

給付の効率化について

平成26年6月23日
厚生労働省保険局

予防・健康管理、データヘルス

- ① 予防・健康管理
- ② データヘルス

① 特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のための ワーキンググループ 中間取りまとめ 概要

特定健診・保健指導の効果検証の概要

- 特定健診・保健指導による検査値の改善状況や行動変容への影響、医療費適正化効果等を検証するため、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に、有識者により構成されるワーキンググループを設置し、レセプト情報・特定健康診査等情報データベース（NDB）を活用しつつ、これまで検討を行ってきた（平成25年3月から計6回開催）。

＜ワーキンググループ構成員＞（50音順・敬称略）

北村 明彦	大阪大学大学院医学系研究科准教授	多田羅 浩三	一般財団法人日本公衆衛生協会会長
津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長	福田 敬	国立保健医療科学院統括研究官
三浦 克之	滋賀医科大学教授		

- 今回、平成20年度から23年度の特定健診等の4年間分のデータを用いて、特定健診・保健指導による検査値の改善状況及び喫煙行動の影響について、当該ワーキンググループで中間的な結果として取りまとめた。
なお、特定健診・保健指導による医療費適正化効果については、平成26年度中に検討を行い、その結果を取りまとめる予定である。

【参考】

- 特定健診・・・医療保険者（国民健康保険、被用者保険）が40歳から74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査のこと。
- 特定保健指導・・・医療保険者が特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し、毎年度、計画的に実施する保健指導のこと。特定健診の結果に基づき、腹囲以外の追加リスクの多少と喫煙歴の有無により、積極的支援の対象者と動機付け支援の対象者に階層化される。

1. 特定健診・保健指導による評価指標等の推移

<分析内容>

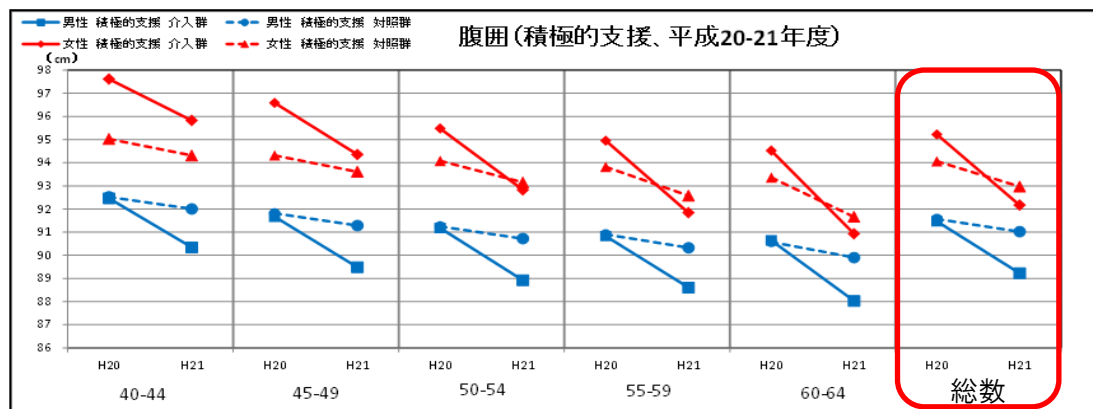
- 特定健診の結果、特定保健指導の対象と判断された者のうち、特定保健指導終了者とそれ以外の者について、翌年度の検査データの差を、それぞれの年度ごとに、性・年齢階級別に比較

- 分析対象者数 約200万人（各年とも）

<分析結果>

- 特定保健指導終了者はそれ以外の者と比較すると、各年度、全ての性・年齢階級別において、腹囲、BMI、体重が大きく減少しており、血糖、血圧、脂質等も改善
- 特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移は以下のとおり

特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移について（平成20-21年度推移）



【腹囲】

男性では約**2.2cm**（平成20-21年度）

約1.7cm（平成21-22年度）

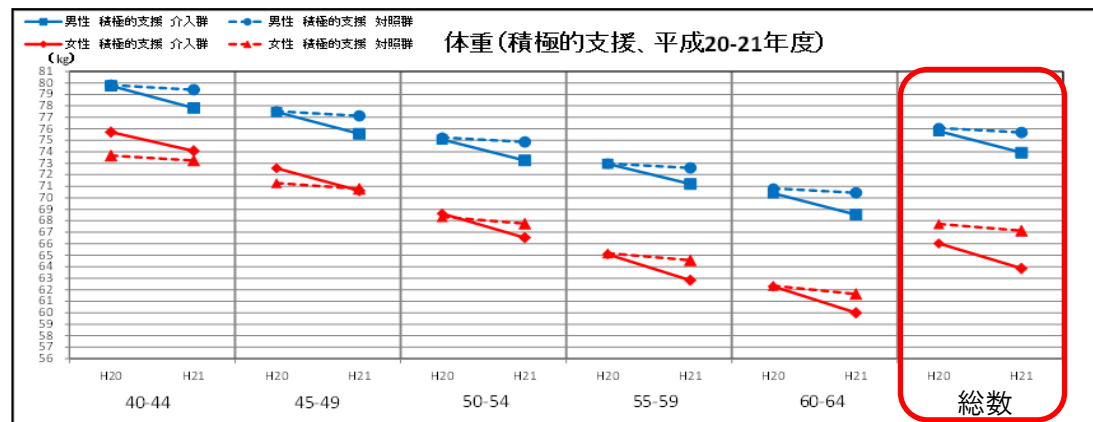
約1.2cm（平成22-23年度）

女性では約**3.1cm**（平成20-21年度）

約2.2cm（平成21-22年度）

約1.7cm（平成22-23年度）

の減少



【体重】

男性では約**1.9kg**（平成20-21年度）

約1.3kg（平成21-22年度）

約1.0kg（平成22-23年度）

女性では約**2.2kg**（平成20-21年度）

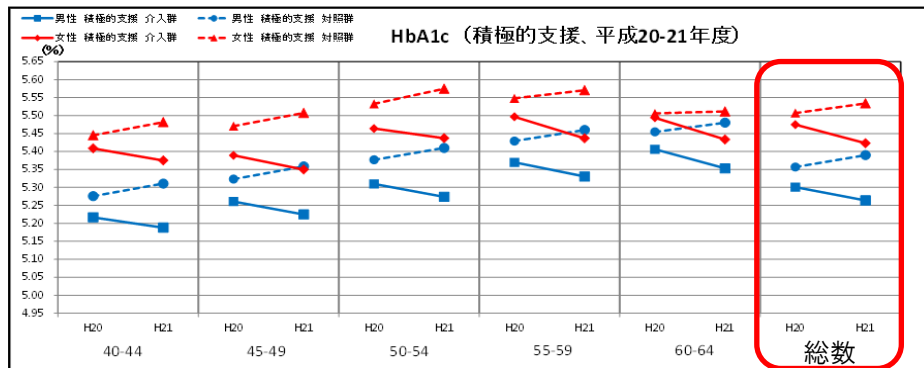
約1.6kg（平成21-22年度）

約1.2kg（平成22-23年度）

の減少

血糖、血圧、脂質についても改善

特定保健指導（積極的支援）による評価指標等の推移について（平成20-21年度推移）



【血糖（HbA1c）】

男性では約0.04%（平成20-21年度）

約0.02%（平成21-22年度）

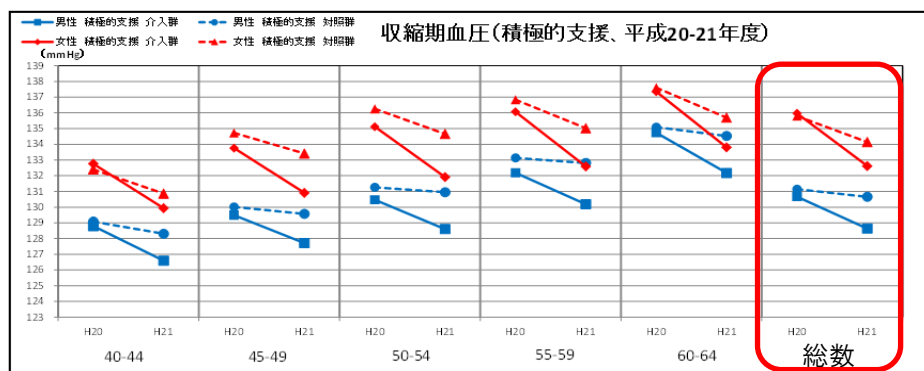
約0.02%（平成22-23年度）

女性では約0.05%（平成20-21年度）

約0.004%（平成21-22年度）

約0.03%（平成22-23年度）

の減少



【血圧（収縮期血圧）】

男性では約2.0mmHg（平成20-21年度）

約1.3mmHg（平成21-22年度）

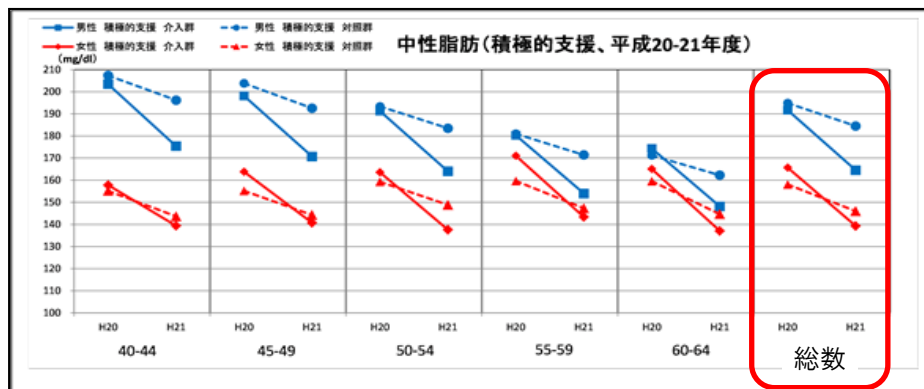
約1.0mmHg（平成22-23年度）

女性では約3.4mmHg（平成20-21年度）

約2.8mmHg（平成21-22年度）

約2.2mmHg（平成22-23年度）

の減少



【脂質（中性脂肪）】

男性では約27.2mg/dl（平成20-21年度）

約23.3mg/dl（平成21-22年度）

約17.2mg/dl（平成22-23年度）

女性では約26.4mg/dl（平成20-21年度）

約22.9mg/dl（平成21-22年度）

約18.8mg/dl（平成22-23年度）

の減少

2. 保健指導レベルの改善状況

<分析内容>

- 前年度の特定保健指導終了者について、翌年度の健診結果から、性・年齢階級別に、特定保健指導を受ける前後の保健指導レベル（※）を分析

※ 積極的支援、動機付け支援、特定保健指導対象外等

- 分析対象者数 約20～30万人（各年とも）

<分析結果>

- 積極的支援終了者

・保健指導レベルが全般的に改善傾向にあり、改善効果は年齢階層別では大きな違いはないものの、性別でみると女性の方が男性より強い傾向

- 動機付け支援終了者

・保健指導レベルが改善した者が一定程度みられた

・積極的支援

特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当か、1つ該当かつ喫煙歴がある、64歳以下の者への支援

・動機付け支援

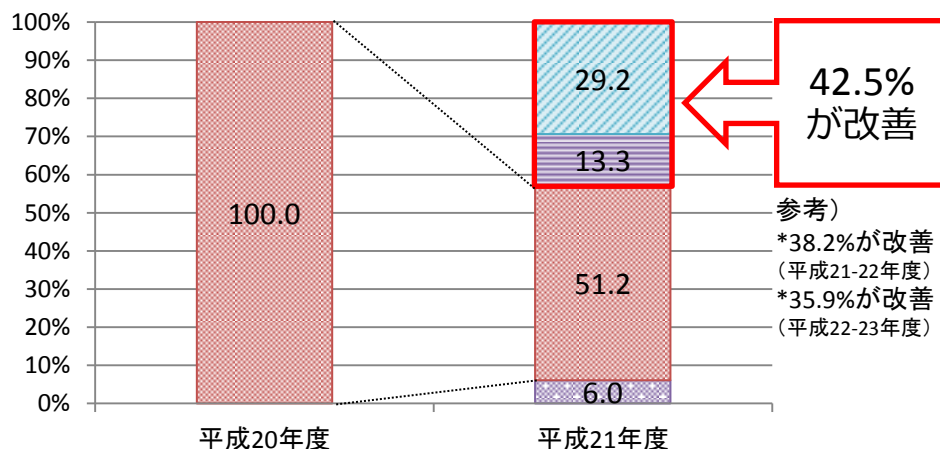
特定保健指導対象者のうち、腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当かつ喫煙歴がない者への支援

