

さらに議論すべき事項 ①

(関係資料)

平成25年6月10日
社会保障制度改革国民会議事務局

【目次】

【医療保険制度の財政基盤の安定化・保険料に係る国民の負担に関わる公平の確保】	
1. 国民健康保険制度の課題	2
① 市町村国保の財政構造	5
② 保険料等の地域格差	10
③ 市町村国保の広域化	15
④ 保険者機能	23
2. 被用者保険・高齢者医療制度の課題	25
① 被用者保険の課題	26
② 高齢者医療制度の在り方	29
③ 後期高齢者支援金の総報酬割	35
【医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等】	
3. 医療提供体制の課題	40
① 医療提供体制の重点化・効率化と機能分化・連携	41
② 都道府県の権限	56
③ 医療関連データの収集・分析等	58

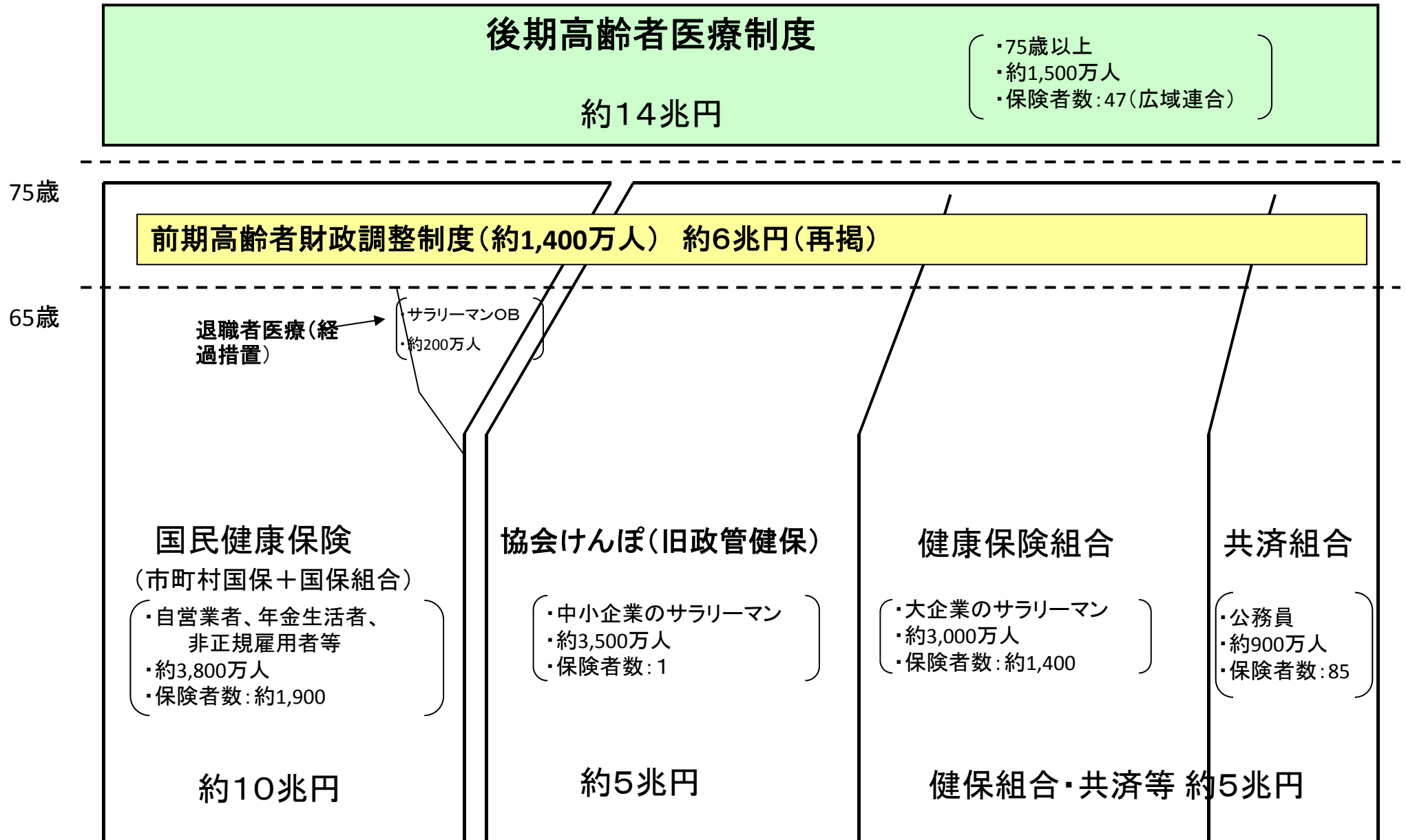
1. 国民健康保険制度の課題

- ① 市町村国保の財政構造
- ② 保険料等の地域格差
- ③ 市町村国保の広域化
- ④ 保険者機能

(第10回国民会議後の清家会長記者会見冒頭発言(抜粋))

国民健康保険の保険者の問題については、都道府県単位に集約する方向で検討するということによろしいのではないか。ただ、そのときにコスト・ベネフィット、あるいはメリット・デメリットをきちんとできるだけデータを示しながら精査して、検討をさらに深める必要があるだろうということですが、そういう条件のもとで、国保の保険者については都道府県単位に集約する方向で検討するということとしてはどうかと取りまとめさせていただきました。

【医療保険制度の体系】



※1 加入者数・保険者数は、平成24年3月末の数値(速報値)

※2 金額は平成25年度予算ベースの給付費

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24年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 4 3	8 5 (平成23年3月末)	4 7
加入者数 (平成24年3月末)	3, 5 2 0万人 (2, 036万世帯)	3, 4 8 8万人 被保険者1, 963万人 被扶養者1, 525万人	2, 9 5 0万人 被保険者1, 555万人 被扶養者1, 395万人	9 1 9万人 被保険者452万人 被扶養者467万人 (平成23年3月末)	1, 4 7 3万人
加入者平均年齢 (平成23年度)	5 0. 0歳	3 6. 3歳	3 4. 1歳	3 3. 4歳 (平成22年度)	8 1. 9歳
65~74歳の割合 (平成23年度)	3 1. 3% (平成22年度)	4. 7%	2. 5%	1. 6% (平成22年度)	2. 8% (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成23年度)	2 9. 9万円 (平成22年度)	1 5. 9万円	1 4. 2万円	1 4. 4万円 (平成22年度)	9 1. 8万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成23年度)	8 4万円 一世帯当たり 1 4 5万円 (平成22年度)	1 3 7万円 一世帯当たり (※4) 2 4 2万円	1 9 8万円 一世帯当たり (※4) 3 7 4万円	2 2 9万円 一世帯当たり (※4) 4 6 7万円 (平成22年度)	8 0万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成23年度) (※5) <事業主負担込>	8. 1万円 一世帯当たり 1 4. 2万円 (平成22年度)	9. 9万円 <19. 7万円> 被保険者一人当たり 17. 5万円 <35. 0万円>	1 0. 0万円 <22. 1万円> 被保険者一人当たり 18. 8万円 <41. 7万円>	1 1. 2万円 <22. 4万円> 被保険者一人当たり 22. 7万円 <45. 5万円> (平成22年度)	6. 3万円
保険料負担率 (※6)	9. 7%	7. 2%	5. 0%	4. 9% (平成22年度)	7. 9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16. 4%	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額 (※7) (平成25年度予算ベース)	3兆4, 392億円	1兆2, 186億円	15億円		6兆5, 347億円

(※1) 市町村国保の加入者数、加入者平均年齢、協会けんぽ、組合健保及び後期高齢者医療制度については速報値である。

(※2) 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である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額(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」「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたもの。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」によるもので、それぞれ前年の所得である。

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

(※4) 被保険者一人当たりの金額を表す。

(※5) 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。

(※6) 保険料負担率は、被保険者一人当たり平均保険料を被保険者一人当たり平均所得で除したものである。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

市町村国保の構造的な問題への対応の枠組み

1. 年齢構成

① 年齢構成が高く、 医療費水準が高い

- ・65～74歳の割合: 国保(31.3%)、健保組合(2.5%)
- ・一人あたり医療費: 国保(29.9万円)、健保組合(14.2万円)

● 高齢者医療制度

2. 財政基盤

② 所得水準が低い

- ・加入者一人当たり平均所得: 国保(84万円)、健保組合(198万円(推計))
- ・無所得世帯割合: 23.4%

③ 保険料負担が重い

- ・加入者一人当たり保険料/加入者一人当たり所得
市町村国保(9.7%)、健保組合(5.0%)
- ※健保は本人負担分のみの推計値

④ 保険料(税)の収納率低下

- ・収納率: 平成11年度 91.38% → 平成23年度 89.39%
- ・最高収納率: 94.60%(島根県) 最低収納率: 85.32%(東京都)

⑤ 一般会計繰入・繰上充用 (平成23年度)

- ・市町村による法定外繰入額: 約3,900億円 うち決算補てん等の目的: 約3,500億円
- 繰上充用額: 約1,500億円

● 財政基盤の強化

- ① 財政基盤強化策(平成22～25年度の暫定措置)の恒久化【平成24年国保法改正】
- ② 低所得者の保険料に対する財政支援の強化

3. 財政の安定性・市町村格差

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

- ・1720保険者中3000人未満の小規模保険者 423 (全体の1/4)
(平成23年9月末)

⑦ 市町村間の格差

- ・一人あたり医療費の都道府県内格差 最大: 2.6倍(沖縄県) 最小: 1.2倍(富山県)
- ・一人あたり所得の都道府県内格差 最大: 6.5倍(秋田県) 最小: 1.3倍(富山県)
- ・一人あたり保険料の都道府県内格差 最大: 2.8倍(長野県) 最小: 1.3倍(富山県)

● 市町村共同事業による財政運営の都道府県 単位化の推進【平成24年国保法改正】

● 財政調整機能の強化【平成24年国保法改正】

市町村国保の収支状況

(億円)

科 目		平成22年度	平成23年度(速報)
単年度収入	保 険 料 (税)	29,861	30,411
	国庫支出金	33,196	34,359
	療養給付費交付金	6,028	7,174
	前期高齢者交付金	27,142	29,569
	都道府県支出金	8,720	8,956
	一般会計繰入金 (法定分)	4,332	4,282
	一般会計繰入金 (法定外)	3,979	3,903
	共同事業交付金	14,384	14,767
	直診勘定繰入金	1	3
	そ の 他	375	407
合 計		128,019	133,831
単年度支出	総 務 費	2,047	1,890
	保 険 給 付 費	88,291	90,821
	後期高齢者支援金	14,518	15,915
	前期高齢者納付金	25	47
	老人保健拠出金	199	7
	介 護 納 付 金	6,271	6,887
	保 健 事 業 費	924	968
	共同事業拠出金	14,355	14,752
	直診勘定繰出金	49	46
	そ の 他	1,046	1,478
合 計		127,726	132,811
単年度収支差引額 (経常収支)		293	1,019
国庫支出金精算額		▲611	▲534
精算後単年度収支差引額 (A)		▲318	486
決算補填等のための一般会計繰入金 (B)		3,582	3,508
実質的な単年度収支差 (A) - (B)		▲3,900	▲3,022
前年度繰上充用金 (支出)		1,811	1,527

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

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

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

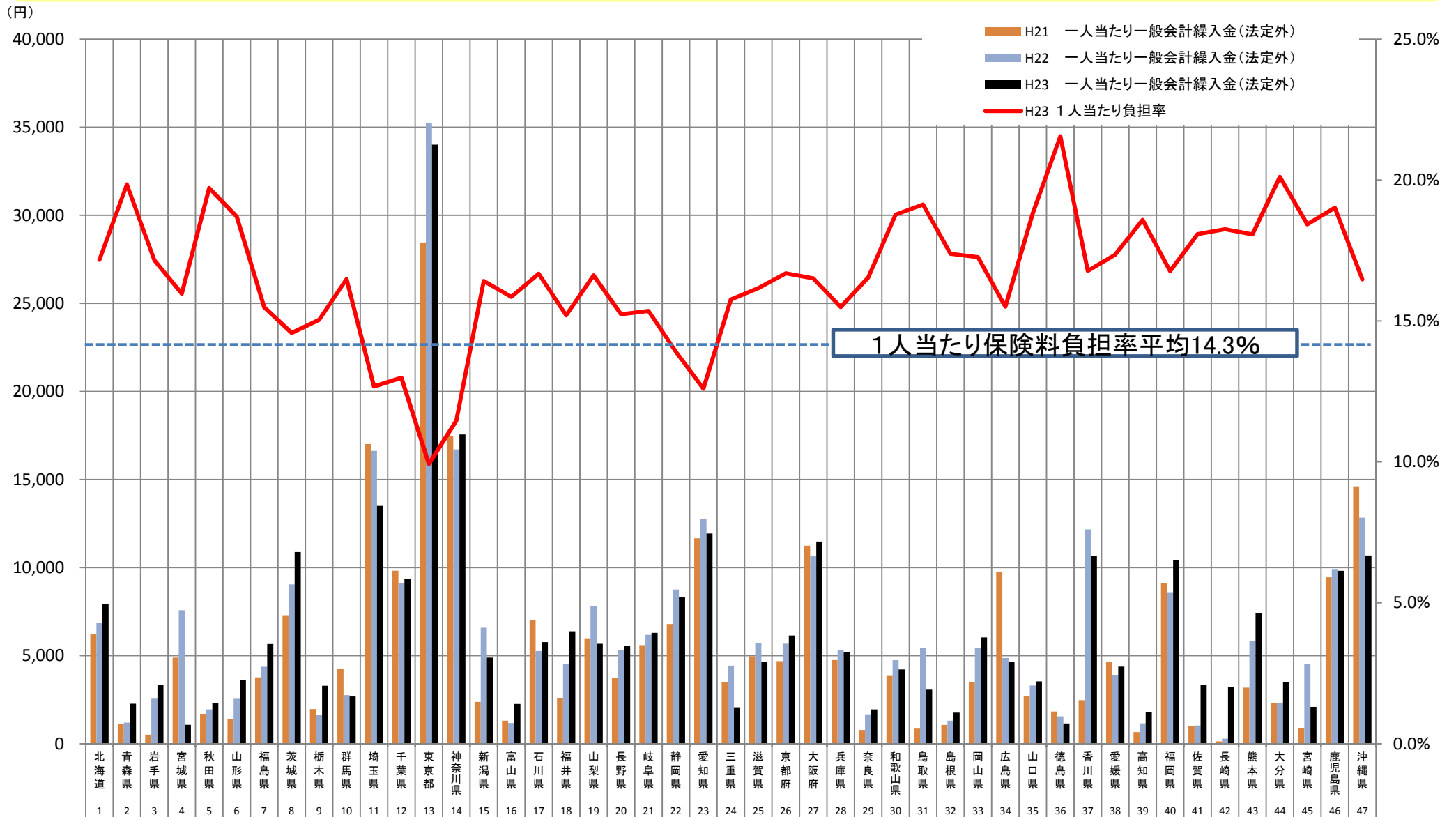
(注3) 翌年度に精算される国庫負担等の額を調整。

(注4) 決算補填等のための一般会計繰入金 (B) は、平成21年度から東京都財政調整交付金分を含めた計算となっている。

(注5) 平成23年度は速報値である。

1人当たり一般会計繰入金(法定外)の都道府県別繰入状況

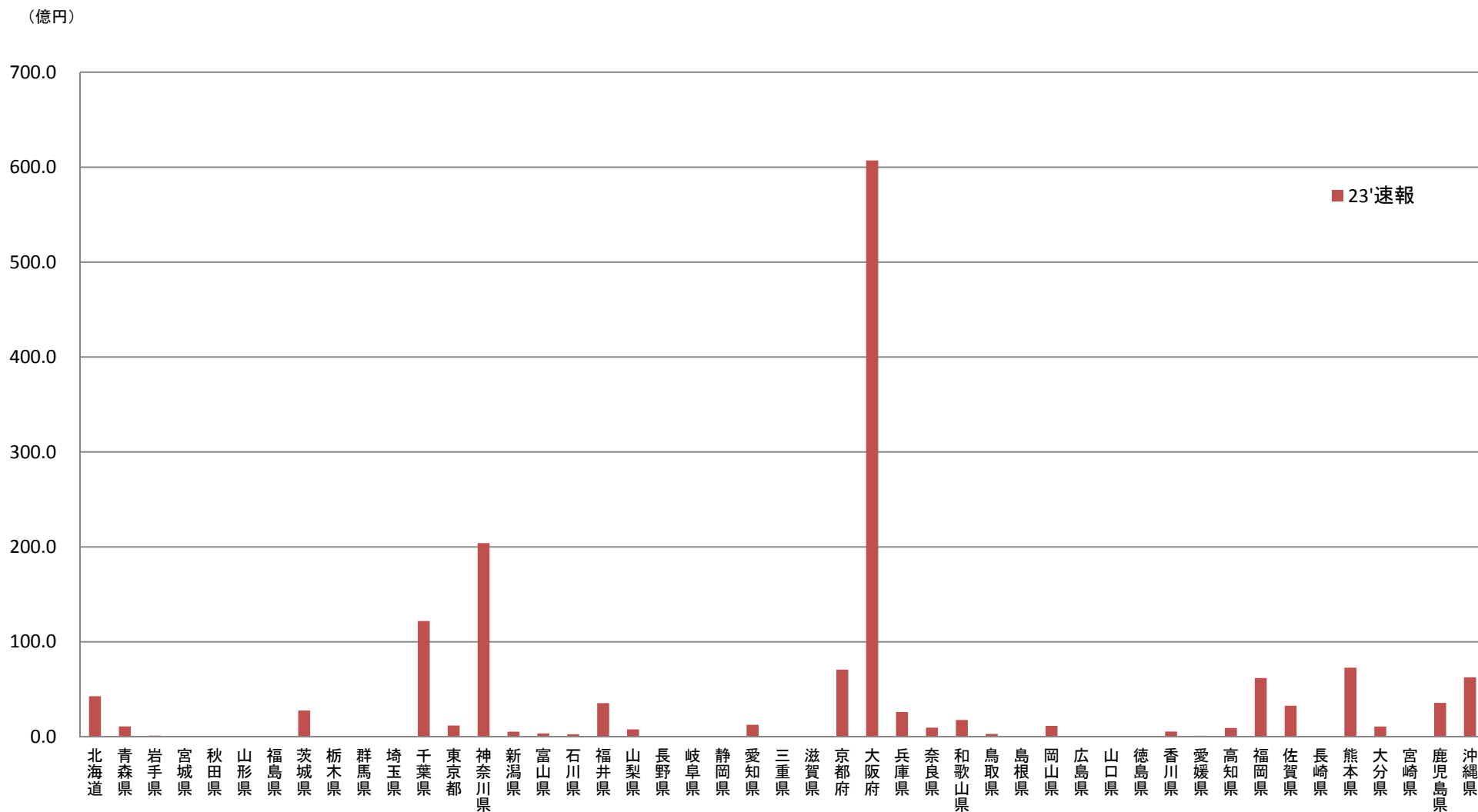
○ 平成23年度の1人当たり繰入金が1万円を超えるのは、茨城、埼玉、東京、神奈川、愛知、大阪、香川、福岡、沖縄。
 そのうち、埼玉、東京、神奈川、愛知の保険料負担率は平均(14.3%)よりも低く、茨城、大阪、香川、福岡、沖縄の保険料負担率は平均よりも高い。



(出所)「国民健康保険事業年報」「国民健康保険事業実施状況報告」(平成23年度は速報値)
 (注1)一般会計繰入額(法定外)は、定率負担等の法定繰入分を除いたものである。
 (注2)一人当たり負担率は、一人当たり保険料(税)調定額を一人当たり旧たし書き所得で除したものである。

前年度繰上充用金の状況（平成23年度）

○ 前年度繰上充用金は約1,530億円。うち大阪府内の市町村の合計が約607億円であり、全体の約4割を占める。



(出所)国民健康保険事業年報 (注)平成23年度の速報値である。

国民健康保険法の一部を改正する法律の概要(イメージ) (平成24年4月5日成立)

(1) 財政基盤強化策の恒久化

市町村国保の安定的な運営を確保するため、平成22年度から平成25年度までの暫定措置となっている市町村国保の「**財政基盤強化策**」(公費2,000億円)を恒久化する。

※ 財政基盤強化策として、保険料軽減の対象となる低所得者数に応じた、市町村に対する財政支援や、高額医療費に関する市町村に対する財政支援を行っている。

(2) 財政運営の都道府県単位化の推進

市町村国保の都道府県単位の共同事業について、平成27年度から、**事業対象を全ての医療費に拡大し、財政運営の都道府県単位化を推進**する。

※ 現在、1件30万円を超える医療費について、都道府県内の全市町村が被保険者数と医療費実績に応じて共同で負担。

(3) 財政調整機能の強化

都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、平成24年度から、都道府県調整交付金を給付費等の**7%から9%**に引き上げる。

※ これに伴い、定率国庫負担を**34%から32%**とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情への対応のために交付。

