議論の整理に関する参考資料

医療保険制度改革に向けて

１．全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し

① 現役世代の負担上昇を抑えるための後期高齢者の窓口負担割合の在り方見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

② 傷病手当金の見直し・・・52

③ 不妊治療の保険適用に向けた検討・・・56

④ 任意継続被保険者制度の見直し・・60

⑤ 育児休業保険料免除の見直し・・・65

⑥ 子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・71

⑦ 出産育児一時金の見直し・・・74

⑧ その他（現役並み所得者の基準の見直し、金融資産等の保有状況の反映の在り方など）・・・・・・・・・・・・81

２．医療機関の機能分化・連携及び国保の取組強化の推進

① 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大・・・・・・・・・・・・・・・・・104

② 国保の取組強化・・111

３．生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）

① 保険者努力支援制度等の着実な推進・・125

② 疾病予防、重症化予防の推進・・130

③ 効果的な予防・健康づくりに向けた事業主から保険者に健診データを提供する法的仕組みの整備・・・・138

④ エビデンスに基づく予防・健康づくりの推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・141

医療保険制度改革に係る財政影響の全体像・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・144

関係文書抜粋・・・147

医療保険制度改革に向けて（概要）

※ 全：全世代型社会保障改革関連
法：法改正を伴うもの
政：政令改正を伴うもの

１．全ての世代の安心を構築するための給付と負担の見直し

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

- 後期高齢者医療の被保険者のうち、一定所得以上※であるもの（現役並み所得者を除く）について、窓口負担割合を２割とする。
  ※課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は後期高齢者の年収合計が320万円以上。対象者数約370万人）
- 施行日は、施行に要する準備期間等も考慮し、令和４年度後半（令和４年10月から令和５年３月までの各月の初日を想定）（政令で規定）。
- 長期頻回受診患者等への配慮措置として、外来受診において、施行後３年間、１ヶ月の負担増を最大でも3,000円とする措置を導入（政令で規定）。

② 傷病手当金の見直し 法

- 治療と仕事の両立の観点から、より柔軟な所得保障を行うことが可能となるよう、支給期間を通算化（支給期間を通算1年6ヶ月の期間まで支給）

③ 不妊治療の保険適用に向けた検討 全

- 令和４年度当初から保険適用を実施（令和3年度中に詳細を決定）

④ 任意継続被保険者制度の見直し 法

- 保険料の算定基礎について、健康保険組合の規約により、退職前の標準報酬月額とすることを可能とするほか、被保険者からの申請による資格喪失を可能とする見直しを実施

⑤ 育児休業中における保険料免除要件の見直し 法

- 男性の育休取得促進に向けた「新たな枠組み」について、現行の育休と同様、社会保険料免除の対象とするほか、月内に２週間以上育休を取得した場合にも保険料を免除対象とし、短期間の育休取得に対応。また、賞与保険料は、１ヶ月超の育休取得者に限り免除対象とする。

⑥ 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入 法

- 国民健康保険の保険料（税）について、子ども（未就学児）に係る被保険者均等割額を減額し、その減額相当額を公費で支援する制度を創設

⑦ 出産育児一時金の見直し 政

- 出産に係る経済的負担を軽減するため、費用実態を踏まえた支給額の検討やサービス選択肢の確保を段階的に進める。また、産科医療補償制度の見直しに伴い、支給総額(42万円)を維持し、本人給付分を4,000円引き上げる(本人の給付分40.8万円、産科医療補償制度掛金1.2万円)。

２． 医療機関の機能分化・連携及び国保の取組強化の推進

① 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大 全

- 日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にするため、現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担を以下の方針に基づき検討。
  - 新たに地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」として報告された医療機関のうち一般病床200床以上の病院にも、対象医療機関を拡大
  - あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については、一定額※を保険給付範囲から控除し、同額以上に定額負担の額を増額（例外的・限定的な取扱） ※一定額の例：医科・初診の場合、2,000円程度
  - 大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進、再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等を実施

② 国保の取組強化の推進 法

- 国民健康保険の財政安定化基金を、都道府県が国民健康保険事業費納付金の著しい上昇抑制等のために充てることを可能とするほか、都道府県国民健康保険運営方針について、保険料の水準の平準化や財政の均衡に関して記載事項に位置付ける。
- 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入（再掲）

３． 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進（予防・健康づくりの強化）

① 効果的な予防・健康づくりに向けた保健事業における健診情報等の活用促進 法

- 労働安全衛生法等による健診の情報を保険者が保健事業で活用できるよう、事業者等に対し被保険者等の健診情報を求めることを可能とする。
- 健康保険組合等が保存する特定健診等の情報を後期高齢者医療広域連合へ引き継ぐこと等を可能とする。

１．全ての世代の安心の構築のための給付と負担の見直し

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

後期高齢者の窓口負担割合の見直しについて

○　**令和４年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始める**ことで、**後期高齢者支援金の急増が見込まれる**中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、**若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題**である。

○　その場合でも、何よりも優先すべきは、**有病率の高い高齢者に必要な医療が確保**されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、**窓口負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠**である。

○　**２割負担の所得基準**、**施行日**、**配慮措置**について政府・与党が協議して確認した。12月14日に全世代型社会保障検討会議の最終報告でとりまとめ。

[①２割負担の所得基準]

課税所得が28万円以上（**所得上位30%**（※1））かつ**年収200万円以上**（※2）の方を２割負担の対象（対象者は約370万人（※3））

（※1）　現役並み所得者を除くと23%

（※2）　単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上。また、収入基準額は、課税所得をもとに年金収入のみの世帯を前提に計算（対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入基準額を計算）。
収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定

（※3）　対象者数の積算にあたっては、収入基準に該当するかも含めて計算。対象者約370万人が被保険者全体（約1,815万人）に占める割合は、20%。

[②施行日]

施行に要する準備期間等も考慮し、**令和４年度後半**（令和４年10月から令和５年３月までの各月の初日を想定）で、政令で定める。
（次期通常国会に必要な法案の提出を図る）

[③配慮措置]

長期頻回受診患者等への配慮措置として、２割負担への変更により影響が大きい**外来患者**について、施行後**３年間、**１月分の負担増を、最大でも**3,000円に収まるような措置**を導入

（※）　窓口負担の年間平均が約8.3万円⇒約10.9万円（＋2.6万円）（配慮措置前は約11.7万円で＋3.4万円）

（参考）財政影響（2022年度満年度）

給付費	後期高齢者支援金（現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料（高齢者の負担軽減）	公費
▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

※　施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも小さくなる。

窓口負担の見直しに係る財政影響（2022年度、満年度）

	給付費	後期高齢者支援金 （現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料 （高齢者の負担軽減）	公費
課税所得28万円以上（上位30%） かつ収入単身200万円以上、複数320万円以上	▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

※1　収入基準に該当するかどうかは、介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が収入の下限の額を上回るかで判定。
※2　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※3　2021年度予算案ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※4　実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
※5　後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、右列の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。
※6　施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも小さくなる。
※7　現役世代一人当たり後期高齢者支援金は▲700円（67,300円→66,700円）、後期高齢者一人当たり保険料は▲1,000円（79,900円→78,900円）。
※8　公費のうち、国費▲630億円、地方費▲350億円。

後期高齢者の窓口負担割合の見直しの必要性と意義

○　高齢者医療制度を持続可能なものとするためには、これを支える現役世代の理解を得ることが不可欠。

○　団塊の世代が今後2022年から75歳以上の高齢者となりはじめ、後期高齢者の医療費が増加する一方、それを支える現役世代が減少していく中で、このままでは2025年にかけて現役世代の負担が従来より更に大きく上昇。

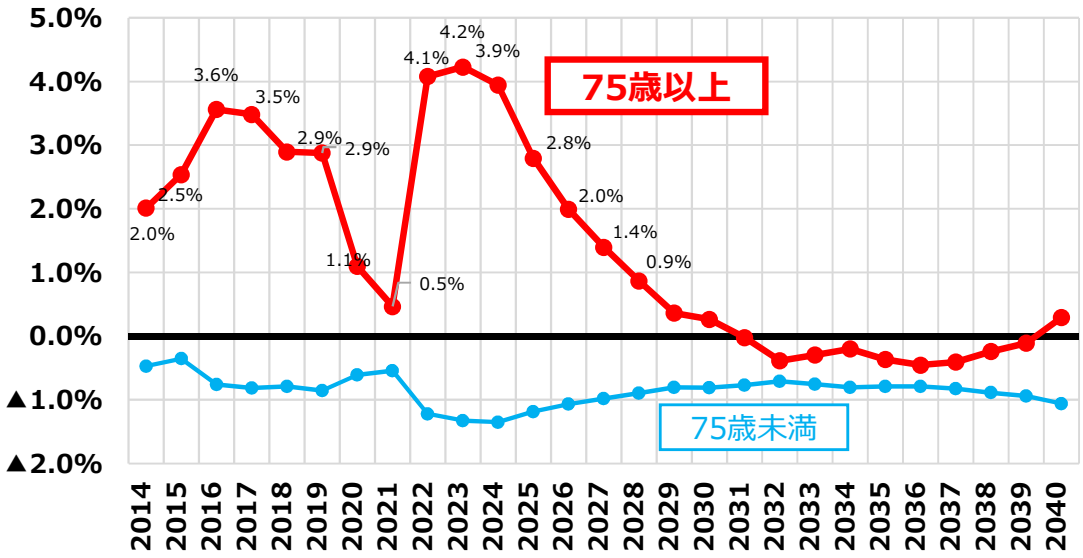
※現役世代の後期高齢者への支援金の現状と見込み

	2021年度	2022年度	2025年度
各年度の支援金	6.8兆円 （１人当たり6.4万円）	7.1兆円 （１人当たり6.7万円）	8.1兆円 （１人当たり8.0万円）
前年度からの増加額	＋1,600億円 （１人当たり+1,700円） ※2010年代の平均	+3,100億円 （１人当たり+3,700円）	+3,400億円 （１人当たり+4,200円）

○　このため、一定以上の所得のある方の負担割合を２割とする高齢者医療制度の改革を決めることにより、現役世代が負担する後期高齢者支援金の伸びを一定程度減少させることは待ったなしの課題。

※2026年度以降は、75歳人口の増減率の減少に伴い、将来の支援金増加額は現行の＋千数百億円程度に戻ることにも留意が必要。

[年齢別の人口増減率の推移]



[現役世代の保険料に占める後期高齢者支援金相当額]

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

※2020年度は概算賦課ベース

（参考）後期高齢者支援金の伸びと改正効果のイメージ

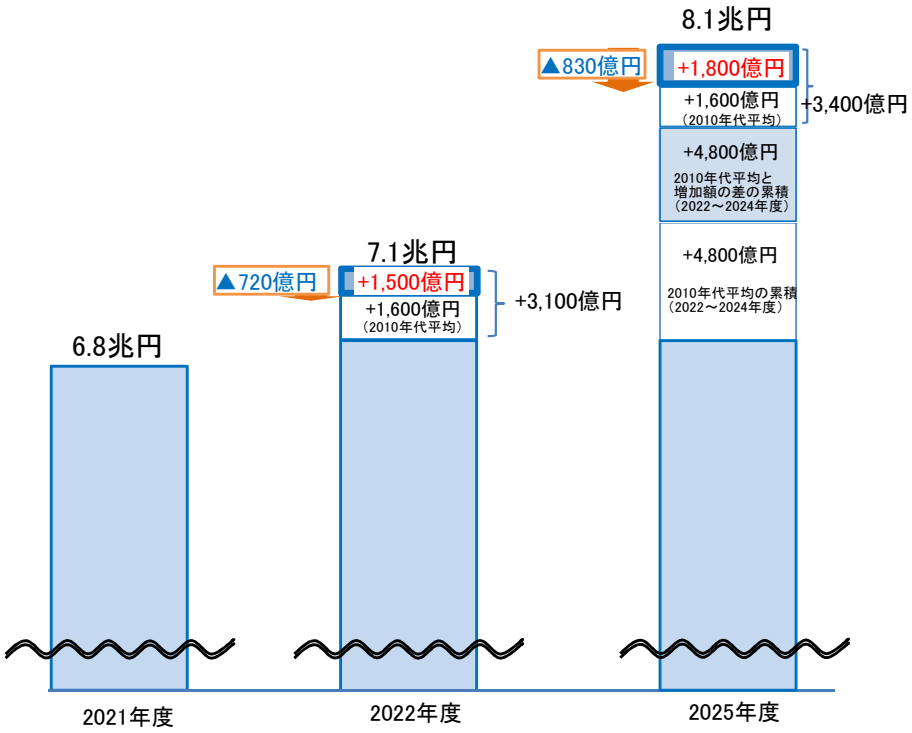
（注）支援金の伸びは毎年度生じる一方、抑制効果は、2022年度に行った改革効果が、見直しを行わなかった場合と比較して持続している前提で試算

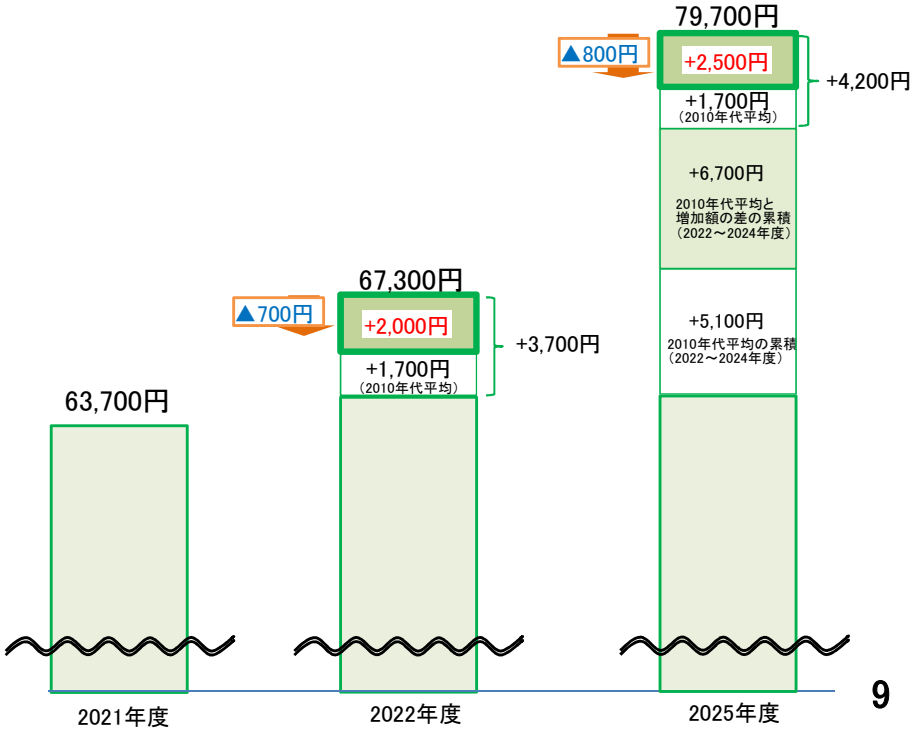
【支援金総額に対する抑制効果について】

	2021年度	2022年度時点	2025年度時点
支援金総額	6.8兆円	7.1兆円	8.1兆円
支援金の前年度からの増加額 （2010年代平均との増加額の差額）	2010年代の平均で ＋1,600億円/年	+3,100億円 （＋1,500億円）	+3,400億円 （＋1,800億円）
抑制効果額 2割負担を導入した場合の支援金の抑制効果額であり、制度改正をしなかった場合に比べての効果額。	後期高齢者医療費の伸びに沿って、改革効果も一定程度増加する	▲720億円	▲830億円

【一人当たり支援金に対する抑制効果について】

	2021年度	2022年度時点	2025年度時点
1人当たり支援金総額	63,700円	67,300円	79,700円
1人当たり支援金の前年度からの増加額 （2010年代平均との増加額の差額）	2010年代の平均で ＋1,700円/年	+3,700円 （＋2,000円）	+4,200円 （＋2,500円）
抑制効果額 2割負担を導入した場合の支援金の抑制効果額であり、制度改正をしなかった場合に比べての効果額。	後期高齢者医療費の伸びに沿って、改革効果も一定程度増加する	▲700円	▲800円

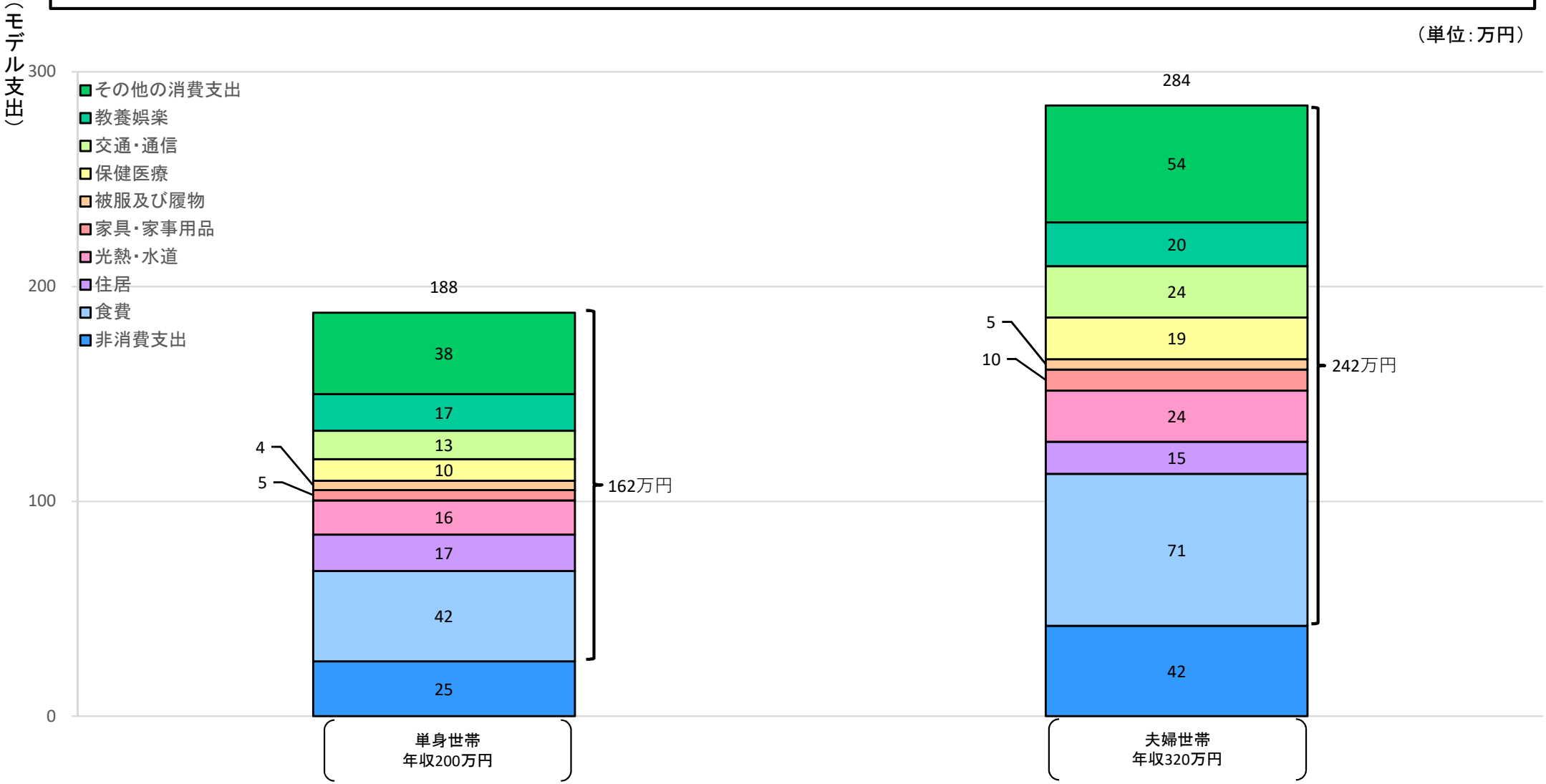




※2021年度予算案ベースを足下にし、人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※抑制効果額は、2022年度、2025年度ともに満年度分。
※経過措置は施行後3年間。
施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の抑制効果額よりも小さくなり、2025年度は大きくなる。

75歳以上の年収単身200万円世帯・夫婦320万円世帯の収入と支出の状況

○　75歳以上の年収単身200万円世帯及び夫婦320万円世帯について、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。



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

※2　消費支出は、家計調査（平成30年）の75歳以上単身及び夫婦の無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は単身世帯年収200±50万円は123世帯、夫婦世帯年収320±50万円は232世帯。

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

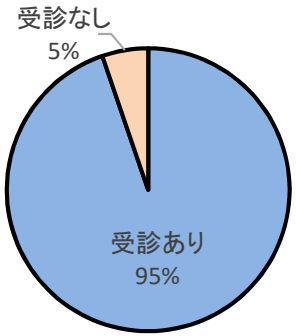
75歳以上の高齢者の受診の状況等

○　75歳以上の高齢者は、ほぼ全てが外来受診している。そのうち5割弱の者が毎月診療を受診している。

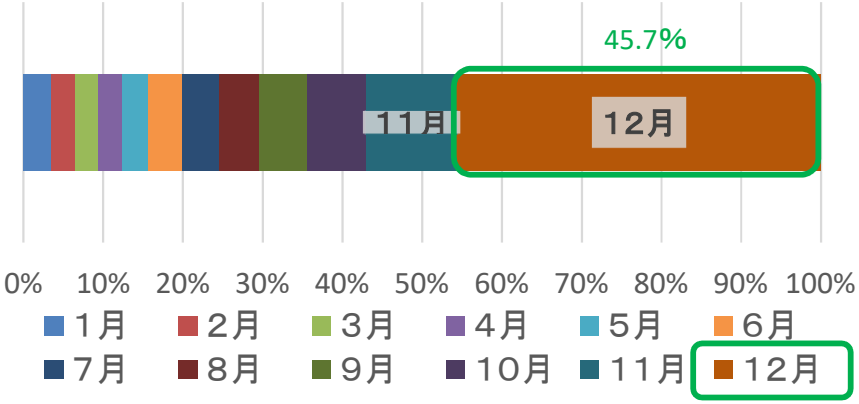
○　窓口負担割合を2割に引き上げることにより影響を受ける者の多くが、外来受診者である。窓口負担を2割負担とした場合、およそ6割の者が高額療養費の限度額に該当せず、負担が2倍となる。

○　1人当たり平均窓口負担額（年間）は、2割負担となると、約3.4万円増えるがほとんどは外来の影響。

年間で外来受診した患者の割合（後期高齢者）



外来受診した患者の受診月数（後期高齢者）



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

【1人当たり平均窓口負担額（年間）の変化】

	現行 （1割負担）	2割負担
外来	4.7万円	7.7万円 （**＋3.0万円**）
入院	3.6万円	4.0万円 （＋0.4万円）
計	8.3万円	11.7万円 （**＋3.4万円**）

※（）内は、現行制度からの増加額

配慮措置の考え方

○ 配慮措置については、下記の内容で講じる。

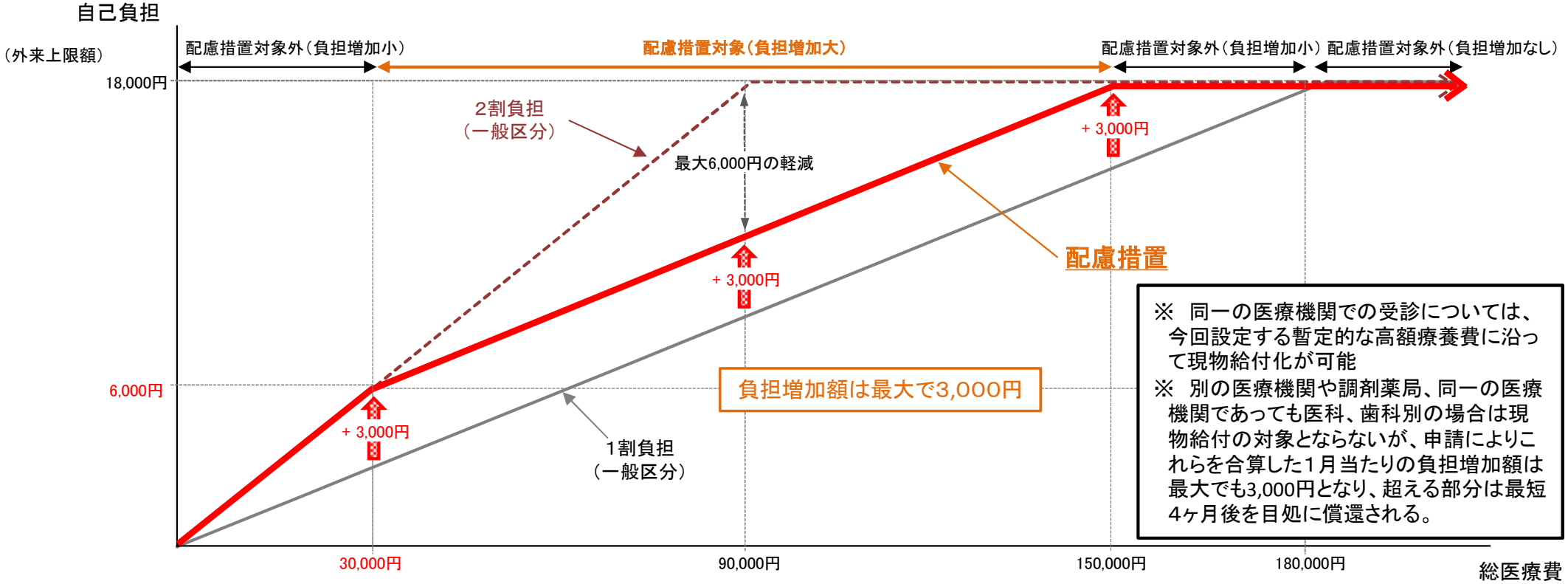
① 長期にわたる外来受診について、急激な負担増を抑制するため、世帯の所得の状況等に応じて、2割負担になる者の外来受診の負担増加額について、最大でも月3,000円に収まるよう措置を講じる。

※ 具体的には、負担額が月6,000円を超えた場合（すなわち医療費が30,000円を超えた場合）には、超えた医療費については１割負担となるよう、高額療養費の上限額を設定する。

※ 窓口負担の年間平均が約8.3万円⇒約10.9万円（＋2.6万円） （配慮措置なしだと約11.7万円（＋3.4万円））

※ 負担増となる被保険者のうち、外来受診に係る配慮措置を受けられる者の割合： 約80%

② 急激な負担増加を抑制するためのものであり、施行後3年間の経過措置とする。



※ 同一の医療機関での受診については、今回設定する暫定的な高額療養費に沿って現物給付化が可能

※ 別の医療機関や調剤薬局、同一の医療機関であっても医科、歯科別の場合は現物給付の対象とならないが、申請によりこれらを合算した1月当たりの負担増加額は最大でも3,000円となり、超える部分は最短4ヶ月後を目処に償還される。

配慮措置の効果（平均窓口負担額の変化）

○　一定所得以上の者が2割負担となった場合、配慮措置を講じることにより、窓口負担額の年間平均が約8.3万円⇒約10.9万円（配慮措置前は約11.7万円）となり、負担を抑制

○　配慮措置の対象となる長期頻回受診者等は、外来患者の約8割に該当する。

【1人当たり平均窓口負担額（年間）の変化】

	現行（1割負担）	2割負担
外来	4.7万円	7.7万円（**＋3.0万円**）
入院	3.6万円	4.0万円（＋0.4万円）
計	8.3万円	11.7万円（**＋3.4万円**）

※（）内は、現行制度からの増加額

	現行（1割負担）	2割負担
外来	4.7万円	6.9万円（**＋2.2万円**）
入院	3.6万円	4.0万円（＋0.4万円）
計	8.3万円	10.9万円（**＋2.6万円**）

※（）内は、現行制度からの増加額

▲0.8万円

配慮措置の効果（具体的な疾病例）

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

	現行	見直し後			
		配慮措置なし		配慮措置あり	
			見直し影響額		配慮措置効果額
1. 窓口負担額が2倍になる例					
(1)「関節症(膝の痛みなど)」で外来受診している場合 ※関節症患者の外来受診の平均的な診療間隔8日を基に計算(1年間通院)	3．2万円 (2,800円/月)	6．4万円 (5,600円/月)	(3．2万円増) (2,800円増/月)	6．4万円 (5,600円/月)	負担増/月は 3,000円以内
(2)「高血圧性疾患」で外来受診している場合 ※高血圧性疾患の外来受診の平均的な診療間隔17日を基に計算(1年間通院)	2．9万円 (2,600円/月)	5．7万円 (5,200円/月)	(2．9万円増) (2,600円増/月)	5．7万円 (5,200円/月)	負担増/月は 3,000円以内
(3)「脳血管疾患」で外来受診している場合 ※脳血管疾患患者の外来受診の平均的な診療間隔14日を基に計算(1年間通院)	4．1万円 (4,500円/月)	8．1万円 (9,000円/月)	(4．1万円増) (4,500円増/月)	7．7万円 (7,500円/月)	(0．5万円) (1,500円/月減)
			月3,000円以内に抑制		
(4)「関節症」及び「高血圧性疾患」で外来受診した場合	6．1万円 (5,400円/月)	12．2万円 (10,800円/月)	(6．1万円増) (5,400円増/月)	9．7万円 (8,400円/月)	(2．5万円) (2,400円/月減)
			月3,000円以内に抑制		
(5)「関節症」及び「脳血管疾患」で外来受診した場合	7．3万円 (7,300円/月)	14．4万円※ (14,600円/月)	(7．1万円増) (7,300円増/月)	10．9万円 (10,300円/月)	(3．5万円) (4,300円/月減)
			月3,000円以内に抑制		
2. 窓口負担額が変化しない例					
(1)「骨折」して入院した場合 ※骨折の入院の平均的な在院日数50日を基に計算	11．5万円 (57,600円/月)	11．5万円 (57,600円/月)	(負担増なし)		
(2)「悪性新生物」で入院した場合 ※悪性新生物の入院の平均的な在院日数22日を基に計算	5．8万円 (57,600円/月)	5．8万円 (57,600円/月)	(負担増なし)		
3. 窓口負担額の変化が2倍未満である例					
「悪性新生物」で外来受診している場合 ※悪性新生物の外来受診の平均的な診療間隔12日を基に計算(1年間通院)	14．3万円 (13,800円/月)	14．4万円※ (18,000円/月)	(0．1万円増) (4,200円増/月)	14．4万円※ (16,800円/月)	(0．0万円) (1,200円/月減)
			月3,000円以内に抑制		

※年間上限により年14.4万円に負担軽減される

配慮措置の対象者となる者の割合等

【1人当たり平均窓口負担額(年間)】

	現行（１割負担）	２割負担	配慮措置
外来	4.7万円	7.7万円（**+3.0万円**）	6.9万円（**+2.2万円**）
入院	3.6万円	4.0万円(＋0.4万円)	4.0万円(+0.4万円)
合計	8.3万円	11.7万円（**+3.4万円**）	10.9万円（**+2.6万円**）

【外来・入院別の2割負担となる者の特徴】

※割合（%）は全て新たに２割負担となる対象者に対する割合

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

※　上記は、配慮措置がないとした場合のもの

※割合（%）は負担増となる者に対する割合

配慮措置の対象となる月がある者 (いずれかの受診月の負担増加額が3,000円超)	**約80%**

（これまでの医療保険部会において議論の用に供した資料等）

後期高齢者の窓口負担割合の在り方について

全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日)（抄）

第２章　各分野の具体的方向性

３．医療

（２）大きなリスクをしっかり支えられる公的保険制度の在り方

①後期高齢者の自己負担割合の在り方

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

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

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

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

全世代型社会保障検討会議 第２次中間報告(令和２年６月25日)（抄）

第１章　はじめに

１．これまでの検討経緯

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

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

本年度の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

第２章　昨年の中間報告以降の検討結果

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

４．医療

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

後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

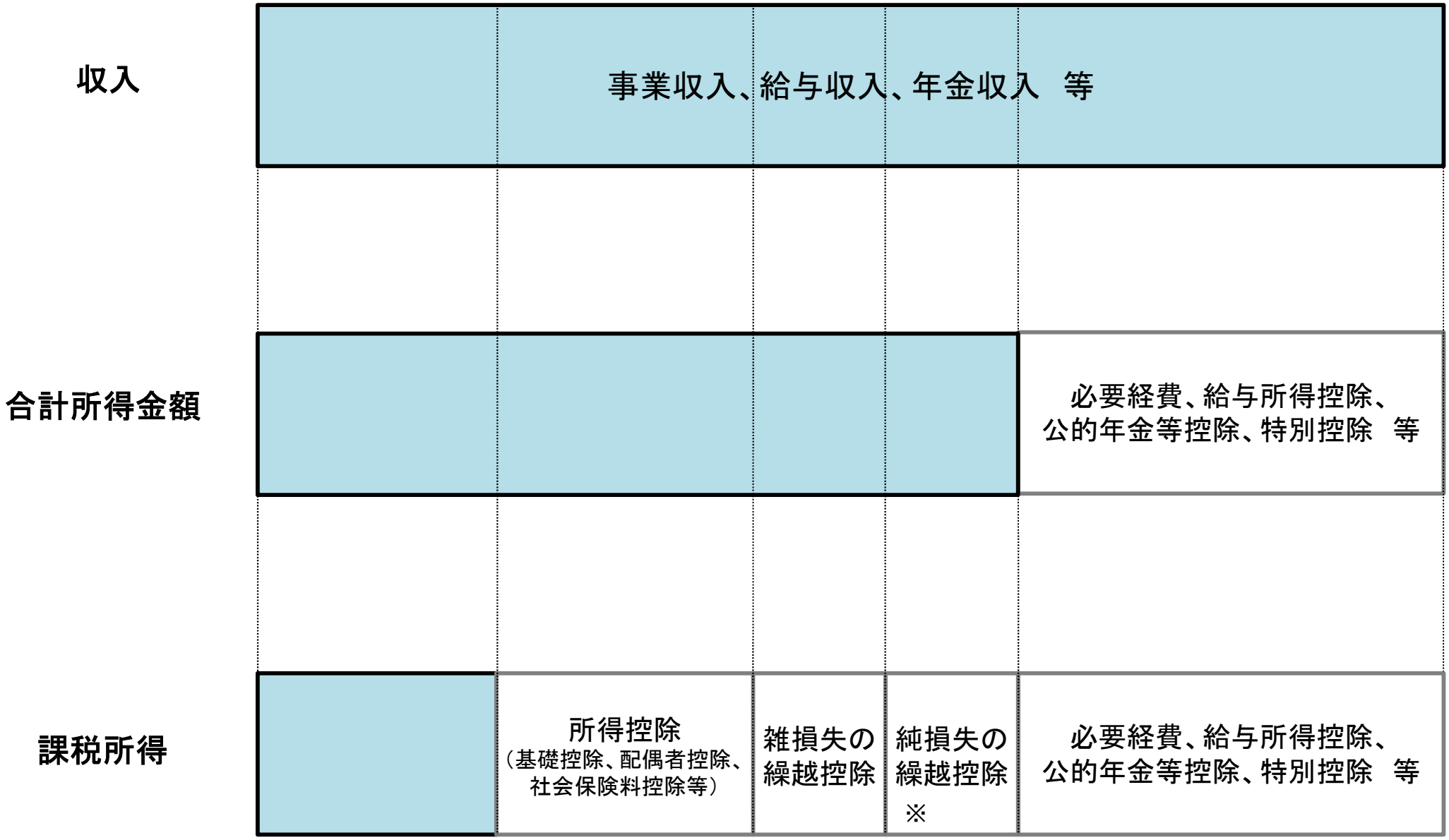
区　分	判定基準	負担割合	外来のみの月単位の上限額（個人ごと）	外来及び入院を合わせた月単位の上限額（世帯ごと）
現役並み所得 約130万人（約７％）	課税所得145万円以上 年収383万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 ＋（医療費－267,000～842,000円）×１％ 〈多数回該当：44,400円～140,100円〉	
一般 約945万人（約52％）	課税所得145万円未満 住民税が課税されている世帯（※）で年収383万円未満	1割	18,000円 〔年14.4万円〕	57,600円 〈多数回該当：44,400円〉
低所得Ⅱ 約435万人（約24％）	世帯全員が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

