

参考資料

平成23年12月1日
厚生労働省保険局

社会保障・税一体改革成案 工程表(抄)

		A （金額は公費（2015年））	B （金額は公費（2015年））	C 工程	D 所要額（公費） 2015年	E 所要額（公費） 2025年
Ⅱ 医療・介護等	○ 地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化					
	～診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備～					
	・ 病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入、亜急性期・慢性期医療の機能強化等による入院医療の機能強化、精神保健医療の改革、医師の偏在是正、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化等）	+	・ 平均在院日数の減少等 （▲4,300億円程度）			
	・ 在宅医療の充実等（診療所等における総合的な診療や在宅療養支援機能の強化・評価、訪問看護等の計画的整備等） （8,700億円程度）	→	○平均在院日数：2011年 19～20日程度 → 2025年 高度急性期：15～16日程度 一般急性期： 9日程度 ○病床数：概ね現状水準 ○精神医療：2025年に在院日数1割程度減少	・ 2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し	0. 4兆円程度	1. 3兆円程度
	→ 高度急性期の職員等：2025年に現行ベースより2倍増 一般急性期の職員等：2025年に現行ベースより6割程度増 在宅医療等：2011年 17万人/日 → 2025年 29万人/日		・ 外来受診の適正化等（生活習慣病予防、医療連携、ICT、番号、保険者機能の強化等）（▲1,200億円程度） ・ ICTの活用による重複受診・重複検査、過剰な薬剤投与等の削減 → 外来患者数：2025年に現行ベースより5％程度減少	・ 基盤整備のための一括的な法整備：2012年目途に法案提出	△0. 1兆円程度	△0. 6兆円程度
①	・ 地域包括ケアシステムの構築等在宅介護の充実、ケアマネジメントの機能強化、居住系サービスの充実 等 ・ 施設のユニット化（2,500億円程度）	+	・ 介護予防・重度化予防 ・ 介護施設の重点化（在宅への移行） （▲1,800億円程度）	・ 2025年頃までに医療・介護サービスのあるべき姿を実現		
	→ GH、小規模多機能：2011年 21万人/日 → 2025年 77万人/日 居住系・在宅介護：2011年 335万人/日 → 2025年 510万人/日	→	要介護認定者数：2025年に現行ベースより3％程度減少		0. 1兆円程度	1. 2兆円程度
	・ 上記の重点化に伴うマンパワー増強 ☆ （2,400億円程度）					
	→ 医療介護従事者：2011年 462万人 → 2025年 704～739万人 （1.6倍程度）				0. 2兆円程度	0. 4兆円程度
医療・介護①小計	充実計 （2015年）	～1. 4兆円程度	重点化・効率化計 （2015年）	～0. 7兆円程度	（上記の機能分化等が全て実現する場合の試算） ～0. 6兆円程度 ～2. 3兆円程度	

	充実 A (金額は公費(2015年))	重点化・効率化 B (金額は公費(2015年))	C 工程	D 所要額(公費) 2015年	E 所要額(公費) 2025年
Ⅱ 医療・介護等 ②	○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策		税制抜本改革とともに、2012年以降速やかに法案提出 ↓ 順次実施		
	a 被用者保険の適用拡大と 国保の財政基盤の安定化・強化・広域化 ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大 → 例えば雇用保険並びにまで拡大すると、約400万人 (=完全実施の場合▲1,600億円) ・ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化 ・ 財政基盤の強化 (低所得者保険料軽減の拡充等(～2,200億円程度)) ※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動			～0.3兆円程度 …被用者保険の適用拡大、総報酬割と併せて検討	—
	b 介護保険の費用負担の能力に応じた負担の要素強化と低所得者への配慮、保険給付の重点化 ・ 1号保険料の低所得者保険料軽減強化(～1,300億円) ※ 財政影響は、機能強化と重点化の規模により変動				
	c 高度・長期医療への対応(セーフティネット機能の強化)と給付の重点化 ・ 長期高額医療の高額療養費の見直し(長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等)による負担軽減(～1,300億円程度) ・ 受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施(病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討)。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円)ただし、低所得者に配慮。 ※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動			～0.1兆円程度 …受診時定額負担等と併せて検討	—
	d その他 ・ 総合合算制度(番号制度等の情報連携基盤の導入が前提) ・ 低所得者対策・逆進性対策等の検討 ・ 高齢者医療制度の見直し(高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど)	・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し(医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す) ・ 国保組合の国庫補助の見直し	〔総合合算制度：2015年の番号制度以降導入〕	〔総合合算制度 ～0.4兆円程度〕	
医療・介護②小計	充実計(2015年) 1兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計(2015年) ～0.5兆円程度 (改革の内容により変動)		～1兆円弱程度	—
医療・介護計	充実計(2015年) ～2.4兆円程度 (改革の内容により変動)	重点化・効率化計(2015年) ～1.2兆円程度 (改革の内容により変動)		～1.6兆円弱程度	～2.3兆円程度

高額療養費の見直しに関する基本的な考え方

《医療保険を取り巻く状況》

- 経済状況が悪化する中、医療費・拠出金の負担の増加により、医療保険者の財政状況は非常に厳しい。
- 医療の高度化や急速な高齢化、医療提供体制の機能強化等により、医療費は今後もGDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。
これを賄うための公費、保険料、自己負担の規模も増大。

市町村国保の平均保険料(税)(年間、介護分含む)
約8.0万円(H17年度)→約9.1万円(21年度。13%増)
協会けんぽの平均保険料率
8.2%(H21年度)→9.5%(23年度。16%増)
※直近の収支見通しでは24年度は10.04%の見込み

《セーフティネット機能》

- 高額療養費制度により、所得に応じた自己負担の上限を設定しており、実効給付率は継続的に上昇。高額療養費は、国民医療費の伸びを大きく上回って増加。
- 他方、高額療養費については、
 - ・ 高額な治療薬の長期服用により、医療費負担の重い患者が増加
 - ・ 一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、非課税世帯ではない中低所得層の負担が重く、また近年この層の人数が増加
という課題があり、機能強化が必要。

セーフティネット
機能の強化の規模に
応じて、給付の重点化を併
せて実施

《受診時定額負担》

- 今後、保険料・公費・自己負担の規模が増大する中で、セーフティネット機能を強化(高額な医療費にかかる自己負担を軽減)するため、相対的に医療費の負担が小さい場合の負担のあり方を見直すなど、給付を重点化(改正により、患者負担の規模を変えるものではない)。

慢性骨髄性白血病の治療(グリベック錠を服用する場合)
医療費(年間) 約400~600万円

→ 70歳未満の一般所得者の場合、高額療養費により、現行は年間約64万円の自己負担

(参考) 外来(入院外)の受診回数(H22年3月平均)

後期高齢者医療	約3.7回(患者当たり)
国民健康保険	約2.7回(患者当たり)
協会けんぽ、健保組合	約2.1回(患者当たり)

医療の費用と財源構成の将来推計

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

		2011年度	2015年度				2025年度			
			現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
			医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②
医療の費用（兆円）		39.1	44.6	44.1	45.2	44.7	60.4	60.9	61.2	61.6
対2011年度比		—	+14%	+13%	+15%	+14%	+55%	+56%	+57%	+58%
財源	保険料負担（兆円）	19.2	21.6	21.4	21.9	21.6	27.9	28.1	28.2	28.4
	対2011年度比	—	+12%	+11%	+14%	+13%	+45%	+46%	+47%	+48%
	公費負担（兆円）	14.1	16.7	16.5	16.8	16.7	24.5	24.7	24.8	25.0
	対2011年度比	—	+18%	+17%	+19%	+18%	+73%	+75%	+76%	+77%
	自己負担（兆円）	5.8	6.4	6.3	6.5	6.4	8.1	8.1	8.2	8.2
	対2011年度比	—	+11%	+10%	+12%	+11%	+40%	+41%	+42%	+43%
GDP（兆円）		483.8	510.9				607.4			
対2011年度比		—	+6%				+26%			
1人当たりの所要保険料額の見通し （2011年度を100として、制度改正を見込まない場合）	協会けんぽ	100	115	114	116	115	157	158	159	160
	健保組合	100	117	116	118	117	160	161	162	163
	市町村国保	100	112	111	113	112	162	163	164	165
	後期高齢者医療	100	115	113	116	115	163	164	165	166
賃金上昇率（2011年度を100とした場合）		100	107				139			
医療の費用に占める財源構成（同年度ではケースによる財源構成は同じ）	保険料	49.1%	48.4%				46.1%			
	公費	36.1%	37.3%				40.5%			
	自己負担	14.7%	14.3%				13.3%			

（注1）平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議資料で公表している将来推計のバックデータから作成。

（注2）「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）

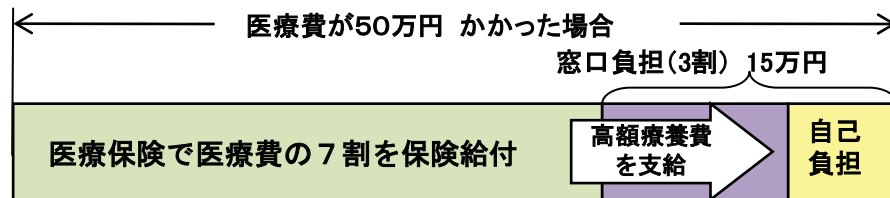
（注3）「ケース①」は医療の伸び率（人口増減や高齢化除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合。「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合。

（注4）「1人当たり所要保険料の見通し」は積立金がなくなること引き上げる保険料の変化分を含まない。

高額療養費によるセーフティネット機能と支給実績

- 医療保険制度では、高額な医療にかかっても家計が破たんしないよう、高額療養費によって所得に応じた自己負担の上限を設定し、定率による患者負担に歯止めを置いている。この結果、**実効給付率は、約83.0%(平成20年度)**となっている。
- **高額療養費の支給実績**は、定率負担の引き上げ等に伴い、**医療費の伸びを大きく上回って増加(10年間で2倍程度)**に。平成21年度実績:1兆8千億円)。医療の高度化等によって、**今後も医療費の伸びを大きく上回って増加することが見込まれる。**

高額療養費で患者負担に歯止め



現在でも、高額療養費によって、患者負担は、定率負担よりも低い水準に抑えられています。

実質的な患者負担率(平成20年度)

医療保険全体	16.97%
被用者保険	23.07%
市町村国保	19.63%
後期高齢者医療	8.85%

(注)負担率の計算では予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分は含んでいない。

低所得者(市町村民税非課税)は自己負担の上限を低く設定

70歳未満:月35,400円(4月目から24,600円)
70歳以上:月24,600円(特に所得が低い方は15,000円)、外来8000円

⇔ 一般所得者の自己負担の上限(現行)

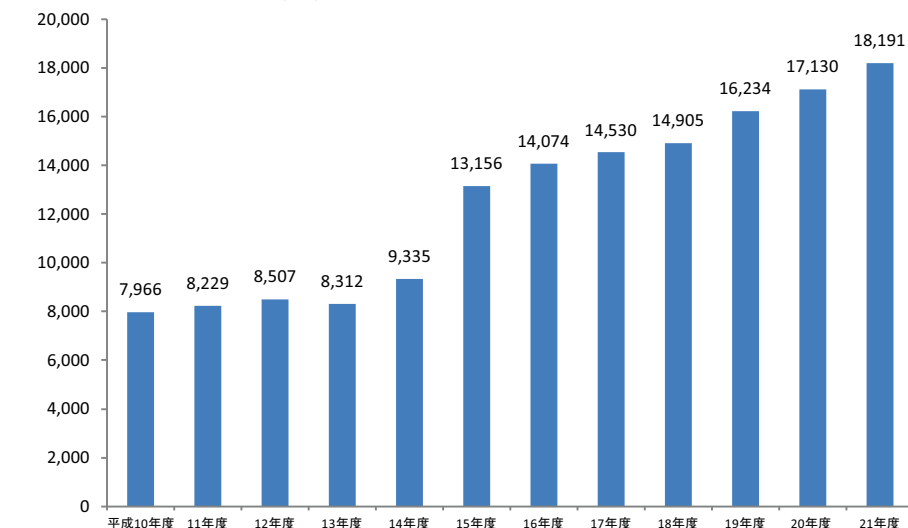
70歳未満:月80,100円+(医療費-26.7万円)×1%(4月目から44,400円)
70歳以上:月44,400円、外来12,000円

【平成21年度】	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険(後期医療除く)	約1856万件	約1兆3969億円	75,268円
協会けんぽ	約279万件	2867億円	102,693円
健保組合	約184万件	1825億円	99,188円
共済	約57万件	545億円	95,300円
国保	約1334万件	8719億円	65,346円
後期高齢者医療制度	約2408万件	約4223億円	17,536円
計	約4264万件	約1兆8191億円	42,663円

(1) 高額療養費の支給額は、10年間で2倍程度に増加
(平成21年度実績:1兆8千億円)

(2) 高額療養費の伸びは、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、国民医療費の伸びを大きく上回っている。

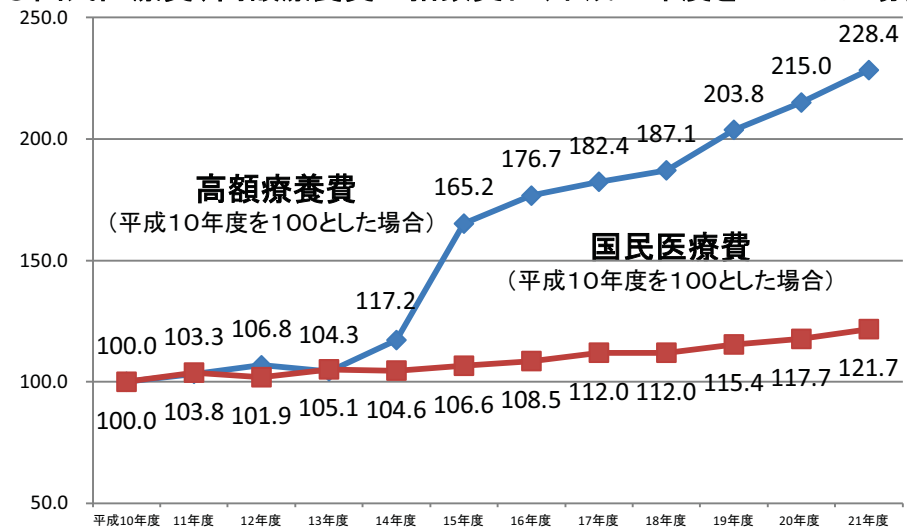
○高額療養費の支給額



(注1)13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。

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

○国民医療費、高額療養費の指数変化(平成10年度を100とした場合)



加入者一人当たりの患者負担・保険料負担等の比較（平成21年度平均）

- 高齢者は高額療養費の給付額(一人当たり)が高く、保険制度のセーフティネットも整備されている(70歳以上の一般の高齢者は定率負担が1割、高額療養費の自己負担の上限も低く設定されている)。
- 現役世代は、自らの給付費以上(1.5～2.0倍程度)の保険料を負担し、保険料の4割以上を使って高齢者医療を支えている。

		加入者1人当たり（年間／万円）						
		医療費	給付費	高額療養費	患者負担	実効負担率	高齢者支援金・納付金	保険料負担（調定額）
医療保険（後期高齢者医療制度以外）	70歳未満	16.9	13.1	1.1	3.9	22.9%	－	－
	70歳以上	55.1	47.4	4.0	7.7	14.0%	－	－
	協会けんぽ	15.2	11.6	0.8	3.5	23.4%	8.3	17.1 （給付費の1.5倍）
	健保組合	13.3	10.3	0.6	3.0	22.6%	8.8	19.8 （給付費の1.9倍）
	共済	14.0	10.9	0.6	3.1	22.0%	10.0	22.0 （給付費の2.0倍）
	市町村国保	29.1	23.5	2.3	5.6	19.3%	▲4.7	8.3
後期高齢者医療制度		88.5	80.8	3.1	7.7	8.7%	▲34.7	6.4
	現役並み所得者	81.8	65.7	8.6	16.2	19.7%	－	－
	現役並み所得者以外	89.1	82.1	2.6	7.0	7.9%	－	－

