

医療保険制度改革骨子(案) 付属資料

①国民健康保険の安定化・・・・・・・・・・・・・・・・	1
②高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入・・・・	4
③協会けんぽの国庫補助率の安定化と財政特例措置・・・・・・・・	6
④医療費適正化計画の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・	9
⑤個人や保険者による予防・健康づくりの促進・・・・・・・・	10
⑥入院時食事療養費等の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・	11
⑦紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入・・・・	14
⑧所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し・・・・・・・・	15
⑨後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)の見直し・・・・・・・・	17
⑩標準報酬月額の上限額の見直し等・・・・・・・・・・・・・・・・	18
⑪患者申出療養(仮称)の創設・・・・・・・・・・・・・・・・	19

国民健康保険の改革による制度の安定化（公費拡充）

- 国保への財政支援を拡充（平成27年度から順次実施し、29年度以降は毎年〇〇〇〇億円）

＜公費拡充の主な内容＞ ※具体的な内容は次ページ

- 低所得者が多い自治体に対する財政支援の拡充
（27年度～ 〇〇〇〇億円）

- 子どもの多い自治体や、医療費適正化に積極的に取り組む自治体への財政支援の強化 等
（29年度～ 全面総報酬割による国費約2,400億円のうち〇〇〇〇億円）

消費税財源
を活用

高齢者医療における
後期高齢者支援金の
全面総報酬割実施※により
生じる国費を
優先的に活用

※社会保障・税一体改革の一環として
行うプログラム法に基づく措置

国民健康保険の改革による制度の安定化（公費拡充）

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、**毎年〇〇〇〇億円の財政支援**の拡充等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

<平成27年度から実施>

- **低所得者対策の強化**のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充（**〇〇〇〇億円**）

<平成30年度から実施>

- **財政調整機能の強化**（財政調整交付金の実質的増額）
- **自治体の責めによらない要因**による医療費増・負担への対応
（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等）
- **保険者努力支援制度（仮称）**・・・医療費の適正化に向けた取組等に対する支援
- **財政リスクの分散・軽減方策**（財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等）等

- ・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成（平成27年度〇〇〇億円）
- ・平成29年度には、**高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を優先的に活用し、〇〇〇〇億円**

財政基盤を強化するため、公費の拡充とともに、以下の施策により、事業運営の改善を一層推進

- ・医療費の適正化に向けた取組の推進
- ・収納対策の推進
- ・賦課限度額の引上げ（平成27年度は4万円）
- ・被保険者資格の適用の適正化

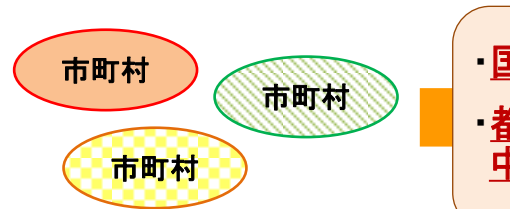
国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

○平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

- ・給付費に必要な費用は、全額、都道府県が市町村に交付
- ・保険料負担の平準化を更に進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
- ・都道府県は、国保の運営方針を定め、市町村の事務の効率化・広域化等を推進

○市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営



- ・国の財政支援の拡充
- ・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

（構造的な課題）

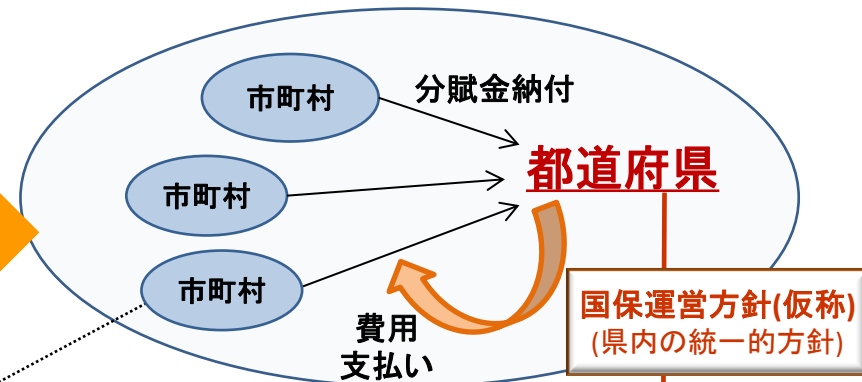
- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

- ・資格管理（被保険者証等の発行）
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの
※事務の平準化、効率化、広域化を進める

