

第67回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成25年9月9日（月）
14時00分～16時00分
場所：グランドアーク半蔵門

（議題）

1. 医療保険部会の今後の検討スケジュールについて
2. 高額療養費の見直しについて

（配布資料）

- | | | |
|--------|-----|--------------------------------------------------------------------------------|
| 資料 | 1 | 「法制上の措置」骨子（医療保険制度関係）の実施スケジュール |
| 資料 | 2 | 社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子と社会保障制度改革国民会議報告書の対比表 |
| 資料 | 3 | 高額療養費の見直しについて |
| 参考資料 | 1 | 社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について（平成25年8月21日閣議決定） |
| 参考資料 | 2 | 平成26年度予算概算要求の概要（医療・健康分野抜粋版） |
| 参考資料 | 3-1 | 次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について（これまでの医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの）（平成25年9月6日） |
| 参考資料 | 3-2 | 社会保障審議会 医療保険部会 各委員の発言要旨【未定稿】 |
| 参考資料 | 3-3 | 社会保障審議会 医療部会 各委員の発言要旨【未定稿】 |
| 参考資料 | 4 | 議論の整理（平成25年1月9日・医療保険部会まとめ） |
| 委員提出資料 | 1 | 岡崎委員提出資料 |
| 委員提出資料 | 2 | 小林委員提出資料 |
| 委員提出資料 | 3 | 齋藤委員提出資料 |
| 委員提出資料 | 4 | 福田委員提出資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成25年9月9日現在

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

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

第67回社会保障審議会医療保険部会

平成25年9月9日(月) 14:00~16:00

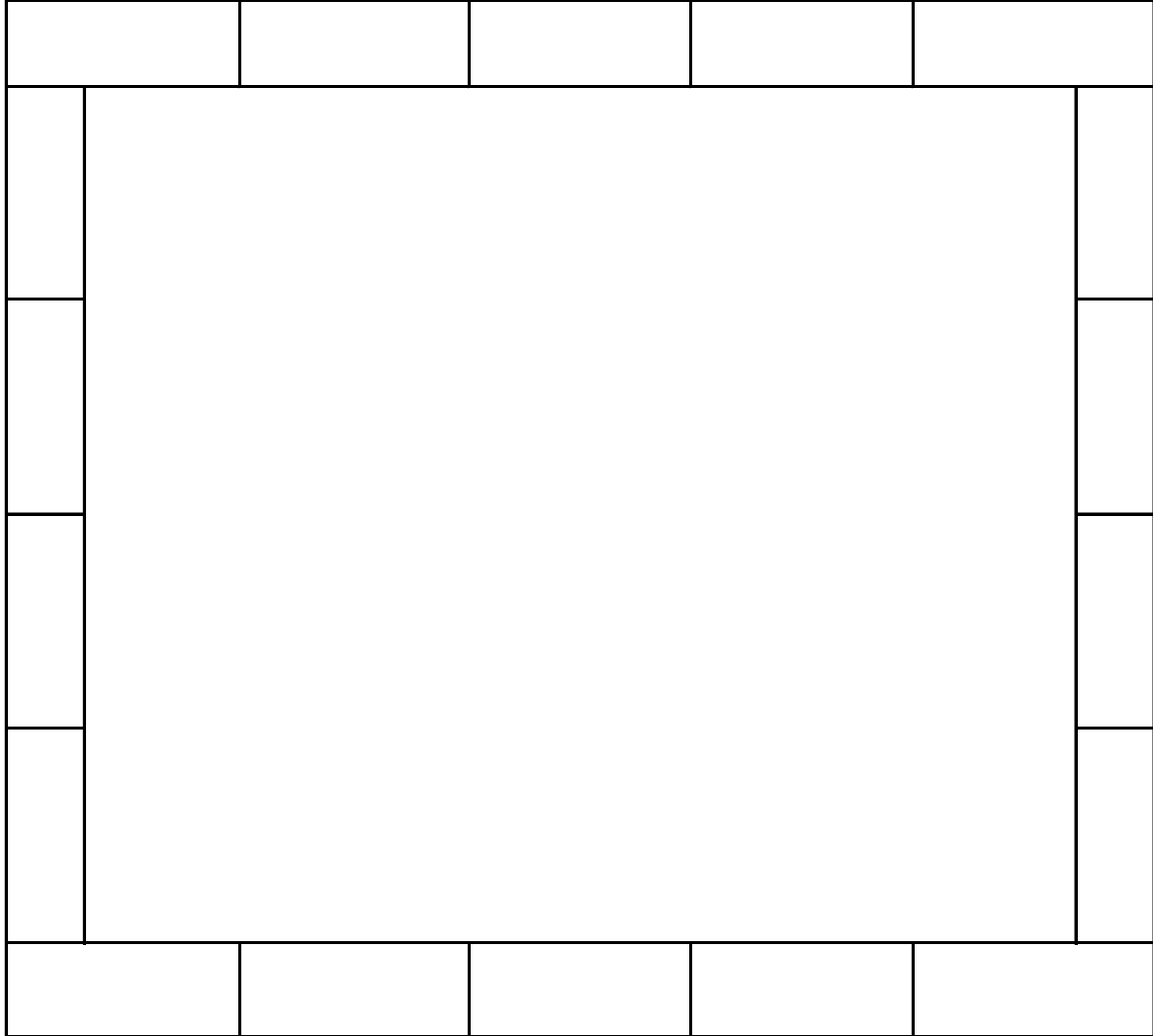
グランドアーク半蔵門 富士東の間(4階)

大谷参考人委員 ○ 岩本委員 ○ 木倉局長 ○ 遠藤部長 ○ 岩村部会長代理 ○ 神田審議官 ○ 和田委員 ○ 森昌平委員 ○

○
速記

岡崎委員 ○ (参考人)
川尻委員 ○
菊池委員 ○
小林委員 ○
齋藤委員 ○
柴田委員 ○
白川委員 ○
菅家委員 ○

森千年委員 ○ (参考人)
堀委員 ○
藤井委員 ○
福田委員 ○ (参考人)
樋口委員 ○
武久委員 ○
鈴木委員 ○
込山企画官 ○



○佐久間室長 ○安藤室長 ○中村課長 ○横幕課長 ○大島課長 ○鳥井課長 ○宇都宮課長 ○竹林室長 ○佐々木企画官 ○秋田課長



○藤田管理官 ○唐木補佐 ○渡邊補佐 ○藤田室長 ○田口管理官 ○近澤管理官 ○鎌田企画官



傍聴者席

「法制上の措置」骨子（医療保険制度関係）の実施スケジュール

法制上の措置（骨子）に盛り込まれた事項については、社会保障審議会医療保険部会等で議論し、平成26年度から平成29年度までを目途に順次必要な措置を講ずる。法改正が必要な事項については、平成27年通常国会に法律案を提出することを目指す。

「法制上の措置」骨子の文言	実施スケジュール
2. 医療制度 (6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。	
① 医療保険制度の財政基盤の安定化について次に掲げる措置	
イ 国民健康保険（国保）の財政支援の拡充	平成27年法案提出等
ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の運営業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置	平成27年法案提出
ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）附則第2条に規定する所要の措置	平成27年法案提出
② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置	
イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置	平成26年度税制改正、政令改正
ロ 被用者保険者に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置	平成27年法案提出
ハ 所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し	平成27年法案提出
ニ 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ	平成26年度税制改正、政令改正、平成27年法案提出
③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置	
イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し	平成26年度予算措置、政令改正
ロ 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し	平成27年法案提出

医療保険部会での検討スケジュール（法制上の措置関連）（案）

		医療保険部会				地方団体との協議
	高額療養費の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 国保・後期高齢者医療の低所得者保険料負担軽減措置 国保の保険料賦課限度額引上げ 	診療報酬改定基本方針	<ul style="list-style-type: none"> 被用者保険の標準報酬月額引上げ 所得水準の高い国保組合への国庫補助の見直し 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者支援金の全面総報酬割 協会けんぽの国庫補助率や高齢者医療の費用負担の在り方 国保の財政支援の拡充 国保の保険者、運営等のあり方 	<ul style="list-style-type: none"> 国保の低所得者保険料負担軽減措置（再掲） 国保の保険料賦課限度額引上げ（再掲） 国保の財政支援の拡充（再掲） 国保の保険者、運営等のあり方（再掲）
25年 9月	議論 ↓ とりまとめ	議論 ↓ とりまとめ	議論 ↓ とりまとめ			議論 ↑ ↓
12月						
26年 4月				議論 ↓ (中間まとめ) ↓ とりまとめ	議論 ↓ (中間まとめ) ↓ とりまとめ	議論 ↑ ↓
12月						
対応方針	26年度中を目途に政令改正	26年度税制改正、予算措置、政令改正	26年度改定	27年常会に法案提出	27年常会に法案提出	

「法制上の措置」の骨子と国民会議報告書の記述の比較

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子 （平成25年8月21日閣議決定）	社会保障制度改革国民会議報告書 （平成25年8月6日）
<p>一 講ずべき社会保障制度改革の措置等</p> <p>2. 医療制度</p> <p>(1) 個人の選択を尊重しつつ、健康管理や疾病予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励する。</p> <p>(2) 情報通信技術、レセプト等を適正に活用しつつ、事業主、地方公共団体及び保険者等の多様な主体による保健事業の推進、後発医薬品の使用の促進及び外来受診の適正化その他必要な措置を講ずる。</p>	<p>II 医療・介護分野の改革</p> <p>1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命</p> <p>(3) 改革の方向性</p> <p>③ 健康の維持増進等</p> <p>その際、国民のQOLを高めるとともに、高齢者の社会参加も含め、社会の支え手を少しでも増やしていく観点からも、国民の健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要も生まれてくる。具体的には、医療関連情報の電子化・利活用のインセンティブを医療提供者に持たせるように取り組むとともに、医療保険者がICTを活用してレセプト等データを分析し、加入者の健康づくりを行うなど疾病予防の促進等を図ることで、国民の健康寿命を延ばし、平均寿命との差の短縮を目指していかなければならない。医療保険者はその加入者の健康維持・疾病予防に積極的に取り組むようインセンティブが働く仕組みを構築するとともに、加入者の自発的な健康づくりへのサポートの在り方等も検討すべきである。</p>

社会保障制度改革推進法第4条の
規定に基づく「法制上の措置」の骨子
(平成25年8月21日閣議決定)

社会保障制度改革国民会議報告書
(平成25年8月6日)

(6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

① 医療保険制度の財政基盤の安定化
について次に掲げる措置

イ 国民健康保険(国保)の財政支援の
拡充

ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の運營業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。
(略)

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである。ただし、国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである。

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

国民皆保険制度を守るためには、こうした現在の市町村国保の赤字の原因や運営上の課題を、現場の実態を踏まえつつ分析した上で、国民健康保険が抱える財政的な構造問題や保険者の在り方に関する課題を解決していかなければならない。
(略)

ただし、国民健康保険の財政的な構造問題を放置したまま、国民健康保険の保険者を都道府県としたとしても、多額の赤字を都道府県に背負わせるだけである。したがって、抜本的な財政基盤の強化を通じて国民健康保険の財政的な構造問題の解決が図られることが、国民健康保険の保険者を都道府県に移行する前提条件となる。その財源については、後述する後期高齢者支援金に対する負担方法を全面総報酬割にすることにより生ずる財源をも考慮に入れるべきである。

その際には、財政基盤の強化のために必要な公費投入だけでなく、保険料の適正化など国民健康保険自身の努力によって、国民健康保険が将来にわたって持続可能となるような仕組みについても検討すべきである。(略)

その際、協会けんぽの支援金負担への国庫補助が不要となるが、これによって生ずる税財源の取扱いは、限られた財政資金をいかに効率的・効果的に用いるかという観点から、将来世代の負担の抑制に充てるのでなければ、他の重点化・効率化策と同様に今般の社会保障・税一体改革における社会保障の機能強化策全体の財源として有効に活用し、国民に広く還元すべきである。こうした財源面での貢献は、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上での保険者の都道府県への円滑な移行を実現するために不可欠である。

社会保障制度改革推進法第4条の
規定に基づく「法制上の措置」の骨子
(平成25年8月21日閣議決定)

社会保障制度改革国民会議報告書
(平成25年8月6日)

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律(平成25年法律第26号)附則第2条に規定する所要の措置

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

また、上記の健康保険法等の一部改正法の附則においては、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等を勘案し、協会けんぽの国庫補助率について検討する旨の規定が付されており、これにのっとり、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方を含めた検討を行う必要がある。その際、日本の被用者保険の保険料率は、医療保障を社会保険方式で運営しているフランスやドイツ等よりも低いことや、前述のとおり健保組合間で保険料率に大きな格差があること、その他被用者保険の状況等を踏まえ、被用者保険における共同事業の拡大に取り組むことも検討が必要である。

② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置

イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。

社会保障制度改革推進法第4条の
規定に基づく「法制上の措置」の骨子
(平成25年8月21日閣議決定)

社会保障制度改革国民会議報告書
(平成25年8月6日)

ロ 被用者保険者に係る後期高齢者支
援金の全てを総報酬割とする措置

3 医療保険制度改革

(1)財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

後期高齢者支援金に対する負担方法について、健康保険法等の一部改正により被用者保険者が負担する支援金の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こと(総報酬割)を2013(平成25)年度から2年間延長する措置が講じられているが、支援金の3分の2については加入者数に応じたものとなっており、そのために負担能力が低い被用者保険者の負担が相対的に重くなっている。健保組合の中でも3倍程度の保険料率の格差がある。この支援金負担について、2015(平成27)年度からは被用者保険者間の負担の按分方法を全面的に総報酬割とし、被用者保険者間、すなわち協会けんぽと健保組合、さらには共済組合の保険料負担の平準化を目指すべきである。この負担に関する公平化措置により、総数約1400の健保組合の4割弱の健保組合の負担が軽減され、健保組合の中での保険料率格差も相当に縮小することにもなる。

ハ 所得水準の高い国民健康保険組合
に対する国庫補助の見直し

3 医療保険制度改革

(1)財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

社会保障制度改革推進法第4条の
規定に基づく「法制上の措置」の骨子
(平成25年8月21日閣議決定)

社会保障制度改革国民会議報告書
(平成25年8月6日)

二 国保の保険料の賦課限度額及び被
用者保険の標準報酬月額の上限額の
引上げ

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

③ 保険給付の対象となる療養の範囲の
適正化等について次に掲げる措置

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、
70歳から74歳までの者の一部負担金の
取扱い及びこれと併せて検討する負担
能力に応じた負担の観点からの高額療
養費の見直し

3 医療保険制度改革

(2) 医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

また、現在、暫定的に1割負担となっている70～74歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は2割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」のとおり「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わらないよう、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当である。

高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるという保険料負担における考え方と同様の制度改革が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。上記のとおり、70～74歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

□ 医療提供施設相互間の機能の分担
や在宅療養との公平の観点からの外
来・入院に関する給付の見直し

3 医療保険制度改革

(2) 医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない。患者の意識改革も重要となる。

さらに、今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

社会保障制度改革推進法第4条の
規定に基づく「法制上の措置」の骨子
(平成25年8月21日閣議決定)

社会保障制度改革国民会議報告書
(平成25年8月6日)

(7)次期医療計画の策定期間が平成30年度であることも踏まえ、(6)に掲げる必要な措置を平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずる。法改正が必要な措置については、必要な法律案を平成27年通常国会に提出することを目指す。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2)都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

また、当該移行については、次期医療計画の策定を待たず行う医療提供体制改革の一環として行われることを踏まえれば、移行に際し、様々な経過的な措置が必要となることは別として、次期医療計画の策定前に実現すべきである。

(8)(6)に掲げる措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う。

3 医療保険制度改革

(1)財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

なお、後期高齢者医療制度については、創設から既に5年が経過し、現在では十分定着していると考えられる。今後は、現行制度を基本としながら、実施状況等を踏まえ、後期高齢者支援金に対する全面総報酬割の導入を始め、必要な改善を行っていくことが適当である。

三 その他

2. 地方公共団体等との協議

一に掲げる措置等のうち病床の機能分化、医師等の確保及び国保の見直しに関する事項について必要な措置を講ずるに当たっては、これらの事項が地方自治に重要な影響を及ぼすものであることに鑑み、地方六団体等の関係者と十分に協議を行い、当該措置についてこれらの者の理解を得ることを目指す。

2 医療・介護サービスの提供体制改革

(2)都道府県の役割強化と国民健康保険の保険者の都道府県移行

いずれにせよ、国民健康保険の保険者の都道府県移行の具体的な在り方については、国と地方団体との十分な協議が必要となる。

高額療養費の見直しについて

平成25年9月9日
厚生労働省保険局

社会保障制度改革国民会議報告書（抄） （高額療養費関係）

〔平成25年8月6日〕

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

（2）医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるといふ保険料負担における考え方と同様の制度改革が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。上記のとおり、70～74歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について(抄)

〔平成25年8月21日
閣議決定〕

2 医療制度

(6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担との観点からの高額療養費の見直し

(7) 次期医療計画の策定期間が平成30年度であることも踏まえ、(6)に掲げる必要な措置を平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずる。法改正が必要な措置については、必要な法律案を平成27年通常国会に提出することを目指す。

