

## 第69回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成25年10月23日（水）  
16時00分～18時00分  
場所：厚生労働省2階講堂  
（中央合同庁舎5号館低層棟2階）

### （議題）

1. 産科医療補償制度について
2. 国民健康保険・後期高齢者医療における保険料（税）軽減について
3. 次回の診療報酬改定に向けた検討について

### （配布資料）

- 資料 1 - 1 日本医療機能評価機構提出資料  
資料 1 - 2 出産育児一時金について
- 資料 2 国民健康保険・後期高齢者医療における保険料（税）軽減について
- 資料 3 - 1 平成26年度診療報酬改定の基本方針の検討について  
資料 3 - 2 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 1 医政局提出資料
- 参考資料 2 - 1 社会保障・税一体改革による社会保障の充実・安定化について  
参考資料 2 - 2 平成26年度における社会保障の充実の姿について、現時点の厚生労働省・内閣府の要求府省としての考え方  
参考資料 2 - 3 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案（平成25年10月15日閣議決定）
- 参考資料 3 - 1 社会保障審議会 医療部会（平成25年10月11日）各委員の発言要旨【未定稿】  
参考資料 3 - 2 これまでの診療報酬改定の基本方針における「改定の視点」や「重点課題」等と検討の方向  
参考資料 3 - 3 平成24年度診療報酬改定の基本方針への対応状況について  
参考資料 3 - 4 平成18年度～平成24年度診療報酬改定の基本方針

# 社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成25年10月23日現在

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

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

# 第69回社会保障審議会医療保険部会

平成25年10月23日(水) 16:00~18:00

厚生労働省 講堂(低層棟2階)

菊池委員 ○  
 川尻委員 ○  
 (岡崎参考人) 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 ○  
 横尾委員 ○  
 森昌平委員 ○

○  
 速記

小林委員 ○  
 柴田委員 ○  
 (参考人)  
 白川委員 ○  
 菅家委員 ○  
 (参考人)  
 鈴木委員 ○  
 武久委員 ○  
 樋口委員 ○  
 福田委員 ○  
 (参考人)

○ 森千年委員 (参考人)  
 ○ 堀委員  
 ○ 藤井委員  
 ○ 佐原管理官  
 ○ 大坪室長  
 ○ 日本医療機能評価機構 (参考人)  
 ○ 日本医療機能評価機構 (参考人)  
 ○ 日本医療機能評価機構 (参考人)

○ 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  
 ○ 渡辺室長  
 ○ 国民健康保険課局  
 ○ 保険局保険課  
 ○ 末原室長  
 ○ 田口管理官  
 ○ 近澤管理官  
 ○ 鎌田企画官

傍聴者席

## (公財) 日本医療機能評価機構提出資料

～産科医療補償制度における制度見直しの検討状況について～

1. 剰余金および掛金の取扱いに関する基本的な考え方について	1
2. 保険会社の事務経費等の取扱いについて	8
3. 補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の検討状況等について	10

### 【資料】

別紙1 補償対象となる脳性麻痺の基準等および掛金水準の見直しに係る準備期間	12
別紙2 今後の補償申請等の見込みについて【参考イメージ】	14
別紙3 産科医療補償制度の収支状況	15
別紙4 第24回産科医療補償制度運営委員会（平成25年9月20日開催）資料	16
別紙5 補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しに係るこれまでの主な意見と議論における該当項目	21
別紙6 第25回産科医療補償制度運営委員会（平成25年10月16日開催）資料（抜粋）	22
別紙6-資料3 在胎週数・出生体重別の脳性麻痺発生率の推移	32
別紙7 産科医療補償制度検討資料（運営委員会岡参考人提出資料）	33

平成25年10月23日（水）

# 産科医療補償制度における制度見直しの検討状況について

## 1. 剰余金および掛金の取扱いに関する基本的な考え方について

本年7月に、医学的調査専門委員会報告書において、補償対象者数の推計結果（推計値：年間481人（※1）、推定区間（※2）：340人～623人）が公表されたことを受け、産科医療補償制度運営委員会（以下、「運営委員会」）において、剰余金および掛金の取扱いについての審議を行い、その基本的な考え方を以下のとおり取りまとめた。

※1 日本全国における、補償対象となる重度脳性麻痺児の年間出生数

※2 統計的に見た95%信頼区間（補償対象者がこの中に収まる可能性が高い範囲。ただし、この区間を越える可能性もある）

### （1）剰余金の取扱いについて

- |  |
|--|
| <p>① 運営組織に返還された剰余金については、<u>基金を設置するなどし、将来の本制度の掛金（※1）に充当する。</u></p> <p>② 具体的な充当額は、補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の見直しに関する議論とあわせて、長期安定的な制度運営の観点も踏まえ対応する。</p> <p>③ <u>充当開始時期は、平成27年1月への前倒しに向けて具体的な対応策について検討を行う（※2）。</u></p> |
|--|

※1 将来の掛金水準については、補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の見直しに関する議論を踏まえ、改めて検討する。

※2 本制度の補償申請期間は児の満5歳の誕生日までであり、平成21年の保険契約について補償対象数が確定し剰余金が返還されるのは平成27年中頃となる。このため、剰余金の充当開始を平成27年1月へ前倒しするためには、補償対象者数の確定時期の前倒しなど難しい課題を解決しなければならない。

また、保険者から早急に掛金水準の見直しを求められていることにも考慮する必要があるが、充当開始時期を平成26年の期中へさらに前倒すとした場合は、運営組織に返還されるまでの間、1ヶ月当たり約9万分娩に対する充当財源を確保する対応策の検討が必要となる。

<補足>

ア.【充当開始時期を平成 27 年 1 月へ前倒しするための課題と対応】

- (ア) 本制度においては、原則として分娩月の翌々月末までに、運営組織から保険会社に対して保険料を支払う仕組みとしている。
- (イ) このため、平成 27 年 1 月分娩分から剰余金の充当を開始するには、平成 27 年 3 月の保険料支払時までに、運営組織に充当財源があることが前提となる。
- (ウ) しかし、保険会社から運営組織に剰余金が返還されるのは、平成 21 年の保険契約について補償対象者数が確定した後となる。
- (エ) このため、通常は補償申請（脳性麻痺児の保護者から分娩機関への申請）が行われてから、分娩機関から運営組織への申請書類の提出に 3 ヶ月程度、運営組織における審査に 3 ヶ月程度を要するところを、「分娩機関の協力による運営組織への補償認定請求の迅速化」や「運営組織の審査態勢強化による補償対象認定審査の迅速化」を行うことなどにより補償対象者数の確定時期を前倒しし、平成 27 年 3 月中に補償対象者数を確定し直ちに保険会社からの返還を受けるなどの対応に向けた調整を図る。

イ.【充当開始時期を平成 26 年の期中へ前倒しするための課題と対応】

- (ア) また、保険者から早急に掛金水準の見直しを求められていることも考慮する必要があるが、充当開始時期を平成 26 年の期中へさらに前倒すとした場合は、さらに以下の課題について検討する必要がある。
- (イ) 平成 21 年 12 月 31 日生まれの児の補償申請期限が平成 26 年 12 月 31 日である以上、仮に前記の方法によりできるだけ補償対象者数の確定時期の前倒しを行ったとしても、平成 26 年中に確定することはできないため、平成 26 年中に保険会社から剰余金の返還を受けるのは不可能である。
- (ウ) このため、平成 27 年 1 月へ前倒しする場合に必要な対応に加えて、剰余金が保険会社から運営組織に返還されるまでの間、1 ヶ月当たり約 9 万分娩に対する充当財源を確保できている必要がある。
- (エ) 具体的には、剰余金から掛金への充当額を、仮に 5 千円とした場合は月あたり約 4.5 億円、財源必要期間を仮に 3 ヶ月とした場

合は計約 13.5 億円（剰余金充当額と財源必要期間により確定）の財源を、運営組織において一時的に借り入れるなどの対応が必要となる。

- (オ) 運営組織での借り入れの可否について、本制度の公的性格や保険者の財政状況も踏まえて検討を行ったが、借入金の利息を剰余金から支払うことは社会的に資金の不適切な流用として指摘される可能性があること、補償申請の締切前の平成 26 年期中の段階で運営組織の事業規模に比して多額の借入れを行うリスクを拭いきれないことなどから、借り入れることはできないと判断している。

## (2) 掛金の取扱いについて

### 【掛金水準の見直しの時期】

掛金水準は、以下の①から③による見直しが考えられるが、分娩機関における対応可否や影響等を考慮すると、掛金水準の見直しは、以下の①から③を同時に行うことが適当であり、その時期は平成 27 年 1 月が望ましいと考える。（※1）

一方、保険者からは早急に掛金水準の見直しを実施すべきとの意見があり、平成 27 年 1 月より前に、①から③による掛金水準の見直しを同時に行うことの可否について、継続的に検討する。（※2）

- ① 補償対象者数推計の見直し
- ② 補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の見直し
- ③ 剰余金の掛金への充当

※1 ①から③による見直しを同時に平成 27 年 1 月に行うことが望ましいとする理由

- ・掛金水準の見直しに際しては、掛金の額および出産育児一時金の対応方針を決定の上で分娩機関に対して周知を行い、分娩機関においてはそれを踏まえて分娩費の改定等の対応を行う必要がある。例えば自治体立医療機関においては分娩費の改定に議会での決定を要するなど、早期にこれらの対応を完了することは現実的に困難である。

- ・①から③による見直しの時期が異なる場合、短期間に複数回の掛金水準の見直しを行うことになる。分娩機関においては、その度に分娩費の改定の検討、妊産婦登録（補償契約の締結）済の妊産婦への再説明等を行うこととなり、診療現場および妊産婦に相当の混乱が生じる。

※2 平成 27 年 1 月より前に①から③による見直しを同時に行うことの課題

- ・①および②による見直しは、実務的な準備期間を短縮することなどにより平成 26 年 10 月や 11 月頃に前倒しできる可能性があるが、③については、前記 1. の③のとおり、運営組織に返還されるまでの間、1 ヶ月当たり約 9 万分娩に対する充当財源を確保する対応策の検討が必要となる。

<補足>

※1 ①から③による見直しを同時に平成 27 年 1 月に行うことが望ましいとする理由は、以下のとおりである。

ア.【平成 27 年 1 月に①から③による見直しを同時に行うことが望ましい理由】

(ア) ①から③による見直しの時期が異なる場合、短期間に複数回の掛金水準の見直しを行うことになる。分娩機関においては、その度に分娩費の改定の検討、妊産婦登録（補償契約の締結）済の妊産婦への新しい掛金や補償内容等の再説明等を行うこととなる。妊産婦登録（補償契約の締結）済の妊産婦への漏れのない再説明、そのために必要なチラシや登録証等の適切な差替え、システム改修に伴う対応等を短期間に複数回行うことは診療現場にとっての負担が極めて大きく、またそれらの対応が適切に行われない場合に補償契約の認識相違によるトラブル等が生じる可能性が高まる。

イ.【平成 26 年 1 月に掛金水準の早期の見直しが困難な理由】

(ア) 掛金水準の見直しに際しては、掛金の額および出産育児一時金の対応方針を決定の上で分娩機関に対して周知を行い、分娩機関においてはそれを踏まえて分娩費の改定等の対応を行う必要がある。例えば自治体立医療機関においては分娩費の改定に議会での決定を要するなど、早期にこれらの対応を完了することは現実的に困難である。



※2 平成27年1月より前に①から③による見直しを同時に行うことの課題は、以下のとおりである。

**ア.【平成26年の期中に①から③による見直しを同時に行うことの課題】**

- (ア) ①に加え②も同時に行うとした場合、すなわち掛金および補償対象となる脳性麻痺の基準等の見直しに際しては、専用システムの改修、保険商品の認可取得、診断書の改定、分娩機関や妊産婦等用のハンドブック・チラシ類の改定、分娩機関における分娩費の改定の検討、妊産婦への制度説明等の実務的な準備が必要となる。
- (イ) これらの実務的な準備に必要な期間として、保険会社による監督官庁からの商品認可取得に4～5ヶ月程度、商品認可取得後に補償約款が記載された(妊産婦)登録証やハンドブック・チラシ等の印刷・発送等に1.5ヶ月程度を見込んでいる。また、分娩機関においてハンドブック・チラシ等の準備が整い、制度見直しの内容を理解した上で、妊産婦への説明を開始する必要があるが、掛金支払いの対象となる妊娠22週までの妊産婦登録(補償契約の締結)を原則としているため、見直し後制度の対象となる妊産婦には、遅くとも見直し後制度施行の5ヶ月前までを目途に制度説明を行う必要がある。
- (ウ) これらの準備全体で概ね1年程度が見込まれるものの、保険会社における監督官庁からの商品認可取得の打合せと同時進行でハンドブック・チラシ・診断書等の改定準備を行うことや、分娩機関から妊産婦への制度説明期間を最大限短縮することなどにより、実務準備期間全体の短縮化を図ることで、平成25年内に制度見直しの内容が決定することを前提に、**別紙1**のとおり最短で平成26年10月や11月頃に前倒しできる可能性がある。
- (エ) 一方、③については、前記1.の(1)の【**充当開始時期を平成26年の期中へ前倒しするための課題と対応**】のとおり、運営組織に返還されるまでの間、1ヶ月当たり約9万分娩に対する充当財源を確保する対応策の検討が必要となる。
- (オ) 運営組織での借入れの可否について、本制度の公的性格や保険者の財政状況も踏まえて検討を行ったが、借入金の利息を剰余金から支払うことは社会的に資金の不適切な流用として指摘される可能性があること、補償申請の締切前の平成26年期中の段階で運営組織の事業規模に比して多額の借入れを行うリスクを拭いきれないことなどから、借り入れることはできないと判断している。

## 【掛金水準の見直しの考え方】

掛金水準は、医学的調査専門委員会による補償対象者数の推計結果、および今後の補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の見直しを踏まえ必要な掛金の額から、剰余金の充当額を差し引いた水準とする。

「将来の掛金水準」＝「推計結果および補償対象となる脳性麻痺の基準等の見直しを踏まえ必要な掛金の額」－「剰余金の充当額」

なお、現行の掛金水準 30,000 円は、制度創設時の調査専門委員会における調査結果にもとづく補償対象者数推計値の上限である年間 800 人をもとに設定されており、「推計結果および補償対象となる脳性麻痺の基準等の見直しを踏まえ必要な掛金の額」については、制度創設時と同様、新たな推計値の上限である年間 623 人をもとに算出した 21,000 円に、補償対象となる脳性麻痺の基準等の見直しの検討の結果を加味し、算出することが適当と考えられる。（※）

※ 医学的調査専門委員会による新たな補償対象者数推計値は 481 人であり、これは沖縄県の調査結果にもとづく重度脳性麻痺児の発生数を全国の 2009 年の出生数にあてはめた数値である。沖縄県の調査結果を全国の出生数にあてはめるに際しては、統計学的に一定程度の幅が生じることから、専門委員会では、「真の予測値（推計値）が含まれる可能性が高いと考えられる幅」として、推定区間の 340～623 人が併せて示された。これは、全国の補償対象者数がこの範囲内に収まる可能性が高いことを意味している。

このように、補償対象者数の推計値に大きな変動幅が存在する状況下においては、仮に、補償原資に剰余が生じた場合に剰余金が保険会社から運営組織に返還される仕組みを撤廃し、補償対象者数推計値等をもとに掛金水準を設定した場合、予測と実態が乖離することにより、保険会社に過大な利益や損失が生じることになる。

制度創設から十分な期間が経過しておらず、補償対象者数に係る全国的な実績データも蓄積されていない中、変動幅のある推計結果にもとづき掛金水準を設定するに際しては、保険会社に過度の利益や損失が生じることのないよう、推定区間の上限をもとに掛金水準を設定し、補償原資に剰余が生じた場合に剰余金が保険会社から運営組織に返還される現行の仕組みを維持することが、安定的な制度運営の観点からも適当と考えられる。

<補足>

(※)

- ア. 医学的調査専門委員会による新たな補償対象者数推計値は 481 人であり、これは沖縄県の調査結果にもとづく重度脳性麻痺児の発生数を全国の 2009 年の出生数にあてはめた数値である。沖縄県の調査結果を全国の出生数にあてはめるに際しては、統計学的に一定程度の幅が生じることから、専門委員会では、「真の予測値（推計値）が含まれる可能性が高いと考えられる幅」として、推定区間の 340～623 人が併せて示された。これは、全国の補償対象者数がこの範囲内に収まる可能性が高いことを意味している。
- イ. 推計にあたっては、審査基準への適合性を一例一例精査して算出する等、制度創設時に比べて精緻な推計が行われたものの、制度創設から十分な期間が経過しておらず、本制度による全国的な実績データも蓄積されていない中では、創設時と同様に沖縄県の調査結果を全国の出生数にあてはめる手法以外では推計できず、上記のとおり未だ大きな変動幅が生じている。
- ウ. このように、補償対象者数の推計値に大きな変動幅が存在する状況下において、仮に推定区間の中の定点で保険料を設定するという保険設計とした場合、保険会社に生じる損失や利益が大きくなる可能性が高い。例えば、推定区間の中の定点に対して実績が 100 人分下回った場合は、約 30 億円（＝100 人×3 千万円）の利益を保険会社が得ることとなる一方で、逆に実績が 100 人上回った場合は、約 30 億円の損失を保険会社が抱えることとなる。
- エ. このような場合への対応策については、統計データが不十分な場合にデータ不足を補うための保険手法として、保険料は安全に設計した上で、事後的に精算することで合理的な保険料の実現を図る手法（仮に剰余金が生じたら返還する仕組み）があり、現行制度はこの手法を導入している。
- オ. 沖縄県の調査結果と同レベルの全国的な実績データが蓄積されるまでは、推計値に大きな変動幅が生じる可能性があるため、保険会社に過度の利益や損失が生じることのないよう、推定区間の上限をもとに保険料水準を設定した上で、補償原資に剰余が生じた場合に剰余金が保険会社から運営組織に返還される現行の仕組みを維持することが、安定的な制度運営の観点からも適切と考えられる。
- カ. なお、平成 27 年中頃以降、補償対象者数が確定し実績データが蓄積されていくため、補償対象者数の推計値については、その結果を踏まえ、必要に応じ見直しを検討していくこととする。

## <参考>平成21年生まれの児の補償申請等の見込み（イメージ）

- 今後の補償申請等の見込み（参考イメージ）は、**別紙2**のとおりである。
  - ・ 制度周知および補償申請促進の取組みを強化している結果、報告件数（補償申請書類の請求件数）は、4月以降毎月増加（9月単月の報告件数は95件と過去最高、うち平成21年生まれの児の報告件数も36件とこれも過去最高）しており、11月以降も更に増加する可能性も十分にある。
  - ・ また、平成26年1月以降については、平成21年生まれの児が順次申請期限を迎えることから、報告件数も順次減少するものと考えられるが、平成21年の後半に出生した児を中心に申請期限直前まで一定の報告（補償申請書類の請求）があるものと想定される。
  - ・ なお、**別紙2**は、10月以降は報告件数（補償申請書類の請求件数）が増加しないと仮定して見込んでいる。
- これまでの実績では、報告件数（補償申請書類の請求件数）の内、約85%が申請に至っている。
- また、申請された事例の内、審査の結果、約90%が補償対象となっている。

## 2. 保険会社の事務経費等の取扱いについて

本年7月25日に開催された第64回医療保険部会において、保険会社の事務経費等に関して、その状況を明示するよう、また「剰余金の返還の最低水準」、「剰余金の運用益」、「制度変動リスク対策費」について、早期に見直しを図るべきとのご意見をいただいている。

- 保険会社の事務経費等の推移は、**別紙3**のとおりである。
- 「剰余金の返還の最低水準」、「剰余金の運用益」、「制度変動リスク対策費」について、医学的調査専門委員会による補償対象者数の推計結果等を踏まえ、平成26年1月の保険契約において、それぞれ以下のとおり見直しを行うこととする。

## (1) 剰余金の返還の最低水準

剰余金返還の最低水準を、現行の 300 人から 278 人とする。

- 制度創設当時は、通常の民間保険商品と同様に、補償対象者数が予測を上回った場合は保険会社の欠損、下回った場合は保険会社の利益となる保険設計となっていたが、民間保険を活用しつつも公的性格の強い制度であることを踏まえ、補償原資に剰余が生じた場合に、剰余分が保険会社から運営組織に返還される仕組みを、第4回運営委員会（平成21年6月15日開催）において議論し、導入した。
- その際、補償原資の剰余分のすべてを戻し入れることとすると、偶然性を要件とする保険契約性が否定され、掛け金が「保険料」ではなく「預かり金」とみなされるおそれもあることから、剰余金の返還の最低水準が必要とされ、創設時の調査専門委員会報告書にもとづく補償対象者数の推計の下限値より、剰余金の返還の最低水準を300人とした経緯にある。
- 今般の医学的調査専門委員会報告書によると、補償対象者数の推計値481人、推定区間340人～623人であり、制度創設時と同様に補償対象者数の推計の下限値より剰余金の返還の最低水準を設定すると、340人となる。
- 一方、同報告書においては、除外基準に該当するかどうかの判断が困難な事例についてすべて補償対象外とした場合である「少なく見積もった場合」の推定区間の下限として、278人が示されている。
- 剰余金返還の最低水準としては、今般の補償対象者数の推計の下限である340人と補償対象者数を最も少なく見積もった場合の推定区間の下限である278人とするのが考えられるが、本制度の公的性格等に鑑み、278人とする。

## (2) 剰余金の運用益

補償原資に剰余が生じた場合、保険会社から運営組織に返還される剰余分に、返還までの期間の運用利息相当額が付加されて返還される仕組みとする。

- 現在の契約においては、補償原資に剰余が生じ、剰余分が保険会社から運営組織に返還される際、返還される額は、保険料収入から、事務経費、および確定した補償対象者数に補償額（3,000万円）を乗じた額を差し引いた額とされており、返還部分について利息が付加される取扱いとはなっていない。今後の契約においては、保険会社から運営組織に返

還される剰余分に、その間の運用利息相当額が付加されて返還される仕組みとする。

- 本制度の保険商品は資産運用を目的とした金融商品ではないため、「あらかじめ約束した金額を 20 年にわたって確実に補償するために、元本割れをしないように安全性を確保しつつ、補償原資に剰余が生じた場合は返還することを考慮して流動性・安全性を確保する」という運用の基本的な考え方のもとで、適正な運用利率を設定して、補償原資の剰余分に付加することとする。
- なお、運用利率については、透明性を確保し、妥当な利率を設定できるよう、有識者から構成される検討会を設置し、その見解を得て年内に決定することとする。

### (3) 制度変動リスク対策費

制度変動リスク対策費については、補償対象者数について、現行の 500 人から、今般の医学的調査専門委員会における推計値である 481 人の見込みとして算出する。

- 制度変動リスク対策費は、医療水準向上等に伴い脳性麻痺児の生存率が統計データ取得時点より上昇するリスク、統計データ母数が少ないため推計値が大幅に外れるリスク、長期にわたる補償金支払い業務に伴う予期できない事務・システムリスク等の予期できないリスクに対応する費用であり、制度創設時より、補償対象者数について 800 人の見込みとして算出していた。
- 平成 25 年 1 月の契約においては、補償対象者数の推計に係るデータが明らかにならない中ではあったものの、制度創設から 3 年から 4 年が経過した状況にあることも踏まえ、厚生労働省および保険会社とも相談の上、補償対象者数について仮に 500 人の見込みとして見直しを行った。
- 今後の契約においては、医学的調査専門委員会における補償対象者数推計値である 481 人の見込みとして算出する。

## 3. 補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の検討状況等について

運営委員会においては、補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等に関する見直しについての検討状況は以下のとおりであり、平成 25 年内に結論を得られるよう検討を行っている。

- 補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の見直しの検討にあたっては、制度設立時の検討経緯を踏まえ、制度の趣旨の範囲内で議論を行う必要があります、主に以下の観点で具体的検討を進めることとしている。
  - ① 制度運営の中で明らかになった課題の改善
  - ② 医学的に不合理な点の是正
  - ③ 新たに得られたデータにもとづく適正化
  
- 9月20日に開催された第24回運営委員会において、補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の見直しの検討に着手するにあたり、制度設立時の検討経緯を「別紙4」のとおり整理し提示した。
  
- 10月16日に開催された運営委員会においては、補償対象となる脳性麻痺の基準について、「別紙5」のとおり制度の趣旨の範囲として今回検討を行うべき課題を整理し、見直す上で必要な医学的根拠等を踏まえながら、具体的な検討を「別紙6」のとおり進めているところである。

検討項目としては『「未熟性による脳性麻痺」の基準』、『「未熟性による脳性麻痺」のうち「分娩に係る医療事故」の基準』等があり、「未熟性」については参考人を招致し、「別紙7」のとおり説明を行っている。

また、補償水準に関する検討に着手するにあたり、これまでの運営委員会における主なご意見を整理した上で、今後、制度趣旨や創設時の観点に照らした妥当性の検証を、新たな調査結果も踏まえて行う旨、提示したところである。

**【前提条件】**

以下のスケジュールは、2013年12月までに以下の条件が全て満たされた場合、補償対象となる脳性麻痺の基準等および掛金水準の見直しを同時に行う前提で、実務的な準備等に要する期間として最短でいつ完了できるかを示したものの。

条件①(掛金水準)： 運営委員会および医療保険部会において、掛金水準について明確に取りまとめられている

条件②(出産育児一時金)： 医療保険部会の議論を踏まえて、厚労省にて方向性(据え置くのか、引き上げるのか、引き下げるのか)が明確に示されている

条件③(補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等)： 運営委員会、医療保険部会において、補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の見直しの内容が明確に取りまとめられている

**具体的な準備項目**

**【契約関係】**

・補償約款、加入規約、保険約款の改定(保険会社による金融庁との折衝含む)

**【ハンドブックやチラシ等の帳票】**

・分娩機関や妊産婦向けのハンドブックやチラシ等の各種帳票類の改定。運営組織内における帳票類の修正、印刷業者への発注、印刷・納入、発送等

**【説明・周知】**

・運営組織から分娩機関への説明・周知、分娩機関から妊産婦への説明・周知等

**【システム】**

・要件定義、開発、リリース準備  
(年間100万人の妊産婦を管理する本制度専用Webシステムの改修)

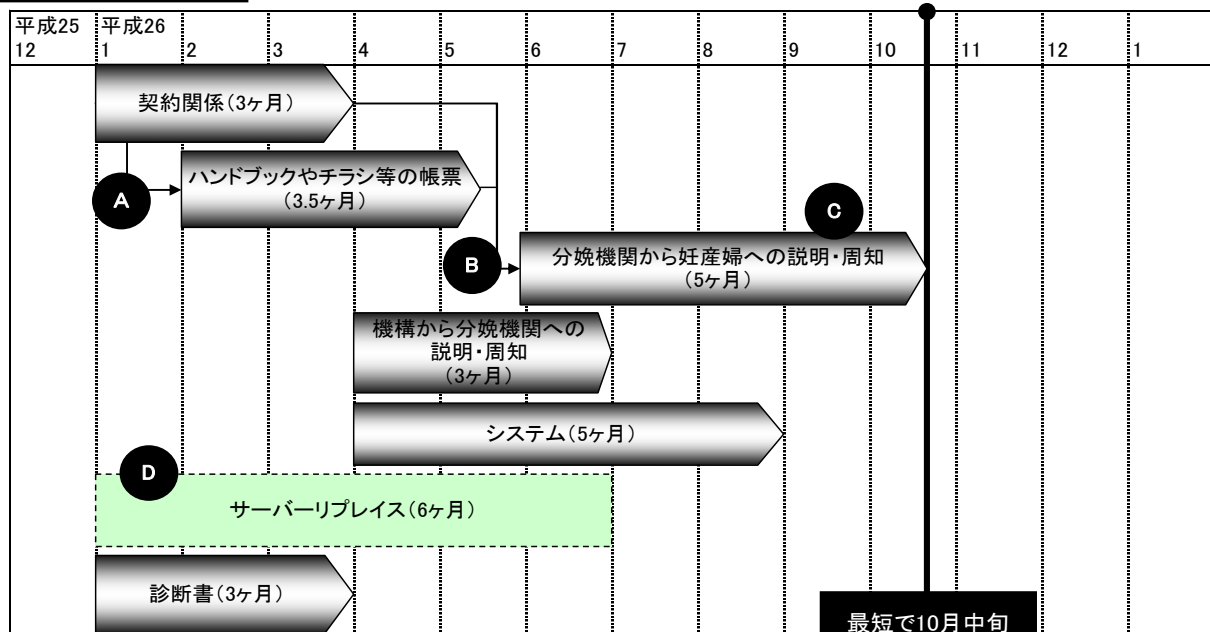
**【診断書】**

・補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しを踏まえた、有識者による検討会の立ち上げ、診断基準および診断書書式の改定

**【その他】**

・掛金水準や出産育児一時金の取り扱いの方向性を踏まえた、分娩機関における分娩費の検討

**スケジュール**



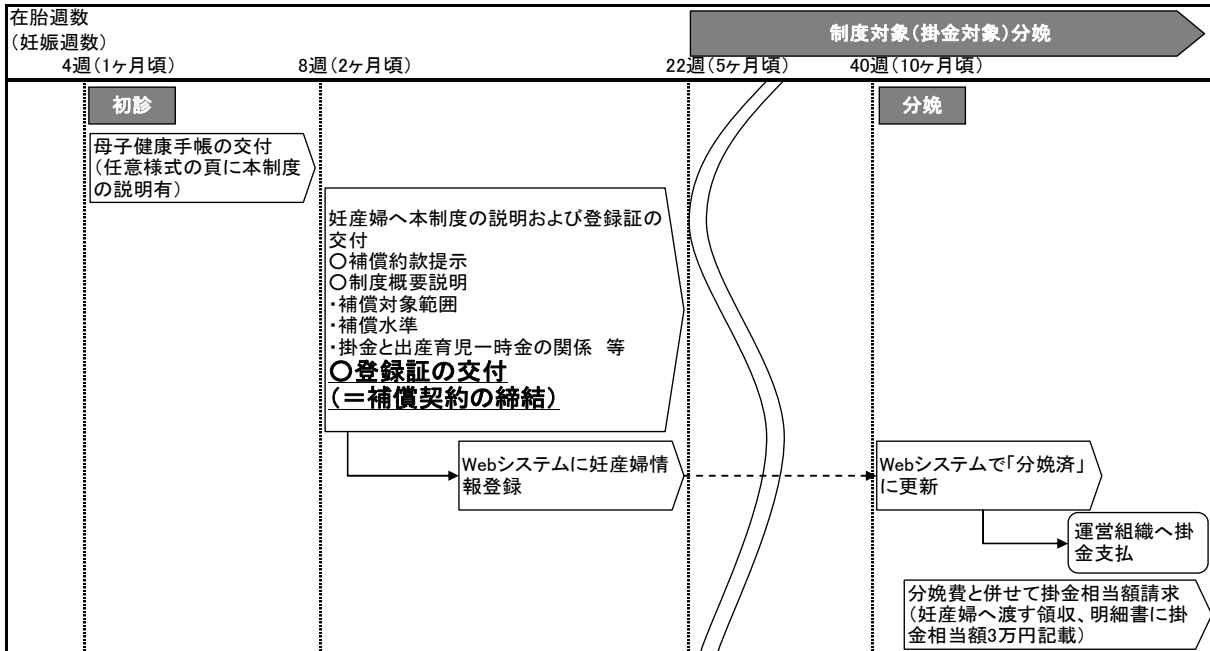
**見直しのポイント**

- A** ハンドブックやチラシ等の帳票の印刷、発送は保険会社による金融庁の認可取得後に可能となる。
- B** 分娩機関から妊産婦への説明・周知は金融庁からの認可取得および改定後のチラシ等の配布の後に可能となる。
- C** 分娩機関においては、在胎22週(分娩予定の約5ヶ月前)までに妊産婦に対して制度の説明および登録証の交付(=補償契約の締結)を行う。(参考1)  
登録証の交付(=補償契約の締結)は、在胎8週(分娩予定の約8ヶ月前)頃から始まり、在胎22週(分娩予定の約5ヶ月前)の時点では、約2/3の妊産婦に対して補償契約の締結が完了している。(参考2)  
このため、分娩機関から妊産婦への再説明や補償契約の再締結を避けるには、見直し後制度の施行時期の8ヶ月前の時点で分娩機関から妊産婦への説明・周知を開始する必要があるが、約2/3の妊産婦に対して再説明や補償契約の再締結を行う前提で極力短縮し約5ヶ月が必要となる。(参考2)
- D** システムの運用開始から5年が経過したため、2014年1月～6月にサーバーの機器入替えを予定している。本来は入替え完了後にシステム改修が可能だが、可能な限り同時並行で作業を行った場合。



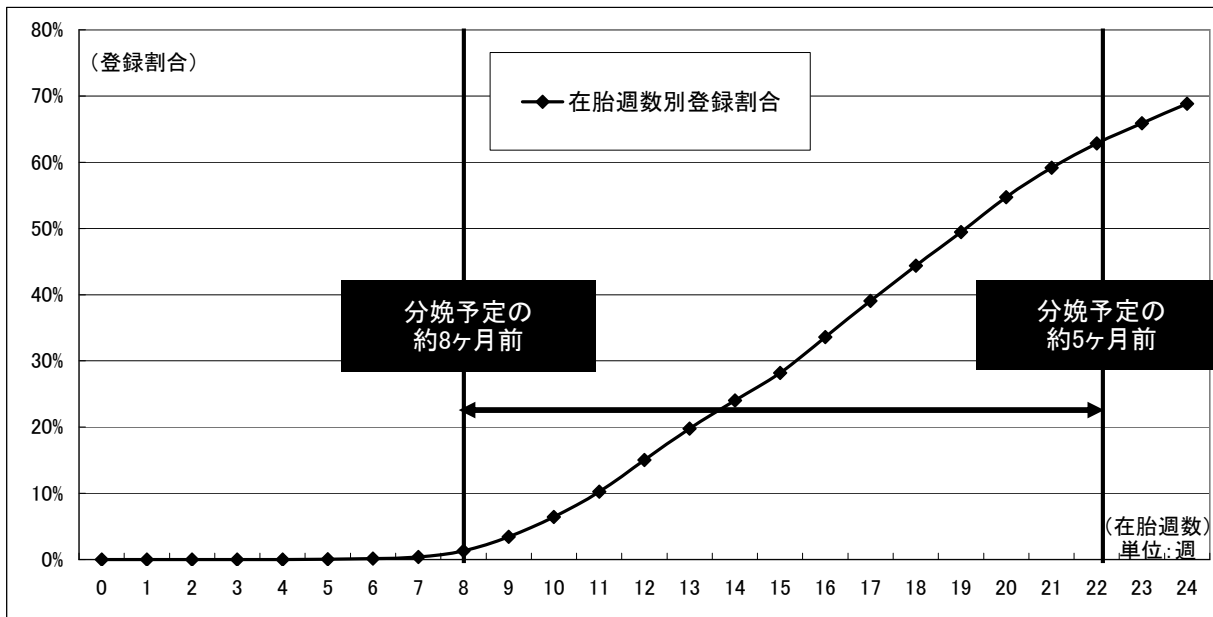
(参考1)分娩機関における妊産婦への本制度の説明手順

・本制度は、在胎22週以降の分娩を掛金対象としており、**在胎22週(分娩予定の約5ヶ月前)までに妊産婦への説明および登録証の交付(=補償契約の締結)を行うよう規定している。**



(参考2)在胎週数別登録割合

・在胎8週頃(分娩予定の約8ヶ月前)から登録証の交付(=補償契約の締結)が始まる。  
**・在胎22週(分娩予定の約5ヶ月前)までに全体の約2/3の妊産婦に対して登録証の交付(=補償契約の締結)が完了している。**  
 ・このため、分娩機関から妊産婦への説明・周知の開始時期を見直し後制度施行時期の5ヶ月前とした場合、既に登録証の交付(=補償契約の締結)を行っている**約2/3の妊産婦に対して再度登録証の交付(=補償契約の再締結)を行う必要がある。**



<平成21年生まれ>  
今後の補償申請等の見込みについて【参考イメージ】

(平成25年9月末現在の状況)

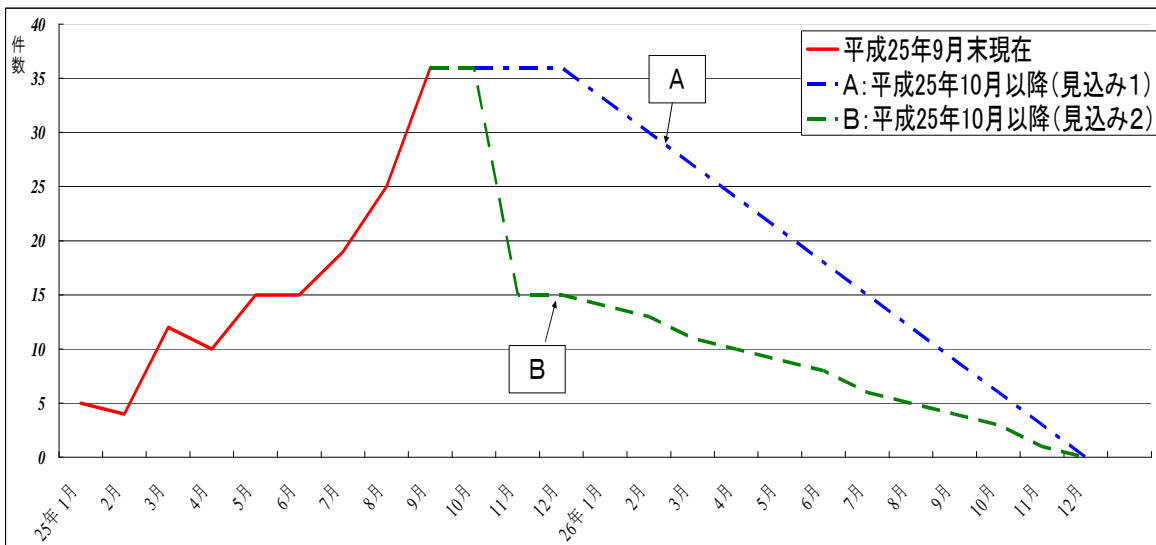
補償対象者の確定件数 : 215件  
 審査中の件数(※1) : 22件  
 申請準備中の件数(※2) : 157件

合計(参考) : 394件

※1 児または保護者から運営組織に申請が行われ補償可否の審査を行っているところであり、今後補償対象となる可能性がある件数

※2 保護者や分娩機関において脳性麻痺に係る診断書等の申請に必要な書類を準備しているところであり、今後補償申請が行われる見込みのある件数、および一旦補償申請が行われたものの、その時点では将来の障害程度の予測が難しいため、適切な時期に再度診断を行うことで補償対象となる可能性がある件数

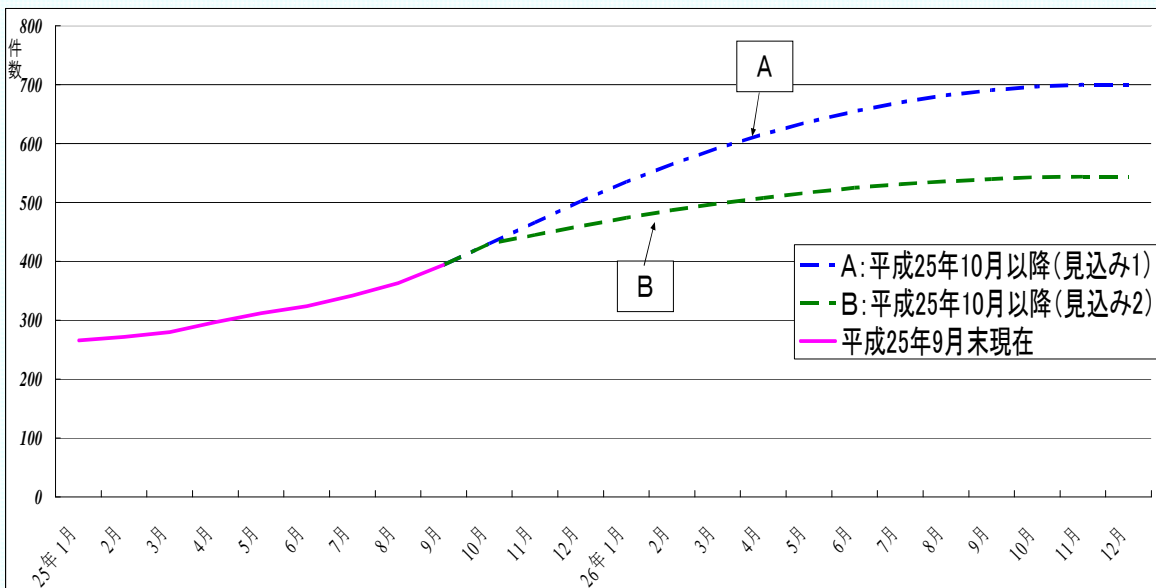
今後の報告件数(補償申請書類の請求件数)の月別推移見込み



見込み1: 9月をピークとして、10月以降12月まで横ばい。年明け以降は毎月1/12ずつ減少。  
 見込み2: 9月をピークとして、10月は横ばい。11月から12月までは今年9ヶ月間の平均値で推移。年明け以降は1/12ずつ減少。

