

第78回 社会保障審議会医療保険部会
(H26.7.7) 資料1・資料2

療養の範囲の適正化 負担の公平の確保について

平成26年7月7日
厚生労働省保険局

・紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の 在り方について	2
・入院時食事療養費・生活療養費について	16
・国民健康保険の保険料(税)の賦課(課税)限度額及び 被用者保険における標準報酬月額上限について	24
・国民健康保険組合に対する国庫補助について	41

紹介状なしで大病院を受診する場合 の患者負担の在り方について

社会保障制度改革国民会議報告書（抄）

〔平成25年8月6日〕

3. 医療保険制度改革

(2) 医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(抄)

(医療制度)

平成25年12月5日成立
平成25年法律第112号

第四条

1～6 (略)

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

一～二 (略)

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し
及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

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

外来機能の分化に関する医療保険制度上の措置

- 現在、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みを活用し、病院及び診療所における外来機能の分化を図っている。

初診料・外来診療料	選定療養
<p>初診料 209点 外来診療料 54点</p> <p>【対象医療機関】 平成26年度診療報酬改定において、対象を拡大</p> <p>① 特定機能病院と許可病床が<u>500床以上</u>の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設（平成24年：紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満）</p> <p>② 許可病床数が<u>500床以上</u>の全ての病院のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設（平成24年：対象外）</p>	<p>初再診において特別の料金を徴収</p> <p>【対象医療機関】 病床数が<u>200床以上</u>の病院であって、地方厚生局に届け出たもの</p> <p>【主な要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る(初診) ・ 病院が他の医療機関(200床未満)に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に限る(再診) ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く ・ 初再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示 <p>【設定状況(H24.7.1現在)】</p>
<p>初診料 282点 外来診療料 73点</p> <p>上記以外</p>	<p>《初診》 1,204施設 最高8,400円 最低200円 平均2,085円</p> <p>《再診》 111施設 最高8,000円 最低300円 平均 981円</p>

■「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日保医発第0313003号）（抄）

2 病院の初診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
 - ① 患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合に徴収できるものであり、自ら健康診断を行った患者に診療を開始した場合等には、徴収できない。
 - ② 同時に2以上の傷病について初診を行った場合においても、1回しか徴収できない。
 - ③ 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合においても、第1回の初診時にしか徴収できない。
 - ④ 医科・歯科併設の病院においては、お互いに関連のある傷病の場合を除き、医科又は歯科においてそれぞれ別に徴収できる。
 - ⑤ ①から④までによるほか、初診料の算定の取扱いに準ずるものとする。
- (2) 初診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであり、当該情報提供に資する観点から、「他の保険医療機関等からの紹介によらず、当該病院に直接来院した患者については初診に係る費用として〇〇〇〇円を徴収する。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りでない。」旨を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。
- (3) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (4) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- (5) 国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。
- (6) いわゆる地方単独の公費負担医療（以下「地方単独事業」という。）の受給対象者については、当該地方単独事業の趣旨が、特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものである場合には、（5）と同様の取扱いとすること。
- (7) 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第2条第3項第9号に規定するいわゆる無料低額診療事業の実施医療機関において当該制度の対象者について初診に係る特別の料金の徴収を行うこと、及びエイズ拠点病院においてHIV感染者について初診に係る特別の料金の徴収を行うことは、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして認められないものであること。

8 200床（医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病のすべてにつき、以下（2）～（4）の要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
- (2) 外来診療料又は地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。
- (3) 再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。
- (4) 他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。
 - ア 他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること。
 - イ 紹介先の医療機関名
 - ウ 次回以降特別の料金として〇〇円を徴収することとなること。
- (5) その他、病院の初診に関する事項の（3）から（7）の取扱いに準ずるものとする。

特別な機能を有する病院等（1）

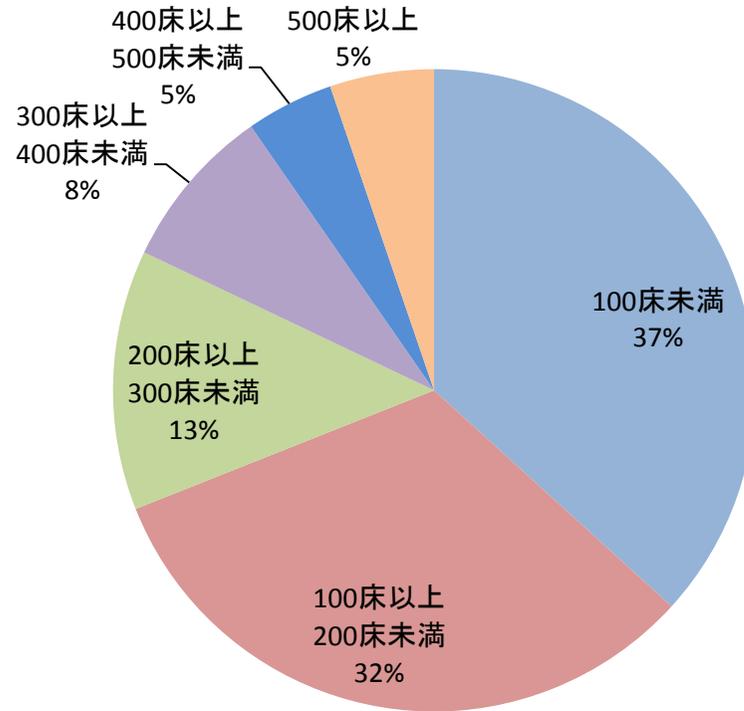
	特定機能病院	地域支援医療病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	86 (平成26年4月1日時点)	439 (平成24年10月末時点)
主な要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率40%以上</u>であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 以下のいずれかを満たすこと。 <ul style="list-style-type: none"> ① <u>紹介率が80%以上</u> ② <u>紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上</u> ③ <u>紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上</u> ○ <u>原則として200床以上の病床</u>、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。

特別な機能を有する病院等（2）

	DPC病院	救急指定病院等
概要	診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度（DPC/PDPS）に参加するもの。平成24年診療報酬改定により、病院群別（Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群）の基礎係数を導入し、評価。	救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき、都道府県知事が認定するもの。 また、都道府県が作成する医療計画において、初期、第二次、第三次救急医療の体制を整備。
病院数	Ⅰ群（大学病院本院）：80 Ⅱ群（大学病院本院に準じた機能を有する病院）：99 Ⅲ群（Ⅰ・Ⅱ群以外の病院）：1,406 （平成26年4月1日時点）	＜救急指定病院等＞ 4,147カ所（病院：3,830カ所、診療所：317カ所） ＜医療計画における救急医療体制＞ ○三次救急：救命救急センター 259カ所 ○二次救急：病院群輪番制病院 392地区、2,893カ所 共同利用型病院 11カ所 ○初期救急：在宅当番医制 622地区 休日夜間急患センター 553カ所 （平成25年3月31日時点）
主な要件	○ 急性期入院医療を提供する病院として、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。 ○ 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。 ○ 厚生労働大臣が実施する調査に適切に参加すること。 ○ 退院した患者数を、当該病院の一般病棟の病床数で除した1月あたりの値が0.875以上であること。 ○ 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。	＜救急指定病院等の要件＞ ○ 救急医療について、相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること。 ○ エックス線装置、心電計、輸血及び輸液のための設備・その他救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。 ○ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること。 ○ 救急医療を要する傷病者のための専用病床又は当該傷病者のために、優先的に使用される病床を有すること。 ＜医療計画における救急医療体制＞ ○三次救急・・・緊急性・専門性の高いもの、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤なもの ○二次救急・・・入院治療を必要とする重症なもの ○初期救急・・・比較的軽症なもの

病床規模別病院数の割合

○ 全病院8,565病院のうち、500床以上の病院は5%程度、200床以上の病院は31%程度を占める。



(内訳の詳細)

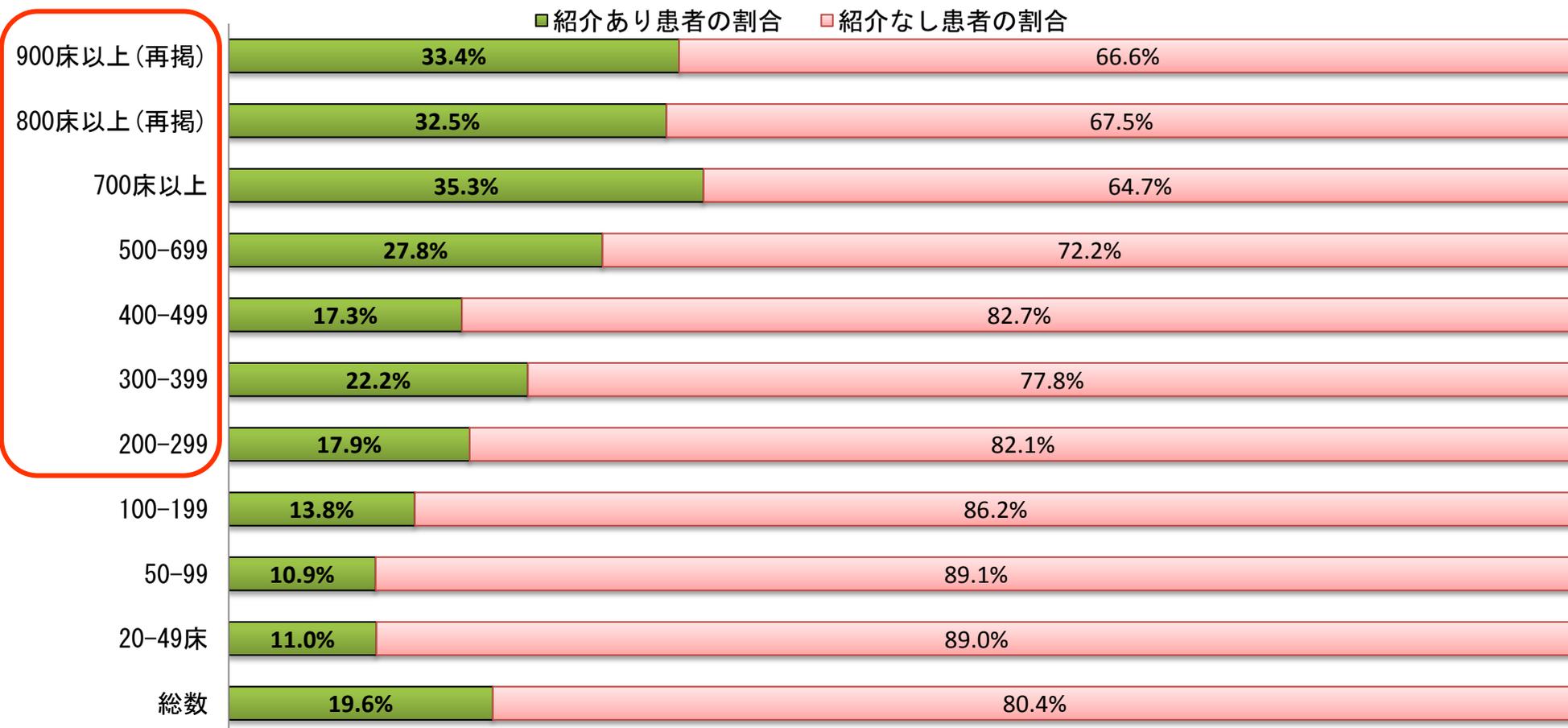
病院数	20～29床	30～39床	40～49床	50～99床	100～149床	150～199床	200～299床
8,565	123	319	529	2,176	1,431	1,330	1,121

300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700～799床	800～899床	900床以上
709	378	191	116	52	31	59

病床規模別の紹介率の状況

- 病床規模が大きくなるほど紹介率は高くなる傾向にあるが、病床数が200床以上の病院についてみても、外来患者総数に占める紹介なしの患者の割合が6割～8割と高い水準にある。

病院（外来）



紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

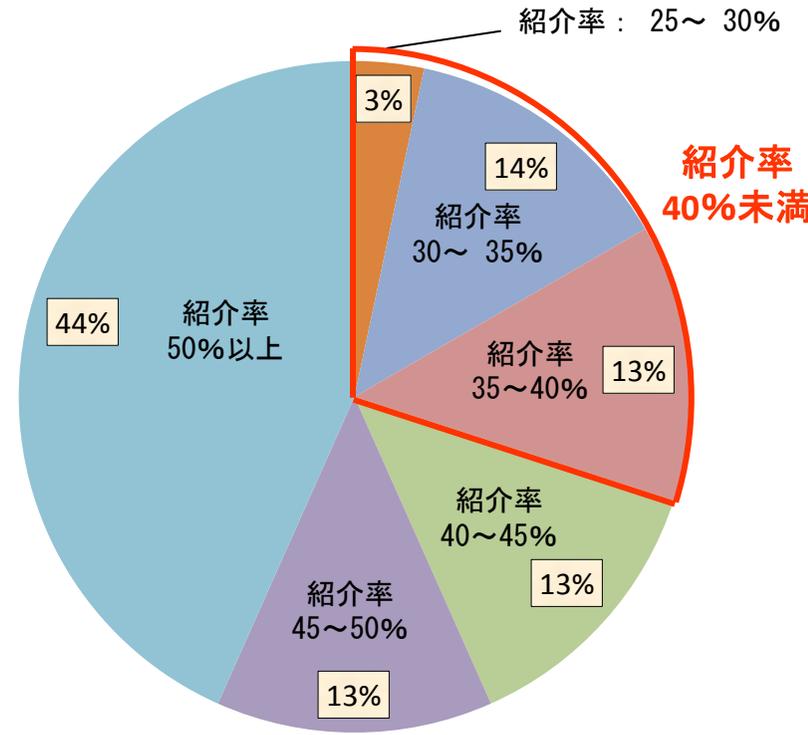
（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成
注：宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

医療機関の紹介率の状況

- 病床数500床以上の医療機関については、紹介率が40%未満である医療機関の割合が30%、紹介率の平均は53.0%となっている。
- 病床数500床未満の医療機関については、紹介率が40%未満である医療機関の割合が52%、紹介率の平均は48.9%となっている。

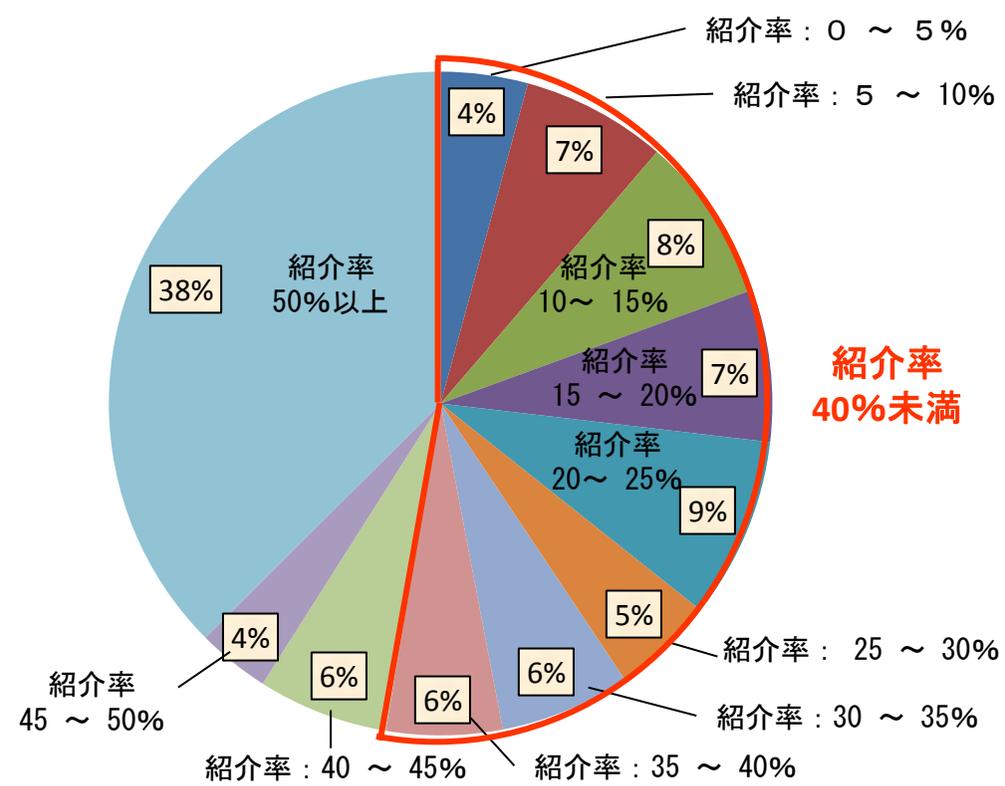
N=30 紹介率 (500床以上)
 <特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