高額療養費制度の概要

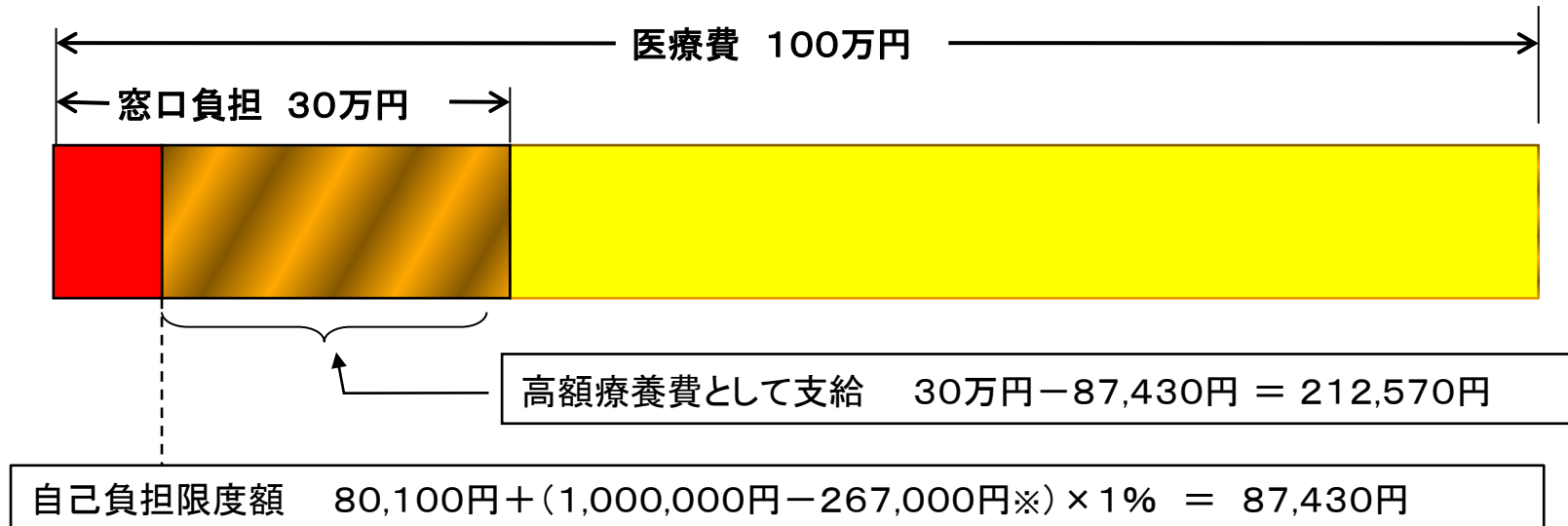
- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（3割負担）>



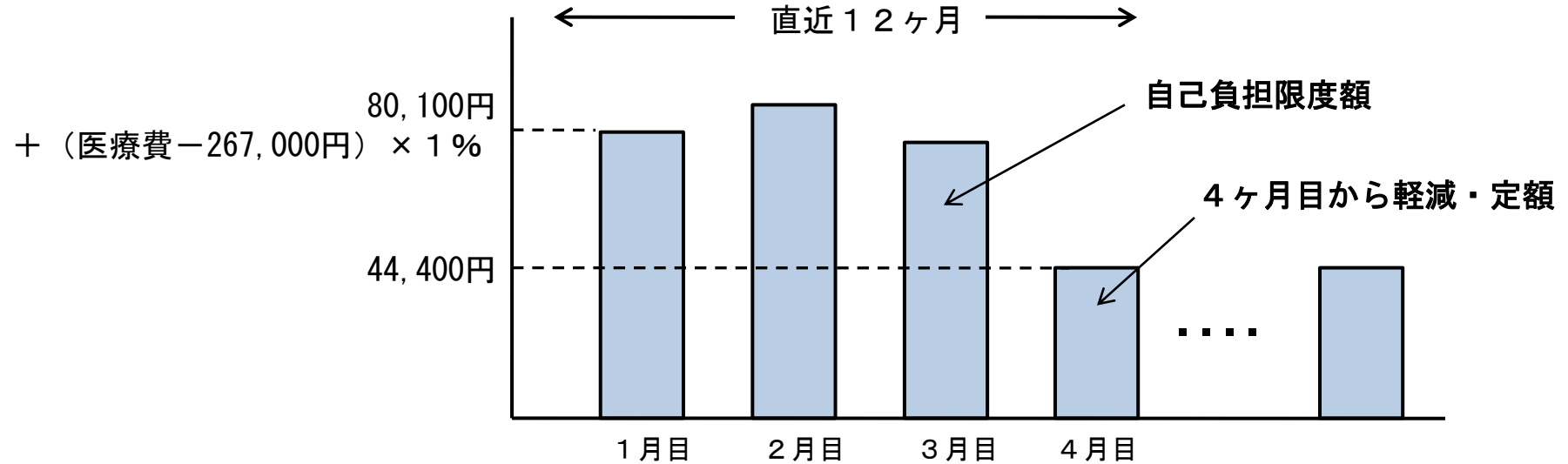
※ $80100 \div 0.3 = 267000$

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

高額療養費の多数該当の仕組み

○ 現行の高額療養費制度では、同一世帯で直近12ヶ月間に、高額療養費が支給された月が3ヶ月以上になった場合は、4ヶ月目から自己負担限度額が軽減された定額となる。

<所得区分「一般」の場合>



<70歳未満の方の場合>

所得区分	軽減前の自己負担限度額	多数回該当の場合
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%	83,400円
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
低所得者	35,400円	24,600円

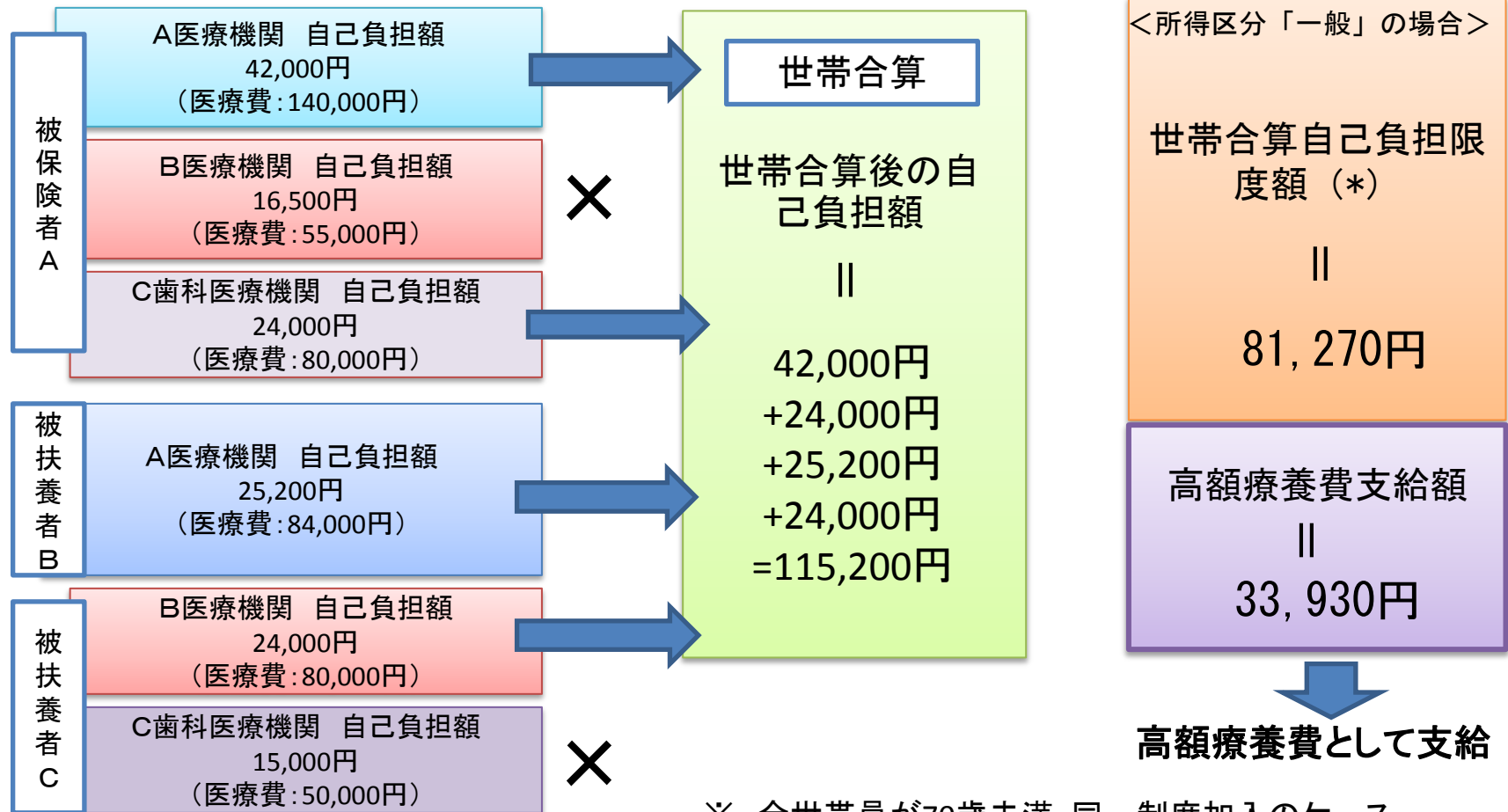
<70歳以上の方の場合>

所得区分	軽減前の自己負担限度額	多数回該当の場合
現役並み所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円

(注) 「一般」や「低所得者」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。

高額療養費制度における世帯単位の合算の仕組み

- 病院の窓口で支払う1か月の自己負担額が合算対象基準額（レセプト1件あたり2万1千円）以上のものについて、同じ医療保険に加入する家族について世帯単位で合算を行い、合算額からその世帯における自己負担限度額を控除した額を高額療養費として支給する。



※ 全世帯員が70歳未満・同一制度加入のケース

- * 自己負担限度額 = 80,100円 + { (140,000円 + 80,000円 + 84,000円 + 80,000円) - 267,000円 } × 1% = 81,270円
- * 70歳以上の場合、高齢者の負担軽減のため、一部負担金の額が21,000円未満であっても合算される。
- * 世帯全体の負担額をリアルタイムで把握することができないため、償還払いで対応。（一部について現物給付対応）

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

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

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

[70歳以上]

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

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

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

※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

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

高額療養費の現行の自己負担限度額の考え方

[70歳未満]

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

	要件	自己負担限度額(1月当たり)	所得区分要件・限度額設定の考え方
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額53万円以上※① [国保] 世帯の被保険者全員の年間所得 (基礎控除後)の合計額が600万円 超※②	150,000円※③＋ (医療費－500,000)×1% 〈多数該当 83,400円〉※④	①平成15年家計調査の勤労者世帯の世帯収入5分位の第1分位の定期 収入526,939円に相当 ②標準報酬月額53万円に対応する旧ただし書き所得 ③標準報酬月額53万円に対応する総報酬月額60万円の25% ④年間最大負担額（当初3カ月＋多数該当9カ月）が総報酬月額60万 円の2カ月分程度となるよう設定
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円※⑤＋ (医療費－267,000円)×1% 〈多数該当 44,400円〉※⑥	⑤平成16年度の政管平均標準報酬月額283,208円に対応する総報酬 月額(約32万円)の25% ⑥年間最大負担額（当初3カ月＋多数該当9カ月）が総報酬月額32万 円の2カ月分程度となるよう設定
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が 市町村民税非課税 等	35,400円※⑦ 〈多数該当 24,600円〉※⑦	⑦昭和59年改正で低所得者の負担限度額が健保15,000円、国保 39,000円であったものを制度間での格差を是正して30,000円（多 数該当21,000円）とした。その後、給与伸び率、可処分所得伸び 率、消費者物価指数伸び率を勘案し、一般の自己負担限度額の引 上げと平仄をとって、平成元年・3年・5年に引き上げたが、5年 以降は据え置き。

[70歳以上]

	要件	自己負担限度額（1月当たり）		所得区分要件・限度額設定の考え方
		外来(個人ごと)		
現役並み 所得者	[後期・国保] 課税所得145万円以上 [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上	44,400円※⑧	80,100円※⑨＋ (医療費－267,000円)×1% 〈多数該当44,400円〉※⑧	⑧70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて 設定 ⑨70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせ て設定
一般	現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱ に該当しない者	12,000円※⑩	44,400円※⑧	⑩平成14年10月の1割負担導入時以降、据え 置き ⑪70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合 わせて設定
低所得者	Ⅱ	8,000円※⑩	24,600円※⑪	
	Ⅰ		15,000円※⑩	

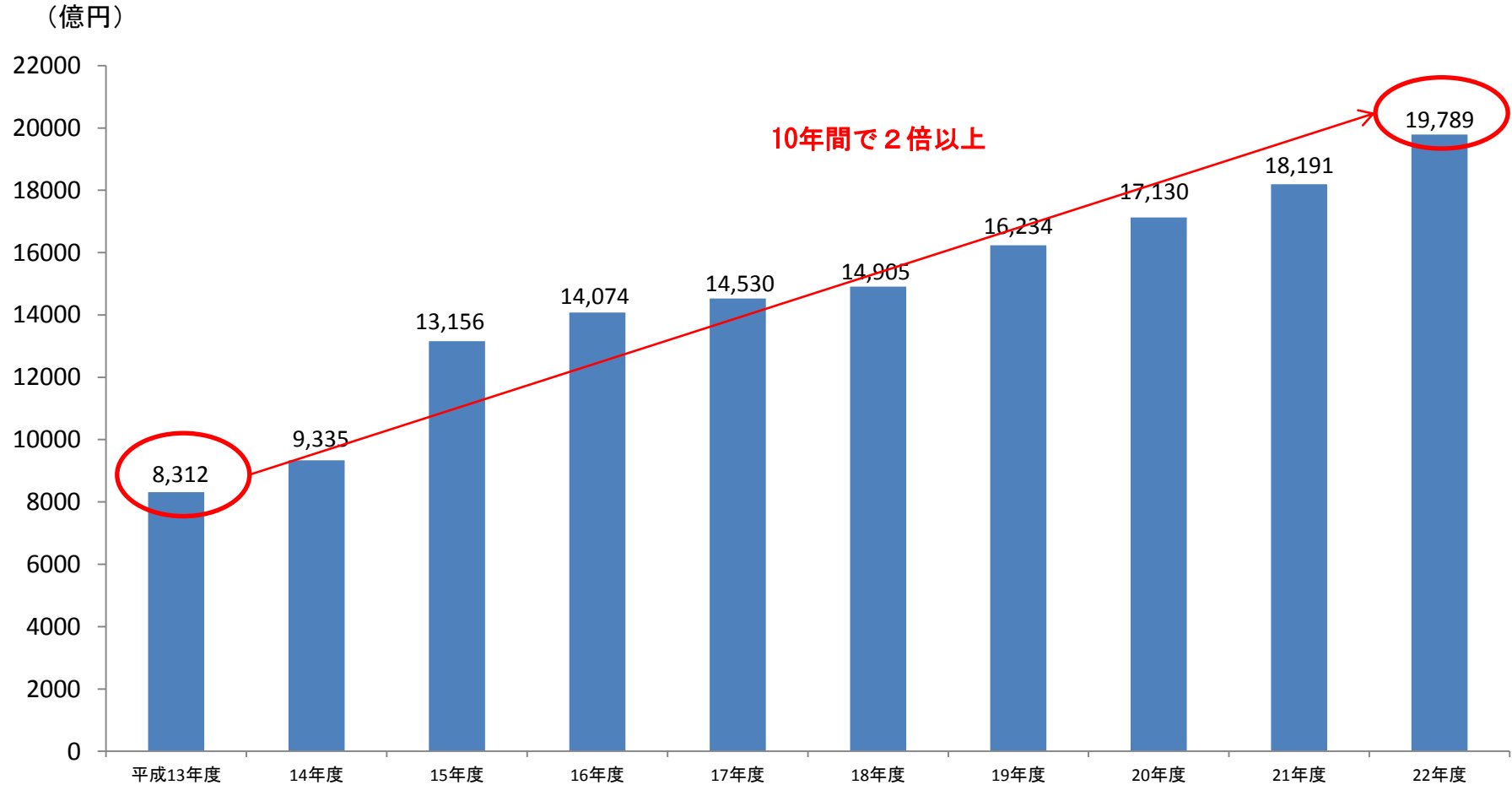
注1 標準報酬月額：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。

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

高額療養費の支給実績

【平成22年度】	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険（後期医療除く）	1 9 3 8 万件	1 兆 5 0 8 1 億円	7 7, 8 2 9 円
協会けんぽ	2 9 2 万件	3 1 1 8 億円	1 0 6, 9 5 4 円
健保組合	1 9 2 万件	1 9 7 3 億円	1 0 2, 7 1 6 円
共済	5 9 万件	6 0 3 億円	1 0 1, 3 3 2 円
国保	1 3 9 3 万件	9 3 7 3 億円	6 7, 2 7 4 円
後期高齢者医療制度	2 5 8 0 万件	4 7 0 8 億円	1 8, 2 4 8 円
計	4 5 1 8 万件	1 兆 9 7 8 9 億円	4 3, 8 0 3 円

高額療養費の支給額の推移



(注) 平成15年度の大幅な支給額の増加は、14年10月から老人保健制度に1割負担(すべての医療機関)を導入したこと、15年4月から健保本人の自己負担割合を2割負担から3割負担に引き上げたこと等による。

高額療養費の見直しの方向性について

- 高額療養費見直しについては、「社会保障制度改革国民会議報告書」に基づき、負担能力に応じた負担とする観点から、所得区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定してはどうか。

<70歳未満>

- 現在の所得区分及び自己負担限度額は、「上位所得者（年収約790万円以上）」、「一般所得者（年収約210万円（※）～約790万円）」及び「低所得者（住民税非課税）」の3つに区分されているが、報告書を踏まえ、「一般所得者」及び「上位所得者」の所得区分を細分化することとしてはどうか。また、それぞれの所得区分の自己負担限度額は、財源の確保にも配慮しつつ、現行と同様、総報酬月額的一定程度とする考え方を基本として設定してはどうか。

（※）3人世帯（給与所得者、夫婦子一人の場合）

<70歳以上>

- 70-74歳の患者負担の見直しを行う場合には、その「一般所得者」及び「現役並み所得者」の所得区分を細分化することとしてはどうか。また、それぞれの所得区分の自己負担限度額は、現行と同様、70歳未満の自己負担限度額との均衡を考慮して設定してはどうか。