今後の補償申請の見込み

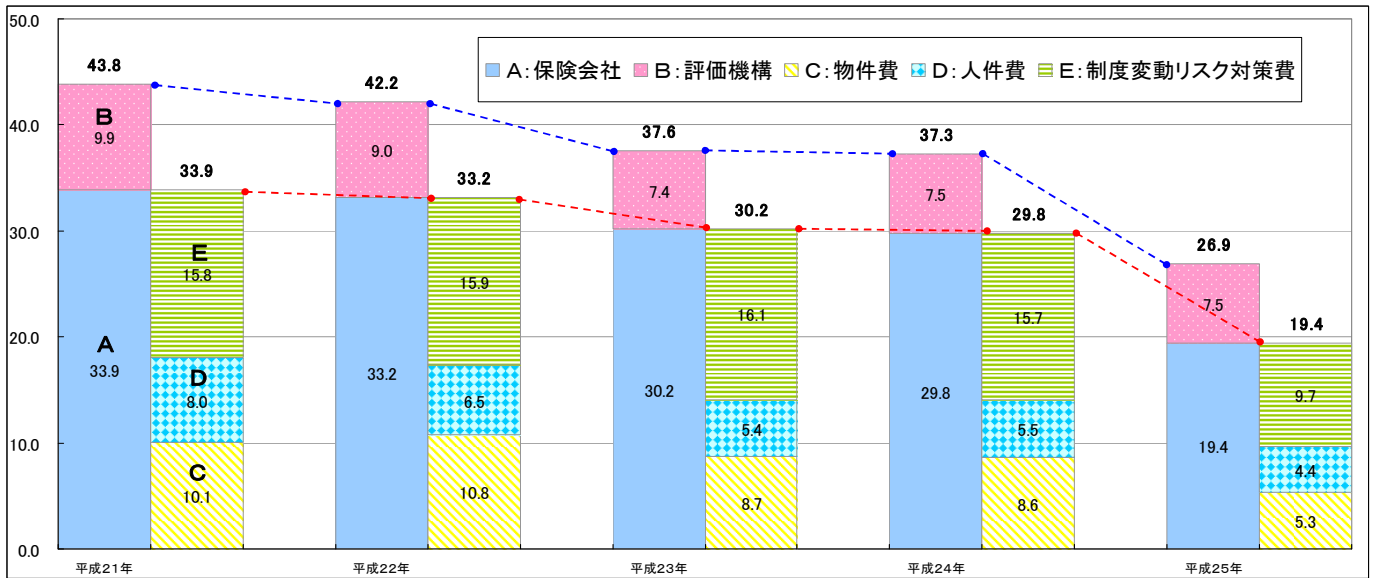
[9月末(補償対象者の確定件数+審査中の件数+申請準備中の件数)+今後の報告件数の累計推移見込み]



※注意: 以下の要素は加味されていない。  
 ・これまでの実績では、報告件数(補償申請書類の請求件数)の内、約85%が申請に至っている。また申請された事案の内、審査の結果約90%が補償対象となっている。

# 産科医療補償制度の収支状況

別紙3

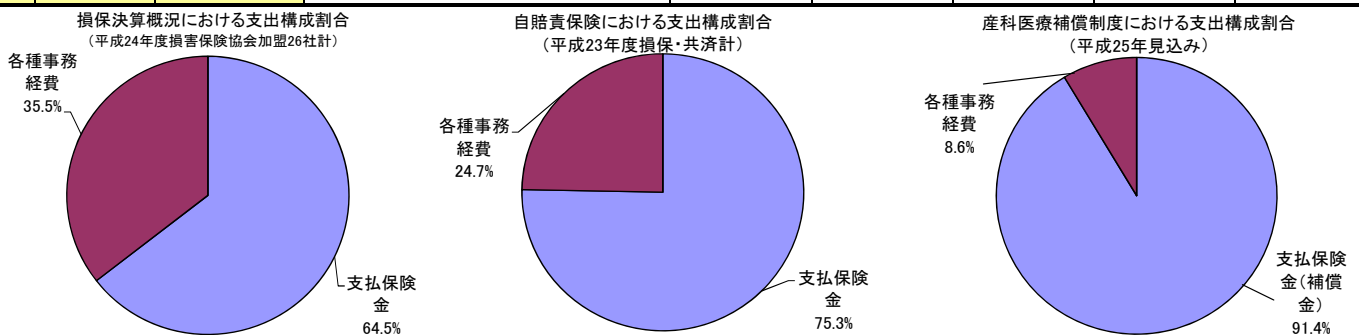


単位: 億円

	制度の前提・これまでの見直し状況	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
保険料収入 (A+B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>補償対象者数を年間800人と見込んで掛金30,000円(保険料29,900円)を設定。</li> <li>掛金のうち100円は、分娩機関が廃止等した場合に補償責任を引き継ぐための費用。</li> </ul>	315.3	323.8	318.0	313.5	311.6

純保険料(補償原資) (A)		平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
		271.5 (86.1%)	281.6 (87.0%)	280.4 (88.2%)	276.2 (88.1%)	284.7 (91.4%)
給付金支給実績 <平成25年9月末時点> (補償対象者数)		62.7 (209人)	56.7 (189人)	41.4 (138人)	17.1 (57人)	—
支払備金 <平成25年9月末時点>	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成21年6月に、補償原資に剰余金が生じた場合、保険会社から運営組織に返還される仕組みを導入。</li> <li>返還される剰余金に、運用利息は含まれない。</li> <li>剰余金返還の最低水準として補償対象者数推計の下限値である300人を設定。</li> </ul>	208.8	224.9	239.0	259.1	—

付加保険料(事務経費) (B)		平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
		43.8 (13.9%)	42.2 (13.0%)	37.6 (11.8%)	37.3 (11.9%)	26.9 (8.6%)
評価機構		9.9 (3.1%)	9.0 (2.8%)	7.4 (2.3%)	7.5 (2.4%)	7.5 (2.4%)
保険会社		33.9 (10.8%)	33.2 (10.3%)	30.2 (9.5%)	29.8 (9.5%)	19.4 (6.2%)
物件費		10.1 (3.2%)	10.8 (3.3%)	8.7 (2.7%)	8.6 (2.8%)	5.3 (1.7%)
人件費		8.0 (2.5%)	6.5 (2.0%)	5.4 (1.7%)	5.5 (1.7%)	4.4 (1.4%)
制度変動リスク対策費	補償対象者数を800人と見込んで設定。平成25年契約においては、補償対象者数を仮に500人として見直し。	15.8 (5.0%)	15.9 (4.9%)	16.1 (5.1%)	15.7 (5.0%)	9.7 (3.1%)



「日本損害保険協会 平成24年度損保決算概況について」より

「平成25年1月開催 自賠責審議会資料」より

補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準に関する制度設立時の検討経緯

## 1. 与党「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」(平成 18 年 11 月)

## 《補償の対象者》

- ・ 「分娩にかかる医療事故」により障害等が生じた患者に対して救済すること、補償の対象者は、「通常の妊娠・分娩にもかかわらず、脳性麻痺となった場合」とすることが示された。

## 《補償の額等》

- ・ 補償額については「保険料額や発生件数等を見込んで適切に設定」、「現段階では〇千万円前後を想定」とされた。

## 2. 産科医療補償制度調査専門委員会(平成 19 年 8 月)および産科医療補償制度運営組織準備委員会(平成 20 年 1 月)

- 枠組みに基づき、補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準を含めた具体的な制度内容について、産科医療補償制度調査専門委員会および産科医療補償制度運営組織準備委員会において検討が行われた。

## 《補償対象となる脳性麻痺の基準》

- ・ 「分娩に係る医療事故」と「通常の妊娠・分娩」の範囲を中心に、具体的な補償対象となる脳性麻痺の基準について調査専門委員会において検討が行われ、その結果をもとに準備委員会で議論し決定された。
- ・ 「通常の妊娠・分娩」について、まず脳性麻痺となった原因が「分娩に係る医療事故」とは考え難い妊娠・分娩の範囲を検討し、それを除いたものが該当すると考えた。具体的には、脳性麻痺のリスクが高まるため、「分娩に係る医療事故」とは考え難い、未熟性が原因となる脳性麻痺について、出生体重や在胎週数により判断する基準を定めた。(一般審査基準:出生体重 2,000g 以上、かつ在胎週数 33 週以上)
- ・ 一方、未熟児であっても「分娩に係る医療事故」により脳性麻痺となる事例はありえ、出生体重や在胎週数を絶対的な基準とすることは難しいことなどから、基準に近い児については、分娩に係る医療事故に該当するか否かという観点から個別審査の基準を設けることとした。(個別審査基準:在胎週数 28 週以上)
- ・ 次に、脳奇形等先天性の要因に起因する脳性麻痺や分娩後に生じた脳性麻痺等は「分娩に係る医療事故」により生じた脳性麻痺とは考えられないことから、先天性要因や新生児期の要因について除外基準を定めた。
- ・ 重症度については、特に看護・介護の必要性が高い重症者とし、その範囲を身障 1 級および 2 級相当とした。

## 《補償水準》

- ・ 準備委員会において、具体的な補償金額は、看護・介護費用の実態及び本制度の補償の対象者見込み数や保険料額、事務経費等を総合的に勘案し検討することとした。
- ・ 「具体的な補償水準は、児の看護・介護に必要となる費用、特別児童扶養手当・障害児福祉手当等の福祉施策、類似の制度における補償水準<sup>※1</sup>、更には安定的な制度運営、財源の問題等を総合的に考慮したうえで、本制度の目的に照らして効果的と認められる程度<sup>※2</sup>のもの」とした。
  - ※1 自動車損害賠償責任保険の支払限度額（最高4,000万円）等
  - ※2 目的について、準備委員会委員長は、第12回準備委員会で「目的、これは看護・介護の経済的負担の軽減と紛争防止と早期解決という目的だろうと思いますけれども、こういう「目的に照らしまして、必要にして十分な額で効果的なもの」ということになるのではないかと思う（後略）」と説明。
- ・ また、「具体的な補償金額は、上述のようなことを念頭において商品の収支についての専門的検討のうえに立って設定されなければならない」ため、準備委員会においては具体的な補償額を決定しなかったが、おおよそのグランドデザインとして、看護・介護を行うための基盤整備のための準備一時金として数百万円、補償分割金として総額2千万円程度を目処に20年分割<sup>※3</sup>にして支給することを示した。
  - ※3 児の生涯に渡り補償すべきとの意見もあったが、実務的な観点、特別児童扶養手当・障害児福祉手当等の福祉施策内容および特に養育の観点での支援が必要との観点から、20年間の分割払となった。

### 3. 具体的な補償額の決定

- 準備委員会報告書を踏まえ厚生労働省において検討され、補償対象者数や掛金の水準等も考慮の上で、準備一時金として600万円、補償分割金として総額2,400万円、合計3,000万円とすることとされた。

以 上

## 《参考 与党枠組み、医学的調査報告書、準備委員会報告書における関連箇所》

「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」より抜粋

<趣旨>

安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、1)分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済し、2)紛争の早期解決を図るとともに、3)事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組みを創設。

<補償の対象者>

- ・補償の対象は、通常の妊娠・分娩にかかわらず、脳性麻痺となった場合とする。なお、通常の分娩の定義や障害の程度、対象者の発生件数の調査など制度の詳細な仕組みについては、事務的に検討。

<補償の額等>

- ・補償額については、保険料額や発生件数等を見込んで適切に設定。現段階では〇千万円前後を想定。

「産科医療補償制度設計に係る医学的調査報告書」より抜粋

1) 本制度における「通常の妊娠・分娩」の考え方

検討の前提である枠組みにおいて、その趣旨は、「分娩時の医療事故（参考）では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由のひとつ。このため、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、①分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済し、②紛争の早期解決を図るとともに、③事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組みを創設する。」であり、さらに、補償の対象は、「通常の妊娠・分娩にもかかわらず、脳性麻痺となった場合とする。」と示されている。したがって、本報告書を取りまとめるにあたり、「分娩に係る医療事故」と「通常の妊娠・分娩」の2点を念頭に置いて検討することとした。

そこで、本制度における「通常の妊娠・分娩」について、まず脳性麻痺となった原因が「分娩に係る医療事故」とは考え難い妊娠・分娩の範囲を検討し、それを除いたものが該当すると考えた。具体的には、脳性麻痺のリスクが高まるため、「分娩に係る医療事故」とは考え難い、未熟性が原因となる脳性麻痺について、調査結果に基づき、出生体重や在胎週数により判断する基準（以下「未熟性の基準」という。）について検討した。

一方で、未熟児であっても、「分娩に係る医療事故」により脳性麻痺となる事例がありうることから、未熟性が原因で脳性麻痺となった児を「通常の妊娠・分娩」から除外するという考え方に反対の意見があった。また、出生体重や在胎週数による基準を設定することは適当ではないという意見もあった。

次に、脳奇形等先天性の要因に起因する脳性麻痺や分娩後に生じた脳性麻痺等は「分娩に係る医療事故」により生じた脳性麻痺とは考えられないことから、除外基準について検討した。

「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」より抜粋

①出生体重・在胎週数による基準

一定の出生体重や在胎週数によって、分娩に係る医療事故に起因することとは考え難い、未熟性による脳性麻痺の発生率が大きく低下することに着目し、原則として一定の出生体重や在胎週数の数値以上の場合は「通常の分娩」と整理し、この通常の分娩にもかかわらず脳性麻痺となった場合に対象とするものである。一定の数値については調査報告書をもとに出生体重 2,000 g 以上、かつ在胎週数 33 週以上とすることが適当である。

②個別審査

臓器・生理機能等の発達が未熟なために、医療を行っても脳性麻痺となるリスクを回避できる可能性が医学的に極めて少ない児については、分娩に係る医療事故に該当するとはおよそ考え難いことから、原則として個別審査の対象としない。このような児とは、具体的に、在胎週数 28 週未満の児と考えられる。以上より、原則として個別審査により補償の対象となる児とは、在胎週数 28 週以上であって、以下のア. イ. のいずれかの場合に該当する児とする。(以下略)

③重症度

本制度は、分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった児およびその家族の経済的負担の速やかな補償を目的のひとつとしているため、補償の対象の範囲は、特に看護・介護の必要性が高い重症者とする。補償対象とする重症者の重症度は、具体的には身障 1 級および 2 級相当とすることが適当である。

④除外基準

分娩に係る医療事故に該当するとは考え難い、出生前および出生後の要因によって脳性麻痺となった場合に関しては、除外基準としてあらかじめ補償の対象から除外する。

ア. 先天性要因 (以下略)

イ. 新生児期の要因 (以下略)

「産科医療補償制度設計に係る医学的調査報告書」より抜粋

表 3 出生体重別脳性麻痺患者数

出生体重	出生数 <sup>(注1)</sup>	當山調査者		小寺澤調査者	
		発生率 <sup>(注2)</sup>	推計	発生率	推計
-999	3115	120.9	380	212.8	660
1000-1499	5082	108.5	550	98.0	500
1500-1999	13531	34.4	470	30.2	410
2000-2499	79544	2.6	210	6.9	550
2500-	961080	0.5	480	0.8	770
	1062352		2090		2890

(注1) 厚生労働省「平成17年 人口動態統計」による。出生体重が不詳の者を除く。

(注2) 生存数(総出生数-早期新生児死亡数)に基づいて算出。

表4 在胎週数別脳性麻痺患者数

在胎週数	出生数 <sup>(注)</sup>	當山調査者		小寺澤調査者	
		発生率	推計	発生率	推計
-27	2667	127.0	340	187.5	500
28-31	5139	119.0	610	142.9	730
32-36	52571	7.2	380	9.9	520
37-	1001716	0.5	500	1.0	1000
	1062093		1830		2750

(注) 厚生労働省「平成17年 人口動態統計」による。在胎週数が不詳の者を除く。

「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」より抜粋

具体的な補償水準は、児の看護・介護に必要な費用、特別児童扶養手当・障害児福祉手当等の福祉施策、類似の制度における補償水準、更には安定的な制度運営、財源の問題等を総合的に考慮したうえで、本制度の目的に照らして効果的と認められる程度のものに設定する必要がある。(中略)

具体的な補償金額は、上述のようなことを念頭において商品の収支についての専門的検討のうえに立って設定されなければならないが、おおよそのグランドデザインは以下のとおりと考える。

看護・介護を行うための基盤整備のための準備一時金として数百万円を対象認定時に支給する。分割金については総額2千万円程度を目処とし、これを20年分割にして原則として生存・死亡を問わず定期的に支給する。

(中略)

こうした制度を賄う保険料については、対象となる児の数、補償額、分娩機関の本制度への加入率などについて精査して給付費を算出し、これに所要の事務処理経費を加えて総所要金額を算定し、この金額を賄うに足る一件あたりの保険料額が設定される。

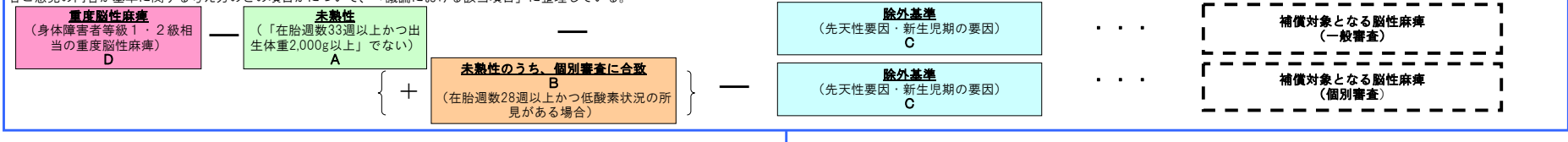
現状では、この収支見込みを行うに当たって必要なデータが決定的に不足している状況にあり、収支の算定には思わぬリスクも介在している。

したがって、本制度の持続的、安定的な運営を図っていくためには、当面は若干余裕を持った保険料額を設定することもやむを得ないが、医療保険料を原資とすることが想定されている制度であって、過大な負担を求めるべきでない。



補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しに係るこれまでの主な意見と議論における該当項目

本制度における、補償対象となる脳性麻痺の基準に関する考え方は以下のとおりである。  
各ご意見の内容が基準に関する考え方のどの項目かについて、「議論における該当項目」に整理している。



21

区分		現状	ご意見		議論における該当項目	(参考) 制度設計に係る補償対象者数の増減見込み(※)
大項目	小項目		内容	必要性等が提起された場		
補償対象基準	一般審査	在胎週数33週以上かつ出生体重2,000g以上	在胎週数33週以上としてはどうか(出生体重の基準を撤廃)	調査専門委員会	A	+80人
			在胎週数33週以上、または出生体重2,000g以上としてはどうか	調査専門委員会	A	+80人
			在胎週数32週以上、または出生体重2,000g以上としてはどうか	調査専門委員会	A	+100人
			【追加】在胎週数28週以上としてはどうか	運営委員会	A	+430人
	個別審査	一般審査に該当せず、在胎週数28週以上で、以下のいずれかの条件を満たす場合 1. 臍帯動脈血ガス分析のpH値が7.1未満 2. 胎児心拍数モニターにて低酸素状況にあったことを示す所定の徐脈及び基線細変動の消失が認められる ※原則として、データが取得できなかった場合は補償の対象と認められないが、データがない場合は、以下の①～③をすべて満たしていると判断できる場合は、データがなくとも補償対象基準を満たすことになる。 ①緊急性に照らして考えると、データが取れなかったことによる合理的な事情がある ②診療録等から、低酸素状態が生じていたことが明らかであると認められる ③もしデータがあれば、明らかに基準を満たしていたと考えられる	既存の要件に加え、サイナソイダルパターン、呼吸性アシドーシス、TTTSの非典型例等も追加してはどうか	審査委員会	B	検討内容により変動するが数十名の範囲内と見込まれる
			既存の要件に加え、周産期の異常を示す所見を追加してはどうか(例：疾患名、頭部画像)	調査専門委員会	B	
			心拍数基線細変動の消失が認められなくても可としてはどうか	審査委員会	B	
			データがない場合の取扱いにつき左記①～③以外に、新しく諸条件を設けてはどうか	審査委員会	B	
	その他	上の一般審査、個別審査に記載のとおり	在胎週数22週以上で低酸素状況の所見を問わないとしてはどうか(先天性・新生児期要因を除くすべての重度脳性麻痺を補償)	調査専門委員会	今回は議論の対象としない	-
			個別審査の対象週数を在胎週数22週以上としてはどうか(低酸素状況の所見は維持し、週数基準のみ変更)	調査専門委員会	B	+30人
除外基準	先天性要因	児の先天性要因(両側性の広範な脳畸形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常または先天異常)による脳性麻痺は除外	軽度の孔脳症や裂脳症は先天性要因から除いてはどうか	審査委員会	C	検討内容によるが僅かと見込まれる
			脳形成段階での異常、染色体異常、遺伝子異常のうち、重度の運動障害の原因であることが明らかの場合に限定、明確化してはどうか	調査専門委員会	C	
			胎内発症の疾病(例：TORCHES)は先天性要因から除いてはどうか	審査委員会 運営委員会	C	
	新生児期要因	児の新生児期の要因(分娩後の感染症等)による脳性麻痺は除外	原因不明の呼吸停止によるものは新生児期の要因に該当しないこととしてはどうか	審査委員会 運営委員会	C	検討内容によるが僅かと見込まれる
			脳性麻痺が核黄疸だけによるものは新生児期の要因に該当しないこととしてはどうか	審査委員会	C	
			脳性麻痺の中、球麻痺も重症度の基準に追加してはどうか(球麻痺のみの場合、3級の嚥下障害)	審査委員会	D	
上肢と下肢の等級は合算して判定してはどうか	審査委員会	D				
その他	補償申請期間は生後6ヶ月以降、生後6ヶ月未満で死亡した場合は補償対象外 脳性麻痺が補償対象	補償申請期間は生後3ヶ月以降、生後3ヶ月未満で死亡した場合は補償対象外としてはどうか	審査委員会 調査専門委員会 運営委員会	E(その他)	僅か	
		【追加】分娩麻痺も補償対象としてはどうか	審査委員会	今回は議論の対象としない	-	

※制度設計に際しては補償対象者数推計値の上限をもとに設計を行うことが想定されることから、現行制度における補償対象者数の推定区間の上限である年間623人を起点とした増減数を示している。  
各数値は、現行制度における補償対象者数推計に使用したデータをもとに事務局にて試算したもので、個別審査や「僅か」としている項目は、今後の議論の状況に応じて適宜精査する。

## 2) 補償対象となる脳性麻痺の基準について

### (1) 議論の進め方（前回の運営委員会で提示した進め方の確認）

- 補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しの検討にあたっては、制度設立時の検討経緯を踏まえ制度の趣旨の範囲内で議論を行う必要があり、主に以下の観点で検討を行うことを前回の運営委員会（本年9月20日開催）で確認した。
  - ① 制度運営の中で明らかになった課題の改善
  - ② 医学的に不合理な点の是正
  - ③ 新たに得られたデータにもとづく適正化
- また、前回の運営委員会において整理した補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しに係る主なご意見について、まずは、制度の趣旨の範囲として今回検討を行うべき課題であるか否かを整理した上で、見直す上で必要な医学的根拠等を踏まえながら具体的な検討を進めることとした。
- このため、補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しの検討にあたっては、まずは主なご意見について制度の趣旨の範囲内の論点であるか否かを整理する。その上で、議論における該当項目ごとに、制度設立時の検討経緯、および見直しに係る医学的根拠を踏まえ議論を行うこととする。

### (2) 制度の趣旨の範囲

- 制度の趣旨について、本制度の創設時に自民党・医療紛争処理のあり方検討会において示された「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」（平成18年11月29日）（以下、「与党枠組み」という）において、以下のとおりとされている。

「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」（関連箇所抜粋）

#### 1 趣旨

- 分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向にあり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つ。
- このため、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、
  - 1) 分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済し、
  - 2) 紛争の早期解決を図るとともに、
  - 3) 事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組みを創設。

## 5 補償の対象者

- 補償の対象は、通常の妊娠・分娩にもかかわらず、脳性麻痺となった場合とする。なお、通常の分娩の定義や障害の程度、対象者の発生件数の調査など制度の詳細な仕組みについては、事務的に検討。

- また、「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」（平成 20 年 1 月 23 日）（以下、「準備委員会報告書」という）においては、本制度に関する基本的な考え方として、本制度の目的について以下のとおりまとめられている。

### 「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」（P.3 より抜粋）

本制度は、分娩に係る医療事故（過誤を伴う事故および過誤を伴わない事故の両方を含む。以下同じ。）により脳性麻痺となった児およびその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事例の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的とする。

- このように、本制度は、産科医不足等を背景に、「通常の妊娠・分娩に関わらず」「分娩に係る医療事故」により脳性麻痺となった場合に補償と原因分析を行うことを趣旨として創設されたものと整理することが適当と考えられる。
- 今般の補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しは制度の趣旨の範囲内で検討することとしているため、趣旨そのものの見直しに係る議論に相当すると考えられる以下の論点については議論の対象とせず、将来的な検討課題とする。

【制度の趣旨の範囲外のため、今般の補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しにおいて議論の対象としない論点】

### ■ 個別審査における低酸素状況に係る要件を撤廃するか否か

（ご意見）

- ・ 在胎週数 22 週以上で低酸素状況の所見を問わないとしてはどうか。
- ・ 在胎週数、出生体重の基準を撤廃してはどうか。

（議論の対象としない理由等）

- ・ 個別審査における低酸素状況に係る要件（臍帯動脈血ガス値、胎児心拍数モニターにおける所定の所見）は、一般審査の対象とはならない児であっても「分娩に係る医療事故」に該当する場合に限り補償対象とするための要件であり、これを撤廃することは「分娩に係る医療事故」に該当しない場合も補償することを意味し、趣旨から逸脱するため。
- ・ 一方、個別審査における「分娩に係る医療事故」を判断する基準や、在胎

週数の基準（在胎週数 28 週以上）の見直しの要否については、「分娩に係る医療事故」に該当する場合を補償する現行の枠組みの中での基準に係る議論であり、議論の対象とする。

■ 腕神経叢麻痺等の類似の障害を補償対象とするか否か

（ご意見）

- ・ 分娩麻痺も補償対象としてはどうか。

（議論の対象としない理由等）

- ・ 分娩時の牽引等により生じた腕神経叢麻痺等は障害の状態は脳性麻痺と類似しているものの、本制度は与党枠組みにおいて脳性麻痺に対象を限定しているため。

- また、補償対象となる脳性麻痺の基準に係るご意見として、「在宅介護を補償の条件とすること」および「補償申請日時点で生存していることを補償の条件とすること」とのご意見があったが、いずれも補償水準および支払方式の見直しについて議論する際に検討することとする。

（3）議論における該当項目ごとの検討

- 前回の運営委員会において整理した主なご意見について、補償対象となる脳性麻痺の基準に関する考え方に沿って、改めて区分を行った。

検討に際しては、以下の項目ごとに論点を整理し、制度設立時の検討経緯、および見直しに係る医学的根拠等を踏まえ、基準の見直しに係る議論を行う。

- A：「未熟性による脳性麻痺」の基準
- B：「未熟性による脳性麻痺」のうち「分娩に係る医療事故」の基準
- C：除外基準
- D：重症度の基準
- E：その他の基準

- なお、各ご意見の該当項目は、**資料1**のとおりである。また、それぞれのご意見にもとづき見直しを行った場合の制度設計に係る補償対象者数の増減数についても参考情報として併記している。

**資料1** 補償対象となる脳性麻痺の基準の見直しに係るこれまでの主な意見と議論における該当項目

※医療保険部会の別紙5

## A. 「未熟性による脳性麻痺」の基準

### a. 現状

- 在胎週数 33 週以上かつ出生体重 2,000 g 以上の場合が補償対象

### b. 制度設立時の検討経緯・根拠

- 与党枠組みにおいては、「分娩にかかる医療事故」により障害等が生じた患者に対して救済すること、補償の対象者は、「通常の妊娠・分娩にもかかわらず、脳性麻痺となった場合」とすることが示された。
- 創設時の「産科医療補償制度調査専門委員会」（以下、「調査専門委員会」という）において、「通常の妊娠・分娩」について、まず脳性麻痺となった原因が「分娩に係る医療事故」とは考え難い妊娠・分娩の範囲を検討し、それを除いたものが該当すると考えた。具体的には、成熟児と未熟児との間で脳性麻痺のリスクは大きく異なっており、出生体重 1,800 g～2,000 g 未満、在胎週数 32 週～33 週未満では脳性麻痺児の数が多く、かつ未熟性が原因と考えられる児が多い傾向が認められたことから、「分娩に係る医療事故」とは考え難い、未熟性が原因となる脳性麻痺について、出生体重や在胎週数により判断する基準を定めた。
- 具体的な出生体重や在胎週数の基準の検討にあたっては、在胎週数の基準を 33 週とする案と 32 週とする案、出生体重の基準を 2,000 g とする案と 1,800 g とする案、両者の関係を「かつ」とする案と「または」とする案等が示され、「出生体重 2,000g 以上、かつ在胎週数 33 週以上」とされた。

#### 資料 2 「未熟性による脳性麻痺」の基準に係る制度設立時の検討経緯

※添付省略

### c. 現行の基準の課題と、見直しの必要性に関する医学的根拠等

#### ① 未熟性と脳性麻痺の関係

##### 【現行基準の課題】

- ・ 制度設立時には、沖縄県および姫路市のデータ（沖縄県；1998 年～2001 年、姫路市；1993 年～1997 年）をもとに、出生体重 1,800 g～2,000 g、在胎週数 32 週～33 週を超えると脳性麻痺の発生率が大きく低下することに着目し、在胎週数 33 週以上かつ出生体重 2,000 g 以上を「通常の分娩」と整理した。
- ・ 一方、今般の医学的調査専門委員会報告書における沖縄県の新たなデータ（2002 年～2009 年を新たに追加）によると、2000 年以降は在胎週数

28 週から 31 週における脳性麻痺の発生率が著しく減少している。

- ・ このため、「通常の妊娠・分娩」についての再整理の要否を検討する必要がある。

#### 【見直しの必要性に関する医学的根拠等】

資料 3 在胎週数・出生体重別の脳性麻痺発生率の推移

※医療保険部会の別紙 6 - 資料 3

### ② 「未熟性による脳性麻痺」の定義

#### 【現行基準の課題】

- ・ 制度設立時には、呼吸窮迫症候群 (RDS)、頭蓋内出血、脳室周囲白質軟化症 (PVL) を認めた事例について、出生体重や在胎週数を勘案したものを「未熟性による脳性麻痺」と整理していた。
- ・ 近年の周産期医療の進歩により在胎週数 28 週から 31 週における脳性麻痺の発生率が著しく減少している中、この週数の間に出生する児は未熟性により脳性麻痺を生じる蓋然性が高いとは言えなくなっており、呼吸窮迫症候群 (RDS)、頭蓋内出血、脳室周囲白質軟化症 (PVL) について、現在の医療の状況等に照らし改めて整理する必要がある。

### ③ 在胎週数・出生体重の基準

#### 【現行基準の課題】

- ・ 脳性麻痺の発生は、出生体重よりも在胎期間により強く関与している。
- ・ 在胎週数 28 週から 31 週における脳性麻痺の発生率の減少から、在胎週数の基準として、33 週は必ずしも適当ではない。
- ・ 多胎分娩の場合、一児の出生体重が小さくなる傾向にあるため、現行の出生体重の基準を適用すると、単胎の場合と比べ不公平が生じている。

#### 【見直しの必要性に関する医学的根拠等】

資料 4 在胎週数・出生体重の基準について

※添付省略

## B. 「未熟性による脳性麻痺」のうち「分娩に係る医療事故」の基準

### a. 現状

- 一般審査に該当せず、在胎週数 28 週以上で、以下のいずれかの条件を満たす場合

1. 臍帯動脈血ガス分析の pH 値が 7.1 未満
2. 胎児心拍数モニターにて低酸素状況にあったことを示す所定の胎児心拍数パターンおよび基線細変動の消失が認められる

#### b. 制度設立時の検討経緯・根拠

- 出生体重や在胎週数の基準より小さい児であっても「分娩に係る医療事故」により脳性麻痺となる事例はありえ、出生体重や在胎週数を絶対的な基準とすることは難しいことなどから、基準に近い児については、分娩に係る医療事故に該当するか否かという観点から個別審査の基準を設けることとした。
- 具体的には、米国产婦人科学会が取りまとめた報告書「Neonatal Encephalopathy and Cerebral Palsy」（邦題：脳性麻痺と新生児脳症）における「脳性麻痺を起こすのに十分なほどの急性の分娩中の出来事を定義する診断基準」を参考に、上記の基準が設定された。
- ただし、在胎週数 28 週未満の児については、臓器・生理機能等の発達が未熟なために、医療を行っても脳性麻痺となるリスクを回避できる可能性が医学的に極めて少なく、「分娩に係る医療事故」とは考え難いことから、個別審査の対象としないこととした。

#### c. 現行の基準の課題と、見直しの必要性に関する医学的根拠等

##### ① 在胎週数 28 週未満の取扱い

###### 【現行基準の課題】

- ・ 在胎週数 28 週未満であっても、その全てが「未熟性による脳性麻痺」ではなく、「分娩に係る医療事故」による場合、すなわち未熟性による影響を上回り低酸素の影響が大きい場合が存在するが、そのような場合であっても補償対象とならず、個別審査の対象となっている 28 週以上の場合と比べ不公平感がある。

###### 【見直しの必要性に関する医学的根拠等】

##### 資料 5 個別審査基準について

※添付省略

##### ② 個別審査の基準

###### 【現行基準の課題】

- ・ 分娩中の低酸素状況を示す指標として臍帯動脈血ガス値、および胎児心拍数モニター上の所定の所見に限定しており、それらは母体や胎児、新生児の救命等の緊急性等によっては必ずしも常に取得されるもので

はないこと、および低酸素状況にありながら、所定の胎児心拍数パターンを示さない事例等があることから、指標として必ずしも必要十分でない。

【見直しの必要性に関する医学的根拠等】

資料5 個別審査基準について

※添付省略

C. 除外基準

a. 現状

- 児の先天性要因（両側性の広範な脳奇形、染色体異常、遺伝子異常、先天性代謝異常または先天異常）による脳性麻痺は、補償対象外。
- 児の新生児期の要因（分娩後の感染症等）による脳性麻痺は、補償対象外。

b. 制度設立時の検討経緯・根拠

- 脳奇形等の先天性要因および児の新生児期の要因に起因する脳性麻痺は「分娩に係る医療事故」により生じた脳性麻痺とは考えられないことから、先天性要因や新生児期の要因について除外基準を定めた。

c. 現行の基準の課題と、対応案

① 先天性要因・新生児期の要因

【現行基準の課題】

- ・ 「先天性要因」や「新生児期の要因」の表現が示す範囲が必ずしも明確でない。
- ・ また、児の先天性要因や新生児期の要因に相当する疾患等があっても、または疑われていても、その疾患等が重度の運動障害の主な原因であることが明らかでない場合は除外基準に該当せず、補償対象となるが、このことについての周知が必ずしも十分でない。

【対応案】

- ・ 現行の基準の変更に係る課題ではないため、運営委員会においては議論を行わず、審査委員会等において実務的に検討し、その結果を踏まえて事務局において必要な周知等を行う。



## D. 重症度の基準

### a. 現状

- 身体障害者障害程度等級1級または2級に相当する重度脳性麻痺が補償対象
- ※ 「下肢・体幹」と「上肢」に分けて、それぞれの障害の程度によって基準を満たすか否かを判定

### b. 制度設立時の検討経緯・根拠

- 与党枠組みにおいては、障害の程度については具体的な指針等は示されず、「事務的に検討」とされた。
- 準備委員会において、特に看護・介護の必要性が高い重症者を補償の対象とするべきとされ、その具体的な範囲については、調査専門委員会において、「将来的にも独歩が不可能で日常生活に車椅子を必要とする」児と考えること、またその範囲は概ね身体障害者障害程度等級1級・2級に相当するとされた。
- その後、具体的な診断基準および診断書について検討を行った「産科医療補償制度に係る診断基準作成に係る検討会」において、「下肢・体幹」と「上肢」に分けて判定を行うこと、等級の合算は行わないことなどが実務的に検討、決定された。

### c. 現行の基準の課題と、見直しの必要性に関する医学的根拠等

#### ① 障害程度等級の合算の取扱い

##### 【現行基準の課題】

- ・ 「下肢・体幹」と「上肢」をそれぞれ別に障害の程度を評価し、障害程度等級の合算を行わないため、運動障害の程度は単独での障害よりも大きくなる場合であっても補償対象とならない。
- ・ 例えば嚥下障害は3級以下の級別であるが、運動障害を合併している場合に、保護者の看護・介護負担はむしろ重くなる場合があるものの、補償対象とならない。

##### 【対応案】

- ・ 現行の基準は身体障害者障害程度等級1級または2級相当であり、上記課題はこの基準の変更を伴わないため、運営委員会においては議論を行わず、審査委員会等において実務的に検討する。

## E. その他 - 補償申請期間

### a. 現状

- 補償申請期間は、児の生後1歳から5歳の誕生日まで。ただし、極めて重症で診断が可能な場合は生後6ヶ月から申請が可能としている。

### b. 制度設立時の検討経緯・根拠

- 調査専門委員会において、重度の脳性麻痺の診断が可能となる時期について検討が行われ、その結果を踏まえ、上記のとおり整理された。

### c. 現行の基準の課題と、見直しの必要性に関する医学的根拠等

#### ① 重度脳性麻痺の診断が可能となる時期

##### 【現行基準の課題】

- ・ 制度創設時には、生後6ヶ月程度が経たないと、重度脳性麻痺であるとの診断が困難であると想定されていたが、頭部画像診断の精緻化等により、現在では特に重症度の高いケースにおいては生後3ヶ月程度から診断が可能とされている。

