

全国厚生労働関係部局長会議  
(厚生分科会)

資 料

保 険 局

平成24年1月19日

# 全国厚生労働部局長会議(厚生分科会)

## 保険局説明資料

1	社会保障・税一体改革素案について・・・	1
2	国民健康保険制度について……………	8
3	新たな高齢者医療制度について…………	17
4	医療費適正化計画について……………	26
5	平成24年度診療報酬改定について…	38

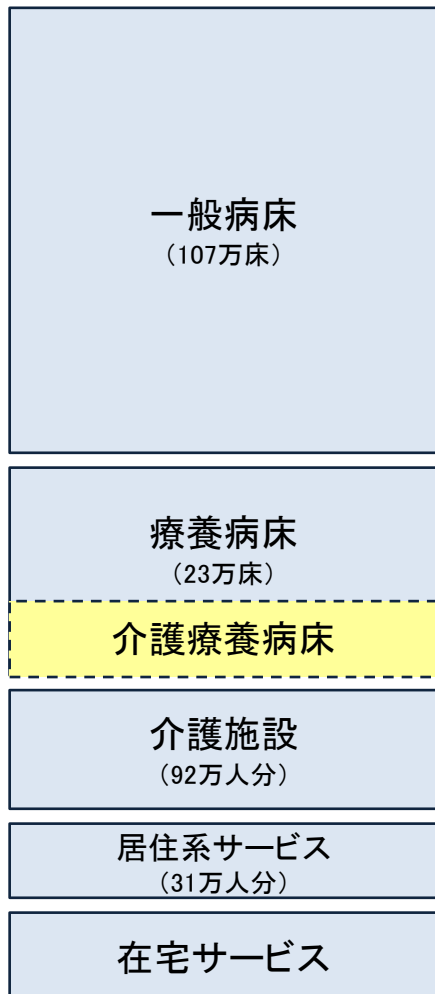
# 1. 社会保障・税一体改革素案 関係資料

平成24年1月19日  
厚生労働省保険局  
総務課

# 将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
  - ・急性期への医療資源集中投入
  - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 在宅医療の充実
  - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
  - ・訪問看護等の計画的整備 等
- 在宅介護の充実
  - ・地域包括ケア体制の整備
  - ・ケアマネジメント機能の強化 等

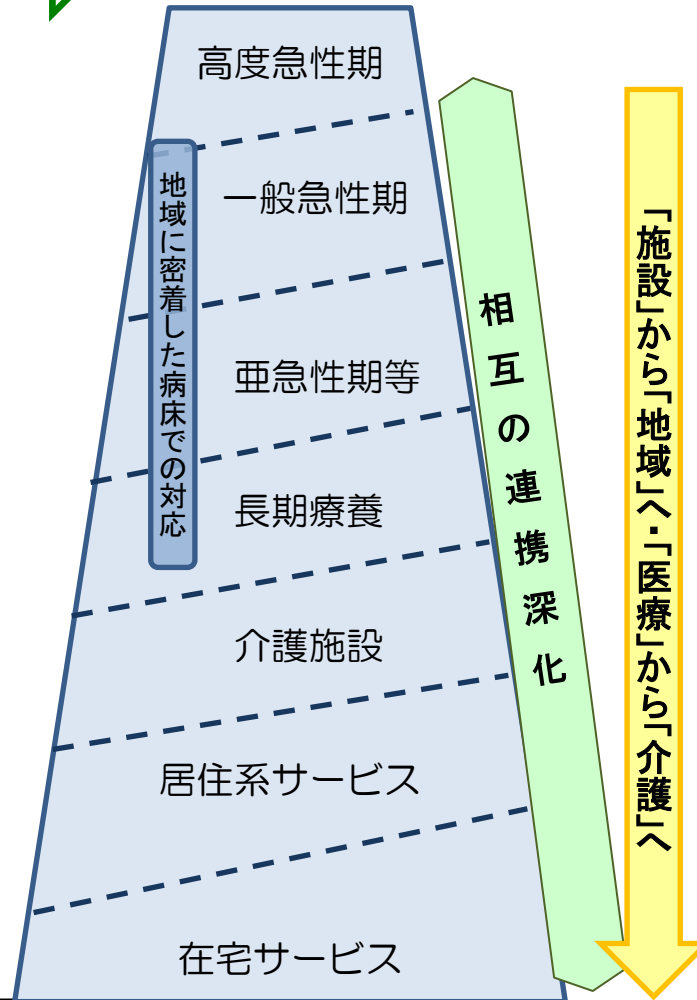
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】

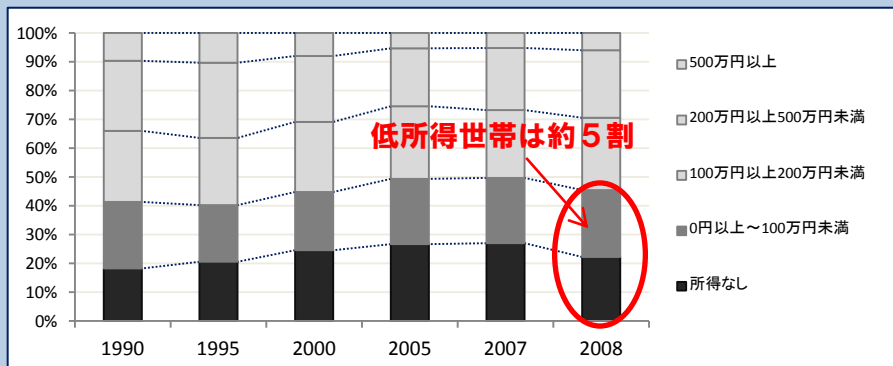


医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

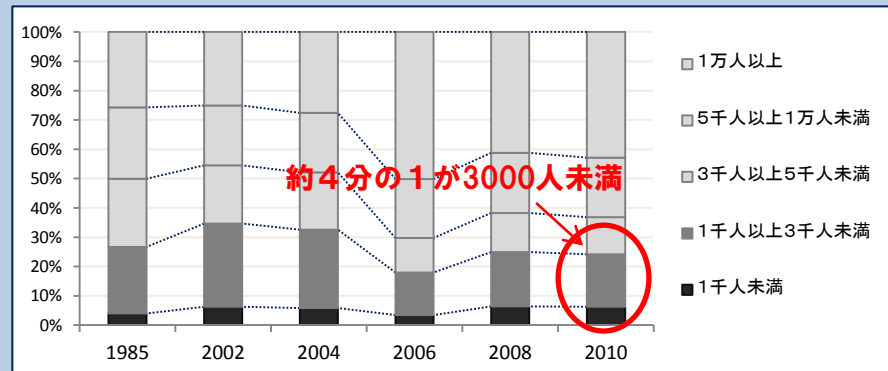
# 市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化

## <現状>

### ◎低所得世帯の増加



### ◎小規模保険者の存在



### ◎決算補填目的等のための一般会計繰入れ(3,100億円)、前年度繰上げ充用(1,800億円)

## 改革の具体策

- 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援分の拡充等により、財政基盤を強化する。併せて、都道府県単位の共同事業について、事業対象をすべての医療費に拡大する。
- ☆ 財政基盤の強化については、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、具体的内容について検討し、税制抜本改革とともに実施する。
- ☆ 平成24年度以降の子どものための手当等の取扱いについて(平成23年12月20日付け4大臣合意)の事項については、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において協議した上で、必要な法案を平成24年通常国会に提出する。

# 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大

## <現状>

- 同じ被用者であっても労働時間や収入によって厚生年金・被用者保険の適用にならない場合がある。
- 国民年金制度が、自営業者のための制度から、不安定な被用者が多く加入する年金制度に変化しており、こうした者が、将来、無年金、低年金となるおそれがある。

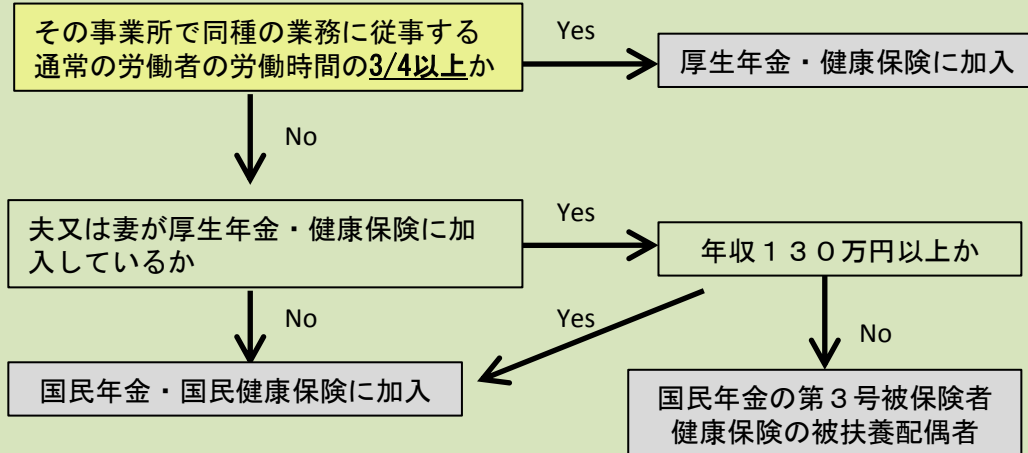


## 改革の具体策

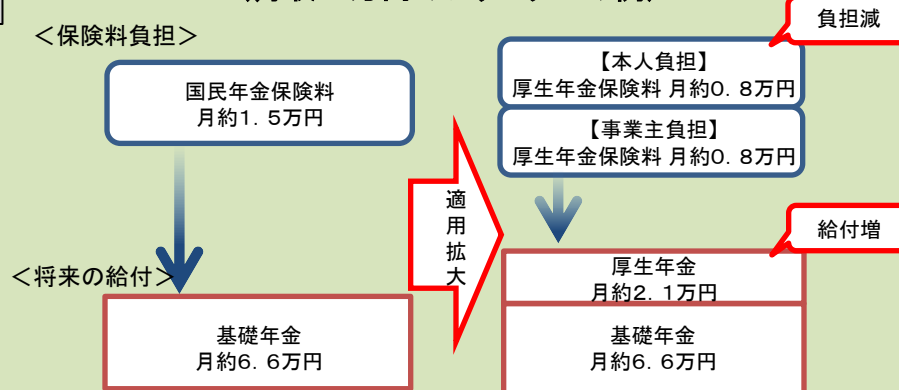
- 短時間労働者に対する厚生年金の適用拡大に併せ、被用者保険の適用拡大を実施する。