○引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が中心的役割



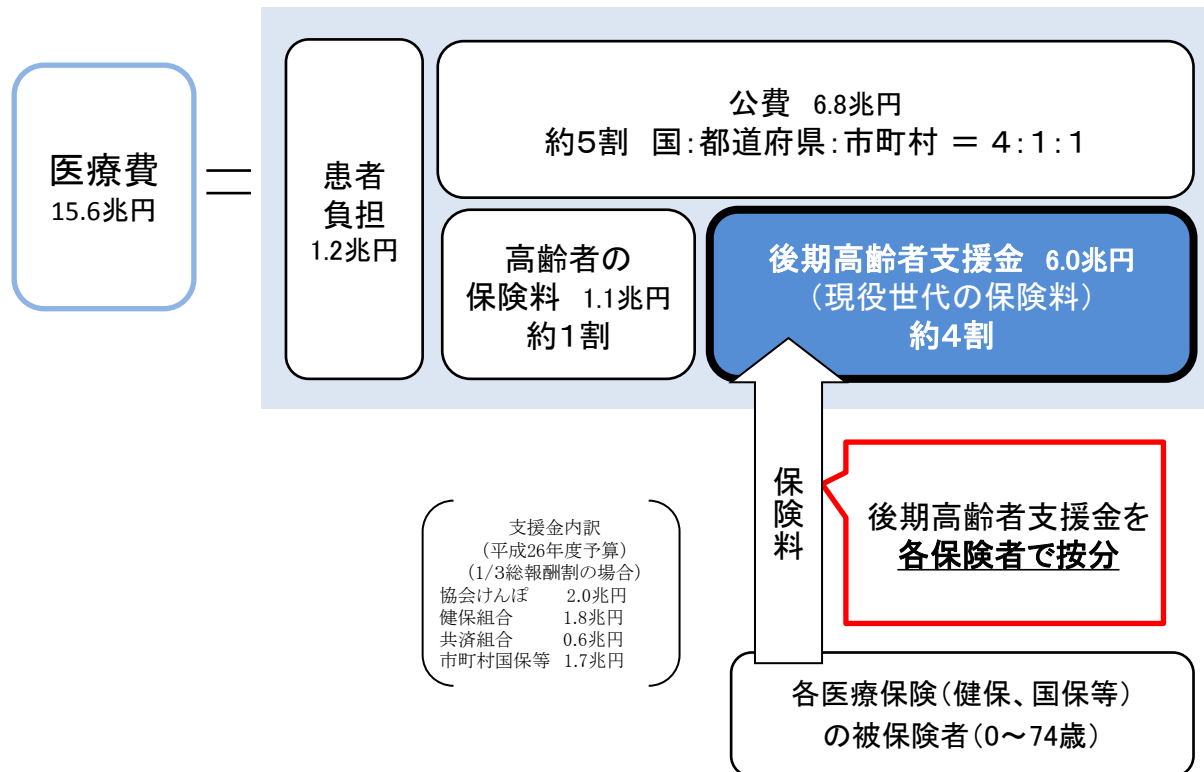
- ・財政運営責任（提供体制と双方に責任発揮）
- ・市町村ごとの分賦金決定
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の平準化、効率化、広域化を促進

※ 国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

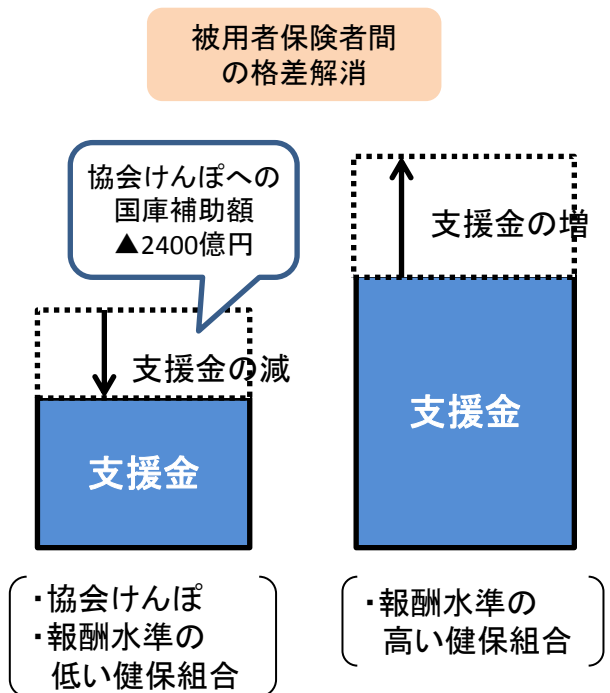
- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

〔保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担〕



被用者保険者への支援

- 被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施(平成27年度は〇〇〇億円。全面総報酬割が実施される平成29年度には〇〇〇億円の見込み。これに加え、既存の高齢者医療運営円滑化等補助金が後期高齢者支援金部分の縮減に対応して、平成27年度は〇〇〇億円。平成29年度は〇〇〇億円の見込み)
- 具体的には、①平成29年度から拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策の対象を拡大し、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減するとともに、②平成27年度から高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充し、前期高齢者納付金の負担軽減を図る

①拠出金負担の軽減

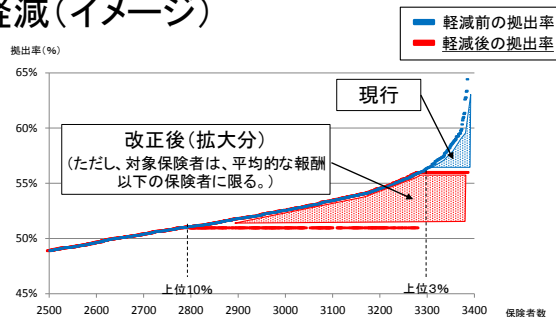
〇〇〇億円
(平成29年度の見込み)

- 現在、保険者の支え合いで、拠出金負担(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)の特に重い保険者(上位3%)の負担軽減を実施。
- この対象を上位10%に拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

①の負担軽減(イメージ)



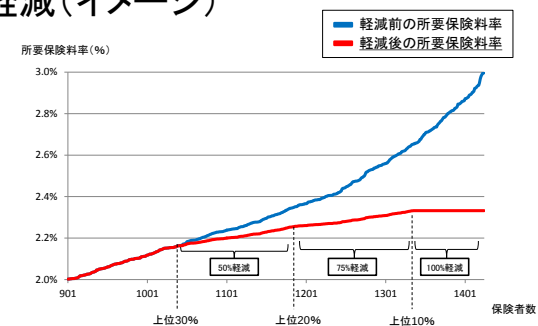
②前期高齢者納付金負担の軽減

〇〇〇億円
(平成29年度の見込み)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充。
- 前期納付金負担の負担増の緩和のため、所要保険料率※の高い上位の被用者保険者等の負担軽減を実施。(平成29年度から本格的実施)