※ なお、高額療養費の自己負担限度額を見直す場合、高額介護合算療養費の自己負担限度額についてもそれに伴う見直しが必要となる。

高額療養費の見直しの方向性について

1. 見直しの方向性

○ 負担能力に応じた負担とする観点から、所得の区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

2. 見直し案のイメージ

70歳未満	月単位の上限額	
	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×1% ＜4月目～：83,400円＞
	一般所得者 (年収約210万円(※1) ～約790万円)	80,100円＋医療費×1% ＜4月目～：44,400円＞
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 ＜4月目～：24,600円＞	

		月単位の上限額	
従来の 上位所得者	細分化	引上げ	
従来の 一般所得者	細分化	引上げ	
		据置き	
従来の低所得者 (住民税非課税)		引下げ	
		据置き	

70歳以上 (原則1割負担)	外来 (個人ごと)		
	現役並み所得者 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万円以上	44,400円	80,100円＋ 医療費×1% (44,400円)
	一般所得者 (年金収入約160～約380万円(※2))	12,000円 70～74歳は 本則上は24,600円	44,400円 70～74歳は 本則上は62,100円
低所得者	II (年金収入80～160万円)	8,000円	24,600円
	I (年金収入80万円以下)		15,000円

		外来 (個人ごと)	
現役並み	細分化	引上げ(※1)	
		据置き	
一般	細分化	引上げ(※1)	
		据置き※特例を維持	
低所得者	II (年金収入80～160万円)	据置き	
	I (年金収入80万円以下)		

		外来 (個人ごと)	
75歳 (原則1割負担)	70歳 (特別措置の間)	現役並み所得者 課税所得145万円以上	
		一般 (年金収入160～380万円)	
		据置き	
低所得者	II (年金収入80～160万円)	据置き	
	I (年金収入80万円以下)		

(※1) 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
(※2) 単身(年金所得者)の場合

※1 個人からみれば69歳前の水準と同じ(現役並みについては、同じ又は引下げ)。

參考資料

医療保険制度別の実効給付率の推移

○ 医療保険制度全体の患者の実効負担率は約16.2% (22年度)である。ただし、20年度以降、70歳から74歳の一般所得者の自己負担割合(法律上2割)を、予算措置で1割負担に据え置いているため、予算措置による軽減分を含めると約15.7%である。

		被用者保険計				国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正
		協会(一般)	組合健保	共済組合	国保計	市町村 国保	国保組合					
		%	%	%	%	%	%	%	%	%		
被 保 険 者 (70 歳 未 満)	平成15年度	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—	健保:2割→3割
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—	
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—	
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—	
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—	義務教育前:3割→2割
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—	
	21	75.68	74.93	76.29	76.99	78.41	78.42	78.28	77.34	—	—	
	22	75.93	75.20	76.54	77.19	78.84	78.86	78.59	77.70	—	—	
70 歳 以 上	平成15年度	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—	現役並み:2割→3割
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—	
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—	
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—	
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—	70~74歳:1割→2割
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—	
	21	84.19	84.06	84.34	84.53	86.56	86.57	85.81	86.26	—	—	
	22	84.54	84.40	84.80	84.63	86.99	87.01	86.18	86.69	—	—	
計	平成15年度	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79	健保:2割→3割
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09	
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27	
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21	
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45	現役並み:2割→3割
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03	
		[77.18]				[81.75]			[79.51]		[83.59]	
	21	77.10	76.64	77.42	77.98	80.58	80.67	79.11	78.88	91.30	83.33	
	[77.34]				[82.01]			[79.73]		[83.87]		
22	77.40	76.97	77.70	78.22	81.02	81.11	79.43	79.24	91.63	83.76	70~74歳/義務教育前: 2割	
	[77.63]				[82.41]			[80.07]		[84.28]		

(注1) 予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。予算補助分を含めた給付率は[]で記載。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	医療保険計
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上、旧た だし書き所得600万円以上)	約260万人 (7.5%)	約700万人 (24.0%)	約130万人 (4.3%)	約1,330万人 (12.6%)
一般	約3,150万人 (91.9%)	約2,220万人 (75.9%)	約1,850万人 (61.5%)	約8,200万人 (77.5%)
低所得者 (市町村民税非課税)	約20万人 (0.6%)	約2万人 (0.1%)	約1,030万人 (34.2%)	約1,050万人 (9.9%)
計	約3,430万人 (100.0%)	約2,920万人 (100.0%)	約3,010万人 (100.0%)	約10,590万人 (100.0%)

[70歳以上]

	協会けんぽ (70～74歳)	健保組合 (70～74歳)	市町村国保 (70～74歳)	後期高齢者 (75歳以上)	医療保険計
現役並み所得者	約8万人 (14.4%)	約4万人 (15.4%)	約40万人 (7.3%)	約100万人 (7.0%)	約160万人 (7.5%)
一般	約50万人 (80.2%)	約20万人 (84.5%)	約310万人 (56.7%)	約810万人 (55.6%)	約1,200万人 (57.1%)
低所得者Ⅱ	約1万人 (2.1%)	約0.1万人 (0.2%)	約140万人 (24.8%)	約280万人 (19.0%)	約410万人 (19.7%)
低所得者Ⅰ	約2万人 (3.4%)	約0万人 (0%)	約60万人 (11.2%)	約270万人 (18.4%)	約330万人 (15.7%)
計	約60万人 (100.0%)	約30万人 (100.0%)	約550万人 (100.0%)	約1,450万人 (100.0%)	約2,100万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、標準報酬月額7.8万円以下(総報酬約100万円以下)の加入者を低所得区分(うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得者Ⅰ)と仮定して推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成23年度平均(保険局調べ)。

高額療養費制度の主な改正経緯（健康保険法関係）

○ 高額療養費制度は、昭和48年の制度創設以来、数次の改正の中で、低所得者の所得区分の設定、世帯合算方式や多数該当世帯の負担軽減、入院時の現物給付化などの見直しを行ってきた。

制度改正（施行年月）	高額療養費制度の改正内容	その他の主な制度改正
昭和48年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の高度化により高額の自己負担を必要とする場合が少なくないことを踏まえ、被扶養者について高額療養費制度を創設 	<ul style="list-style-type: none"> ・被扶養者の自己負担の引下げ（5割→3割）
昭和56年3月	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者本人の低所得者について高額療養費を創設 ・被扶養者について低所得者の所得区分を創設 	<ul style="list-style-type: none"> ・被扶養者の自己負担の引下げ（入院3割→2割） ・本人一部負担金（定額）の引上げ
昭和59年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者本人の低所得者以外にも高額療養費を創設 ・世帯合算方式の創設 ※合算対象基準額（一般3万円、低所得者2万1千円） ・多数該当世帯の負担軽減を創設 ・高額長期疾病の特例（血友病、慢性腎不全）を創設 	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者本人の定率負担（1割）の導入 ・退職者医療制度の創設
平成8年6月	<ul style="list-style-type: none"> ・高額長期疾病の特例の対象に後天性免疫不全症候群を追加 	
平成13年1月	<ul style="list-style-type: none"> ・高所得者の実質的な負担率が低下していたことを踏まえ、上位所得者の区分を創設 ・一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算 	<ul style="list-style-type: none"> ・一般保険料と介護保険料を合算した率に適用されていた保険料率の上限を、一般保険料率のみに適用する改正
平成14年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・70歳以上について入院時の高額療養費の現物給付化 ・平均標準報酬月額に対する自己負担限度額の水準の引上げ（22%→25%） ・一般・上位所得者の合算対象基準額の引下げ（3万円→2万1千円） 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険料の総報酬制（ボーナスに標準報酬月額と同一の保険料率を賦課）を導入（平成15年4月施行） ・被保険者本人の3割負担の導入（平成15年4月施行）
平成19年4月	<ul style="list-style-type: none"> ・70歳未満について入院時の高額療養費の現物給付化 	<ul style="list-style-type: none"> ・現役並み所得のある高齢者の自己負担の引上げ（2割→3割）
平成24年4月	<ul style="list-style-type: none"> ・外来時の高額療養費の現物給付化 	

※ 上記の改正のほか、平均的な給与の伸び、可処分所得の伸びを勘案して、自己負担限度額の引上げを行ってきた。

平均的な月収に対する自己負担限度額の水準について

- 高額療養費の自己負担限度額は、昭和48年の制度創設時は、平均的な月給（旧政管健保の平均標準報酬月額）の50%程度となるよう3万円で設定された。
- その後、所得水準が上昇する中で、それに見合っただけ限度額が引き上げられてこなかったことから、平成13年には平均的な月給の22%程度まで低下したため、平成14年の改正では25%程度まで引き上げた。

改定年度	自己負担限度額 (A)	改定検討時の標準報酬月額の 平均値 (B) ※	割合 (A/B)	備考
昭和48年	30,000円	59,241円	51%	平均標準報酬月額の約50%
昭和51年	39,000円	105,832円	37%	昭和48年の考え方に沿った場合、急激な負担増となるため37%相当に設定
昭和59年	51,000円	189,548円	27%	給与伸び率、可処分所得の伸び率に照らして限度額をスライド
昭和61年	54,000円	207,362円	26%	
平成元年	57,000円	224,360円	25%	
平成3年	60,000円	244,616円	24%	
平成5年	63,000円	270,214円	23%	
平成8年	63,600円	289,694円	22%	
平成12年	63,600円+1%	290,701円	22%	医療を受けた者と受けていない者の負担の公平を図る等の観点から医療費の1%の自己負担を導入
平成14年	72,300円+1%	289,700円	25%	標準報酬月額の25%に引上げ
平成18年	80,100円+1%	総報酬約32万円※	25%	総報酬月額の25%に設定

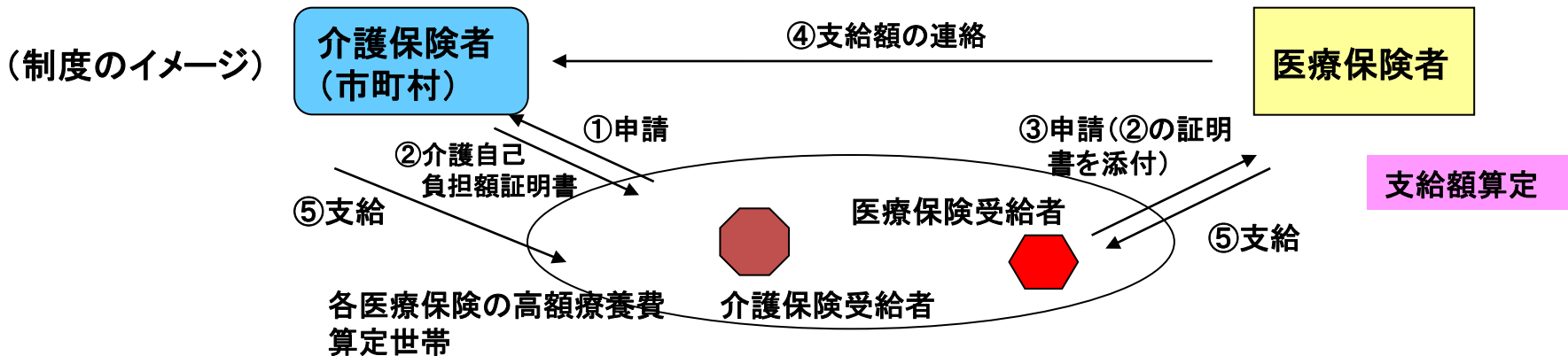
※平成18年の改定からボーナスを含めた総報酬に対する割合で設定。

高額医療・高額介護合算制度について

- 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日(※1))の医療保険と介護保険における自己負担(※2)の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み(平成20年4月施行)。

(制度の基本的枠組み)

- ①対象世帯 医療保険各制度(被用者保険、国保、後期高齢者医療制度等)の世帯に介護保険の受給者が存在する場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、新たに設定する自己負担限度額を超えた場合(※3)に支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、医療保険各制度や被保険者の所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて負担し合う。



- (※1) 国保及び後期高齢者医療制度における所得区分の変更が、8月1日から適用されることを踏まえたもの
- (※2) 食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)
- (※3) 高額医療・高額介護制度の目的は「医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する」ことであるとともに、関係する保険者が複数(2以上)にわたり、それぞれ事務負担及び費用が生じることを踏まえ、(自己負担の合算額－自己負担限度額)が500円以上となる場合に限り、支給することとしている。

高額医療・高額介護合算療養費制度の算定基準額(限度額)

○ 年額56万円(老人医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、医療保険各制度や所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。

<限度額>

		後期高齢者医療制度 + 介護保険	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※1))	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳未満がいる世帯(※2))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円	67万円	126万円
一 般		56万円	<u>62万円</u> (※3)	67万円
低所得者	II	31万円	31万円	34万円
	I	19万円	19万円	

(※1・2) 対象となる世帯に、70歳～74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳～74歳の者に係る自己負担の合算額に、(※1)の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る負担額と、70歳未満の者に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※2)の区分の自己負担限度額が適用される。

(※3) 平成26年7月までは56万円。

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について

平成25年8月21日
閣議決定

社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）第4条の規定に基づく「法制上の措置」に関し、

- ① 同法第2条の基本的な考え方にのっとり、かつ、同法第2章に定める基本方針に基づき、
- ② 自らの生活を自ら又は家族相互の助け合いによって支える自助・自立を基本とし、これを相互扶助と連帯の精神に基づき助け合う共助によって補完し、その上で自助や共助では対応できない困窮等の状況にある者に対しては公助によって生活を保障するという考え方を基本に、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため講ずべき改革（以下「社会保障制度改革」という。）の推進に関する骨子について、社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、次のとおり定める。

政府は、本骨子に基づき、社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」として、社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにする法律案を速やかに策定し、次期国会冒頭に提出する。

一 講ずべき社会保障制度改革の措置等

人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現するためにも、健康寿命の延伸により長寿を実現することが重要である。このため、以下の社会保障制度改革を推進するとともに、個々人が自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みや、サービスの選択肢を増やし、個人が選択することができる仕組みを入れるなど、高齢者も若者も健康で、年齢等にかかわらず、働くことができ、持てる力を最大限に発揮して生

きることができる環境の整備に努めるものとする。あわせて、住民相互の助け合いの重要性を認識し、これらの取組の推進を図るものとする。

1. 少子化対策

(1) 急速な少子高齢化の進展の下で、社会保障制度を持続させていくためには、その基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施していく必要があることに鑑み、就労、結婚、妊娠、出産、育児等の各段階に応じた支援を切れ目なく行い、子育てに伴う喜びを実感できる社会を実現するため、子ども・子育て支援の量的拡充及び質の向上を図る観点並びに仕事と子育ての両立支援を推進する観点から、次に掲げる措置（待機児童解消加速化プランの実施に当たって必要となるものを含む。）等を着実に実施する。

その際、全世代型の社会保障を目指す中で、少子化対策を全ての世代に夢や希望を与える日本社会への投資であると認識し、幅広い観点から取り組む。

- ① 子どものための教育・保育給付及び地域子ども・子育て支援事業の実施のために必要な措置
- ② 保育緊急確保事業の実施のために必要な措置
- ③ 社会的養護の充実に当たり必要となる児童養護施設等における養育環境等の整備のために必要な措置

(2) 平成 27 年度以降の次世代育成支援対策推進法（平成 15 年法律第 120 号）の延長について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

2. 医療制度

高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、国民皆保険制度を維持することを旨として以下のとおり、必要な改革を行う。

(1) 個人の選択を尊重しつつ、健康管理や疾病予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な健康の維

持増進への取組を奨励する。

- (2) 情報通信技術、レセプト等を適正に活用しつつ、事業主、地方公共団体及び保険者等の多様な主体による保健事業の推進、後発医薬品の使用の促進及び外来受診の適正化その他必要な措置を講ずる。
- (3) 医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項その他診療報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
 - ① 病床の機能分化・連携及び在宅医療・在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項
 - イ 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設
 - ロ 地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等）
 - ハ 新たな財政支援の制度の創設
 - ニ 医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直し
 - ② 地域における医師、看護職員等の確保及び勤務環境の改善等に係る施策
 - ③ 医療職種の業務範囲及び業務の実施体制の見直し
- (4) (3)に掲げる医療提供体制及び地域包括ケアシステムを構築するに当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努める。
- (5) 次期医療計画の策定期間が平成30年度であることを踏まえ、(3)に掲げる必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる。その一環としてこのために必要な法律案を平成26年通常国会に提出することを目指す。
- (6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

- ① 医療保険制度の財政基盤の安定化について次に掲げる措置
 - イ 国民健康保険（国保）の財政支援の拡充
 - ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の運營業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置
 - ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 26 号）附則第 2 条に規定する所要の措置
- ② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置
 - イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置
 - ロ 被用者保険者に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置
 - ハ 所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し
 - ニ 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ
- ③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置
 - イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70 歳から 74 歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し
 - ロ 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し

(7) 次期医療計画の策定期間が平成 30 年度であることも踏まえ、(6) に掲げる必要な措置を平成 26 年度から平成 29 年度までを目途に順次講ずる。法改正が必要な措置については、必要な法律案を平成 27 年通常国会に提出することを目指す。

(8) (6) に掲げる措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方等について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行う。

- (9) 難病対策に係る都道府県の超過負担の解消を図るとともに、難病及び小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な医療費助成の制度を確立するため、必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
- (10) (9) に掲げる必要な措置を平成 26 年度を目途に講ずる。このために必要な法律案を平成 26 年通常国会に提出することを目指す。

3. 介護保険制度

- (1) 個人の選択を尊重しつつ、介護予防など自助努力を行うインセンティブを持てる仕組みの検討など、個人の主体的な取組を奨励する。
- (2) 低所得者を始めとする国民の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、給付範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じて必要な介護サービスを確保する観点から、次に掲げる事項その他介護報酬に係る適切な対応の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。
- ① 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直しによる次に掲げる措置
 - イ 在宅医療及び在宅介護の連携の強化
 - ロ 高齢者の生活支援及び介護予防に関する基盤整備
 - ハ 認知症に係る施策
 - ② 地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し
 - ③ 一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し
 - ④ いわゆる補足給付の支給の要件に資産を勘案する等の見直し
 - ⑤ 特別養護老人ホームに係る施設介護サービス費の支給対象の見直し
 - ⑥ 低所得の第一号被保険者の介護保険料の負担軽減
- (3) 第 6 期介護保険事業計画が平成 27 年度から始まることを踏まえ、(2) に掲げる必要な措置を平成 27 年度を目途に講ずる。このために必要な法律案を平成 26 年通常国会に提出することを目指す。

