

第136回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年12月2日（水）
15時00分～17時00分
場 所：全国都市会館

（ 議 題 ）

医療保険制度改革について

（ 配布資料 ）

資料1-1 産科医療補償制度について

資料1-2 出産育児一時金について

資 料 2 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の
拡大について

資 料 3 議論の整理（案）

参考資料1 議論の整理（案）に関する参考資料

参考資料2-1 全世代型社会保障検討会議（第11回）資料

参考資料2-2 全世代型社会保障検討会議（第11回）議事録

委員提出資料1 佐野委員提出資料

委員提出資料2 平井委員提出資料

委員提出資料3 前葉、一瀬委員提出資料

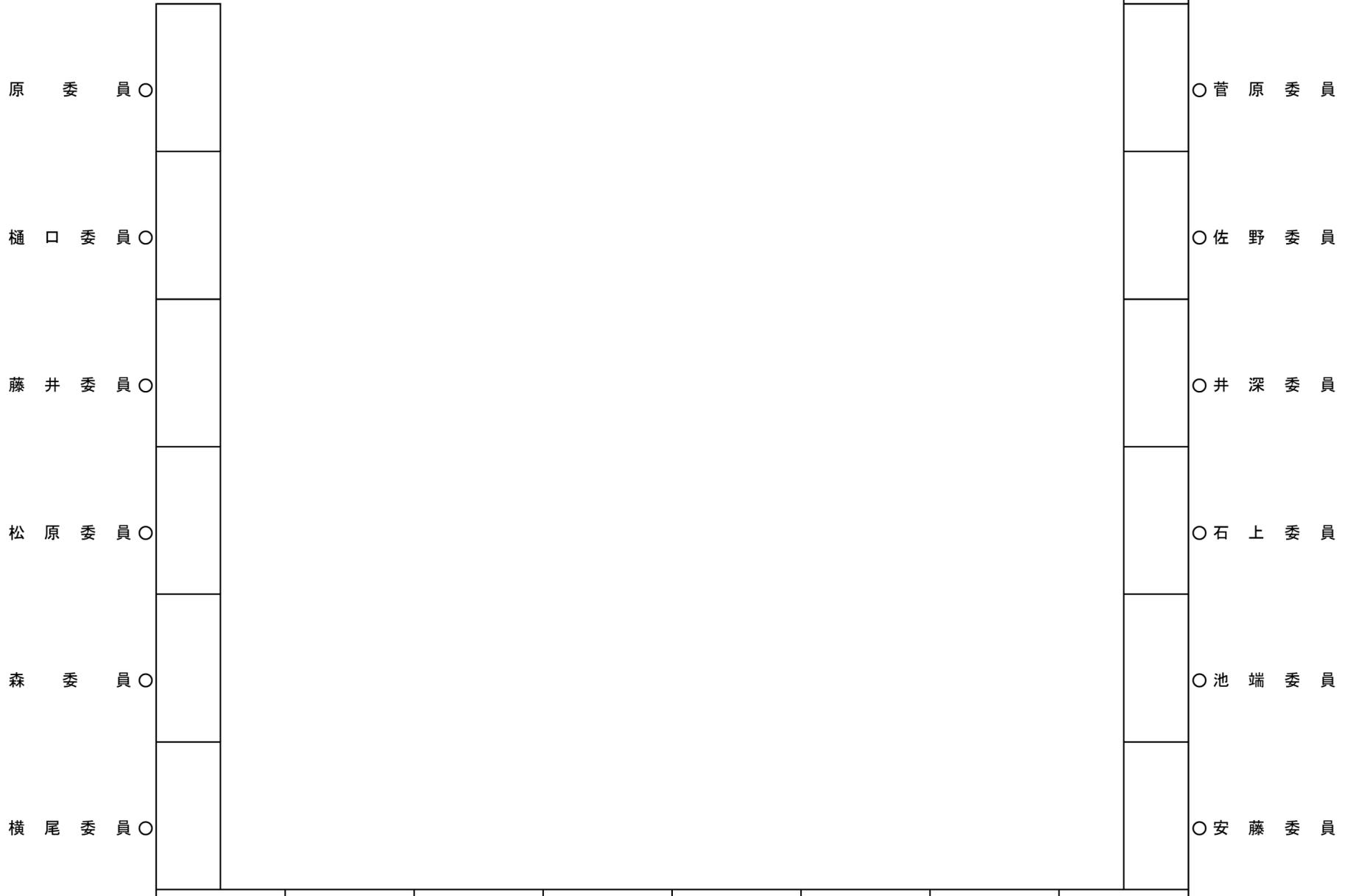
第136回 社会保障審議会医療保険部会

令和2年12月2日(水) 15:00~17:00

全国都市会館 大ホール

○
速記

《オンライン参加委員》
秋山委員
一瀬委員(小出参考人)
兼子委員
藤原委員
前葉委員



原 委 員 ○
樋 口 委 員 ○
藤 井 委 員 ○
松 原 委 員 ○
森 委 員 ○
横 尾 委 員 ○

○ 林 委 員
○ 菅 原 委 員
○ 佐 野 委 員
○ 井 深 委 員
○ 石 上 委 員
○ 池 端 委 員
○ 安 藤 委 員



事務局席

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年12月2日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
いぶか ようこ 井深 陽子	慶應義塾大学経済学部教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学法学学術院教授
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ひらい しんじ 平井 伸治	全国知事会社会保障常任委員会委員長／鳥取県知事
ふじい りゆうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

産科医療補償制度について

産科医療補償制度の補償対象基準の一部見直しについて

- 産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発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・早期解決や産科医療の質の向上を図ることを目的に2009年1月より創設され、2015年に制度改定が行われ、（公財）日本医療機能評価機構が運営している。
- 本制度の実績を通じて、補償対象基準の個別審査において補償対象外とされた事案の多くで分娩に関連する事象が認められる等医学的な不合理が明らかとなり、補償対象基準の見直しと本制度の実績について検証を行う場として、評価機構の下に、医療関係団体、患者団体、保険者等の関係者からなる「産科医療補償制度の見直しに関する検討会」が2020年9月に設置され、検証・検討を行っており、年内を目途に検討結果をとりまとめる予定である。

○現行基準の課題

- ・在胎週数28週～32週又は出生体重1400g未満の場合は個別審査となるが、個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる事案であり、個別審査の見直しが必要であった。
- ・これらは、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があること、および個別審査は一定の低酸素状況を基準としているので、低酸素状況以外の状態で「分娩に関連して発症した脳性麻痺」は補償対象外となることが主な理由と考えられる。
- ・28週～32週の早産児については、個別審査の対象としているが、近年の周産期医療の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなり、また、実際の医療現場においては、成熟児と同じような医療が行われている。

○見直し内容（案）

- ・補償対象基準は低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し、一般審査に統合する。

<補償対象範囲>

- ・以下の3つの基準をすべて満たすものを補償対象とする。
 - （補償対象基準）： 在胎週数が28週以上であること
 - （除外基準）： 先天異常や新生児期要因によらない脳性麻痺であること
 - （重症度基準）： 身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること

<適用時期>

- ・2022年1月以降の分娩より適用

<補償対象者数の目安>

- ・年間455人（推定区間380人～549人）

<保険料水準>

- ・2.2万円（掛金1.2万円 / 保険料充当額1.0万円）

産科医療補償制度の見直しに関する検討について

産科医療補償制度

- 産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発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・早期解決や産科医療の質の向上を図ることを目的に2009年1月より創設され、2015年に制度改定を行い運営されている。

見直しに関する検討会の経緯・目的

- 2018年7月に産科医療補償制度運営委員会委員長より厚生労働省医政局長に対し、「補償対象基準の見直しに関する要望書」が提出されたことを受け発出した、「産科医療補償制度の見直しに関する検討について」（令和2年2月4日厚生労働省医政局総務課医療安全推進室・保険局保険課事務連絡）にもとづき、公益財団法人日本医療機能評価機構において、本制度の実績について検証を行うとともに、見直しに関する検討を進めていただくこととした。
- 評価機構において、医療関係団体、患者団体、保険者等の関係者からなる「産科医療補償制度の見直しに関する検討会」が設置され、2020年9月に第1回が開催された。検討会では、制度の運用方法、補償対象者数の推計、保険料の水準、掛金、補償対象基準、財源のあり方、補償水準、等について3回にわたり検証・検討を行っており、年内を目途に結果をとりまとめる予定となっている。

開催実績および今後のスケジュール

<開催実績>

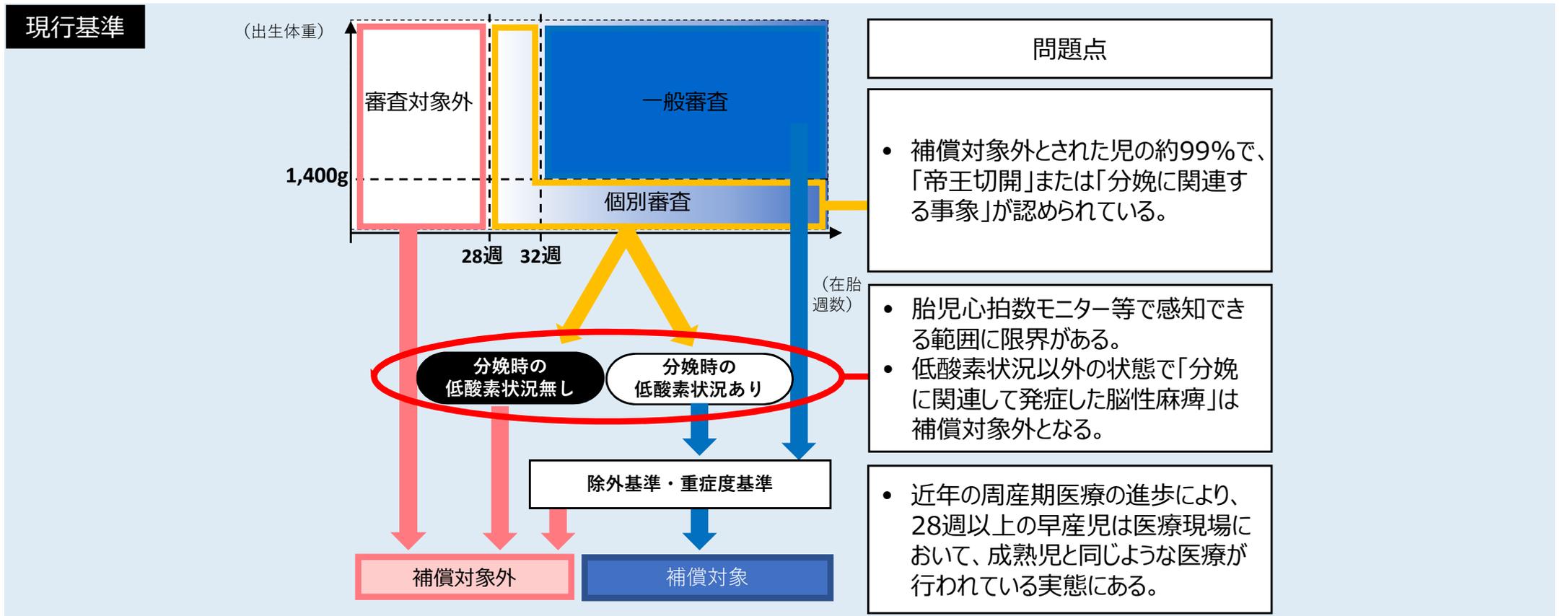
日程		議題
2020年 9月11日	第1回 検討会	・検討会の立ち上げの経緯について ・本制度の運営状況・実績について ・本制度のあり方について
2020年 10月22日	第2回 検討会	・検討会の今後の議論の進め方について ・運営実績にもとづく検証・検討等について ・今回の見直し検討課題の整理および見直しの方向について
2020年 11月13日	第3回 検討会	・補償対象となる脳性麻痺の基準等の検討について ・産科医療補償制度の補償対象基準の一部見直し（案）について ・見直し後の補償対象者数および保険料水準について
2020年 11月30日	第4回 検討会	・産科医療補償制度見直しに関する検討会取りまとめ（案）等

<今後のスケジュール>

- 年内を目途に取りまとめ、国に報告される予定。

構成員	所属・役職
柴田 雅人（座長）	前一般財団法人日本民間公益活動連携機構 専務理事
尾形 裕也（座長代理）	国立大学法人九州大学 名誉教授
五十嵐 裕美	西荻法律事務所 弁護士
勝村 久司	日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」 委員
木村 正	公益社団法人日本産科婦人科学会 理事長
楠田 聡	学校法人東京医療保健大学大学院 臨床教授
幸野 庄司	健康保険組合連合会 理事
小林 廉毅	国立大学法人東京大学大学院医学系研究科 教授
島崎 謙治	学校法人国際医療福祉大学大学院 教授
中島 誠	全国健康保険協会 理事
中野 透	公益社団法人国民健康保険中央会 常務理事
樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会 理事長
宮澤 潤	宮澤潤法律事務所 弁護士
渡辺 弘司	公益社団法人日本医師会 常任理事

- 在胎週数28週から32週は制度創設時では、脳性麻痺の発生率が高いことから「未熟性による脳性麻痺」が多いと考えられ、個別審査を設けて、低酸素状況がある場合にのみ補償対象とされた。
- 2009年から2014年までに生まれた児の状況を分析してみたところ、個別審査で補償対象外とされた児の約99%で、「分娩に関連する事象」または「帝王切開」が認められ、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる事案であった。
- これらは、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があること、および個別審査は一定の低酸素状況を基準としているので、低酸素状況以外の状態で「分娩に関連して発症した脳性麻痺」は補償対象外となることが主な理由と考えられる。
- 28週以上の早産児については、最近では脳性麻痺発生率の減少が見られるように、近年の周産期医療の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなっている。また、実際の医療現場においては、成熟児と同じような医療が行われている。
- 以上から、補償対象基準については、低酸素状況を要件としている個別審査を廃止し、現行の一般審査と同様に重症度基準・除外基準で本制度の対象とすべき脳性麻痺を審査することが考えられる。



見直しの趣旨

- 産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発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・早期解決や産科医療の質の向上を図ることを目的に2009年1月より創設され運営されている。
- 一方、2009年から2014年までに生まれた児の審査実績を分析してみたところ、個別審査で補償対象外が約50%あり、また、個別審査で補償対象外とされた児の約99%で、「分娩に関連する事象」または「帝王切開」が認められ、医学的には「分娩に関連する脳性麻痺」と考えられる事案でありながら補償対象外となっている。
- これらは、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があること、および個別審査は一定の低酸素状況を基準としているので、低酸素状況以外の状態で「分娩に関連して発症した脳性麻痺」は補償対象外となることが主な理由と考えられる。
- 28週以上の早産児については、最近では脳性麻痺発生率の減少が見られるように、近年の周産期医療が進歩し、医学的には「未熟性による脳性麻痺」はなくなっている。また、実際の医療現場においては、成熟児と同じような医療が行われている実態にある。これらの課題が生じていることから、本制度が安定的に運営がなされるよう補償対象基準の一部見直しを行う。

見直しの概要

	現行基準	見直し後のイメージ
補償対象基準	<p>■別表第一補償対象基準（第三条第一項関係）</p> <p>一 出生体重が一、四〇〇グラム以上であり、かつ、在胎週数が三十二週以上であること。</p> <p>二 在胎週数が二十八週以上であり、かつ、次の（一）又は（二）</p> <p>（一）低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH 値が7.1 未満）</p> <p>（二）低酸素状況が常位胎盤早期剥離、臍帯脱出、子宮破裂、子癇、胎児母体間輸血症候群、前置胎盤からの出血、急激に発症した双胎間輸血症候群等によって起こり、引き続き、次のイからチまでのいずれかの所見が認められる場合</p> <p>イ 突発性で持続する徐脈</p> <p>ロ 子宮収縮の50%以上に出現する遅発一過性徐脈</p> <p>ハ 子宮収縮の50%以上に出現する変動一過性徐脈</p> <p>ニ 心拍数基線細変動の消失</p> <p>ホ 心拍数基線細変動の減少を伴った高度徐脈</p> <p>ヘ サイナソイダルパターン</p> <p>ト アプガースコア1 分值が3 点以下</p> <p>チ 生後1 時間以内の児の血液ガス分析値（pH 値が7.0未満）</p>	<p>■別表第一補償対象基準（第三条第一項関係）</p> <p>一 在胎週数が二十八週以上であること。</p>
除外基準	先天異常や新生児期要因によらない脳性麻痺であること	先天異常や新生児期要因によらない脳性麻痺であること
重症度基準	身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること	身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること

(1) 補償対象基準の見直し案について

- (補償対象基準) : 在胎週数が28週以上であること
- (除外基準) : 先天異常や新生児期要因によらない脳性麻痺であること
- (重症度基準) : 身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること

<適用時期>

- ・ 2022年1月以降の分娩より適用

(2) 補償対象者数および保険料水準について

- 全国の6年間の制度実績と「脳性麻痺児の実態把握に関する疫学調査」(平成30年10月・公益財団法人日本医療機能評価機構)にもとづき推計した場合の補償対象者数および保険料水準については、以下のとおりである。(第三者の立場の専門家が算出)

(補償対象者数の目安)	(保険料水準)
・年間455人(推定区間380人～549人)	2.2万円(※)

<※算出式>

$$549人 \times 3千万円 + 事務経費約25億円 = 189.7億円$$
$$189.7億円 \div 約86万分娩 \doteq 2.2万円$$

<参考>2015年出生児の補償対象者数の予測値 : 387人

出産育児一時金について

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、出産費用等の状況を踏まえ、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

➤平成21年1月：35万円→原則38万円（本来分35万円＋産科医療補償制度掛金分3万円）
・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（本来分39万円＋掛金分3万円）
※平成23年3月までの暫定措置

：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

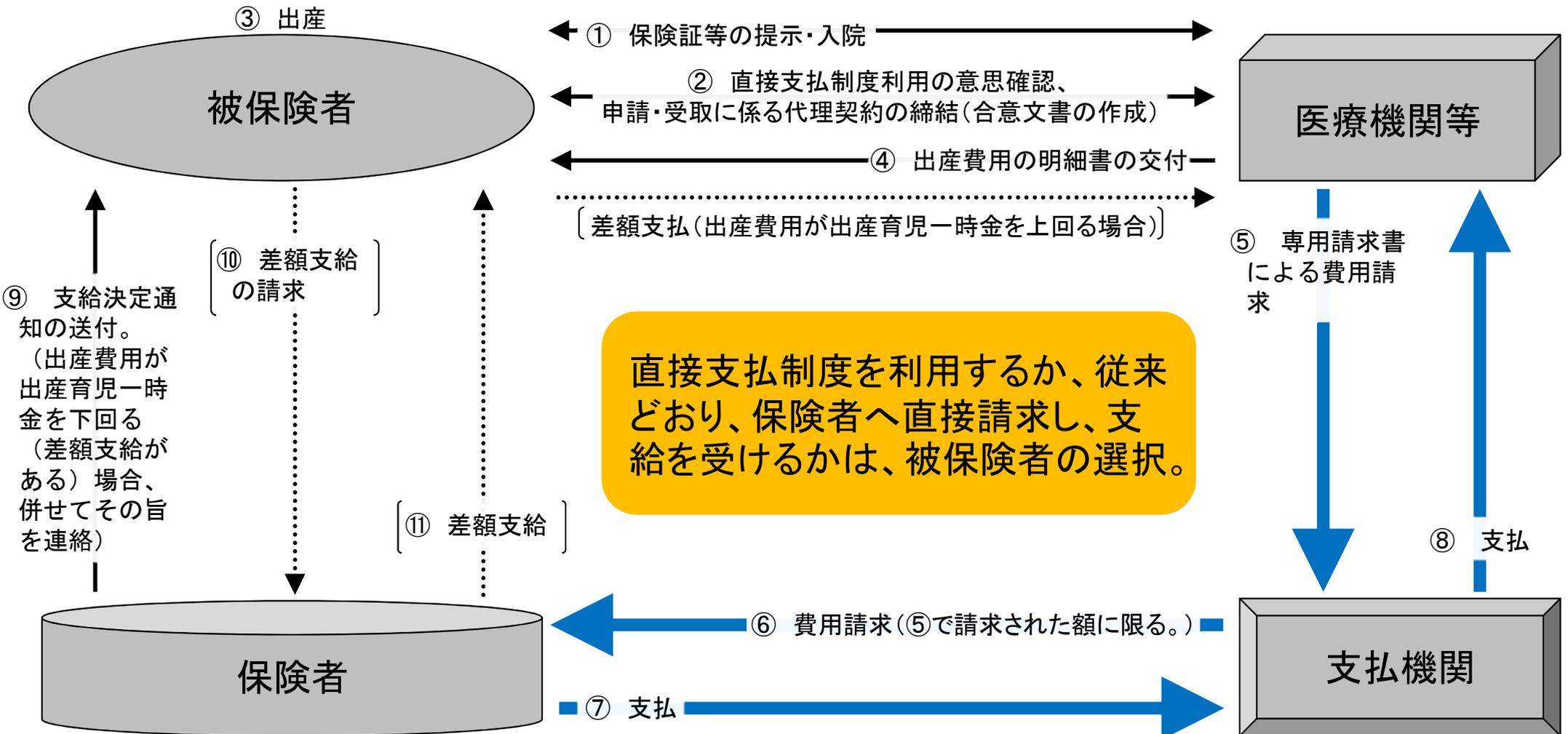
➤平成27年1月：原則42万円

（本来分39万円→40.4万円に引上げ＋掛金分3万円→1.6万円に引下げ）

※ 全国の公的病院における平均的な出産費用の状況等を踏まえて改定されてきた。

出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度

- 緊急の少子化対策の一環として、平成21年10月1日より支給額の引上げ(原則38万円→原則42万円)と併せて実施。
- 医療機関等に直接支払われるため、被保険者がまとまった出産費用を事前に用意する必要がない。



出産費用の状況

【令和元年度(速報値)】

	平均値	中央値
全体	460,217円	451,120円
公的病院	443,776円	440,530円
私的病院	481,766円	467,805円
診療所 (助産所を含む)	457,349円	449,300円

※正常分娩に係る直接支払制度専用請求書を集計したものであり、室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を除く
出産費用の合計額

公的病院:国公立病院、国公立大学病院、国立病院機構等

私的病院:私立大学病院、医療法人病院、個人病院等

診療所:官公立診療所、医療法人診療所、個人診療所、助産所等

※厚生労働省保険局において集計

公的病院 都道府県別出産費用（令和元年度（速報値））

（単位：円）	平均値	中央値
全国	443,776	440,530
北海道	394,803	401,014
青森県	404,956	409,380
岩手県	458,518	462,880
宮城県	473,158	478,740
秋田県	413,518	413,970
山形県	467,387	471,625
福島県	432,603	435,550
茨城県	502,470	492,615
栃木県	466,512	485,000
群馬県	449,400	450,140
埼玉県	443,627	460,245
千葉県	455,087	458,730
東京都	536,884	536,196
神奈川県	486,464	487,616
新潟県	466,526	474,650
富山県	420,242	439,930
石川県	415,243	404,644
福井県	400,242	399,540
山梨県	443,167	428,469
長野県	458,273	458,660
岐阜県	402,888	409,700
静岡県	435,525	433,755
愛知県	450,554	449,827

三重県	423,912	416,000
滋賀県	449,343	448,138
京都府	419,944	415,110
大阪府	419,305	434,000
兵庫県	441,781	441,100
奈良県	367,467	380,855
和歌山県	386,138	375,800
鳥取県	341,385	346,570
島根県	408,465	429,975
岡山県	453,495	464,715
広島県	448,532	448,700
山口県	391,542	395,168
徳島県	438,618	435,320
香川県	410,664	418,665
愛媛県	408,433	418,195
高知県	369,552	370,510
福岡県	411,166	425,980
佐賀県	370,744	373,998
長崎県	411,466	418,560
熊本県	397,549	393,745
大分県	381,973	389,375
宮崎県	405,869	407,077
鹿児島県	407,543	408,044
沖縄県	342,826	356,104

(参考)直接支払制度の専用請求書記載項目(現行)

- ①入院料…妊婦に係る室料、食事料。保険診療に係る入院基本料及び入院時食事療養費はこれに含まれない。
- ②室料差額…妊婦の選定により、差額が必要な室に入院した場合の当該差額。
- ③分娩介助料…異常分娩（分娩に係る異常が発生し、鉗子娩出術、吸引娩出術、帝王切開術等の産科手術又は処置等が行われるものをいう。）時の医師等による介助その他の費用。正常分娩時には「－」（ハイフン）とする。
- ④分娩料…正常分娩（分娩が療養の給付の対象とならなかった場合）時の、医師・助産師の技術料及び分娩時の看護・介助料。異常分娩時には「－」（ハイフン）とする。
- ⑤新生児管理保育料…新生児に係る管理・保育に要した費用をいい、新生児に係る検査・薬剤・処置・手当に要した相当費用を含める。新生児について療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑥検査・薬剤料…妊婦（産褥期も含む）に係る検査・薬剤料をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑦処置・手当料…妊婦（産褥期も含む）に係る医学的処置や乳房ケア、産褥指導等の手当に要した費用をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑧産科医療補償制度…産科医療補償制度の掛金相当費用をいう。
- ⑨その他…文書料、材料費及び医療外費用（お祝い膳等）等、①～⑧に含まれない費用をいう。
- ⑩一部負担金等…異常分娩となった場合の一部負担金及び入院時食事療養費の食事療養標準負担額をいう。被保険者等又はその被扶養者より限度額適用認定証の提示があった場合は、「一部負担金等」として現に窓口で請求することとなる額を記載するものとする。
- ⑪妊婦合計負担額 … 直接支払制度の利用の有無にかかわらず、実際に被保険者等又はその被扶養者に請求することとなる実費をいう。①～⑩の合計に一致する。
- ⑫代理受取額 … 直接支払制度により、被保険者等が加入する保険者に被保険者等に代わり請求し、代理して受け取る額をいう。実費が42万円（加算対象出産でない場合は40.4万円）の範囲内で収まった場合にはその実費を記載し、超えた場合には42万円又は40.4万円が記載額となる。直接支払制度を利用していない場合には、領収・明細書上0円となる。また、多児出産（死産を含む）の場合は、児数×出産育児一時金等の額が上限となる。

出産費用の推移(公的病院)

単位:円

公的病院の全国平均	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度 (速報値)
入院料	163,539	166,324	167,556	169,030	172,121	171,058	177,933	180,452
分娩料	178,419	180,220	185,117	191,661	196,095	197,324	198,445	201,458
新生児管理保育料	39,526	39,166	39,057	39,247	39,138	38,443	38,221	37,480
検査・薬剤料	14,018	14,200	14,044	14,066	14,221	14,141	14,684	14,439
処置・手当料	10,510	10,194	10,076	10,369	10,231	10,330	10,023	9,947
室料差額a	13,798	14,455	15,127	15,522	16,617	17,283	18,185	19,688
産科医療補償制度b	29,752	29,788	27,775	15,914	15,891	15,803	15,793	15,778
その他c	28,178	28,486	28,926	29,441	29,931	30,807	31,268	32,202
総計	477,740	482,834	487,678	485,249	494,245	495,187	504,552	511,444
総計-a-b-c	406,012	410,105	415,850	424,371	431,806	431,295	439,307	443,776
中央値(総計-a-b-c)	401,590	405,500	411,142	420,810	427,510	427,590	436,000	440,530

※厚生労働省保険局において集計

出産費用の明確化と透明性の確保

【現状・課題】

- 出産費用は年々増加しているが、どのような要因により増加しているのか明らかではない。
- 正常分娩の場合は、自由診療で行われており、価格設定の方法も様々である。また、直接支払いの請求様式も詳細な費用区分を求めることになっていない。このため、どのような行為を行い、それに対してどのような価格が設定されているか把握することができない。さらに、医療機関において、必ずしも事前に出産費用が明示されておらず、費用やサービスによる選択が難しくなっている。
(例:入院料は室料、食事料を合わせて記載することとなっており、それぞれの費用が分からない)
- 費用のばらつきが大きいですが、費用項目毎の分析や、在胎週数による分析などを実施しておらず、どのような要因により差があるのか明らかではない。また、分娩の約4割を占める異常分娩の費用の分析を行っていない。
- 出産育児一時金は、12週以降の分娩には、人工妊娠中絶だけでなく、死産、自然流産の場合にも支給している。このため、12週を待って人工妊娠中絶を行う者がおり、母体保護の観点から望ましくないとの指摘がある。
- 産科医療補償制度の見直しにより、掛金の引き下げが見込まれている。

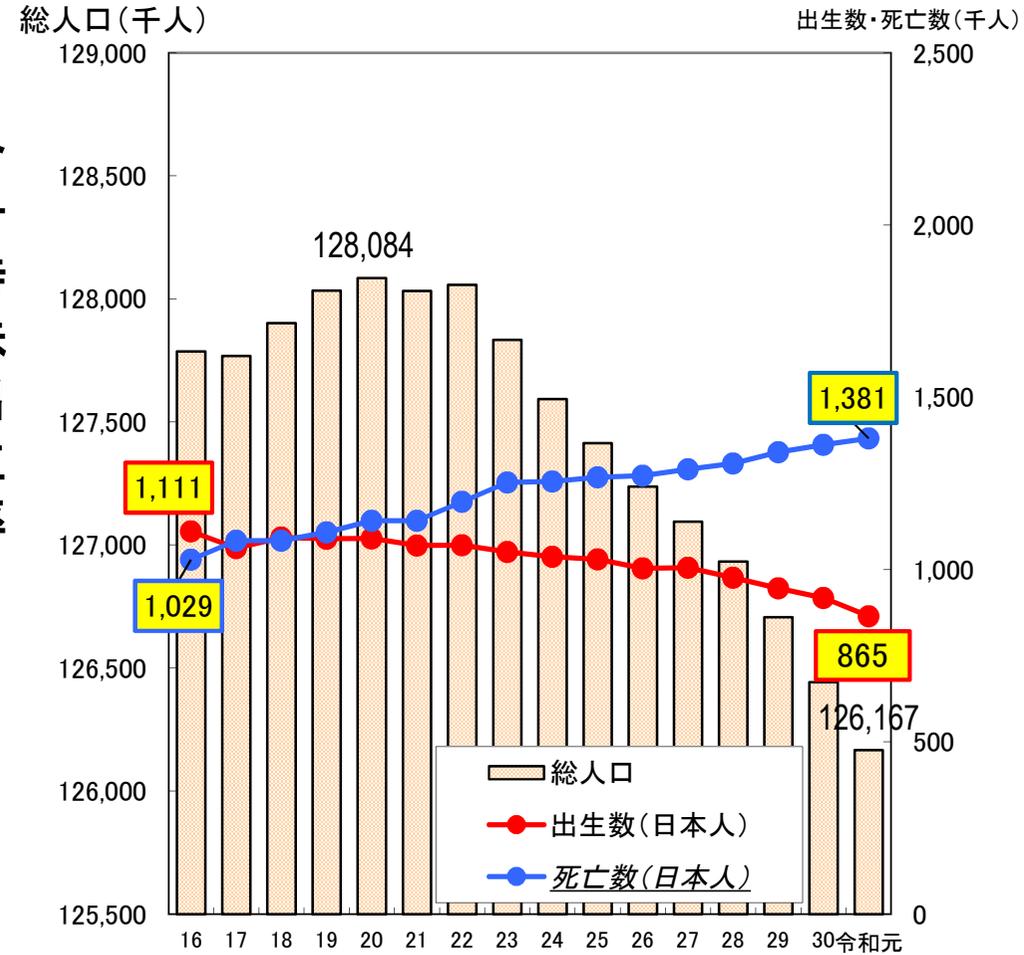
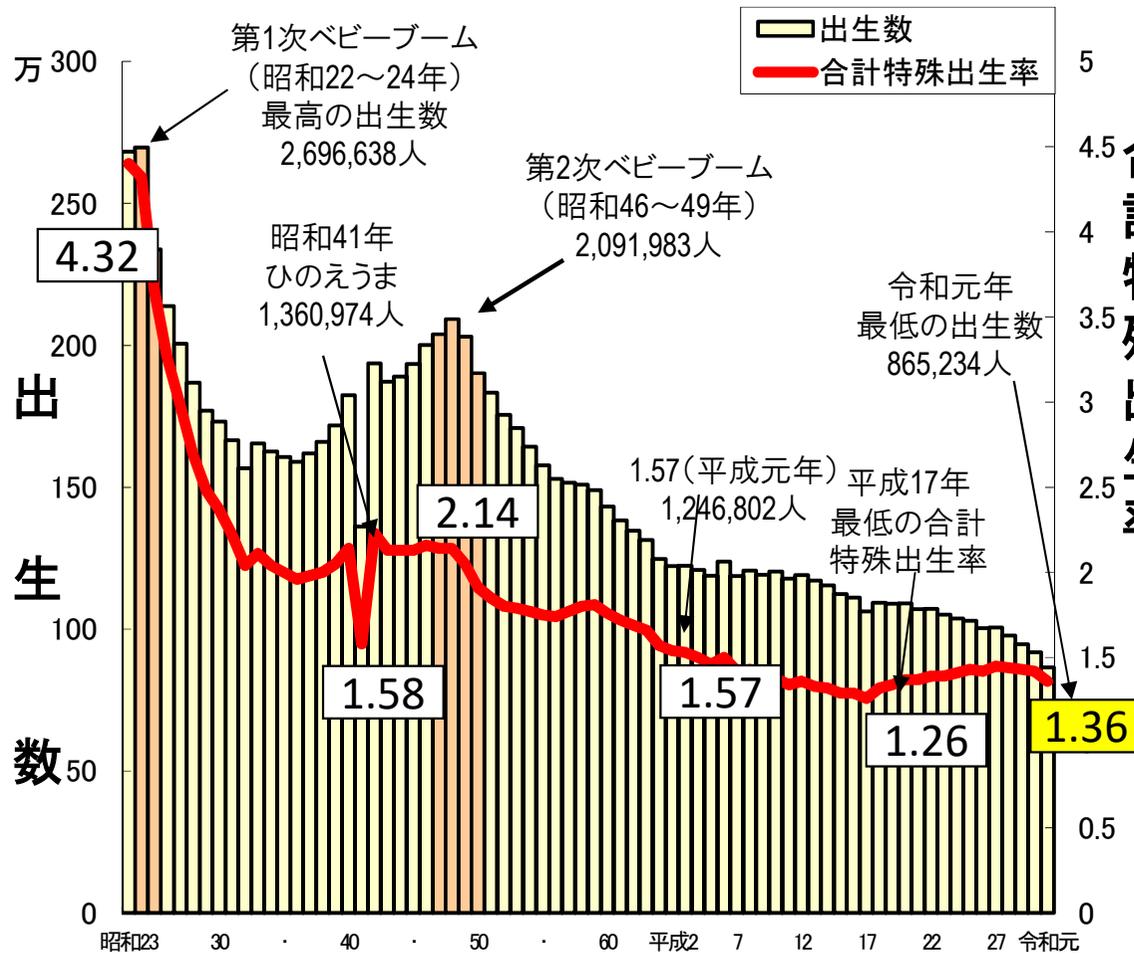
【対応案】

- 出産費用の実態を明らかにし、透明性を確保するため、請求様式を見直し、費用を詳細に把握することとしてはどうか。(室料と食事料を分ける、人工妊娠中絶の区分を設けるなど)
- 費用やサービスに応じて医療機関を選択できるよう、医療機関において選択肢の明示を促すことを検討してはどうか。
- 新たに収集したデータに基づき、出産育児一時金の額の設定を検討してはどうか。その際、産科医療補償制度の見直しに伴う掛金の引き下げ分についてどのように考えるか。

参考

少子化の進行と人口減少社会の到来

- 令和元年の出生数は86万5,234人で、過去最少であった。合計特殊出生率は平成17年に1.26を底として、やや持ち直しの傾向が見られる。
- 平成17年には死亡数が出生数を上回り、平成20年を最大として我が国の人口は減少局面に入った。



資料:厚生労働省「人口動態統計」(令和元年は概数)、総務省「人口推計」

注1:出生数及び死亡数については、日本における日本人の数値

注2:総人口については、日本における外国人を含む。

注3:総人口の増減は、自然増減(出生数及び死亡数)のほか、社会増減(国内外の流入・流出)等を含む。

出産費用の状況

【令和元年度(速報値)】

	平均値	中央値
全体	524,182円	509,910円
公的病院	511,444円	501,280円
私的病院	550,993円	526,336円
診療所 (助産所を含む)	517,371円	506,900円

※正常分娩に係る直接支払制度専用請求書を集計したものであり、室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を含む
出産費用の合計額(妊婦負担合計額)

公的病院:国公立病院、国公立大学病院、国立病院機構等

私的病院:私立大学病院、医療法人病院、個人病院等

診療所:官公立診療所、医療法人診療所、個人診療所、助産所等

※厚生労働省保険局において集計

出産費用の推移(全施設)

単位:円

全施設の全国平均	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
入院料	110,112	110,650	111,730	112,504	112,726	112,123	113,982	115,047
分娩料	230,920	233,878	240,848	249,603	254,180	257,501	261,249	266,470
新生児管理保育料	50,445	50,339	50,508	50,752	50,621	50,172	50,094	49,980
検査・薬剤料	11,915	12,197	12,496	12,905	13,124	13,350	13,703	13,880
処置・手当料	13,336	13,575	13,918	14,301	14,563	14,815	14,623	14,840
室料差額a	14,653	15,149	15,702	16,008	16,580	16,878	17,503	18,074
産科医療補償制度b	29,672	29,670	27,559	15,884	15,881	15,778	15,757	15,740
その他c	25,324	25,968	26,788	27,657	28,085	28,895	29,532	30,151
総計	486,376	491,426	499,550	499,614	505,759	509,511	516,445	524,182
総計-a-b-c	416,728	420,639	429,501	440,065	445,214	447,960	453,652	460,217
中央値(総計-a-b-c)	410,110	414,000	422,920	433,500	438,000	440,770	445,520	451,120

※厚生労働省保険局において集計

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について

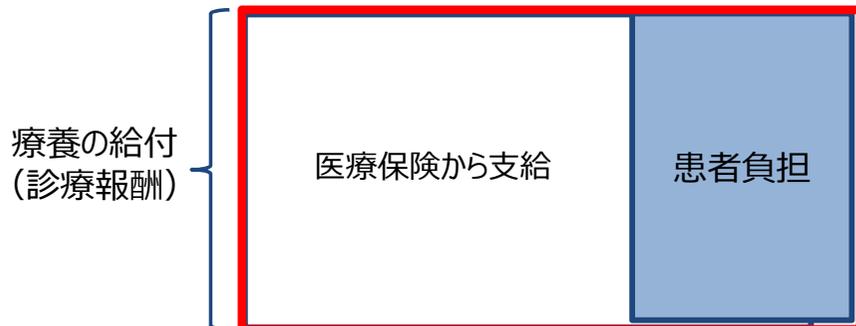
大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡充案

見直し案

- 患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。
- **日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にするため、現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直してはどうか。**
 - ①新たに設けられる「紹介患者への外来を基本とする医療機関」にも、対象医療機関を拡大する。
 - ②**かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額する。（例外的・限定的な取扱）**
 - ※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円
 - ※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、7,000円～10,000円の場合は5.3%
 - ③さらに、大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進するとともに、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を行う。

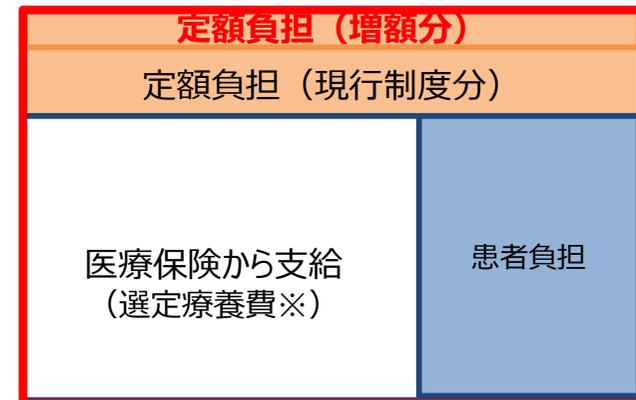
外来機能分化に沿った受診

紹介状がある患者の場合 【療養の給付】



例外的・限定的な取扱

紹介状なし患者の場合 【選定療養】



※ 現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

參考資料

定額負担の対象病院拡大について（案）

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、**新たに「紹介患者への外来を基本とする医療機関」**（「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関）を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととしてはどうか。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

拡大
紹介患者への
外来を基本と
する医療機関

現在の定額負担
(義務)対象病院

現在の定額負担
(任意)対象病院

出典:特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)
 ※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

➤ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。

① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。

② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。

③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

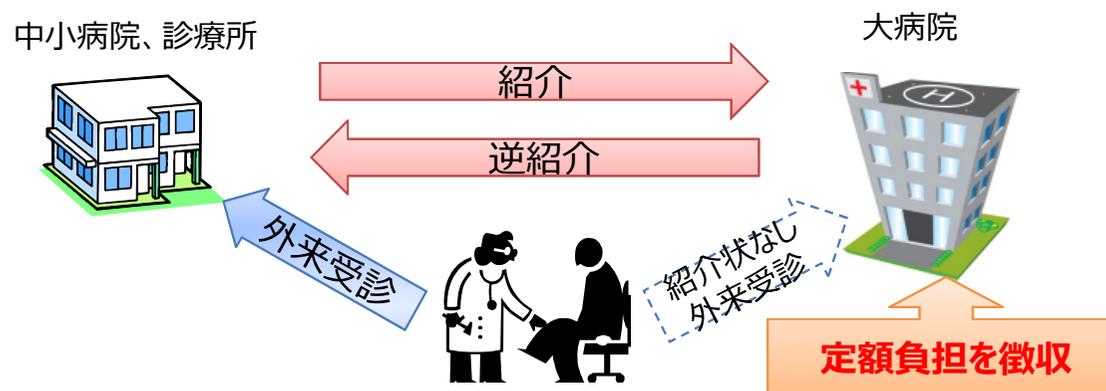
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

a. 自施設の他の診療科を受診中の患者

b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者

c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等

➤ なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

(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条第1項

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

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について

社会保障審議会医療部会

- 医療提供体制について「医療のあるべき姿」を審議
- 上記の観点から、
 - ・ 病院・診療所を通じた外来機能の明確化、かかりつけ医機能の強化
 - ・ 医療提供体制における機能分化・連携等について検討

専門的かつ集中的に
検討することを決定

報告

医療計画の見直し等に関する検討会

社会保障審議会医療保険部会

- 医療保険制度の基本的な事項を審議
 - ・ 左記を踏まえ、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合の定額負担を求める制度の設計等について検討

中央社会保険医療協議会

- 選定療養等に関する具体的な負担額や要件等について審議

※現行の紹介状がない患者が大病院を外来受診した場合の定額負担を設けた際(平成28年4月～)には、医療保険部会において制度の基本的な設計を検討、中医協において具体的な負担額、要件等を検討

【医療資源を重点的に活用する外来（仮称）】

議論いただきたい論点①

- 人口減少や高齢化等により地域ごとに「担い手の減少」と「需要の変化」が進み、外来医療の高度化等も進んでいく中で、入院医療とともに、外来医療についても議論を進めていくことが必要である。その際、まず、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩ではないか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）として、基本的に次のようなものが考えられるのではないか。具体的な内容は、今後さらに、専門的に検討を進める場において検討することとしてはどうか。
 - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

【外来機能報告（仮称）】

議論いただきたい論点②

- 地域において外来機能の明確化・連携を進めていくに当たって、データに基づく議論を進めるため、病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能全体のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行うこととし、これにより、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）が実施されているか明確化を図ることとしてはどうか。
- 制度趣旨や負担等の観点から、外来機能報告（仮称）の対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

【地域における協議の仕組み】

議論いただきたい論点③

- 地域における外来機能の明確化・連携に向けて、都道府県の外来医療計画において、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の明確化・連携を位置付けるとともに、地域における協議の場において、外来機能報告(仮称)を踏まえ、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うこととしてはどうか。
- 地域における外来機能の明確化・連携を進めていく中で、地域での協議を進めやすくする観点や、国民・患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告(仮称)の中で報告することとしてはどうか。また、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能としてはどうか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとしてはどうか。
- 地域医療構想では、地域医療構想調整会議の協議を踏まえた自主的な取組だけでは進まない場合、都道府県知事の権限が設けられているが、外来機能の明確化・連携に関して、都道府県知事の権限について、どのように考えるか。

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
- このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

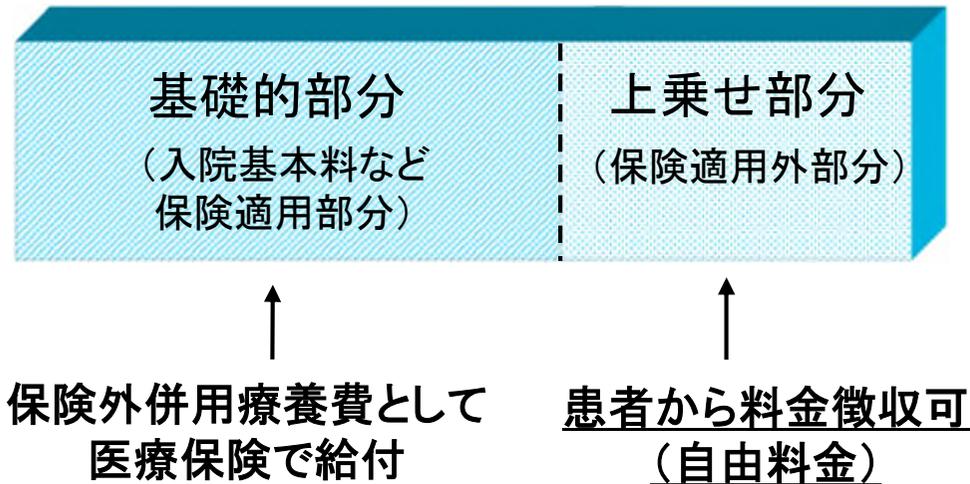
保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:21技術、先進B:60技術 令和2年4月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

療養に係る所定点数から、当該所定点数を構成する通算対象入院料の基本点数に100分の15を乗じた点数を控除した点数

選定療養における「200床以上の病院」の定義について

◆ 選定療養における「200床以上の病院」の定義

- 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日付け保医発0313003号通知）（抄・一部追記）

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係）

15 200床（一般病床（※）に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項

(1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに一般病床の数が200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

17 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

(1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（又は診療所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、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病の全てにつき、以下(2)から(4)までの要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

(※) 一般病床：医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項第5号に規定する一般病床

大病院受診時定額負担に関する主な意見①

第126回医療保険部会（令和2年3月12日）

<総論>

- 大病院受診時の定額負担に係る対象範囲の拡大、負担額の増額、そして増額分を公的医療保険の負担軽減に充てるということについて賛成。大病院は入院と専門外来を中心にし、かかりつけ医が患者の受診行動を適正化するまさにゲートキーパー的な機能を担う方向に進むべき。そういう中で、自らの選択で大病院を受診されるという患者さんにおいては、特別な負担をお願いするということではないか。
- 医師・看護師の勤務負担の軽減は非常に大きな課題であり、大病院の外来患者の流れを変えていくことは非常に重要。その意味で、大病院受診時定額負担を一つの方策として患者の受診行動を変えていく必要性は認識している。

<定額負担の対象病院の範囲>

- 医療機能の分化と連携を進める、医療従事者の働き方改革を進めるという観点からは、いわゆる一般病院についても選定療養の範囲を拡大していくことはやむを得ない。
- 特定機能病院や地域医療支援病院は、目的や機能が法律上明確になっているので、病床規模で線を引くというのはそれなりの合理性があるが、いわゆる一般病院については地域によって果たしている機能が違うため、地域の実情に応じて考える必要がある。例えば、他の医療機関が存在しない地域で診療活動を行っているような施設や、回復期、慢性期、在宅医療までケアミックスを実施しているような地域密着型の医療に取り組んでいるような施設については対象から外すとか、あるいは手挙げ方式のようなことを配慮していただくなど、地域住民の医療の確保に支障が生じないような丁寧な対応を検討いただきたい。
- 医師の偏在対策が適切に実施されないと、患者の医療機関へのアクセスを制限することにつながるのではないかと。その意味では、偏在対策についてあるべき姿を定めて、基準を満たさない地域においては、定額負担の拡大を猶予するなどの個別対策が必要ではないか。
- どうしても月に1回大きな病院に行かなければいけないというような地域もある。そうした地域も含め、拡大対象とされる病院の機能や利用実態をよく分析をして、医療保険の中でもその地域の医療提供の実態に合った対応をする必要があるのではないかと。
- 地域ごとの状況を勘案していくことはもちろん重要だが、あまり例外を拡大していくということのないようにやっていくべきではないか。

大病院受診時定額負担に関する主な意見②

第126回医療保険部会（令和2年3月12日）

<かかりつけ医>

- 受診行動の適正化、病院診療所の機能分化という観点から、かかりつけ医の普及のためには、かかりつけ医機能を明確化して、また国民、医療提供者にしっかりと定義を示す必要がある。また、このかかりつけ医機能の強化に向けてはスピード感も必要だと思うので、具体的な方策、道筋を示していただきたい。
- そもそも「かかりつけ医」が身近にいなかったり、身近にいることを知らなければ、多少のお金を余分に払ってでも、大病院に行こうとする患者の受診行動は変わらないのではないかと。広く初診に応じることができ、適切な病院を紹介できる診療所の整備と、その診療所へのアクセスの周知に取り組んでいただきたい。

<定額負担の水準>

- 定額負担の増額については、保険財政の持続可能性に寄与するような水準にすべき。
- 現在の初診時5,000円という値は、大病院を想定して設定した額。200床まで規模を拡大し、さらに一律に増額するという議論というのは制度創設当時の想定をもう大幅に超えており、政策効果の検討も十分にされていないので、しっかり検討するべき。
- 患者負担の増額分について公的医療保険の負担を軽減するように改めるということは、実行可能性を含めて曖昧な部分が多い。現場で説明と徴収に大変な労力をかけて定額負担分を取っている現状があり、一律に徴収分を保険財政に充てるという話になると、自身の医療機能に見合った額を設定するというインセンティブが病院から失われ、かえって地域医療機関の機能分化が図られないという状況が起こることもあり得るのではないかと。
- 選定療養として初診時定額負担が設定されているが、療養の給付の範囲の中にある初診料との関係性を整理したほうが良いのではないかと。本来、切り分けられないものを例外的に保険として認めているとすると、そこを保険財政に貢献するという考えもあり得るのではないかと。そういうことも含めて何をどこまで療養の給付の中に入れるのか、初診料相当のものを控除するのかということも含めて過去には議論もあったが、いろいろと考える余地があるのでは。

<再診時の取扱い>

- 大病院からかかりつけ医機能を持っている診療所あるいは中小病院を紹介していただくところまでを義務とすべき。初診だけでなく、再診時における定額負担をきちんと取るという仕組みを早く導入していただきたい。定額負担の対象を広げるよりも、再診時の対応の方が先ではないかと。
- 大病院から診療所等に逆紹介されたにもかかわらず、大病院への再診を続ける方も一定程度おり、病院にとって大きな負担になっているのではないかと。
- 再診に関しては、徴収を認められない、あるいは求めないことができる患者の解釈が曖昧になっている。再診に関してはあまり定額負担対象と捉えていないところが多いのではないかと。

大病院受診時定額負担に関する主な意見③ (11月19日・26日医療保険部会)

- 提案された定額負担の対象病院拡大について、外来機能の明確化、またかかりつけ医機能の強化の方向性に沿っており、賛成。公的医療保険の負担軽減案についても評価したい。確実に実施をしていただきたい。
- 対象病院の拡大・公的医療保険の負担軽減を図る仕組みについて、賛成。控除幅や定額負担の増額幅については、大病院の負担軽減や医師の勤務環境改善が実現できるような水準に設定していただきたい。
定額負担を徴収しない場合の要件等については、中医協において検討を進めることに賛成。ただし、再診は、初診に比べて控除できる額が少なく、定額負担の見直しの効果が弱いことが懸念されるので、大病院への再診を続ける患者への対応についても、中医協でしっかりと議論していただきたい。
- 各医療機関の外来機能が明確になれば、患者さんから見て受診すべき医療機関が分かりやすくなり、限りある医療資源の効率的な活用や医者働き方の改革にもつながっていく。このため、提案された方向性について、賛同。増額分及び控除額については、保険財政面から制度の持続可能性に寄与する水準とするだけでなく、患者の受診行動の適正化にもつながる水準にすべきであり、例示にある水準は最低限確保していただきたい。
- 大病院への患者集中を防ぐためには、定額負担制度だけでなく、国民への啓発が重要。軽い症状だったら、かかりつけ医、家庭医に診ていただく。その上で紹介を受けて、専門の病院に行き、CTやMRIによりの確な診断・治療を受けることを多くの方が理解する必要。
- 本制度の目的は外来機能の分化を進めて、無駄な検査を減らし、患者に適切な医療を提供すること。この徴収した金額を公的保険制度の負担軽減に充てるのは趣旨と違う。初診料のほとんどを保険給付から控除することは認められない。むしろ、再診の方が問題であり、他の医療機関を紹介したものの自院を受診し続ける患者に定額負担を徴収しないならば、徴収する必要がない患者だったということであるため、初診時に徴収した5,000円を返還すべきではないか。
- 再診については、病院での対応が終わった患者が、きちんと地域の医療機関に戻って、地域で対応できるようなところにするのが重要であり、中医協でさらに議論するべき。
- 180日以上入院で入院料を控除するのは例外的な仕組みであり、初診料を控除するのはかなり無理があるのではないかと。定額負担を拡大すると病院の収入増になると誤解されるので、丁寧な説明がなければ、このスキームは難しいのではないかと。
- 定額負担を拡大して、保険給付を下げるのであれば、制度の趣旨や、医療資源を重点的に活用する外来を受診する際には、紹介状が必要だということと、それから紹介状がない場合には保険の給付が下がること等について、十分な周知が必要ではないかと。
- 初診料は基礎的な診療報酬であり、病院収入は変わらないからいいという問題ではない。例えば療養費をつくって、患者負担を入れて、その分給付率を下げるということが安易に行われ、本人負担を3割以上に上げないという原則が崩れるおそれ。また、多大なシステム改修費をかけた分、その回収のため、定額負担者を確保するような予期せぬ波及効果を生まぬよう慎重な制度設計を求めたい。
- 初診料を控除することが適切かについては、紹介状を持ってさえいれば適用外になるので、そういう仕組みの中の話。一般的なすべてに適用される話ではないということではないかと。
- 病診連携が、なかなか進まない原因は、病院でも、入院医療だけではなく、外来医療に対する収入が原資になっていることがある。どの程度の割合の外来機能の収益が病院の運営に必要な状況になっているか調べてもよいのではないかと。何か入院を特化した、あるいは外来を離すことによって、転換誘導策のようなことを検討し、全体に効率のいい病病連携、病診連携ができる体制を作っていくということも考えながら、この問題に対応してはどうか。

定額負担対象病院の外来患者数の内訳（1病院当たりの平均値）

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

①初診の患者数(人)	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	44.6%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	10.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	23.5%

■再診(n=269)

①再診の患者数(人)	50278.7
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	15375.0
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	30.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.1%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	0.2%

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

①初診の患者数(人)	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	61.0%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	23.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	38.5%

■再診(n=139)

①再診の患者数(人)	31909.9
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	16957.8
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	53.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.6%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	1.1%

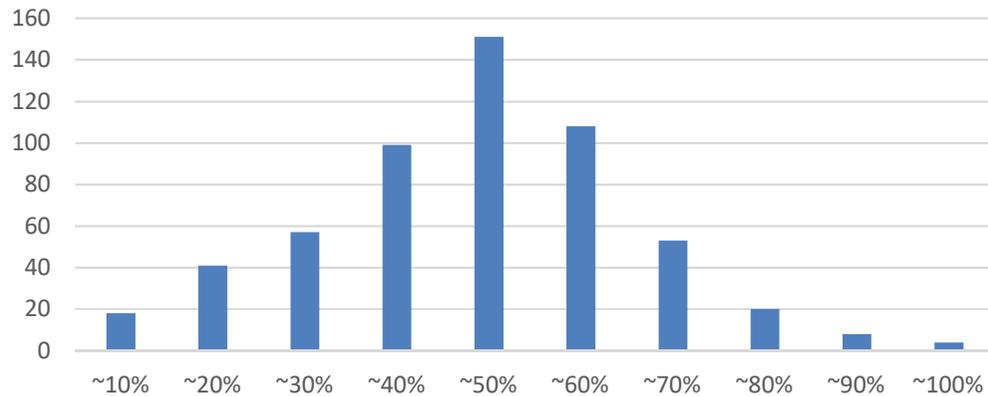
- (注) ・ 保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものの、(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・ 患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
 - ・ ①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥、⑦については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。

紹介状なし患者比率及び徴収患者比率ごとの病院分布

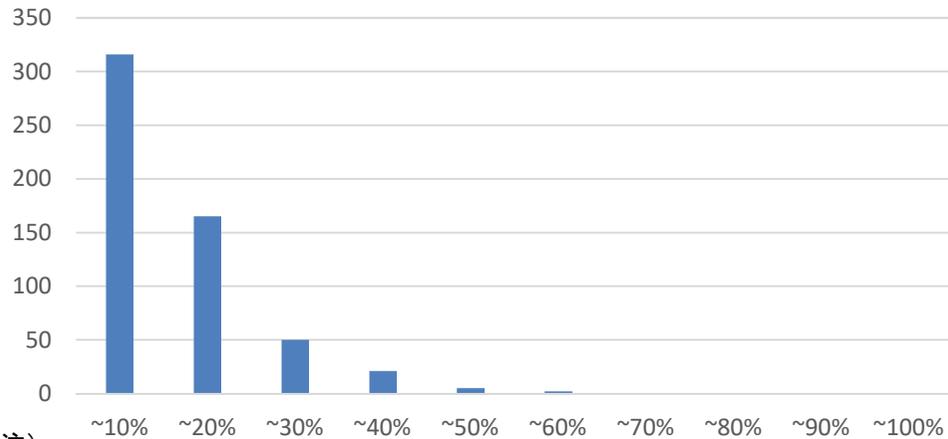
○ 定額負担(義務)対象病院と比べて、定額負担(任意)対象病院は、紹介状なし患者比率が高い病院や、定額負担徴収患者比率が高い病院について、それぞれの割合が高い傾向にある。

定額負担(義務)対象病院

■ 紹介状なしの患者比率ごとの病院数(初診)

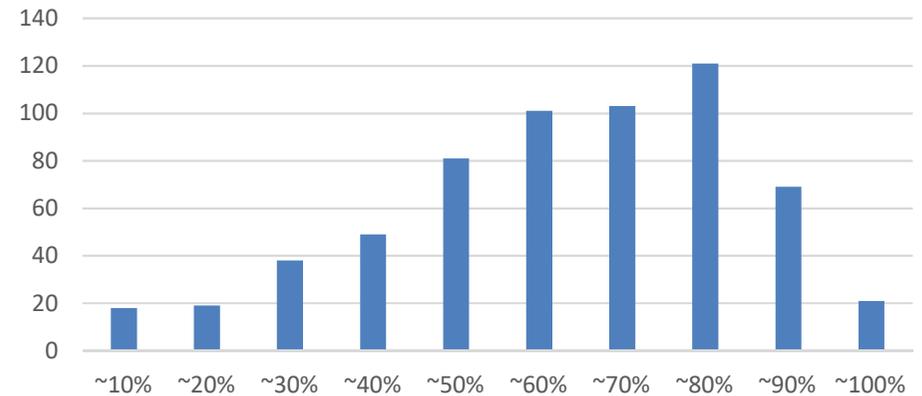


■ 定額負担徴収患者比率ごとの病院数(初診)

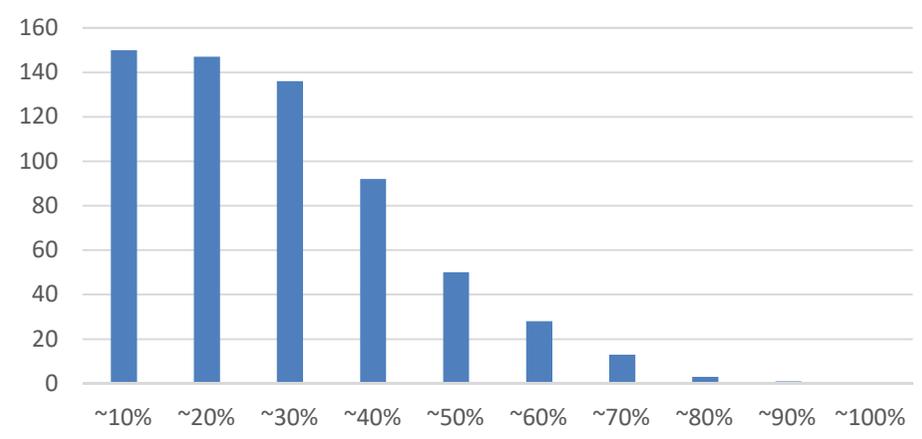


定額負担(任意)対象病院

■ 紹介状なしの患者比率ごとの病院数(初診)



■ 定額負担徴収患者比率ごとの病院数(初診)



(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日~6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・患者数について、初診患者数、紹介状なし患者数、定額負担の徴収患者数/非徴収患者数のすべてについて記入のあった施設を集計対象としている。
- ・医科歯科併設となっている病院については、一部、医科と歯科を別々の施設とみなして集計している。

定額負担の徴収額の設定状況

- 初診時の定額負担の徴収額は、定額負担(義務)の対象病院は、5,000円以上6,000円未満に集中している一方で、定額負担(任意)の対象病院は、1,000円以上3,000円未満としている施設も多い。
- 再診時の定額負担の徴収額は、いずれも、2,500円以上3,000円未満が大半となっている。
- 徴収額の最大額は、初診は11,000円、再診は8,800円となっている。

