

第101回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成28年11月30日（水）
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館大ホール

（ 議 題 ）

1. 骨太2016、経済・財政再生計画改革工程表等の指摘事項について
2. 任意継続被保険者制度について
3. その他

（ 配布資料 ）

- | | |
|-------|----------------------------|
| 資料1-1 | 各事項の見直しの方向性について |
| 資料1-2 | 各事項の見直しの方向性について（参考資料） |
| 資料 2 | 任意継続被保険者制度について |
| 参考資料1 | 前回までの主なご意見 |
| 参考資料2 | 社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成28年11月30日

いわむら まさひこ 岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
えんどう ひさお 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
えんどう ひでき 遠藤 秀樹	日本歯科医師会常務理事
おかざき せいや 岡崎 誠也	全国市長会国民健康保険対策特別委員長 / 高知市長
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち れいに 菊池 令子	日本看護協会副会長
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会理事長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
しんたに のぶゆき 新谷 信幸	日本労働組合総連合会副事務局長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
たけひさ ようぞう 武久 洋三	日本慢性期医療協会会長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいに 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ふくだ とみかず 福田 富一	全国知事会社会保障常任委員会委員長 / 栃木県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ほり まなみ 堀 真奈美	東海大学教養学部人間環境学科教授
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もちづき あつし 望月 篤	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 / 多久市長
わだ よしたか 和田 仁孝	早稲田大学法学学術院教授
わたなべ ひるきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会委員 / 新潟県聖籠町長

印は部会長、 印は部会長代理である。

(五十音順)

第101回 社会保障審議会医療保険部会

平成28年11月30日(水) 16:00~18:00

全国都市会館 大ホール

速記

遠藤 委員
濱谷 審議官
鈴木 局長
遠藤 部会長
岩部 会長代理
谷内 審議官
渡邊 委員
横尾 委員

岡崎 委員
(村岡参考人)

兼子 委員

菊池 委員

小林 委員

白川 委員

新谷 委員

菅原 委員

武久 委員

森 委員

望月 委員

松原 委員

堀 委員

藤井 委員

福田 委員
(山本参考人)

樋口 委員

原 委員
(松岡参考人)

泉 課長
榎本 課長
宮本 課長
城 課長
黒田 課長
迫井 課長
眞鍋 企画官
山内 課長

高齢者医療課
国民健康保険課
保険課
総務課
友田 室長
矢田 貝室長
小椋 管理官
中山 管理官
諏訪 管理官
仲津留 企画官

傍聴者席

各事項の見直しの方向性について

平成28年11月30日
厚生労働省保険局

高額療養費制度の見直し

- 高額療養費制度については、「経済・財政再生計画 改革工程表」において、「外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論」とされていることを踏まえ、検討を行った。
- 前回までの議論を踏まえ、以下の方向性で見直すこととしてはどうか。

見直しの方向性

- 70歳以上の高齢世代に係る高額療養費（世帯単位合算）
 - ・ 現役並み区分については、70歳未満の現役世代と同様、細分化した上で負担限度額を設定することとしてはどうか。
 - ・ 一般区分については、70歳未満の現役世代と同額に負担限度額を引き上げ、多数回該当を設けることとしてはどうか。
 - ・ 住民税非課税区分については、負担限度額は据え置いてはどうか。
- 外来上限特例（個人単位）
 - ・ 現役並み区分及び一般区分については特例を撤廃するか。…案1
 - ・ または、一般区分について、特例を維持した上で上限額を引き上げるか。…案2
 - ・ 住民税非課税区分については特例を継続することとしてはどうか。
 - ・ その際、負担限度額を引き上げるか。…案1 または、負担限度額を据え置くか。…案2
- <その他>
 - 70歳未満の現役世代については、今般の見直しにおいては据え置くこととしてはどうか。
 - 上記については、激変緩和措置の必要性、既定のシステム改修のスケジュール等も考慮しつつ、段階的に施行することとしてはどうか。
 - 高額介護合算療養費についても同様の見直しを行うこととしてはどうか。

見直しの方向性① (イメージ)

[69歳以下](※1)

区分(年収)	限度額 (世帯※2)
約1160万～	252,600円 + 1% <140,100円>
770万～1160万	167,400円 + 1% <93,000円>
370万～770万	80,100円 + 1% <44,400円>
～370万	57,600円 <44,400円>
住民税非課税	35,400円 <24,600円>

[70歳以上: 現行]

区分	限度額 (世帯※2)	
	外来 (個人)	
現役並み <small>健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上</small>	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 <small>健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 (※3)(※4)</small>	12,000円	44,400円
住民税非課税		24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000円	15,000円

[見直し案1]

区分	限度額 (世帯※2)	
	外来 (個人)	
年収約1160万～ <small>標報83万円以上 課税所得690万円以上</small>		252,600円 + 1% <140,100円>
年収770万～1160万 <small>標報53～79万円 課税所得380万円以上</small>		167,400円 + 1% <93,000円>
年収370万～770万 <small>標報28～50万円 課税所得145万円以上</small>		80,100円 + 1% <44,400円>
一般 <small>健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 (※3)(※4)</small>		57,600円 <44,400円>
住民税非課税	15,000円	24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)	10,000円	15,000円

[見直し案2]

区分	限度額 (世帯※2)	
	外来 (個人)	
約1160万～		252,600円 + 1% <140,100円>
770万～1160万		167,400円 + 1% <93,000円>
370万～770万		80,100円 + 1% <44,400円>
～370万	24,600円	57,600円 <44,400円>
住民税非課税		24,600円
住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000円	15,000円

※1 69歳以下については、今般の見直しにおいては据え置くこととする。

※2 同じ世帯の同じ保険者に属する者。

※3 課税所得とは、収入から地方税法上の必要経費、所得控除等を控除した後の額をいう。

※4 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

給付費(億円)

▲3,640

▲2,390

見直しの方向性② (イメージ)

高額介護合算療養費制度の見直しについて

	75歳以上	70~74歳(注1)	[参考]70歳未満(注1)
年収約1,160万円~	67万円 → (見直し案) 212万円		212万円
年収約770~約1,160万円	141万円		141万円
年収約370~約770万円	67万円		67万円
~年収約370万円 (課税所得145万円未満※)	56万円 → (見直し案) 60万円 もしくは据え置き		60万円
市町村民税世帯非課税	31万円	31万円	
市町村民税世帯非課税 (年金収入80万円以下等)	19万円(注2)	19万円(注2)	34万円

※ 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

(注1) 対象世帯に70~74歳と70歳未満が混在する場合、まず70~74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

(注2) 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

高額療養費制度の見直しの施行時期・方法

○ 二段階施行を行う場合(案1・案2)

[現状]

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯)
現役並み370万~	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	12,000円	44,400円
低II	8,000円	24,600円
低I		15,000円

○ 1段目(H29.8~H30.7)

案1

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯)
現役並み370万~	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	24,600円	57,600円 <44,400円>
低II	15,000円	24,600円
低I	10,000円	15,000円

案2

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯)
現役並み370万~	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般	24,600円	57,600円 <44,400円>
低II	8,000円	24,600円
低I		15,000円

○ 2段目(H30.8~)

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯)
1160万~	252,600円 + 1% <140,100円>	
770~1160万	167,400円 + 1% <93,000円>	
370~770万	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	57,600円<44,400円>	
低II	15,000円	24,600円
低I	10,000円	15,000円

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯)
1160万~	252,600円 + 1% <140,100円>	
770~1160万	167,400円 + 1% <93,000円>	
370~770万	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	24,600円	57,600円 <44,400円>
低II	8,000円	24,600円
低I		15,000円

保険料軽減特例の見直し

- 後期高齢者の保険料軽減特例については、平成27年1月に、内閣総理大臣を本部長とする社会保障制度改革推進本部において取りまとめられた「医療保険制度改革骨子」において、「段階的に縮小する」、「低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻す」、「負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずる」こととされていることを踏まえ、検討を行った。
- 前回までの議論を踏まえ、以下の方向性で見直すこととしてはどうか。

見直しの方向性

<現行の加入者に対する適用>

- 均等割の軽減特例については、段階的に本則に戻すか。・・・案1
または、介護保険料の軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給と合わせて本則に戻すか。・・・案2
- 所得割の軽減特例については、29年度から本則に戻すか。
- 元被扶養者への特例については、段階的に解消することとしてはどうか。

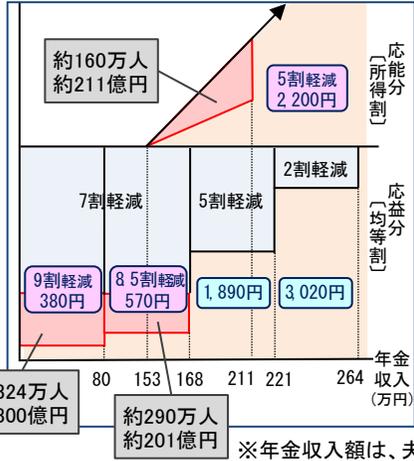
<平成29年度以降の新規加入者に対する適用>

- 新規加入者については、特例対象とせず本則を適用するか。・・・案1
または、見直し後の軽減特例を適用し、既加入者と同じ扱いとするか。・・・案2

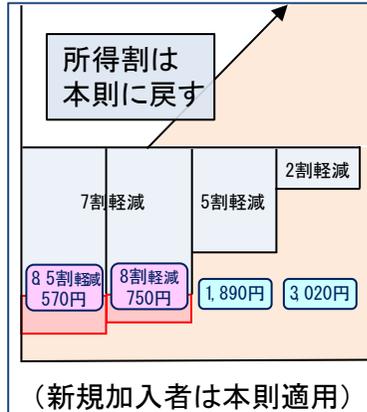
見直しの方向性①（イメージ）

案1

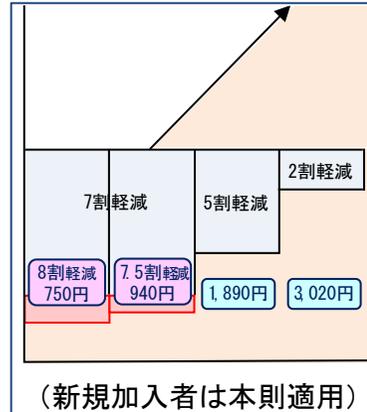
[現行]



[29年度]



[30年度]



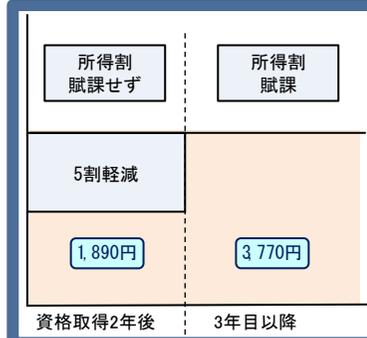
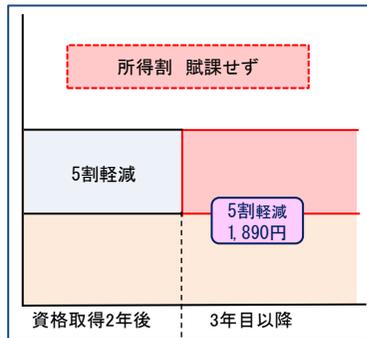
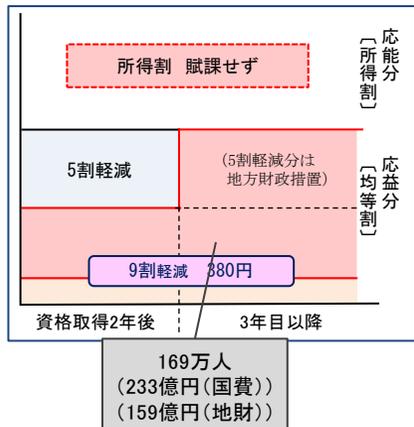
[31年度]



[32年度]



元被扶養者の軽減



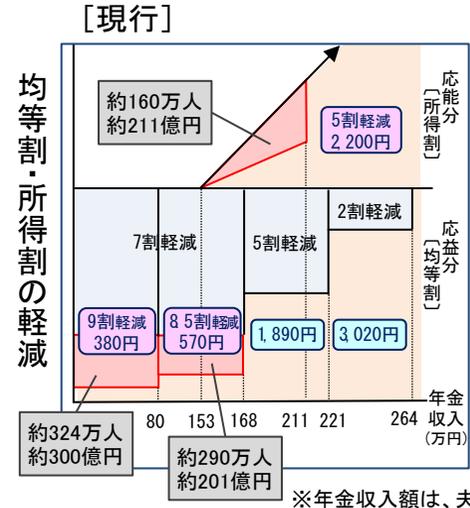
...

※ 保険料額は、平成28・29年度全国平均保険料率により算出。
 ※ 応能分(所得割)は、個人で判定、個人で賦課。応益分(均等割)は、世帯で判定、個人で賦課。
 ※ 金額及び対象者数は平成28年度予算ベース。

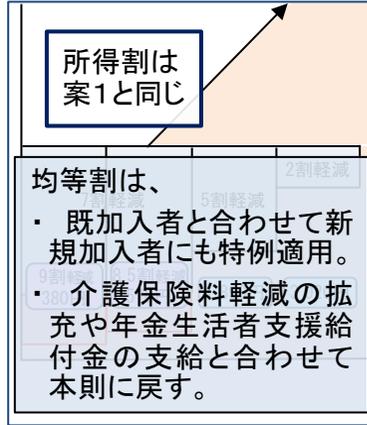
見直しの方向性② (イメージ)

案2

均等割・所得割の軽減



[29年度]



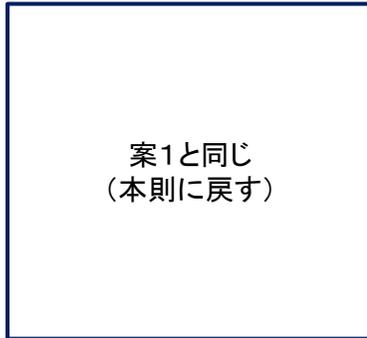
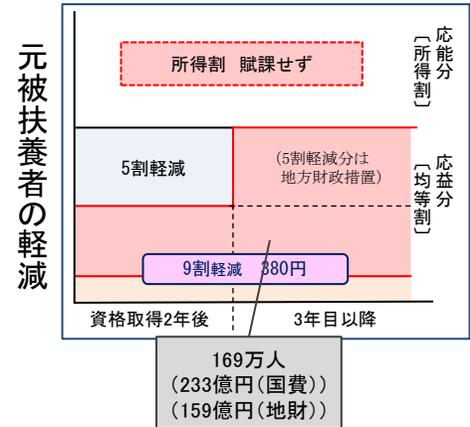
[30年度]

...

[31年度]

[32年度]

元被扶養者の軽減



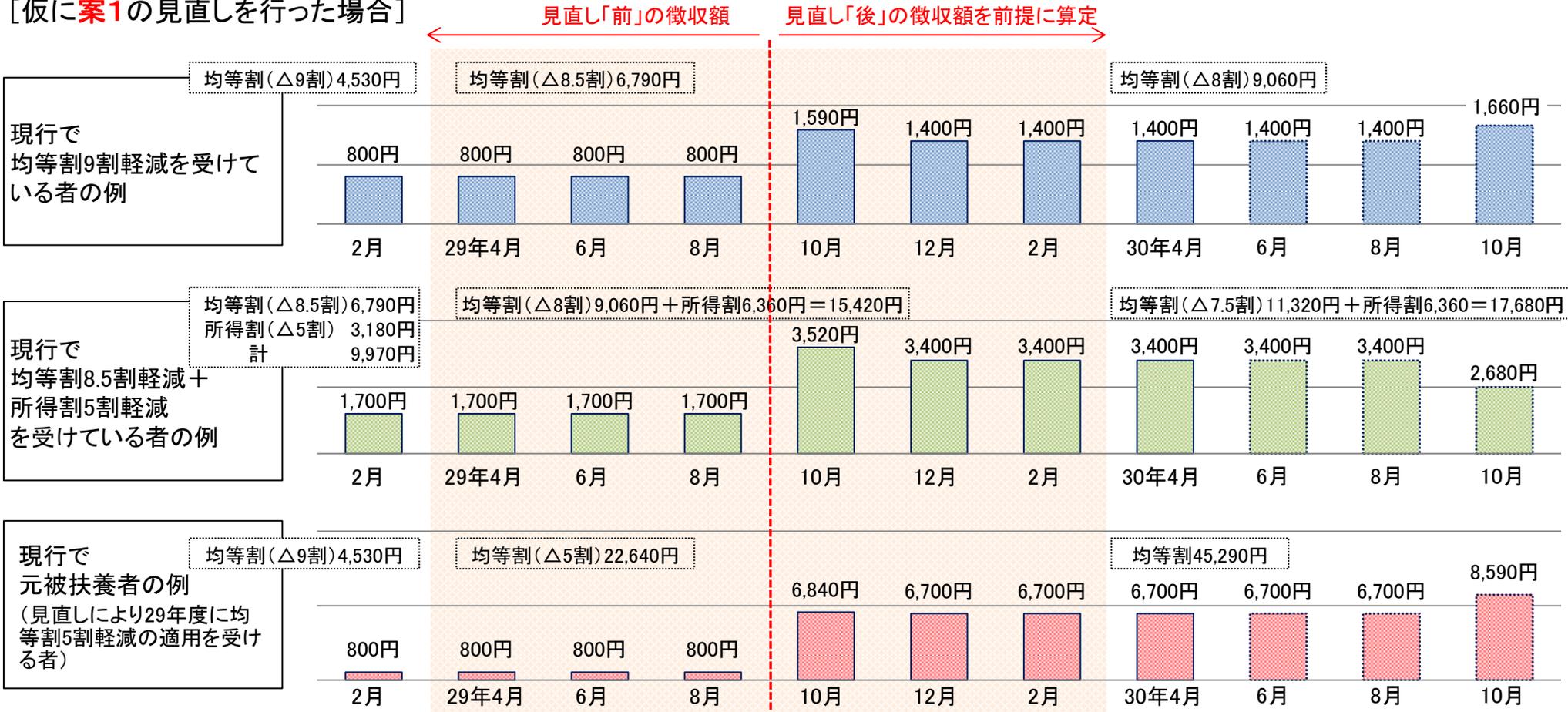
...

※ 保険料額は、平成28・29年度全国平均保険料率により算出。
 ※ 応能分(所得割)は、個人で判定、個人で賦課。応益分(均等割)は、世帯で判定、個人で賦課。
 ※ 金額及び対象者数は平成28年度予算ベース。

年金からの保険料徴収に係る留意事項

- 後期高齢者医療制度の保険料は、大半(約79%)が、2か月ごとに年6回、特別徴収で徴収されている。
- 特別徴収においては、4月・6月・8月は「前年度2月の徴収額」が仮徴収され、10月・12月・2月は「年度に必要な徴収額の残り」((当該年度トータル \times の保険料額-8月までに仮徴収された額) \div 3)が本徴収されるため、保険料率の改定・見直しにともない、8月以前と10月以降の徴収額にばらつきが出る仕組みとなっていることに留意が必要。

〔仮に案1の見直しを行った場合〕



入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直し

- 入院時の居住費（光熱水費相当額）については、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の観点から、「経済・財政再生計画 改革工程表」において、「入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされていることを踏まえ、検討を行った。
- 前回までの議論を踏まえ、以下の方向性で見直すこととしてはどうか。

見直しの方向性

- 65歳以上の医療療養病床に入院する患者の居住費について、介護保険施設（老健・療養、多床室）や在宅との負担の公平化を図る観点から、光熱水費相当額の負担を求めることとしてはどうか。
- 施行時期については、システム改修期間等を考慮して平成29年10月から段階的に実施することとし、本格実施は、療養病床の在り方の見直しや診療報酬改定の時期と合わせて平成30年4月からとしてはどうか。
- 難病患者については、難病法施行の平成27年1月から食費・居住費は自己負担となり、施行から3年間は公費助成により負担が軽減されていることに鑑み、今回の引上げの対象外としてはどうか。

見直しの方向性（イメージ）

<平成29年10月以前>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	320円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	0円/日
難病患者	

<平成29年10月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	200円/日
難病患者	0円/日

<平成30年4月～>

65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の 高い者)	370円/日
難病患者	0円/日

(注)介護保険施設(老健・療養)の多床室に入所する低所得者(市町村民税非課税者)の居住費負担額(光熱水費相当額)は、直近の家計調査の結果を踏まえ、平成27年4月に320円/日から370円/日に引き上がっている。

(参考)65歳以上の医療療養病床(難病患者を除く)の居住費負担額を370円/日とした場合の財政影響(単位:億円)

計	負担額	
	保険料	公費
▲220	▲100	▲120

※上記は満年度化した際の財政影響。10億円単位で四捨五入している。

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方

- 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方については、「経済・財政再生計画 改革工程表」において、「医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされていることを踏まえ、検討を行った。
- 前回までの議論を踏まえ、以下の方向性で引き続き検討することとしてはどうか。

検討の方向性

- 金融資産等の保有状況を考慮した負担の在り方については、マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組みを踏まえつつ、医療保険制度における負担への反映方法の検討を進めることとしてはどうか。

かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担

- かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担については、「経済・財政再生計画 改革工程表」において、「かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされていることを踏まえ、検討を行った。
- 前回までの議論を踏まえ、以下の方向性で引き続き検討することとしてはどうか。

検討の方向性

- かかりつけ医の普及に向けて、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、かかりつけ医の普及と併せて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、引き続き、具体的な検討を進めることとしてはどうか。

スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率

- スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率については、「経済・財政再生計画 改革工程表」において、「スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」とされていることを踏まえ、検討を行った。
- 前回までの議論を踏まえ、以下の方向性で引き続き検討することとしてはどうか。

検討の方向性

- 薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き検討を進めることとしてはどうか。

子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直し

- 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の見直しについては、「ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定）」において、「子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。」されていることを踏まえ、検討を行った。
- 前回までの議論を踏まえ、以下の方向性で見直すこととしてはどうか。

見直しの方向性

- 平成30年度より、以下のいずれかの方法により、見直しを行うこととしてはどうか。

【案1】見直し対象は未就学児までとする。

【案2】見直し対象は未就学児までとし、何らかの一部負担金や所得制限を設けている場合に限定するものとする。

※ いずれの場合も、見直しにより生じた財源については、各自治体において、更なる助成の拡大ではなく他の少子化対策の拡充に充てることが求められる。

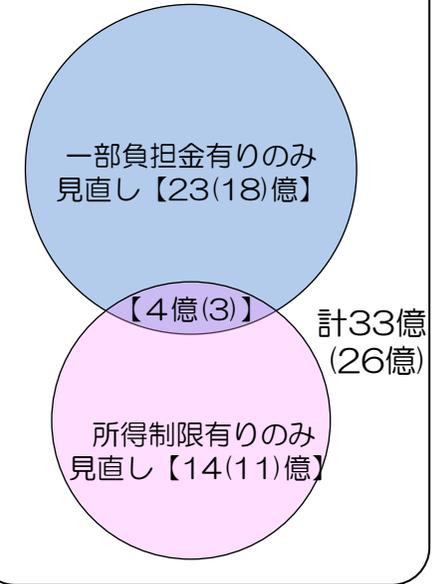
減額調整措置見直しの影響額試算（公費ベース）

（億円）

	3歳未満	未就学児	小学生以下	中学生以下
減額調整措置(子ども)を無条件に廃止した場合	44 (国費35・県費9)	75 (国費60・県費15)	100 (国費80・県費20)	113 (国費90・県費23)
医療費助成に一部負担金を設けている場合について、減額調整措置を廃止した場合	13 (国費10・県費3)	23 (国費18・県費5)	31 (国費25・県費6)	35 (国費28・県費7)
医療費助成に所得制限を設けている場合について、減額調整措置を廃止した場合	7 (国費6・県費1)	14 (国費11・県費3)	20 (国費16・県費4)	23 (国費18・県費5)
医療費助成に一部負担金を設けており、かつ、所得制限を設けている場合について、減額調整措置を廃止した場合	2 (国費2・県費0.4)	4 (国費3・県費1)	6 (国費5・県費1)	7 (国費6・県費1)

【未就学の影響額について】

無条件に見直し【75(60)億】



※括弧内は国費ベース

【試算の共通前提】

- 減額調整措置を無条件に廃止した場合の影響額については、平成26年度の減額調整措置の実績である未就学児約75億円、小学生以上38億円（公費ベース。国：県は4：1として試算）を使用。また、未就学児については医療費を用いて3歳未満と3歳以上の未就学児に按分し、小学生以上については、高校生以上の減額調整措置の額を0円と仮定し、被保険者数を用いて小学生と中学生に按分。
 - 減額調整措置を一部範囲で廃止した場合の影響額については、医療費助成の内容によらず被保険者1人当たりの減額調整措置の額が均一だと仮定し、被保険者数で按分（※）することで計算。
- ※ 減額調整措置の額を入院と外来に分けることが困難であること等を踏まえ、ここでは入院における医療費助成に係る被保険者数を使用して按分している。

各事項の見直しの方向性について (参考資料)

1. 高額療養費制度の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・P 2
2. 後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）の見直し・・・・・・・・P 49
3. 入院時の居住費（光熱水費相当額）に係る患者負担の見直し・・・・P 61
4. 子ども医療費助成に係る国保の減額調整措置の在り方・・・・・・・・P 77
5. 金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方・・・・・・・・P 81
6. かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担・・・・・・・・P 95
7. スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険給付率の在り方・・P121

高額療養費制度の見直し

経済財政運営と改革の基本方針等

○ 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13日公布・施行)

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。

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

8 政府は、前項の措置を平成26年度から平成29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27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。

9 政府は、第7項の措置の実施状況等を踏まえ、高齢者医療制度の在り方について、必要に応じ、見直しに向けた検討を行うものとする。

○ 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律(抄)

(平成27年5月29日公布・施行)

附 則

(検討)

第2条 政府は、この法律の公布後において、持続可能な医療保険制度を構築する観点から、医療に要する費用の適正化、医療保険の保険給付の範囲及び加入者等の負担能力に応じた医療に要する費用の負担の在り方等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。

経済財政運営と改革の基本方針等

○ 経済財政運営と改革の基本方針2015(抄) (平成27年6月30日 閣議決定)

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化)

- ・ 社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する(略)。

○ 経済・財政再生アクション・プログラム(抄) (平成27年12月24日 経済財政諮問会議決定)

3. 主要分野毎の改革の取組

(2) 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

(取組方針・時間軸)

世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、

- (i) 医療保険における高額療養費制度及び介護保険における高額介護サービス費制度の見直しについて、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる。
- (ii) 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、関係審議会等において検討し、集中改革期間中に結論を得る。

経済・財政再生計画 改革工程表

○ 経済・財政再生計画 改革工程表(抜粋) (平成27年12月24日 経済財政諮問会議決定)

	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度		2017年度	2018年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			-	-
	<p><㊦世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討> <(i)高額療養費制度の在り方></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; width: 45%;"> <p>外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論</p> </div> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; width: 45%;"> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる</p> </div> </div> <p><(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方></p> <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p> </div>								

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約15兆円

- ・75歳以上
- ・約1,660万人
- ・保険者数:47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1640万人)約7兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、非正規雇用者等
- ・約3,600万人
- ・保険者数:約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,550万人
- ・保険者数:1

約5兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,870万人
- ・保険者数:約1,400

健保組合・共済等 約4兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約870万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成28年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約90万人)がある。

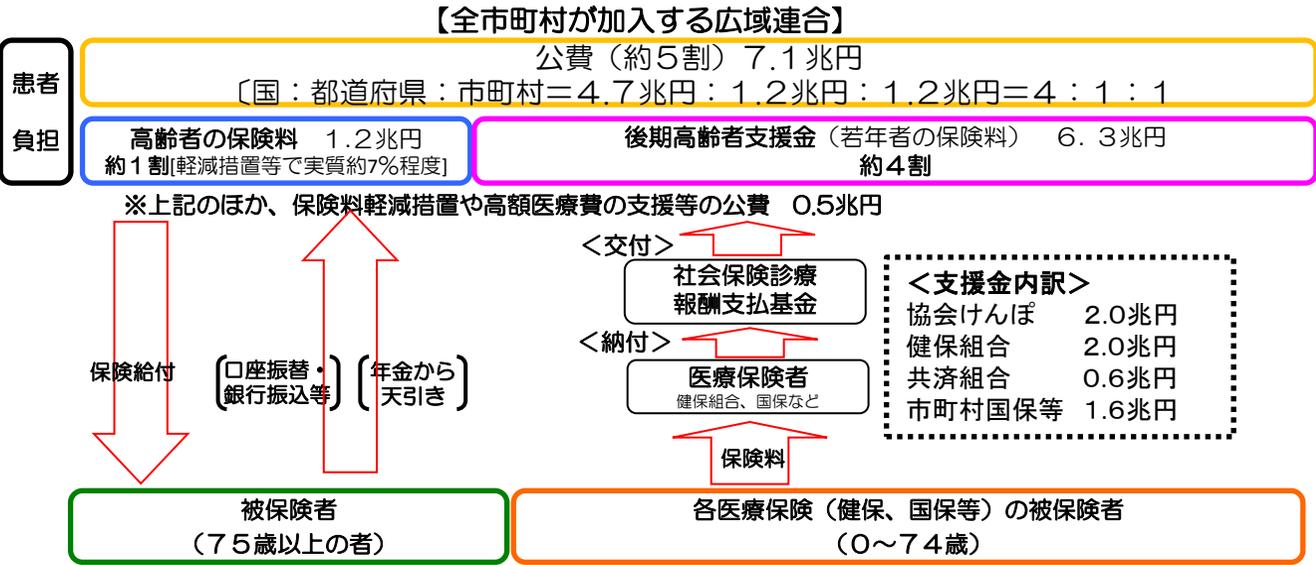
※3 前期高齢者数(約1640万人)の内訳は、国保約1310万人、協会けんぽ約220万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

高齢者医療制度

- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

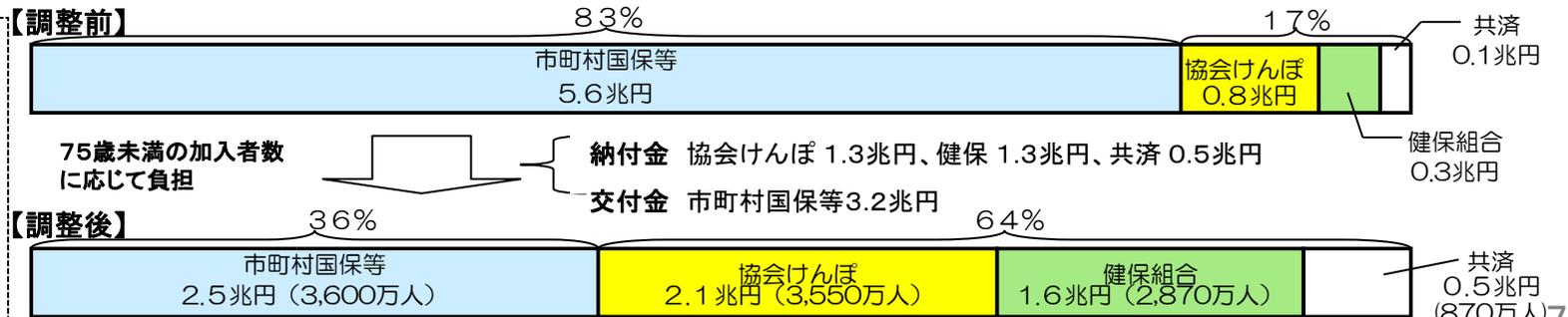
後期高齢者医療制度

- <対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,660万人
- <後期高齢者医療費>
16.3兆円（平成28年度予算ベース）
給付費 15.0兆円
患者負担 1.2兆円
- <保険料額（平成28・29年度見込）>
全国平均 約5,660円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は約380円/月



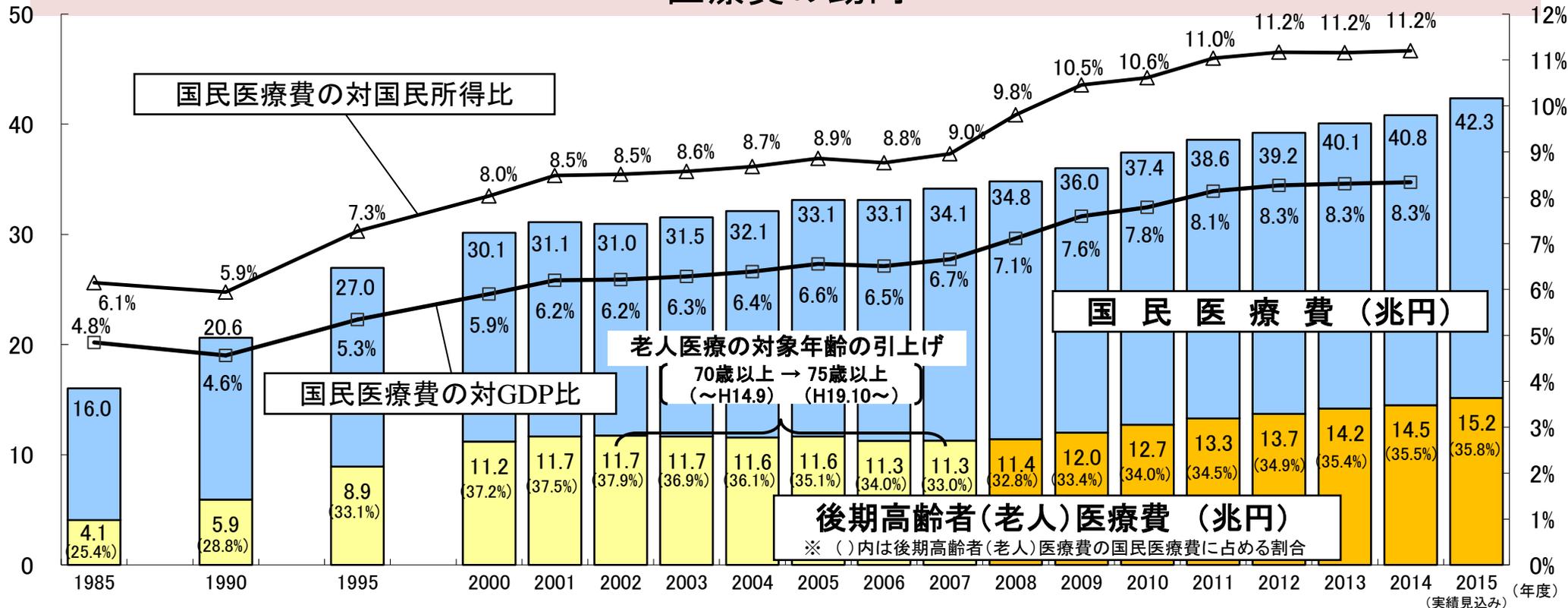
前期高齢者に係る財政調整

- <対象者数>
65～74歳の高齢者
約1,640万人
- <前期高齢者給付費>
6.8兆円
（平成28年度予算ベース）



医療費の動向

(兆円)



(診療報酬改定) 0.2% (主な制度改正)
 (介護保険制度施行・高齢者1割負担導入 (2000))
 ▲2.7% (高齢者1割負担徹底 (2002))
 ▲1.0% (被用者本人3割負担等 (2003))
 ▲3.16% (現役並み所得高齢者3割負担等 (2006))
 ▲0.82% (未就学児2割負担 (2008))
 0.19%
 0.004%
 0.10% (70-74歳2割負担 ※ (2014))

<対前年度伸び率>

	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)	2014 (H26)	2015 (H27)	(%)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.6	
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲0.9	0.5	2.3	1.5	—	
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.4	▲1.3	0.0	1.7	1.5	—	

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

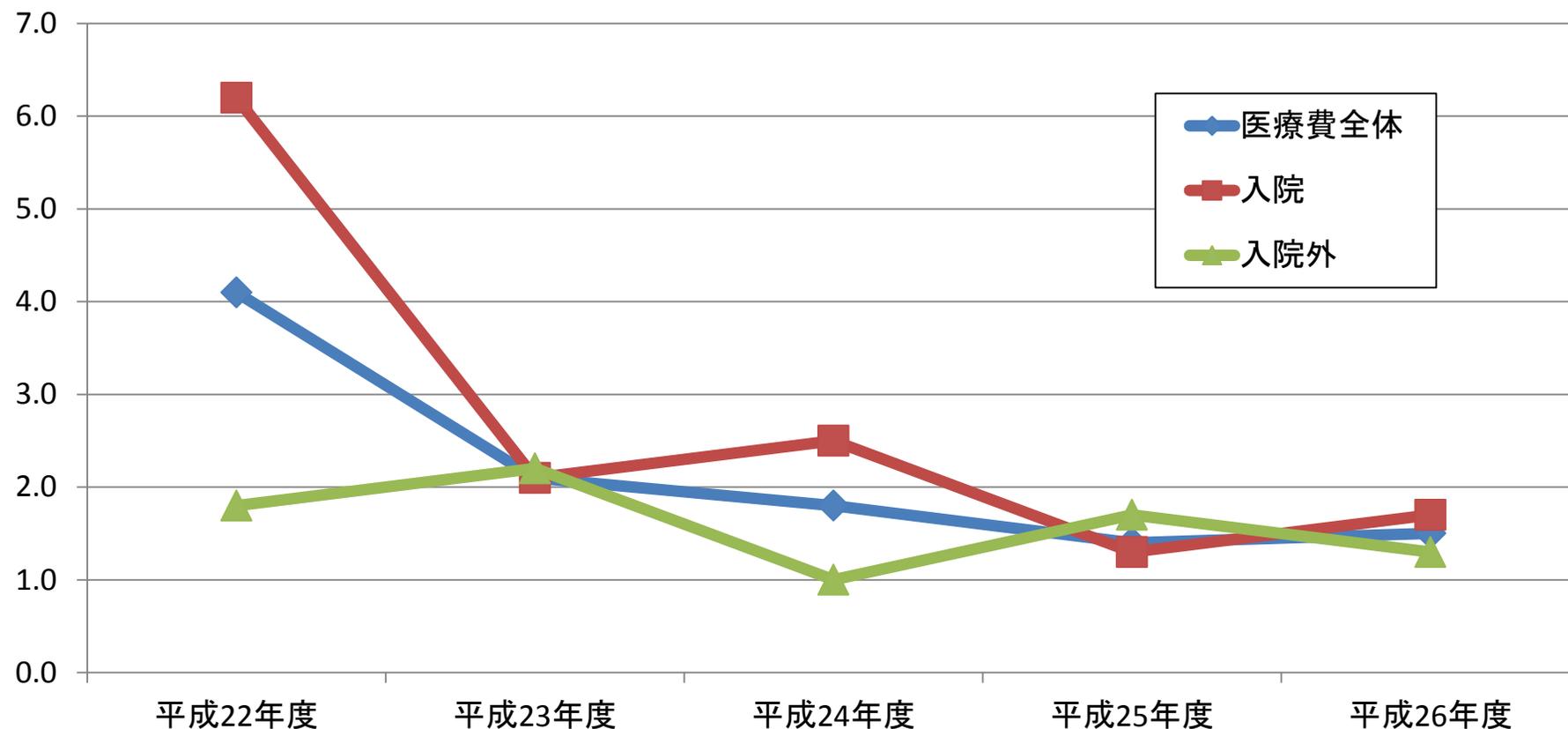
注2 2015年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2015年度分は、2014年度の国民医療費に2015年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014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。