☆ 被用者保険の適用対象となる者の具体的範囲、短時間労働者が多く就業する企業への影響に対する配慮等の具体的制度設計について、適用拡大が労働者に与える影響や雇用への影響にも留意しつつ、実施時期も含め検討する。平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

### 【現在の社会保険の適用ルール】



### 厚生年金の適用拡大による給付と負担の変化 (月収10万円のフリーターの例)



※給付額は、40年間加入した場合

# 高齢者医療制度の見直し

○ 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。

☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。

(参考)

## 高齢者医療制度改革会議最終とりまとめの主な内容

### 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。

### 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。)

#### (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。

# 国保組合の国庫補助の見直し

○ 保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助を見直す。

☆ 医療保険制度改革の一環として、平成24年通常国会への法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

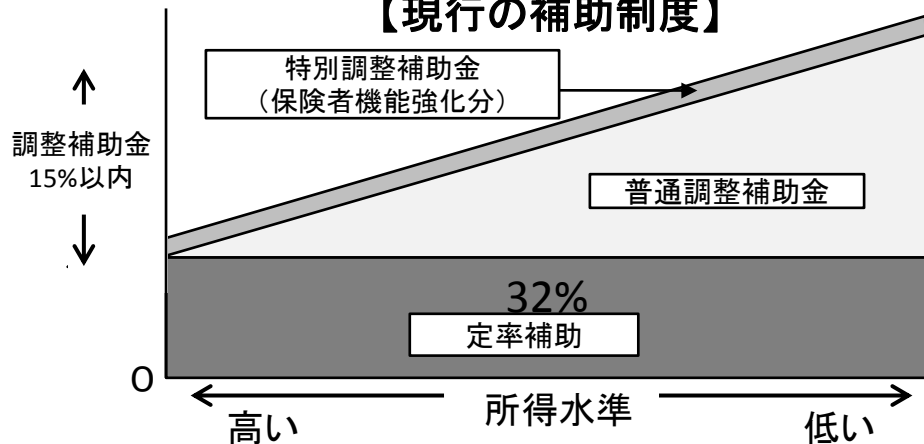
## 現状

1. 国保組合の所得水準にかかわらず、医療給付費等の32%を定率補助。
2. 調整補助金の総枠は医療給付費等の「15%以内」。

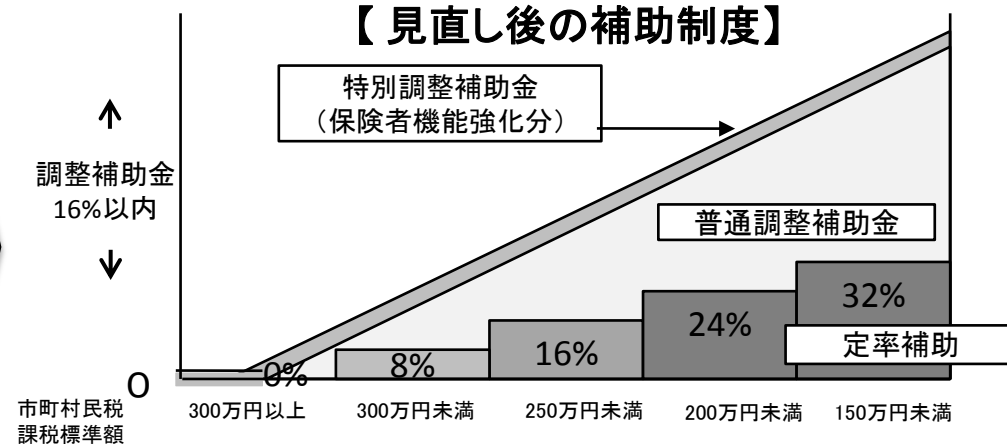
## 改革の具体策

1. 国保組合の所得水準に応じた5段階の補助。
2. 調整補助金の総枠を「16%以内」に拡大。

### 【現行の補助制度】



### 【見直し後の補助制度】





# 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

## <現状>

- 先発品と比べて低価格の後発医薬品は患者負担の軽減や医療保険財政の改善のために重要。現在、数量シェアを30%に引き上げることを目標。
- 後発医薬品のシェアは近年、上昇しているが、更なる使用促進を図る必要。また、併せて医薬品の患者負担の見直しを行う。



(参考)日本の後発医薬品の数量シェアの推移

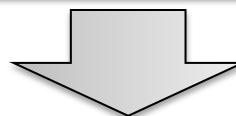
	H17年9月	H19年9月	H21年9月	H23年3月※
後発医薬品割合	16.8%	18.7%	20.2%	22.4%

(出典)厚生労働省調べ(薬価調査に基づく)。  
但し、23年3月のみ、メディアス(電子化された調剤レセプトによる集計)による参考値であり、調査方法が異なる。

(参考)諸外国の後発医薬品の数量シェア(2009年度)

	アメリカ	イギリス	ドイツ
後発医薬品の数量シェア	72%	65%	53%

(出典)IMS Health, MIDAS, Market Segmentation, RX only, メーカー出荷ベース、MAT Dec 2008  
諸外国の数値については、出典及び定義に差異があるため、単純に比較はできない。



## 改革の具体策

- 後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。また、イノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。
- 医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。

## 2. 国民健康保険制度について

平成24年1月19日

厚生労働省保険局

国民健康保険課

## 社会保障と税の一体改革成案における該当部分の抜粋

### ○ 社会保障改革の具体策、工程及び費用試算（抜粋）

A 充実（金額は公費（2015年））

B 重点化・効率化（金額は公費（2015年））

#### ○ 保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策

##### a 被用者保険の適用拡大と国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- ・ 短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大（= 完全実施の場合 ▲1,600億円）
- ・ 市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化（低所得者保険料軽減の拡充等（～2,200億円程度））

※ 財政影響は、適用拡大の範囲、国保対策の規模によって変動

##### c 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

- ・ 長期高額医療の高額療養費の見直し（長期高額医療への対応、所得区分の見直しによる負担軽減等）による負担軽減（～1,300億円程度）
- ・ 受診時定額負担等（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。例えば、初診・再診時100円の場合、▲1,300億円）ただし、低所得者に配慮。

※ 見直しの内容は、機能強化と重点化の規模により変動

##### d その他

- ・ 総合合算制度（番号制度等の情報連携基盤の導入が前提）
- ・ 低所得者対策・逆進性対策等の検討
- ・ 後発医薬品の更なる使用促進、医薬品の患者負担の見直し（医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す）
- ・ 国保組合の国庫補助の見直し
- ・ 高齢者医療制度の見直し（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、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど）

# 平成24年度以降の子どものための手当等の取扱いについて（平成23年12月20日付け 4大臣合意）

1. (略)
2. (略)
  - (1)平成24年度の取扱い
    - ①・② (略)
    - ③地方の自由度の拡大に併せ、以下の国庫補助負担金の一般財源化等を実施する。(1,841億円)
      - ・国民健康保険都道府県調整交付金(1,526億円)(略)

3. 国民健康保険制度に関して、以下の措置を講ずることとし、国民健康保険法を改正する所要の法律案を次期通常国会に提出する。また、「社会保障・税一体改革成案」に盛り込まれている市町村国保の財政基盤の強化については、低所得者の保険料軽減の拡充及び保険者支援の拡充に充てることとし、そのための必要財源(～2,200億円程度)については、社会保障・税一体改革成案を具体化する中で、措置する。なお、高額医療費共同事業の国庫負担のあり方については、社会保障・税一体改革による財政基盤の強化の状況を踏まえ、検討する。

- (1)平成22年度から平成25年度までの暫定措置である国保財政基盤強化策(保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業(高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業))を恒久化する(平成27年度)。また、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。なお、財政安定化支援事業については、社会保障・税一体改革による財政基盤の強化及び財政運営の都道府県単位化を踏まえ、所要の見直しを行う。
- (2)都道府県単位の共同事業について、事業対象を全ての医療費に拡大する(平成27年度)。なお、共同事業の拠出割合は、現在と同じ、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とする。
- (3)財政運営の都道府県単位化を円滑に進める等のため、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、国の定率負担は給付費等の32%とする(平成24年度)。

平成23年12月20日

内閣官房長官  
総務大臣  
財務大臣  
厚生労働大臣

大臣折衝の結果、上記のとおり合意したことを確認する。

民主党政策調査会長

# 財政基盤強化策の恒久化

【参考1】

- 平成22年度から平成25年度までの暫定措置である財政基盤強化策(保険者支援制度及び都道府県単位の共同事業(高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業))を恒久化する。

【平成27年度】

※ 保険者支援制度

→ 保険料軽減の対象となる低所得者数に応じて、保険者に対して財政支援する制度  
(国、都道府県、市町村が2:1:1で負担)

