



NOVEMBER 2022

医療・介護制度改革の主な論点が明示

— 全世代型社会保障構築会議 —

後期高齢者の窓口負担割合の引き上げにおける配慮措置

2021年 労働者の6割が健康診断「異常あり」

～ 定期健康診断実施結果 ～

Point 1

全世代型社会保障構築会議(2022年9月28日第7回)で、「子ども・子育て支援の充実」「医療・介護制度改革」についての主な論点が明示された。

Point 2

10月から一定以上の所得がある後期高齢者の医療費の窓口負担が2割負担へ引き上げられた。またそれに伴い、外来の負担増加に対する配慮措置が設けられている。

Point 3

2021年度労働者の健康診断で「有所見率」が約6割に迫り、年々上昇傾向にある。

今後の医療・介護制度改革の主な論点

2022年9月28日、第7回全世代型社会保障構築会議が開催されました。全世代型社会保障構築会議とは、全世代対応型の持続的な社会保障制度を構築する観点から、有識者らが集まり、社会保障全般の総合的な検討を行うためのものであり、2021年11月から継続的に開催されています。

今回の会議では、「子ども・子育て支援の充実」や「医療・介護制度改革」における当面の論点が提示されており、今後厚生労働省に対し、審議会などで具体的な検討を進めるよう要請していく考えです。本稿では「医療・介護制度改革」の論点を中心にみていきます。

少子化による急速な人口減少と団塊ジュニア世代が65歳以上になることで高齢者人口がピークになることが想定される2040年を見据えると、高齢化への対応と併せて、人口減少に対応した全世代型の社会保障制度を構築していくことが必要となります。特に2025年までに全ての団塊の世代が後期高齢者となる中で、制度的な対応が急務といえます。そこで負担能力に応じて、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強化し、社会経済の変化に対応した医療・介護の提供体制を構築するための改革を実現するにあたり、つぎの論点を検討していく方向性が示されました(図表1)。

例えば、医療分野における医療保険関係では、原則42万円が支給されている「出産育児一時金」をめぐって、2023年度から大幅に増額する方針が示さ

■ 図表1 医療・介護制度改革についての主な論点

医療保険関係 (1)	①子育て世代の支援のための出産育児一時金の大幅な増額と、その際、医療保険全体の中で支え合うことについて
	②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強化する観点を踏まえた、高齢者の保険料賦課限度額や高齢者医療制度への支援金の在り方、被用者保険者間の格差是正の方策等について
	③更なる国民の負担軽減の観点から、医療費の伸びを適正化するため、給付の効率化を含め、より実効的な取組について
医療分野 【A】	①都道府県の責務の明確化等による、地域医療構想の推進について
	②医療法人の経営状況の見える化など、医療法人改革の推進について
	③働き方改革の確実な推進とともに、タスク・シフト/シェア、医療の担い手の確保や、医師偏在対策の推進について
	④今後の人口動態や医療ニーズの変化、新型コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、2025年、さらには2040年を見据えた医療提供体制とする観点からの入院、在宅、外来医療の在り方について
	⑤身近な診療所等の医療機関で必要な医療を必要ときに受けられるという観点において、患者・国民等から期待される「かかりつけ医機能」の在り方と、その機能が発揮される制度整備の在り方について
その他 (3)	データヘルス、オンライン診療、AI・ロボット・ICTの活用など、医療分野におけるデジタルトランスフォーメーションの確実な推進について
介護分野 【B】	①在宅での生活を希望する方の意向に応える観点から、地域の拠点となる在宅サービス基盤の整備と機能強化について
	②認知症本人や家族を含めた包括的な相談支援や権利擁護のための、核となる地域包括支援センターの機能強化や地域連携ネットワークの整備の推進について
	③介護予防や社会参加活動の場の充実について
	④介護人材の確保のための介護サービス事業者の経営の見える化や行政手続きの原則デジタル化等による、現場で働く介護職員の勤務環境の改善、テクノロジーの活用等も含めた介護現場の生産性の向上や、経営の大規模化・協働化等による人材や資源の有効活用等の推進について
	⑤利用者負担、多床室の室料負担、ケアマネジメントに関する給付、軽度者への生活援助サービス等、高所得者の保険料負担など、高齢者の負担能力に応じた負担、公平性等を踏まえた給付内容の在り方について

(全世代型社会保障構築会議(第7回)資料「医療・介護制度改革について(増田主査提出資料)」より抜粋・加工 (https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/dai7/siryou2.pdf))

れていますが、その場合の新たな財源についてはまだまだ議論が必要となっています(【A】(1)①)。

また医療提供体制関係では、2024年4月からの医師の時間外労働の規制(医師の働き方改革)が始まりますが、医療機関だけでなく行政も含め十分な対応ができていないといえません(【A】(2)③)。

