

Ⅱ 医療・介護等

～ 全世代に配慮した長期的に維持可能な医療・介護制度の再構築 ～

基本的考え方

【現状の課題】 我が国の医療・介護制度は、①医療・介護を担う人材が不足・偏在し、医療・介護の提供体制の機能分化が不十分であり、連携も不足している、②近年の状況変化（雇用基盤の変化、高齢化、医療の高度化、格差の拡大等）に起因する財政状況の悪化等、サービスの提供体制とそれを支える保険制度の両面に大きな課題を抱えている。

【施策の方向】 持続可能な制度を構築するため、運営の効率化を図りつつ、医療・介護のサービス提供体制と保険制度の両面の機能強化を行う必要がある。

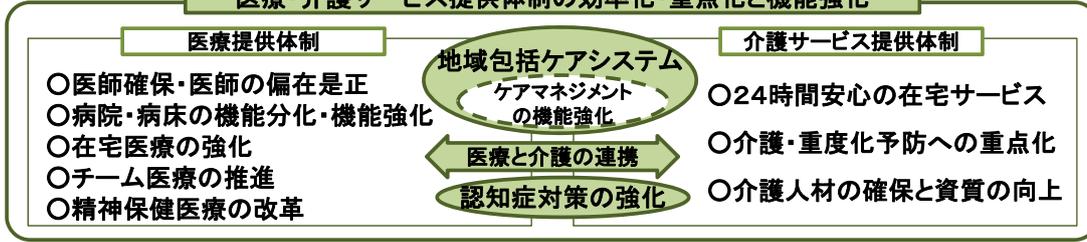
改革案の具体的内容（ポイント）

- 以下の施策について、24年度診療・介護報酬同時改定及び以後の改定に適切に盛り込むとともに、医療・介護サービス提供体制の基盤整備を図るための一括的な法整備を行う。
- 医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化（→3～6ページ）
 - ・ 医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
 - ・ 病院・病床の機能分化・機能強化、専門職種間の協働と役割分担の見直し
 - ・ 在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立・ケアマネジメントの機能強化
 - ・ 精神保健医療の改革、認知症対策の強化、介護予防・重度化予防への重点化
- それを支える医療・介護保険制度の保障の重点化・機能強化（→7～9ページ）
 - ・ 働き方にかかわらない保障を提供
 - ・ 長期・高額な医療への対応のためのセーフティネット機能の強化
 - ・ 世代間の負担の公平化
 - ・ 所得格差を踏まえた基盤の強化・保険者機能の強化
- 医療・介護制度の運営の効率化（→10～11ページ）
 - ・ 生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防、ICTの利活用、後発医薬品の使用促進、保険者機能の発揮

医療・介護制度改革の全体像

○ 医療・介護制度改革として、運営の効率化を図りつつ、①質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制の構築、②それを支える医療・介護保険制度の機能強化・持続可能性の確保、の両面の改革を行う。

医療・介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化



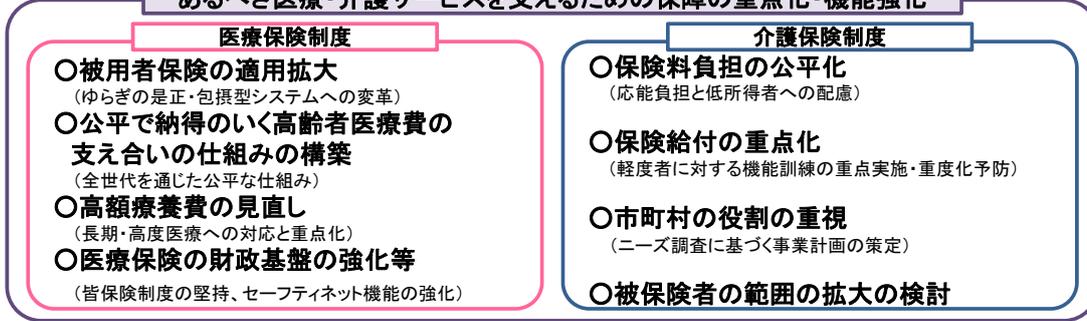
平成24年
診療・介護
報酬の
同時改定
及び以後
の各改定

医療・介護
サービス
提供体制
の基盤整
備のため
の一括的
な法整備

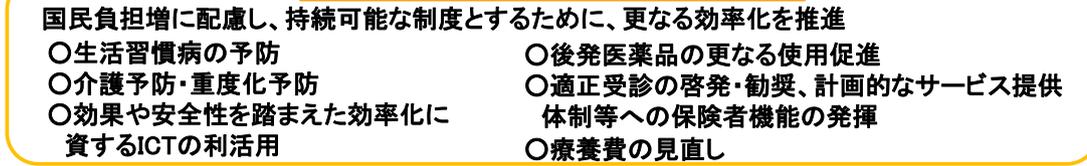
医療保険
介護保険
各法の
改正など

※ 恒久的な財
源の裏づけの下、
順次実施。

あるべき医療・介護サービスを支えるための保障の重点化・機能強化



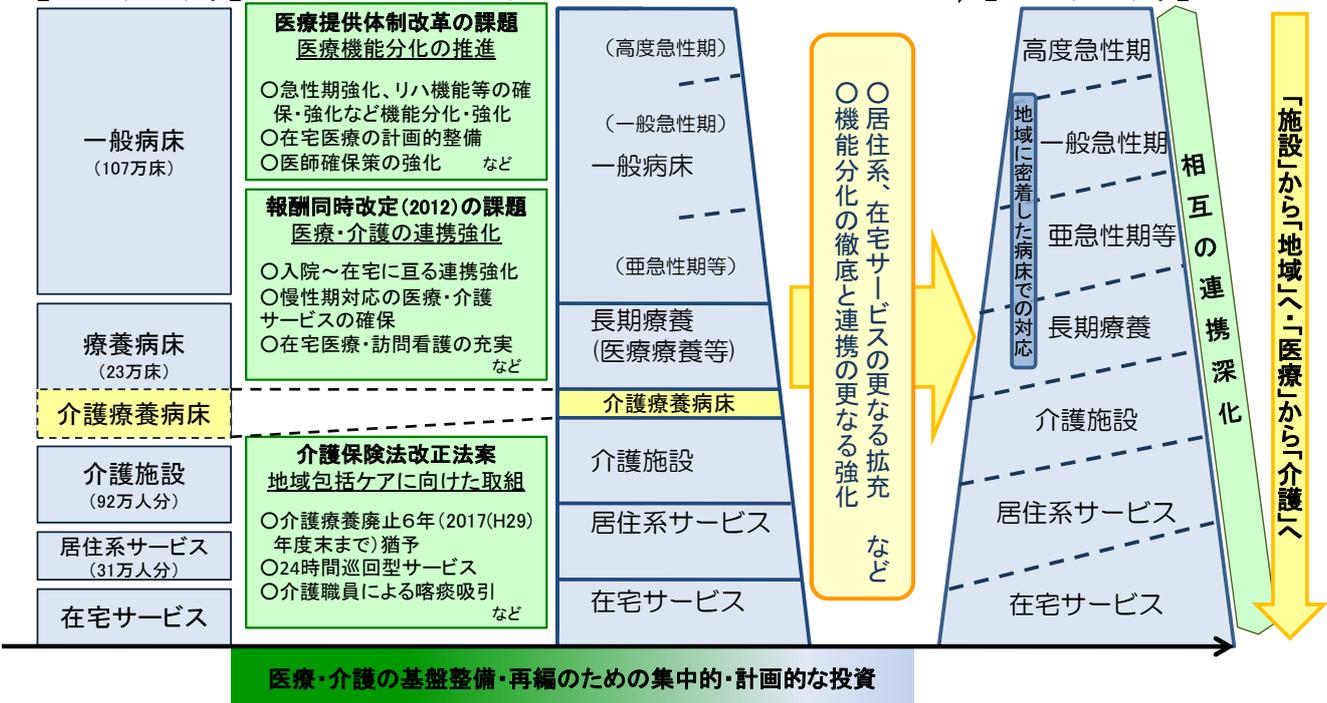
医療・介護制度の運営の効率化



将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



(参考)改革シナリオにおける主な機能強化、効率化・重点化要素(2025年)

		2025年
機能強化	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・高度急性期の職員等 2倍程度増 (単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性期の職員等 6割程度増 (単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など
効率化・重点化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・高度急性期 : 平均在院日数 15~16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) (現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携 ・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度 (医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15~16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等57~58日程度 長期ニーズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者(今後250~300万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

- 日常生活圏内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。
- 小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。

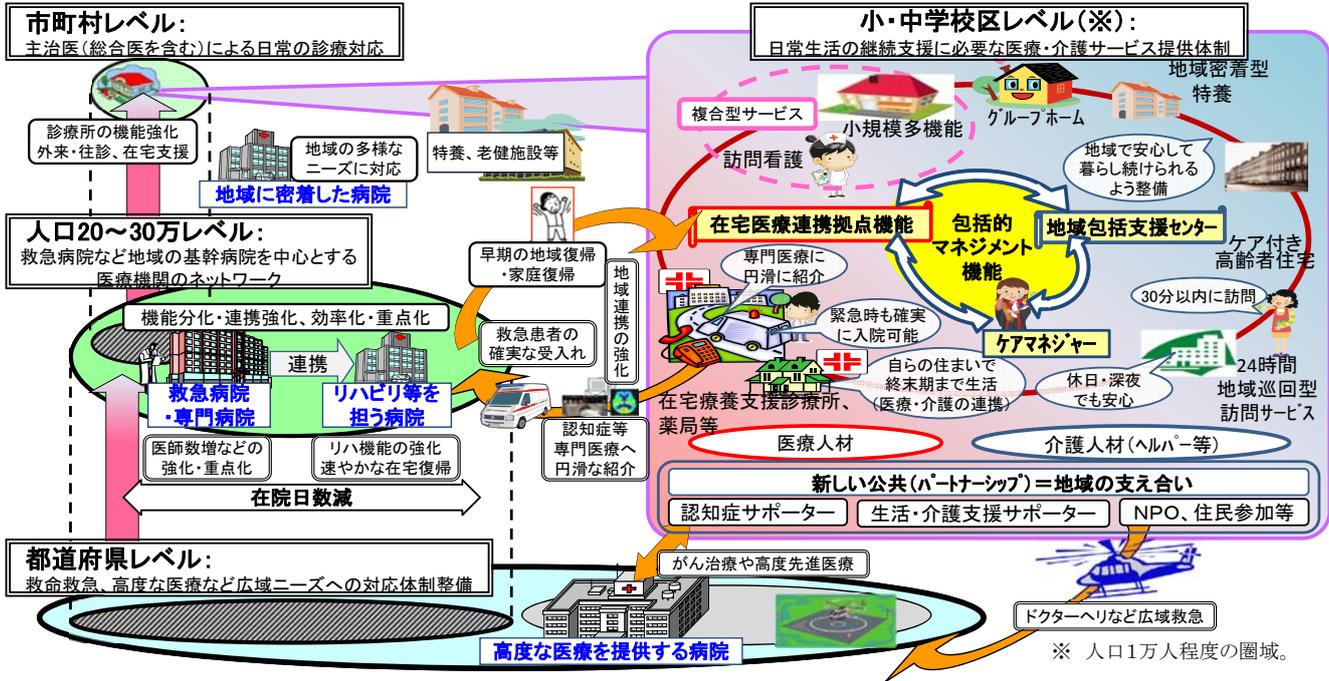
医療提供体制の効率化・重点化と機能強化

都道府県域から市町村域まで、重層的に医療サービスを提供

&

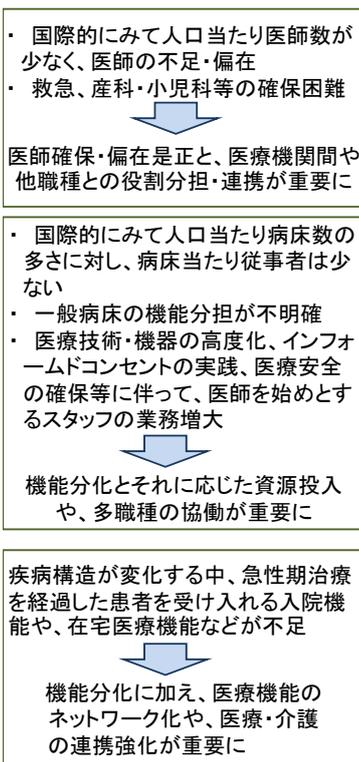
地域包括ケアの実現(包括的ケアマネジメントの機能強化)