0~5% 5~10% 10~15% 15~20% 20~25% 25~30%
 30~35% 35~40% 40~45% 45~50% 50%以上



N=283 紹介率 (500床未満)
 <特定機能病院を除く>

0~5% 5~10% 10~15% 15~20% 20~25% 25~30%
 30~35% 35~40% 40~45% 45~50% 50%以上



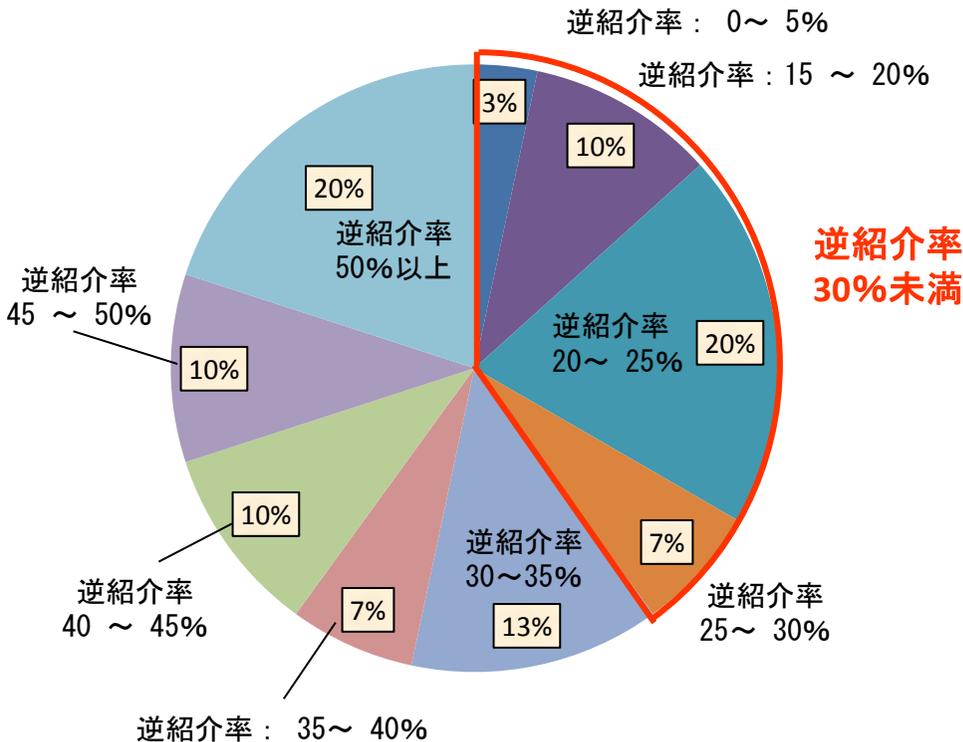
(出所) 平成25年度入院医療等の調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成

医療機関の逆紹介率の状況

- 病床数500床以上の医療機関については、逆紹介率が30%未満である医療機関の割合が40%、逆紹介率の平均は37.8%となっている。
- 病床数500床未満の医療機関については、逆紹介率が30%未満である医療機関の割合が56%、逆紹介率の平均は37.0%となっている。

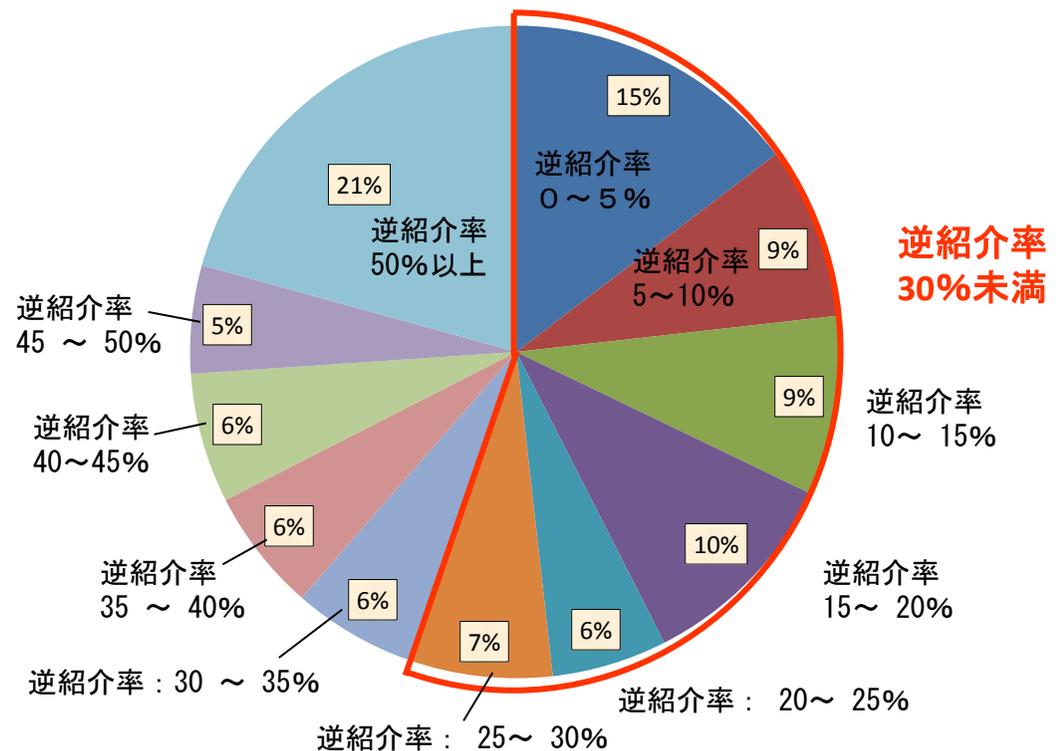
N=30 逆紹介率 (500床以上)
 <特定機能病院と地域医療支援病院を除く>

■ 0~5% ■ 5~10% ■ 10~15% ■ 15~20% ■ 20~25% ■ 25~30%
 ■ 30~35% ■ 35~40% ■ 40~45% ■ 45~50% ■ 50%以上



N=280 逆紹介率 (500床未満)
 <特定機能病院を除く>

■ 0~5% ■ 5~10% ■ 10~15% ■ 15~20% ■ 20~25% ■ 25~30%
 ■ 30~35% ■ 35~40% ■ 40~45% ■ 45~50% ■ 50%以上



紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の主な論点

<対象とする保険医療機関>

- 定額負担を求める保険医療機関（大病院）の範囲をどうするか。

<対象とする患者・ケース>

- 現行の選定療養の取扱いや、大病院の外来診療の在り方をどう考えるかという視点等を踏まえ、
 - ・ 初診について、定額負担を求める（求めない）患者・ケースはどのようなものか。
（例：救急搬送患者 等）
 - ・ 再診について、定額負担を求める（求めない）患者・ケースはどのようなものか。
（例：病状が安定した後の再診 等）

<定額負担の額>

- 定額負担の額をどうするか（次ページ参照）。

<療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係>

- 療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係をどうするか（次ページ参照）。

<その他>

- 新たな定額負担は、高額療養費の対象とするか。

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の仕組みについて

通常の療養

療養の給付に要する費用



※一部負担金相当分を除く

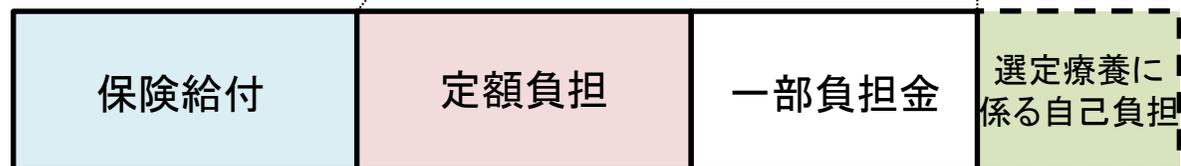
パターン1

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



パターン2

保険給付の範囲内で、一部負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める



パターン3

定額負担を、療養の給付に要する費用の額に上乗せして求める



入院時食事療養費・生活療養費について

社会保障制度改革国民会議報告書（抄）

〔 平成25年8月6日 〕

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(抄)

平成25年12月5日成立
平成25年法律第112号

(医療制度)

第四条

1～6 (略)

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

一～二 (略)

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

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

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>

入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)	入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	
	医療区分Ⅰ(医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者)	医療区分Ⅱ、Ⅲ(スモン、筋ジス等)
<p>保険給付 380円 640円 自己負担 260円</p> <p>別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>	<p>保険給付 94円 554円 自己負担 460円</p> <p>398円</p> <p>保険給付 78円 自己負担 320円</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>	<p>保険給付 294円 554円 自己負担 260円</p> <p>398円</p> <p>保険給付 398円</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>

(参考)介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担

一般所得者 (介護保険の給付なし)	低所得者 (介護保険の補足給付あり)
<p>1380円</p> <p>保険給付 730円 自己負担 650円</p> <p>金額自己負担 ※金額は施設との契約による</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>	<p>自己負担 320円</p> <p>(食費:1日) (居住費:1日)</p>

※ 上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。

※ 上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村民非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

※ 介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。

※ 上記補足給付の自己負担額は、市町村民非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり320円、居住費が0円となる。

入院時食事療養費及び生活療養費生活療養費における標準負担額

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分Ⅰ	医療区分Ⅱ、Ⅲ	
65歳未満	一般所得	入院時食事療養費 (一食260円)	入院時食事療養費 (一食260円)	入院時食事療養費 (一食260円)
	低所得	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
65歳以上	一般所得	入院時生活療養費(Ⅰ) (一食460円、居住費320円) 入院時生活療養費(Ⅱ) (一食420円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食260円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食260円)
	低所得Ⅱ	入院時生活療養費 (一食210円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食210円、居住費0円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
	低所得Ⅰ (70歳以上のみ)	入院時生活療養費 (一食130円、居住費320円) ※老齢福祉年金を受給している 場合は、一食100円、居住費0円	入院時生活療養費 (一食100円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食100円)

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の創設経緯について

～昭和46年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
昭和47年 ～ 平成5年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
平成6年 ～ 平成17年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時食事療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食事は保険給付の対象としつつ、在宅と入院の費用負担の公平化の観点から、在宅と入院双方にかかる費用として食材料費相当額を自己負担化 ・ 患者側のコスト負担意識を高めることによる、食事の質向上の効果も期待
平成18年～	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時生活療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 療養病床が、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材料費+調理費相当額)及び居住費(光熱水費相当額)を自己負担化

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の推移について

	総計	協会けんぽ	健保組合	共済組合	国保 (国保組合含)	後期高齢者
平成21年	約4,770億円	約360億円	約210億円	約70億円	約1,600億円	約2,530億円
平成22年	約4,830億円	約350億円	約210億円	約70億円	約1,570億円	約2,630億円
平成23年	約4,770億円	約340億円	約200億円	約70億円	約1,490億円	約2,670億円
平成24年	約4,800億円	約330億円	約200億円	約70億円	約1,540億円	約2,660億円

※出典 医療経済実態調査(厚生労働省)

見直しの論点について

- 国民会議の報告書やプログラム法の規定を踏まえ、在宅療養との公平を確保する観点から、入院時食事療養費(入院時生活療養費)をどのように見直すか。
- 具体的には、現行の入院時食事療養費においては、食材費相当分を自己負担として求めているが、調理費相当分等についても、今後自己負担を求めていくべきかどうか。
- 自己負担を引き上げる場合、どのような者に配慮すべきか。

国民健康保険の保険料(税)の賦課(課税)限度額及び 被用者保険における標準報酬月額上限について

■ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

第1部 社会保障制度改革の全体像

3 社会保障制度改革の方向性

(2) すべての世代を対象とし、すべての世代が相互に支え合う仕組み

上述のように、「21世紀型(2025年)日本モデル」の社会保障では、主として高齢者世代を給付の対象とする社会保障から、切れ目なく全世代を対象とする社会保障への転換を目指すべきである。

その際、全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある。

また、**世代間の公平だけではなく、世代内の公平も重要**であり、特に他の年代と比較して格差の大きい高齢者については、一律横並びに対応するのではなく、負担能力に応じて社会保障財源に貢献してもらうことが必要である。

このような観点から、**これまでの「年齢別」から「負担能力別」に負担の在り方を切り替え**、社会保障・税番号制度も活用し、資産を含め**負担能力に応じて負担する仕組みとしていくべき**である。

第2部 社会保障4分野の改革

II 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

次に、「保険料に係る国民の負担に関する公平の確保」についても、これまで保険料負担が困難となる国民健康保険の低所得者に対して負担軽減が図られてきたことが、国民皆保険制度の維持につながってきたことを踏まえるべきである。したがって、まず、国民健康保険の低所得者に対する保険料軽減措置の拡充を図るべきであり、具体的には、対象となる軽減判定所得の基準額を引き上げることが考えられる。

このような低所得者対策は、低所得者が多く加入する国民健康保険に対する財政支援の拡充措置と併せ、今般の社会保障・税一体改革に伴う消費税率引上げにより負担が増える低所得者への配慮としても適切なものである。もともと、税制面では、社会保障・税一体改革の一環として所得税、相続税の見直しによる格差是正も図られている。医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

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

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

第二章 講ずべき社会保障制度改革の措置等 (医療制度)

第4条

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

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

イ 国民健康保険の保険料及び後期高齢者医療の保険料に係る低所得者の負担の軽減

ロ・ハ (略)

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

三 医療保険の保険給付となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う七十歳から七十四歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ (略)

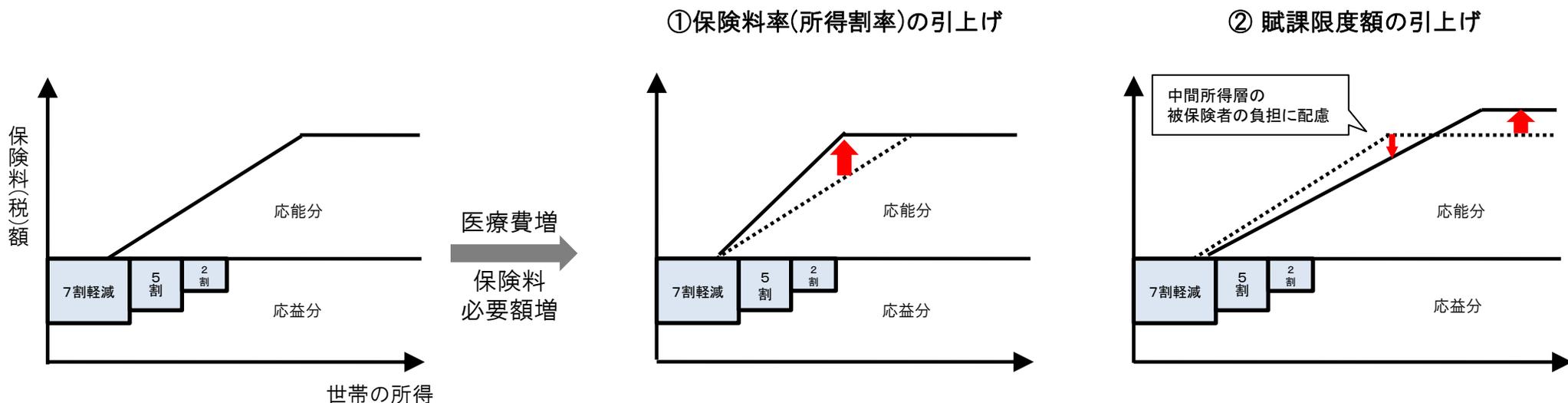
8 **政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。**

医療保険制度における保険料上限額（賦課限度額）について

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

【国民健康保険制度の場合(イメージ図)】

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



- 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」(平成25年10月15日閣議決定)において、「国民健康保険の保険料の賦課限度額及び標準報酬月額等の上限額の引上げ」が盛り込まれていることを踏まえ、保険料負担の公平の確保の観点から、国保料(税)の限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額について、見直しを検討することとしてはどうか。

- 被用者保険の標準報酬月額等の見直しは法改正が必要な事項であることから、被用者保険の標準報酬月額の上限額を含めた医療保険制度における保険料負担の上限の在り方については、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」に盛り込まれた他の医療保険制度関係の事項とあわせて、平成27年の通常国会への法案提出を目指して、来年度から本格的に議論を行うこととしてはどうか。

