

平成24年度診療報酬改定の概要

厚生労働省保険局医療課

平成24年度診療報酬改定の概要①

- ・ 「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。
- ・ 国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分

全体改定率	+0.004%
診療報酬(本体)	+1.38%
	(約5,500億円)
【	医科 +1.55%(約4,700億円)
	歯科 +1.70%(約500億円)
	調剤 +0.46%(約300億円)
薬価等	▲1.38%(約5,500億円)

平成24年度診療報酬改定の概要②

医科における重点配分(4,700億円)

I 負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。
(1, 200億円)

II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。
(1, 500億円)

III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。
(2, 000億円)

歯科における重点配分(500億円)

I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

- ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

- ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分(300億円)

I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

- ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。

II 後発医薬品の使用促進

- ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

平成24年度診療報酬改定の概要③

重点課題1 急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ① 救急・周産期医療の推進
- ② 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組
- ③ 救急外来や外来診療の機能分化
- ④ 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実

- ① 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進
- ② 看取りに至るまでの医療の充実
- ③ 在宅歯科・在宅薬剤管理の充実
- ④ 訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携

医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野

- ① 医療技術の適切な評価、がん医療や生活習慣病対策、精神疾患・認知症対策、リハビリの充実、生活の質に配慮した歯科医療
- ② 医療安全対策、患者への相談支援対策の充実
- ③ 病院機能にあわせた入院医療、慢性期入院医療の適正評価、資源の少ない地域への配慮、診療所の機能に応じた評価
- ④ 後発医薬品の使用促進、長期入院の是正、市場実勢価格を踏まえた医薬品等の適正評価
など

救急・周産期医療の推進①

小児救急医療の評価

- 従来からある、一般向けの特定集中治療室(ICU)に加え、新たに小児専門の特定集中治療室(PICU)に対する評価を新設し、小児救急医療の充実を図る。

(新) 小児特定集中治療室管理料(1日あたり)

15,500点(7日以内)

13,500点(8日以上14日以内)

[算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

- ① 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ② 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ③ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ④ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑤ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑥ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を一定程度受け入れていること。

救急・周産期医療の推進②

急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価

- 一般病棟(13対1、15対1)において、急性期後の患者、状態が悪化した在宅療養中の患者、介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設し、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

(新) 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき)

- 療養病棟においても、療養病棟入院基本料1(20対1)算定病床について、救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行い、状態の落ち着いた患者の早期の転院支援や在宅療養中の患者が急変した際に必要な医療を受けられる体制を推進する。

(新) 救急・在宅等支援療養病床初期加算

150点 → 300点(1日につき)

病院医療従事者の勤務体制の改善等①

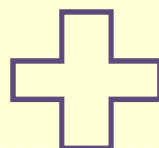
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する。

8項目から15項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- ① 総合入院体制加算
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合



新たに追加

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ (新)小児特定集中治療室管理料(スライド4)
- ⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算(スライド12)
- ⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算(スライド13)
- ⑬ (新)院内トリアージ実施料(スライド9)
- ⑭ (新)移植後患者指導管理料(スライド12)
- ⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料(スライド22)

<病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例>

【必須項目の例】

- ・ 医師と医療関係職種等における役割分担
- ・ 外来縮小の取り組み※ 等

※特定機能病院及び一般病床500床以上の病院に限る

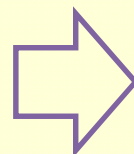
【選択項目の例】

- ・ 医師事務作業補助者の配置
- ・ 予定手術前の当直に対する配慮 等

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②

- 医師事務作業補助者の配置について、よりきめ細かく評価し、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進を図る。

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
(新) <u>30対1</u>	<u>410点</u>
(新) <u>40対1</u>	<u>330点</u>
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

※50対1については、年間の緊急入院患者数の実績要件を緩和する。

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価③

看護補助者配置の手厚い評価

- より手厚い看護補助者の配置や夜間配置等の評価を行い、看護職員の負担軽減を促進し、医師と看護職員との役割分担の推進を図る。

■看護補助者のより手厚い配置

(新) 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上※) 160点

(新) 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満※) 140点

※届出に必要な看護補助者の数に占める看護補助者{みなし看護補助者(入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超過して配置している看護職員)を除く}の割合(常勤換算)

■夜間の看護補助者のより手厚い配置

(新) 夜間 50対1急性期看護補助体制加算 10点

(新) 夜間100対1急性期看護補助体制加算 5点

■夜間の看護職員の手厚い配置

(新) 看護職員夜間配置加算 50点

【施設基準】夜勤の看護職員数は、当該病棟の入院患者数に対して、12対1以上であること

救急外来や外来診療の機能分化の推進①

救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進

- 従来は、小児に対するトリアージのみが評価されていたが、全年齢層の夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかに院内トリアージを実施した場合の評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(新) 院内トリアージ実施料 100点(初診時)

- 二次救急医療機関における深夜・土曜・休日の救急搬送患者に対する外来での初期診療に対する評価を新設し、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

(新) 夜間休日救急搬送医学管理料 200点(初診時)

- 地域の開業医等との連携により、地域において多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関の評価を引き上げて、救命救急センターに患者が集中しない仕組みを推進する。

地域連携小児夜間・休日診療料1 400点 → 450点

2 550点 → 600点

地域連携夜間・休日診療料 100点 → 200点

※地域連携小児夜間・休日診療料1:小児科医が一定時間¹在院している場合
2:小児科医が常時²在院している場合

救急外来や外来診療の機能分化の推進②

初・再診料及び関連する加算の評価

- 現在は、同一日の2科目以降の再診は評価されていないが、患者が医療機関の事情によらず、自らの意思により2科目の診療科を受診した場合には、効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等を踏まえ、再診料、外来診療料について、同一日の2科目の再診を評価を行う。

(新) 再診料 34点(同一日2科目の場合)

(新) 外来診療料 34点(同一日2科目の場合)

- 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

【改定後】時間外対応加算

地域医療貢献加算	3点



(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

時間外対応加算1: 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。

時間外対応加算2: 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。

時間外対応加算3: 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。当番日の深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。

連携する医療機関数は、3以下とする。連携に関する情報は、院内に掲示するとともに患者へ説明する。

救急外来や外来診療の機能分化の推進③

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)

[算定要件]

- ・紹介率が40%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院
※ただし、逆紹介率が30%以上の場合は除く。
- ・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。

チーム医療の推進①

一般病棟における、精神科リエゾンの評価

- 一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対し、精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携した場合の評価を新設し、より質の高い精神医療の推進を図る。

➤ **(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)**

臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理の評価

- 医師、専門性の高い看護師等のチームによる臓器移植後、造血幹細胞移植後の医学管理に対する評価を新設し、移植医療の充実を図る。

(新) 移植後患者指導管理料

臓器移植後患者指導管理料 300点(月1回)

造血幹細胞移植後患者指導管理料 300点(月1回)

チーム医療の推進②

外来緩和ケアチームの評価

- がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療に対する評価を新設し、緩和ケアの充実を図る。

(新) 外来緩和ケア管理料 300点(月1回)

薬剤師の病棟における業務に対する評価

- 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価（術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）

（新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

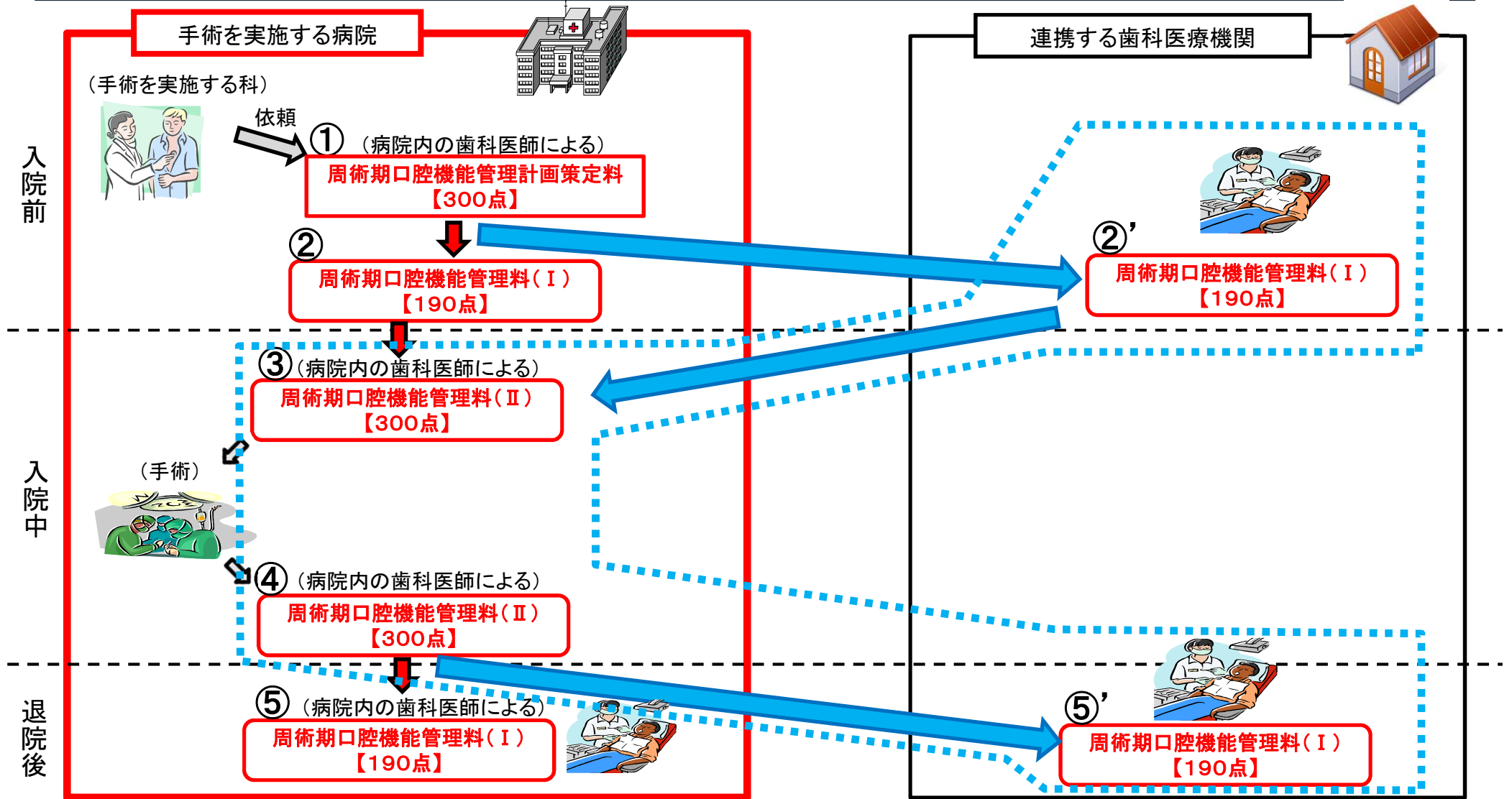
（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点

【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

（新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

周術期における口腔機能の管理のイメージ



※歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

在宅医療の充実

医療機関間連携等による在宅医療の機能強化と看取りの充実

➤ 医療機関間連携等を行い、緊急往診と看取りの実績等を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

- ・緊急時・夜間の往診料の引き上げ
- ・在宅時医学総合管理料の引き上げ
- ・在宅患者緊急入院診療加算の引き上げ
- ・在宅ターミナルケア加算の評価体系の見直し

【現行】 <機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例> 【改定後】

往診料 緊急加算	650点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	4,200点
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点
在宅ターミナルケア加算	10,000点



往診料 緊急加算	850点
在宅時医学総合管理料(処方せん有)	5,000点
在宅患者緊急入院診療加算	2,500点
(新) ターミナルケア加算	6,000点
(新) 看取り加算	3,000点

在宅緩和ケアの充実

➤ 緩和ケア専門の医師・看護師と、在宅医療を担う医療機関の医師・看護師が共同して、同一日に診療・訪問を行った場合を評価し、在宅緩和ケアの充実を図る。

在宅歯科医療の評価

在宅歯科医療の推進

➤ 歯科訪問診療の対象者の表現の見直し

常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者

→

在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者

➤ 歯科訪問診療料の評価の引き上げ

歯科訪問診療料1 830点 → 850点

【同一建物居住者(在宅等で2人以上を診療した場合)以外に対する歯科訪問診療をした際の評価】

➤ 歯科訪問診療の器具の携行に関する評価の見直し

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

【歯科治療に必要な切削器具等を常時携行している場合の評価】

同一初診期間中

1回目 : 232点

2回目以降:90点

→

同一建物居住者以外:170点

同一建物居住者 同一日に5人以下:85点

同一日に6人以上:50点

➤ 歯科衛生士の歯科訪問診療の補助に関する評価

(新) 歯科訪問診療補助加算

同一建物居住者以外:110点

同一建物居住者:45点

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅業務に対する新規評価

在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

かかりつけ薬局が対応できない場合に、あらかじめ連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度を見直す。*

※ 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能。

無菌調剤に係る薬局の負担軽減

無菌調剤に関する施設基準を合理的に見直す。*

※ 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋(5平方メートル以上)の施設要件を削除。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

患家までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16kmを超える場合には、原則、算定不可とする。

訪問看護の充実

医療ニーズの高い患者への対応

訪問看護の訪問回数や対象の制限等について、要件の緩和を行い、増加しつつある医療ニーズの高い患者に対する訪問看護の充実を図る。

- 訪問看護を週4日以上提供できる対象の拡大
- 退院直後、外泊日、退院当日の訪問看護を評価
- 月13回以上の訪問看護に係る訪問看護管理療養費の算定対象の拡大

効率的かつ質の高い訪問看護の推進

看護補助者との同行訪問及び専門性の高い看護師との同一日の訪問看護の評価を行い、効率的かつ質の高い訪問看護の推進を図る。

(新) 複数名訪問看護加算 300点 (訪問看護療養費3,000円)

- 専門性の高い看護師による訪問の評価(褥瘡ケア又は緩和ケア^(※))

(新) 在宅患者訪問看護・指導料(専門の研修を受けた看護師) 12,850円

(新) 訪問看護基本療養費 (専門の研修を受けた看護師) 1,285点

- 長時間訪問看護の対象拡大: 超重症児・準超重症児等

(※) 緩和ケアについては、スライド16再掲

維持期リハビリテーションの評価

維持期リハビリテーションの評価

- 要介護被保険者等に対する維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションの評価の見直しを行い、維持期のリハビリテーション※について医療と介護の役割分担を明確化する。

※標準的算定日数を超えた患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断されないが、状態の維持等を目的として行われるリハビリテーション

【現行】 <要介護被保険者等に対するリハビリテーション料>

【改定後】

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	245点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	200点
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	100点
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	175点
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	165点
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	80点



脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>221点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>180点</u>
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>90点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	<u>158点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	<u>149点</u>
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	<u>80点</u>

(注) 廃用症候群の場合に対する脳血管疾患等リハビリテーションは省略

がん医療の推進

緩和ケアの評価

- 緩和ケア病棟に入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直し(入院初期の緩和ケアに対する評価の充実)を行い、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて、在宅への円滑な移行を促進し、緩和ケアの提供体制の充実を図る。【現行】 緩和ケア病棟入院料(1日につき) 【改定後】

		➔	(改) 30日以内の場合	4,791点
緩和ケア病棟入院料	3,780点		(改) 31日以上60日以内の場合	4,291点
			(改) 61日以上の場合	3,291点

がん診療連携の充実

- 多様化したがん治療に対応できるよう、がん診療連携に係る評価について要件等の見直しを行い、地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる。

(改) がん診療連携拠点病院加算

従来は、別の医療機関で悪性腫瘍と診断された紹介患者が入院した時のみ評価されていたが、疑い病名での紹介や、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合でも算定可能とする。

(改) がん治療連携計画策定料

従来は、手術後に速やかに退院した場合のみ算定可能であったが、退院後の外来診療時や、計画変更時でも算定可能とする。

生活習慣病対策の推進

糖尿病透析予防指導の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

[算定要件]

ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

精神科急性期医療の充実

精神科医療機関間の連携の評価

- 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が受け入れた場合の評価を新設し、精神科救急医療機関と後方病床としての精神科医療機関の連携を評価する。

(新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 1,000点

(新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 2,000点

[算定要件]

精神科救急医療機関に緊急入院した患者が、入院日から60日以内に他の精神科医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関

精神科救急搬送患者地域連携受入加算

精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、児童・思春期入院医療管理料の届出を行っている医療機関

精神科慢性期医療の充実

精神療養病棟入院料の見直し

- 精神科救急医療体制の確保への協力及び重症者を受入れている病棟の評価を行い、より質の高い精神医療の充実を図る。

精神療養病棟入院料(1日につき)	
	1,050点
重症者加算(1日につき)	40点

〔算定要件〕

重症者加算: 当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。



精神療養病棟入院料(1日につき)	
	1,061点
(新) 重症者加算1(1日につき)	60点
(新) 重症者加算2(1日につき)	30点

〔算定要件〕

重症者加算1

精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であって、当該患者のGAF尺度による判定が30以下であること。

重症者加算2

当該患者のGAF尺度による判定が40以下であること。

- 退院支援部署による支援で退院した場合の加算を新設し、早期退院を推進する。

(新) 退院調整加算 500点(退院時1回)

地域における精神医療の評価

通院・在宅精神療法の見直し

- 精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等の評価を引き上げ、地域に移行した患者への医療提供体制の充実を図る。

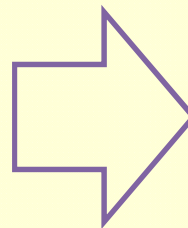
通院・在宅精神療法(1回につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点

2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点



(新)通院・在宅精神療法(1回につき)

1 初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 700点

2 1以外の場合

イ 30分以上の場合 400点

ロ 30分未満の場合 330点

認知症対策の推進

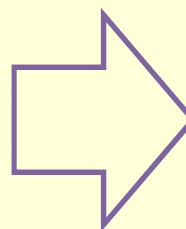
認知症治療病棟入院料の見直し

- 認知症患者について、入院日数に応じた評価体系に見直し、短期集中的な認知症治療の推進を図る。

認知症治療病棟入院料1

60日以内の期間 1,450点

61日以上期間 1,180点



認知症治療病棟入院料1

30日以内の期間 1,761点

31日以上60日以内の期間 1,461点

61日以上期間 1,171点

- 看護職員の数等が異なる認知症治療病棟入院料2についても、同様に評価体系を見直す。

感染防止対策の評価

感染防止対策の評価

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新)	<u>感染防止対策加算1</u>	<u>400点(入院初日)</u>
(新)	<u>2</u>	<u>100点(入院初日)</u>

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師(ア又はイのうち1名は専従であること。)
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

感染防止対策加算2 (感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

➤ 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴いて相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新)	<u>感染防止対策地域連携加算</u>	<u>100点(入院初日)</u>
-----	---------------------	-------------------

リハビリテーションの充実①

回復期リハビリテーション病棟の評価

➤ 回復期リハビリテーション病棟の評価体系を見直し、充実したリハビリテーションを推進する。

【現行】

回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,720点
回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,600点

【改定後】

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1	1,911点
(改)回復期リハビリテーション病棟入院料2	1,761点
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1,611点

(注)重症患者回復病棟加算については、入院料に包括して評価を行う

[施設基準](回復期リハビリテーション病棟入院料1のみ記載)

回復期リハビリテーション病棟入院料1

- ① 看護配置常時13対1以上 (看護師7割以上、夜勤看護職員2名以上)
- ② 看護補助者常時30対1以上
- ③ 専任のリハビリテーション科医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の社会福祉士等1名以上
- ④ 在宅復帰率7割以上
- ⑤ 新規入院患者の3割以上が重症の患者であること
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度」A項目1点以上の患者であること。
- ⑦ 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

リハビリテーションの充実②

早期リハビリテーションの評価

- 発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、早期リハビリテーションの評価体系を見直し、早期のリハビリテーションの充実を図る。

14日以内の期間

(新) ① リハビリテーション科の医師が

勤務している医療機関の場合 75点

② その他の場合 30点

15日以上30日以内の期間 30点

[算定要件]

- 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料については治療開始日から起算して、それぞれの日数の間、区分に応じて算定する。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪からそれぞれの日数の間、区分に応じて算定する。

生活の質に配慮した歯科医療

歯の保存に資する技術の評価

➤ 歯周病に関する技術の評価の見直し

スケーリング【歯石の除去】(3分の1顎につき):64点 → 66点

スケーリング・ルートプレーニング【歯石の除去及び歯根面の滑沢化】(1歯につき)

前歯:58点 → 60点、小臼歯:62点 → 64点、大臼歯:68点 → 72点

歯周病安定期治療の実施間隔の見直しや歯周外科手術の評価の引き上げ ほか

➤ 歯内療法(歯の神経等の治療)に関する評価の見直し

抜髄【歯の神経の除去】(1歯につき)単根管:220点 → 228点

感染根管処置【細菌感染した歯質や神経の除去】(1歯につき)単根管:130点 → 144点

根管貼薬処置【根管に薬剤を貼付】(1歯1回につき)単根管:20点 → 26点 ほか

障害者歯科医療の充実

➤ 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算 → 歯科診療特別対応加算

※加算の対象者である、著しく歯科診療が困難な者の例示として、「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態」を明確化

歯科固有の技術の見直し等

患者の視点に立った歯科医療の充実

- 歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関の評価の見直し

外来診療環境体制加算(初診料の加算): 30点 → 28点

(新) 再診時外来診療環境体制加算(再診料の加算) 2点

歯科固有の技術の適切な評価

- 歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

初期う蝕早期充填処置【う蝕の進展を防止するための治療】: 120点 → 122点

窩洞形成【う蝕治療のために歯の形態を整える治療】単純なもの: 54点 → 60点

う蝕歯即時充填形成【う蝕に罹患した歯を1日で行う治療】(1歯につき): 120点 → 126点

金属歯冠修復【失われた歯の形態・機能を回復する治療】(1個につき): 445点 → 454点 ほか

- 早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し

印象採得【入れ歯作製のための歯型どり】(1個につき) 歯冠修復 連合印象: 60点 → 62点

有床義歯【入れ歯作製】総義歯(1顎につき): 2,060点 → 2,100点

有床義歯修理【入れ歯の修理】(1床につき): 220点 → 224点 ほか

医療技術の適切な評価①

基本的な考え方

- 我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療を継続的に提供できる体制を確保するために、外科的な手術や専門性の高い医学管理などの医療技術について、学会等からの提案も踏まえ、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う。

評価の視点

1. 医療技術の評価及び再評価 (スライド33枚目)

学会等からの提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を行い、新規技術の保険導入及び既存技術の再評価を行う。

2. 手術料の引き上げ (スライド34枚目)

「外保連試案第8版」を活用し、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。

3. 内科的技術の評価 (スライド34枚目)

医療技術評価分科会での検討等も踏まえ、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や外来での医学管理等についても評価を行う。

4. 先進医療からの保険導入 (スライド34枚目)

先進医療専門家会議の検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

5. 新規特定保険医療材料等に係る技術料の新設 (スライド34枚目)

新規医療材料を用いた技術や検査について、技術料等の評価及び見直しを行う。

医療技術の適切な評価②

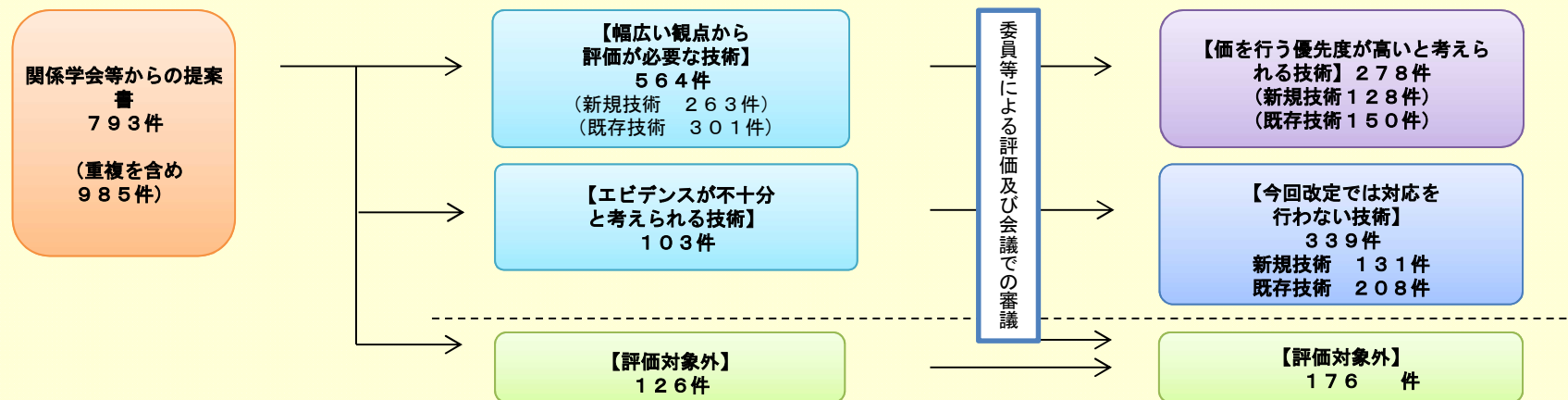
医療技術評価分科会での検討

1. 医療技術の評価及び再評価

医療技術の適正な評価の観点から、関係学会等から提出された提案書に基づき、医療技術評価分科会において検討を実施し、新しい医療技術128件を保険導入するとともに、既存技術150件について対象疾患の拡大や評価の引き上げ等を行う。

【評価の実施方法等】

- ①平成23年2月下旬から6月末にかけ関係学会から985件(重複を含む)の提案書が提出
- ②学会等のヒアリングや重複の確認を行い、基本診療料や管理料等を除いた技術について検討を実施
- ③幅広い観点から評価が必要な技術、エビデンスが不十分と考えられる技術について、専門的観点も踏まえ、分野横断的な幅広い観点から評価を実施



例)

- ・新規技術; コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検、内視鏡下蝶形骨洞手術など
- ・既存技術; 血漿交換療法(血液型不適合肝移植に対するもの)、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術など

➤ 胸腔鏡下・腹腔鏡下手術の保険導入

腹腔鏡等を用いた手術の普及状況や有用性等を踏まえ、難易度等を勘案し、一定の要件を満たす37手術を保険導入するとともに、安全性の観点から、施設基準の見直しを行う。

医療技術の適切な評価③

手術料や内科的な技術等の評価

2. 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

主として入院で実施されている難易度がC・D・Eの手術について、「外保連試案第8版」の技術度・協力者数・時間に基づき、頭蓋内腫瘍摘出術、肝切除術や肺悪性腫瘍手術など約1,200項目の手術について、難易度C・Dは最大で30%、難易度Eは最大で50%を原則として引き上げを行う。

その際、減圧開頭術や腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術など緊急的な対応を要する頻度の高い手術をより高く評価するとともに、大動脈瘤切除術や食道悪性腫瘍手術など材料に係る費用の占める割合が高い手術について配慮を行う。

3. 内科的な技術の評価

高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整、稀少疾患に対する外来管理等の医療技術についても適切な評価を行う。

例) 時間内歩行試験、骨髄像診断加算、在宅振戦等刺激装置治療管理料の新設

脳波検査判断料、心臓ペースメーカー指導管理料、難病外来指導管理料の引き上げ

4. 先進医療専門家会議の検討結果を踏まえた新規技術の保険導入

肝切除術における画像支援ナビゲーション、色素性乾皮症の遺伝子診断や内視鏡的大腸粘膜下層剥離術など23の技術について保険導入を行う。

5. 特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

現在、準用で行われている経皮的放射線治療用金属マーカ留置術や植込型補助人工心臓(非拍動流型)など22技術、HE-IgA(E型肝炎の検査)やレジオネラ核酸検出など12の検査について評価の新設及び見直しを行う。

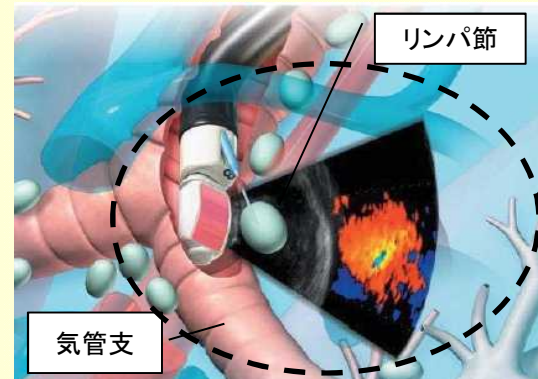
新たな医療技術の具体的な例

新しい医療技術の例

➤技術名:コンベックス走査式超音波気管支鏡針生検

技術の概要:

超音波内視鏡を用いて、気管や気管周囲の病変を穿刺し、病理診断を行う。これまでの検査方法と比べて、肺がんの病期の診断率が有意に高い。(1299症例の解析では感度93%、特異度100%)



- 検査の方法
- ①超音波内視鏡の挿入
 - ②病変を描出
 - ③病変を穿刺し、検体を採取
 - ④病理診断の実施

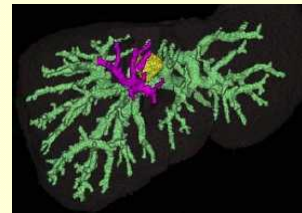
イメージ図:リンパ節穿刺の場合

➤技術名:肝切除術における画像支援ナビゲーション

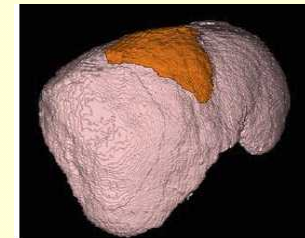
技術の概要:

肝がんや肝内胆管がんなどの際に、手術前のCTの画像データを利用して、肝臓の3次元画像表示と容積測定を行い、十分な肝臓の機能を残すことができる手術術式を計画する。

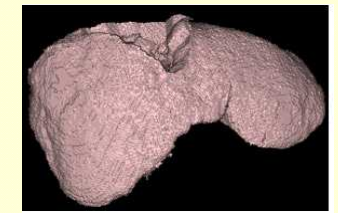
手術中は、3次元画像を参照しつつ、適切な切除範囲で肝切除を施行する。



肝がん(黄)と
担がん領域の門脈枝(紫)



担がん門脈領域予想図(橙)



担がん領域切除後予想図



担がん門脈領域(青)



担がん領域切除後

患者サポート体制の評価

患者サポート体制の評価

- 患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設し、医療従事者と患者との円滑なコミュニケーションの推進を図る。
- **(新) 患者サポート体制充実加算 70点 (入院初日)**

[施設基準]

- ① 患者からの相談に対する窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること
- ② 患者のサポート等に関するマニュアルの作成、報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を実施していること。

明細書無料発行の推進

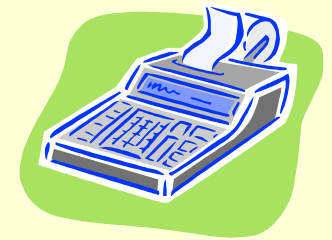
明細書無料発行の推進

- 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ⇒ 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合

400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、病院・診療所・薬局は、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。



その他の取組

- 明細書発行に係る手数料について高額な料金はふさわしくない旨を実例に応じた額を明示しつつ、再度周知。
- 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。 等

病院機能にあわせた効率的な入院医療等の評価

7対1入院基本料の算定要件の見直し

一般病棟7対1入院基本料の算定要件の見直しを行い、患者像に即した適切な評価や病床の機能分化の推進を図る。

【現行】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 19日以内 看護必要度基準 1割以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 評価のみ
専門病院 入院基本料	平均在院日数 30日以内 看護必要度基準 1割以上

【改定後】

一般病棟 入院基本料	平均在院日数 18日以内 看護必要度基準 1割5分以上
特定機能病院 入院基本料	平均在院日数 26日以内 看護必要度基準 1割5分以上
専門病院 入院基本料※	平均在院日数 28日以内 看護必要度基準 1割5分以上

※ ただし、悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関における看護必要度基準については、従前通り1割以上であること

【経過措置】

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算(スライド8枚目)は算定できない)

<参考> 看護必要度基準:「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」により測定
A得点(モニタリング及び処置等)2点以上 かつ、B得点(患者の状況等)3点以上の患者の割合

亜急性期入院医療管理料

亜急性期入院医療管理料の見直し

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直すことで、医療機関におけるより適切な機能分化を推進する。

(新)	<u>亜急性期入院医療管理料1</u>	<u>2,061点</u>
(新)	<u>2</u>	<u>1,911点</u>

[算定要件]

亜急性期入院医療管理料1

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定する。
(最大60日まで算定可能)

亜急性期入院医療管理料2

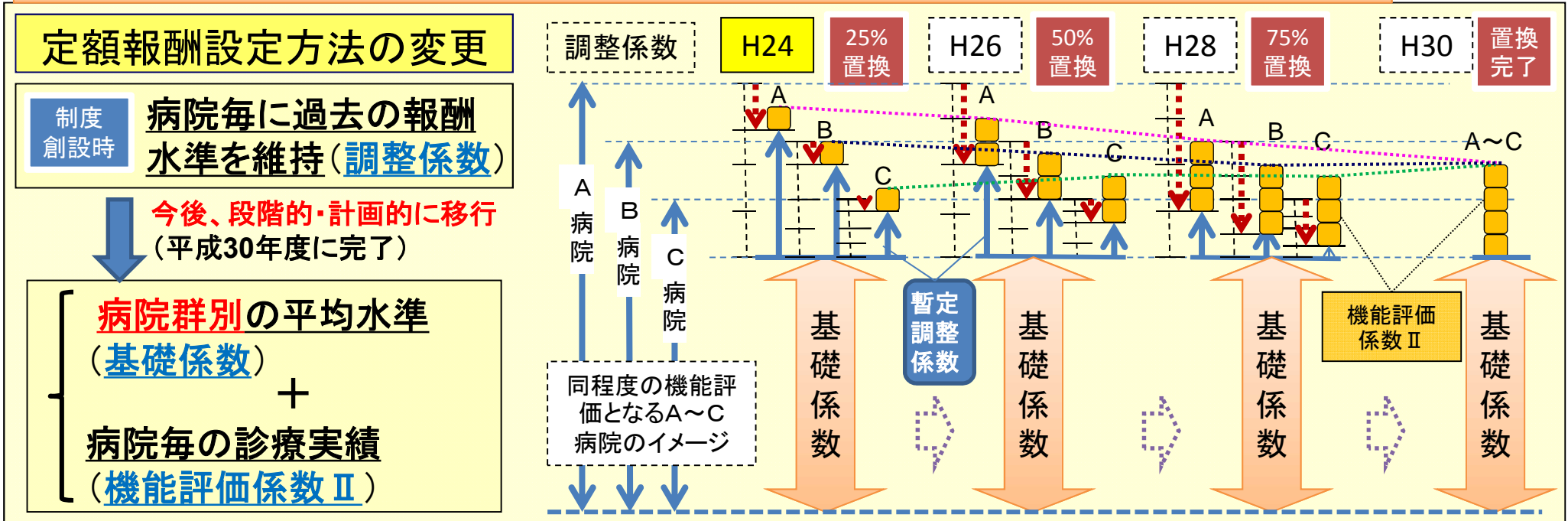
脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定する。
(最大60日まで算定可能)

[施設基準] (亜急性期入院医療管理料1、2共通)

- ① 届出可能病床は一般病床の3割以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで。100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。
- ② 看護職員配置常時13対1以上であること
- ③ 診療録管理体制加算を算定していること
- ④ 在宅復帰率6割以上であること

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等①

基礎係数(病院群別)の導入と調整係数の段階的・計画的な廃止



病院群の設定(DPC病院Ⅰ群~Ⅲ群)

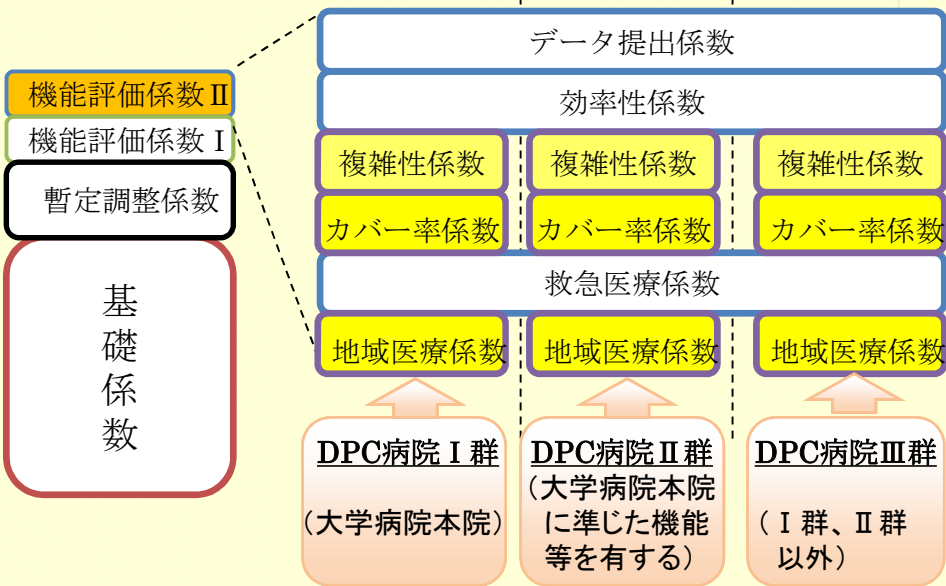
DPC対象病院 約1500病院	➔			
	Ⅰ群	Ⅱ群	Ⅲ群	
	大学病院 本院 80病院	一定の要件(※)を満たす 約80病院	Ⅰ・Ⅱ群以外 約1300病院	DPC病院Ⅱ群の要件 (大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院) 以下の実績要件1~4を全て満たす病院 (特定機能病院は実績要件2を除く) 【実績要件1】 診療密度 【実績要件2】 医師研修の実施 【実績要件3】 高度な医療技術の実施 【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定)の見直し等②

機能評価係数Ⅱの見直し(病院群別・評価体系の導入と評価項目の拡充)

■病院群別・評価体系の導入による機能分化の推進

- 「複雑性」「カバー率」「地域医療」の群別評価と病院群の特性に応じた評価基準の導入



【例1】「地域医療」の救急医療体制評価指数:

I・II群は救命救急センターを重点評価

III群は二次救急輪番への参加を重点評価

【例2】「カバー率」: III群は専門診療に配慮

■評価項目の拡充

- (新) 地域医療貢献の定量評価指数を導入
(地元医療圏の患者割合)
- (改) 体制評価指数の見直し
 - ・7項目⇒10項目に拡充(評価上限も設定)
 - ・ポイント評価で一定の実績を考慮

DPCデータ提出評価の充実

■急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割の分析・評価を推進

- DPC対象病院について、外来診療に係るデータの提出に対応
(新) 機能評価係数Ⅰ データ提出加算2
- DPC対象病院以外の急性期病院について、DPCフォーマットデータの提出を評価
(新) データ提出加算1 イ(200床以上) 100点、ロ(200床未満) 150点(入院診療のみ提出)(退院時一回)
(新) 2 イ(200床以上) 110点、ロ(200床未満) 160点(入院診療と外来診療を提出)(退院時一回)

慢性期入院医療の適切な評価

一般病棟における長期療養の適正化

➤ 一般病棟(13:1, 15:1)における長期療養患者の実態に合わせた評価体系の見直しを行い、より適切な医療機関の機能分化を推進する。

- ① 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。
 - ② 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

医療提供しているが、医療資源の少ない地域に配慮した評価

地域に配慮した評価

自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない2次医療圏及び離島にある医療機関について、評価体系を見直し、地域医療の活性化を促す。

※特定機能病院、200床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟7対1、10対1入院基本料を算定している病院を除く

- 一般病棟入院基本料の届出について、**病棟毎の届出を可能とする**。
- 亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設する。

(新) 亜急性期入院医療管理料1	1,761点(1日につき)
(新) 亜急性期入院医療管理料2	1,661点(1日につき)

[施設基準]

看護職員配置が常時15対1

- チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。

(新) 栄養サポートチーム加算	100点(週1回)
(新) 緩和ケア診療加算	200点(1日につき)
- 1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設する。

(新) 特定一般病棟入院料	13対1入院料	1,103点
	15対1入院料	945点

診療所の機能に着目した評価①

有床診療所における緩和ケアの推進

- 有床診療所における質の高い緩和ケア医療に対する評価を新設し、緩和ケアの推進を図る。

(新) 有床診療所緩和ケア診療加算 150点(1日につき)

[施設基準]

- ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。
- ② 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師(医師もしくは看護師の一方は緩和ケアに関する研修修了者)が配置されていること。

有床診療所におけるターミナルケアの推進

- 有床診療所における、ターミナルケアに対する評価を新設し、看取りを含めたターミナルケアを充実を図る。

(新) 看取り加算

<u>在宅療養支援診療所の場合</u>	<u>2,000点</u>
<u>その他の場合</u>	<u>1,000点</u>

[施設基準] ① 夜間に看護職員を1名以上配置していること。

診療所の機能に着目した評価②

有床診療所の柔軟な病床運用

- 有床診療所の入院基本料の評価は、一般病床、療養病床で区別されているが、両方の病床を有する診療所については、双方の要件を満たしている場合に限り、患者像に応じた相互算定を可能とする。
- 介護療養病床入院患者が急性増悪した際に、医療保険を算定できる病床は2室8床に限られているが、より柔軟な運用を可能とするため、全介護療養病床について算定可能とする。

薬局における薬学的管理及び指導の充実

薬剤服用歴管理指導料における包括的評価の拡充

薬局における薬学的管理指導の充実を図るため、お薬手帳を通じた情報提供、残薬確認、後発医薬品に関する情報提供を包括的に評価する。

現行		改定後	
薬剤服用歴管理指導料	30点	薬剤服用歴管理指導料	41点
—		・ 残薬の有無の確認	(新規要件)
—		・ 後発医薬品に関する情報提供	(新規要件)
薬剤情報提供料	15点	・ お薬手帳を通じた情報提供	薬剤服用歴管理指導料の要件
・ お薬手帳を通じた情報提供		薬剤情報提供料	廃止

ハイリスク薬について薬学的管理指導項目の明確化

算定要件が不明確であるなどの指摘があることから、ハイリスク薬(要注意薬)服用患者に対し、その効果や関連副作用の有無等の確認すべき内容等を明確化する。

6歳未満の乳幼児への服薬指導に対する評価

6歳未満の乳幼児への服薬指導を充実させるため、乳幼児への服薬指導に対する評価を、薬学管理料の加算として新設する。

(新) 乳幼児服薬指導加算 5点(処方せんの受付1回につき)

後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用促進

薬局における取組の評価

- 薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品の情報提供※を評価する。
※ 薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書に、後発医薬品の有無、価格等の情報を付加。
- 後発医薬品の調剤数量に係る評価について算定要件を見直す。

現行			改定後		
調剤数量割合	20%	6点	調剤数量割合	22%	5点
	25%	13点		30%	15点
	30%	17点		35%	19点

医療機関における取組の評価等

- 後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を導入する。
30点（採用品目割合：20%） → 28点（採用品目割合：20%以上）
35点（採用品目割合：30%以上）
- 薬局での後発医薬品の調剤を行いやすくするため、医師が後発品がある医薬品について、一般名処方を行った場合の評価を新設する。

（新） 一般名処方加算 2点（処方せん交付1回）

銘柄名処方（現行）	一般名処方（改定後）
原則、当該銘柄を用いて調剤	有効成分が同一であれば、どの後発医薬品も調剤可能

- 諸外国の例にならい、個々の処方薬※ごとに、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見直す。

※ これまでは、処方薬全体で変更の可否を明示。

コンピューター断層撮影診断料の見直し

評価体系の見直し

CT撮影及びMRI撮影については、新たな医療機器の開発や撮影方法の登場などの技術の進歩が著しく、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から、画像診断撮影の評価体系を見直し、より質の高い診断治療の推進を図る。

コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影	
イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	900点
ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点
ハ イ、ロ以外の場合	600点



コンピューター断層撮影装置 1 CT撮影	
イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合	950点
ロ 16列以上 64列未満 のマルチスライス型の機器による場合	900点
ハ 4列 以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	780点
ニ イ、ロ、ハ以外の場合	600点

磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1,330点
2 1以外の場合	1,000点



磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	
1 3テスラ以上の機器による場合	1,400点
2 1.5テスラ以上 3テスラ未満 の機器による場合	1,330点
3 1、2以外の場合	950点

[施設基準]CT撮影の64列以上の場合、MRI撮影の3テスラ以上の場合については、画像診断管理加算2(※)が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。

※放射線科を標榜している病院であることや画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていることなど4項目が要件

医療機器の保守管理に関する評価

- 高い機能を有するCT撮影装置(4列以上のマルチスライス型の機器)及びMRI撮影装置(1.5テスラ以上の機器)の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置やMRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

人工腎臓の適正な評価

新たな技術の評価及び評価の見直し

- ▶ 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかになりつつある新しい治療法(オンライン血液透析濾過)を評価を行い、より質の高い透析医療の推進を図る。

(新)慢性維持透析濾過(複雑なもの) 2,255点(1日につき)

[算定要件] 血液透析濾過のうち、透析液から分離作成した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合

[施設基準] 透析水質確保加算2(※)を算定していること(※:透析液の水質を確保するため、水質検査を実施するなどの基準を満たした場合の加算)

- ▶ オンライン血液透析濾過では使用する透析液について、より厳格な水質管理が求められることから、透析液水質確保加算について段階的な評価を行う。

人工腎臓(1日につき)	
透析液水質確保加算	10点



人工腎臓(1日につき)	
1 透析水質確保加算1	8点
2 透析水質確保加算2	20点

[施設基準]

- ①月1回以上水質検査を実施し、関係学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。
- ②透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

- ▶ 包括薬剤の価格やエリスロポエチン製剤の使用実態に応じた点数の見直しを行う。

人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,075点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,235点
ハ 5時間以上の場合	2,370点



人工腎臓(1日につき) 1慢性維持透析を行った場合	
イ 4時間未満の場合	2,040点
ロ 4時間以上5時間未満の場合	2,205点
ハ 5時間以上の場合	2,340点

検体検査の評価の見直し

検体検査実施料の見直し

- 医療技術評価分科会での評価や実勢価格を踏まえ、検体検査実施料の引き上げを行う。

例) WT1mRNA核酸増幅検査	2,000点	→	2,520点
細菌培養同定検査 血液, 穿刺液	150点	→	190点
結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査	550点	→	850点

検査区分の細分化

- 1つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合に、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。

例) プロテインS → プロテインS活性、プロテインS抗原
マイコプラズマ抗体価 → マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量

検体検査名称の見直し

- 標準検査名称・標準検査法名称を参考に検体検査の名称を見直す。

例) 単純ヘルペスウイルス特異抗原 → 単純ヘルペスウイルス抗原定性
梅毒脂質抗原使用検査(定性) → 梅毒血清反応(STS)定性

平成24年2月10日

厚生労働大臣
小宮山 洋子殿

中央社会保険医療協議会
会 長 森田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見（別添）

（急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等）

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置（時間外対応加算を含む。）については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
 - ・薬剤師の病棟業務（療養病棟又は精神病棟における業務を含む。）
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組等

（医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実）

- 5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。
- 6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。
- 7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リ

ハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

(質が高く効率的な医療提供体制)

- 8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料（13 対 1、15 対 1）算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟（7 対 1、10 対 1 を含む）、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。
- 9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。
 - ・一般病棟における 7 対 1 入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
 - ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置
- 10 DPC 制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後 3 回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講ずること。また、DPC 対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。
- 11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。
- 13 診療報酬における包括化や IT 化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

- 14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化

(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

- 1.5 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講じること。
- 1.6 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。
- 1.7 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

- 1.8 上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。
 - (1) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
 - (2) 在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況
 - (3) 慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
 - (4) 一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況
 - (5) 診療報酬における消費税の取扱い
 - (6) 医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～1.8の事項については、できるだけ早急に取り組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

社会保障制度改革国民会議について

【5月27日の第63回医療保険部会後の開催状況】

回	開催日	議 題
【第13回】	平成25年6月3日	これまでの議論の整理（年金分野） 委員からのプレゼンテーション及び議論
【第14回】	平成25年6月10日	2巡目の議論（医療・介護分野）
5月29日に公表した「社会保障審議会医療保険部会の主な議論」を、遠藤部会長より報告		
【第15回】	平成25年6月13日	2巡目の議論②
【第16回】	平成25年6月24日	2巡目の議論③、今後の進め方
【第17回】	平成25年7月12日	報告書のとりまとめに向けた議論

※第14回、第17回の社会保障制度改革国民会議の主な資料を添付

第14回 社会保障制度改革国民会議

議事次第

平成25年6月10日(月)
12:30～14:30
於：官邸2階大ホール

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 2巡目の議論（医療・介護分野）
4. 閉会

【資料】

資料1-1 さらに議論すべき事項①

資料1-2 さらに議論すべき事項①（関係資料）

資料2 意見募集の結果概要

資料3 三党実務者協議関係資料

（略）

【参考資料】

参考資料1 財政健全化に向けた基本的考え方（抄）（略）

参考資料2-1 社会保障審議会医療保険部会における主な議論

参考資料2-2 社会保障審議会医療保険部会における主な議論に関する
参考資料

参考資料3 これからの国・地方を通じての課題について＜社会保障関係
抜粋＞

参考資料4 社会保障審議会介護保険部会における主な議論

（略）

さらに議論すべき事項 ①

【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】

1. 国民健康保険制度の課題

- ① 市町村国保の財政構造
- ② 保険料等の地域格差
- ③ 市町村国保の広域化
- ④ 保険者機能

2. 被用者保険・高齢者医療制度の課題

- ① 被用者保険の課題
- ② 高齢者医療制度の在り方
- ③ 後期高齢者支援金の総報酬割

【医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等】

3. 医療提供体制の課題

- ① 医療提供体制の重点化・効率化と機能分化・連携
- ② 都道府県の権限
- ③ 医療関連データの収集・分析等

さらに議論すべき事項 ①

(関係資料)

平成25年6月10日
社会保障制度改革国民会議事務局

【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】	
1. 国民健康保険制度の課題	2
① 市町村国保の財政構造	5
② 保険料等の地域格差	10
③ 市町村国保の広域化	15
④ 保険者機能	23
2. 被用者保険・高齢者医療制度の課題	25
① 被用者保険の課題	26
② 高齢者医療制度の在り方	29
③ 後期高齢者支援金の総報酬割	35
【医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等】	
3. 医療提供体制の課題	40
① 医療提供体制の重点化・効率化と機能分化・連携	41
② 都道府県の権限	56
③ 医療関連データの収集・分析等	58

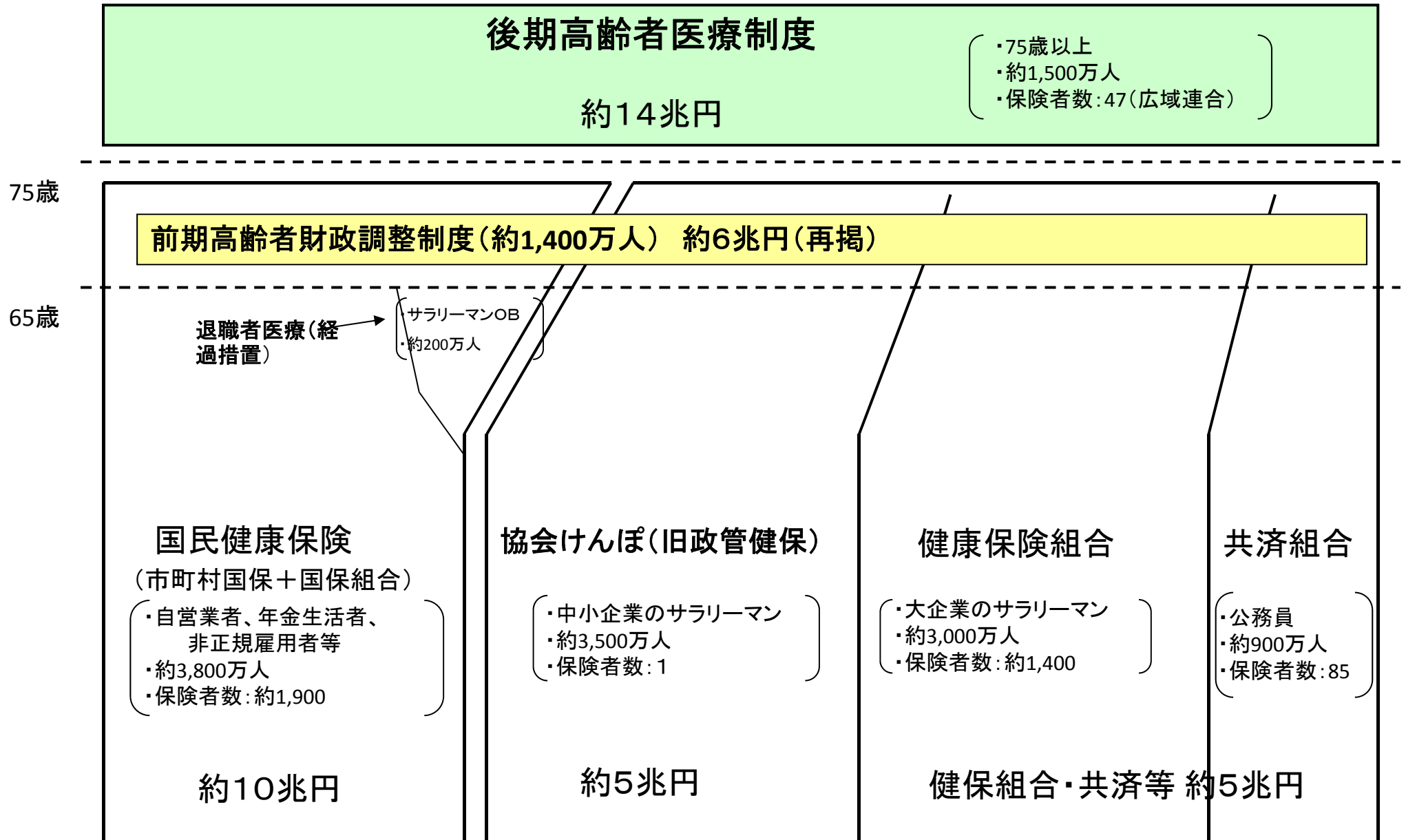
1. 国民健康保険制度の課題

- ① 市町村国保の財政構造
- ② 保険料等の地域格差
- ③ 市町村国保の広域化
- ④ 保険者機能

(第10回国民会議後の清家会長記者会見冒頭発言(抜粋))

国民健康保険の保険者の問題については、都道府県単位に集約する方向で検討するということによろしいのではないか。ただ、そのときにコスト・ベネフィット、あるいはメリット・デメリットをきちんとできるだけデータを示しながら精査して、検討をさらに深める必要があるだろうということですが、そういう条件のもとで、国保の保険者については都道府県単位に集約する方向で検討するということとしてはどうかと取りまとめさせていただきました。

【医療保険制度の体系】



※1 加入者数・保険者数は、平成24年3月末の数値(速報値)

