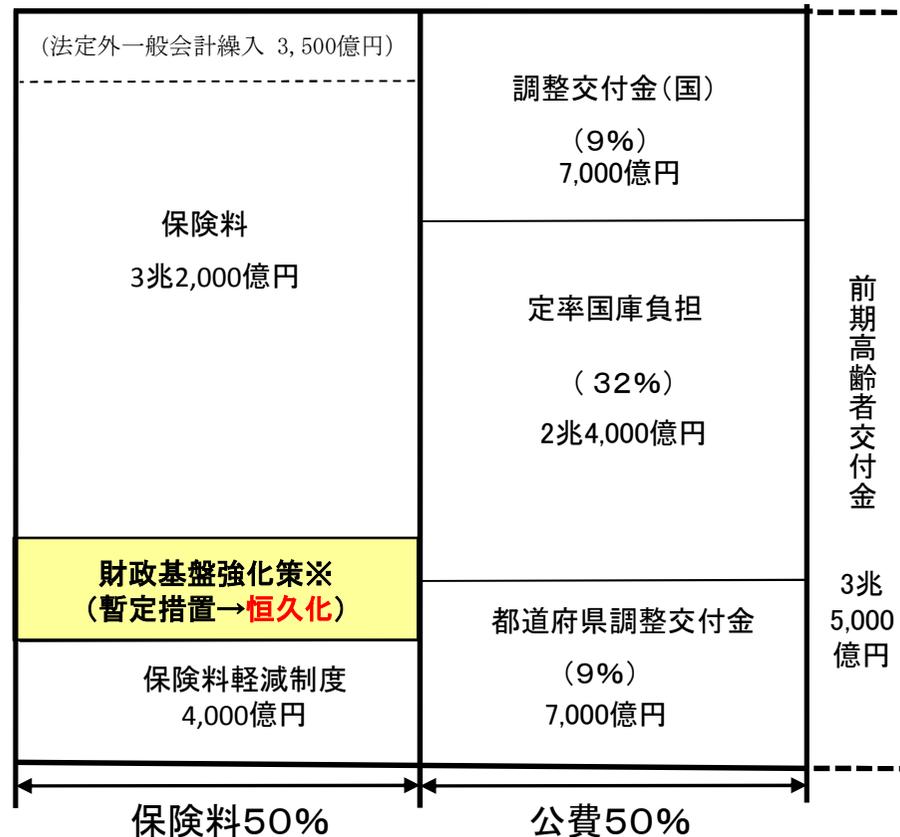
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