- ただし、国民健康保険の保険料(税)賦課(課税)限度額については、
 - ① 基礎賦課(課税)分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分のそれぞれで、平成25年度と比べて平成26年度の限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ② 平成26年度における国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)をみると、基礎賦課分は3%未満である一方、後期高齢者支援金等分は3.5%超、介護納付金分は4%超となっており、ばらつきが見られること

から、これまでの国保料(税)賦課(課税)限度額の見直しの考え方に照らし、これまでの最大引上げ幅と同額の「4万円」を上限として、平成26年度において見直すこととしてはどうか。

(参考) 国保保険料(税)の賦課(課税)限度額を超える世帯の割合

	平成25年度		平成26年度
基礎賦課(課税)分	2.60%	⇒	2.70%
後期高齢者支援金等分	3.41%	⇒	3.56%
介護納付金分	3.59%	⇒	4.07%

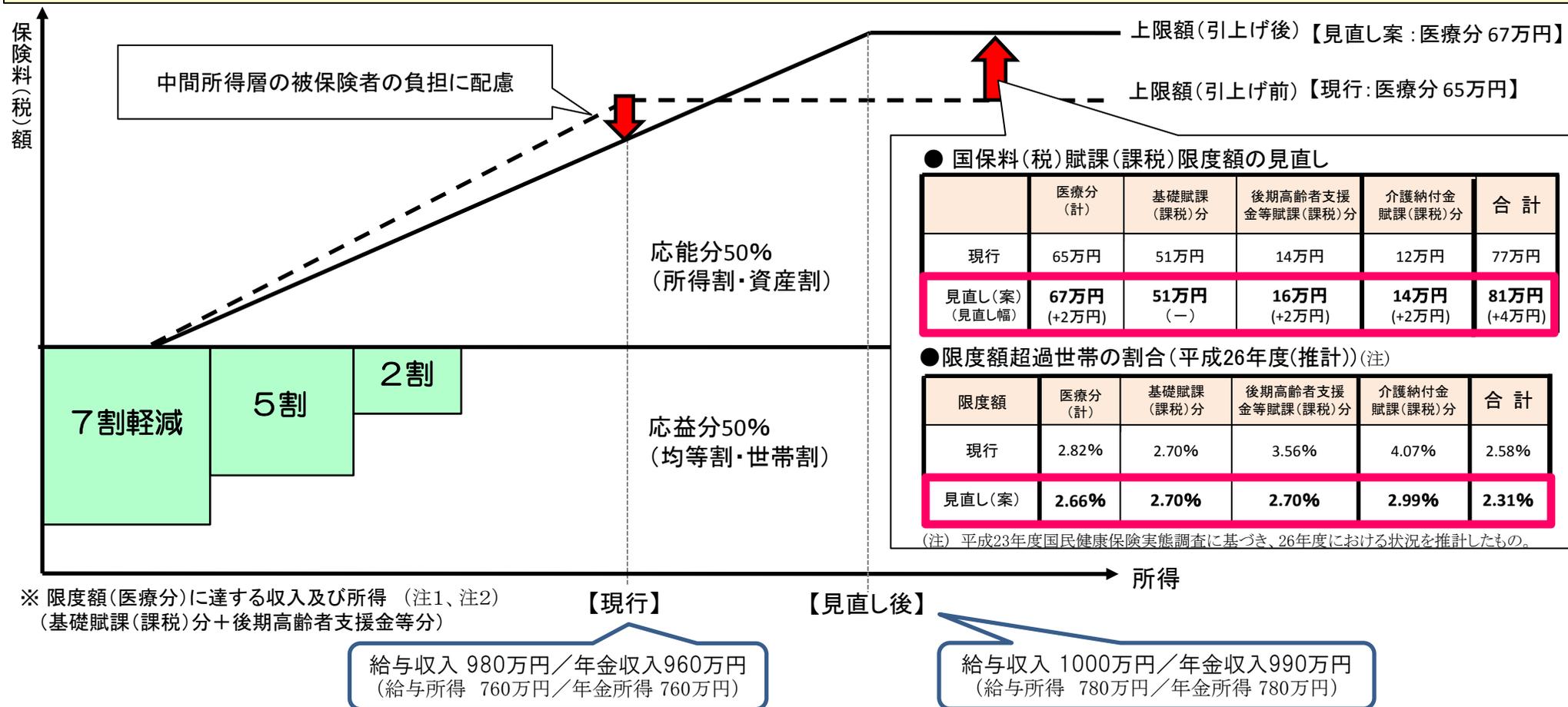
(※) 平成27年度以降の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直しについては、被用者保険の標準報酬月額の上限額引上げの考え方を踏まえて、国保保険料(税)の賦課(課税)限度額の見直しのルール(見直しのタイミング・引上げ幅等)の検討を行うこととする。

平成26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し(案)

平成25年11月8日
第70回社会保障審議会医療保険部会 抜粋

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、平成26年度の国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)を見ると、
 - ・ 平成25年度と比べて限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ・ 基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合にばらつきが見られることから、これまでの最大引上げ幅と同額の「4万円」を上限として、平成26年度において見直すこととしてはどうか。
- 例えば、後期高齢者支援金等分・介護納付金分をそれぞれ2万円ずつ引き上げることとしてはどうか。

(※) 後期高齢者支援金等分・介護納付金分を2万円ずつ引き上げると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分のすべてにおいて、限度額超過世帯の割合がいずれも3%未満となる。



(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成23年度全国平均値で試算。平成23年度 所得割率 8.00%、資産割額 15,667円、均等割額 27,355円、世帯割額 26,337円。

健康保険制度における標準報酬月額の上限について

- 現行の健康保険制度において、標準報酬月額の等級は全47等級あり、下限は5.8万円、上限は121万円となっている。
(健康保険法(大正11年法律第70号)第40条第1項)
- 現行法上、標準報酬月額の最高等級該当者の全体に占める割合が1.5%を超え、その状態が継続すると認められる場合に、改定後の最高等級該当者の全体に占める割合が1%を下回らない範囲において、政令で等級を追加できる。
(健康保険法第40条第2項)

(参考1) 標準報酬月額の等級 (健康保険法第40条第1項)

標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額	標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額
第1級	58,000円	63,000円未満	第25級	360,000円	350,000円以上 370,000円未満
第2級	68,000円	63,000円以上 73,000円未満	第26級	380,000円	370,000円以上 395,000円未満
...
第23級	320,000円	310,000円以上 330,000円未満	第47級	1,210,000円	1,175,000円以上
第24級	340,000円	330,000円以上 350,000円未満			

- (※) 標準報酬月額とは、健康保険の保険料と保険給付額を算出する基礎として、事務処理の正確化と簡略化を図るために、実際の報酬月額を当てはめる切りの良い額のこと。
具体的には、健康保険は58,000円～1,210,000円の47等級に分かれており、該当する標準報酬月額に保険料率を掛け合わせることで支払うべき保険料額を算定するとともに、標準報酬月額の記録をもとに傷病手当金額、出産手当金額を算定する。

(参考2) 健康保険法第40条第2項

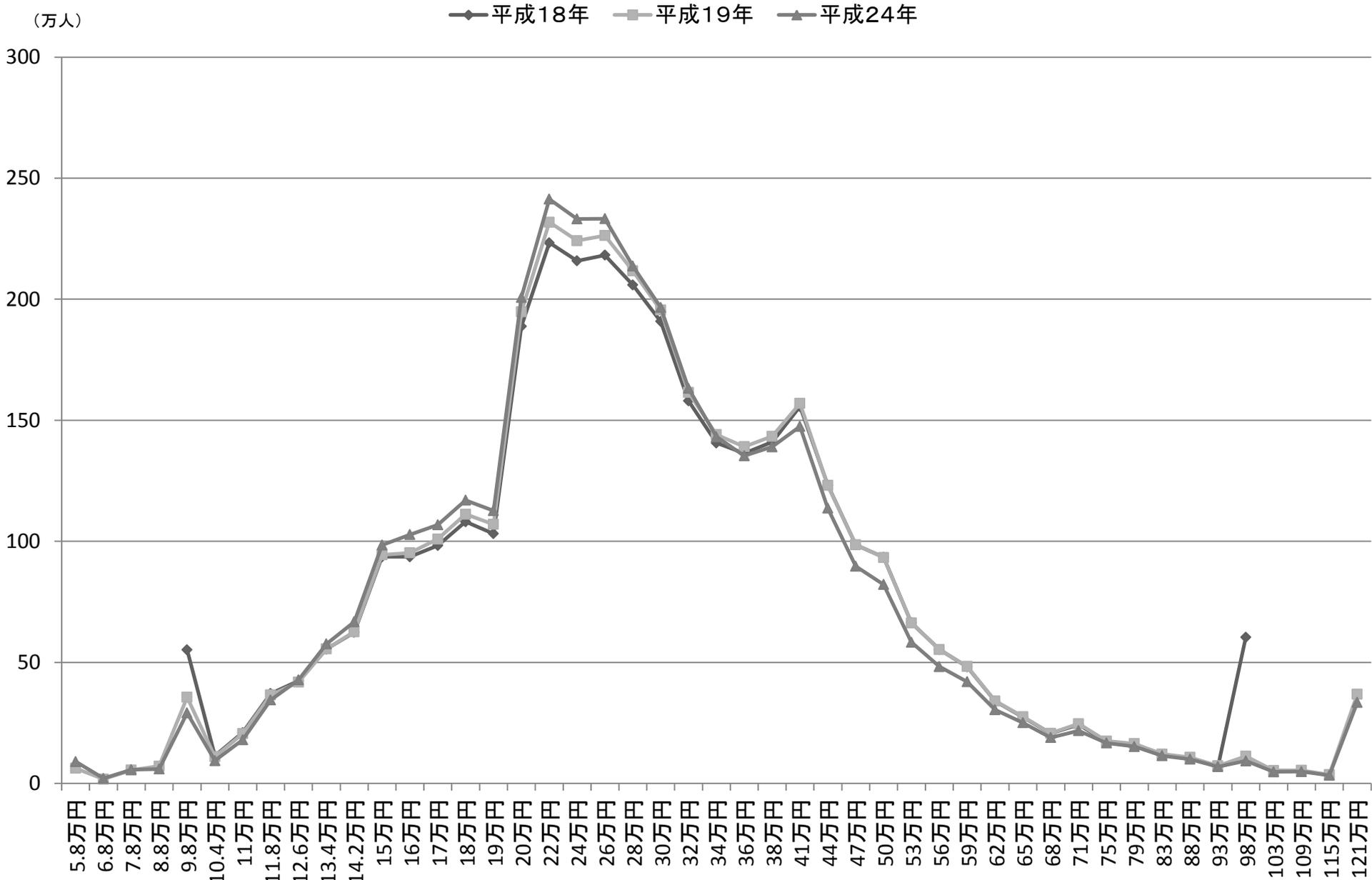
毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

健康保険制度の標準報酬月額の上限に該当する被保険者の割合

- 平成18年の健康保険法改正において、
 - ・ 標準報酬月額等級の分布に大きなばらつきがあり、最高等級及び最低等級について、その上下の等級と比べて多くの被保険者が該当していたことを踏まえ、上限を98万円から121万円に引き上げるとともに、下限を9.8万円から5.8万円に引き下げた。
 - ・ 政令による上限の改定ルールについて、改定を行うことができるのは、最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が、「3%」を超えた場合とされていたが、「1.5%」に見直した。【平成19年4月施行】
- 現行の規定のもと、平成19年度以降、標準報酬月額上限改定は行われておらず、平成24年度末の標準報酬月額最高等級該当者の全体に占める割合は、「0.95%」となっている。

	標準報酬月額 上限	標準報酬月額 の平均額	全被保険者に対する 上限該当者の割合	備 考
昭和51年度末	320,000円	143,016円	3.93%	
昭和53年度末	380,000円	166,828円	3.72%	
昭和56年度末	470,000円	200,321円	3.52%	【昭和55年改正】 標準報酬月額上限該当者が全体の3%を超え、かつその状態が継続すると認められる場合に、所用の手続きを経た上で、政令で等級を追加できることとした。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
昭和59年度末	710,000円	229,249円	1.59%	
平成4年度末	980,000円	305,202円	1.57%	
平成17年度末	980,000円	321,565円	1.71%	
平成18年度末	980,000円	321,070円	1.74%	
平成19年度末	1,210,000円	323,181円	1.15%	【平成18年改正】 政令による等級の追加時の基準を3%から1.5%に変更。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
平成20年度末	1,210,000円	323,988円	1.02%	
平成21年度末	1,210,000円	313,677円	0.92%	
平成22年度末	1,210,000円	314,896円	0.91%	
平成23年度末	1,210,000円	314,050円	0.93%	
平成24年度末	1,210,000円	315,666円	0.95%	

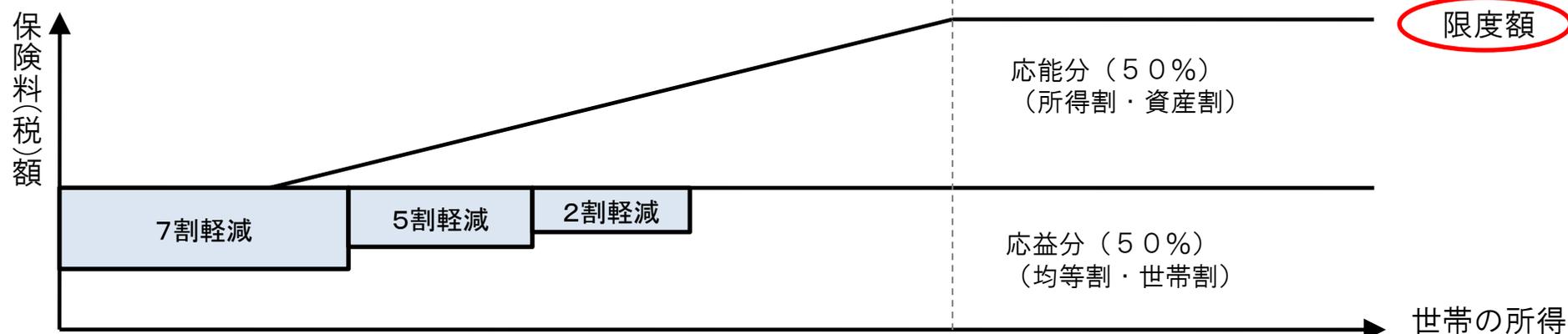
標準報酬月額別の等級別分布(平成18年、19年及び24年)



国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額について

- 市町村国保では、国民健康保険の給付費の約50%を被保険者が負担する国民健康保険料(税)により賄うこととされている。
- 保険料(税)は、被保険者の保険料負担能力に応じて賦課される応能分(所得割、資産割)と、受益に応じて等しく被保険者に賦課される応益分(均等割、世帯割)から構成されており、①国保の医療給付費等に充てる基礎賦課分、②後期高齢者支援金等に充てる分、③介護納付金に充てる分の3種類の保険料(税)がそれぞれ賦課される。
- 世帯の所得が一定額以下の場合には、応益分保険料(税)(均等割・世帯割)の7割、5割又は2割を軽減している。
- 国保料(税)の賦課(課税)限度額は、上述の3種類の保険料(税)それぞれについて法令で規定されており、平成26年度は、①基礎賦課分 51万円、②後期高齢者支援金等分 16万円、③介護納付金分 14万円となっている。

- ・医療分(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)の限度額は67万円、介護納付金分を含めると81万円となっている。
- ・根拠法令：国民健康保険法施行令(昭和33年政令第362号)第29条の7、地方税法施行令(昭和25年政令第245号)第56条の88の2



医療分の限度額(67万円)に達する収入
給与収入 1000万円／年金収入990万円
(給与所得780万円／年金所得 780万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算
(注2) 保険料率は、旧ただし書所得・4方式を採用する平成23年度全国平均値。
所得割率8.00%、資産割額15,667円、均等割額27,355円、世帯割額26,337円

	医療分(計)	基礎賦課(課税)分 (医療給付費等に充てる分)	後期高齢者支援金等 賦課(課税)分	介護納付金 賦課(課税)分	合計
国保料(税)賦課(課税)限度額(平成26年度)	67万円	51万円	16万円	14万円	81万円
限度額超過世帯の割合(※)	2.66%	2.70%	2.70%	2.99%	2.31%