※2 金額は平成25年度予算ベースの給付費

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成24年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 4 3	8 5 (平成23年3月末)	4 7
加入者数 (平成24年3月末)	3, 5 2 0万人 (2, 036万世帯)	3, 4 8 8万人 被保険者1, 963万人 被扶養者1, 525万人	2, 9 5 0万人 被保険者1, 555万人 被扶養者1, 395万人	9 1 9万人 被保険者452万人 被扶養者467万人 (平成23年3月末)	1, 4 7 3万人
加入者平均年齢 (平成23年度)	5 0. 0歳	3 6. 3歳	3 4. 1歳	3 3. 4歳 (平成22年度)	8 1. 9歳
65~74歳の割合 (平成23年度)	3 1. 3% (平成22年度)	4. 7%	2. 5%	1. 6% (平成22年度)	2. 8% (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成23年度)	2 9. 9万円 (平成22年度)	1 5. 9万円	1 4. 2万円	1 4. 4万円 (平成22年度)	9 1. 8万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成23年度)	8 4万円 一世帯当たり 1 4 5万円 (平成22年度)	1 3 7万円 一世帯当たり (※4) 2 4 2万円	1 9 8万円 一世帯当たり (※4) 3 7 4万円	2 2 9万円 一世帯当たり (※4) 4 6 7万円 (平成22年度)	8 0万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成23年度) (※5) <事業主負担込>	8. 1万円 一世帯当たり 1 4. 2万円 (平成22年度)	9. 9万円 <19. 7万円> 被保険者一人当たり 17. 5万円 <35. 0万円>	1 0. 0万円 <22. 1万円> 被保険者一人当たり 18. 8万円 <41. 7万円>	1 1. 2万円 <22. 4万円> 被保険者一人当たり 22. 7万円 <45. 5万円> (平成22年度)	6. 3万円
保険料負担率 (※6)	9. 7%	7. 2%	5. 0%	4. 9% (平成22年度)	7. 9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16. 4%	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額 (※7) (平成25年度予算ベース)	3兆4, 392億円	1兆2, 186億円	15億円		6兆5, 347億円

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

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

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

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

(※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。

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

(※6) 保険料負担率は、被保険者一人当たり平均保険料を被保険者一人当たり平均所得で除したものである。

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

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(2.5%)
- ・一人あたり医療費: 国保(29.9万円)、健保組合(14.2万円)

● 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(198万円(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(5.0%)
- ※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 (平成23年度)

- ・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

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化【平成24年国保法改正】
- 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

- ・1720保険者中3000人未満の小規模保険者 423 (全体の1/4)
(平成23年9月末)

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)

● 市町村共同事業による財政運営の都道府県単位化の推進【平成24年国保法改正】

● 財政調整機能の強化【平成24年国保法改正】

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。

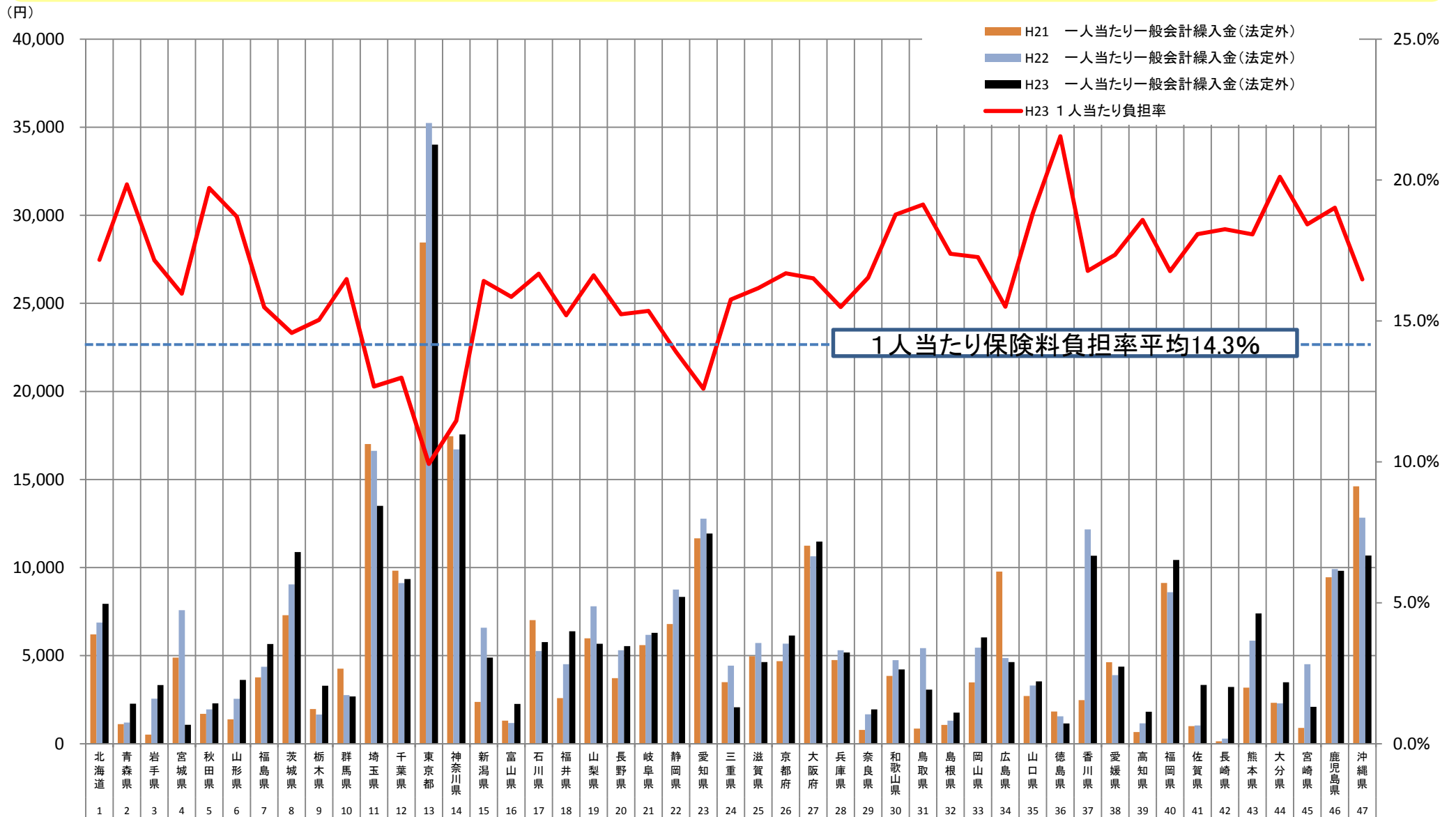
(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(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。

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

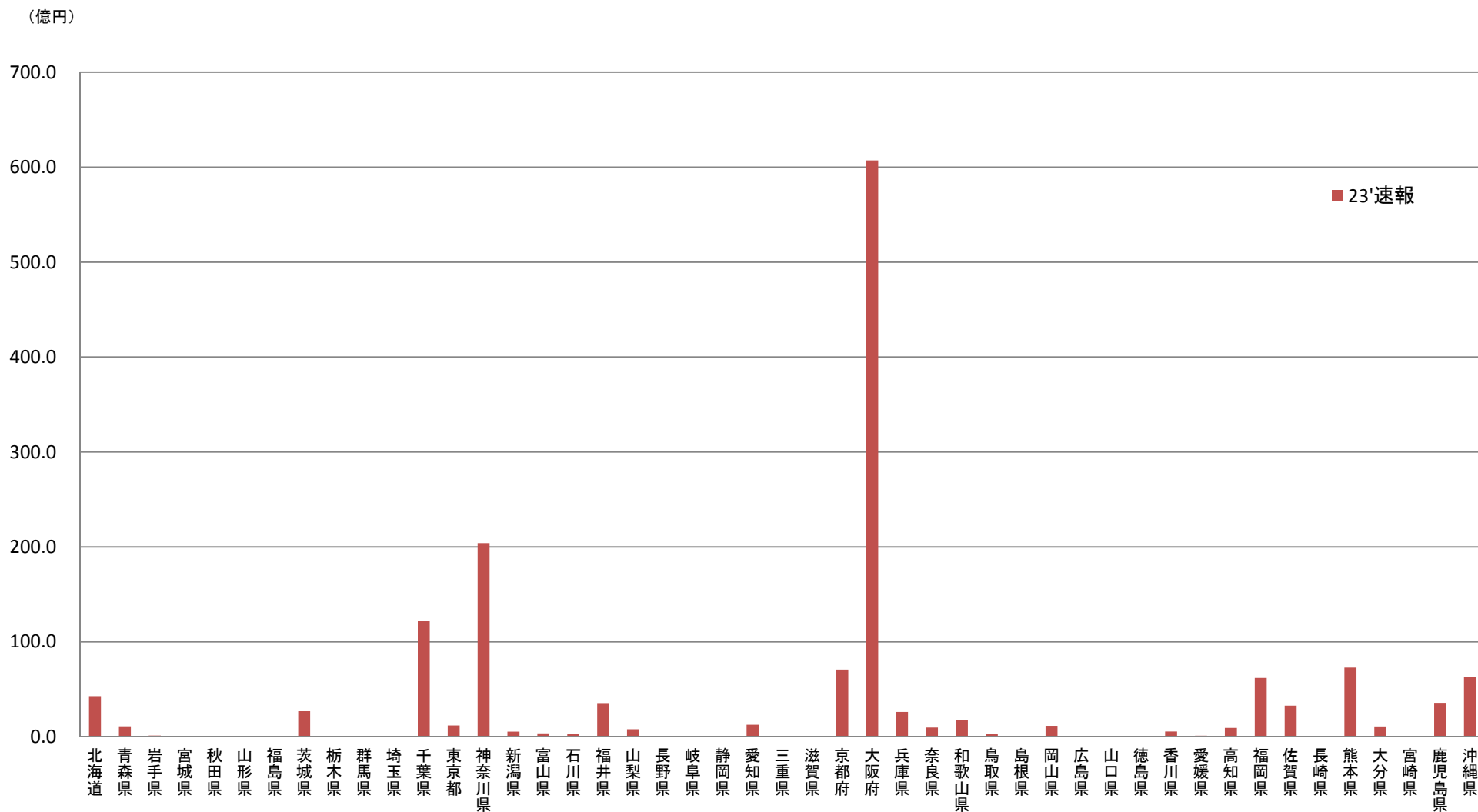
○ 平成23年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均(14.3%)よりも低く、茨城、大阪、香川、福岡、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(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)
 (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。

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

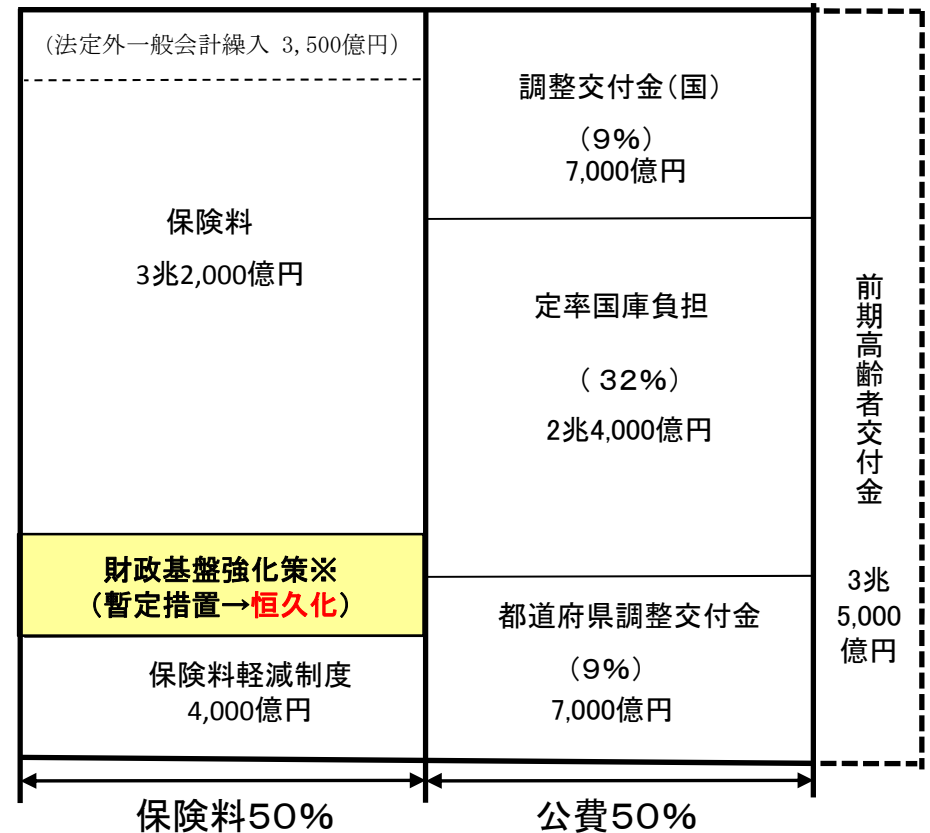
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

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。

1人当たり医療費の地域格差(平成22年度)

1人当たり医療費の格差

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	北山村 (和歌山) 541,616円	山口県 364,350円	299,333円
最低(B)	小笠原村 (東京) 160,031円	沖縄県 251,282円	
(A)/(B)	3.4倍	1.4倍	
標準偏差	市町村別 46,855円	都道府県別 31,997円	

都道府県別 上位・下位10

順位	上位10都道府県	
1	山口県	364,350円
2	香川県	362,151円
3	広島県	360,409円
4	大分県	359,890円
5	島根県	358,893円
6	長崎県	356,972円
7	佐賀県	355,318円
8	徳島県	352,640円
9	鹿児島県	349,755円
10	高知県	344,033円

順位	下位10都道府県	
1	沖縄県	251,282円
2	茨城県	255,242円
3	千葉県	265,834円
4	栃木県	266,725円
5	埼玉県	270,944円
6	東京都	271,015円
7	群馬県	274,906円
8	愛知県	278,308円
9	山梨県	279,674円
10	神奈川県	280,285円

保険者別 上位・下位10

順位	上位10保険者	
1	北山村 (和歌山)	541,616円
2	馬路村 (高知)	531,513円
3	北川村 (高知)	506,084円
4	宇検村 (鹿児島)	479,094円
5	水俣市 (熊本)	467,098円
6	安芸太田町 (広島)	462,143円
7	音威子府村 (北海道)	456,927円
8	津奈木町 (熊本)	455,380円
9	三笠市 (北海道)	449,286円
10	陸別町 (北海道)	446,777円

順位	下位10保険者	
1	小笠原村 (東京)	160,031円
2	座間味村 (沖縄)	165,320円
3	竹富町 (沖縄)	168,656円
4	御蔵島村 (東京)	176,386円
5	多良間村 (沖縄)	187,718円
6	川上村 (長野)	194,419円
7	渡嘉敷村 (沖縄)	195,672円
8	青ヶ島村 (東京)	199,067円
9	北大東村 (沖縄)	201,646円
10	石垣市 (沖縄)	202,201円

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況(平成22年度)

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費	
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位
北海道	音威子府村 456,927	別海町 214,639	2.1倍	341,885	13
青森県	今別町 328,327	大間町 228,378	1.4倍	280,927	37
岩手県	西和賀町 388,133	普代村 223,130	1.7倍	295,882	30
宮城県	七ヶ宿町 371,557	蔵王町 256,501	1.4倍	290,905	33
秋田県	井川町 379,981	大湯村 246,491	1.5倍	324,738	18
山形県	小国町 339,024	三川町 250,987	1.4倍	301,516	28
福島県	広野町 366,505	葛尾村 234,730	1.6倍	290,091	34
茨城県	高萩市 298,564	境町 212,562	1.4倍	255,242	46
栃木県	日光市 288,997	益子町 234,938	1.2倍	266,725	44
群馬県	神流町 407,158	昭和村 210,034	1.9倍	274,906	41
埼玉県	東秩父村 312,191	戸田市 234,842	1.3倍	270,944	43
千葉県	長南町 337,797	富里市 222,051	1.5倍	265,834	45
東京都	奥多摩町 383,928	小笠原村 160,031	2.4倍	271,015	42
神奈川県	山北町 339,189	大井町 261,459	1.3倍	280,285	38
新潟県	阿賀町 381,229	湯沢町 249,250	1.5倍	309,204	24
富山県	魚津市 361,182	砺波市 313,988	1.2倍	330,258	15
石川県	宝達志水町 388,841	津幡町 312,831	1.2倍	342,354	11
福井県	池田町 379,572	小浜市 289,828	1.3倍	323,672	19
山梨県	早川町 386,127	小菅村 234,885	1.6倍	279,674	39
長野県	麻績村 377,779	川上村 194,419	1.9倍	284,005	35
岐阜県	下呂市 320,374	岐南町 256,401	1.2倍	294,884	31
静岡県	西伊豆町 353,706	清水町 252,255	1.4倍	282,611	36
愛知県	東栄町 358,512	田原市 224,575	1.6倍	278,308	40
三重県	紀北町 376,936	度会町 259,846	1.5倍	304,259	27
滋賀県	野洲市 307,624	愛荘町 251,717	1.2倍	294,726	32
京都府	伊根町 378,807	和束町 270,186	1.4倍	309,102	25
大阪府	岬町 384,863	泉南市 260,370	1.5倍	315,088	22
兵庫県	佐用町 385,729	豊岡市 281,769	1.4倍	316,531	21
奈良県	北上山村 403,935	天理市 261,133	1.5倍	299,245	29
和歌山県	北山村 541,616	みなべ町 214,062	2.5倍	306,887	26
鳥取県	江府町 421,932	北栄町 291,426	1.4倍	317,975	20
島根県	川本町 438,147	知夫村 309,115	1.4倍	358,893	5
岡山県	新庄村 399,268	総社市 328,815	1.2倍	342,199	12
広島県	安芸太田町 462,143	世羅町 320,388	1.4倍	360,409	3
山口県	美祿市 428,296	田布施町 325,783	1.3倍	364,350	1
徳島県	三好市 433,990	松茂町 307,906	1.4倍	352,640	8
香川県	直島町 441,941	宇多津町 315,828	1.4倍	362,151	2
愛媛県	上島町 440,063	宇和島市 288,296	1.5倍	327,309	16
高知県	馬路村 531,513	四万十市 280,040	1.9倍	344,033	10
福岡県	豊前市 422,939	那珂川町 280,078	1.5倍	331,373	14
佐賀県	みやき町 430,337	太良町 290,856	1.5倍	355,318	7
長崎県	長崎市 411,356	小値賀町 266,496	1.5倍	356,972	6
熊本県	水俣市 467,098	産山村 256,329	1.8倍	326,426	17
大分県	津久見市 437,678	九重町 302,031	1.4倍	359,890	4
宮崎県	日南市 380,448	都農町 263,284	1.4倍	313,967	23
鹿児島県	宇検村 479,094	与論町 218,056	2.2倍	349,755	9
沖縄県	渡名喜村 422,041	座間味村 165,320	2.6倍	251,282	47

(※) 3～2月診療ベースである。

1人当たり医療費 全国平均：299,333円

都道府県内における1人当たり所得の格差(平成21年度)

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
北海道	54.1	斜里町	175.5	赤平市	30.0	5.9
青森	43.5	三沢市	70.6	鶴田町	30.2	2.3
岩手	44.6	藤沢町	59.1	遠野市	35.5	1.7
宮城	52.6	女川町	59.2	涌谷町	38.5	1.5
秋田	43.6	大潟村	210.7	小坂町	32.7	6.5
山形	50.1	山形市	58.3	小国町	35.6	1.6
福島	48.5	矢吹町	79.1	昭和村	35.0	2.3
茨城	61.8	守谷市	84.0	北茨城市	40.9	2.1
栃木	65.4	宇都宮市	83.4	茂木町	47.4	1.8
群馬	59.4	昭和村	105.6	上野村	42.8	2.5
埼玉	73.1	和光市	93.2	皆野町	46.9	2.0
千葉	73.6	浦安市	109.6	九十九里町	46.0	2.4
東京	93.5	港区	210.7	奥多摩町	56.5	3.7
神奈川	87.3	伊勢原市	120.5	山北町	68.5	1.8
新潟	52.1	津南町	60.6	阿賀町	35.7	1.7
富山	57.8	舟橋村	64.6	氷見市	51.1	1.3
石川	58.1	野々市町	68.7	中能登町	42.1	1.6
福井	57.5	越前町	65.5	大野市	47.5	1.4
山梨	58.4	山中湖村	93.9	丹波山村	45.6	2.1
長野	54.5	軽井沢町	93.5	大鹿村	35.3	2.7
岐阜	63.9	白川村	118.5	富加町	51.3	2.3
静岡	71.7	長泉町	84.9	南伊豆町	48.7	1.7
愛知	78.3	一色町	122.6	豊根村	54.2	2.3
三重	62.4	朝日町	86.6	御浜町	41.4	2.1

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
滋賀	59.0	栗東市	87.3	甲良町	40.5	2.2
京都	53.5	長岡京市	67.5	与謝野町	38.7	1.7
大阪	53.7	箕面市	81.4	泉南市	39.1	2.1
兵庫	59.9	芦屋市	108.6	新温泉町	42.9	2.5
奈良	55.2	生駒市	78.6	御杖村	31.5	2.5
和歌山	45.1	みなべ町	57.5	北山村	27.5	2.1
鳥取	45.0	日吉津村	56.7	八頭町	36.4	1.6
島根	50.7	海士町	64.9	津和野町	37.3	1.7
岡山	52.2	浅口市	64.2	美作市	34.5	1.9
広島	59.8	海田町	74.1	神石高原町	42.2	1.8
山口	52.1	田布施町	71.9	阿武町	43.9	1.6
徳島	40.1	松茂町	49.9	つるぎ町	22.8	2.2
香川	53.3	直島町	70.8	小豆島町	42.0	1.7
愛媛	47.4	松山市	57.4	松野町	24.2	2.4
高知	42.9	馬路村	61.2	大豊町	27.3	2.2
福岡	49.1	太宰府市	81.7	川崎町	21.5	3.8
佐賀	50.8	白石町	63.1	大町町	34.6	1.8
長崎	43.7	長与町	57.5	平戸市	36.2	1.6
熊本	46.4	西原村	66.0	津奈木町	25.3	2.6
大分	42.8	大分市	48.1	姫島村	24.8	1.9
宮崎	44.4	延岡市	55.3	五ヶ瀬町	31.9	1.7
鹿児島	40.6	日置市	55.6	伊仙町	15.1	3.7
沖縄	36.2	嘉手納町	69.8	多良間村	16.6	4.2

1人当たり所得 全国平均：63.8万円

(注1)厚生労働省保険局「平成22年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成21年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(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)である。

1人当たり保険料(税)調定額の地域格差(平成22年度)

1人当たり保険料の格差

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	猿 払 村 (北海道) 141,650円	栃 木 県 88,516円	81,021円
最低(B)	粟 国 村 (沖縄) 31,242円	沖 縄 県 53,524円	
(A)/(B)	4.5倍	1.7倍	
標準偏差	市 町 村 別 14,101円	都 道 府 県 別 6,619円	

都道府県別 上位・下位10

順位	上位10都道府県	
1	栃 木 県	88,516 円
2	群 馬 県	87,422 円
3	滋 賀 県	87,345 円
4	静 岡 県	87,180 円
5	山 口 県	86,890 円
6	愛 知 県	86,829 円
7	岐 阜 県	86,641 円
8	三 重 県	86,619 円
9	千 葉 県	86,368 円
10	神 奈 川 県	85,706 円

順位	下位10都道府県	
1	沖 縄 県	53,524 円
2	鹿 児 島 県	67,573 円
3	岩 手 県	69,398 円
4	長 崎 県	69,653 円
5	高 知 県	71,974 円
6	宮 崎 県	72,680 円
7	鳥 取 県	72,707 円
8	熊 本 県	73,690 円
9	愛 媛 県	73,700 円
10	長 野 県	73,871 円

保険者別 上位・下位10

順位	上位10保険者	
1	猿 払 村 (北海道)	141,650 円
2	羅 臼 町 (北海道)	129,927 円
3	大 湍 村 (秋田)	127,645 円
4	利 尻 町 (北海道)	124,209 円
5	長 沼 町 (北海道)	118,188 円
6	千 代 田 区 (東京)	115,724 円
7	標 津 町 (北海道)	113,151 円
8	え り も 町 (北海道)	113,052 円
9	南 幌 町 (北海道)	112,914 円
10	別 海 町 (北海道)	112,667 円

順位	下位10保険者	
1	粟 国 村 (沖縄)	31,242 円
2	伊 平 屋 村 (沖縄)	32,432 円
3	三 島 村 (鹿児島)	34,238 円
4	伊 仙 町 (鹿児島)	35,350 円
5	大 鹿 村 (長野)	36,807 円
6	東 村 (沖縄)	36,972 円
7	伊 是 名 村 (沖縄)	38,301 円
8	売 木 村 (長野)	38,917 円
9	大 和 村 (鹿児島)	40,339 円
10	与 那 国 町 (沖縄)	41,439 円

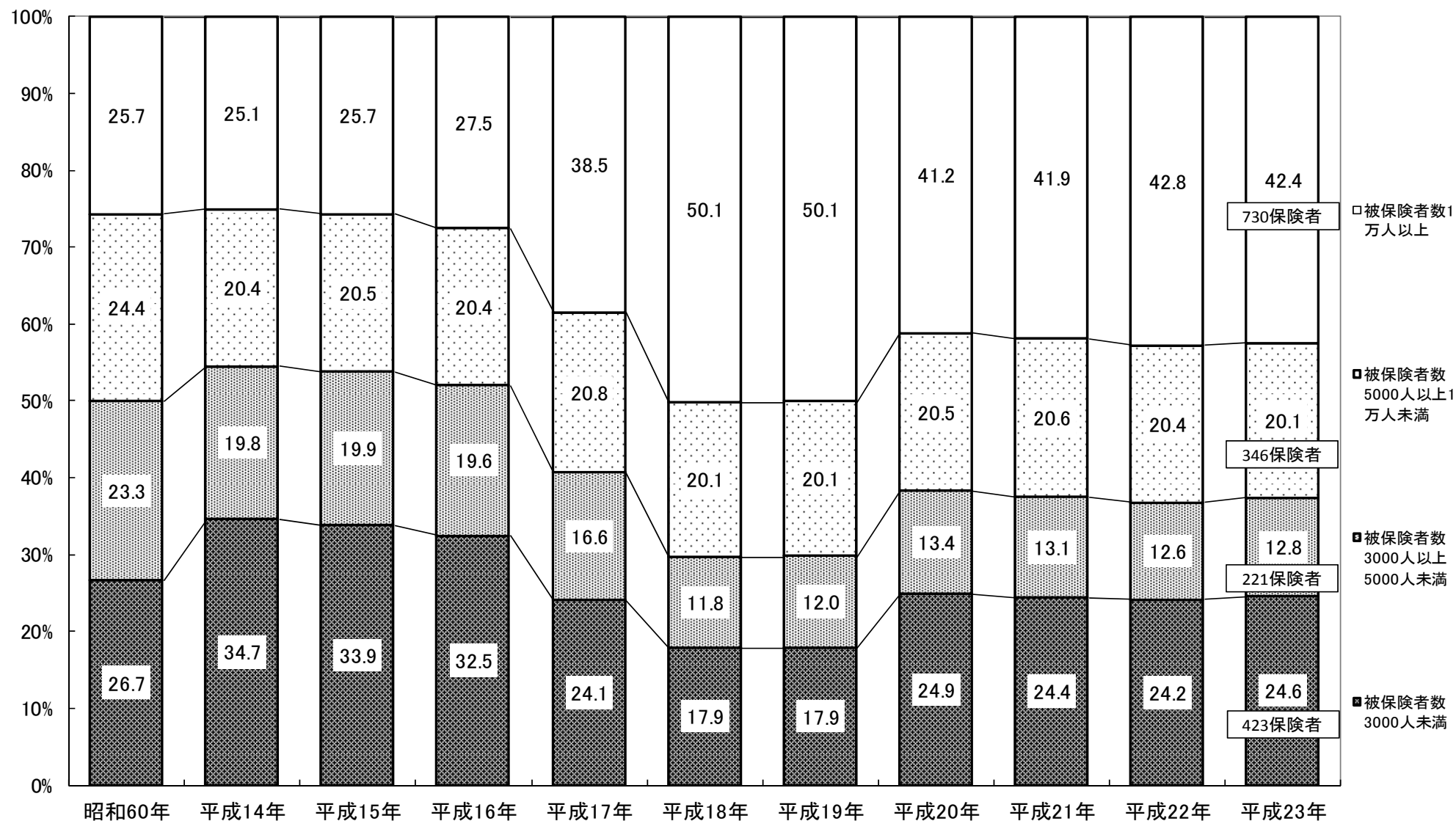
国保保険料の都道府県内格差(平成22年度)

	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

保険者規模別構成割合の推移



(注1) 国民健康保険実態調査による。

(注2) 平成20年度以降は75歳以上の者等が国保被保険者でなくなったことから、保険者規模が全体的に減少している。

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)

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%

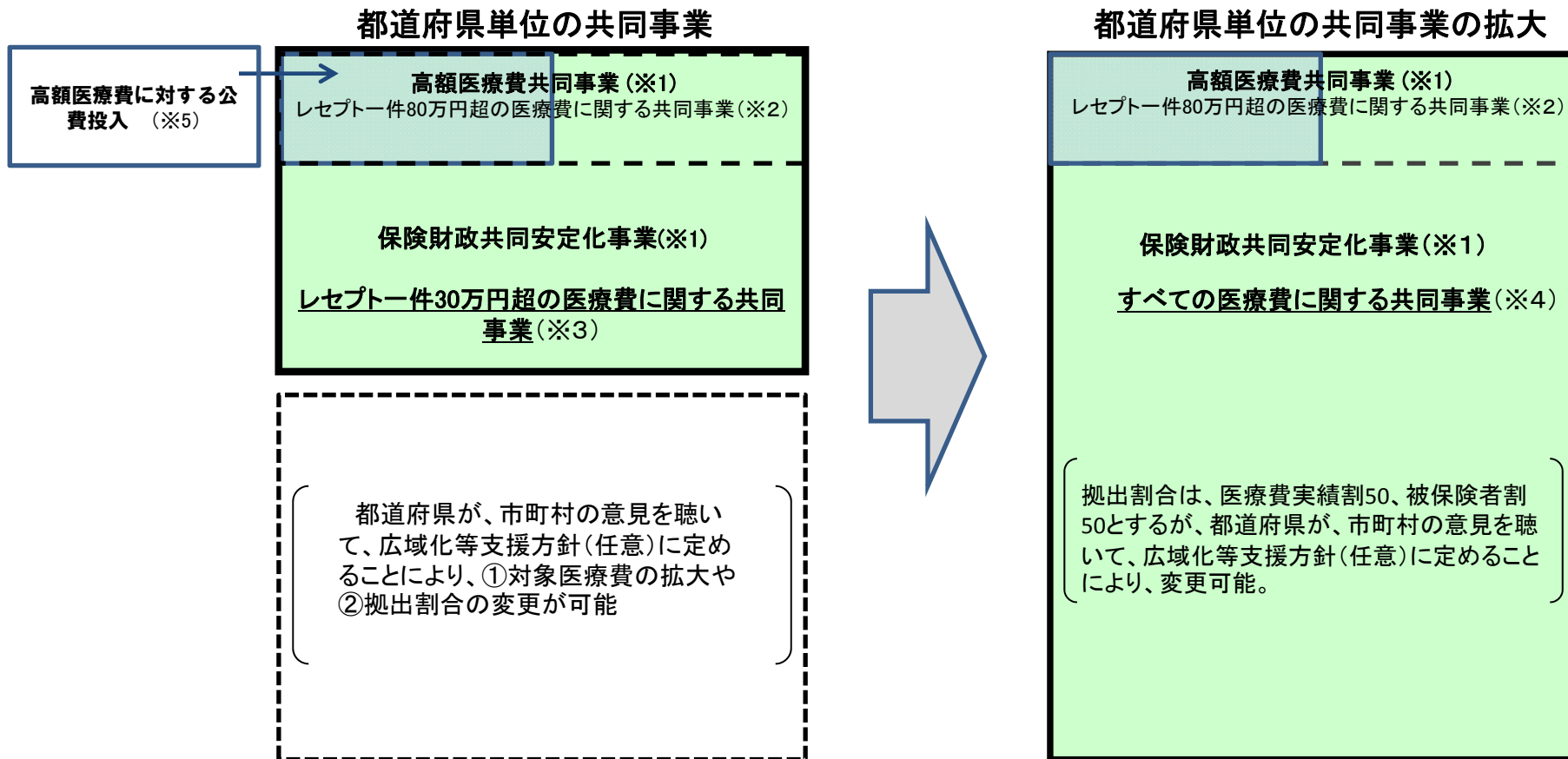
財政運営の都道府県単位化の推進

○ 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】



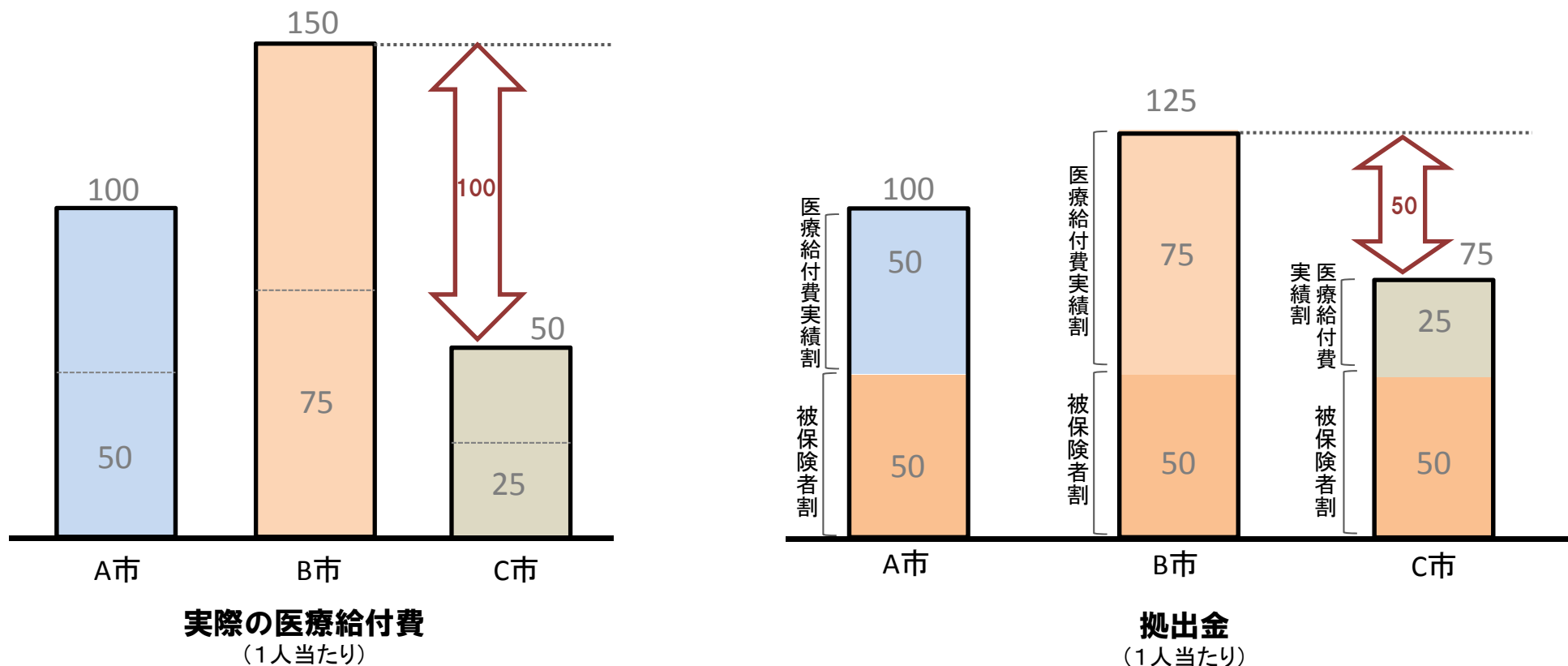
- ※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置
- ※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。
- ※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。
- ※4 自己負担相当額等を除く。
- ※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

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

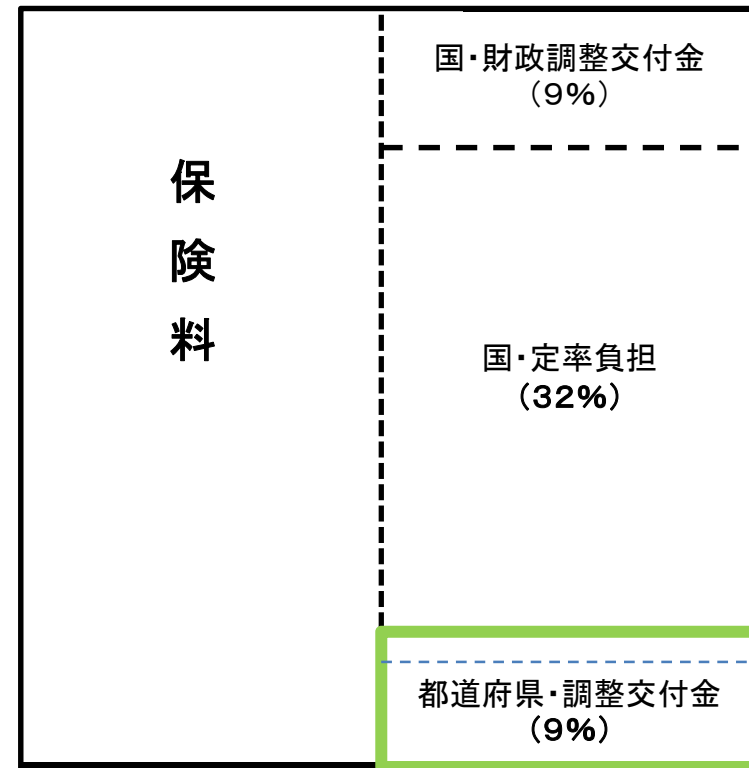
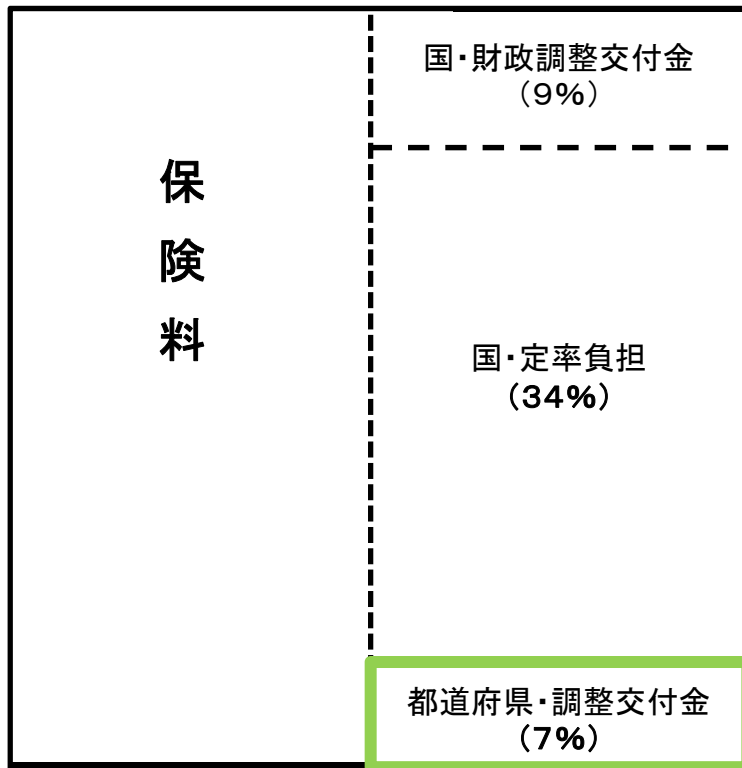
○ 都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

※ 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

国民健康保険制度に関するスケジュール

平成25年度		平成26年度		平成27年度	
上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)	上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)	上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)
	消費税引き上げ ▲ (5% → 8%) 26.4			消費税引き上げ ▲ (8% → 10%) 27.10	
<div style="border: 1px dashed orange; padding: 10px; background-color: #f8d7da;"> <p>低所得者保険料軽減や保険者支援制度の拡充（～2,200億円程度） 【政令改正・税制改正】 <具体的な実施時期は今後検討></p> </div>					
				27.4 施行	
<div style="border: 1px solid blue; padding: 10px; background-color: #d1ecf1;"> <p>■ 保険財政共同安定化事業の対象を全医療費に拡大し、 財政運営の都道府県単位化を推進 【平成24年度国保法改正】</p> </div>					

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。

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で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で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。23

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. 被用者保険・高齢者医療制度の課題

- ① 被用者保険の課題
- ② 高齢者医療制度の在り方
- ③ 後期高齢者支援金の総報酬割

(第10回国民会議後の清家会長記者会見冒頭発言(抜粋))

総報酬割によって浮いた財源をどうするかということについても、やはり基本的にはラストリゾートとしての国保の持続可能性を高めるために投入する方向性があるのではないかとございますが、ただし、その際にも、他の選択肢も含めて、その方向でこれから検討していく際に、さらにコスト・ベネフィット、メリット・デメリットを検討していく必要がある。そういう条件のもとで総報酬割によって浮いた財源を国保の持続可能性を高めるために投入する方向で検討してはどうかと取りまとめさせていただきました。

被用者保険の課題

1. 協会けんぽの財政基盤強化

①被保険者の所得水準停滞

- ・被保険者一人あたり標準報酬月額推移
協会けんぽ・・・387万円(19年度)→374万円(21年度)→370万円(23年度)

②協会けんぽの保険料率が大きく上昇

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

2. 被用者保険者間の負担の格差

保険者間に大きな財政力格差

- ・被保険者一人あたり標準報酬総額
協会けんぽ370万円、健保組合553万円(23年度)

3. 高齢者医療への拠出金負担増大

高齢者医療への拠出金負担増大

- ・義務的支出に占める高齢者医療拠出金(後期、前期)の割合
協会けんぽ・・・38.9%(22年度)→41.4%(27年度推計)→43%(32年度推計)
健保組合・・・44.4%(22年度)→47.1%(27年度推計)→48.5%(32年度推計)

国庫補助の引上げ措置の2年間延長

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。(健保法等の一部を改正する法律)

1/3総報酬割の2年間延長

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。(健保法等の一部を改正する法律)

全面総報酬割の検討

後期高齢者支援金の負担方法について、全面的に各被用者保険者の総報酬に応じた負担することについて、社会保障制度改革国民会議等の議論を踏まえ、検討。

高齢者医療制度の在り方

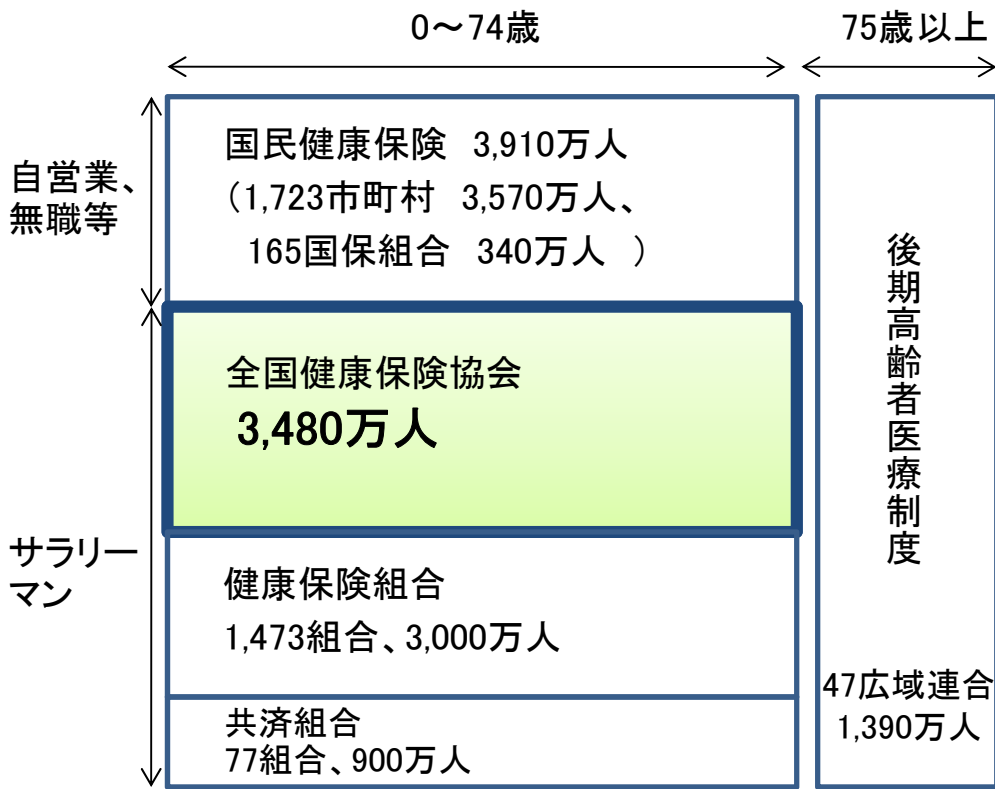
高齢者医療制度の在り方について、社会保障制度改革国民会議等の議論を踏まえ、検討。

※その他、平成28年10月から、短時間労働者への健康保険の適用拡大を実施。施行後3年以内に適用範囲について検討予定。

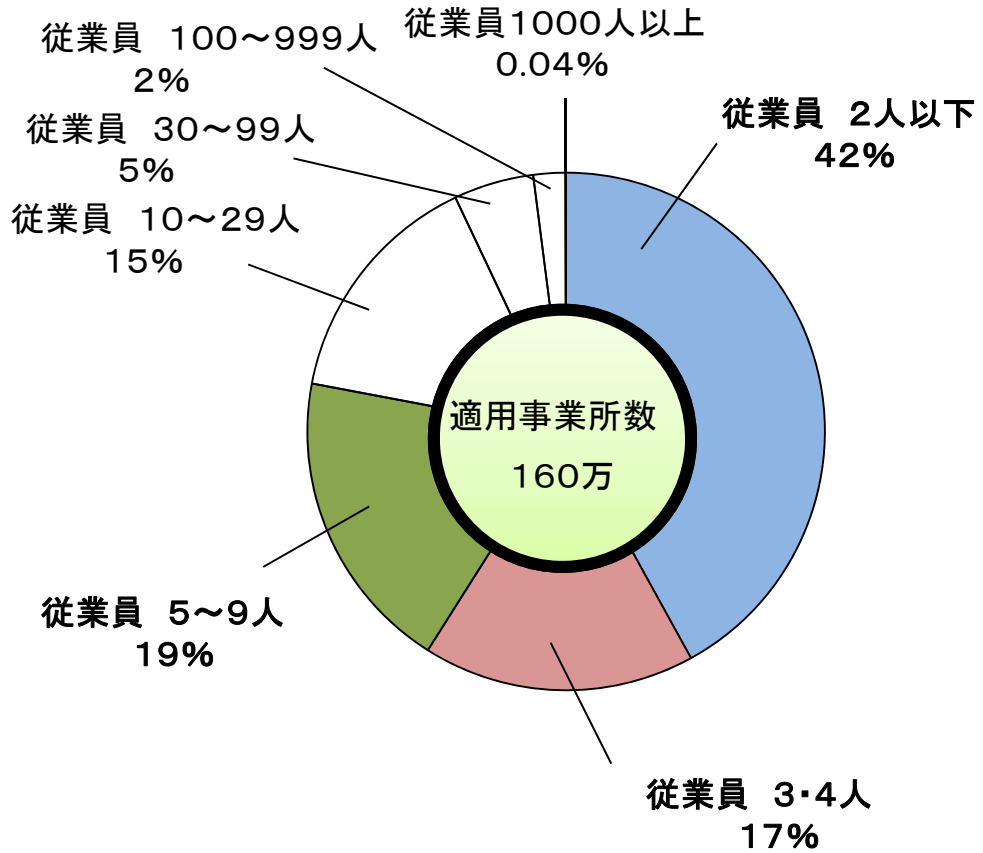
協会けんぽ(全国健康保険協会)について

- 3480万人(国民の3.6人に1人)が加入者。
- 中小企業・小規模企業が多く、事業所数の約8割が従業員9人以下。

○ 保険者の位置付け (22年3月末)



○ 協会の事業所規模別構成 (24年3月末)



各保険者の比較

○各医療保険制度は、その加入者の所得水準や年齢構成が異なっており、所得水準が低く、年齢の高い(＝医療費が高い)保険制度では保険料負担率(本人負担率)が高くなっている。

	一世帯当たり 平均所得(※1) (平成23年度)	加入者平均年齢 (平成23年度)	加入者一人当たり医療費 (平成23年度)	平均保険料負担率(※2) (平成23年度)
健保組合	374万円	34.1歳	14.2万円	5.0%＜本人負担のみ＞
協会けんぽ	242万円	36.3歳	15.9万円	7.2%＜本人負担のみ＞
市町村国保	145万円 (平成22年度)	50.0歳	29.9万円 (平成22年度)	9.7%＜全額本人負担＞ (平成22年度)

出典:厚生労働省資料

(※1) 市町村国保においては、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」によるもので、それぞれ前年の所得である。
協会けんぽ、組合健保については「被保険者一人当たり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を被保険者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※2) 保険料負担率は、被保険者一人当たり平均保険料を被保険者一人当たり平均所得で除したものである。

現行の高齢者医療制度

制度の概要

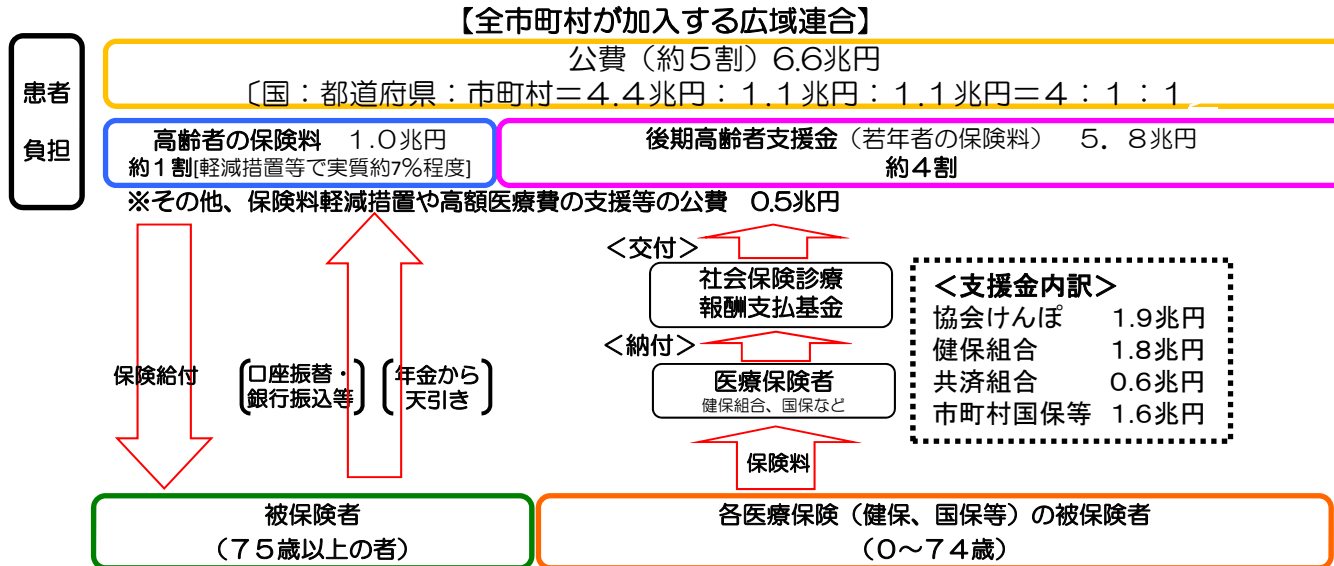
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

＜対象者数＞
75歳以上の高齢者 約1,500万人

＜後期高齢者医療費＞
15.0兆円（平成25年度予算ベース）
給付費 13.8兆円
患者負担 1.2兆円

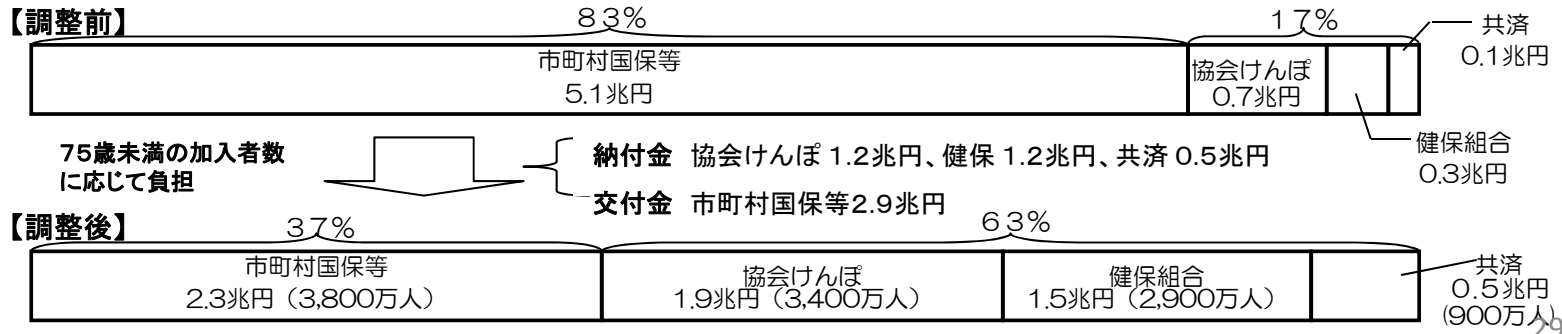
＜保険料額（平成24・25年度見込）＞
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者
約1,500万人

＜前期高齢者給付費＞
6.1兆円
（平成25年度予算ベース）



高齢者の保険料負担率の仕組み

○ 高齢者の保険料は、「高齢者の一人当たり医療費の伸び」により増加。

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



現行制度

- 現役世代の負担の上昇を抑えるため、「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率(当初10%)を段階的に引き上げる仕組み。
- これについて、以下の課題がある。
 - ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:14)を考慮していないことから、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造。
 - ② 高齢者人口の増加分を、現役世代と高齢者で分かち合っていない。

※ 平成22年法改正により、高齢者の保険料上昇抑制のため、財政安定化基金等を活用できる仕組みとし、高齢者の保険料の伸びは現役世代の支援金の伸びより抑制されている。

○ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分について、負担能力に応じて公平に負担する観点から、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとしてはどうか。(高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ)

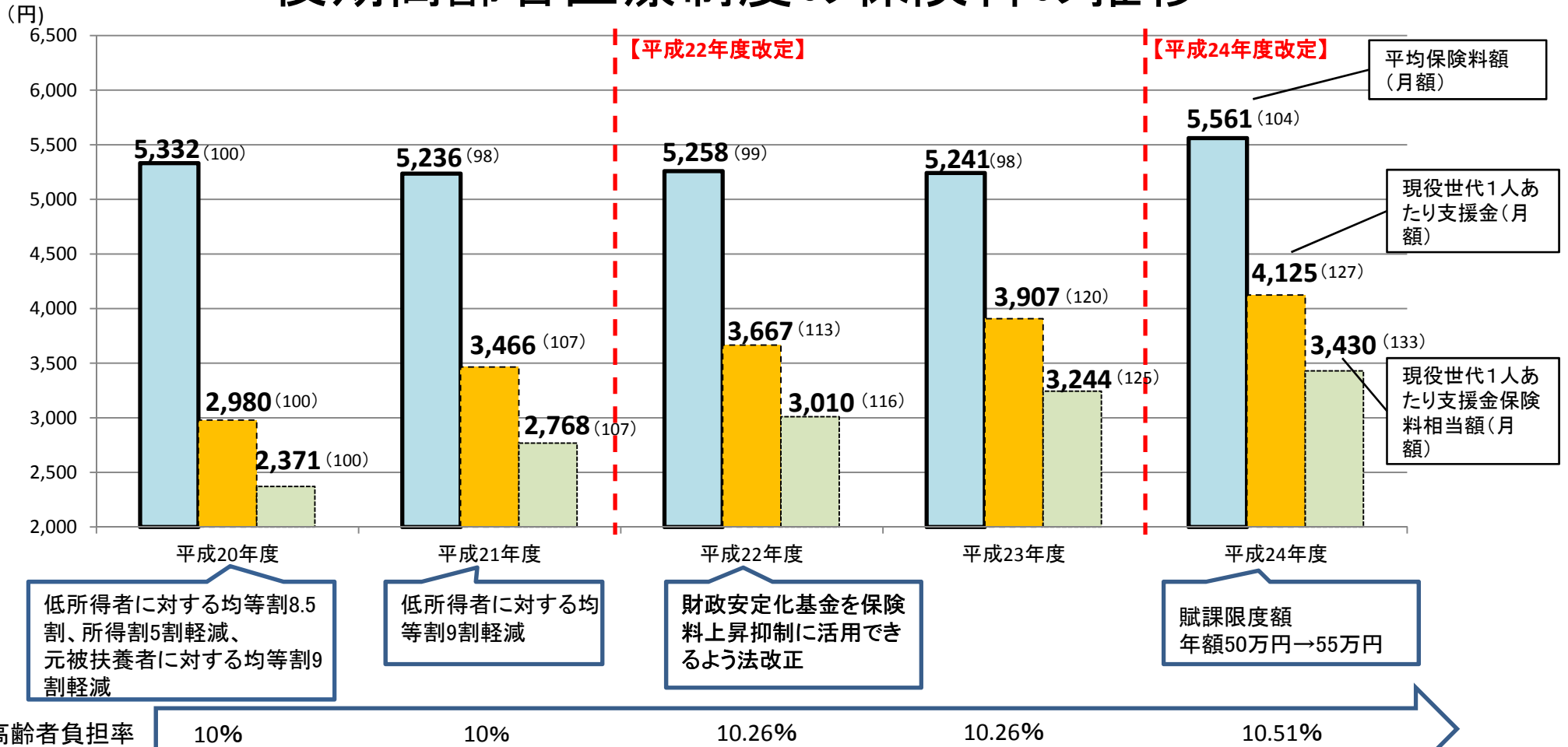
→ 高齢者と現役世代の一人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡する。