※ 体制整備は被災地のコミュニティ復興において先駆的に実施することも検討



良質な医療を効率的に提供するための医療提供体制の機能強化

- 国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革など、医療提供体制の機能強化を図る。



医師不足対策など目下の課題に取り組むつつ、必要な分野への医療資源の思い切った集中投入など構造的な改革が必要

①医師の確保・偏在対策

- 医師確保、医師の偏在是正に向けての都道府県等の役割強化
- 総合的な診療を行う医師と専門的な診療を行う医師との役割分担などを踏まえた偏在対策

②病院・病床の機能分化・強化と連携強化

- 急性期への資源集中投入による機能強化、亜急性期・回復期リハビリ、慢性期等の機能分化・強化と集約化
- 拠点病院機能、救急医療機能等の強化
- 地域の実状に応じて幅広い医療ニーズに対応する機能の強化
- 医療機関の連携強化、ネットワーク化(連携バス普及、情報共有等)

③在宅医療提供体制の強化

- 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護ステーション等の計画的整備
- 地域に密着した医療機関病床の在宅支援病床としての活用検討
- 連携拠点機能の整備や連携バスの普及
- 在宅医療を担うマンパワーの確保強化

④多職種連携・協働によるチーム医療の推進

- 医師、看護職員、介護職員など各職種の専門性向上と役割分担見直し
- 医療クラーク等の積極的活用による医師等の業務分担の推進
- 医療ニーズの増大・高度化、看護の質の向上に対応した看護職員確保策強化

⑤精神保健医療の改革

- 精神病床に関する機能に応じた人員配置や連携機能の強化
- 包括的に支援する多職種チームによるアウトリーチ支援(訪問支援)体制整備
- 障害福祉サービス、介護サービスとの連携強化

医療事故に関する無過失補償制度とその医療事故の原因(過失の有無等)を究明し、再発防止策を提言する仕組み、死亡時画像診断の活用等の検討

医療・介護サービスの提供体制の機能強化、効率化・重点化

○ 医療・介護サービスの提供体制について、人員資源等の集中的な投入及び機能分化を前提に強化を図る一方で、平均在院日数の縮減や予防事業の実施などにより、運営の効率化・重点化を図る。

【医療分野】

○機能強化

- ・ 医師の不足・偏在への対応
- ・ 急性期医療への医療資源の集中投入を始めとする医療機能強化
- ・ 在宅医療提供体制の強化による在宅医療の需要増・入院の減少

○効率化・重点化

- ・ 医療資源の重点的投入及び機能分化による平均在院日数の減少等
- ・ 生活習慣病の予防による健康の保持・増進
- ・ 地域の医療連携の推進による患者の状態に適した医療の提供
- ・ ICTの利活用等（審査支払事務の効率化、レセプトデータベースの活用など）

【介護分野】

○機能強化

- ・ 介護職員の処遇改善・資質の向上
- ・ 利用者それぞれのニーズに合わせた施設介護における個別ケアの普及
- ・ 居宅系・在宅サービスの充実・強化
- ・ 認知症等の対応のためのグループホームや小規模多機能型居宅介護の整備
- ・ 地域での日常生活を可能とするための居宅サービスの充実（24時間安心の在宅サービスなど）
- ・ 医療ニーズの低い利用者の入院からの移行にともなう介護の総需要の増

○効率化・重点化

- ・ 介護予防、重度化予防等への保険給付の重点化

医療・介護制度の運営の効率化等の取組み

○ 医療・介護保険制度の健全性を維持し、持続可能で安定的な制度運営を確保する観点から、予防事業や、ICTの利活用、後発医薬品の更なる使用促進などのその他の取組みにより、制度運営の更なる効率化等を図る。

【予防事業】

国民の生活の質の向上等を図る観点から、生活習慣病の予防、介護予防・重度化予防に積極的に取り組む。

○生活習慣病の予防

特定健診・保健指導の導入から今年度で4年目を迎えた実績を踏まえ、エビデンスに基づく新たな健診等の在り方を早急に関係者と検討し、保険者による、より効果的な保健事業の実施によって生活習慣病の予防に取り組む。

○介護・重度化予防

リハビリや機能訓練等の介護予防・重度化予防の取組みにより、要介護者の数を減少させる等の取組みを推進する。

【その他の取組み】

○ICT利活用の推進

レセプト電子化による審査支払事務の効率化、国の保有するレセプト情報等のデータベースの医療の地域連携への活用などを着実に進める。

○後発医薬品の更なる使用促進等

現在、平成24年度までに後発医薬品のシェア（数量ベース）を30%とする目標を掲げているが、更なる使用促進を図る。また、先発医薬品を含む医薬品の価格設定等のあり方を費用対効果の観点から検討するなど、引き続き保険給付の適正化に取り組む。

○保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮

現在、一部の保険者で実践されているレセプトを用いた被保険者への適正受診の啓発・勧奨の取組みについて、保険者全体における実施を推進する等、制度運営の効率化に向けた保険者機能の発揮を強化。

○療養費等の見直し

会計検査院から指摘を受けた柔道整復療養費等、従来から見直しの議論がなされていた療養費等の支給について、その効率化を図る。

○国保組合の国庫補助の見直し

所得の高い国民健康保険組合に対する定率国庫補助の見直しを行う。

医療・介護分野におけるICTの利活用について

○「新たな情報通信技術戦略(平成22年5月)」やIT戦略本部における医療情報化に関するタスクフォースにおける検討等を踏まえ、医療・介護分野におけるICTの利活用を積極的に推進する。

1. 電子レセプトの利活用

- 医療機関や保険者において、自らが保有する電子レセプトデータ等の分析を行うことにより、医療の質の向上や効果的な保健事業の実施が可能となる。
- 有識者会議の審査に基づき、厚生労働省が保有するレセプト情報等を提供することにより、都道府県が作成する医療計画への活用や医療サービスの質の向上等を目指した研究が可能となる。
- レセプト電子化により、縦覧・突合点検が可能となるなど審査支払事務の効率化が図られる。

2. 医療・介護の連携等への活用

- ITを活用したネットワークを構築することにより、在宅医療と介護の関係者間で必要な情報の共有を図ることが可能となる。
- 電子カルテを用いることにより、医療機関間の情報共有の促進が可能となる。
- 病院―診療所間で検査データを共有することが可能となる。

3. 個人による電子化された医療・健康情報の活用

- 電子化された医療・健康情報を管理・活用することにより、自らの健康管理等を効率的に行うことが可能となる。(例) 電子版お薬手帳／カード、電子版糖尿病連携手帳

4. 番号制度の導入による利便性の向上

- 高額医療・高額介護合算制度について、医療・介護サービス提供者間の情報連携により立て替え払いが不要となる。
- 券面に「番号」を記載した1枚のICカードで年金手帳、医療保険証、介護保険証等を提示可。
- 医療・介護サービスの現場において、本人が自分の診療情報等を容易に入手・活用できる。

保険者におけるレセプトの活用(広島県呉市の事例)

平成22年12月2日
医療保険部会資料

○後発医薬品の使用促進

- ・ 後発医薬品に切り替えることによって一定以上の医療費負担軽減効果がある者に、削減額等を通知するサービスを実施。平成20年7月から22年3月までの対象者の6割超が後発医薬品へ切り替え。

○生活習慣病二次予防(受診勧奨)

- ・ 健診情報から健診異常値の方を抽出し、レセプトと突合して医療機関未受診者に受診勧奨を行う。
- ・ レセプトから生活習慣病で医療機関に通院していた患者を抽出し、一定期間通院していない患者に受診勧奨を行う。

○生活習慣病三次予防(重症化予防)

- ・ レセプトから抽出した対象病名毎に指導対象者を選定し、個別に指導を行うことにより重症化を予防。

○重複受診・頻回受診対策

- ・ 複数の医療機関に同一の傷病名で受診している者や頻繁に医療機関で受診している者を確認し、訪問指導を実施。

※平成21年度における訪問前後1ヶ月の比較

(重複受診) 件数:23件 診療費削減額:432,229円 最大89,220円/人 診療費減

(頻回受診) 受診日数減:80人 診療費削減1,906,642円 最大 受診日数30日/月 → 15日/月
80,550円/人 診療費減

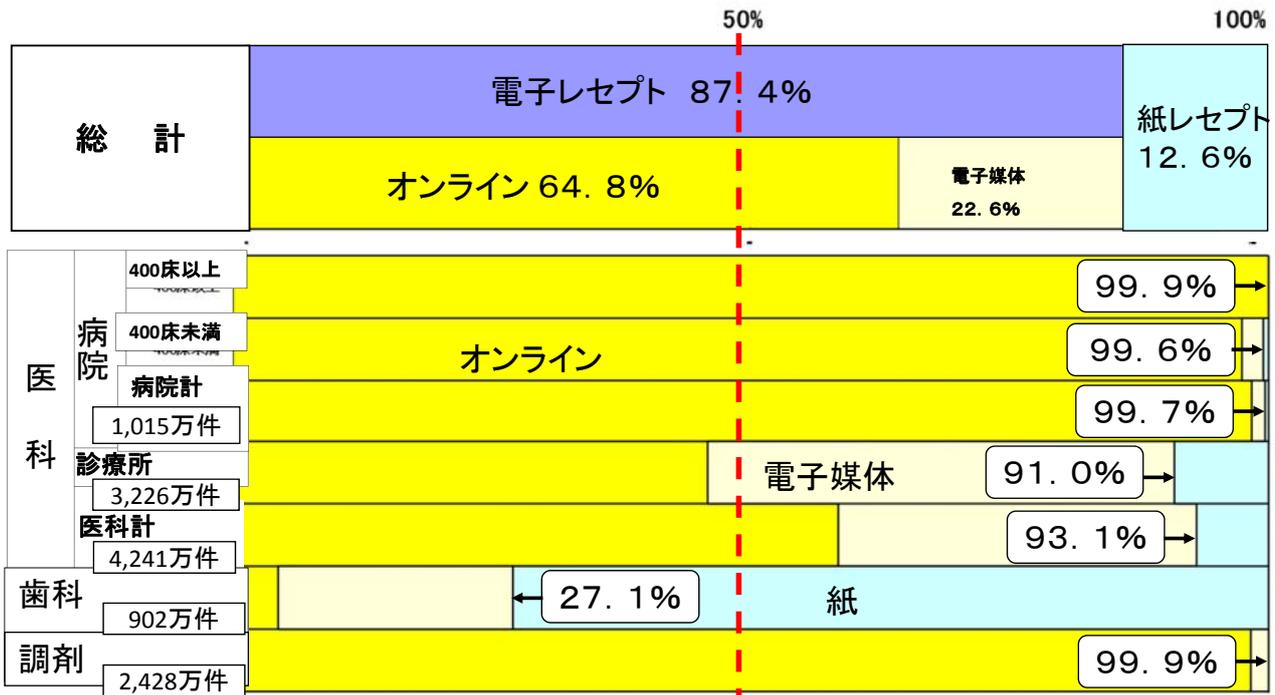
○調剤点検

- ・ 別々の医療機関で同一成分の薬剤を重複して服用している人、相互作用の発生の恐れがある人を抽出できる。

※ 2.7%が重複服薬、6.4%に相互作用。(併用禁忌0.3%、併用回避6.1%)