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

計：約1815万人

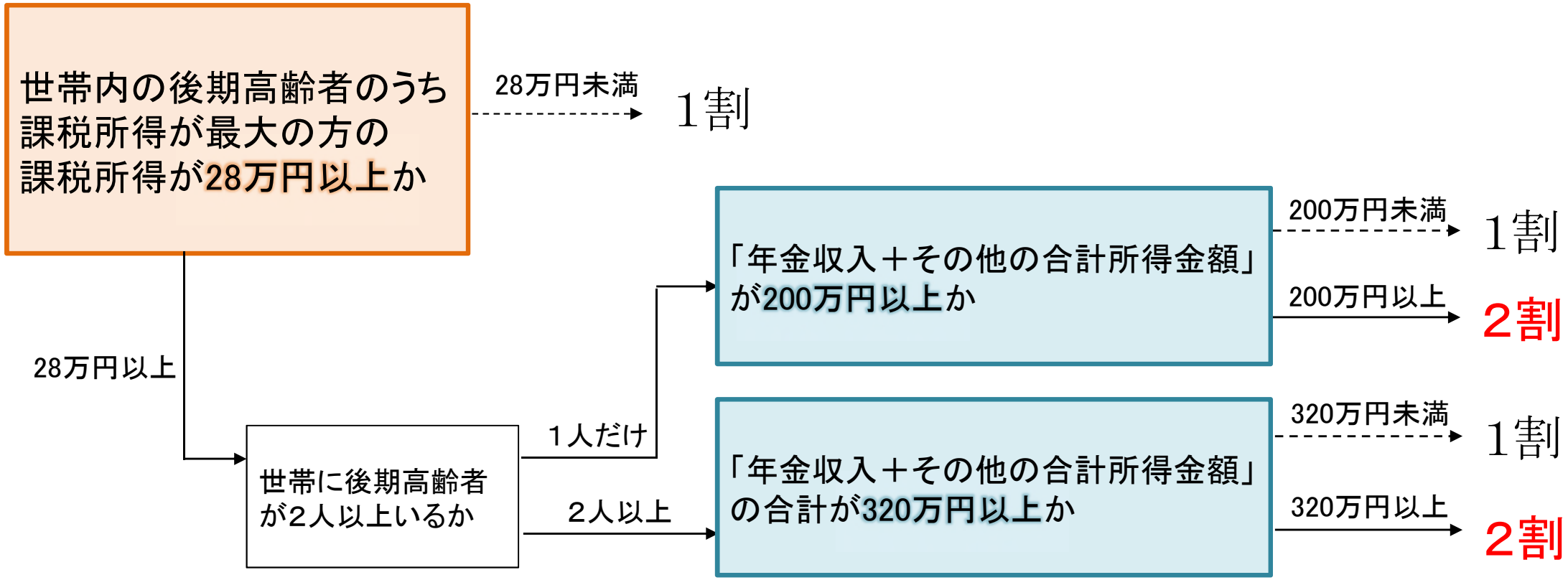
注）年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。
人数は後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査における令和2年7月時点のもの。

（参考）後期高齢者医療における所得等の範囲の比較



※青色申告者のみ

後期高齢者の窓口負担が２割となる所得基準の考え方について



○ 「課税所得」は、収入から、給与所得控除や公的年金等控除、所得控除（基礎控除や社会保険料控除）を差し引いた後の金額〔所得税などで用いられる考え方〕

○ 「年金収入＋その他の合計所得金額」　〔介護保険の利用者負担割合と同様の考え方〕
- 年金は、公的年金等控除を差し引く前の金額
- その他の合計所得金額は、事業収入や給与収入から、必要経費や給与所得控除を差し引いた後の金額

※単身世帯（後期高齢者が1人の世帯）の年収200万円
＝課税所得（28万円）＋ 基礎控除（33万円）＋ 社会保険料控除（16万円）＋ 公的年金等控除（120万円）

※複数世帯（後期高齢者が2人以上の世帯）の年収320万円
＝課税所得（28万円）＋ 基礎控除（33万円）＋ 社会保険料控除（20万円）＋ 配偶者控除（38万円）＋ 公的年金等控除（120万円）＋ 配偶者の年金（78万円）
（基礎年金満額相当）

窓口負担の見直しに係る財政影響（2022年度、満年度、保険者別）

給付費	後期高齢者支援金 （現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料 （高齢者の負担軽減）	公費
▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

	後期高齢者支援金				
		保険料			公費
			事業主負担	本人負担	
総計	▲720億円	▲640億円	▲300億円	▲340億円	▲80億円
協会けんぽ	▲250億円	▲250億円	▲120億円	▲120億円	▲0億円
健保組合	▲240億円	▲240億円	▲130億円	▲110億円	-
共済組合等	▲90億円	▲90億円	▲40億円	▲40億円	-
国民健康保険	▲150億円	▲70億円	-	▲70億円	▲80億円

※1　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※2　2021年度予算案ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※3　実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
※4　後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、給付費の内訳の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。
※5　施行日が2022年度後半であることから、2022年度における実際の財政効果は満年度分として示している上記の財政効果よりも小さくなる。
※6　「協会けんぽ」の欄には日雇特例を含む。「共済組合等」の欄には船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。
※7　現役世代一人当たり後期高齢者支援金は▲700円（67,300円→66,700円）、後期高齢者一人当たり保険料は▲1,000円（79,900円→78,900円）。
※8　公費のうち、国費▲630億円、地方費▲350億円。保険者別の財政影響に係る公費のうち協会けんぽはすべて国費、国民健康保険は国費▲60億円、地方費▲20億円。

窓口負担の見直しに係る財政影響（2025年度、満年度、保険者別）

給付費	後期高齢者支援金 （現役世代の負担軽減）	後期高齢者保険料 （高齢者の負担軽減）	公費
▲2,190億円	▲830億円	▲220億円	▲1,140億円

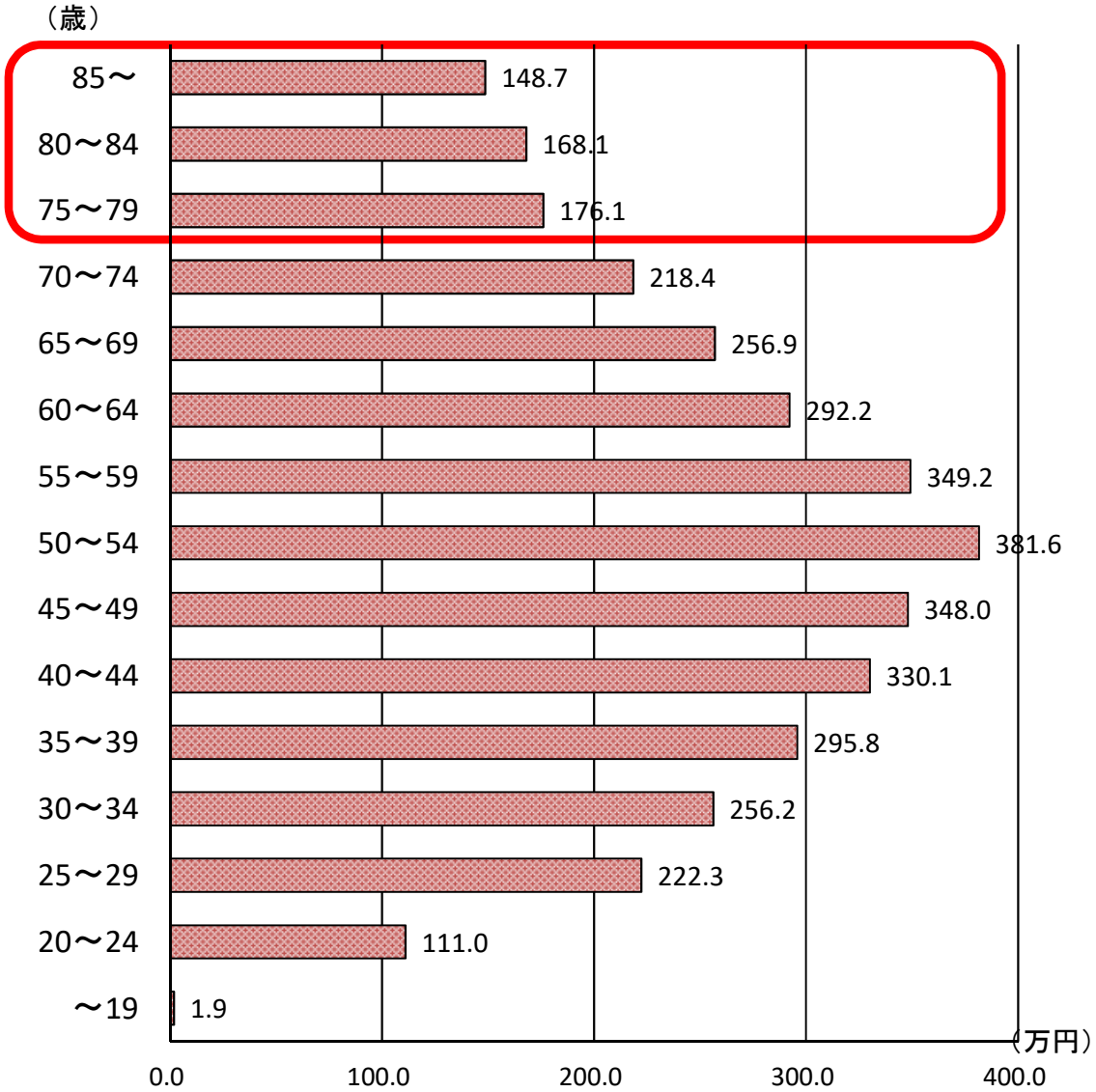
	後期高齢者支援金				
		保険料			公費
			事業主負担	本人負担	
総計	▲830億円	▲730億円	▲340億円	▲390億円	▲90億円
協会けんぽ	▲280億円	▲280億円	▲140億円	▲140億円	▲0億円
健保組合	▲270億円	▲270億円	▲150億円	▲130億円	-
共済組合等	▲100億円	▲100億円	▲50億円	▲50億円	-
国民健康保険	▲170億円	▲70億円	-	▲70億円	▲90億円

※1　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※2　2021年度予算案ベースを足下にし、2025年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※3　実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
※4　後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、給付費の内訳の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。
※5　経過措置は施行後3年間。施行日が2022年度後半であることから、2025年度における実際の財政影響は満年度分として示している上記の財政影響よりも大きくなる。
※6　「協会けんぽ」の欄には日雇特例を含む。「共済組合等」の欄には船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。
※7　現役世代一人当たり後期高齢者支援金は▲800円（79,700円→78,900円）、後期高齢者一人当たり保険料は▲1,100円（86,900円→85,800円）。
※8　公費のうち、国費▲730億円、地方費▲410億円。保険者別の財政影響に係る公費のうち協会けんぽはすべて国費、国民健康保険は国費▲70億円、地方費▲20億円。

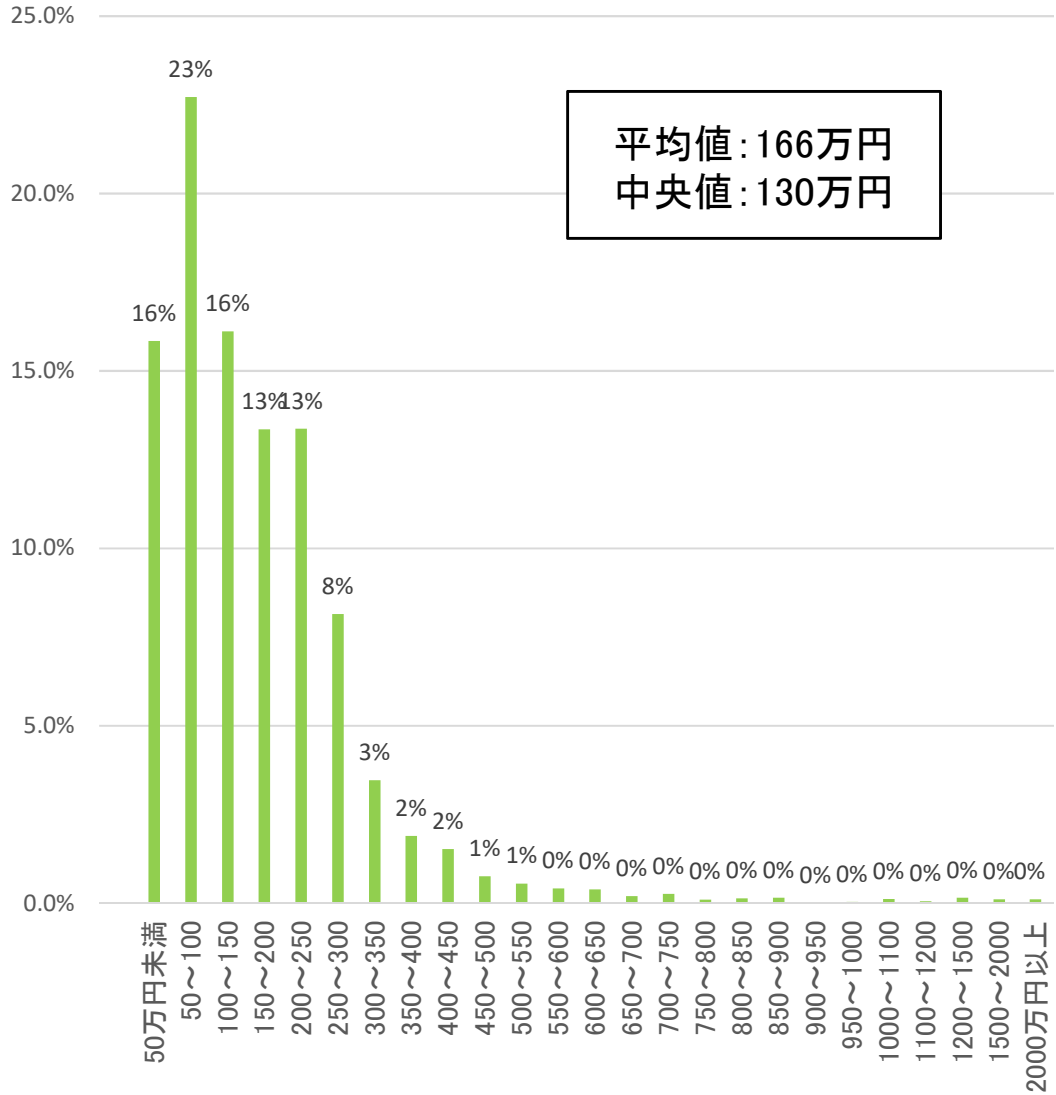
高齢者の収入の状況

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

＜年齢階層別の平均収入＞



＜75歳以上個人の収入額の分布＞



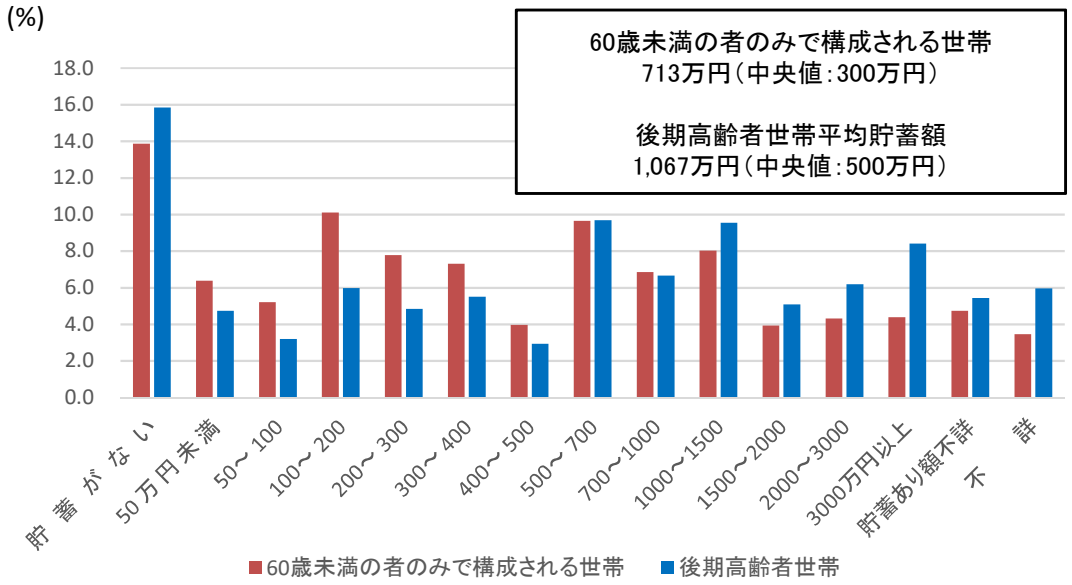
【出典】2019年（令和元年）国民生活基礎調査（抽出調査）
※ 「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。（事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている）

後期高齢者医療における窓口負担と保険料の判定について

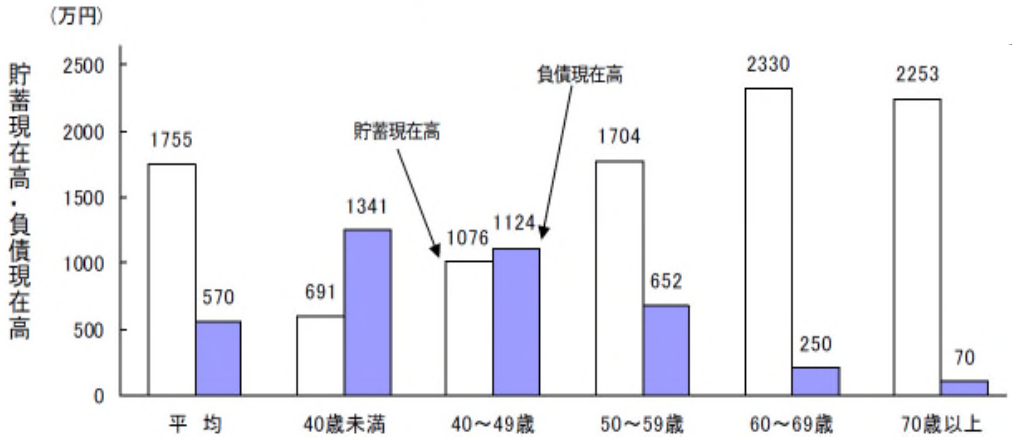
窓口負担	保険料
○　現役並み所得者の判定は、世帯内の後期高齢者の最大課税所得者の課税所得により判定。【個人単位】 ○　低所得区分の判定は、同居する子ども等も含めた世帯全員が住民税非課税かどうかで判定。【世帯単位】	○　被保険者本人の所得により判定。【個人単位】 ○　保険料の軽減の判定は、世帯主と世帯内の被保険者の所得の合計により判定。【世帯単位】

後期高齢者世帯の貯蓄の状況等

＜後期高齢者世帯の貯蓄額の分布＞



＜世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高（2人以上の世帯）＞

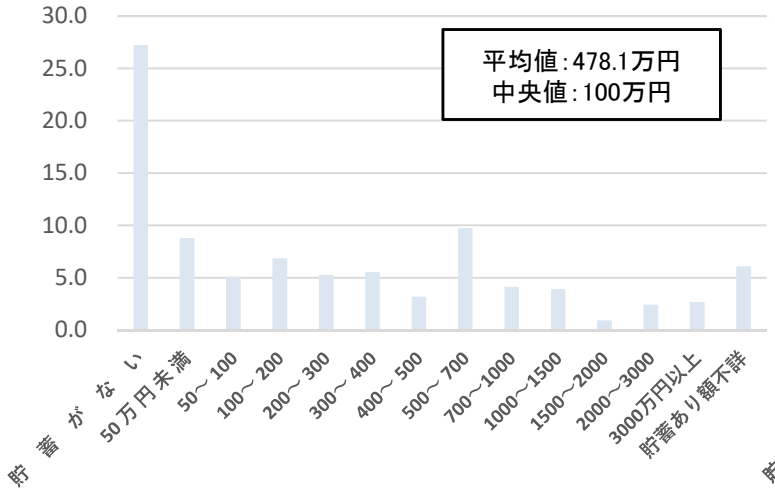


※　後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

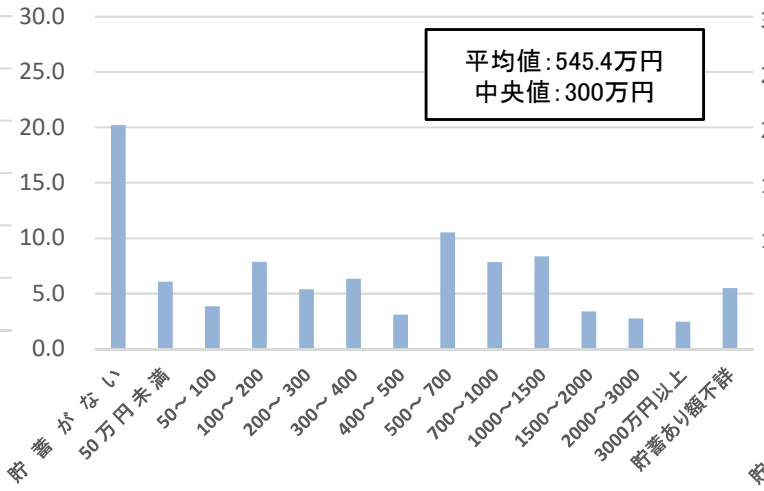
※　2019年（令和元年）国民生活基礎調査（保険局高齢者医療課による特別集計）による2018年（平成30年）の数値。

〔出典〕総務省「家計調査年報（貯蓄・負債編）」令和元年（2019年）

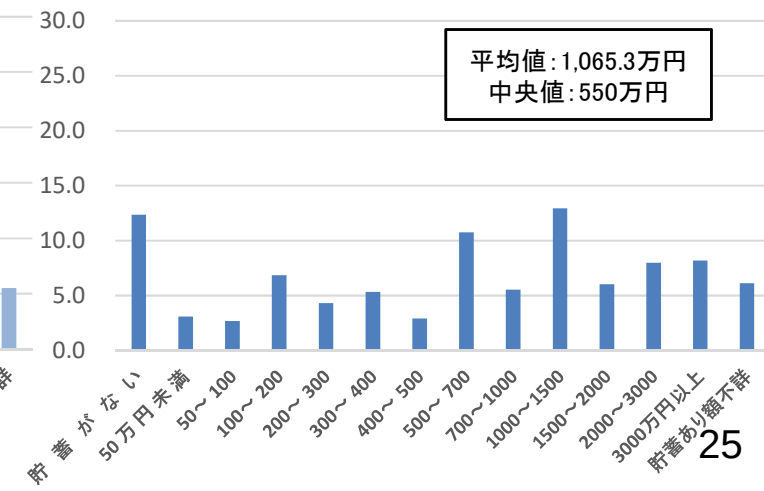
＜100万未満の年収世帯の分布＞



＜100万～200万の年収世帯の分布＞



＜200万～300万の年収世帯の分布＞



直近の家計の収支状況（令和元年・2年家計調査）

65歳以上の
夫婦無職世帯

用　途　分　類	2019年 3月	4月	5月	6月	7月	8月	2020年 3月	4月	5月	6月	7月	8月
集計世帯数	1,448	1,418	1,405	1,405	1,404	2,990	1,349	1,398	1,408	1,433	1,416	1,422
世帯主の年齢(歳)	76.4	76.4	76.1	76.4	76.5	76.4	76.2	76.2	76.4	76.6	76.7	76.7
受取	381,388	842,630	417,345	843,025	377,289	836,029	395,707	821,768	386,208	981,658	404,637	854,930
実収入	25,343	451,401	19,904	455,763	23,877	449,945	27,303	455,796	44,387	572,703	57,751	475,803
経常収入	16,405	444,484	16,003	451,399	20,213	440,185	19,531	450,972	19,081	467,933	23,174	467,382
特別収入	8,937	6,918	3,901	4,364	3,664	9,761	7,772	4,824	25,306	104,770	34,577	8,421
実収入以外の受取(繰入金を除く)	279,801	323,138	313,041	310,841	272,310	309,945	288,798	292,334	258,622	333,045	265,666	301,671
繰入金	76,244	68,091	84,401	76,421	81,101	76,139	79,605	73,638	83,200	75,910	81,220	77,455
支払	381,388	842,630	417,345	843,025	377,289	836,029	395,707	821,768	386,208	981,658	404,637	854,930
実支出	255,770	277,472	275,210	276,060	249,723	277,567	254,777	250,064	227,935	287,529	237,094	264,157
消費支出	249,676	234,389	237,266	227,869	227,844	235,547	239,400	201,242	198,744	229,480	217,181	218,847
食料	64,839	64,945	66,690	63,529	63,964	67,892	66,463	63,434	65,143	65,224	62,967	66,741
住居	12,628	10,331	8,937	17,342	15,999	10,156	10,278	9,947	8,276	17,376	17,256	15,859
光熱・水道	23,851	21,074	20,911	16,846	15,698	16,364	24,305	22,231	19,140	17,552	15,832	16,239
家具・家事用品	8,065	6,873	8,884	11,416	12,725	12,497	7,178	7,496	9,449	13,356	12,490	12,764
被服及び履物	5,017	5,794	7,046	6,185	5,946	5,008	3,579	2,533	4,602	6,044	5,033	3,800
保健医療	15,305	15,073	14,413	15,778	15,709	14,113	16,349	16,482	13,138	16,394	17,296	16,644
医薬品	3,129	3,427	3,131	3,009	3,474	2,936	3,321	3,145	2,914	3,384	3,134	3,475
健康保持用摂取品	1,650	1,389	1,228	1,302	1,430	1,404	1,343	1,804	1,474	1,761	1,890	2,020
保健医療用品・器具	1,233	1,693	1,785	3,249	1,702	1,568	1,812	2,057	2,184	2,921	1,943	2,438
保健医療サービス	9,292	8,565	8,269	8,219	9,103	8,205	9,873	9,477	6,566	8,327	10,329	8,712
交通・通信	30,221	31,066	29,700	24,858	27,407	28,450	37,812	23,897	26,529	26,310	22,662	23,037
教育	39	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0
教養娯楽	24,601	28,830	28,092	24,524	22,088	21,924	18,541	17,849	15,788	17,892	18,564	18,174
その他の消費支出	65,110	50,403	52,593	47,390	48,307	59,143	54,842	37,373	36,679	49,333	45,081	45,589
非消費支出	6,094	43,084	37,944	48,191	21,879	42,019	15,377	48,821	29,190	58,049	19,912	45,310
直接税	2,524	13,811	36,510	16,307	11,130	10,688	6,277	22,416	28,349	27,014	10,333	10,702
社会保険料	3,550	29,101	1,400	31,874	10,748	31,282	9,033	26,406	836	30,970	9,564	34,608

直近の家計の収支状況（令和元年・2年家計調査）

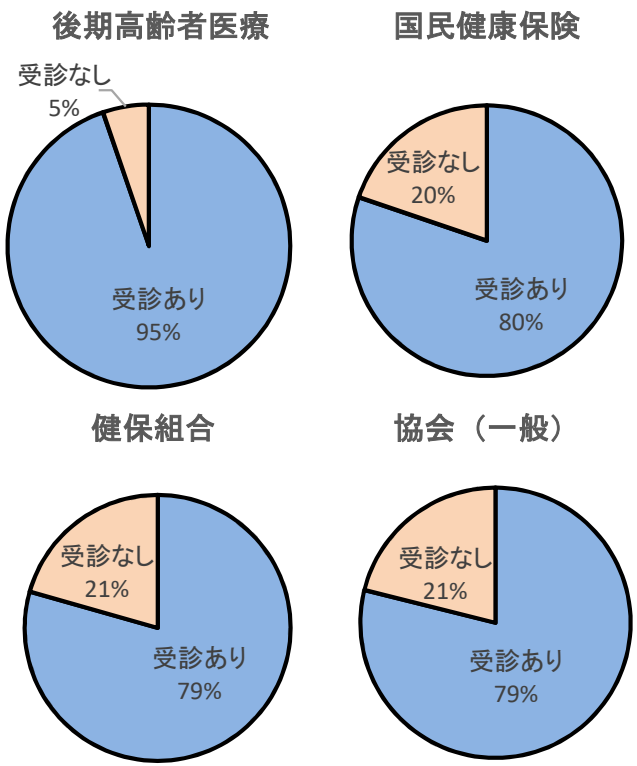
75歳以上の夫婦無職世帯

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

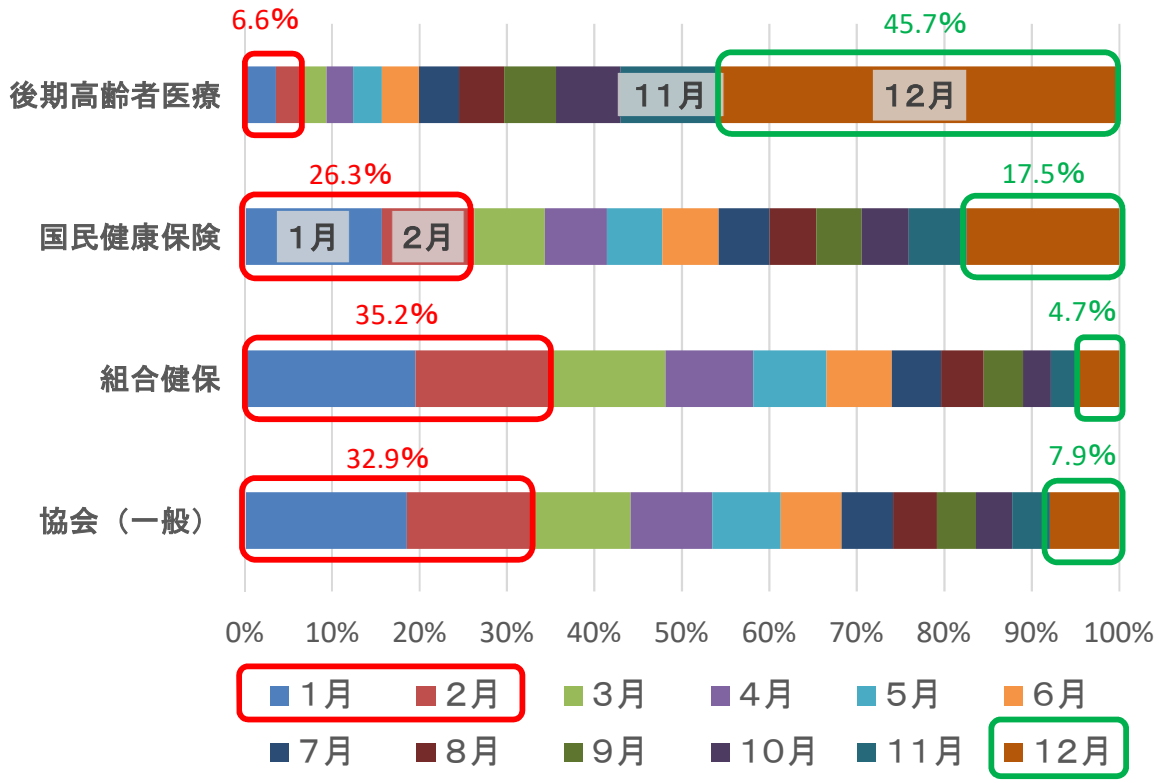
外来の受診動向の比較

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

年間で外来受診した患者の割合

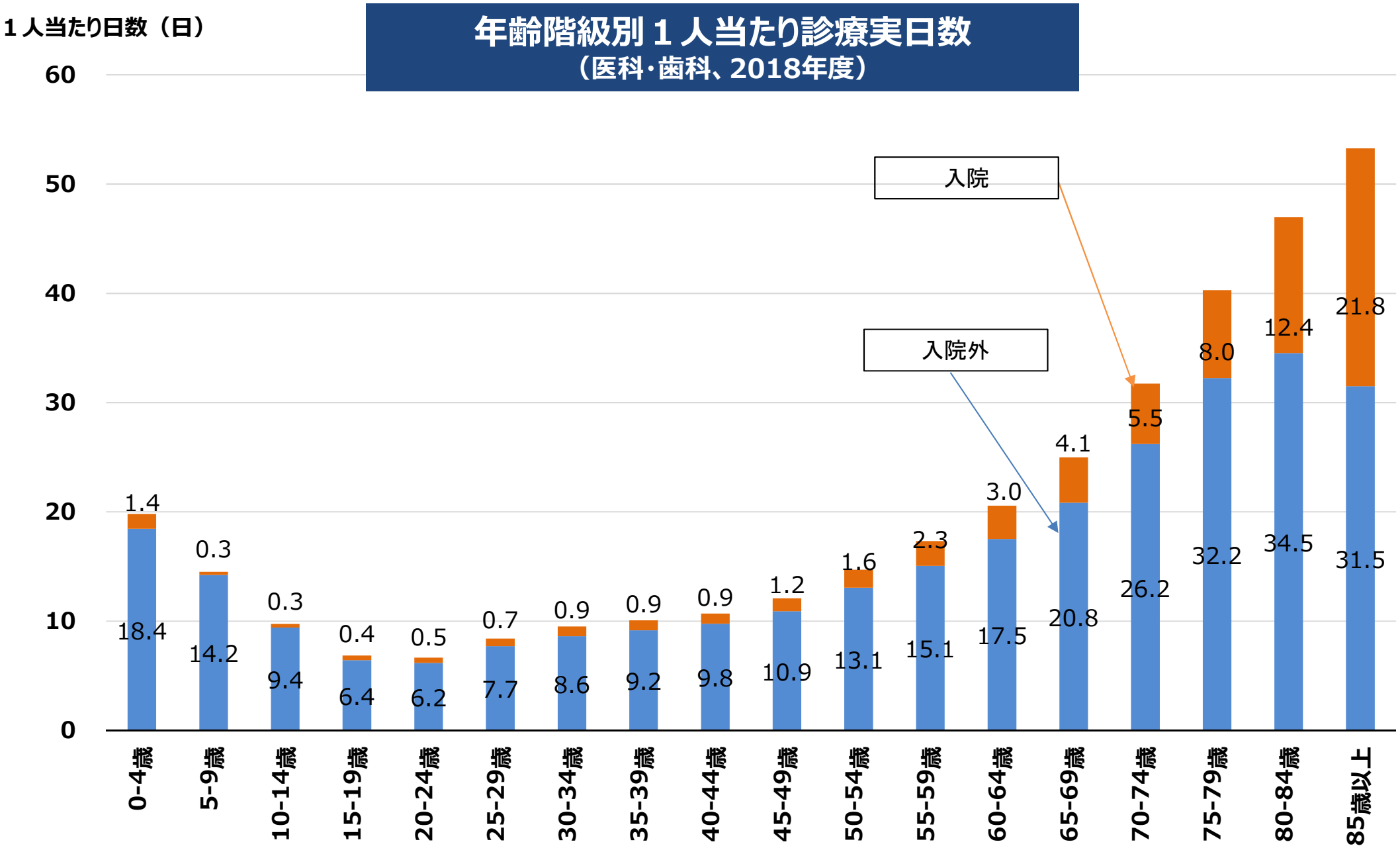


受診ありの者の受診月数



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

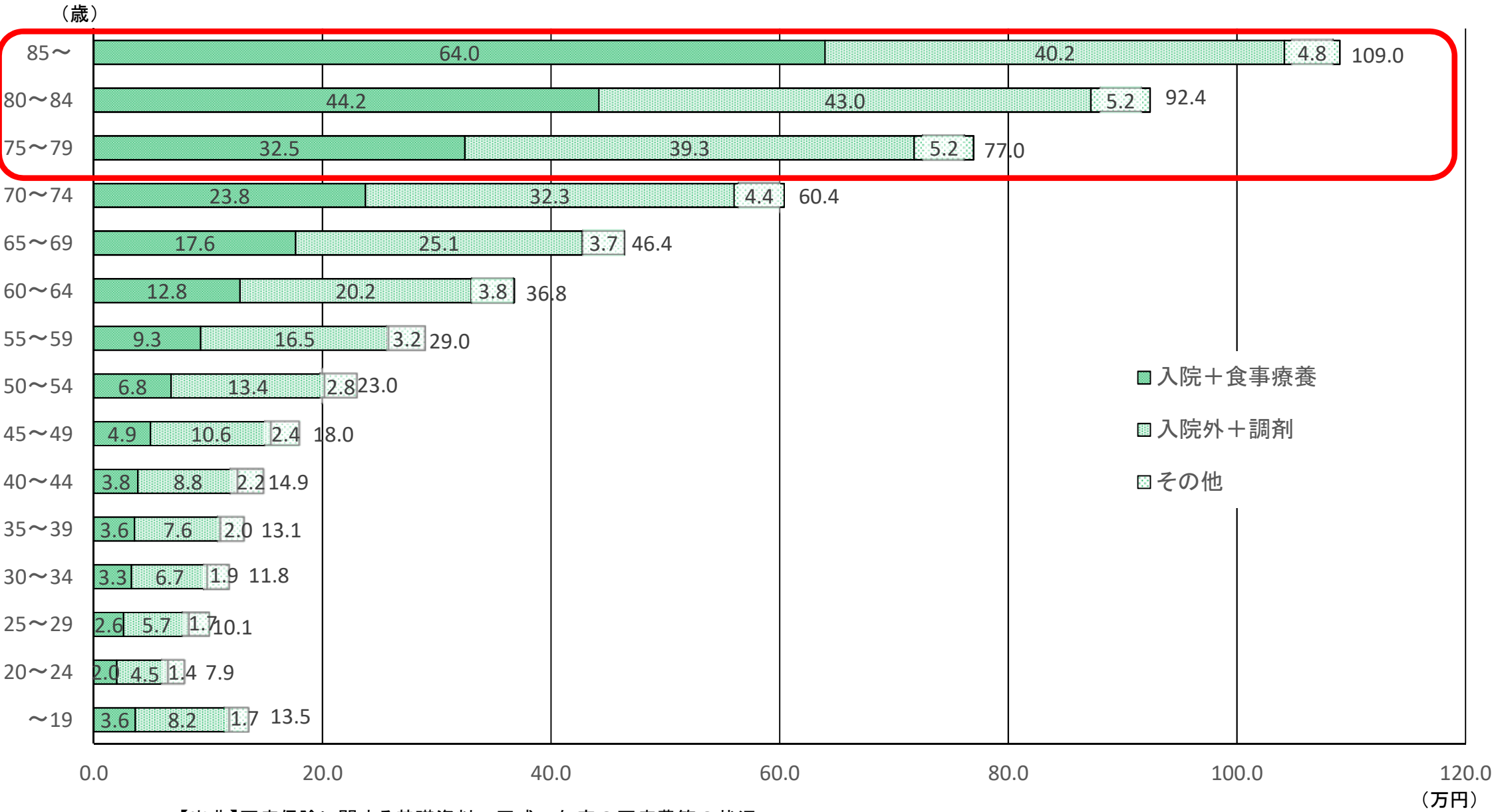
年齢階級別１人当たり診療実日数



（出所）厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」（2018年度）を基に作成。
※訪問診療、往診は基本的に「入院外」に計上されているが、往診の一部は「入院」に計上されている。