入院・外来別 医療費の伸び率(対前年度比)

○ 医療費の伸び率は全体的に鈍化傾向。

(単位: %)



医療費の伸び率の要因分解

○ 人口及び報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1%程度であったが、平成27年度は3%近い水準。この「その他」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。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%
診療報酬改定 (消費税対応分を除く) ②		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26%	
人口増の影響 ③	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%
高齢化の影響 ④	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.2%
診療報酬改定のうち、 消費税対応の影響 ⑤												1.36%	
その他 (①-②-③-④-⑤) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.7%
制度改正	H15.4 被用者本人 3割負担等			H18.10 現役並み 所得高齢者 3割負担等		H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担 (※)	

注1：医療費の伸び率は、平成26年度までは国民医療費の伸び率、平成27年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2：平成27年度の高齢化の影響は、平成26年度の年齢階級別（5歳階級）国民医療費と平成27年度の年齢階級別（5歳階級）人口からの推計である。

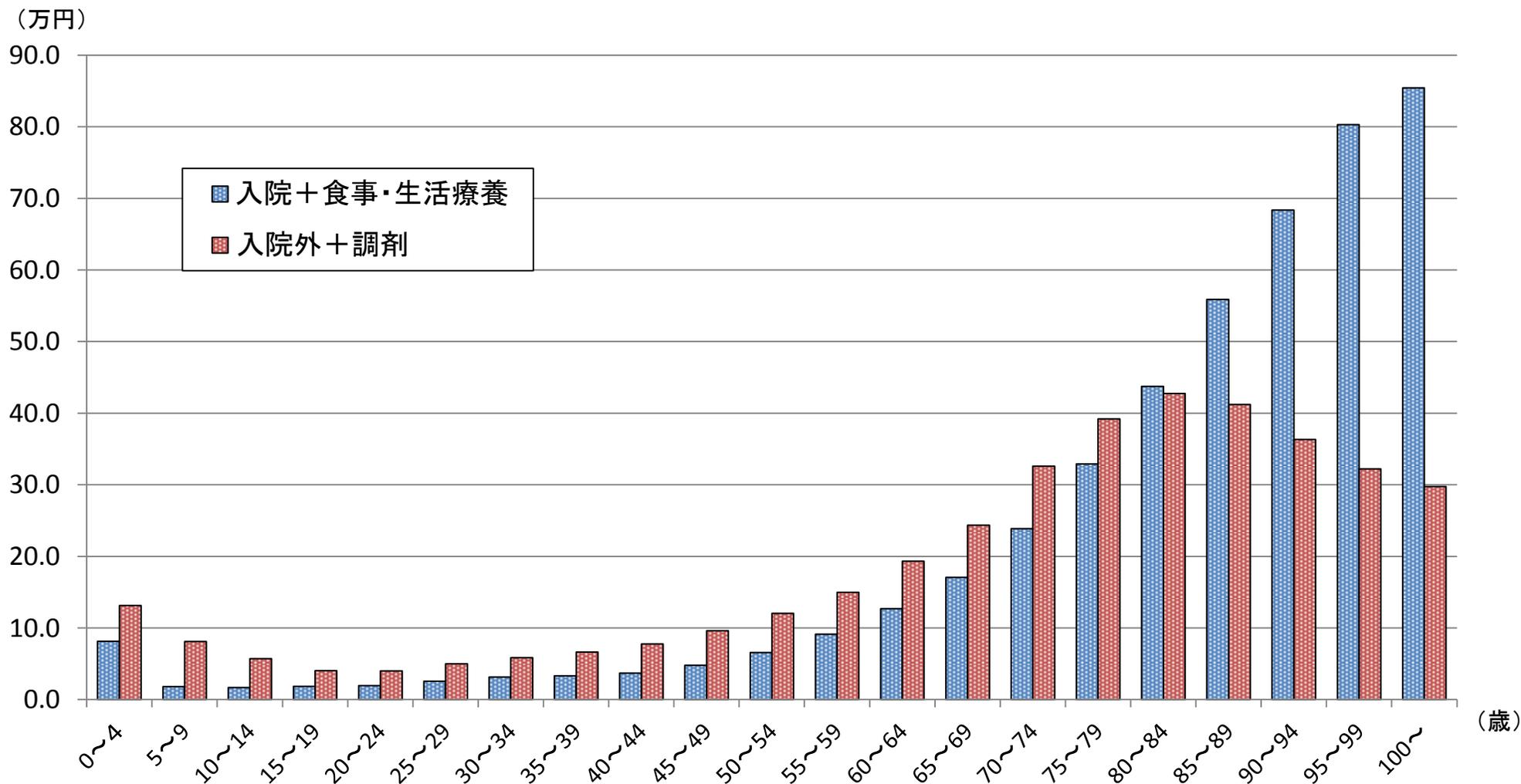
注3：「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。

注4：平成26年度における診療報酬改定の改定率は、②と⑤を合計した0.10%であった。

※70-74歳の者の一部負担金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。

入院時・入院外の年齢別一人当たり医療費

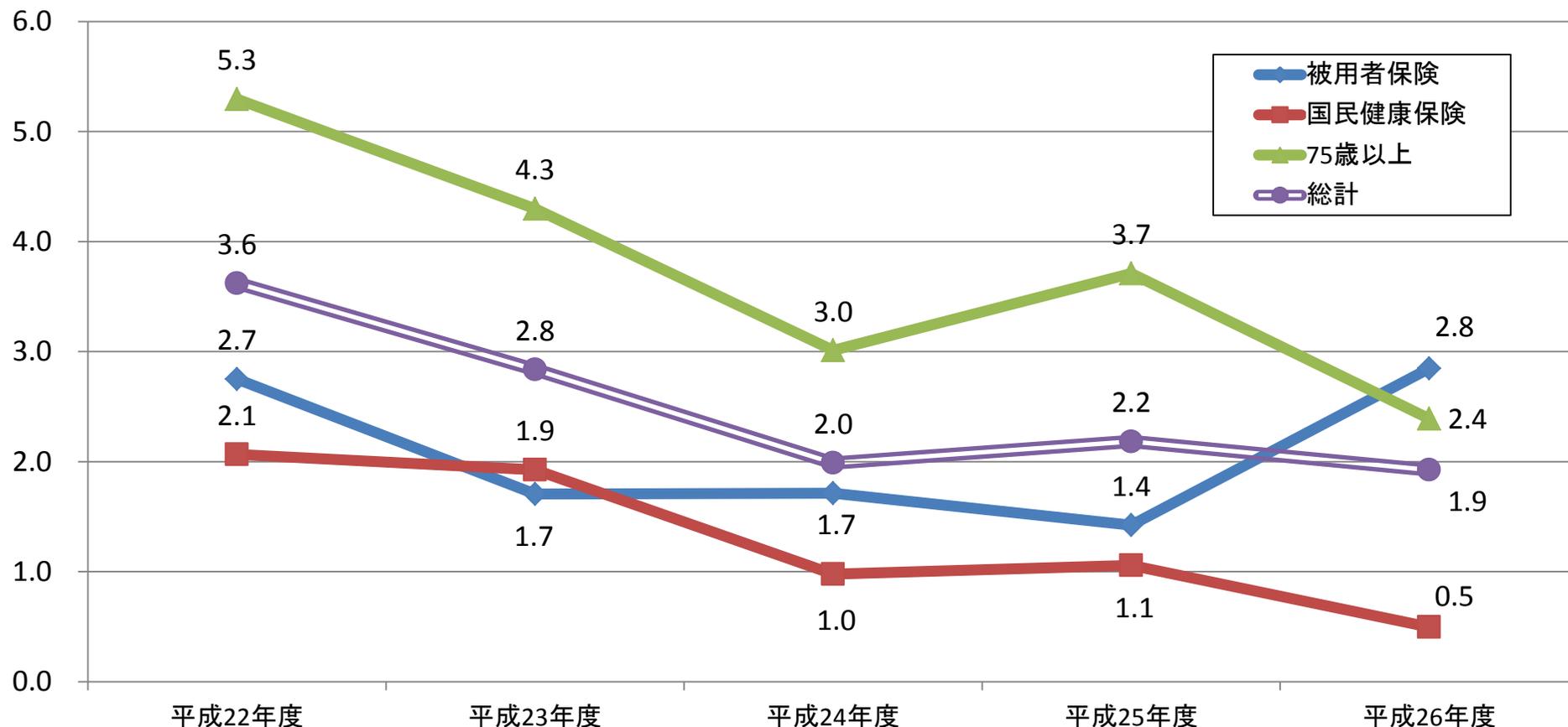
- 一人当たり入院医療費は、高齢になるほど増加する。
- 一人当たり入院外医療費も、高齢になるほど増加傾向にあるが、80～85歳でピークを迎える。



医療保険制度別 医療費の伸び率(対前年度比)

- 平成26年度の医療費の伸び率は1.9%。75歳以上は2.4%。
- 伸び率は全体的に鈍化してきている。

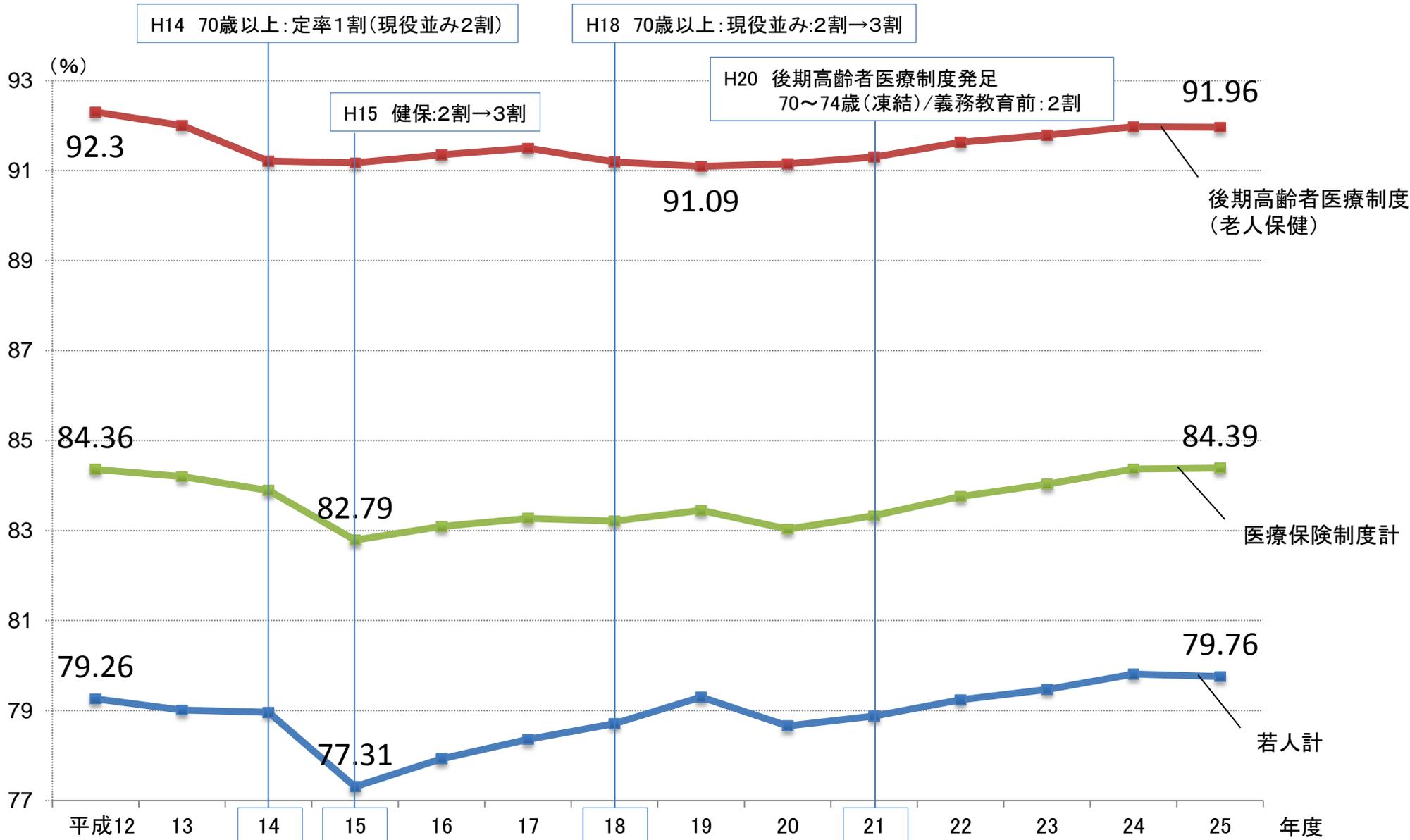
(単位:%)



出典: 医療費の動向調査(平成26年度)をもとに高齢者医療課作成
注「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータ。

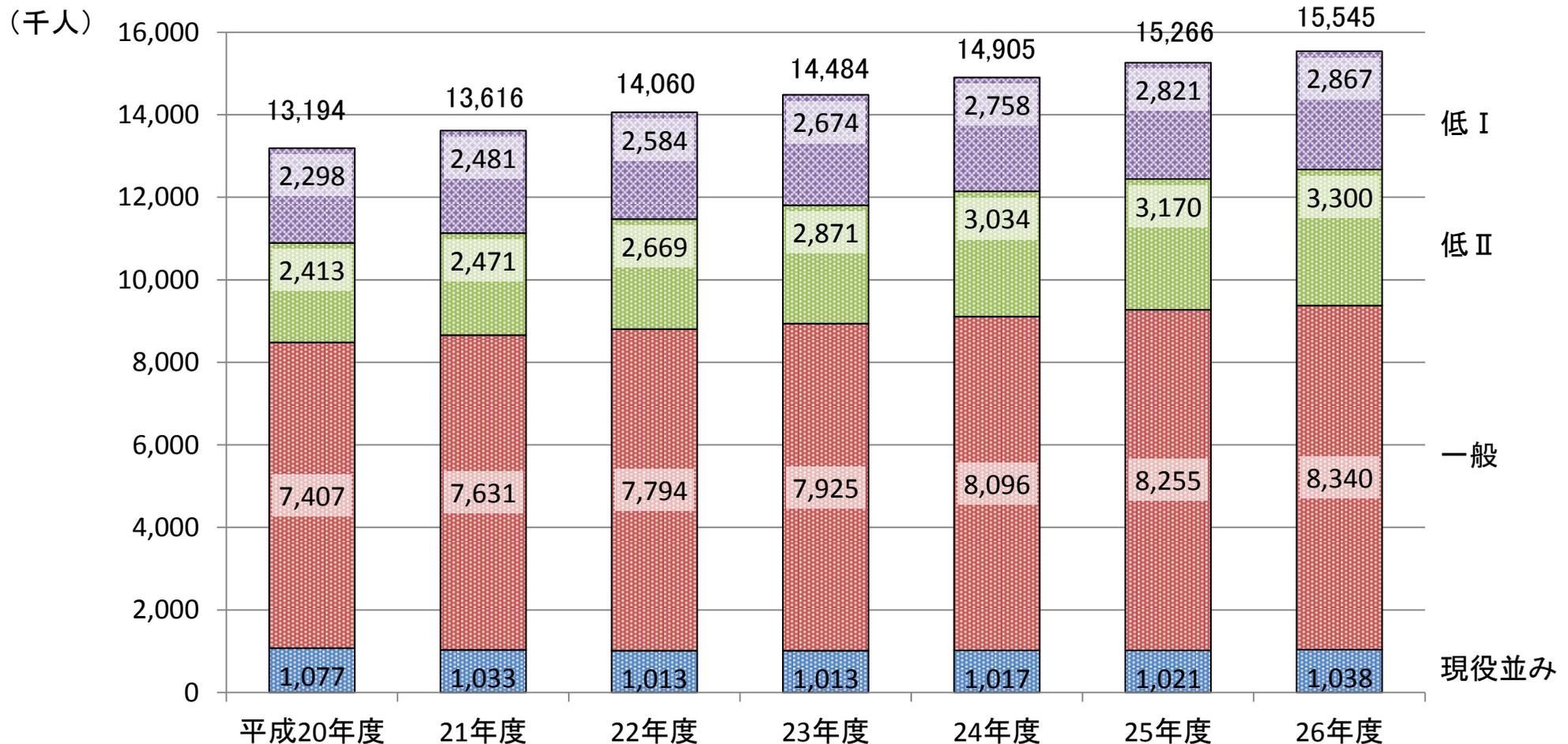
注2. 休日等の影響を補正した後の数値。

医療保険制度別の実効給付率の推移



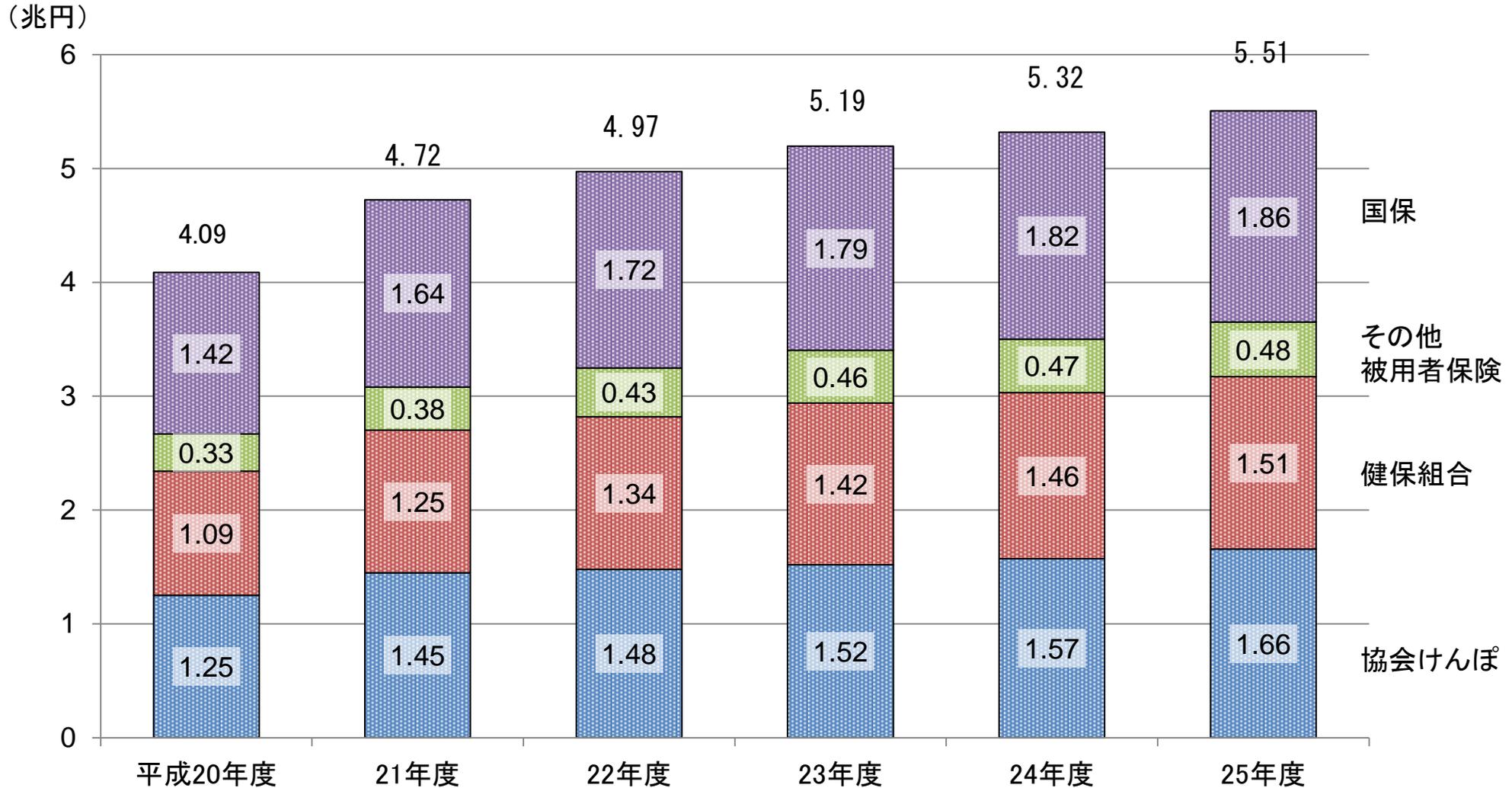
後期高齢者医療制度の被保険者数の推移

- 後期高齢者医療制度の被保険者数は、制度創設（平成20年度）以降増加しており、平成26年度は約1,555万人（約18%増）。
- 各区分の人数分布の推移をみると、現役並み区分は横ばいであるのに対し、低所得区分は約31%増加。



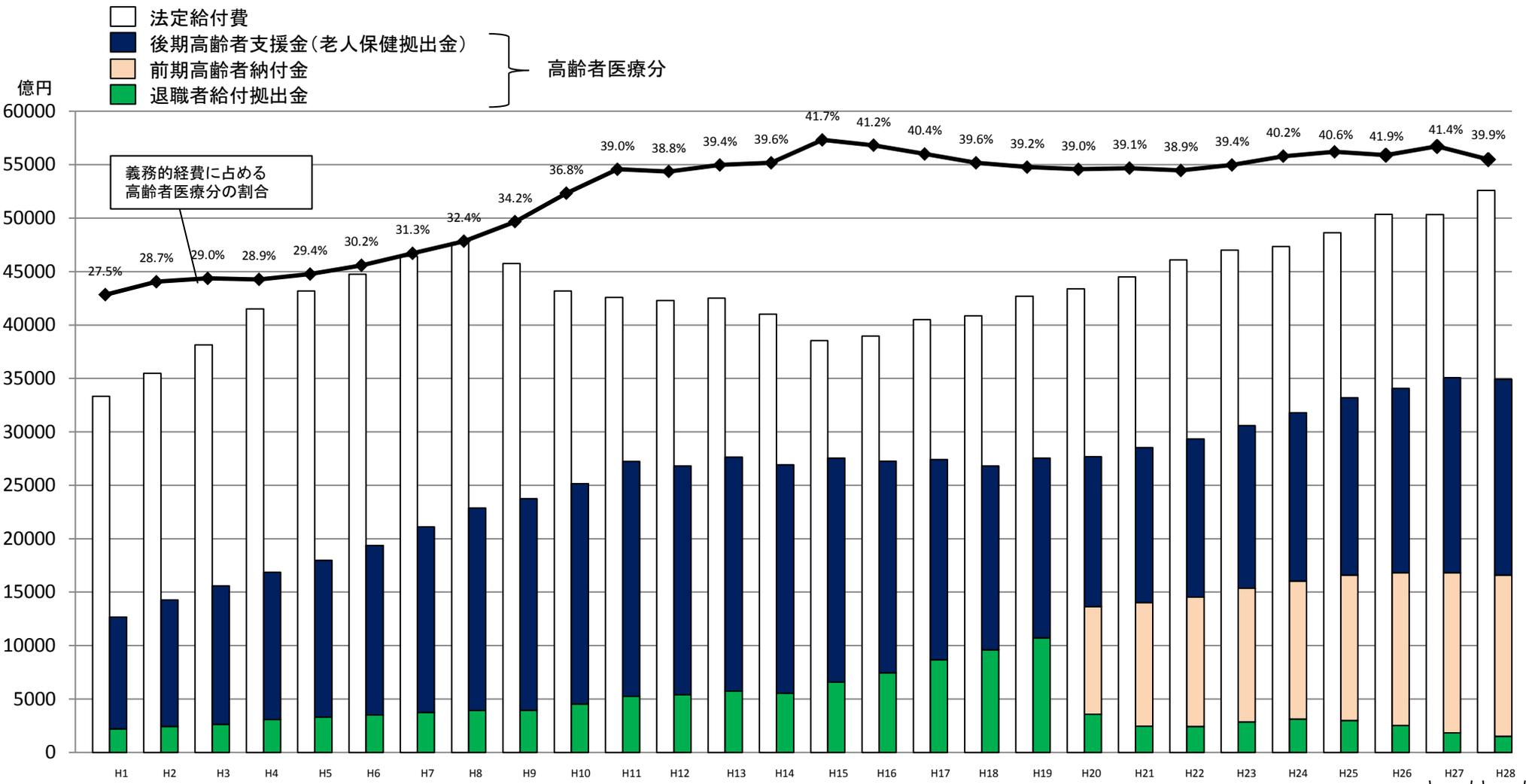
後期高齢者支援金の推移

○ 後期高齢者支援金は、制度創設(平成20年度)から6年間で約1.35倍に増加。



高齢者医療への拠出負担の推移(協会けんぽ)

○ 協会けんぽの義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、39.9%(平成28年度予算ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成26年度までは実績額を、平成27年度は概算額を、平成28年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金等は、平成26年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成27年度は概算賦課額。平成28年度は予算額。

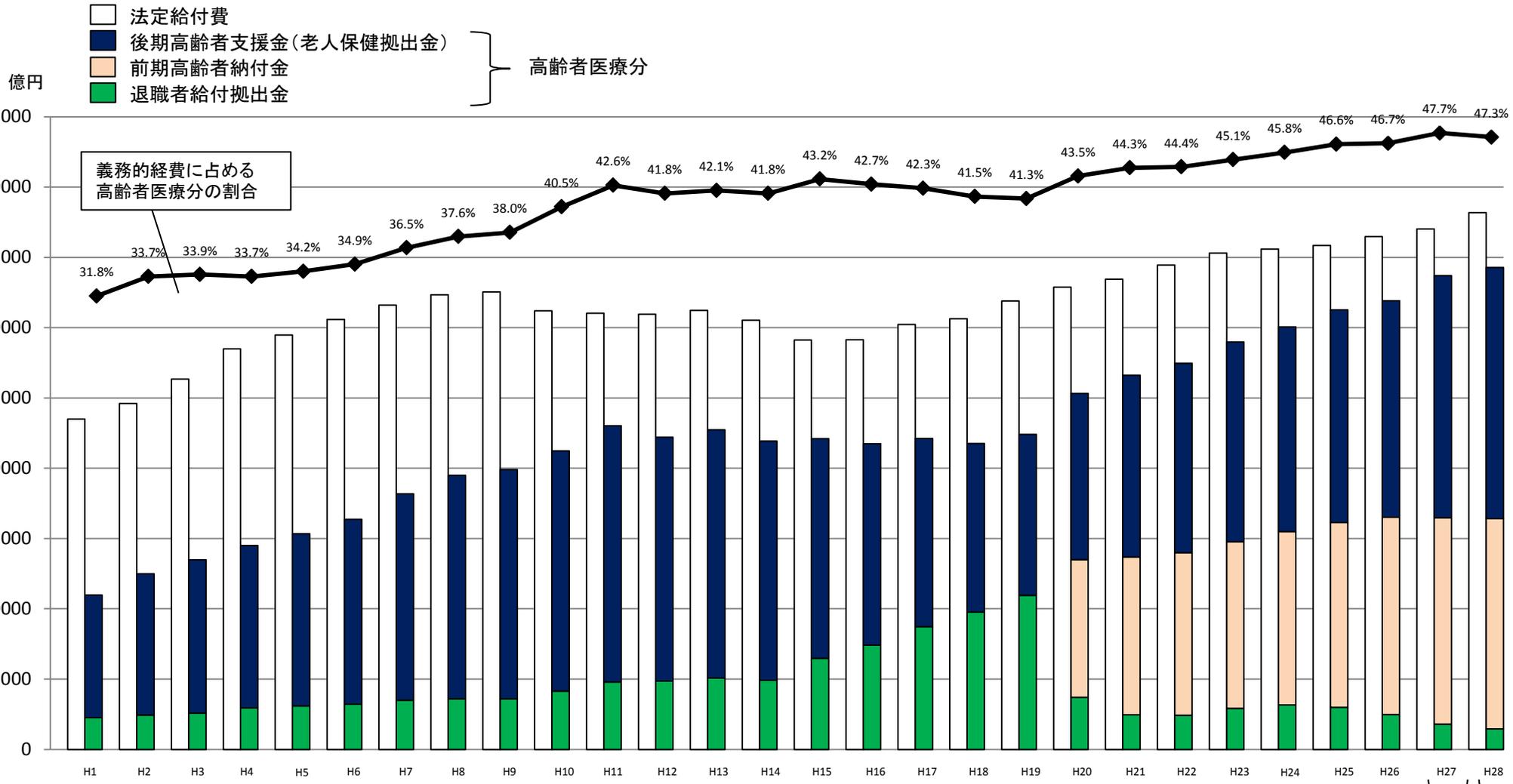
※後期支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割としている。

※前期高齢者に係る後期支援金分は前期納付金に含まれている。

(概算) (予算)

高齢者医療への拠出負担の推移(健保組合)

○ 健保組合の義務的経費に占める高齢者医療への拠出負担割合は、47.3%(平成28年度予算ベース)となっている。



※義務的経費は、法定給付費、前期高齢者納付金(平成19年度以前は退職者給付拠出金)及び後期高齢者支援金(平成19年度以前は老人保健拠出金)の合計額。

平成20年度以降については、経過措置として存続している退職者給付拠出金及び老人保健拠出金の額も含めている。

※法定給付費は、平成26年度までは実績額を、平成27年度は概算額を、平成28年度は予算額を用いている。

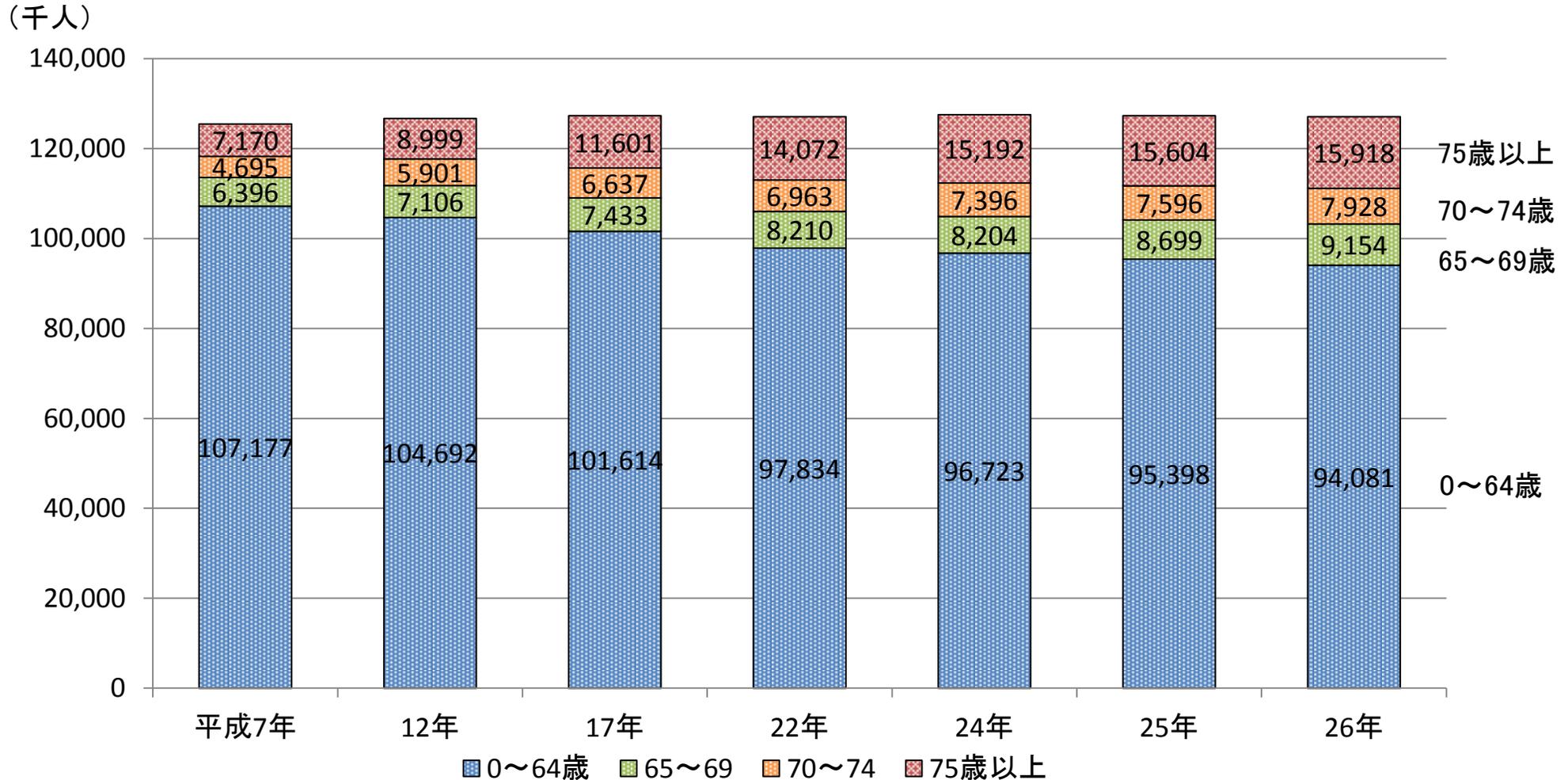
※後期高齢者支援金等は、平成26年度までは医療給付費等実績に基づいた確定賦課額。平成27年度は概算賦課額を、平成28年度は予算額を用いている。

※後期高齢者支援金について、平成20年度及び平成21年度は加入者割、平成22年度～26年度は3分の1総報酬割、平成27年度は2分の1総報酬割、平成28年度は3分の2総報酬割としている。

(概算) (予算)

年齢階級別の人口推移

○ 人口に占める高齢者の割合は年々増加しており、平成26年においては総人口の約25%が65歳以上となっている。

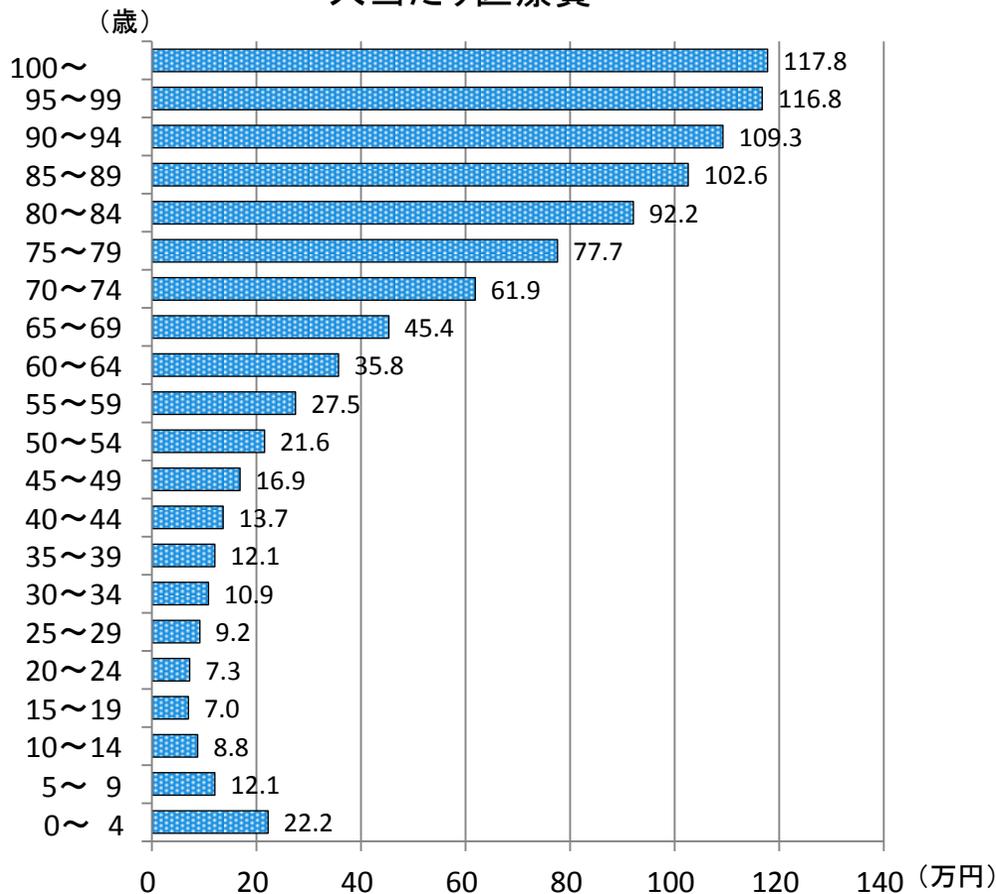


注 10月1日現在。平成7～22年は国勢調査による人口であり、総数には年齢不詳を含む。平成24～26年は国勢調査人口を基礎とした推計人口による。
 出典：総務省統計局「国勢調査結果」「人口推計」