■初診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	2,000円 ~	3,000円 ~	4,000円 ~	5,000円 ~	6,000円 ~	7,000円 ~	8,000円 ~	9,000円 ~	10,000 円~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	536件	-	-	-	-	-	511件 (95.3%)	2件 (0.4%)	2件 (0.4%)	11件 (2.1%)	0件 (0%)	10件 (1.9%)	11,000 円
定額負担(任意) 対象病院	605件	33件 (5.5%)	187件 (30.9%)	146件 (24.1%)	78件 (12.9%)	9件 (1.5%)	148件 (24.5%)	1件 (0.2%)	0件 (0%)	2件 (0.3%)	0件 (0%)	1件 (0.2%)	11,000 円

■再診(医科)の場合の設定額

	施設数	~999円	1,000円 ~	1,500円 ~	2,000円 ~	2,500円 ~	3,000円 ~	3,500円 ~	4,000円 ~	4,500円 ~	5,000円 ~	最大値
定額負担(義務) 対象病院	524件	-	-	-	-	506件 (96.6%)	6件 (1.1%)	1件 (0.2%)	5件 (1.0%)	0件 (0%)	6件 (1.1%)	8,800 円
定額負担(任意) 対象病院	141件	19件 (13.5%)	2件 (1.4%)	4件 (2.8%)	4件 (2.8%)	108件 (76.6%)	3件 (2.1%)	0件 (0%)	0件 (0%)	0件 (0%)	1件 (0.7%)	5,500 円

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（初診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診患者数全体に占める、紹介状なし患者数の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数(件)	①外来初診患者数(人)	②紹介状なし初診患者数(人)	③特別の料金を徴収した初診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった初診患者数(人)	⑤外来初診患者数全体に占める紹介状なし初診患者数の割合(②/①)	⑥外来初診患者数全体に占める特別の料金を徴収した初診患者数の割合(③/①)
～999円	36	2033.1	1553.6	789.6	764.1	76.4%	38.8%
1,000円～	345	3062.8	1992.8	877.1	1115.7	65.1%	28.6%
3,000円～	89	3357.6	2210.9	756.3	1454.6	65.8%	22.5%
5,000円～	658	4002.9	1819.8	434.5	1385.4	45.5%	10.9%
7,000円～	15	4680.8	1847.9	247.5	1600.4	39.5%	5.3%
10,000円～	11	4206.7	1415.5	110.7	1304.8	33.6%	2.6%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものを。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したものを。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（再診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来再診患者数全体に占める、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者の割合や、特別の料金を徴収した患者の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来再診患者数 (人)	②他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数 (人)	③特別の料金を徴収した再診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった再診患者数(人)	⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (②/①)	⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (③/①)
～1,999円	12	24208.8	8269.7	315.9	7953.8	34.2%	1.3%
2,000円～	313	48682.6	15559.5	35.4	15524.2	32.0%	0.1%
3,000円～	13	47920.4	9914.2	16.5	9897.7	20.7%	0.0%

(注)

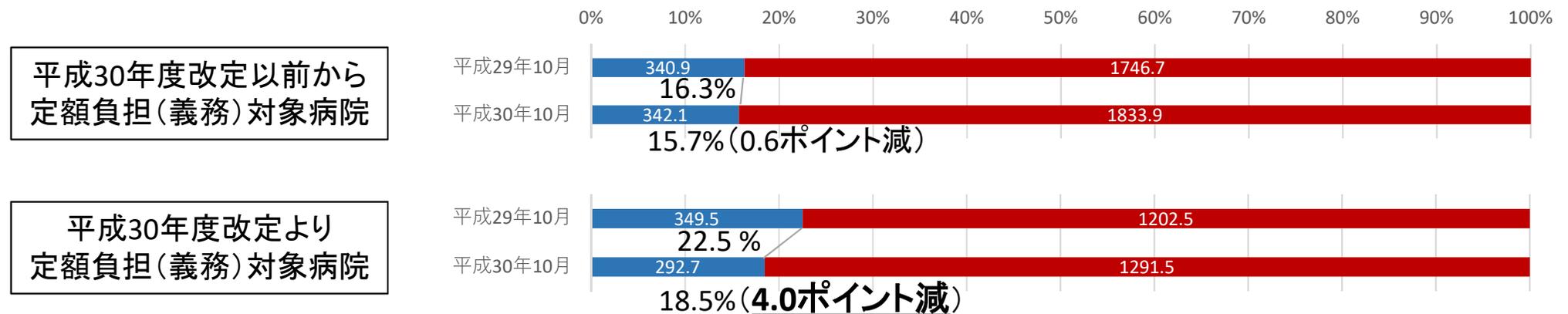
- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

(平成30年度検証調査) 定額負担の義務化による徴収額及び対象患者比率の変化

- 平成30年度改定により新たに定額負担(義務)の対象となった病院については、改定前に比べて、平均徴収額が2,000円程度増加。
- 平成29年10月と平成30年10月のデータを見ると、平成30年度改定以前から定額負担(義務)の対象となった病院、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院のいずれも、定額負担の対象患者の比率は減少しているが、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院の方が、減少幅は大きくなっている。

		施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	146	5,451.6	697.7	5,400	10,800	5,000
	平成30年10月	149	5,489.5	816.2	5,400	10,800	5,000
平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	92	3,131.6	1,118.9	2,850	5,400	1,080
	平成30年10月	92	5,352.2	129.8	5,400	5,400	5,000

■ 初診患者に占める定額負担の対象患者の比率について



徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

選定療養(平成8年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。(一般病床200床以上の病院が対象)〕

対象除外

- | |
|---|
| ① 緊急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |

大病院受診時定額負担(平成28年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。(特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象)〕

対象除外

対象除外にできる

- | |
|---|
| ① 救急の患者 |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者 |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者 |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者 |
| ⑥ 自施設の他の診療科を受診している患者 |
| ⑦ 医科と歯科との間で院内紹介された患者 |
| ⑧ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者 |
| ⑨ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者 |
| ⑩ 外来受診から継続して入院した患者 |
| ⑪ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 |
| ⑫ 治験協力者である患者 |
| ⑬ 災害により被害を受けた患者 |
| ⑭ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者 |
| ⑮ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 |

特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について

○ 特別の料金を徴収しなかった患者について、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」等の割合が高くなっている一方で、再診時については、「その他」の患者の割合が高くなっている。

初診

再診

初診	再診				
類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合	類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%	特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	1,109,449	17.1%
救急の患者	589,582	39.4%	救急の患者	149,624	2.3%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%	国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	81,953	5.5%	地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼している者に限る。)	330,178	5.1%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%	無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%	エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%	特別の料金の支払いを求めないことができる患者	3,941,001	60.7%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%	自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%	医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	35,361	2.4%	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	8,624	0.1%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%	外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	9,941	0.7%	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	19,337	0.3%
治験協力者である患者	119	0.0%	治験協力者である患者	3,098	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%	災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	59,797	4.0%	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	1,547,530	23.8%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	55,598	3.7%	その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%	特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	100.0%

(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものである。(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

議論の整理（案）

令和2年12月2日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会においては、「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）や「新経済・財政再生計画 改革工程表2019」（令和元年12月19日経済財政諮問会議決定。以下「改革工程表」という。）、全世代型社会保障検討会議等において本年末までの検討が求められていた項目を中心に、令和2年1月31日以降、審議を開始したが、新型コロナウイルス感染症の拡大により中断を余儀なくされた。その後、9月27日以降、審議を再開し、議論を重ねてきた。

0. はじめに

- 新型コロナウイルス感染症の発生以来、この新たな感染症に立ち向かっている医療現場の奮闘ぶり和我が国の医療提供体制の強靭さ、また国民各々の衛生意識の高さ、感染拡大防止への協力には改めて敬意を表したい。
- 世界に冠たる国民皆保険の医療保険制度は、現役世代から高齢者まで幅広い世代の「安心」の基盤となり、医療へのアクセスの良さを保障し、長寿社会への礎となってきた。今般の新型コロナウイルス感染症への対応においても効果を発揮してきたと考えられる。
- 一方、中長期的には、人口減少及び少子高齢化は引き続き進行する。2022年度にはいわゆる団塊の世代が75歳以上となり始め、2040年頃には団塊ジュニア世代が高齢期を迎え、支え手の中心となる生産年齢人口の減少が加速する中、国民皆保険の持続可能性を確保し、将来世代に引き継いでいくことは重要なテーマである。特に、制度を支える現役世代の減少が続くことは、その負担の上昇も続くことを意味し、団塊の世代が後期高齢者入りする2022年度以降、その負担が特に大きく上昇することが強く懸念される。
- また、人生100年時代を迎える中、高齢者が何歳であっても地域や職場など、様々な分野で活躍している姿からは、「高齢者」と年齢で一括りにするのは現実とも合わなく、適当でもない。元気で意欲ある方々が、その年

齢にかかわらず、能力を存分に発揮することは、個人の QOL にとって最善であるほか、制度や地域づくりの担い手としての期待も大きい。

- 全世代型社会保障検討会議では、これまで、医療や少子化対策、予防について議論がなされてきており、特に、医療や少子化対策については、年末の最終報告で結論を得るべく検討が進められている。高齢者医療について年齢ではなく負担能力に応じた負担とし、現役世代の負担上昇の抑制等を図るとともに、少子化対策の更なる強化を図ることは、「現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役中心」というこれまでの社会保障制度の構造を見直し、すべての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくために不可欠な改革である。
- 今般の医療保険制度の改革においては、こういった課題に対応し、すべての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築するため、
 - ・ 後期高齢者の窓口負担の在り方などの給付と負担の見直しや不妊治療の保険適用、育児休業中の保険料免除などの子ども・子育て支援の実施といった「全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し」
 - ・ 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大、医療費適正化の推進、国民健康保険制度の取組強化といった「医療機関の機能分化・連携等」
 - ・ オンライン資格確認等システムやマイナンバー制度等、インフラを最大限活用するとともに、健診データ提供に係る仕組みの整備による医療のデジタル化やデータヘルスの推進、セルフメディケーションの推進等を含めた「生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）」等、総合的なパッケージとしての改革を進める必要がある。
- こうした観点から、下記項目について、当部会での意見について議論を整理する。

1. 全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し

（後期高齢者の窓口負担割合の在り方）

（調整中）

（傷病手当金の見直し）

- 健康保険における傷病手当金の支給期間については、同一の疾病・負傷

に関して、支給を始めた日から起算して1年6ヶ月を超えない期間とされており、その間に被保険者が一時的に労務可能となり、傷病手当金が支給されなかった期間についても、1年6ヶ月に含まれる制度とされている。

- このため、傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合等に患者が柔軟に利用できないとの指摘があり、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）及び「がん対策推進基本計画（第3期）」（平成30年3月9日閣議決定）では、「治療と仕事の両立等の観点から傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、傷病手当金の支給期間を通算して1年6ヶ月を経過した時点まで支給する仕組みとすること
 - ② 資格喪失後の継続給付を廃止すること
 - ③ 被保険者が労務不能か否かに係る審査の適正化、年金給付や労災給付との併給調整事務の効率化を図ることについて議論を行った。
- ①支給期間の通算化について、
 - ・ 傷病手当金は、労働力を回復するための生活の支えという趣旨の制度であり、治療と仕事の両立などのために柔軟に利用できるようにするべきである
 - ・ 支給期間が通算化されている共済組合と取扱いを合わせるべきなどの意見があった。
- ②資格喪失後の継続給付について、
 - ・ 本来、職場復帰を前提としている傷病手当金ではなく、雇用保険で給付すべきではないかといった意見があった一方で、
 - ・ 他制度との整理は必要であるものの、健康保険制度において、退職後の所得保障の措置を講じるニーズ自体は高いのではないかとといった意見があった。
- ③審査事務の適正化等について、
 - ・ 特に精神疾患について、本当に労務不能であるのかどうか、判断に悩む事例が多く、審査の適正化や判断基準について検討すべき

- ・ 傷病手当金の支給後に障害年金や労災保険の休業給付が支給された場合、傷病手当金を回収する必要がある、不良債権にもつながっている。このため、確実に併給調整ができる仕組みを検討すべきといった意見があった。

○ これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。

①について、

- ・ 傷病手当金の支給期間を通算して1年6ヶ月を経過した時点まで支給する仕組みとすること

③について、

- ・ 支給適正化に当たっては、各保険者で行われている審査運用のベストプラクティスの共有や裁決例のわかりやすい形での共有など、審査の効率化・適正化の方策を進めること
- ・ 障害年金等との併給調整については、まずは現在行っている保険者と日本年金機構の情報連携の効率化等に努めること
- ・ 労災保険との併給調整については、併給調整事務の円滑化に向けた対応を検討し、所要の措置を講じること

○ なお、②資格喪失後の継続給付については、労働者保護の観点から現行制度を維持するべきである。

(不妊治療の保険適用)

(調整中)

(任意継続被保険者制度の見直し)

○ 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が退職した後も、選択によって、引き続き退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度である。

○ 本制度については、退職した被保険者が国保に移行することによる給付率の低下の緩和という従来の意義の一部が失われていることから、

- ① 「従前の標準報酬月額又は当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」とされている保険料の算定基礎を、「従前の標準報酬月額」とすること
- ② 任意継続被保険者の被保険者期間を「最大2年」から「最大1年」とすること
- ③ 資格喪失の日の前日まで継続して「2か月以上」被保険者であること

という加入要件を「1年以上」とすること
という各論点について議論を行った。

- 任意継続被保険者制度の見直しの基本的な考え方としては、
 - ・ 様々な就労形態を考慮し、将来的な廃止を前提としつつ、見直しをしていくべき
 - ・ 職域保険と地域保険で所得の把握時期が異なるという制度の違いに起因する、退職後の負担能力を大きく上回る保険料負担を緩和するという意義のある制度であり、ある程度維持するべき
 - ・ 有期労働者や派遣労働者など、比較的立場の弱い人たちにしわ寄せが回るような見直しは回避すべき。
 - ・ 市町村の事務コストの問題などにも配慮すべきという意見があった。

- ①保険料の算定基礎については、
 - ・ 医療保険が基本的には保険者内部での連帯の仕組みであるため、従前の標準報酬月額とすることが適当などの意見があった。

- ②被保険者期間を「最大1年」とすることについては、
 - ・ 60歳未満でみると約8割の被保険者期間が1年以内となっており、現行の2年から1年に短縮するべきではないか
 - ・ 退職後に所得がない方が国保に移って最大2年間は退職前の高い所得に基づいて保険料を算定されてしまうケースがあることを考えると、この期間は短縮すべきではないなどの意見があった。

- ③加入要件を「1年以上」とすることについては、
 - ・ 2か月加入すれば2年間継続して被保険者となることができることには違和感があるといった意見があった一方、
 - ・ 現在の働き方にあわせると、短い期間の方が適切ではないか
 - ・ 加入要件の本来の趣旨は逆選択の防止であり、単に期間を延ばすべきではないなどの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。
 - ①について、

- ・ 健康保険組合の実状に応じた柔軟な制度設計を可能とするため、保険料の算定基礎を「当該退職者の従前の標準報酬月額又は当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」から「健保組合の規約により、従前の標準報酬月額」とすることもできるようにすること
- ②について、
 - ・ 被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、被保険者の任意脱退を認めること
- なお、③加入要件を「1年以上」とすることについては、有期雇用の労働者などの短期間での転職が多い被保険者が制度を利用できなくなり、被保険者の選択の幅を制限することになるため行うべきではない。

(育児休業中の保険料免除)

- 育児休業中の社会保険料については、被保険者の経済的負担に配慮して、免除される仕組みが設けられており、その免除期間については、その育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間とされている。
- 育児休業制度については、少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）において「柔軟な取得を可能とするための分割取得の拡充を検討するとともに、配偶者の出産直後の時期を中心に、男性の休業を推進するための枠組みについて、取得しやすい手続や休業中の給付などの経済的支援等を組み合わせることを含めて検討する」とされていることなどを受け、労働政策審議会雇用環境・均等分科会において、男性の休業の取得をより進めるため、特に子の出生直後の時期について、現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組み（以下「新たな仕組み」という。）を創設すること等について検討が進められている。
- 当部会においては、育児休業の取得促進や公平性の是正、事務負担の軽減といった観点から、現行制度を含め以下の課題について議論した。
 - ① 新たな仕組みについて保険料免除の対象とすることの是非
 - ② 月末時点で育児休業を取得している場合に当月の保険料が免除される一方、月途中で短期間の育児休業を取得した場合には、保険料が免除されないこと
 - ③ 賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されているにも関わらず、免除されており、賞与月に育休の取得が多いとい

った偏りが生じている可能性があること

- ①新たな仕組みについて、育休取得促進の観点から、保険料免除の対象とすべきである。
- その上で、現行制度及び新たな仕組みに関し、以下の措置を講じるべきである。
 - ・ ②月途中で短期間の育児休業を取得した場合に保険料が免除されないことへの対応として、育休開始日の属する月については、その月の末日が育休期間中である場合に加えて、その月中に2週間以上の育休を取得した場合にも保険料を免除すること。なお、その際には、同月内に取得した育児休業及び新たな仕組みによる休業等は通算して育休期間の算定に含めること
 - ・ ③賞与保険料が免除されることを要因として、賞与月に育休の取得が多いといった偏りが生じている可能性があることへの対応として、育休が短期間であるほど、賞与保険料の免除を目的として育休取得月を選択する誘因が働きやすいため、連続して1ヶ月超の育休取得者に限り、賞与保険料の免除対象とすること
- なお、これらの対応について、
 - ・ 今後、育休による保険料免除がどう変化するか、企業の適切な運用の促進、データの報告体制も含めて、フォロー・検証を行うべき
 - ・ 今回の見直しはここまでとしても、明確なスケジュール感をもって、適正化に向けた検討を行い、必要であれば対応をするべき
 - ・ 月末要件を残すことについては、現行の標準報酬月額制度における限界であり、見直しの議論をするのであれば、標準報酬月額制度の在り方も含めて議論すべき
 - ・ 中小企業の人手不足を鑑みると2週間、1ヶ月という育休取得期間は長すぎるなどの意見もあった。

（「現役並み所得」の判断基準の見直し）

- 後期高齢者の窓口負担割合については、現役並み所得を有する者は3割、それ以外の者は1割負担とされている。
- 「現役並み所得」の判断基準の見直しについては、改革工程表において、「年金受給者の就労が増加する中、「現役並み所得」の判断基準につい

て現役との均衡の観点から見直しを検討する」とされている。

- これを踏まえ、当部会において検討した結果、
 - ・ 現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する必要があること
 - ・ 「現役並みの所得の基準」の算定基礎となる現役世代の収入は、現在把握可能なデータは平成30年度のものであり、新型コロナウイルス感染症により現役世代の収入に影響があると考えられるところ、令和2年度の現役世代の収入は把握できないことから、引き続き検討すべきである。
- なお、「現役並み所得」の判断基準の見直し自体は必要であるものの、現役世代の負担が増えないよう公費の投入を行うべきとの意見があった。

(薬剤自己負担の引上げ)

- 薬剤自己負担については、改革工程表において、「外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、（中略）関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方
 - ② 自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）等の各論点について議論を行った。
- ①市販品類似の医薬品の保険給付の在り方については、
 - ・ 皆保険制度を維持するためには、大きなリスクは共助、小さなリスクは自助という方向に進まざるを得ず、市販品類似薬については保険給付範囲からの除外や償還率の変更も考えざるを得ないのではないか
 - ・ 薬剤の自己負担の引上げについて、諸外国の例も参考にしつつ、十分な財政効果が得られるような見直しを図っていくべきではないかという意見がある一方で、
 - ・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することが必要であり、財政問題だけで保険適用を見直すことは適当ではないの

ではないか

- ・ 医療用と市販薬では、同一の成分であっても期待する効能・効果や使用目的、患者の重篤性が異なる場合があり、市販薬の有無で取扱いを変えるのは理解し難いのではないかと
という意見があった。

- ②自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策については、
 - ・ 薬剤給付の適正化に向けては、自己負担の見直しのみならず、後発医薬品の利用促進やセルフメディケーション税制の拡充、生活習慣病の治療薬の在り方等についても検討すべき
 - ・ 新型コロナウイルス感染症による受診控えに伴い、OTC 医薬品の利用が進むなど、患者の意識も変化しつつあるため、スイッチ OTC 医薬品に限らず、OTC 医薬品全般の使用を進めるという観点で、セルフメディケーションの推進に取り組むべきではないかと
という意見があった。
- これらの意見を踏まえ、医療資源の効率的な活用を図る観点から、保険者の立場からも上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進策を講じるべきである。

(負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方)

- 医療保険制度における負担は、所得の状況に応じて決定されているところであるが、改革工程表において、「所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する」とされている。
- これを踏まえ、当部会において議論を行った結果、
 - ・ 平成 30 年 1 月から施行されている預貯金口座へのマイナンバーの付番の仕組みはあるものの、全ての預貯金番号に付番がなされている状況ではないなど、実務的な課題がある
 - ・ すでに金融資産の勘案の仕組みを導入している介護保険の補足給付が、低所得者向けに食費、居住費を福祉的に給付する仕組みであることを踏まえ、医療保険において金融資産等の保有状況を反映することの理論的課題をどのように整理するのか
といった意見があった。
- これらの意見を踏まえ、現時点で金融資産等の保有状況を医療保険の負

担に勘案するのは尚早であることから、引き続き検討すべきである。

- なお、環境の整備などに向けて、今後も積極的、前向きな検討を行っていくべきとの意見もあった。

(医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化)

- 現在、医療費の動向、医療費の伸び率の要因分解、制度別の実効給付率等について定期的に公表しているほか、制度改革や診療報酬改定の財政影響について、その都度必要に応じ公表しているところである。
- 医療費について保険給付率と患者負担率のバランス等の定期的に見える化については、改革工程表において、「支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、（中略）総合的な対応を検討」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、
 - ① 医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等をわかりやすい形で公表し、制度検討の議論に供することで、定期的に総合的な対応について検討していくこと
 - ② 国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成すること等について議論を行った。
- ①医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等をわかりやすい形で公表することについては、
 - ・ データのみならず、医療保険制度の仕組みを効果的に伝えることも重要ではないか
 - ・ 保険制度の利用に当たっての国民のコスト意識を喚起するような情報開示を進める必要があるのではないか
 - ・ 予防・健康づくりに要する費用にも着目すべきではないかなどの意見があった。
- ②国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成することについて

は、

- ・ 専門家だけではなく、国民が理解できるような形にすることが重要ではないか
- ・ どのような媒体を使っていくかということが重要なのではないか、ホームページでの発信に限らず、他の手法も考えるべきではないか
- ・ 「見える化」に加えてさらに積極的に教育するという視点も重要ではないか

などの意見があった。

- これらの意見を踏まえ、今後、医療費の財源構造、医療保険制度の比較、実効給付率の推移と要因分析、生涯医療費の分析内容について、年1回当部会において報告するとともにホームページ上で公表し、資料についてはわかりやすさを重視したものとすべきである。

(今後の医薬品等の費用対効果評価の活用)

- 費用対効果評価制度は、市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品や医療機器等を対象として、平成31年4月から運用が開始されているものであるが、現在、保険償還の可否の判断に用いるものとされておらず、保険収載されている医薬品や医療機器等について、価格調整を行うものとして用いられている。
- 今後の同制度については、改革工程表において、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、(中略)関係審議会等において検討」とされている。
- これを踏まえて、当部会で議論を行い、具体的な検討については、中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)において進めることとし、適宜当部会に報告することとした。
- 中医協においては、費用対効果評価制度の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大について、現行の制度運用の状況、体制強化の取組状況、個別品目に係る総合的評価等の審議が今後なされること等を踏まえ、どのように考えるかといった論点について議論が行われた。
- これについては、
 - ・ 本制度の運用は、平成31年度から開始されたばかりであること等か

ら、まずは現行制度の検証・評価等を行うことが重要であり、保険収載の可否等に用いることについては時期尚早である

- ・ あわせて、体制の強化や人材の育成等を図ることが重要であるといった意見があり、現在本制度において評価が進められている品目について、評価結果が得られ次第できるだけ速やかに報告し、その上で、現行の制度の課題を整理していくとされていることから、中医協において引き続き検討すべきである。

2. 医療機関の機能分化・連携等

(大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大)

(調整中)

3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）

(40歳未満の事業主健診情報の保険者への集約等)

- 高齢者医療確保法では、保険者は、40歳以上の加入者に特定健康診査を実施しなければならないが、労働安全衛生法に基づく事業主健診を受けた加入者については、これをもって特定健康診査を受けたものとしてすることができることとされている。
- このため、同法では、保険者は事業者に対して事業主健診の情報の提供を求めることができ、また、提供を求められた事業者は事業主健診の情報を提供しなければならないこととされているが、実態として特に中小企業等からの提供実績が低いという課題がある。
- 健康保険法等では、保険者は、全ての被保険者等に対し、健康教育、健康相談、健康診査等の保健事業を行うように努めなければならないこととされている一方で、40歳未満の者に係る事業主健診等の結果が事業者等から保険者へ提供される法的仕組みがない。
- 40歳未満の者に係る事業主健診情報の保険者への集約については、全世代型社会保障検討会議第2次中間報告（令和2年6月25日）において、「保険者や事業主による予防・健康づくりの基盤として、事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みを整備する」とされている。
- これを踏まえ、当部会においては、

- ① 40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組み
 - ② 後期高齢者医療広域連合等と被用者保険者等間の健診等情報の提供に係る法的枠組み
- 等について議論を行った。

○ これらについては、

- ・ 事業主と保険者が手を携え、働く方の健康を守るという基本的な考え方や、具体的な連携の在り方を関連する法体系の中にしっかりと位置づけるなど、関係者が一丸となって取り組めるよう、確固たる土台づくりを進めることが必要である
- ・ 事業主健診データの取得の実効性を高めるため、労安法に保険者への提出義務を追加すべき
- ・ 事業主健診と特定健診における血糖検査の取扱いをそろえる必要がある
- ・ 健診情報を保険者に集約するに当たって、標準化・デジタル化されたデータとなるよう検討すべき

といった意見があった。

○ これらの意見を踏まえ、以下の措置を講じるべきである。

- ・ 40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組みを整備し、保険者は当該情報も活用して適切かつ有効に保健事業を行うこと（健保連・国保連についても保健事業の実施主体となり得るため同様に情報の提供と活用に係る仕組みを設けること）。併せて、後期高齢者医療広域連合等と被用者保険者等間の健診等情報の提供についても法的枠組みの整備を行うこと
- ・ 労働安全衛生法に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」を改正し、事業者から保険者へ事業主健診の結果を提供すべき旨等を規定すること
- ・ 事業主健診の血糖検査の方法を特定健診と合わせ、事業主健診と特定健診の項目の差異を減らすこと
- ・ 事業者と健診実施機関の契約書のひな形を作成し、健診実施機関から保険者に事業主健診の結果を直接提供することを推進すること
- ・ 健診実施機関による保険者への健診結果の提供や、保険者における被保険者等と健診結果の紐付けを円滑にする観点から、事業主健診の問診票のひな形に保険者番号や被保険者番号等を記入する欄を設け、健診実施時にその問診票の使用を推進すること

- なお、事業主健診情報の集約に当たっては、事業主や保険者に過度な負担が発生しない手法を検討すべきといった意見や、デジタル化の議論も踏まえたデータの集約のあり方を検討すべきといった意見があった。

議題の整理(案)に関する参考資料

医療保険制度改革に向けて

1. 全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し	
① 現役世代の負担上昇を抑えるための後期高齢者の窓口負担割合の在り方見直し	3
② 傷病手当金の見直し	33
③ 不妊治療の保険適用に向けた検討	37
④ 任意継続被保険者制度の見直し	41
⑤ 育児休業保険料免除の見直し	46
⑥ その他（現役並み所得者の基準の見直し、金融資産等の保有状況の反映の在り方など）	52
2. 医療機関の機能分化・連携及び国保の取組強化の推進	
① 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大	75
② 国保の取組強化	79
3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）	
① 保険者努力支援制度等の着実な推進	89
② 疾病予防、重症化予防の推進	94
③ 効果的な予防・健康づくりに向けた事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みの整備	102
④ エビデンスに基づく予防・健康づくりの推進	105
関係文書抜粋	108

1. 全ての世代の安心の構築のための 給付と負担の見直し

- ① 現役世代の負担上昇を抑えるための
後期高齢者の窓口負担割合の在り方見直し

後期高齢者の窓口負担割合の在り方について

全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

①後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、**具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準**とともに、**長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮**について、検討を行う。

全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告(令和2年6月25日) (抄)

第1章 はじめに

1. これまでの検討経緯

全世代型社会保障検討会議は昨年12月に中間報告を公表し、昨年末の時点における検討成果について中間的な整理を行った。(略)。

本年は2月19日に第6回会議を開催後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、審議を一時中断した。当初の予定では、本検討会議は本年夏に最終報告をとりまとめる予定であったが、こうした状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期することとした。これに伴い、第2回目の中間報告を行うこととした。

本年度の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

昨年12月の中間報告以降、本検討会議において検討したテーマについての検討結果は以下のとおり。

4. 医療

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、昨年末の最終報告において取りまとめる。

後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
			現役並み所得 約130万人 (約7%)	課税所得145万円以上 年収約383万円以上
一般 約945万人 (約52%)	課税所得145万円未満 住民税が課税されている世帯(※)で年収383万円未満	1割	18,000円 [年14.4万円]	57,600円 <多数回該当: 44,400円>
低所得Ⅱ 約435万人 (約24%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ 約305万人 (約17%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

※ 一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。

計: 約1815万人

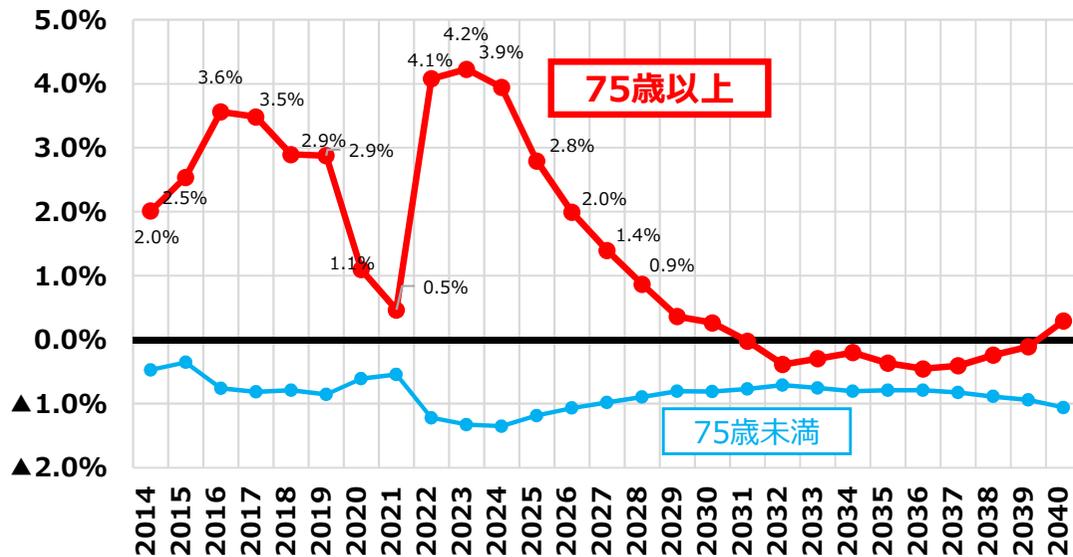
注) 年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

人数は後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査における令和2年7月時点のもの。

後期高齢者の窓口負担割合の見直しの必要性と意義

- 2020年度の現役世代の後期高齢者への支援金は総額で**6.8兆円**、**1人あたり6.3万円程度**。
 (※) 2010年代の支援金は、総額については毎年度1,600億円(平均)増加、1人あたりは毎年度1,700円(平均)増加
 - 後期高齢者支援金総額は、**2022年度は7.2兆円**、**2025年度は8.2兆円**となると見込まれる。前年度から**2022年度は+2,500億円**、**2025年度は+3,100億円増加**の見込み。また、現役世代の1人あたり支援金負担が**2022年度は+3,200円**、**2025年度は+4,000円増加**の見込み。
 - 高齢者医療の持続可能性確保のためには、**現役世代の理解が不可欠**。2022年度以降、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となりはじめる前に、現役世代が後期高齢者医療制度に拠出する**後期高齢者支援金の伸びを一定程度減少させ、現役世代の負担軽減**を図る改革は、**待ったなしの課題**。
 - 今、改革を行えば、団塊の世代の影響による支援金の伸びの増加分(2022年度は+1,000億円、2025年度は+1,500億円(※1))を選択肢1~5(※2)のいずれでも**高齢者と現役世代が分かち合うことが可能**。
 (※1) 1人あたり支援金の伸びの増加分は、2022年度で+1,500円、2025年度で+2,200円
 (※2) 選択肢1~5の支援金抑制効果は、2022年度時点で▲470~▲1430億円、医療費の伸びに伴い、2025年度で▲600~▲1800億円
 現役世代の1人あたり支援金で見ると、2022年度時点で▲400~▲1300円、医療費の伸びに伴い、2025年度で▲600~▲1800円
 (注) 支援金の伸びは毎年度生じる一方、抑制効果は、2022年度に行った改革効果が、見直しを行わなかった場合と比較して持続している前提で試算
- また、2026年度以降は、75歳人口の増減率の減少に伴い、将来の支援金増加額は現行の+千数百億円程度に戻ることも留意が必要。

[年齢別の人口増減率の推移]



[現役世代の保険料に占める後期高齢者支援金相当額]

	2010年度	2020年度
現役世代1人あたり後期高齢者支援金	約4.4万円 (月3,667円)	約6.3万円 (月5,248円)
(参考) 後期高齢者保険料(平均)	約6.3万円 (月5,258円)	約7.7万円 (月6,397円)

※2020年度は概算賦課ベース

所得基準として考えられる機械的な選択肢

	考え方	所得・収入目安	後期高齢者に占める割合	対象者数
1	介護保険の2割負担の対象者の割合(上位20%)と同等	本人課税所得64万円以上 本人収入240万円以上	上位20% (現役並み区分を除くと13%)	約200万人
2	現行2割負担である70～74歳の平均収入額(約218万円)を上回る水準	本人課税所得45万円以上 本人収入220万円以上	上位25% (現役並み区分を除くと18%)	約285万人
3	平均的な収入で算定した年金額(単身:187万円)を上回る水準	本人課税所得28万円以上 本人収入200万円以上	上位30% (現役並み区分を除くと23%)	約370万人
4	本人に課税の対象となる所得がある水準 (諸控除を加味したうえで、所得に応じて納税している水準)	本人課税所得あり 本人収入170万円以上	上位38% (現役並み区分を除くと31%)	約520万人
5	本人に住民税の負担能力が認められる水準 (本人所得が住民税非課税水準を超える水準)	本人所得35万円超 本人収入155万円以上	上位44% (現役並み区分を除くと37%)	約605万人

注) ・上位44%は課税所得がある者に加えて、所得等が一定額以上の者を対象とするもの。

・本人収入は、それぞれの課税所得等をもとに年金収入のみの単身世帯を前提に計算。対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入を計算している。

・対象者数の積算にあたって、収入基準として介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定することを前提に計算。

注) 後期高齢者夫婦世帯の場合の収入(配偶者:基礎年金想定)は、上位20%で360万円、上位25%で340万円、上位30%で320万円、上位38%で290万円、上位44%で290万円。

窓口負担の見直しに係る財政影響

	給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者 保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
上位20%の場合 課税所得64万円 収入単身240万円、複数360万円	▲1,240億円	▲470億円	▲120億円	▲650億円
上位25%の場合 課税所得45万円 収入単身220万円、複数340万円	▲1,750億円	▲670億円	▲170億円	▲920億円
上位30%の場合 課税所得28万円 収入単身200万円、複数320万円	▲2,290億円	▲880億円	▲220億円	▲1,200億円
上位38%の場合 課税所得あり 収入単身170万円、複数290万円	▲3,200億円	▲1,220億円	▲310億円	▲1,660億円
上位44%の場合 所得35万円 収入単身155万円、複数290万円	▲3,740億円	▲1,430億円	▲370億円	▲1,960億円

一定所得以上の者の窓口負担割合を2割に引き上げ、一般所得の後期高齢者に対して、外来自己負担増加額を最大4,500円にした場合(2022年度施行、満年度)。

※1 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。

※2 2020年度予算ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※3 実効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効果(いわゆる長瀬効果)を見込んでいる。

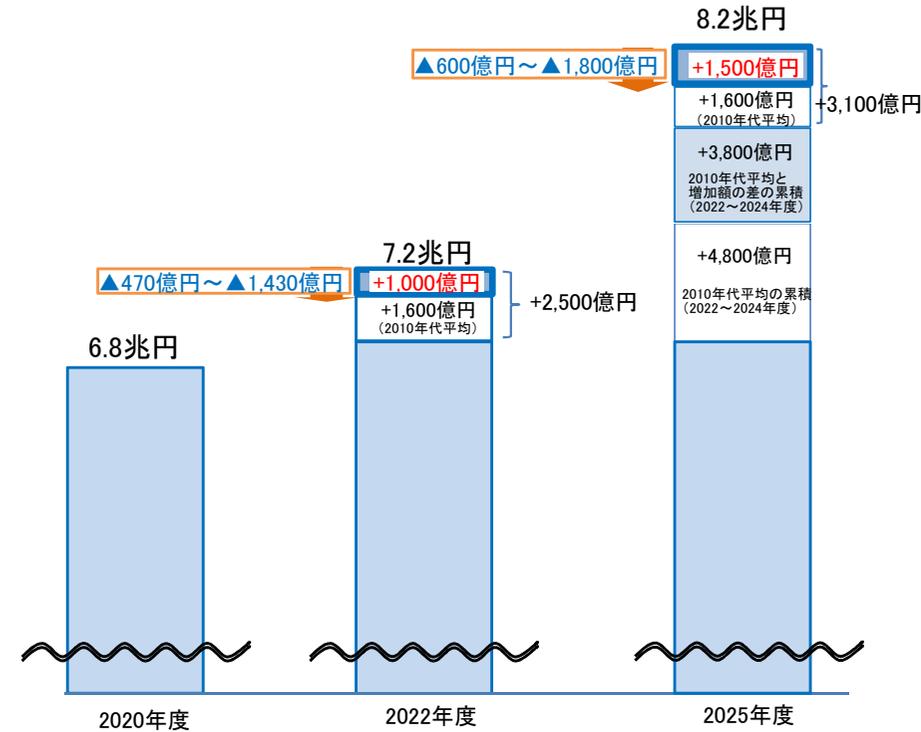
※4 後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、右列の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。

(参考) 後期高齢者支援金の伸びと改正効果のイメージ

(注) 支援金の伸びは毎年度生じる一方、抑制効果は、2022年度に行った改革効果が、見直しを行わなかった場合と比較して持続している前提で試算

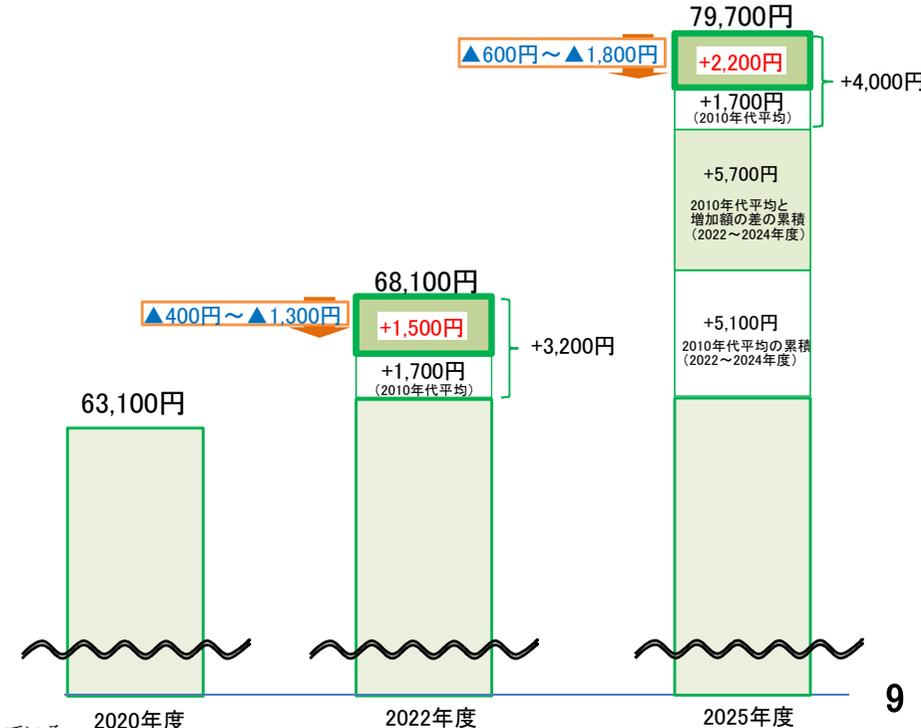
【支援金総額に対する抑制効果について】

	2020年度	2022年度時点	2025年度時点
支援金総額	6.8兆円	7.2兆円	8.2兆円
支援金の前年度からの増加額 (2010年代平均との増加額の差額)	2010年代の平均で +1,600億円/年	+2,500億円 (+1,000億円)	+3,100億円 (+1,500億円)
選択肢1 上位20%	後期高齢者医療費の伸びに沿って、 改革効果も一定程度増加する	▲470億円	▲600億円
選択肢2 上位25%		▲670億円	▲840億円
選択肢3 上位30%		▲880億円	▲1,100億円
選択肢4 上位38%		▲1,220億円	▲1,540億円
選択肢5 上位44%		▲1,430億円	▲1,800億円



【現役世代の保険料に対する抑制効果について】

	2020年度	2022年度時点	2025年度時点
1人当たり支援金総額	63,100円	68,100円	79,700円
1人当たり支援金の前年度からの増加額 (2010年代平均との増加額の差額)	2010年代の平均で +1,700円/年	+3,200円 (+1,500円)	+4,000円 (+2,200円)
選択肢1 上位20%	後期高齢者医療費の伸びに沿って、 改革効果も一定程度増加する	▲400円	▲600円
選択肢2 上位25%		▲600円	▲800円
選択肢3 上位30%		▲800円	▲1,100円
選択肢4 上位38%		▲1,100円	▲1,500円
選択肢5 上位44%		▲1,300円	▲1,800円



※2020年度予算ベースを足下にし、人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

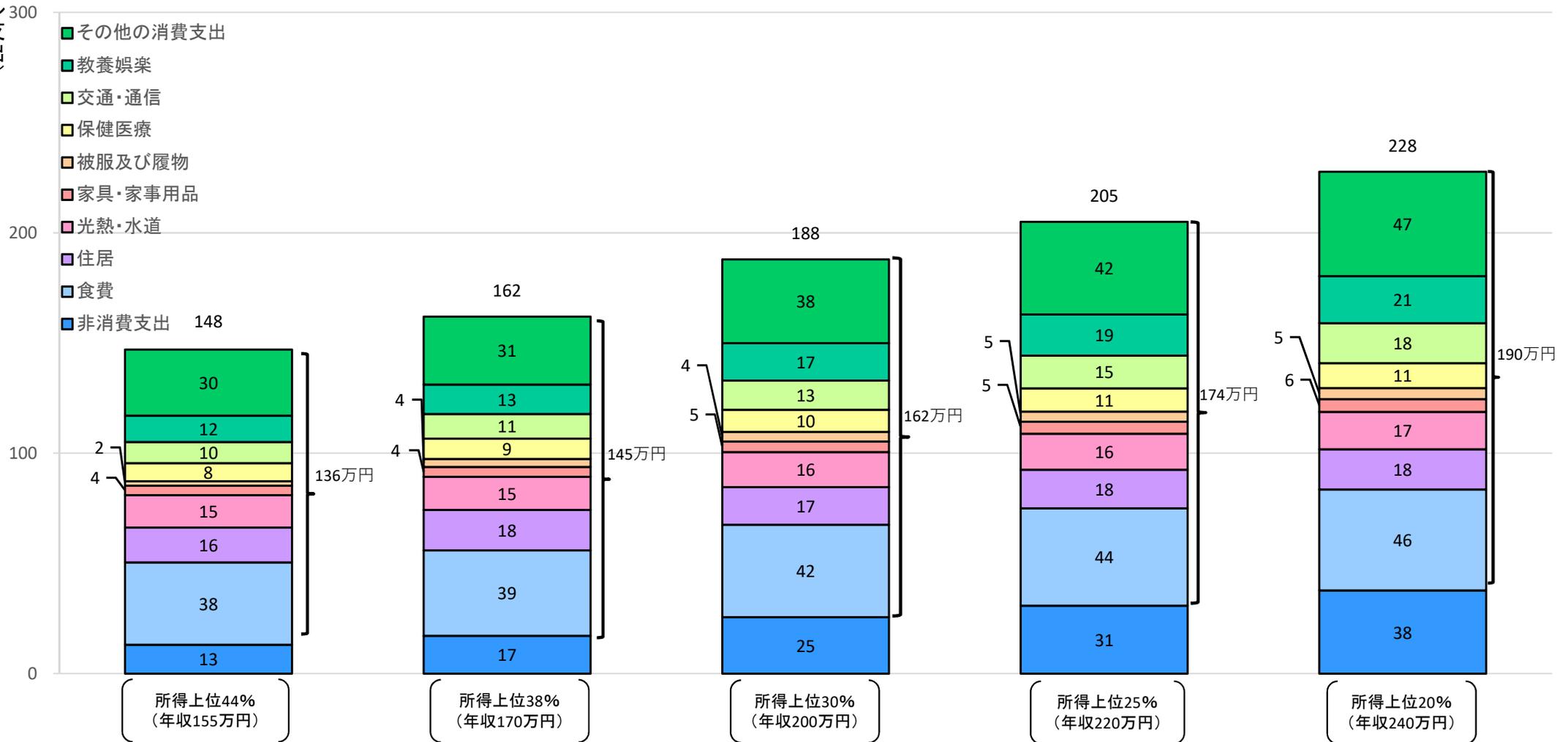
75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

単身世帯

○ 75歳以上の単身世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は240±50万円(上位20%)は87世帯、220±50万円(上位25%)は106世帯、200±50万円(上位30%)は123世帯、170±50万円(上位38%)は113世帯、155±50万円(上位44%)は104世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乘せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

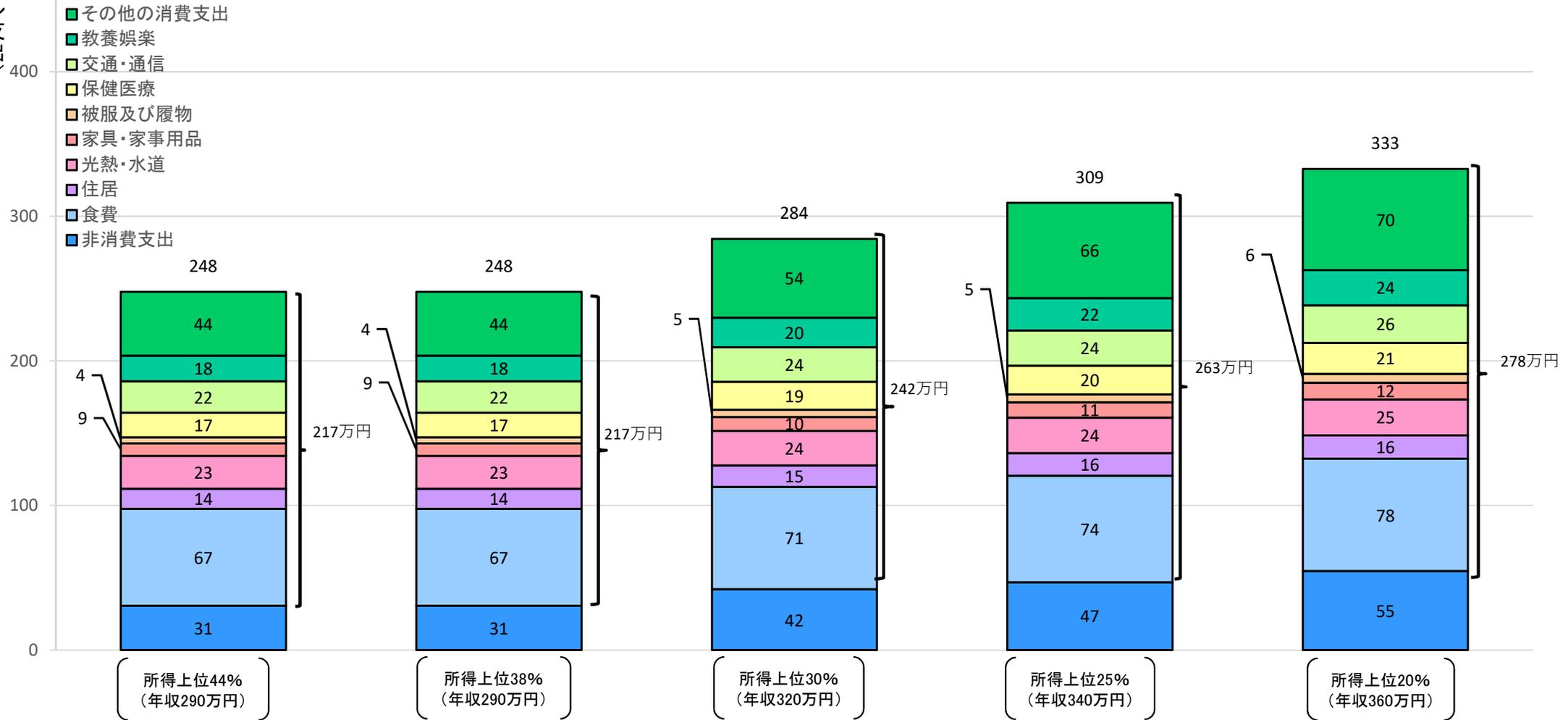
75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

夫婦世帯

○ 75歳以上の夫婦2人世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

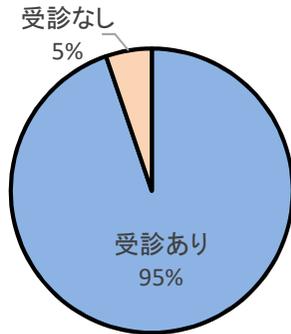
※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は360±50万円(上位20%)は204世帯、340±50万円(上位25%)は224世帯、320±50万円(上位30%)は232世帯、290±50万円(上位38%、上位44%)は209世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

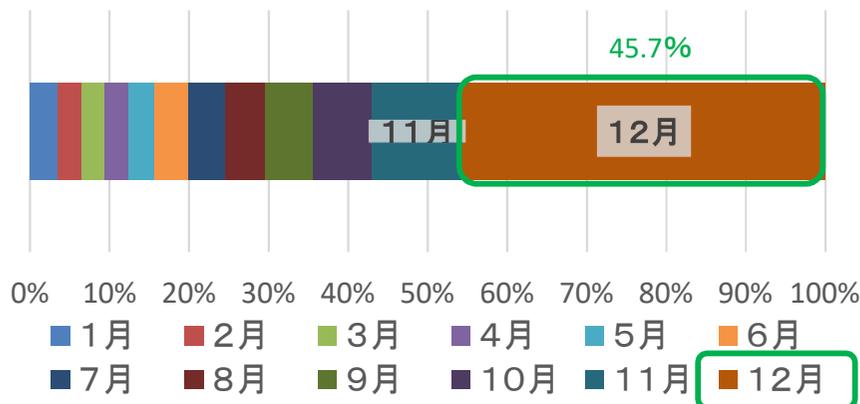
配慮措置の考え方（案）①

- 75歳以上の高齢者は、ほぼ全てが外来受診している。そのうち5割弱の者が毎月診療を受診している。
- 窓口負担割合を2割に引き上げることにより影響を受ける者の多くが、外来受診者である。窓口負担を2割負担とした場合、およそ6割の者が高額療養費の限度額に該当せず、負担が2倍となる。
- 1人当たり平均窓口負担額(年間)は、2割負担となると、約3.4万円増えるがほとんどは外来の影響。

年間で外来受診した患者の割合(後期高齢者)



外来受診した患者の受診月数(後期高齢者)



【1人当たり平均窓口負担額(年間)の変化】

	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)

※ () 内は、現行制度からの増加額

出典: 医療給付実態調査(平成30年度)

- (注) 1. 集計対象は、協会(一般)、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。
 2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したものである。
 平成30年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。
 3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

配慮措置の考え方（案）②

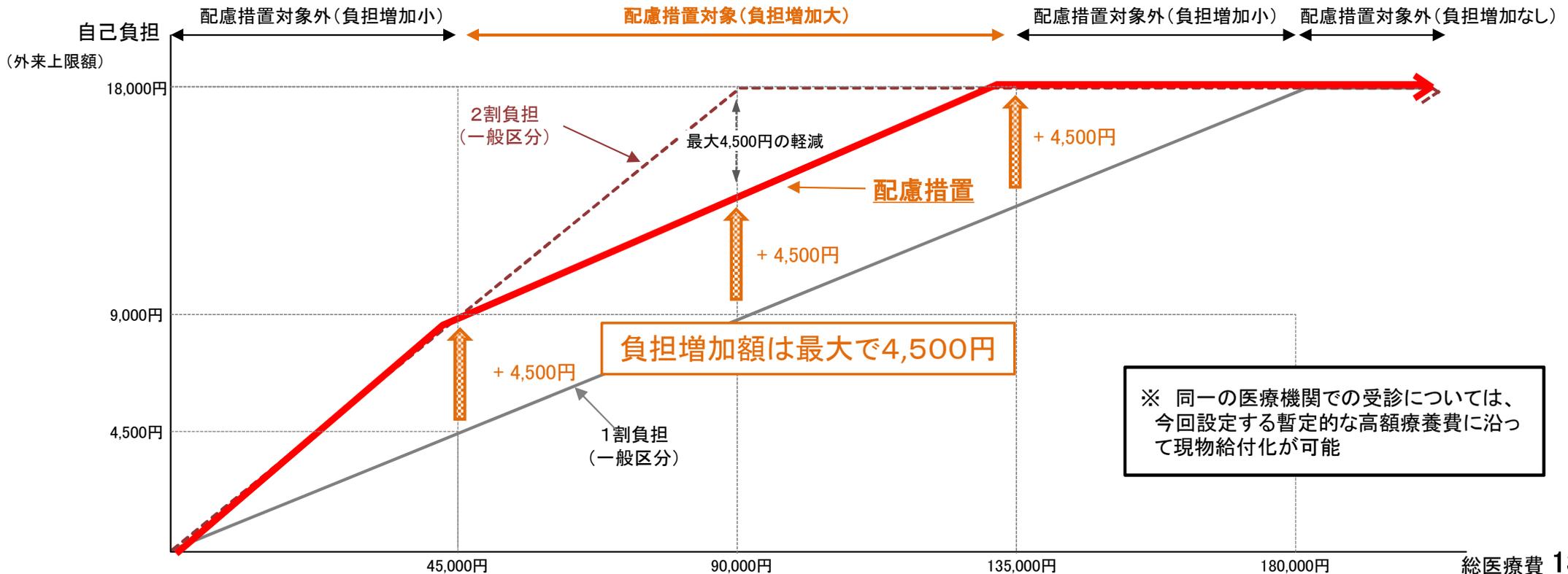
○ 配慮措置については、下記の内容で講じてはどうか。

① 長期にわたる外来受診について、急激な負担増を抑制するため、2割負担になる者の外来受診の負担増加額について、最大の場合（月9,000円）の半分である月4,500円とする。

※ 具体的には、負担額が月9,000円を超えた場合（すなわち医療費が45,000円を超えた場合）には、超えた医療費については1割負担となるよう、高額療養費の上限額を設定する。

② 急激な負担増加を抑制するためのものであり、2年間の経過措置とする。

※ 急激な負担増加を抑制しつつ、団塊の世代全員が後期高齢者入りする2025年までに本則とするため、2年間の経過措置とする。



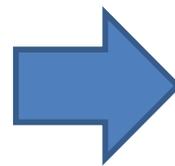
配慮措置の効果①（平均窓口負担額の変化）

- 一定所得以上の者が2割負担となった場合、配慮措置を講じることにより、窓口負担額の年間平均が約8.1万円⇒約11.1万円（配慮措置前は約11.5万円）となり、負担を抑制
- 配慮措置の対象となる長期頻回受診者等は、外来患者の約6割に該当する。

【1人当たり平均窓口負担額（年間）の変化】

	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)

※ ()内は、現行制度からの増加額



	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.2万円 (+2.7万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.1万円 (+3.1万円)

※ ()内は、現行制度からの増加額

▲0.4万円

配慮措置の効果②（具体的な疾病例）

○ 長期にわたり頻繁に受診が必要な患者が、大幅な負担増により必要な受診が抑制されないよう配慮。

	現行	見直し後			
		配慮措置なし		配慮措置あり	
		見直し影響額		配慮措置効果額	
1. 窓口負担額が2倍になる例					
(1)「関節症(膝の痛みなど)」で外来受診している場合 ※関節症患者の外来受診の平均的な診療間隔8日を基に計算(1年間通院)	3.2万円 (2,800円/月)	6.4万円 (5,600円/月)	(3.2万円増) (2,800円増/月)	6.4万円 (5,600円/月)	負担増/月は 4500円以内
(2)「高血圧性疾患」で外来受診している場合 ※高血圧性疾患の外来受診の平均的な診療間隔17日を基に計算(1年間通院)	2.9万円 (2,600円/月)	5.7万円 (5,200円/月)	(2.9万円増) (2,600円増/月)	5.7万円 (5,200円/月)	負担増/月は 4500円以内
(3)「脳血管疾患」で外来受診している場合 ※脳血管疾患患者の外来受診の平均的な診療間隔14日を基に計算(1年間通院)	4.1万円 (4,500円/月)	8.1万円 (9,000円/月)	(4.1万円増) (4,500円増/月)	8.1万円 (9,000円/月)	負担増/月は 4500円以内
(4)「関節症」及び「高血圧性疾患」で外来受診した場合	6.1万円 (5,400円/月)	12.2万円 (10,800円/月)	(6.1万円増) (5,400円増/月)	11.3万円 (9,900円/月)	(0.8万円) (900円/月減)
(5)「関節症」及び「脳血管疾患」で外来受診した場合	7.3万円 (7,300円/月)	14.4万円 (14,600円/月)※	(7.1万円増) (7,300円増/月)	12.7万円 (11,800円/月)	(1.7万円) (2,800円/月減)
<div style="text-align: center;"> </div>					
2. 窓口負担額が変化しない例					
(1)「骨折」して入院した場合 ※骨折の入院の平均的な在院日数50日を基に計算	11.5万円 (57,600円/月)	11.5万円 (57,600円/月)	(負担増なし)		たとえば複数疾病により受診した場合などには、配慮措置の対象となり、負担が軽減されることとなる
(2)「悪性新生物」で入院した場合 ※悪性新生物の入院の平均的な在院日数22日を基に計算	5.8万円 (57,600円/月)	5.8万円 (57,600円/月)	(負担増なし)		
3. 窓口負担額の変化が2倍未満である例					
「悪性新生物」で外来受診している場合 ※悪性新生物の外来受診の平均的な診療間隔12日を基に計算(1年間通院)	14.3万円 (13,800円/月)	14.4万円※ (18,000円/月)	(0.1万円増) (4,200円増/月)	14.4万円 (18,000円/月)	負担増/月は 4500円以内

※年間上限により年14.4万円に負担軽減される

配慮措置の対象者となる者の割合等

【1人当たり平均窓口負担額(年間)】

	現行（1割負担）	2割負担	配慮措置
外来	4.6万円	7.6万円（+3.1万円）	7.2万円（+2.7万円）
入院	3.5万円	3.9万円（+0.4万円）	3.9万円（+0.4万円）
合計	8.1万円	11.5万円（+3.4万円）	11.1万円（+3.1万円）

【外来・入院別の2割負担となる者の特徴】

※割合（%）は全て新たに2割負担となる対象者に対する割合

		外来	入院
外来受診又は入院した患者 (1年間のうちに1度でも受診・入院した者)		96% (平均9.5ヶ月受診)	25% (平均2.9ヶ月受診)
①	2割負担となっても負担増加がない者 (全ての受診月で高額療養費の対象) →現行制度における窓口負担が外来月額18,000円以上、 入院月額57,600円以上	3%	6%
②	全ての受診月で負担額が2倍となる者 (全ての受診月で窓口負担が外来月額9,000円以下、 入院月額28,800円以下)	61%	4%
③	②以外で、負担増となる月がある者	32% (平均10.2ヶ月受診)	15% (平均3.1ヶ月受診)

