

第100回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成28年11月18日（金）
15時00分～17時00分
場所：TKP市ヶ谷カンファレンスセンターホール4A

（ 議 題 ）

1. 骨太2016、経済・財政再生計画改革工程表等の指摘事項について
 - （1）子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方について
 - （2）前回までの主なご意見
 - （3）高額介護合算療養費制度について
 - （4）かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について
2. 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について
3. その他

（ 配布資料 ）

- | | |
|--------|------------------------------|
| 資料1-1 | 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方について |
| 資料1-2 | 前回までの主なご意見 |
| 資料1-3 | 高額介護合算療養費制度について |
| 資料1-4 | かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について |
| 資料2 | 国民健康保険の保険料（税）の賦課（課税）限度額について |
| 参考資料 | 社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会資料 |
| 委員提出資料 | 岡崎委員提出資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成28年11月18日

いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長 / 高知市長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいに 菊池 令子	日本看護協会副会長
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会理事長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
しんたに のぶゆき 新谷 信幸	日本労働組合総連合会副事務局長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいに 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長 / 栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	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
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
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひるきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会委員 / 新潟県聖籠町長

印は部会長、 印は部会長代理である。

(五十音順)

第100回 社会保障審議会医療保険部会

平成28年11月18日(金) 15:00~17:00

TKP市ヶ谷カンファレンスセンター ホール4A

○
速記

遠藤委員 ○ 濱谷審議官 ○ 鈴木局長 ○ 遠藤部長 ○ 岩部会長代理村 ○ 谷内審議官 ○ 渡邊委員 ○ 横尾委員 ○

岡崎委員 ○ (参考人)								○森委員
兼子委員 ○								○望月委員 (参考人)
菊池委員 ○								○松原委員
小林委員 ○								○堀委員
白川委員 ○								○藤井委員
新谷委員 ○ (参考人)								○福田委員 (参考人)
武久委員 ○								○樋口委員
原委員 ○								

--	--	--	--	--	--	--	--	--

○竹林課長 ○泉課長 ○榎本課長 ○宮本課長 ○城課長 ○黒田課長 ○迫井課長 ○眞鍋企画官 ○平子室長 ○山内課長

--	--	--	--	--	--	--	--	--

○介護保険計画課 ○高齢者医療課 ○国民健康保険課 ○保険課 ○友田室長 ○矢田貝室長 ○小椋管理官 ○中山管理官 ○仲津留企画官

傍聴者席

子ども医療費助成に係る国保の 減額調整措置の在り方について

平成28年11月18日
厚生労働省

3. 子どもの医療に関わる制度

我が国は世界で見ても乳児死亡率や新生児死亡率が最も低い国となっているが、こうした世界最高の保健医療水準を支えているのが子どもや妊産婦も対象となる国民皆保険制度である。

国民皆保険制度の下、子どもの医療費の窓口負担については、義務教育就学前は2割、就学後は3割とされているが、子どもと保護者が安心して医療機関を受診できるよう、地方自治体が少子化対策の一環として地方単独事業によりさらに減免措置を講じている。現在、全ての自治体で何らかの形で実施されているが、対象となる子どもの年齢や医療費の範囲、所得制限や一部負担の有無など、その内容は自治体により様々であり、近年、自治体間で対象範囲の拡大に向けた競争が激しくなる傾向にあり、統一的な基準を示す必要があるとの声も高まっている。

一方、こうした減免措置により生ずる医療費の波及増分については、国により国民健康保険制度において国庫負担を減額する措置が講じられているが、これは、減免措置の実施の判断は地方自治体において独自に行われる形となっていることから、その波及増分については、限られた公費の公平な配分という観点から、当該自治体が負担すべきとの考え方に基づくものである。

この子どもの医療に関する国保の減額調整措置については、本検討会でも賛否両面から様々な意見があったが、「一億総活躍社会」に向けて政府全体として少子化対策を推進する中で、地方自治体の取組を支援する観点から、早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた。

その際には、

- ・ 医療費無償化による受診拡大等が医療保険制度全体の規律や医療提供体制に与える影響
- ・ 負担能力に応じた負担とする視点や過度な給付拡大競争の抑制
- ・ 小児科のかかりつけ医の普及、保護者等への啓発普及、他の子育て支援策の充実など併せて取り組むべき事項
- ・ 必要となる公費財源や財源の有効活用など財政再建計画との整合性

等の観点を踏まえつつ、検討を行うべきである。

<本文>

3. 「希望出生率1.8」に向けた取組の方向

（5）若者・子育て世帯への支援

子育て中の保護者の約4割が悩みや不安を抱えており、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を実施する子育て世代包括支援センターについて、児童福祉法等改正により市町村での設置の努力義務等を法定化し、平成32年度末（2020年度末）までの全国展開を目指す。

結婚年齢等の上昇と医療技術の進歩に伴い、不妊に悩む方が増加しており、不妊専門相談センターを平成31年度（2019年度）までに全都道府県・指定都市・中核市に配置して相談機能を強化し、不妊治療支援の充実を継続するとともに、不妊治療をしながら働いている方の実態調査を行い、必要な支援を検討する。

地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。

<ロードマップ>

希望どおりの人数の出産・子育て（保育・育児不安の改善）

④ 妊娠・出産・育児に関する不安の解消

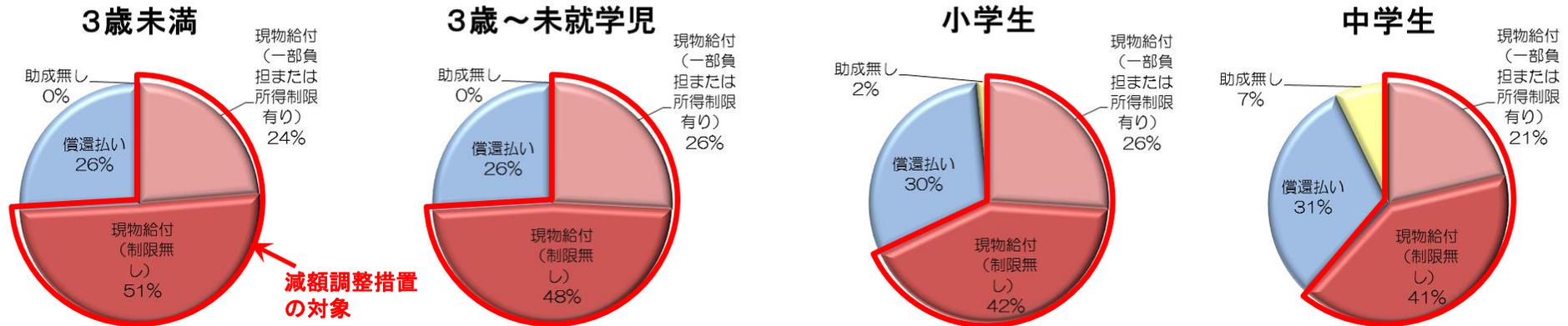
【具体的な施策】

- ・国民健康保険における公費負担の減額調整措置の在り方について、子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめにおいて、少子化対策を推進する中で自治体の取組を支援する観点から早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた。その際、医療保険制度の規律や負担の公平性、過度な給付拡大競争の抑制等の観点を踏まえ検討を行うべきとされたことも踏まえ、年末までに結論を得る。

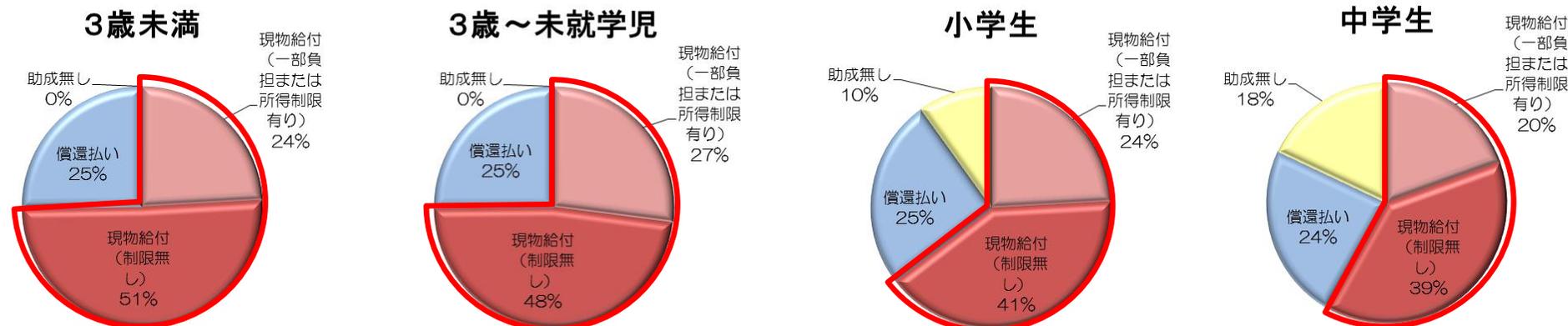
子ども医療費助成の実施状況（厚生労働省保険局調べ（速報））

○ 医療保険制度における子どもの自己負担額（3割、ただし未就学児は2割）分に係る医療費助成については、市町村ごとに、対象年齢、自己負担の有無等で様々な違いがあるが、未就学児に限定すれば、すべての市町村が何らかの医療費助成を実施している。

○ 入院（市町村数ベース）



○ 外来（市町村数ベース）



子どもの医療に関する国保の減額調整措置の在り方について（論点）

- 子どもの医療制度の在り方等に関する検討会における議論の取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置の在り方について、どう考えるか。

<考えられる論点>

- 医療保険制度の規律や、財政影響、小児科医をはじめとする医療提供体制に与える影響に配慮しつつ、
- ① 見直しの対象範囲（年齢、自己負担・所得制限の有無、自治体の財政力等）
 - ② 見直しの時期
 - ③ 見直しが国民の利益となるよう、見直しが少子化対策に寄与するものとなるようにすることについて検討が必要。

【参考】「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」議論の取りまとめ（平成28年3月28日）（抄）

子どもの医療に関する国保の減額調整措置については、本検討会でも賛否両面から様々な意見があったが、「一億総活躍社会」に向けて政府全体として少子化対策を推進する中で、地方自治体の取組を支援する観点から、早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた。