年齢階級別の１人当たり医療費

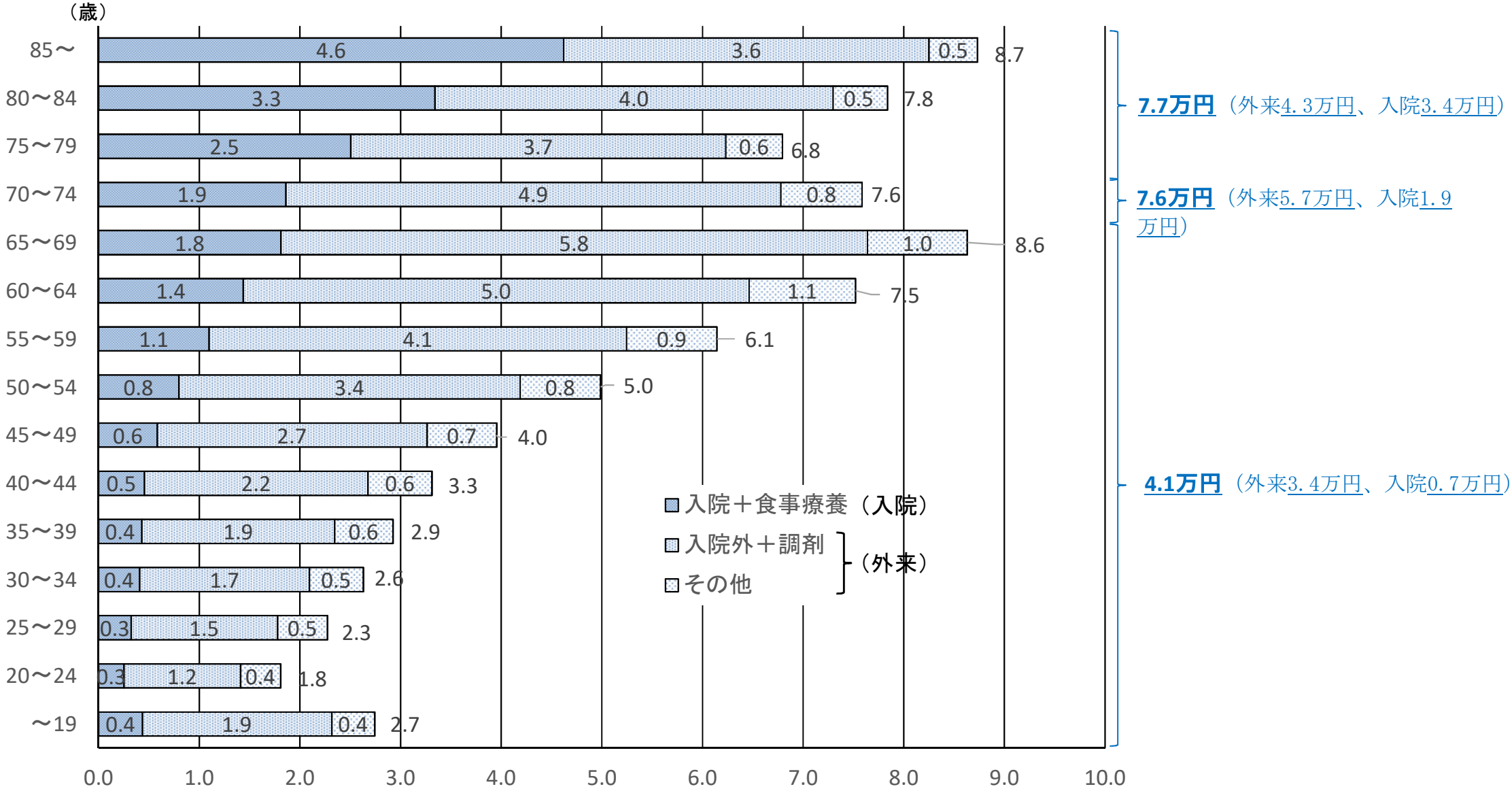
○　１人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～
「その他」は歯科、療養費など

年齢階級別の１人当たり窓口負担額

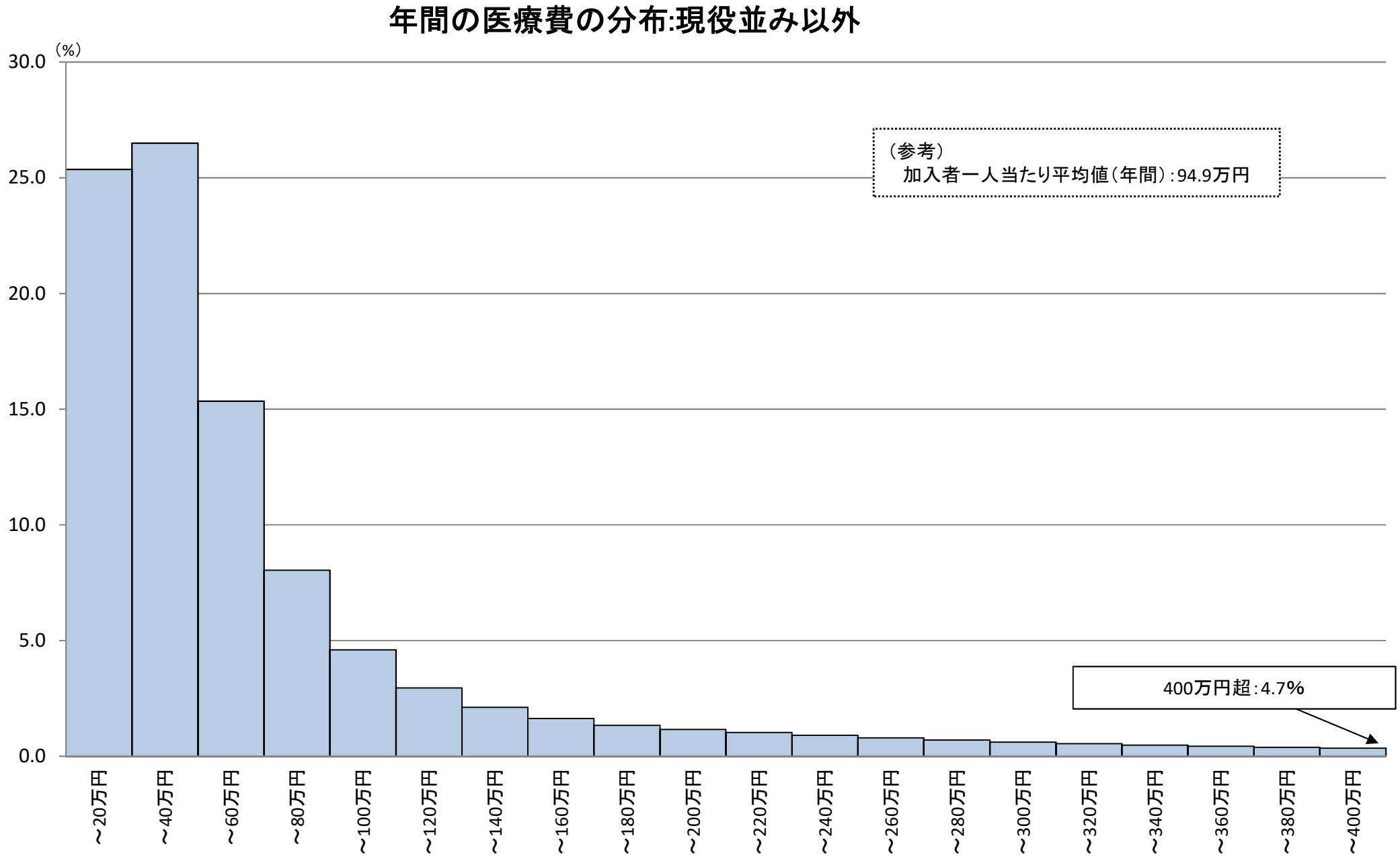
○　高齢になるにつれて医療費が増加することから、80歳以降、窓口負担額は70～74歳以上に高くなる



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成30年度の医療費等の状況～
「その他」は歯科、療養費など

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

後期高齢者の医療費の分布状況（現役並み所得区分以外）



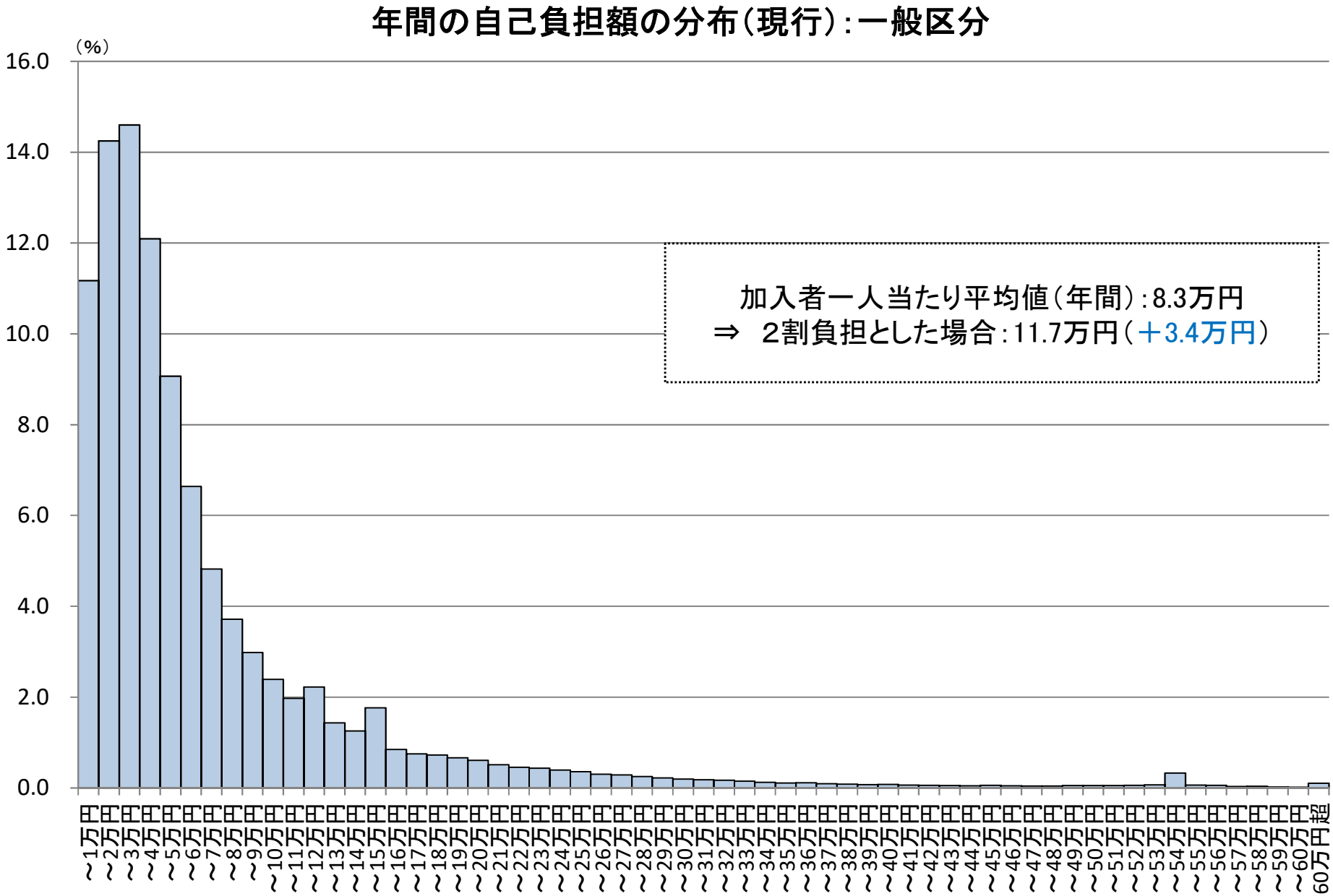
出典:医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

（注）1．同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして推計したものである。

2．1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

3．加入者一人当たり平均値（年間）は、平成30年度医療保険に関する基礎資料の数値。

後期高齢者の自己負担の推計分布状況（一般区分）

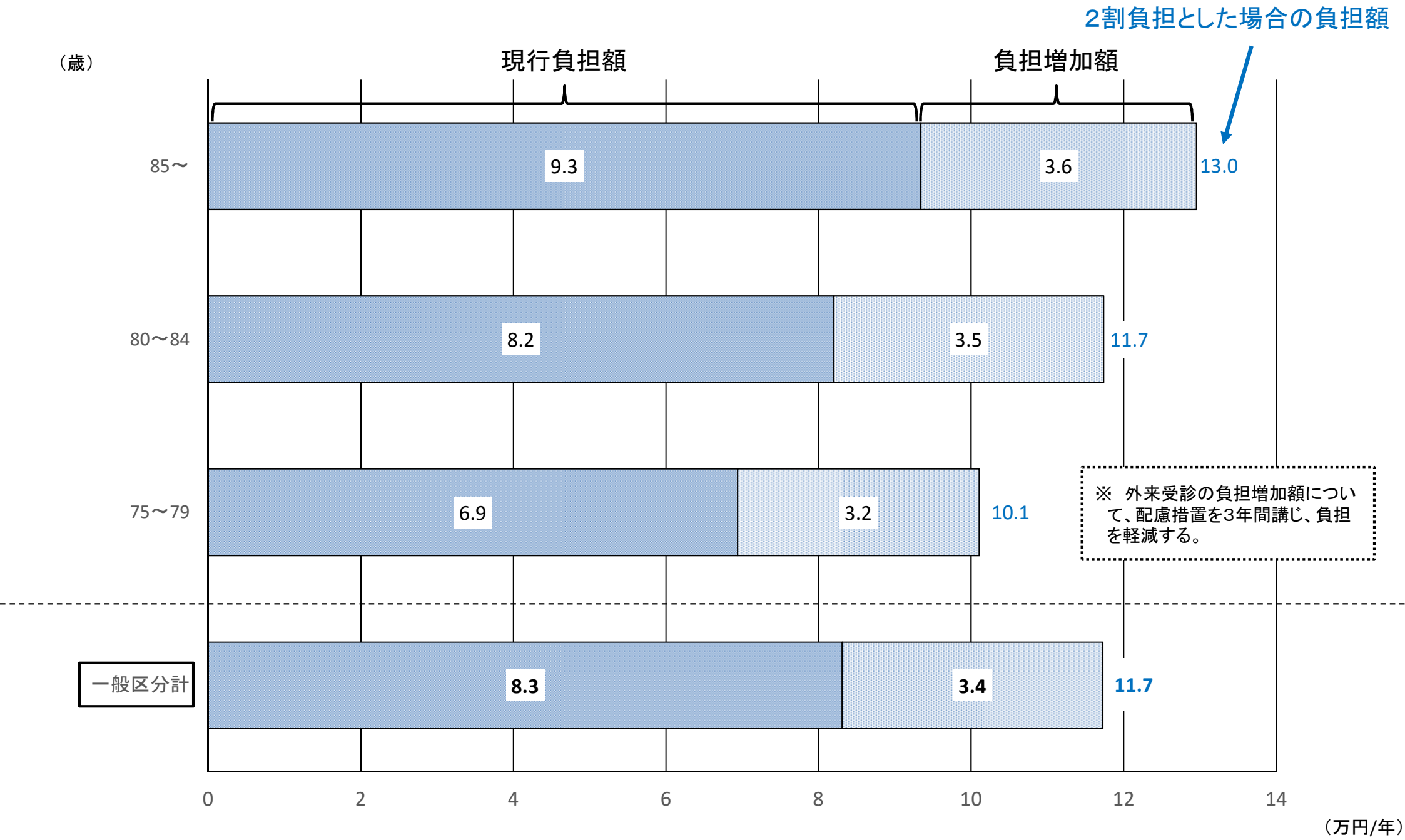


出典：医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

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

※2　1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

年齢階級別の加入者１人当たり自己負担額（一般区分）

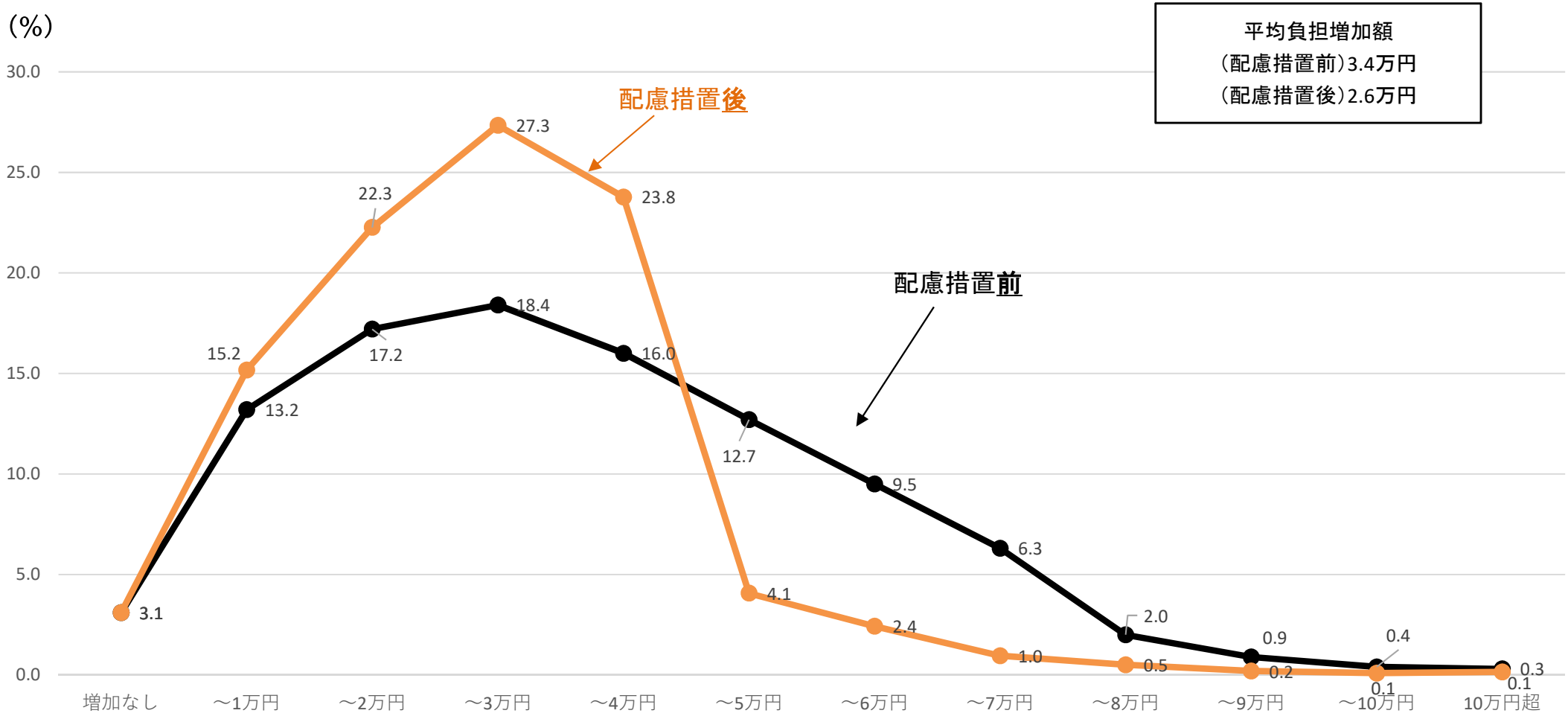


出典：医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

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

2割負担となった場合の負担増加額の分布について

○ 2割負担となった場合の患者のうち、負担が増加しない者は約3%、3万円以下の者は約52%、5万円以下の者は約81%となる。
○ 配慮措置を講じた場合については、負担が増加しない者は約3%、3万円以下の者は約68%、5万円以下の者は約96%となる。

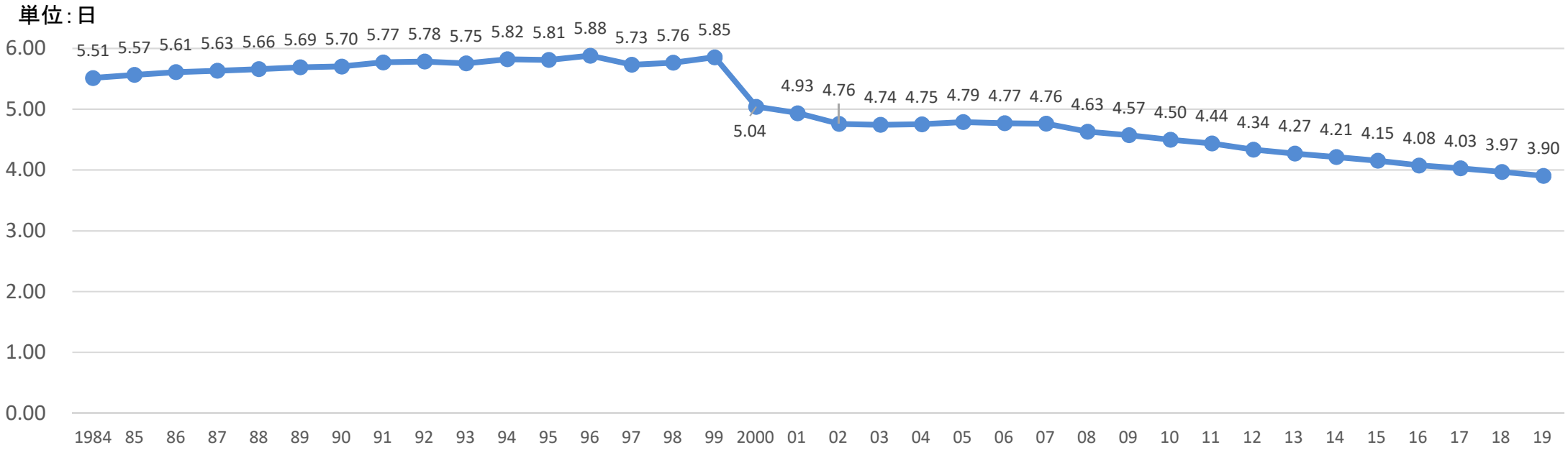


出典：医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

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

高齢者医療における１人あたり受診日数（１月あたり）の推移

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



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

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

令和3年度の消費税増収分の使途について

〈令和３年度消費税増収分の内訳〉（公費ベース）　《増収額計：13.4兆円》

○基礎年金国庫負担割合２分の１　3.4兆円

（平成24・25年度の基礎年金国庫負担割合２分の１の差額に係る費用を含む）

○社会保障の充実　3.89兆円

- 幼児教育・保育の無償化
- 高等教育の無償化
- 子ども・子育て支援新制度の着実な実施
- 医療・介護サービスの提供体制改革
- 医療・介護保険制度の改革
- 難病・小児慢性特定疾病への対応
- 年金生活者支援給付金の支給　等

○消費税率引上げに伴う社会保障４経費の増　0.63兆円

- 診療報酬、介護報酬、年金、子育て支援等についての物価上昇に伴う増

○後代への負担のつけ回しの軽減　5.1兆円

- 高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費

（注1）増収額は、軽減税率制度による減収影響を除いている。
（注2）使途に関しては、総合合算制度の見送りによる4,000億円を軽減税率制度の財源としている。

令和3年度における「社会保障の充実」（概要）

（単位：億円）

事　項		事　業　内　容	令和3年度予算案	国分	地方分	（参考）令和2年度予算額
子ども・子育て支援		子ども・子育て支援新制度の着実な実施	(注3) 6,526	(注4) 2,985	3,541	6,526
		社会的養育の充実	474	237	237	474
		育児休業中の経済的支援の強化	17	10	6	17
		新子育て安心プランの実施	(注4) 223	111	112	—
医療・介護	医療・介護サービスの提供体制改革	病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等				
		・地域医療介護総合確保基金（医療分）	1,179	851	328	1,194
		うち 地域医療構想の実現を図るための病床機能再編支援	195	195	0	—
		・診療報酬改定における消費税財源等の活用分	(注5) 803	592	211	602
		地域包括ケアシステムの構築				
		・地域医療介護総合確保基金（介護分）	824	549	275	824
		・平成27年度介護報酬改定における消費税財源の活用分（介護職員の処遇改善等）	1,196	604	592	1,196
		・在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実	534	267	267	534
	医療・介護保険制度の改革	国民健康保険等の低所得者保険料軽減措置の拡充	612	0	612	612
		国民健康保険への財政支援の拡充				
		・低所得者数に応じた自治体への財政支援	1,664	832	832	1,664
		・保険者努力支援制度等	2,272	2,272	0	2,272
		被用者保険の拠出金に対する支援	700	700	0	700
		70歳未満の高額療養費制度の改正	248	217	31	248
		介護保険の第1号保険料の低所得者軽減強化	1,572	786	786	1,572
		介護保険保険者努力支援交付金	200	200	0	200
	難病・小児慢性特定疾病への対応	難病・小児慢性特定疾病に係る公平かつ安定的な制度の運用 等	2,089	1,044	1,044	2,089
年　金		年金受給資格期間の25年から10年への短縮	644	618	26	644
		遺族基礎年金の父子家庭への対象拡大	80	76	5	68
		年金生活者支援給付金の支給	5,220	5,220	0	4,908
合　計			27,078	18,172	8,906	27,111 (注6)

（注1）金額は公費（国及び地方の合計額）。計数は、四捨五入の関係により、端数において合計と合致しないものがある。
（注2）消費税増収分（2.31兆円）と社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果（▲0.4兆円）を活用し、上記の社会保障の充実（2.71兆円）の財源を確保。
（注3）保育士の処遇改善については、「社会保障の充実」における全職員を対象とした3%の処遇改善を実施（平成27年度）。このほか、「社会保障の充実」とは別に、平成29年度から全職員を対象とした2%の処遇改善を行うとともに技能・経験に応じた月額最大4万円の処遇改善を行うなど、取組を進めている。
（注4）令和3年度に限り、令和4年度から医療・介護分野において不妊治療の保険適用の財源として充当する予定の消費税増収分を1年限りで一時的に活用する。
（注5）小児の外来診療に係る診療報酬上の特例的な評価について、令和3年度に一時的に措置した190億円を含む。
（注6）令和2年度に措置した医療情報化支援基金768億円を含む。

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

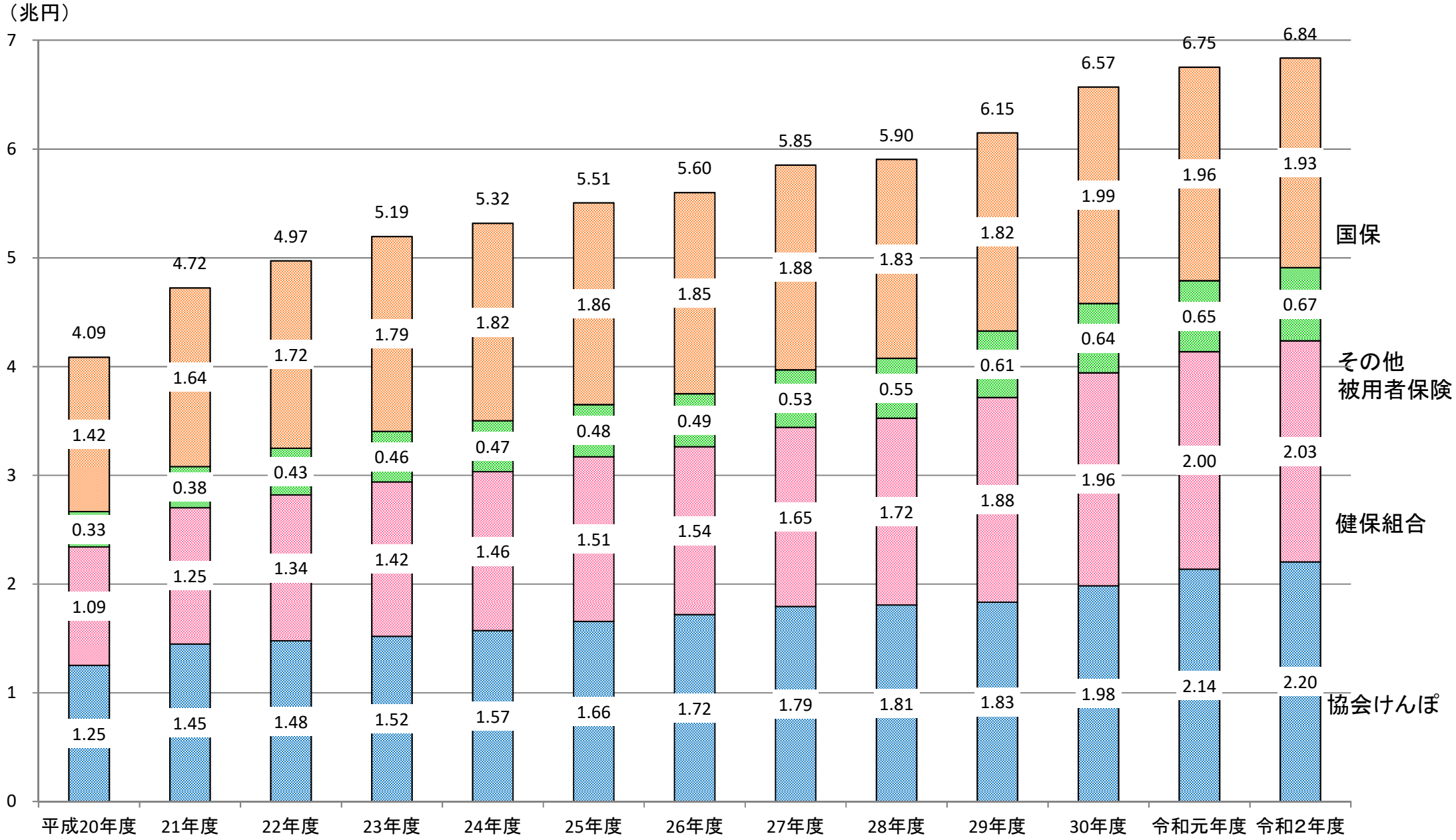
（平成30年８月～）

	区分		負担割合	月単位の上限額（円）
70歳未満	ア	健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超 （年収約1,160万円程度～）	3割	252,600＋(医療費－842,000)×１％ 〈多数回該当：140,100〉
	イ	健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円 （年収約770万円程度～約1,160万円程度）		167,400＋(医療費－558,000)×１％ 〈多数回該当：93,000〉
	ウ	健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円 （年収約370万円程度～約770万円程度）		80,100＋(医療費－267,000)×１％ 〈多数回該当：44,400〉
	エ	健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下 （年収約370万円程度未満）		57,600 〈多数回該当：44,400〉
	オ	住民税非課税		35,400 〈多数回該当：24,600〉

				外来（個人ごと）	上限額（世帯ごと）
70歳以上	現役並み所得Ⅲ	健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上 （年収約1,160万円程度～）	3割	252,600＋(医療費－842,000)×１％ 〈多数回該当：140,100〉	
	現役並み所得Ⅱ	健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上 （年収約770万円程度～約1,160万円程度）		167,400＋(医療費－558,000)×１％ 〈多数回該当：93,000〉	
	現役並み所得Ⅰ	健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上 かつ　年収383万円(※1)以上 （年収383万円～約770万円程度）		80,100＋(医療費－267,000)×１％ 〈多数回該当：44,400〉	
	一般	健保：標報26万円以下／国保・後期：課税所得145万円未満(※2) 又は　年収383万円(※1)未満 （～383万円）	70-74歳 2割	18,000 〔年14.4万円（※４）〕	57,600 〈多数回該当：44,400〉
	低所得Ⅱ	住民税非課税(※3)	75歳以上 1割	8,000	24,600
	低所得Ⅰ	住民税非課税 （所得がない者）（※5）			15,000

※1　同一保険者で複数の被保険者がいる場合は、収入の合計額が520万円。
※2　旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
※3　年金収入のみの者であれば、年収80万～
※4　1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。
※5　個人の所得のうち、公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。