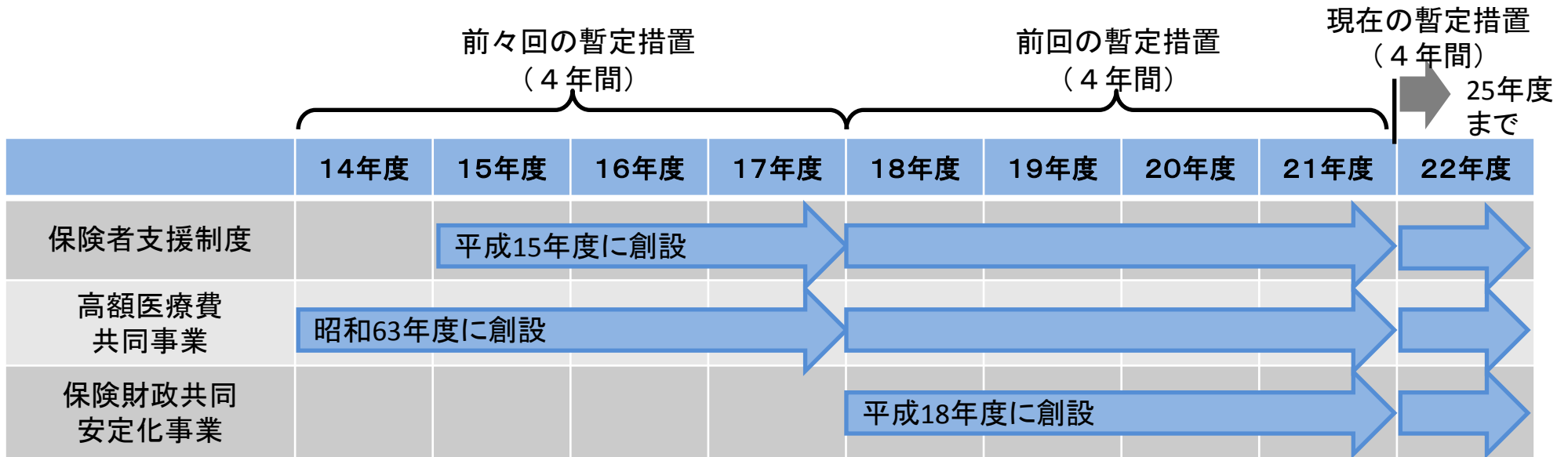
※ 都道府県単位の共同事業

① 高額医療費共同事業:

→ 一定額以上(一件80万円超)の高額医療費について、都道府県内の全市町村が共同で負担(再保険)する事業(国・都道府県が事業対象の1/4ずつ公費負担)

② 保険財政共同安定化事業:

→ 一定額以上(一件30万円超)の医療費について、都道府県内の全市町村が共同で負担(再保険等)する事業



※ 上記のほか、市町村の一般会計から国保特別会計への繰入について、1,000億円の地方財政措置(財政安定化支援事業)が、講じられているが、社会保障・税一体改革による財政基盤の強化及び財政運営の都道府県単位化を踏まえ、所要の見直しを行う。

# 財政運営の都道府県単位化の推進

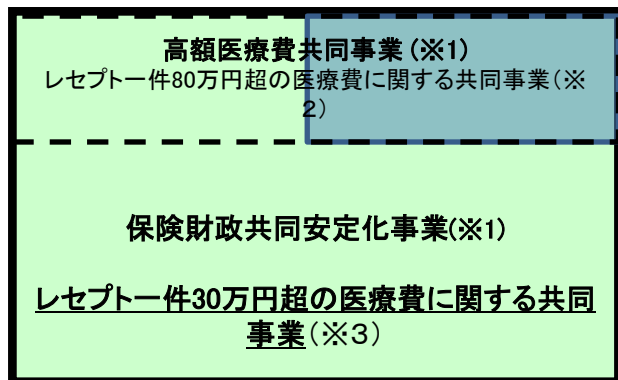
【参考2-1】

○ 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】

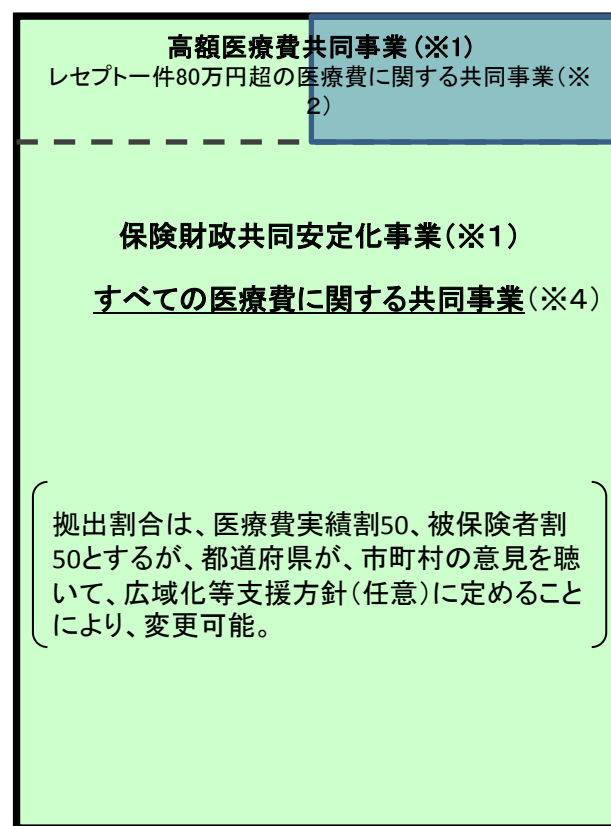
## 都道府県単位の共同事業



都道府県が、市町村の意見を聴いて、広域化等支援方針(任意)に定めることにより、①対象医療費の拡大や②拠出割合の変更が可能

【改正後】

## 都道府県単位の共同事業の拡大



※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。

# 都道府県単位の共同事業の仕組み

【参考2-2】

- 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。

- 医療給付費の実績  
(3年平均)
- 被保険者数  
に応じて拠出

拠出金



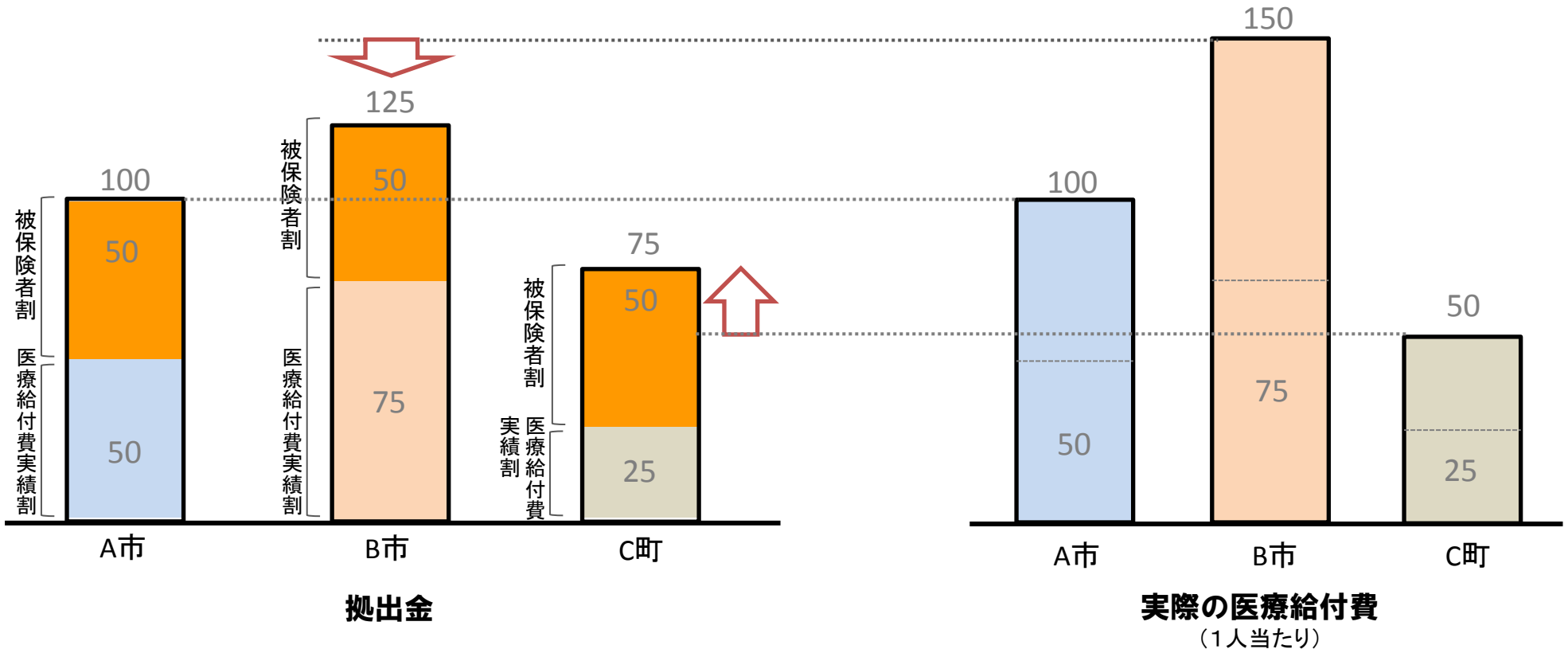
## 都道府県単位の共同事業

(事務: 国民健康保険団体連合会)