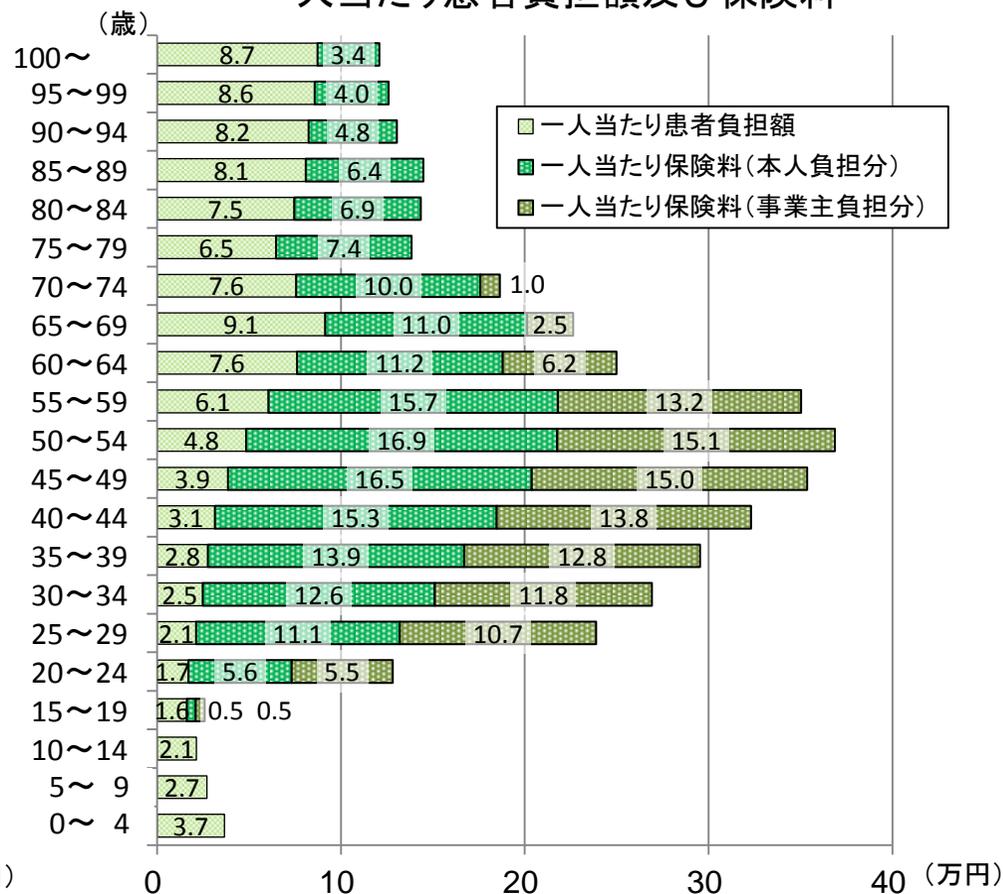
年齢階級別の1人当たり医療費・患者負担額及び保険料について

- 年齢階級別に、患者負担額に保険料を加えた負担の額をみると、現役世代の負担が多い。
- ただし、これは、高齢期に増加する医療費が、社会連帯の精神に基づく後期高齢者支援金を通じて、現役世代の保険料によっても賄われていることによるもの。

一人当たり医療費



一人当たり患者負担額及び保険料

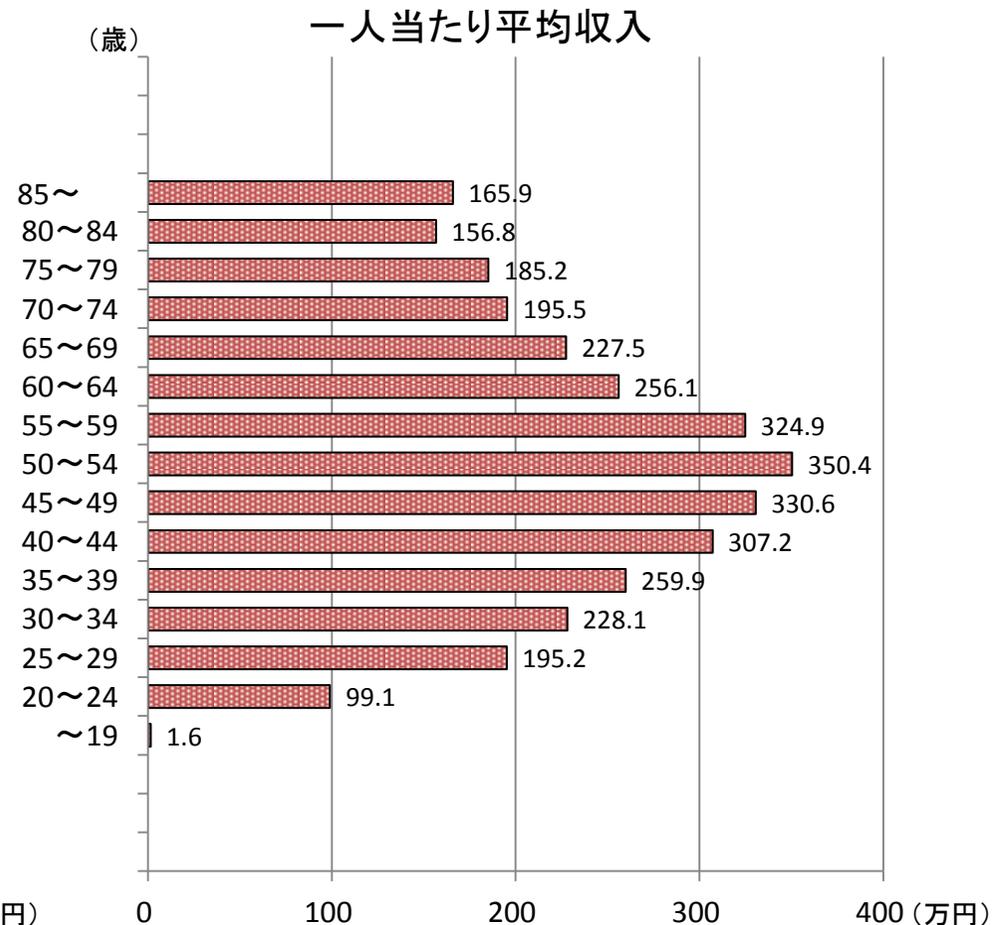
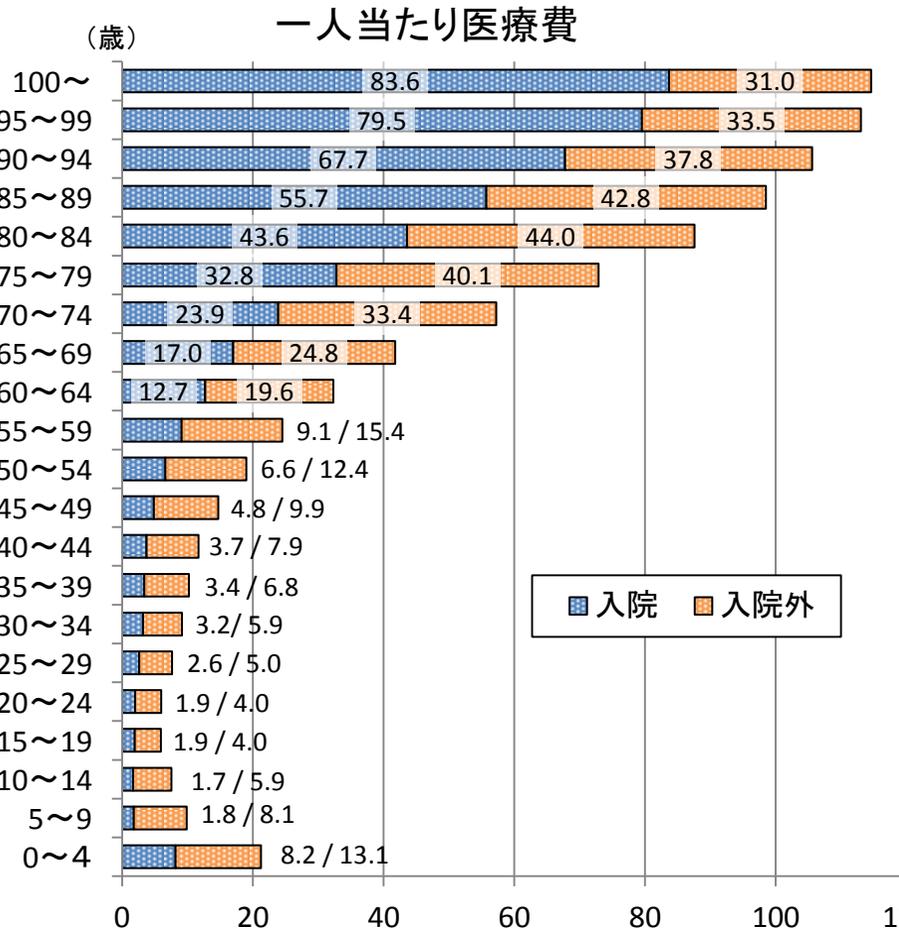


※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成25年度の数値。

※ 一人当たり患者負担額及び保険料は、「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)に基づき作成した平成25年度の数値。

年齢階級別の1人当たり医療費及び平均収入について

- 一人当たり医療費は高齢になるほど上昇し、70歳台までは入院外の割合が高いが、80歳代後半以降は入院の割合が高い。
- 一方で、一人当たり平均収入は50～54歳をピークに、高齢になるほど減少。



※ 一人当たり医療費は平成26年医療保険に関する基礎資料(厚生労働省保険局)による平成25年度の数値。

※ 一人当たり平均収入額は、平成26年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成25年の数値。

※ 入院は、診療費及び食事療養・生活療養費(医科)の費用額。外来は、診療費及び調剤の費用額。歯科診療費や訪問看護等を含まないため、合計額とは一致しない。

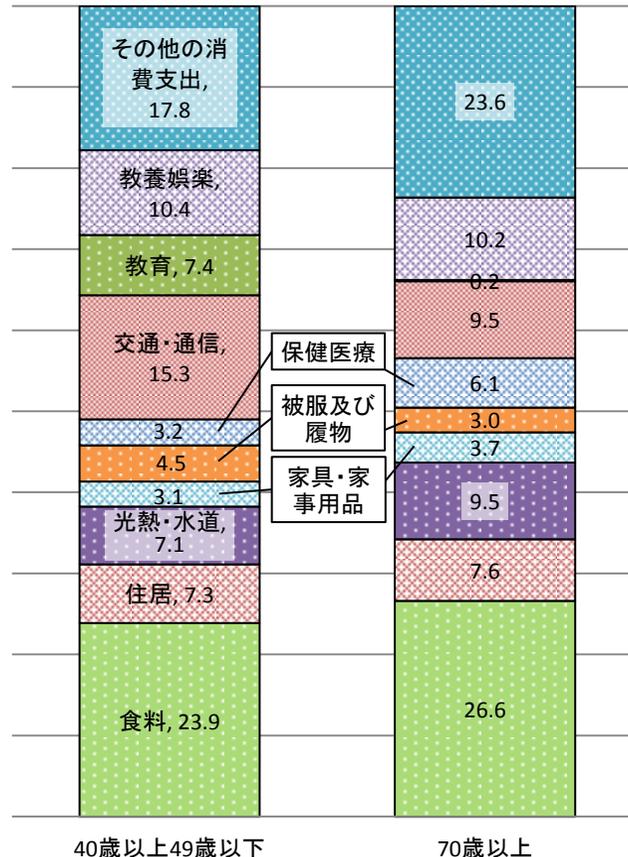
現役世代と高齢者世代の家計支出の比較

- 現役世代と高齢者世代を比較すると、非消費支出(税金や社会保険料に対する支出)の割合は現役世代の方が高い。
- また、消費支出(非消費支出以外の支出)について比較すると、医療費の支出は70歳以上が高い一方、40代は、教育費を始めとする他の支出が高い。

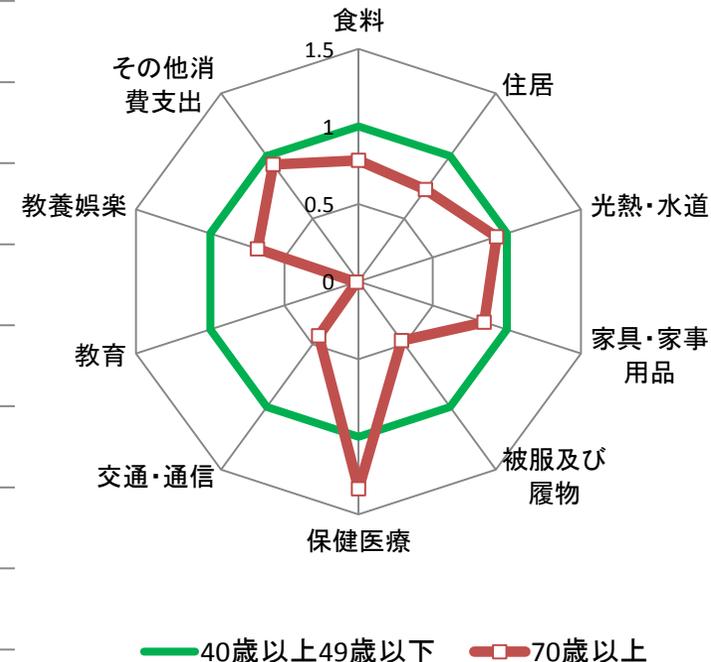
①勤労者世帯の世帯主年齢階級別
支出額(月平均) ※1

世帯主の年齢	40歳以上 49歳以下	70歳以上
消費支出	297,396円 (73.8%)	226,535円 (86.0%)
非消費支出	105,474円 (26.2%)	36,796円 (14.0%)

②総世帯の世帯主年齢階級別
消費支出内訳の割合 ※1



③世帯主40歳以上49歳以下を1としたときの70歳以上の消費支出 ※1



※1 ①は勤労者世帯で比較。また、②、③は勤労者世帯以外の世帯も含めて比較。

※2 各種用語の定義は以下のとおり。

・消費支出:いわゆる生活費のことであり、日常の生活を営むに当たり必要な商品やサービスを購入して実際に支払った金額。

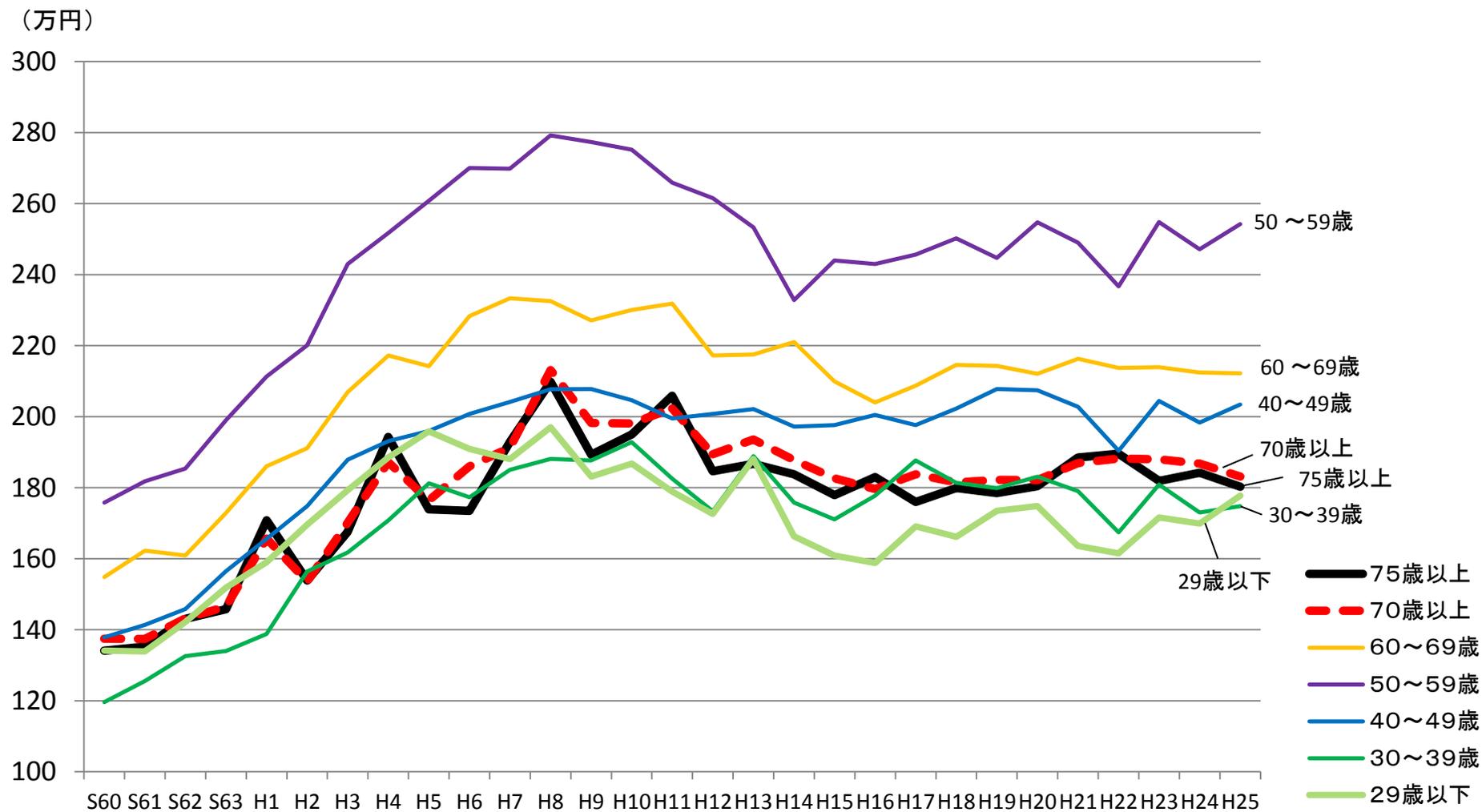
・非消費支出:税金や社会保険料など原則として世帯の自由にならない支出。

・勤労者世帯:世帯主が会社、官公庁、学校、工場、商店などに勤めている世帯(自営業を含まない)。

出典:総務省「家計調査(平成27年度速報値)」

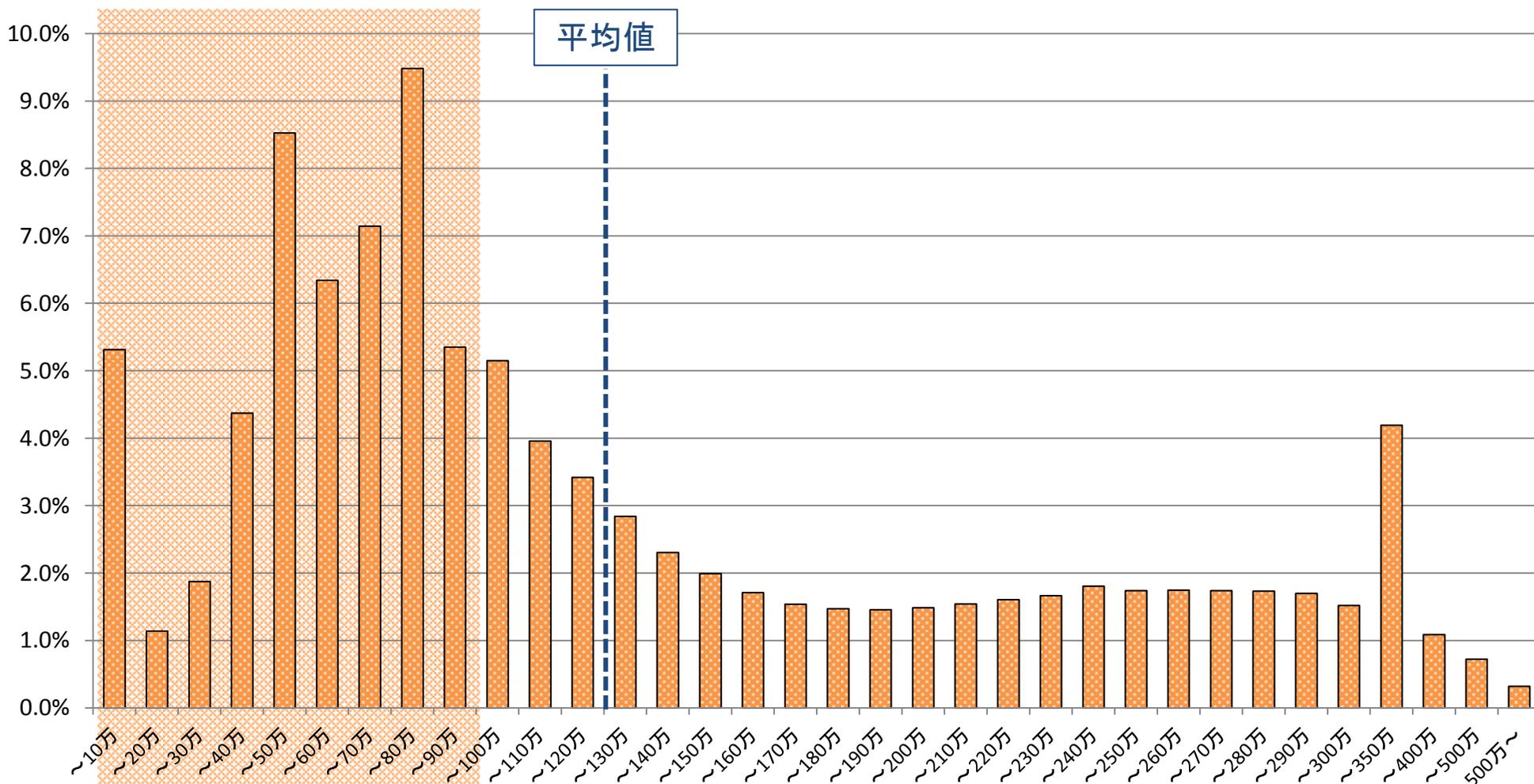
年齢階級別の平均収入額の推移

○ 70歳以上や75歳以上の者が世帯主である世帯の一人当たり収入額は、近年、若干の低下傾向。



後期高齢者医療制度における年金収入別の被保険者数の分布割合

○ 後期高齢者医療制度の被保険者の年金収入(平均年額:約126万円)をみると、基礎年金の満額水準(約80万円)以下の者が約4割を占めている。



後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告(平成27年度)を基に作成

※年金収入額とは、前年の老齢又は退職を支給事由とする公的年金等の収入金額(公的年金等控除前の額)をいう。

※所得不詳の被保険者を除いて集計している。

年齢階級別の負担状況①

- 高齢者の医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、自己負担額の医療費に占める割合は高齢者のほうが低い。
- 収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

1人当たり医療費と自己負担

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	自己負担額(年)	医療費に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		93.0万円	7.5万円	8.0%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	57.3万円	7.3万円	12.7%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	7.8%
65～69歳(3割)		42.5万円	9.0万円	21.2%
20～64歳(3割)		17.6万円	3.9万円	22.3%

平均収入に対する自己負担の割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	自己負担額(年)	収入に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		172万円	7.5万円	4.4%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	196万円	7.3万円	3.7%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	2.3%
65～69歳(3割)		228万円	9.0万円	4.0%
20～64歳(3割)		275万円	3.9万円	1.4%

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成25年度の値。

※3 平均収入額は、平成26年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成25年の数値。

年齢階級別の負担状況②

- 自己負担額に保険料負担を加えた場合の収入に占める負担の割合をみると、保険料の事業主負担分を含めても、現役世代が約9～10%となっているのに対して、高齢世代が約8～9%となっている。

平均収入に対する負担(自己負担+保険料)の割合

年齢(負担割合)		平均収入(年)	自己負担+保険料 ^{※4} (年)	収入に対する自己負担+保険料 ^{※4} の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		172万円	14.2万円	8.3%
70～74歳 ^{※1}	法定2割 (現役並み所得3割)	196万円	18.4万円 (17.3万円)	9.4% (8.8%)
	1割凍結 (現役並み所得3割)		15.5万円 (14.5万円)	7.9% (7.4%)
65～69歳(3割)		228万円	22.5万円 (20.0万円)	9.9% (8.8%)
20～64歳(3割)		275万円	29.0万円 (17.3万円)	10.6% (6.3%)

※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※2 一人あたり医療費、自己負担額は、各制度の事業年報等をもとに作成した平成25年度の値。

※3 平均収入額は、平成26年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成25年の数値。

※4 カッコ内の数値は、保険料について事業主負担分を除いた場合の数値。

高額療養費制度の概要

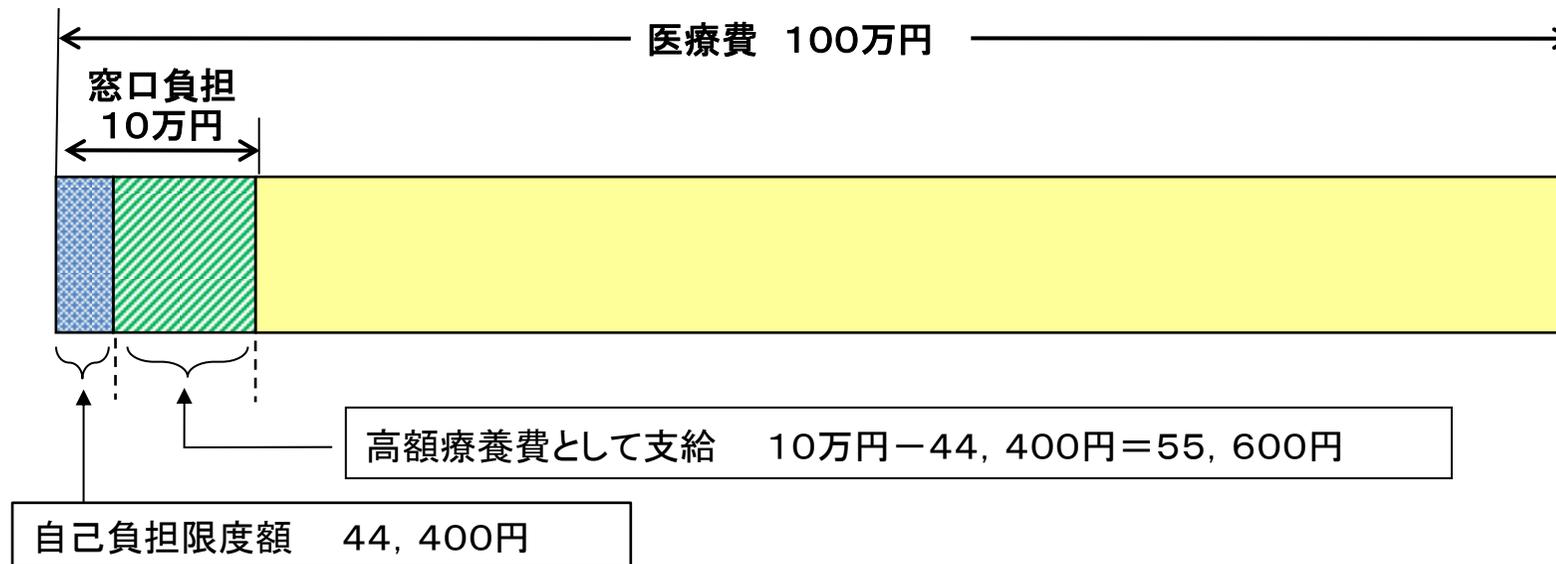
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものにならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

○ 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳以上・一般区分の場合（1割負担）



（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額(現行)

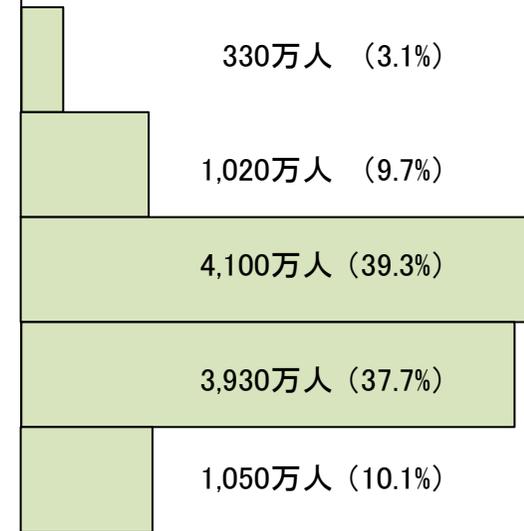
(平成27年1月～)

70歳未満

	負担割合	月単位の上限額 (円)
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600+ (医療費-842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+ (医療費-558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+ (医療費-267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>

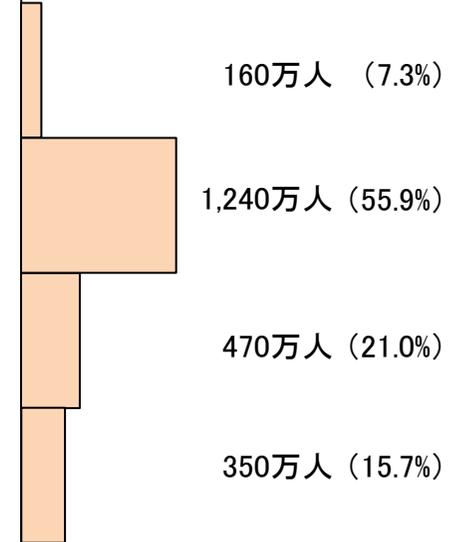
加入者数(※5)

()は年齢区分ごとに占める割合



70歳以上

収入区分	負担割合	該当者数(満年度・推計)	
		外来(個人ごと)	計
現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保・後期：課税所得145万以上	3割	44,400 (10万人)	計30万人
一般(～年収約370万円) 健保：標報26万円以下(※1) 国保・後期：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70-74歳 2割(※3)	12,000 (※4) (270万人)	計390万人
住民税非課税		24,600 (190万人)	計230万人
住民税非課税 (所得が一定以下)		8,000 (130万人)	計170万人
	75歳以上 1割		



※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

※4 2割負担の場合は62,100円(外来24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。

※5 加入者数は一定の仮定を置いた粗い推計(平成25年度加入者ベース)。

高額療養費及び窓口負担の見直しに関する経緯

○昭和48年10月 被扶養者について高額療養費制度を創設

○昭和56年3月 被保険者(低所得者)について高額療養費制度を創設

○昭和59年10月 被保険者(低所得者以外)について高額療養費制度を創設
世帯合算方式、多数回該当を創設

○平成13年1月 70歳未満について上位所得者区分を創設。一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算。
70歳以上の患者負担割合を1割に設定(高齢者への一部負担金導入)
月額上限制(個人単位)と高額医療費支給制度(世帯単位)を導入

○平成14年10月 定率1割負担の徹底(一定以上所得者定率2割負担)
世帯単位の高額医療費支給制度に統一(外来については個人単位の限度額を設定)。

○平成18年10月 限度額について見直し

○平成26年4月 平成26年4月に新たに70歳になる者から、段階的に法定負担割合(2割)
平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続
低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く

○平成27年1月(平成25年度に見直し)
70歳未満について所得区分細分化(3段階→5段階)、自己負担限度額の見直し

高齢者の高額療養費の自己負担限度額の考え方

[70歳以上]

		自己負担限度額（1月当たり）	
		外来（個人ごと）	
現役並み所得者		44,400円 ^⑤	80,100円＋ （医療費－267,000円）×1% 〈多数回該当※44,400円〉 ^①
一般		12,000円 ^⑥	44,400円 ^②
低所得者	住民税非課税	8,000円 ^④	24,600円 ^③
	住民税非課税 （所得が一定以下）		15,000円 ^④

※過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当

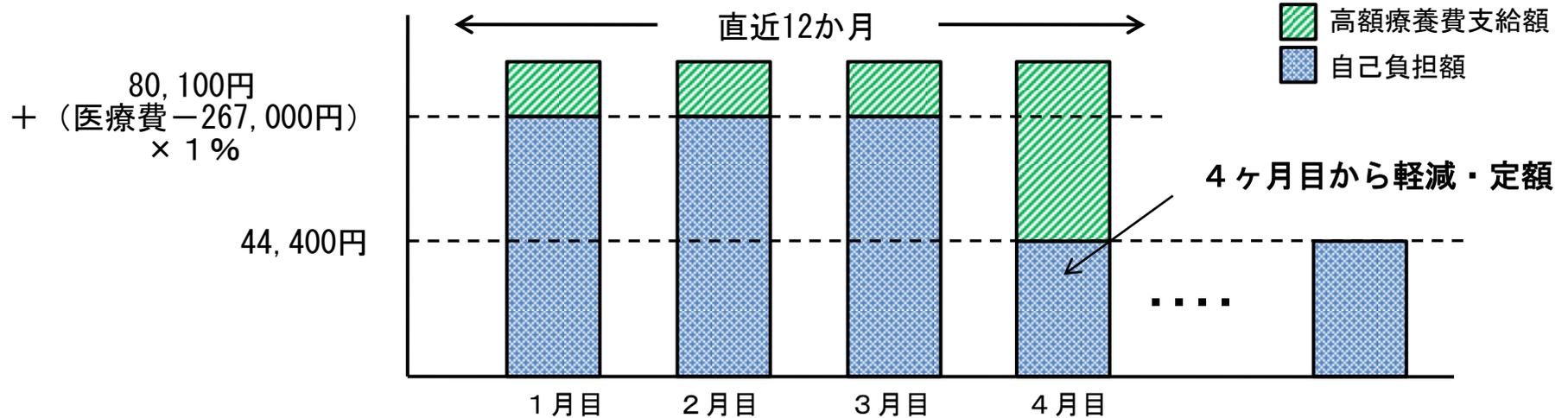
所得区分要件・限度額設定の考え方

- ①現役並み所得者については、現役世代との負担の均衡を踏まえ、70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせて設定。
- ②一般の者については、高齢者には長期入院が多いこと等を踏まえ、70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて設定。
- ③70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定。
- ④平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き。
- ⑤現役並み所得者の外来の限度額は、一般の自己負担限度額と同額に設定。
- ⑥一般の外来限度額は、患者毎の医療費分布をもとに、統計的な例外値である上位3%ラインにおける患者負担の水準に設定。

高額療養費の多数該当の仕組み

- 同一世帯で、直近12か月間に高額療養費が支給された月が3か月以上になった場合は、4か月目から自己負担限度額が軽減された定額となる。

<70歳以上／一般区分の場合>



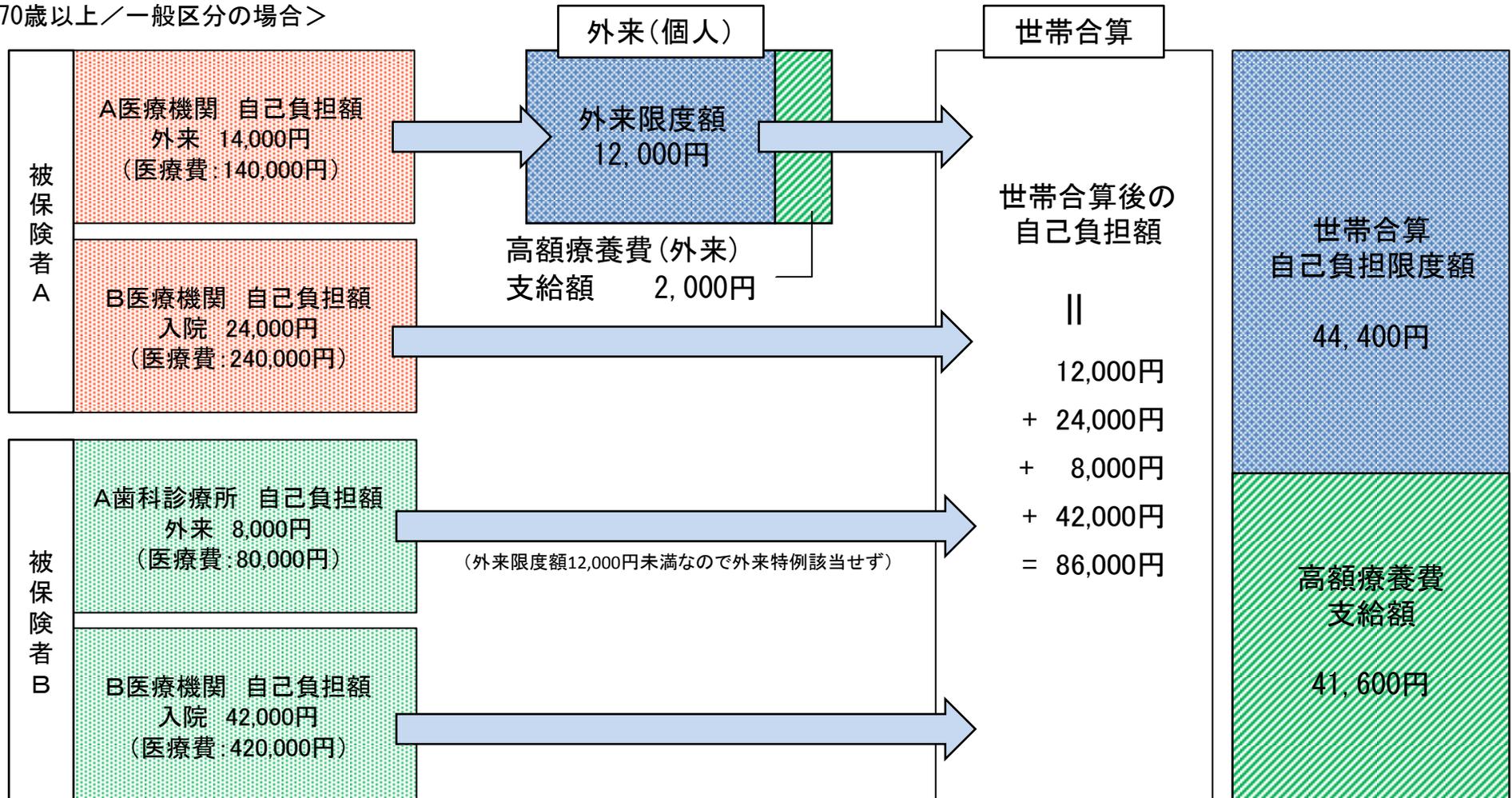
69歳以下	所得区分	軽減前の自己負担限度額	➔	多数回該当の場合	
	年収約1160万円～	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%		140,100円	
	年収約770～1,160万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%		93,000円	
	年収約370～770万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円	
	～年収約370万円	57,600円		44,400円	
低所得者	35,400円	24,600円			
70歳以上	所得区分	軽減前の自己負担限度額	➔	多数回該当の場合	
	現役並み所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円	

(注) 「一般」や「低所得者」の区分の方については、多数回該当の適用はない。

高額療養費制度における世帯単位の合算の仕組み

- 病院の窓口で支払う1か月の自己負担額（※）について、同じ医療保険に加入する家族について世帯単位で合算を行い、合算額からその世帯における自己負担限度額を控除した額を高額療養費として支給する。
- 70歳以上の場合であって、同じ月に入院と外来の両方を受診している場合、まず外来分の高額療養費を計算した後、外来の自己負担額（限度額と同額）と入院の自己負担額を世帯で合算する。

<70歳以上／一般区分の場合>



※ 70歳未満の場合、合算対象基準額（レセプト1件あたり21,000円）以上のものについて合算される。

高齢者の高額療養費における外来上限の考え方について

○ 70歳以上の高齢者の外来上限は、平成14年10月から、それまで設けられていた外来の月額上限を廃止し、定率1割負担の徹底を行った際に、

- ① 高齢者は外来の受診頻度が若年者に比べて高いこと
 - ② 高齢者の定率1割負担を導入してから間もない(平成13年1月から実施)こと
- 等を考慮して、設けられたもの。