##### 【見直しの必要性に関する医学的根拠等】

資料6 「生後6ヶ月未満における重度脳性麻痺の診断」にかかる後方視的調査の結果について

※添付省略

## ヒヤリング

岡 明 氏

東京大学大学院医学系研究科医学部小児科 教授

産科医療補償制度 審査委員会、医学的調査専門委員会 委員

資料7 岡参考人提出資料

※医療保険部会の別紙7

楠田 聡 氏

東京女子医科大学母子総合医療センター 教授

産科医療補償制度 審査委員会、原因分析委員会および医学的調査専門  
委員会 委員

資料8 楠田参考人提出資料

※添付省略

田村 正徳 氏

日本周産期・新生児医学会 理事長

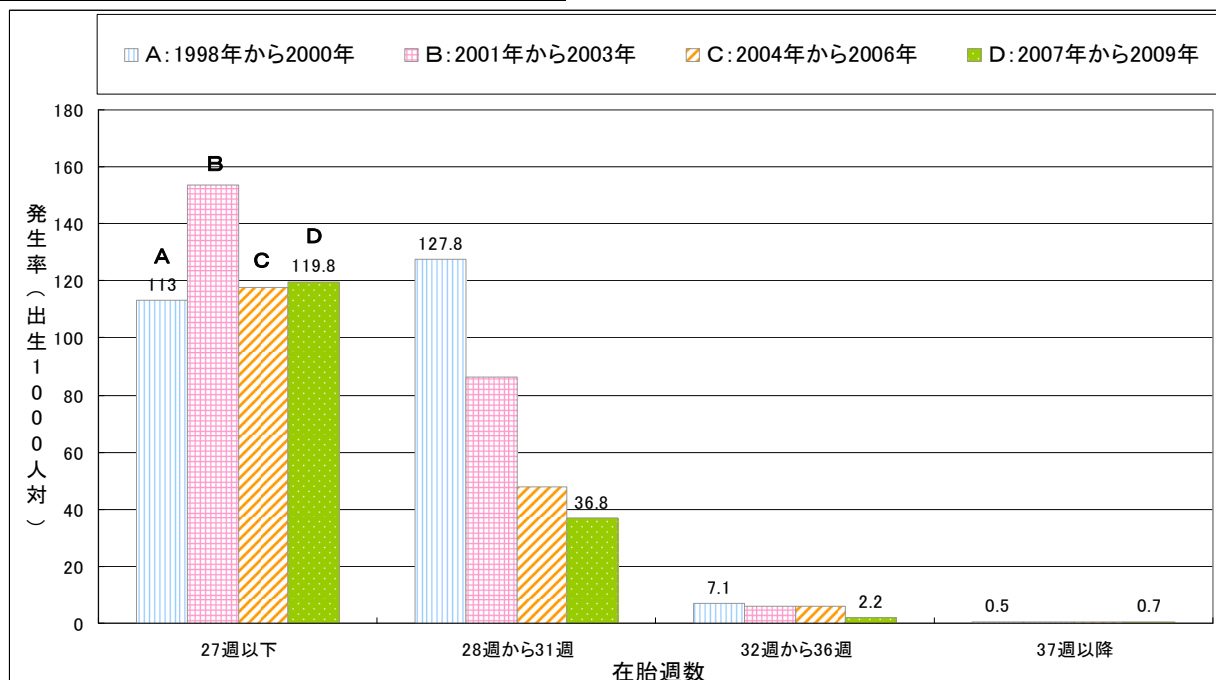
埼玉医科大学総合医療センター小児科学 教授

産科医療補償制度 再発防止委員会 委員

資料9 田村参考人提出資料

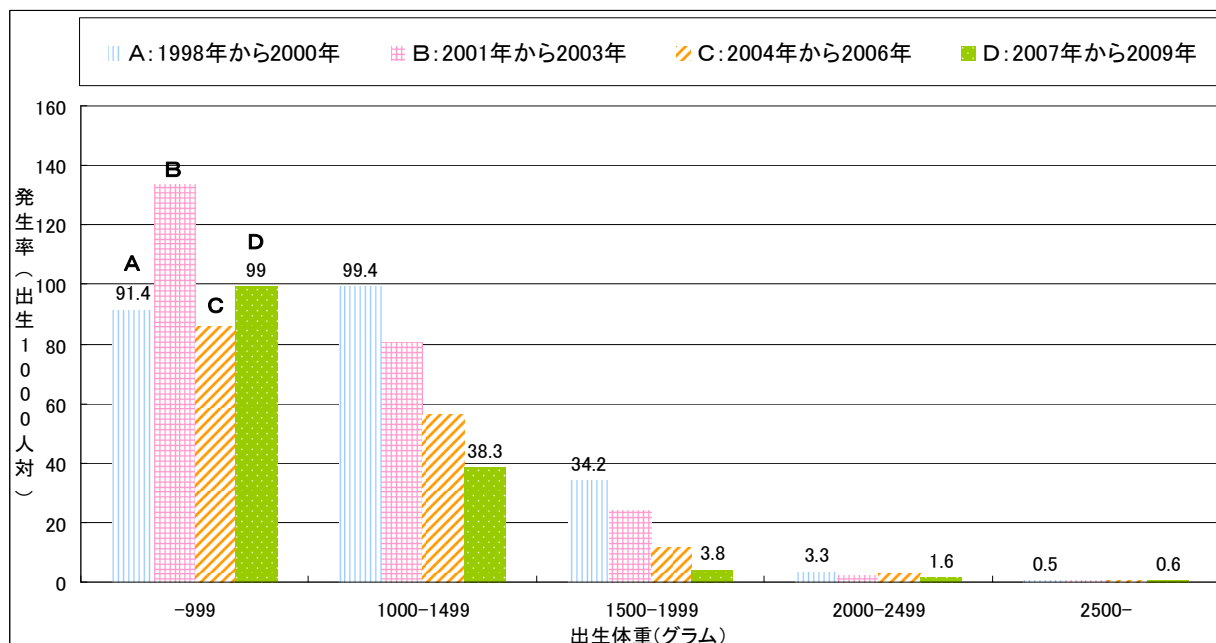
※添付省略

1. 在胎週数別の脳性麻痺発生率の推移



※沖縄県における1998年～2009年出生データを使用。脳性麻痺児のデータについては、1998年～2009年出生の脳性麻痺児370例を対象とした。

2. 出生体重別の脳性麻痺発生率の推移



※沖縄県における1998年～2009年出生データを使用。脳性麻痺児のデータについては、1998年～2009年出生の脳性麻痺児370例のうち欠損値のない369例を対象とした。

# 産科医療補償制度 検討資料

平成25年10月16日産科医療補償制度運営委員会  
ヒアリング資料

作成

東京大学大学院医学系研究科

(産科医療補償制度医学的調査専門委員会委員)

岡 明

- I. 本制度設計時の早産児での脳性麻痺の発生頻度と「未熟性」の区分の考え方

## 平成19年 産科医療補償制度の制度設計時 33週以下の早産児での脳性麻痺の頻度が高率

- 産科医療補償制度は1998年から2001年の脳性麻痺の発生率等の資料を元に制度設計された。

設計当時の在胎週数別脳性麻痺発生率(出生1000人対)  
(産科医療補償制度設計に係る医学的調査報告書 平成19年8月)

在胎週数	當山調査者(沖縄)	小寺澤調査者(兵庫)
— 27週	127.0	187.5
28週—31週	119.0	142.9

平成19年の本制度調査専門委員会の医学的調査では、33週以下の早産低出生体重児として出生した児1000人に対し脳性麻痺は100人以上(10%以上)と高頻度

早産児での脳性麻痺の内訳は脳室周囲白質軟化症(Periventricular Leukomalacia: PVL)によるものが主で、小寺澤調査者は32週未満の早産児24名の内20名がPVLと報告している。

## 平成19年 産科医療補償制度設計時 33週以下の早産児の脳性麻痺の頻度が高いことを以て 「未熟性による」脳性麻痺として分類して作業

平成19年本制度調査専門委員会 補償対象を検討

●当時の早産低出生体重児での脳性麻痺を調査  
●胎生33週未満での高い発生率に基づいて、「調査結果より成熟児と未熟児との間で脳性麻痺のリスクは大きく異なっている」と報告



●33週未満という区分を作成  
●こうした早産低出生体重児の脳障害は「未熟性」に伴うものと分類して補償対象の検討作業を行った。

ただし、医学的に「未熟性による脳障害」という明確な基準はなく、未熟児においても成熟児と同様に、低酸素虚血、出血、感染などが脳障害の原因であり、基本的に同じ病態である。「未熟児について出生体重や在胎週数により基準を設定することは適当でない」ということも委員会報告書では強調されている。

## II. 本制度運営開始後の早産児での脳性麻痺の発生頻度の変化: 脳室周囲白質軟化症の減少

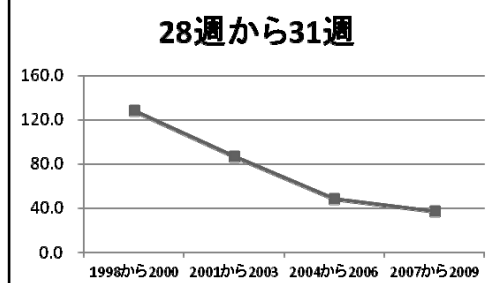
### 産科医療補償制度開始後の脳性麻痺の発生状況 沖縄県での脳性麻痺の発生頻度の推移

産科医療補償制度医学的調査専門委員会報告書データ

在胎週数	27週以下			28週から31週			32週から36週			37週以上		
	CP数	総出生	発生率	CP数	総出生	発生率	CP数	総出生	発生率	CP数	総出生	発生率
1998から2000	20	177	113.0	45	352	127.8	23	3258	7.1	24	46642	0.5
2001から2003	28	182	153.8	30	347	86.5	18	3086	5.8	27	46476	0.6
2004から2006	18	153	117.6	16	333	48.0	19	3107	6.1	30	45453	0.7
2007から2009	20	167	119.8	14	380	36.8	7	3131	2.2	31	46481	0.7

発生率は出生1000人対

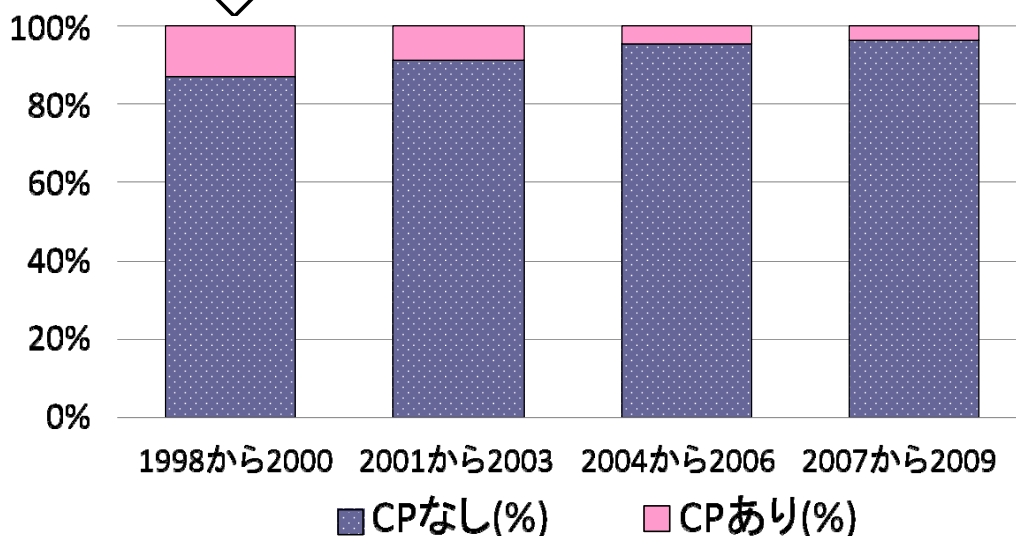
2000年以降は28週から31週の早産児として出生した児の脳性麻痺の発生率は著明に減少してきたことが、今回の調査で明らかとなった。



## 28週から31週の早産児が脳性麻痺となる可能性は低下

本制度立ち上げ  
時の調査対象

産科医療補償制度医学的調査専門委員会調査



- 28週以上の早産児のほとんどは脳性麻痺ではなくなっている。
  - この週数で出生した児は、脳障害の蓋然性が高いとは言えなくなっている。
- ⇒ こうした周産期医療状況の変化により、「未熟性」によって脳性麻痺になったという説明は適切ではなくなっている。

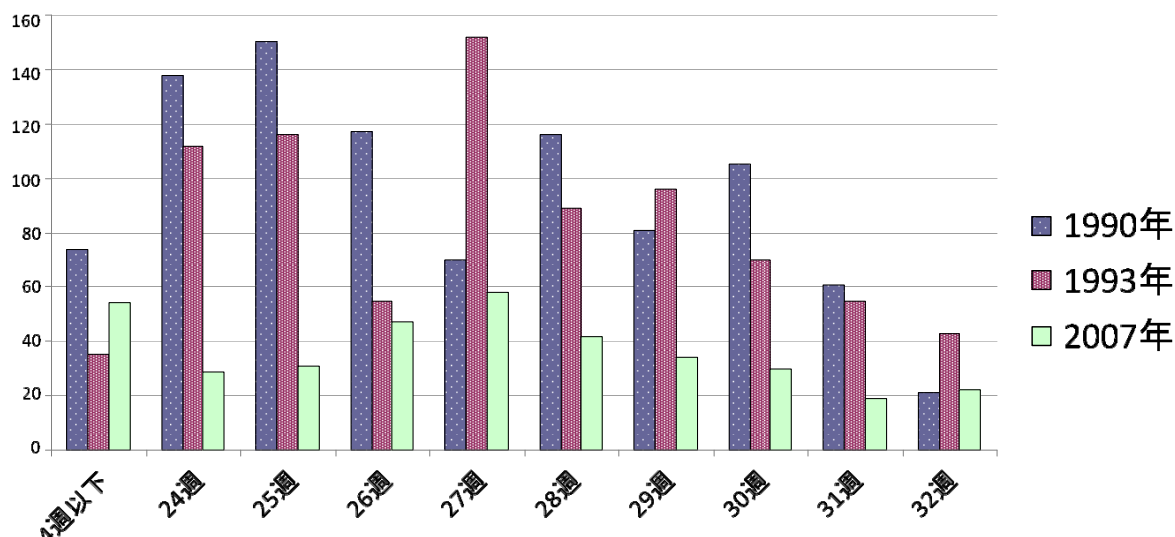
## 背景：早産低出生体重児の脳性麻痺の原因であった PVLは激減している

Original Article

Pediatric Neurology 47 (2012) 35

### Periventricular Leukomalacia is Decreasing in Japan

#### 33週未満の早産児でのPVLの発生率(全国調査、生存児1000人対)



1990年、1993年：Fujimoto S, 1998

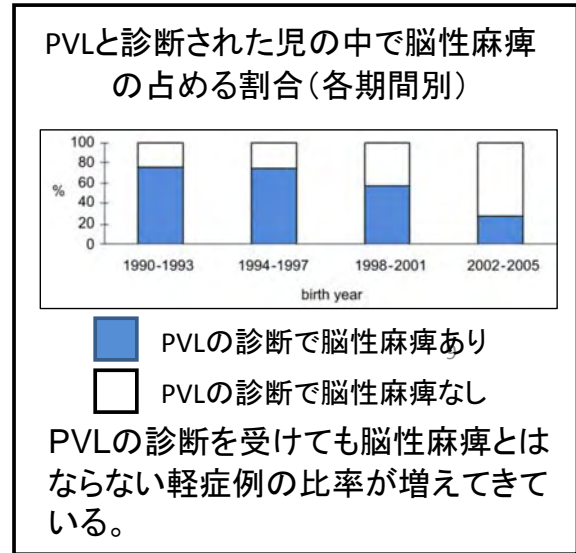
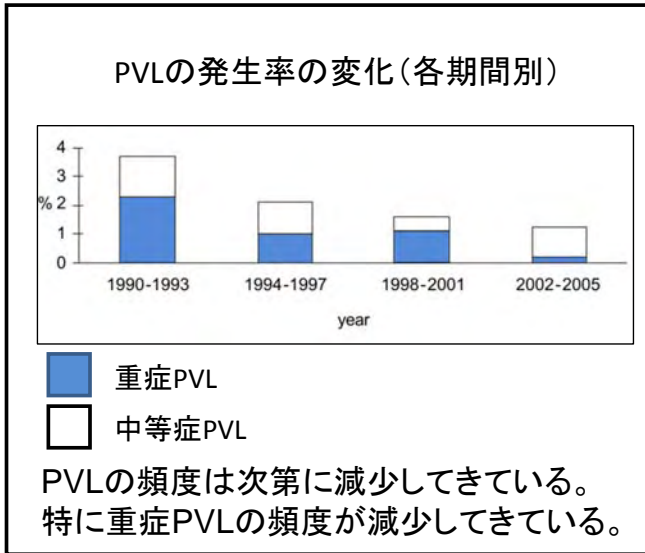
2007年：Sugiura T, 2012



# 海外でも2000年以降、早産低出生体重児での脳障害、特に重症PVLの減少が報告

Decreasing Incidence and Severity of Cerebral Palsy in Prematurely Born Children (J Pediatr 2011;159:86-91).

オランダ 1990年～2005年出生の早産児(34週未満)全3287人を対象とした単施設後方視研究



我が国で認められている早産児での脳性麻痺の減少傾向は、国際的な周産期医療の進歩によるPVLの減少と神経予後の改善と考えられる。

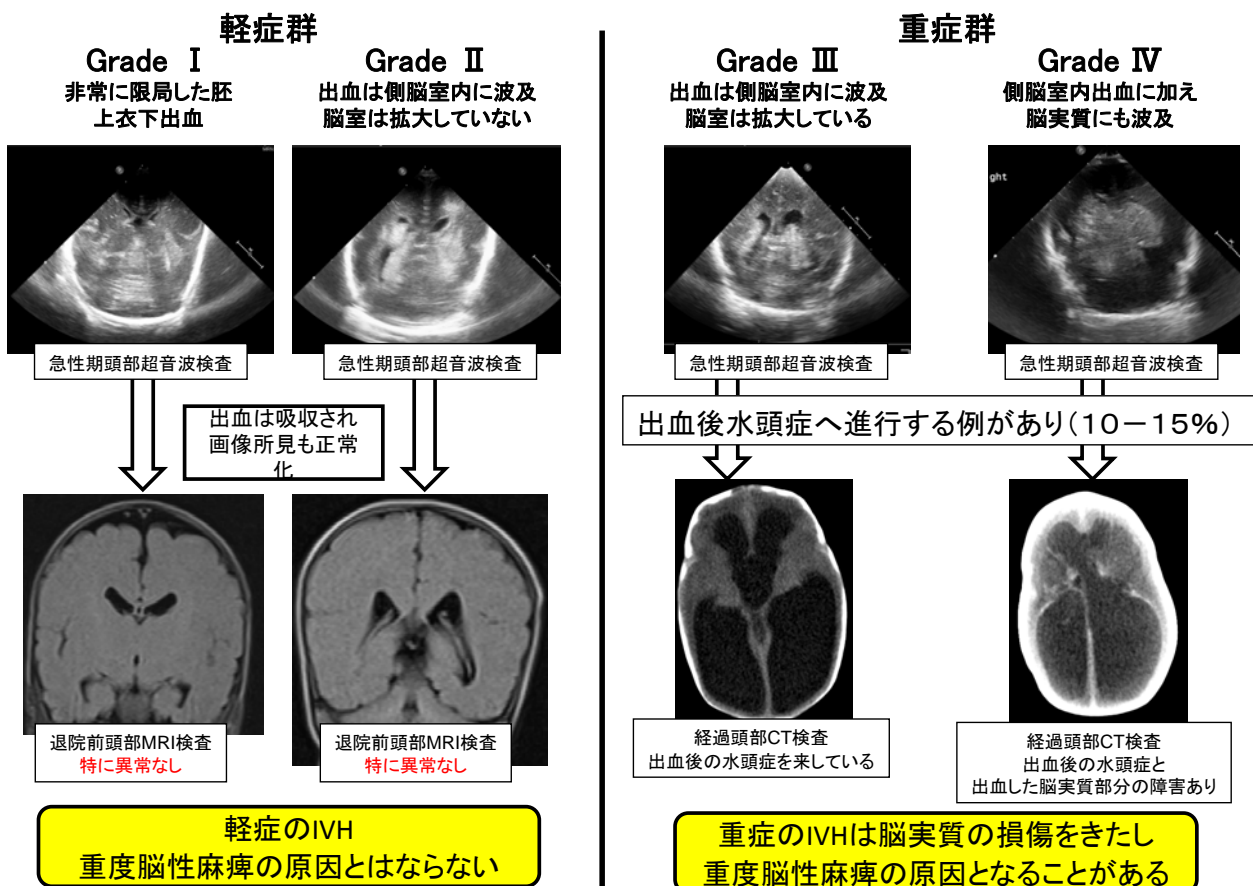
## 制度設計時の「未熟性」要因と周産期医療の現状 脳室周囲軟化症(PVL)について

平成19年本制度設計時  
「未熟性」の要因  
①頭蓋内出血(主に脳室内出血)  
②脳室周囲白質軟化症(PVL)  
③呼吸障害(主に呼吸窮迫症候群RDS)  
を考慮  
平成19年8月 産科医療補償制度調査専門委員会報告書



### III. 頭蓋内出血(脳室内出血:IVH)と脳性麻痺の関連について

#### 早産児に見られる脳室内出血の重症度と予後について

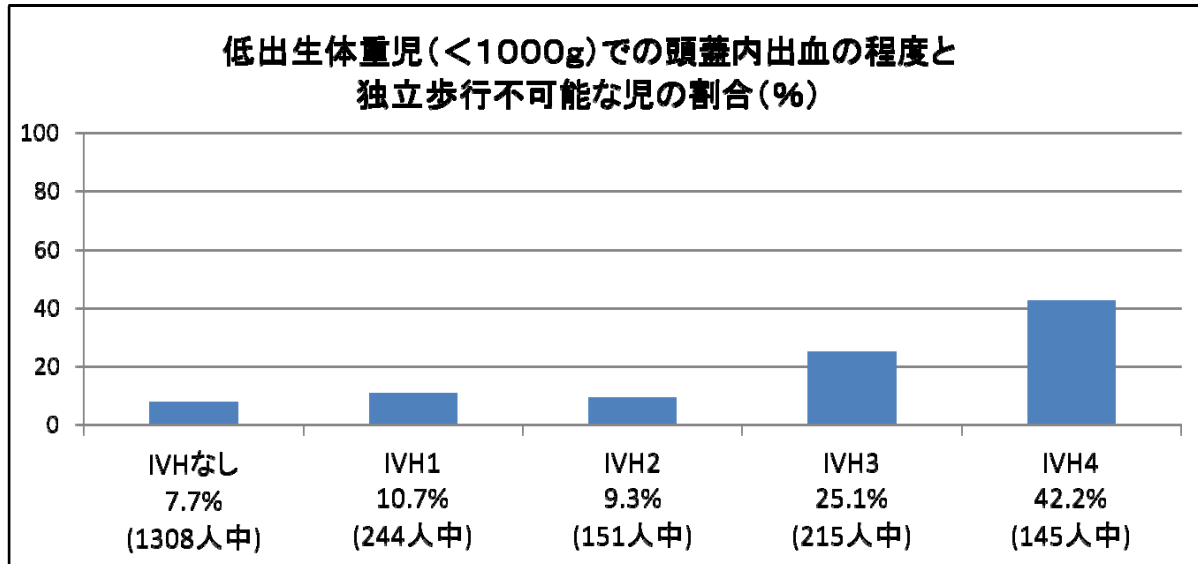


早産児での軽症の頭蓋内出血(IVH1/2)は  
歩行不能な重度脳性麻痺の原因ではない 1

Clinical Data Predict Neurodevelopmental Outcome Better than Head  
Ultrasound in Extremely Low Birth Weight Infants

J Pediatr 2007;151:500-5

アメリカ National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network  
コホートでの多施設後方視 的研究  
1998~2001年に1000g未満で出生した児(平均26週±1.8週)、18~22か月の時点で評価

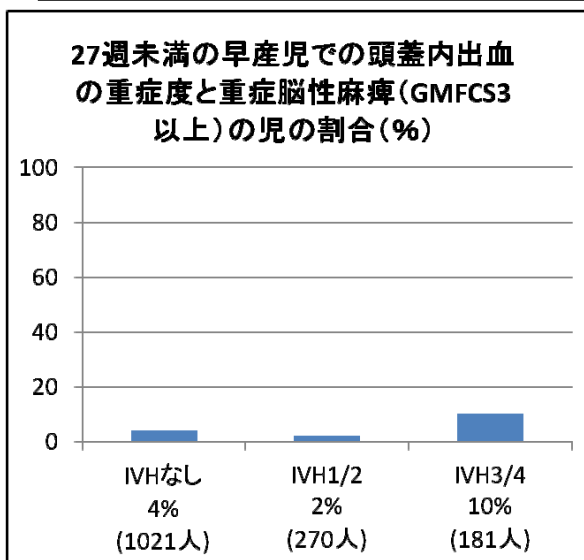


早産児での軽症の頭蓋内出血(IVH1/2)は  
歩行不能な重度脳性麻痺の原因ではない 2

Neurodevelopmental Outcomes of Extremely  
Low-Gestational-Age Neonates With Low-Grade  
Periventricular-Intraventricular Hemorrhage

JAMA Pediatr. 2013;167:451.

アメリカ National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network  
コホートでの多施設前方視 的研究  
2006~2008年に胎生27週未満で出生した児1472人、18~22か月の時点で評価



頭蓋内出血と神経発達のおッズ比(95%信頼区間)

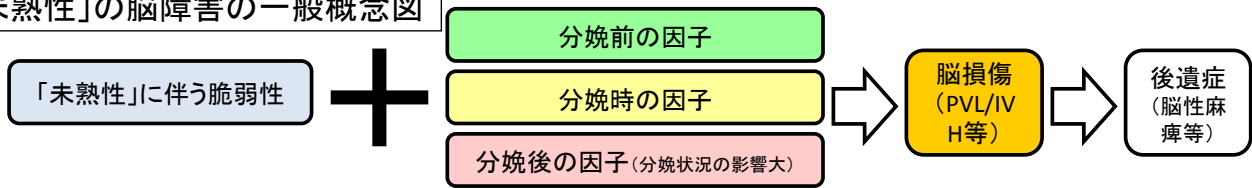


■ IVH3/4 vs IVHなし  
■ IVH3/4 vs IVH1/2  
□ IVH1/2 vs IVHなし

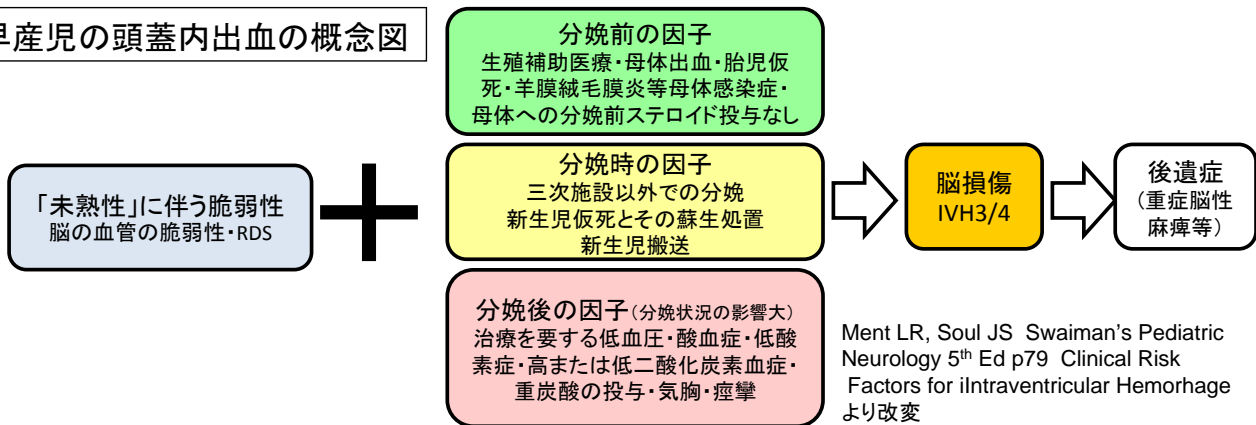
軽症頭蓋内出血(IVH1/2)は脳性麻痺および重度  
の脳性麻痺(GMFCS>2)と関連が認められない。  
IVH1/2(対IVHなし)のおッズ比は脳性麻痺1.00(0.61-1.64)、重症  
0.66(0.32-1.39)。

「未熟性」の脳障害は「未熟性に伴う脆弱性」以外の分娩前および分娩時の状況の要素が関係している

「未熟性」の脳障害の一般概念図



早産児の頭蓋内出血の概念図



早産児の頭蓋内出血のほとんどは出生後72時間以内に発生し、約半数以上は出生後24時間以内に発症する。児の脆弱性だけでなく仮死など分娩状況を含む多くの臨床的なイベントが関連している。

## 制度設計時の「未熟性」要因と周産期医療の現状 頭蓋内出血について

平成19年本制度設計時

「未熟性」の要因

- ①頭蓋内出血(主に脳室内出血)
- ②脳室周囲白質軟化症(PVL)
- ③呼吸障害(主に呼吸窮迫症候群RDS)

を考慮

平成19年8月 産科医療補償制度調査専門委員会報告書

重度脳性麻痺の原因となるのは重症の頭蓋内出血(IVH3/4)



胎生28週以上では重症の頭蓋内出血(IVH3/4)は極めて稀  
そうした例では仮死等の分娩時の状況も発症には関与

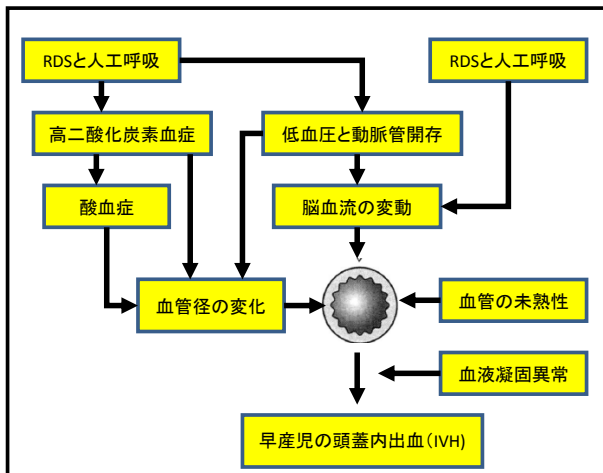
## IV. RDS(呼吸窮迫症候群)と脳性麻痺の関係

周産期医療の進歩: RDS治療および循環管理の進歩  
RDSが脳障害に関与するリスク因子への介入により予防が行われている

### 早産児の頭蓋内出血とRDS

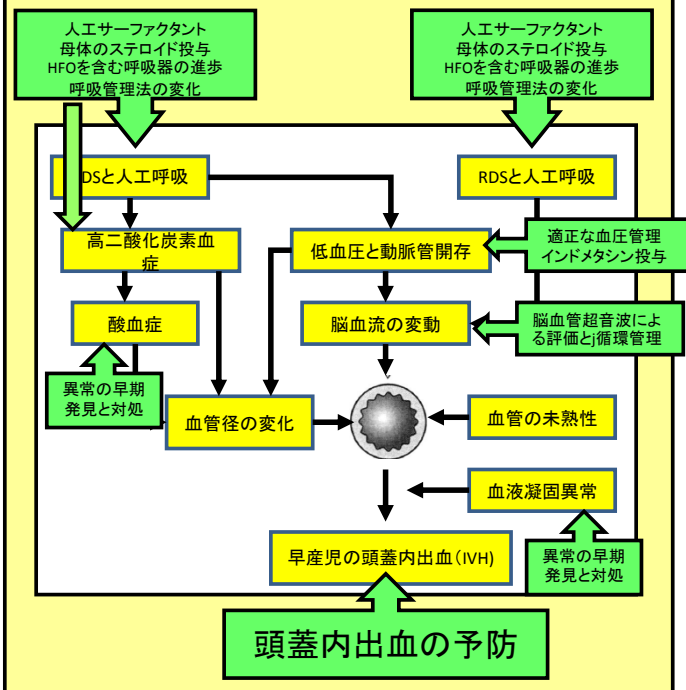
RDSを含む呼吸障害は脳障害のリスクファクターとされてきている

Robertson's Textbook of Neonatology 4<sup>th</sup> Ed 2005 p1153:  
Fig 41.32 Interaction of factors involved in the genesis of GMH IVHより



周産期医療の進歩によりRDSは治療管理が可能となり脳障害の直接の原因とはみなされなくなっている

### 周産期医療の介入による脳障害の予防 (頭蓋内出血の場合)



# 制度設計時の「未熟性」要因と周産期医療の現状 RDSについて

平成19年本制度設計時

「未熟性」の要因

- ①頭蓋内出血(主に脳室内出血)
- ②脳室周囲白質軟化症(PVL)
- ③呼吸障害(主に呼吸窮迫症候群RDS)

を考慮

平成19年8月 産科医療補償制度調査専門委員会報告書

RDSは治療管理が可能で呼吸不全を予防できる  
二次的な脳循環への負荷も管理が可能になってきている



RDSが脳性麻痺の直接の原因とは見なされない

## V. 結語 制度見直しについての提言

制度発足後の周産期医療の進歩と変化  
28週以上早産児でのPVLが減少し脳性麻痺も著明減少  
今回補償対象の週数区分の見直しが必要

平成19年本制度設計時  
33週未満で脳性麻痺の頻度が高い  
⇒33週未満を「未熟性」による脳障害と区分して作業



本制度発足後  
周産期医療の成果として頻度が高かったPVLが減少



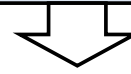
平成25年医学的調査専門委員会調査  
胎生28週から31週で出生した児での脳性麻痺の発生率に著明な減少(沖縄での調査で実証)



実情に対応した週数区分の見直しが必要  
現状に対応し例えば在胎28週以上を原則として対象とするのが妥当

制度設計時と現在の「未熟性」に関する状況の変化

平成19年本制度設計時  
「未熟性」の要因として頭蓋内出血(主に脳室内出血)、脳室周囲白質軟化症(PVL)、呼吸障害(主に呼吸窮迫症候群RDS)を考慮  
平成19年8月 産科医療補償制度調査専門委員会報告書



**頭蓋内出血(IVH)**  
●軽症の頭蓋内出血(IVH1/2)は重度脳性麻痺には関係しない。  
●重症の頭蓋内出血(IVH3/4)は28週以上では頻度は極めて少ない。  
●頭蓋内出血は分娩前および分娩時の状況に大きく影響され、分娩との関連は否定できない。

**PVL**  
●我が国を含めた先進国では著明に減少してきている。  
●結果として28週から31週の早産児の脳性麻痺の発生率が著明に減少している。

**RDS**  
●治療薬の普及、新生児用呼吸器の進歩など周産期医療の進歩あり。  
●治療可能な疾患であり、管理も容易になっている。



現状では28週以上ではこうした要因の脳障害への関与は非常に小さくなってきている  
「未熟性」の要因として考慮したこうした因子の状況の変化から週数区分の見直しが必要

# 産科医療補償制度の補償対象基準見直し(案)

現行 早産児は補償対象が限定されている

## 一般審査

出生体重2,000g以上 かつ 在胎週数33週以上

## 個別審査

在胎週数28週以上 かつ  
胎児心拍数モニターや臍帯血pHにより低酸素状態にあることが認められる場合

見直し後

## 早産児もより広く補償対象とする

<理由>

- ・ 28週から32週は、制度立ち上げの時点で脳性麻痺の頻度が高いことを以て「未熟性」による脳障害と分類された。周産期医療の進歩により、28週以上の早産児での脳性麻痺の発生頻度が減少した変化を踏まえると、この週数で出生した脳性麻痺を「未熟性」によるという説明は適切ではなくなっている。
- ・ 例えば、在胎週数28週以上を一律一般審査とする、あるいはすべての児を対象とすることが医学的に妥当と考える。



# 出産育児一時金について

平成25年10月23日  
厚生労働省保険局

# 出産育児一時金の規定について

## 健康保険法施行令(大正15年勅令第243号)(抄)

第三十六条 法第一条の政令で定める金額は、**三十九万円**とする。**ただし、**病院、診療所、助産所その他の者であつて、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産であると保険者が認めるときは、三十九万円に、**第一号に規定する保険契約に関し被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で保険者が定める金額を加算した金額とする。**

- 一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故(出産(厚生労働省令で定める基準に該当する出産に限る。)に係る事故(厚生労働省令で定める事由により発生したものを除く。)のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、厚生労働省令で定める程度の障害の状態となったものをいう。次号において同じ。)が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて厚生労働省令で定める要件に該当するものが締結されていること。
- 二 出産に係る医療の安全を確保し、当該医療の質の向上を図るため、厚生労働省令で定めるところにより、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供の適正かつ確実な実施のための措置を講じていること。

## ※「健康保険法施行令第36条における「保険者が定める額」について」(抄)(平成20年12月5日 保保発第1205001号)

財団法人日本医療機能評価機構(以下「機構」という。)が運営する産科医療補償制度に加入する医療機関等については、令第36条第1号及び第2号のいずれにも該当するものである。

これらの医療機関等において出産したことが認められた場合の出産育児一時金等の加算額は、機構の運営する産科医療補償制度における掛金(在胎週数第22週以降の出産(死産を含む。以下同じ。))の場合に発生)が3万円であることから、**3万円が基準となるものであり**、出産育児一時金等については在胎週数第22週以降の出産の場合、合計38万円を支給すること。

**なお、令第36条において加算額については「3万円を超えない範囲内で保険者が定める額」としているのは、産科医療補償制度開始後の見直しの中で当該掛金の額が変動しうるためである。**

## 健康保険法施行規則(大正15年内務省令第36号)(抄)

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める基準)

第八十六条の二 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める基準は、出生した者が、出生した時点において次の各号のいずれかに該当することとする。

- 一 **体重が二千グラム以上であり、かつ、在胎週数が三十三週以上であること。**
- 二 **前号に掲げるもののほか、在胎週数が二十八週以上であり、かつ、厚生労働大臣が定めるものに該当すること。**

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める事由)

第八十六条の三 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める事由は、次のとおりとする。

- 一 天災、事変その他の非常事態
- 二 出産した者の故意又は重大な過失

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める程度の障害の状態)

第八十六条の四 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める程度の障害の状態は、身体障害者福祉法施行規則(昭和二十五年厚生省令第十五号)別表第五号の一級又は二級に該当するものとする。

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める要件)

第八十六条の五 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める要件は、病院、診療所、助産所その他の者(以下この条及び次条において「病院等」という。)に対し、当該病院等が三千万円以上の補償金を出生した者又はその保護者(親権を行う者、未成年後見人その他の者で、出生した者を現に監護するものをいう。)(次条において「出生した者等」という。)に対して適切な期間にわたり支払うための保険金(特定出産事故(同号に規定する特定出産事故をいう。次条において同じ。))が病院等の過失によって発生した場合であって、当該病院等が損害賠償の責任を負うときは、補償金から当該損害賠償の額を除いた額とする。)が支払われるものであることとする。

(令第三十六条第二号の厚生労働省令で定めるところにより講ずる措置)

第八十六条の六 令第三十六条第二号の厚生労働省令で定めるところにより講ずる措置は、病院等と出生した者等との間における特定出産事故に関する紛争の防止又は解決を図るとともに、特定出産事故に関する情報の分析結果を体系的に編成し、その成果を広く社会に提供するため、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供について、これらを適正かつ確実に実施することができる適切な機関に委託することとする。

**健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるもの(平成20年12月17日)**  
(厚生労働省告示第541号)

健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)第八十六条の二第二号の規定に基づき、健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるものを次のように定め、平成二十一年一月一日から適用する。

健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるもの

健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるものは、次の各号に掲げるものとする。

- 一 低酸素状態が継続して、臍帯動脈血中の水素イオン指数が七・一未満である代謝性アシドーシス(酸性血症)の所見があると認められるもの
- 二 分娩監視装置が示す情報に当初異常が認められなかったが、その後胎児に低酸素状態が生じ、当該情報に異常が認められたもの

## 出産育児一時金について

- 出産育児一時金とは、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度。
- 出産育児一時金の支給額については、出産に要すべき実勢価格を反映させ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で、それぞれ規定。

### ➤平成18年10月：30万円→35万円

日本産婦人科医会の調査に基づく平成17年3月の国立病院の平均出産費用（35万円）を反映

### ➤平成21年1月：35万円→原則38万円

産科医療補償制度の導入に伴い3万円の加算措置を創設

### ➤平成21年10月：原則38万円→原則42万円（平成23年3月までの暫定措置）

日本産婦人科医会の調査に基づく平成19年度の公的病院、私的病院、診療所の平均出産費用（39万円）を反映

出産育児一時金の直接支払制度導入

### ➤平成23年4月：原則42万円を恒久化

# 国民健康保険・後期高齢者医療 における保険料(税)軽減について

平成25年10月23日  
厚生労働省保険局

# 国民健康保険・後期高齢者医療における 低所得者保険料(税)軽減の拡充について

# ■ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

## 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

##### (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。もともと、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。



## ■ 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 (平成25年8月21日 閣議決定) (抜粋)

### 一 講ずべき社会保障制度改革の措置等

#### 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。

(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

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

## ■ 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」 (平成25年10月15日 閣議決定) (抜粋)

### 第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等

#### (医療制度)

#### 第4条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他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ものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険(国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)第三条第一項の規定により行われるもの)に限る。以下この項において同じ。)に対する財政支援の拡充