電子レセプト請求普及状況(件数ベース)【平成23年3月請求分】

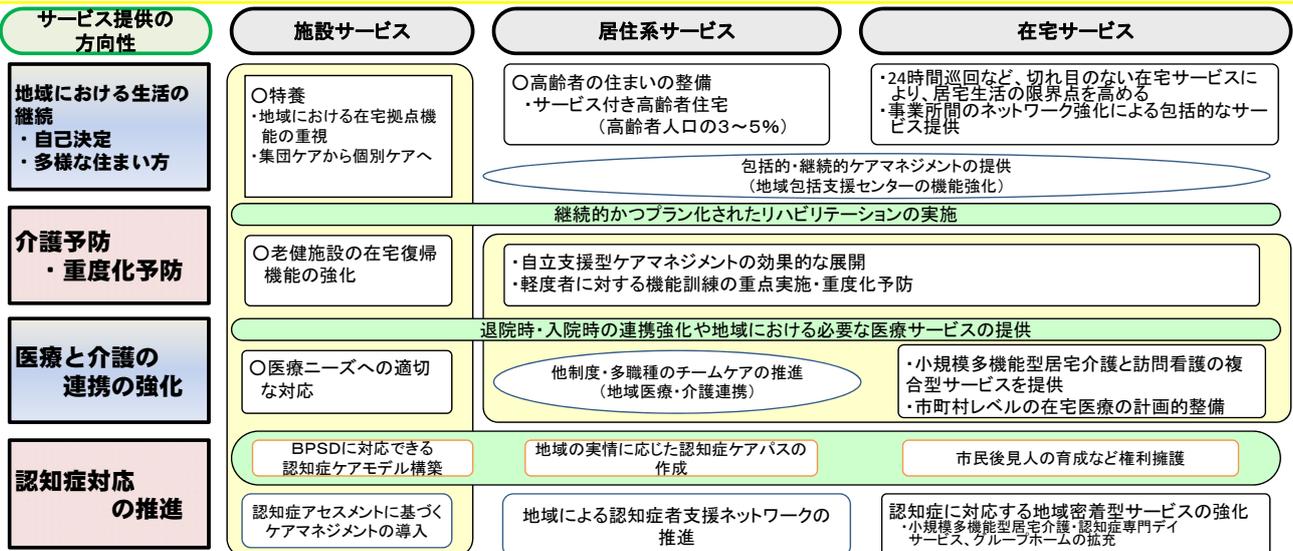
普及率



社会保険診療報酬支払基金調べ

高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護

- 介護については、以下のような各サービス提供の方向性を踏まえ、それを支える保険制度の持続可能性・安定性の確保及び介護人材の確保と資質の向上を図る。
- 高齢化による介護ニーズの増大に対しては、居住系・在宅サービスの充実強化により重点的に対応を図る。また、認知症の増加については、小規模多機能型居宅介護、グループホーム等の拡充により対応を図る。
- ケアマネジメントの質の向上により、より適切なサービスの提供を行う。



あるべき介護サービス体系を支えるための機能強化

制度の持続可能性、安定性の確保

- ・社会保険方式の堅持
- ・能力に応じた負担と低所得者への配慮
- ・保険給付の重点化
- ・市町村の役割の重視 (ニーズ調査に基づく事業計画策定と推進)
- ・被保険者の範囲拡大の検討

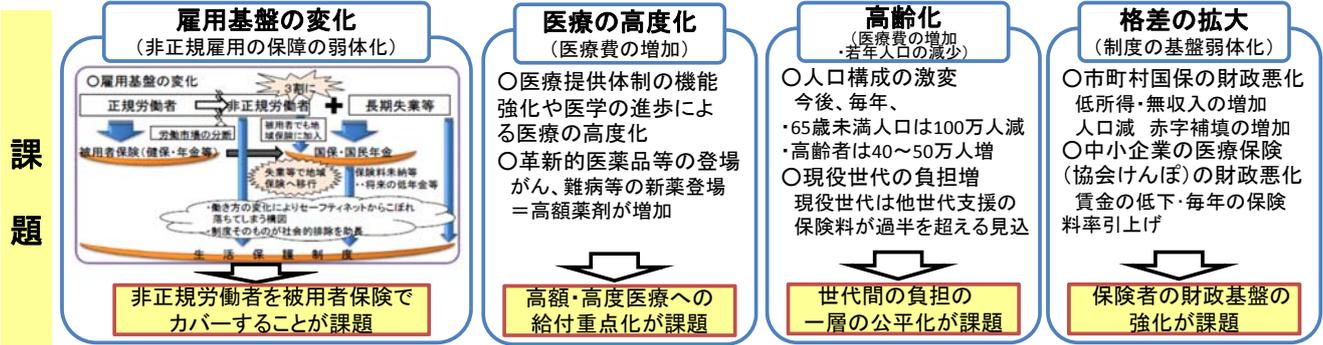
介護人材の確保と資質の向上

- ・サービスの質の評価
- ・介護の仕事への多様な人材の参入促進 (学卒者、潜在有資格者、離職者の対策、マッチング機能の強化)
- ・キャリアパスや研修体系の整備や研修受講支援を通じた資質向上と定着促進
- ・処遇・雇用管理の改善を通じた職場の魅力アップ
- ・ケアマネジャーのケアプラン作成能力の向上

あるべき医療サービスを支えるための医療保険制度の機能強化

～ 社会的包摂を体現し、全世代に配慮した、長期的に維持可能な医療保険制度へ ～

- ①非正規雇用の増大による雇用基盤の変化、②医療の高度化による医療費の増加、③高齢化と若年人口の減少による人口構成の激変と現役世代の負担増、④格差の拡大による医療保険制度の財政基盤の弱体化、という近年の状況の変化に対応するための医療保険制度の機能強化が必要。



この現状を放置すれば、医療費の増大により現行制度の矛盾が拡大。皆保険制度の維持は困難に。50周年を迎えた国民皆保険制度を堅持するため、新たな財政措置も含めた制度改革は不可欠。

対応の方向性

- ①働き方にかかわらず同じ保障を提供

➡ 非正規労働者についても健康保険に加入できるようにし、被用者保険の適用を拡大

- ②長期・高額な医療に対応するためのセーフティネット機能を強化

➡ 増大する長期・高額な医療に対応するための高額療養費の見直しとそのための定額負担の導入など保険給付の重点化

- ③世代間の負担の公平化

➡ 高齢者医療について、高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み

- ④所得格差を踏まえた基盤の安定化・強化

➡ 市町村国保の広域化、市町村国保・協会けんぽの財政基盤の安定化・強化

・財源論と合わせ、
・国民的議論の下、
・パッケージとして
総合的な改革を目指す

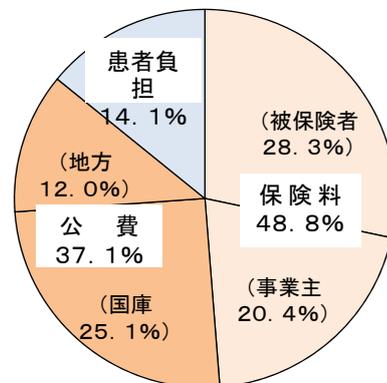
国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。○ 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。

【日本の国民皆保険制度の特徴】

- ① 国民全員を公的医療保険で保障。
(米国では、オバマ政権による医療制度改革後も、約1800万人が無保険となる見込み。)
- ② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)
- ③ 安い医療費で高度な医療。
(米国では1人当たりの医療費が日本の2倍以上。我が国では、高齢者の場合、月1千万円の医療を受けた場合でも、窓口負担は4万円強。)
- ④ 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造(財源別)(平成20年度)



・ドイツ、フランス、韓国等の諸外国においても、社会保険方式を採用。

・税方式を採用している国においては、医療機関を自由に選べない、医師の診察を受けられるまでの待機期間が長いとの指摘がある。

例えば、イギリスでは一般医(登録家庭医)が一次医療を担っているが、診察を受けるまでに時間がかかることが問題となっており、48時間以内に一般医の診察を受けられることを可能とすることが目標として掲げられている。

また、病院が紹介を受けてから患者が病院の専門医の治療を受けるまでの平均待機期間：8.6週間(2009年)

医療保険制度をとりまく現状・課題

○ ①非正規労働者への被用者保険の適用拡大、②長期・高額医療への対応のための高額療養費の見直しによるセーフティネット機能の強化、③高齢者医療について、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組みの構築、④保険者の財政基盤の安定化・強化による皆保険制度の維持、が課題であり、保険制度の機能強化が必要。

①非正規労働者の増加

就労者の3割以上が非正規雇用である。雇用形態の変化に対応した制度改正が求められる。

【非正規労働者の割合】

雇用者	5,111万人	100%
うち非正規	1,755万人	34.4%

※ 2010年 労働力調査(詳細集計)年平均

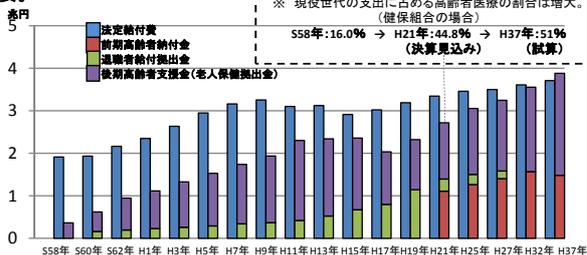
【非正規労働者の保険加入状況】

被用者保険の被扶養者	約330万人
国保加入者	約300万人

※ 公的年金等への加入状況等を調べた調査により積み上げた計数であり、労働力調査とは対象が異なる。

③高齢者医療の現状

高齢者医療について、現役世代の医療費負担が年々増加している状況にあり、高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みが必要。



このため、次のような制度改正を検討する。○被用者保険の適用拡大、○高額療養費の見直しとするための定額負担の導入など保険給付の重点化、○前期・後期高齢者を通じて高齢世代・現役世代にとって公平で納得のいく支え合いの仕組みの構築、○国保等の低所得者対策・財政基盤の安定化・強化、○地域の医療提供体制について、保険者がより積極的に関与する仕組みの構築、など。

②高額療養費の現状

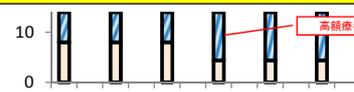
同じ医療費でも高額療養費が支給されるケースとされないケースがあり、セーフティネット機能の強化が必要。