後期高齢者支援金の推移

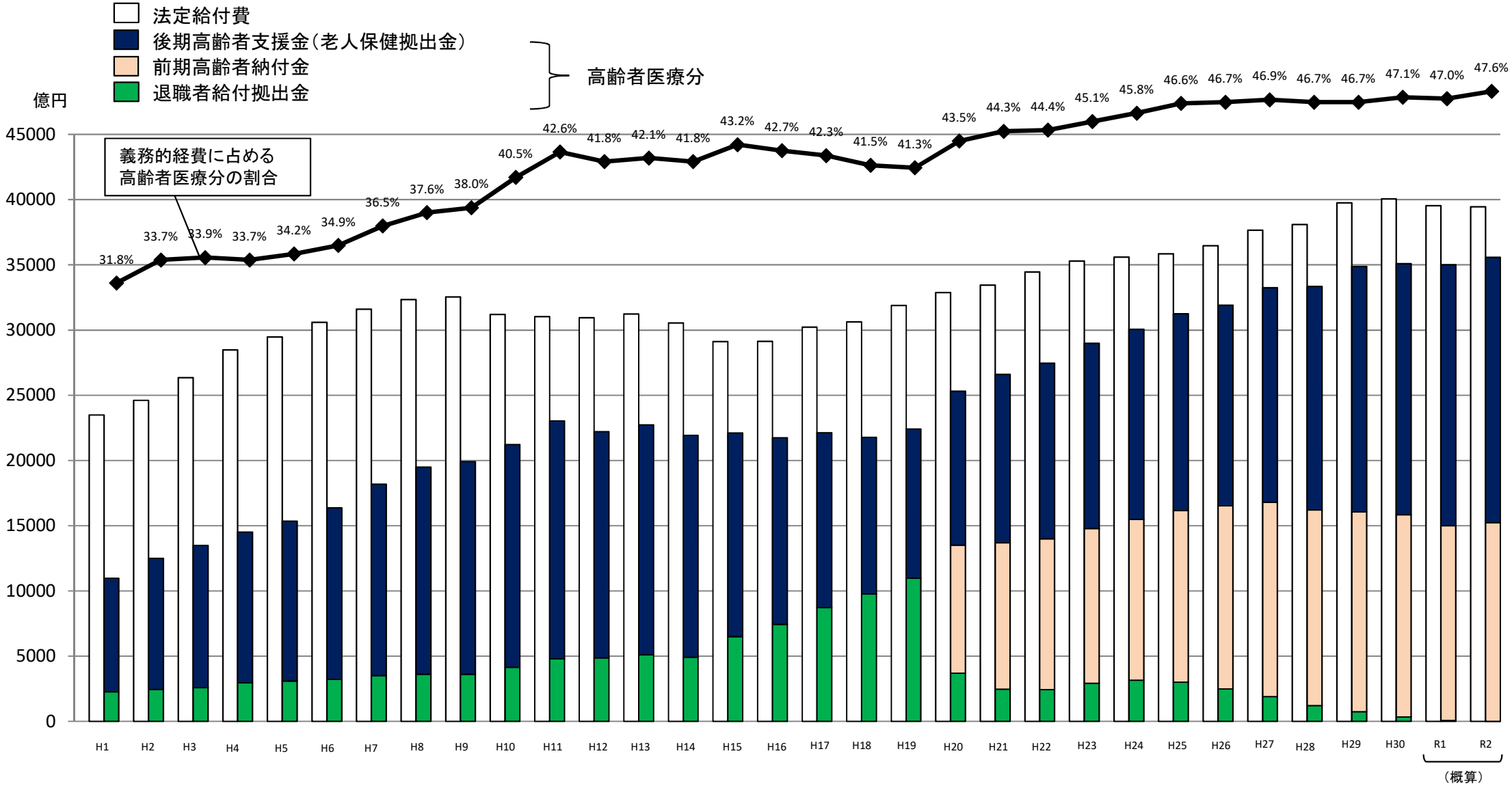


※　平成29年度以前は確定賦課ベース（出典：医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～（令和元年12月））。
　平成30年度、令和元年度及び令和2年度は概算賦課ベースである。

※　協会けんぽは日雇を含む。

高齢者医療への拠出負担の推移（健保組合）

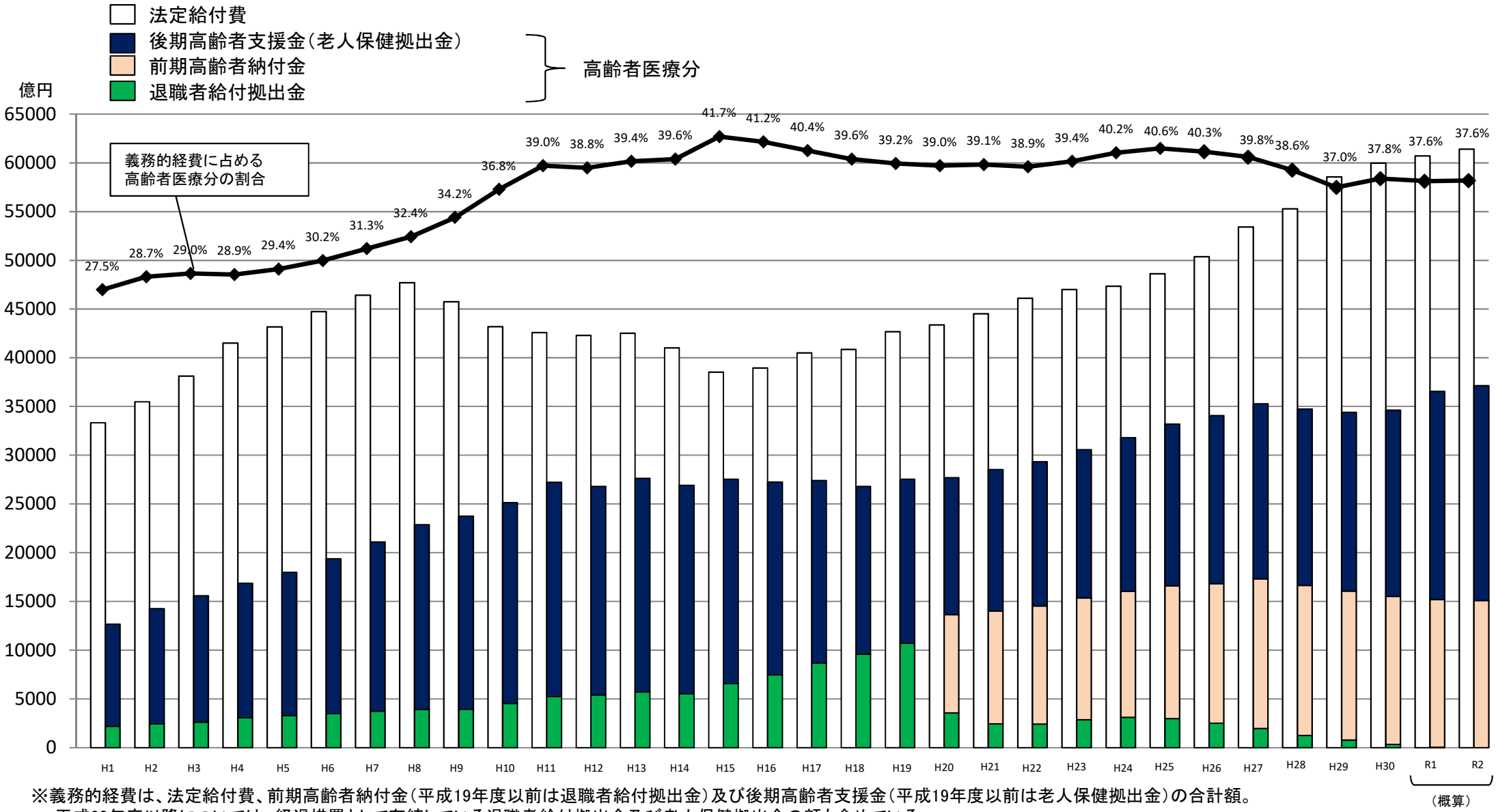
○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、47.6%（令和2年度概算賦課ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。
　平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。
※法定給付費は、平成30年度までは実績額を、令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。
※後期高齢者支援金等は、平成30年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。
※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、
　平成29年度以降は全面総報酬割としている。

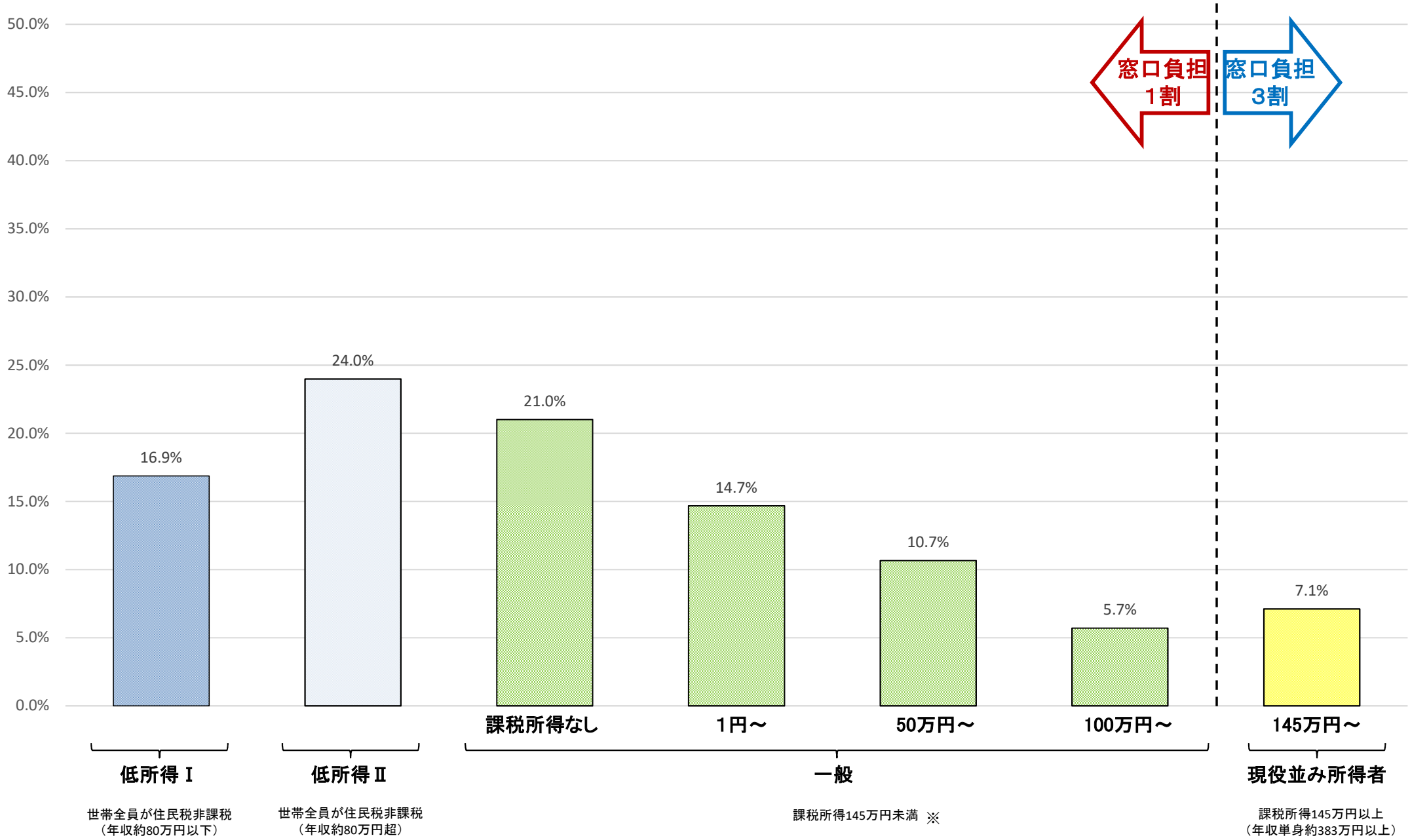
高齢者医療への拠出負担の推移（協会けんぽ）

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、37.7%（令和2年度概算賦課ベース）となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金（平成19年度以前は退職者給付拠出金）及び後期高齢者支援金（平成19年度以前は老人保健拠出金）の合計額。
　平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。
※法定給付費は、平成30年度までは実績額を、令和元年度及び令和2年度は概算額を用いている。
※後期高齢者支援金等は、平成30年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。令和元年度及び令和2年度は概算賦課額を用いている。
※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割、
　平成29年度以降は全面総報酬割としている。
※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

後期高齢者医療制度加入者の課税所得分布



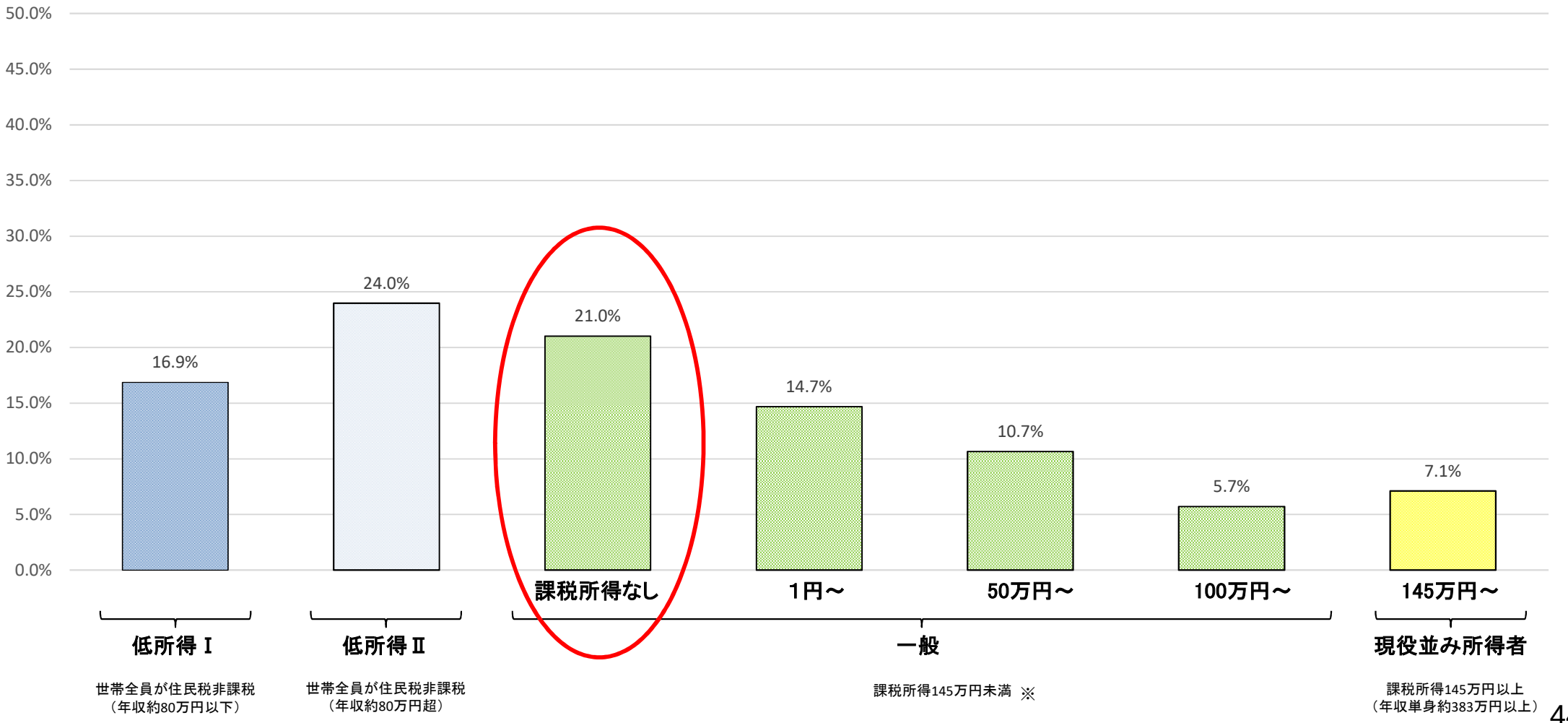
出典：令和２年７月時点の後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査による令和元年の課税所得
　　後期高齢者制度の被保険者について、世帯内の被保険者の最大課税所得の階級別に集計。（例：夫100万円と妻０円の世帯の場合には、100万円２名とカウント）
※　課税所得のある子ども等と同居していない場合は年収「155万円超」、同居している場合は年収「155万円以下」も含む。

一般区分の「課税所得なし」の世帯収入について

令和2年11月19日
第134回　医療保険部会資料

○　一般区分の「課税所得なし」は、同居する子等に住民税非課税水準を超える所得がある世帯が含まれる。

○　子との2人世帯で子が給与所得者の場合と仮定すると、子の収入は156万円超である。
※子の収入は、住民税非課税水準の所得（91万円）＋給与収入（給与所得控除65万円）で算定。



所得基準として考えられる機械的な選択肢

令和2年11月19日
第134回　医療保険部会資料

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

（参考）後期高齢者1,815万人（うち一般区分945万人（52%）、現役並み区分130万人（７%））

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

※１　本人収入は、それぞれの課税所得等をもとに年金収入のみの単身世帯を前提に計算。対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入を計算している。
※２　後期高齢者夫婦世帯の場合の収入（配偶者：基礎年金想定）は、上位20%で360万円、上位25%で340万円、上位30%で320万円、上位38%で290万円、上位44%で290万円。
※３　上位44%は課税所得がある者に加えて、所得等が一定額以上の者を対象とするもの。

窓口負担の見直しに係る財政影響

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

一定所得以上の者の窓口負担割合を2割に引き上げ、一般所得の後期高齢者に対して、外来自己負担増加額を最大4,500円にした場合（2022年度施行、満年度）。
※1　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※2　2020年度予算ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※3　実効給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。
※4　後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、右列の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。

一般区分全員の財政試算について

○　仮に一般区分全員を2割負担とした場合、給付費▲5,820億円、後期高齢者支援金▲2,230億円、後期高齢者保険料▲570億円、公費▲3,030億円となる。

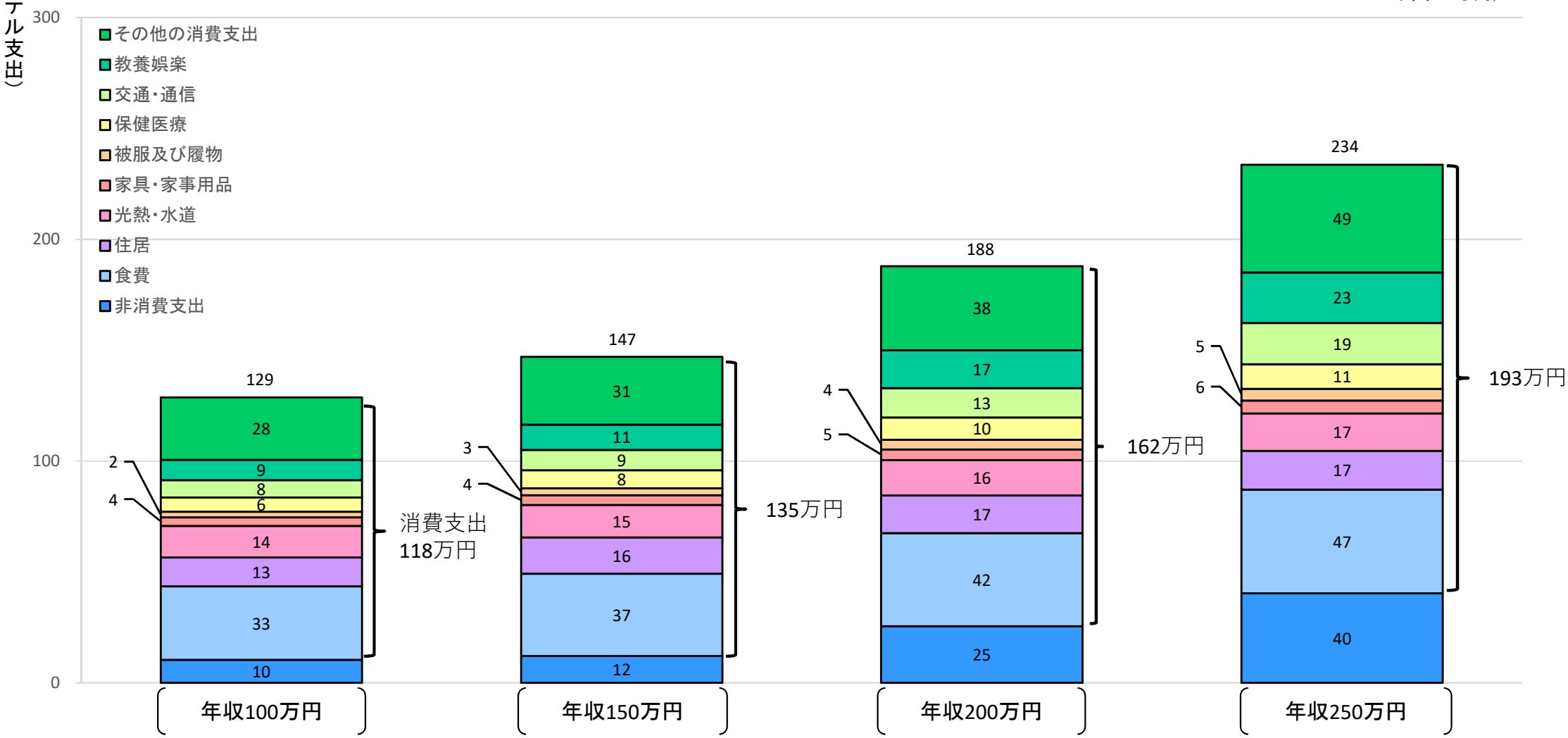
75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

単身世帯

令和2年11月12日
第133回　医療保険部会資料

○　75歳以上の単身世帯について、年収50万円階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

（単位：万円）



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

※2　消費支出は、家計調査（平成30年）の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。
それぞれのサンプル数は250万円±50万円は78世帯、200±50万円は123世帯、150±50万円は100世帯、100±50万円は58世帯。

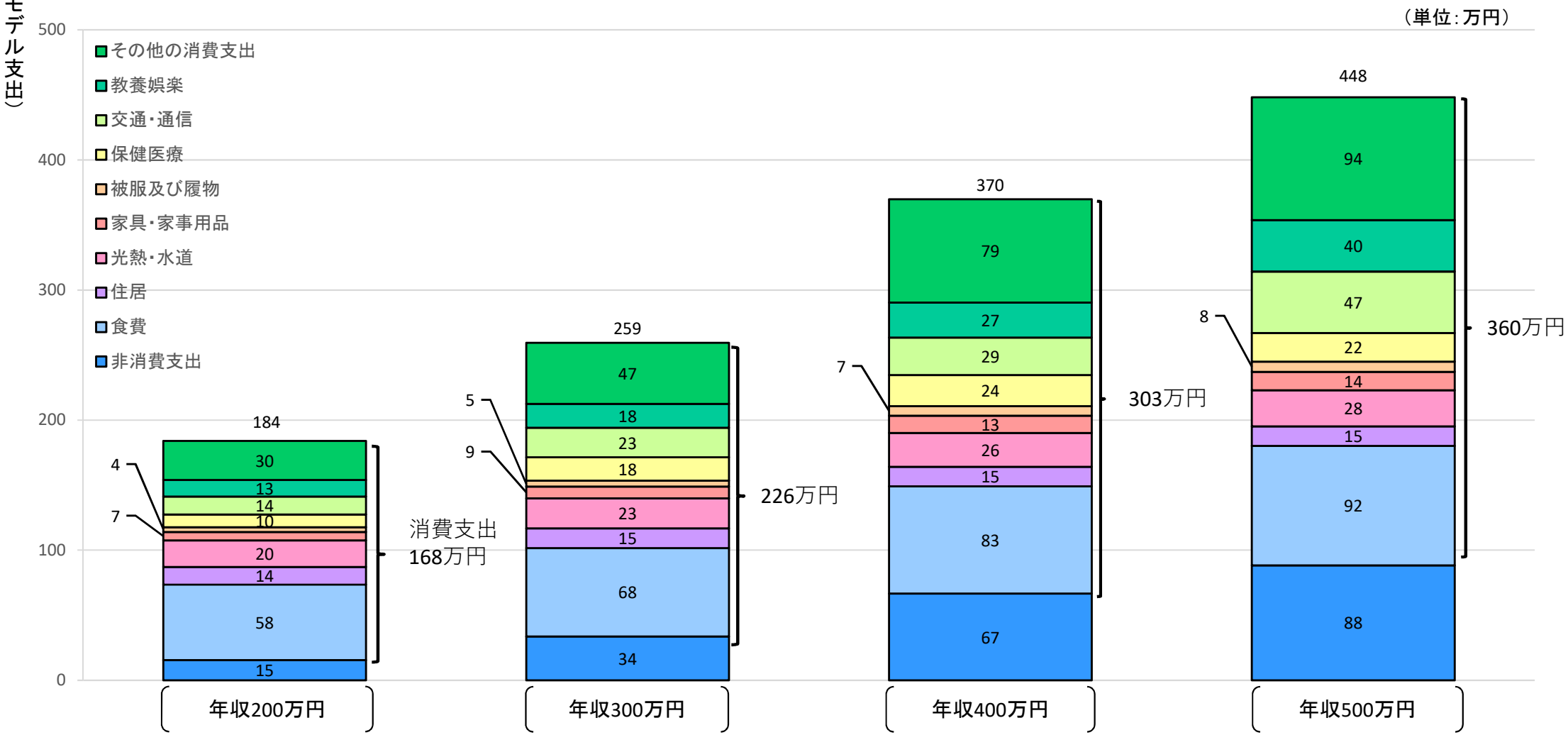
※3　平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8％から10％への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ（2％分）分を算出し、消費支出に加えている。

75歳以上の夫婦２人世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

夫婦世帯

令和2年11月12日
第133回　医療保険部会資料

○　75歳以上の夫婦２人世帯について、年収100万円階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。



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

※2　消費支出は、家計調査（平成30年）の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。
それぞれのサンプル数は500±50万円は58世帯、400±50万円は144世帯、300±50万円は220世帯、200±50万円は86世帯。

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

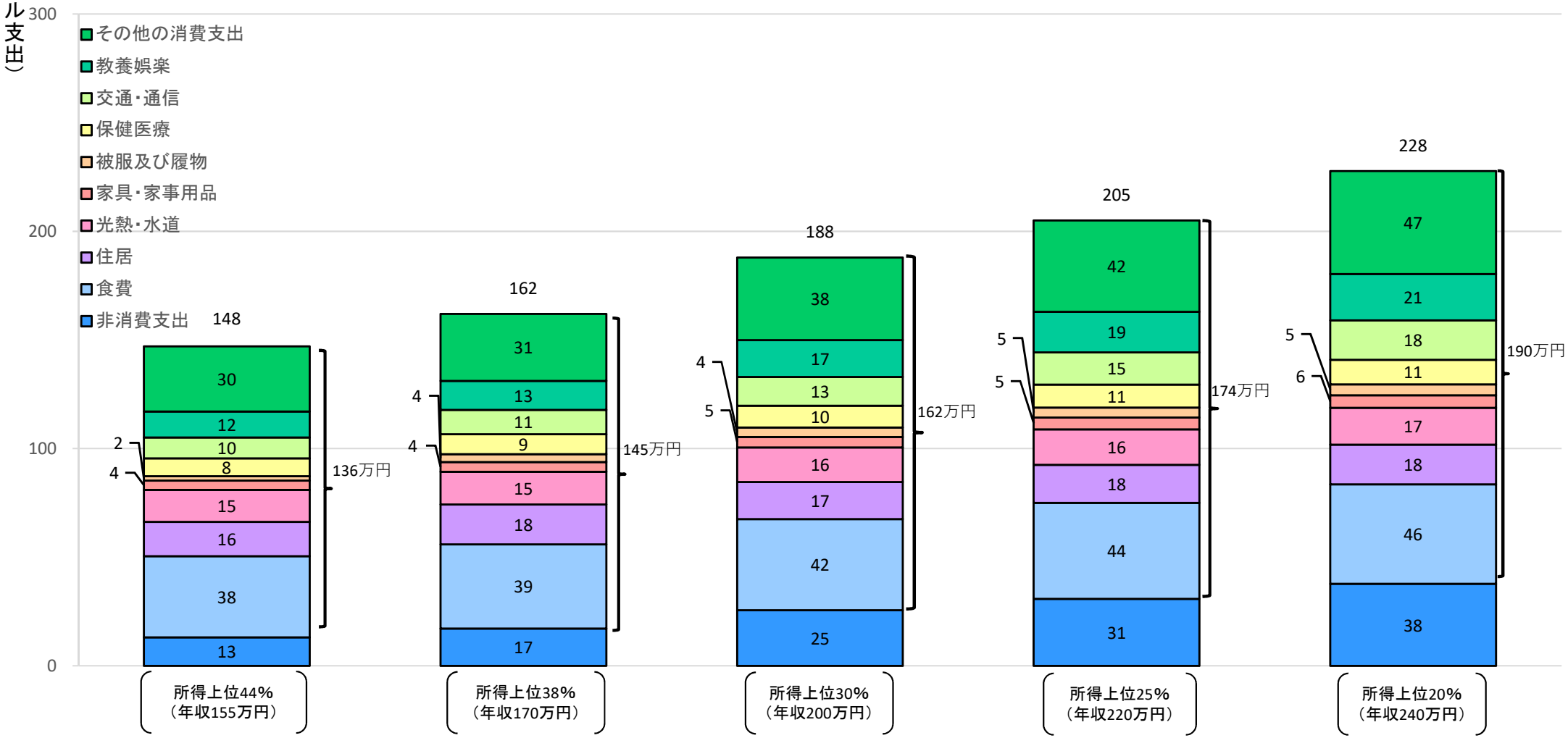
75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

単身世帯

令和2年11月19日
第134回　医療保険部会資料

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

（単位：万円）



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

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

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

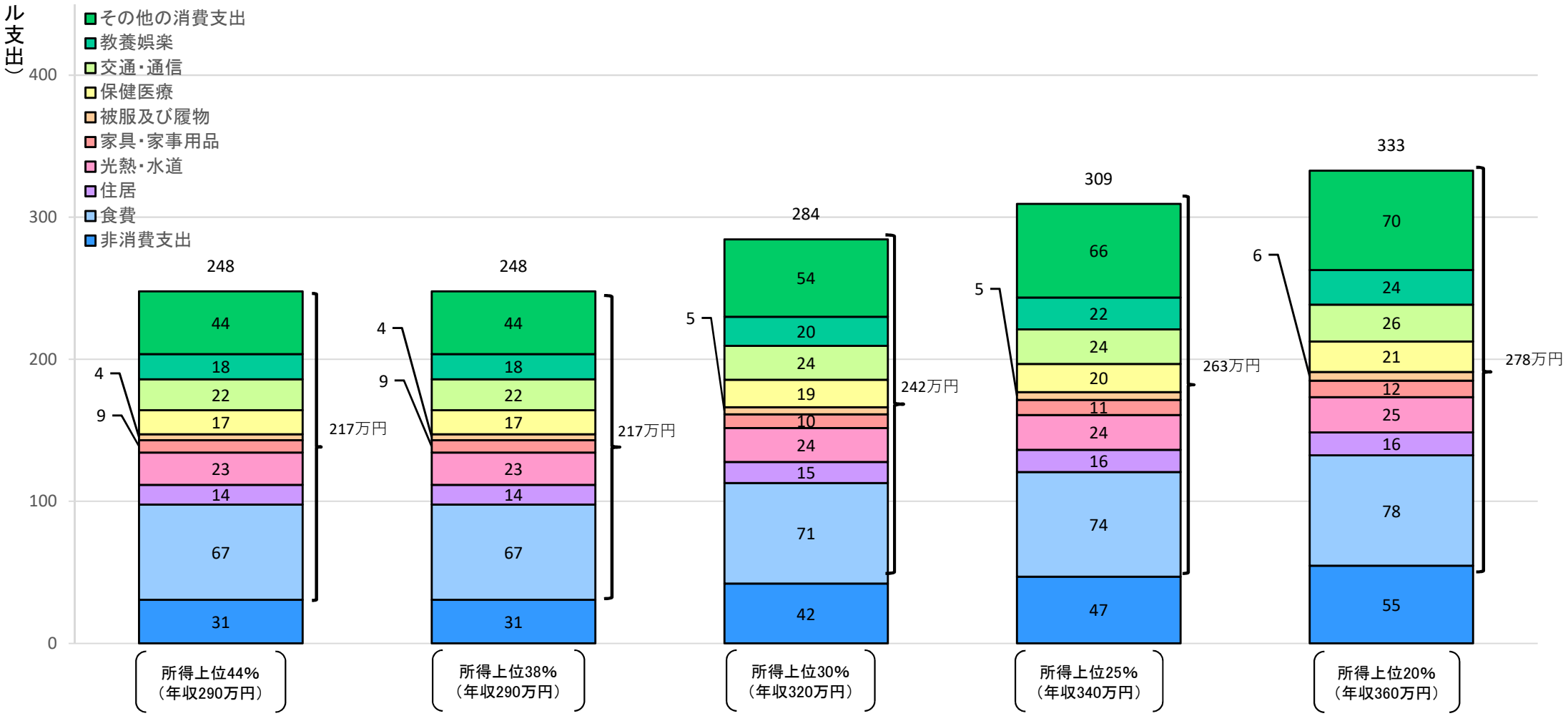
75歳以上の夫婦２人世帯の収入と支出の状況（年収別モデル）

夫婦世帯

令和２年11月19日
第134回　医療保険部会資料

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

（単位：万円）



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

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

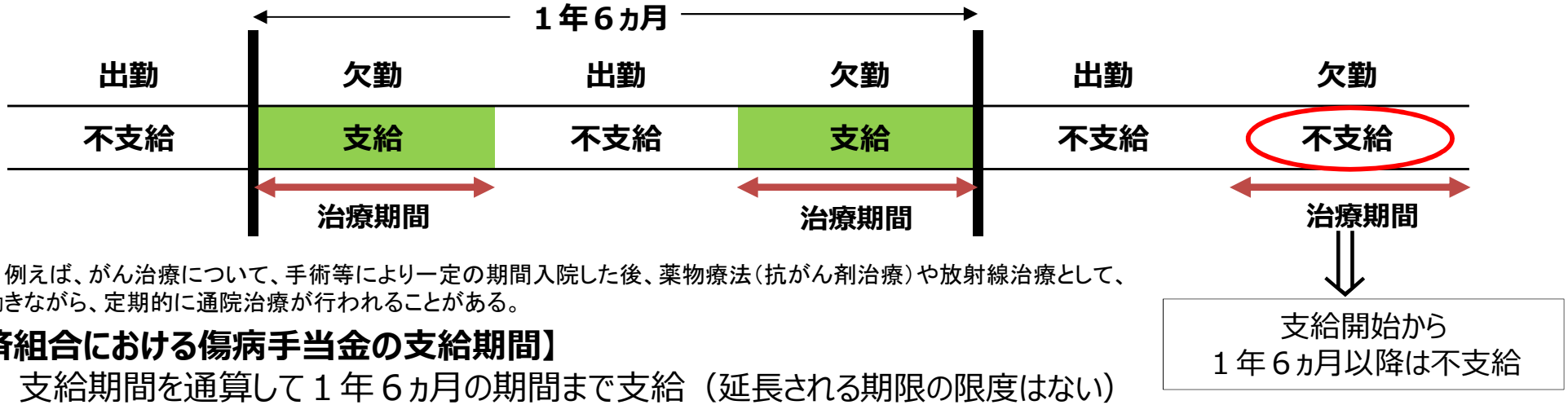
※3　平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の８%から１０%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ（２%分）分を算出し、消費支出に加えている。

②傷病手当金の見直し

傷病手当金の支給期間について

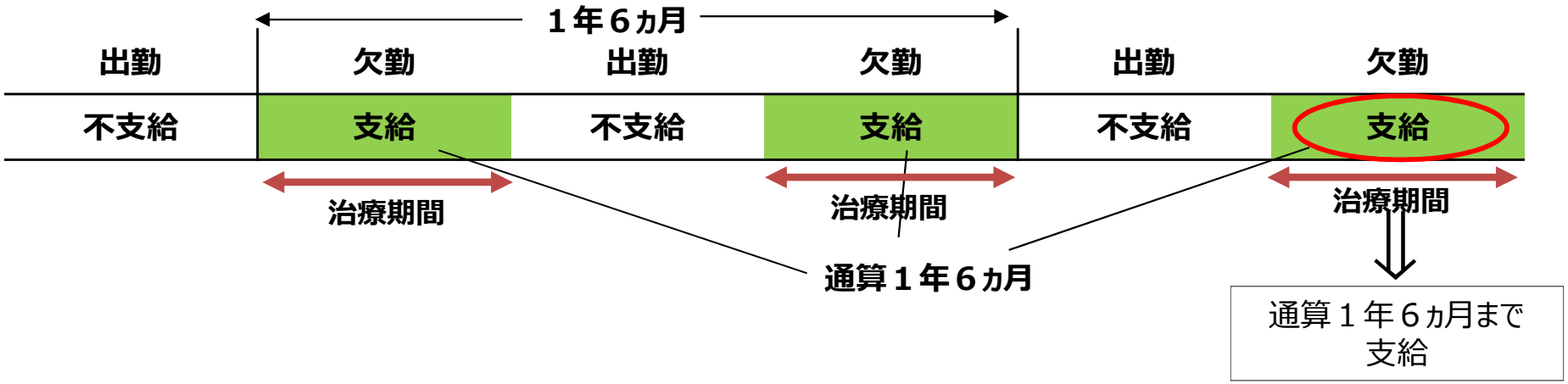
○　健康保険における傷病手当金は、支給開始から起算して１年６か月を超えない期間支給する仕組みとなっており、１年６か月経過後は、同一の疾病等を事由に支給されない。
○　一方、共済組合における傷病手当金は、支給期間を通算して１年６か月を経過した時点までは支給される仕組みとなっている。