交付金



- 実際の医療給付費  
に応じて交付

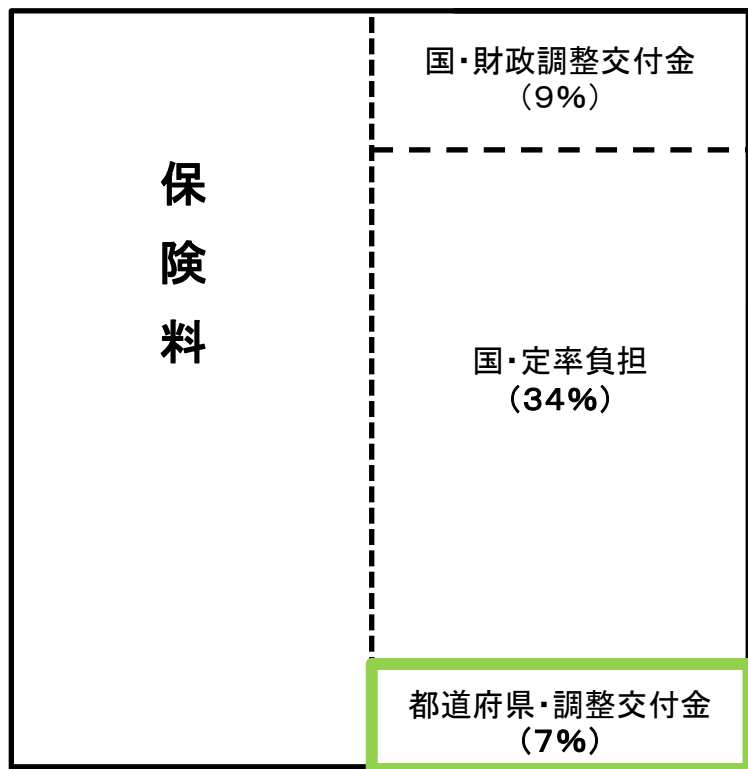


## 都道府県調整交付金の割合の引上げ

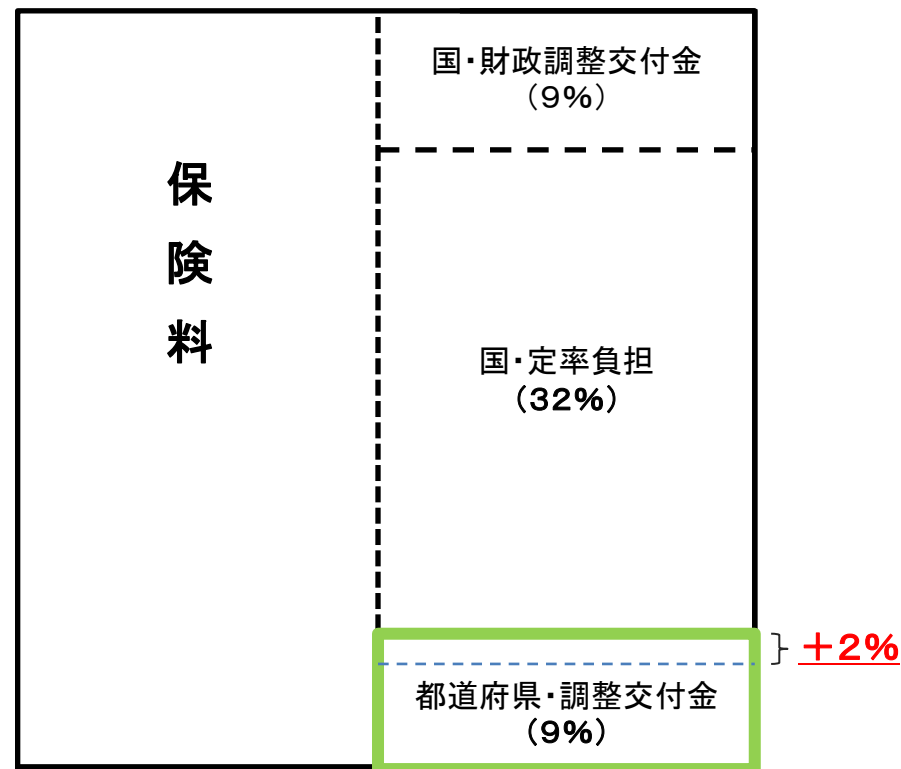
- 財政運営の都道府県単位化を円滑に進める等のため、都道府県調整交付金について、給付費等の7%から9%に引き上げる。【平成24年度】

※ これに伴い、定率国庫負担を給付費等の32%とする。

【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



### 3. 医療・介護等②

（保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策）

（略）

(1) 市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化

- 低所得者保険料軽減の拡充や保険者支援分の拡充等により、財政基盤を強化する。併せて、都道府県単位の共同事業について、事業対象をすべての医療費に拡大する。

☆ 財政基盤の強化については、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、具体的内容について検討し、税制抜本改革とともに実施する。

☆「平成24年度以降の子どものための手当等の取扱いについて」（平成23年12月20日付け4大臣合意）の事項については、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において協議した上で、必要な法案を平成24年通常国会に提出する。

# 「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の開催について

## 1. 趣旨

社会保障・税一体改革の検討に当たっては、特に、国民健康保険制度のあり方については、地方団体の意見を十分に伺いながら検討を進めることが必要であることから、国民健康保険の構造的な問題の分析と基盤強化策等について検討するため、厚生労働省と地方の協議を開催することとし、平成23年2月以降、事務レベルのワーキング・グループを開催。

平成23年6月30日に取りまとめられた「社会保障・税一体改革成案」においては、医療保険制度改革について、「税制抜本改革の実施と併せ、2012年以降速やかに法案を提出」し、順次実施することとされており、改革案の具体化に向けて、これまでの事務レベル協議を踏まえた検討を行うための政務レベルの協議を開催。

## 2. メンバー

【厚生労働省】 辻泰弘厚生労働副大臣、藤田一枝厚生労働大臣政務官

【地方代表】 福田富一知事（栃木県）、岡崎誠也市長（高知市）、齋藤正寧町長（秋田県井川町）

## 3. 協議事項

○市町村国保の構造的問題への対応

・低所得者対策等のあり方 ・事業運営・財政運営の広域化 ・財政支援のあり方 等

○その他

## 4. 開催経過

○ 政務レベル協議

第1回 平成23年10月24日、第2回 平成24年1月24日（予定）

○ 事務レベル ワーキング・グループ(WG)

第1回 平成23年2月25日、第2回 6月6日、第3回 7月14日、第4回 7月27日、第5回 9月30日

第6回 11月17日、第7回 12月1日、第8回 12月12日、第9回 12月27日、第10回 平成24年1月13日

（事務レベルWGのメンバー）

全国知事会 栃木県、愛知県、鳥取県

全国市長会 福島市、高知市

全国町村会 井川町(秋田県)、聖籠町(新潟県)

厚生労働省 保険局総務課長、国民健康保険課長、高齢者医療課長、調査課長

### 3. 新たな高齢者医療制度について

平成24年1月19日

厚生労働省保険局

高齢者医療課

# 新制度のポイント

(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>より)

## 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

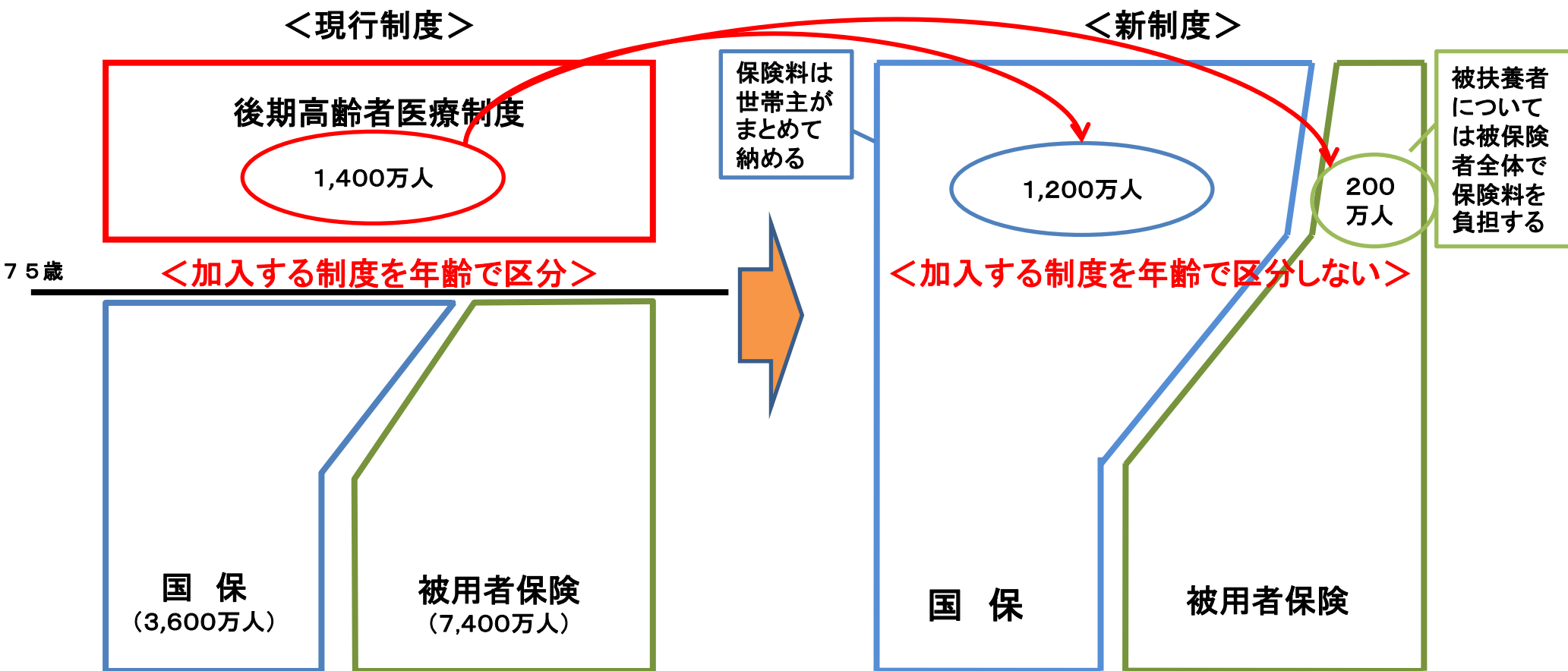
- ・被用者保険者間の支援金は、各保険者の総報酬に応じた負担とする。

#### (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。

# 制度の基本的枠組み、加入関係

- 加入する制度を年齢で区分することなく、被用者である高齢者の方や被扶養者は被用者保険に、これら以外の地域で生活している方は国保に、それぞれ現役世代と同じ制度に加入するものとする。
- 高齢者も現役世代と同じ制度に加入することにより、年齢による差別と受け止められている点を解消する。  
また、世帯によっては、保険料・高額療養費等の面でメリットが生じる。