○毎月医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



高額療養費が支給されないため、年間トータルでの自己負担額は84万円。
 ※ 自己負担限度額を80,100円として試算。

○隔月で医療費約47万円・自己負担額14万円の場合



※ 併せて財政中立を前提に給付の重点化を図る。

④保険者の財政状況

各保険者の財政も厳しい状況が続いており、財政基盤の安定化・強化が必要。

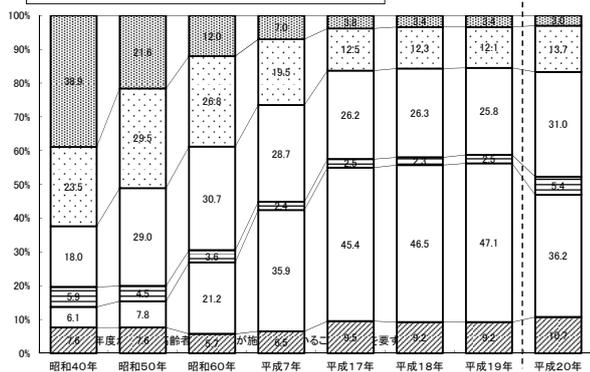
	平成19年度	20年度	21年度	22年度
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993
	支出	129,087	124,496	125,927
	収支差	▲1,290	93	66
協会けんぽ(旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735
	支出	72,442	73,647	74,628
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717
	支出	61,403	66,847	66,952
	収支差	600	▲3,189	▲5,235
後期高齢者医療	収入	98,517	113,219	113,219
	支出	95,510	112,502	112,502
	収支差	3,007	717	717

(注1) 決算補てんに用いられた東京都の財政調整交付金を含めた収支差は▲3,242億円
 (注2) 協会けんぽの保険料率6.2%(21年度)→9.34%(22年度)→9.55%(23年度)

国民健康保険の現状①

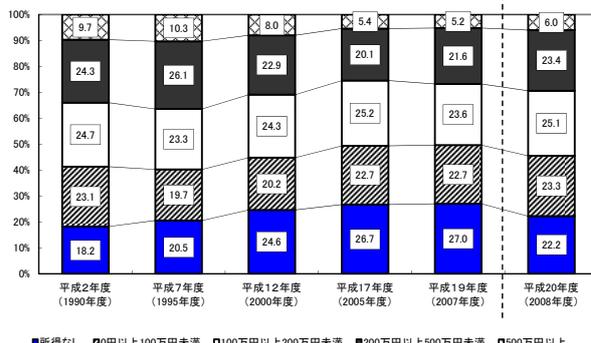
○ 国民健康保険においては、無職者や低所得者が増加し、被保険者の年齢構成も高齢化している中で、長期療養者が多数加入しているため、医療費負担が被用者保険と比べて高くなっている。

(1)無職者と被用者の増加



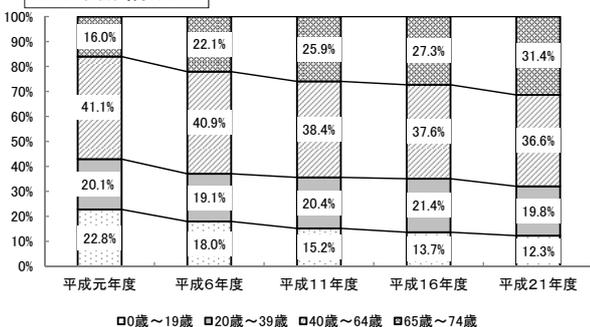
※平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されていることに留意を要する。

(2)低所得者の増加



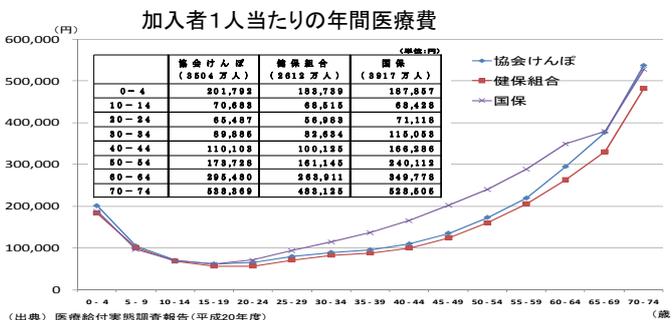
※平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されていることに留意を要する。

(3)年齢構成



○0歳～19歳 ○20歳～39歳 ○40歳～64歳 ○65歳～74歳

(4)被用者保険に比べ高い医療費



(出典) 医療給付実態調査報告(平成20年度)

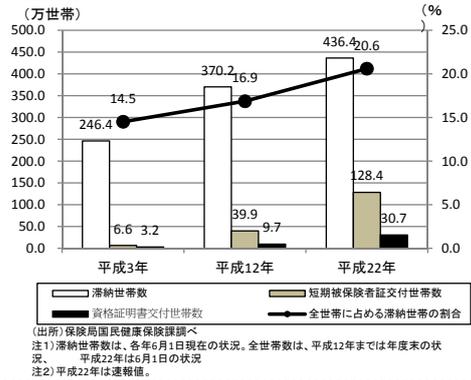
国民健康保険の現状②

○ 厳しい経済状況等を反映し、国保の保険料収納率は低下し、滞納世帯数は増加している。

(5) 収納率の低下



(6) 滞納世帯数は増加



(注) 保険料(税)軽減の例

I. 法定軽減(7・5・2割軽減等) 3,820億円(平成23年度予算ベース)

(参考) 後期高齢者医療 法定軽減(均等割7・5・2割軽減) 1,908億円(平成23年度予算ベース)
 法定軽減(被扶養者均等割5割軽減) 206億円(")
 その他(補正予算による上乗せ軽減) 746億円(平成22年度補正予算ベース)

II. 市町村の条例による減免 312億円(平成21年度実績)

III. 非自発的失業者に対する保険料(税)軽減

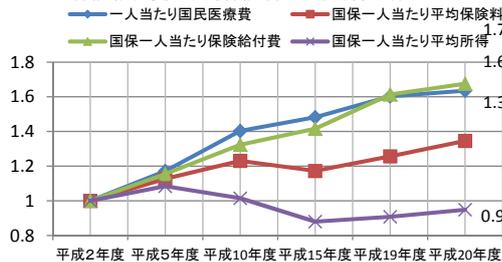
- ① 非自発的失業者に対する7・5・2割軽減等に対し、保険基盤安定制度により公費負担。
 (平成22年度予算の増 国+40億円、都道府県+170億円、市町村+70億円(地方分は地方財政措置))
- ② ①の補てんでは不足する平均保険料と軽減後の保険料との差額を特別調整交付金で補てん。 ※平成22年度見込み 70億円
- ③ ①②以外の非自発的失業者(雇用保険適用外の者など)については、引き続き、市町村の条例による減免で対応することとし、減免を行った市町村には、特別調整交付金を交付。 ※平成22年度見込み 8億円

国民健康保険の現状③

○ 保険料の負担率も近年上昇しており、特に所得の低い世帯や子どもの多い世帯で負担率が高い。また、自治体によって負担率にはばらつきがある。

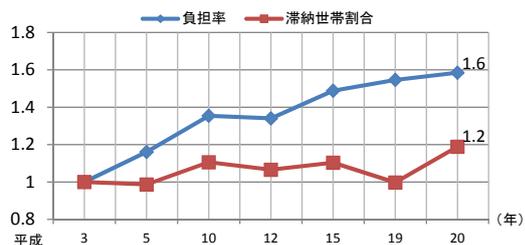
1. 保険給付費と平均保険料・平均所得の伸び、保険料負担率と滞納世帯割合の伸び

(1) 保険給付費と平均保険料・平均所得の伸び



※1 国民医療費は「国民医療費」(厚生労働省大臣官房統計情報部)、平均保険料および平均所得は「国民健康保険実態調査報告」(厚生労働省保険局)、保険給付費は「国民健康保険事業年報」(厚生労働省保険局)の数値を利用している。
 ※2 平成20年度から後期高齢者医療制度が施行され、75歳以上の被保険者が移行していることに留意が必要。

(2) 保険料負担率と滞納世帯割合の伸び



※1 保険料負担率(一人当たり平均保険料/一人当たり平均所得)は「国民健康保険実態調査報告」の数値を利用している。
 ※2 滞納世帯割合は厚生労働省保険局国民健康保険課調べ。
 ※3 平成20年度から後期高齢者医療制度が施行され、75歳以上の被保険者が移行していることに留意が必要。

2. 国保保険料の負担率

(1) 世帯主の所得階級別負担率

所得階級	負担率
平均	10.6%
50~60万円未満	20.4%
60~70万円未満	18.7%
...	...
150~200万円未満	13.0%
200~250万円未満	11.9%
...	...
500~600万円未満	9.3%
600~700万円未満	8.5%
...	...
1000~1100万円未満	5.5%

(2) 世帯構成別負担率

20歳以上被保険者数	20歳未満被保険者数	負担率 (%)
平均		10.6
1人	0人	11.3
	1人	14.0
	2人	14.5
	3人以上	17.0
2人	0人	10.7
	1人	10.7
	2人	10.4
	3人以上	11.2

(3) 政令市の負担率

◎夫婦2人、子2人の4人世帯。世帯の収入は夫の所得300万円のみ。

政令市	保険料額 (円/年)	負担率 (%)
A	456,490	15.2
B	397,000	13.2
C	428,700	14.3
D	453,700	15.1
E	430,860	14.4
F	467,900	15.6
G	301,460	10.0

国民健康保険料（税）の算定方法

◎ 国民健康保険は、世帯毎に保険料を算定し、世帯主が納付義務を負う。

1. 各世帯の応能割額、応益割額を算定する（4方式） 他に所得割・均等割・平等割の3方式、所得割・均等割の2方式がある。

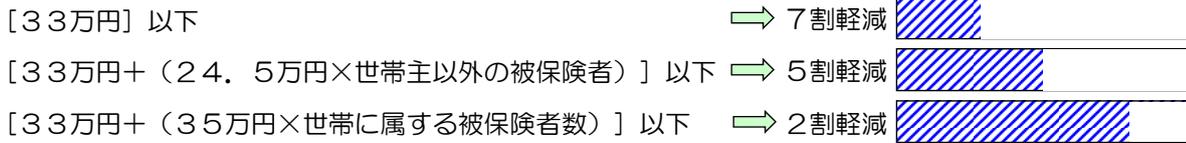
世帯の総所得金額等	×	所得割率	(7.35%)	}	応能割額
世帯の固定資産税額	×	資産割率	(16,141円)		

世帯の被保険者数	×	均等割額	(27,376円)	}	応益割額
平等割額			(25,741円)		

（ ）内は平成20年度の4方式の全国平均値。ただし資産割は定額として算定。

2. 各世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて、応益割額に軽減を適用する。

<p style="margin: 0;">軽減基準所得</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">年金受給者（65歳以上）：年金収入－公的年金等控除－15万円</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">給与所得者：給与収入－給与所得控除</p>	}	世帯合算した額
---	---	---------



3. 各世帯の応能割額、応益割額（軽減適用後）を合算して、保険料総額を決定する。

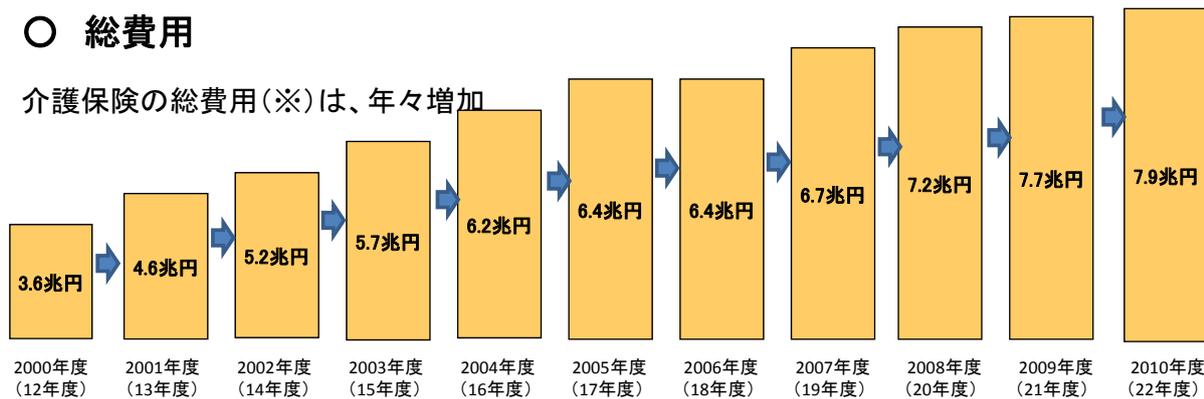
応能割額	+	応益割額（軽減適用後）	=	保険料総額
------	---	-------------	---	-------