※ 上記は、配慮措置がないとした場合のもの

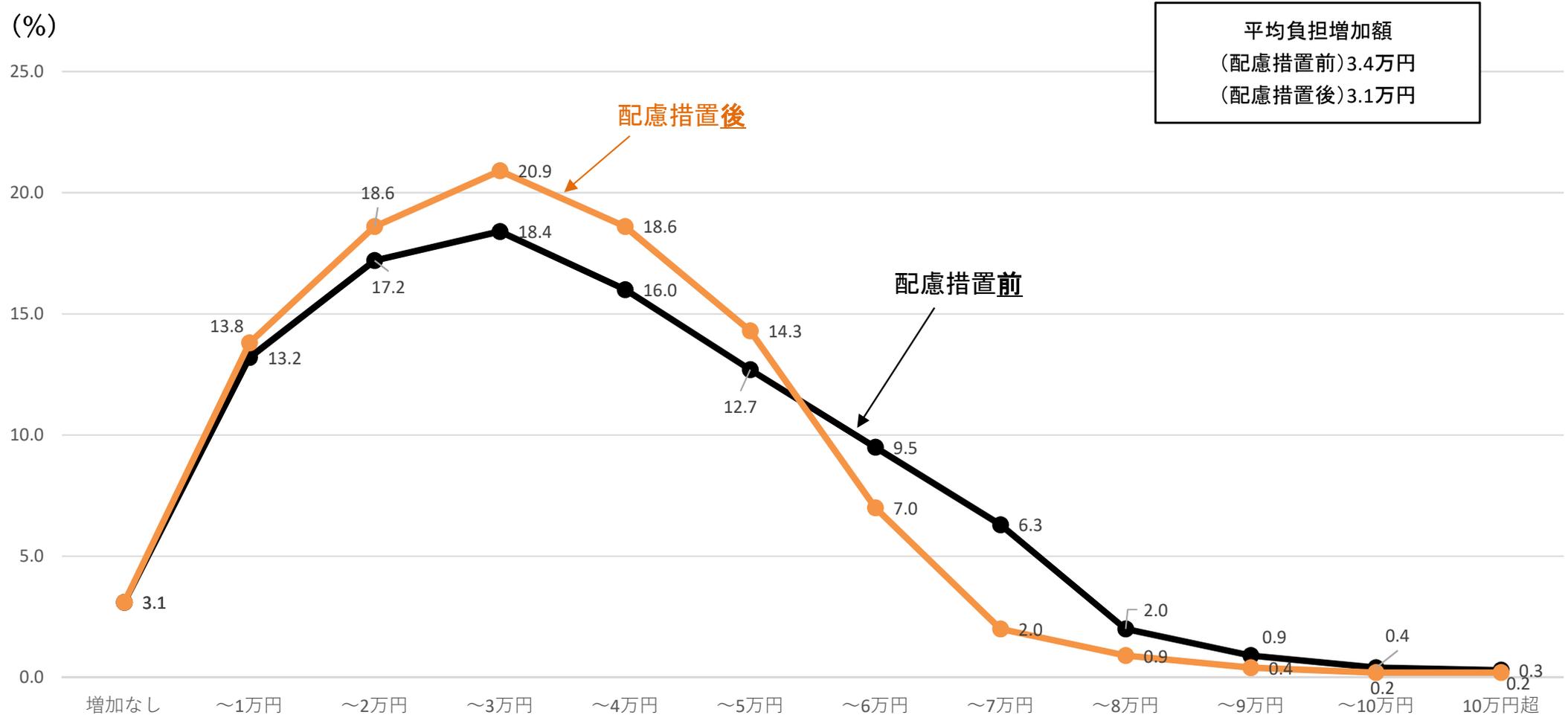


※割合（%）は負担増となる者に対する割合

配慮措置の対象となる月がある者 (いずれかの受診月の負担増加額が4,500円超)	約60%
--	-------------

2割負担となった場合の負担増加額の分布について

- 2割負担となった場合の患者のうち、負担が増加しない者は約3%、3万円以下の者は約52%、5万円以下の者は約81%となる。
- 配慮措置を講じた場合については、負担が増加しない者は約3%、3万円以下の者は約56%、5万円以下の者は約89%となる。



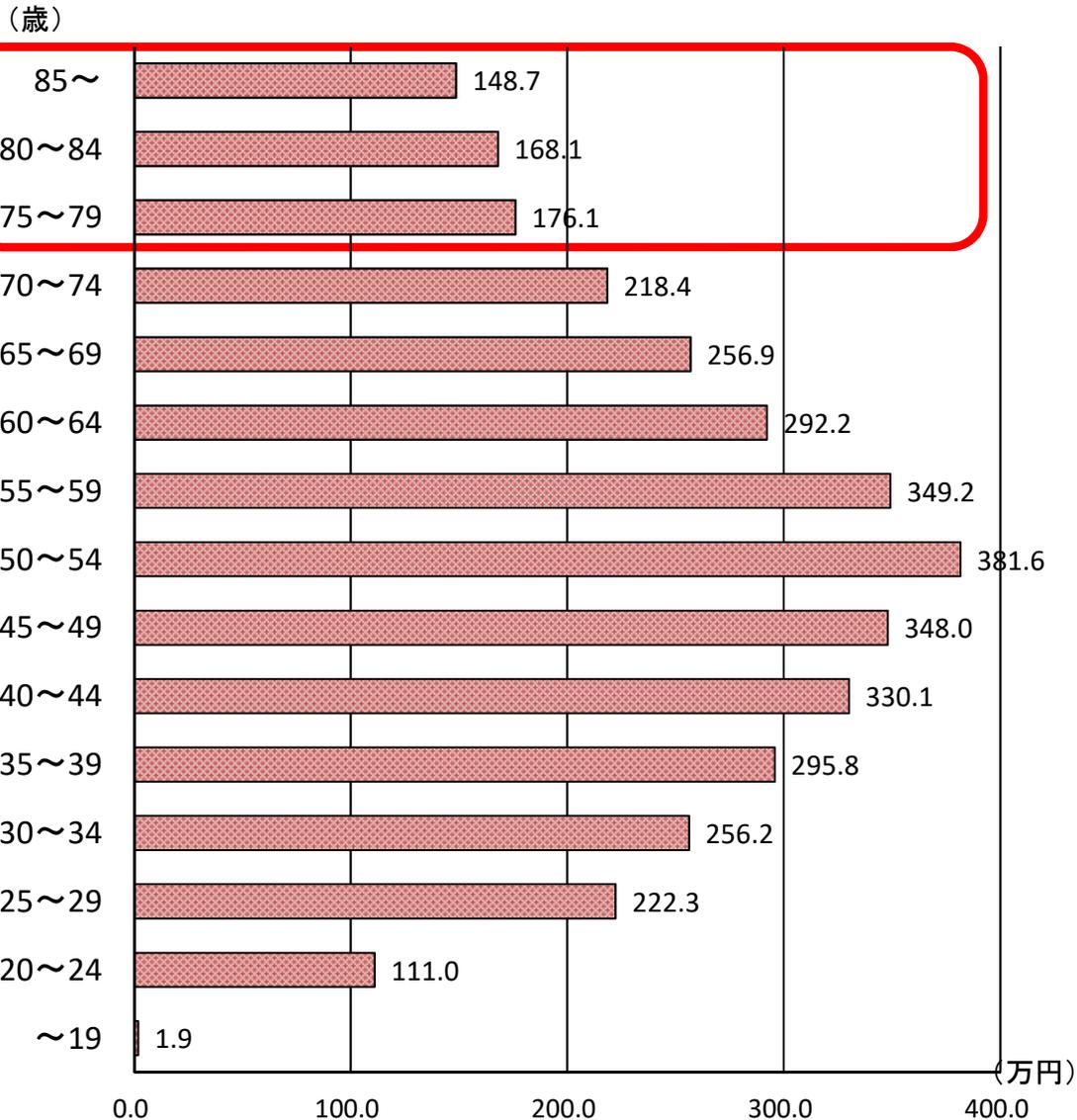
出典：医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

※1 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。
 ※2 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

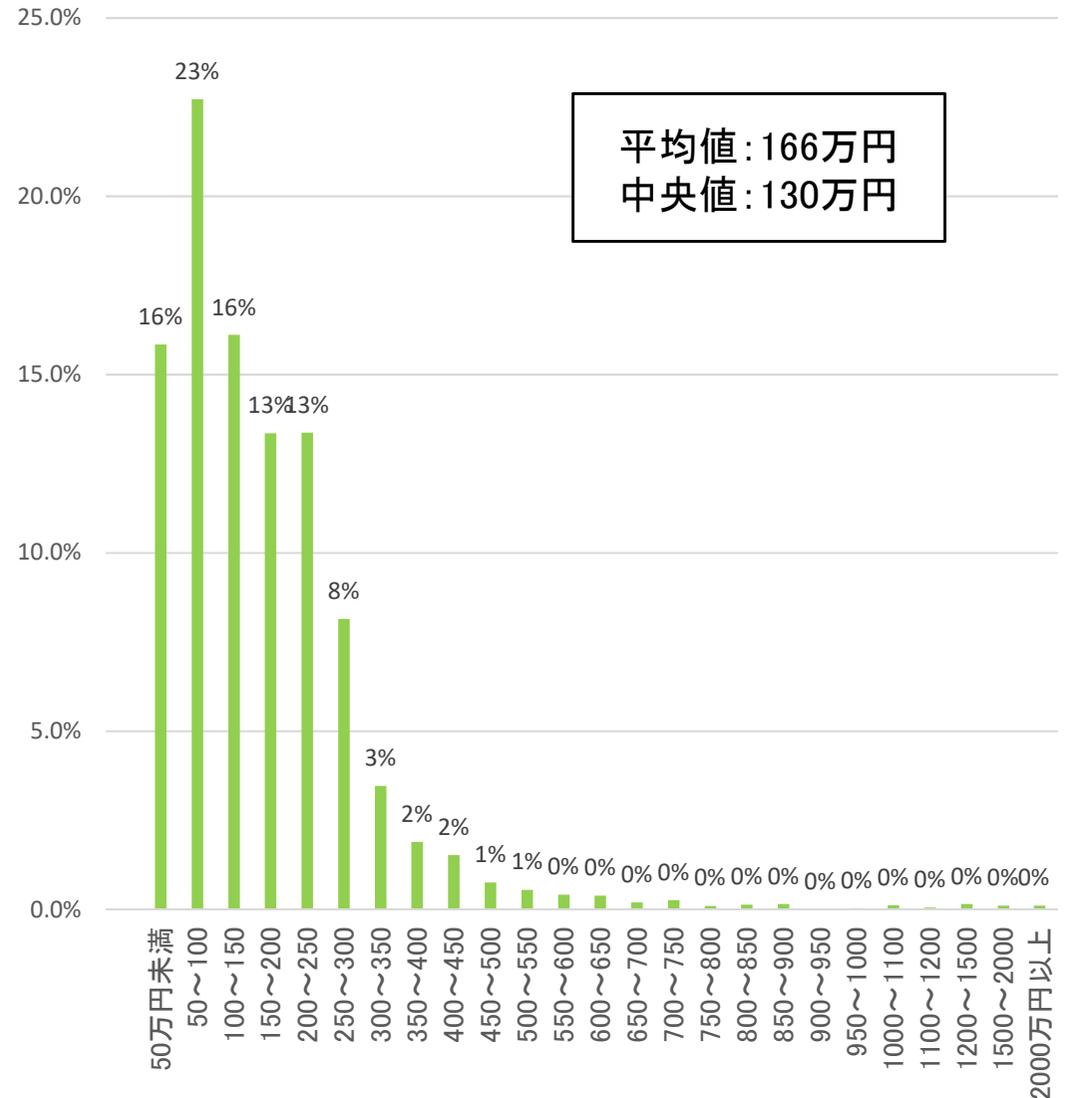
高齢者の収入の状況

- 平均収入は、50～54歳を頂点に、年齢を重ねるにつれて低下。
- 75歳以上個人の収入は、50%以上が150万円未満の階層に分布している。

<年齢階層別の平均収入>



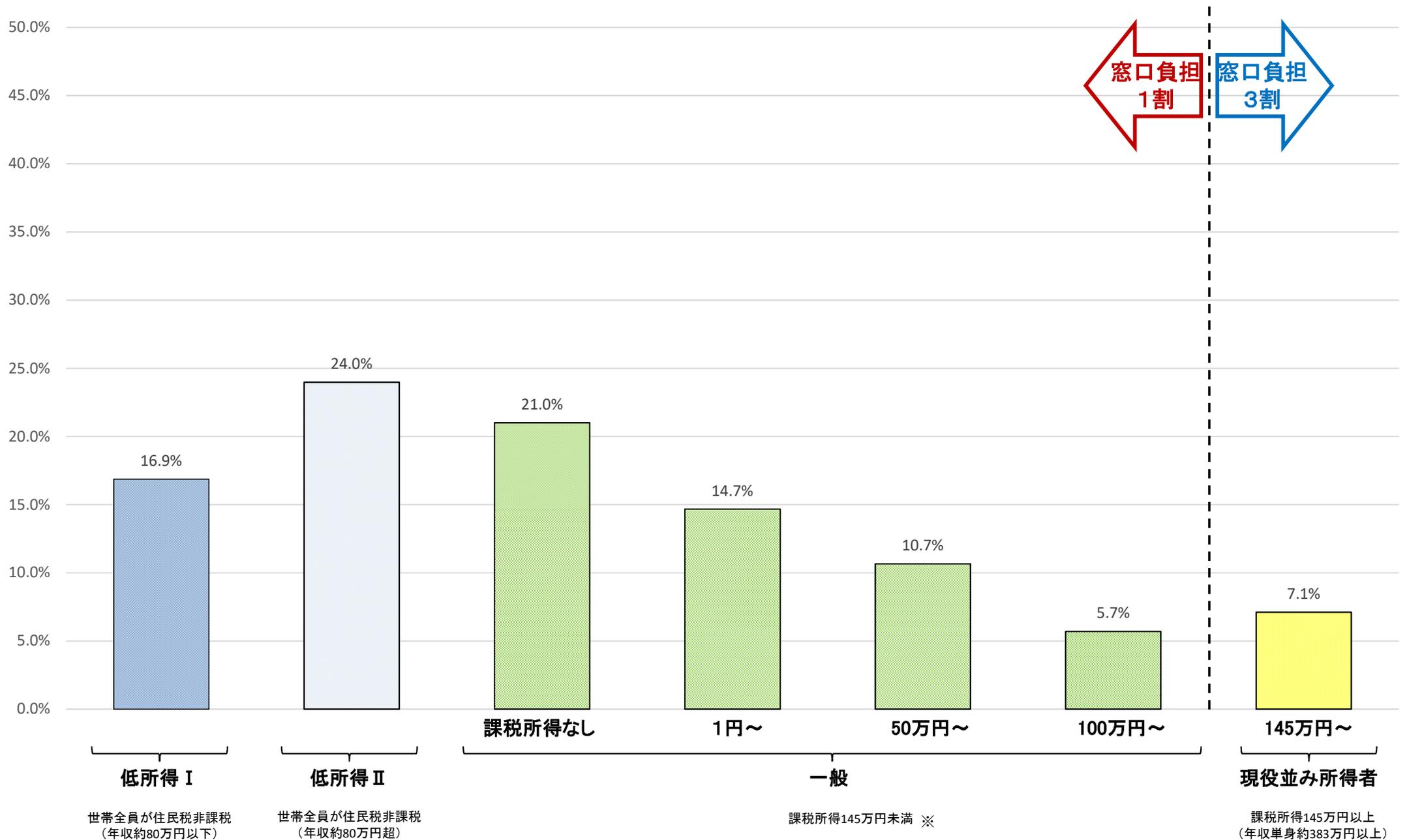
<75歳以上個人の収入額の分布>



【出典】2019年(令和元年)国民生活基礎調査(抽出調査)

※ 「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。(事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている)

後期高齢者医療制度加入者の課税所得分布



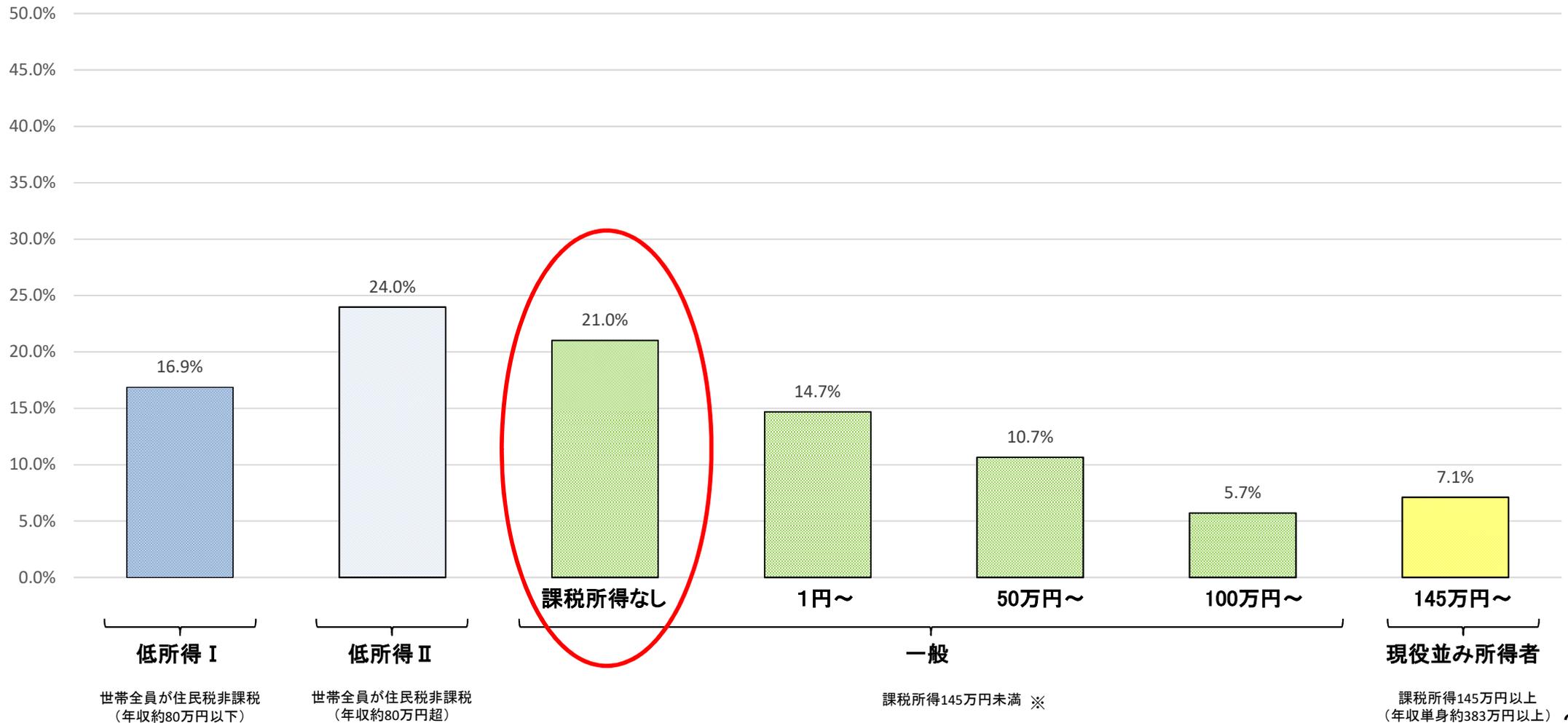
出典：令和2年7月時点の後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査による令和元年の課税所得

後期高齢者制度の被保険者について、世帯内の被保険者の最大課税所得の階級別に集計。(例：夫100万円と妻0円の世帯の場合には、100万円2名とカウント)

※ 課税所得のある子ども等と同居していない場合は年収「155万円超」、同居している場合は年収「155万円以下」も含む。

一般区分の「課税所得なし」の世帯収入について

- 一般区分の「課税所得なし」は、同居する子等に住民税非課税水準を超える所得がある世帯が含まれる。
- 子との2人世帯で子が給与所得者の場合と仮定すると、子の収入は156万円超である。
※子の収入は、住民税非課税水準の所得(91万円) + 給与収入(給与所得控除65万円)で算定。



後期高齢者医療における窓口負担と保険料の判定について

窓口負担	保険料
<ul style="list-style-type: none">○ 現役並み所得者の判定は、世帯内の後期高齢者の最大課税所得者の課税所得により判定。【個人単位】○ 低所得区分の判定は、同居する子ども等も含めた世帯全員が住民税非課税かどうかで判定。【世帯単位】	<ul style="list-style-type: none">○ 被保険者本人の所得により判定。【個人単位】○ 保険料の軽減の判定は、世帯主と世帯内の被保険者の所得の合計により判定。【世帯単位】

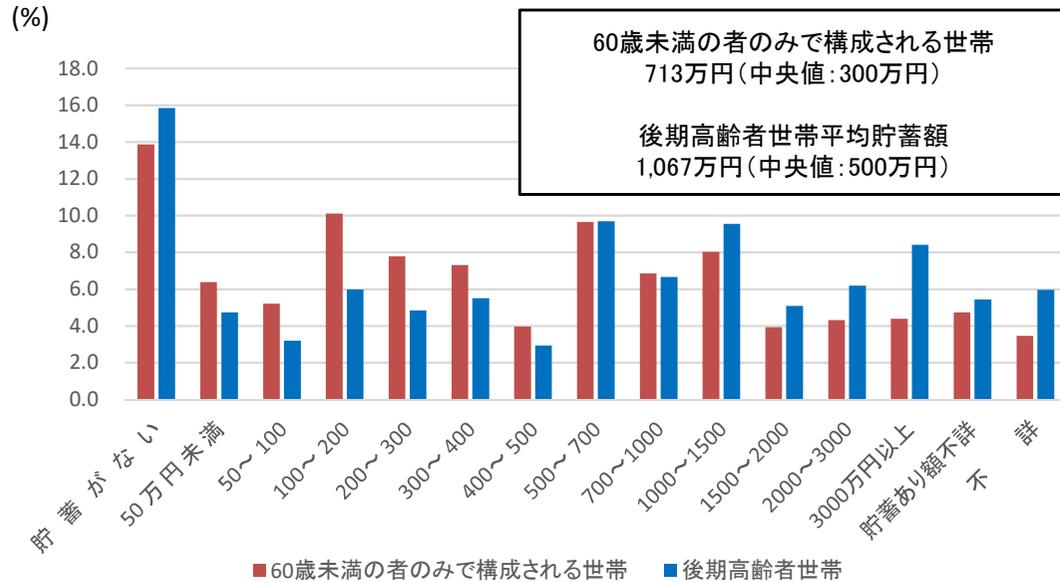
(参考) 後期高齢者医療における所得等の範囲の比較

収入	事業収入、給与収入、年金収入 等			
所得		雑損失の 繰越控除	純損失の 繰越控除 ※	必要経費、給与所得控除、 公的年金等控除、特別控除 等
			※青色申告者のみ	
課税所得	所得控除 (基礎控除、配偶者控除、 社会保険料控除等)	雑損失の 繰越控除	純損失の 繰越控除 ※	必要経費、給与所得控除、 公的年金等控除、特別控除 等
			※青色申告者のみ	

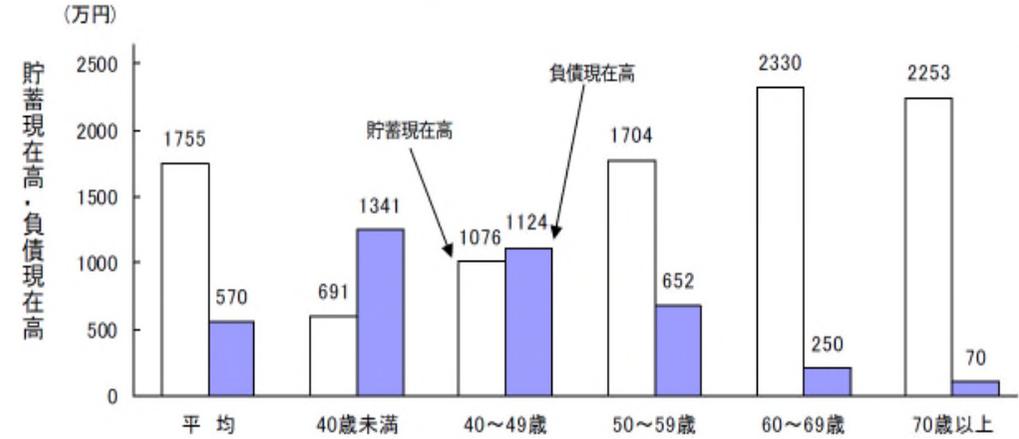
※上図の所得は、「総所得金額等」。なお、「合計所得金額」は総所得金額等に純損失・雑損失の繰越控除を足したもの。

後期高齢者世帯の貯蓄の状況等

＜後期高齢者世帯の貯蓄額の分布＞



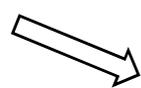
＜世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)＞



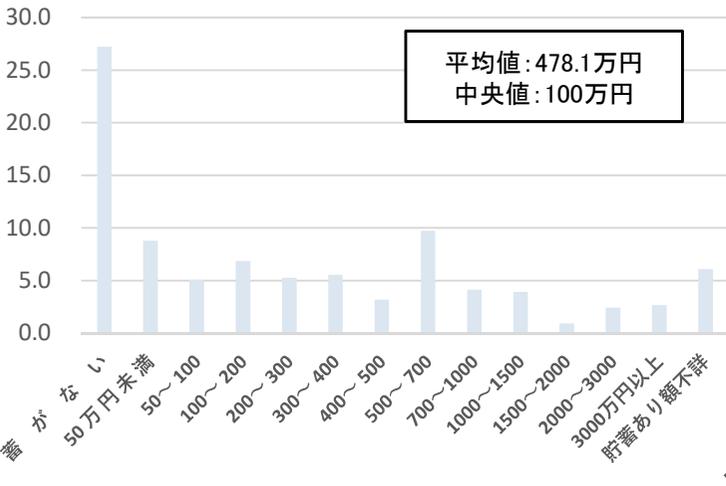
※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」令和元年(2019年)

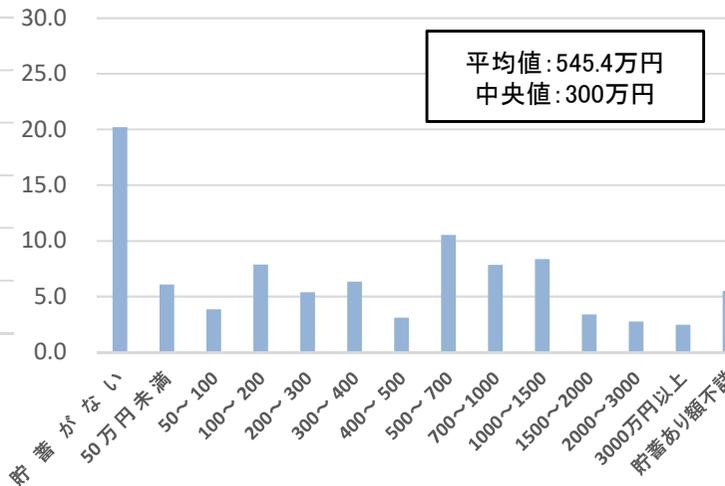
※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。



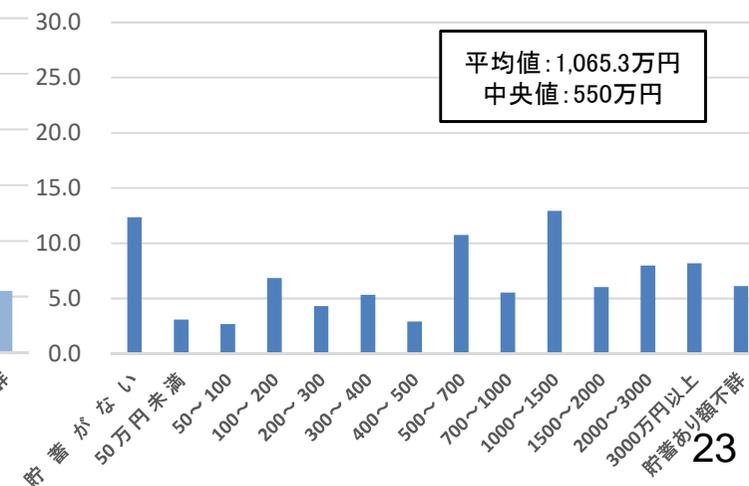
＜100万未満の年収世帯の分布＞



＜100万～200万の年収世帯の分布＞



＜200万～300万の年収世帯の分布＞



直近の家計の収支状況(令和元年・2年家計調査)

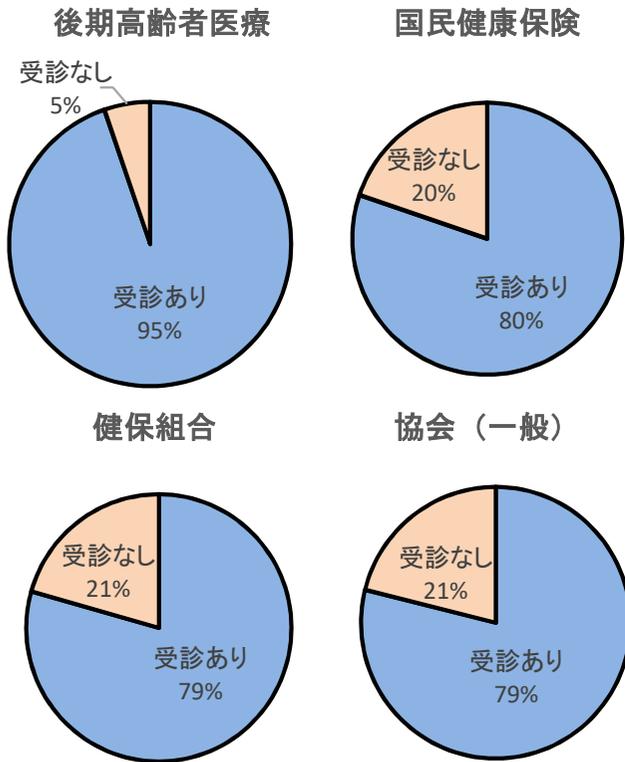
75歳以上の夫婦無職世帯

用途分類	2019年							2020年						
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
集計世帯数	571	556	549	569	568	580	565	537	555	559	564	565	576	575
世帯主の年齢(歳)	81.62	81.69	81.52	81.57	81.69	82	81	81.84	81.93	82.02	82.05	81.91	82	82
受取	355,385	808,715	365,007	831,440	329,423	773,036	339,676	340,294	752,276	331,497	872,849	333,252	788,102	308,367
実収入	17,471	456,223	13,092	459,132	18,996	439,171	13,562	19,320	435,160	29,419	538,195	49,121	468,350	21,295
経常収入	10,333	451,455	9,525	455,788	15,718	431,362	10,551	12,984	432,508	11,462	442,790	16,445	460,192	17,736
特別収入	7,138	4,768	3,567	3,343	3,278	7,809	3,011	6,336	2,652	17,958	95,405	32,675	8,157	3,559
実収入以外の受取(繰入金を除く)	249,456	278,649	254,597	288,203	217,690	251,426	242,977	227,858	243,933	216,723	253,598	206,522	243,635	203,967
繰入金	88,457	73,844	97,318	84,105	92,736	82,438	83,137	93,116	73,183	85,355	81,056	77,609	76,118	83,105
支払	355,385	808,715	365,007	831,440	329,423	773,036	339,676	340,294	752,276	331,497	872,849	333,252	788,102	308,367
実支出	234,408	254,245	250,362	266,332	221,890	251,458	224,153	228,351	221,774	202,579	249,264	203,199	244,049	189,554
消費支出	230,560	209,836	219,499	216,051	207,570	205,430	217,017	218,182	177,200	184,174	198,834	190,482	202,161	181,159
食料	62,337	61,082	64,598	60,769	62,149	63,814	64,398	60,598	59,259	59,811	60,262	57,604	60,948	61,164
住居	13,436	7,347	7,878	14,464	13,746	9,004	12,027	8,733	8,270	11,149	16,166	16,133	16,682	7,763
光熱・水道	24,062	21,391	20,575	16,751	15,011	15,836	16,838	22,292	21,370	18,449	16,332	14,768	15,495	17,201
家具・家事用品	6,648	6,909	6,749	12,081	12,465	9,092	13,435	6,028	7,154	8,130	12,850	10,458	11,819	6,938
被服及び履物	4,245	4,312	5,860	5,845	5,281	4,032	4,957	2,809	1,831	3,500	5,045	3,866	2,995	2,662
保健医療	14,527	13,579	15,464	19,006	16,836	14,581	17,867	16,326	14,120	11,729	15,607	16,655	17,716	14,866
医薬品	2,734	3,452	3,311	2,861	3,260	3,188	3,662	3,260	3,064	2,950	3,337	3,102	3,120	2,913
健康保持用摂取品	1,402	1,599	1,171	1,578	1,654	1,614	1,806	1,612	2,568	1,604	2,051	2,218	2,681	1,859
保健医療用品・器具	1,221	2,202	2,486	5,824	1,697	1,794	2,053	1,348	2,388	2,081	3,124	1,704	2,697	1,928
保健医療サービス	9,171	6,326	8,496	8,743	10,225	7,985	10,346	10,107	6,100	5,094	7,095	9,632	9,219	8,166
交通・通信	20,403	18,661	24,401	19,239	18,279	19,902	21,394	35,804	15,521	27,085	18,149	16,757	20,225	15,987
教育	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
教養娯楽	21,143	27,089	23,828	22,600	18,116	18,318	20,952	16,416	16,652	13,430	14,674	14,970	15,002	15,893
その他の消費支出	63,699	49,466	50,146	45,296	45,687	50,851	45,148	49,176	33,023	30,890	39,749	39,269	41,279	38,687
非消費支出	3,848	44,409	30,863	50,281	14,321	46,027	7,135	10,169	44,574	18,405	50,430	12,717	41,889	8,395
直接税	2,187	12,476	29,992	16,882	8,459	11,935	4,439	5,228	18,164	18,255	20,110	8,842	9,933	4,090
勤労所得税	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	42	0	39	0
個人住民税	29	4,645	10	7,170	1,965	7,073	704	121	3,787	120	8,018	701	5,741	287
他の税	2,157	7,831	29,982	9,712	6,493	4,863	3,735	5,107	14,377	18,089	12,050	8,141	4,153	3,802
社会保険料	1,662	31,676	794	33,383	5,862	33,995	2,696	4,907	26,410	149	30,255	3,873	31,956	4,305

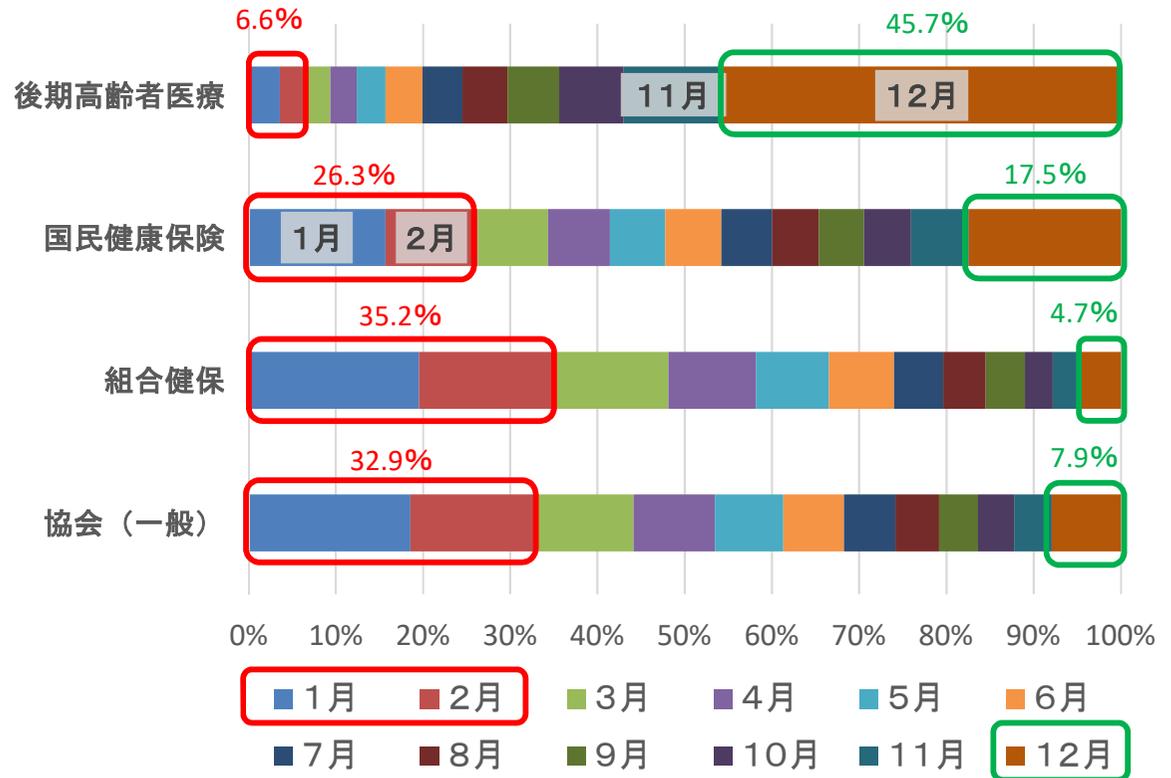
外来の受診動向の比較

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2ヶ月以下の割合は、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療では1割弱。
- また、後期高齢者医療では、外来受診者のうち5割弱の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



出典：医療給付実態調査（平成30年度）

（注）1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

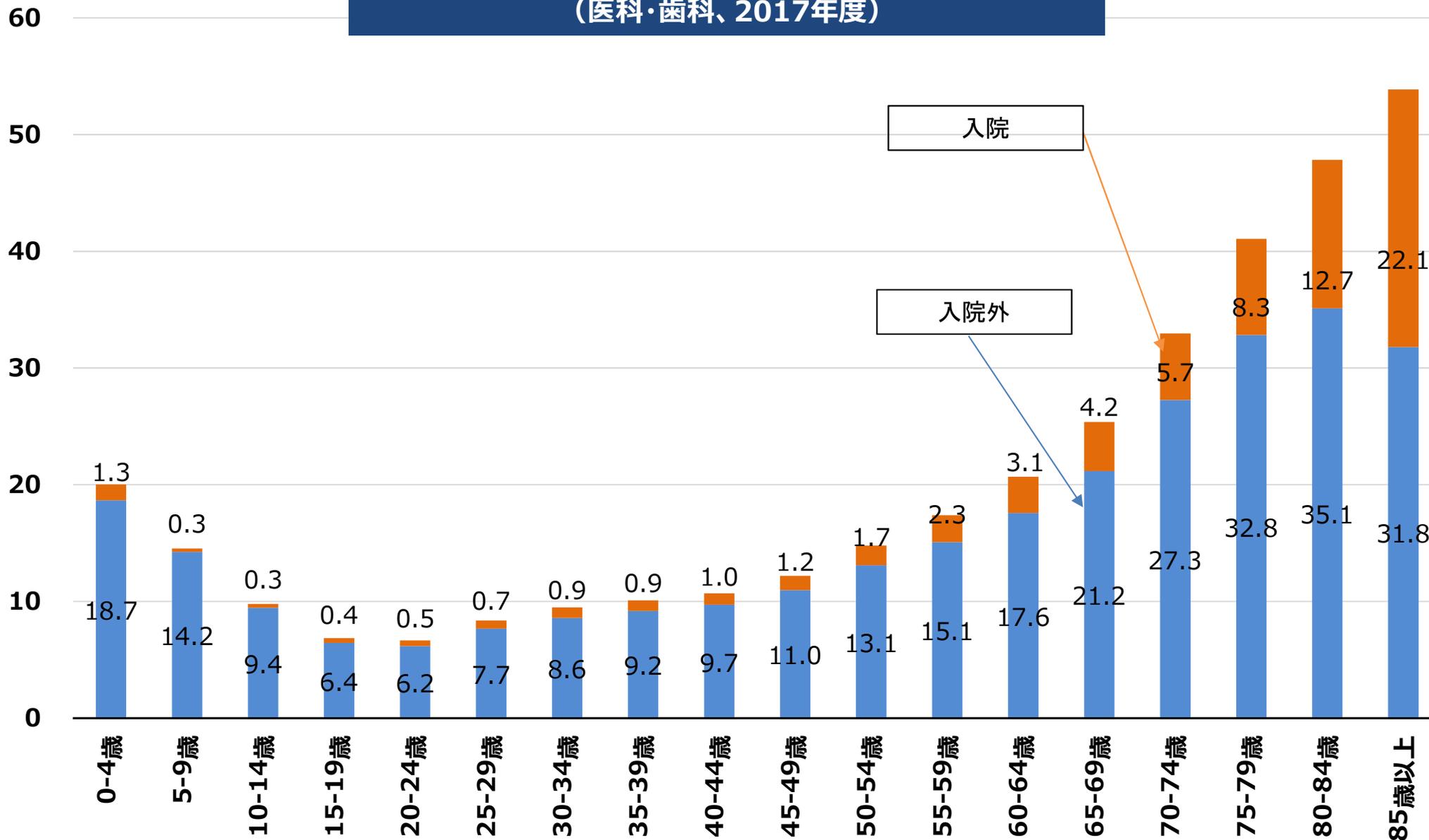
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計（「名寄せ」）したもののから、平成30年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

年齢階級別 1人当たり診療実日数

1人当たり日数（日）

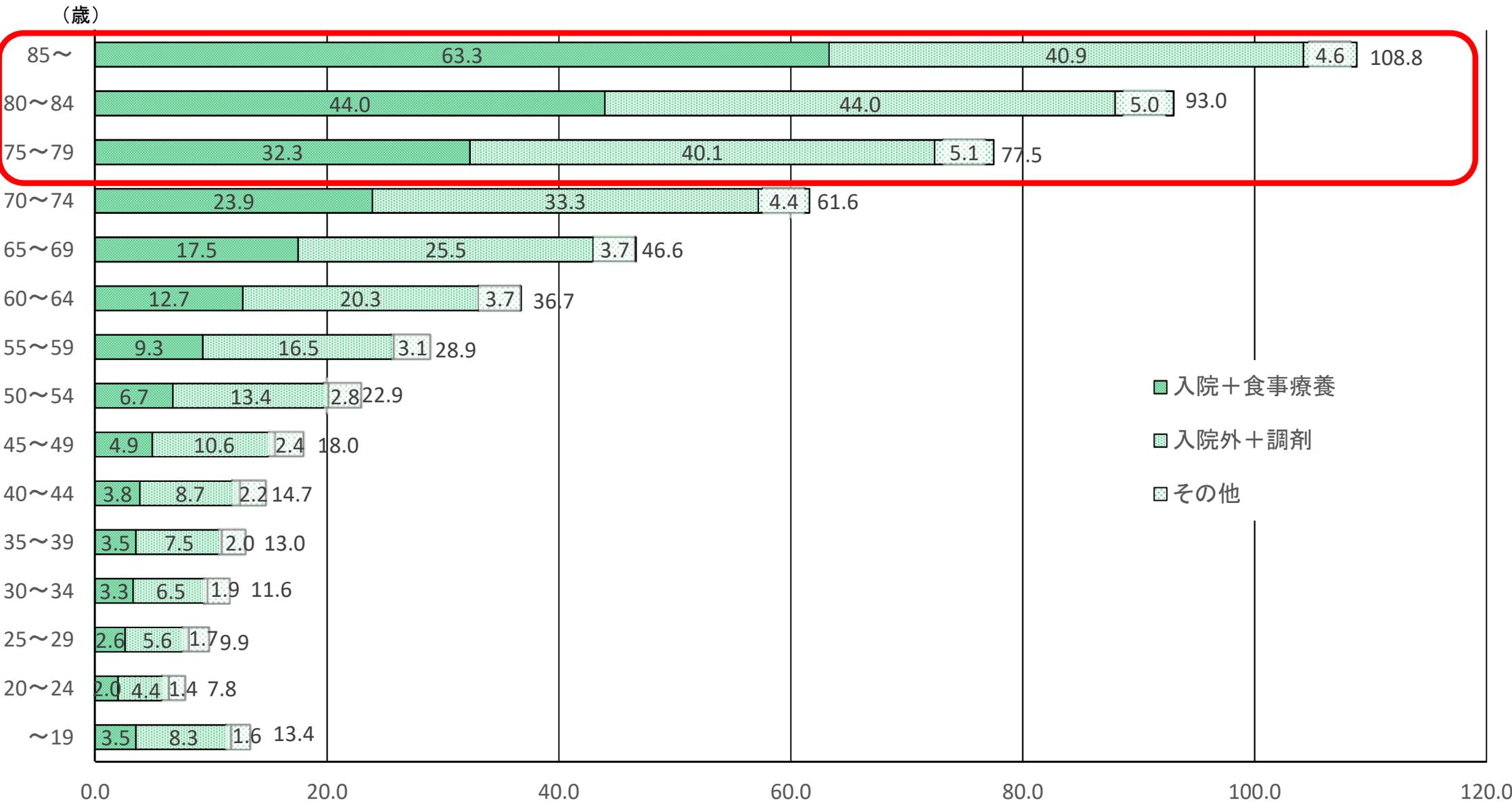
年齢階級別 1人当たり診療実日数
(医科・歯科、2017年度)



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2017年度)を基に作成。
※訪問診療、往診は基本的に「入院外」に計上されているが、往診の一部は「入院」に計上されている。

年齢階級別の1人当たり医療費

○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。

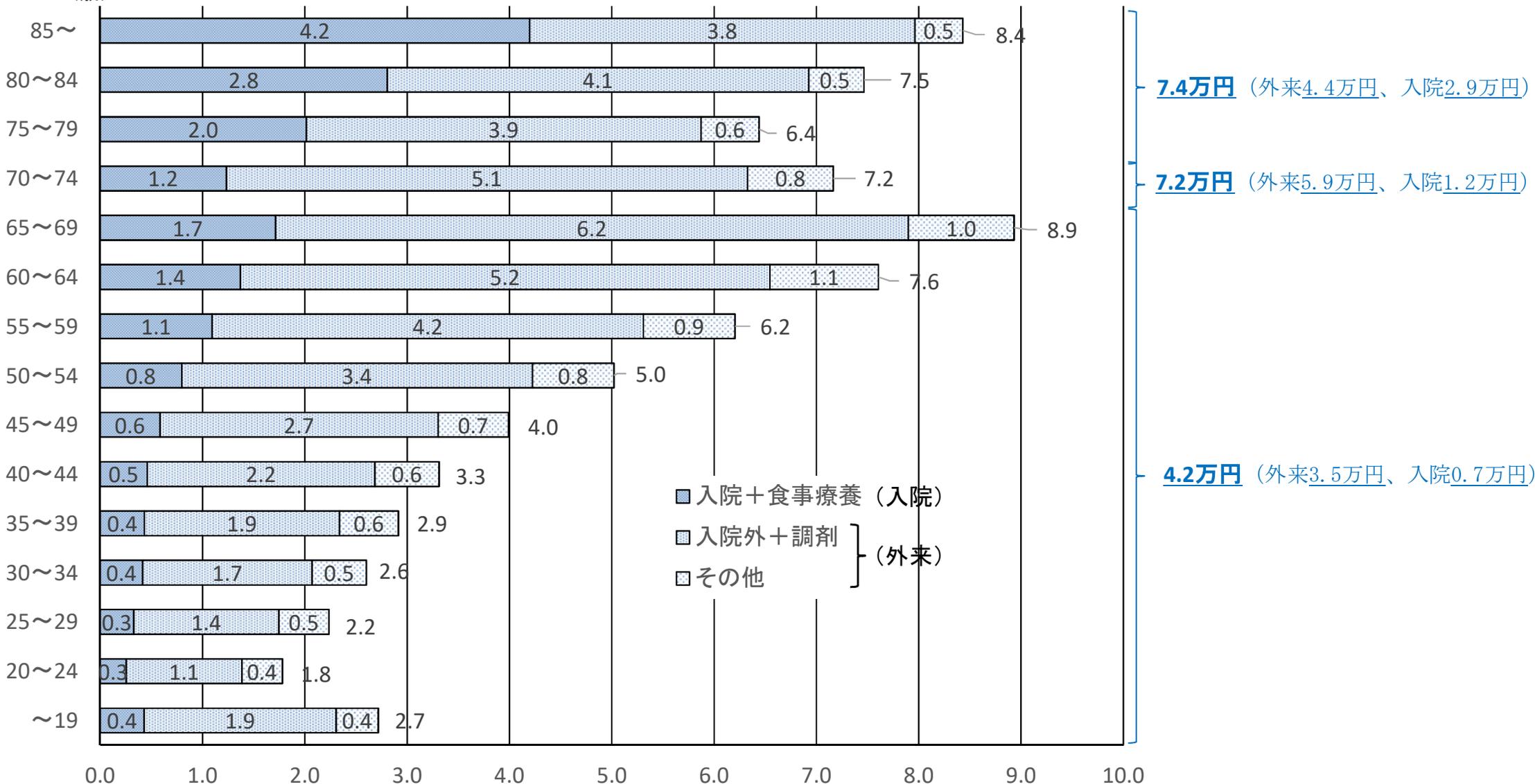


【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～
「その他」は歯科、療養費など

年齢階級別の1人当たり窓口負担額

○ 高齢になるにつれて医療費が増加することから、80歳以降、窓口負担額は70～74歳以上に高くなる

(歳)



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

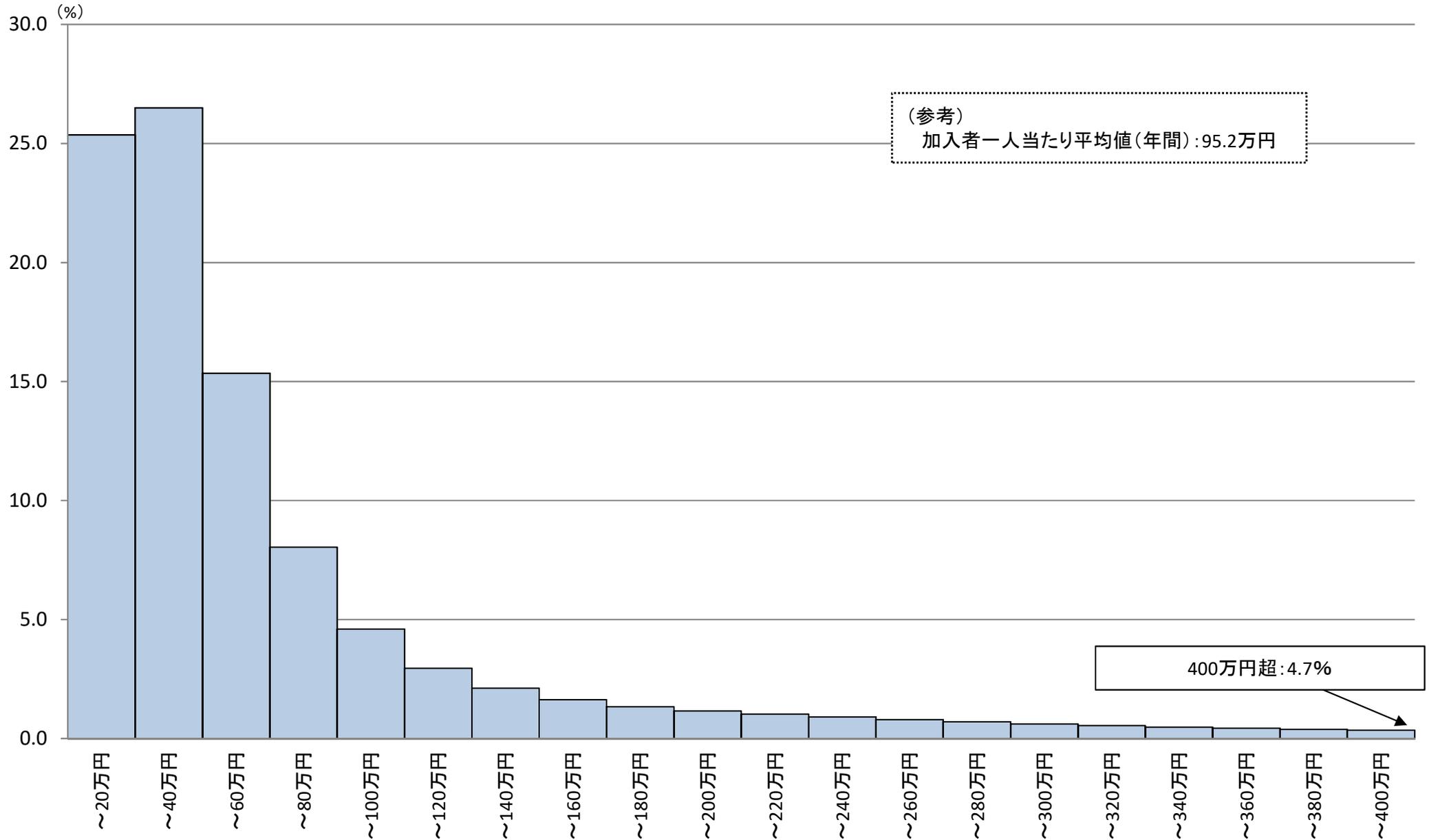
「その他」は歯科、療養費など

注) 窓口負担割合は、75歳以上は1割(現役並み所得者は3割)、70歳から74歳までの者は2割(現役並み所得者は3割)、70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。
 なお、70歳～74歳までの者の2割は、平成26年4月以降70歳となる者が対象であり、その他の者は1割。

(万円)

後期高齢者の医療費の分布状況(現役並み所得区分以外)

年間の医療費の分布:現役並み以外

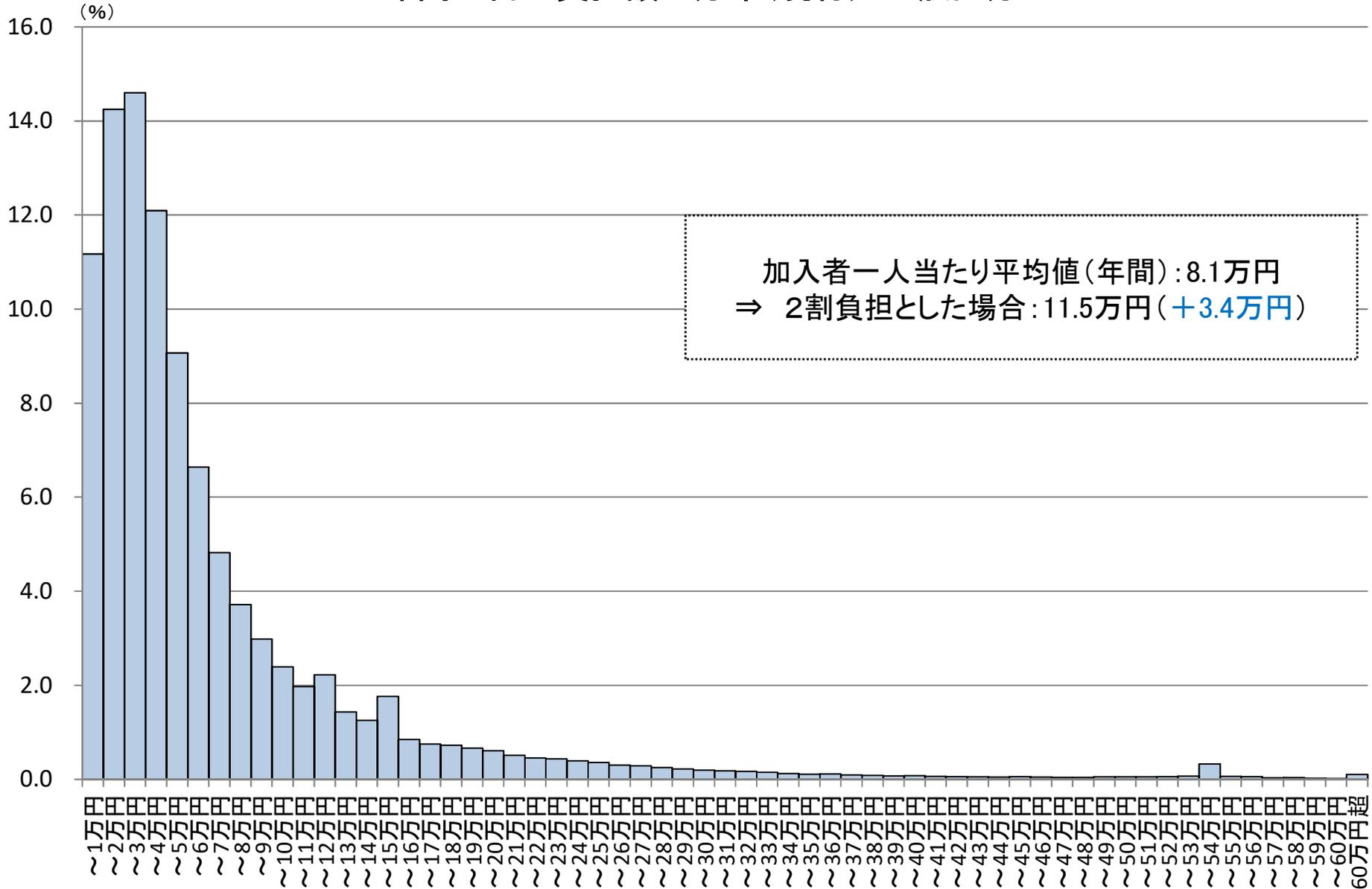


出典:医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

- (注)1. 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして推計したものである。
2. 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。
3. 加入者一人当たり平均値(年間)は、平成29年度医療保険に関する基礎資料の数値。

後期高齢者の自己負担の推計分布状況(一般区分)

年間の自己負担額の分布(現行):一般区分

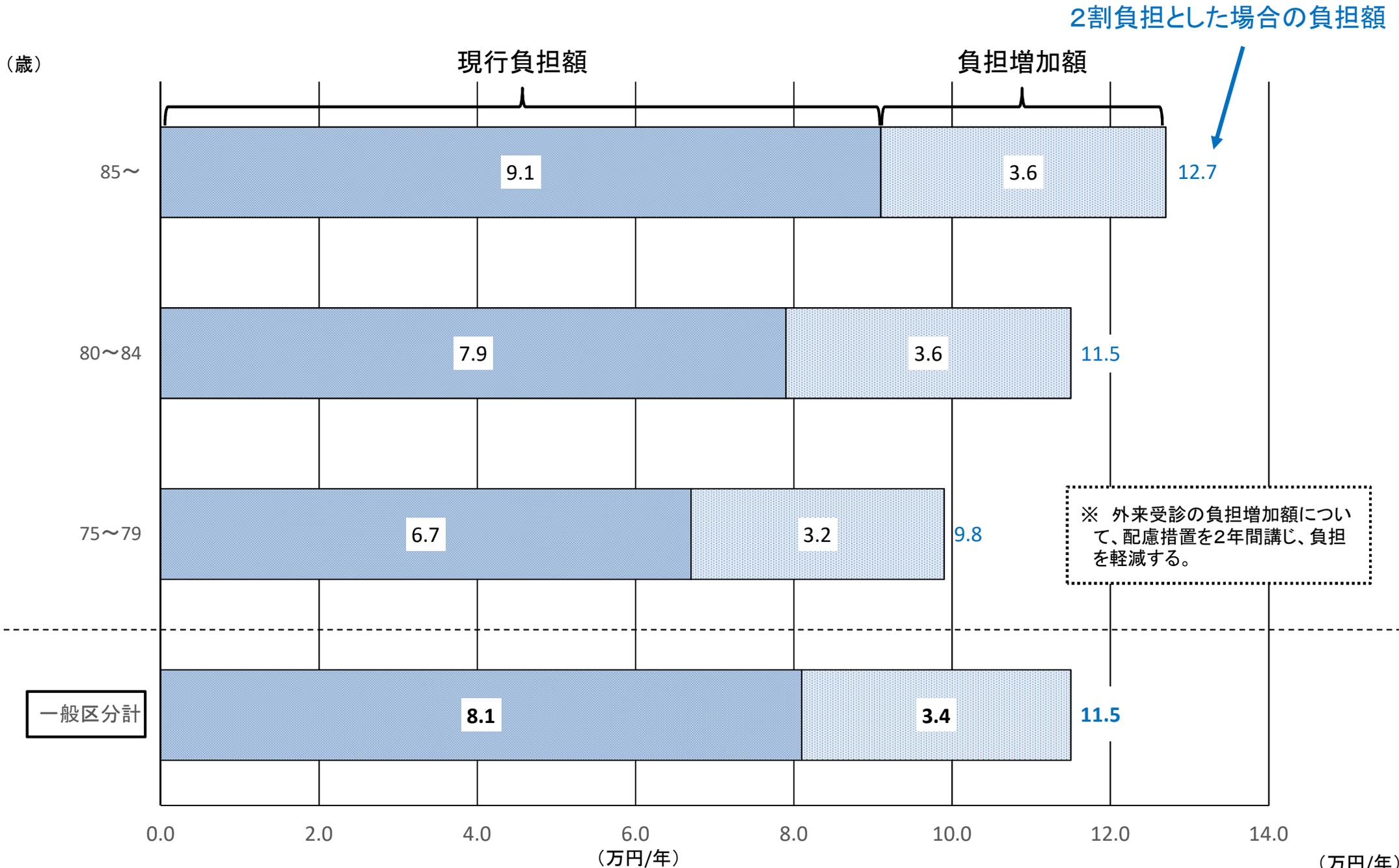


出典: 医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

※1 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。

※2 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

年齢階級別の加入者1人当たり自己負担額（一般区分）



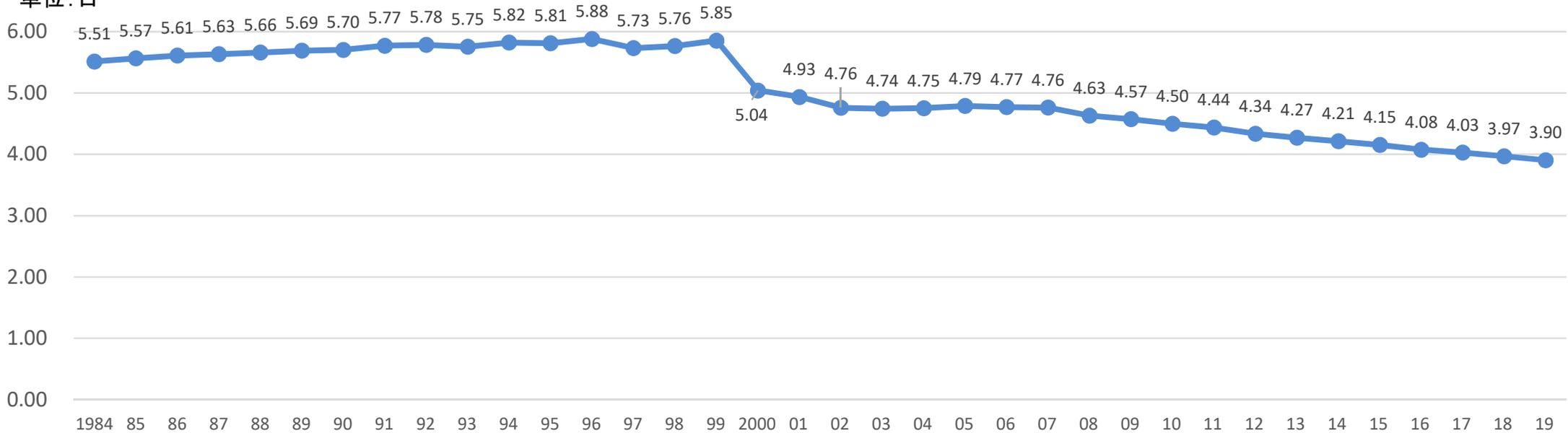
出典：医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

