

全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度の対応と公的統計について

厚生労働省 江郷 和彦 君

司会 それでは、時間になりましたので、セッション「全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度の対応と公的統計について」を開始させていただきます。司会を務めさせていただきます、三井住友信託銀行の井出と申します。よろしくお願いいたします。

今回は、全世代型社会保障を踏まえた、医療保険制度改革の状況について、厚生労働省保険局調査課、江郷和彦数理企画官にご講演をいただきます。高齢者だけではなく、子どもから現役、高齢までの全世代を支える社会保障を標榜した全世代型社会保障の考え方と、それに関連した最近の健康保険法等の改正の内容とその目的、将来像についてお話をいただきます。加えて、医療保険をめぐる公的統計に関しては、ナショナル・データベース等を活用した、最新の知見についてもご披露いただきます。

お話をいただきます江郷数理企画官は、2001年4月に厚生労働省に入省され、2018年7月より、厚生労働省保険局調査課に配属になり、医療保険制度その財政、それから医療費分析、医療保険制度改革等でご活躍された後、2022年7月に現職に就かれております。それでは、江郷様、よろしくお願いいたします。

江郷 ご紹介にあずかりました厚生労働省保険局調査課の江郷と申します。よろしくお願いいたします。本日は、「全世代型社会保障の構築」というテーマで、ここ数年の医療保険制度の対応について、主に財政面等からお話できればと思っております。

全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度の対応と公的統計について

厚生労働省 保険局調査課 江郷 和彦

- I. 医療保険制度の基礎（現状と課題など）
- II. 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）の概要
- III. 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要
- IV. 医療保険に関する公的統計の紹介

まず簡単に、医療保険制度の基礎をおさらいして、その後、令和3年と令和5年で大きな改正を行っておりますので、その改正の概略を紹介させていただきます。最後に、時間があれば最近ナショナル・データベース（NDB）を活用して拡張してきている「医療費の動向」という統計調査をご紹介します。最近のコロナ後の医療費の動向について、ご説明させていただければと思っております。

- I. 医療保険制度の基礎（現状と課題など）
- II. 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）の概要
- III. 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要
- IV. 医療保険に関する公的統計の紹介

医療保険制度の歴史



まず、公的医療保険でございますが、戦前から始まって、昭和 36 年にすべての国民が何らかの公的保険に加入する国民皆保険制度を実現して、その後発展を遂げてきました。平成に入って以降は、少子高齢化の問題に直面し、それに対応するための累次の改正を行ってきております。そのような中で、令和 3 年、令和 5 年に、全世代型の社会保障改革を行ったところであります。

医療保険制度について

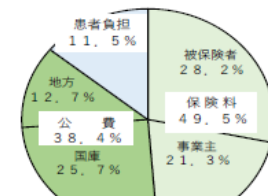
国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。

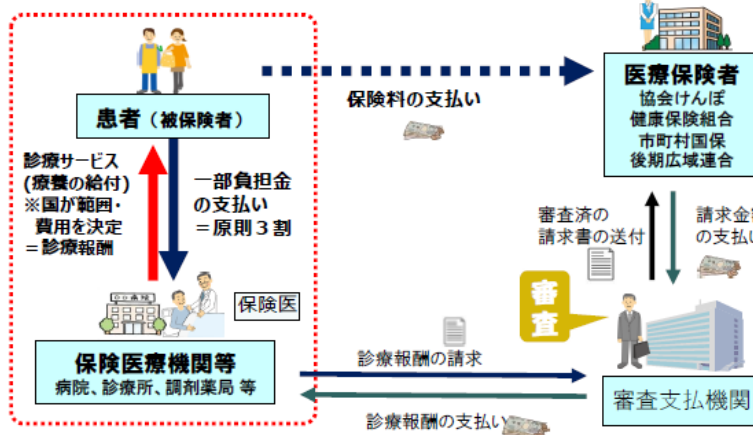
【日本の国民皆保険制度の特徴】

- ① 国民全員を公的医療保険で保障。
- ② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)
- ③ 安い医療費で高度な医療。
- ④ 社会保険方式を基本として、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造 (財源別) (令和 2 年度)



医療保険制度の概要



医療保険者 (保険の運営主体)

	主な保険者	加入者
被用者 保険	健康保険組合 (約 2,868 万人)	大企業のサラリーマンとその家族 (企業毎 (〇〇健保組合))
	共済組合 (約 868 万人)	公務員とその家族
	協会けんぽ (約 4,030 万人)	中小企業のサラリーマンとその家族
地域 保険	後期広域連合 (約 1,806 万人)	75 歳以上の日本に居住する方
	市町村国保 (約 2,619 万人)	上記以外の日本に居住する全ての方 (自営業、年金生活者など)

国民皆保険 (いずれかの保険には必ず加入する)

5

国民皆保険の下で、年間 40 兆円を超えるような医療費を賄っているのですが、その財源構成について見ますと、約 1 割が患者負担によって賄われており、残り 9 割が保険給付を行っているところです。その 9 割については、給付の財源として、5 割を保険料で賄っているのですが、負担能力に応じた負担をするといった観点から、4 割程度、公費が公的な保険の特徴として投入されています。また、医療保険は、大きく分けて被用者保険と地域保険の 2 種類があり、被用者保険は、中小企業のサラリーマンなどが加入する協会けんぽ、主に大企業のサラリーマンが加入する健保組合などがあり、地域保険には、75 歳以上の方が加入する後期高齢者医療制度、その他の 75 歳未満の方が加入する国民健康保険というものがあります。

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 (令和3年3月末)	1,716	1	1,388	85	47
加入者数 (令和3年3月末)	2,619万人 (1,724万世帯)	4,030万人 (被保険者2,488万人 被扶養者1,542万人)	2,868万人 (被保険者1,642万人 被扶養者1,226万人)	868万人 (被保険者472万人 被扶養者396万人)	1,806万人
加入者平均年齢 (令和2年度)	54.0歳	38.4歳	35.5歳	33.0歳	82.7歳
65～74歳の割合 (令和2年度)	44.4%	8.0%	3.4%	1.5%	1.7%(※1)
加入者一人当たり 医療費(令和2年度)	37.3万円	18.0万円	15.6万円	15.4万円	92.1万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (令和2年度)	89万円 (一世帯当たり 136万円)	166万円 (一世帯当たり(※3) 268万円)	232万円 (一世帯当たり(※3) 403万円)	253万円 (一世帯当たり(※3) 465万円)	86万円
加入者一人当たり 平均保険料 (令和2年度)(※4) 〈事業主負担込〉	8.9万円 (一世帯当たり 13.6万円)	11.7万円<23.5万円> (被保険者一人当たり 19.0万円<38.0万円>)	13.1万円<28.7万円> (被保険者一人当たり 22.9万円<50.0万円>)	14.3万円<28.7万円> (被保険者一人当たり 26.4万円<52.9万円>)	7.6万円
保険料負担率	10.0%	7.1%	5.7%	5.7%	8.8%
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		給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和5年度予算ベース)	4兆1,487億円 (国2兆9,879億円)	1兆2,630億円 (全額国費)	731億円 (全額国費)		8兆9,293億円 (国5兆6,804億円)

- (※1) 一定の障害の状態にある日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」「雑損失の繰越控除額」と「雑損戻上所得金額」を加えたものを加入者数で除したものである。(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、「標準報酬控除額」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(令和2年班別に基つき算出)。
(※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標準分保険料額定額、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) 介護給付金、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。

6

これは、各保険者を比較したもので、保険者によって、加入者の平均年齢や、1人当たり医療費、所得など大きく異なっている状況になっております。

医療費の一部負担（自己負担）割合について

- それぞれの年齢層における一部負担（自己負担）割合は、以下のとおり。
- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割、現役並み所得者以外の一定所得以上の者は2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。

	一般所得者等	一定以上所得者	現役並み所得者
75歳	1割負担	2割負担 (R4.10~)	3割負担
70歳	2割負担		3割負担
6歳 <small>(義務教育就学後)</small>	3割負担		
	2割負担		

7

そういった年齢による医療費や所得の違いなどを考慮して、医療費の患者負担割合については、原則1割から3割の負担をしていただいているわけですが、この75歳以上のところの一定所得以上の2割負担と書いているところが、本日お話しする令和3年の改正で、1割だったものが2割になったところです。

公的医療保険の給付内容

(令和5年4月現在)

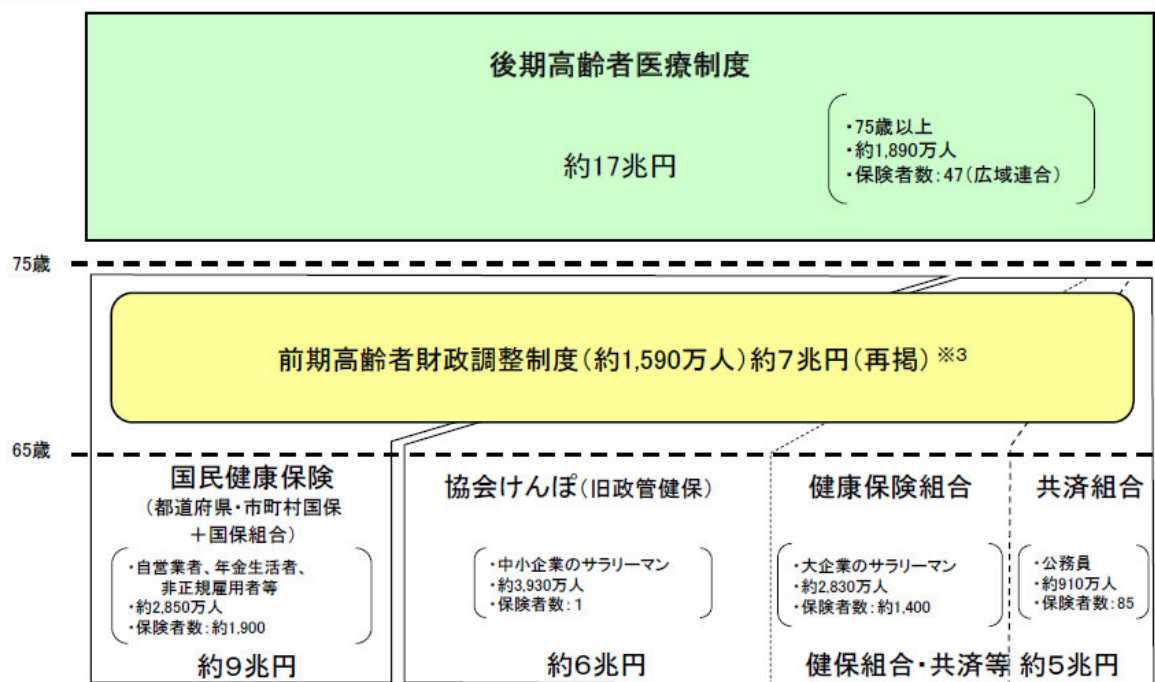
給付	国民健康保険・後期高齢者医療制度	健康保険・共済制度
医療給付	療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前: 8割、義務教育就学後から70歳未満: 7割、 70歳以上75歳未満: 8割(現役並み所得者: 7割) 75歳以上: 9割(現役並み所得者以外の一定所得以上の者: 8割、現役並み所得者: 7割)
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額: 一食につき480円 低所得者: (低所得者で90日を超える入院: 一食につき210円) 特に所得の低い低所得者(70歳以上): 一食につき180円
	入院時生活療養費 (65歳~)	生活療養標準負担額: 一食につき460円(*)+370円(居住費) (*)入院時生活療養(2)を算定する保険医療機関では420円 低所得者: 特に所得の低い低所得者: 年齢福祉年金受給者: 一食につき210円(食費)+370円(居住費) 一食につき130円(食費)+370円(居住費) 一食につき100円(食費)+0円(居住費)
	高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者(括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) <年収約1,160万円~> 252,600円+(医療費-842,000)×1% (140,100円) <年収約770~約1,160万円> 167,400円+(医療費-558,000)×1% (93,000円) <年収約370~約770万円> 80,100円+(医療費-267,000)×1% (44,400円) <~年収約370万円> 57,600円 (44,400円) <住民税非課税> 35,400円 (24,600円) 70歳以上の者(括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) 入院 外来【個人ごと】 <年収約1,160万円~> 252,600円+(医療費-842,000)×1% (140,100円) <年収約770~約1,160万円> 167,400円+(医療費-558,000)×1% (93,000円) <年収約370~約770万円> 80,100円+(医療費-267,000)×1% (44,400円) <一食> 57,600円 18,000円 (44,400円) [年間上限144,000円] <低所得者> 24,600円 8,000円 <低所得者のうち特に所得の低い者> 15,000円 8,000円
現金給付	出産育児一時金 (※1)	被保険者又はその被扶養者が出産した場合、原則50万円を支給。国民健康保険では、支給額は、条例又は規約の定めるところによる(多くの保険者で原則50万円)。
	埋葬料(※2)	被保険者又はその被扶養者が死亡した場合、健康保険・共済組合においては埋葬料を定額5万円を支給。また、国民健康保険、後期高齢者医療制度においては、条例又は規約の定める額を支給(ほとんどの市町村、後期高齢者医療広域連合で実施。1~5万円程度を支給)。
	傷病手当金	任意給付 被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月、1日に付き直近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に相当する金額を支給
	出産手当金	被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日後56日まで)の間、1日に付き直近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

※1 後期高齢者医療制度では出産に対する給付がない。また、健康保険の被扶養者については、家族出産育児一時金の名称で給付される。共済制度では出産費、家族出産費の名称で給付。
 ※2 被扶養者については、家族埋葬料の名称で給付、国民健康保険・後期高齢者医療制度では葬祭費の名称で給付。

8

なお、公的医療保険については、原則、1割から3割の患者負担があるのですが、一定以上負担が増えないようにするために、高額医療費という制度があります。このため、先ほど申し上げました、例えば、1割負担を2割負担にしたからといって、患者負担が一律で、みんな2倍になるというようなことはありません。また、公的医療保険については、この医療給付以外にも、出産育児一時金や傷病手当金といった現金給付もあります。

医療保険制度の体系



※1 加入者数・保険者数、金額(給付費)は、令和4年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約10万人)、経過措置として退職者医療がある。

※3 前期高齢者数(約1,590万人)の内訳は、国保約1,170万人、協会けんぽ約310万人、健保組合約100万人、共済組合約20万人。

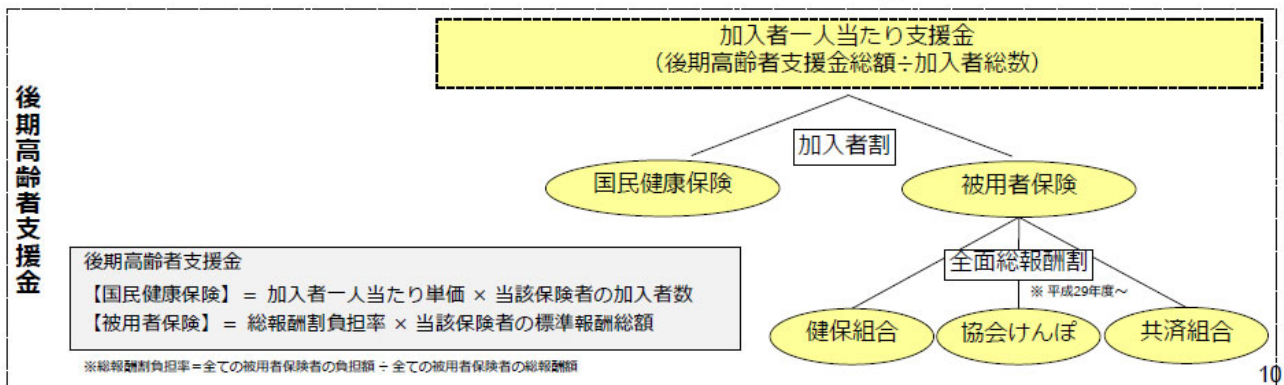
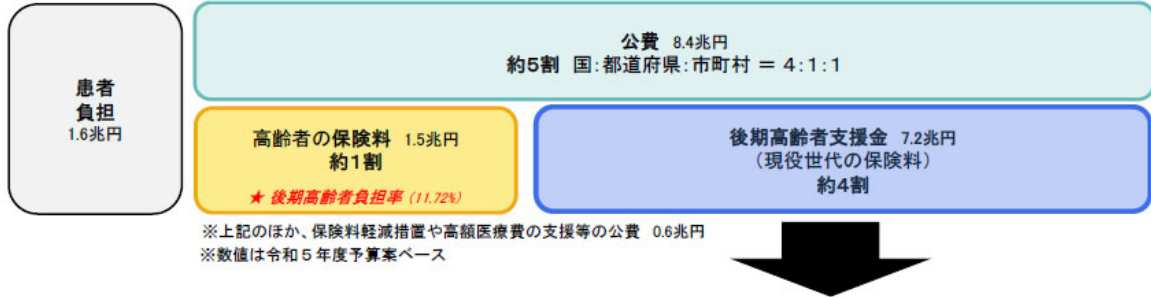
9

繰り返しになりますけれども、公的医療保険については、75歳以上の後期高齢者医療制度と、75歳未満の制度に分かれるわけですが、その中でもう一つ、65歳から75歳のところで、ここは前期高齢者といって、財政調整をする仕組みがあります。

後期高齢者医療制度の医療費負担の仕組み

高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上の方の医療費（保険給付）について、現役世代からの支援金で約4割を賄っている。

【後期高齢者の医療費：19.2兆円】

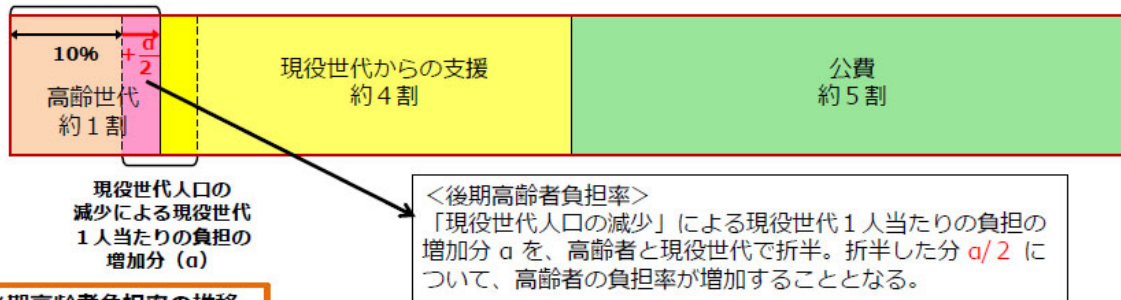


ここからが、公的医療保険制度の財政の仕組みについての説明になります。まず75歳以上の後期高齢者については、医療費のうち、患者負担部分を除いた保険給付を、大体公費が5割、高齢者自身の保険料が1割程度、残りの4割を現役世代からの支援金で賄う形になっております。ここで、高齢者の保険料については、厳密には高齢者負担率というもので決まっております。令和5年では11.72%となっております。公費はおおむね給付に対して定率（5割程度）で決まっていますので、高齢者負担率によって、高齢者自身の保険料で負担するか、現役世代の支援金で賄われるかの線引きが変わってきます。そうして決まった後期高齢者支援金は、まず、国民健康保険と被用者保険の間で加入者数に応じて按分し、さらに被用者保険間では、総報酬に応じて按分する仕組みになっています。

令和4・5年度の後期高齢者負担率について

- 後期高齢者医療制度の医療給付費については、高齢世代が約1割、現役世代が約4割、公費が約5割を負担することとされている。高齢世代の負担割合については、後期高齢者負担率により定めている。
- 後期高齢者負担率については、平成20年度の10%を起点として、人口が減少する現役世代1人当たりの負担の増加に配慮し、2年ごとに「現役世代人口の減少」による現役世代1人当たりの負担の増加分を、高齢者と現役世代で折半し、設定する仕組みになっている。
- これに基づき、令和4・5年度の後期高齢者負担率を11.72%に定める。

後期高齢者負担率



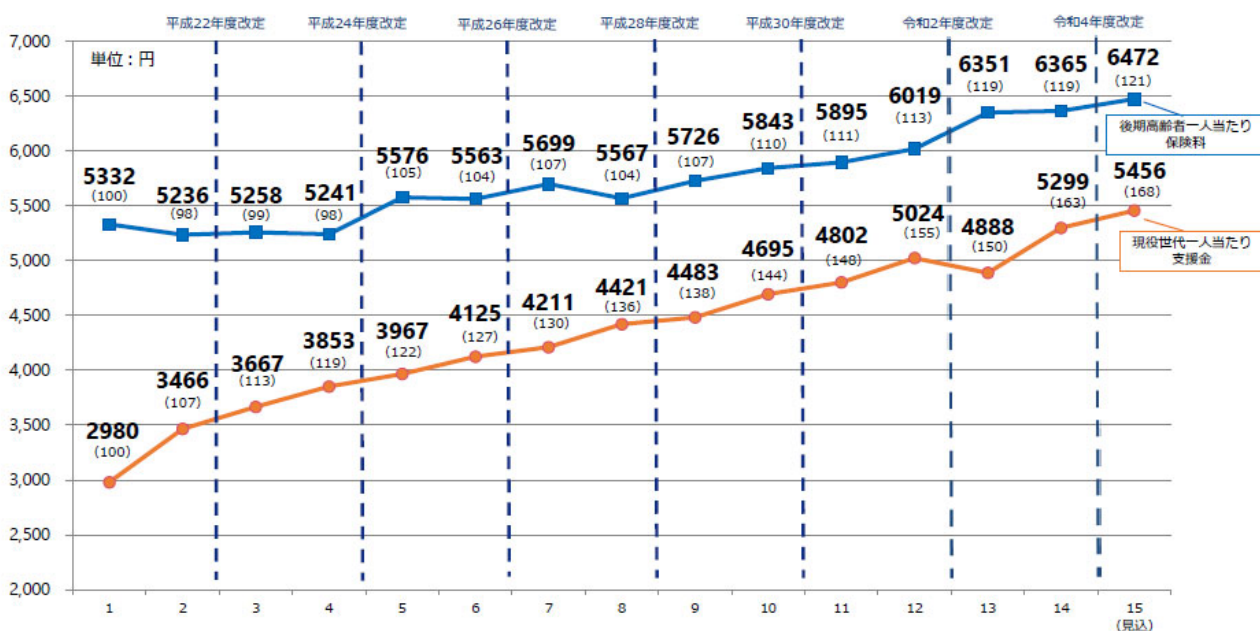
後期高齢者負担率の推移

	平成20-21年度	平成22-23年度	平成24-25年度	平成26-27年度	平成28-29年度	平成30年度 令和元年度	令和2-3年度	令和4-5年度
後期高齢者負担率	10%	10.26%	10.51%	10.73%	10.99%	11.18%	11.41%	11.72%

11

この高齢者負担率は、高齢者の保険料で負担する割合ですが、後期高齢者の制度発足当時の平成20年には10%だったものが、その後、現役世代の減少による現役世代の支援金負担が増加する分の半分は高齢者が負担する仕組みになっていて、2年ごとに改定しています。そのため、現役人口の減少に伴って、令和4年では11.72%になっています。