※ 総報酬に占める前期納付金の割合

②の負担軽減(イメージ)



協会けんぽの国庫補助割合について

○協会けんぽの財政特例措置が平成26年度までで期限切れとなるため、現下の経済情勢、財政状況等を踏まえ、対応を検討する。

協会けんぽの国庫補助にかかる健康保険法の条文の構成（現行）

本則

国庫は、「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」(※)を補助する。
※政令は制定されていない。

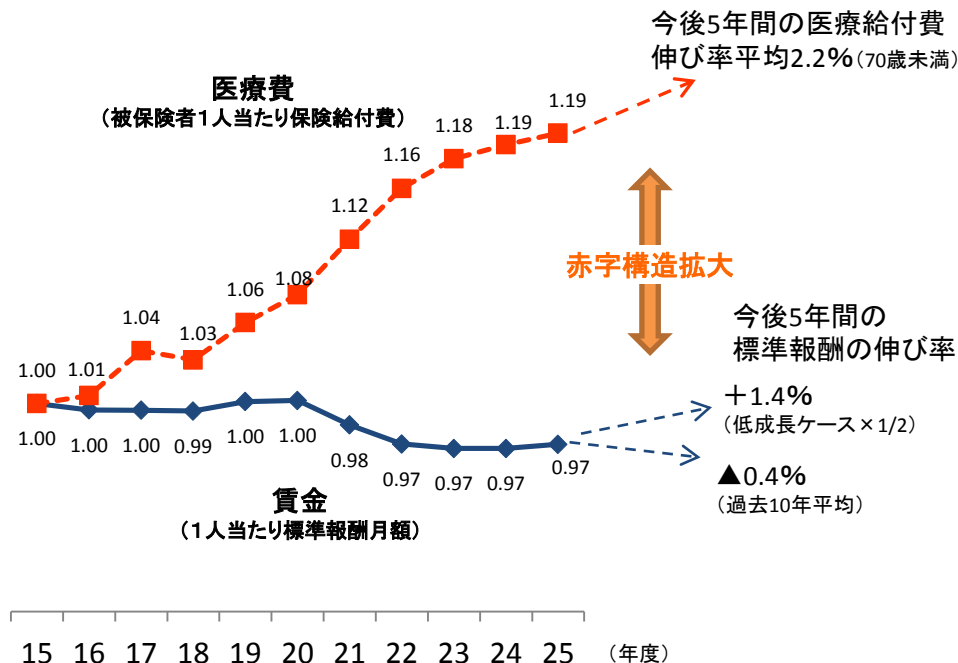
附則第5条

当分の間、本則中「16.4%から20%までの範囲内において政令で定める割合」とあるのは「13%」とする。

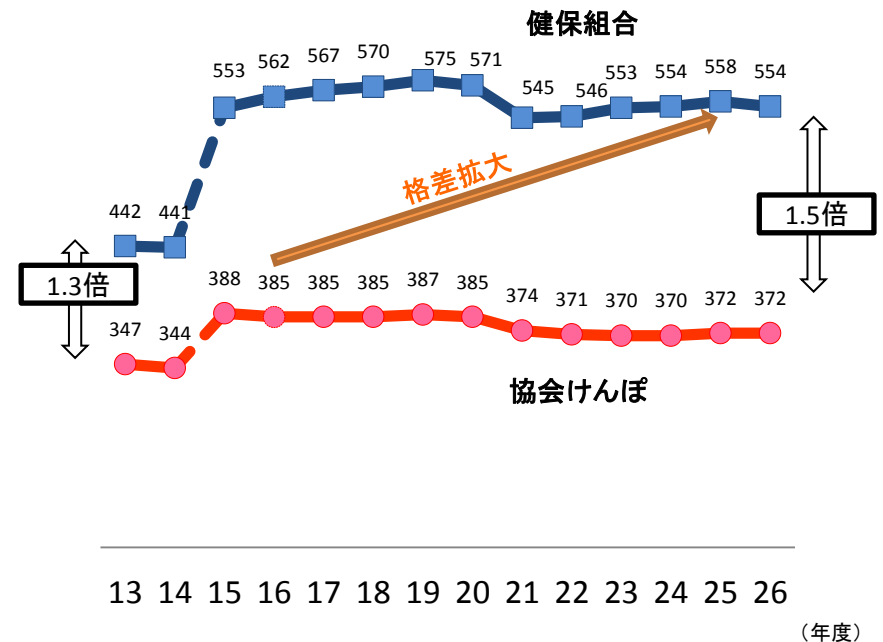
附則第5条の3

平成26年度までは、附則第5条中「13%」とあるのは「16.4%」とする。

<参考1> 協会けんぽの保険財政の傾向

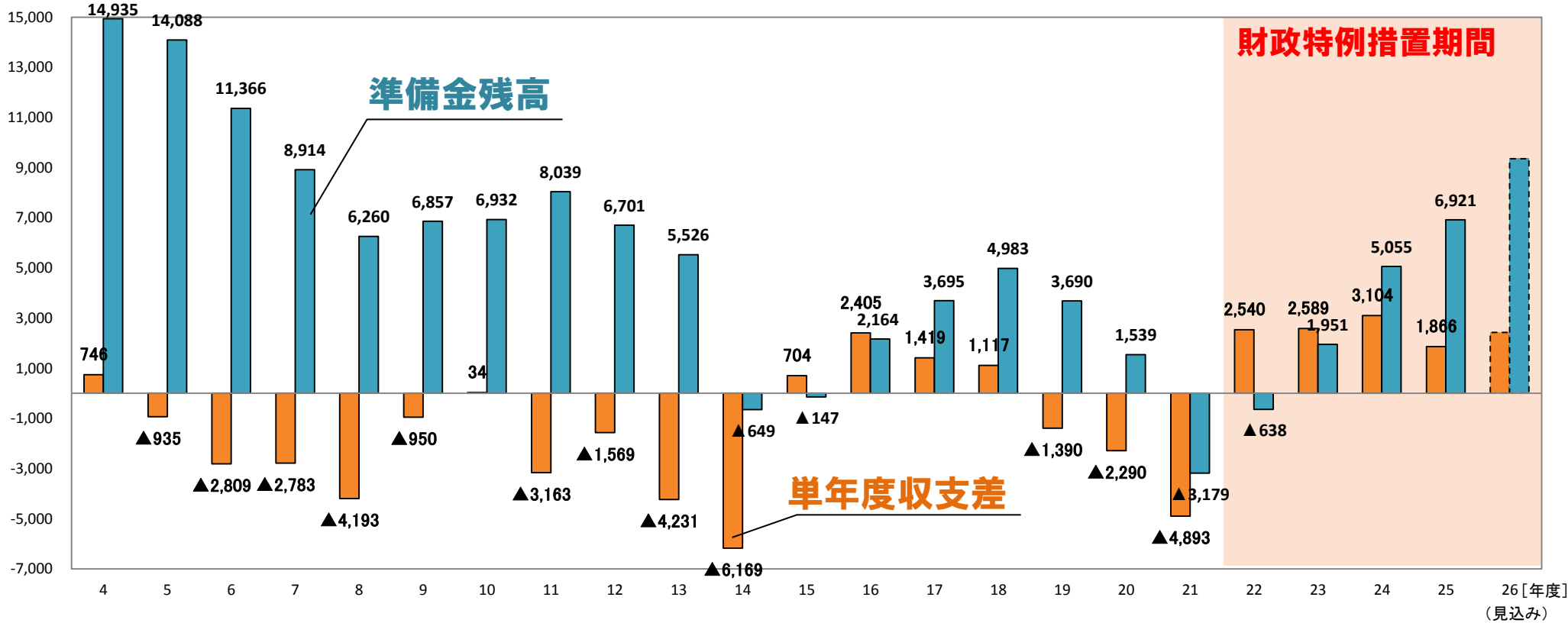


<参考2> 協会けんぽと健保組合の報酬水準の比較



協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移

[億円]



【国庫補助率】

16.4%



【協会けんぽの平均保険料率】

8.4%



平成27 年度予算の編成等に関する建議(抄)

平成26年12月25日
財政制度等審議会

Ⅲ. 27 年度予算編成における具体的取組み

1. 社会保障

(1) 医療