# 国保の財政運営の都道府県単位化

- 低所得の加入者が多く、年齢構成も高いなどの構造的問題を抱える国保については、財政基盤強化策や収納率向上に向けた取組に加え、今後の更なる少子高齢化の進展を踏まえると、保険財政の安定化、市町村間の保険料負担の公平化等の観点から、国保の財政運営の都道府県単位化を進めていくことが不可欠。
- また、新たな仕組みの下では、多くの高齢者が国保に加入することとなるが、単純に従前の市町村国保に戻ることであれば、高齢者間の保険料格差が復活し、多くの高齢者の保険料が増加する。
- このため、新たな制度では、まず第一段階において、75歳以上について都道府県単位の財政運営とする（都道府県を運営主体とするのが意見の大勢）。
- 75歳未満については、現在、市町村ごとに保険料の算定方式・水準が異なることから、一挙に都道府県単位化した場合には、国保加入者3,600万人の保険料が大きく変化することとなるため、都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めた上で、第二段階において、期限を定めて全国一律に、全年齢での都道府県単位化を図る。

## 〈現行制度〉

独立制度による  
都道府県単位の財政運営  
(運営主体: 広域連合)

市町村単位の  
財政運営

・財政基盤  
が弱い  
・保険料が  
バラバラ

国保

被用者保険

## 〈第一段階〉

都道府県単位の  
財政運営

都道府県単位  
の財政運営に  
向けた環境整備  
を進める

国保

被用者保険

## 〈第二段階〉

全年齢を対象に  
都道府県単位の  
財政運営

国保

被用者保険

75歳

75歳

# 後期高齢者医療制度についての地方団体からの意見

## ○全国知事会意見書（23年10月24日）抜粋

成案では高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえた高齢者医療制度の見直しについても掲げられているが、同会議の「最終とりまとめ」では、75歳以上を国保と被用者保険に戻し、年齢による区分という問題を解消するとしている一方で、区分経理は残すなど、実態は看板の掛け替えに過ぎない。さらに、加入する制度により保険料の違いがことから新たな不公平が発生し、システム整備にも多額の費用を要するなど、様々な問題を抱えている。

現行の後期高齢者医療制度は、高齢者の受益と負担の明確化、保険料負担の公平化を図ったものであり、施行から3年半を経過し定着していることから、拙速に「最終とりまとめ」に基づく新制度へ移行する必要はなく、必要な改善を加えながら安定的な運営に努めるべきである。

## ○全国市長会意見書（23年10月24日）抜粋

国保制度の見直しとあわせて、後期高齢者医療制度の健全な運営も重要な課題です。平成24年度の保険料改定に当たっては、大幅に保険料を引き上げざるを得ない状況も明らかになってきています。

全ての国民が安心して医療を受けられる医療保険制度を構築するため、国保や後期高齢者医療制度などについて、将来的にわたっての財源確保も含め、国の責任において、持続可能な医療保険制度を構築されるよう強く要望します。

## ○全国町村会意見書（23年10月24日）抜粋

- (1) 後期高齢者医療制度は定着しており、新たな高齢者医療制度の創設にあたっては、拙速な導入を避け、地方と十分協議を行うこと。
- (2) 制度運営の責任は都道府県が担うことを明確にした制度とすること。

# 議論の整理(抄)

平成23年12月6日 社会保障審議会医療保険部会

## 4. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度の見直しについては、高齢者医療制度改革会議において平成22年12月に最終とりまとめが行われたが、成案において、「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、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど」を行うとされていることを踏まえ、検討を行った。

- 高齢者医療制度の見直しは、市町村国保の都道府県単位化を含め、最終とりまとめにおいて示された方針に沿って着実にやっていくべきとの意見があった。
- 他方、最終とりまとめに沿って後期高齢者医療制度を廃止しても、運営上の年齢区分は残ること、高齢者間に新たな不公平が発生すること等の問題がある、同制度は既に定着しており、拙速に新制度に移行して混乱を招くことがないように、現行制度の改善により安定的な運営に努めるべきとの意見があった。
- 後期高齢者医療制度の先行きに関する被保険者や現場の不安を解消するため、可能な限り速やかに将来に向けた方針が示され、十分な準備期間をもって迅速に実行される必要があるとの意見があった。
- 高齢者医療に関する国民の理解を得ていくため、また、現役世代による負担の増大を抑制するため、後期高齢者医療制度や前期高齢者の財政調整に対する公費拡充が必要であるとの意見が大勢を占めた。
- 後期高齢者支援金については、被用者保険における負担の公平の見地から、また、協会けんぽに対する緊急的な措置として、全面総報酬割を早急に実施すべきとの意見があった。他方、総報酬割は高齢者医療制度の見直し全体の中で行うべきであり、これのみを抜き出して実施することは不相当との意見があった。
- 70～74歳の方の患者負担割合については、現行法上、2割負担と法定されている中で、毎年度約2000億円の予算措置を講ずることにより、1割負担に凍結されているところ、最終とりまとめにおいて、個々人の負担が増加しないよう配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする旨が提案されていることを踏まえ、議論を行った。
- 70～74歳の患者負担については、世代間で不公平が生じている状況を踏まえ、法律上2割負担とされていることを尊重する観点からも、速やかに法定割合に戻すことが適当とする意見が多かった。なお、一部の委員からは、日本の患者負担割合は国際的に見て高水準にある中で、患者負担割合は1割のままとすべきとの意見もあった。
- 最終とりまとめに盛り込まれている後期高齢者負担率の見直しは、高齢者の負担を軽減する一方で、現役世代にとっては負担増であることから、これを実施する場合には、現役世代への経済的支援をあわせて行うべきとの意見があった。
- 前期高齢者納付金の算定上、保険者の負担が過大にならないように設けられている前期高齢者加入率の下限を引き下げるべきとの意見があった一方、その見直しを行うのであれば、高齢者医療制度の見直し全体の中で検討すべきとの意見があった。



# 社会保障・税一体改革素案 (抄)

平成24年1月6日  
政府・与党社会保障改革本部決定

## 3. 医療・介護等②

(保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策)

### (4) 高齢者医療制度の見直し

○ 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢者医療制度の見直しを行う。

○ 高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討する。

(注) 現在は、平成24年度までの特例として、支援金の3分の1を総報酬に応じた負担とする措置が講じられるとともに、併せて、協会けんぽに対する国庫補助率を13%から16.4%とする措置が講じられている。

☆ 具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。

○ 70歳以上75歳未満の方の患者負担について、世代間の公平を図る観点から、見直しを検討する。

(注) 患者負担は、69歳までは3割、70歳以上75歳未満は2割、75歳以上は1割と、年齢に応じた負担割合を設定しているが、70歳以上75歳未満については、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結されている。

☆ 平成24年度は予算措置を継続するが、平成25年度以降の取扱いは平成25年度の予算編成過程で検討する。

# 24年度の後期高齢者医療の保険料について

○ 後期高齢者医療の保険料は、診療報酬改定と併せて2年に1度、改定される。平成24年度は2回目の改定となる。①1人当たり医療費の伸び、②後期高齢者負担率の引上げによる伸びや、③22年度の保険料改定時に保険料の伸びを大幅に抑制したことにより、実質4年分の保険料の伸びが反映され増加するが、④剰余金・財政安定化基金の活用により一定程度抑制される見込み。具体的な保険料率は、今後、都道府県知事協議を経た上で、今年度内に各広域連合が条例において定めることとなる。

## ① 1人当たり医療費の伸び

※ 高齢者の1人当たり医療費の伸びは、2年分で4.9%。

## ② 後期高齢者負担率の引上げ

※ 後期高齢者医療の被保険者が保険料として負担する率(20年度;10%)は、現役世代人口の減少に伴って、現役世代1人当たり支援金の負担が著しく増加しないよう、段階的に引き上がる仕組み。22年度10.26%から、24年度10.51%に引き上がる。

## ③ 22年度改定時に剰余金・財政安定化基金を活用して抑制した分等

※ 22年度改定時は、剰余金(1,100億円)及び財政安定化基金(760億円)を活用することとして、保険料上昇を抑制。現在の保険料水準は、この抑制効果で実力ベースの水準より低くなっている状態であり、これが24年度の保険料の上昇要因となる。

## ④ 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

※ 各広域連合において22-23年度の財政運営期間に生じることが見込まれる剰余金を活用する見込み。

※ これに加え、広域連合によっては財政安定化基金も活用もされる見込み。

財政安定化基金を保険料上昇抑制に活用できるよう、法改正して対応

5,235円/月

+13円  
(+0.2%)  
(※注)

