

医療保険制度改革について

医療保険制度改革(ポイント)

《後期高齢者の窓口負担割合の在り方の見直し》

- 課税所得が28万円以上(所得上位30%)かつ年収200万円以上の方について、2割負担を導入する。ただし、長期頻回受診患者等への配慮措置として、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。(令和4年度後半施行予定)

《傷病手当金の見直し》

- 現行、支給期間は、支給決定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が、治療と仕事の両立の観点から、支給期間を通算化(1年6ヶ月まで)する。

《不妊治療の保険適用に向けた検討》

- 2020年度に、不妊治療の実態把握等に関する調査研究を行う。研究結果を踏まえ、2021年度中に詳細を決定し、2022年度当初から保険適用を実施する。

《任意継続被保険者制度の見直し》

- 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。

《育児休業保険料免除の見直し》

- 現行、月の末日が育休期間中である場合に保険料免除の対象となるが、これに加え、月内に一定以上の期間(2週間)育休を取得した場合にも保険料を免除する。
- 賞与保険料の免除については、1ヶ月超の育休取得者に限ることとする。

《出産育児一時金の見直し》

- 産科医療補償制度の見直しにより、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べきであるが、少子化対策としての重要性に鑑み、支給総額(現行42万円)は維持し、本人の給付分を4,000円引き上げる。(本人の給付分40.4万円→40.8万円、産科補償制度の掛金1.6万円→1.2万円)

《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》

- 外来機能の明確化・連携に向けて、外来機能報告を創設し、当該報告の内容に基づき、地域協議の場(地域医療構想調整会議を想定)において、必要な協議を行い、「紹介患者への外来を基本とする医療機関」を明確化する。
- その上で、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す。
 - ・ 「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。
 - ・ 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。
 - ・ 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。

《ジェネリック医薬品等の使用促進》

- 「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容を検討。
- 後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラリガイドラインを策定。

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。

[① 2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8.1万円⇒約10.6万円(+2.6万円)(配慮措置前は約11.5万円+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
▲1,930億円	▲740億円	▲190億円	▲1,010億円

※ 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。

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。

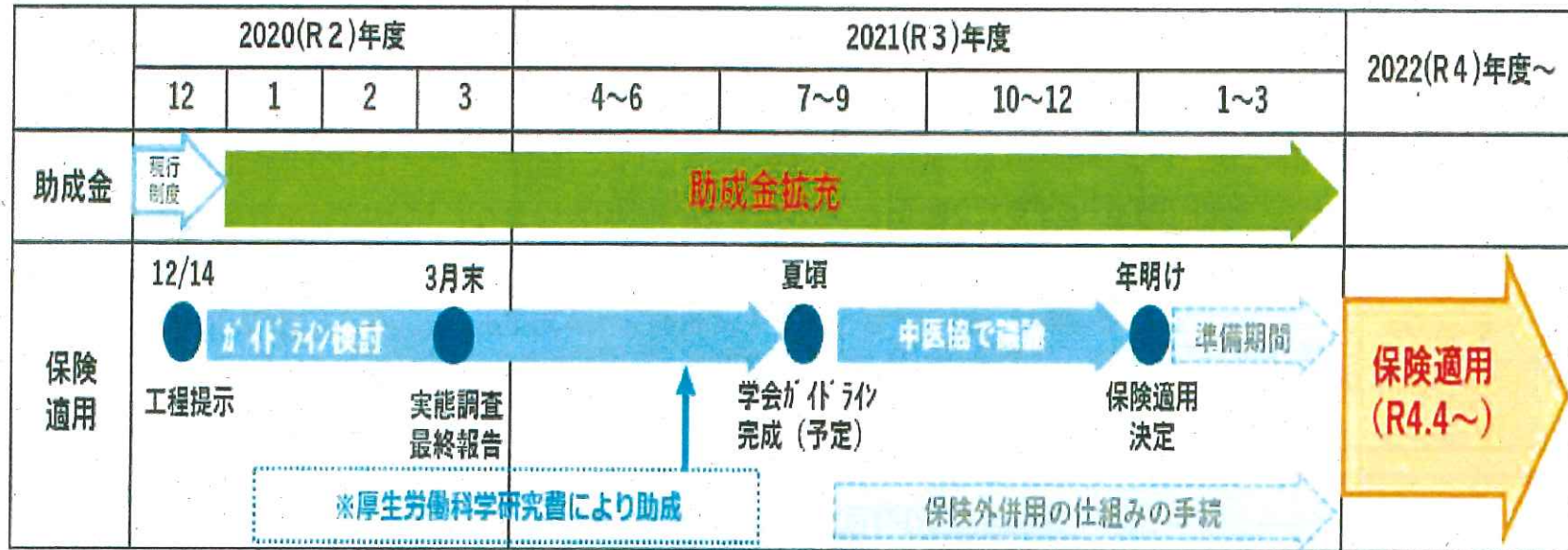
【その他の見直し】

- ・ 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。

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。

<工程表>



【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る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ふ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。

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。

出産育児一時金の見直しについて

○ 産科医療補償制度の補償対象基準について、日本医療機能評価機構において検討会を設置し、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い、報告書が12月4日にとりまとめられた。報告書においては、補償対象基準を見直し、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こと、新たな基準を2022年1月以降の分娩より適用すること、保険料水準を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)とすることとされている。

○ 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)