※ 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

高齢者医療における1人あたり受診日数(1月あたり)の推移

○ 高齢者医療における1人当たりの受診日数は、平成12年度の介護保険導入に合わせて大きく引き下がり、それ以降もほとんど一貫して減少傾向。

単位：日



	S59	S60	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
主な制度改正	(老人保健制度(S58)の定額負担)							介護に着目した公費負担割合の引上げ(3割→5割)				介護に着目した公費負担割合5割の対象拡大					介護に着目した公費負担の廃止		現役並み所得者2割負担・現役並み所得者公費対象外・高齢者1割負担徹底				現役並み所得者3割負担・高額療養費の見直し		後期高齢者医療制度施行・高額介護合算導入									高額療養費の見直し	高額療養費の見直し	

【出典】医療費の動向調査の診療実日数を加入者数で除したもの。
 ※平成20年3月以前は老人保健法によるものであり、平成20年4月からは高齢者の医療の確保に関する法律によるもの
 ※平成14年から平成19年にかけて老人医療の対象年齢を70歳から75歳に段階的に引き上げている。

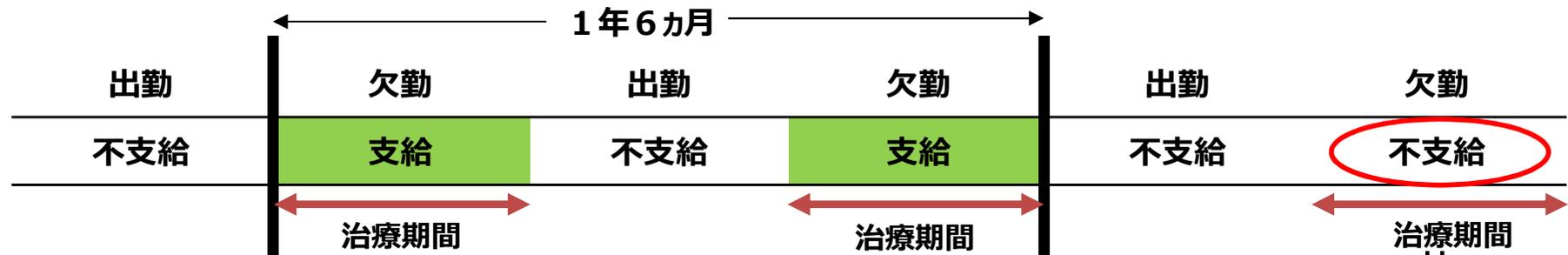
②傷病手当金の見直し

傷病手当金の支給期間について

- 健康保険における傷病手当金は、支給開始から起算して1年6か月を超えない期間支給する仕組みとなっており、1年6か月経過後は、同一の疾病等を事由に支給されない。
- 一方、共済組合における傷病手当金は、支給期間を通算して1年6か月を経過した時点までは支給される仕組みとなっている。

【健康保険における傷病手当金の支給期間】

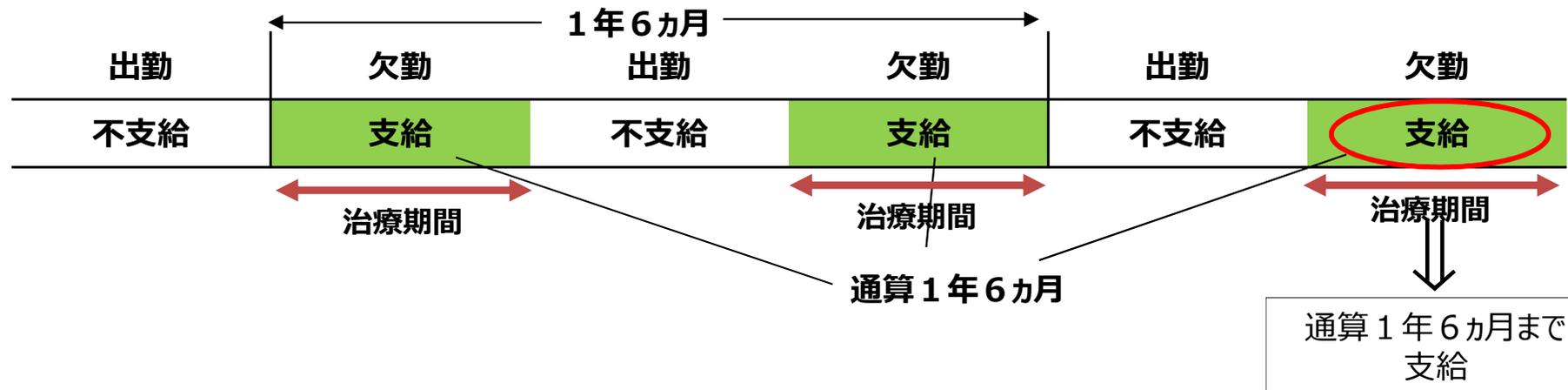
⇒ 支給開始から1年6か月を超えない期間まで支給（1年6か月後に同じ疾病が生じた場合は不支給）



※ 例えば、がん治療について、手術等により一定の期間入院した後、薬物療法(抗がん剤治療)や放射線治療として、働きながら、定期的に通院治療が行われることがある。

【共済組合における傷病手当金の支給期間】

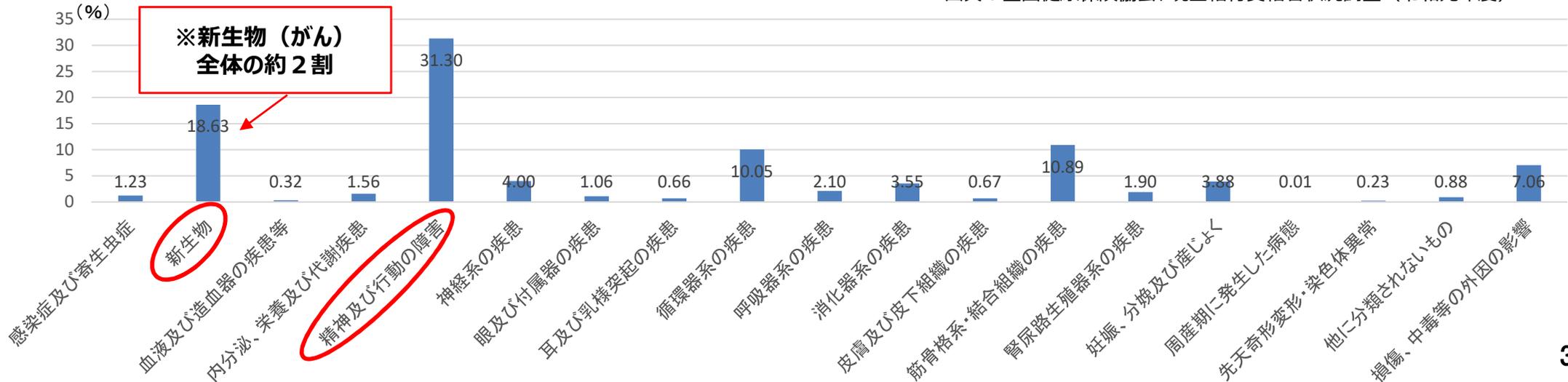
⇒ 支給期間を通算して1年6か月の期間まで支給（延長される期限の限度はない）



傷病手当金について

給付要件	被保険者が業務外の事由による療養のため業務に服することができないときは、その業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業務に服することができない期間、支給される。
支給期間	同一の疾病・負傷に関して、支給を始めた日から起算して1年6月を超えない期間
支給額	1日につき、直近12か月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の 3分の2に相当する金額（休業した日単位で支給） 。 <small>（※）国共済・地共済は、標準報酬の月額平均額の22分の1に相当する額の3分の2に相当する額 私学共済は、標準報酬月額の平均額の22分の1に相当する額の100分の80に相当する額</small> なお、被保険者期間が12か月に満たない者については、 ①当該被保険者の被保険者期間における標準報酬月額の平均額 ②当該被保険者の属する保険者の全被保険者の標準報酬月額の平均額 のいずれか低い額を算定の基礎とする。
支給件数 (平成30年度)	約200万件（被用者保険分）うち協会けんぽ120万件、健保組合70万件、共済組合10万件 <small>（※）平成30年度中に支給決定された件数。申請のタイミングは被保険者によって異なるが、同一の疾病に対する支給について、複数回に分けて支給申請・支給決定が行われた場合には、それぞれ1件の支給として計算。</small>
支給金額 (平成30年度)	約3900億円（被用者保険分）うち協会けんぽ2100億円、健保組合1600億円、共済組合200億円

【参考】協会けんぽにおける傷病手当金の疾病別構成割合（令和元年度・支給件数ベース） 出典：全国健康保険協会、現金給付受給者状況調査（令和元年度）



傷病手当金の見直しの方向性

【支給期間の通算化】

- ・ 傷病手当金の支給期間は、支給開始日から起算して1年6ヶ月を超えない期間とされている。（その間、一時的に就労した場合であっても、その就労した期間が1年6ヶ月の計算に含まれる。）
- ・ がん治療のために入退院を繰り返すなど、長期間に渡って療養のため休暇を取りながら働くケースが存在し、**治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、支給期間を通算化する。**
- ・ 通算化により延長される支給期限については、共済組合と同様に限度を定めず、文書により確認できる範囲内で対応することとする。

【その他の見直し】

- ・ 資格喪失後の継続給付の廃止は、労災以外の傷病の療養のため退職を余儀なくされた被保険者に対する給付を資格喪失と同時に打ち切ることになるが、退職後においても一定の所得保障は引き続き必要であり、労働者保護の観点から、現行制度を維持する。
- ・ 支給適正化に当たっては、各保険者で行われている審査運用のベストプラクティスの共有や裁決例のわかりやすい形での共有など、審査の効率化・適正化の方策を進める。
- ・ 年金保険との併給調整については、現在行っている保険者と日本年金機構の情報連携の効率化等に努める。なお、年金からの天引きにより調整することについては、年金受給者の受給権保護、生活原資の確保等の観点に照らし、極めて限定的に行われるべきものであること、天引きが行われていない他制度（児童扶養手当、生活保護給付及び労災給付等）との整合性なども勘案する必要があること、といった課題がある。
- ・ 労災保険との併給調整については、被保険者の同意が得られない場合には、保険者から労働基準監督署に傷病手当金の受給者の労災給付状況の照会を行うことができないといった課題があるため、併給調整事務の円滑化に向けた対応を検討し、所要の措置を講じる。

③不妊治療の保険適用に向けた検討

不妊治療の流れ(概略図)

検査



①男性不妊、②女性不妊、③原因が分からない機能性不妊に大別される。
診察所見、精子の所見、画像検査や血液検査等を用いて診断する。

原因の治療

男性不妊の治療

精管閉塞、先天性の形態異常、逆行性射精、造精機能障害など。
手術療法や薬物療法が行われる。

女性不妊の治療

子宮奇形や、感染症による卵管の癒着、子宮内膜症による癒着、ホルモンの異常による排卵障害や無月経など。
手術療法や薬物療法が行われる。

機能性不妊や治療が奏功しないもの

夫婦間で行われる
人工授精など

人工授精(AIH)

精液を注入器で直接子宮に注入し、妊娠を図る。主に、夫側の精液の異常、性交障害等の場合に用いられる。比較的、安価。

特定
不妊
治療

体外受精

体外で受精させ、妊娠を図る。採卵を伴うため、女性側の身体的負担が重い。主に、人工授精後や女性不妊の場合に用いられる。

顕微授精

体外受精のうち、人工的に(卵子に注射針等で精子を注入するなど)受精させるもの。

男性に対する治療

顕微鏡下精巣内精子回収法(MD-TESE)。手術用顕微鏡を用いて精巣内より精子を回収する。

 国費で助成(不妊に悩む方への特定治療支援事業の対象)

倫理的にどこまで行ってもいいのか、対象者、親子関係、子どもの出自を知る権利、近親婚の防止、対価の授受などの特有の課題

(H15厚労省の部会、H20日本学術会議で検討→法制化には至っていない)

※学会は精子提供による人工授精は容認、卵子提供はルールを示していない。胚提供・代理懐胎は禁止。

精子提供による
人工授精(AID)

卵子・胚提供

代理懐胎

不妊症の定義・疾病分類

【国際的な定義・疾病分類】

<WHO-ICMART glossary> ※WHO HPより抜粋

- ・ 不妊症とは「避妊を行わない性交を定期的に12か月以上行った後、妊娠できないことによって定義される生殖器系の疾患」です。

【国内における定義・疾病分類】

<日本産科婦人科学会>

不妊（症） infertility, (sterility)

生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間、避妊することなく通常の性交を継続的に行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない場合を不妊という。その一定期間については1年というのが一般的である。なお、妊娠のために医学的介入が必要な場合は期間を問わない。

<日本生殖医学会> ※HP「不妊症Q&A」Q2より抜粋

- ・ 「不妊症」とは、なんらかの治療をしないと、それ以降自然に妊娠する可能性がほとんどない状態をいいます。
- ・ 特に病気がない健康な男女が妊娠を希望し、避妊をせず夫婦生活（セックス）を営むと一定期間内に大多数の方が妊娠します。しかし一定期間を過ぎても妊娠しない場合、その後いくらタイミングを取っても自然に妊娠する可能性は低くなるため、不妊症と診断することが出来ます。
- ・ 結婚年齢が高くなった日本でも1年以上妊娠しない場合に不妊症と診断し、年齢が高い場合にはより早期に検査と治療を開始したほうがよいという考えが一般化してきています。

「疾病」について

保険事故としての疾病の定義

- 健康保険法においては、医学的な定義に該当するような疾病のうち、ある程度のまたはある範囲のものを保険事故としての疾病としており、いかなる程度のあるいはいかなる範囲の疾病を保険事故としての疾病とするかについては、次第に変化してきている。
 - < 施行当初（大正10年） >
疾病であっても、**身体異常の結果個人の労働能力に影響を及ぼし被保険者の平常の労務に障害を来たすものを保険事故としての疾病として取り扱う**こととし、**労働能力にまったく関係のない疾病は除外**するものとしていた。
 - < 昭和16年 >
従来の労働能力との関連性を払拭し、診療方針を「健康保険ノ診療ハ被保険者ノ健康保持増進上最モ妥当適切ナルモノタルヲ要シ先天性タルト後天性タルトヲ問ハズ医師トシテ治療ヲ要スト認メラルル程度ノ傷病ニ対シ之ヲ為スモノトス」と改め、**労働能力と直接関係なくとも、被保険者の健康の保持増進上必要と認められれば疾病の範囲内とする**こととした。
 - < 現在 >
保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第12条において、「**一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病**又は負傷に対して」行うこととされている。
 - ※保険医療機関及び保険医療養担当規則（抄）
（診療の一般的方針）
第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。
- 施行当初は疾病の範囲外とされていたものでも、現在では範囲内とされるものが相当数あり、その範囲は極めて広いものである。

※「健康保険法の解釈と運用 平成29年度版」より作成

④任意継続被保険者制度の見直し

任意継続被保険者制度の概要と論点

○ 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

(現行制度)

<p>保険料</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担
<p>資格喪失事由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
<p>加入要件 (勤務期間)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であったこと

(論点)

→ ①保険料の算定基礎を従前の標準報酬月額とすることについて、どう考えるか。

→ ②被保険者期間を最大1年とすることについて、どう考えるか。

→ ③加入要件を1年以上とすることについて、どう考えるか。

任意継続被保険者制度の見直しの方向性

【見直しの基本的な考え方】

- ・ 退職した被保険者が国保に移行することによる給付率の低下の緩和という従来の意義の一部が失われており、現在は国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が実質的な意義となっている。現在の働き方にあった制度の見直しを行う。
- ・ 制度見直しに当たっては、雇用形態の変化等の現在の実状に沿った見直しを基本としつつ、有期雇用の労働者など短期間での転職が多い被保険者や保険者の事務負担への配慮を行う。

【見直しの方向性】

（保険料の算定基礎）

- ・ 保険料の算定基礎については、健康保険組合によっては、管掌企業の雇用形態や、組合の財政状況を踏まえ、退職前に高額給与が支払われていた者についても、退職前と同等の応能負担を課すことが適当な場合もあると考えられることから、健康保険組合の実状に応じて柔軟な制度設計が可能となるよう見直しを行う。
- ・ 具体的には、**保険料の算定基礎を「①当該退職者の従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」から「健保組合の規約により、従前の標準報酬月額」とすることもできることとする。**

（被保険者期間）

- ・ 被保険者期間の見直し（最大2年⇒最大1年）については、1年経過後の国保加入時に支払い保険料が高くなってしまいうケースが一定数発生し、退職後の被保険者の選択の幅を制限することにつながるため、一律の制限は行わないこととする。この上で、被保険者の生活実態に応じた加入期間の短縮化を支援する観点から、被保険者の任意脱退を認めることとする。
- ・ 具体的には、**資格喪失事由に「被保険者からの申請による任意脱退」を追加**する。保険料未納による資格喪失を行った場合、国保の資格を遡及適用させる、既保険者から支払審査機関へのレセプト返戻を行うなど、資格適用、保険料徴収及び保険給付の側面で事務負担が発生している。こうした事務を効率化するという観点からも利点がある。

（加入要件）

- ・ 加入要件の見直し（2ヶ月以上⇒1年以上）については、有期雇用の労働者などの短期間での転職が多い被保険者が制度を利用できなくなり、被保険者の選択の幅を制限することになるため行わないこととする。

任意継続被保険者制度の概要

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

(任意継続被保険者制度の概要)

加入要件 (勤務期間)	<ul style="list-style-type: none">資格喪失の日の前日まで継続して<u>2か月以上</u>被保険者であったこと
資格喪失事由	<ul style="list-style-type: none">任意継続被保険者となった日から起算して<u>2年</u>を経過したとき死亡したとき保険料を納付期日までに納付しなかったとき被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
保険料	<ul style="list-style-type: none">全額被保険者負担(事業主負担なし)<u>①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額</u> ※のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担 <p>※ 健保組合が当該平均した額の範囲内において規約で定めた額がある時は、その額</p>

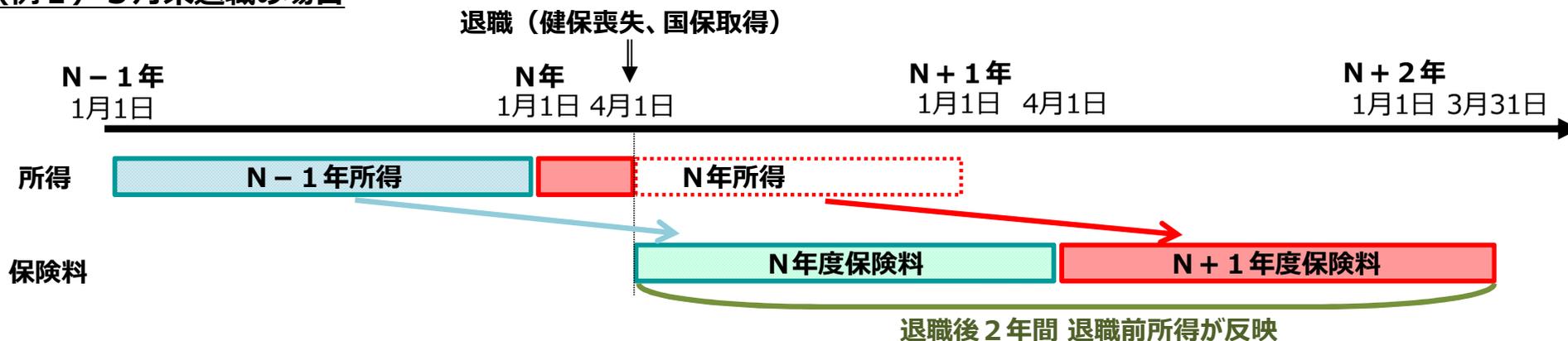
任意継続被保険者制度の意義

- 任意継続被保険者制度は、①国民皆保険実現(昭和36年)までは、解雇・退職に伴う無保険の回避、②給付率7割統一(平成15年)までは、国保への移行による給付率の低下の防止が主たる目的であったが、③現状では、国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が、その実質的な意義となっている。

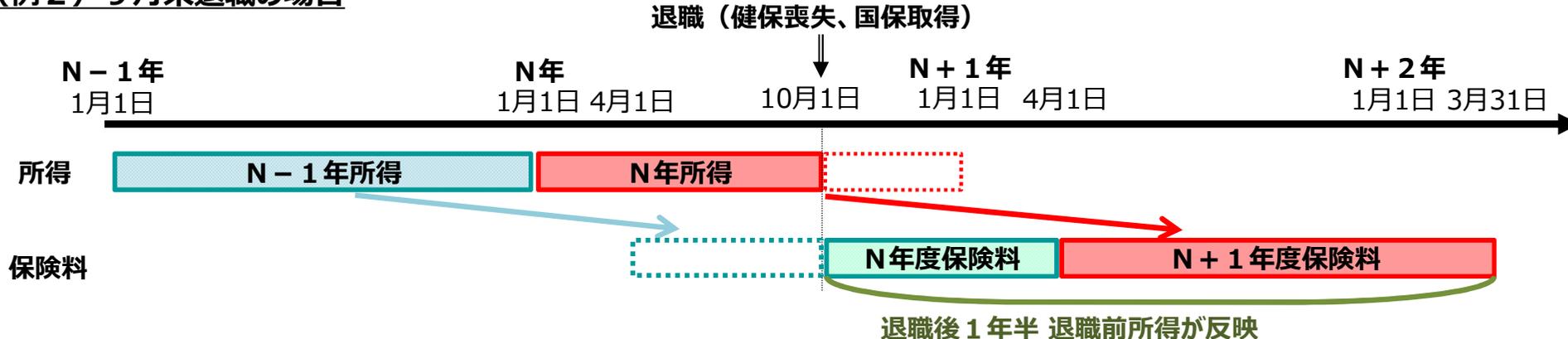
※ 国民健康保険は、前年所得を基準に保険料(所得割部分)が算定されることから、退職後に所得がないにもかかわらず、退職時の高い所得に基づく高い保険料額が算定される場合がある。

<国民健康保険料(所得割分)の算定方法>

(例1) 3月末退職の場合



(例2) 9月末退職の場合



⑤ 育児休業保険料免除の見直し

男性の育児休業取得促進策について ①

令和2年11月12日
第33回労働政策審議会
雇用環境・均等分科会 資料より作成

1. 男性の育児休業取得促進策について

○ 検討の目的

- ・ 男女労働者の雇用継続の観点から、特に休業の取得が進んでいない男性について、家事・育児を行うことを促進するため、男性の育児休業取得促進策について検討することが目的でよいか。

(1) 子の出生直後の休業の取得を促進する枠組み

○ 制度の必要性

- ・ **男性の休業の取得をより進めるため、特に子の出生直後の時期について、現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組みをつくることとしてはどうか。**

※仮に新たな仕組みをつくるならば、以下のようにはどうか。

<p>○ 対象期間、取得可能日数等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 対象期間：子の出生後8週としてはどうか。 ・ 取得可能日数：期間を限定するかどうか。限定する場合は、4週間程度としてはどうか。 	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：原則子が1歳に達するまで ● 現在育児休業をしている男性の半数近くが子の出生後8週以内に取得。 ● 出産した女性労働者の産後休業：産後8週 ● 現行の育児休業：期間の限定なし ● 年次有給休暇：年間最長20労働日
<p>○ 権利義務の構成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 労働者の申出により取得できる権利としてはどうか。 	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業：労働者の申出により取得できる権利
<p>○ 要件・手続き</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 申出期限：現行の育児休業より短縮し、2週間程度としてはどうか。あるいは、現行の育児休業と同様に1ヶ月とすべきか。 ・ 分割：分割を可能としてはどうか。 ・ 休業中の就労：あらかじめ予定した就労も可能としてはどうか。 ・ 対象労働者、休業開始日及び終了日の変更：現行の育児休業と同様の考え方で設定してはどうか。 	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現行の育児休業（原則）：1か月前 ● 保育所に入所できない場合等の1歳以降の育児休業（最長6か月）、介護休業（取得期間が最長93日）：2週間前 ● 現行の育児休業（出産予定日前に子が出生した場合等）：1週間前 ● 現行の育児休業：原則1回 ※いわゆる「パパ休暇」：子の出生後8週間以内に育児休業を終えた場合には再度取得可能 ● 現行の育児休業：労使の話し合いにより、子の養育をする必要がない期間に、一時的・臨時的（災害や突発的な事態への対応等、あらかじめ予定していない場合）に、その事業主の下で就労可能。

男性の育児休業取得促進策について ②

令和2年11月12日
第33回労働政策審議会
雇用環境・均等分科会 資料より作成

(2) 妊娠・出産（本人又は配偶者）の申出をした労働者に対する個別周知及び環境整備（略）

(3) 育児休業の分割取得等

<p>○ 分割を認める場合、その要件及び回数</p> <p>・ 分割して2回程度取得可能としてはどうか。</p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none">● 現行の育児休業：原則1回※ いわゆる「パパ休暇」：子の出生後8週間以内に育児休業を終えた場合には再度取得可能
<p>○ 1歳以降の延長の場合の取扱</p> <p>・ 延長した場合の育児休業の開始日が、各期間（1歳～1歳半、1歳半～2歳）の初日に限定されていることを見直してはどうか。</p>	<p><参考></p> <ul style="list-style-type: none">● 延長した場合の育児休業の開始日が、各期間（1歳～1歳半、1歳半～2歳）の初日に限定されていることを見直してはどうか。

(4) 育児休業取得率の公表の促進等（略）

2. その他（略）

育児休業取得者の保険料免除について

<p>免除要件</p>	<p>被保険者が育児休業等（※）を取得していること</p> <p>※ 第43条の2により、「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成三年法律第七十六号）第二条第一号に規定する育児休業、同法第二十三条第二項の育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは同法第二十四条第一項（第二号に係る部分に限る。）の規定により同項第二号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業又は政令で定める法令に基づく育児休業」をいう。</p> <p>※ 産前産後休業についても、同様に保険料免除の制度が設けられている（健康保険法第159条の3）</p>
<p>免除期間</p>	<p>育児休業等を開始した日の属する月から<u>その育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間</u></p>
<p>免除額</p>	<p>育児休業等取得中の保険料負担の全額 ※賞与保険料を含む</p> <p>※ 被保険者の本人負担分（平成7年～）、事業主負担分（平成13年～）がいずれも免除される。</p>
<p>免除実績 （件数）</p>	<p>協会けんぽ：201万件（男性1.6万件、女性199万件※産休含む） 健保組合：187万件（男性3.3万件、女性184万件）（平成30年度）</p> <p>※ 平成30年度の各月における免除件数を合計したのべ件数</p>
<p>免除実績 （金額）</p>	<p>協会けんぽ：484億円（※保険料率を一律10%として試算） 健保組合：513億円（※保険料率を一律9.2%として試算）（平成30年度）</p>

◎健康保険法（大正11年法律第70号）抄

第百五十九条 育児休業等をしている被保険者（第百五十九条の三の規定の適用を受けている被保険者を除く。）が使用される事業所の事業主が、厚生労働省令で定めるところにより保険者等に申出をしたときは、その育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間、当該被保険者に関する保険料を徴収しない。

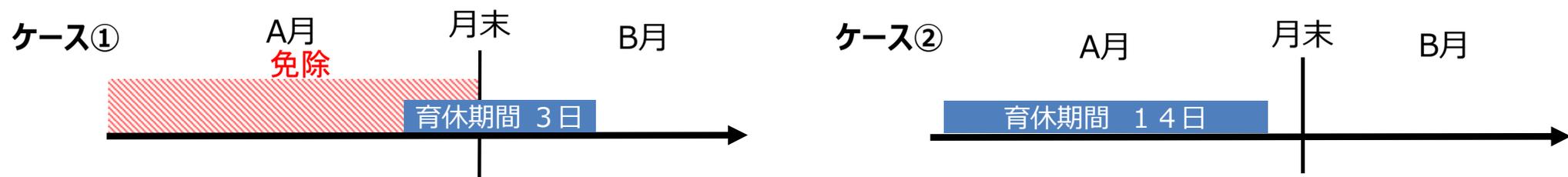
育児休業中の保険料免除の考え方と課題について

- 育児休業中の社会保険料免除は、育児休業中の賃金は無給とされるのが通例である一方、保険料は被保険者の標準報酬月額等に基づき賦課されることから、育児休業取得者の経済的負担に配慮して設けられたものである。
- 保険料免除期間については、「育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間」とされている（注）。

（注）この免除期間の考え方は、現行の保険料徴収において、事業主や保険者の事務負担軽減の観点から、月末時点まで在職しているかどうかで当月の保険料すべての徴収を決定する考え方を踏まえたものとなっている。現行の保険料徴収においては、退職等を行った翌日を被保険者資格の喪失日としており、資格を喪失した場合は当月の保険料すべてを徴収していない。したがって、月半ばに退職した場合は保険料は徴収されないが、月末に退職した場合はその翌月（翌日）が資格喪失日となるため、当月の保険料は徴収される。

（課題①）

- このため、月末時点で育児休業を取得している場合には、当月の保険料が免除される一方、月途中で短期間の育児休業を取得した場合には、保険料が免除されないという不公平が生じている。特に男性については、育休取得期間が1か月未満という短期間の取得が約8割となっており、影響が大きい。



（課題②）

- また、賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されているにも関わらず、賞与の支払を受けている場合にも全額免除されている。このため、賞与月に育休の取得が多いといった偏りが生じている可能性がある。

1月以下の育休取得に係る保険料免除の方向性

- 現在検討中の子の出生直後の時期における「**現行の育児休業よりも柔軟で取得しやすい新たな仕組み**」（以下、**新たな仕組み**）について、社会保険の観点からは現行の育児休業と同趣旨のものと考えられるため、育休取得推進のため新たな仕組みによる休業取得者の経済的負担に配慮して、**保険料免除の対象とする**。

（課題①への対処）

- これまで育休取得にかかる保険料免除については、月末時点の育休取得状況のみにより判断してきたが、新たな仕組みによる休業を含め1月以下の育休取得でも取得のタイミングによらず保険料免除制度を活用できるよう、育休開始日の属する月については、**その月の末日が育休期間中である場合に加えて、その月中に一定以上育休を取得した場合にも保険料を免除する**。

月末時点の育休取得を引き続き免除対象とするのは、子どもの生まれるタイミングによっては初月に一定以上の育休を取得できないことも考えられ、現在の免除対象となっている者も引き続き免除制度を活用できるようにするため。

- 月の半分にあたる**2週間以上の育休取得を保険料免除の基準**とする。

- **同月内に取得した育児休業及び新たな仕組みによる休業等は通算して育休期間の算定**に含めるものとする。

- 育休中の保険料免除は、育休中の無給期間など経済的負担への配慮が趣旨であるため、新たな仕組みにおける休業において仮に休業中の就労を認め、予定した就労を可能とする場合、**「予定した就労」の日については育休期間の算定から除くものとする**。ただし、災害等により一時的・臨時的に就労した場合は、事前に予期できない理由であることや事務負担軽減の観点から、事後的に育休期間の算定から除く必要はないものとする。

※ これまでも一時的・臨時的に就労した場合も育休期間としてみなしてきた。

（課題②への対処）

- 賞与保険料については、実際の賞与の支払に応じて保険料が賦課されるものであり、短期間の育休取得であればあるほど、賞与保険料の免除を目的として育休取得月を選択する誘因が働きやすいため、連続して**1ヶ月超の育休取得者に限り、賞与保険料の免除対象とする**。

- ⑥ その他（現役並み所得者の基準の見直し、金融資産等の保有状況の反映の在り方など）

「現役並み所得」の判断基準の見直し

現行の制度

【現役並み所得区分の判定基準】

- ① 国保・後期高齢者医療制度加入者の場合は、課税所得145万円以上。かつ、
- ② 収入額の合計が単身383万円以上、世帯520万円以上

区 分	判定基準	負担割合	外来のみの月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
			現役並み所得	課税所得145万円以上 年収約383万円以上
一般	課税所得145万円未満	1割	18,000円 〔年14.4万円〕	57,600円 〈多数回該当: 44,400円〉
低所得Ⅱ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

→ 現役並み所得を有する後期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。

現役並み所得の基準の見直しについて

新経済・財政再生計画 改革工程表2019 (令和元年12月19日)(抄)

○年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。



以下の点を踏まえて、引き続き検討することとする。

○ 現役並み所得者への医療給付費については公費負担がないため、判断基準や基準額の見直しに伴い現役世代の負担が増加することに留意する必要がある。

※現役並み所得者への医療給付費に公費負担を導入する場合、数千億円の財源が必要となる。

○ 「現役並み所得の基準」の算定の基礎となる現役世代の収入は、現在把握可能なデータは平成30年度のものである。新型コロナウイルス感染症の影響で、現役世代の収入に影響があると考えられるが、令和2年度の現役世代の収入は、現在、把握できない。

既存医薬品の保険給付範囲の見直し

- 医薬品の保険給付範囲を見直す際、医薬品を保険給付範囲から除外するやり方と医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小するやり方がある。
- 前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となりかねないことから、**保険外併用療養費制度に新たな類型を設ける**などの対応が必要。
- 後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定、薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方があり、これらの手法を幅広く検討すべき。

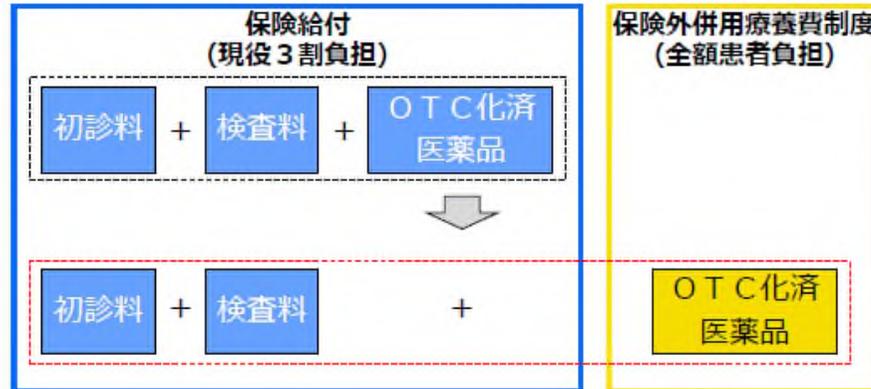
◆ 医薬品を保険給付対象から除外

過去の例	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養補給目的のビタミン製剤（2012） ・治療目的以外のうがい薬単体（2014） ・70枚超の湿布薬（2016）
今後の検討例※	<ul style="list-style-type: none"> ・花粉症治療薬（OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合） ・保湿剤（他の外用薬等との同時処方がない場合）

※健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅲ、Ⅳ」政策提言（2017,2019）を参照

（参考）保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のまま医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



◆ 医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

① 薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類（医薬品の有効性等）	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

年間の薬剤費	患者負担額
1,150クローネまで	全額患者負担
1,150クローネから 5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=12円（令和2年9月中において適用される裁定外国為替相場）

薬剤自己負担の見直しに関する主な論点

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 薬剤自己負担については、改革工程表において、「外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」とされている。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方
- ・ 国民皆保険制度を維持する観点からの保険給付の重点化
- ・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することの必要性
- ・ 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持する必要性
- ・ 自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）

等

【上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進について】

- 受診の必要性や医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかることができれば、患者・国民にとって、必要なときに適切な医療機関にかかることができる。
- また、医療提供者側の過度な負担が軽減されることで、医療の質・安全確保と同時に医療保険制度の安定につながる。
- 医療保険制度において、医療資源の効率的な活用を図る観点から、保険者の立場からも上手な医療のかかり方とセルフメディケーションを推進する。

【具体的な取組案】

具体的には、例えば以下のような保険者による取組が検討されうるか。

- ① 過度な受診控えを防ぎつつ、医療資源の効率的な活用を図るため、上手な医療のかかり方とセルフメディケーション（OTC薬推進を含む）に関する周知・広報
- ② 被保険者のレセプトデータに基づき、スイッチOTC薬を使用した場合やセルフメディケーション税制を利用した場合の医療費負担の削減効果について、個別に通知
- ③ 被保険者に対するOTC薬購入等のセルフメディケーションに対するインセンティブ付与

金融資産等の保有状況の反映の在り方について

新経済・財政再生計画 改革工程表2019 (令和元年12月19日)(抄)

- 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。



- 資産勘案の仕組みを導入するに当たっては、預貯金口座等の金融資産を保険者が把握できることが必要である。平成30年1月より施行されている預貯金口座へのマイナンバー付番の仕組みは、本人の任意により預貯金口座とマイナンバーを紐付けるものであり、全ての預貯金口座に付番がなされている状況ではない。さらに、自治体から金融機関に口座情報を一括で照会する方法がなく、また、負債を把握することはできない。

※現在、「マイナンバー制度及び国と地方のデジタル基盤抜本改善WG」において、預貯金口座等への付番について更なる見直し(法制化)が検討されている。

- そのため、仮に介護保険の補足給付(※)と同様に資産要件を勘案することとした場合、保険者等は、相応の事務負担を要することとなる。

※介護保険においては、低所得者向けに食費・居住費を福祉的に給付する「補足給付」に資産要件を設けており、各保険者(市区町村)が、自己申告ベースで通帳の写しを確認するか、本人同意を得た上で、金融機関に対して照会することにより、申請者等の預貯金の状況を把握している。また、食費・居住費に係る負担限度額認定の対象となっている者は、全国で約120万人(平成30年介護保険事業状況報告)

- これに加えて、医療保険において金融資産等の保有状況を反映することに対する理屈をどのように整理するか、といった整理すべき論点がある。
- したがって、現時点において金融資産等の保有状況を医療保険の負担に勘案するのは尚早であり、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法の検討を進めることとする。

(参考) 介護保険制度の補足給付における資産勘案について

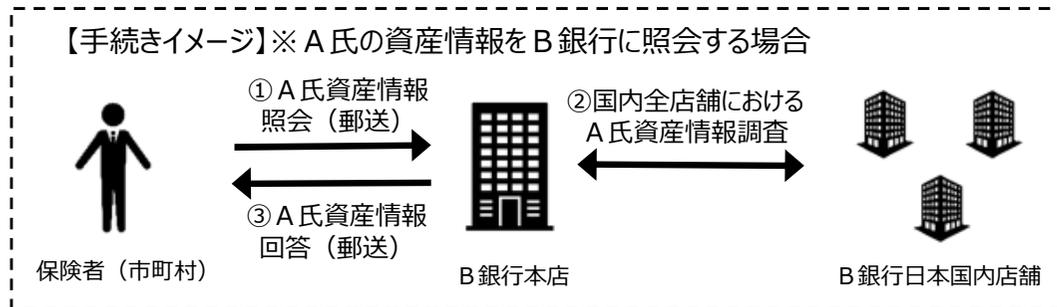
- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 平成26年度の介護保険法改正（平成27年8月施行）において、補足給付は、福祉的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産等を勘案することとした。
- ※ 預貯金を完全に把握する仕組みがないため、自己申告制であり、金融機関への照会や不正受給に対する加算金により不正受給防止を図っている。
- ※ 生活保護制度では、保護の決定等において、金融機関に対し要保護者の預貯金の照会を実施。これを踏まえ、補足給付においても、同様の対応を行っている。

【補足給付の申請に当たっての資産等の確認方法】

資産等	確認方法	負担軽減の対象となる低所得者	利用者負担段階	主な対象者		
預貯金 (普通・定期)	通帳の写し (インターネットバンクであれば口座残高ページの写し)		負担軽減の対象となる低所得者	第1段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	資産等 単身：1,000万円 夫婦：2,000万円 以下
有価証券 (株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)					
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の 口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)			第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、 年金収入等が80万円以下	
現金	自己申告			第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、 第2段階該当者以外	
負債 (借入金・住宅ローンなど)	借用証書など			第4段階	・世帯に課税者がいる者 ・市町村民税本人課税者	

【預貯金確認と不正受給対策】

- 補足給付の申請の際に預貯金の額を申告するに当たっては、その額を確認するために通帳の写しを提出。
- 各保険者は、あらかじめ同意を得たうえで、申請者及び配偶者の預貯金の状況について、必要に応じて、金融機関に対して照会することができる。



- 不正受給が発覚した場合には、給付額の返還に加え、最大2倍の加算金を徴収。

預貯金口座への付番について

平成27年改正法についての内閣府作成資料

預貯金口座への付番については、社会保障制度の所得・資産要件を適正に執行する観点や、適正・公平な税務執行の観点等から、金融機関の預貯金口座をマイナンバーと紐付け、金融機関に対する社会保障の資力調査や税務調査の際にマイナンバーを利用して照会できるようにすることにより、現行法で認められている資力調査や税務調査の実効性を高めるものである。また、預金保険法又は農水産業協同組合貯金保険法の規定に基づき、預貯金口座の名寄せ事務にも、マイナンバーを利用できるようにするものである(平成30年1月1日より施行)。

【行政機関等】

〔預金保険機構・農水産業協同組合貯金保険機構〕



〔地方自治体・年金事務所等〕



〔税務署〕



マイナンバー付で預貯金情報を照会

【社会保障給付関係法律・預金保険関係法令改正】
マイナンバーが付された預貯金情報の提供を求めることができる旨の照会規定等を整備

【マイナンバー法改正】

預金保険機構及び農水産業協同組合貯金保険機構を、マイナンバー法における「個人番号利用事務実施者」として位置付け、マイナンバーの利用を可能とする など

【金融機関】



【国税通則法・地方税法改正】

照会に効率的に対応することができるよう、預貯金情報をマイナンバーにより検索可能な状態で管理する義務を課す

【顧客名簿】

預金者名	個人番号	種類	口座番号	残高
〇〇 〇〇	1234 …… ……	普通	123…	〇〇円
		定期	456…	〇〇円
×× ××	9876 …… ……	普通	987…	××円
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

〔番号を告知〕



預貯金者は、銀行等の金融機関から、マイナンバーの告知を求められる
※ 法律上、告知義務は課されない



〔番号を告知〕



【付番促進のための見直し措置の検討】

付番開始後3年を目途に、預貯金口座に対する付番状況等を踏まえて、必要と認められるときは、預貯金口座への付番促進のための所要の措置を講じる旨の見直し規定を法案の附則に規定。

医療保険の財源について、特に自己負担・保険料負担・公費負担の構造等を定期的にわかりやすい形で公表し、制度検討の議論に供することで、定期的に総合的な対応について検討していく。

また、国民に広く財源について理解してもらうことにより、医療保険制度をより信頼し、安心して利用してもらうような環境を形成する。

具体的には、以下の分析内容について、年1回医療保険部会において報告するとともにホームページ上で公表する。資料についてはわかりやすさを重視したものとする。

①医療費の財源構造

国民医療費がどのような財源によってまかなわれているか、概略をわかりやすく図で表記。また後期高齢者医療制度とそれ以外の制度で財源がどのように異なるかも示す。

②医療保険制度の比較

各医療保険制度の財源構成について、前期調整額・後期支援金等の流れも含め、わかりやすく図示する。

③実効給付率の推移と要因分析

高齢化の影響による実効給付率の推移を図示。後期高齢者医療制度とそれ以外での推移も示す。またその伸びの要因を財源別（保険料・公費）に着目して分析したものを示す。

④生涯医療費

生涯医療費（＝一生涯でかかると考えられる医療費の平均。死亡率を考慮したもの）について図示し、そのうち保険給付でまかなわれる部分を示す。

医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化 【公表イメージ】

医療費の財源構成（平成29年度）

医療保険の自己負担割合は、医療保険制度全体で見ると15%程度。保険給付でまかなわれる残りの85%のうち、公費でまかなわれる部分が32%程度、保険料でまかなわれる部分が53%程度となっている。

後期高齢者とそれ以外で分けた場合、自己負担割合は後期高齢者が約8%、それ以外が約20%となっている。

医療費 40.2兆円	医療給付費 34.2兆円 (実効給付率 85.0%)		自己負担額 6.0兆円 (15.0%)
	公費 13.0兆円 (32.3%)	保険料 21.2兆円 (52.7%)	



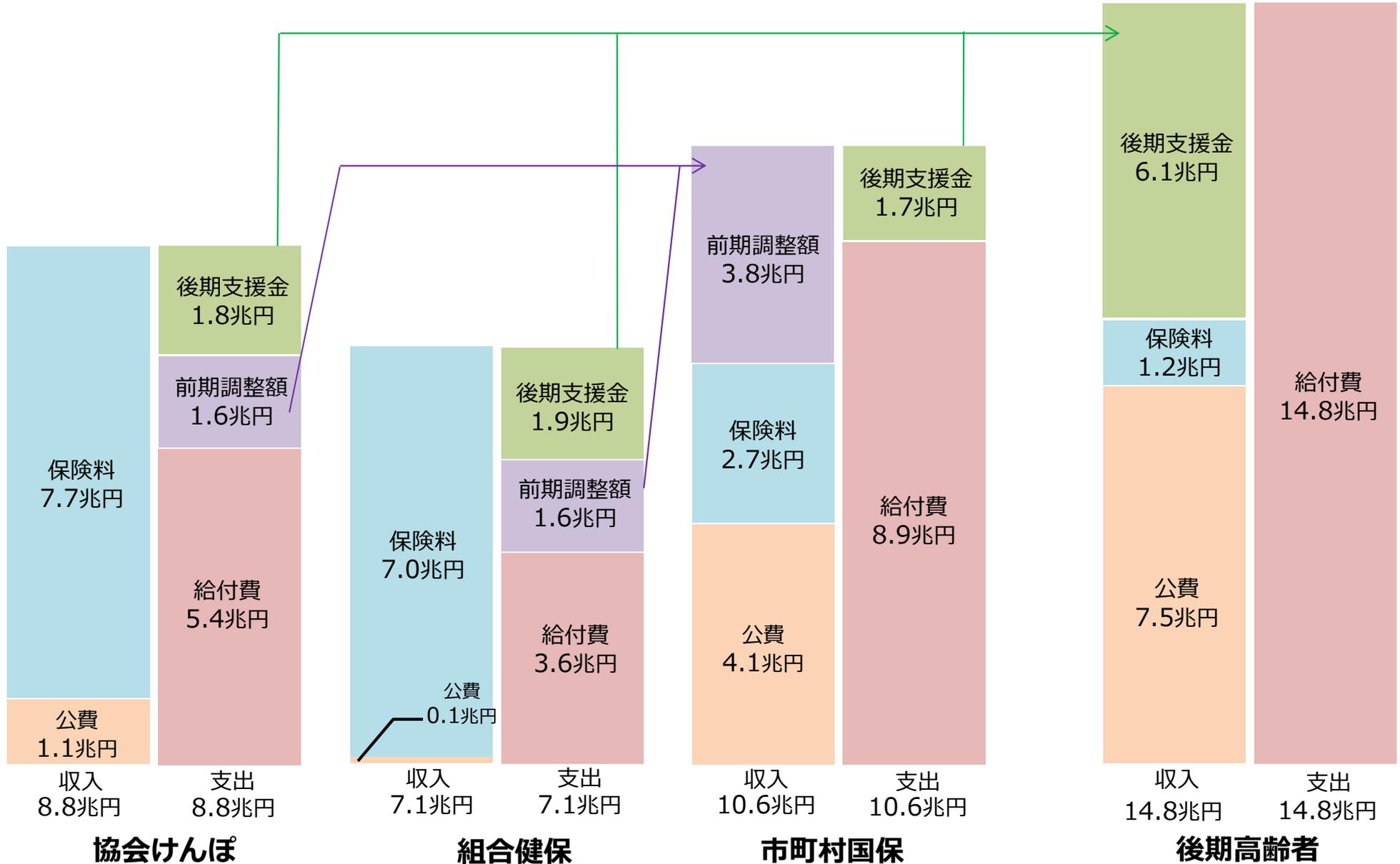
後期高齢者 以外 24.2兆円	医療給付費 19.4兆円 (実効給付率 80.3%)		自己負担額 4.8兆円 (19.7%)
	公費 4.7兆円 (19.6%)	保険料 14.7兆円 (60.7%)	

後期高齢者 16.1兆円	医療給付費 14.8兆円 (実効給付率 92.0%)			自己負担額 1.3兆円 (8.0%)
	公費 7.5兆円 (46.5%)	保険料 1.2兆円 (7.2%)	支援金 6.1兆円 (38.3%)	

〔 公費 0.8兆円
保険料 5.4兆円 〕

制度別の財政の概要（平成29年度）

医療保険制度間では、年齢構成による医療費の違いなどに起因する財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みが存在（前期調整額）。また後期高齢者に係る給付費の一部は他の制度も支援金という形で負担している。



注1 前期調整額及び後期支援金の拠出側の合計と交付側の金額が一致しないのは、表示されていない他制度（共済組合など）があるため。
 注2 「前期調整額」には、退職拠出金も含む。また、市町村国保の後期高齢者支援金に係る前期調整額は、「収入」の「前期調整額」に含めており、「支出」の「後期支援金」には調整前の金額を記載している。

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30年3月末)	1,716	1	1,394	85	47
加入者数 (平成30年3月末)	2,870万人 (1,816万世帯)	3,893万人 (被保険者2,320万人 被扶養者1,573万人)	2,948万人 (被保険者1,649万人 被扶養者1,299万人)	865万人 (被保険者453万人 被扶養者411万人)	1,722万人
加入者平均年齢 (平成29年度)	52.9歳	37.5歳	34.9歳	33.0歳	82.4歳
65～74歳の割合 (平成29年度)	41.9%	7.2%	3.2%	1.5%	1.9%(※1)
加入者一人当たり 医療費(平成29年度)	36.3万円	17.8万円	15.8万円	16.0万円	94.5万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成29年度)	86万円 (一世帯当たり 136万円)	151万円 (一世帯当たり(※3) 254万円)	218万円 (一世帯当たり(※3) 388万円)	242万円 (一世帯当たり(※3) 460万円)	84万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成29年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.7万円 (一世帯当たり 13.9万円)	11.4万円 <22.8万円> (被保険者一人当たり 19.1万円 <38.3万円>)	12.7万円 <27.8万円> (被保険者一人当たり 22.7万円 <49.7万円>)	14.2万円 <28.4万円> (被保険者一人当たり 27.1万円 <54.1万円>)	7.0万円
保険料負担率	10.2%	7.5%	5.8%	5.9%	8.4%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	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% +保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和元年度予算ベース)	4兆4,156億円 (国3兆1,907億円)	1兆2,010億円 (全額国費)	739億円 (全額国費)		8兆2300億円 (国5兆2,736億円)

(※1) 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。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「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「分離課税所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したもの。(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」のそれぞれの前年所得を使用している。)協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

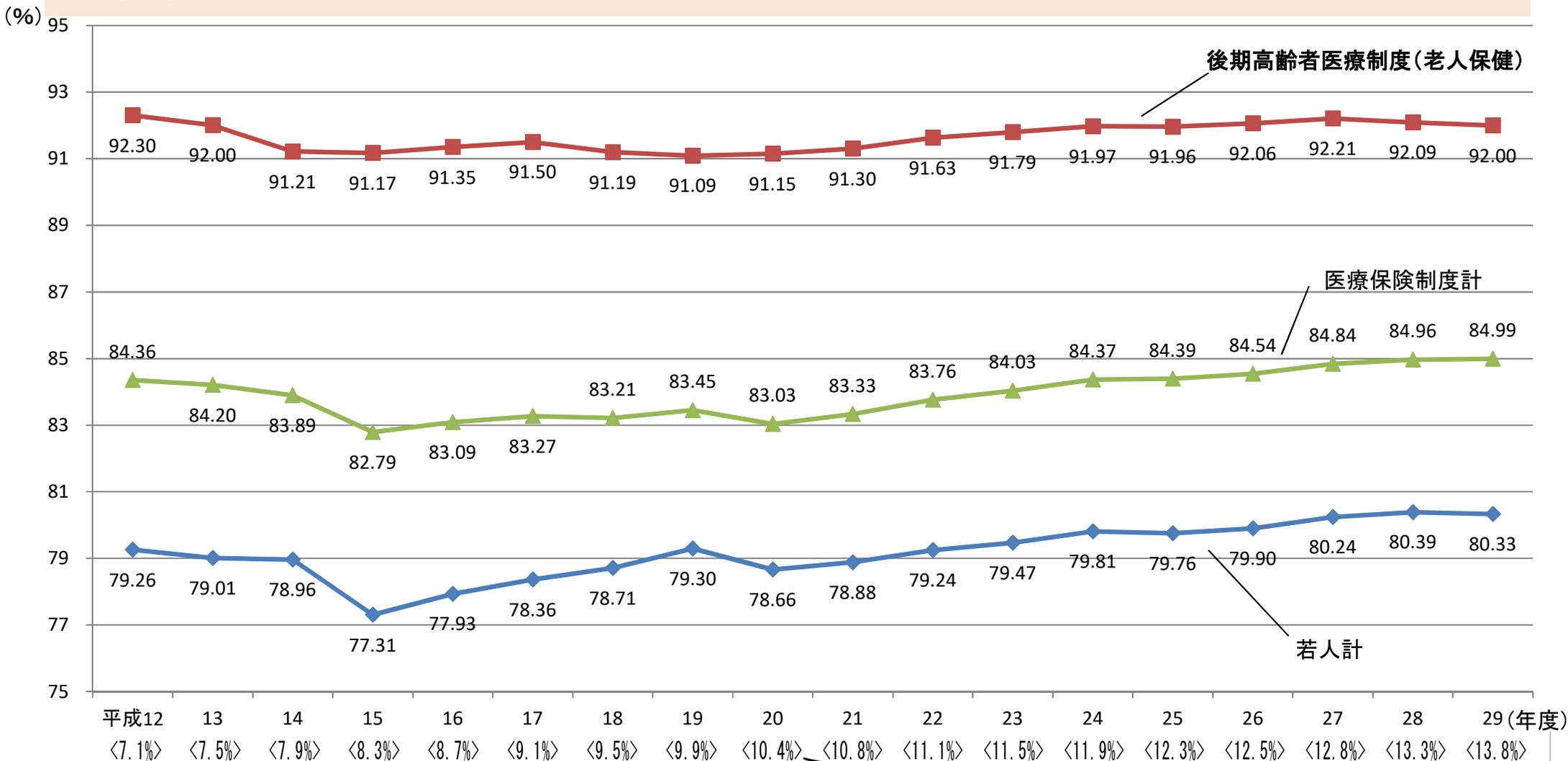
(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※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) 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。

実効給付率の推移

実効給付率は、制度改正等により上下することはあるものの、高齢化の進展等により、近年のトレンドとしては上昇傾向。



<>内は75歳以上人口割合

H14.10～70歳以上
: 定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保
: 2割→3割

H18.10～70歳以上
: 現役並み: 2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前: 2割

H26.4～70～74歳
: 順次凍結解除

(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

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

出典: 各制度の事業年報等を基に作成

実効給付率の推移と財源構成

実効給付率を財源別に見ると、保険料分が52%程度、公費分が32%程度となっている。

公費分の増減は、制度改正のほか高齢化による後期高齢者の増加、被用者化による国保加入者の減少等によって変化する。

	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)
実効給付率	84.0%	84.4%	84.4%	84.5%	84.8%	85.0%	85.0%
うち保険料分	52.3%	52.4%	52.3%	52.3%	52.4%	52.6%	52.7%
うち公費分	31.7%	32.0%	32.1%	32.3%	32.4%	32.4%	32.3%
前年度差（実効給付率）	0.3%	0.3%	0.0%	0.1%	0.3%	0.1%	0.0%
うち保険料分	0.2%	0.1%	▲0.1%	▲0.0%	0.1%	0.2%	0.1%
うち公費分	0.1%	0.3%	0.1%	0.2%	0.2%	▲0.1%	▲0.0%
制度改正				・国保の保険基盤安定 (保険料軽減)の拡充 (約500億円)	・国保の保険基盤安定 (保険者支援)の拡充 (約1,700億円) ・後期高齢者支援金の 総報酬割部分を1/2に引 上げ	・短時間労働者の適用 拡大(H28.10～) ・後期高齢者支援金の 総報酬割部分を2/3に引 上げ	・後期高齢者支援金の 全面総報酬割を実施

※1. 実効給付率は医療保険医療費に対する率である。

※2. 保険料分及び公費分は、各年度の財政構造表に基づき、実効給付率に財源構成における所要保険料及び公費の割合を乗じて算出したもの。

(参考) 制度別加入者数割合

被用者保険	58.0%	58.1%	58.3%	58.7%	59.3%	60.1%	61.0%
うち協会けんぽ	27.5%	27.6%	28.0%	28.5%	29.2%	29.9%	30.6%
うち組合健保	23.3%	23.2%	23.1%	23.1%	23.1%	23.2%	23.4%
国民健康保険	30.5%	30.1%	29.6%	28.9%	28.1%	26.9%	25.6%
後期高齢者	11.4%	11.8%	12.1%	12.3%	12.7%	13.1%	13.5%

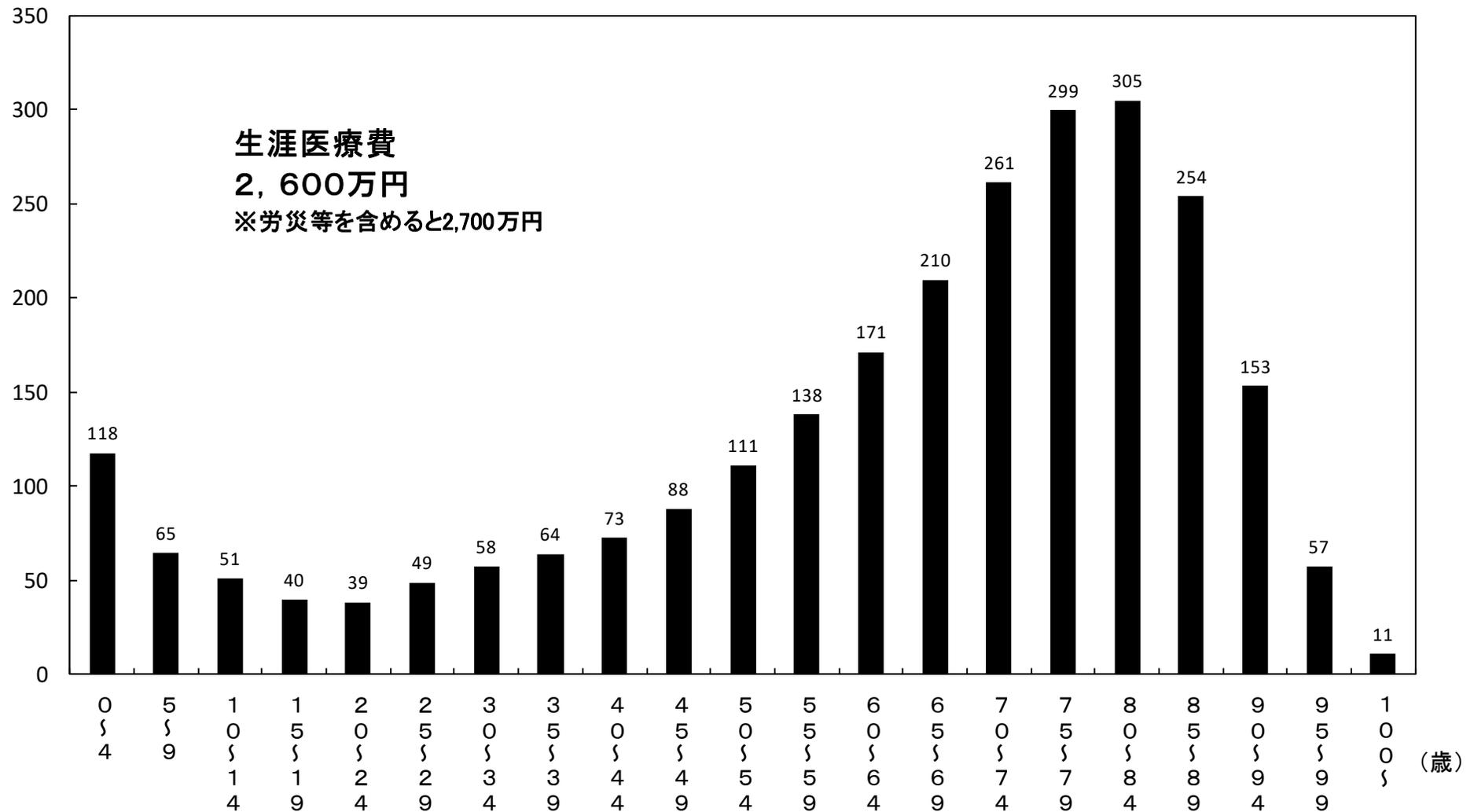
※. 国民健康保険には、国保組合が含まれている。

生涯医療費

生涯医療費（＝一生涯でかかると考えられる医療費の平均。死亡率を考慮したもの）は、約2,600万円となる。

生涯医療費
(平成29年度推計)

(万円)