【健康保険における傷病手当金の支給期間】
⇒　支給開始から１年６ヵ月を超えない期間まで支給（１年６ヵ月後に同じ疾病が生じた場合は不支給）



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

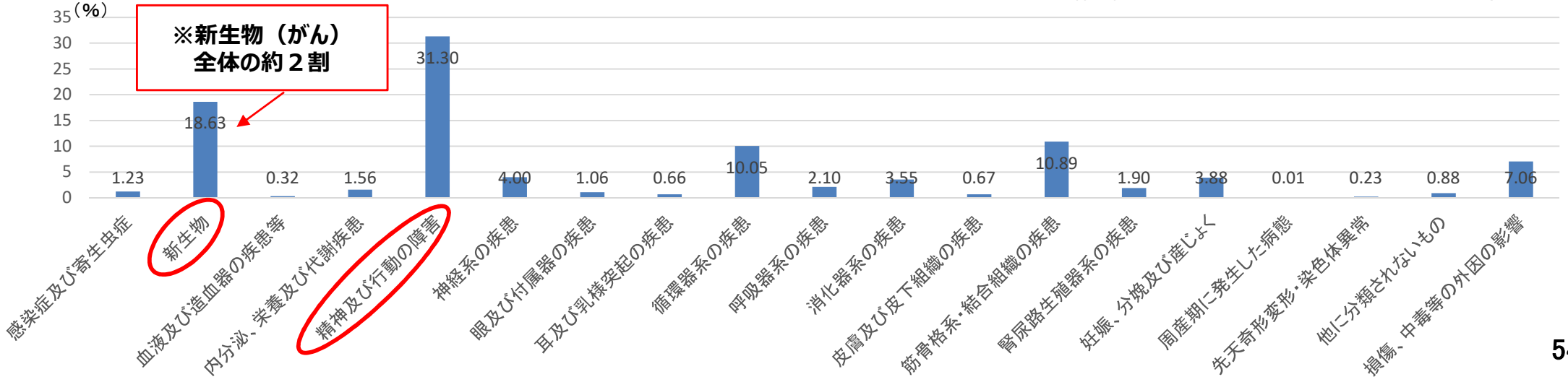
【共済組合における傷病手当金の支給期間】
⇒　支給期間を通算して１年６ヵ月の期間まで支給（延長される期限の限度はない）



傷病手当金について

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

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



傷病手当金の見直しの方向性

【支給期間の通算化】

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

【対象人数】４万人

【財政影響】（令和４年度）

- 給付費 70億円増（うち保険料60億円・公費６億円）

【施行時期】

- 令和４年１月

※1 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※2 令和3年度予算案ベースを足下にし、令和4年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。

【その他の見直し】

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

③不妊治療の保険適用に向けた検討

不妊治療の流れ（概略図）

保険適用

検査

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

原因の治療

男性不妊の治療

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

女性不妊の治療

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

保険適用外

機能性不妊や治療が奏功しないもの

夫婦間で行われる
人工授精など

人工授精（AIH）

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

特定不妊治療

体外受精

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

顕微授精

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

男性に対する治療

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

国費で助成（不妊に悩む方への特定治療支援事業の対象）

精子提供による
人工授精（AID）

卵子・胚提供

代理懐胎

倫理的にどこまで行ってもいいのか、対象者、親子関係、子どもの出自を知る権利、近親婚の防止、対価の授受などの特有の課題
（H15厚労省の部会、H20日本学術会議で検討→法制化には至っていない）

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

不妊症の定義・疾病分類

【国際的な定義・疾病分類】

＜WHO-ICMART glossary＞※WHO HPより抜粋

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

【国内における定義・疾病分類】

＜日本産科婦人科学会＞

不妊（症）infertility,　（sterility）

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

＜日本生殖医学会＞※HP「不妊症Q&A 」Q２より抜粋

・　「不妊症」とは、なんらかの治療をしないと、それ以降自然に妊娠する可能性がほとんどない状態をいいます。

・　特に病気のない健康な男女が妊娠を希望し、避妊をせず夫婦生活（セックス）を営むと一定期間内に大多数の方が妊娠します。しかし一定期間を過ぎても妊娠しない場合、その後いくらタイミングを取っても自然に妊娠する可能性は低くなるため、不妊症と診断することが出来ます。

・　結婚年齢が高くなった日本でも１年以上妊娠しない場合に不妊症と診断し、年齢が高い場合にはより早期に検査と治療を開始したほうがよいという考えが一般化してきています。

「疾病」について

保険事故としての疾病の定義

○　健康保険法においては、医学的な定義に該当するような疾病のうち、ある程度のまたはある範囲のものを保険事故としての疾病としており、いかなる程度のあるいはいかなる範囲の疾病を保険事故としての疾病とするかについては、次第に変化してきている。

＜施行当初（大正10年）＞

疾病であっても、**身体異常の結果個人の労働能力に影響を及ぼし被保険者の平常の労務に障害を来たすものを保険事故としての疾病として取り扱う**こととし、**労働能力にまったく関係のない疾病は除外**するものとしていた。

＜昭和16年＞

従来の労働能力との関連性を払拭し、診療方針を「健康保険ノ診療ハ被保険者ノ健康保持増進上最モ妥当適切ナルモノタルヲ要シ先天性タルト後天性タルトヲ問ハズ医師トシテ治療ヲ要スト認メラルル程度ノ傷病ニ対シ之ヲ為スモノトス」と改め、**労働能力と直接関係なくとも、被保険者の健康の保持増進上必要と認められれば疾病の範囲内とする**こととした。

＜現在＞

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第12条において、「**一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病**又は負傷に対して」行うこととされている。

※保険医療機関及び保険医療養担当規則（抄）

（診療の一般的方針）

第十二条　保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

○　施行当初は疾病の範囲外とされていたものでも、現在では範囲内とされるものが相当数あり、その範囲は極めて広いものである。

※「健康保険法の解釈と運用 平成29年度版」より作成

④任意継続被保険者制度の見直し

任意継続被保険者制度の概要と論点

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

（現行制度）		（論点）
保険料	・全額被保険者負担（事業主負担なし） ・①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担	①保険料の算定基礎を従前の標準報酬月額とすることについて、どう考えるか。
資格喪失事由	・任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき	②被保険者期間を最大1年とすることについて、どう考えるか。
加入要件（勤務期間）	・資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であったこと	③加入要件を1年以上とすることについて、どう考えるか。

任意継続被保険者制度の見直しの方向性

【見直しの基本的な考え方】

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

【見直しの方向性】

（保険料の算定基礎）

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

（被保険者期間）

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

（加入要件）

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

【施行時期】

・令和４年１月

※ 仮に、全ての健保組合が保険料の算定基礎を従前の標準報酬月額とするなど一定の仮定をおいた場合、保険料収入は約100億円の増（令和４年度）となる。

任意継続被保険者制度の概要

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

（任意継続被保険者制度の概要）

加入要件 （勤務期間）	・　資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であったこと
資格喪失事由	・　任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ・　死亡したとき ・　保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・　被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
保険料	・全額被保険者負担（事業主負担なし） ・①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額※のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担 ※　健保組合が当該平均した額の範囲内において規約で定めた額がある時は、その額

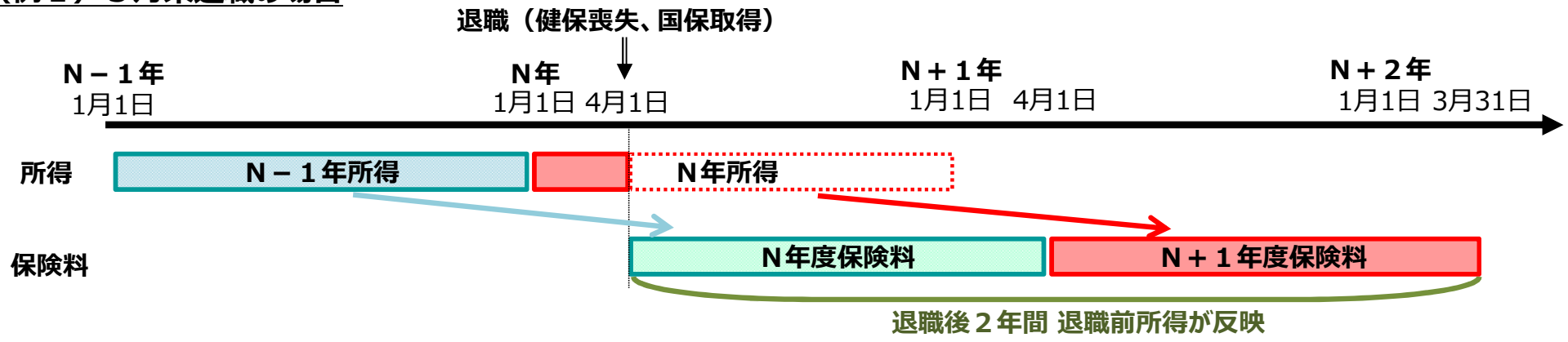
任意継続被保険者制度の意義

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

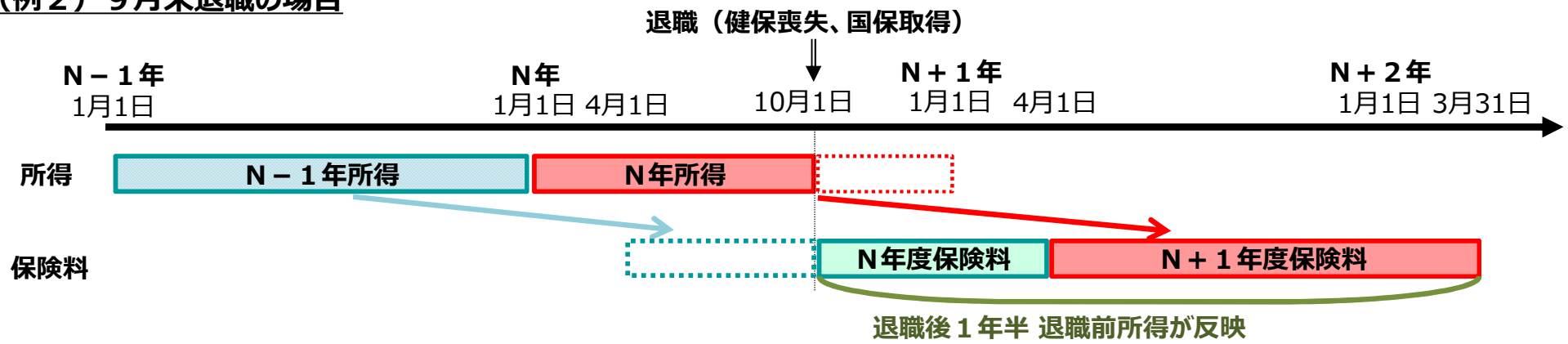
※　国民健康保険は、前年所得を基準に保険料（所得割部分）が算定されることから、退職後に所得がないにも関わらず、退職時の高い所得に基づく高い保険料額が算定される場合がある。

＜国民健康保険料（所得割分）の算定方法＞

（例１）３月末退職の場合



（例２）９月末退職の場合



⑤育児休業保険料免除の見直し

男性の育児休業取得促進策について　①

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

１．男性の育児休業取得促進策について

○　検討の目的

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

（1）子の出生直後の休業の取得を促進する枠組み

○　制度の必要性

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

※仮に新たな仕組みをつくるならば、以下のようにしてはどうか。

○　対象期間、取得可能日数等	＜参考＞
・対象期間：**子の出生後８週としてはどうか。**	●　現行の育児休業：原則子が１歳に達するまで ●　現在育児休業をしている男性の半数近くが子の出生後８週以内に取得。 ●　出産した女性労働者の産後休業：産後８週
・取得可能日数：**期間を限定するかどうか。限定する場合は、４週間程度としてはどうか。**	●　現行の育児休業：期間の限定なし ●　年次有給休暇：年間最長20労働日
○　権利義務の構成	＜参考＞
・労働者の申出により取得できる権利としてはどうか。	●　現行の育児休業：労働者の申出により取得できる権利
○　要件・手続き	＜参考＞
・申出期限：現行の育児休業より短縮し、２週間程度としてはどうか。あるいは、現行の育児休業と同様に１ヶ月とすべきか。	●　現行の育児休業（原則）：１か月前 ●　保育所に入所できない場合等の１歳以降の育児休業（最長６か月）、介護休業（取得期間が最長93日）：２週間前 ●　現行の育児休業（出産予定日前に子が出生した場合等）：１週間前
・分割：**分割を可能としてはどうか。**	●　現行の育児休業：原則１回 ※いわゆる「パパ休暇」：子の出生後８週間以内に育児休業を終えた場合には再度取得可能
・休業中の就労：**あらかじめ予定した就労も可能としてはどうか**。	●　現行の育児休業：労使の話し合いにより、子の養育をする必要がない期間に、一時的・臨時的（災害や突発的な事態への対応等、あらかじめ予定していない場合）に、その事業主の下で就労可能。
・対象労働者、休業開始日及び終了日の変更：現行の育児休業と同様の考え方で設定してはどうか。	

男性の育児休業取得促進策について　②

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

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

（3）育児休業の分割取得等

○　分割を認める場合、その要件及び回数	＜参考＞
・ **分割して２回程度取得可能としてはどうか。**	●　現行の育児休業：原則１回 ※　いわゆる「パパ休暇」：子の出生後８週間以内に育児休業を終えた場合には再度取得可能
○　１歳以降の延長の場合の取扱	＜参考＞
・　延長した場合の育児休業の開始日が、各期間（１歳～１歳半、１歳半～２歳）の初日に限定されていることを見直してはどうか。	●　延長した場合の育児休業の開始日が、各期間（１歳～１歳半、１歳半～２歳）の初日に限定されていることを見直してはどうか。

（4）育児休業取得率の公表の促進等　（略）

２．その他　（略）

育児休業取得者の保険料免除について

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

◎健康保険法（大正11年法律第70号）抄

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

育児休業中の保険料免除の考え方と課題について

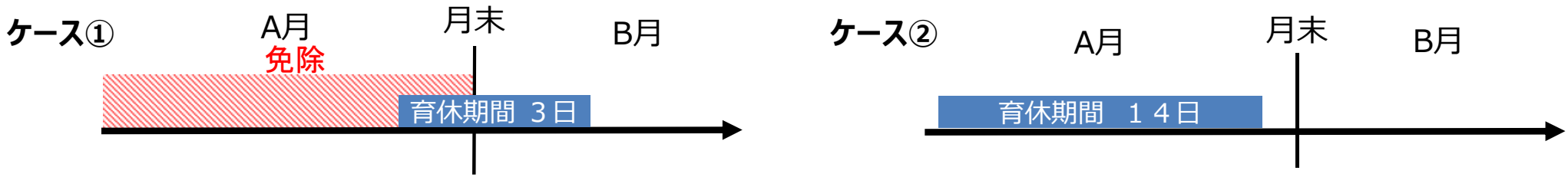
○　育児休業中の社会保険料免除は、育児休業中の賃金は無給とされるのが通例である一方、保険料は被保険者の標準報酬月額等に基づき賦課されることから、育児休業取得者の経済的負担に配慮して設けられたものである。

○　保険料免除期間については、「育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間」とされている（注）。

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

（課題①）

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



（課題②）

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

１月以下の育休取得に係る保険料免除の方向性

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

（課題①への対処）

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

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

○　月の半分にあたる**２週間以上の育休取得を保険料免除の基準**とする。

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

  ※　これまでも一時的・臨時的に就労した場合も育休期間としてみなしてきた。

（課題②への対処）

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

【施行時期】

・令和４年１０月

※　仮に、男性の育休取得率が政府目標の３割に達するなど一定の仮定をおいた場合、保険料収入は約１億円の減（令和４年度：満年度ベース）となる。

⑥子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入

子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入（国民健康保険制度）

1. 見直しの趣旨

○ 国民健康保険制度の保険料は、応益（均等割・平等割）と応能（所得割・資産割）に応じて設定されている。その上で、低所得世帯に対しては、応益保険料の軽減措置（7・5・2割軽減）が講じられている。

○ 子育て世帯の経済的負担軽減の観点から、国・地方の取組として、国保制度において子どもの均等割保険料を軽減する。

（参考）平成27年国保法改正 参・厚労委附帯決議
「子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論する」

2. 軽減措置スキーム

○ 対象は、全世帯の未就学児とする。

※ 対象者数：約70万人 （平成30年度国民健康保険実態調査）

○ 当該未就学児に係る均等割保険料について、その5割を公費により軽減する。

※ 例えば、7割軽減対象の未就学児の場合、残りの3割の半分を減額することから8．5割軽減となる。

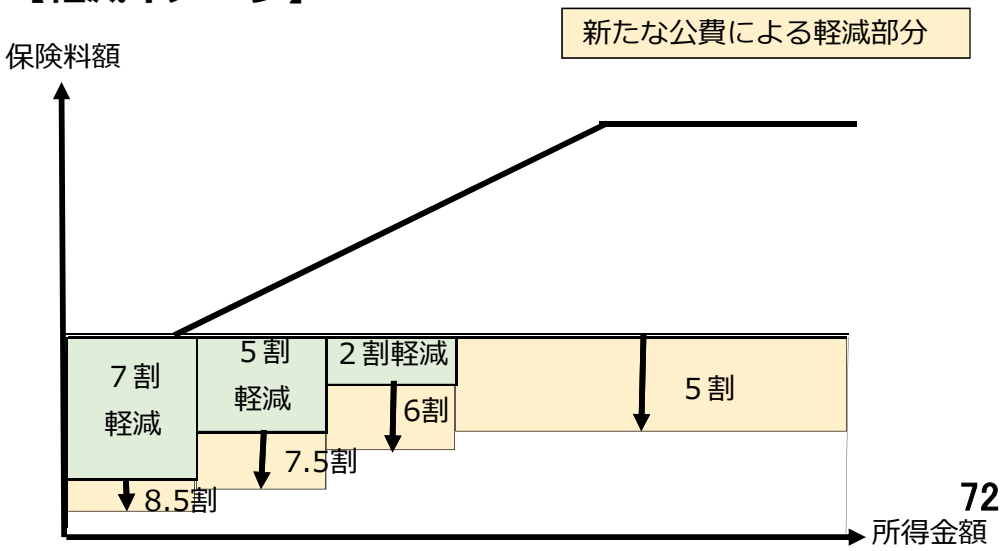
○ 財政影響：公費約90億円（令和4年度）

※ 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※ 令和3年度予算案ベースを足下にし、人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

○ 国・地方の負担割合：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

○ 施行時期：令和4年度（2022年度）

【軽減イメージ】



【参考】 子どもに係る均等割保険料に関するこれまでの経緯

国民健康保険の見直しについて（国保基盤強化協議会　議論のとりまとめ（平成27年２月））

４．今後、更に検討を進めるべき事項

また、高齢化の進展等に伴い今後も医療費の伸びが見込まれる中、国保制度を所管する厚生労働省は、持続可能な国保制度の堅持に最終的な責任を有している。国民皆保険を支える国保の安定化を図ることはきわめて重要な課題であり、その在り方については、不断の検証を行うことが重要である。そして、その際には、地方からは子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入や地方単独事業に係る国庫負担調整措置の見直しといった提案も行われていることも踏まえ、そうした地方からの提案についても、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論していくこととする。

国保法等改正法　参議院附帯決議（平成27年５月）

一．国民健康保険について

２　国民健康保険の保険料負担については、低所得者対策として介護保険には境界層措置があることも参考に、その在り方について検討するとともに、子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論すること。

少子化社会対策大綱（令和２年５月29日閣議決定）（抄））

（子育てに関する経済的支援・教育費負担の軽減）

子育てや教育にかかる経済的負担の軽減を図るため、児童手当の支給、幼児教育・保育の無償化、低所得者世帯に対する高等教育の修学支援、子供の数に応じた国民健康保険料の負担軽減を行う地方公共団体への支援などを着実に実施する。

⑦出産育児一時金の見直し

出産育児一時金について

○　出産育児一時金とは、健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度。

○　出産育児一時金の支給額については、出産費用等の状況を踏まえ、弾力的な改定を実施するため、被用者保険は政令、市町村国保は条例で、それぞれ規定。

- **平成18年10月：30万円→35万円**

- **平成21年１月：35万円→原則38万円（本来分35万円＋産科医療補償制度掛金分３万円）**
  - 産科医療補償制度の導入に伴い３万円の加算措置を創設

- **平成21年10月：原則38万円→原則42万円（本来分39万円＋掛金分３万円）**
  ※平成23年３月までの暫定措置
  ：出産育児一時金の直接支払制度導入

- **平成23年４月：原則42万円を恒久化**

- **平成27年１月：原則42万円**
  （本来分39万円→40.4万円に引上げ＋掛金分3万円→1.6万円に引下げ）

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

出産費用の状況

【令和元年度（速報値）】

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

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

公的病院：国公立病院、国公立大学病院、国立病院機構等
私的病院：私立大学病院、医療法人病院、個人病院等
診療所：官公立診療所、医療法人診療所、個人診療所、助産所等

※厚生労働省保険局において集計

公的病院　都道府県別出産費用（令和元年度（速報値））

（単位：円）	平均値	中央値
全国	443,776	440,530
北海道	394,803	401,014
青森県	404,956	409,380
岩手県	458,518	462,880
宮城県	473,158	478,740
秋田県	413,518	413,970
山形県	467,387	471,625
福島県	432,603	435,550
茨城県	502,470	492,615
栃木県	466,512	485,000
群馬県	449,400	450,140
埼玉県	443,627	460,245
千葉県	455,087	458,730
東京都	536,884	536,196
神奈川県	486,464	487,616
新潟県	466,526	474,650
富山県	420,242	439,930
石川県	415,243	404,644
福井県	400,242	399,540
山梨県	443,167	428,469
長野県	458,273	458,660
岐阜県	402,888	409,700
静岡県	435,525	433,755
愛知県	450,554	449,827
三重県	423,912	416,000
滋賀県	449,343	448,138
京都府	419,944	415,110
大阪府	419,305	434,000
兵庫県	441,781	441,100
奈良県	367,467	380,855
和歌山県	386,138	375,800
鳥取県	341,385	346,570
島根県	408,465	429,975
岡山県	453,495	464,715
広島県	448,532	448,700
山口県	391,542	395,168
徳島県	438,618	435,320
香川県	410,664	418,665
愛媛県	408,433	418,195
高知県	369,552	370,510
福岡県	411,166	425,980
佐賀県	370,744	373,998
長崎県	411,466	418,560
熊本県	397,549	393,745
大分県	381,973	389,375
宮崎県	405,869	407,077
鹿児島県	407,543	408,044
沖縄県	342,826	356,104

※厚生労働省保険局において集計

出産費用の推移（公的病院）

単位：円

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

※厚生労働省保険局において集計

出産費用の明確化と透明性の確保

【現状・課題】

○ 出産費用は年々増加しているが、どのような要因により増加しているのか明らかではない。

○ 正常分娩の場合は、自由診療で行われており、価格設定の方法も様々である。また、直接支払いの請求様式も詳細な費用区分を求めることになっていない。このため、どのような行為を行い、それに対してどのような価格が設定されているか把握することができない。さらに、医療機関において、必ずしも事前に出産費用が明示されておらず、費用やサービスによる選択が難しくなっている。

（例：入院料は室料、食事料を合わせて記載することとなっており、それぞれの費用が分からない）

○ 費用のばらつきが大きいが、費用項目毎の分析や、在胎週数による分析などを実施しておらず、どのような要因により差があるのか明らかではない。また、分娩の約4割を占める異常分娩の費用の分析を行っていない。

○ 出産育児一時金は、12週以降の分娩には、人工妊娠中絶だけでなく、死産、自然流産の場合にも支給している。このため、12週を待って人工妊娠中絶を行う者がおり、母体保護の観点から望ましくないとの指摘がある。

○ 産科医療補償制度の見直しにより、掛金の引き下げが見込まれている。

【対応案】

○ 出産に係る経済的負担をさらに軽減するため、費用実態を踏まえた支給額の検討やサービス選択肢の確保を段階的に進める。

具体的には

・ 出産育児一時金として必要な額の検討については、まずは直接支払い制度の請求様式を見直し、費用増加要因の調査等を通じて、費用を詳細に把握した上で、 新たに収集したデータに基づき検討する。

・ 多様な出産形態や費用、サービスを踏まえ、医療機関を選択できるよう、医療機関において選択肢の明示を促すことを検討する。

○ 産科医療補償制度の見直しに伴う掛金が4,000円引き下げられることに伴い、出産育児一時金の支給額もその分引き下げる考え方もあるが、少子化対策としての重要性に鑑み、支給総額は維持し、本人の給付分を4,000円引き上げる。

産科医療補償制度の補償対象基準の一部見直しについて

○ 産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺発症の原因分析を行い、同じような事例の再発防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決や産科医療の質の向上を図ることを目的に2009年１月より創設され、2015年に制度改定が行われ、（公財）日本医療機能評価機構が運営している。

○ 本制度の実績を通じて、補償対象基準の個別審査において補償対象外とされた事案の多くで分娩に関連する事象が認められる等医学的な不合理が明らかとなり、補償対象基準の見直しと本制度の実績について検証を行う場として、評価機構の下に、医療関係団体、患者団体、保険者等の関係者からなる「産科医療補償制度の見直しに関する検討会」が2020年9月に設置され、検証・検討を行った。その結果を踏まえ、2020年12月に報告書がとりまとめられた。

○現行基準の課題

・在胎週数28週～32週又は出生体重1400ｇ未満の場合は個別審査となるが、個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる事案であり、個別審査の見直しが必要であった。

・これらは、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があること、および個別審査は一定の低酸素状況を基準としているので、低酸素状況以外の状態で「分娩に関連して発症した脳性麻痺」は補償対象外となることが主な理由と考えられる。

・28週～32週の早産児については、個別審査の対象としているが、近年の周産期医療の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなり、また、実際の医療現場においては、成熟児と同じような医療が行われている。

○見直し内容

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

＜補償対象範囲＞

・以下の3つの基準をすべて満たすものを補償対象とする。

（補償対象基準）　：　在胎週数が２８週以上であること（32週から繰り上げるとともに体重基準及び個別審査基準を廃止）

（除外基準）　：　先天異常や新生児期要因によらない脳性麻痺であること（変更無し）

（重症度基準）　：　身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること（変更無し）

＜適用時期＞

・２０２２年１月以降の分娩より適用

＜補償対象者数の目安＞

・年間４５５人（推定区間３８０人～５４９人）

＜保険料水準＞

・2.2万円　（掛金 1.2万円　/　返還保険料（剰余金）充当額1.0万円）

※現行は2.4万円（掛金1.6万円/返還保険料（剰余金）充当額0.8万円）

⑧ その他（現役並み所得者の基準の見直し、
金融資産等の保有状況の反映の在り方など）

「現役並み所得」の判断基準の見直し

現行の制度

【現役並み所得区分の判定基準】

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

区　分	判定基準	負担割合	外来のみの月単位の上限額（個人ごと）	外来及び入院を合わせた月単位の上限額（世帯ごと）
現役並み所得	課税所得145万円以上 年収約383万円以上	3割	収入に応じて80,100～252,600円 ＋（医療費－267,000～842,000円）×１％ 〈多数回該当：44,400円～140,100円〉	
一般	課税所得145万円未満	1割	18,000円 〔 年14.4万円 〕	57,600円 〈多数回該当：44,400円〉
低所得Ⅱ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

→ 現役並み所得を有する後期高齢者の医療給付費には公費負担がなく、その分は現役世代の支援金による負担となっている。

現役並み所得の基準の見直しについて

新経済・財政再生計画　改革工程表2019（令和元年12月19日）（抄）

〇年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。

以下の点を踏まえて、引き続き検討することとする。

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

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

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

既存医薬品の保険給付範囲の見直し

○　医薬品の保険給付範囲を見直す際、医薬品を保険給付範囲から除外するやり方と医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小するやり方がある。

○　前者については、現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担とされているため、保険が適用されなくなる医薬品に係る薬剤料のみならず、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となりかねないことから、**保険外併用療養費制度に新たな類型を設ける**などの対応が必要。

○　後者については、**薬剤の種類に応じた患者負担の設定**、**薬剤費の一定額までの全額患者負担**などのやり方があり、これらの手法を**幅広く検討すべき。**

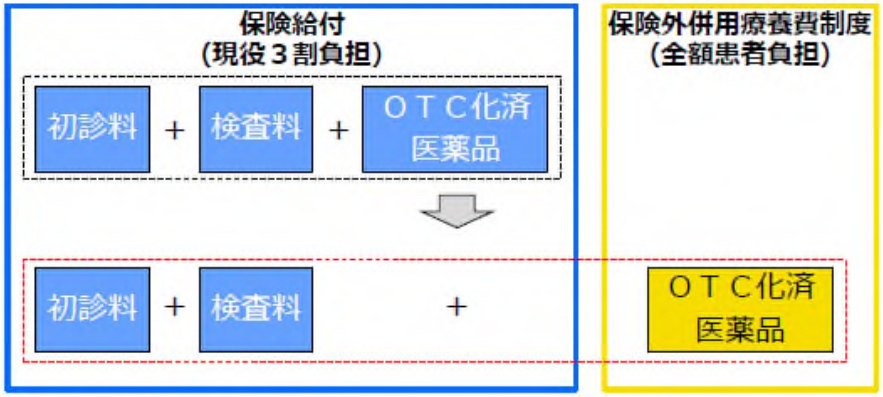
◆ 医薬品を保険給付対象から除外

過去の例	・栄養補給目的のビタミン製剤（2012） ・治療目的以外のうがい薬単体（2014） ・70枚超の湿布薬（2016）
今後の検討例※	・花粉症治療薬（OTC類似薬を1分類のみ投薬する場合） ・保湿剤（他の外皮用薬等との同時処方がない場合）

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

（参考）保険外併用療養費制度の活用

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



◆ 医薬品を保険収載したまま保険給付範囲を縮小

①薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定（フランスの例）

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

② 薬剤費の一定額までの全額患者負担（スウェーデンの例）

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

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

薬剤自己負担の見直しに関する主な論点

【検討にあたっての考え方等】

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

【これまでの意見を踏まえた論点等】

・ 市販品類似の医薬品の保険給付の在り方

・ 国民皆保険制度を維持する観点からの保険給付の重点化

・ 医療上の必要性に応じて適切な医薬品を選択できるよう担保することの必要性

・ 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持する必要性

・ 自己負担の引上げ以外の方策による薬剤給付の適正化策（セルフメディケーションの推進等）

等

保険者における上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進について

【上手な医療のかかり方とセルフメディケーションの推進について】

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

【具体的な取組案】

具体的には、例えば以下のような保険者による取組が検討されうるか。

① 過度な受診控えを防ぎつつ、医療資源の効率的な活用を図るため、上手な医療のかかり方とセルフメディケーション（OTC薬推進を含む）に関する周知・広報

② 被保険者のレセプトデータに基づき、スイッチOTC薬を使用した場合やセルフメディケーション税制を利用した場合の医療費負担の削減効果について、個別に通知

③ 被保険者に対するOTC薬購入等のセルフメディケーションに対するインセンティブ付与

金融資産等の保有状況の反映の在り方について

新経済・財政再生計画　改革工程表2019（令和元年12月19日）（抄）

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

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

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

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

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

○　これに加えて、医療保険において金融資産等の保有状況を反映することに対する理屈をどのように整理するか、といった整理すべき論点がある。

○　したがって、現時点において金融資産等の保有状況を医療保険の負担に勘案するのは尚早であり、預金口座へのマイナンバー付番の状況を見つつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法の検討を進めることとする。

（参考）介護保険制度の補足給付における資産勘案について

○ 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。

○ 平成26年度の介護保険法改正（平成27年８月施行）において、補足給付は、福祉的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産等を勘案することとした。

※ 預貯金を完全に把握する仕組みがないため、自己申告制であり、金融機関への照会や不正受給に対する加算金により不正受給防止を図っている。

※ 生活保護制度では、保護の決定等において、金融機関に対し要保護者の預貯金の照会を実施。これを踏まえ、補足給付においても、同様の対応を行っている。

【補足給付の申請に当たっての資産等の確認方法】

資産等	確認方法
預貯金 （普通・定期）	通帳の写し （インターネットバンクであれば 口座残高ページの写し）
有価証券 （株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の 口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
現金	自己申告
負債 （借入金・住宅ローンなど）	借用証書など

負担軽減の対象となる低所得者

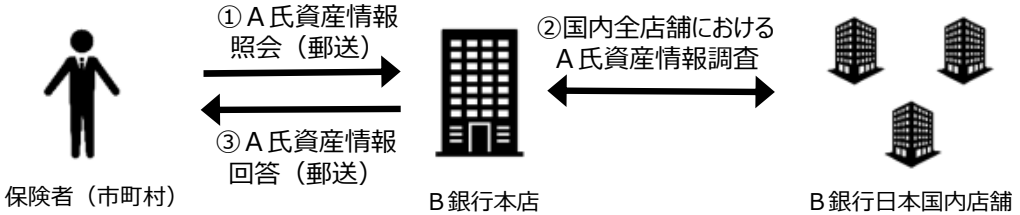
利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	・生活保護受給者 ・世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	資産等 単身：1,000万円 夫婦：2,000万円 以下
第2段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、 年金収入等が80万円以下	
第3段階	・世帯全員が市町村民税非課税であって、 第２段階該当者以外	
第4段階	・世帯に課税者がいる者　・市町村民税本人課税者	

【預貯金確認と不正受給対策】

○ 補足給付の申請の際に預貯金の額を申告するに当たっては、その額を確認するために通帳の写しを提出。

○ 各保険者は、あらかじめ同意を得たうえで、申請者及び配偶者の預貯金の状況について、必要に応じて、金融機関に対して照会することができる。

【手続きイメージ】※Ａ氏の資産情報をＢ銀行に照会する場合



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

預貯金口座への付番について

平成27年改正法についての内閣府作成資料

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

【行政機関等】

（預金保険機構・農水産業協同組合貯金保険機構）

（地方自治体・年金事務所等）

（税務署）

マイナンバー付で預貯金情報を照会

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

【金融機関】

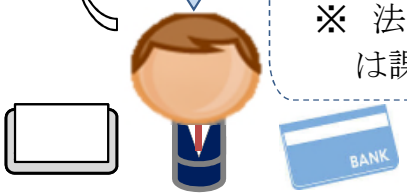
【国税通則法・地方税法改正】
照会に効率的に対応することができるよう、預貯金情報をマイナンバーにより検索可能な状態で管理する義務を課す

【顧客名簿】

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

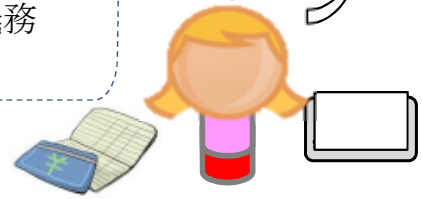
【マイナンバー法改正】
預金保険機構及び農水産業協同組合貯金保険機構を、マイナンバー法における「個人番号利用事務実施者」として位置付け、マイナンバーの利用を可能とする　など

（番号を告知）



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

（番号を告知）



【付番促進のための見直し措置の検討】

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

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

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

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

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

①医療費の財源構造
国民医療費がどのような財源によってまかなわれているか、概略をわかりやすく図で表記。
また後期高齢者医療制度とそれ以外の制度で財源がどのように異なるかも示す。

②医療保険制度の比較
各医療保険制度の財源構成について、前期調整額・後期支援金等の流れも含め、わかりやすく図示する。

③実効給付率の推移と要因分析
高齢化の影響による実効給付率の推移を図示。後期高齢者医療制度とそれ以外での推移も示す。
またその伸びの要因を財源別（保険料・公費）に着目して分析したものを示す。