(4) その他

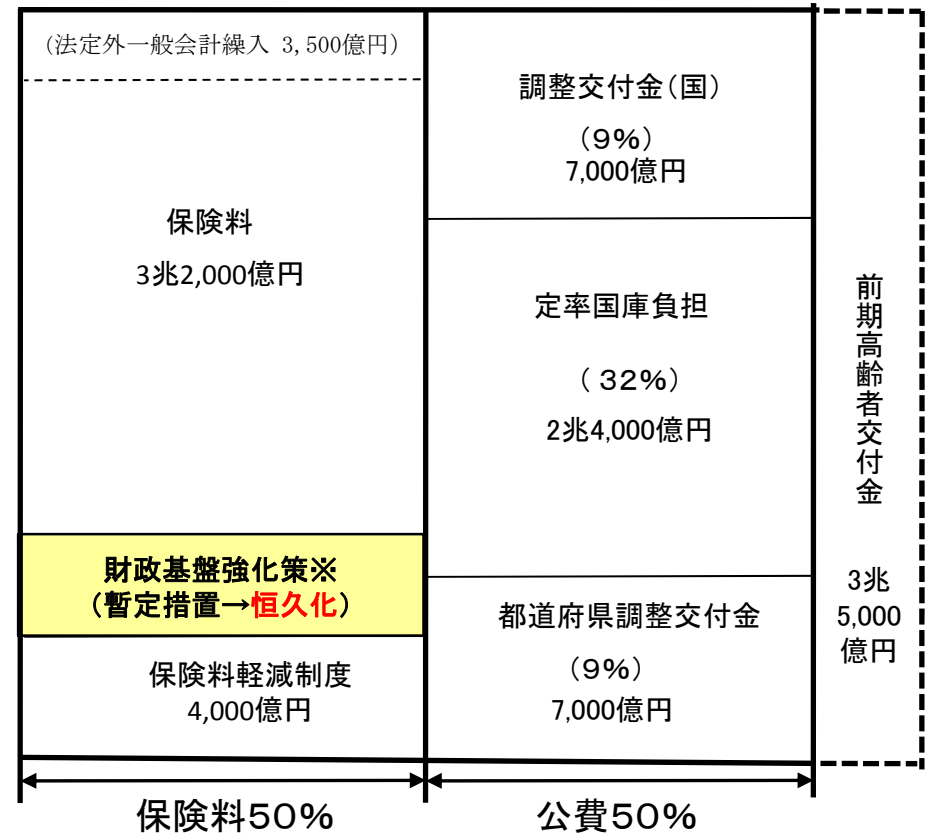
財政基盤強化策の恒久化までの間、暫定措置を1年間(平成26年度まで)延長する等、所要の措置を講ずる。

施行期日(適用日)

(1)、(2) 平成27年4月1日
(3)、(4) 平成24年4月1日

国保財政のイメージ

医療給付費等総額: 約11兆3,000億円
(25年度予算案ベース)



※財政基盤強化策には、恒久化する上記の公費3,000億円のほか、財政安定化支援のため地財措置(1,000億円)がある。

※法定外一般会計繰入は平成23年度決算(速報値)ベース。

1人当たり医療費の地域格差(平成22年度)

1人当たり医療費の格差

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	北山村 (和歌山) 541,616円	山口県 364,350円	299,333円
最低(B)	小笠原村 (東京) 160,031円	沖縄県 251,282円	
(A)/(B)	3.4倍	1.4倍	
標準偏差	市町村別 46,855円	都道府県別 31,997円	

都道府県別 上位・下位10

順位	上位10都道府県	
1	山口県	364,350円
2	香川県	362,151円
3	広島県	360,409円
4	大分県	359,890円
5	島根県	358,893円
6	長崎県	356,972円
7	佐賀県	355,318円
8	徳島県	352,640円
9	鹿児島県	349,755円
10	高知県	344,033円

順位	下位10都道府県	
1	沖縄県	251,282円
2	茨城県	255,242円
3	千葉県	265,834円
4	栃木県	266,725円
5	埼玉県	270,944円
6	東京都	271,015円
7	群馬県	274,906円
8	愛知県	278,308円
9	山梨県	279,674円
10	神奈川県	280,285円

保険者別 上位・下位10

順位	上位10保険者	
1	北山村 (和歌山)	541,616円
2	馬路村 (高知)	531,513円
3	北川村 (高知)	506,084円
4	宇検村 (鹿児島)	479,094円
5	水俣市 (熊本)	467,098円
6	安芸太田町 (広島)	462,143円
7	音威子府村 (北海道)	456,927円
8	津奈木町 (熊本)	455,380円
9	三笠市 (北海道)	449,286円
10	陸別町 (北海道)	446,777円

順位	下位10保険者	
1	小笠原村 (東京)	160,031円
2	座間味村 (沖縄)	165,320円
3	竹富町 (沖縄)	168,656円
4	御蔵島村 (東京)	176,386円
5	多良間村 (沖縄)	187,718円
6	川上村 (長野)	194,419円
7	渡嘉敷村 (沖縄)	195,672円
8	青ヶ島村 (東京)	199,067円
9	北大東村 (沖縄)	201,646円
10	石垣市 (沖縄)	202,201円

都道府県別1人当たり医療費の格差の状況(平成22年度)

	保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費				保険者別1人当たり医療費			都道府県別1人当たり医療費				
	最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位			最大	最小	格差	1人当たり医療費	順位			
北海道	音威子府村	456,927	別海町	214,639	2.1倍	341,885	13	滋賀県	野洲市	307,624	愛荘町	251,717	1.2倍	294,726	32
青森県	今別町	328,327	大間町	228,378	1.4倍	280,927	37	京都府	伊根町	378,807	和束町	270,186	1.4倍	309,102	25
岩手県	西和賀町	388,133	普代村	223,130	1.7倍	295,882	30	大阪府	岬町	384,863	泉南市	260,370	1.5倍	315,088	22
宮城県	七ヶ宿町	371,557	蔵王町	256,501	1.4倍	290,905	33	兵庫県	佐用町	385,729	豊岡市	281,769	1.4倍	316,531	21
秋田県	井川町	379,981	大潟村	246,491	1.5倍	324,738	18	奈良県	北上山村	403,935	天理市	261,133	1.5倍	299,245	29
山形県	小国町	339,024	三川町	250,987	1.4倍	301,516	28	和歌山県	北山村	541,616	みなべ町	214,062	2.5倍	306,887	26
福島県	広野町	366,505	葛尾村	234,730	1.6倍	290,091	34	鳥取県	江府町	421,932	北栄町	291,426	1.4倍	317,975	20
茨城県	高萩市	298,564	境町	212,562	1.4倍	255,242	46	島根県	川本町	438,147	知夫村	309,115	1.4倍	358,893	5
栃木県	日光市	288,997	益子町	234,938	1.2倍	266,725	44	岡山県	新庄村	399,268	総社市	328,815	1.2倍	342,199	12
群馬県	神流町	407,158	昭和村	210,034	1.9倍	274,906	41	広島県	安芸太田町	462,143	世羅町	320,388	1.4倍	360,409	3
埼玉県	東秩父村	312,191	戸田市	234,842	1.3倍	270,944	43	山口県	美祢市	428,296	田布施町	325,783	1.3倍	364,350	1
千葉県	長南町	337,797	富里市	222,051	1.5倍	265,834	45	徳島県	三好市	433,990	松茂町	307,906	1.4倍	352,640	8
東京都	奥多摩町	383,928	小笠原村	160,031	2.4倍	271,015	42	香川県	直島町	441,941	宇多津町	315,828	1.4倍	362,151	2
神奈川県	山北町	339,189	大井町	261,459	1.3倍	280,285	38	愛媛県	上島町	440,063	宇和島市	288,296	1.5倍	327,309	16
新潟県	阿賀町	381,229	湯沢町	249,250	1.5倍	309,204	24	高知県	馬路村	531,513	四万十市	280,040	1.9倍	344,033	10
富山県	魚津市	361,182	砺波市	313,988	1.2倍	330,258	15	福岡県	豊前市	422,939	那珂川町	280,078	1.5倍	331,373	14
石川県	宝達志水町	388,841	津幡町	312,831	1.2倍	342,354	11	佐賀県	みやき町	430,337	太良町	290,856	1.5倍	355,318	7
福井県	池田町	379,572	小浜市	289,828	1.3倍	323,672	19	長崎県	長崎市	411,356	小値賀町	266,496	1.5倍	356,972	6
山梨県	早川町	386,127	小菅村	234,885	1.6倍	279,674	39	熊本県	水俣市	467,098	産山村	256,329	1.8倍	326,426	17
長野県	麻績村	377,779	川上村	194,419	1.9倍	284,005	35	大分県	津久見市	437,678	九重町	302,031	1.4倍	359,890	4
岐阜県	下呂市	320,374	岐南町	256,401	1.2倍	294,884	31	宮崎県	日南市	380,448	都農町	263,284	1.4倍	313,967	23
静岡県	西伊豆町	353,706	清水町	252,255	1.4倍	282,611	36	鹿児島県	宇検村	479,094	与論町	218,056	2.2倍	349,755	9
愛知県	東栄町	358,512	田原市	224,575	1.6倍	278,308	40	沖縄県	渡名喜村	422,041	座間味村	165,320	2.6倍	251,282	47
三重県	紀北町	376,936	度会町	259,846	1.5倍	304,259	27								

(※) 3～2月診療ベースである。

1人当たり医療費 全国平均：299,333円

都道府県内における1人当たり所得の格差(平成21年度)

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
北海道	54.1	斜里町	175.5	赤平市	30.0	5.9
青森	43.5	三沢市	70.6	鶴田町	30.2	2.3
岩手	44.6	藤沢町	59.1	遠野市	35.5	1.7
宮城	52.6	女川町	59.2	涌谷町	38.5	1.5
秋田	43.6	大潟村	210.7	小坂町	32.7	6.5
山形	50.1	山形市	58.3	小国町	35.6	1.6
福島	48.5	矢吹町	79.1	昭和村	35.0	2.3
茨城	61.8	守谷市	84.0	北茨城市	40.9	2.1
栃木	65.4	宇都宮市	83.4	茂木町	47.4	1.8
群馬	59.4	昭和村	105.6	上野村	42.8	2.5
埼玉	73.1	和光市	93.2	皆野町	46.9	2.0
千葉	73.6	浦安市	109.6	九十九里町	46.0	2.4
東京	93.5	港区	210.7	奥多摩町	56.5	3.7
神奈川	87.3	伊勢原市	120.5	山北町	68.5	1.8
新潟	52.1	津南町	60.6	阿賀町	35.7	1.7
富山	57.8	舟橋村	64.6	氷見市	51.1	1.3
石川	58.1	野々市町	68.7	中能登町	42.1	1.6
福井	57.5	越前町	65.5	大野市	47.5	1.4
山梨	58.4	山中湖村	93.9	丹波山村	45.6	2.1
長野	54.5	軽井沢町	93.5	大鹿村	35.3	2.7
岐阜	63.9	白川村	118.5	富加町	51.3	2.3
静岡	71.7	長泉町	84.9	南伊豆町	48.7	1.7
愛知	78.3	一色町	122.6	豊根村	54.2	2.3
三重	62.4	朝日町	86.6	御浜町	41.4	2.1

	平均所得(万円)	最高		最低		格差
		(万円)	(万円)	(万円)	(万円)	
滋賀	59.0	栗東市	87.3	甲良町	40.5	2.2
京都	53.5	長岡京市	67.5	与謝野町	38.7	1.7
大阪	53.7	箕面市	81.4	泉南市	39.1	2.1
兵庫	59.9	芦屋市	108.6	新温泉町	42.9	2.5
奈良	55.2	生駒市	78.6	御杖村	31.5	2.5
和歌山	45.1	みなべ町	57.5	北山村	27.5	2.1
鳥取	45.0	日吉津村	56.7	八頭町	36.4	1.6
島根	50.7	海士町	64.9	津和野町	37.3	1.7
岡山	52.2	浅口市	64.2	美作市	34.5	1.9
広島	59.8	海田町	74.1	神石高原町	42.2	1.8
山口	52.1	田布施町	71.9	阿武町	43.9	1.6
徳島	40.1	松茂町	49.9	つるぎ町	22.8	2.2
香川	53.3	直島町	70.8	小豆島町	42.0	1.7
愛媛	47.4	松山市	57.4	松野町	24.2	2.4
高知	42.9	馬路村	61.2	大豊町	27.3	2.2
福岡	49.1	太宰府市	81.7	川崎町	21.5	3.8
佐賀	50.8	白石町	63.1	大町町	34.6	1.8
長崎	43.7	長与町	57.5	平戸市	36.2	1.6
熊本	46.4	西原村	66.0	津奈木町	25.3	2.6
大分	42.8	大分市	48.1	姫島村	24.8	1.9
宮崎	44.4	延岡市	55.3	五ヶ瀬町	31.9	1.7
鹿児島	40.6	日置市	55.6	伊仙町	15.1	3.7
沖縄	36.2	嘉手納町	69.8	多良間村	16.6	4.2

1人当たり所得 全国平均：63.8万円

(注1)厚生労働省保険局「平成22年度国民健康保険実態調査」(保険者票)における平成21年所得である。

(注2)ここでいう「所得」とは、旧ただし書所得(総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額から基礎控除を除いた金額)である。

1人当たり保険料(税)調定額の地域格差(平成22年度)

1人当たり保険料の格差

	最高・最低の市町村	最高・最低の都道府県	全国平均
最高(A)	猿 払 村 (北海道) 141,650円	栃 木 県 88,516円	81,021円
最低(B)	粟 国 村 (沖 縄) 31,242円	沖 縄 県 53,524円	
(A)/(B)	4.5倍	1.7倍	
標準偏差	市 町 村 別 14,101円	都 道 府 県 別 6,619円	

都道府県別 上位・下位10

順位	上位10都道府県	
1	栃 木 県	88,516 円
2	群 馬 県	87,422 円
3	滋 賀 県	87,345 円
4	静 岡 県	87,180 円
5	山 口 県	86,890 円
6	愛 知 県	86,829 円
7	岐 阜 県	86,641 円
8	三 重 県	86,619 円
9	千 葉 県	86,368 円
10	神 奈 川 県	85,706 円

順位	下位10都道府県	
1	沖 縄 県	53,524 円
2	鹿 児 島 県	67,573 円
3	岩 手 県	69,398 円
4	長 崎 県	69,653 円
5	高 知 県	71,974 円
6	宮 崎 県	72,680 円
7	鳥 取 県	72,707 円
8	熊 本 県	73,690 円
9	愛 媛 県	73,700 円
10	長 野 県	73,871 円

保険者別 上位・下位10

順位	上位10保険者	
1	猿 払 村 (北海道)	141,650 円
2	羅 臼 町 (北海道)	129,927 円
3	大 湍 村 (秋 田)	127,645 円
4	利 尻 町 (北海道)	124,209 円
5	長 沼 町 (北海道)	118,188 円
6	千 代 田 区 (東 京)	115,724 円
7	標 津 町 (北海道)	113,151 円
8	え り も 町 (北海道)	113,052 円
9	南 幌 町 (北海道)	112,914 円
10	別 海 町 (北海道)	112,667 円

順位	下位10保険者	
1	粟 国 村 (沖 縄)	31,242 円
2	伊 平 屋 村 (沖 縄)	32,432 円
3	三 島 村 (鹿 児 島)	34,238 円
4	伊 仙 町 (鹿 児 島)	35,350 円
5	大 鹿 村 (長 野)	36,807 円
6	東 村 (沖 縄)	36,972 円
7	伊 是 名 村 (沖 縄)	38,301 円
8	売 木 村 (長 野)	38,917 円
9	大 和 村 (鹿 児 島)	40,339 円
10	与 那 国 町 (沖 縄)	41,439 円

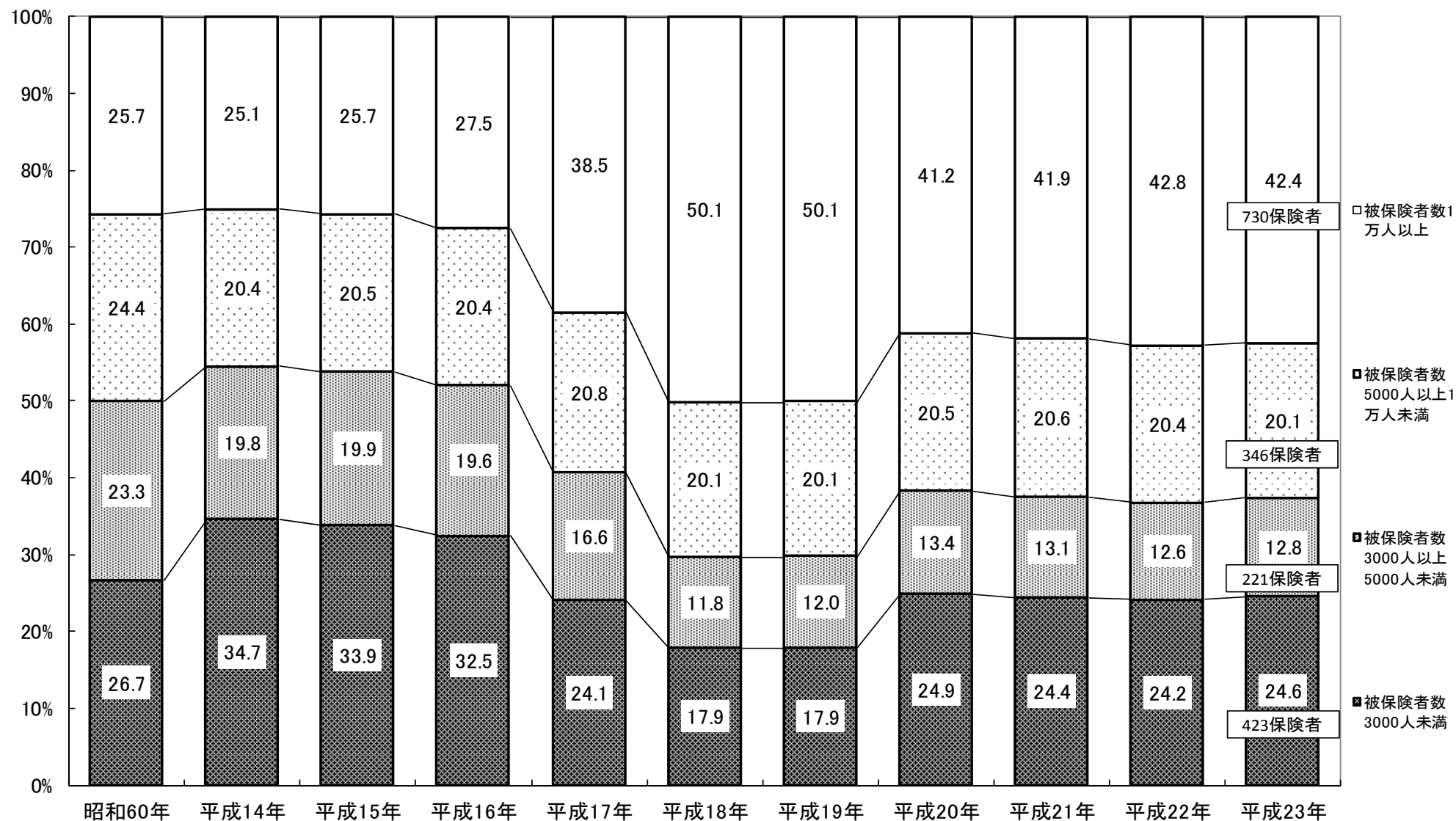
国保保険料の都道府県内格差(平成22年度)

	保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり保険料(税)調定額				保険者別1人当たり保険料(税)調定額			都道府県別1人当たり保険料(税)調定額				
	最大	最小	格差	最大	最小			格差	最大	最小	格差	最大	最小	格差	順位
北海道	猿払村	141,650	上川町	58,002	2.4倍	83,823	14	滋賀県	栗東市	107,734	甲良町	62,677	1.7倍	87,345	3
青森県	平内町	99,225	鶴田町	51,301	1.9倍	76,875	34	京都府	木津川市	92,341	伊根町	46,593	2.0倍	78,049	28
岩手県	矢巾町	84,969	岩泉町	46,871	1.8倍	69,398	45	大阪府	大阪狭山市	97,303	泉南市	72,226	1.3倍	80,173	25
宮城県	富谷町	105,646	七ヶ宿町	49,561	2.1倍	81,760	17	兵庫県	南あわじ市	97,803	新温泉町	53,292	1.8倍	79,757	26
秋田県	大潟村	127,645	小坂町	50,270	2.5倍	75,589	35	奈良県	平群町	106,774	下北山村	46,331	2.3倍	83,816	15
山形県	山形市	100,821	小国町	56,639	1.8倍	80,707	24	和歌山県	九度山町	90,843	古座川町	45,424	2.0倍	77,040	32
福島県	泉崎村	88,889	昭和村	49,164	1.8倍	76,981	33	鳥取県	鳥取市	77,992	智頭町	55,328	1.4倍	72,707	41
茨城県	境町	101,675	東海村	53,919	1.9倍	82,312	16	島根県	出雲市	88,191	飯南町	58,744	1.5倍	78,028	30
栃木県	上三川町	107,542	那珂川町	61,877	1.7倍	88,516	1	岡山県	早島町	90,492	美咲町	52,985	1.7倍	80,962	22
群馬県	吉岡町	104,873	上野村	61,714	1.7倍	87,422	2	広島県	坂町	87,400	神石高原町	52,238	1.7倍	81,117	20
埼玉県	所沢市	100,070	小鹿野町	52,875	1.9倍	85,298	11	山口県	岩国市	99,561	周防大島町	61,201	1.6倍	86,890	5
千葉県	白井市	100,771	成田市	66,016	1.5倍	86,368	9	徳島県	徳島市	98,100	那賀町	57,197	1.7倍	81,097	21
東京都	千代田区	115,724	三宅村	42,035	2.8倍	80,730	23	香川県	多度津町	96,567	綾川町	64,063	1.5倍	81,425	19
神奈川県	南足柄市	105,231	座間市	74,045	1.4倍	85,706	10	愛媛県	四国中央市	100,161	愛南町	53,119	1.9倍	73,700	39
新潟県	粟島浦村	93,615	津南町	55,285	1.7倍	75,568	36	高知県	馬路村	85,625	三原村	42,870	2.0倍	71,974	43
富山県	黒部市	92,447	氷見市	72,507	1.3倍	78,788	27	福岡県	広川町	88,107	添田町	51,681	1.7倍	74,645	37
石川県	白山市	98,168	七尾市	70,590	1.4倍	85,012	12	佐賀県	基山町	96,865	大町町	66,558	1.5倍	81,578	18
福井県	美浜町	91,955	池田町	53,427	1.7倍	77,879	31	長崎県	大村市	82,290	小値賀町	50,156	1.6倍	69,653	44
山梨県	富士河口湖町	107,192	小菅村	60,412	1.8倍	83,859	13	熊本県	あさぎり町	91,958	玉東町	52,517	1.8倍	73,690	40
長野県	南牧村	101,496	大鹿村	36,807	2.8倍	73,871	38	大分県	臼杵市	89,461	姫島村	47,456	1.9倍	78,048	29
岐阜県	美濃加茂市	100,408	飛騨市	60,563	1.7倍	86,641	7	宮崎県	川南町	91,362	日之影町	56,276	1.6倍	72,680	42
静岡県	牧之原市	99,712	川根本町	55,902	1.8倍	87,180	4	鹿児島県	中種子町	82,944	三島村	34,238	2.4倍	67,573	46
愛知県	田原市	100,194	豊根村	50,072	2.0倍	86,829	6	沖縄県	北大東村	70,642	粟国村	31,242	2.3倍	53,524	47
三重県	木曾岬町	102,845	大紀町	55,992	1.8倍	86,619	8								