(※1) 「加入者1人当たり」は、平成21年度平均ベースの加入者数を用いて算出。

(※2) 「医療費」は、医療保険の診療費、調剤、食事・生活療養、訪問看護、療養費等の合計。

(※3) 「保険料負担」は、平成21年度決算ベース（健保組合は決算見込み）の保険料収入額。

(※4) 「高齢者支援金・納付金」は、平成21年度決算ベースの後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、退職者給付拠出金の合計から後期高齢者交付金、前期高齢者交付金、療養給付費交付金の合計を差し引いたもの。

(※5) 医療保険70歳未満、70歳以上の高額療養費は、被用者は世帯合算分を医療費で按分した推計値、国保は協会けんぽの実効給付率を用いて按分した推計値である。

(※6) 公費補助分及び70歳～74歳の一般所得者の患者負担軽減分は患者負担に含まれている。

医療保険制度別の実効給付率の推移

○ 平成20年度の医療保険全体での患者の実効負担率は約17.0%。ただし、平成20年度以降、70歳から74歳の一般所得者の自己負担割合(法律上2割)を、予算措置で1割負担に据え置いているため、予算措置による軽減分を含めると約16.4%である。

		被用者保険計				国保計			若 人 計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正
		協会(一般)	組合健保	共済組合	国保計	市町村 国保	国保組合					
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
被 保 険 者 (70 歳 未 満)	平成14年度	82.03	81.06	82.75	84.11	78.12	78.09	78.57	79.67	—	—	健保:2割→3割
	15	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—	
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—	
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—	
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—	
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—	
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—	義務教育前:3割→2割
被 扶 養 者 (70 歳 未 満)	平成14年度	75.78	75.32	75.84	77.23	—	—	—	75.78	—	—	健保の入院:2割→3割
	15	75.73	75.11	75.92	77.35	—	—	—	75.73	—	—	
	16	75.88	75.40	76.02	77.20	—	—	—	75.88	—	—	
	17	75.83	75.46	75.91	76.88	—	—	—	75.83	—	—	
	18	75.87	75.49	75.96	77.01	—	—	—	75.87	—	—	
	19	76.20	76.01	76.20	76.91	—	—	—	76.20	—	—	
	20	77.01	76.66	77.19	77.73	—	—	—	77.01	—	—	義務教育前:3割→2割
70 歳 以 上	平成14年度	89.66	89.34	90.20	91.73	88.94	88.99	87.23	89.07	—	—	現役並み:1割→2割 等
	15	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—	
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—	
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—	
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—	
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—	
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—	70～74歳:1割→2割
計	平成14年度	79.26	78.69	79.50	80.79	78.59	78.57	78.82	78.96	91.21	83.89	現役並み:1割→2割 等 健保:2割→3割
	15	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79	
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09	
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27	
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21	
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45	
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03	70～74歳/義務教育前: 2割
		[77.18]				[81.75]			[79.51]		[83.59]	

(注1) 各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。ただし、19年度以前の健保組合及び共済組合は事業年報等に基づく推計値。

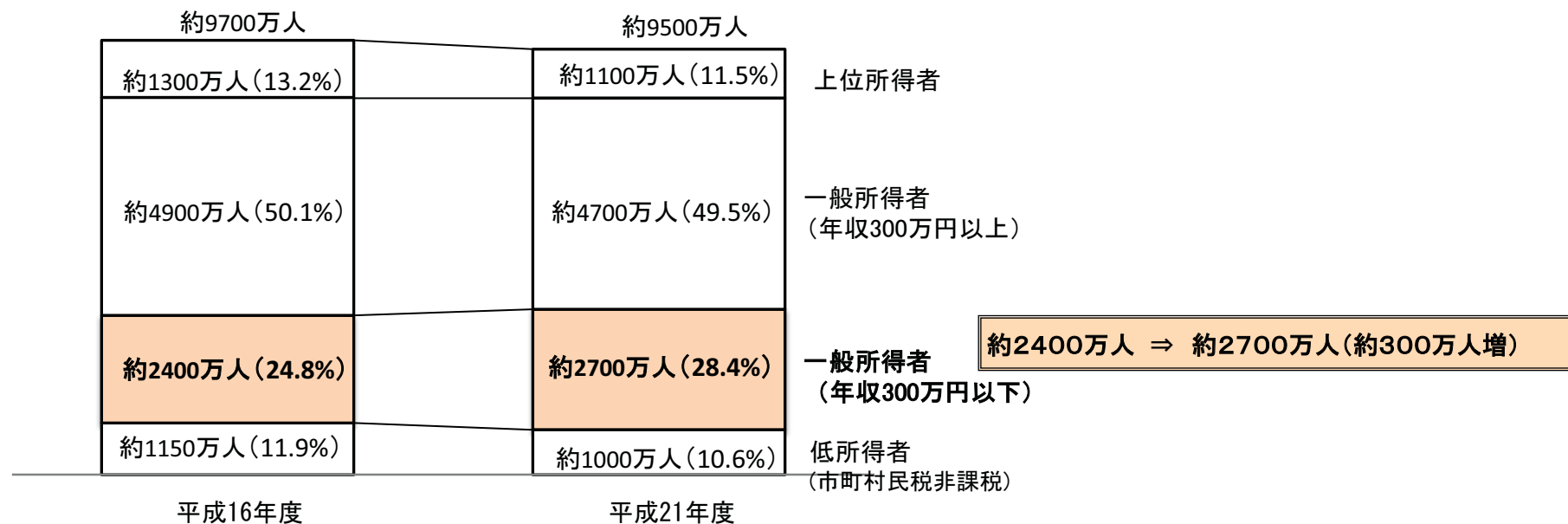
(注2) 20年度の給付率には、予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。予算補助分を含めた給付率は「 」で記載。

(注3) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

中低所得者数の推移

○ 近年、現役世代で、年収300万円以下の所得層が増加している。

70歳未満（協会けんぽ、健保組合、市町村国保）の所得階層別の対象者数の変化（平成16年度→21年度）



《平成16年度》

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	計
上位所得者	約300万人	約770万人	約210万人	約1300万人
一般所得者	約3080万人	約2160万人	約2020万人	約7300万人
年収300万円以下	約1080万人	約360万人	約960万人	約2400万人
低所得者	-	-	約1150万人	約1150万人

《平成21年度》

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	計
上位所得者	約270万人	約680万人	約140万人	約1100万人
一般所得者	約3140万人	約2300万人	約1950万人	約7400万人
年収300万円以下	約1190万人	約470万人	約1040万人	約2700万人
低所得者	約20万人	約2万人	約980万人	約1000万人

※「年収300万円以下」の人数は、標準報酬22万円以下、旧
ただし書き所得160万円以下の人数の推計値

※平成16年度は旧政管健保の健保組合の標準報酬月額の下
限が9.8万円であり、市町村民税非課税世帯はいないと仮
定して集計。

高額な治療薬の長期服用が必要な疾病の例

疾病名	主な病状等	治療法等	1月当たり主な治療薬剤費(※)	患者数
慢性骨髄性白血病 (CML)	病態の段階として慢性期・移行期・急性転化期の3段階がある。慢性期ではほとんど無症状であるが、軽度の疲労感や満腹感が伴う程度であるが、移行期では白血球数のコントロールが困難となり、貧血傾向、発熱等が現れることがある。その後、急性転化期に至ると、急性白血病と同様の症状となり、治療が困難となる。治療は慢性期から移行期への移行を防ぐための治療を慢性期において行うのが中心であり、その場合に用いられるのがグリベックの投薬を継続する手法である。	グリベック、タシグナ、スプリセルの投与（慢性期） ※なお、移行期までであれば骨髄移植、急性転化期であれば、急性白血病の治療	（慢性期の場合） グリベック：約33万円 タシグナ：約55万円 スプリセル：約55万円	約1万2千人 （H20年患者調査）
乳がん	乳がんの症状には、乳房のしこりや皮膚の変化、乳房の近傍のリンパ節の腫れ等がある。遠隔転移による症状は転移した臓器により様々である。臨床的に明らかな転移を伴っておらず、外科手術が可能と考えられる場合で、かつ局所疾患の場合は局所療法（外科手術±放射線療法）を行うが、浸潤癌である可能性が考えられる場合には術前または術後に薬物療法を加える。転移・再発乳癌の場合には、治療が困難であるため、延命及び生活の質の改善を目的とした薬物療法が適用となる。	薬物療法には、内分泌療法・化学療法・分子標的療法があり、予後・効果・予測因子を考慮し、選択する。	●内分泌治療の例（治療期間は5年又はそれ以上） ノルバデックス等（抗エストロゲン剤）：約1万円 アリミデクックス・アロマシン・フェマーラ（アロマターゼ阻害剤）：約2万円 ゾラデックス（LH-RHアナログ）：約4.4万円 ●化学療法の例（治療期間は3ヶ月～1年程度） Weeklyパクリタキセル（タキソール）：14万円 ●分子標的療法（治療期間は1年） ハーセプチン（トラスツズマブ）：約20～25万円 ※ 治療期間は術後薬物療法の場合。なお、転移・再発乳癌の治療では患者の有害事象の訴えとQOLを考慮して継続の可否が判断される。	約17万9千人 （H20年患者調査）
関節リウマチ	破壊性非化膿性関節炎を主病変とし、関節の破壊、変形を来し、自己免疫疾患の一つとされる。進行性、全身性の炎症性疾患であり、全身倦怠感や微熱等、多彩な全身症状を呈する。合併症として間質性肺炎、心膜炎等が起こることがある。関節破壊が進行すれば、痛み・変形のため日常生活動作が不自由になる。	レミケード等の生物学的製剤の投与 等	約18万円（体重60kgの場合。2か月に1回投与）	約33万6千人 （H20年患者調査）

(※) 「1月当たり主な治療薬剤費」は、医療用医薬品添付文書の用法・用量において患者の体重を60^{kg}と仮定して推計。

高額療養費の見直しのイメージ（案）

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

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

〔現行〕

〔見直しのイメージ案〕

《上位所得者》

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

《上位所得者》

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

(※1) 83,000円 × 12月

《一般所得者》

当初3ヶ月：80,100円
+ (医療費－267,000) × 1%

4月目～：44,400円

《年収600万円以上（一般所得者）》

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

《年収300万円～600万円（一般所得者）》

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

《年収300万円以下（一般所得者）》

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

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

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

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,400円 4月目～：24,600円

《低所得者（住民税非課税）》

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

(※7) 24,000円 × 12月 × 90%

70歳未満

[現行]

《現役並み所得者》

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

【外来：44,400円】

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

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

【外来：44,000円】

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

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

【外来：44,000円】

《一般所得者》

44,400円(※8) 【外来12,000円】(※9)

(※8)2割負担では62,100円

(※9)2割負担では24,600円

《一般所得者》 ※70歳未満の年収300万円以下と平仄とった

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

【外来：12,000円】(※10)

(※10)2割負担では24,000円

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

24,600円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅱ（住民税非課税）》

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

(※11)24,000円×12月×90%

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

15,000円 【外来：8,000円】

《低所得者Ⅰ（住民税非課税）》

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

(※12)15,000円×12月×90%

高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

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

《高額療養費の見直し》

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

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

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

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

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

1年間で高額療養費を受給する人数の粗い推計（平成21年度ベース）

- 現在、1年間で高額療養費を受給する人数は、約670万人と推計される。
- 現在提示している高額療養費の見直しを行った場合、現在高額療養費を受給している670万人の負担が軽減されることに加え、新たに70万人が高額療養費を受給することになり、合計740万人の負担が軽減されると見込まれる。

	現行での受給者数 ①	見直した場合 ②	差 ②－①	加入者数 (年度平均)
全制度計	670万人 (5.3%)	740万人 (5.8%)	70万人	12,700万人
被用者保険	190万人 (2.5%)	220万人 (3.0%)	30万人	7,400万人
年収300～600万円（70歳未満）	80万人 (2.6%)	90万人 (3.0%)	10万人	3,100万人
年収300万円以下（70歳未満）	50万人 (2.6%)	70万人 (3.7%)	20万人	1,800万人
国民健康保険	240万人 (6.1%)	270万人 (6.7%)	30万人	4,000万人
年収300～600万円（70歳未満）	40万人 (4.6%)	50万人 (5.2%)	10万人	900万人
年収300万円以下（70歳未満）	60万人 (4.8%)	70万人 (6.4%)	20万人	1,200万人
後期高齢者	250万人 (18.2%)	250万人 (18.7%)	10万人	1,400万人

（注1）カッコ内の数値は、加入者に占める高額療養費受給対象者の割合。

（注2）自己負担の上限が1万円の長期疾病（透析、血友病、HIV）を除く。

（注3）被用者保険については和歌山県の協会けんぽ加入者、市町村国保については和歌山県の市町村国保加入者、後期高齢者については和歌山県の後期高齢者加入者における、高額療養費該当状況を基に推計したもの。

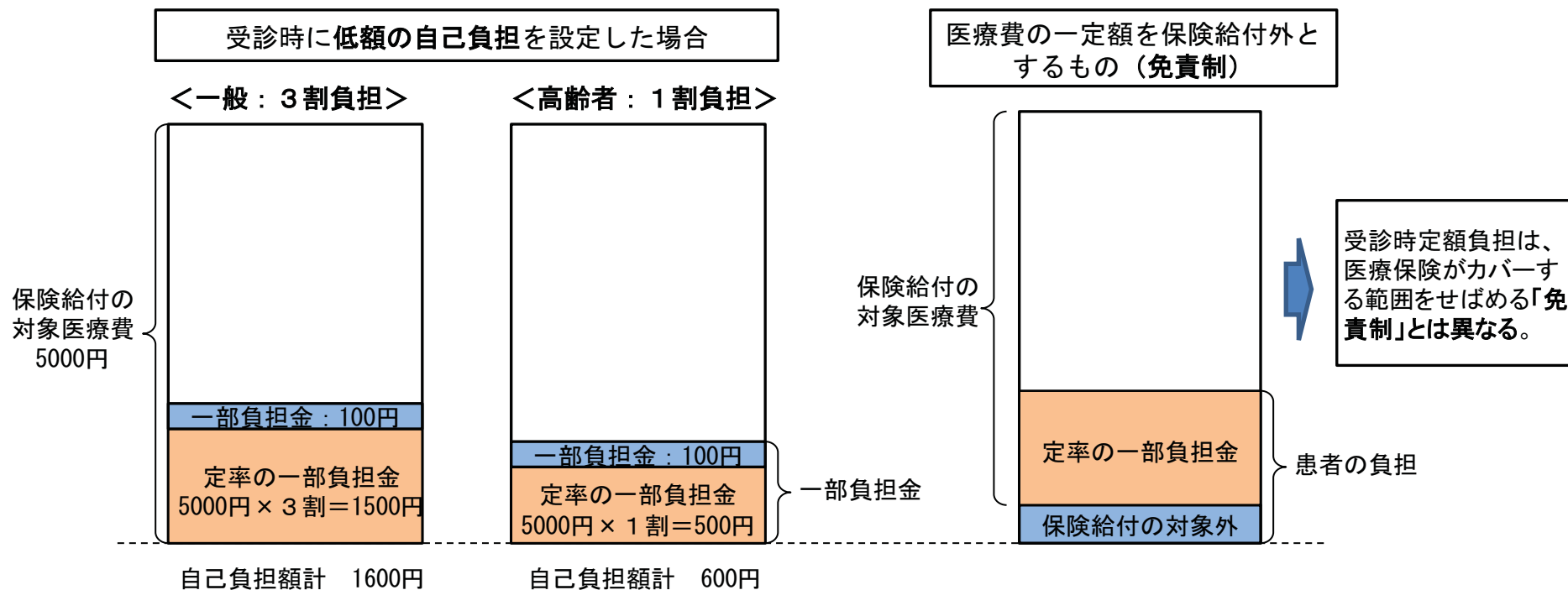
（注4）年収300万円以下は、高額療養費の自己負担限度額の区分において、一般所得に該当するものの中で年収300万円以下の者。