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。

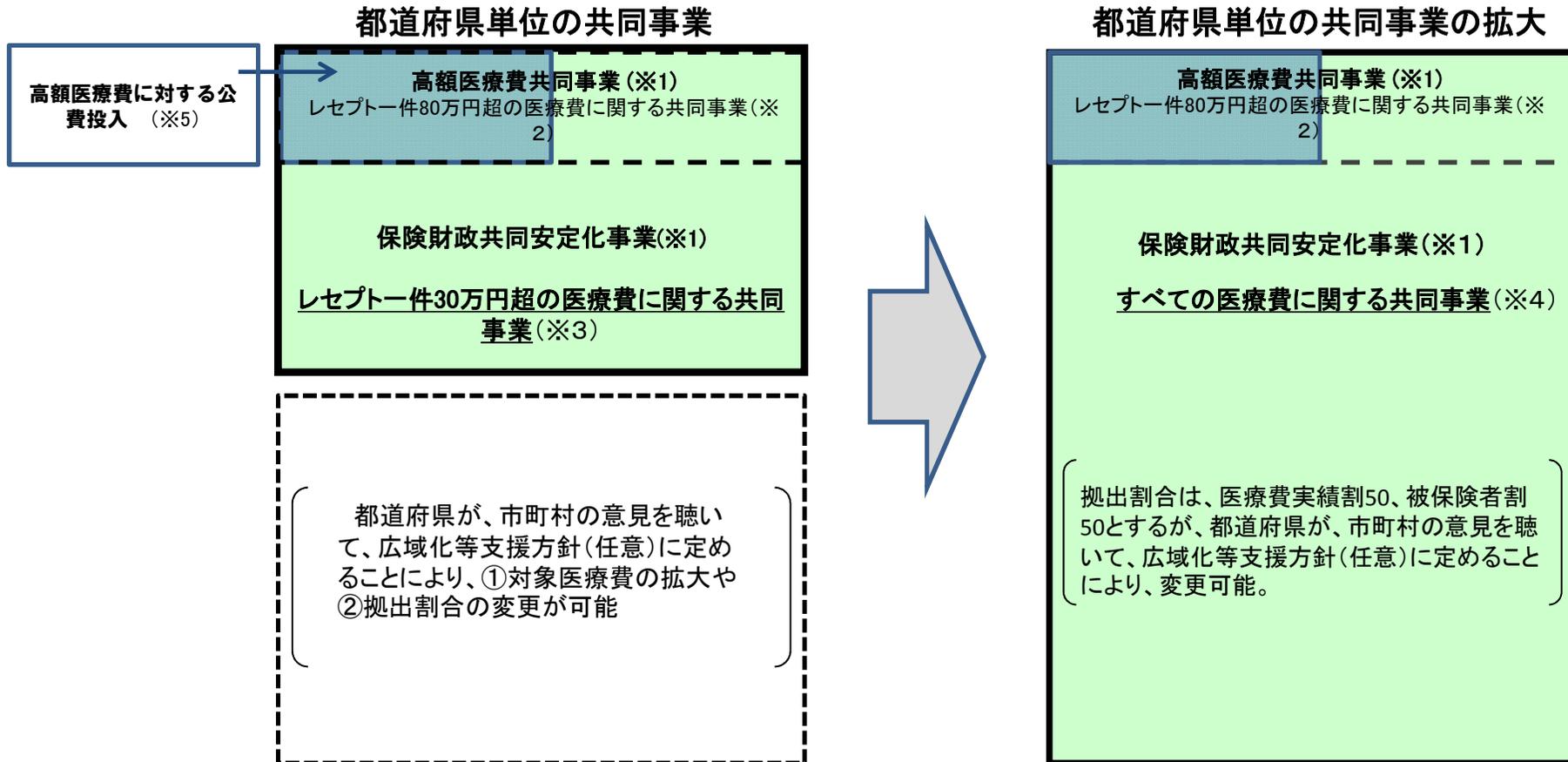
財政運営の都道府県単位化の推進

○ 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】

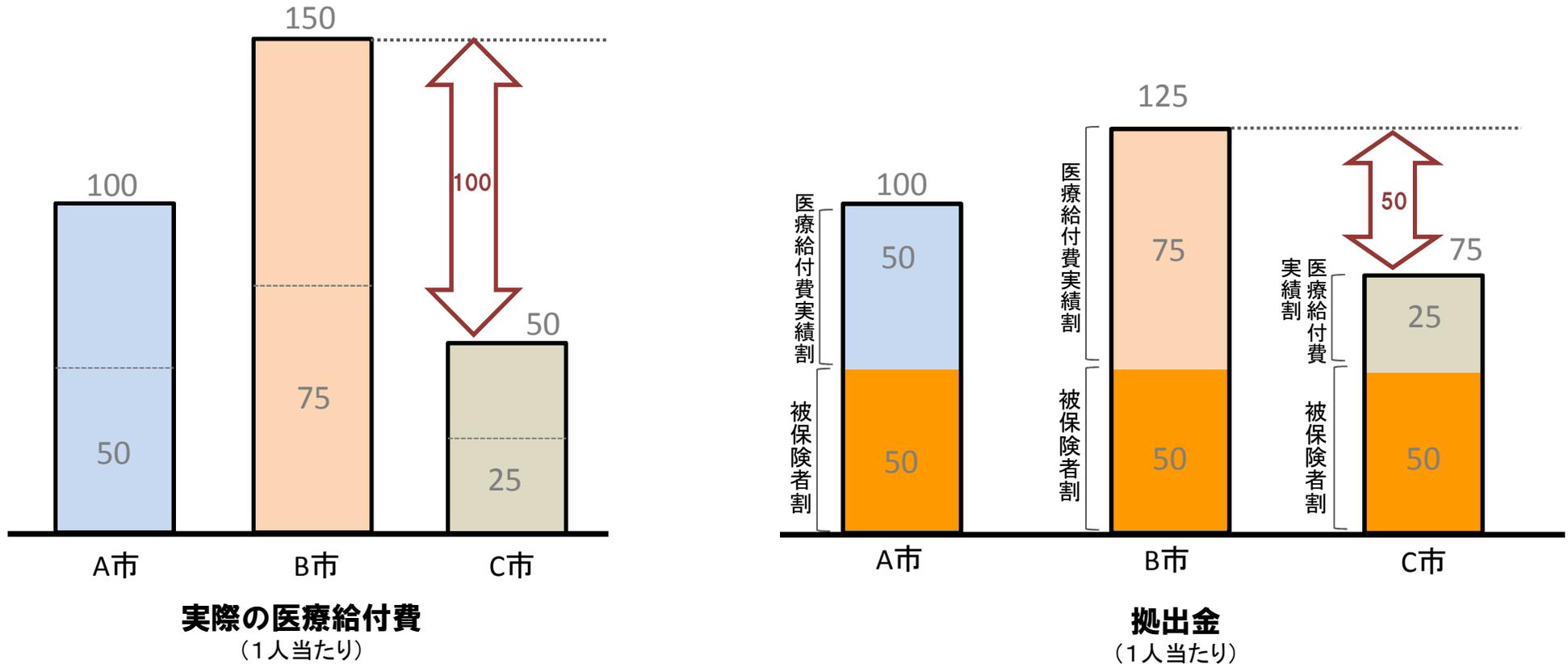


- ※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置
- ※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。
- ※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。
- ※4 自己負担相当額等を除く。
- ※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

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

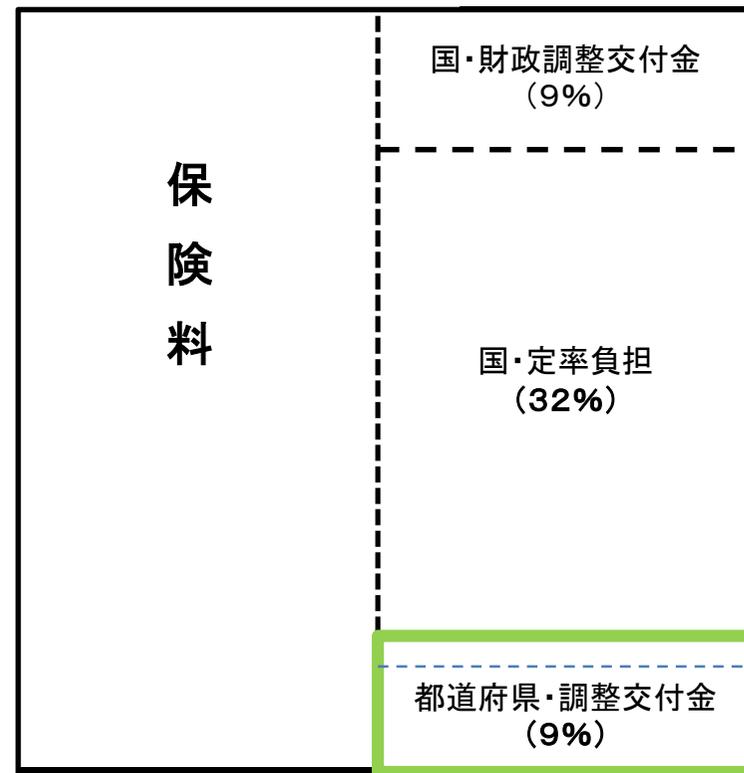
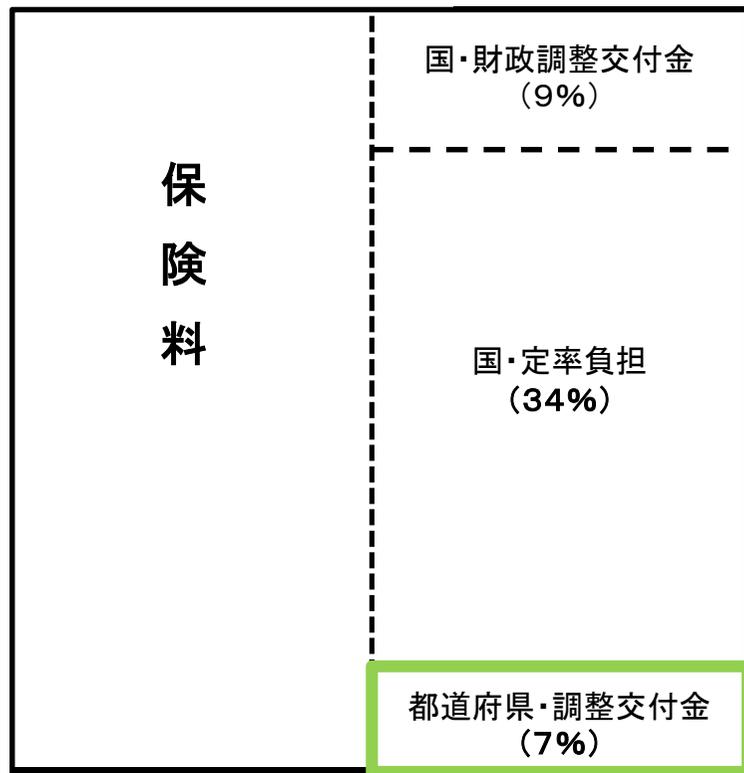
○ 都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