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

# 消費税率及び地方消費税率の引上げとそれに伴う対応について(抜粋)

〔平成25年10月1日  
閣議決定〕

経済再生を進めながら財政再建との両立を図っていくことの重要性並びに増大する社会保障の持続性と安心の確保及び我が国の信認維持といった社会保障と税の一体改革の趣旨を踏まえつつ、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律（平成24年法律第68号）（以下「税制抜本改革法」という。）附則第18条及び社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための地方税法及び地方交付税法の一部を改正する法律（平成24年法律第69号）附則第19条の規定に基づき、以下のとおり経済状況等を総合的に勘案した検討を行った結果、消費税率（国・地方）については、平成26年4月1日に5%から8%へ引き上げることを確認する。

これに伴い、消費税率の引上げによる反動減を緩和して景気の下振れリスクに対応するとともに、その後の経済の成長力の底上げと好循環の実現を図り持続的な経済成長につなげるため、下記4. のとおり経済政策パッケージを決定し、デフレ脱却と経済再生に向けた道筋を確かなものとする。

## 3. 社会保障制度改革

社会保障と税の一体改革は、社会保障の安定財源確保と財政健全化を同時に達成することを目指す観点から行われるものであり、政府は、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社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進する。

本年8月には、社会保障制度改革国民会議における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」（平成25年8月21日閣議決定）を決定し、社会保障制度改革について、その方向性とスケジュールを明らかにするとともに、消費税増収分と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こととしたところである。

政府は、この骨子に基づく法律案を速やかに策定し、次期国会冒頭に法案を提出した上で、基礎年金国庫負担割合の1/2への引上げを恒久化するほか、消費税増収分を活用した社会保障の充実策として、「待機児童解消加速化プラン」の推進をはじめとする子育て支援や国民健康保険制度等の低所得者保険料軽減措置の拡充などの低所得者対策などに着実に取り組んでいく。

# 「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」について

## 1. 趣旨

社会保障・税一体改革の検討に当たっては、特に、国民健康保険制度のあり方については、地方団体の意見を十分に伺いながら検討を進めることが必要であることから、国民健康保険の構造的な問題の分析と基盤強化策等について検討するため、厚生労働省と地方の協議を開催することとし、平成23年2月以降、事務レベルのワーキング・グループを開催。

平成23年6月30日に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」においては、医療保険制度改革について、「税制抜本改革の実施と併せ、2012年以降速やかに法案を提出」し、順次実施することとされており、改革案の具体化に向けて、これまでの事務レベル協議を踏まえた検討を行うための政務レベルの協議を開催。

## 2. メンバー

【厚生労働省】 政務三役

【地方代表】 福田富一知事（栃木県）、岡崎誠也市長（高知市）、齋藤正寧町長（秋田県井川町）

## 3. 協議事項

○市町村国保の構造的な問題への対応

・低所得者対策等のあり方 ・事業運営・財政運営の広域化 ・財政支援のあり方 等

○その他

## 4. 開催経過

○ 政務レベル協議

第1回 平成23年10月24日、第2回 平成24年1月24日

○ 事務レベル ワーキング・グループ(WG)

第1回 平成23年2月25日、第2回 6月6日、第3回 7月14日、第4回 7月27日、第5回 9月30日

第6回 11月17日、第7回 12月1日、第8回 12月12日、第9回 12月27日、第10回 平成24年1月13日

第11回 3月2日、第12回 5月16日、第13回 6月8日、第14回 7月2日

(事務レベルWGのメンバー)

全国知事会 栃木県、愛知県、鳥取県

全国市長会 福島市、高知市

全国町村会 井川町(秋田県)、聖籠町(新潟県)

厚生労働省 保険局総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

# 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(31.4%)、健保組合(2.5%)
- ・一人あたり医療費: 国保(30.9万円)、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(83万円)、健保組合(198万円(推計))
- ・無所得世帯割合: 23.5%

### 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(9.9%)、健保組合(5.0%)
- ※健保は本人負担分のみ推計値

### ④ 保険料(税)の収納率低下

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

### ⑤ 一般会計繰入・繰上充用

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



### ● 財政基盤の強化

#### 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

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

### ⑦ 市町村間の格差

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

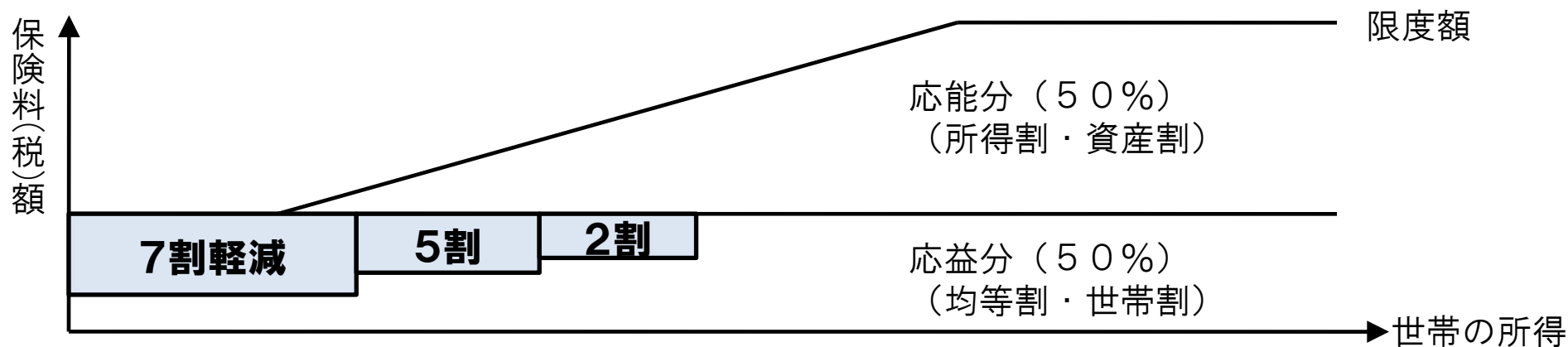


### ● 財政運営の都道府県単位化の推進【平成24年国保法改正】

### ● 財政調整機能の強化【平成24年国保法改正】

## 国民健康保険料（税）の軽減について

- 市町村（保険者）は、国民健康保険の給付費の約50%を被保険者が負担する国民健康保険料（税）により賄うこととされている。
- 保険料（税）については、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される応能分（所得割、資産割）と、受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分（均等割、世帯割）から構成される。
- 世帯の所得が一定額以下の場合には、応益分保険料（税）（均等割・世帯割）の7割、5割又は2割を軽減している。



減額割合	対象者の要件 (例: 3人世帯(夫婦40歳、子1人)夫の給与収入のみの場合)	対象者数 (平成23年度実績)
7割	33万円以下 (給与収入 98万円以下)	798万人(22.5%)
5割	33万円+(世帯主を除く被保険者数)×24.5万円以下 (給与収入 147万円以下)	242万人(6.8%)
2割	33万円+(被保険者数)×35万円以下 (給与収入 223万円以下)	416万人(11.7%)

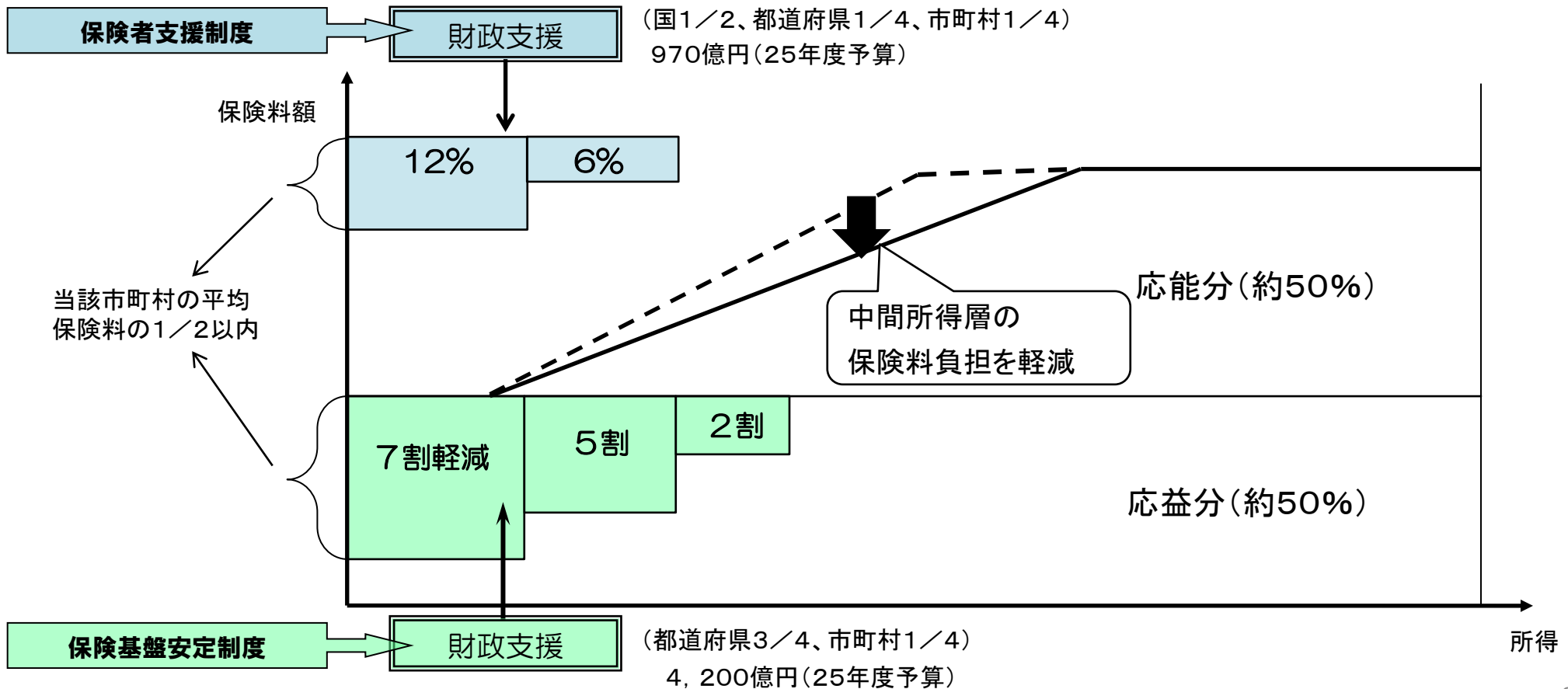
# 保険者支援制度及び保険基盤安定制度の概要

## ○保険者支援制度

保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、平均保険料の一定割合を保険者に対して財政支援。

## ○保険基盤安定制度

保険料軽減(応益分の7割、5割、2割)の対象となった被保険者の保険料のうち、軽減相当額を公費で財政支援。



◎ 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)

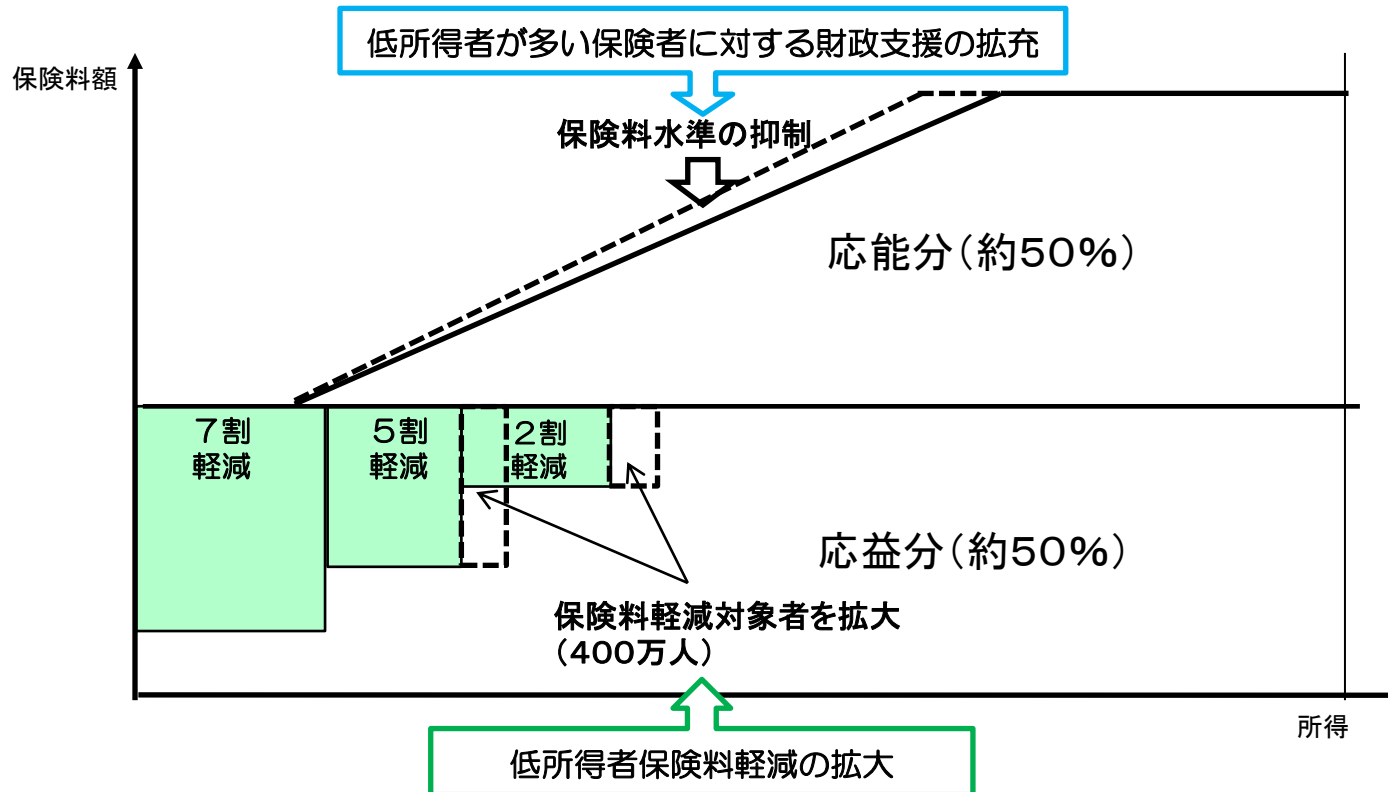
- ・ 5割軽減・2割軽減世帯の基準額の引上げ (さらに保険料が軽減される者：約400万人) \*27年度ベース

☆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



# 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

## (1) 保険基盤安定制度の拡充(応益割保険料の軽減対象世帯の拡大)

○ 低所得者に対する保険料軽減の対象世帯を拡大する。【税制抜本改革時】

《具体的な内容(案)》

① 2割軽減の拡大 ... 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

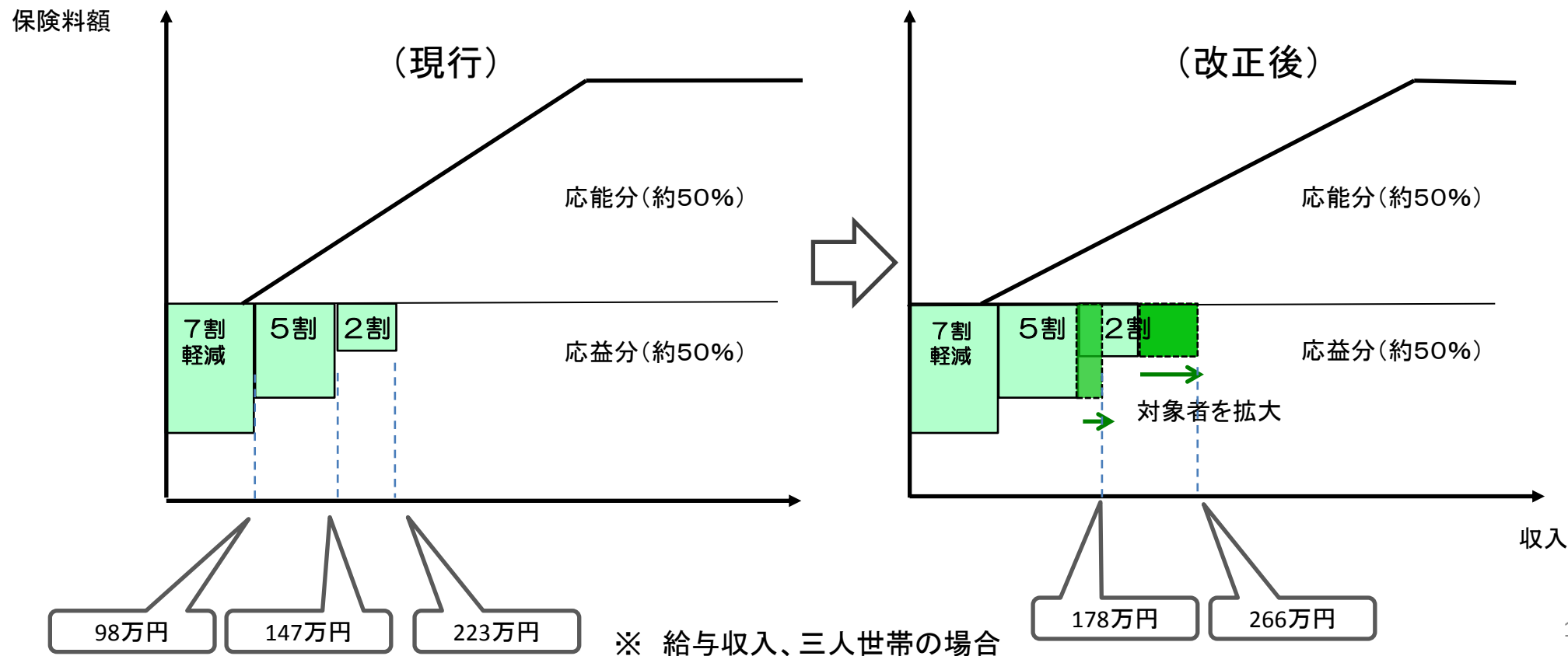
(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 約223万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 (給与収入 約266万円、3人世帯)

② 5割軽減の拡大 ... 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。

(現行) 基準額 33万円+24.5万円 × (被保険者数-世帯主) (給与収入 約147万円、3人世帯)

(改正後) 基準額 33万円+24.5万円 × 被保険者数 (給与収入 約178万円、3人世帯)





# 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

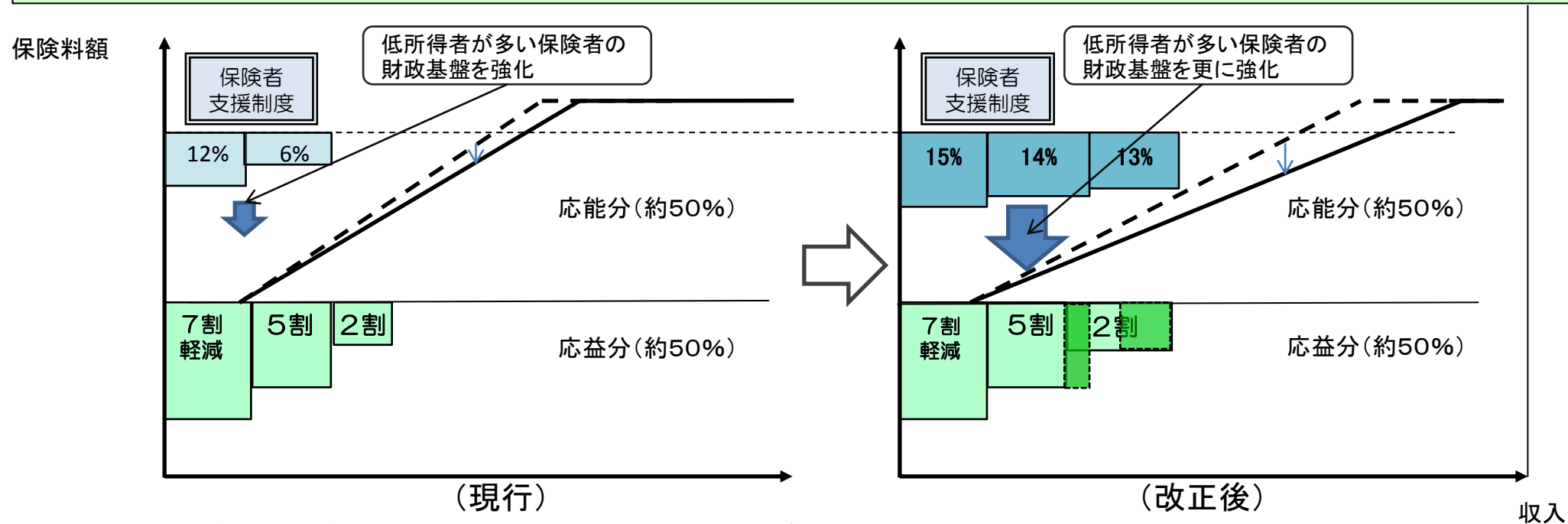
## (2) 保険者支援制度の拡充

- 暫定措置を恒久化する。【平成27年度】
  - 保険料の軽減対象者数に応じた保険者への財政支援について、拡充を行う。【税制抜本改革時】
- 《具体的な内容(案)》
- ① 現在、財政支援の対象となっていない2割軽減対象者についても、財政支援の対象とするとともに、軽減対象の拡大に応じ、財政支援の対象を拡大する。
  - ② 現行の7割軽減・5割軽減の対象者数に応じた財政支援の補助率を引き上げる。
  - ③ 財政支援額の算定基準を平均保険料収納額の一定割合から、平均保険料算定額の一定割合に改める。

※ 収納額 = 算定額 - 法定軽減額 - 未納額

【現行】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**収納額**の12%（7割軽減）、6%（5割軽減）

【改正後】 軽減対象者1人当たりの支援額 = 平均保険料**算定額**の15%（7割軽減）、14%（5割軽減）、13%（2割軽減）



(注1) 現行の保険者支援制度は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置。

(注2) 現在の保険者支援制度は、7割軽減、5割軽減の対象者数に応じ、それぞれ当該市町村の平均保険料収納額の12%、6%に相当する額を補助している。

# 平成26年度 税制改正要望事項（抜粋）

## 保険関係

### ○ 国民健康保険税の課税限度額の見直し及び低所得者に係る保険税軽減の拡充 〔国民健康保険税〕

国民健康保険税の課税限度額を見直す。  
また、国民健康保険税の軽減判定所得の基準を見直し、国民健康保険税の軽減対象を拡大する。

# 平成26年度における社会保障の充実に係る事項要求の考え方について（案） （厚生労働省・内閣府）

- 消費税引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向けることとなっており、平成26年度の増収額(5.1兆円程度<sup>(※2)</sup>)については、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引上げ等(2.95兆円程度)による社会保障の安定化のほか、0.5兆円程度を「社会保障の充実」に充てる。
- 以下の内容は、現時点の厚生労働省・内閣府の考え方を示すものであり、今後の予算編成過程で引き続き検討・調整を行う。

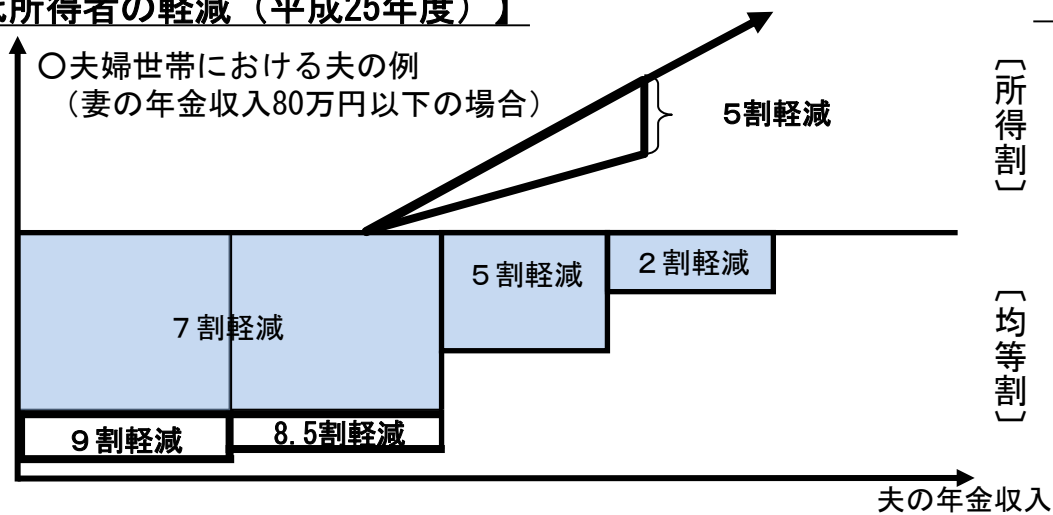
子ども・子育て支援		<ul style="list-style-type: none"> <li>○「待機児童解消加速化プラン」の推進               <ul style="list-style-type: none"> <li>・29年度末までに約40万人分の保育の受け皿を確保することとし、新制度の施行を待たずに、25・26年度で約20万人分を確保する。</li> </ul> </li> <li>○新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業(子ども・子育て支援法附則)</li> <li>○社会的養護の充実</li> </ul>	～0.3兆円程度～
医療・介護	①医療・介護サービスの提供体制改革	<p>&lt;病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにしていくことで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。</li> <li>○在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。</li> <li>○医師、看護師等の医療従事者を確保する。</li> </ul> <p>&lt;地域包括ケアシステムの構築&gt;</p> <p>介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するための取組を行う。</p>	～0.1兆円程度～
	②医療保険制度の改革	<p>国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充</p> <p>※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についても今後実施する予定(1,700億円程度)</p>	620億円程度
		低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し(27年1月実施)	50億円程度
	③難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立	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。(27年1月実施)	～300億円程度～
年金	遺族年金の父子家庭への拡大	10億円程度	
合計			0.5兆円程度

※1 このほか、消費税引上げに伴う社会保障支出の増についても、予算編成過程で検討。  
 ※2 上記の数字は公費(国及び地方の合計額)であり、国及び地方の内訳についても予算編成過程で検討するが、現行制度における国と地方の負担割合は、全体として、子ども・子育て分野では概ね1:1、医療保険分野では概ね2:1、介護分野では概ね1:1となっている。

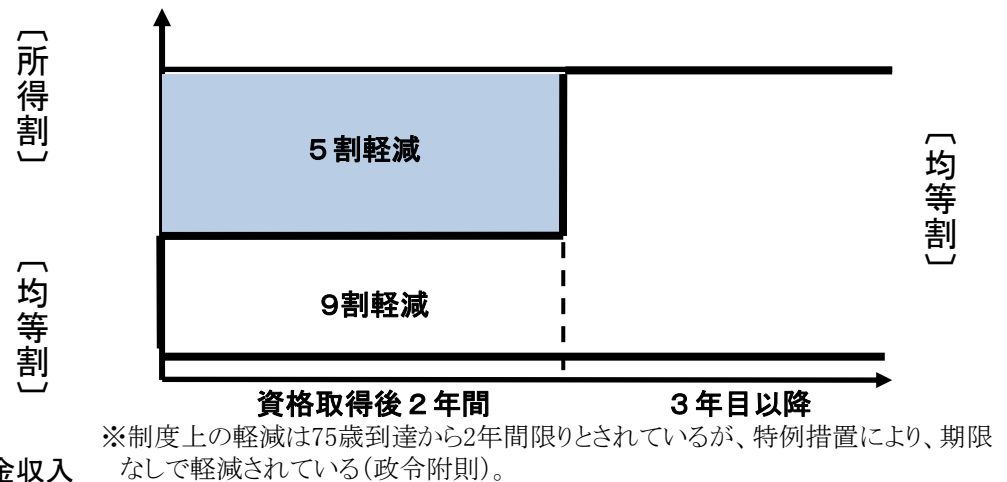
# 後期高齢者医療制度の保険料軽減について(現行)

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている。(政令本則)
  - ①低所得者の均等割7、5、2割軽減(国保と同じ)
  - ②被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の軽減(均等割5割軽減、所得割賦課せず。2年限り)
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算により次の特例措置を実施している。(平成25年度合計776億円)
  - 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元被扶養者の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、期限なし)

## 【低所得者の軽減(平成25年度)】



## 【元被扶養者の軽減(平成25年度)】



軽減区分 (下線は特例措置)	対象者の要件 【夫婦世帯、妻の年金収入80万円以下の場合】	対象者数 ※平成23年度実績
<u>均等割9割</u>	均等割8.5割軽減対象のうち、被保険者全員が年金収入80万円以下(その他各種所得がない)	290万人(20.0%)
<u>均等割8.5割</u>	33万円以下 【年金収入168万円以下】	215万人(14.8%)
均等割5割	33万円+(世帯主を除く被保険者数)×24.5万円以下 【年金収入192.5万円以下】	35万人(2.4%)
均等割2割	33万円+(被保険者数)×35万円以下 【年金収入238万円以下】	97万人(6.7%)
<u>所得割5割</u>	被保険者の旧ただし書き所得が58万円以下 【年金収入211万円以下】	126万人(8.7%)
<u>元被扶養者</u>	資格取得前日に、被用者保険の被扶養者であった被保険者	181万人(12.5%)

# 後期高齢者医療制度の保険料軽減対象の拡大

○ 後期高齢者に対する保険料軽減の対象を拡大する。(世帯の所得で判定)※【】内は夫婦世帯、妻の年金収入80万円以下の夫の例

① 2割軽減の拡大… 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約50万人)

(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 【年金収入 238万円以下】

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 【年金収入 258万円以下】

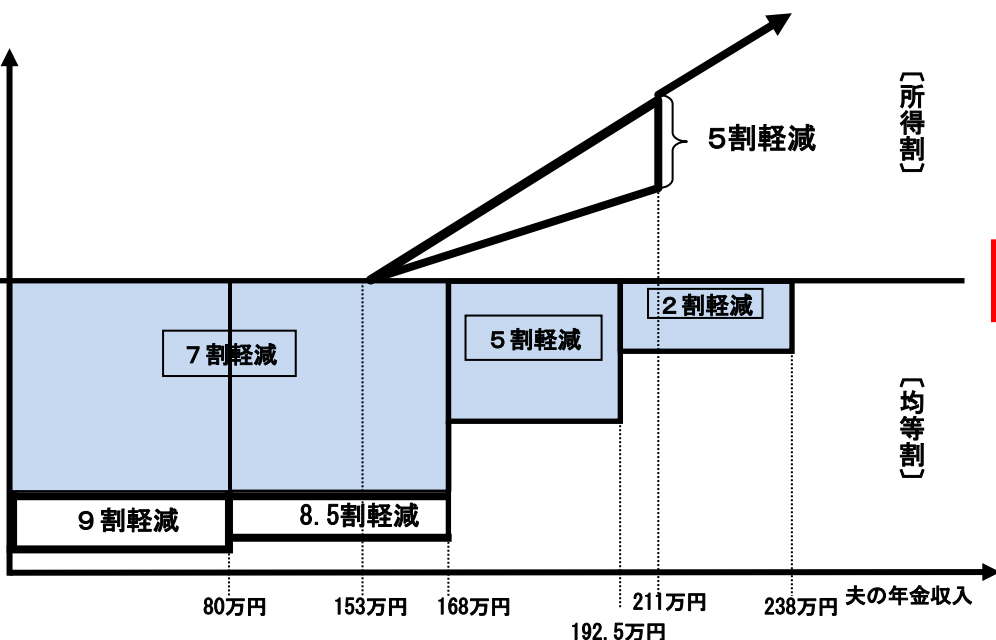
② 5割軽減の拡大… 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約60万人)

(現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) 【年金収入 192.5万円以下】

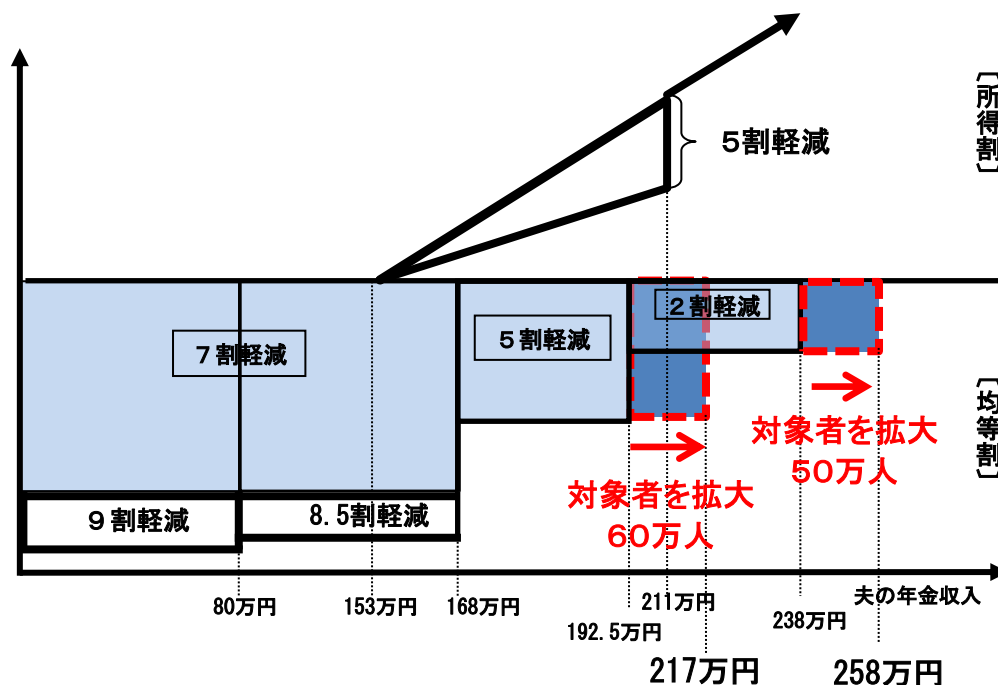
(改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 【年金収入 217万円以下】

※基準額は、いずれも国保と同じ。

【現行制度】



【改正後(案)】



※夫婦世帯における夫の年金収入の例(妻の年金収入80万円以下の場合)

※対象者数は平成26年度推計。

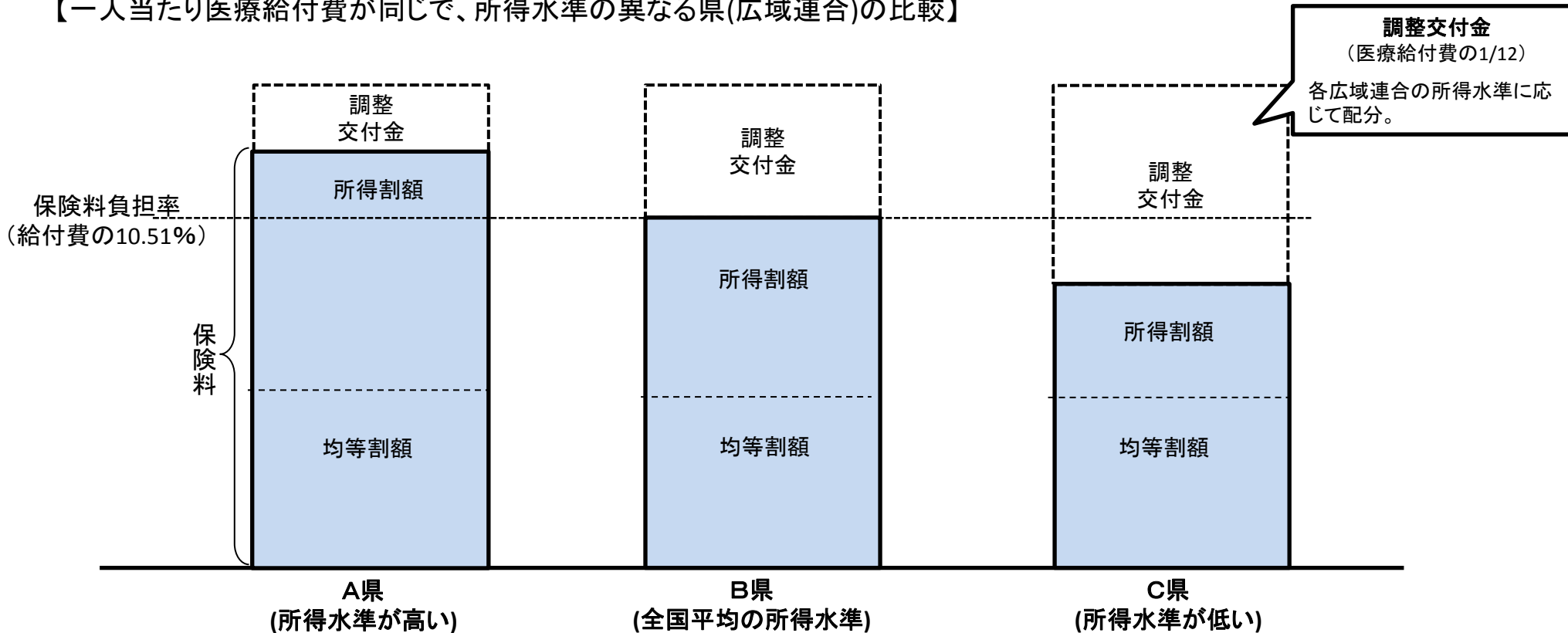
※太枠は予算措置による保険料軽減特例措置(均等割9割・8.5割軽減、所得割5割軽減)。

# 後期高齢者医療の 保険料軽減特例措置について

# 後期高齢者医療の保険料について

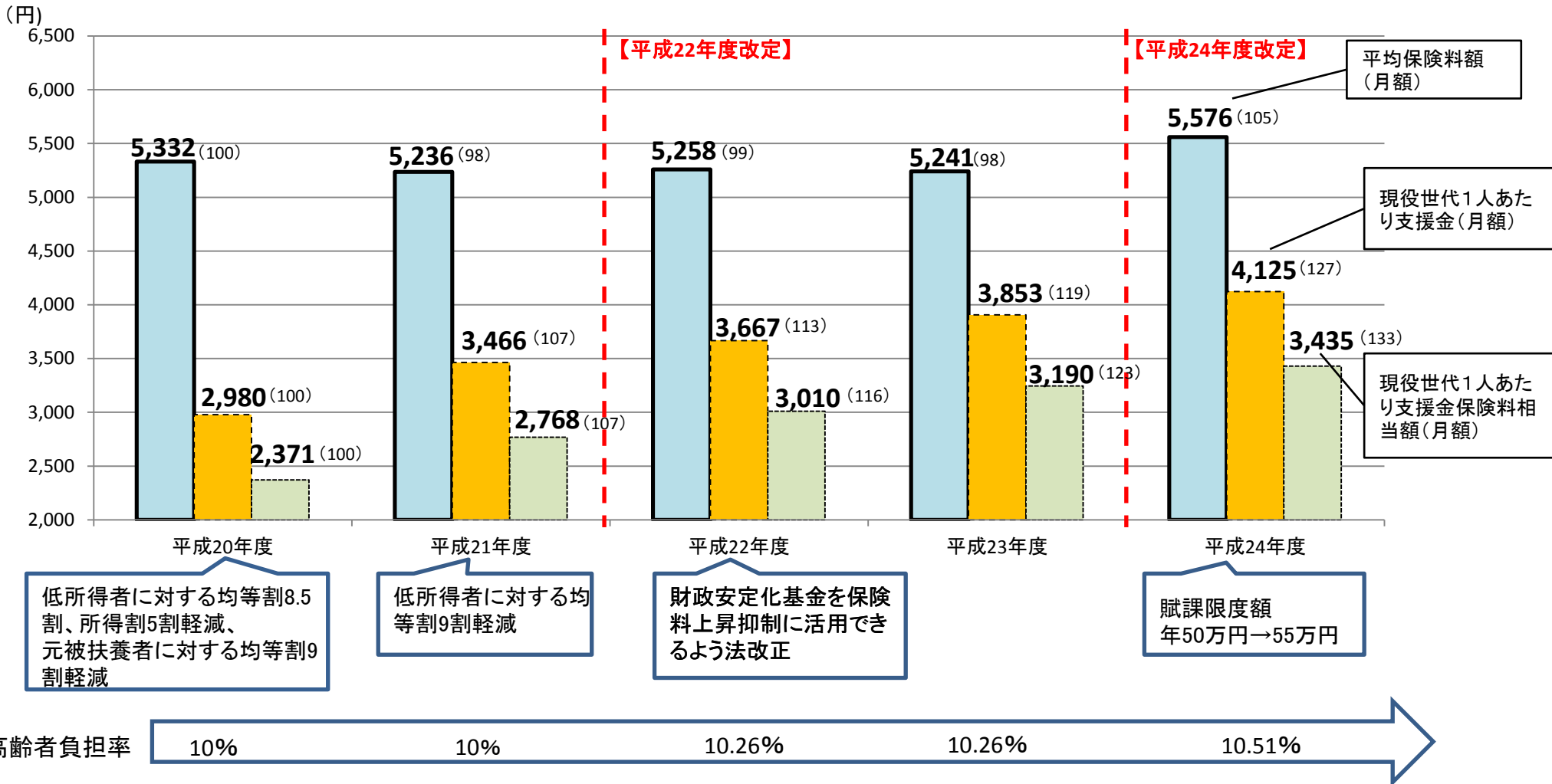
- 被保険者が負担する保険料は、条例により広域連合が決定し、毎年度、個人単位で賦課される(2年毎に保険料率改定)。
- 保険料で賄う分は、医療給付費全体の約1割。なお、人口減少による現役世代の負担増加分を高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料負担率を段階的に引き上げている(平成24・25年度10.51%)。
- 都道府県(広域連合)間の所得水準の格差を是正するため、国の調整交付金を所得に応じて配分している。これにより、同じ医療給付費水準であれば、都道府県の所得水準にかかわらず、同じ保険料水準となる。
- 都道府県間の医療給付費格差は調整せず、一人当たり医療給付費の高い都道府県は、保険料が高く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