（注5）10万人単位で四捨五入している。

受診時定額負担の仕組みについて（案）

- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を变えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。
（参考）健康保険法等の一部を改正する法律（平成14年法律第102号）
附 則
第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合（医療費5000円の例）



受診時定額負担の財政影響（粗い試算）

- 一体改革成案に盛り込まれた「例えば、初診・再診時100円の場合」の財政影響を試算。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。
- 「低所得者への配慮」による財政影響は含んでいないので、軽減措置を講じることで財政影響の効果は小さくなる。特に、低所得者が多い市町村国保では、保険料負担と公費負担の財政改善の効果は小さくなる。

《初診・再診で100円を設定した場合》（低所得者の軽減措置分は財政影響に入っていない）

		給付費	保険料＋公費	保険料	公費
総計		▲約4100億円	▲約4100億円	▲約2900億円	▲約1300億円
	協会けんぽ	▲約800億円	▲約1200億円	▲約1000億円	▲約200億円
	健保組合	▲約700億円	▲約1000億円	▲約1000億円	—
	共済組合	▲約200億円	▲約300億円	▲約300億円	—
	市町村国保	▲約1300億円	▲約900億円	▲約400億円	▲約500億円
	後期医療	▲約1000億円	▲約600億円	▲約80億円	▲約500億円

（注1）平成23年度予算ベース。受診回数については、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入している。

（注3）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

受診時定額負担の低所得者への配慮について

- 仮に１００円程度の負担とした場合、低所得者の軽減措置をどのように考えるか。
- 現行の高額療養費制度では、低所得者の範囲として、全世代で共通の基準として「市町村民税非課税」としている。

今回の制度でも、①国民への分かりやすさ、②高額療養費や食費負担など自己負担の水準の仕組みにおいて、現在の基準以外に別の区分を作る必要がなく、制度体系への影響が小さい、③実務上も現在の食事療養標準負担額の減額認定証を活用できる等を考慮すると、「市町村民税非課税」を低所得者の範囲とすることが考えられるが、どうか。

(参考) 「市町村民税非課税」の対象者数（H21年度平均値）：約1,700万人（加入者全体の約15%）
国保（約1170万人）、後期高齢（約500万人）、協会けんぽ（約12万人）、健保組合（約2万人）の計

《低所得者への軽減措置の財政影響の機械的な試算》

仮に、受診時定額負担を一律に１００円と設定した場合、低所得者が負担する相当分の受診時定額負担は、給付費ベースで 約８００億円（うち保険料４００億円、公費４００億円）と見込まれる。

したがって、軽減措置による財政影響は、その措置の内容に応じて、この額の範囲となる。

受診時定額負担の低所得者への配慮の財政影響（2015年度ベース）

○ 低所得者（市町村民税非課税の者）への配慮の内容としては、定額を低い額に設定することが考えられるのではない。

《市町村民税非課税の低所得者は、初診・再診で50円とした場合の試算》

	給付費	保険料＋公費	保険料＋公費	
			保険料	公費
総計	▲3700億円	▲3700億円	▲2700億円	▲1100億円
協会けんぽ	▲800億円	▲1100億円	▲900億円	▲200億円
健保組合	▲700億円	▲900億円	▲900億円	—
共済組合	▲200億円	▲300億円	▲300億円	—
市町村国保	▲1100億円	▲800億円	▲300億円	▲400億円
後期医療	▲900億円	▲500億円	▲60億円	▲400億円

（注１）平成23年度予算ベース。受診回数については、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

（注２）100億円未満の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入している。

（注３）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

高額療養費の見直しと受診時定額負担の財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しを想定。
- 市町村国保は、低所得者が多く、財政影響が大きい（健保組合、共済、協会けんぽも、前期高齢者等の財政調整を通じて、市町村国保の給付増の一部を負担）。財政中立とするため、受診時定額負担に加えて、さらに公費の支援も必要だが、その分の財政影響は加えていない。

	(イ) 高額療養費の見直し (P 1 2 の財政影響)	(ロ) 受診時定額負担 (P 1 7 の財政影響)	(イ) + (ロ)
①保険料負担への影響	約2500億円	▲約2700億円	▲約200億円
協会けんぽ	約900億円	▲約900億円	▲約30億円
健保組合	約700億円	▲約900億円	▲約300億円
共済組合	約200億円	▲約300億円	▲約70億円
市町村国保	約500億円	▲約300億円	約200億円
後期高齢者医療	約50億円	▲約60億円	▲約10億円
②公費負担への影響	約1200億円	▲約1100億円	約90億円
給付費への影響 (①+②)	約3600億円増	▲約3700億円	▲約90億円

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

(注 2) 「受診時定額負担」の財政影響は、平成23年度予算ベース。受診回数は、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

初診・再診時の定額負担による受診行動の変化の粗い推計

- 制度的な給付率の変化に伴い、医療費水準が変化することが経験的に知られている。例えば、給付率が低下（＝患者負担が増加）する制度改正が行われると、受診行動が変化し受診日数（患者数）が減少する結果、医療費が減少する（この効果を「長瀬効果」と呼んでいる）。
- この医療費の水準の変化は、患者負担の変動額と同程度変化することが見込まれる。例えば、受診時に100円の定額負担を設定した場合、年間の受診日数が約20.6億日（医科・歯科計。平成21年度ベース）であるので、患者負担が約2,060億円増加し、医療費が約2,060億円減少することを見込んでいる。
この医療費の減少分を、「加入者1人当たりの受診日数」に置き換えた場合の変化を推計した。

＜初診・再診時の定額負担（※1、2）に伴う加入者1人当たり受診日数への影響＞

	[医科外来]		[歯科]			[医科外来]		[歯科]	
協会けんぽ	9.2日／年		2.82日／年			9.1日／年		2.78日／年	
健保組合	8.6日／年		2.74日／年			8.5日／年		2.69日／年	
市町村国保	13.9日／年		3.57日／年			13.8日／年		3.52日／年	
後期高齢者	34.2日／年		4.00日／年			33.9日／年		3.94日／年	

（※1）平成21年度の各制度の受診日数をもとに推計。

（※2）定額負担は、初診・再診時100円の場合（試算では、低所得者への軽減措置による影響は入れていない）。

（※3）試算では、長瀬効果による医療費の変化は、受診日数の変化により生じるものとし、1日当たり医療費は変化しないものと仮定して試算した。
この場合、医療費の減少率と加入者1人当たり受診日数の減少率は同じとなる。

（※4）高額療養費の改善による医療費の増加（長瀬効果）の影響は見込んでいない。

＜推計方法（数字は協会けんぽの例）＞

1. 外来の患者負担の増加額を算出

協会けんぽ： 3.2億日（医科入院外の受診延日数）× 100円 ＝ 320億円

2. 医療費の減少額は患者負担の増加額と概ね同じと見込み、外来医療費（調剤含む）の減少率を算出

協会けんぽ： 320億円 ÷ 3.1兆円（外来医療費）＝1.0％（減少率）

3. 1日当たり医療費の変化がないと仮定すると、加入者1人当たり受診日数の減少率は、外来医療費の減少率と同じとなる。

協会けんぽ： 9.2日／年（改正前の受診日数）×（100％－1.0％）＝ 9.1日／年（改正後の受診日数）

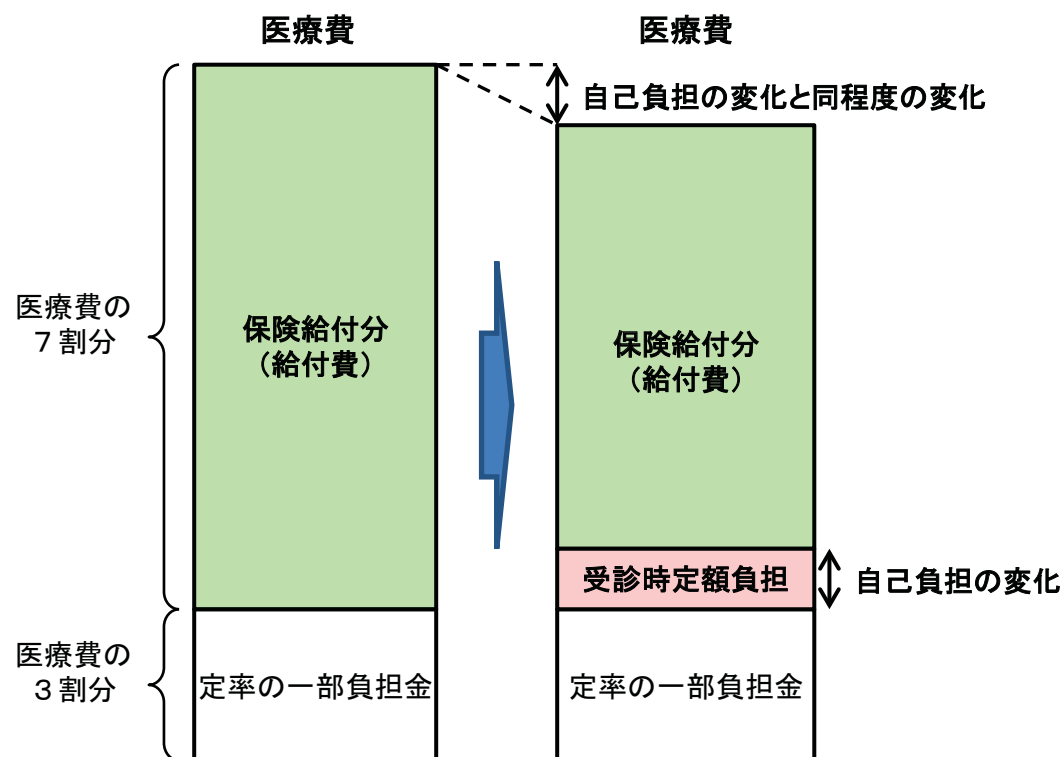
高額療養費の見直しと受診時定額負担による財政影響試算の考え方

① 高額療養費の見直しと受診時定額負担の財政影響の試算では、患者負担の見直しによる財政影響試算の従来の考え方を踏襲し、給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合、影響額はその半分程度となる。

② 高額療養費は、将来にわたって医療費の伸び以上に増加（平成20年度実績：1兆7千億円。毎年1千億円程度増）すると見込まれるため、受診時定額負担で確保される財源によって、制度改正時（年度）に単年度ベースで財政中立となっても、その翌年度以降には高額療養費の改善による給付費の伸びが上回ると見込まれる（保険者財政の中で負担することが必要）。

（注）受診時定額負担の財政影響は、平成21年度実績で推計している。

①受診時定額負担による財政影響の機械的な試算の方法

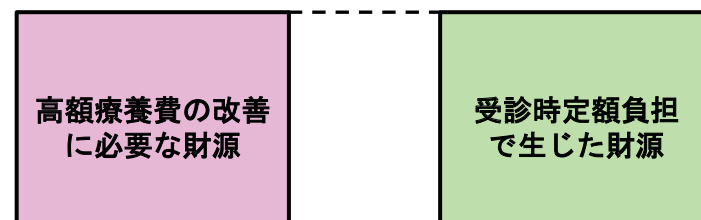


※制度改正時に、自己負担の変化額と同程度の額の医療費の変化が生じる。
→ 給付費ベースで、自己負担の変化額の2倍程度の財政影響が生じる試算。

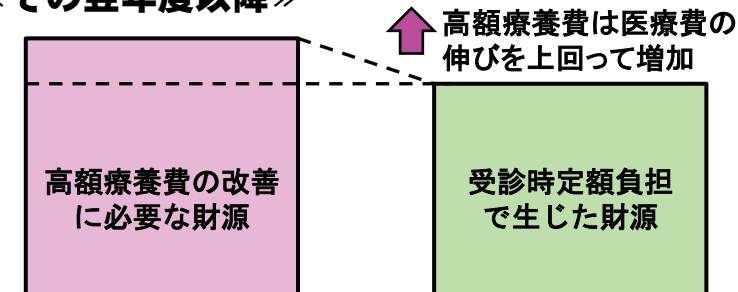
②高額療養費の見直しと受診時定額負担の関係

《制度改正時（年度）》

財政中立を確保（給付費や患者負担の規模は変えない）



《その翌年度以降》



※制度改正時に、一時的に財政中立となるが、翌年度以降は高額療養費の改善の伸びの部分も、保険者財政の中で負担する必要。

財政影響分を1人当たりの保険料にあてはめてみた場合の粗い試算

- 一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しでは、給付費で約3600億円（保険料約2500億円、公費約1200億円）の財政影響がある（市町村国保には、財政中立とするため、さらに公費の支援も必要であり、約1200億円に加えてその分の公費分の財政影響が生じる）。
- 一体改革成案では、高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて、受診時定額負担等を実施としているが、仮に、財政影響分を、保険料にあてはめてみた場合の影響を試算したもの。
- なお、公費分（約1200億円）は、保険料の引上げでは賄えないので、別途、財源を確保することが必要になる。

協会けんぽの保険料負担:約900億円 → 23年度の保険料率ベースで 約0.1%増
被保険者1人当たり(平均)で 約4600円増(年間)
(うち後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等の拠出分:約1200円)

※23年度予算ベース(被保険者数1960万人、総報酬72兆円、保険料率9.5%、保険料収入6.8兆円)で換算した場合

健保組合の保険料負担:約700億円 → 23年度の保険料率ベースで 約0.1%増
被保険者1人当たり(平均)で 約4400円増(年間)
(うち後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等の拠出分:約1800円)

※23年度予算早期集計ベース(被保険者数1560万人、総報酬83兆円、平均保険料率7.9%、保険料収入6.4兆円)で換算した場合

市町村国保の保険料負担:約500億円 → 23年度の1人当たり保険料ベースで 約1400円増(年間)

※23年度予算ベース(被保険者数3660万人、平均保険料9.3万円(年間)、保険料収入3.2兆円)で換算した場合

後期高齢者医療制度の保険料負担:約50億円 → 23年度の1人当たり保険料ベースで 約350円増(年間)

※23年度予算ベース(被保険者数1460万人、平均保険料6.3万円(年間)、保険料収入0.9兆円)で換算した場合

受診時定額負担と病院・診療所の役割分担を踏まえた外来診療の適正化について

- 一体改革成案では、高額療養費の見直しによる負担軽減と受診時定額負担の検討とあわせて、「病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化」が盛り込まれている。
- 受診時定額負担に代えて、病院と診療所の役割分担などを考慮して、例えば、大病院での外来の受診時のみ定額負担を求めることについて、どう考えるか。
- 現在、大病院（200床以上）で紹介状なしに受診する場合に、患者負担を上乗せして徴収できる（選定療養）が、これは、医療機関の収入となる。（保険財政に影響を及ぼすものではない。）高額療養費の財源は、保険財政に資する仕組みとする必要がある。