② 医療保険制度改革

ロ) 負担の公平確保

保険者に対する公費支援については、現世代の税負担や将来世代の負担(赤字国債)によるものであり、被保険者の所得水準等に鑑みて合理的な水準に抑制する必要がある。具体的には、来年の医療保険制度改革において、協会けんぽに対する国庫補助率をリーマン・ショック後の危機対応措置を開始する前の水準(13%)に段階的に戻すべきである。また、所得水準の高い国保組合の国庫補助について、原則廃止する必要がある。

平成27 年度予算編成の基本方針(抄)

平成26年12月27日
閣議決定

Ⅱ. 平成 27 年度予算の基本的考え方

2. 主な歳出分野における取組

(1) 社会保障

医療・介護を中心に、社会保障給付について、都道府県ごとの医療提供体制と地域の医療費の差にも着目した医療費の適正化の推進、介護職員の処遇改善等の推進と経営状況等を踏まえた介護報酬の適正化、協会けんぽに対する国庫補助の安定化と超過準備金が生じた場合の特例措置、生活困窮者に対する自立支援の強化と生活保護の適正化に取り組むなど、徹底した効率化・適正化を行うことで極力全体の水準を抑制する。

医療費適正化計画の見直し

1. 目標設定等の見直し

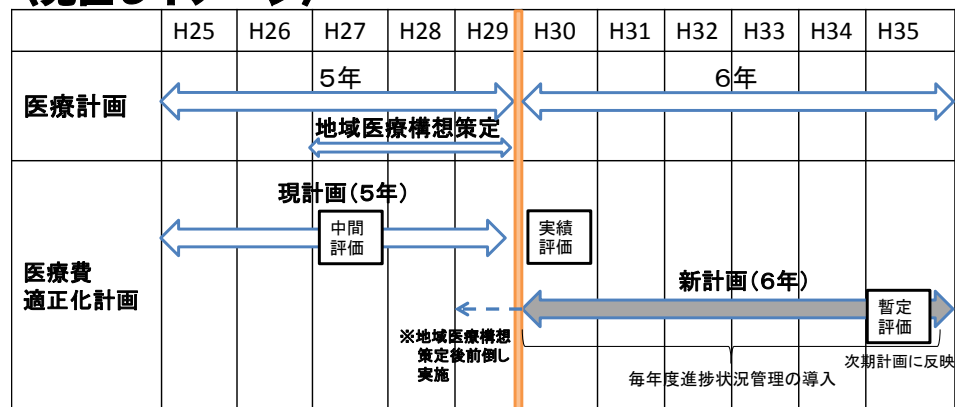
○ 都道府県が、医療機能の分化・連携、地域包括ケアシステムの構築を図るために策定される地域医療構想と整合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定し、国においてこの設定に必要な指標等を定めることとする。