(※) 厚生労働省保険局「平成23年度 国民健康保険実態調査」をもとに、平成26年度における賦課限度額を超える世帯割合を推計したものの。

国民健康保険料(税) 賦課(課税) 限度額の推移

- これまでの国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額の推移を見ると、介護保険制度が創設された平成12年度を除けば、限度額(合計額)の引上げ幅の最大は「4万円」となっている。
- 国保料(税)賦課(課税)限度額は、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分それぞれの限度額超過世帯割合の状況(超過世帯割合の前年度比較・バランス等)を考慮し、合計で「4万円」を引上げ幅の上限として見直しを行っている。

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合計	
		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額
平成4年度			46万円	+2万円					46万円	+2万円
5年度			50万円	+4万円					50万円	+4万円
7年度			52万円	+2万円					52万円	+2万円
9年度			53万円	+1万円					53万円	+1万円
12年度			53万円	-			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	-			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	-			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	-	65万円	+3万円
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	+12万円	9万円	-	68万円	+3万円
21年度	59万円	-	47万円	-	12万円	-	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	-	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
25年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
26年度	67万円	+2万円	51万円	-	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円

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

(注2) 昭和33年以降平成3年度以前の賦課(課税)限度額の改定経緯を見ると、退職者医療制度が創設された昭和59年度に基礎賦課(課税)分が7万円引き上げられている以外は、引き上げ幅は最大4万円(昭和49年度)となっている。

見直しの論点

- 現在、被用者保険や国民健康保険の保険料については、
 - ① 負担能力に応じた負担となるよう、被保険者の標準報酬月額や世帯の所得に応じた保険料額とするとともに、
 - ② 受益との関連から、標準報酬月額の上限や保険料の賦課限度額を設けている。

- 国民会議報告書やプログラム法の規定では、世代内の公平を図る観点から、標準報酬月額の上限や国民健康保険料の賦課限度額の引き上げについて検討を行うこととされているが、どのような見直しが考えられるか。

参 考 资 料

協会けんぽの保険料上限額について（平成26年度）

- 協会けんぽの保険料率は各都道府県支部ごとに異なるが、平成26年度の保険料上限額は、
115万2,372円～118万3,248円となっている。

〔佐賀県〕

$$\begin{aligned} &121\text{万円(標準報酬月額最高等級)} \times \underline{11.88\%(\text{医療分及び介護分の保険料率})} \times 0.5(\text{労使折半}) \times 12\text{ヶ月} \\ &+ 540\text{万円(標準賞与額上限)} \times 11.88\% \times 0.5 \\ &= \mathbf{1,183,248\text{円}} \end{aligned}$$

〔長野県〕

$$\begin{aligned} &121\text{万円(標準報酬月額最高等級)} \times \underline{11.57\%(\text{医療分及び介護分の保険料率})} \times 0.5(\text{労使折半}) \times 12\text{ヶ月} \\ &+ 540\text{万円(標準賞与額上限)} \times 11.57\% \times 0.5 \\ &= \mathbf{1,152,372\text{円}} \end{aligned}$$

後期高齢者医療の保険料賦課限度額について

【考え方】

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

【経緯】

○制度施行時(平成20年度)

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

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

○保険料改定時(平成24、26年度)

- ・国保の賦課限度額引上げの状況等を踏まえ、平成24年度に55万円(5万円引上げ)に、平成26年度に57万円(2万円引上げ)に、それぞれ設定。

【例(夫婦世帯)】 夫:年金収入953万円(年金所得・事業所得750万円)、妻:年金収入153万円以下[所得割なし] のケース

国保 67万円 → 後期 61.3万円
(限度額) (限度額) (限度額)

〔 夫 57万円、妻 4.3万円 〕
(限度額)

※国保保険料は平成23年度の4方式の全国平均保険料率を基に、後期高齢者医療の保険料は平成24・25年度の全国平均保険料率を基に、それぞれ算定。

		平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
後期 高齢者	賦課限度額 (平成20年度基準) [対前年変化幅]	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	55万円 (110) [+5万円、+10.0%]	55万円 (110)	57万円 (114) [2万円、+3.7%]
	賦課限度額に達する 年金収入 (年金所得)	830万円 (633万円)	830万円 (633万円)	811万円 (615万円)	811万円 (615万円)	822万円 (626万円)	822万円 (626万円)	821万円 (625万円)
	賦課限度額超過 被保険者割合	1.65%	1.52%	1.44%	1.42%	1.36%	1.36%	—
国保	賦課限度額(医療分) (平成20年度基準) [対前年変化幅]	59万円 (100)	59万円 (100)	63万円 (107) [+4万円、+6.8%]	65万円 (110) [+2万円、+3.2%]	65万円 (110)	65万円 (110)	67万円 (114) [+2万円、+3.1%]

※ 賦課限度額に達する年金収入:各年度の全国平均保険料率を基に算定。

※ 年金所得=年金収入-公的年金等控除

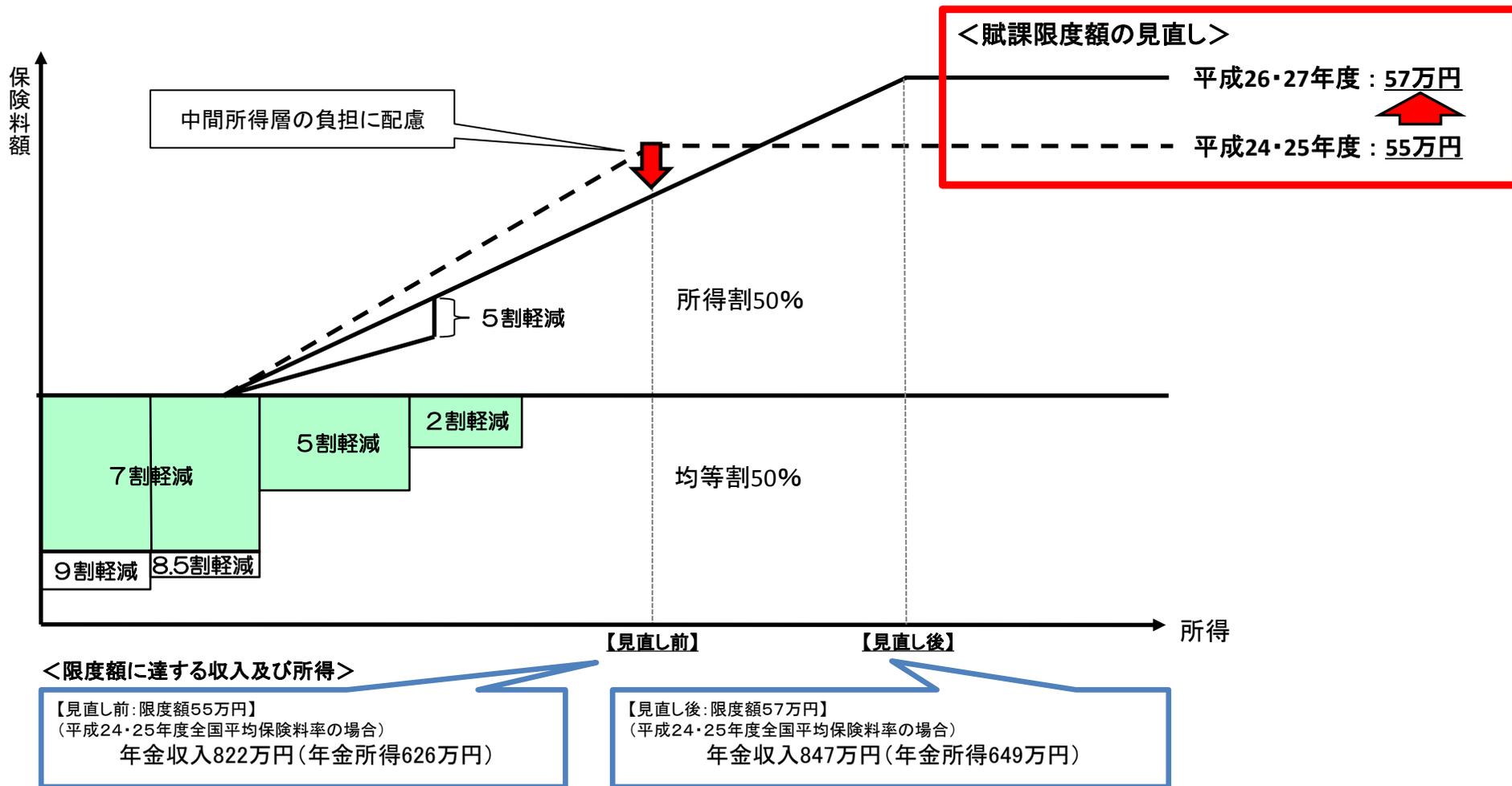
※ 賦課限度額超過被保険者割合:後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告による(平成26年度分は未報告)。

平成26年度の後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し

○医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、受益と負担の関連、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定している。

○平成26年度国保の限度額見直しに伴い、国保で限度額を負担する層が後期高齢者医療でも同程度までの負担となるよう限度額の見直しを行った。

→ 国保の限度額(医療分)2万円引き上げに伴い、後期高齢者医療でも2万円引き上げ、55万円を57万円とした。



*年金所得=年金収入-公的年金等控除

国民健康保険組合に対する 国庫補助について

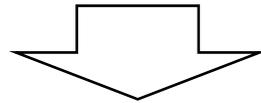
■ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
(略)

加えて、所得の高い国民健康保険組合に対する定率補助もかねて廃止の方針が示されており、保険料負担の公平の観点から、廃止に向けた取組を進める必要がある。

(略)



■ 社会保障制度改革プログラム法（平成25年12月5日成立）（抜粋）

(医療制度)

第四条

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

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

ハ 被保険者の所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し

国民健康保険組合について

○ 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人である。

○ 平成24年度末の組合数及び被保険者数

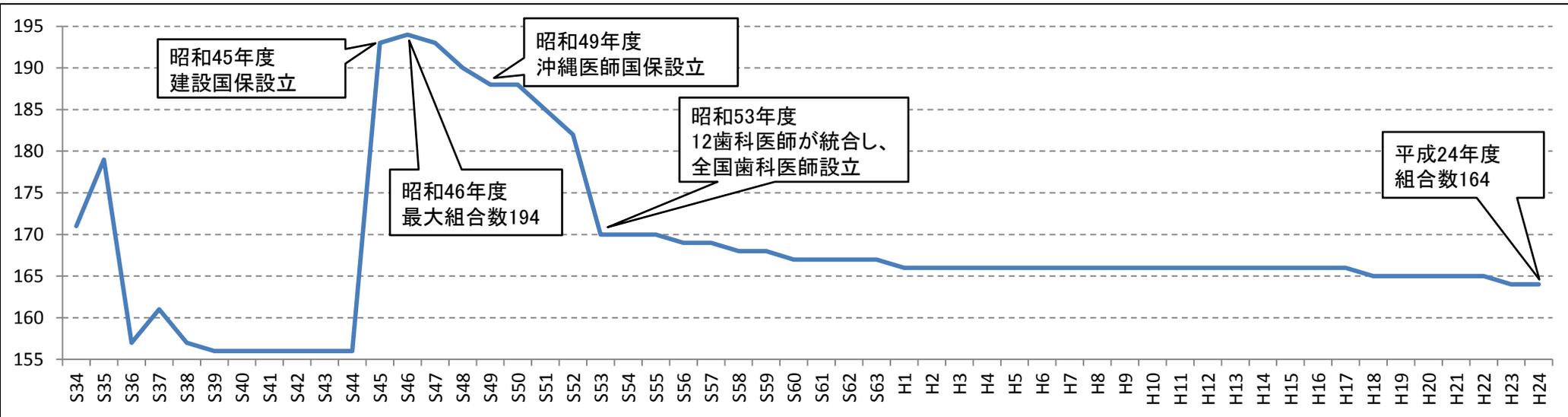
(1) 医師、歯科医師、薬剤師	92組合	被保険者数	64万人
(2) 建設関係	32組合	被保険者数	157万人
(3) 一般業種	40組合	被保険者数	81万人
合計	164組合	被保険者数	302万人

国民健康保険組合一覧

建設関係国保組合		一般業種国保組合		医師国保組合		歯科医師国保組合		薬剤師国保組合	
1 全国建設工事業	28 広島県建設	1 関東信越税理士	28 大阪中央市場青果	1 北海道医師	28 兵庫県医師	1 全国歯科医師	1 北海道薬剤師	1 北海道薬剤師	1 北海道薬剤師
2 建設連合	29 徳島建設産業	2 東京理容	29 大阪府浴場	2 青森県医師	29 奈良県医師	2 北海道歯科医師	2 埼玉県薬剤師	2 埼玉県薬剤師	2 埼玉県薬剤師
3 全国左官タイル塗装業	30 香川県建設	3 東京芸能人	30 大阪府食品	3 岩手県医師	30 和歌山県医師	3 宮城県歯科医師	3 千葉県薬剤師	3 千葉県薬剤師	3 千葉県薬剤師
4 全国板金業	31 佐賀県建設	4 文芸美術	31 大阪府たばこ	4 宮城県医師	31 鳥取県医師	4 秋田県歯科医師	4 東京都薬剤師	4 東京都薬剤師	4 東京都薬剤師
5 中央建設	32 長崎県建設事業	5 東京料理飲食	32 大阪質屋	5 秋田県医師	32 島根県医師	5 山形県歯科医師	5 神奈川県薬剤師	5 神奈川県薬剤師	5 神奈川県薬剤師
6 北海道建設		6 東京技芸	33 近畿税理士	6 山形県医師	33 岡山県医師	6 福島県歯科医師	6 新潟県薬剤師	6 新潟県薬剤師	6 新潟県薬剤師
7 宮城県建設業		7 東京食品販売	34 大阪市公設市場	7 福島県医師	34 広島県医師	7 茨城県歯科医師	7 福井県薬剤師	7 福井県薬剤師	7 福井県薬剤師
8 山形県建設		8 東京美容	35 大阪木津卸売市場	8 茨城県医師	35 山口県医師	8 群馬県歯科医師	8 静岡県薬剤師	8 静岡県薬剤師	8 静岡県薬剤師
9 埼玉県建設		9 東京自転車商	36 大阪衣料品小売	9 栃木県医師	36 徳島県医師	9 埼玉県歯科医師	9 愛知県薬剤師	9 愛知県薬剤師	9 愛知県薬剤師
10 埼玉土建		10 東京青果卸売	37 兵庫食糧	10 群馬県医師	37 香川県医師	10 千葉県歯科医師	10 三岐薬剤師	10 三岐薬剤師	10 三岐薬剤師
11 東京建設職能		11 東京浴場	38 神戸中央卸売市場	11 埼玉県医師	38 愛媛県医師	11 神奈川県歯科医師	11 京都府薬剤師	11 京都府薬剤師	11 京都府薬剤師
12 東京建設業		12 東京写真材料	39 兵庫県食品	12 千葉県医師	39 高知県医師	12 静岡県歯科医師	12 大阪府薬剤師	12 大阪府薬剤師	12 大阪府薬剤師
13 東京土建		13 東京都弁護士	40 全国土木建築	13 東京都医師	40 福岡県医師	13 愛知県歯科医師	13 兵庫県薬剤師	13 兵庫県薬剤師	13 兵庫県薬剤師
14 神奈川県建設業		14 神奈川県食品衛生		14 神奈川県医師	41 佐賀県医師	14 三重県歯科医師	14 紀和薬剤師	14 紀和薬剤師	14 紀和薬剤師
15 神奈川県建設連合		15 福井食品		15 新潟県医師	42 長崎県医師	15 大阪府歯科医師	15 中四国薬剤師	15 中四国薬剤師	15 中四国薬剤師
16 新潟県建築		16 静岡市食品		16 富山県医師	43 熊本県医師	16 兵庫県歯科医師	16 広島県薬剤師	16 広島県薬剤師	16 広島県薬剤師
17 富山県建設		17 名古屋市食品		17 石川県医師	44 大分県医師	17 奈良県歯科医師	17 福岡県薬剤師	17 福岡県薬剤師	17 福岡県薬剤師
18 長野県建設		18 京都芸術家		18 福井県医師	45 宮崎県医師	18 和歌山県歯科医師	18 長崎県薬剤師	18 長崎県薬剤師	18 長崎県薬剤師
19 岐阜県建設		19 京都料理飲食業		19 山梨県医師	46 鹿児島県医師	19 広島県歯科医師			
20 静岡県建設産業		20 京都府酒販		20 長野県医師	47 沖縄県医師	20 愛媛県歯科医師			
21 愛知建連		21 京都市中央卸売市場		21 岐阜県医師		21 福岡県歯科医師			
22 三重県建設		22 京都市食品衛生		22 静岡県医師		22 佐賀県歯科医師			
23 京都建築		23 京都府衣料		23 愛知県医師		23 長崎県歯科医師			
24 京都府建設業職別連合		24 京都花街		24 三重県医師		24 熊本県歯科医師			
25 大阪建設		25 大阪府整容		25 滋賀県医師		25 大分県歯科医師			
26 兵庫県建設		26 大阪府小売市場		26 京都府医師		26 宮崎県歯科医師			
27 岡山県建設		27 大阪文化芸能		27 大阪府医師		27 鹿児島県歯科医師			