その際には、

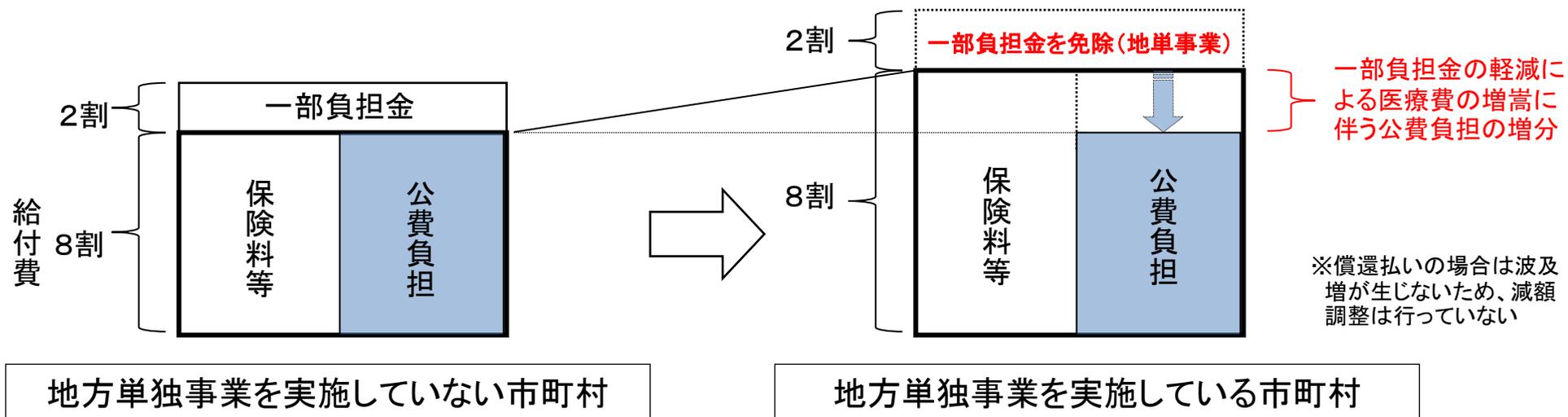
- ・ 医療費無償化による受診拡大等が医療保険制度全体の規律や医療提供体制に与える影響
- ・ 負担能力に応じた負担とする視点や過度な給付拡大競争の抑制
- ・ 小児科のかかりつけ医の普及、保護者等への啓発普及、他の子育て支援策の充実など併せて取り組むべき事項
- ・ 必要となる公費財源や財源の有効活用など財政再建計画との整合性等の観点を踏まえつつ、検討を行うべきである。

参 考

国民健康保険における公費負担の減額調整措置の在り方について

- 医療保険制度では、医療を受けた人と受けない人との公平や適切な受診を確保する観点から一部負担金を求めている。
- 地方単独事業により、一部負担金が法定割合より軽減される場合、一般的に医療費が増嵩するが、この波及増分については、その性格上、当該自治体が負担するものとされ、国庫の公平な配分という観点から、減額調整をしている。 [昭和59年~]
- このうち、子どもの医療に関する国保の減額調整措置については、本年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」にも記載されたとおり、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会」の取りまとめを踏まえ、見直しを含め検討し、年末までに結論を得るものとする。

【イメージ】



子ども医療費助成の現状について（厚生労働省保険局調べ（速報））

○医療費助成の条件ごとの被保険者数・市町村数（入院）

① 3歳未満

	被保険者数			市町村数		
	一部負担有り	一部負担無し	合計	一部負担有り	一部負担無し	合計
所得制限有り	16,421 (3.5%)	45,609 (9.6%)	62,030 (13.1%)	75 (3.9%)	132 (6.9%)	207 (10.8%)
所得制限無し	96,536 (20.3%)	220,454 (46.4%)	316,990 (66.7%)	246 (12.9%)	964 (50.5%)	1,210 (63.4%)
合計	112,957 (23.8%)	266,063 (56.0%)	379,020 (79.8%)	321 (16.8%)	1,096 (57.4%)	1,417 (74.2%)

償還払い: 96,118人 (20.2%)

助成なし: 0人 (0%)

償還払い: 493市町村 (25.9%)

助成なし: 0市町村 (0%)

② 3歳～就学前

	被保険者数			市町村数		
	一部負担有り	一部負担無し	合計	一部負担有り	一部負担無し	合計
所得制限有り	27,027 (4.7%)	71,185 (12.4%)	98,212 (17.1%)	79 (4.1%)	140 (7.3%)	219 (11.5%)
所得制限無し	125,863 (21.9%)	252,815 (43.9%)	378,678 (65.8%)	273 (14.3%)	921 (48.3%)	1,194 (62.6%)
合計	152,890 (26.6%)	324,000 (56.3%)	476,890 (82.8%)	352 (18.4%)	1,061 (55.6%)	1,413 (74.1%)

償還払い: 98,895人 (17.2%)

助成なし: 0人 (0%)

償還払い: 495市町村 (25.9%)

助成なし: 0市町村 (0%)

③ 小学生

	被保険者数			市町村数		
	一部負担有り	一部負担無し	合計	一部負担有り	一部負担無し	合計
所得制限有り	65,321 (6.1%)	138,678 (12.9%)	203,999 (19.0%)	96 (5.1%)	136 (7.2%)	232 (12.3%)
所得制限無し	208,972 (19.4%)	396,020 (36.8%)	604,992 (56.3%)	257 (13.7%)	790 (42.0%)	1,047 (55.6%)
合計	274,293 (25.5%)	534,698 (49.7%)	808,991 (75.3%)	353 (18.8%)	926 (49.2%)	1,279 (68.0%)

償還払い: 246,217人 (22.9%)

助成なし: 19,635人 (1.8%)

償還払い: 573市町村 (30.4%)

助成なし: 30市町村 (1.6%)

④ 中学生

	被保険者数			市町村数		
	一部負担有り	一部負担無し	合計	一部負担有り	一部負担無し	合計
所得制限有り	44,302 (7.0%)	47,595 (7.5%)	91,897 (14.6%)	68 (3.7%)	113 (6.1%)	181 (9.7%)
所得制限無し	87,713 (13.9%)	244,950 (38.8%)	332,663 (52.7%)	215 (11.6%)	755 (40.6%)	970 (52.2%)
合計	132,015 (20.9%)	292,545 (46.3%)	424,560 (67.2%)	283 (15.2%)	868 (46.7%)	1,151 (61.9%)

償還払い: 157,905人 (25.0%)

助成なし: 48,909人 (7.7%)

償還払い: 575市町村 (30.9%)

助成なし: 134市町村 (7.2%)

<注意事項>

- ・重複部分（現金、現物の両方の助成を行っている場合等）は重複して計上した。

子ども医療費助成の現状について（厚生労働省保険局調べ（速報））

○医療費助成の条件ごとの被保険者数・市町村数（外来）

① 3歳未満

	被保険者数			市町村数		
	一部負担有り	一部負担無し	合計	一部負担有り	一部負担無し	合計
所得制限有り	19,784 (4.0%)	38,378 (7.8%)	58,162 (11.8%)	73 (3.8%)	133 (6.9%)	206 (10.7%)
所得制限無し	100,599 (20.5%)	235,878 (48.0%)	336,477 (68.4%)	259 (13.4%)	982 (50.8%)	1,241 (64.2%)
合計	120,383 (24.5%)	274,256 (55.8%)	394,639 (80.3%)	332 (17.2%)	1,115 (57.7%)	1,447 (74.8%)

償還払い: 97,012人 (19.7%)
助成なし: 0人 (0%)

償還払い: 487市町村 (25.2%)
助成なし: 0市町村 (0%)

② 3歳～就学前

	被保険者数			市町村数		
	一部負担有り	一部負担無し	合計	一部負担有り	一部負担無し	合計
所得制限有り	42,425 (7.3%)	59,063 (10.2%)	101,488 (17.5%)	92 (4.8%)	134 (6.9%)	226 (11.7%)
所得制限無し	129,685 (22.4%)	252,091 (43.6%)	381,776 (66.0%)	294 (15.2%)	926 (48.0%)	1,220 (63.2%)
合計	172,110 (29.7%)	311,154 (53.8%)	483,264 (83.5%)	386 (20.0%)	1,060 (54.9%)	1,446 (74.9%)

償還払い: 95,562人 (16.5%)
助成なし: 0人 (0%)

償還払い: 484市町村 (25.1%)
助成なし: 0市町村 (0%)

③ 小学生

	被保険者数			市町村数		
	一部負担有り	一部負担無し	合計	一部負担有り	一部負担無し	合計
所得制限有り	100,782 (9.6%)	76,019 (7.3%)	176,801 (16.9%)	91 (4.8%)	96 (5.0%)	187 (9.8%)
所得制限無し	215,678 (20.6%)	361,666 (34.6%)	577,344 (55.2%)	271 (14.2%)	774 (40.7%)	1,045 (54.9%)
合計	316,460 (30.2%)	437,685 (41.8%)	754,145 (72.1%)	362 (19.0%)	870 (45.7%)	1,232 (64.7%)

償還払い: 151,367人 (14.5%)
助成なし: 140,948人 (13.5%)

償還払い: 483市町村 (25.4%)
助成なし: 188市町村 (9.9%)

④ 中学生

	被保険者数			市町村数		
	一部負担有り	一部負担無し	合計	一部負担有り	一部負担無し	合計
所得制限有り	61,650 (9.7%)	13,835 (2.2%)	75,485 (11.9%)	73 (3.9%)	69 (3.7%)	142 (7.6%)
所得制限無し	89,160 (14.1%)	202,924 (32.1%)	292,084 (46.1%)	225 (12.0%)	727 (38.7%)	952 (50.7%)
合計	150,810 (23.8%)	216,759 (34.2%)	367,569 (58.1%)	298 (15.9%)	796 (42.4%)	1,094 (58.2%)

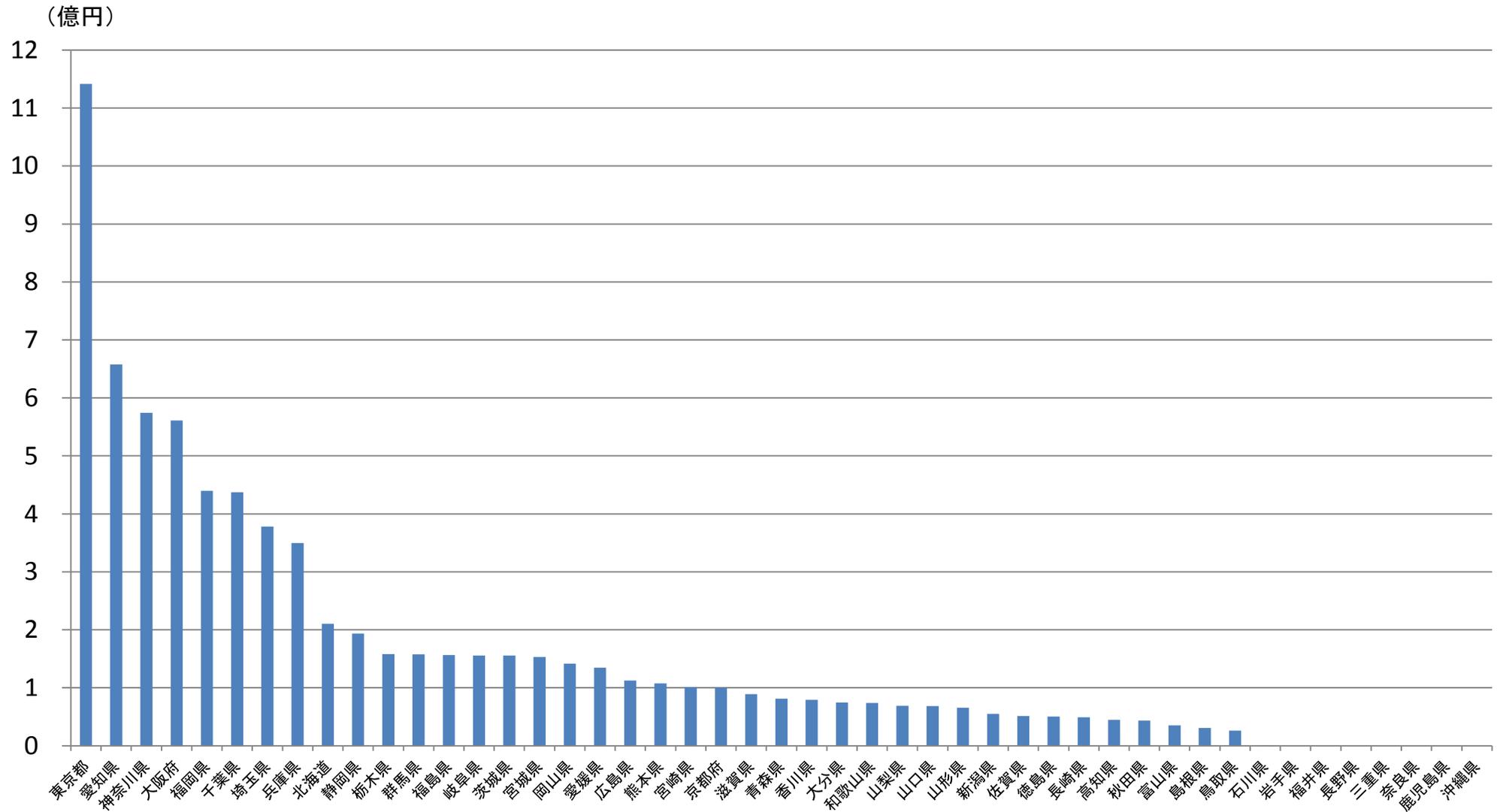
償還払い: 82,458人 (13.0%)
助成なし: 183,032人 (28.9%)

