

厚生労働省の各審議会等の検討状況について

※7月以降の検討状況を記載(12月5日現在)

会議名	議論開始日	直近の開催日	開催回数	資料名	備考
子ども・子育て新システム検討会議作業グループWT	10月18日 (22年9月より議論開始)	12月6日	32回 (うち7月以降は3回)	7月に中間とりまとめ。少子化社会対策会議決定。①	内閣府を中心に、関係府省で検討
医療部会	7月6日 (22年10月より議論開始)	12月1日	13回 (うち7月以降は6回)	これまでの議論を踏まえた医療提供体制の改革に関する意見について②	診療報酬改定の基本方針は、12月1日に決定
医療保険部会	7月21日	12月5日	8回	議論の整理(案)③	診療報酬改定の基本方針は、12月1日に決定
介護保険部会	10月13日	11月24日	4回	社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理④	
介護給付費分科会	7月28日 (23年2月より議論開始)	12月5日	17回 (うち7月以降は11回)	平成24年度介護報酬改定に関する審議報告(案)⑤	
年金部会	8月26日	12月1日	7回	社会保障審議会年金部会におけるこれまでの議論の整理(骨子案)⑥	
短時間労働者への社会保険適用等に関する特別部会	9月1日	11月30日	9回	これまでの議論の整理(案)⑦	

社会保障審議会

	会議名	議論開始日	直近の開催日	開催回数	資料名	備考
労働政策審議会	雇用対策基本問題部会	9月12日	11月22日	4回	これまでの議論の整理⑧	
	雇用保険部会	9月28日	11月18日	3回	雇用保険の財政運営に関する論点⑨	
	労働条件分科会	7月21日 (平成22年10月より議論開始)	12月5日	14回 (うち7月以降は6回)	—	
	雇用均等分科会	9月27日	11月28日	4回	検討項目(案)⑩	
	難病対策委員会	9月13日	12月1日	6回	今後の難病対策の検討に当たって(中間的な整理)⑪	
厚生科学審議会						

※生活保護制度に関する国と地方の協議においても、これまで、5月30日以降事務レベルの会合含め9回開催(直近の開催日は11月21日)。

※国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議においても、これまで、2月25日以降事務レベルのワーキンググループを計7回開催(直近の開催日は12月1日)。10月24日には政務レベルの協議を開催。

※本資料は、12月5日時点の検討状況を取りまとめたものであり、今後、引き続き各審議会等において検討が進められる。

議論の整理

平成 23 年 12 月 6 日
社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療保険部会は、「社会保障・税一体改革成案」（平成 23 年 6 月 30 日政府・与党社会保障検討本部決定。以下「成案」という。）を受けて、本年 7 月 21 日以降、成案の具体化に向けて審議を重ねてきた。以下、当部会におけるこの間の議論を整理する。

1. 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化

- 成案には、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等が盛り込まれており、これを着実に実現していく必要がある。平成 24 年度の診療報酬・介護報酬の同時改定はこの実現に向けた第一歩とすべく、「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」を医療部会とともに取りまとめた。
- 来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「平成 24 年度診療報酬改定の基本方針」に盛り込まれた「将来を見据えた課題」について関係審議会で議論を重ねていく。

2. 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

- 近年、医療の高度化により、がんの患者など長期にわたって高額な医療を受ける方が増えており、これらの方の負担を軽減し、医療保険のセーフティネット機能の強化が求められている。
- 現在の高額療養費制度は、70 歳未満の一般所得者の所得区分の年収の幅が大きい（年収約 210 万～790 万円）ため、低所得層の負担が重くなっている。また、自己負担上限額が月単位で設定されているため、自己負担上限額は超えない水準の負担で、長期にわたって療養される方の負担が軽減されない場合がある。

- これらの課題に対応するため、自己負担上限額を細分化し、中低所得層の負担を重点的に軽減するとともに、年単位で新たに上限額を設定する改善案について検討を行った。
- 高額療養費の改善の必要性については、異論がなかったが、財源をどのように賄うかについては、意見が分かれた。
- 高額療養費の改善については、昨年度の当部会でも議論したが、保険財政が厳しい中、更に高額療養費の改善による給付費の増加を保険料の引き上げで賄うことは困難である等の意見があり、改善は見送られたという経緯がある。
- 今年度の検討においては、6月に取りまとめられた成案で、セーフティネット機能の強化と給付の重点化を併せて実施する観点から、「高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。」とされたことを踏まえ、高額療養費改善の財源として、外来受診時に100円（低所得者は50円）の受診時定額負担について議論を行った。
- 受診時定額負担については、①患者だけが負担するのではなく、健康な人も含めて保険料や公費で広く負担すべき、②受診抑制により病状が悪化するおそれがある等の理由から、導入に反対の意見があった。
- 一方で、①医療費は保険料・公費・自己負担の組み合わせで確保する必要があるが、保険財政の現状を考えると、高額療養費の改善を保険料の引き上げで賄うのは困難、②財源を保険料に求める場合、負担の大部分が若年者に転嫁される等の理由から、受診時定額負担も一つの選択肢との意見もあった。
- また、保険者ごとの財政影響が異なることを踏まえた議論を行う必要がある、財源の問題は理解するが、高額な医療を受ける患者は大変困っており高額療養費の改善は早急に実施して欲しいという意見もあった。
- なお、成案では「病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討」とされており、大病院での外来の受診時のみ定額負担を求めることについても検討を行ったが、これにより高額療養費の改善に必要な財源を賄うべきとの意見はなかった。