※ 血糖・血圧・脂質の服薬者は含まない

特定保健指導（積極的支援）による保健指導レベルの改善状況について（平成20-21年度推移）

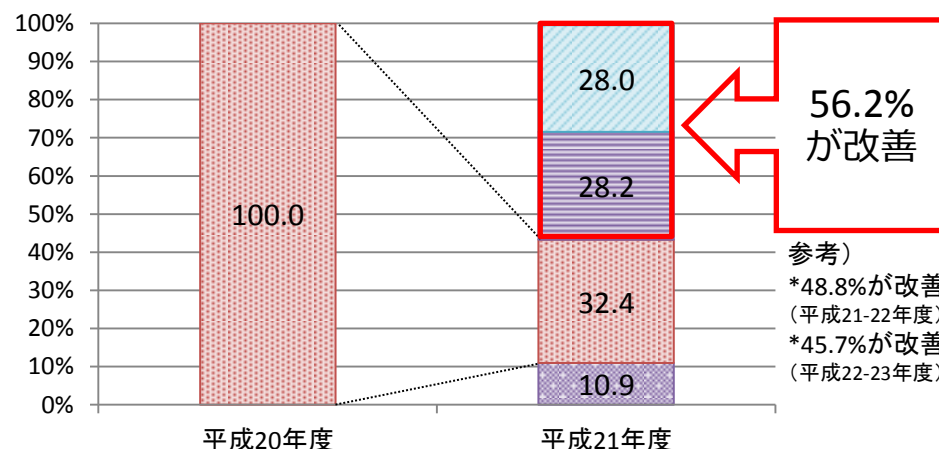
【男性（総数）】

■服薬あり ■積極的支援 ■動機付け支援 ■特定保健指導対象外



【女性（総数）】

■服薬あり ■積極的支援 ■動機付け支援 ■特定保健指導対象外



積極的支援により、男性では42.5%、女性では56.2%が保健指導レベルが改善

3. メタボリックシンドロームの改善状況

<分析内容>

- 前年度の特定保健指導終了者について、積極的・動機付け支援別、性・年齢階級別に、翌年度の健診結果から、メタボリックシンドロームの改善状況を分析

- 分析対象者数 約20～30万人（各年とも）

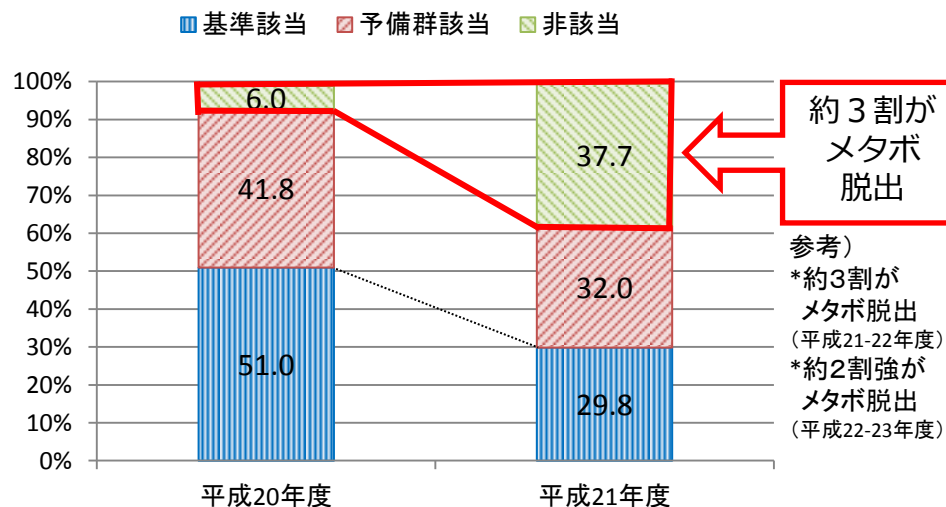
<分析結果>

- 積極的支援終了者
 - ・メタボリックシンドローム基準該当又は予備群該当のうち、男性では約2～3割、女性では約3～4割が改善
- 動機付け支援終了者
 - ・メタボリックシンドローム基準該当又は予備群該当のうち、男性では約2～3割、女性では約1～2割が改善

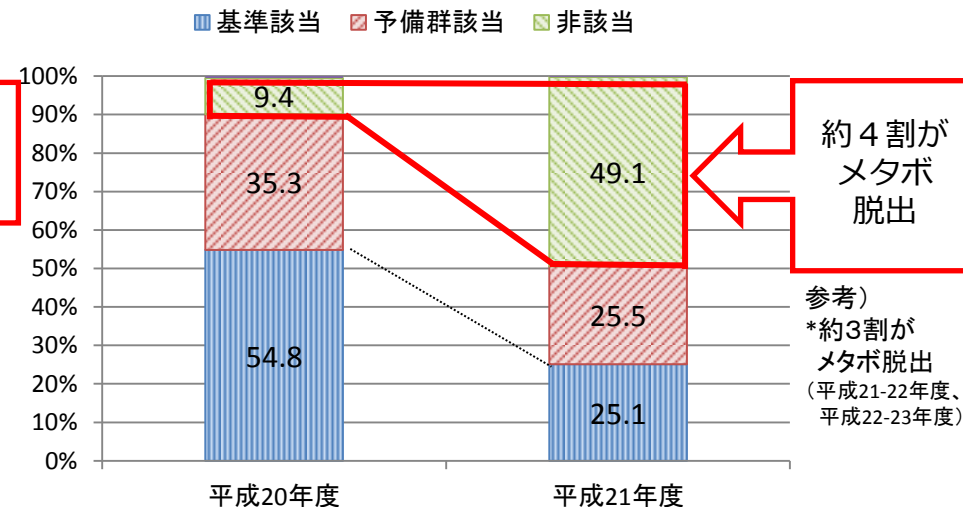
・メタボリックシンドローム基準該当
腹囲が一定数値以上で、追加リスク（血糖・血圧・脂質）が2つ以上該当
・メタボリックシンドローム予備群該当
腹囲が一定数値以上で、追加リスクが1つ該当
※ 血糖・血圧・脂質の服薬者も含む

特定保健指導（積極的支援）によるメタボリックシンドロームの改善状況について（平成20-21年度推移）

【男性（総数）】



【女性（総数）】



積極的支援により、男性では約3割、女性では約4割がメタボリックシンドローム脱出

特定健診・特定保健指導の実施状況（保険者別年次推移）

●特定健康診査の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 （確報値）	44.7%	32.7%	40.6%	36.9%	35.3%	69.2%	72.4%
平成22年度 （確報値）	43.2%	32.0%	38.6%	34.5%	34.7%	67.3%	70.9%
平成21年度 （確報値）	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	32.1%	65.0%	68.1%
平成20年度 （確報値）	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	22.8%	59.5%	59.9%

●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	船員保険	組合健保	共済組合
平成23年度 （確報値）	15.0%	19.4%	8.3%	11.5%	6.5%	16.7%	10.6%
平成22年度 （確報値）	13.1%	19.3%	7.7%	7.4%	6.3%	14.5%	8.7%
平成21年度 （確報値）	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	5.8%	12.2%	7.9%
平成20年度 （確定値）	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.6%	6.8%	4.2%

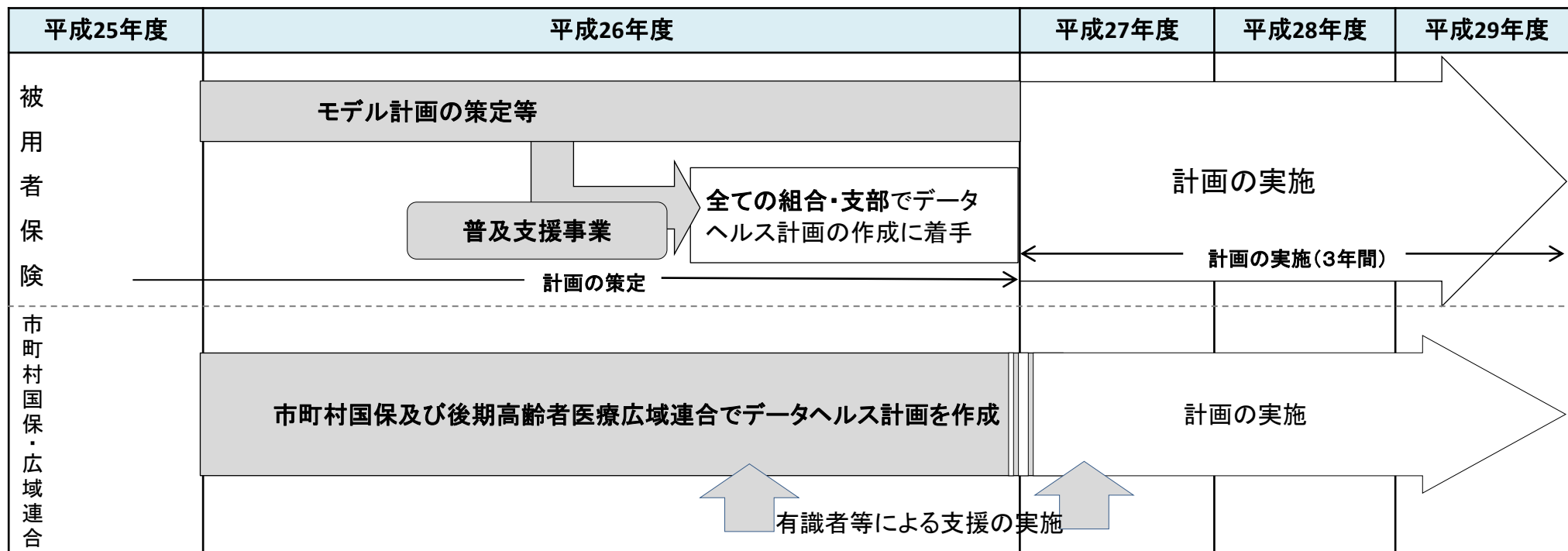
保険者によるデータ分析のための基盤整備

- レセプトのオンライン提出の原則義務化が始まった平成20年度以降、保険者は順次レセプトデータ及び特定健診等データを電子的に保有する状況となっている。
- 保険者による医療費分析及び保健事業の計画の作成・実施等を支援するため、現在、各データベースシステムが順次稼働を開始している。
- 保険者機能の強化等の観点から、健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施に当たり、保健事業担当者への研修の実施等も行いつつ、今後も保険者に対して、各データベースシステムの有効活用を支援していく。

＜各データベースシステムの概要＞

	レセプト管理・分析システム	協会けんぽシステム	国保データベース(KDB)システム
保有者	健康保険組合、健康保険組合連合会	全国健康保険協会（本部）	国民健康保険中央会、国保連合会
活用者	健康保険組合	全国健康保険協会（本部＋各支部）	市町村国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合等
システムが保有する情報	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※歯科を含む	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報※歯科を含む ・がん検診情報 等	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※後期高齢者医療含む ・介護レセプト情報 ※歯科レセは今年度中収載予定
システムの活用方策	現状の把握 健保組合内の健康状況を確認するとともに、他の健保の形態・業態・規模別等での比較や健保内の事業所別での分析を行うことにより、自らの特徴を把握	現状の把握 都道府県の支部ごとの健康状態を確認するとともに、支部別や、支部内の事業所別・事業所規模・業態別に比較することにより、支部の特徴や支部内の事業所の特徴を把握	現状の把握 その地域の健康状況（特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等）を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題（健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等）を明確化
	保健指導への活用 適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を判断し、個人に対する効率的・効果的な保健事業を実施		
稼働時期	平成26年4月～	平成20年10月～ ※平成27年1月よりシステム刷新予定	平成25年10月～