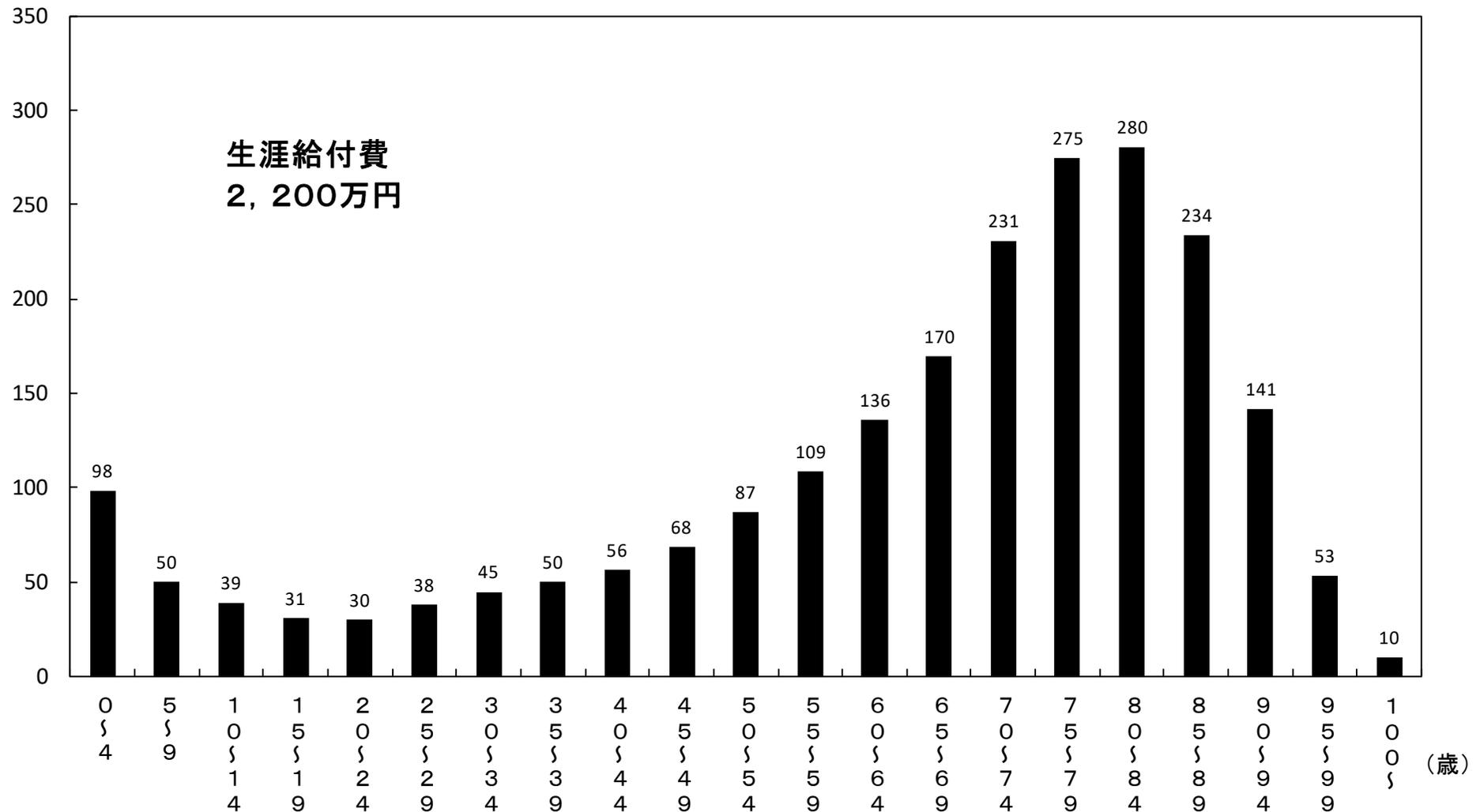
(注) 平成29年度の年齢階級別一人当たり医療費をもとに、平成29年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

生涯給付費

生涯医療費2,600万円のうち医療保険給付で賄われる部分は、約2,200万円となり、医療費の約85%は医療保険から賄われることとなる。

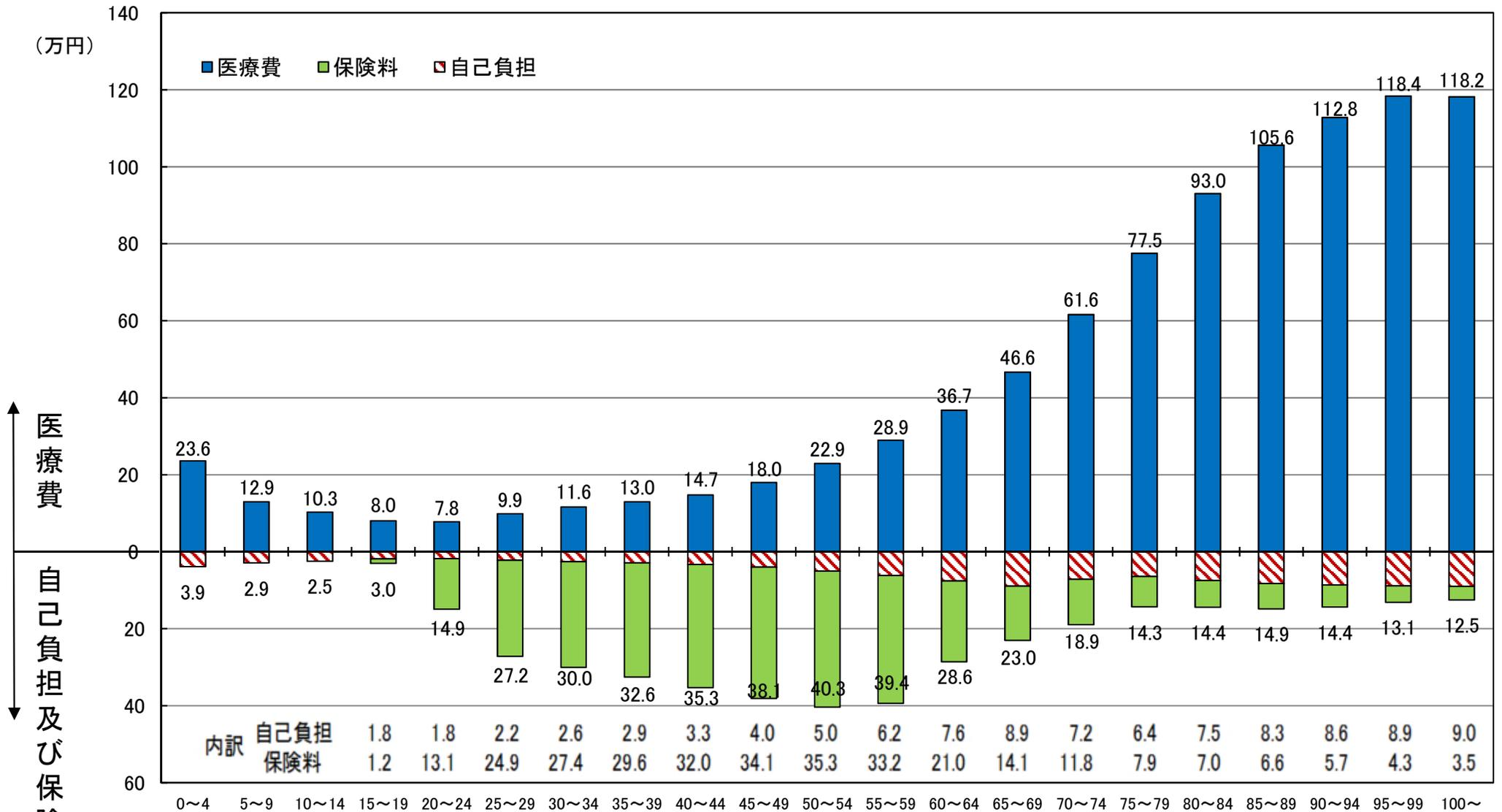
生涯給付費
(平成29年度推計)

(万円)



(注) 平成29年度の年齢階級別一人当たり給付費をもとに、平成29年簡易生命表による定常人口を適用して推計したものである。

年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成29年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

【検討にあたっての考え方等】

- ・ 今後の医薬品等の費用対効果評価の活用については、改革工程表2019において、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、…関係審議会等において検討」とされている。

【これまでの意見を踏まえた論点等】

- ・ 費用対効果の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大について、現状や人材育成の状況や諸外国における取組も参考にしながら、検討を行うことが必要ではないか。 等

※ なお、今後、中医協において検討を行い、適宜医療保険部会に報告する。

今後の医薬品等の費用対効果評価の活用に係る現状及び課題と論点

【現状・課題】

- 2019年4月より運用開始となった費用対効果評価制度では、対象品目として12品目(令和2年10月1日時点)が選定され、分析を実施しているところ。
- 費用対効果評価制度に係る体制を拡充するため、公的分析班の追加、人材育成プログラム(2020年4月開始)、調査研究等、体制強化の取組みが進められている。
- 改革工程表2019では、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討」することとされている。
- 医療保険部会におけるこれまでの主な意見は、以下のとおり。
 - (現行の制度の実施状況等に係る意見)
 - 昨年度から制度運用が開始されたところであり、まずはその影響の検証、課題の抽出などを行うべきであり、仕組みの検討は時期尚早である。
 - 実施状況を検証し、制度の成熟度を高めるとともに、保険収載から価格調整までの期間をできる限り短縮していくことが先決ではないか。
 - (今後の制度の見直しに係る意見)
 - 保険収載の可否も含めた費用対効果評価結果の活用に向けて検討が必要である。
 - 有効性、安全性が確認された医薬品は速やかに保険収載すべきであり、患者アクセスの制限や追加負担があるべきではない。
 - 技術的な閾値までは保険で、それを超えた部分は保険外併用療養費制度を活用する運用の仕方もあるのではないか。
- 今後、年度内にも複数品目の総合的評価について中医協において審議される見込み。
- 以上を踏まえ、医療保険部会においては、中医協での検討を継続するとともに、適宜報告を求めることとされたところ。

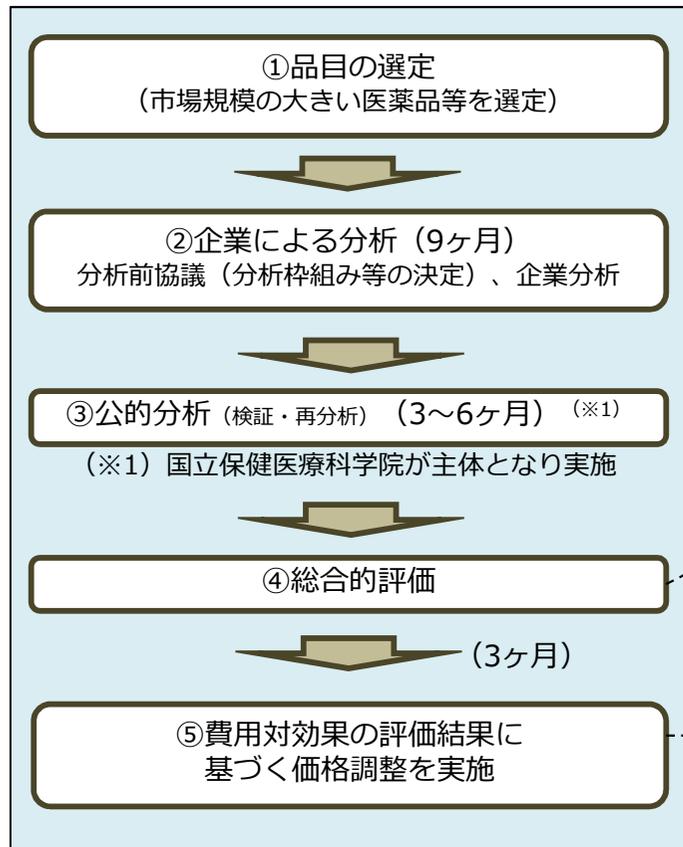
【論点】

- 費用対効果の保険収載時の活用等も含めた実施範囲・規模の拡大について、現行の制度運用の状況、体制強化の取組状況、個別品目に係る総合的評価の審議が今後なされること等を踏まえ、どのように考えるか。

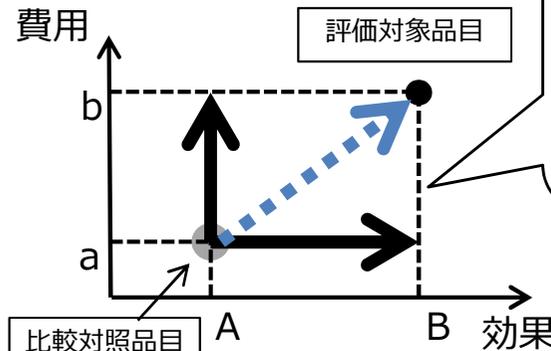
費用対効果評価制度について（概要）

- 費用対効果評価制度については、中央社会保険医療協議会での議論を踏まえ、2019年4月から運用を開始。
- 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外とする。
- 評価結果は保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載したうえで価格調整に用いる。
- 今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

【費用対効果評価の手順】



(注) カッコ内の期間は、標準的な期間



評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

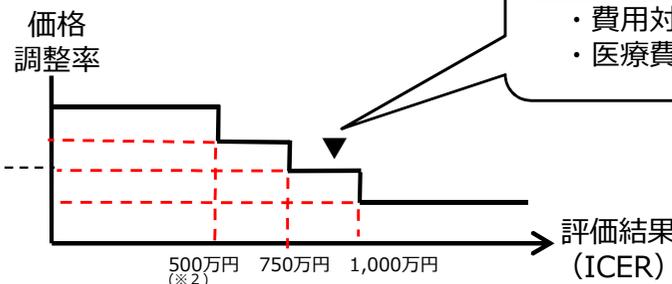
$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}$$

健康な状態での1年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

総合的評価にあたっては、希少な疾患や小児、抗がん剤等の、配慮が必要な要素も考慮(※2)

評価結果に応じて対象品目の価格を調整(※3)

- ・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
- ・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ



(※2) 抗がん剤等については、通常よりも高い基準 (750万円/QALY) を用いる。

(※3) 価格調整範囲は有用性系加算等

費用対効果評価の対象品目と現状について（令和2年11月11日時点）

品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模 (ピーク時予測)	費用対効果評価区分	総会での 指定日	現状
①テリルジー (グラク・スミスクライン)	COPD (慢性閉塞性肺疾患)	4,012.30円 (14吸入1キット) 8,597.70円 (30吸入1キット)	10%	236億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2019/5/15	公的分析中
②キムリア (ノバルティスファーマ)	白血病	33,493,407円	35%×0.2※2 (7%)	72億円	H 3 (単価が高い)	2019/5/15	公的分析中
③ユルトミリス (アレクシオンファーマ)	発作性夜間 ヘモグロビン尿症	717,605円	5%	331億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2019/8/28	公的分析中
④ビレーズトリエアロス フィア (アストラゼネカ)	COPD (慢性閉塞性肺疾患)	4,012.30円	なし	189億円	H 5 (テリルジーの類似品目)	2019/8/28	分析は行わない (テリルジーの分析結果に準じる)
⑤トリンテリックス (武田薬品工業)	うつ病・うつ状態	168.90円 (10mg錠) 253.40円 (20mg錠)	5%	227億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2019/11/13	公的分析中
⑥コララン (小野薬品工業)	慢性心不全	82.90円 (2.5mg錠) 145.40円 (5mg錠) 201.90円 (7.5mg錠)	35%	57.5億円	H 2 (市場規模が50億円以上)	2019/11/13	公的分析中
⑦ノクサフィル※3 (MSD)	深在性真菌症	3,109.10円 (100mg錠)	なし	112億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2020/4/8	企業分析中
⑧カボメテイクス (武田薬品工業)	腎細胞癌	8,007.60円 (20mg錠) 22,333.00円 (60mg錠)	10%	127億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2020/5/13	企業分析中
⑨エンハーツ (第一三共)	乳癌、胃癌※4	165,074円	5%	129億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2020/5/13	企業分析中※4
⑩ゾルゲンスマ (ノバルティスファーマ)	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	H 3 (単価が高い)	2020/5/13	企業分析中
⑪エンレスト (ノバルティスファーマ)	慢性心不全	65.70円 (50mg錠) 115.20円 (100mg錠) 201.90円 (200mg錠)	なし	141億円	H 5 (コラランの類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (コラランの分析結果に準じる)
⑫エナジア (ノバルティスファーマ)	気管支喘息	291.90円 (中用量) 331.40円 (高用量)	なし	251億円	H 5 (テリルジーの類似品目)	2020/8/19	分析は行わない (テリルジーの分析結果に準じる)
⑬リベルサス (ノバルティスファーマ)	2型糖尿病	143.20円 (3mg錠) 334.20円 (7mg錠) 501.30円 (14mg錠)	5%	116億円	H 1 (市場規模が100億円以上)	2020/11/11	分析前協議中

※1 収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。

※2 加算係数(製品総原価の開示度に応じた加算率)・・・開示度80%以上:1.0、50~80%:0.6、50%未満:0.2

※3 ノクサフィルは内用薬(ノクサフィル錠100mg)のみが費用対効果評価対象。

※4 胃癌については令和2年9月25日に効能追加され、分析前協議中

2. 医療の機能分化・連携及び国保の取組強化の推進

①大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

外来機能の明確化・連携

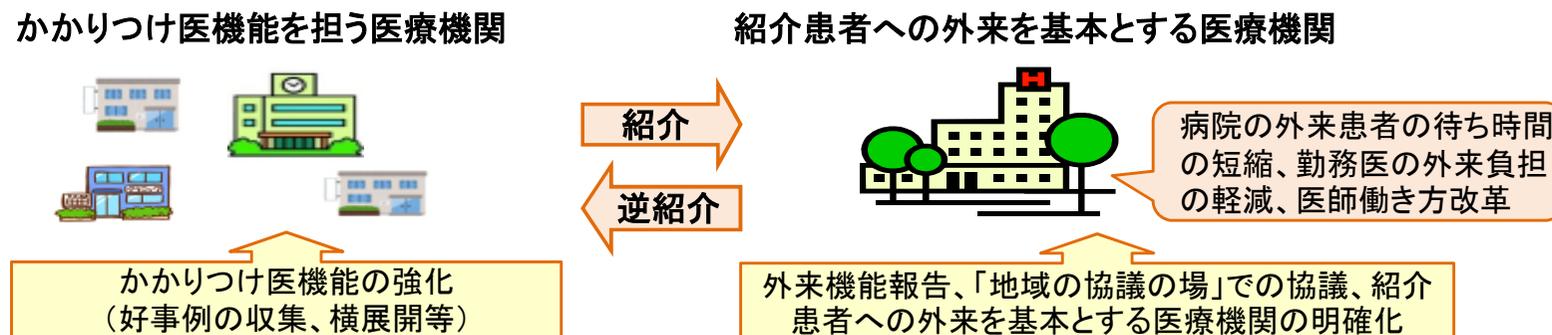
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。（現在行われている「病床機能報告」の外来版）
 - ② ①の外来機能報告(仮称)を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。→ ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、紹介患者への外来を基本とする医療機関（「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」を地域で基幹的に担う医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

➤ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。

① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。

② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。

③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

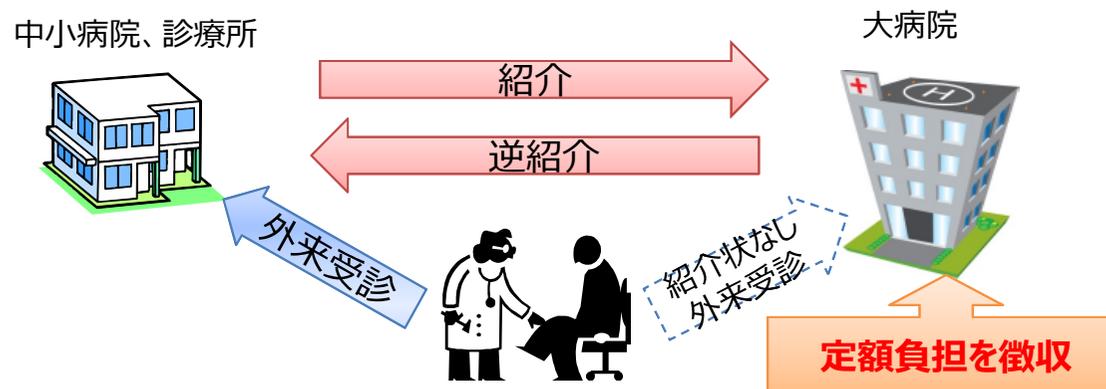
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

a. 自施設の他の診療科を受診中の患者

b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者

c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等

➤ なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



定額負担対象病院の外来患者数の内訳（1病院当たりの平均値）

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

①初診の患者数(人)	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	44.6%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	10.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	23.5%

■再診(n=269)

①再診の患者数(人)	50278.7
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	15375.0
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	30.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.1%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	0.2%

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

①初診の患者数(人)	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	61.0%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	23.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	38.5%

■再診(n=139)

①再診の患者数(人)	31909.9
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	16957.8
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	53.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.6%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	1.1%

(注)・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものの。

(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。

・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥、⑦については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したものの。

②国保の取組強化

国民健康保険制度改革の状況

国保が抱える構造的課題

- ① 年齢構成が高く、医療費水準が高い
- ② 所得水準が低い
- ③ 保険料負担が重い
- ④ 保険料（税）の収納率
- ⑤ 一般会計繰入・繰上充用
- 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
- ⑦ 市町村間の格差



国保改革（平成30年度～）

- ① 財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担
 - ・都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
 - ・市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健健康事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
 - ・都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
 - ・都道府県に財政安定化基金を設置
- ② 財政支援の拡充
 - ・財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
低所得者対策の強化、保険者努力支援制度 等

今後の主な課題

平成30年度改革が現在概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進める。都道府県においては、令和2年度末に向けて、国保運営方針の改定（又は中間見直し）を進める。

○法定外繰入等の解消

赤字解消計画の策定・状況の見える化等を通じて、解消に向けた実行性のある取組を推進

○保険料水準の統一に向けた議論

将来的には都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、地域の実情に応じて議論を深めることが重要

○医療費適正化の更なる推進

保険者努力支援制度で予防・健康づくりが拡充されたことも踏まえ、都道府県内全体の医療費適正化に資する取組を推進

※上記の他、国会での附帯決議、骨太方針・改革工程表、地方団体の要望事項等について、地方団体と協議を進める。

国保制度改革の概要(都道府県と市町村の役割分担)

改革の方向性

<p>1. 運営の在り方 (総論)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 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運営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 ○ 都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
---------------------------	---

	都道府県の主な役割	市町村の主な役割
<p>2. 財政運営</p>	<p>財政運営の責任主体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・ 財政安定化基金の設置・運営 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>国保事業費納付金を都道府県に納付</u>
<p>3. 資格管理</p>	<p>国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進</p> <p>※4. と5. も同様</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民と身近な関係の中、資格を管理(被保険者証等の発行)
<p>4. 保険料の決定 賦課・徴収</p>	<p>標準的な算定方法等により、<u>市町村ごとの標準保険料率を算定・公表</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・ 個々の事情に応じた<u>賦課・徴収</u>
<p>5. 保険給付</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・ 市町村が行った保険給付の点検 	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>保険給付の決定</u> ・ 個々の事情に応じた窓口負担減免等
<p>6. 保健事業</p>	<p>市町村に対し、必要な助言・支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施 (データヘルス事業等)

国保改革による財政支援の拡充

○ 国保の財政運営を都道府県単位化する国保改革とあわせ、毎年約3,400億円の財政支援の拡充を行う。

<2015年度（平成27年度）から実施>（約1,700億円）

○ **低所得者対策の強化**
（低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）

1,700億円

<2018年度（平成30年度）から実施>（約1,700億円）

○ **財政調整機能の強化**
（精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）

800億円

○ **保険者努力支援制度**
（医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）

840億円
（2019年度、2020年度は910億円）

○ **財政リスクの分散・軽減方策**
（高額医療費への対応）

60億円

- ※ 保険料軽減制度を拡充するため、2014年度（平成26年度）より別途500億円の公費を投入
- ※ 2015～2018年度（平成27～30年度）予算において、2,000億円規模の財政安定化基金を積み立て
- ※ 保険者努力支援制度について、2020年度（令和2年度）は、上記とは別に新規500億円（事業費200億円、事業費連動300億円）を措置し予防・健康づくりを強力に推進

【参考】

（単位：億円）

	2015年度 （平成27年度）	2016年度 （平成28年度）	2017年度 （平成29年度）	2018年度 （平成30年度）	2019年度 （令和元年度）	2020年度 （令和2年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・ 保険者努力支援制度等	—	—	—	1,700	1,770	1,770
財政安定化基金の造成 <積立総額>	200 <200>	400 <600>	1,100 <1,700>	300 <2,000>	— <2,000>	— <2,000>

財政安定化基金(本体基金)の設置

1. 趣旨

- 財政の安定化のため、給付増や保険料収納不足により財源不足となった場合に備え、一般財源からの財政補填等を行う必要がないよう、**都道府県に財政安定化基金を設置し、都道府県及び市町村に対し貸付・交付等を行うことができる体制を確保する。**

2. 事業

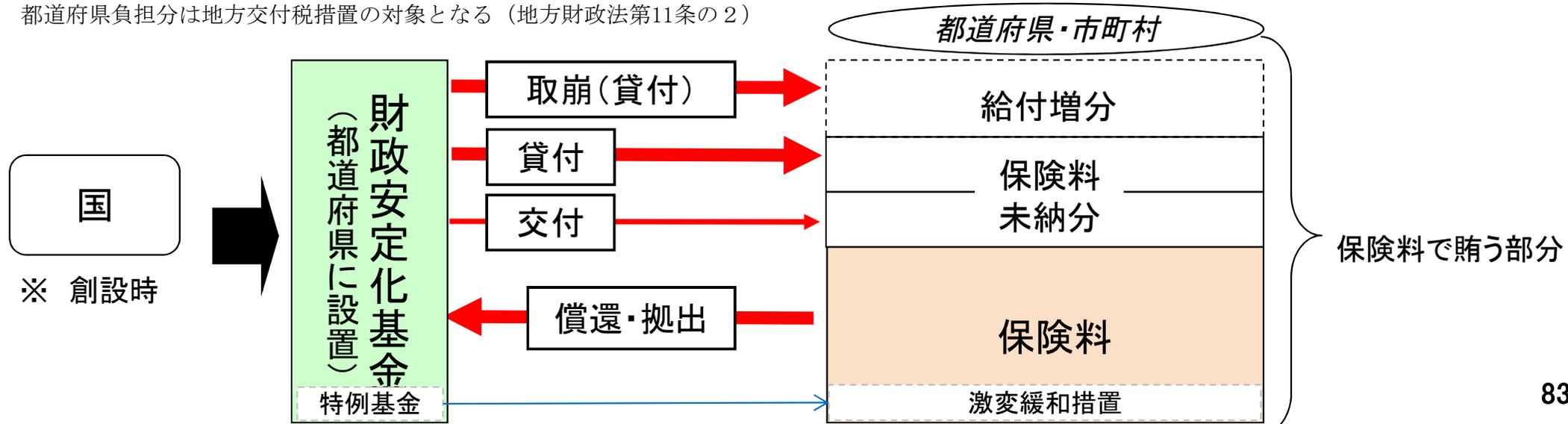
- **貸付**・・・各年度、市町村の保険料収納不足額に対する貸付。原則3年間で償還(無利子)
- **交付**・・・特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないよう留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×1/2以内を交付

特別な事情に該当する場合 ……災害、景気変動等

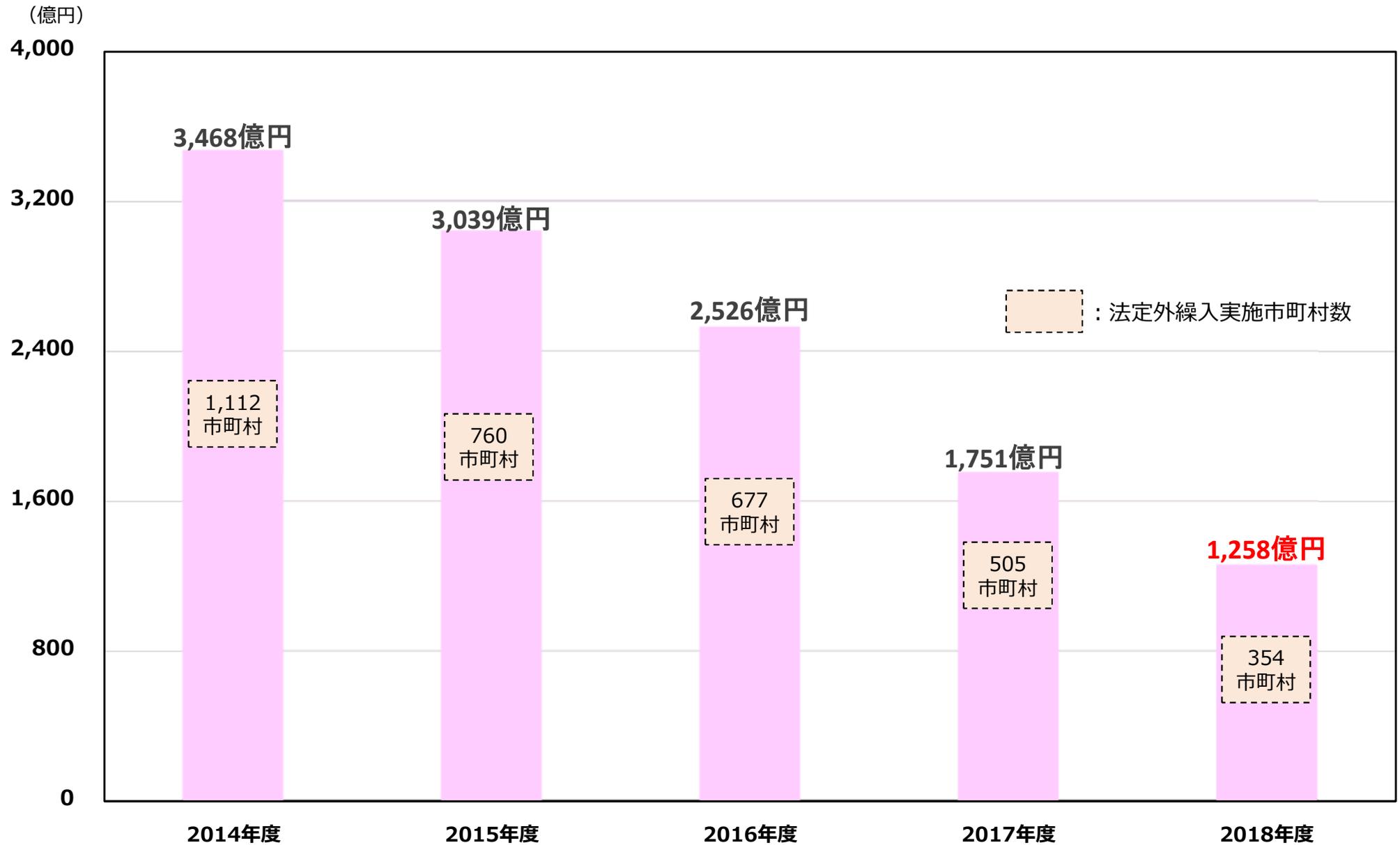
3. 基金規模等

- **国費で創設・順次積増し**することとし、平成27年度は200億円、平成28年度は400億円、平成29年度は1,100億円、平成30年度は300億円を措置。**2,000億円**を造成。
- 交付分に対する補填は各都道府県が決定。
 - ※ 国・都道府県※※・市町村(保険料、交付を受けた当該市町村が負担することを基本)で1/3ずつ補填
- 併せて、令和5年度末までの激変緩和措置を可能とするため、特例基金として300億円を積立。

※※ 都道府県負担分は地方交付税措置の対象となる(地方財政法第11条の2)

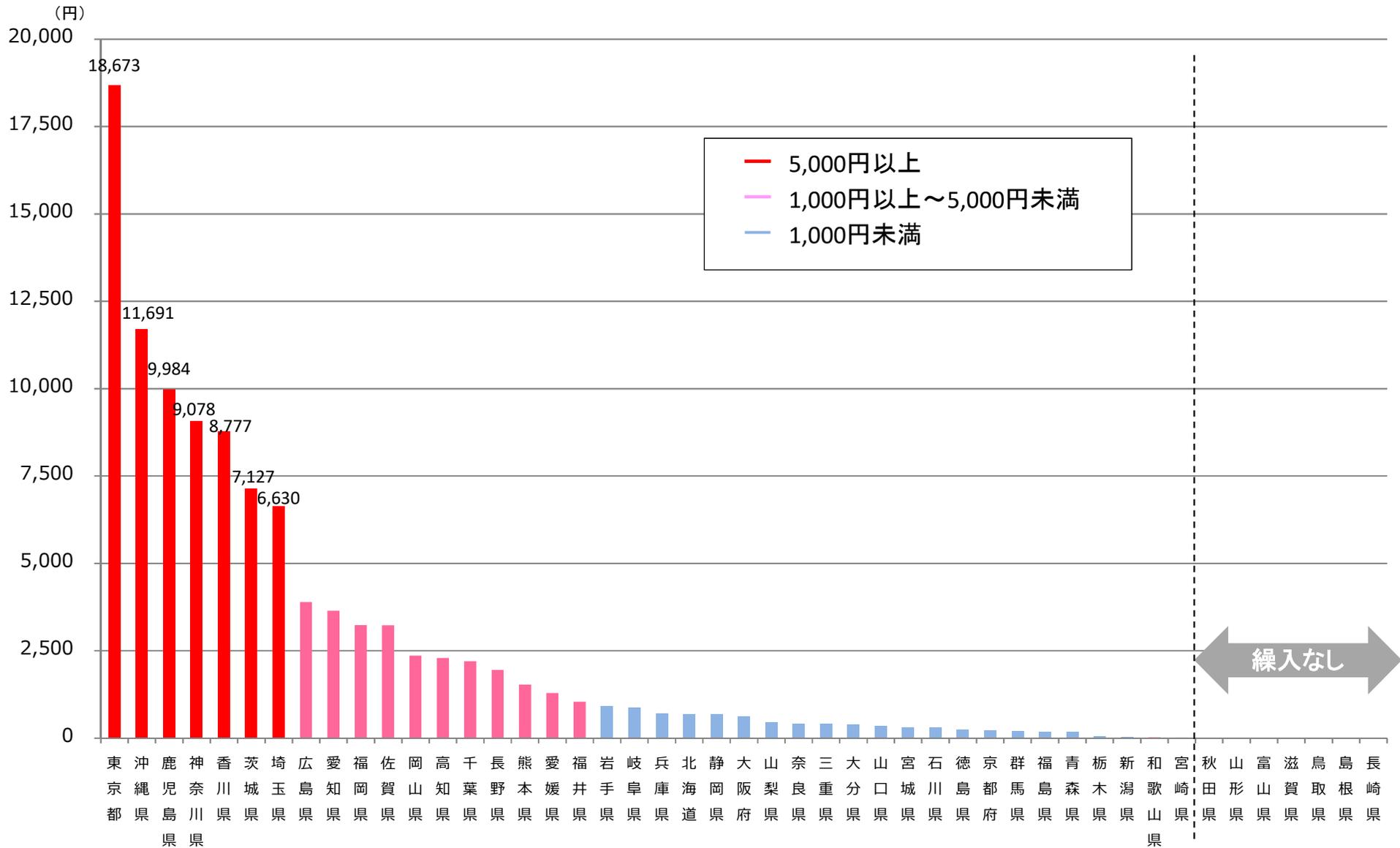


市町村の一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移



(出典) 厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

一人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（平成30年度）



繰入なし

(出典) 国民健康保険事業年報

※ 市町村数で見ると、8割の自治体は繰入を行っていない。繰入金額合計で見ると、東京都、神奈川県、埼玉県の市区町村の合計が全体の7割（東京都：46%、神奈川県：14%、埼玉県：9%）を占めている。

保険料水準の統一に向けた課題

- 国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、将来的に保険料水準の統一（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指す、こととしている。
- 各都道府県における保険料水準の統一に向けた状況と課題は次のとおりであり、骨太方針2019においても「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。」とされている。

2018年度～	2024年度までを目標に検討	2027年度まで
大阪府 (例外措置あり)	奈良県、沖縄県 北海道(納付金ベース)、広島県(準統一)	和歌山県 佐賀県

※ その他の都道府県については、時期を明示せず、将来的に統一を目指す。あるいは、医療費水準の平準化・赤字の解消等を踏まえ検討等と整理。
岐阜県は検討期間を2024年度に設定。
福島県、滋賀県は2024年度以降の統一を目指している。

① 医療費水準に関する課題

- ・ 将来にわたる医療費適正化インセンティブの確保
- ・ 医療費水準の平準化・均てん化

納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させないことにより、保険料水準を統一することが可能。ただし、市町村の納得を得るためには、都道府県内の各市町村の医療費水準がある程度平準化されることが重要。また、納付金算定に年齢調整後の医療費水準を反映させない場合には、将来にわたり、医療費適正化インセンティブをどのように図るべきか、都道府県の役割として、今後検討が必要。

② 保険料算定方法に関する課題

- ・ 保険料算定方式の統一化
- ・ 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③ 各市町村の取組に関する課題

- ・ 将来にわたる保険料収納率向上インセンティブの確保
- ・ 保健事業費等の基準額の統一化
- ・ 地方単独事業の整理
- ・ 赤字の解消
- ・ 市町村事務の標準化、均質化、均一化

保健事業費や地方単独事業、決算補填等目的の法定外繰入など、市町村が個別に政策的に取り組んでいるものの統一化について、議論が必要。また、市町村ごとの保険料収納率の差をどのように扱うかについても整理が必要

国保運営方針の改定等に向けたガイドラインの見直しの方向性(ポイント)

- 都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、都道府県内の統一的な運営方針として国保運営方針を策定しており、令和2年度末に向けて、市町村と協議しつつ改定(又は中間見直し)を検討。
- 平成30年度改革が現在概ね順調に実施されていることを踏まえ、今後は国保の都道府県単位化の趣旨の深化を一層図ることが重要であり、都道府県における検討に資するよう、令和2年5月に、国のガイドラインについて見直しを実施。

国保運営方針策定要領

(法定外繰入等の解消を含めた財政運営の健全化)

- 法定外繰入等の計画的・段階的な解消の観点から、解消期限や解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた**赤字解消計画の策定・実行の推進、市町村ごとの見える化**を追記
- 将来の歳出見込みも見据えた財政運営の観点から、**決算剰余金等の留保財源の基金への積立て**を追記

(都道府県内保険料水準の統一)

- 保険料水準の統一について、**都道府県において将来的に目指すことを明確化し、そのための市町村との具体的な議論の実施**を追記

(重症化予防や一体的実施を始めとする医療費適正化等)

- 健保法等改正(R2.4施行)や保険者努力支援制度の抜本的な強化(R2年度)を踏まえ、**都道府県の保健事業支援や、市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施**を追記
- 「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改定(H31.4)等を踏まえ、都道府県を中心とした**重症化予防の取組の推進**を追記
- このほか、第2期データヘルス計画(令和2年度中間評価・見直し)との整合性の確保や、保険者協議会の活用を追記

納付金算定等ガイドライン

(保険者努力支援制度の抜本的な強化)

- 保険者努力支援制度の抜本的な強化(「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付)に伴い、
 - ・ **「事業費部分」については、納付金の軽減財源から控除すること、**
 - ・ **「事業費連動部分」については、当年度の保険給付費等交付金に充当し、結果として生じる剰余金を翌年度以降の調整財源に活用すること**をそれぞれ追記

(安定的な財政運営)

- 決算剰余金について、納付金の減算に加え、**基金積立ても可能**であることを明記

(都道府県内保険料水準の統一)

- 保険料水準の統一について、**都道府県において将来的に目指すことを明確化**

交付金ガイドライン

(保険者努力支援制度の抜本的な強化)

- 保険者努力支援制度(予防・健康づくり支援に係る部分)について、「事業費部分」と「事業費連動部分」の交付方法等をそれぞれ追記

3. 生涯現役で活躍できる社会づくり (予防・健康づくりの強化)

①保険者努力支援制度等の着実な推進

保険者努力支援制度

- 2015年国保法等改正により、医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、市町村国保について保険者努力支援制度を創設し、糖尿病重症化予防などの取組の状況に応じて、交付金を交付。

現状

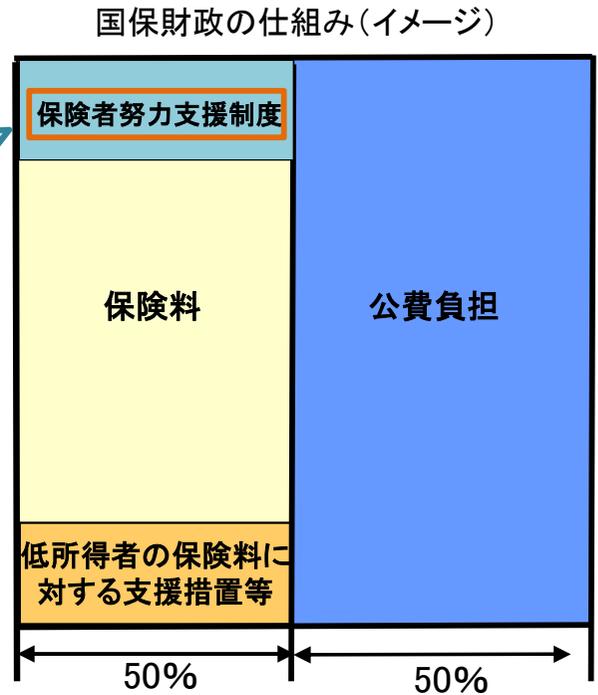
- 交付は市町村分・都道府県分に分かれており、それぞれについて医療費適正化に向けた取組等を評価する指標を設定し、達成状況に応じて交付金を交付する。

市町村分 <500億円程度>
(指標の例)

- ・ 特定健診・特定保健指導の実施率
- ・ メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

都道府県分 <500億円程度>
(指標の例)

- ・ 医療費適正化のアウトカム評価 (医療費水準や医療費の変化)



抜本的強化

2020年度

- ① 予防・健康インセンティブの強化
(例)

- ・ 予防・健康づくりに関する評価指標(特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診)について、配点割合を引き上げ

- ② 成果指標の拡大
(例)

- ・ 糖尿病等の重症化予防について、アウトカム指標 (検査値の変化等) を用いて事業評価を実施している場合に加点

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

○ 人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化。

⇒ 予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化するとともに、成果指標を拡大。

○ 法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

※ 一部の評価指標におけるマイナス点については、骨太の方針2019（令和元年6月21日閣議決定）等に基づき、設定することとしているが、これは、過去の取組状況に対し後年度になってペナルティを科し、あるいは罰則を付すものではなく、国保改革に伴って拡充された公費（自治体の取組等に対する支援）の配分について、一部メリハリを強化するものである。

○ 予防・健康インセンティブの強化

- ・ 予防・健康づくりに関する評価指標（特定健診・保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ【市・県指標】
- ・ 特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○ 成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

- ・ アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】
- ・ 重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

- ・ 歯科健診の実施の有無に係る評価に加え、受診率に係る評価を追加【市指標 共②(2)】

【個人インセンティブ】

- ・ 健康指標の改善の評価や、参加者への健康データ等の提供等を行う場合に加点【市指標 共④(1)・県指標①(iii)】

○ 法定外繰入の解消等

- ・ 都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(iv)・県指標③】
- ・ 赤字解消計画の策定状況だけでなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定
- ・ マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額(率)等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

令和3年度の保険者努力支援制度（全体像）

市町村分（500億円程度）

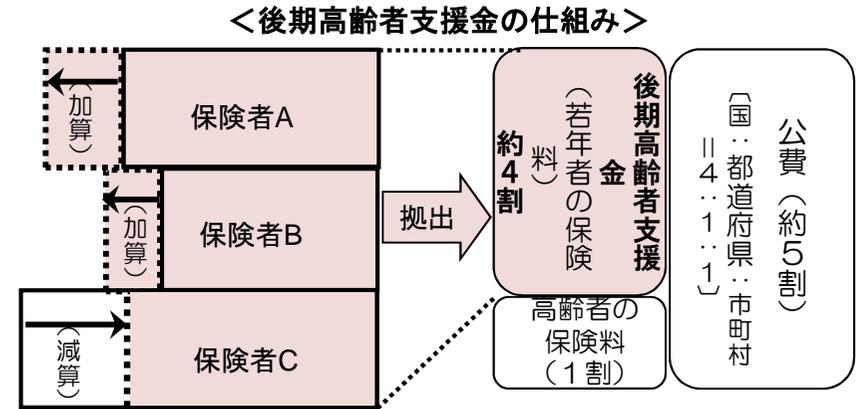
保険者共通の指標	国保固有の指標
<p>指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診受診率・特定保健指導実施率 ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 <p>指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○がん検診受診率 ○歯科健診受診率 <p>指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重症化予防の取組の実施状況 <p>指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○個人へのインセンティブの提供の実施 ○個人への分かりやすい情報提供の実施 <p>指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○重複・多剤投与者に対する取組 <p>指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○後発医薬品の促進の取組・使用割合 	<p>指標① 収納率向上に関する取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保険料（税）収納率 ※過年度分を含む <p>指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○データヘルス計画の実施状況 <p>指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療費通知の取組の実施状況 <p>指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組 <p>指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○第三者求償の取組状況 <p>指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ○適切かつ健全な事業運営の実施状況 ○法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価	指標② 医療費適正化のアウトカム評価	指標③ 都道府県の取組状況
<ul style="list-style-type: none"> ○主な市町村指標の都道府県単位評価(※) ・特定健診・特定保健指導の実施率 ・糖尿病等の重症化予防の取組状況 ・個人インセンティブの提供 ・後発医薬品の使用割合 ・保険料収納率 ※都道府県平均等に基づく評価 	<ul style="list-style-type: none"> ○年齢調整後一人当たり医療費 ・その水準が低い場合 ・前年度(過去3年平均値)より一定程度改善した場合に評価 ○重症化予防のマクロ的評価 ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合 	<ul style="list-style-type: none"> ○都道府県の取組状況 ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組 等） ・法定外繰入の解消等 ・保険料水準の統一 ・医療提供体制適正化の推進

後期高齢者支援金の加算・減算制度

- 平成18年の医療保険制度改正において、各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。
- 2018年度以降、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、特定健診・保健指導や予防・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仕組みに見直し。



【2018年度以降】 ※加減算は、健保組合・共済組合が対象（市町村国保は保険者努力支援制度で対応）

1. 支援金の加算(ペナルティ)

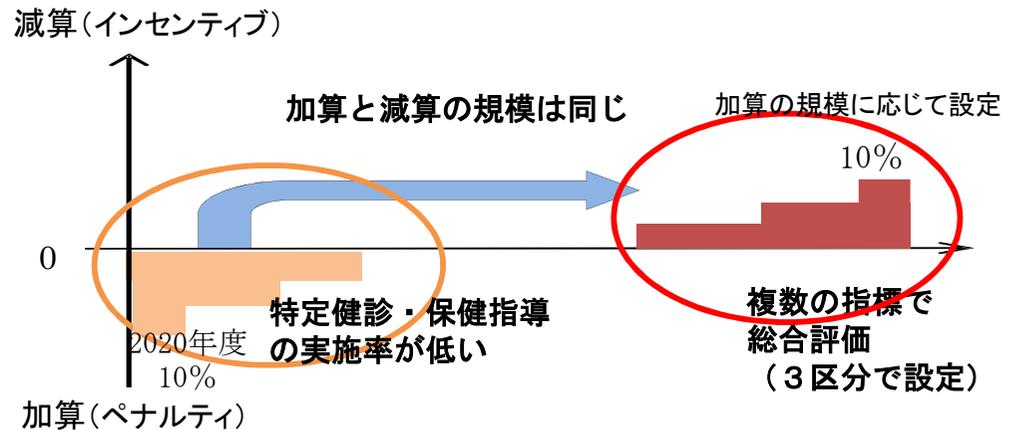
- ・ 特定健診・保健指導の実施率が一定割合に満たない場合の加算率を段階的に引上げ(2018年度最大2% → 2019年度最大4% → 2020年度以降最大10%)

2. 支援金の減算(インセンティブ) ※減算の規模＝加算の規模

- ・ 特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅(＝成果指標)、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合評価 ※減算率＝最大10%～1% 3区分で設定

(項目)

- ・ 特定健診・保健指導の実施率(＝成果指標)
- ・ 特定保健指導の対象者割合の減少幅(＝成果指標)
- ・ 後発品の使用割合(＝成果指標)
- ・ 糖尿病等の重症化予防、がん検診、歯科健診・保健指導等
- ・ 健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨
- ・ 事業主との連携(受動喫煙防止、就業時間中の配慮等)
- ・ 予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組 等



中間見直しの方向性(2021年度～)

- 加算(ペナルティ)範囲の拡大：健診受診率57.5%未満 ⇒ 70%未満(単一健保の場合)
- 減算(インセンティブ)の評価基準見直し：①成果指標の拡大(がん精密検査受診率など)、②事業の効果検証の要件化 ③適正服薬の取組を評価、④歯科健診等の評価点引き上げ 等

② 疾病予防、重症化予防の推進

特定健康診査・特定保健指導について

○ 特定健診・保健指導は、保険者が健診結果により、内臓脂肪の蓄積に起因する糖尿病等のリスクに応じて対象者を選定し、対象者自らが健康状態を自覚し、生活習慣改善の必要性を理解した上で実践につなげるよう、専門職が個別に介入するものである（法定義務）。



＜特定健診の検査項目＞

- ・ 質問票（服薬歴、喫煙歴 等）
→ 「かんで食べる時の状態」を追加（2018年度～）
- ・ 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧測定
- ・ 血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）
- ・ 尿検査（尿糖、尿蛋白）
- ・ 詳細健診（医師が必要と認める場合に実施）
心電図検査、眼底検査、貧血検査
→ 「血清クレアチニン検査」を追加（2018年度～）

＜特定保健指導の選定基準＞（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

腹囲	追加リスク		④喫煙歴	対象	
	①血糖	②脂質 ③血圧		40-64歳	65-74歳
≥85cm(男性) ≥90cm(女性)	2つ以上該当		/	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当		あり なし		
上記以外で BMI ≥ 25	3つ該当		/	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当		あり なし		
	1つ該当		/		

＜特定健診・保健指導の実施率＞（目標：特定健診70%以上 保健指導45%以上）

特定健診	受診者数	2019万人（2008年度）	→	<u>約2,940万人（2018年度）</u>
	実施率	38.9%（2008年度）	→	<u>54.7%（2018年度）</u>
特定保健指導	終了者数	30.8万人（2008年度）	→	<u>約118万人（2018年度）</u>
	実施率	7.7%（2008年度）	→	<u>23.2%（2018年度）</u>

保険者機能の責任を明確にする観点から、厚生労働省において、全保険者の特定健診・保健指導の実施率を公表する。
（2017年度実績～）



コラボヘルスとは

- コラボヘルスとは、健康保険組合等の保険者と企業（事業主）が積極的に連携し、明確な役割分担と良好な職場環境のもと、加入者の予防・健康づくりを効果的・効率的に実行すること。
- 保険者と企業による連携・役割分担のもと、職場環境の整備や保健事業の効率的・効果的な実施を推進することで、保険者による「データヘルスの推進」と事業主による「健康経営の推進」が同時に実現可能。

コラボヘルスの必要性

1. 効果的・効率的な保健事業の推進

- ・企業による保健事業に参加しやすい環境づくりや従業員等への働きかけによって、保険者による特定健診・特定保健指導をはじめとする保健事業を効率的に実施することが可能

（例）就業時間中の保健事業参加の配慮（就業時間中に従業員が特定保健指導を受けられるよう事業主による配慮（出勤認定や特別休暇認定、実施場所の提供、勤務シフトの配慮等）等）

2. 予防・健康づくりを実践しやすい職場環境の整備

- ・1日の多くの時間を過ごす職場の動線を活用した健康づくりの仕組みづくりを行うことによって、日常生活の中で自然と生活習慣を改善しやすい環境をつくる事が可能

（例）職場の動線を利用した健康づくりの機会の提供（職場内階段利用、徒歩・自転車での通勤推奨、社員食堂での健康メニュー提供やカロリー表示、自動販売機のメニュー改善等）

（例）受動喫煙対策（事業主による敷地内禁煙や屋内完全禁煙の整備等）



これまでのコラボヘルスの推進策

■ コラボヘルスガイドラインの策定

- ・企業・健保組合の双方に向けてコラボヘルスの推進方法や実践事例などをまとめたガイドラインを公表（平成29年7月）

■ 日本健康会議にて保険者・事業主の連携強化を推進

- ・「健康なまち・職場づくり宣言2020」において、保険者と企業が連携した健康宣言・健康経営の取組を推進

■ 保険者インセンティブの見直し

- ・健保組合の減算指標（インセンティブ）に「事業主との連携」に関する項目を新設

健康スコアリングレポートの概要

ポイント

■ 健康スコアリングレポートの概要

- 各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、**全健保組合平均や業態平均と比較したデータ**を見える化。
- 2018年度より、**厚労省・経産省・日本健康会議の三者が連携し**、NDBデータから**保険者単位**のレポートを作成の上、**全健保組合及び国家公務員共済組合等に対して通知**。2021年度からは、保険者単位のレポートに加え、**事業主単位**でも実施。

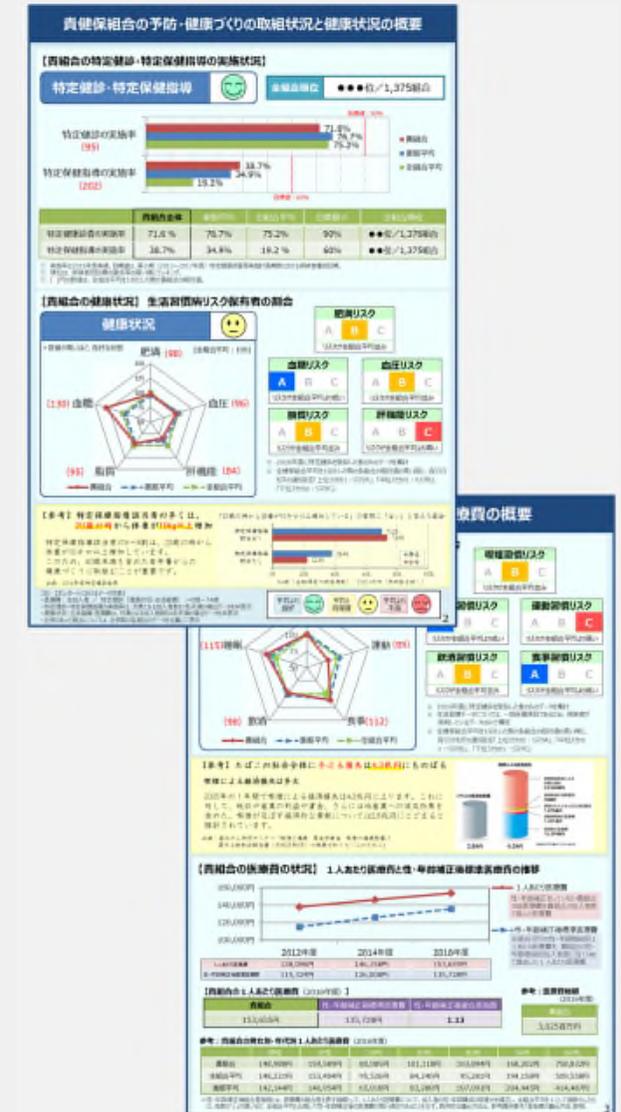
■ 健康スコアリングレポートの活用方法

- 経営者に対し、保険者が自らのデータヘルス分析と併せて、スコアリングレポートの説明を行い、従業員等の健康状況について現状認識を持ってもらうことを想定。
- その上で、企業と保険者が問題意識を共有し、**経営者のトップダウンによるコラボヘルス※の取組の活性化**を図る。
- レポートと併せて、**企業・保険者の担当者向けに、経営者への説明のポイント等、レポートの見方や活用方法等**を示した実践的な「**活用ガイドライン**」を送付。

※コラボヘルス：企業と保険者が連携し、一体となって予防・健康づくりに取り組むこと

※NDBデータ：レセプト（診療報酬明細書）及び特定健診等のデータ

【スコアリングレポートのイメージ】



糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

- 人工透析は医療費年間総額1.62兆円を要するため、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題である。
- 平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」及び平成27年7月の日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」[※]等において生活習慣病の重症化予防を推進することとされており、レセプトや健診データを効果的・効率的に活用した取組を全国に横展開することが必要である。
※かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を1,500市町村とする(2019年度より目標を800市町村から1,500市町村に上方修正)

横展開を推進

環境整備・ツール提供

- 厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が連携協定を締結(平成28年3月)。
- 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定(平成28年4月策定)。^{※平成31年4月改定。}
- 重症化予防WGとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」及び事例集を公表(平成29年7月)。

財政支援

- 国保ヘルスアップ事業(市町村向け)

市町村が実施する保健事業(特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等)に係る経費等を助成[※]する
※国保被保険者数に応じた助成限度額

- 都道府県国保ヘルスアップ支援事業(都道府県向け、平成30年度創設)

都道府県が実施する保健事業等(基盤整備、現状把握・分析等)に係る経費等を助成[※]する
※国保被保険者数に応じた助成限度額

保険者努力支援制度における評価

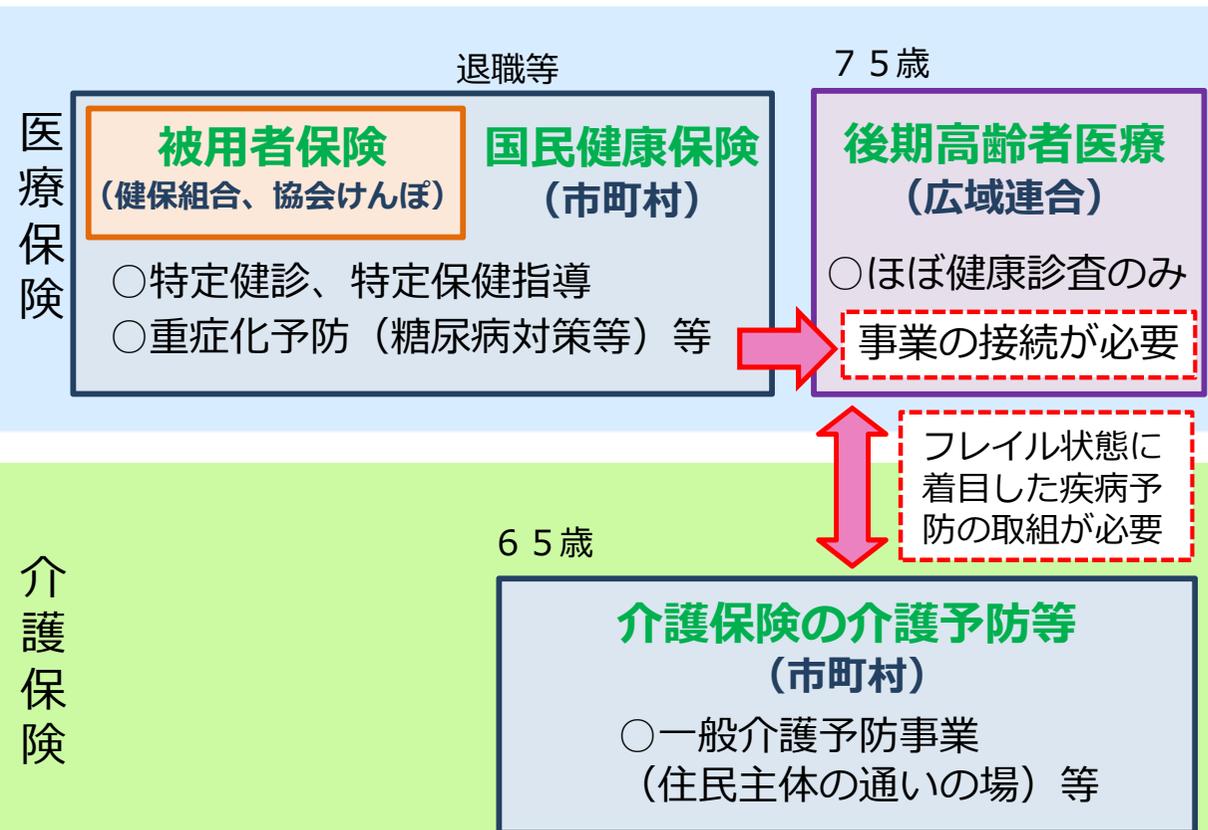
- 保険者努力支援制度の創設(平成28年度より前倒し実施、平成30年度より1,000億円規模のインセンティブとして本格実施)

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

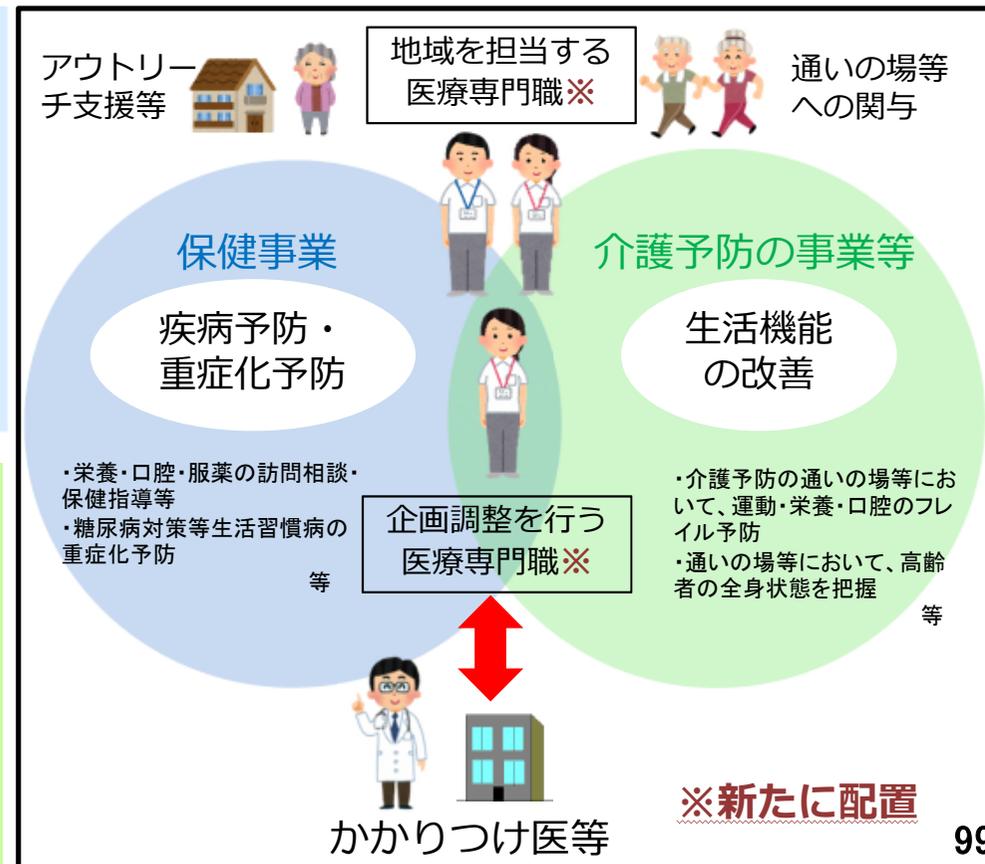
- ・ 広域連合が**高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組**が令和2年4月から開始された。
- ・ 広域連合は、その実施を**構成市町村に委託**することができる。