さらに外来医療の在り方については、外来機能報告制度が2022年から開始され、医療機関について

は報告期限が2022年11月30日とされています(【A】(2)④)。

介護分野においては、具体的には2割負担の対象拡大やケアプランの自己負担導入などの検討が挙げられています(【B】⑤)。

■ 図表2 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し

2022年9月30日まで		2022年10月1日から	
区分	医療費負担割合	区分	医療費負担割合
現役並み所得者	3割	現役並み所得者	3割
一般所得者等*	1割	一定以上所得のある方	2割
		一般所得者等*	1割

【①2割負担の所得基準】
 ○課税所得が28万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上(※)の方が2割負担の対象
 ※単身世帯の場合。複数世帯の場合は、320万円以上。
 ※対象者は約370万人。被保険者全体(約1,815万人)に占める割合は、20%。
 【②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、ひとつき分の1割負担の場合と比べた負担増を、最大でも3,000円に収まるような措置を導入。
 ○2割負担となる方で、高額療養費の口座が登録されていない方には、施行に際して各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送。

※住民税非課税世帯の方は基本的に1割負担となります。

〔「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について」(厚生労働省)より抜粋(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000846335.pdf>)〕

外来2割負担に伴い負担増加額の上限3,000円の配慮措置が設けられる

全ての世代が公平に支え合う「全世代対応型の社会保障制度」を構築することを目的として、2021年の通常国会において、健康保険法等の一部を改正する法律が成立しました。これにより、2022年10月1日から、現役並み所得者を除き、75歳以上の方等で一定以上の所得がある方は、医療費の窓口負担割合が1割から2割に変わりました。なお、住民税非課税世帯の方は基本的に1割負担となります(図表2)。

後期高齢者医療制度のこれまでの大まかな流れとしては、昭和48年の老人医療費の実質無料化から、昭和58年の一律定額負担、昭和59年での退職者医療制度を経て、按分率の引き上げや加入率の見直し、公的介護保険の導入などを行い、平成20年に退職者医療制度の廃止と後期高齢者制度が始まっています。

2022年以降は、団塊の世代が75歳以上となり始め、さらなる医療費の増大が見込まれています。ま

たそれを支える現役世代の減少と負担の増大が懸念されています。今回の負担割合の見直しは、現役世代の負担を抑え、国民皆保険を維持していくためのものとなります。

なお、配慮措置については2022年10月1日から2025年9月30日までの間は、2割負担となる後期高齢者の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う1か月分の負担増加額を3,000円までに抑える配慮措置が設けられました。

具体的には、1割負担の場合と比べたときの1か月分の負担増が最大3,000円となるように、窓口負担上限額を「1割負担+3,000円」、または「通常の高額療養費上限額18,000円」のいずれか低い額となります。同一医療機関・薬局での複数回の診療および投薬等では、各々の診療日にその日に徴収する窓口負担額が計算されることとなります。なお、複数の医療機関等にまたがって受診された場合等は、後日高額療養費の登録口座に払い戻されます(図表3)。

詳しくは厚生労働省の配慮措置に関するQ&Aで確認できます。<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000996068.pdf>

■ 図表3 配慮措置の概要とその例

【配慮措置が適用される場合の計算方法】

例:1か月の外来医療費全体額が50,000円の場合

窓口負担割合1割のとき①	5,000円
窓口負担割合2割のとき②	10,000円
負担増③(②-①)	5,000円
窓口負担増の上限④	3,000円
払い戻し等(③-④)	2,000円

配慮措置
 1か月 5,000円の負担増を3,000円までに抑えます。

【医療機関・薬局等での計算イメージ】

○月	その日の診療	①○月の外来の診療報酬点数(合計)	②○月の窓口負担の上限額	③その日に徴収する窓口負担額
A日	2,500点 (25,000円)	2,500点 (25,000円)	—	5,000円
B日	1,000点 (10,000円)	3,500点 (35,000円)	6,500円 ※配慮措置 1割負担+3,000円	1,500円
C日	1,000点 (10,000円)	4,500点 (45,000円)	7,500円 ※配慮措置 1割負担+3,000円	1,000円
D日	11,000点 (110,000円)	15,500点 (155,000円)	18,000円 ※外来上限額	10,500円

<B日の計算方法>

- 同日時点のその月の外来の診療報酬点数は、2,500点+1,000点=3,500点
- 配慮措置対象なので、配慮措置による上限額は、1割負担(3,500円)+3,000円=6,500円
- その日に徴収する窓口負担額は、6,500円-5,000円=1,500円