※ 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】



} +2%

※ 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

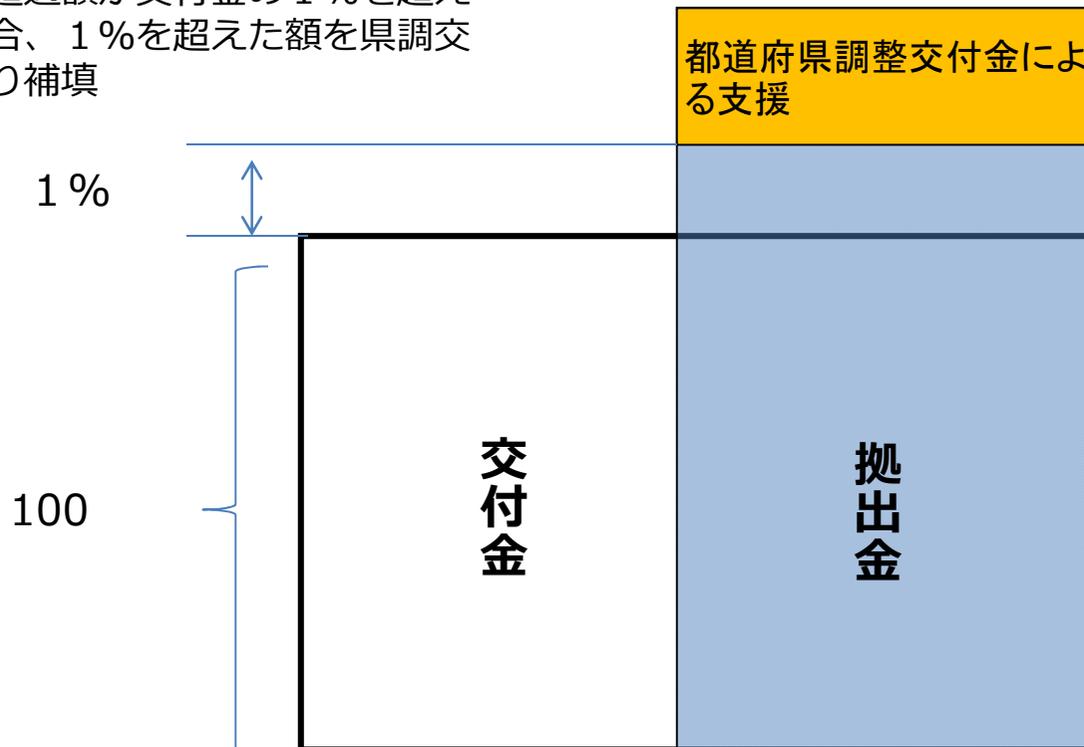
○ 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額(拠出金－交付金)が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 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】

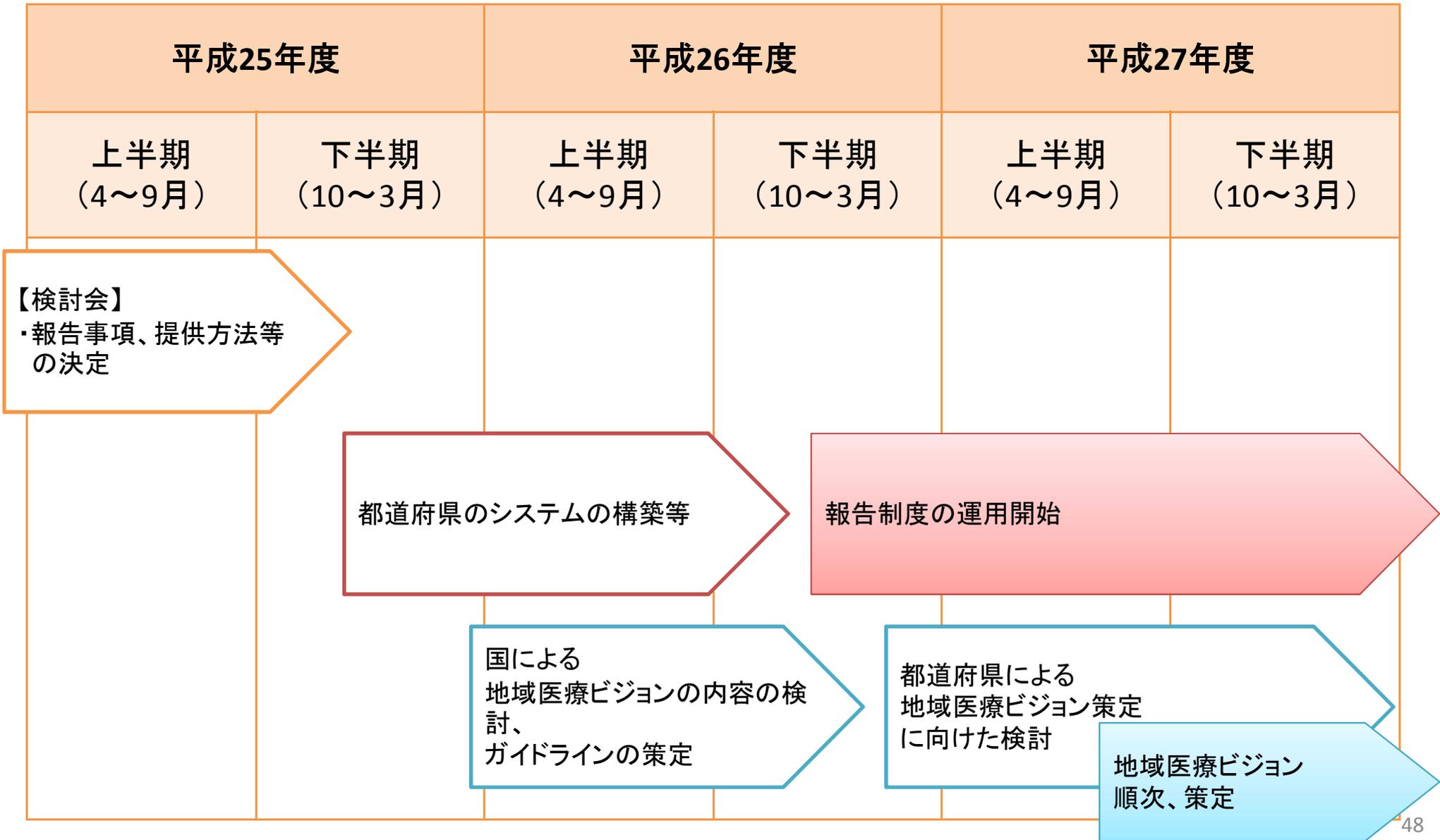
拠出超過額が交付金の1%を超える場合、1%を超えた額を県調交により補填



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)

「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]

《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%

70
歳
以
上

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	
			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%)



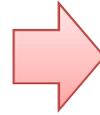
○現行制度に対し関係者からは廃止も含め意見がある。来年度からの実施状況と関係者の意見を踏まえつつ、より良い仕組みを今後検討。

○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＞）



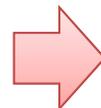
○簡易診断に関しては、個人の健康状態を的確に把握するためには、一定以上の健診項目数が必要。
○看護師は、医師の指示の下であれば、採血を実施可能。ただし、医師の指示の下、看護師が反復継続して採血を実施するのであれば、診療所の開設届出が必要。
○自己採血の場合は、衛生管理や検査の精度管理の観点から、衛生検査所の登録が必要。

○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。

Press Release

平成 25 年 4 月 5 日

【照会先】

医政局経済課

課長補佐 谷 (2524)

後発医薬品使用促進専門官 近藤 (4113)

(代表電話) 03 (5253) 1111

(直通電話) 03 (3595) 2421

報道関係者 各位

「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」について

厚生労働省では、平成 19 年に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づいて、平成 24 年度までに後発医薬品の数量シェア 30%以上を目標に後発医薬品の普及を図ってきたところですが、達成されていない状況です。

また、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）においても、「後発医薬品推進のロードマップを作成し、総合的な使用促進を図る」ことが盛り込まれたところであります。

このため、現在の使用促進策に係る課題を明らかにするとともに、新たな目標を設定して、今後、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取組む施策として別添のとおり「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定しましたので、公表いたします。

後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ（概要）

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

－ 主な取組内容 －

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

①安定供給

課題

- ・製造管理、品質管理、原薬確保及び需要予測の誤り等による品切れの発生



国の取組

- ・ 諸外国の状況に関する情報提供

メーカーの取組

- ・ 業界団体による「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」の作成
- ・ 後発医薬品メーカーによる「安定供給マニュアル」の作成
- ・ 供給を継続して確保する体制の整備