償還払い: 447市町村 (23.8%)
助成なし: 338市町村 (18.0%)

<注意事項>

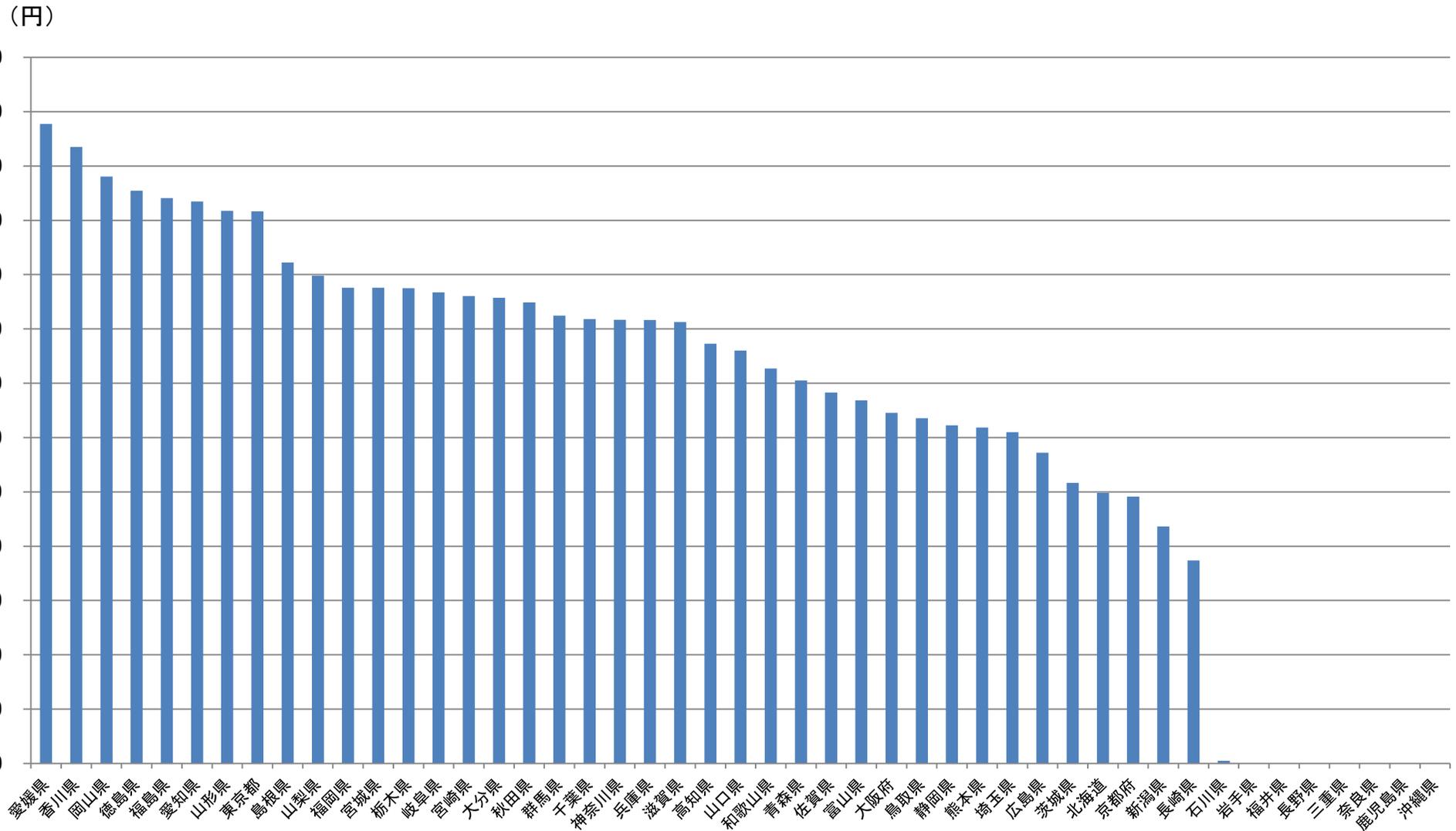
- ・重複部分（現金、現物の両方の助成を行っている場合等）は重複して計上した。

未就学児に対する医療費助成に係る公費の減額調整額(H26)



※岩手県、福井県、長野県、三重県、奈良県、鹿児島県、沖縄県は、県の方針により全ての市町村において地方単独事業を償還払いにより実施している。

未就学児に対する医療費助成に係る公費の被保険者1人あたり減額調整額(H26)



※岩手県、福井県、長野県、三重県、奈良県、鹿児島県、沖縄県は、県の方針により全ての市町村において地方単独事業を償還払いにより実施している。

子どもの医療に係る国民健康保険制度の減額調整措置に関する 過去の医療保険部会における主な意見

■第95回医療保険部会（平成28年5月26日）

- 少子化対策というのは、我が国における喫緊の国家的課題であるので、国の責任において子どもの医療に係る全国一律の制度を求めるとともに、この減額調整措置については廃止を求めている。減額措置が廃止されたら、自治体としては一層の少子化対策が可能になる。
- 財政力が無いという国保の構造的な問題に対して、減額措置は大きな影響を与えている。
- かつて高齢者の無料化の際には、サロン化したとか、そういった話題もあったが、子どもの場合にはそういった傾向は出ないのではないか。
- 医療機関としては、子どもに対して過剰な診療をすることはない。
- 子どもの医療費についても、波及効果がゼロということは絶対にないと思っている。
- 老人医療の無料化の際に起きたことは、コスト意識がなくなったことに起因するということ、十分に考えるべき。
- 一部負担を取らないと、被保険者が過剰に受診し、重篤な方の手当が後になったりすることもあるため、一部負担は必要。
- 仮に窓口負担を軽減するのであれば、本当にニーズのある人に限って行うべき。医療保険の仕組みではなく、児童福祉などの施策の中で収入、資産等も見たうえで補助するほうが、より公平な仕組みである。
- 健康増進の意識付けのためにも自己負担は必要。もともと医療は無料で出来るわけではないし、医療サービスの価値を理解し、貴重な医療資源を大切に使おうという気持ちをもつことも重要。

前回までの主なご意見

(高額療養費制度の見直しについて)

経済・財政再生計画 改革工程表

外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論

- 外来特例については創設から10年以上経過し、財政が悪化している中で、一定程度の役割は終えているので、段階的にでも廃止すべき。
- 負担能力に応じた負担を求めるのは当然の考え方。
- 現役並み所得区分については世代内の所得格差を踏まえて細分化すべき。
- 高齢者は弱い立場であり、負担を求めるのは反対。
- 今は外来で高度な治療が受けられるようになっている。安心して外来にかかるためにも、外来特例については患者の負担や受診行動への影響を考慮して、慎重に議論すべき。
- 特に低所得者について、経済力の差によって医療へのアクセスが阻害されることがあってはならない。
- 現役並み所得者については、もう少し区分を細分化しても良いと思うが、公平性を考慮して、高齢者の状況や所得格差をきめ細かく見据えた議論をしてほしい。
- 制度を見直すべきだとは思いますが、施行時期を考えるに当たっては、事務処理やシステムについても配慮してほしい。

(後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)の見直しについて)

医療保険制度改革骨子

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

ととする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。

- 平成 29 年度から原則的に本則に戻すべき。
- 特例を設けてから 8 年が経過しており、保険財政も厳しく、高齢者を取り巻く関係も変化しており、一定の役割は終えている。
- 負担能力に応じた負担が大原則であり、見直しは必要。そもそも特例であり、経過措置である。
- 国保の被保険者も最大 7 割軽減であり、75 歳になって突然年金額が下がるわけでもないため、後期になったから 9 割軽減というのは説明がつかない。
- 元被扶養者については応能負担にも逆行しているため、本則に戻すべき。
- 低所得者に負担を求めることは大きな負担になる。高齢者の生活を考えると、見直しには反対。
- 後期高齢者医療制度の発足時から、高齢者の生活実態という面ではあまり変わっていない中で、特例的な措置を終えるのが公平なのかについては疑問がある。
- 9 割軽減を 7 割軽減に戻して、月額 380 円が年額 1 万円増加するというのは重い負担であり、考慮が必要。
- 見直しは必要ではあるが、高齢者は医療の負担が大きいことを考えて、激変緩和措置の配慮が必要。
- 十分に時間を取って議論・周知すべき。

（入院時の居住費（光熱水費相当額）に係る患者負担の見直しについて）

経済・財政再生計画 改革工程表

入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論

- 療養病床の居住費について介護保険が家計調査というエビデンスに基づいて 370 円に引き上げたのであれば、医療保険も整合性を取るべきではないか。
- 在宅との公平性の観点から、医療区分ⅡⅢからも居住費負担を求めるべきではないか。
- 介護はついの住み処だが、医療は治療の場であり、医療区分ⅡⅢの者から

居住費負担を求めることに反対。本来は医療区分に関係なく居住費負担を求めないのが普通ではないか。

- 医療区分 I にも重症の患者もいることから、医療区分に応じて居住費負担の有無を決めるのは整合性がないのではないか。
- 65 歳以上の人は年金が収入としてある一方、働いている人は長期入院により収入がなくなること考えても年齢で分けるということは必要ではないか。
- 65 歳未満の者についても、在宅との公平性を考えれば、療養病床については年齢区分なく居住費負担をお願いすべきではないか。
- 一般病床、精神病床等に「住まい」の性質はなく、居住費負担を求めるべきではない。長期入院と居住費負担の問題は分けて考えるべき。
- 療養病床以外の病床でも、一定期間長期に入院される方、例えば診療報酬上の取扱いで 1 つの考え方である 90 日を超える方に負担を求めるべきではないか。
- 社会保障を持続可能なものとするため、入院時の居住費負担を求めることが必要である一方、低所得者や重篤な方等に配慮するべきではないか。
- 患者の立場からすると医療と介護は明確に分かれていない。高齢者が円滑に施設を移ることができるようにするべき。