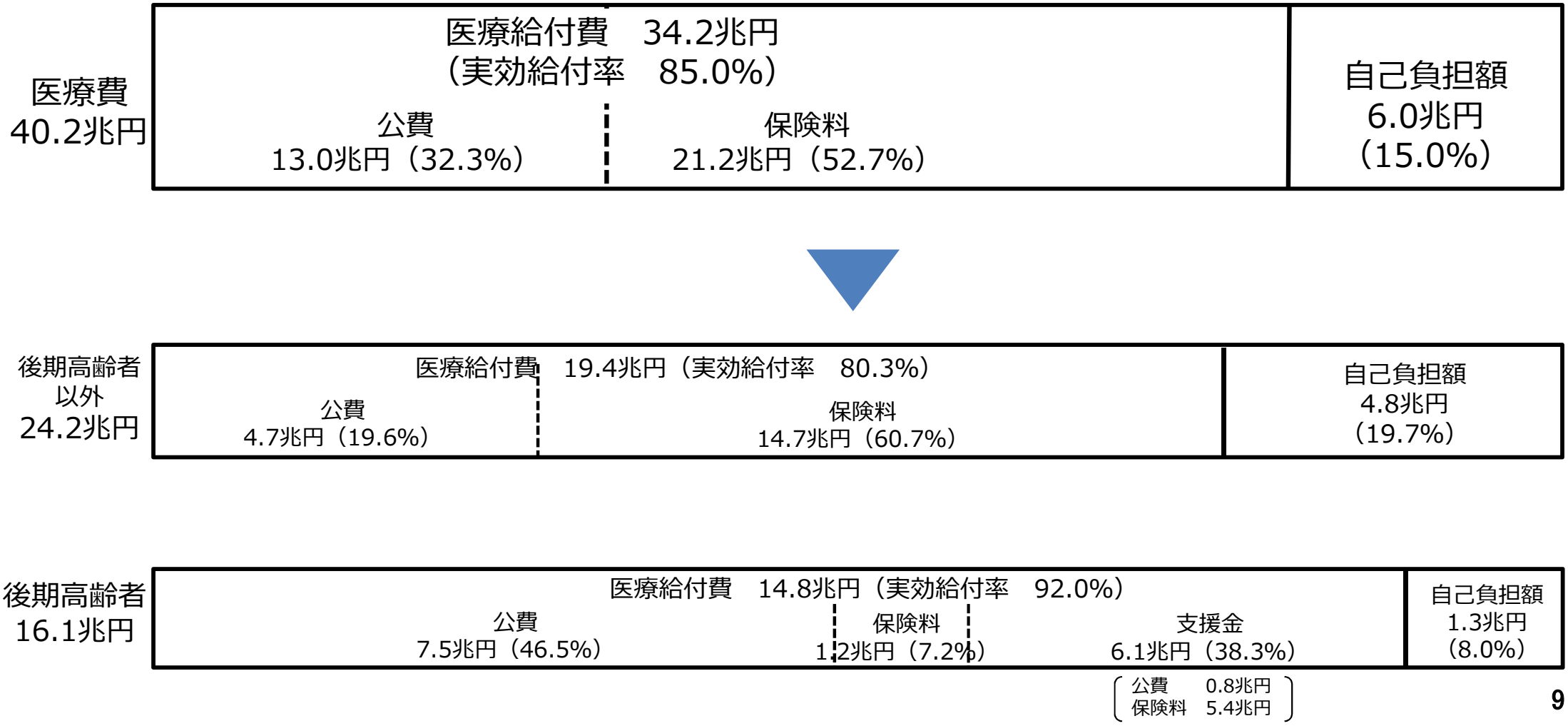
④生涯医療費
生涯医療費（＝一生涯でかかると考えられる医療費の平均。死亡率を考慮したもの）について図示し、そのうち保険給付でまかなわれる部分を示す。

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

医療費の財源構成（平成２９年度）

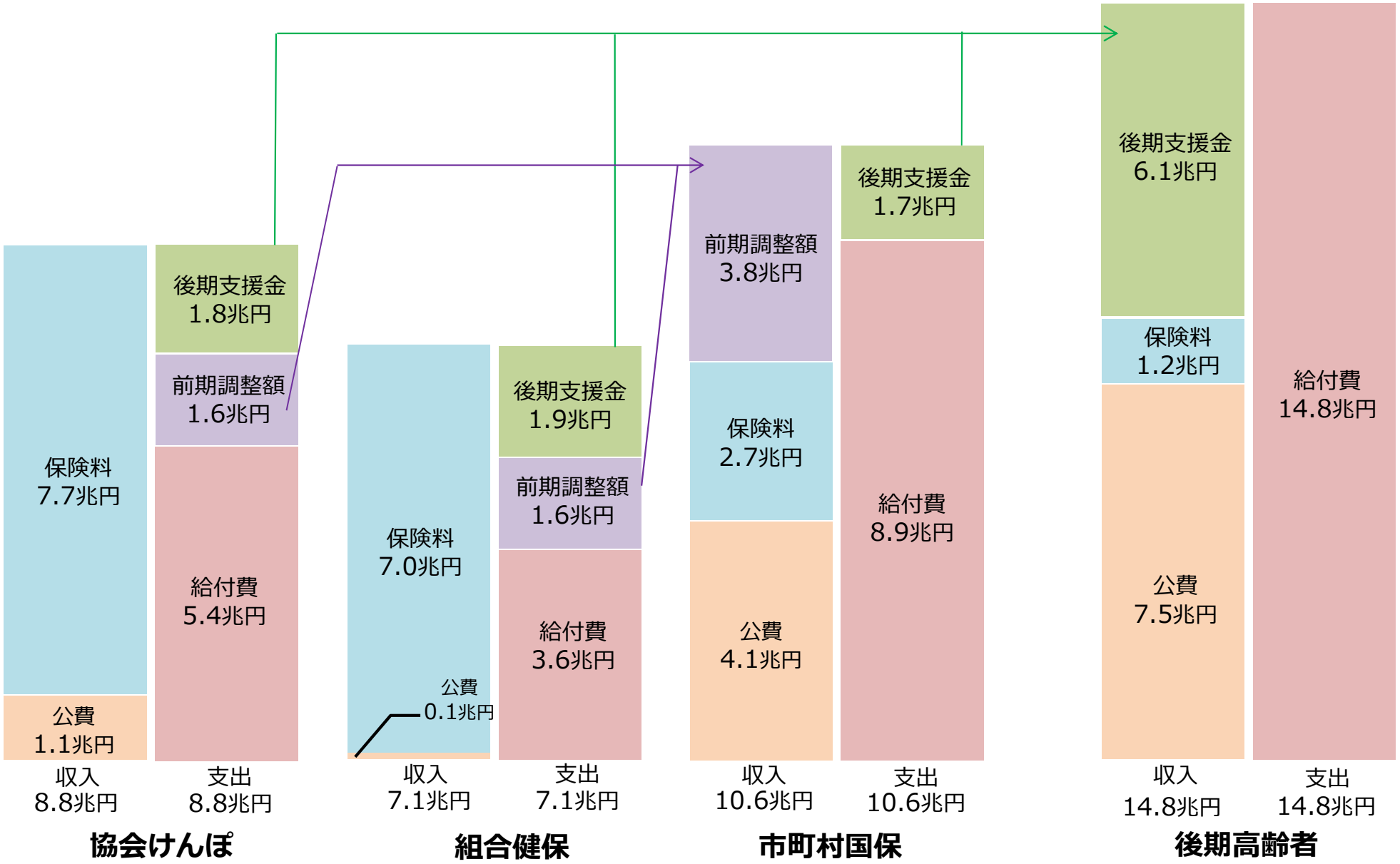
医療保険の自己負担割合は、医療保険制度全体で見ると15%程度。保険給付でまかなわれる残りの85%のうち、公費でまかなわれる部分が32%程度、保険料でまかなわれる部分が53%程度となっている。

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



制度別の財政の概要（平成２９年度）

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



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

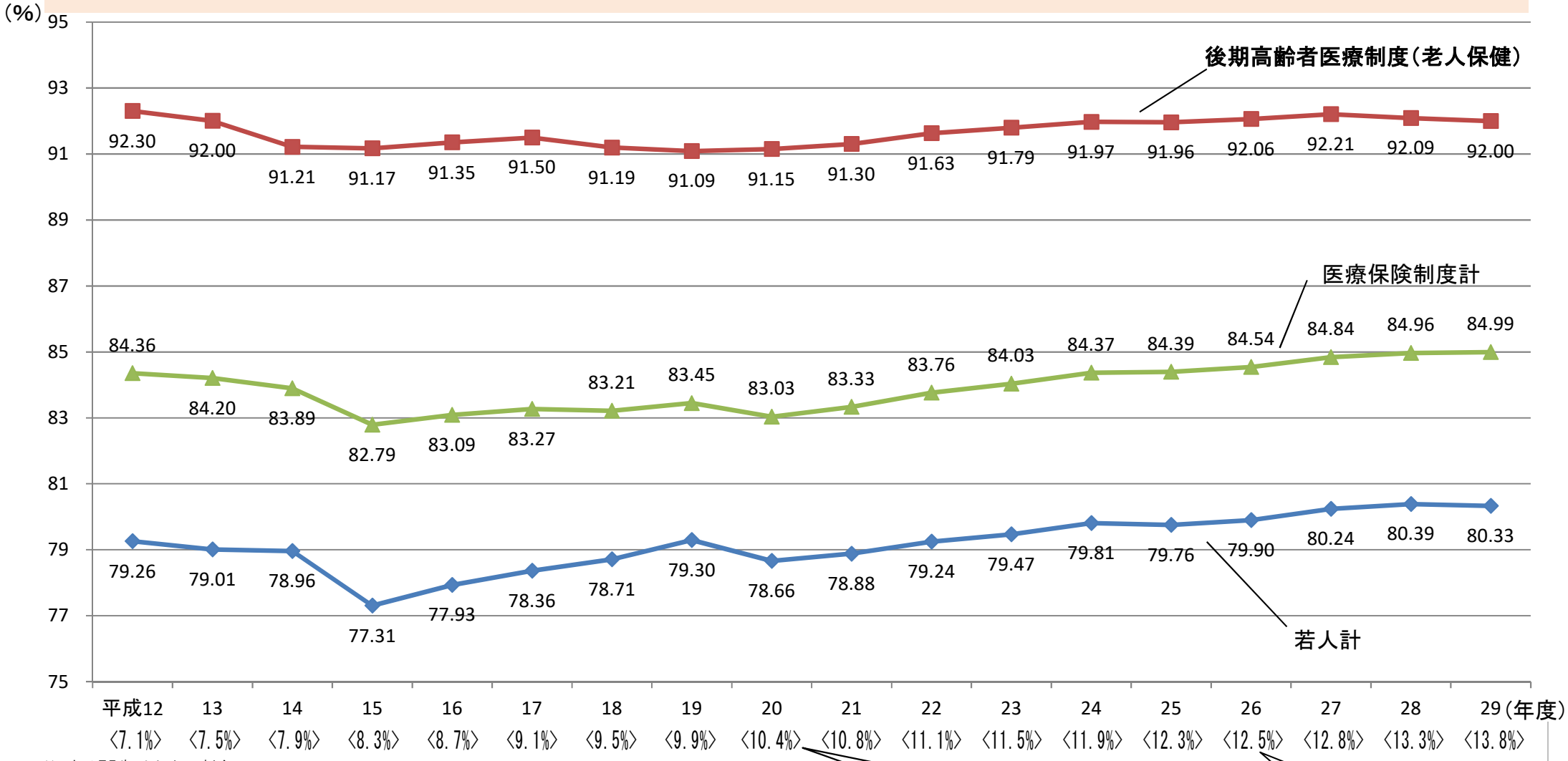
各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数（平成30年3月末）	1,716	1	1,394	85	47
加入者数（平成30年3月末）	2,870万人（1,816万世帯）	3,893万人（被保険者2,320万人 被扶養者1,573万人）	2,948万人（被保険者1,649万人 被扶養者1,299万人）	865万人（被保険者453万人 被扶養者411万人）	1,722万人
加入者平均年齢（平成29年度）	52.9歳	37.5歳	34.9歳	33.0歳	82.4歳
65～74歳の割合（平成29年度）	41.9%	7.2%	3.2%	1.5%	1.9%（※1）
加入者一人当たり医療費（平成29年度）	36.3万円	17.8万円	15.8万円	16.0万円	94.5万円
加入者一人当たり平均所得（※2）（平成29年度）	86万円（一世帯当たり 136万円）	151万円（一世帯当たり（※3） 254万円）	218万円（一世帯当たり（※3） 388万円）	242万円（一世帯当たり（※3） 460万円）	84万円
加入者一人当たり平均保険料（平成29年度）（※4）〈事業主負担込〉	8.7万円（一世帯当たり 13.9万円）	11.4万円〈22.8万円〉（被保険者一人当たり 19.1万円〈38.3万円〉）	12.7万円〈27.8万円〉（被保険者一人当たり 22.7万円〈49.7万円〉）	14.2万円〈28.4万円〉（被保険者一人当たり 27.1万円〈54.1万円〉）	7.0万円
保険料負担率	10.2%	7.5%	5.8%	5.9%	8.4%
公費負担	給付費等の50%＋保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の負担が重い保険者等への補助	なし	給付費等の約50%＋保険料軽減等
公費負担額（※5）（令和元年度予算ﾍﾞｰｽ）	4兆4,156億円（国3兆1,907億円）	1兆2,010億円（全額国費）	739億円（全額国費）		8兆2300億円（国5兆2,736億円）

（※1） 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。
（※2） 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額（収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの）及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたものを年度平均加入者数で除したもの。（市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。）
協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。
（※3） 被保険者一人当たりの金額を指す。
（※4） 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。
（※5） 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

実効給付率の推移

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



＜＞内は75歳以上人口割合

H14.10～ 70歳以上
：定率1割（現役並み2割）

H15.4～ 健保
：2割→3割

H18.10～ 70歳以上
：現役並み：2割→3割

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

H26.4～ 70～74歳
：順次凍結解除

（注1）予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。
（注2）特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。
出典：各制度の事業年報等を基に作成

実効給付率の推移と財源構成

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

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

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

※１．実効給付率は医療保険医療費に対しての率である。

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

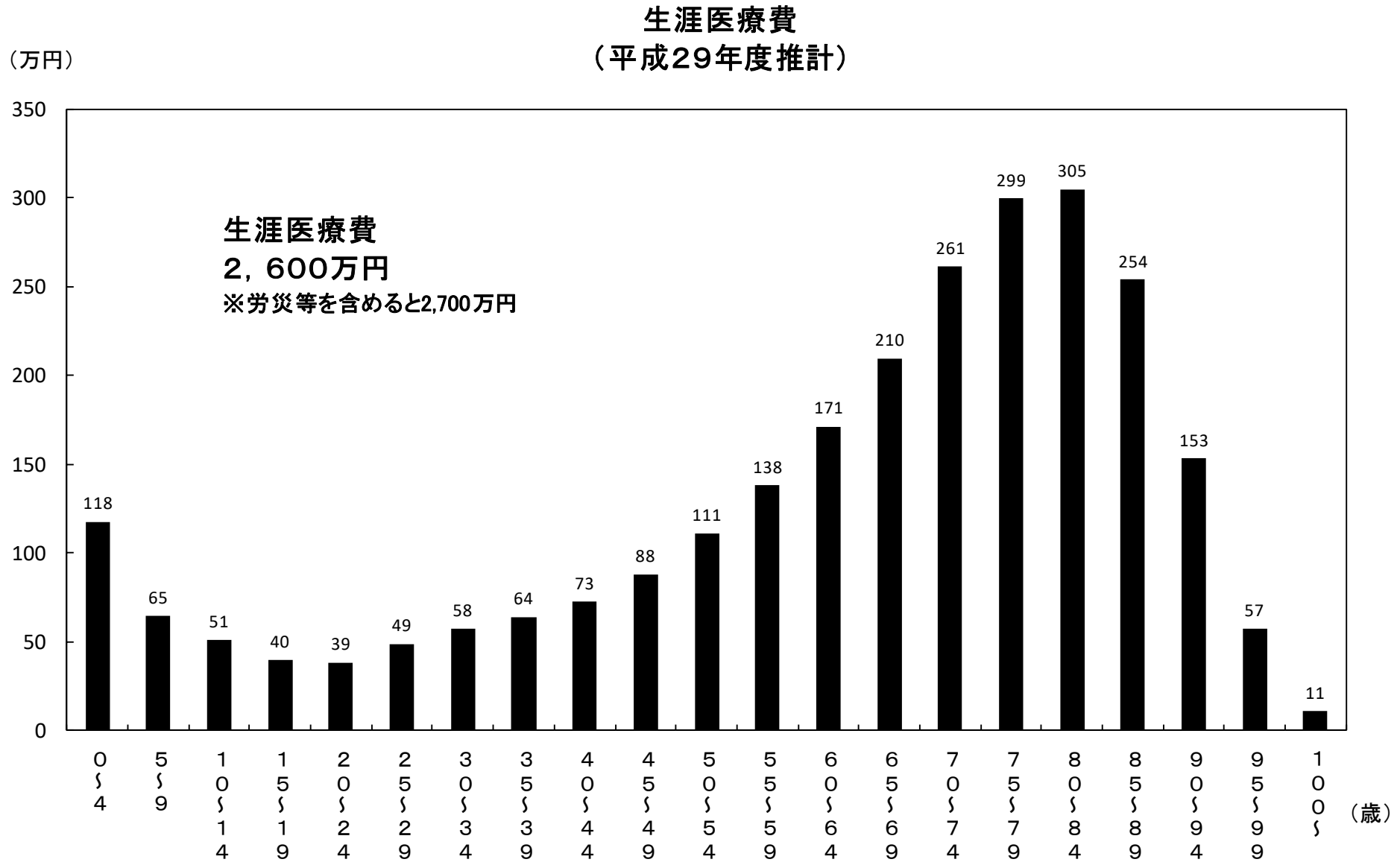
（参考）制度別加入者数割合

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

※．国民健康保険には、国保組合が含まれている。

生涯医療費

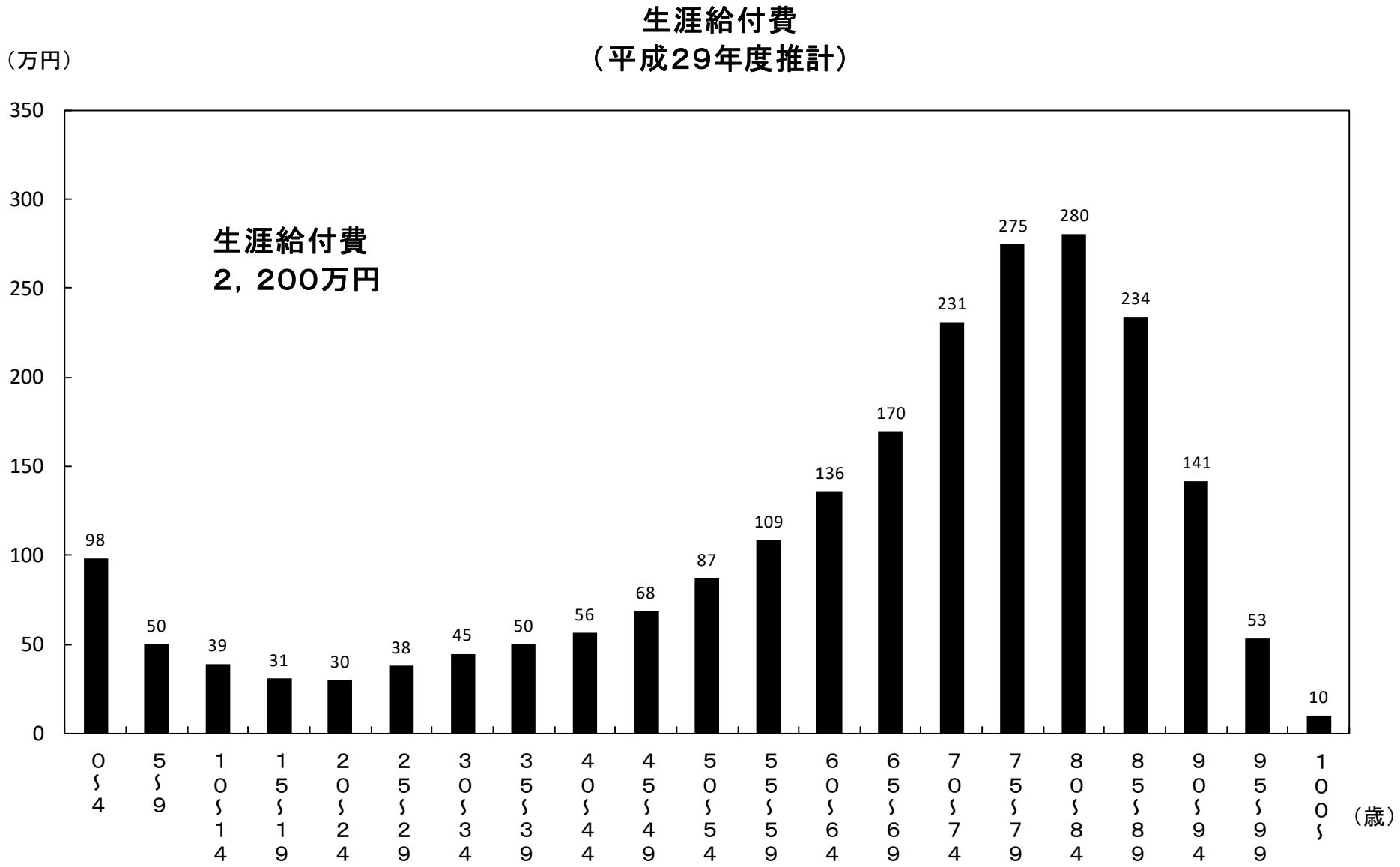
生涯医療費（＝一生涯でかかると考えられる医療費の平均。死亡率を考慮したもの）は、約2,600万円となる。



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

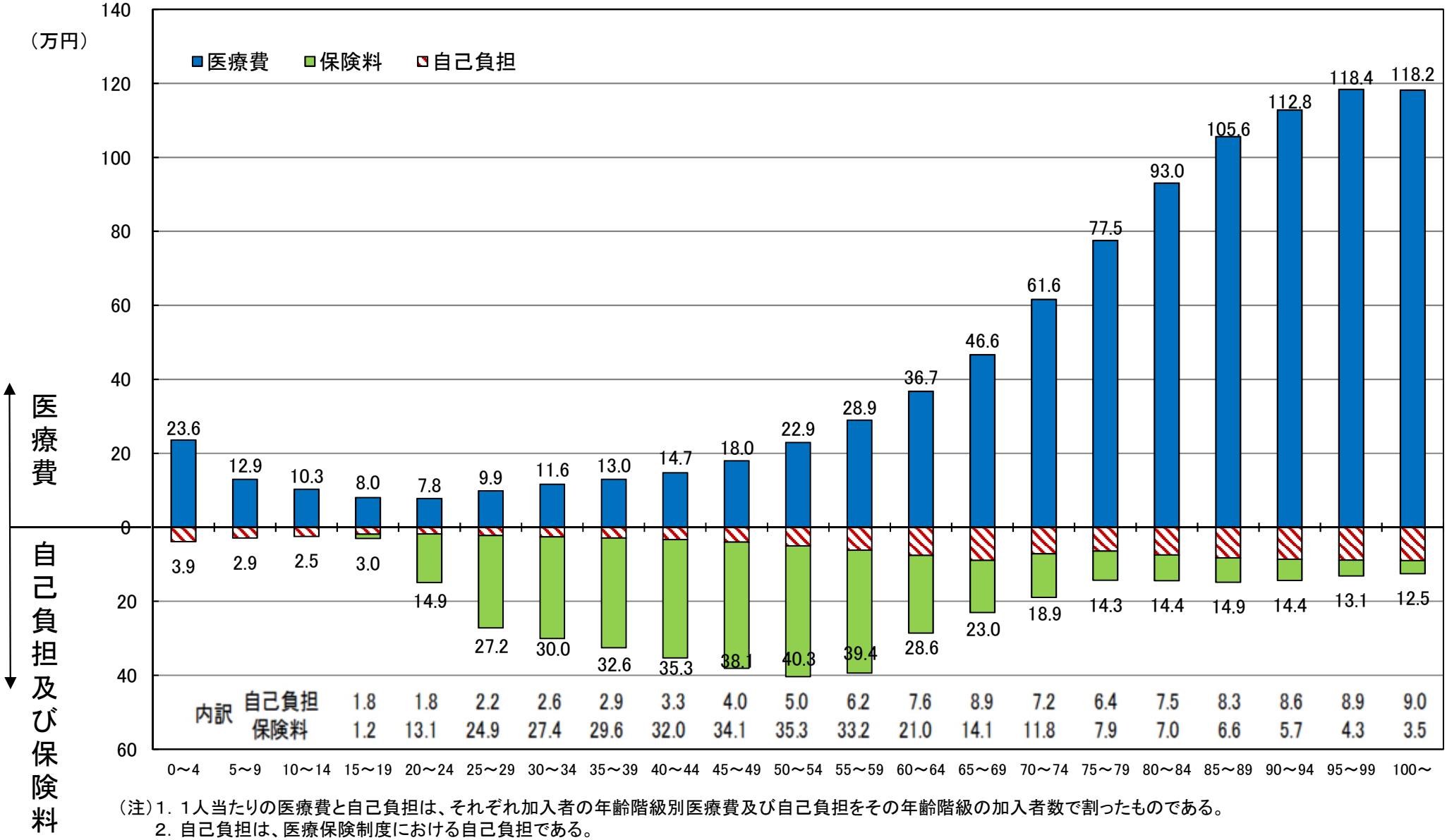
生涯給付費

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



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

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



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

今後の医薬品等の費用対効果評価の活用

【検討にあたっての考え方等】

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

【これまでの意見を踏まえた論点等】

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

※ なお、今後、中医協において検討を行い、適宜医療保険部会に報告する。

今後の医薬品等の費用対効果評価の活用に係る現状及び課題と論点

【現状・課題】

○ 2019年４月より運用開始となった費用対効果評価制度では、対象品目として12品目（令和２年10月１日時点）が選定され、分析を実施しているところ。

○ 費用対効果評価制度に係る体制を拡充するため、公的分析班の追加、人材育成プログラム（2020年４月開始）、調査研究等、体制強化の取組みが進められている。

○ 改革工程表2019では、「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討」することとされている。

○ 医療保険部会におけるこれまでの主な意見は、以下のとおり。

（現行の制度の実施状況等に係る意見）

- 昨年度から制度運用が開始されたところであり、まずはその影響の検証、課題の抽出などを行うべきであり、仕組みの検討は時期尚早である。
- 実施状況を検証し、制度の成熟度を高めるとともに、保険収載から価格調整までの期間をできる限り短縮していくことが先決ではないか。

（今後の制度の見直しに係る意見）

- 保険収載の可否も含めた費用対効果評価結果の活用に向けて検討が必要である。
- 有効性、安全性が確認された医薬品は速やかに保険収載すべきであり、患者アクセスの制限や追加負担があるべきではない。
- 技術的な閾値までは保険で、それを超えた部分は保険外併用療養費制度を活用する運用の仕方もあるのではないか。

○ 今後、年度内にも複数品目の総合的評価について中医協において審議される見込み。

○ 以上を踏まえ、医療保険部会においては、中医協での検討を継続するとともに、適宜報告を求めることとされたところ。

【論点】

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

費用対効果評価制度について（概要）

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

【費用対効果評価の手順】

①品目の選定
（市場規模の大きい医薬品等を選定）

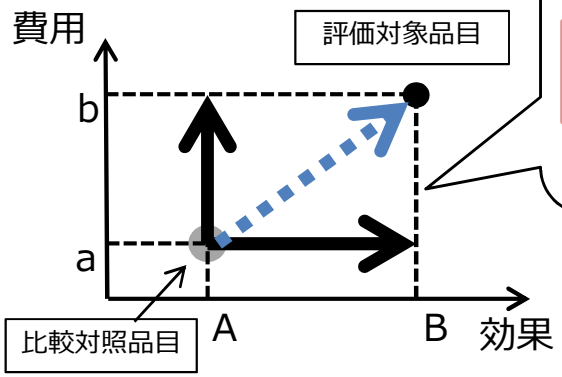
②企業による分析（9ヶ月）
分析前協議（分析枠組み等の決定）、企業分析

③公的分析（検証・再分析）（3～6ヶ月）（※1）
（※1）国立保健医療科学院が主体となり実施

④総合的評価
（3ヶ月）

⑤費用対効果の評価結果に
基づく価格調整を実施

（注）カッコ内の期間は、標準的な期間

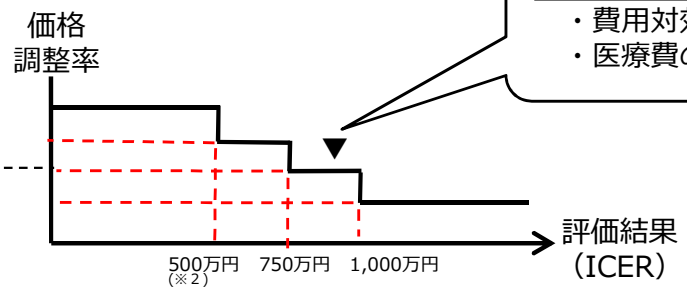


評価対象品目が、既存の比較対照品目と比較して、費用、効果がどれだけ増加するかを分析。

増分費用効果比（ICER）＝ b-a（費用がどのくらい増加するか） / B-A（効果がどのくらい増加するか）

健康な状態での１年間の生存を延長するために必要な費用を算出。

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



評価結果に応じて対象品目の価格を調整（※３）
・費用対効果の悪い品目は価格を引下げ
・医療費の減少につながる品目等は価格を引上げ

（※２）抗がん剤等については、通常よりも高い基準（750万円/QALY）を用いる。
（※３）価格調整範囲は有用性系加算等

費用対効果評価の対象品目と現状について（令和２年11 月11日時点）

品目名	効能・効果	収載時価格※1	うち有用性系加算率	市場規模（ピーク時予測）	費用対効果評価区分	総会での指定日	現状
①テリルジー（ｸﾞﾗｸｿ・ｽﾐｽｸﾗｲﾝ）	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	4,012.30円（14吸入1キット） 8,597.70円（30吸入1キット）	10%	236億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2019/5/15	公的分析中
②キムリア（ﾉﾊﾞﾙﾃｨｽﾌｧｰﾏ）	白血病	33,493,407円	35%×0.2※2（7%）	72億円	Ｈ３（単価が高い）	2019/5/15	公的分析中
③ユルトミリス（ｱﾚｸｼｵﾝﾌｧｰﾏ）	発作性夜間ヘモグロビン尿症	717,605円	5%	331億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2019/8/28	公的分析中
④ビレーズトリエアロスフィア（ｱｽﾄﾗｾﾞﾈｶ）	COPD（慢性閉塞性肺疾患）	4,012.30円	なし	189億円	Ｈ５（テリルジーの類似品目）	2019/8/28	分析は行わない（テリルジーの分析結果に準じる）
⑤トリンテリックス（武田薬品工業）	うつ病・うつ状態	168.90円（10mg錠） 253.40円（20mg錠）	5%	227億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2019/11/13	公的分析中
⑥コララン（小野薬品工業）	慢性心不全	82.90円（2.5mg錠） 145.40円（5mg錠） 201.90円（7.5mg錠）	35%	57.5億円	Ｈ２（市場規模が50億円以上）	2019/11/13	公的分析中
⑦ノクサフィル※3（MSD）	深在性真菌症	3,109.10円（100mg錠）	なし	112億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2020/4/8	企業分析中
⑧カボメティクス（武田薬品工業）	腎細胞癌	8,007.60円（20mg錠） 22,333.00円（60mg錠）	10%	127億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2020/5/13	企業分析中
⑨エンハーツ（第一三共）	乳癌、胃癌※4	165,074円	5%	129億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2020/5/13	企業分析中※4
⑩ゾルゲンスマ（ﾉﾊﾞﾙﾃｨｽﾌｧｰﾏ）	脊髄性筋萎縮症	167,077,222円	50%	42億円	Ｈ３（単価が高い）	2020/5/13	企業分析中
⑪エンレスト（ﾉﾊﾞﾙﾃｨｽﾌｧｰﾏ）	慢性心不全	65.70円（50mg錠） 115.20円（100mg錠） 201.90円（200mg錠）	なし	141億円	Ｈ５（コララン の類似品目）	2020/８/19	分析は行わない（コララン の分析結果に準じる）
⑫エナジア（ﾉﾊﾞﾙﾃｨｽﾌｧｰﾏ）	気管支喘息	291.90円（中用量） 331.40円（高用量）	なし	251億円	Ｈ５（テリルジーの類似品目）	2020/８/19	分析は行わない（テリルジーの分析結果に準じる）
⑬リベルサス（ﾉﾎﾞ ﾉﾙﾃﾞｨｽｸ ﾌｧｰﾏ）	２型糖尿病	143.20円（３mg錠） 334.20円（７mg錠） 501.30円（14mg錠）	５%	116億円	Ｈ１（市場規模が100億円以上）	2020/11/11	分析前協議中

※1　収載時価格は、キット特徴部分の原材料費除いた金額。
※2　加算係数（製品総原価の開示度に応じた加算率）・・・開示度80%以上：1.0、50～80%：0.6、50%未満：0.2
※3　ノクサフィルは内用薬（ノクサフィル錠100mg）のみが費用対効果評価対象。
※4　胃癌については令和2年9月25日に効能追加され、分析前協議中

２．医療の機能分化・連携及び国保の取組強化の推進

①大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

紹介状なしで受診する場合等の定額負担（現行）

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

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

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

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

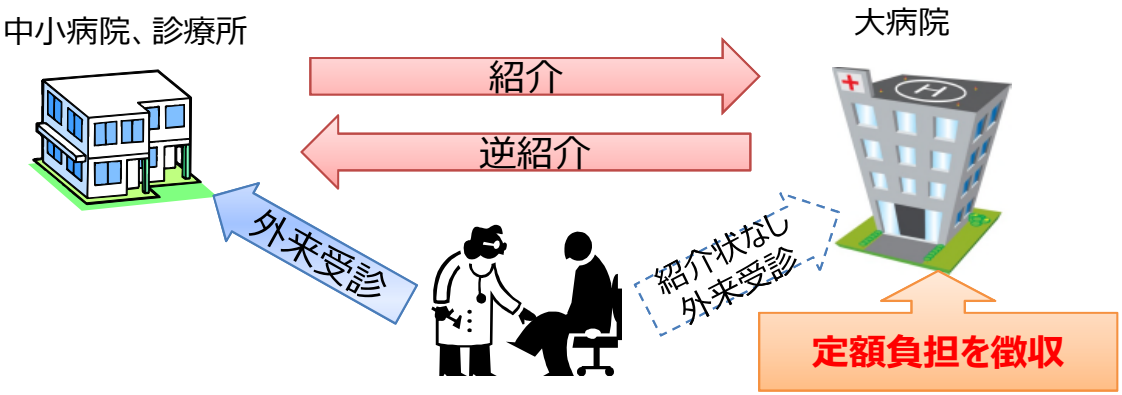
［緊急その他やむを得ない事情がある場合］

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

［その他、定額負担を求めなくて良い場合］

a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者　　等

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



外来機能の明確化・連携

1．外来医療の課題

○　患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。

○　人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2．改革の方向性（案）

○　地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、

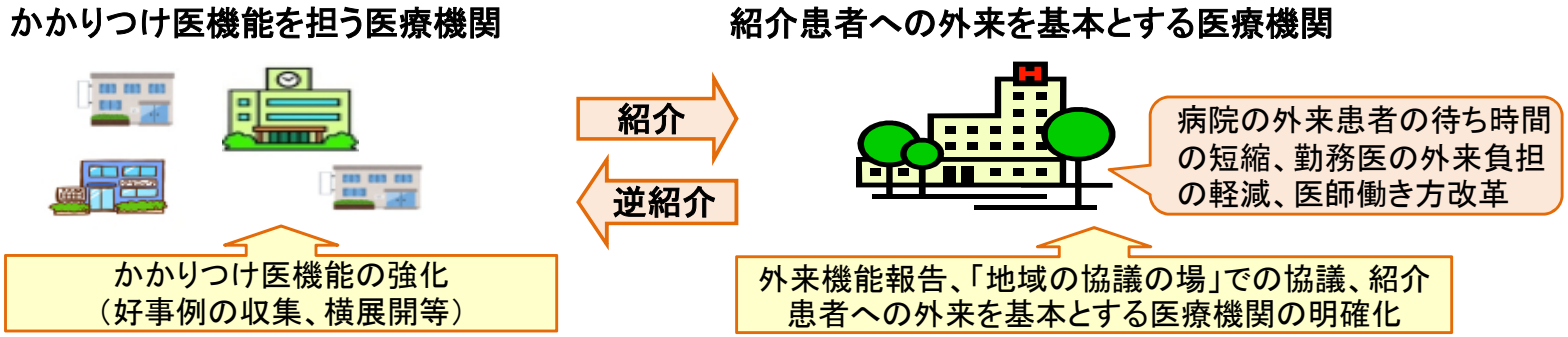
①　医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。（現在行われている「病床機能報告」の外来版）