②品質に対する信頼性の確保

課題

- ・ 品質に対する医療関係者や国民へのさらなる理解の促進



国の取組

- ・ ジェネリック医薬品品質情報検討会の継続
- ・ 一斉監視指導の継続

都道府県の取組

- ・ 都道府県協議会による研修事業の実施

メーカーの取組

- ・ 「ジェネリック医薬品品質情報検討会」において指摘を受けた品目について、品質の改善等迅速な対応

③情報提供の方策

課題

- ・ 医療関係者への情報提供の充実
- ・ 医療関係者の情報収集・評価の負荷の解消



都道府県の取組

- ・ 市区町村又は保健所単位レベルでの協議会の活用
- ・ 汎用後発医薬品リストの作成

メーカーの取組

- ・ 業界団体の「情報提供システム」の改善・拡充
- ・ 後発医薬品メーカーによる情報収集・提供体制の整備・強化

④使用促進に係る環境整備

課題

- ・ 後発医薬品の推進の意義、メリットについてのさらなる理解の促進
- ・ 使用促進に向けた、都道府県協議会活動の強化



国の取組

- ・ 全国医療費適正化計画における後発医薬品に関する取組の推進

都道府県の取組

- ・ 都道府県医療費適正化計画における後発医薬品に関する目標設定及び関連施策の推進

保険者の取組

- ・ 差額通知事業の推進

⑤医療保険制度上の事項

課題

- ・ 医師、歯科医師、薬剤師の後発医薬品への理解が進むようなさらなるインセンティブの検討



国の取組

- ・ 診療報酬上の使用促進策について、中央社会保険医療協議会等で検討

⑥ロードマップの実施状況のモニタリング

ロードマップの達成状況について、モニタリングを行い、その結果等を踏まえ、必要に応じ追加的な施策を講ずる。

後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ

平成25年4月5日
厚生労働省

I. さらなる使用促進の必要性

- 後発医薬品（ジェネリック医薬品とも言う。）は、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質・有効性・安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品である。
- 一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっており、後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであるが、後発医薬品を普及させることの本来的意義は、こうした医療費の効率化を通じて限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることにある。
- したがって、平成19年に策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」に基づいて、平成24年度までに後発医薬品の数量シェア30%以上にすることを目標に、後発医薬品の普及を図ってきた。
- しかし、後発医薬品の数量シェアについては、平成23年9月の薬価調査では22.8%と低い水準にあったが、平成25年3月末の後発医薬品の数量シェアについて、薬価調査の実績ベース（低位推計）、調剤メディアス（「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」）の実績ベース（高位推計）、及び両者の按分（中位推計）により試算すると、低位推計で24.8%、中位推計で25.6%であり、高位推計でも26.3%にとどまり、いずれも目標には到達していない。

* 推計方法の詳細については、別添参考資料を参照。

- こうした状況もあり、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）の中においても、「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」ことが盛り込まれたところである。
- 以上のことから、後発医薬品のさらなる使用を促進するため、現在の使用促進策に係る課題を明らかにするとともに、新たな目標を設定して、今後、行政、医療関係者、医薬品業界など国全体で取組む施策として「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定する。

II 新たな目標の設定の考え方とモニタリングの強化

<新たな目標の設定について>

- 新たな目標の設定にあたっては、国際的な比較が容易にできることも踏まえ、後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量シェアとすることとする。
 - * 後発医薬品の数量シェア（＝[後発医薬品の数量]／（[後発医薬品のある先発医薬品の数量]＋[後発医薬品の数量]））
 - * 以下、数量シェアについては上記の方法に用いた数値を用いることとし、アクションプログラムにおけるすべての医薬品をベースとした数量シェアの数値については旧指標と言う。
- 欧米諸国は我が国に比べて後発医薬品の使用が遥かに進んでいるが、相対的に我が国に近い水準であるフランスやスペイン並みの数量シェアである 60%について、前述の平成 25 年 3 月末の数量シェアを試算した手法で到達時点を推計すると、低位推計では平成 25 年 4 月から約 7 年 3 ヶ月後、中位推計で同じく約 5 年後、高位推計で同じく約 4 年 1 ヶ月後となる。

- また、アクションプログラムにおいては、平成 17 年 9 月時点における数量シェアである 16.8%（旧指標）を平成 25 年 3 月末までに 30%（旧指標）にすることを目標として掲げていたが、この伸び率を前提に 60%に到達する時期を推計すると、平成 25 年 4 月から約 5 年後となる（推計の出発点は、平成 23 年 9 月の薬価調査における後発医薬品の数量シェア）。
- 上記を踏まえ、後発医薬品の数量シェアの新たな目標については、平成 30 年 3 月末までに 60%以上とする。

<モニタリングの強化>

- ロードマップについては、適宜、モニタリングを行い、使用促進策に係る現状と課題を把握し、その課題を解決することにより効果的・効率的な実施を図ることとする。
- 後発医薬品の品質の信頼性を確保するための施策、医療保険制度におけるインセンティブ方策など今後の更なる促進策については、モニタリングの結果等を踏まえ、適宜追加し、実施する。また、新たな目標についても同様にモニタリングするとともに、その結果や参考としたフランスを始めとする諸外国の動向をもとに、例えば新たな促進策の効果や薬価調査の結果などを踏まえ、見直しを行う。
- なお、これまでのアクションプログラムでの取組も継続するとともに、当該取組のモニタリングも引き続き行う。

Ⅲ. 具体的な取組

1. 安定供給

アクションプログラムでの対応及び現状

- 安定供給の指導の徹底

・平成18年の医政局長通知「後発医薬品の安定供給について」には、少なくとも5年間は製造販売を継続、必要な在庫を確保とされている。5年経過後に販売数量の低下等、経済上の理由などから製造中止になっている例もある。

○ 納品までの時間短縮

・「卸業者に在庫がない場合、卸業者への即日配送について」は、ほぼ達成済みの状況である。

○ 在庫の確保

・「品切れ品目ゼロ」については未だ達成されていない状況である。

<課題>

○ 販売数量の低下等、経済上の理由から突然製造中止になるケースがある。

○ 製造管理、品質管理、原薬確保及び需要予測の誤り等により品切れが発生しており、医薬品メーカーとしての責務が果たされていない。

<今後の取組>

【国の取組】

(安定供給等の問題事例に対する指導)

○ 安定供給や必要な規格の取り揃えに係る問題事例に対し、厚生労働省の職員を現地に派遣し、必要な指導を引き続き行っていく。

[継続事業]

(諸外国の状況に関する情報提供)

○ 諸外国における後発医薬品の欠品状況や原薬の調達に関する調

査を行い、業界団体に対して情報提供を行う。〔平成 25 年度中〕

(安定供給に関する苦情の収集)

- 平成 18 年 3 月 10 日付厚生労働省医政局長通知「後発医薬品の安定供給について」を保険医療機関及び保険薬局に再度周知を行い、安定供給に関する情報収集に努める。〔継続事業〕

(品切れ状況に関する保険医療機関、保険薬局へのモニタリング)

- 品切れ状況を把握するため、保険医療機関や保険薬局に対してモニタリング調査を行い、公表する。〔平成 26 年度～〕

(安定供給に支障を生じた場合等の薬価収載時の対応)