後期高齢者負担率の見通し

20年度	22年度	24年度	26年度
10%	10.26%	10.51%	10.78%

(注) 現行制度、2012年度予算ベース推計
負担率は2年ごとに見直すため、奇数年度は、その前年度と同じ率。

後期高齢者医療制度の保険料の推移

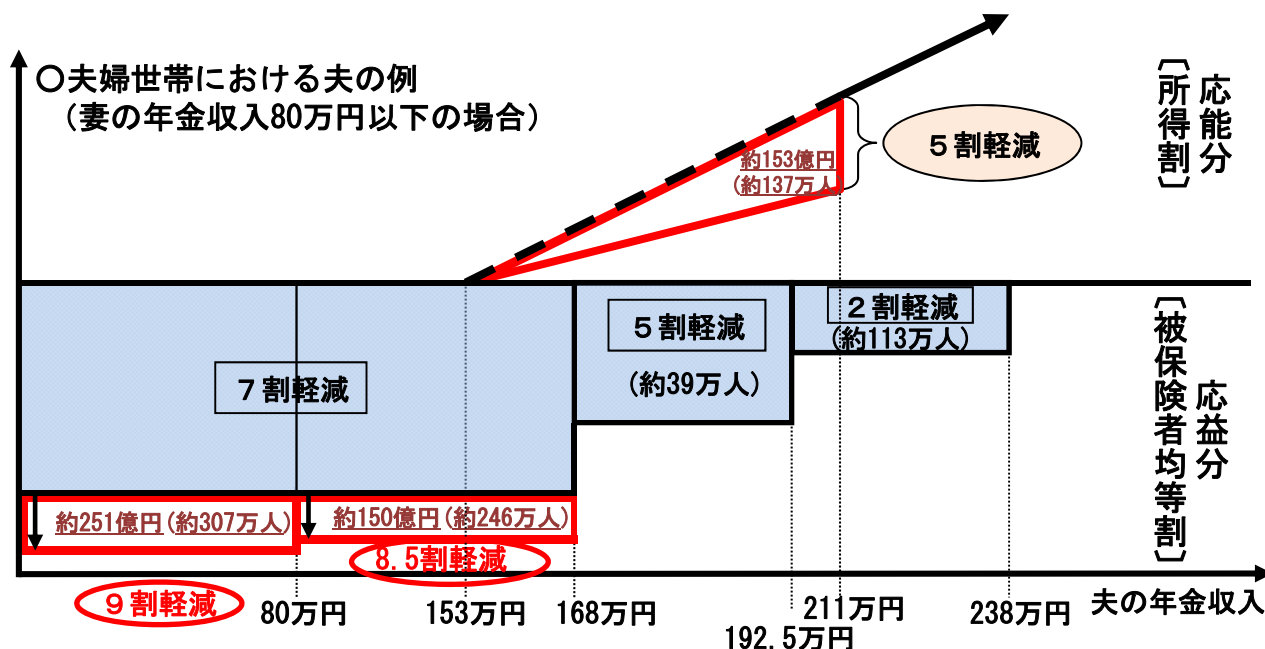


- ※ 平均保険料額について、平成20～23年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査を基に算出、平成24年度は保険料率改定時の見込額。
- ※ 支援金は、平成20～22年度は高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定に係る率及び額を定める告示を、平成23・24年度は予算額を基に算出。
- ※ 支援金保険料相当分は支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～22年度は確定ベース、平成23・24年は予算額を基に算出。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
- ※ 各年度の()の数値は平成20年度の金額を100としたときの数値。(支援金及び支援金保険料相当分については、満年度化の影響排除のため、平成20年度のコに12/11を乗じたものを100として計算している。)
- ※ 低所得者及び元被扶養者に対して保険料軽減の特例措置が行われている。
低所得者への保険料軽減の特例措置：平成20年度は均等割8.5割軽減及び所得割5割軽減、平成21年度以降は均等割9割・8.5割軽減及び所得割5割軽減
元被扶養者への保険料軽減の特例措置：均等割軽減9割軽減、所得割は賦課せず
- ※ 平成24年度の保険料額は、2年分の1人当たり医療費の伸び、後期高齢者負担率の引上げ、平成22年度の改定時に剰余金・財政安定化基金を活用して抑制した分等により一定程度の上昇が見込まれたが、23年度末までに生じる剰余金の活用及び財政安定化基金の活用により、約6%の伸びとなった。

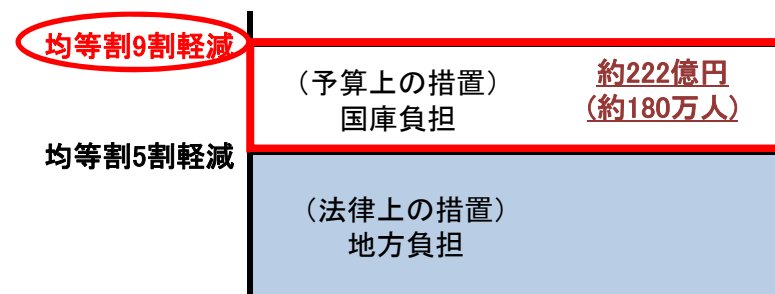
後期高齢者医療制度の保険料軽減について

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

【低所得者への保険料軽減（平成25年度）】



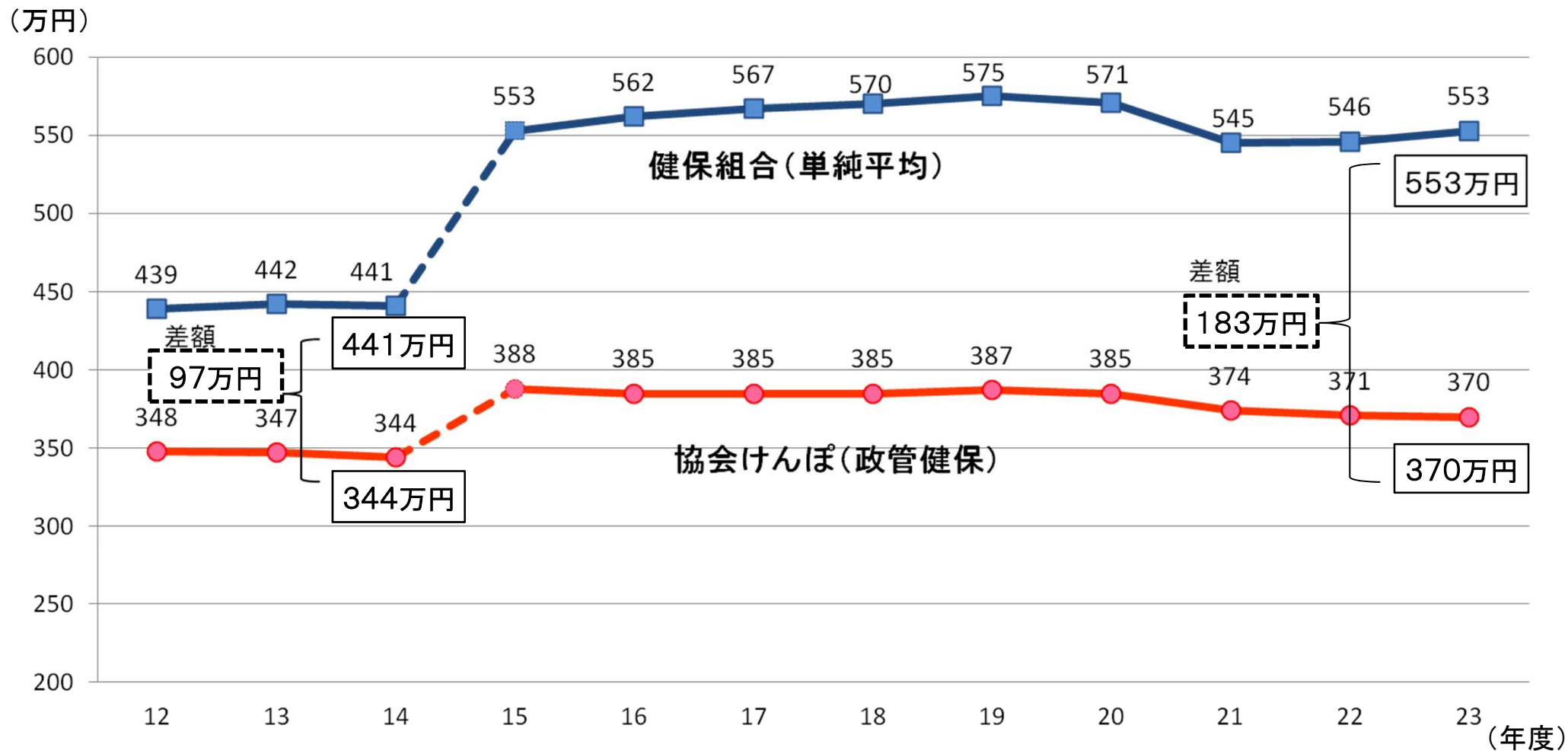
【元被扶養者への保険料軽減（平成25年度）】



※元被扶養者の軽減は制度上、加入から2年間限りとされているが、特例措置により、期限を設けずに軽減している。

協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移

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

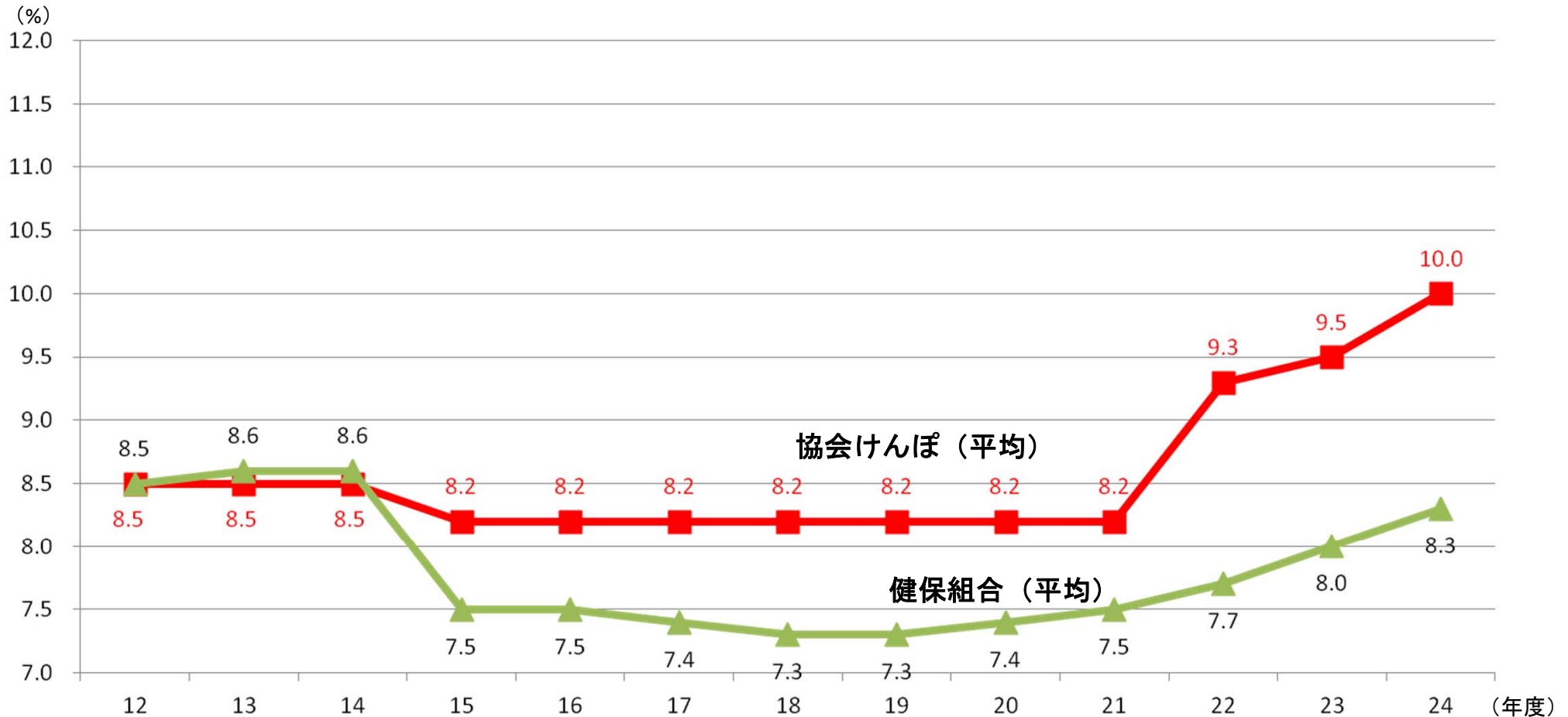


注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

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

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

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



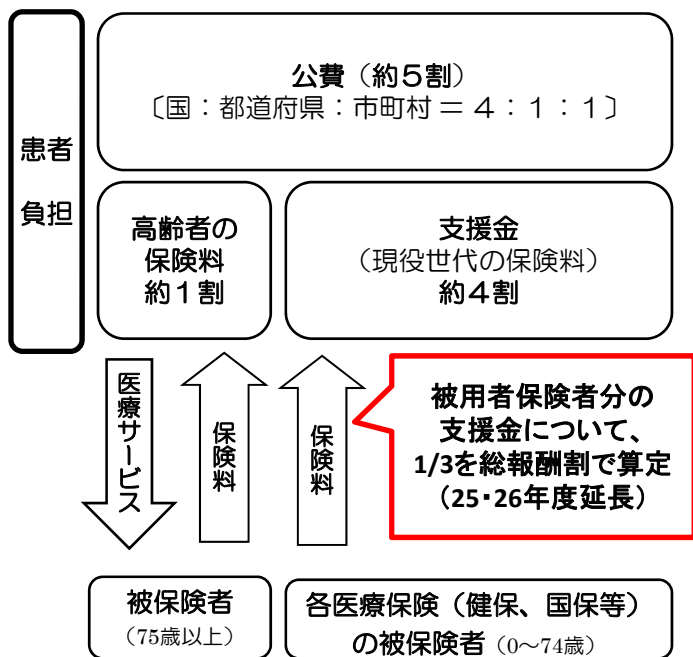
(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

後期高齢者支援金の総報酬割について

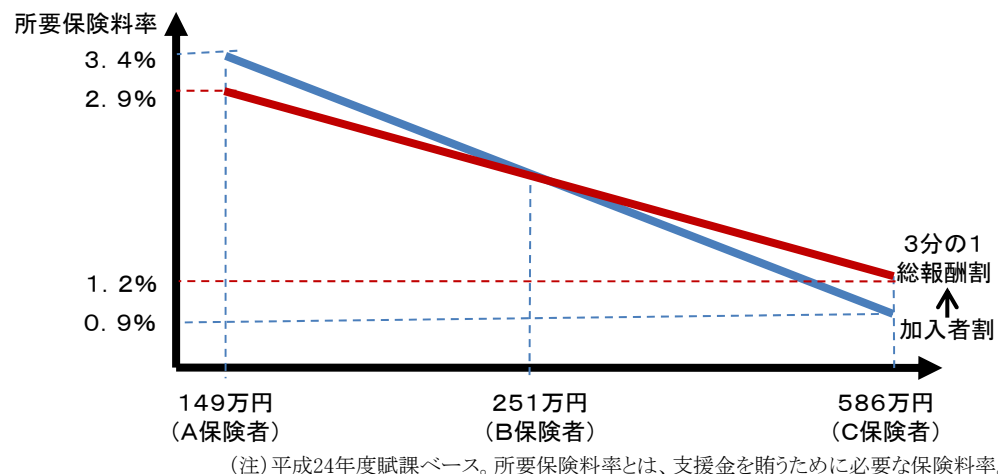
- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、原則、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分しているが、被用者保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた費用負担とする観点から、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入している(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)。【平成22年度から24年度に実施、平成25・26年度延長】

75歳以上の医療給付費に係る費用負担の仕組み



支援金内訳
(平成25年度予算)
(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

	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（例）不要となる国庫負担（平成27年度：2300億円）を活用した場合の影響（H27年度推計）

	健保組合	共済
負担増	909	81
負担減	502	4

- ・国保へ公費投入した場合 : 国保の負担減
- ・協会けんぽへ公費投入した場合 : 協会けんぽの負担減
- ・前期高齢者医療へ公費投入した場合 : 被用者保険の負担減

※ 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。

健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）

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. 法律の概要

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

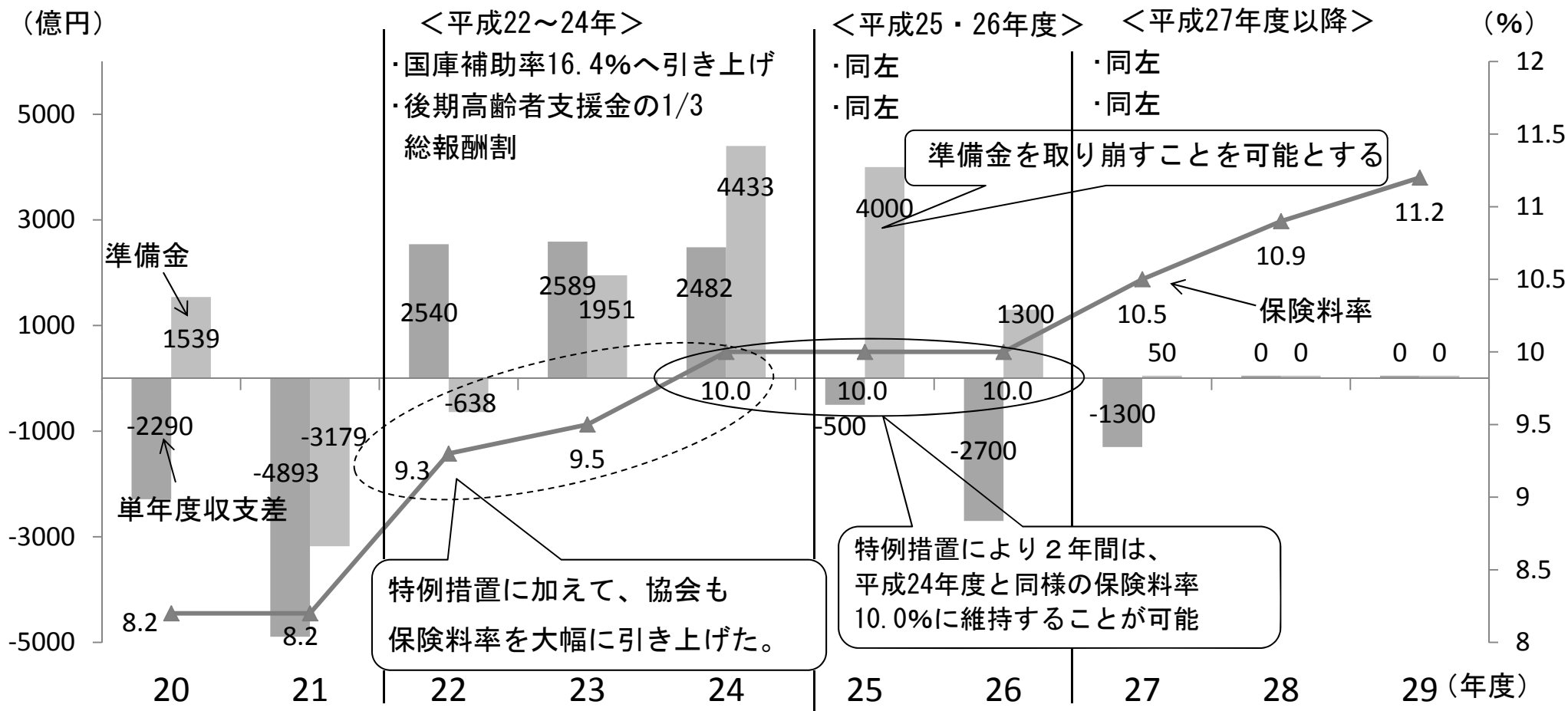
公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

今回の法改正による協会けんぽの保険料率の見通し

○ 協会けんぽの財政対策として、平成25年度及び平成26年度は

- ① 国庫補助率を13%から16.4%に引き上げる
- ② 後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割を導入する
を引き続き実施する。
- ③ 加えて、協会けんぽの準備金を取り崩すことを可能とする。



(参考) 協会けんぽの保険料率の推移：

8.2% (21年度) → 9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度) → 10.0% (25年度)

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成25年5月23日参議院厚生労働委員会)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、後期高齢者医療制度及び前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整による拠出金によって、運営に困難をきたしている保険者に対する財政支援を、同法案の措置期限である平成二十六年までまでの間、継続し、かつ更に充実すること。
- 二、高齢者医療制度に係る保険者間の費用負担の調整については、その再構築に向け、広く関係者の意見を聴取するとともに、若年者の負担が過大なものとならないよう、公費負担を充実すること。
- 三、協会けんぽについては、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則を踏まえて検討し、必要な措置を講ずること。
- 四、国民健康保険制度については、適切な財政支援を行うとともに、平成二十七年度からの都道府県単位の共同事業の拡大の円滑な実施に努めること。

右決議する。

3. 医療提供体制の課題

- ① 医療提供体制の重点化・効率化と機能分化・連携
- ② 都道府県の権限
- ③ 医療関連データの収集・分析等

(第10回国民会議後の清家会長記者会見冒頭発言(抜粋))

医療提供体制の重点化・効率化についてはこれまでも繰り返し、例のウィングラス型の図柄から説明されて、それをどう改革するかということがポイントになってきているわけですが、その基本的な道筋は地域医療計画の中でそれをどう実現していくかということになるだろう。つまり、先ほどの国保を都道府県単位に集約することとある意味ではセットなわけでございますけれども、そうしたレベルにおいて地域医療計画をどうしっかりつくっていくか。その中で医療提供体制の重点化、効率化を具体化していくことで取りまとめさせていただきました。もちろんこれについても今後できるだけエビデンスを集めて検討していくことが重要であるということでございます。

○ 社会保障国民会議 最終報告（平成20年11月4日）（抜粋）

(4) 医療・介護・福祉サービスの改革

② 不十分・非効率なサービス提供体制

我が国の病院は、人的・物的資源の不足、非効率が指摘される一方で、救急医療問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など様々な課題に直面している。これらの課題に対し現段階でできる緊急の対策を講じていくことが必要だが、同時に構造問題の解決への取組が不可欠である。

③ サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築、人的資源の計画的養成・確保など、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

④ 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

改革を実現していくためには、安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要だが、同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての直しも必要。診療報酬・介護報酬体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要である。

医療提供体制改革に係るこれまでの議論②（前の自公政権下での議論）

○ 社会保障国民会議 中間報告（平成20年6月19日）

第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ(抄)

(4)改革を支える制度面での改革

サービス提供体制の「構造改革」「人的・物的資源の整備」を進めていくためには、安定的な財源確保、継続的な資金投入が必要であるが、同時に、医療制度・介護制度内部での財源配分・資金配分のあり方、具体的には診療報酬体系・介護報酬体系のあり方についても見直しを行う必要がある。

（中略）

例えば、地域において医療機関相互のネットワークを構築し、面的に地域の医療需要に応じていく、という課題の実現を考えても、現在のように、医療機関単位・医療行為単位で評価する診療報酬体系のままでは、地域完結型の「一体となった医療機関群」が行う医療に対して、その実態にふさわしい報酬を設定することは困難であると考えられる。

（中略）

医療・介護サービスの改革を進めていく上で、診療報酬や介護報酬が占める役割は極めて大きい。提供されているサービスの実像にふさわしい報酬を支払い、医療機関経営の実態を踏まえた「再投資可能な費用保障」や、地域医療の課題を解決していくための現場の取り組みを推進し、また、医療提供体制の構造改革や地域における医療・介護・福祉の一体的提供（包括ケア体制）を実現していくという意味で、報酬問題を単に医療内部・介護内部での配分の見直しや個別の報酬設定の問題として捉えるのではなく、報酬体系の組み立てそのものの問題として捉え、検討・見直しを行う必要がある。

医療提供体制改革に係るこれまでの議論③（民主党政権下での議論）

○ 社会保障改革に関する有識者検討会報告

～安心と活力への社会保障ビジョン～（平成22年12月8日）（抄）

<サービス保障 医療・介護>

（前略）**医療・介護のサービス提供体制については、次のようなかたちでサービス供給体制の整備を図るべき**である。

- ① ニーズの変化に対応した**病院・病床の機能分化の徹底と集約化を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等**を図る。
- ② **都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする**。地域資源を効率的に活用しながら、**相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現**する。
- ③ **不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにする**とともに、できるかぎり最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめる、地域包括ケアを実現する。（中略）

こうした改革を確実にすすめていくためには、サービス供給体制の改革と同時に、安定的な財源を継続的に確保していくために、**医療制度と介護制度内部での資源配分のあり方を見直していくことが必要**になる。（中略）**診療報酬と介護報酬の基本骨格の見直しをおこなうべき**である。

医療提供体制改革に係るこれまでの議論④（民主党政権下での議論）

○ 社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日）（抄）

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による 機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に 記載すべきことを明確化するなどにより、在宅 医療を充実させる。

iii 医師確保対策

- ・医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

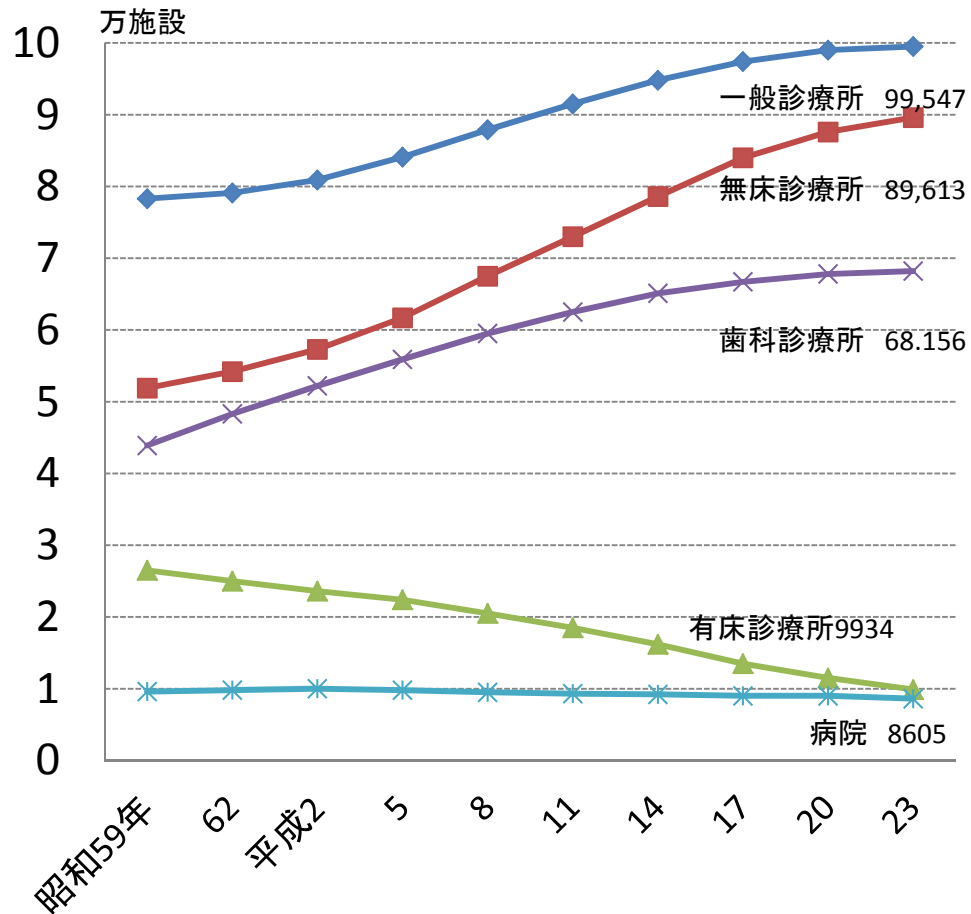
- ・多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

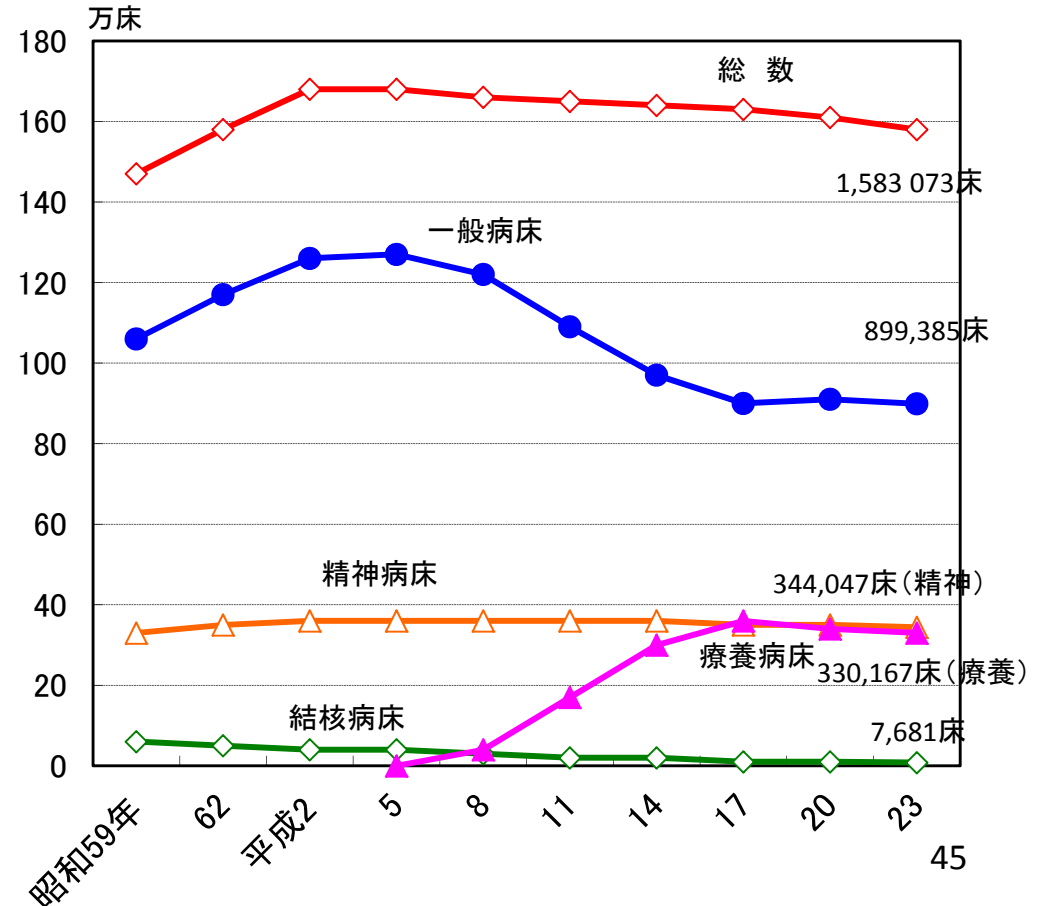
医療施設数及び病床数の推移

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

医療施設数の推移



種類別病院病床数の推移



医療提供体制の各国比較(2010年)

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	32.5 (18.2)	13.6	16.4	2.2	74.3	10.1
ドイツ	9.6 (7.3)	8.3	45.2	3.7	136.7	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.4	#50.9	#3.3	#131.5	#8.5
イギリス	7.7 (6.6)	3.0	91.8	2.7	324.7	9.6
アメリカ	6.2 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#11.0

(出典):「OECD Health Data 2012」

注1 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。

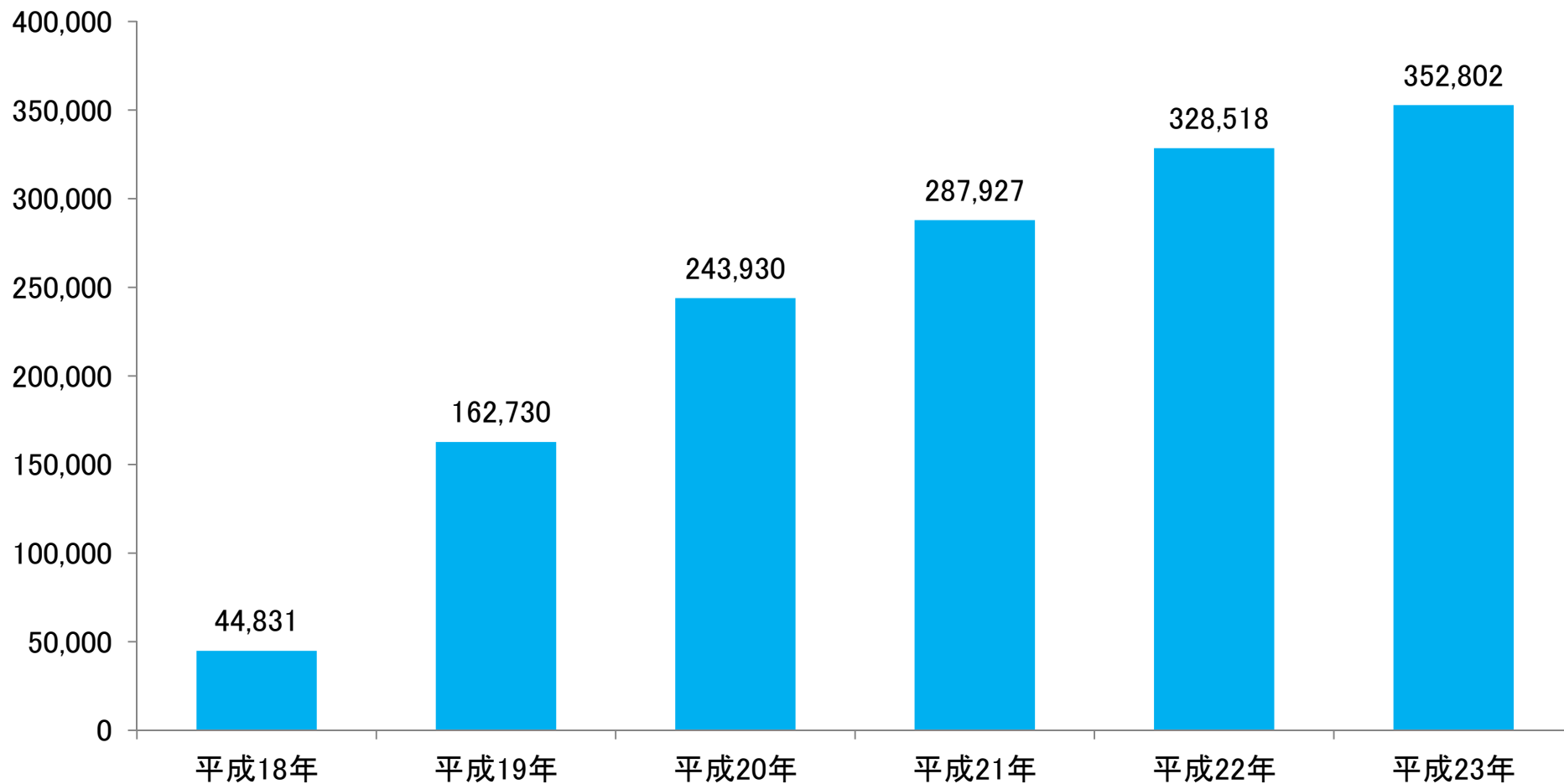
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

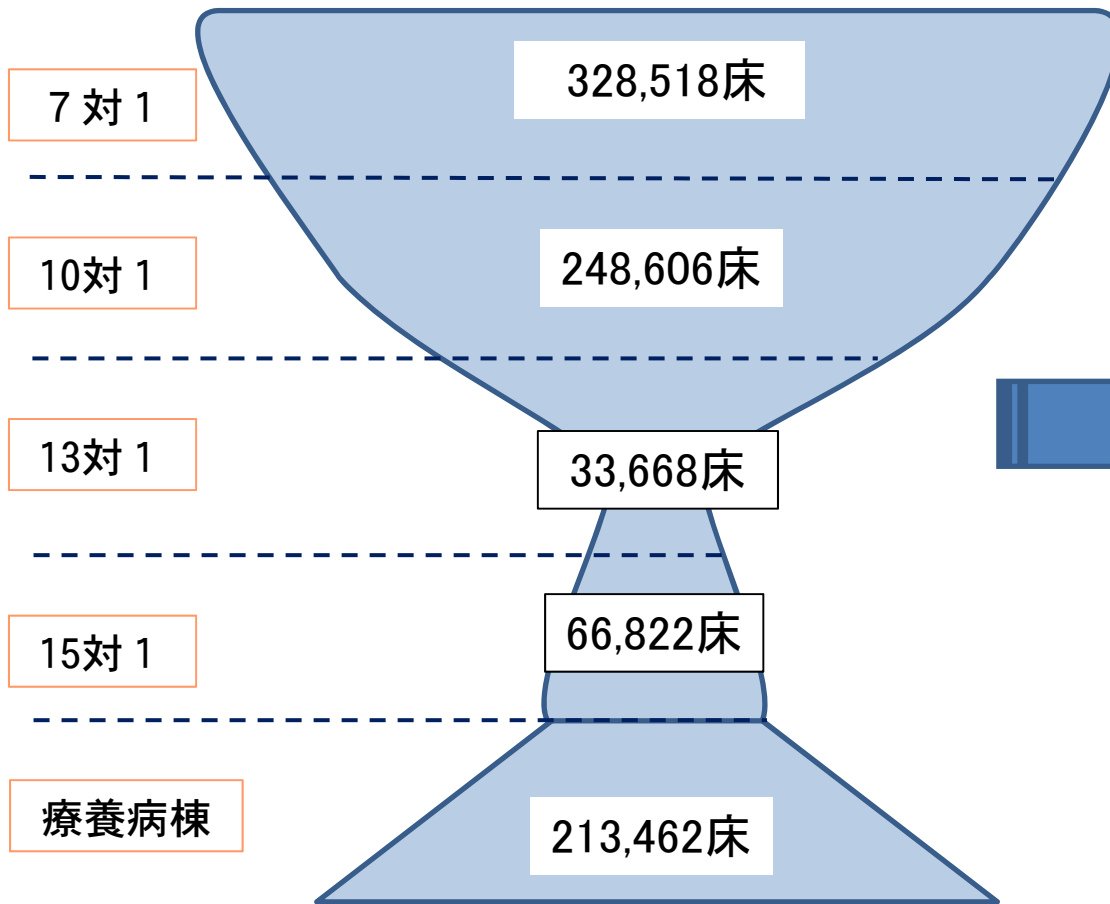
7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。



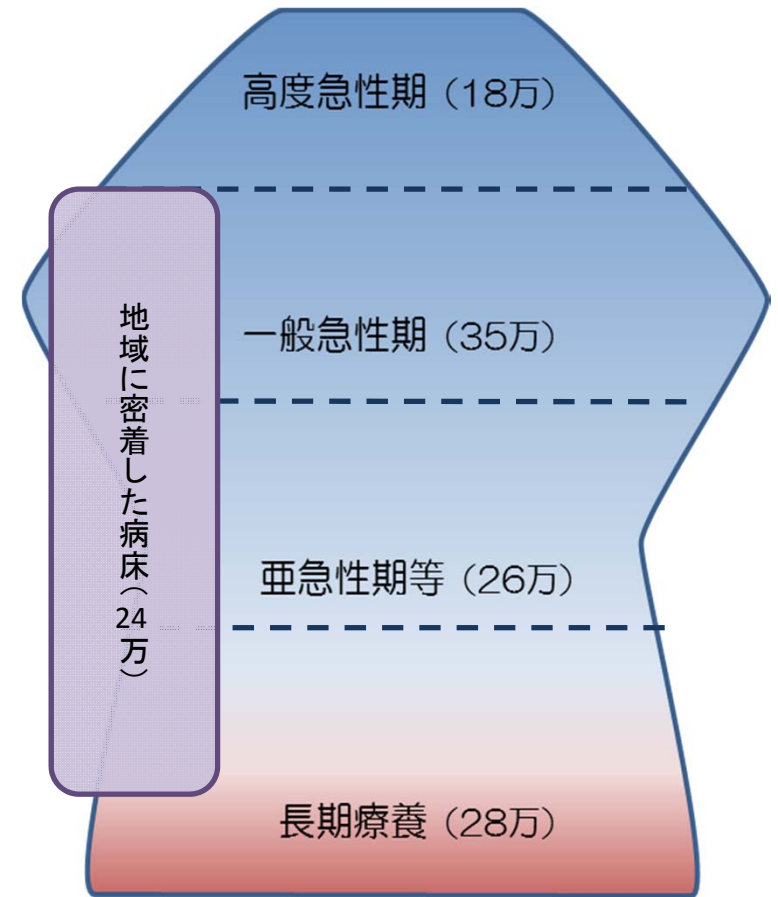
※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

【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。

7対1入院基本料の経緯(平均在院日数・看護必要度)

平成17年 医療制度改革大綱

「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」

平成18年 7対1入院基本料創設

平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議

「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年 7対1入院基本料の基準の見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」

平成24年 7対1入院基本料の基準の再見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

平均在院日数要件の見直し

「平均在院日数が19日→18日以下」

※ 但し、平成24年度の基準の再見直しについては、経過措置として、24年3月31日時点で7対1入院基本料を算定している病棟については、平成26年3月31日までの間は適用除外となっている。

7対1入院基本料の適正化等について (平成24年診療報酬改定)

算定要件の見直し

- 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

【改定前】

平均在院日数

【改定後】

一般病棟入院基本料	19日以内	➔	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内		特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内		専門病院入院基本料	28日以内

【改定前】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上	➔	一般病棟入院基本料 ^{※2}	1割5分以上
特定機能病院入院基本料 ^{※1}	評価のみ		特定機能病院入院基本料 ^{※3}	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上		専門病院入院基本料 ^{※4}	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

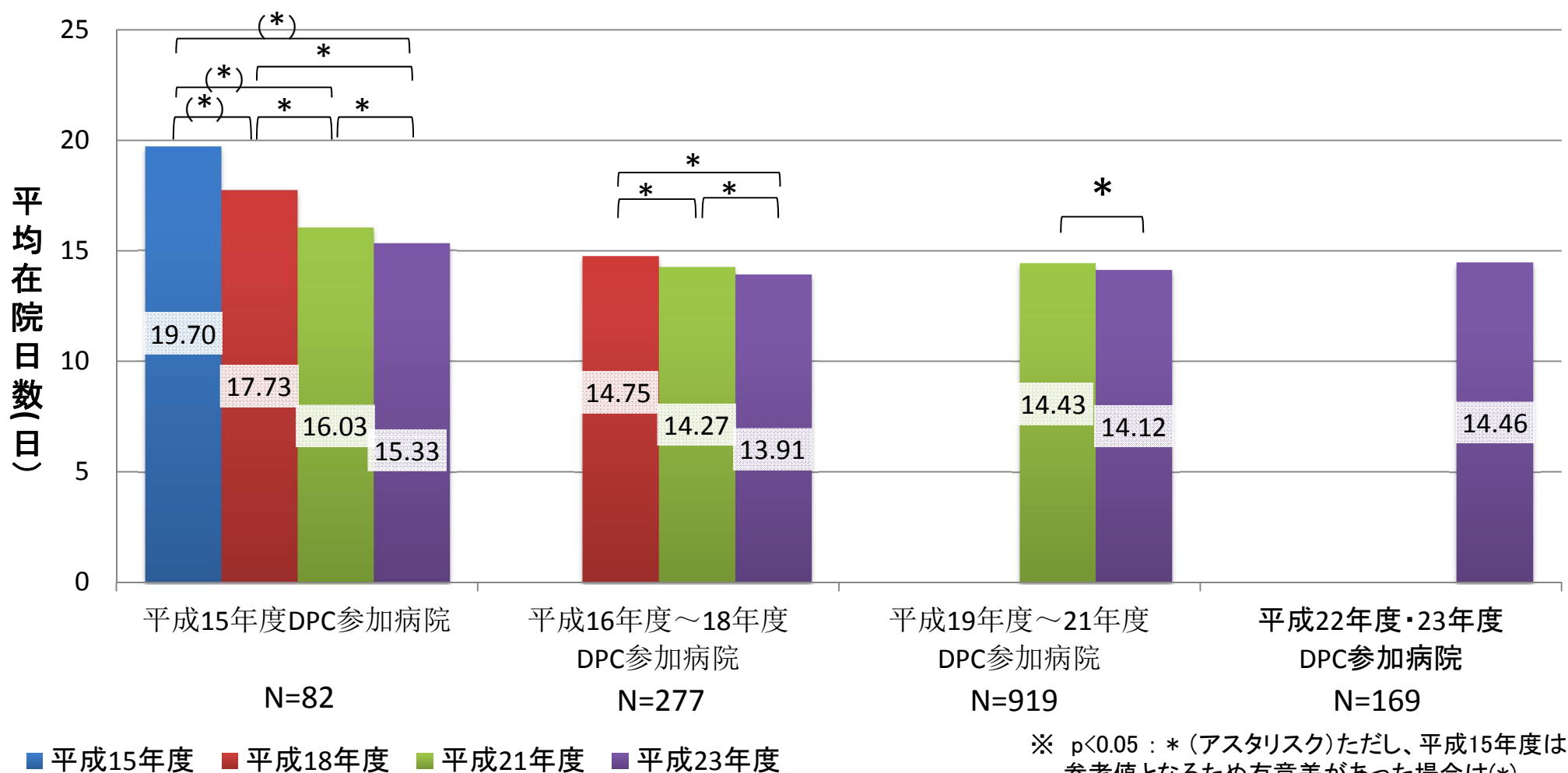
※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

※4 悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

[経過措置]

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない)

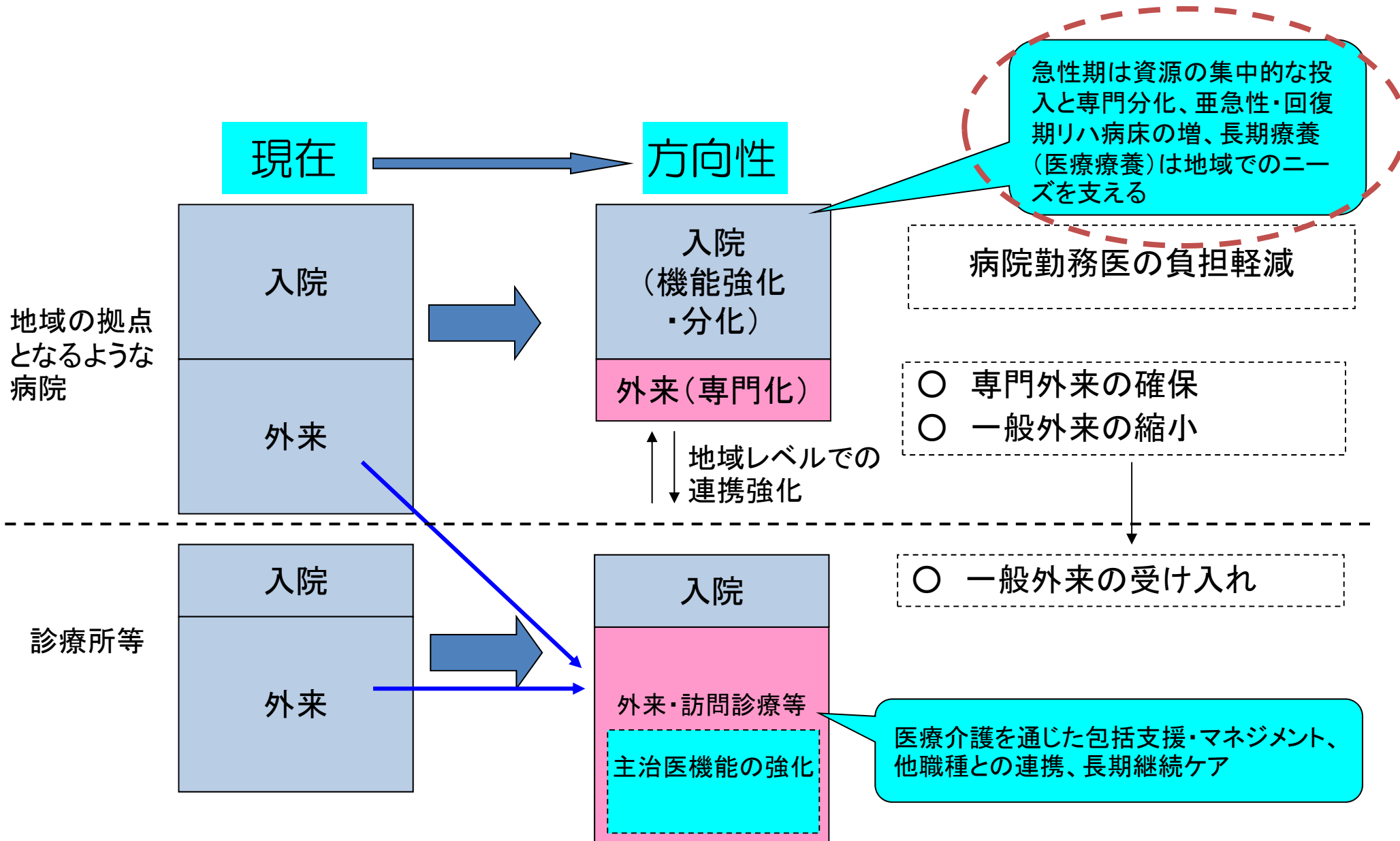
DPC制度による平均在院日数の推移



平成15年度に導入されたDPC制度(対象は7対1、10対1入院基本料算定病床)では、参加病院の平均在院日数は年々短縮している。

入院医療・外来医療の役割分担のイメージ

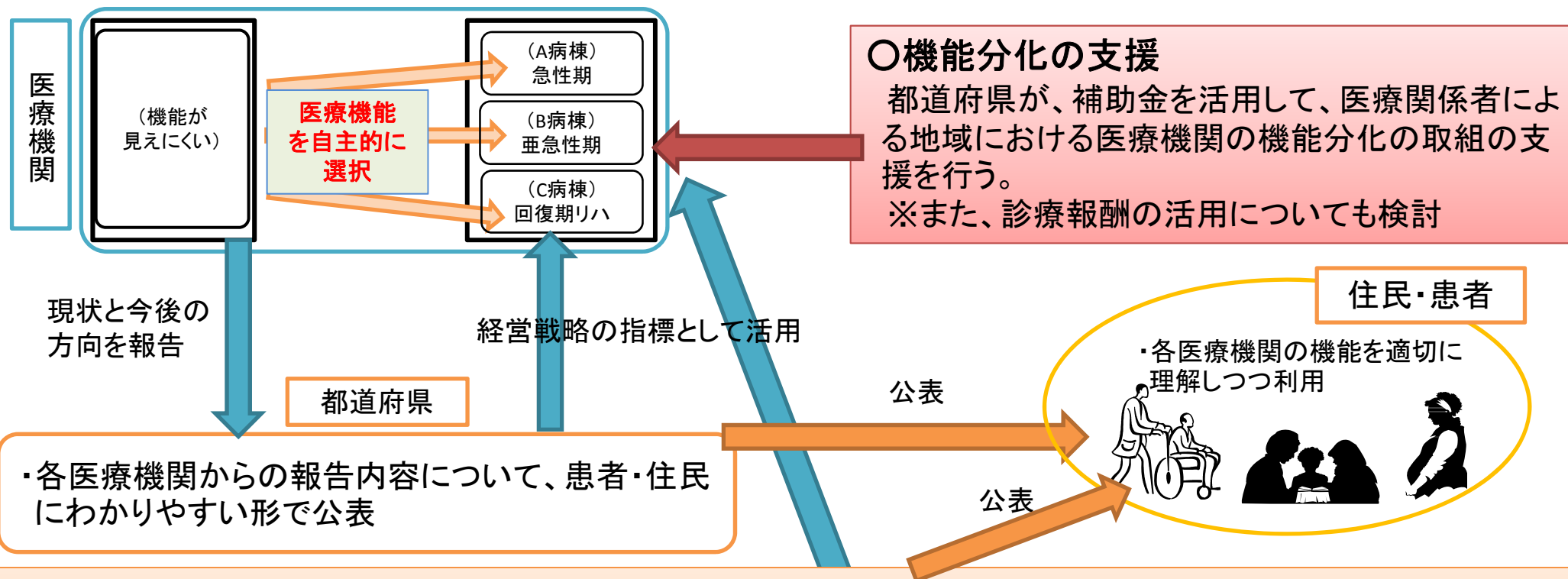
(改) 中医協 総-2
23.10.5



機能分化を推進するための仕組み

○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。



○機能分化の支援

都道府県が、補助金を活用して、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を行う。
※また、診療報酬の活用についても検討

○地域医療ビジョンの策定(平成27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て、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、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。
- 国は、都道府県における地域医療ビジョン策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。

医療機関が報告する医療機能について

※ 報告制度の詳細は、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で検討中

- 医療機関は、以下の医療機能の中から、その有する病床の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。

医療機能の名称	医療機能の内容
急性期	○ 主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能
亜急性期	○ 主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能
回復期リハビリテーション	○ 主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能。
長期療養	○ 主として、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 主として、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
地域多機能	○ 一つの病棟で複数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能

※ 高度急性期については、主に急性期機能と報告のあった医療機関の情報を分析し、その位置付けについて今後検討。

- また、医療機関は、上記の「医療機能」と併せて、地域医療ビジョンを策定する上で必要な「提供している医療の具体的内容に関する情報」を都道府県に報告する。

[報告する情報の例]