○ 上記の見直しにあわせて現行の指標(特定健診・保健指導実施率、平均在院日数等)について必要な見直しを行うとともに、後発医薬品の使用割合等を追加する。

※ 効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムの構築に対応した指標も設定

○ 目標が実績と乖離した場合は、都道府県はその要因分析を行うとともに、必要な対策を検討し、講ずるよう努めるものとする。

〈見直しイメージ〉



2. 計画策定プロセス等の見直し

i) 医療計画等との整合性の確保

○ 医療計画や介護保険事業支援計画との整合性を確保するため、計画期間を5年から6年に変更する。また、特定健診等実施計画も同様に変更する。

○ 都道府県は地域医療構想の策定後、同構想と整合性が図られるよう医療費適正化計画を見直すこととし、第3期計画(平成30～35年度)を前倒して実施する。

ii) 効果的な評価の仕組みの導入

○ PDCAサイクルを強化するため、計画期間終了前に暫定的な評価を行い、当該評価結果を次期計画に反映させる仕組みを導入する。

○ 中間評価に代えて、毎年度、計画の進捗状況管理等を行い、その結果を公表することとする。

iii) 保険者協議会の役割の強化

○ 都道府県は、医療費適正化計画の策定等に当たり、保険者協議会に協議を行うこととする。また、保険者協議会を通じて各保険者に協力を要請することができる仕組みを導入し、計画の策定や目標達成に向けた取組を実効あるものにする。

個人や保険者による予防・健康づくりの促進

1. データを活用した予防・健康づくりの充実

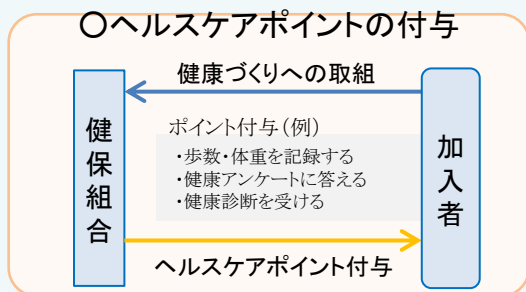
- データヘルスの取組の普及を踏まえ、保険者が保健事業を行うに当たっては、レセプト・健診データ等を活用した分析に基づき効果的に実施することとする（データヘルスの推進）。国は指針の公表や情報提供等により保険者の取組を支援。
- 全国のレセプト・健診データを集積したナショナルデータベース(NDB)の充実を図る。また、NDBを用いた分析結果を国民や保険者にわかりやすく公表。
- 保険者による健診データの保存期間を延長。また、被保険者が異動した場合の健診データの引継に関する手続きについて、被保険者の同意を前提としつつ、明確化。

2. 予防・健康づくりのインセンティブの強化

（個人）

- 保険者が、加入者の予防・健康づくりに向けた取組に応じ、ヘルスケアポイント付与や保険料への支援等を実施。

※国が策定するガイドラインに沿って保健事業の中で実施



（保険者）

- 後期高齢者支援金の加算・減算制度について、予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視するため、多くの保険者に広く薄く加算し、指標の達成状況に応じて段階的に減算(最大10%の範囲内)する仕組みへと見直し、平成30年度から開始する。
 - ・ 特定健診・保健指導実施率のみによる評価を見直し、後発医薬品の使用割合等の指標を追加し、複数の指標により総合的に評価する仕組みとする。
 - ・ 保険者の種別・規模等の違いに配慮して対象保険者を選定する仕組みとするとともに、国保、協会けんぽ、後期高齢者医療について、別のインセンティブ制度を設ける。

3. 栄養指導等の充実

- 平成28年度から、後期高齢者医療広域連合において、市町村の地域包括支援センター、保健センター等を拠点として栄養指導等の高齢者の特性に応じた保健事業を実施することを推進。

入院時食事療養費等について

○ 社会保障制度改革国民会議報告書、プログラム法を踏まえ、入院と在宅療養の公平、若年層と高齢者層の公平を図る観点から、入院時の食事代(入院時食事療養費等)の見直しについて検討。