（参考）選定療養の初診の患者負担の設定状況（平成21年7月現在）

1,176病院（200床以上） 平均 約1900円（最高 8400円、最低 105円）

- また、仮に、受診時定額負担100円と同規模の財源を確保するため、大病院での初診時に負担いただくとした場合、初診1回につき7千円～1万円程度の追加負担をお願いすることになる。

（算出の根拠）

初診・再診の外来の受診延べ日数（年間）	約20.6億日（初診約3.5億日、再診約17.1億日）
うち200床以上の大病院の初診の受診日数（年間）	約0.3億日（なお、再診は約2.4億日）
$100円 \times 20.6億日 \div 0.3億日 = \underline{\text{約7千円}}$	

※ 紹介状なしの患者（地域医療支援病院の外来では約7割、特定機能病院の外来では約5～6割。平成20年患者調査の結果）からのみ徴収する場合、1万円程度になる。

- なお、患者の受診行動が大きく変化した場合、確保できる財源の規模は低減することになる。

市町村国保の抱える構造的な問題

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(2.6%)
- ・一人あたり医療費：国保(29.0万円)、健保組合(13.3万円)

②所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得：国保(91万円)、健保組合(195万円(推計))
- ・無所得世帯割合：22.8%

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(9.1%)、健保組合(4.6%)
- ※健保は本人負担分のみの推計値

④保険料(税)の収納率低下

- ・収納率：平成11年度 91.4% → 平成21年度 88.0%
- ・最高収納率：94.17%(島根県) 最低収納率：83.93%(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3,600億円 うち決算補填等の目的：約3,100億円
- ・繰上充用額：約1,800億円

※繰上充用...一会計年度経過後に至って歳入が歳出に不足するときは翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てること。

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

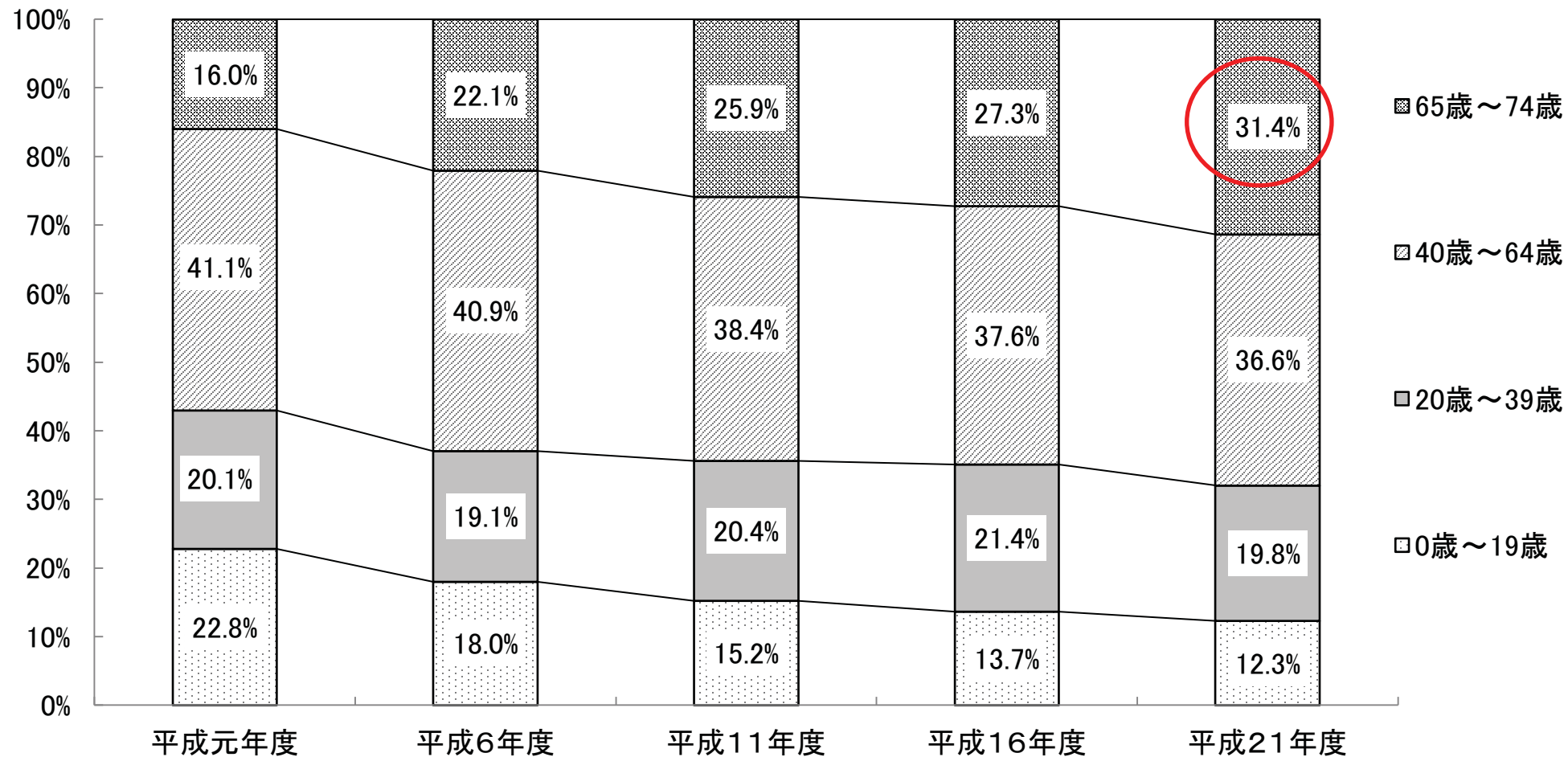
- ・1723保険者中3000人未満の小規模保険者 417 (全体の1/4)

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：2.7倍(東京都) | 最小：1.2倍(滋賀県) |
| ・一人あたり所得の都道府県内格差 | 最大：6.5倍(秋田県) | 最小：1.3倍(富山県) |
| ・一人当たり保険料の都道府県内格差 | 最大：2.8倍(東京都) | 最小：1.3倍(富山県) |

市町村国保の被保険者（75歳未満）の年齢構成の推移

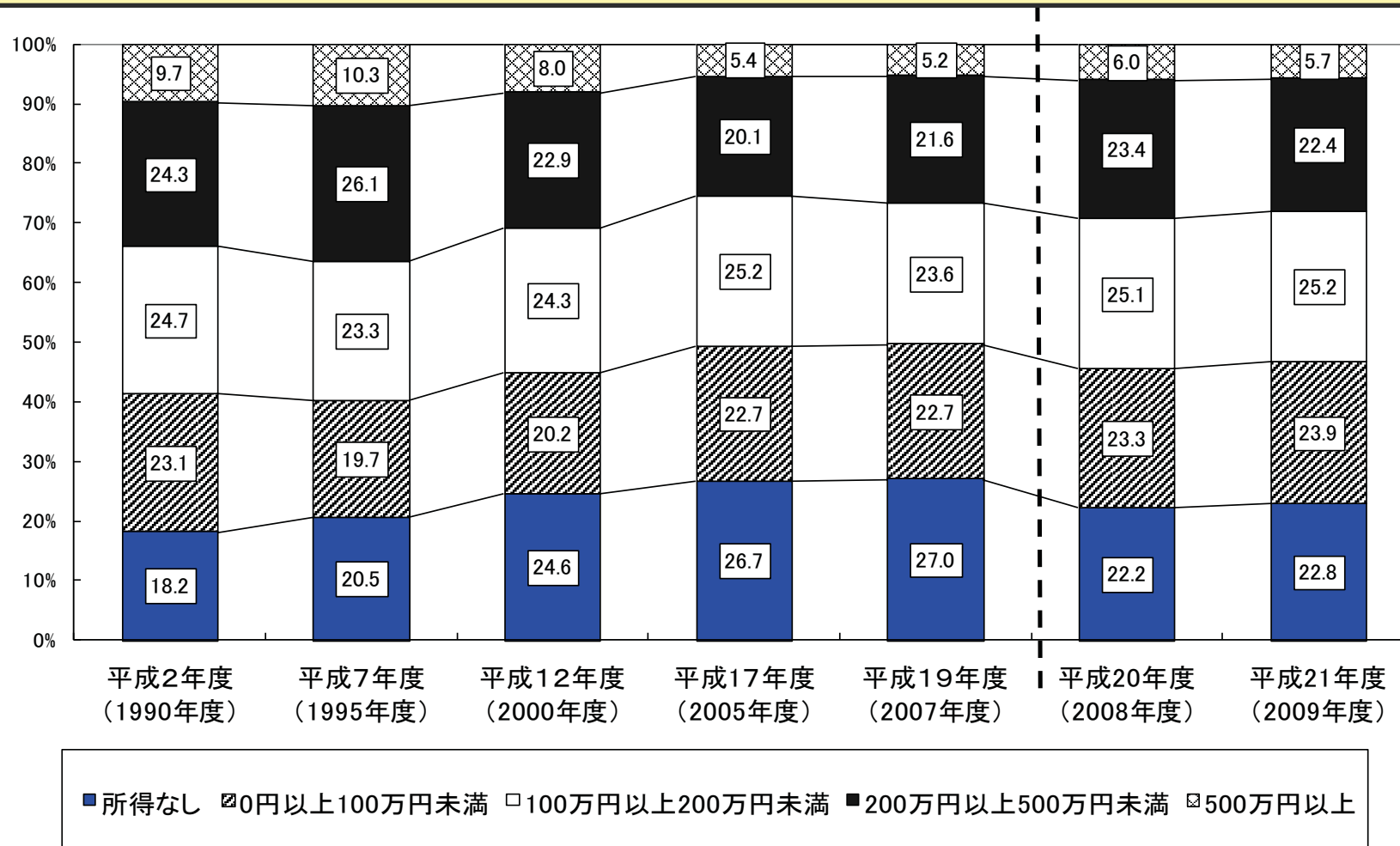
○ 市町村国保の被保険者の年齢構成を見ると、75歳未満の被保険者全体に占める65歳以上74歳までの者の割合は次第に増加し、平成21年度には約3割となっている。



市町村国保の世帯の所得階層別割合の推移

○ 市町村国保の世帯の所得階層を見ると、「所得なし」の世帯が年々増加し平成19(2007)年度において約3割。
0円以上100万円未満の世帯(約2割)を含めた低所得世帯は、約5割となっている。

※「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。



【出典】厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

(注1) 擬制世帯主、所得不詳は除いて集計している。

(注2) 平成20年度以降は、後期高齢者医療制度創設に伴い、対象世帯が異なっていることに留意が必要。

(注3) ここでいう「所得」とは、「旧ただし書き方式」により算定された所得総額(基礎控除前)である。

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22年3月末)	1,723	1	1,473	83	47
加入者数 (平成22年3月末)	3,566万人 (2,033万世帯)	3,483万人 被保険者1,952万人 被扶養者1,531万人	2,995万人 被保険者1,572万人 被扶養者1,423万人	912万人 被保険者447万人 被扶養者465万人	1,389万人
加入者平均年齢 (平成21年度)	49.5歳	36.2歳	33.9歳	33.4歳	81.9歳
65～74歳の割合	31.4% (平成21年度)	4.8% (平成21年度速報値)	2.6% (平成21年度速報値)	2.6% (医療費の動向)	3.2% (H21年報)
加入者一人当たり医療費 (平成21年度)(※1)	29.0万円	15.2万円	13.3万円	13.5万円	88.2万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成21年度)	91万円 一世帯あたり 158万円	139万円 一世帯あたり(※3) 245万円	195万円 一世帯当たり(※3) 370万円	236万円 一世帯当たり(※3) 479万円	80万円 (平成22年度)
加入者一人当たり 平均保険料 (平成21年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.3万円 一世帯あたり 14.7万円	8.6万円<17.1万円> 被保険者一人あたり 15.2万円<30.3万円>	9.0万円<20.0万円> 被保険者一人あたり 16.9万円<37.6万円>	11.0万円<22.0万円> 被保険者一人あたり 22.4万円<44.8万円>	6.3万円
保険料負担率(※5)	9.1%	6.2%	4.6%	4.7%	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16.4% (※6)	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額(※7) (平成23年度予算ベース)	3兆4,411億円	1兆1,108億円	18億円		5兆8,006億円

(※1) 加入者一人当たり医療費について、協会けんぽ及び組合健保については速報値である。また共済組合は審査支払機関における審査分の医療費(療養費等を含まない)である。

(※2) 総所得金額等(収入総額から必要経費や給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)を指す。

市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額及び山林所得金額」に「雑所得の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」をくわえたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」による。

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

(※3) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※4) 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。

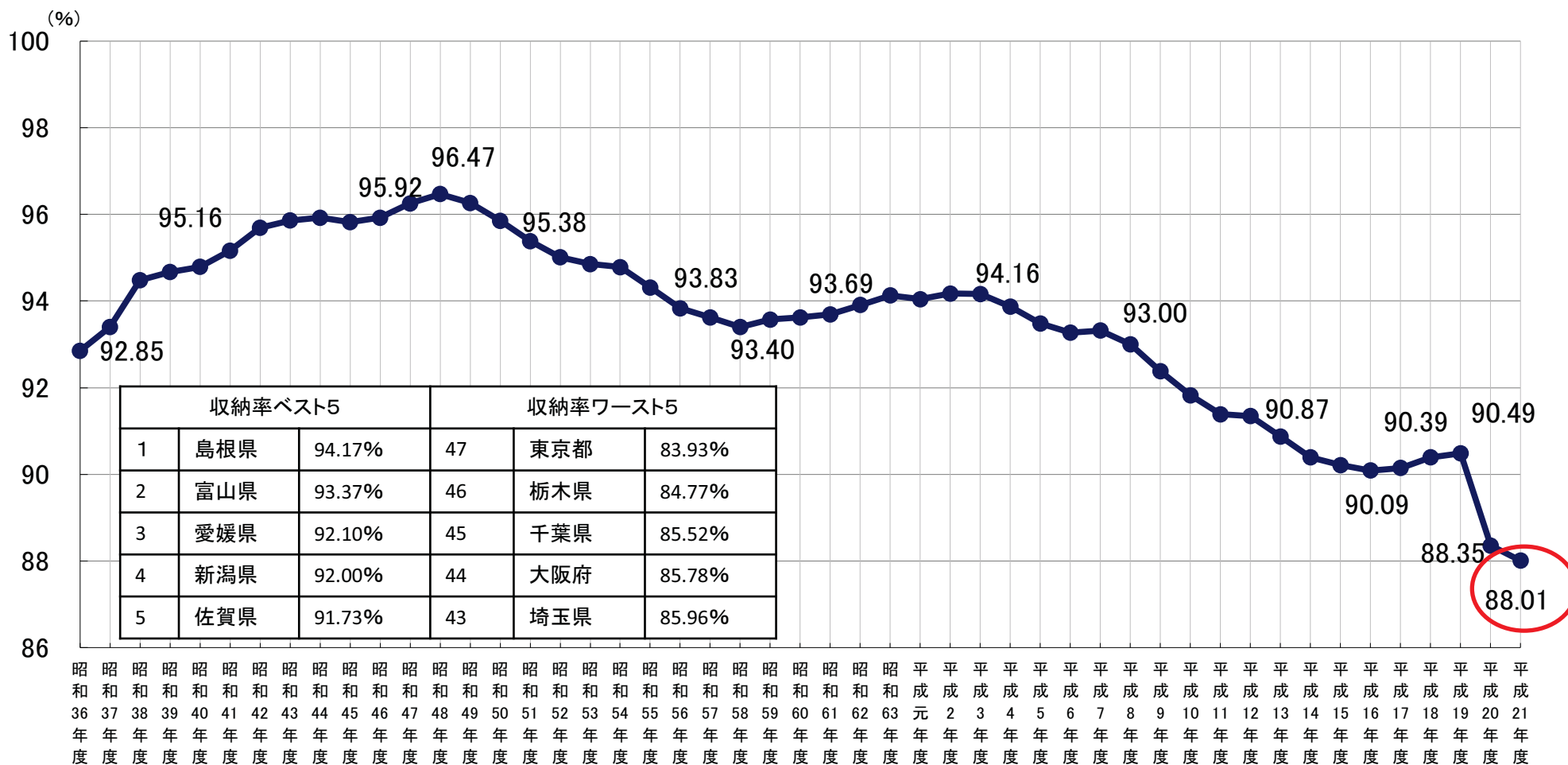
(※5) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※6) 平成22年度予算における22年6月までの協会けんぽの国庫補助率は、後期高齢者支援金に係る分を除き、13.0%。