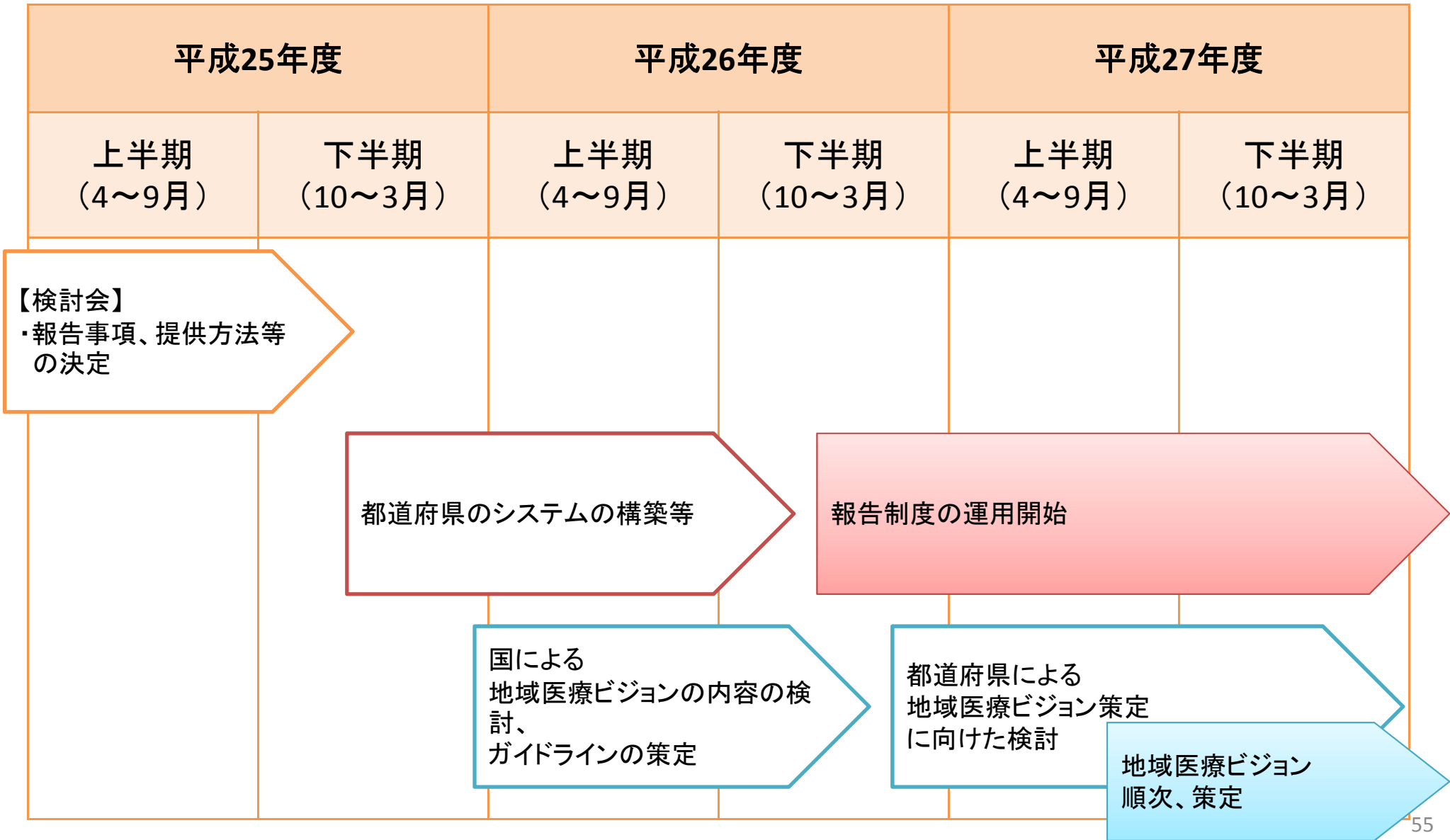
(全医療機能共通の報告事項)

病床数、高額医療機器の配置状況、医療従事者の配置状況、入院患者数、入棟前の場所別患者数、退棟先の場所別患者数等

(急性期機能の報告事項)

看護必要度(入院患者に提供されるべき看護の必要量)を満たす患者の割合、救急からの入院患者数、全身麻酔手術件数、悪性腫瘍手術件数等

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。

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	<p>簡易診療録情報</p> <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
	<p>診療報酬 請求情報</p> <p>医科点数表に基づく出来高点数情報</p>
	<p>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</p>
<p>施設情報 (病床数、届け出ている入院基本料等)</p>	

国保データベース(KDB) システム(平成25年10月稼動予定)

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

1 地域の状況を把握

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

地域における疾病予防のための取り組み(例)

2 重点課題の抽出

- 予防可能な問題となっている疾病を選択

予防対策の疾病を選択

4 効果を確認

- 疾病別医療費等経年データ分析により保健事業の効果を判定できる

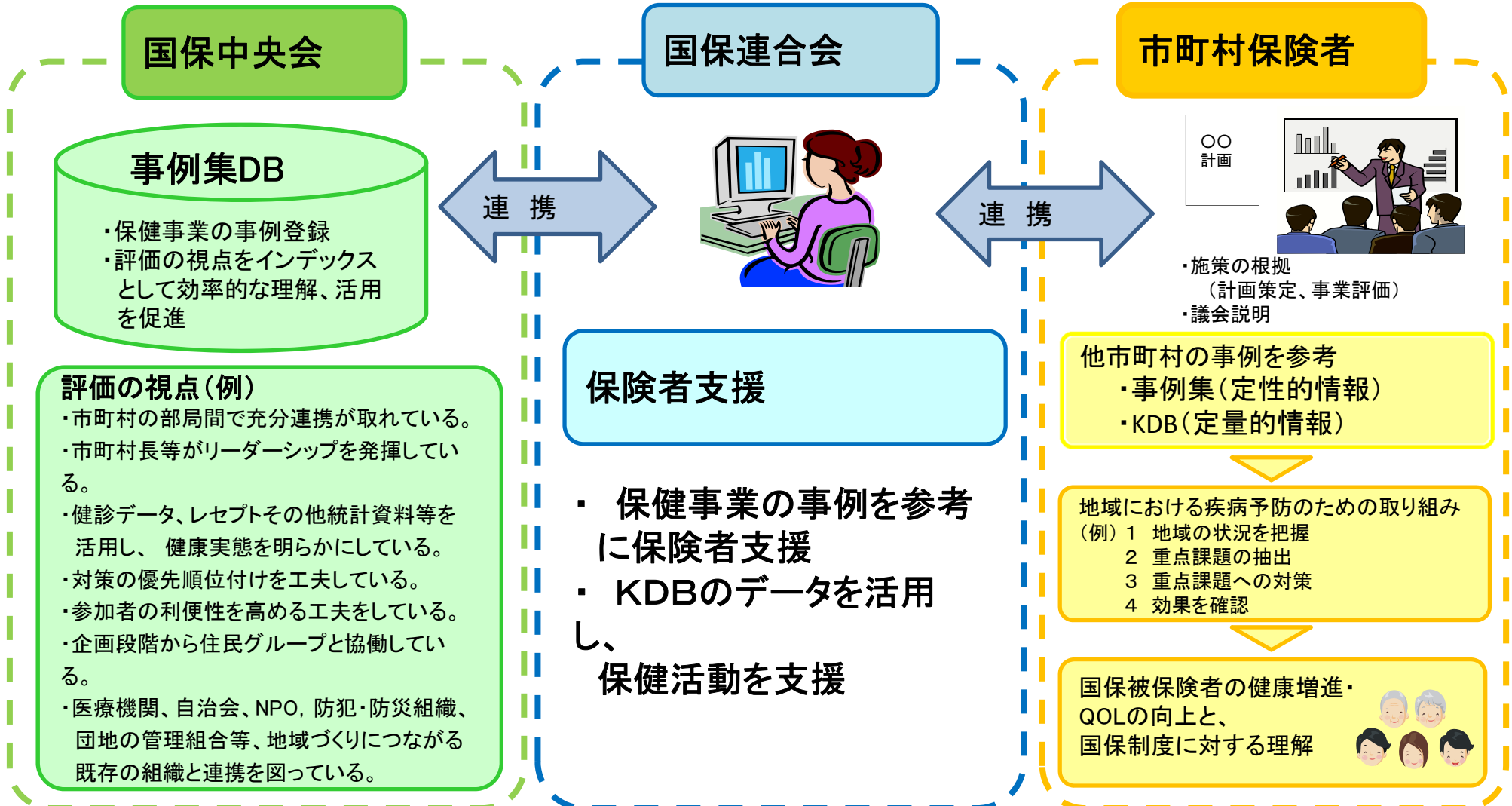
有病者や予備群等の改善の確認

3 重点課題への対策

- 選択された疾病への重点的な保健事業の実施

対象者を選択し、保健指導を実施

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。

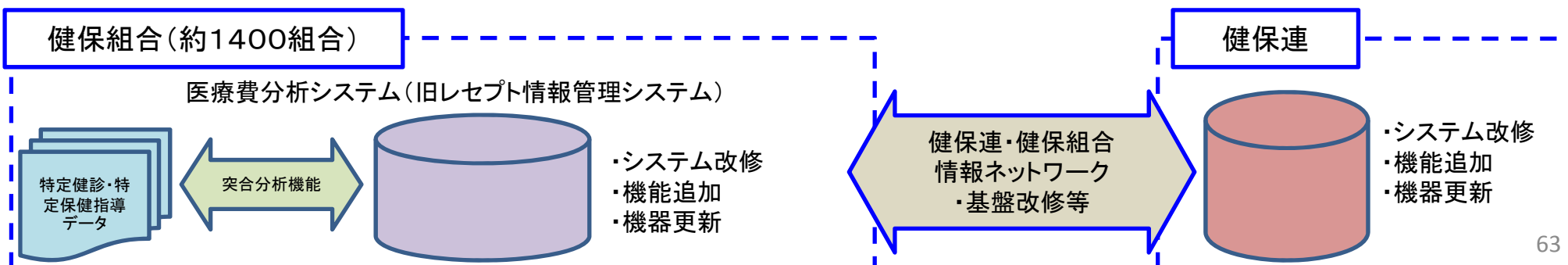
事業概要

○ 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

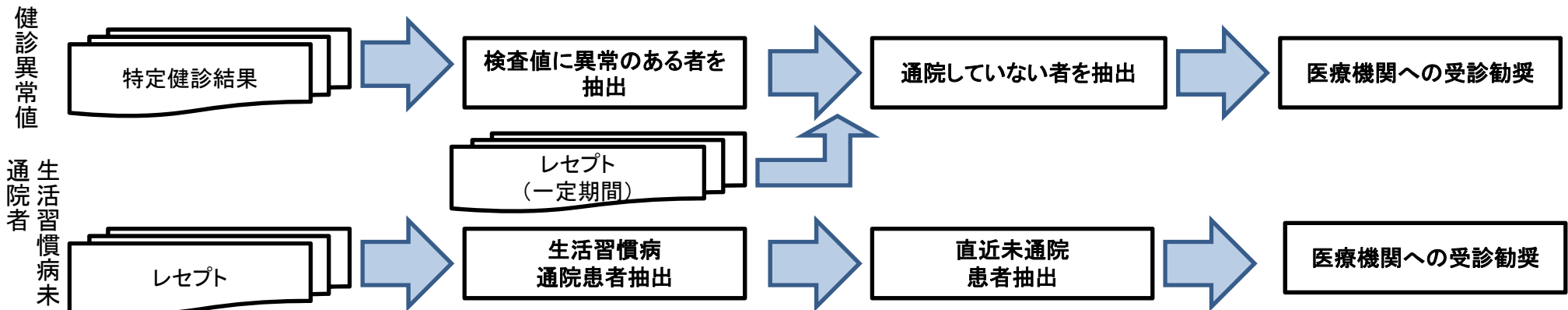


保険者による電子レセプトの保健事業への活用例①

○ 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

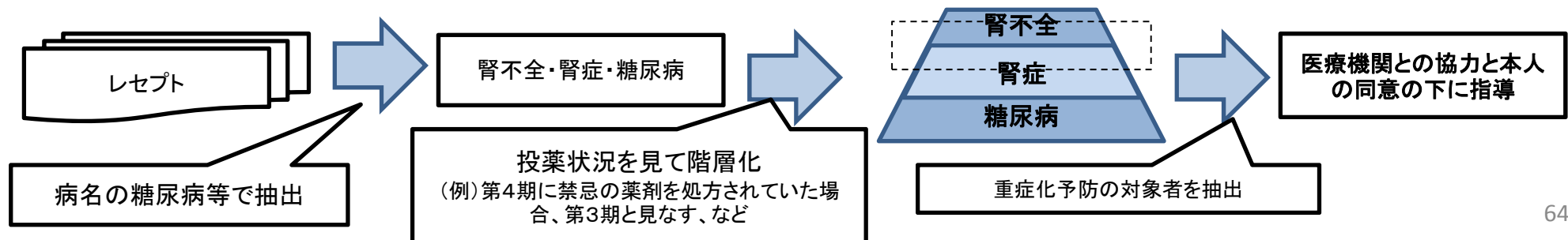
保険者において、健診で異常値を出しているにも関わらず通院していない者や生活習慣病通院患者で最近通院をしていない者を抽出し、受診勧奨を行う。



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。

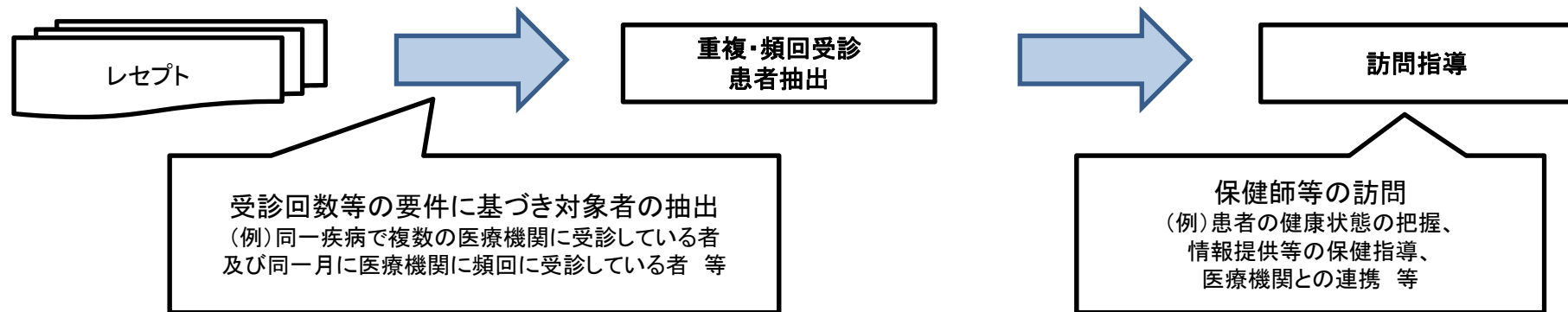
※ 抽出の方法や指導のあり方については関係者間で十分な協議が必要。



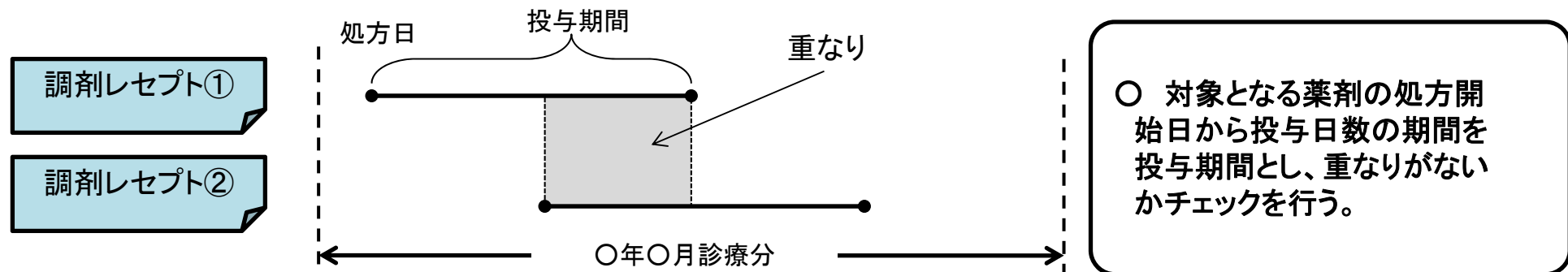
保険者による電子レセプトの保健事業への活用例②

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)



社会保障審議会医療保険部会における主な議論

平成 25 年 5 月 29 日
社会保障審議会医療保険部会

- この資料は、平成25年4月22日の第10回社会保障制度改革国民会議提出資料「これまでの社会保障制度改革国民会議における議論の整理(医療・介護分野)(案)」の項目に沿って、同年5月10日及び16日の社会保障審議会医療保険部会における主な議論を整理したもの。

■基本的な考え方

- 日本の医療保険制度を守る視点から、全体のビジョンを示すような議論をしてほしい。
- 2025年まで皆保険制度の持続性をどうやって担保するかというビジョンがほしい。負担構造を含めて高齢者医療をどうしていくかが最大の問題であり、国民会議において議論すべき。
- 国民会議の医療保険の議論は、後期高齢者支援金の在り方と国保の保険者をどうするかということに絞られており、相当程度偏った狭い幅の中での議論にすぎない。医療保険財政の逼迫は、外的な要因でいえば、それぞれの医療保険財政の半分近くを強制的に移転させられることが大きな要因であり、それをどう解決するかということを議論すべき。
- 国民健康保険の都道府県単位化や後期高齢者医療制度の負担面での全面総報酬割の導入という局所的な議論のまま、医療、介護に関する議論が一巡したと整理されたことについては極めて残念。
- 国民会議の議論は、非常に新鮮で、やはり国保の保険者は都道府県でやるべきだという方向性を打ち出した点は高く評価する。
- 消費税引上げ分の財源配分計画では、被用者保険の窮状に対して何ら手当することになっておらず、一体改革の重点化と効率化の実現性も不明確。国民会議では、高齢者層と現役世代の負担をどうしていくかという部分に、この財源をうまく活用していくような検討をしてほしい。
- 現役世代に過度に依存する制度を見直す方向で議論すべき。具体的には、今後も増大する被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、高齢者医療制度への公費投入を拡充する方向でとりまとめるべき。

上記負担構造の改革に要する財源としては、消費税の税率引上げ分を活用、充当すべき。併せて、高齢者の負担の在り方の見直しや医療費の重点化・効率化に向けた種々の施策を着実に実行し、保険料負担の増大を抑制することによって、制度の持続性を図っていくべき。

- 医療費の増大が避けられない中、医療費の効率化を進める保険者の役割はますます重要になる。今後とも、国民健康保険と被用者保険が共存し、地域と職域、それぞれの加入者特性に応じた保険者機能を発揮する制度体系を維持すべき。
- 一人の加入者が支える後期高齢者の人数が 20 年後には倍となるのは、医療保険共通の問題。今後も高齢者医療を支えていくためには、各保険者とも負担が増えることとなる。国保においては、加入者の負担能力がほとんど伸びないため、高齢者医療への公費投入の拡充が必要と考える。
- 命を守り、長寿を育んでいくにはどのような医療制度があるべきか、また、医療と主張する前に、健康福祉をどのように高めていくかということも含めた議論が、本来、国民会議に求められている。
- 実際に医療現場の中で、どのように効率化したら国民に対して一番いい医療が行われて、しかもコストもかからないかというような、真髓をついた議論をしてほしい。
- 「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」という点は、現状、日本は先進諸国に比べて医療費が低いので、不適切。
- 医療資源には、限りがあるということを考え、国民にも理解・協力をしていただくことが必要。

■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見

- 疾病の早期発見には、健診をきっちり受けるということが必要であり、受診率を高くしていく必要がある。そのためには、個々人の行動を変えることを明確に意識した方針や対応を行うべき。
- わが国の健診受診率の現状は先進国の中でも高くない。国として受診率6割以上にする、総理の施政方針演説で重要性を訴えるなど、意識改革を実行しないと早期発見も進まない。
- 市町村の保健師が予防施策を立てる際に、データが分散していることが問題であり、早期にデータ集約・統合していくような政策が必要。
- 予防の重要性を認識すべき。平均寿命と健康寿命の差を縮めるため、健康の維持増進に関する個人の行動変容を促すことが必要であり、若い頃から健康づくりに関する教育や情報提供を行うことが重要。

■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】

(医療提供体制の在り方)

- 医療提供体制の見直し、医療給付の重点化・効率化については、制度面から見直すことが不可欠。
- 医療機能の分化・連携の際は、急激な変革は、現実の医療の現場に無用の混乱を起こす可能性がある。ただし、将来的には、病院の再編・統合、病床数の削減、高額医療機器の適正配置についても計画に織り込んで進めてほしい。
- 報告制度について、手上げ方式では、皆が急性期を希望するなど必要な病床を確保できず、地域医療が混乱するので、国が大まかな目標を示した上で、その高みに向かって努力するというふうにするべき。

(補助金的手法と診療報酬)

- 2025年の医療のあるべき姿にいかになら近づけていくか、病院、病床の機能分化、連携に向けて、医療法、診療報酬、補助金等をどう組み合わせるかについては、それぞれの手法が地域医療の方向性を左右する要素を多く含んでいるため、何より医療機関から理解を得られる内容とすることが必要であり、手順を踏んだ丁寧な議論が国と地方、関係団体との間で行われる必要がある。
- 診療報酬と補助金はそれぞれ一長一短あるので、それぞれの利点というものを生かしながら、最適な組み合わせというものを考えていくというのが一番政策的にはよい。その際には、消費税の引上げによって生まれる財源を活用していく形で、2014年度から実施していくことがよい。
- 診療報酬、医療法、補助金の相互の連携が必ずしもうまくとれていなかった。国レベルでの工夫が必要。
- 診療報酬はあまねく全ての医療機関に行きわたる一方、補助金はどうしても公的など中心となってしまうので、両方の手法が必要であるが、診療報酬がメインで、補助金はサブとすべき
- 補助金は、底辺を底上げするためのものであり、一般の事業者に対しては、診療報酬で自己改革を促すことが、地域の医療資源、医療機能のアップになるのではないか。

- 通常11月下旬に出ている診療報酬改定の基本方針について、その一体改革関連部分の基本方針を前倒しで出すべき。

(保険医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与)

- 国保の保険者を市町村から都道府県にするのは賛成だが、都道府県に指定・取消権を設けることは、都道府県によって基準の公平さが保てないおそれがあるので、地方厚生局が行う方がよい。
- 指定・取消権限が都道府県に移譲されたときに、都道府県格差が出てくる懸念があるので、慎重に議論をお願いしたい。
- 指定・取消権限を都道府県に付与すると、都道府県ごとに異なった基準ができてくるため、なじまない。
- 都道府県に保険医療機関の指定あるいは取消権限を移譲すると、保険医療機関としてふさわしいかどうか、あるいは適格かどうかというよりも、地元の事情に左右されかねないという懸念があるため、全国統一の考え方の下で、引き続き国が実施すべき。
- 指定・取消権限は、公平な目で全国一律の基準で運営していくべきと考える。
- 指定・取消権限は、公的医療保険の適正な運営の観点から、医療機関などに対する監督を担保するものであり、国保だけではなく、全国規模の協会けんぽや健保組合も関わっているため、国が指定と取消の権限を持つというのが法の趣旨、目的に適う。また、公的な医療保険の適正な運営とは直接関係しない事項を理由に指定・取消を行うことになると法制上の問題や、憲法が保障している営業の自由との整合性の問題があるのではないか。
- 都道府県は医療計画、医療費適正化計画、健康増進計画の作成、推進などを通じて、地域の保健医療政策に大きな責任を担っており、今後も責任を果たしていく。医療提供体制整備に関する権限の強化と都道府県が国保の保険者となることの関係性やメリットが現時点で明確になっていない。国の責任と役割について十分議論し、人的体制、ノウハウ、財政面の課題など、実施の可否を含めて、地方と十分協議すべき。

（地域ごとの診療報酬）

- 診療報酬については、一物一価、全国统一にしないと国民の納得は得られない。
- 地域ごとの診療報酬については、ドイツでも全国统一に苦労した状況があるので、全国统一で単価を決めた上で、地域の特性は要件の緩和とか加算等に対応するのがよい。

【外来の役割分担の在り方】

（かかりつけ医等）

- 日本型総合医、かかりつけ医については、国民意識の改革を含めて推進し、定着させていくべき。
- かかりつけ医機能を充実させて、いわゆる日本型総合医を中心に、市町村ごとに、地域包括ケアを地域医師会と連携して構築していくことが必要。

（外来受診の定額自己負担等）

- フリーアクセスの緩やかな制限に賛成。
- 過度なフリーアクセスを多少抑制するため、ある程度需要サイドに対してインセンティブを働かせることは必要であり、（一定病床数以上の病院の紹介のない外来受診の）定額自己負担に賛成。
- （一定病床数以上の病院の紹介のない外来受診の）定額自己負担を導入した場合、低所得者は免除することになると思うので、病院の窓口での判定方法や、保険者の中での区分の方法など、技術的な課題が残る。
- 大病院の一般外来の在り方については、1万円定額負担が必ずしも良いわけではないが、見直しが必要。
- 1万円払っても、病院に行った方が安心だと思う人が出てきてしまう問題もあるのではないかと。一般の国民の、病院と診療所という言葉の使い方、意識の持ち方から変えていくような議論が必要ではないか。
- フリーアクセスへの制限もある程度は仕方がないが、経済の格差が寿命の格差に直結しないような政策をお願いしたい。

【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】

- 在宅医療の体制づくりの推進のためには、地域医療再生基金など、国による継続的な財政支援が必要であり、市町村、関係機関等、地域の実情を十分踏まえた議論が必要。
- 在宅だけでなく、入院・入所と在宅を両方使うような日本型高齢者ケアシステムを構築すべき。
- 在宅療養には、訪問看護事業が鍵となるため、訪問看護の事業を、規模別の役割分担に向かうような方向で、整備していくことについて考えるべき。
- 在宅医療と介護の仕組みは、特に給付調整の問題等、医療担当者にとって分かりにくい部分がある。シンプルに対応できるような形を検討してほしい。
- 在宅の推進については、薬局も含めた中で考えてほしい。
- 在宅療養後方病院を地域ごとに作ることで、在宅医療と在宅介護のスムーズな連携、疾患パスのスムーズな連携を軌道に乗せるべき。

【医療関連データの収集・分析等】

(ICTの活用の推進)

- 今後ICTの活用が、機能分化や介護・医療の連携にとって非常に重要な役割を持つため、補助金や診療報酬の活用等を含め、ICTの活用と制度面との一体的な運用についてもう少し深掘りして議論してほしい。
- 一日も早く診療情報等を活用する環境整備を図るほか、自治体においては、地域の医療資源や機能に関するデータを把握して、住民等にも伝えながら質の高い医療が効率的に提供できるような体制を目指すべき。
- 生涯健康データの必要性等も出ており、データを統合して保険行政とか医療行政をきちんとできるよう確立すべきである。
- 患者情報を集中して一元管理していくという方向は賛成であるので、データの収集、分析がし易いようなフォーマットを意識してレセプト様式の改定を行うべき。
- レセプト情報の適切な活用には異存ないが、国民への周知と、個人情報保護の観点で、しっかりとルールづくり等をさらに進めてほしい。
- レセプトの電子化率を早期に100%にするべき。また、柔道整復やあんま、マッサージ等の療養費の請求も早急に電子化、オンライン化するべき。
- ICTによる患者の診療情報の共有化により、医薬品の重複の無駄を排除していくことが必要。

- 個人情報保護に留意する必要。
- 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うこと等については、客観的に使用されるかという懸念があるので、慎重に議論をお願いしたい。

（共通番号制度の活用）

- マイナンバー制度が導入され、ICTを十分に利活用できるという社会を想定して、省庁別に番号や別のカードを作るなどせず統合し、国民負担や余分な自治体負担がないよう、対策をお願いしたい。
- 共通番号制度を活用して総合合算制度を導入するなど、きちんと踏み込んだ議論を国民会議の場では期待したい。
- 国保では、ICTを活用することにより、健診・医療・介護のデータを結びつけて、保健事業に役立てるシステムを作ろうとしている。将来的には、共通番号制度が入ったときに、できるだけ国保と被用者保険との間でデータをやりとりできるようなことが必要ではないか。

（費用対効果）

- 費用対効果については、中医協の費用対効果評価専門部会で検討中であるので、その議論を見ながら、慎重に議論の集約化をしていくことが必要。

■医療保険における療養の範囲の適正化等

(療養の範囲の適正化全般)

- 保険者による医療費適正化努力だけでは、必ずしも医療費の増加の根本的な解決にはつながらないため、療養の範囲の適正化について、根本的、抜本的な見直しが必要。
- 医療費をどのように抑制していくかという観点で、もう少し踏み込んだ取組を考える必要がある。70歳以上の高額療養費の外来特例、入院時食事療養費の見直し、柔道整復師の療養費の適正化について議論すべき。
- 70歳以上の高額療養費外来特例の見直し、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、75歳以上の2割負担等については反対。
- 医療提供者としては、国民の方々が給付を受けている保険の範囲を外していくということの議論については強く反対。

(高齢者の患者負担)

- 70歳～74歳を一律全員2割にするのではなく、段階的に2割ということで、しっかりと実現してほしい。
- 70～74歳の患者負担については、高齢者の団体としては、低所得者への配慮はきっちりとお願ひしたい。その上で、段階的にお願ひしたい。
- 70歳～74歳の患者負担は、低所得者等の対策は当然必要であり、それを踏まえながら、本則とすべき。
- 70～74歳の患者負担については、もう既に決まっていることであるので、段階的に速やかに実施すべき。
- 70～74歳の患者負担についての我々の慎重な立場は変わらないが、今後議論していく上では、低所得者、低年金者への配慮を常に考えるべき。
- 70～74歳の患者負担については、基本的に現行の負担割合を引き上げることに反対であるが、本則であるから2割に引き上げるというのであれば、低所得者への配慮をしつつ、段階的に2割に引き上げることが当然であり、さらに、2割に引き上げることにより浮いた財源については、受診控えが起きないように工夫をするところに使うべき。

- 75 歳以上についても、原則 2 割とすることについて、どこかのタイミングで踏み込むべき。
- 75 歳以上の患者負担を 2 割とすることについては、現時点では、高齢者団体としては反対。

（高額療養費）

- 増大する医療費をどうするかという議論においては、高額療養費をどうするのかについて、根本的にメスを入れていかないといけない。
- 高額療養費については、低所得者への配慮を何よりも優先した上で、収入がある高齢者は払うということにすることもあり得る。
- 高額療養費については、例えば年収によって月単位での給付の限度額を引き下げるとことを考えるにしても、その対象者の範囲とか幅をどうするか、あるいは、所得区分を細分化するかといったようなことを考える必要があり、その際、保険者への財政影響であるとか、必要な財源の確保といったものも含めて考えるべき。

（高齢者等の保険料）

- 高齢者の保険料についてももう少し累進性をきちんとした再検討をしてもいいのではないか。
- 後期高齢者に係るその他の特例措置等について、負担の公平性の観点から見直しを行った上で、恒久的な措置とし、制度全体の安定化を図るべき。
- 医療保険財政が厳しい中で、所得の高い方からは保険料をより負担してもらうという観点から、健保の標準報酬月額の上限や国保の保険料の賦課上限を引き上げるべき。

(医薬品に関する見直し)

- 後発医薬品の目標(平成 30 年 3 月までに数量シェアを 60%以上)は、もう少し目標を高く設定してもいいのではないか。
- 後発医薬品に関しては目標以上に頑張るように努力をしたい。ただし、薬剤師の努力だけで実現できるわけではないので、関係者の協力等が必要。
- 医薬品の給付の範囲の制限により、必要な医薬品が必要な患者に届かないということがないようにすべき。
- 医薬品の重複投与や相互作用の防止については、薬歴、お薬手帳の活用、かかりつけ薬局・薬剤師を推進し取り組んでいるが、限界はある。保険者との連携を含めた対応や仕組みも併せて検討しながら、ゼロに近づけていくべき。

■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

【被用者保険の課題】

(被用者保険の基盤強化)

- 25年、26年の2年間で、被用者保険の最後の受け皿機能を果たしている協会けんぽをはじめ、被用者保険全体の持続可能性を維持するための制度改正を実現する必要。
- 協会けんぽに対する国庫補助割合を健康保険法本則に規定する20%まで引き上げ、高齢者医療制度の抜本的な見直しを行うという最低限必要な改革の実現に向けた道筋をつけるべき。
- 協会けんぽの破綻は被用者保険の破綻、国民皆保険の破綻につながるため、協会けんぽの財政基盤強化が喫緊の課題であり、医療保険部会のこれまでの審議で異論はなかった。
- 高齢者医療の多額な拠出金によって、被用者保険全体が厳しい財政運営になっており、前期高齢者も含めた高齢者医療に対する税投入割合の拡充を検討していく必要がある。
- 現在、報酬の低い者が高い保険料を負担するという構造となっており、被用者保険者間での保険料負担の格差が広がっている。国民会議において、保険料に係る国民の負担の格差を解消するための方策について議論すべき。
- 健康保険組合間の共同事業は重要。

(後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入とそれにより生じる公費の使い途)

- 負担できる能力のある人が負担しながらみんなで支えていくという総報酬割は導入すべき。
- 総報酬割で浮いた公費の使い途については、いろいろな論議をして、最終的にどこへ充てるか決めていけばよいが、被用者保険から退職された方々を国保で受け入れていることを理解していただきたい。
- 国保も含めて、医療保険制度全体での公平の確保について検討すべき。
- 総報酬割で浮いた公費を国保に投入することについては大変心強く、有力な解決策の一つ。国保あつての国民皆保険制度であり、医療保険制度全体を守ることを最優先課題として、まず国保に公費を投入するということであれば、今回の改革

にふさわしく、国民の理解も得られるのではないか。

- 後期高齢者支援金の全面総報酬割で浮いた2,300億円の国費を国保に投入するという提案については、一つの有効な手段と考えるが、各保険者の理解が必要であり、今後も増高が見込まれる医療費への対応も含めて、国が安定した財源を確保するとともに、持続可能な制度となるよう、十分な議論をすべき。
- 総報酬割で削減されるのは公費だけであり、被用者間の助け合いとはならない。総報酬割で浮いた公費を国保に持っていくことは、理不尽かつ、理念も納得性もない案であり、全く認めるわけにはいかない。拠出金負担が保険料収入の4割を超えている状況の中で、現役世代の負担を緩和する方向で活用しなければ、総報酬割に賛成するわけにはいかない。
- 全面総報酬割の導入は、被用者保険内の負担の公平性を実現するためであって、国民健康保険の財源を捻出するというのではない。総報酬割導入で財源が浮くということであれば、被用者保険グループ内の負担の調整によるものであり、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担を軽減するというのが筋。
- 後期高齢者支援金への全面的な総報酬割の導入自体は賛成だが、それによって生じた財源は被用者保険の財政基盤の強化、とりわけ協会けんぽの財政基盤の強化に充てるべき。
- 総報酬割によって浮いた国庫負担分をそのまま国保の支援に回すことには反対。協会けんぽの国庫補助率を20%にするための財源にするなど、被用者保険で出たものは、被用者保険で使うべき。
- 全面総報酬割導入で生じた財源は、被用者保険グループ内の負担の調整によって生じた財源であるため、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担を軽減することが筋であって、国保の財政支援のための総報酬割りの導入というのは筋違い。その上で優先すべきは、被用者保険の最後の受け皿機能を守るために、協会けんぽに対する国庫補助割合の20%の引上げなどについて道筋をつけること。
- 前期高齢者医療に総報酬割で浮いた公費を入れるべき。国保側の勘定を65歳以上と未満に分けて、前期高齢者の方に投入すれば、被用者保険側の納付金負担が軽減されることになるので、反対しない。
- 高齢者医療制度の将来像や医療給付の重点化・効率化に向けた施策が提起されていない状況において、総報酬割の維持・拡大には反対。

【国民健康保険の課題】

(国保の保険者の在り方)

- 国保の保険者の在り方については構造的な問題の抜本的な解決を図った上で検討すべきであり、まずは都道府県保険者ありきで、構造的な問題の解決は二の次という国民会議の議論は、順番が違う。
- まずは、構造的な問題の解消策と国保における保険者機能についてきちんと整理が行われるべきであり、医療保険における最後のセーフティネットである国保に関する最終的な責任は国にあることを自覚してもらいたい。
- 都道府県としては、国保の構造的な問題の抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるのであるならば、市町村とともに積極的に責任を担う覚悟。
- 人口減少化の中で、町村国保のほとんどが破綻している状況であり、都市部の国保も赤字状態にある。これを守っていくためにも、広域化(都道府県単位化)をしていくべきと一貫して申し上げている。国保が破綻すれば医療は守れない、住民の健康は守れないので、明確な国保財政の支援の方向性を示していただいて、都道府県国保への再編に向けて課題を一つずつ潰していくことが非常に重要。
- 広域化等支援方針の策定や平成27年度から実施される共同事業の拡大は都道府県保険者化のための環境整備であり、過渡的なもの。
- 国保の財政運営を都道府県が担うことは高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめからの既定路線であり、こうした流れを進めていくことは不可欠。
- 小規模保険者の持続可能性や保険料格差を考えると、都道府県保険者化は待ったなしの課題であり、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在り方を総合的に検討することが可能な体制を構築すべき。
- 国民会議の議論は、非常に新鮮で、やはり保険者は都道府県でやるべきだという方向性を打ち出した点は高く評価する。細かい点はこの後関係者間で詰めていけばよい。(一部再掲)
- 国民皆保険制度の中で国保は大変重要。退職者も入ってくる国保をしっかり支えるためにも、都道府県を保険者として運営すべき。この問題は、議論から実行の段階に入るべき。
- 医療計画の策定者との一致という意味で、スケールメリットも含めて保険者を都道府県単位にしていくことには賛成。
- 国保の保険者を市町村から都道府県にするのは賛成だが、都道府県に指定・取消権を設けることは、都道府県によって基準の公平さが保てないおそれがあるので、地方厚生局が行う方がよい。(再掲)

- 国保の広域化に向けた取組は賛成だが、保険料の徴収の問題や、今後、地域包括ケアが市町村単位になっていくということとの整合性をどうするかしっかり議論すべき。
- 地域において、医療・介護を一体的に提供するため、保険者窓口が異なることのないよう、国保の保険者を都道府県とした上で、後期高齢者医療とも一体化するなど、連携を図るべき。また、医療と介護の連携をより実効的なものにするために、国保連合会との連携等も含め、様々な在り方について今後十分な検討をしていくことが大切。
- 国保の広域化について広域連合で行ってはどうかという意見もあるが、広域連合については責任が不明確との指摘も絶えず、これ以上広域連合を増やすべきでない。
- 国保の保険者の在り方については、都道府県だけではなく市町村、市町村広域連合、さらには広域連合に都道府県が加わるなどさまざまな形態が考えられるので、それぞれのパターンについてメリット、デメリットを示し検討していく必要。
- 国保の保険者は都道府県のレベルに持っていくことが適切だと考えるが、保険者の役割全てを都道府県に持っていくとすると、法制面の問題や保険料の賦課ベースが市町村で違うといったことをどう整えていくかという本質的な問題が存在しているので、メリット、デメリットといったものをさまざまな角度から検討、考察した上で結論を出していくことが必要。
- 国民会議において、高齢者医療改革会議の議論を飛ばして、いきなり国保の保険者を都道府県にするという議論が出てきたことには、大変戸惑いを覚える。

(国保の保険者を都道府県とした場合の収納率、保健事業等との関係)

- 広域化によって保険料の負担を平準化できる反面、やはり保険料が高くなる地域が出るという問題点や事務処理をどうするのかという課題を1回整理した上で進んでいくべき。
- 仮に、都道府県を保険者にした上で、市町村が保険料の徴収事務などをやるということになったときに、都道府県と市町村との関係を法制的にどう整理するかというのはかなりの難問ではないか。
- 広域化したときに、特に生活習慣病の受診勧奨や重症化予防など、市町村の抱える健康問題に着目したきめ細やかな健康教育サービスが本当にできるのか懸念。これらがきちんと担保できることが前提でないと広域化は厳しいのではないか。
- 都道府県が国保の運営を担った場合、特定健診・特定保健指導の実施主体や

後期高齢者支援金の加算・減算の措置について、市町村でどうするか、保健事業が低下しないような仕組みを構築できるか考えないといけない。

- 保険料の賦課・徴収、保健事業の運営、地域包括ケア化を進めてきている介護保険との整合性の面で、解決すべき課題が多く存在するので、短絡的な議論ではなく、もう少しきちっといろいろなステップを踏んで考えることが必要。
- 医療と介護の連携の観点からは、介護保険が地域包括ケアになる中で、医療保険が都道府県単位の保険者になると、連携のイメージが湧かない。
- 現在、市町村が国保、介護保険の保険者であることによって市町村にその2つのデータがあって、潜在的にはこの2つを結びつけてさまざまなことを考えられる余地があるが、国保の保険者が都道府県になると、これが変わってしまうという点が懸念される。
- 住民の方々の健康づくりに対するニーズは非常に大きいので、国保の都道府県化によって、健康づくりの様々な活動が衰退するものではない。
- 組織の規模が大きくなるとサービスが落ちるといった意見はおかしい。マネジメントの問題。
- 都道府県国保によって健康づくりが後退するという事にはならないし、後退させてはいけない。
- 保険者が都道府県になると、保険料収納率の低下や地域の健康づくりが後退するという懸念は全くない。
- 都道府県内の市町村の平均保険料と最低保険料の差をもって、保険者を都道府県としたら保険料が大幅に上昇するという資料があったが、分析が不十分ではないか。
- 都道府県と市町村の事務の分担については、高齢者医療制度改革会議等で既に議論されており、そうした議論の蓄積を前提に議論を進めるべき。
- 保険料の徴収、細かな窓口対応については、市町村が積極的に都道府県に関わり、連携しながらやっていくべき。
- 保険料徴収や細かいケアの問題等については、市町村が都道府県と連携することで対応可能であり、そのためのマネジメントが極めて重要。
- 収納率の低下や、細やかなサービス提供ができるのかという問題があるので、様々な施策を打っていくべき。
- 国保の広域化に向けた取組は賛成だが、保険料の徴収の問題や、今後、地域包括ケアが市町村単位になっていくということとの整合性をどうするかしっかり議論すべき。(再掲)

(国保の財政基盤)

- 国保は毎年 3,000～4,000 億円の赤字を出し、破綻している。国保は退職した方々を全て受け入れている。国保が破綻すると医療が根幹から崩れるので、国民健康保険をいかにして維持し、守っていくかということが重要。
- 国保の財政をしっかりと支えるような改革をすべき。
- 国保の状況は危機的であり、国保改革は待ったなしの状況。今回の改革で国保の構造問題の抜本改革を図るべきという考え方を地方は完全に共有している。
- 総報酬割で浮いた公費を国保に投入することについては大変心強く、有力な解決策の一つ。国保あつての国民皆保険制度であり、医療保険制度全体を守ることを最優先課題として、まず国保に公費を投入するということであれば、今回の改革にふさわしく、国民の理解も得られるのではないか。(再掲)
- 後期高齢者支援金の全面総報酬割で浮いた2,300億円の国費を国保に投入するという提案については、一つの有効な手段と考えるが、各保険者の理解が必要であり、今後も増高が見込まれる医療費への対応も含めて、国が安定した財源を確保するとともに、持続可能な制度となるよう、十分な議論をすべき。(再掲)
- 国保の財政基盤の強化には消費税財源を充てるべき。
- 国民皆保険制度の最後の砦である国保制度を持続可能なものとするため、国保の定率国庫負担を大幅に拡大するなどして、財政基盤の強化を図るべき。
- 国保をしっかりと支える意味で、都道府県を核とした保険者として運営していくようにシフトしていくべきであるが、その際は、大所高所から国保財政の赤字構造の問題を打開しながら、新たな持続可能な制度となるよう対応が必要。
- 必要な財源規模や都道府県単位化を議論するのであれば、今後の医療費の増嵩も考慮した緻密なシミュレーションを行って、数値、データをきちんと示した上で地方と十分協議をすべき。また、必要となる費用については安定財源を確保することや国の定率負担を引き上げることなどを検討すべき。
- 市町村によって、財政力の差がある中で、単純に公費を追加的に投下することはあまり効果的な問題の解決にはならないので、必要な公費の投入規模や方法、対象、財源の在り方についても十分に考える必要。
- 消費税の5%から8%の引上げ時の平成26年度から、国と地方で合意した2,200億円を国保財政へ間違いなく入れていただくことを強く要請する。
- 2,200 億円の現行の使い途は、所得の低い方々の保険料の一定の軽減に使うと

いう方向性になっているので、これだけでは国保財政の強化にはつながりにくく、市町村国保を抜本的に広域化しながら、我々としては都道府県国保ということでお願いしているが、財政支援策をさらにしっかりとしたものにしてもらいたい。

(スケジュール)

- 国保の広域化のスケジュールは、制度の内容が決まってから議論すべきである。
- 都道府県単位の共同事業の全医療費での拡大というのが2015年度から予定されているので、まずは共同事業の拡大等について都道府県の財政調整を着実に実施して定着させ、その状況を見守る必要がある。
- スケジュールは、医療費の共同事業や医療法・医療計画の見直し、準備期間を考えると、2018年度～2020年度以降となるのではないか。
- 都道府県化する場合に、保険料の統一には時間がかかるため、経過措置をとりながら段階的に保険料をならしていくという作業は必要。

■ 高齢者医療制度の在り方

- 全体的に医療保険財政を逼迫している最大の要因は、高齢者に対する財政移転であり、医療保険制度全体が倒れてしまう状況にメスを入れ、制度の自律性をどこで担保するかという根本的な問題を議論すべき。
- 国民会議には、高齢者医療制度が将来に向かって持続可能な制度になるように、医療保険制度全体の枠組みを論議することをお願いしたい。
- 国民会議は、高齢者医療制度を支えていくということについて、将来像、グランドデザインがないまま、被用者保険間の支援金の負担に論議を終始している。このようなことでは、早晚被用者保険制度が維持できなくなるのではないかとすることを危惧。
- 現役世代、国民全体で高齢者医療を支えるという哲学を失わないことを前提に、負担構造も含めて、高齢者医療制度をどうしていくのかを国民会議で議論してほしい。
- 高齢者医療への多額の拠出金によって、被用者保険が非常に厳しい運営状況にある中で、現役世代と高齢者の間での負担の関係が将来どうあるべきなのかについて、国民会議等の場でしっかりと議論すべき。
- 後期高齢者医療の仕組みは安定しているので、今さら廃止する必要はないが、前期高齢者財政調整の仕組みは、現役世代に偏った負担構造を変える必要がある。現行の高齢者医療制度の基本的な枠組みの中で、高齢者医療の負担構造をどうしていくかということについて、国民会議で議論してほしい。
- 国保や医療計画の仕組みが変わろうとしている中、高齢者医療制度については、現行制度を前提としながら、その改善ということを検討していくほうが、より適切。
- 地域において、医療・介護を一体的に提供するため、保険者窓口が異なることのないよう、国保の保険者を都道府県とした上で、後期高齢者医療とも一体化するなど、連携を図るべき。また、医療と介護の連携をより実効的なものにするために、国保連合会との連携等も含め、様々な在り方について今後十分な検討をしていくことが大切。(再掲)
- 被用者が退職して国民健康保険に加入しているという日本の現状は、相当程度問題があり、退職者については、健康保険制度の中で対処すべき。

■ 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

- 人間の死の基準がどうあったらいいかというところまで踏み込む気はないが、終末期の医療にどのようなものを望むかということを出して語り合い、最終的には個人の意思というものが医療関係者も含めて尊重されるような、そんな社会をつくるべき。

社会保障審議会医療保険部会における 主な議論に関する参考資料

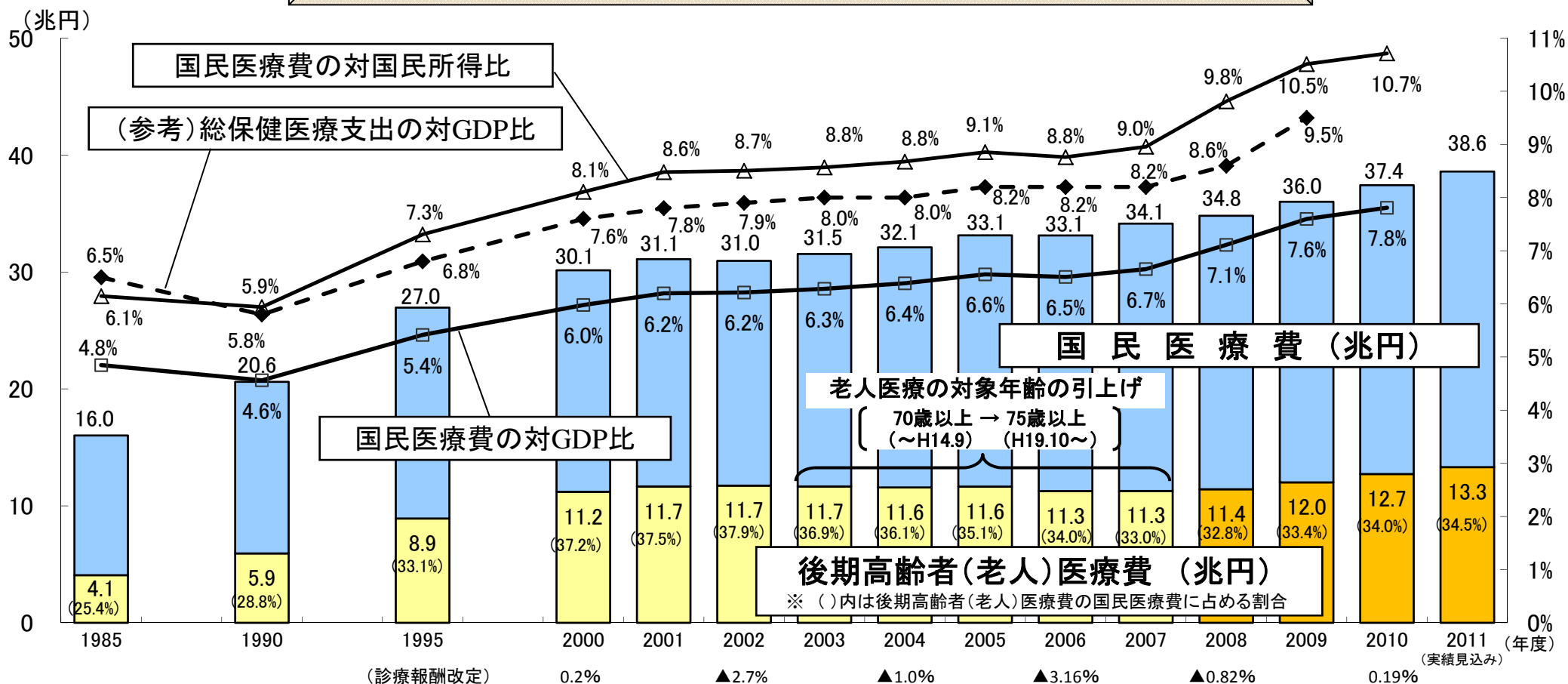
平成25年5月29日
厚生労働省

【目次】

■ 医療保険制度について	2
■ 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見について	9
■ 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等について	20
■ 医療保険における療養の範囲の適正化等について	45
■ 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 （被用者保険の課題）	58
（国民健康保険の課題）	78
■ 高齢者医療制度の在り方	107

医療保険制度について

医療費の動向



<対前年度伸び率>

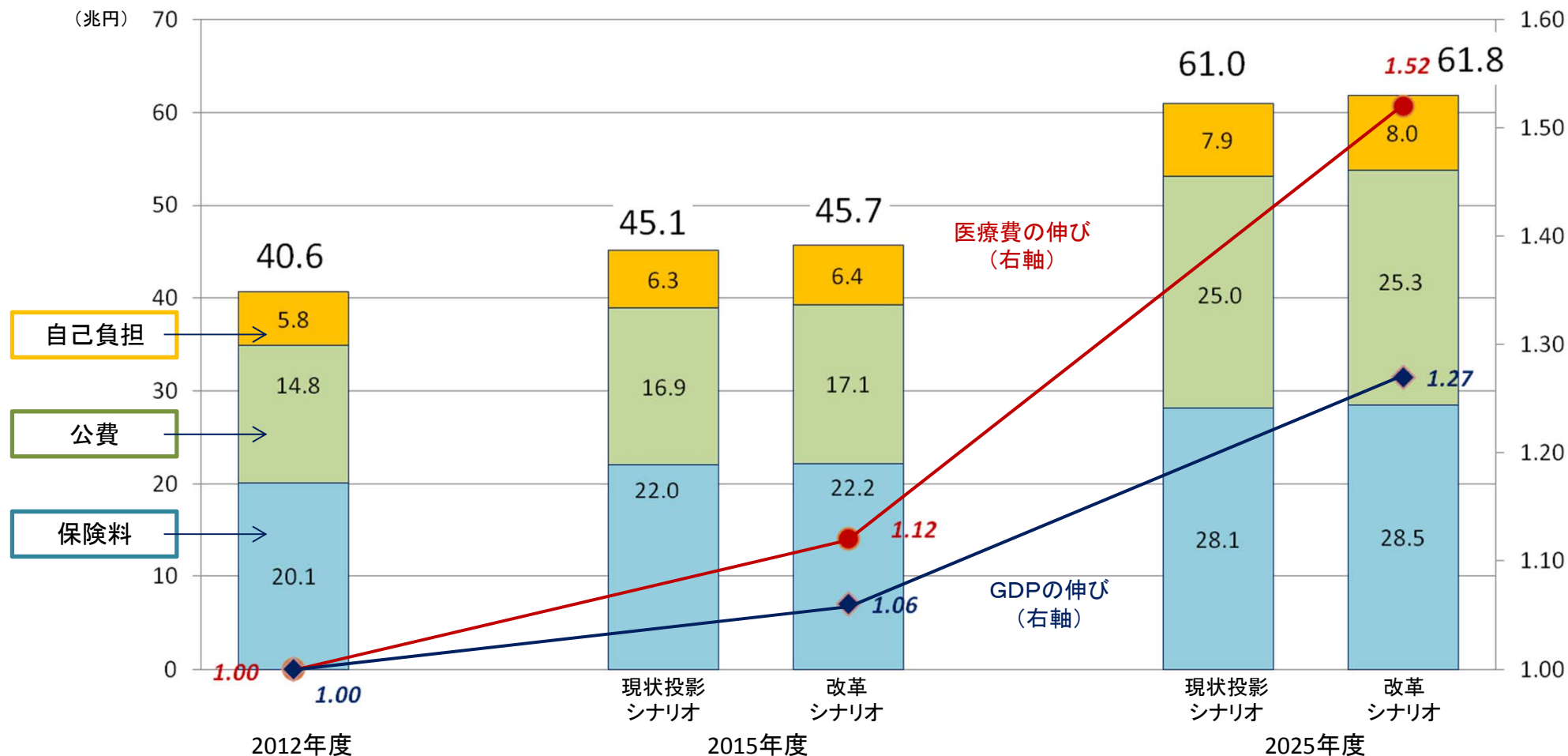
	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.6
国民所得	7.2	8.1	▲0.3	2.0	▲1.4	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.5	2.0	-
GDP	7.2	8.6	1.7	0.9	▲0.5	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.1	-