(注1) 保険料(税)調定額には介護納付金分を含んでいない。
(注2) 被保険者数は3~2月の年度平均を用いて計算している。
(※)平成22年度 国民健康保険事業年報を基に作成

1人当たり保険料(税)全国平均: 81,021円

保険者規模別構成割合の推移



(注1) 国民健康保険実態調査による。

(注2) 平成20年度以降は75歳以上の者等が国保被保険者でなくなったことから、保険者規模が全体的に減少している。

市町村国保の保険者規模別収納率

年度	全国平均		市部平均										町村部平均			
			市部平均		政令都市 及び特別区		中核市		10万人以上		5万人以上 10万人未満		5万人未満			
		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差		増減差
平成	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
19	90.49	0.09	90.13	0.11	88.32	0.50	89.94	▲ 0.27	89.05	0.04	90.44	0.05	91.98	0.05	93.47	▲ 0.04
20	88.35	▲ 2.13	87.91	▲ 2.22	85.97	▲ 2.36	87.48	▲ 2.47	85.49	▲ 3.56	87.51	▲ 2.93	89.85	▲ 2.12	92.08	▲ 1.39
21	88.01	▲ 0.34	87.58	▲ 0.33	85.89	▲ 0.08	87.16	▲ 0.32	85.56	0.07	86.69	▲ 0.82	89.47	▲ 0.38	91.88	▲ 0.20
22	88.61	0.59	88.19	0.60	86.30	0.41	87.91	0.75	86.56	1.00	87.32	0.63	90.12	0.65	92.42	0.56
23	89.39	0.78	89.01	0.82	87.42	1.12	88.63	0.72	87.31	0.75	88.00	0.68	90.81	0.69	92.98	0.56

(注1) 市部内訳における保険者規模は、年度平均の被保険者数による。

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

【出典】平成23年度国民健康保険(市町村)の財政状況(速報)

市町村国保における保険者の規模と健診実施率との関係

(1) 行政区分

健診実施率の上位に位置する保険者は、全保険者と比較して、相対的に村や町が多く、市が少ない。

	健診実施率50.9%以上 (約上位から10%保険者)		健診実施率21%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
村	65	36.9%	8	4.6%	182	10.4%
町	85	48.3%	75	42.9%	757	43.3%
市	26	14.8%	72	41.1%	686	39.2%
特例市	0	0.0%	4	2.3%	39	2.2%
中核市	0	0.0%	10	5.7%	41	2.3%
政令指定都市	0	0.0%	6	3.4%	20	1.1%
特別区	0	0.0%	0	0.0%	23	1.3%
合計	176	100.0%	175	100.0%	1748	100.0%

(2) 健診対象者の規模

健診実施率の上位に位置する保険者は、500人未満が20.5%を占めている。

	健診実施率50.9%以上 (上位から約10%保険者)		健診実施率21%以下 (下位から約10%保険者)		全保険者	
	数	構成割合	数	構成割合	数	構成割合
500人未満	36	20.5%	5	2.9%	74	4.2%
500~1,000人未満	32	18.2%	14	8.0%	129	7.4%
1,000~5,000人未満	78	44.3%	61	34.9%	666	38.1%
5,000~10,000人未満	17	9.7%	41	23.4%	343	19.6%
10,000~50,000人未満	13	7.4%	38	21.7%	449	25.7%
50,000~100,000未満	0	0.0%	10	5.7%	61	3.5%
100,000~500,000人未満	0	0.0%	5	2.9%	25	1.4%
500,000~10,000,000未満	0	0.0%	1	0.6%	1	0.1%
10,000,000人以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

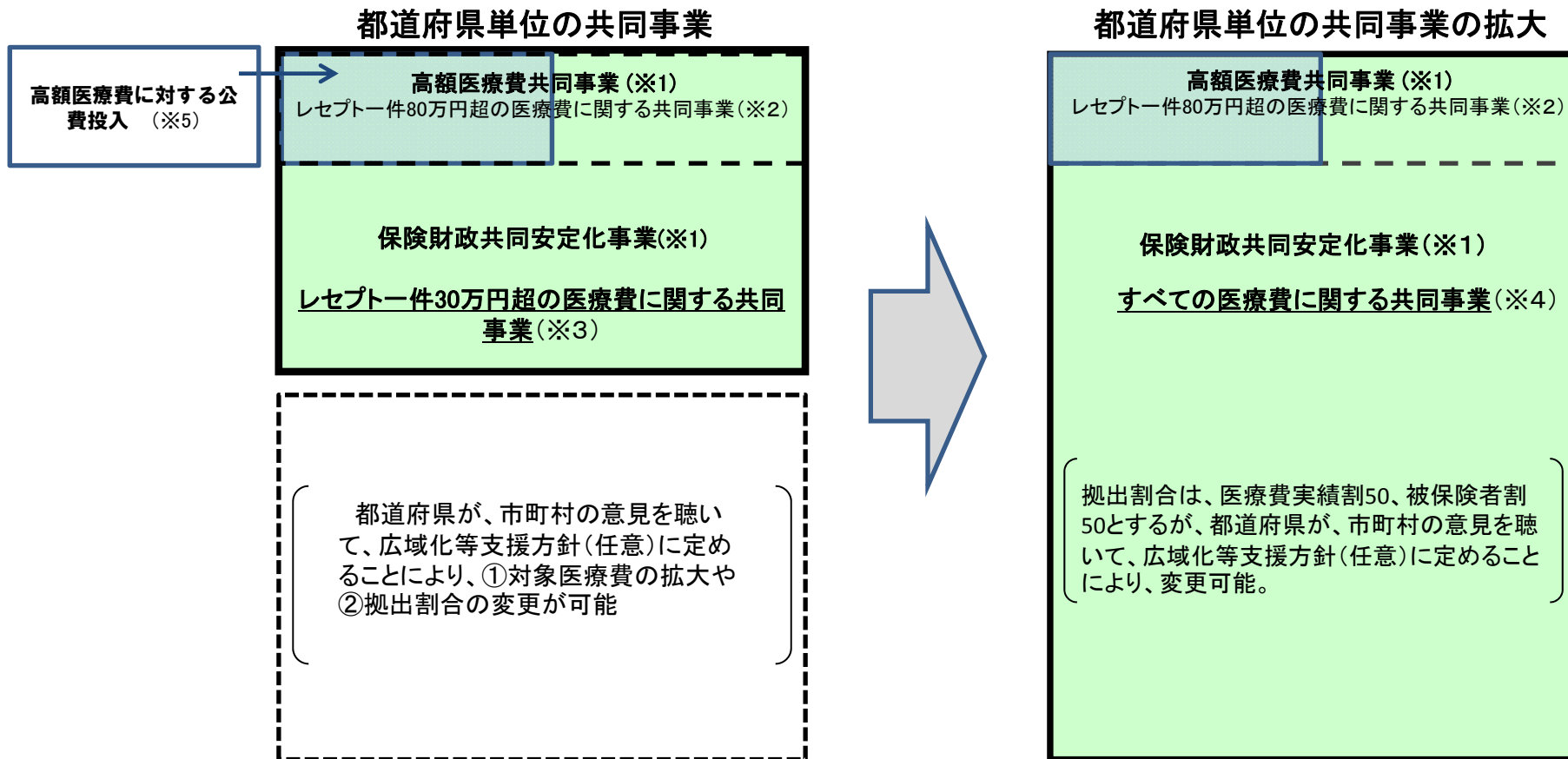
財政運営の都道府県単位化の推進

○ 市町村国保の都道府県単位の共同事業(保険財政共同安定化事業)について、事業対象をすべての医療費に拡大する。【平成27年度】

※ 拠出割合は、医療費実績割50、被保険者割50とするが、都道府県が、市町村の意見を聴いて変更可能。

【現行】

【改正後】



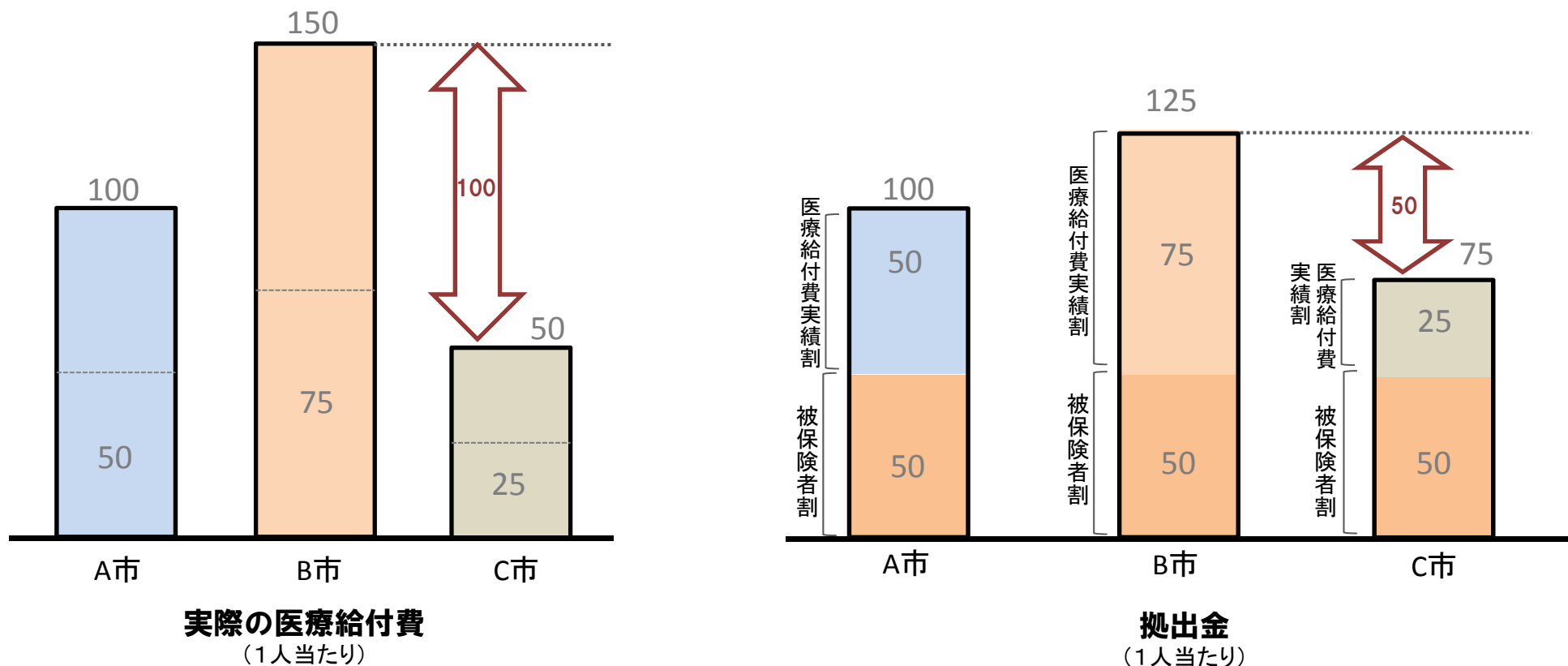
- ※1 いずれも、現在は、平成22年度から平成25年度までの暫定措置
- ※2 医療費のうち80万円を超える額を対象としている。
- ※3 30万円を超えるレセプトのうち、8万円(自己負担相当分)を控除した額を対象としている。
- ※4 自己負担相当額等を除く。
- ※5 市町村の拠出金に対して国及び都道府県が1/4ずつ負担している。

都道府県単位の共同事業の仕組み

- 都道府県内の市町村国保の医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する事業。
- これにより、都道府県内の市町村国保の財政の安定化(毎年の医療費の変動による財政への影響の緩和)及び保険料の平準化(医療費の差による保険料の相違の緩和)が図られる。
- ※ 以下イメージ図で見ると、共同事業の実施により、市町村間の格差が最大100 → 50 に縮小する。

都道府県単位の共同事業

(事務:国民健康保険団体連合会)



※ 医療給付費の実績(3年平均)と被保険者数に応じて拠出

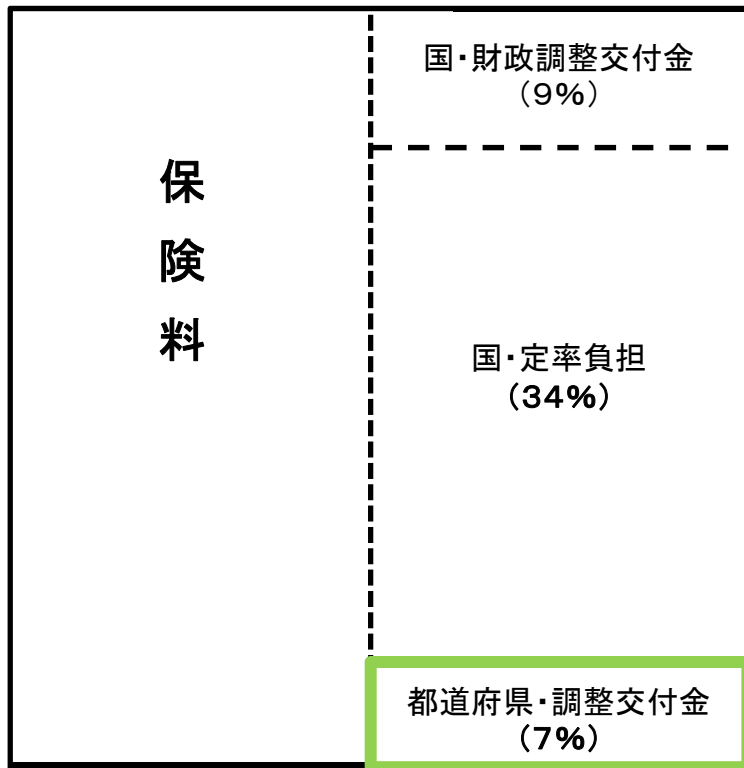
都道府県調整交付金の割合の引上げ

○ 都道府県の財政調整機能の強化と市町村国保財政の共同事業の拡大の円滑な推進等のため、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

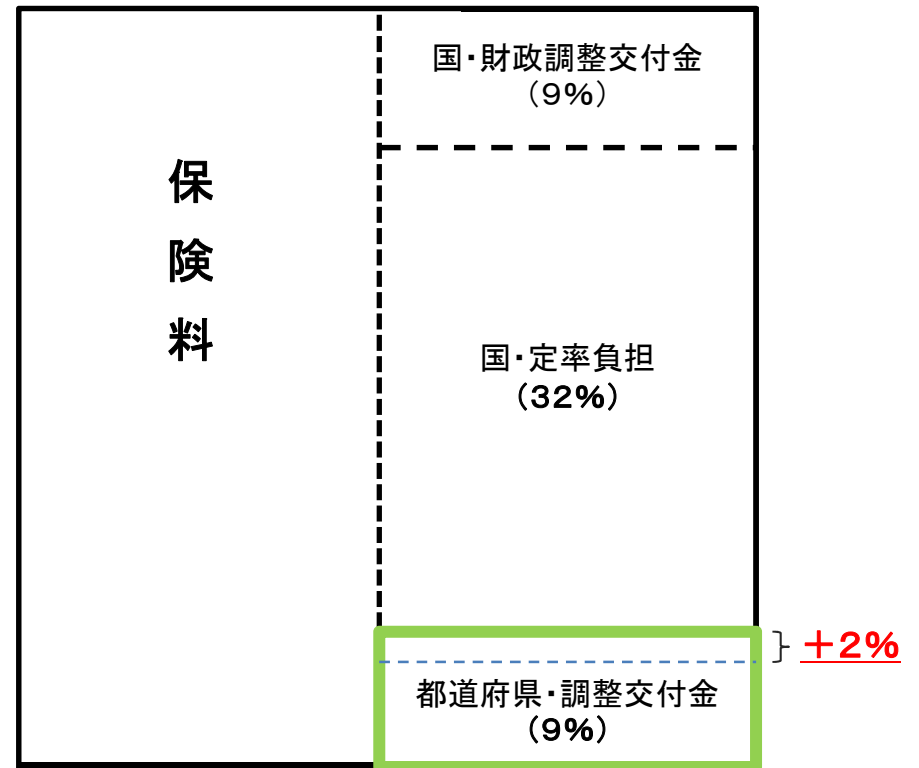
※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

※ 都道府県調整交付金は、地域の実情に応じて、都道府県内の市町村間の医療費水準や所得水準の不均衡の調整や地域の特別事情に対応するために交付されている。

【現行】



【改正後】



※ 都道府県・調整交付金の2%増分の額は、平成24年度ベースで1,526億円

国民健康保険制度に関するスケジュール

平成25年度		平成26年度		平成27年度	
上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)	上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)	上半期 (4~9月)	下半期 (10~3月)
	消費税引き上げ ▲ (5% → 8%) 26.4			消費税引き上げ ▲ (8% → 10%) 27.10	
<div style="border: 1px dashed orange; padding: 10px; background-color: #f8d7da;"> <p>低所得者保険料軽減や保険者支援制度の拡充（～2,200億円程度） 【政令改正・税制改正】 <具体的な実施時期は今後検討></p> </div>					
				27.4 施行	
<div style="border: 1px solid blue; padding: 10px; background-color: #d1ecf1;"> <p>■ 保険財政共同安定化事業の対象を全医療費に拡大し、 財政運営の都道府県単位化を推進 【平成24年度国保法改正】</p> </div>					

国民健康保険事業の事務の広域化（保険料賦課・徴収方法の比較）

- 現在、国民健康保険事業を広域連合により実施しているのは、空知（そらち）中部広域連合（北海道：6市町）、大雪（だいせつ）地区広域連合（北海道：3町）、後志（しりべし）広域連合（北海道：16町村）、最上地区広域連合（山形：4町村）の4例。
- 広域連合により国保事業を実施する場合の保険料の賦課・徴収について、大きく以下2つの方法がある。

	分賦金方式	直接賦課方式
広域連合名	空知中部広域連合（北海道） 後志広域連合（北海道）	大雪地区広域連合（北海道） 最上地区広域連合（山形）
賦課主体	各市町村	広域連合
料／税	各市町村において選択可 （空知：6市町すべて国保税） （後志：16町村すべて国保税）	国保税のみ可
賦課基準	各市町村が独自に選択 （空知：5市町4方式、1町3方式） （後志：16町村すべて4方式）	構成市町村すべて統一 （大雪：4方式） （最上：4方式）
徴収主体	各市町村	各市町村
未納が生じた場合の財政責任	各市町村 ※広域連合は給付に必要な額を市町村に分賦金として賦課し、市町村は収納率に関わらず分賦金を納付 （分賦金納付率100%）	広域連合 ※市町村は徴収した額のみ納付
収納率 （平成23年度）	空知：97.2% 後志：94.7% ※広域連合を構成する市町村全体の収納率	大雪：94.8% 最上：92.2%

（注）直接賦課方式においても、広域連合を構成する市町村をいくつかのグループに分類し、グループごとに賦課基準を決定する方式（不均一方式）が制度上は可能であるが、実例はない。

保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書(概要)

平成24年度厚生労働省委託事業(平成25年3月みずほ情報総研株式会社)

○ 保険者機能とは「保険者が果たしている(果たすべき)役割・機能」であり、以下の①～⑥と整理。

保険者とは

医療費の資金調達(ファイナンス)に関し社会保険方式を採用
⇒ 保険運営を行う主体が必要 (= 保険者)

医療にはファイナンスの前に
医療サービスの提供・受療という過程がある
⇒ 保険者は医療の共同購入組織・加入者の健康の保持増進を図る必要

保険者機能とは

① 被保険者の適用(資格管理) ③ 保険給付(付加給付も含む)
② 保険料の設定・徴収 ④ 審査・支払

⑤ 保健事業等を通じた加入者の健康管理
⑥ 医療の質や効率性向上のための医療提供側への働きかけ

加入者のエージェントとして、加入者の利益の最大化を図る観点から、具体的に整理すると...