■ 社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

3 医療保険制度改革

(1)医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

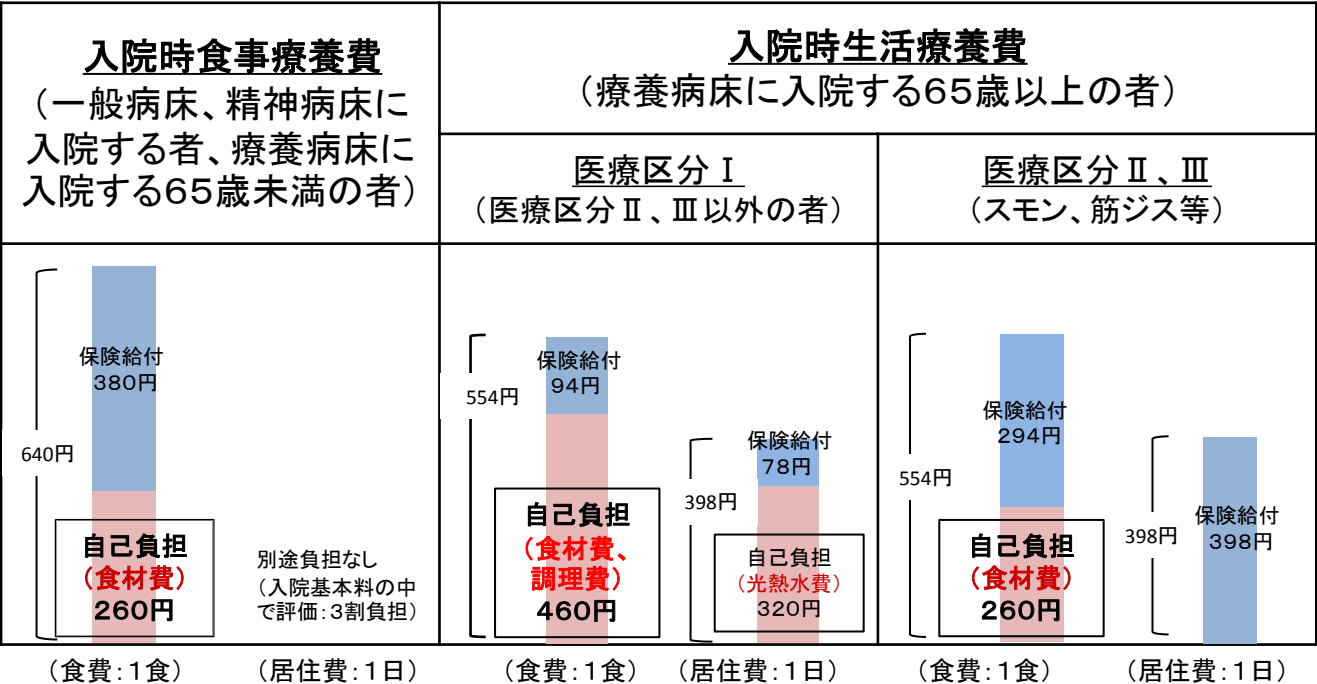
今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

■ 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25年法律第112号)(抄)

第四条第七項 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。

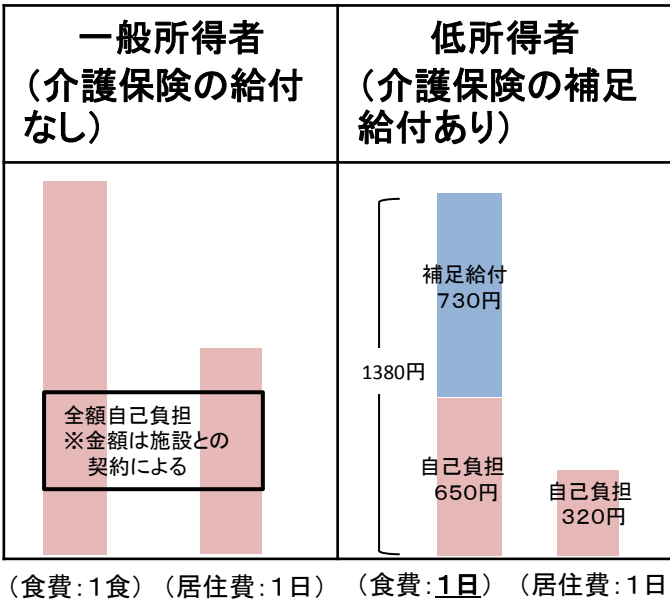
□ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

＜現状の仕組み＞



※ 上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。
※ 上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

(参考)介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担



※ 介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。
※ 上記補足給付の自己負担額は、市町村民非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり320円、居住費が0円となる。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費における標準負担額

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分Ⅰ	医療区分Ⅱ、Ⅲ	
65歳未満	一般所得	入院時食事療養費 (一食260円)	入院時食事療養費 (一食260円)	入院時食事療養費 (一食260円)
	低所得	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
65歳以上	一般所得	入院時生活療養費(Ⅰ) (一食460円、居住費320円) 入院時生活療養費(Ⅱ) (一食420円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食260円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食260円)
	低所得Ⅱ	入院時生活療養費 (一食210円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食210円、居住費0円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
	低所得Ⅰ (70歳以上のみ)	入院時生活療養費 (一食130円、居住費320円) ※老齢福祉年金を受給している 場合は、一食100円、居住費0円	入院時生活療養費 (一食100円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食100円)

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

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)医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

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

■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25年法律第112号)(抄)

(医療制度)

第四条

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。

一～二 (略)

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 (略)

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、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年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目指すものとする。

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

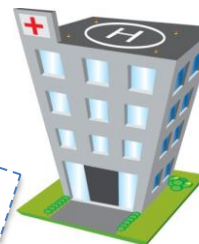
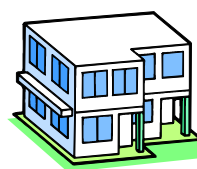
○外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院及び500床以上の病院を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする（選定療養の義務化）。

○定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。

- ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
- ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。

中小病院、診療所

大病院



外来受診



紹介状なし
外来受診

【現行の取扱い】

・病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。

（設定状況（平成25年7月1日現在））

初診：1,191施設（最高8,400円、最低105円 平均2,130円）

再診：110施設（最高：5,250円、最低210円 平均1,006円）

定額負担を徴収

保険給付

一部負担金

選定療養

療養に要した費用

定額負担の徴収
を義務化

※ 特定機能病院及び500床以上の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、引き続き、審議会等で検討する。

所得水準の高い国保組合への国庫補助について

○ 社会保障制度改革国民会議報告書、プログラム法を踏まえ、負担の公平を図る観点から、所得水準の高い国保組合への国庫補助の見直しについて検討。

■ 社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

3 医療保険制度改革

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

■ 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25年法律第112号)(抄)