20-21年度  
保険料

剰余金・  
基金抑制

5,248円/月

22-23年度保険料

・1人当たり医療費の伸び

・高齢者保険料負担率の引上げ

・22年度改定時に剰余金・財政安定化基金  
を活用して抑制した分等

24-25年度保険料

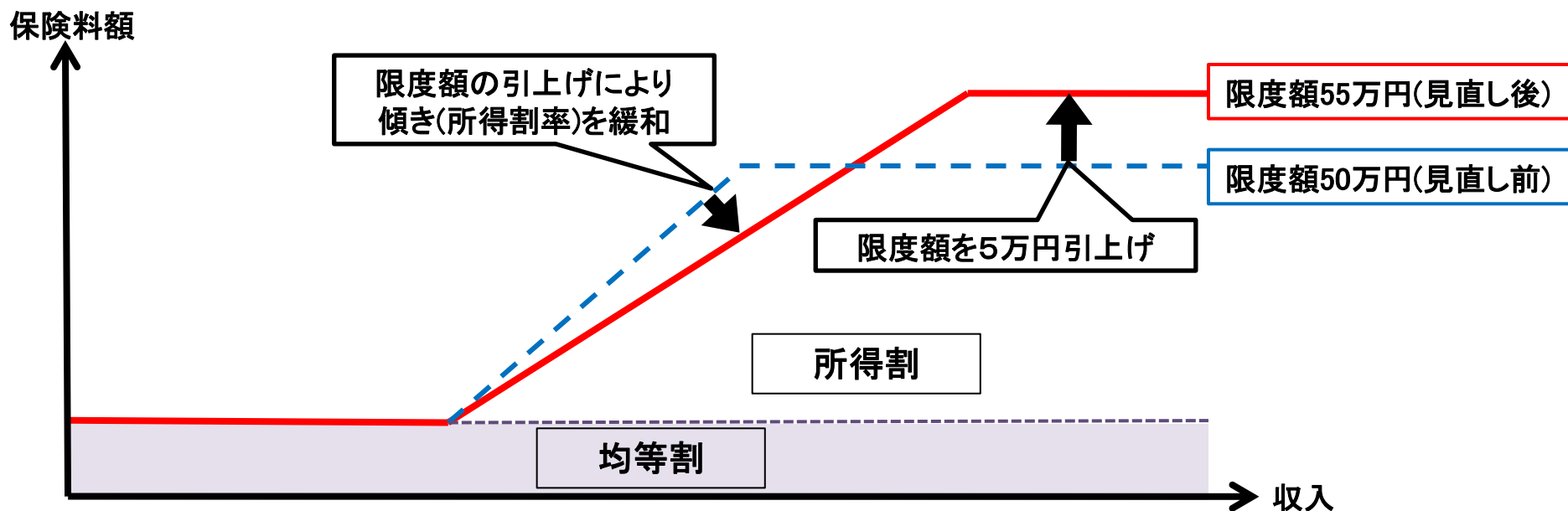
剰余金の活用

財政安定化基金の活用

※注 22-23年度の保険料率の設定段階では、1人当たり保険料は2.1%増加する見込みであったが、その後、所得の減少等により実績の保険料額は見込みよりも減少したため、結果として1人当たり保険料はほぼ横ばい。

# 後期高齢者医療制度における保険料の賦課限度額の見直し

- 後期高齢者医療の保険料は均等割と所得割で半分ずつ賦課するが、所得の高い方の負担が過大とならないよう、年間50万円の賦課限度額を設定している。
- 賦課限度額は、施行時(平成20年度)から50万円に設定され、引上げは行われていない。
  - ※ 同制度創設時に参考とされた国保の保険料(税)賦課限度額は、平成20年度の59万円から10%(6万円)引き上げられ、平成23年度は65万円となっている。
- 医療給付費の伸び等によって保険料負担が増加する中、中低所得層の負担を考慮し、賦課限度額の見直しにより傾き(所得割率)を緩和し、より負担能力に応じた負担構造とすることが必要。
  - ※ 後期高齢者医療制度では所得割を負担する層が約35%と限られており、約60%の世帯が所得割を負担する国保と比べ、傾き(所得割率)がきつく(高く)なる。
- 1人当たり医療費が増加し、平均保険料額も増加する見込みである中、国保とのバランスも考慮し、後期高齢者医療制度における保険料の賦課限度額について、政令を改正し、平成24年度に10%(5万円)引き上げ、55万円とする。
  - ※ 賦課限度額を引き上げるよう、後期高齢者医療広域連合から要望あり。
- 各広域連合における保険料の賦課限度額は、各広域連合において条例で定めることとなる。



## 4. 医療費適正化計画について

平成24年1月19日

厚生労働省保険局総務課

医療費適正化対策推進室

# 医療費適正化計画について

## 基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする5年計画として、以下の政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化することを目的に国及び都道府県において策定。
  - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少（平成27(2015)年度）
  - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小（同上）

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針を作成（特定健診の実施率の達成目標等を設定）

- 都道府県における事業実施への支援
  - ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
  - ・ 医療提供体制の整備
  - ・ 人材養成
  - ・ 病床転換に関する財政支援

- 全国計画の中間評価、実績の評価の実施

- 都道府県医療費適正化計画を作成

- 生活習慣病対策
  - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
  - ・ 市町村の啓発事業の指導

- 在院日数の短縮
  - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
  - ・ 病床転換の支援

- 各都道府県計画の中間評価、実績の評価の実施

- 診療報酬に関する意見を提出することができる

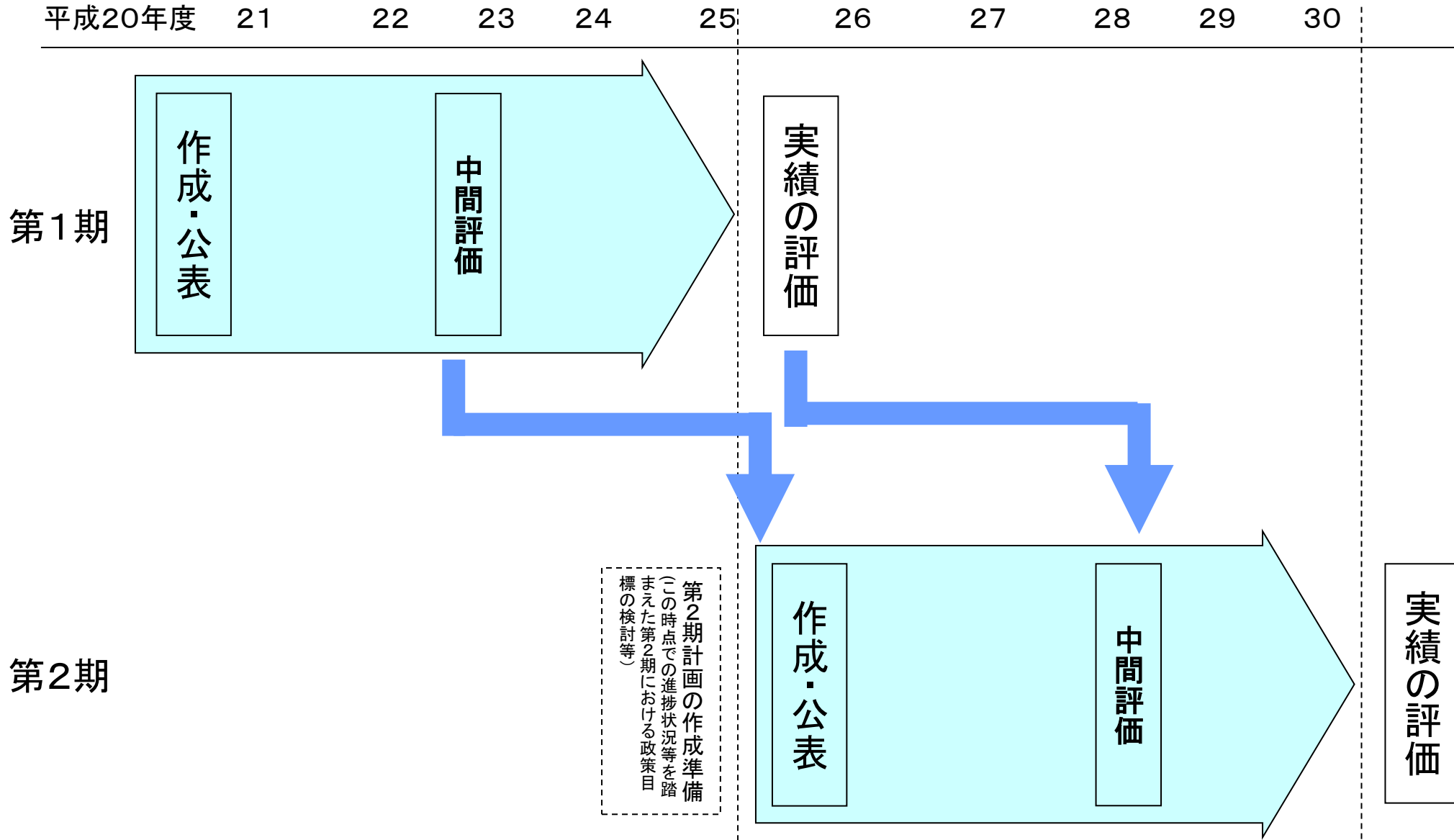
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等