後期高齢者1人当たり保険料、現役1人当たり支援金の推移



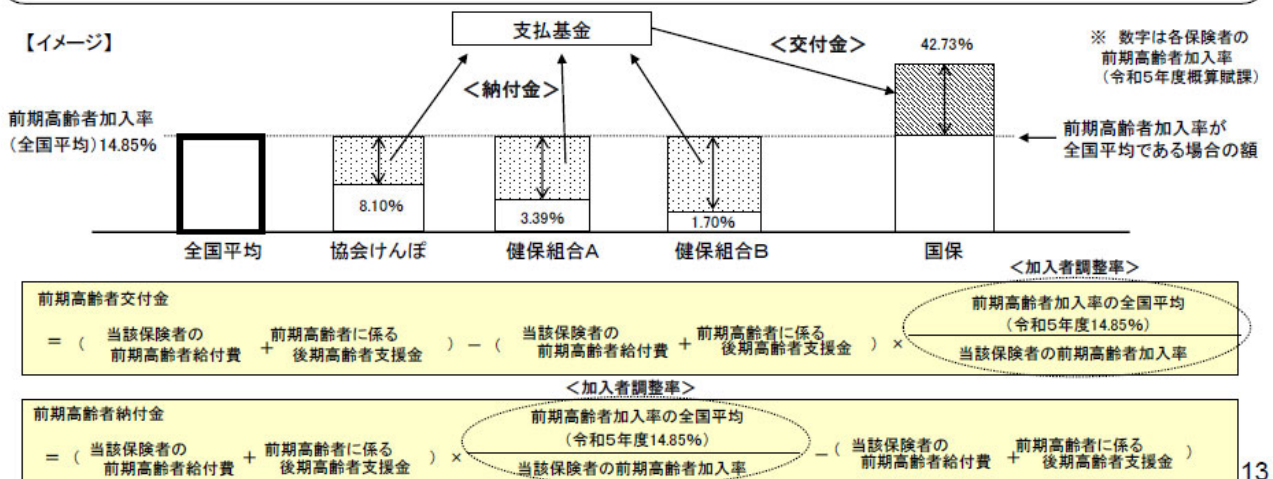
※ 後期高齢者1人当たり保険料額は、平成20～令和3年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく実績額、令和4年度は保険料改定時見込み。
 ※ 現役世代1人当たり支援金額は、平成20～令和2年度は推定賦課、令和3年度及び令和4年度は概算賦課ベース。
 ※ 現役世代1人当たり支援金額の伸びは、歳年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算。
 ※ 平成28年度の現役世代1人当たり支援金額は、平成28年10月以降の適用拡大を含めた金額。
 ※ ()内の数値は、平成20年度の数値を100とした場合の指数。

12

このような仕組みにより、結果的にですが、後期高齢者の1人当たり保険料と現役世代の1人当たりが負担する支援金の推移を見ますと、後期高齢者の1人当たり保険料は、制度発足から十数年経って、大体20%ぐらい増えているのですが、現役世代1人当たりが負担する後期支援金は、十数年で7割ぐらい増えてきています。こういったところにも問題意識がございまして、令和5年の制度改正では、後期高齢者医療に係る財政の仕組みについても見直すこととなりました。

前期高齢者に係る財政調整の仕組み（～令和5年度までの場合）

- 保険者間で高齢者が偏在する（65～74歳の約7割が国民健康保険）ことによる負担の不均衡を是正するため、国保・被用者保険の各保険者が前期高齢者加入率に応じて費用を負担するよう調整を行う。
 - 各保険者の前期高齢者給付費と前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率が全国平均であるとみなして算定された額を負担する。（前期高齢者加入率が全国平均より低い場合には、全国平均である場合との差を納付。高い場合には、その差分の交付を受ける。）
- ※ 保険者ごとの負担が過大とならないよう、次のような仕組みを設けている。
- ・ 一人当たり前期高齢者給付費が著しく高い保険者について、基準を超える部分を調整対象から外すことにより、保険者の医療費適正化努力を促進。（高確法第34条第2項第2号）。その他の保険者については、一人当たり前期高齢者給付費は調整されず、各保険者の65～74歳の医療費水準に応じた負担となる。
 - ・ 前期高齢者加入率が著しく低い保険者の納付金が過大とならないよう、算定する際の加入率には下限割合を設定。（高確法第34条第5項）
 - ・ 拠出金負担（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金）が義務的支出（前期高齢者納付金・後期高齢者支援金・法定給付費等）に比し過大となる保険者について、その過大部分を全保険者で按分し、前期高齢者納付金で調整。（高確法第38条第4項及び第5項）



13

先ほど7ページで申し上げました、65歳から74歳までの前期高齢者に係る財政調整です。これは何かと言いますと、被用者保険で働いていた方が会社を定年等で退職すると、国保に入ってくることになり、どうしても65歳から74歳の層では、高齢者が国保に多く加入するようになります。それによる負担の不均衡を是正するための仕組みとなっております。具体的には、各保険者について、前期高齢者の加入率の差に着目して、仮に全国平均の前期高齢者加入率だったとしたら負担することになるであろう前期高齢者の給付費の額と、実際に各制度が負担している前期高齢者の給付費を比較して、前期給付費が少なければ差額を納付金として払い、前期給付費が多ければ交付金としてもらうという仕組みになっています。

(参考) 前期高齢者に係る各保険者の負担のイメージ (～令和5年度までの場合)

$$\text{当該保険者の前期高齢者に係る負担} = \text{前期高齢者納付金} + \text{当該保険者の前期高齢者の給付費}$$

$$\text{||}$$

$$\left(\frac{\text{当該保険者の前期高齢者の給付費} \times \frac{\text{全国の前期高齢者の加入率}}{\text{当該保険者の前期高齢者の加入率}} - \text{当該保険者の前期高齢者の給付費} \right) \quad \text{※加入者調整率}$$

$$= \text{当該保険者の前期高齢者の給付費} \times \frac{\frac{\text{全国の前期高齢者数}}{\text{当該保険者の前期高齢者数}} \div \frac{\text{全国の若人加入者数}}{\text{当該保険者の加入者数}}}{1}$$

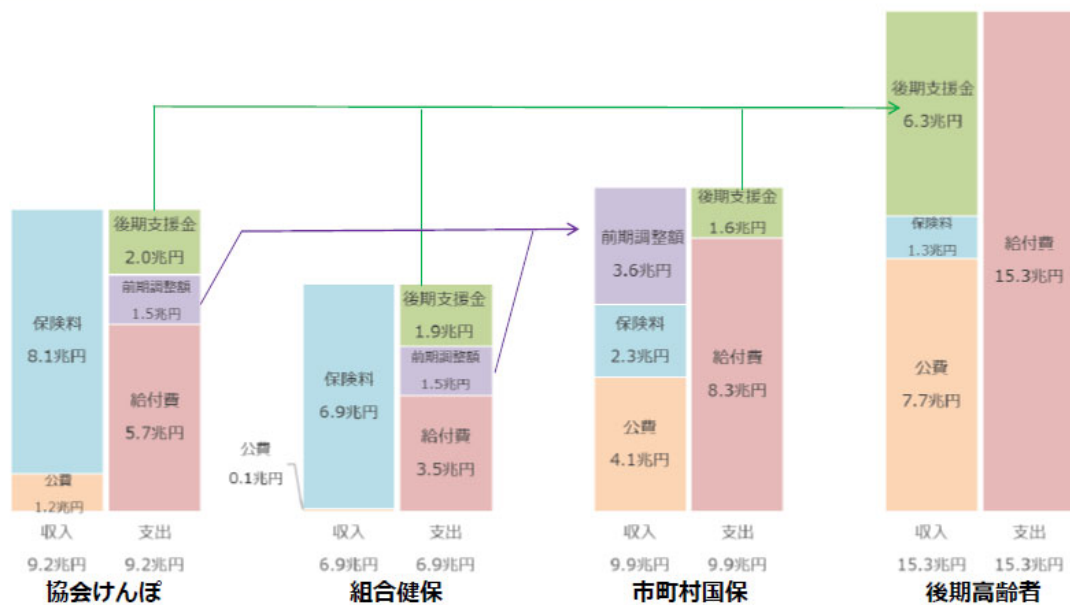
$$= \left(\text{当該保険者の前期高齢者1人当たり給付費} \times \text{全国の前期高齢者数} \right) \times \frac{\text{当該保険者の加入者数}}{\text{全国の若人加入者数}}$$

※：若人加入者数は、後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者数
 ※：後期高齢者支援金に係る前期調整や補正係数等は省略

この前期調整がよく誤解されるので、もう少し詳しく中身を見てみたいと思います。各保険者の実際の前期高齢者に係る負担は、前期高齢者納付金に、自分の制度に加入している前期高齢者の給付費を合わせたものになります。その上で、先ほどの前期高齢者納付金の算定式を代入して式変形をしていくと、結果的に一番下のような式になります。仮に、ここですべての保険者で前期高齢者1人当たりの給付費が同じであったとすると、一番下の式の括弧部分については、全国の前期高齢者の給付費総額になります。それに「全国の加入者数」分の「当該保険者の加入者数」を掛けると、結果的に、各保険者が前期高齢者について負担する費用は、全国の前期高齢者給付費を各保険者の加入者数で按分したものになるということになります。実際にはさらに自分の制度の前期高齢者1人当たり給付費が全国平均よりも高ければ、余分に負担する仕組みにはなっていますが、基本的には、前期給付費を各制度で加入者数按分したものを、各制度が負担する仕組みになっています。よく誤解されるのですが、前期納付金は、例えば、支援をする保険者が決まっていて、その支援対象額が決まっているものについて、加入者数按分して、それぞれの制度が支援する仕組みではないというところは、ご注意ください。

制度別の財政の概要（令和2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よる財政の負担を調整するために、負担を調整する仕組みとなっています（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ます。（後期支援金）

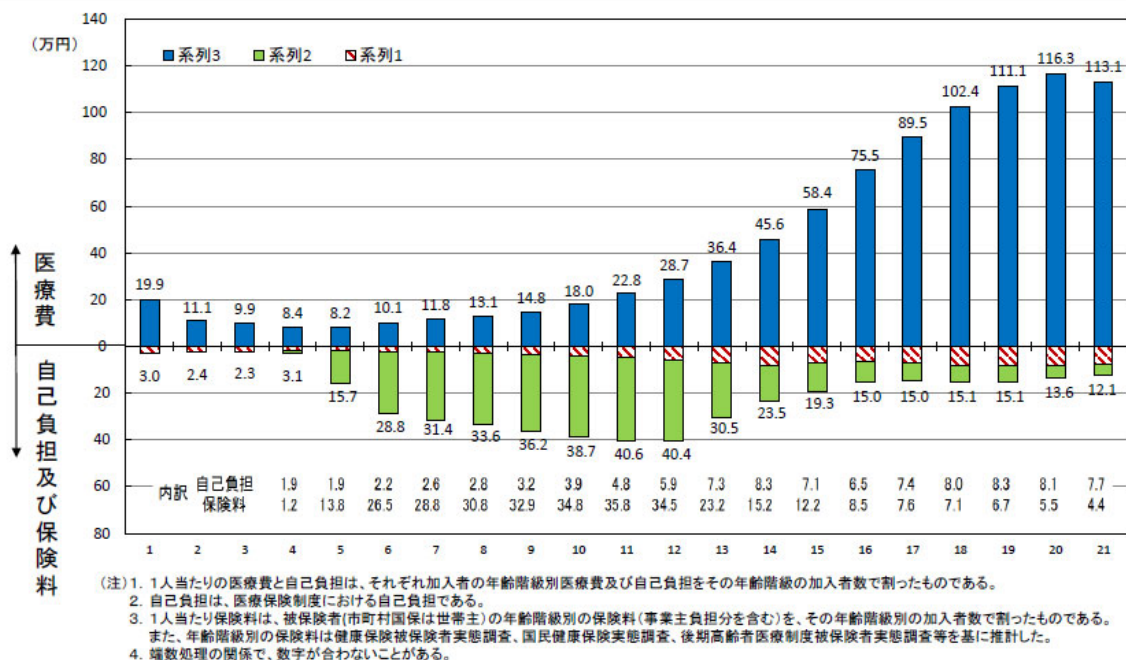


15

こちらは各制度の保険給付や保険料、公費に加えて、今ご説明した後期高齢者支援金、前期調整に係る収支状況を図示したのになっております。

年齢による医療費と負担額の違い（令和２年度）

一般的に、年齢が高いほど平均的な医療費は高くなります。一方で、保険料の負担額は現役世代の間が比較的高くなります。



16

こちらは、上の段が年齢階級別に見た医療費、下の段が年齢階級別に見た保険料負担と患者負担の仕組みになっています。この図を見ても分かるように、医療費自身は高齢期に集中していますが、先ほど説明させていただきました後期高齢者支援金などもあって、保険料負担は現役の方が中心になっていることが見て取れるかと思えます。

医療費の伸び率の要因分解

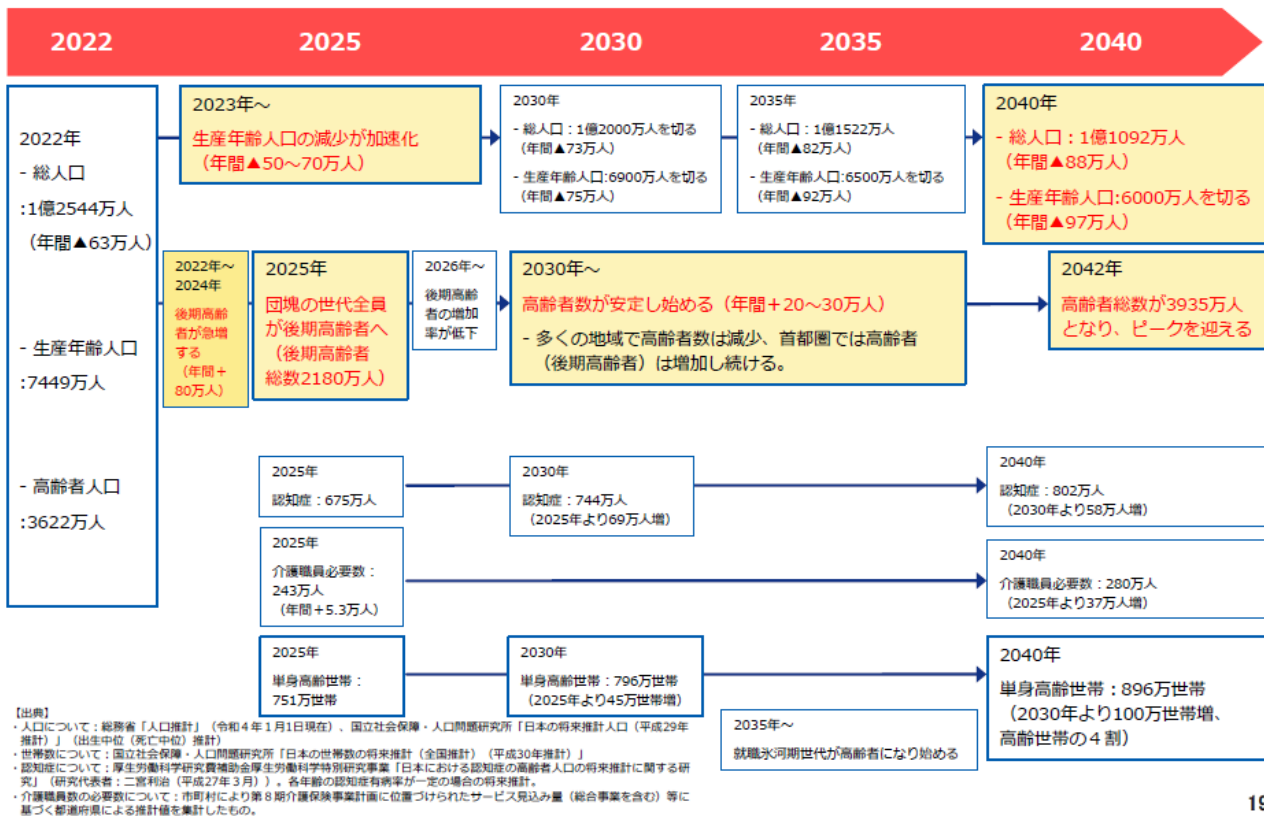
○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2%程度であり、令和2年度は-3.5%、令和3年度は5.0%。その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	H22年度 (2010)	H23年度 (2011)	H24年度 (2012)	H25年度 (2013)	H26年度 (2014)	H27年度 (2015)	H28年度 (2016)	H29年度 (2017)	H30年度 (2018)	R元年度 (2019)	R2年度 (2020)	R3年度 (2021)
医療費の伸び率 ①	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	0.8%	2.3%	-3.2%	4.6% (注1)
人口増の影響 ②	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.5%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.0%	1.0%	1.1% (注2)
診療報酬改定等 ④	0.19%		0.004%		0.1% -1.26% 消費税対応 1.36% (注3)		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)	-0.07% (注6)	-0.46% (注7)	-0.9% (注8)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	1.1%	1.6%	-3.5%	5.0%
制度改正					H26.4 70-74歳 2割負担 (注9)							

注1: 医療費の伸び率は、令和2年度までは国民医療費の伸び率、令和3年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率(上表の斜体字、速報値)であり、医療保険と公費負担医療の合計である。
 注2: 令和3年度の高齢化の影響は、令和2年度の年齢別1人当たり医療費と令和2年度、3年度の年齢別人口からの推計値である。
 注3: 平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10%であった。
 注4: 平成28年度の改定分-1.33%のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-1.03%。
 なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。
 注5: 平成30年度の改定分-1.19%のうち薬価制度改革分は-0.29%、実勢値等改定分で計算すると-0.9%。
 注6: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定(診療報酬+0.41%、薬価改定-0.48%)のうち影響を受ける期間を考慮した値。
 注7: 令和元年10月消費税引上げに伴う診療報酬改定に係る平年度効果分を含む。
 注8: 令和3年度の概算医療費を用いて、薬価改定の影響を医療費に対する率へ換算した値。
 注9: 70-74歳の者の一部負担割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

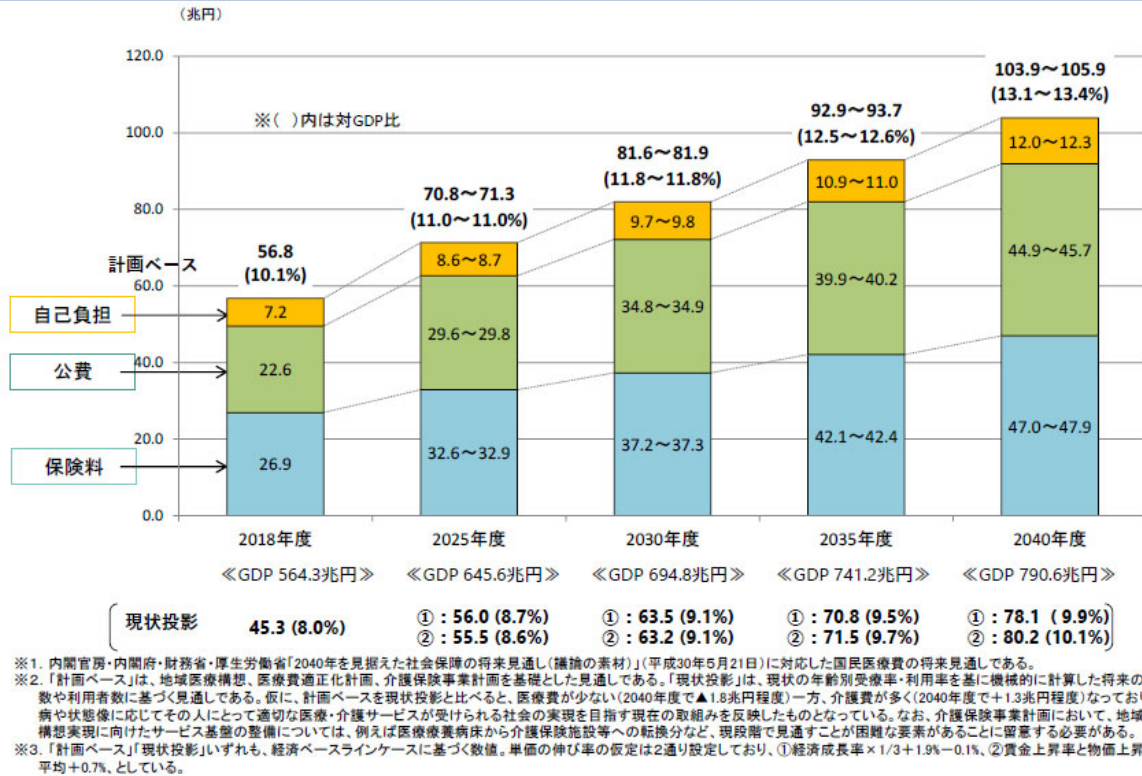
この医療費の伸び率を人口要因や高齢化要因に分解したものがこちらです。年によって凸凹はするのですが、大体、2%少々ぐらいの平均で伸びています。その中で、高齢化による伸びの要因は1%少々で、医療費の伸びの半分ぐらいが高齢化によって伸びているということが分かります。

2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し



将来の医療費に関係する、今後の人口動向を見ますと、まず2025年に向けて団塊の世代が後期高齢者入りしていき、2025年にはすべての団塊世代が後期高齢者になるという状況です。その後も、緩やかに高齢者数は増加し続け、2040年代にピークを迎える形になっています。一方で、生産年齢人口は毎年ずっと減少し続け、加速度的に減少幅が大きくなっていく状況です。

医療費の将来見通し



20

そのような中で、2040年に向けての医療費の将来見通しを見たものがこちらになります。足下でGDP比8%ぐらいだった医療費が、2040年には10%ぐらいまで伸びていき、保険料負担も同じように伸びていく形になっています。

本日の内容

- I. 医療保険制度の基礎（現状と課題など）
- II. 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）の概要
- III. 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要
- IV. 医療保険に関する公的統計の紹介

21

このような背景も踏まえまして、令和3年度には、全世代型社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律が国会で可決され、公布されました。

全世代型社会保障検討会議について

総理を議長とした政府における検討会議として、令和元年9月20日に第1回会議を開催し、12月に中間報告を、令和2年6月に第2次中間報告の取りまとめを行った。令和2年12月14日に最終報告を取りまとめた。

趣旨

少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、全ての世代が安心できる「全世代型社会保障制度」を目指し、働き方の変化を中心に据えながら、社会保障全般にわたる改革を検討する。

スケジュール

令和元年

- 9月20日 第1回 今後の検討の進め方
- 11月8日 第2回 若者・女性、医療関係者からのヒアリング
- 11月20日 全世代型社会保障改革に関する総理と10代から70代の一般の方々との意見交換会
- 〔 11月21日 第3回 中小企業関係者、労働関係者、働き方改革や兼業・副業に関する有識者からのヒアリング 〕
- 11月26日 第4回 中間報告にむけた具体論について
- 12月19日 第5回 中間報告取りまとめ

令和2年

- 2月19日 第6回 介護サービスの生産性向上について
- 5月22日 第7回 フリーランス、コロナを踏まえた社会保障
- 6月3日 第8回 最低賃金、少子化社会対策大綱について
- 6月25日 第9回 第2次中間報告取りまとめ
- 10月15日 第10回 少子化対策について
- 11月24日 第11回 医療制度について
- 12月14日 第12回 全世代型社会保障改革の方針取りまとめ



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)

構成

議長	菅 義偉	内閣総理大臣
議長代理	西村康稔	全世代型社会保障改革担当大臣
構成員	麻生太郎	副総理 兼 財務大臣
	加藤勝信	内閣官房長官
	武田良太	総務大臣
	田村憲久	厚生労働大臣
	梶山弘志	経済産業大臣
(有識者／五十音順)		
	遠藤久夫	学習院大学経済学部教授
	翁 百合	株式会社日本総合研究所理事長
	鎌田耕一	東洋大学名誉教授
	櫻田謙悟	SOMPO ホールディングス株式会社 グループCEO 取締役 代表執行役社長
	清家 篤	日本私立学校振興・共済事業団理事長
	中西宏明	株式会社日立製作所 取締役会長 兼 執行役
	新浪剛史	サントリーホールディングス株式会社 代表取締役社長
	増田寛也	東京大学公共政策大学院客員教授
	柳川範之	東京大学大学院経済学研究科教授

22

法案の提出にあたりましては、まず、総理を議長とした政府における検討会議として、全世代型社会保障検討会議が開催されました。法案提出の前年、令和2年12月には、全世代型社会保障改革の方針取りまとめがなされました。

全世代型社会保障改革について

人生100年時代の到来を見据え、「自助・公助・共助」そして「絆」を軸に、お年寄りに加え、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全世代型社会保障の構築を目指します。

<少子化対策>

日本の未来を担うのは子供たち。長年の課題である少子化対策を大きく前に進めます。

(参考) 令和元年出生数:86万5千人(過去最小)・合計特殊出生率:1.36%、令和2年4月待機児童数:12,439人

- ・ **不妊治療**: 令和4年度から**保険適用**。助成制度は**大幅拡充**
(**所得制限撤廃、助成額1回30万円に増額等**) → **不妊治療が受けやすく**
- ・ **待機児童解消**: 4年間で約**14万人分**の保育の場を整備
※財源は、経済界からの拠出と公費(年収1,200万円以上の方の児童手当の見直し等) → **待機児童問題に終止符**
- ・ **男性育児休業取得促進**: 出生直後の休業取得促進制度を創設 → **男性も育児参加**