介護費用・保険料の動向

○ 介護に要する費用も、年々増加しており、10年間で2倍以上の上昇となっている。また、保険料についても、当初の月額3,000円弱から、4,000円を超える状況となっている。

○ 総費用

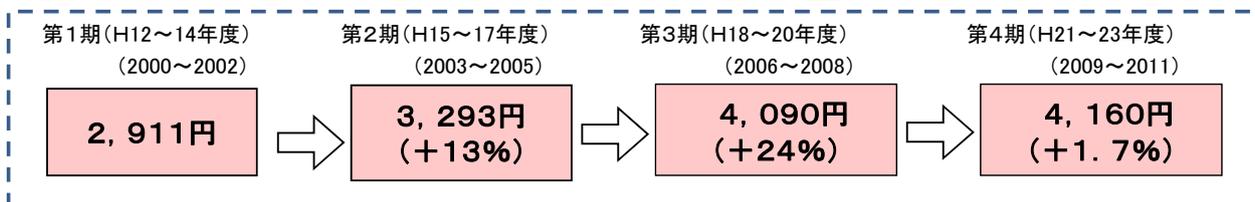
介護保険の総費用(※)は、年々増加



(注)2000～2007年度は実績、2008年度は補正予算、2009年度(介護報酬改定+3.0%)、2010年度は当初予算。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

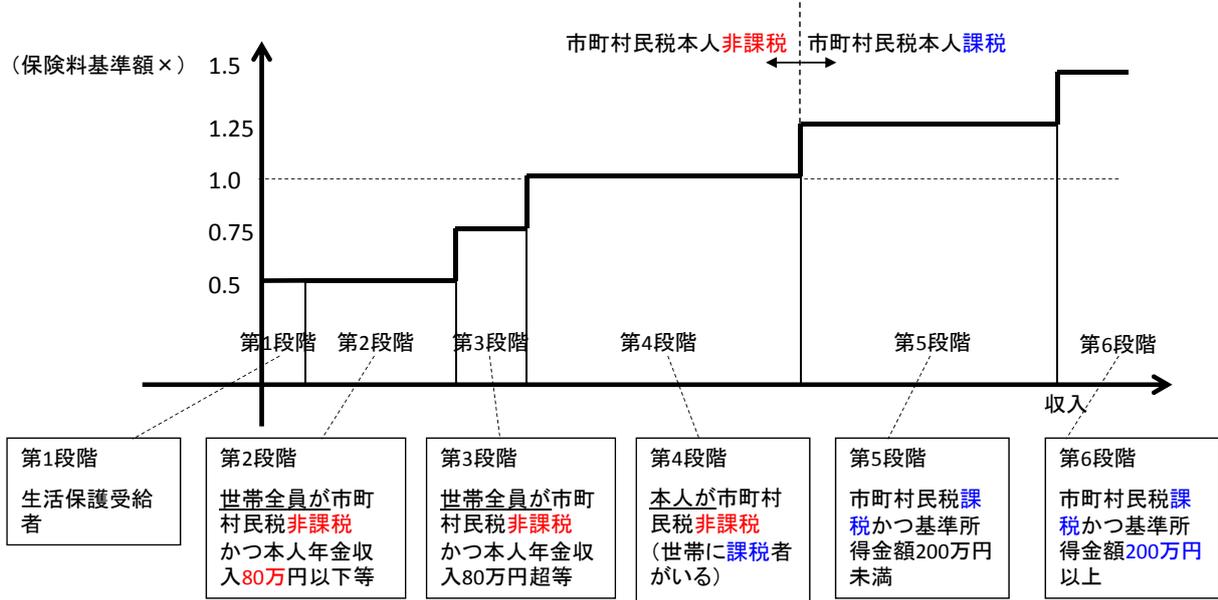
○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



第一号被保険者の介護保険料について

○ 第一号被保険者の介護保険料は、低所得者等に配慮し負担能力に応じた負担を求める観点から、市町村民税の課税状況等に応じて段階別に設定されている。(標準は6段階)

※ H21～23年度の保険料の全国平均額は、4160円となっている。

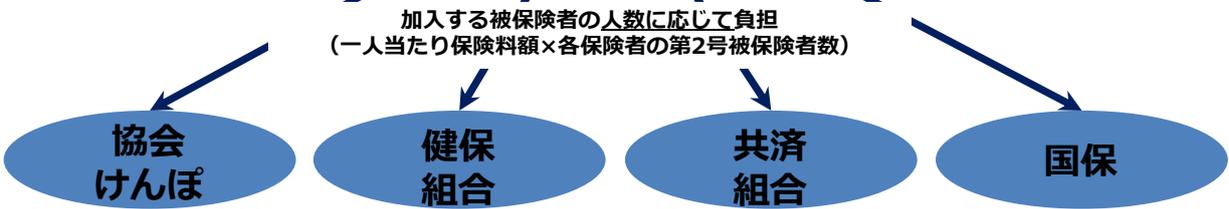


現行の第2号保険料(40歳以上65歳未満)の仕組み

○ 現行制度においては、第2号保険料は加入する被保険者の数に応じて保険者が負担している。
 ○ このため、第2号被保険者数が同じ場合、保険者の負担総額は等しくなるが、財政力の弱い保険者の保険料率が高くなる。

第2号被保険者1人当たりの保険料額の算定

介護給付費の30% ÷ 第2号被保険者数 = 1人当たり保険料額



【例】第2号被保険者数が同じ3保険者(被用者保険の保険者)で2400万円を負担する場合

A保険者(総報酬額5億円)

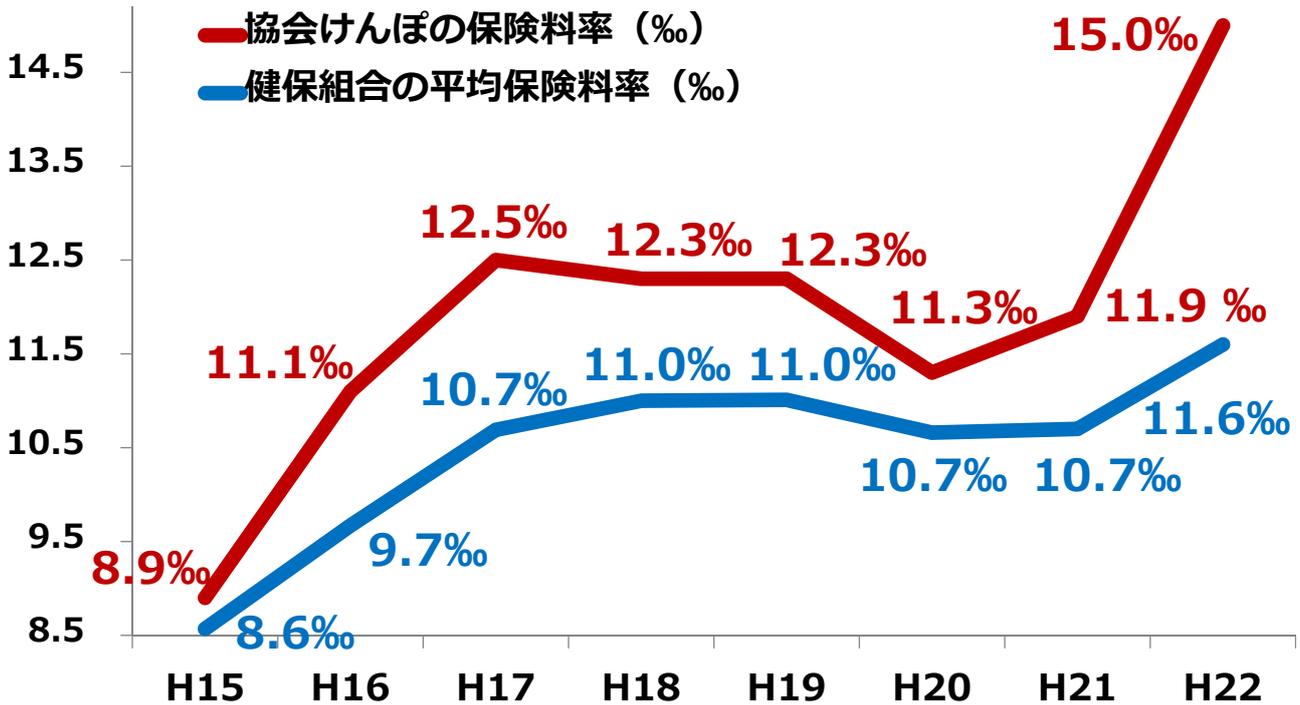
B保険者(総報酬額10億円)

C保険者(総報酬額15億円)

負担総額	A保険者 800万円	B保険者 800万円	C保険者 800万円
保険料率	A保険者 1.60%	B保険者 0.80%	C保険者 0.53%

協会けんぽと組合健保の介護保険料率

- 協会けんぽの平均標準報酬額(279,216円)は、健保組合(359,898円)と比較して低い(平成21年10月)
- 協会けんぽの介護保険料率は、健保組合と比較して高く推移している。

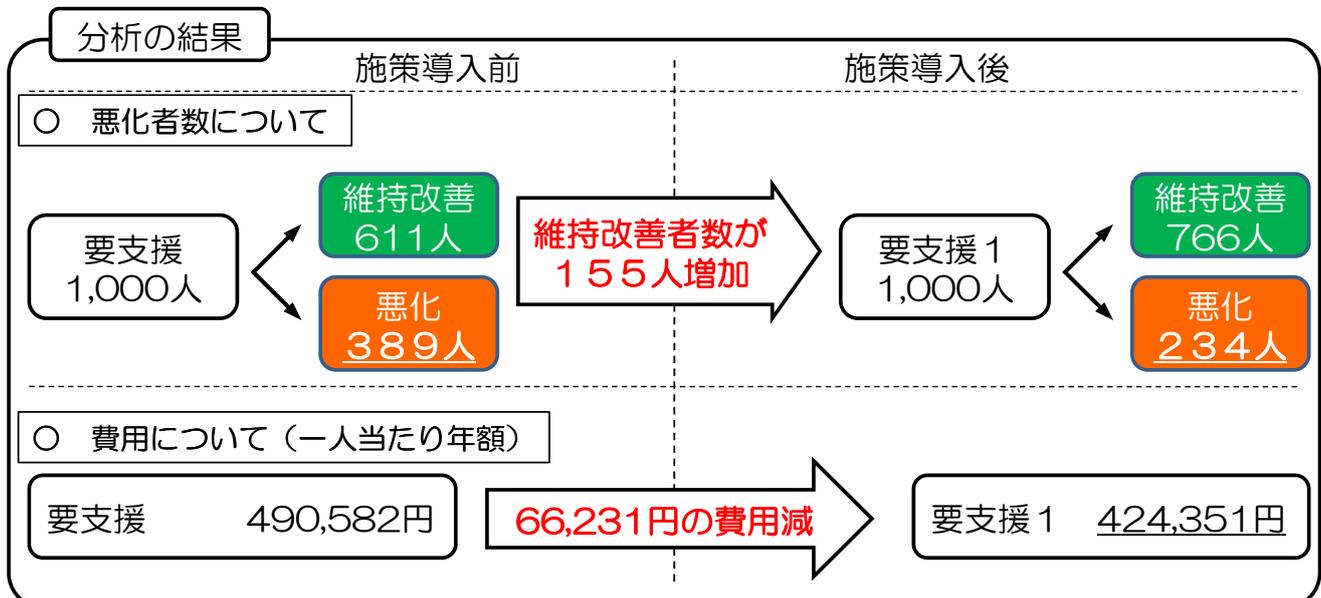


* H21およびH22の健保組合の平均保険料率は、暫定値。

予防給付の効果について

- 予防給付の導入により、悪化者数の減少・費用の減少が認められたところであり、予防給付の導入は介護予防の推進に資するものと考えられる。

※ 予防給付導入前(平成16年1月~12月)と導入後(平成19年1月~12月)の83市町村における利用者1,000人を対象として、対象者の一年間の状態やサービス提供に係る費用等を分析。