- 天災等後発医薬品メーカーに責任のない場合を除き、既収載品目の安定供給に支障が生じた事例があった場合等は、原因究明、改善方策、再発防止等を確認し、改善が図られない場合は、新規の薬価収載希望書を受け付けないことを含めた対応をする。〔継続事業〕

【後発医薬品メーカー及び業界団体での取組】

- * 後発医薬品メーカーの取組とは、後発医薬品を取扱うすべてのメーカーが行うべき取組である。

(納品までの時間短縮)

- 引き続き、卸業者が納期（翌日配送等）を指定する場合に、当該納期に対応する配送体制を確保するとともに、卸業者が在庫切れした場合の即日配送を 95%以上にする。〔継続事業〕

(供給ガイドラインの作成)

- 業界団体は、以下の内容を含む「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」を作成する。〔平成 25 年度中〕
 - ・ 期日指定された場合の指定納期内の配送体制の整備

- ・社内在庫及び流通在庫を合わせて平均2カ月以上確保
- ・やむを得ず供給を停止する場合の時間的余裕を持った医療関係者への連絡
- ・原薬の状況に応じたダブルソース化
- ・製造販売業者による製造所に対する現地における品質管理の確認の徹底

(安定供給マニュアルの作成)

- 後発医薬品メーカーにおいては、業界団体で作成する「ジェネリック医薬品供給ガイドライン」に準拠した「安定供給マニュアル」を作成し、適切な運用を図る。〔平成26年度中に後発医薬品メーカー全社が作成〕

(業界団体による支援)

- 業界団体は、各企業の「安定供給マニュアル」の作成状況・運用状況等について、モニタリングを毎年行うとともに、後発医薬品メーカーへの助言や研修会の開催等、各企業の安定供給確保に係る活動を支援する。〔平成25年度～〕

(製造所に対する品質管理)

- 後発医薬品メーカーは、製造所の生産システムを含め品質の管理に万全を期すことはもとより、複数のソースの確保や国内での製造など、供給を継続的に確保する体制を整備する。特に、海外の製剤や原薬の製造所に対し、適切かつ合理的な品質管理が行えるよう専門的な人材等の活用等について関係団体で検討する。〔継続事業〕

(品切れ品目ゼロ)

- 天災等後発医薬品メーカーに責任のない場合を除き、品切れ品目をゼロにする。〔平成27年度中〕

(品切れを起こした場合の迅速な対応)

- 後発医薬品メーカーは、品切れが起きた場合、迅速に代替品等の情報の情報提供を医療機関に行うとともに、一元的に業界団体のホームページに当該情報を掲載する。〔継続事業〕

(原薬調達や供給能力などに関する計画の作成)

- 後発医薬品使用促進のための新たな目標である数量シェア 60%を実現するよう、各後発医薬品メーカーは、原薬調達や供給能力などに関する計画を作成する。〔平成 25 年度～〕

2. 品質に対する信頼性の確保

アクションプログラムでの対応及び現状

- 後発医薬品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表
 - ・国においては、後発医薬品の品質に関する研究論文等を踏まえ、国立医薬品食品衛生研究所及び地方衛生研究所において溶出試験検査等を実施するとともに、国立医薬品食品衛生研究所において有識者による「ジェネリック医薬品品質情報検討会」を設け、医療現場からの後発医薬品の品質に関する意見・質問等について検討し、検討結果について公表している。
- 一斉監視指導の拡充・結果の公表
 - ・一斉監視指導において、立ち入り検査の実施や製品の検査の拡充を行ってきた。
- 品質試験の実施・結果の公表
 - ・品質に対する信頼性の確保のため、後発医薬品メーカーにおいては、ロット毎に規格及び試験方法に基づく製品試験を実施し、医療関係者等の求めに応じて、速やかに試験結果を情報提供できる体制を確保した。

<課題>

- 後発医薬品の品質に対する信頼度は、以前と比較すれば格段に上がっていると考えられるが、依然として後発医薬品の品質に不安を感じている医療関係者もおり、積極的に使用しない大きな理由の一つとなっている。このため後発医薬品の品質についての情報提供を積極的に行っていく必要がある。
- 「ジェネリック医薬品品質情報検討会」での検討内容について、厚生労働省のホームページでは公表されているが、医療現場まで届いていない状況である。

<今後の取組>

【国における取組】

(ジェネリック医薬品品質情報検討会の継続及び医療関係者が必要な情報を容易に入手できる体制の整備)

- 「ジェネリック医薬品品質情報検討会」において、文献等で品質上の指摘を受けたものについては、指摘内容の学術的観点からの検討、必要に応じた試験を実施し、品質の確認を引き続き行う。また、検討結果の概要等については取りまとめ後、速やかに公表するとともに、医療関係者がインターネットで必要な情報を容易に入手できる体制を整備する。〔平成 25 年度～〕

(一斉監視指導の継続)

- 一斉監視指導や製品の一斉収去・検査の実施について、検査指定品目の拡充・国による立ち入り検査の実施、検査結果の積極的かつ迅速な公表を行う。〔継続事業〕

【都道府県における取組】

(都道府県協議会による研修事業の実施)

- 医療関係者の漠然とした後発医薬品の不安に対応するため、都道府県の後発医薬品安心使用促進協議会（以下「都道府県協議会」という。）を中心とした後発医薬品メーカーの工場視察を企画するなど、後発医薬品の品質に対する正しい理解を促進するための研修事業等を実施する。〔継続事業〕

【後発医薬品メーカー及び業界団体での取組】

(国の文献調査への協力)

- 業界団体は引き続き、国の文献調査に協力し、「ジェネリック医薬品品質情報検討会」において品質の指摘を受けた品目については、当該後発医薬品メーカーが、品質の改善等必要な対応を迅速に行うとともに、保険医療機関や保険薬局に適切な情報提供を行う。〔継続事業〕

(文献で指摘された品目に対する迅速な対応)

- 文献で指摘を受けた自社品目について、各企業で対応可能な場合には自らも迅速な調査を行い、保険医療機関や保険薬局に対して適切な情報提供を行う。〔平成 25 年度～〕

(医療関係者や国民への情報提供)

- 後発医薬品の品質に対する、医療関係者や国民の理解を得るため、積極的な情報提供を行う。〔平成 25 年度～〕

(品質管理の徹底)

- 製造販売業者による製造所に対する現地における品質管理の確認を徹底する。特に、海外の製剤や原薬の製造所に対し、適切か

つ合理的な品質管理が行えるよう専門的な人材等の活用等について関係団体で検討する。〔継続事業〕

3. 情報提供の方策

アクションプログラムでの対応及び現状

- 医療関係者への情報提供
 - ・ 業界団体に所属する後発医薬品メーカーは、インタビューフォーム及び配合変化データを含め、アクションプログラムで掲げた項目について、医療関係者からの資料請求に対する100%の情報提供体制を確保した。また、業界団体のホームページでは、「ジェネリック医薬品情報提供システム」を運用し、より迅速かつ円滑な情報提供体制を確保した。

<課題>

- 後発医薬品を採用していない医療関係者は、後発医薬品に関する情報に接する機会が少ないため、それらの医療関係者に対する積極的な情報提供が必要である。
- 一部の医療関係者には、後発医薬品の情報が少ないことから、漠然とした不安をもっているケースもある。
- 後発医薬品メーカーの数が多いことにより、医療関係者にとって情報収集・評価に負荷が生じている。
- 後発医薬品について、副作用などの緊急情報が迅速に提供されないのではないかとの保険医療機関からの不安の声がある。
- 「ジェネリック医薬品情報提供システム」に情報を掲載していない後発医薬品メーカーがある。