(金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について)

経済・財政再生計画 改革工程表

医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016 年末までに結論

- 負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的にはマイナンバーを活用した金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- 介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的な性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないか。
- 市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把

握するのは現実的ではないのではないか。

- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないか。
- 事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないか。

(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について)

経済・財政再生計画 改革工程表

かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年未までに結論

- 頻回受診の防止や医療保険財政の観点から、広く定額負担を求めることは重要ではないか。今回の提案についても、かかりつけ医の定義がはっきりしてくれば1つの方策になるのではないか。
- かかりつけ医は、地域医療構想の実現や地域包括ケアの推進のために重要であるが、診療科ごとにかかりつけ医を持つ患者がいることや若者はそもそも受診頻度が低いということでかかりつけ医を持っていない方もおり、何をもち「かかりつけ医以外」とするか不明確なため、慎重な対応が必要。
- まずは、かかりつけ医の定義について関係者間で共通理解を得ること、プライマリ・ケアを担う地域医療の全体像を明確にすることが必要。
- 平成14年健保法改正法附則第2条に反するものであり新たに定額負担を求めることは反対である。
- かかりつけ医普及の観点からの外来時定額負担については反対だが、定額負担には様々なバリエーションがあるので、定額負担の導入、7割給付の考え方等を含めた患者の負担の在り方について幅広い議論を行ってはどうか。
- 受診抑制を招き、重症化につながることを懸念している。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されたばかりなので、まずはその状況を見るべきではないか。
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担は、大病院の勤務医の負担軽減等の観点から実施したものであり、今回のものとは異なる議論である。

(スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険給付率の在り方について)

経済・財政再生計画 改革工程表

スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論

- OTC化されたら保険給付率の変更ではなく、保険適用から外すというのが本来あるべき姿ではないか。
- 多剤服用や残薬対策という観点から服薬量を減らしつつ、健康寿命を延伸することが望ましい。例えば、基礎疾患は処方箋薬で治療し、軽度な疾病についてはスイッチOTC医薬品に限らずOTC医薬品に置き換える仕組みを考えてほしい。
- スイッチOTC医薬品の保険給付率を下げると、高薬価な医薬品へ処方シフトすることが考えられ、安くて、安全性が確立した医薬品が医療保険の中で使いにくくなるのではないか。その結果スイッチ化が抑制されてしまう可能性もある。
- 基本的に薬を保険でカバーするか否かは、薬の有効性や必須性などの観点から決められるべきで、既にスイッチOTC医薬品があるか否かで議論すべきでない。給付率を引き下げるとセルフメディケーションを促進する可能性はあるが、財政効果は短期的なものであり、長期的な効果は見込めないのではないか。
- 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持するという観点から、慎重に検討する必要がある。
- 保険給付率の引き下げについては、どのような考え方でスイッチOTC化された医薬品だけを対象とするのか。処方量を勘案する必要はないのかなど、もう少し詳細に議論していく必要がある。
- スイッチOTC化されたものに限らず、市販品類似薬や軽度の薬剤については、保険収載から外すこと、フランスのように保険給付割合変えることなどについても今後議論していく必要がある。

(任意継続被保険者制度について)

- 任継制度については、廃止に向けて検討していくべき。第一歩として、任継加入期間の2年から1年への見直し、加入要件のうち被保険者期間の2カ月から1年への見直し、退職時の標準報酬月額をもとにした保険料の設定を行うべきではないか。
- 前期高齢者医療制度の創設により、退職者医療制度が段階的に縮小している中、高齢者の医療費について任継制度を含めた医療保険全体としてカバーできている部分もあるのではないかと。任継加入期間を1年に短縮すると、結果的に医療費の高い高齢者が国保に加入することになるが、国保は基盤強化が必要な中で新たな負担につながる議論は慎重に行うべき。
- 任継制度は、被用者保険の長い歴史そのものだが、今日的にも、国保移行の際の保険料の激変緩和や、退職者の医療保障という役割はあるのではないかと。
- 国民皆保険を実現した際に、あるべき姿として退職者は市町村国保が対応することとなったはずであり、任継制度をいつまでも残すことに反対。ただし、国保への移行時に、前年度の所得に応じた保険料となると負担が大きいと、段階的な対応が必要。まず、任継加入期間を1年とし、再度、検討してはどうか。
- 任継制度は、国民皆保険が実現し、給付率が統一された現在、従来の意義が薄れているのは確か。

一方、任継の加入要件を1年にすると、有期労働者や派遣労働者は、任継を利用できなくなるなど、比較的弱い立場の方にしわ寄せが回る可能性がある。定期的所得がない時の保護の在り方や、任継の適用範囲を絞り、頻繁に被保険者が出入りすることが起きた場合の市町村の事務コストの観点を含めつつ、慎重に考えるべきではないか。

高額介護合算療養費制度について

平成28年11月18日
厚生労働省保険局

高額介護合算療養費制度の概要

○ 高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額な場合に、自己負担を軽減する制度。

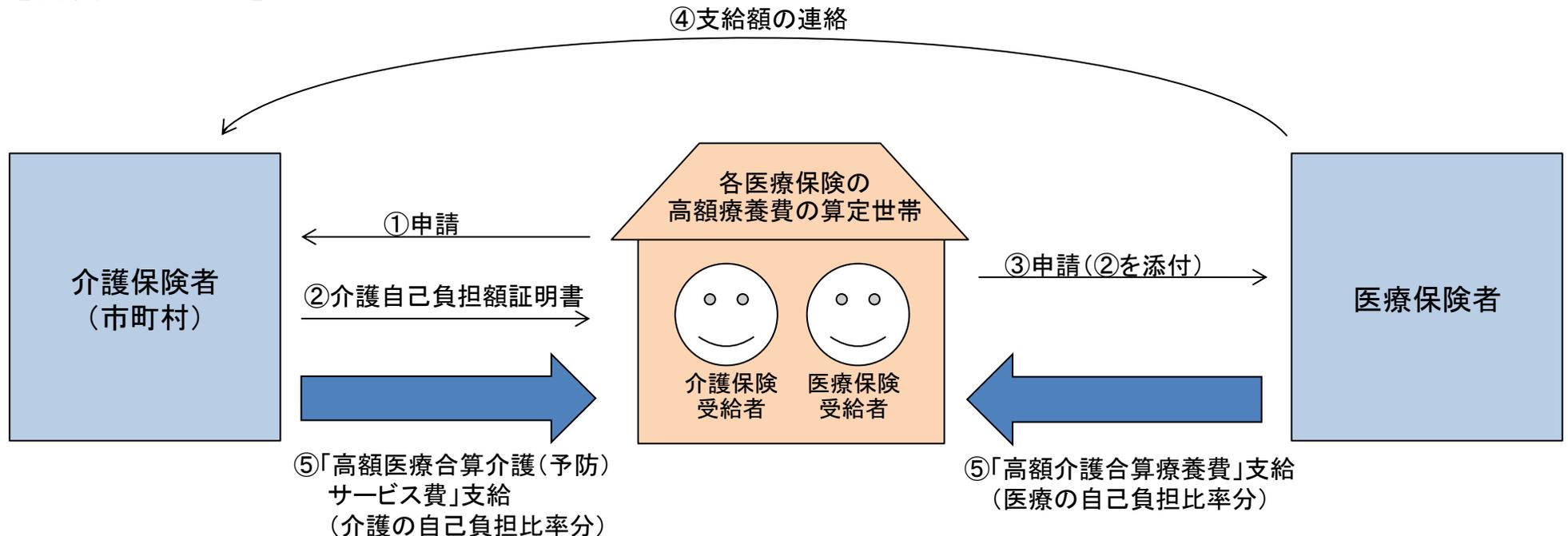
※ 介護においては、同様の制度を「高額医療合算介護(予防)サービス費」としている。

① 支給要件: 医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担合算額が、各所得区分に設定された限度額を超えた場合に、当該合算額から限度額を超えた額が支給される。

② 限度額 : 被保険者の所得・年齢に応じて設定(次ページ参照)

③ 費用負担: 医療保険者・介護保険者双方が、自己負担額の比率に応じて負担。

【制度のイメージ】



高額介護合算療養費制度について（論点）

○ 高額療養費制度については、世代間の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、患者の受診行動に与える影響も含め、現役並み所得者、一般区分、低所得者の負担のあり方についてどのように考えるか等の論点を提示している（9月29日医療保険部会）。

⇒ 高額療養費制度の見直しを検討するに当たり、合わせて高額介護合算療養費制度の限度額も見直しを行うか。

[負担上限額(現状・世帯単位)]

	75歳以上	70～74歳(注1)	[参考]70歳未満(注1)
年収約 1,160万円～	67万円	67万円	212万円
年収約770～約1,160万円			141万円
年収約370～約770万円			67万円
～年収約370万円 (課税所得145万円未満) ※ 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。 ※ 旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。	56万円	56万円	60万円
市町村民税世帯非課税	31万円	31万円	34万円
市町村民税世帯非課税 (年金収入80万円以下等)	19万円(注2)	19万円(注2)	

(注1)対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

(注2)介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

(参考) 医療及び介護における患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

医療

介護

70歳未満

	負担割合	月単位の上限額 (円)
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600+ (医療費-842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+ (医療費-558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+ (医療費-267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>

70歳以上

	負担割合	外来 (個人ごと)	
			80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回：44,400>
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	3割	44,400	
一般 (～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70-74歳 2割 (※3)	12,000 (※4)	44,400 (※4)
住民税非課税	75歳以上 1割	8,000	24,600
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

65歳以上

	負担割合	月単位の上限額 (円)
現役並み所得者 課税所得145万以上	2割	44,400 (世帯)
一定以上所得者 合計所得金額160万以上		37,200 (世帯)
合計所得金額160万円未満 (※5) 一般 住民税課税者 (※6)	1割	
住民税非課税		24,600 (世帯)
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000 (個人) 等

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

※4 2割負担の場合は62,100円(外来24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。

※5 世帯内の65歳以上の被保険者の収入+その他の合計所得金額の合計額が346万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は280万円未満)の場合も含む。

※6 世帯内の65歳以上の被保険者の収入の合計額が520万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合も含む。(介護保険の現役並み所得は、世帯に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合であって、世帯内の第1号被保険者の収入の合計が520万円(世帯内の第1号被保険者が1人のみの場合は383万円)以上である場合)

※7 介護保険では、利用者負担割合における一定以上所得者と、高額介護サービス費における現役並み所得者について、異なる所得基準を用いて判定しているが、医療保険との比較のために、それぞれの所得基準を便宜的に統合して表している。(生活保護被保険者等に係る月単位の上限額の区分については便宜的に記載していない)

高額療養費の支給実績

【平成25年度】	支給件数	支給額	1件あたり支給額
医療保険(後期医療除く)	2,181万件	1兆6,771億円	76,894円
協会けんぽ	324万件	3,521億円	108,817円
健保組合	208万件	2,202億円	105,895円
共済	66万件	683億円	103,464円
国保	1,582万件	1兆350億円	65,421円
後期高齢者医療制度	3,225万件	5,429億円	16,832円
計	5,406万件	2兆2,201億円	41,063円