(※7) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

市町村国保の保険料（税）の収納率の推移

○ 平成21年度の保険料(税)の収納率は、平成20年度以降の景気の低迷を受け、88.01%と過去最低となっている。



(注1) 収納率は、居所不明者分調定額を控除した調定額を用いて算出している。(小数点第2位未満四捨五入)

(注2) 平成12年度以降の調定額等は、介護納付金を含んでいる。

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

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成21年度 【東京都の財政調整交付金含む】
単年度収入(経常収入)	保 険 料 (税)	37,726	30,621	30,495	30,495
	国 庫 支 出 金	33,240	30,943	32,280	32,280
	療養給付費交付金	26,584	8,810	5,859	5,859
	前期高齢者交付金	—	24,365	26,690	26,690
	都道府県支出金	8,745	7,985	8,269	8,269
	一般会計繰入金(法定分)	4,422	3,995	4,046	4,046
	一般会計繰入金(法定外)	3,804	3,671	3,601	3,601
	共同事業交付金	12,890	13,858	14,247	14,247
	直診勘定繰入金	6	2	1	1
	そ の 他	380	339	507	507
	合 計	127,797	124,589	125,993	125,993
単年度支出(経常支出)	総 務 費	2,269	2,002	1,939	1,939
	保 険 給 付 費	83,253	83,382	85,550	85,550
	後期高齢者支援金	—	14,256	15,776	15,776
	前期高齢者納付金	—	19	45	45
	老人保健拠出金	22,404	3,331	778	778
	介 護 納 付 金	6,795	6,114	5,900	5,900
	保 健 事 業 費	406	840	897	897
	共同事業拠出金	12,874	13,843	14,231	14,231
	直診勘定繰出金	35	42	50	50
	そ の 他	1,050	667	760	760
	合 計	129,087	124,496	125,927	125,927
単年度収支差引額(経常収支)		▲1,290	93	66	66
国庫支出金精算額		226	109	▲162	▲162
精算後単年度収支差引額 (A)		▲1,064	202	▲96	▲96
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		2,556	2,585	2,532	3,144
実質的な単年度収支差 (A)－(B)		▲3,620	▲2,383	▲2,628	▲3,240
前年度繰上充用金(支出)		1,412	1,714	1,833	1,833

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

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

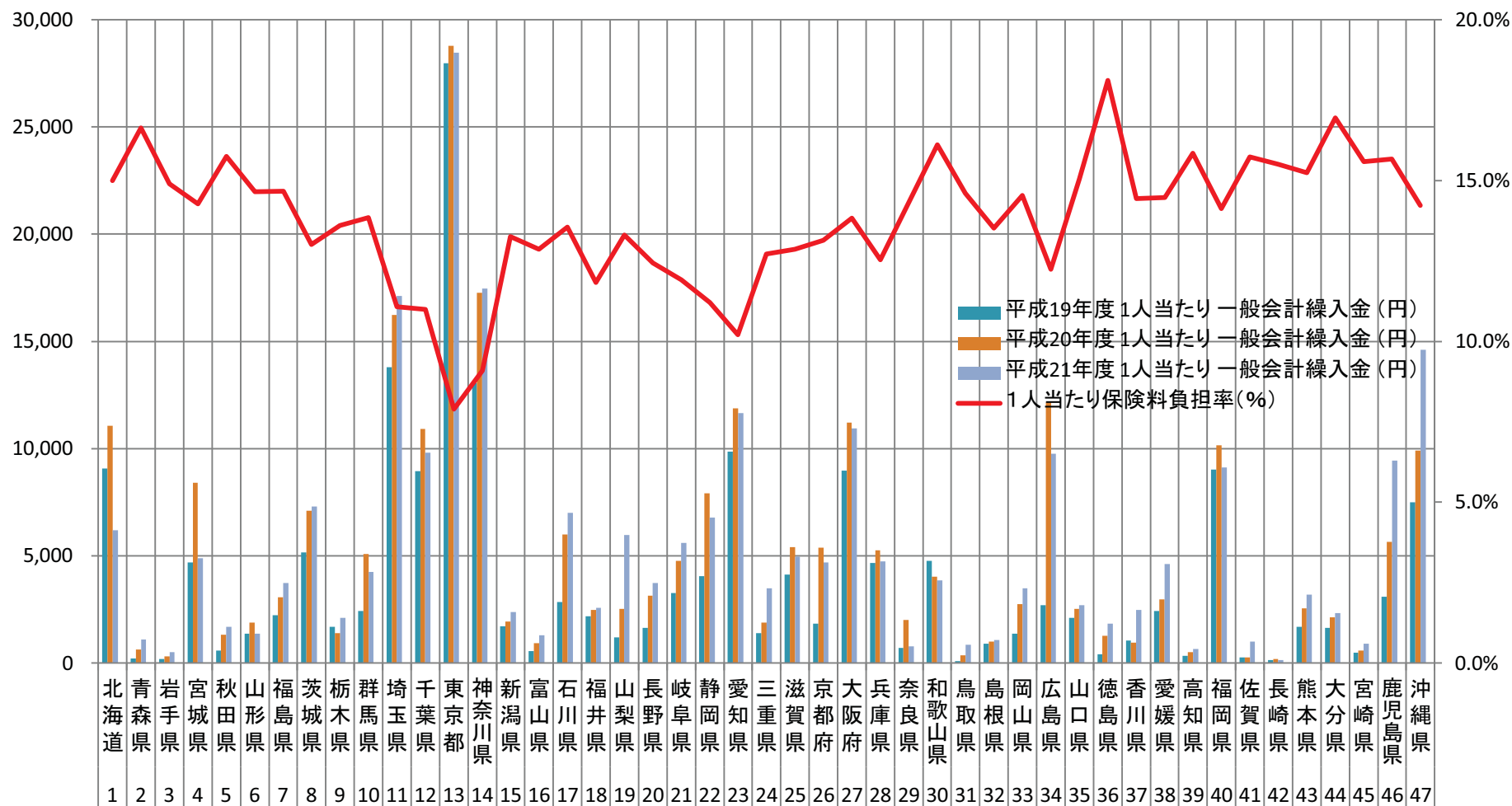
(注2)「決算補填等のための一般会計繰入金」とは、収入の「一般会計繰入金(法定外)」のうち決算補填等を目的とした額。

(注3)翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(注4)【東京都の財政調整交付金含む】は、一般会計繰入金(法定外)の特別区財政調整分を決算補填等の項目別に算出した場合の表。

市町村国保の法定外一般会計繰入

○ 一人当たり繰入金が1万円を超えるのは、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、沖縄。そのうち埼玉、東京、神奈川、愛知は保険料負担率が低い。



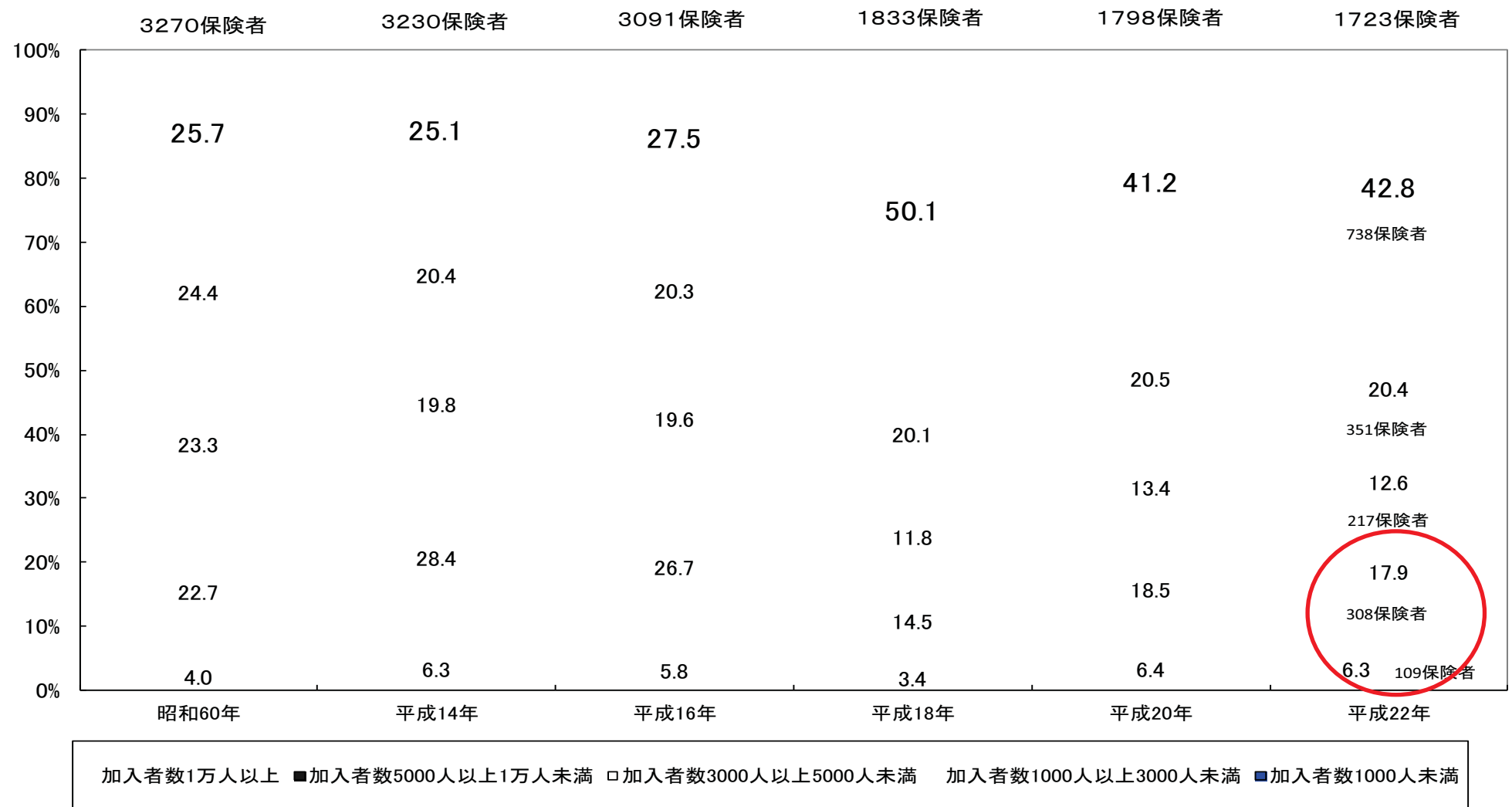
(出所) 「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険事業実施状況報告」

(注1) 一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入れ分を除いたものである。

(注2) 一人あたり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧ただし書所得で除したものである。

市町村国保の規模別構成割合の推移

○ 平成21年9月末時点で、市町村国保の約4分の1(1,770保険者中432保険者)が、被保険者数3,000人未満の小規模保険者である。



(注) 平成20年度に後期高齢者医療制度が創設され、被保険者数が減少していることに留意が必要。

【出典】厚生労働省保険局「国民健康保険実態調査」

市町村国保の財政運営の広域化

- 市町村国保の事業運営の都道府県単位化の環境整備を進めるため、都道府県が「広域化等支援方針」を策定することが可能になっているが、財政運営の都道府県単位化につながる保険財政共同安定化事業（暫定措置）の拡大を行っているのは、3県にとどまっている。
- 保険財政共同安定化事業の中で、拠出割合を見直すことにより都道府県内の保険料水準の平準化を図るとともに、地域の実情に応じて、都道府県調整交付金により調整を行っている。

	対象医療費	拠出割合	実施時期	県調整交付金による対応	見直し規定
青森県	変更なし	実績割 40% 被保険者割 55% 所得割 5%	23年度	拠出超過額が一定率以上にならないよう交付金で調整	対象医療費の拡大と実績割の減少の方向で見直しを検討
埼玉県	10万円超に引下げ(26年度から5万円超)	実績割 40% 被保険者割 30% 所得割 30%	24年度	拠出超過の負担軽減措置として補填	
福井県	変更なし	実績割 45% 被保険者割 45% 所得割 10%	24年度	拠出超過保険者に対して負担軽減措置	
滋賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 30% 所得割 20%	23年度	激変緩和策として必要な対応	
京都府	変更なし	実績割 40% 被保険者割 40% 所得割 20%	23年度	府調整交付金と新たな無利子貸付金制度により、24年度までの激変緩和措置 23年度: 拠出増加額の1/2府調整交付金交付、1/2無利子貸付 24年度: 拠出増加額の1/2無利子貸付	対象医療費の拡大、所得割の増加の方向で引き続き検討
大阪府	変更なし	実績割 25% 被保険者割 50% 所得割 25%	23年度	府調整交付金を活用して激変緩和措置	必要に応じて見直し
佐賀県	20万円超に引下げ	実績割 50% 被保険者割 25% 所得割 25%	23年度	拠出額超過分が一定以上の市町に対して支援	

国保財政の現状

医療給付費等総額: 約107,600億円

(23年度 予算ベース)

※市町村への地方財政措置: 1,000億円

※高額医療費共同事業

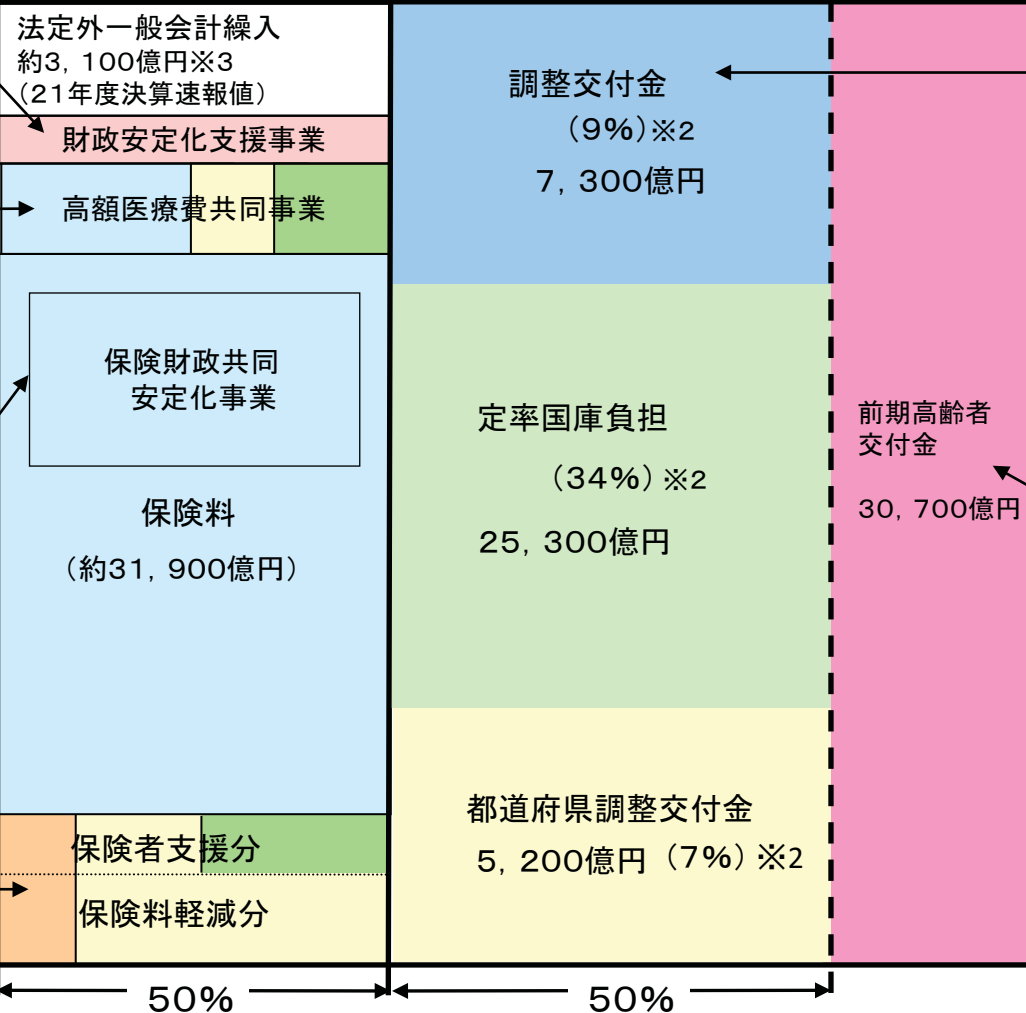
- 高額な医療費(1件80万円以上)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整し国及び都道府県は市町村の拠出金に対して1/4ずつ負担。
- 事業規模: 2,780億円