<医療>

令和4年から団塊の世代が75歳以上の高齢者に。現役世代の負担上昇抑制が課題です。

(参考) 現役世代から後期高齢者への支援金 令和2年度:6.8兆円⇒令和4年度:7.1兆円⇒令和7年度:8.1兆円

- ・ **75歳以上の窓口負担**: 令和4年度から**課税所得28万円かつ単身の場合年収200万円(ご夫婦の場合は合計年収320万円)以上の方は、2割負担**をお願いします。 → **現役世代の負担軽減 年間▲約720億円**
- ※ 施行後3年間、月の負担増を最大3千円に収める配慮措置あり。
- ・ **医療機関の役割分担推進**: 大病院に紹介状なしで受診した場合の定額負担について、対象病院(200床以上で地域の实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病院)や負担額を見直します。 → **医療機関の役割分担推進**

その中では、少子化対策として、令和4年度から不妊治療の保険適用なども触れられておりました。また、この中で、後期高齢者の窓口負担について、一定所得以上の方は、これまで1割負担だったものを2割負担にすることなどが触れられております。

全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(令和3年法律第66号)

改正の趣旨

「全世代型社会保障改革の方針について」(令和2年12月15日閣議決定)等を踏まえ、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、全ての世代で広く安心を支えていく「全世代対応型の社会保障制度」を構築するため、所要の改正を行う。

改正の概要

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) 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し【高齢者の医療の確保に関する法律】

後期高齢者医療の被保険者のうち、現役並み所得者以外の被保険者であって、一定所得以上(※)であるものについて、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)。政令で規定。

※長期療養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円とする措置については、政令で規定。

(2) 傷病手当金の支給期間の通算化【健康保険法、船員保険法】

傷病手当金について、出勤に伴い不支給となった期間がある場合、その分の期間を延長して支給を受けられるよう、支給期間の通算化を行う。

(3) 任意継続被保険者制度の見直し【健康保険法、船員保険法】

任意継続被保険者の保険料の算定基礎の見直しや、被保険者からの申請による資格喪失を可能とする。

2. 子ども・子育て支援の拡充

(1) 育児休業中の保険料の免除要件の見直し【健康保険法、船員保険法、厚生年金保険法 等】

短期の育児休業の取得に対応して、月内に2週間以上の育児休業を取得した場合には当該月の保険料を免除するとともに、賞与に係る保険料については1月を超える育児休業を取得している場合に限り、免除の対象とすることとする。

(2) 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【国民健康保険法、地方税法】

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する。

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・重症化予防の強化)

○保健事業における健診情報等の活用促進【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律 等】

① 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。

② 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。

4. その他

(1) 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。【国民健康保険法】

(2) 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。【国民健康保険法】

(3) 医療扶助においてオンライン資格確認を導入する。【生活保護法、社会保険診療報酬支払基金法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】 等

施行期日

令和4年1月1日(ただし、1(1)は令和4年10月1日から令和5年3月1日までの間において政令で定める日、2(1)は令和4年10月1日、2(2)及び4(1)は令和4年4月1日、4(2)は令和6年4月1日、4(3)は一部を除き公布の日(令和3年6月11日)から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日)

24

そういった検討会議の取りまとめなどを踏まえまして、国会の審議を経て成立したものが、令和3年の改正法です。特に、子ども・子育て支援や全世代的な内容として、1(1)の高齢者の2割負担の導入、2(1)の育児休業中の保険料免除要件の見直し、(2)の国保の子どもの均等割保険料の減免措置の導入などがあります。

1(1) 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

- **令和4年度(2022年度)以降、回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。

[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。

[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)

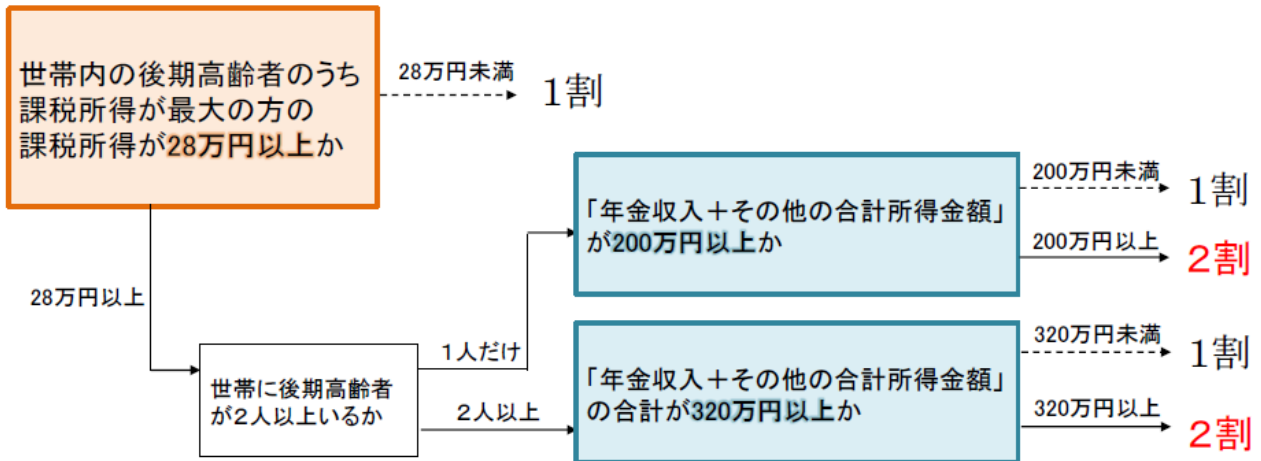
給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
▲1,880億円	▲720億円	▲180億円	▲980億円

※ 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。

25

1(1)の高齢者の2割負担の導入は、すでに法律を受けて、昨年10月から施行されていますが、財政影響については、単年度ベースで高齢者の給付が1,880億円減少し、それに伴い、現役世代が負担する後期高齢者支援金が720億円の減、高齢者自身の保険料が180億円の減、公費が980億円の減との見込みになっていました。

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）

26

こちらは、具体的な2割負担の方の対象の所得基準ですが、基本的には後期高齢者の所得の概ね上位30%に当たる課税所得28万円以上という一定以上の収入のある方が2割負担となりました。

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%
--	------

27

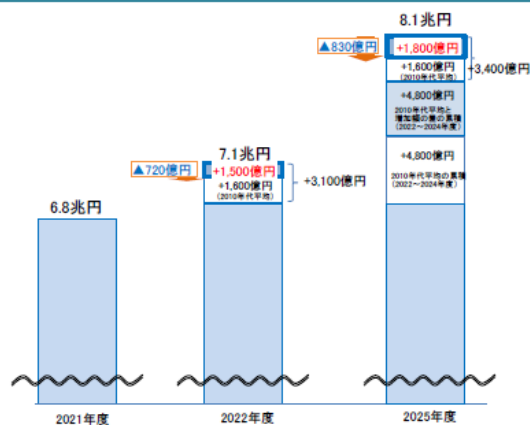
こちらは当時の試算ですが、後期高齢者1人当たりの窓口負担が平均でいくら増加するかを示したものです。1割負担だと、高齢者で年間8.3万円ぐらいであったものが、2割負担になりますと11.7万円になる見込みでした。これに配慮措置が設けられましたので、実際には、10.9万円となる見込みでした。先ほども申し上げたように、高額療養費の制度がございますので、1割負担が2割負担となったからといって、自己負担が単純に2倍になるわけではないことは、このようなところからも見て取ることができます。

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年度に行った改正効果が、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

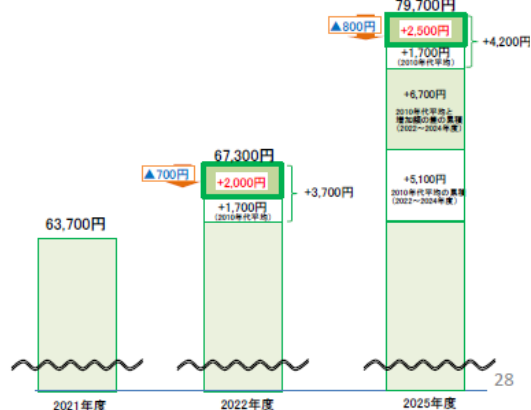
【支援金総額に対する抑制効果について】

	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 <small>2割負担を導入した世帯の支援金の抑制効果であり、制度改正をしなかった場合に比べての差額。</small>	後期高齢者医療費の伸びに沿って、改正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 <small>2割負担を導入した世帯の支援金の抑制効果であり、制度改正をしなかった場合に比べての差額。</small>	後期高齢者医療費の伸びに沿って、改正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基に、人口構成の変化を機械的に取り込んだ推計値。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ます。

※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、抑制効果額よりも小さくなり、2025年度は大きくなる。

こちらは現役世代の後期高齢者支援金の見通しです。団塊の世代の方が後期高齢者になる 2022 年から 2025 年にかけて、後期高齢者支援金は急激に増大するわけですが、この高齢者の 2 割負担導入によって、一定程度その増加が抑制される見通しとなっております。

2(2) 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（国民健康保険制度）

1. 現状及び見直しの趣旨

- 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。

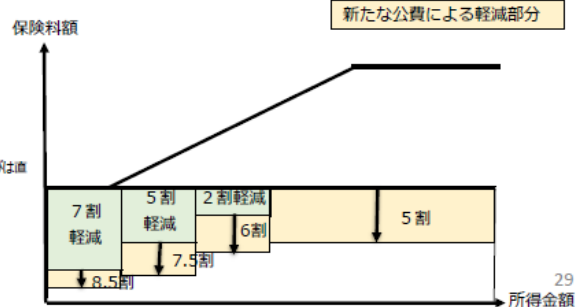
（参考）平成27年国保法改正 参・厚労委附帯決議

「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4月

【軽減イメージ】



こちらは2(2)の子どもに係る、子どもの均等割の減免措置です。市町村国保は応益割と応能割という2階建ての保険料算定方式になっており、さらに、応益割については、加入者数で按分する均等割と、世帯で按分する平等割があります。このうち、加入者数で按分する均等割について、子どもはその半分の減額する仕組みを、この改正で導入することとしました。

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	事業主負担分	公費		
				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繰り込んだ推計値。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▲80億円の見込みである。
 また、保険料▲920億円は、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。
 ※4 端数処理のため内訳が合計と一致しない場合がある。

30

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	事業主負担分	公費		
				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繰り込んだ推計値。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」の欄には日雇特別を含む。「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。
 ※5 端数処理のため内訳が合計と一致しない場合がある。

31

最後に、令和3年度改正の財政影響試算の結果ですが、先ほども申し上げた高齢者の2割負担の導入によって、給付費1,880億円減がありますが、この給付減については国会審議の中でも非常に多くの審議時間を使うことになりました。このような窓口負担割合の見直しを行う際の財政試算では、給付率が削減された分の給付減は見込むのですが、それに加えて、窓口負担が上がることによって、高齢者の受療行動が変化する効果も一定程度見込んでいます。1,880億円の概ね半分ぐらいの900億円ぐらいがそれに該当しますが、窓口負担引き上げにより受療行動が変わることによって高齢者の健康が害されるのではないのかという指摘を受けました。もう一つ、そもそもこの見込み方の試算式は正しいのかというところまで、結構、国会で厳しく非難され、審議時間の多くがそれに費やされました。

長瀬効果について

1 長瀬効果とは

制度的な給付率の変更に伴い、医療費の水準が変化することが経験的に知られており、この効果を「長瀬効果」と呼んでいる。

例えば、給付率が低くなる(=患者負担が増加する)制度改革が実施されると、患者の受診行動が変化し、受診日数が減少する。

2 制度改革後の医療費の動き

患者数や医療費の伸び率(対前年度同期比)は、制度改革後1年間は低くなるが、1年を過ぎると従前の水準に戻る。

ただし、「戻る」のは伸び率であり、制度改革により減少した延べ患者数や医療費の実額は、他の影響がなければ元には戻らない。

3 長瀬式

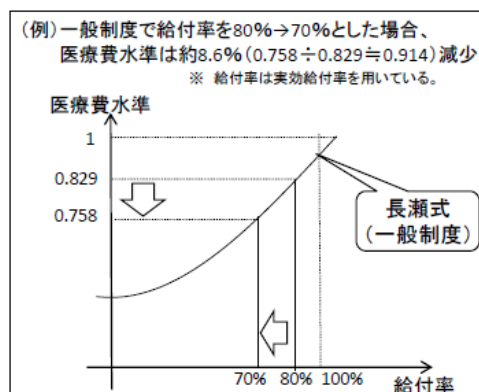
長瀬効果は、過去の制度改革の実績から推定した給付率(x)と医療費水準(y)の関係式(長瀬式)を用いて算出される。

$$\text{一般制度} \quad y = 0.475x^2 + 0.525$$

$$\text{高齢者} \quad y = 0.499x^2 + 0.501$$

→ 長瀬式を用いて給付率から医療費水準を計算し、医療費水準の変化率(長瀬効果の理論値)を推計することとなる。

※ 上記の長瀬式は、
 ・一般制度では平成9年9月改正の実績
 ・高齢者は昭和58年2月改正～平成9年9月改正の実績を基礎に推定している。



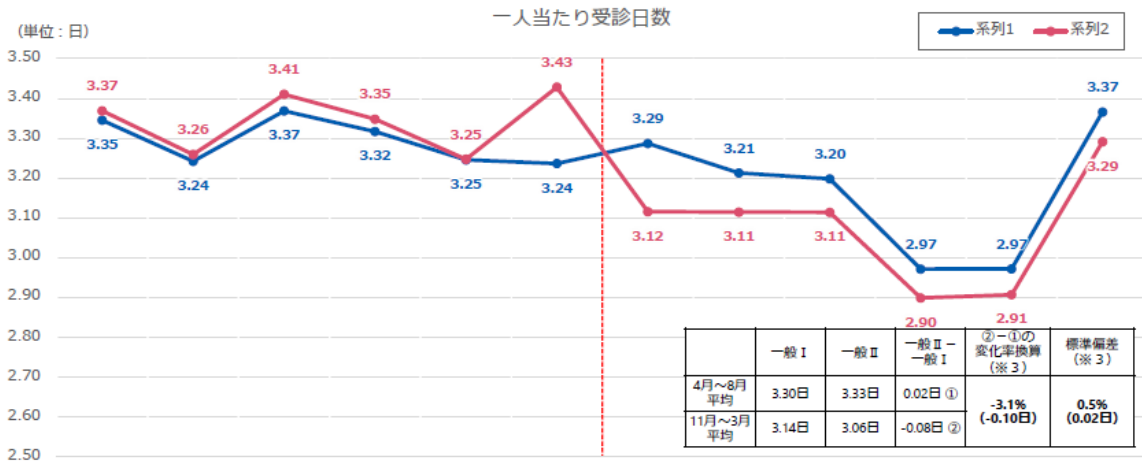
32

その具体的な見込み方ですが、窓口負担が上がることによって受療行動が変化することを、いわゆる長瀬効果と呼んでいて、この式を長瀬式と呼んでいます。これは過去の同様の改正を行ったときに、どれぐらい受療行動が変化したかを、簡単な二次式を仮定してパラメータ推計をして、それを制度改革に当てはめることでやっております。

当時の見込みですと、対象となった方の大体2.6%ぐらいは、受療行動の変化で受診抑制が行われるのではないかと見込んでおりましたが、実際、2022年10月に施行されて半年程度しか経ってないないですが、実績を見てみると、実際に、大体マイナス2%からマイナス4.1%ぐらいの受療行動の変化はあったのではないかと検証されております。

後期高齢者医療の窓口2割負担導入の影響について

- 一定以上所得者の窓口2割負担の施行前後6ヶ月の受診日数について、被保険者の窓口負担割合別に調査・分析した。本来であれば、施行後のデータ期間は1年程度を要するのが望ましいが、迅速な情報開示の観点から、今回は短期的なデータにより分析。
※一般所得者のうち、引き続き1割負担の者を一般Ⅰ、10月以降2割負担となる者を一般Ⅱとしている。
- 「(一般Ⅱ-一般Ⅰの11~3月平均) - (一般Ⅱ-一般Ⅰの4~8月平均)」から窓口2割負担導入の影響(いわゆる差の差)をみると、
平均値: ▲0.10日(変化率換算: ▲3.1%) 標準偏差: 0.02日(変化率換算: 0.5%) ※3
であり、統計学的には、その影響は▲2.0%~▲4.1%(変化率換算の平均±標準偏差の2倍の幅)に約95%収まっている(制度改正時のいわゆる「長瀬効果」※4の影響見込み(▲2.6%)もこの幅内)。



(資料出所) 厚生労働省保険局調べ

- ※1 2022年9月以前については、被保険者ごとに所得の情報から施行後の窓口負担割合を推定し集計している。
- ※2 各月の数値は1月当たりの受診日数。4月~8月平均及び11月~3月平均は、当該期間の各月の平均受診日数の5か月平均。
- ※3 変化率換算は、一般Ⅱの4~8月の平均受診日数で除したものである。
- ※4 患者の自己負担割合が変化した場合に受診日数等が変化することを長瀬効果という。

33

いずれにしても、国会で附帯決議の中でもこの長瀬式に触れられまして、しっかり研究するようにというご指摘もいただきました。高齢者の2割負担の影響は今後も注視していかないといけないと思っております。

全世代対応型の社会保障制度を構築するための
健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議
令和3年6月3日 参議院厚生労働委員会

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一、後期高齢者医療制度における窓口負担割合の見直しについて、二割負担の対象となる後期高齢者において、必要な受診が抑制されることにより疾病の早期発見が妨げられ、重症化につながるような、健康診査の強化など必要な取組を進めること。また、窓口負担割合の見直しが後期高齢者の受診に与える影響を把握するとともに、いわゆる長瀬式について、現代の受療行動等に対応した信頼性の高い推計が可能となるよう研究を進めること。

二 (略)

三、後期高齢者医療制度の創設以降、高齢者世代と現役世代の人口バランスが大きく変化し、制度の支え手である現役世代に対する負担が加速度的に増していることや、現役並み所得の後期高齢者に係る医療給付費について公費負担が行われておらず現役世代に対する過重な負担となっていること等を踏まえ、後期高齢者医療制度における財源の在り方について検討を行うこと。

四～五 (略)

七、国民健康保険に導入される未就学児に対する均等割保険料・税の減額措置について、市町村や都道府県等における財政状況等を勘案しながら、対象者や減額幅の更なる拡充を引き続き検討すること。また、国民健康保険については、被用者保険と異なり、出産手当金制度等の所得保障を目的とする現金給付が任意による実施とされ、産前・産後期間等における保険料免除制度も設けられていないことから、少子化対策等の観点を踏まえ、財源や保険料負担の在り方等も勘案しつつ、出産に関する保険料における配慮の必要性や在り方等を検討すること。

八～十一 (略)

十二、二〇二二年以降後期高齢者が急増する中、現役世代の負担上昇を抑えながら、国民皆保険制度の維持に向けた持続可能な全世代型の医療保険制度を構築するため、保険料賦課限度額の引上げなど能力に応じた負担の在り方、保険給付の在り方、医療費財源における保険料、公費、自己負担の適切なバランスの在り方等について、税制も含めた総合的な議論に着手し、必要な法整備等を講ずること。

34

その他、この改正の附帯決議の中では、国保の産前産後の保険料見直しや、後期高齢者の賦課限度額の見直しなど、令和5年改正につながるものも何点か触れられております。

本日の内容

- I. 医療保険制度の基礎（現状と課題など）
- II. 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）の概要
- III. 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要
- IV. 医療保険に関する公的統計の紹介

35

次に、今年成立しました、全世代型社会保障、持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律でございます。

全世代型社会保障の検討体制について

全世代型社会保障構築本部 (総理・関係閣僚)

【構成員】

本部長 : 総理
副本部長 : 全世代型社会保障改革担当大臣
本部長 : 官房長官、総務大臣、財務大臣、厚労大臣、少子化担当大臣
男女共同参画担当大臣

【趣旨】

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、内閣に、その企画及び立案並びに総合調整を行う全世代型社会保障構築本部を設置する。

全世代型社会保障構築会議 (全世代型社会保障改革担当大臣(主宰)・有識者)

【趣旨】

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障全般の総合的な検討を行うため、全世代型社会保障構築会議を開催する。

有識者

秋田喜代美	学習院大学文学部教授	武田洋子	三菱総合研究所研究理事 シンクタンク部門 副部門長(兼) 政策・経済センター長
落合陽一	メディアアーティスト	田辺国昭	国立社会保障・人口問題研究所所長
笠木映里	東京大学大学院法学政治学研究科教授	土居丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
香取照幸	上智大学総合人間科学部教授/ 一般社団法人未来研究所龍代表理事	富山和彦	株式会社経営共創基盤IGPIグループ会長/ 株式会社日本共創プラットフォーム(JPIX)代表取締役社長
菊池馨実	早稲田大学法学学術院教授	沼尾波子	東洋大学国際学部国際地域学科教授
熊谷亮丸	株式会社大和総研副理事長	○ 増田寛也	日本郵政株式会社取締役兼代表執行役社長
権丈善一	慶應義塾大学商学部教授	水島郁子	大阪大学理事・副学長
國土典宏	国立国際医療研究センター理事長	横山 泉	一橋大学大学院経済学研究科教授
◎ 清家 篤	日本赤十字社社長/慶應義塾学事顧問		(五十音順 敬称略) ◎: 座長 ○: 座長代理
高久玲音	一橋大学経済学研究科准教授		

この法律改正に先駆けまして、総理を本部長とする全世代型社会保障構築本部、その下に、全世代型社会保障構築会議が設置されまして、

全世代型社会保障構築本部・全世代型社会保障構築会議の開催実績

全世代型社会保障構築本部	令和4年1月28日	第1回開催 議題:今後の全世代型社会保障改革等について
	令和4年5月17日	第2回開催 議題:全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理
	令和4年9月7日	第3回開催 議題:全世代型社会保障の構築に向けた今後の進め方について
	令和4年11月24日	第4回開催 議題:全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について
	令和4年12月16日	第5回開催 議題:全世代型社会保障構築会議 報告書について
	令和4年12月23日	第6回開催 議題:介護職員の働く環境改善に向けた取組について
	令和5年4月7日	第7回開催 議題:こども未来戦略会議の開催について、「全世代型社会保障構築会議の開催について」の一部改正について
全世代型社会保障構築会議	令和3年11月9日	第1回開催 ※第1回公的価格評価検討委員会と合同開催 議題:今後の全世代型社会保障改革等について
	令和4年3月9日	第2回開催 議題:全世代型社会保障の当面の論点について
	令和4年3月29日	第3回開催 議題:全世代型社会保障の当面の論点に係る議論の整理について
	令和4年4月26日	第4回開催 議題:全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理に向けて
	令和4年5月17日	第5回開催 議題:全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理
	令和4年9月7日	第6回開催 議題:全世代型社会保障の構築に向けた今後の進め方について
	令和4年9月28日	第7回開催 議題:テーマ別検討の議論の状況について
	令和4年11月11日	第8回開催 議題:テーマ別検討の議論の状況について、その他の論点について、全世代型社会保障の構築についてヒアリング
	令和4年11月24日	第9回開催 議題:全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について
	令和4年12月7日	第10回開催 議題:医療・介護制度の改革に関する検討状況について、全世代型社会保障の構築に向けた論点の整理について
	令和4年12月14日	第11回開催 議題:全世代型社会保障構築会議 報告書(案)について
	令和4年12月16日	第12回開催 議題:全世代型社会保障構築会議 報告書について
	令和5年2月24日	第13回開催 議題:全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案について、こども政策の強化について

1年間ほど議論が重ねられております。

その結果、令和4年12月、全世代型社会保障構築会議報告書が取りまとめられました。

全世代型社会保障の基本的考え方

1. 目指すべき社会の将来方向

①「少子化・人口減少」の流れを変える

- ・少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させる、国の存続そのものにかかわる問題
- ・子どもを生み育てたいという個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求の支援のみならず、少子化・人口減少の流れを大きく変え、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で社会全体にも大きな福音
- 最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力で整備すること。子育て費用を社会全体で分かち合い、子どもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境の整備が急務