(上記のうち、高額介護合算療養費の支給実績)

【平成25年度】	支給件数	支給額	1件あたり支給額
医療保険(後期医療除く)	20,568件	4億8,644万円	23,650円
協会けんぽ	31件	103万円	33,344円
健保組合	16件	66万円	41,330円
共済	3件	7万円	23,000円
国保	20,518件	4億8,468万円	23,622円
後期高齢者医療制度	808,205件	111億5,327万円	13,800円
計	828,773件	116億3,972万円	14,045円

出典: 医療保険に関する基礎資料～平成25年度の医療費等の状況～(厚生労働省保険局)

※ 上記支給実績は高額介護合算療養費(医療分)のみであり、高額医療合算介護(予防)サービス費(介護分)は含まれていない。

かかりつけ医の普及の観点からの 外来時の定額負担について

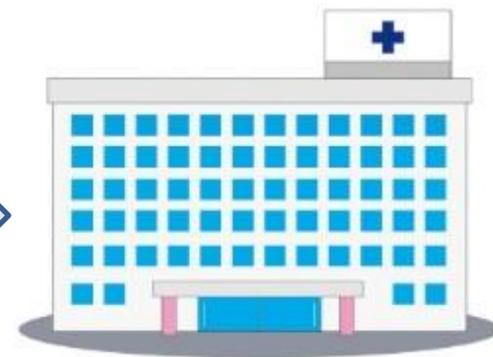
平成28年11月18日
厚生労働省保険局

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

各国かかりつけ医制度の比較

	アメリカ	英国	フランス	ドイツ
保険制度	民間保険を基盤としたアメリカ型皆保険制度(州毎に異なる)	9割を占める公的(税財源)および1割の民間自費医療サービスが両立	公的皆保険(民間保険は二階建て部分をカバー)	皆保険。公的(90%)および民間医療保険(10%)の両立(公的保険は選択可能)
外来患者自己負担	保有する保険により年間免責金額、定額負担、負担割合等が異なる	公的は原則無料(処方箋料等の少額負担あり)	3割負担(償還式)かかりつけ医以外受診の場合は7割負担(婦人科・小児科・眼科・歯科は除く)	原則無料(2013年より自己負担廃止)
登録制の有無	無(保険毎に契約医あり)	登録診療所のみ受診可	かかりつけ医は登録制(外来はフリーアクセス)	かかりつけ医は登録制(外来はフリーアクセス)
登録制開始	—	1948年	2004年	2008年
登録医の資格	—	GPのみ	専門医も可能(研修なし)	州家庭医団体への登録および州医師会の研修を受けることが条件
登録医の選択	—	居住エリア診療所から選択(近年緩和される方向)	地理的制約なし	地理的制約なし
支払い方式	出来高中心(ACO、PCMHは包括的な支払いを施行)	人頭・出来高・成果報酬の混合(人頭5割以上)	出来高中心	家庭医中心診療は包括的報酬
近年の変化	病院中心のACO、プライマリケア中心のPCMHとかかりつけ医機能をもった診療体制の増加	GP診療所の大規模化や連携、プライマリケアのオンライン化が進展	疾病管理プログラムの施行	州毎のばらつきは大きいですが、国全体では家庭医中心診療は穏やかに増加傾向(2016年で国民全体の5%)

出典:平成27年度厚生労働科学研究「先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度の在り方に関する研究」(研究代表者 松田晋哉)

かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について(論点)

- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用する観点から、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムを普及させ、医療機関間の適切な役割分担を図ることは重要な課題。
- このような観点から、「かかりつけ医」を普及させることが重要であるが、その方法として、かかりつけ医の範囲を決めた上で、それ以外を受診した場合に定額負担を求めることについては、
 - ・ 診療科毎に複数の「かかりつけ医」を認めるかどうか
 - ・ 受診頻度の低いという理由で「かかりつけ医」を持たない若者についてどう考えるか等の課題がある。このため、「かかりつけ医」の要件について、プライマリケアの在り方を含めて検討していく必要があり、こうした検討には、一定の時間を要する。
- 一方、一定規模以上の病院を受診した場合には、外来の機能分化・連携の観点も踏まえれば、一定の負担を求める場合もあり、医療保険制度においては、診療報酬上の対応のほか、
 - ・ 紹介状のない患者が、200床以上の病院を受診した場合、選定療養として特別の料金を徴収することができるほか、
 - ・ 今年4月から、紹介状のない患者が、特定機能病院や500床以上の地域医療支援病院を受診した場合、選定療養として初診5000円、再診2500円を徴収することが義務化されているところであるが、これらは、紹介状のない患者に追加的な負担を求めるものである一方、医療保険財政には直接影響しないことに留意が必要である。
- 以上を踏まえ、外来の機能分化・連携やかかりつけ医の普及の観点から、患者負担の在り方について幅広く検討する場合、どのような案が考えられるか。

參考資料

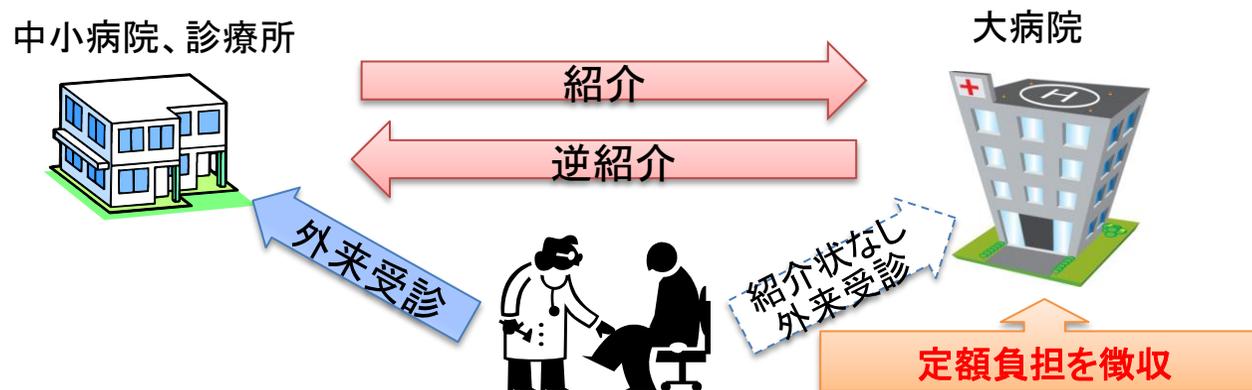
外来機能の分化に関する医療保険制度上の措置

- 医療保険制度においては、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みを活用し、病院及び診療所における外来機能の分化を図っている。
- 一方、診療報酬上の措置は、定率負担の下では、診療報酬が低く評価された方が患者負担が安くなるという問題が伴う。また、選定療養は、活用の有無や料金水準が病院の選択に委ねられているほか、診療報酬への上乗せとなる。

初診料・外来診療料	選定療養
<p>初診料 209点 外来診療料 54点</p> <p>【対象医療機関】</p> <p>① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設</p> <p>② 許可病床数が500床以上の全ての病院のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設</p>	<p>初再診において特別の料金を徴収</p> <p>【対象医療機関】 病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たもの</p> <p>【主な要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る(初診) ・ 病院が他の医療機関(200床未満)に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に限る(再診) ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く ・ 初再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示 <p>【設定状況(H26.7.1現在)】</p> <p>≪初診≫ 1,201施設 最高10,800円 最低210円 平均2,365円</p> <p>≪再診≫ 101施設 最高6,480円 最低210円 平均 962円</p>
<p>上記以外</p> <p>初診料 282点 外来診療料 73点</p>	

紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

- 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、定額の徴収を責務とする。
- ① 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
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担に係る関係法令

● 健康保険法（大正11年法律第70号）

（保険医療機関又は保険薬局の責務）

第70条（略）

3 保険医療機関のうち医療法第4条の2に規定する特定機能病院その他の病院であって厚生労働省令で定めるものは、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することその他の保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として厚生労働省令で定める措置を講ずるものとする。

● 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）

（一部負担金等の受領）

第5条（略）

3 保険医療機関のうち、医療法（昭和23年法律第205号）第4条第1項に規定する地域医療支援病院（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が500以上であるものに限る。）及び医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院であるものは、法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

- 一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。
- 二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。） に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めると。
（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

● 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揭示事項等（平成18年3月6日）（厚生労働省告示第107号）

第1の2 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める選定療養

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第2条第4号及び第5号に掲げるもの

第1の3 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める金額

- 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第4号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額
 - （一） 医師である保険医による初診の場合 5000円
 - （二） 歯科医師である保険医による初診の場合 3000円
- 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第5号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額
 - （一） 医師である保険医による再診の場合 2500円
 - （二） 歯科医師である保険医による再診の場合 1500円

第1の4 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める場合

- 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第4号の初診にあつては、他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者に対して、療担規則第5条第3項第2号又は療担基準第5条第3項第2号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合
- 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第5号の再診にあつては、他の病院（療担規則第5条第3項及び療担基準第5条第3項に規定する保険医療機関を除く。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に対して、療担規則第5条第3項第2号又は療担基準第5条第3項第2号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

○ 紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方については、過去の医療保険部会において、以下のような案が議論されている。

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の論点

○ 療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係をどうするか。

通常の療養

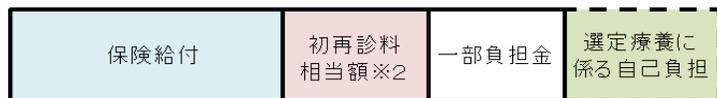
療養の給付に要する費用



※1 一部負担金相当分を除く

パターン1

初再診料相当分を定額負担として求める(この場合、初再診料相当分は給付しない)