≪限度額設定の考え方≫

【現役並み所得者】 一般の自己負担額と同額に設定。

【一般】 患者毎の医療費分布をもとに、統計的な例外値である上位3%ラインにおける患者負担の水準(平成14年改正時12,000円)に設定。

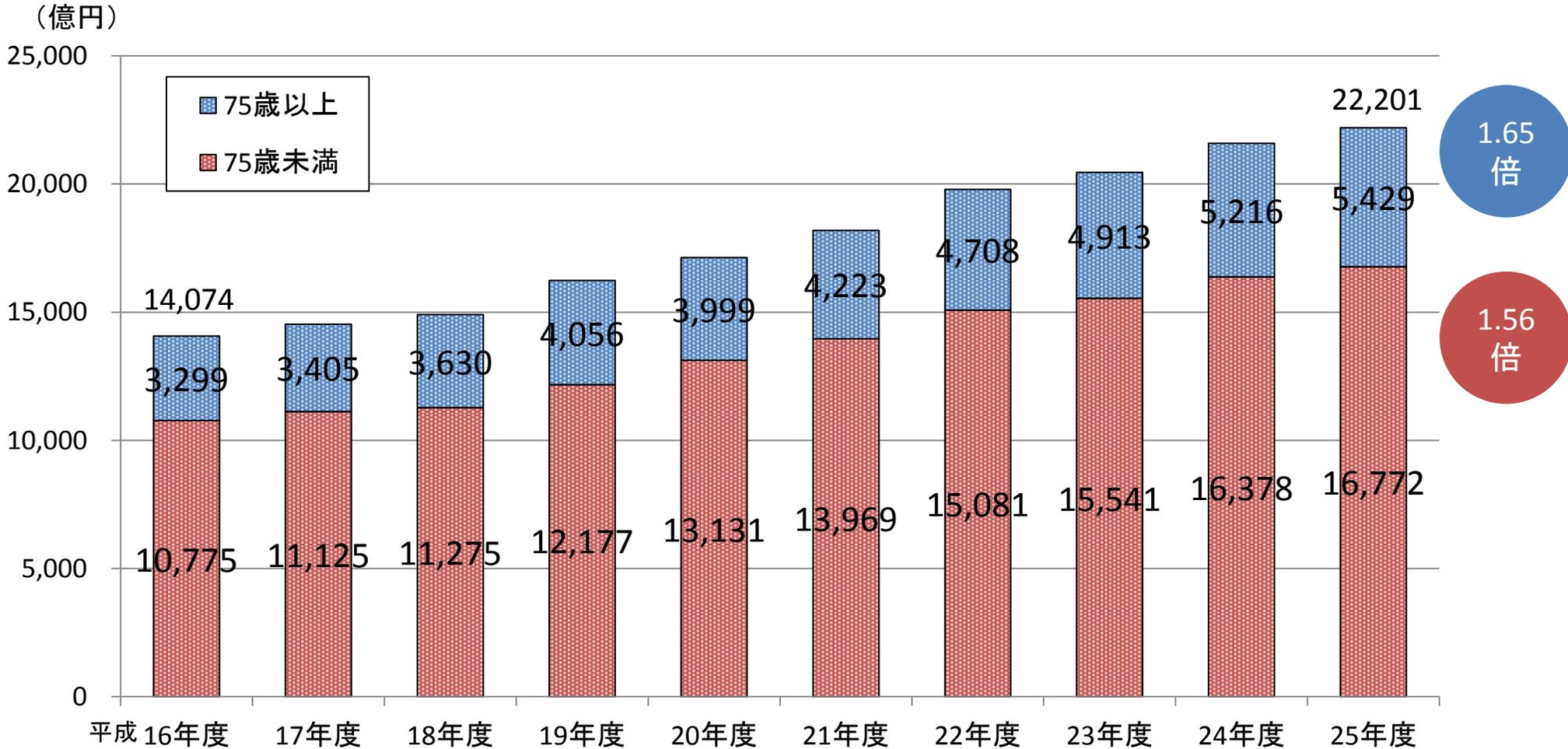
【低所得者】 自己負担限度額が一般のものに占める割合(平成14年改正当時61%)を踏まえ、一般の概ね2/3の水準に設定。

[70歳以上の自己負担限度額(現行)]

		外来 (個人ごと)	自己負担限度額 (1月当たり)
現役並み所得者		44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数回該当※44,400円〉 ※ 過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当
一般		12,000円	44,400円
低所得者	住民税非課税	8,000円	24,600円
	住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

高額療養費の支給額の推移

- 高額療養費の支給額は、全体的に増加傾向（10年間で約1.58倍）。
- 75歳未満の支給額は10年間で約1.56倍であるのに対し、75歳以上は約1.65倍となっている。



出典：医療保険に関する基礎資料～平成25年度の医療費等の状況～（厚生労働省保険局）

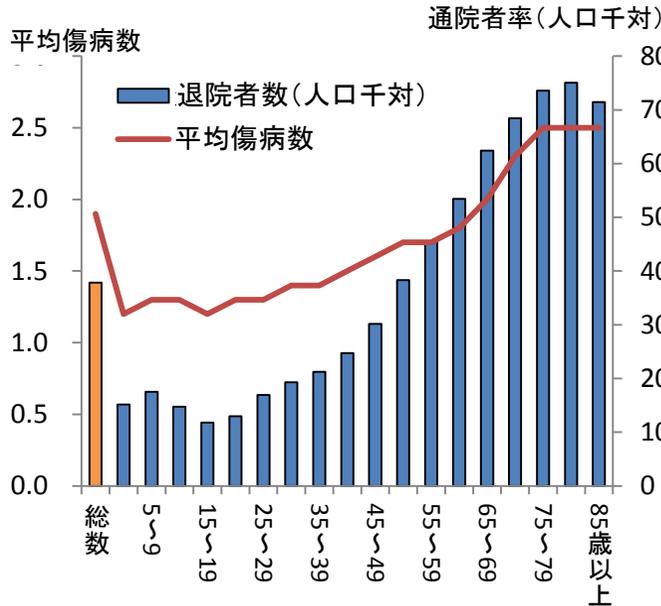
※老人医療の対象年齢の引き上げに伴い、平成16年度の75歳以上には、75歳未満の支給額も含まれている。

年齢別の傷病数、投薬数、入院期間

- 年齢の上昇にしたがい、
 - 平均傷病数及び通院率が増加
 - 処方される薬剤数が増加
 - 入院期間が長い患者の割合が増加し、1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。

年齢別平均傷病数と通院者率

○ 高齢になるほど、平均傷病数および通院者率は増加する。



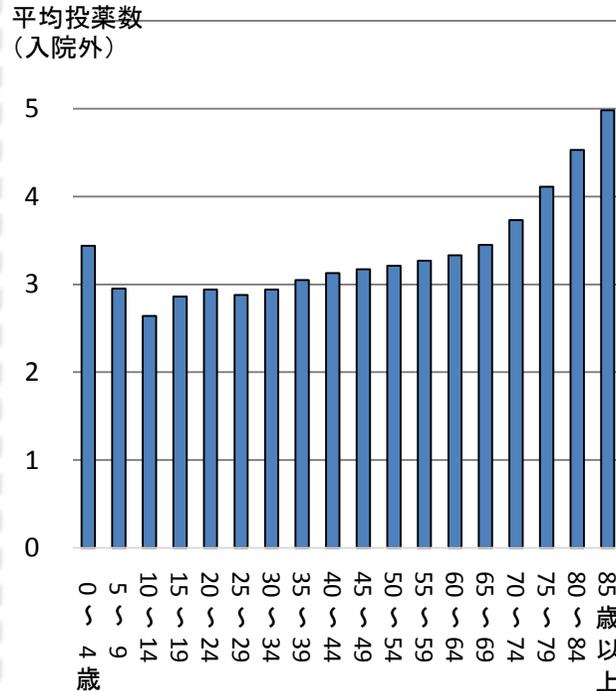
※通院者率

$$= \frac{\text{通院者数}}{\text{世帯人員数}} \times 1,000$$
 ※ 通院者とは、世帯員(入院者を除く。)のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者をいう。(往診、訪問診療を含む。)
 ※ 通院者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

出典:平成25年 国民生活基礎調査を基に医療課で作成

年齢別平均投薬数

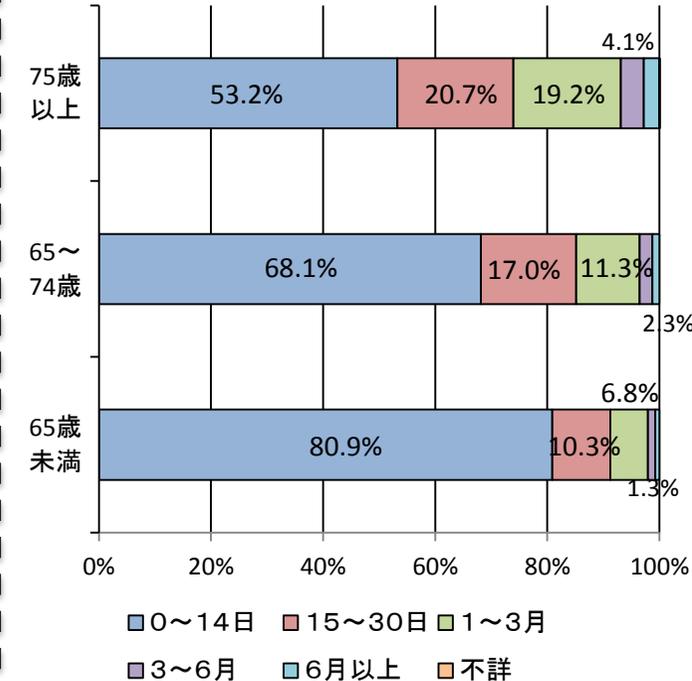
○ 高齢になるほど、投薬される薬剤数が増加する。



出典:社会保険医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)第50表

年代別にみた入院期間

○ 高齢になるほど入院期間が長い患者の割合が増加する。
 ○ 1か月以上の入院は、75歳以上では3割を占める。

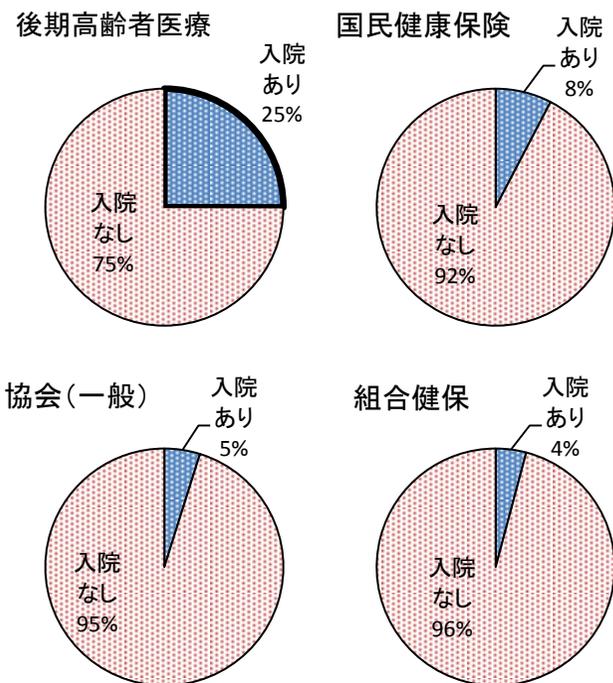


出典:患者調査(平成26年)

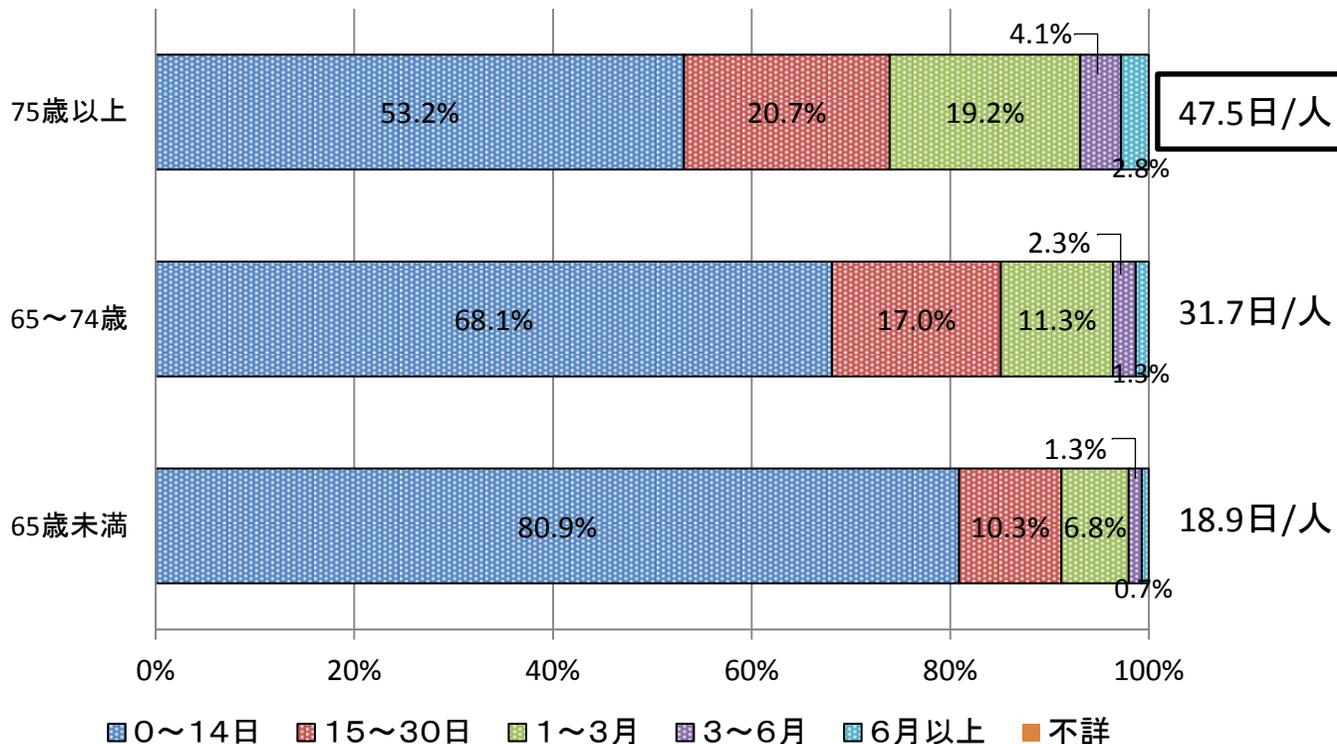
入院の受診動向及び年代別にみた在院期間等

- 1年のうち入院したことのある患者の割合は、被用者保険及び国民健康保険では10%未満であるのに対し、後期高齢者医療は25%となっている。
- 高齢になるほど在院期間は長くなり、平均在院日数も長くなっている。

年間で入院した患者の割合



年代別にみた在院期間及び平均在院日数



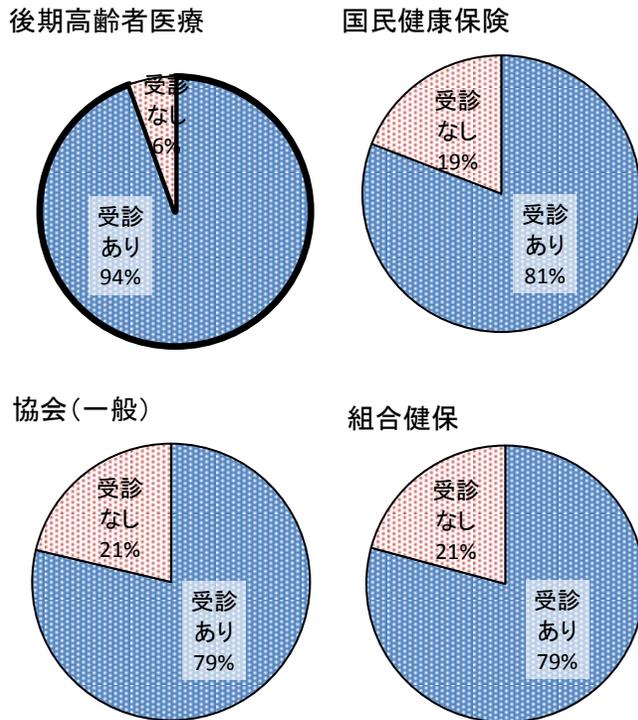
出典: 医療給付費実態調査(平成25年度)
 (注) 名寄せしたレセプトについて、平成25年度中に入院が発生した場合は「入院あり」となる。

出典: 患者調査(平成26年)
 (注) 1. 平成26年9月に退院した患者について、その入院期間を集計したもの(抽出、推計値)。
 2. 年代別に見た平均在院日数は、患者調査(平成26年度)による推計退院患者数及び退院患者の平均在院日数を基に高齢者医療課で推計したもの。

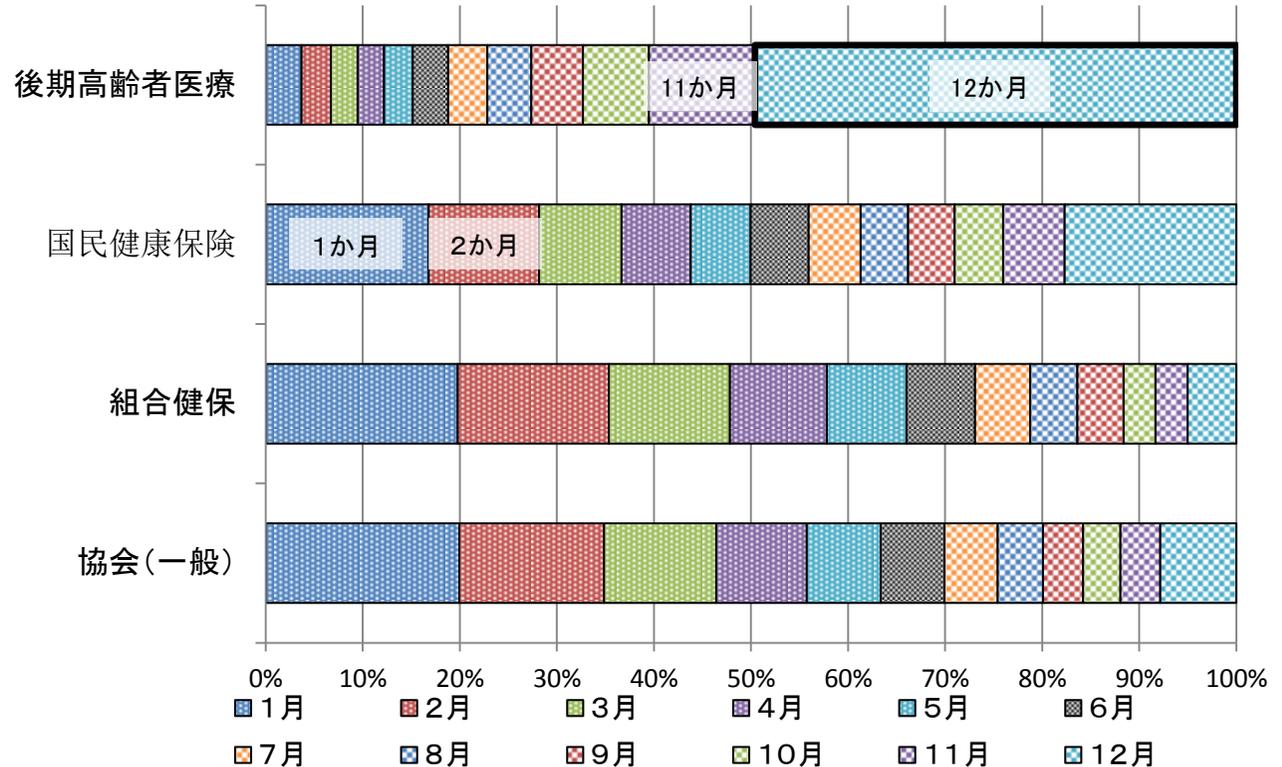
外来の受診動向

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2月以下だったのは、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療は1割。
- 後期高齢者医療では、外来受診者のうち5割弱の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



出典: 医療給付費実態調査(平成25年度)

(注) 1. 集計対象は、協会(一般)、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

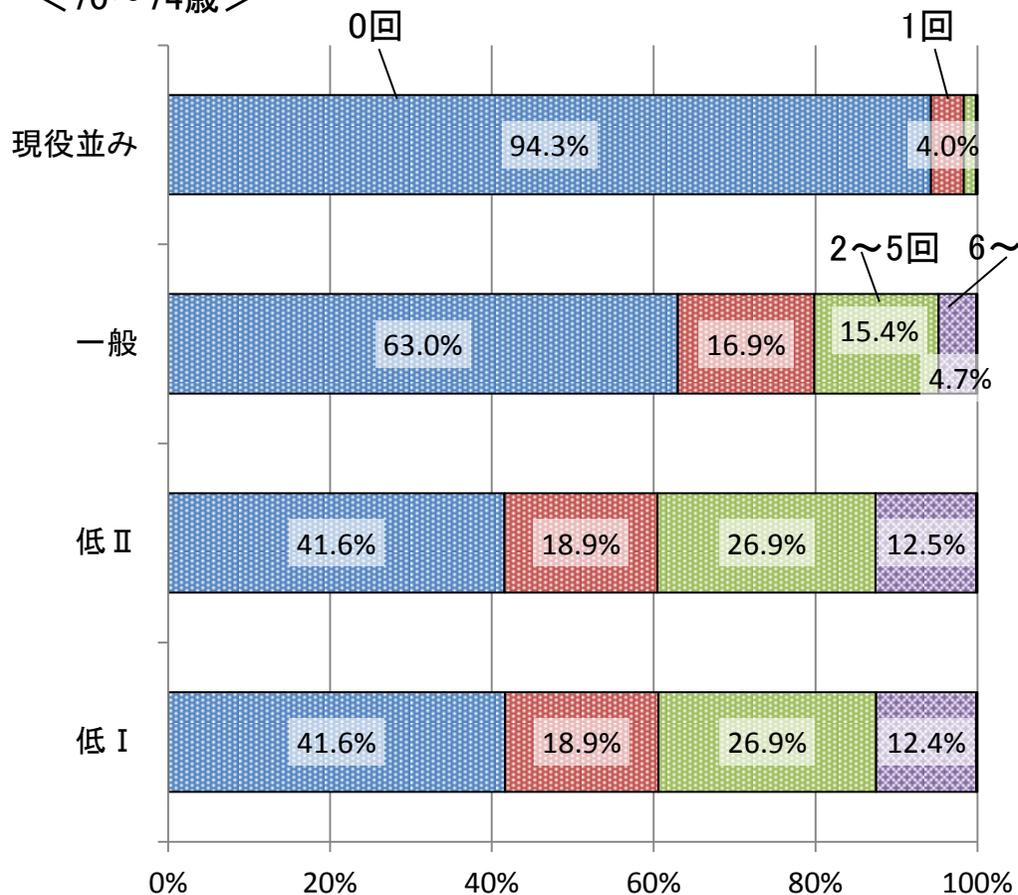
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したのから、平成25年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

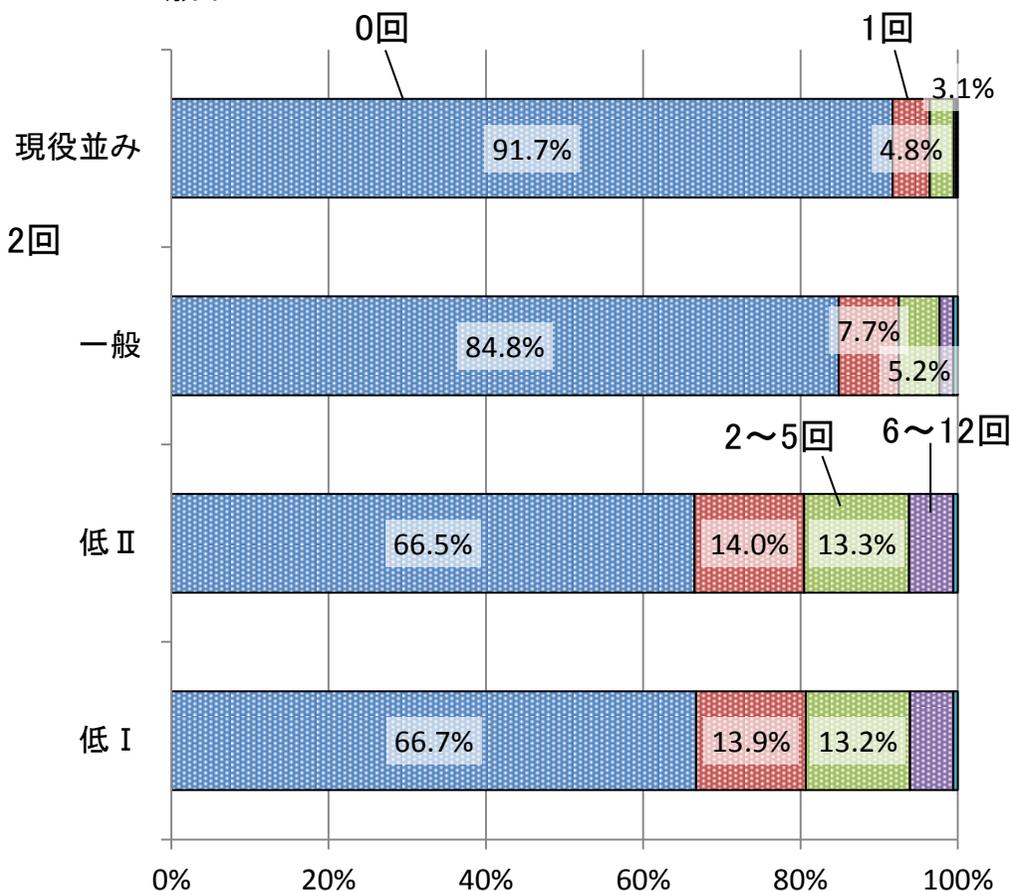
外来特例に該当した人の年間該当数

- 70～74歳で年に1回以上外来特例に該当する者は、低所得者は約6割、一般区分は4割以下、現役並みは1割以下となっている。
- 75歳以上で年に1回以上外来特例に該当する者は、低所得者は約3割、一般区分は2割弱、現役並みは1割未満となっている。

<70～74歳>

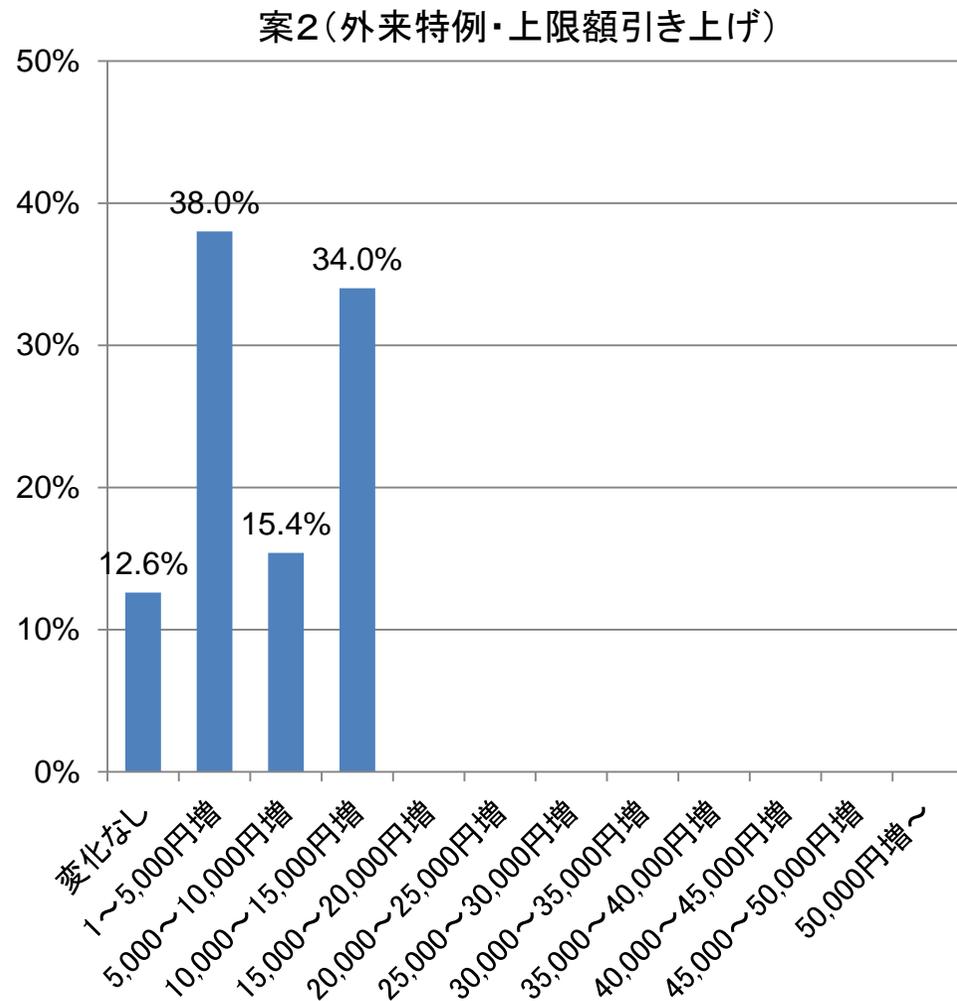
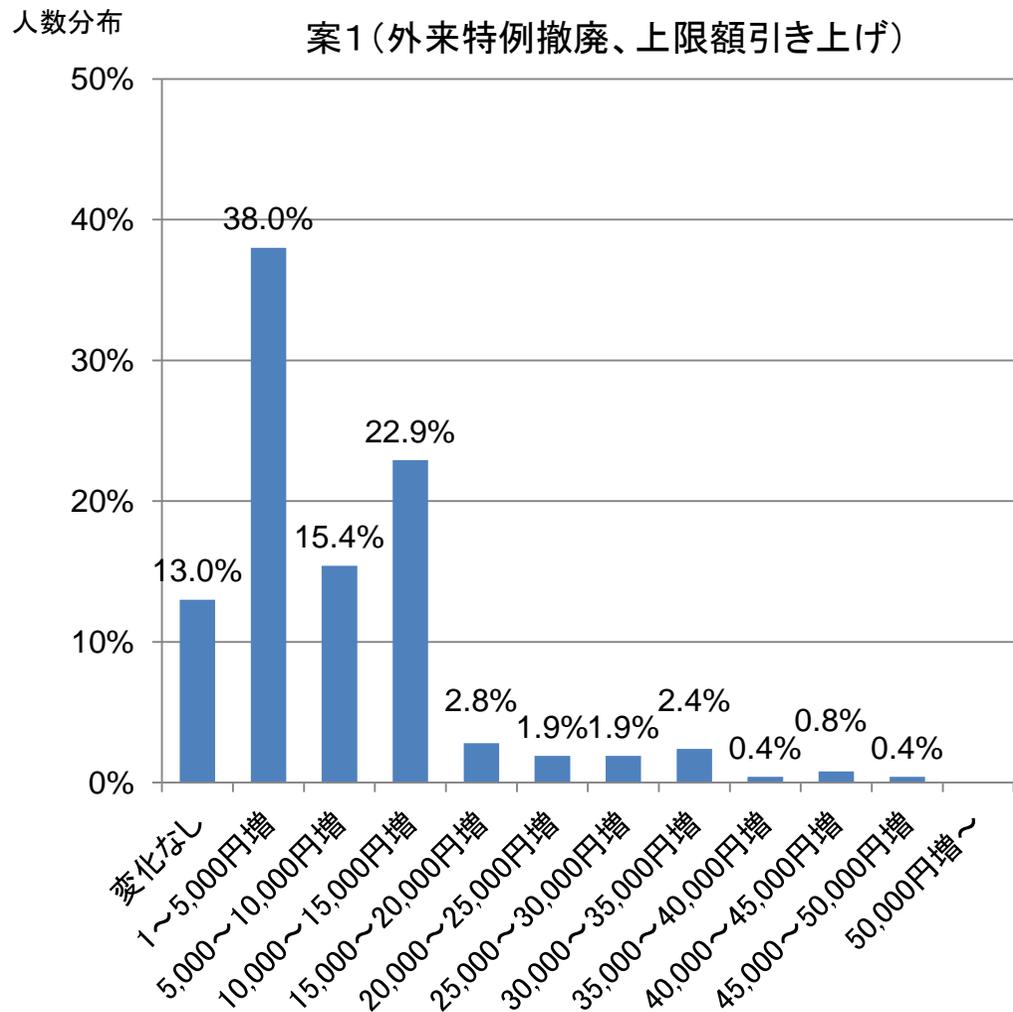


<75歳以上>



高額療養費制度の見直しに伴う負担の変化（70歳以上・一般区分の例）

- 70歳以上の一般区分について、特定月において高額療養費制度に該当する者の、見直しに伴う負担の変化を図に表した（高額療養費に該当しない者は除かれている）。
- 高額療養費制度の見直し案1、2について、現行の自己負担額と、見直し案の第2段階（平成30年8月～）における自己負担額を比べた際の変化額の分布。

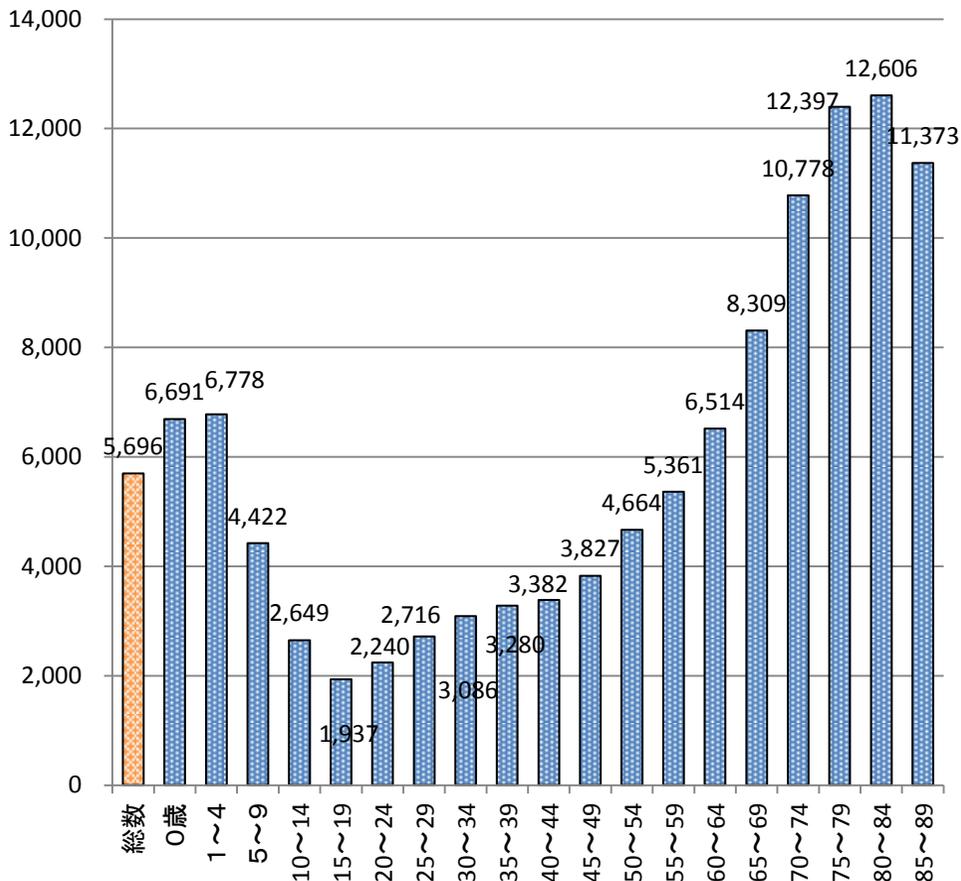


高齢者の心身の特性（疾病特性等）（1）

○ 疾病全体で見ると、入院受療率は後期高齢期になって増加する傾向にあり、また、外来受療率は壮年期から加齢に伴い増加する傾向にある。

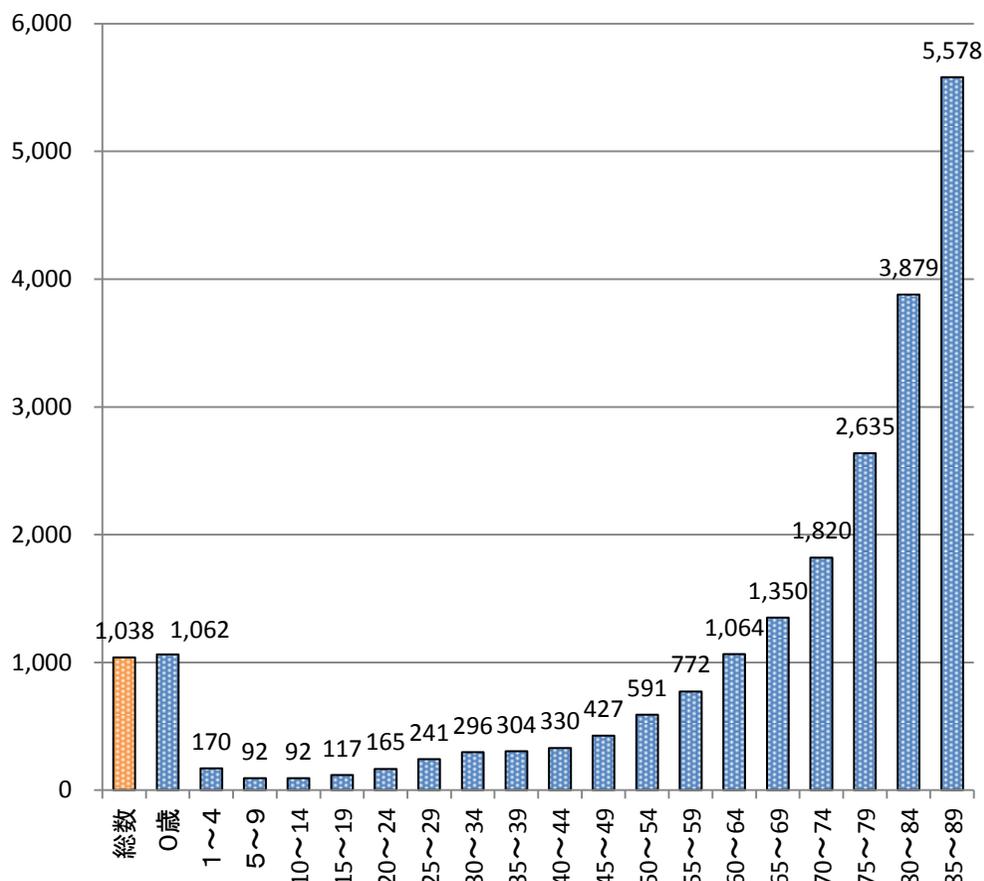
年齢階級別の受療率(外来)