- 令和2年度の実施計画申請済みの市町村は**約330市町村**、全体の**約2割**（R2.11現在）
- **令和6年度までに全ての市町村**において一体的な実施を展開することを目指す。

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

令和3年度概算要求額（令和2年度予算額）7.0億円（7.0億円）

概要

- 歯周病を起因とする細菌性心内膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。

※経済財政運営と改革の基本方針2020

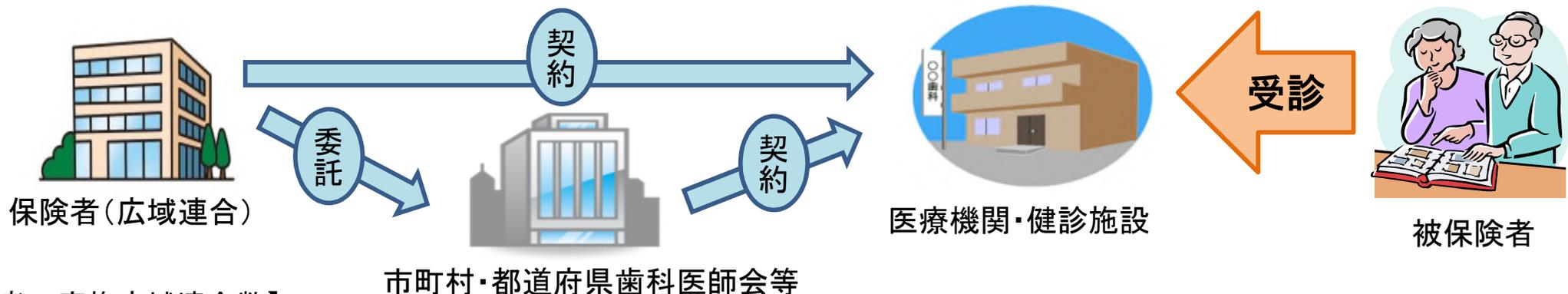
細菌性やウイルス性の疾患の予防という観点も含め、口腔の健康と全身の健康の関連性を更に検証し、エビデンスの国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策・重症化予防にもつながる歯科医師、歯科衛生士による歯科口腔保健の充実、歯科医療専門職間、医科歯科、介護、障害福祉関係機関との連携を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。

- 健康増進法に基づき実施されている歯周疾患検診や、厚生労働省において平成30年10月に策定した「後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル」などを参考にしつつ、高齢者の特性を踏まえた健診内容を各広域連合で設定。

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル〉

咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

- 市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。



【参考：実施広域連合数】

平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
16広域連合	31広域連合	43広域連合	45広域連合	47広域連合

保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり（モデル事業）（新規）

令和3年度要求額：1億円＋一部事項要求・新規

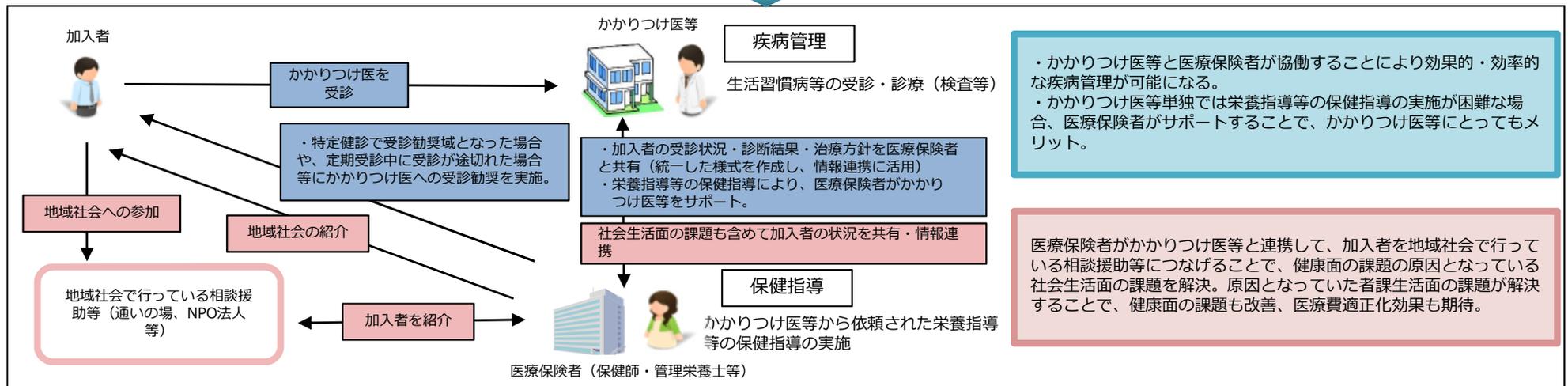
- 特定健診の結果、受診勧奨判定とされた加入者について、保険者がかかりつけ医等と連携し生活習慣病の重症化予防を図る必要があるものの、現状、かかりつけ医での診療と、特定保健指導をはじめとした医療保険者の取組との間で、連携する仕組みが乏しい。
- 社会生活面の課題が生活習慣病の治療を困難にしている場合（※）もあるため、地域社会で行っている相談援助等も活用しながら社会生活面の課題解決に向けた取組みが重要である。
- そのため、保険者による受診勧奨を契機として、かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導の実施や地域社会で行っている相談援助等の活用を進めることで、加入者の健康面及び社会生活面の課題を解決するための取組みを推進する。

（※）孤立による食事意欲の低下などの社会的な課題のため糖尿病に対する食事療法が困難な場合に、地域社会での交流等につなげることにより孤立を解消、食事療法にも取り組むことで糖尿病を改善

【現状】

- ・特定健診において受診勧奨領域となった加入者は医療機関を受診、疾患として診断された場合、栄養指導等を含めた診療を受ける。特定保健指導の対象者にもなっている場合、特定保健指導を別途受診する必要があるが、医療機関との連携が不十分な場合、栄養指導等が重複して実施される可能性がある。
- ・生活習慣病の重症化に影響する社会生活面の課題を解決する仕組みがない。

【望ましい姿】



● スケジュール（案）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

モデル事業実施（市町村で数力所）

モデル事業実施結果取り纏め

実施結果を踏まえ保健指導プログラム・特定健診等実施計画へ反映

③効果的な予防・健康づくりに向けた事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みの整備

現状と課題

- 健康保険法等では、保険者は、被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業(保健事業)を行うに当たっては、医療保険等関連情報(※)を活用し、適切かつ有効に行うこととしている。

※「医療保険等関連情報」とは、医療に要する費用に関する地域別、年齢別、疾病別等の状況や特定健診・特定保健指導の実施状況に関する情報等。

- 保険者が保健事業を実施するにあたっては、特定健診の結果等を活用することとされているが、

課題① 特定健診の対象は40歳以上の者であり、40歳未満の者については労働安全衛生法による事業主健診等の結果の活用が考えられるが、**40歳未満の者に係る事業主健診等の結果が事業者等から保険者へ提供される法的仕組みがない**(※)

課題② 事業主健診等を受診した者については、保険者が事業者等からその結果の記録の写しの提供を受けることでこれを特定健診の結果として活用できるが、**実態として特に中小企業等からの保険者への提供実績が低い**

といった課題があるため、**保険者が保健事業をより適切かつ有効に実施するためにはこれらの課題を解決する必要がある**。

※ 個人情報保護法では、法令に基づく場合には本人同意を得ずに個人データを第三者に提供できるが、40歳以上の者に関しては既に高齢者の医療の確保に関する法律第27条において健康診断結果の提供に関する規定が存在するため、提供にあたり本人同意は不要とされている。

課題解決に向けた対応案

「法令・指針による対応案」

(1) 40歳未満の者の事業主健診等結果の保険者への提供等に係る法的仕組みの整備(法改正事項) 【課題①への対応】

- 保険者の適切・有効な保健事業の実施を促進するため、以下の内容について必要な法改正を実施。
 - ① 保険者は事業者等に**40歳未満の者の事業主健診等結果も提供を求めることを可能とする**(※)。(提供を求められた事業者等はこれを提供しなければならないこととする)。
※40歳未満の者の事業主健診等の結果の提供についても個人情報保護法上の本人同意を得る必要がなくなる
※併せて、後期高齢者医療広域連合と被用者保険者等間の健診等情報の提供についても法的枠組みの整備を行う
 - ② 保険者は**①で提供を受けた事業主健診等結果を活用し適切・有効に保健事業を行う**こととする。
- * 健保連・国保連についても保健事業の実施主体となり得るため上記同様に情報の提供と活用に係る仕組みを設ける。

(2) 労働安全衛生法に基づく「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」の改正(指針改正) 【課題②への対応】

- 当該指針に、事業者から保険者へ事業主健診の結果を提供すべき旨等を規定する方向で検討。

(3) 事業主健診の血糖検査の取扱いの見直し 【課題②への対応】

- 事業主健診の血糖検査の方法を特定健診と合わせ(HbA1C検査を認める、随時血糖について食直後を避けることとする)、事業主健診と特定健診の項目の差異を減らす。

(4) 事業者と健診実施機関の契約書のひな形の作成 【課題②への対応】

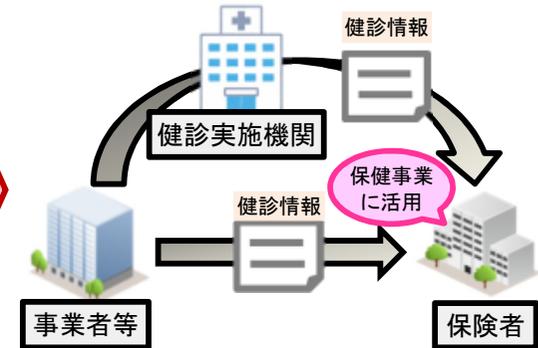
- 保険者への健診結果の提供事務を事業者が健診実施機関に委託するための契約書のひな形を作成し、健診実施機関から保険者に事業主健診の結果を直接提供することを推進。

(5) 事業主健診時における保険者番号等の活用促進 【課題②への対応】

- 健診実施機関による保険者への健診結果の提供や、保険者における被保険者等と健診結果の紐付けを円滑にする観点から、事業主健診の問診票のひな形に保険者番号や被保険者番号等を記入する欄を設け、健診実施時にその問診票の使用を推進。

「通知による対応案」

これらにより
健診結果の
提供を促進



メリット・効果

① データヘルスの推進

⇒ 加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業が可能になる。

② コラボヘルスの促進

⇒ 保険者と事業者等の積極的連携による予防・健康づくりの推進につながる。

③ マイナポ等での健診結果の閲覧

⇒ 事業主健診等の結果をマイナポータル等で閲覧できるようになる。

保健事業を行う上で活用すべき情報の提供を求める根拠規定の有無

- 保険者は、特定健康診査・特定保健指導を行うほか、これら以外の事業であって健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者等の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の 保持増進のために必要な事業（いわゆる保健事業）を行うように努めなければならないこととされている。
- また、保険者は、保健事業を行うに当たっては「医療保険等関連情報」を活用し、適切かつ有効に行うこととされている。

	保険者	健康保険組合連合会(※1)	国民健康保険団体連合会(※1)
①「医療保険等関連情報」(※2) ・医療に要する費用の状況に関する情報 ・特定健康診査の実施状況に関する情報 等	○ ※本来的に当該保険者に加入する者の情報を保有	× ※実際には各保険者の協力を得た上で情報を入手、データ分析等に活用。 ⇒保険者に対し、提供を求めることを可能とする。(※2)	× ※実際には審査支払業務等の中で情報を入手、データ分析等に活用。 ⇒保険者に対し、提供を求めることを可能とする。(※2)
②事業主健診の情報	× (40歳以上の者は○) ※40歳以上の者については、事業主から特定健診情報として提供を受けている場合は保有(高確法第27条) ⇒(40歳未満含め)事業主に対し、提供を求めることを可能とする。(⇒新たに保健事業へ活用)	× ⇒事業主に対し、提供を求めることを可能とする。(⇒新たに保健事業へ活用)	× ⇒事業主に対し、提供を求めることを可能とする。(⇒新たに保健事業へ活用)

(○：本来的に保有している or 情報の提供を求める法令上の根拠あり / ×：情報の提供を求める法令上の根拠なし)

(※1) 健保法第188条で同法第150条を、国保法第86条で同法第82条（特定健診・特定保健指導に係るもの等を除く。）を、それぞれ準用し、健保連・国保連についても保健事業を実施するよう努めなければならないこととされている。

(※2) 保険者が保健事業を行うにあたっては、医療保険等関連情報（高確法第16条第1項）を活用し適切かつ有効に行うこととされているが、健保連・国保連についても同様。

④エビデンスに基づく予防・健康づくりの推進

保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進するため、**予防・健康づくりの健康増進効果等のエビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。**

● 実証事業の内容（予定）

- 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業
 - がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業
 - 重症化予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症予防プログラムの効果検証事業
 - 認知症共生社会に向けた製品・サービスの効果検証事業
 - 複数コラボヘルスを連携させた健康経営の効果検証事業
 - 歯周病予防に関する実証事業
 - AI・ICT等を活用した介護予防ツール等の効果・普及実証事業
 - 健康増進施設における標準的な運動プログラム検証のための実証事業
 - 女性特有の健康課題に関するスクリーニング及び介入方法検証のための実証事業
 - 食行動の変容に向けた尿検査及び食環境整備に係る実証事業
 - 健康にやさしいまちづくりのための環境整備に係る実証事業
- （●：厚生労働省、○：経済産業省）

● 全体スケジュール（案）

成長戦略実行計画では、2020年度から実証を開始し、その結果を踏まえて2025年度までに保険者等による予防健康事業等に活用することとされていることを踏まえ、以下のスケジュールで事業を実施する。



統計的な正確性を確保するため、実証事業の検討段階から、統計学等の有識者に参加を求め、分析の精度等を担保

【参考】経済財政運営と改革の基本方針（骨太）2019～抜粋～
③疾病・介護の予防（iii）エビデンスに基づく政策の促進
上記（i）や（ii）の改革を進めるため、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

個別の実証事業について（保険局分）

● 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業

特定健診・保健指導は、施行（2008年度）から10年経過し、目標（特定健診70%以上、特定保健指導45%以上（2023年度）とは依然乖離がある（それぞれ53.1%、19.5%（2017年度））ものの、実施率は着実に向上し、保険者ごとに様々取組が進んでいる。健康寿命の延伸を目指す中で、より健康増進効果等がある特定健診・保健指導の取組はどのようなものかについて、検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用
<ul style="list-style-type: none"> ・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防に関連する文献レビュー・保険者の取組についての調査を行い、現状のエビデンスについて整理。 ・NDB等の既存データベースでの分析。 ・事業対象者、介入手法、アウトカム等の分析デザインを検討。 ・（文献レビューと分析デザインの検討を踏まえた）実証フィールドの選定。 ・試行的なデータ収集。 	<ul style="list-style-type: none"> ・分析デザインに沿って実証フィールドでのデータ（介入実施の有無や状態の変化等のアウトカムデータ等）収集を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・データ収集を継続 ・分析用データの作成 ・データ分析・評価：第三者の視点も加えて実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・2024年度（医療費適正化計画第4期の開始年度）からの特定健診等基本指針、運用等に反映

● 重症化予防プログラムの効果検証事業

人工透析にかかる医療費は年間総額約1.57兆円となっており、その主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに、医療費適正化の観点で喫緊の課題である。専門医療機関等における介入のエビデンスは存在するが、透析導入患者をみると適切に医療を受けてこなかったケースも多く、医療機関未受診者を含めた戦略的な介入が必要である。このため、保険者において実施されている重症化予防の取組について、腎機能等一定の年月を必要とする介入・支援の効果やエビデンスを検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用
<ul style="list-style-type: none"> ・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など100保険者） 	<ul style="list-style-type: none"> ・実証フィールド（100保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集 	<ul style="list-style-type: none"> ・実証フィールド（100保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討

關係文書拔粹

経済財政運営と改革の基本方針2019

～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～（抄）

（令和元年6月21日 閣議決定）

2. 経済・財政一体改革の推進等

（2）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（基本的な考え方）

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」（以下「骨太方針2020」という。）において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

（給付と負担の見直しに向けて）

社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

経済財政運営と改革の基本方針2020

～ 危機の克服、そして新しい未来へ ～ (抄)

(令和2年7月17日 閣議決定)

4. 「新たな日常」を支える包摂的な社会の実現

(1) 「新たな日常」に向けた社会保障の構築

現下の情勢を踏まえ、当面の最重要課題として、感染症の影響を踏まえ、新規感染者数の増大に十分対応することができる医療提供体制に向けて万全の準備を進めておく必要がある。また、検査体制の強化、保健所の体制強化及びクラスター対策の強化等に取り組むとともに、外出自粛下において再認識された日々の健康管理の重要性を踏まえ、エビデンスに基づく予防・健康づくり、重症化予防の取組もより一層推進する。

今般の感染症に係る施策の実施状況等の分析・評価を踏まえつつ、その重要性が再認識された以下の取組をより一層推進する。今般の診療報酬等の対応、病床・宿泊療養施設の確保状況、情報の利活用等の在り方を検証し、より迅速・柔軟に対応できる医療提供体制を再構築する。骨太方針2018、骨太方針2019等の内容に沿って、社会保障制度の基盤強化を着実に進め、人生100年時代に対応した社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持、そして持続可能なものとして次世代への継承を目指す。

第1章 はじめに

1. これまでの検討経緯

全世代型社会保障検討会議は昨年12月に中間報告を公表し、昨年末の時点における検討成果について中間的な整理を行った。中間整理を行った項目は以下のとおり。

○医療

(1) 医療提供体制の改革

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

本年は2月19日に第6回会議を開催後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、審議を一時中断した。当初の予定では、本検討会議は本年夏に最終報告を取りまとめる予定であったが、こうした状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期することとした。これに伴い、第2回目の中間報告を行うこととした。

本年末の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

昨年12月の中間報告以降、本検討会議において検討したテーマについての検討結果は以下のとおり。

4. 医療

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。

5. 少子化対策

少子化の問題は、結婚や出産、子育ての希望の実現を阻む様々な要因が絡み合っており、今後も、その一つ一つを粘り強く取り除いていくことで、できる限り早期に、「希望出生率1.8」の実現に取り組む。このため、少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）に基づき、以下の施策を含め、将来の子供達に負担を先送りすることのないよう、安定的な財源を確保しつつ、有効性や優先順位を踏まえ、できることから速やかに着手する。

(2) 妊娠・出産への支援

① 不妊治療に係る経済的負担の軽減

不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額な医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。

6. 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた社会保障の新たな課題

新型コロナウイルス感染症の感染拡大により社会保障の新たな課題が生じている。これまで令和2年度第2次補正予算等で措置した施策を迅速かつ適切に執行するとともに、今後も、セーフティネットとしての重要性が増していることに留意して、社会保障改革の議論を進める。

(1) 感染拡大防止に配慮した医療・介護・福祉サービスの提供等

令和2年度第2次補正予算において拡充した新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金等に基づき、感染拡大防止に配慮した医療・介護・福祉の提供体制の整備等を推進する。

具体的には、医療分野では、重点医療機関（新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関）等への病床確保料の補助や設備整備への支援、医療従事者等への慰労金の支給、医療用マスク・ガウン・手袋といった個人防護具（PPE）等の医療用物資の確保と医療機関等への配布、医療機関・薬局等の感染拡大防止等のための支援、経営が厳しい医療法人や個人診療所に対する持続化給付金による支援等を行う。

介護・福祉分野では、感染症対策を徹底したサービス等の提供をするために必要な経費への支援、介護・障害福祉サービス事業所の職員への慰労金の支給、サービス利用の再開支援等を行う。

また、オンライン診療やオンライン面会等の非接触サービス提供を促進するため、介護施設や医療機関等におけるタブレットやWi-Fi等の導入支援を強化するほか、今後の感染症対応力の強化に向けた取組を強力に進める。

さらに、「通いの場」の活動自粛等により、高齢者の外出・運動や社会的交流の機会が減少していることを踏まえ、屋外におけるプログラムや、通いの場に通うことができない高齢者への訪問型の支援など感染防止に配慮した支援の提供を進める。

(2) 感染症への対応の視点も含めた医療提供体制の整備

感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。その際、地域医療構想調整会議における議論の活性化を図るとともに、データに基づく医療ニーズを踏まえ、都道府県が適切なガバナンスのもと医療機能の分化・連携を推進する。

(5) エビデンスに基づく予防・健康づくりの促進

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、エビデンスに基づく予防・健康づくりを促進するため、実証事業を通じて予防・健康づくりのエビデンスを確認・蓄積し、効果が確認された予防・健康づくりを促進する。また、保険者や事業主による予防・健康づくりの基盤として、事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みを整備する。さらに、かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる、いわゆる社会的処方についてモデル事業を実施し、制度化にあたっての課題を検討する。

第1章 基本的考え方

(1)はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかり聞きつつ、検討を深めていく。

(4)今後の改革の視点

(現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

(全ての世代が公平に支える社会保障)

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長年にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

第2章 各分野の具体的方向性

4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活躍することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

(1) 保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを実効的に強化する。

(3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定めるとともに、その結果を踏まえ、保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進する。

第3章 来年夏の最終報告に向けた検討の進め方

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目無く全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を進めることは、政府・与党の一貫した方針である。

改革の推進力は、国民の幅広い理解である。来年夏の最終報告に向けて、政府・与党ともに、今後も国民的な議論を一層深める努力を継続する。

本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」こととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。

また、世論調査等を通じて、国民の不安の実態把握を進める。

さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。

特に、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。併せて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討					
	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 <<厚生労働省>>			—	—
給付と負担の見直し	58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討					
	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 <<厚生労働省>>			—	—
給付と負担の見直し	59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる					
	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 <<厚生労働省>>			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

	取組事項	実施年度			K P I		
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層	
給付と負担の見直し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	61 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する。	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。 《厚生労働省》			—	—
	65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 《厚生労働省》			—	—
	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 《厚生労働省》			—	—

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○ 不妊治療に係る経済的負担の軽減等

- ・ 不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、高額の医療費がかかる不妊治療（体外受精、顕微授精）に要する費用に対する助成を行うとともに、適応症と効果が明らかな治療には広く医療保険の適用を検討し、支援を拡充する。そのため、まずは2020年度に調査研究等を通じて不妊治療に関する実態把握を行うとともに、効果的な治療に対する医療保険の適用の在り方を含め、不妊治療の経済的負担の軽減を図る方策等についての検討のための調査研究を行う。あわせて、不妊治療における安全管理のための体制の確保が図られるようにする。

※ 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告（令和2年6月25日 全世代型社会保障検討会議決定）
においても同様の記載あり

菅内閣の基本方針（令和2年9月16日閣議決定）（抄）

4. 少子化に対処し安心の社会保障を構築

喫緊の課題である少子化に対処し、誰もが安心できる社会保障制度を構築するため改革に取り組む。そのため、不妊治療への保険適用を実現し、保育サービスの拡充により、待機児童問題を終わらせて、安心して子どもを産み育てられる環境をつくる。さらに、制度の不公平・非効率を是正し、次世代に制度を引き継いでいく。

全世代型社会保障検討会議(第11回) 議事次第

日時: 令和2年11月24日
17:15~18:15
場所: 官邸2階大ホール

1. 開会
2. 医療改革に係る関係者からのヒアリング
3. 医療改革について
4. 閉会

配布資料:

- 資料1 公益社団法人日本医師会 中川俊男氏提出資料
- 資料2 四病院団体協議会 日本病院会 相澤孝夫氏提出資料
- 資料3 健康保険組合連合会 佐野雅宏氏提出資料
- 資料4 翁議員提出資料
- 資料5 中西議員提出資料
- 資料6 増田議員提出資料
- 資料7 厚生労働大臣提出資料
- 資料8 厚生労働大臣提出参考資料
- 参考資料 全世代型社会保障検討会議 中間報告・第2次中間報告(抜粋)

The logo for the Japanese Medical Association (JMA) is displayed in a light blue, semi-transparent font. It features the letters 'JMA' in a bold, sans-serif typeface. The logo is partially overlaid by a large, light blue graphic element that resembles a stylized 'V' or a checkmark, which is also semi-transparent.

全世代型社会保障検討会議

2020年11月24日

公益社団法人 日本医師会

目次

1. 後期高齢者の患者負担割合のあり方について
2. 「外来機能分化」と「200床以上の一般病院への定額負担拡大」について

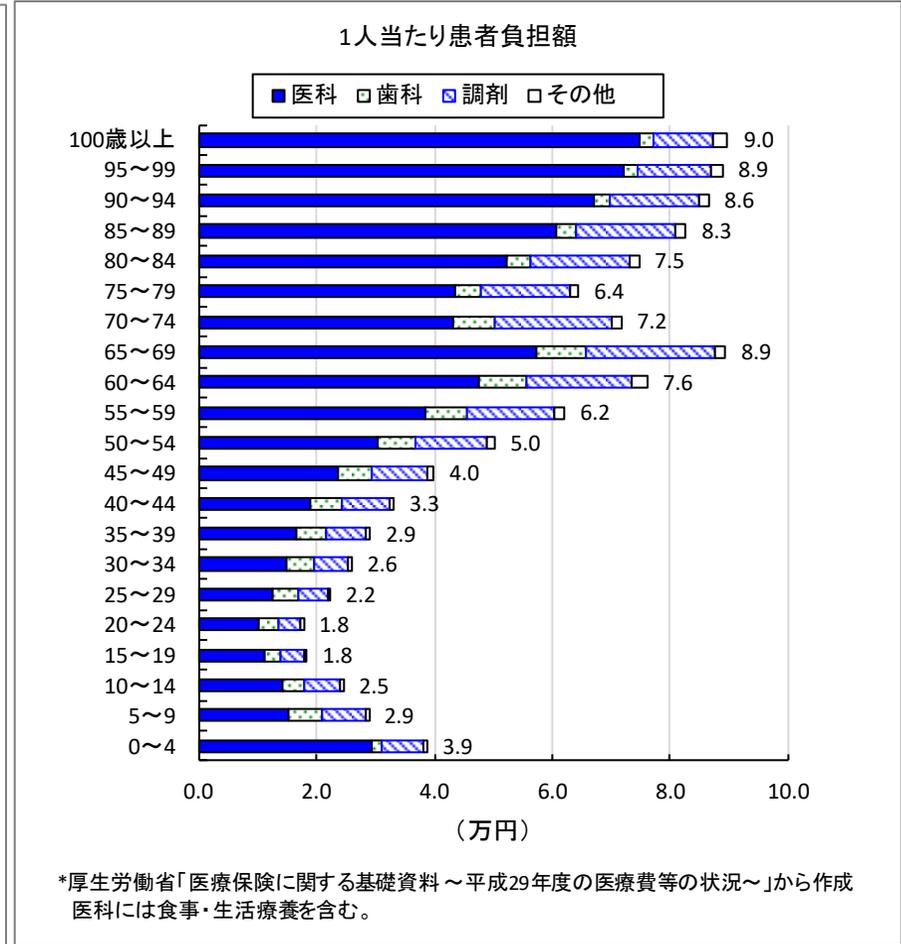
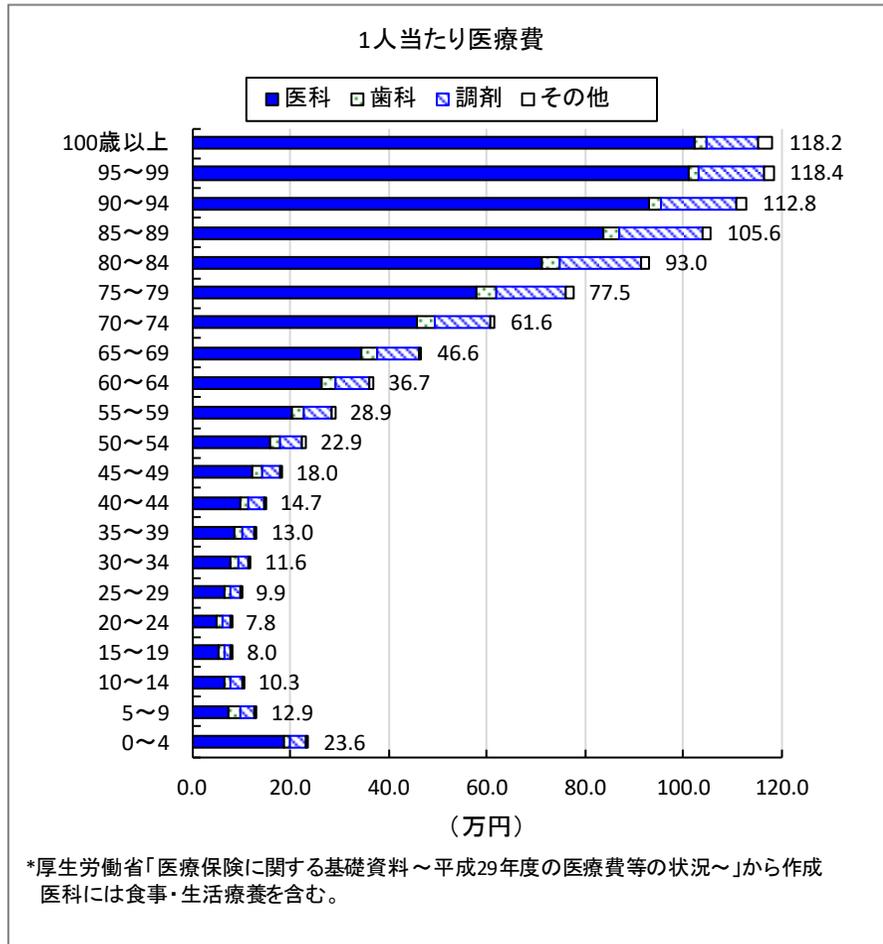
1. 後期高齢者の患者負担割合のあり方について

後期高齢者の患者負担割合のあり方について

- 後期高齢者は1人当たり医療費が高いので、年収に対する患者一部負担の割合はすでに十分に高い。患者一部負担割合の引き上げによって、受診控えのおそれがある。また、たとえ受診したとしても、患者負担が重荷となり、必要な医療を遠慮される懸念がある。
- 応能負担(収入や所得に応じた負担)は、本来は保険料(共助)および税(公助)で求めるべきである。患者一部負担での応能負担は、「限定的に」すべきである。
- 患者負担割合は「高齢者の医療の確保に関する法律」によって決まっている。後期高齢者は現役並み所得者は3割負担、それ以外は1割負担で、世代内格差がある。仮にその間の負担割合を作るとしても、法改正が必要なことから、国民の納得と合意は絶対に必要である。
- 後期高齢者の患者負担割合については、保険料や税負担、収入や所得、高額療養費の財政面、そして高齢者の生活や心身の状態なども十分配慮して、厚生労働省の関係審議会で丁寧に議論を行っていく必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症禍での受診控えによる今後の健康への影響が懸念されるところである。さらなる受診控えを生じさせかねない政策をとり、高齢者に追い打ちをかけるべきではない。

1人当たり医療費と患者負担

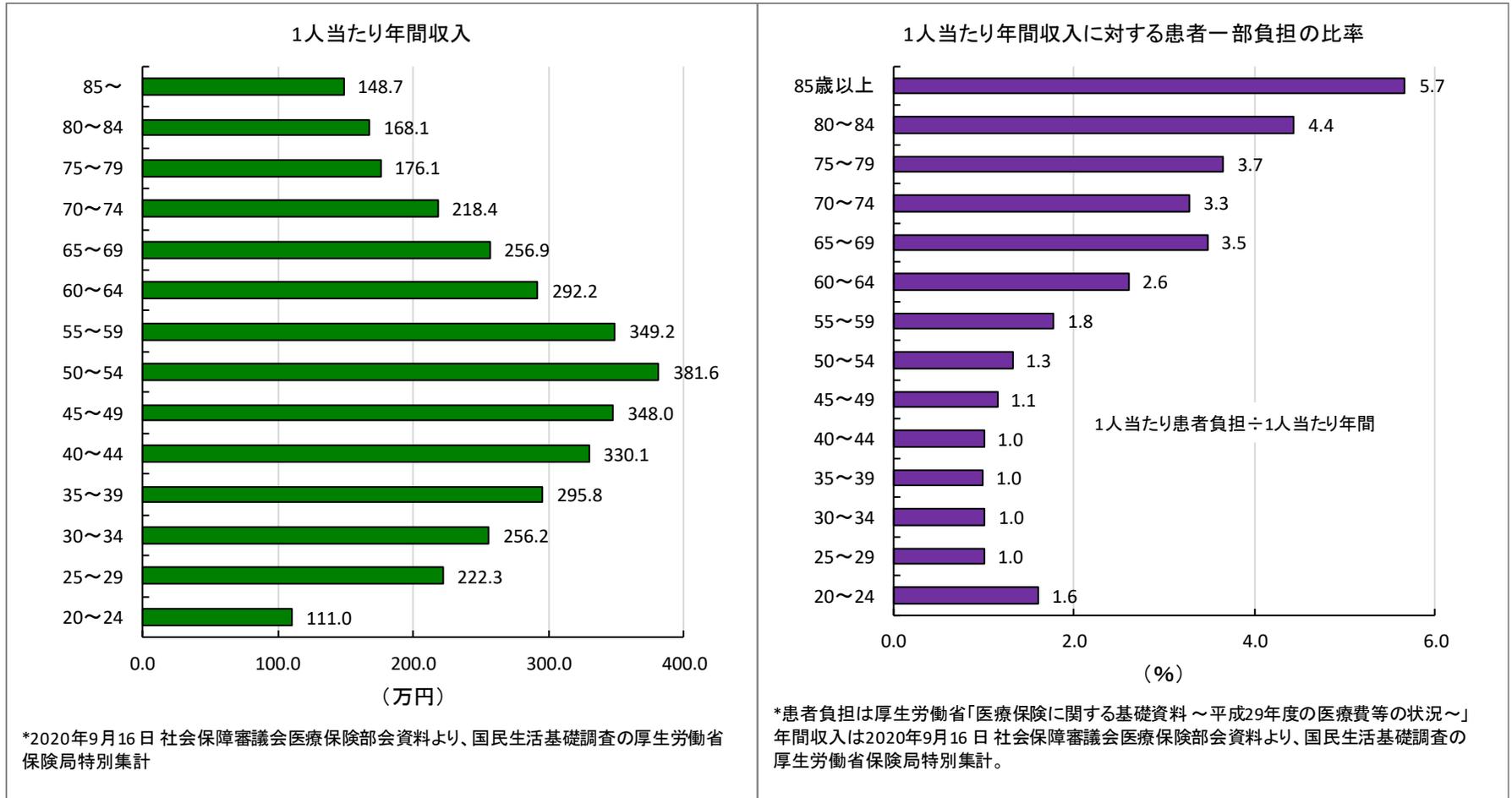
1人当たり医療費は年齢とともに上昇する(左図)。後期高齢者は現役並み所得者を除いて患者一部負担は1割であり、1人当たり患者負担額は75歳になると一時的に下がるが、年齢とともにふたたび上昇する(右図)。特に後期高齢者の患者一部負担はかなり重い※)。なお、むしろ65~69歳の患者負担が重いことも課題である。



※)財務省の資料では「75歳以上」が一括りにされているが、後期高齢者の中での年齢階級別の違いにも留意すべきである。

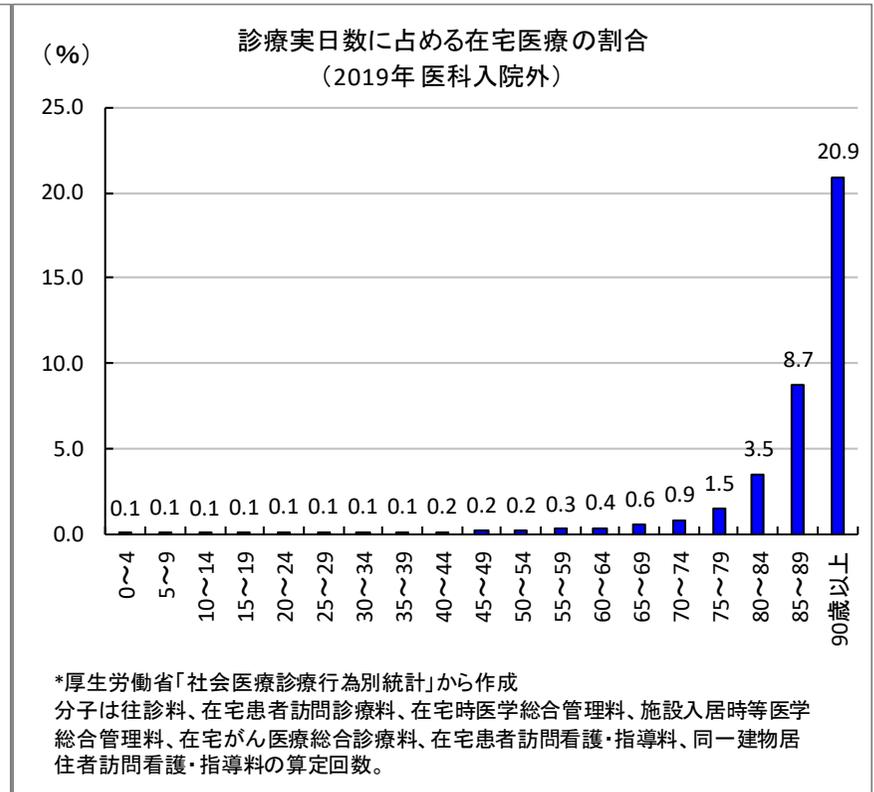
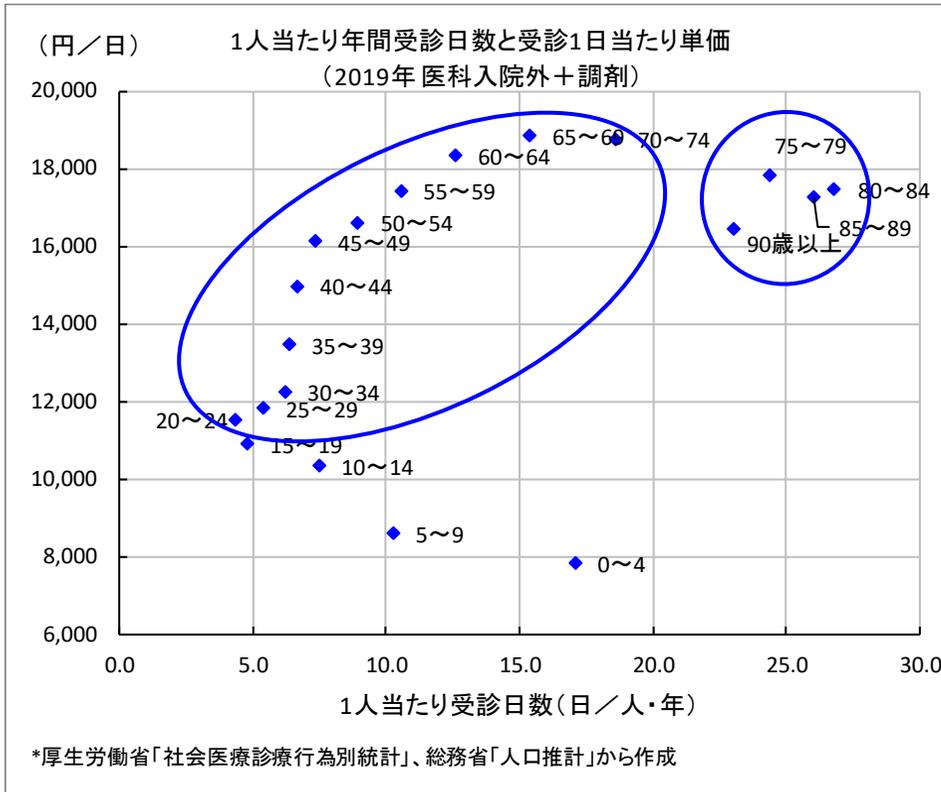
年収に占める患者一部負担の比率(粗い試算)

高齢者は年収が大きく低下するので(左図)、現在は、患者一部負担割合は原則1割であるが、収入に対する患者一部負担の比率はほぼ年齢とともに上昇する(右図)。後期高齢者では、1割負担の現状でもかなりの負担である。



後期高齢者の医療費(医科入院外+調剤)

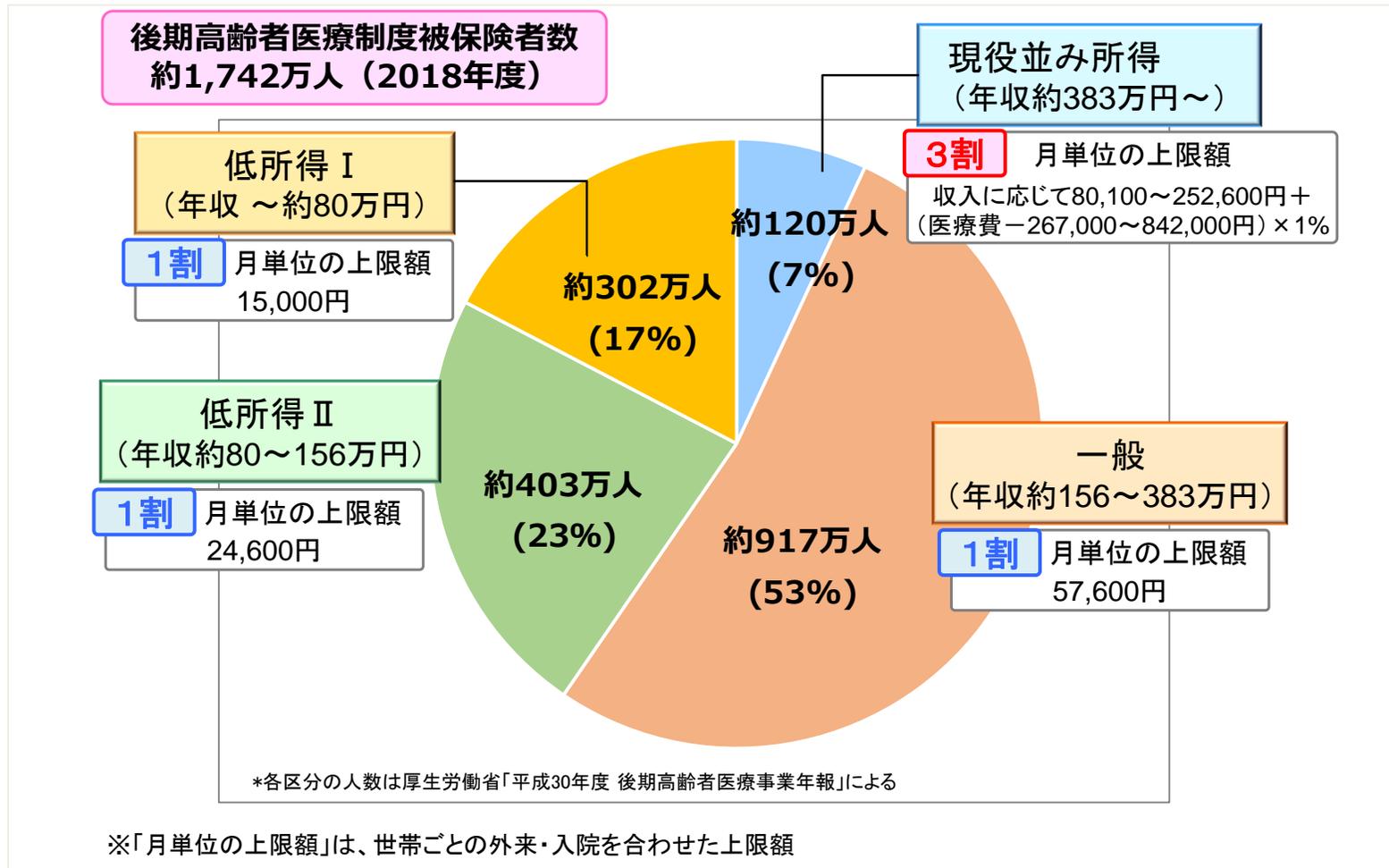
後期高齢者が過剰な受診をしているとは言えない。入院外受診回数の中には在宅医療も含まれている。国が在宅医療を推進している中、適切な在宅医療から高齢者を遠ざけるようなことをしてはならない。



後期高齢者の患者一部負担

後期高齢者の現役並み所得者は後期高齢者の7%であり、負担割合は3割である。それ以外の1割負担と世代内格差はある。しかし、これを是正するとしても、限定的にとどめ、かつ、同時に低所得者の負担に配慮する必要がある。

後期高齢者の窓口負担割合の状況



2. 「外来機能分化」と「200床以上の一般病院 への定額負担拡大」について

「外来機能分化」について

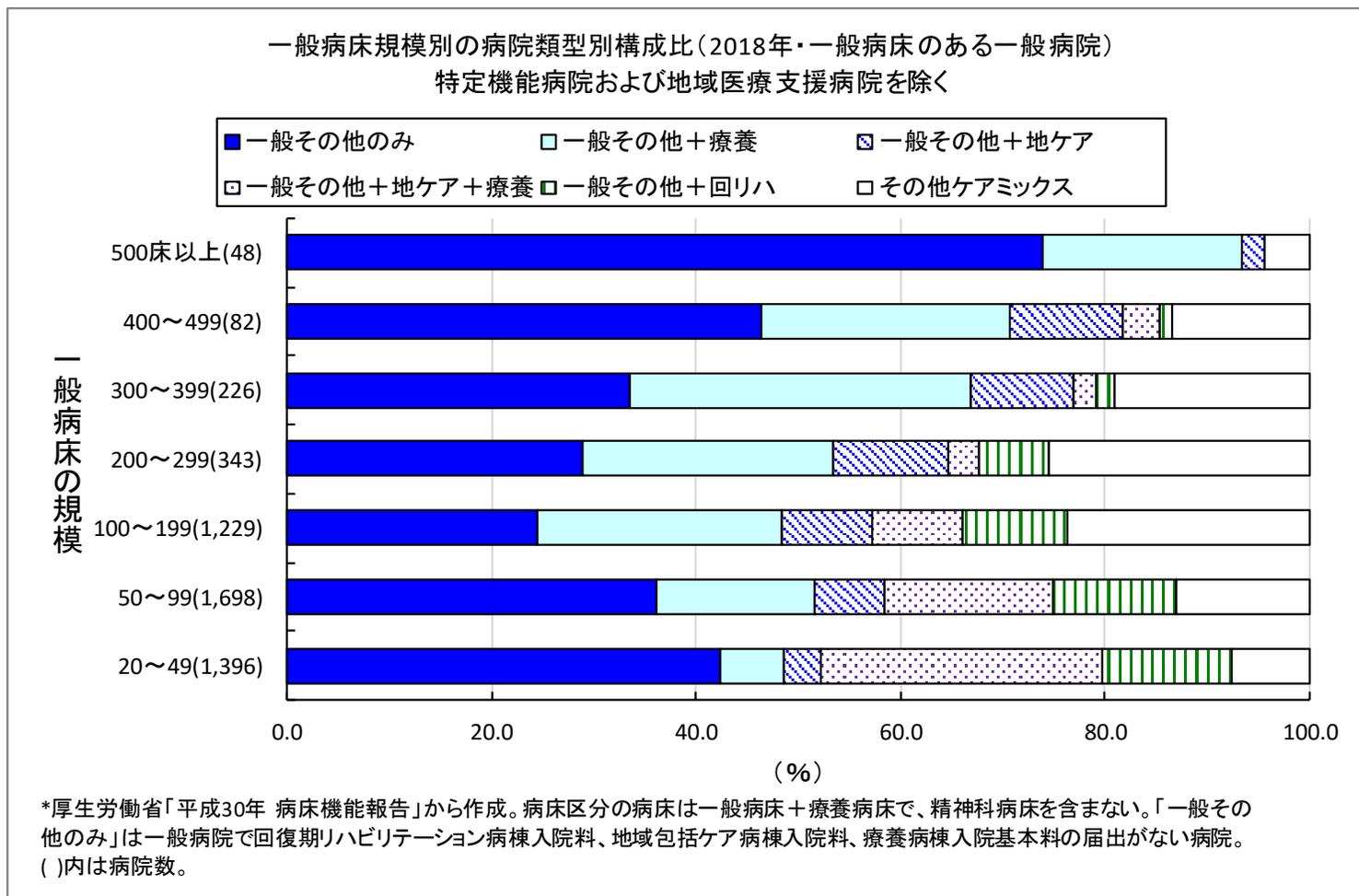
- 社会保障審議会医療部会および医療計画の見直し等に関する検討会において、外来機能のあるべき姿および連携のあり方について、丁寧に議論することが先決である。
- 外来機能については、かかりつけ医機能の考え方が定着しつつあるが、専門医のあり方も含め地域格差や医師の偏在などが大きく存在している。実態を把握するとともに、医療資源のみに着目することなく、医師の教育課程も含めた将来的な視点からの議論が必要である。
- 現状では、医療資源を重点的に活用すべき「特定機能病院」において慢性期の外来診療が多数行われており、一方、地域における医療連携を主軸にすべき基幹的病院が地域医療支援病院になっていないという状況も見受けられる。このような現状の適正化により、病院や外来の機能分化は推進可能と考える。
- 病院の機能は規模だけで決まるものではなく、例えば医療機関の少ない地域では、一つの病院が外来も含めすべての医療に対応しなければならないなど、その機能は様々である。すでに地域医療構想調整会議において各地域の機能分化の最適化が図られているところであり、病院の外来機能は、地域の実情によって様々である。病床数で線引きされうるものではない。

「200床以上の一般病院への定額負担拡大」について

- 紹介状なしで受診した患者からの定額負担の徴収については、昨年12月11日の中医協において400床以上から200床以上の地域医療支援病院に拡大することとされ、本年4月の診療報酬改定で実行されたばかりである。この検証をしっかりと行うべきである。
- 現在のところ、再診時の定額徴収はきわめて少ないが、外来機能分化のためには患者を地域に戻すことが有効であり、再診時の定額負担を強化すべきである。

定額負担の現状

大病院(500床以上)を除いて、どの病床規模階級でも入院はケアミックス型の病院のほ
うが多い。地域の様々な実情によるものと推察される。外来についてもどのような機能を
担っているかは、地域によって様々であり、全国一律に病床規模で線引きできるものでは
ない。



定額負担の現状

定額負担の徴収義務がある病院であっても、実際に定額負担を徴収した患者は初診で約1割、再診ではわずか0.1%である。再診時には、さまざまな理由を付して定額負担が徴収されていないが(次頁)、徴収範囲を拡大すべく仕組みを見直すべきである。

定額負担対象病院の外来患者数の内訳(1病院当たりの平均値)

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

①初診の患者数(人)	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	44.6%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	10.5%

■再診(n=269)

①再診の患者数(人)	50278.7
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	15375.0
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者比率(②/①)	30.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	0.1%

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

①初診の患者数(人)	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	61.0%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	23.5%

■再診(n=139)

①再診の患者数(人)	31909.9
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	16957.8
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者比率(②/①)	53.7%
⑥定額負担徴収患者比率(③/①)	0.6%

再診の定額負担徴収患者比率は0.1%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数値をもとに計算したもの。

11

定額負担を徴収しなかった理由

初診の場合は、定額負担を徴収しなかった理由は「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」等である。再診の場合は、緊急やむを得ない理由以外が少なくない。現行の再診での徴収のあり方について見直すべきである。

2020年11月12日 社会保障審議会医療部会資料

初診			再診		
類型	人数 (合計値べ数)	総数に占める割合	類型	人数 (合計値べ数)	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%	特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	1,109,449	17.1%
救急の患者	589,582	39.4%	救急の患者	149,624	2.3%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%	国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に注目している者に限る。)	81,953	5.5%	地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に注目している者に限る。)	330,178	5.1%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%	無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%	エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%	特別の料金の支払いを求めないことができる患者	3,941,001	60.7%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%	自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%	医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	35,361	2.4%	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	8,624	0.1%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%	外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	9,941	0.7%	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	19,337	0.3%
治験協力者である患者	119	0.0%	治験協力者である患者	3,098	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%	災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	59,797	4.0%	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	1,547,530	23.8%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	55,598	3.7%	その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%	特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	100.0%

(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもので、(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

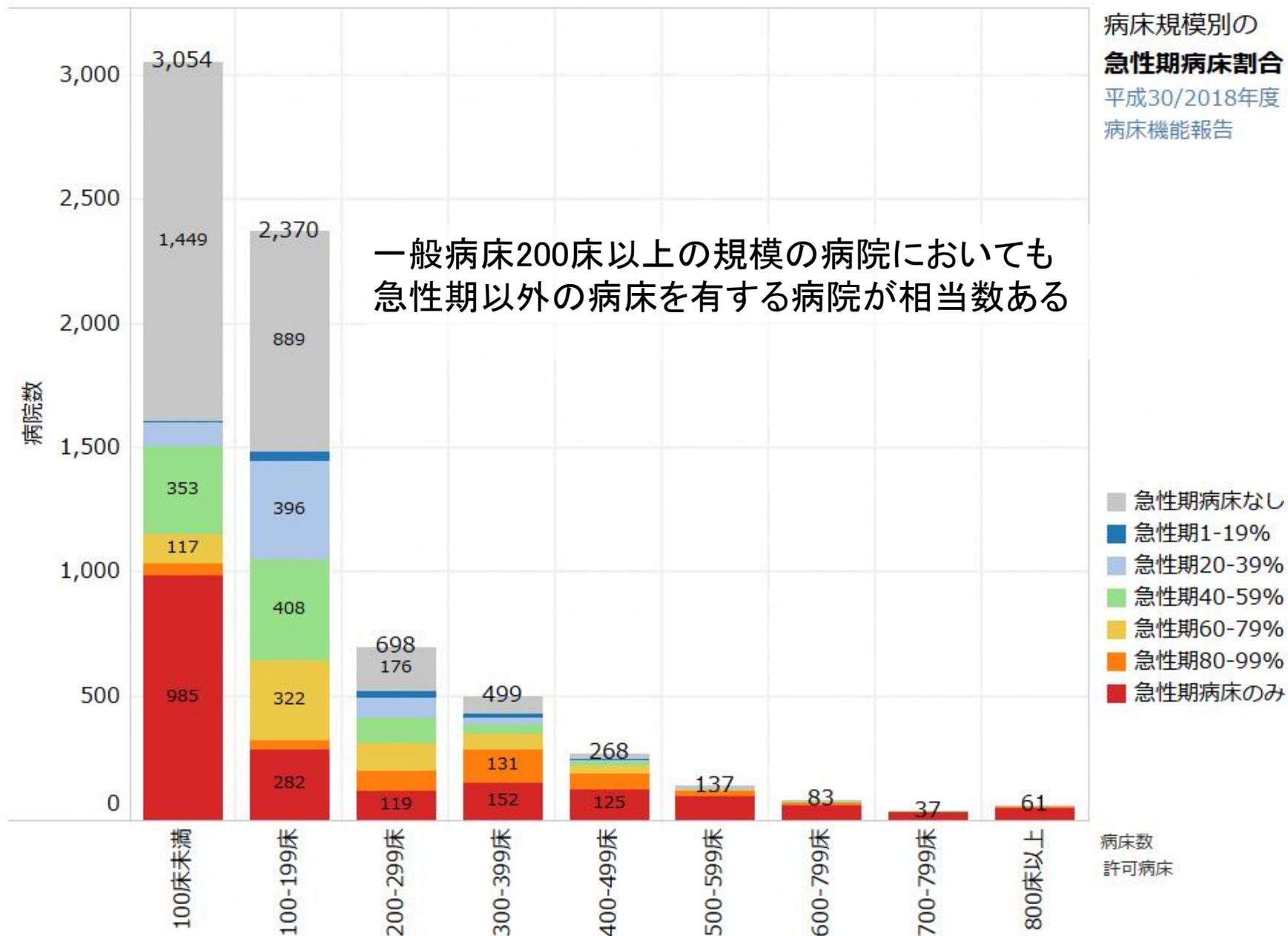
12

特別の料金を徴収しなかった理由

「その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」が23.8%、「その他」が約2割

医療改革に係る関係者ヒアリング 四病院団体協議会 資料

一般社団法人日本病院会 会長 相澤 孝夫



説明資料

全世代型社会保障検討会議ヒアリング(2020年11月24日)

医療保険制度改革に関する健保連の考え方

①後期高齢者の窓口負担について

- ◆ 現役世代の負担増の軽減につながるよう、後期高齢者の窓口負担については、低所得者の方を除いた上で、原則2割負担とし、少なくとも高額療養費の一般区分の方（全体の52%）をすべて2割負担とする必要がある。

※入院などで医療費が高額になる場合には、自己負担の限度額が設けられている（高額療養費制度）。

- ◆ 現役世代の負担はすでに限界。高齢者と現役世代の負担のアンバランスを解消し、現役並み所得者（全体の7%）に加え、負担能力のある高齢者については、応分の負担をお願いしたい。

②大病院の外来受診時定額負担の対象拡大について

- ◆ 対象拡大には賛成であり、確実に実施すべきである。あわせて、増額分を公的医療保険の負担軽減に充てる仕組みを制度上明確に担保し、確実に実施すべきである。

高齢者医療拠出金が増大

2019年度と2007年度（現行の高齢者医療制度導入前）との比較

健保組合の支出・収入	2019年度	2007年度	増加額	伸び率
高齢者医療拠出金 総額 被保険者1人当たり額	3兆4千億円 20.9万円	2兆3千億円 14.7万円	1兆1千億円 6.2万円	47.9% 42.1%
保険給付費 総額 被保険者1人当たり額	4兆1千億円 25.1万円	3兆3千億円 20.8万円	8千億円 4.3万円	25.4% 20.5%
保健事業費 総額 被保険者1人当たり額	4千億円 2.2万円	3千億円 2.0万円	500億円 0.2万円	15.5% 11.0%
保険料収入 総額 被保険者1人当たり額	8兆2千億円 50.2万円	6兆1千億円 38.4万円	2兆2千億円 11.9万円	36.3% 30.9%

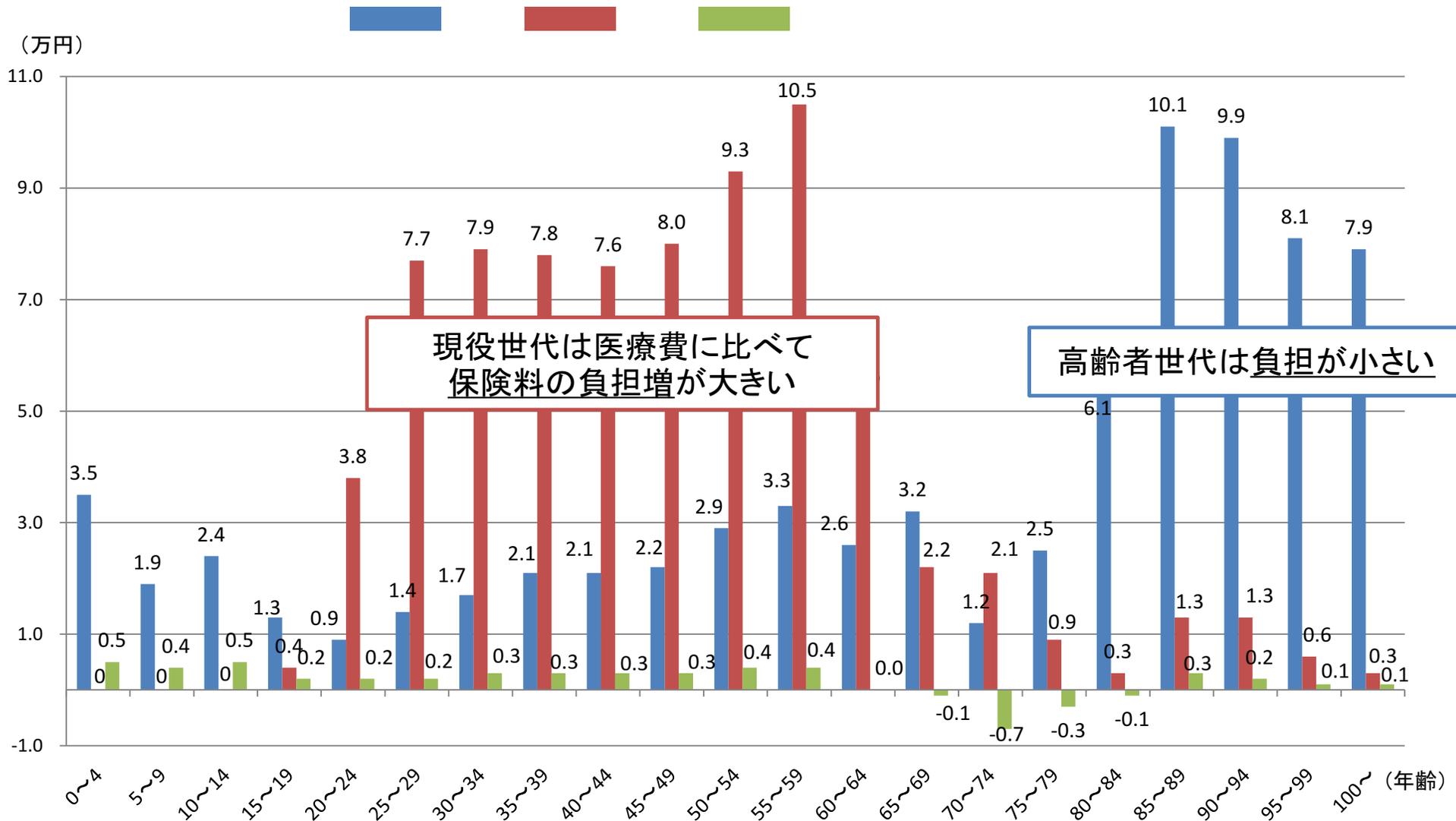
※2007年度は決算、2019度は決算見込の数値である。端数処理のため計数が整合しないことがある。