② これからも続く「超高齢社会」に備える

- ・働き方に中立的な社会保障制度を構築し、女性や高齢者を含め、経済社会の支え手となる労働力を確保する
- ・社会保障を能力に応じて皆で支える仕組みを構築し、医療・介護・福祉等のニーズの変化に的確に対応する

③「地域の支え合い」を強める

- ・独居者の増加、就職氷河期世代の高齢化、孤独・孤立の深刻化等を見据え、人々が地域社会の中で安心して生活できる社会の構築が必要

2. 全世代型社会保障の基本理念

①「将来世代」の安心を保障する

「全世代」は、これから生まれる「将来世代」も含む。彼らの安心のためにも、負担を先送りせず、同時に、給付の不断の見直しが必要。

②能力に応じて、全世代が支え合う

年齢に関わらず、全ての国民が、能力に応じて負担し、支え合うことで人生のステージに応じ、必要な保障の提供を目指す。

③個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする

社会保障は、リスク等に社会全体で備え、個人の幸福増進を図るとともに、健康寿命の延伸等により社会全体も幸福にする。

④制度を支える人材やサービス提供体制を重視する

人材確保・育成や働き方改革、処遇改善、生産性向上、業務効率化に加え、医療・介護ニーズ等を踏まえたサービス提供体制の構築が必要。

⑤社会保障のDXに積極的に取り組む

社会保障給付事務の効率化、新サービスの創造等のため、社会保障全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図ることが重要。

3. 全世代型社会保障の構築に向けての取組

○ 時間軸の視点

2040年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の2025年や2030年を目指した中長期的な課題について、「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要。（「今後の改革の工程」を提示。）

○ 地域軸の視点

社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮し、地域に応じた解決の手法や仕組みを考案することが重要。

その中では、

1. こども・子育て支援の充実

(1) 基本的方向

- これまで、保育の受け皿整備や幼児教育・保育の無償化などに取り組み、大きな成果も見られるが、少子化の流れを変えるには至っておらず、少子化の危機的な状況から脱却するための更なる対策が必要
- 今後、こども家庭庁の下で「こども大綱」を策定する中で、特に、現行制度で手薄な0～2歳児へのきめ細やかな支援が重要との認識の下、「未来への投資」として、社会全体でこども・子育てを支援する観点から、妊娠・出産・子育てを通じた切れ目ない包括的支援を早期に構築すべき
- 恒久的な施策には恒久的な財源が必要であり、「骨太の方針2022」の方針に沿って、全ての世代でこどもや、子育て・若者世代を支えるという視点から、支援策の更なる具体化とあわせて検討すべき
- まずは(2)に掲げる支援策の具体化に取り組み、これも含め、こどもの視点に立って、必要なこども政策が何か、体系的にとりまとめることが重要であり、来年度の「骨太の方針」において、将来的にこども予算の倍増を目指していく上での当面の道筋を示していく必要
- 0～2歳児に焦点を当てた支援の早期構築後には、幅広い年齢層の子育て世帯に対する経済的支援の充実を検討する必要

(2) 取り組むべき課題

- ① 全ての妊産婦・子育て世帯支援
 - ・ 妊娠時から寄り添う「伴走型相談支援」と経済的支援の充実（0～2歳児の支援拡充） ☆★
 - ・ 全ての希望者が、産前・産後ケアや一時預かりなどを利用できる環境の整備 ★
 - ・ 出産育児一時金の引上げ（42万円→50万円）と出産費用の見える化（後期高齢者医療制度が費用の一部を支援する仕組みの導入を含む） ☆
 - ・ 不妊治療等に関する支援 ★
- ② 仕事と子育ての両立支援（「仕事か、子育てか」の二者択一を迫られている状況の是正）
 - ・ 育児休業後において切れ目なく保育を利用でき、また、円滑に職場復帰できるよう、予め保育の枠を確保できる入所予約システムの構築 ★
 - ・ 子育て期の長時間労働の是正、柔軟な働き方の促進 ★
 - ・ 育児休業取得の一層の促進と時短勤務を選択する際の給付の創設 ★
 - ・ 非正規雇用労働者の処遇改善、雇用のセーフティネットや育児休業給付の対象外となっている短時間労働者への更なる支援 ★
 - ・ 自営業者やフリーランス・ギグワーカー等の育児休業給付の対象外である方々への育児期間中の給付の創設 ★

(3) 今後の改革の工程

- ① 足元の課題
 - ・ (2) ☆の項目
- ② 来年、早急に具体化を進めるべき項目
 - ・ (2) ★の項目
 - ・ 「骨太の方針2022」にもあるように、こども・子育て支援の充実を支える安定的な財源について、企業を含め社会全体で連帯し、公平な立場で、広く負担し、支える仕組みの検討
 - ・ 0～2歳児に焦点を当てた切れ目のない包括的支援の早期構築後の課題として、児童手当の拡充など幅広い年齢層の子育て世帯に対する経済的支援の充実について恒久的な財源とあわせて検討

39

子ども・子育て支援関係でいうと、出産育児一時金の42万円から50万円の引き上げや、この出産育児一時金の費用について後期高齢者からも一部費用負担をする仕組みの導入や、

3. 医療・介護制度の改革

(1) 基本的方向

- 超高齢社会への備えを確かなものとするとともに、人口減少に対応していく観点から、医療・介護制度の改革を前に進めることが喫緊の課題。特に、2025年までに75歳以上の後期高齢者の割合が急激に高まることを踏まえ、負担能力に応じて、全ての世代で、増加する医療費を公平に支え合う仕組みを早急に構築する必要がある。
- 限りある資源を有効に活用しながら、地域における医療・介護ニーズの増大に的確に対応する。全ての国民が、それぞれの地域において、質の高い医療・介護サービスを必要に応じて受けることのできる体制を確保していく観点から、医療の機能分化と連携の更なる推進、医療・介護人材の確保等に力を注ぐ。

(2) 取り組むべき課題

① 医療保険制度

- ・ 後期高齢者医療制度の保険料負担の在り方の見直し（後期高齢者の保険料負担と現役世代の支援金について、一人当たりの伸び率が均衡するよう見直し。高齢者の保険料負担については低所得層に配慮しつつ、賦課限度額、所得割率を引上げ） ☆
- ・ 被用者保険者間の格差是正（健保組合への更なる支援を行いつつ、前期高齢者の財政調整に部分的に「報酬水準に応じた調整」を導入） ☆
- ・ 引き続き、給付の在り方、給付と負担のバランスを含めた不断の見直し。また、都道府県の役割について検討を深めていく必要。

② 医療提供体制

- ・ サービス提供体制の改革に向けた主な課題（都道府県の責務の明確化等による地域医療構想の推進、医療法人の経営情報のデータベースの構築などの医療法人改革等）
- ・ かかりつけ医機能が発揮される制度整備（今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、早急な実現を目指す。その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要がある。） ☆

③ 介護

- ・ 地域包括ケアシステムの深化・推進
- ・ 次の計画期間に向けた改革
 - － 介護現場の生産性向上と働く環境の改善 ★
 - － 介護保険の持続可能性の確保のため、「骨太の方針2022」等で指摘された課題について来年度の「骨太の方針」に向けて検討 ★

④ 医療・介護分野等におけるDXの推進 ★

- ・ 医療・介護分野の関連データの積極的な利活用の推進
- ・ 医療DXの実装化

(3) 今後の改革の工程

① 足元の課題

- ・ (2) ☆の項目
- ・ 医療法人改革の推進、医療介護間での情報連携

② 来年、早急に検討を進めるべき項目

- ・ 更なる医療制度改革（かかりつけ医機能の制度整備の実施に向けた具体化、地域医療構想の実現に向けた更なる取組、診療報酬・薬価改定に向けた検討）
- ・ (2) ★の項目

③ 2025年度までに取り組むべき項目

- ・ 医療保険及び介護保険における負担能力に応じた負担と給付の内容の不断の見直し
- ・ 本格的な人口減少期に向けた地域医療構想の見直し、実効性の確保
- ・ 地域包括ケアの実現に向けた提供体制の整備と効率化・連携強化

40

高齢者の保険料のあり方、そして高齢者負担率の見直し、先ほどご説明させていただきました、前期調整の部分的な総報酬調整の導入などが触れられております。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

41

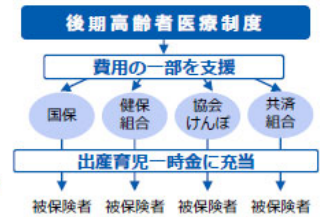
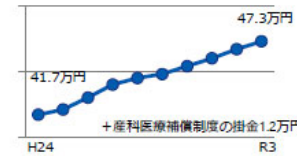
それらを踏まえて、今回、国会で成立したものが令和5年の改正法になっております。

次期医療保険制度改革の主要事項

I. 出産育児一時金の引き上げ

- **出産育児一時金について、費用の見える化を行いつつ、大幅に増額（42万円→50万円/令和5年4月）**
- **後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入し、子育てを全世代で支援**
※高齢者医療制度創設前は、全ての世代で出産育児一時金を含め子ども関連の医療費を負担

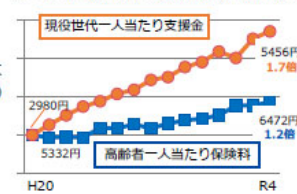
《出産費用（正常分娩）の推移》
※民間医療機関を含めた全施設の平均



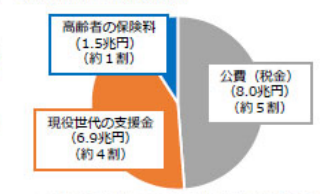
II. 高齢者医療を全ての世代で公平に支え合う仕組み

- **現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合を見直し**
 - ▶ 制度創設時と比べ、現役世代の支援金は1.7倍、高齢者の保険料は1.2倍の伸びとなっており、高齢者の保険料と現役世代の支援金の伸びが同じになるよう見直し。
 - ▶ 高齢者世代の保険料について、低所得層の負担増に配慮し、賦課限度額や所得に係る保険料率を引き上げる形で負担能力に応じた負担としつつ、激変緩和措置を講ずる。

《一人当たり保険料・支援金の推移（月額）》



《後期高齢者医療の財源》



※令和4年度予算ベース。窓口負担(1,581円)等を除く。

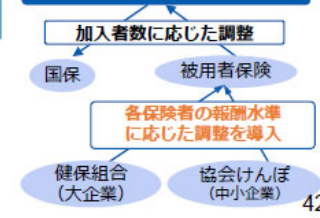
III. 被用者保険における負担能力に応じた格差是正の強化

- **前期高齢者の給付費の調整において、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、「報酬水準に応じた調整」を導入**
※被用者保険者間の保険料率の格差が拡大。協会けんぽ（10%）以上の保険者が2割超。
- **あわせて、現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに国費による更なる支援を実施**

《健康保険組合の保険料率の分布（R3）》



前期高齢者給付費



42

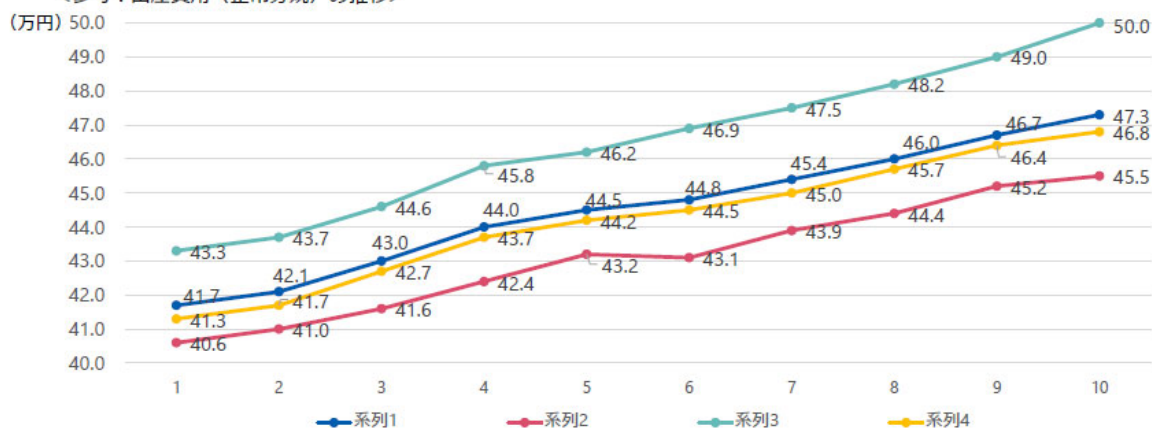
改正事項はここに書いているとおりでして、本日は、その中でも特に、I の出産育児一時金の 50 万円の引き上げと、それを高齢者も負担する仕組みの導入について、II の高齢者負担率の見直し、III の前期調整の総報酬調整の導入についてお話しさせていただきたいと思います。

出産育児一時金の引上げ額について（政令事項）

- 出産育児一時金の額については、前回の引き上げ時は、「公的病院」の平均出産費用を勘案し、設定。
- 出産費用は年々上昇する中で、平均的な標準費用を全て賄えるようにする観点から、
 - ・「全施設」の平均出産費用を勘案するとともに、
 - ・近年の伸びを勘案し、直近の出産費用も賄える額に設定する。
- 以上より、48.0万円（令和4年度の全施設平均出産費用の推計額（※））+ 1.2万円（産科医療補償制度の掛金）= 49.2万円となるため、出産育児一時金の額は、令和5年4月から、全国一律で、**50万円**とする。

※「全施設」の平均出産費用は、ここ10年、毎年平均で1.4%上昇しており、令和4年度の平均出産費用を48.0万円と推計。

<参考：出産費用（正常分娩）の推移>



（データ）厚生労働省、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。
 （※）平成24年以降、出生数は年間平均2.5%減少傾向（2020年人口動態統計）

43

まず、出産育児一時金の関係ですが、出産にかかる費用は年々増加していき、前回改正したときは42万円ぐらいでしたが、今回は、全施設で、平均すると50万円ぐらい費用がかかっているということで、42万円から50万円まで引き上げるようになりました。

出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入

- 今後、生産年齢人口は急激に減少していく中で、特に少子化については、これまで様々な対策を講じてきたが、未だに少子化の流れを変えるには至っていない状況。少子化を克服し、子育てを全世代で支援する観点から、後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入。

※後期高齢者医療制度は、高齢者医療を社会全体で支えるという観点に立って平成20年4月に創設。
制度創設前は、出産育児一時金を含め子ども関連の医療費について、高齢者世代も負担。

(参考) 老人保健制度（高齢者医療制度創設前）

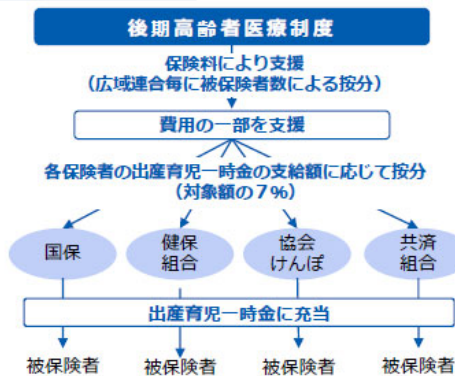
75歳以上の高齢者は国保・被用者保険に加入し、各々に保険料を納付しつつ、市町村が運営する老人保健制度から給付を受ける仕組み。

- 後期高齢者医療制度が出産育児一時金に係る費用の一部を支援する仕組みを導入するに当たり、**現行の現役世代・後期高齢者の保険料負担に応じ、後期高齢者医療制度の支援割合を対象額の7%と設定。**

※次期の後期高齢者医療の保険料率改定（2年毎）のタイミングである令和6年4月から導入（出産育児一時金の引き上げは令和5年4月～）。

※高齢者負担の激変緩和の観点から、令和6・7年度の負担額は1/2とする。

見直しのイメージ



■ 導入時点（令和6年度）

- 現役世代・後期高齢者の保険料負担に応じて、現役保険者・後期高齢者医療制度で出産育児一時金を按分。

→ 後期高齢者医療の所要保険料（1.7兆円）

÷ 全医療保険制度計の所要保険料（24.4兆円） = 7%

< 令和6年度の所要保

全医療保険制度計	うち後期
24.4兆円	1.7兆円

※ 令和4年度予算ベースを足下として、令和6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適近の実績値により見込んでいる。

■ 出産育児一時金への充当方法

- 出産育児一時金の支給実績の確定後に後期高齢者医療制度からの支援を受けるとした場合、支援を受けるまでに時間がかかることから、支給見込みに応じて概算で支援を受け、支給実績を踏まえて確定（概算との精算）を行う仕組みとする。
- 後期高齢者医療制度からの実際の支援は、保険者の事務を簡素にするため、後期高齢者支援金と相殺する。

44

そして、こちらの方が制度的なものです。子ども・子育てを全世代で支援するという観点から、これまでは各保険者がそれぞれの出産育児一時金の費用を負担していたところ、後期高齢者にも出産育児一時金の費用の一部を負担いただく仕組みを導入することとしました。具体的には、現役世代と後期高齢者の所要保険料の比率から、全体の費用の7%程度を後期高齢者にも負担していただくという仕組みになっております。

出産費用の見える化について

- 出産費用の見える化を進め、妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に医療機関を選択できる環境を整備
医療機関等ごとの出産費用の状況のみならず、その医療機関等の特色やサービスの内容なども併せて公表

※法律事項ではなく、運用で対応

【対象医療機関】

直接支払制度を行っている医療機関等

【公表事項】

- ①医療機関等の特色（機能や運営体制等）
- ②室料差額や無痛分娩の取扱い等のサービス内容
- ③医療機関等における分娩に要する費用及び室料差額、無痛分娩等の内容（価格等）の公表方法
- ④平均入院日数や出産費用、妊婦合計負担額等の平均値に係る情報

※直接支払制度の専用請求書に基づき算出

※一定期間における平均値であることから、分娩数が少ない医療機関等の公表は任意

【公表方法】

新たに設ける「見える化」のためのHPで医療機関等ごとに公表

【今後の進め方】

公表項目等の詳細について、有識者により令和5年夏までに検討を行い、医療保険部会に報告の上、令和6年4月を目途に見える化を実施

45

また、出産の費用については、今後、医療機関ごとの状況について見える化を進めていくこともこの中で示されております。

財政影響（出産育児一時金の増額、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）

- ・ 今回の見直し（出産育児一時金の増額、出産育児一時金を全世代で支え合う仕組みの導入）に係る財政影響を制度別にみたもの。
- ・ 出産育児一時金は50万円（8万円引き上げ）、後期高齢者医療からの支援対象額は一時金の1/2。

（2024年度：満年度ベース）

※（括弧）内は、後期高齢者医療制度からの支援導入による影響額

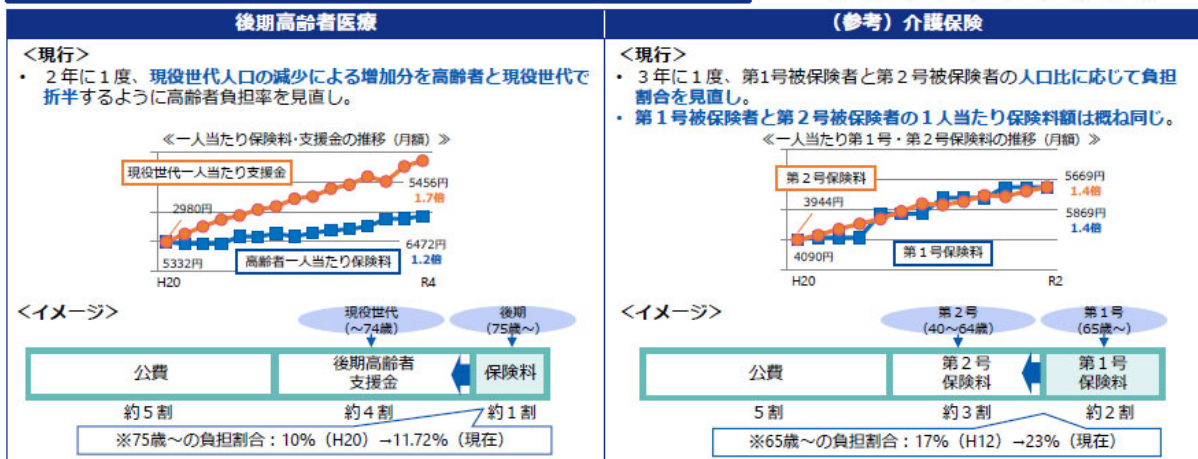
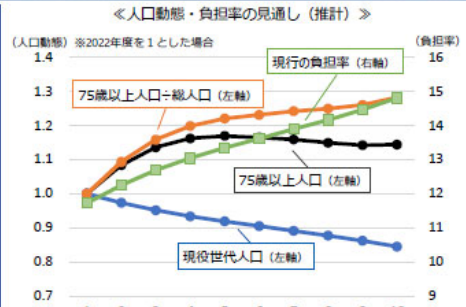
	42万円（現行）		50万円（+8万円）	
	給付費	加入者 一人当たり □：月額	影響額	加入者 一人当たり □：月額
合計	3,320億円		630億円 （-）	
協会けんぽ	1,440億円	3,800円(320円)	220億円 (▲60億円)	600円(50円) (▲200円(▲10円))
健保組合	1,040億円	3,800円(310円)	160億円 (▲40億円)	600円(50円) (▲200円(▲10円))
共済組合等	510億円	5,200円(440円)	80億円 (▲20億円)	800円(70円) (▲200円(▲20円))
国民健康保険	320億円	1,200円(100円)	60億円 (▲10億円)	200円(20円) (▲20円(▲2円))
後期高齢者	-	-	130億円 (130億円)	600円(50円) (600円(50円))

46

また、先ほど後期高齢者が負担する割合を7%と申し上げましたが、令和6年については、経過措置としてその半分程度を負担していただくことになっております。各制度の財政影響は表のとおりですが、出産育児一時金の引き上げに伴う費用も、後期高齢者も含めて全体で賄う仕組みとなっております。

高齢者負担率の見直し

- 現行の高齢者負担率（高齢者が保険料で賄う割合）の設定方法は、現役世代の減少のみに着目しており、**制度導入以降、現役世代の負担（後期高齢者医療支援金）が大きく増加し（制度創設時と比べ、現役は1.7倍、高齢者は1.2倍の水準）、2025年までに団塊の世代が後期高齢者になる中で、当面その傾向が続く。**一方、長期的には、高齢者人口の減少局面においても、高齢者負担率が上昇し続けてしまう構造。
- 高齢者世代・現役世代それぞれの人口動態に対処できる持続可能な仕組みとするとともに、当面の現役世代の負担上昇を抑制するため、**介護保険を参考に、後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率の設定方法を見直し。**



47

2点目の高齢者負担率の見直しについてです。冒頭でも触れましたが、後期高齢者の保険料負担の割合を決める高齢者負担率については、これまでは現役世代の減少のみに着目して改定してきており、制度発足時と比べて、現役世代の負担は1.7倍、後期高齢者は1.2倍程度となっており、2025年に向けてその傾向はまだ続くと思われていたために、見直そうということになりました。具体的には、介護保険では高齢者の1人当たり保険料の伸び率と現役世代の1人当たり保険料の伸び率は同じになっていることを参考にして、後期高齢者支援金も高齢者の1人当たり保険料の伸びと現役世代の1人当たりの支援金の伸びが等しくなるようにする仕組みに切り替えることとしました。

財政影響（高齢者負担率の見直し）

- 今回の見直し（高齢者負担率の見直し）に係る財政影響を制度別にみたもの。

（2024年度：満年度ベース）

	保険料		公費		
		加入者 一人当たり □：月額		国	地方
合計	50億円		▲50億円	▲50億円	0億円
協会けんぽ	▲300億円	▲800円 〔▲70円〕	0億円	0億円	-
健保組合	▲290億円	▲1,000円 〔▲90円〕	-	-	-
共済組合等	▲100億円	▲1,100円 〔▲90円〕	0億円	0億円	-
国民健康保険	▲80億円	▲300円 〔▲20円〕	▲100億円	▲70億円	▲20億円
後期高齢者	820億円	4000円 〔340円〕	50億円	20億円	20億円