保険者

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

# 医療費適正化計画のサイクル

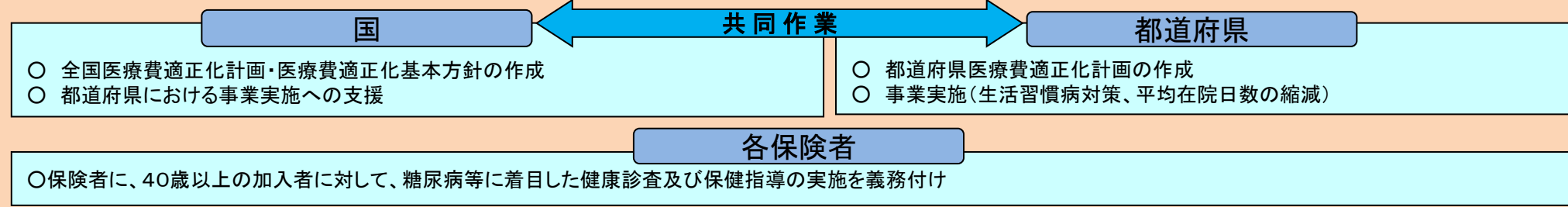
○ 医療費適正化計画は、平成20年度を始期とする1期5年間の計画であり、1期の中間年度である平成22年度において進捗状況の評価を行った上で、平成25年度から2期の計画期間が始まることとなる。



# 医療費適正化計画の中間評価(概要)

## 医療費適正化計画の基本的考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画:平成24年度まで)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
  - ・ 国民の健康の保持の推進 → 政策目標:特定健診の実施率を70%、特定保健指導の実施率を45%(平成24年度)  
メタボ該当者及び予備群を平成20年度から10%以上減少(平成24年度)
  - ・ 医療の効率的な提供の推進 → 政策目標:全国平均(32.2日)と最短の長野県(25日)の差を9分の3(29.8日)に縮小(平成24年度)



## 中間年度における進捗状況

- ◎ 医療費適正化計画は5年を一期とする計画であり、中間年度の22年度において、計画の進捗状況に関しての中間評価を実施。

### 特定健診・保健指導の実施率

	20年度	21年度
特定健診の実施率	38.9%	40.5%
特定保健指導終了率	7.7%	13.0%

※ 21年度は速報値である。

#### 【実施率向上に有効と考えられる取組】

がん検診等との同時実施  
未受診者への受診勧奨  
電話や個別訪問による通知の実施  
地域人材の活用 など。

### 平均在院日数の縮減

	18年度	20年度
全国平均	32.2日	31.3日
最短県	25.0日	23.9日

※ 18年度の最短県は長野県、20年度は東京都である。

#### 【医療の効率的な提供体制の推進の取組】

地域連携パスの普及  
在宅医療の推進  
かかりつけ医・薬局等の普及啓発 など。

※療養病床数の目標は凍結、機械的削減は行わない

実施状況の評価の在り方等を検討会で議論(23年4月～)

病院間・在宅との連携のあり方等について検討

第2期(平成25年度～)の医療費適正化計画に反映

# 特定健診・特定保健指導の実施状況(中間評価①)

## 達成目標

平成24年度における全国目標として、特定健診の実施率70%、特定保健指導の実施率45%、内臓脂肪症候群とその予備群の減少率を10%と設定。各保険者の状況に応じて異なる特定健診の実施率の参酌標準を設定。

(参考) 保険者毎の特定健診の実施率の参酌標準:

単一健保・共済: 80%、総合健保・協会けんぽ・国保組合: 70% 市町村国保: 65%

## 進捗の状況

○平成21年度における特定健診の実施率(速報値)は40.5%、特定保健指導は13.0%となっている。

○特定健診の実施率の高い「上位保険者」とその他の保険者とを比較し、取り組みに顕著な差があった事項を調査。

○健保組合においては、健診実施率80%以上の保険者を、市町村国保においては、50%以上の保険者を上位保険者とした。上位保険者に顕著な取り組みとしては、以下のようなものがあった。

## 健保組合

- ①個別契約の締結
- ②がん検診との同時実施
- ③被扶養者に対する健診の実施期間を一定期間に限定して実施
- ④未受診者への受診勧奨
- ⑤未受診者に対する理由把握等の取り組み
- ⑥被扶養者の受診率向上のために独自の取り組みの実施

## 市町村国保

- ①一定期間に限った(3ヶ月未満)集団健診の実施
- ②がん検診や肝炎ウイルス検診との同時実施
- ③機会を捉えた個別通知の実施
- ④地域人材(保健指導員、食生活改善推進員等)の活用
- ⑤受診率向上のための独自の取り組みの実施
- ⑥服薬治療中の者への保健指導の実施

※ 特定健診実施率上位保険者(190)の9割は対象者5,000人未満の小規模保険者(153)が占めている。



## 平成21年度特定健診・特定保健指導の実施状況(確定値)

### ●特定健康診査の保険者種別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
平成20年度 (確定値)	38.9%	30.9%	31.8%	30.1%	59.5%	22.8%	59.9%
平成21年度 (確定値)	41.3%	31.4%	36.1%	31.3%	65.0%	32.1%	68.1%

### ●特定保健指導の保険者種類別の実施率

	全 体	市町村 国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
平成20年度 (確定値)	7.7%	14.1%	2.4%	3.1%	6.8%	6.6%	4.2%
平成21年度 (確定値)	12.3%	19.5%	5.5%	7.3%	12.2%	5.8%	7.9%

# 特定健診・保健指導の見直しについて

## 保険者による検討会の立ち上げ

- 特定健診・特定保健指導については、新たに「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」を昨年4月より開催し、今までの実績等を踏まえ、以下の検討を行っている。
  - (1) 特定健診・保健指導の実施方法等について
  - (2) 特定健診の健診項目及び特定保健指導の内容等について
  - (3) 保険者における特定健診・特定保健指導への取組みの評価方法等について
  - (4) その他特定健診・保健指導に関連する事項について

## 主な検討事項

- ①特定健診のあり方について  
治療中の者や75歳以上の高齢者への対応の論点、非肥満のリスク保有者への対応（腹囲基準について）、HbA1cの表記の変更等
  - ②受診促進の制度的な手当て  
特に被扶養者に対する受診促進（市町村への委託、市町村がん検診との連携）、PR方法
  - ③円滑な実施についての実務的課題  
労働安全衛生法における定期健康診断（事業主健診）の取得、実施機関側とのシステム連携及び  
確実な問診結果データ作成等の協力
  - ④実施を促進する方策等について  
支援金の加算・減算制度について
- など。

## 今後の予定

- 8月29日の第4回開催までに議論を概ね一巡。標準的な健診・保健指導プログラムを所掌している健康局とも連携し、25年度からの次期医療費適正化計画の期間における実施のあり方を検討。

# (参考)保険者による健診・保健指導等に関する検討会開催実績

平成23年4月25日 第1回開催

- ・検討会の位置づけ
- ・特定健診・保健指導の実施状況
- ・高齢者への対応、治療中の者への保健指導について
- ・特定健診・保健指導に対する意見について

平成23年6月4日 第2回開催

- ・特定健診・保健指導に関する検討事項等について(再委託要件、保健指導の初回面接者と評価者の取扱い、事業主健診との連携、HbA1c表記見直し、保健指導開始後に服薬歴が判明した者の取扱いについて)

平成23年6月20日 第3回開催

- ・特定健診・保健指導の腹囲の基準について
- ・HbA1c表記の見直しについて
- ・特定健診・保健指導のインセンティブのあり方について

平成23年8月29日 第4回開催

- ・後期高齢者支援金の加算・減算制度について
- ・特定保健指導等について
- ・集合契約の健診項目の多様化・被扶養者への対策・保険者協議会について

平成23年10月13日 第5回開催

- ・HbA1c表記の見直しへの対応について
- ・特定健診・保健指導の腹囲の基準について
- ・治療中の者への保健指導の実施について

平成23年12月15日 第6回開催

- ・被扶養者の受診率の向上について
- ・特定健診・保健指導の効果の検証について

# 保険者による健診・保健指導等に関する検討会における議論

## ○実施率向上に向けた方策

特定健診・保健指導の実施率向上に向けて、

- ①被用者保険の保険者が市町村国保へ特定健診・保健指導を委託する場合の再委託要件の緩和、
- ②事業主健診の結果を保険者へ送付すること等について、改めて関係者へ周知・徹底を図ること、
- ③特定保健指導の初回面接者と6ヶ月後評価者が同一人でなければならないとする要件の見直し、
- ④保健指導実施後に服薬治療中であることが判明した者を実施率に反映しないこと、  
などの方向性を確認。

## ○腹囲の基準について

現在、男性:85cm、女性:90cmとなっている特定保健指導対象者の階層化基準について、関係学会から参考人を招き議論。主な内容としては、①現行の腹囲基準についての考え方(特に女性の腹囲基準について)、②腹囲基準に該当しない(非肥満の)リスク保有者に対する対策、について議論。

## ○特定保健指導について

現行のポイント制(積極的支援の180ポイント)のあり方などについて、より現場の保健師等の創意工夫を発揮できる方法がないか等について議論。

## ○被用者保険の被扶養者の受診率向上について

被用者保険の被扶養者の受診率を向上させるための施策について、特に、現在、市町村で行われているがん検診等との連携をどのように行うかなど、について議論。

## ○HbA1cの表記見直しへの対応

日本糖尿病学会において、HbA1cの表記を現行のJDS値から国際標準値(NGSP相当値)へ変更することが決定され、関係者間で協議した結果、平成24年度においては、特定健診・保健指導の保険者への結果通知及び国への報告については、現行のJDS値のみを用いることとなった。25年度以降の対応は、日常臨床における関係者間での調整状況を踏まえ、今後、関係者間で協議する方針。