<今後の取組>

【都道府県における取組】

(市区町村又は保健所単位レベルでの協議会の活用)

- 薬剤師が少ない病院や薬剤師がいない診療所においては、後発医薬品の情報を単独で集めることが難しいことから、市区町村又は保健所単位レベルでの協議会を地域の後発医薬品の情報収集の場として活用していく。〔平成 25 年度～〕

(汎用後発医薬品リストの作成)

- 平成 24 年度に国の委託費で策定する「安定供給体制等を指標とした製造販売業者等の情報提供項目」を活用するとともに、各都道府県協議会や地域の中核的な役割を果たす病院等において、「汎用後発医薬品リスト」を作成し、地域の保険医療機関や保険薬局に情報提供を行う。〔継続事業〕

【後発医薬品メーカー及び業界団体での取組】

(業界団体の「ジェネリック医薬品情報提供システム」の改善・拡充)

- 業界団体による「ジェネリック医薬品情報提供システム」の改善・拡充を通じた医療関係者への迅速かつ的確な情報提供、医療関係者にとって利便性の高い情報提供を行う。〔平成 26 年度中〕

(後発医薬品メーカーの情報提供)

- 後発医薬品メーカーが、業界団体で運営している「ジェネリック医薬品情報提供システム」を利用して情報提供を行っていくよう、後発医薬品メーカー全体で取組む。〔平成 25 年度～〕

(後発医薬品メーカーによる情報収集・提供体制の整備・強化)

- 各後発医薬品メーカーによる以下の情報収集・提供体制の整備・強化を行う。〔平成 25 年度～〕

- ・MR（「医薬品情報担当者」以下同じ）の質の向上のための教育の充実
- ・保険医療機関等からの照会に対し、指定する期間内に100%対応
- ・「使用上の注意」の改訂時の医療関係者への「お知らせ文書」の配布について、引き続き1カ月以内に配布
- ・平成24年度に国の委託費で策定される「安定供給体制等を指標とした製造販売業者に関する情報提供項目」を参考にした情報提供

（MSによる情報提供体制の構築）

- MRによる対応や電子媒体による情報提供以外にも、卸業者との連携により、MS（医薬品卸売販売担当者）を活用した情報提供体制の構築を検討する。〔平成25年度～〕

4. 使用促進に係る環境整備

アクションプログラムでの対応及び現状

- ポスター・パンフレットによる普及啓発
 - ・国において、国民向けのポスター、リーフレットを作成するとともに、医療関係者向けジェネリック医薬品Q&Aを作成し、配布を行った。
- 都道府県レベルの協議会の設置
 - ・45の都道府県において都道府県協議会又は類似した検討会等を設置し、後発医薬品の安心使用のための取組を進めている。
- 都道府県への先進的な取組のフィードバック
 - ・都道府県における先進的な取組事例について、その内容・効果等に関する調査研究事業を行い、さらにその結果について都道府県

にフィードバックしている。

○ 差額通知事業の実施

- ・保険者においては、後発医薬品の使用促進に向け差額通知事業を行っており、その通知を受けて変更した患者は中央社会保険医療協議会の調査では、約40%となっており効果が出ている。

<課題>

- 国民が後発医薬品を使用することにより、自己負担の軽減だけではなく、医療費全体の抑制、ひいては患者自身の保険料等の負担軽減となる後発医薬品の推進の意義への理解が不足しており、後発医薬品の推進の意義、メリットについて、保険医療機関、保険薬局、国民に対してさらなる理解の促進が必要である。
- 都道府県においては、協議会を設けていなかったり、すでに使用促進のための報告書等を作成し、協議会活動を停止しているところがあり、さらなる使用促進に向け、改めて協議会活動を強化する必要がある。
- 後発医薬品メーカーは価格だけでなく、製品の魅力を高める必要がある。

<今後の取組>

【国の取組】

(さらなる理解の促進)

- 後発医薬品の使用推進の意義が理解されるようなリーフレット作成や医療関係者や国民向けセミナーを年2回以上開催し、さらなる理解の促進を図る。〔継続事業〕

(後発医薬品シェアの公表の拡充)

- 後発医薬品シェアに関する情報の公表資料の拡充を行う。〔必要な経費について、予算要求予定〕

(政府広報等による理解の促進)

- 政府広報等による国民への理解の促進を図る。〔継続事業〕

(先進事例調査の情報提供)

- 先進事例調査により、都道府県における後発医薬品推進事業の効果的な例を情報提供していく。〔継続事業〕

(ジェネリック医薬品Q&Aの周知)

- 後発医薬品の品質等に関する正しい理解の周知を図るため、厚生労働省で作成した「ジェネリック医薬品Q&A」のさらなる周知を図る。〔平成 25 年度～〕

(医学薬学教育での後発医薬品に対する理解の向上)

- 医学教育や薬学教育において、後発医薬品の使用促進に関する教育内容の充実を促す。〔平成 25 年度～〕

(全国医療費適正化計画における後発医薬品に関する取組の推進)

- 都道府県における取組状況及びロードマップを踏まえ、都道府県医療費適正化計画の作成の手法等に関する技術的事項の助言を行うとともに、全国医療費適正化計画において後発医薬品の使用促進に係る医療保険関係者の取組を推進する。〔平成 25 年度～平成 29 年度〕

(関係団体に対する後発医薬品の使用促進の要請)

- 関係団体に対して、後発医薬品の使用促進のための取組をするよう依頼する。〔平成 25 年度～〕

(後発医薬品利用差額通知等の取組の推進)

- 市町村国保及び後期高齢者医療広域連合における後発医薬品希望カード、希望シール、パンフレット、後発医薬品利用差額通知の作成等のための費用に対して必要な財政支援を行う。〔継続事業〕

【都道府県の取組】

(都道府県協議会活動の強化)

- さらなる使用促進に向け、すべての都道府県で協議会を実施するなど、協議会活動を強化する。〔平成 25 年度～〕

(都道府県医療費適正化計画における後発医薬品に関する目標設定及び関連施策の推進)

- 各都道府県において医療費適正化のために必要と考える場合、都道府県医療費適正化計画に後発医薬品の数量シェアや普及啓発等の施策に関する目標や取組を盛り込むとともに、その進捗状況等の評価や必要に応じた計画の見直し等への反映を行い、使用促進を図る。〔平成 25 年度～〕

(都道府県協議会への中核的病院の関係者等の参加)

- 都道府県協議会に地域の中核的な役割を果たす病院、後発医薬品メーカー、保険者をメンバーとして参加させ、後発医薬品の情報収集や理解の促進等の使用促進策の実施等に役立てる。〔平成 25 年度～〕

(都道府県協議会を中心とした理解の促進のための活動)

- 都道府県協議会を中心とした保険医療機関、患者向けのセミナーや理解の促進のための活動を行う。〔継続事業〕

(市区町村又は保健所単位レベルでの協議会の設置)

- 市区町村又は保健所単位レベルでの協議会を設置し、差額通知事業、地域レベルでの採用医薬品リストの作成・配布、関係者での問題意識の共有化を図る。〔平成 25 年度～〕

(都道府県協議会の検討内容の公表)