## 【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相当分が交付されるが、現役並所得者に係る医療給付費分は含まない。

# 後期高齢者医療制度の保険料の推移



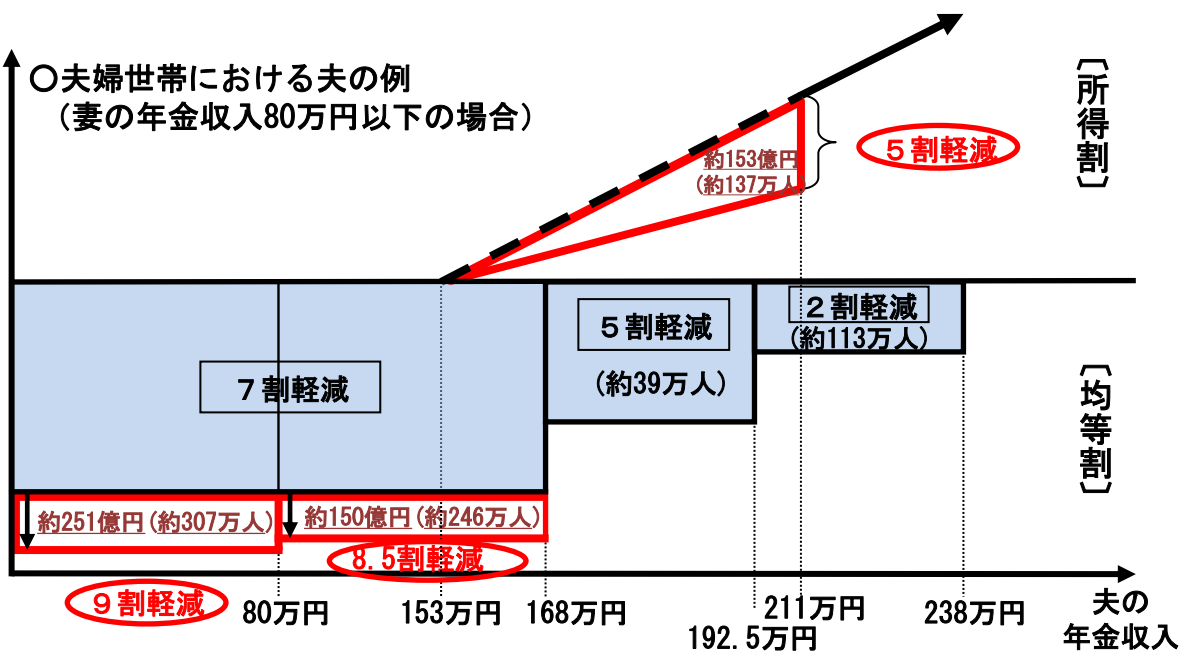
- ※ 平均保険料額は後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づく実績額。
- ※ 支援金は、平成20～23年度は確定ベース、平成24年度は予算ベース。
- ※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したものの。平成20～23年度は確定ベース、平成24年度は予算ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
- ※ 支援金及び支援金保険料相当分の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算している。



# 後期高齢者医療制度の保険料軽減特例措置について

- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている。(政令本則)
  - ① 低所得者の均等割7、5、2割軽減(国保と同じ)
  - ② 被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の軽減(均等割5割軽減、所得割賦課せず。2年限り)
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算により次の特例措置を実施している。(平成25年度合計776億円)
  - 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 元被扶養者の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、期限なし)

## 【低所得者の軽減 (平成25年度)】



## 【元被扶養者の軽減 (平成25年度)】



※制度上の軽減は75歳到達から2年間限りとされているが、特例措置により、期限なしで軽減されている(政令附則)。

# 後期高齢者医療保険料特例軽減の経緯

## 平成20年度 後期高齢者医療制度施行

- ・【低所得者】所得割 5 割軽減を実施
- ・【元被扶養者】保険料徴収を平成20年 9 月まで（6 ヶ月間）凍結

## 平成20年10月

- ・【低所得者】均等割 7 割軽減世帯の保険料徴収をしない措置を実施  
（→これにより、7 割軽減世帯は年間を通じて8.5割軽減となる）
- ・【元被扶養者】平成21年 3 月まで（6 ヶ月間）均等割 9 割軽減

## 平成21年度

- ・【低所得者】均等割8.5割軽減を継続、新たに均等割 9 割軽減を実施
- ・所得割 5 割軽減を継続
- ・【元被扶養者】均等割 9 割軽減を継続

## 平成22年度～

- ・【低所得者】【元被扶養者】毎年度、特例措置を継続

# 後期高齢者医療制度の保険料の状況

## 【単身世帯】

年金収入	後期高齢者医療				国保
	一般被保険者		元被扶養者		
	特例	本則	特例	本則(制度加入から2年間)	
80万円	360円(0.54%) ＜均等割9割軽減＞	1,090円(1.64%) ＜均等割7割軽減＞	360円(0.54%) ＜均等割9割軽減＞	1,090円(1.64%) ＜均等割7割軽減＞	2,670円(4.01%) ＜応益割7割軽減＞
150万円	540円(0.43%) ＜均等割8.5割軽減＞	1,090円(0.87%) ＜均等割7割軽減＞	360円(0.29%) ＜均等割9割軽減＞	1,090円(0.87%) ＜均等割7割軽減＞	2,670円(2.14%) ＜応益割7割軽減＞
200万円	4,580円(2.75%) ＜均等割2割軽減・ 所得割5割軽減＞	6,250円(3.75%) ＜均等割2割軽減＞	360円(0.22%) ＜均等割9割・所得割10割軽減＞	1,810円(1.09%) ＜均等割5割・所得割10割軽減＞	7,920円(4.75%) ＜応益割2割軽減＞
250万円	10,540円(5.06%) ＜軽減なし＞		360円(0.17%) ＜均等割9割・所得割10割軽減＞	1,810円(0.87%) ＜均等割5割・所得割10割軽減＞	12,060円(5.79%) ＜軽減なし＞

## 【夫婦世帯:妻の年金収入80万円以下の夫の例】

夫の年金収入	後期高齢者医療				国保
	一般被保険者		妻が元被扶養者の場合		
	特例	本則	特例	本則(制度加入から2年間)	
80万円	720円 夫360円 妻360円 ＜均等割9割軽減(夫妻)＞	2,180円 夫1,090円 妻1,090円 ＜均等割7割軽減(夫妻)＞	720円 夫360円 妻360円 ＜均等割9割軽減(夫妻)＞	2,180円 夫1,090円 妻1,090円 ＜均等割7割軽減(夫妻)＞	3,330円 ＜応益割7割軽減＞
150万円	1,080円 夫540円 妻540円 ＜均等割8.5割軽減(夫妻)＞	2,180円 夫1,090円 妻1,090円 ＜均等割7割軽減(夫妻)＞	900円 夫540円 妻360円 ＜均等割8.5割(夫)、9割軽減(妻)＞	2,180円 夫1,090円 妻1,090円 ＜均等割7割軽減(夫妻)＞	3,330円 ＜応益割7割軽減＞
200万円	7,480円 夫4,580円 妻2,900円 ＜均等割2割軽減(夫妻)・ 所得割5割軽減(夫)＞	9,150円 夫6,250円 妻2,900円 ＜均等割2割軽減(夫妻)＞	4,940円 夫4,580円 妻360円 ＜均等割2割(夫)、9割(妻)・ 所得割5割軽減(夫)＞	8,060円 夫6,250円 妻1,810円 ＜均等割2割(夫)、5割軽減(妻)＞	9,700円 ＜応益割2割軽減＞
250万円	14,170円 夫10,540円 妻3,630円 ＜軽減なし(夫妻)＞		10,900円 夫10,540円 妻360円 ＜軽減なし(夫)・均等割9割軽減(妻)＞	12,350円 夫10,540円 妻1,810円 ＜軽減なし(夫)・均等割5割軽減(妻)＞	14,280円 ＜軽減なし＞

※ ( ) 内は年金収入に占める保険料負担割合、< > 内は保険料軽減割合。

※後期高齢者医療保険料は、平成24年度全国平均保険料率（均等割43,550円、所得割率8.55%）により算出。

※国民健康保険料は、四方式(旧ただし書き所得ベース)の平成22年全国平均保険料率により算出。国民健康保険料資産割額は、年収にかかわらず全国平均月額1,350円として算出。

## 被用者保険の被扶養者であった者の状況（推計） （低所得者軽減区分を適用した場合）

	合計	9割軽減 (7割軽減(政令本則))	8.5割軽減	5割軽減 (政令本則)	2割軽減 (政令本則)	軽減なし
元被扶養者 被保険者数	181万人 (100%)	48万人 (27%)	36万人 (20%)	4万人 (2%)	4万人 (2%)	88万人 (49%)
均等割額 (全国平均)	360円/月	360円/月	540円/月	1,810円/月	2,900円/月	3,630円/月

※平成23年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づき、推計。

※元被扶養者の属する世帯の所得合計額に応じ、元被扶養者保険料特例軽減措置がなかった場合に適用される保険料軽減区分を示す。

# 保険料軽減特例措置に関するこれまでの議論

## ○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)

- 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)については、後期高齢者医療制度の施行時の追加的な措置として導入されたものであるが、負担の公平を図る観点から、75歳未満の国保の軽減措置との整合性を踏まえ、段階的に縮小する。なお、実施に当たっては、75歳以上の1人当たり医療費は高く、毎月その85%の方がサービスを受けている一方で、9割軽減の保険料は全国平均で月額350円程度に抑制されていること、75歳未満の国保では最大で7割までの軽減であり世代間の公平を考慮する必要があること等について、十分な説明を行い、国民に理解を求めながら丁寧に進める必要がある。

(注) 高齢者医療制度改革会議では、後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の者は国保又は被用者保険に加入する考え方であることから、元被扶養者の特例軽減については記載されていない。

## ○医療保険部会「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)

- 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。

# 【参考】第1号保険料の低所得者軽減強化の検討イメージ

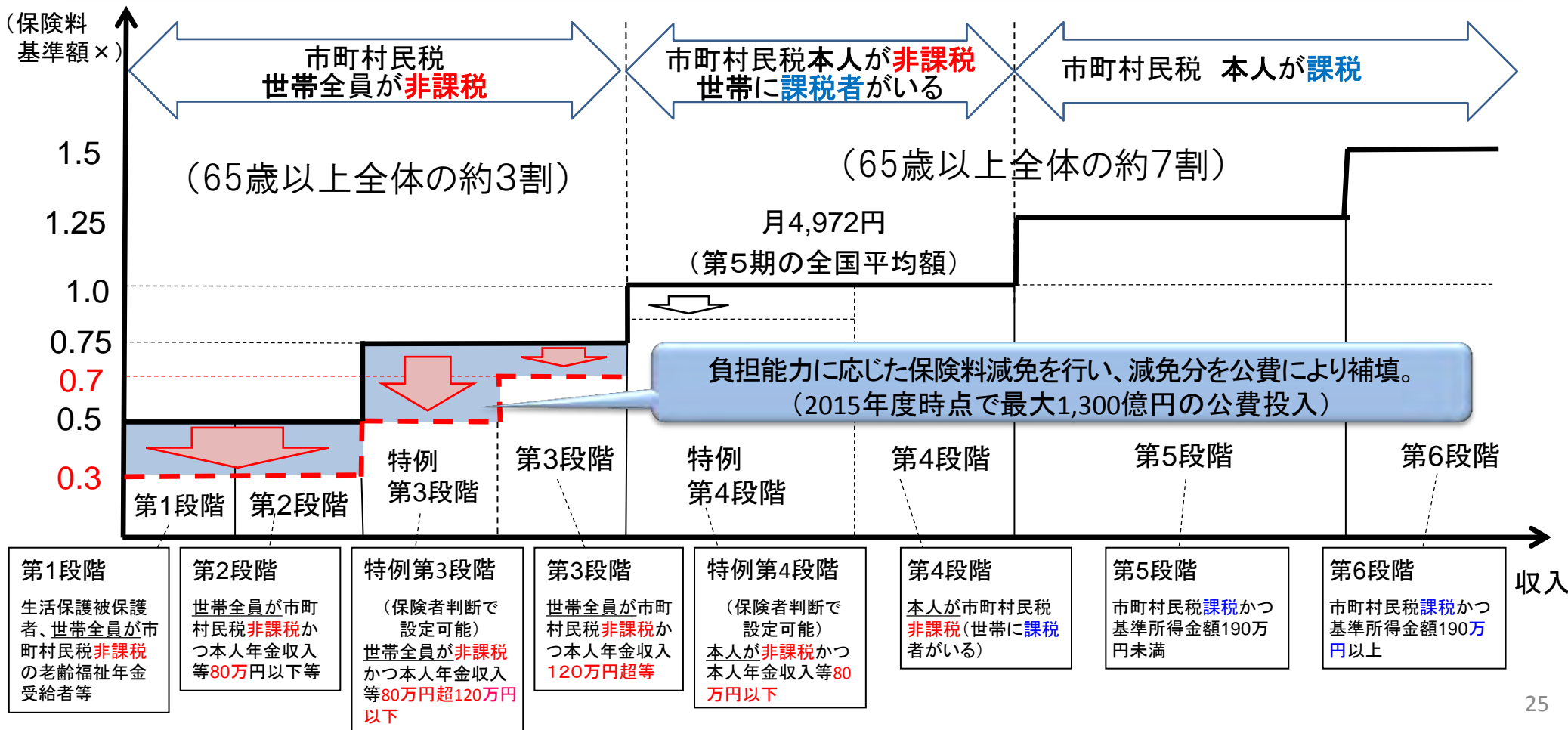
平成25年9月25日  
第49回介護保険部会資料

〔見直し案〕

- 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。
- 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5	→	0.3
特例第3段階	0.75	→	0.5
第3段階	0.75	→	0.7



# 參考資料

# 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	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 0万人 被保険者451万人 被扶養者460万人	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. 4%	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)	3 0. 9万円	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 3万円 一世帯当たり 1 4 2万円	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. 2万円 一世帯当たり 1 4. 2万円	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	給付費等の50%	給付費等の16. 4%	後期高齢者支援金等の負担が重い保険者等への補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額 (※7) (平成25年度予算 <sup>ペ</sup> -入)	3兆4, 392億円	1兆1, 955億円	288億円		6兆5, 347億円

(※1) 協会けんぽ、組合健保及び後期高齢者医療制度については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

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

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人当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、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。

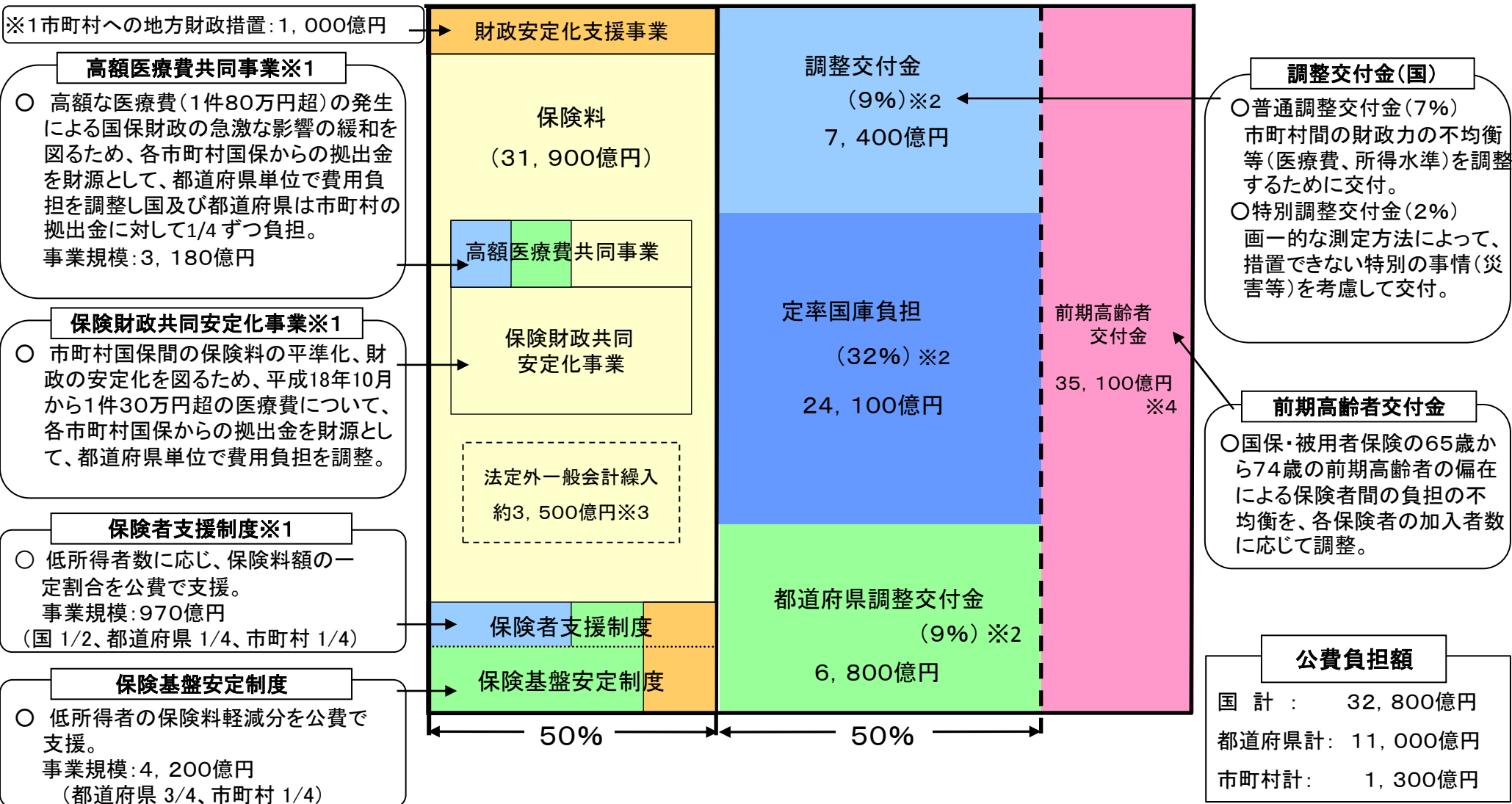
(※8) 共済組合も補助対象となるが、平成23年度以降実績なし。



# 国保財政の現状

医療給付費等総額: 約113,000億円

(25年度 予算ベース)



※1 平成22年度から平成26年度まで暫定措置。平成27年度以降恒久化。

※2 それぞれ給付費等の9%、32%、9%の割合を基本とするが、定率国庫負担等のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある。

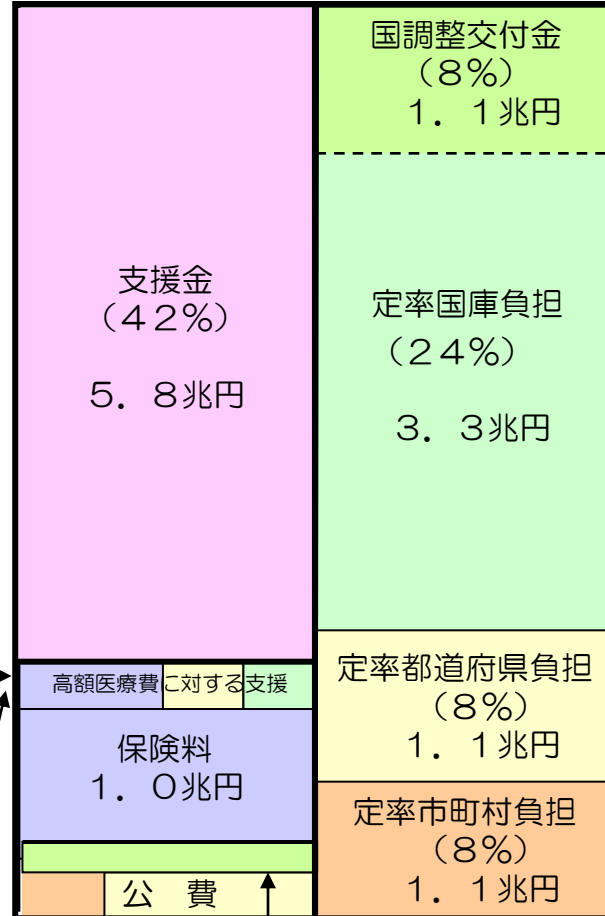
※3 平成23年度決算(速報値)における決算補填等の目的の額 ※4 退職被保険者を除いて算定した前期高齢者交付金額であり、実際の交付額とは異なる。

# 後期高齢者医療制度の財政の概要(25年度予算)

医療給付費等総額：13.8兆円  
25年度予算ベース

## 都道府県単位の広域連合

← 53% → ← 47% →



### 財政安定化基金

○保険料未納リスク、給付増リスク及び保険料の上昇抑制に対応するため、国・都道府県・広域連合(保険料)が1/3ずつ拠出して、都道府県に基金を設置し、貸付等を行う。

事業規模 0.2兆円程度

### 高額医療費に対する支援

○高額な医療費の発生による後期高齢者医療広域連合の財政リスクの緩和を図るため、レセプト1件当たり80万円を超える医療費の部分について、国及び都道府県が1/4ずつ負担する。

事業規模 0.2兆円

### 特別高額医療費共同事業

○著しい高額な医療費の発生による財政影響を緩和するため、各広域連合からの拠出金を財源として、レセプト1件当たり400万円超の医療費の200万円超の部分について、財政調整を行う。

事業規模 23億円

### 調整交付金(国)

○普通調整交付金(全体の9/10)  
広域連合間の被保険者に係る所得の格差による財政力の不均衡を調整するために交付する。

○特別調整交付金(全体の1/10)  
災害その他特別の事情を考慮して交付する。

### 保険基盤安定制度 制度施行後の保険料軽減対策

○保険基盤安定制度  
・低所得者等の保険料軽減  
(均等割7割・5割・2割軽減  
及び被扶養者の5割軽減)  
<市町村1/4・都道府県3/4>

○制度施行後の保険料軽減対策(国)  
・低所得者の更なる保険料軽減  
(均等割9割、8.5割  
及び所得割5割軽減)  
・被扶養者の9割軽減  
<4割軽減分;国>

事業規模 0.3兆円程度

① 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ことから、公費負担割合は47%となっている。  
② 市町村国保及び協会けんぽの後期高齢者支援金には、別途各々50%、16.4%(加入者割部分に限る)の公費負担がある。

## 2. 市町村国保の財政基盤の強化

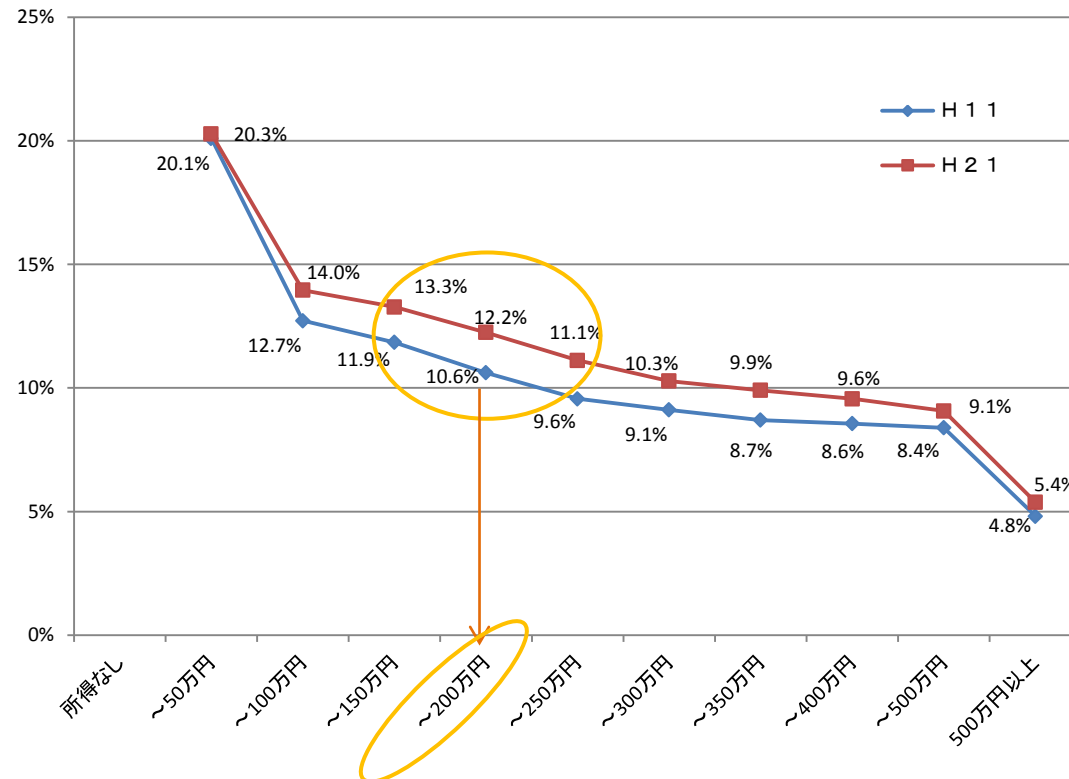
### (1) 低所得者の保険料軽減

平成23年11月24日  
第49回医療保険部会提出資料(抜粋)

#### 《現状》

- 現行制度においては、3人世帯で所得総額138万円以下(年収223万円以下)の低所得者の応益保険料について、所得に応じ7割、5割、2割の軽減を行っている。
- 近年の経済の低迷等により、3人世帯の場合、150～200万円の所得層の保険料の負担感が最も大きく増加している。

所得階級別保険料負担率の推移(3人世帯の場合)(平成11年→21年)



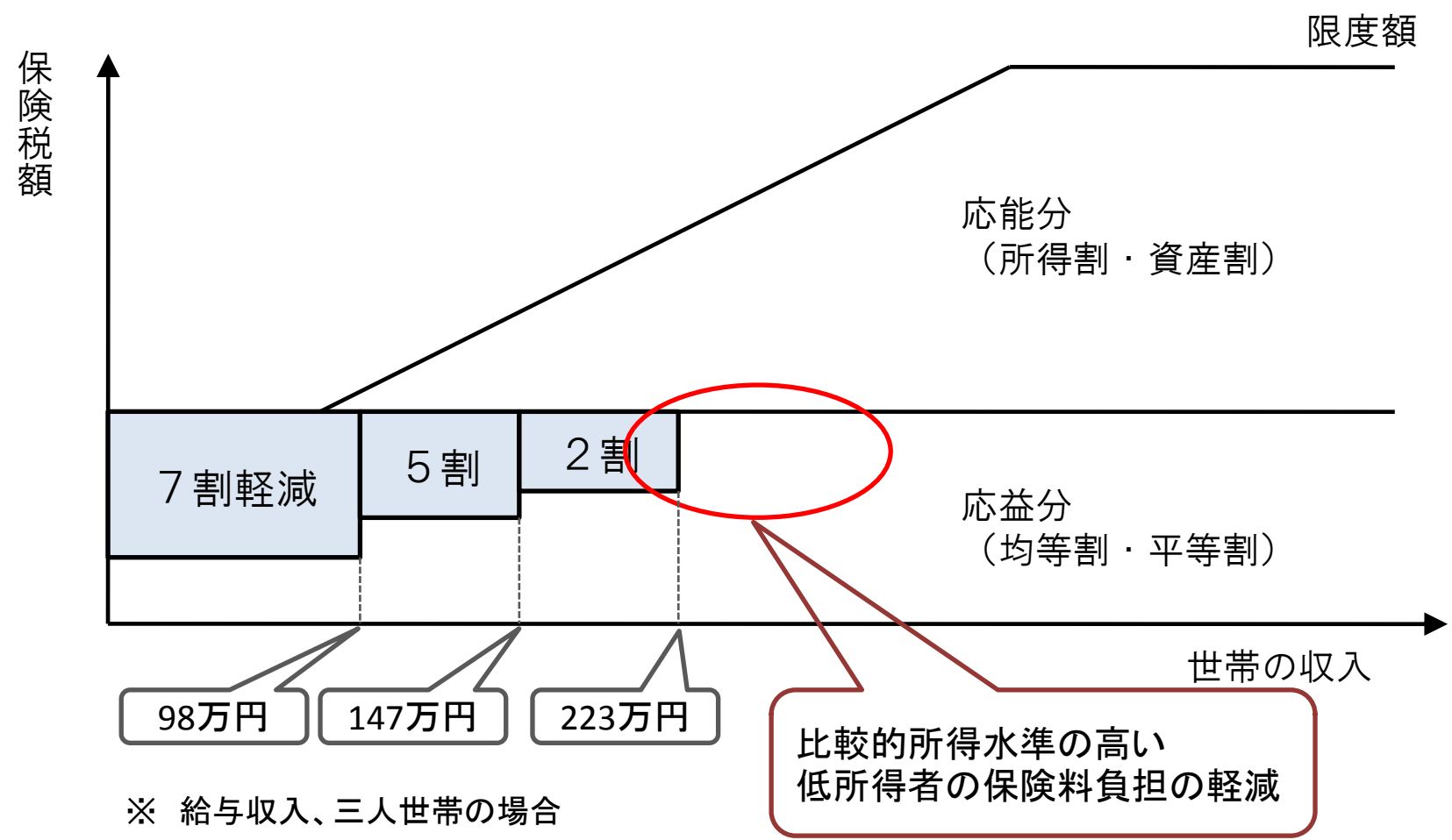
(注)ここでいう所得とは給与所得控除や公的年金等控除後の所得総額(基礎控除前)である。

(資料出所)厚生労働省保険局調査課「国民健康保険実態調査報告」を特別集計

### (1) 低所得者の保険料軽減

#### 《対応の方向性(案)》

- 7・5・2割軽減の対象とならない比較的高い低所得層の保険料負担の軽減を図ることが必要ではないか。



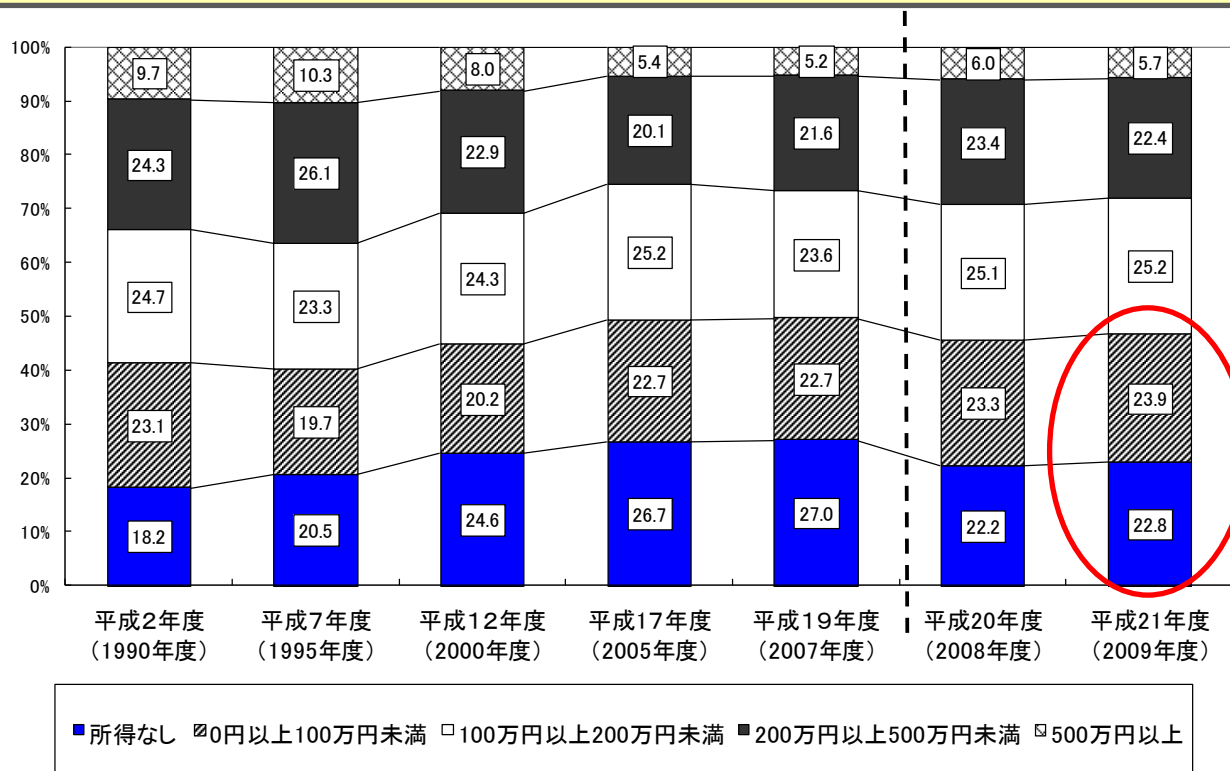
## 2. 市町村国保の財政基盤の強化

### (2) 低所得者が多い保険者に対する支援

平成23年11月24日  
第49回医療保険部会提出資料(抜粋)

#### 《現状》

- 現行制度では、暫定措置として、保険料の7割・5割軽減対象者の数に応じて、保険者に対する財政支援を行うことにより、中間所得層の保険料負担の軽減を図っている。
  - 近年の経済の低迷等により、低所得世帯の割合が次第に増加しており、平成21年度において、加入世帯の22.8%が所得なし、23.9%が0円以上100万円未満世帯。
- ※「所得なし」世帯の収入は、給与収入世帯で65万円以下、年金収入世帯で120万円以下。



(注1) 国民健康保険実態調査報告による。

(注2) 擬制世帯主、所得不詳は除いて集計している。

(注3) 平成20年度以降は後期高齢者医療制度創設され、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注4) ここでいう所得とは給与と所得控除や公的年金等控除後の所得総額(基礎控除前)である。

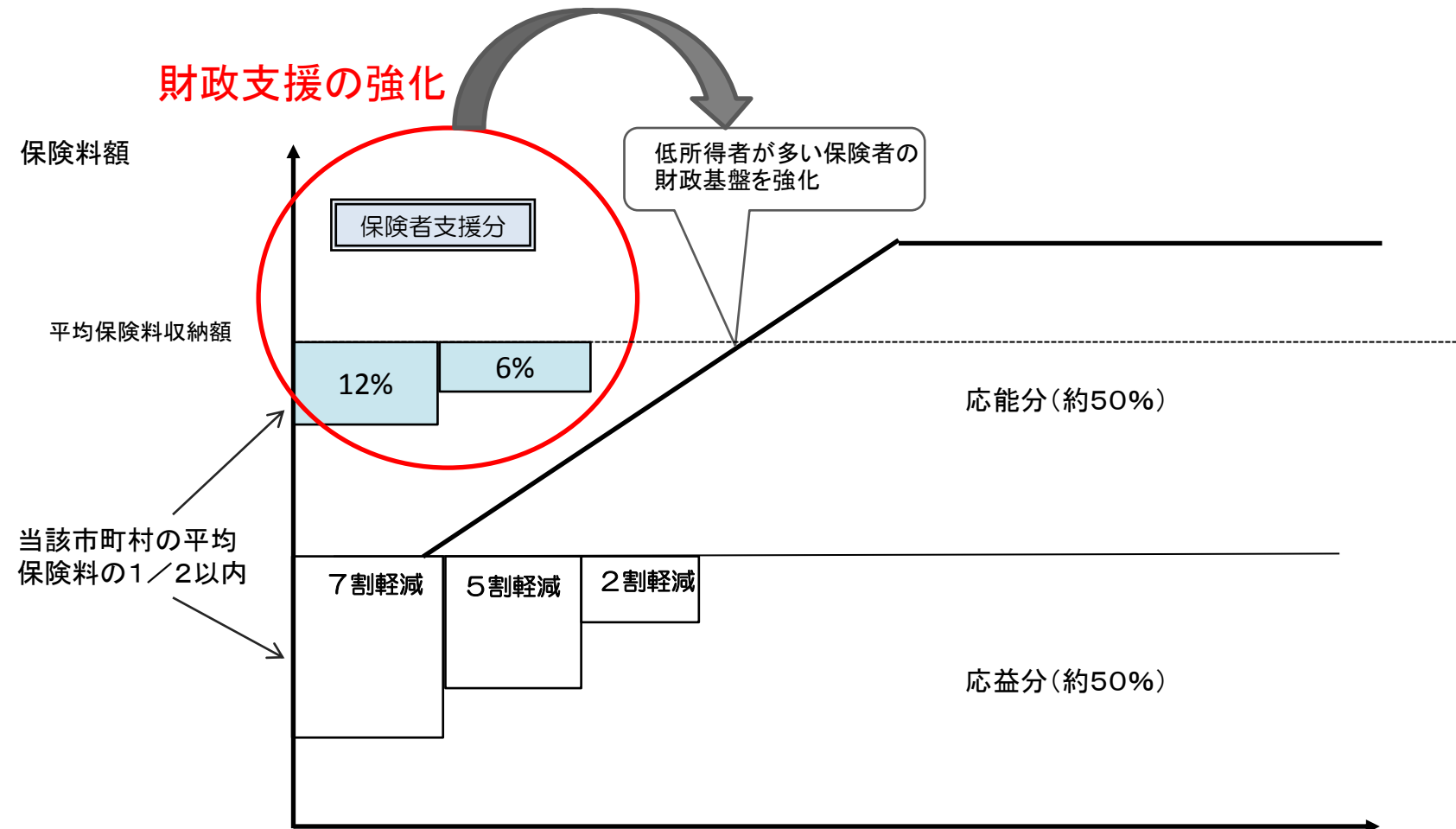
## 2. 市町村国保の財政基盤の強化 (2) 低所得者が多い保険者に対する支援

平成23年11月24日  
第49回医療保険部会提出資料(抜粋)

### 《対応の方向性(案)》

- 低所得者が多い保険者に対する財政支援を強化することが必要ではないか。(中間所得層の保険料負担の更なる軽減等が可能)
- 保険者支援は、現在、暫定措置として行っているが、恒久化すべきではないか。

### 財政支援の強化



# 「平成26年度診療報酬改定の基本方針」の検討について

## 1. 今後の進め方

《12月上旬》

《これまで》

- 社会保障・税一体改革関連の事項について先行して議論し、9月6日付けで「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」を取りまとめ
  - ・ 医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に関する基本的な考え方を整理

《これから》

- これまで議論していない事項（「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」以外の事項）について議論

「平成26年度診療報酬改定の基本方針」の議論・策定

## 2. これまでの「診療報酬改定の基本方針」

- これまでの「診療報酬改定の基本方針」においては、「改定の視点」や「重点課題」等を定めた上で、「検討の方向」を示している。
  - ① 「改定の視点」については、平成18年度改定から平成24年度改定まで、文言の修正はあるが、基本的な内容は継続している。
  - ② 「重点課題」については、平成22年度改定以降、当該改定時の状況を踏まえ、特に重点的に取り組むべき課題を定めている。