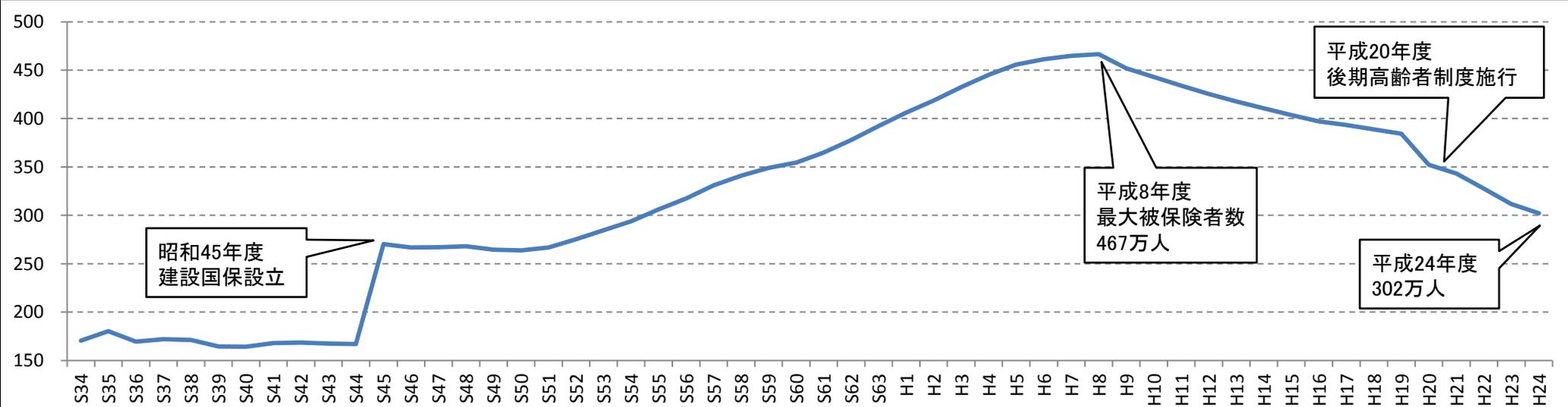
国民健康保険組合 組合数・被保険者数について

国民健康保険組合数の推移



国民健康保険組合被保険者数の推移

(単位: 万人)



国民健康保険組合の概要

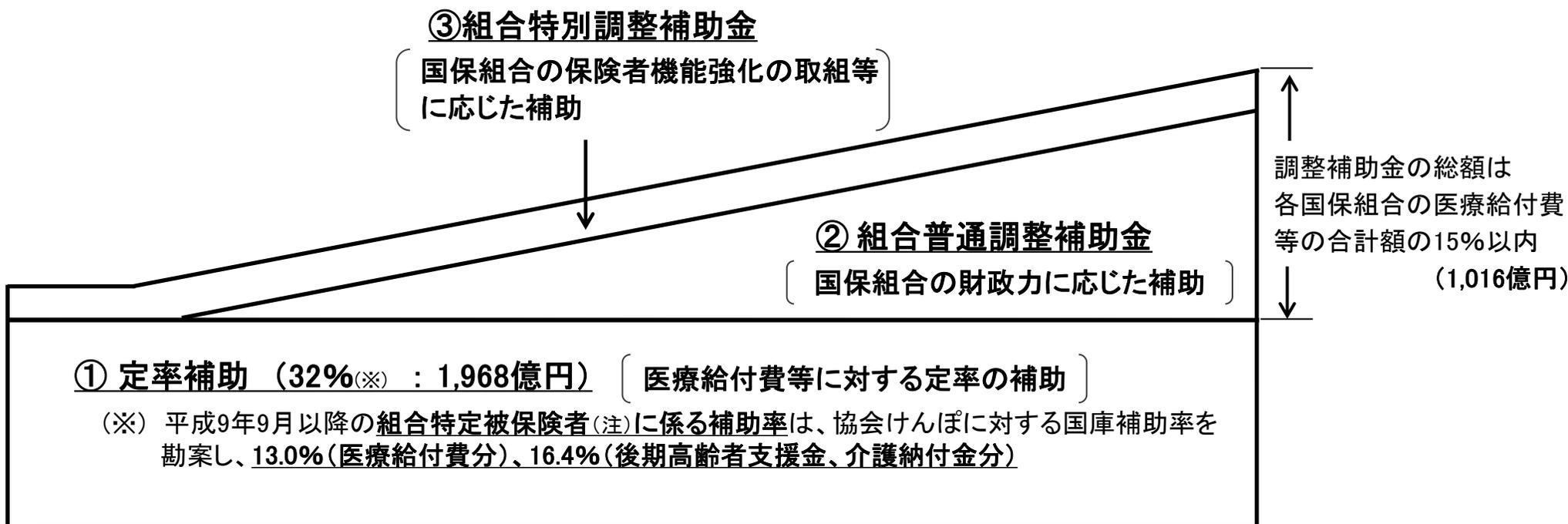
- 国保組合とは、国民健康保険法に基づき、同種同業の者を対象に国保事業を行うことができる公法人である。
(医師・歯科医師・薬剤師 : 92組合 / 建設関係 : 32組合 / 一般業種 : 40組合 計 164 組合)

※ 国保組合は、全市町村に国保事業の実施を義務づける(国民皆保険)以前から制度化されていた公法人であるが、国民皆保険達成後は、市町村が運営する国保を原則とする観点から、原則として国保組合の新設を認めていない。

- 被保険者数：約302万人 (平均年齢:39.3歳)
- 保険料：国保組合ごとに規約で定めている。(収納率は99.9%)

国保組合に対する国庫補助

(平成26年度予算ベース)



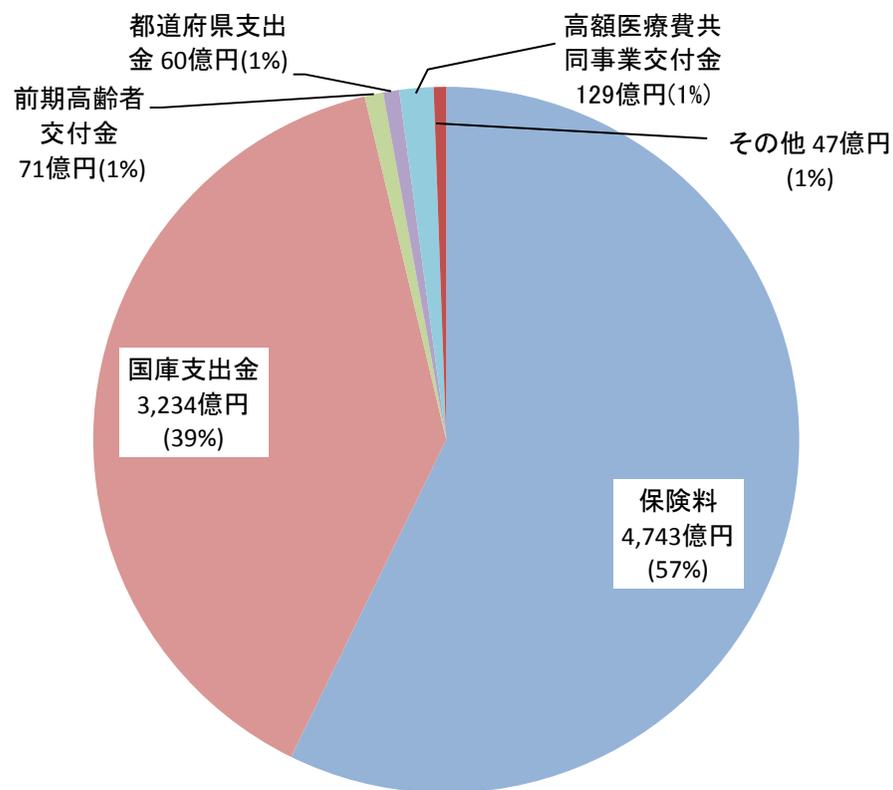
(注) 「組合特定被保険者」とは、本来的には健康保険の適用を受ける被用者であるが、健康保険の適用除外の承認を受けて国保組合の被保険者となった者をいう。

国民健康保険組合の収支状況について(平成24年度)

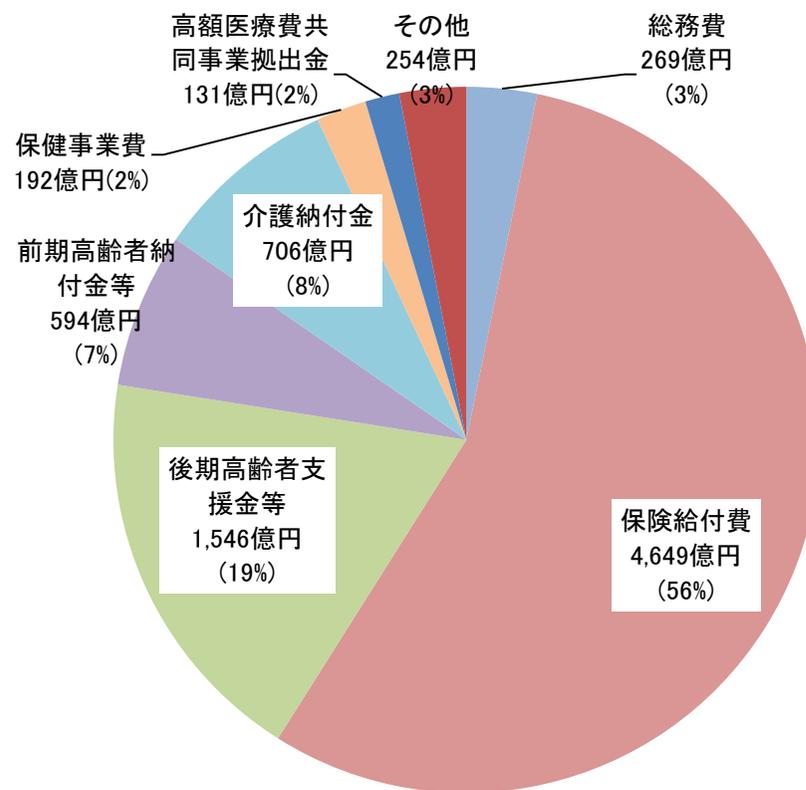
○ 単年度収入(平成24年度)については、保険料収入が57%、国庫支出金が39%を占めている。

○ 単年度支出(平成24年度)については、保険給付費が56%、後期高齢者支援金等が19%、介護納付金が8%、前期高齢者納付金等が7%を占めている。

経常収入 8,284億円



経常支出 8,340億円



国民健康保険組合の収支状況の推移について

- 平成24年度の収支状況については、
- ・ 単年度収入では、保険料収入が4,743億円（前年度比+1%）、国庫支出金が3,234億円（前年度比+0%）
 - ・ 単年度支出では、保険給付費4,649億円（前年度比▲2%）後期高齢者支援金等は1,546億円（前年度比+4%）、前期高齢者納付金等は593億円（+14%）の増となっている。

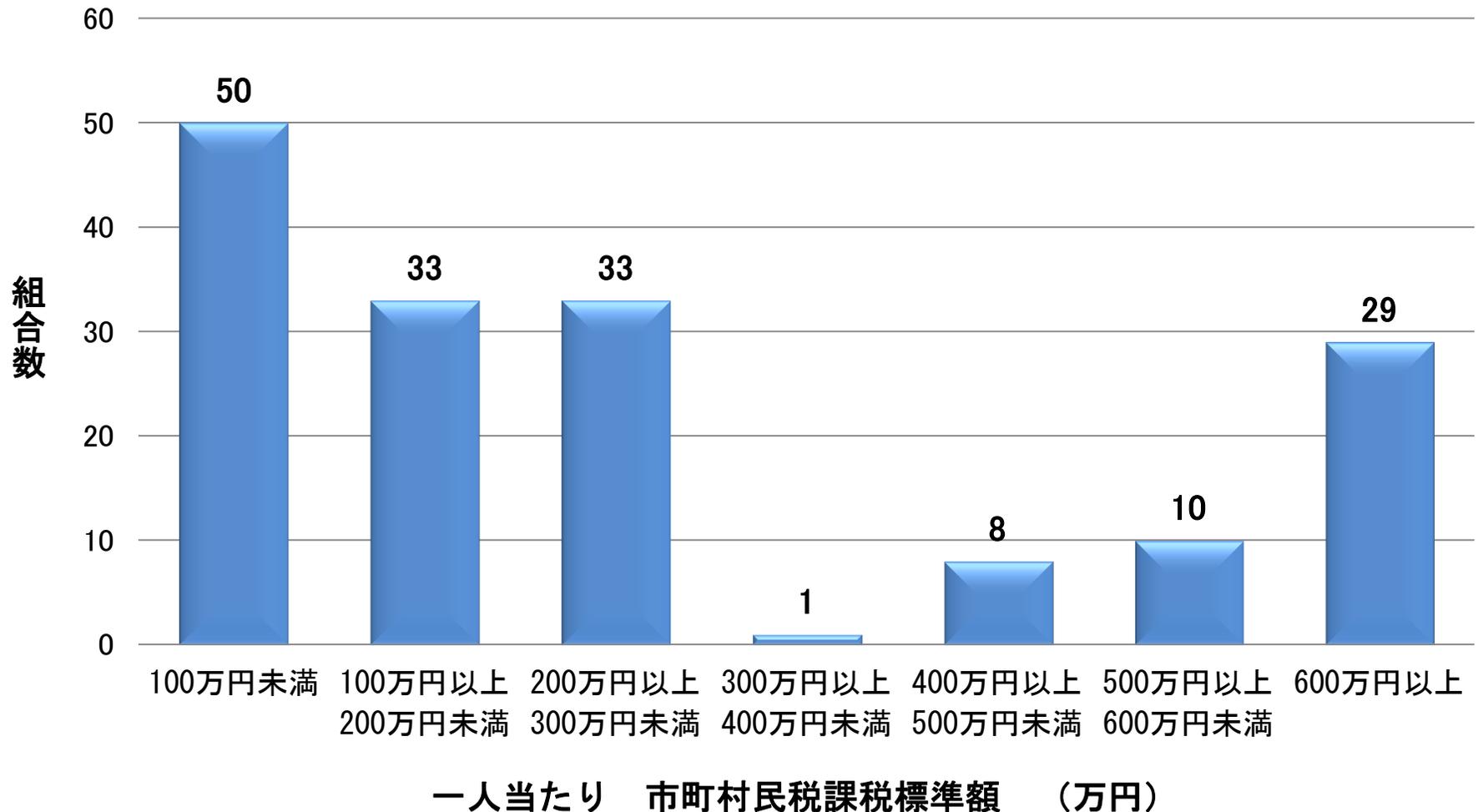
（単位：億円）

科目		平成23年度	平成24年度(対前年度比)
単年度収入	保 険 料	4,678	4,743 (+ 1%)
	国庫支出金	3,230	3,234 (+ 0%)
	前期高齢者交付金	67	71 (+ 6%)
	都道府県支出金	62	60 (▲ 2%)
	高額医療費共同事業交付金	121	129 (+ 7%)
	そ の 他	57	47 (▲17%)
	合 計	8,216	8,284 (+ 1%)
単年度支出	総 務 費	274	269 (▲ 2%)
	保険給付費	4,748	4,649 (▲ 2%)
	後期高齢者支援金等	1,491	1,546 (+ 4%)
	前期高齢者納付金等	521	594 (+14%)
	老人保健拠出金等	1	0 (▲77%)
	介護納付金	717	706 (▲ 2%)
	保健事業費	189	192 (+ 2%)
	高額医療費共同事業拠出金	122	131 (+ 7%)
	そ の 他	245	254 (+ 4%)
	合 計	8,310	8,340 (+ 0%)
単年度収支差引額（経常収支）		▲ 94	▲ 55