(4)(2)に併せて、後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置に係る検討状況等を踏まえ、介護納付金の算定の方法を被用者保険者については総報酬割とする措置について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

4. 公的年金制度

年金生活者支援給付金の支給、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への恒久的な引上げ、老齢基礎年金の受給資格期間の短縮、遺族基礎年金の支給対象の拡大等の措置を着実に実施するとともに、次に掲げる事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

- ① マクロ経済スライドに基づく年金給付の額の改定の在り方
- ② 短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大
- ③ 高齢期における職業生活の多様性に応じ、一人一人の状況を踏まえた年金受給の在り方
- ④ 高所得者の年金給付の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直し
- ⑤ ①から④に掲げるもののほか、必要に応じ行う見直し

二 改革推進体制

一に掲げる社会保障制度改革の措置等を円滑に実施するとともに、引き続き、社会保障制度改革推進法の基本的な考え方等に基づき、2025年を展望しつつ、中長期的に受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立するための改革を総合的かつ集中的に推進するために必要な体制を整備する。

三 その他

1. 財源の確保

一に掲げる措置については、関連する法律の施行により増加する消費税及び地方消費税の収入並びに社会保障給付の重点化・効率化により必

要な財源を確保しつつ行う。

2. 地方公共団体等との協議

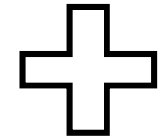
一に掲げる措置等のうち病床の機能分化、医師等の確保及び国保の見直しに関する事項について必要な措置を講ずるに当たっては、これらの事項が地方自治に重要な影響を及ぼすものであることに鑑み、地方六団体等の関係者と十分に協議を行い、当該措置についてこれらの者の理解を得ることを目指す。

平成 26 年度 厚生労働省概算要求のフレーム

税制抜本改革に伴う社会保障の充実
(予算編成過程において検討)



新しい日本のための
優先課題推進枠 1,617 億円
(要望基礎額の 30%)



自然増 9,700 億円

年金・医療等に係る経費

義務的経費

10% ↓
その他の経費
〔裁量的経費
公共事業関係費〕
〈要望基礎額〉

注1 税制抜本改革法に基づく消費税率の引上げについては、同法附則第18条に則って、経済状況等を総合的に勘案して判断を行うこととされている。

注2 税制抜本改革に伴う社会保障の充実及び消費税率の引上げに伴う支出の増については、上記の判断を踏まえて、予算編成過程で検討する。

また、①診療報酬改定、②社会保障・税番号制度の導入に伴うシステム改修、③過去の年金国庫負担繰り延べの返済、④各種基金（地域医療再生基金、安心こども基金、介護基盤緊急整備等臨時特例基金、後期高齢者医療制度臨時特例基金 等）で実施している事業の取扱い、⑤雇用保険制度・求職者支援制度の国庫負担の本則戻し、⑥難病対策等の見直し、などについても予算編成過程で検討する。

〈別枠で要求するもの〉

- 東日本大震災復旧・復興経費
- B型肝炎の給付金等支給経費

平成26年度厚生労働省概算要求のポイント

医療・健康分野
抜粋版

- 日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定）においては、
 - ①雇用制度改革・人材力の強化を推進し、すべての人材が能力を高め、その能力を存分に発揮できる「全員参加の社会」を構築するとともに、
 - ②国民の健康寿命の延伸を目指し、予防サービスを充実しつつ、より質の高い医療・介護を提供する「健康長寿社会の実現」を図ることとしており、26年度概算要求においては、以下の取組を進める。

II 健康長寿社会の実現

予防・健康管理の推進等

○予防・健康管理の推進

データヘルス（医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業）の推進、健康づくりに取り組む企業の支援、糖尿病性腎症の重症化予防事業等の全国展開

○健康・疾病データベース等の研究・分析基盤の確立等

国が保有するレセプト等データ及びDPCデータの活用促進、偽造医薬品等の広告・販売サイトの監視強化

医療関連イノベーションの一体的推進

○「日本版NIH」の創設に伴う医療分野の研究開発の促進等

革新的な医療技術を実用化するための研究の推進、国立高度専門医療研究センターにおける治験・臨床研究体制の充実

○再生医療の実用化促進、新たな医薬品・医療機器の開発促進

再生医療実用化研究実施拠点の整備、創薬支援ネットワーク事業の強化、付加価値の高い医療機器を開発するための「健康・医療戦略クラスター」の構築

○革新的な製品の実用化を促進するための審査・安全対策の充実・強化

医薬品医療機器総合機構の体制強化、市販後安全対策の充実のための大規模な副作用情報データベースの構築

○医療の国際展開等

感染症の克服のための革新的な医薬品の開発、日本発の医療機器・医薬品の諸外国への輸出促進

良質な医療・介護へのアクセスの確保

○救急医療や専門医による診療へのアクセス強化等

ドクターヘリの運航体制の拡充、搬送先が決まらない救急患者を受け入れる医療機関の確保、新たな専門医の養成プログラムの作成支援

○感染症対策の強化

国が備蓄しているプレパンデミックワクチンの有効期限切れに伴う買い替え、先天性風しん症候群等の予防のための抗体検査の実施

○地域包括ケアの着実な推進

地域の介護サービスに関する情報の見える化の推進、既存の空家等を活用した低廉な家賃の住まいの確保支援

平成26年度厚生労働省概算要求の主な新規施策等(医療・健康部分野抜粋版)

健康長寿社会の実現

I 予防・健康管理の推進等

【推進枠】

< 214 億円 >

日本再興戦略や健康・医療戦略等を踏まえ、「国民の健康寿命が延伸する社会」の構築を目指して、予防・健康管理等に係る以下の取組を推進する。

1. 予防・健康管理の推進

< 197 億円 >

(1) レセプト・健診情報等を活用したデータヘルス（医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業）の推進 【97 億円】

レセプト・健診情報等を活用し、意識づけ、保健指導、受診勧奨などの保健事業を効果的に実施していくため、健康保険組合等における「データヘルス計画」の作成や事業の立ち上げ等を支援する。また、市町村国保等が同様の取組を行うことを推進する。

(2) 特定健診・特定保健指導等を通じた生活習慣病予防等の推進 【66 億円】

- ・ 受診率が低い被扶養者の特定健診（メタボ健診）に関する医療保険者の改善・工夫を支援する。
- ・ 「スマート・ライフ・プロジェクト」を推進し、健康づくりに向けた企業連携を図るとともに、健康づくりに取り組む企業を支援し、健康づくり産業の創出・育成を図る。
- ・ 日本人の長寿を支える「健康な食事」の基準を策定し、コンビニ・宅配食業者等と連携した普及方策を実施する。

(3) 糖尿病性腎症の重症化予防事業等の好事例の横展開 【31 億円】

- ・ 医療保険者による、医療機関と連携した糖尿病性腎症患者の重症化予防や、重複・頻回受診者への訪問指導などの好事例の全国展開を進める。また、後発医薬品の使用促進について全医療保険者の取組を徹底する。

(4) 薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点の推進 【2.9 億円】

セルフメディケーション推進のために薬局・薬剤師を活用した健康情報の拠点の推進や在宅医療に関するモデル事業を実施する。

2. 健康・疾病データベース等の研究・分析基盤の確立等

< 16億円 >

(1) 医療情報の電子化・利活用の促進等

【14億円】

- ・医療の質の向上や研究基盤の強化を進めるため、国が保有するレセプト等データ及びDPCデータの活用を促進する。
- ・循環器疾患の発症予防の調査研究等のデータを国立循環器病研究センターに集積し、予防・診断・治療法のモデル開発を推進する。

(2) 一般用医薬品新販売制度の適正な運用の確保

【2億円】

一般用医薬品を対象とした新たな販売制度の普及及び適正な運用を図るため、優良サイトの認定・認証及び多量・頻回購入などを防止するための措置の検討と併せて、偽造医薬品などを含む違法な広告・販売を行うサイトへの監視を強化する。

II **医療関連イノベーションの一体的推進**

< 1, 123億円（一部再掲） >

1. 「日本版NIH」の創設に伴う医療分野の研究開発の促進等

< 1, 082億円（一部再掲） >

日本再興戦略、健康・医療戦略等に基づき、革新的な医療技術の実用化を進めるため、医療分野の研究開発の司令塔機能を持つ「日本版NIH」を創設し、医療分野の研究開発の促進等を行う。 【524億円】

(1) 「日本版NIH」の創設に伴う取組の推進 **【一部推進枠】**

疾病を克服し、健康を増進することを目指して、「日本版NIH」の下で、革新的な医療技術を実用化するための研究を推進するとともに、医薬品等の実用化に繋がるシーズ数の増加や実用化までのスピードアップを図るための研究体制の強化を行う。

(2) 国立高度専門医療研究センター等の体制の充実 【一部推進枠】 【545億円（一部再掲）】
国立高度専門医療研究センター等において、ゲノム医療の実用化を目指すとともに、企業による開発研究が進みにくい希少疾病・難病対策等の政策的課題に対応するため、治験・臨床研究体制の充実等を図る。
【13億円】

(3) がん等の革新的予防・診断・治療法の開発 【推進枠】
がん等の新たな予防法・早期発見手法・個別化治療を含む革新的がん治療の実現等に向けて、がん診療連携拠点病院の臨床試験実施体制を強化するとともに、がんに関する予防医療や個別化医療の開発拠点の整備等を行う。

2. 医療関連産業の活性化 【推進枠】 <100億円（一部再掲）>

医療分野の研究開発から実用化につなげる体制を整備すること等により、医療関連産業の国際競争力を向上させるため、以下の取組を推進する。

(1) 再生医療の実用化の促進 【16億円（一部再掲）】
「再生医療等の安全性の確保等に関する法律案」成立後の着実な施行を図るとともに、再生医療等の提供機関間の連携を図り、研究成果を集約する拠点として「再生医療実用化研究実施拠点」を整備する。

(2) 新たな医薬品・医療機器の開発の促進 【56億円（一部再掲）】

- ・ 基礎研究から医薬品の実用化まで切れ目なく支援するためのオールジャパンでの創薬支援ネットワーク事業を強化するとともに、希少疾病用再生医療用等製品と難病用医薬品の開発を支援・促進する。
- ・ 日本発の国際競争力がある付加価値の高い医療機器を開発するため、臨床研究・治験が実施可能な医療機関と薬事承認が取得可能な企業を中心に「健康・医療戦略クラスター」を構築するとともに、関係省庁との連携の下で「医療機器実用化研究支援センター」を整備し、クラスターに対し支援を行う。
- ・ 医療保険制度において最先端の医療技術を迅速・適切に評価するための指標開発等の整備に向けた調査・研究等を行う。

(3) 革新的な製品の実用化を促進するための審査・安全対策の充実・強化 【16億円】

- ・医薬品医療機器総合機構（PMDA）で、迅速な実用化を促進するための薬事戦略相談の充実、最先端の技術の有効性と安全性を評価するためのガイドラインの作成などを推進する。
- ・医療機器・再生医療等製品の特性を踏まえた承認・認証に必要な基準の作成やデータベースの整備を行う。
- ・市販後安全対策の充実を図るため、拠点病院において電子カルテ等の情報をもとに大規模な副作用情報データベースを構築する。
- ・市販後の品質確保や安全対策に留意しつつ、更なる審査の迅速化と質の向上を図るため、PMDAの体制を強化する。

(4) 医療の国際展開等 【13億円】

- ・感染症の克服のための革新的な医薬品等を世界に先駆けて開発し、素早い承認・導入と同時に世界に輸出するなど、医療の国際展開を図り、技術革新の好循環を産み出す。
- ・関係省・関係機関との連携の下、各国の疾病構造、医療ニーズ・制度の状況の把握や諸外国との協議を通じて、日本発の医療機器・医薬品の諸外国への輸出を促進する。

Ⅲ 良質な医療・介護へのアクセスの確保

【推進枠】

<274億円>

病気やけがをしても、良質な医療・介護へのアクセスにより、早期に社会に復帰できる社会を実現するため、以下の取組を推進する。

(1) 救急医療や専門医による診療へのアクセス強化等 【157億円】

- ・救急医療における医療機関へのアクセスを強化するため、ドクターヘリの運航体制の拡充を図る。また、搬送先の調整等を行う専任の医師を配置するとともに、長時間搬送先が決まらない救急患者を一時的であっても断らずに受け入れる医療機関を確保する。
- ・新たな専門医の認定の仕組みの導入に向けて、養成プログラムの作成等の支援を行う。また、良質な医療の提供に資するよう、治療内容や治療効果等に関する情報基盤の整備等を行う。

(2) 感染症対策の強化

【79億円】

- ・ 本年6月に閣議決定された「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」に基づき、国が備蓄しているプレパンデミックワクチンの一部の有効期限切れに伴う買い替え等を行う。
- ・ 最近の風しんの流行等を踏まえ、主として先天性風しん症候群の予防のために予防接種が必要である者を抽出するための抗体検査や情報提供を行うことにより、風しんの感染予防やまん延防止を図る。

(3) 地域包括ケアの着実な推進

【38億円】

- ・ 地方自治体が、それぞれの地域の特性に合った地域包括ケアシステムを構築するとともに、国民が、介護サービスの質の評価に基づいて適切な介護サービスを選択できるよう、有益な情報の共有（「見える化」）のためのシステムの構築などを推進する。
- ・ 自立した生活を送ることが困難な低所得高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、NPO法人や社会福祉法人等が実施する既存の空家等を活用した低廉な家賃の住まいの確保の支援や、見守り・日常的な生活相談等の取組等を支援する。

次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の 基本的な考え方について

(これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの)

平成 25 年9月6日

1. 基本認識について

(1) 社会保障・税一体改革における医療の機能強化と重点化・効率化

ア 我が国の医療については、国民皆保険の下で、医療関係者の献身的な努力、保健事業に係る保険者の取組、公衆衛生の向上等により、世界トップレベルの長寿、新生児死亡率や妊産婦死亡率の低さ等を実現してきた。また、医療費の対GDP比は、OECD諸国の中で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、決して高い水準ではなく、世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。今後の超少子高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行われるべきという基本理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守っていく必要がある。

イ しかし、今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが慢性疾患を中心とするものに変化しながら増大し、医療の内容が変わっていく中で、引き続き国民が安全で質の高い医療を受けられるようにするためには、国民の理解を得て、医療提供体制の再構築に取り組む、限られた医療資源を医療ニーズに合わせて効果的にかつ無駄なく活用できるようにすることが必要である。

ウ このため、社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている。具体的には、診療報酬改定、補助金の活用、医療法改正等により、

- ・ 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、医療機関の機能分化・強化と連携を推進
- ・ 医療機関の連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床における長期入院の適正化を推進
- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の役割を明確化するなど、在宅医療を充実等に取り組むことが示されている。

エ 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、本年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、患者の負担にも留意しつつ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実していかなければならない。

オ 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、社会保障・税一体改革で示されている「2025年の医療の姿」を見据えて、平成24年度診療報酬改定を行ったところであり、平成26年度診療報酬改定においても、引き続き、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある。

消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべきである。

(2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点

ア 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備し、退院した患者を支える在宅医療等を充実させるとともに、医療従事者の適切な確保に留意しながら、段階的かつ着実に進める必要がある。

また、現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである。

イ 患者の立場からすれば、どのような状態であっても、患者の理解を得るための適切な説明が行われ、状態に応じた適切な医療を受けることができるということが重要なのであり、そのような視点に立って、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、そして介護に至るまで、患者を支える機能が円滑に連携していなければならない。地域においてこれらの機能が地域の実情に応じたネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に応えていく「地域完結型」の医療提供について、それを促進するような評価が必要である。また、このとき、医療従事者の確保が必要であり、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべきである。

ウ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、診療報酬と補助金の活用が考えられる。診療報酬は診療行為や入院等への対価の支払いであり、私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向がある。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせ対応することが適当である。

エ また、効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、引き続き検討していく。

2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

(1) 入院医療について

① 高度急性期・一般急性期について

ア 7対1入院基本料の病床が急速に増え、最も多い病床となっているが、急性期病床に長期療養患者も入院するなど、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていないという指摘がある。患者が状態に応じて適切な医療を受けられるよう、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要である。

イ また、急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションの実施や退院・転院支援の充実等も重要である。

ウ このため、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
- ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
- ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
- ・ 退院・転院に係る連携の強化
- ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

② 長期療養について

ア 長期療養患者については、適切な環境で療養を行うことが重要である。

イ ①アのような指摘がある中で、長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

③ 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

ア 超少子高齢社会では、人口構成が変化し、慢性疾患を有する高齢者が増えることから、高度急性期医療よりも地域に密着した回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)の医療ニーズが増加すると見込まれる。また、急性期を脱した患者は、できるだけ早く適切な療養環境の下で、集中的なりハビリテーション等を受けることにより、早期の在宅復帰・社会復帰を目指すことが重要である。急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先がなくて見つからずに、次の救急患者を受け入れられない状況もあり、急性期後の病床等の充実が求められる。

イ 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

④ 地域特性について

ア 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成 24 年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について、患者の負担にも留意しつつ、検討する必要がある。

⑤ 有床診療所における入院医療について

ア 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

(2) 外来医療について

ア 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介される体制を整備することが重要である。

イ 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価
- ・ 大病院の専門外来の評価
- ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

(3) 在宅医療について

ア 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要である。かかりつけ医を中心として、有床診療所や病院、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要がある。

イ このため、在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進するため、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
- ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
- ・ 24 時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
- ・ 在宅歯科医療の推進
- ・ 在宅薬剤管理指導の推進
- ・ 訪問診療の適正化 等