### (1) 平成18年度診療報酬改定の基本方針

#### ア 改定の視点

4つの「改定の視点」を定めた上で、その「検討の方向」を示した。

改定の視点	検討の方向
① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・名称等も含めた患者にとって分かりやすい診療報酬体系への見直し</li> <li>・領収書の発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供の推進</li> <li>・生活習慣病等の重症化予防の推進</li> </ul>
② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価</li> <li>・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価</li> <li>・DPCの支払対象病院の拡大 等</li> </ul>
③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・産科や小児科、救急医療等の適切な評価</li> <li>・IT化の集中的な推進</li> <li>・医療技術の難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価と保険導入手続の透明化・明確化 等</li> </ul>
④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時の食事に係る評価</li> <li>・外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価</li> <li>・コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価 等</li> </ul>



## (2) 平成20年度診療報酬改定の基本方針

### ア 改定の視点

平成18年度改定の「改定の視点」を踏まえ、4つの「改定の視点」を定めた上で、その「検討の方向」を示した。

改定の視点	検討の方向
①患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点	・医療機関が明細書を発行する仕組み ・分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件の見直し ・がん医療等について質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価 等
②質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点	・DPCの支払対象病院の在り方や拡大 ・提供された医療の結果により質を評価する手法 ・7対1入院基本料等について医療ニーズに着目した評価 等
③我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点	・がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価 ・脳卒中の早期治療体制や地域連携パスを用いた医療体制等に向けた評価 ・自殺企図者への精神科医を含めた総合的な診療の評価 等
④医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点	・相対的に治療効果が低くなった技術の新技术への置換えが進むような適正な評価 ・後発医薬品の更なる使用促進の仕組みや環境整備の方策 ・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価 等

### イ 緊急課題

産科や小児科をはじめとする医師不足等の地域医療を巡る厳しい現状等を踏まえ、「緊急課題」を定めた上で、その「検討の方向」を示した。

緊急課題	検討の方向
①産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減	・ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応の充実 ・小児医療について専門的な医療を提供する医療機関の評価 ・診療所における夜間開業の評価、大病院が入院医療の比率を高める促進策等

### (3) 平成22年度診療報酬改定の基本方針

#### ア 改定の視点

平成20年度改定の「改定の視点」を踏まえ、4つの「改定の視点」を定めた上で、その「検討の方向」を示した。

改定の視点	検討の方向
① 充実が求められる領域を適切に評価していく視点	・がん医療の推進、認知症医療の推進、感染症対策の推進、肝炎対策の推進 ・質の高い精神科入院医療の推進 ・新しい医療技術や医薬品等についてのイノベーションの適切な評価 等
② 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点	・医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものにするための検討 ・医療安全対策の推進 ・患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価 等
③ 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点	・質が高く効率的な急性期入院医療や快復期リハビリ等の推進に対する評価 ・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進 ・介護職種も含めた多職種間の連携等に対する適切な評価 等
④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点	・後発医薬品の使用促進 ・市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価 ・相対的に治療効果が低くなった技術の新技术への置換えが進むような適正な評価

#### イ 重点課題

医療現場の疲弊や医師不足等の課題が解消しておらず、依然として医療は危機的な状況にあること等を踏まえ、「重点課題」を定めた上で、その「検討の方向」を示した。

重点課題	検討の方向
① 救急、産科、小児、外科等の医療の再建	・地域連携による救急患者の受入れの推進、救急患者を受け入れる医療機関の評価 ・新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ・後方病床・在宅医療の機能強化 等
② 病院勤務医の負担の軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)	・看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価 ・医療職以外の職員が担う役割の評価、医療クラークの配置の促進 ・地域の医療・介護関係職種の連携の評価

#### (4) 平成24年度診療報酬改定の基本方針

##### ア 改定の視点

平成22年度改定の「改定の視点」を踏まえ、4つの「改定の視点」を定めた上で、その「検討の方向」を示した。

改定の視点	検討の方向
① 充実が求められる分野を適切に評価していく視点	・がん医療の充実、生活習慣病の推進 ・精神疾患に対する医療の充実、認知症対策の促進 ・手術等の医療技術の評価、医薬品・医療材料等のイノベーションの評価 等
② 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点	・医療安全対策等の推進 ・退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実の適切な評価 ・診療報酬点数表の用語・技術の平易化・簡素化 等
③ 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点	・病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 ・医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価 ・診療所の機能に着目した評価 等
④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点	・後発医薬品の使用促進 ・平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進 ・医薬品・医療機器・検査の市場実勢価格を踏まえた適正な評価 等

##### イ 重点課題

医療・医療保険を取り巻く状況、診療報酬と介護報酬の同時改定であることを踏まえ、「重点課題」を定めた上で、その「検討の方向」を示した。

重点課題	検討の方向
① 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減	・勤務体制の改善等の取組 ・救急外来や外来診療の機能分化の推進 ・病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進
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の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組	・在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進 ・看取りに至るまでの医療の充実 ・早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進 等

### 3. 次期診療報酬改定に向けた論点(これまで議論していない事項)

○ 平成26年度診療報酬改定に向けた論点のうち、これまで議論していない事項(「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」以外の事項)については、これまでの「改定の視点」や「重点課題」等を踏まえると、例えば、次の事項が考えられるが、これらの事項や、その「検討の方向」をどのように考えるか。

① 充実が求められる分野を適切に評価していく視点(平成24年度の「改定の視点」)

② 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点(平成24年度の「改定の視点」)

③ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点(平成24年度の「改定の視点」)

④ 勤務環境の改善、チーム医療の推進等

## 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、適切に組み合わせて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。



# 産科医療補償制度の概要

## 制度創設の経緯

分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つである。このため、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、**①分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済し、②紛争の早期解決を図るとともに、③事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る**ことを目的とし、平成21年1月から(公財)日本医療機能評価機構において産科医療補償制度の運営が開始された。

※制度の創設に当たっては、平成18年11月に与党においてとりまとめられた枠組みを踏まえ、制度の詳細について検討が行われた。

## 補償対象

(※ 該当年に誕生した児のうち、制度創設時の対象者推計数は概ね500~800人 )

### ○ 分娩に関連して発症した重度脳性麻痺

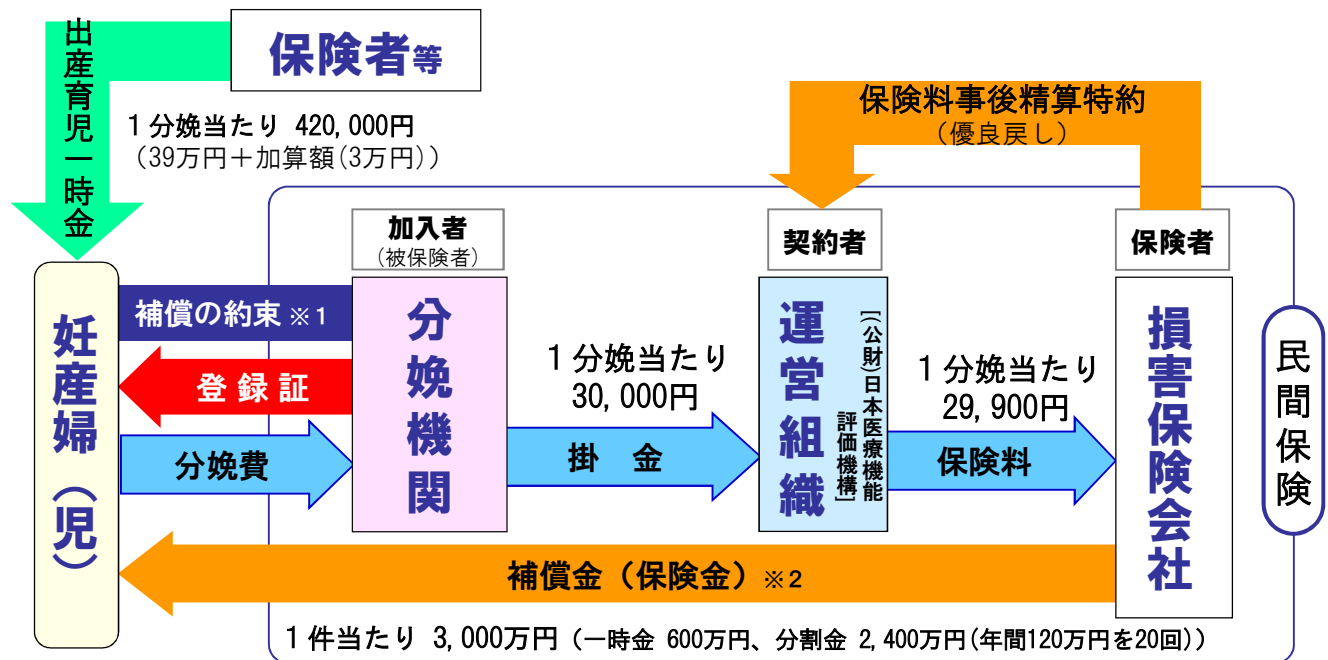
- ・出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上、または在胎週数28週以上かつ所定の要件に該当する場合
- ・身体障害者等級1・2級相当の重症者
- ・先天性要因等の除外基準に該当するもの除く

### ○ 補償申請期間は児の満5歳の誕生日まで (※平成21年生まれの児の場合、平成26年まで申請可能)

## その他

遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行う。

## <補償の機能>



※1：運営組織が定めた標準補償約款を使用して補償を約束

※2：運営組織にて補償対象と認定されると、運営組織が加入分娩機関の代わりに損害保険会社に保険金を請求し、保険金が補償金として支払われる

## <原因分析・再発防止の機能>

### 原因分析

医学的観点から原因を分析し、児と分娩機関の双方に結果をフィードバック

事例情報の蓄積

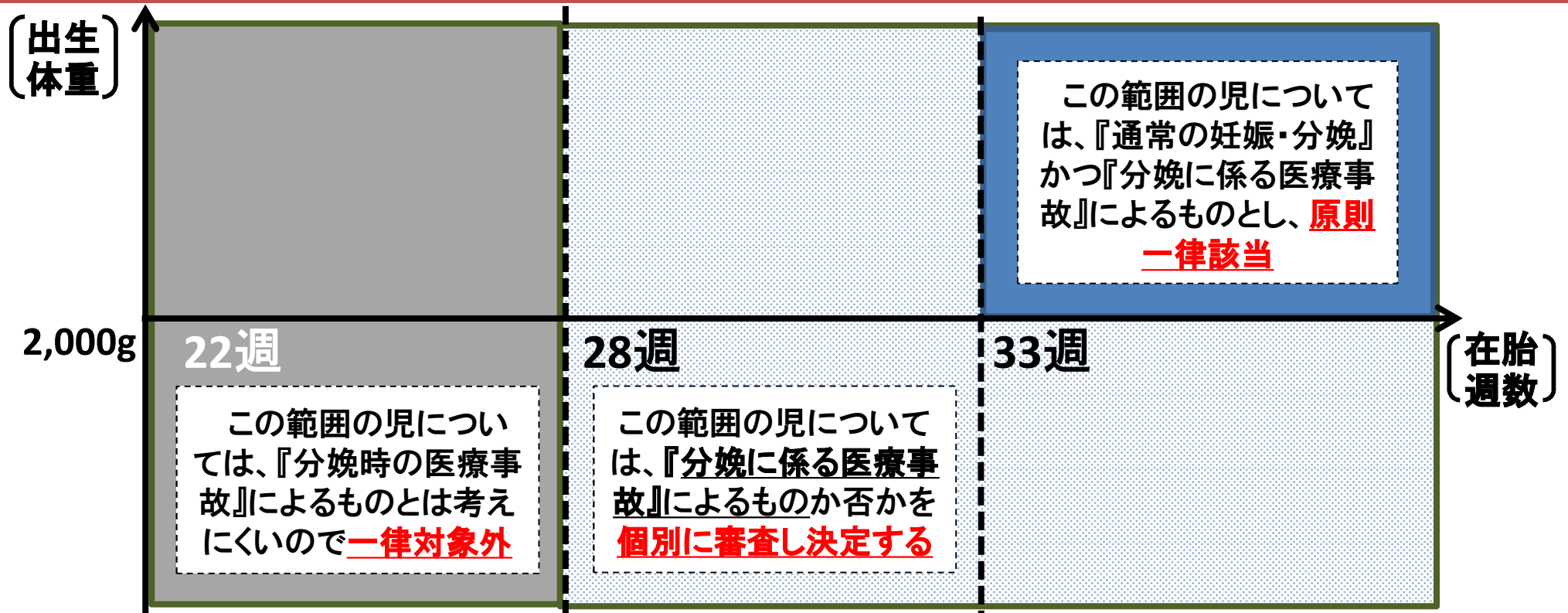
### 再発防止

収集した事例を統計的・体系的に整理し、再発防止策を策定する。

広く一般に公開、提言

産科医療の質の向上

## 脳性麻痺児の出生体重・在胎週数と、補償対象範囲との関係



## 補償対象者選定にあたっての基本的考え方

- 1) **通常の妊娠・分娩**にもかかわらず、**分娩に係る医療事故により重度脳性麻痺**となった場合を、補償対象とする。  
(在胎週数33週以上かつ出生体重2000g以上＝「**一律該当**」)
- 2) ただし、出生体重や在胎週数を絶対的基準とすることは難しいため、その周辺について、**個別審査の範囲を設定**。
- 3) 「33週以上かつ2000g以上」を「**一律該当**」とした理由は、
  - ① 脳性麻痺の発生率が、成熟児(33週以上)と未熟児(32週以下)では、大きく異なること。(約14-17倍の群間差)
  - ② 胎内での臓器・生理機能の発達が未熟であることを示し、脳性麻痺の原因となると考えられる**3つの合併症(※)**の占める割合が、成熟児(33週以上)と未熟児(32週以下)では、大きく異なること。

※IVH(脳室内出血)、PVL(脳室内灰白症)、RDS(呼吸窮迫症候群)

# 社会保障・税一体改革による 社会保障の充実・安定化について(案)

※ 平成25年9月10日の社会保障・税一体改革関係6大臣打ち合わせを踏まえ、関係府省でとりまとめたもの。

# 社会保障・税一体改革による社会保障の充実

※ 消費税引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向けてのこととなっており、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引上げ等\*による社会保障の安定化のほか、以下の社会保障の充実を予定している。

子ども・子育て

## ○子ども・子育て支援の充実(待機児童の解消などの量的拡充と質の向上)

- ・子ども・子育て支援新制度の実施による、幼児教育・保育と地域の子ども・子育て支援の総合的推進・充実
- ・「待機児童解消加速化プラン」の実施
- ・新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業
- ・社会的養護の充実

など

0.7兆円程度

医療・介護

## ○医療・介護サービスの提供体制改革

### ①病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等

- ・病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにすることで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。
- ・在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。
- ・医師、看護師等の医療従事者を確保する。

(新たな財政支援制度の創設、診療報酬に係る適切な対応の在り方の検討・必要な措置)

### ②地域包括ケアシステムの構築

介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するため、以下の取組を行う。

- i) 医療と介護の連携、ii) 生活支援・介護予防の基盤整備
- iii) 認知症施策、iv) 地域の実情に応じた要支援者への支援の見直し
- v) マンパワーの確保等

など

## ○難病、小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立

## ○医療・介護保険制度の改革

### ①医療保険制度の財政基盤の安定化

- ・低所得者が多く加入する国民健康保険への財政支援の拡充(国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関する改革の前提として行われる財政支援の拡充を含む)
- ・協会けんぽに対する国庫補助

### ②保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

- ・国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充
- ・後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

### ③保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等

- ・低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し
- ・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

### ④介護給付の重点化・効率化

- ・一定以上の所得を有する者の利用者負担の見直し

### ⑤介護保険の一号保険料の低所得者軽減強化

など

1.5兆円程度

※充実と重点化・効率化を併せて実施

年金

## ○現行制度の改善

- ・低所得高齢者・障害者等への福祉的給付
- ・受給資格期間の短縮
- ・遺族年金の父子家庭への拡大

0.6兆円程度

\* 2017年度時点では、3.2兆円程度の見込み。

(注)上記の表は、消費税増収分を活用した社会保障の充実について、公費に影響のあるものについて整理したものである。

所要額(公費※)合計

=

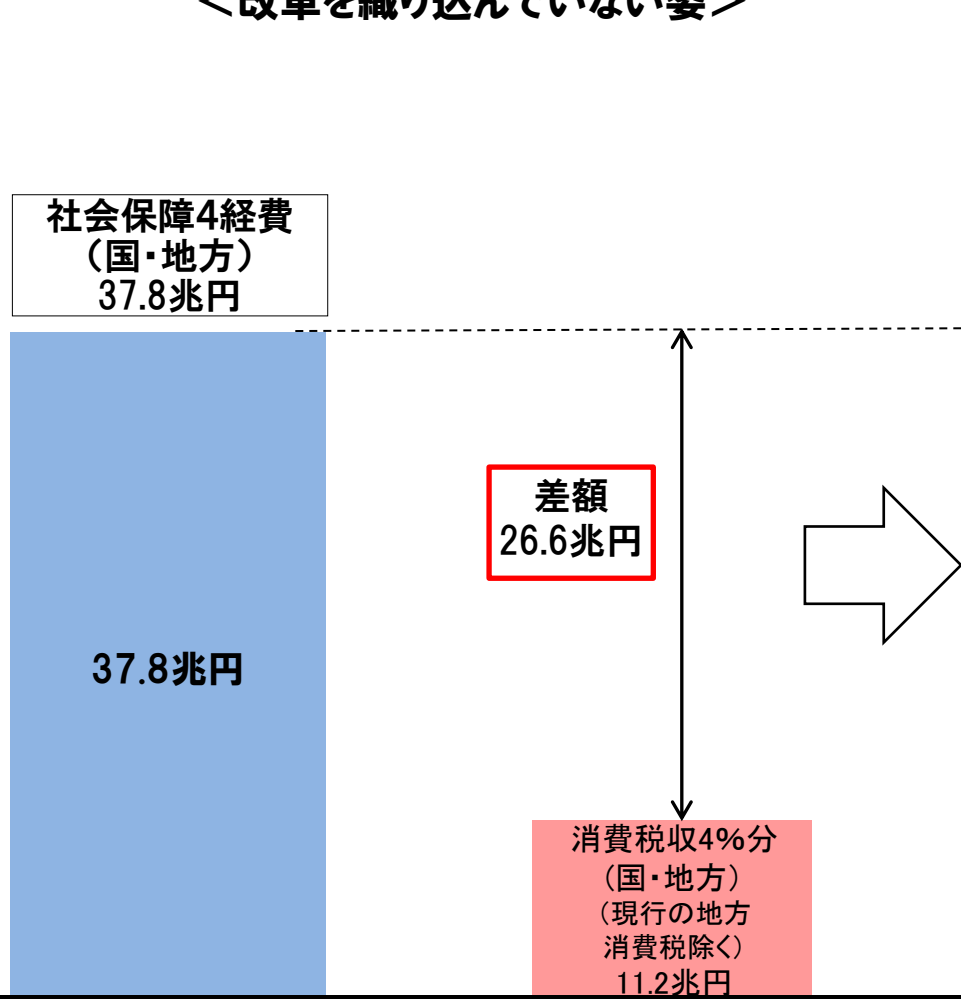
2.8兆円程度

※ 消費税財源(平年度ベース) 2

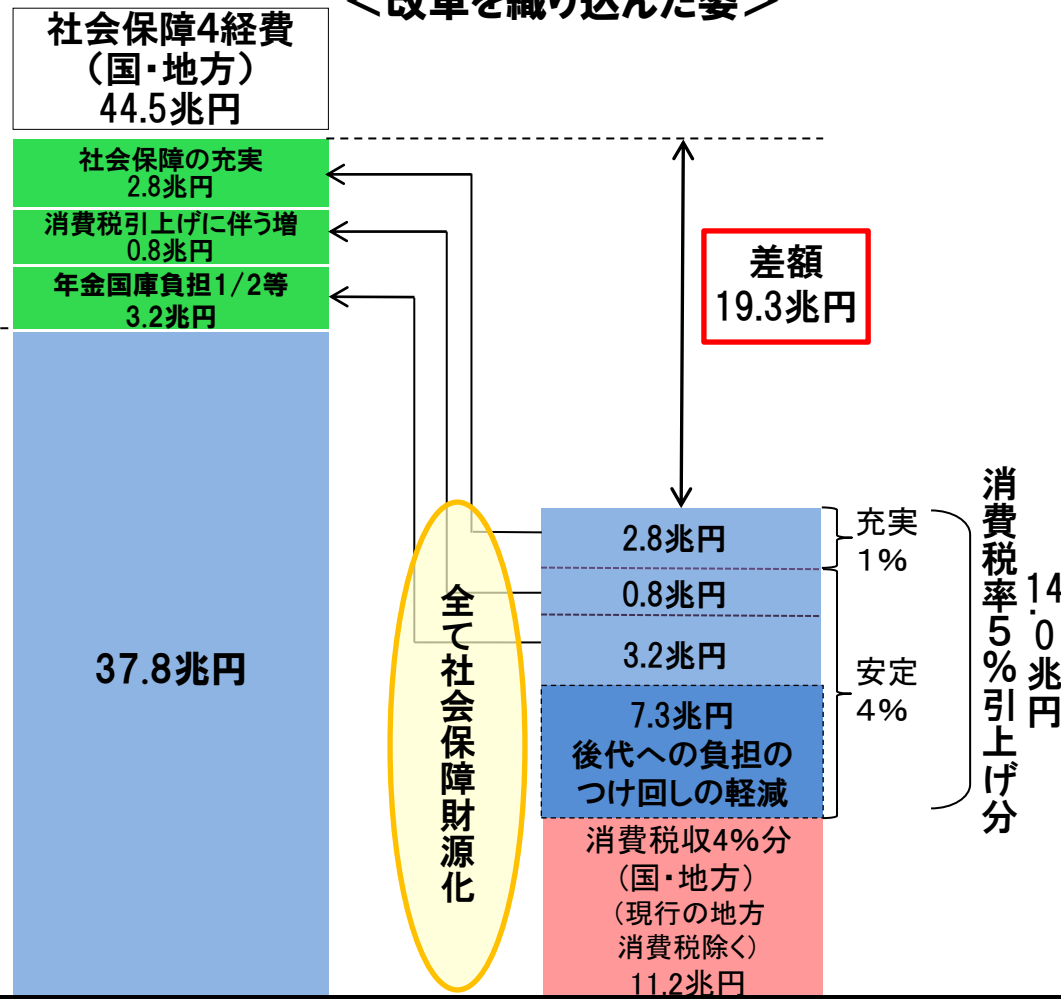
# 社会保障の安定財源確保

- 今般の社会保障・税一体改革により、消費税率引上げによる増収分を含む消費税込(国・地方、現行の地方消費税込を除く)は、全て社会保障財源化される。
- 消費税率引上げによる増収分は、消費税率が税制抜本改革法に則り5%引き上げられた場合には、「社会保障の安定化」に4%程度、「社会保障の充実」に1%程度向けられることになる。

## <改革を織り込んでいない姿>



## <改革を織り込んだ姿>



(注1) 社会保障制度改革推進法では、「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分ち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるもの」とされている(社会保障制度改革推進法第2条第1項4号)。

(注2) 計数は、2017年度時点の見込み。

(注3) 上図の社会保障4経費のほか、「社会保障4経費に則った範囲」の地方単独事業がある。

(注4) 引上げ分の地方消費税については、地方税法において、社会保障施策に要する経費に充てるとされている。また、引上げ分の地方消費税と消費税に係る交付税法定率分の総額を、地方単独事業を含む地方の社会保障給付費の総額と比較し、社会保障財源となっていることを毎年度確認することとされている。

# <参考資料>

(厚生労働省・内閣府)

# 平成26年度の社会保障の充実・安定化について

- 消費税率引き上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向ける。
- 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、平成26年度の増収額5.1兆円程度<sup>(※)</sup>については、
  - ① まず基礎年金国庫負担割合2分の1に2.95兆円程度を向け、
  - ② 残額を満年度時の
    - ・「社会保障の充実」及び「消費税引き上げに伴う社会保障4経費の増」と
    - ・「後代への負担のつけ回しの軽減」
 の比率（概ね1：2）で按分した額をそれぞれに向ける。

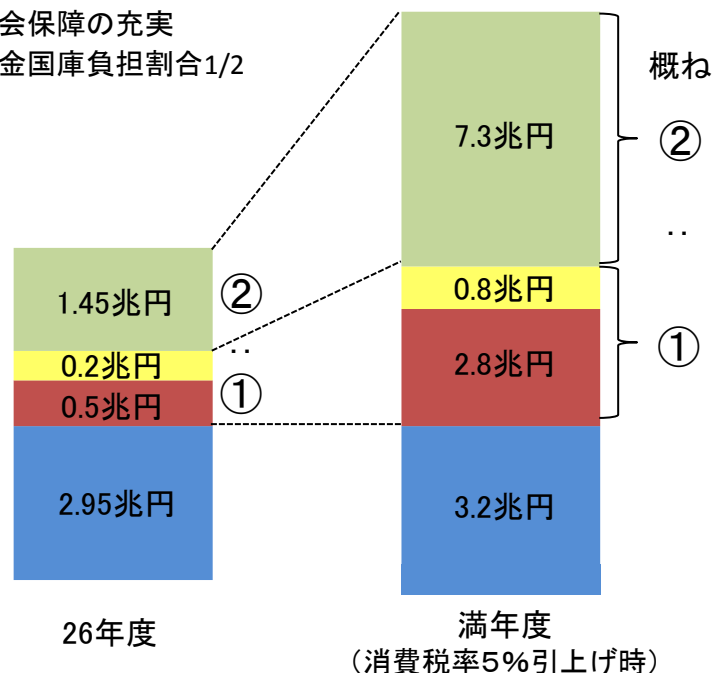
※ 消費税については、国の会計年度と、消費税を納税する者の事業年度が必ずしも一致しないこと等により、段階的な増収となる。財務省・総務省による一定の仮定に基づく機械的試算によれば、26年度の増収額は消費税率換算で1.9%程度と見込まれ、これに内閣府試算に基づく1%当たりの消費税率を乗じれば、5.1兆円程度となる。

## <26年度消費税増収分の内訳>

<b>○年金国庫負担割合2分の1</b> (平成24年度・25年度の基礎年金国庫負担割合2分の1の差額に係る費用を含む)	2.95兆円程度
<b>○社会保障の充実</b> ・子ども・子育て支援の充実 ・医療・介護の充実 ・年金制度の改善	0.5兆円程度
<b>○消費税引き上げに伴う社会保障4経費の増</b> ・診療報酬などの物価上昇に伴う増	0.2兆円程度
<b>○後代への負担のつけ回しの軽減</b> ・高齢化等に伴う増（自然増）を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費	1.45兆円程度

## (参考) 算定方法のイメージ

- 後代への負担のつけ回しの軽減
- 消費税引き上げに伴う社会保障4経費の増
- 社会保障の充実
- 年金国庫負担割合1/2



# 平成26年度における社会保障の充実に係る事項要求の考え方について（案） （厚生労働省・内閣府）

- 消費税引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向けることとなっており、平成26年度の増収額(5.1兆円程度<sup>(※2)</sup>)については、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引上げ等(2.95兆円程度)による社会保障の安定化のほか、0.5兆円程度を「社会保障の充実」に充てる。
- 以下の内容は、現時点の厚生労働省・内閣府の考え方を示すものであり、今後の予算編成過程で引き続き検討・調整を行う。

子ども・子育て支援		<ul style="list-style-type: none"> <li>○「待機児童解消加速化プラン」の推進               <ul style="list-style-type: none"> <li>・29年度末までに約40万人分の保育の受け皿を確保することとし、新制度の施行を待たずに、25・26年度で約20万人分を確保する。</li> </ul> </li> <li>○新制度への円滑な移行を図るための保育緊急確保事業(子ども・子育て支援法附則)</li> <li>○社会的養護の充実</li> </ul>	～0.3兆円程度～
医療・介護	①医療・介護サービスの提供体制改革	<病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等> <ul style="list-style-type: none"> <li>○病床の機能分化と連携を進め、発症から入院、回復期(リハビリ)、退院までの流れをスムーズにしていくことで、早期の在宅・社会復帰を可能にする。</li> <li>○在宅医療・介護を推進し、地域での生活の継続を支える。</li> <li>○医師、看護師等の医療従事者を確保する。</li> </ul>	～0.1兆円程度～
	②医療保険制度改革	<地域包括ケアシステムの構築> 介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するための取組を行う。	
		国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充 ※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についても今後実施する予定(1,700億円程度)	620億円程度
	③難病・小児慢性特定疾患に係る公平かつ安定的な制度の確立	低所得者に配慮しつつ行う高額療養費の見直し(27年1月実施)	50億円程度
年金	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。(27年1月実施)	～300億円程度～	
合計		遺族年金の父子家庭への拡大	10億円程度
			0.5兆円程度

※1 このほか、消費税引上げに伴う社会保障支出の増についても、予算編成過程で検討。

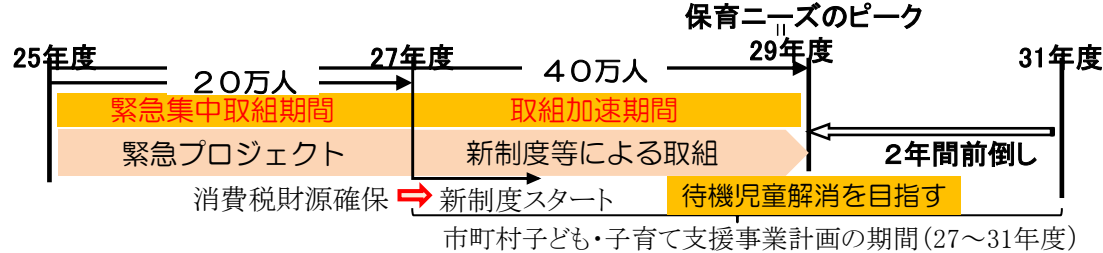
※2 上記の数字は公費(国及び地方の合計額)であり、国及び地方の内訳についても予算編成過程で検討するが、現行制度における国と地方の負担割合は、全体として、子ども・子育て分野では概ね1:1、医療保険分野では概ね2:1、介護分野では概ね1:1となっている。



# 子ども・子育て支援の充実

## I. 「待機児童解消加速化プラン」の推進

○子ども・子育て支援新制度の施行(27年度予定)を待たずに、「緊急集中取組期間」(25・26年度)で約20万人分、潜在ニーズを含め、保育ニーズのピークを迎える29年度末までに合わせて約40万人分の保育の受け皿を確保し、待機児童の解消を目指す。



○消費税財源を活用して以下を実施し、意欲ある地方自治体を強力に支援。(☆はII. 保育緊急確保事業として実施)

- 小規模保育、家庭的保育、幼稚園の長時間預かり保育や、認可を目指す認可外保育施設への支援 ☆
- 保育の量拡大に対応した保育所運営費の確保 ■保育士確保対策(処遇改善) ☆ ■利用者支援 ☆ 等

※加速化プランの推進に必要な保育所整備費等についても、別途適切に確保

## II. 保育緊急確保事業

○子ども・子育て支援新制度への円滑な移行を図るため、待機児童の多い市町村等が取り組む保育その他の子ども・子育て支援に関する事業を支援(子ども・子育て支援法附則第10条)

1 「待機児童解消加速化プラン」の推進 (上記 I)

2 新制度に基づく事業の先行的な支援

新制度の下で市町村が実施する、地域子育て支援拠点事業など、地域子ども・子育て支援事業等を先行的に支援。

- 地域子育て支援拠点事業 ■一時預かり事業 ■ファミリー・サポート・センター事業
- 放課後児童クラブの充実(開所時間の延長の促進(小1の壁の解消)) 等

## III. 社会的養護の充実

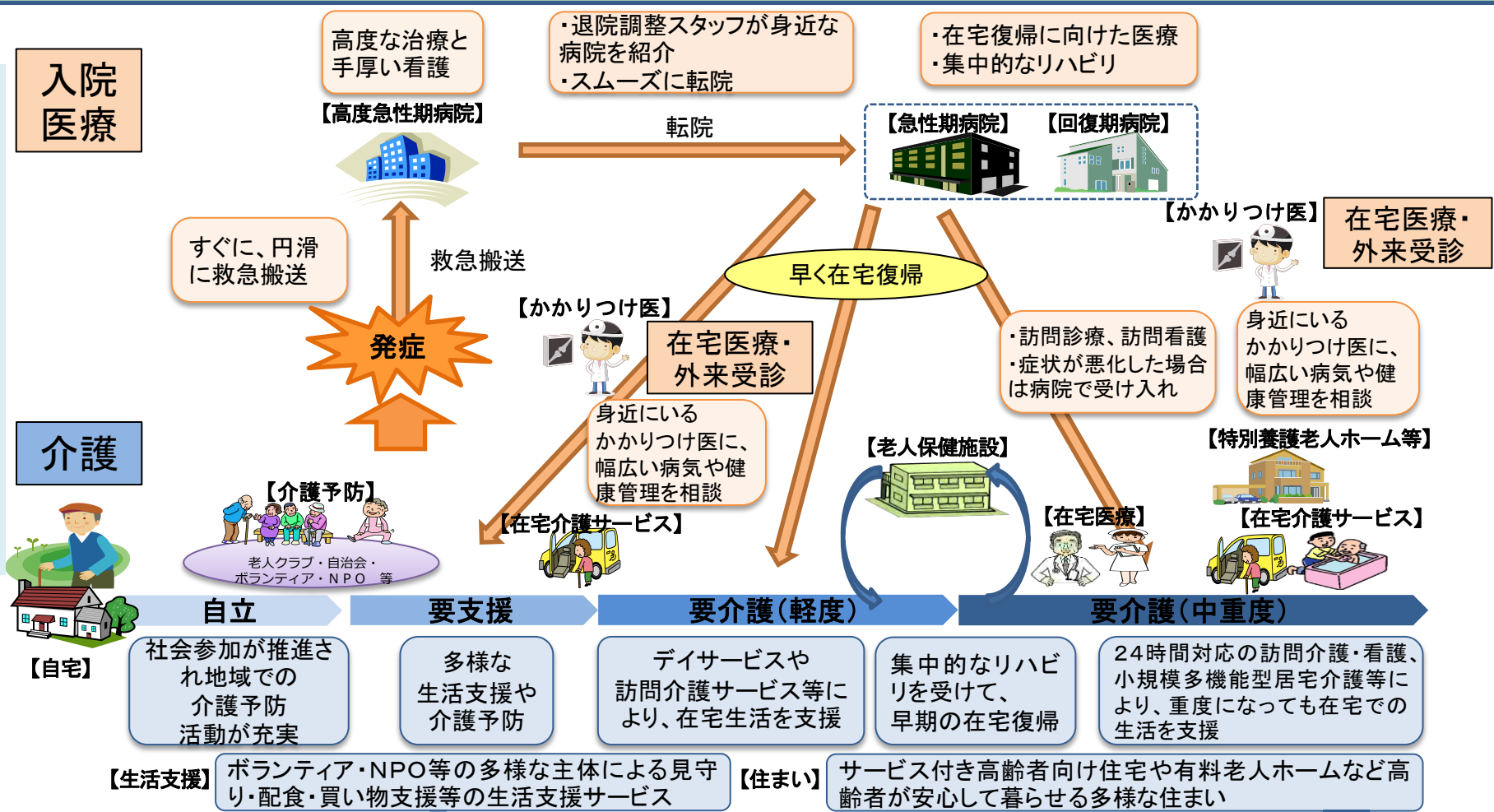
- 児童養護施設等の受入児童数の拡大(虐待を受けた子どもなど社会的養護が必要な子どもの増加への対応)
- 児童養護施設等での家庭的な養育環境(小規模グループケア、グループホーム)の推進

# 医療・介護の提供体制の見直し

○ 医療・介護サービスについては、2025(平成37)年に向け、住み慣れたまちで、安心して、その人に応じた適切なサービスを受けられる社会を目指し、効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、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)を構築することが必要。

○ このため、26年通常国会に必要な法律案を提出するとともに、29年度までを目途に順次必要な措置を講じていく。併せて、26年度予算編成過程において、新たな財政支援制度や、病床の機能分化・連携や在宅医療等を推進するための診療報酬改定等について、消費税の増収分を活用した対応の在り方を検討。

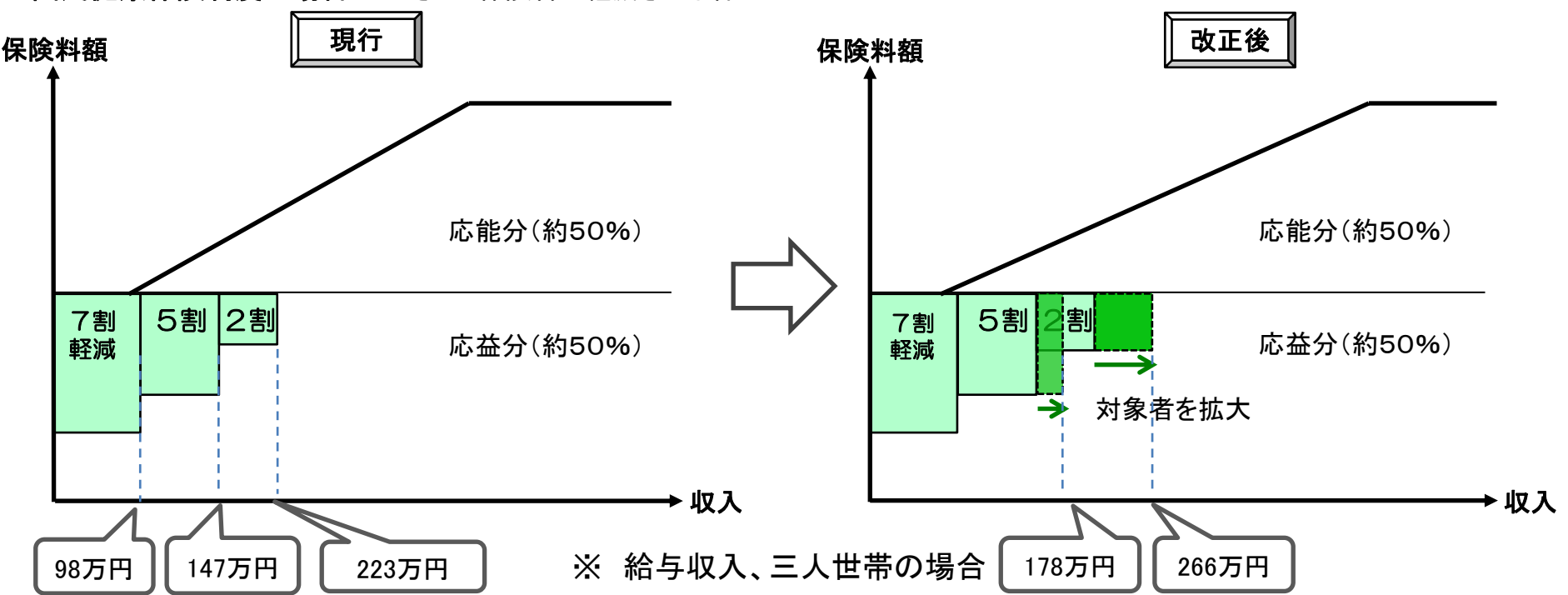
改革後の姿 (利用者の立場から)



# 国民健康保険・後期高齢者医療の低所得者の保険料軽減措置の拡充

○ 国民健康保険・後期高齢者医療の保険料の軽減判定所得の基準を見直し、保険料の軽減対象を拡大する。

<国民健康保険制度の場合> ※さらに保険料が軽減される者 400万人



(参考)  
国保制度では、このほか、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についても今後実施する予定。

## 《具体的な内容(案)》

- ① 2割軽減の拡大 ... 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。  
 (現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 (給与収入 **約223万円**、3人世帯)  
 (改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 (給与収入 **約266万円**、3人世帯)
- ② 5割軽減の拡大 ... 現在、二世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。  
 (現行) 基準額 33万円+24.5万円 × (被保険者数-世帯主) (給与収入 **約147万円**、3人世帯)  
 (改正後) 基準額 33万円+24.5万円 × 被保険者数 (給与収入 **約178万円**、3人世帯)