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

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

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。

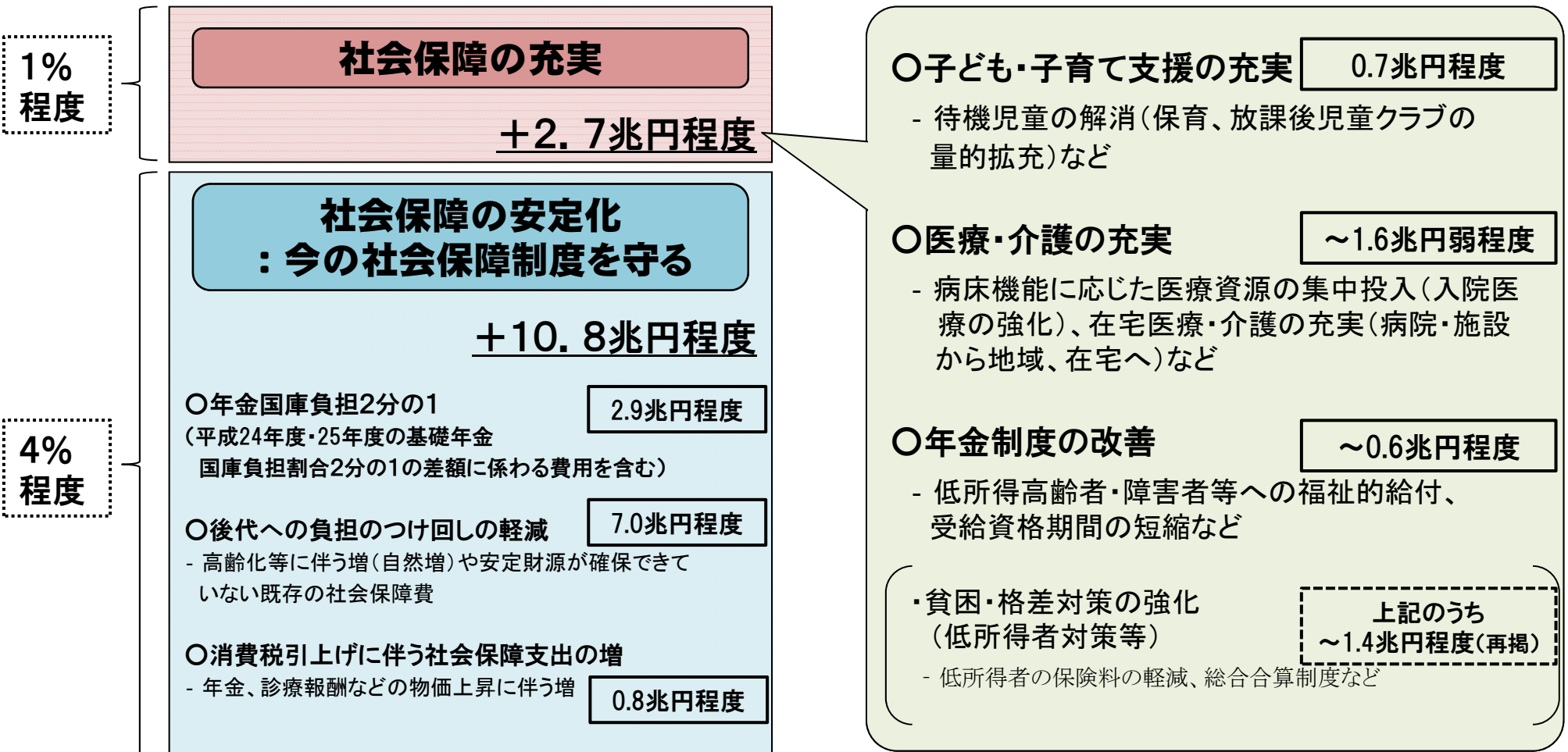


- ※1 社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）を基に作成。
- ※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
- ※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）
- ※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

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

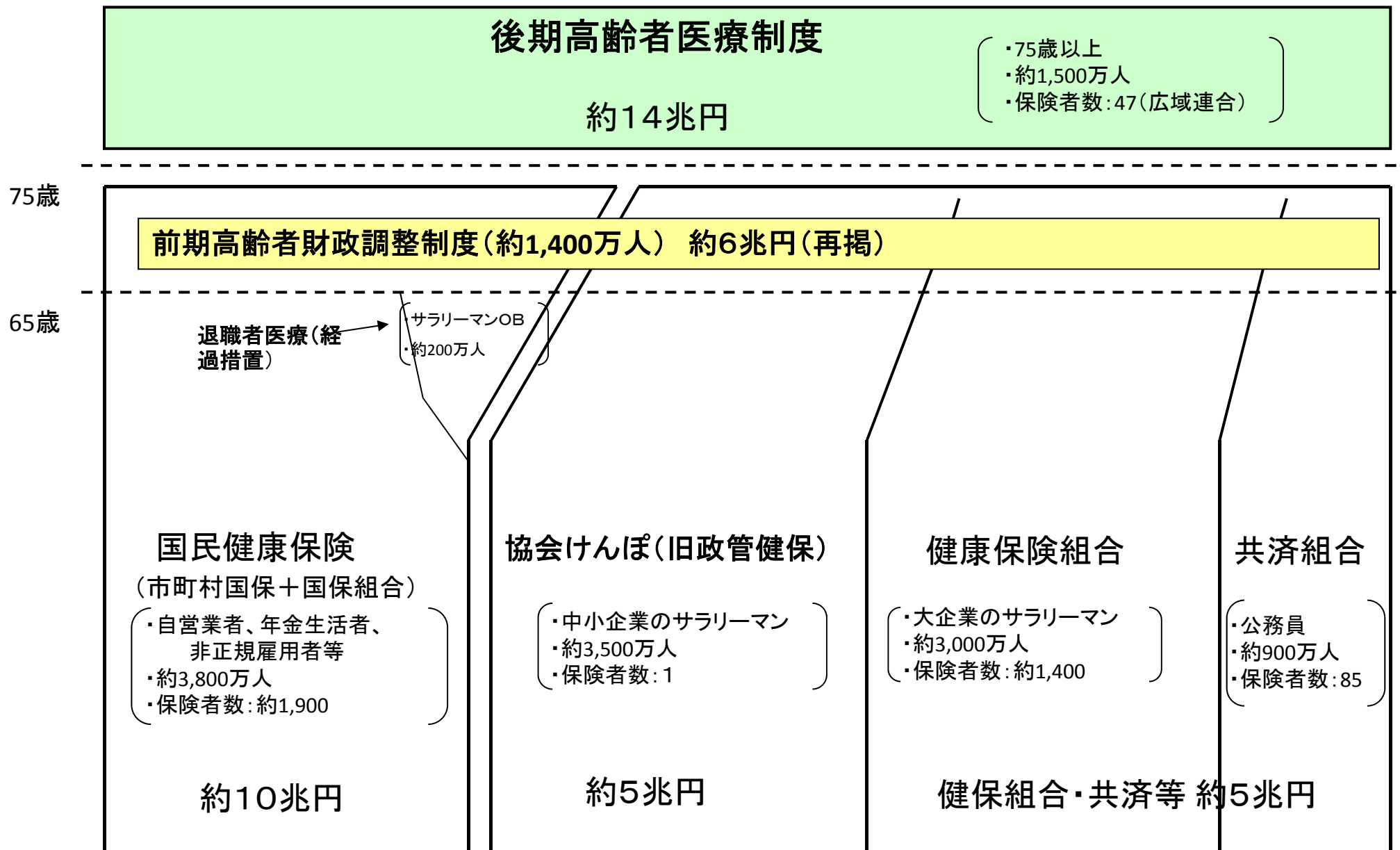
主な改革検討項目

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。

【医療保険制度の体系】



※1 加入者数・保険者数は、平成24年3月末の数値(速報値)

※2 金額は平成25年度予算ベースの給付費

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成24年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 4 3	8 5 (平成23年3月末)	4 7
加入者数 (平成24年3月末)	3, 5 2 0万人 (2, 036万世帯)	3, 4 8 8万人 被保険者1, 963万人 被扶養者1, 525万人	2, 9 5 0万人 被保険者1, 555万人 被扶養者1, 395万人	9 1 9万人 被保険者452万人 被扶養者467万人 (平成23年3月末)	1, 4 7 3万人
加入者平均年齢 (平成23年度)	5 0. 0歳	3 6. 3歳	3 4. 1歳	3 3. 4歳 (平成22年度)	8 1. 9歳
65～74歳の割合 (平成23年度)	3 1. 3% (平成22年度)	4. 7%	2. 5%	1. 6% (平成22年度)	2. 8% (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成23年度)	2 9. 9万円 (平成22年度)	1 5. 9万円	1 4. 2万円	1 4. 4万円 (平成22年度)	9 1. 8万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成23年度)	8 4万円 一世帯あたり 1 4 5万円 (平成22年度)	1 3 7万円 一世帯あたり (※4) 2 4 2万円	1 9 8万円 一世帯当たり (※4) 3 7 4万円	2 2 9万円 一世帯当たり (※4) 4 6 7万円 (平成22年度)	8 0万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成23年度) (※5) 〈事業主負担込〉	8. 1万円 一世帯あたり 1 4. 2万円 (平成22年度)	9. 9万円 <19. 7万円> 被保険者一人あたり 17. 5万円 <35. 0万円>	1 0. 0万円 <22. 1万円> 被保険者一人あたり 18. 8万円 <41. 7万円>	1 1. 2万円 <22. 4万円> 被保険者一人あたり 22. 7万円 <45. 5万円> (平成22年度)	6. 3万円
保険料負担率 (※6)	9. 7%	7. 2%	5. 0%	4. 9% (平成22年度)	7. 9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16. 4%	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額 (※7) (平成25年度予算ベース)	3兆4, 392億円	1兆2, 186億円	15億円		6兆5, 347億円

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

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

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

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

(※4) 被保険者一人あたりの金額を表す。

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

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

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

健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見 について

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。

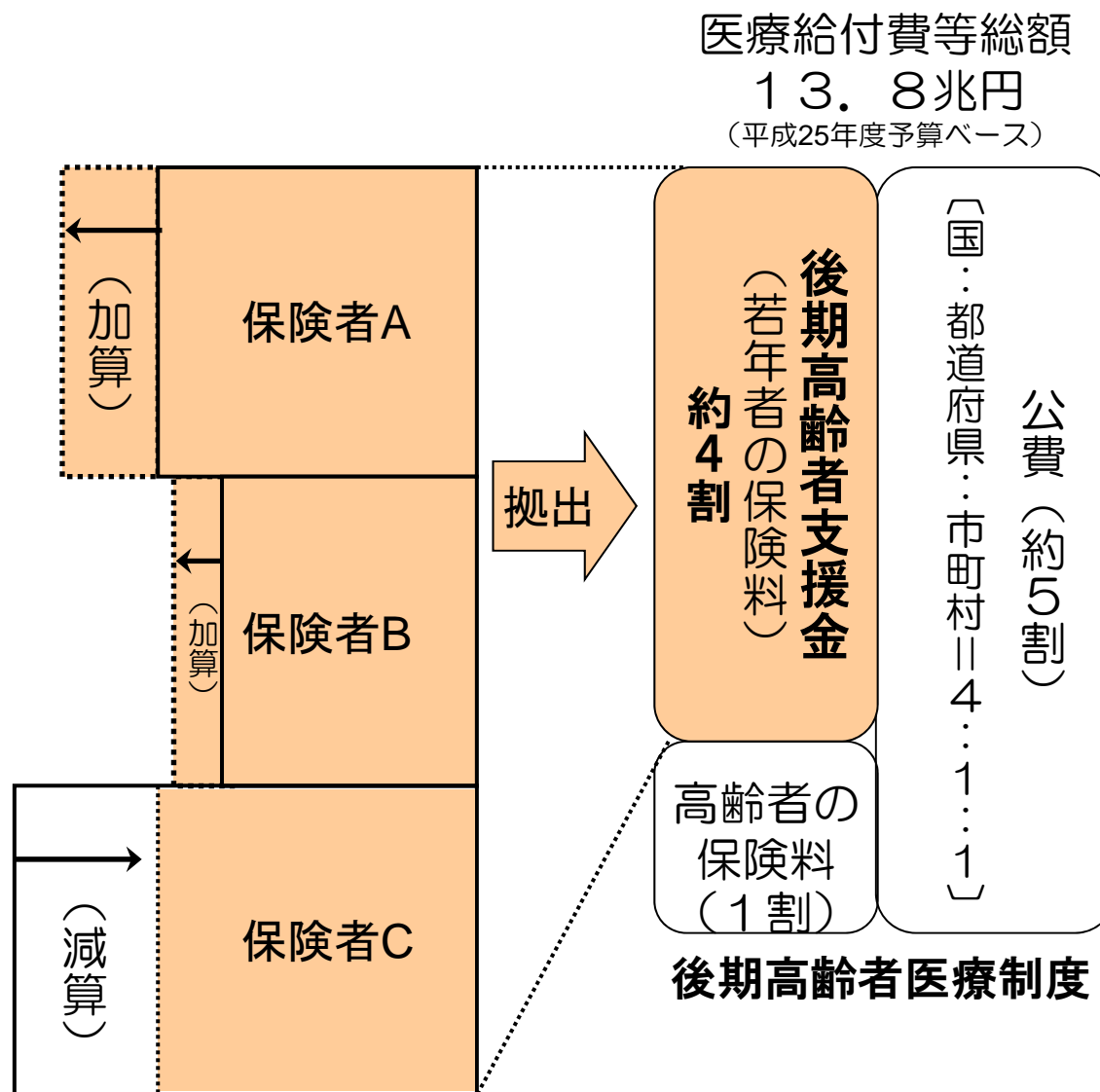
※ 平成23年度重複服薬指導対象者184人、併用禁忌2件、併用回避33件(呉市医師会によるスクリーニング後、該当医療機関に通知)

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

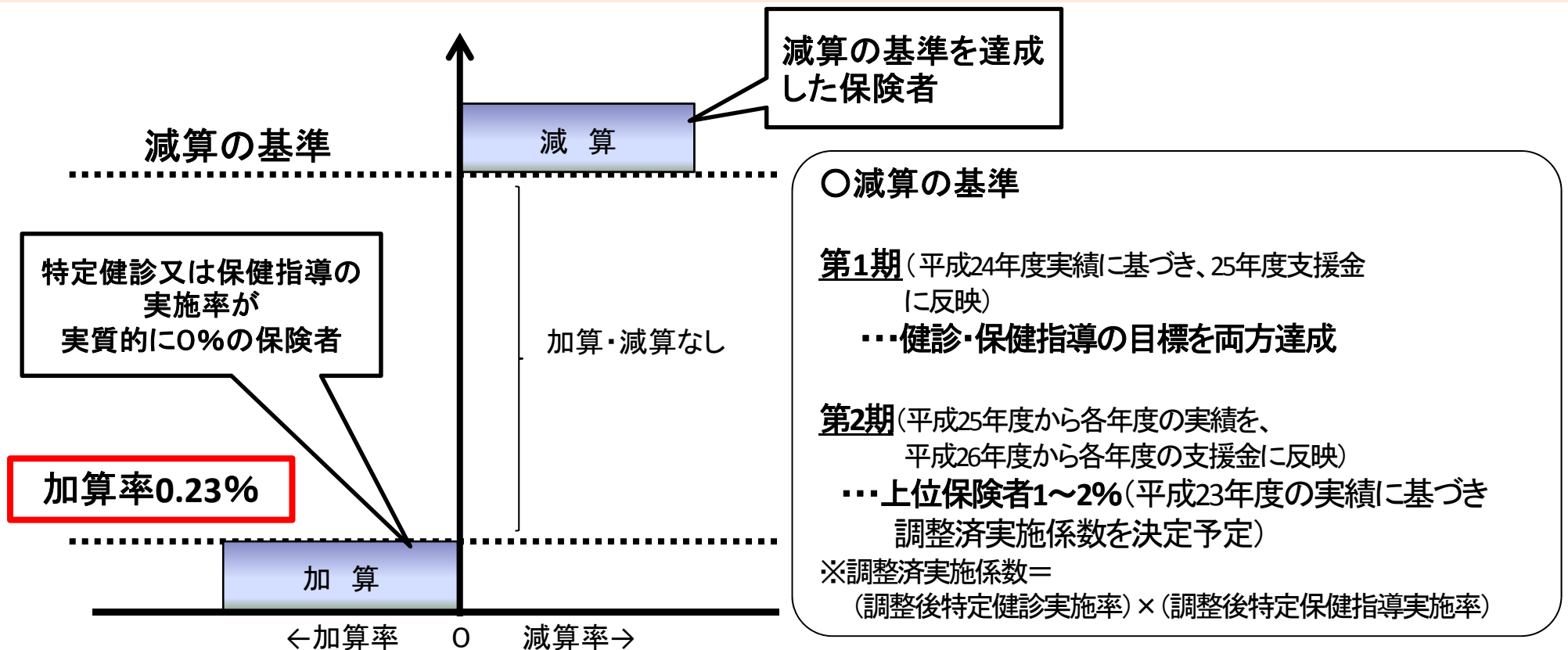
〈加算・減算の方法〉

- 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



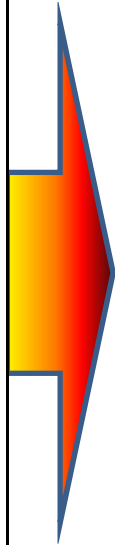
○医療保険制度は、傷病に対する治療を対象としており、予防向け医療を対象とすることは困難。
○予防の取組については保険者による保健事業等が効果的に行われるよう、必要な支援を検討。

5. 経済財政諮問会議等における提言と対応状況(医療分野)①

25年5月16日 経済財政諮問会議
資料2 田村臨時議員提出資料

経済財政諮問会議(4月22日)における 提言や関連する一体改革の内容

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 健康の維持増進
 - 電子レセプトの活用等による医療・介護給付の重点化
 - 外来受診の適正化
 - 外来受診の適正化等、ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減についての取組の推進



対応状況

既に対応している事項

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 保険者による特定健診・特定保健指導の推進
 - 医療費の伸びの適正化を図るため、第1期医療費適正化計画を策定(平成20年～平成24年度)
 - ICT等を活用した保険者による加入者の適正受診のための取組を促進(システム整備の助成等)
 - 健康寿命の延伸、健康格差の縮小等の実現に向け、「健康日本21(第二次)」を実施(平成25年度～)

検討中の事項

- (健康の維持増進・医療費適正化の推進)
- 健診受診・生活習慣病改善に関する広報活動の強化
 - 健診・保健指導の推進
 - ・ 特定健診・特定保健指導の効果検証
 - ・ 保険者によるレセプト・健診情報等を活用した上で、糖尿病に起因する人工透析導入を予防する等の好事例を全国に広げていけるよう、補助等の支援措置を検討し、予算等に反映
 - ・ メタボリックシンドロームでない者を含む高血圧の者に対する生活習慣改善プログラムのモデル事業の実施について検討を行い、予算等に反映
 - ・ 特定保健指導におけるICTを活用した初回面接の実施
 - 企業、自治体、民間団体等と連携した健康増進活動の推進
 - ・ スマートライフプロジェクトの推進(企業登録目標数3,000社)
 - ・ 健康づくりのための身体活動基準・指針や食事摂取基準を活用した活動の普及
 - 医療費の伸びの適正化を図るため、第2期医療費適正化計画を策定(平成25年度～平成29年度)

生活習慣病の発症予防・重症化予防等により、
 ・糖尿病患者の増加抑制(※1)で約1.4兆円(平成34年度)
 ・メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少(※2)で約0.3兆円(平成29年度)
 の医療費適正化を目指す。

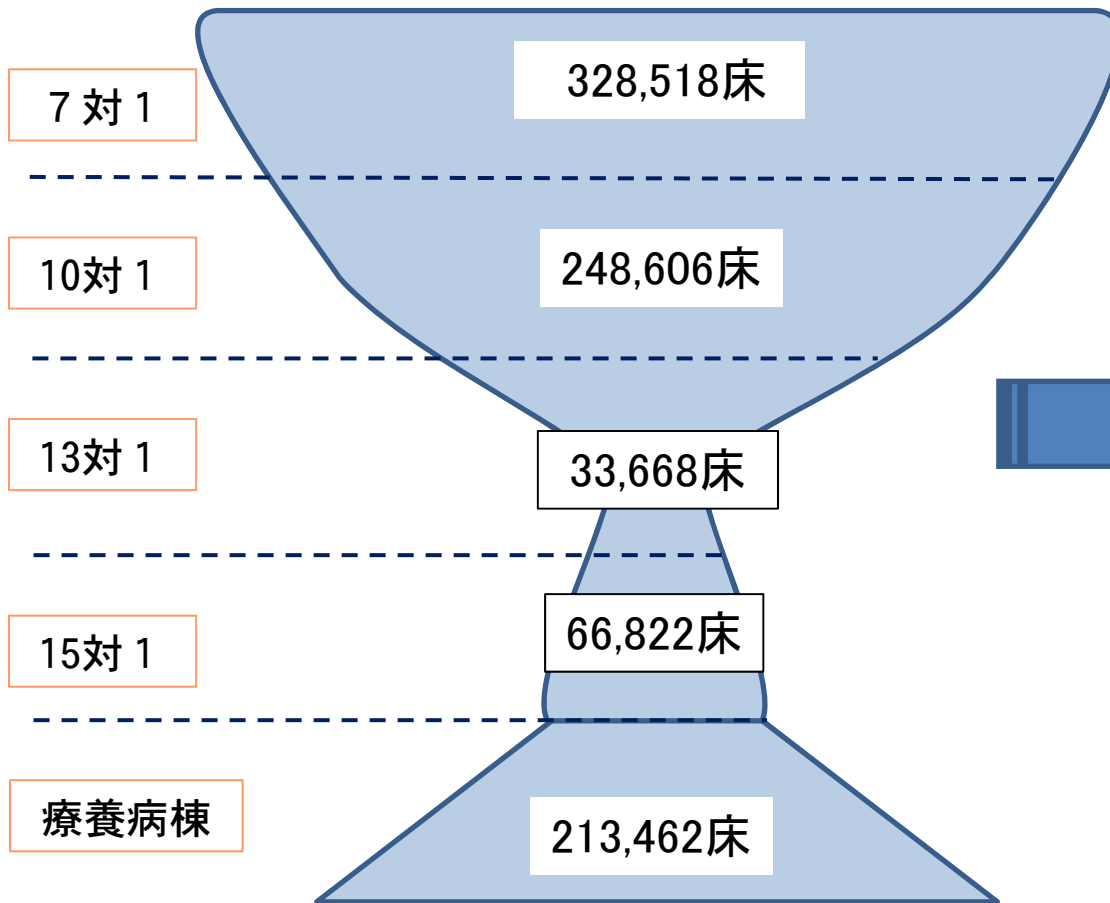
※1 健康日本21における「糖尿病有病者の増加抑制」の目標を達成した場合の医療費適正化効果

※2 第二期医療費適正化計画における「メタボリックシンドローム該当者・予備群」の目標を達成した場合の医療費適正化効果

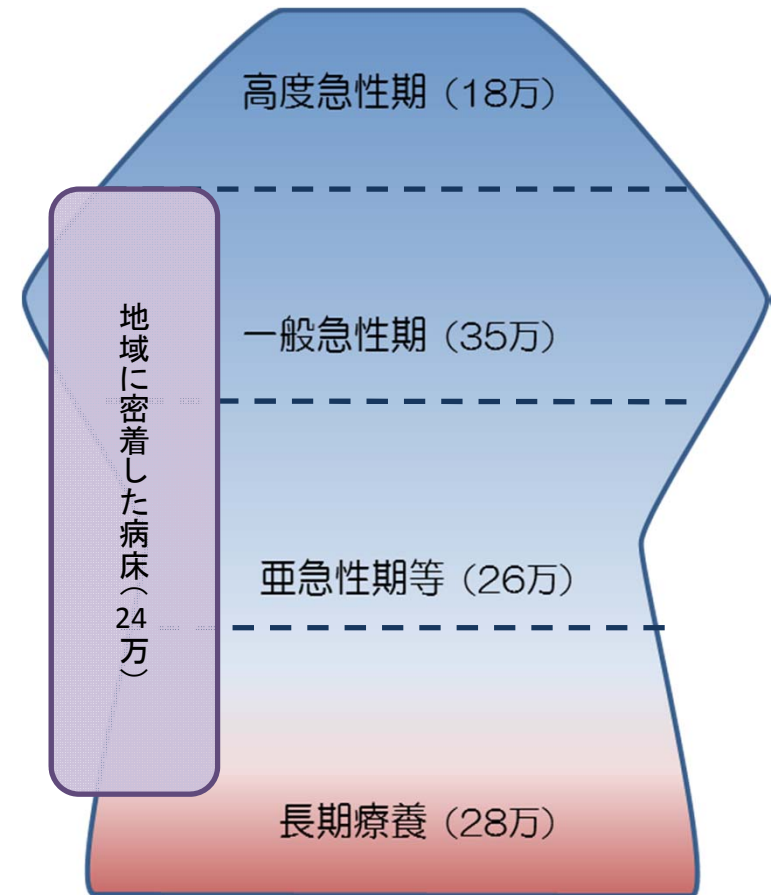
医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等 について

【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＞

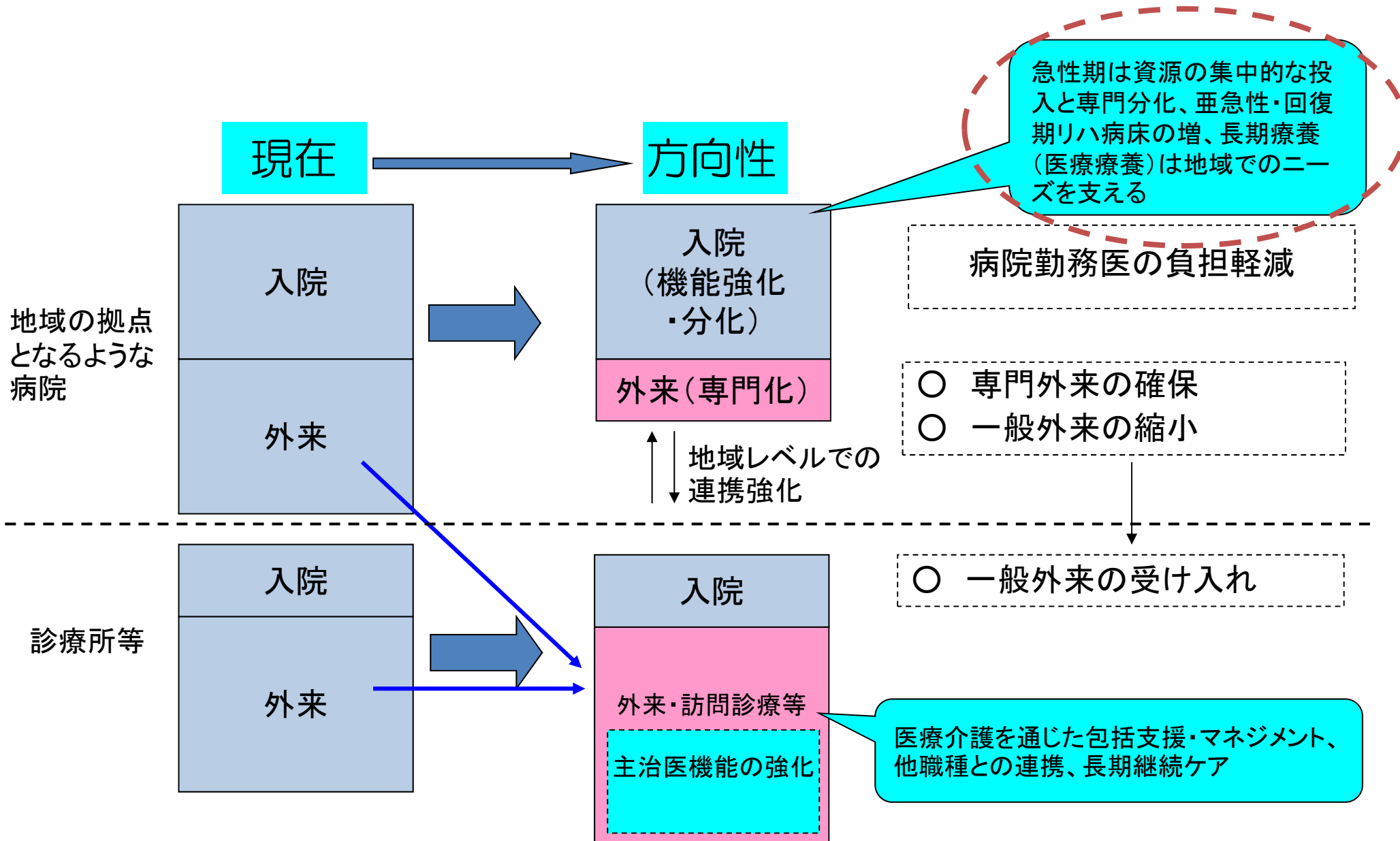


保険局医療課調べ

○ 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

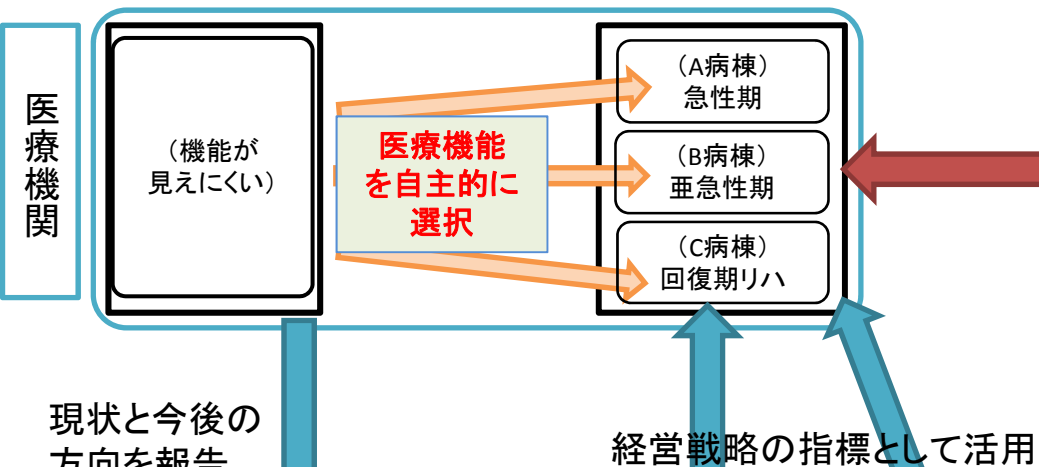
(改) 中医協 総-2
23.10.5



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

現状と今後の方向を報告

経営戦略の指標として活用

都道府県

公表

・各医療機関からの報告内容について、医療機能情報提供制度等の既存の情報と併せて、患者・住民にわかりやすい形で公表

住民・患者

・各医療機関の機能を適切に理解しつつ利用

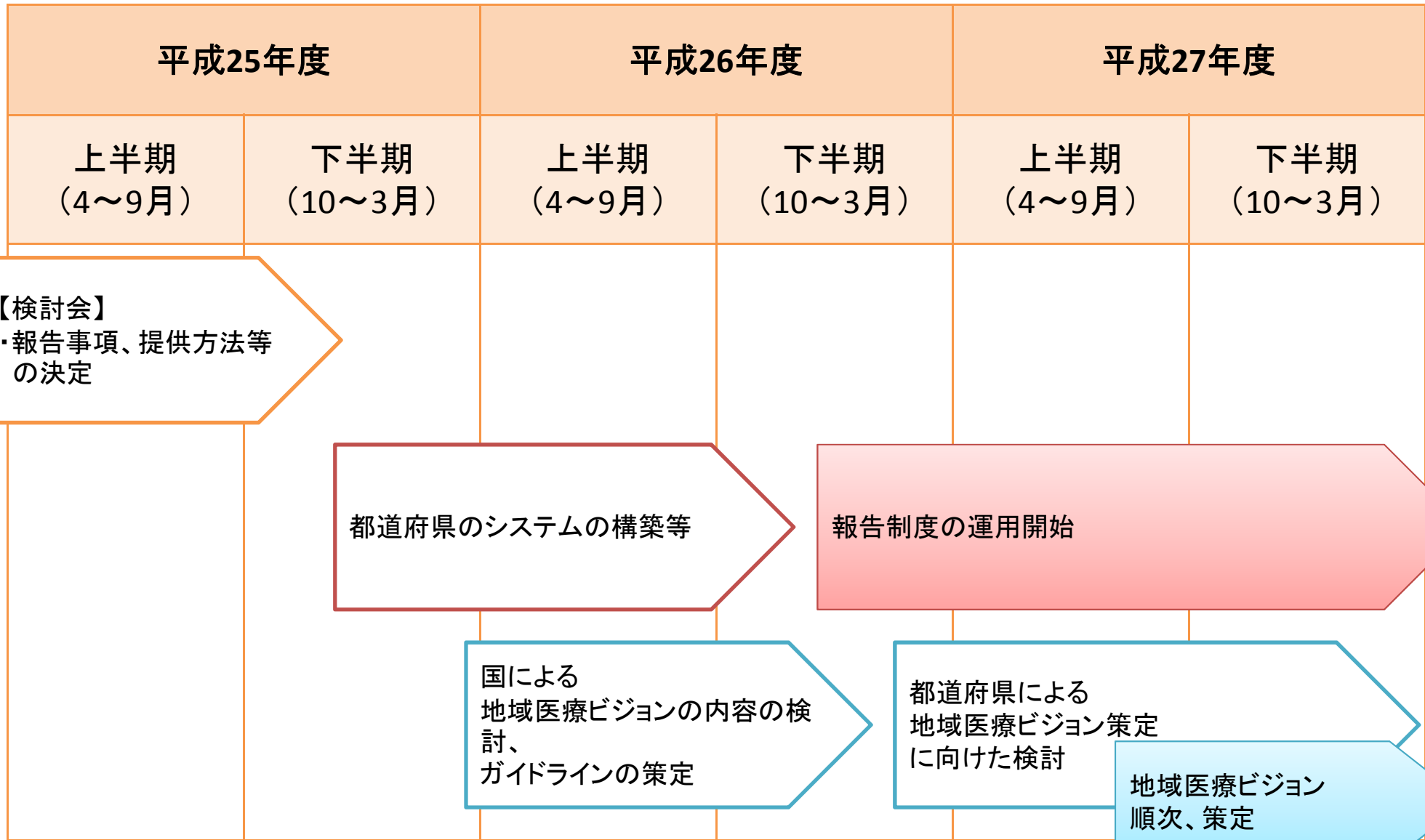


公表

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。

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。

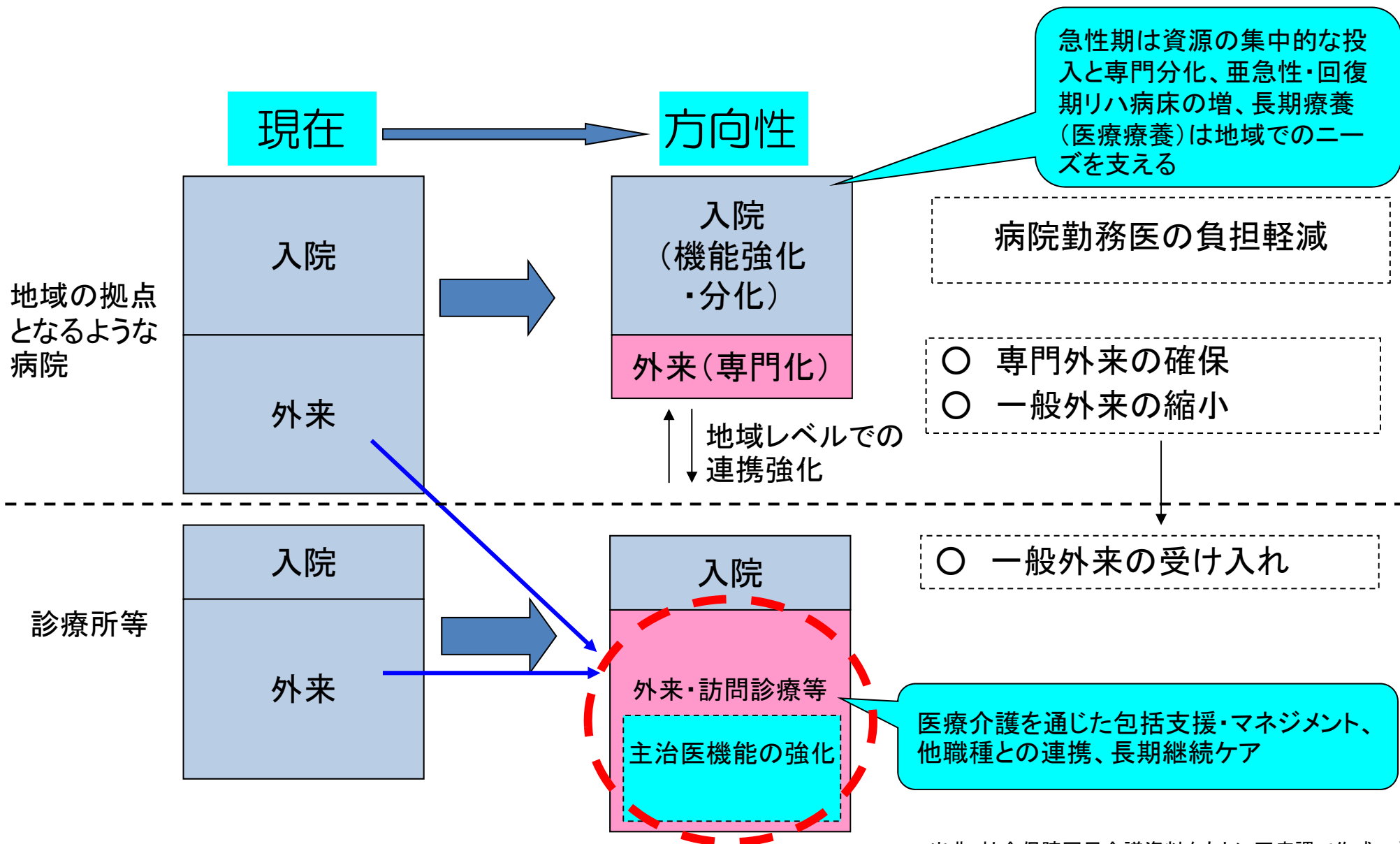
$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※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
23.11.30



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。

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床未満の病院又は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。

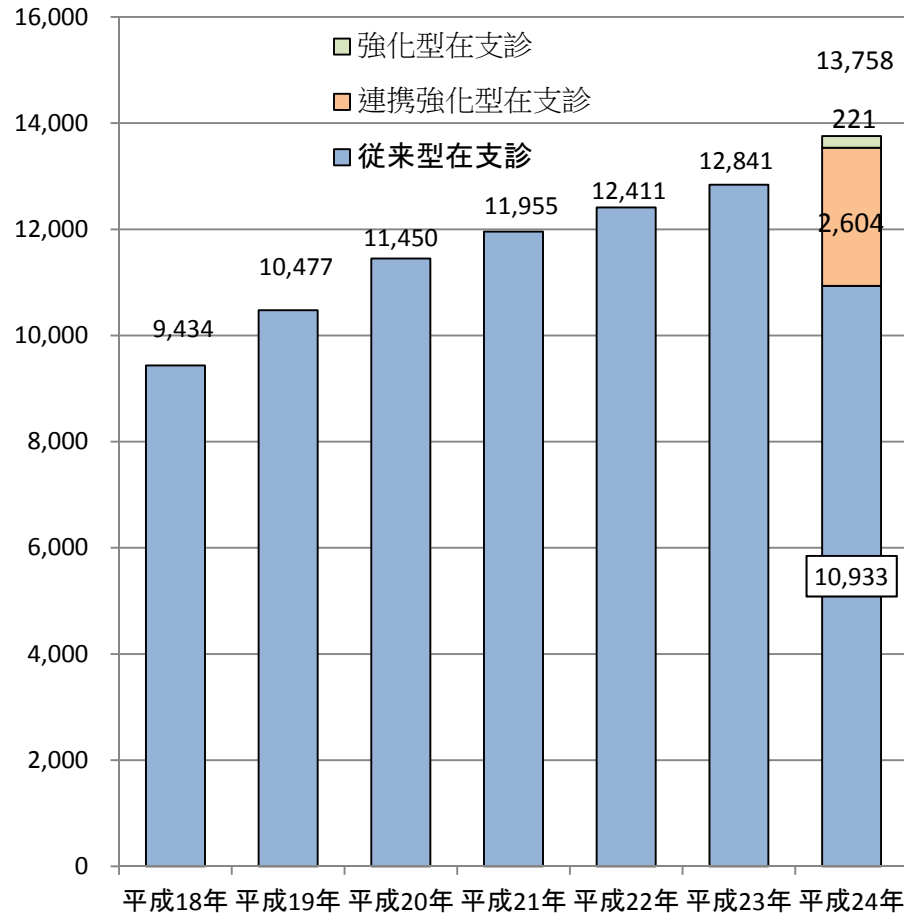
【主な施設基準】

- 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

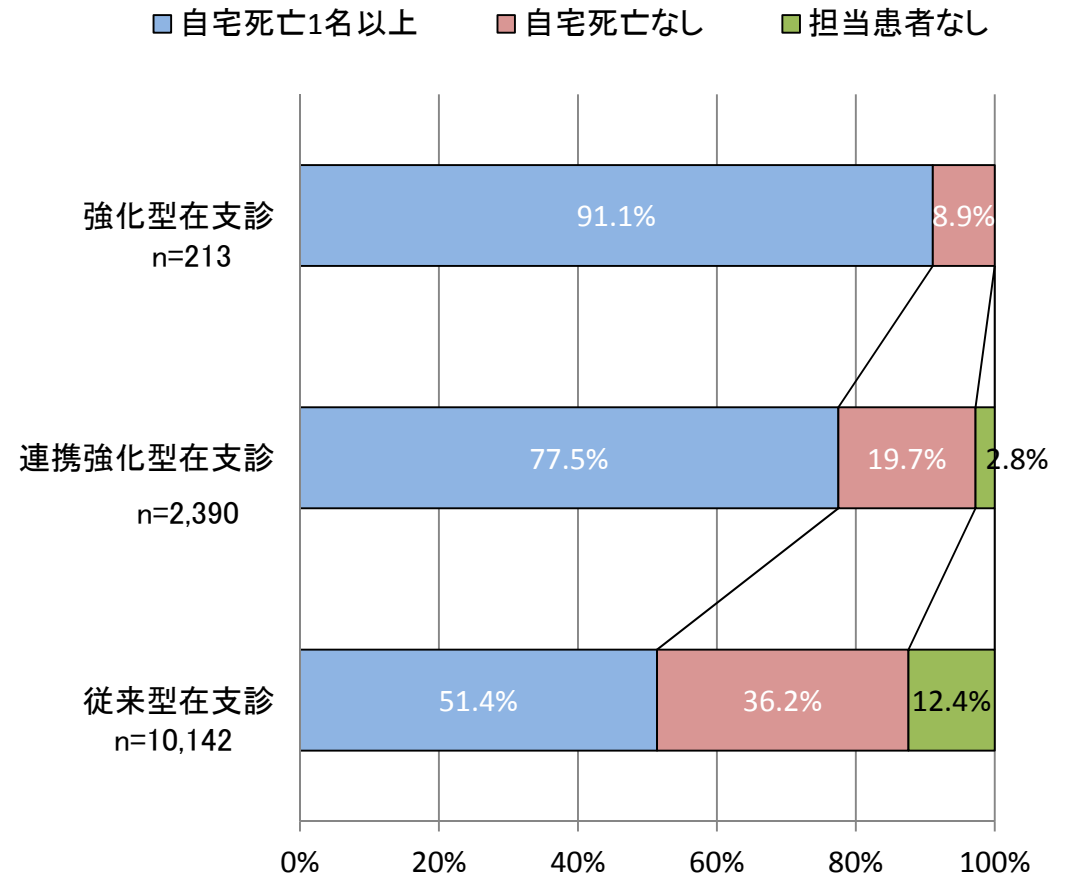
在宅療養支援診療所の届出数の推移と実績

(届出数) 在宅療養支援診療所届出数



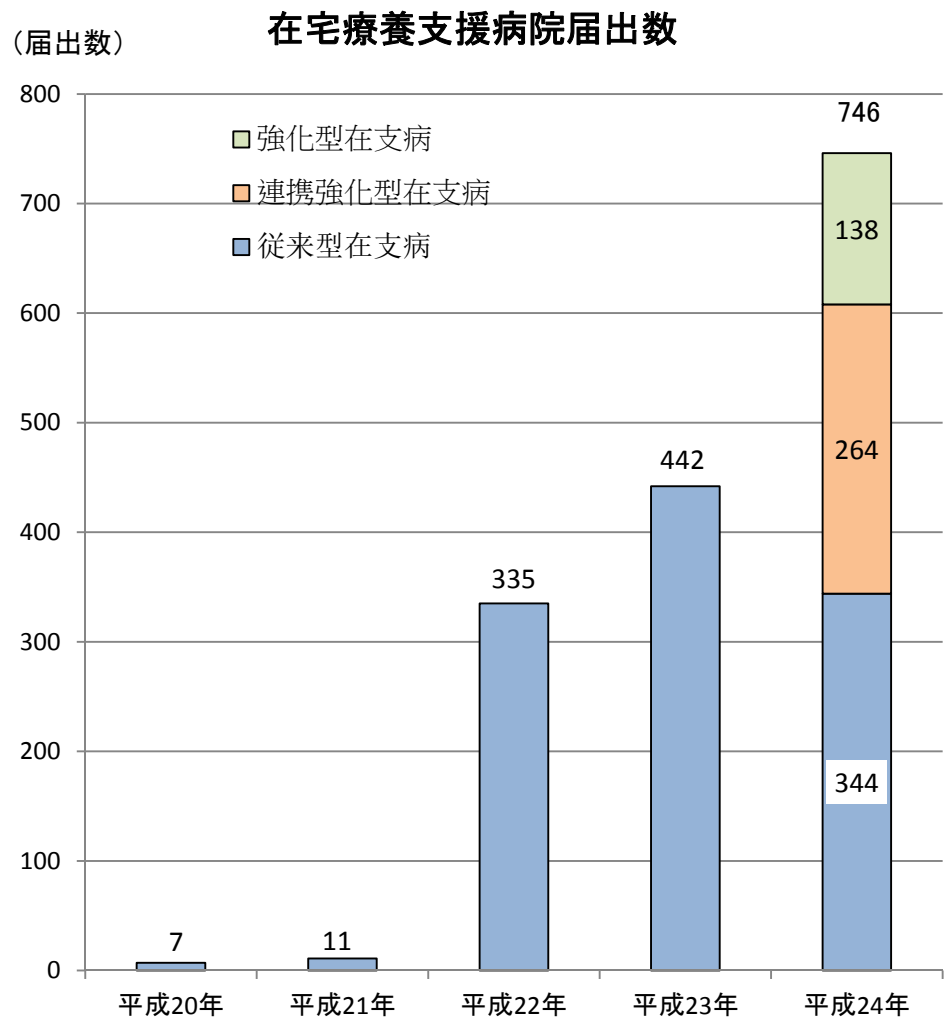
(注1) 平成23年10月1日現在の診療所総数は99,547
(平成23年医療施設(静態・動態)調査・病院報告)
(注2) 連携強化型在支診については、連携医療機関平均数3.6

在宅療養支援診療所の年間実績(平成24年7月1日時点)



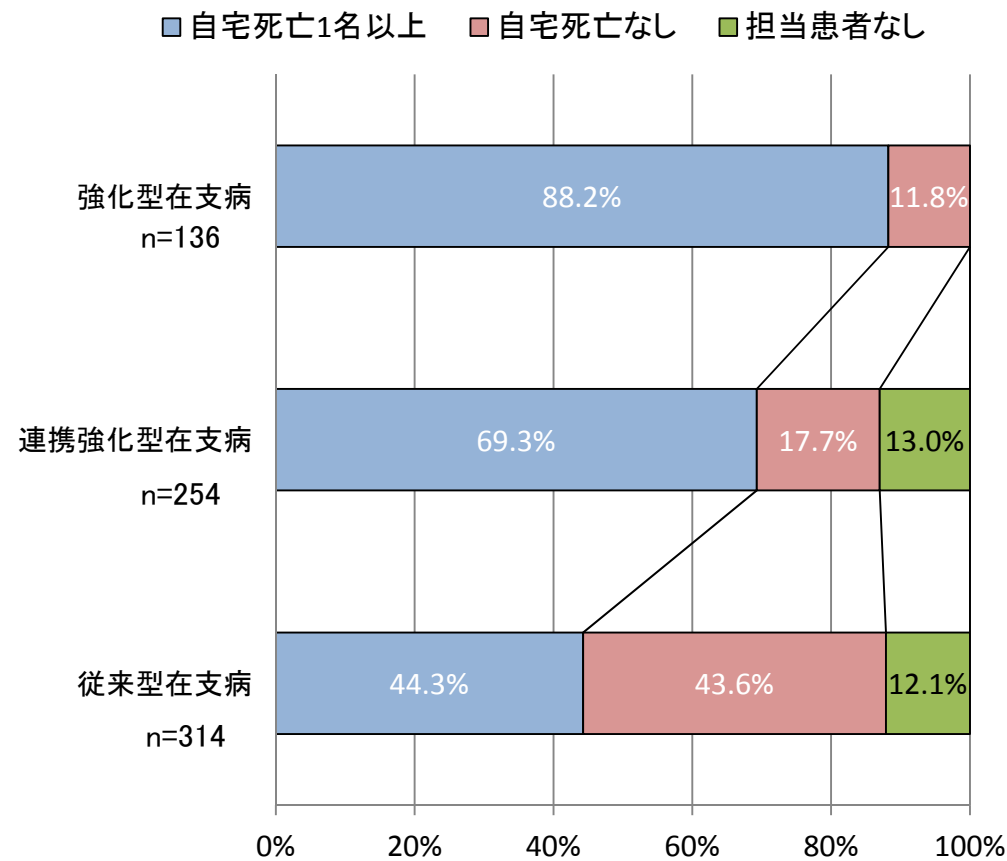
(注) 厚生局に報告のあった医療機関のみの実績

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

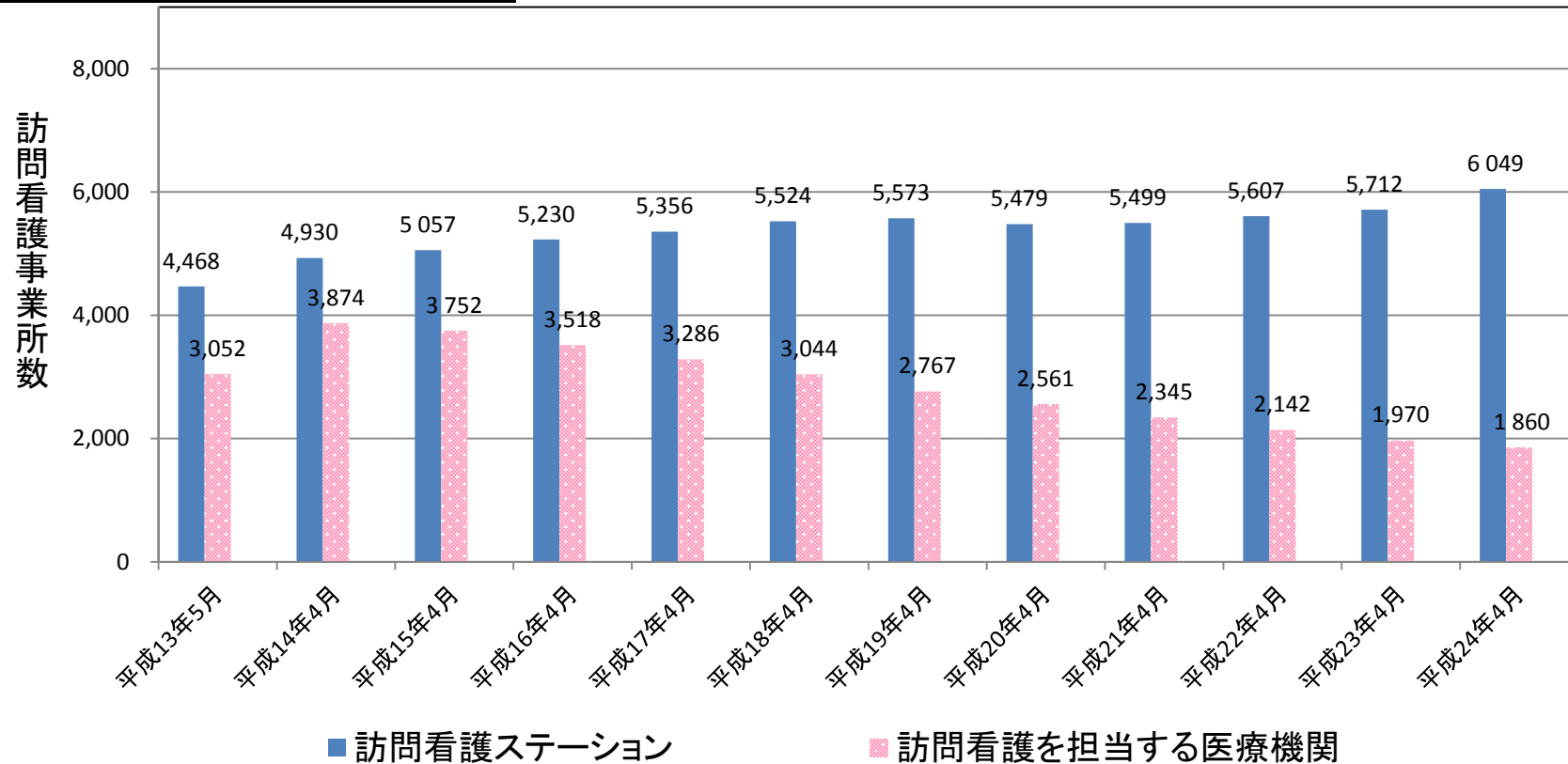
訪問看護事業所数の推移

中医協 総 - 5
25.2.13 (改)

中医協 総 - 1
23.11.11 (改)

○ 訪問看護事業所数は近年増加傾向である。

■ 訪問看護事業所数の年次推移



出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」（各年4月審査分）

(参考)平成25年2月審査分 訪問看護ステーション数6,471カ所

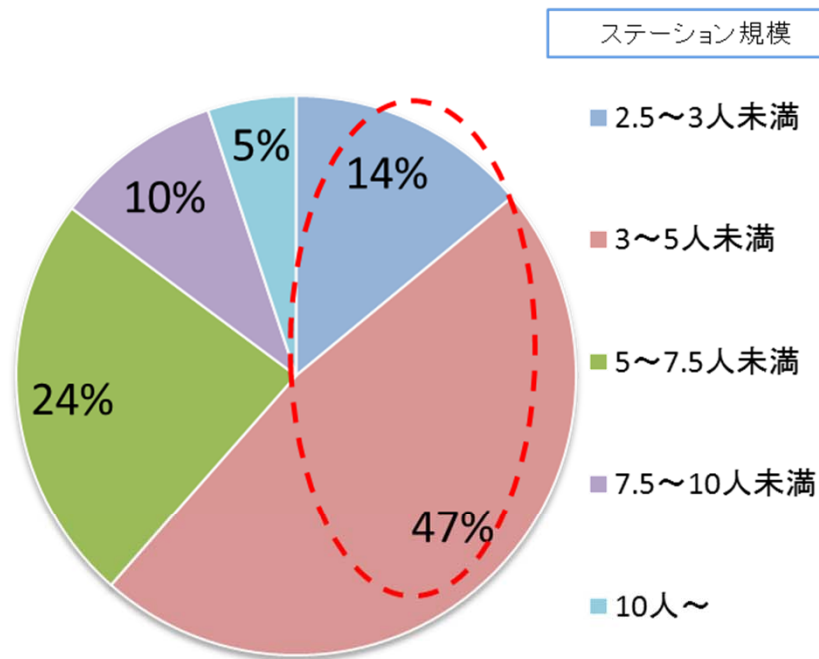
訪問看護ステーションの規模別状況

中医協 総 - 1
23.11.11 (改)