- ① 適正に被保険者の適用・資格管理を行うこと
- ② 加入者のニーズを把握し、保険給付費等に見合った保険料率の合意・決定を自律的に行い、確実に保険料を徴収することにより安定的な財政運営を行うこと
- ③ 必要な法定給付を行うほか、加入者のニーズを踏まえ付加給付を行うこと
- ④ レセプト点検の実施や療養費の点検・審査強化などを通じて、適正な審査・支払を行うこと
- ⑤ レセプトデータ・健診データを活用し、加入者のニーズや特徴を踏まえた保健事業等を実施し、加入者の健康の保持増進を図ること
 - ・ 加入者に対し、保険制度や疾病予防・健康情報、医療機関の選択に役立つ情報について啓発や情報提供を行うこと
 - ・ 医療機関等との連携を密にし、加入者に適切な医療を提供すること
- ⑥ 医療費通知や後発医薬品の使用促進などにより医療費の適正化を図り、加入者の負担を減らすこと
 - ・ レセプトデータ等の活用による医療費等の分析、医療関連計画の策定への参画、診療報酬の交渉などにより良質な医療を効率的に提供するよう医療提供側へ働きかけること

- ※1 保険者機能の発揮には、一定の体制整備とコストが必要であり、保険者機能と一口にいても、複数の保険者が共同で行うことになじむもの、保険者全体(例えば保険者協議会)で対応すべきものがあること、保険者種別ごとの制度上の違いがあること、保険者ごとの置かれている状況に応じて最重要課題として取り組んでいることが異なることなどを踏まえた対応が必要。
- ※2 複数の保険者が共同で行うことになじむもの、保険者全体(例えば保険者協議会)で対応すべきものなど、個々の保険者機能の内容・性格等を踏まえた対応が必要。 23

保険者による医療費適正化の取組

- 医療保険者は医療費適正化のための取組を主体的に実施。
- 厚生労働省では、医療費適正化の推進などの保険者機能の発揮が円滑に行われるよう、保険者による主体的な取組を促進。

保険者における取組事例

① 現状の把握

- ・ 医療費分析の実施
被保険者の受診状況、医療機関や医薬品に関する情報を収集・分析を行う

（保険者による分析を支援するシステムが稼働予定（平成24年度予算等で補助））

- ・ 国保データベースシステム：平成25年10月から
- ・ 健保連システム：平成26年6月頃から

② 被保険者に対する情報提供・指導

- ・ 医療費通知の送付
医療費の実情、健康に対する認識を深めることを目的とし、被保険者・被扶養者に対し医療費を通知
- ・ 重複・頻回受診者に対する指導
同疾病で複数医療機関に受診している者等へ指導
- ・ 後発医薬品の使用促進
差額通知の送付等を行い、後発医薬品の使用を促進

③ 有病者の重症化の予防

- ・ 保健指導の実施
投薬状況等から一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、生活習慣病等の改善に向けた指導を行う
- ・ 医療機関への受診勧奨
健診データとレセプトデータを突合し、健診データで異常値を出しているにもかかわらず、通院していない者等に対し、受診勧奨を行う

④ 給付の適正化

- ・ レセプト点検の実施
請求誤りの多い事項等重要事項を定めた上でレセプト点検を行う
- ・ 傷病手当の適正支給
レセプト等関係資料の確認、調査等により、傷病手当の適正支給に努める
- ・ 柔道整復師に係る療養費の適正化
被施術者への医療費通知や負傷部位の原因調査により療養費の給付適正化を図る

2. 被用者保険・高齢者医療制度の課題

- ① 被用者保険の課題
- ② 高齢者医療制度の在り方
- ③ 後期高齢者支援金の総報酬割

(第10回国民会議後の清家会長記者会見冒頭発言(抜粋))

総報酬割によって浮いた財源をどうするかということについても、やはり基本的にはラストリゾートとしての国保の持続可能性を高めるために投入する方向性があるのではないかと考えてございますが、ただし、その際にも、他の選択肢も含めて、その方向でこれから検討していく際に、さらにコスト・ベネフィット、メリット・デメリットを検討していく必要がある。そういう条件のもとで総報酬割によって浮いた財源を国保の持続可能性を高めるために投入する方向で検討してはどうかと取りまとめさせていただきました。

被用者保険の課題

1. 協会けんぽの財政基盤強化

①被保険者の所得水準停滞

- ・被保険者一人あたり標準報酬月額推移
協会けんぽ・・・387万円(19年度)→374万円(21年度)→370万円(23年度)

②協会けんぽの保険料率が大きく上昇

- ・協会けんぽの保険料率
8.2%(21年度)→9.34%(22年度)→9.5%(23年度)→10.0%(24年度)



国庫補助の引上げ措置の2年間延長

協会けんぽの財政基盤の強化・安定化のため、平成22年度から平成24年度までの間講じてきた国庫補助の13%から16.4%への引き上げ措置を2年間延長。(健保法等の一部を改正する法律)

2. 被用者保険者間の負担の格差

保険者間に大きな財政力格差

- ・被保険者一人あたり標準報酬総額
協会けんぽ370万円、健保組合553万円(23年度)



1/3総報酬割の2年間延長

後期高齢者支援金の負担方法について、被用者保険者が負担する後期高齢者支援金の3分の1を、各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置を2年間延長。(健保法等の一部を改正する法律)

全面総報酬割の検討

後期高齢者支援金の負担方法について、全面的に各被用者保険者の総報酬に応じた負担することについて、社会保障制度改革国民会議等の議論を踏まえ、検討。

3. 高齢者医療への拠出金負担増大

高齢者医療への拠出金負担増大

- ・義務的支出に占める高齢者医療拠出金(後期、前期)の割合
協会けんぽ・・・38.9%(22年度)→41.4%(27年度推計)→43%(32年度推計)
健保組合・・・44.4%(22年度)→47.1%(27年度推計)→48.5%(32年度推計)



高齢者医療制度の在り方

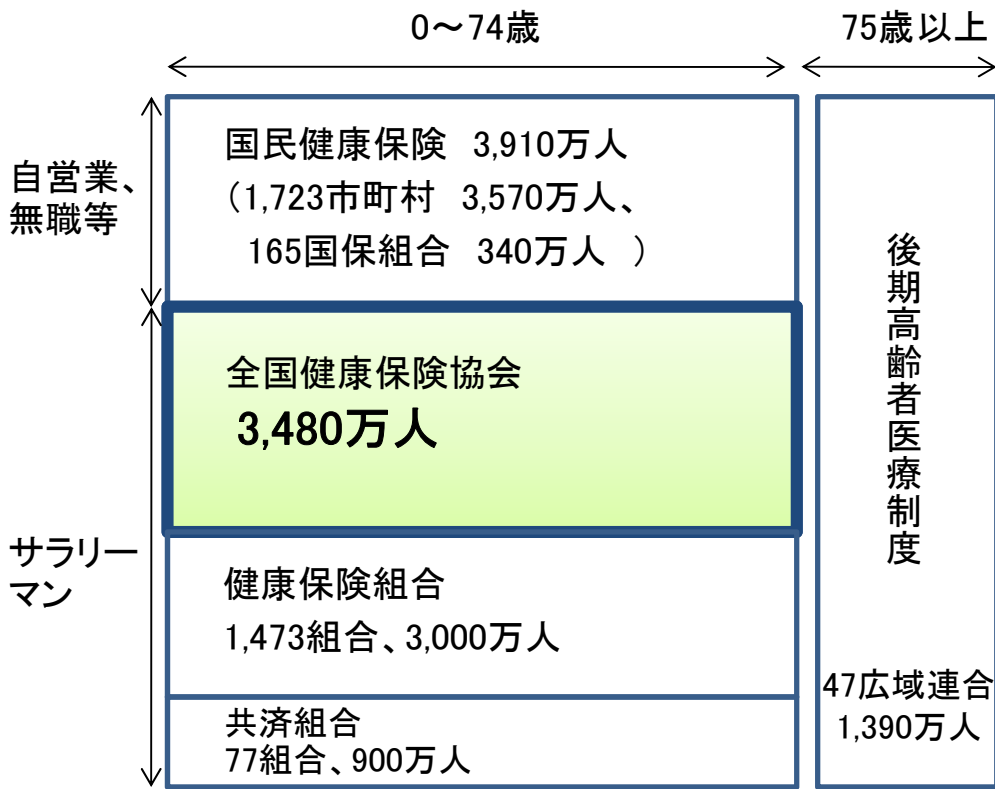
高齢者医療制度の在り方について、社会保障制度改革国民会議等の議論を踏まえ、検討。

※その他、平成28年10月から、短時間労働者への健康保険の適用拡大を実施。施行後3年以内に適用範囲について検討予定。

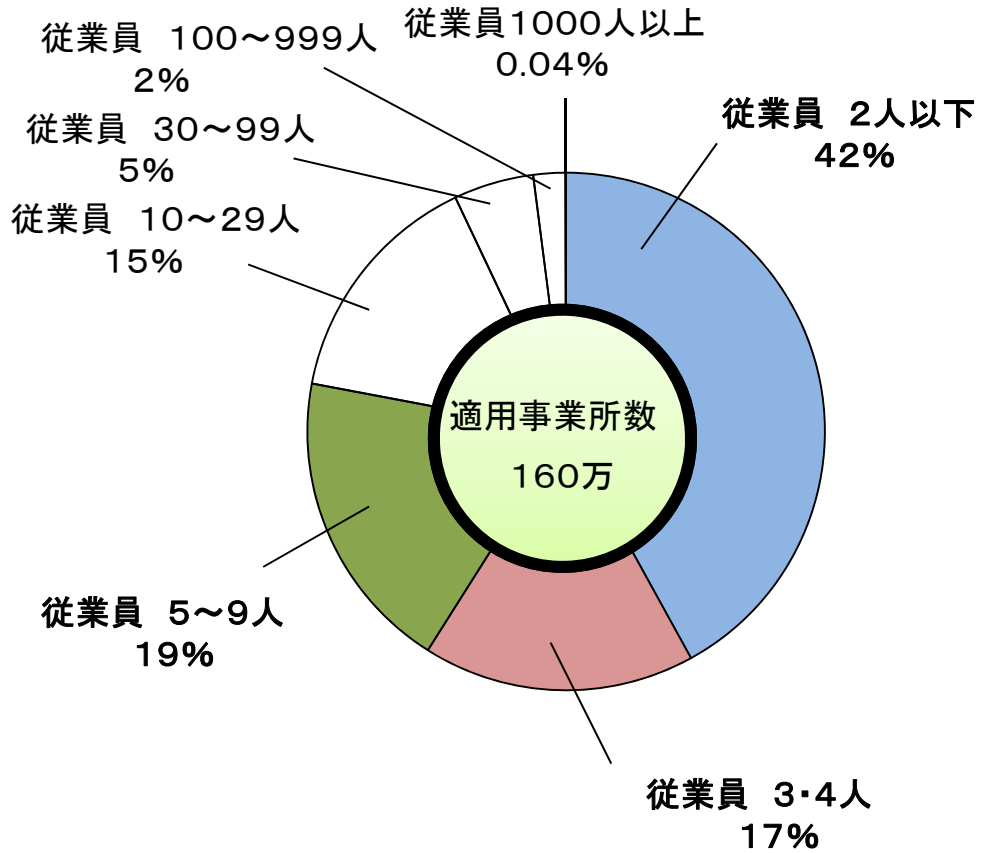
協会けんぽ(全国健康保険協会)について

- 3480万人(国民の3.6人に1人)が加入者。
- 中小企業・小規模企業が多く、事業所数の約8割が従業員9人以下。

○ 保険者の位置付け (22年3月末)



○ 協会の事業所規模別構成 (24年3月末)



各保険者の比較

○各医療保険制度は、その加入者の所得水準や年齢構成が異なっており、所得水準が低く、年齢の高い(＝医療費が高い)保険制度では保険料負担率(本人負担率)が高くなっている。

	一世帯当たり 平均所得(※1) (平成23年度)	加入者平均年齢 (平成23年度)	加入者一人当たり医療費 (平成23年度)	平均保険料負担率(※2) (平成23年度)
健保組合	3 7 4 万円	34. 1 歳	14. 2 万円	5. 0% <本人負担のみ>
協会けんぽ	2 4 2 万円	36. 3 歳	15. 9 万円	7. 2% <本人負担のみ>
市町村国保	1 4 5 万円 (平成22年度)	50. 0 歳	29. 9 万円 (平成22年度)	9. 7% <全額本人負担> (平成22年度)

出典:厚生労働省資料

(※1) 市町村国保においては、「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「分離譲渡所得金額」を加えたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」によるもので、それぞれ前年の所得である。
協会けんぽ、組合健保については「被保険者一人当たり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を被保険者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※2) 保険料負担率は、被保険者一人当たり平均保険料を被保険者一人当たり平均所得で除したものである。

現行の高齢者医療制度

制度の概要

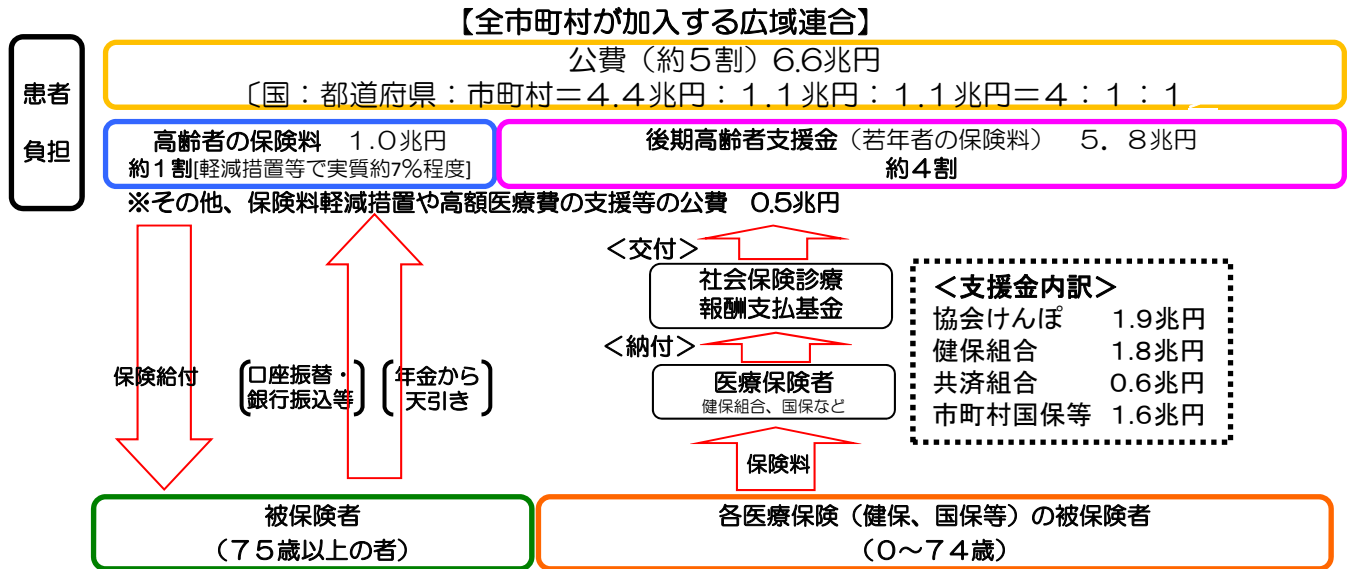
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

＜対象者数＞
75歳以上の高齢者 約1,500万人

＜後期高齢者医療費＞
15.0兆円（平成25年度予算ベース）
給付費 13.8兆円
患者負担 1.2兆円

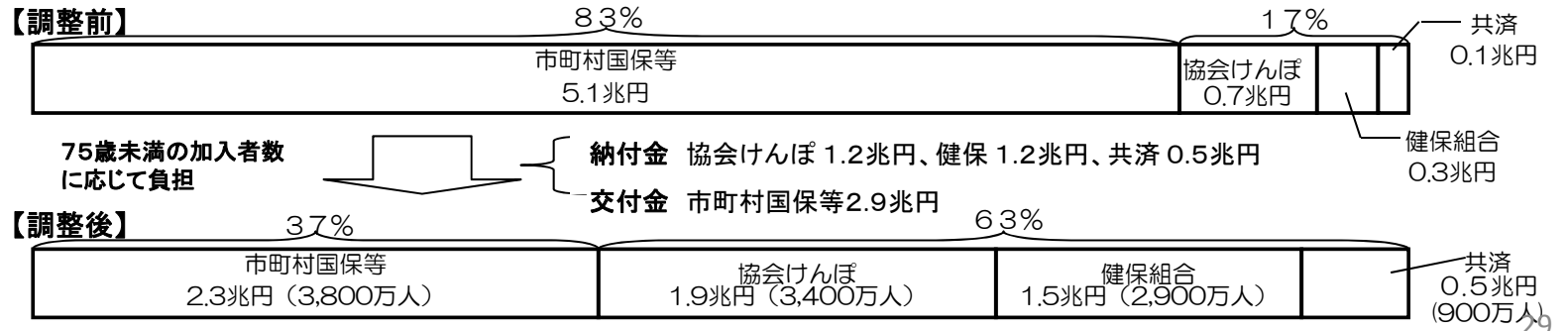
＜保険料額（平成24・25年度見込）＞
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は 約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

＜対象者数＞
65～74歳の高齢者 約1,500万人

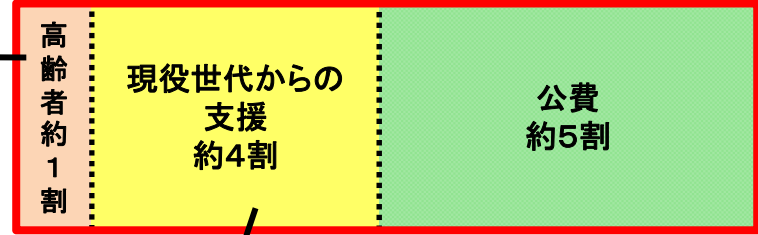
＜前期高齢者給付費＞
6.1兆円
（平成25年度予算ベース）



高齢者の保険料負担率の仕組み

○ 高齢者の保険料は、「高齢者の一人当たり医療費の伸び」により増加。

○ 高齢者医療を支える現役世代からの支援は、「高齢者一人当たり医療費の伸び」に加えて、「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」により増加。



現行制度

- 現役世代の負担の上昇を抑えるため、「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、高齢者の保険料の負担率(当初10%)を段階的に引き上げる仕組み。
- これについて、以下の課題がある。
 - ① 高齢者と現役世代の保険料規模の違い(1:14)を考慮していないことから、基本的に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。
 - ② 高齢者人口の増加分を、現役世代と高齢者で分かち合っていない。

※ 平成22年法改正により、高齢者の保険料上昇抑制のため、財政安定化基金等を活用できる仕組みとし、高齢者の保険料の伸びは現役世代の支援金の伸びより抑制されている。

○ 「高齢者人口の増加」と「現役世代人口の減少」による現役世代の負担の増加分について、負担能力に応じて公平に負担する観点から、高齢者と現役世代の保険料規模に応じて分担する仕組みとしてはどうか。(高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ)