- 都道府県協議会での検討内容について、都道府県のホームページ上で公表し、関係者への積極的な情報提供を行う。〔継続事業〕

(診療所医師、診療所歯科医師、薬局薬剤師の情報交流)

- 診療所医師、診療所歯科医師、薬局薬剤師の情報交流の場を設け、後発医薬品の情報交換を促進する。〔平成 25 年度～〕

(中核的病院における後発医薬品の使用促進)

- 地域の中核的な役割を果たす病院に対して、後発医薬品の使用推進のための計画的な取組を促す。〔平成 25 年度～〕

【後発医薬品メーカー及び業界団体での取組】

(医療関係者、国民向けセミナーの実施)

- 医療関係者、国民向けのセミナーの実施により理解の促進を図る。〔継続事業〕

(製剤上の工夫の推進)

- 飲み易さや使用感の良さといった最終使用者である患者側の立場に立った改良や、医療過誤の防止や調剤上の利便性の向上をもたらすような調剤側の視点にたった製剤上の工夫を推進する。〔継続事業〕

(一般的名称への切り替えの推進)

- 後発医薬品の販売名について、一般的名称を基本とした販売名への切り替えを計画的に進めていく。〔継続事業〕

(共同開発品に関する情報提供)

- 医療現場での後発医薬品の評価・採択時の業務負担の軽減のため共同開発品に関する情報提供の在り方を検討していく。〔平成25年度～〕

【保険者の取組】

(差額通知事業の推進)

- 差額通知の効果が大きいことから、この差額通知事業を推進し、これを通じて、後発医薬品使用の患者のメリットについても周知していく。〔継続事業〕

(後発医薬品希望シール等の普及)

- 後発医薬品の使用を希望していることを示すシールやカードの普及を行う。〔継続事業〕

5. 医療保険制度上の事項

これまでの医療保険上の対応

- 平成20年度
 - ・処方せん様式の見直し（後発医薬品に変更が可能と判断した場合に保険医が署名等するようにしていた従来の様式を、後発医薬品に変更が不可能と判断した場合に保険医が署名等する様式に変更）
 - ・保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の設置
 - ・保険医療機関及び保険医療養担当規則、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則に保険医及び保険薬剤師に対する使用・調剤の努力義務等を規定

- 平成22年度
 - ・保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し
 - ・保険医療機関の入院基本料における後発医薬品使用体制加算の導入
 - ・保険薬局での後発医薬品への変更調剤の環境を整備（含量違いの後発医薬品等の変更可）
 - ・保険医療機関及び保険医療費担当規則に保険医に対して患者の意向確認などの対応の努力義務を追加
- 平成24年度
 - ・保険薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し
 - ・保険医療機関における後発医薬品の積極的使用に対する体制の評価
 - ・処方せん様式の見直し（個々の処方薬ごとの後発医薬品への変更の可否を明示するよう、処方せん様式を変更）
 - ・一般名処方加算の導入、一般名処方マスタの公表等により、一般名処方を推進

<課題>

- 医師、歯科医師、薬剤師の後発医薬品への理解が進むようなさらなるインセンティブの検討が必要である。

<今後の取組>

【国の取組】

（処方せんに関する周知）

- 医療機関に対し、後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合を除いては、処方せんの「変更不可」欄にチェックしな

いこととし、その旨を周知する。〔平成 25 年度～〕

(保険薬局による患者への情報提供の徹底)

- 保険薬局に対して、集団指導等を通じて、薬剤服用歴管理指導料を算定するにあたり、後発医薬品に関する患者への情報提供を欠くことのないよう再度周知徹底を行う。〔平成 25 年度～〕

(診療報酬上の使用促進策の検討)

- 後発医薬品のさらなる使用促進に向けた診療報酬上の使用促進策について、中央社会保険医療協議会等で検討する。〔平成 25 年度～〕

IV ロードマップの実施状況のモニタリング

厚生労働省において、このロードマップの達成状況について、年度ごとにモニタリングを行い、その結果を公表するとともに、専門家、関係者の評価を踏まえ必要に応じ追加的な施策を講じることとする。

推計方法

(1) 薬価調査の実績ベース〔低位推計〕

- 平成21年度及び平成23年度薬価調査の増加率を延長して推計。
つまり、平成21年度(20.2%)及び平成23年度(22.8%)薬価調査の結果から、一月当たり後発品シェアの増加率を+0.108%/月とし、恒常的に増加し続けると推計した。
(注) 留意点として、平成24年度診療報酬改定等の影響を十分に評価できていない可能性がある。

(2) 調剤メディアス^{※1}の実績ベース〔高位推計〕

- 過去の実績(別紙参照)から、診療報酬改定時期の急激な増加と、恒常的な増加に区分して推計。
つまり、診療報酬改定時には後発品シェアが+2%増加し、かつ、恒常的に+0.08%/月で増加し続けると推計した。
(注) 留意点として、調剤医療費の実績値を基にしており、入院等の調剤以外の分野において薬剤の使用動向が異なる可能性がある。
また、過去の診療報酬改定と同等の政策誘導が継続されることを前提としている。
※1 「最近の調剤医療費(電算処理分)の動向」(厚生労働省保険局調査課)

(3) (1)及び(2)の合算〔中位推計〕

- 調剤分は調剤メディアスの実績をベースに推計し、入院等の調剤以外分は薬価調査の実績をベースに推計。(調剤と入院・入院外・歯科といった調剤以外の分野では、薬剤の使用動向が異なる可能性があるが、各診療種類での数量ベース後発品シェアは明らかでないため。)
つまり、調剤分(薬剤費の構成割合で54.3%^{※2})については(2)の推計方法を用い、調剤以外分(薬剤費の構成割合で45.6%^{※2})については(1)の推計方法を用いて算出し、合算することで増加ペース推計した。
※2 薬剤費の構成割合について、平成21年度薬剤費(平成24年6月6日中医協資料より)全体8.01兆円、調剤医療費(調剤メディアスより)4.35兆円(構成割合54.3%)から、調剤以外3.66兆円(構成割合45.6%)とした。



Press Release

報道関係者 各位

平成 25 年 3 月 29 日

【照会先】

保険局医療課

療養指導専門官 西 窪 学

医療係 峯 隼人

(代表電話) 03(5253)1111(内線 3276)

(直通電話) 03(3595)2577

柔道整復療養費、あん摩マッサージ指圧及びはり・きゅう療養費 の算定基準の改定について

標記については、3月26日(火)に開催された、柔道整復療養費検討専門委員会及びあん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会での御議論を踏まえ、厚生労働省において検討した結果、同日提示した事務局案のとおり、改定を実施することといたしましたので、お知らせいたします。

柔道整復療養費の改定案について(事務局案)

1. 改定率 0.00%

(理由)

- ・ 前回の専門委員会において、施術者側からは引き上げるべきとの主張があった一方で、保険者側からは引き下げるべきとの強い要請があったこと
- ・ 診療報酬改定率が0.00%であったこと

2. 適正化すべき項目

○多部位施術の適減強化

- ・ 3部位以上請求の割合の全国平均は低下しているものの、なお大きな地域差があるため、さらなる見直しを行う。

【現行】 3部位目の施術について、70/100に減額して支給



【改定案】 3部位目 60/100

3. 評価を引き上げる項目

○初期段階の施術料の充実

急性又は亜急性の外傷性の負傷に対する施術が支給対象とされていることを踏まえ、主として受傷初期段階での施術の充実を図る。

【改定案】

	現行	引上額	改定後
初検料	1240円	95円	1335円
再検料	270円	25円	295円
施療料(打撲・捻挫)	740円	20円	760円
後療料(打撲・捻挫)	500円	5円	505円