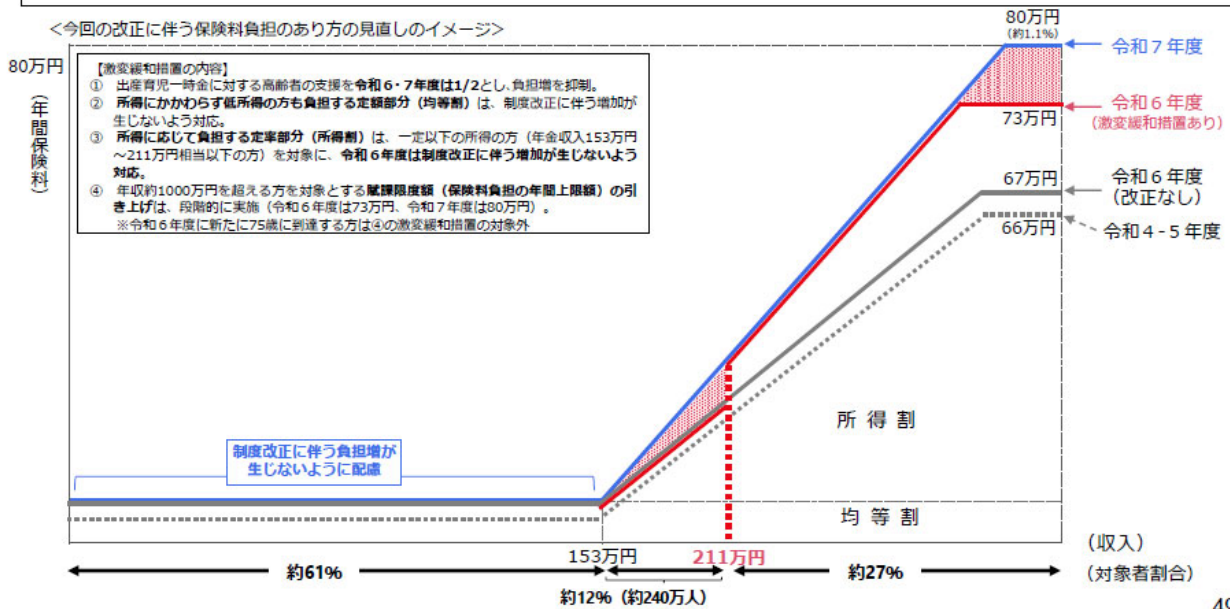
48

その結果、2024年では、後期高齢者は820億円ぐらい保険料負担が増え、その分、現役世代の負担する保険料が減額される形になっております。

負担能力に応じた後期高齢者の保険料負担の見直し

- 後期高齢者医療における保険料は、高齢化等による医療費の増加を反映して、2年に1度、引き上げ。
- 今回の制度改正による、令和6年度からの新たな負担に関しては、
 - ・ 約6割の方（年金収入153万円相当以下の方）については、制度改正に伴う負担の増加が生じないようにするとともに、
 - ・ さらに約12%の方（年金収入211万円相当以下の方）についても、令和6年度は制度改正に伴う負担の増加が生じないように対応。

<今回の改正に伴う保険料負担のあり方の見直しのイメージ>



(※) 対象者割合（対象者数）は後期高齢者被保険者実態調査特別集計等に基づく推計値

49

ただ、後期高齢者が負担をするこの 820 億円ほどの改正による増額部分については、まず保険料の賦課上限額を引き上げると共に、全額、所得割保険料に乘せることとしました。従いまして、実際に影響があるのは所得割保険料がある高齢者のみなので、高齢者全体の4割程度となります。そのうち、さらに年金収入 211 万円相当以下の方については、令和6年度には改正による影響が出ないように、所得割保険料は改正によって増えないようにする配慮措置も設けております。

後期高齢者 1 人当たり保険料額（2 年間）への影響（収入別）

- 今回の見直しに伴う後期高齢者一人当たり保険料額（2 年間）への影響を収入別に試算したものの。

		賦課限度額 <超過割合> <到達収入>	均等割額	所得割率	保険料額 □：月額									
					後期1人当たり平均		年収80万円		年収200万円		年収400万円		年収1,100万円	
						増加額		増加額		増加額		増加額		増加額
改正なし	令和6・7年度	67万円 <1.30%> <976万円>	50,500円	9.87%	82,000円 [6,830円]		15,100円 [1,260円]		86,800円 [7,230円]		217,300円 [18,110円]		670,000円 [55,830円]	
改正後	令和6年度	73万円 <1.28%> <984万円>	50,500円	10.70%	86,100円 [7,170円]	+4,100円 [+340円]	15,100円 [1,260円]	制度改正 影響なし	86,800円 [7,230円]	制度改正 影響なし	231,300円 [19,270円]	+14,000円 [+1,170円]	730,000円 [60,830円]	+60,000円 [+5,000円]
	令和7年度	80万円 <1.13%> <1,049万円>			87,200円 [7,270円]	+1,100円 [+90円]	15,100円 [1,260円]	制度改正 影響なし	90,700円 [7,560円]	+3,900円 [+330円]	231,300円 [19,270円]	制度改正 影響なし	800,000円 [66,670円]	+70,000円 [+5,830円]
(参考)	令和4・5年度	66万円 <1.29%> <1,004万円>	47,800円	9.34%	77,700円 [6,470円]		14,300円 [1,190円]		82,100円 [6,840円]		205,600円 [17,140円]		660,000円 [55,000円]	

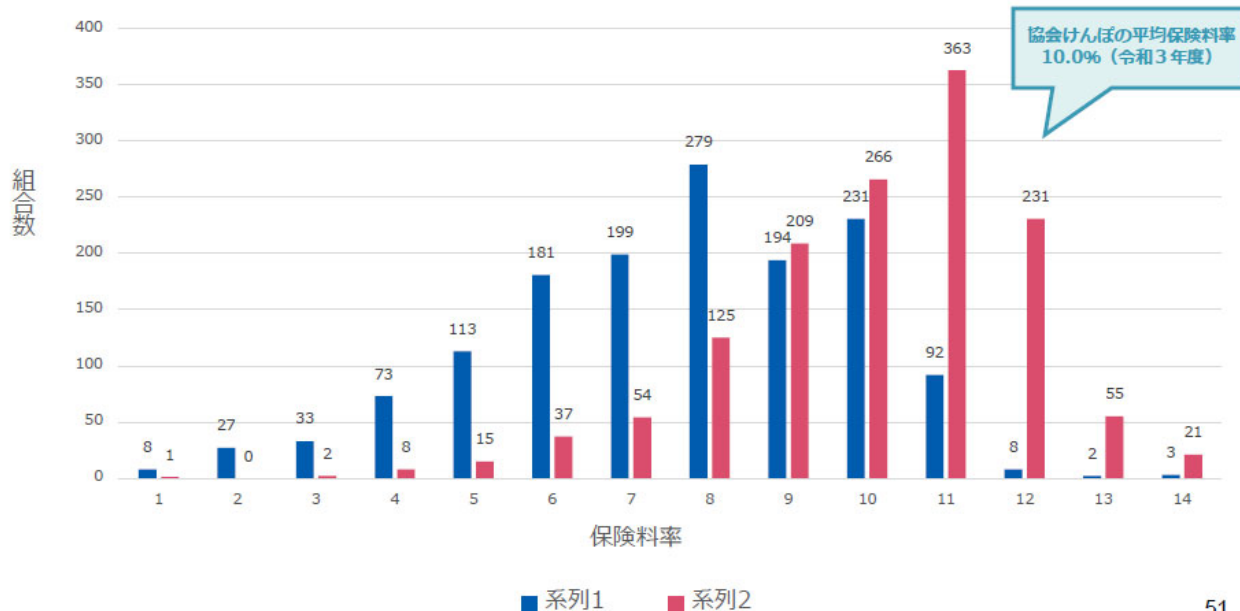
※増加額 ・ 改正後（令和6年度） ……制度改正に伴うR6における保険料負担の増加
 ・ 改正後（令和7年度） ……前年度からのR7における保険料負担の増加

50

こちらは、この改正による保険料への影響を高齢者の年収別に見た試算になりますが、本日は、説明は割愛させていただきます。

健康保険組合の保険料率の分布

- 健保組合の平均保険料率は、平成23年度は8.0%、令和3年度は9.2%となっており（+1.2ポイント）、全体的に上昇している。
- 協会けんぽの平均保険料率以上（平成23年度は9.50%以上、令和3年度は10.00%以上）の健保組合は、平成23年度は105組合（7%）、令和3年度は307組合（22%）となっている。



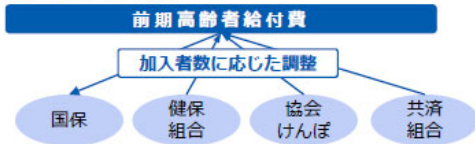
51

最後に、三つ目の前期高齢者の総報酬調整の導入についてです。こちらは健保組合について、各保険者の保険料率の分布を平成23年と令和3年で比較したものです。保険料率の分布自身が右に寄ってきておりまして、協会けんぽの保険料率は10%ですが、それを超える健康保険組合の割合も増えてきている状況になっております。また、健康保険組合の中でも、保険者間で格差があるという状況です。

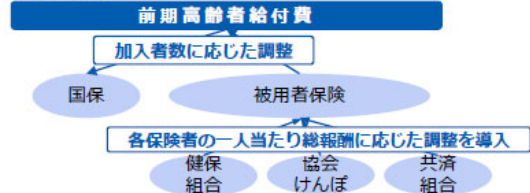
前期財政調整における報酬調整の導入

- ・ 前期高齢者の給付費の調整は、現在、「加入者数に応じた調整」を実施。
- ・ 負担能力に応じた負担の観点から、被用者保険間では、現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的（導入の範囲は1/3）に「報酬水準に応じた調整」（報酬調整）を導入。
- ・ あわせて、現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う。

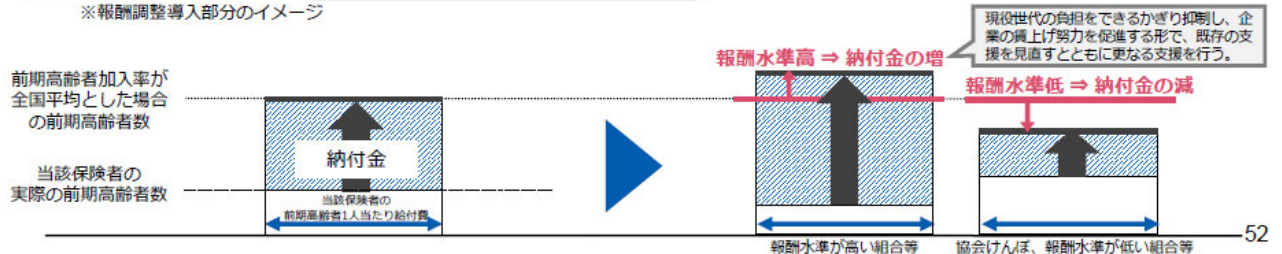
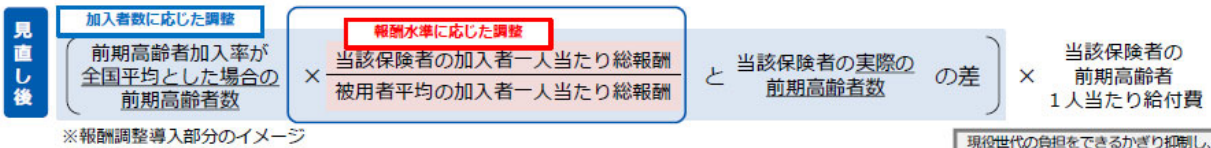
<制度創設当初～現行>



<報酬調整導入後>



報酬調整導入に伴う前期高齢者納付金の増減イメージ

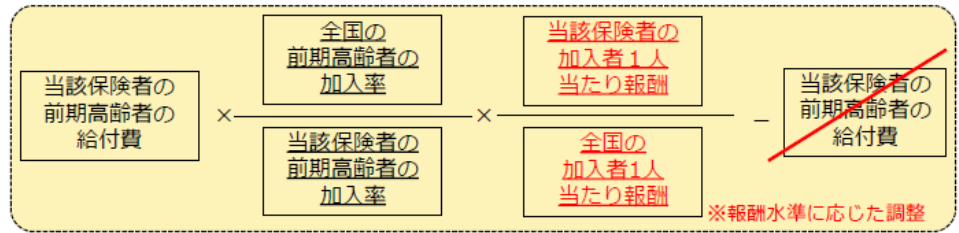


52

そういった中で、保険料率の格差の一つの要因となっているのが、前期高齢者に係る費用負担が実質的に加入者割になっているということです。そこで、今回の改正では、部分的に、具体的には3分の1ほどですが、総報酬調整を導入するものです。式は、このスライドの真ん中あたりにございますが、今まで、前期高齢者の加入率の違いだけの調整をしていたところに、1人当たり総報酬額の違いによる率も掛ける形にするものです。

(参考) 前期高齢者に係る各保険者の負担イメージ (令和6年度以降の報酬調整対象分)

当該保険者の前期高齢者に係る負担 = 前期高齢者納付金 + ~~当該保険者の前期高齢者の給付費~~



$$\begin{aligned}
 &= \text{当該保険者の前期高齢者の給付費} \times \frac{\text{全国の前期高齢者数}}{\text{当該保険者の前期高齢者数}} \times \frac{\text{当該保険者の加入者1人当たり報酬}}{\text{全国の加入者1人当たり報酬}} \\
 &= \left(\text{当該保険者の前期高齢者1人当たり給付費} \times \text{全国の前期高齢者数} \right) \times \frac{\text{当該保険者の総報酬額}}{\text{全国の総報酬額}}
 \end{aligned}$$

※：若人加入者数は、後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者数
 ※：後期高齢者支援金に係る前期調整や補正係数等は省略
 ※：報酬調整対象分は、被用者保険について、全体の3分の1

こちらにも、各保険者の前期納付金に自制度に加入している前期高齢者の給付費を加えた、各保険者が負担する前期高齢者に係る費用負担全体について、先ほどと同じような式変形をしますと、結果的には下のようになり、各保険者の前期高齢者に係る費用負担全体は、現行制度では加入者数割になっていたところが、結果的に総報酬割になっていることが分かるかと思います。

前期財政調整における複数年平均給付費の使用

- 前期財政調整では、納付金の計算において前期高齢者1人当たり給付費を使用しており、給付費水準が高いほど納付金額が増加。
 - **小規模な保険者**においては、高額な医療費を必要とする前期高齢者がいるかないかによって**毎年度の給付費水準が大きくばらつき、それによって前期高齢者納付金の変動が大きくなる**という課題が存在。
 - こうした課題に対応するため、**前期高齢者納付金の計算において複数年（3年）平均給付費を用いる**こととする。
- ※ 給付費が平準化されるだけであり、複数年でみれば基本的には財政中立的。

現行の前期財政調整の仕組み（前期高齢者給付費分）

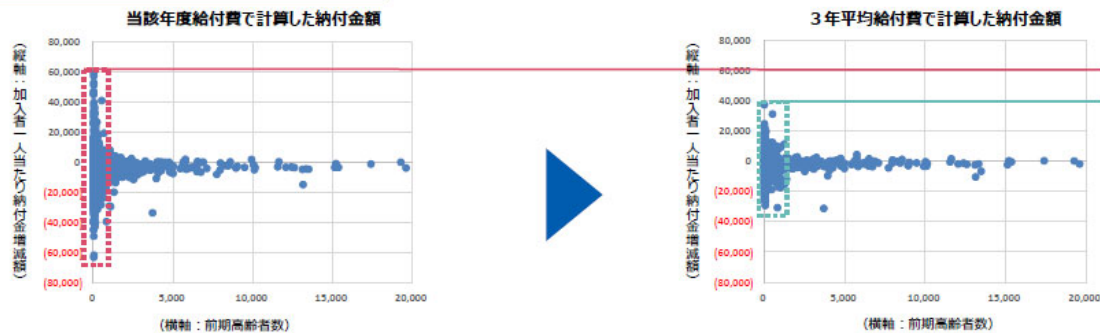
加入者数に応じた調整

$$\left(\frac{\text{前期高齢者加入率が全国平均とした場合の前期高齢者数}}{\text{前期高齢者数}} \right) \times \text{当該保険者の実際の前期高齢者数} \text{の差}$$

× 当該保険者の前期高齢者1人当たり給付費

給付費水準の変化に応じて、前期高齢者納付金額が変動

加入者一人当たり前期高齢者納付金額の変動



- ※ 1 全保険者のうち、令和4年度概算賦課における前期高齢者数が2万人以下の保険者について、令和3年度から令和4年度の増減額を試算。
- ※ 2 3年平均給付費は前期高齢者一人当たり調整対象給付費の平均額を、当年度（令和3年度又は令和4年度）の前期高齢者数に乗じることで算出。新設保険者等で給付費が3年に満たない場合には、その満たない給付費の平均（新設2年目の場合は2年分の調整対象給付費を2で除す）を使用。

細かいことですが、この前期調整では、自制度における前期高齢者1人当たり給付費に比例して費用負担が増えたり減ったりする部分もあるのですが、これまでは、それを単年度で評価していたので、加入者数の少ない保険者や、加入者数はそれなりにいても前期高齢者の加入率が少なくて前期高齢者が少ない保険者は、毎年のぶれが非常に大きくなり、それ自身が組合健保の保険料率のぶれにつながるという批判もございました。これについては、単年度で見るとはならず3年平均で見ることにするという細かい改正も行うことにしております。

財政影響（被用者保険者間の格差是正）

- ・ 今回の見直し（被用者保険者間の格差是正）に係る財政影響を制度別にみたもの。
- ・ 前期財政調整における報酬調整の導入の範囲は1/3。

（2024年度：満年度ベース）

前期納付金等への影響額	1/3報酬調整
合計	-
協会けんぽ	▲970億円
健保組合	600億円
共済組合等	350億円
国民健康保険	20億円
後期高齢者	-

※1 健保組合に対し、高齢者負担率の見直し(▲290億円)も踏まえつつ、企業の賃上げ努力を促進する形で、既存の支援を見直すとともに国費による更なる支援(国費+430億円)を行う。これにより、高齢者負担率の見直しと合わせた健保組合の財政影響は、▲120億円となる。

※2 報酬調整の導入に伴う導入部分に係る協会けんぽへの国庫補助の廃止等により、国費は合計▲1,290億円。

上記の影響額を含めた協会けんぽの保険料への影響額は320億円、国民健康保険の保険料への影響額は30億円。

(参考)近年、協会けんぽの報酬水準が上昇していることから、保険料負担は増加する見通しとなっているが、協会けんぽの平均報酬は、平成28年以前は13年間、被用者保険全体の平均報酬に比べ、国庫補助率の16.4%以上下回っており、こうした状況下では保険料負担は減少。なお、協会けんぽの今年度末の積立金見込みは4.9兆円。

55

財政影響を見ますと、個々の健保組合間ではプラスマイナスがありますが、報酬の高い健保組合全体では600億円ぐらいのプラス、負担増になり、協会けんぽなど報酬が低いところは総報酬割調整の導入によって負担が下がるという形になっております。

健保組合に対する更なる支援について

- ・負担能力に応じた負担の観点から、前期財政調整について、**被用者保険者間では、部分的（導入の範囲は1/3）に報酬調整を導入**。また、**後期高齢者の保険料と現役世代の支援金の一人当たりの伸び率が均衡**するよう、**高齢者負担率の設定方法を見直す**。
- ・こうした医療保険制度改革に際し、**他の制度における企業負担を勘案して、令和6年度から特例的に、健保組合への国費による支援を430億円追加**。企業の賃上げ努力を促進する形で、**既存の支援を見直すとともに更なる支援を行う**。

拠出金負担に係る調整の仕組み

- 拠出金負担に対する特別負担調整（高齢者医療確保法第38条等）の拡充
 - ・拠出金負担（後期支援金、前期納付金）が過大となる保険者の負担を、全保険者と国費で軽減
 - ⇒ 国費充当（R4：100億円）を拡大し、負担軽減対象となる保険者の範囲を拡大（国費+100億円）

健保組合間での共助の仕組み

- 健保組合の交付金交付事業（健康保険法附則第2条）への財政支援
 - ・調整保険料（1.3%）を財源に、保険給付や拠出金の納付に要する費用の財源の財政負担の不均衡を調整
 - ⇒ 高額レセプトの発生した健保組合に対する支援を行う高額医療費交付金事業について、国費による財政支援を制度化（国費+100億円）

補助金による国からの支援

- 高齢者医療運営円滑化等補助金の拡充
 - ・前期納付金負担の割合・伸びに着目し、納付金負担が過大となる保険者に対して補助金で支援
 - ⇒ 予算規模（R4：720億円）を拡充し、現行の支援を見直すとともに、賃上げ等により一定以上報酬水準が引き上がった健保組合に対する補助を創設し、拠出金負担を更に軽減（国費+230億円）

56

ただ、健保組合の600億円の負担増については、今回の改正に合わせて、健保組合の支援として別途430億円の支援の仕組みを導入することとしております。

国民健康保険制度改革の推進

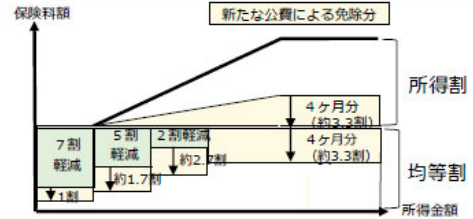
○ 財政運営の安定化を図りつつ、「財政運営の都道府県単位化」の更なる深化を図るため、令和6年度からの新たな国保運営方針に基づき、保険料水準の統一や医療費適正化等の取組をより一層進める。

(1) 出産時における保険料負担の軽減【令和6年1月施行】

・子育て世帯の負担軽減、次世代育成支援等の観点から、出産する被保険者に係る産前産後期間相当分（4か月間）の保険料（均等割額、所得割額）を免除する措置を創設。

※費用負担 公費（国1/2、都道府県1/4、市町村1/4）
所要額 4億円（令和5年度）

※7割、5割、2割軽減は、低所得世帯に対する均等割保険料の軽減措置
※令和4年4月から、未就学児の均等割保険料の軽減制度を導入



(2) 国保運営方針に基づく保険料水準の統一、医療費適正化の推進

・都道府県国保運営方針（都道府県内の国保運営の統一的な方針）について、対象期間の考え方や記載事項を見直し。【令和6年4月施行】
・「保険料水準統一加速化プラン（仮称）」を策定し、保険料水準の統一に向けた取組を支援。

（国保運営方針の見直し）
【対象期間】おおむね6年
【記載事項】
「医療費の適正化の取組に関する事項」、「市町村が担う事務の広域的及び効率的な運営の推進に関する事項」を必須記載事項化

(3) その他保険者機能の強化

① 第三者行為求償事務の取組強化

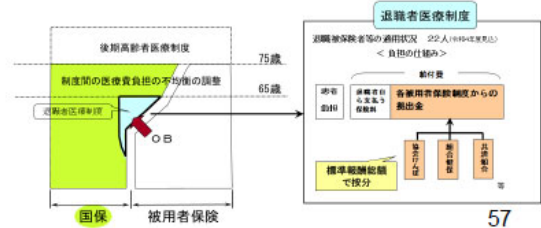
・広域性や専門性のある事案について、市町村の委託を受けて都道府県が実施可能とする。【令和7年4月～】

・市町村が、官公署等の関係機関に対し、第三者の行為によって生じた事実に係る資料の提供等を求めることを可能とする。【公布日～】

※ 市町村は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合には、その給付額の限度で、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得

② 退職者医療制度の廃止

・対象者が激減し財政調整効果が実質喪失していることを踏まえ、事務コスト削減を図る観点から、前倒しして廃止。【令和6年4月】



最後になりますが、令和5年の改正の中で、国民健康保険については、令和3年の附帯決議でも少しお話しさせていただきました産前産後の4か月分の保険料を免除する措置を導入することとしております。

こども・子育て政策の強化の検討体制について

全世代型社会保障構築本部 (総理・関係閣僚)

【構成員】

本部長 : 総理
 副本部長 : 全世代型社会保障改革担当大臣
 本部員 : 官房長官、内閣府特命担当大臣(こども政策 少子化対策 若者活躍 男女共同参画)、総務大臣、財務大臣、厚労大臣

【趣旨】

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、内閣に、その企画及び立案並びに総合調整を行う全世代型社会保障構築本部を設置する。

こども未来戦略会議 (総理・関係閣僚・有識者)