※ 平成17年介護保険法改正(平成18年4月1日施行)により、要介護状態区分を変更し、「要支援」を「要支援1」とした。

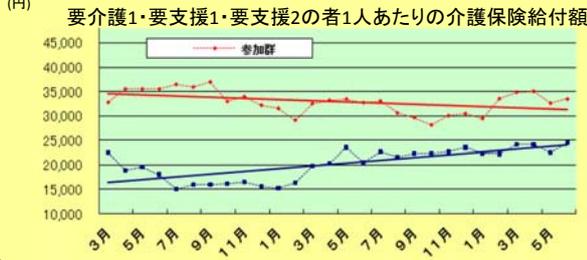
介護予防事業の効果について

○介護予防事業に積極的に取り組む市町村においては、給付額や認定者数に効果が見られている。

例1

人口:108,223人、高齢者数:26,954人、高齢者率:24.8%

予防事業の取り組み参加者において、介護保険給付額の抑制傾向がみられた。



例2

人口:26,842人、高齢者数:8,603人、高齢者率:32.1%

予防事業の取り組み参加者において、医療費・介護給付額の抑制がみられた。(年間1人あたり142,728円)



例3

人口:45,378人、高齢者数:10,351人、高齢者率:22.8%

予防事業の取り組み参加者において、医療費の抑制がみられた。(年間1人あたり78,246円)

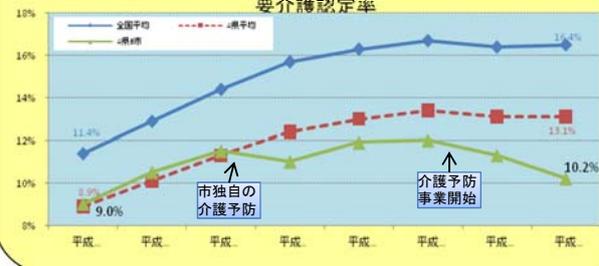
平成20年度一人当たり年間医療費(市国保)

元気づくり体験事業参加者	213,272円(588名)
元気づくり体験事業参加者以外	291,518円(4,956名)

例4

人口:74,204人、高齢者数:9,943人、高齢者率:13.4%

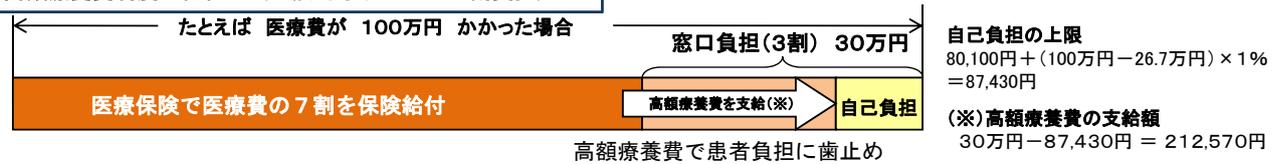
全国に先駆けて介護予防に取り組んできたA県B市では要介護認定率が抑制されている。



高額療養費制度の現状

○医療保険制度では、高額な医療にかかっても、家計の破たんリスクを防ぐためのセーフティネットを整備。

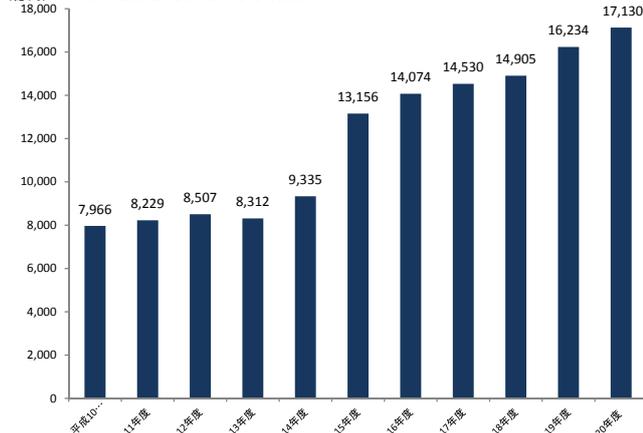
高額療養費制度の仕組み(一般的なケース 3割負担)



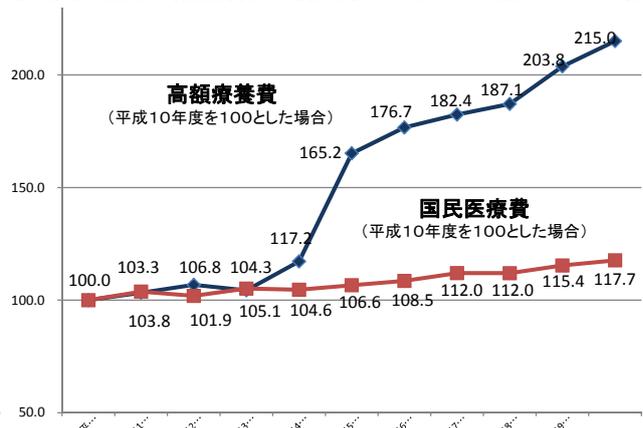
(1) 高額療養費の支給額は、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、10年間で2倍程度に増加(平成20年度実績:1兆7千億円)。

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

○高額療養費の支給額



○国民医療費、高額療養費の指数変化(平成10年度を100とした場合)



(注1) 平成13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。
 (注2) 平成15年度の大規模な支給額の増加は、14年10月から老人保健制度に1割負担(すべての医療機関)を導入したこと、15年4月から健保本人の自己負担割合を2割負担から3割負担に引き上げたこと等による。

医療の高度化の例

○ 新薬の開発等によって、より高い治療効果等が期待される治療が選択できるようになったが、以下の例のように治療にかかる費用が著しく増加する場合がある。

例1 関節リウマチ

リウマトレックスカプセル (1999年薬事承認) エンブレル皮下注 (2005年薬事承認)

メトトレキサート 約10万円/年 エタネルセプト(遺伝子組換え) 約100~200万円/年

2011年の薬価で試算 2011年の薬価で試算

既存の治療薬で効果不十分な患者においても、エタネルセプトの投与で効果が認められる場合がある。

	エタネルセプト 無投与	エタネルセプト 10mg投与	エタネルセプト 25mg投与
痛み等が改善した患者の割合	6.3% (3/48例)	64.0% (32/50例)	65.3% (32/49例)

出典は、エタネルセプトの添付文書

例2 非弁膜症性心房細動患者における脳卒中／全身性塞栓症の発症抑制

ワーファリン錠 (1962年薬事承認) プラザキサカプセル (2011年薬事承認)

ワルファリン 約0.4万円/年 ダビガトラン 約20万円/年

2011年の薬価で試算 2011年の薬価で試算

ダビガトラン投与により、

- 定期的な血液検査が不要となり、また、脳卒中の発症リスクがワルファリンと比べ統計的に有意に減少する【発症率: 1.57%(ワルファリン)→1.01%(ダビガトラン)、36%リスク減少】一方、出血や死亡のリスクも低くなることが示唆されている。
- 他の薬剤や食物との相互作用が少なく、納豆などの食事制限が不要となる。

臨床試験成績の出典は、Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation, N Engl J Med 2009; 361:1139-51

例3 慢性骨髄性白血病(慢性期の治療法の例)

マブリン散 (1957年薬事承認) スミフェロン注、イントロンA注射用 (1991年効能追加) グリベック錠 (2001年薬事承認)

ブスルファン(維持療法時) 約0.1万円/年 IFN療法 約200~500万円/年 イマチニブ 約400~600万円/年

2011年の薬価で試算 2011年の薬価で試算 2011年の薬価で試算

	ブスルファンを含む 抗悪性腫瘍剤	INF-α	イマチニブ	
			海外臨床試験	国内臨床試験
血液学的完全寛解率 ⁽¹⁾	-	20~50%	88.0%	93.8%
5年生存率	約30%【ブスルファン投与時】 ⁽²⁾	68~70%【併用療法の場合】 ⁽³⁾	89% ⁽³⁾	

(1)血液学的完全寛解率の出典は、いずれもイマチニブの審査報告書
(2)Randomized comparison of busulfan and hydroxyurea in chronic myelogenous leukaemia: prolongation of survival by hydroxyurea. The German CML Study Group, Blood, 1993; 82: 398-407に基づく補推計
(3)Five-year Follow-up of Patients Receiving imatinib for Chronic Myeloid Leukemia, N Engl J Med 2006; 355:2408-17

高額療養費の自己負担限度額（現行）

〔70歳未満〕

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

〔70歳以上〕

	要件	外来(個人ごと)	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者	[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,000円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当44,400円〉
一般	現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ [後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ [後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

- ※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。
- ※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除(33万円)をさらに差し引いたもの
- ※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。
- ※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

70歳未満の高額療養費の所得区分別の範囲について（給与所得者の場合（※1））

高所得者	<p>【被用者保険】 標準報酬53万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約790万円以上（※2） ※「標準報酬53万円の下限（515千円）」×12月+「標準報酬50万円と標準報酬53万円の平成20年度の平均賞与額（1,674千円）」=785万円</p> <p>【国民健康保険】 旧ただし書き所得600万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約840万円以上 ※給与収入837万円の給与所得（837万円×0.9-120万円=633.3万円）-基礎控除33万円=約600万円</p>
一般所得者	<p>【被用者保険】 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 約790万円まで</p> <p>【国民健康保険】 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 約840万円まで</p>
低所得者 （市町村民 税非課税）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単身1人世帯の場合（本人が給与所得者）：給与年収ベースで100万円まで ※給与所得控除（65万円）+35万円=100万円 ・ 夫婦2人世帯の場合（夫が給与所得者）：給与年収ベースで156万円まで ※給与所得控除（65万円）+35万円×2人+21万円=156万円 ・ 3人世帯の場合（夫婦と子1人、夫は給与所得者）：給与年収ベースで206万円まで ※給与年収206万円の給与所得控除（79.8万円）+35万円×3人+21万円=206万円