② データヘルス計画の実施スケジュール



健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部を改正する件(告示)及び 国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針の一部を改正する件(告示)の概要

1. 改正の内容

保険者は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定し、実施する。具体的には、以下の取組を進める。

P(計画)：健康・医療情報を分析し、加入者の健康課題を明確にした上で、事業を企画する

D(実施)：費用対効果の観点も考慮しつつ、次のような取組を実施する

- ・ 加入者に自らの生活習慣等の問題点を発見しその改善を促すための取組
(例：健診結果・生活習慣等の自己管理ができるツールの提供)
- ・ 生活習慣病の発症を予防するための特定保健指導等
- ・ 生活習慣病の症状の進展及び合併症の発症を抑えるための重症化予防
(例：糖尿病の重症化予防事業)
- ・ その他、健康・医療情報を活用した取組

C(評価)：客観的な指標を用いて保健事業の評価を行う

(例：生活習慣の状況(食生活、日常生活における歩数、アルコール摂取量、喫煙の有無等)、特定健診等の受診率およびその結果、医療費など)

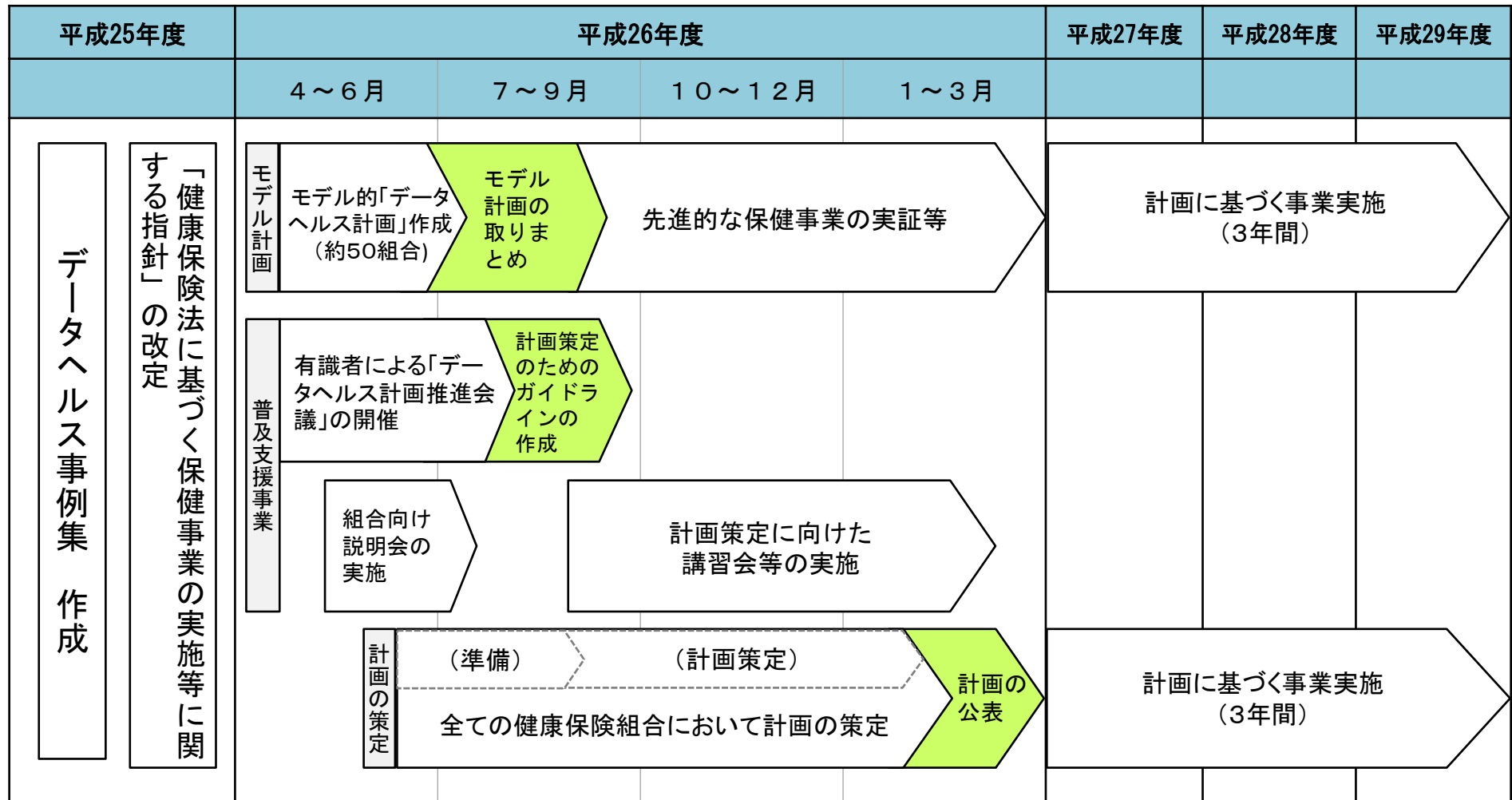
A(改善)：評価結果に基づき事業内容等を見直す

2. 適用期日

平成26年4月1日

健康保険組合における「データヘルス計画」の実施スケジュール

「日本再興戦略」(平成25年6月14日閣議決定)等に沿って、平成26年度中にデータヘルス計画(事業実施期間3年間)を策定・公表し、その後は少なくとも年1回の評価・見直しを求める予定。



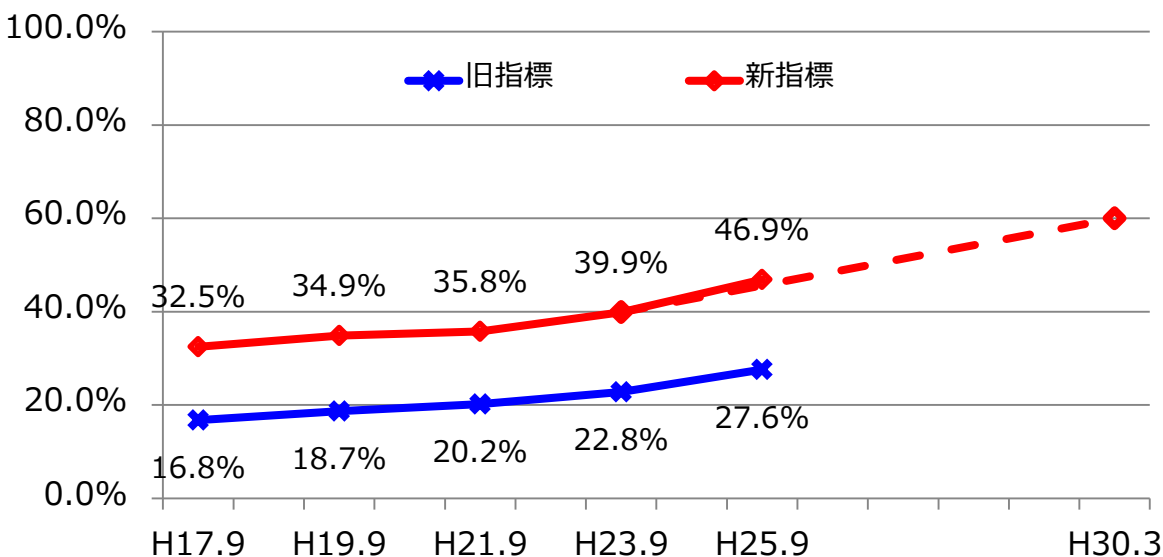
後発医薬品の使用促進

- ① 後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ
- ② 平成26年度診療報酬改定における取組
- ③ 協会けんぽにおける取組
- ④ 広島県呉市国保における取組

①－1 「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」

- 厚生労働省では、後発医薬品のさらなる使用を促進するため、平成25年4月5日に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」を策定し、公表した。
- 新たなロードマップでは、安定供給等これまでの取組に加え、以下の新たな目標を設定するとともに、モニタリングを強化することとした。
 - ・ 後発医薬品の数量シェアを平成30年3月末までに60%以上にする。また、達成状況をモニタリングし、その結果や諸外国の動向を踏まえ、適宜見直す。
 - ・ 後発医薬品のさらなる使用促進のための取組についてもモニタリングを行い、その結果を踏まえ必要な促進策を適宜追加する。

我が国の後発医薬品シェアの推移と目標

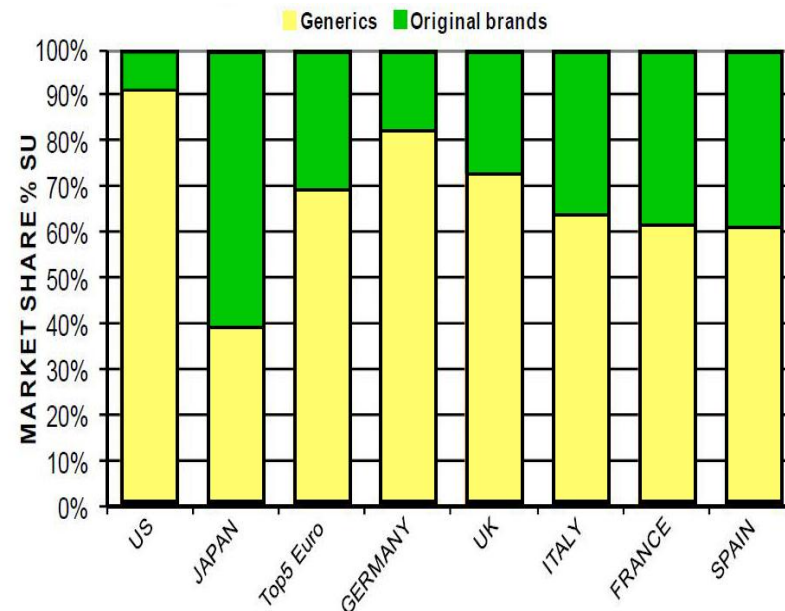


旧指標とは、全医療用医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア(平成19年に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」で定められた目標に用いた指標)

新指標とは、後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を分母とした後発医薬品の数量シェア(「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で定められた目標に用いた指標)

厚生労働省調べ

各国の後発医薬品シェア



Source: IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, MAT Dec 2010, Rx only.

Note:母数は特許切れ市場。特許ありの先発品市場は対象外。SU(Standard Units)ベース。SUとは、異なる剤型間を比較するために、IMSが定義した剤型別の使用量で、強度は考慮されない。錠剤は1錠、散剤は1g、バイアルは1本でカウントされる。 <平成24年8月22日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会資料 より>

①－２ 後発医薬品推進の具体策

- 後発医薬品の推進の取組の推進に当たっては、その課題を明確にして、それぞれ関係する主体が積極的な取組を行うことが不可欠である。

安定供給・品質の信頼性確保

★ 安定供給

- ・ 最低 5 年間の製造販売の継続等や必要な規格の取り揃えをメーカーに通知
- ・ 安定供給に支障を生じた場合のメーカーに対する薬価収載時での対応
- ・ 業界団体・メーカーにおける安定供給マニュアル等の作成
- ・ 各メーカーでの品切れ品目ゼロ

★ 品質の確保

- ・ 厳正な承認審査による品質、有効性、安全性の確保
- ・ 先発医薬品と同じ品質管理に係る基準（GMP）の適用
- ・ メーカーによる、製造所の管理等を通じた品質管理の徹底

★ 品質の信頼性確保

- ・ 国による一斉監視指導等の実施
- ・ 都道府県協議会による、医療関係者への研修事業の実施
- ・ メーカーによる品質に関する情報提供
- ・ 品質情報検討会による品質の確認

情報提供・普及啓発

★ 医療関係者への情報提供

- ・ 市区町村・保健所単位レベルでの協議会を情報収集の場として活用
- ・ 業界団体が運営するシステムを活用した利便性の高い情報提供
- ・ メーカーによる情報収集・提供体制の強化

★ 普及啓発

- ・ ポスター・リーフレット等による普及啓発
- ・ 広告会社を利用した後発医薬品の推進の意義や品質についての効果的な情報提供。
- ・ 使用促進の先進事例に関する調査研究事業を実施し、結果を都道府県にフィードバック
- ・ 医療費適正化計画に基づく使用促進
- ・ 都道府県協議会等を活用した理解促進
- ・ 業界団体やメーカーによる医療関係者・国民向けセミナーの実施
- ・ 保険者による患者への差額通知、後発医薬品希望シール等の普及