(4) 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて

ア 限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築するため、地域の実情に応じた「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受けることができるよう、連携先の紹介・確保、連携元と連携先での情報共有、患者の理解を得るための適切な説明等が行われるようにしなければならない。

イ 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価について検討を行う必要がある。

社会保障審議会 医療保険部会 各委員の発言要旨【未定稿】

※ 8/9資料からの追加は下線部分

1. 基本認識について

- 社会保障・税一体改革では、医療サービスの充実のために、消費税引上げ財源を利用することとされている。平成26年度には消費税率の8%への引上げが行われることから、消費税引上げの財源のメインを診療報酬改定に充てて、医療サービスの充実を図るべき。2025年に向けて、現場での取組を応援するような改定にすべき。(7/25)
- 社会保障・税一体改革において、消費税の引上げ財源で、医療サービスの充実を図ることは国民との約束。補助金では公的病院が中心となるので、民間中心の医療提供体制の我が国では、診療報酬によるインセンティブの方が効果的。消費税引上げ財源を平成26年度診療報酬改定に充てて、地域に密着した医療の担い手である中小病院、有床診療所を強化し、かかりつけ医機能の充実と在宅医療の裾野を広げる取組を推進するとともに、急性期の大病院との機能分化、連携を進めるべき。(8/1)
- この10年で約8%の医療費と介護費用の減額が起こり、少し改善してもまだ1%も改善していない。増大する社会保障費をカバーするために消費税を上げると言っていたが、いつの間にか消費税の一部しか社会保障費に使わないという風潮がでている。その中で、医療費と介護費用を上げてもらいたいと当然お願いするわけだが、医療提供側も効率化できるところは効率化することが必要。(7/25)
- 社会保障・税一体改革で2025年に向けた方向性が示されているが、この方向で進めるべき。医療費は年2、3%の伸びであり、このままでは財政的に破綻する。いくら消費税を上げても追いつかないので、医療の充実と同時に、効率化を進めるべき。医療の効率化では、国民の意識改革と、医療提供体制の効率化が必要。効率化の項目を具体的にどうするか、工程表に落とし込むような政策作りをお願いしたい。(7/25)
- 社会保障・税一体改革は、社会保障・税一体改革成案、社会保障・税一体改革大綱で掲げられた2025年のイメージを見据えつつ、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化を計画的に実施するものとして、前回の改定の基本方針で整理されており、社会保障・税一体改革が何を指しているか明らかにすべき。(8/9)
- 病院・病床の機能分化、医療・介護の連携強化、在宅医療の充実は、社会保障・税一体改革大綱で明確に方向性が示されており、着実に計画的に実現する必要。病院・病床の機能分化、その受け皿というべき地域包括ケアシステムの確立が極めて重要。医療機関の連携・強化、医療・介護の役割分担の明確化と連携、社会的入院といった課題がある。(8/9)
- 財政の健全化は中長期的課題で国際公約にもなっており、消費税の引上げ財源によって、医療・介護の機能強化を図ると同時に、重点化・効率化も着実に進める必要。将来的な持続可能な社会保障制度の改革を実現するためには、給付の重点化・効率化、療養の範囲の適正化も検討する必要。(8/1)

- 社会保障関連費用が非常に増大する中で、消費税引上げ財源で医療・介護の機能強化を図ると同時に、重点化・効率化を着実に進める必要。将来的に持続可能な社会保障制度を維持する観点から、まずは給付の効率化・重点化、療養の範囲の適正化の検討に注力する必要。(8/9)
- 現場の混乱を避けることも重要なので、段階的にということも理解できるが、2025年の姿として描かれた医療体制の方向へ向けて、着実に改革を推進していく必要がある。「段階的かつ着実に」という表現にすべき。(8/9)
- 保険者はいずれも厳しい状況にあるが、次回改定では、消費税8%への引上げに伴う診療報酬の対応が求められる状況。これ以上の国民負担を避けるため、診療報酬の引下げも視野に入れて、効率化できるものを常に探して、医療費適正化の取組を打ち出す必要。(8/1)
- 厳しい医療保険財政を踏まえた視点をもう少し盛り込むべき。医療費が急増し続ける中で、これ以上の国民負担を回避するため、効率化できるものを常に探して、医療費適正化に向けた取組を打ち出すべき。厳しい医療保険財政を踏まえれば、次期診療報酬改定はこれ以上の国民負担を回避することを基本とすることも意見として反映すべき。(8/9)
- 診療報酬は診療行為や入院への対価の支払いであり、対価の付け方で医療機関等の行動を誘導し、一定の政策目的を達成する性格。補助金は、一定の政策目的を設定し、対象となる人に一定の行為をしてもらい、追加的な費用が発生するときに、その追加的な費用を削減するためにお金を出すことが多い。医療機関等の経営努力や自発的な行動を促す観点から、医療保険分野の政策達成手段としては、診療報酬の方が好ましく、一定のコストが必要で補う必要があるところは補助金を組み合わせる形になる。診療報酬がメインで、補助金はそれで達成できないところを補う形で、適切な組み合わせを考えていくことになる。(8/1)
- 診療報酬は価格であって、医療サービスは、価格が公定で決まっていることを除いては、市場メカニズムが働いている分野。需要と供給を考えて診療報酬を設定する必要。需要と供給を無視すると、混乱を招く。7対1病床も、現状は行き過ぎた価格のインセンティブが働いている。価格の値付けは難しいので、間違った価格付けを起こさないように、慎重に検討する必要。(8/1)
- 2025年の医療・介護提供体制を実現するため、医療従事者の確保が必要。看護職の離職防止・定着対策をはじめ、医療従事者が長く働けるような勤務環境の整備を重点的に進める必要。(7/25)
- 医療人材の確保は緊急度が高い。救急・周産期、外科等の急性期医療を担う医師、看護職員、コメディカル等の人材確保を優先的に考える必要。(8/9)
- TPP交渉が始まり、規制改革会議では保険外併用療養費制度を最優先課題として、混合診療の解禁を求める意見が出ている。改定の基本方針には、今後の超高齢社会でも、必要な医療は保険診療で行われるべきとの理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守ると

いう基本認識を書き込むべき。(8/1)

- 長寿社会の実現には、医療関係者の献身的な努力だけでなく、国民の健康に対する意識など様々な要因もあるので、追記すべき。(8/9)
- 医療費の対GDP比がOECD諸国で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、世界に高く評価されるコストパフォーマンスという記述を入れる必然性が理解できない。(8/9)
- 世界一の高齢化率を考えたら非常にコストパフォーマンスが高いというのは事実であり、さらに高齢化が進む中でこれを維持していくためにはそうすればよいのかという視点で考える必要。(8/9)

2. 入院医療について

- 急性期病床が療養病床より何倍もある。入院期間が短い急性期病床が、長い療養病床より少ないのが当然のこと。急性期病床にたくさんの慢性期患者が入院しており、看護師や医師がたくさんいる病床に軽い状況の患者が入院しているという、非効率な状況は改善する必要。急性期病床、7対1病床が莫大に増えた現状をソフトランディングしていくよう協力をお願いしたい。(7/25)
- 急性期の7対1病床が多すぎるというのが現実。患者の状態にあった医療が行われているのか、入院基本料は看護必要度に見合ったものになっているのか疑問。高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に一般病床を区分し、必要な病床数にバランスよく配分していく改革が必要。(7/25)
- 急性期病床の機能分化・強化を推進する上では、患者の状態に応じて適切な医療を提供する必要があり、現行の重症度・看護必要度を見直し、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要。重症度・看護必要度の高い患者が多い病棟は、高度急性期病棟として整備していくことが必要。(7/25)
- 7対1病床は急速に増えているが、それだけ急に急性期の患者が増えたというデータもないだろうから、妥当性がある状況ではない。しかし、1回このような状況になったものを変えていこうとすると、強い抵抗が予想され、腹を据えて考えていく必要。患者の迷惑にならないよう、現場の混乱は避けなければならないし、兼ね合いを取りながら進める必要。(8/1)
- 亜急性期、回復期、慢性期の病床の方が、急性期の7対1、10対1の病床よりも広く、療養環境がよい。1か月、2か月、半年、1年と入院するとき、狭い療養環境で本当によい療養ができるのか。できるだけ早く療養環境のよいところに移って、リハビリなどを集中的にやって、早くよくなるようにする必要。(8/1)
- 長期療養患者は適切な環境で療養を行うことが重要。医療法で、一般病床は 6.4 m²/床という新しい基準になっているが、平成 13 年3月前のものは 4.3 m²/床という古い基準で認められている。一般病床の障害者病棟や特殊疾患病棟は超慢性期で、2年、3年、5年、10 年と入院する場合があります、療養病床等の環境での療養が必須だと思う。(8/9)
- 一般病床として一括りにされている病床を、急性期、亜急性期など、区分していくべき。患者側からすると、7対1病床が一般病床の4割を超える比率を占めており、高い入院基本料を

負担しなければならない。厚い医療サービスを受けていないのに、高い入院基本料を払わないといけないのは矛盾があり、議論が必要。(8/1)

○ 病床区分を議論する際には、患者の負担が適正かどうかという視点も忘れないでほしい。(8/9)

○ 7対1の急性期病床でも、90日を超える長期入院患者が3%くらいいる。90日を超えて入院している方が急性期というのはいかかなものか。病床を急性期、亜急性期と区分する方向で議論を進めるべき。しかし、病床の再編で医療現場に混乱が起きるのは、患者側にとっても問題であり、計画を作って工程表に従って進めることを検討する必要。(8/1)

○ 保険者は極めて厳しい財政状況にあり、国民負担を最小限にとどめるのが基本。限られた医療資源を有効に活用していくためには、効率的かつ効果的な医療提供体制の実現が必要。7対1病床をはじめ、急性期病床にもかかわらず、慢性期患者や軽い症状の患者が入院している状況や、7対1病床が多すぎる状況を踏まえると、病床の機能分化に非効率な部分がある。高度急性期から長期療養まで、病床機能に応じた患者像を丁寧に把握した上で、患者像に即した適切な評価をして、病床の機能分化をさらに改革する必要。また、医療提供体制の見直しや、医療給付の重点化・効率化は、制度面からメスを入れなければ、医療保険制度の持続は難しい。(8/1)

○ 社会保障・税一体改革について、2025年の姿に向けて、着実に進める必要。現場の混乱がないようにソフトランディングを図ることも重要ではあるが、病床や病院の機能分化を通じ、患者の状態に応じた適切な医療提供を行うとともに平均在院日数の縮減等が必要。(8/1)

○ 病床の機能分化は性急なやり方をすれば、現場で大混乱と反発を招くので、現実的な対応が必要。急性期には、重症・中等症・軽症があり、サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期とするのが自然な対応。具合の悪い方はいったん全て急性期に向けて、落ち着いたら早期に亜急性期に移す仕組みとする方がスムーズに移行が進む。(8/1)

○ 急性期の患者ができるだけ早く退院したり、次のステージの病床に移れるように、廃用症候群予防のための早期のリハビリや、退院支援の充実が必要。(7/25)

○ 入院早期から退院後の生活を見据えて、身体機能の低下を防ぎ、日常生活動作を回復させる支援が必要。多くの職種の協働により、在宅復帰の促進、入院早期からの生活支援に軸を置きリハビリテーションを推進すべき。(7/25)

○ 入院早期からのリハビリは必要だと理解するが、現場でマンパワーの争奪戦のようなことになって混乱しないように配慮が必要。(8/9)

○ 超高齢社会では高度急性期医療よりも地域に密着した医療のニーズが増加。その担い手はかかりつけ医機能を持つ200床以下の中小病院、有床診療所、質の高い医療が提供できる診療所。前々回の改定は急性期の大病院中心で、今回はやや改善されたが、次期診療報酬改定では、大病院に患者が集中しないようにするためにも、超高齢社会を乗りきるためにも、地域に密着した医療の大幅な充実を図るべき。(7/25)

○ 「亜急性期等」の項目で、「在宅患者の急変時の受入れ」と書いてあるが、在宅患者といっ

ても、若者から高齢者、軽症から重症までいる。一括りにして、亜急性期で受け入れるというのは実態を反映していない。サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期という方が現実的であり、「在宅患者の急変時の受入れ」は削除すべき。(8/1)

- 7対1の急性期病床を減らして、亜急性期病床を増やそうと、無理矢理強行するのは問題。大きな方向性としては、そうした必要性があるが、現場を混乱させることは避けるべき。多くの慢性期病院など、人員体制の薄い病院は、非常に負担が増えており、在宅患者の急変時を診るというのは、これ以上疲弊させ崩壊させることはできない。(8/1)
- 中小病院の急性期をがんばっている二次救急を活用し、さらに、軽い急性期の患者を早く亜急性期に移す仕組みを作って、急性期の病床を減らして、亜急性期を増やすのが現実的。(8/1)
- 多くの急性期病床を無理やり亜急性期病床に移行させようとする、現場に混乱と不安が生じる。日本医師会と四病院団体協議会は医療提供体制のあり方について合同提言を行ったので、次期改定の基本方針にも、この内容が反映されることを希望。現場では、急性期には重症、中等症、軽症があり、サブアキュートは急性期、ポストアキュートは亜急性期とするのが自然な受け止め方。急変時は急性期で受けて、落ち着いたら亜急性期に移す仕組みの方がスムーズに移行が進む。急変時は、若年者は急性期へ、高齢者は亜急性期へという分け方は差別。7対1から 13 対1の病院になると、以前と同様の機能を維持することは困難。救急から撤退する病院が続出し、残った病院の負担が重くなって、現場が大混乱に陥ることは避けなければならない。亜急性期に「在宅患者の急変時に受け入れ」というサブアキュートが入っているが、サブアキュートは急性期と考えているので、削除すべき。(8/9)
- 日本全国で救急医療は非常に困難な状況。高度急性期で診なくてもよい救急患者が多い。その分の一部を亜急性期が担当するという話であり、「亜急性期等」の項目の「在宅患者の急変時の受入れ」はこのままでよい。(8/1)
- 今でも、一次・二次救急にきた患者で、重症者は三次救急に行く仕組み。在宅患者の急変時も、亜急性期でワンステップして重症者は三次救急に行くということで、今の仕組みと変わらない。(8/1)
- 慢性期病院が救急を診られないと言われたが、亜急性期病床は、ポストアキュート、サブアキュート、在宅へ早く復帰させるリハビリ等の3つの機能を持った新しい概念の病床を作ること。2025 年の高齢化で、病床が増えないとなると、本当の救急と、亜急性期病床で診られる救急とを考える必要。機能分化していかないと、全てが高度急性期に行くということではどうにもならない。(8/1)
- 救急患者がなかなか受け入れられず、特に高齢患者は二次救急も受け入れるのをためらうことがあり、非常に困っている現状がある。2025 年に向けて、死亡者が増え、高齢の救急が増える。今のままで行くと、ERに軽症の救急もどんどん運ばれてきて、現実問題として非常に困る。軽度の慢性期の急性増悪、軽度の救急は地域の中である程度分担して急変患者を受け入れないと、救急体制が非常に困ったことになることを前提に、提案がなされていると思うので、理解してほしい。(8/9)

- 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。(7/25)
- リハビリは急性期、疾病の早期にすべきというのは分かるが、慢性期のリハビリも必要。(7/25)
- 早期からのリハビリは賛成だが、リハビリに算定日数制限があつて、それ以降は基本的になくしていこうという方向性がある。慢性期のリハビリの重要性を認識してほしい。(8/1)
- 高齢者のケアについて、リハビリが必要であり、機能回復を継続してやれるように考えるべき。(8/1)

- 「地域特性」について、平成 24 年度診療報酬改定で、入院基本料などで地域に配慮した一定の評価が行われた。医療資源の少ない地域では、医療従事者の確保は困難であり、その対象範囲の見直しと、地域の実情に応じた配慮が必要。(8/1)
- 地域の実情に配慮した評価のあり方について検討するという方向は、前回同様、必要だと思いが、地域に住んでいる患者の負担も考慮した上で検討するというニュアンスを出すべき。
(8/9)

- 有床診療所については、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への手渡し機能、専門医療を担って病院の役割を補完する機能、緊急時に対応する医療機能、在宅医療拠点としての機能、終末期医療を担う機能の5つの機能を担って、地域に密着した医療に貢献。有床診療所の多様な機能に応じた評価が必要。(8/1)
- 有床診療所は、在宅ケアや看取りに関心をもっているようなので、バックアップするような制度が必要。(8/1)
- 前回の診療報酬改定で、有床診療所への管理栄養士の配置が必要となったが、地元の有資格者がいないので、管理栄養士を確保できていないところが多い。有床診療所の入院医療について、機能を損なわないような評価も必要。(8/9)

- 中山間地では、自宅療養だけでは支えきれない。療養病床が廃業に追い込まれたケースもあることから、地域の実態を踏まえ、医療を受けられない者がでないよう配慮が必要。(7/25)
- 長期療養を担う病棟の受入れ体制の充実、有床診療所における入院医療の機能評価は、急性期病床の適正化や在宅医療の促進の観点から必要だが、社会的入院の問題が残らないよう十分配慮する必要。(8/1)
- 介護療養病床について、あまり医療の必要度がない方は介護施設に移っていただく方向性は間違っていないと思うので、6年間の猶予期間の後に、どのようにしていくのか議論すべき。(8/1)
- ターミナルをみる介護施設的な、医療の必要があるような施設が必要。介護療養病床の6年間の猶予の間に、急性期病院、一般病床の整理をして、亜急性、慢性期を作って、それぞ

れに機能を与えて、次のステップの介護にどういう機能を積むかという、一連としてつながっている問題。(8/1)