国民健康保険組合の所得水準について

○ 国保組合の所得水準については、

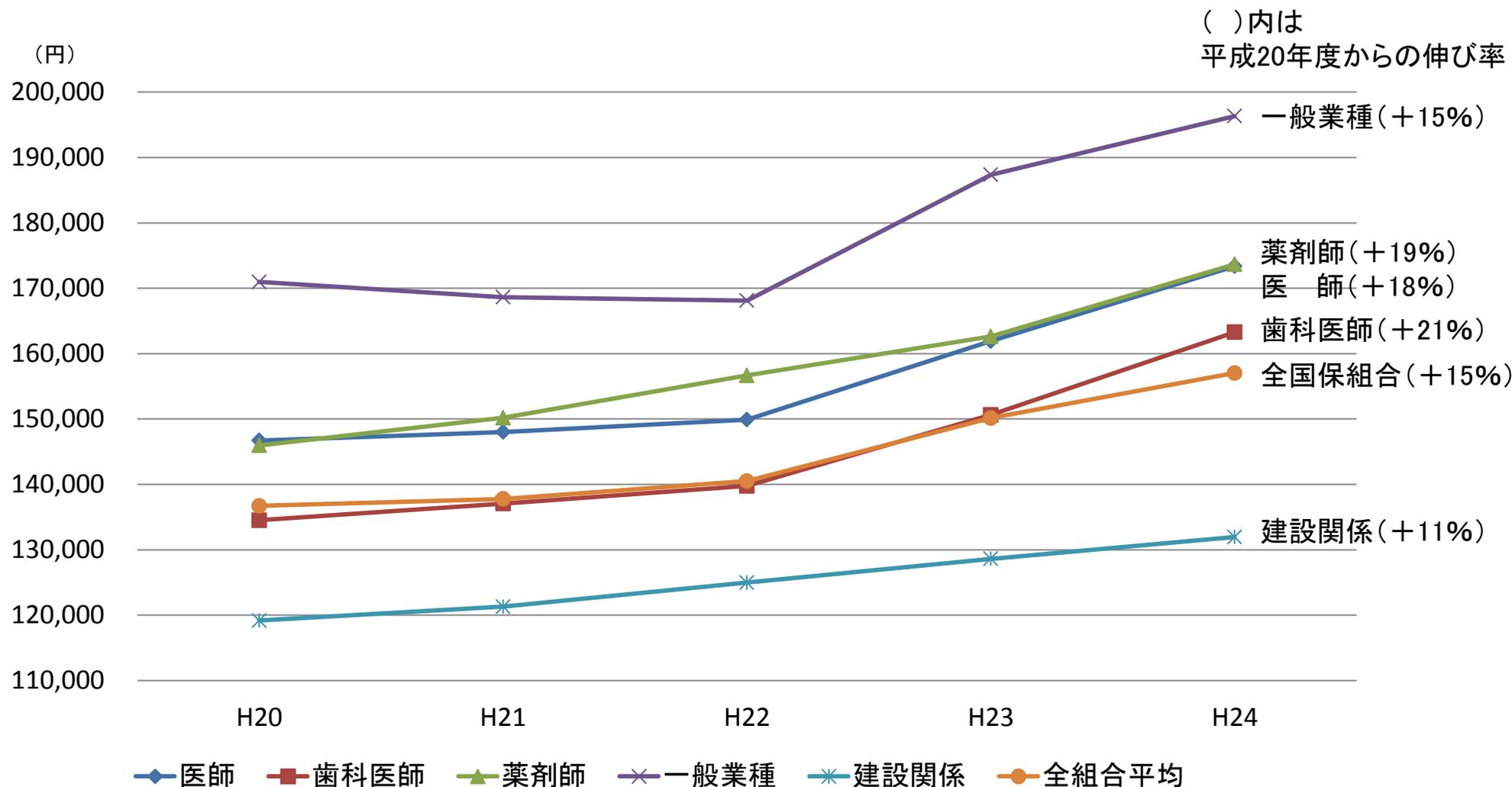
- ・ 50組合(全体の30%)が一人当たり市町村民税課税標準額が100万円未満、33組合(20%)が一人当たり市町村民税課税標準額が100万円以上200万円未満
- ・ 29組合(全体の18%)が一人当たり市町村民税課税標準額が600万円以上



(注) 平成21年度所得調査の結果を基に作成

国民健康保険組合の一人当たり保険料の推移について

○ 平成24年度における一人当たり保険料については、平成20年度と比べ、全体で15%上昇している。



(注) 「一人当たり保険料」とは、国民健康保険事業年報における保険料調定額(現年度分)を各年度末の被保険者数で除した額

所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直しの論点

- 国保組合に対する国庫補助については、
 - ・ 被保険者の所得水準にかかわらず、医療給付費等に対する定率の国庫補助
 - ・ 国保組合の財政力に応じた補助
 - ・ 国保組合の保険者機能の強化を図るための国庫補助等を行っているところ。

- 保険料についての国民の負担の公平を図る観点から、「所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し」について、どう考えるか。

参 考 資 料

国民健康保険組合の健康保険適用除外承認について

●国民健康保険組合とは

国保組合は、同種の事業又は業務に従事する者で当該組合の地区内に住所を有するものを組合員として組織された国民健康保険法上の公法人である。（平成24年4月現在：164組合）

（※国保組合に加入していなければ、市町村国保に加入すべき者）

●健康保険（被用者保険）について

- ・法人事業所または従業員5人以上の個人事業所については健康保険の適用事業所となり、当該事業所に使用される者は、健康保険の被保険者となる。
- ・健康保険の被保険者は、国民健康保険に加入することができない。

(参考)

	強制適用業種 [土木・建築、医療等]		非適用業種 [飲食業、サービス業等]	
5人以上	適用	適用	適用	非適用
5人未満	非適用	適用	適用	非適用
	個人	法人	個人	個人

■ 健康保険強制適用被保険者
□ 健康保険任意包括被保険者、市町村国保被保険者

●健康保険適用除外承認制度について

- ・健康保険適用除外承認制度とは、本来、法人事業所または従業員5人以上の個人事業所に使用される者は健康保険の被保険者となるが、以下に該当する者であって、国保組合の理事長が認めた者について、厚生労働大臣（年金事務所）の承認を受けることで、例外的に引き続き国保組合に加入し続けられる制度である。
（※国保組合の事業運営の継続性の観点から例外的に認められたものである）

- ① 国民健康保険組合の被保険者である者を使用する事業所が法人となる又は5人以上事業所となる等により、健康保険の適用事業所となる日において、現に国民健康保険組合の被保険者である者
- ② 国民健康保険組合の被保険者である者が法人又は5人以上事業所を設立する等により、健康保険の適用事業所となる場合における当該被保険者
- ③ ①又は②に該当することにより適用除外の承認を受けた者を使用する事業所に新たに使用されることとなった者
- ④ 国民健康保険組合の被保険者である者が、健康保険の適用事業所に勤務した場合における当該被保険者

組合特定被保険者に対する定率補助について

○ 法人事業所又は従業員5人以上の個人事業所に使用される者は、健康保険の被保険者となるが、国保組合に加入していた者が働く事業所が法人となった場合や個人事業所で従業員が5人以上となった場合など、健康保険の適用要件を満たしたときに国保組合の理事長と厚生労働大臣（年金事務所）の承認を得れば、例外的に引き続き国保組合に加入し続けられる。

※ 健康保険の適用対象が拡大される中、国保組合の事業運営の継続性の観点から、例外的に認められたもの。

○ 平成9年の法律改正により、国民健康保険組合の被保険者のうち、本来、政府管掌健康保険に加入すべき者であるが、上述の承認を得て国民健康保険組合の被保険者となった者を「組合特定被保険者」とし、組合特定被保険者のうち、平成9年9月以降に新規に国保組合に加入した者に係る国庫補助率については、政府管掌健康保険の国庫負担率を勘案し、均衡を保つこととしている。

加入時期 (国保組合一般)	平成9年8月以前加入		平成9年9月以降加入	
	一般被保険者	組合特定被保険者	一般被保険者	組合特定被保険者
本人 ・ 家族	32%	32%	32%	医療給付費 : 13.0%(*1) 後期支援金 : 16.4%(*2) 介護納付金 : 16.4%

※1 平成9年9月以降に適用除外承認を受けた者の医療給付費の補助率は、平成22年度から協会けんぽの補助率が16.4%に引き上げられたものの、13%で据え置き。

※2 後期支援金の1/3は、所得水準に応じて補助している。

※3 全国土木建築国保組合への定率補助は、平成9年8月以前からの加入者の家族については事業所の規模にかかわらず補助率32%、平成9年9月以降300人以上事業所の本人・家族については国庫補助対象外、300人未満事業所の本人・家族については若人13.0%、後期・介護16.4%

行政刷新会議の事業仕分けの結論(平成22年11月16日)

○ 見直しを行う(所得水準の高い国保組合に対する定率補助の廃止)

(とりまとめコメント)

それぞれの組合ごとの所得階層が大きく異なっているので、所得の低い皆さんの集団である国保組合については、従前どおりのしっかりとした補助を、その代わり所得の高い人たちが集まっている国保組合についてはゼロも含めて、厚生労働省B案(※右下図)で進んでいただきたいということを結論とする。

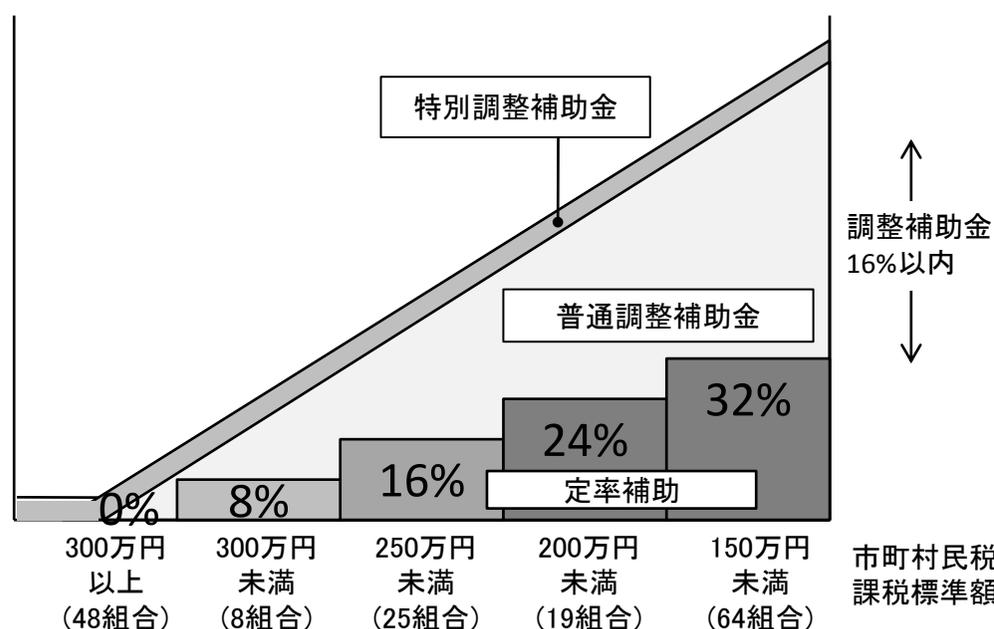
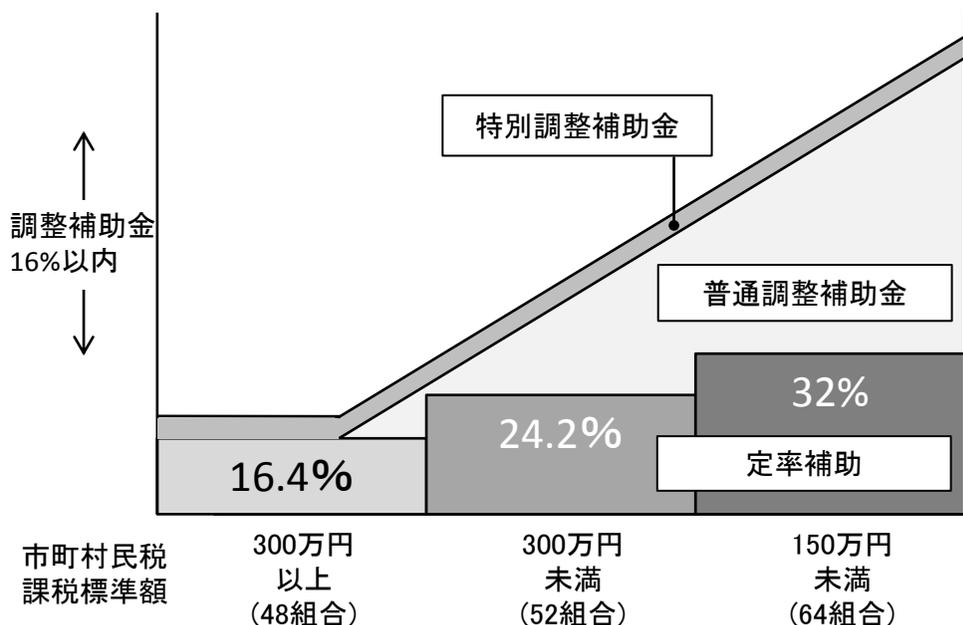
事業仕分けで結論とされた見直し案

【A案】

【B案】

- ・3段階の定率補助
- ・補助率は、協会けんぽの水準(16.4%)以上

- ・5段階の定率補助
- ・所得水準の高い国保組合の補助率は、0%



医療保険部会における主な意見(平成23年11月24日)

(主な意見)

- 国保組合の定率補助の32%は市町村国保とのバランスによって決められたもので、その見直しに当たっては保険者間の財政調整、国庫補助の在り方、新しい高齢者医療制度の創設に伴う財政影響の見極めなど、総合的に判断すべき。
- 医師国保は市町村国保並みに保険料を引き上げても、公費負担がなければ赤字になり解散するしかなくなる。その結果、市町村国保や協会けんぽに移った場合、国保補助率は医師国保よりも高く、今まで自粛していた自家受診の際も請求するようになるため、結果的には国庫負担はかえって増えるのではないか。
- 保険とは、被保険者がお互いのリスクをカバーするという制度であり、公費がないのが理想。ただし、財政的に厳しいところに公費が投入されるのはやむを得ないが、三師組合は標準報酬のレベルが高いので、健保組合と同じ考え方で運営されるのが理論的には正しい。
- 本来加入すべき市町村国保から抜けて、自分たちでやるという形が国保組合の位置づけであり、所得水準の高い組合に国庫補助を入れるという説明は、説得力に乏しい。

6. 給付の重点化・制度運営の効率化

(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。

※ 3大臣合意の内容

- 行政刷新会議「事業仕分け」において、所得水準の高い国保組合に対する定率補助を廃止するとされたことを踏まえ、保険者間の給付と負担の公平を図るため、事業仕分けの結論に沿って、見直しを行う。

出産育児一時金の見直しについて

平成26年7月7日
厚生労働省保険局

産科医療補償制度の見直しについて

(平成27年1月以降の分娩より適用)

【平成26年1月20日 第73回社会保障審議会医療保険部会 決定】

○ 補償対象基準の見直し内容について

(一般審査基準)

- ・ 在胎週数 : 33週以上 ⇒ 32週以上
- ・ 出生体重 : 2000g以上 ⇒ 1400g以上

(個別審査基準)

- ・ 低酸素状況を示す要件の見直し

【平成26年4月21日 第74回社会保障審議会医療保険部会 決定】

社会保障審議会医療保険部会において、以下のとおり決定された。

○ 補償対象者数の推計及び保険料水準について

(補償対象者数の推計)

(保険料水準)

・年間 571人(推定区間 423人～719人) 2.4万円(※)

※保険料水準は、補償対象者数推計の上限である719人を元に試算。

○ 剰余金の充当額及び掛金について

・1分娩当たりの充当額 : 0.8万円 ※ 充当期間 約10年(見込み)