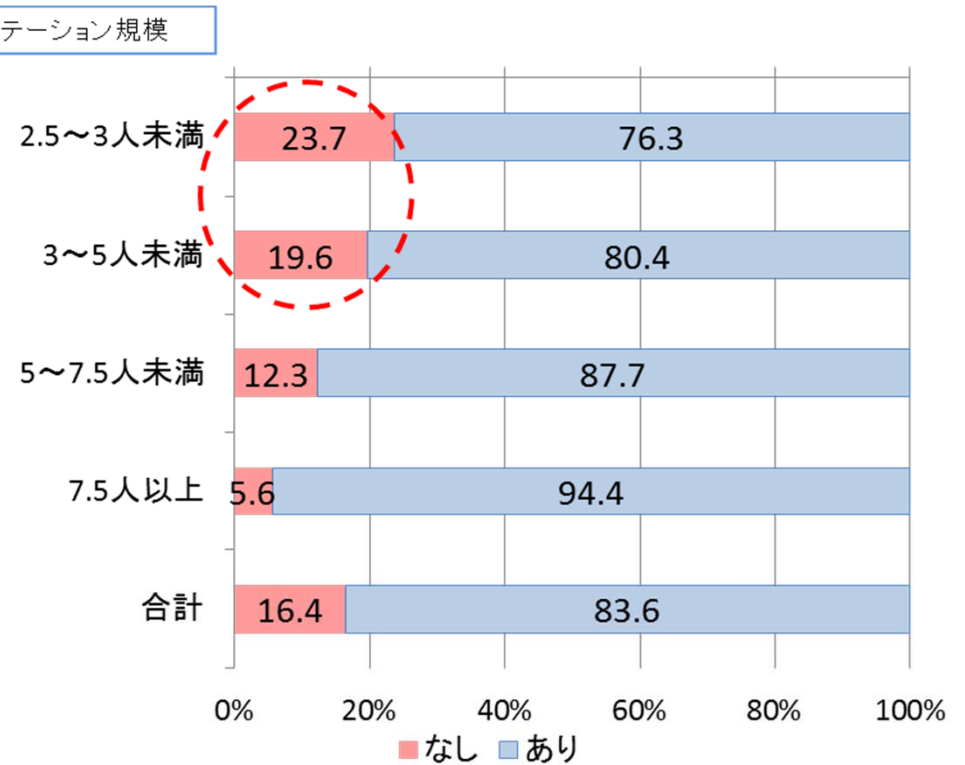
中医協 総 - 2
23.1.21 (改)

- 看護職員5人未満の訪問看護ステーションは全体の約60% (参考) 1事業所当たり看護職員数: 約4.3人
- 小規模なステーションのほうが、24時間対応体制の届出有りの割合が低い。

■職員※数規模別にみた事業所数の構成 (N=1,713)



■職員※数規模別にみた24時間対応体制の有無 (N=1,696)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

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	<p>簡易診療録情報</p> <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 (傷病の治癒、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 			
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">診療報酬 請求情報</td> <td>医科点数表に基づく出来高点数情報</td> </tr> <tr> <td>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</td> </tr> </table>	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
	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月稼動予定)

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

1 地域の状況を把握

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

地域における疾病予防のための取り組み(例)

2 重点課題の抽出

- 予防可能な問題となっている疾病を選択

予防対策の疾病を選択

4 効果を確認

- 疾病別医療費等経年データ分析により保健事業の効果を判定できる

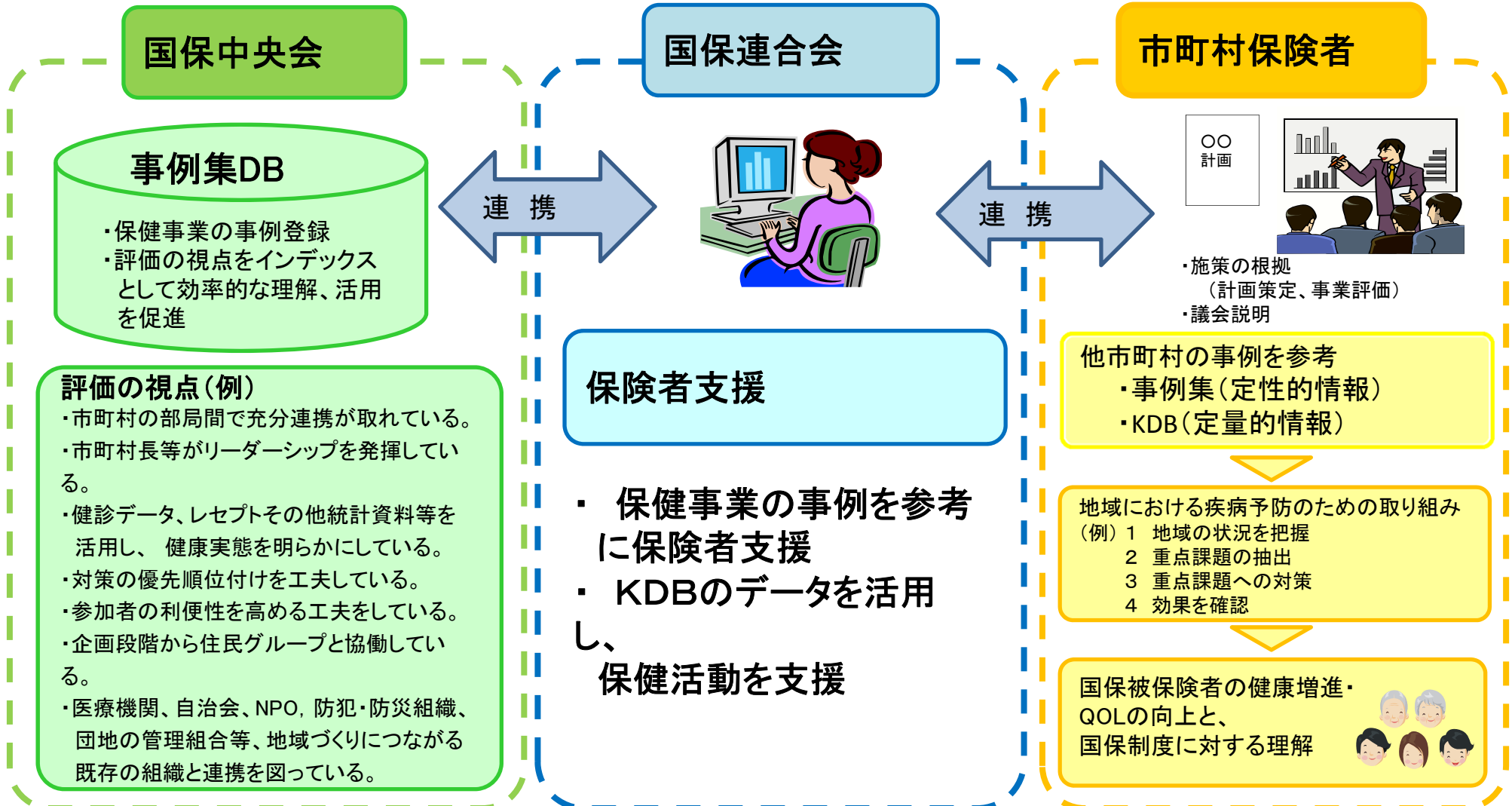
有病者や予備群等の改善の確認

3 重点課題への対策

- 選択された疾病への重点的な保健事業の実施

対象者を選択し、保健指導を実施

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

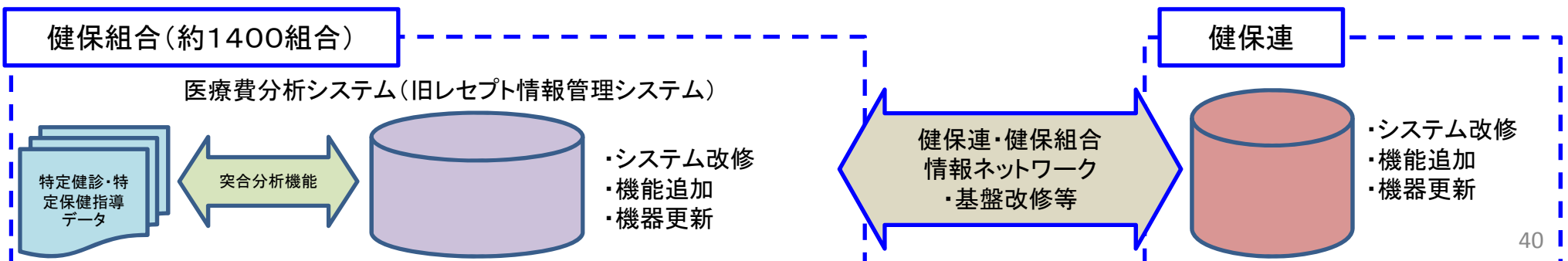
○健保組合の「レセプト情報管理システム」については、初期開発(平成15年)から既に10年が経過しており、システム改修等により、電子レセプトによる迅速かつ効率的な業務処理への対応及び特定健診・特定保健指導データ等を活用した医療費分析の機能向上を図る。

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

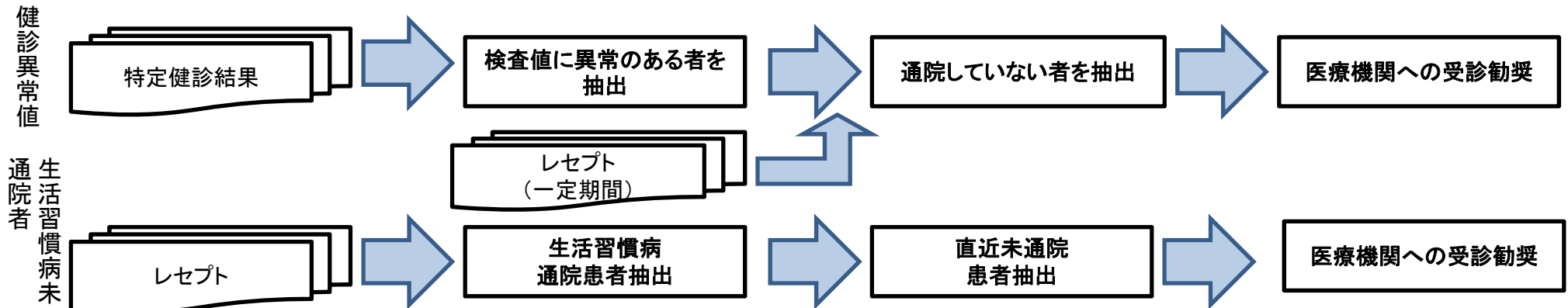


保険者による電子レセプトの保健事業への活用例①

○ 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

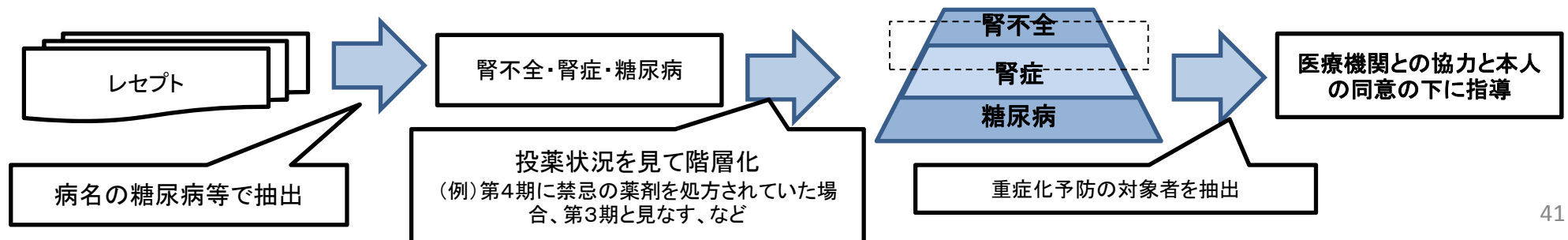
保険者において、健診で異常値を出しているにも関わらず通院していない者や生活習慣病通院患者で最近通院をしていない者を抽出し、受診勧奨を行う。



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。

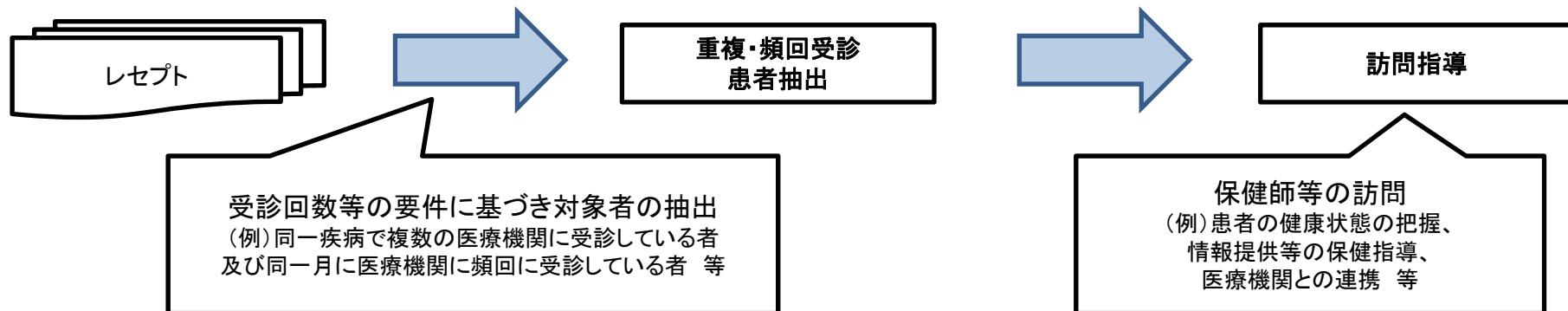
※ 抽出の方法や指導のあり方については関係者間で十分な協議が必要。



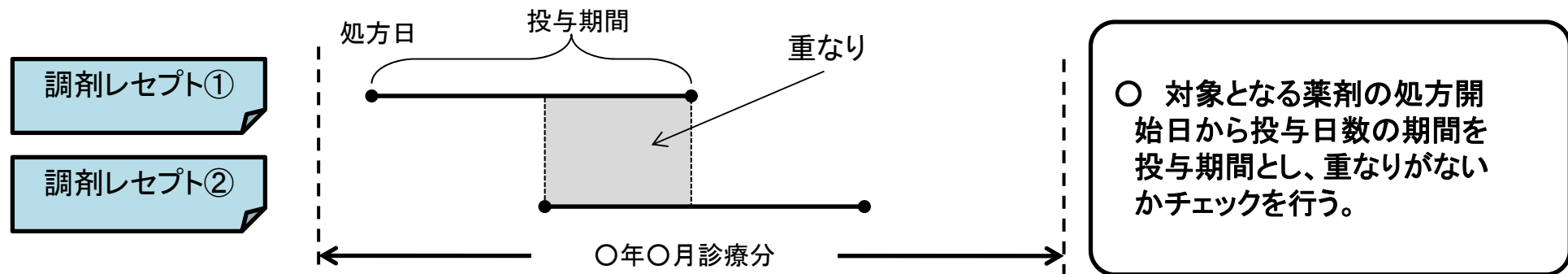
保険者による電子レセプトの保健事業への活用例②

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

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）

〔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

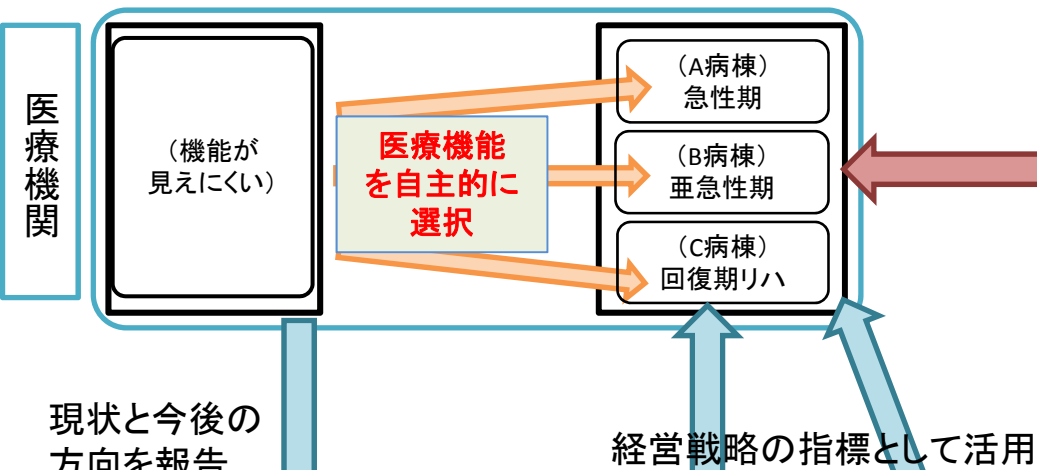
〔医療機能情報の具体例〕

- 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。



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

現状と今後の方向を報告

都道府県

公表

住民・患者

・各医療機関からの報告内容について、医療機能情報提供制度等の既存の情報と併せて、患者・住民にわかりやすい形で公表

・各医療機関の機能を適切に理解しつつ利用

公表

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 について

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Ⅰ（住民税非課税）》

15,000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：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＋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	変更前		➔	変更後			
		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)
			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＞		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。

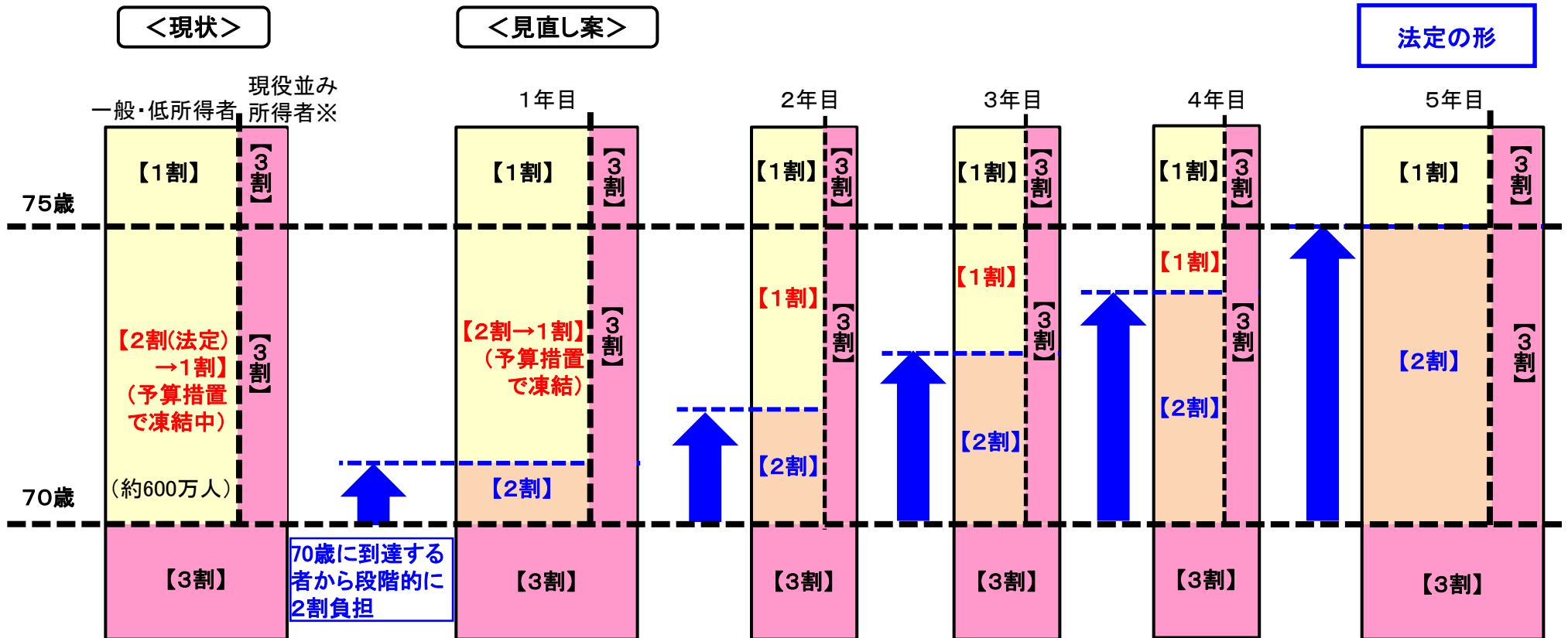
- ・在宅医療や地域の医師確保の推進等(厚生労働省)
- ・新型インフルエンザ対策の推進:プレパンデミックワクチンの備蓄維持等(厚生労働省)
- ・社会福祉施設の円滑な運営支援(厚生労働省)
- ・自殺対策の推進:若年層対策等(内閣府)
- ・安定した医療保険制度の構築(厚生労働省) 等

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

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

○ 高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一
 「新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」
 ⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

○ 日本経済再生に向けた緊急経済対策(平成25年1月11日閣議決定) 一抄一
 「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。」



※ 現役並み所得者
 国保世帯: 課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険: 標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者
 (ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合は除く)

70～74歳の患者負担特例措置の状況

- 70～74歳の1人当たり患者負担額は、法定2割の場合年7.4万円だが、1割負担への凍結により4.5万円に抑えられている。
- 65～69歳、75歳以上と比較すると、1人当たり医療費に対する割合、平均収入に対する割合とも低い。

1人当たり医療費に対する患者負担割合

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	患者負担額(年)	医療費に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		90.5万円	7.6万円	8.4%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	55.6万円	7.4万円	13.3%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	<u>8.2%</u>
65～69歳(3割)		41.0万円	8.9万円	21.7%
20～64歳(3割)		16.9万円	3.8万円	22.6%

1人当たり平均収入に対する患者負担割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	患者負担額(年)	収入に対する患者負担割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		172万円	7.6万円	4.4%
70～74歳	法定2割 (現役並み所得3割)	198万円	7.4万円	3.7%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	<u>2.3%</u>
65～69歳(3割)		236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)		269万円	3.8万円	1.4%

※医療費は、各制度の事業年報等をもとに保険局調査課が推計した平成22年度の実績。

※平均収入額は、平成23年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成22年の数値。

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。

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

(被用者保険の課題)

被用者保険の課題

1. 協会けんぽの財政基盤強化

①被保険者の所得水準停滞

- ・被保険者一人あたり標準報酬月額推移
協会けんぽ・・・387万円(19年度)→374万円(21年度)→370万円(23年度)

②協会けんぽの保険料率が大きく上昇

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

2. 被用者保険者間の負担の格差

保険者間に大きな財政力格差

- ・被保険者一人あたり標準報酬総額
協会けんぽ370万円、健保組合553万円(23年度)

3. 高齢者医療への拠出金負担増大

高齢者医療への拠出金負担増大

- ・義務的支出に占める高齢者医療拠出金(後期、前期)の割合
協会けんぽ・・・38.9%(22年度)→41.4%(27年度推計)→43%(32年度推計)
健保組合・・・44.4%(22年度)→47.1%(27年度推計)→48.5%(32年度推計)

国庫補助の引上げ措置の2年間延長

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。(健保法等の一部を改正する法律案)

1/3総報酬割の2年間延長

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。(健保法等の一部を改正する法律案)

全面総報酬割の検討

後期高齢者支援金の負担方法について、全面的に各被用者保険者の総報酬に応じた負担することについて、社会保障制度改革国民会議等の議論を踏まえ、検討。

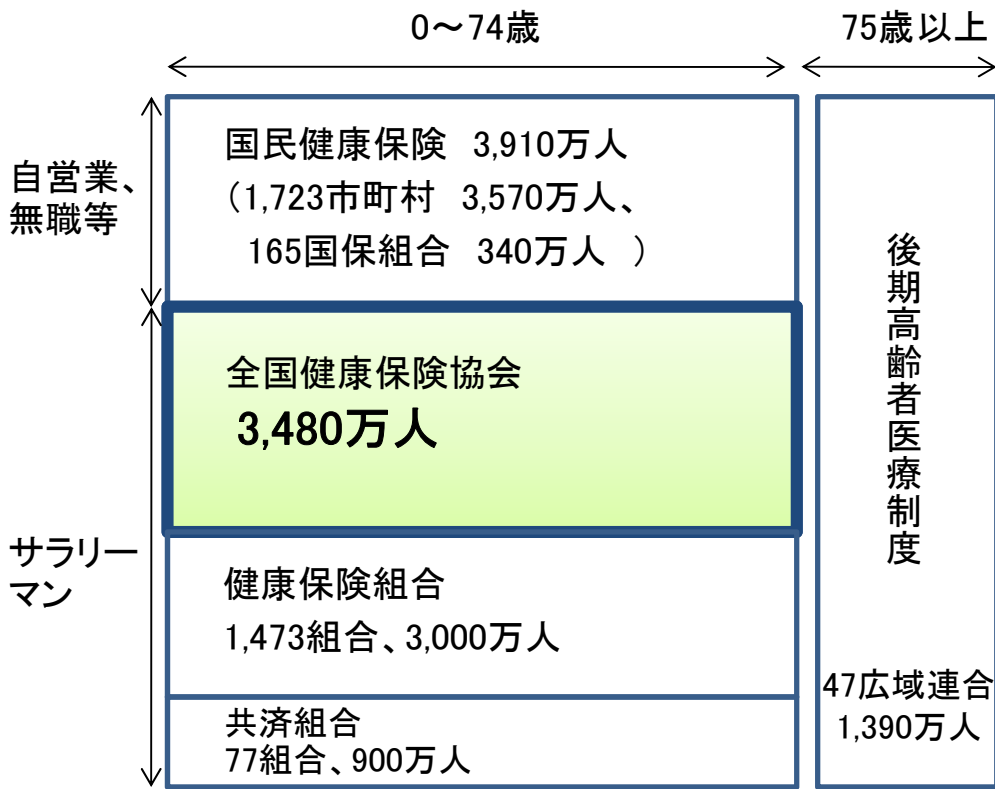
高齢者医療制度の在り方

高齢者医療制度の在り方について、社会保障制度改革国民会議等の議論を踏まえ、検討。

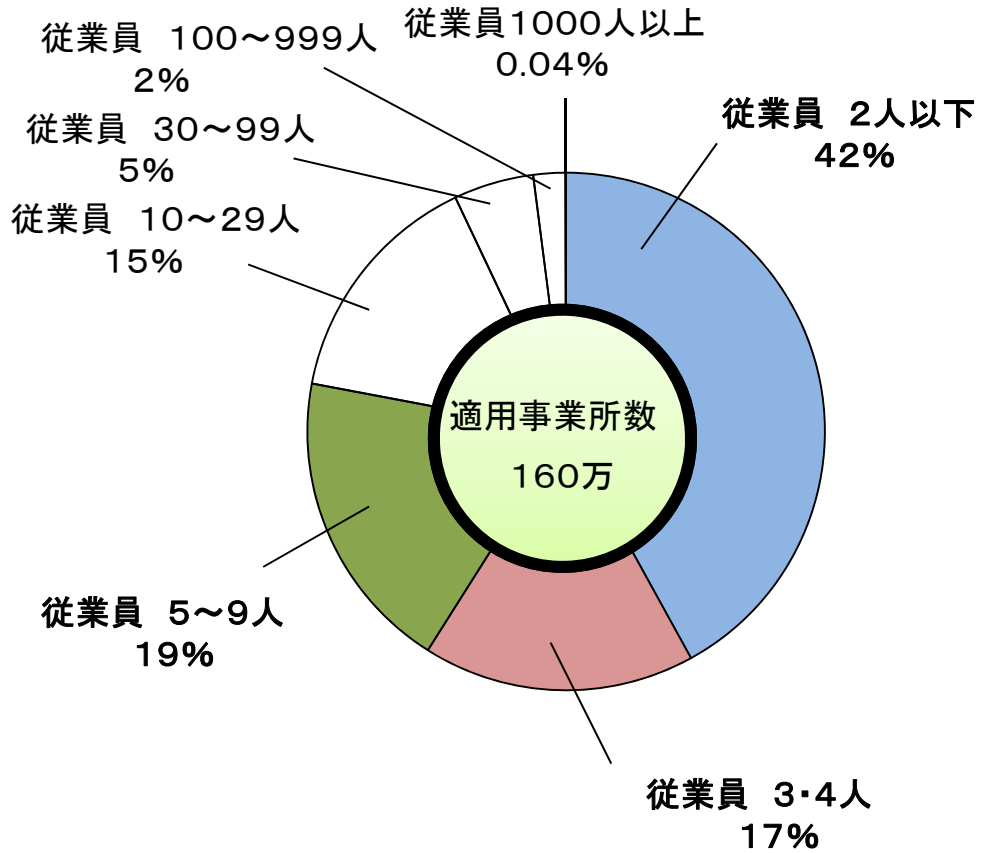
協会けんぽ(全国健康保険協会)について

- 3480万人(国民の3.6人に1人)が加入者。
- 中小企業・小規模企業が多く、事業所数の約8割が従業員9人以下。

○ 保険者の位置付け (22年3月末)



○ 協会の事業所規模別構成 (24年3月末)



健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）

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. 法律の概要

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

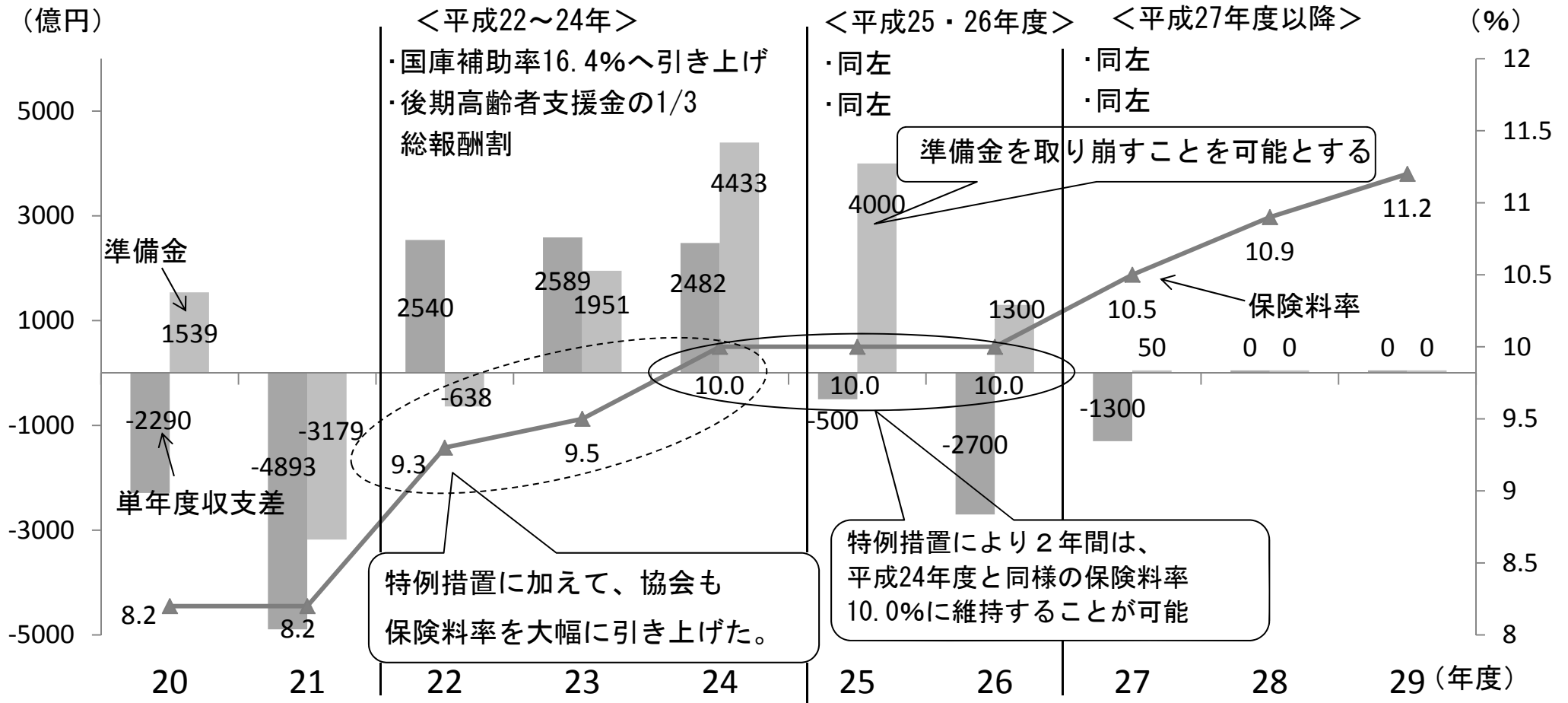
公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

今回の法改正による協会けんぽの保険料率の見通し

○ 協会けんぽの財政対策として、平成25年度及び平成26年度は

- ① 国庫補助率を13%から16.4%に引き上げる
- ② 後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割を導入する
を引き続き実施する。
- ③ 加えて、協会けんぽの準備金を取り崩すことを可能とする。



(参考) 協会けんぽの保険料率の推移：

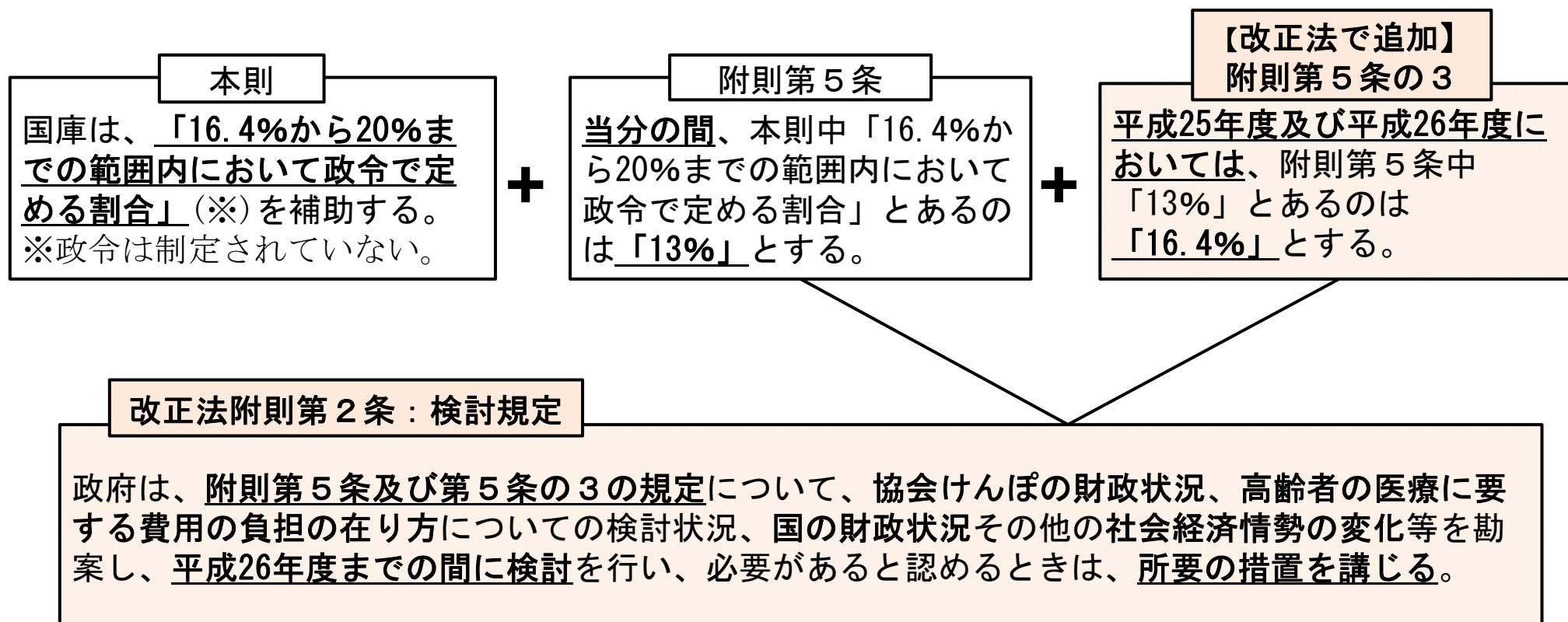
8.2% (21年度) → 9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度) → 10.0% (25年度)

健康保険法等の一部を改正する法律 (平成25年5月24日成立)(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



健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成25年5月23日参議院厚生労働委員会)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、後期高齢者医療制度及び前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整による拠出金によって、運営に困難をきたしている保険者に対する財政支援を、同法案の措置期限である平成二十六年までの間、継続し、かつ更に充実すること。
- 二、高齢者医療制度に係る保険者間の費用負担の調整については、その再構築に向け、広く関係者の意見を聴取するとともに、若年者の負担が過大なものとならないよう、公費負担を充実すること。
- 三、協会けんぽについては、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則を踏まえて検討し、必要な措置を講ずること。
- 四、国民健康保険制度については、適切な財政支援を行うとともに、平成二十七年度からの都道府県単位の共同事業の拡大の円滑な実施に努めること。

右決議する。

健康保険法等の一部を改正する法律案に関する 衆・参 厚生労働委員長 報告

平成25年4月23日 衆議院本会議 松本 純 厚生労働委員長発言

ただいま議題となりました健康保険法等の一部を改正する法律案について、厚生労働委員会における審査の経過及び結果を御報告申し上げます。

本案は、医療保険制度の安定的運営を図るため、所要の措置を講じようとするものであり、その主な内容は、

第一に、平成二十五年度及び二十六年度において、協会けんぽに対する国庫補助率を千分の百六十四に引き上げるとともに、被用者保険等の保険者が負担する後期高齢者支援金の額について、その額の三分の一を被用者保険等の保険者の標準報酬総額に応じたものとする事、

第二に、健康保険の被保険者等の業務上の負傷等について、労災保険の給付対象とならない場合は、法人の役員としての業務を除き、健康保険の給付対象とすること等であります。

本案は、去る四月二日本委員会に付託され、翌三日に田村厚生労働大臣から提案理由の説明を聴取し、五日から質疑に入り、十九日に質疑を終局いたしました。

質疑終局後、自由民主党及び公明党より、施行期日についての修正案が提出され、趣旨説明を聴取いたしました。

次いで、討論、採決の結果、修正案及び修正部分を除く原案はいずれも賛成多数をもって可決され、本案は修正議決すべきものと決した次第であります。以上、御報告申し上げます。

平成25年5月24日 参議院本会議 武内 則男 厚生労働委員長発言（※）

ただいま議題となりました法律案につきまして、厚生労働委員会における審査の経過と結果を御報告申し上げます。

本法律案は、医療保険制度の安定的運営を図るため、平成二十五年度及び平成二十六年について、平成二十二年度から平成二十四年度までと同様に、協会けんぽに対する国庫補助率を16.4%とする事とともに、被用者保険等の保険者が負担する後期高齢者支援金の額について、その三分の一を標準報酬総額に応じたものとする事等の措置を講じようとするものであります。

なお、衆議院において施行期日を公布の日に変更する修正が行われております。

委員会におきましては、今後の医療保険制度改革の見通し、平成二十七年以降の協会けんぽに対する財政支援策、高齢者医療制度に係る支援金等の費用負担の在り方、健康保険と労災保険の適用関係等について質疑を行いました。その詳細は会議録によってご承知願います。

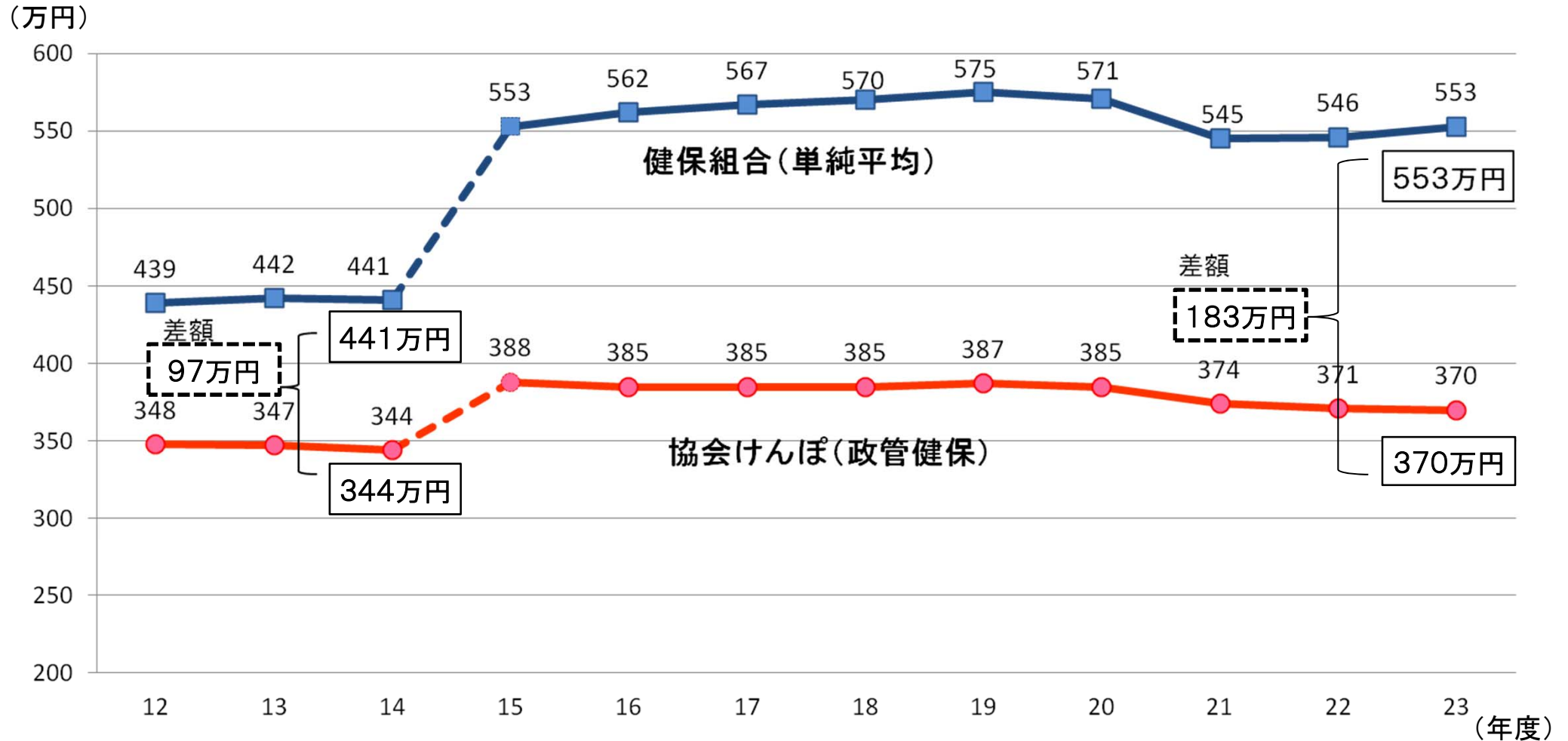
質疑を終局し、討論に入りましたところ、日本共産党を代表して田村智子委員より反対する旨の意見が述べられました。

討論を終局し、採決の結果、本法律案は多数をもって原案どおり可決すべきものと決定いたしました。

なお、本法律案に対して附帯決議が附されております。以上、御報告申し上げます。

協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移

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

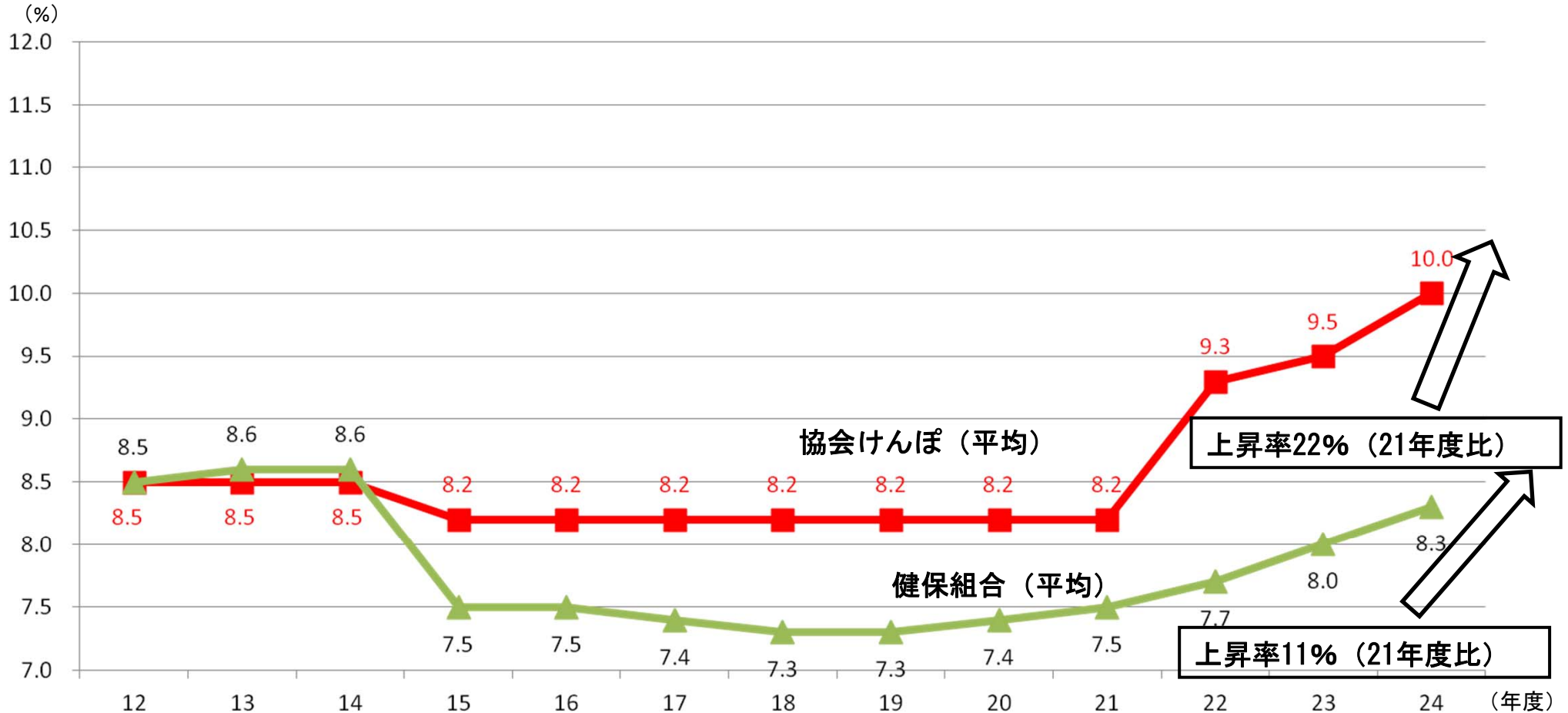


注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

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

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

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



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

(※2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

後期高齢者支援金の総報酬割について

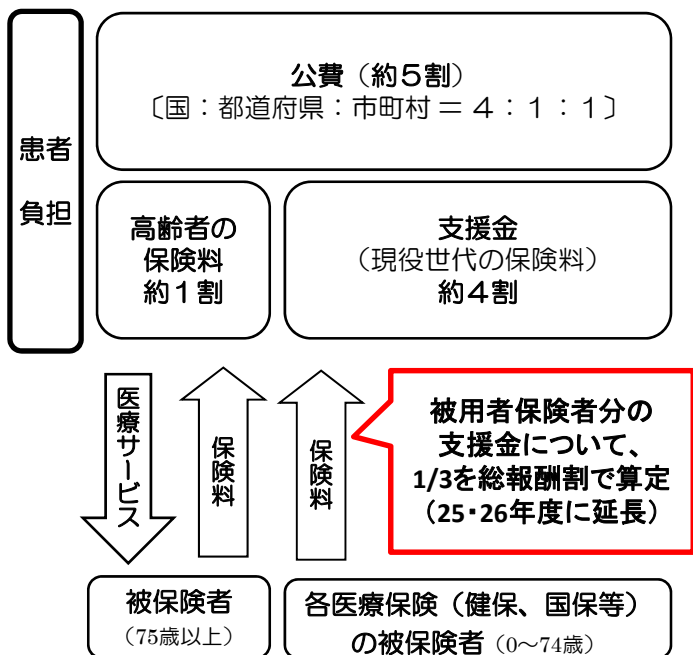
現行

- 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

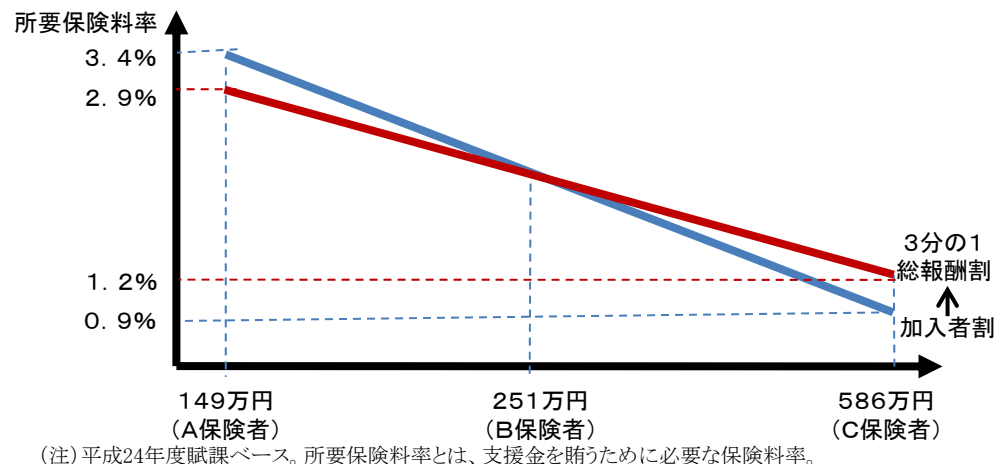
- 平成25年度及び平成26年度の2年間、被用者保険の支援金の3分の1について総報酬割とする特例措置を延長する。

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)
(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）

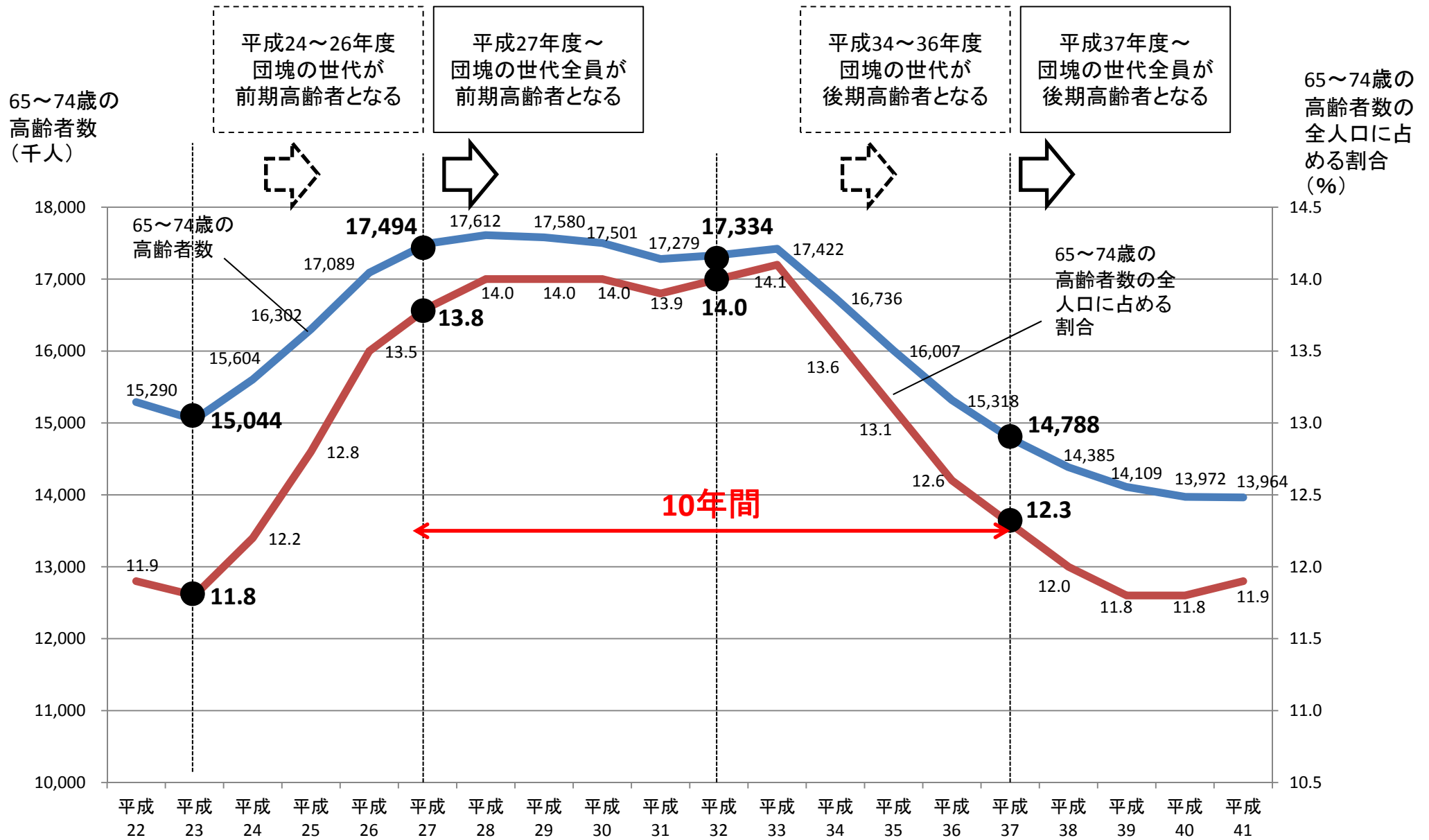
		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆4,300億円 うち公費 2,300億円	1兆2,300億円	3,900億円	3兆600億円
	加入者数	3,400万人(47%)	2,800万人(40%)	900万人(12%)	7,100万人
	1/3 総報酬割	6,000億円	6,800億円	2,400億円	1兆5,300億円
	総報酬額	72.0兆円(40%)	81.5兆円(45%)	28.3兆円(16%)	182.2兆円
	計(①)	2兆400億円	1兆9,200億円	6,200億円	4兆5,800億円
1/2総報酬割(③)		1兆9,800億円	1兆9,500億円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

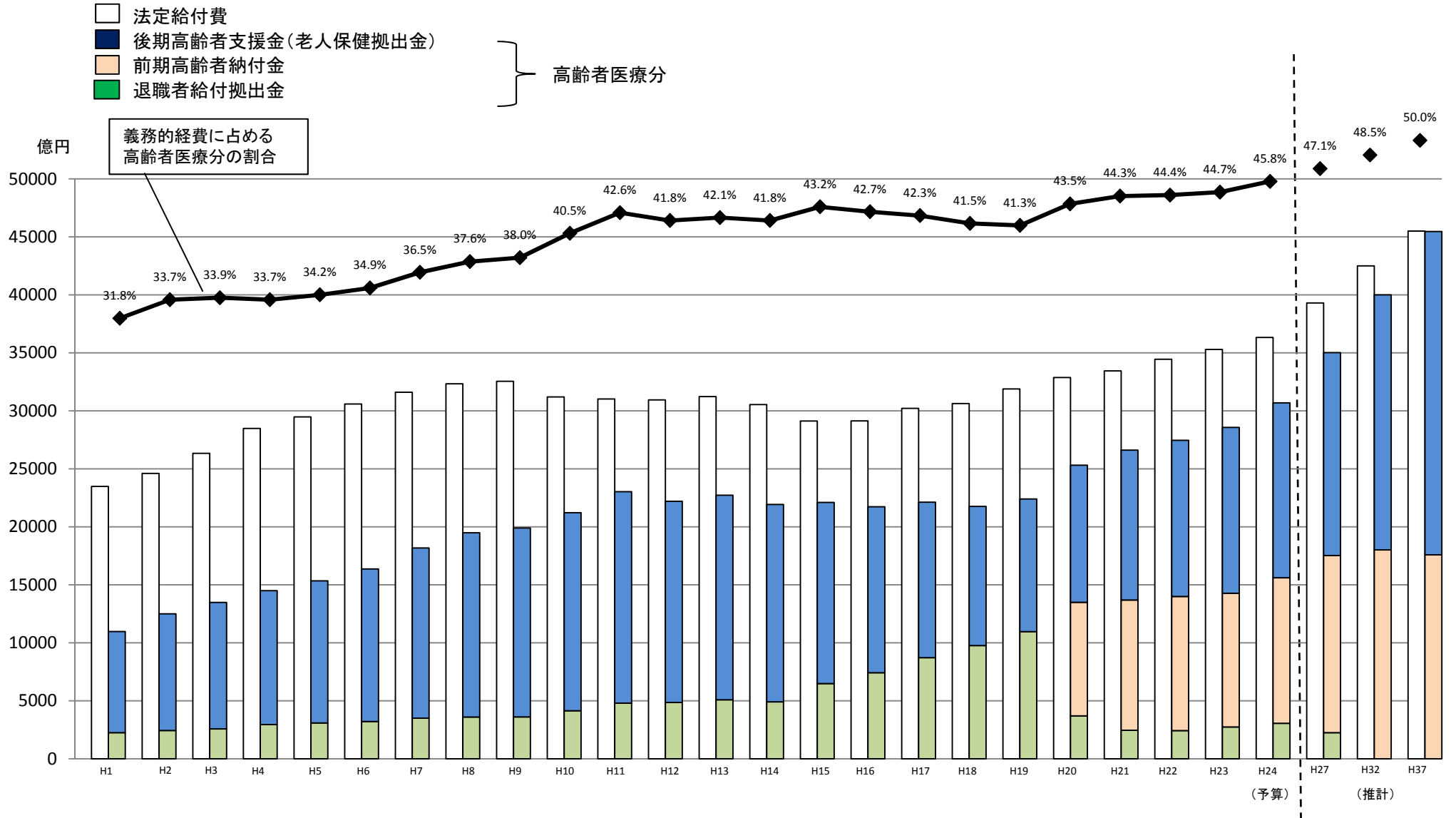
- ※ 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。
- ※ 平成25年度予算ベースに基づく推計。