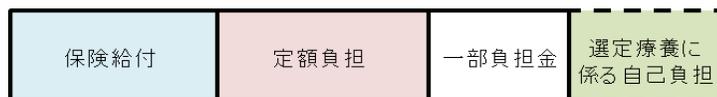
※2 3割負担の場合、初診:1974円、再診:511円が目安

【論点】

・定額負担の額として、患者の受診行動に与える効果が少ないのではないか。

パターン2

保険給付の範囲内で、一部負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める



【論点】

・定額負担の額が、本来保険給付すべき額を上回った場合に、保険給付すべき額までを負担として求める「たけくらべ」の必要があり、事務が煩雑化するのではないか。

パターン3

定額負担を、療養の給付に要する費用の額に上乗せして求める



【論点】

・定額負担の導入が医療費の総額を膨らませることについて、合理的な説明は困難ではないか。

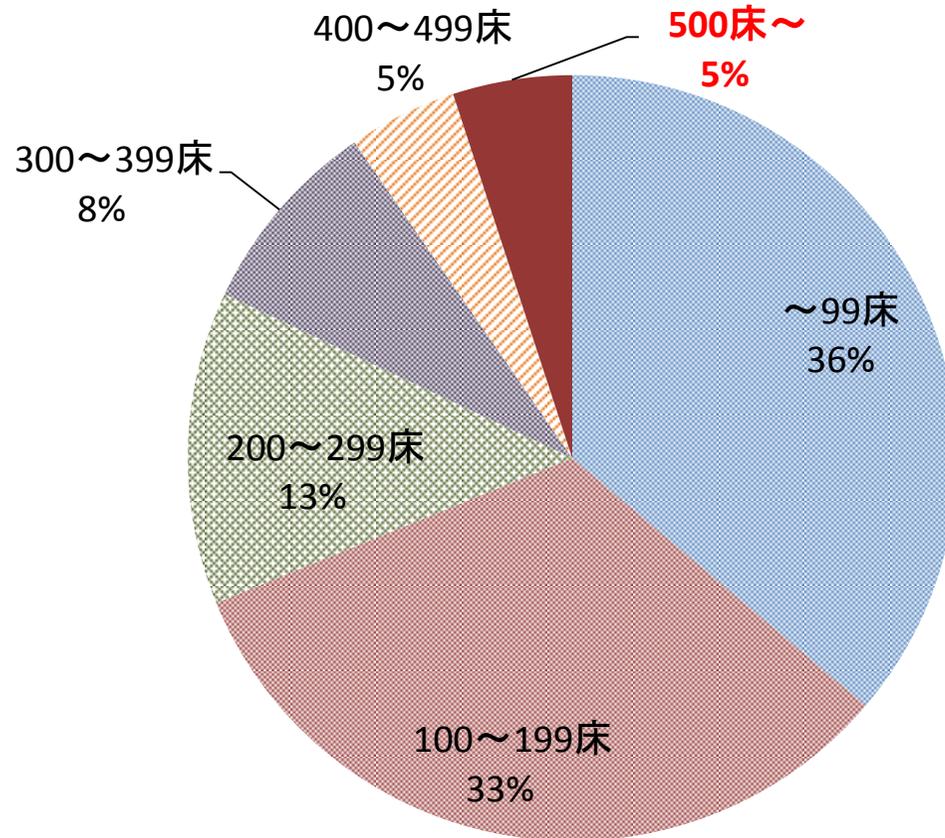
※パターン1～3の定額負担は、いずれも療養に要した費用の範囲内として整理。なお、定額負担を療養に要した費用の範囲の外に位置付けることは、法制的に困難。

特別な機能を有する病院等

	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	84 (平成28年9月1日時点)	515 (平成27年10月1日時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率40%以上</u>であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① <u>紹介率が80%以上</u> ② <u>紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上</u> ③ <u>紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上</u> ○ <u>原則として200床以上の病床</u>、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。 <p>(出所)特定機能病院一覧、平成27年医療施設調査</p>

病床規模別病院数の割合

○ 全病院8480病院のうち、500床以上の病院は5%程度、200床以上の病院は31%程度を占める。



病床数	病院数
20~49床	942
50~99床	2127
100~149床	1429
150~199床	1338
200~299床	1121
300~399床	711
400~499床	387
500~599床	179
600~699床	106
700~799床	54
800~899床	31
900床以上	55
合計	8480

(出所) 平成27年医療施設調査

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の実施について(案)

1. 目的

平成28年度診療報酬改定の基本方針及び答申に当たっての中医協附帯意見を踏まえた調査項目について特別調査を実施し、検証部会における平成28年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

2. 調査の実施方法

特別調査は、外部委託により実施することとし、実施に当たっては、検証部会委員、関係学会等により構成された「調査検討委員会」を設置し、具体的な調査設計、調査票の作成及び集計・分析方法等の検討を行う。

3. 調査項目

以下に掲げる9項目について、「平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」として平成28年度及び平成29年度の2か年で実施することとし、うち、下線の5項目を平成28年度調査として実施し、それ以外の項目については、施設基準を新設するなど改定の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要であることから平成29年度調査とする。なお、平成28年度調査においても、改定による効果がより明らかになるように、経過措置のあるものについては原則としてその終了後に調査期間を設定する。

(1) (略)

(2) かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査

(3) ~ (9) (略)

4. スケジュール

平成28年度調査におけるスケジュールは次のとおり。

平成28年5月 検証部会、総会で調査項目の決定

6月 事務局において受託業者の調達、決定

7~9月 調査検討委員会で調査設計、調査票等の検討

→検証部会、総会で調査票の決定10~12月委託業者において調査実施(調査票の配付、回収、調査結果の集計及び分析)

平成29年1月~調査検討委員会で調査結果の検討→検証部会で調査結果を取りまとめた項目から順次、総会に報告

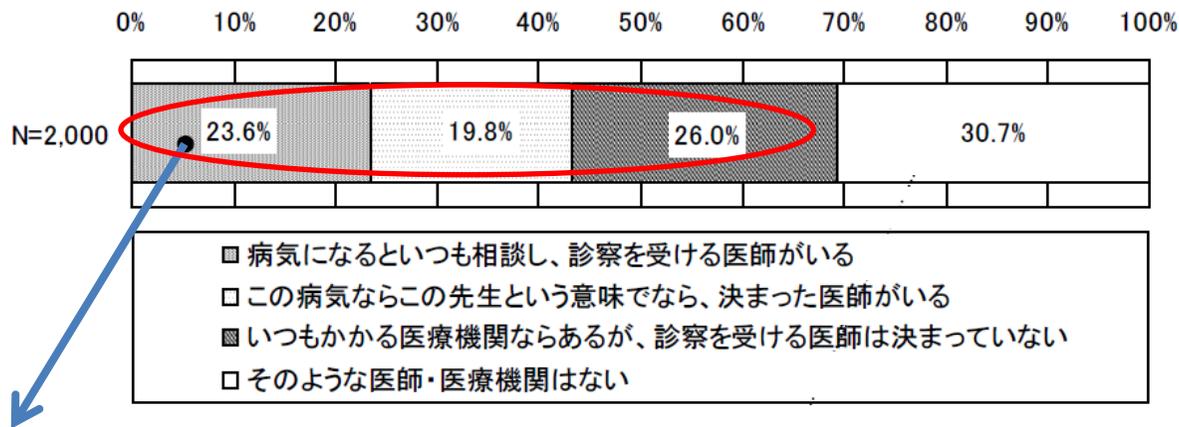
5. 調査分析手法等について(略)

日頃から健康相談や病気のとくに決まって受診している医師・医療機関の有無①

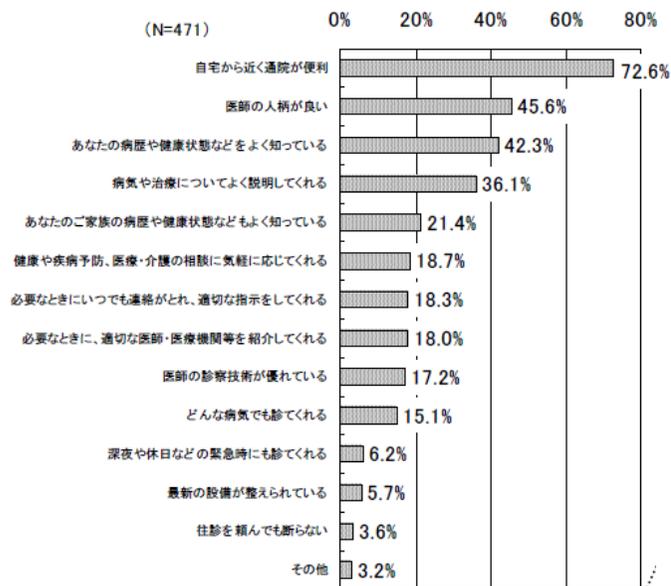
○ 「日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人」は69.4%に達している。

(平成23年11月17日健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査」)

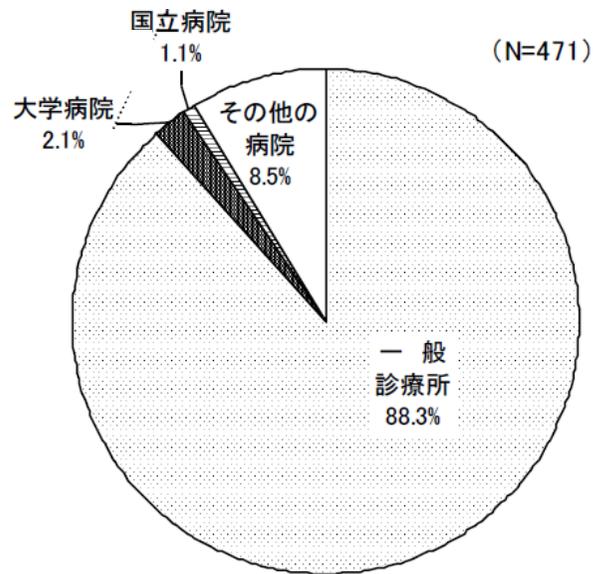
図表 2-2-11 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無