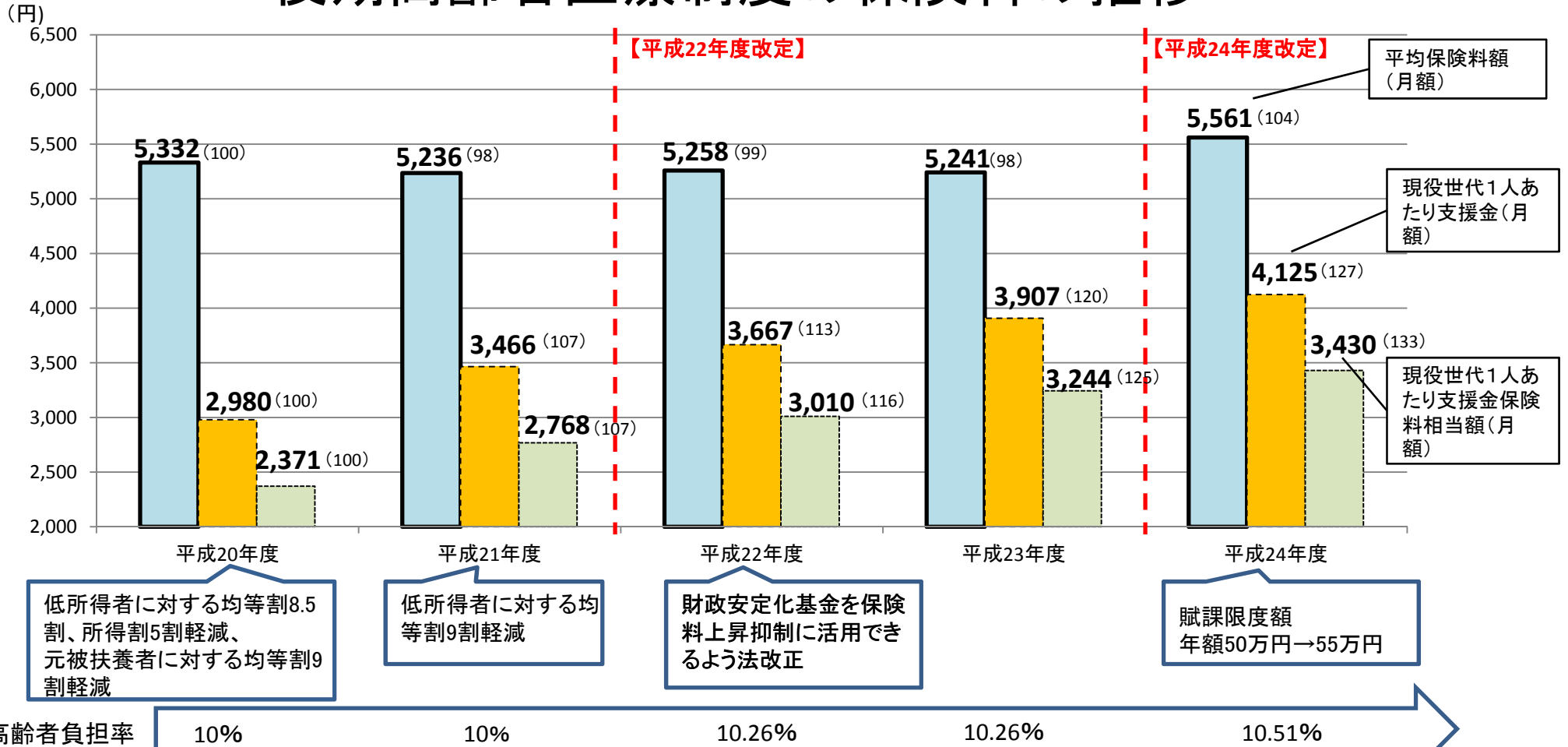
→ 高齢者と現役世代の一人当たり医療費の伸びが同じであれば、高齢者と現役世代の保険料の伸びはほぼ均衡する。

後期高齢者負担率の見通し

20年度	22年度	24年度	26年度
10%	10.26%	10.51%	10.78%

(注) 現行制度、2012年度予算ベース推計
負担率は2年ごとに見直すため、奇数年度は、その前年度と同じ率。

後期高齢者医療制度の保険料の推移

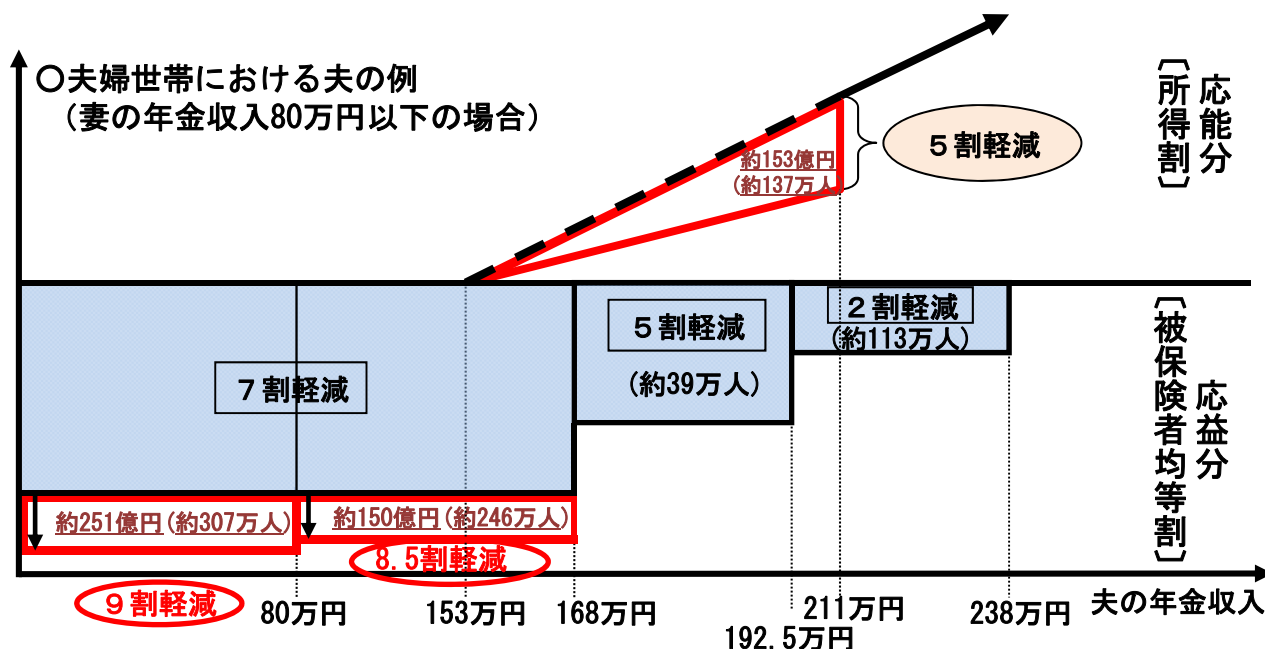


- ※ 平均保険料額について、平成20～23年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査を基に算出、平成24年度は保険料率改定時の見込額。
- ※ 支援金は、平成20～22年度は高齢者の医療の確保に関する法律による保険者の前期高齢者交付金等の額の算定に係る率及び額を定める告示を、平成23・24年度は予算額を基に算出。
- ※ 支援金保険料相当分は支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～22年度は確定ベース、平成23・24年は予算額を基に算出。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
- ※ 各年度の()の数値は平成20年度の金額を100としたときの数値。(支援金及び支援金保険料相当分については、満年度化の影響排除のため、平成20年度のコに12/11を乗じたものを100として計算している。)
- ※ 低所得者及び元被扶養者に対して保険料軽減の特例措置が行われている。
低所得者への保険料軽減の特例措置：平成20年度は均等割8.5割軽減及び所得割5割軽減、平成21年度以降は均等割9割・8.5割軽減及び所得割5割軽減
元被扶養者への保険料軽減の特例措置：均等割軽減9割軽減、所得割は賦課せず
- ※ 平成24年度の保険料額は、2年分の1人当たり医療費の伸び、後期高齢者負担率の引上げ、平成22年度の改定時に剰余金・財政安定化基金を活用して抑制した分等により一定程度の上昇が見込まれたが、23年度末までに生じる剰余金の活用及び財政安定化基金の活用により、約6%の伸びとなった。

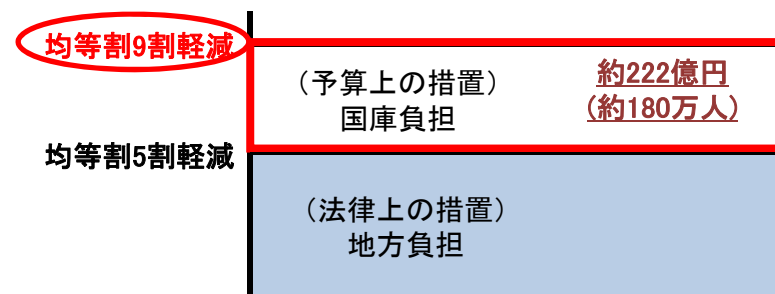
後期高齢者医療制度の保険料軽減について

- 後期高齢者医療制度は、毎年度、個人単位で保険料を算定し、被保険者が納付義務を負う。
- 保険料は、広域連合の条例で定め、①被保険者に等しく賦課する均等割額、②所得に応じて賦課される所得割額を合算して算定する。
- 低所得者対策として、世帯の所得に応じて均等割の7・5・2割の軽減措置、被用者保険の被扶養者であった者の軽減措置(均等割5割軽減、所得割賦課せず、加入から2年間限り)が、制度上設けられている。
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、保険料軽減対策として、平成20年度以降毎年度、予算により、
 - ①低所得者の更なる保険料軽減(均等割9・8.5割軽減、所得割5割軽減)
 - ②被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、当分の間)の特例措置を実施している。

【低所得者への保険料軽減（平成25年度）】



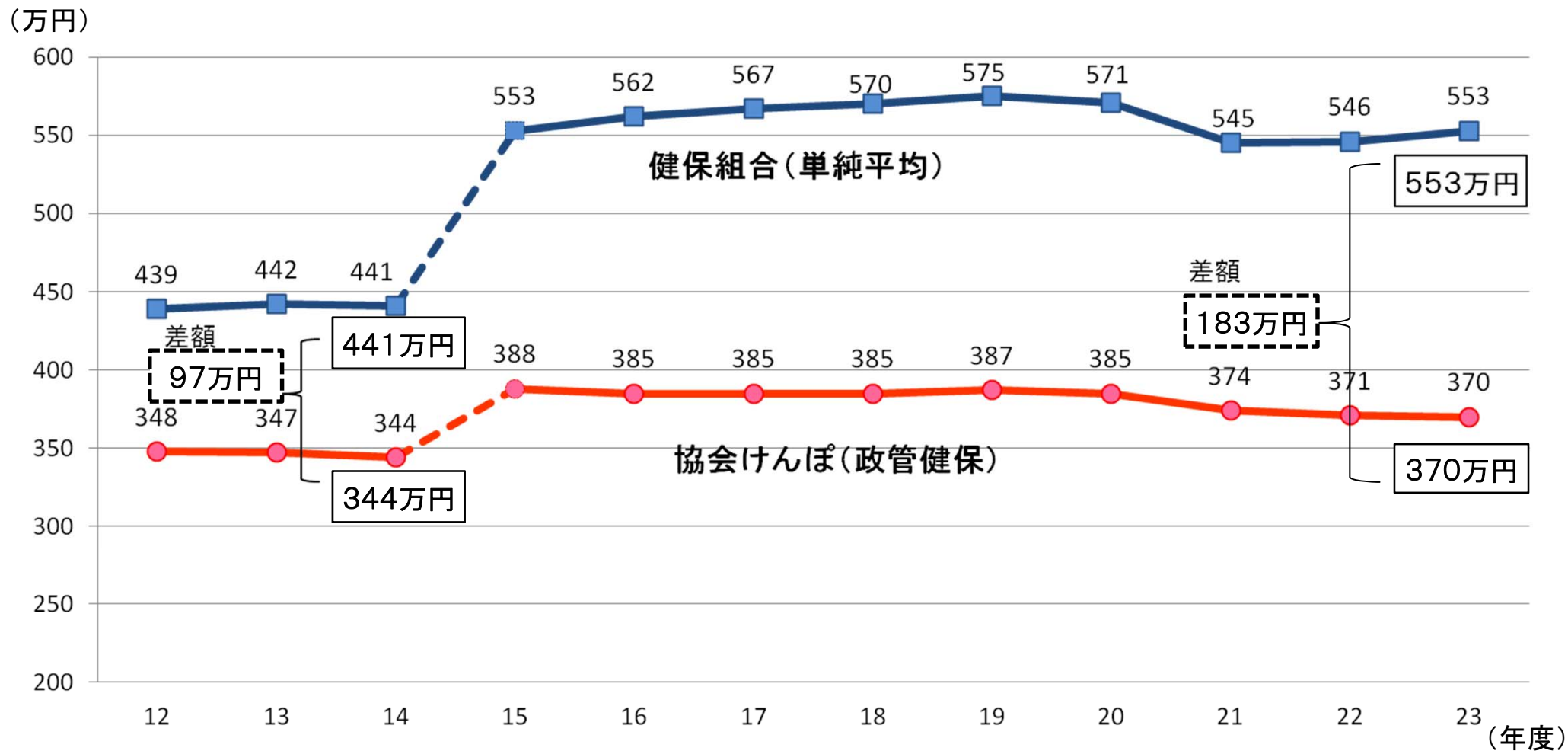
【元被扶養者への保険料軽減（平成25年度）】



※元被扶養者の軽減は制度上、加入から2年間限りとされているが、特例措置により、期限を設けずに軽減している。

協会けんぽと健保組合の報酬水準の推移

○ 平成15年度より総報酬制へ移行してから、保険料の基礎となる報酬水準の格差が拡大。

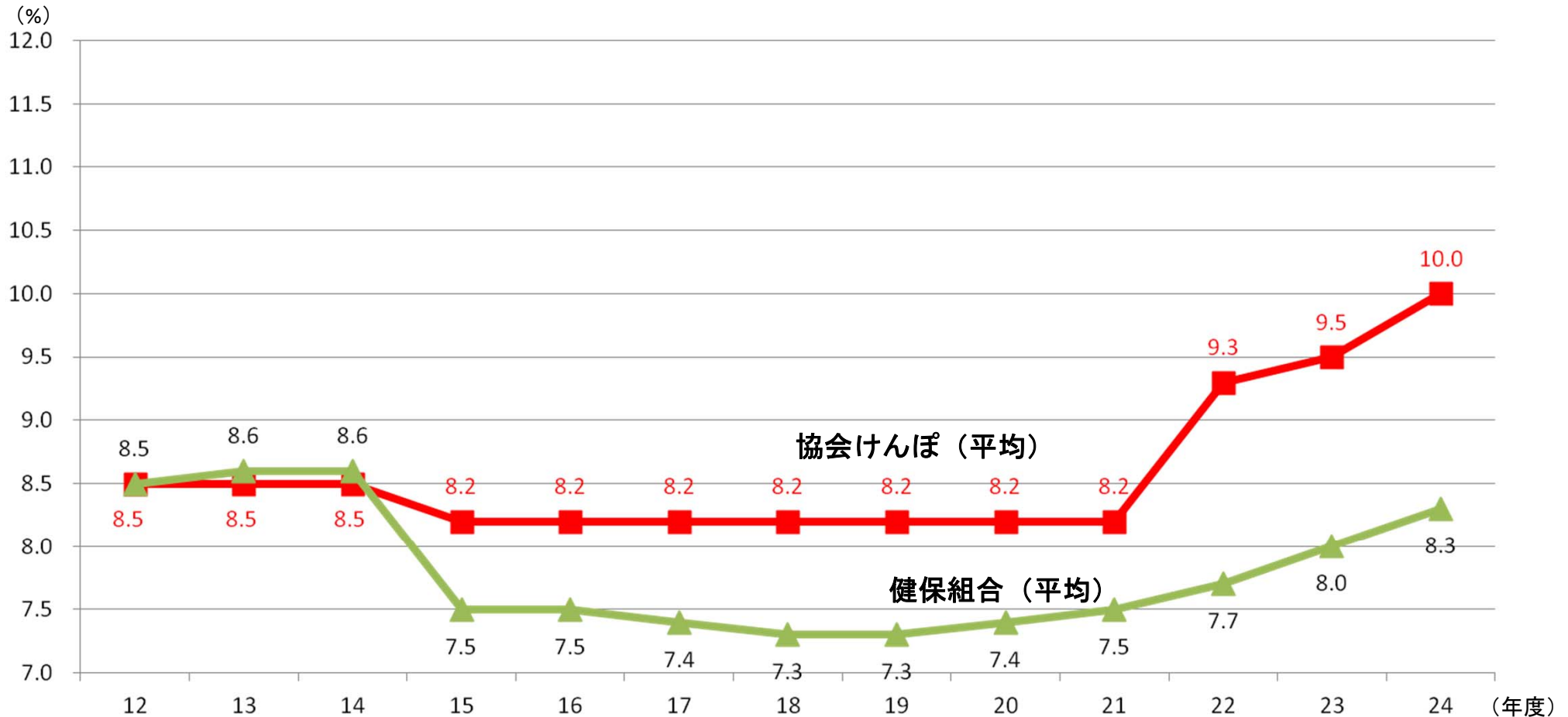


注1：健康保険組合は平成22年度までは決算、平成23年度は決算見込。

注2：平成元～14年度は、被保険者1人当たり標準報酬月額を単純に12倍。15年度以降は、賞与を含む被保険者1人当たり標準報酬総額。

協会けんぽと健保組合の保険料率の推移

- 近年、協会けんぽ、健保組合ともに保険料率を引き上げている。協会けんぽの引き上げ率の方がより大きい。
- 協会けんぽへの国庫補助により、一定程度格差が縮小されている。



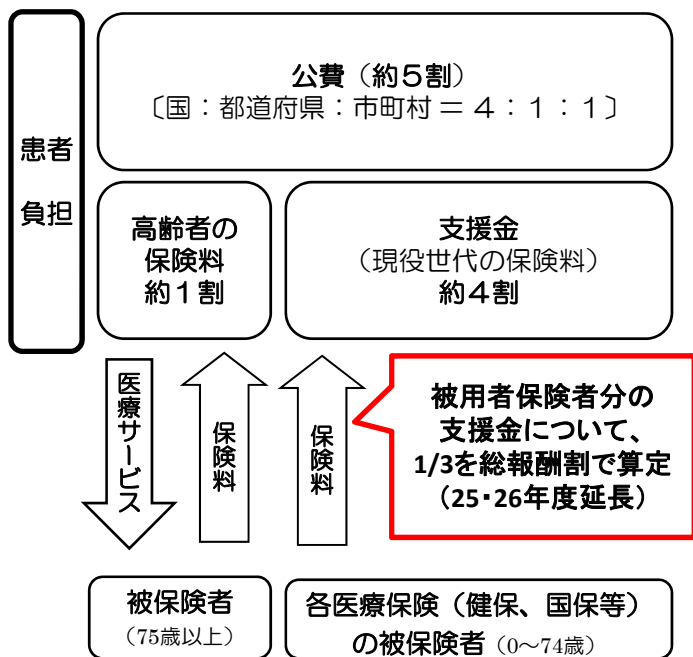
(※1) 平成15年度に保険料率が下がっているのは、総報酬制（賞与にも月収と同じ保険料率を賦課）の導入によるもの。

(※2) 健康保険組合の保険料率（調整保険料率含む）は、「組合決算概況報告」「23年度健保組合決算見込」、「24年度健康保険組合の予算早期集計」による。

後期高齢者支援金の総報酬割について

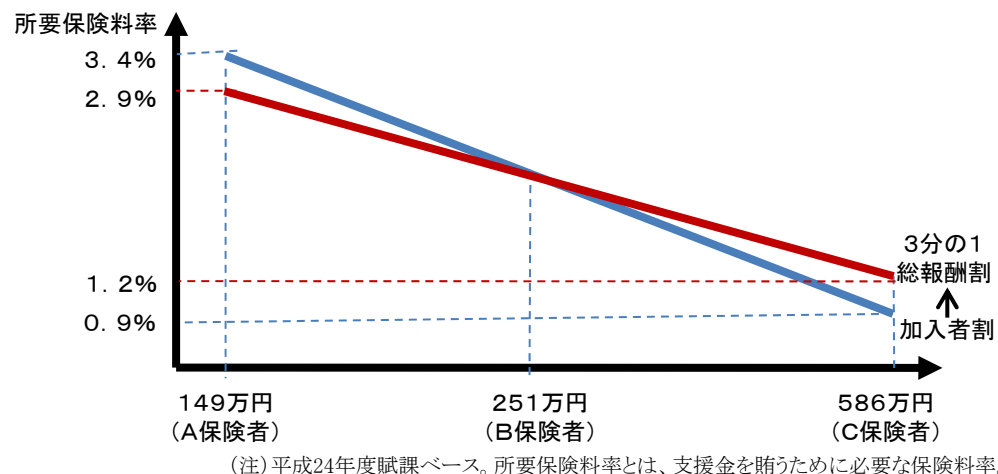
- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち現役世代の保険料による支援金については、原則、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分しているが、被用者保険者の財政力にばらつきがあることから、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなる。
- このため、財政力の弱い協会けんぽの財政支援を行うとともに、負担能力に応じた費用負担とする観点から、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬割、3分の2を加入者割とする負担方法を導入している(国保と被用者保険の間では、加入者割を維持)。【平成22年度から24年度に実施、平成25・26年度延長】

75歳以上の医療給付費に係る費用負担の仕組み



支援金内訳
(平成25年度予算)
(1/3総報酬割の場合)
協会けんぽ1.9兆円
健保組合1.8兆円
共済組合0.6兆円
市町村国保等1.6兆円

加入者割から3分の1総報酬割にした場合の所要保険料率の変化(イメージ)



加入者割から3分の1総報酬割にした場合に負担増・負担減となる保険者

	健保組合	共済
負担増	935	83
負担減	498	2

後期高齢者支援金の総報酬割拡大による影響

○ 全面総報酬割を導入した場合、健保組合・共済組合との財政力の違いに着目した協会けんぽの支援金負担への国庫負担（H27年度2,300億円）は不要となる。

○ 総報酬割を拡大した場合の各保険者の支援金負担額の変化（H27年度推計）

		協会けんぽ	健保組合	共済	被用者保険計
現行	2/3 加入者割	1兆4,300億円 うち公費 2,300億円	1兆2,300億円	3,900億円	3兆600億円
	加入者数	3,400万人(47%)	2,800万人(40%)	900万人(12%)	7,100万人
	1/3 総報酬割	6,000億円	6,800億円	2,400億円	1兆5,300億円
	総報酬額	72.0兆円(40%)	81.5兆円(45%)	28.3兆円(16%)	182.2兆円
	計(①)	2兆400億円	1兆9,200億円	6,200億円	4兆5,800億円
1/2総報酬割(③)		1兆9,800億円	1兆9,500億円	6,500億円	4兆5,800億円
負担額の変化(③-①)		▲600億円	300億円	200億円	±0億円
2/3総報酬割(④)		1兆9,200億円	1兆9,900億円	6,700億円	4兆5,800億円
負担額の変化(④-①)		▲1,100億円	700億円	400億円	±0億円
全面総報酬割(⑤)		1兆8,100億円	2兆600億円	7,100億円	4兆5,800億円
負担額の変化(⑤-①)		▲2,300億円	1,400億円	900億円	±0億円