（※1）給与収入のみの世帯を仮定して機械的に計算したものである。

（※2）被用者保険における高所得者の給与年収ベースは、平均額を用いて試算したものであり、個人別には実際の賞与額によって異なる。

高額療養費の見直し（長期・高額な医療へのセーフティネットの機能強化）

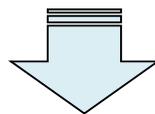
① 高額療養費の見直し

長期にわたって高額な医療費がかかる患者の負担を軽減するため、高額療養費制度の見直しが必要。

※ 高額療養費の支給額：（平成10年度）8千億円→（平成20年）1兆7千億円

- 一般所得者のうち所得が低い方の自己負担の上限の見直しの検討
- 長期にわたって高額な医療費の負担を軽減するため、年間での自己負担の上限の設定等の検討
- 支給手続きの改善（外来の現物給付化）

※ 給付増で保険料負担が増加しないよう、給付費ベースで財政中立とする必要。

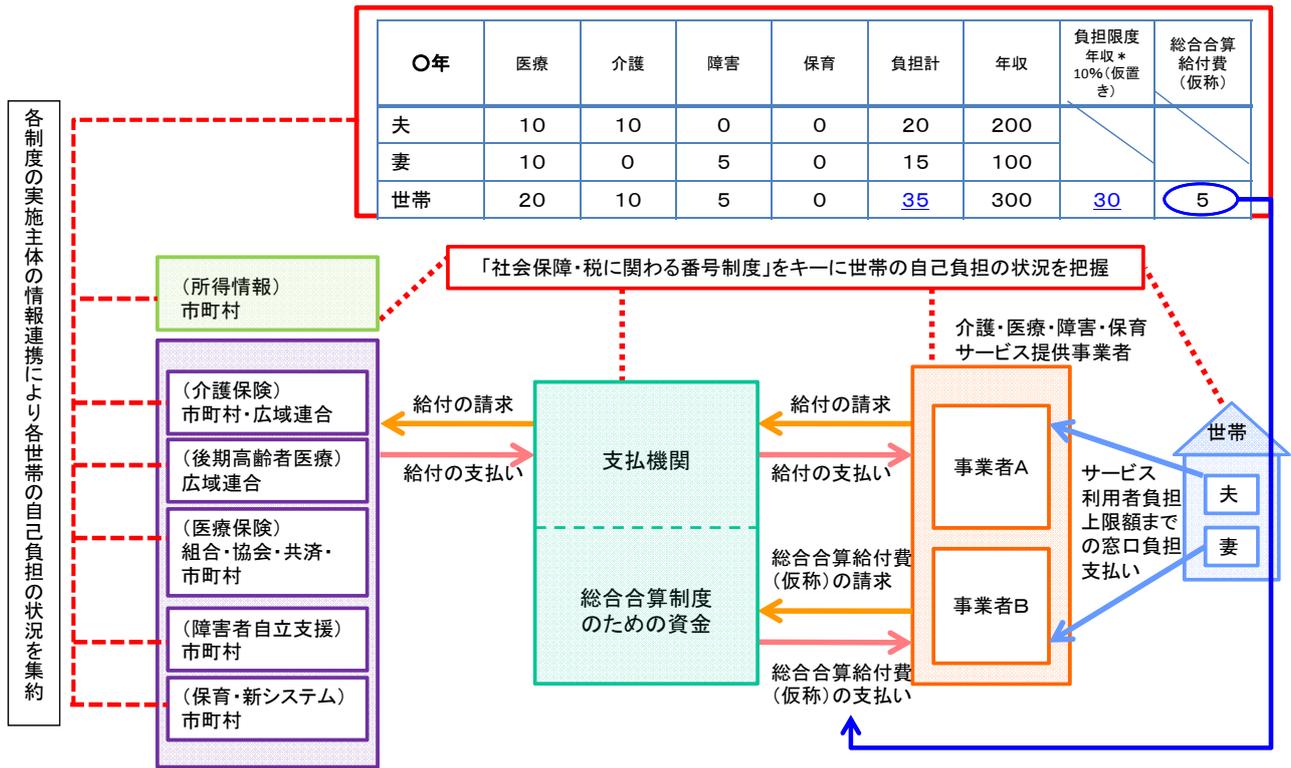


この財源をまかなうため

② 受診時における定額一部負担等の導入の検討

- 例えば、少額の定額負担を受診時に求めることなどを検討。長期・高額な医療へのセーフティネットの機能強化を行う。

自己負担に関する総合合算制度（仮称）のイメージ

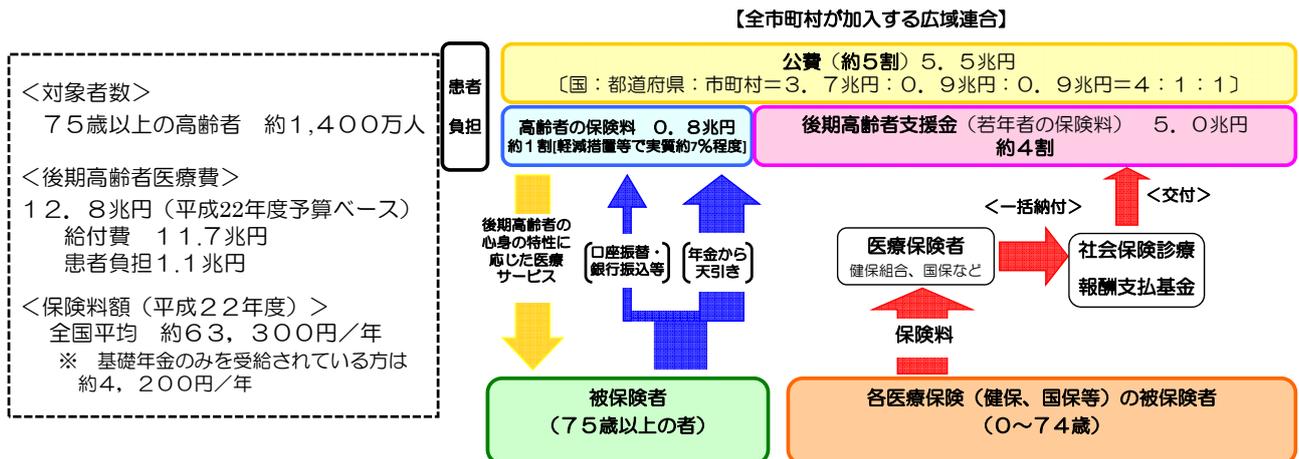


現行の高齢者医療制度について

制度の概要

- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢者と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み



高齢者医療制度改革会議「最終とりまとめ」<平成22年12月20日>ポイント

I 改革の基本的な方向

- 後期高齢者医療制度を廃止し、75歳以上の方も現役世代と同様に国保か被用者保険に加入することとした上で、①公費・現役世代・高齢者の負担割合の明確化、②都道府県単位の財政運営といった現行制度の利点はできる限り維持し、より良い制度を目指す。
- 長年の課題であった国保の財政運営の都道府県単位化を実現し、国民皆保険の最後の砦である国保の安定的かつ持続的な運営を確保する。

II 新たな制度の具体的な内容

1. 制度の基本的枠組み

- ・後期高齢者医療制度は廃止し、地域保険は国保に一本化。

2. 国保の運営のあり方

- ・第一段階(平成25年度)で75歳以上について都道府県単位の財政運営とし、第二段階(平成30年度)で全年齢について都道府県単位化。
- ・都道府県単位の運営主体は、「都道府県」が担うことが適当。
- ・「都道府県」は、財政運営、標準保険料率の設定を行い、「市町村」は、資格管理、保険料の賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。

3. 費用負担

(1) 公費

- ・75歳以上の医療給付費に対する公費負担割合について、実質47%から50%に引き上げる。
(現在は、現役並み所得を有する高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。)

- ・さらに、定期的に医療費の動向や社会経済情勢等を踏まえながら、公費のあり方等を検討する仕組みとし、これを法律に明記する。

(2) 高齢者の保険料

- ・国保に加入する75歳以上の保険料は、同じ都道府県で同じ所得であれば原則として同じ保険料とし、その水準は、医療給付費の1割程度とする。
- ・高齢者の保険料の伸びが現役世代の保険料の伸びを上回る構造を改め、より公平に分担する仕組みとする。
- ・75歳以上の方に適用されている低所得者の保険料軽減の特例措置(均等割の9割・8.5割軽減、所得割の5割軽減)は、段階的に縮小する。

(3) 現役世代の保険料による支援金

- ・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

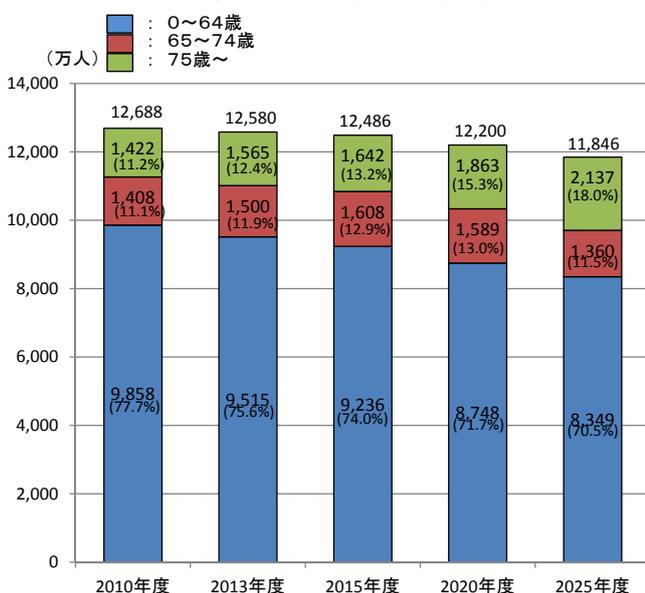
(4) 患者負担

- ・70歳から74歳までの患者負担は、個々人の負担が増加しないよう、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする。

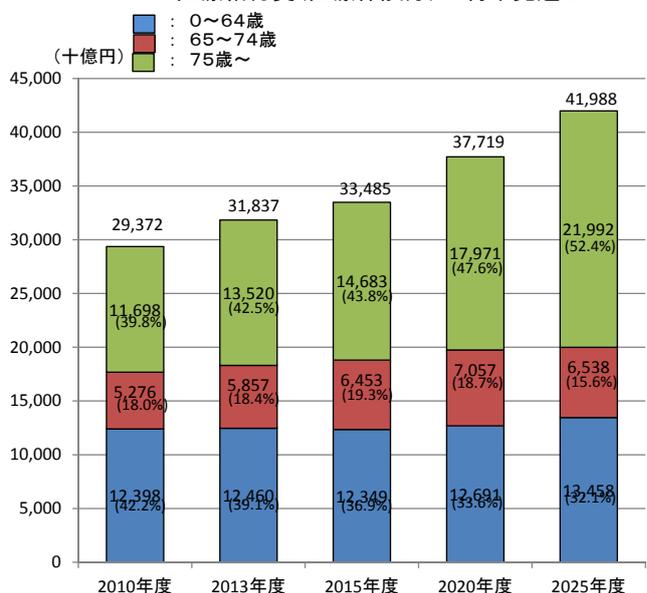
高齢者医療費の支え合い

- 各保険者の加入者数(0~74歳)の減少と高齢者医療費(「75歳以上の医療費」と「65~74歳の医療費」)の増加が見込まれる中、各保険者の高齢者医療費を支えるための負担は増加。
- 特に現役世代が多く加入する被用者保険にとっては、高齢者医療費を支える負担が、既に支出全体の4割を占めているが、将来的には5割を超える見通しである。(次ページ参照)
※ 現役世代の高齢者医療費を支える負担は、①高齢者の1人当たり医療費の増加、②高齢者の増加、③現役世代人口の減少、と3つの要因により大幅に増加。