図表 2-2-12 その医師に決めた理由（複数回答）



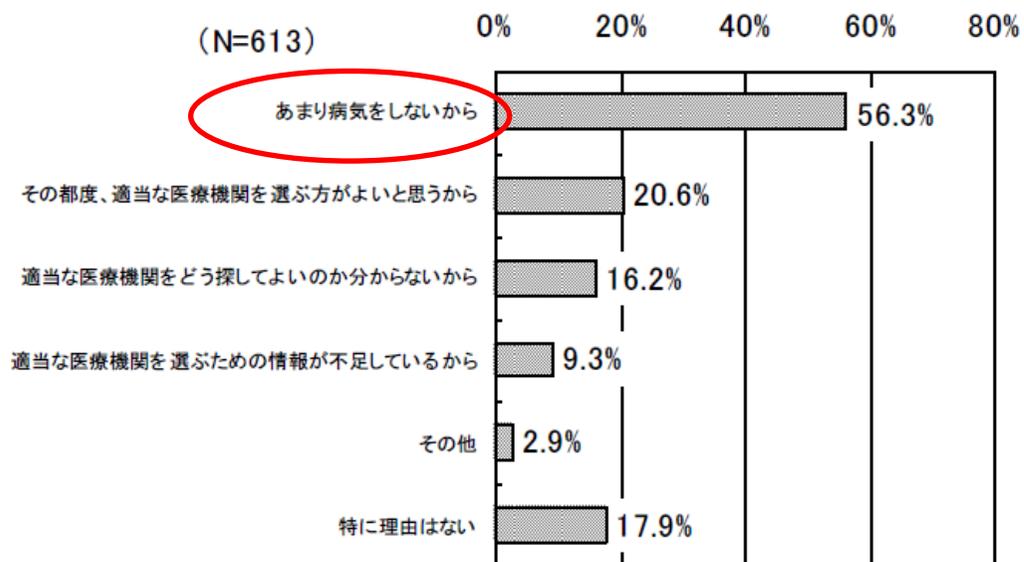
図表 2-2-13 その医師のいる医療機関



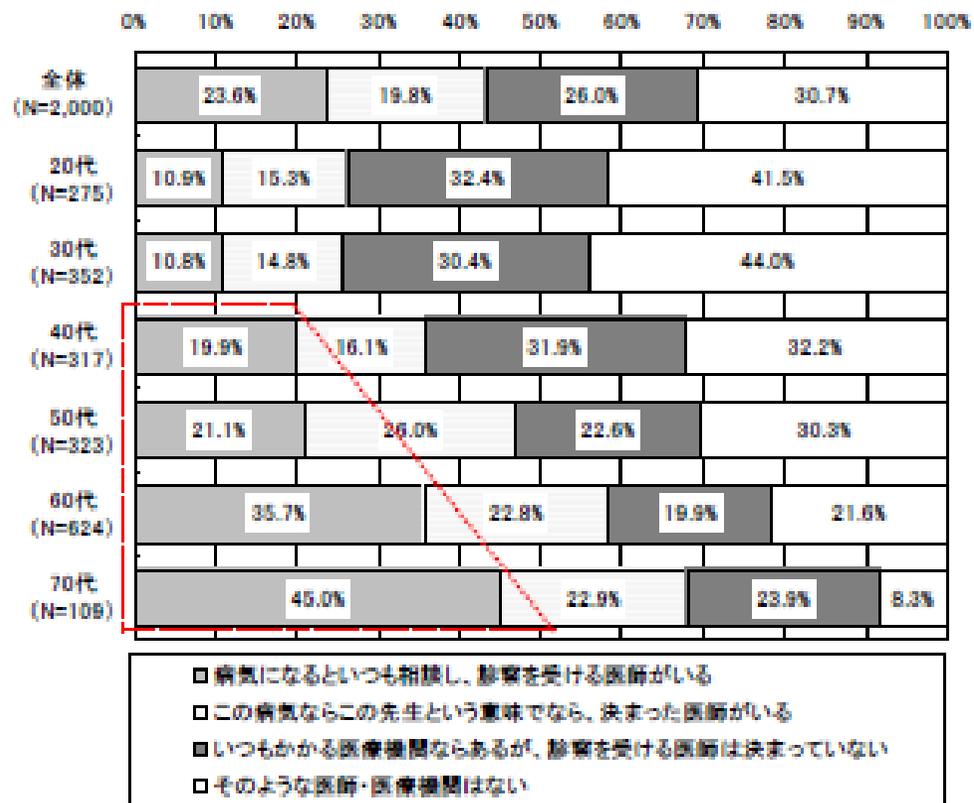
日頃から健康相談や病気のとくに決まって受診している医師・医療機関の有無②

○ 「日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人」は年齢階層が上がるとともに、その割合は増加する。（平成23年11月17日健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査」）

図表 2-2-14 決まった医師・医療機関をもたない理由（複数回答）



図表 2-2-15 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無；年齢階層別



「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について

- 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会)では、「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について、以下のように説明されている。

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

国民健康保険の保険料（税）の 賦課（課税）限度額について

平成28年11月18日
厚生労働省

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組であるが、このほか、国民健康保険において、相当の高所得の者であっても保険料の賦課限度額しか負担しない仕組みとなっていることを改めるため、保険料の賦課限度額を引き上げるべきである。同様の問題が被用者保険においても生じており、被用者保険においても標準報酬月額上限の引上げを検討するべきである。

■持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年法律第112号)(抄)

(医療制度)

第四条

7 政府は、持続可能な医療保険制度等を構築するため、次に掲げる事項その他必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 (略)

二 医療保険の保険料に係る国民の負担に関する公平の確保についての次に掲げる事項

イ～ハ (略)

ニ 国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等(医療保険各法(国民健康保険法を除く。)に規定する標準報酬月額、標準報酬の月額、給料の額及び標準給与の月額をいう。)の上限額の引上げ

三 (略)

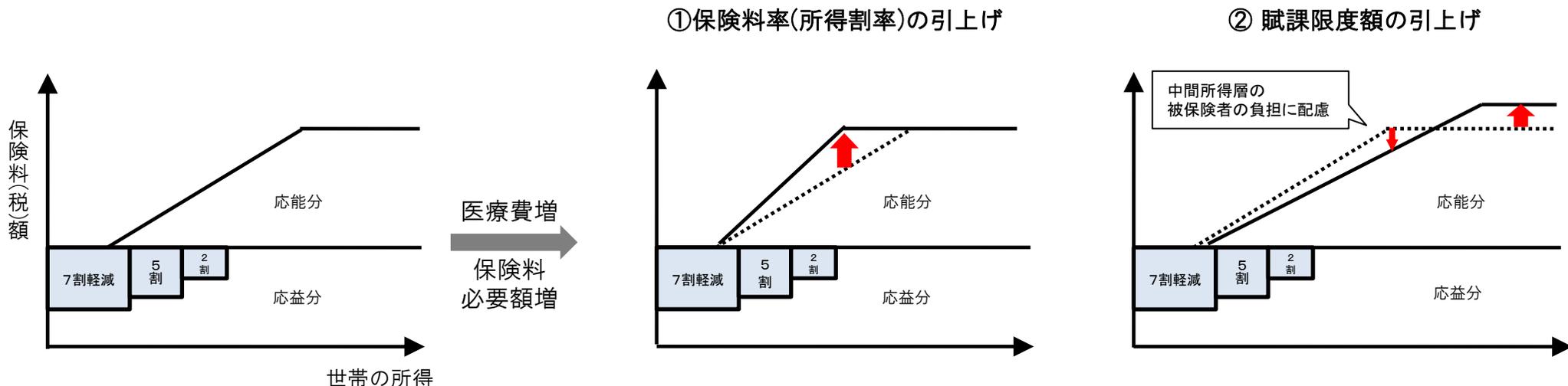
8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

医療保険制度における保険料上限額(賦課限度額)について

- 社会保険方式を採用する医療保険制度では、保険料負担は、負担能力に応じた公平なものである必要があるが、受益との関連において、被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険料負担に一定の限度を設けることとしている。
- 高齢化の進展等により医療給付費等が増加する一方で、被保険者の所得が伸びない状況において、例えば、
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げずに、保険料率の引上げにより必要な保険料収入を確保することとすれば、高所得層の負担と比較し、中間所得層の負担がより重くなる。【イメージ図:①】
 - ・ 保険料負担の上限を引き上げることとすれば、高所得層により多く負担いただくこととなるが、中間所得層の被保険者に配慮した保険料設定が可能となる。【イメージ図:②】
- 今後、高齢化の進展等による医療給付費等の増加が見込まれる中で、保険料負担の公平を図る観点から、保険料負担の上限の在り方について、どのように考えるか。

【国民健康保険制度の場合(イメージ図)】

- * 医療費が増加し確保すべき保険料収入額が増加した場合において、必要な保険料収入を確保するため、例えば、①保険料率(所得割率)の引上げ ② 賦課限度額の見直し を行うことが考えられる。



国民健康保険料(税) 賦課(課税) 限度額の推移

○ これまでの国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額の推移を見ると、介護保険制度が創設された平成12年度を除けば、限度額(合計額)の引上げ幅の最大は「4万円」となっており、28年度も同額の引上げを実施。

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合計	
		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額
平成5年度	\		50万円	+4万円	\				50万円	+4万円
7年度			52万円	+2万円				52万円	+2万円	
9年度			53万円	+1万円				53万円	+1万円	
12年度			53万円	-			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	-			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	-			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	-	65万円	+3万円
20年度		59万円	+3万円	47万円		▲9万円	12万円	+12万円	9万円	-
21年度	59万円	-	47万円	-	12万円	-	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	-	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
25年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
26年度	67万円	+2万円	51万円	-	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円
27年度	69万円	+2万円	52万円	+1万円	17万円	+1万円	16万円	+2万円	85万円	+4万円
28年度	73万円	+4万円	54万円	+2万円	19万円	+2万円	16万円	-	89万円	+4万円

(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成4年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられている以外は、引き上げ幅は最大4万円(昭和49年度)となっている。

平成29年度の国保保険料(税) 賦課(課税) 限度額の在り方(案)

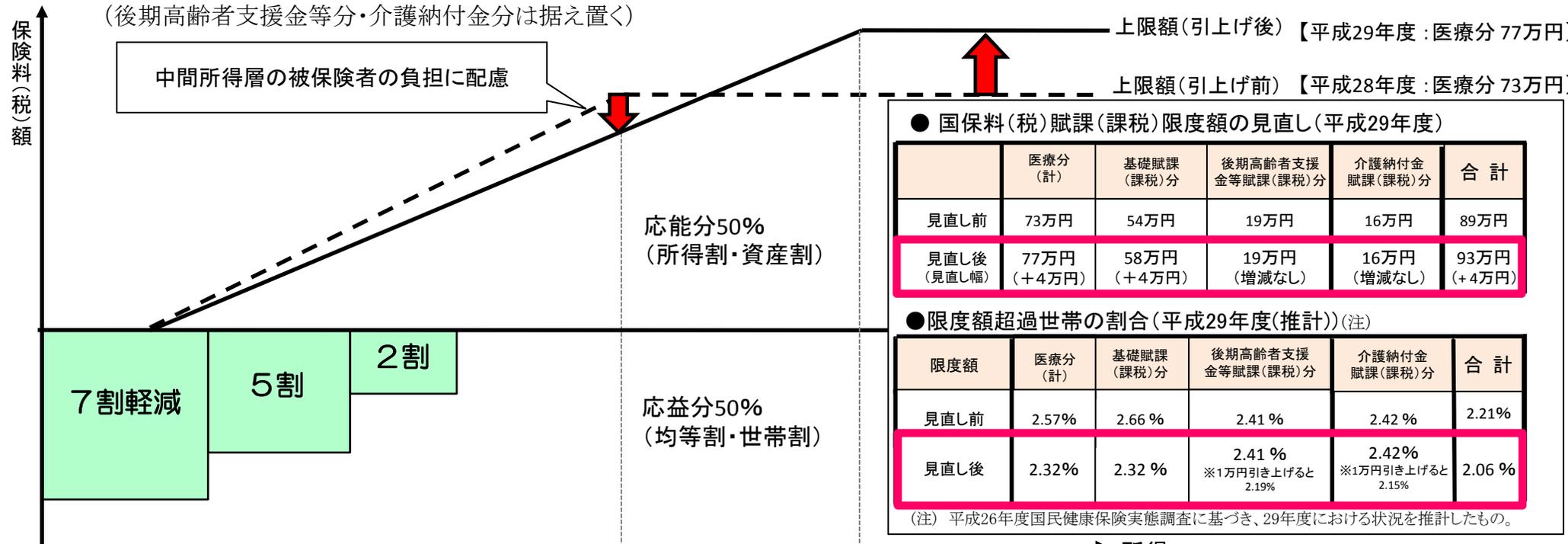
○ 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、被用者保険におけるルール(※)とのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げているところ。

※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が1.0%~1.5%(平成28年度より0.5%~1.5%)の間となるように法定されている。

- 平成29年度においては、
 - ・ 低中所得層が多く、保険料率の高い市町村においては、相対的に所得の低い世帯の保険料額が賦課限度額に該当することもあること
 - ・ 平成30年度から都道府県が財政運営の責任主体となる制度改革が施行されることを踏まえ、どのように考えるか。

【参考】平成29年度において、例年通りの引上げを行った場合

…基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯割合のバランスを考慮し、基礎賦課分を4万円を引上げ(後期高齢者支援金等分・介護納付金分は据え置く)



● 国保料(税)賦課(課税)限度額の見直し(平成29年度)

	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
見直し前	73万円	54万円	19万円	16万円	89万円
見直し後(見直し幅)	77万円(+4万円)	58万円(+4万円)	19万円(増減なし)	16万円(増減なし)	93万円(+4万円)

● 限度額超過世帯の割合(平成29年度(推計))(注)