(注) 後期高齢者医療制度においても同様の見直しを予定(さらに保険料が軽減される者 100万人)。

# 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) -抄-

「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) -抄-

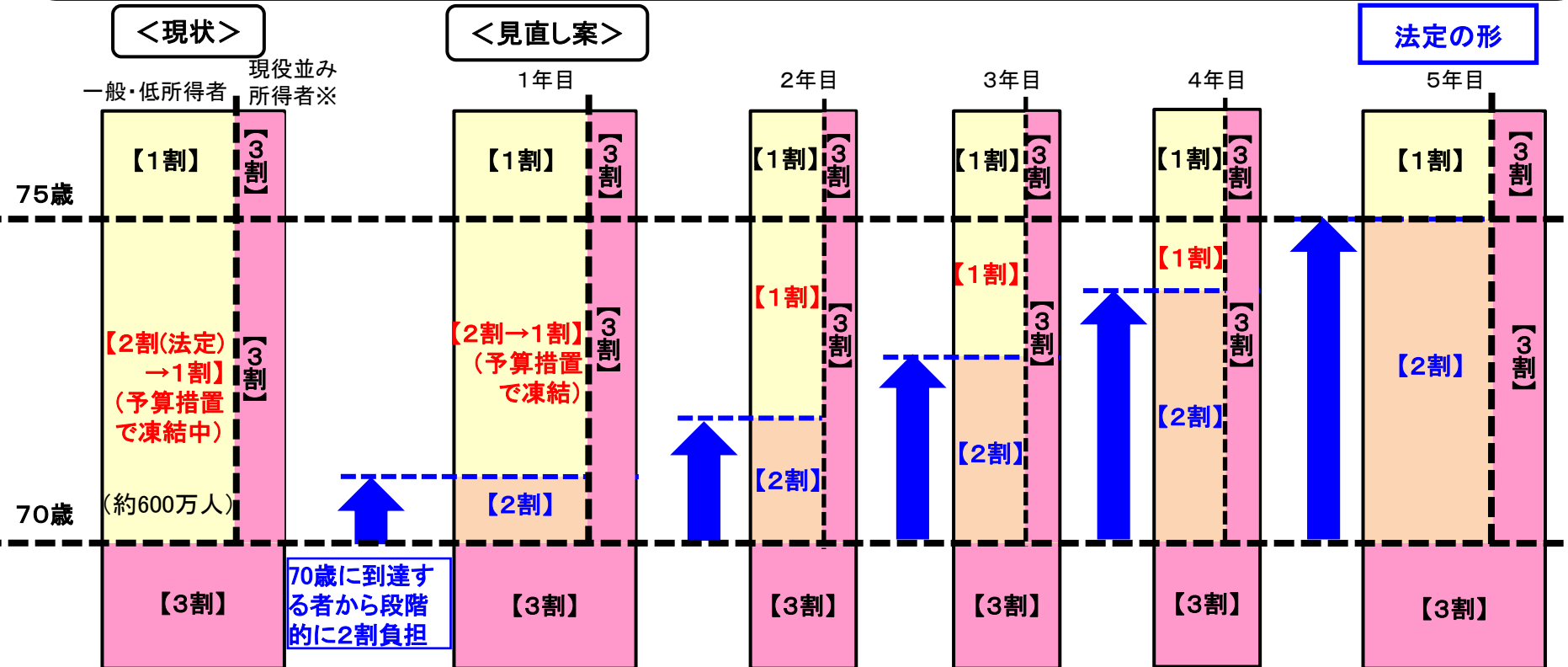
暫定的に1割負担となっている70~74歳の医療費の自己負担については(略)、世代間の公平を図る観点から止めるべきであり、政府においては、その方向で、本年6月に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針」のとおり「早期に結論を得る」べきである。その際は、低所得者の負担に配慮しつつ、既に特例措置の対象となっている高齢者の自己負担割合は変わらないよう、新たに70歳になった者から段階的に進めることが適当である。

## ○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) -抄-

(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



# 高額療養費制度の見直し

※ 現時点のたたき台の案であり、今後の議論によって変更がありうる。

## 1. 見直しの趣旨

○ 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、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、高額療養費の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するもの。

## 2. 見直しの内容（例）

### <70歳未満>

現行		案1		案2		案3					
所得区分	限度額(月単位)	所得区分	限度額(月単位)	所得区分	限度額(月単位)	所得区分	限度額(月単位)				
上位所得者 年収約770万円以上 (標準報酬月額53万円以上)	150000+1% <83400> <small>※標準報酬53万円に対応する総報酬月額60万円の25%となるよう設定。 ※4月目以降は、年間負担額が総報酬月額60万円の2ヶ月程度となるよう設定。</small>	年収約1510万円以上 (標報121万円)	322500+1% <179100>	1160~ (83万円以上)	252600+1% <140100>	1160~ (83万円以上)	252600+1% <140100>				
		1160~1510 (83~115万円)	252600+1% <140100>					770~1160 (53~79万円)	167400+1% <93000>	770~1160 (53~79万円)	167400+1% <93000>
		970~1160 (65~79万円)	207600+1% <115200>								
一般所得者 ~770	80100+1% <44400> <small>※平成16年度の政管平均標報28万円に対応する総報酬月額(32万円)の25%となるよう設定。 ※4月目以降は、年間負担額が総報酬月額32万円の2ヶ月程度となるよう設定。</small>	770~970 (53~62万円)	167400+1% <93000>	770~1160 (53~79万円)	167400+1% <93000>	770~1160 (53~79万円)	167400+1% <93000>				
		570~770 (41~50万円)	122400+1% <68100>	570~770 (41~50万円)	122400+1% <68100>	370~770 (28~50万円)	80100+1% <44400>				
		370~570 (28~38万円)	80100+1% <44400>	370~570 (28~38万円)	80100+1% <44400>	~370 (26万円以下)	57600 <44400>				
		310~370 (24~26万円)	62100 <44400>	~370 (26万円以下)	57600 <44400>						
低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>	低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>	低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>	低所得者 (住民税非課税)	35400 <24600>				

### <70~74歳(3割・2割負担の者)>

所得区分	外来限度額	入院限度額	所得区分	外来限度額	入院限度額	所得区分	外来限度額	入院限度額
現役並み所得者 370~(標報28万以上)	44400	80100+1% <44400>	570以上 (標報41万以上)	68100	122400+1% <68100>	570以上 (標報41万以上)	68100	122400+1% <68100>
			370~570 (28~38万)	44400	80100+1% <44400>	370~570 (28~38万)	44400	80100+1% <44400>
一般所得者 370以下(標報26万以下)	12000 <small>※政令本則上は、24,600円</small>	44400 <small>※政令本則上は、62,100円</small>	310~370 (24~26万)	24600	62100 <44400>	370以下(標報26万以下)	12000	44400
			~310 (22万以下)	12000	44400 <44400>			
低II	8000	24600	低II	8000	24600	低II	24600	
低I		15000	低I		15000	低I		15000

3. 実施時期：平成27年1月(予定)

# 難病対策等に係る公平かつ安定的な制度の確立

- 医療費助成について、都道府県の超過負担の解消を図るとともに、公平かつ安定的な制度を確立する。
- 上記措置を27年1月を目途に実施することを目指し、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。
- ※ 同様に、小児慢性特定疾患対策についても、新たな医療費助成の制度の構築を図る。

## 特定疾患治療研究事業 (予算事業)

【現行】

### <事業の概要>

希少で、原因不明、治療法未確立等である疾患について、医療の確立、普及を図るとともに、患者の医療費の負担軽減を図る。

### <問題点>

- ・ 対象疾患については、原因不明で治療法未確立でも医療費助成の対象に選定されていないケースがあるなど疾患間の不公平がある。
- ・ 費用については、国と都道府県で1/2ずつ負担しているが、国の財政措置が十分でなく、都道府県に超過負担が生じている。

## 新たな医療費助成の制度 (法定給付)

次に掲げる事項等について検討を加え、必要な措置を講ずる。

- 制度として確立された医療の社会保障給付とすること。  
→ 新たな医療費助成を法定給付として位置付け、消費税増収分を活用。
- 対象疾患の拡大  
→ 症例が比較的少なく、原因不明かつ効果的な治療法が未確立であり、長期療養を必要とする疾患で一定の診断基準等があるものを対象とする。  
第三者的な委員会において決定。
- 対象患者の認定基準の見直し  
→ 症状の程度が一定以上等であり、日常生活又は社会生活に支障がある者を対象とする。
- 類似の制度との均衡を考慮した自己負担の見直し  
→ 病気がちであったり、費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならぬ患者等を対象とする他制度の負担の在り方を参考に設定。

都道府県の超過負担解消を図るとともに、  
公平で安定的な医療費助成の制度を確立

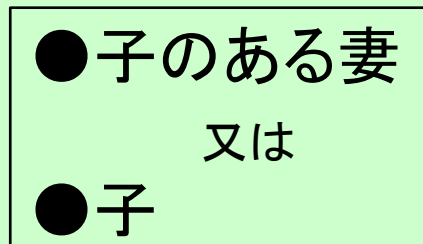
※ 消費税増収分を活用した上記の改革のほか、難病対策の改革に総合的かつ一体的に取り組んでいく。

# 遺族基礎年金の支給対象の拡大

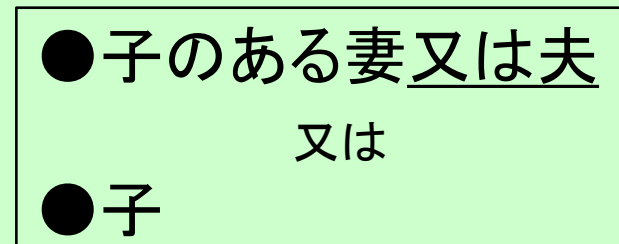
※公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成24年法律第62号）による改正

- 遺族基礎年金の支給対象について、「子のある妻又は子」に加えて「子のある夫」も対象とする。

現行の支給対象



拡大後の支給対象



※子に対する遺族基礎年金は、生計を同じくする父母が存在する間は支給停止となる。  
※第3号被保険者が死亡した場合には支給されない。

- 平成26年4月1日から施行する。
- 施行日以後に死亡したことにより支給する遺族基礎年金から適用する。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案要綱

## 第一 目的

この法律は、社会保障制度改革推進法第四条の規定に基づく法制上の措置として、同法第二条の基本的な考え方にのっとり、かつ、同法第二章に定める基本方針に基づき、社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革について、その全体像及び進め方を明らかにするとともに、社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議を設置すること等により、社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進するとともに、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の改革を推進することを目的とすること。（第一条関係）

## 第二 講ずべき社会保障制度改革の措置等

### 一 自助・自立のための環境整備等

1 政府は、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とに鑑み、社会保障制度改革を推進するとともに、個人がその自助努力を喚起される仕組み及び個人が多様なサービスを選択することができる仕組みの導入そ



他の高齢者も若者も、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等（2において「自助・自立のための環境整備等」という。）に努めるものとする。 （第二条第一項関係）

2 政府は、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図るものとする。 （第二条第二項関係）

## 二 少子化対策

1 政府は、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職業生活と家庭生活との両立を推進する観点から、幼児期の教育及び保育その他の子ども・子育て支援の総合的な提供、待機児童解消加速化プランその他の子ども・子育て支援の実施に当たって必要となる次に掲げる措置その他必要な措置を着実に講ずるものとする。 （第三条第一項関係）

- (一) 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
- (二) 保育緊急確保事業の実施のために必要な措置
- (三) 保育の量的拡充のために必要な都道府県及び市町村（特別区を含む。三の七（一）において同じ。）
  - （）以外の者の設置する保育所における保育を行うことに要する保育費用についての児童福祉法第五十三条の規定による国庫の負担

- (四) 社会的養護の充実に当たって必要となる乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設又は児童自立支援施設に入所等をする子どもの養育環境等の整備のために必要な措置
- 2 政府は、1の措置については、全世代対応型の社会保障制度の構築を目指す中で、少子化対策を全ての世代に夢や希望を与える日本社会の未来への投資であると認識し、幅広い観点からこれを講ずるものとする。 （第三条第二項関係）

- 3 政府は、1の措置を講ずるほか、平成二十七年以降の次世代育成支援対策推進法の延長について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

（第三条第三項関係）

### 三 医療制度

1 政府は、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、医療保険制度等に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この三に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。こと。（第四条第一項関係）

2 政府は、個人の選択を尊重しつつ、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励するものとする。こと。（第四条第二項関係）

3 政府は、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ことにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保するため、情報通信技術、診療報酬請求書を適正に活用しながら、地方公共団体、保険者、事業者等の多様な主体による保健事業等の推進、後発医薬品の使用及び外来受診の適正化の促進その他必要な措置を講ずるものとする。こと。（第四条第三項関係）

4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ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て地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、

高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。以下同じ。）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、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の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ものとする。こと。（第四条第四項関係）

(一) 病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療及び在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病院等の管理者が、当該病院等有する病床の機能に関する情報を、当該病院等の所在地の都道府県知事に報告する制度の創設

ロ イに規定する制度により得られる病床の機能に関する情報等を活用した都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化その他の当該構想を実現するために必要な方策

ハ 次に掲げる事項に係る新たな財政支援の制度の創設

(1) 病床の機能の分化及び連携等に伴う介護サービス（介護保険の保険給付の対象となる保健医

療サービス及び福祉サービスをいう。四の2において同じ。）の充実

(2) 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機関の施設及び設備の整備等の  
推進

二 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

(二) 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保及び勤務環境の改善

(三) 医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

5 政府は、4の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、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ものとする。 (第四条第五項関係)

6 政府は、4の措置を平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。 (第四条第六項関係)

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他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ものとする。 (第四条第七項関係)

(一) 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険に対する財政支援の拡充

ロ 国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、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、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成二十五年法律第二十六号）附則第二条に規定する所要の措置

(二) 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ 被用者保険等保険者に係る後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬

総額に応じた負担とすること。

ハ 被保険者の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 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等の上限額の引上げ

(三) 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める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を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

8 政府は、7の措置を平成二十六年から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを指すものとする。

(第四条第八項関係)

9 政府は、7の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。 (第四条第九項関係)

10 政府は、この法律の施行の際現に実施されている難病及び小児慢性特定疾患に係る医療費助成について、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新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度（以下「新制度」という。）を確立するため、新制度の確立に当たって、次に掲げる事項その他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ものとする。 （第四条第十項関係）

(一) 新制度を制度として確立された医療の社会保障給付とすること。

(二) 新制度の対象となる疾患の拡大

(三) 新制度の対象となる患者の認定基準の見直し

(四) 新制度の自己負担の新制度以外の医療費に係る患者の負担の軽減を図る制度との均衡を考慮した見直し

11 政府は、10の措置を平成二十六年年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを旨とする。 （第四条第十一項関係）

#### 四 介護保険制度



1 政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。 (第五条第一項関係)

2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの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、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の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ものとする。 (第五条第二項関係)

(一) 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事項

イ 在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化

ロ 多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策

- (二) (一)に掲げる事項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
- (三) 一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し
- (四) 特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し
- (五) 指定介護福祉施設サービスに係る施設介護サービス費の支給の対象の見直し
- (六) 介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

3 政府は、2の措置を平成二十七年年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを旨とするものとする。 (第五条第三項関係)

4 政府は、三の7(二)に掲げる事項に係る措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすること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ものとする。 (第五条第四項関係)

## 五 公的年金制度

1 政府は、次に掲げる措置の着実な実施のための措置を講ずるものとする。 (第六条第一項関係)

- (一) 年金生活者支援給付金の支給に関する法律に基づく年金生活者支援給付金の支給
- (二) 公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律に基づく基礎年金の国庫負担割合の二分の一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及び遺族基礎年金の支給対象の拡大
- (三) (一)及び(二)に掲げるもののほか、(一)及び(二)に規定する法律、被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律及び国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律に基づく措置

2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関連する制度について、次に掲げる事項その他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ものとする。 (第六条第二項関係)

- (一) 国民年金法及び厚生年金保険法の調整率に基づく年金の額の改定の仕組みの在り方
- (二) 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

- (三) 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
- (四) 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

### 第三 社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議

#### 一 社会保障制度改革推進本部

##### 1 設置

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、内閣に、社会保障制度改革推進本部（以下「本部」という。）を置くものとする。 （第七条関係）

##### 2 所掌事務

本部は、次に掲げる事務をつかさどるものとする。 （第八条関係）

- (一) 第二の措置についてその円滑な実施を総合的かつ計画的に推進すること。
- (二) 第二の措置についてその実施状況の総合的な検証を行うこと。
- (三) 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の改革について、(二)の検証の結果に基づき、必要があると認めるときは、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え

方等に基づき、当該改革に関する企画及び立案並びに総合調整を行うこと。

(四) 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の改革について、社会保

障制度改革推進会議が二の二による意見を述べた場合において、必要があると認めるときは、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、当該改革に関する企画及び立案並びに総合調整を行うこと。

### 3 組織等

本部は、社会保障制度改革推進本部長（内閣総理大臣をもって充てる。）  
、社会保障制度改革推進副本部長（内閣官房長官、総務大臣  
、財務大臣及び厚生労働大臣（このうち副本部長に充てられたものを除く。）  
並びに内閣総理大臣の指定する国務大臣）をもって組織するものとする。 （第九条から第十二条まで関係）

### 4 設置期限

本部は、その設置の日から起算して五年を超えない範囲内において政令で定める日まで置かれるものとする。 （第十五条関係）

## 二 社会保障制度改革推進会議

### 1 設置

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、内閣に、社会保障制度改革推進会議（以下「会議」という。）を置くものとする。 （第十八条関係）

### 2 所掌事務

会議は、次に掲げる事務をつかさどるものとする。 （第十九条関係）

- (一) 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の確立を図るための改革について、第二の措置の進捗状況を把握するとともに、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、平成三十七年を展望しつつ、総合的に検討を行い、その結果に基づき、内閣総理大臣に意見を述べること。

- (二) 内閣総理大臣の諮問に応じ、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の改革について、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、調査審議し、その結果に基づき、内閣総理大臣に意見を述べること。

### 3 組織等

会議は、委員二十人以内をもって組織し、委員は、優れた識見を有する者のうちから、内閣総理大臣が任命するものとする。 (第二十条及び第二十一条関係)

### 4 設置期限

会議は、一の4の政令で定める日以前の政令で定める日まで置かれるものとする。 (第二十四条関係)

## 第四 雑則

### 一 財源の確保

第二の措置のうち制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に係るものについては、社会保障の安定財源の確保及び財政の健全化を同時に達成することを目指す観点から、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律の施行により増加する消費税の収入及び社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための地方税法及び地方交付税法の一部を改正する法律の施行により増加する地

方消費税の収入の活用並びに第二の措置を講ずることによる社会保障の給付の重点化及び制度の運営の効率化により必要な財源を確保しつつ、講ずるものとする。 (第二十八条関係)

二 地方自治に重要な影響を及ぼす措置に係る協議

政府は、第二の三の4(一)イからハまで及び(二)並びに三の7(一)ロに掲げる事項に係る措置その他第二の措置のうち地方自治に重要な影響を及ぼすと考えられるものを講ずるに当たっては、全国的連合組織の代表者その他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ものとする。 (第二十九条関係)

第五 その他

一 施行期日

この法律は、公布の日から施行するものとする。ただし、本部に係る規定は、公布の日から起算して一月を超えない範囲内において政令で定める日から、会議に係る規定は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行するものとする。 (附則第一条関係)

二 関係法律の改正



関係法律について所要の改正を行うこと。

(附則第二条及び第三条関係)

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律

目次

第一章 総則（第一条）

第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等（第二条―第六条）

第三章 社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議

第一節 社会保障制度改革推進本部（第七条―第十七条）

第二節 社会保障制度改革推進会議（第十八条―第二十七条）

第四章 雑則（第二十八条・第二十九条）

附則

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、社会保障制度改革推進法（平成二十四年法律第六十四号）第四条の規定に基づく法制

上の措置として、同法第二条の基本的な考え方にのっとり、かつ、同法第二章に定める基本方針に基づき



る。

(少子化対策)

第三条 政府は、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（子ども・子育て支援法（平成二十四年法律第六十五号）第七条第一項に規定する子ども・子育て支援をいう。以下この項において同じ。）の量的拡充及び質の向上を図る観点並びに職業生活と家庭生活との両立を推進する観点から、幼児期の教育及び保育その他の子ども・子育て支援の総合的な提供、平成二十五年六月十四日に閣議において決定された経済財政運営と改革の基本方針に記載された待機児童解消加速化プランその他の子ども・子育て支援の実施に当たって必要となる次に掲げる措置その他の必要な措置を着実に講ずるものとする。

- 一 子ども・子育て支援法第十一条に規定する子どものための教育・保育給付及び同法第五十九条に規定する地域子ども・子育て支援事業の実施のために必要な措置

二 子ども・子育て支援法附則第十条第一項に規定する保育緊急確保事業の実施のために必要な措置

三 保育の量的拡充のために必要な都道府県及び市町村（特別区を含む。次条第七項第一号ロにおいて同じ。）以外の者の設置する保育所における保育を行うことに要する保育費用についての児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）第五十三条の規定による国庫の負担

四 社会的養護の充実に当たって必要となる児童福祉法第三十七条に規定する乳児院、同法第三十八条に規定する母子生活支援施設、同法第四十一条に規定する児童養護施設、同法第四十三条の二に規定する情緒障害児短期治療施設又は同法第四十四条に規定する児童自立支援施設に入所等をする子どもの養育環境等の整備のために必要な措置

2 政府は、前項の措置については、全世代対応型の社会保障制度の構築を目指す中で、少子化対策を全ての世代に夢や希望を与える日本社会の未来への投資であると認識し、幅広い観点からこれを講ずるものとする。

3 政府は、第一項の措置を講ずるほか、子ども・子育て支援法附則第二条第二項の規定に基づき、平成二十七年以降の次世代育成支援対策推進法（平成十五年法律第二百十号）の延長について検討を加え、必

要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

(医療制度)

第四条 政府は、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、医療保険各法（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。以下「高齢者医療確保法」という。）

第七条第一項に規定する医療保険各法をいう。第七項第二号ニにおいて同じ。）による医療保険制度及び高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度（同項において「医療保険制度等」という。）に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。

2 政府は、個人の選択を尊重しつつ、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な健康の維持増進への取組を奨励するものとする。

3 政府は、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ことにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保するため、情報通信技術、診療報酬請求書等を適正に活用しながら、地方公共団体、保険者（高齢者医療確保法第七条第二項に規定する保険者をいう。）、事業者等の多様な主体

による保健事業等の推進、後発医薬品の使用及び外来受診の適正化の促進その他必要な措置を講ずるものとする。

4 政府は、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図り、効率的かつ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て地域包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。次条において同じ。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。次項及び同条第二項において同じ。）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、次に掲げる事項及び診療報酬に係る適切な対応の在り方その他の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ものとする。

一 病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療及び在宅介護を推進するために必要な次に掲げる事項

イ 病院又は診療所（以下このイにおいて「病院等」という。）の管理者が、当該病院等有する病床の機能に関する情報を、当該病院等の所在地の都道府県知事に報告する制度の創設

ロ イに規定する制度により得られる病床の機能に関する情報等を活用した都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化その他の当該構想を実現するために必要な方策

ハ 次に掲げる事項に係る新たな財政支援の制度の創設

- (1) 病床の機能の分化及び連携等に伴う介護サービス（介護保険の保険給付の対象となる保健医療サービス及び福祉サービスをいう。次条第二項において同じ。）の充実

- (2) 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保、医療機関の施設及び設備の整備等の推進

ニ 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

二 地域における医師、看護師その他の医療従事者の確保及び勤務環境の改善

三 医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、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ものとする。



6 政府は、第四項の措置を平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他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ものとする。

一 医療保険制度等の財政基盤の安定化についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険（国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）第三条第一項の規定により行われるものに限る。以下この項において同じ。）に対する財政支援の拡充

ロ 国民健康保険の保険者、運営等の在り方に関し、国民健康保険の保険料（地方税法（昭和二十五年法律第二百二十六号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号及び次号において同じ。）の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置を講ずることにより国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、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、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と

市町村において適切に役割を分担するために必要な方策

ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成二十五年法律第二十六号）附則第二条に規定する所要の措置

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ 被用者保険等保険者（国民健康保険法附則第十条第一項に規定する被用者保険等保険者（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第二百二十三条第一項の規定による保険者としての全国健康保険協会を除く。）をいう。以下このロ及び次条第四項において同じ。）に係る高齢者医療確保法第百十八条第一項に規定する後期高齢者支援金の額の全てを当該被用者保険等保険者の標準報酬総額（国民健康保険法附則第十二条第一項に規定する標準報酬総額をいう。次条第四項において同じ。）に応じた負担とすること。

ハ 被保険者の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

二 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等（医療保険各法（国民健康保険法を除く。）

（に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。）の上限額の引上げ

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める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を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

八 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを旨とする。

九 政府は、第七項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

一〇 政府は、この法律の施行の際現に実施されている難病及び小児慢性特定疾患（児童福祉法第二十一条の五に規定する医療の給付の対象となる疾患をいう。以下この項において同じ。）に係る医療費助成につい

て、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新たな公平かつ安定的な医療費助成の制度（以下この項において「新制度」という。）を確立するため、新制度の確立に当たって、次に掲げる事項その他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ものとする。

一 新制度を制度として確立された医療の社会保障給付とすること。

二 新制度の対象となる疾患の拡大

三 新制度の対象となる患者の認定基準の見直し

四 新制度の自己負担の新制度以外の医療費に係る患者の負担の軽減を図る制度との均衡を考慮した見直し

11 政府は、前項の措置を平成二十六年年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを旨とする。

（介護保険制度）

第五条 政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個

人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。

2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの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、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の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ものとする。

一 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第百十五条の四十五に規定する地域支援事業の見直しによる次に掲げる事項

イ 在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化

ロ 多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策

二 前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し

三 一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し

四 介護保険法第五十一条の三の規定による特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し

五 介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し

六 介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

3 政府は、前項の措置を平成二十七年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを旨とする。

4 政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第一百五十一条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措

置を講ずるものとする。

(公的年金制度)

第六条 政府は、次に掲げる措置の着実な実施のための措置を講ずるものとする。

一 年金生活者支援給付金の支給に関する法律（平成二十四年法律第百二号）に基づく年金生活者支援給付金の支給

二 公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十二号）に基づく基礎年金の国庫負担割合の二分の一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及び遺族基礎年金の支給対象の拡大

三 前二号に掲げるもののほか、前二号に規定する法律、被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十三号）及び国民年金法等の一部を改正する法律等の一部を改正する法律（平成二十四年法律第九十九号）に基づく措置

2 政府は、公的年金制度を長期的に持続可能な制度とする取組を更に進め、社会経済情勢の変化に対応した保障機能を強化し、並びに世代間及び世代内の公平性を確保する観点から、公的年金制度及びこれに関

連する制度について、次に掲げる事項その他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ものとする。

一 国民年金法（昭和三十四年法律第四百十一号）及び厚生年金保険法（昭和二十九年法律第一百五号）の調整率に基づく年金の額の改定の仕組みの在り方

二 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

三 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

四 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

第三章 社会保障制度改革推進本部及び社会保障制度改革推進会議

第一節 社会保障制度改革推進本部

（設置）

第七条 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、内閣に、社会保障制度改革推進本部（以下「本部」という。）を置く。

（所掌事務）



第八条 本部は、次に掲げる事務をつかさどる。

- 一 前章の措置についてその円滑な実施を総合的かつ計画的に推進すること。
- 二 前章の措置についてその実施状況の総合的な検証を行うこと。
- 三 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の改革について、前号の検証の結果に基づき、必要があると認めるときは、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、当該改革に関する企画及び立案並びに総合調整を行うこと。

- 四 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の改革について、社会保障制度改革推進会議が第十九条の規定による意見を述べた場合において、必要があると認めるときは、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、当該改革に関する企画及び立案並びに総合調整を行うこと。

(組織)

第九条 本部は、社会保障制度改革推進本部長、社会保障制度改革推進副本部長及び社会保障制度改革推進本部員をもって組織する。

(社会保障制度改革推進本部長)

第十条 本部長は、社会保障制度改革推進本部長（以下「本部長」という。）とし、内閣総理大臣をもつて充てる。

2 本部長は、本部の事務を総括し、所部の職員を指揮監督する。

(社会保障制度改革推進副本部長)

第十一条 本部に、社会保障制度改革推進副本部長（次項及び次条第二項において「副本部長」という。）を置き、国務大臣をもつて充てる。

2 副本部長は、本部長の職務を助ける。

(社会保障制度改革推進本部員)

第十二条 本部に、社会保障制度改革推進本部員（次項において「本部員」という。）を置く。

2 本部員は、次に掲げる者（第一号から第四号までに掲げる者にあつては、副本部長に充てられたものを除く。）をもつて充てる。

一 内閣官房長官

二 総務大臣

三 財務大臣

四 厚生労働大臣

五 前各号に掲げる者のほか、本部長及び副本部長以外の国务大臣のうちから、内閣総理大臣が指定する者

(資料の提出その他の協力)

第十三条 本部は、その所掌事務を遂行するため必要があるときは、国の行政機関、地方公共団体、独立行政法人（独立行政法人通則法（平成十一年法律第百三十三号）第二条第一項に規定する独立行政法人をいう。）及び地方独立行政法人（地方独立行政法人法（平成十五年法律第百十八号）第二条第一項に規定する地方独立行政法人をいう。）の長並びに特殊法人（法律により直接に設立された法人又は特別の法律により特別の設立行為をもって設立された法人であつて、総務省設置法（平成十一年法律第九十一号）第四条第十五号の規定の適用を受けるものをいう。）の代表者に対して、資料の提出、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができる。

2 本部は、その所掌事務を遂行するため特に必要があると認めるときは、前項に規定する者以外の者に対しても、必要な協力を依頼することができる。

(事務)

第十四条 本部に関する事務は、内閣官房において処理し、命を受けて内閣官房副長官補が掌理する。

(設置期限)

第十五条 本部は、その設置の日から起算して五年を超えない範囲内において政令で定める日まで置かれるものとする。

(主任の大臣)

第十六条 本部に係る事項については、内閣法（昭和二十二年法律第五号）にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

(政令への委任)

第十七条 この法律に定めるもののほか、本部に関し必要な事項は、政令で定める。

第二節 社会保障制度改革推進会議

(設置)

第十八条 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、内閣に、社会保障制度改革推進会議（以下「会議」という。）を置く。

(所掌事務)

第十九条 会議は、次に掲げる事務をつかさどる。

一 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の確立を図るための改革について、前章の措置の進捗状況を把握するとともに、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、平成三十七年を展望しつつ、総合的に検討を行い、その結果に基づき、内閣総理大臣に意見を述べること。

二 内閣総理大臣の諮問に応じ、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の改革について、社会保障制度改革推進法第二条の基本的な考え方等に基づき、調査審議し、その結果に基づき、内閣総理大臣に意見を述べること。

(組織)

第二十条 会議は、委員二十人以内をもって組織する。

(委員)

第二十一条 委員は、優れた識見を有する者のうちから、内閣総理大臣が任命する。

2 委員は、非常勤とする。

(議長)

第二十二条 会議に、議長を置き、委員の互選により選任する。

2 議長は、会務を総理する。

3 議長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

(事務)

第二十三条 会議に関する事務は、内閣官房において処理し、命を受けて内閣官房副長官補が掌理する。

(設置期限)

第二十四条 会議は、第十五条の政令で定める日以前の政令で定める日まで置かれるものとする。

(主任の大臣)

第二十五条 会議に係る事項については、内閣法にいう主任の大臣は、内閣総理大臣とする。

(本部に関する規定の準用)

第二十六条 第十三条の規定は、会議について準用する。

(政令への委任)

第二十七条 この法律に定めるもののほか、会議に関し必要な事項は、政令で定める。

#### 第四章 雑則

(財源の確保)

第二十八条 第二章の措置のうち制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に係るものについては、社会保障の安定財源の確保及び財政の健全化を同時に達成することを旨とする観点から、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律（平成二十四年法律第六十八号）の施行により増加する消費税の収入及び社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための地方税法及び地方交付税法の一部を改正する法律（平成二十四年法律第六十九号）の施行により増加する地方消費税の収入の活用並びに同章の措

置を講ずることによる社会保障の給付の重点化及び制度の運営の効率化により必要な財源を確保しつつ、講ずるものとする。

(地方自治に重要な影響を及ぼす措置に係る協議)

第二十九条 政府は、第四条第四項第一号イからハまで及び第二号に掲げる事項に係る同項の措置、同条第七項第一号ロに掲げる事項に係る同項の措置その他第二章の措置のうち地方自治に重要な影響を及ぼすと考えられるものを講ずるに当たっては、全国的連合組織（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百六十三条の三第一項に規定する全国的連合組織で同項の規定による届出をしたものをいう。）の代表者その他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ものとする。

## 附 則

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。



一 第三章第一節の規定 公布の日から起算して一月を超えない範囲内において政令で定める日

二 第三章第二節の規定 公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日

(被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の一部改正)

第二条 被用者年金制度の一元化等を図るための厚生年金保険法等の一部を改正する法律の一部を次のように改正する。

附則第百五十九条の三の次に次の一条を加える。

(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律の一部改正)

第百五十九条の四 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成二十五年

法律第 号)の一部を次のように改正する。

第四条第七項第二号ニ中「標準報酬の月額、給料の額及び標準給与」を「及び標準報酬」に改める。

(子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の

一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の一部改正)

第三条 子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法

律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律（平成二十四年法律第六十七号）の一部を次のように改正する。

第六十六条を次のように改める。

（持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律の一部改正）

第六十六条 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成二十五年法律第

号）の一部を次のように改正する。

第三条第一項第三号を削り、同項第四号中「児童福祉法」の下に「（昭和二十二年法律第百六十四号）」を加え、同号を同項第三号とする。

第四条第七項第一号口中「市町村」の下に「（特別区を含む。）」を加える。

附則中第五号を削り、第六号を第五号とする。

## 理由

社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、社会保障制度改革について、その全体像及び進め方を明らかにするとともに、その推進に必要な体制を整備すること等により、これを総合的かつ集中的に推進するとともに、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の改革を推進する必要がある。これが、この法律案を提出する理由である。

## 社会保障審議会 医療部会 各委員の発言要旨【未定稿】

- 基本方針は、前回の基本方針を踏襲することをお願いしたい。
- 事務局が提案する次期改定に向けた論点の大項目の立て方でよい。
- 9月6日付の「基本的な考え方」は、このまま最終的な基本方針に残る、変えないということではなく、柔軟に議論して、最終的な考え方を作ることが必要。
  
- 安心・安全な医療提供体制を整備する観点から充実が求められる分野として、がん医療の充実、精神科入院医療の機能分化と地域移行、周産期医療、小児医療の充実を図る必要。
- 精神科医療については、5疾病・5事業に入り、また、精神保健福祉法が改正され、来年4月から施行される。指針の取りまとめをしているが、精神科医療は大変になっており、次期診療報酬改定で対応が必要。
- 認知症対策の促進について、さらに強調する形で盛り込むべき。
- 歯科医療では、金属アレルギーの問題が大きい。メタルフリーを目指していく方向は大事。
  
- 患者から見て分かりやすく納得できる視点が引き続き重要。
- 明細書の無料発行は、次回改定でも必要。国民から見て納得できる診療報酬体系についても重点を置く必要。費用対効果も重要。
- 患者から見て分かりやすく納得できるためには、診療報酬の患者データの徹底した収集と分析・評価、国民への開示が大変重要。DPCにより急性期の医療をしっかりと分析して評価する必要。
- 患者から見て分かりやすく納得でき、安心できるという項目は、本当に患者に届くような形のあり方をお願いしたい。
- 領収書明細発行の義務化をさらに促進する必要。
  
- 効率化する余地があると思われる領域を適正化する視点も大事。
- 雇用や賃金は厳しい状況である中で、物価は上昇傾向であり、国民の生活は依然として厳しい。国民医療費は12年間で外来・入院とも3割の伸びで、GDPの伸びを上回る。高齢化の進展により、医療保険財政は危機的な状況。平成26年度改定では、一層の重点化と効率化を進める必要。
- 平均在院日数の削減により、引き続き社会的入院等の是正にも取り組む必要。
- 主治医機能の評価をした上で、必要度の低い長期・頻回受診の是正、重複受診・重複検査の是正等にも保険者を含めて取り組む必要。
- 医療の効率化の推進について、後発医薬品の使用促進、レセプト電算化の促進等を強調する必要。
  
- 医療従事者の負担軽減と在宅医療の充実は、引き続き重点課題とすべき。特に医療従事者の負担軽減については、離職防止、人材確保の観点から、今設けられている基準を後退させてはならない。
- 医療従事者、勤務医の負担軽減について努力したい。

- 勤務環境の改善について、病院の中に踏み込んで、何が問題なのか調べる仕組みを導入する必要。
- 医療、歯科医療、あらゆる職種の連携は大変重要。
- 現場で困っているのは介護職員の不足。介護職員が来ない大きな要因の一つが給料水準。それ以上の給料を払うと経営が苦しくなる構造を変えてほしい。
  
- 病床の機能分化について、各病床の役割を明確にした上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期後の受け皿の強化・確保が必要。
- 在宅医療と入院医療の連携が不十分。連携を充実させるため、在宅医療の多職種チームと入院の多職種チームがお互いに連携し合う仕組みをつくることが重要。
- 不適正な訪問診療などの事例が伝えられている。真に必要な患者に在宅医療が提供されるよう、在宅医療が適正に提供される仕組みを構築する必要。
- 在宅医療、在宅訪問をきちんと評価すべき。歯科衛生士、歯科技工士の評価も考慮すべき。
- 訪問看護について、給料は十分出ているが、なり手がいない。働きがい不十分であり、制度を変える、利用者の意識を変えることが必要。

	平成18年度改定	平成20年度改定	平成22年度改定	平成24年度改定
「重点課題」等		<p>【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減</p> <p>(検討の方向) ・ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応の充実 ・小児医療について専門的な医療を提供する医療機関の評価 ・診療所における夜間開業の評価 ・大病院が入院医療の比率を高めることの促進 ・医師以外の者による書類作成等の体制の促進</p>	<p>【重点課題】 1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建</p> <p>(検討の方向) ・地域連携による救急患者の受け入れの推進 ・救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ・新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ・後方病床・在宅療養の機能強化 ・手術の適正評価</p>	<p>【重点課題】 1. 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減</p> <p>(検討の方向) ・勤務体制の改善等の取組 ・救急外来や外来診療の機能分化の推進 ・病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進</p>
			<p>【重点課題】 2. 病院勤務医の負担軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)</p> <p>(検討の方向) ・医師以外の医療職が担う役割の評価 ・医療職以外の職員が担う役割の評価 ・医療クラークの配置の促進 ・地域の医療機関や医療・介護関係職種との連携の評価</p>	<p>【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の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実</p> <p>(検討の方向) ・在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進 ・看取りに至るまでの医療の充実 ・早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進 ・在宅歯科、在宅薬剤管理の充実 ・訪問看護の充実 ・医療・介護の円滑な連携</p>
「改定の視点」	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <p>(検討の方向) ・名称等も含めた患者にとって分かりやすい診療報酬体系への見直し ・領収書の発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供の推進 ・生活習慣病等の重症化予防の推進</p>	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <p>(検討の方向) ・患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組み ・分かりやすさの観点から診療報酬体系や個々の評価項目の要件の見直し ・がん医療等の質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価 ・夕刻以降の診療所の開業の評価 ・地域単位での薬局調剤の休日夜間や24時間対応の体制等の評価</p>	<p>① 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点</p> <p>(検討の方向) ・医療の透明化や診療報酬を患者等に分かりやすくする検討 ・医療安全対策の推進 ・患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現 ・疾病の重症化予防</p>	<p>① 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点</p> <p>(検討の方向) ・医療安全対策等の推進 ・患者に対する相談支援体制の充実 ・明細書無料発行の促進 ・診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化</p>
	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <p>(検討の方向) ・地域における疾患ごとの医療機能の連携体制の評価 ・24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価 ・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価 ・DPCの支払対象病院の拡大 ・病院と診療所の初再診料の格差等の外来医療の評価の在り方</p>	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <p>(検討の方向) ・入院医療の評価の在り方 ・DPCの支払対象病院の在り方や拡大 ・提供された医療の結果により質を評価する手法 ・7対1基本料等について医療ニーズに着目した評価 ・医療関係者間の連携、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価 ・歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価</p>	<p>② 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</p> <p>(検討の方向) ・質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリ等の推進 ・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進 ・介護関係者も含めた多職種間の連携</p>	<p>② 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</p> <p>(検討の方向) ・病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価 ・慢性期入院医療の適正な評価 ・医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価 ・診療所の機能に着目した評価 ・医療機関間の連携に対する評価</p>
	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <p>(検討の方向) ・産科や小児科、救急医療等の適切な評価 ・IT化の集中的な推進 ・医療安全の取組の検討 ・医療技術の難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価と保険導入手続の透明化・明確化</p>	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <p>(検討の方向) ・がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価 ・脳卒中の発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等に向けた評価 ・救急搬送の自殺企図者への精神科医を含めた総合的な診療等の評価 ・子どもの心の問題に係る外来診療や専門的な医療機関の評価 ・医療安全の更なる向上のための新しい取組に対する評価 ・革新的な医薬品・医療機器の適切な評価 ・IT化の積極的な推進</p>	<p>③ 充実が求められる領域を適切に評価していく視点</p> <p>(検討の方向) ・がん医療の推進 ・認知症医療の推進 ・新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進 ・肝炎対策の推進 ・質の高い精神科入院医療の推進 ・歯科医療の充実 ・手術以外の医療技術の適正評価 ・新しい医療技術や医薬品等のイノベーションの適切な評価</p>	<p>③ 充実が求められる分野を適切に評価していく視点</p> <p>(検討の方向) ・がん医療の充実 ・生活習慣病対策の推進 ・精神疾患に対する医療の充実 ・認知症対策の促進 ・感染症対策の推進 ・リハビリテーションの充実 ・生活の質に配慮した歯科医療の推進 ・手術等の医療技術の適切な評価 ・医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価</p>
	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <p>(検討の方向) ・慢性期入院医療の評価 ・入院時の食事に係る評価 ・外来医療における不適切な頻回受診の抑制 ・コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化 ・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正評価 ・後発医薬品の使用促進 ・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正評価</p>	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <p>(検討の方向) ・新しい技術等の療養の給付の対象化とともに、相対的に治療効果が低くなった技術等の新しい技術等への置換えが進むような適正な評価 ・後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策 ・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価</p>	<p>④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</p> <p>(検討の方向) ・後発医薬品の使用促進 ・市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価 ・相対的に治療効果が低くなった技術について、新しい技術への置換えが着実に進むような適正な評価</p>	<p>④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</p> <p>(検討の方向) ・後発医薬品の使用促進策 ・平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進 ・医薬品、医療機器、検査の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価 ・相対的に治療効果が低くなった技術の適正な評価</p>