【趣旨】

こども・子育て政策の強化について、具体的な施策の内容、予算、財源の在り方について検討する必要があることから、こども・子育て政策に係る関係閣僚、有識者、子育ての当事者・関係者、さらには関係団体の参画を求めて、全世代型社会保障構築本部の下に、「こども未来戦略会議」を開催する。

議長：総理大臣

副議長：後藤全世代型社会保障改革担当大臣、
 小倉内閣府特命担当大臣 (こども政策 少子化対策 若者活躍 男女共同参画)

構成員

(関係) : 全世代型社会保障構築本部の本部員、
 永岡文部科学大臣、西村経済産業大臣、斉藤国土交通大臣

(有識者) : 秋田喜代美 学習院大学文学部教授
 荒木泰臣 全国町村会会長
 遠藤久夫 学習院大学経済学部教授
 奥山千鶴子 NPO法人子育てひろば全国連絡協議会理事長/
 認定NPO法人びーのびーの理事長
 権丈善一 慶應義塾大学商学部教授
 小林 健 日本商工会議所会頭
 櫻井彩乃 GENCOURAGE代表
 清家 篤 日本赤十字社社長/慶應義塾学事顧問
 高橋祥子 株式会社ジーンクエスト取締役ファウンダー

武田洋子 株式会社三菱総合研究所 研究理事 シンクタンク部門副部門長
 (兼)シンクタンク部門 統括室長(兼)政策・経済センター長
 全国市長会会長
 立谷秀清 日本経済団体連合会会長
 十倉雅和 株式会社経営共創基盤IGPIグループ会長/
 富山和彦 株式会社日本共創プラットフォーム(JPXX)代表取締役社長
 フリーアナウンサー
 中野美奈子 サントリーホールディングス株式会社代表取締役社長
 新浪剛史 NPO法人manma創業者・理事
 新居日南恵 全国知事会会長
 平井伸治 大阪大学理事・副学長
 水島郁子 日本労働組合総連合会会長
 芳野友子

ここまでが令和3年、令和5年改正の説明ですが、現在は、先ほど出てきました全世代型社会保障構築本部の下にこども戦略会議というものができており、

全世代型社会保障構築本部・こども未来戦略会議の開催実績

全世代型社会保障構築本部	
令和5年4月7日	第7回開催 議題:こども未来戦略会議の開催について、「全世代型社会保障構築会議の開催について」の一部改正について
令和5年6月13日	第8回開催 議題:「こども未来戦略方針」について
こども未来戦略会議	
令和5年4月7日	第1回開催 議題:こども・子育て政策の強化について
令和5年4月27日	第2回開催 議題:こども・子育て政策の強化について
令和5年5月17日	第3回開催 議題:こども・子育て政策の強化について
令和5年5月22日	第4回開催 議題:こども・子育て政策の強化について
令和5年6月1日	第5回開催 議題:こども・子育て政策の強化について
令和5年6月13日	第6回開催 議題:こども・子育て政策の強化について

59

「こども未来戦略方針」が、今年6月に閣議決定されています。それについていろいろ議論しているところでございます。

こども未来戦略方針（令和5年6月13日 閣議決定）（主な箇所抜粋①）

Ⅲ－１．「加速化プラン」において実施する具体的な施策

1. ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

（2）出産等の経済的負担の軽減 ～妊娠期からの切れ目ない支援、出産費用の見える化と保険適用～

- 本年4月からの出産育児一時金の大幅な引上げ（42万円→50万円）及び低所得の妊婦に対する初回の産科受診料の費用助成を着実に実施するとともに、出産費用の見える化について来年度からの実施に向けた具体化を進める。その上でこれらの効果等の検証を行い、2026年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める。あわせて、無痛分娩について、麻酔を実施する医師の確保を進めるなど、妊婦が安全・安心に出産できる環境整備に向けた支援の在り方を検討する。

（3）医療費等の負担軽減 ～地方自治体の取組への支援～

- おおむね全ての地方自治体において実施されているこども医療費助成について、国民健康保険の国庫負担の減額調整措置を廃止する。あわせて、適正な抗菌薬使用などを含め、こどもにとってより良い医療の在り方について、今後、医学界など専門家の意見も踏まえつつ、国と地方の協議の場などにおいて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。

（6）いわゆる「年収の壁（106万円／130万円）」への対応

- いわゆる106万円・130万円の壁を意識せずに働くことが可能となるよう、短時間労働者への被用者保険の適用拡大、最低賃金の引上げに引き続き取り組む。
- こうした取組と併せて、人手不足への対応が急務となる中で、壁を意識せずに働く時間を延ばすことのできる環境づくりを後押しするため、当面の対応として、被用者が新たに106万円の壁を超えても手取り収入が逆転しないよう、労働時間の延長や賃上げに取り組む企業に対し、複数年（最大3年）で計画的に取り組むケースを含め、必要な費用を補助するなどの支援強化パッケージを本年中に決定した上で実行し、さらに、制度の見直しに取り組む。

Ⅲ－１．「加速化プラン」において実施する具体的な施策

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

（1）妊娠期からの切れ目ない支援の拡充 ～伴走型支援と産前・産後ケアの拡充～

- （略）また、2022年度から保険適用された不妊治療について、推進に向けた課題を整理、検討する。

60

その中では、先ほど出てきましたが、出産費用の見える化や、出産の保険適用の検討、国保の子どもの医療費助成に係る減額措置の廃止、年金の方でもありますが、いわゆる年収の壁の対応として短時間労働者への適用拡大の検討が進められておりますが、ここでの説明は割愛させていただきます。

こども医療費助成に係る国民健康保険の減額調整措置の廃止

1. 現行制度

- 国民健康保険の減額調整措置は、自治体が行う医療費助成により患者の自己負担が減額される場合、国民健康保険財政に与える影響や限られた財源の公平な配分等の観点から、負担軽減に伴い増加した医療費分の公費負担を減額調整している。
- 未就学児までを対象とする医療費助成については、すべての市町村において、何らかの助成が実施されていた実態を踏まえ平成30年度以降、減額調整措置の対象外としている。

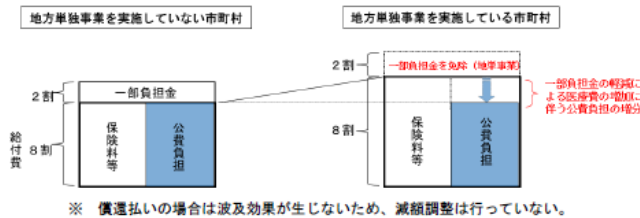
2. こども未来戦略方針（令和5年6月13日閣議決定）

- (3) 医療費等の負担軽減 ～地方自治体の取組への支援～
- おおむね全ての地方自治体において実施されている**こども医療費助成について、国民健康保険の国庫負担の減額調整措置を廃止する**。あわせて、適正な抗菌薬使用などを含め、こどもにとってより良い医療の在り方について、今後、医学界など専門家の意見も踏まえつつ、国と地方の協議の場などにおいて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。

3. 対応方針（イメージ）

- 小学生まではほぼ100%、中学生までも96%以上の市町村が何らかの医療費助成を実施。また、高校生（18歳未満）までは、人口比で、約9割のこどもが医療費助成の対象となっている。こうした全国の自治体における医療費助成の取組状況等を踏まえ、**市町村の助成内容（自己負担や所得制限の有無等）を問わず、18歳未満までのこどもの医療費助成に係る減額調整措置を廃止**することとする。（省令事項）

<減額調整措置のイメージ>



(参考) 医療費助成の実施状況（令和4年度国民健康保険課調査）

対象	外来	入院
小学生	1,720 (98.8%)	1,741 (100.0%)
中学生	1,674 (96.2%)	1,723 (99.0%)
高校生	967 (55.5%)	1,046 (60.1%)
こども全体（高校生以下）	90.1%（人口比）	

こどもの医療をめぐる課題

- こどもの医療については、地方単独事業によるこどもの医療費助成制度について、これまで対象年齢の拡充等が進んでおり、今後、こどもの医療費助成に係る国民健康保険の減額調整措置を廃止することで、この傾向がより一層強まることが想定される。
- こうした中、こどもの医療について、今後、医療費助成の内容・範囲がより一層拡充等されることで、以下のような課題が生じてくると考えられるため、保険者・自治体、被保険者、医療機関等の関係者に効果的に働きかけていく取組を実施することで、**こどもにとってより良い医療の実現**を目指すとともに、**限られた医療資源の適切な配分**を図る。

課題

- 窓口での自己負担無償化等の拡充による、被保険者（保護者を含む。）の受診行動の変容
- 抗菌薬の処方など、医療機関での診療内容への影響
- 小児医療提供体制への影響
- 医療保険財政への影響

「年収の壁」への当面の対応策（「年収の壁・支援強化パッケージ」）概要

人手不足への対応が急務となる中で、短時間労働者が「年収の壁」を意識せず働くことができる環境づくりを支援するため、当面の対応として下記施策（支援強化パッケージ）に取り組むこととし、早急に開始する。さらに、制度の見直しに取り組む。

106万円の壁への対応

◆キャリアアップ助成金 ※省令の改正が必要

キャリアアップ助成金のコースを新設し、短時間労働者が被用者保険（厚生年金保険・健康保険）の適用による手取り収入の減少を意識せず働くことができるよう、労働者の収入を増加させる取組を行った事業主に対して、労働者1人当たり最大50万円の支援を行う。なお、実施に当たり、支給申請の事務を簡素化。

労働者の収入を増加させる取組については、賃上げや所定労働時間の延長のほか、**被用者保険適用に伴う保険料負担軽減のための手当（社会保険適用促進手当）**として、支給する場合も対象とする。

◆社会保険適用促進手当

事業主が支給した社会保険適用促進手当については、適用に当たっての労使双方の保険料負担を軽減するため、新たに発生した本人負担分の保険料相当額を上限として被保険者の標準報酬の算定において考慮しない。

130万円の壁への対応

◆事業主の証明による被扶養者認定の円滑化

被扶養者認定基準（年収130万円）について、**労働時間延長等に伴う一時的な収入変動**による被扶養者認定の判断に際し、**事業主の証明の添付による迅速な判断**を可能とする。

配偶者手当への対応

◆企業の配偶者手当の見直しの促進

特に中小企業においても、配偶者手当の見直しが進むよう、

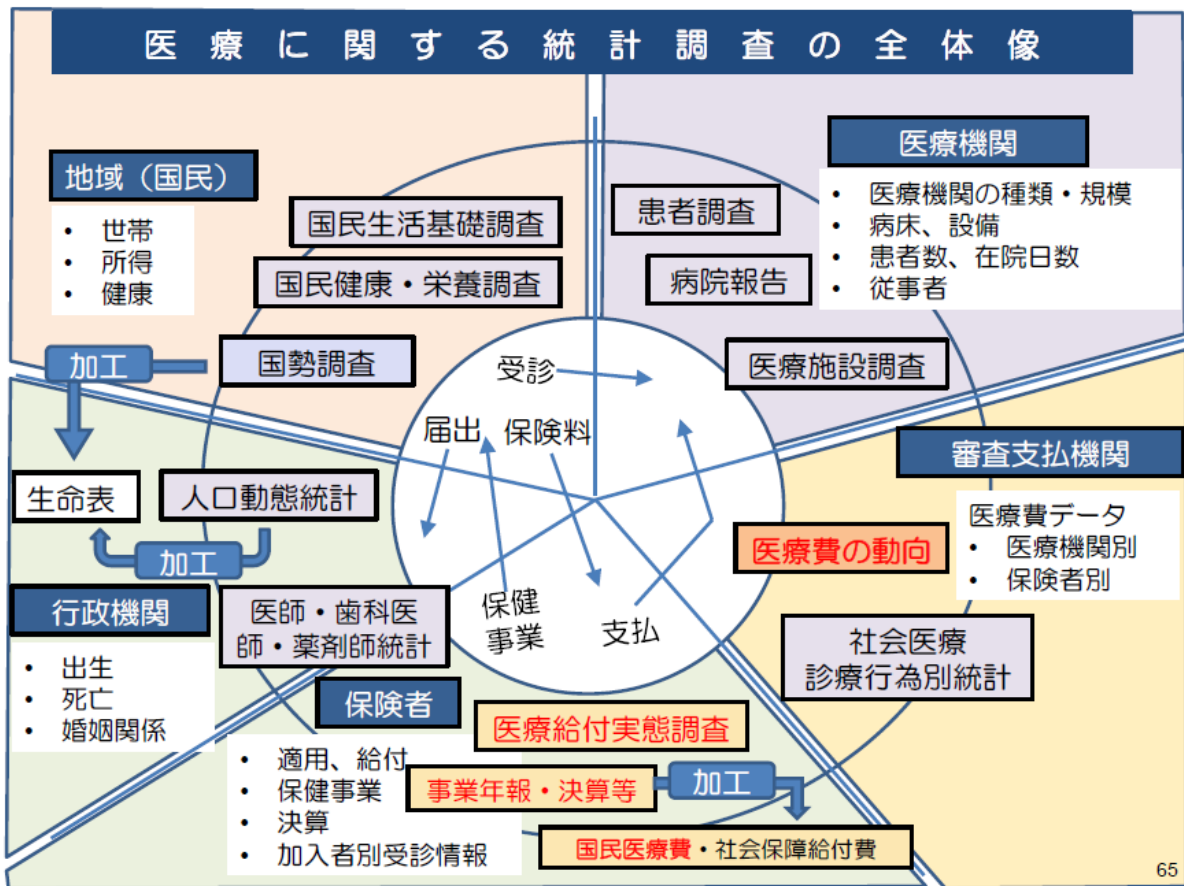
- (1) **見直しの手順をフローチャートで示す等
わかりやすい資料を作成・公表するとともに、**
- (2) **中小企業団体等を通じて周知する。**

上記のほか、設備投資等により事業場内最低賃金の引上げに取り組む中小企業等に対する助成金（業務改善助成金）の活用も促進。⁶³

本日の内容

- I. 医療保険制度の基礎（現状と課題など）
- II. 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和3年法律第66号）の概要
- III. 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要
- IV. 医療保険に関する公的統計の紹介

最後に、医療保険に対する公的統計の紹介をさせていただきます。



医療保険に関する公的統計については、医療保険をめぐって保険者や医療機関などさまざまな関係者がいる中で、いろいろな統計があります。その中でも、保険局調査課では、各保険者に関する事業年報や、医療費の全体の動向を把握する「医療費の動向」といった調査や、「国民医療費」の推計などを行っております。

医療費の動向調査（メディアス、最近の医療費の動向）

国民医療費の約98%を占める概算医療費の動向（メディアス）は、2000年度以降公表してきたが、近年、NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）を活用し、より詳細な分析が可能な統計を整備。

審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険連合会）における審査分の医療費の統計。

- ・ 最近の医療費の動向（概算医療費）
- ・ 最近の医療費の動向（医療保険医療費）

NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース）※を活用した統計

- ・ 最近の医科医療費（電算処理分）の動向 ← 2021年8月～公表
- ・ 最近の歯科医療費（電算処理分）の動向 ← 2023年8月～公表
- ・ 最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 ← 2008年7月～公表

サイト <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/>

※厚生労働省が、法律に基づき、レセプト情報（診療報酬明細書）等を集計し、個人の特定ができない形でデータベース化したもの。1件あたり約1600項目を有するレセプトを約250万件分格納。

66

特に、この「医療費の動向」は、メディアスと呼ぶものですが、2000年ぐらいから作成していたところ、近年は、NDB、ナショナル・データベースを活用した、より詳細な分析が可能となってきております。具体的には、調剤レセプトについては2008年から、医科レセプトについては2021年から、歯科レセプトについては今年の8月から、それぞれNDBを活用した、より詳細な統計が公表されることになっています。これによって、医科、歯科、調剤、すべてでNDBを使った詳細な統計が毎月把握できるようになっています。これまで紙レセプトを集計したものをメディアスと呼んでいましたが、これらのNDBを使った統計を、医科メディアス、歯科メディアス、調剤メディアスと呼ぶこともございます。詳しくは、ここにご紹介させていただいておりますサイトを見ていただければと思います。

$$\text{医療費} = \text{1日当たり医療費} \times \text{受診延日数}$$

○ 受診延日数は、延べ患者数をあらわす。

- ・ 外来受診のときは、医療機関等の受診回数
- ・ 入院のときは、医療機関に入院した日数

$$\text{入院受診延日数} = \text{推計新規入院件数} \times \text{推計平均在院日数}$$

○ 1日当たり医療費は、診療密度をあらわす。

- ・ 1日当たり医療費 = 医療費 ÷ 受診延日数

67

われわれがこういった「医療費の動向」などで医療費分析を行う場合には、よく医療費を1日当たり医療費と受診延日数に分解して分析することがございます。受診延日数は延べ患者数を表していきまして、1日当たり医療費は医療の密度、単価を表しているものです。また、受診延日数は、入院については新規入院件数と平均在院日数に分けて分析することもございます。

令和4年度 医療費の動向 ～概算医療費の集計結果～

*概算医療費とは
医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬の請求（レセプト）に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計したものです。労災・全額自費等の費用を含まず、国民医療費の約98%に相当。

- 令和4年度の概算医療費は46.0兆円、対前年同期比で4.0%の増加、対令和元年度比で5.5%の増加。
なお、対令和元年度比の5.5%の増加は3年分の伸び率であり、1年当りに換算すると1.8%の増加。
- 令和4年度の受診延日数は、対前年同期比で2.0%の増加、1日当たり医療費は2.0%の増加。
- 令和4年度の診療種類別では、いずれの診療種類別も対前年同期比でプラス、対令和元年度比でもプラスとなった。

診療種類別 医療費の対前年伸び率（対前年同期比）（%）

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和4年度 対令和元年度比	1年当りに 換算した 伸び率
					5.5	(1.8)
総計	2.4	-3.1	4.6	4.0	2.6	(0.9)
入院	2.0	-3.0	2.8	2.9	9.3	(3.0)
入院外	2.0	-4.3	7.5	6.3	6.7	(2.2)
歯科	1.9	-0.8	4.8	2.6	1.8	(0.6)
調剤	3.6	-2.6	2.7	1.7		

68

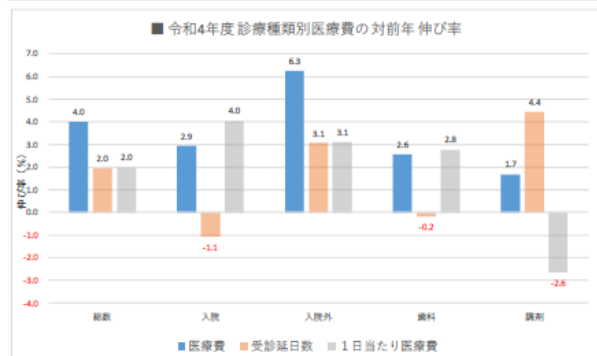
これは、コロナ前の令和元年度以降の医療費の動向について見たものです。コロナ前の医療費は毎年おおむね2%増加していたのですが、令和2年度は、コロナが流行り始めた関係で、急激に医療費が下がり、その後2年間はその反動もあって4%台の大きな伸びとなっています。そういったこともあり、近年は、コロナ前と比べて、今どれぐらい水準が戻っているかという見方をすることもございます。例えば、令和元年度以降3年間で、大体5.5%、1年当りに換算すると1.8%の伸びになっていまして、これはコロナ前の巡航速度の2%よりは若干低い伸びになっており、令和2年度に減った分は巡航速度で伸びた水準よりは低いが大いぶん戻ってきている状況です。

令和4年度 医療費の動向 <診療種類別>

- 令和4年度の医療費の伸び（対前年同期比。以下同じ。）を診療種類別に見ると、全ての診療種類別で増加となっている。
- 受診延日数について、入院外、調剤で増加となる一方、入院、歯科で減少となっている。
- 1日当たり医療費について、調剤が▲2.6%となる一方、入院・入院外・調剤は+2.0%～+4.0%の増加を示している。

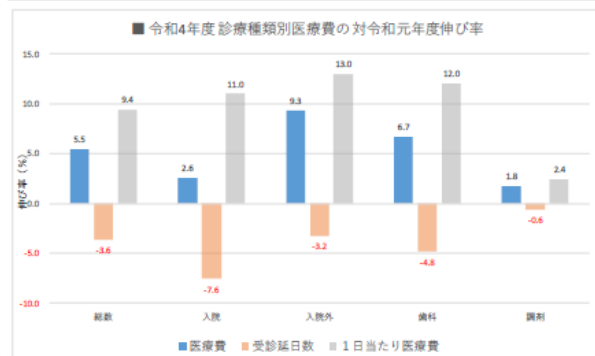
■ 令和4年度 診療種類別医療費の対前年伸び率 (単位：%)

	総数	入院	入院外	歯科	調剤
医療費	4.0	2.9	6.3	2.6	1.7
受診延日数 ※	2.0	-1.1	3.1	-0.2	4.4
1日当たり医療費	2.0	4.0	3.1	2.8	-2.6



■ 令和4年度 診療種類別医療費の対令和元年度伸び率 (単位：%)

	総数	入院	入院外	歯科	調剤
医療費	5.5	2.6	9.3	6.7	1.8
受診延日数 ※	-3.6	-7.6	-3.2	-4.8	-0.6
1日当たり医療費	9.4	11.0	13.0	12.0	2.4



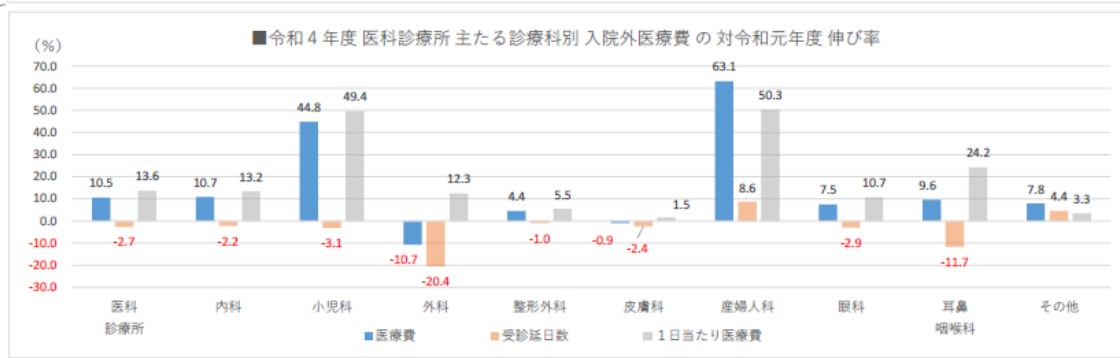
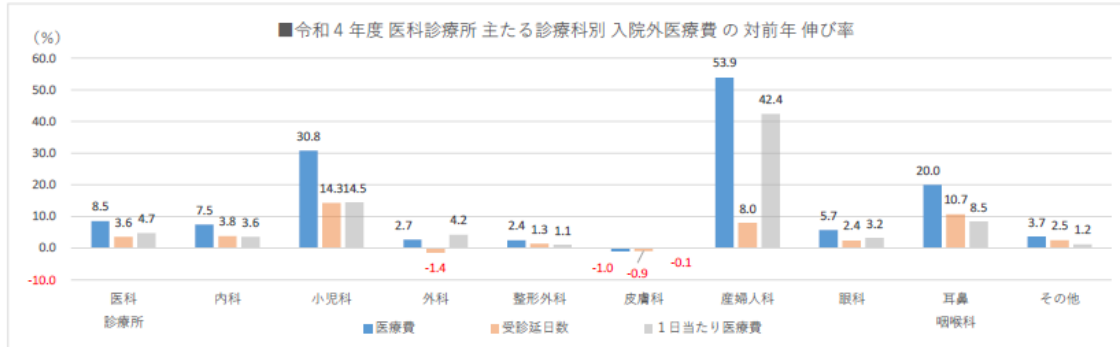
※調剤の受診延日数は「処方せん枚数（受付回数）」を集計したもの

69

これを診療種類別に要素分解したものがこちらのグラフになりますが、右側が令和元年度と比べ、令和4年度がどうなっているかを示したものになっております。医療費全体は巡航速度にだいぶ戻っておりますが、中身を見ると、受診延日数、患者数は大きく減ったままで、1日当たり医療費、単価の増加で医療費の増を占めている構造になっています。青色が医療費、赤色が受診延日数、灰色が1日当たり医療費となっています。