第四条第七項 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。

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

- 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人である。
(医師・歯科医師・薬剤師：92組合 / 建設関係：32組合 / 一般業種：40組合 計 164 組合)
- 被保険者数：約302万人 (平均年齢：39.3歳)
- 保険料：国保組合ごとに規約で定めている。(収納率は99.9%)

国保組合に対する国庫補助

(平成26年度予算ベース)

③ 組合特別調整補助金

国保組合の保険者機能強化の取組等
に応じた補助

② 組合普通調整補助金

国保組合の財政力に応じた補助

調整補助金の総額は
各国保組合の医療給付費
等の合計額の15%以内
(1,016億円)

① 定率補助 (32%(※) : 1,968億円)

医療給付費等に対する定率の補助

(※) 平成9年9月以降の組合特定被保険者(注)に係る補助率は、協会けんぽに対する国庫補助率を勘案し、13.0%(医療給付費分)、16.4%(後期高齢者支援金、介護納付金分)

(注) 「組合特定被保険者」とは、本来的には健康保険の適用を受ける被用者であるが、健康保険の適用除外の承認を受けて国保組合の被保険者となった者をいう。

(出所) 「平成24年度国民健康保険事業年報」、「平成24年度国民健康保険実態調査」

平成27 年度予算の編成等に関する建議(抄)

平成26年12月25日
財政制度等審議会

Ⅲ. 27 年度予算編成における具体的取組み

1. 社会保障

(1) 医療

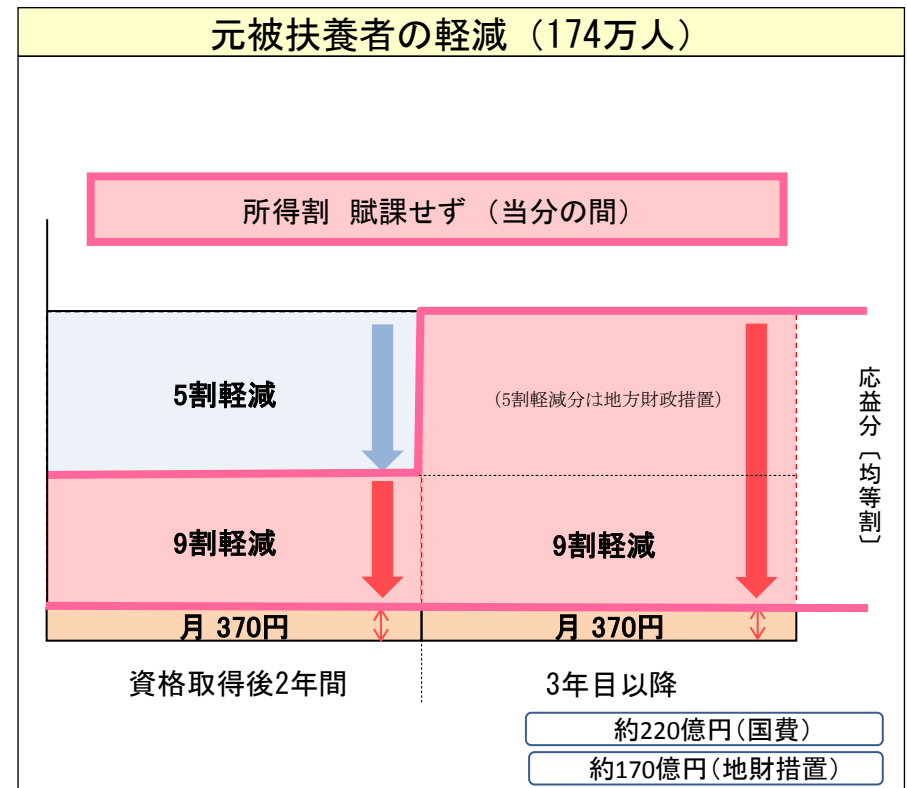
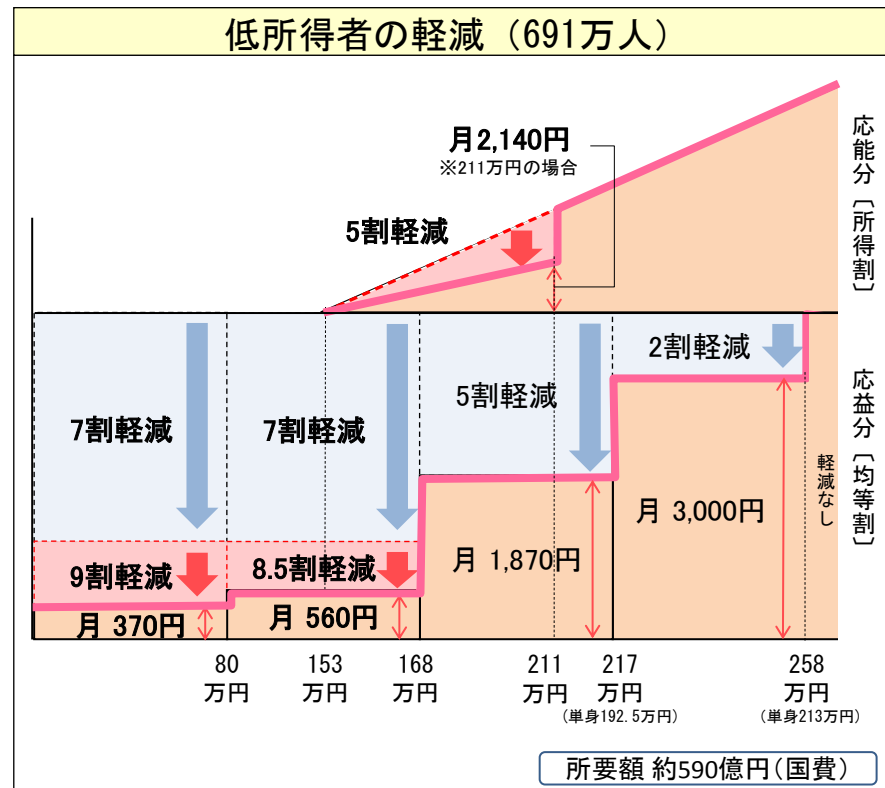
② 医療保険制度改革