- 介護療養病床に関しては、重度の方のための看取りなど、ある程度まとまるところが必要。(8/1)
- 療養病床の再編で、病院から出されるということになると、受け皿となる施設が足りないし、中山間地域では在宅治療も難しい。療養病床も含めて、全体のバランスを見ながら、報酬に関する一つの論点とするのはよいと思う。(8/1)
- 療養病床の夜間は大変なようなので、看護師の増強なりも必要ではないか。(8/1)
- 病院・病床の機能分化は診療報酬や医療計画で進めていくことが大事だが、患者の立場では、急性期が終わった後にどうなるのか不安になり、医療機関の連携が非常に重要。これまでも救急患者の地域連携紹介加算や地域受入加算、退院調整加算等があるが、診療報酬上も医療機関が連携を進められる条件を作っていく必要。患者が安心して、ニーズに応じた医療を受けられるようにするための連携も忘れてはいけない。(8/1)
- 地域に密着した医療の担い手である中小病院、有床診療所、診療所が連携して、地域ごとに介護も含めて地域包括ケアシステムを構築するとともに、それを支える高度急性期医療を担う大病院との連携も重要。急性期病床から慢性期病床、在宅医療まで、医療機関の連携を評価し、地域の複数の医療機関が協力して、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することを支援する必要。(8/1)
- 病棟薬剤師は、持参薬の管理、ハイリスク薬の管理、服薬指導、モニタリング、勤務医の負担軽減等に努めており、病棟における薬剤師業務の評価が必要。(7/25)

3. 外来医療について

- かかりつけ医機能の充実が必要。かかりつけ医は、何でも相談できる上、最新の医学情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる、地域医療、保健、福祉を担う総合的な医師。かかりつけ医が在宅医療の中心となれるよう研修を行っていくが、かかりつけ医機能の評価が必要。その際、日本のかかりつけ医は、複数の疾患があれば複数いる現状を踏まえる必要。(7/25)
- かかりつけ医機能の充実が必要。軽症患者が大病院に直接行くのは、医療資源を非効率に使っている。まずは診療所や小規模な病院でかかりつけ医機能を担い、必要に応じて専門病院や大病院に紹介し、ある程度回復したら、逆紹介により診療所等で回復を見届ける仕組みに変えていく必要。(7/25)
- 病院と診療所の役割分担・連携の推進、かかりつけ医機能の強化を通じて、緩やかな形でのフリーアクセス制限を進めていく必要。限られた医療資源の中で、フリーアクセスを確保していくためには、例えば、紹介のない外来受診への一定額の自己負担も検討すべき。(8/1)
- 穏やかな形でのフリーアクセス制限を進めていく方法として、紹介のない病院の外来受診

への一定額の自己負担の導入を検討すべき。(8/9)

- かかりつけ医機能を充実させる必要があるが、諸外国では思い切った手を取っている例もあり、場合によっては諸外国の例も考えつつ、かかりつけ医機能の充実を検討する必要。(8/1)
- 外来診療でも、かかりつけ薬局や薬剤師機能を評価していただき、慢性疾患をもつ患者などに適切に対応していきたい。(8/1)
- 高齢者が家を移動したときに、かかりつけ医を紹介してもらえる仕組みを作してほしい。(8/1)
- かかりつけ医という言い方もあるし、総合診療医という言い方もある。かかりつけ医よりも、主治医機能と書けないか。(8/9)
- 総合診療医は実態がないので文書にするのはどうかと思う。我が国のかかりつけ医機能をさらに充実させる方向で行くのが現実的。かかりつけ医機能は診療所だけでなく中小病院も有し、複数の慢性疾患があれば、複数のかかりつけ医がいる。(8/9)

4. 在宅医療について

- 住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、医師会と行政が協力して、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築する必要。かかりつけ医が看取りを含めた在宅医療を安心して行うようにするため、それを支える身近な中小病院や有床診療所の評価が必要。(7/25)[再掲]
- 在宅医療の裾野を広げるため、在宅療養支援診療所・病院以外の中小病院や診療所の在宅医療の評価も必要。(8/1)
- 在宅医療の病院は、中小病院ということによいか。(8/9)
- 在宅医療で最近みられるようになってきた不適切事例については、行政と医師会が協力して、なくしていくことも必要。(7/25)
- 在宅医療を進める必要。自宅に帰るだけでなく、介護施設等も含めて、地域全体で考えて、地域包括ケアシステムを構築すべき。ただし、診療報酬・介護報酬で全部やるのは無理なので、補助金と併用して進める必要。医療、介護等の分野で横断的に検討し、地域ごとに地域包括ケアシステムが完成するような仕組みを検討してほしい。(7/25)
- 家族構成が変化し、高齢者の一人暮らしや高齢夫婦のみ世帯が増える。在宅医療の体制は地域によって整備状況が異なる。地域包括ケアシステムは、介護からボールが投げられ、医療側がキャッチすると思うが、医療難民がでないようにお願いしたい。(7/25)
- 介護保険の地域包括ケアシステムとうまくかみ合うような形で、診療報酬体系を検討する必要。(8/1)

- 在宅で最後まで療養生活を続けられるよう、訪問看護を推進していく必要。24時間対応や看取り・重度化への対応が必要で、看取り等の機能に応じて、訪問看護ステーションの評価を行うとともに、訪問看護ステーションの大規模化を促す方策を検討すべき。また、病床の機能分化が進むと、地域で多様な患者への対応が求められるため、医療依存度の高い者への

訪問看護が適切に評価される仕組みが必要。医療機関と訪問看護ステーションの連携により、専門的なケアを提供できる人材を活用する仕組みが必要。(7/25)

- 訪問看護ステーションの大規模化を診療報酬の評価でお願いしたい。(8/1)
- 在宅医療を拡大する上で、医療機関から在宅への円滑な移行、医療と介護の連携を進めることが重要。在宅医療に当たる医師、訪問看護の役割は重要。訪問看護師の数を増やすため、キャリアパスも含めて検討すべき。(8/1)
- 高齢者歯科、在宅歯科、周術期歯科など、口腔機能に着目した歯科医療について取組を始めている。医科・歯科連携、病・診連携、多職種連携等の課題があるので、次の診療報酬改定では、諸課題を解決していく方向の対応を議論してほしい。(7/25)
- 在宅歯科医療でも、医療連携が重要だが、連携の取組が進んでいない。医科歯科連携、多職種連携が進むよう、医科から積極的に連携を求める仕組みができないか検討してほしい。(8/1)
- 薬局の在宅医療の推進に向けて、量の確保とともに、質の高い在宅医療の体制整備を行っている。しかし、薬局の在宅医療の実績は少ない。より積極的な在宅医療への参加を進めたい。訪問薬剤管理指導を実施するため、かかりつけ薬局・薬剤師機能を強化し、地域の実情に合わせた24時間の相談体制を整備したい。また、慢性疾患の患者を中心に長期処方が増えており、患者に応じた調剤、薬剤の交付、管理を行いたい。残薬の確認・管理は医薬品の適正使用を促し、医療費の節約にも貢献。次の診療報酬改定では、かかりつけ薬局・薬剤師機能の評価をお願いしたい。(7/25)
- 入院前と入院中の薬剤の連携が重要であり、薬局薬剤師と病棟薬剤師が連携することにより、質の高い切れ目のない業務を行いたい。(7/25)
- 在宅薬剤管理指導は、調剤薬局だけでなく、医療機関も含むものだと思っている。(8/9)
- 医療機関、訪問歯科、訪問看護ステーション、薬局それぞれの施設を充実することも大事だが、在宅医療では、各施設、各職種が連携することが重要。(8/1)

5. ネットワークについて

- 「地域完結型」の医療という言葉が出てくる。連携をさらに強化していくということだと思うが、地域の医療機関の一体的な評価、医療と介護の一体化のようなことを含むのか。(8/9)
- 「地域完結型」の医療ということのイメージを示してほしい。(8/9)
- 社会保障国民会議の中でも「地域完結型」の医療が具体的に何を意味するのかということが細かく議論されていない。「病院完結型」との対比という形で書かれている。(8/9)
- 病院・病床の機能分化・連携は必要だと思うが、患者は医療的な客観的ニーズを超えた、膨らみのある主観的なニーズをいろいろ持っている。病院・病床の機能分化で提供するものと、患者のニーズに齟齬が生じる可能性があり、現場で退院の際のトラブルとして現れる。ハ

ードウェア的な機能分化と同時に、現実には円滑に進めるためのソフトウェア的な側面への配慮が必要。現在も医療対話推進者を診療報酬で手当しているが、このようなソフトウェア的な側面への配慮が必要。(8/9)

- 急性期病院が多すぎるのは確かにあるので、病院・病床の機能分化を進めることはよいが、結果として、高齢者が機能分化した病院を渡り歩くことになる。高齢者が移動していくときに、必要な情報提供や手続きの簡素化に配慮して、適切な療養環境が得られる仕組みを作ってもらいたい。(8/9)

6. その他

- ホスピスが不足しており、医療体制の中でどう考えるか検討が必要。(8/1)
- 認知症対策の促進、難病対策、精神科の在宅医療の充実なども検討すべき。(8/9)
- 80歳でも20本以上の歯を保つ、8020運動を推進してきた。歯を残すことが、長寿社会で国民の生活の質を良好に保つことになる。歯が残っているほど、生存期間が長く、認知症の発生が少ないというエビデンスがある。こうした視点で、次の診療報酬改定の議論をお願いしたい。(7/25)
- 高齢者歯科、在宅歯科、周術期歯科など、口腔機能に着目した歯科医療について取組を始めている。医科・歯科連携、病・診連携、多職種連携等の課題があるので、次の診療報酬改定では、諸課題を解決していく方向の対応を議論してほしい。(7/25)[再掲]
- 口腔ケアにより認知症等の改善ができるという知見があるなら、それをいかす工夫をお願いしたい。(8/1)
- 診療報酬ではないと思うが、早期予防も重要。国保中央会では、10月から国保のデータベースの稼働を始め、レセプトで拾える情報を拾いながら、予防につなげていく取組を進めていく。(7/25)
- 医療のICT化の促進による医療提供体制の効率化、遠隔医療を行う医療機関の評価も追加してほしい。医療情報のICT化を進めるなどして、地域医療資源やニーズ、診療情報に関するデータを収集して活用することが重要。質の高い医療が効率的に提供できる体制を実現すること、検査や投薬の重複等を排除することが可能になる(8/1)
- 医療の重点化・効率化を進める上では、医療情報のICT化が重要。医療情報のICT化とネットワークを進めるという文言を追加してほしい。(8/9)
- マイナンバー制度が動き出し、医療の番号も検討されると思うが、患者一人一人の薬の情報や医療診断情報等のリンクが早くなり、一人一人の健康状況に合わせた医療がより確実にできるようになると思うので、それも射程において医療行政の充実を検討すべき。(8/1)
- 医療の効率化の推進について、後発医薬品の使用促進、レセプトの電算化等も強調すべき。(8/9)
- ジェネリック医薬品の使用促進について、インセンティブ策を超えた、諸外国で行われている制度的な対応も検討すべき。項目を一つ立てて、医療費適正化に関する姿勢を国民に明確に打ち出すべき。(8/9)

- 後発医薬品の使用促進について、新たなロードマップが示されたので、これまで以上に取り組んでいきたい。海外の事例は、制度や仕組みが違うこと、患者の意思もあるので、慎重に検討する必要。(8/9)
- 患者から見て分かりやすい納得のできる安心・安全の医療の実現という課題も重要であり、前回の改定の基本方針でも掲げられている。(8/9)

社会保障審議会 医療部会 各委員の発言要旨【未定稿】

※ 8/9資料からの追加は下線部分

1. 基本認識について

- 社会保障・税一体改革の中で、効率化はあると思うが、何が効率化か議論する必要がある。効率化と同時に、平成26年度に消費税が8%になったとき、消費税の引上げ財源は平成26年度診療報酬改定に充てて、医療サービスの充実はしっかりやる必要。(8/2)
- 国民会議報告書案でも、日本の医療は世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきたと、非常に評価している。医療現場ががんばってきたということを、認識してほしい。しかし、2025年を考えると、今のままではいけない。病床の機能分化、在宅医療の充実は当然と思っている。その中で、必要ないものが出てくると、効率化する場所だと思う。そういうのが少しでもあれば見つけていきたいが、充実絶対しなければならない。医療提供体制をしっかりと作ることはやるべき。平成26年度診療報酬改定では、改革に向けての評価をしなければならない。消費税引上げ財源を使って、平成26年度診療報酬改定はプラス改定が必要。それをもって改革につなげる必要。(8/2)
- 長寿社会の実現には、医療関係者の献身的な努力だけでなく、国民の意識、保険者の保健事業などもあるので、追記すべき。(8/9)
- 国民会議報告書に書いてあるからと言って、診療報酬改定の議論で、決まったこととしてはならない。消費税は給付費の国庫負担が足りないから上げており、医療提供体制の機能分化が進まなければ、消費税引上げ財源を医療に使わせないというのは無理筋な話。厚生労働省は、国民の医療と安全を守る省庁として、財政当局と渡り合ってもらいたい。診療報酬で機能分化を進めることを急ぎすぎている。病床機能報告制度をしっかりと作ろうとしているときに、診療報酬で急ぎすぎている。消費税引上げ財源を獲得することを堂々とやってほしい。(8/2)
- まず効率化をしないと、医療にお金を出さないというのは無理がある。医療従事者を入れないと平均在院日数の短縮はできない。医療の充実と効率化は、両方同時にやらないといけない。(8/2)
- 消費税引上げによる財源については、医療提供体制の効率化が前提となって、はじめて医療サービスに充当されるのが筋。急性期病床の役割・機能を明確にして、長期入院の是正、急性期病床の削減に向けた具体的な取組がセットされなければ、充実だけという選択肢はあり得ない。効率化の工程表を作る必要。充実と効率化は表裏一体のものであり、同時に進める必要。(8/2)
- 中期財政計画では、2年間で8兆円の赤字削減が必要と言われており、厳しい財政状況の中で、診療報酬改定を迎える。社会保障の重点化・効率化が非常に大事な課題。病床の機能分化・連携は重要であり、できるだけ早く実現すべき。医療の充実と重点化・効率化はセットであり、医療提供体制の連携強化、機能強化と併せて、平均在院日数の短縮に取り組むべき。長期療養や有床診療所は、急性期病床の適正化の受け皿として充実する必要はあるが、

新たに社会的入院が発生しないよう考慮が必要。(8/2)

- 消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療機能強化と医療の効率化をセットにして同時並行に、と書いてほしい。(8/9)
- 病床機能分化、医療介護連携強化は、2025 年に向けて、間に合うように、丁寧な議論が必要だが、残された時間は長くないので、早く着手する必要。医療機関の連携、医療・介護の連携はもっと必要であり、長期入院・社会的入院の適正化や、結果として平均在院日数の短縮につながっていく。(8/9)
- 医療提供体制は2025年という明確なターゲットがあるので、それに向けて進める必要があり、「段階的かつ着実に」と書くべき。(8/9)
- 社会保障・税一体改革では、消費税を上げて、社会保障に充てることになっている。社会保障の給付のあり方は国民会議で議論することになっている。国民の理解を得られるような社会保障改革が必要で、医療提供体制のあり方について、国民の理解が得られるような議論を行う必要。(8/2)
- 消費税の収入は社会保障給付の充実に充てるが、その前提となる医療提供体制の充実の議論をすべき。(8/9)
- 今後の超高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行うという基本理念の下、国民皆保険を堅持するということは、そのとおりだと思うが、皆保険体制を支える若い世代が減少している事実があるので、「超少子・高齢社会」と書くべき。(8/9)
- 医療ニーズが変化・増大していく中でと書いているが、医療そのものの内容が変わっている。医療内容が変わっているので、急性期後の入院の病床が必要。一般病床における入院の適正化を進めるため、急性期後も含めた在宅までの病床の整備が必要。機能分化は、国民の理解が得られるようにではなく、国民の理解を得て進めるべき。(8/9)
- 円滑に切れ目がなく医療が提供されることは大事だと思うが、患者が理解できないままスムーズに回っているのはいけない。患者の理解・納得の上で円滑に切れ目のない医療と書いてほしい。前回の改定で、大病院の経営は改善したが、200床前後の病院の経営は厳しいと言われている。患者の送られる先の病院が安定していることが、切れ目のない医療に重要だと思うので、高度急性期の次の医療を担う病院の経営が安定する仕組みを検討すべき。(8/9)
- 必要な連携は、事業所間連携だけでなく、団体や従事者間連携、法人間連携もあるので、「患者を支える機能間の連携」と書くべき。(8/9)
- 病院・病床の機能分化、資源の集中投資は喫緊の課題。医療法改正とそれに伴う具体的な施策の展開は早急に実施すべき。医療機能の分化に資する補助金と診療報酬を合わせて、医療提供体制の構築に向けた手法を導入すべき。(8/2)

- 病床の分化・連携も進める必要があり、診療報酬と補助金を組み合わせてやる必要。(8/2)
- 消費税が上がったら、補助金でばらまきにならないか心配。補助金は公立病院にばかりいく。医師、看護師、とりわけ介護職員の確保が重要。(8/2)
- 診療報酬と補助金がどのような役割を果たすのか、役割分担の整理をする必要。(8/9)
- 「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換は望ましい方向。様々な受け皿が必要であり、診療所を含む医療施設、介護施設、在宅医療等が考えられ、介護や地域包括ケアまで視野に入れる必要があり、診療報酬だけでなく、地域の実情に応じた補助金の創設が必要。(8/9)

- 2025 年の医療・介護提供体制を実現するため、医療従事者の確保が必要。看護職の離職防止・定着対策をはじめ、医療従事者が長く働けるような勤務環境の整備を重点的に進める必要。(8/2)
- 勤務医、看護師の過重労働が続いており、処遇や労働条件の改善を進める必要。(8/2)

- 医療機関の控除できない消費税負担への対応は、医療・介護の充実とは別のものという認識。(8/2)