(人口10万対)



年齢階級別の受療率(入院)

(人口10万対)

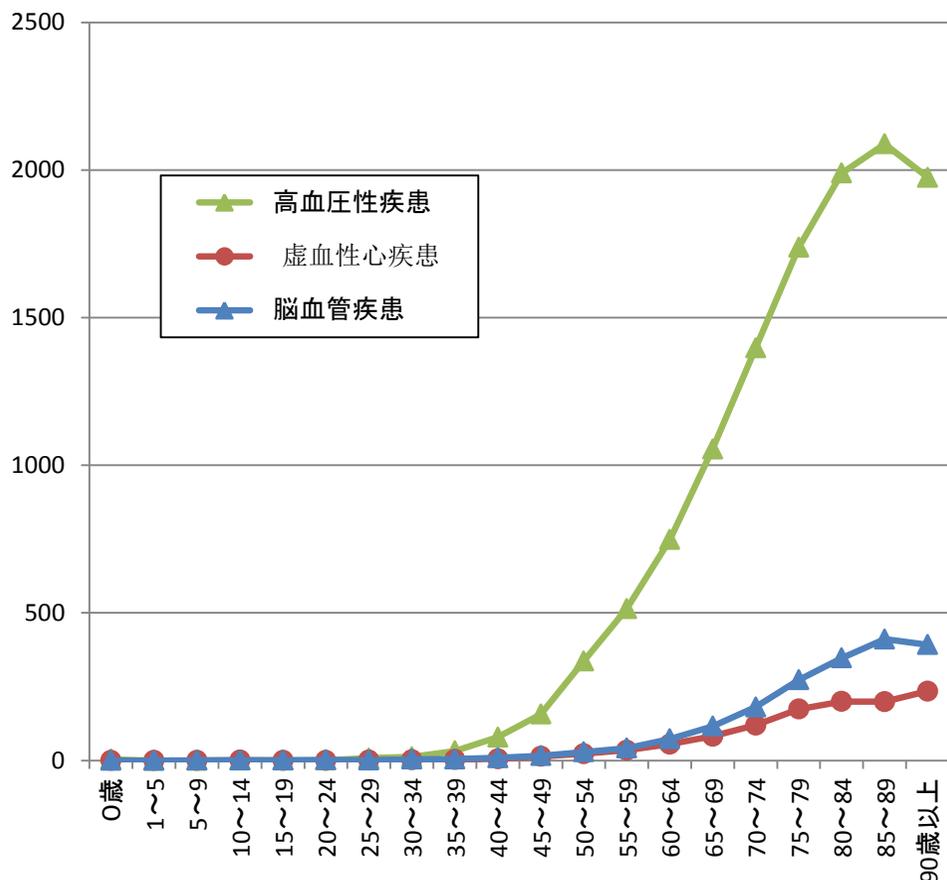


高齢者の心身の特性（疾病特性等）（2）

- 疾病の中でも高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患は、外来において壮年期から、入院受療率は後期高齢者になって増加する傾向がある。

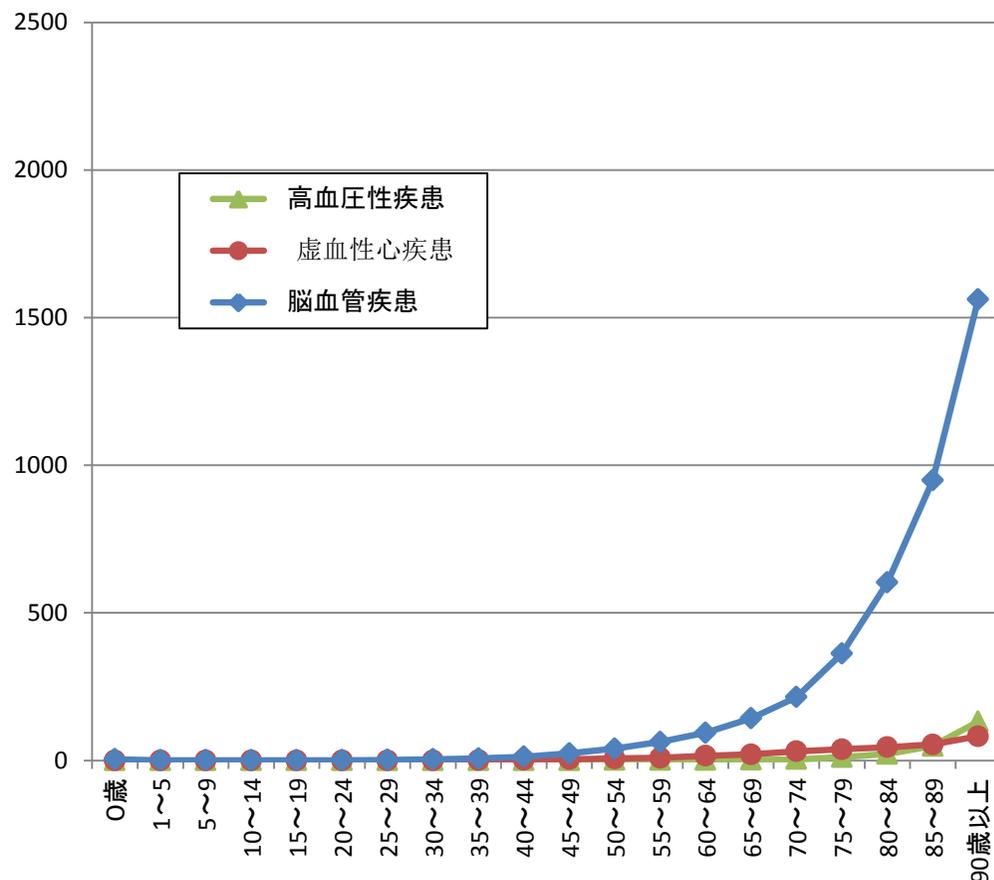
年齢階級別の受療率（外来）

受療率（人口10万対）



年齢階級別の受療率（入院）

受療率（人口10万対）

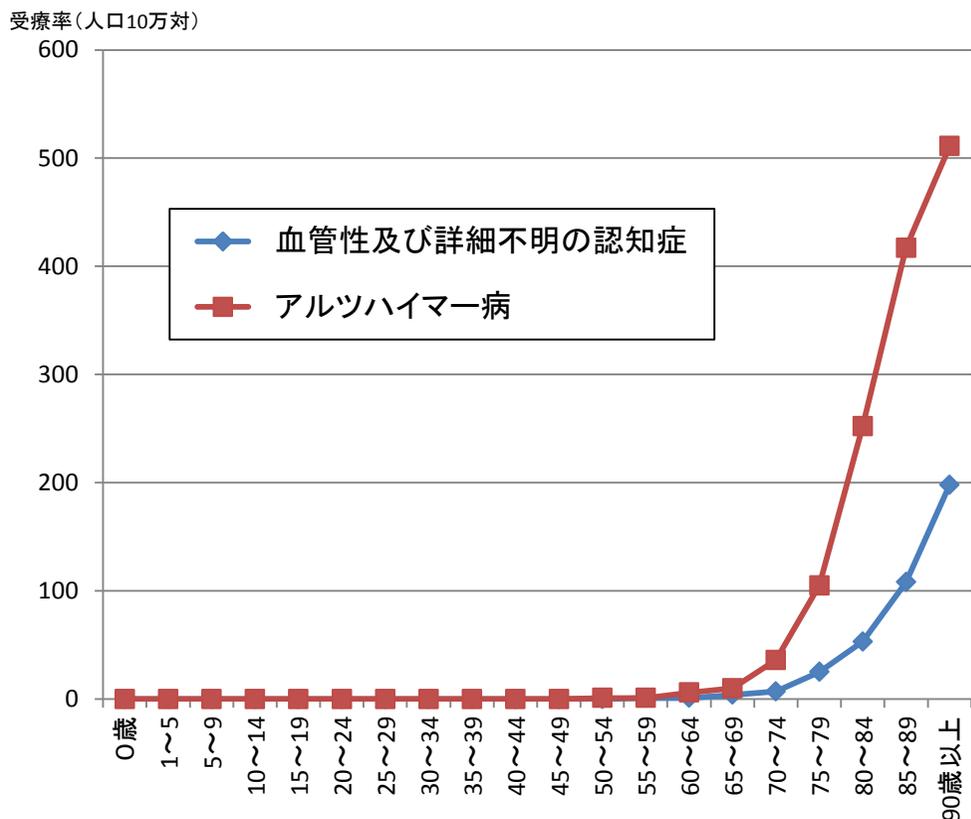


出典：患者調査（平成26年）

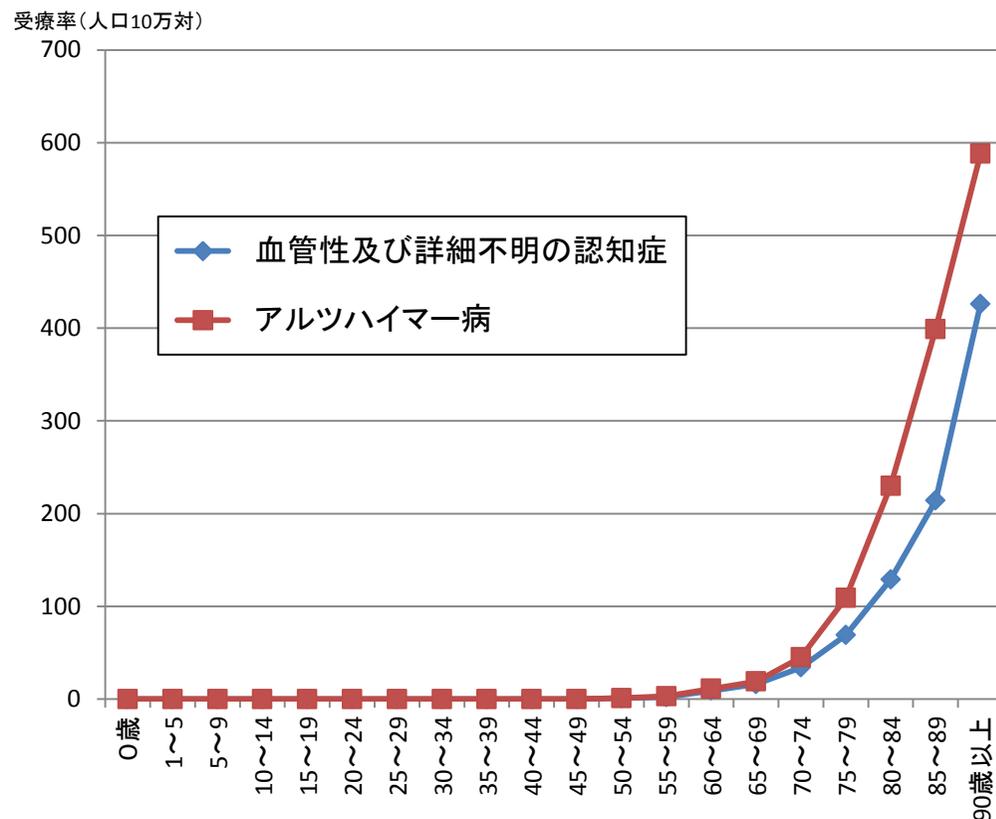
高齢者の心身の特性（疾病特性等）（3）

- 認知症については、外来においては、65歳から受療率が上昇し、75歳以上でさらに上昇が認められる。血管性の認知症は、70歳以上とやや遅れて受療率の上昇が認められる。
- 入院受療率は後期高齢期になって増加する傾向が顕著に現れる。

年齢階級別の受療率(外来)



年齢階級別の受療率(入院)

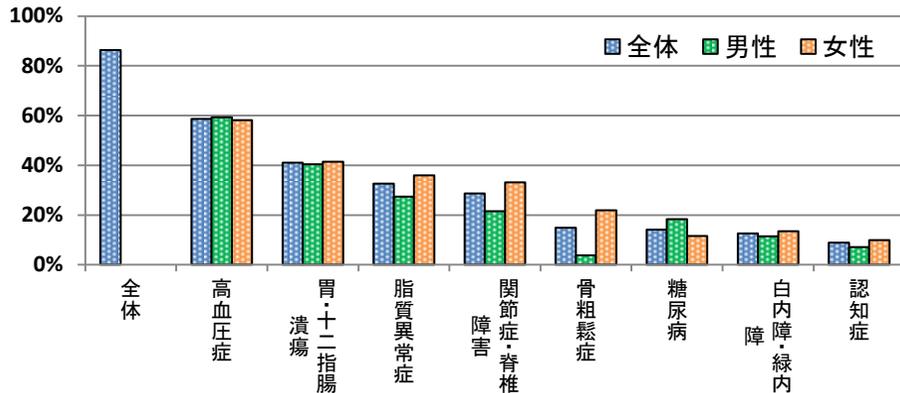


高齢者の心身の特性（慢性疾患）（4）

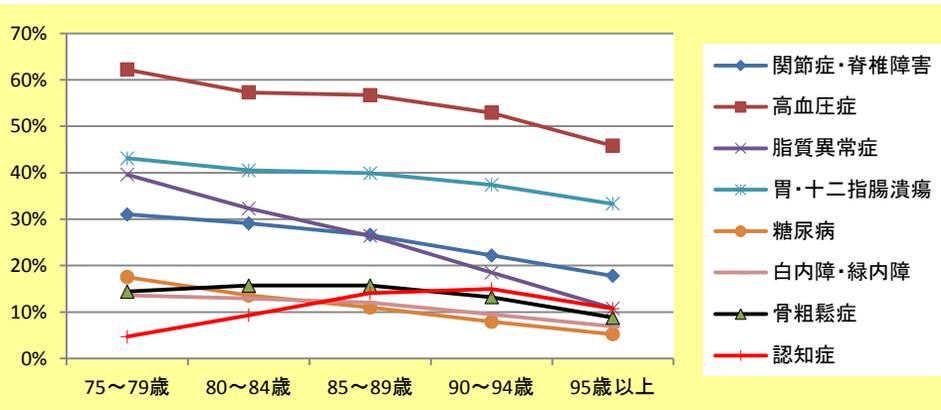
○ 後期高齢者のうち、86%は、外来で何らかの慢性疾患を治療。64%は、2種類以上の慢性疾患を治療している。

外来治療中の慢性疾患

○ 疾患別治療患者の割合（有病率）
86%の後期高齢者は、いずれかの慢性疾患を治療している

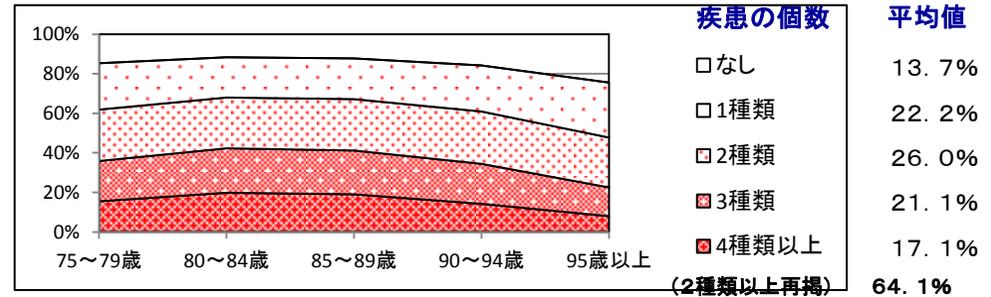


○ 年齢階級別にみた有病率の違い
高齢になるほど認知症が増える



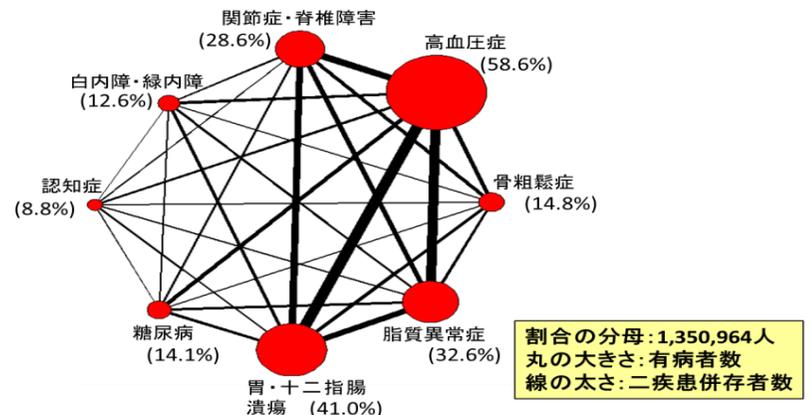
多病の状況

○ 慢性疾患8種類の一人あたりの保有個数の内訳
80歳代で最も多く、その後は減少する



○ 疾患併存の頻度（ネットワーク分析）

内科系疾患（高血圧症・脂質異常症・胃・十二指腸潰瘍）の他、筋骨格系疾患の併存も多い

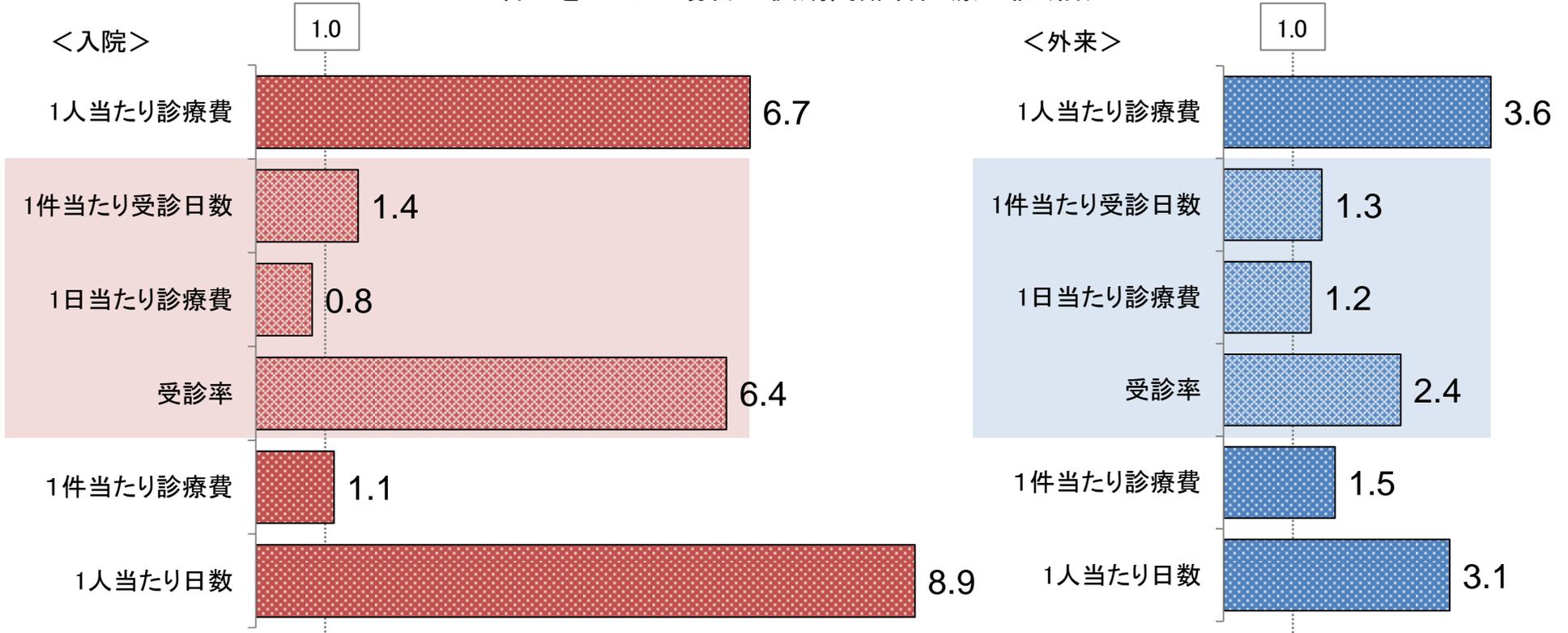


※ 分析の前提：東京都後期高齢者医療の平成25年9月から平成26年7月の外来レセプトから、「レセプト病名あり」かつ「対象医薬品処方あり」の医科及び調剤レセプトを抽出して分析。
出典：「東京都後期高齢者医療にかかる医療費分析結果報告書」東京都後期高齢者医療広域連合（東京都健康長寿医療センター取りまとめ）

後期高齢者医療費の特性

- 一人当たり診療費について比較すると、若人は20.5万円であるのに対し、後期高齢者は91.6万円であり、後期高齢者は若人の約4.5倍。
- 一人当たり診療費の構成要素や1件当たり診療費、一人当たり日数を比較しても、後期高齢者は若人よりも全体的に大きい傾向。

若人を1とした場合の後期高齢者医療の値(倍)



※1 後期高齢者とは後期高齢者医療制度の被保険者であり、若人とは後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者である。

※2 入院は、入院時食事療養費・入院時生活療養費を含んでおり、外来は、入院外(医科)及び調剤費用額の合計である。

出典:各制度の事業年報等をもとに保険局高齢者医療課で作成。

高齢者の「現役並み所得」について

医療保険

- 現役並みの所得水準として、協会けんぽ(旧政管健保)の平均収入額を設定し、窓口負担や高額療養費の負担区分の判定に用いている。

75歳～	後期高齢者医療	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円※ ¹ 以上の場合	かつ	世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円※ ² (世帯の被保険者が1人の場合は383万円※ ²)以上の場合
70～74歳	国民健康保険	世帯内のいずれかの被保険者の課税所得が145万円以上の場合		世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円(世帯の被保険者が1人の場合は383万円)以上の場合
	被用者保険	被保険者の標準報酬月額が28万円以上の場合		被保険者及び被扶養者の収入の合計額が520万円(被扶養者がいない場合は383万円)以上の場合

※¹ 平成16年度の政管健保の平均標準報酬月額に基づく平均収入額(夫婦二人世帯モデル:約386万円)から諸控除を控除し、課税所得として算出した額

※² 高齢者複数世帯又は単身世帯のモデルを設定し、その世帯の課税所得が145万円となる収入額を算出した額

注¹ 課税所得とは、収入から地方税法上の必要経費、所得控除等を控除した後の額をいう。

注² 国民健康保険と被用者保険における被保険者や被扶養者は70～74歳の者に限る。

介護保険

- 自己負担限度額(高額介護サービス費)の現役並みの所得基準は、医療保険と同様の基準を用いている。
- 一方で、利用者負担については、一定以上の所得水準(65歳以上の被保険者の上位20%相当)の者を2割負担としている。

高額介護サービス費における現役並み所得者	医療保険(70歳以上)の現役並み所得者に相当する者		
利用者負担における一定以上所得者	合計所得金額が160万円(単身で年金収入のみの場合280万円)※ ¹ 以上である場合	かつ	年金収入とその他の合計所得金額の合計額が、単身で280万円、2人以上世帯で346万円※ ² 以上である場合

※¹ 65歳以上の被保険者の上位20%に相当する水準

※² 世帯内の65歳以上の被保険者の年金収入等の合計。280万円に国民年金の平均額(5.5万円)の年額を加えた額。

注 合計所得金額とは、収入から地方税法上の必要経費を控除した後の額をいう。

後期高齢者医療における所得等の範囲の比較（イメージ）

収入	事業収入、給与収入、年金収入 等			
所得	必要経費、給与所得控除、公的年金等控除、特別控除 等			
旧ただし書所得	基礎控除 (33万円)	純損失の 繰越控除	必要経費、給与所得控除、公的年金等控除、特別控除 等	
低 I 判定所得 軽減判定所得		雑損失の 繰越控除	純損失の 繰越控除	必要経費、給与所得控除、公的年金等控除、特別控除 等
課税所得	所得控除 (基礎控除、配偶者控除、 社会保険料控除等)	雑損失の 繰越控除	純損失の 繰越控除	必要経費、給与所得控除、公的年金等控除、特別控除 等

※青色申告者のみ

※青色申告者のみ

※青色申告者のみ

高額介護合算療養費制度の概要

○ 高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額な場合に、自己負担を軽減する制度。

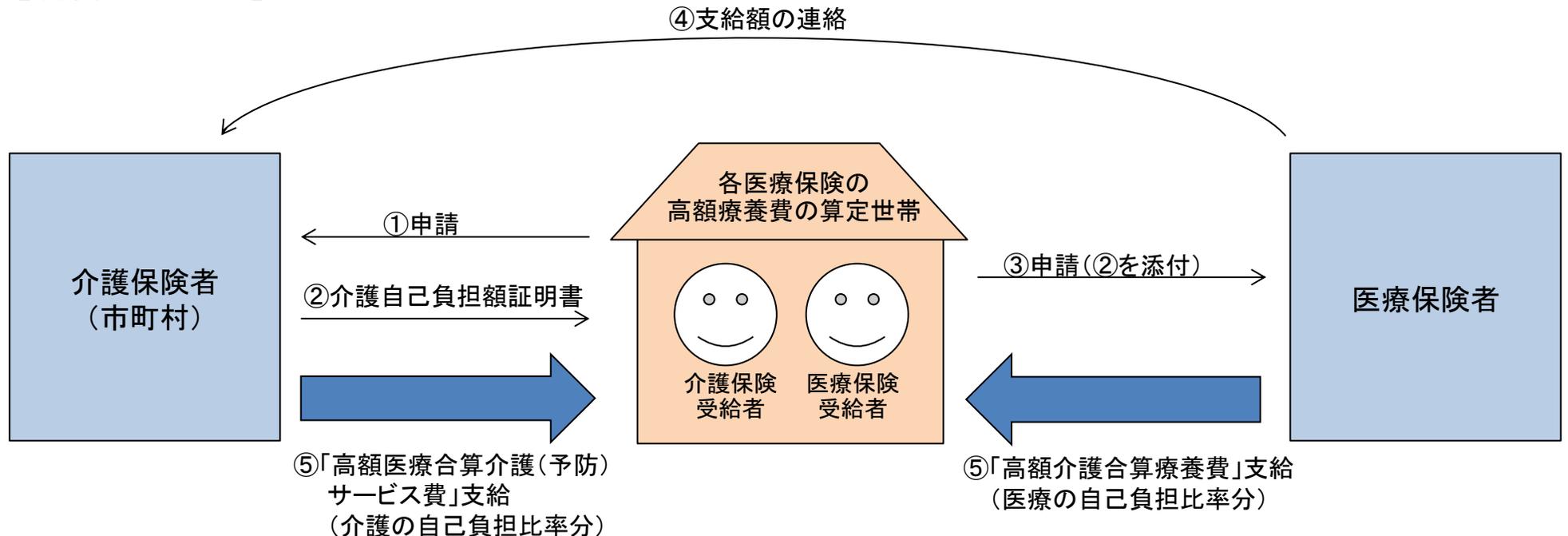
※ 介護においては、同様の制度を「高額医療合算介護(予防)サービス費」としている。

① 支給要件: 医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担合算額が、各所得区分に設定された限度額を超えた場合に、当該合算額から限度額を超えた額が支給される。

② 限度額 : 被保険者の所得・年齢に応じて設定(次ページ参照)

③ 費用負担: 医療保険者・介護保険者双方が、自己負担額の比率に応じて負担。

【制度のイメージ】



医療及び介護における患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

医療

介護

70歳未満

	負担割合	月単位の上限額（円）
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600+ (医療費－842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+ (医療費－558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>
住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>

70歳以上

	負担割合	外来（個人ごと）	
			80,100+（総医療費－267,000）×1% <多数回：44,400>
現役並み所得者（年収約370万円～） 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万円以上	3割	44,400	
一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)(※2)	70～74歳 2割(※3)	12,000(※4)	44,400(※4)
住民税非課税	75歳以上 1割	8,000	24,600
住民税非課税（所得が一定以下）			15,000

65歳以上

	負担割合	月単位の上限額（円）
現役並み所得者 課税所得145万以上	2割	44,400（世帯）
一定以上所得者 合計所得金額160万以上		37,200（世帯）
合計所得金額160万円未満(※5) 一般 住民税課税者(※6)	1割	24,600（世帯）
住民税非課税		15,000（個人）等
住民税非課税（所得が一定以下）		

※1 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※3 平成26年4月1日までに70歳に達している者は1割。

※4 2割負担の場合は62,100円(外来24,600円)とされていたが、平成26年4月より1割負担だった際の限度額に据え置き。

※5 世帯内の65歳以上の被保険者の収入+その他の合計所得金額の合計額が346万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は280万円未満)の場合も含む。

※6 世帯内の65歳以上の被保険者の収入の合計額が520万円未満(世帯内の65歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合も含む。(介護保険の現役並み所得は、世帯に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合であって、世帯内の第1号被保険者の収入の合計が520万円(世帯内の第1号被保険者が1人のみの場合は383万円)以上である場合)

※7 介護保険では、利用者負担割合における一定以上所得者と、高額介護サービス費における現役並み所得者について、異なる所得基準を用いて判定しているが、医療保険との比較のために、それぞれの所得基準を便宜的に統合して表している。(生活保護被保険者等に係る月単位の上限額の区分については便宜的に記載していない)

高額療養費の支給実績

【平成25年度】	支給件数	支給額	1件あたり支給額
医療保険(後期医療除く)	2,181万件	1兆6,771億円	76,894円
協会けんぽ	324万件	3,521億円	108,817円
健保組合	208万件	2,202億円	105,895円
共済	66万件	683億円	103,464円
国保	1,582万件	1兆350億円	65,421円
後期高齢者医療制度	3,225万件	5,429億円	16,832円
計	5,406万件	2兆2,201億円	41,063円

(上記のうち、高額介護合算療養費の支給実績)

【平成25年度】	支給件数	支給額	1件あたり支給額
医療保険(後期医療除く)	20,568件	4億8,644万円	23,650円
協会けんぽ	31件	103万円	33,344円
健保組合	16件	66万円	41,330円
共済	3件	7万円	23,000円
国保	20,518件	4億8,468万円	23,622円
後期高齢者医療制度	808,205件	111億5,327万円	13,800円
計	828,773件	116億3,972万円	14,045円

出典: 医療保険に関する基礎資料～平成25年度の医療費等の状況～(厚生労働省保険局)

※ 上記支給実績は高額介護合算療養費(医療分)のみであり、高額医療合算介護(予防)サービス費(介護分)は含まれていない。

後期高齢者の保険料軽減特例 (予算措置) の見直し

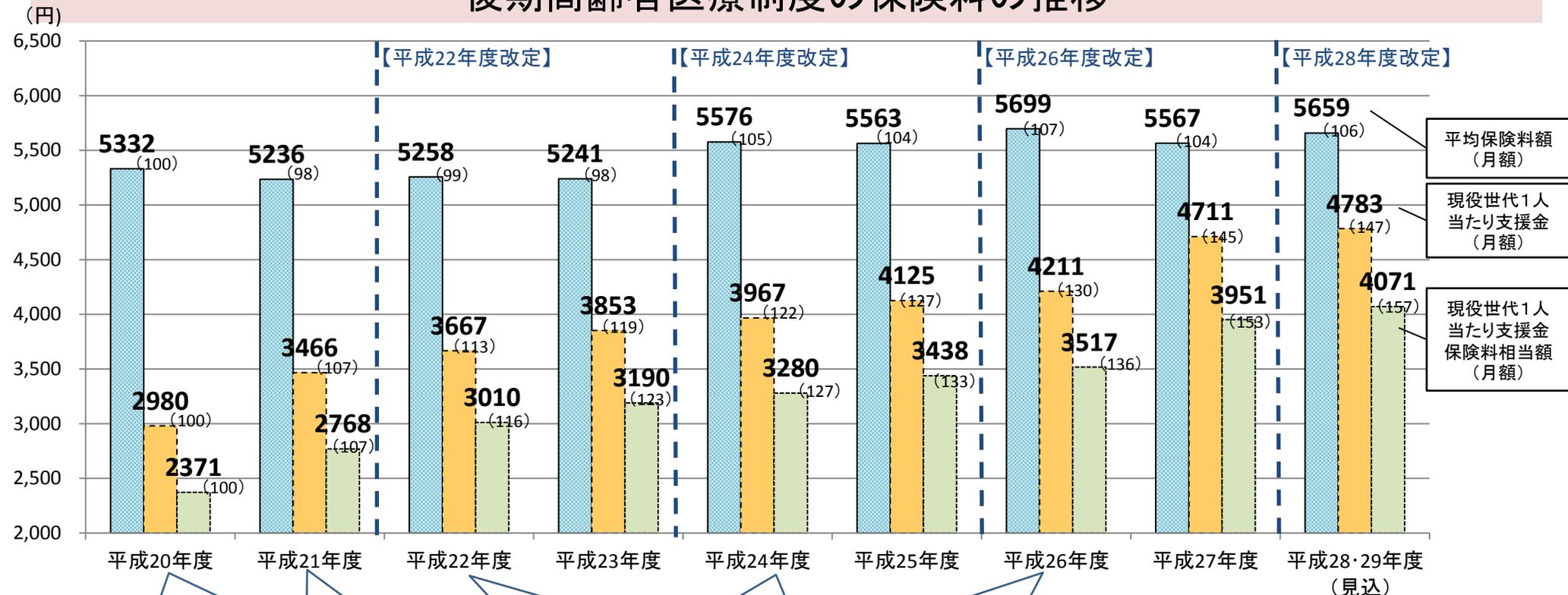
○ 医療保険制度改革骨子（抄）（平成27年1月13日 社会保障制度改革推進本部決定）

6. 負担の公平化等

④ 後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)の見直し

- 後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)については、特例として実施してから7年が経過する中で、後期高齢者医療制度に加入する前に被用者保険の被扶養者であった者は所得水準にかかわらず軽減特例の対象となるほか、国保での軽減割合は最大7割となっていることなど不公平をもたらしており、見直しが求められている。
- このため、後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。

後期高齢者医療制度の保険料の推移



・低所得者に対する均等割8.5割、所得割5割軽減
・元被扶養者に対する均等割9割軽減

・低所得者に対する均等割9割軽減

・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例(法改正)

・賦課限度額 年50万円→55万円

・低所得者に対する均等割2割、5割対象拡大
・賦課限度額 年55万円→57万円

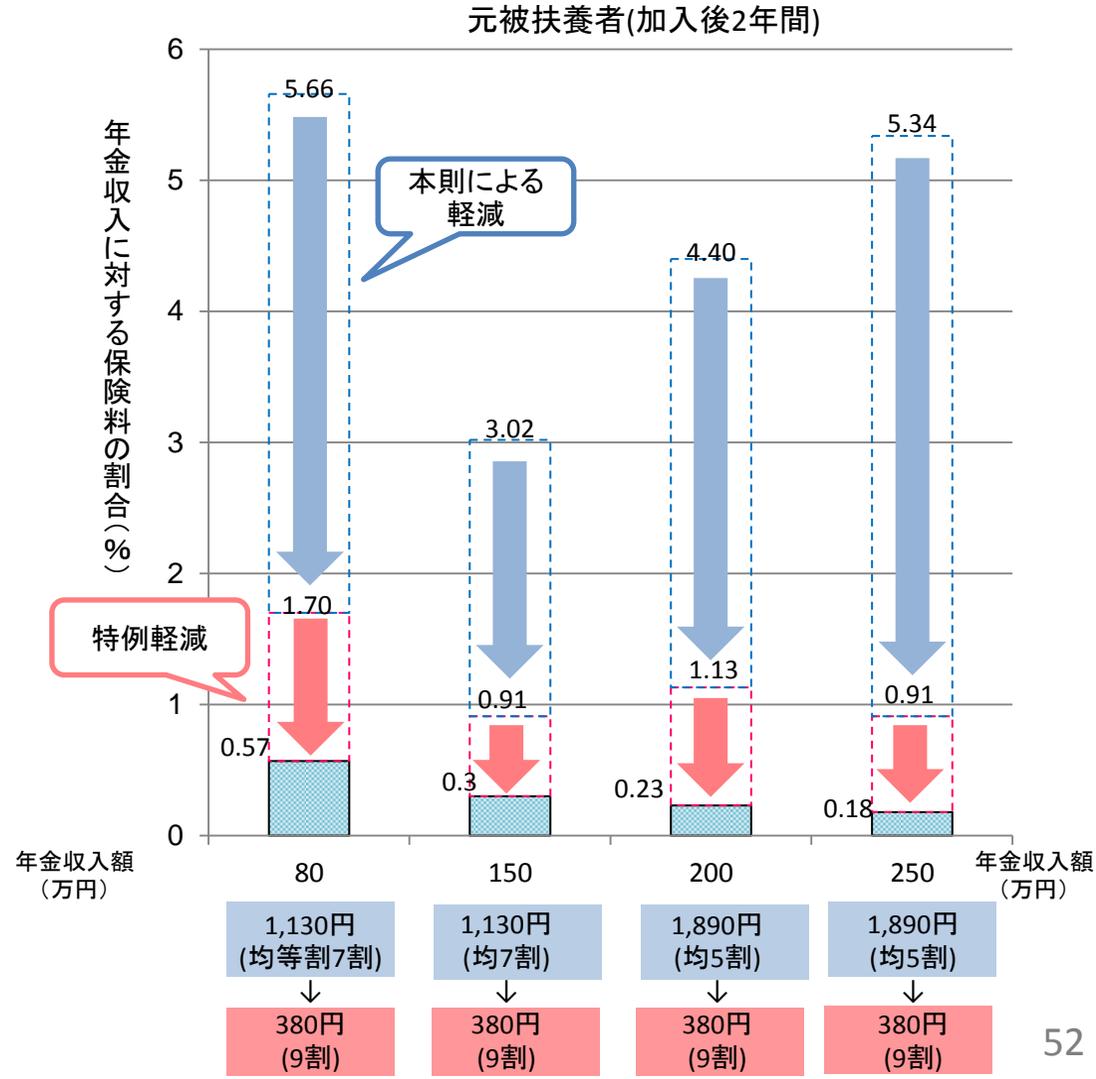
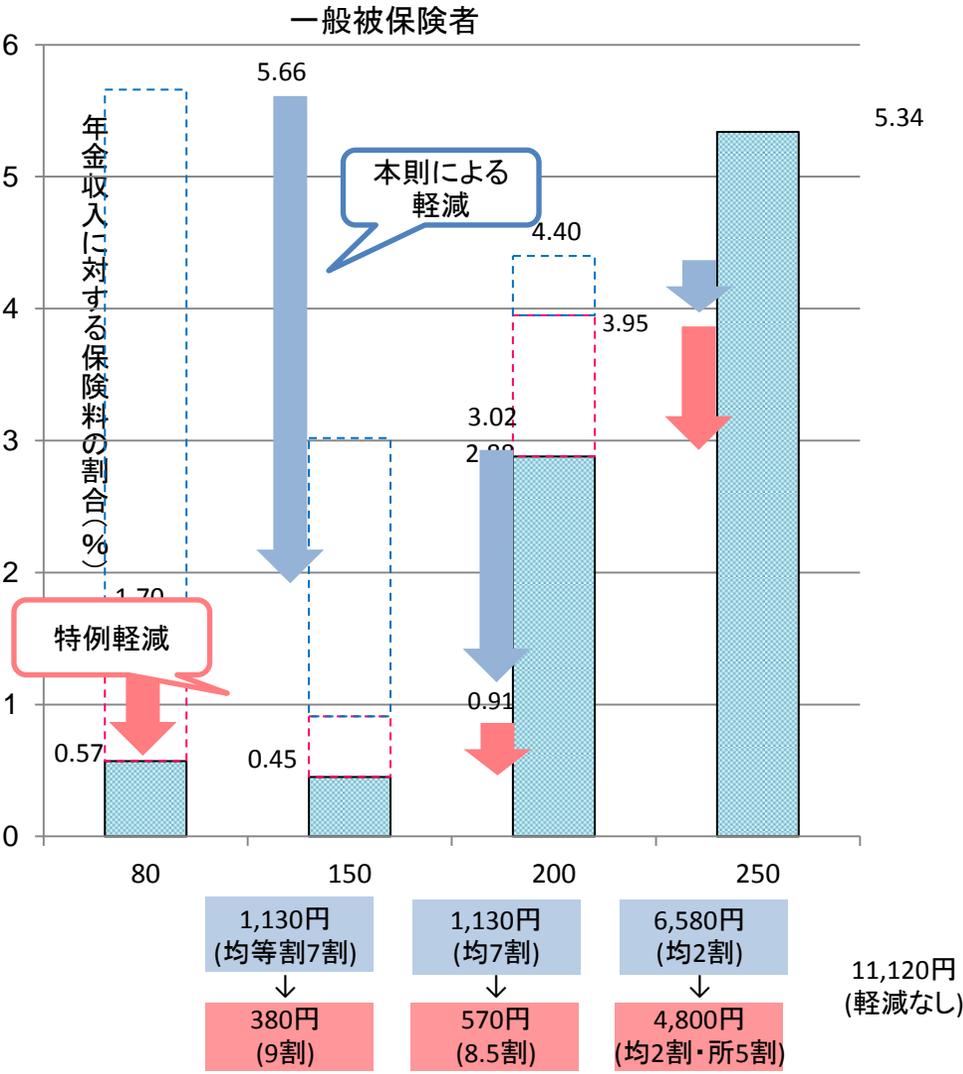
	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28・29年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (103)	82.9万円 (106)	84.3万円 (108)	84.6万円 (108)	85.5万円 (114)	85.8万円 (110)	—	—
高齢者負担率	10.00% (100)		10.26% (103)		10.51% (105)		10.73% (107)		10.99% (110)