ロ) 負担の公平確保

保険者に対する公費支援については、現世代の税負担や将来世代の負担(赤字国債)によるものであり、被保険者の所得水準等に鑑みて合理的な水準に抑制する必要がある。具体的には、来年の医療保険制度改革において、協会けんぽに対する国庫補助率をリーマン・ショック後の危機対応措置を開始する前の水準(13%)に段階的に戻すべきである。また、所得水準の高い国保組合の国庫補助について、原則廃止する必要がある。

後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）の見直し

- 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。



□ 本則上の軽減 □ 軽減特例 □ 現在の保険料額

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)



平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

追加

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120(健康保険) → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

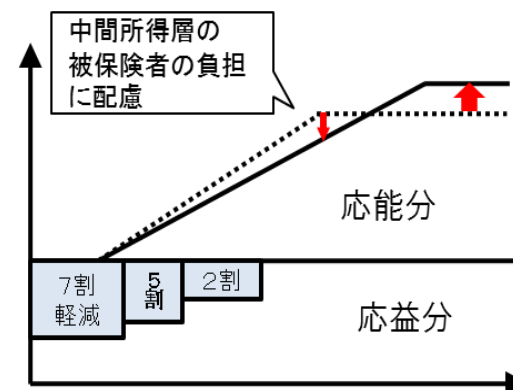
3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

○ 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険(税)料負担に一定の限度を設けている(現在、年間81万円)

○ より負担能力に応じた負担とする観点から、被用者保険の仕組みとのバランスを考慮しつつ、段階的に引き上げ

○ 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成27年度は4万円引上げ

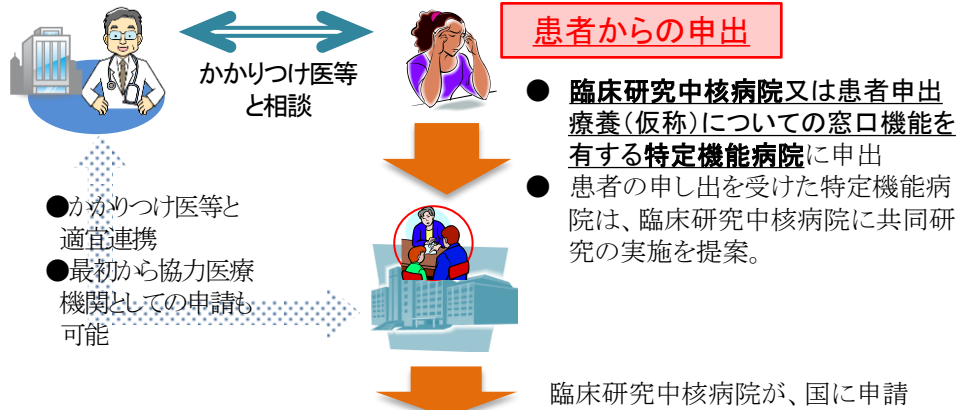
賦課限度額の引上げの仕組み



患者申出療養（仮称）の創設

○国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応えるため、**患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み**として、**患者申出療養(仮称)を創設**（平成28年度から実施）

〈患者申出療養(仮称)としては初めての医療を実施する場合〉



患者申出療養(仮称)の申請

- 臨床研究中核病院は、特定機能病院やそれ以外の身近な医療機関を、協力医療機関として申請が可能

患者申出療養(仮称)に関する会議による審議

- 安全性、有効性、実施計画の内容を審査
- 医学的判断が分かれるなど、6週間で判断できない場合は全体会議を開催して審議

患者申出療養(仮称)の実施

- 申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院に加え、患者に身近な医療機関において患者申出療養(仮称)が開始
- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は国がホームページで公開する

〈既に患者申出療養(仮称)として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合(共同研究の申請)〉



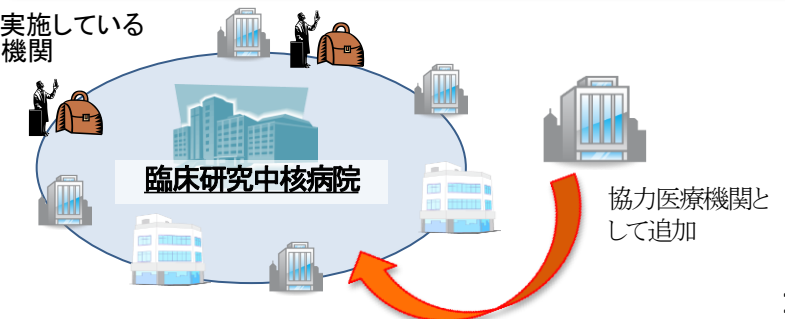
患者申出療養(仮称)の申請

前例を取り扱った臨床研究中核病院

- 臨床研究中核病院は国が示した考え方を参考に、患者に身近な医療機関の実施体制を個別に審査
- 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出

身近な医療機関で患者申出療養(仮称)の実施

既に実施している医療機関



原則2週間

原則6週間