○ 総報酬割拡大により負担増・負担減となる保険者数（例）不要となる国庫負担（平成27年度：2300億円）を活用した場合の影響（H27年度推計）

	健保組合	共済
負担増	909	81
負担減	502	4

- ・国保へ公費投入した場合 : 国保の負担減
- ・協会けんぽへ公費投入した場合 : 協会けんぽの負担減
- ・前期高齢者医療へ公費投入した場合 : 被用者保険の負担減

※ 後期高齢者支援金に係る前期納付金分も含む。
 ※ 平成25年度予算ベースに基づく推計。

健康保険法等の一部を改正する法律の概要（平成25年5月24日成立）

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

1. 法律の概要

I 協会けんぽへの財政支援措置

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

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

II その他

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

2. 施行期日

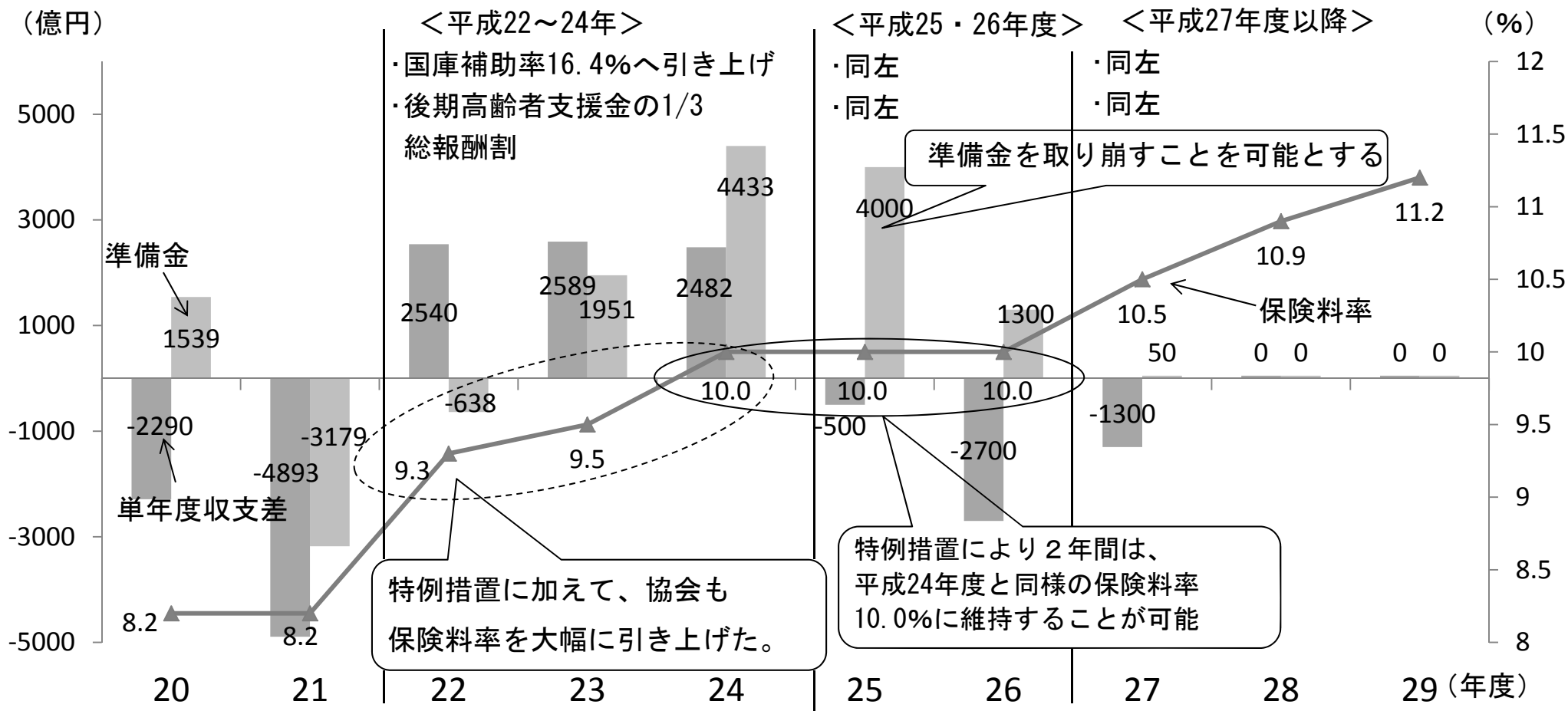
公布の日（平成25年5月31日）

※ ただし、II①に関する改正については、平成25年10月1日。

今回の法改正による協会けんぽの保険料率の見通し

○ 協会けんぽの財政対策として、平成25年度及び平成26年度は

- ① 国庫補助率を13%から16.4%に引き上げる
- ② 後期高齢者支援金の3分の1に総報酬割を導入する
を引き続き実施する。
- ③ 加えて、協会けんぽの準備金を取り崩すことを可能とする。



(参考) 協会けんぽの保険料率の推移:

8.2% (21年度) → 9.34% (22年度) → 9.5% (23年度) → 10.0% (24年度) → 10.0% (25年度)

健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

(平成25年5月23日参議院厚生労働委員会)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

- 一、後期高齢者医療制度及び前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整による拠出金によって、運営に困難をきたしている保険者に対する財政支援を、同法案の措置期限である平成二十六年までまでの間、継続し、かつ更に充実すること。
- 二、高齢者医療制度に係る保険者間の費用負担の調整については、その再構築に向け、広く関係者の意見を聴取するとともに、若年者の負担が過大なものとならないよう、公費負担を充実すること。
- 三、協会けんぽについては、中長期的な財政基盤の強化を図るため、国庫補助率について、健康保険法本則を踏まえて検討し、必要な措置を講ずること。
- 四、国民健康保険制度については、適切な財政支援を行うとともに、平成二十七年度からの都道府県単位の共同事業の拡大の円滑な実施に努めること。

右決議する。

3. 医療提供体制の課題

- ① 医療提供体制の重点化・効率化と機能分化・連携
- ② 都道府県の権限
- ③ 医療関連データの収集・分析等

(第10回国民会議後の清家会長記者会見冒頭発言(抜粋))

医療提供体制の重点化・効率化についてはこれまでも繰り返し、例のウィングラス型の図柄から説明されて、それをどう改革するかということがポイントになってきているわけですが、その基本的な道筋は地域医療計画の中でそれをどう実現していくかということになるだろう。つまり、先ほどの国保を都道府県単位に集約することとある意味ではセットなわけでございますけれども、そうしたレベルにおいて地域医療計画をどうしっかりつくっていくか。その中で医療提供体制の重点化、効率化を具体化していくことで取りまとめさせていただきました。もちろんこれについても今後できるだけエビデンスを集めて検討していくことが重要であるということでございます。

○ 社会保障国民会議 最終報告（平成20年11月4日）（抜粋）

(4) 医療・介護・福祉サービスの改革

② 不十分・非効率なサービス提供体制

我が国の病院は、人的・物的資源の不足、非効率が指摘される一方で、救急医療問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など様々な課題に直面している。これらの課題に対し現段階でできる緊急の対策を講じていくことが必要だが、同時に構造問題の解決への取組が不可欠である。

③ サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築、人的資源の計画的養成・確保など、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

④ 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

改革を実現していくためには、安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要だが、同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての直しも必要。診療報酬・介護報酬体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要である。

医療提供体制改革に係るこれまでの議論②（前の自公政権下での議論）

○ 社会保障国民会議 中間報告（平成20年6月19日）

第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））中間とりまとめ(抄)

(4)改革を支える制度面での改革

サービス提供体制の「構造改革」「人的・物的資源の整備」を進めていくためには、安定的な財源確保、継続的な資金投入が必要であるが、同時に、医療制度・介護制度内部での財源配分・資金配分のあり方、具体的には診療報酬体系・介護報酬体系のあり方についても見直しを行う必要がある。

（中略）

例えば、地域において医療機関相互のネットワークを構築し、面的に地域の医療需要に応じていく、という課題の実現を考えても、現在のように、医療機関単位・医療行為単位で評価する診療報酬体系のままでは、地域完結型の「一体となった医療機関群」が行う医療に対して、その実態にふさわしい報酬を設定することは困難であると考えられる。

（中略）

医療・介護サービスの改革を進めていく上で、診療報酬や介護報酬が占める役割は極めて大きい。提供されているサービスの実像にふさわしい報酬を支払い、医療機関経営の実態を踏まえた「再投資可能な費用保障」や、地域医療の課題を解決していくための現場の取り組みを推進し、また、医療提供体制の構造改革や地域における医療・介護・福祉の一体的提供（包括ケア体制）を実現していくという意味で、報酬問題を単に医療内部・介護内部での配分の見直しや個別の報酬設定の問題として捉えるのではなく、報酬体系の組み立てそのものの問題として捉え、検討・見直しを行う必要がある。

医療提供体制改革に係るこれまでの議論③（民主党政権下での議論）

○ 社会保障改革に関する有識者検討会報告

～安心と活力への社会保障ビジョン～（平成22年12月8日）（抄）

<サービス保障 医療・介護>

（前略）**医療・介護のサービス提供体制については、次のようなかたちでサービス供給体制の整備を図るべき**である。

- ① ニーズの変化に対応した**病院・病床の機能分化の徹底と集約化を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等**を図る。
- ② **都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする**。地域資源を効率的に活用しながら、**相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現**する。
- ③ **不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにする**とともに、できるかぎり最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめる、地域包括ケアを実現する。（中略）

こうした改革を確実にすすめていくためには、サービス供給体制の改革と同時に、安定的な財源を継続的に確保していくために、**医療制度と介護制度内部での資源配分のあり方を見直していくことが必要**になる。（中略）**診療報酬と介護報酬の基本骨格の見直しをおこなうべき**である。

医療提供体制改革に係るこれまでの議論④（民主党政権下での議論）

○ 社会保障・税一体改革大綱（平成24年2月17日）（抄）

第3章 具体的改革内容（改革項目と工程）

2. 医療・介護等①

<今後の見直しの方向性>

i. 病院・病床機能の分化・強化

- ・急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による 機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii. 在宅医療の推進

- ・在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に 記載すべきことを明確化するなどにより、在宅 医療を充実させる。

iii. 医師確保対策

- ・医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv. チーム医療の推進

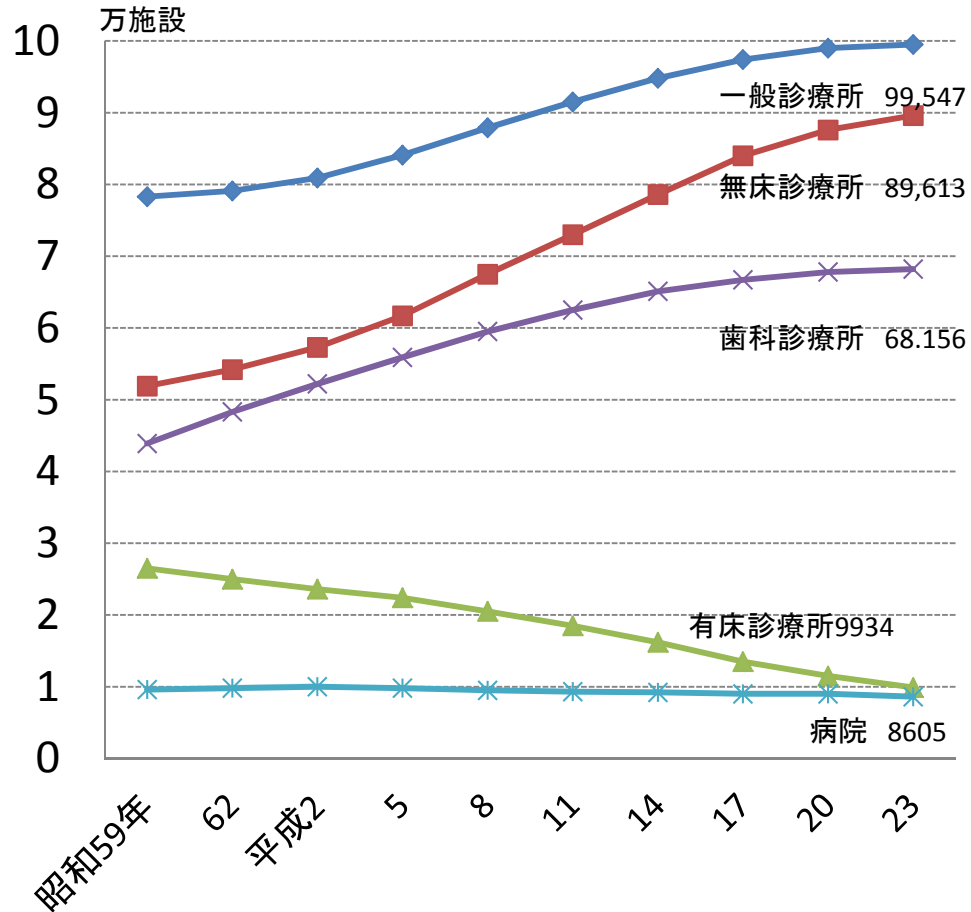
- ・多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

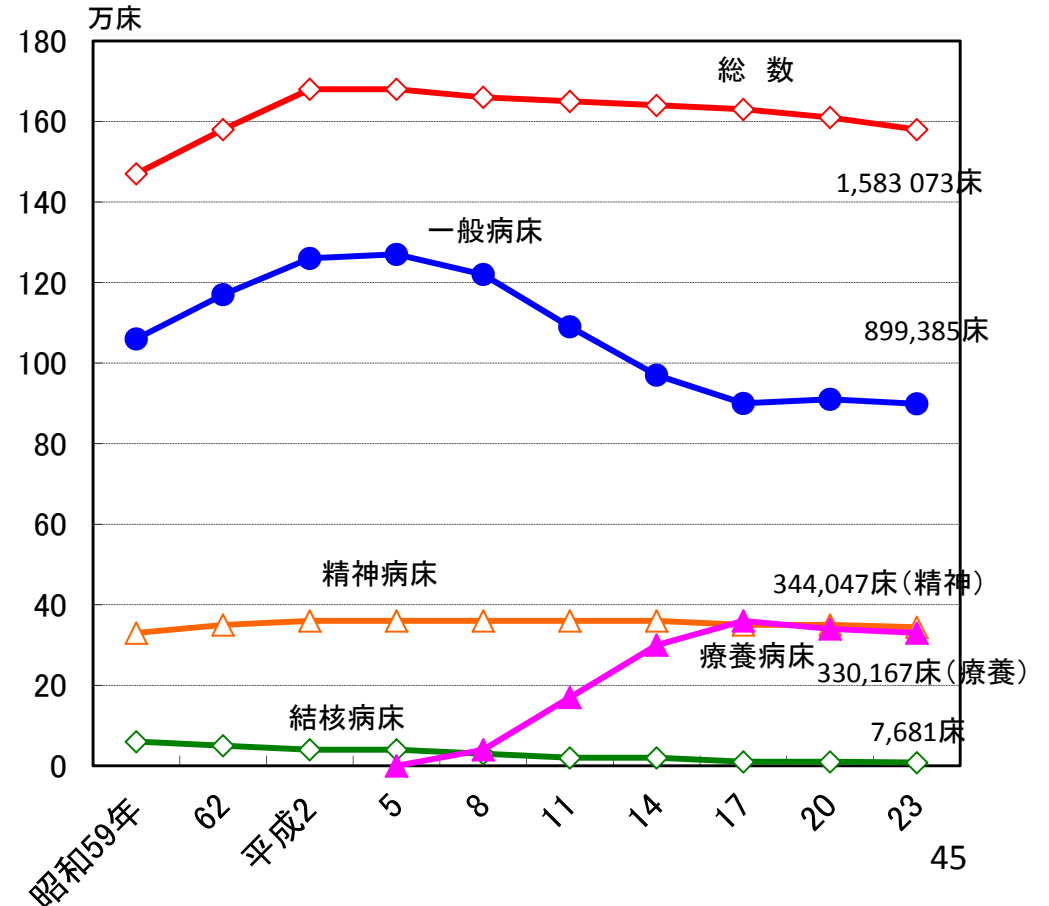
医療施設数及び病床数の推移

- 病院数は、平成2年をピークに1割減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年をピークに減少。

医療施設数の推移



種類別病院病床数の推移



医療提供体制の各国比較(2010年)

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	32.5 (18.2)	13.6	16.4	2.2	74.3	10.1
ドイツ	9.6 (7.3)	8.3	45.2	3.7	136.7	11.3
フランス	12.7 (5.2)	6.4	#50.9	#3.3	#131.5	#8.5
イギリス	7.7 (6.6)	3.0	91.8	2.7	324.7	9.6
アメリカ	6.2 (5.4)	3.1	79.4	2.4	#350.8	#11.0

(出典):「OECD Health Data 2012」

注1 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。

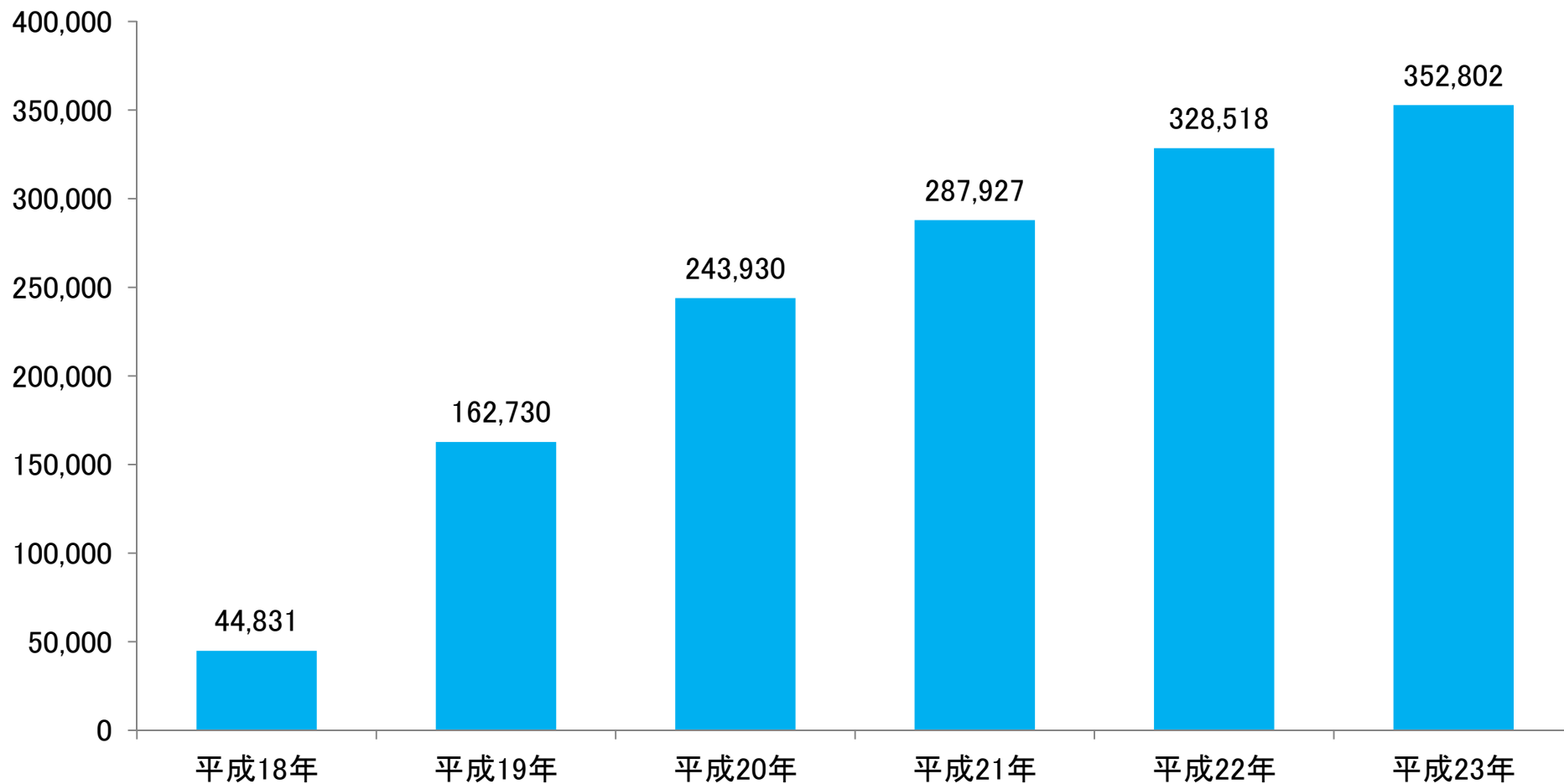
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床(日本は一般病床)における平均在院日数である。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