<C日の計算方法>

- 同日時点のその月の外来の診療報酬点数は、3,500点+1,000点=4,500点
- 配慮措置対象なので、配慮措置による上限額は、1割負担(4,500円)+3,000円=7,500円
- その日に徴収する窓口負担額は、7,500円-6,500円=1,000円

〔「～医療機関・薬局等のみなさまへ～後期高齢者医療制度に関するお知らせ」(令和4年9月発行 Ver.3厚生労働省)より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000981142.pdf>)〕

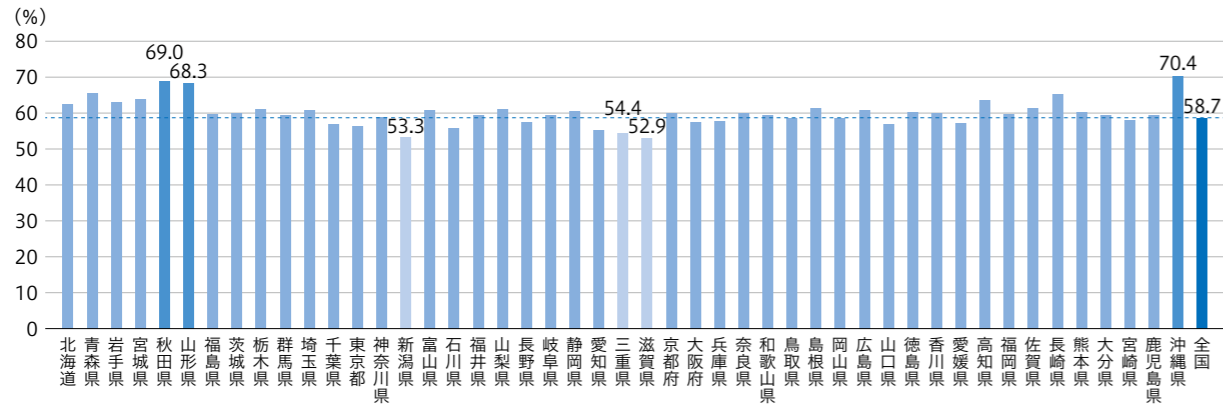
2021年労働者の健康診断「異常あり」が約6割

2021年の定期健康診断結果報告が公表されました。この調査は定期健康診断による有所見者数*等を把握して、労働衛生行政の基礎資料とすることを目的とされ、年に1回公表されています。

*有所見者数とは、医師の診断が異常なし、要精密検査、要治療等のうち、異常なし以外の者を指します。また、年に複数回定期健康診断を受診している場合、1回以上「有所見」と診断された方は1人としています。

有所見率をみると、2021年は58.7%で、データがある1994年の34.6%と比べると年々上昇傾向にあることがわかります。

■ 図表4 都道府県別の有所見率



(定期健康診断結果報告(2021年)「令和3年定期健康診断実施結果報告(年次別)」より抜粋(https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&year=20210&month=0&stat_infid=000032241014&result_back=1&tclass1val=0))

■ 図表5 検査項目別の有所見率

検査項目	1994年	2021年	増減
聴力(1000Hz)	4.9%	3.9%	-1.0ポイント
聴力(4000Hz)	9.9%	7.3%	-2.6ポイント
胸部X線検査	2.3%	4.5%	2.2ポイント
喀痰検査	0.8%	2.1%	1.3ポイント
血圧	8.5%	17.8%	9.3ポイント
貧血検査	5.8%	8.0%	2.2ポイント
肝機能検査	11.8%	16.6%	4.8ポイント
血中脂質	18.3%	33.0%	14.7ポイント
血糖検査*	7.9%	12.5%	4.6ポイント
尿検査(糖)	3.2%	3.4%	0.2ポイント
尿検査(蛋白)	2.7%	3.8%	1.1ポイント
心電図	8.0%	10.5%	2.5ポイント

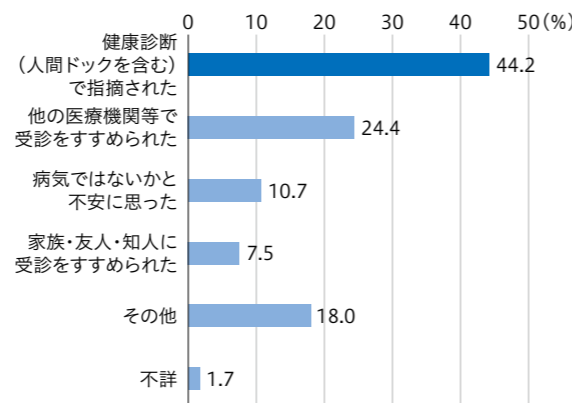
*血糖検査については、数値がある1999年データと比較

(定期健康診断結果報告(2021年)「令和3年定期健康診断実施結果報告(年次別)」より抜粋(https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450211&tstat=000001018638&cycle=7&year=20210&month=0&stat_infid=000032241014&result_back=1&tclass1val=0))