## ○後期高齢者支援金の加算・減算制度について

各保険者の置かれた状況を踏まえ、関係者の納得が得られるような特定健診・保健指導の実施状況の評価のあり方等について今後、引き続き議論。

# 平均在院日数縮減等の取組み(中間評価②)

## 達成目標

### 1. 平均在院日数の縮減

医療制度改革大綱(平成17年12月政府・与党医療改革協議会)等において、平成27年度までに、平均在院日数の全国平均について、最短の長野県との差を半分に短縮するという長期目標が定められた。

これを踏まえ、医療費適正化計画においては、平成24年度において、18年度病院報告における平均在院日数の全国平均32.2日を29.8日に短縮するとの目標が定められた。

### 2. 療養病床の再編

利用者の状態に即した適切なサービスの提供等の観点から、医療の必要性の高い患者のための療養病床は確保しつつ、医療の必要性の低い患者が利用している療養病床は介護保険施設等に転換することを内容とする療養病床の再編を推進する、とされている。

療養病床は、平成18年時点で約35万床(医療療養病床:23万床、介護療養病床:12万床)あったが、このうち介護療養病床については平成23年度末で廃止することとされていた。こうした方針を前提に医療費適正化計画を策定した都道府県の療養病床の目標病床数は平成24年度時点で約21万床となった。

## 進捗の状況

### 1. 平均在院日数について

平成21年の平均在院日数の全国平均31.3日であり、最短は東京都の23.9日となっており、全国平均、最短ともに減少しているが、全国平均と最短との差は拡大しており、都道府県間のばらつきも大きい。

### 2. 療養病床の再編について

平成21年度から22年度にかけて行われた「療養病床の転換意向等調査」や「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」が行われ、医療療養病床又は介護療養病床から老健施設等への転換が進んでいないといった結果を踏まえ、平成23年度末とされていた介護療養病床の廃止期限を29年度末まで延長することとなった。こうした状況を踏まえ、利用者の状態像に応じて医療機関が自主的に行う病床転換については、引き続き支援を行うこととしつつ、療養病床に係る目標は凍結し、機械的な削減はしないこととした。

# (参考) 平均在院日数の現状

## (参考) 病床の種類別の平均在院日数

年次	全病床	全病床 (介護療養病 床を除く)	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	介護療養病床 (再掲)
平成18年	34.7	32.2	19.2	320.3	9.2	70.5	171.4	268.6
平成19年	34.1	31.7	19.0	317.9	9.3	70.0	177.1	284.2
平成20年	33.8	31.6	18.8	312.9	10.2	74.2	176.6	292.3
平成21年	33.2	31.3	18.5	307.4	6.8	72.5	179.5	298.8
平成22年	32.5	30.7	18.2	301.0	10.1	71.5	176.4	300.2

## (参考) 病床の種類別にみた平均在院日数の対前年増減数

	H18	H19	H20	H21	H22	H18—H22
介護療養病床を除く 全病床	—	▲0.5	▲0.1	▲0.3	▲0.6	▲1.5
全病床	▲1.0	▲0.6	▲0.3	▲0.6	▲0.7	▲2.2
精神病床	▲6.9	▲2.4	▲5.0	▲5.5	▲6.4	▲19.3
感染症病床	▲0.6	0.1	0.9	▲3.4	3.3	0.9
結核病床	▲1.4	▲0.5	4.2	▲1.7	▲1.0	1.0
一般病床	▲0.6	▲0.2	▲0.2	▲0.3	▲0.3	▲1.0
療養病床	▲1.4	5.7	▲0.5	2.9	▲3.1	5.0
介護療養病床	—	15.6	8.1	6.5	1.4	31.6

# 第2期医療費適正化計画について

## <第2期医療費適正化計画の策定に当たっての基本的な考え方>

### ○特定健診・保健指導の推進について

- ・「社会保障・税一体改革成案」においては、外来受診の適正化等の取り組みの一環として生活習慣病予防が盛り込まれており、こうした方針も踏まえ、特定健診・保健指導の推進に取り組む必要。
- ・特定健診・保健指導については、詳細な実施プログラムなどの科学的な見地からの検討は、健康局の検討会で議論しているところ。「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」においては、その実施にあたっての推進方策等について議論を行っており、今後、実施目標や評価方法等についても検討を行う予定。
- ・各保険者は、国が定める特定健康診査等基本指針に則して、25年度からを次期計画期間とする特定健康診査等実施計画を策定することとなっていることから、関係者間で議論も踏まえ、国において基本指針について必要な見直しを行う予定。

### ○医療の効率的な提供の推進について(平均在院日数の短縮など)

- ・「社会保障・税一体改革成案」では、医療提供体制の機能強化・分化・連携を進めること等により平均在院日数の短縮を実現することが盛り込まれている。
- ・また次期医療計画の策定方針等の検討が行われているところであり、今後、次期医療計画について詳細な策定指針が都道府県に示される予定。
- ・次期医療費適正化計画における医療の効率的な提供の推進目標についても、療養病床の削減目標が凍結されたことも踏まえ、こうした社会保障・税一体改革の方針や次期医療計画等と整合性のとれたものとする必要。

## <今後の予定>

- 現在、次期医療費適正化計画の策定にあたっての要望を都道府県に聴取しているところであるが、医療計画等の関係する方針とも整合性をとりながら、今後、医療費適正化基本方針を改正し、次期医療費適正化計画の策定に当たっての考え方を提示する予定。

※この方針の中で、各都道府県が行う医療費の見通しの推計方法等についても示す予定(特定健診・保健指導や医療の効率的な提供の推進に関する事項は地域主権改革の観点から、法律上、都道府県の任意的記載事項となっているが、記載に当たっての考え方は国から示す予定)。

- また国が保有するレセプト・特定健診等情報データベースを活用し、都道府県が医療費適正化計画の策定などの効率化策を推進していく上で参考となる資料を提供していく予定。

## 5. 平成24年度診療報酬改定について

平成24年1月19日

厚生労働省保険局

医療課



# 平成24年度診療報酬改定について

全体改定率 **+0.00%** (+0.004%)

## 1 診療報酬改定（本体）

改定率 **+1.38%** (+1.379%) (約5,500億円)

各科改定率 医科 **+1.55%** (約4,700億円)

歯科 **+1.70%** (約500億円)

調剤 **+0.46%** (約300億円)

## 2 薬価改定等

改定率 **▲1.38%** (▲1.375%) (約5,500億円)

薬価改定 **▲1.26%** (薬価ベース **▲6.00%**) (約5,000億円)

材料価格改定 **▲0.12%** (約500億円)

# 診療報酬・介護報酬改定等について(抄)

平成23年12月21日 財務大臣・厚生労働大臣合意

平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定は、「社会保障・税一体改革成案」の確実な実現に向けた最初の第一歩であり、「2025年のあるべき医療・介護の姿」を念頭に置いて、以下の取組を行う。

## 1. 診療報酬改定

我が国の医療はいまだ極めて厳しい状況に置かれている。国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくため、厳しい経済環境や保険財政の下、平成24年度改定においては、概ね5,500億円の診療報酬本体の引上げを行うこととし、その増加分を下記の3項目に重点的に配分する。

### (1) 診療報酬改定(本体)

改定率 +1.38%

各科改定率 医科 +1.55%

歯科 +1.70%

調剤 +0.46%

### (重点項目)

- ・ 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。
- ・ 地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。
- ・ がん治療、認知症治療などの推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。

### (2) 薬価改定等

改定率 ▲1.38%

薬価改定率 ▲1.26%(薬価ベース ▲6.00%)

材料改定率 ▲0.12%

(注) 診療報酬本体と薬価改定等を併せた全体(ネット)の改定率は、+0.00%。

なお、別途、後発品の置き換え効果の精算を行うとともに、後発医薬品の推進策については、新たなロードマップを作成して強力に進める。併せて、長期収載品の薬価の在り方について検討を進める。

# 平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成23年12月1日  
社会保障審議会医療保険部会  
社会保障審議会医療部会

## 重点課題

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- **救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減**  
チーム医療の促進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等
- **医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実**  
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

## 改定の視点

- **充実が求められる分野を適切に評価していく視点**  
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- **患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**  
退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等
- **医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**  
急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- **効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**  
後発医薬品の使用促進策 等

## 将来に向けた課題

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化  
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、  
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

# 診療報酬改定率(%)の推移

	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年
診療報酬(本体)	+1.9	▲1.3	±0	▲1.36	+0.38	+1.55	+1.38 (+1.379)
薬価、材料価格	▲1.7	▲1.4	▲1.0	▲1.8	▲1.2	▲1.36	▲1.38 (▲1.375)
診療報酬(本体)+薬価等 (ネット(全体)の改定率)	+0.2	▲2.7	▲1.0	▲3.16	▲0.82	+0.19	+0.00 (+0.004)

# 平成24年度診療報酬改定のスケジュール

平成24年

1月中旬 パブリックコメント

地方公聴会の開催（1月20日愛知県津島市）

厚生労働大臣から中医協に対し、診療報酬点数の改定案の調査・審議を  
諮問

2月中旬 厚生労働大臣に対し、診療報酬点数の改定案を答申

3月上旬～ 診療報酬改定に係る告示・通知の発出

4月1日 施行

# 施策担当者一覧

施策一覧	担当課	担当者	内線
1. 社会保障・税一体改革について	総務課	吉田補佐	3216
2. 国民健康保険制度について	国民健康保険課	姫野補佐	3253
3. 新たな高齢者医療制度について	高齢者医療課	山口補佐	3197
4. 医療費適正化計画について	総務課医療費 適正化対策推進室	石井補佐	3217
5. 平成24年度診療報酬改定について	医療課	山田補佐	3274