医療保険制度上の事項

★ 診療報酬上での評価等

- ・ 保険薬局において、後発医薬品の調剤数量の割合が、一定以上の場合に、調剤体制加算により評価。
- ・ 薬局で「薬剤情報提供文書」により後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格、在庫情報）を提供した場合に、薬学管理料の中で評価。
- ・ 保険医療機関において、後発医薬品の採用品目数の割合20%、30%以上の場合に、後発医薬品使用体制加算により評価
- ・ 一般名処方加算の導入や、一般名処方マスタの公表等により、一般名処方を推進
- ・ 個々の医薬品について変更の可否を明示するなど、処方箋様式を変更
- ・ 療養担当規則において、保険医や保険薬剤師に対して、患者に対する後発医薬品の説明や意向確認、調剤の努力義務を明記

★ 薬価改定・算定

- ・ 後発医薬品の薬価の大幅なばらつき等の是正により、後発医薬品への置き換えが着実に進むような薬価制度

ロードマップの実施状況のモニタリング

後発医薬品の使用促進策について ～後発医薬品調剤体制加算の要件見直し～

後発医薬品の調剤を促進するため、後発医薬品調剤体制加算の要件を「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」の新指標に基づき2段階で評価する。なお、後発医薬品の調剤数量が少ないにも拘わらず、指標変更によって後発医薬品調剤体制加算が受けられることがないよう適正化を図る。

【現行】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

1	後発医薬品調剤体制加算 1	5 点
2	後発医薬品調剤体制加算 2	1 5 点
3	後発医薬品調剤体制加算 3	1 9 点

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算 1	2 2 % 以上
後発医薬品調剤体制加算 2	3 0 % 以上
後発医薬品調剤体制加算 3	3 5 % 以上

(新規)

【改定後】

【後発医薬品調剤体制加算】

(処方せんの受付1回につき)

1	後発医薬品調剤体制加算 1	<u>1 8 点</u>
2	後発医薬品調剤体制加算 2	<u>2 2 点</u>

(削除)

【施設基準】

後発医薬品調剤体制加算 1	<u>5 5 % 以上</u>
後発医薬品調剤体制加算 2	<u>6 5 % 以上</u>

(削除)

- ◆ 当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。

旧指標の
数量シェア＝

後発医薬品
全医薬品

新指標の
数量シェア＝

後発医薬品
後発医薬品あり先発医薬品＋後発医薬品

DPC制度(急性期入院医療の定額報酬算定制度)の見直し等

機能評価係数Ⅱの見直し

改定前
① データ提出指数
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ 救急医療指数
⑥ 地域医療指数



平成26年改定後
① <u>保険診療指数(改)</u>
② 効率性指数
③ 複雑性指数
④ カバー率指数
⑤ <u>救急医療指数</u>
⑥ <u>地域医療指数</u>
⑦ <u>後発医薬品指数(新)</u>

① 保険診療指数(「データ提出指数」から改変)

・これまでデータ提出指数として評価されていた「部位不明・詳細不明コードの使用率」に加え、「様式間の記載矛盾」、「未コード化傷病名の使用率」、「保険診療の教育の普及に向けた指導医療官の出向(Ⅰ群のみ)」等、新たに評価項目を追加する。

⑤ 救急医療指数

・当該指数の評価対象となる患者をより公平に選定するため、重症な患者が算定する入院料等を算定している患者を評価対象とする等の見直しを行う。

⑥ 地域医療指数

・「急性心筋梗塞の24時間診療体制」、「精神科身体合併症の受入体制」に係る評価を追加する等の見直しを行う。

⑦ 後発医薬品指数(新設)

・「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」に基づき、後発医薬品の使用について数量ベース(新指標)によって評価を行う。

算定ルール等の見直し

① 同一病名で再入院した際に「一連」とみなす算定ルール(いわゆる「3日以内再入院ルール」)の見直し

- ・診療内容からは一連として取り扱うことが妥当であるにも関わらず意図的に3日間退院させ4日目以降に再入院させていることが疑われる事例があること等を踏まえ、当該ルールの適用対象となる再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。

② 適切な傷病名コーディングの推進

- ・適切な傷病名コーディングの推進に向けて、「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。

③ 入院時持参薬の取り扱い

- ・入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。

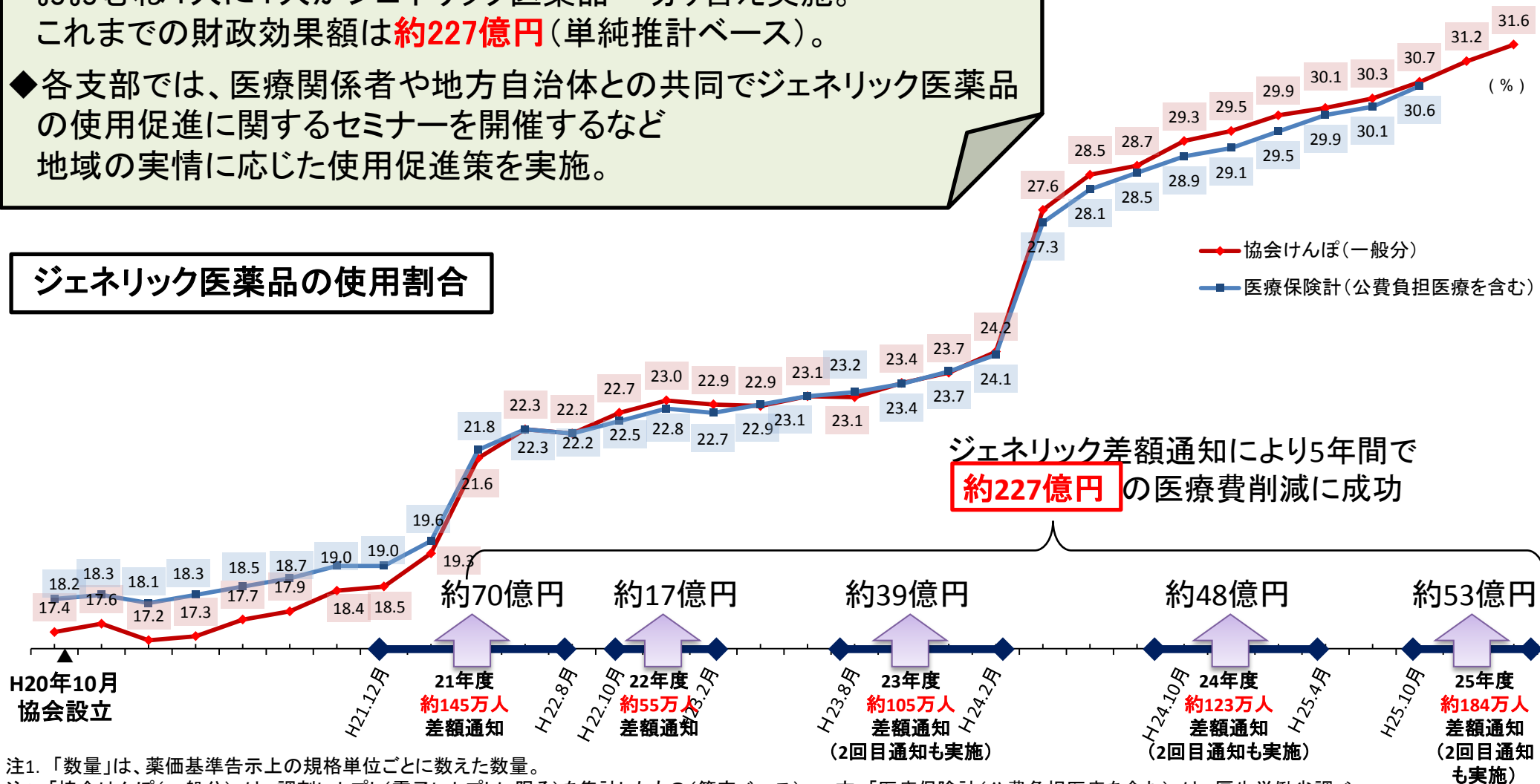
④ 「入院初日に薬剤等の費用を一括して支払う点数設定方式」の見直し

- ・平成24年改定で試行的に導入された点数設定方式Dについては、心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で、引き続き継続する。

③ー1 協会けんぽにおける取組

- ◆協会けんぽ加入者のジェネリック使用割合は、平成25年12月時点で**31.6%**(旧指標)。医療保険全体の使用割合と比べても高い水準。
- ◆設立以降「**ジェネリック医薬品軽減額通知**」を実施。通知した加入者のおおむね4人に1人がジェネリック医薬品へ切り替え実施。これまでの財政効果額は**約227億円**(単純推計ベース)。
- ◆各支部では、医療関係者や地方自治体との共同でジェネリック医薬品の使用促進に関するセミナーを開催するなど地域の実情に応じた使用促進策を実施。

ジェネリック医薬品の使用割合



③ー2 協会けんぽにおける取組

平成 21 年度から 24 年度の軽減効果額について (協会けんぽ)

	通知対象条件	コスト	通知対象者数	軽減効果人数 (切替者数)	医療費全体	
					軽減額／月	軽減額／年※
21 年度	➤ 40 歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 200 円以上	約 7.5 億円	約 145.3 万人	約 38 万人 (26.2%)	約 5.8 億円	約 69.6 億円
22 年度	➤ 35 歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 300 円以上 ※ 21 年度送付者は除く	約 4.7 億円	約 54.9 万人	約 11 万人 (21.5%)	約 1.4 億円	約 16.8 億円
23 年度	➤ 35 歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 300 円以上 ※ 22 年度送付者は除く ※ 1 回目通知で切替なかった者、または、まだ切替が見込める者に対して 2 回目通知を実施。	約 5.0 億円	【1 回目】(全支部) 約 84 万人	約 20 万人 (23.3%)	約 2.5 億円	約 30.0 億円
			【2 回目】(22 支部) 約 21 万人	約 5.3 万人 (25.4%)	約 0.78 億円	約 9.3 億円
24 年度	➤ 35 歳以上の加入者 ➤ 軽減可能額 【1 回目】医科:400 円以上 調剤:200 円以上 【2 回目】医科:400 円以上 調剤:400 円以上 ※ 23 年度送付者は除く ※ 1 回目通知で切替なかった者、または、まだ切替が見込める者に対して 2 回目通知を実施。	約 4.8 億円	【1 回目】(全支部) 約 96 万人	約 24 万人 (25.1%)	約 3.1 億円	約 37.2 億円
			【2 回目】(全支部) 約 27 万人	約 6.7 万人 (24.9%)	約 0.9 億円	約 10.8 億円

※ 軽減額／月×12か月(単純推計)

④ 広島県呉市国保における取組(ジェネリック使用促進通知の成果について)

平成20年7月から平成25年11月通知分までの、累計切替者数の推移
切替による効果の高いと思われる対象者約3,000人/月に通知

通知書 送付月	通知回数	累計 通知者数	累計 切替者数	切替率
平成20年7月	1回	2,970	897	30%
平成20年8月	2回	6,427	1,815	28%
平成20年9月	3回	9,594	2,862	30%
平成20年10月	4回	11,528	3,448	30%
平成20年11月	5回	11,772	5,496	47%
平成20年12月	6回	11,899	6,079	51%
平成21年1月	7回	11,978	6,520	54%
平成21年2月	8回	12,183	6,906	57%
	⋮			
平成22年7月	25回	19,250	13,445	70%
平成22年8月	26回	19,555	13,747	70%
平成22年9月	27回	19,909	14,057	71%
平成22年10月	28回	20,160	14,368	71%
平成22年11月	29回	20,498	14,700	72%
	⋮			
平成25年7月	47回	26,672	21,739	82%
平成25年8月	—	26,672	21,835	82%
平成25年9月	48回	27,145	22,043	81%
平成25年10月	—	27,145	22,188	82%
平成25年11月	49回	27,506	22,423	82%