続いて都道府県別に有所見率をみると、沖縄が70.4%と最も高く、次いで秋田69.0%、山形68.3%と続き、全国平均の58.7%を10ポイント近く上回っています。一方で、有所見率が最も低いのは滋賀の52.9%で、次いで新潟53.3%、三重54.4%となっています(図表4)。

また検査項目別の有所見率では、血中脂質が33.0%と最も高く、次いで血圧が17.8%、肝機能が16.6%となっています。それぞれの有所見率の推移をみると、血中脂質は1994年の18.3%から14.7ポイント上昇しています。同様に血圧は8.5%から9.3ポイント、肝機能は11.8%から4.8ポイント上昇傾

■ 図表6 外来患者の自覚症状はなかったが受診した理由(複数回答)



(「令和2(2020)年受療行動調査(確定数)の概況」(厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室)より抜粋(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/20/dl/kakutei-kekka-gaiyo.pdf>))

向にあることがわかります。こういった上昇傾向は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病といった生活習慣病の予備軍が増えていることが推測されます(図表5)。

厚生労働省の調査によると、自覚症状のない外来患者の受診きっかけとして、「健康診断(人間ドックを含む)で指摘された」が約45%で最も多い結果となっています。しかし新型コロナウイルス感染拡大が、外来受診控えだけでなく、健診受診行動にも影響しているとも想定されます。有所見率の上昇傾向と併せて考えると、この状況から早く脱却し、安心して健康診断、外来受診ができる環境が望まれます(図表6)。

今月のQ&A

■【初診料および外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定】

Q:「初診料の注2および注3」「外来診療料の注2および注3」における紹介割合および逆紹介割合の計算等について、2021年度の実績において紹介割合および逆紹介割合に係る実績を満たしている場合、2023年4月1日までに2022年度中の任意の連続する6か月の実績に係る報告を行う必要があるでしょうか。(疑義解釈資料の送付について(その28)を一部抜粋)

A:2022年度の診療報酬改定で、初診料および外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直しが行われました。そもそもこの規定は、紹介・逆紹介割合の低い大病院に対して、減算された初診料や外来診療料を設定することで、大病院からの紹介・逆紹介を促進させる狙いがあります。今回の改定で、対象となる病院が追加され、減算規定の基準、計算式なども見直されました(図表参照)。

見直された内容に関しては、2023年4月から適用されることになっており、その計算対象期間や報告の時期については、疑義解釈(その1)で「2023年4月1日までに2022年度中の任意の連続する6か月の紹介割合および逆紹介割合に係る実績を別添様式28により報告」することが示されていました。

この点に関して、今回の疑義解釈通知では、「2021年度の実績において紹介割合および逆紹介割合に係る実績を満たしている場合には、2023年4月1日までに2022年度中の任意の連続する6か月の実績に係る報告を行う必要ない」ことを明らかにしました。

図表:初診料および外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の主な見直し

項目		改訂前	改定後
減算規定の基準	対象	特定機能病院 地域医療支援病院※ 許可病床400床以上※	特定機能病院 地域医療支援病院※ 紹介受診重点医療機関※ 許可病床400床以上※
	下記以外	紹介率50%未滿かつ 逆紹介率50%未滿	紹介割合50%未滿または 逆紹介割合30%未滿
計算式	許可病床400床以上	紹介率40%未滿かつ 逆紹介率30%未滿	紹介割合40%未滿または 逆紹介割合20%未滿
	紹介 実質変更なし	(紹介患者数+救急患者数)÷初診患者数×100	(紹介患者数+救急患者数)÷初診患者数×100
	逆紹介	逆紹介患者数÷初診患者数×100	逆紹介患者数÷(初診患者数+再診患者数)×100

注:その他、再診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数の内容について一部見直しあり。 ※一般病床200床未滿除く
(「疑義解釈資料の送付について(その28)」より抜粋・加工(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000995587.pdf>))

《発行》

アステラス製薬株式会社

東京都中央区日本橋本町2-5-1 〒103-8411

《内容についてのお問い合わせ先》

医療総研株式会社 (担当:Mesa編集室)

東京都渋谷区渋谷1-7-5 青山セブンハイツ 8F 〒151-0002

Mail: mesa.info@iryso-socket.co.jp