※ 平均保険料額は平成20～27年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づく実績額、平成28・29年度は保険料改定時見込み。
 ※ 支援金は、平成20～26年度は確定賦課、平成27年度は概算賦課、平成28・29年度は平成28年度の概算賦課ベース。
 ※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～26年度は確定賦課、平成27年度は予算ベース、平成28・29年度は平成28年度の予算ベース。(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)
 ※ 支援金、支援金保険料相当分の平成28・29年度(見込)については、平成28年10月以降の適用拡大を含めた平成28年度の金額。
 ※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満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。
 ※ 1人当たり医療給付費は平成20～25年度までは後期高齢者医療事業年報に基づく実績額。平成26年度は速報ベース。

年金収入に対する保険料の割合

- 低所得者の保険料軽減特例措置により、年金収入に対する保険料の負担割合の差が拡大。
- 元被扶養者については、特例措置により所得を問わず均等割が9割軽減され、所得割も課されないため、年金収入額に占める保険料の負担割合は、年金収入が多くなるほど低下する。

※保険料額は平成28・29年度全国平均保険料率（均等割45,289円、所得割率9.09%）により算出した月額。



保険料軽減特例の導入経緯

		平成20年度	平成21年度	平成22年度以降
低所得者	均等割	4月～9月 本則どおり(7・5・2割軽減) 10月～ 均等割7割軽減世帯については徴収せず(年間通じて8.5割軽減)	4月～ 新たに9割軽減を実施 8.5割を継続	4月～ 9割軽減を継続 8.5割を継続
	所得割	4月～ 5割軽減	4月～ 5割軽減を継続	4月～ 5割軽減を継続
元被扶養者		4月～9月 保険料徴収を凍結 10月～ 均等割9割軽減	4月～ 均等割9割軽減を継続	4月～ 均等割9割軽減を継続

保険料軽減特例の予算額及び対象者数の推移について

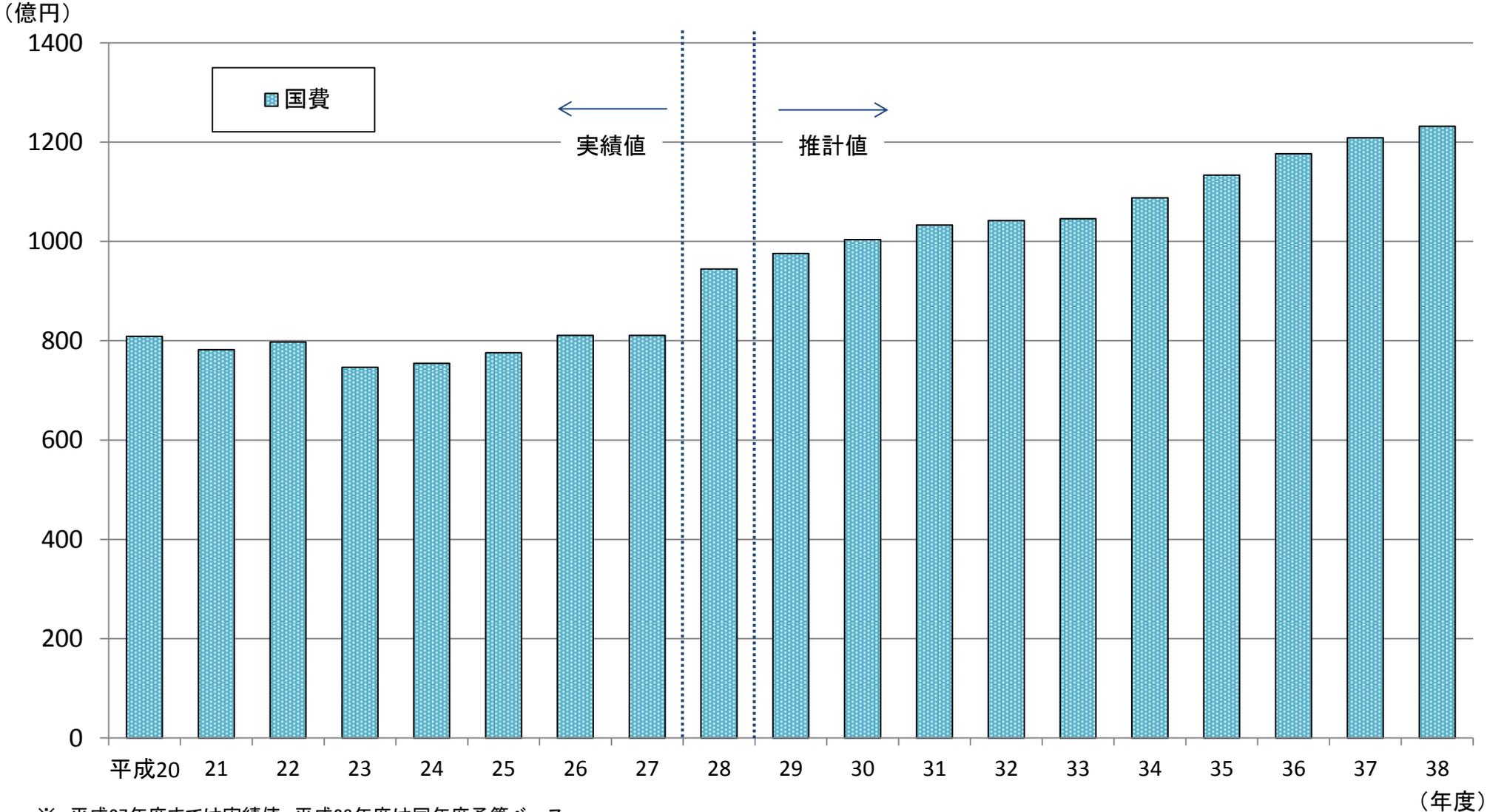
	平成 20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度 予算	累計
予算額 合計	809 億円	782 億円	798 億円	747 億円	755 億円 <small>（所要見込 885億円 基金活用 131億円）</small>	776 億円 <small>（所要見込 829億円 基金活用 53億円）</small>	811 億円 <small>（所要見込 885億円 基金活用 74億円）</small>	811 億円 <small>（所要見込 891億円 基金活用 80億円）</small>	945 億円	7,234 億円
対象者数 (万人)	708	737	764	790	815	837	853	883	916	—
低所得者	522	552	581	609	637	662	683	716	747	—
元被扶養者	186	185	183	181	178	175	170	167	169	—

※ 予算額については、平成24年度から後期高齢者医療制度臨時特例基金の余剰額を軽減特例の財源に充てている。平成27年度末で後期高齢者医療制度臨時特例基金事業は終了。

※ 対象者数については、平成20年度から平成27年度までは各年度の後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告による。

保険料軽減特例に要する国費の推移

- 保険料軽減特例に要する国費は、平成28年度までの累計で約7,234億円となっている。
- 団塊の世代全員が後期高齢者となる平成37年度においては、約1兆7,000億円となる見込み。



※ 平成27年度までは実績値。平成28年度は同年度予算ベース。

平成29年度以降は、平成28年度予算における対象者数をベースに、社人研の人口推計を基に、機械的に推計したもの。

後期高齢者医療制度の保険料の状況

- 年金収入が80万円の単身者の場合、本則上は均等割が7割軽減され、月額1,130円であるが、特例により均等割が9割軽減となり、380円となる。一方、国保の場合は月額2,650円となる。
- また、年金収入が250万円の元被扶養者の場合、本則上は均等割が5割軽減され、月額1,890円であるが、特例により均等割が9割軽減となり、380円となる。

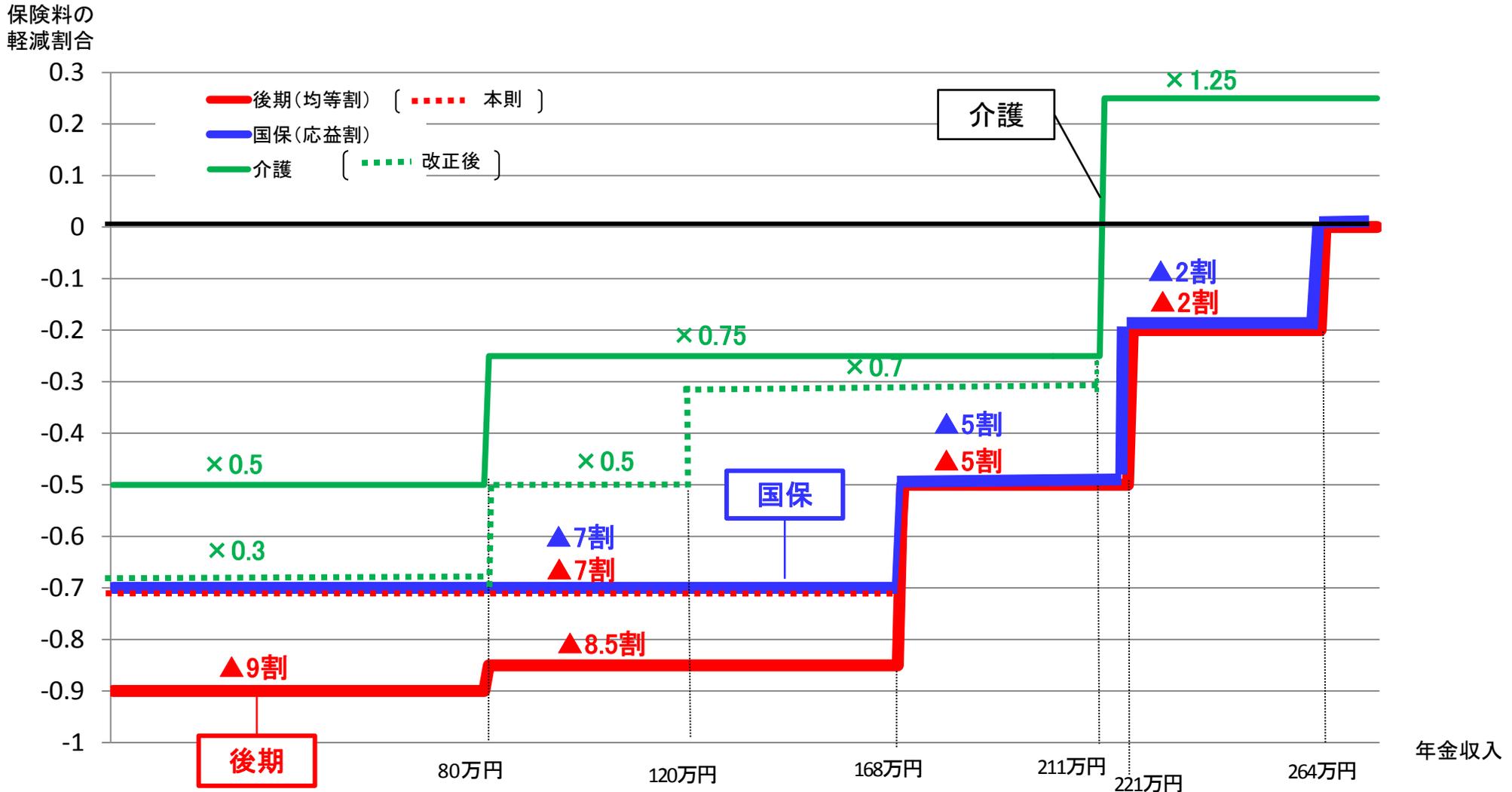
<単身世帯の場合>

年金収入	後期高齢者医療				国保
	一般被保険者		元被扶養者		
	特例	本則	特例	本則 (制度加入から2年間)	
80万円	<均等割9割軽減> 380円(0.57%)	<均等割7割軽減> 1,130円(1.70%)	<均等割9割軽減> 380円(0.57%)	<均等割7割軽減> 1,130円(1.70%)	<応益割7割軽減> 2,650円(3.97%)
150万円	<均等割8.5軽減> 570円(0.46%)	<均等割7割軽減> 1,130円(0.90%)	<均等割9割軽減> 380円(0.30%)	<均等割7割軽減> 1,130円(0.90%)	<応益割7割軽減> 2,650円(2.12%)
200万円	<均等割2割・ 所得割5割軽減> 4,800円(2.88%)	<均等割2割軽減> 6,580円(3.95%)	<均等割9割・ 所得割10割軽減> 380円(0.23%)	<均等割5割・ 所得割10割軽減> 1,890円(1.12%)	<応益割2割軽減> 8,020円(4.81%)
250万円	<軽減なし> 11,120円(5.34%)	<軽減なし> 11,120円(5.34%)	<均等割9割・ 所得割10割軽減> 380円(0.18%)	<均等割5割・ 所得割10割軽減> 1,890円(0.91%)	<軽減なし> 12,250円(5.88%)

※ () 内は年金収入に占める保険料負担割合、<>内は保険料軽減割合。
 ※後期高齢者医療保険料は、平成28・29年度全国平均保険料率(均等割45,289円、所得割率9.09%)により算出。
 ※国民健康保険料は、四方式(旧ただし書き所得ベース)の平成23年全国平均保険料率により算出。
 国民健康保険料資産割額は、年収にかかわらず全国平均年額15,667円として算出。

各制度(後期・国保・介護保険)の保険料軽減割合の比較

○ 後期高齢者の保険料は、国保保険料・介護保険料と比較して、低所得者の軽減割合が大きい。



※後期・国保は均等割と所得割により構成されており、そのうち均等割のみを示している。介護保険は基準額を基にした段階額のみとなっている。
 ※介護保険において、基準額の等倍となる第4段階は「住民税本人非課税、世帯課税」のケースであるため、グラフにはあらわれない。

元被扶養者について

○ 元被扶養者とは、後期高齢者医療制度に加入する前日に被用者保険の被扶養者（被用者の配偶者や親など）であった者をいう。

※被用者保険の被扶養者認定における収入要件は、年金収入が180万円未満の者。

○ いったん元被扶養者として認定されれば、9割軽減（保険料は月額380円）が継続する。

①低所得者軽減区分を適用した場合の人数

○ 世帯又は本人の所得が年金収入264万円超で、低所得者の軽減に該当しない者は約80万人近くおり、元被扶養者のほぼ半数を占める。

軽減割合 (夫婦世帯における年金収入)	9割軽減 (年金収入80万円以下)	8.5軽減 (年金収入168万円以下)	5割軽減 (年金収入221万円以下)	2割軽減 (年金収入264万円以下)	軽減なし	合計
全国	50万人(29.6%)	36万人(21.5%)	7万人(4.2%)	76万人(44.6%) ^注		約169万人

注 2割軽減と軽減なしについては、それぞれに該当する者のデータを保有していない。

※ 後期高齢者医療制度の保険料軽減の適用は、被保険者、その属する世帯の世帯主及び世帯に属する被保険者の所得の合計額に応じて判定。

※ 数値は、平成28年度予算ベース。

②本人に一定の所得がある者(人数)

○ 制度加入後に、元被扶養者本人が所得を得たなどの理由から、本人の所得として、被用者保険の被扶養者認定における収入要件（年金収入が180万円未満）を超えるような者が約2.8万人いる。

年金収入180万円以上 (被用者保険の被扶養認定を超える収入) ^{注1}	賦課限度額超過水準(保険料が年額57万円)の所得がある者 《平成28・29年度保険料率の場合、年金収入で807万円相当以上》 ^{注2}
約28,000人 (1.6%)	約2,500人 (0.15%)

※ 平成27年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく。所得の種類によって控除額が異なるためあくまでも推計である。

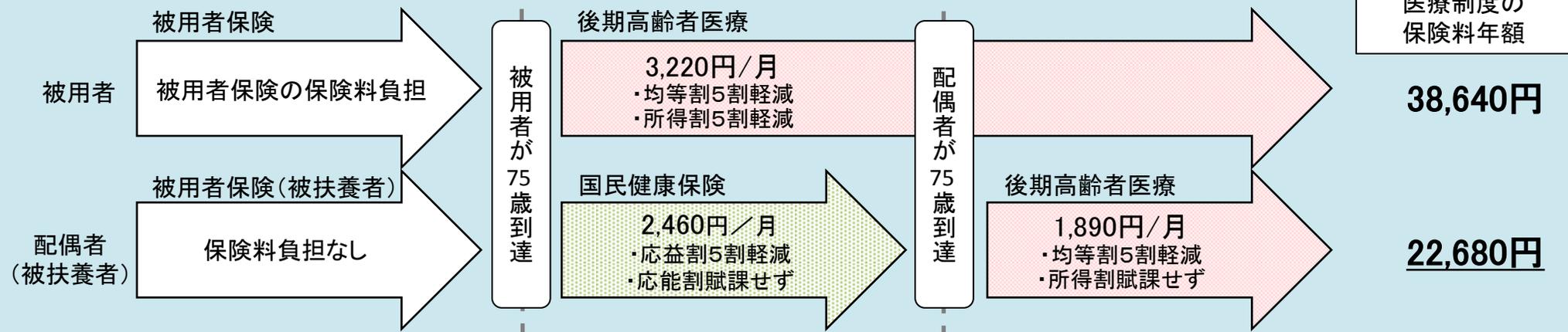
注1) 第1表所得額階級のうち機械的に所得額階級60万以上の被保険者を抽出した結果。

注2) 第1表所得額階級のうち機械的に所得額階級612万以上の被保険者を抽出した結果。

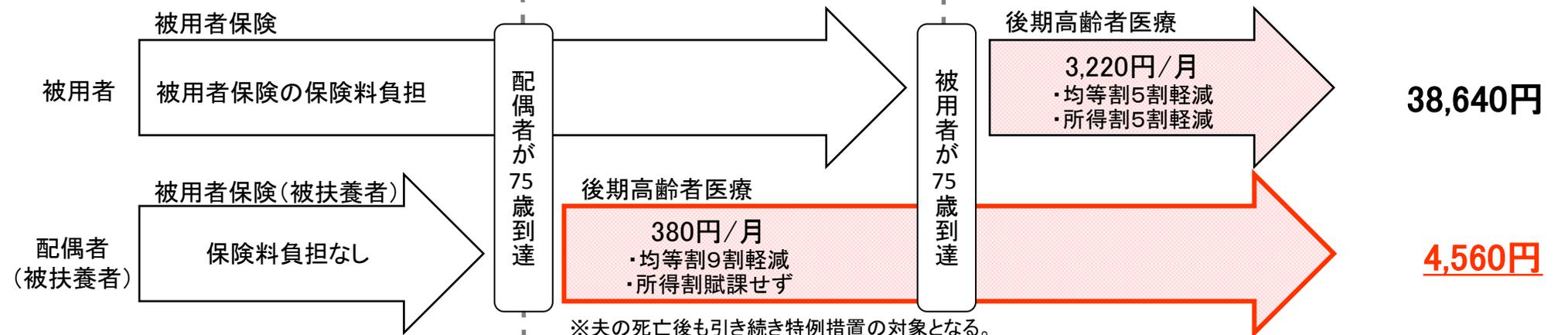
被用者保険の元被扶養者の保険料負担

○ 被用者保険の被扶養者であった場合、被用者との年齢差や被用者の退職時期により、保険料軽減特例措置に違いがあり、不公平が生じている。

パターンA: 先に被用者が後期高齢者となった場合



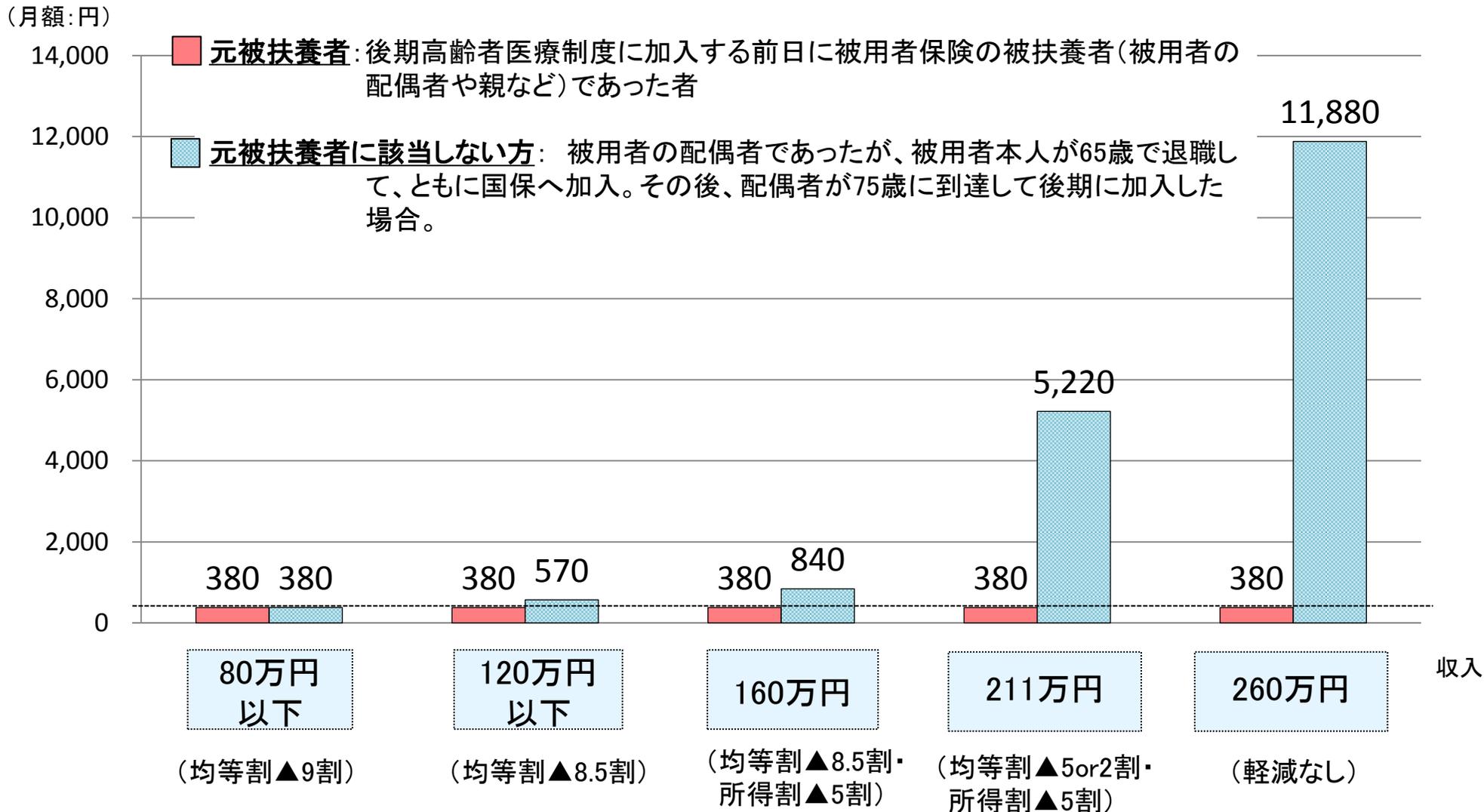
パターンB: 先に配偶者が後期高齢者となった場合



※被用者保険から国保・後期へ異動した後の収入は以下を想定…夫:年金収入188万円(平均的な厚生年金受給者) 妻:年金収入78万円(基礎年金のみ)
 ※国保保険料は、平成26年度の4方式の全国平均料率を基に算定(一人当たり均等割額30,494円、平等割額28,617円、資産割額14,359円、所得割率8.47%)。
 ※後期高齢者医療の保険料は、平成28・29年度の全国平均料率を基に算定(均等割額45,289円、所得割率9.09%)。

元被扶養者の保険料と同じ収入の者の保険料の比較

- 元被扶養者であれば、所得にかかわらず、月額380円(均等割9割軽減、所得割賦課なし)。
- 同じ所得でも元被扶養者でない高齢者は、所得に応じて保険料が賦課され、現行低所得者への軽減特例を前提に比較しても、不公平を生じている



※後期高齢者医療の保険料は、平成28・29年度全国平均保険料率による。

入院時の居住費（光熱水費相当額） に係る患者負担の見直し

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄) (平成27年6月30日閣議決定)

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(医療・介護提供体制の適正化)

このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討するとともに、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。

経済・財政再生アクション・プログラム(抄) (平成27年12月24日経済財政諮問会議決定)

3. 主要分野毎の改革の取組

[1] 社会保障分野

(1) 医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化

(取組方針・時間軸)

医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化やかかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担の導入について関係審議会等において検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)。

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	2016年度	2017年度	2018年度				
医療・介護提供体制の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p> <p>＜②慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制に係る制度上の見直しの検討＞</p> <p>地域差是正に向けて、療養病床の入院患者の重症度を適切に評価するための診療報酬上の対応について、平成28年度改定において実施</p> <p>厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」において、地域医療構想ガイドラインにおいて在宅医療等に対応するとされた者についての医療・介護サービス提供体制上の対応、2017年度末で廃止が予定されている介護療養病床の取扱い等について検討し、具体的な改革の選択肢を整理</p>							
	<p>地域差是正に向けた診療報酬上の対応について、平成30年度改定において更なる対応</p> <p>介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p> <p>療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換の推進</p>						2016年度末までに地域医療構想を策定した都道府県の数【47都道府県】	地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数に対する都道府県ごとの進捗率【2020年度時点での十分な進捗率を実現】
	<p>＜③医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討＞</p> <p>入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p>							

現行制度における入院時の居住費負担(光熱水費相当額)の考え方について

○ 現行では、①療養病床、かつ、②65歳以上、かつ、③医療区分Ⅰの入院患者に居住費負担を求めているが、入院時生活療養費を導入した平成18年改正時の考え方は以下の通り。

①療養病床	・療養病床は、医療機能のほか、「住まい」としての機能を有すること
②65歳以上	・介護保険と同様、年金給付との調整を図る必要があること
③医療区分Ⅰ	・入院医療の必要性が低いこと

		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	食費460円/食 (H30.4～)		入院時 食事療養費 (健康保険法第85条)
	低所得	食費210円/食(注1)		
65歳以上	一般所得	食費460円/食(注2) 居住費320円/日	食費460円/食 (H30.4～) 居住費なし	一般病床・精神病床等 約93万人(推計) 食費460円/食 (H30.4～)
	低所得Ⅱ	食費210円/食 居住費320円/日	食費210円/食(注1) 居住費なし	食費210円/食(注1)
	低所得Ⅰ (70歳以上のみ)	食費130円/食(注3) 居住費320円/日(注3)	食費100円/食 居住費なし	食費100円/食

入院時生活療養費
(健康保険法第85条の2)

(注1) 入院日数が90日を超える者は、一食160円

(注2) 管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注3) 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

※ 低所得Ⅱ、低所得：(健保)被保険者が市町村民税非課税、(国保)世帯の被保険者全員が市町村民税非課税、(後期)世帯員全員が市町村民税非課税

※ 低所得Ⅰ：(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

※ 食費・居住費の額は、健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を定める件(平成8年厚生省告示第203号)による。

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 (医療の必要性の高い者)
<p>保険給付 280円 自己負担 (食料費、調理費) 360円(注) 640円 別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p>	<p>保険給付 94円 自己負担 (食料費、調理費) 460円 554円 保険給付 78円 自己負担 (光熱水費) 320円 398円</p>	<p>保険給付 194円 自己負担 (食料費、調理費) 360円(注) 554円 398円 保険給付 398円</p>
(食費:1食) (居住費:1日)	(食費:1食) (居住費:1日)	(食費:1食) (居住費:1日)

(参考) 介護保険施設(老健・療養の多床室)における食費・居住費の自己負担限度額

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>全額自己負担 ※金額は施設との契約による 1380円</p>	<p>補足給付 730円 自己負担 650円 1380円 自己負担 370円</p>
(食費:1日) (居住費:1日)	(食費:1日) (居住費:1日)

※ 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、市町村民税非課税者は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、市町村民税非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

(注) 平成27年国保法等改正により、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。ただし、難病・小児慢性特定疾病患者等は、1食260円で据え置き。

※ 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)と自己負担限度額を定めた上で、その差額を保険給付している。

※ 上記補足給付の自己負担限度額は、利用者負担第3段階の場合のもの。利用者負担第1段階(生活保護受給者等)の場合、自己負担限度額は食費が1日あたり300円、居住費が0円となる。

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

<p>～昭和46年</p>	<p>○ 療養の給付(診療報酬)</p> <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
<p>昭和47年 ～ 平成5年</p>	<p>○ 療養の給付(診療報酬)</p> <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
<p>平成6年～</p>	<p>○ 入院時食事療養費制度の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食費は、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
<p>平成17年～</p>	<p>(参考)介護保険における食費・居住費の見直し(平成17年10月施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ 在宅と施設の給付と負担の公平性、介護保険給付と年金給付との調整の観点から、<u>介護保険施設において食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を原則として、保険給付外。</u> ➢ 低所得者に対する負担軽減措置として、<u>補足給付制度を創設</u>
<p>平成18年～</p>	<p>○ <u>入院時生活療養費制度の導入(平成18年10月施行)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は医療上の必要性から入院しており、病院での食事・居住サービスは、入院している患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、<u>医療保険においては、食費・居住費についても保険給付の対象とする。</u> ・ 一方、療養病床については、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、介護保険における食費・居住費の見直しを踏まえ、<u>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)及び居住費(光熱水費相当)を自己負担化</u>

補足給付（低所得者の食費・居住費の負担軽減）の仕組み

- 食費・居住費について、利用者負担第1～第3段階の方を対象に、所得に応じた負担限度額を設定
- 標準的な費用の額（基準費用額）と負担限度額との差額を介護保険から特定入所者介護サービス費として給付

負担軽減の対象となる低所得者

利用者負担段階	主な対象者	
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給者 世帯（世帯を分離している配偶者を含む。以下同じ。）全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 	かつ、預貯金等が単身で1,000万円（夫婦で2,000万円）以下
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入金額（※）＋合計所得金額が80万円以下 	
第3段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯全員が市町村民税非課税であって、第2段階該当者以外 	
第4段階	<ul style="list-style-type: none"> 世帯に課税者がいる者 市町村民税本人課税者 	

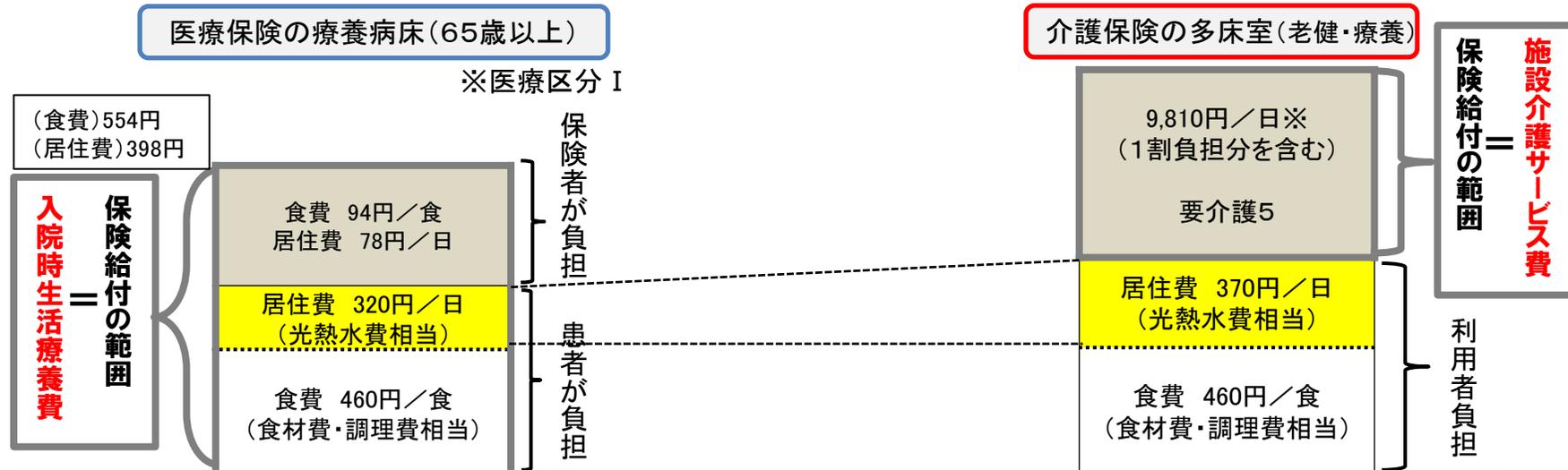
※ 平成28年8月以降は、非課税年金も含む。

			基準費用額 （日額（月額））	負担限度額（日額（月額））		
				第1段階	第2段階	第3段階
食費			1,380円（4.2万円）	300円（0.9万円）	390円（1.2万円）	650円（2.0万円）
居住費	多床室	特養等	840円（2.5万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
		老健・療養等	370円（1.1万円）	0円（0万円）	370円（1.1万円）	370円（1.1万円）
	従来型個室	特養等	1,150円（3.5万円）	320円（1.0万円）	420円（1.3万円）	820円（2.5万円）
		老健・療養等	1,640円（5.0万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
	ユニット型準個室		1,640円（5.0万円）	490円（1.5万円）	490円（1.5万円）	1,310円（4.0万円）
ユニット型個室		1,970円（6.0万円）	820円（2.5万円）	820円（2.5万円）	1,310円（4.0万円）	

入院時生活療養費における居住費負担(光熱水費相当額)について

○ 介護保険施設(老健・療養)の多床室の居住費負担については、平成27年度介護報酬改定において、直近の家計調査の光熱水費相当額を踏まえた見直しを行っている(平成27年4月から、1日当たり320円→370円)。

※ 平成15年家計調査:約320円/日(9,460円/月)→平成27年家計調査:約370円/日(11,215円/月)



※老健の従来型多床室の基本施設サービス費
 ※食費は1380円/日を3で除して算出

対象者	居住費負担 (一日)	対象者数 (推計)
・一般所得者	320円	約3万人
・低所得者Ⅱ ・低所得者Ⅰ(70歳以上) (市町村民税世帯非課税者)	320円	約2万人 ・低所得者Ⅱ:約1万人 ・低所得者Ⅰ:約1万人
・老齢福祉年金受給者 ・医療区分Ⅱ・Ⅲの者 ・指定難病患者	0円	約16万人

対象者	居住費負担 (多床室・一日)	3施設認定者数 (多床室以外も含む)
・利用者負担第4段階	全額自己負担※	—
・利用者負担第3段階 ・利用者負担第2段階 (市町村民税世帯非課税者)	370円 (平成27年4月～)	約50万人 ・第2段階:約36万人 ・第3段階:約14万人
・利用者負担第1段階 (老齢福祉年金受給者・生活保護受給者)	0円/日	約3.5万人

※金額は施設との契約によるが、基準費用額(老健・療養)は370円/日で設定

入院時生活療養費に係る自己負担額の規定(参照条文)

○ 医療保険の入院時生活療養費に係る自己負担額については、介護保険施設等における食費及び居住費の額が著しく変動したときは、速やかにその額を改定することが法律に規定されている(健康保険法第85条の2第4項)。

●健康保険法(大正11年法律第70号)

(療養の給付)

第63条 被保険者の疾病又は負傷に関しては、次に掲げる療養の給付を行う。

一～五 (略)

2 次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものとする。

一 食事の提供である療養であって前項第5号に掲げる療養と併せて行うもの(医療法(昭和23年法律第205号)第7条第2項第4号に規定する療養病床(以下「療養病床」という。)への入院及びその療養に伴う世話その他の看護であって、当該療養を受ける際、65歳に達する日の属する月の翌月以後である被保険者(以下「特定長期入院被保険者」という。)に係るものを除く。以下「食事療養」という。)

二～五 (略)

(入院時生活療養費)

第85条の2 特定長期入院被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより、第63条第3項各号に掲げる病院又は診療所のうち自己の選定するものから同条第1項第5号に掲げる療養の給付と併せて受けた生活療養に要した費用について、入院時生活療養費を支給する。