通知開始2年後には累計通知者の
約70%が切替

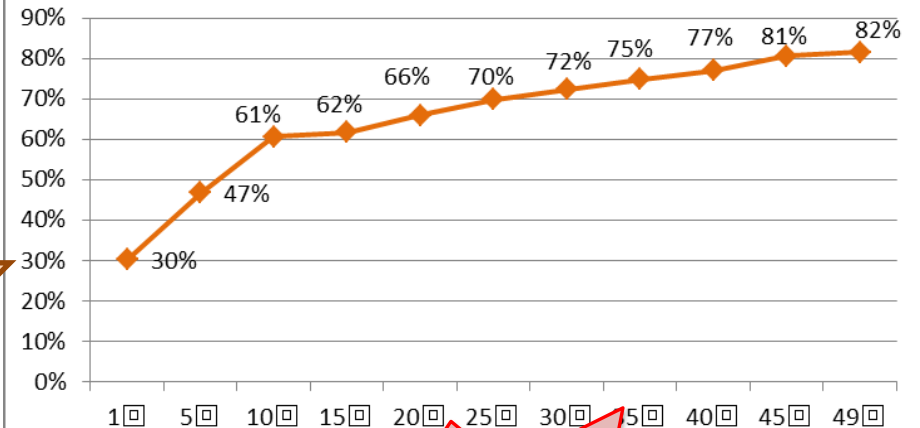
通知を継続することにより
累計切替者数は増加

■レセプト枚数の内訳 (月間)

医 科(入院)	1,500枚	}	71,500枚
〃 (入院外)	43,000枚		
調 剤	27,000枚		
歯 科	10,000枚		
計	81,500枚		

通知開始2年後(25回目の通知)には
累計通知者の約70%が切替。
現在では80%以上が切替。

呉市における切替率推移



累積薬剤費削減額
平成25年11月まで
600,470千円
(通知数27,506人)

※ 切替率: 累計切替者数÷累計通知者数
※ 平成23年度以降は隔月(偶数月)に通知

現金給付の見直しについて

- ① 傷病手当金及び出産手当金について
- ② 埋葬料について
- ③ 海外療養費について

① 傷病手当金及び出産手当金について

傷病手当金について

- 疾病又は負傷の療養のため労務不能となり、収入の喪失又は減少を来たした場合に、これをある程度補填し、生活保障を行う趣旨から、傷病手当金を支給している。

給付要件	支給額	支給される期間
被保険者（任意継続被保険者を除く。）が業務外の事由による療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間、支給される。	1日につき、標準報酬日額（標準報酬月額 $\div$ 30）の3分の2に相当する金額	同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関して、その支給を始めた日から起算して1年6月を超えない期間

○ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

（傷病手当金）

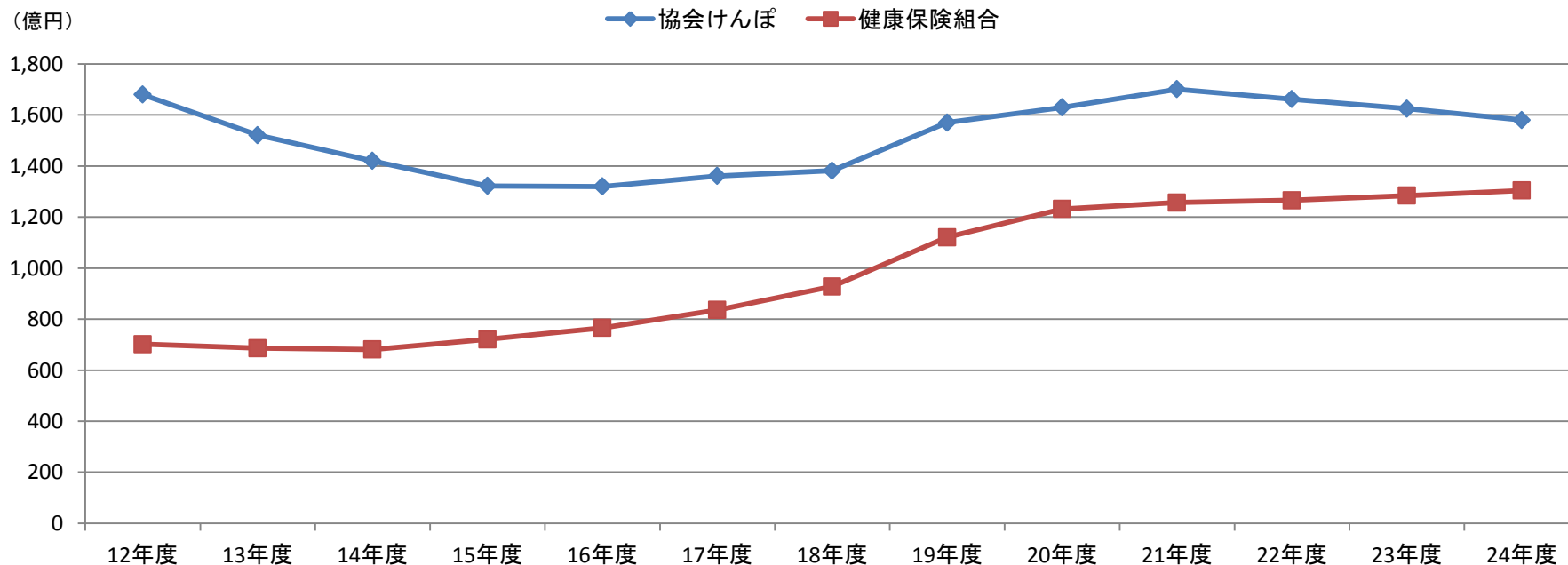
第九十九条 被保険者（任意継続被保険者を除く。第百二条において同じ。）が療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して三日を経過した日から労務に服することができない期間、傷病手当金として、一日につき、標準報酬日額（標準報酬月額 $\div$ 30）の三分の二に相当する金額（その額に、五円未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五円以上十円未満の端数があるときはこれを十円に切り上げるものとする。）をいう。第百二条において同じ。）の三分の二に相当する金額（その金額に、五十銭未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五十銭以上一円未満の端数があるときはこれを一円に切り上げるものとする。）を支給する。

2 傷病手当金の支給期間は、同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関しては、その支給を始めた日から起算して一年六月を超えないものとする。

傷病手当金の支給実績について（平成24年度）

	支給件数	支給額	1件あたり金額
計	1,508,249件	2,885億円	19.1万円
協会けんぽ	899,514件	1,580億円	17.6万円
健康保険組合	608,735件	1,304億円	21.4万円

傷病手当金の支給額の推移について



出産手当金について

- 出産の前後における一定期間内において労務に服さなかったことにより、所得の喪失又は減少を来した場合に、これをある程度補填し、生活保障を行う趣旨から、出産手当金を支給している。

給付要件	支給額	支給される期間
被保険者（任意継続被保険者を除く。）が出産のために会社を休み、事業主から報酬が受けられないときに、支給される。	1日につき、標準報酬日額（標準報酬月額 $\div$ 30）の3分の2に相当する金額	出産の日（実際の出産が予定日後のときは出産の予定日）以前42日目（多胎妊娠の場合は98日目）から、出産の日の翌日以後56日目までの範囲内で会社を休んだ期間（※）

（※） 予定日より遅れて出産した場合の支給期間は、出産予定日以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産の日の翌日以後56日の範囲内となっており、実際に出産した日までの期間も支給される。

○ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

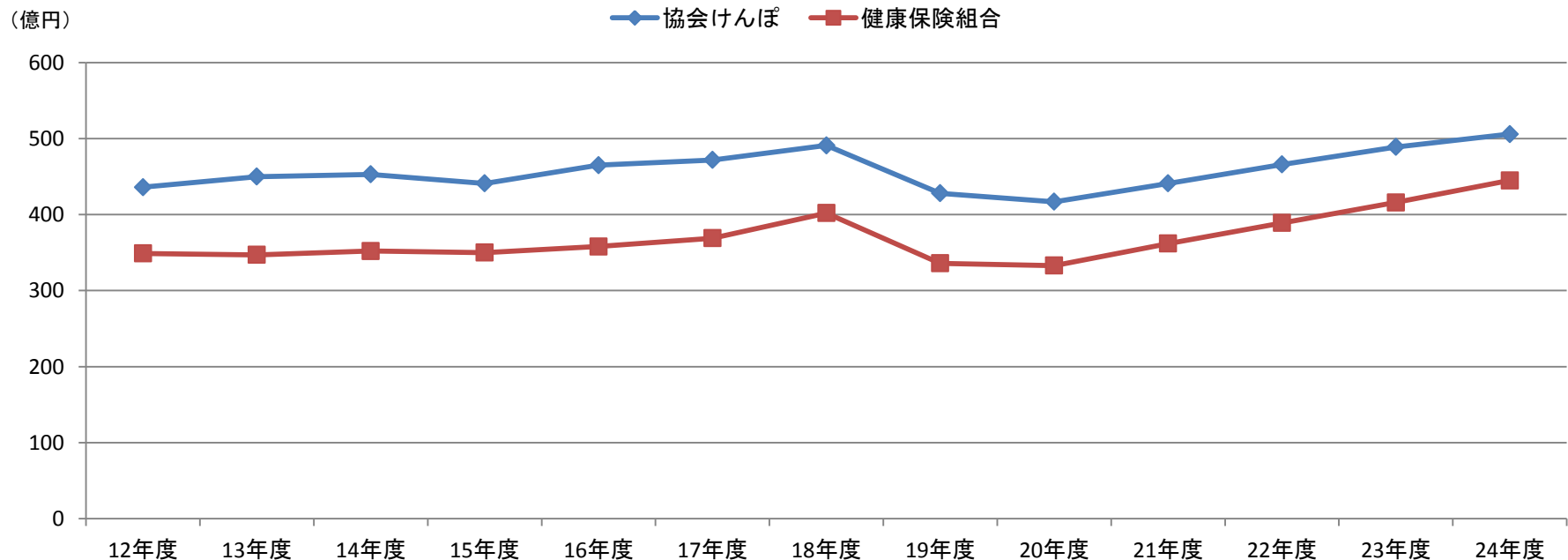
（出産手当金）

第百二条 被保険者が出産したときは、出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前四十二日（多胎妊娠の場合においては、九十八日）から出産の日後五十六日までの間において労務に服さなかった期間、出産手当金として、一日につき、標準報酬日額の三分の二に相当する金額（その金額に、五十銭未満の端数があるときはこれを切り捨てるものとし、五十銭以上一円未満の端数があるときはこれを一円に切り上げるものとする。）を支給する。

出産手当金の支給実績について（平成24年度）

	支給件数	支給額	1件あたり金額
計	220,112件	905億円	43.2万円
協会けんぽ	125,569件	506億円	40.3万円
健康保険組合	94,543件	445億円	47.0万円

出産手当金の支給額の推移について



傷病手当金及び出産手当金の見直しの論点

- 傷病手当金等の不正受給対策については、健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）により、健保組合に比べ事業所との結びつきが弱い協会けんぽに対して、事業主への調査権限を付与した。
- しかしながら、現行の傷病手当金等は、休業前の標準報酬日額を基礎として支給額が決定される仕組みとなっており、休業直前に標準報酬を相当高額に改定し、高額な傷病手当金等を受給することが可能な仕組みとなっている。
- 以上を踏まえ、どのような制度の見直しが考えられるか。

＜過去の医療保険部会における主な議論＞

1. 過去の一定期間の標準報酬月額の平均額に基づき、傷病手当金及び出産手当金を支給することについて
 - ・保険料負担に応じた給付という傷病手当金の基本的な考え方や実際のコストの面から問題ではないか。
2. 傷病手当金及び出産手当金の支給額に上下限を設けることについて
 - ・保険料負担に応じた給付という傷病手当金の基本的な考え方や実際のコストの面から問題ではないか。
3. 傷病手当金及び出産手当金の支給要件として、加入期間要件を設けることについて
 - ・加入期間要件を満たすまで仕事を続けることで、病状が悪化するようなことがないよう、配慮すべきではないか。