令和4年度 医療費の動向 <医科診療所 主たる診療科別>

- 入院外医療費、医科診療所の主たる診療科別の医療費の伸び率を見ると、内科、小児科、産婦人科、耳鼻咽喉科の増加幅は、他の診療科に比べ大きい。
- 1日当たり医療費については、産婦人科が40%を超える増加となっている。



70

こちらは、診療科別に見たものであり同様の傾向がありますが、説明は割愛させていただきます。

令和4年度 医科医療費（電算処理分）の動向 <年齢階級別>

- 入院は0歳以上20歳未満、65歳以上はプラスとなっており、20歳以上65歳未満でマイナスとなっている。
- 入院外は全ての年齢階級でプラスとなっており、特に0歳以上45歳未満の増加幅が大きい。

■入院 年齢階級別 1人当たり医療費の対前年伸び率 (%)					■入院外 年齢階級別 1人当たり医療費の対前年伸び率 (%)				
	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
総数	2.5	▲ 3.6	3.4	3.0	総数	2.4	▲ 4.3	8.2	6.6
0歳以上 5歳未満	0.8	▲ 12.3	11.0	2.9	0歳以上 5歳未満	▲ 1.5	▲ 21.7	42.4	15.0
5歳以上 10歳未満	3.4	▲ 19.9	3.7	4.1	5歳以上 10歳未満	▲ 0.9	▲ 20.5	21.1	29.3
10歳以上 15歳未満	2.8	▲ 6.6	4.7	0.4	10歳以上 15歳未満	▲ 0.4	▲ 12.1	16.5	23.6
15歳以上 20歳未満	4.3	▲ 7.5	8.6	1.6	15歳以上 20歳未満	2.0	▲ 4.6	20.7	19.8
20歳以上 25歳未満	0.7	▲ 4.8	8.0	▲ 1.7	20歳以上 25歳未満	0.4	0.0	21.9	14.9
25歳以上 30歳未満	0.3	▲ 6.7	5.0	▲ 2.1	25歳以上 30歳未満	0.6	▲ 4.9	16.7	16.0
30歳以上 35歳未満	0.6	▲ 6.1	5.3	▲ 0.5	30歳以上 35歳未満	1.9	▲ 6.2	14.8	22.5
35歳以上 40歳未満	0.7	▲ 4.9	5.0	▲ 0.7	35歳以上 40歳未満	1.5	▲ 5.7	12.6	22.8
40歳以上 45歳未満	1.7	▲ 5.6	5.1	▲ 1.6	40歳以上 45歳未満	2.7	▲ 4.9	10.4	14.2
45歳以上 50歳未満	0.9	▲ 5.2	4.3	▲ 2.3	45歳以上 50歳未満	2.2	▲ 3.9	8.2	6.6
50歳以上 55歳未満	0.3	▲ 3.7	3.2	▲ 2.3	50歳以上 55歳未満	2.1	▲ 3.7	6.4	4.5
55歳以上 60歳未満	1.3	▲ 5.1	4.1	▲ 2.6	55歳以上 60歳未満	2.8	▲ 3.7	6.7	2.8
60歳以上 65歳未満	1.2	▲ 4.2	2.7	▲ 0.0	60歳以上 65歳未満	2.2	▲ 3.6	5.2	3.3
65歳以上 70歳未満	1.2	▲ 4.3	0.9	1.9	65歳以上 70歳未満	2.3	▲ 3.6	4.5	2.8
70歳以上 75歳未満	0.9	▲ 3.6	1.7	2.3	70歳以上 75歳未満	1.5	▲ 3.0	3.5	1.8
75歳以上 80歳未満	1.1	▲ 3.8	2.0	1.1	75歳以上 80歳未満	1.3	▲ 3.7	5.1	1.5
80歳以上 85歳未満	1.1	▲ 4.4	0.6	1.5	80歳以上 85歳未満	1.7	▲ 3.9	4.2	1.7
85歳以上 90歳未満	0.8	▲ 4.1	0.4	3.8	85歳以上 90歳未満	1.3	▲ 3.5	3.6	2.4
90歳以上 95歳未満	1.0	▲ 3.2	▲ 0.3	4.0	90歳以上 95歳未満	1.3	▲ 1.2	3.1	2.9
95歳以上 100歳未満	▲ 1.0	▲ 1.9	0.6	5.7	95歳以上 100歳未満	▲ 0.5	3.1	5.5	5.2
100歳以上	3.6	▲ 10.9	1.4	7.2	100歳以上	6.1	▲ 3.8	7.2	8.5

■ : 変動幅がプラス10%を超える区分 ■ : 変動幅がマイナス10%を超える区分

※ 1人当たり医療費の算出にあたり、各年齢階級毎の人数は総務省統計局「人口推計」における5歳階級別人口を用いた。

71

ここまでは、従前の「医療費の動向」でも分かっていたものですが、ここ以降がNDBを使った医療費の動向になります。まず、医科入院と入院外について、年齢階級別に近年の動向を見てみますと、令和2年度のときに医療費が下がったと申し上げましたが、どの年齢層を見ても、入院も入院外も医療費が下がっていることが分かります。特に10歳未満の子どもの医療費の減少が非常に大きかったことが、ここからも見て取ることができます。一方、近年は4%ぐらいと、通常よりも伸びが大きくて戻ってきているところですが、特に入院外について見ますと、45歳未満の若い世代ほど伸びが大きいことが見て取れるかと思えます。これは、令和2年度には、受診控えや外出控え、マスク着用などの行動変容によって医療費が減った影響が大きかったのですが、令和3年、4年になると、若い世代では特にコロナの感染者数が爆発的に増えた影響が大きかったと見ております。

令和4年度 医科医療費（電算処理分）の動向 <疾病分類別 入院>

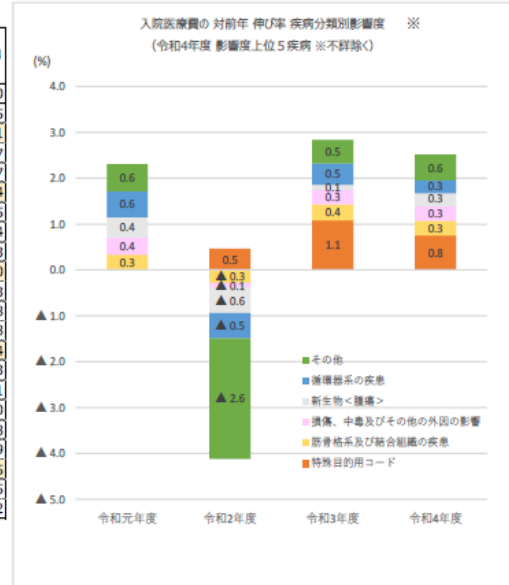
- 疾病分類別の入院医療費の伸び率を見ると、概ね全ての疾病分類でプラスとなり、マイナスは「耳及び乳様突起の疾患」「妊娠、分娩及び産じょく」となっている。
- 医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、COVID-19を含む「特殊目的用コード」のプラスの影響が最も大きい。

■入院 疾病分類別 医療費の対前年伸び率 (%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和3年度 医療費の構成割合
総数	2.3	▲ 3.7	2.8	2.5	100.0
感染症及び寄生虫症	1.2	▲ 4.2	4.4	2.4	1.5
新生物<腫瘍>	2.7	▲ 3.5	0.7	1.7	16.1
血液及び造血系の疾患(注1)免疫関連の障害	3.7	▲ 3.9	2.6	1.4	0.7
内分泌、栄養及び代謝疾患	2.4	▲ 3.9	0.5	3.0	2.7
精神及び行動の障害	▲ 0.4	▲ 1.7	▲ 1.3	0.3	8.4
神経系の疾患	4.0	▲ 0.6	0.8	0.9	6.5
眼及び付属器の疾患	3.4	▲ 14.5	2.7	3.0	1.4
耳及び乳様突起の疾患	0.4	▲ 15.9	0.1	▲ 4.5	0.3
循環器系の疾患	2.6	▲ 2.5	2.1	1.3	22.0
呼吸器系の疾患	1.1	▲ 20.8	4.3	3.1	5.3
消化器系の疾患	2.0	▲ 3.6	2.2	2.6	5.8
皮膚及び皮下組織の疾患	3.6	▲ 2.4	0.6	3.5	0.8
筋骨格系及び結合組織の疾患	4.8	▲ 3.8	4.9	4.3	7.4
腎尿路生殖器系の疾患	4.4	▲ 1.5	1.0	1.4	4.3
妊娠、分娩及び産じょく	▲ 1.1	▲ 4.7	2.4	▲ 1.6	1.1
周産期に発生した病態	0.7	0.7	1.4	0.4	1.0
先天奇形、変形及び染色体異常	1.2	▲ 6.2	2.3	0.1	0.8
創傷、腫瘍以外の外傷(注2) 真実性外傷(注2)以外の外傷	2.3	▲ 6.3	5.1	2.4	0.9
撲傷、中毒及びその他の外因の影響	3.7	▲ 0.9	3.0	3.0	10.5
特殊目的用コード	173.4	▲ 15.0	223.7	50.1	1.5
不詳	▲ 12.1	▲ 15.0	▲ 4.8	▲ 6.7	1.2

注：「・」は「算出できないもの(例：対前年同月比において前年同月の数値がないもの)」「▲」は「増減率が100%以上0.6%」を表す。

■ 変動幅がプラス10%を超える区分
■ 変動幅がマイナス10%を超える区分
■ 上位5疾病分類



※影響度は(各疾病分類の医療費の増減分)÷(前期の医療費総数)×100で算定

72

令和4年度 医科医療費（電算処理分）の動向 <疾病分類別 入院外>

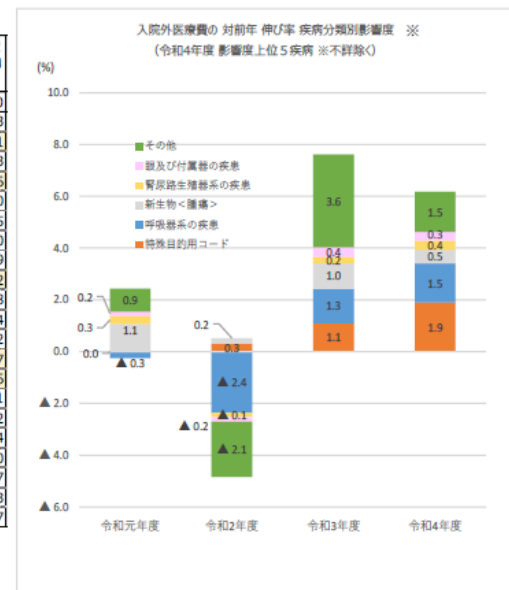
- 疾病分類別の入院外医療費の伸び率を見ると、概ね全ての疾病分類でプラスとなり、「特殊目的用コード」を除けば「呼吸器系の疾患」の増加幅が大きい。
- 医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、COVID-19を含む「特殊目的用コード」のプラスの影響が1.9%と最も大きく、次いで「呼吸器系の疾患」のプラスの影響が1.5%と大きい。

■入院外 疾病分類別 医療費の対前年伸び率 (%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和3年度 医療費の構成割合
総数	2.2	▲ 4.3	7.6	6.2	100.0
感染症及び寄生虫症	▲ 4.3	▲ 14.9	9.9	5.0	2.3
新生物<腫瘍>	9.3	1.8	7.5	4.1	13.1
血液及び造血系の疾患(注1)免疫関連の障害	12.5	2.3	7.2	6.7	1.3
内分泌、栄養及び代謝疾患	2.2	▲ 1.1	4.5	1.6	10.6
精神及び行動の障害	1.8	▲ 2.0	4.4	1.2	4.0
神経系の疾患	4.7	1.5	9.8	6.5	3.5
眼及び付属器の疾患	2.7	▲ 3.3	6.1	5.6	6.0
耳及び乳様突起の疾患	▲ 0.5	▲ 12.0	9.3	1.4	0.9
循環器系の疾患	0.4	▲ 3.4	3.1	0.5	15.2
呼吸器系の疾患	▲ 3.0	▲ 29.3	22.5	22.1	6.8
消化器系の疾患	1.6	▲ 3.7	8.1	2.6	5.4
皮膚及び皮下組織の疾患	5.4	0.3	6.4	0.8	3.2
筋骨格系及び結合組織の疾患	1.9	▲ 4.3	5.2	0.8	8.7
腎尿路生殖器系の疾患	2.9	▲ 1.4	2.2	3.3	10.6
妊娠、分娩及び産じょく	▲ 5.1	▲ 3.6	1.0	▲ 3.6	0.1
周産期に発生した病態	▲ 1.0	▲ 3.0	▲ 1.7	▲ 4.1	0.2
先天奇形、変形及び染色体異常	3.2	▲ 1.1	6.8	1.5	0.4
創傷、腫瘍以外の外傷(注2) 真実性外傷(注2)以外の外傷	4.0	▲ 2.9	20.2	8.2	2.0
撲傷、中毒及びその他の外因の影響	1.6	▲ 4.5	7.4	5.1	2.7
特殊目的用コード	・	・	346.4	145.9	1.3
不詳	▲ 7.9	▲ 11.2	0.0	16.8	1.7

注：「・」は「算出できないもの(例：対前年同月比において前年同月の数値がないもの)」「▲」は「増減率が100%以上0.6%」を表す。

■ 変動幅がプラス10%を超える区分
■ 変動幅がマイナス10%を超える区分
■ 上位5疾病分類



※影響度は(各疾病分類の医療費の増減分)÷(前期の医療費総数)×100で算定

73

実際に、医科入院外について疾病分類別に医療費の伸びを見たものがこちらです。右側のグラフが各年度の伸びに対する寄与度になっていまして、令和元年度から2年、3年、4年となっております。オレンジ色のところが、特殊目的用コード『新型コロナ』の医療費ですが、令和2年度以降大きくなっていますが、令和2年、3年、4年になるにつれて、コロナの医療費の伸びが入院外医療費増に大きくプラスに寄与していることも分かります。逆に、令和2年度に大きく医療費が減ったのは、呼吸系疾患がマイナス2.4%と大きく寄与していましたが、それも3年、4年にはだいぶ戻ってきているという状況になっています。なお、コロナや呼吸器系疾患の外来は、特に若年層で伸びが大きくなっている状況です。

令和4年度 医科医療費（電算処理分）の動向 <診療内容別 入院>

- 診療内容別に入院医療費の伸び率を見ると、医療費の構成割合が高い「入院基本料、特定入院料等」が4.4%の増加、「DPC包括部分」が1.6%の増加となっている。
- 医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、「入院基本料、特定入院料等」が1.6%と過半を占めており、「手術・麻酔」「DPC包括部分」「薬剤料」がプラスの影響、「リハビリテーション」が▲0.2%とマイナスの影響を示している。

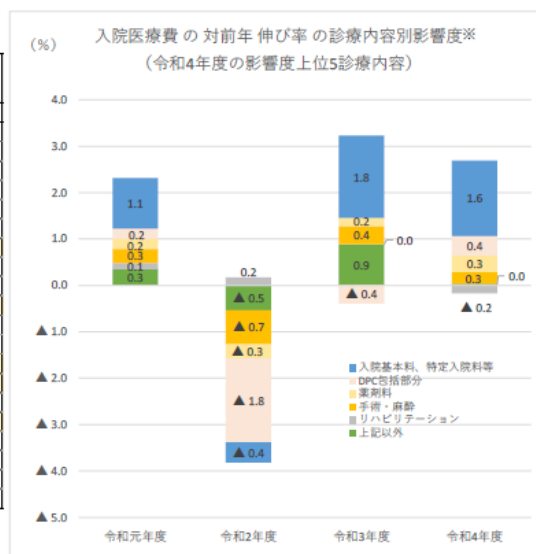
■ 入院医療費 診療内容別 対前年 伸び率 (%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和3年度 医療費の 構成割合
総数	2.3	▲ 3.7	2.8	2.5	100.0
初診	0.6	▲ 10.5	6.4	1.0	0.1
医学管理	0.2	▲ 2.2	6.0	3.0	0.8
在宅	▲ 0.1	▲ 5.1	3.2	▲ 2.8	0.1
投薬	▲ 2.0	▲ 6.1	▲ 1.3	▲ 1.1	0.1
注射	▲ 3.1	▲ 7.1	0.8	2.0	0.2
処置	2.5	▲ 3.4	▲ 1.0	▲ 2.8	1.4
手術・麻酔	2.5	▲ 6.1	3.4	2.2	11.7
検査・病理診断	▲ 1.2	3.8	31.9	1.8	1.7
画像診断	▲ 0.8	▲ 4.9	1.6	▲ 1.3	0.5
リハビリテーション	2.6	3.3	0.2	▲ 3.2	5.3
精神科専門療法	1.9	3.1	▲ 1.1	▲ 5.5	0.6
放射線治療	3.0	▲ 2.7	▲ 3.7	0.1	0.3
入院基本料、特定入院料等	3.1	▲ 1.3	4.9	4.4	36.7
DPC包括部分	0.8	▲ 6.5	▲ 1.4	1.6	25.9
薬剤料	6.6	▲ 8.3	4.9	9.7	3.6
特定保険医療材料	5.2	▲ 3.6	7.4	2.1	6.7
入院時食事療養	0.1	▲ 5.7	▲ 1.3	▲ 1.7	3.5
生活療養食事療養	▲ 0.8	▲ 2.6	▲ 1.2	▲ 3.1	0.6
生活療養環境療養	▲ 0.2	▲ 2.7	▲ 0.6	▲ 2.7	0.2
その他	▲ 0.4	▲ 5.8	2.1	30.4	0.0

■ 変動幅がプラス10%を超える区分

■ 上位5診療内容

■ 変動幅がマイナス10%を超える区分



※影響度は(各診療内容の医療費の増減分)÷(前期の医療費総数)×100で算定

令和4年度 医科医療費（電算処理分）の動向 <診療内容別 入院外>

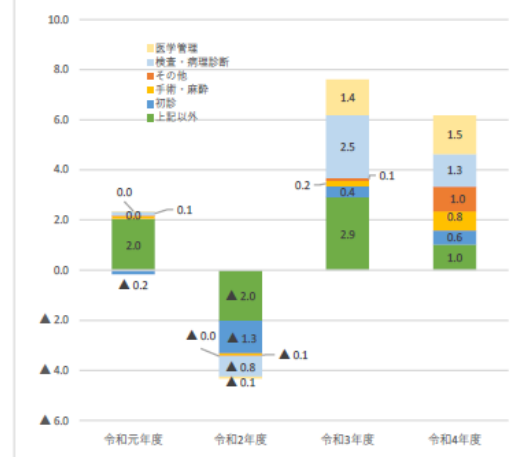
- 診療内容別に入院外医療費の伸び率を見ると、「初診」「医学管理」「手術・麻酔」「放射線治療」が大きく増加する一方、「注射」が▲22.3%と大きく減少している。
- 医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、「医学管理」「検査・病理診断」のプラスの影響が大きい。

■ 入院外医療費 診療内容別 対前年 伸び率 (%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和3年度 医療費の 構成割合
総数	2.2	▲4.3	7.6	6.2	100.0
初診	▲3.0	▲24.2	10.4	12.6	4.4
再診	▲0.2	▲8.0	7.5	▲1.0	8.3
医学管理	0.3	▲1.0	16.6	16.6	9.3
在宅	5.0	7.3	7.4	5.6	6.8
投薬	▲4.5	▲8.0	▲0.8	▲0.4	1.0
注射	▲0.8	▲6.5	1.2	▲22.3	0.6
処置	1.7	▲3.3	0.8	▲0.6	8.2
手術・麻酔	4.8	▲3.6	7.7	26.9	2.8
検査・病理診断	0.8	▲4.4	13.6	6.7	19.4
画像診断	1.2	▲5.6	5.5	2.7	6.7
処方箋料	0.6	▲7.5	4.5	4.5	4.5
リハビリテーション	1.4	▲2.9	10.1	4.5	1.5
精神科専門療法	1.3	▲4.1	3.7	0.6	2.2
放射線治療	8.7	3.5	7.0	11.1	0.6
薬剤料	6.5	▲2.3	3.5	1.7	22.3
特定保険医療材料	5.0	3.1	4.0	1.3	1.1
その他	8.6	▲0.6	242.2	669.5	0.1

■ 変動幅がプラス10%を超える区分
■ 変動幅がマイナス10%を超える区分
■ 上位5診療内容

(%) 入院外医療費の対前年伸び率の診療内容別影響度 ※ (令和4年度の影響度上位5診療内容)



※ 影響度は (各診療内容の医療費の増減分) ÷ (前期の医療費総数) × 100 で算定

75

令和4年度 歯科医療費（電算処理分）の動向 <診療内容別>

- 診療内容別に医療費の伸び率を見ると、「検査・病理診断」(※)「歯科矯正」が大きく増加している。
- 医療費全体の伸び率に対する影響度で見ると、「検査・病理診断」(※)が1.3%、「医学管理」が1.0%とプラスの影響、「処置」が▲0.5%とマイナスの影響を示している。

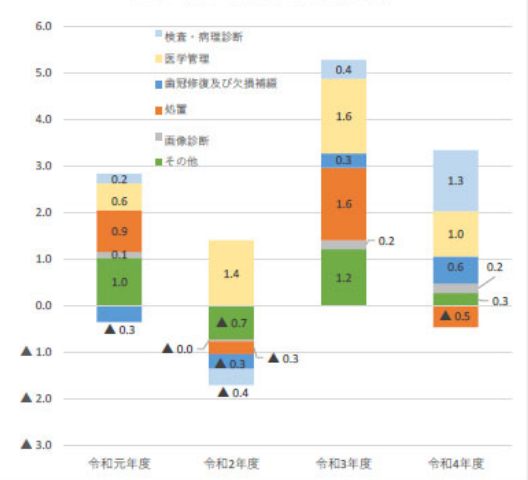
(※)「検査・病理診断」には、令和4年度診療報酬改定にて歯周病安定期治療（Ⅰ）および（Ⅱ）が整理・統合された影響が含まれている。

■ 診療内容別 対前年 伸び率 (%)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和3年度 医療費の 構成割合
総数	2.5	▲0.3	5.3	2.9	100.0
初診	3.3	▲3.3	2.0	0.1	6.6
再診	6.0	0.8	8.9	▲0.3	6.0
医学管理	5.2	12.5	12.6	7.1	13.6
在宅	7.5	▲5.6	9.4	3.7	3.5
投薬	0.5	▲0.2	▲0.3	▲2.3	0.8
注射	▲3.1	▲8.8	▲3.4	▲3.9	0.0
処置	4.5	▲1.4	7.7	▲2.2	20.7
手術・麻酔	2.6	▲3.7	3.2	1.5	2.8
検査・病理診断	3.0	▲5.3	6.4	20.7	6.3
画像診断	3.0	▲1.0	4.6	5.1	4.1
歯冠修復及び欠損補綴	▲1.0	▲0.9	0.9	1.8	32.0
リハビリテーション	2.9	▲8.4	5.7	2.7	1.3
放射線治療	9.4	0.8	▲12.8	4.5	0.0
歯科矯正	9.1	5.4	22.2	10.9	0.2
入院料等	5.6	▲8.9	2.6	7.4	0.8
薬剤料	0.8	3.0	▲0.4	▲1.1	0.7
特定保険医療材料	2.1	▲12.2	5.0	5.5	0.2
入院時食事療養費等	1.0	▲14.5	▲3.2	▲0.3	0.0
その他	9.2	▲6.3	7.3	3.9	0.3

■ 変動幅がプラス10%を超える区分
■ 変動幅がマイナス10%を超える区分
■ 上位5診療内容

(%) 歯科医療費の対前年伸び率の診療内容別影響度 ※ (令和4年度の影響度上位5診療内容)