医療保険加入者数の将来見通し



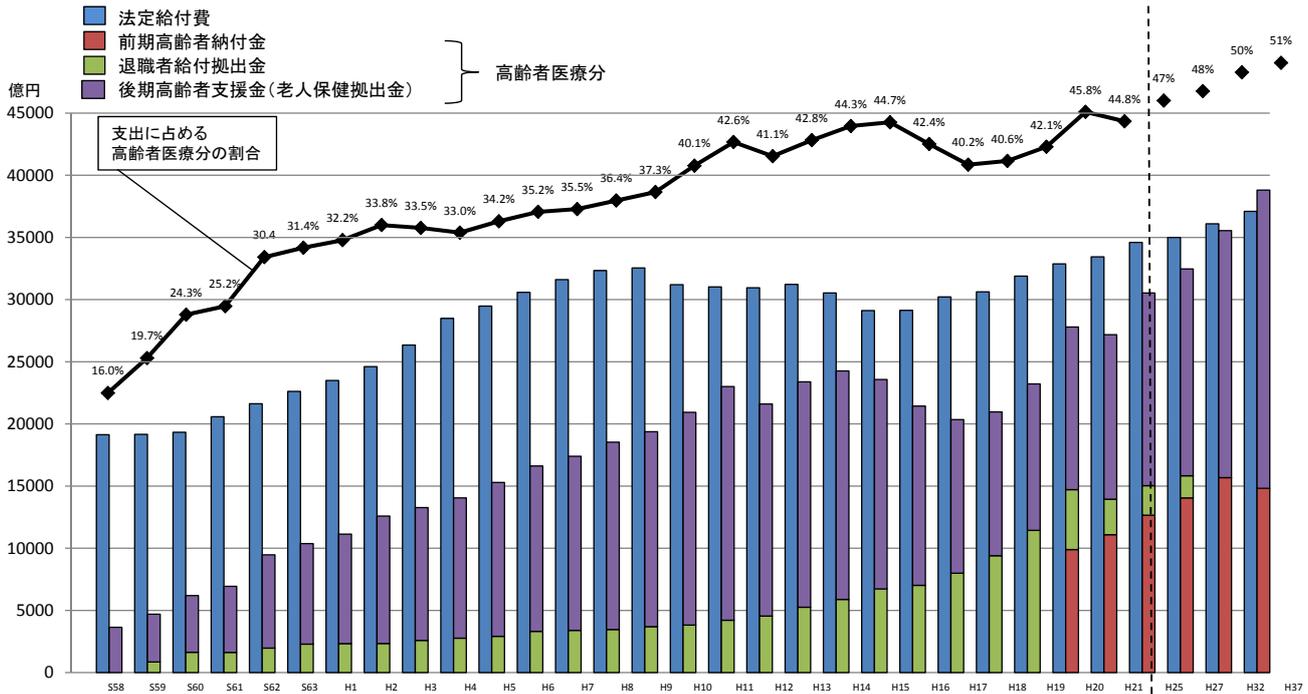
医療給付費(医療保険分)の将来見通し



※2013年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算の現行ベース(診療報酬改定を折り込んでいない)。

支援金等の推移(健保組合)

○ 健保組合が高齢者医療のために拠出している費用は、長期にわたって上昇し続けており、現在、支出の50%近くにまで達しており、今後、その支出の過半が高齢者医療に拠出されることとなる見込み。



※支出は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額である。なお、平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。(見通し)

※過去の数値は決算値(平成21年度は決算見込値)である。

※平成25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算の現行ベース(診療報酬改定を折り込んでいない)。

出典：昭和58年度から平成20年度までは「組合決算概況報告(健康保険組合連合会)」、平成21年度は「平成21年度健保組合決算見込(健康保険組合連合会)」

薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェア (平成21年9月薬価調査)

		品目数	数量シェア	金額シェア
先発医薬品	後発品なし	1,894	18.9%	47.8%
	後発品あり	1,469	36.3%	35.9%
後発医薬品(ジェネリック医薬品)		6,778	20.2%	7.6%
その他の品目		4,164	24.6%	8.7%

- ・ 品目数は平成22年4月時点。但し、名称変更による旧名称品(経過措置移行品目)は含まない。
- ・ 数量シェア及び金額シェアは平成21年9月調査時の数量、薬価による。
- ・ 「その他の品目」は、薬事法上先発品と後発品との区別ができない昭和42年以前に承認された医薬品等(血液製剤等)。

後発医薬品の使用促進のこれまでの主な取組み

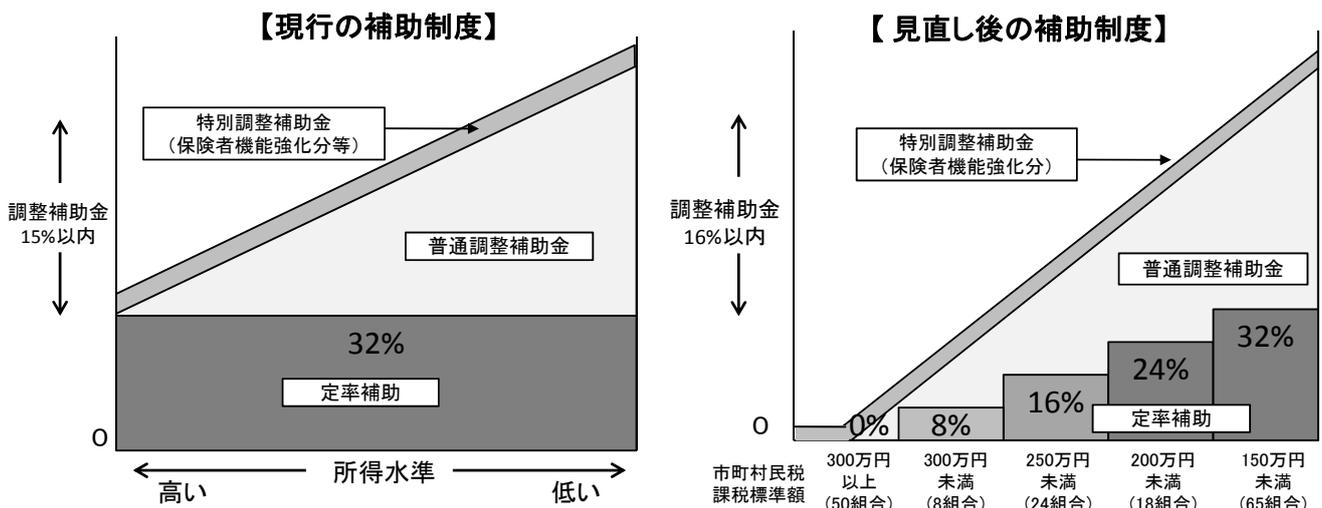
- **平成18年3月**
 - ・「後発医薬品の必要な規格を揃えること等について」(医政局長通知) 関係団体等に対して、安定供給や規格の統一について周知依頼。
- **平成18年度**
 - ・処方せん様式の見直し(「後発医薬品に変更可」欄を設ける。)
- **平成19年9月**
 - ・「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」を策定。国による後発医薬品メーカーへの安定供給についての指導や品質に関する試験検査の実施・結果の公表など。
- **平成20年度**
 - ・処方せん様式の見直し(「後発医薬品に変更不可」欄に変更。)
 - ・後発医薬品調剤体制加算
直近3ヶ月間の処方せんの受付回数のうち、後発医薬品を調剤した処方せんの受付回数の割合が30%以上である場合に、処方せんの受付1回につき4点の加算。
 - ・療担規則に保険医及び保険薬剤師に対する使用・調剤の努力義務等を規定。
- **平成22年度**
 - ・後発医薬品調剤体制加算の見直し
処方せん毎ではなく、数量ベースでの後発医薬品の使用割合に応じて加算。
 - ・薬局での後発医薬品への変更調剤の環境整備(含量違いの後発品等に変更可)
 - ・療担規則に保険医に対して患者の意向確認などの対応の努力義務を追加。

平成22年12月2日 社会保障審議会医療保険部会資料より

国民健康保険組合の国庫補助の見直し

1. 国保組合の定率補助(32%)を、所得水準に応じた5段階の補助とする。
2. 本来、協会けんぽに加入すべきであるが、健康保険の適用除外承認を受けて国保組合に加入している者の定率補助については、平成9年8月以前に適用除外承認を受けて加入した者も含め、協会けんぽの水準(16.4%)に統一する。
3. 普通調整補助金の総枠を医療給付費等の「15%以内」から「16%以内」に拡大する。

(注)行政刷新会議の再仕分け(平成22年11月16日)の結論では、所得水準の高い国保組合に対する定率補助を廃止することとされた。



高齢者医療費の支援金の総報酬割導入について

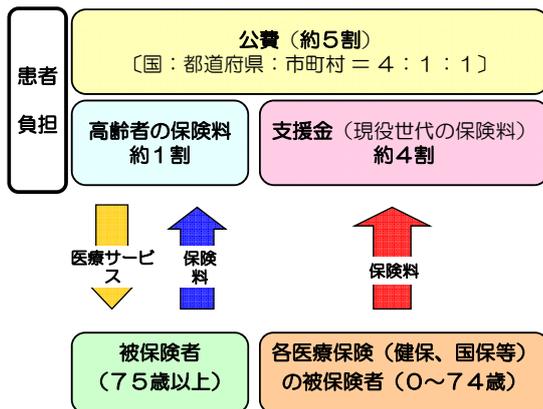
現状

- 75歳以上の方の医療給付費については、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- 現役世代の保険料による支援金については、国保を含む各保険者間で共通のルールを設定する観点から、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分してきたところ。
- しかしながら、被用者保険者間では、各保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、負担能力に応じた費用負担とする観点から、平成22年度から24年度までの支援金については、被用者保険者間の按分方法を3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入。(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)

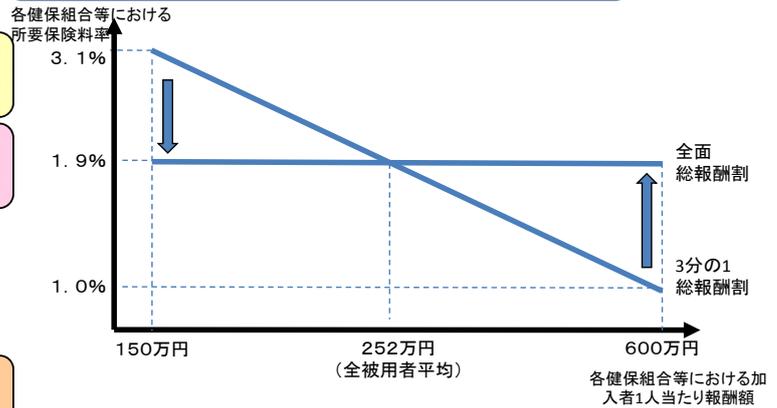
方向性

今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、被用者保険者間の按分方法をすべて総報酬割とする。【「高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ」より】

(参考1) 75歳以上の方の費用負担の仕組み



(参考2) 支援金を総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



(注1) 23年度賦課ベース。所要保険料率とは、支援金を賄うために必要な保険料率。
(注2) 協会けんぽの加入者1人当たり報酬額は209万円。

医療保険制度の患者の一部負担割合

医療機関における患者の一部負担割合は、年齢等に応じて以下のとおりとなっている。

- 義務教育就学前 … 2割負担
- 70歳未満 … 3割負担
- 70~74歳 … 2割負担(現役並み所得者は3割負担)
(注) 現在は1割に据え置かれている
- 75歳以上 … 1割負担(現役並み所得者は3割負担)