参考資料

◎ 議論の整理（平成25年1月9日 医療保険部会）（抄）

（傷病手当金等の不正受給対策について）

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

◎ 議論の整理（平成23年12月6日 医療保険部会）（抄）

（現金給付（傷病手当金）の見直し）

- 傷病手当金について、不正請求防止の観点等から、①支給上限額の設定や、②標準報酬の平均額に基づき支給額を決定すべきとの意見があったが、これらについては、保険料負担に応じた給付という傷病手当金の基本的な考え方や実務のコストの面から問題との意見があった。
- また、不正請求の防止に加え、保険者機能の強化の観点から、事業主への質問・調査権限の法律上の明確化を検討すべきである。

傷病手当金・出産手当金の見直しに関する医療保険部会 (平成22年9月8日)における主な意見

1. 支給額の上下限の設定について

- 最高支給額の上限を引き下げるべきではないか。
- 支給額の算定に当たっては、標準報酬を引き上げた直後の不正受給を防止するため、より長期の標準報酬を基準とすること等が考えられるのではないか。

2. 加入期間要件の設定について

- 加入期間要件の設定については、期間要件を満たすまで仕事を続けることで、病状が悪化するようなことがないように、配慮すべきではないか。（平成21年12月8日医療保険部会より）
- 加入期間要件の設定については、セーフティーネットとしての意義も含めて慎重に検討すべき。

3. その他の留意点について

- 労災保険などの国内他制度やILO条約に抵触しないよう留意すべきではないか。
(平成21年12月8日医療保険部会より)
- 不正受給事案に対する保険者の調査が円滑に行えるようにすべきではないか。

現金給付の見直しに関する医療保険部会 (平成21年12月8日)における主な意見

1. 支給額の上下限の設定について

- 最高支給額の上限を引き下げるべきではないか。
- 上下限を設けた場合、報酬比例で保険料を徴収していることとの整合性をどう考えるか。

2. 加入期間要件の設定について

- 加入期間要件の設定については、期間要件を満たすまで仕事を続けることで、病状が悪化するようなことがないよう、配慮すべきではないか。
- 加入期間の設定には種々の弊害も生じうるので、不正受給防止対策そのものを強化すべきではないか。

3. 保険者単位での給付率等の設定について

- 保険者間で給付の内容が著しく異なるようなことは望ましくないのではないか。

4. 留意点

- 給付率について、直近改正の考え方やその後2年しか経過していないことに留意すべきではないか。
- 労災保険などの国内他制度やILO条約に抵触しないよう留意すべきではないか。

健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）

協会けんぽに対する平成22年度から平成24年度までの財政支援措置（①国庫補助割合、②後期高齢者支援金の負担方法）を2年間延長する等の措置を講ずる。

1. 法律の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

- ① 協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長する。
- ② 後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長する。
- ③ 協会けんぽの準備金について、平成26年度まで取り崩すことができることとする。

→ 以上の措置により、現行の協会けんぽの保険料率10.0%が平成26年度まで維持できる見通し。

II その他

- ① 健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷等について、労災の給付対象とならない場合は、原則として、健康保険の給付対象とする。
- ② 保険給付に関する厚生労働大臣の事業主への立入調査等に係る事務を協会けんぽに委任する。

2. 施行期日

公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

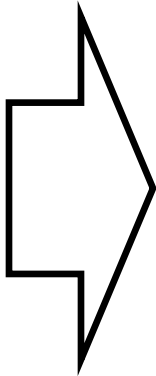
保険者への調査権限の付与について (見直しの方向性)

平成24年11月16日
医療保険部会提出資料

- 近年、事業主が被保険者と共謀して、実際に支払った報酬よりも不正に高い報酬月額を届け出た上で、傷病手当金を不正請求するなど、事業主による不正事案が発生している。
 - こうした不正事案が発生した場合、厚生労働大臣は、行政権限として事業主に対して立入調査を行う権限を有している。しかし、この立入権限については、現行法上、日本年金機構に対しては委任されているが、保険給付を行う保険者に対しては委任されていない。
 - そこで、傷病手当金等の不正受給を防止する観点から、日本年金機構とほぼ同一の組織形態である協会けんぽに対して、立入権限を委任する方向としてはどうか。
- ※ 健保組合については、役員の任命・解任に際し、厚生労働大臣が関与できないなど、組織形態が協会けんぽとは異なるため、行政権限の付与は法制的観点から難しい。

<現行制度>

	事業主への 立入調査権限
協会けんぽ	厚生労働大臣（198条） ※日本年金機構に行政権限を委任 （大臣が行うことも可能）



<改正案>

	事業主への 立入調査権限
協会けんぽ	厚生労働大臣（198条） ※日本年金機構に行政権限を委任 （大臣が行うことも可能） →協会けんぽにも保険給付 に関して行政権限を委任

② 埋葬料について

埋葬料について

- 遺族等の救済ないし弔慰を図るため、死亡に関する保険給付として、埋葬に要する費用を補填し、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的として、埋葬料を支給している。
- 被保険者が死亡した場合、死亡した被保険者の収入により生計を維持していた者で葬儀を行うべきもの等に対し、埋葬料（5万円）が支給される。また、被扶養者が死亡した場合、被保険者に対し、家族埋葬料（5万円）が被保険者に支給される。
- 被保険者資格を喪失してから3か月以内に死亡した場合なども、同様に埋葬料が支給される。
 - ※ 埋葬料の支給を受けるべき者がいない場合においては、埋葬を行った者に対し、5万円の範囲内で埋葬に要した費用を支給することとしている。

<埋葬料の変遷>

- 平成18年の改正までは、埋葬料として死亡した被保険者の標準報酬月額額の1月分相当を支給。また、被扶養者が死亡した場合、被保険者に対して定額の家族埋葬料を支給。

	本人	被扶養者
昭和48.10.1	標準報酬月額額の1月分（30,000円）	30,000円
昭和51.7.1	標準報酬月額額の1月分（50,000円）	50,000円
昭和56.4.1	標準報酬月額額の1月分（70,000円）	70,000円
昭和60.4.1	標準報酬月額額の1月分（100,000円）	100,000円

※（ ）内は最低保障額

- 平成18年改正において、埋葬料の補填や遺族の弔慰等を目的とする埋葬料の性格に照らした場合、標準報酬月額に連動させた給付を行う必然に乏しいことから定額化を図ることとした。金額は国民健康保険における葬祭に係る医療保険からの給付の平均額が約5万円であることを踏まえ、5万円とした。（平成18年10月施行）

保険給付の種類(健保・国保)

健康保険	国民健康保険
○法定給付 ⇒支給するか否か、いかなる内容の給付を行うか等は法律の規定に従いこれを行わなければならない、健保組合においても、その規約によりこれを変更することは許されないもの ・療養の給付 ・入院時食事療養費の支給 ・入院時生活療養費の支給 ・保険外併用療養費の支給 ・療養費の支給 ・訪問看護療養費の支給 ・移送費の支給 ・高額療養費の支給 ・高額介護合算療養費の支給 ・傷病手当金の支給 ・<u>埋葬料の支給</u> ・出産育児一時金の支給 ・出産手当金の支給 ・家族療養費、家族訪問看護療養費及び家族移送費の支給 ・家族埋葬料の支給 ・家族出産育児一時金の支給	○法定給付 【絶対的必要給付】 ⇒保険者は必ず実施しなければならない給付であり、給付内容が法令で規定されているもの ・療養の給付 ・入院時食事療養費の支給 ・入院時生活療養費の支給 ・保険外併用療養費の支給 ・療養費の支給 ・訪問看護療養費の支給 ・特別療養費の支給 ・移送費の支給 ・高額療養費の支給 ・高額介護合算療養費の支給 【相対的必要給付】 ⇒保険者は給付を実施するものとされているが、特別の理由があるときは実施しなくてもよいものであり、給付内容を条例又は規約で定めることができるとされているもの ・出産育児一時金の支給 ・<u>葬祭費の支給または葬祭の給付</u>
○付加給付 ⇒これを行うか否か、いかなる内容の給付を行うか等については、健保組合が自己の財政状況等を勘案して任意に定めることができるもの	○任意給付 ⇒給付を実施するかや、実施する場合の給付内容を保険者で決定できるもの ・傷病手当金の支給 ・その他の給付

(参照条文)

○ 健康保険法（大正11年法律第70号）（抄）

(埋葬料)

第百条 被保険者が死亡したときは、その者により生計を維持していた者であって、埋葬を行うものに対し、埋葬料として、政令で定める金額を支給する。

2 前項の規定により埋葬料の支給を受けるべき者がいない場合においては、埋葬を行った者に対し、同項の金額の範囲内においてその埋葬に要した費用に相当する金額を支給する。

(傷病手当金又は出産手当金の継続給付)

第百四条 被保険者の資格を喪失した日（任意継続被保険者の資格を喪失した者にあつては、その資格を取得した日）の前日まで引き続き一年以上被保険者（任意継続被保険者又は共済組合の組合員である被保険者を除く。）であつた者（第百六条において「一年以上被保険者であつた者」という。）であつて、その資格を喪失した際に傷病手当金又は出産手当金の支給を受けているものは、被保険者として受けることができるはずであつた期間、継続して同一の保険者からその給付を受けることができる。

(資格喪失後の死亡に関する給付)

第百五条 前条の規定により保険給付を受ける者が死亡したとき、同条の規定により保険給付を受けていた者がその給付を受けなくなった日後三月以内に死亡したとき、又はその他の被保険者であつた者が被保険者の資格を喪失した日後三月以内に死亡したときは、被保険者であつた者により生計を維持していた者であつて、埋葬を行うものは、その被保険者の最後の保険者から埋葬料の支給を受けることができる。

2 第百条の規定は、前項の規定により埋葬料の支給を受けるべき者がいない場合及び同項の埋葬料の金額について準用する。

(家族埋葬料)

第百十三条 被保険者の被扶養者が死亡したときは、家族埋葬料として、被保険者に対し、第百条第一項の政令で定める金額を支給する。

○ 健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）（抄）

(埋葬料の金額)

第三十五条 法第百条第一項の政令で定める金額は、五万円とする。

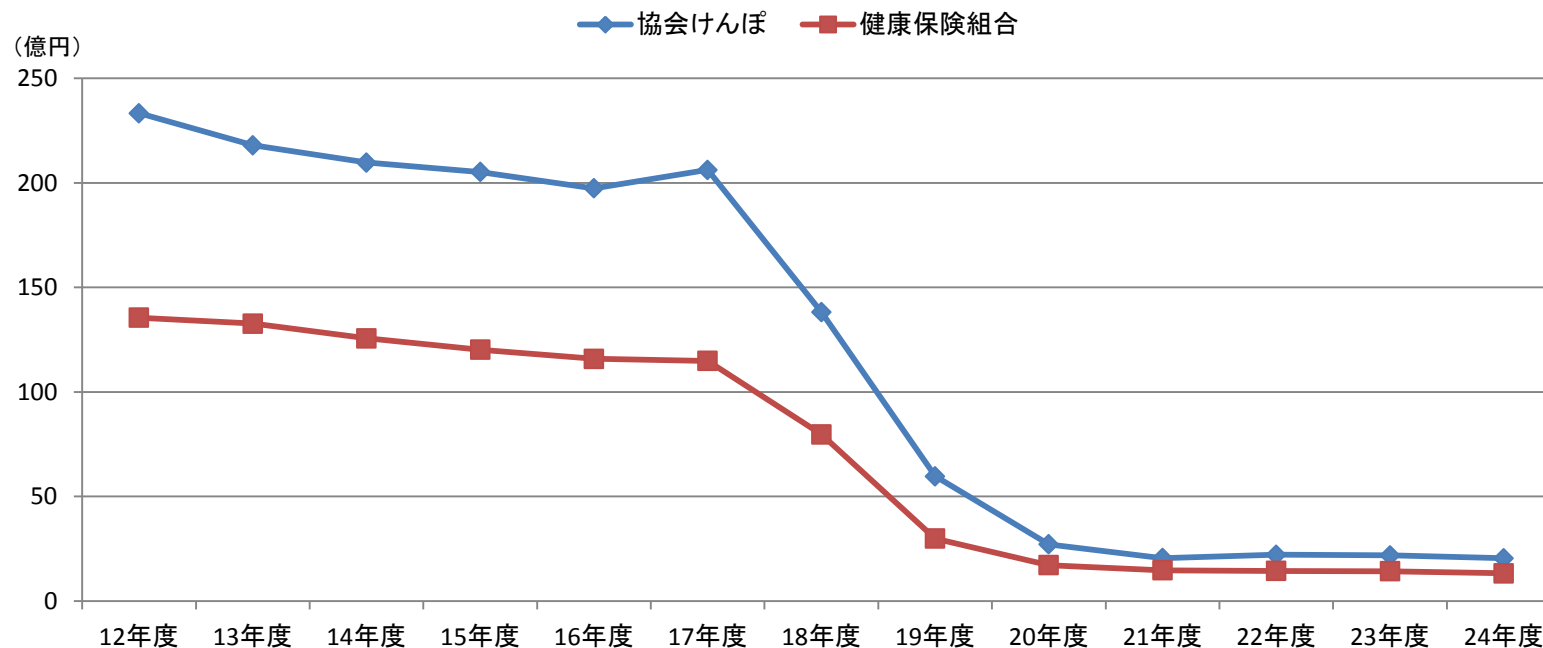
○ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）（抄）