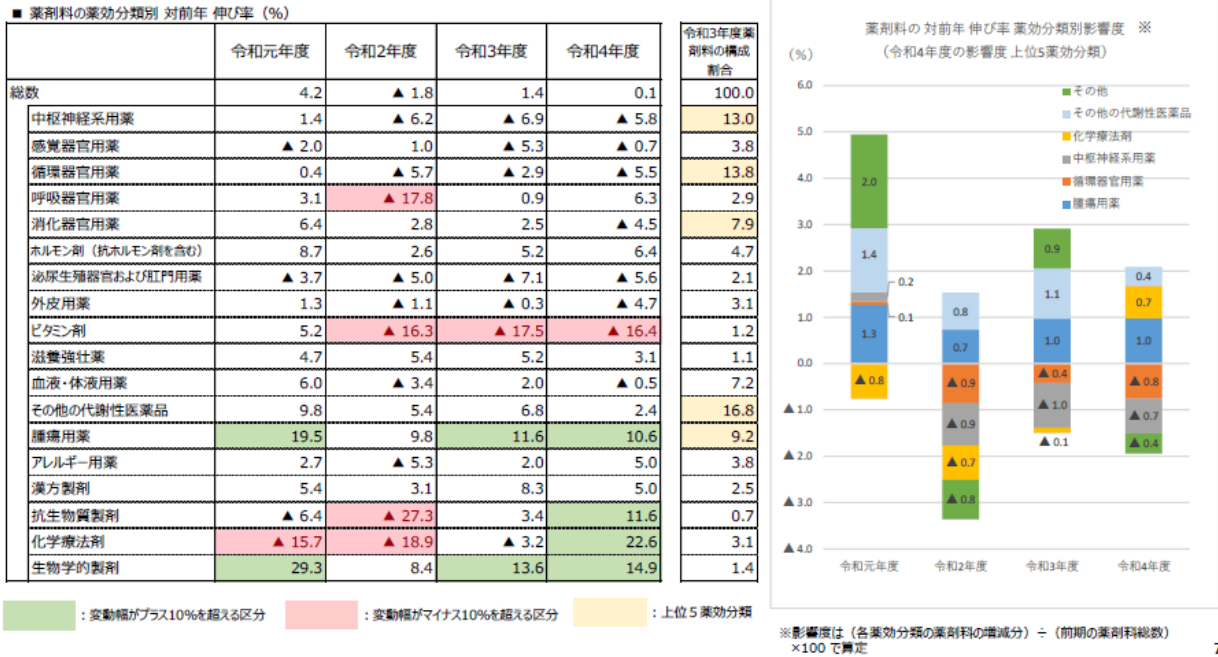
※ 影響度は (各診療内容の医療費の増減分) ÷ (前期の医療費総数) × 100 で算定

76

こちらは、その他の診療内容別にも毎月、医療費の伸びを分析できるようになったものです。これを見ますと、新型コロナの診療報酬上の特例やPCR検査や診療報酬改定の影響など、独特な動きも見られるのですが、本日は説明が長くなってしまいますので、説明は端折らせていただきます。

令和4年度 調剤医療費（電算処理分）の動向 <薬効分類別 薬剤料>

- 薬効分類別に薬剤料の伸び率を見ると、「腫瘍用薬」「抗生物質製剤」「化学療法剤」「生物学的製剤」の増加幅が大きい一方で、「ビタミン剤」などマイナスで推移する薬効分類もある。
- 伸び率への影響を見ると、「循環器官用薬」「中枢神経系用薬」などがマイナスに影響している一方、「腫瘍用薬」「化学療法剤」「その他の代謝性医薬品」はプラスに影響している。なお、「化学療法剤」の伸びは新型コロナウイルス感染症に係る治療薬の影響が大きい。



最後、調剤医療費の動向でございます。その中で、薬効分類別に薬剤費の伸びを見たものになっております。近年ですと、薬局調剤の中でも、腫瘍用薬がだいぶ処方されるようになっており、コロナの流行と関係なく腫瘍用薬などは伸びていることが分かります。また、令和4年度については、コロナ治療薬、ラゲブリオなどが保険適用されてきましたので、その影響で、一番右のグラフで黄色のところ、化学療法剤の伸びが大きく出てきております。また、左の表中、令和2年度を見ますと、呼吸器用薬などの減少が大きかったことも見て取ることができます。

令和4年4月に保険適用となった不妊治療に係る診療行為の医療費等

○ 新たに保険適用となった不妊治療に係る医療費は令和4年4月から令和5年3月で897億円。
令和4年4月から令和5年3月の概算医療費46.0兆円に占める割合は約0.20%。

【医療費】

(単位：億円)

	令和4年度												
	4-3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療費	897	26	58	79	83	74	84	88	88	77	62	89	90
うち被用者保険	809	23	52	71	75	67	76	80	79	70	56	80	81
うち国民健康保険	87	3	6	8	8	7	9	9	8	7	6	8	8

【レセプト件数】

(単位：千件)

	令和4年度												
	4-3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
総計	1,255	81	87	99	112	105	110	116	113	101	104	112	115
うち被用者保険	1,136	73	78	89	101	95	99	105	102	92	94	101	105
うち国民健康保険	118	8	9	10	11	10	11	11	11	9	9	10	10

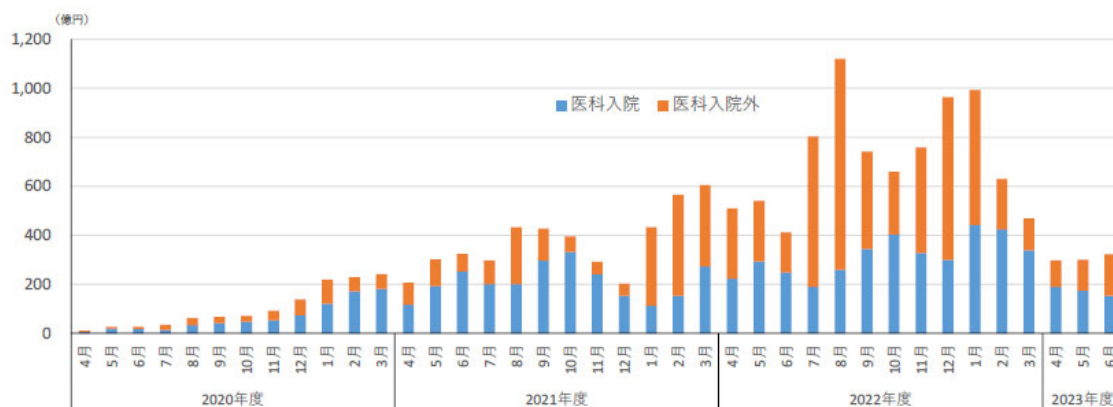
(注) 令和4年4月～令和5年3月診療分の医科NDBデータから集計

こちらは、令和4年から保険適用になった不妊治療に係る診療行為の医療費統計になっています。保険適用になってすぐの頃は、自由診療からの切替もありますので、4月、5月はあまり増えていなかったですが、6月以降は大体80億円ぐらいまで増えてきていることが分かるかと思います。不妊治療に係る医療費は、年間で900億円程度、概算医療費に占める割合は0.2%ぐらいで、当初見込んだ程度の不妊治療の保険適用による影響はあったと見ています。

主傷病が新型コロナ（特殊目的用コード）の医科医療費の動向

- 主傷病が新型コロナ（特殊目的用コード）である医科レセプト（電算処理分）の医療費は、令和4年度で約8,600億円（医療費全体の約2%程度）。

主傷病が特殊目的用コードである医療費の動向



1日当たり医療費（令和4年度）

	入院	入院外
特殊目的用コード	7.3万円	1.6万円
(参考) 医科全体	4.1万円	1.0万円

79

最後になりますが、こちらは、主傷病がコロナの医療費についての動向を毎月プロットしたものになっております。これを見ますと、上は毎月の医療費の動向ですが、2021年度2月頃に、コロナがオミクロン株へ切り替わって以降、急に医療費が増えてきていて、その波に伴って医療費が増えていることも分かるかと思えます。実際、令和4年度で主傷病がコロナの医療費は8,600億円程度で、医療費全体の2%程度を占めているという状況になっております。

あとは、医科メディアスでは1日当たり医療費なども比較することはでき、例えば、医科入院ですと全体では1日当たり4万円ぐらいかかるのですが、特殊目的用コード『新型コロナ』ですと1日当たり7.3万円ぐらいかかる、入院外だと1日当たり単価で1万円ぐらい医療費がかかるのですが、コロナの場合だと1.6万円ぐらいかかるという状況になっております。

時間の関係もありまして相当駆け足の説明になってしまいましたが、こちらに記載させていただきましたURLには他にもいろいろ統計が載っておりますので、ぜひご覧になっていただければと思います。本日はありがとうございました。

ご静聴ありがとうございました

80

司会 江郷様、ありがとうございました。このセッションの終了時間まで15分ほど残っていますが、まずは、会場からご質問等あればお聞きしたいと思います。

質問者1 ありがとうございました。お話の中でおっしゃられていたかもしれないのですが、最近、物価、インフレーションの影響と薬価の変動で、収支にどのくらい影響が出ているのかというお話もあるのかと思うのですが、将来収支の見込みを立てる上で、その影響をどう見込んでいるのかお教えいただければと思います。

江郷 ご質問ありがとうございます。物価変動などの影響を、将来の収支でどのように見込んでいるかというお話ですが、収支というよりは、スライドの20枚目のように医療費や給付費の将来見通しを作る際、物価や賃金をどのように見込んでいるかということになりますと、この将来見通しを作るときにいろいろな伸び率の設定をしています。過去において将来見通しを検討するときに、過去の診療報酬改定の状況や医療費の伸びがどのようなものと相関が深いかなどを分析しまして、医療費の伸びの設定として2通りほど考えられています。

一つは、医療費の伸びはGDPの伸びとの連動が大きいのではないかという考え方から、GDPの伸びと医療費の伸びの関係式を作り係数を推計し、大体GDPの伸びの3分の1に加えて医療の高度化で1.9%ぐらい伸びるという仮定で設定したものがこちらの将来見通しの伸びの①となっております。

もう一つの伸び率の設定方法は、医療にかかる費用は大体、医師などにかかる人件費が半分ぐらい、材

料費が半分ぐらいの構成となっていることから、物価（材料費）と賃金（人件費）の伸びのそれぞれ半分程度をもとに、あとは過去の実績医療費の伸びとのずれが大体0.7%ぐらいありますので、物価と賃金の平均+0.7%の伸び率で見通しを作ることをやっております。将来見通しという観点でいうと、このようにGDP比に連動するという見方に対応する「GDPの3分の1+1.9%」の伸びか、もしくは、「物価と賃金の伸びの平均+0.7%」という伸びを設定しています。もっと短期的な物価の変動や薬価改定などの影響については、将来見通しというよりは、別途実態などを見ながら議論していくものでございます。

司会 ありがとうございます。その他、何かご質問等ございますでしょうか。

金村 個人会員の金村と申します。スライド18ページで、先ほど何回か言われた、国民医療費の伸びの巡航速度は大体毎年2%ぐらいだという話で、私もその認識で、15年ぐらい前はずっと、もっと言うと、20年ぐらい前までは大体3%ぐらいのイメージでいた記憶があるのです。それは、正確に言うと、診療報酬改定と、あとは土日は医療が差し控えられる曜日調整と、表の④の診療報酬改定で調整したら、大体、毎年2~3%の増加で毎年変わらないような状況であった、そこからプラスマイナス0.5%の範囲でしか動かないという認識でいました。ところが、このグラフを見てみると、ここ2、3年はコロナの影響で動きが変わっていて、①と④のところを差し引いても2~3%からの大きな変動が、全然違うという数字になっているように見えます。その原因として、何か特定の高額薬剤等の影響があったりなどしたのですが、それだけで説明がつかない状況があって、ここは何か最近、医療費の伸びの動きが変わってきた、もしくは何かこのような要因なのだけとはということがあるのでしょうかという質問です。

江郷 ご質問ありがとうございます。大体医療費の伸びは2%少々ぐらいと申し上げましたけれども、これを見ると、確かに近年は想像以上に凸凹していることはおっしゃるとおりだと思います。特に、ご指摘の中にもありました、令和2年以降は、コロナによって受療行動が大きく変わって一回大きく下がったものが戻ってきている、その後コロナが爆発的に流行ったなどで、伸びが非常にばらついていることは、そのとおりです。

もう一つ、ご指摘の中にもありました、高額薬剤の影響ということですが、例えば、平成27年度は3.8%と非常に大きな伸びになっており、「その他の伸び」が2.9~3%ぐらい伸びています。それが平成28年度にはマイナス0.5%と急に落ちています。ここの部分は、おっしゃったとおり、高額薬剤、C型肝炎のお薬がちょうど平成27年に生まれて、これが結構高いお薬で、患者さんが出てくるのを待っていたというお薬で、平成27年に一気にそこで大量に使われたことで、いきなり医療費が伸びました。ただ、このお薬は結構効きが良く、使うと治るといようなお薬だったので、これまでたまっていた患者さんが一気に捌けて翌年度は落ち着いた影響で、平成27年度の反動が出て、平成28年度は医療費が下がったという形になっています。

そのような形で、コロナや高額薬剤の関係で出たり、引っ込んだりということもあるのですが、逆に、そのようなところを除きますと、③のところの高齢化の影響はコンスタントに1%台ぐらいの数字で推移しておりますし、その他の部分については、先ほどの凸凹しているところを除けば1~1.6%ぐらいになっています。高額薬剤などの変動要因はあるのですが、私の認識としては大体2%ぐらいが巡航速度と思っています。

金村 ありがとうございます。

井出 ありがとうございます。それでは、それ以外に何かございますか。お願いします。

植田 GPIF調査数理部の植田です。よろしく申し上げます。今日、令和3年、令和5年の法改正の説明があったのですが、その法改正の関係で質問が一つと、あとは、統計の関係で質問が一つということ。

まず法案、令和3年、令和5年と改正をして、子どものことについていろいろ検討されているということだと思っています。今後、その子どもの関係の議論がどのような方向性で進んでいくのか、厚生労働省としてはどのように見ているのか、もう少しご説明いただきたいということが、法律の関係の質問です。

もう一つは、最後の「医療費の動向」メディアスの説明をいただきましたけれども、あれは統計上は電算処理されている部分だけの集計になっていると思うのですが、全体で今、どのぐらいのカバー率があるのかというところを少し補足していただけると。

江郷 ご質問ありがとうございます。今後の展開ですが、こども未来戦略会議で、全世代型社会保障という文脈で子ども・子育て支援をしっかりとやっていこうという話になっておりますが、その中で、医療保険も大きく関わってくるかと思っております。特に、出産関係で言えば、出産の保険適用なども検討するように言われておりますが、一概に保険適用するにはいろいろな問題や課題も多いと思います。そのようなことをしっかりと検討していくことや、今回、出産育児一時金を上げるときにもお話が結構出てきたのですが、便乗値上げといえますか、出産育児一時金を上げるから出産費用が上がるのではないかなど、いろいろ言われておりました。そのようなものにもしっかりと対応するために、出産費用の見える化として、医療機関ごとにかかった費用をきちんと出していくという仕組みを作ろうとしております。それを着実にやっていって、出産費用がしっかりと分析されていく中で、保険適用のようなことも考えていくのも、一つあるかと思っております。

あとは、最近言われております子ども・子育て支援の財源について、徹底的な歳出改革や社会保障負担軽減などによって実質的な負担増はしないという話や、子ども支援金の話もあります。今後も高齢化に伴って医療費や歳出が増えていきますので、そのような中でどのように保険料負担などを抑えていくのかということについては、今のところまだやれることがすべて出尽くしたわけではないと思いますので、しっかり考えていかないといけないと思っています。また、医療費の適正化についても、次期適正化計画ももうじき作られますが、そのようなところもしっかり取り組んでいかないといけないと思います。

あとは、年金の方でもありますが、適用拡大をきちんと進めていかないといけないのかと。医療の方でいいますと、特に今被扶養者の方は負担が増えるだけなどいろいろ問題があるとは思っています。一方で、社会全体として適用拡大を進めていくことは、当然必要なものとの認識で進められていると思います。当面の対処だけではなくて、しっかりと根本的に適用拡大を進めていくということは、やっていかないといけないと思っていますのでございます。

最後のご質問、医科メディアスや調剤メディアスなどのNDBを使ったメディアスについてです。昔から、NDBはもう平成20年代から始まっているのですが、なぜ統計に使ってこなかったかというのと、一つ

は、システムを作っていなかったということもあるのですが、おっしゃられたように、NDBは電算化されたものしか登録されておらず、紙レセプトのようなものが入っていないので、電算化されたレセプトの比率である電算化率が高まらないと、NDBの統計を作っても、なかなか医療費全体の動向を見ることができないという欠点がございました。特に、歯科は電算化が遅れておりまして、遅くから始めたということもあり、歯科メディアスを作るのは今年になるぐらいまでかかったというところですよ。実際に今見ますと、大体、件数ベースでいくと、もう98%から99%ぐらいは電算化されているというような状況です。入院の電算化率が少し低いのですけれども、紙レセプトも含めた医療費の動向は大体見られるようになってきたのかと思います。ただ、今日は触れませんでした、コロナ禍で紙レセプトがまたたくさん増えるという状況がありました。コロナ禍の動きによって、NDBを使った状況と、紙レセプトも含んだ状況とで、若干伸び率が違う統計が出てくるようなこともありました、いずれにしても、大部分は使えるようになってきている状況になっています。

司会 ありがとうございます。Slidoで質問が一つ出ておりまして、そちらを読み上げさせていただきます。昨今、高齢化が進んできているところですが、75歳以上、後期高齢者の健康状態の改善から後期高齢者の定義が75歳からであるあたりについて、このままなのか、それとも引き上げるのか、そのようなところの検討はなされているのでしょうか。

江郷 ご質問ありがとうございます。1人当たり医療費のカーブは、高齢期になるほど高くなることはグラフで見て分かります。本日のスライドには付けてはいないのですが、経年比較で年齢別の受療率のカーブを見ますと、結構年齢が高い方にシフトしてきており、ご指摘のとおり、同じ高齢者と言っても10年前の高齢者よりも、今の高齢者の方が受療率は相当低くなってきている状況もございます。受療率が下がることは、いろいろな原因があると思いますが、そもそも高齢者の方が昔よりも元気になったということも、学会などで発表されているかと思いますが、医療の中身が効率化されて、受療率が下がっているという部分もあるかと思うのですが、いずれにしても受療率が結構下がってきていて、昔に比べれば、同じ75歳で見ても、医療費が低めに出てくる、受療率自身が下がってきていることはご指摘のとおりかと思いますが。

ただ、現状といたしまして、医療保険制度として、75歳以上を後期高齢者医療制度、65歳から75歳を前期高齢者として調整をするといった仕組みそのものについて、年齢を引き上げていくような議論は、今のところ出てきておりません。ただ、例えば、後期高齢者医療制度の前身の老健制度では昔は70歳が境だったのですが、5年ぐらいかけてゆっくりと75歳に引き上げたという経緯もございます。今後の様子を見ていく中で、さらに引き上げていいのかどうかという議論が湧き上がってくるのであれば、当然、そうなったときに議論を経て見直すことはあるのかと思いますが、今のところ、そのような議論は湧き上がっていないのが現状でございます。

司会 ありがとうございます。その他、ございますでしょうか。もう少し時間がございますが。

質問者2 すみません、ご講演、ありがとうございました。非常に素人っぽい質問なのですが、このコロナで医療体制のようなものの弱さが指摘された気がします。政府の方でいろいろ財源的な手当をしても、それがうまく行き届かなかったというような問題も、新聞などで報じられています。今日のタイト

ルと関係が深いかどうか分かりませんが、それについての課題や、もう一つ、そのような議論の中で、ゼネラル・プラクティショナー（G P）のような話も何か出てきますけれども、そのようなものとの関係や、日本の医療体制の課題など、考えられていることがあれば教えていただけますでしょうか。以上です。

江郷 ご質問ありがとうございます。今回の新型コロナの流行では、本当に医療現場などは非常に混乱を極めて、病床の確保などで大変手間取ったり、逆に、初めの頃は受診抑制があまりにも激しかった関係で、診療所などの収入が一気に減ってしまって大変なことになったり、ばたばたしたということが本当におっしやるとおり起こりました。今まで見たことがないような経験だったと思います。その中で、病床の確保などの医療提供体制の話になると、保険局よりも医政局の話になるのですが、今回の新型コロナウイルス感染症の対応について、現在得られた経験・知見といったものを将来に残していこうということで法整備も今回させていただくなど、次回あったときは同じようにばたばたしないように準備を少しずつさせていただいている状況ではございます。

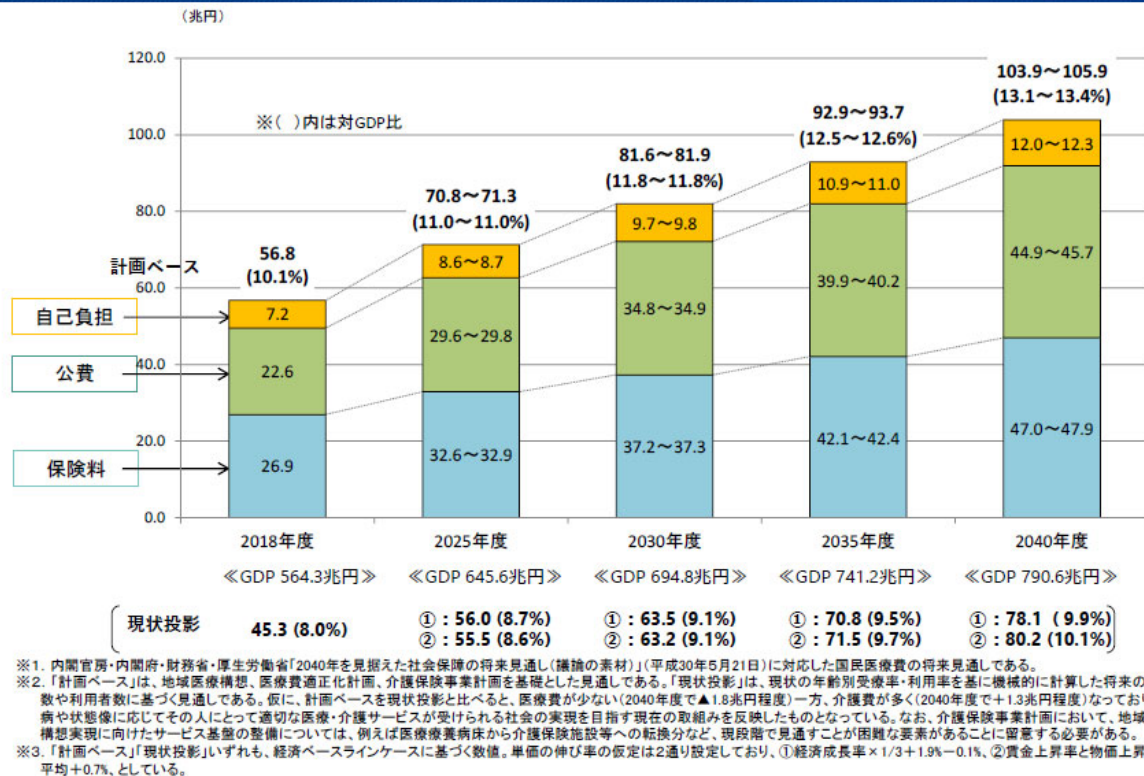
質問者2 ありがとうございます。

江郷 ありがとうございます。

司会 ありがとうございます。最後は、Slido でもう一つ出ましたので、読み上げさせていただきます。全世代型社会保障の改革案によって、20年後の医療費はどのぐらい少なくなる結果となっているのか、お願いします。

江郷 ご質問ありがとうございます。スライド20枚目にある医療費の将来見通しをみると、

医療費の将来見通し



20

スライドの一番右の2040年ですが、概ね20年後ぐらいにむけて高齢化などにより医療費は伸びる形になっております。医療費がただどんどん伸びていいという話ではなく、適正化していくことも非常に大事ではありますが、ただ、全世代型社会保障の構築という理念は、医療費自身を抑える話というよりは、例えば、給付や負担のあり方について、今までは高齢者が受益の中心で、現役世代が負担の中心になるという考え方ではなく、どの世代の方であったとしても負担能力に応じて負担をしていただくことによって、医療保険制度など持続可能なものにして、みんなが安心して暮らせる社会を作っていくのを目指していくものと考えております。

司会 ありがとうございます。皆様のご協力もあり、ちょうどお時間になりましたので、このセッションを終了させていただきたいと思っております。江郷様、本日はご講演いただき大変ありがとうございました。それでは、以上をもちまして、セッション「全世代型社会保障の構築に向けた医療保険制度の対応と公的統計について」を終了させていただきます。