- 高額療養費の改善により、長期にわたって療養される方の負担を軽減することは喫緊の課題であり、財源の確保とあわせてさらに検討を進める必要がある。

3. 市町村国保の財政基盤の安定化・強化・広域化

- 市町村国保は、被用者保険と比べて、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所得に占める保険料負担が重い、④保険料収納率が低いという構造的な問題を抱えている。このため、市町村が多額の一般会計繰入を行うなど、市町村財政にとっても大きな負担となっている。
- また、市町村合併後も、財政運営が不安定になるリスクの高い小規模保険者が依然として多数存在しているほか、医療費や所得、保険料の市町村格差が大きく、所在する市町村によって保険料が異なることに対する不公平感もある。
- こうした市町村国保の構造的な問題に対応するため、低所得者保険料軽減の拡充や所得水準の低い保険者に対する支援の拡充等の財政基盤の強化を行うとともに、財政運営を都道府県単位に広域化することにより、財政基盤の安定化を図ることが必要である。
- 今年2月から開催されている「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、市町村国保の財政基盤強化策及び財政運営の都道府県単位化の具体的内容については、引き続き協議を行った上で、税制抜本改革とともに、制度見直しを行う。

(注) 成案の別紙2「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」において、「併せて検討」とされている「被用者保険の適用拡大」については、現在、「短時間労働者に対する社会保険適用等に関する特別部会」において議論されている。

4. 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度の見直しについては、高齢者医療制度改革会議において平成 22 年 12 月に最終とりまとめが行われたが、成案において、「高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、高齢世代・若年世代にとって公平で納得のいく負担の仕組み、支援金の総報酬割導入、自己負担割合の見直しなど」を行うとされていることを踏まえ、検討を行った。

- 高齢者医療制度の見直しは、市町村国保の都道府県単位化を含め、最終とりまとめにおいて示された方針に沿って着実にやっていくべきとの意見があった。
- 他方、最終とりまとめに沿って後期高齢者医療制度を廃止しても、運営上の年齢区分は残ること、高齢者間に新たな不公平が発生すること等の問題がある、同制度は既に定着しており、拙速に新制度に移行して混乱を招くことがないよう、現行制度の改善により安定的な運営に努めるべきとの意見があった。
- 後期高齢者医療制度の先行きに関する被保険者や現場の不安を解消するため、可能な限り速やかに将来に向けた方針が示され、十分な準備期間をもって迅速に実行される必要があるとの意見があった。
- 高齢者医療に関する国民の理解を得ていくため、また、現役世代による負担の増大を抑制するため、後期高齢者医療制度や前期高齢者の財政調整に対する公費拡充が必要であるとの意見が大勢を占めた。
- 後期高齢者支援金については、被用者保険における負担の公平の見地から、また、協会けんぽに対する緊急的な措置として、全面総報酬割を早急に実施すべきとの意見があった。他方、総報酬割は高齢者医療制度の見直し全体の中で行うべきであり、これのみを抜き出して実施することは不適當との意見があった。
- 70～74 歳の方の患者負担割合については、現行法上、2 割負担と法定されている中で、毎年度約 2000 億円の予算措置を講ずることにより、1 割負担に凍結されているところ、最終とりまとめにおいて、個々人の負担が増加しないよう配慮するとともに、現役世代の保険料負担の増加にも配慮し、70 歳に到達する方から段階的に本来の 2 割負担とする旨が提案されていることを踏まえ、議論を行った。