4. 適正化のための運用の見直し

- 打撲・捻挫の施術について、3ヶ月を超えて頻度の高い施術を行う場合に、支給申請書に、負傷部位ごとの経過や頻回施術理由を記載した文書の添付を義務づける
- 施術者が経済上の利益の提供により、患者を誘引することを禁止する
- 支給申請書における患者が署名すべき欄に、施術者が代理記入するのは、「やむを得ない理由がある場合」であることを「やむを得ない理由」の例示とともに、受領委任の協定等に明記する
- 支給申請書に患者が記載する事項として、郵便番号、電話番号を追加する
- 施術管理者に対し、柔道整復師名の施術所内掲示を義務づける
- 施術者に対し、療養費を請求する上での注意事項の患者への説明を義務づける

5. 施行期日

- 周知期間を確保する観点から、平成25年5月1日とする。

あん摩マッサージ指圧療養費の改定案について(事務局案)

1. 改定率 0.00%

(理由)

- ・ 前回の専門委員会において、施術者側からは近年の療養費の伸びは正当なものとの主張があった一方で、保険者側からは引き下げるべきとの強い要請があったこと
- ・ 平成24年度の診療報酬改定率が0.00%であったこと

2. 適正化すべき項目

○往療について適正化を行う

- ・ 往療料の基本額を見直し、その適正化を図る

	【現行】		【改定案】
往療料(基本額)	1,860円	→	1,800円

3. 評価を引き上げる項目

○技術料の引き上げ

【改定案】

	現行	引上額	改定後
マッサージ	260円	10円	270円
変形徒手矯正術	535円	20円	555円
温罨法のみ	70円	5円	75円
温罨法・電気光線器具	100円	10円	110円

4. 適正化のための運用の見直し

- 患者が施術者から経済上の利益を受けて施術を受けた場合に療養費を不支給とする
- 支給申請書の基準様式に申請者の自宅郵便番号、連絡先電話番号の記載欄を設ける
- 支給申請書の基準様式に施術者登録番号又は免許番号の記載欄を設ける
- 支給申請書の基準様式に施術者住所の保健所登録区別（施術所所在地又は出張専門施術者住所地の区別）の記載欄を設ける

5. 施行期日

- 周知期間を確保する観点から、平成25年5月1日とする。

はりきゅう療養費の改定案について(事務局案)

1. 改定率 0.00%

(理由)

- ・ 前回の専門委員会において、施術者側からは近年の療養費の伸びは正当なものとの主張があった一方で、保険者側からは引き下げるべきとの強い要請があったこと
- ・ 平成24年度の診療報酬改定率が0.00%であったこと

2. 適正化すべき項目

○往療について適正化を行う

- ・ 往療料の基本額を見直し、その適正化を図る

	【現行】		【改定案】
往療料(基本額)	1,860円	→	1,800円

3. 評価を引き上げる項目

○技術料の引き上げ

【改定案】

	現行	引上額	改定後
初検料(1術のみ)	1405円	105円	1510円
初検料(2術)	1455円	105円	1560円
施術料(1術のみ)	1195円	35円	1230円
施術料(2術)	1495円	5円	1500円

4. 適正化のための運用の見直し

- 患者が施術者から経済上の利益を受けて施術を受けた場合に療養費を不支給とする
- 支給申請書の基準様式に申請者の自宅郵便番号、連絡先電話番号の記載欄を設ける
- 支給申請書の基準様式に施術者登録番号又は免許番号の記載欄を設ける
- 支給申請書の基準様式に施術者住所の保健所登録区別（施術所所在地又は出張専門施術者住所地の区別）の記載欄を設ける

5. 施行期日

- 周知期間を確保する観点から、平成25年5月1日とする。

(参考)

社会保障審議会医療保険部会

「柔道整復療養費検討専門委員会」及び

「あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会」の設置について

(平成 24 年 10 月 19 日)

1. 専門委員会の設置の趣旨

- 柔道整復療養費等について、平成 24 年度療養費改定及び中・長期的な視点に立った療養費の在り方の見直しについて検討を行う。
- 柔道整復並びにあん摩マッサージ指圧及びはり・きゅうに係る療養費については、施術の形態、支給対象となる負傷等や支給方法が異なることから、効率的な検討を進めるため、医療保険部会に次の二つの専門委員会を設置する。
 - ・ 柔道整復療養費検討専門委員会
 - ・ あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会

2. 専門委員会の委員の構成

- 専門委員会の委員は、別紙のとおりとする。
 - ・ 座長・有識者（整形外科医等を含む）
 - ・ 保険者等の意見を反映する者
 - ・ 施術者の意見を反映する者

3. スケジュール等

- 概ね秋頃までに平成 24 年度療養費改定案のとりまとめを行い、引き続き、中・長期的な視点に立った療養費の在り方の見直しの検討を行う。
- 専門委員会の運営について、両専門委員会を同日開催するなど、効率化に努める。

社会保障審議会医療保険部会
柔道整復療養費検討専門委員会専門委員

○座長・有識者(5名)

- 遠藤 久夫 学習院大学経済学部教授
江口 隆裕 筑波大学大学院ビジネス科学研究科教授
笠木 映里 九州大学大学院法学研究院准教授
嘉数 研二 宮城県医師会会長
相原 忠彦 日本臨床整形外科学会医療システム委員会委員

○保険者等の意見を反映する者(5名)

- 高橋 直人 全国健康保険協会理事
池上 秀樹 健康保険組合連合会理事
村岡 晃 高知市健康福祉部副部長
伊藤 弥志長 秋田県井川町町民課長
飯山 幸雄 国民健康保険中央会常務理事

○施術者の意見を反映する者(5名)

- 工藤 鉄男 公益社団法人日本柔道整復師会副会長
松岡 保 公益社団法人日本柔道整復師会副会長
萩原 正和 公益社団法人日本柔道整復師会理事・保険部長
田中 威勢夫 全国柔道整復師連合会会長
近藤 昌之 全国柔道整復師連合会常任理事

社会保障審議会医療保険部会
あん摩マッサージ指圧、はり・きゅう療養費検討専門委員会専門委員

○座長・有識者(5名)

遠藤 久夫 学習院大学経済学部教授
江口 隆裕 筑波大学大学院ビジネス科学研究科教授
笠木 映里 九州大学大学院法学研究院准教授
嘉数 研二 宮城県医師会会長
清水恵一郎 東京内科医会副会長

○保険者等の意見を反映する者(5名)

高橋 直人 全国健康保険協会理事
池上 秀樹 健康保険組合連合会理事
村岡 晃 高知市健康福祉部副部長
伊藤 弥志長 秋田県井川町町民課長
飯山 幸雄 国民健康保険中央会常務理事

○施術者の意見を反映する者(4名)

仲野 彌和 公益社団法人日本鍼灸師会会長
杉田 久雄 公益社団法人全日本鍼灸マッサージ師会会長
時任 基清 社団法人日本あん摩マッサージ指圧師会会長
竹下 義樹 社会福祉法人日本盲人会連合会長

健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法案の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

- ① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長する。
- ② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。
- ③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

→ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10.0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

- ① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。
- ② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査等に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

公布の日（衆議院において「平成25年4月1日」を「公布の日」に修正）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。