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。

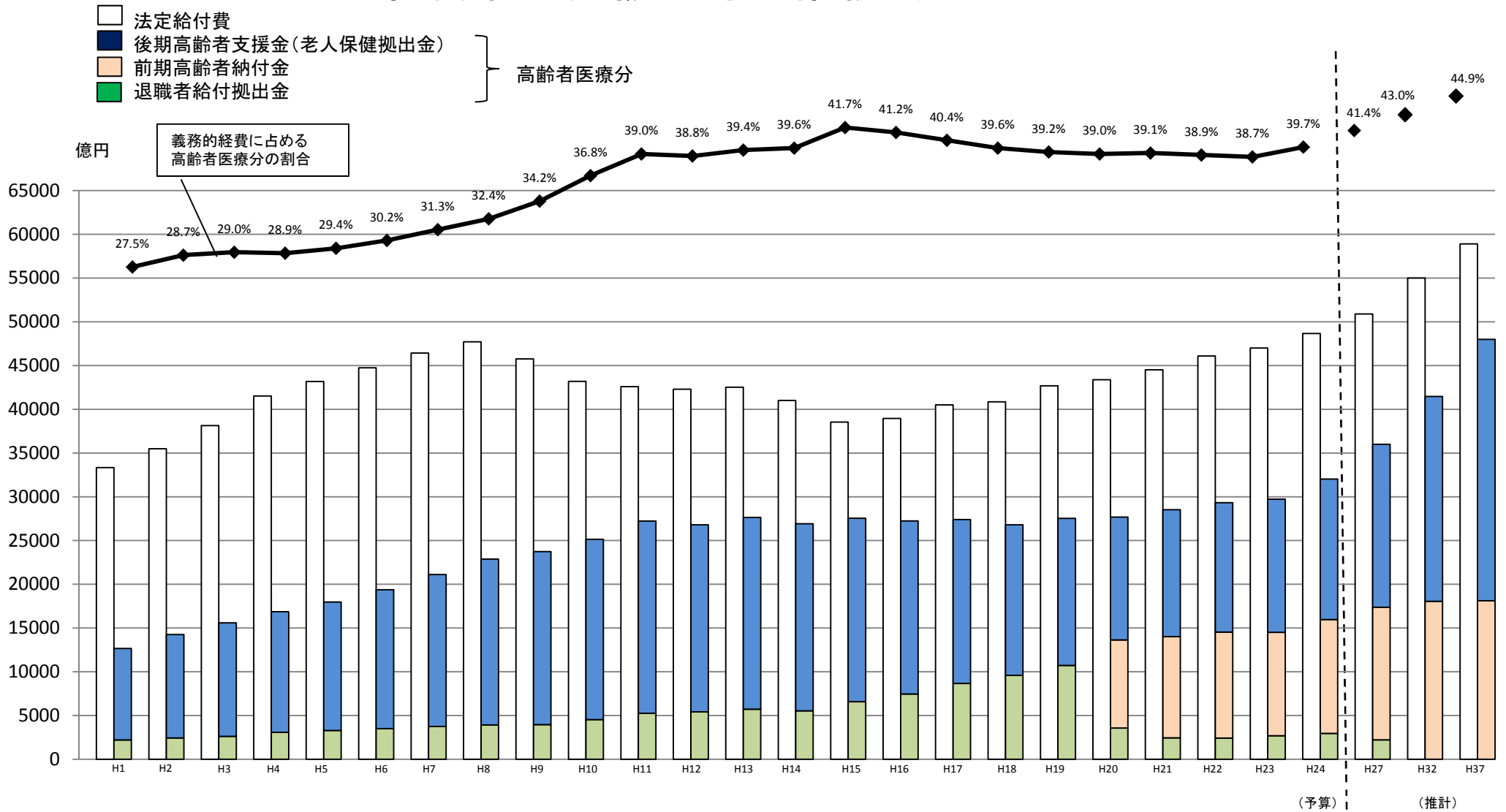
なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※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。

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

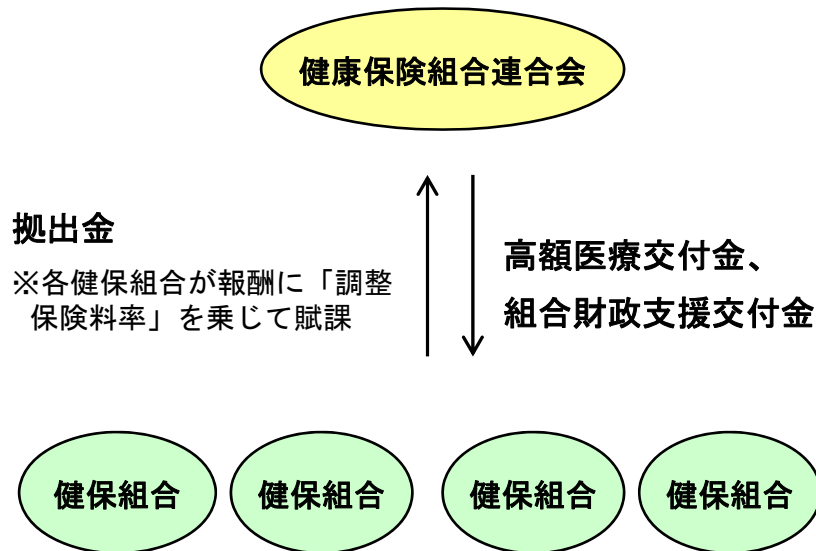
（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（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。

健康保険組合連合会の交付金交付事業の概要（健保組合間の財政調整）

- 健康保険組合連合会は、組合全体の共同により、①社会経済情勢の変化による個々の健保組合の財政基盤の悪化などのリスクを克服し、②組合の自主管理による経営効率の向上と疾病予防・健康増進等の組合本来の事業を維持していけるように支えることを目的として、健康保険法(附則2条)に基づき、健保組合間の財政調整による共同事業を実施している。



1 高額医療交付金

24年度支出見込み額 約830億円

レセプト1件の月額医療費が100万円超（人工腎臓を行う慢性腎不全等の特定疾病は40万円超）の医療費を対象に交付。

※ 交付額は、交付対象額（100万円超から200万円以下の医療費の2分の1と、200万円超の医療費の合計）に交付率を乗じて決定。ただし、400万円超の医療費には交付率を乗じず、100%を交付する。

※ 平成25年度事業（24年11月診療分）からは、月額医療費が120万円超（人工腎臓を行う慢性腎不全等の特定疾病は40万円超）の医療費を対象に交付することとしている。（交付決定時期：25年11月（予定）、26年3月（予定））

2 組合財政支援交付金

24年度支出見込み額 約410億円

保険料率が9.5%以上の組合に対し、法定給付費・拠出金等に要する所要保険料率の水準に応じて、法定給付費等の一定割合を交付。

※ 法定給付費等のうち、所要保険料率が9.0%超から9.3%に相当する部分の60%、9.3%超から9.7%に相当する部分の80%、9.7%超に相当する部分の100%を交付。

拠出金（調整保険料）

交付金交付事業の拠出金に充てるため、各健保組合は総報酬に調整保険料率を乗じて、調整保険料を徴収する。

調整保険料率の基本料率：0.13%（平成23～24年度）（高額医療交付金0.1%、組合財政支援0.03%）

※ 各健保組合の調整保険料率は、全組合の半数程度が基本料率になるようにしつつ、所要保険料率が低い組合は調整保険料率が高く（最大で基本料率の1.5倍）、所要保険料率が高い組合は調整保険料率が低くなるように、各組合の所要保険料率の水準に応じて設定。

健康保険制度における標準報酬月額の上限について

- 健康保険制度における標準報酬月額の上限は121万円（上限121万円・下限5.8万円の全47等級。）
- 上限の改定ルールについては、最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が、1.5%を超え、その状態が継続すると認められる場合には、改定後の最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が1%を下回らない範囲において、政令で等級を追加できることとなっている。

（参考） 健康保険法改正による見直し（平成19年4月施行）

- 改正前において、標準報酬月額の等級の分布に大きなばらつきがあり、最高等級及び最低等級については、その上下の等級と比べて多くの被保険者が該当していたことを踏まえ、上限を98万円から121万円に引き上げるとともに、下限を9.8万円から5.8万円に引き下げた。
- 政令による上限の改定ルールについても、改定を行うのは、最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が「3%」を超えた場合とされていたが、「1.5%」に見直した。

健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

第40条

- 2 毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

【標準報酬月額の等級表】

標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額	標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額
第1級	58,000円	63,000円未満	第25級	360,000円	350,000円以上370,000円未満
第2級	68,000円	63,000円以上73,000円未満	第26級	380,000円	370,000円以上395,000円未満
...
第23級	320,000円	310,000円以上330,000円未満	第47級	1,210,000円	1,175,000円以上
第24級	340,000円	330,000円以上350,000円未満			

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

(国民健康保険の課題)

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

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化【平成24年国保法改正】
- 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【平成24年国保法改正】

● 財政調整機能の強化【平成24年国保法改正】

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)
- ・一人当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)

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況（平成22年度）

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費				保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費				
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位			最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位			
北海道	音威子府村	456,927	別海町	214,639	2.1倍	341,885	13	滋賀県	野洲市	307,624	愛荘町	251,717	1.2倍	294,726	32
青森県	今別町	328,327	大間町	228,378	1.4倍	280,927	37	京都府	伊根町	378,807	和束町	270,186	1.4倍	309,102	25
岩手県	西和賀町	388,133	普代村	223,130	1.7倍	295,882	30	大阪府	岬町	384,863	泉南市	260,370	1.5倍	315,088	22
宮城県	七ヶ宿町	371,557	蔵王町	256,501	1.4倍	290,905	33	兵庫県	佐用町	385,729	豊岡市	281,769	1.4倍	316,531	21
秋田県	井川町	379,981	大潟村	246,491	1.5倍	324,738	18	奈良県	北上山村	403,935	天理市	261,133	1.5倍	299,245	29
山形県	小国町	339,024	三川町	250,987	1.4倍	301,516	28	和歌山県	北山村	541,616	みなべ町	214,062	2.5倍	306,887	26
福島県	広野町	366,505	葛尾村	234,730	1.6倍	290,091	34	鳥取県	江府町	421,932	北栄町	291,426	1.4倍	317,975	20
茨城県	高萩市	298,564	境町	212,562	1.4倍	255,242	46	島根県	川本町	438,147	知夫村	309,115	1.4倍	358,893	5
栃木県	日光市	288,997	益子町	234,938	1.2倍	266,725	44	岡山県	新庄村	399,268	総社市	328,815	1.2倍	342,199	12
群馬県	神流町	407,158	昭和村	210,034	1.9倍	274,906	41	広島県	安芸太田町	462,143	世羅町	320,388	1.4倍	360,409	3
埼玉県	東秩父村	312,191	戸田市	234,842	1.3倍	270,944	43	山口県	美祇市	428,296	田布施町	325,783	1.3倍	364,350	1
千葉県	長南町	337,797	富里市	222,051	1.5倍	265,834	45	徳島県	三好市	433,990	松茂町	307,906	1.4倍	352,640	8
東京都	奥多摩町	383,928	小笠原村	160,031	2.4倍	271,015	42	香川県	直島町	441,941	宇多津町	315,828	1.4倍	362,151	2
神奈川県	山北町	339,189	大井町	261,459	1.3倍	280,285	38	愛媛県	上島町	440,063	宇和島市	288,296	1.5倍	327,309	16
新潟県	阿賀町	381,229	湯沢町	249,250	1.5倍	309,204	24	高知県	馬路村	531,513	四万十市	280,040	1.9倍	344,033	10
富山県	魚津市	361,182	砺波市	313,988	1.2倍	330,258	15	福岡県	豊前市	422,939	那珂川町	280,078	1.5倍	331,373	14
石川県	宝達志水町	388,841	津幡町	312,831	1.2倍	342,354	11	佐賀県	みやき町	430,337	太良町	290,856	1.5倍	355,318	7
福井県	池田町	379,572	小浜市	289,828	1.3倍	323,672	19	長崎県	長崎市	411,356	小値賀町	266,496	1.5倍	356,972	6
山梨県	早川町	386,127	小菅村	234,885	1.6倍	279,674	39	熊本県	水俣市	467,098	産山村	256,329	1.8倍	326,426	17
長野県	麻績村	377,779	川上村	194,419	1.9倍	284,005	35	大分県	津久見市	437,678	九重町	302,031	1.4倍	359,890	4
岐阜県	下呂市	320,374	岐南町	256,401	1.2倍	294,884	31	宮崎県	日南市	380,448	都農町	263,284	1.4倍	313,967	23
静岡県	西伊豆町	353,706	清水町	252,255	1.4倍	282,611	36	鹿児島県	宇検村	479,094	与論町	218,056	2.2倍	349,755	9
愛知県	東栄町	358,512	田原市	224,575	1.6倍	278,308	40	沖縄県	渡名喜村	422,041	座間味村	165,320	2.6倍	251,282	47
三重県	紀北町	376,936	度会町	259,846	1.5倍	304,259	27								

(※) 3～2月診療ベースである。

1人当たり医療費 全国平均：299,333円

都道府県内における1人当たり所得の格差（平成21年度）

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
北海道	54.1	斜里町	175.5	赤平市	30.0	5.9
青森	43.5	三沢市	70.6	鶴田町	30.2	2.3
岩手	44.6	藤沢町	59.1	遠野市	35.5	1.7
宮城	52.6	女川町	59.2	涌谷町	38.5	1.5
秋田	43.6	大潟村	210.7	小坂町	32.7	6.5
山形	50.1	山形市	58.3	小国町	35.6	1.6
福島	48.5	矢吹町	79.1	昭和村	35.0	2.3
茨城	61.8	守谷市	84.0	北茨城市	40.9	2.1
栃木	65.4	宇都宮市	83.4	茂木町	47.4	1.8
群馬	59.4	昭和村	105.6	上野村	42.8	2.5
埼玉	73.1	和光市	93.2	皆野町	46.9	2.0
千葉	73.6	浦安市	109.6	九十九里町	46.0	2.4
東京	93.5	港区	210.7	奥多摩町	56.5	3.7
神奈川	87.3	伊勢原市	120.5	山北町	68.5	1.8
新潟	52.1	津南町	60.6	阿賀町	35.7	1.7
富山	57.8	舟橋村	64.6	氷見市	51.1	1.3
石川	58.1	野々市町	68.7	中能登町	42.1	1.6
福井	57.5	越前町	65.5	大野市	47.5	1.4
山梨	58.4	山中湖村	93.9	丹波山村	45.6	2.1
長野	54.5	軽井沢町	93.5	大鹿村	35.3	2.7
岐阜	63.9	白川村	118.5	富加町	51.3	2.3
静岡	71.7	長泉町	84.9	南伊豆町	48.7	1.7
愛知	78.3	一色町	122.6	豊根村	54.2	2.3
三重	62.4	朝日町	86.6	御浜町	41.4	2.1

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
滋賀	59.0	栗東市	87.3	甲良町	40.5	2.2
京都	53.5	長岡京市	67.5	与謝野町	38.7	1.7
大阪	53.7	箕面市	81.4	泉南市	39.1	2.1
兵庫	59.9	芦屋市	108.6	新温泉町	42.9	2.5
奈良	55.2	生駒市	78.6	御杖村	31.5	2.5
和歌山	45.1	みなべ町	57.5	北山村	27.5	2.1
鳥取	45.0	日吉津村	56.7	八頭町	36.4	1.6
島根	50.7	海士町	64.9	津和野町	37.3	1.7
岡山	52.2	浅口市	64.2	美作市	34.5	1.9
広島	59.8	海田町	74.1	神石高原町	42.2	1.8
山口	52.1	田布施町	71.9	阿武町	43.9	1.6
徳島	40.1	松茂町	49.9	つるぎ町	22.8	2.2
香川	53.3	直島町	70.8	小豆島町	42.0	1.7
愛媛	47.4	松山市	57.4	松野町	24.2	2.4
高知	42.9	馬路村	61.2	大豊町	27.3	2.2
福岡	49.1	太宰府市	81.7	川崎町	21.5	3.8
佐賀	50.8	白石町	63.1	大町町	34.6	1.8
長崎	43.7	長与町	57.5	平戸市	36.2	1.6
熊本	46.4	西原村	66.0	津奈木町	25.3	2.6
大分	42.8	大分市	48.1	姫島村	24.8	1.9
宮崎	44.4	延岡市	55.3	五ヶ瀬町	31.9	1.7
鹿児島	40.6	日置市	55.6	伊仙町	15.1	3.7
沖縄	36.2	嘉手納町	69.8	多良間村	16.6	4.2

1人当たり所得 全国平均：63.8万円

(注1)厚生労働省保険局「平成22年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成21年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(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)である。

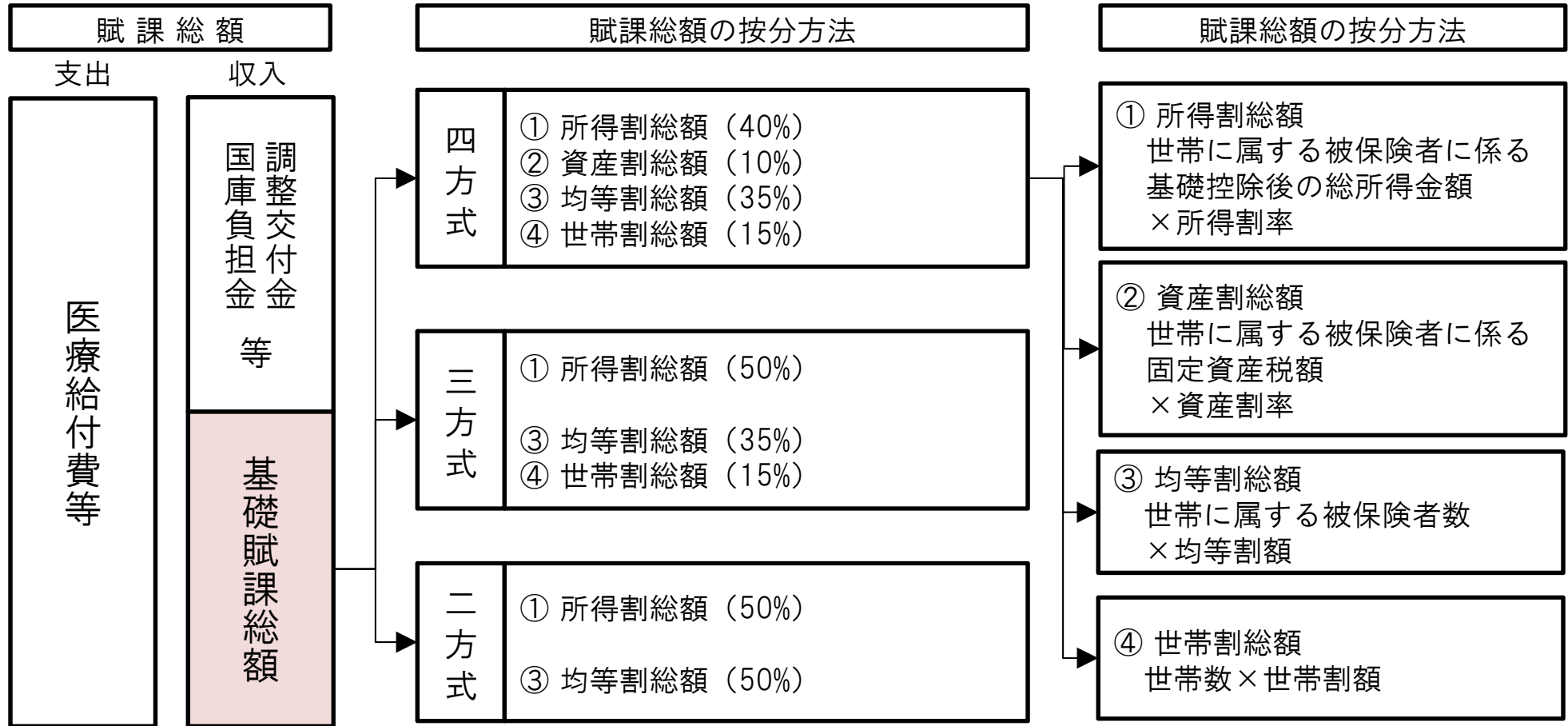
国保保険料の都道府県内格差（平成22年度）

	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

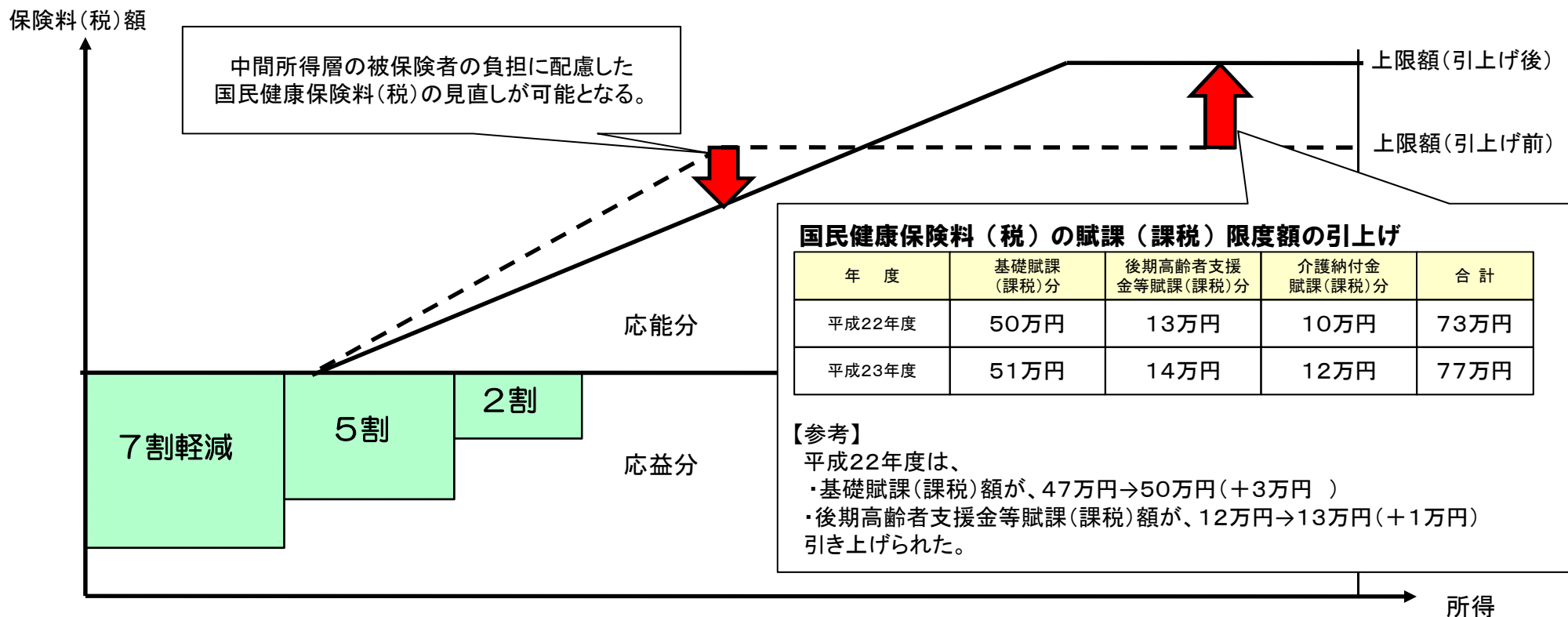
（平成22年度末現在）

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。)

平成22・23年度の保険料（税）賦課（課税）限度額の見直し

- 国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額については、高齢化の進展とともに医療給付費が増加する一方、厳しい経済情勢が続き被保険者の所得が伸びない中、高所得者により多く負担してもらうことにより、中間所得層の負担軽減を図るためには、賦課（課税）限度額を引き上げることが必要。
- 将来的には、協会けんぽの保険料上限額と同程度に引き上げていくことを念頭に置きつつ、平成22年度・23年度の2年連続で、4万円ずつ引き上げたが、平成24年度については据え置いた。



国民健康保険料（税）の賦課（課税）限度額の引上げ

年 度	基礎賦課（課税）分	後期高齢者支援金等賦課（課税）分	介護納付金賦課（課税）分	合 計
平成22年度	50万円	13万円	10万円	73万円
平成23年度	51万円	14万円	12万円	77万円

【参考】

- 平成22年度は、
 - ・基礎賦課（課税）額が、47万円→50万円（+3万円）
 - ・後期高齢者支援金等賦課（課税）額が、12万円→13万円（+1万円）
 引き上げられた。

※ 限度額に達する収入及び所得（基礎賦課（課税）分+後期高齢者支援金等賦課（課税）分）

年 度	限度額	給与収入（給与所得）	年金収入（年金所得）
平成23年度	65万円	1,050万円(820万円)	1,030万円(820万円)
平成24年度	65万円	980万円(770万円)	970万円(770万円)

1 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

2 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成22年度全国平均値。所得割率 7.82%、資産割額 16,215円、均等割額 26,664円、世帯割額 25,943円を使用。

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で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で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。89

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。

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。

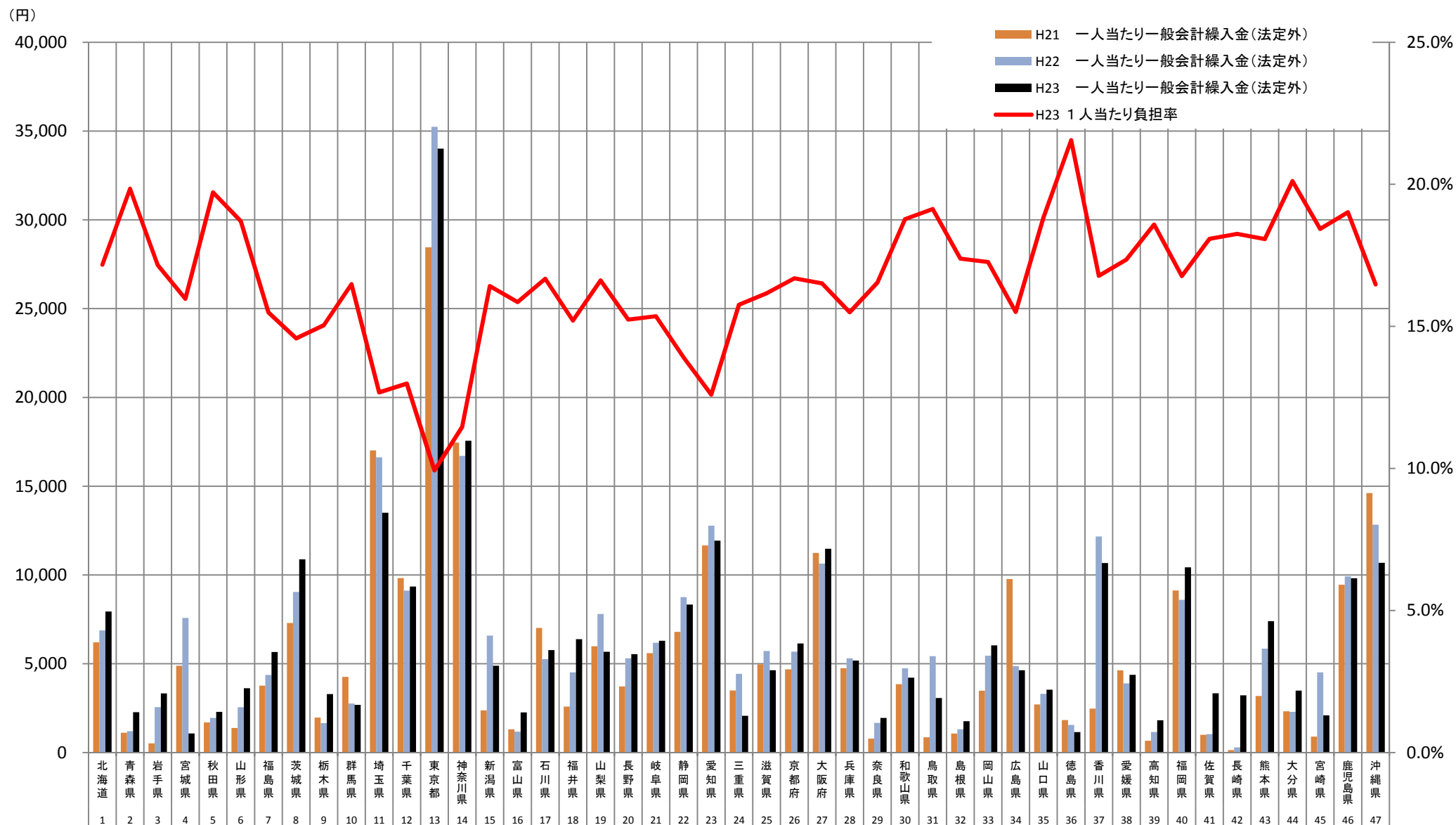
(注2) 保険料調定額は介護保険分を含んでいる。

(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

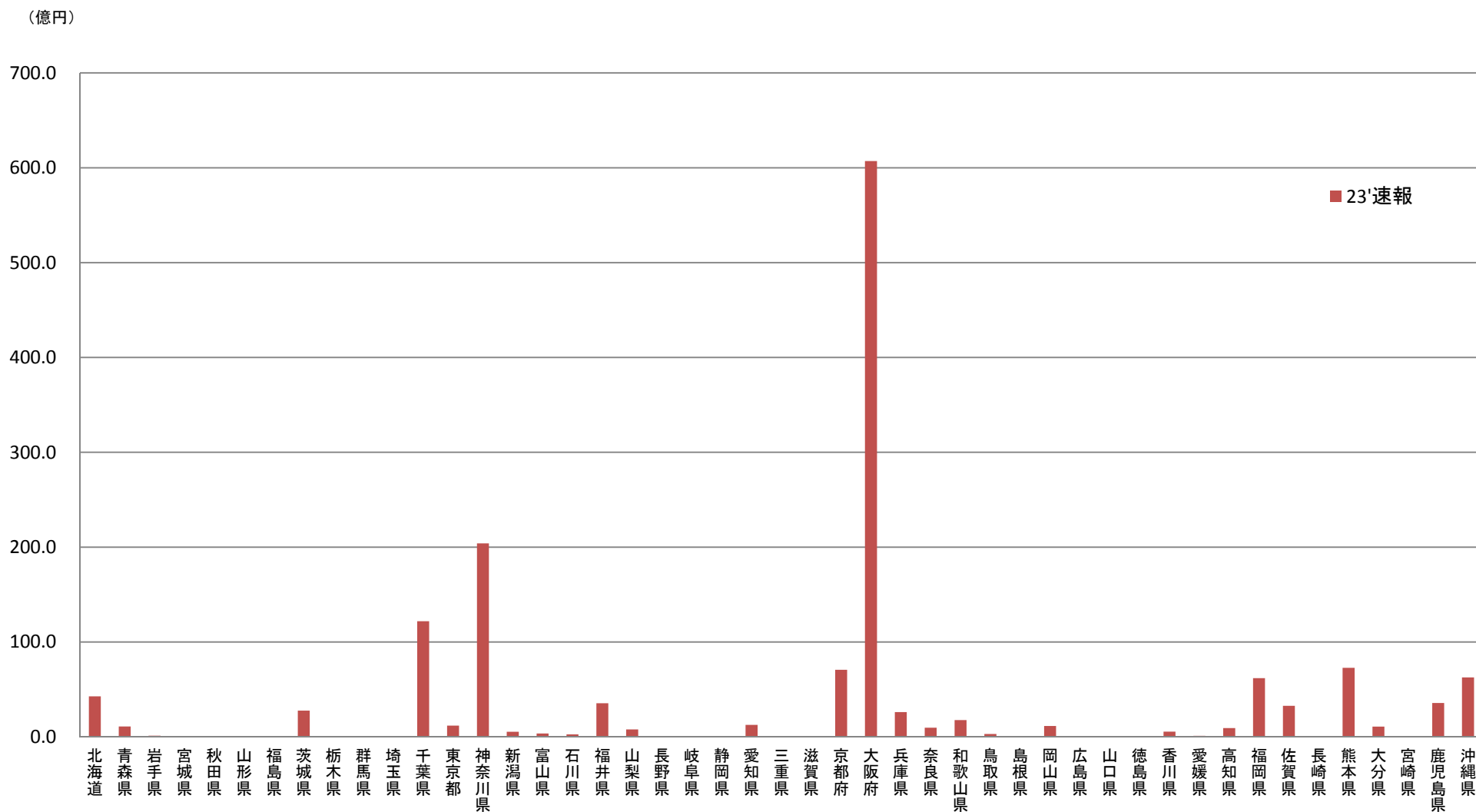
○ 平成23年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知は保険料負担率が低い。



(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）

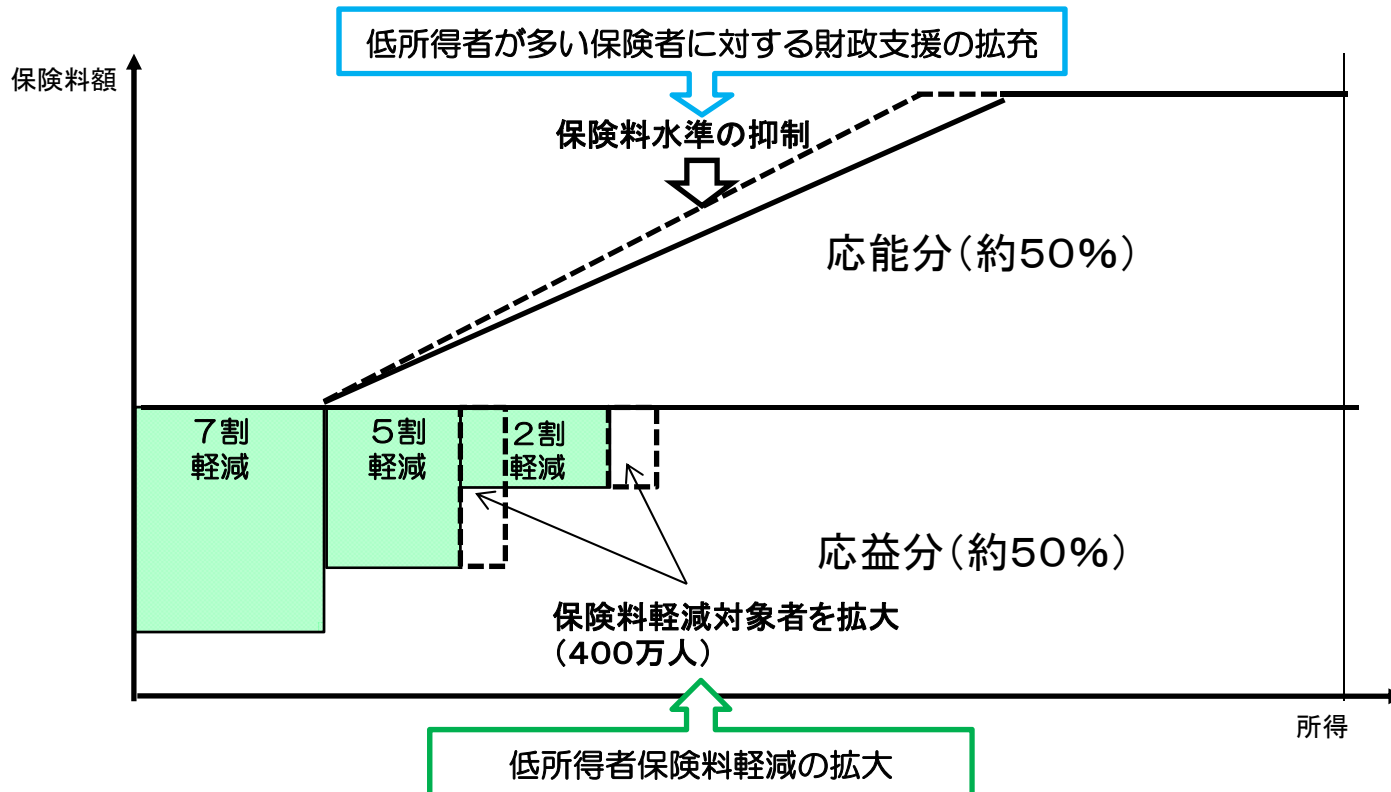
- ・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ（さらに保険料が軽減される者：約400万人）*27年度ベース

☆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			

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

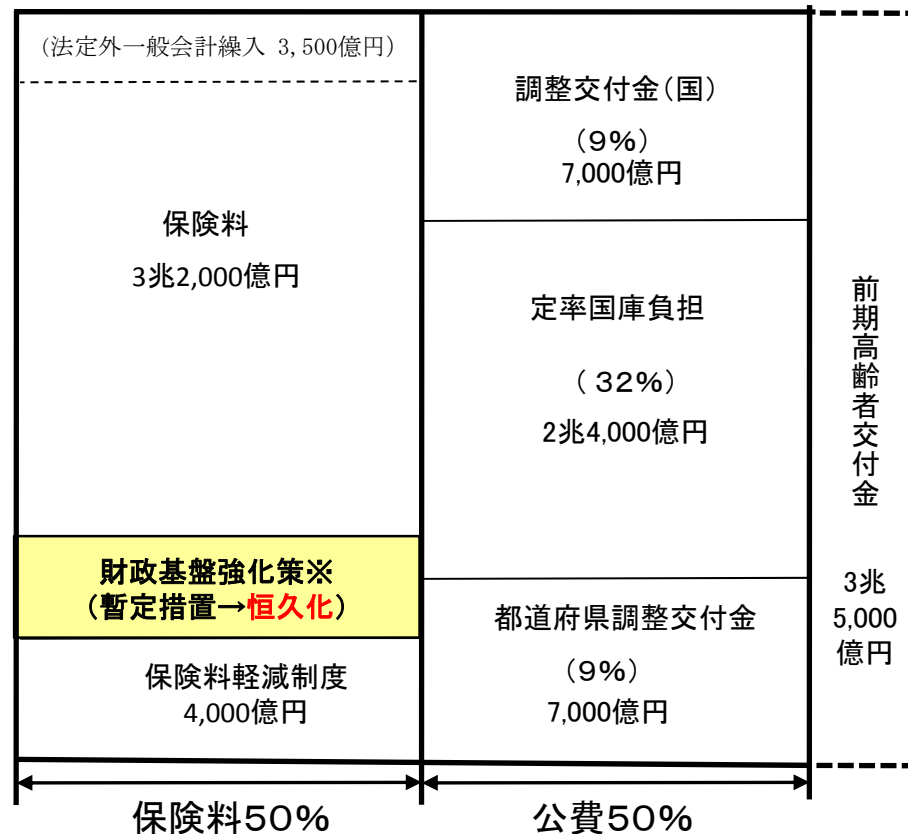
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

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。

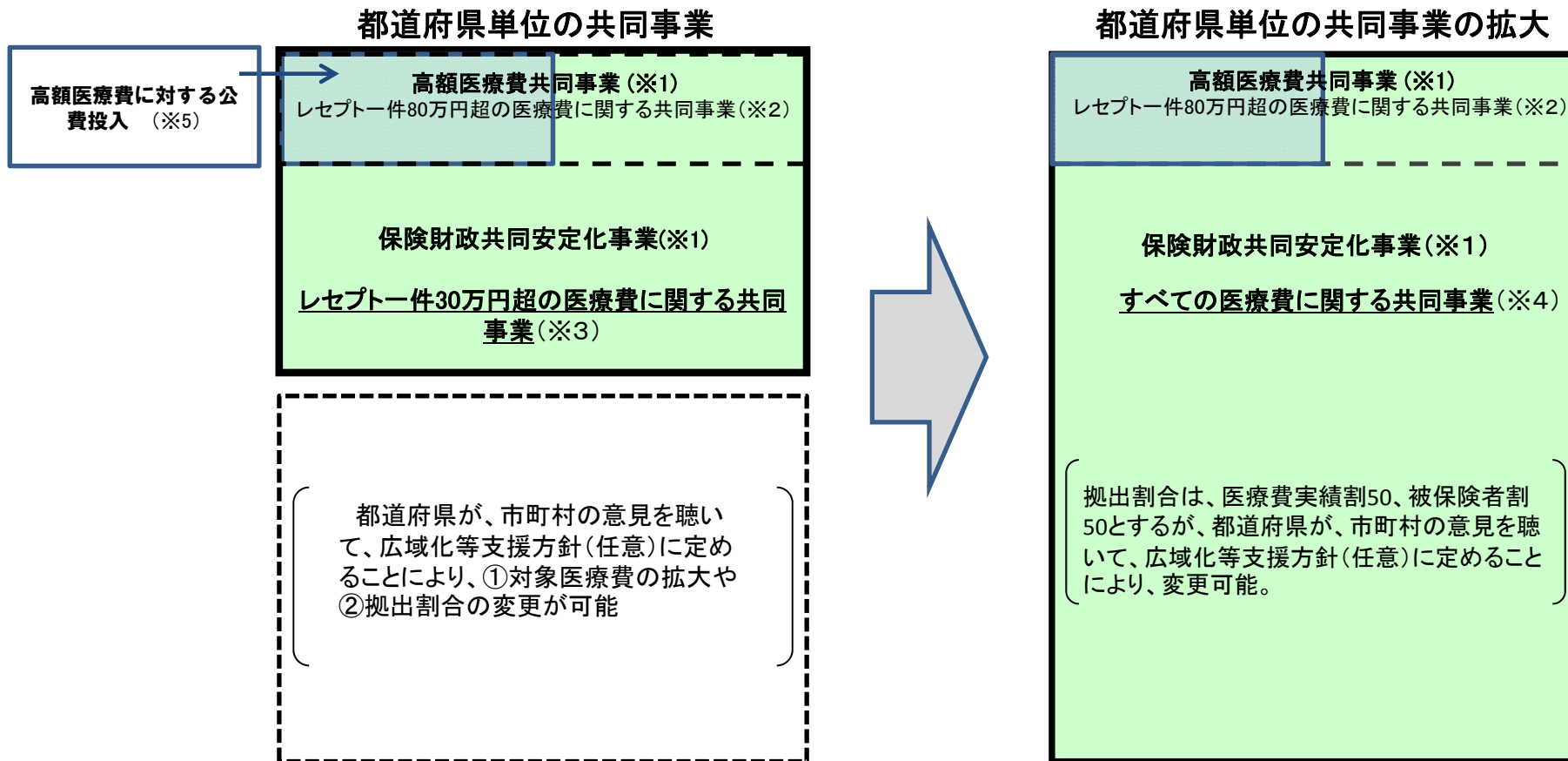
財政運営の都道府県単位化の推進

○ 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】

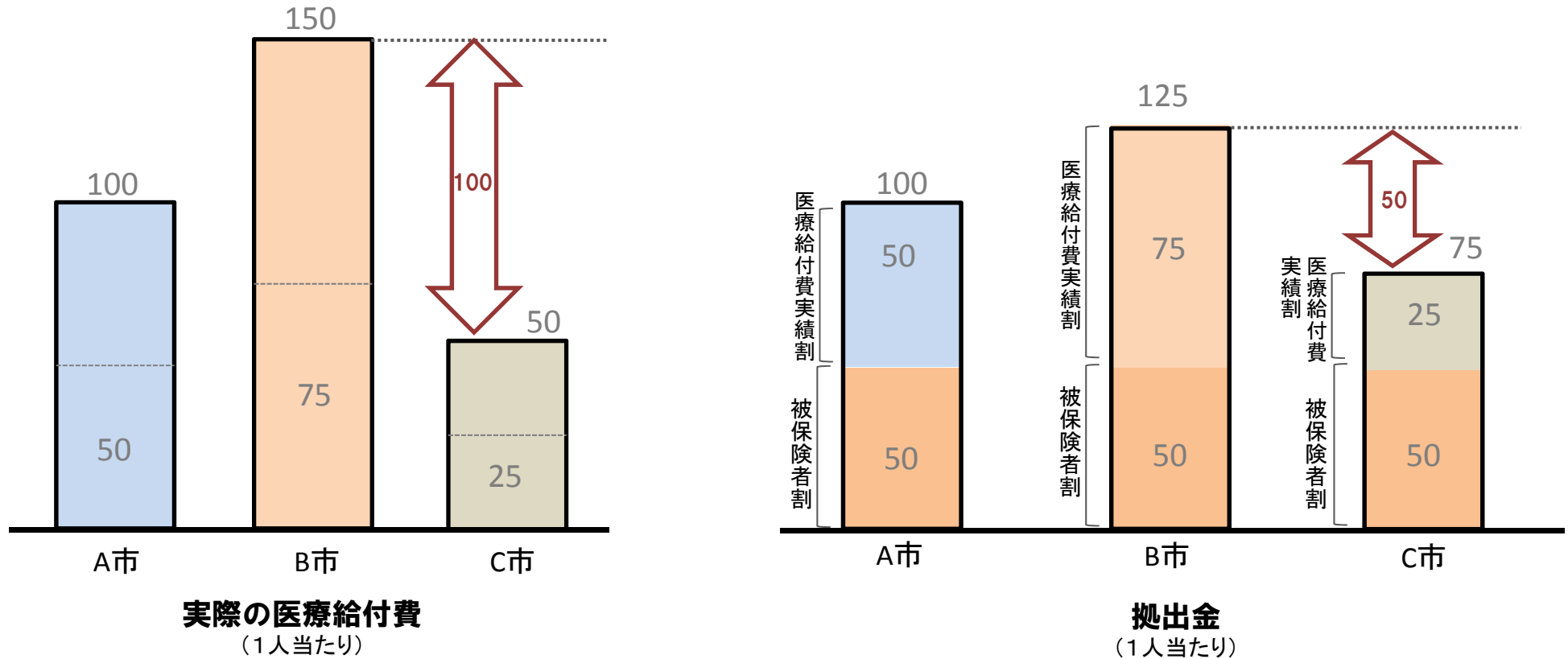


- ※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置
- ※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。
- ※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。
- ※4 自己負担相当額等を除く。
- ※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

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

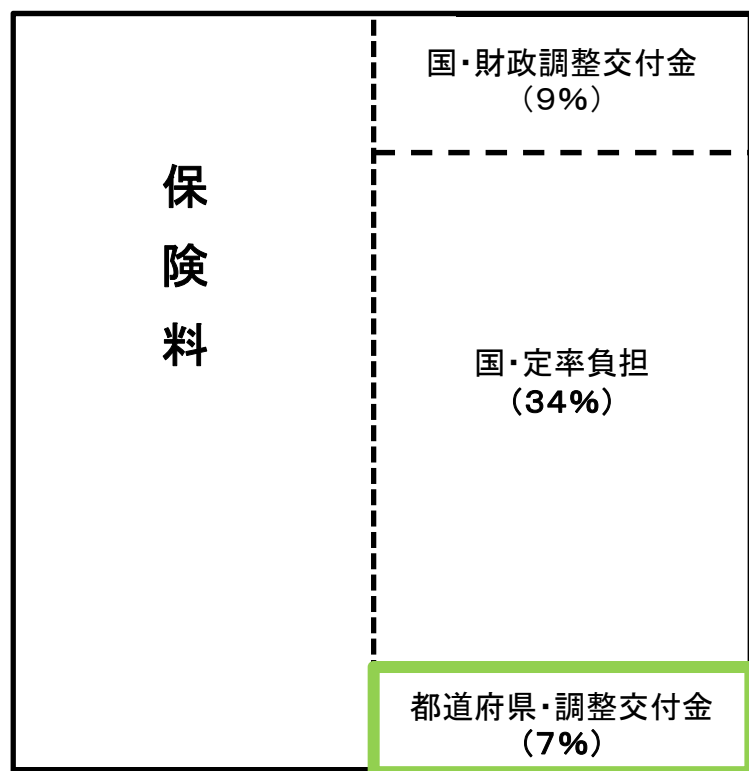
都道府県調整交付金の割合の引上げ

○ 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】

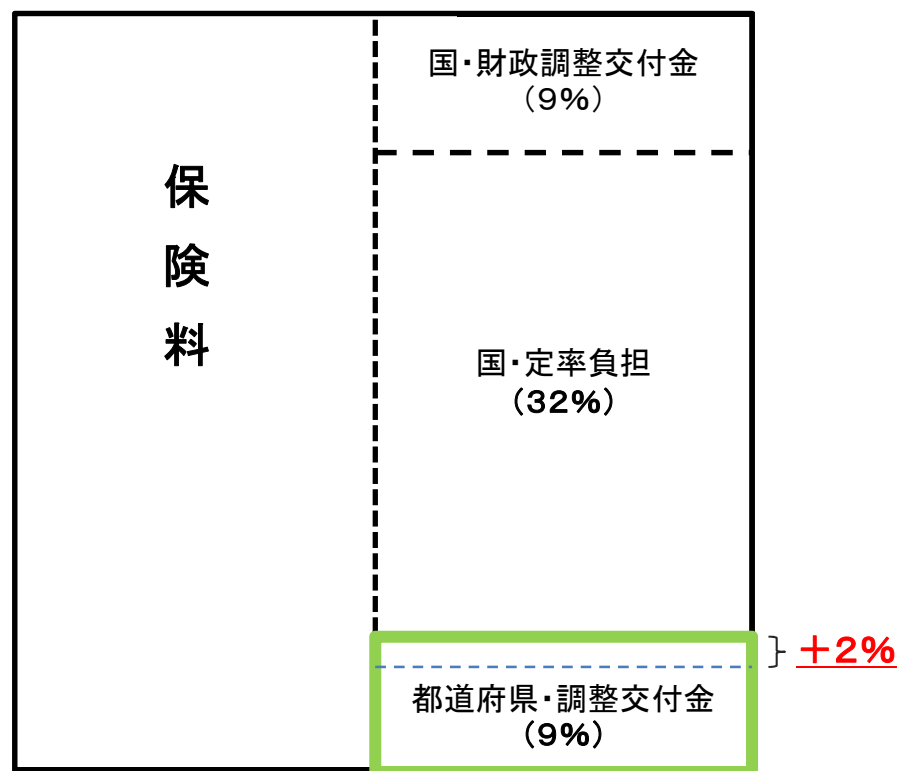
※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

※ 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

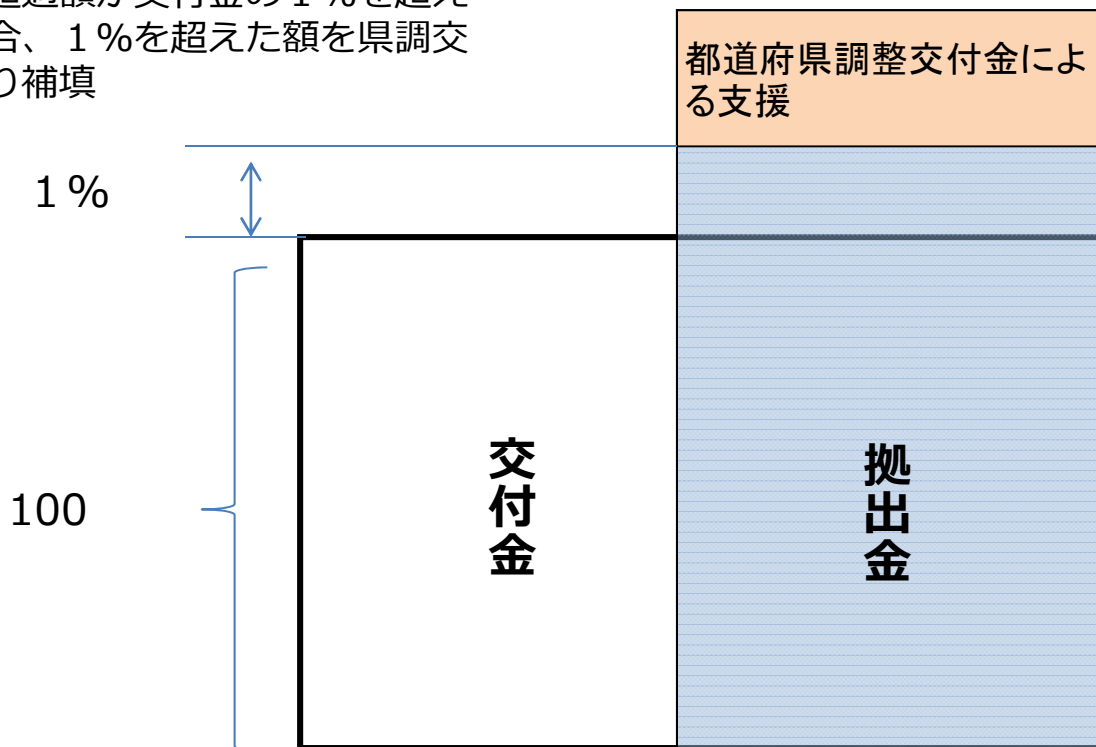
○ 保険財政共同安定化事業の拠出金の持ち出し額(拠出金－交付金)が、交付金の1%を超える場合には、当該超過額を都道府県調整交付金により財政支援するよう、ガイドラインの見直しを行った。