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〉

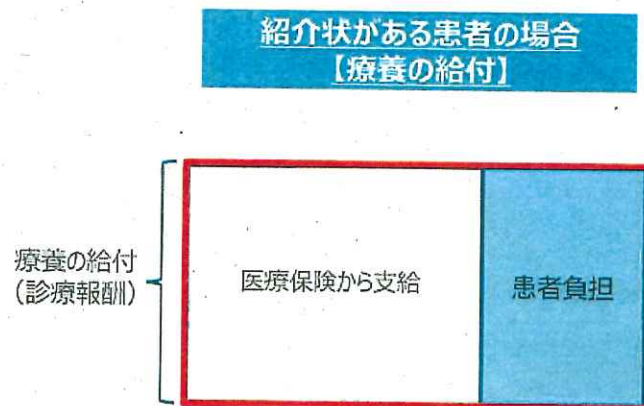
- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来 (悪性腫瘍手術の前後の外来 など)
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来 (外来化学療法、外来放射線治療 など)
- 特定の領域に特化した機能を有する外来 (紹介患者に対する外来 など)

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

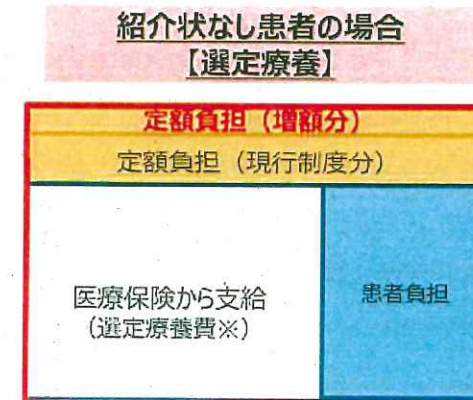
見直し案

- 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った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



例外的・限定的な取扱



※ 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。

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

KPI第2階層	KPI第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	21	22	23
<p>○後発医薬品の使用割合 新たな目標について、目標の達成状況や地域差等を踏まえ、年度内に結論。それを踏まえてKPIを設定。</p>	<p>○後発医薬品の品質確認検査の実施【年間約900品目】</p>	<p>5 4. 後発医薬品の使用促進</p> <p>a. 普及啓発の推進や医療関係者への情報提供等による環境整備に関する事業を実施。</p> <p>b. 保険者協議会や後発医薬品使用促進の協議会を活用するなどの現場の取組を促す。</p> <p>c. 保険者インセンティブの活用や、保険者ごとの使用割合の公表等により、医療保険者の使用促進の取組を引き続き推進。</p> <p>d. 後発医薬品の使用を推進する観点から実施した、2020年度診療報酬改定における後発医薬品使用体制加算や後発医薬品調剤体制加算に係る基準の見直し等に基づき、取組を推進しつつ、効果の検証を行う。検証結果に基づき必要な対応を検討。</p> <p>e. 信頼性向上のため、市場で流通する製品の品質確認検査を行い、その結果について、医療用医薬品最新品質情報集(ブルーブック)に順次追加して公表。</p> <p>f. 後発医薬品利用差額通知の送付など、後発医薬品の使用促進を図るための取組支援。</p> <p>g. 改正生活保護法(平成30年10月施行)に基づく生活保護受給者の後発医薬品の使用原則化について、引き続き地方自治体において確実に取組むよう促す。</p> <p>h. 後発医薬品の使用が進んでいない地域等の要因をきめ細かく分析し、その要因に即した対応を検討し、実施。</p> <p>i. 「2020年9月までに後発医薬品使用割合を80%以上」の目標達成後の新たな目標について、これまでに分かってきた課題も踏まえつつ、その内容について検討。</p> <p>j. 後発医薬品も含めた、医薬品の適正使用に資するフォーミュラガイドラインを策定</p> <p>k. 後発医薬品使用割合の見える化・公表を医療機関等の別に着目して拡大することを検討。</p> <p>l. 後発医薬品や新薬等の使用が医療費に与える影響等について分析・検討 《厚生労働省》</p>			

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

KPI第2階層	KPI第1階層	工程(取組・所管府省、実施時期)	21	22	23
-	-	48. 医薬品・医療機器等の開発の促進に資する薬事規制の体制の整備・合理化 a. 2020年9月施行の改正医薬品医療機器等法で導入された ①医療機器の特性やAI等による技術革新等に適切に対応する医療機器の承認制度 ②「先駆的医薬品等指定制度」や「条件付き承認制度」の安定的な運用に取り組む。《厚生労働省》			
○バイオシミラーの品目数(成分数ベース) 【2023年度末までに品目数を2010年7月時点からの倍増(20成分)】	○バイオシミラー等のバイオ医薬品の技術研修に参加する企業数【年10社以上】	49. バイオ医薬品の研究開発の推進等 a. バイオ医薬品のデザイン技術開発等に関する研究を推進。 b. 国内に不足しているバイオ医薬品の製造・開発技術を担う人材育成を実施。 《厚生労働省》 50. バイオシミラーの研究開発・普及の推進等 a. バイオシミラーの医療費適正化効果額・金額シェアを公表。 b. バイオシミラーの有効性、安全性、品質等に関する教材を作成。 c. バイオシミラーの研究開発の推進。 d. バイオシミラーに係る新たな目標の在り方を検討し結論を得る。 《厚生労働省》			
-	-	51. 薬価制度抜本改革の更なる推進 l. 医薬品等の費用対効果の本格実施に向けた検討 a. 医薬品等の費用対効果評価の活用について、関係審議会等において、事例の集積、影響の検証、現行制度に係る課題を整理する必要があるとされたことも踏まえて、引き続き検討。《厚生労働省》			