2 入院時生活療養費の額は、当該生活療養につき生活療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該生活療養に要した費用の額を超えるときは、当該現に生活療養に要した費用の額)から、平均的な家計における食費及び光熱水費の状況並びに病院及び診療所における生活療養に要する費用について介護保険法第51条の3第2項第1号に規定する食費の基準費用額及び同項第2号に規定する居住費の基準費用額に相当する費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める額(所得の状況、病状の程度、治療の内容その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定める者については、別に定める額。以下「生活療養標準負担額」という。)を控除した額とする。

3 (略)

4 厚生労働大臣は、生活療養標準負担額を定めた後に勘案又はしん酌すべき事項に係る事情が著しく変動したときは、速やかにその額を改定しなければならない。

5 (略)

●介護保険法(平成9年法律第123号)

(特定入所者介護サービス費の支給)

第51条の3 (略)

一～五 (略)

2 特定入所者介護サービス費の額は、第1号に規定する額及び第2号に規定する額の合計額とする。

一 特定介護保険施設等における食事の提供に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額(その額が現に当該食事の提供に要した費用の額を超えるときは、当該現に食事の提供に要した費用の額とする。以下この条及び次条第2項において「食費の基準費用額」という。)から、平均的な家計における食費の状況及び特定入所者の所得の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める額(以下この条及び次条第2項において「食費の負担限度額」という。)を控除した額

二 特定介護保険施設等における居住等に要する平均的な費用の額及び施設の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める費用の額(その額が現に当該居住等に要した費用の額を超えるときは、当該現に居住等に要した費用の額とする。以下この条及び次条第2項において「居住費の基準費用額」という。)から、特定入所者の所得の状況その他の事情を勘案して厚生労働大臣が定める額(以下この条及び次条第2項において「居住費の負担限度額」という。)を控除した額

現行の65歳以上の医療療養病床と介護保険施設(老健・療養、多床室)の食費・居住費負担

○ 65歳以上の医療療養病床の食費・居住費は、原則、介護保険施設(老健・療養、多床室)の食費・居住費を踏まえて設定されている。65歳以上の医療療養病床の居住費は、医療区分ⅡⅢは負担が軽減されている一方、介護保険施設(老健・療養、多床室)では、医療の必要性に応じた居住費負担の軽減はなされていない。

65歳以上の医療療養病床の食費・居住費

所得区分	医療区分Ⅰ(注3)	医療区分ⅡⅢ(注3) (H30.4~)
・一般所得者	食費 460円/食(注1) 居住費 320円/日	食費 460円/食 居住費 0円/日
・低所得者Ⅱ (市町村民税世帯非課税者)	食費 210円/食 居住費 320円/日	食費 210円/食(注2) 居住費 0円/日
・低所得者Ⅰ(70歳以上) (市町村民税世帯非課税者で所得が一定以下)	食費 130円/食 居住費 320円/日	食費 100円/食 居住費 0円/日
・老齢福祉年金受給者	食費 100円/食 居住費 0円/日	食費 100円/食 居住費 0円/日

介護保険施設(老健・療養、多床室)の食費・居住費

所得区分(注4)	
・利用者負担第4段階 (一般所得者)	食費 460円/食(注5) 居住費 370円/日 (基準費用額)(注6)
・利用者負担第3段階 (市町村民税世帯非課税者)	食費 約210円/食(注5) 居住費 370円/日
・利用者負担第2段階 (市町村民税世帯非課税者で所得が一定以下)	食費 130円/食(注5) 居住費 370円/日
・利用者負担第1段階 (老齢福祉年金受給者、生活保護受給者)	食費 100円/食(注5) 居住費 0円/日

(注1)管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注2)入院日数が90日を超える者は160円/食

(注3)難病患者については、食費260円/食(一般所得の場合)、居住費0円/日

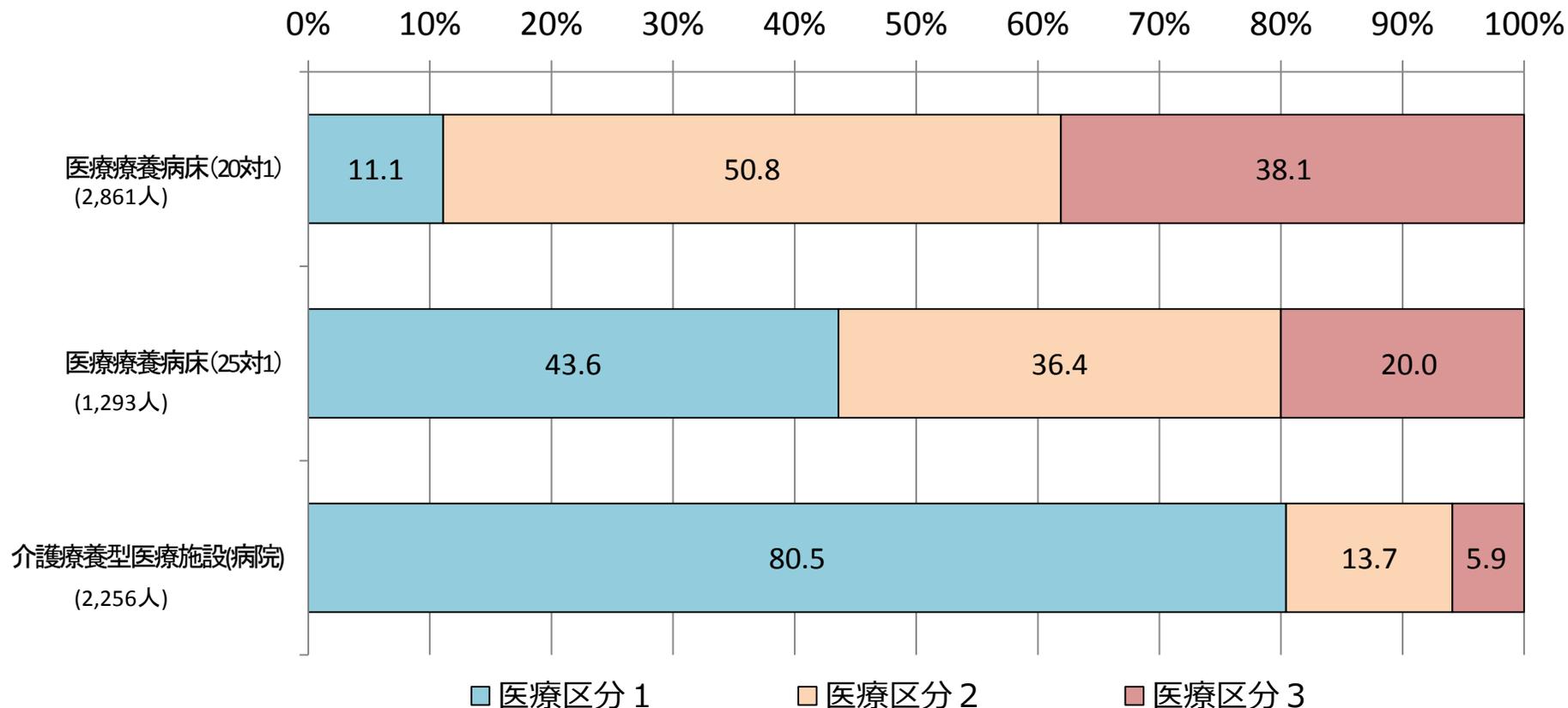
(注4)介護保険施設の利用者負担第1段階から第3段階は、預貯金等が単身で1,000万円(夫婦で2,000万円)以下であること等が要件。

(注5)介護保険施設の食費については、1日あたりの食費を3で除して計算

(注6)利用者負担第4段階の食費・居住費は、施設との契約によるが、基準費用額は、食費1380円/日(460円/食)、居住費370円/日に設定されている。

医療療養病床及び介護療養病床における入院患者の医療区分

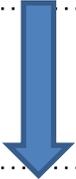
○ 医療区分ⅡⅢの者は、医療療養病床(20対1)では約9割、医療療養病床(25対1)では約6割入院している一方、介護療養型医療施設(病院)においても約2割入院している。



(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金『医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)』(公益社団法人全日本病院協会)
 ※平成27年9月9日第2回療養病床の在り方等に関する検討会資料2-1「医療療養病床(20対1・25対1)と介護療養病床との比較」を一部加工

難病患者の入院時生活療養費の経緯

- 難病患者の入院時の食費・居住費については、難病法が施行された平成27年1月から全額自己負担となったが、既認定者については平成29年12月まで経過措置が採られている。

	難病法等	国保法等改正	難病患者(一般所得)の入院時生活療養費の取扱い
～平成26年12月	旧特定疾患治療研究事業 56疾病(約78万人)		●食費・居住費は負担限度額の範囲内で自己負担 ※医療区分Ⅱの「その他難病」は56疾病のみ
平成27年1月～	難病法施行 ・27年1月:110疾病 ・27年7月:306疾病 (約150万人) ※平成29年12月まで 既認定者は経過措置		●食費・居住費は全額自己負担が原則となる ※56疾病以外の者も医療区分Ⅱと同様に食費260円、 居住費0円に軽減 ●経過措置として、3年間、既認定者は食費・居住費の 1/2公費助成(実質、食費は130円)
平成28年4月～		入院時の食費の引上げ (一般所得:260円→360円)	●難病患者は食費260円に据え置き ※28年度診療報酬改定により、医療区分Ⅱの「その他 指定難病」に56疾病以外の難病患者も含まれる。
平成30年1月～	※既認定者の経過措置 終了		●既認定者の食費は実質130円→260円
平成30年4月～		入院時の食費の引上げ (一般所得:360円→460円)	●難病患者は食費260円に据え置き

難病の患者の自己負担額の比較

指定難病医療費助成制度

特定疾患治療研究事業 (旧事業) (単位:円)		
自己負担割合: 3割		
	外来	入院
重症患者 (81,418人、10.4%) (※3)	0	0
A階層 (186,421人、23.8%) 市町村民税非課税	0	0
B階層 (～年収165万) (115,504人、14.7%)	2,250	4,500
C階層 (～年収180万) (19,236人、2.5%)	3,450	6,900
D階層 (～年収220万) (36,399人、4.6%)	4,250	8,500
E階層 (～年収300万) (88,076人、11.2%)	5,500	11,000
F階層 (～年収400万) (75,059人、9.6%)	9,350	18,700
G階層 (年収400万～) (181,762人、23.2%)	11,550	23,100
食費: 負担限度額内で自己負担		

難病療養継続者(H29.12.31まで) (単位:円)			
自己負担割合: 2割			
	外来+入院		
	一般	特定疾患 治療研究 事業の 重症患者	人工 呼吸器等 装着者
軽症者も 助成対象			
低所得 I 市町村民税非課税 (～本人年収80万)	2,500	2,500	1,000
低所得 II 市町村民税非課税 (本人年収80万超～)	5,000		
一般所得 I 市町村民税課税以上 7.1万未満 (年収約160～約370万)	5,000	5,000	1,000
一般所得 II 市町村民税 7.1万以上 25.1万未満 (年収約370～約810万)	10,000		
上位所得 市町村民税 25.1万以上 (年収約810万～)	20,000		
食費: 1/2を自己負担			

原則(※1) (単位:円)			
自己負担割合: 2割			
	外来+入院		
	一般	高額 かつ 長期	人工 呼吸器等 装着者
軽症者(※2) は助成対象外			
低所得 I 市町村民税非課税 (～本人年収80万)	2,500	2,500	1,000
低所得 II 市町村民税非課税 (本人年収80万超～)	5,000	5,000	
一般所得 I 市町村民税課税以上 7.1万未満 (年収約160～約370万)	10,000	5,000	1,000
一般所得 II 市町村民税 7.1万以上 25.1万未満 (年収約370～約810万)	20,000	10,000	
上位所得 市町村民税 25.1万以上 (年収約810万～)	30,000	20,000	
食費: 全額自己負担			

【参考】障害者医療費助成制度 (更生医療) (単位:円)		
自己負担割合: 1割		
	外来+入院	
	一般	重度 かつ 継続
低所得 I 市町村民税 非課税 (～本人年収80万)	2,500	2,500
低所得 II 市町村民税 非課税 (本人年収80万1～)	5,000	5,000
中間所得 I 市町村民税 課税以上 3万3千円未満	医療保険に おける高額 療養費の自 己負担限度 額	5,000
中間所得 II 市町村民税 3万3千円以上 23万5千円未満		10,000
一定所得 市町村民税 23万5千円以上	自立支援医 療の対象外 (医療保険に よる給付)	20,000
	例: 83,400 (多数回該当)	
食費: 全額自己負担		

(参考)
健康保険における入院時の食費
・一般世帯: 260円/食(この他、所得等に応じ210円、160円、100円)

※1 難病療養継続者以外の認定患者については、原則の負担限度額が適用される。
 ※2 症状の程度が重症度分類等で一定以上に該当しない者(経過措置期間中は医療費助成の対象となるが、経過措置終了後は高額な医療費が継続して必要な患者を除き、医療費助成の対象外)。
 ※3 ()内の数値は、平成23年度における受給者数及び全受給者(783,875人)に対する構成割合。

療養病棟における医療区分について

○ 療養病棟における医療の必要性を表す診療報酬上の指標として医療区分がある。

<p>高い ↑</p> <p>医療の必要性</p>	<p>医療区分3</p>	<p>【疾患・状態】 スモン → 食費・居住費は、全額公費負担(特定疾患治療研究事業) ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態</p> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人口呼吸器使用・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室におけるケア ・酸素療法(密度の高い治療を要する状態)
<p>↓</p> <p>低い</p>	<p>医療区分2</p>	<p>【疾患・状態】 → 難病法における指定難病</p> <p>筋ジストロフィー ・多発性硬化症/視神経脊髄炎 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病 その他の指定難病 ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾病(COPD)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・せん妄 ・うつ状態 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開 ・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
	<p>医療区分1</p>	<p>医療区分2、3に該当しない者</p>

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
平成25年	約4,800億円	約330億円	約190億円	約70億円	約1,520億円	約2,690億円
平成26年	約4,770億円	約330億円	約190億円	約60億円	約1,490億円	約2,690億円

※出典 医療経済実態調査(厚生労働省)

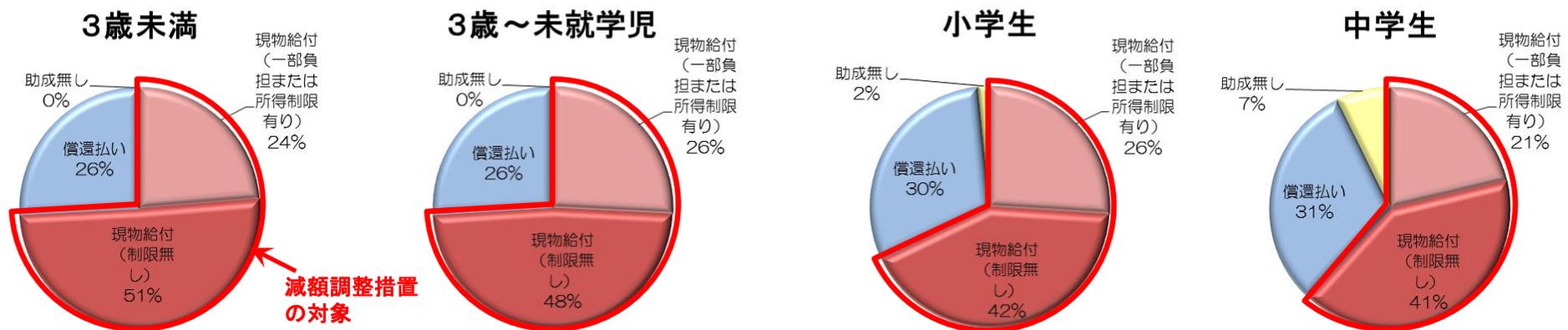
入院時の居住費(光熱水費相当額)に係る患者負担の見直しの論点と主な意見

<p>①居住費の額について</p>	<p>○ 療養病床の居住費について介護保険が家計調査というエビデンスに基づいて370円に引き上げたのであれば、医療保険も整合性を取るべきではないか。</p>
<p>②65歳以上療養病床の医療区分ⅡⅢについて</p>	<p>○ 在宅との公平性の観点から、医療区分ⅡⅢからも居住費負担を求めるべきではないか。</p> <p>○ 介護はついの住み処だが、医療は治療の場であり、医療区分ⅡⅢの者から居住費負担を求めることに反対。本来は医療区分に関係なく居住費負担を求めないのが普通ではないか。</p> <p>○ 医療区分Ⅰにも重症の患者もいることから、医療区分に応じて居住費負担の有無を決めるのは整合性がないのではないか。</p>
<p>③65歳未満の療養病床について</p>	<p>○ 65歳以上の人は年金が収入としてある一方、働いている人は長期入院により収入がなくなることを考えても年齢で分けるということは必要ではないか。</p> <p>○ 65歳未満の者についても、在宅との公平性を考えれば、療養病床については年齢区分なく居住費負担をお願いすべきではないか。</p>
<p>④一般病床・精神病床等について</p>	<p>○ 一般病床、精神病床等に「住まい」の性質はなく、居住費負担を求めるべきではない。長期入院と居住費負担の問題は分けて考えるべき。</p> <p>○ 療養病床以外の病床でも、一定期間長期に入院される方、例えば診療報酬上の取扱いで1つの考え方である90日を超える方に負担を求めるべきではないか。</p>
<p>⑤その他</p>	<p>○ 社会保障を持続可能なものとするため、入院時の居住費負担を求めることが必要である一方、低所得者や重篤な方等に配慮するべきではないか。</p> <p>○ 患者の立場からすると医療と介護は明確に分かれていない。高齢者が円滑に施設を移ることができるようにするべき。</p>

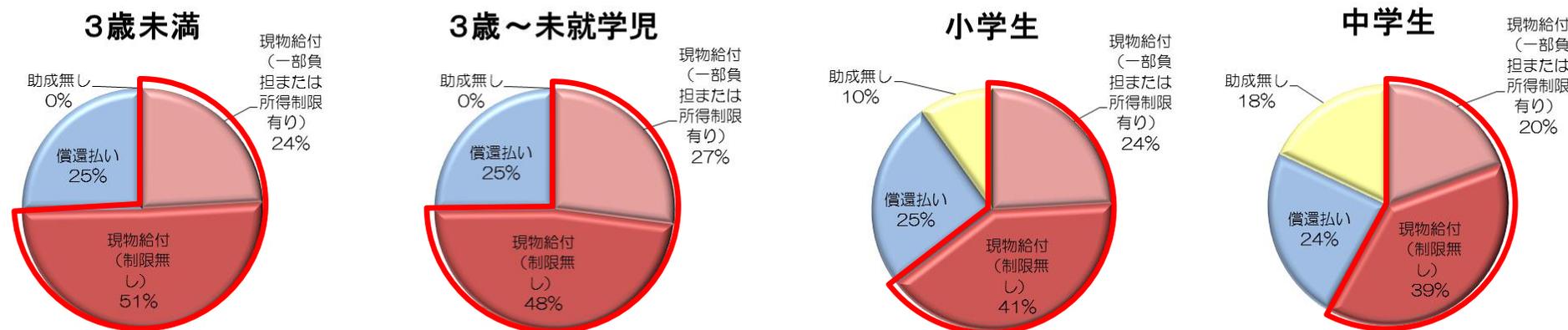
子ども医療費助成に係る国保の 減額調整措置の在り方

○ 医療保険制度における子どもの自己負担額（3割、ただし未就学児は2割）分に係る医療費助成については、市町村ごとに、対象年齢、自己負担の有無等で様々な違いがあるが、未就学児に限定すれば、すべての市町村が何らかの医療費助成を実施している。

○ 入院（市町村数ベース）



○ 外来（市町村数ベース）



3. 子どもの医療に関わる制度

我が国は世界で見ても乳児死亡率や新生児死亡率が最も低い国となっているが、こうした世界最高の保健医療水準を支えているのが子どもや妊産婦も対象となる国民皆保険制度である。

国民皆保険制度の下、子どもの医療費の窓口負担については、義務教育就学前は2割、就学後は3割とされているが、子どもと保護者が安心して医療機関を受診できるよう、地方自治体が少子化対策の一環として地方単独事業によりさらに減免措置を講じている。現在、全ての自治体で何らかの形で実施されているが、対象となる子どもの年齢や医療費の範囲、所得制限や一部負担の有無など、その内容は自治体により様々であり、近年、自治体間で対象範囲の拡大に向けた競争が激しくなる傾向にあり、統一的な基準を示す必要があるとの声も高まっている。

一方、こうした減免措置により生ずる医療費の波及増分については、国により国民健康保険制度において国庫負担を減額する措置が講じられているが、これは、減免措置の実施の判断は地方自治体において独自に行われる形となっていることから、その波及増分については、限られた公費の公平な配分という観点から、当該自治体が負担すべきとの考え方に基づくものである。

この子どもの医療に関する国保の減額調整措置については、本検討会でも賛否両面から様々な意見があったが、「一億総活躍社会」に向けて政府全体として少子化対策を推進する中で、地方自治体の取組を支援する観点から、早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた。

その際には、

- ・ 医療費無償化による受診拡大等が医療保険制度全体の規律や医療提供体制に与える影響
- ・ 負担能力に応じた負担とする視点や過度な給付拡大競争の抑制
- ・ 小児科のかかりつけ医の普及、保護者等への啓発普及、他の子育て支援策の充実など併せて取り組むべき事項
- ・ 必要となる公費財源や財源の有効活用など財政再建計画との整合性

等の観点を踏まえつつ、検討を行うべきである。

<本文>

3. 「希望出生率1.8」に向けた取組の方向

（5）若者・子育て世帯への支援

子育て中の保護者の約4割が悩みや不安を抱えており、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を実施する子育て世代包括支援センターについて、児童福祉法等改正により市町村での設置の努力義務等を法定化し、平成32年度末（2020年度末）までの全国展開を目指す。

結婚年齢等の上昇と医療技術の進歩に伴い、不妊に悩む方が増加しており、不妊専門相談センターを平成31年度（2019年度）までに全都道府県・指定都市・中核市に配置して相談機能を強化し、不妊治療支援の充実を継続するとともに、不妊治療をしながら働いている方の実態調査を行い、必要な支援を検討する。

地域において分娩を扱う施設の確保など、小児・周産期医療体制の充実を図る。子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめを踏まえ、国民健康保険の減額調整措置について見直しを含め検討し、年末までに結論を得る。

<ロードマップ>

希望どおりの人数の出産・子育て（保育・育児不安の改善）

④ 妊娠・出産・育児に関する不安の解消

【具体的な施策】

- ・国民健康保険における公費負担の減額調整措置の在り方について、子どもの医療制度の在り方等に関する検討会での取りまとめにおいて、少子化対策を推進する中で自治体の取組を支援する観点から早急に見直すべきとの意見が大勢を占めた。その際、医療保険制度の規律や負担の公平性、過度な給付拡大競争の抑制等の観点を踏まえ検討を行うべきとされたことも踏まえ、年末までに結論を得る。

金融資産等の保有状況を考慮に 入れた負担の在り方

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄) (平成27年6月30日閣議決定)

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化)

あわせて、医療保険、介護保険ともに、マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、実施上の課題を整理しつつ、検討する。

経済・財政再生アクション・プログラム(抄) (平成27年12月24日経済財政諮問会議決定)

3. 主要分野毎の改革の取組

[1] 社会保障分野

(2) 負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化

(取組方針・時間軸)

現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図るための社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入や医療保険において金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)。

経済・財政再生計画 改革工程表

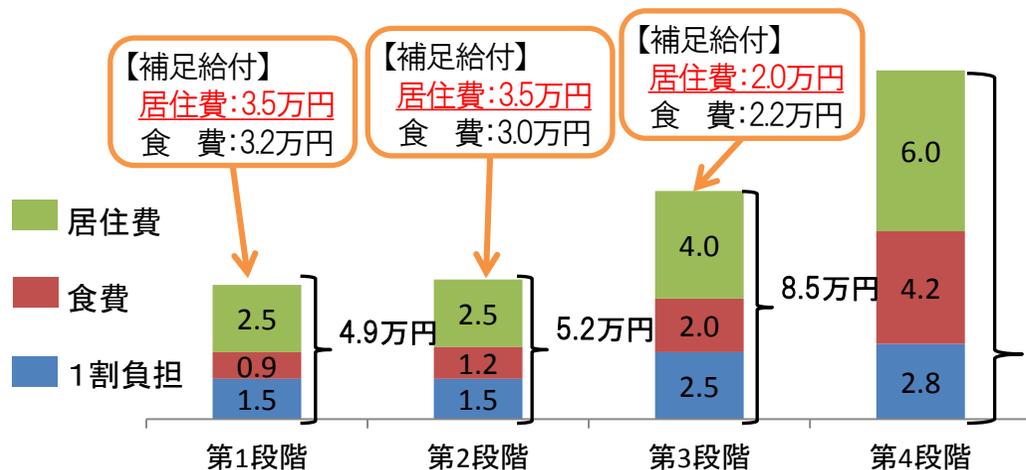
	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	2016年度		2017年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>							
	<p>＜㉔世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点からの検討＞</p> <p>＜(i)高額療養費制度の在り方＞</p> <p>外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論</p> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる</p> <p>＜(ii)医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方＞</p> <p>医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論</p>							
<p>＜㉕医療保険、介護保険ともに、マイナンバーの活用等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて検討＞</p> <p>医療保険において、介護保険における補足給付と同様の金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みの適用拡大を行うことについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p> <p>マイナンバーの活用については、改正マイナンバー法（公布日（平成27年9月9日）から3年以内に施行予定）による預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を検討</p>								

食費・居住費の軽減(補足給付)の見直し (資産等の勘案)

平成27年8月施行
(一部平成28年8月)

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

<現在の補足給付と施設利用者負担> ※ ユニット型個室の例



段階	対象者
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階 ~	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

(※)認定者数:119万人、給付費:3338億円[平成26年度]

<要件の見直し>

① 預貯金等

一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超)がある場合には、対象外。→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける

② 配偶者の所得

施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

③ 非課税年金収入

補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

①、②:平成27年8月施行、③:平成28年8月施行

平成27年8月 &
平成28年8月施行

補足給付の見直しについて

概要

- ① 配偶者の所得の勘案【平成27年8月施行】
世帯分離していても配偶者の所得を勘案
- ② 預貯金等の勘案【平成27年8月施行】
預貯金等について、単身の場合は1000万円以下、夫婦の場合は2000万円以下であることを要件に追加
- ③ 非課税年金の勘案【平成28年8月施行】
第2段階と第3段階は、年金収入及び合計所得金額の合計額で判定しているが、遺族年金及び障害年金といった非課税年金の額もこの額に含めて判定

①配偶者の所得の勘案

(確認方法)

- 配偶者の有無については、申請書に配偶者の氏名、生年月日、住所等の欄を設け、申請に当たり記入。
- 必要に応じて戸籍調査を実施。
具体的には、
 - ・補足給付申請者の本籍地の市町村に対し、補足給付申請者の戸籍を照会し、配偶者の有無を確認
 - ・配偶者の住所地市町村に配偶者の所得を照会とする方向で調整中。

(配偶者の範囲)

- 婚姻届を提出していない事実婚も含む。
- ①DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や、②行方不明の場合、③①②に準ずる場合(※)は対象外。
※ ①、②に準ずる場合を幅広く解することは適当でないが、たとえばDV防止法における暴力を行った者が補足給付申請者となる場合などが考えられる。

②預貯金等の勘案(1)

(預貯金等の範囲)

○ 勘案の対象とする預貯金等の基本的考え方は以下のとおり

- ・ 資産性があるもの、換金性が高いもの、かつ価格評価が容易なものを資産勘案の対象とする。
- ・ 価格評価を確認できる書類の入手が容易なものについては添付を求める。

種類	対象か否か	確認方法
預貯金(普通・定期)	○	通帳の写し(インターネットバンクであれば口座残高ページの写し)
有価証券(株式・国債・地方債・社債など)	○	証券会社や銀行の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	○	購入先の銀行等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
投資信託	○	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
タンス預金(現金)	○	自己申告
負債(借入金・住宅ローンなど)	○	借用証書など
生命保険	×	—
自動車	×	—
貴金属(腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるもの)	×	—
その他高価な価値のあるもの(絵画・骨董品・家財など)	×	—

②預貯金等の勘案(2)

(適正な申告の確保方策)

① 通帳の写し

- ・ 申請の際、申請日の直近から、原則として2か月前までの通帳の写しを添付。
- ・ 提出は必要に応じ求める(毎年までは求めないことも可)。

② 不正行為への加算金

- ・ 給付した額の返還に加えて給付額の最大2倍の加算金(給付額含め3倍)を課することができる。

③ 金融機関への照会

- ・ 法203条に基づき銀行等への預貯金の照会を行うことが可能であり、必要に応じて実施。
- ・ 申請書に、預貯金等の金融機関への照会について本人及び配偶者(内縁含む)の同意記入欄を設ける。
- ・ 金融機関への照会方法については、本店一括照会の活用の可能性も含め、関係団体と調整中。

③非課税年金の勘案

(勘案する年金の範囲)

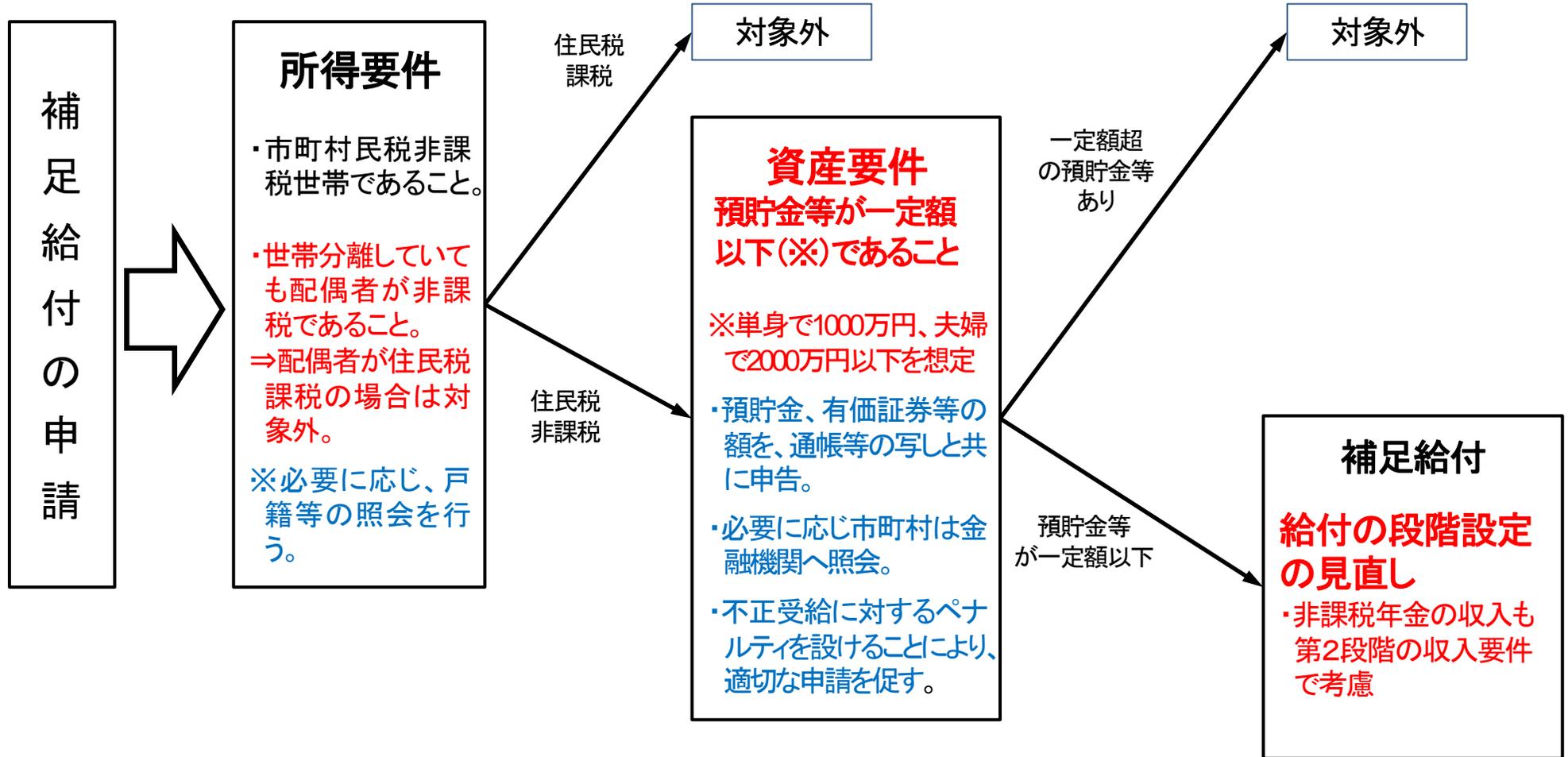
○ 勘案する年金としては、

- ・ 国民年金法による遺族基礎年金・障害基礎年金
 - ・ 厚生年金保険法による遺族厚生年金・障害厚生年金
 - ・ 共済各法による遺族共済年金・障害共済年金
- 等を想定しており、具体的には告示で定めることとする。

(判定方法)

- 市町村に年金保険者から非課税年金に係る情報を提供する仕組みを設けることを現在検討中。
- 各市町村には、特別徴収対象者と同様に、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会を經由して情報提供が行われ、これにより判定する仕組みとする予定。

見直し後の補足給付の判定フロー



預貯金等勘案関係の実務上の課題と対応の方向

○金融機関に照会する法的根拠。

○介護保険法第203条により銀行等への報告を求めることができることとされている。生活保護法の規定も同様の規定となっている。

○金融機関への照会の位置付け。

○適正な申告を促すための動機付けともなるもの。

○金融機関への照会に対する対応の確保

○基本的にサンプル調査を想定し、金融機関に重い負担をかけるものではないと考える。補足給付の申請書上あらかじめ金融機関等への調査の同意を得ることとして、金融機関の対応を得られやすくする。

○預貯金等の確認の頻度等

○一度預貯金等を確認した場合、それを一定期間有効とし、毎年の提出までは求めないことも可とするなど、事務負担に配慮した仕組みとする。

○有価証券の取り扱い

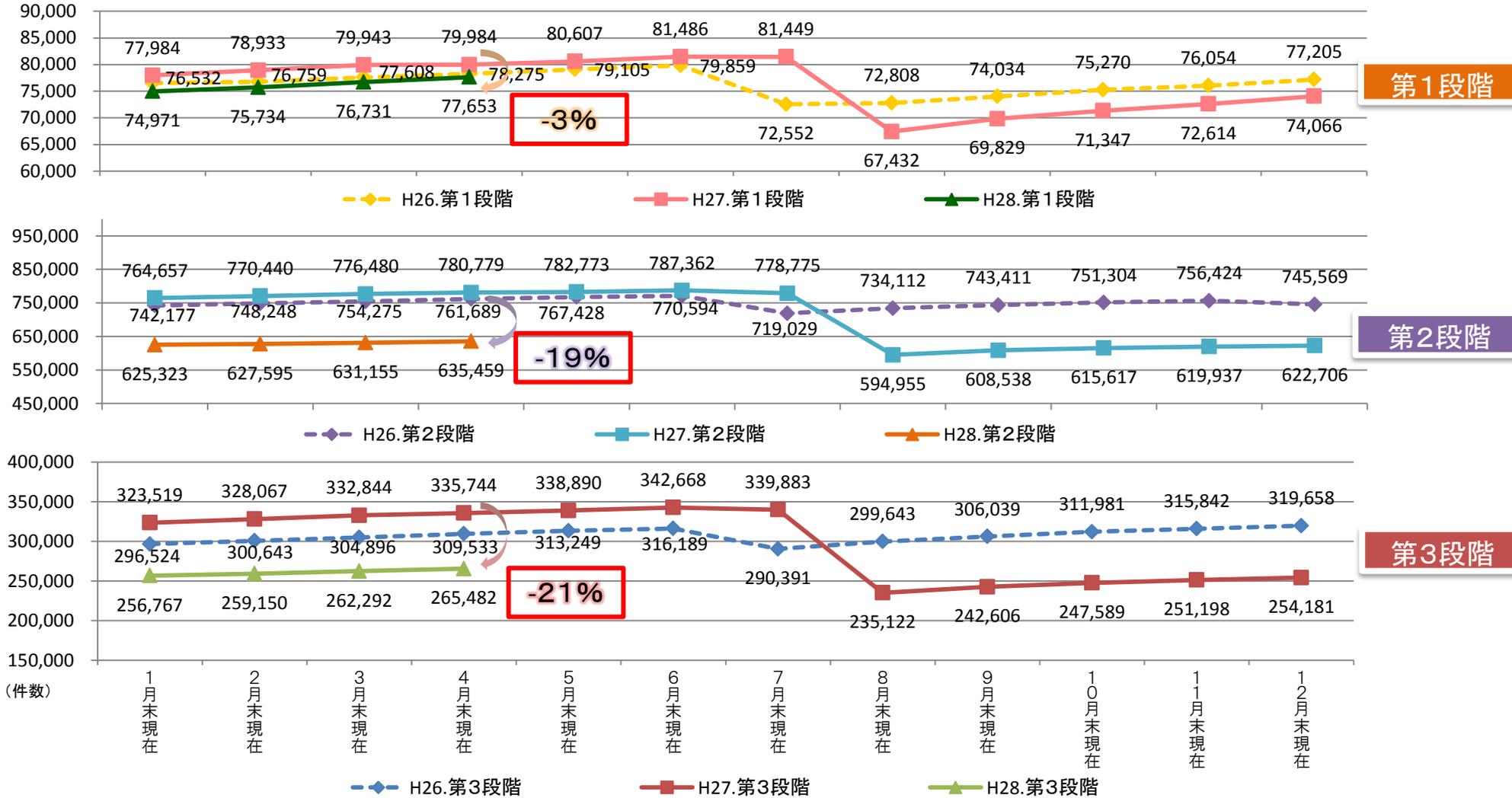
○証券会社を通じて有価証券を保有している場合には、評価額について証券会社の口座残高の写しにより確認は可能。

補足給付の認定件数の推移

平成28年8月19日
介護保険部会資料

○ 補足給付の8月以降の認定件数は、前年に比べて減少している。

○ 直近のデータ（平成28年4月末現在）により対前年同月比をみると、第1段階で-3%、第2段階で-19%、第3段階で-21%となっており、所得段階が高くなるにつれて、制度見直しの影響が大きく出ている。