・充当後の掛金 : 1.6万円

※剰余金の総額(見込み)は、平成21～26年分で約800億円。

全国の平均的な出産費用について

○病院、診療所、助産所 合計（全国）【平均値】

専用請求書項目	平成22年度(※1)	平成23年度	平成24年度
入院日数	6日	6日	6日
入院料(※2)	108,159円	108,849円	110,112円
室料差額(A)	14,084円	14,086円	14,653円
分娩料	222,599円	226,304円	230,920円
新生児管理保育料	50,642円	50,244円	50,445円
検査・薬剤料	11,547円	11,604円	11,915円
処置・手当料	13,135円	13,167円	13,336円
産科医療補償制度(B)	29,655円	29,703円	29,672円
その他(※3)(C)	24,626円	24,598円	25,324円
小計	474,446円	478,556円	486,376円

※1 これらの数値は、正常分娩に係る直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したものであり、平成22年度は、集計上の都合、4月分を除く11か月分について集計している。なお、前回(平成26年4月21日)の提出資料について、集計対象データの不足等が判明したため、今回、再集計を行っている。(次頁以降も同様)

※2 入院料の中には、食事料等も含んでいる。

※3 その他とは、医療外費用(お祝い膳など)の直接分娩に関わらないものをいう。

小計から(A)～(C)を 控除した額(D)	406,081円	410,169円	416,727円
--------------------------	----------	----------	----------

産科施設別の平均的な出産費用について

○産科施設別（全国）【平均値】

専用請求書 項目	平成22年度(※1)			平成23年度			平成24年度		
	公的病院	私的病院	診療所	公的病院	私的病院	診療所	公的病院	私的病院	診療所
入院日数	7日	7日	6日	7日	7日	6日	7日	7日	6日
入院料	154,470円	120,479円	82,221円	158,204円	121,743円	81,948円	163,539円	122,893円	81,477円
室料差額 (A)	12,312円	16,120円	13,949円	12,888円	15,971円	13,798円	13,798円	16,741円	14,074円
分娩料	171,320円	227,441円	242,227円	174,217円	229,953円	246,475円	178,418円	233,469円	251,340円
新生児管理 保育料	39,669円	52,100円	54,707円	39,257円	51,575円	54,281円	39,526円	51,429円	54,517円
検査・薬剤料	13,572円	12,174円	10,396円	13,790円	11,986円	10,524円	14,018円	12,101円	10,962円
処置・手当料	10,835円	13,131円	14,228円	10,579円	13,009円	14,419円	10,510円	12,926円	14,790円
産科医療補償 制度(B)	29,567円	29,702円	29,711円	29,739円	29,628円	29,752円	29,752円	29,516円	29,740円
その他(※2) (C)	26,986円	22,940円	24,262円	26,952円	22,448円	24,471円	28,178円	23,674円	24,837円
小計	458,732円	494,087円	471,700円	465,627円	496,313円	475,667円	477,740円	502,748円	481,738円

※1 これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したものであり、平成22年度は、集計上の都合、4月分を除く11か月分について集計している。

※2 その他とは、医療外費用(お祝い膳など)の直接分娩に関わらないものをいう。

小計ー (A)～(C)	389,867円	425,325円	403,778円	396,048円	428,266円	407,646円	406,012円	432,817円	413,087円
------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

都道府県別の平均的な出産費用について(平成24年度) (1)

○都道府県別(項目別内訳) 【平均値】

(最高値: 、最低値:)

	入院 日数	入院料	室料差額 (A)	分娩料	新生児管 理保育料	検査・ 薬剤料	処置・ 手当料	産科医療保 障制度(B)	その他 (C)	小計	小計ー (A)~(C)
北海道	6日	109,589円	6,256円	210,083円	34,143円	7,745円	7,584円	29,980円	22,157円	427,536円	369,143円
青森県	7日	116,584円	11,107円	175,704円	39,826円	11,090円	16,708円	29,972円	23,063円	424,054円	359,912円
岩手県	7日	113,586円	8,152円	203,948円	50,236円	10,598円	13,173円	29,996円	20,464円	450,152円	391,540円
宮城県	7日	124,954円	14,356円	241,399円	56,809円	11,340円	9,022円	29,205円	26,679円	513,764円	443,524円
秋田県	7日	132,437円	7,145円	193,458円	46,354円	9,913円	2,229円	29,953円	18,085円	439,574円	384,391円
山形県	7日	127,769円	10,379円	216,248円	63,363円	11,870円	14,622円	28,357円	13,404円	486,012円	433,872円
福島県	7日	101,887円	12,144円	226,807円	52,004円	11,359円	8,349円	27,485円	21,678円	461,714円	400,407円
茨城県	6日	89,820円	21,027円	261,565円	41,898円	10,038円	19,153円	29,519円	23,877円	496,897円	422,474円
栃木県	6日	72,257円	24,078円	301,503円	45,815円	9,607円	4,775円	29,990円	37,738円	525,763円	433,957円
群馬県	6日	109,392円	18,489円	244,067円	52,022円	10,301円	10,482円	29,991円	18,059円	492,802円	426,263円
埼玉県	6日	106,840円	12,207円	253,633円	51,047円	14,592円	15,788円	29,591円	28,052円	511,750円	441,900円
千葉県	6日	90,235円	18,279円	245,964円	55,914円	9,703円	17,140円	28,407円	26,759円	492,400円	418,955円
東京都	7日	135,503円	25,758円	271,594円	55,646円	17,023円	18,106円	29,147円	33,369円	586,146円	497,872円
神奈川県	6日	140,400円	8,700円	234,631円	51,712円	15,917円	19,210円	29,998円	33,584円	534,153円	461,871円
新潟県	7日	126,308円	11,147円	205,172円	62,659円	12,286円	18,551円	29,975円	20,287円	486,386円	424,977円
富山県	7日	116,388円	11,114円	197,982円	54,649円	7,383円	11,560円	30,000円	28,574円	457,650円	387,962円
石川県	7日	113,351円	18,167円	201,483円	58,870円	5,631円	7,953円	29,964円	20,617円	456,037円	387,289円
福井県	7日	107,587円	21,276円	215,634円	53,512円	8,591円	5,734円	29,985円	11,379円	453,697円	391,057円
山梨県	6日	127,485円	8,693円	222,338円	38,871円	16,644円	8,752円	29,968円	24,275円	477,026円	414,090円
長野県	7日	115,643円	9,406円	247,445円	42,701円	12,039円	15,512円	28,737円	20,593円	492,076円	433,340円
岐阜県	7日	101,315円	7,410円	228,265円	57,648円	9,628円	15,970円	29,989円	24,466円	474,691円	412,826円
静岡県	6日	130,485円	14,189円	205,493円	45,342円	14,526円	14,335円	29,987円	26,956円	481,314円	410,182円
愛知県	6日	105,558円	18,339円	244,455円	52,066円	10,762円	15,646円	29,974円	20,857円	497,657円	428,487円
三重県	6日	101,554円	20,150円	227,757円	60,011円	7,021円	7,534円	29,984円	35,241円	489,252円	403,877円

※ これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したもの

都道府県別の平均的な出産費用について(平成24年度) (2)

○都道府県別(項目別内訳) 【平均値】

(最高値: 、最低値:)

	入院 日数	入院料	室料差額 (A)	分娩料	新生児管 理保育料	検査・ 薬剤料	処置・ 手当料	産科医療保 障制度(B)	その他 (C)	小計	小計ー (A)~(C)
滋賀県	6日	100,440円	21,868円	211,890円	50,569円	16,620円	14,157円	29,753円	26,291円	471,587円	393,675円
京都府	7日	114,882円	29,790円	191,953円	53,050円	15,786円	14,983円	29,325円	22,938円	472,706円	390,653円
大阪府	6日	111,928円	14,636円	224,255円	55,338円	13,881円	15,459円	29,647円	27,800円	492,944円	420,861円
兵庫県	6日	108,227円	16,089円	236,066円	50,250円	15,016円	14,219円	29,705円	23,294円	492,866円	423,778円
奈良県	6日	123,798円	13,313円	216,318円	44,306円	15,070円	15,373円	29,991円	21,695円	479,864円	414,865円
和歌山県	6日	131,579円	16,682円	162,117円	43,959円	15,256円	15,106円	29,980円	29,276円	443,955円	368,017円
鳥取県	6日	102,184円	11,477円	163,034円	47,897円	6,480円	16,012円	29,968円	22,449円	399,501円	335,607円
島根県	7日	127,053円	8,769円	189,650円	40,978円	10,202円	6,745円	29,968円	39,805円	453,170円	374,628円
岡山県	6日	115,374円	12,462円	232,031円	53,276円	7,848円	8,772円	29,935円	19,318円	479,016円	417,301円
広島県	6日	110,660円	13,158円	231,048円	53,617円	10,608円	8,720円	29,998円	17,802円	475,611円	414,653円
山口県	6日	102,477円	9,166円	201,475円	43,104円	11,411円	8,917円	29,985円	20,439円	426,973円	367,383円
徳島県	6日	128,739円	17,872円	191,428円	41,102円	12,664円	16,409円	30,000円	19,278円	457,491円	390,341円
香川県	7日	115,162円	18,881円	204,423円	36,051円	7,674円	8,304円	29,989円	13,860円	434,345円	371,615円
愛媛県	6日	95,923円	13,324円	208,711円	44,043円	9,996円	14,520円	29,997円	25,054円	441,567円	373,192円
高知県	7日	128,220円	13,992円	169,011円	38,151円	7,687円	5,090円	29,918円	22,936円	415,006円	348,160円
福岡県	6日	82,724円	10,563円	244,414円	44,893円	10,296円	13,341円	29,849円	23,173円	459,253円	395,668円
佐賀県	7日	111,100円	3,636円	198,062円	51,464円	7,686円	4,640円	29,987円	23,777円	430,352円	372,952円
長崎県	7日	94,918円	4,461円	236,313円	44,807円	4,750円	3,469円	29,989円	27,514円	446,221円	384,257円
熊本県	7日	94,946円	7,095円	219,491円	34,531円	5,140円	3,321円	29,967円	16,959円	411,449円	357,428円
大分県	7日	77,198円	2,424円	224,289円	45,537円	7,047円	11,777円	30,000円	23,943円	422,215円	365,848円
宮崎県	7日	92,533円	5,867円	209,692円	53,247円	6,698円	3,179円	29,639円	20,024円	420,879円	365,349円
鹿児島県	7日	88,198円	13,298円	201,497円	56,685円	10,981円	5,965円	29,960円	20,127円	426,711円	363,326円
沖縄県	6日	72,237円	11,853円	208,755円	51,572円	9,016円	4,378円	29,937円	26,799円	414,548円	345,959円
全国	6日	110,112円	14,653円	230,920円	50,445円	11,915円	13,336円	29,672円	25,324円	486,376円	416,727円

※ これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したもの

都道府県別の出産費用(平均値・中央値・最高値・最低値)について (1)

○都道府県別合計額【平均値・中央値・最高値・最低値】

(最高値: 、最低値:)

	平成22年度 (4月を除く11か月分の集計)				平成23年度				平成24年度			
	平均値	中央値	最高値	最低値	平均値	中央値	最高値	最低値	平均値	中央値	最高値	最低値
北海道	412,860円	415,570円	811,095円	117,930円	419,799円	421,770円	763,450円	107,620円	427,536円	427,620円	851,840円	91,862円
青森県	413,859円	414,120円	1,628,160円	100,000円	416,454円	416,710円	902,758円	200,966円	424,054円	421,217円	1,136,058円	200,000円
岩手県	433,116円	432,875円	634,327円	163,090円	442,361円	441,815円	672,590円	181,820円	450,152円	448,380円	657,780円	216,920円
宮城県	500,749円	500,300円	834,265円	51,524円	501,613円	500,133円	1,644,391円	186,707円	513,764円	513,200円	1,062,815円	43,068円
秋田県	429,109円	430,650円	654,770円	189,105円	435,437円	437,437円	560,015円	238,720円	439,574円	441,500円	564,840円	156,330円
山形県	471,760円	473,650円	871,650円	227,374円	483,330円	485,030円	674,114円	211,910円	486,012円	487,190円	684,260円	193,430円
福島県	446,884円	447,280円	718,020円	183,870円	455,399円	456,130円	652,290円	170,000円	461,714円	460,789円	1,311,650円	186,230円
茨城県	488,278円	481,000円	1,035,540円	203,925円	491,309円	484,380円	889,250円	22,010円	496,897円	488,090円	1,076,610円	30,000円
栃木県	513,990円	510,133円	1,738,677円	149,820円	518,592円	515,085円	1,094,803円	202,090円	525,763円	521,200円	1,142,350円	88,080円
群馬県	480,416円	472,975円	1,104,410円	161,136円	485,348円	480,077円	985,681円	205,610円	492,802円	485,976円	940,378円	190,930円
埼玉県	496,881円	489,635円	1,092,340円	11,400円	503,446円	495,286円	1,649,150円	70,770円	511,750円	502,450円	1,276,381円	86,910円
千葉県	481,080円	473,485円	1,573,186円	151,370円	486,819円	481,400円	1,894,694円	110,890円	492,400円	486,795円	1,666,750円	30,000円
東京都	566,354円	545,670円	1,962,320円	133,000円	573,375円	551,030円	4,469,365円	17,000円	586,146円	559,590円	2,562,478円	25,550円
神奈川県	519,489円	512,260円	2,140,290円	30,000円	525,914円	518,275円	1,427,150円	32,000円	534,153円	525,250円	1,711,144円	30,000円
新潟県	481,317円	485,160円	967,534円	207,940円	483,491円	486,950円	740,421円	159,190円	486,386円	488,550円	734,210円	119,062円
富山県	449,406円	447,565円	771,595円	219,695円	453,916円	451,215円	724,481円	185,492円	457,650円	456,624円	873,825円	255,439円
石川県	450,260円	452,030円	732,150円	227,040円	452,036円	453,310円	1,346,450円	180,650円	456,037円	457,860円	897,660円	208,425円
福井県	443,928円	437,510円	771,750円	219,670円	448,665円	443,600円	949,371円	112,810円	453,697円	446,735円	1,136,920円	100,000円
山梨県	464,534円	459,049円	796,931円	133,082円	471,131円	467,348円	852,498円	256,506円	477,026円	475,783円	958,382円	124,680円
長野県	476,950円	476,840円	1,029,150円	127,730円	483,688円	483,300円	949,220円	170,650円	492,076円	492,195円	853,370円	227,250円
岐阜県	465,134円	466,755円	866,930円	177,914円	467,646円	469,690円	1,505,590円	206,300円	474,691円	475,088円	1,135,920円	224,750円
静岡県	469,765円	468,725円	1,434,619円	64,300円	472,858円	473,000円	859,341円	30,000円	481,314円	478,690円	1,357,806円	48,200円
愛知県	479,934円	478,433円	1,003,110円	110,610円	489,457円	489,260円	1,396,170円	163,650円	497,657円	498,090円	1,282,620円	57,420円
三重県	472,913円	473,133円	1,072,690円	143,740円	479,148円	477,530円	1,034,931円	192,840円	489,252円	487,794円	1,129,674円	269,450円

※ これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したもの

都道府県別の出産費用(平均値・中央値・最高値・最低値)について (2)

○都道府県別合計額【平均値・中央値・最高値・最低値】

(最高値: 、最低値:)