- 社会保障・税一体改革大綱、三党合意、社会保障制度改革国民会議の一体的な流れの中で、医療の改革、機能分化を進めていくということなので、日本医師会と四病院団体協議会が合同で提案することにした。発症から在宅復帰支援まで、どのような病期にあっても、最善の医療を提供する体制を構築。地域特性に合わせた柔軟な医療提供体制を構築していきたい。国民の健康に生涯にわたって幅広く対応していくことを目指して、かかりつけ医機能の充実に努めていく。医療資源、介護資源が一定以上整備されている地域では、機能が充実している場合にはその整理が必要。他方、医療資源が十分整備されていない地域では、医療に切れ目が生じないよう、地域に応じた機能の見直しという整理が必要。そのために病床機能報告制度を活用すべき。都道府県が情報の収集分析を行い、地域の医療提供者や関係者が主体的に医療を構築。一般病床は「その他の病床」という位置付け。亜急性期という名称は、ポストアキュートか、サブアキュートか明確でない。次の区分で、病床機能報告制度で報告を行うことを合同で提案。高度急性期病床は、救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床。急性期病床は、幅広くすべき。在宅や介護施設等の患者の急性増悪は、亜急性期病床、亜急性期病棟に入るべきという議論があるが、高齢者が急性増悪になったら、軽い急性期として、急性期病床にまっすぐ入らない仕組みで、高齢者の差別。提案されている亜急性期病床、亜急性期病棟の提案には断固反対。回復期病床は、急性期経過後も引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能をもつ病床で、ポストアキュート。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。報告制度をちゃんとやって、都道府県別の情報を精緻に分析して、都道府県の地域事情に応じた適切な医療提供体制を構築していただきたい。(8/9)

2. 入院医療について

- 現状では、急性期の病床が多く、その後を受ける亜急性期、回復期の病床が少ない。患者の状態、症状にあった医療が行われているのか心配。社会保障・税一体改革の方向に沿って、高度急性期、一般急性期、亜急性期、回復期等に病床の機能分化を推進し、患者像にあった医療が効率的に提供できることを目指す必要。それぞれの機能に応じて、必要な病床数をバランスよく整備する必要。特に、急性期病床の機能は、明確化する必要。急性期にそった患者を受け入れられるよう、患者の重症度を評価するとともに、急性期病床の平均在院日数の短縮に結びつけることが重要。その際、急性期を出た患者の受入れ先を整備し、ハレーションを最小限に食い止める工夫が必要。(8/2)
- 7対1病床は5年で8倍に増えているが、重症患者がこれだけ増えるとは考えられない。7対1入院基本料が偏在を招いたのではないか。7対1病床がこれだけ増えたということは、診療報酬が水ぶくれ状態になっているので、今後、これをどう整理するか検討する必要。(8/2)
- 7対1入院基本料が病床の偏在を招いたことを検証する必要。(8/2)
- 急性期病床の機能分化を推進する上では、患者の状態に応じて適切な医療を提供する必要がある、現行の重症度・看護必要度を見直し、急性期病床における患者像を適切に評価することが必要。重症度・看護必要度の高い患者が多い病棟は、高度急性期病棟として整備していくことが必要。(8/2)
- 入院早期から退院後の生活を見据えて、身体機能の低下を防ぎ、日常生活動作を回復させる支援が必要。多職種の協働により、在宅復帰の促進、入院早期から生活支援につながるリハビリテーションを推進すべき。(8/2)
- 「7対1病床」ではなく、「7対1入院基本料の病床」と書くべき。傾斜配置が認められているので、実際の配置では、5対1、3対1の病棟もあれば、10対1、13対1の病棟もあるので、実態を踏まえた上での議論が必要。平成18年度改定で、看護師がいればよいというので、7対1入院基本料が増えた。増えたらけしからんということでは、現場は困る。一体改革では、高度急性期は人を増やし、在院日数を減らすと言っている。在院日数を減らすには看護師を多く置く必要がある。2025年には今以上に看護師を急性期病床に配置することになる。長期のビジョンをしっかりと作って、これくらいの急性期であればこれくらいの看護であって、在院日数も出して、その過程で今回の改定をどうするか、ということでない、医療機関はまた梯子を外されるのではないかと不安になる。7対1入院基本料が取れない病院が出てくると思うが、他方、労働環境をよくしろとも言われる。人が少ないと労働環境は悪くなる。将来の長期ビジョンがどうなるというのを示して、対応してもらいたい。(8/9)
- 療養病床についても、必要な受け皿を確保するよう有効な施策を講じつつ、在宅医療と介護施設との連携を図り、社会的入院の是正にもつながるような取組をすべき。(8/2)
- 急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化は図られているのではないか。急性期から移っていく次の段階がない中で、適正化されたら苦しめられるのは急性期の病院なので、考え

方を変えていただきたい。急性期を脱した患者の転院先がない。(8/9)

- 急性期で一番気になるのは、急性期後に行く場所がないということ。亜急性期の病床をいかに作るのかが国家的課題。医療界が心配しているのは、亜急性期の病床を選択したときに、収入が減って、経営が苦しくなること。最初は甘い点数を付けて、何年かすると、点数を減らすということは、やってはならない。(8/2)
- 早く家に帰れる患者は早く帰すべき。一般の人々、患者の家族、地域に理解してもらえると、早く帰るのが当たり前になる。働き盛りなら、早く帰していかに社会で活動してもらうかが重要。ただし、高齢者は帰れないので、高齢者のポスト急性期をどうするか、地域のケアをどうするかが問題。できるだけ早期に患者や家族と、医師、看護師、MSW等の大勢の人が関わって、十分に話して、納得してもらうことが重要。行く先の病院を急性期病院よりも魅力的な環境にする必要があり、そのためにお金をかける必要。(8/2)
- これまでの医療提供体制は生産年齢層を中心とした医療だったが、生産年齢層は減っていく。その医療需要も減る。急性期の治療後も障害を抱えつつ医療の継続を必要とする患者が残された機能を活かしながらQOLの維持改善を図ることを目的とした、慢性疾患モデルを急速に作っていく必要。そういうモデルの対象となるのは 75 歳以上の高齢者が多く、専門的な急性期治療が終わった後も、一定期間の入院やリハビリ、廃用症候群の予防や合併症や後遺症の治療により、直ちに急性期病床を退院することができず、急性期病床に入院しているのが現実。急性期後の病床をいかに急速に整備するかが重要であり、財政的な支援や制度的な支援が必要。病床機能報告制度では十分でなく、病床に入っている病態像とどういう治療を行っているのかという医療情報を集めて、分析評価して国民に開示・周知し、国民に問うべき。病床機能が分化しても、円滑な患者の移行はできない。重要なのは自己負担で、急性期病床、療養病床、特別養護老人ホーム、在宅医療で比べると、介護の費用も含めて、急性期医療が一番安くなっている。(8/9)
- 救急のベッドが合併症を持っている高齢者で埋まって動かない。合併症が多い患者も受け入れてもらえるように、亜急性期病床では、合併症のある高齢者などの受入れを評価する必要。(8/2)
- 急性期の軽い、重いというのは結果であり、最初から高齢者が急性増悪や急病になったときに、サブアキュート、軽い急性期と定義することが間違い。ポストアキュートは回復期。(8/9)
- 救急医療は厳しい状況にあるが、更なる高齢化で、救急患者はもっと増える。急変した患者を全て救急センターで受け入れることは難しい状況になるので、在宅患者で急変した軽症、中等症の患者は亜急性期病床で診ることも必要ではないか。この議論は、中医協で議論されるところを考えている。(8/9)
- 急変したときは救命救急センターに行かなければならないと言っているわけではなく、少なくとも急性期病床でと言っている。その結果として、急性期病床でなくてもよいということになれば、適切な病床に移ることも選択肢。最終的には、病床機能報告制度の議論も踏まえながら、中医協で決めることだと思っている。(8/9)

- 平均在院日数の短縮はもう限界を超えている。医療に優しさがなくなり、冷たい医療になる。平均在院日数の短縮等で 4,400 億円の削減と資料にあるが、今回の基本方針の作成にあたって重くのしかかるのか。2015 年の話で、来年度の改定に関係ないのではないか。(8/2)
- 平均在院日数を減らすには、出口が必要。人口 5 万以下のまちでは、公立病院が急性期から慢性期、看取りまで全部やっている。これから公立病院も地域包括ケアをやらないといけない。(8/2)
- 国民からみて分かるかどうかが大変。国民は転院・退院を理解しておらず、医療現場では、転院・退院の際に患者・家族が大きな不満を持つ。平均在院日数の数字だけで議論を進めるべきでない。(8/2)
- 在宅医療の受け皿がしっかりしているという安心感がない。在宅医療の受け皿ができてから、在院日数の短縮という順序が大切。(8/2)
- 転院の電話相談が多い。病院はきちんと地域連携してソーシャルワーカーが力を発揮しているところもあるが、中には家族が探してくださいというところもある。後方病院をどう確保していくのか。亜急性期の病院に対する安心感がみえてきていない。急性期が終わった後に、亜急性期があり、こういう安心できる医療が提供できるという仕組み作りをする必要。(8/2)
- 亜急性期は病棟単位で作るべき。病院全体で同じ入院基本料ということではなく、亜急性期病棟を作れるようにすべき。(8/2)
- 介護施設で入所者が急変した場合に受け入れてもらえる医療機関が少ない。家族が延命治療を望まないケースもあり、看取りをどうするか検討する必要。(8/2)
- 亜急性期や回復期は家族がいる患者はよいが、家族がいない患者は長期療養に行くのではないか。(8/2)
- 地域特性に応じた評価については、診療報酬は一物一価が原則であるが、平成 24 年度改定で、地域特性に配慮して要件を緩和した評価を行った。しかし、ほとんど使われていない。使われていないから止めるということもあるが、平成 24 年度に作ったばかりなので、もう少し続ける必要。(8/2)
- 患者の流入・流出を二次医療圏でみるのではなく、もう少し細かく患者の動きをみる必要。そもそも二次医療圏は設定が適切ではない。(8/2)
- 地域に配慮した評価のあり方を検討する際には、当該地域において、患者負担の増大につながることも考慮する必要。(8/9)
- 在宅医療を行うには、後方の病床も必要であり、亜急性期の病床や有床診療所の機能を十分評価する必要。(8/2)
- 地域の実情に合わせた地域ごとの医療提供体制の構築が大事。在宅医療を選ぶ上で、必要となきいつでも受け入れられる病院や有床診療所を確保することが、患者や家族の安心につながる。(8/9)
- 有床診療所について、地域の医療提供体制の中でどのような役割を果たすのかという観点

で議論を進める必要。社会的入院の問題に留意しながら、と書くべき。(8/9)

- 病院、病床機能の分化や病院と診療所の機能分化と連携をきちんと評価する必要。(8/2)
- 病院の機能に歯科医がいることで、口腔ケアや口腔機能維持の機能が求められる。医科と歯科との連携は病院歯科から始まり、口腔情報が急性期からリハ、在宅にもつながっていく。(8/9)
- 薬剤師の病棟配置の評価は大切。より多くの病院で薬剤師が配置され、チーム医療が推進されるような体制整備を進めてほしい。(8/2)

3. 外来医療について

- 患者が大病院に集中して、勤務医が過重労働になっているし、医療の効率化で、地域に身近なかかりつけ医を持ってもらい、外来診療の機能分化を進めるべき。患者はまずはかかりつけ医にかかって、必要があれば病院の医療を受けるのが普通の患者の流れであり、かかりつけ医の機能を評価すべき。(8/2)
- 地域包括ケアのキーパーソンはかかりつけ医。かかりつけ医と地域の病院がどう連携するかが重要。かかりつけ医が最初に診察し、どこの病院に行くのが適切か患者に指示をして、紹介を受けて病院が入院医療をする仕組みが必要。連携を評価する場合は、連携体制ではなく、実際にやった事実を評価すべき。(8/2)
- 外来診療も機能分化を推進する必要。地域住民がまずは身近な診療所で受診し、必要に応じて急性期病院、専門病院に紹介してもらえる仕組みを確保すること、併せて、患者の回復状況によって紹介元に返すような連携のとれる道を構築する必要。大病院では、紹介外来、専門外来を推進し、評価していく必要。(8/2)
- 患者の立場からは、かかりつけ医を選ぶ基準が難しい。かかりつけ医の選び方を教えてほしい。(8/9)
- かかりつけ医の推進のためには、最新の医療情報をもっていたり、生涯学習を行っているなど、かかりつけ医機能をもっていることを、国民が選ぶ際に見て分かるような指標で示す必要がある。(8/9)
- 医療機関の情報は地域の医師会がホームページに出しているが、それを見ても、自分がどこへ行けばよいか分からないという声もある。患者と医師の関係は相性もあるので、健康診断、予防接種等の様々な機会を利用して、相性のよい医師を見つけていただくことが現実的な対応かと思う。(8/9)
- かかりつけ医の生涯教育システムを日本医師会が作って、かかりつけ医はずっと勉強しようとやっており、患者に知られるようにやっていく。(8/9)
- 総合的・全人的医療を提供する主治医機能を強化する方向だが、かかりつけ医や総合診療医など、各団体で違いがあり、国民が分かりにくい状況。主治医機能の内容をもっと明確に

する必要。診療、検査、投薬の重複等、外来の効率化を進める必要。(8/9)

○ かかりつけ医は、いつでも相談にのってもらい、携帯電話にでももらうことも大事な要素だと思ふ。(8/9)

○ 自分で責任もって24時間対応する医師はそれでよいと思うが、個人で24時間拘束されることをルールにすると厳しいので、地域のシステムの中で連携して対応することになる。(8/9)

4. 在宅医療について

○ かかりつけ医の機能の一つに在宅医療があり、高齢者から小児まで診ている。在宅療養支援診療所ではない診療所も在宅医療をやっており、行っている行為をしっかり評価すべき。(8/2)

○ 医療と介護の連携強化を真剣に考える必要。地域包括ケアシステムの構築に向けて、平成26年度診療報酬改定で、介護との連携を見越して、踏み込んだ対応をしておかないと、平成27年度介護報酬改定も中途半端なことになる。2025年の絵姿を見越して、診療報酬がどうあるべきか、介護との連携がどうあるべきかを考える必要。(8/2)

○ 次回の診療報酬改定では、前回の改定でまとめられた基本方針を基に進める必要。2025年を見据えて、地域包括ケアシステムの流れを止めてはいけない。2年間で何が違って、何が不足していたか、発展させるのはどこかという観点で検討する必要。(8/2)

○ 地域の状況、地域資源の状況に応じて、地域内の地域包括ケアシステムを作り上げる必要。地域ケア会議に医療機関が参加しやすくなるような仕組みを考える必要。(8/2)

○ 患者からすると、在宅療養を望んでも、なかなか難しい状況。医療資源が少ない地域では、在宅医療の担い手が少なく、看取りまでの在宅医療は難しい。地域に合わせて実現できるようなものを構築する必要。(8/2)

○ 家族がいなくても在宅医療が受けられるのか心配する声が多い。独居でも老々世帯であっても、きちんと在宅医療が受けられる医療を目指すことを打ち出す必要。都道府県の地域医療再生計画をみると、在宅医療の目標が全国平均との比較でしかない。国として、在宅療養支援診療所・病院や訪問看護ステーションなどの目安を出す必要。(8/2)

○ 在宅療養支援診療所の届出を出しても、在宅医療の実態がないところもあるので、実態を把握してシステム作りを進める必要。(8/2)

○ 在宅療養支援診療所・病院は、数はたくさんあるが、看取りをやっているところは少ない。在宅医療学会でテーマを見ていると、発表者は病院の方が多い。200床以下に限らず、200床以上の病院の人的資源も活用してもよいのではないか。病院と診療所がお互いに助け合って、在宅医療を充実していく必要。総合診療、在宅をやりたいという医師も病院にはたくさんいる。(8/2)

○ かかりつけ医は日常の診療もしていて、在宅医療も行うことが可能なのか。在宅介護・在宅看護も重要である。将来的に在宅医療の専門医という制度はできないか。(8/9)

○ 地域ごとに実情は違うので、それぞれの地域で実態を把握して、在宅医療の提供体制、ニーズなどのデータに基づいて議論する必要。地域ごとに対応するという方向性が重要。(8/9)

○ 在宅医療は連携やネットワークが重要。診療報酬で手当てすることも大事だが、それだけでは連携は進まない。医師会、病院団体、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等、様々な地域状況を分かっている人たちが地域の行政とともに集まって連携できるよう、診療報酬でない形も検討する必要。(8/9)

○ 多くの方が在宅で最後まで療養生活を続けられるよう、訪問看護をさらに推進していく必要。24時間対応や看取りへの対応、医療依存度の高い重症化した方への対応が必要で、看取り等の機能に応じて、訪問看護ステーションを評価するとともに、訪問看護ステーションの大規模化を促す方策が必要。また、医療機関と訪問看護ステーションの連携により、専門的なケアを提供できる人材を活用して、適切な訪問看護を提供できる仕組みが必要。(8/2)

○ 訪問看護ステーションは増えているというが、閉鎖するところも多く、なぜ閉鎖するのか理由を調べて、安定した事業展開ができるような対応を検討する必要。(8/2)

○ 訪問看護ステーションが閉鎖するのは、看護師がいなくなるから。規模の大きな病院には看護師がいるので、その中から訪問看護をやりたい人を出すことができる。診療報酬で手当てしてほしい。(8/2)

○ 訪問看護師の確保が重要であり、総合的な訪問看護師の確保対策を講じる必要。(8/9)

○ 在宅医療で果たせる歯科の役割は大きいはずだが、在宅療養支援歯科診療所が増えていない。在宅療養支援歯科診療所でなくても、かかりつけ歯科医が訪問診療をやっているケースも多いが、医療や介護の現場から在宅歯科医療への依頼が少ないのが課題。要介護者の在宅歯科のニーズに応える仕組みを検討する必要。早期に口腔内の状態を把握して、歯科医療や口腔ケアをしていくことが大事であるが、医療や介護との連携が少ないので、連携システムを構築する必要。(8/2)

○ 訪問歯科診療もやっているが、地域での連携が薄く、かかりつけ医や訪問看護からの情報がうまくリンクすることが大事。(8/9)