※保険財政共同安定化事業

- 市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、平成18年10月から1件30万円超の医療費について、各市町村国保からの拠出金を財源として、都道府県単位で費用負担を調整。

保険基盤安定制度

- ※【保険者支援分】低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で補填。
事業規模: 950億円
(市町村 1/4、都道府県 1/4、国 1/2)
- 【保険料軽減分】低所得者の保険料軽減分を公費で補填。
事業規模: 3,820億円
(市町村 1/4、都道府県 3/4)



調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
市町村間の財政力の不均衡等(医療費、所得水準)を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない特別の事情(災害等)を考慮して交付。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。

公費負担額

国 計 : 33,800億円
都道府県計: 9,000億円
市町村計: 1,200億円

※ 平成22年度から平成25年度までの暫定措置

※2 それぞれ給付費等の9%、34%、7%の割合を基本とするが、地方単独措置に係る波及増分のカットがあること等から、実際の割合はこれと異なる。

※3 決算補填等の目的の額

国保財政基盤強化策（暫定措置）の延長（平成22年度～）

市町村国保の財政運営については、今後とも、厳しい状況が続くものと見込まれることから、平成22年度から平成25年度までの4年間、下記のとおり、財政基盤強化策を継続実施する。

なお、新たな高齢者医療制度の検討に合わせて、必要に応じ、途中年度でも、財政基盤強化策の見直しを行う。

1 高額医療費共同事業の継続

- 1人1か月80万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有（負担区分）市町村国保1/2、都道府県1/4、国1/4

2 保険財政共同安定化事業の見直し（都道府県の役割と権限の強化）

- 1人1か月30万円を超える医療費について、各市町村国保の拠出により、負担を共有
- 保険料平準化や国保財政の広域化等の観点から、都道府県が次の内容について「広域化等支援方針」で定めることができるようにする。
 - ・事業の対象となる医療費の範囲の拡大（30万円以下でも可）
 - ・市町村国保からの拠出金の拠出方法の基準

3 保険者支援制度の継続

- 低所得者を多く抱える保険者を財政的に支援（負担区分）国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

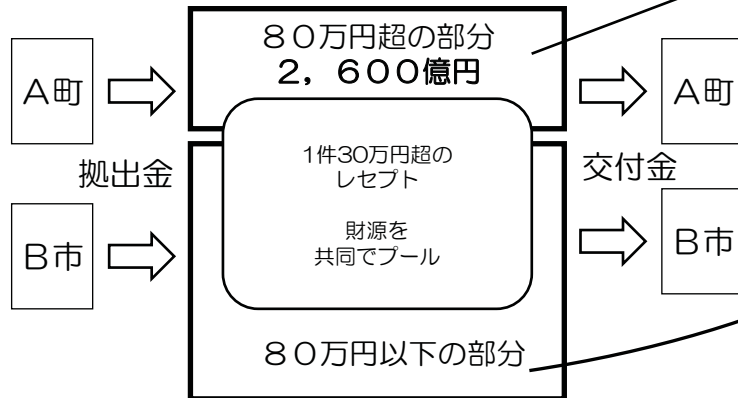
（参考） 国保財政安定化支援事業の継続

- 市町村の一般会計から国保特会への繰入れを地方財政措置で支援（1,000億円程度）

国保財政基盤強化策の概要(平成22年度～)

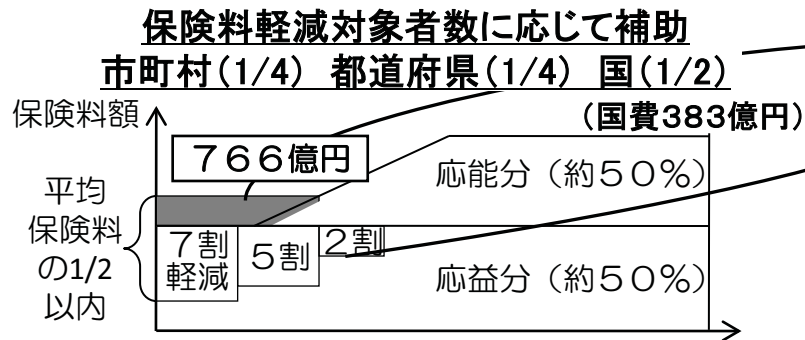
保険者の責に帰さない
所得水準、病床数等に着目
市町村への地方財政措置
1,000億円程度

高額な医療費に関する
都道府県単位の互助事業
(実施主体)各都道府県国保連合会
80万円超の1/2に公費
都道府県(1/4) 国(1/4) (国費131億円)



(白抜き太字) 4年間の暫定措置(22～25年度)

法定外一般会計繰入(決算補填目的等) 約3,100億円(21年度決算)			
財政安定化支援事業			
高額医療費 共同事業		調整交付金 (9%) 7,100億円	
保険財政 共同安定化事業		定率国庫負担 (34%) 24,800億円	
保険料 (31,600億円)		前期高齢者 交付金 28,000億円	
保険者支援分		都道府県調整交付金	
保険料軽減分		5,100億円 (7%)	
50%		50%	



国保財政のイメージ

医療給付費等総額 : 約10兆3,100億円(22年度予算)

「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の開催について

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、これまで事務レベルのワーキング・グループを開催してきたところである。

本年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する。

2. メンバー

【厚生労働省】辻泰弘厚生労働副大臣、藤田一枝厚生労働大臣政務官

【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 10月24日

○ 事務レベル ワーキング・グループ(WG)

第1回 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

(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

「給付の重点化・制度運営の効率化」の必要性

- 高齢化や医療の高度化で医療費は増大する一方で、厳しい経済情勢を反映し、保険財政は非常に厳しい現状にある。また、今後は、更なる高齢化の進展や、医療提供体制の機能強化により、医療費が増加することが見込まれている。
- このような中、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な医療保険制度とするためには、必要な機能の充実を図りつつ、給付の重点化・制度運営の効率化を行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図っていくことが必要である。
- 「社会保障・税一体改革成案」も、このような観点から、「必要な機能の充実」と「給付の重点化・制度運営の効率化」を同時に実施することとされている。（社会保障に関する集中検討会議（平成23年5月19日）において、厚生労働省としても、「制度の運営の効率化」を提案）
- この他、行政刷新会議等においても、給付の重点化・制度運営の効率化に関する施策が求められている。

【給付の重点化】

- 高額療養費の改善規模に応じた受診時定額負担の検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）…①
- 医薬品の患者負担の見直し …①
- 70～74歳の患者負担割合の見直し …①
- 入院時の食費・居住費の在り方 …②
- 現金給付（傷病手当金）の見直し

等

【制度運営の効率化】

- 後発医薬品の更なる使用促進 …①・②
- 生活習慣病予防、介護・重度化予防 …①
- ICT利活用の推進 …①
- レセプト審査の質の向上・業務の効率化（審査支払機関の在り方を含む）…②
- 保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮 …①
- 療養費の見直し …①・②
- 国保組合の補助率の見直し …①・②

等

（注） ①：社会保障・税一体改革成案・厚労省案に盛り込まれている事項 ②：行政刷新会議等の指摘を受けた事項

給付の重点化・制度運営の効率化に向けた今後の取り組み

○患者負担の見直し

高額療養費の改善の規模に応じた受診時定額負担、医薬品の患者負担の見直し、70～74歳の患者負担割合の見直し等の「社会保障・税一体改革成案」に盛り込まれた給付の見直しについては、議論を継続し、年内に考え方をとりまとめる。

○生活習慣病の予防

現在、開催している「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の議論も踏まえ、平成25年度からの第2期医療費適正化計画の期間におけるあり方を検討し、その更なる推進を図る。

○後発医薬品の更なる使用促進

市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合において、後発医薬品の差額通知に係る事業を行うための体制を整備を行うなど、更なる使用促進を図る。

○審査支払機関によるレセプト審査の質の向上・業務の効率化

『「審査支払機関の在り方に関する検討会」の議論の中間的整理』において決定した方針を着実に実施することにより、レセプト審査の質の向上と審査支払業務の効率化を図る。

○保険者による電子レセプトの保健事業への活用

保険者が被保険者に対して行う受診勧奨や重症化予防については、電子レセプトを活用することで対象者の抽出をより効率的に行うことができることから、関係者と連携した上でこうした取り組みを引き続き推進する。

○療養費の見直し

近年、柔道整復療養費等が国民医療費の伸びを上回って伸びてきたことも踏まえ、平成24年療養費改定において適切な評価を行う。また、関係者による検討会を立ち上げる等、中・長期的な視点に立って、柔道整復療養費のあり方を見直しを行う。

○現金給付(傷病手当金)の見直し

従来からの医療保険部会等の議論も踏まえ、今後所要の措置を講じる。

○国保組合の国庫補助の見直し

行政刷新会議等の議論も踏まえ、所得の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直しを行う。

70～74歳の自己負担割合の見直し

- 70～74歳の方の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、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。

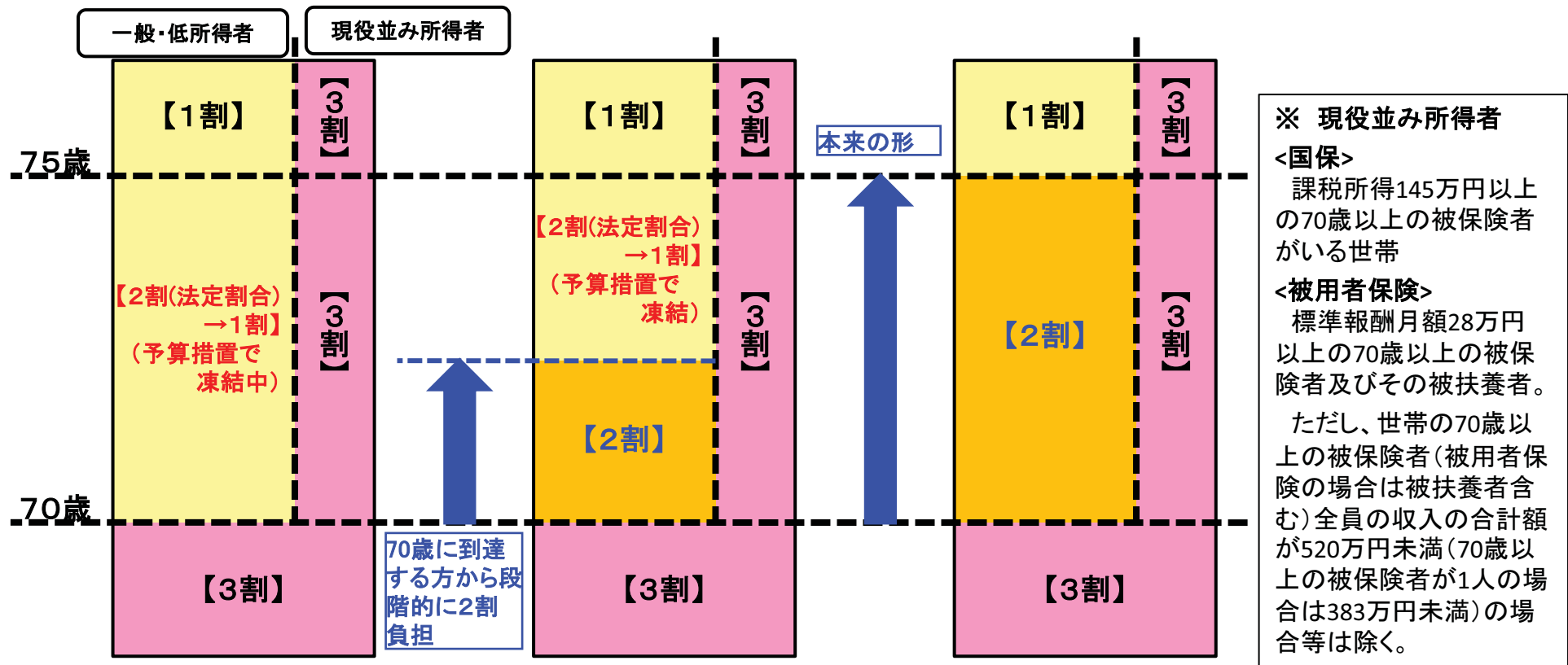
高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ（平成22年12月20日）－抄－

「70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」

「なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げるべきとの意見があった。」

※仮に、70～74歳の自己負担割合を1割負担で恒久化することとした場合の財政影響

＋2,000億円（協会けんぽ500億円、健保組合500億円、共済組合200億円、市町村国保300億円、公費500億円）



<参考>年齢別の医療費及び収入

1人当たり医療費(年)

【75歳以上(注1)】医療費86.5万円

給付費(78.8万円)

患者負担:7.7万円

【70歳～74歳(注2)】医療費53.6万円

給付費(45.9万円)

患者負担:7.7万円

1割負担に凍結

4.9万円

【65歳～69歳】医療費37.2万円

給付費
(28.9万円)

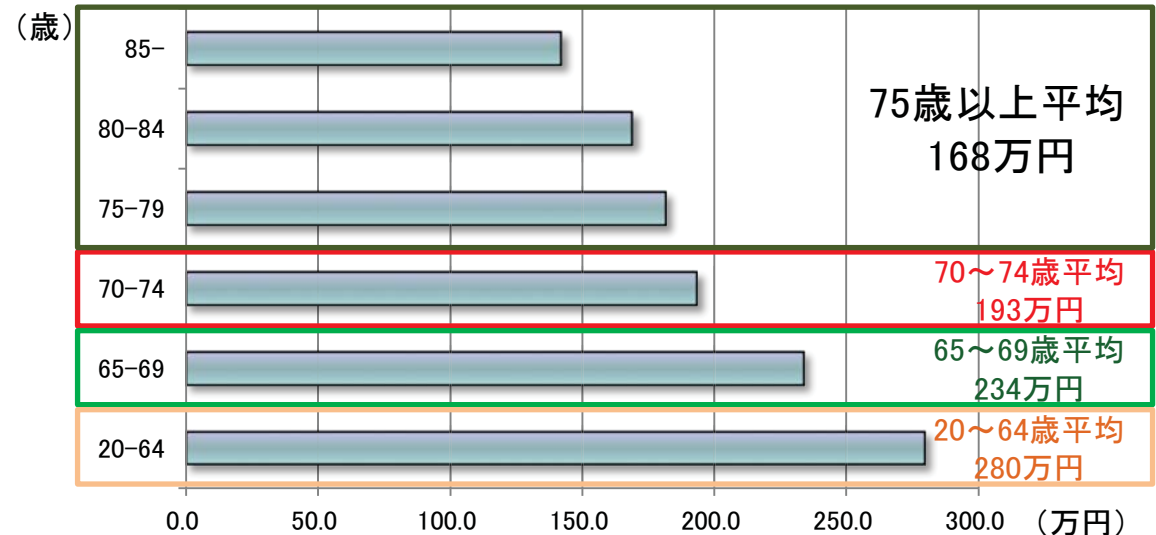
患者負担:8.3万円

【20歳～64歳】医療費16.1万円

給付費
(12.4万円)