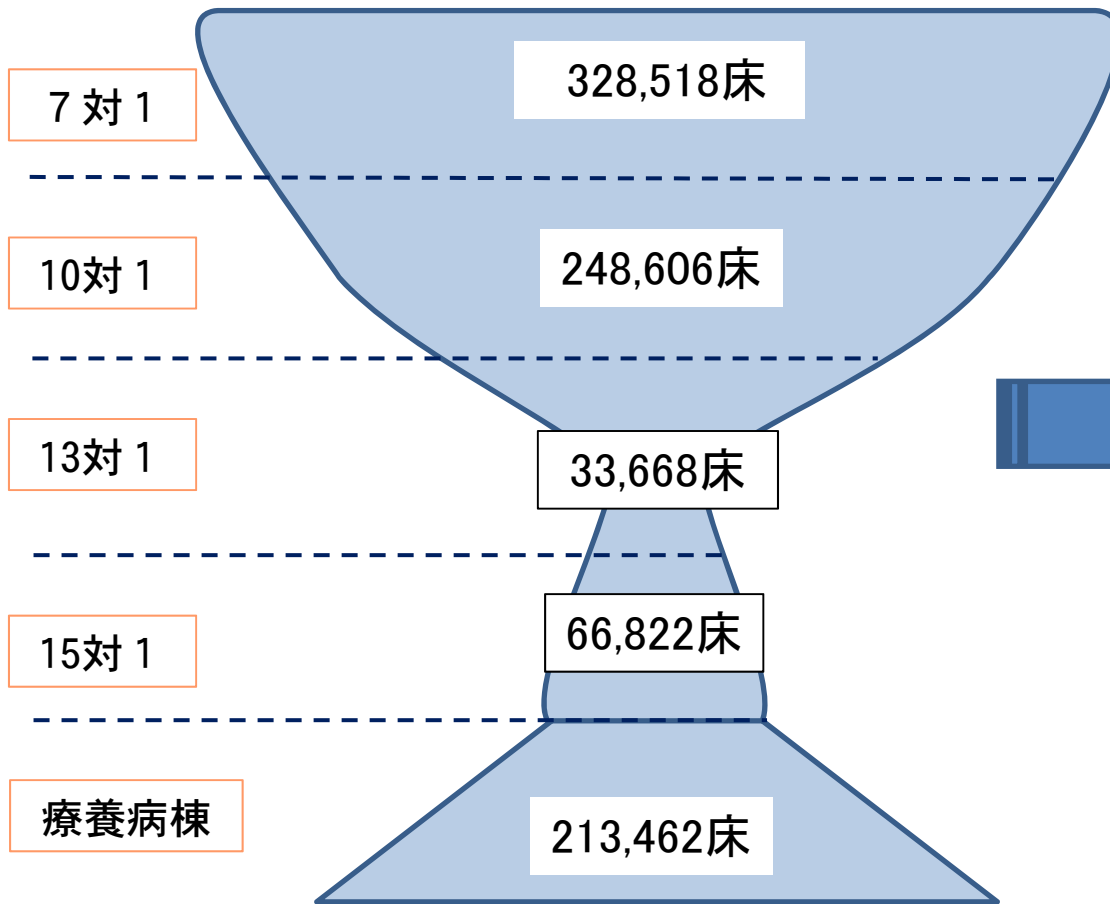
7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加している。



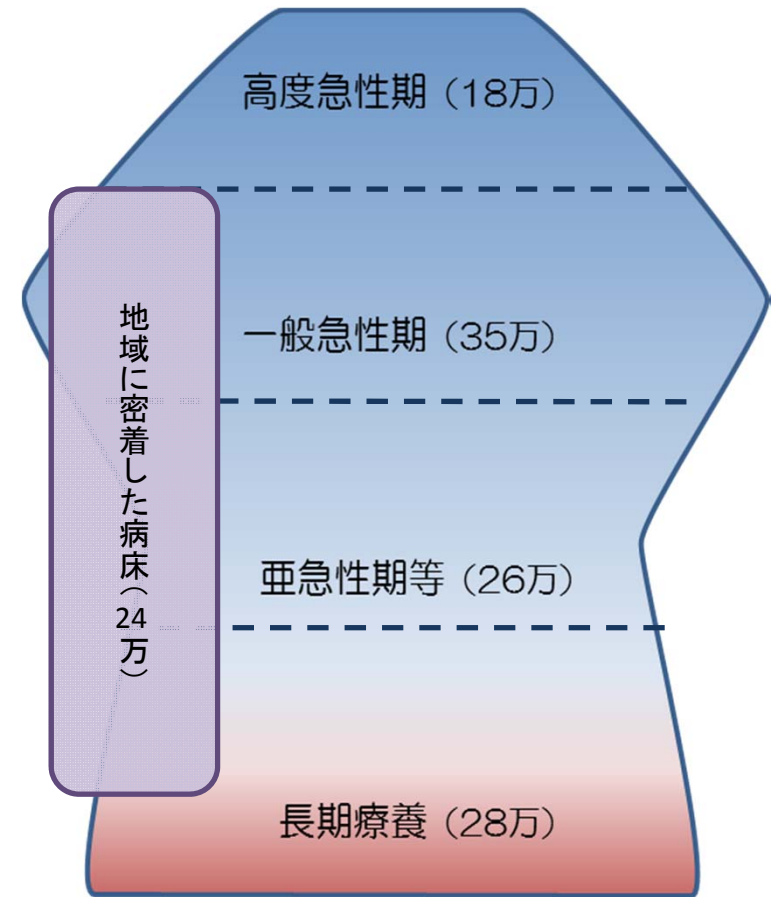
※平成18年のみ5月1日、平成19年以降は7月1日時点

【入院】現在の一般病棟入院基本料等の病床数

＜2010(H22)年の病床数＞



＜2025(H37)年のイメージ＞



保険局医療課調べ

○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

7対1入院基本料の経緯(平均在院日数・看護必要度)

平成17年 医療制度改革大綱

「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」

平成18年 7対1入院基本料創設

平成19年 中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議

「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定で対応すること」

平成20年 7対1入院基本料の基準の見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」

平成24年 7対1入院基本料の基準の再見直し

一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し

「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」

平均在院日数要件の見直し

「平均在院日数が19日→18日以下」

※ 但し、平成24年度の基準の再見直しについては、経過措置として、24年3月31日時点で7対1入院基本料を算定している病棟については、平成26年3月31日までの間は適用除外となっている。

7対1入院基本料の適正化等について (平成24年診療報酬改定)

算定要件の見直し

- 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しを行う。

7対1入院基本料

【改定前】

平均在院日数

【改定後】

一般病棟入院基本料	19日以内	➔	一般病棟入院基本料	18日以内
特定機能病院入院基本料	28日以内		特定機能病院入院基本料	26日以内
専門病院入院基本料	30日以内		専門病院入院基本料	28日以内

【改定前】

看護必要度要件

【改定後】

一般病棟入院基本料	1割以上	➔	一般病棟入院基本料 ^{※2}	1割5分以上
特定機能病院入院基本料 ^{※1}	評価のみ		特定機能病院入院基本料 ^{※3}	1割5分以上
専門病院入院基本料	1割以上		専門病院入院基本料 ^{※4}	1割5分以上

※1 一般病棟及び結核病棟に限る

※2 結核病棟は従前と同様の1割以上

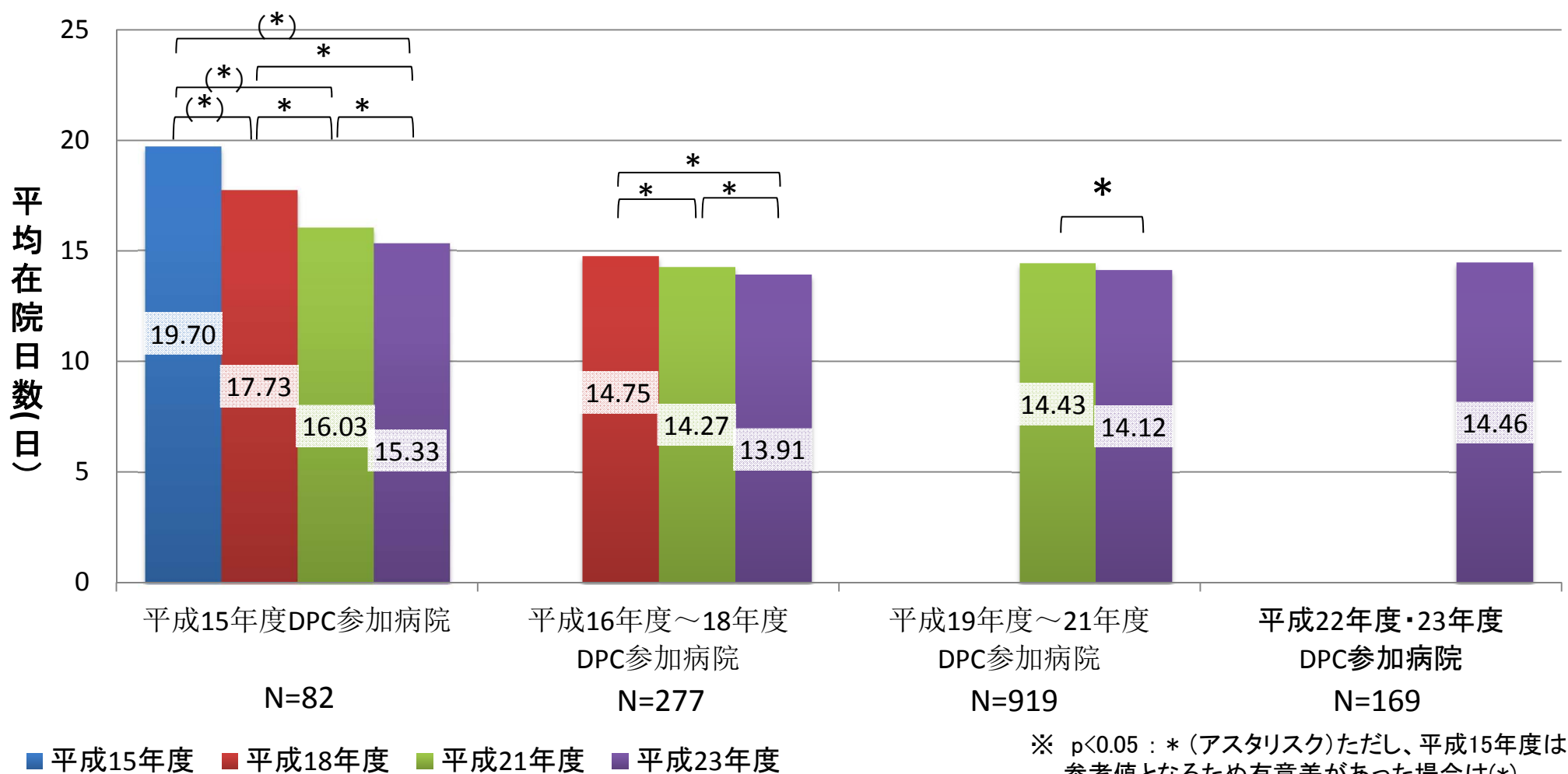
※3 一般病棟に限る(結核病棟は測定・評価のみ)

※4 悪性腫瘍患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させている場合は従前と同様の1割以上

[経過措置]

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の7対1入院料の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。(ただし、25対1急性期看護補助体制加算は算定できない)

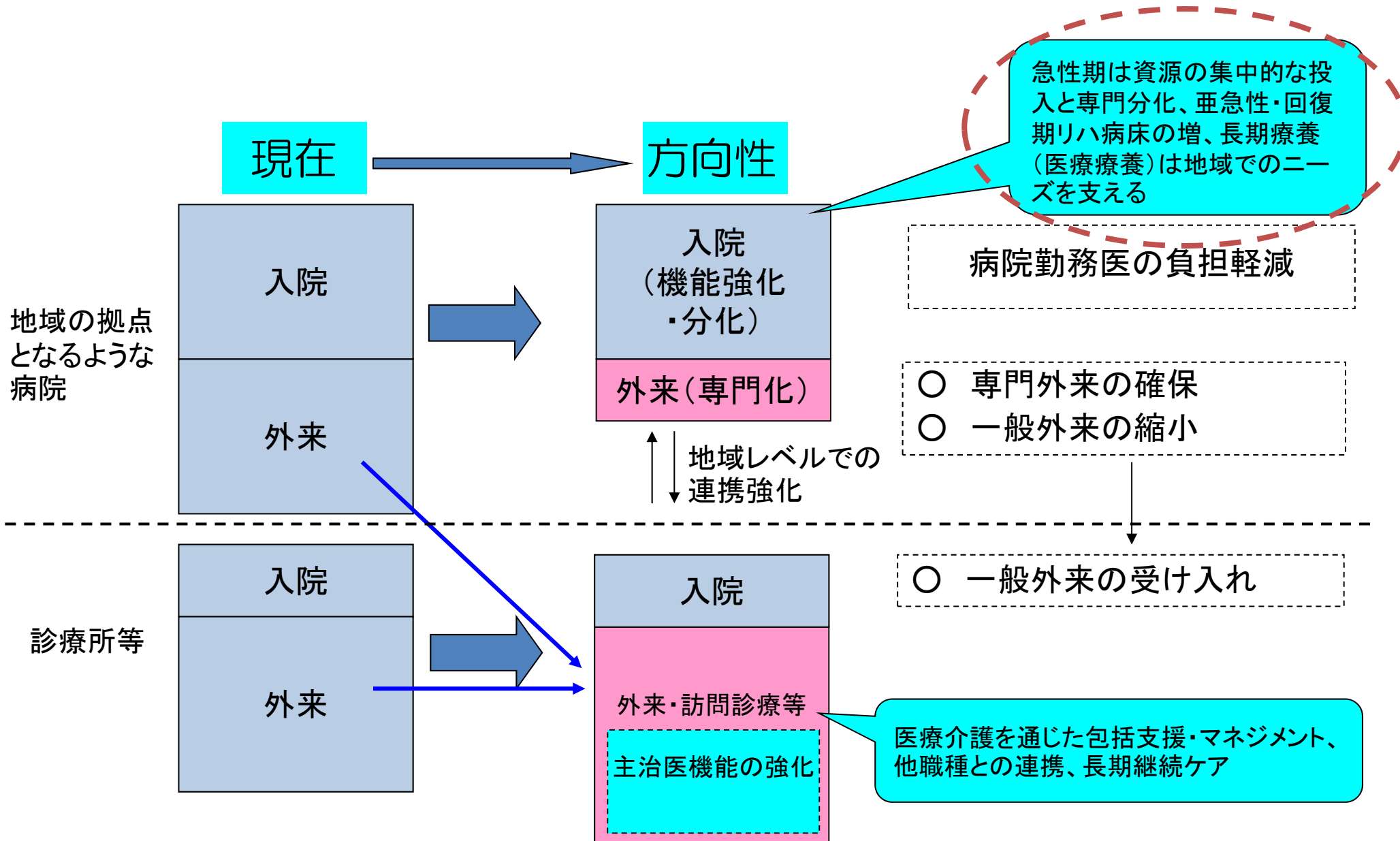
DPC制度による平均在院日数の推移



平成15年度に導入されたDPC制度(対象は7対1、10対1入院基本料算定病床)では、参加病院の平均在院日数は年々短縮している。

入院医療・外来医療の役割分担のイメージ

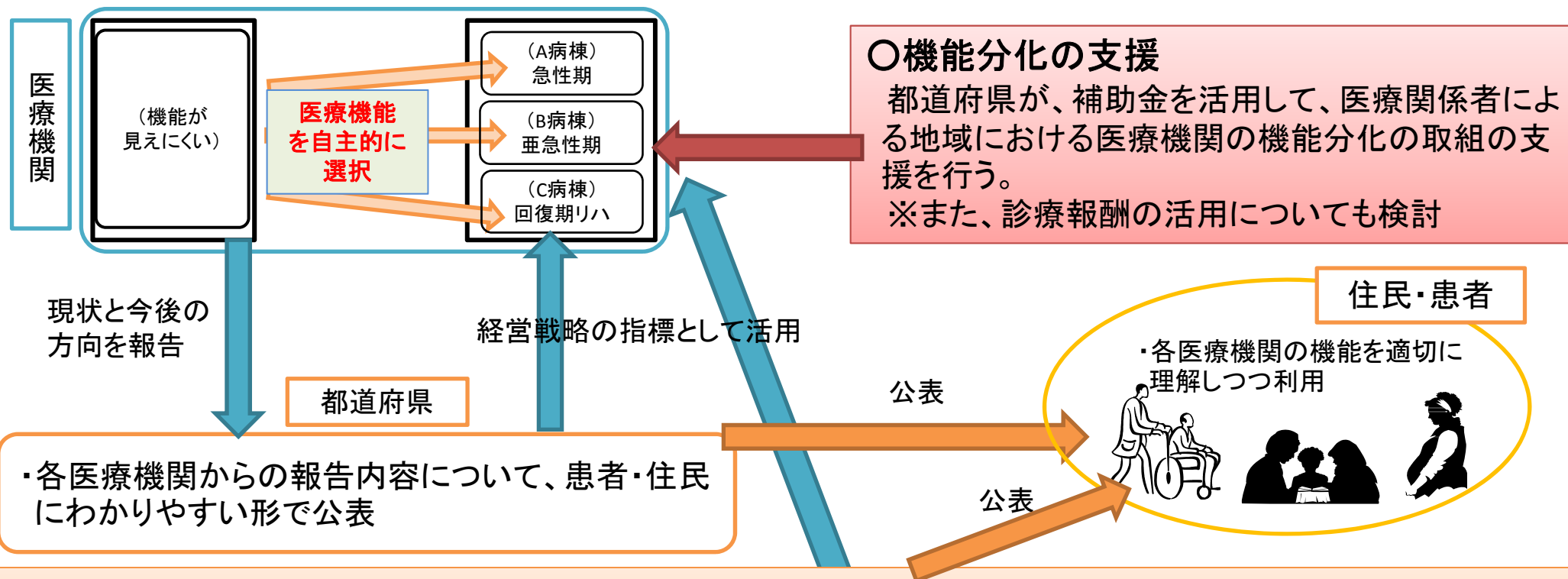
(改) 中医協 総-2
23.10.5



機能分化を推進するための仕組み

○医療機関による報告(平成26年度～)

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組を進める。



○機能分化の支援

都道府県が、補助金を活用して、医療関係者による地域における医療機関の機能分化の取組の支援を行う。
※また、診療報酬の活用についても検討

○地域医療ビジョンの策定(平成27年度～)

- ・ 都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。
- ・ 国は、都道府県における地域医療ビジョン策定のためのガイドラインを策定する(平成26年度～)。

医療機関が報告する医療機能について

※ 報告制度の詳細は、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」で検討中

- 医療機関は、以下の医療機能の中から、その有する病床の医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で都道府県に報告する。

医療機能の名称	医療機能の内容
急性期	○ 主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能
亜急性期	○ 主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能
回復期リハビリテーション	○ 主として、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能。
長期療養	○ 主として、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 主として、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
地域多機能	○ 一つの病棟で複数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能

※ 高度急性期については、主に急性期機能と報告のあった医療機関の情報を分析し、その位置付けについて今後検討。

- また、医療機関は、上記の「医療機能」と併せて、地域医療ビジョンを策定する上で必要な「提供している医療の具体的内容に関する情報」を都道府県に報告する。

[報告する情報の例]

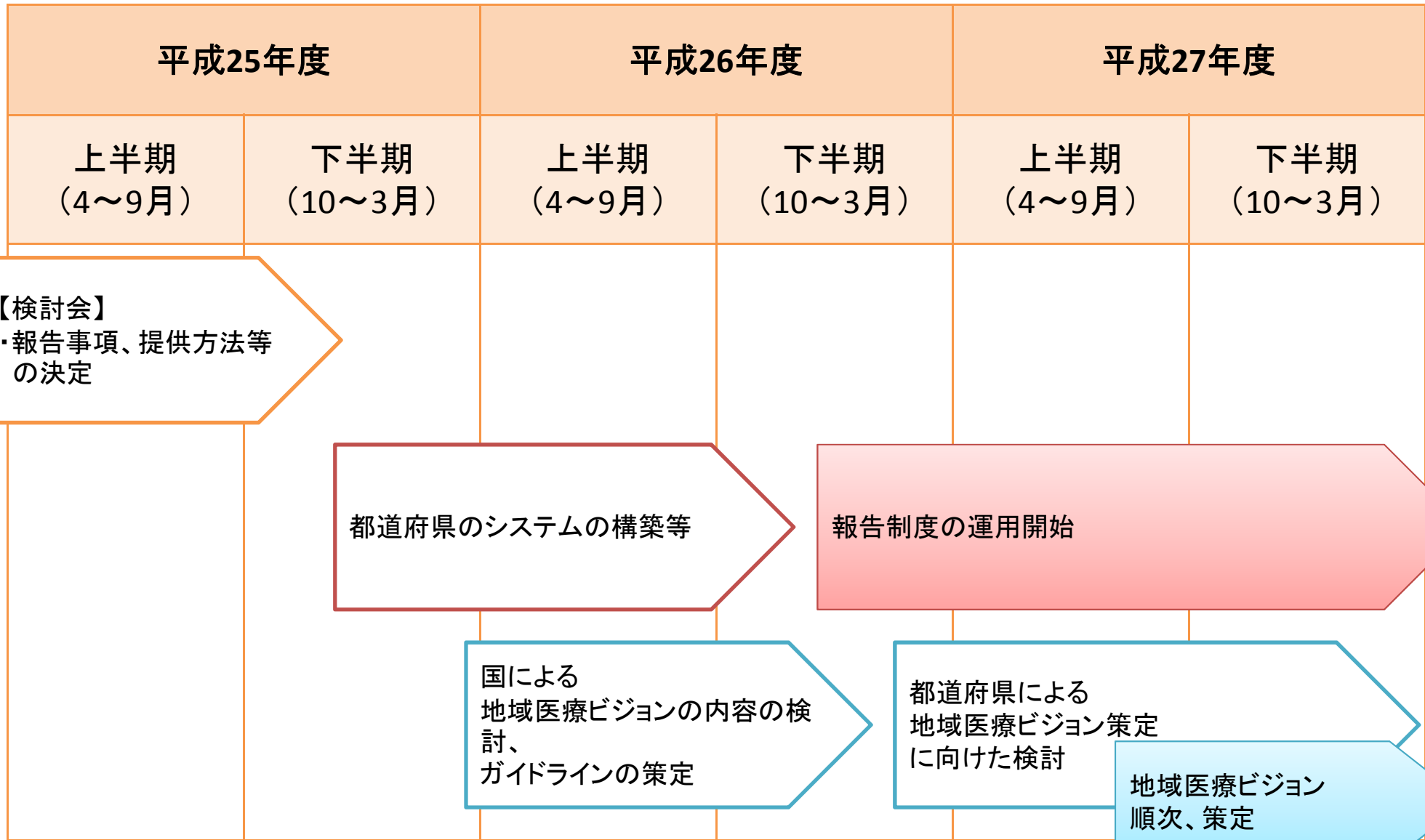
(全医療機能共通の報告事項)