- 70～74 歳の患者負担については、世代間で不公平が生じている状況を踏まえ、法律上 2 割負担とされていることを尊重する観点からも、速やかに法定割合に戻すことが適当とする意見が多かった。なお、一部の委員からは、日本の患者負担割合は国際的に見て高水準にある中で、患者負担割合は 1 割のままとすべきとの意見もあった。
- 最終とりまとめに盛り込まれている後期高齢者負担率の見直しは、高齢者の負担を軽減する一方で、現役世代にとっては負担増であることから、これを実施する場合には、現役世代への経済的支援をあわせて行うべきとの意見があった。
- 前期高齢者納付金の算定上、保険者の負担が過大にならないように設けられている前期高齢者加入率の下限を引き下げるべきとの意見があった一方、その見直しを行うのであれば、高齢者医療制度の見直し全体の中で検討すべきとの意見があった。

5. 協会けんぽの財政健全化の取組

協会けんぽについては、リーマンショックによる被保険者の報酬の下落等による財政悪化を受け、平成 24 年度末までの間、被用者保険における後期高齢者支援金の 3 分の 1 を、総報酬割とするとともに、国庫負担割合を 13% から 16.4% に引き上げる等の特例措置を講じている。

しかしながら、平成 21 年度から 3 年連続で保険料率が上昇しており、平成 24 年度には 10% を超える見込みであり、健保組合との保険料率の乖離が急速に拡大している。

- 協会けんぽの財政悪化が進む中、被用者保険における後期高齢者支援金の全面総報酬割を早急に実施するとともに、協会けんぽへの国庫負担割合を健康保険法本則に規定された上限割合である 20% に引き上げるべきとの意見があった。
- 他方、総報酬割の拡大は、前期高齢者の財政調整への公費投入とあわせて行うべきである、協会けんぽと健保組合との所得格差に起因する保険料率の格差の是正のための財源は、健保組合等に肩代わりさせるべきではないとの意見があった。
- 協会けんぽの財政運営は、単年度の収支ではなく複数年度で均衡させる中期財政運営の考え方を導入すべきとの意見があった。

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

医療費は増大する一方で、厳しい経済情勢を反映し、保険財政は非常に厳しい現状にある。また、今後は、更なる高齢化の進展、医療の高度化、医療提供体制の機能強化等により、医療費が増加することが見込まれている。

このような中、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な医療保険制度とするためには、必要な機能の充実を図りつつ、給付の重点化・制度運営の効率化も併せて行っていくことが必要である。

成案においても、このような観点から、重点化・効率化を同時に実施することとされており、受診時定額負担のほか、次のような項目が盛り込まれており、議論を行った。

このほか、行政刷新会議等においても、給付の重点化・制度運営の効率化に関する施策が求められている。

(医薬品の患者負担)

- 市販医薬品の価格水準を考慮して医薬品の患者負担を見直すとの考え方については、診療報酬体系が複雑化するおそれがあるといった意見や過度な患者負担を求めるべきでないといった意見があった。また、市販医薬品については、消費者が自ら選択して服薬するものであり、医師の処方による医療用医薬品とは性質が異なることや、使用方法が異なるものの負担を比較することは困難であるという意見もあった。

(後発医薬品の使用促進)

- 平成 24 年度に後発医薬品のシェアを 30%とするとの目標の下に、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保など、総合的な使用促進を図る。
- 行政刷新会議の「政策提言型仕分け」において出された、先発品と後発品の差額の一部を患者負担とするとの考え方については、過度な患者負担を求めるべきでないといった意見があった。

(入院時の食費・居住費)

- 入院時の食費・居住費については、①入院時の食事管理は治療の一環であり、通常の食事とは区別して考えるべき、②居住費の負担が入院前の住居との二重の負担にならないようにすべき、等の理由から、見直しに慎重な意見が大勢を占めた。なお、一部の委員からは、事業仕分けの考え方に

基づき見直しを進めるべきとの意見もあった。

（現金給付（傷病手当金）の見直し）

- 傷病手当金について、不正請求防止の観点等から、①支給上限額の設定や、②標準報酬の平均額に基づき支給額を決定すべきとの意見があったが、これらについては、保険料負担に応じた給付という傷病手当金の基本的な考え方や実務のコストの面から問題との意見があった。
- また、不正請求の防止に加え、保険者機能の強化の観点から、事業主への質問・調査権限の法律上の明確化を検討すべきである。

（生活習慣病予防）

- 特定健診・保健指導について、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」での議論や制度導入からこれまでの実績を踏まえ、その在り方を検討し、引き続き生活習慣病を予防する取組を推進する。

（ICT利活用の推進、レセプト審査の質の向上・業務の効率化）

- 本年4月に電子レセプトによる請求が原則化されたが、今後もレセプト電子化が猶予されている医療機関について電子レセプトへの移行を勧奨するなど、更なるレセプトの電子化を推進することにより、レセプト審査の質の向上・業務の効率化を図る。