第五十八条 保険者は、被保険者の出産及び死亡に関しては、条例又は規約の定めるところにより、出産育児一時金の支給又は葬祭費の支給若しくは葬祭の給付を行うものとする。ただし、特別の理由があるときは、その全部又は一部を行わないことができる。

埋葬料（家族埋葬料）の支給実績について（平成24年度）

	支給件数	支給額
計	67,260件	33.6億円
協会けんぽ	40,736件	20.4億円
健康保険組合	26,524件	13.2億円

埋葬料（家族埋葬料）の支給額の推移について



国民健康保険における葬祭に係る給付の状況について

- 国保保険者は、被保険者の死亡に関して、条例又は規約の定めるところによって葬祭費の支給もしくは葬祭の給付を行うこと（特別の理由があるときは、葬祭に係る給付の実施自体を行わないことが可能）とされている。

【葬祭費支給額別保険者数】（平成25年4月1日現在）

	1万円未満	1万円以上 2万円未満	2万円以上 3万円未満	3万円以上 4万円未満	4万円以上 5万円未満	5万円以上 7.5万円未満	7.5万円以上 10万円未満	10万円以上	未実施	合 計
市町村 国保	1	99	256	384	38	937	2	0	0	1,717

出典：保険局国民健康保険課調べ

埋葬料の見直しの論点

- ・ 国民健康保険における葬祭に係る給付（健康保険の埋葬料に相当する給付）は、支給額を任意に設定することができる（特別の理由があるときは、葬祭に係る給付の実施自体を行わないことが可能な）相対的必要給付として位置付けられている。
- ・ 一方、健康保険における埋葬料は、国民健康保険における絶対的必要給付と同様の位置付けとなっており、被保険者等が死亡した場合に必ず5万円を支給することとされている。

こうした点を踏まえ、健康保険における埋葬料の在り方についてどう考えるか。

3. 海外療養費について

海外療養費について

【 制度の概要 】

- 公的医療保険制度に加入する被保険者等が、海外渡航中に医療機関等において療養を受けた場合に、被保険者の申請に基づき、保険者が療養の給付を行うことが困難であると認めるとき等に、海外療養費が支給される。

（例）海外旅行中に病気や怪我をし、現地の医療機関で受診した場合

（※） 海外渡航の一般化を背景に、健康保険は昭和56年 3 月から、国民健康保険は平成13年 1 月から制度化されている。

【 支給手続 】

- ① 被保険者は、一旦かかった医療費の全額を海外の医療機関等に支払うとともに、担当の医師等から治療内容やかかった金額等についての証明をもらう。
- ② 被保険者は、帰国後、ないし海外に在住する場合は事業主を通じて（被用者保険）、加入する保険者に対し、(1)～(3)の書類をもって申請する。
 - (1) 療養費支給申請書
 - (2) 診療の内容等がわかる医師の診療明細書及び領収明細書等
 - (3) (2)が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文
- ③ 保険者において、提出された書類をもとに審査し、療養の給付を行うことが困難であると認めるとき等に、海外療養費を支給する。

海外療養費の支給実績（推移）

■健康保険（協会けんぽ、健康保険組合）

※ 支給金額の単位は億円

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
協会けんぽ	支給件数	7,382	9,357	8,708	8,953
	支給金額	3.3	3.3	2.8	2.7
健康保険組合	支給件数	82,091	88,275	85,856	88,923
	支給金額	13.6	13.8	13.3	13.1

（出典）「健康保険・船員保険事業年報」

（注1）協会けんぽは、一般被保険者のみ。

■市町村国保

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
市町村国保	支給件数	15,091	18,220	20,187	21,508
	支給金額	5.1	6.6	6.1	6.7

（出典）「国民健康保険事業の実施状況報告」

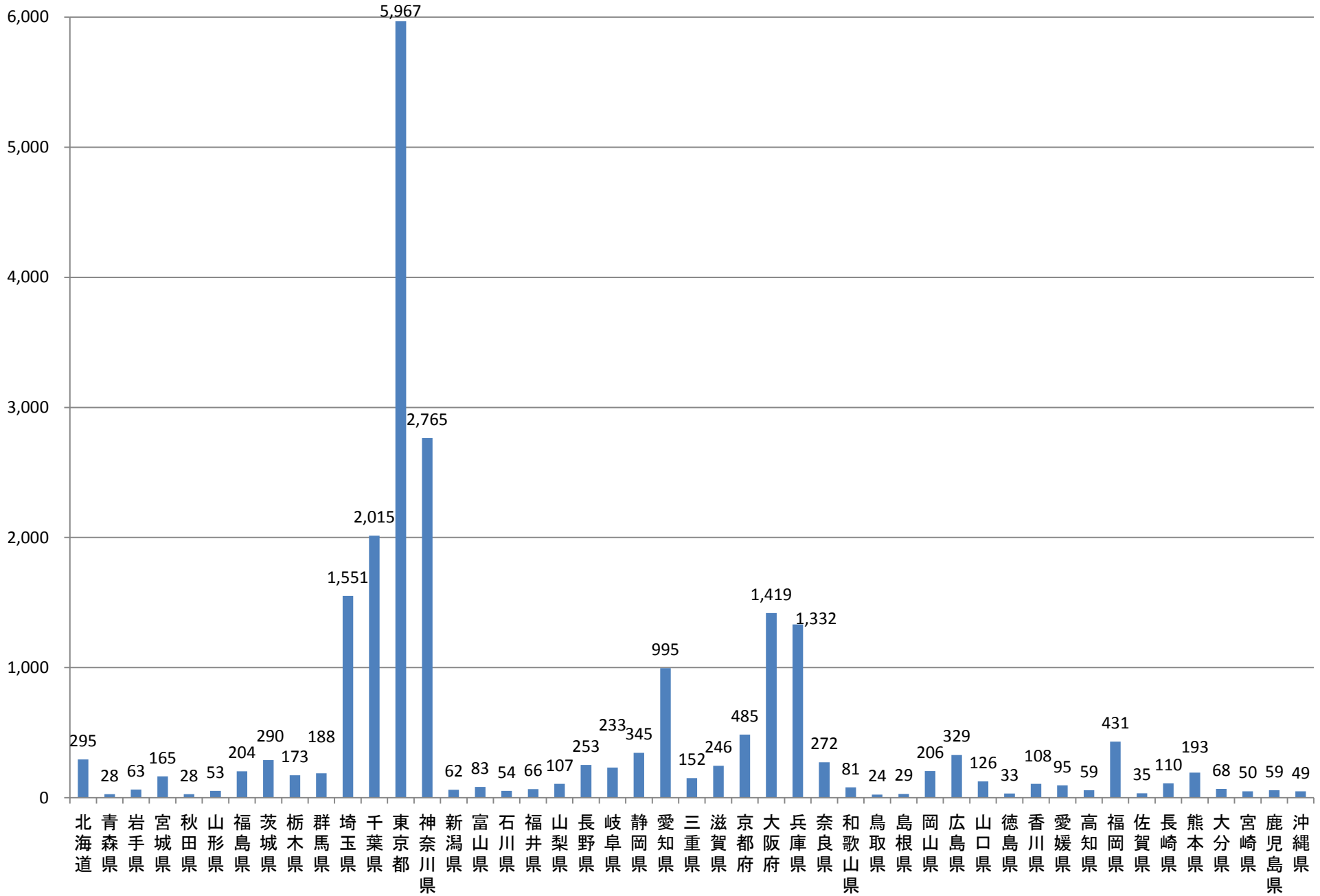
（注1）一般被保険者と退職被保険者の合計

（注2）平成20年度の一部被保険者（埼玉県鴻巣市、東京都港区、東京都大田区、東京都豊島区、東京都調布市、愛知県小牧市）の支給件数等は不明である。

（注3）平成21年度の一部被保険者（埼玉県鴻巣市、東京都港区、東京都大田区、愛知県江南市）の支給件数等は不明である。

海外療養費支給件数（市町村国保：平成24年度）

（件）



（出典） 厚生労働省保険局「国民健康保険事業の実施状況報告」

（注） 一般被保険者と退職被保険者の合計

海外療養費の不正請求対策について

海外療養費の不正請求対策等について
(平成25年12月6日 保保発1206第1号・保国発1206第1号・保高発1206第1号)

- 海外療養費制度については、先般より、海外の医療機関で療養を受けた事実がないにもかかわらず、虚偽の申請を行うことによって、海外療養費を詐取する不正請求事案が複数明らかになっていたところ。
- このため、海外療養費について、**① 支給申請に対する審査の強化**、**② 不正請求事例への対応**、**③ 審査業務等に対する財政支援**など、不正請求対策を一体的に推進。

1. 支給申請に対する審査の強化

(1) 支給申請時における確認

- 海外療養費の支給申請時に、パスポート等の提示を求め、渡航の事実等を確認

(2) 支給申請書等の審査

- 支給申請書等に不自然な点等がないかを確認
(例) ① 申請者ごとに、過去の支給申請との縦覧点検を実施
② 海外の医療機関が作成した書類(診療明細書等)の再翻訳 等

(3) 海外で受診した事実等の確認

- 審査の過程で、不自然な点等がある場合、海外の医療機関に対して受診した事実・受診内容を確認

➡ 受診した事実・受診内容を偽ったと認められる場合、不正請求として不支給決定

2. 不正請求事例への対応

(1) 厚労省への報告等

- 不正請求事例があった保険者は厚労省に報告し、厚労省は全保険者に対して不正請求事例を情報提供

(2) 警察との相談・連携

- 不正請求事例は警察に相談を行い、警察との連携を推進
(例) ① 不正請求として不支給決定を行った場合
② 過去に行った支給決定が不正請求であったと判明した場合
③ 支給申請や審査の過程で、不正請求の疑いがあると判断した場合