※ 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】

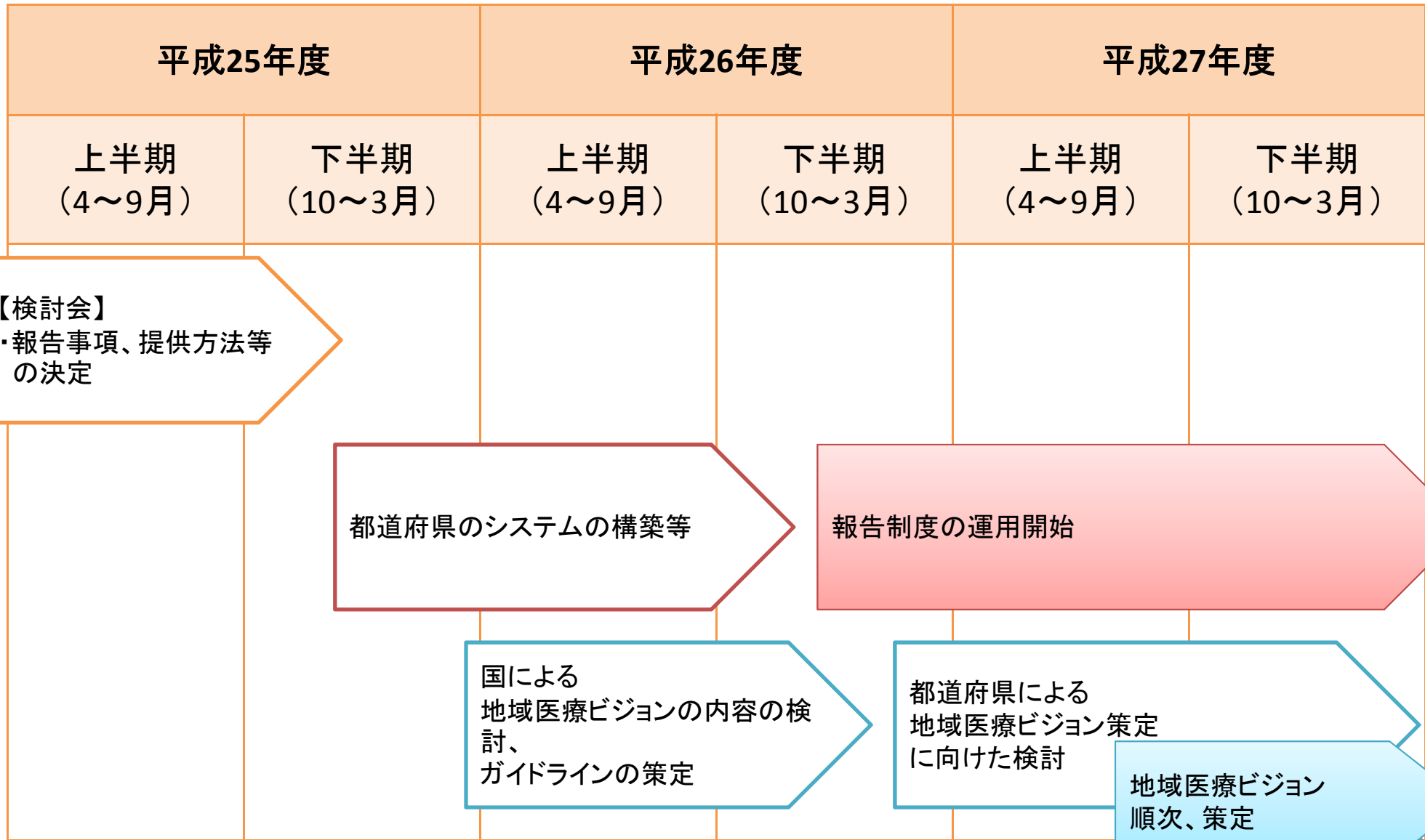
拠出超過額が交付金の1%を超える場合、1%を超えた額を県調交により補填



国民健康保険制度に関するスケジュール

平成25年度		平成26年度		平成27年度	
上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)	上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)	上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)
	消費税引き上げ ▲ 26.4 (5% → 8%)			消費税引き上げ ▲ 27.10 (8% → 10%)	
<p>低所得者保険料軽減や保険者支援制度の拡充（～2,200億円程度） 【政令改正・税制改正】 <消費税引き上げ時(8%又は10%)に実施></p>					
				27.4 施行	
<p>■ 保険財政共同安定化事業の対象を全医療費に拡大し、 財政運営の都道府県単位化を推進 【平成24年度国保法改正】</p>					

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



高齢者医療制度の在り方

現行の高齢者医療制度

制度の概要

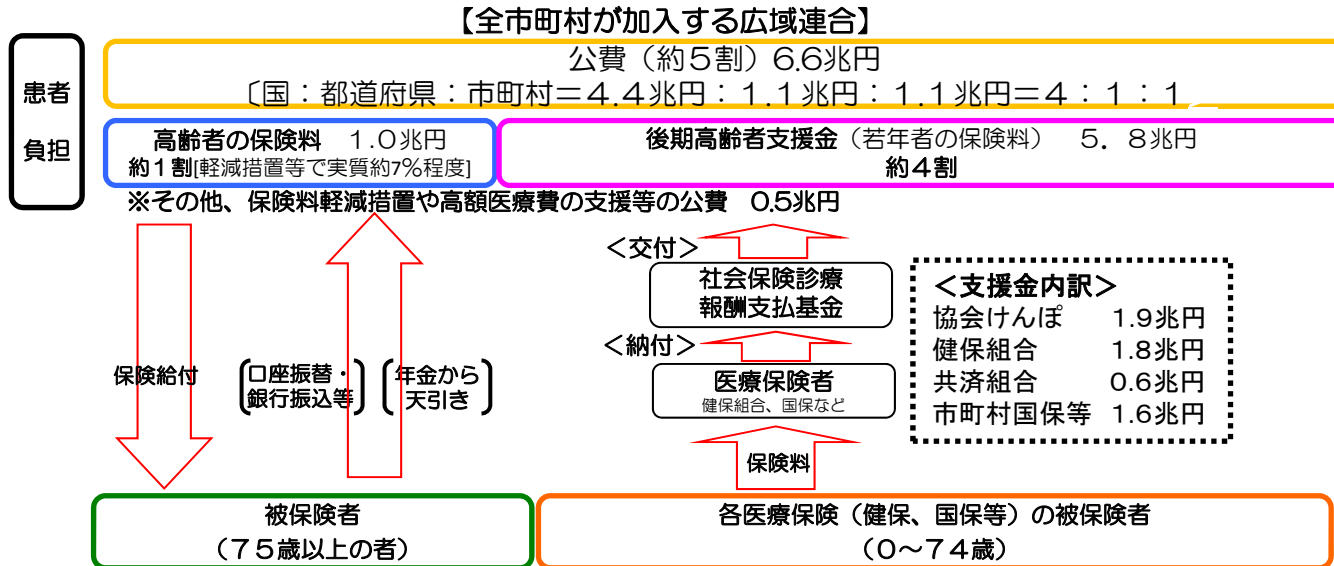
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

<対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,500万人

<後期高齢者医療費>
15.0兆円（平成25年度予算ベース）
給付費 13.8兆円
患者負担 1.2兆円

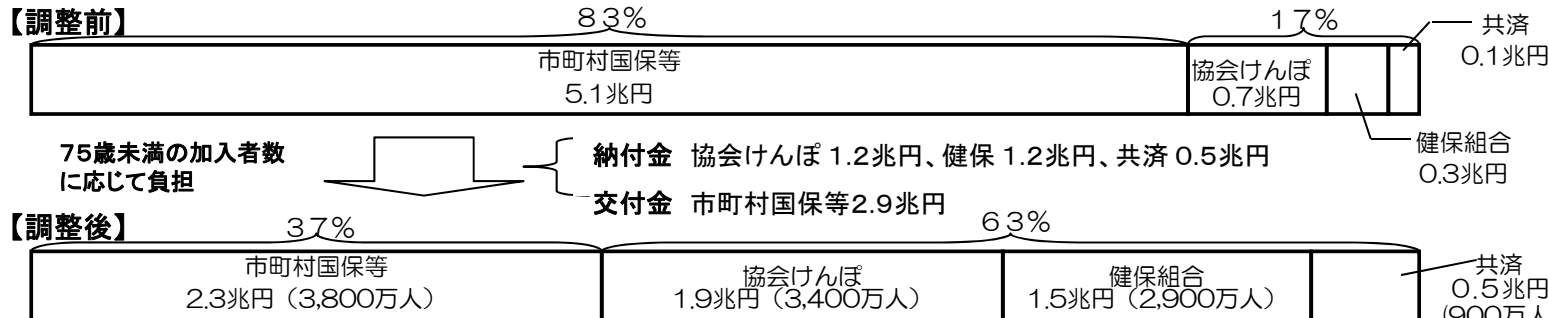
<保険料額（平成24・25年度見込）>
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

<対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,500万人

<前期高齢者給付費>
6.1兆円
（平成25年度予算ベース）



高齢者医療制度に関する議論

問題の所在

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

経緯

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

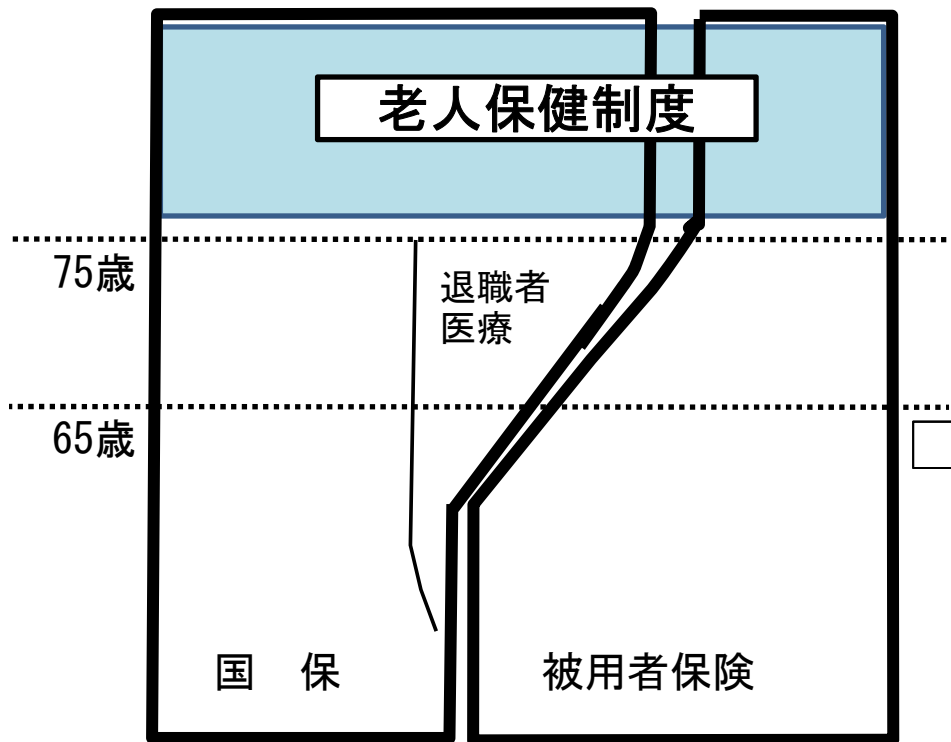
現行制度

- <後期高齢者医療制度>
- 75歳以上の方の医療給付費について、公費(約5割)、現役世代からの支援金(約4割)、高齢者自身の保険料(約1割)といった負担割合を明確化。
- 75歳以上の方は、原則として、同じ都道府県で同じ所得であれば、同じ保険料。
- <前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整>
- 65歳以上75歳未満の方は、国保に多く加入しているため、その医療費について、保険者間の負担の不均衡を調整。
※各保険者の費用負担を、65歳以上75歳未満の方の加入率が全国平均と同じ加入率だった場合に必要な費用負担となるよう、財政調整。

老人保健制度と後期高齢者医療制度の違い

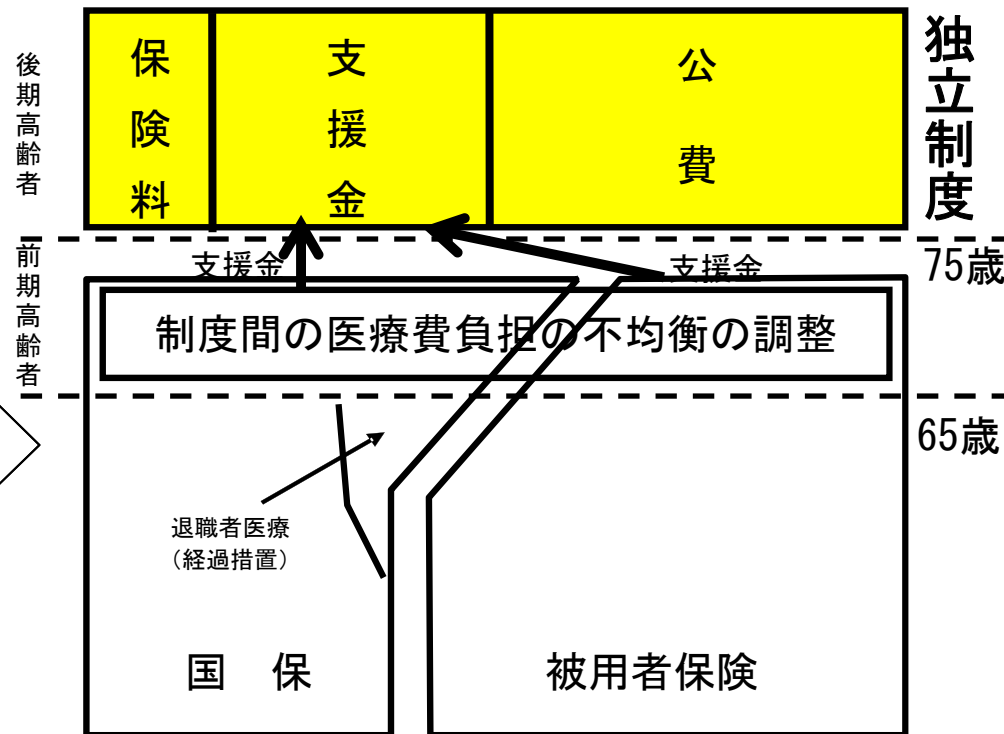
【老人保健制度】

75歳以上の高齢者は国保・被用者保険に加入し、各々に保険料を払いつつ、市町村が運営する老人保健制度から給付を受ける。



【後期高齢者医療制度】

75歳以上の高齢者は、広域連合が運営する独立した後期高齢者医療制度に加入し、給付を受ける。



- ・若人と高齢者の費用負担関係が不明確
- ・保険料を納める所(健保組合等の保険者)とそれを使う所(市町村)が分離
- ・加入する制度や市区町村により、保険料額に高低

- ・若人と高齢者の分担ルールを明確化(若人が給付費の4割、高齢者が1割)
- ・保険料を納める所とそれを使う所を都道府県ごとの広域連合に一元化し、財政・運営責任を明確化
- ・都道府県ごとの医療費水準に応じた保険料を、高齢者全員で公平に負担

後期高齢者医療制度施行後の取組

取組	実施状況
70～74歳の者の患者負担の凍結 (平成20年4月)	○ 2割負担と法定されている70～74歳の者の患者負担について、施行当初より1割負担に凍結。(現在に至るまで、毎年度の補正予算で対応。) 【1,898億円(平成24年度補正予算)】
保険料軽減の特例措置 (平成20年4月)	○ 低所得者及び被用者保険元被扶養者について、制度上の軽減措置に加え更なる保険料軽減を施行当初より実施。(現在に至るまで、毎年度の補正予算で対応。) 【776億円(平成24年補正予算)】
75歳以上に着目した診療報酬の廃止 (平成20年7月一部停止→平成22年4月廃止)	○ 年齢で一律に医療内容を区分することは不相当との観点から、平成20年7月1日から後期高齢者終末期相談支援料の算定を停止。 ○ 平成22年4月の診療報酬改定において、75歳以上という年齢に着目した診療報酬を廃止。 1 廃止 後期高齢者診療料、後期高齢者終末期相談支援料等の8項目 2 廃止の上、全年齢を対象とする点数として新設 後期高齢者特定入院基本料、後期高齢者薬剤服用歴管理指導料等の7項目 3 廃止の上、対象年齢を介護保険サービスの受給対象者数と同様として新設 後期高齢者総合評価加算等の2項目
保険料の納付方法選択制の導入 (平成21年4月)	○ 原則として年金からの引き落としのみであった保険料の納付方法について、口座振替と年金からの引き落としとの選択制を導入。 【平成23年9月現在：年金からの支払件数 約1,163万件 ：口座振替へ切り替えた件数 約88万件(平成20年10月から平成23年8月までの累計)】
資格証明書の厳格な運用 (平成21年10月)	○ 資格証明書の交付を受けると、窓口で医療費の全額を支払うこととなり、必要な医療を受けられなくなる恐れがあることから、資格証明書は原則として交付しないとする基本方針等を通知。現時点で資格証明書の交付実績はなし。
人間ドックの費用助成 (平成21年10月)	○ 後期高齢者医療制度に移行した高齢者に対し、市町村が人間ドックの費用助成を廃止したことを受け、市町村に対し再実施を要請するとともに、特別調整交付金による財政支援を実施。 【実施市町村数：723(19年度末)→141(20年5月)→234(20年度末)→373(21年度末)→520(22年度末)→608(23年度末)】
健康診査の受診率向上 (平成21年10月)	○ 健康診査が、市町村の実施義務から広域連合の努力義務とされ、受診率が低下したことを受け、広域連合で受診率向上計画を策定。 【受診率：26%(19年度)→21%(20年度)→22%(21年度)→23%(22年度)】

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）

(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。

高齢者医療制度改革会議・最終とりまとめについて

I 高齢者医療制度改革会議について

三党連立政権合意及び民主党マニフェスト(※)を踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を平成21年11月より開催。平成22年8月20日(第9回)、中間とりまとめ。同年12月20日(第14回)、最終とりまとめ。

(※)「民主党マニフェスト2010」(抄)

後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。

II 最終とりまとめの主な内容

1. 制度の基本的枠組み

・後期高齢者医療制度は廃止し、地域保険は国保に一本化。

2. 国保の運営のあり方

・第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化。

・都道府県単位の運営主体は、「都道府県」が担うことが適当。

・「都道府県」は、財政運営、標準保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行う。

3. 費用負担

(1) 公費

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

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

(2) 高齢者の保険料

・国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県で同じ所得であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。

・高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改め、より公平に分担する仕組みとする。

・75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)は、段階的に縮小する。

(3) 現役世代の保険料による支援金

・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

(4) 患者負担

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

高齢者医療の制度的枠組み

《高齢者医療の制度的枠組みに関する主な課題》

【年齢による区分】年齢で区分する独立制度をどう考えるか。

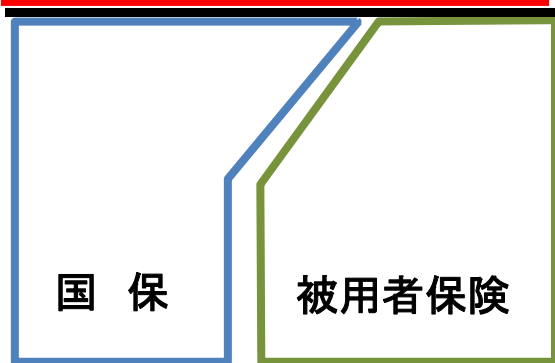
【被用者・被扶養者の扱い】被用者の保険料負担や給付、被扶養者の位置付けについて、世代間、世代内の公平をどう図るか。

75歳以上の高齢者は、広域連合が運営する独立型の高齢者医療制度に加入。

《現行制度》

独立制度による
都道府県単位の財政運営
(運営主体: 広域連合)

75歳



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

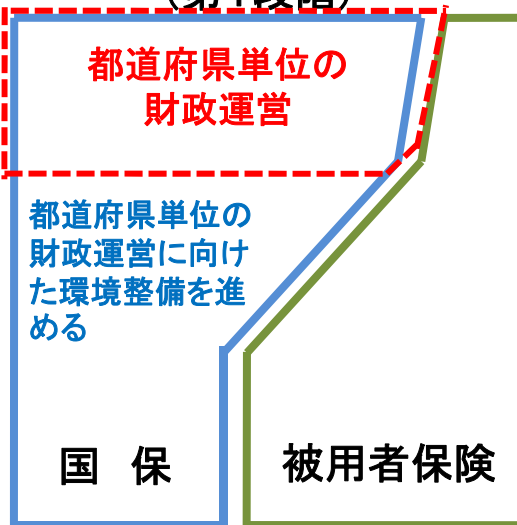
《改革会議案》
(第1段階)

都道府県単位の
財政運営

都道府県単位の
財政運営に向け
た環境整備を進める

国保

被用者保険



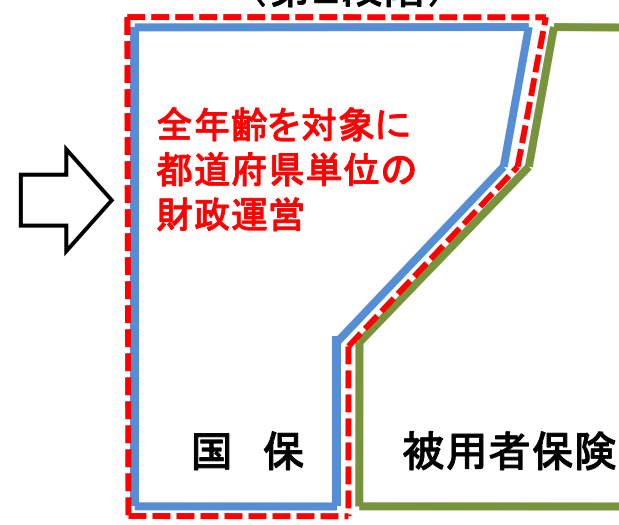
全年齢で国保を都道府県単位化。

《改革会議案》
(第2段階)

全年齢を対象に
都道府県単位の
財政運営

国保

被用者保険



【国保の課題】

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

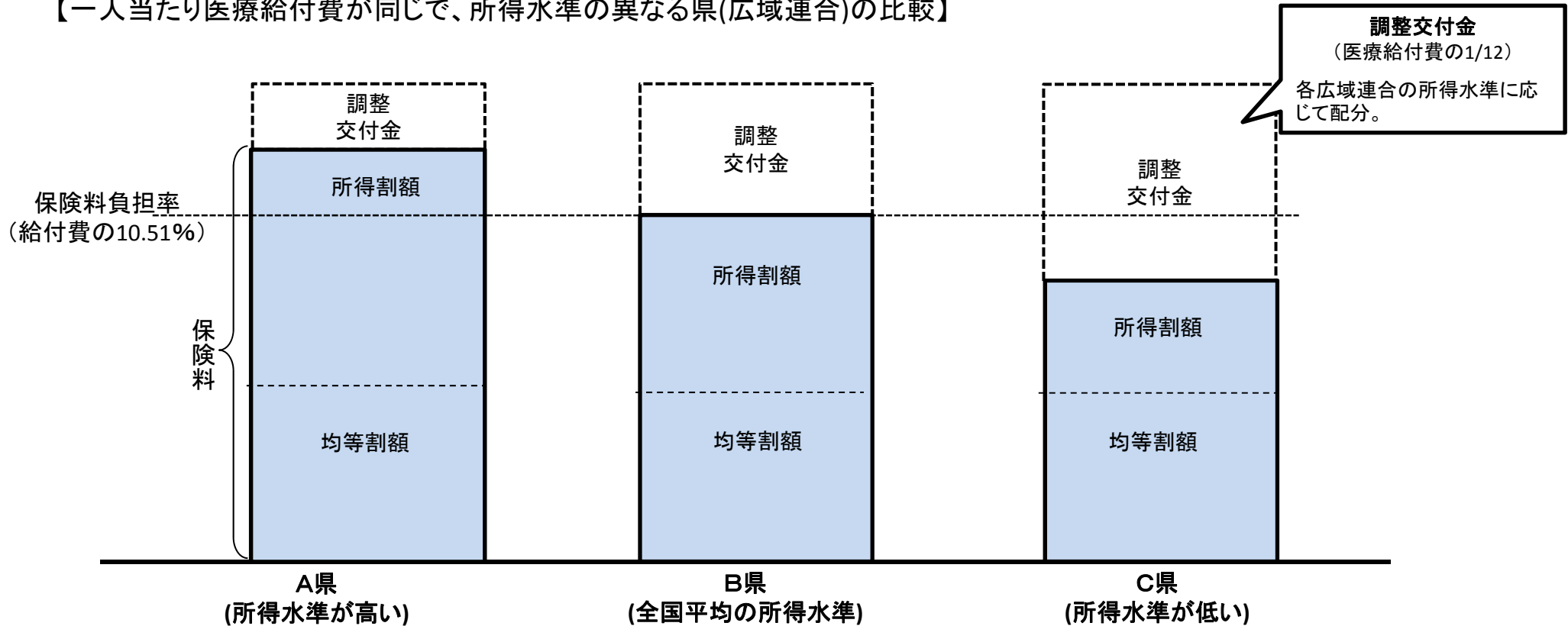
【被用者保険の課題】

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

後期高齢者医療の保険料について

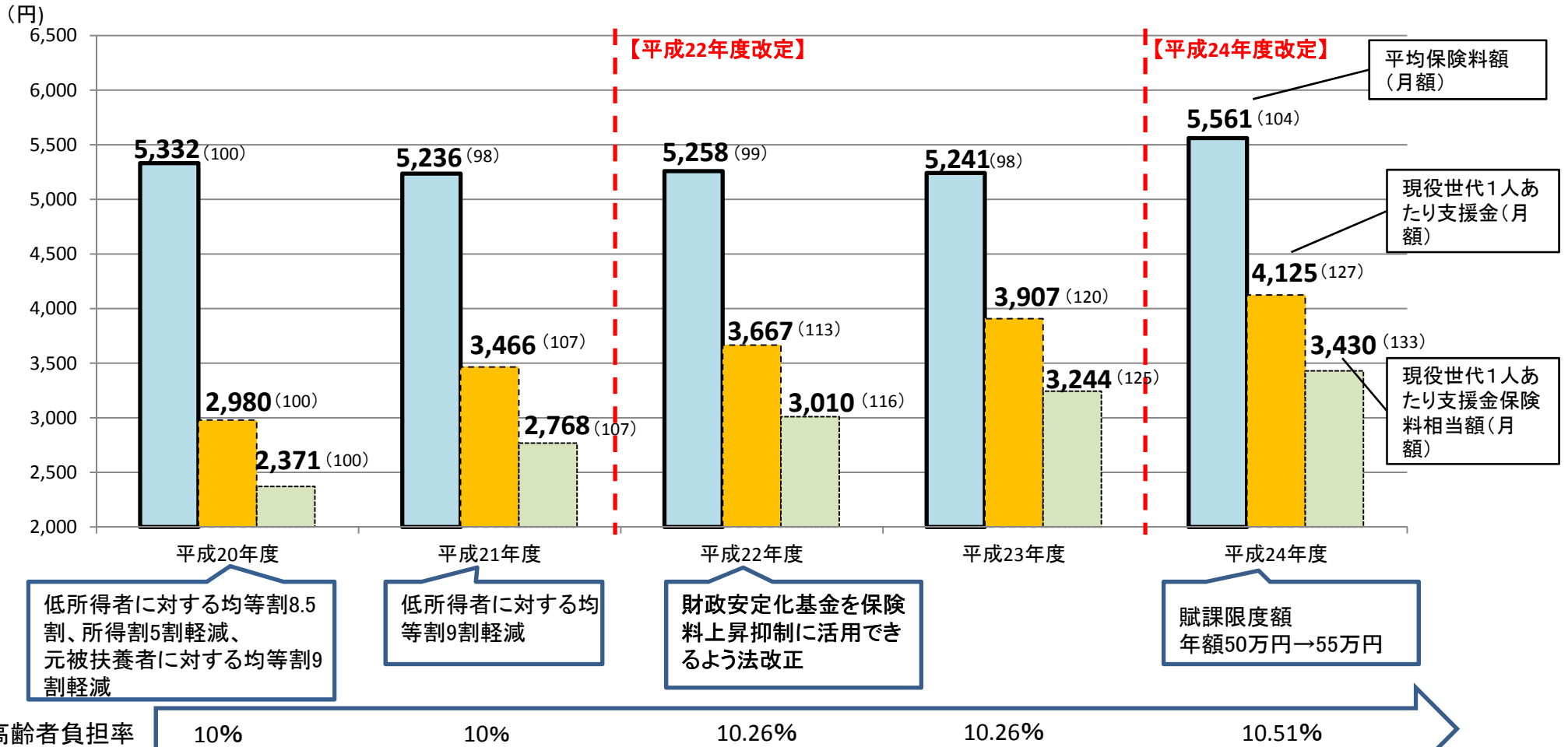
- 被保険者が負担する保険料は、条例により広域連合が決定し、毎年度、個人単位で賦課される(2年毎に保険料率改定)。
- 保険料で賄う分は、医療給付費全体の約1割。(人口減少による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料負担率を段階的に引き上げている(平成24・25年度10.51%)。)
- 広域連合間の所得水準の格差を是正するため、国の調整交付金を所得に応じて配分している。これにより、同じ医療給付費水準であれば、広域連合の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。
- 広域連合間の医療給付費格差は調整せず、一人当たり医療給付費の高い広域連合は、保険料が高くなる。

【一人当たり医療給付費が同じで、所得水準の異なる県(広域連合)の比較】



※ 実際の保険料は、医療給付費以外に現金給付等に充てる分が加えられた額となる。
 ※ 調整交付金には、普通調整交付金の他、災害その他特別な事情に対する特別調整交付金がある。
 ※ 調整交付金は、医療給付費の1/12交付されるが、対象となる医療給付費に現役並所得者分は含まない。

後期高齢者医療制度の保険料の推移

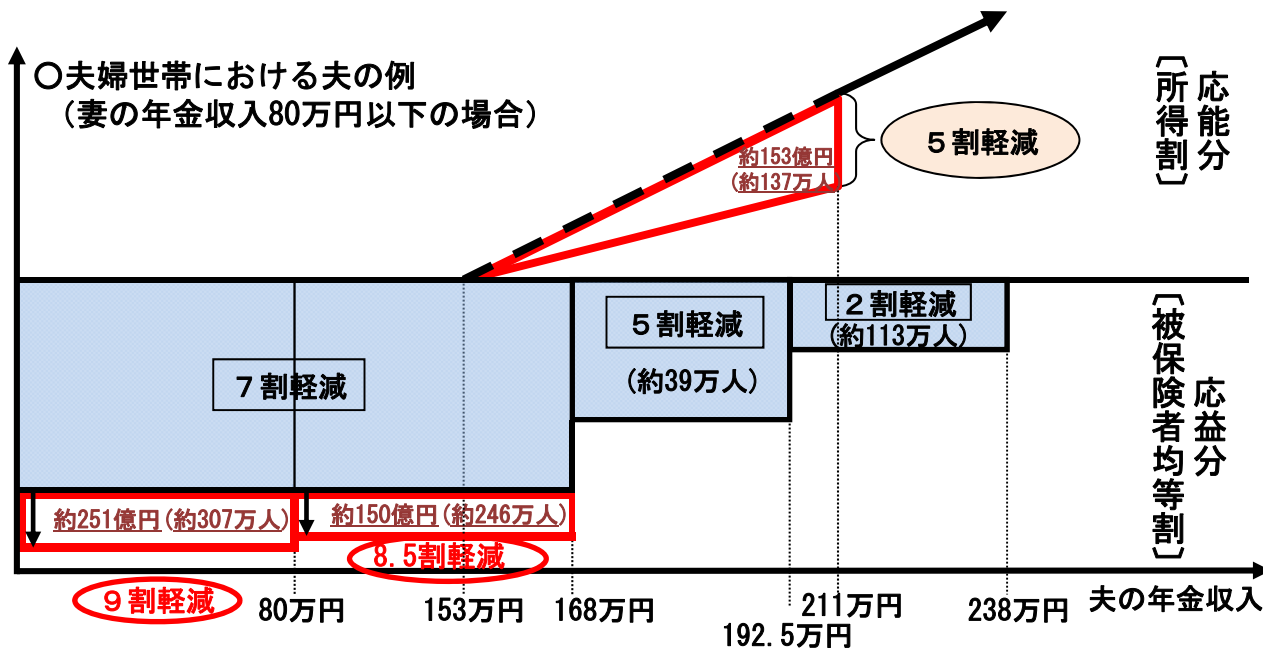


- ※ 平均保険料額について、平成20～23年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査を基に算出、平成24年度は保険料率改定時の見込額。
- ※ 支援金は、平成20～22年度は高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定に係る率及び額を定める告示を、平成23・24年度は予算額を基に算出。
- ※ 支援金保険料相当分は支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～22年度は確定ベース、平成23・24年は予算額を基に算出。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
- ※ 各年度の()の数值は平成20年度の金額を100としたときの数值。
(支援金及び支援金保険料相当分については、満年度化の影響排除のため、平成20年度のコに12/11を乗じたものを100として計算している。)
- ※ 低所得者及び元被扶養者に対して保険料軽減の特例措置が行われている。
低所得者への保険料軽減の特例措置：平成20年度は均等割8.5割軽減及び所得割5割軽減、平成21年度以降は均等割9割・8.5割軽減及び所得割5割軽減
元被扶養者への保険料軽減の特例措置：均等割軽減9割軽減、所得割は賦課せず
- ※ 平成24年度の保険料額は、2年分の1人あたり医療費の伸び、後期高齢者負担率の引上げ、平成22年度の改定時に剰余金・財政安定化基金を活用して抑制した分等により一定程度の上昇が見込まれたが、23年度末までに生じる剰余金の活用及び財政安定化基金の活用により、約6%の伸びとなった。

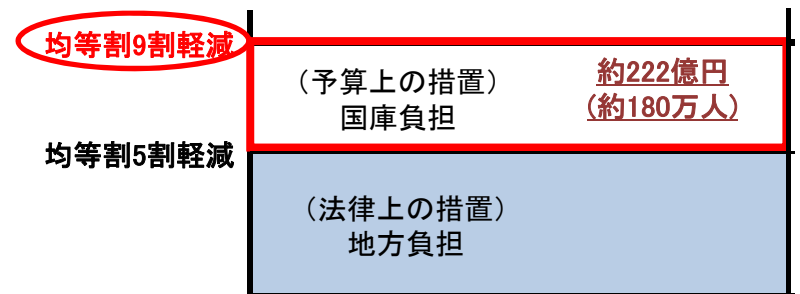
後期高齢者医療制度の保険料軽減について

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

【低所得者への保険料軽減（平成25年度）】



【元被扶養者への保険料軽減（平成25年度）】

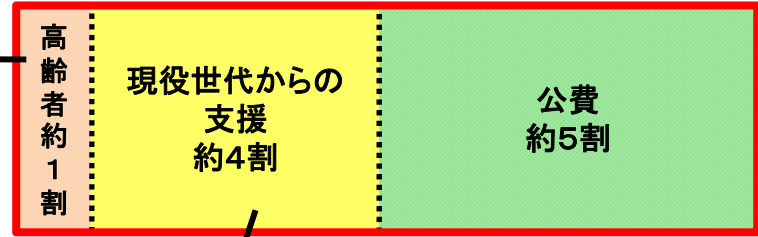


※元被扶養者の軽減は制度上、加入から2年間限りとされているが、特例措置により、期限を設けずに軽減している。

高齢者の保険料負担率の仕組み

○ 高齢者の保険料は、「高齢者の一人当たり医療費の伸び」により増加。

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



現行制度

- 現役世代の負担の上昇を抑えるため、「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率(当初10%)を段階的に引き上げる仕組み。
- これについて、以下の課題がある。
 - ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:14)を考慮していないことから、基本的に高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造。
 - ② 高齢者人口の増加分を、現役世代と高齢者で分かち合っていない。

※ 平成22年法改正により、高齢者の保険料上昇抑制のため、財政安定化基金等を活用できる仕組みとし、高齢者の保険料の伸びは現役世代の支援金の伸びより抑制されている。

○ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分について、負担能力に応じて公平に負担する観点から、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとしてはどうか。(高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ)

→ 高齢者と現役世代の一人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡する。

後期高齢者負担率の見通し

20年度	22年度	24年度	26年度
10%	10.26%	10.51%	10.78%

(注) 現行制度、2012年度予算ベース推計
負担率は2年ごとに見直すため、奇数年度は、その前年度と同じ率。

後期高齢者医療広域連合

1. 概要

- 市町村は、後期高齢者医療に関する事務を処理するため、都道府県ごとにすべての市町村が加入する広域連合を設立する（広域連合は、地方自治法第284条第3項に規定される特別地方公共団体）。
- 広域連合長は、市町村長の間接選挙により選出。1広域連合の平均職員数は約27名（多くは市町村からの派遣）。

2. 広域連合・市町村の事務分担

広域連合

被保険者の認定、保険料率の決定、保険料の賦課、
医療の給付、健診事業 等

市町村

保険料の徴収・納付相談、窓口業務（被保険者証の引渡し、各種申請
の受付、転入や資格喪失等届出の受付） 等

3. 健康づくりや適正化に向けた主な取組

○ 高齢者の健康づくり

- ① 健康診査
- ② 健康教育、健康相談等の保健事業

<主な例>

- 県や市町村等との連携による重症化予防と支援体制づくり
 - ・健診データを分析し市町村と共有。優先的に取り組むべき保健指導対象疾患や対象者を設定。
- 医療・介護の連携による健康課題への対応
 - ・広域連合と県が実行委員会を共同設立。市町村等と連携し、栄養指導、転倒予防指導等を実施。

○ 医療費適正化・効率化（平成24年度）

後発医薬品の使用促進	・後発医薬品カードの配布…47広域連合（←41広域連合（22年度）） ・後発医薬品利用差額通知の送付…34広域連合（←2広域連合（22年度））
適正受診の普及・促進	・医療機関適正受診の啓発（リーフレットの配布等）…44広域連合（←33広域連合（22年度）） ・医療費通知の送付…47広域連合（←43広域連合（22年度）） ・重複・頻回受診者への訪問指導…27広域連合（←17広域連合（22年度））
適正な給付の確保	・介護保険との突合情報を活用したレセプト点検…24広域連合（23年度） ・柔整療養費等に関する状況確認…47広域連合

第17回 社会保障制度改革国民会議

議事次第

平成25年7月12日(金)
15:30～17:00
於：官邸4階大会議室

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 報告書のとりまとめに向けた議論
4. 閉会

【資料】

- 資料1 報告書全体の柱立てのイメージ
資料2 総論部分の構成のイメージ
資料3 これまでの社会保障制度改革国民会議における主な議論
(第1回～第16回：総論部分)

イメージ

はじめに

○ 国民会議の検討の経過

I 総論

⇒ 資料 2

II 社会保障 4 分野の改革

1. 少子化対策分野の改革

〔 基本的な考え方
子ども・子育て支援、ワーク・ライフ・バランスなど 〕

2. 医療・介護分野の改革

〔 基本的な考え方
医療・介護サービス提供体制の改革
医療・介護保険制度の改革 〕

3. 年金分野の改革

〔 基本的な考え方
短時間労働者に対する適用拡大など 〕

III 国民へのメッセージ

イメージ（総論部分）

I 総論

1 社会保障制度改革の経緯と社会保障制度改革国民会議の使命

- (1) これまでの社会保障制度改革の経緯
- (2) 社会保障制度改革国民会議の使命

2 社会保障制度改革の基本的な考え方（改革推進法に沿って）

- (1) 自助・共助・公助の最適な組合せ
- (2) 社会保障の機能の充実と給付の重点化、負担の増大の抑制
- (3) 社会保険方式の意義、税と社会保険料の役割分担
- (4) 給付と負担の両面にわたる世代間の公平

3 社会保障制度改革の方向性

- (1) 「1970年代モデル」から「21世紀（2025年）モデルへ」
- (2) すべての世代に受益があり、年齢にかかわらず負担
- (3) 女性の就業率の高まりに対応した社会保障
- (4) 子どもや将来世代に対する支援の充実
- (5) 低所得者・不安定雇用の労働者への支援の充実
- (6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉
- (7) 超高齢化社会へのチャレンジ

4 社会保障制度改革の道筋 ～時間軸で考える～

これまでの社会保障制度改革国民会議における主な議論 (第1回～第16回：総論部分)

持続可能な社会保障制度の構築

- ・ 高齢化の中で質の高く持続可能な社会保障制度の構築に向けて、専門家としての論理的・実証的な議論を積み重ねるべき。
- ・ 現役世代支援に軸足を移しながら、持続可能な社会保障を目指すべき。
- ・ 急速な少子高齢化の下で、制度を持続可能にするためには、長期的なビジョンを持って、給付を抑制していくことが重要ではないか。
- ・ 皆保険、皆年金をどう守っていくのかも含めて、議論すべき。
- ・ 改革推進法の基本的な考え方に基づき、3党協議で示された検討項目について議論すべき。
- ・ 一体改革について当面与えられたテーマを具体的に議論するとともに、将来を見据えた社会保障改革の方向性について議論することが重要。
- ・ やるべきことを、2015年頃までの当面、2025年頃までの中期、それ以降の長期に分けて、時間的なフレームを考える必要。また、将来のあるべき社会を想定した際に、今からやらねばならないことが何かも示す必要。さらに、政策効果の実現や実行までに時間がかかるものと、緊急性があるものやすぐに実行できるものに分ける必要。
- ・ 中長期的な方向性を明らかにした上で、具体的に目の前の問題を解決するなど、相互に関連付けるべき。

給付と負担の見直し

- ・ 限られた資源の中で、どこを重視し、どこを抑制するか、トレードオフとなっていることを踏まえて議論すべき。

- 税も公債も、現在・将来の国民が必ず負担するもの。「打出の小槌はない」中で、物事の軽重大小、優先順位をどう定めていくかが重要。
- 将来世代にツケを残さず、制度が持続可能となるよう、負担の引上げ、給付の削減を議論すべき。
- 若い世代がどこまで負担可能なのかということから逆算した議論も必要。 中長期の議論に当たっては、どれだけ財源を調達でき、それをどう配分するかという発想が必要。
- 限られたパイを子どもか高齢者で奪い合うような議論ではなく、国の財源調達力を高めることを考えるべき。
- 社会保障を「高齢期集中型」から「全世代対応型」へ切り替えるとともに、さらに、「年齢別」から「経済力別」へ負担の原則を転換すべき。
- 例えば、年金支給開始年齢の引上げ、ブランド薬の患者負担の見直し、医療の質とコストとアクセスがドレードオフとなっている中でのゲートキーパーの導入なども5～10年先を見れば、議論しておく必要。
- 給付を我慢する範囲を決めるのは難しいので、多様な価値観の中で、どのようなプロセス・パスで決めるかが重要。
- 痛みを伴う改革ということではなく、将来世代の痛みを少しでも緩和するため、我々の世代がどのように負担をし、我慢するのかとういうことではないか。

自助・共助・公助、社会保険方式

- 自助、共助、公助等について、理念をわかりやすく示すことが、国民に負担をお願いする上で重要。
- 検討を生産的に行うためには、自助・共助・公助等について、概念規定を明確にすべき。

- ・ 子育て支援から看取りまで、人々の暮らしを地域で支え合う体制を作り、「もたれ合い」の構造を「支え合い」の構造に持っていく必要。特に、社会保険方式を基本とし、支払能力に応じた負担をして、それに見合った給付を受ける「支え合い」（「自助の共同化」）が重要。負担をすればより安心・納得できるという関係を再構築すべき。
- ・ 所得がある人が拠出し、拠出した人が給付を受ける「正直者が馬鹿を見ない制度」にすることを社会保険制度の基本として押さえるべき。
- ・ 自助を第一に考えるとしても、正規・非正規の処遇均衡など働く部分を企業側がきちんと対応しないと、却って公助（生活保護）が増大してしまうのではないか。
- ・ 皆年金・皆保険を維持するためは、皆労働、皆参加、みんなが社会につながっていくという観点が大切。

保険料と税

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

低所得者の取扱い

- ・ 低年金者が多い中、低所得高齢者への対応を検討すべき。

- ・ 低所得者支援を行うためには所得をしっかりと捕捉することが必要。
- ・ 公的年金等控除及び遺族年金が非課税であることの影響により、多くの高齢者が住民税非課税となっており、低所得者をひとくくりに考えるのは適切ではないのではないか。
- ・ フローの所得ではなく、資産にも着目して負担能力を認定すべき。
- ・ 年金について、救貧機能を持たせるならば制度設計は難しくなる。

経済・雇用との関係

- ・ 医療と介護は、多くの国民がサービスの提供に関わっており、雇用も含めて、サービス提供側が活性化する制度づくりを行うべき。
- ・ 老若男女が元気に働き続けることができる社会などを念頭に議論すべき。
- ・ 社会保障制度を支える力を強化する視点や支える範囲を拡大していく視点が重要。若者や女性、高齢者の就労促進も雇用問題という視点だけではなく、医療分野では、予防医療による高齢者の就労力の維持・向上につながるという観点もある。介護も、女性の就労促進という観点で極めて重要。年金も、支給開始年齢の引上げやパートの適用拡大など、就労に対して中立的にしていく観点も大切。
- ・ 2002年からの10年間で介護・医療分野の雇用は250万人近く増大。7割ぐらいが女性の雇用。子ども・子育て支援というのは、こうした分野で女性が安心して働けるようにするための支援であり、こうした分野は高齢者を支える事業でもある。失業なく労働移動を実現するためにも、社会保障のツールが非常に重要。
- ・ 地域によって事情が異なる医療・介護については、全国1本ではなく、地域ごとに人口動態の変化を踏まえ、地域経済など経済的側面も含め、議論を行うべき。

その他

- 社会保障の様々な給付を有機的に関連付けて問題の解決方法を探るべき。
- 社会保障の制度設計は財政再建問題と関わることを踏まえるべき。社会保障の論理と財政の論理を融合させる必要。
- 社会保障は何のためにあるのか整理する必要。高齢者のためだけでなく、いわば「老若男女共同参画社会」を実現していくべき。
- 現在の「70年代モデル」ともいうべき社会保障制度を「21世紀モデル」にするための大きな仕分けも議論すべき。
- 今の社会保障に求められるのは、少子化対策に緊急的に投資するなど、未来からの視点ではないか。
- 国民に向け、わかりやすく元気の出るようなメッセージを発信すべき。
- 医療費を企業がどれだけ負担しているのかを比較する際には、アメリカに関しては企業が負担している私的医療費を加えて比較するのが妥当。
- 社会保障に関する不信感の根っこには学びの機会がないことがあり、高校、中学で社会保障を学ぶことのできる機会をしっかりと設けていくことが必要。
- 国民が社会保障制度への信頼感を持つためには、社会保障の現状、動向を理解してもらえよう議論の進め方、情報の提供が必要。
- 社会保障の情報提供の在り方についてしっかりやっていくことが必要、老人大学などの制度的な提案も考えていくべき。
- 健康の維持、予防に向けたインセンティブが働く仕組みが重要。選択できるサブメニューを増やし、自発的にみずからの問題としてかかわっていくことが大事。制度につなげるような考え方を盛り込むべき。

第14回社会保障制度改革国民会議（平成25年6月10日開催） 遠藤委員発言抜粋

○遠藤委員 いろいろと御意見を頂戴いたしました。実は国民会議の議論を社会保障審議会の医療保険部会、議論が非常に重なるものですから、そこで3回ほど議論をいたしました。それについてまとめたものが参考資料2-1にあるわけでありすけれども、かいつまんでどのようなことが話し合われたのか、恐らくここでの議論の深みを増す意味でも参考になるのかなと思っておりますので、もし説明する時間を与えられるのであればお話しさせていただきたいと思っておりますけれども、いかがでございましょうか。

（医療保険部会の主な議論について報告）

○遠藤委員 それでは、私、医療保険部会の部会長もしておりますので、国民会議との連携を図るといような役目も負っているのかなと認識しておりますので、3回ほど医療保険部会で議論してまとめたものを簡潔にお話しさせていただきたいと思っております。

これは参考資料2-1でございまして、2-2は、そのときに医療保険部会で配られた資料ということで、参考資料2-1をベースにお話をさせていただきます。時間が限られておりますので簡潔に申し上げます。

まず、2-1の1ページの一番下の○と2ページの一番上の○でございすけれども、医療保険部会において協会けんぽ、健保連、連合、経団連、日商の5団体から私宛てに提出された意見でございまして、3つほどございす。

第1に、被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、高齢者医療制度への公費投入を拡充するべきである。

第2に、そのための財源として消費税引き上げ分を活用するとともに、保険料負担の増大を抑制することにより、制度の持続性を図るべきである。

第3に、今後とも国保と被用者保険が共存して、それぞれの加入者特性に応じた保険者機能を発揮する制度体系を維持するべきだという御意見でありました。

これらの点につきましては、特に議論を深め、持続可能な制度の実現に向けた改革につなげてほしいという強い要望がありましたものですから、初めにお伝えしました。

次に「【医療・介護の提供体制の在り方】」でございす。3ページをござらんになっていただければと思っております。

医療保険部会におきまして、医療・介護の提供体制のあり方に関連して、病

院、病床機能の分化・連携をどのように進めるか、その方策について議論いたしました。その結果が下から4つ目の○ですが、診療報酬と補助金はそれぞれ一長一短あるので、それぞれの利点を生かしながら最適な組み合わせを考えていくべきであり、消費税財源を活用して平成26年度から実施していくべきであるという意見があり、さらに医療関係者からは、下から2つ目と一番下の○になりますが、補助金と診療報酬の両方の手法が必要であるが、診療報酬を中心に対応すべきという意見がありました。

また、4ページ目の一番上の○になりますが、今回、消費税が引き上げられることから、通常、11月下旬に決まる診療報酬改定の基本方針について、前倒しで策定すべきという意見もございました。

4ページには最後になります国保の保険者のあり方、これは先ほど来御議論されているものでありますけれども、それとの関連で、「（保健医療機関の指定・取消権限の都道府県への付与）」についての意見を載せております。これについては地方団体、保険者、医療提供者のいずれも保健医療機関の指定・取消には全国統一の取り扱いが必要であり、引き続き国が実施すべきという意見が大勢を占めております。

なお、制度的なことを申し上げますと、指定・取消権限はもともと都道府県の機関委任事務だったものを平成11年の地方分権一括法により国の直轄事務としたという経緯がありますので、そういった経緯も踏まえる必要があるかなと思うわけです。詳細につきましては、参考資料2-2の25ページに記載されております。

次に、5ページの中段「【外来の役割分担の在り方】」についての意見を示しております。かかりつけ医機能を充実させて市町村ごとに地域包括ケアを地域医師会と連携して構築することが必要である。あるいはかかりつけ医の定着には国民の意識改革必要であるといった意見がありました。

また、大病院の外来受診の自己負担に関しましては、5ページ後半部分に意見を載せてあります。定額自己負担によるフリーアクセスの緩やかな制限には賛成である。フリーアクセスの一定の制限は仕方がないが、経済格差が寿命の格差にならないような配慮が必要である。あるいは低所得者の定額自己負担は減免されると思うが、病院窓口での判定方法や保険者の中での区分方法など、技術的な課題は残るといったような意見がございました。

6ページ「【在宅医療と在宅介護の連携の在り方等】」です。在宅医療の体制づくりを推進されるには、地域医療再生基金など、国による財政支援が必要である。在宅療養後方病院を地域ごとに設立して、在宅医療や在宅介護と入院医療とがスムーズな連携をとれるようにするべきである。あるいは在宅医療と介護の仕組みは給付調整の問題など医療担当者にわかりづらい部分があるので、

シンプルな形に改善するべきであるといったような御意見がありました。

「【医療関連データの収集・分析等】」についてでございます。これは6ページ、7ページに記載されております。今後、ICTのかつ様が、機能分化や医療と介護の連携にとって重要になるため、ICTの活用と制度面の一体的な運用についてもっと深掘りした議論をしてほしい。あるいは診療報酬などの情報を活用できる環境整備を速やかに進めるべきである。レセプト情報の利活用には賛成だが、国民への周知と個人情報の保護に留意する必要がある。あるいは共通番号制度を活用して総合合算制度を導入するなど、より踏み込んだ議論を期待したい。

国保からは、国保は現在ICTを利用して健診・医療・介護データを結びつけて保健事業に役立てるシステムを構築しようとしている。共通番号が入った場合には、国保と被用者保険者間でデータ交換ができるということも期待できるということをおっしゃっておられます。

次に、療養範囲の見直しでございますが、8ページの後半部分でございます。70～74歳の患者負担の見直しは、低所得者などに配慮しつつ段階的に実施すべきという意見が多数ございました。

9ページ、高額療養費については見直しをするに当たって、対象者の範囲や所得区分の細分化といったことを考える必要があるという意見がありました。

9ページの一番下ですけれども、医療保険財政が厳しい中で、所得の高い方からは保険料をより多く負担してもらおうという観点から、健保の標準報酬月額の上限や国保の保険料の賦課上限の見直しをするべきという意見もありました。要するに上限の引き上げということであります。

次に、被用者保険の課題でございます。医療保険部会におきましては、被用者保険全般に関する議論を行いました。その議論の概略を示したものが11ページ、12ページに記載したものであります。被用者保険の課題は、先ほど中村事務局長から説明もありましたけれども、以下の3つぐらいに絞られると思います。

1つは、第1に、被用者保険のセーフティネットである協会けんぽの財政基盤の強化。

第2に、被用者保険間の負担の格差の問題。

第3が、高齢者医療への拠出金負担の増加であります。

この第1と第2の課題につきましては、平成24年健康保険法の一部改正の法律が成立しまして、協会けんぽの国庫補助率の引き上げ及び3分の1の総報酬割の導入に関する特別措置の2年延長といったことが決まったわけですが、引き続きここでも議論になっておりますように全面総報酬割の導入の検討の議論が必要となっているわけであります。

全面報酬割を導入した場合に生ずる公費2,300億の用途につきまして、これも先ほど来御議論になっているわけでありませうけれども、このような意見が出ております。11ページ、後半部分でございます。浮いた公費の使い道については、国保に投入することについては賛成するという意見があった。

一方で、12ページの上から2つ目の○にあるように、被用者保険者からは拠出金負担が保険料収入の4割を超えている状況のもと、現役世代の負担を緩和する方向で財源を活用するべきである。具体的には被用者保険の最後の受け皿機能を守るため、協会けんぽに対する国庫補助割合の20%への引き上げを優先すべきである。あるいは拠出金負担の軽減のため、前期高齢者医療の支援に充てるべきだと、こういったような意見が被用者保険の立場からあったということでございます。

第3番目の課題であります高齢者医療への拠出金負担の増大につきましては、被用者保険にとっては高齢者医療に対する多額の拠出金が最大課題であり、高齢者医療制度が将来に向かって持続可能な制度になるよう、現役世代や高齢者の間で負担の関係を議論するべきであるという意見であるとか、あるいは被用者保険の高齢者医療への拠出金負担を軽減するため、前期高齢者も含めた高齢者医療に対する税投入割合の拡充を検討していくべきであるといった意見がございました。

最後に、国保の課題でございます。国保の課題についても全般に関する議論を行いました。国保の課題につきましては、先ほどの中村事務局長の説明の中にもあったわけでありませうけれども、一言で言えば、国保の財政基盤は他の保険者に比べて脆弱であり、財政の安定化や保険料の市町村間格差についての問題があるという点でございます。このことにつきましては、次のような御意見がありました。

知事会からは、まずは構造問題の解決が先であり、国保の抜本的な解決が図られ、持続可能な制度が構築されるのであれば、市町村とともに積極的に担う覚悟があるといった御意見です。

また、地方団体からは、国保を守っていくためにも都道府県単位化について賛成である。あるいは医療計画の策定者と一致させるという意味で国保の都道府県単位化に賛成であるという賛成意見があります。

一方、14ページでございますけれども、都道府県が国保の運営を担った場合、保健事業の実施主体等についてどう考えるか。保健事業が低下しないような仕組みを構築できるのか考えないといけない、こういった御意見があります。その他、保険料の賦課徴収あるいは保健事業の運営、介護保険との整合性の面での懸念あるいは影響が出ないか、どのような工夫が必要か、こういったような御意見がございました。

一方、こういった意見に対しまして地方団体などからは、15ページの下のほうに書いてありますけれども、保険者が都道府県になると保険料収納率の低下や地域の健康づくりが後退するという意見があるが、そのような懸念は全くないといった御意見もありました。

国保の広域化のスケジュールについても御意見がありました。これは17ページに示されております。都道府県単位の医療費の全面的な共同事業の実施が平成27年から予定されていること、あるいは医療法・医療計画の見直しに時間がかかる。さらにはその準備期間等々を考えますと、平成30年度ないしは32年度以降になるのではないかといったようなスケジュール感の御意見もありました。

また、保険料の統一につきましても、経過措置をとりながら段階的に慎重に行う必要があるというような意見もありました。

以上のような意見があることを御紹介させていただきました。今後の当会議の議論の参考になればと思ひまして御報告させていただきました。お時間頂戴してありがとうございます。