患者負担:3.7万円

1人当たり平均収入(年)



【出典】平成21年の平均収入額。平成22年国民生活基礎調査(抽出調査)による。

平均収入及び医療費に占める患者負担率

年齢階級	①1人当たり 平均収入	②1人当たり患者 負担額		③1人当たり 医療費	④1人当たり患者 負担額	
		負担額	率(②/ ①)		負担額	率(④/ ③)
75歳以上	168万円	7.7万円	4.6%	86.5万円	7.7万円	8.9%
70～74歳	193万円 (負担凍結)	7.7万円	4.0%	53.6万円	7.7万円	14.4%
(負担凍結)		4.9万円	2.5%		4.9万円	9.1%
65～69歳	234万円	8.3万円	3.5%	37.2万円	8.3万円	22.3%
20～64歳	280万円	3.7万円	1.3%	16.1万円	3.7万円	23.0%

【出典】平成20年度実績。
各制度の事業年報等をもとに医療給付実態調査等を用いて
保険局調査課による推計

(注1)1割負担(現役並み所得者3割負担)。

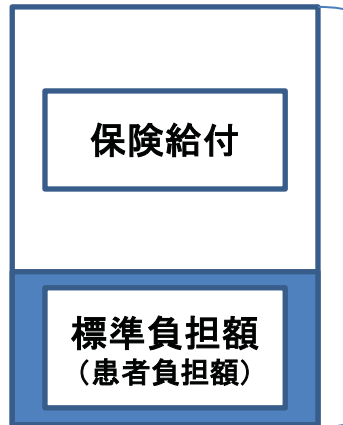
65～74歳の障害認定者を含む。

(注2)2割負担(現役並み所得者3割負担)。

入院時の食費・居住費について

①現行制度

保険給付
＝①基準額(食費・居住費の提供に必要な額)から、②標準負担額(患者が負担する額)を除いた額



基準額
(食費・居住費の提供に必要な額)

②基準額

《療養病床に入院する65歳以上の方》

入院時生活療養(Ⅰ)(※1)	(食費)1食554円(※2) (居住費)1日398円
入院時生活療養(Ⅱ)	(食費)1食420円 (居住費)1日398円

《上記以外の方(一般病床など)》

入院時食事療養(Ⅰ)(※1)	1食につき640円(※2)
入院時食事療養(Ⅱ)	1食につき506円

※1:医師、管理栄養士又は栄養士による検食が毎食行われている場合等に算定

※2:特別食が提供された場合、1食につき76円加算

食堂で提供された場合、1食につき50円加算

③標準負担額(例)

区分	療養病床に入院する 65歳以上の方(※3)	左以外の方 (一般病床など)
一般の方	(食費)1食460円(※4) (居住費)1日320円	1食につき 260円
市町村民税非課税の 世帯に属する方等	(食費)1食210円 (居住費)1日320円	1食につき 210円(※5)
上記のうち、世帯全員 が一定の所得以下	(食費)1食130円 (居住費)1日320円(※6)	1食につき 100円

※3:難病等の入院医療の必要性の高い方の負担額は、1食260円等(居住費の負担なし。)

※4:入院時生活療養(Ⅰ)の場合。
入院時生活療養費(Ⅱ)の場合は、420円。

※5:過去1年間の入院日数が90日超の場合

※6:老齢福祉年金受給者の場合はさらに軽減。

「事業仕分け」指摘事項に対する平成22年度の対応状況

平成22年12月2日
医療保険部会 資料5-2

入院中の食費・居住費のあり方について

評価結果 取りまとめコメント	評価結果・取りまとめコメントに対する対応状況	備考
【評価結果】 見直しを行う 【取りまとめコメント】 「エ. 入院時の食費・居住費の見直し」は12名であった。 【予算担当部局論点】 ・入院時の食費・居住費自体は圧縮した上で、若者や一般病床の患者にも公平な負担を求める →病気にならなくてもかかる経費であり、可能な限り、保険や患者への請求額自体を圧縮した上で、若者にも公平に負担していただくべきではないか。	平成22年度予算において、入院時の食費・居住費（光熱水費）に係る患者負担の見直しは行っていない。 【取りまとめコメントへの対応状況】 ○ 入院時の食費・居住費（光熱水費）の見直しについては、過去の事業仕分けの結果を踏まえ、社会保障審議会医療保険部会（平成21年11月25日、12月8日）において、食費・居住費（光熱水費）の引上げの範囲・対象者、引き上げ額をどうするか等について議論。 ○ これに対し、委員からは以下のような意見があった。 ・ 入院時の食事管理は治療の一環であり、通常の食事と単純に比較して患者負担を考えるべきではない。 ・ 居住費（光熱水費）の負担を患者に求めると、入院前の住居を維持したまま一般病棟に入院する方にとっては二重の負担となる。 ・ 患者負担を増加させる見直しには慎重な検討が必要。 ○ これを受け、平成22年度予算では、入院中の食費・居住費（光熱水費）の見直しは盛り込まないこととした。	※ 入院時の食費・居住費（光熱水費）の見直しを行うためには、健康保険法の改正が必要。 ※ <平成21年11月19日 参・厚労委における長妻厚生労働大臣答弁> 「行政刷新会議としての結論等を踏まえ、また、患者の方々の負担が増えることも考慮し、検討を行ってまいりたい」。

傷病手当金の見直しについて（協会けんぽの要望）

○ 健康保険の傷病手当金について、協会けんぽから不正請求防止等の観点から、以下の要望があった。

（１）支給上限額の設定

傷病手当金の目的が「生活保障」であることや給付の重点化等の観点から、一定の上限額を設定する（例えば、高額療養費の上位所得者（標準報酬月額53万円以上）を基準とする）。

（２）標準報酬の平均額に基づく支給額の決定

直近の平均的な報酬実態をより反映させる等の観点から、支給請求前の一定期間における標準報酬の平均額に基づいて支給額を算定する。

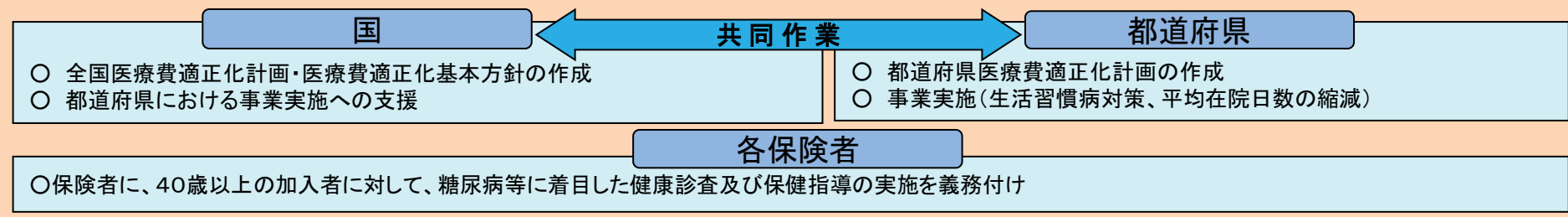
（３）医師や事業主への質問・調査権限に関する法律上の規定の明確化

審査の一環として保険者が行う事業主・医療機関等に対する質問・調査について、円滑な協力が得られるよう、法律上の位置付けを明確にする。

医療費適正化計画の中間評価(概要)

医療費適正化計画の基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画:平成24年度まで)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
- ・ 国民の健康の保持の推進 → 政策目標:特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%(平成24年度)
メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少(平成24年度)
 - ・ 医療の効率的な提供の推進 → 政策目標:全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)短縮 (平成24年度)
※平均在院日数は、平成18年の病院報告の計数



中間年度における進捗状況

- ◎ 医療費適正化計画は5年を一期とする計画であり、中間年度の22年度において、計画の進捗状況に関しての中間評価を実施。

特定健診・保健指導の実施率

	20年度	21年度
特定健診の実施率	38.9%	40.5%
特定保健指導終了率	7.7%	13.0%

※ 21年度は速報値である。

【実施率向上に有効と考えられる取組】

がん検診等との同時実施
未受診者への受診勧奨
電話や個別訪問による通知の実施
地域人材の活用 など。

平均在院日数の縮減

	18年度	20年度
全国平均	32.2日	31.3日
最短県	25.0日	23.9日

※ 18年度の最短県は長野県、20年度は東京都である。

【医療の効率的な提供体制の推進の取組】

地域連携パスの普及
在宅医療の推進
かかりつけ医・薬局等の普及啓発 など。

※療養病床数の目標は凍結、機械的削減は行わない

実施状況の評価の在り方等を検討会で議論(23年4月～)

病院間・在宅との連携のあり方等について検討

第2期(平成25年度～)の医療費適正化計画に反映

特定健診・保健指導の見直しについて

保険者による検討会の立ち上げ

○ 特定健診・特定保健指導については、保険者による検討会を4月25日に再開。新たに「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」として、今までの実績等を踏まえ、以下の検討を行っている。

- (1) 特定健診・保健指導の実施方法等について
- (2) 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容等について
- (3) 保険者における特定健診・特定保健指導への取組みの評価方法等について
- (4) その他特定健診・保健指導に関連する事項について

主な検討事項

①特定健診のあり方について

治療中の者や75歳以上の高齢者への対応の論点、非肥満のリスク保有者への対応（腹囲基準について）、HbA1cの表記の変更等

②受診促進の制度的な手当て

特に被扶養者に対する受診促進（市町村への委託、市町村がん検診との連携）、PR方法

③円滑な実施についての実務的課題

労働安全衛生法における定期健康診断（事業主健診）の取得、実施機関側とのシステム連携及び確実な問診結果データ作成等の協力

④実施を促進する方策等について

支援金の加算・減算制度について

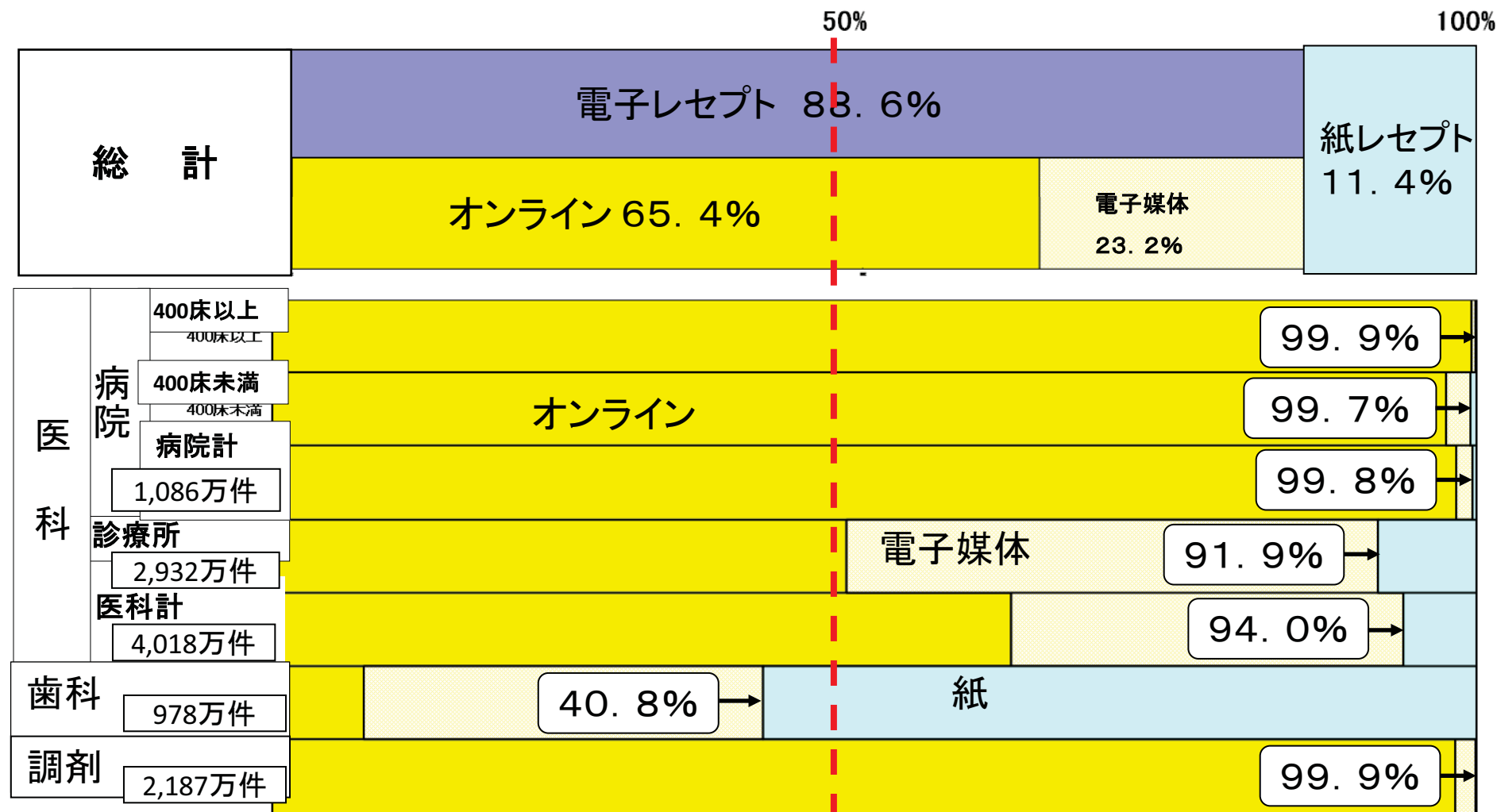
など。

今後の予定

○ 8月29日の第4回開催までに議論を概ね一巡。標準的な健診・保健指導プログラムを所掌している健康局とも連携し、25年度からの次期医療費適正化計画の期間における実施のあり方を検討。