限度額	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
見直し前	2.57%	2.66%	2.41%	2.42%	2.21%
見直し後	2.32%	2.32%	2.41% ※1万円引き上げると2.19%	2.42% ※1万円引き上げると2.15%	2.06%

(注) 平成26年度国民健康保険実態調査に基づき、29年度における状況を推計したもの。

※ 限度額(医療分)に達する収入及び所得 (注1、注2)
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

【平成28年度】
給与収入 約1,040万円 / 年金収入 約1,030万円
(給与所得 約820万円 / 年金所得 約820万円)

【平成29年度】
給与収入 約1,090万円 / 年金収入 約1,070万円
(給与所得 約860万円 / 年金所得 約860万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成26年度全国平均値で試算。平成26年度 所得割率 8.43%、資産割額 14,845円、均等割額 28,986円、世帯割額 27,509円。同様の考え方で平成29年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約960万円/年金収入約950万円、2方式の場合には給与収入約1,180万円/年金収入約1,160万円となる。

平成29年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の在り方(案)

【限度額超過世帯の割合】

○ 平成29年度において、基礎賦課分を4万円引き上げると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合がいずれも2.5%以下となる。

(1) 基礎賦課分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成28年度	平成29年度
52.0万円	2.60%	2.88%
53.0万円	2.51%	2.77%
54.0万円	2.42%	2.66%
55.0万円	2.34%	2.57%
56.0万円	2.26%	2.48%
57.0万円	2.19%	2.39%
58.0万円	2.14%	2.32%
59.0万円	2.08%	2.25%

+4万円

(2) 後期高齢者支援金等分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成28年度	平成29年度
16.0万円	3.32%	3.34%
17.0万円	2.96%	2.98%
18.0万円	2.65%	2.66%
19.0万円	2.40%	2.41%
20.0万円	2.17%	2.19%
21.0万円	1.99%	2.01%
22.0万円	1.83%	1.84%
23.0万円	1.71%	1.72%

増減なし

(3) 介護納付金分

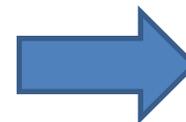
限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成28年度	平成29年度
13.0万円	3.22%	3.64%
14.0万円	2.77%	3.18%
15.0万円	2.41%	2.77%
16.0万円	2.12%	2.42%
17.0万円	1.90%	2.15%
18.0万円	1.71%	1.94%
19.0万円	1.56%	1.74%
20.0万円	1.42%	1.61%

増減なし

■医療分 (1)+(2)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成28年度	平成29年度
72.0万円	2.45%	2.64%
73.0万円	2.39%	2.57%
74.0万円	2.33%	2.50%
75.0万円	2.28%	2.43%
76.0万円	2.23%	2.37%
77.0万円	2.18%	2.32%
78.0万円	2.13%	2.28%

+4万円



限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成28年度	平成29年度
88.0万円	2.10%	2.25%
89.0万円	2.06%	2.21%
90.0万円	2.03%	2.16%
91.0万円	1.99%	2.12%
92.0万円	1.95%	2.08%
93.0万円	1.92%	2.06%
94.0万円	1.87%	2.02%

+4万円

(注1) 54.0万円 は平成28年度の賦課(課税)限度額

(注2) 平成26年度国民健康保険実態調査に基づき、28・29年度における状況を推計したもの。

(参考資料) 後期高齢者医療の保険料賦課限度額について (案)

[考え方]

○後期高齢者医療の保険料は均等割と所得割を半分ずつ賦課しているが、給付と保険料負担のバランスを失すれば被保険者の納付意識に悪影響を及ぼす等の理由から、年間保険料に賦課限度額を設けている。

[経緯]

○制度施行時(平成20年度)

- ・国保の賦課限度額の水準を参考に、国保で賦課限度額を負担する層についてその賦課限度額と同程度までの負担となるよう50万円に設定。

※高齢者では所得割を負担する者が約3割と少なく、国保に比べ所得割率が高くなることから、中間所得層の負担を一定に抑えるため、負担能力の高い者に応分の負担を求めている(賦課限度額超過被保険者割合は国保より小さい)。

○保険料率改定時

- ・国保の賦課限度額引上げの状況、保険料率上昇見込み等を踏まえ、平成24年度に55万円(5万円引き上げ)、平成26年度に57万円(2万円引き上げ)に設定。なお、平成28年度は、賦課限度額の超過被保険者の割合等を踏まえ、見直しを行わなかった。

[検討の方向性]

○平成29年度は保険料率改定を行わないため、賦課限度額の見直しは行わない。次回の保険料率改定時(平成30年度)に、賦課限度額の超過被保険者の割合や、国保の賦課限度額引上げの状況、保険料率の上昇見込み等を考慮しながら検討することとする。

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	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
後期 高齢者	賦課限度額 (20年度基準) [対前年変化幅]	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	55万円 (110) [5万円、10.0%]	55万円 (110)	57万円 (114) [2万円、3.7%]	57万円 (114)	57万円 (114)
	賦課限度額 に達する年金収入 (年金所得)	830万円 (633万円)	830万円 (633万円)	811万円 (615万円)	811万円 (615万円)	822万円 (626万円)	822万円 (626万円)	821万円 (625万円)	821万円 (625万円)	807万円 (611万円)
	賦課限度額超過 被保険者割合	1.65%	1.52%	1.44%	1.42%	1.36%	1.36%	1.45%	1.42%	1.48% (速報値)
国保	賦課限度額 (医療分) (20年度基準) [対前年変化幅]	59万円 (100)	59万円 (100)	63万円 (107) [4万円、6.8%]	65万円 (110) [2万円、3.2%]	65万円 (110)	65万円 (110)	67万円 (114) [2万円、3.1%]	69万円 (117) [2万円、3.0%]	73万円 (124) [4万円、5.8%]

※ 賦課限度額に達する年金収入:各年度の全国平均保険料率を基に算定。

※ 年金所得=年金収入-公的年金等控除

※ 賦課限度額超過被保険者割合:後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告による。平成28年度は高齢者医療課が調査した速報値。

參考資料

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律 説明資料

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

- 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)



平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

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

追加

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

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

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

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

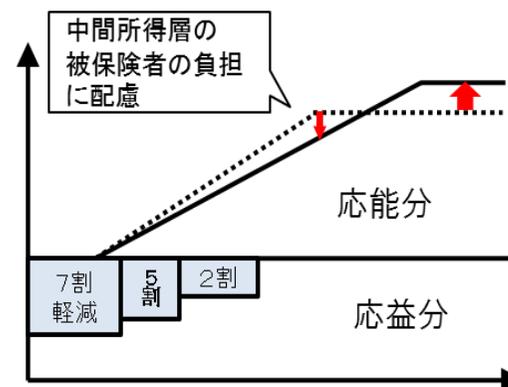
3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

- 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険(税)料負担に一定の限度を設けている(現在、年間85万円)

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

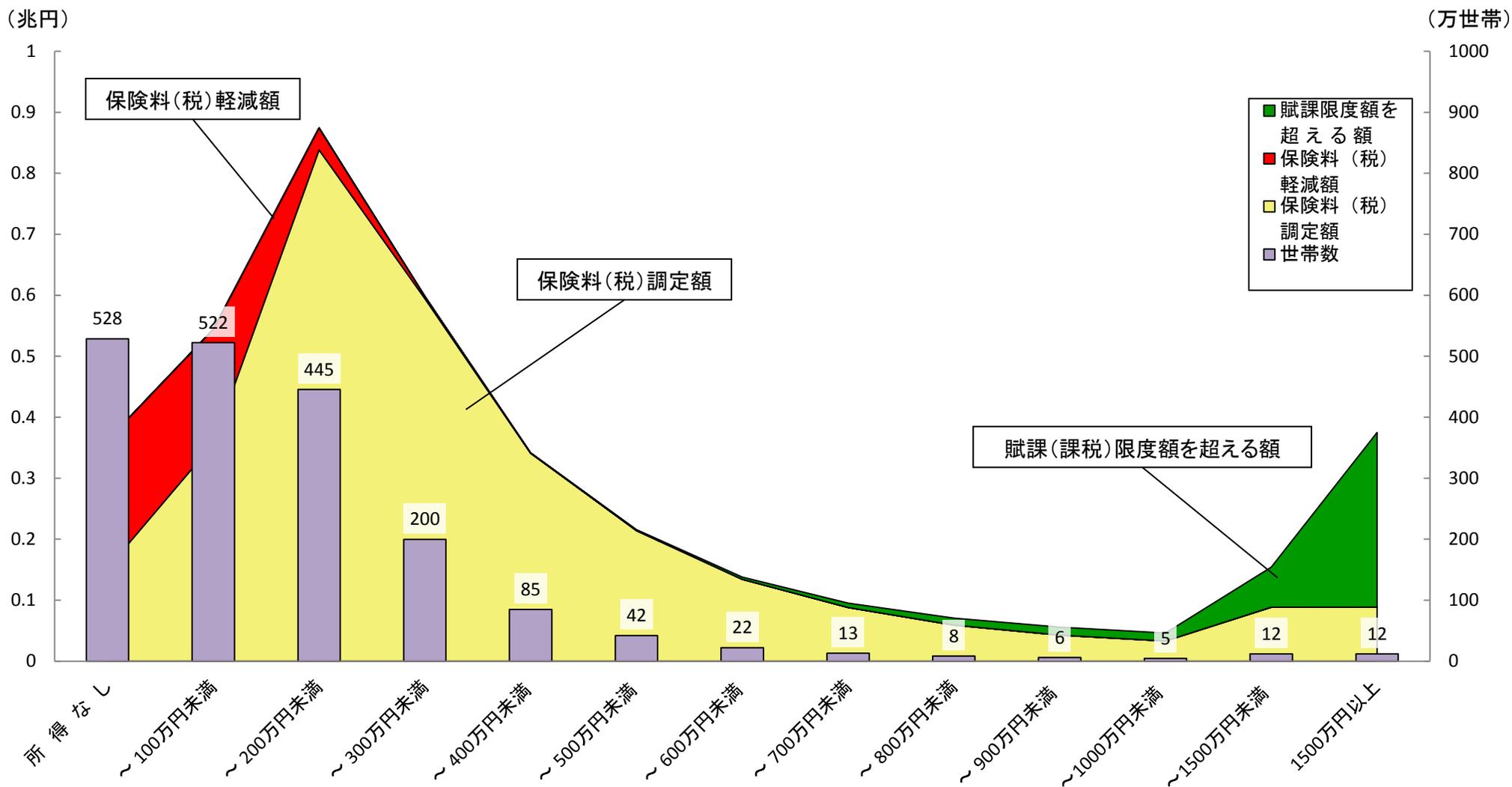
- 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成27年度は4万円引上げ

賦課限度額の引上げの仕組み



市町村国保の所得階級別保険料（税）調定額等について【平成26年度】

- 世帯の所得階級別に世帯数の分布を見ると、所得が200万円未満の世帯が1,500万世帯と全体の約8割を占めている。
- 所得階級にかかわらず、賦課（課税）限度額を超える額が見られるが、特に700万円以上の階級において、賦課（課税）限度額を超える額が多くなっている。



(出所) 厚生労働省保険局「平成26年度 国民健康保険実態調査」

(注) ここでいう「所得」とは、総所得金額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所得総額(基礎控除前)である。