- ◆ 健保組合は、支出増を保険料収入で補うしかない構造
- ◆ 2007年-2019年の12年間の総報酬額の伸び率は、1.9%であり、保険料率引き上げ等（現役世代の実質負担増）で対応している

※1人当たり標準報酬総額、2007年度561.5万円、2019年度571.9万円を用いて伸び率を算出

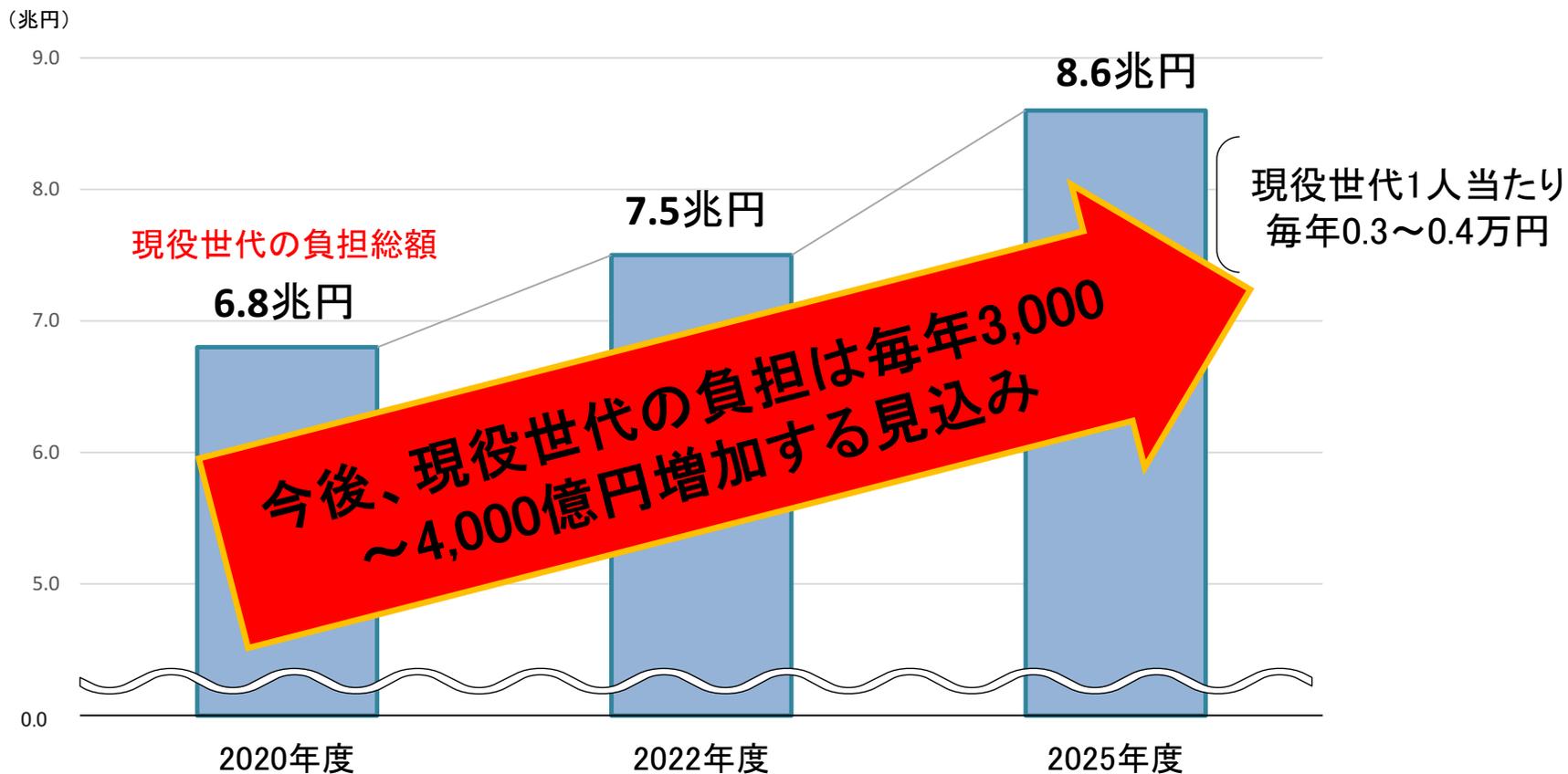
給付と負担のアンバランスが拡大

年齢別1人当たり医療費・保険料・自己負担 の変化額(2009年度⇒2017年度)



団塊世代の後期高齢者入りにより現役世代の負担は限界に

後期高齢者支援金の今後の見通し



○団塊世代が後期高齢者に入る2022年～2025年にかけて、後期高齢者支援金を含む拠出金はさらに増大する。

○拠出金負担が保険給付を上回る健保組合が続出する見込み。

(2020年度 238組合(組合全体の17.4%) → 2022年度 733組合(同52.7%))

※後期高齢者支援金額は、2020年度は実際の数値で、2022年度、2025年度は健保連の推計であり、医療費の伸びは1.8%と設定。

試算例

	2割負担の 対象基準	対象者数 (※)	現役世代が負担 する後期高齢者 支援金の軽減額
A	住民税非課税 世帯以外 (本人収入155万円以上)	約945万人 (上位59%)	年2,200億円
B	本人収入 170万円以上 (課税所得のある人)	約520万人 (上位38%)	年1,200億円
C	本人収入 240万円以上	約200万人 (上位20%)	年500億円

◆ 現役世代は所得にかかわらず3割を負担しており、2割負担の範囲については幅広く設定すべきであり、世帯収入での負担能力も勘案した、A案が適当である。

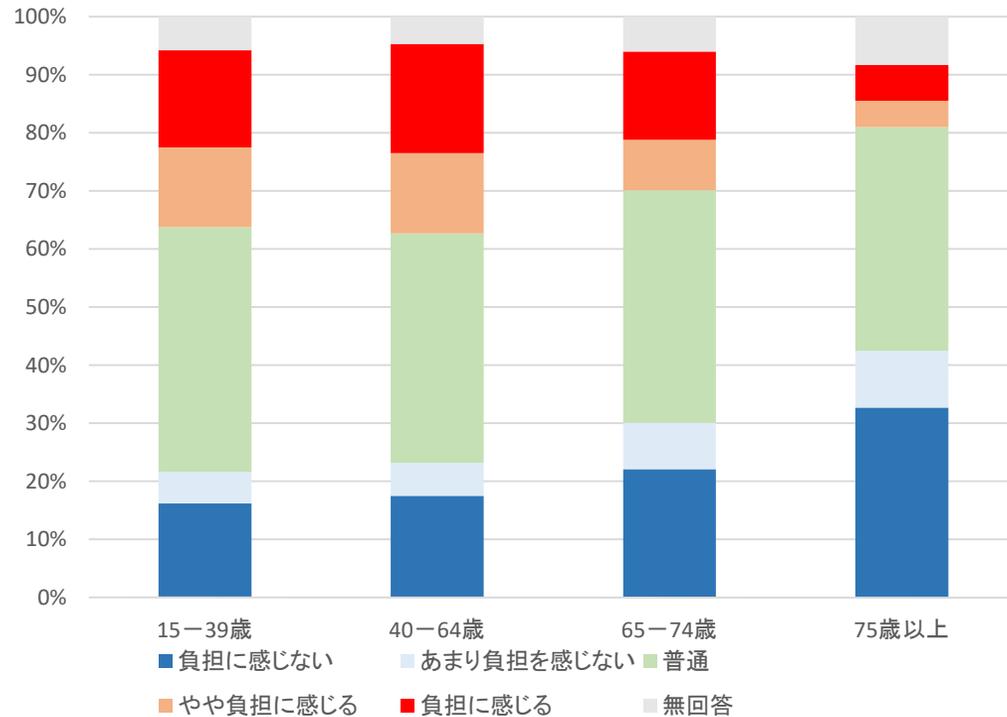
※対象者数の割合には、3割負担となっている7%も含む

※厚生労働省資料を参照して健保連で作成

参考：高齢層と若年層の収入、支出、貯蓄残高の比較

2020年11月24日 翁百合

図1 外来患者の内訳 病院で請求された金額の負担感

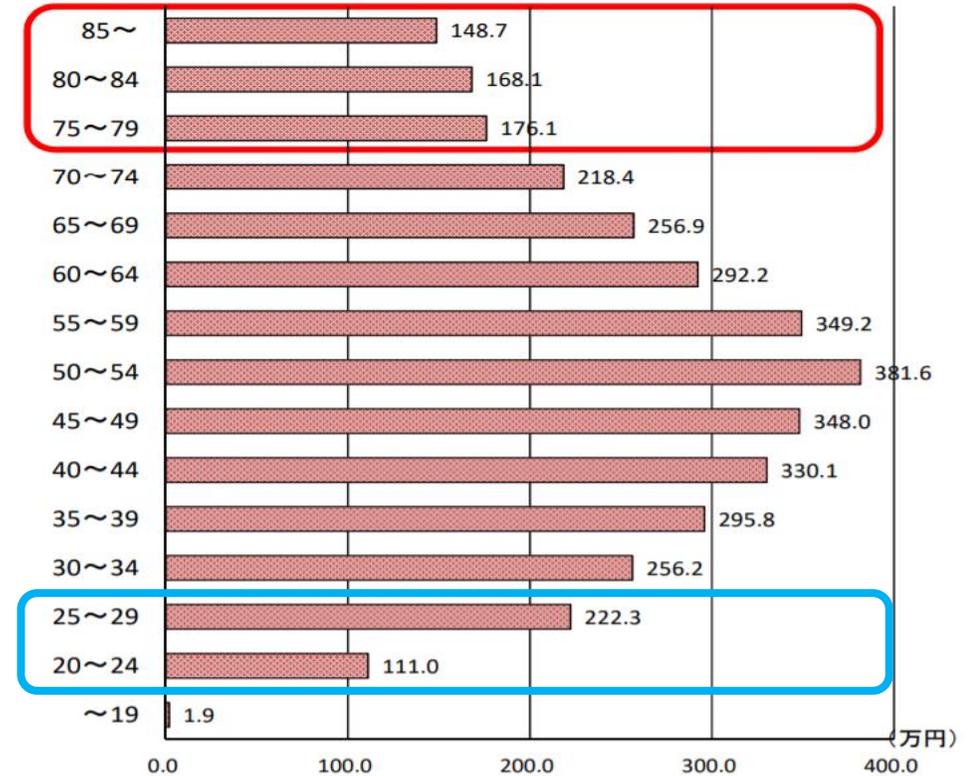


(出所)平成29年受診行動調査から作成

- 75歳以上の高齢者は、医療費の負担をほぼ感じていないのに対し、若年層の負担感は大きい。

図2 年齢階層別平均収入

(歳)

(出所)厚生労働省社会保障審議会医療保険部会資料に加筆
データは国民生活基礎調査(2019年)

- 20代の平均年収は200万円程度であり、現状2割負担の70-74歳の年収と同等であるが、3割自己負担をしている。
- 例えばがん外来治療のケースで以下のような自己負担の差が生じる。75歳以上(1割):約14万円 20代(3割):約40万円

表1 年齢層別にみた200万円未満年収家計の消費と資産の実態
(二人以上世帯)

	(円)			
	世帯主30歳未満 ①	世帯主70歳以上 ②	①-②	①/②
世帯主年齢	26.3	77.1		
消費支出	156,238	142,566	13,672	1.1
食料	37,411	46,900	-9,489	0.8
住居	31,517	11,299	20,218	2.8
被服履物	5,293	3,576	1,717	1.5
保健医療	4,939	9,037	-4,098	0.5
交通通信	24,506	14,565	9,941	1.7
教育	2,902	59	2,843	49.2
年間収入	144万円	149万円		
貯蓄残高	118万円	845万円		
負債残高	43万円	19万円		
持ち家率	15.50%	76.80%		

(出所) 全国消費実態調査(2014年)から作成

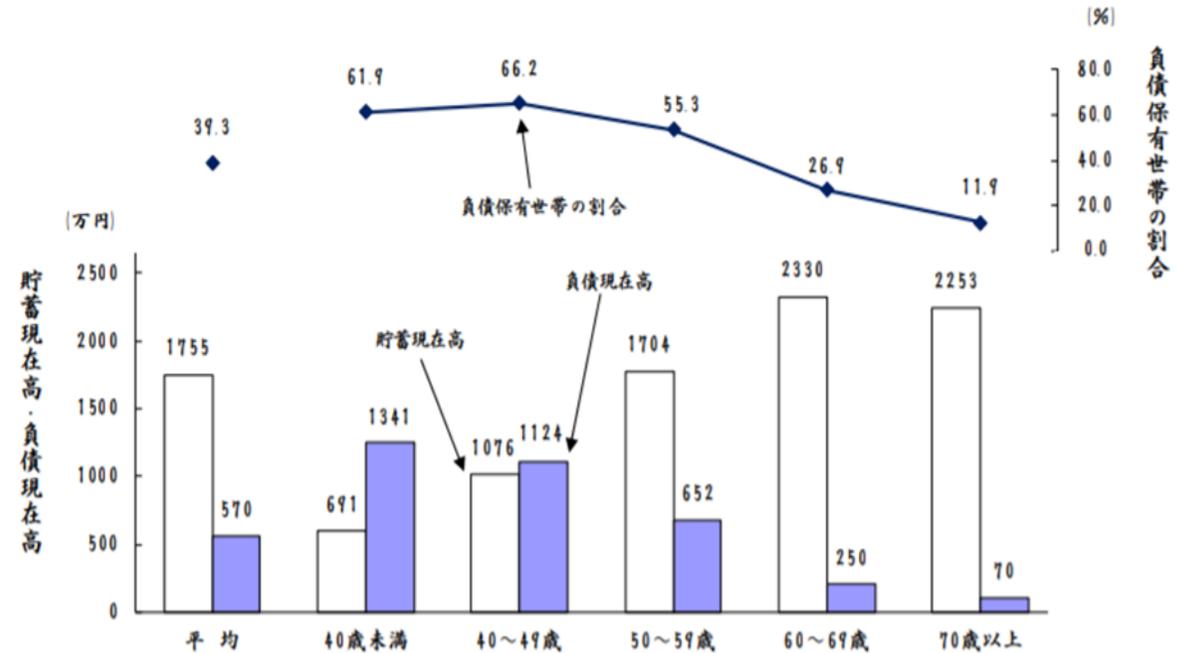
(注) このほかに健康保険料を負担(平均で4割は高齢者への支援金)。

20代後半平均の健康保険料は年間24.8万円、75-79歳は年間7.9万円(厚労省推計)。

- 若年層と高齢層の年収200万円未満の生活を比較すると、20代は持ち家比率が低く、家賃支払いがかさむ。貯蓄残高は20代118万円に対して、70歳以上は845万円。
- 消費支出以外に、健康保険料を支払い、高齢者の支援にも充てられている。

- 現在の年金の所得代替率は61.7%であるが、30年後、50.8%に低下。(2019年財政検証 ケースⅢ)

図3 年齢階層別貯蓄・負債現在高、負債保有世帯の割合
(二人以上の世帯)



(出所) 家計調査年報(2019年)

- 70歳平均では2,200万円の貯蓄残高超過。40歳未満は負債超過。

全世代型社会保障の実現に向けた医療制度改革について

2020年11月24日

中西 宏明

これまでの会合において、「全世代型」の公平な社会保障を実現する観点から、高齢者に偏りがちな社会保障給付を見直し、子ども・子育て分野の給付をより充実させるなど、世代間の給付と負担のアンバランスを是正し、全世代で支えあう持続可能な制度の実現に向けた期待を表明して参りました。

経済界としては、①団塊の世代の後期高齢者入りに伴い、現役世代が拠出する支援金の激増が見込まれるなか、その負担増を確実に抑制する規模の改革であること、②ワイズスペンディングの観点から、所得の高い層への児童手当給付を見直し待機児童対策等に充当すること、③これらの改革をパッケージで実現しつつ、公平な負担のもとで、持続可能な全世代型の社会保障を実現することが不可欠であると考えます。

こうした観点に立ち、本会議の中間報告で示した後期高齢者の窓口負担の2割への引上げの対象者となる「一定所得以上の方」については、高額療養費制度における「低所得者」となる区分を除いた「一般区分」に該当する方々とすべきと考えます（現役並み所得者については引き続き3割）。また、団塊世代が75歳に達する時期に間に合う形で制度改革を実施することが必要です。

後期高齢者の方々のご負担の増額は、痛みを伴うものとはなりますが、窓口負担が2割となった場合でも、高額療養費により自己負担に上限がある点、現役世代の負担の実態などについて、十分な周知を行い、理解の醸成を図ることが重要です。

あわせて、後期高齢者の保健事業を強化するなど、高齢者の健康と安心を確保することも必要です。例えば、負担増による受診抑制を回避するためにも、現行の「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」の枠組みを整備・強化することが考えられます。

中間報告で記載いただいた「現役世代の負担上昇の抑制」にも寄与する改革の実行を通じ、真の意味での「全世代型社会保障」が実現することを強く期待いたします。

なお、本件に関する経団連の見解についても資料を添付いたしますので、併せてご参照いただければ幸いです。

以上

真の全世代型社会保障に向けた制度改革の実現を

2020年10月30日

一般社団法人 日本経済団体連合会

2022年には団塊の世代が後期高齢者入りし、社会保障給付が急増する一方で、支え手である現役世代の人口は急減していく。こうした中、社会保障制度の持続可能性を確保するためには、高齢者に偏りがちな社会保障給付を見直し、現役世代の負担の増加の抑制や子ども・子育て分野の充実を図るなど、世代間の給付と負担のアンバランスを是正し、公平に支えあう真の意味での全世代型社会保障の構築が不可欠である。

上記観点に立ち、現在、政府の全世代型社会保障検討会議を中心に進められている検討のうち、世代間・世代内の給付と負担に関する議論に対し、とりわけ、下記の改革実現を強く求める。

記

1. 後期高齢者医療の窓口負担について

今後、後期高齢者を中心に医療費が増加する中においては、医療・介護費用の伸びの抑制に向けた各種の適正化・効率化策（医療費適正化計画の実効性の強化、地域医療構想の実現等を通じた提供体制の効率化など）を講じていくとともに、一定の負担能力のある後期高齢者層にも応分の負担を分かち合っていることが避けられない。

このため、全世代型社会保障検討会議の「中間報告」において、「一定所得以上」とされている2割への後期高齢者窓口負担引き上げの対象者については、原則2割を基本とし、高額療養費制度の自己負担限度額の適用区分¹のうち、限度額が低くなる「低所得者」となる区分の該当者を除いた「一般区分」に該当する方を対象とすべきである（現役並み所得者については引き続き3割）。

2. 新たな少子化対策の財源

少子化は国民共通の困難の課題であり、保育の受け皿確保などに必要となる財源については、社会全体で公平に支えることを基本とすべきである。

また、子ども・子育て分野においても、ワイズ・スペンディングや真に必要な支援に集中する観点から、児童手当の受給にかかる世帯合算の導入や高額所得者に対する特例給付の廃止などの制度適正化が不可欠である。

前述の改革を通じて、国民の公平な負担の下で、持続可能な全世代型社会保障を実現する必要がある。

以上

¹ 後期高齢者医療制度における分布は、「低所得者」40.4%、「一般」52.7%、「現役並み所得」6.9%（出所：厚生労働省「後期高齢者医療事業状況報告」2018年度実績）

改革に向けての提案

2020/11/24

増田 寛也

1人当たり平均窓口負担額(年間額)の変化(配慮措置前)
8.1万円 → 11.5万円 (+3.4万円)

- ① 負担増なのか → Yes but 70-74 歳の方は既に同じ負担をしている(若者はもっと負担)。少し後の世代と同じになる負担をお願いしようとしていることを丁寧に説明すべき。
- ② むしろ、75 歳以上の方(だけ)に▲3.4万円の軽減措置(約3割の軽減措置)を引き続き設けようとしていることをご理解いただくべき。
(注)応能負担は保険料負担においてより徹底すべきとの考え方からは、後期高齢者の保険料制度の3割以上の軽減措置(5割軽減・7割軽減合計で下位 55%)より広い窓口負担割合の軽減措置(1割負担)を設けることは、説明がつきにくい可能性(この考え方からは、2割負担対象者の範囲は少なくとも上位 45%程度)。
- ③ 現役世代の負担軽減効果(1人当たり変化)はもちろん、後期高齢者の保険料軽減効果(1人当たり変化)を改革効果に織り込むべき。
たとえば上位 44%の選択肢では1人 2,000 円程度後期高齢者の保険料を軽減されるのではないか(健康な後期高齢者は保険料軽減効果のみを享受)。保険料負担額を含め、変化は3.4万円でなく3.2万円(配慮措置後2.9万円)であるとすべきでは？
- ④ 現役世代の負担軽減効果に加え、待機児童の解消などの現役世代の給付増効果を含め、全世代型社会保障改革としての改革効果の全体像をパッケージで示していくべき(何のための改革か、大きなメッセージを伝えていく必要)。

(参考)介護保険との比較

- 現役世代の保険料負担への依存度(現役世代負担軽減の必要度)の違い
後期高齢者医療38% ⇔ 介護保険 22%
(後期高齢者支援金の割合) (2号保険料の割合)
 - 2割負担導入時の1人当たり負担額の変化の違い
後期高齢者医療 3.4万円(今回) ⇔ 介護保険 10万円超 (医療の受診はしばしば単発的、介護の利用は継続的)
- ⇒ 介護保険の2割負担の対象範囲を参考に後期高齢者医療の2割負担の対象範囲を論ずることはできない。

全世代型社会保障制度の構築に 向けた医療保険制度改革

令和2年11月24日
厚生労働省提出資料

後期高齢者の窓口負担割合の在り方について

- 全世代型社会保障検討会議中間報告等（昨年12月19日、本年6月25日）では、一定所得以上の方については医療費の窓口負担割合を2割（それ以外の方は1割）を決定。
- 2割負担とする「一定所得以上」の範囲、改革の施行時期、長期頻回受診患者等への配慮措置について、年末までに全社会議で最終報告をとりまとめ。
- 2022年に団塊の世代が後期高齢者となりはじめる中、現役世代の負担上昇に歯止めをかけることは重要な課題。高齢者の疾病や生活の状況も踏まえた上で、負担能力に応じて負担いただくことが重要であり、その観点から、医療保険部会で議論。

【議論の内容】

[① 2割負担の所得基準] 11/19の医療保険部会に「所得基準として考えられる機械的な選択肢」として5つの選択肢を提示。

	考え方	所得・収入目安	後期高齢者に占める割合	対象者数
1	介護保険の2割負担の対象者の割合(上位20%)と同等	本人課税所得64万円以上 本人収入240万円以上	上位20% (現役並み区分を除くと13%)	約200万人
2	現行2割負担である70～74歳の平均収入額(約218万円)を上回る水準	本人課税所得45万円以上 本人収入220万円以上	上位25% (現役並み区分を除くと18%)	約285万人
3	平均的な収入で算定した年金額(単身:187万円)を上回る水準	本人課税所得28万円以上 本人収入200万円以上	上位30% (現役並み区分を除くと23%)	約370万人
4	本人に課税の対象となる所得がある水準 (諸控除を加味したうえで、所得に応じて納税している水準)	本人課税所得あり 本人収入170万円以上	上位38% (現役並み区分を除くと31%)	約520万人
5	本人に住民税の負担能力が認められる水準 (本人所得が住民税非課税水準を超える水準)	本人所得35万円超 本人収入155万円以上	上位44% (現役並み区分を除くと37%)	約605万人

(参考) 後期高齢者1,815万人 (うち一般区分945万人、現役並み区分130万人)

[②施行日] 全社会議中間報告(2022年度(令和4年度)初)を踏まえ、具体的な時期を検討

[③配慮措置] 特に2割負担への変更で影響が大きい外来患者について、経過的な配慮措置として、高額療養費の枠組みを活用し、1月分の負担増が4,500円に収まるような措置(案)を提示

(※) 窓口負担の年間平均が約8.1万円⇒約11.1万円(+3.1万円)(配慮措置前は約11.5万円で+3.4万円)

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について

- 現在、特定機能病院等について、紹介状なしで外来受診した場合に定額（初診：5,000円）を徴収。
- 全世代型社会保障検討会議中間報告等では、より機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する方向性を決定。
- 大病院への患者集中を防ぎ、かかりつけ医機能の強化を図る観点から、医療保険部会等で議論し、年末までに全社会議で最終報告をとりまとめ。

【議論の内容】

11/5の医療部会に以下の方向性を提示

- 外来機能報告制度（仮称）を創設することで、新たに「紹介患者への外来を基本とする医療機関」（外来化学療法、がん手術前後の外来など「医療資源を重点的に活用する外来（仮称）」を地域で基幹的に担う医療機関）を明確化

11/19の医療保険部会に以下の方向性を提示

- 定額負担の徴収義務について、上記の医療機関のうち、一般病床200床以上の病院にまで拡大。

一般病床数	特定機能病院／地域医療支援病院	その他
200床以上	<p>現在の定額負担（義務）対象病院</p> <p>666 (7.9%)</p>	<p>紹介患者への外来を基本とする医療機関</p> <p>688 (8.2%)</p>
200床未満	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)

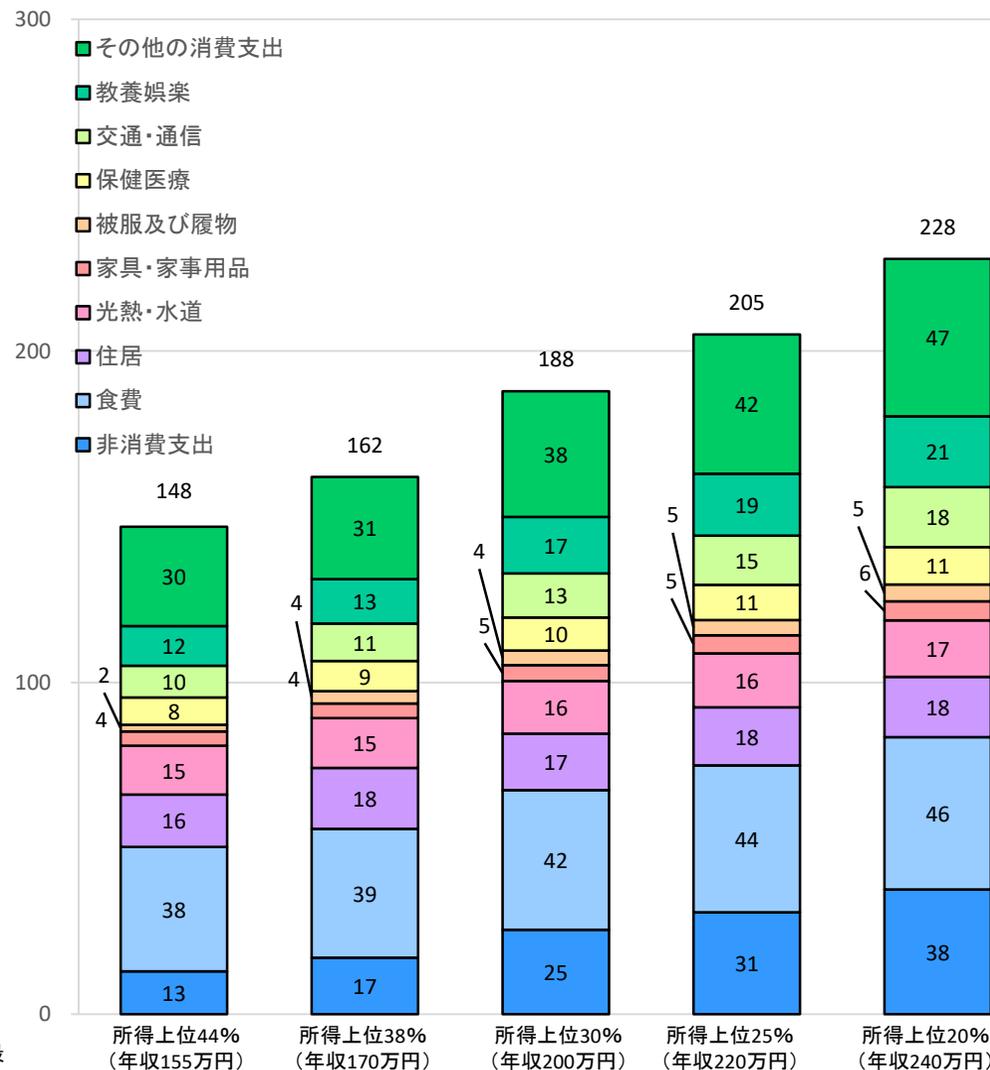
- 受診の際に少なくとも生じる初・再診料相当額を目安に保険給付の範囲から一定額を控除し、それと同額以上に定額負担を増額。（例：初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上）

(参考) 75歳以上の高齢者の家計状況・窓口負担見直しの財政影響

見直しの財政影響

	給付費	後期高齢者 支援金 (現役世代の 負担軽減)	後期高齢者 保険料 (高齢者の 負担軽減)	公費
上位20% 課税所得64万円 収入単身240万円 複数360万円	▲1,240億円	▲470億円	▲120億円	▲650億円
上位25% 課税所得45万円 収入単身220万円 複数340万円	▲1,750億円	▲670億円	▲170億円	▲920億円
上位30% 課税所得28万円 収入単身200万円 複数320万円	▲2,290億円	▲880億円	▲220億円	▲1,200億円
上位38% 課税所得あり 収入単身170万円 複数290万円	▲3,200億円	▲1,220億円	▲310億円	▲1,660億円
上位44% 所得35万円 収入単身155万円 複数290万円	▲3,740億円	▲1,430億円	▲370億円	▲1,960億円

75歳以上（単身）の家計状況（年収別モデル）



一定所得以上の者の窓口負担割合を2割に引き上げ、一般所得の後期高齢者に対して、外来自己負担増加額を最大4,500円にした場合(2022年度施行、満年度)。

※1 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※2 2020年度予算ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。

なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※3 実効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効果(いわゆる長瀬効果)を見込んでいる。

※4 後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、右列の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。

※1 非消費支出は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算している。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。

参考資料

1. 後期高齢者の窓口負担割合の在り方について

後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
			収入に応じて80,100～252,600円 + (医療費 - 267,000～842,000円) × 1% <多数回該当: 44,400円～140,100円>	
現役並み所得 約130万人 (約7%)	課税所得145万円以上 年収約383万円以上	3割		
一般 約945万人 (約52%)	課税所得145万円未満 住民税が課税されている世帯(※)で年収383万円未満	1割	18,000円 〔年14.4万円〕	57,600円 <多数回該当: 44,400円>
低所得Ⅱ 約435万人 (約24%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ 約305万人 (約17%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

※ 一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。

計：約1815万人

注) 年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

人数は後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査における令和2年7月時点のもの。

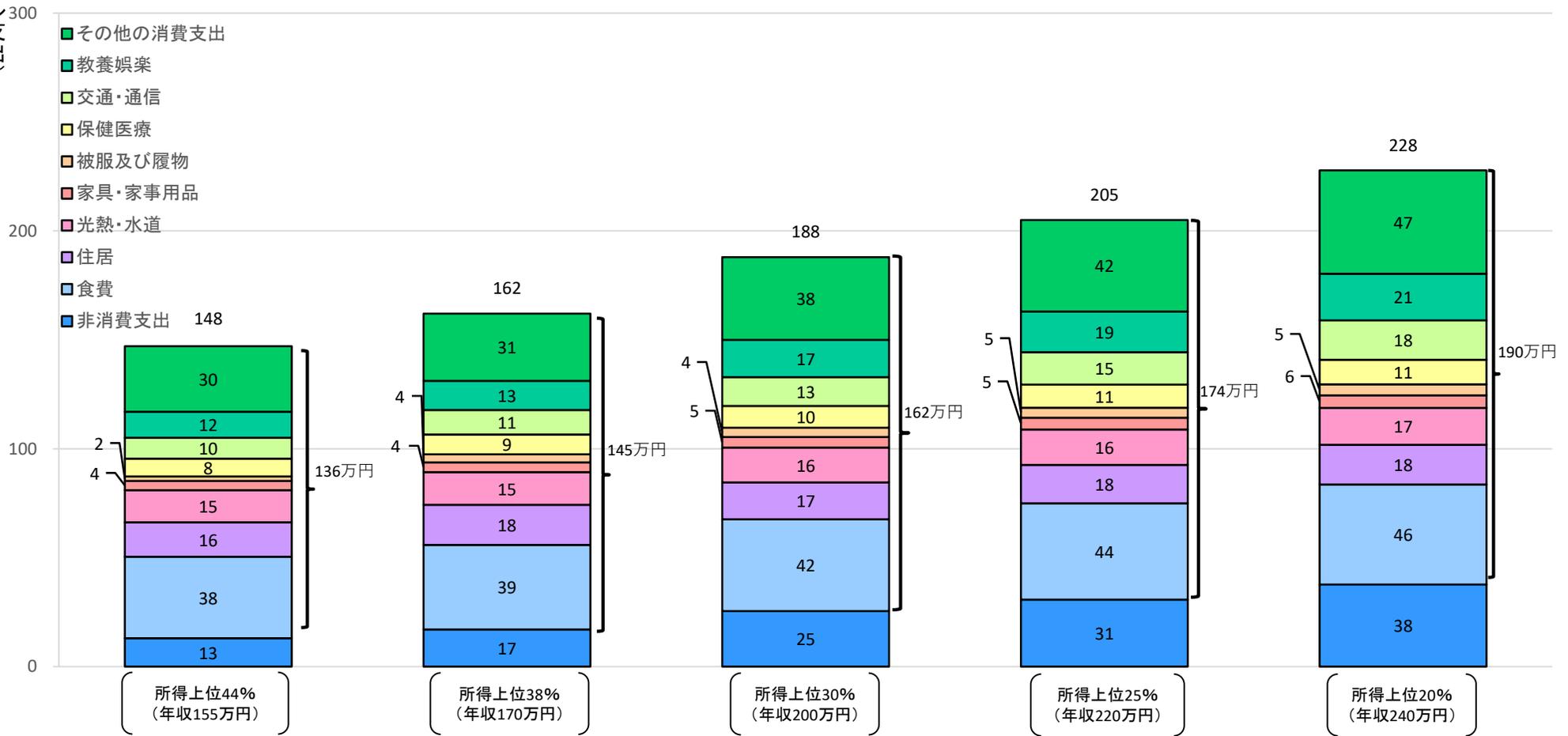
75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

単身世帯

○ 75歳以上の単身世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は240±50万円(上位20%)は87世帯、220±50万円(上位25%)は106世帯、200±50万円(上位30%)は123世帯、170±50万円(上位38%)は113世帯、155±50万円(上位44%)は104世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乘せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

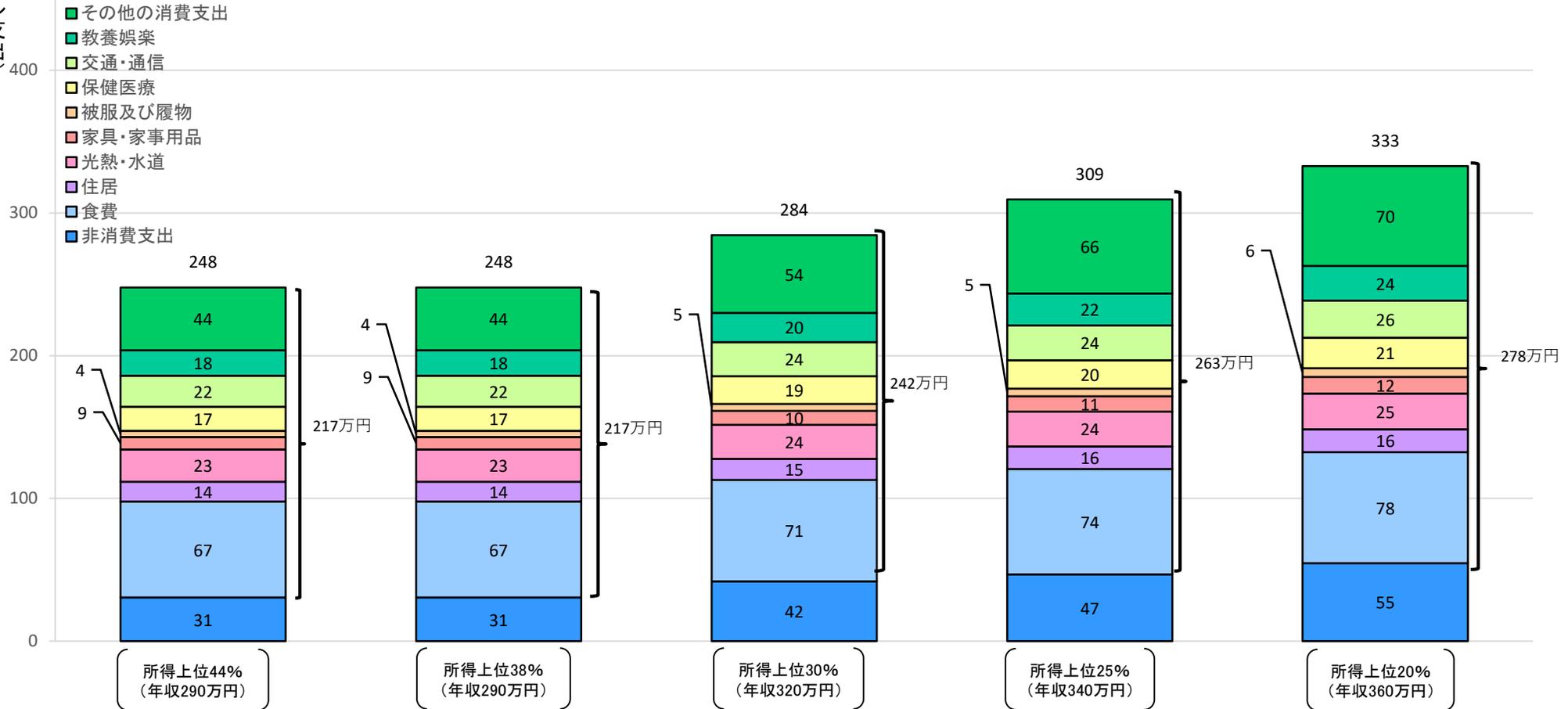
75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

夫婦世帯

○ 75歳以上の夫婦2人世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出(税・社会保険料)を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。

それぞれのサンプル数は360±50万円(上位20%)は204世帯、340±50万円(上位25%)は224世帯、320±50万円(上位30%)は232世帯、290±50万円(上位38%、上位44%)は209世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乘せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

配慮措置の考え方（案）

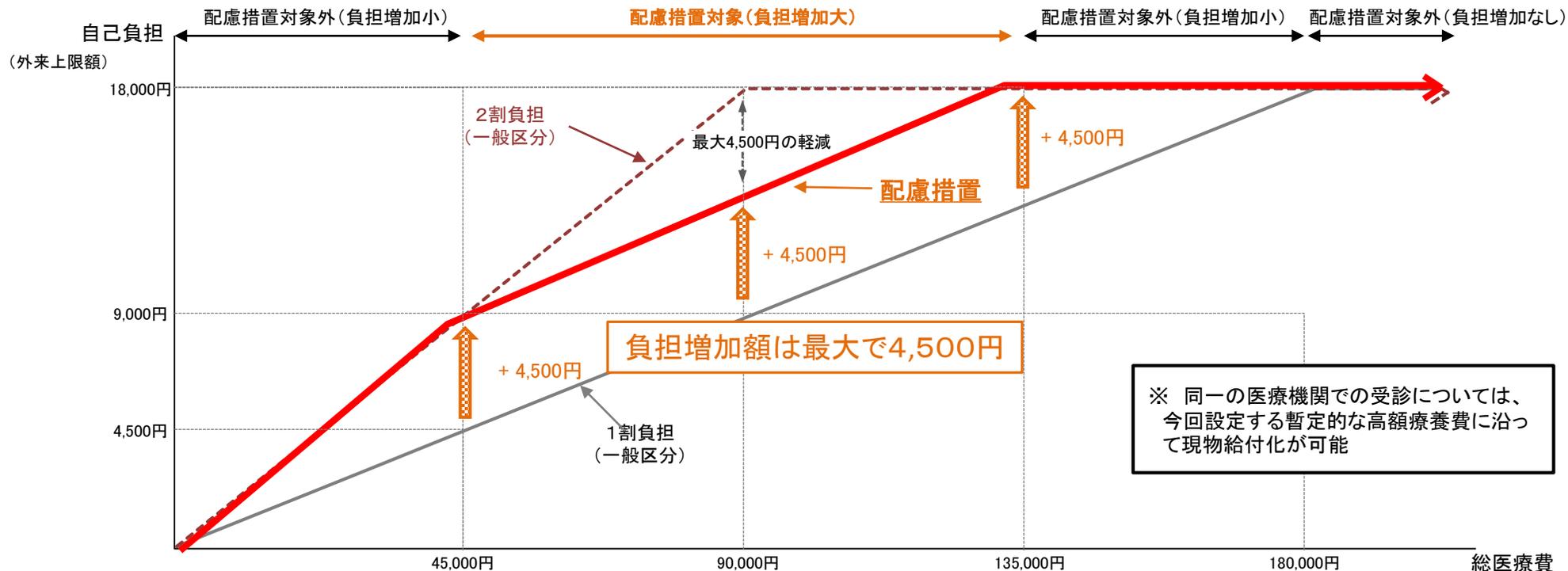
○ 配慮措置については、下記の内容で講じてはどうか。

- ① 長期にわたる外来受診について、急激な負担増を抑制するため、2割負担になる者の外来受診の負担増加額について、最大の場合（月9,000円）の半分である月4,500円とする。

※ 具体的には、負担額が月9,000円を超えた場合（すなわち医療費が45,000円を超えた場合）には、超えた医療費については1割負担となるよう、高額療養費の上限額を設定する。

- ② 急激な負担増加を抑制するためのものであり、2年間の経過措置とする。

※ 急激な負担増加を抑制しつつ、団塊の世代全員が後期高齢者入りする2025年までに本則とするため、2年間の経過措置とする。



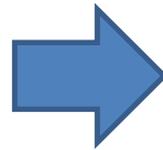
配慮措置の効果（平均窓口負担額の変化）

- 一定所得以上の者が2割負担となった場合、配慮措置を講じることにより、窓口負担額の年間平均が約8.1万円⇒約11.1万円（配慮措置前は約11.5万円）となり、負担を抑制
- 配慮措置の対象となる長期頻回受診者等は、外来患者の約6割に該当する。

【1人当たり平均窓口負担額（年間）の変化】

	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)

※ ()内は、現行制度からの増加額



	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.2万円 (+2.7万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.1万円 (+3.1万円)

※ ()内は、現行制度からの増加額

▲0.4万円

配慮措置の対象者となる者の割合等

【1人当たり平均窓口負担額(年間)】

	現行 (1割負担)	2割負担	配慮措置
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)	7.2万円 (+2.7万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)	3.9万円 (+0.4万円)
合計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)	11.1万円 (+3.1万円)

【外来・入院別の2割負担となる者の特徴】

※割合 (%) は全て新たに2割負担となる対象者に対する割合

		外来	入院
外来受診又は入院した患者 (1年間のうちに1度でも受診・入院した者)		96% (平均9.5ヶ月受診)	25% (平均2.9ヶ月受診)
①	2割負担となっても負担増加がない者 (全ての受診月で高額療養費の対象) →現行制度における窓口負担が外来月額18,000円以上、 入院月額57,600円以上	3%	6%
②	全ての受診月で負担額が2倍となる者 (全ての受診月で窓口負担が外来月額9,000円以下、 入院月額28,800円以下)	61%	4%
③	②以外で、負担増となる月がある者	32% (平均10.2ヶ月受診)	15% (平均3.1ヶ月受診)

※ 上記は、配慮措置がないとした場合のもの



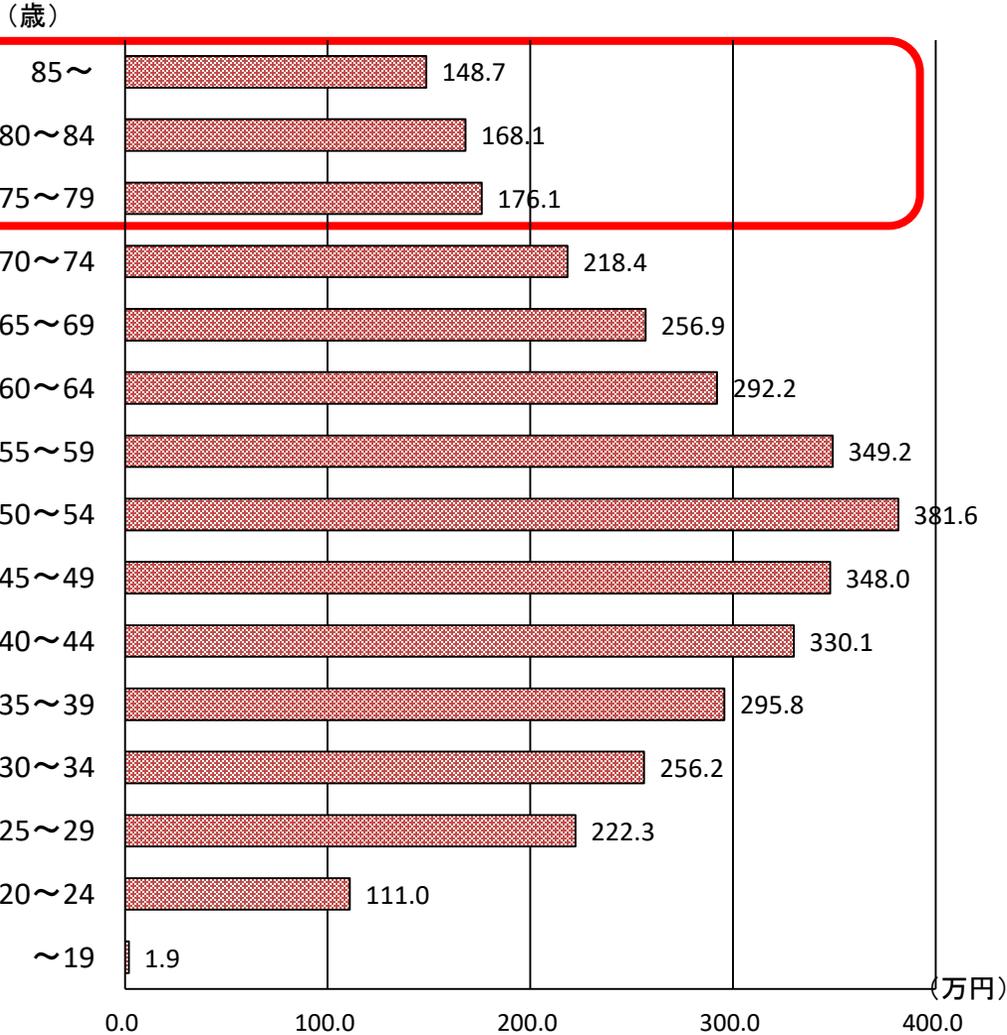
※割合 (%) は負担増となる者に対する割合

配慮措置の対象となる月がある者 (いずれかの受診月の負担増加額が4,500円超)	約60%
--	-------------

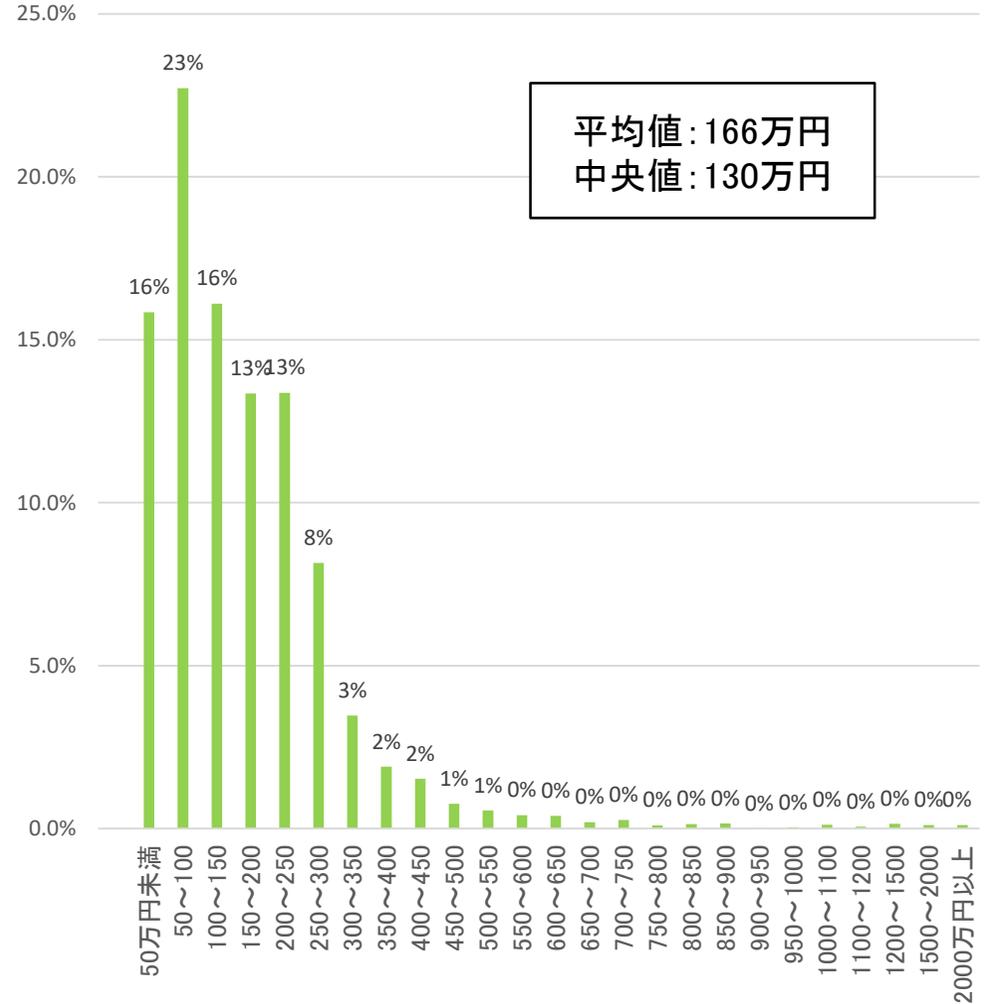
高齢者の収入の状況

- 平均収入は、50～54歳を頂点に、年齢を重ねるにつれて低下。
- 75歳以上個人の収入は、50%以上が150万円未満の階層に分布している。

<年齢階層別の平均収入>



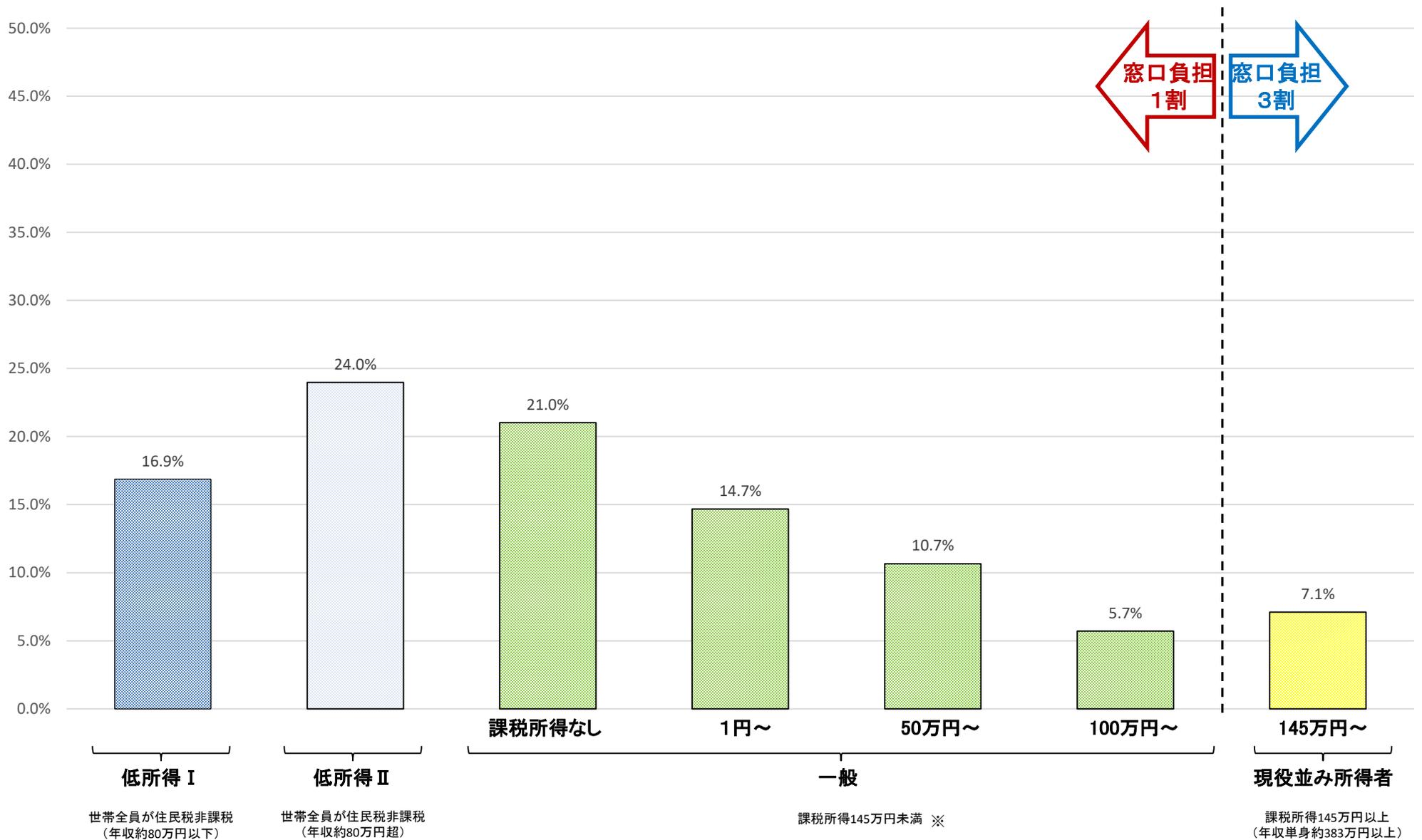
<75歳以上個人の収入額の分布>



【出典】2019年(令和元年)国民生活基礎調査(抽出調査)

※ 「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。(事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている)

後期高齢者医療制度加入者の課税所得分布



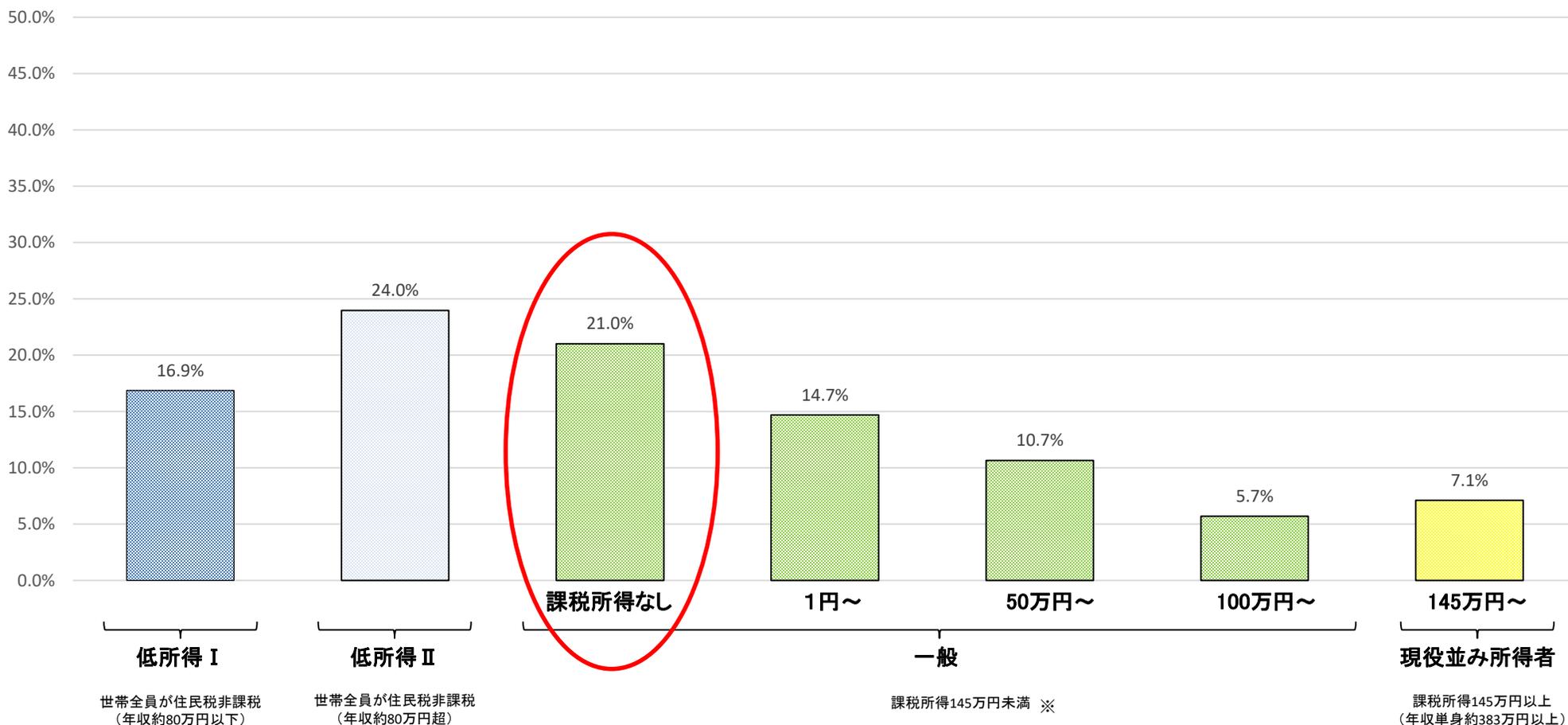
出典：令和2年7月時点の後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査による令和元年の課税所得

後期高齢者制度の被保険者について、世帯内の被保険者の最大課税所得の階級別に集計。(例：夫100万円と妻0円の世帯の場合には、100万円2名とカウント)

※ 課税所得のある子ども等と同居していない場合は年収「155万円超」、同居している場合は年収「155万円以下」も含む。

一般区分の「課税所得なし」の世帯収入について

- 一般区分の「課税所得なし」は、同居する子等に住民税非課税水準を超える所得がある世帯が含まれる。
- 子との2人世帯で子が給与所得者の場合と仮定すると、子の収入は156万円超である。
※子の収入は、住民税非課税水準の所得(91万円) + 給与収入(給与所得控除65万円)で算定。

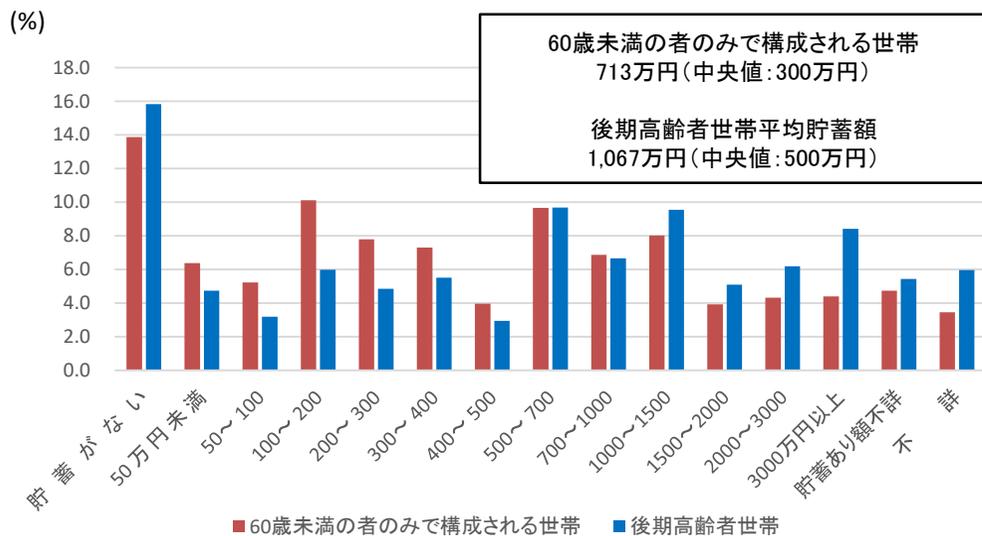


後期高齢者医療における窓口負担と保険料の判定について

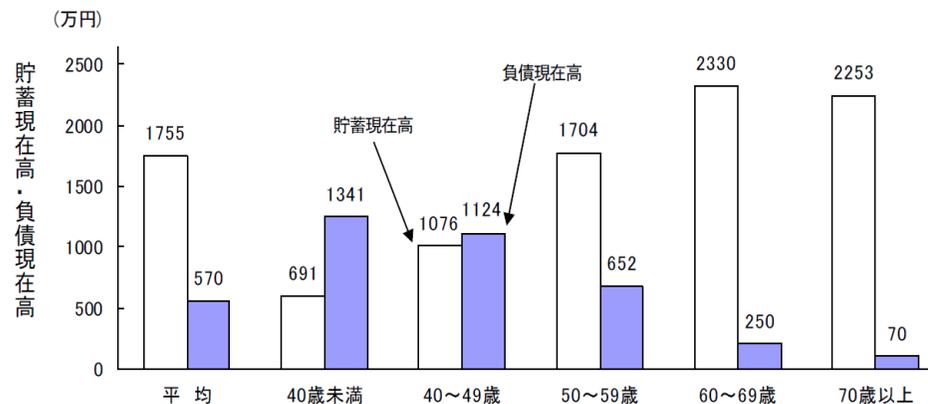
窓口負担	保険料
<ul style="list-style-type: none">○ 現役並み所得者の判定は、世帯内の後期高齢者の最大課税所得者の課税所得により判定。【個人単位】○ 低所得区分の判定は、同居する子ども等も含めた世帯全員が住民税非課税かどうかで判定。【世帯単位】	<ul style="list-style-type: none">○ 被保険者本人の所得により判定。【個人単位】○ 保険料の軽減の判定は、世帯主と世帯内の被保険者の所得の合計により判定。【世帯単位】