電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成23年9月請求分】

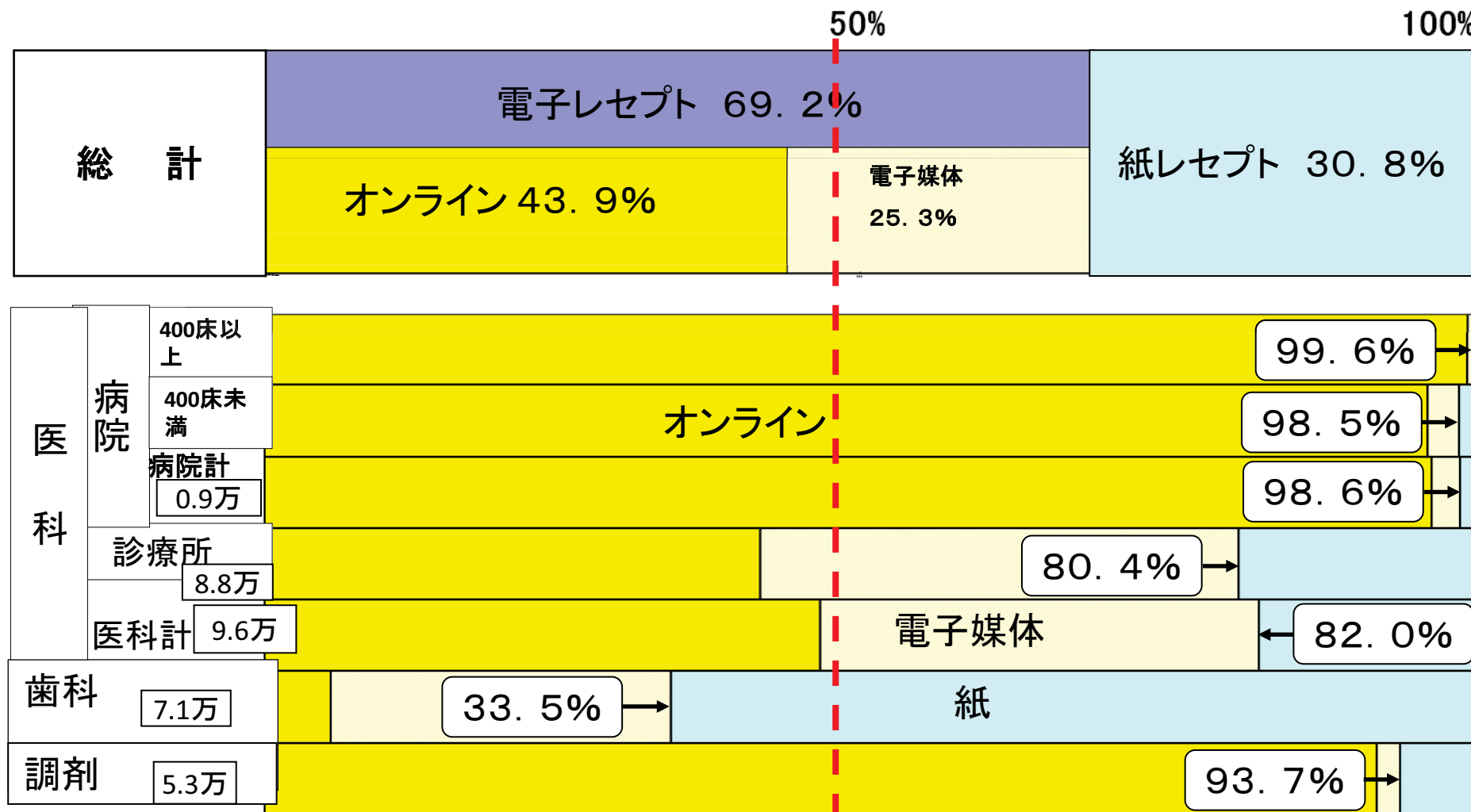
普及率



社会保険診療報酬支払基金調べ

電子レセプト請求普及状況（施設数ベース）【平成23年9月請求分】

普及率

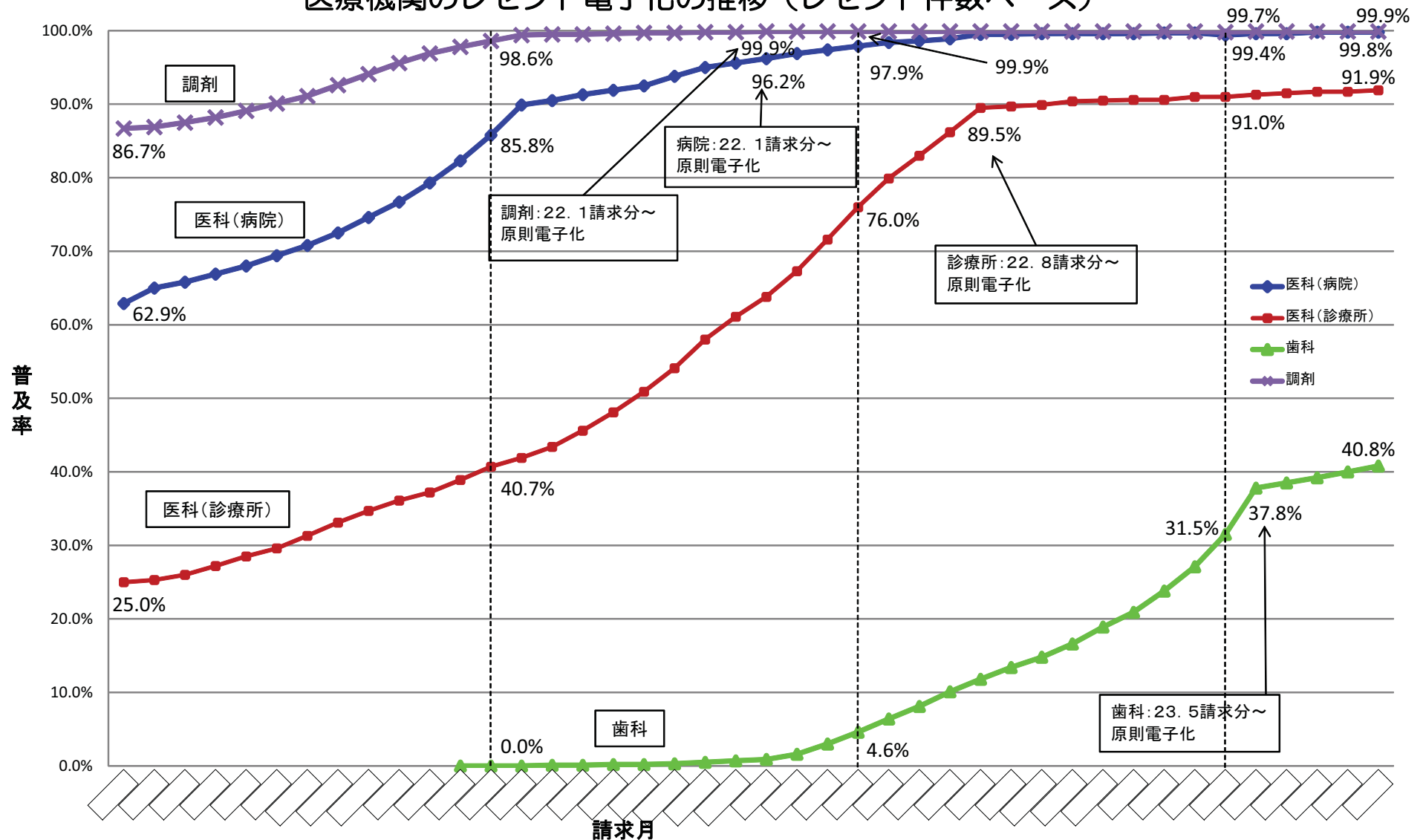


社会保険診療報酬支払基金調べ

レセプト電子化の推移

○本年4月に歯科医療機関が原則電子化の期限を迎えたことにより、電子化の免除・猶予要件に該当する医療機関以外は、電子レセプトによる請求に移行。今後も、電子レセプトに対応しないレセコンのリース期間中により電子化が猶予されている医療機関が順次電子レセプトへ移行する見込み。

医療機関のレセプト電子化の推移（レセプト件数ベース）



柔道整復施術療養費に係る今後の取組み等

○ 柔道整復施術療養費についての取組状況

① 平成23年度実施予定

- ・ 審査の地域差を解消するため、算定基準の明確化(Q&Aの作成等)
- ・ 審査委員の欠格事由を明確化するなど、選定基準の見直し
- ・ 指導・監査マニュアルの作成等
- ・ 保険者との協力を得つつ、指導、監査において保険者の審査情報を活用する方策を検討
- ・ 適正受診のための保険者への協力要請

※平成23年3月3日医療課長事務連絡
により一部実施

- ・ 保険者において柔道整復施術療養費についても積極的に医療費通知を行う。
- ・ 保険者において、多部位、長期又は頻度が高い施術である申請書の患者等に対し、負傷部位や原因の調査等を実施し、患者等に対する指導等、適正受診の促進を図る。
- ・ 保険適用外の施術について、ポスター等を用いて被保険者等への周知徹底を図る。

※具体的内容は別途通知予定
(調査票、ポスターの例等)

- ・ 点検及び審査に関する指針を作成
- ・ 策定した指導・監査マニュアルを基に地方厚生局担当者の情報交換、ネットワークを推進

② 平成24年度予定

- ・ 長期的視点に立って柔道整復療養費のあり方を関係者間で議論する場を設定することを検討
- ・ 24年療養費改定

柔道整復療養費等の見直し

○平成21年11月 行政刷新会議の指摘

- ・ 柔道整復療養費は国民医療費の伸びを上回る勢いで増加。
- ・ 部位別請求の地域差が大きい。→ 他部位請求の適正化など給付の適正化が必要。



○平成22年療養費改定における対応(±0%、医科外来の改定率0.31%)

- ① 他部位請求の適正化
 - 4部位目の給付率の見直し(33%→0%)
 - 3部位目の給付率の見直し(80%→70%)
- ② その他の適正化事項
 - ・ 領収書の無料発行を義務付け
 - ・ 明細書については希望する者に発行を義務付け
 - ・ 骨折・脱臼の医師の同意を施術録のみならずレセプトにも記載。
 - ・ レセプトに施術日を記載。
 - ・ 不正等があった場合に施術所の管理者だけでなく開設者の責任も問えるようにする。
 - ・ 申請書様式の統一(経過措置あり、平成23年7月施術分より完全実施)

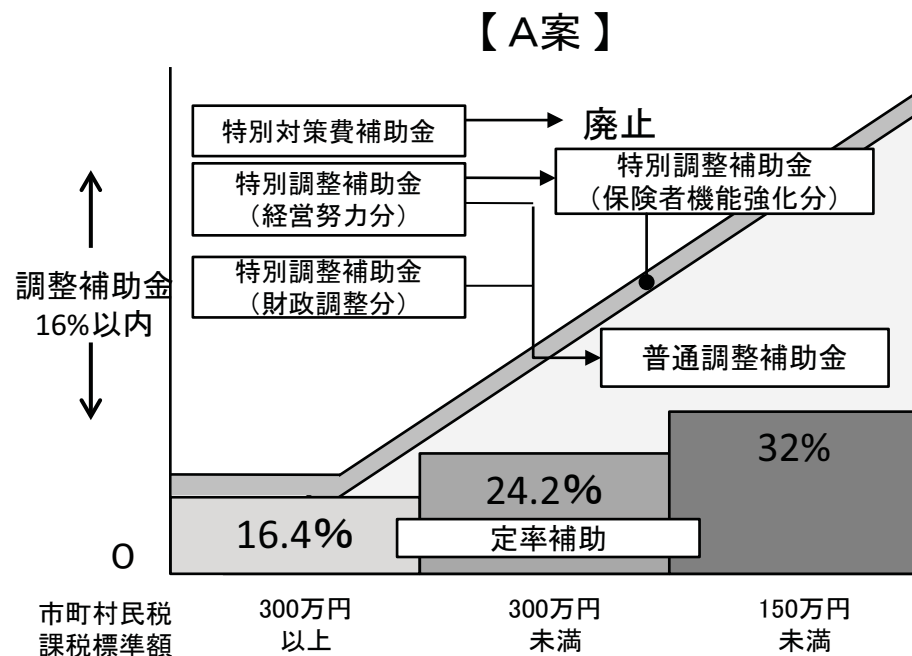
国保組合の国庫補助見直しに関するこれまでの議論

3. 行政刷新会議 の事業仕分け(22年11月16日)

厚生労働省行政事業レビューの結論等を踏まえ、補助制度全般についての見直し案(A案・B案)を提示。「所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止」(B案)との評価結果が示された。

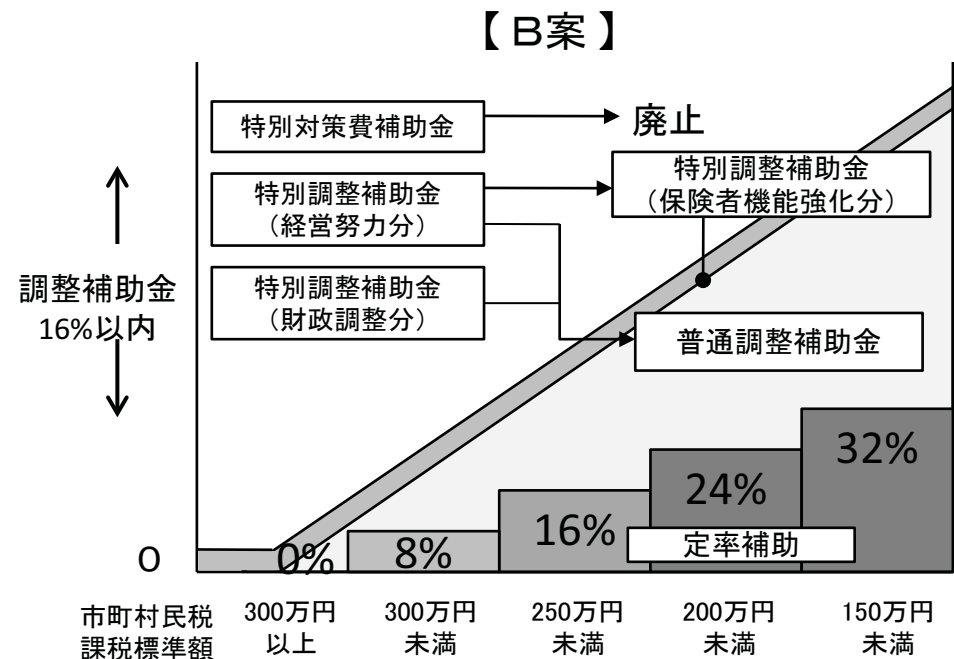
【A案】

- 定率補助を3段階の補助とする。その際、国保組合は、健保組合と異なり事業主負担がなく、国民健康保険の一環として一定の補助が必要であるため、補助率を協会けんぽの水準(16.4%)以上とする。



【B案】 ※行政事業レビューの指摘どおり

- 定率補助を5段階の補助とする。その際、所得水準の高い組合に対する定率補助は、廃止(0%)。



行政刷新会議の事業仕分けWGの評価結果

1. 評価結果

見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)

① 国の事業として廃止 0名

② 見直しを行う 13名:

ア 所得水準の高い国保組合(健保組合を参考)に対する定率補助の

a. 廃止 12名

b. 協会けんぽ並みに引下げ 0名

イ その他 3名

③ 見直しを行わない 0名

2. とりまとめコメント

それぞれの組合ごとの所得階層が大きく異なっているので、所得の低い皆さんの集団である国保組合については、従前どおりのしっかりとした補助を、その代わり所得の高い人たちで集まっている国保組合についてはゼロも含めて、厚生労働省B案で進んでいただきたいということを結論とする。

平成23年度予算折衝における三大臣合意

所得水準の高い国民健康保険組合への補助金の見直しについて

国民健康保険組合（以下、「国保組合」という。）に対する国庫補助の見直しについては、以下の基本的な方針に沿って行うものとする。

1. 事業仕分けの結論を踏まえた見直し内容

行政刷新会議「事業仕分け」において、所得水準の高い国保組合に対する定率補助を廃止するとされたことを踏まえ、保険者間の給付と負担の公平を図るため、事業仕分けの結論に沿って、見直しを行う。

2. 見直しの時期

見直し内容のうち、国民健康保険法の改正が必要な事項については、厚生労働省は、国保組合の財政運営に配慮しつつ、平成24年4月からの実施を念頭に、所要の法律改正案を次期通常国会に提出することを目指す。

法律改正が必要のない事項については、所要の政省令改正を行い、平成23年度当初から直ちに実施する。

平成22年12月17日

国家戦略担当大臣	玄葉光一郎
財務大臣	野田佳彦
厚生労働大臣	細川律夫