病床数、高額医療機器の配置状況、医療従事者の配置状況、入院患者数、入棟前の場所別患者数、退棟先の場所別患者数等

(急性期機能の報告事項)

看護必要度(入院患者に提供されるべき看護の必要量)を満たす患者の割合、救急からの入院患者数、全身麻酔手術件数、悪性腫瘍手術件数等

地域医療ビジョンの策定を前倒しする場合のスケジュール



保険医療機関・保険薬局の指定・取消権限について

保険医療機関・保険薬局の指定・取消は、都道府県知事の機関委任事務とされていたが、

- ①国は医療保険制度全体の安定的かつ健全な事業運営に責任を負っており、国が直接その発展を図るべきものであること、
- ②保険医療機関の指定等は、国が保険者に代わり、全国を通じて公的医療保険における診療を任せるのにふさわしい医療機関を指定する事務であること、

から、平成11年の地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律(平成11年法律第87号)によって、国の直接執行事務とされた。

平成11年地方分権一括法前の健康保険法の規定

○健康保険法(大正11年法律第70号)第43条の3

[保険医療機関又は保険薬局の指定]

第四十三条の三 保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ハ命令ノ定ムル所ニ依リ病院若ハ診療所又ハ薬局ニシテ其ノ開設者ノ申請アリタルモノニ就キ都道府県知事之ヲ行フ

- ③ **都道府県知事**保険医療機関又ハ保険薬局ノ指定ノ申請アリタル場合ニ於テ当該病院若ハ診療所又ハ薬局ガ本法ノ規定ニ依リ保険医療機関若ハ保険薬局ノ指定若ハ第四十四条第一項第一号ニ規定スル特定承認保険医療機関ノ承認ヲ取消サレ五年ヲ経過セザルモノナルトキ又ハ保険給付ニ関シ診療若ハ調剤ノ内容ノ適切ヲ欠ク虞アリトシテ重テ第四十三条ノ七第一項(第四十三条ノ十七第九項、第四十四条第十三項及第十四項、第五十九条ノ二第八項並ニ第六十九条ノ三十一ニ於テ準用スル場合ヲ含ム)ノ規定ニ依ル指導ヲ受ケタルモノナルトキ其ノ他保険医療機関若ハ保険薬局トシテ著シク不相当ト認ムルモノナルトキハ其ノ指定ヲ拒ムコトヲ得

[保険医療機関及び保険薬局の指定の取消]

第四十三条の十二 保険医療機関又ハ保険薬局ガ左ノ各号ノ一ニ該当スル場合ニ於テハ**都道府県知事**其ノ指定ヲ取消スコトヲ得(略)

現在の健康保険法の規定

○健康保険法(大正11年法律第70号)第65条

(保険医療機関又は保険薬局の指定)

第六十五条 第六十三条第三項第一号の指定は、政令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

- 3 **厚生労働大臣**は、第一項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、第六十三条第三項第一号の指定をしないことができる。(略)

(保険医療機関又は保険薬局の指定の取消し)

第八十条 **厚生労働大臣**は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該保険医療機関又は保険薬局に係る第六十三条第三項第一号の指定を取り消すことができる。(略)

地域ごとの診療報酬の特例(根拠条文)

○高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)

(診療報酬に係る意見の提出等)

第十三条 都道府県は、第十一条第一項又は前条第一項の評価の結果、第九条第三項第二号に掲げる目標の達成のために必要があると認めるときは、厚生労働大臣に対し、健康保険法第七十六条第二項の規定による定め及び同法第八十八条第四項の規定による定め並びに第七十一条第一項に規定する療養の給付に要する費用の額の算定に関する基準及び第七十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定める基準(次項及び次条第一項において「診療報酬」という。)に関する意見を提出することができる。

2 厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。

(診療報酬の特例)

第十四条 厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

【参照条文(抜粋)】

(医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画)

第八条 (略)

4 全国医療費適正化計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

二 医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

(都道府県医療費適正化計画)

第九条 (略)

3 都道府県医療費適正化計画においては、前項に規定する事項のほか、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。

二 医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項

(計画の進捗状況に関する評価)

第十一条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画を作成した年度(毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。)の翌々年度において、当該計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表するものとする。

(計画の実績に関する評価)

第十二条 都道府県は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うものとする。

3 厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

レセプト・特定健診等情報の利活用について

保有主体		データベース	使用目的	活用例
国 (厚生労働大臣)		○ONDB →レセプト情報・特定 健診等情報	医療費適正化計画の 作成、実施、評価に資 する	○ 医療費適正化計画の策定、実施及び評価 ・ 特定健診の結果から、検査値(腹囲、血圧、血糖値 等)を都道府県別、年齢階級別、性別に集計したデータ の都道府県への提供・公表 ・ 調剤レセプトの分析を活用した都道府県別、年齢別の 薬剤の使用状況や調剤医療費の動向の分析
保険者	保険者中央 団体 (国民健康 保険中央会、 健康保険組 合連合会)	○OKDB(国保デー タ ベース) ※平成25年10月稼働 予定 →レセプト情報(後期 高齢者医療広域連 合も含む)・特定健 診等情報・介護情報 ○健保連システム ※平成26年4月稼働予 定 →レセプト情報・特定 健診等情報	①当該保険者の加入 者についての健康状 況の把握・比較分析 ②疾病別等の医療費 の分析	○ 現在は、保険者が個別のシステムを用いて、下記の事 項等について分析等を行っているが、今回のシステム整 備により大幅に環境が整備され、下記の事項の他に、特 に、全国平均などと比較した当該保険者に関する評価も 可能となる。 ① 現状の把握(医療費分析の実施) ② 被保険者に対する情報提供・指導(医療費通知の送 付、重複・頻回受診者に対する指導等) ③ 有病者の重症化予防(保健指導の実施、医療機関へ の重症化予防) ④ 給付の適正化(レセプト点検の実施、傷病手当の適 正支給等)
	その他(保険 者)	○独自のシステムや 民間事業者への委 託により医療費分析 等を行っている		

レセプト・特定健診データベース(NDB)の概要

利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため

[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

保有主体

厚生労働大臣

(注)外部事業者に維持管理を委託

収載データ

- ・レセプトデータ 約59億件[平成21年4月～平成25年2月診療分] ※平成25年5月時点
- ・特定健診・保健指導データ 約9,000万件[平成20年度～平成23年度実施分]

(注1)レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載

(注2)特定健診等データについては、全データを収載

(注3)個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ、匿名化

データの利活用の例

- ・特定健診データ(腹囲、血圧、血糖値等)を都道府県、年齢階級、性別に集計し、国民の健康状態を分析
- ・レセプト・特定健診等データから、特定健診・保健指導の効果を推計(メタボリックシンドローム該当者と非該当者の年間平均医療費の差や、特定保健指導によりメタボリックシンドローム該当者から外れる率等を算出)
- ・レセプトデータ(調剤)から、都道府県、年齢別の、薬剤の使用状況や調剤医療費の動向を分析

DPCデータ*の主な項目

* DPC/PDPS導入影響評価のための調査(退院患者調査)による調査データを指す。

内容	
患者別匿名化情報	<p>簡易診療録情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日付情報 (入院日、退院日等) ・ 診断情報 (主傷病名等) ・ 患者情報 (生年月日、性別、郵便番号等) ・ 入院経路 (退院時の患者の状態 (傷病の治療、軽快、死亡等)、救急搬送の有無等) ・ 診療情報 (身長、体重、ADLスコア、がんの分類等) 等
	<p>診療報酬 請求情報</p> <p>医科点数表に基づく出来高点数情報</p>
	<p>診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報等</p>
<p>施設情報 (病床数、届け出ている入院基本料等)</p>	

国保データベース(KDB) システム(平成25年10月稼働予定)

保険者から委託を受けて国保連合会が保有する「健診・保健指導」「医療」「介護」の各種データを利活用し、被保険者の健康水準の向上(きめ細かな生活習慣病の予防対策等)対策を推進する。

1 地域の状況を把握

- 特定健診の結果及び疾病別医療費等の分析により、生活習慣病の状況や、健康課題を明らかにできる
- 要介護状態区分と疾病との関係を把握する

地域における疾病予防のための取り組み(例)

2 重点課題の抽出

- 予防可能な問題となっている疾病を選択

予防対策の疾病を選択

4 効果を確認

- 疾病別医療費等経年データ分析により保健事業の効果を判定できる

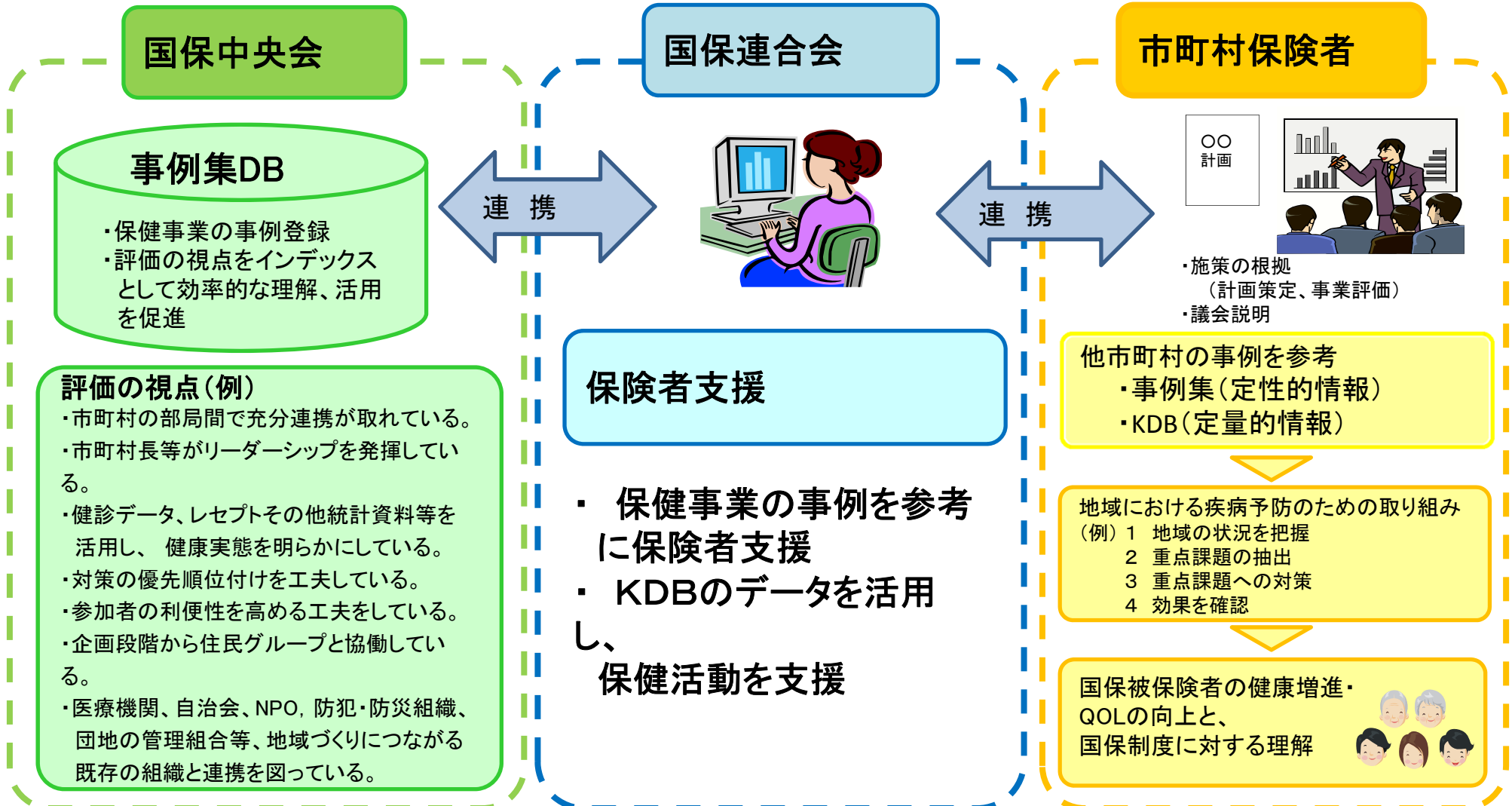
有病者や予備群等の改善の確認

3 重点課題への対策

- 選択された疾病への重点的な保健事業の実施

対象者を選択し、保健指導を実施

評価の視点を明らかにした保健事業事例集データベースの展開



健保組合の保険者機能強化のためのネットワーク基盤の整備

目的

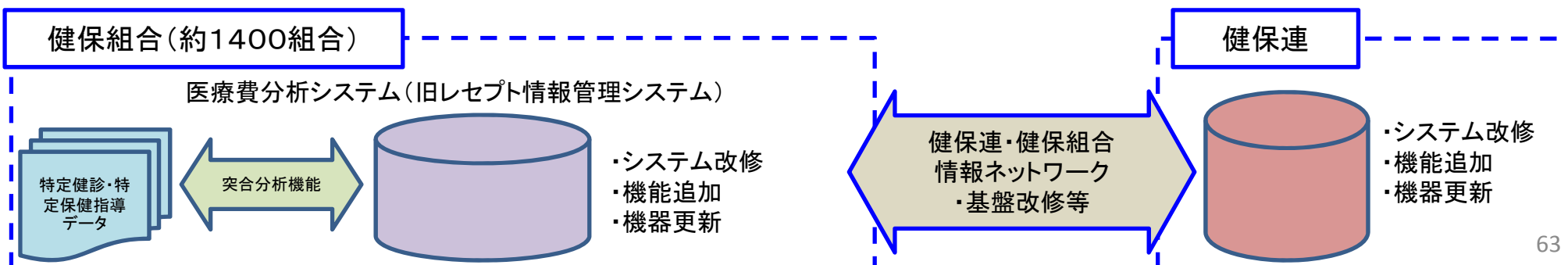
○健保組合の「レセプト情報管理システム」については、初期開発(平成15年)から既に10年が経過しており、システム改修等により、電子レセプトによる迅速かつ効率的な業務処理への対応及び特定健診・特定保健指導データ等を活用した医療費分析の機能向上を図る。

事業概要

- 健保組合のレセプト情報管理システムの改修・機器更新等を行う(新システム「医療費分析システム」とともに、健保組合と健康保険組合連合会間の情報ネットワークに係る基盤整備を実施。
- ・レセプト情報管理システムのシステム改修・機器更新(新システム「医療費分析システム」)
 - ・医療費と特定健診・特定保健指導データの突合分析機能導入
 - ・健保連・健保組合情報ネットワークの改修・機器更新 等

スケジュール

- 平成25年～ システム改修等の実施
- 平成26年4月～ 新システムの稼働

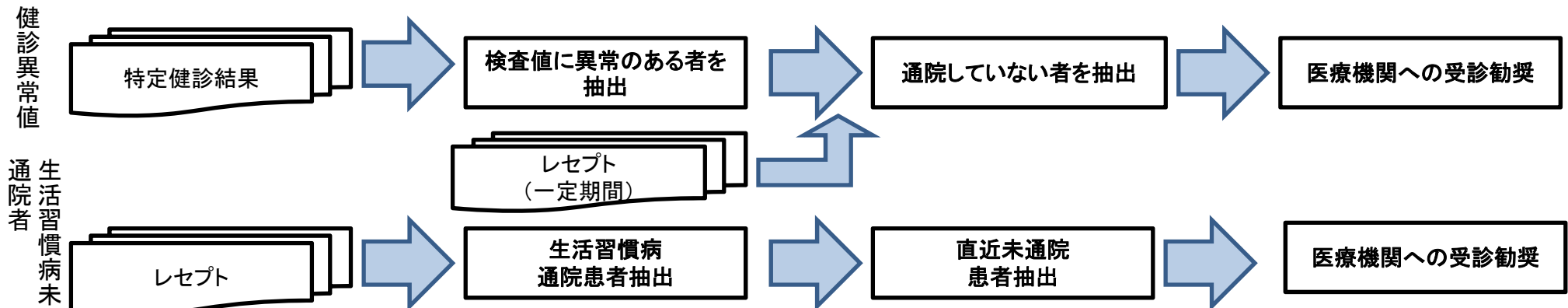


保険者による電子レセプトの保健事業への活用例①

○ 電子レセプトを活用することにより、保険者が行う様々な保健事業の対象となる被保険者を抽出することが、紙レセプトよりも容易となる。今後、保険者が医療機関等の関係者と連携した上で、重症化予防等の保健事業に、より積極的に関与していくことが求められる。

受診勧奨

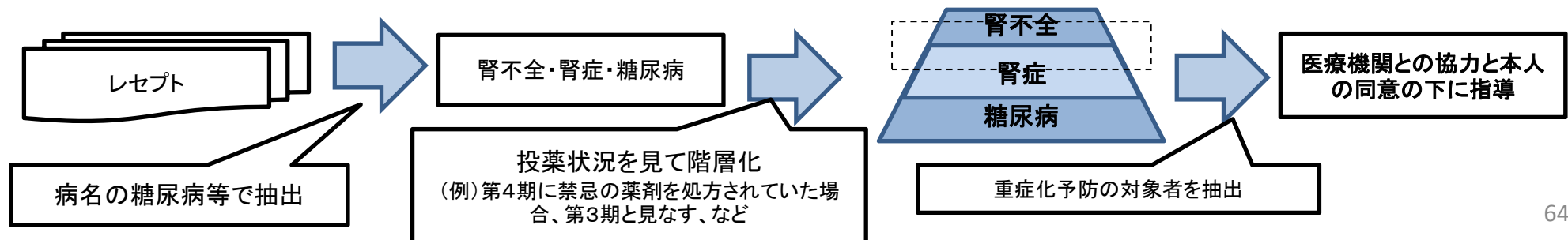
保険者において、健診で異常値を出しているにも関わらず通院していない者や生活習慣病通院患者で最近通院をしていない者を抽出し、受診勧奨を行う。



重症化予防

保険者において、レセプトから対象病名の患者を抽出し、投薬状況などから一定の判断を行った上で、医療機関と十分に連携し、必要な場合に指導を行う。

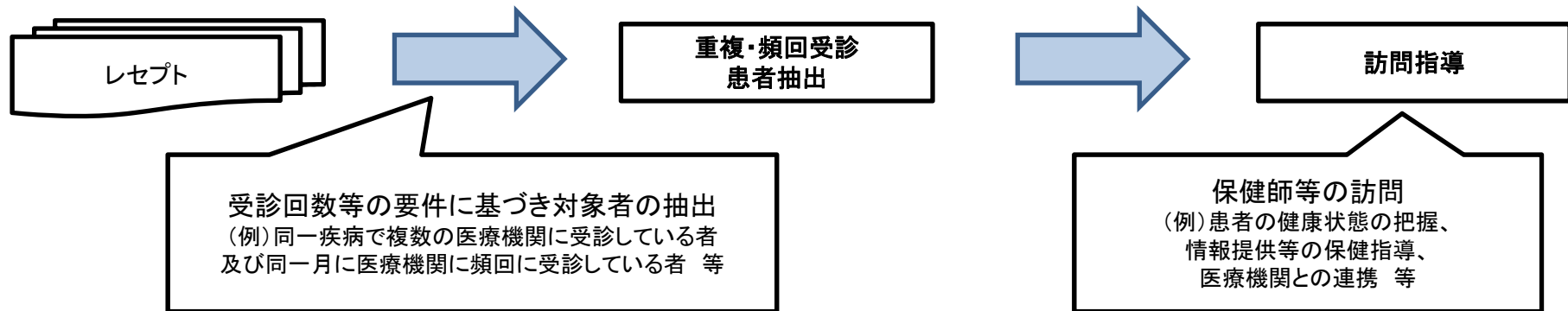
※ 抽出の方法や指導のあり方については関係者間で十分な協議が必要。



保険者による電子レセプトの保健事業への活用例②

重複・頻回受診者への訪問指導

- 電子レセプトを活用し、被保険者の受診状況をチェックする保険者の取り組みが行われており、電子レセプトで把握した受診状況を踏まえ、医療機関、保険者等の関係者間で連携した上で、訪問指導などを行うことにより、適正な受診の指導を行う。



調剤レセプトの場合(例)