②　①の外来機能報告(仮称)を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。

→　①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、紹介患者への外来を基本とする医療機関（「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」を地域で基幹的に担う医療機関）を明確化

・　医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

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



〈「医療資源を重点的に活用する外来(仮称)」のイメージ〉

○医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来　（悪性腫瘍手術の前後の外来　など）

○高額等の医療機器・設備を必要とする外来　（外来化学療法、外来放射線治療　など）

○特定の領域に特化した機能を有する外来　（紹介患者に対する外来　など）

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

見直し案

○　患者が安心して必要な医療機関を受診できる環境を作り、診察の待ち時間を減らすためには、患者自身が医療機関の選択等を適切に理解して医療にかかること（上手な医療のかかり方）が必要。

○　**日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関**で受け、**必要に応じて紹介を受け**て、患者自身の状態にあった他の医療機関を受診し、**さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るという流れをより円滑にする**ため、**現行の紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担（選定療養）を以下のように見直し**てはどうか。

①新たに設けられる**「紹介患者への外来を基本とする医療機関」にも、対象医療機関を拡大**する。
　※一般病床２００床以上のみ

②**かかりつけ医機能を担う地域の医療機関を受診せず、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者の初・再診については**、**一定額を保険給付範囲から控除**し、同額以上に定額負担の額を増額する。**（例外的・限定的な取扱）**
　※一定額の例：初診の場合、少なくとも生じる程度の額として2,000円
　※外来初診患者数全体に占める定額負担徴収患者の比率は、定額負担5,000～7,000円の場合は10.9%であるが、
　　7,000円～10,000円の場合は5.3%

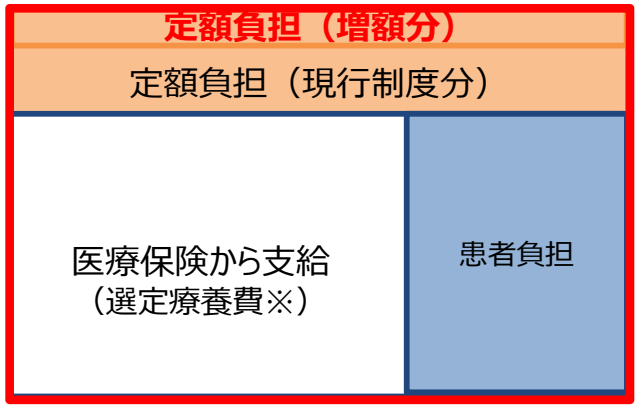
③さらに、**大病院からかかりつけ医機能を担う地域の医療機関への逆紹介を推進する**とともに、**再診を続ける患者への定額負担を中心に、除外要件の見直し等**を行う。

外来機能分化に沿った受診

紹介状がある患者の場合
【療養の給付】

例外的・限定的な取扱

紹介状なし患者の場合
【選定療養】



※　現行の算定額から一定額を控除した額を基準として選定療養費を支給

定額負担の対象病院拡大について

○　大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。

○　現在、外来機能報告（仮称）を創設することで、**新たに「紹介患者への外来を基本とする医療機関」**（「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関）を、**地域の実情を踏まえつつ、明確化**することが検討されている。

○　紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、**当該医療機関のうち、**現在選定療養の対象となっている**一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加える**こととする。

現在の定額負担（義務）対象病院

現在の定額負担（任意）対象病院

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

拡大

紹介患者への外来を基本とする医療機関

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

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

定額負担対象病院の外来患者数の内訳（１病院当たりの平均値）

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

定額負担(義務)対象病院

■初診(n=559)

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

■再診(n=269)

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

定額負担(任意)対象病院

■初診(n=620)

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

■再診(n=139)

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

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

医療部会における検討と関係審議会等における検討の関係について

社会保障審議会医療部会

○　医療提供体制について「医療のあるべき姿」を審議

○　上記の観点から、
- 病院・診療所を通じた外来機能の明確化、かかりつけ医機能の強化
- 医療提供体制における機能分化・連携

等について検討

社会保障審議会医療保険部会

○　医療保険制度の基本的な事項を審議

- 左記を踏まえ、紹介状なしで一定規模以上の病院を受診する場合の定額負担を求める制度の設計

等について検討

中央社会保険医療協議会

○　選定療養等に関する具体的な負担額や要件等について審議

専門的かつ集中的に検討することを決定

報告

医療計画の見直し等に関する検討会

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

②国保の取組強化

国民健康保険制度改革の状況

国保が抱える構造的課題

① 年齢構成が高く、医療費水準が高い
② 所得水準が低い
③ 保険料負担が重い
④ 保険料（税）の収納率
⑤ 一般会計繰入・繰上充用
⑥ 財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者の存在
⑦ 市町村間の格差

国保改革（平成30年度～）

①財政運営の都道府県単位化・都道府県と市町村の役割分担
- 都道府県が財政運営の主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担う
- 市町村は、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健康事業等、地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う
- 都道府県が統一的な方針として国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進
- 都道府県に財政安定化基金を設置

②財政支援の拡充
- 財政支援の拡充により、財政基盤を強化（毎年約3,400億円）
  低所得者対策の強化、保険者努力支援制度　等

今後の主な課題

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

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

○保険料水準の統一に向けた議論
将来的には都道府県での保険料水準の統一を目指すこととし、地域の実情に応じて議論を深めることが重要

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

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

国民健康保険制度の取組強化の方向性

趣旨

現在、平成30年度改革が概ね順調に実施されており、引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、以下の取組を進めることについて、国と地方、その他の関係者の間の調整を続け、結論が得られた事項について、法改正を含め、対応してはどうか。

見直し内容

○ 都道府県の財政調整機能の更なる強化

・国保運営方針に基づき、国保特別会計の財政均衡を図り、財政運営の更なる安定化を図るため、平成30年度改革の財政支援の拡充と都道府県の財政安定化基金の設置に加え、新たに財政安定化基金に年度間の財政調整機能を付与することとしてはどうか。これにより、急激な医療費の上昇時などに納付金の上昇幅を抑え、複数年での保険料の平準化に資する財政調整が可能となると考えられる。

○ 都道府県と市町村の役割分担の下での取組強化

①法定外繰入等の解消

・引き続き、国保運営方針・赤字解消計画に基づき、要因の分析、状況の見える化、解消に向けた実効性のある取組を推進する。

・国保特別会計での財政均衡に資するよう、財政安定化基金の財政調整を含め、国保運営方針に取組を記載して進めてはどうか。

②保険料水準の統一に向けた議論

・現在、各都道府県において、国保運営方針の見直しを含め、将来的な保険料水準の統一に向けた議論が進められている。

・今後も都道府県と市町村の協議や国と地方の議論の深化を図りつつ、その結果を踏まえ、国保運営方針に保険料水準の統一に向けた取組を記載して進めてはどうか。

③医療費適正化

・国保制度においても医療費適正化の取組は重要であり、引き続き国保運営方針や医療費適正化計画に基づき取組を進めてはどうか。

※上記の取組を更に後押しするため、保険者努力支援制度の指標等について継続的に国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議・事務レベルＷＧで議論してはどうか。

○ 上記の他、国会での附帯決議（子どもの均等割保険料の軽減の検討等）、骨太方針・改革工程表、政府・与党内での議論、地方団体の要望事項等について、引き続き国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議・事務レベルＷＧ等で議論する。

国民健康保険制度の取組強化

1. 見直しの趣旨

○ 国民健康保険制度は、現在、平成30年度改革が概ね順調に実施されている。引き続き、財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の趣旨の深化を図るため、国保運営方針に基づき、都道府県と市町村の役割分担の下、更なる取組を推進することが必要。

○ 特に今後の課題として、法定外繰入等の解消や保険料水準の統一の議論等を進めることが重要。

○ このため、以下の見直し内容について、法改正を含め対応を行う。

2. 見直し内容

○ 法定外繰入等の解消や保険料水準の統一に向けた議論について、その取組を推進する観点から、都道府県国保運営方針に記載して進める旨を位置づける。

（※） 国保運営方針は3年ごとの見直しを行っており、令和3年度に向けて各都道府県で現在改定作業を進めている。このため、施行時期はその次の改定年度である令和6年度とすることを検討。

○ 都道府県の財政調整機能の更なる強化の観点から、財政安定化基金に年度間の財政調整機能を付与する。これにより、剰余金が生じた際に積み立て、急激な医療費の上昇時などに納付金の上昇幅を抑えるなど、複数年での保険料の平準化に資する財政調整を可能とする。

子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入（国民健康保険制度）

再掲

1. 見直しの趣旨

○ 国民健康保険制度の保険料は、応益（均等割・平等割）と応能（所得割・資産割）に応じて設定されている。その上で、低所得世帯に対しては、応益保険料の軽減措置（7・5・2割軽減）が講じられている。

○ 子育て世帯の経済的負担軽減の観点から、国・地方の取組として、国保制度において子どもの均等割保険料を軽減する。

（参考）平成27年国保法改正 参・厚労委附帯決議
「子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論する」

2. 軽減措置スキーム

○ 対象は、全世帯の未就学児とする。

※ 対象者数：約70万人 （平成30年度国民健康保険実態調査）

○ 当該未就学児に係る均等割保険料について、その5割を公費により軽減する。

※ 例えば、7割軽減対象の未就学児の場合、残りの3割の半分を減額することから8．5割軽減となる。

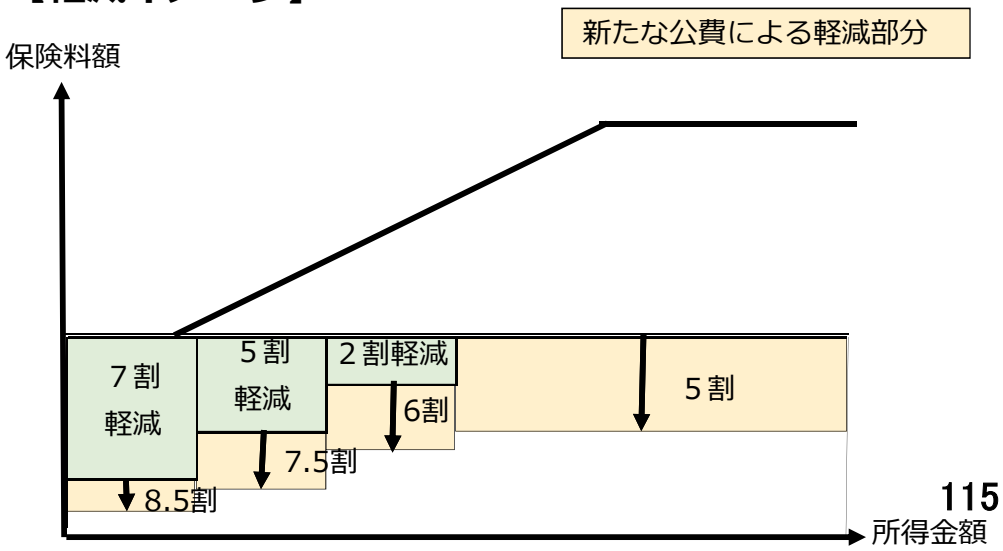
○ 財政影響：公費約90億円（令和4年度）

※ 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※ 令和3年度予算案ベースを足下にし、人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

○ 国・地方の負担割合：国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

○ 施行時期：令和4年度（2022年度）

【軽減イメージ】



国保制度改革の概要（都道府県と市町村の役割分担）

改革の方向性		
1. 運営の在り方 （総論）	○ 都道府県が、当該都道府県内の市町村とともに、国保の運営を担う ○ 都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化 ○ 都道府県が、都道府県内の統一的な運営方針としての国保運営方針を示し、市町村が担う事務の効率化、標準化、広域化を推進	
	都道府県の主な役割	**市町村の主な役割**
2. 財政運営	財政運営の責任主体 ・市町村ごとの国保事業費納付金を決定 ・財政安定化基金の設置・運営	・国保事業費納付金を都道府県に納付
3. 資格管理	国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進 ※4．と5．も同様	・地域住民と身近な関係の中、資格を管理（被保険者証等の発行）
4. 保険料の決定 賦課・徴収	標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を算定・公表	・標準保険料率等を参考に保険料率を決定 ・個々の事情に応じた賦課・徴収
5. 保険給付	・給付に必要な費用を、全額、市町村に対して支払い ・市町村が行った保険給付の点検	・保険給付の決定 ・個々の事情に応じた窓口負担減免等
6. 保健事業	市町村に対し、必要な助言・支援	・被保険者の特性に応じたきめ細かい保健事業を実施（データヘルス事業等）

国保改革による財政支援の拡充について

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

＜2015年度（平成27年度）から実施＞（約1,700億円）

○ 低所得者対策の強化 （低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充）	1,700億円

＜2018年度（平成30年度）から実施＞（約1,700億円）

○財政調整機能の強化 （精神疾患や子どもの被保険者数など自治体の責めによらない要因への対応）	800億円
○保険者努力支援制度 （医療費の適正化に向けた取組等に対する支援）	８４０億円 （2019年度～2021年度は910億円）
○財政リスクの分散・軽減方策 （高額医療費への対応）	60億円

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

【参考】　（単位：億円）

	2015年度（平成27年度）	2016年度（平成28年度）	2017年度（平成29年度）	2018年度（平成30年度）	2019年度（令和元年度）	2020年度（令和２年度）	2021年度（令和3年度）
低所得者対策の強化	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
財政調整機能の強化・保険者努力支援制度等	－	－	－	1,700	1,770	1,770	1,770
財政安定化基金の造成 ＜積立総額＞	２００ ＜200＞	４００ ＜600＞	1,100 ＜1,700＞	300 ＜2,000＞	－ ＜2,000＞	－ ＜2,000＞	－ ＜2,000＞

財政安定化基金（本体基金）の設置

1. 趣旨

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

2. 事業

○ 貸付・・・各年度、市町村の保険料収納不足額に対する貸付。原則3年間で償還（無利子）

○ 交付・・・特別な事情が生じた場合、モラルハザードが生じないよう留意しつつ、財源不足額のうち保険料収納不足額×１／２以内を交付

特別な事情に該当する場合　・・・災害、景気変動等

3. 基金規模等

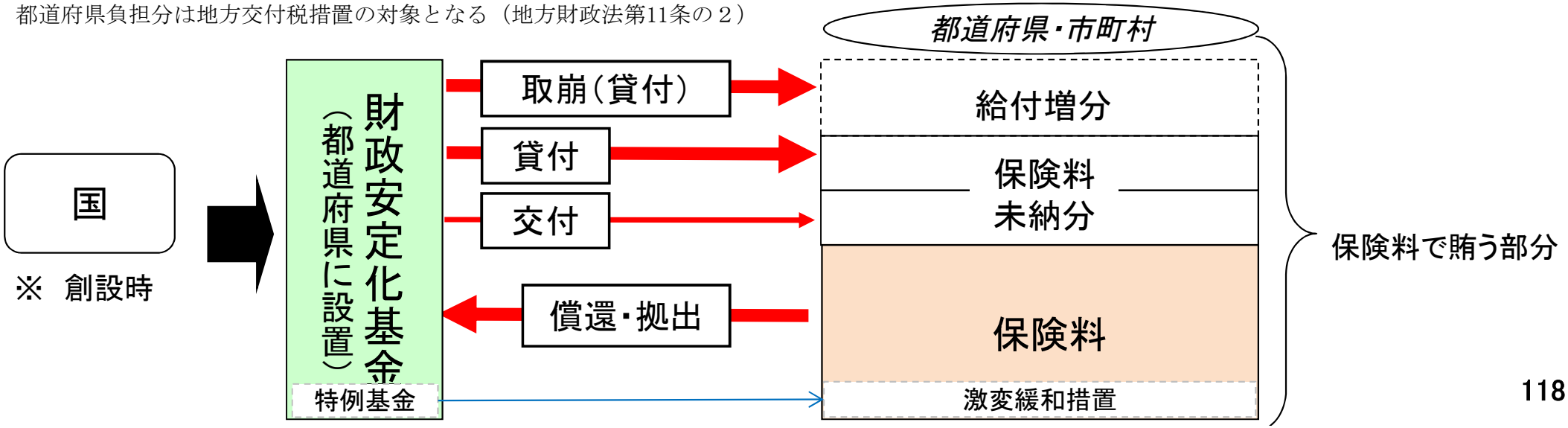
○ 国費で創設・順次積増しすることとし、平成27年度は200億円、平成28年度は400億円、平成29年度は1,100億円、平成30年度は300億円を措置。2,000億円を造成。

○ 交付分に対する補填は各都道府県が決定。

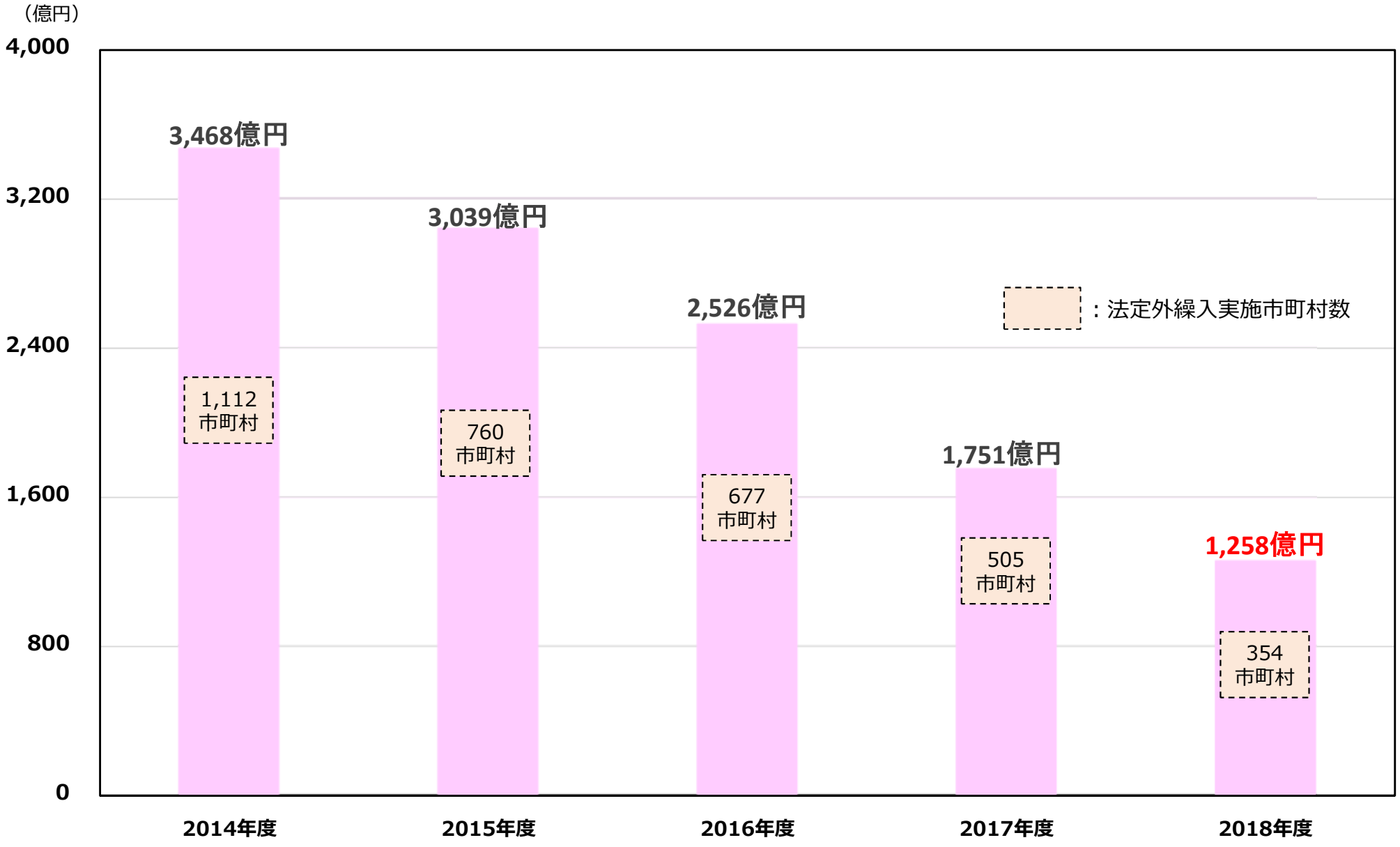
※　国・都道府県※※・市町村（保険料、交付を受けた当該市町村が負担することを基本）で１／３ずつ補填

○ 併せて、令和5年度末までの激変緩和措置を可能とするため、特例基金として300億円を積立。

※※　都道府県負担分は地方交付税措置の対象となる（地方財政法第11条の２）

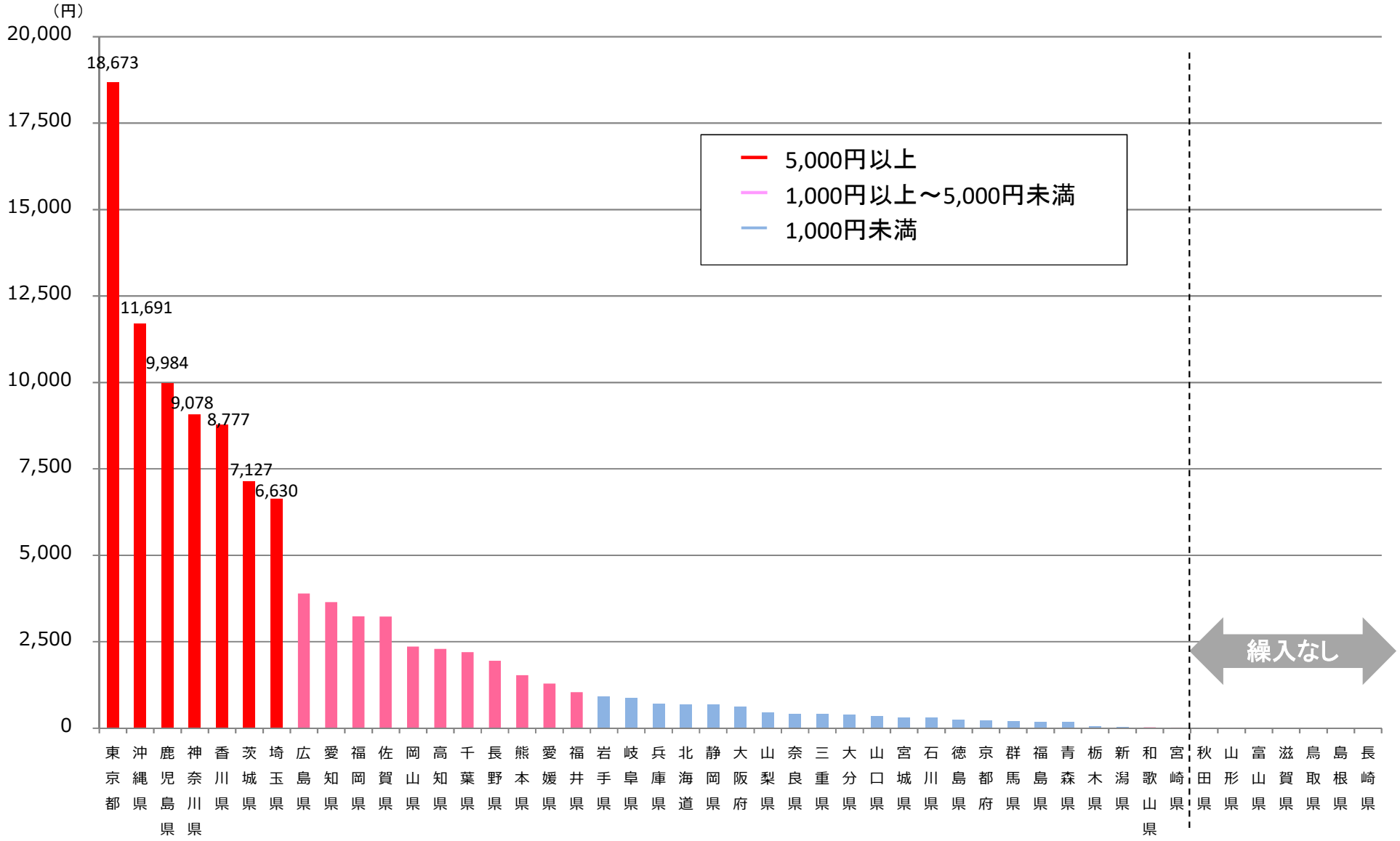


市町村の一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入の推移



（出典）厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

一人当たりの一般会計からの決算補填等目的の法定外繰入（平成３０年度）



（出典）国民健康保険事業年報

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

保険料水準の統一に向けた課題

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

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

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

①　医療費水準に関する課題

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

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

②　保険料算定方法に関する課題

- 保険料算定方式の統一化
- 賦課割合の統一化

都道府県と市町村との協議の場において、あるべき姿の議論が必要。

③　各市町村の取組に関する課題

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

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

国保運営方針の改定等に向けたガイドラインの見直しの方向性（ポイント）

○　都道府県は、安定的な財政運営や効率的な事業運営の確保のため、都道府県内の統一的な運営方針として国保運営方針を策定しており、令和2年度末に向けて、市町村と協議しつつ改定（又は中間見直し）を検討。

○　平成30年度改革が現在概ね順調に実施されていることを踏まえ、今後は国保の都道府県単位化の趣旨の深化を一層図ることが重要であり、都道府県における検討に資するよう、令和２年５月に、国のガイドラインについて見直しを実施。

国保運営方針策定要領

（法定外繰入等の解消を含めた財政運営の健全化）

○　法定外繰入等の計画的・段階的な解消の観点から、解消期限や解消に向けた実効的・具体的な手段が盛り込まれた**赤字解消計画の策定・実行の推進、市町村ごとの見える化**を追記

○　将来の歳出見込みも見据えた財政運営の観点から、**決算剰余金等の留保財源の基金への積立て**を追記

（都道府県内保険料水準の統一）

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

（重症化予防や一体的実施を始めとする医療費適正化等）

○　健保法等改正（R2.4施行）や保険者努力支援制度の抜本的な強化（R2年度）を踏まえ、**都道府県の保健事業支援**や、**市町村における高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施**を追記

○　「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の改定（H31.4）等を踏まえ、都道府県を中心とした**重症化予防の取組の推進**を追記

○　このほか、第2期データヘルス計画(令和2年度中間評価・見直し)との整合性の確保や、保険者協議会の活用を追記

納付金算定等ガイドライン

（保険者努力支援制度の抜本的な強化）

○　保険者努力支援制度の抜本的な強化（「事業費」として交付する部分を設け、「事業費に連動」して配分する部分と合わせて交付）に伴い、

- **「事業費部分」については、納付金の軽減財源から控除する**こと、
- **「事業費連動部分」については、当年度の保険給付費等交付金に充当し、結果として生じる剰余金を翌年度以降の調整財源に活用する**こと

をそれぞれ追記

（安定的な財政運営）

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

（都道府県内保険料水準の統一）

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

交付金ガイドライン

（保険者努力支援制度の抜本的な強化）

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

【参考】子どもに係る均等割保険料に関するこれまでの経緯

再掲

国民健康保険の見直しについて（国保基盤強化協議会　議論のとりまとめ（平成27年２月））

４．今後、更に検討を進めるべき事項

また、高齢化の進展等に伴い今後も医療費の伸びが見込まれる中、国保制度を所管する厚生労働省は、持続可能な国保制度の堅持に最終的な責任を有している。国民皆保険を支える国保の安定化を図ることはきわめて重要な課題であり、その在り方については、不断の検証を行うことが重要である。そして、その際には、地方からは子どもに係る均等割保険料の軽減措置の導入や地方単独事業に係る国庫負担調整措置の見直しといった提案も行われていることも踏まえ、そうした地方からの提案についても、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論していくこととする。

国保法等改正法　参議院附帯決議（平成27年５月）

一．国民健康保険について

２　国民健康保険の保険料負担については、低所得者対策として介護保険には境界層措置があることも参考に、その在り方について検討するとともに、子どもに係る均等割保険料の軽減措置について、地方創生の観点や地方からの提案も踏まえ、現行制度の趣旨や国保財政に与える影響等を考慮しながら、引き続き議論すること。

少子化社会対策大綱（令和２年５月29日閣議決定）（抄））

（子育てに関する経済的支援・教育費負担の軽減）

子育てや教育にかかる経済的負担の軽減を図るため、児童手当の支給、幼児教育・保育の無償化、低所得者世帯に対する高等教育の修学支援、子供の数に応じた国民健康保険料の負担軽減を行う地方公共団体への支援などを着実に実施する。

３．生涯現役で活躍できる社会づくり
（予防・健康づくりの強化）

①保険者努力支援制度等の着実な推進

保険者努力支援制度

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

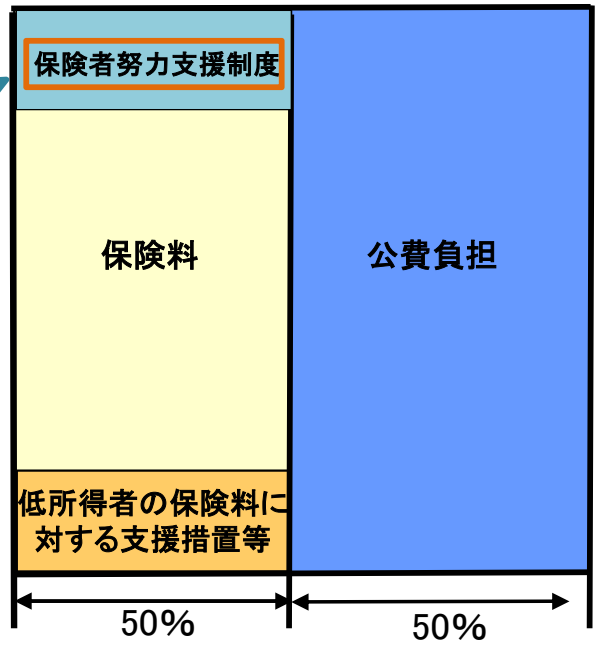
現状

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

市町村分　＜500億円程度＞
（指標の例）
・特定健診･特定保健指導の実施率
・メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

都道府県分　＜500億円程度＞
（指標の例）
・医療費適正化のアウトカム評価（医療費水準や医療費の変化）

国保財政の仕組み（イメージ）



抜本的強化

2020年度

①予防・健康インセンティブの強化
（例）
・　予防･健康づくりに関する評価指標（特定健診･保健指導、糖尿病等の重症化予防、個人インセンティブの提供、歯科健診、がん検診）について、配点割合を引き上げ

②成果指標の拡大
（例）
・糖尿病等の重症化予防について、アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点

2020年度の国保の保険者努力支援制度について

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

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

○　法定外繰入等についても、インセンティブ措置により、早期解消を図る。

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

○　予防・健康インセンティブの強化

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

・　特定健診・保健指導について、マイナス点を設定し、メリハリを強化（受診率が一定の値に満たない場合や2年連続で受診率が低下している場合）

○　成果指標の拡大等

【糖尿病等の重症化予防】

・　アウトカム指標（検査値の変化等）を用いて事業評価を実施している場合に加点【市指標 共③】

・　重症化予防のアウトカム指標を導入【県指標②】

【歯科健診】

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

【個人インセンティブ】

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

○　法定外繰入の解消等

・　都道府県指標に加え、市町村指標を新設【市指標 個⑥(ⅳ)・県指標③】

・　赤字解消計画の策定状況だけではなく、赤字解消計画の見える化や進捗状況等に応じた評価指標を設定

・　マイナス点を設定し、メリハリを強化（赤字市町村において、削減目標年次や削減予定額（率）等を定めた赤字解消計画が未策定である場合等）

令和３年度の保険者努力支援制度（全体像）

市町村分（500億円程度）

保険者共通の指標

指標① 特定健診･特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率
- ○特定健診受診率・特定保健指導実施率
- ○メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診･特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況
- ○がん検診受診率
- ○歯科健診受診率

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況
- ○重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防･健康づくりの取組の実施状況
- ○個人へのインセンティブの提供の実施
- ○個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況
- ○重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況
- ○後発医薬品の促進の取組・使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況
- ○保険料（税）収納率
  - ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況
- ○データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況
- ○医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケア推進・一体的実施の実施状況
- ○国保の視点からの地域包括ケア推進・一体的実施の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況
- ○第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況
- ○適切かつ健全な事業運営の実施状況
- ○法定外繰入の解消等

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

○主な市町村指標の都道府県単位評価(※)
- ・特定健診・特定保健指導の実施率
- ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
- ・個人インセンティブの提供
- ・後発医薬品の使用割合
- ・保険料収納率

※都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

○年齢調整後一人当たり医療費
- ・その水準が低い場合
- ・前年度(過去３年平均値)より一定程度改善した場合に評価

○重症化予防のマクロ的評価
- ・年齢調整後新規透析導入患者数が少ない場合

指標③ 都道府県の取組状況

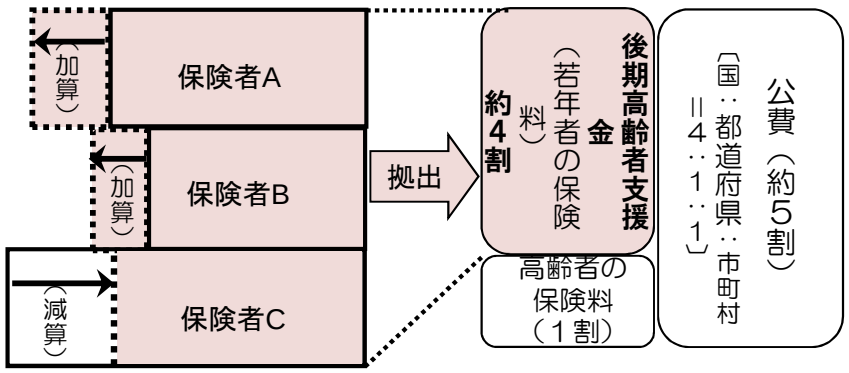
○都道府県の取組状況
- ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組　等）
- ・法定外繰入の解消等
- ・保険料水準の統一
- ・医療提供体制適正化の推進

後期高齢者支援金の加算・減算制度

○　平成18年の医療保険制度改正において、**各保険者の特定健診の実施率等により、当該保険者の後期高齢者支援金の額について一定程度加算又は減算を行う後期高齢者支援金の加算・減算制度を創設。**

○　2018年度以降、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、**特定健診・保健指導**や**予防・健康づくり**等に取り組む保険者に対する**インセンティブをより重視**する仕組みに見直し。

＜後期高齢者支援金の仕組み＞



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

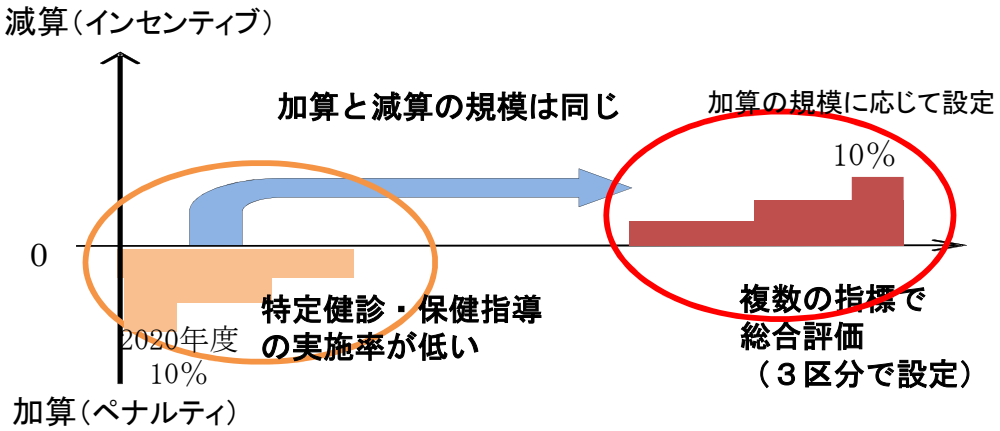
1．支援金の**加算（ペナルティ）**

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

2．支援金の**減算（インセンティブ）**　※減算の規模＝加算の規模

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

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



中間見直しの方向性（2021年度～）

■　**加算（ペナルティ）範囲の拡大**：健診受診率57.5%未満　⇒　70%未満（単一健保の場合）

■　**減算（インセンティブ）の評価基準見直し**：　①成果指標の拡大（がん精密検査受診率など）、②事業の効果検証の要件化
③適正服薬の取組を評価、④歯科健診等の評価点引き上げ　等