# 診療報酬改定の流れ

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会及び医療部会において策定された「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬点数の設定等に係る審議を行い実施されるものである。

## 内閣

- 予算編成過程を通じて改定率を決定

## 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会

- 基本的な医療政策について審議
- 診療報酬改定に係る「基本方針」を策定

## 中央社会保険医療協議会

- 社会保障審議会で決定された「基本方針」に基づき審議
- 個別の診療報酬項目に関する点数設定や算定条件等について議論

### 【中央社会保険医療協議会の委員構成】

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する「三者構成」

- ① 支払側委員（保険者、被保険者の代表） 7名
- ② 診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師の代表） 7名
- ③ 公益代表 6名（国会同意人事）

## 「平成24年度診療報酬改定の基本方針」への対応状況について

第34回社会保障審議会医療部会

参考資料3

平成25年10月11日

基本方針	平成24年度改定での主な対応	主な実施状況
<b>1. 重点課題</b> <b>病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・勤務体制の改善等の取組</li> <li>・救急外来や外来診療の機能分化の推進</li> <li>・病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重篤な小児救急患者に対する救急医療を評価した小児特定集中治療室管理料の新設</li> <li>・ 一般病棟入院基本料(13 対 1、15 対 1 に限る)において、急性期後の患者や状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価として救急・在宅等支援病床初期加算を新設</li> <li>・ 医師事務作業補助体制加算について、よりきめ細かい評価を新設</li> <li>・ 医師と看護師等との業務分担は、勤務医の負担軽減策の中で効果が高いため、急性期看護補助体制加算等について看護補助者のより手厚い配置や夜間の配置についての評価を新設</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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夜間休日救急搬送医学管理料の評価を新設</li> <li>・ 効率的な医療提供、患者の便益、診療に要する費用等の観点から、同一日の2科目の再診料、外来診療料の評価を新設</li> <li>・ 病院及び診療所における外来機能の分化を推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H24.7の届出医療機関数(H23.7の届出医療機関数)</li> <li>・小児特定集中治療室管理料:1施設</li> <li>・救急医療管理加算:4,295施設(4,233施設)</li> <li>・総合周産期特定集中治療室管理料:101施設 (95施設)</li> <li>・医師事務作業補助体制加算:2,154施設 (1,884施設)</li> <li>・急性期看護補助体制加算:2,405施設(2,100施設)</li> <li>・院内トリアージ実施料:病院 887施設 診療所 34施設</li> <li>・夜間休日救急搬送医学管理料:2,833施設</li> <li>・救急搬送患者地域連携紹介加算:2,474施設 (544施設)</li> <li>・救急搬送患者地域連携紹介加算:4,750施設 (2,030施設)</li> <li>・精神科リエゾンチーム加算:38施設</li> <li>・移植後患者指導管理料:98施設</li> <li>・外来緩和ケア管理料:169施設</li> <li>・病棟薬剤業務実施加算:895施設</li> <li>・H24.6の算定状況</li> <li>・救急・在宅等支援病床初期加算:237,730回</li> <li>・看護職員夜間配置加算:73,155回</li> </ul>



	<p>し、病院勤務医の負担軽減を図るために、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に係る初診料等を適正な評価及び一部保険外併用療養費の枠組みの見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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て精神科医師、専門性の高い看護師等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の精神科リエゾンチーム加算の評価を新設</li> <li>臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、医師、専門性の高い看護師等のチームによる移植後患者指導管理料の評価を新設</li> <li>外来の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、外来緩和ケア管理料の評価を新設</li> <li>歯科医師等によるチーム医療や医科医療機関との連携を推進する観点から、頭頸部領域のがん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等として周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料及び周術期専門的口腔衛生処置の評価を新設するとともに、これらに関連した医療機関と連携した歯科医療機関における歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の評価の対象疾患を拡大</li> <li>勤務医の負担軽減等の観点から、薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を一定以上実施している場合の病棟薬剤業務実施加算の評価を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・25 対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上):391,451 回</li> <li>・25 対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満):69,823 回</li> <li>・夜間 50 対1急性期看護補助体制加算:128,955 回</li> <li>・夜間 100 対1急性期看護補助体制加算:84,447 回</li> <li>・再診料:607,612 回</li> <li>・外来診療料:602,325 回</li> <li>・周術期口腔機能管理計画策定料 :3,579 回</li> <li>・周術期口腔機能管理料(Ⅰ):989 回</li> <li>・周術期口腔機能管理料(Ⅱ):3,375 回</li> <li>・周術期口腔機能管理料(Ⅲ):1,599 回</li> <li>・周術期専門的口腔衛生処置:817 回</li> </ul> <p>・病院医療従事者及び病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療については、中医協診療報酬改定結果検証部会において調査を実施中</p> <p>&lt;中医協診療報酬改定結果検証部会の評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要件緩和を行った救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算については算定件数が大きく増加し、他の救急医療に関連する施設基準についても概ね増加傾向にある。</li> <li>・院内トリアージに対する患者の認知度は4割弱であるにもかかわらず、トリアージを導入することに9割の患者が賛成している。</li> </ul>
--	---	---

## 2. 重点課題

### 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の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進</li> <li>・看取りに至るまでの医療の充実</li> <li>・早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進</li> <li>・在宅歯科、在宅薬剤管理の充実</li> <li>・訪問看護の充実</li> <li>・医療・介護の円滑な連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による機能強化を進めるため、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院(以下「在支診・在支病」とい。.)において、緊急時・夜間の往診料、在宅時医学総合管理料・特定施設入居時等医学総合管理料等の評価の引上げ</li> <li>・在宅における緩和ケア等、患者が安心して在宅療養を行えるよう、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等についての訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料の評価を新設及び入院中以外の緩和ケアのニーズのあるがん患者等について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問すること等についての評価を新設</li> <li>・訪問看護ステーションと医療機関との退院時共同指導等の連携についての評価を新設</li> <li>・居宅への歯科訪問診療が推進されるよう、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合の評価を新設</li> <li>・在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して在宅患者調剤加算の評価を新設</li> <li>・標榜時間外の訪問看護について、介護保険と同様の早朝、夜間、深夜加算の評価を新設</li> <li>・介護報酬改定において新サービスの創設や介護職</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H24.7の届出医療機関数(H23.7の届出医療機関数)             <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能強化在支診:単独 221 施設/連携 2,604 施設</li> <li>・機能強化在支病:単独 138 施設/連携 264 施設</li> <li>・在宅患者訪問看護・指導料:292 施設</li> <li>・指定訪問看護事業所:7,658 施設</li> <li>・訪問看護療養費                 <ul style="list-style-type: none"> <li>悪性腫瘍の患者に対する緩和又は褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合:77 施設</li> </ul> </li> <li>・在宅患者調剤加算:4,319 施設</li> <li>・在宅療養支援歯科診療所:4,941 施設(4,015 施設)</li> </ul> </li> <li>・H24.6の算定状況(H23.6の算定状況)             <ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り加算:2,921 回</li> <li>・退院時共同指導料2:2,284 回(1,327 回)</li> <li>・退院前訪問指導料:2484 回(2,427 回)</li> <li>・歯科訪問診療補助加算                 <ul style="list-style-type: none"> <li>同一建物居住者以外の場合:55,685 回</li> <li>同一建物居住者の場合:164,724 回</li> </ul> </li> <li>・夜間早朝訪問看護加算:124 回</li> <li>・深夜訪問看護加算:12 回</li> <li>・介護職員等喀痰吸引等指示料:437 回</li> </ul> </li> <li>＜中医協診療報酬改定結果検証部会の評価＞             <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療や訪問看護については、各医療機関や介護保険施設・事業所等の連携がある程度進んでいる。</li> </ul> </li> </ul>
---	---	---

	<p>員等がたんの吸引等の行為を実施できるようになったことから、たん吸引に係る指示料及び介護保険新サービスに対する訪問看護指示料の評価を新設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>標準的算定日数を超えて、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の疾患別リハビリテーションの評価の見直し</li> <li>医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を促進するため、介護保険のリハビリテーションへ移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を、現在の1か月間から2か月間に延長</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅歯科医療については、患者のニーズは非常に高いが、医科や介護との連携において、在宅歯科医療に関する情報等の周知等が課題として取り上げられた。</li> </ul>
<p><b>3. 改定の視点</b></p>		
<p><b>(1) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>医療安全対策等の推進</li> <li>患者に対する相談支援体制の充実</li> <li>明細書無料発行の促進</li> <li>診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を新設</li> <li>医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実させている医療機関への評価として患者サポート体制充実加算を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H24.7の届出医療機関数 <ul style="list-style-type: none"> <li>感染防止対策加算1:956 施設</li> <li>感染防止対策加算2:2,360 施設</li> <li>患者サポート体制充実加算:3,208 施設</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt;中医協診療報酬改定結果検証部会の評価&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者相談支援窓口では、患者と医療従事者との対話を促進するための取組を行っており、患者の9割が満足感を得ている。</li> </ul>
<p><b>(2) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価</li> <li>慢性期入院医療の適正な評価</li> <li>医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPC対象病院ではない出来高算定病院(7対1一般病棟入院基本料を算定している医療機関等)が、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H24.7の届出医療機関数 <ul style="list-style-type: none"> <li>データ提出加算:1,623 施設</li> <li>有床診療所緩和ケア診療加算:171 施設</li> <li>特定一般病棟入院料:2 施設</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所の機能に着目した評価</li> <li>・医療機関間の連携に対する評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般病棟入院基本料(13 対1、15 対1)算定の病棟における長期療養患者の評価体系の見直し</li> <li>・2次医療圏において自己完結型の医療を行っているが、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である地域や離島にある病院等に対する評価を新設</li> <li>・緊急時の受け皿となる病床を確保し、在宅医療を円滑なものとするため、夜間に看護師が配置されている有床診療所について、緩和ケア診療やターミナルケアに関する評価を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H24.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養サポートチーム加算(地域指定):3 回</li> <li>・看取り加算 <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所の場合:168 回</li> <li>その他の場合:3,073 回</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
---	--	--

### (3) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療の充実</li> <li>・生活習慣病対策の推進</li> <li>・精神疾患に対する医療の充実</li> <li>・認知症対策の促進</li> <li>・感染症対策の推進</li> <li>・リハビリテーションの充実</li> <li>・生活の質に配慮した歯科医療の推進</li> <li>・手術等の医療技術の適切な評価</li> <li>・医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん治療連携計画に基づき地域の医療機関で2 度目のリンパ浮腫指導管理やがん患者カウンセリングを行った場合の評価を拡大</li> <li>・患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、医師の包括的な指示による看護師や放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する外来放射線照射診療料の新設</li> <li>・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、管理栄養士が連携して、重点的な医学管理を行うことについて糖尿病透析予防指導管理料の評価を新設</li> <li>・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、精神科医療機関が転院を受け入れた場合についての救急支援精神病棟初期加算の評価を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・H24.7 の届出医療機関数(H23.7 の届出医療機関数) <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん治療連携管理料:371 施設</li> <li>・外来放射線照射診療料:353 施設</li> <li>・糖尿病透析予防指導管理料:1,255 施設</li> <li>・児童・思春期精神科入院医療管理料:24 施設</li> <li>・抗精神病特定薬剤治療指導管理料:179 施設</li> <li>・認知症治療病棟入院料1:33,379 施設 (31,826 施設)</li> <li>・認知症治療病棟入院料2:1,700 施設(1,902 施設)</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟入院料1:177 施設</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟入院料2:875 施設 (962 施設)</li> <li>・回復期リハビリテーション病棟入院料3:167 施設 (162 施設)</li> <li>・外来リハビリテーション診療料:3,162 施設</li> <li>・歯科診療特別対応連携加算:590 施設(396 施設)</li> </ul> </li> </ul>
---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小児精神医療が小児病院、精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理加算を廃止し、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設</li> <li>・ 精神療養病棟退院患者について、退院支援部署による支援で退院を行った場合の退院調整加算の評価を新設</li> <li>・ 認知症治療病棟入院料における夜間の看護補助配置の評価を新設</li> <li>・ 認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについて、認知症療養指導管理料の評価を新設</li> <li>・ 認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設</li> <li>・ 認知症の早期診断をより一層推進するため、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設</li> <li>・ 院内感染の防止策について、感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合の感染防止対策地域連携加算の評価を新設</li> <li>・ 回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設</li> <li>・ 外来でのリハビリテーションにおいて、リハビリテーシ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ H24.6 の算定状況 (H23.6 の算定状況) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん患者カウンセリング料: 2,165 回 (1,294 回)</li> <li>・ リンパ浮腫指導管理料: 3,360 回 (2,468 回)</li> <li>・ 救急支援精神病棟初期加算: 264 回</li> <li>・ 精神病棟入院料 退院調整加算 (退院時): 302 回</li> <li>・ 認知症夜間対応加算: 15,248 回</li> <li>・ 認知症療養指導管理料: 865 回</li> <li>・ 夜間ケア加算: 684 回</li> <li>・ 感染防止対策地域連携加算: 47,519 回</li> </ul> </li> <li>・ 精神疾患、認知症対策及びリハビリテーションの充実については中医協診療報酬改定結果検証部会において調査を実施中</li> </ul> <p>&lt; 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特別対応が必要な患者に対する歯科治療については、対応できる施設が少ない、患者の認知度が低いなどといった課題とともに、特別対応が必要な患者に対する歯科診療の負担を軽減するための方法を検討する必要がある。</li> </ul>
--	--	---

	<p>ヨンスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、外来リハビリテーション診療料の評価を新設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、専門性の高い歯科医療機関からの紹介に基づき、一般の歯科医療機関で受け入れ外来で診療を行った歯科診療特別対応地域支援加算の評価を新設</li> <li>先進医療専門家会議や医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、手術以外の先進医療技術及び新規保険収載提案技術の保険導入</li> <li>新規に区分C2で保険適用された医療材料について、技術料を新設するとともに、その他の医療材料についても診療行為の実態を踏まえて適切な評価体系に見直し</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H24.7 の届出医療機関数 (H23.7 の届出医療機関数) <ul style="list-style-type: none"> <li>早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術:606 施設</li> <li>植込型補助人工心臓(拍動流型):33 施設(10 施設)</li> </ul> </li> <li>H24.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>時間内歩行試験:609 回</li> <li>経皮的放射線治療金属マーカー留置術:29 回</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品の使用促進策</li> <li>平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進</li> <li>医薬品、医療機器、検査の市場実勢価格を踏まえた適正な評価</li> <li>相対的に治療効果が低くなった技術の適正な評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更</li> <li>医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算を新設</li> <li>一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>H24.7 の届出医療機関数 (H23.7 の届出医療機関数) <ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品調剤体制加算:32,268 施設 (32,268 施設)</li> <li>後発医薬品使用体制加算:2,157 施設(1,685 施設)</li> </ul> </li> <li>H24.6 の算定状況 <ul style="list-style-type: none"> <li>一般名処方加算:13,543,911 回</li> </ul> </li> </ul> <p>&lt; 中医協診療報酬改定結果検証部会の評価 &gt;</p>

	<p>料算定医療機関のうち、金曜入院、月曜退院の割合が明らかに高い医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜、日曜に算定された入院基本料の適正</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料算定医療機関において、午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、一定期間以上の入院であって、高度な処置等の伴わない場合の退院日における入院基本料の適正</li> <li>検体検査については、その実施料について衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づく見直し</li> <li>慢性維持透析の合併症等に対して、有効性が明らかになりつつある新しい血液透析濾過について慢性維持透析濾過、透析液水質確保加算2の評価を新設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>後発医薬品調剤体制加算を算定している薬局は6割を超えているが、算定していない薬局は昨年より減少しているものの3割以上存在している。</li> <li>一般名で処方された医薬品のうち6割超が後発医薬品を選択している。</li> <li>後発医薬品の使用促進のためには、「厚生労働省による後発品の品質保証が十分であることの周知徹底」に取り組んでいく必要がある。</li> <li>なお、後発医薬品の使用状況については、平成25年度も調査を実施中。</li> </ul> <p>・H24.7の届出医療機関数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>透析液水質確保加算2:1,401施設</li> </ul> <p>・H24.6の算定状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>慢性維持透析患者外来医学管理料:201,829回</li> </ul>
--	--	--

注:届出医療機関数については、平成25年9月4日中央社会保険医療協議会 総-3-1の数値(平成24年7月の届出医療機関数等)である。

:算定状況については、平成24年社会医療診療行為別調査の数値である。

第34回社会保障審議会医療部会	参考資料4
平成25年10月11日	

## 平成24年度診療報酬改定の基本方針

平成23年12月1日  
 社会保障審議会医療保険部会  
 社会保障審議会医療部会

### I 平成24年度診療報酬改定に係る基本的考え方

#### 1. 基本認識

- 国民にとって健康やそれを支える医療は生活の基盤である。超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要である。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた「社会保障・税一体改革成案」（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定）に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療・介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、医療サービスと介護サービスを切れ目なく提供するとともに、双方の役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要である。
- さらに、貴重な医療資源の効率的かつ効果的な利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとした意識を持ち、それぞれの立場での取組を進めるべきである。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置など、あらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。



## **2. 重点課題**

- 次期診療報酬改定においては、「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、上記のような基本的な認識の下、以下の課題について重点的に取り組むべきである。
- 現在の医療・医療保険をとりまく状況に鑑み、平成24年度改定においては、引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。
- また、今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、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の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである。

## **3. 改定の視点**

- がん医療、認知症医療など、国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要であり、「充実が求められる分野を適切に評価していく視点」を改定の視点として位置付けることとする。
- 患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけること、生活の質という観点も含め患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが求められており、「患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 持続可能な医療保険制度を堅持していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要であり、「医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化

に関する自覚も重要であり、「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」を改定の視点として位置付けることとする。

## II 平成24年度診療報酬改定の基本方針(二つの重点課題と四つの視点から)

### 1. 重点課題

#### (1) 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。
- このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

#### (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の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

- 今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。
- このため、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実、維持期（生活期）のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

### 2. 四つの視点

#### (1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- 我が国の医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保する必要がある。

- このため、緩和ケアを含むがん医療の充実、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、感染症対策の推進、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進などに関する適切な評価について検討するべきである。
- さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価についても検討するべきである。

**(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**

- 患者の視点に立った医療の実現のため、受けた医療や、診療報酬制度が患者等から診てわかりやすいものとするなどの取組を継続させていくことが必要である。
- このため、医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化などについて検討するべきである。

**(3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**

- 限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。
- このため、急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価などについて検討するべきである。

**(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

- 今後医療費が増大していくことが見込まれるなかで、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る。

- このため、後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討するべきである。
- また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

### Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障・税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

## 平成22年度診療報酬改定の基本方針

平成21年12月8日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

### I 平成22年度診療報酬改定に係る基本的考え方

#### 1. 基本認識・重点課題等

- 医療は、国民の安心の基盤であり、国民一人一人が必要とする医療を適切に受けられる環境を整備するため、医療提供者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとする協力を行うなど、各人がそれぞれの立場で不断の取組を進めていくことが求められるところである。
- 我が国の医療費が国際的にみてもGDPに対して極めて低水準にあるなかで、これまで医療現場の努力により、効率的で質の高い医療を提供してきたところであるが、高齢化の進展による患者増などにより、医療現場は疲弊してきている。
- 前回の診療報酬改定においても、こうした医療現場の疲弊や医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、依然として危機的な状況に置かれている。
- このような状況については、前回改定の改定率が必ずしも十分でなかったために、医療現場が抱える各種の課題が解消できなかったと考えられることから、今回の改定においては、医療費全体の底上げを行うことにより対応すべきであるとの意見があった。一方で、賃金の低下や失業率の上昇など、国民生活も厳しい状況に置かれており、また、保険財政も極めて厳しい状況にある中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があった。また、配分の見直しのみでは医療危機を食い止めることは困難なところまできているので、今回は医療費全体の底上げと配分の見直しの両者により対応すべきとの意見があった。

- このような議論を踏まえた上で、平成22年度診療報酬改定においては、**「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」**及び**「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」**を改定の**重点課題として取り組むべき**である。
- また、その際には、診療報酬だけで現在の医療が抱える課題の全てを解決できるものではないことから、診療報酬が果たすべき役割を明確にしつつ、地域特性への配慮や使途の特定といった特性を持つ補助金をはじめとする他の施策との役割分担を進めていくべきである。

## **2. 改定の視点**

- 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、がん対策や認知症対策など、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、**「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、**「患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

- また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるが、これを実現するためには、国民一人一人が日頃から自らの健康管理に気を付けることはもちろんのこと、生活習慣病等の発症を予防する保健施策との連携を図るとともに、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、**「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」**を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置

付けるべきである。

- 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」を今回の診療報酬改定の視点の一つとして位置付けるべきである。

## **Ⅱ 平成22年度診療報酬改定の基本方針（2つの重点課題と4つの視点から）**

### **1. 重点課題**

#### **(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

- 我が国の医療が置かれている危機的な状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現していくためには、それぞれの地域で関係者が十分に連携を図りつつ、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制をさらに充実させていくことが必要である。
- このため、地域連携による救急患者の受入れの推進や、小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価、新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価や、急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化、手術の適正評価などについて検討するべきである。

#### **(2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）**

- また、救急、産科、小児、外科等の医療を適切に提供できる体制を充実させていくためにも、これらの医療の中心的役割を担う病院勤務医の過酷な業務に関する負担の軽減を図ることが必要であり、そのためには、これらの医療を担う医療機関の従事者の確保や増員、さらには定着を図ることが出来るような環境を整備することが必要である。
- このため、看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価や、看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価など、入院医療の充実を図る観点からの評価について検討するとともに、医療クレークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価などについて検討するべきである。

- また、診療所を含めた地域の医療機関や医療・介護関係職種が、連携しつつ、それぞれの役割を果たしていけるような仕組みが適切に機能することが、病院勤務医の負担の軽減につながると考えられることから、この点を踏まえた診療報酬上の評価について検討するべきである。

## **2. 4つの視点**

### **(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点**

- 国民の安心・安全を確保していくためには、我が国の医療の中で充実が求められている領域については、診療報酬においても適切に評価していくことが求められる。
- このため、がん医療の推進や認知症医療の推進、新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進や肝炎対策の推進、質の高い精神科入院医療の推進や歯科医療の充実などに対する適切な評価について検討するべきである。
- 一方、手術以外の医療技術の適正評価についても検討するとともに、新しい医療技術や医薬品等については、イノベーションの適切な評価について検討するべきである。

### **(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点**

- 医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者の視点に立った場合、分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現することが求められる。
- このため、医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとするなどを検討するほか、医療安全対策の推進や、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防などに対する適切な評価について検討するべきである。

### **(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**

- 患者一人一人の心身の状態にあった質の高いサービスをより効率的に受け



られるようにするためには、医療と介護の機能分化と連携を推進していくことなどが必要であり、医療機関・介護事業所間の連携や医療職種・介護職種間の連携などを推進していくことが必要である。

- このため、質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進や、在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価について検討するべきである。
- その際には、医療職種はもちろんのこと、介護関係者をも含めた多職種間の連携などに対する適切な評価についても検討するべきである。

#### **(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**

- 医療費は保険料や公費、患者負担を財源としており、国民の負担を軽減する観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。
- このため、後発医薬品の使用促進や、市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価などについて検討するべきである。
- また、相対的に治療効果が低くなった技術については、新しい技術への置き換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

### **Ⅲ 後期高齢者医療の診療報酬について**

- 75歳以上の方のみに適用される診療報酬については、若人と比較した場合、複数の疾病に罹患しやすく、また、治療が長期化しやすいという高齢者の心身の特性等にふさわしい医療を提供するという趣旨・目的から設けられたものであるが、行政の周知不足もあり、高齢者をはじめ国民の方々の理解を得られなかったところであり、また、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、必ずしも活用が進んでいない実態等も明らかになったところである。
- このため、75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して廃止することとするが、このような診療報酬が設けられた趣旨・目的にも配慮しつつ、具体的な報酬設定を検討することとするべきである。

#### IV 終わりに

- 中央社会保険医療協議会におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民、患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

## 平成20年度診療報酬改定の基本方針

平成19年12月3日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

### 1 平成20年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- (1) 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠であり、各地域で必要な医療の確保を図るためにも、不断の取組が求められる。
- (2) したがって、今回改定においても、前回改定に際して当部会が策定した「平成18年度診療報酬改定の基本方針」（平成17年11月）に示した「基本的な医療政策の方向性」、「4つの視点」等（別紙参照）を基本的に継承しつつ、以下の現状を十分に認識して対応するべきである。
- (3) すなわち、現在、産科や小児科をはじめとする医師不足により、地域で必要な医療が受けられないとの不安が国民にある。医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが安心・納得して地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療従事者が誇りと達成感を持って働ける医療現場を作っていけるよう、万全を期す必要がある。
- (4) 平成20年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、基本的な医療政策の方向性や地域医療を巡る厳しい現状を十分に認識した上で行う必要がある。具体的には、医師確保対策として、産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を重点的に図ることについて、今回診療報酬改定における全体を通じた緊急課題として位置付けるべきである。

## 2 今回改定の基本方針（緊急課題と4つの視点から）

### 【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減

産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担軽減を図るためには、産科や小児科への重点評価を行いつつ、病院内での取組及び病院が所在する地域での取組を推進することが必要となる。

#### （産科・小児科への重点評価）

ア 産科や小児科の診療科における病院勤務医の負担軽減を図る観点から、産科医療については、ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応が充実するよう、また、小児医療については、これまでの評価の充実等も踏まえつつ、特に手厚い体制の専門的な医療を提供する医療機関に対しての評価の在り方について検討するべきである。

#### （診療所・病院の役割分担等）

イ 病院勤務医の負担軽減や診療所と病院との機能分担と相互連携を進める観点から、診療所における夜間開業の評価の在り方や、大病院が入院医療の比重を高めていくことを促進する評価の在り方について検討するべきである。

#### （病院勤務医の事務負担の軽減）

ウ 病院勤務医の負担軽減を重点的に図るためには、医師が必ずしも自ら行う必要のない書類作成等の業務について、医師以外の者に担わせることができる体制の充実を促進するための評価の在り方について検討するべきである。

### (1) 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

患者にとって安全・安心・納得の医療を実現するためには、まず患者から見てわかりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。

(医療費の内容の情報提供)

- ア 平成18年度診療報酬改定では、保険医療機関に対し医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、さらに、患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組みの在り方について検討するべきである。

(分かりやすい診療報酬体系等)

- イ 平成18年度診療報酬改定では、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組を行ったが、医療費の内容の分かる領収書や明細書の発行の広がりも踏まえ、分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件について、さらに必要な見直しを行うべきである。

(生活を重視した医療)

- ウ 患者の生活を重視する視点から、がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価の在り方について検討するべきである。また、例えば、生活習慣病に罹患した勤労者、自営業者等が無理なく継続して受診できるよう、夕刻以降の診療所の開業の評価の在り方について、検討するべきである(緊急課題のイの一部再掲)。

(保険薬局の機能強化)

- エ 診療所の夜間開業等に伴い、患者が必要な医薬品の提供を受けられるようにするため、地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価の在り方について検討するべきである。

※ 「病院勤務医の事務負担の軽減」(緊急課題のウ)は、この(1)の視点にも位置付けられる。

(2) 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が安心・納得して早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質(QOL)を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間(在院日数を含む。)が短くなる仕組みを充実していくことが必要である。

(質が高い効率的な入院医療の推進)

- ア 医療計画見直し等の医療法改正を踏まえ、病院等の医療機能の分化・連携を図るとともに、医療資源を効果的・効率的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、引き続き、平均在院日数の短縮に取り組んでいくことが必要である。このため、入院医療の評価の在り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の在り方や拡大等について、引き続き、検討するべきである。

(質の評価手法の検討)

- イ 医療の質については、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側が具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、提供された医療の結果により質を評価する手法についても検討していくべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

- ウ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである。

(在宅医療の推進)

- エ 在宅医療については、緩和ケアに関するニーズの高まりなど在宅医療が変化している状況を踏まえ、在宅療養支援診療所等を中心とした医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

(歯科医療の充実)

- オ 歯科診療に関する指針の見直し等を踏まえ、口腔機能を含めた総合的な管理と併せ、歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」（緊急課題のア）、「診療所・病院の役割分担等」（同イ）、「病院勤務医の事務負担の軽減」（同ウ）は、この(2)の視点にも位置付けられる。

### (3) 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域については、国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。

#### (がん医療の推進)

ア 「がん対策推進基本計画」に基づき、がん医療の推進が求められているが、放射線療法や化学療法の普及、がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価の在り方について検討するべきである。

#### (脳卒中对策)

イ 脳卒中については、高齢化の進展とともに、患者数が急増しており、発症後生命が助かったとしても後遺症が発生する頻度が高いことから、医療計画に沿って、発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

#### (自殺対策・子どもの心の対策)

ウ 我が国の自殺者の増加に対応するため、内科等で身体症状を訴える患者でうつ病等の可能性がある場合に精神科医療と連携する取組や、救急外来に搬送された自殺企図者に対して再度の自殺企図の防止のための精神科医を含めた総合的な診療が進むよう、評価の在り方について検討するべきである。

また、子どもの心の問題については、必要な医療が十分に提供されるよう、長時間や長期間にわたることが多い外来診療や、心の問題を専門に取り扱う医療機関についての評価の在り方について検討するべきである。

#### (医療安全の推進と新しい技術等の評価)

エ 医療の基礎である医療安全の更なる向上の観点から、このための新しい取組等に対する評価の在り方を検討するべきである。また、医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである。

(イノベーション等の評価)

オ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策について検討するべきである。

(オンライン化・IT化の促進)

カ 保険医療機関においては、レセプトのオンライン化が段階的に義務付けられることとなっており、これを含めたIT化は、患者、医療機関、保険者、審査支払機関等それぞれにメリットがある。オンライン化が義務付けられる時期が到来していない保険医療機関において、引き続き、オンライン化への対応を含めたIT化が積極的に推進されるような評価の在り方について検討するべきである。

※ 「産科・小児科への重点評価」(緊急課題のア)、「病院勤務医の事務負担の軽減」(同ウ)は、この(3)の視点にも位置付けられる。

#### (4) 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

国民の安心・納得や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。

(新しい技術への置換え)

ア 医療技術等の進展と普及に伴い、新しい技術等について療養の給付の対象とすることを検討するとともに、相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置換えが着実に進むよう、適正な評価の在り方について検討するべきである((3)のエの一部再掲)。

(後発品の使用促進等)

イ 医薬品及び医療機器については、革新的な新薬等を適切に評価できるよう薬価制度等を見直す一方で、後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策について検討するべきである((3)のオの再掲)。



(市場実勢価格の反映)

ウ 医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

(医療ニーズに着目した評価)

エ 医療行為や7対1入院基本料等における医療従事者の配置について、真の医療ニーズや果たすべき役割に応じたものであるかどうかについて検討し、適切な評価の在り方について検討するべきである((2)のウの再掲)。

(その他効率化や適正化すべき項目)

オ 平成18年度診療報酬改定においては、コンタクトレンズに係る診療等に関して適正化を行ったところであるが、実態を十分に踏まえて、さらに効率化・適正化すべきと認められる項目については、適正な評価を行うよう検討するべきである。

### 3 後期高齢者医療の診療報酬体系

後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」(平成19年10月10日。後期高齢者医療の在り方に関する特別部会)が定められたところであるが、中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)においては、この趣旨を十分に踏まえた上で審議が進められることを希望する。

### 4 終わりに

中医協におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、国民・患者の医療ニーズに即した具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。

(別紙)

平成18年度診療報酬改定の基本方針(抄)

平成17年11月25日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方(抄)

- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
  - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき適切な選択を行うなど患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
  - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質(QOL)を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
  - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、経済・財政とも均衡がとれ、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。
  
- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
  - ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点
  - ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
  - ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
  - ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点
  
- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。

- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

参考資料 4

平成18年度診療報酬改定の基本方針

## 平成18年度診療報酬改定の基本方針

平成17年11月25日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

### 1 平成18年度診療報酬改定に係る基本的考え方

- 国民の健康・長寿という人間にとって一番大事な価値を実現するためには、国民の安心の基盤として、質の高い医療を効率的に提供する医療提供体制の構築と、将来にわたる国民皆保険制度の堅持とが不可欠である。
- 今後の基本的な医療政策の方向性としては、
  - ・ 医療を受ける主体である患者本人が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みを構築していくこと
  - ・ 生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質（QOL）を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと
  - ・ 人口構成等の構造変化に柔軟に対応するとともに、国民の安心や制度の持続可能性を確保するといった観点から見直しを行い、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持していくことが求められていると言える。
- 平成18年度診療報酬改定は、保険財政の状況、物価・賃金等のマクロの経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況等を踏まえつつ、今後の基本的な医療政策の方向性に係る上記のような認識に立って行われるべきであり、具体的には、以下の4つの視点から改定が行われるべきである。
  - ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
  - ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
  - ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評

価の在り方について検討する視点

④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 具体的な診療報酬点数の設定に当たっては、基本的な医療政策の方向性を明確にしないまま診療報酬施策によって医療機関の診療行動や患者の受療行動を誘導しようとするのではなく、基本的な医療政策の方向性に沿って個別の診療報酬点数を設定していく中で対応していくことを基本とするべきである。
- 一方、基本的な医療政策の方向性に必ずしも沿ったものではない医療については、単に診療報酬点数上の評価の適正化を行うだけでなく、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えつつ、特に患者の選択に係るようなものについては、保険診療と保険外診療との併用を認める制度の活用により、応分の負担をしていただくことも含め、検討していくべきである。

2 4つの視点から見た平成18年度改定の基本方針

① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点

- 必要な情報に基づき患者自身が選択して、患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療を実現するためには、まず患者から見て分かりやすい医療としていくことが前提であり、患者に対し医療に関する積極的な情報提供を推進していくことが必要であるとともに、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供していくことが必要である。
- このため、診療報酬体系の見直しに当たっては、そもそも診療報酬体系自体を患者にとって分かりやすい体系とする視点に立って、見直しを推進すべきである。  
とりわけ、診療報酬上評価されている医療のうちには、実際に提供されているが、患者が明確に分らないままに費用を負担しているものもあるとの指摘もあり、現行の診療報酬の名称等の位置付けも含め、点検を行っていくべきである。

○ 患者への情報提供の推進の観点からは、患者が保険医療機関を受診等した場合に医療費の内容の分かる領収書の発行を受けることができるよう、診療報酬体系を患者にとって分かりやすいものとする取組と併せ、現状を考慮して所要の経過措置を講じた上で、保険医療機関や保険薬局に医療費の個別単価など詳細な内容の分かる領収書の発行を義務付けることを視野に入れて、情報提供を強力に推進するべきである。

○ また、患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供する観点からは、不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣に起因した生活習慣病等の重症化予防を推進するための方策について検討するべきである。

## ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

○ 質の高い医療を効率的に提供するため、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みを作ることが必要である。

このため、地域における疾患ごとの医療機能の連携体制に係る評価の在り方について検討するべきである。

○ また、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、支援していく体制を構築することが必要である。

このため、入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価の在り方について検討するべきである。

○ さらに、我が国の医療については、諸外国と比べ平均在院日数が長いという指摘があり、医療機能の分化・連携を図りつつ、医療資源を集中的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、平均在院日数の短縮を図っていくことが必要である。

このため、平均在院日数の短縮の促進に資するような入院医療の評価の在

り方や、急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等について検討するべきである。

- このほか、病院・診療所の機能分化・連携を推進する観点から、病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方について検討するべきである。

### ③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域については、国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政とも均衡がとれたものとするといった観点も踏まえつつ、その評価の在り方について検討していくことが必要である。
- 例えば、産科や小児科、救急医療等については、診療科・部門による医師の偏在により地域において必要な医療が確保されていないとの指摘があることも踏まえ、特に休日、夜間等における医療機関の連携体制を確保していく観点からも、これらの領域に対する診療報酬上の適切な評価について検討するべきである。
- また、医療分野においてはIT化が遅れているが、IT化を推進していくことは、被保険者、医療機関、保険者、審査支払機関等のそれぞれにとってメリットのあることであり、解決すべき課題を整理しつつ、これを集中的に推進していくための方策についても検討するべきである。
- さらに、医療の安全性の更なる向上の観点から、医療安全に係るコストの実態を踏まえつつ、診療報酬上の更なる取組の可能性についても検討していくべきである。
- このほか、医療技術については、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価を進めるとともに、新しい医療技術については、有効性、安全性等のほか、その導入の効果についても十分に確認した上で、適切に保険導入を図っていくことが必要であるが、その際には、保険導入手続の透明化・明確化の視点に十分配慮していくべきである。



#### ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

- 国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡がとれたものとするといった観点を踏まえつつ、今後重点的に対応していくべきと思われる領域の適切な評価を行っていくためには、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域について、その適正化を図る方向で、評価の在り方について検討していくことが必要である。
- このため、患者の状態像に応じた慢性期入院医療の評価の在り方、入院時の食事に係る評価の在り方、外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価の在り方、コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価の在り方、かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価の在り方等について検討するべきである。
- また、医薬品については、画期的新薬の開発を促進する薬価制度を構築していく一方で、良質かつ廉価な後発医薬品の使用を促進することは、医療保険制度の持続可能性の維持に資するものであることから、後発医薬品の使用促進のための環境整備の方策についても検討するべきである。
- このほか、医薬品、医療材料、検査等のいわゆる「もの代」については、市場実勢価格等を踏まえた適正な評価を進めるべきである。

### 3 終わりに

- 中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）におかれては、本基本方針の趣旨を十分に踏まえた上で、具体的な診療報酬の改定案の審議を進められることを希望する。
- また、平成18年度診療報酬改定の結果については、本基本方針に即した改定であったかどうか、実際の改定の効果がどの程度あったのか等について、中医協において検証を行い、その結果を当部会に報告いただくことを希望する。