(*) 警察庁から、全国の都道府県警等に対して、不正請求に関して保険者から相談があった場合の迅速な対応、厳正な取締りを推進するよう通達

3. 審査業務等に対する財政支援

- 国民健康保険においては、保険者が不正請求対策等に要した費用について、財政支援を実施

(1) 審査強化の取組や、警察との連携の実施についての周知・広報経費

⇒ 周知・広報に要した費用に対して、30万円を上限として実支出額を交付

(2) 翻訳業務や、海外の医療機関等に対する照会業務について、国民健康保険団体連合会等への委託経費

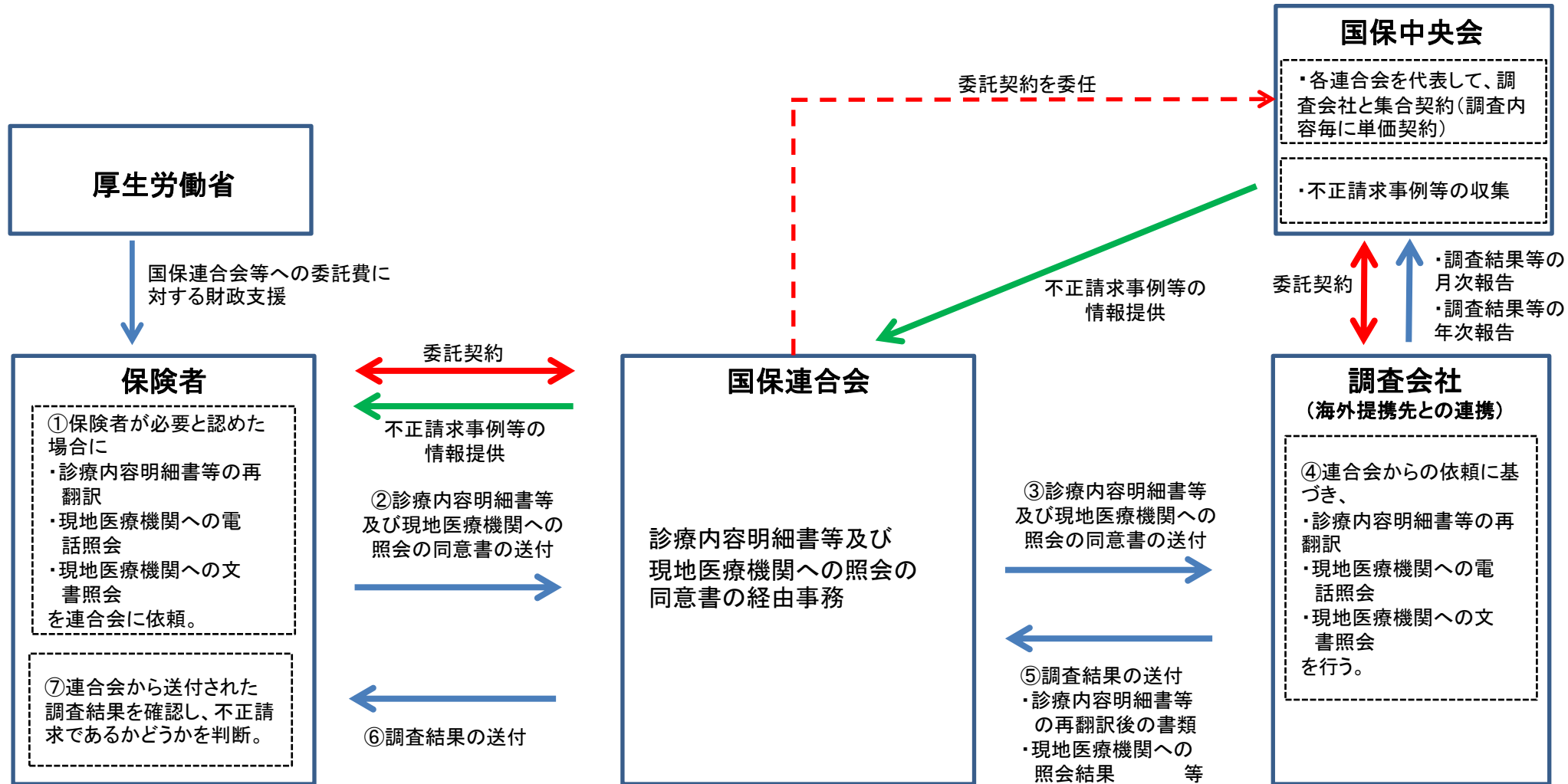
⇒ 委託に要した費用について、年間平均被保険者数に応じた交付限度額(別表)を上限として実支出額を交付

(別表)

年間平均被保険者数	交付限度額
5千人未満	150万円
1万人未満	300万円
5万人未満	500万円
10万人未満	750万円
10万人以上	1000万円

国民健康保険における海外療養費の審査業務の強化について（平成26年2月～）

- 国民健康保険においては、海外療養費の審査に関し、専門的なノウハウを有する民間会社に対して、診療内容明細書等の翻訳業務や、海外の医療機関等に対する照会業務を委託する取組を推進。
- 厚生労働省においては、これらの審査業務について、保険者が国保連合会等へ委託した費用について、財政支援を実施。



諸外国における公的医療保障制度の給付に係る調査について(概要)

- 海外療養費の不正請求に向けた対策を一層進めるにあたって、諸外国の公的医療保障制度における「海外療養費に類似する給付」の有無や、不正請求事例・不正請求対策について調査を実施。

1. 調査概要

○ 調査方法：調査訓令(外務省を経由して、在外公館宛公電による依頼)

○ 対象国：12カ国

アメリカ・イギリス・イタリア・カナダ・フランス・ドイツ・ロシア
中国・韓国・フィリピン・ブラジル・ベトナム

○ 調査期間：平成26年3月17日～4月30日

2. 回答の概要

① 回答が得られた国：10カ国

アメリカ・イギリス・イタリア・カナダ・ドイツ・中国・韓国・フィリピン
ブラジル・ベトナム

② ①のうち「海外療養費に類似する給付」があり、当該給付につき不正請求事例・不正請求対策がある国

： 5カ国

イギリス・イタリア・カナダ・ドイツ・ベトナム

(※)「海外療養費に類似する給付」については、「公的医療保障制度の加入者が、国外渡航中に、病気やケガによって海外(国外)の医療機関で療養を受けた場合、医療機関で支払った費用の全部又は一部を給付する制度」として調査を実施。

諸外国における海外療養費類似制度と不正請求対策等について(調査結果)

「諸外国における公的医療保障制度に係る調査について(調査訓令)」より

○諸外国の公的医療保障制度における「海外療養費に類似する給付」と不正請求事案・不正請求対策等について、調査結果をとりまとめると以下のとおりとなっている。

	イギリス	ドイツ	イタリア	カナダ (オンタリオ州の例)	ベトナム
公的医療保障制度の概要	○運営主体: 国 ○加入者: 英国に居住する者 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付)等 ○給付の財源: 公費等	○運営主体: 疾病金庫 ○加入者: 一定の所得を超えない被用者、自営農林業者 等 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付)等 ○給付の財源: 保険料及び公費	○運営主体: 州政府 ○加入者: 全国民 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付) 等 ○給付の財源: 公費等	○運営主体: オンタリオ州政府 ○加入者: カナダ市民権又は永住権を持つオンタリオ州民 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付) 等 ○給付の財源: 公費	○運営主体: ベトナム社会保険 ○加入者: 被雇用者、公務員、年金受給者等 ○給付の内容: 医療サービスの提供(現物給付) 等 ○給付の財源: 保険料及び公費
海外療養費に類似する給付の例	○EU加盟国等の公的医療制度が適用される医療機関で療養を受けた場合、欧州健康保険カードを提示することで、当該国の国民と同様の自己負担で医療サービスが提供される。 ○EU加盟国の医療機関で療養を受けた場合、医療費が償還払いされる。			○加入者が、国外渡航中に、緊急的に発生した病気や怪我によって国外の医療機関で療養を受けた場合、オンタリオ州で算定される医療費の範囲内で償還払いされる。	○加入者が、国外渡航中に、不可避免的な治療が必要であるとして国外の医療機関で療養を受けた場合、医療機関で支払った費用が給付される(上限あり)。
	○各公的医療保障制度には外国人も加入できるとされており、外国人に対しても「海外療養費に類似する給付」は給付される。				
不正請求事例・不正請求対策	【不正請求対策】 ○領収書等の原本の提出を求める。 ○申請書類に不明確な点等がある場合は、更なる証拠書類を求める。	【不正請求事例】 ○虚偽内容の申請書類による請求。 【不正請求対策】 ○不正行為が疑われる場合には、調査を実施。	【不正請求対策】 ○治療を行った相手国のイタリア大使館又は領事館が、償還払いの申請の前に、書類の原本を検証。	【不正請求事例】 ○加入資格を有しないことを知りながら請求。 【不正請求対策】 ○不正が疑われる事例について匿名で通報できる州政府窓口の設置。 ○診療明細書・領収明細書の原本の提出。 ○不正請求は犯罪であること等を申請書に記載。	【不正請求事例】 ○虚偽内容の申請書類による請求。 【不正請求対策】 ○パスポート・領収書等の提出を求める。

海外療養費の不正請求対策についての考え方

- 近年、市町村国保を中心に、実際には海外に渡航した事実がないにもかかわらず、海外の医療機関において治療等を受けたとして、海外療養費を不正請求する事案が散見されている。
- これに対しては、支給申請に対する審査の強化や不正請求事例への対応、審査業務等に対する財政支援など、不正請求対策を一体的に進めることとしてきたところであり、今後、こうした取組を着実に進めていく必要がある。
- これに加えて、不正請求に対する一層の取組として、どのようなものが考えられるか。

参考資料

(参考) 参照条文 ①

◎ 健康保険法（大正11年法律第70号）

第八十七条 保険者は、療養の給付若しくは入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給（以下この項において「療養の給付等」という。）を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の者から診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

◎ 健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）

（療養費の支給の申請）

第六十六条 法第八十七条第一項の規定により療養費の支給を受けようとするときは、被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書を保険者に提出しなければならない。

- 一 被保険者証の記号及び番号
 - 二 診療、薬剤の支給又は手当を受けた者の氏名及び生年月日
 - 三 傷病名及びその原因、発病又は負傷の年月日並びに傷病の経過
 - 四 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地又は氏名及び住所
 - 五 診療又は調剤に従事した医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名
 - 六 診療、薬剤の支給又は手当の内容及び期間並びにその診療、薬剤の支給又は手当が食事療養、生活療養、評価療養又は選定療養を含むものであるときは、その旨
 - 七 療養に要した費用の額
 - 八 療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給を受けることができなかった理由
 - 九 疾病又は負傷が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）
- 2 前項の申請書には、同項第七号に掲げる費用の額を証する書類を添付しなければならない。
 - 3 前項の書類が外国語で作成されたものであるときは、その書類に日本語の翻訳文を添付しなければならない。

(参考) 参照条文 ②

◎ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

第五十四条 保険者は、療養の給付若しくは入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給（以下この項及び次項において「療養の給付等」という。）を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。ただし、当該被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員が当該被保険者に係る被保険者資格証明書の交付を受けている間は、この限りでない。

◎ 国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号）

（療養費の支給申請）

第二十七条 被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員は、法第五十四条又は法第五十四条の三第三項若しくは第四項の規定により療養費の支給を受けようとするときは、次に掲げる事項を記載した療養費支給申請書を保険者に提出しなければならない。

一 療養を受けた被保険者の氏名

二 診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の者の名称及び所在地

三 診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名

四 法第五十四条の規定により療養費の支給を受けようとする場合にあっては、療養の給付、入院時食事療養費の支給、入院時生活療養費の支給又は保険外併用療養費の支給を受けることができなかつた理由、法第五十四条の三第三項又は第四項の規定により療養費の支給を受けようとする場合にあっては、特別療養費の支給を受けることができなかつた理由

五 傷病名及びその原因、発病又は負傷の年月日、傷病の経過、療養期間並びに療養内容

六 療養につき算定した費用の額

七 被保険者証の記号番号

2 前項の申請書には、同項第六号に規定する療養につき算定した費用の額に関する証拠書類を添付しなければならない。

3 前項の証拠書類が外国語で作成されたものであるときは、その証拠書類に日本語の翻訳文を添付しなければならない。

(参考) 参照条文 ③

【海外療養費が認められる以前の海外療養費に関する規定】

◎ 健康保険法（大正11年法律第70号） ※ 昭和56年2月まで

第六十二条 被保険者又は被保険者タリシ者左ノ各号ノ一ニ該当スル場合ニ於テハ疾病、負傷又ハ分娩ニ関シ其ノ期間ニ係ル保険給付ハ之ヲ為サズ

- 一 本法施行区域外ニ在ルトキ
- 二 矯正院其ノ他之ニ準ズベキモノニ入院セシメラレタルトキ
- 三 監獄、留置場又ハ労役場ニ拘禁又ハ留置セラレタルトキ

2～4 （略）

◎ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号） ※ 平成12年12月まで

第五十九条 被保険者又は被保険者であつた者が、次の各号のいずれかに該当する場合には、その期間に係る療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、訪問看護療養費、特別療養費若しくは移送費の支給（以下この節において「療養の給付等」という。）は、行わない。

- 一 日本国外にあるとき。
- 二 少年院その他これに準ずる施設に收容されたとき。
- 三 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されたとき。