②疾病予防、重症化予防の推進

特定健康診査・特定保健指導について

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

特定健診 → **健診結果の情報提供**／**保健指導対象者の選定**／**医療機関への受診勧奨** → **特定保健指導**

- 初回面接
- 【動機付け支援】
- 【積極的支援】 ３か月以上：継続的な支援
- 実績評価

→ **国に報告**

＜特定健診の検査項目＞

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

＜特定保健指導の選定基準＞（※）服薬中の者は、特定保健指導の対象としない。

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

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

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

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

コラボヘルスとは

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

コラボヘルスの必要性

１．効果的・効率的な保健事業の推進

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

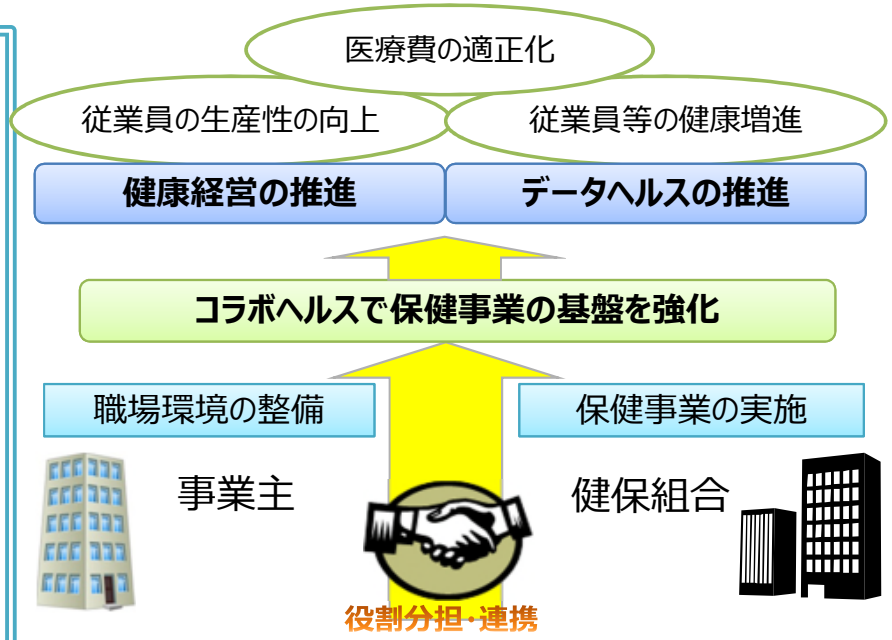
（例）就業時間中の保健事業参加の配慮（就業時間中に従業員が特定保健指導を受けられるよう事業主による配慮（出勤認定や特別休暇認定、実施場所の提供、勤務シフトの配慮等）等）

２．予防・健康づくりを実践しやすい職場環境の整備

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

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

（例）受動喫煙対策（事業主による敷地内禁煙や屋内完全禁煙の整備等）



これまでのコラボヘルスの推進策

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

■**日本健康会議にて保険者・事業主の連携強化を推進**
・「健康なまち・職場づくり宣言2020」において、保険者と企業が連携した健康宣言・健康経営の取組を推進

■**保険者インセンティブの見直し**
・健保組合の減算指標（インセンティブ）に「事業主との連携」に関する項目を新設

健康スコアリングレポートの概要

ポイント

■ 健康スコアリングレポートの概要

・各健保組合の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、**全健保組合平均や業態平均と比較したデータ**を見える化。

・2018年度より、**厚労省・経産省・日本健康会議の三者が連携**し、NDBデータから**保険者単位**のレポートを作成の上、**全健保組合及び国家公務員共済組合等に対して通知。** 2021年度からは、保険者単位のレポートに加え、**事業主単位**でも実施。

■ 健康スコアリングレポートの活用方法

・経営者に対し、保険者が自らのデータヘルス分析と併せて、スコアリングレポートの説明を行い、従業員等の健康状況について現状認識を持ってもらうことを想定。

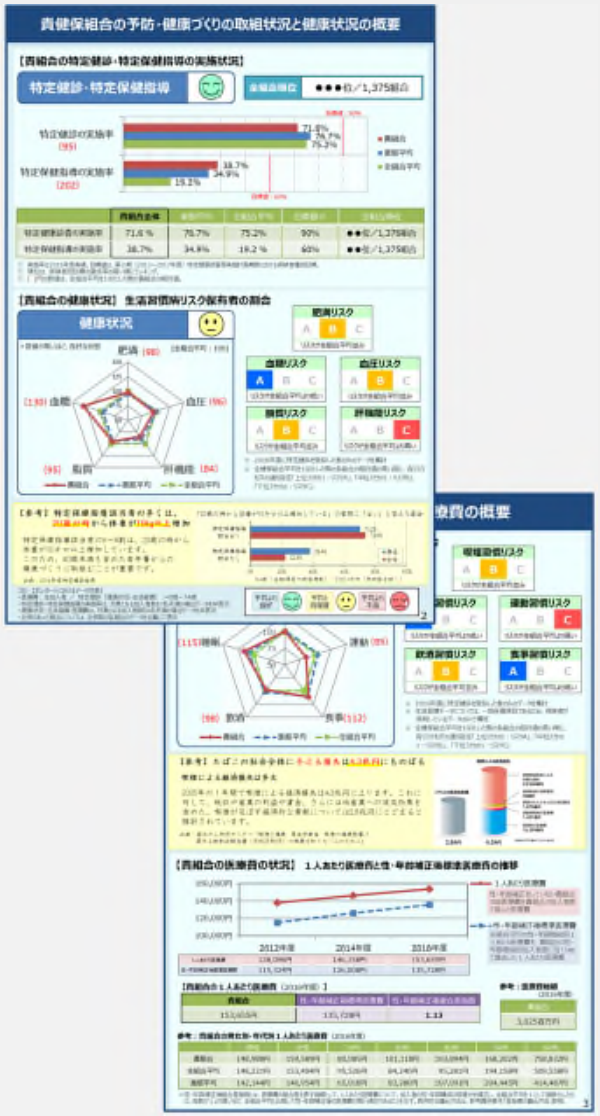
・その上で、企業と保険者が問題意識を共有し、**経営者のトップダウンによるコラボヘルス※の取組の活性化**を図る。

・レポートと併せて、企業・保険者の担当者向けに、経営者への説明のポイント等、レポートの見方や活用方法等を示した実践的な**「活用ガイドライン」**を送付。

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

※NDBデータ：レセプト（診療報酬明細書）及び特定健診等のデータ

【スコアリングレポートのイメージ】



糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

○人工透析は医療費年間総額1.62兆円を要するため、**人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の**重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題である。

○**平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」**及び**平成27年7月の日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」**※等において生活習慣病の重症化予防を推進することとされており、レセプトや健診データを効果的・効率的に活用した取組を全国に横展開することが必要である。

※かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を1,500市町村とする（2019年度より目標を800市町村から1,500市町村に上方修正）

横展開を推進

環境整備・ツール提供

○厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が**連携協定を締結**（平成28年３月）。

○国レベルで**「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定**（平成28年４月策定）。※平成31年4月改定。

○重症化予防WGとりまとめ**「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」及び事例集**を公表（平成29年７月）。

財政支援

○国保ヘルスアップ事業（市町村向け）

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

○都道府県国保ヘルスアップ支援事業（都道府県向け、平成30年度創設）

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

保険者努力支援制度における評価

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

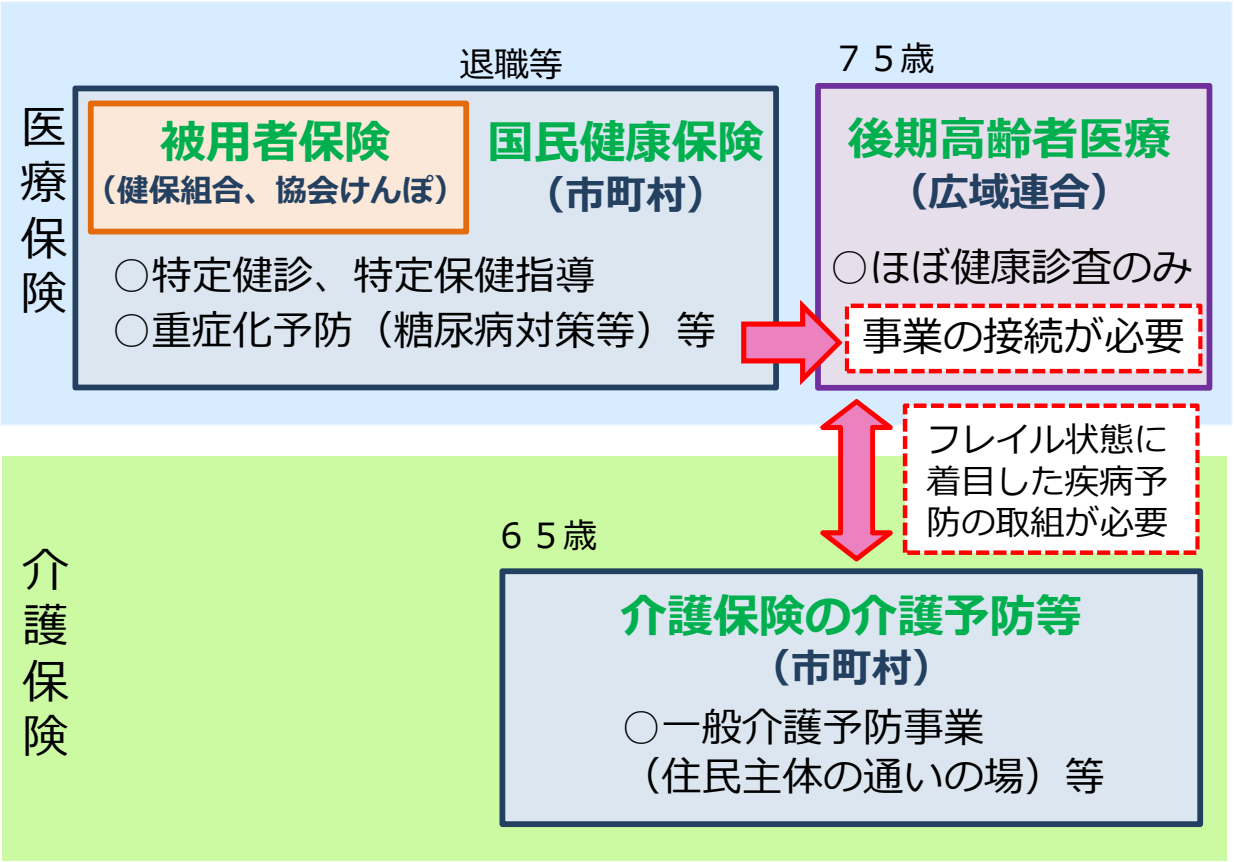
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

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

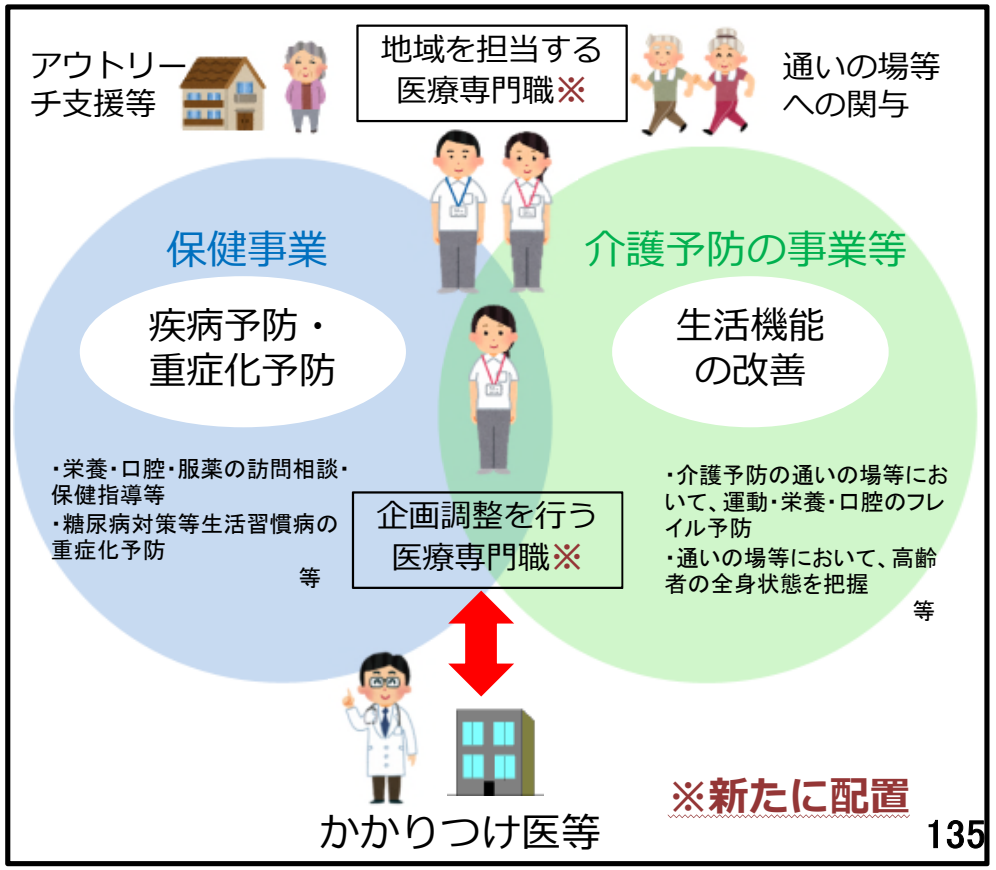
○ **令和2年度の実施計画申請済みの市町村は約３３０市町村、全体の約２割（R2.11現在）**

○ **令和６年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。**

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



後期高齢者医療の被保険者に係る歯科健診

令和３年度予算案７．０億円
（令和２年度予算額７．０億円）

概　要

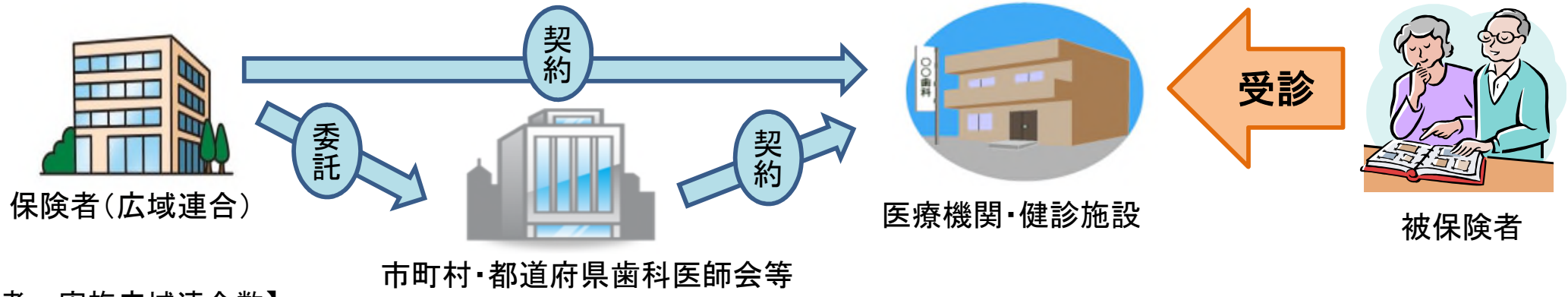
○　歯周病を起因とする細菌性心内膜炎・動脈硬化症等の悪化、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等を予防するため、歯・歯肉の状態や口腔機能の状態等をチェックする歯科健診を実施することとし、広域連合に対して国庫補助を行う。

※経済財政運営と改革の基本方針2020
　細菌性やウイルス性の疾患の予防という観点も含め、口腔の健康と全身の健康の関連性を更に検証し、エビデンスの国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診、フレイル対策・重症化予防にもつながる歯科医師、歯科衛生士による歯科口腔保健の充実、歯科医療専門職間、医科歯科、介護、障害福祉関係機関との連携を推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。

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

〈例：後期高齢者を対象とした歯科健診マニュアル〉
　咀嚼機能、舌・口唇機能、嚥下機能、口腔乾燥、歯の状態等（歯の状態、粘膜の異常、歯周組織の状況）

○　市町村や都道府県歯科医師会等への委託等により実施。



【参考：実施広域連合数】

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

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

令和３年度予算案：　１億円

○特定健診の結果、受診勧奨判定とされた加入者について、保険者がかかりつけ医等と連携し生活習慣病の重症化予防を図る必要があるものの、現状、かかりつけ医での診療と、特定保健指導をはじめとした医療保険者の取組との間で、連携する仕組みが乏しい。

○社会生活面の課題が生活習慣病の治療を困難にしている場合（※）もあるため、地域社会で行っている相談援助等も活用しながら社会生活面の課題解決に向けた取組みが重要である。

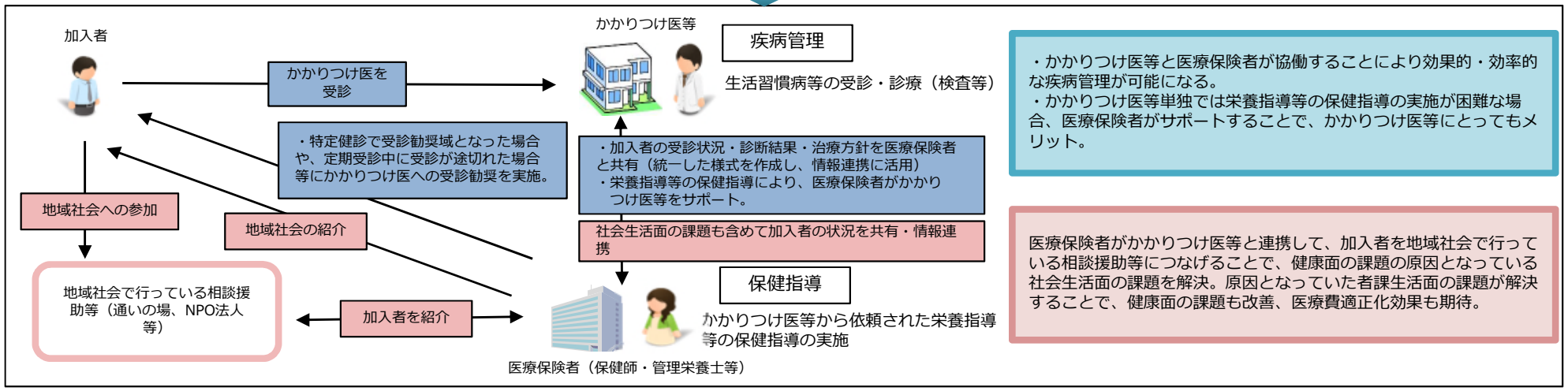
○そのため、保険者による受診勧奨を契機として、かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導の実施や地域社会で行っている相談援助等の活用を進めることで、加入者の健康面及び社会生活面の課題を解決するための取組みを推進する。

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

【現状】

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

【望ましい姿】



● スケジュール（案）

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

予防・健康づくりの推進　～保険者による保健事業の適切・有効な実施の促進策～

社会保障審議会
医療保険部会資料
（令和２年10月28日）一部改

現状と課題

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

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

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

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

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

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

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

課題解決に向けた対応案

［法令・指針による対応案］

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

○ 保険者の適切・有効な保健事業の実施を促進するため、以下の内容について必要な法改正を実施。

① 保険者は事業者等に40歳未満の者の事業主健診等結果も提供を求めることを可能とする（※）。（提供を求められた事業者等はこれを提供しなければならないこととする。）

※40歳未満の者の事業主健診等の結果の提供についても個人情報保護法上の本人同意を得る必要がなくなる

※併せて、後期高齢者医療広域連合と被用者保険者等間の健診等情報の提供についても法的枠組みの整備を行う

② 保険者は①で提供を受けた事業主健診等結果を活用し適切・有効に保健事業を行うこととする。

＊健保連・国保連についても保健事業の実施主体となり得るため上記同様に情報の提供と活用に係る仕組みを設ける。

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

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

［通知による対応案］

（３）事業主健診の血糖検査の取扱いの見直し　【課題②への対応】

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

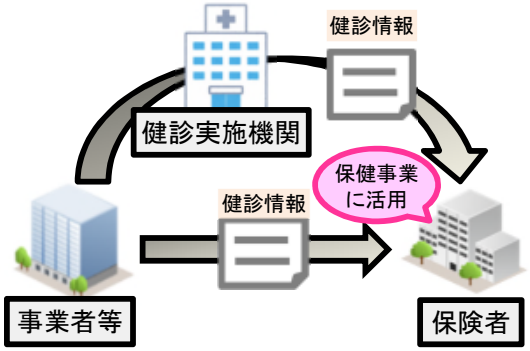
（４）事業者と健診実施機関の契約書のひな形の作成　【課題②への対応】

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

（５）事業主健診時における保険者番号等の活用促進　【課題②への対応】

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

これらにより健診結果の提供を促進



メリット・効果

①データヘルスの推進

⇒加入者の状況に応じた効率的・効果的な保健事業が可能になる。

②コラボヘルスの促進

⇒保険者と事業者等の積極的連携による予防・健康づくりの推進につながる。

③マイナポ等での健診結果の閲覧

⇒事業主健診等の結果をマイナポータル等で閲覧できるようになる。

保健事業を行う上で活用すべき情報の提供を求める根拠規定の有無

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

○　また、保険者は、保健事業を行うに当たっては「医療保険等関連情報」を活用し、適切かつ有効に行うこととされている。

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

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

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

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

④エビデンスに基づく予防・健康づくりの推進

令和３年度予算案： 4.5億円
（令和２年度予算額：2.9億）

予防・健康づくりに関する大規模実証事業の実施

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

● 実証事業の内容（予定）

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

（●：厚生労働省、○：経済産業省）

● 全体スケジュール（案）

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

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用

実証事業の進捗等を管理（プラットフォーム事業）

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

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

個別の実証事業について（保険局分）

● 特定健診・保健指導の効果的な実施方法に係る実証事業

特定健診・保健指導は、施行（2008年度）から10年経過し、目標（特定健診70%以上、特定保健指導45%以上（2023年度）とは依然乖離がある（それぞれ54.7%、23.2%（2018年度））ものの、実施率は着実に向上し、保険者ごとに様々取組が進んでいる。健康寿命の延伸を目指す中で、より健康増進効果等がある特定健診・保健指導の取組はどのようなものかについて、検証する。

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	・生活習慣病予防に関連する文献レビュー・保険者の取組についての調査を行い、現状のエビデンスについて整理。 ・NDB等の既存データベースでの分析。 ・事業対象者、介入手法、アウトカム等の分析デザインを検討。 ・（文献レビューと分析デザインの検討を踏まえた）実証フィールドの選定。 ・試行的なデータ収集。	・分析デザインに沿って実証フィールドでのデータ（介入実施の有無や状態の変化等のアウトカムデータ等）収集を実施	・データ収集を継続 ・分析用データの作成 ・データ分析・評価：第三者の視点も加えて実施	・2024年度（医療費適正化計画第４期の開始年度）からの特定健診等基本指針、運用等に反映

● 重症化予防プログラムの効果検証事業

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

（実証スケジュール（案））

2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度～2025年度
実証事業の枠組みを検討	実証の実施（実施～評価まで）			結果を踏まえ、保険者等による予防健康事業等への活用
・実証事業全体のスキームにおける位置づけを検討	・既存の研究事業の効果検証の結果を踏まえ、実証事業に反映 ・実証フィールドの検証（市町村など100保険者）	・実証フィールド（100保険者）での実施 ・病期別の介入とデータ収集	・実証フィールド（100保険者）での実施 ・実証分析・評価：第三者の視点も加えて実施	・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等への反映を検討

医療保険制度改革に係る財政影響の全体像

医療保険制度改革の財政影響

（2022年度：満年度ベース）

	給付費	保険料		公費		
			事業主負担分		国	地方
高齢者の窓口負担の見直し	▲1,880億円	▲820億円	▲300億円	▲1,060億円	▲690億円	▲370億円
一定以上所得者の２割負担	▲2,480億円	▲1,080億円	▲390億円	▲1,400億円	▲910億円	▲490億円
配慮措置の新設	600億円	260億円	90億円	340億円	220億円	120億円
傷病手当金の支給期間の通算化	70億円	60億円	30億円	6億円	6億円	-
子どもの均等割の軽減	-	▲90億円	-	90億円	40億円	40億円
合計	▲1,820億円	▲850億円	▲260億円	▲970億円	▲640億円	▲330億円

※1　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※2　2021年度予算案ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※3　高齢者の窓口負担の見直しに係る公費▲1,060億円は、後期高齢者の給付等に係る公費▲980億円と、国民健康保険等の後期高齢者支援金に係る公費▲80億円の計である。
また、保険料▲820億円は、後期高齢者が負担する保険料▲180億円と、現役世代が負担する保険料▲640億円（後期高齢者支援金▲720億円からこれに係る公費▲80億円を控除したもの）の計である。

医療保険制度改革の財政影響（制度別）

医療保険制度改革（高齢者の窓口負担の見直し、傷病手当金の支給期間の通算化、子どもの均等割の軽減）に係る財政影響を制度別に見たもの。

（2022年度：満年度ベース）

	給付費	保険料		公費		
			事業主負担分		国	地方
合計	▲1,820億円	▲850億円	▲260億円	▲970億円	▲640億円	▲330億円
協会けんぽ	40億円	▲220億円	▲110億円	6億円	6億円	-
健保組合	30億円	▲210億円	▲110億円	-	-	-
共済組合等	0億円	▲80億円	▲40億円	-	-	-
国民健康保険	-	▲150億円	-	6億円	▲20億円	20億円
後期高齢者	▲1,880億円	▲180億円	-	▲980億円	▲630億円	▲350億円

※1　本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
※2　2021年度予算案ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。
※3　高齢者の窓口負担の見直しに係る公費には、後期高齢者の給付等に係る公費の他、国民健康保険等の後期高齢者支援金に係る公費▲80億円を含む。
※4　「協会けんぽ」の欄には日雇特例を含む。「共済組合等」の欄には船員保険を含む。「国民健康保険」は市町村国保と国保組合の合計。

関係文書抜粋

経済財政運営と改革の基本方針2019
～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～（抄）

（令和元年６月21日 閣議決定）

２．経済・財政一体改革の推進等

（２）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（基本的な考え方）

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

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

（給付と負担の見直しに向けて）

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

経済財政運営と改革の基本方針2020
～ 危機の克服、そして新しい未来へ ～（抄）

（令和２年７月17日 閣議決定）

４．「新たな日常」を支える包摂的な社会の実現

（１）「新たな日常」に向けた社会保障の構築

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

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

全世代型社会保障改革の方針（令和2年12月15日閣議決定）（抄）

第1章　はじめに

1．これまでの検討経緯

政府は、昨年９月に全世代型社会保障検討会議（以下「検討会議」という。）を設置し、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護、少子化対策など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

検討会議は昨年12月に第１回目の中間報告（以下「第１次中間報告」という。）を行った。当該中間報告に基づき、第201回国会では労働や年金分野等で所要の改革が実現した。本年６月には第２回目の中間報告を行い、医療について、第１次中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、本年末の最終報告において取りまとめることとした。

本年９月の菅内閣の発足後、検討会議の検討を再開し、10月15日に少子化対策、11月24日に医療改革について議論を行った。

これまでの検討会議の検討や与党の意見を踏まえ、全世代型社会保障改革の方針を定める。

2．全世代型社会保障改革の基本的考え方

菅内閣が目指す社会像は、「自助・共助・公助」そして「絆」である。まずは自分でやってみる。そうした国民の創意工夫を大事にしながら、家族や地域で互いに支え合う。そして、最後は国が守ってくれる、セーフティネットがしっかりとある、そのような社会を目指している。

社会保障制度についても、まずは、国民１人１人が、仕事でも、地域でも、その個性を発揮して活躍できる社会を創っていく。その上で、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割を踏まえて、社会保障各制度の見直しを行うことを通じて、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいく。

まず、我が国の未来を担うのは子供たちである。長年の課題である少子化対策を大きく前に進めるため、本方針において、不妊治療への保険適用の早急な実現、待機児童の解消に向けた新たな計画の策定、男性の育児休業の取得促進といった少子化対策をトータルな形で示す。

一方、令和４年（2022年）には、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり始める中で、現役世代の負担上昇を抑えることは待ったなしの課題である。そのためにも、少しでも多くの方に「支える側」として活躍いただき、能力に応じた負担をいただくことが必要である。このため、本方針において高齢者医療の見直しの方針を示す。

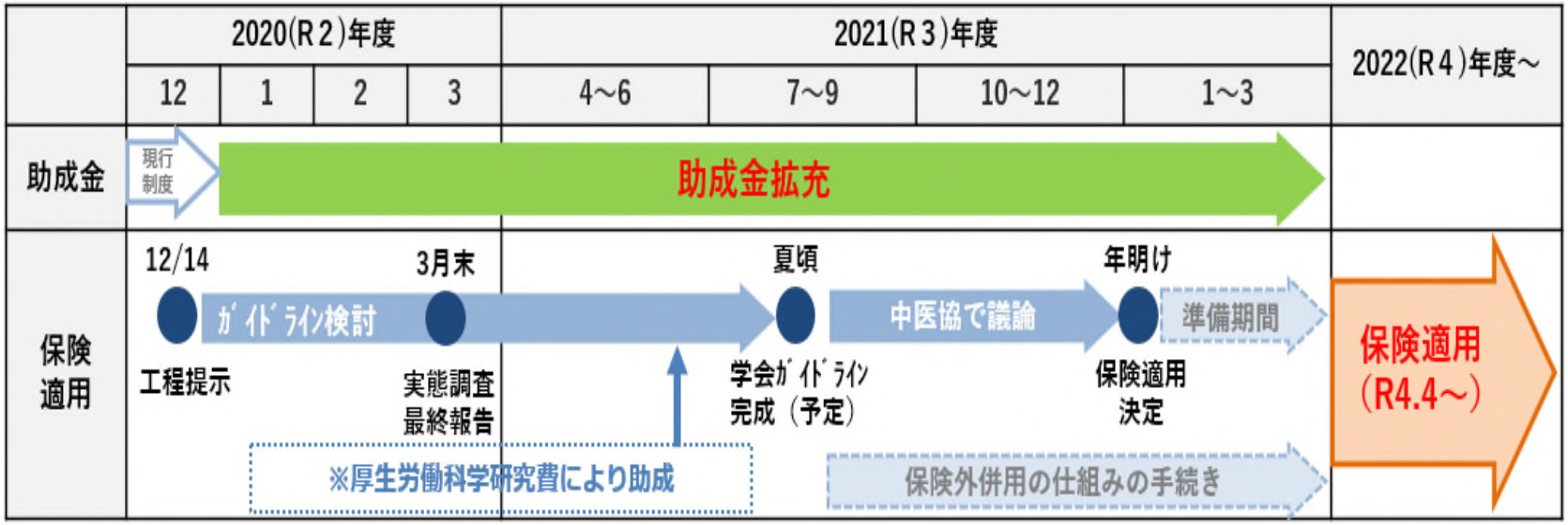
このような改革に取り組むことで、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を更に前に進めていく。

第2章　少子化対策

1．不妊治療への保険適用等

子供を持ちたいという方々の気持ちに寄り添い、不妊治療への保険適用を早急に実現する。具体的には、令和3年度（2021年度）中に詳細を決定し、令和4年度（2022年度）当初から保険適用を実施することとし、工程表に基づき、保険適用までの作業を進める。保険適用までの間、現行の不妊治療の助成制度について、所得制限の撤廃や助成額の増額（1回30万円）等、対象拡大を前提に大幅な拡充を行い、経済的負担の軽減を図る。また、不育症の検査やがん治療に伴う不妊についても、新たな支援を行う。（略）

＜工程表＞



第3章　医療

少子高齢化が急速に進む中、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代の方々が安心できる社会保障制度を構築し、次の世代に引き継いでいくことは、我々の世代の責任である。こうした観点から、以下の取組を進める。

2．後期高齢者の自己負担割合の在り方

第１次中間報告では、「医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。」とされた上で、「後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。」とされたところである。

少子高齢化が進み、令和４年度（2022年度）以降、団塊の世代が後期高齢者となり始めることで、後期高齢者支援金の急増が見込まれる中で、若い世代は貯蓄も少なく住居費・教育費等の他の支出の負担も大きいという事情に鑑みると、負担能力のある方に可能な範囲でご負担いただくことにより、後期高齢者支援金の負担を軽減し、若い世代の保険料負担の上昇を少しでも減らしていくことが、今、最も重要な課題である。

その場合にあっても、何よりも優先すべきは、有病率の高い高齢者に必要な医療が確保されることであり、他の世代と比べて、高い医療費、低い収入といった後期高齢者の生活実態を踏まえつつ、自己負担割合の見直しにより必要な受診が抑制されるといった事態が生じないようにすることが不可欠である。

今回の改革においては、これらを総合的に勘案し、後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても課税所得が28万円以上（所得上位30%[2]）かつ年収200万円以上（単身世帯の場合。複数世帯の場合は、後期高齢者の年収合計が320万円以上）の方に限って、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方は1割とする。

今回の改革の施行時期については、施行に要する準備期間等も考慮し、令和４年度（2022年度）後半までの間[3]で、政令で定めることとする。

また、施行に当たっては、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後３年間、１月分の負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入する。

「1.」及び「2.」について、令和３年（2021年）の通常国会に必要な法案の提出を図る。

2 現役並み所得者を除くと23%

3令和４年(2022年)10月から令和５年(2023年)３月までの各月の初日を想定。

第3章　医療

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

第1次中間報告では、「外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する」とする方向性を示したところである。

現在、特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院について、紹介状なしで外来受診した場合に定額負担（初診5,000円）を求めているが、医療提供体制の改革において、地域の実情に応じて明確化される「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち一般病床200床以上の病院にも対象範囲を拡大する。

また、より外来機能の分化の実効性が上がるよう、保険給付の範囲から一定額（例：初診の場合、2,000円程度）を控除し、それと同額以上の定額負担を追加的に求めるよう仕組みを拡充する。

＜対象範囲拡大のイメージ＞

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

第4章　終わりに

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目なく全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」の考え方は、今後とも社会保障改革の基本であるべきである。本方針を速やかに実施するとともに、今後そのフォローアップを行いつつ、持続可能な社会保障制度の確立を図るため、総合的な検討を進め、更なる改革を推進する。

全世代型社会保障検討会議　第２次中間報告（令和2年6月25日）（抄）

第1章　はじめに

１．これまでの検討経緯

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

〇医療

（1）医療提供体制の改革

（2）大きなリスクをしっかり支えられる公的保険制度の在り方

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

本年末の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

第2章　昨年の中間報告以降の検討結果

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

４．医療

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

５．少子化対策

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

（2）妊娠・出産への支援

①不妊治療に係る経済的負担の軽減

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

６．新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた社会保障の新たな課題

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

（1）感染拡大防止に配慮した医療・介護・福祉サービスの提供等

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

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

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

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

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

（2）感染症への対応の視点も含めた医療提供体制の整備

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

（5）エビデンスに基づく予防・健康づくりの促進

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

第1章　基本的考え方

（1）はじめに

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

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

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

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

（4）今後の改革の視点

（現役世代の負担上昇の抑制）

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

（全ての世代が公平に支える社会保障）

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

第2章　各分野の具体的方向性

３．医療

（２）大きなリスクをしっかり支えられる公的保険制度の在り方

①後期高齢者の自己負担割合の在り方

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

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

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

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

第2章　各分野の具体的方向性

３．医療

（２）大きなリスクをしっかり支えられる公的保険制度の在り方

②大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

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

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

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

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

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

第2章　各分野の具体的方向性

4．予防・介護

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

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

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

（1）保険者努力支援制度の抜本強化

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

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

（3）エビデンスに基づく政策の促進

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

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

第3章　来年夏の最終報告に向けた検討の進め方

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

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

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

また、世論調査等を通じて、国民の不安の実態把握を進める。

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

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

新経済・財政再生計画　改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

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

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

新経済・財政再生計画　改革工程表2019（抄）
（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

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

不妊治療の保険適用に係る政府方針

少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）（抄）

（不妊治療等への支援）

○　**不妊治療に係る経済的負担の軽減等**

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

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

菅内閣の基本方針（令和２年９月１６日閣議決定）（抄）

４．少子化に対処し安心の社会保障を構築

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