後期高齢者世帯の貯蓄の状況等

＜後期高齢者世帯の貯蓄額の分布＞



＜世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)＞



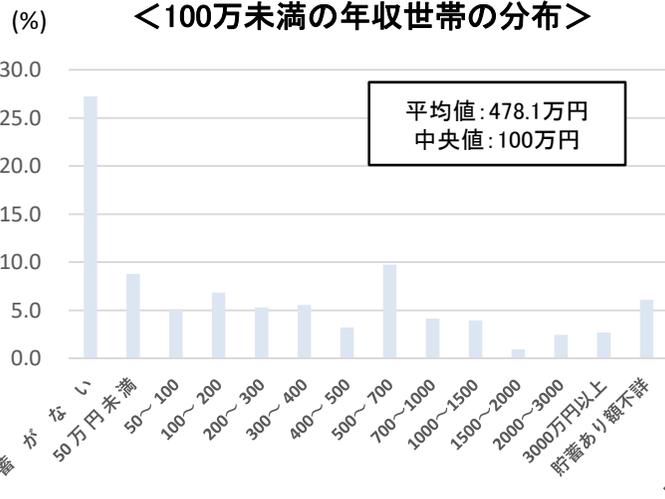
※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」令和元年(2019年)

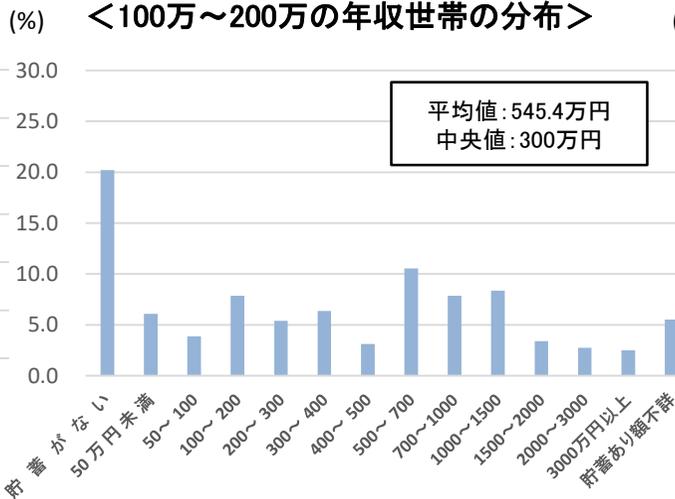
※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。



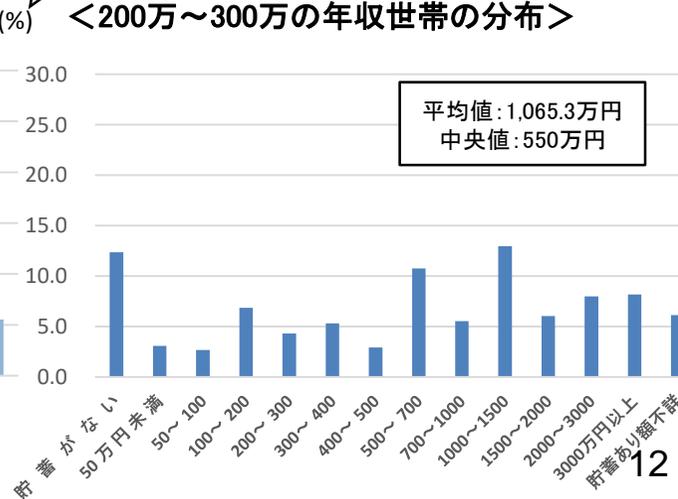
＜100万未満の年収世帯の分布＞



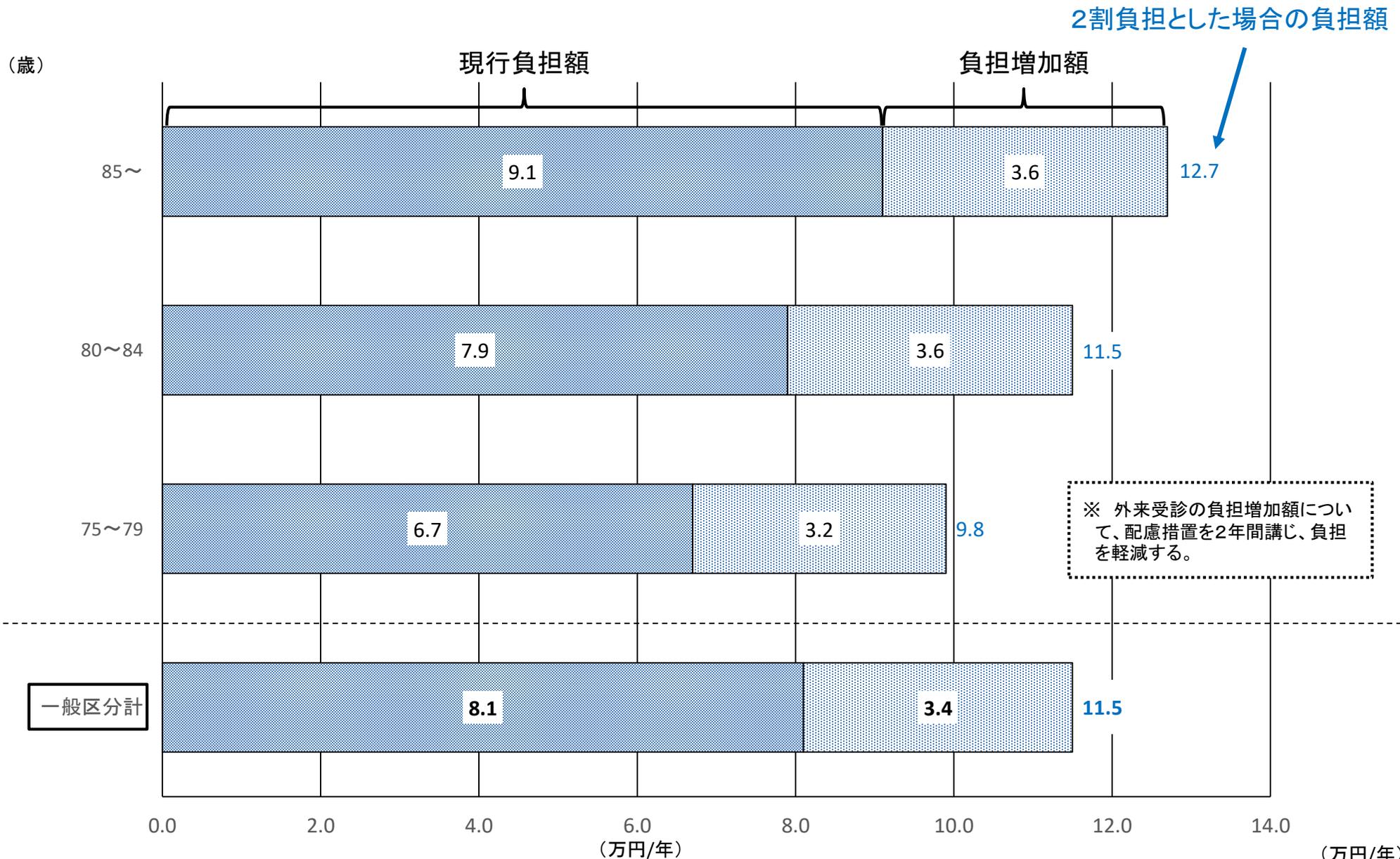
＜100万～200万の年収世帯の分布＞



＜200万～300万の年収世帯の分布＞



年齢階級別の加入者1人当たり自己負担額（一般区分）



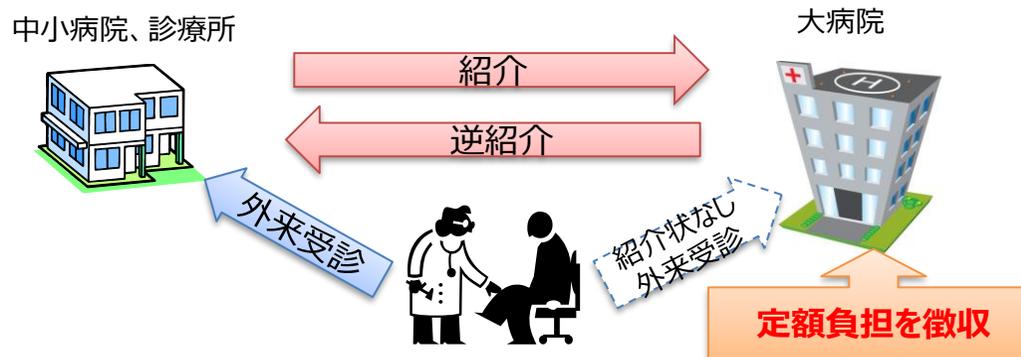
出典：医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

※ 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。

2. 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ 医機能の強化を図るための定額負担の拡大 について

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を求めているところ。
- ① 特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円（歯科は3,000円）、再診については2,500円（歯科は1,500円）とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
[その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者等
- なお、一般病床200床以上の病院については、緊急その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができることとされている。



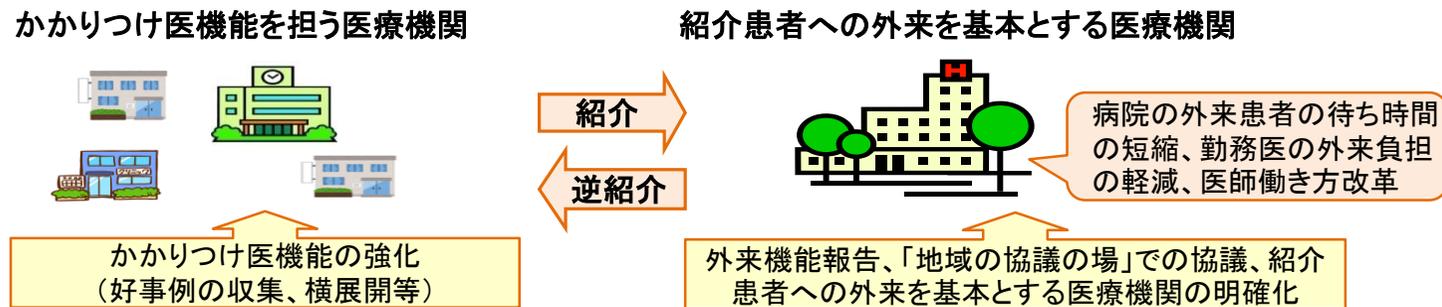
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性（案）

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① **医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告**する。（現在行われている「病床機能報告」の外来版）
 - ② ①の外来機能報告(仮称)を踏まえ、**「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議**を行う。
 → ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、**紹介患者への外来を基本とする医療機関（「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」を地域で基幹的に担う医療機関）を明確化**
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



〈「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」のイメージ〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

定額負担の対象病院拡大について（案）

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在検討されている外来機能報告（仮称）においては、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関を地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとしてはどうか。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
200床以上	86 (1.0%)	580 (6.9%)	688 (8.2%)	1,354 (16.1%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

拡大
「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う病院

現在の定額負担（義務）対象病院

現在の定額負担（任意）対象病院

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

1 定額負担の増額

- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、定額負担の額を増額してはどうか。

2 公的医療保険の負担軽減

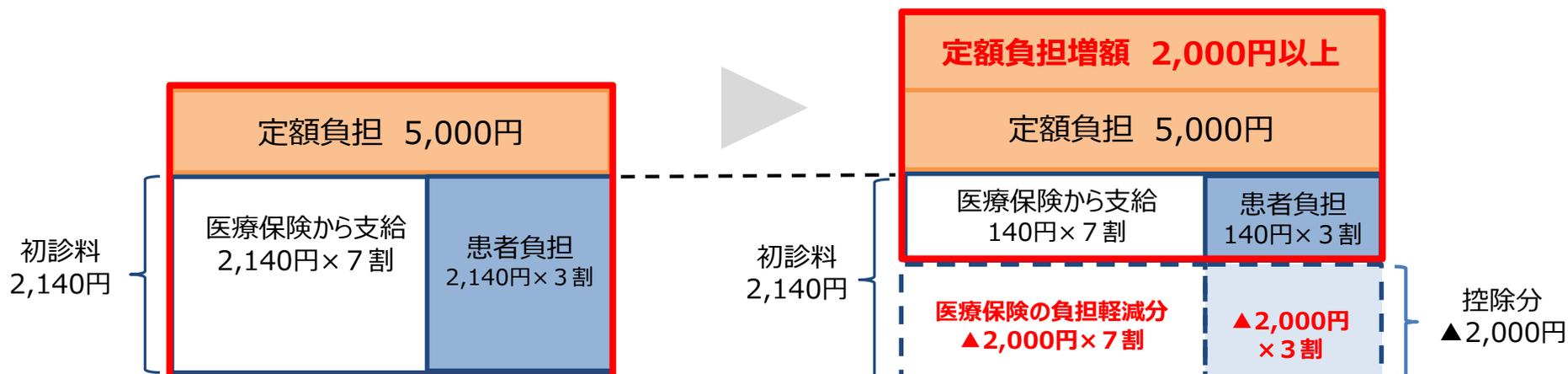
- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。

- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。

※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

現行制度（初診のみ・3割負担の場合）

新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。

※ 2 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

定額負担を徴収しない場合の要件(除外要件)の見直しについて(案)

除外要件の見直し

- 当該患者が定額負担の徴収対象となるか否かが保険給付（選定療養費）の額にも影響する仕組みとなるため、現行の定額負担の徴収状況等も踏まえつつ、定額負担を徴収しない場合の要件についてはより厳格な運用を行う必要があるのではないか。
- 具体的には、現行の徴収実態等を踏まえつつ、患者の医療機関へのアクセスを過度に制限しないよう配慮したうえで、直接受診する必要性の高い患者に限定するといった観点から中央社会保険医療協議会において検討を進めることとしてはどうか。
- その際、他の医療機関を逆紹介したにも関わらず、再診を続ける患者への定額負担については、初診時よりも徴収率が低いことから、除外要件の見直しと合わせてより実効性を高めるため必要な対応を検討することとしてはどうか。

※ 現状、①緊急その他やむを得ない事情がある場合にはそもそも選定療養に該当しないことから定額負担を徴収してはならないこととされており、また、②紹介がない患者等に対して定額負担を求めないことについて正当な事由がある場合には徴収義務は生じないこととされている。これらに該当する具体的な場合は、通知において示されている。これらの除外要件は、大病院受診時定額負担が義務化された平成28年度以降は見直しが行われていない。

全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

現役並み所得の方を除く 75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

- ・ 後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告(令和2年6月25日) (抄)

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめる。

全世代型社会保障検討会議（第11回）

議事録

（開催要領）

1. 開催日時：令和2年11月24日（火）17:15～18:12
2. 場 所：官邸2階大ホール
3. 出席者：

議 長	菅 義 偉	内閣総理大臣
議長代理	西 村 康 稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構 成 員	麻 生 太 郎	副総理 兼 財務大臣
	加 藤 勝 信	内閣官房長官
	田 村 憲 久	厚生労働大臣
	梶 山 弘 志	経済産業大臣
	大 隈 和 英	厚生労働大臣政務官
	遠 藤 久 夫	学習院大学経済学部教授
	翁 百 合	株式会社日本総合研究所理事長
	鎌 田 耕 一	東洋大学名誉教授
	櫻 田 謙 悟	SOMPOホールディングス株式会社 グループCEO 取締役 代表執行役社長
	清 家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
	新 浪 剛 史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
	増 田 寛 也	東京大学公共政策大学院客員教授
	柳 川 範 之	東京大学大学院経済学研究科教授
有 識 者	中 川 俊 男	公益社団法人日本医師会会長
	相 澤 孝 夫	四病院団体協議会 日本病院会 会長
	佐 野 雅 宏	健康保険組合連合会 副会長

（議事次第）

1. 開会
2. 医療改革に係る関係者からのヒアリング
3. 医療改革について
4. 閉会

(配布資料)

- 資料 1 公益社団法人日本医師会 中川俊男氏提出資料
- 資料 2 四病院団体協議会 日本病院会 相澤孝夫氏提出資料
- 資料 3 健康保険組合連合会 佐野雅宏氏提出資料
- 資料 4 翁議員提出資料
- 資料 5 中西議員提出資料
- 資料 6 増田議員提出資料
- 資料 7 厚生労働大臣提出資料
- 資料 8 厚生労働大臣提出参考資料
- 参考資料 全世代型社会保障検討会議 中間報告・第2次中間報告(抜粋)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、ただいまから第11回の「全世代型社会保障検討会議」を開催いたします。

本日は、会議の前半に、医療改革の関係者の皆様方から、御意見をお伺いします。その後、会議の後半に、医療改革について、御議論をいただきます。

距離を取っておりますので、適宜マスクを外していただいても結構だと思います。

本日は、医療改革の関係者として、日本医師会の中川俊男会長、四病院団体協議会日本病院会の相澤孝夫会長、健康保険組合連合会の佐野雅宏副会長に御出席をいただいております。お忙しい中、御出席いただきまして、ありがとうございます。

それでは、関係者の皆様から連続して御説明をいただき、その後、民間議員との質疑を行っていただければと思います。

まず最初に、中川会長、お願いをいたします。

○中川会長(日本医師会) 日本医師会会長の中川です。よろしく願いいたします。

資料1をお願いいたします。

本日は、資料の右下1ページの2点について、日本医師会の考え方を御説明申し上げます。

後期高齢者の患者負担割合の在り方についてです。

右下3ページを御覧ください。一つ目の●ですが、後期高齢者は、1人当たり医療費が高いので、年収に対する患者一部負担の割合は、既に十分高くなっています。患者一部負担割合の引上げによって、受診控えのおそれがあります。また、たとえ受診したとしても、患者負担が重荷となり、必要な医療を遠慮される懸念があります。

二つ目の●、応能負担は、本来は保険料及び税で求めるべきだと考えています。患者一部負担での応能負担は、限定的にすべきだと思います。

五つ目の●、新型コロナウイルス感染症禍での受診控えによる今後の健康への影響が懸念されるところです。さらなる受診控えを生じさせかねない政策を取り、高齢者に追い打ちをかけるべきではありません。

4 ページから 7 ページは、参考資料です。

次に、外来機能分化と 200 床以上の一般病院への定額負担拡大についてです。

右下 9 ページを御覧ください。外来機能分化についてです。

三つ目ですが、現状では、医療資源を重点的に活用すべき特定機能病院において、慢性期の外来診療が多数行われており、一方、地域における医療連携を主軸にすべき基幹的病院が地域医療支援病院になっていないという状況も見受けられます。このような現状の適正化により、病院や外来の機能分化は推進可能と考えます。

四つ目、病院の機能は規模だけで決まるものではなく、例えば医療機関の少ない地域では、一つの病院が外来も含め全ての医療に対応しなければならないなど、その機能は様々です。既に地域医療構想調整会議において、各地域の機能分化の最適化が図られているところであり、病院の外来機能は、地域の実情によって様々です。病床数で線引きされ得るものではありません。

10 ページをお願いします。200 床以上の一般病院への定額負担拡大についてです。

一つ目の●、紹介状なしで受診した患者からの定額負担の徴収については、本年 4 月の診療報酬改定で、400 床以上から 200 床以上の地域医療支援病院に拡大されたばかりです。この検証をしっかりと行うべきです。

二つ目、現在のところ、再診時の定額徴収は極めて少ないですが、外来機能分化のためには、患者を地域に戻すことが有効であり、再診時の定額負担を強化すべきであると考えます。

11 ページから 13 ページは、参考資料です。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、相澤会長、お願いいたします。

○相澤会長（四病院団体協議会日本病院会） 日本病院会会長の相澤でございます。

本日は、医療改革に関わるヒアリングにお呼びいただきまして、誠にありがとうございます。

四病院団体を代表して、大病院への患者集中を防ぎ、かかりつけ医の強化を図るための定額負担の拡大についての大幅な見直しを要望します。

第一に、定額負担の対象とされる一般病院は、精神科病院以外の病院であり、多種多様な病院が含まれます。また、一般病院を一般病床と解釈しても、一般病床も極めて複雑に機能分化しており、一くくりにできません。

資料を御覧いただきたいと思います。

様々な機能を有する一般病床を基に、しかも、200 床以上の大病院という区分として定額負担を義務化することは、病院機能を適切に捉えた区分にならず、混乱を招き、外来機能分化を推進するとは思えません。

第二に、外来において、かかりつけ医機能を発揮すべき病院は、地域医療の確保という

観点において必要不可欠ですが、どのような病院にその機能を発揮してもらうかについての検討はなされていません。ましてやその病院を一般病床数で判断することはできません。現にかかりつけ医機能を発揮し、地域医療に貢献している病院に対し、一般病床200床以上であるという理由で、定額負担を義務化することに住民の理解を得ることは難しいと思います。

第三に、外来機能分化を推進する観点から、紹介状を持つ患者を中心に外来機能を発揮すべき病院は、特定機能病院と地域医療支援病院が医療法上に位置付けられています。このように発揮すべき外来機能が明確化された病院に対して、外来機能分化を推進する観点から、定額負担を義務化することは理解ができます。したがって、外来の定額負担を義務化することが望ましい病院を一般病床数200床という理解不能な区分ではなく、国民にも病院にも理解可能な区分にすることを検討すべきです。

第四に、外来機能分化を推進するためには、紹介する側と受ける側の信頼関係の構築が極めて重要であり、良好な関係構築のためには、かかりつけ医機能を発揮してほしい病院や診療所に対して病院が患者を紹介する、いわゆる逆紹介を推進することが大変重要です。逆紹介により、外来患者を減らし、病院の外来をスリム化することは、病院経営の効率化にもつながると考えます。

第五に、患者負担を増額し、増額分を医療保険の負担軽減に充当する仕組みについては、選定療養費である外来受診時の定額負担の増額分を、なぜ医療保険の負担軽減を目的として、外来診療の技術料である初・再診料を大幅に控除し、初・再診料を減ずるのか、理解不能です。紹介状あり、なしに関係なく、初・再診に必要な医師の技術料は変わらないことから、この仕組みの導入は、医師の外来診療に対する診療報酬の評価をないがしろにするものであると思います。

終わりに、病院団体も外来機能分化の推進は、我が国の医療制度改革にとって重要であると認識をしております。それだけに医療現場と国民に混乱を生ずることなく、外来機能分化を確実に推進するためには、病院の機能分化と併せて考えることが必要です。病院団体が参加する会議で、機能分化の推進方法をしっかりと議論し、その上で改革を進めていただきたいということをお願いしたいと思います。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

最後に、佐野副会長、お願いいたします。

○佐野副会長（健康保険組合連合会） 健康保険組合連合会の佐野でございます。

本日は、このような機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、保険者の立場、また、現役世代の立場からお話をさせていただきたいと思っております。

資料3をめぐって、1ページを御覧ください。医療保険制度改革に関する健康保険組合連合会の考え方をまとめております。

1 番目の後期高齢者の窓口負担につきましては、全世代型社会保障改革検討会議の中間報告でも示されていますように、団塊世代が後期高齢者になり、現役世代の負担が急増する2022年度初めまでに、現役世代の負担の増加を抑えるよう、改革を進めていただきたいと存じます。

高齢者の窓口負担につきましては、低所得者の方への配慮はもちろん必要でございますけれども、原則2割負担が必要だと思います。具体的には3割負担の現役の所得者の方の7%に加え、一般区分の52%の方については、2割負担をお願いしたいと思います。

負担率が2割になると、負担が2倍になると思われがちでございますけれども、入院など、医療費が高額になる場合には、負担の上限が定められておりまして、負担が軽減される仕組みが導入されております。

現役世代の負担は既に限界でございます。高齢者と現役世代の負担のアンバランスを解消し、負担能力のある高齢者については、応分の負担をお願いすることが全世代で医療保険制度を支え、国民皆保険の持続性を確保していく上で必要であると思っております。

2 番目の大病院の外来受診時定額負担の対象拡大については、賛成でございます。中間報告で示された内容を確実に実施いただきたいと思います。

本日は、1 点目の窓口負担の問題に重点を当てて、お話をさせていただきたいと思っております。

2 ページを御覧ください。右側の伸び率の欄を見ていただくとお分かりのように、健康保険組合における高齢者医療の拠出金は、ここ12年間で48%という高い伸びを示しております。それでもって現役世代の保険料負担の増加につながっております。12年間で1人当たりの報酬額は、1.9%しかアップしておらず、保険料率の引上げによる現役世代の負担増で対応してきているのが実情でございます。

3 ページは、給付と負担のアンバランスが拡大していることを示しているものでございます。

横軸は年齢、縦軸は金額の増加額でございます。

これを見ますと、高齢者は青色の医療費の増加額が多いのに対して、赤色の自己負担の増加額は小さく、逆に現役世代は保険料の増加が大きいことが分かります。8年間の間にアンバランスは拡大しており、このアンバランスの是正は喫緊の課題と考えております。

4 ページを御覧ください。今後の後期高齢者支援金の見通しを示したものでございます。

団塊の世代が2022年から後期高齢者になるため、今後、現役世代の負担は、毎年3000億円から4000億円増加をする見込みでございます。

5 ページを御覧ください。2割負担の対象基準による現役世代の負担軽減額を示した例でございます。

私どもが要望しております一般区分全ての方を2割とした場合でも、4ページにある今後の増加額、年3000～4000億円をカバーできる額ではございません。一般区分全ての方に2割の負担をいただくことが必要であると考えております。本人所得だけではなく、世帯

収入での負担能力も勘案したA案でお願いしたいと思います。

以上、御説明申し上げました。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございました。

それでは、続いて、事前に御希望いただいた民間議員3名の方から御質問をいただきます。

ゲストのお三方におかれましては、最後にまとめて御回答いただければと思います。

遠藤議員、お願いいたします。

○遠藤議員 ありがとうございます。

健康保険組合連合会から、一定以上所得の方を一般区分全員とするという御意見が提出されているわけですので、それにつきまして、お尋ねをいたします。

医療保険部会に提出されました資料によると、現在、1割負担である85歳以上の方の1人当たりの窓口負担額の年平均は約9.1万円で、これが2割負担となった場合は、3.6万円増加して、12.7万円になると推計されています。倍率にしては1.4倍ということです。高額療養費制度や自己負担による受診の抑制がありますので、2倍にはならず、1.4倍にとどまるわけですが、1.4倍や増加額の3.6万円は平均値ですから、中にはより負担の増える方もおられるわけであります。

一方、後期高齢者の一般区分の中でも、その4割は家族に課税所得があるものの、本人には課税所得がないという方であります。そう考えますと、現役世代の負担軽減という御趣旨は大変よく理解できますが、一般区分であっても、所得の少ない方にとっては、2割負担は厳しいのではないかという意見が社会保障審議会での議論にも多くあります。この点について、どのようにお考えになるかをお聞きしたいと思います。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、清家議員、お願いいたします。

○清家議員 ありがとうございます。

中川先生、御説明ありがとうございました。

先生御説明の資料に書いておられますように、応能負担は、本来、保険料及び税で求められるべきであるというのは、全く仰せのとおりと思っております。以前に勉強させていただいた日本医師会の医療政策会議報告書でも、このことに続いて、自己負担率に差を設けることは、社会保障の理念にそぐわないと述べられていたように記憶しております。

そのような観点から申しますと、同じ疾病、障害のリスクに対して、若い世代と高齢世代で、年齢によって自己負担率に差があることも、いかななものかというようにも思うわけでございます。この点について、先生のお考えをお聞かせいただければと存じます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、増田議員、お願いいたします。

○増田議員 ありがとうございます。

日本医師会の中川先生にお尋ね申し上げますが、後期高齢者の2割負担の範囲を医師会さんの御主張どおり、限定的にしますと、現役世代の保険料負担の抑制効果は、本当にスズメの涙ほどになってしまっていて、いわゆる全世代型社会保障という名前と実が離れてしまうのではないかと懸念をいたします。医師会さんの資料には特に言及はないのですが、現役世代の保険料抑制の必要性、全世代型社会保障改革の必要性自体について、どうお考えになっておられるのか、会長の御所見を承ればと思います。

健康保険組合連合会の佐野副会長さんですが、今、資料を拝見すると、5ページの案のCは、Aが適当であるということの対案になりますが、介護保険制度の2割負担の対象者の割合を参照している案だと思うのですが、このような介護保険制度を参考にすることは、考え方として適当と考えておられるのか。そして、同じく5ページの下の枠囲いの中で、世帯収入での負担能力も勘案とおっしゃっているのですが、ここの意味をより具体的に御教示願えればと思います。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、御回答いただけますでしょうか。

中川会長からよろしいですか。

○中川会長（日本医師会） 清家先生の御質問からお答えします。

資料1の4ページをお願いします。このグラフの左側は、1人当たり医療費が年齢とともに上昇することを示しています。後期高齢者は、現役並み所得者を除いて、患者一部負担は1割であり、1人当たり患者負担額は、75歳になると一時的に下がることを示しているのが、右のグラフです。年齢とともに再び上昇します。特に後期高齢者の患者一部負担はかなり重くなっています。むしろ65歳から69歳の患者負担が重いことは課題だと考えています。

5ページをお願いします。先生方、みんな御存じのように、左側です。1人当たり年間収入ですが、高齢者は年収が大きく低下しますので、現在は、患者一部負担割合は原則1割ですが、収入に対する患者一部負担の比率は、ほぼ年齢とともに上昇していきます。これは右のグラフです。後期高齢者では1割負担の現状でも、かなりの負担だということがこれで御理解いただけるのではないかと思います。

6ページをお願いします。左側のグラフは、横軸に1人当たり受診日数、縦軸に一日当たりの単価を示していますが、後期高齢者が過剰な受診をしているとは言えないということを示しています。入院外受診回数の中には、在宅医療も含まれています。国が在宅医療を推進している中、適切な在宅医療から高齢者を遠ざけるようなことをしてはならないと思っています。

増田先生からの御質問にお答えしたいと思います。高齢者の医療が若年世代への負担になっているという御意見です。若年世代の保険料の引下げの必要性はないのかという御質問ですが、どんな若年世代でも必ず高齢化します。高齢化になったときには、若年世代が支えているという構図でしたが、若年世代の人口が減ってきて、なかなか難しいというこ

とは、私も分かっているつもりです。

そこで、現役世代、若年世代の保険料を低下させてということではなくて、大局的に公的医療保険制度間の抜本的な改革を進めるべきだと思っています。例えば被用者保険の一元化、一本化とか、地域保険の一元化とか、そういう抜本的な改革で対応すべきだと思っています。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

佐野さん、よろしく申し上げます。

○佐野副会長（健康保険組合連合会） 遠藤先生の御質問と増田先生の後段部分は関連すると思いますので、まとめてお答えさせていただきます。

現在は少なくとも低所得者の判断については、世帯単位で判断をされております。したがって、世帯で収入が低い方については、既に低所得者という区分にまとめられていると思います。一般区分に入っている方については、本人の方に所得がなくても、家族等で収入がある場合は、一般区分になっていると考えております。

したがいまして、例えば先般の医療保険部会での厚労省から示された案は、上位44%の方が一番広いケースでございましたけれども、一般区分全てにした場合、59%ということで、差が15%生じます。この15%の隙間には、言わば高齢者御本人は住民税非課税水準であるけれども、同居するお子様等の収入が156万円を超えて、世帯として負担能力がある方が該当すると考えております。

例えば高齢者御本人は150万円の年金収入、ただ、お子様が800万円の給与収入としても、1割負担となるような案でございますが、これが果たして公平な制度と言えるのでしょうかと思っております。現役世代は、所得水準に関わりなく3割負担をしていることを考えても、高額療養費制度の一般区分と同様に、負担能力があると考えざるべきではないかと考えております。

増田先生のもう一つの質問の介護との関係でございますけれども、現状、介護保険における現役世代の保険料は2割程度、3兆円でございます。一方で、後期高齢者医療費に占める現役負担となります後期高齢者支援金の割合は約4割、7兆円と規模が介護に比べて倍以上となっております。そういう意味でも、現役世代の負担軽減を行う必要性があると考えております。

更に支援金は、今後、毎年3000～4000億円増えていくということでもって、現役世代の負担は、毎年1人当たり3,000～4,000円増えていく形になります。この負担を少しでも抑え、全世代で支えていく必要があると思います。介護の2割負担の水準に合わせた案Cにおいては、1人当たり500円程度の効果しか生じないこととなります。

また、介護につきましては、利用者の方は医療と比べますと、一般的な利用頻度は低いですが、一旦利用すると継続利用になりやすいことから、一部の方に集中しやすいということで、医療保険と大きく異なっていると思います。そういう面で、自己負担の

議論としては参考にならないと考えております。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

相澤会長、何かコメントはございますか。よろしいですか。

○相澤会長（四病院団体協議会日本病院会） 特にありません。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

時間の関係もございますので、前半の議論はここまでとさせていただきます。

中川会長、相澤会長、佐野副会長におかれましては、御出席をいただきまして、ありがとうございます。

それでは、ここで関係者の皆様は御退席いただきますので、しばらくお待ちください。ありがとうございます。

（中川会長、相澤会長、佐野副会長退室）

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、医療改革の議論に入ります。

最初に、田村厚労大臣より、社会保障審議会における審議状況について、御説明いただきます。よろしくお願ひします。

○田村厚生労働大臣 1といたしまして、2割負担の所得基準、2、施行日、3、長期頻回受診等に対する配慮措置について、本年末までに検討を行うこととされています。

2022年に団塊の世代が後期高齢者となり始める中、現役世代の負担上昇に歯止めをかけることは重要な課題であります。負担能力に応じて負担いただく観点から、一定所得のある高齢者の方には、医療の窓口負担を1割から2割とすることとされております。

一方、高齢者の方は、現役世代よりも長期に何度も医療機関を受診する傾向であり、加えて、高齢者の生活の状況についても、十分に踏まえる必要があります。医療保険部会では、こうした点から御議論をいただいております。

11月19日の社会保障審議会医療保険部会に、厚生労働省から所得基準として考えられる機械的な選択肢を提示して、御議論をいただきました。一定の考え方を基に所得基準を設定し、後期高齢者に占める割合として、上位20%から上位44%までの選択肢をお示いたしました。

施行日については、全社会議中間報告で2022年度、令和4年度初までに改革を実施するとあるので、それを踏まえて検討をいたしております。

2割負担で影響が大きい外来患者について、経過的な配慮措置として、1か月分の負担増加額が4,500円に収まるような配慮措置を提示いたしました。今後、医療保険部会で議論を行いながら、年末の取りまとめに向けて、検討を進めていきたいと考えております。

2ページ目ですが、紹介状なしで大病院を受診した際の定額負担制度につきまして、患者の負担額を増額し、公的医療保険の負担を軽減するとともに、対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する方向性を決定したところであります。この方向性に基づき、年末までの全社会議の取りまとめに向けて、医療保険部会等で御議論をいただいております。

す。

医療保険部会等においては、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化し、このような医療機関のうち、一般病床200床以上の病院まで定額負担の徴収義務を拡大すること、初診・再診料相当額を目安に、例えば2,000円を保険給付の範囲から控除し、それと同額以上に定額負担を増額することについて、厚生労働省から提示をさせていただいたところがあります。

今後、医療保険部会等で議論を行いながら、年末の取りまとめに向けて、検討を進めていきたいと考えております。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、続いて、民間議員の皆様から、順次、御発言をいただきます。

なお、今日御欠席の中西議員からは、資料5として、席上に意見が配付されておりますので、御参考にしてください。

それでは、遠藤議員からお願いいたします。

○遠藤議員 ただいま大臣からお話がありましたように、社会保障審議会医療保険部会におきましては、医療保険制度改革の議論が進んでいるわけではありますが、その途中経過の概要につきまして、簡単にお話ししたいと思います。

まず後期高齢者の窓口負担の見直しにつきましては、保険者、経済界からは、一般区分全体を一定所得の対象とすべきといった意見がありました。一方で、医療団体、高齢者団体、地方自治体、有識者などからは、介護保険と同様の上位20%が限界、現行2割負担である70～74歳の平均収入を上回る上位25%が合理的である、後期高齢者の能力から上位20%から25%ではないかといった意見がありました。全体としましては、一般区分の中でも負担能力のある層に限定すべきという意見が現在のところ多いと思います。

外来の自己負担増に対する激変緩和措置につきましては、明確な反対意見はありませんでしたが、2年間を経過措置とすることについては、その期間について賛否がありました。

そのほか、自治体や高齢者団体からは、今は新型コロナ対策に集中して、自己負担引上げの議論は、収束後に検討すべきであるという意見もありました。

もう一つの課題である紹介状なしの患者の定額負担の拡大につきましては、対象となる病院を拡大させることにつきましては、大きな反対はなかったと思います。しかし、定額負担に伴って初診料等の保険給付を減額することにつきましては、医療団体から外来機能の分化推進という制度の趣旨とは異なる、このようなことが他の診療で安易に行われて、7割給付の原則が崩れるといった反対や懸念が一部示されました。

以上、医療保険部会での審議内容を紹介いたしましたけれども、今後も引き続き審議を進めていく予定であります。

なお、新型コロナウイルス感染症の勢いが衰えておりませんので、医療現場の疲弊はかなりのものになっております。医療制度改革を進めるに当たりましては、医療現場に極力

負荷がかからないような丁寧な対応をお願いしたいと思います。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

翁議員、お願いします。

○翁議員 資料4に基づきまして、高齢者だけでなく、これを支える若年層の所得、支出、貯蓄の実態や不安も考慮して、この問題を検討する必要があることを申し上げたいと思います。

図1を見ますと、75歳以上の高齢者は医療費の負担感をほぼ感じていないのに対し、若年層の負担感が大きくなっております。

そこで、右側、若年層の平均年収を見ますと、20代も200万円程度にすぎません。現状2割自己負担の70代前半の年収と同等でございますが、3割負担をしております。例えばがんの外来受診料は、75歳以上が1割負担だと、年約14万円との資料を拝見いたしましたが、20代なら約40万かかる場合もあり、先ほど清家議員が御指摘のとおり、同様の年収、同じ病気であるのに、年齢の違いだけで負担が大きく異なるという状況になっております。

次のページでございますが、若年層と高齢層の平均年収200万円未満の生活を比較したものでございます。

第一に、医療費は70代以上がもちろん多いわけでございますが、20代は持家比率が低く、住居費がかさみ、教育費用もあり、消費支出の総額は70代より多くなっています。余裕がない中で、これら消費支出以外に健康保険料を支払い、それが高齢者の支援にも充てられているのが実態です。

また、貯蓄残高を御覧いただきますと、下段のように、高齢者800万円台に対し、若年層は100万円台となっております。図3で見ますと、70代平均で約2200万円もの貯蓄超過となっております。2025年には金融資産の70歳以上の保有比率が4割に達する見込みでございますので、所得のみに注目し、資産を考慮しないというのは問題であると思います。

更に現在、年金の所得代替率は61.7%ですが、昨年の財政検証のとおり、30年後には50%程度になると見込まれ、現在の若年層の高齢時の本人収入水準は、低下する可能性が高いということが分かっております。その目線で所得基準を設定する必要があると思います。

以上、全世代型社会保障の観点から、後期高齢者が大幅増加することに備えまして、後期高齢者自己負担2割を広く適用して、世代間公平を図り、若年層の不安を軽減することが重要だと思います。先ほど大臣から示された選択肢の中から選ぶとすれば、5番目ではないかと思えます。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、鎌田議員、お願いします。

○鎌田議員 ありがとうございます。

全世代型の社会保障は、人生のそれぞれの段階で、どのような働き方を選択しても安心

できるものである必要があります。日本の人口は、近年、減少局面を迎えており、社会の支え手を増やす視点が重要であります。その支え手は、働く一人一人の国民であり、各人が納得のいく形で支えていけるようになることが重要だと考えます。

後期高齢者医療制度は、現役世代からの支援金によって支えられる構造となっております。このことを踏まえると、後期高齢者医療制度については、今後の現役世代の負担増にも留意して、速やかに見直しを図っていかねばなりません。

一方、75歳以上の方々については、基本的に年金の収入が中心となり、所得の増加が見込まれる方は僅かであります。また、預貯金についても個人差が大きいです。新型コロナウイルスの影響は、年金額には影響していないとはいえ、高齢化による1人当たりの医療費が増加することを思えば、医療費の負担増は生活に直結する問題であり、一定以上の所得の範囲について慎重な検討が必要であると考えます。

また、新型コロナウイルス感染症への対応により、医療機関の経営が厳しくなっている中で、医療従事者の身体的・精神的負担が著しく増加しています。また、労使紛争の割合が他の業種と比べて多いというデータもあります。本日、医療関係団体から現状に関する説明がありましたが、医療制度改革の実行に当たっては、医療現場の納得と理解が得られるよう、丁寧な検討をお願いいたします。

以上です。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

櫻田議員、お願いします。

○櫻田議員 ありがとうございます。

11月17日の同友会の代表幹事記者会見の質疑応答でも触れたのですが、私の考えは先ほど健康保険組合連合会の佐野副会長も言っていたことと同じなのですが、高額療養費の一般区分、具体的には割合にして上位の59%、現役並みを除くと52%の方々に2割負担を2022年度からお願いすべきであると思っています。

皆さん、おっしゃったとおりなのですが、念のため申しますと、この背景としては、現役世代、将来世代にとって、現在の医療制度は持続可能性があると思えること、何よりも世界に誇る国民皆保険制度を守るという思いが根底にあります。ましてや今回のコロナの影響で、税収が63兆円に対して、二度の補正を行って国債が90兆円、更に三次補正が論議されるという報道もあります。仮にこれが20兆、30兆ということになれば、これらは全て皆さんの子供や孫の世代に、言葉を選ばず言えば、ツケとして残っていきます。ここに目を背けていては、いつまでも将来の予見可能性は高まらないで、若者は消費しない、企業は設備投資を逡巡することになりかねないと思います。

田村大臣の資料の3ページ目には、それぞれの案に対する財政影響をお示しいただいていますけれども、後期高齢者医療は既に支援金、すなわち現役世代の負担が7兆円、公費が8兆円弱投入されています。これらを比較したときに、せめて原則2割、すなわち半数以上が2割の窓口負担をする制度になるべきではないかと思っています。これこそが全世

代が公平に社会保障を支える制度をつくり変えるという、この会議の設立趣旨であったのではないかと考えています。

もう一点だけ、紹介状のない大病院の受診に定額負担を御提案いただいていますけれども、次のステップとして、保険の持続可能性を考えるならば、一旦は見送ったワンコインをもう一度検討の俎上にのせていただきたいと思います。国民の延べ通院は約20億回と言われてはいますが、100円でも200億円、500円にすれば1兆円の財政影響があり、現役世代や将来世代の今後の負担増を考えると、相当な支援になるはずで、これこそ自助・共助・公助の適切な役割分担の一例であり、社会保障の持続性の観点から検討に値するテーマだと思っています。ぜひ御検討をお願いいたします。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、清家議員、お願いいたします。

○清家議員 ありがとうございます。

窓口負担割合の在り方について申し上げたいと思いますが、これについては、改めて全世代型社会保障という大原則を確認すべきであると思っています。平均収入以下でも若者は3割負担をしております。しかも、平均収入以下と申し上げたときに、若者の収入は不確実な賃金でありますけれども、75歳以上の方については、その収入の多くは終身保障された年金であります。

リスクの発生したときに必要な医療給付を受けられるということ、そして、低所得者に配慮すべきということは、年齢にかかわらず言えることであります。これに年齢によって格差をつけ、高齢者だけ優遇するという合理性はないように思います。本来ならば、そういう意味で、年齢にかかわらず、自己負担割合は例えば3割なら3割とすべきでしょうけれども、少なくとも75歳以上は2割負担を原則とすべきだと思います。その意味では、2割負担の範囲をできるだけ広範囲に取るべきであり、今日示された選択肢でいえば、五つ目の案にするべきだと考えております。

また、実施の期日は、やはり団塊の世代の75歳化が始まる2022年にすべきだと思います。かつて社会保障制度改革国民会議では、団塊の世代全員が75歳以上になる2025年を念頭に、現役世代あるいは将来世代の負担増の抑制を目指しました。その会議の会長を務めた者として、これはぜひお願いしたいと思っています。

全世代型社会保障というのは、社会保障制度改革国民会議の中でも中心的な理念でありました。そして、それに基づいてプログラム法により改革は進み、社会保障制度改革推進会議の下で、その進捗状況をチェックしてきているところでございます。全世代型社会保障という考え方は、今後とも社会保障制度改革の基本であるべきであると考えておりますので、現在の進捗状況のチェック機能の法定期限の延長も含めて、全世代型社会保障を着実に進められることを期待しております。ありがとうございました。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、新浪議員、お願いします。

○新浪議員 ありがとうございます。

私は企業経営者としての立場でお話を申し上げたいと思います。後期高齢者支援金の負担というのは、大変大きな悩みでございまして、私ども企業経営者は支援金の負担を減らして、社員の負担を減らすということを念頭に、健康経営に取り組んでまいりました。そのために、会社としても社員に対して健康増進のための教育をしたり、健康を促進するための部署をつくるなどの投資をしてまいりました。また、賃上げも行っていました。しかし、後期高齢者支援金が増え、その効果が相殺されてしまう。私どもは消費者ビジネスを営んでいる観点からも、社員のいわゆる生活レベルの向上を図らなければいけない。そして、現役世代の可処分所得を上げたいと考えてやってきましたが、支援金の減算にはある程度成功したのですが、負担率が上がると、今までせっかく努力してきたものが水の泡になってしまう。このような構造が、結果として現役世代の可処分所得が上がらず、消費減退の元凶の一つになっているのではないかと。そして、消費者には、将来、負担が増えていくということが、悪い意味で刷り込まれてしまっており、このままでは企業や現役世代が努力してもなかなか報われないと思います。

先ほど増田さんがお話しされたように、全世代型社会保障改革とは一体何なのかということ、全世代がフェアに痛みを分かち合うということだと思えます。経済が成長していれば別ですが、今は痛みを分かち合わざるを得ない状況にあるということをも認識すべきで、そういった意味では、先ほど健康保険組合連合会の方がおっしゃったように、高額医療費の一般区分の方々に対して2割負担をお願いすべきだと思います。しかし、毎年3000～4000億円規模で現役世代の負担が増えるわけで、それでも完全にフェアになるわけではありません。既に現役世代に大きな負担がかかっているということを十分に御配慮いただいて、団塊の世代が75歳を超えて後期高齢者に到達し始める2022年から開始していただきたいと切に思う次第でございます。よろしくお願い申し上げます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

続いて、増田議員、お願いします。

○増田議員 ありがとうございます。

私も多くの議員と同じなのですが、後期高齢者の窓口負担は、原則2割にすべきだと思いますし、お示しされている資料にございます選択肢の中では、5番目に書いてある、上位44%ということになるかと思えます。

今、新浪議員と清家議員がおっしゃっていましたが、全世代型社会保障ということをおっしゃってきいたわけですので、2割負担の所得基準を高齢者の生活状況だけを基準に決めるということが見えると、これはいかがか。やはり若者と比較する目線が不可欠ではないかと考えます。

私の考えておりますことは、資料6に簡単に書いてございますが、①に書いていますとおり、今回の改革を3.4万円の負担増という形で説明するのではなくて、今、各議員もおっしゃっていたのですが、世代間の公平で説明すべきだと思います。そして、少し後の世代

と同じ負担をお願いするという説明や、②に書いてございますが、75歳以上の方には1割負担という配慮を残すという説明のほうが、より実態を表しているのではないかと、理解を得られやすいのではないかと思います。

応能負担は本来の保険料負担の話だという議論があったのですが、2割負担の所得基準を決めるのに、注に書いていますような、保険料軽減措置の範囲も参考になるのではないかと思います。

③ですけれども、厚生労働省さんの資料に書いてあるものを見ますと、現役世代のみならず、バランス上、後期高齢者御自身の1人当たりの負担軽減額もその中にのせたほうがよいのではないかと。後期高齢者の方は1800万強いらっしゃるわけですが、先ほどの上位44%の選択肢ですと、1人当たり2,000円の保険料負担の軽減効果が生じるということで、こういったこともきちんと判断材料に加えていくべきではないかと思います。

④ですけれども、待機児童の解消とそのための財源の確保など、全世代型の社会保障の全体像をパッケージで示す。そして、その際には、以前、議論があった都道府県の医療費適正化計画や国保の在り方なども、関連することとして、一体として見直していくべきだろう。

参考に書いていますが、先ほど健康保険組合連合会が言われたとおり、介護保険は所得基準の参考にはならないのではないかと。負担も違ってきますし、そこはそう申し上げます。

それから、世帯収入での能力も勘案することになりますと、先ほど櫻田議員がおっしゃっていた一般区分2割ということにも近づくのではないかと思います。

最後に、社会保障制度改革をフォローアップする必要があるとございますので、現在ございます社会保障制度改革推進会議、あれは法定期限がもう来るわけですが、その延長が必要であって、今後もきちんとフォローアップしていく必要があると思います。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

柳川議員、お願いします。

○柳川議員 既に多くの方々が御指摘されていることと重なるのですけれども、やはり2割負担を原則とすべきだと考えます。そして、高額療養費制度の自己負担限度額の適用区分のうちの一般区分に該当する方を対象として、2割負担をお願いするのが適当だと考えますし、これを2022年までにしっかり実施すべきだ。たとえ一定期間の経過措置を講じてでも、2022年までに実施すべきだと考えます。

理由は、多くの方がおっしゃっていたことと共通する部分があるのですけれども、増田議員がお話になったように、負担の世代間のバランスは非常に大きなポイントなのだと思います。75歳以上の人口が急増していく中で、それらの方々の医療費を現役世代が保険料の増加という形で負担していくことになる。それに加えて、現役世代は所得にかかわらず、3割負担ということで、一方、後期高齢者の方々は資産をどれだけ持っても1割負担であるということから考えると、翁議員が御指摘になったように、所得のみに注目して資

産を考慮しないのは問題で、平均的に見て、若年層のほうが持家もなくて、資産保有額が低いことを考えると、これではバランスが取れないということになるかと思えます。

示された選択肢から選ぶということであれば、5番目の44%になるのだと思えますけれども、この場合には、健康保険組合連合会からもお話があったように、高齢者御本人は住民税非課税水準なのだけれども、同居する子供らの収入がある程度あるという、負担能力が認められる世帯でも1割負担になってしまうという意味では、バランスを欠くように思えます。

我が国では、高額療養費制度も整備されていることから、皆さんが御指摘のように、全世代型社会保障という理念に立ち返って、年齢に関わらない公平な負担割合を目指すというのが、本来の姿だと考えます。将来に禍根を残さないように、全世代の社会保障のバランスを取って、現役世代や若い世代がより希望を持てる社会を仕組みとして構築していく上では、やはり原則2割の基準を貫くべきだと考えております。

また、紹介状なしで外来受診した場合の定額負担については、案として示されている病床数200床以上の一般病院について、きちんと拡大すべきだと考えております。

今日の議論を伺っていても思うのですが、誰が本当に困っていて、適切な手を差し伸べるべき人なのか、誰が負担能力がある人なのかということが十分には分からない。ですので、年齢で区切らざるを得ないとか、所得で区切らざるを得ないということになってくる。そういうふうにと考えると、医療あるいは負担の可能性の実態についてのデータをきっちり把握すべきではないか。その意味では、EBPMという話が政策としてありますけれども、データを含めて実態をきっちり把握した上で、本当に必要な方に手が差し伸べられるような社会保障の仕組みをつくっていくことが、この先、重要だと考えます。

それから、増田議員からもお話があったように、国保の法定外繰入れの課題であるとか、地方公共団体の保険者機能の適切な発揮等は、改革工程表にも入っておりますので、こういうことも併せてやっていく。

清家先生、増田先生からお話があったような、改革のフォローアップの仕組みもしっかり残していくべきだと考えております。

以上でございます。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

次にあらかじめ発言希望をいただいている閣僚から御発言をいただきます。

麻生副総理、お願いします。

○麻生財務大臣 この会議を始めてから1年2か月がたっております。議論は十分と言えるほど積み上げてこられたと思えますので、結論を出すべき時期に近づいていると確信しております。

足元では、新型コロナウイルス感染症の拡大等々の問題がありまして、これにしっかりと対応していきませんが、同時に少子高齢化という話は、日本にとって国難とも言うべき大問題で、改革は避けて通れないと思っております。

現役世代の負担というのは、高齢者医療を支援していくために、このままでいきますと、4人家族で毎年約1万5000円の勢いで増え続けていくのです。現役負担軽減の視点というのは極めて重要で、できるだけ幅広く2割負担をお願いしていく必要があると確信しております。

これは経営者団体だけの話ではなくて、先ほどお話もいろいろとありましたけれども、日本労働組合総連合会、いわゆる連合からも同じような趣旨の陳情が来ているということも、ぜひ御記憶いただければと思います。

その際、負担増という話だけではなくて、今、我々がやろうとしている改革の全体像を丁寧に伝えていくことも、極めて重大なのではないのでしょうか。高齢者本人、また、現役の負担能力に応じた負担をお願いさせていただくことで、現役の負担増が抑制されるということだと思っております。したがって、待機児童の解消など、少子高齢化対策をいろいろなパッケージとしてやっていくことで、先ほどから皆さんが言われています、全世代型の社会保障改革を進めていけるということだと思っております。丁寧にこういった話を伝えていって、より多くの国民から理解を得られるような努力は、引き続きしなければならないと思っております。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

予定しておりました時間が来ておりますけれども、閣僚から何かございますか。よろしいですか。

総理、よろしいですか。

それでは、総理から締めくくりの発言をいただきます。プレスを入室させます。

(報道関係者入室)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 それでは、菅総理、お願いいたします。

○菅内閣総理大臣 本日は、医療関係者の皆さんから御意見をお伺いした上で、医療改革について議論しました。

少子高齢化が急速に進む中、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことが、我々の世代の責任であります。そのためにも、少しでも多くの方に支える側として活躍いただき、能力に応じた負担を頂くことが必要であります。昨年12月にまとめた中間報告では、75歳以上の高齢者であっても一定所得以上の方については、新たに窓口負担割合を2割とすることにしていきます。

本日は、この2割負担とする所得基準の在り方などについて、医療関係者や民間議員の皆様より幅広い御意見を頂きました。本日頂いた御意見を踏まえて、更に具体的な検討を進め、本会議が年末に取りまとめる最終報告において結論を得たいと思っております。

西村担当大臣や田村厚生労働大臣など関係大臣は、与党との調整も十分に図りつつ、取りまとめに向けて具体的な検討を進めていただくようお願いいたします。

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 ありがとうございます。

マスコミの皆さんは、御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○西村全世代型社会保障改革担当大臣 本日の御議論を踏まえまして、年末の最終報告に向けて、更に検討を進めていきたいと思えます。

次回の開催につきましては、事務局から調整をさせていただきます。

本日の会議の概要につきましては、この後、私から記者説明を行いたいと思えます。

以上をもちまして、本日の会議を終了いたします。ありがとうございました。

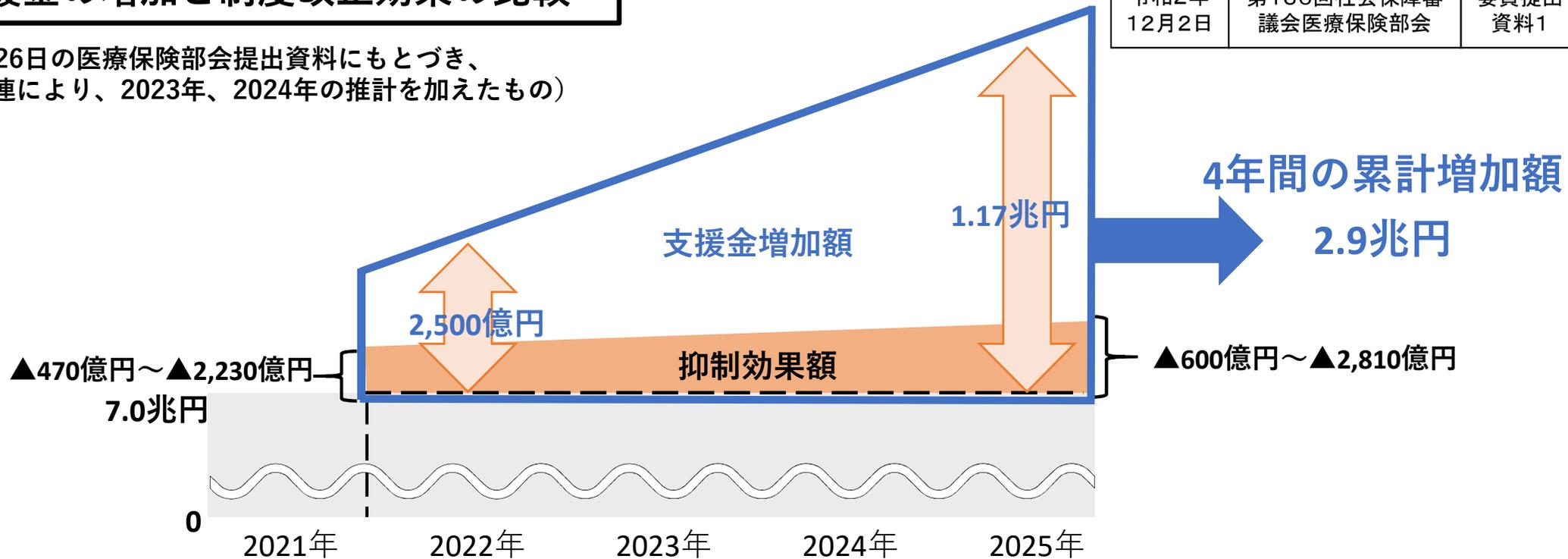
支援金の増加と制度改革効果の比較

令和2年
12月2日

第136回社会保障審
議会医療保険部会

委員提出
資料1

(11月26日の医療保険部会提出資料にもとづき、
健保連により、2023年、2024年の推計を加えたもの)



年度	2022	2023	2024	2025	4年間の 累計	対2021年度増加額 累計に対する 抑制効果の割合 (%)	
支援金額 (兆円)	7.2	7.6	7.8	8.2	—	—	
対前年度増加額 (億円)	2,500	3,500	2,600	3,100	—	—	
対2021年度増加額 (億円)	2,500	6,100	8,700	11,700	2兆9,000億円	100%	
抑制効果額 (億円)	選択肢1 上位20%	▲470	▲510	▲550	▲600	▲2,130億円	7%
	選択肢2 上位25%	▲670	▲730	▲780	▲840	▲3,020億円	10%
	選択肢3 上位30%	▲880	▲960	▲1,020	▲1,100	▲3,960億円	14%
	選択肢4 上位38%	▲1,220	▲1,330	▲1,430	▲1,540	▲5,520億円	19%
	選択肢5 上位44%	▲1,430	▲1,560	▲1,670	▲1,800	▲6,460億円	22%
	一般区分全部	▲2,230	▲2,430	▲2,610	▲2,810	▲1兆0,080億円	35%

(注) 第134、135回社会保障審議会医療保険部会資料に基づき、健保連において粗く推計したものである。

医療保険制度改革について

令和2年12月2日

全国知事会社会保障常任委員会委員長
鳥取県知事 平井 伸治

本日開催の医療保険部会につきましては、県議会の本会議と重なり出席することができませんので、書面にて意見を申し述べさせていただきます。

1. 後期高齢者の窓口負担割合の在り方について

令和4(2022)年以降、団塊の世代の方々が順次75歳以上の高齢者となり、後期高齢者支援金に係る現役世代の負担が大きく増加することが見込まれている中、世代間の公平を確保し、持続可能な社会保障制度を構築することは必要な改革と認識しており、一定所得以上の後期高齢者の方に更なる窓口負担を求めることはやむを得ないものとする。

他方で、窓口負担の引上げが高齢者の生活に与える影響、とりわけコロナ禍の中で必要な医療への受診が抑制されるおそれがあることについて、多くの都道府県が懸念を示しており、急激な負担増とならないよう十分に配慮するとともに、高齢者の健康と安心を確保するために万全の措置をとっていただきたい。

また、負担増をお願いする所得基準の考え方について国民への説明を丁寧に行うとともに、直接住民と向き合う市町村・後期高齢者医療広域連合をはじめ地方団体に対して詳細な情報提供を行っていただきたい。

なお、令和4(2022)年からの実施を想定して議論が進められているが、新型コロナウイルス感染症の収束がいまだ見通せないことも踏まえ、適切な激変緩和措置を講じるとともに、施行時期については今後の感染状況に応じて柔軟な対応を取れるようにする必要があると考える。

以上

国民健康保険制度等を巡る議論等に対する意見

現在、財政制度等審議会等において、社会保障制度に関する様々な議論や意見の取りまとめ等が行われている。

国民健康保険制度等についても、歳出改革や都道府県のガバナンスの強化等の観点から、法定外繰入等の解消や保険料水準の統一、更に普通調整交付金の配分方法の見直し等について、法制上の措置も含めて議論等が行われているが、国保等の保険者の苦境と被保険者の負担感に配慮したものではなく、地方分権の趣旨に反すると懸念される内容も散見される。

市町村においては、これまで地域の様々な事情や住民の声を考慮しつつ、長年にわたり国保等を運営してきた経緯があることから、地方との十分な協議もないまま、国が一方向的に議論等を押し付けることは受け入れられない。

また、検討課題とされている「生活保護受給者の国保等加入」については、日本国憲法第25条に定める、社会保障制度の最後の砦となる生活保護制度において果たすべき国の責任を放棄し、国の財政負担を地方自治体や国民に付け替えるものであり、容認できない。国と地方との信頼関係に基づき実施している社会保障制度の根幹を揺るがし、国民健康保険制度等の破綻を招くものであることから、強く反対する。

令和2年12月2日

全国市長会
全国町村会