	平成22年度 (4月を除く11か月分の集計)				平成23年度				平成24年度			
	平均値	中央値	最高値	最低値	平均値	中央値	最高値	最低値	平均値	中央値	最高値	最低値
滋賀県	464,068円	463,823円	1,394,396円	57,000円	467,107円	467,120円	985,110円	131,598円	471,587円	471,800円	857,785円	164,390円
京都府	461,419円	460,130円	1,072,140円	181,320円	464,903円	463,200円	1,403,620円	72,980円	472,706円	471,400円	927,254円	173,530円
大阪府	484,124円	486,365円	1,256,183円	30,000円	487,622円	489,500円	898,690円	30,000円	492,944円	494,000円	845,000円	88,170円
兵庫県	480,996円	480,430円	1,801,075円	32,870円	484,970円	482,300円	2,020,170円	125,890円	492,866円	490,102円	1,076,020円	160,260円
奈良県	470,084円	480,890円	880,360円	238,330円	472,842円	484,365円	1,156,430円	243,000円	479,864円	493,550円	765,790円	130,000円
和歌山県	432,590円	438,828円	675,392円	195,780円	438,130円	441,405円	769,511円	170,630円	443,955円	447,810円	765,170円	203,487円
鳥取県	388,477円	393,570円	587,570円	132,810円	388,919円	392,520円	621,660円	165,790円	399,501円	402,861円	619,725円	131,500円
島根県	443,357円	447,890円	643,582円	149,930円	446,403円	450,640円	978,055円	135,490円	453,170円	456,565円	1,061,798円	219,097円
岡山県	472,284円	465,560円	1,417,320円	7,620円	474,712円	468,705円	1,111,578円	107,650円	479,016円	471,326円	1,098,520円	82,900円
広島県	465,673円	463,098円	1,390,930円	190,000円	469,183円	465,995円	858,150円	205,569円	475,611円	473,721円	844,740円	139,330円
山口県	418,958円	412,130円	936,996円	189,490円	420,877円	414,750円	1,182,732円	140,045円	426,973円	419,615円	921,932円	199,340円
徳島県	441,576円	443,290円	655,612円	270,390円	450,263円	451,970円	649,045円	211,140円	457,491円	457,570円	692,601円	251,787円
香川県	416,563円	420,050円	790,341円	228,331円	423,214円	425,155円	747,640円	193,135円	434,345円	432,000円	744,680円	249,090円
愛媛県	434,409円	435,305円	899,213円	183,940円	436,312円	438,500円	902,861円	172,950円	441,567円	442,340円	770,539円	120,000円
高知県	411,528円	412,505円	630,320円	200,000円	413,198円	412,263円	562,870円	218,938円	415,006円	413,700円	1,295,539円	172,660円
福岡県	450,368円	448,340円	1,207,980円	141,890円	453,992円	451,610円	1,685,496円	36,900円	459,253円	455,990円	1,564,470円	224,660円
佐賀県	426,053円	426,090円	767,170円	90,000円	429,958円	429,120円	624,793円	120,000円	430,352円	430,230円	720,478円	240,000円
長崎県	445,537円	446,400円	737,594円	200,000円	445,327円	445,500円	764,740円	102,630円	446,221円	447,180円	700,210円	214,350円
熊本県	407,805円	416,340円	906,860円	169,072円	407,929円	418,455円	668,320円	214,160円	411,449円	420,000円	857,431円	81,237円
大分県	418,749円	420,390円	997,330円	195,000円	419,840円	420,720円	649,153円	4,310円	422,215円	421,600円	606,007円	14,194円
宮崎県	418,049円	421,140円	1,141,745円	195,840円	420,574円	421,114円	1,059,857円	159,687円	420,879円	420,520円	1,084,248円	148,430円
鹿児島県	424,301円	424,440円	1,119,470円	207,620円	423,705円	423,930円	787,828円	190,803円	426,711円	426,240円	857,910円	193,610円
沖縄県	413,005円	416,162円	729,775円	14,230円	415,005円	419,000円	863,304円	116,719円	414,548円	418,460円	866,660円	149,183円
全国	474,446円	465,750円	2,140,290円	7,620円	478,556円	470,000円	4,469,365円	4,310円	486,376円	476,770円	2,562,478円	14,194円

※ これらの数値は、正常分娩に係る、直接支払制度専用請求書を国民健康保険中央会において集計したもの

出産育児一時金の見直しの方向性について

- これまで、出産育児一時金の額は、出産費用の状況等を踏まえて改定されてきたところ。
- 今回の産科医療補償制度の見直し(平成27年1月施行予定)においては、掛金が3万円から1.6万円に引き下げられることとなったが、出産育児一時金の総額については、
 - ・ 前回の改定から4年半が経過したが、その後、平均的な出産費用は増加していること
 - ・ 平成24年度における全国の平均的な出産費用(室料差額などの医療外費用を除く。以下同じ。)は41.7万円となっており、公的病院の出産費用だけを見ても40.6万円となっていること
 - ・ 仮に総額を引き下げるとした場合、分娩機関から本人に対する出産費用の請求が、掛金の引き下げ幅以上に下がらない限り、本人の実質的な負担が増加すること
 - ・ 一方で、医療保険財政は厳しい状況にあるため、総額の引き上げは困難であること等を総合的に考慮し、今回は総額42万円を維持することとしてはどうか。
- ただし、今後、改定の在り方を検討することとしてはどうか。

○健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）（抄）

第三十六条 法第百一条の政令で定める金額は、三十九万円とする。ただし、病院、診療所、助産所その他の者であつて、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産であると保険者が認めるときは、三十九万円に、第一号に規定する保険契約に関し被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で保険者が定める金額を加算した金額とする。

参 考 资 料

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

保険局保険課の調査に基づく平成17年3月の国立病院の平均出産費用（35万円）を参照

➤平成21年1月：35万円→原則38万円

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（平成23年3月までの暫定措置）

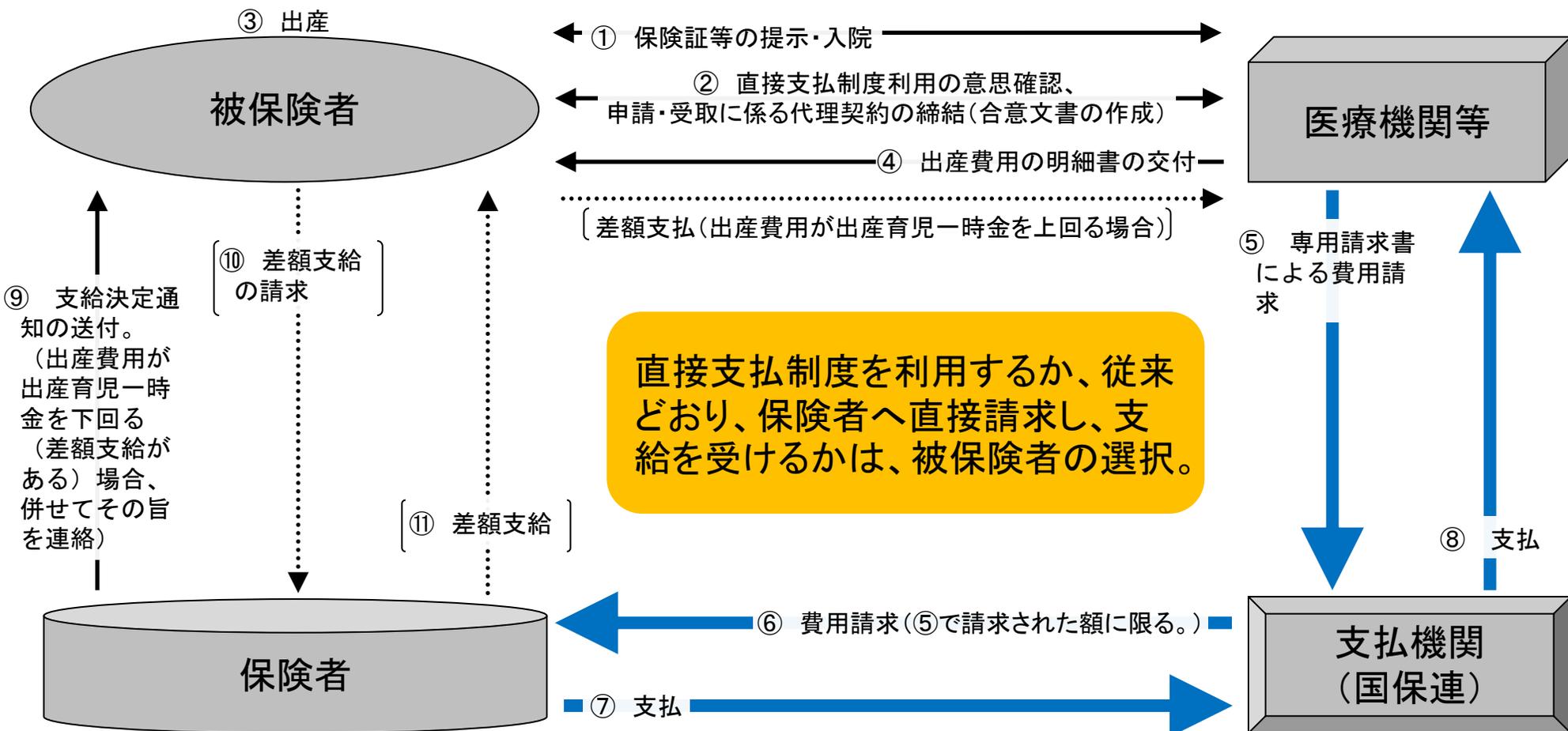
日本産婦人科医会の調査に基づく平成19年度の公的病院、私的病院、診療所の平均出産費用（39万円）を参照

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

出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度

- 緊急の少子化対策の一環として、平成21年10月1日より支給額の引上げ(原則38万円→原則42万円)と併せて実施。
- 医療機関等に直接支払われるため、被保険者がまとまった出産費用を事前に用意する必要がない。



※ 被用者保険分の異常分娩については、社会保険診療報酬支払基金へ請求

(参考)専用請求書について

平成 年 月分 出産育児一時金等代理申請・受取請求書【 正常 ・ 異常 分娩】

保険者番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関等コード																				
分娩機関管理番号																				
医療機関等所在地及び名称																				

被保険者等との申請及び受取に係る契約に基づき、被保険者等に代わり以下のとおり支払を求めます。

社国	本家	被保険者証記号		被保険者証番号		妊婦氏名(カナ氏名)		生年月日	在胎週数	出産年月日
1:社・2:国	1:本・5:家							3:昭 4:平 年 月 日		4:平 年 月 日
死産有無	出産数	入院日数	産科医療補償制度		入院料	室料差額	分娩介助料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料
1:有・2:無・3:混在			1:対象・2:対象外・3:混在							
処置・手当料	産科医療補償制度	その他	一部負担金等	妊婦合計負担額	代理受取額	備考				

合計	取扱件数	出産数	代理受取額合計

頁数
/

(参考)専用請求書記載項目について

- ①入院料…妊婦に係る室料、食事料。保険診療に係る入院基本料及び入院時食事療養費はこれに含まれない。
- ②室料差額…妊婦の選定により、差額が必要な室に入院した場合の当該差額。
- ③分娩介助料…異常分娩（分娩に係る異常が発生し、鉗子娩出術、吸引娩出術、帝王切開術等の産科手術又は処置等が行われるものをいう。）時の医師等による介助その他の費用。正常分娩時には「－」（ハイフン）とする。
- ④分娩料…正常分娩（分娩が療養の給付の対象とならなかった場合）時の、医師・助産師の技術料及び分娩時の看護・介助料。異常分娩時には「－」（ハイフン）とする。
- ⑤新生児管理保育料…新生児に係る管理・保育に要した費用をいい、新生児に係る検査・薬剤・処置・手当に要した相当費用を含める。新生児について療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑥検査・薬剤料…妊婦（産褥期も含む）に係る検査・薬剤料をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑦処置・手当料…妊婦（産褥期も含む）に係る医学的処置や乳房ケア、産褥指導等の手当に要した費用をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ⑧産科医療補償制度…産科医療補償制度の掛金相当費用をいう。
- ⑨その他…文書料、材料費及び医療外費用（お祝い膳等）等、①～⑧に含まれない費用をいう。
- ⑩一部負担金等…異常分娩となった場合の一部負担金及び入院時食事療養費の食事療養標準負担額をいう。被保険者等又はその被扶養者より限度額適用認定証の提示があった場合は、「一部負担金等」として現に窓口で請求することとなる額を記載するものとする。
- ⑪妊婦合計負担額 … 直接支払制度の利用の有無にかかわらず、実際に被保険者等又はその被扶養者に請求することとなる実費をいう。①～⑩の合計に一致する。
- ⑫代理受取額 … 直接支払制度により、被保険者等が加入する保険者に被保険者等に代わり請求し、代理して受け取る額をいう。実費が42万円（加算対象出産でない場合は39万円）の範囲内で収まった場合にはその実費を記載し、超えた場合には42万円又は39万円が記載額となる。直接支払制度を利用していない場合には、領収・明細書上0円となる。また、多児出産（死産を含む）の場合は、児数×出産育児一時金等の額が上限となる。

出産育児一時金の規定について

健康保険法施行令(大正15年勅令第243号)(抄)

第三十六条 法第一条の政令で定める金額は、**三十九万円**とする。**ただし**、病院、診療所、助産所その他の者であつて、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものによる医学的管理の下における出産であると保険者が認めるときは、三十九万円に、**第一号に規定する保険契約に関し被保険者が追加的に必要となる費用の額を基準として、三万円を超えない範囲内で保険者が定める金額を加算した金額とする。**

- 一 当該病院、診療所、助産所その他の者による医学的管理の下における出産について、特定出産事故(出産(厚生労働省令で定める基準に該当する出産に限る。))に係る事故(厚生労働省令で定める事由により発生したものを除く。)のうち、出生した者が当該事故により脳性麻痺にかかり、厚生労働省令で定める程度の障害の状態となったものをいう。次号において同じ。)が発生した場合において、当該出生した者の養育に係る経済的負担の軽減を図るための補償金の支払に要する費用の支出に備えるための保険契約であつて厚生労働省令で定める要件に該当するものが締結されていること。
- 二 出産に係る医療の安全を確保し、当該医療の質の向上を図るため、厚生労働省令で定めるところにより、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供の適正かつ確実な実施のための措置を講じていること。

※「健康保険法施行令第36条における「保険者が定める額」について」(抄)(平成20年12月5日 保保発第1205001号)

財団法人日本医療機能評価機構(以下「機構」という。)が運営する産科医療補償制度に加入する医療機関等については、令第36条第1号及び第2号のいずれにも該当するものである。

これらの医療機関等において出産したことが認められた場合の出産育児一時金等の加算額は、機構の運営する産科医療補償制度における掛金(在胎週数第22週以降の出産(死産を含む。以下同じ。))の場合に発生)が3万円であることから、**3万円が基準となるものであり**、出産育児一時金等については在胎週数第22週以降の出産の場合、合計38万円を支給すること。

なお、令第36条において加算額については「3万円を超えない範囲内で保険者が定める額」としているのは、産科医療補償制度開始後の見直しの中で当該掛金の額が変動しうるためである。

健康保険法施行規則(大正15年内務省令第36号)(抄)

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める基準)

第八十六条の二 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める基準は、出生した者が、出生した時点において次の各号のいずれかに該当することとする。

- 一 **体重が二千グラム以上であり、かつ、在胎週数が三十三週以上であること。**
- 二 **前号に掲げるもののほか、在胎週数が二十八週以上であり、かつ、厚生労働大臣が定めるものに該当すること。**

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める事由)

第八十六条の三 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める事由は、次のとおりとする。

- 一 天災、事変その他の非常事態
- 二 出産した者の故意又は重大な過失

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める程度の障害の状態)

第八十六条の四 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める程度の障害の状態は、身体障害者福祉法施行規則(昭和二十五年厚生省令第十五号)別表第五号の一級又は二級に該当するものとする。

(令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める要件)

第八十六条の五 令第三十六条第一号の厚生労働省令で定める要件は、病院、診療所、助産所その他の者(以下この条及び次条において「病院等」という。)に対し、当該病院等が三千万円以上の補償金を出生した者又はその保護者(親権を行う者、未成年後見人その他の者で、出生した者を現に監護するものをいう。)(次条において「出生した者等」という。)に対して適切な期間にわたり支払うための保険金(特定出産事故(同号に規定する特定出産事故をいう。次条において同じ。))が病院等の過失によって発生した場合であって、当該病院等が損害賠償の責任を負うときは、補償金から当該損害賠償の額を除いた額とする。)が支払われるものであることとする。

(令第三十六条第二号の厚生労働省令で定めるところにより講ずる措置)

第八十六条の六 令第三十六条第二号の厚生労働省令で定めるところにより講ずる措置は、病院等と出生した者等との間における特定出産事故に関する紛争の防止又は解決を図るとともに、特定出産事故に関する情報の分析結果を体系的に編成し、その成果を広く社会に提供するため、特定出産事故に関する情報の収集、整理、分析及び提供について、これらを適正かつ確実に実施することができる適切な機関に委託することとする。

健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるもの(平成20年12月17日)
(厚生労働省告示第541号)

健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)第八十六条の二第二号の規定に基づき、健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるものを次のように定め、平成二十一年一月一日から適用する。

健康保険法施行規則第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるもの

健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)第八十六条の二第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定めるものは、次の各号に掲げるものとする。

- 一 低酸素状態が継続して、臍帯動脈血中の水素イオン指数が七・一未満である代謝性アシドーシス(酸性血症)の所見があると認められるもの
- 二 分娩監視装置が示す情報に当初異常が認められなかったが、その後胎児に低酸素状態が生じ、当該情報に異常が認められたもの