○ 在宅医療ではほとんどの対象者が薬を使うため、状況に応じて薬剤師が適切に関与し、医薬品の適正使用と安全管理を確保することが必要。かかりつけ薬局・薬剤師が地域の中で役割を担うことが必要。現在、薬局の在宅医療の推進に向けて、取組を進めているが、地域の薬局・薬剤師が必ずしも十分に活用されていない状況にある。薬剤師が在宅で適切な医薬品供給と管理ができるよう、検討する必要。(8/2)

5. ネットワークについて

○ 地域包括ケアシステムが在宅医療の項目に入っているのは違和感がある。関係するのは在宅医療だけではないので、全体のネットワークの項目に、地域包括ケアシステムを書かれていないとおかしい。(8/9)

○ 連携では、患者が必ず移動するものではなく、在宅や介護施設内でいろいろなサービスを

受けることもある。「移動先の紹介・確保」ではなく、「連携先の紹介・確保」「連携先との情報共有」と書くべき。介護は同一時点で様々な機能を受けるので、「病院から在宅への円滑な移行、医療と介護の切れ目のない連携」と書くべき。(8/9)

6. その他

- 高齢者を対象にした資料がほとんどになっているが、難病、ポストNICU、身体障害の子どもたちなど、小児については、どのように考えているのか。(8/2)
- 認知症対策を医療の面からも加速する必要。(8/2)
- 認知症対策や難病対策、精神科に検討も行う必要。(8/9)
- 要介護になる前に歯科の口腔内をみて、残っている歯をいかに維持するかが大切。できるだけ早期に口腔管理を行うことも大切。高齢者が口から食べることは大切で、医療連携の中で、歯科も含めて検討してほしい。(8/2)
- 医療のICT化、医療情報のICT化は、医療の重点化・効率化、医療機関、介護との連携強化のために必要。(8/2)
- 医療情報のICT化について、最終的な取りまとめの中では議論すべき。(8/9)
- 保険者も極めて厳しい財政状況にあり、効率化・重点化は必須。効率化の項目を立てて、入院時食事療養費のあり方、ジェネリック医薬品の使用促進、医師、診療科の偏在是正や高額医療機器の適正配置等を盛り込むべき。(8/9)
- 医療の効率化の推進ということで、後発医薬品の推進、レセプトの電子化等は引き続き推進すべき。(8/9)
- 患者の視点も重要視されており、明細書の発行が医療の透明化、医療費の透明化、結果的に良質・安心な医療につながると思うので、盛り込んでもらいたい。(8/9)
- 適切な医療の受け方に関して、責任をもって情報発信や教育するポジションをはっきりする必要。(8/9)

議論の整理

平成25年1月9日
社会保障審議会医療保険部会

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

1. 協会けんぽの財政対策

- 協会けんぽについては、リーマンショックによる被保険者の報酬の下落等による財政悪化を受け、平成22年度から平成24年度末までの間、被用者保険における後期高齢者支援金（以下「支援金」という。）の3分の1を総報酬割にするとともに、国庫補助率を13%から16.4%に引き上げる等の措置を講じている。
- 当部会では、平成22年改正健康保険法附則第2条において、「協会けんぽの財政状況、高齢者の医療に要する費用の負担の在り方についての検討状況、国の財政状況その他の社会経済情勢の変化等を勘案し、24年度までの間に検討を行い、必要があると認めるときは、所要の措置を講ずる」と規定されていることから、平成25年度以降の協会けんぽの財政対策について議論を行った。
- 議論では、現行の協会けんぽの保険料率10%は、加入者、事業主にとって大変重い負担となっており、他の被用者保険との保険料率の格差も拡大する傾向にあることから、協会けんぽの財政基盤の強化、安定化のための具体的な方策を講じなければならないという意見が多かった。
協会けんぽの財政基盤の強化、安定化を検討するに当たっては、高齢者医療の在り方等の見直しが必要であることから、社会保障制度改革国民会議における議論等を踏まえた見直しが実施されるまでの間の当面の対応として、準備金を取り崩せば保険料率10%が維持できる平成26年度まで

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

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

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

2. 高齢者医療制度における支援金の負担の在り方等

- 高齢者医療制度の見直しについては、平成24年6月15日の3党（自公民）の確認書において、「今後の高齢者医療制度にかかる改革については、あらかじめその内容等について三党間で合意に向けて協議する」とされ、その後成立した社会保障制度改革推進法の規定において、社会保障制度改革国民会議の検討事項とされている。
- 他方、大綱において、「高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。」こととされていることから、当部会では、支援金の総報酬割の在り方を中心に高齢者医療制度の在り方について検討を行った。
- 総報酬割は、所得に関わらず保険料率が平準化されるため、最も公平な制度であることから、将来的には全面総報酬割に移行すべきとの意見が多かった。他方、総報酬割は被用者保険者間の負担の付け替えでしかなく、納得できないという意見もあった。
- 総報酬割とすべきかどうかは、所得格差の状況を含め医療保険制度全体の負担の公平性に関する議論が必要であり、社会保障制度改革国民会議等における高齢者医療制度全体の議論の中で検討すべきとの意見があった。また、全面総報酬割に移行する際は、高齢者医療制度への公費拡充等の改革とセットで議論されるべきとの意見があり、協会けんぽに投入されている公費のうち、全面総報酬割によって不要となる部分について、協会けんぽの国庫補助率20%の引上げに使うべきとの意見や、前期高齢者の給付費に充当することによって被用者保険全体の負担軽減を図るべきとの意見が

あった。

3. 70歳から74歳の患者負担の取扱い

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

4. 高額療養費制度の改善

- 近年、医療の高度化等により、がんの患者など長期にわたって高額な医療を受ける方が増えており、これらの方の負担を軽減し、医療保険のセー

フティネット機能を強化することが求められている。

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

5. その他

(健康保険と労災保険の適用関係の整理について)

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

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

(傷病手当金等の不正受給対策について)

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

(健保組合における準備金の見直し)

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

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

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

医療保険制度における患者負担の推移

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

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

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

70～74歳の患者負担特例措置の見直し

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

○高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) 一抄一

「新たな制度の施行日以後、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」⇒ 個人で見た場合、負担が増える人が出ないような方法

○社会保障制度改革国民会議 報告書(平成25年8月6日) 一抄一

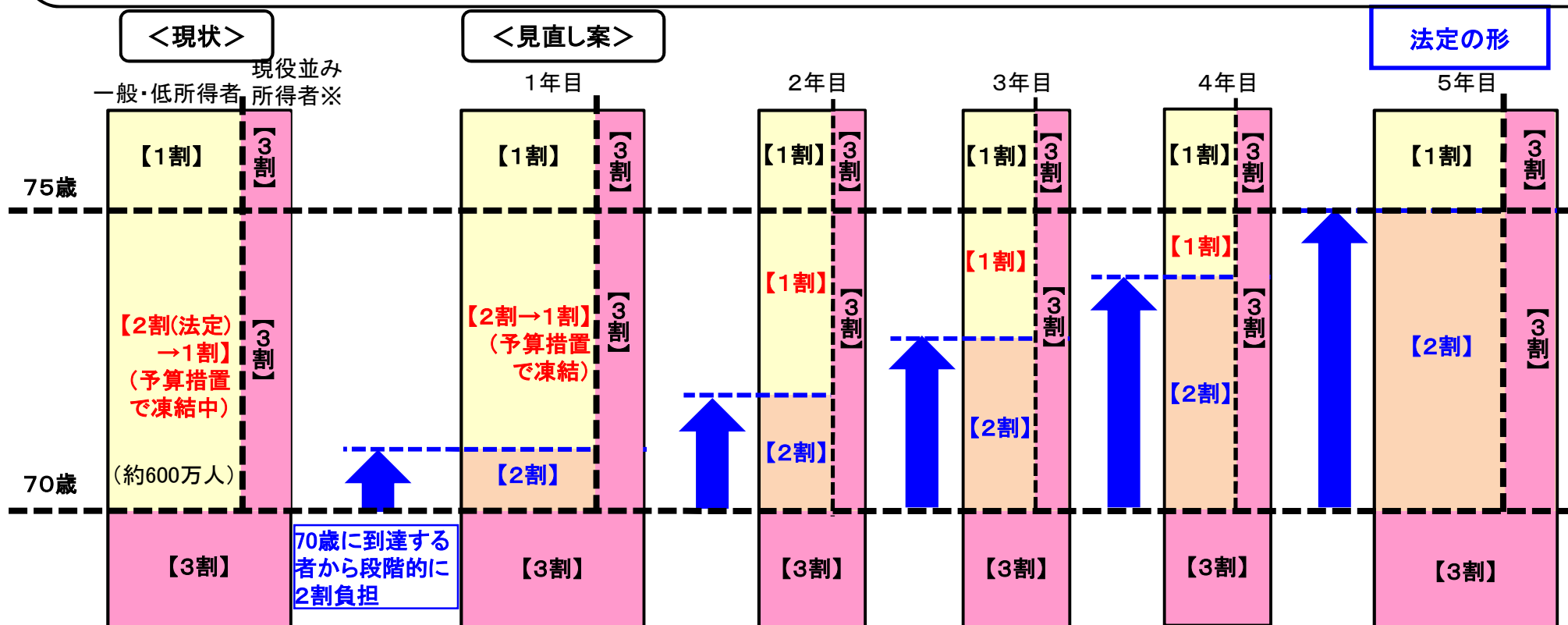
暫定的に1割負担となっている70～74歳の医療費の自己負担については(略)、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」のとおり「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わらないよう、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当である。

○社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子(平成25年8月21日閣議決定) 一抄一

(6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置

イ 低所得者の負担に配慮しつつ、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担との観点からの高額療養費の見直し



※ 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。

社会保障制度改革推進法に基づく法制上の措置について

本日、社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について」が閣議決定された。

今回の骨子においては、都市自治体に大きく関係する少子化対策、医療保険制度、介護保険制度等に係る改革事項の今後のスケジュール、方向性が示されている。

今後、この改革事項を着実に推進するためには、社会保障・税一体改革に基づく財源を確実に充当する必要がある。

特に、国民健康保険については、今回の改革を法律において設定する期限までに円滑に実施するため、消費税引き上げによる財源と合わせ、後期高齢者支援金への全面総報酬割の導入により生じる財源を国保の支援に活用することにより、財政基盤の強化を図る必要がある。

国においては、今後、この骨子に基づき社会保障制度改革の全体像と進め方を明らかにする法律案を次期国会に提出することとしているが、改革を推進するに当たっては、社会保障の現場を担っている基礎自治体と丁寧に協議し、その意見を確実に反映することを求める。

平成25年8月21日

全国市長会

平成25年9月9日

社会保障審議会医療保険部会

部会長 遠藤久夫 殿

社会保障審議会医療保険部会委員

全国健康保険協会 理事長

小林 剛

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく
「法制上の措置」の骨子について（意見書）

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

現役世代の賃金が伸びない一方、医療費が増大するという赤字構造に加え、高齢者医療関係の拠出金等が膨らむ中、協会けんぽの平均保険料率は既に 10% に達しており、これ以上の保険料率の引上げは、加入者の生活、中小企業の経営をかんがみると、限界である。一方で、他の保険者と比べて著しく高い保険料率にもかかわらず、現在の財政構造のままでは、平成 27 年度には準備金が枯渇する可能性が高く、さらに 29 年度には兆円規模の累積赤字に至る見通しであり、国会で田村厚生労働大臣が答弁されたとおり、協会けんぽの財政基盤の強化は待ったなしの状況である。

平成 25 年 8 月 21 日に閣議決定された『社会保障制度改革推進法第 4 条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について』において、協会けんぽの財政問題については、健康保険法等の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 26 号）附則第 2 条に規定する所要の措置について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずることとし、平成 27 年通常国会に必要な法律案の提出を目指すこととされている。

協会けんぽの財政破綻は、被用者保険、ひいては国民皆保険の破綻に繋がるとともに、中小企業の経営、従業員の雇用、生活に直結する極めて深刻な問題である。上述した健康保険法等の一部改正法の国会審議の際に採択された附帯決議においても、「協会けんぽの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」とある。平成27年通常国会に提出を目指すとされている医療保険制度改革のための法案においては、この附帯決議という国会の意思を十分に尊重し、協会けんぽに対する国庫補助率を健康保険法本則の上限である20%に引き上げることが必要である。

また、上述した「法制上の措置」の骨子において、保険料に係る国民の負担に関する公平性の確保について、被用者保険者に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置を講じることが、あわせて盛り込まれた。

当協会は、全体の支出の4割、3兆円を超える費用を高齢者医療の負担に充てているが、この負担についても限界にある。高齢者医療の負担は広く社会全体で支えるべきであり、現役世代間の負担についても、負担能力に応じた公平なものとするべきである。公費負担の拡充をはじめ高齢者医療の見直しを一刻も早く実施するとともに、後期高齢者支援金の被用者保険者負担については全面総報酬割を導入し、それに伴い公費財源が生じるということであるならば、協会けんぽの財政基盤の強化など、被用者保険の負担軽減に充てるべきである。

「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子」について

本日、「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子」が閣議決定された。

社会保障制度を持続可能なものとするため、医療、介護、少子化対策等に関する今後の改革について一定の方向性が示されており、これまでの関係者の尽力に敬意を表するものである。

特に国民健康保険について、「法制上の措置」の骨子において、「国保の運營業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本」とされたことは評価できるが、財政上の構造的な問題の解決については、国民会議の報告書において後期高齢者支援金の全面総報酬割導入により生じる財源を投入することが言及されているにもかかわらず、同骨子においては「国民健康保険（国保）の財政支援の拡充」によるとされているにとどまっている。

今後、国は、報告書の趣旨を十分踏まえて、後期高齢者支援金の全面総報酬割導入により生じる財源の活用を始めとする構造的な問題の具体的な解決策を早急に示すとともに、都道府県と市町村が適切な役割分担の下、協力して制度運営ができる体制を構築する必要がある。

また、介護保険制度の地域支援事業の見直しと併せた地域の実情に応じた要支援者への支援の見直しについては、市町村の財政状況等により事業の実施に格差が生じることのないよう制度設計を行う必要がある。

については、今後、これらの具体化にあたっては地方と十分協議を行うよう強く要請する。

平成25年8月21日

全 国 町 村 会

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく 「法制上の措置」の骨子に対する意見

平成25年8月21日
全国知事会

本日、政府は、社会保障制度改革国民会議の審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革推進法に基づく法制上の措置として、社会保障制度改革の推進に関する骨子を閣議決定した。

社会保障は地方の理解と協力なしには推進し得ないものである。持続可能な社会保障制度を確立するという今回の改革の実現に向けて、地方が適切に役割を果たすことができるよう、国は、責任を持って必要な財源の確保や地方への権限の付与等を行うとともに、地方と手順を踏んだ丁寧かつ十分な協議を行う必要がある。

特に、病床の機能分化、医師確保及び国保の見直しについては、住民生活をはじめ、都道府県の財政や組織体制等地方自治に極めて重大な影響を及ぼすおそれがあることから、国においては、結論ありき、スケジュールありきで改革を進めることなく、地方と丁寧かつ継続的な議論を進め、地方の理解を得たものについて法制化等の措置を講ずるべきである。

1 医療提供体制等について

- 地域医療ビジョンや保健医療計画等により都道府県が主体的にあるべき医療提供体制を構築していくための手法の検討について、都道府県との議論を深化すべきである。国と都道府県が十分協議を行う中で、実効性のある手段を具体的に提示し、その実施主体となる都道府県に十分な財源と権限を付与すべきであり、それが示されない中で、都道府県に計画策定の責任だけが転嫁されることがあってはならない。
- 医療提供体制整備への財政支援については、地域の実情に合わせ、施設整備のみならず人材確保や医療連携、医介連携等に、都道府県が柔軟に活用できる仕組みとすべきである。
- 人材確保について、特に医師確保、医師の偏在是正に向けた地方独自の取組には限界があることから、国レベルでの実効性ある施策を実施すべきである。
- 地域包括ケアの重要な要素である在宅医療提供体制の整備、医介連携、認知症対策、介護予防といった喫緊の課題については、厚労省において省内部局横断的に整合性を持って地方との協議に当たるべきである。

2 国民健康保険制度について

- 骨子にもあるとおり、持続可能な国民皆保険制度を維持するため、「国民健康保険の財政支援の拡充」により「国保の財政上の構造的な問題を解決すること」が、国保の運営について、都道府県が市町村とともに責任を担うことの前提となる。
単に保険者を都道府県に移行するだけでは、国保の構造的な問題は解決せず、単なる赤字の付け替えにすぎない。国の責任と負担を一方的に転嫁するようなことは容認できない。

- 後期高齢者支援金の全面総報酬割導入により不要となる国費を国保に優先投入することをはじめとする財政基盤の確立など、国保の構造的な問題を抜本的に解決する方を提示することが必須である。
- 運営主体等のあり方を議論するにあたっては、都道府県と市町村が権限と責任を分担し、市町村のインセンティブが働く制度とすべきであるが、構造的な問題の解決策の具体的な内容や実施時期を曖昧にしたまま運営面の議論だけが進み、結果的に都道府県になし崩しに財政責任や負担が押し付けられることは断じて認められない。
- その上で、将来にわたり持続可能な医療保険制度の構築のため、被用者保険も含めすべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた道筋を提示すべきである。

3 少子化対策について

- 少子化は、国家的な危機を招きかねない待ったなしの政策課題であり、今が、少子化対策を国策の中心に据え、人口置換水準である合計特殊出生率2.07 を目指して取り組む最後のチャンスである。
- このため、国策として結婚・妊娠・出産・働き方などのライフステージに応じた総合的な少子化対策に取り組むことが必要であり、骨子に掲げられた事業にとどまらず、国とともに地方が地域の実情に合った幅広い取組を迅速に講ずることができるよう、国と地方で協議し、効果的な措置を講じていくべきである。