（保険者による適正受診の勧奨等の保険者機能の発揮）

- 保険者による被保険者に対する受診勧奨や頻回・重複受診への指導、重症化予防などの取組など保険者機能の発揮による制度運営の効率化等を推進する。

（療養費の見直し）

- 柔道整復等の療養費について、審査体制の強化などその適正な支給を求める意見が多かったこと、会計検査院等からも指摘を受けていること、療養費は国民医療費の伸びを近年上回って増加している現状などを踏まえ、平成24年療養費改定において適正化するとともに、関係者による検討会を設け、中・長期的な視点に立って、柔道整復療養費等の在り方の見直しを行う。

(医療費適正化計画)

- 以上の取組のほか、国及び都道府県は、特定健診・保健指導の実施による国民の健康の保持の推進と平均在院日数の短縮等による医療の効率的な提供の推進を柱とする医療費適正化計画を策定し、医療費の適正化を図っている。このうち、医療の効率的な提供の推進については、療養病床に係る目標を凍結したことや、成案において新たな医療提供体制の方向性が示されたことも踏まえ、平成 25 年度からの新たな計画期間における目標の在り方等を検討し、引き続き医療費の適正化を推進する。

(国保組合の補助率の見直し)

- 3 大臣合意（平成 22 年 12 月 17 日、国家戦略担当大臣・財務大臣・厚生労働大臣）を踏まえ、保険者間の公平を確保する観点から、所得水準の高い国民健康保険組合（以下「国保組合」という。）に対する国庫補助の見直しを行う。
- なお、所得水準の高い国保組合についても、国庫補助を完全に廃止することは財政運営への影響が大きい、国庫補助を廃止した場合には、保険料の上昇により加入者が脱退し、国保組合の解散等の可能性もあることから財政影響について精査する必要がある、という意見もあった。

以上のほか、短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大、産休期間中の保険料免除といった年金改革とともに進めていくべき課題もある。当部会として意見の隔たりがあった点もあるが、社会保障・税一体改革は喫緊の課題であり、厚生労働省においては、当部会における種々の意見に十分に留意しつつ、改革を進められたい。

診療報酬・介護報酬改定等について

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

1. 診療報酬改定

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

(1) 診療報酬改定（本体）

改定率 +1.38%

各科改定率 医科 +1.55%

歯科 +1.70%

調剤 +0.46%

（重点項目）

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

(2) 薬価改定等

改定率 ▲1. 38%

薬価改定率 ▲1. 26% (薬価ベース ▲6. 00%)

材料改定率 ▲0. 12%

(注) 診療報酬本体と薬価改定等を併せた全体(ネット)の改定率は、+0. 00%。

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

2. 介護報酬改定等

平成24年度介護報酬改定においては、介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向、介護事業者の経営状況、地域包括ケアの推進等を踏まえ、以下の改定率とする。

介護報酬改定

改定率 +1. 2%

在宅 +1. 0%

施設 +0. 2%

(改定の方向)

- ・ 介護サービス提供の効率化・重点化と機能強化を図る観点から、各サービス間の効果的な配分を行い、施設から在宅介護への移行を図る。
- ・ 24時間定期巡回・随時対応サービスなどの在宅サービスや、リハビリテーションなど自立支援型サービスの強化を図る。
- ・ 介護予防・重度化予防については、真に利用者の自立を支援するものとなっているかという観点から、効率化・重点化する方向で見直しを行う。

- ・ 介護職員の処遇改善については、これを確実に行うため、これまで講じてきた処遇改善の措置と同様の措置を講ずることを要件として、事業者が人件費に充当するための加算を行うなど、必要な対応を講じることとする。

なお、介護報酬改定の考え方と整合を取り、平成24年度障害福祉サービス等報酬改定は、福祉・介護職員の処遇改善の確保、物価の下落傾向等を踏まえ、改定率+2.0%とする。

改定に当たっては、経営実態等も踏まえた効率化・重点化を進めつつ、障害者の地域移行や地域生活の支援を推進する方向で対応する。

平成23年12月21日

財 務 大 臣

厚 生 労 働 大 臣

大臣折衝の結果、上記のとおり合意したことを確認する。

民主党政策調査会長

平成24年度診療報酬改定について

全体改定率 **+0.00%** (+0.004%)

1 診療報酬改定（本体）

改定率 **+1.38%** (+1.379%) (約5,500億円)

各科改定率 医科 **+1.55%** (約4,700億円)

歯科 **+1.70%** (約500億円)

調剤 **+0.46%** (約300億円)

2 薬価改定等

改定率 **▲1.38%** (▲1.375%) (約5,500億円)

薬価改定 **▲1.26%** (薬価ベース **▲6.00%**)

(約5,000億円)

材料価格改定 **▲0.12%** (約500億円)