※更新時期については、平成26年度までは7月であったが、平成27年度からは8月に改正された。

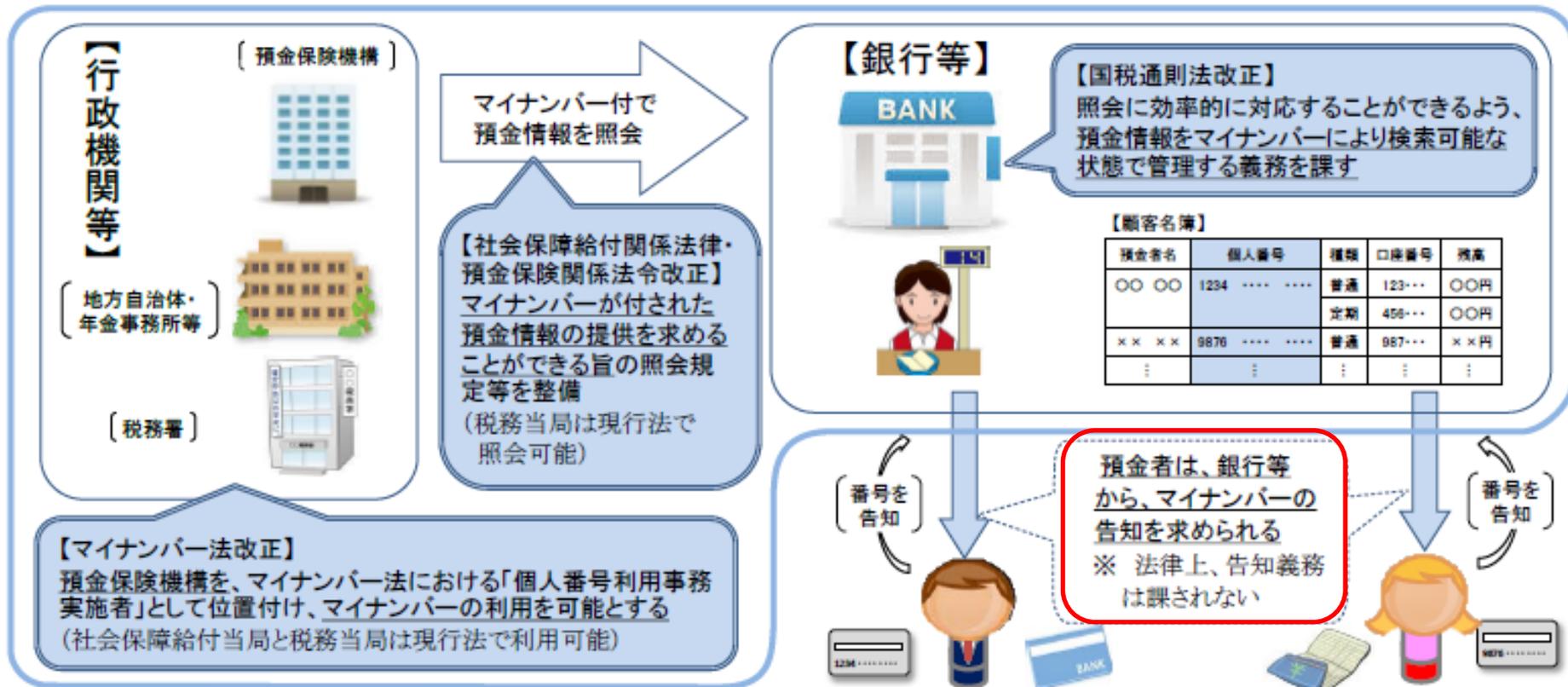
出典：介護保険事業状況報告（平成26年1月～平成28年4月月報）

預金口座へのマイナンバーの付番の概要

マイナンバーが付された預金情報の効率的な利用について

マイナンバー法等の改正により、新たに預金保険でマイナンバーを利用できるようにするとともに、その改正法案の中で、国民年金法、国税通則法等を改正し、銀行等に対する社会保障制度の資力調査や国税・地方税の税務調査でマイナンバーが付された預金情報を効率的に利用できるよう所要の措置を講ずる（平成30年1月から施行予定。なお、マイナンバーは平成28年1月から利用開始）。

（注）内閣官房において、マイナンバー法などの関係法律の改正を一括法案として提出し、平成27年9月に成立。

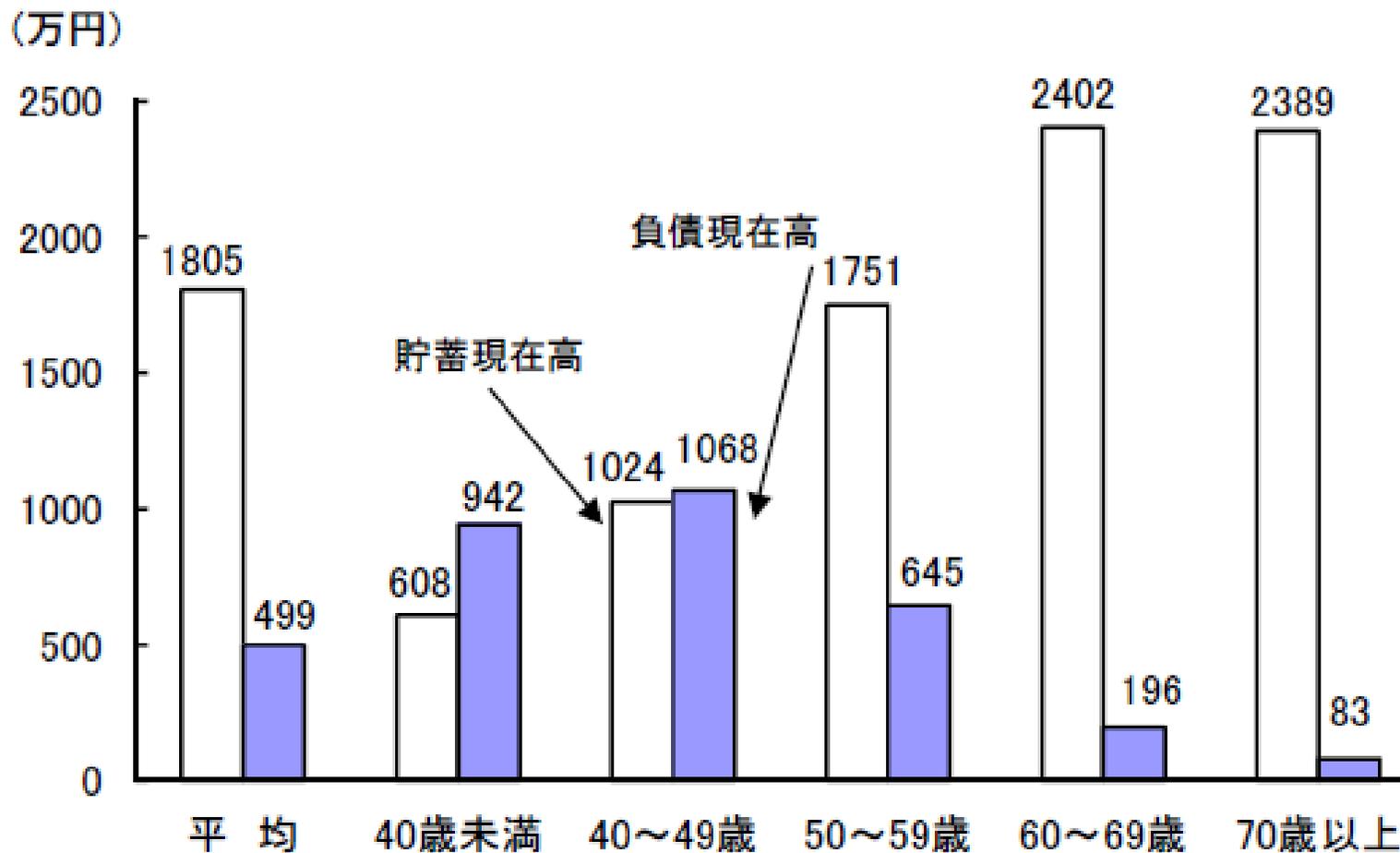


【付番促進のための見直し措置の検討】

付番開始後3年を目途に、預金口座に対する付番状況等を踏まえて、必要と認められるときは、預金口座への付番促進のための所要の措置を講じる旨の見直し規定を法案の附則に規定。

世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)

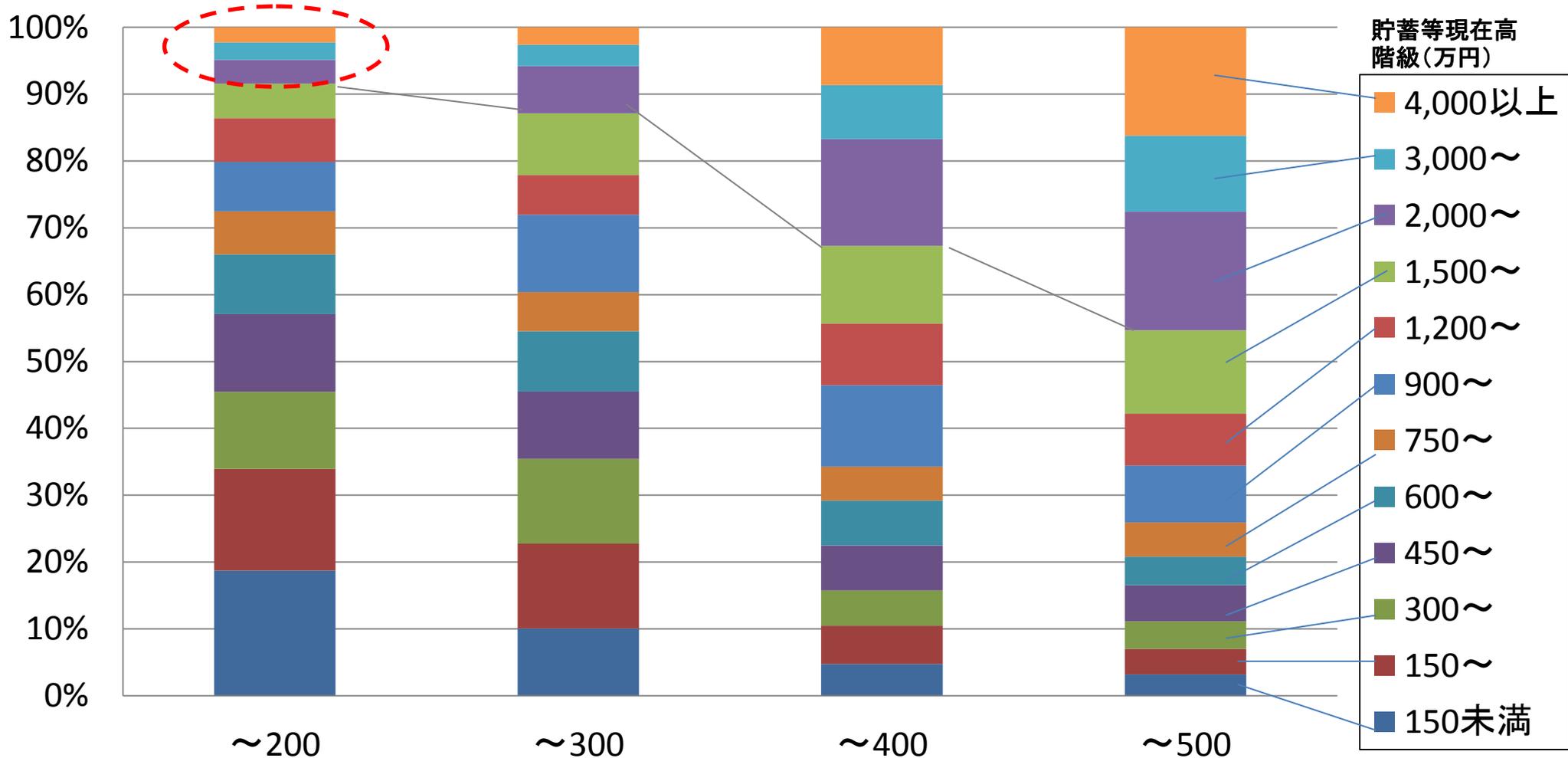
- 2人以上世帯における貯蓄現在高は、40歳未満の世帯が608万円であるのに対し、60歳～69歳の世帯は2402万円、70歳以上の世帯は2389万円となっている。
- また、負債額は40歳～49歳が最も多く、それ以降は年齢階級が高くなるに従って少なくなる。



(参考) 高齢者世帯の貯蓄等の状況

(1) 夫婦高齢者世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入200万円未満の世帯で貯蓄等が2000万円以上の世帯の占める割合は約8%。



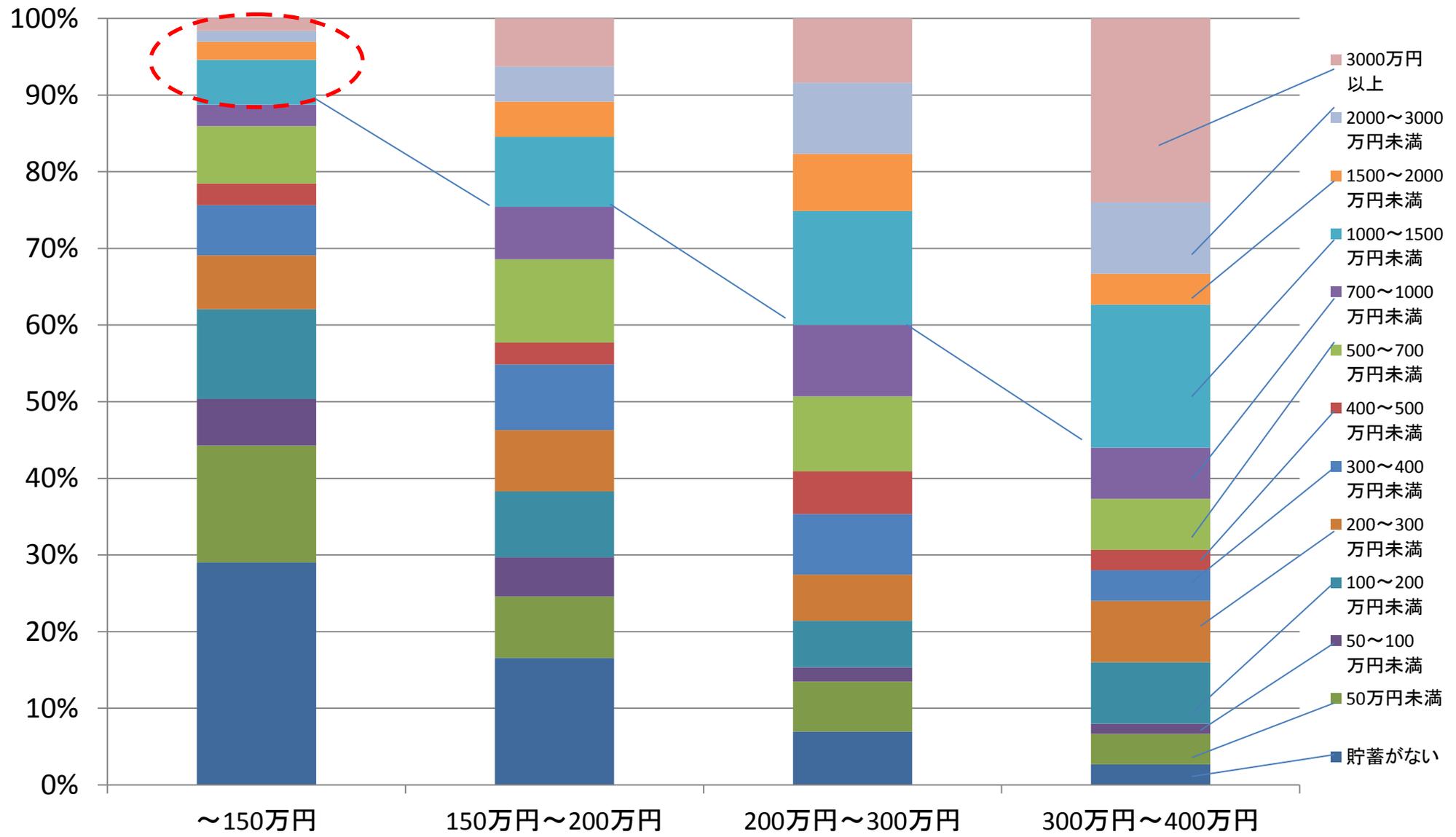
(注)「夫婦高齢者世帯」とは65歳以上の夫婦のみの世帯を指す

[出典]平成21年全国消費実態調査

(収入階級:万円)

(2) 高齢者単身世帯の収入階級別の貯蓄等保有状況

○ 収入150万円未満の世帯で貯蓄等が1000万円以上の世帯の占める割合は11%。



(注)「高齢者単身世帯」とは65歳以上の単身世帯を指す

[出典]平成22年国民生活基礎調査を特別集計

かかりつけ医の普及の観点からの 外来時の定額負担

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄) (平成27年6月30日閣議決定)

5. 主要分野ごとの改革の基本方針と重要課題

[1] 社会保障

(医療・介護提供体制の適正化)

かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。

経済・財政再生アクション・プログラム(抄) (平成27年12月24日経済財政諮問会議決定)

3. 主要分野毎の改革の取組

[1] 社会保障分野

(1) 医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化

(取組方針・時間軸)

医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化やかかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担の導入について関係審議会等において検討し、2016年末までに結論を得て、その結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)。

経済・財政再生計画 改革工程表

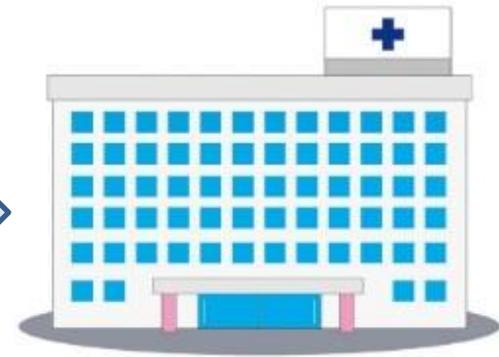
	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
		2016年度		2017年度				
医療・介護提供体制の適正化	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>							
	<p><⑨かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討></p> <p>かかりつけ医機能の更なる強化に向け、地域包括診療料等の普及に向けた必要な要件見直し等について、中央社会保険医療協議会において検討し、平成28年度診療報酬改定で対応</p> <p>外来の機能分化を進める観点から、紹介状なしの大病院受診に対する定額負担を2016年4月から導入</p> <p>かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論</p> <p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p>						<p>かかりつけ機能を評価する診療報酬である「地域包括診療料」、「地域包括診療加算」の算定状況【増加】</p> <p>大病院受診者のうち紹介状なしで受診した者の割合【500床以上の病院で60%以下】</p> <p>患者が1年間に受診した医療機関数【見える化】</p>	

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

外来機能の分化に関する医療保険制度上の措置

- 医療保険制度においては、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。
- 一方、診療報酬上の措置は、定率負担の下では、診療報酬が低く評価された方が患者負担が安くなるという問題が伴う。また、選定療養は、活用の有無や料金水準が病院の選択に委ねられているほか、診療報酬への上乗せとなる。

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】</p> <p>① 特定機能病院と許可病床が500床以上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</p> <p>② 許可病床数が500床以上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</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200床以上の病院であって、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(H26.7.1現在)】</p> <p>≪初診≫ 1,201施設 最高10,800円 最低210円 平均2,365円</p> <p>≪再診≫ 101施設 最高6,480円 最低210円 平均 962円</p>
<p>上記以外</p> <p>初診料 282点 外来診療料 73点</p>	

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化①

認知症に対する主治医機能の評価

➤ 複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。

(新) 認知症地域包括診療料 1,515点(月1回)

[算定要件]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

(新) 認知症地域包括診療加算 30点(再診料1回につき加算)

[施設基準]

下記の全てを満たす認知症患者

- (1) 認知症 以外に1以上の疾患を有する。
- (2) 以下のいずれの投薬も 受けていない。
 - ① 1処方につき 5種類を超える内服薬
 - ② 1処方につき 3種類を超える向精神薬
- (3) その他の地域包括診療加算の算定要件を満たす。

※対象とする疾病の重複がなければ、他の保険医療機関において地域包括診療料等を算定可

[施設基準]

地域包括診療加算の届出を行っていること。

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化②

地域包括診療料等の施設基準の緩和

- 地域包括診療料等による主治医機能の評価について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

現行

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

- ① 2次救急指定病院または救急告示病院
- ② 地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ③ 在宅療養支援病院

診療所の場合

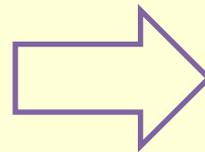
下記のすべてを満たすこと

- ① 時間外対応加算1の届出
- ② 常勤医師が3人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ① 時間外対応加算1又は2の届出
- ② 常勤医師が3人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所



改定後

地域包括診療料の施設基準

病院の場合

下記のすべてを満たすこと

(削除)

- ① 地域包括ケア病棟入院料等の届出
- ② 在宅療養支援病院

診療所の場合

下記のすべてを満たすこと

- ① 時間外対応加算1の届出
- ② 常勤医師が2人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

地域包括診療加算の施設基準

下記のうちいずれか1つを満たすこと

- ① 時間外対応加算1又は2の届出
- ② 常勤医師が2人以上在籍
- ③ 在宅療養支援診療所

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化③

小児かかりつけ医の評価

- 小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価する。

(新) 小児かかりつけ診療料

1 処方せんを交付する場合

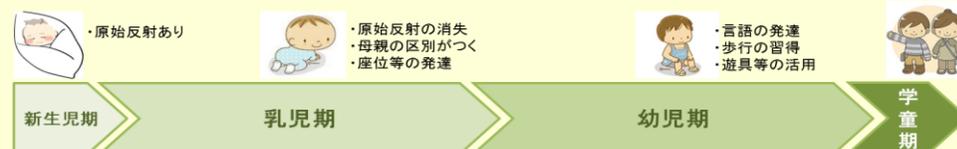
イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点



[主な算定要件]

- ① 対象は、継続的に受診している未就学児(3歳以上の患者にあつては、3歳未満から当該診療料を算定しているものに限る。)であつて、当該保険医療機関の医師をかかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
- ② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定することとし、他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関をすべて把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。
- ③ 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において常時対応を行うこと。
- ④ 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- ⑤ 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。

[施設基準]

- ① 小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。
- ② 時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。
- ③ 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が配置されていること。
- ④ 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
 - a. 在宅当番医制等により初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上実施
 - b. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施
 - c. 定期予防接種を実施
 - d. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供
 - e. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上		内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

主治医機能の評価(その1)

平成26年度診療報酬改定

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

- ※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等**を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、**7剤投与の減算規定の対象外**とする。
- ⑤ 下記のうち**すべて**を満たすこと

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

主治医機能の評価(その2)

平成26年度診療報酬改定

主治医機能の評価(出来高)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療加算 20点(1回につき)

- ※1 対象医療機関は、診療所
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

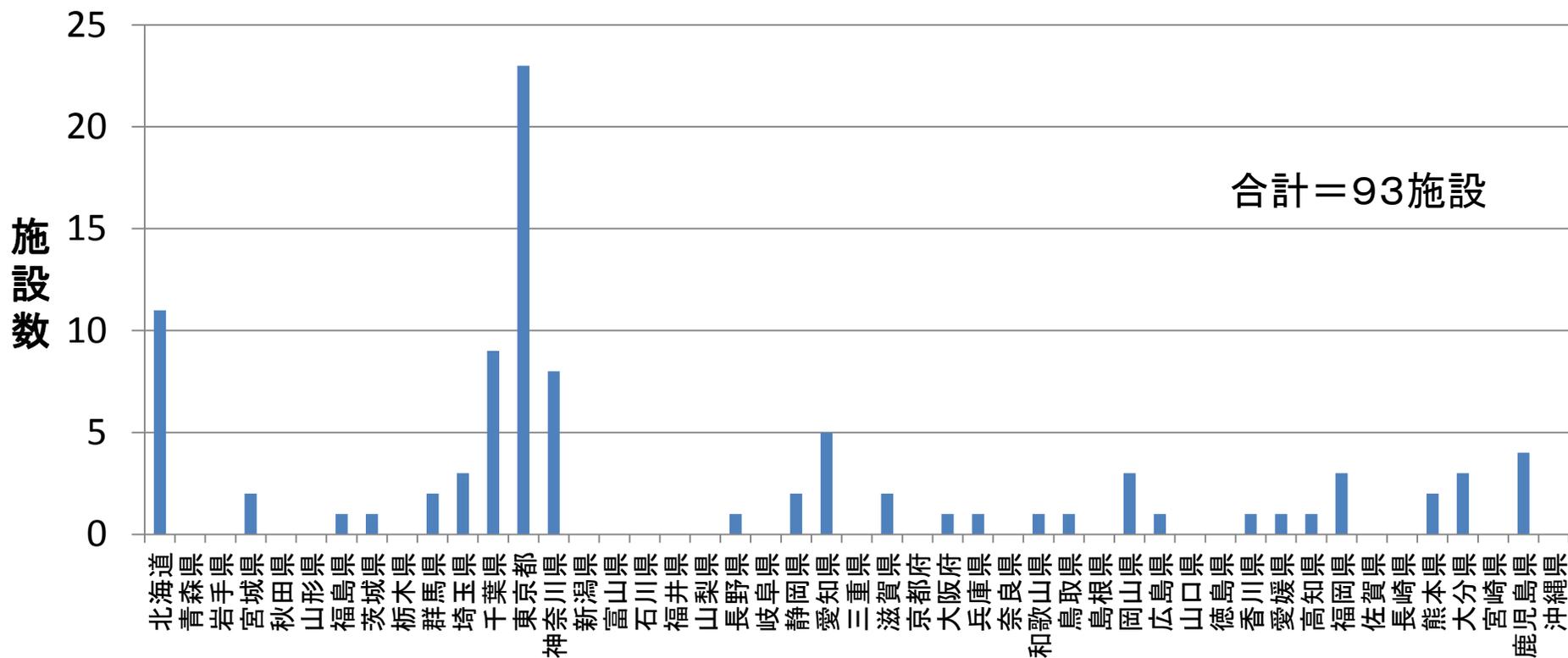
[算定要件]

- ① 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。
- ④ 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。
- ⑤ 下記のうちいずれか一つを満たすこと

- ア) 時間外対応加算1又は2を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況①

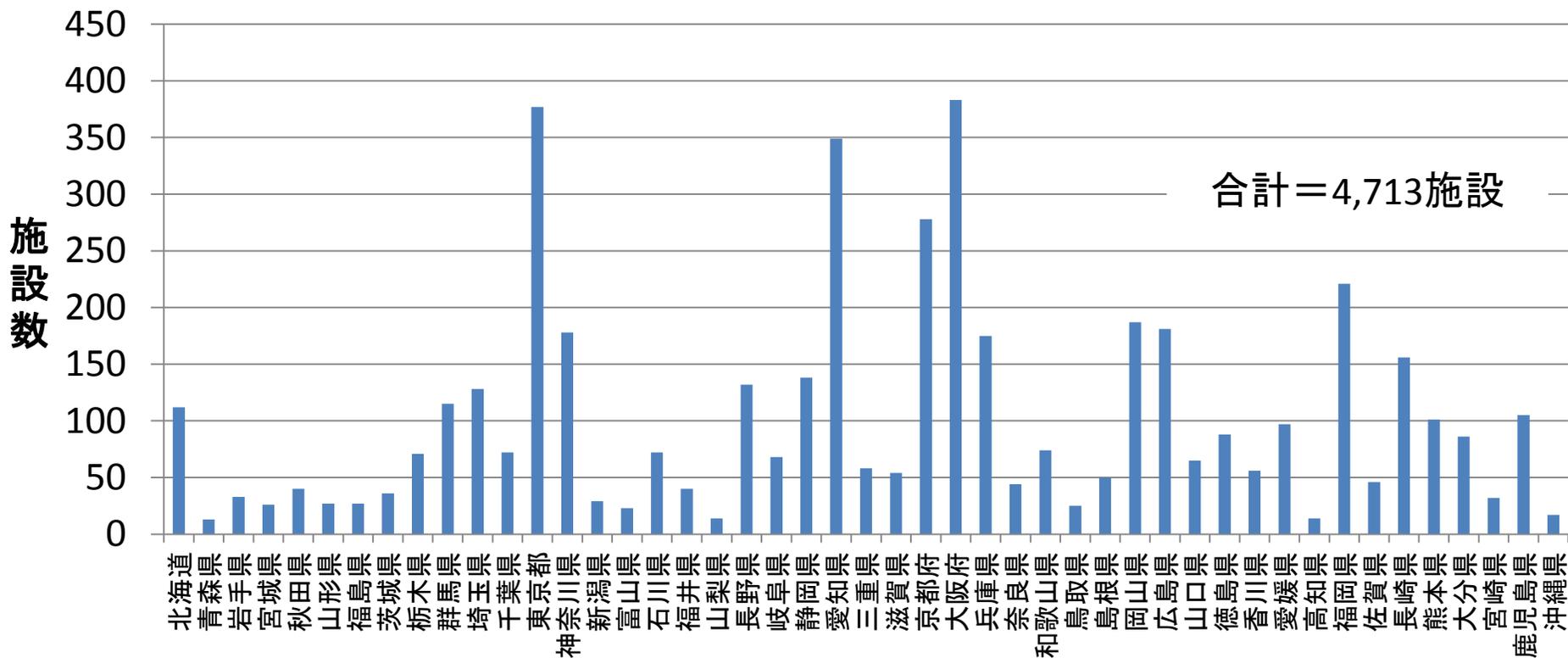
地域包括診療料を届け出た施設数



平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

地域包括診療料・地域包括診療加算の届出状況②

地域包括診療加算を届け出た施設数



紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

➤ 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。

① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。

② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。

③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。

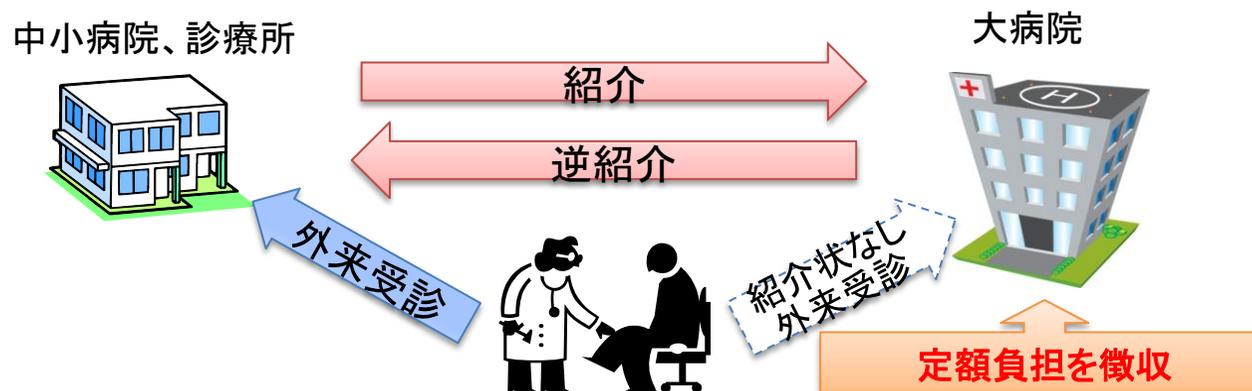
[緊急その他やむを得ない事情がある場合]

救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者

[その他、定額負担を求めなくて良い場合]

- a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
- b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
- c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等

④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担に係る関係法令

● 健康保険法（大正11年法律第70号）

（保険医療機関又は保険薬局の責務）

第70条（略）

3 保険医療機関のうち医療法第4条の2に規定する特定機能病院その他の病院であって厚生労働省令で定めるものは、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することその他の保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として厚生労働省令で定める措置を講ずるものとする。

● 保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）

（一部負担金等の受領）

第5条（略）

3 保険医療機関のうち、医療法（昭和23年法律第205号）第4条第1項に規定する地域医療支援病院（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が500以上であるものに限る。）及び医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院であるものは、法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

一 患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介すること。

二 選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。） に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めると。
（厚生労働大臣の定める場合を除く。）

● 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掲示事項等（平成18年3月6日）（厚生労働省告示第107号）

第1の2 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める選定療養

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第2条第4号及び第5号に掲げるもの

第1の3 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める金額

一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第4号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額

（一） 医師である保険医による初診の場合 5000円

（二） 歯科医師である保険医による初診の場合 3000円

二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第5号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額

（一） 医師である保険医による再診の場合 2500円

（二） 歯科医師である保険医による再診の場合 1500円

第1の4 療担規則第5条第3項第2号及び療担基準第5条第3項第2号の厚生労働大臣の定める場合

一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第4号の初診にあつては、他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者に対して、療担規則第5条第3項第2号又は療担基準第5条第3項第2号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第5号の再診にあつては、他の病院（療担規則第5条第3項及び療担基準第5条第3項に規定する保険医療機関を除く。）又は診療所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対して、療担規則第5条第3項第2号又は療担基準第5条第3項第2号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

○ 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は、過去の医療保険部会において、以下のような案が議論されている。

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論点

○ 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。

通常の療養

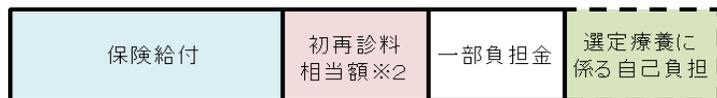
療養の給付に要する費用



※1 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)



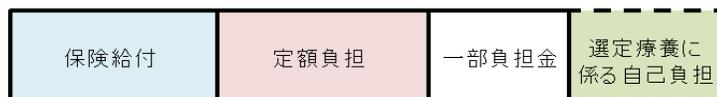
※2 3割負担の場合、初診:1974円、再診:511円が目安

【論点】

・定額負担の額として、患者の受診行動に与える効果が少ないのではないか。

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



【論点】

・定額負担の額が、本来保険給付すべき額を上回った場合に、保険給付すべき額までを負担として求める「たけくらべ」の必要があり、事務が煩雑化するのではないか。

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



【論点】

・定額負担の導入が医療費の総額を膨らませることについて、合理的な説明は困難ではないか。

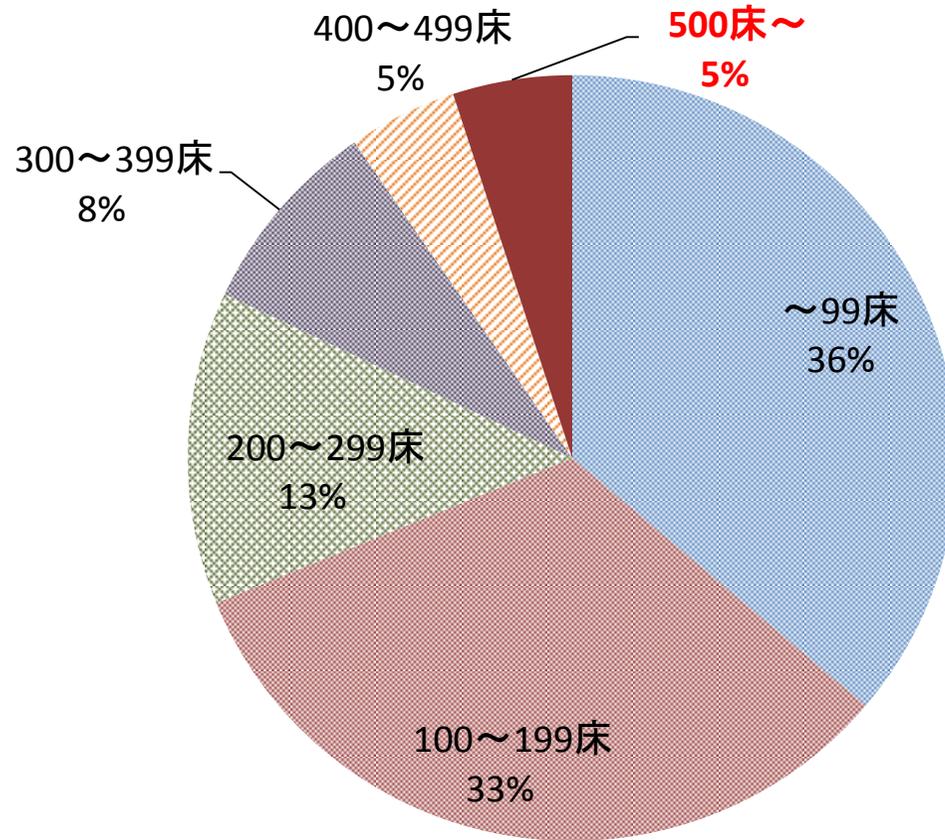
※パターン1～3の定額負担は、いずれも療養に要した費用の範囲内として整理。なお、定額負担を療養に要した費用の範囲の外に位置付けることは、法制的に困難。

特別な機能を有する病院等

	特定機能病院	地域医療支援病院
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	84 (平成28年9月1日時点)	515 (平成27年10月1日時点)
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、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設</u>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。 <p>(出所)特定機能病院一覧、平成27年医療施設調査</p>

病床規模別病院数の割合

○ 全病院8480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。



病床数	病院数
20~49床	942
50~99床	2127
100~149床	1429
150~199床	1338
200~299床	1121
300~399床	711
400~499床	387
500~599床	179
600~699床	106
700~799床	54
800~899床	31
900床以上	55
合計	8480

(出所) 平成27年医療施設調査

平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査の実施について(案)

1. 目的

平成28年度診療報酬改定の基本方針及び答申に当たっての中医協附帯意見を踏まえた調査項目について特別調査を実施し、検証部会における平成28年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

2. 調査の実施方法

特別調査は、外部委託により実施することとし、実施に当たっては、検証部会委員、関係学会等により構成された「調査検討委員会」を設置し、具体的な調査設計、調査票の作成及び集計・分析方法等の検討を行う。

3. 調査項目

以下に掲げる9項目について、「平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査」として平成28年度及び平成29年度の2か年で実施することとし、うち、下線の5項目を平成28年度調査として実施し、それ以外の項目については、施設基準を新設するなど改定の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要であることから平成29年度調査とする。なお、平成28年度調査においても、改定による効果がより明らかになるように、経過措置のあるものについては原則としてその終了後に調査期間を設定する。

(1) (略)

(2) かかりつけ医・かかりつけ歯科医に関する評価等の影響及び紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入の実施状況調査

(3) ~ (9) (略)

4. スケジュール

平成28年度調査におけるスケジュールは次のとおり。

平成28年5月 検証部会、総会で調査項目の決定

6月 事務局において受託業者の調達、決定

7~9月 調査検討委員会で調査設計、調査票等の検討

→検証部会、総会で調査票の決定10~12月委託業者において調査実施(調査票の配付、回収、調査結果の集計及び分析)

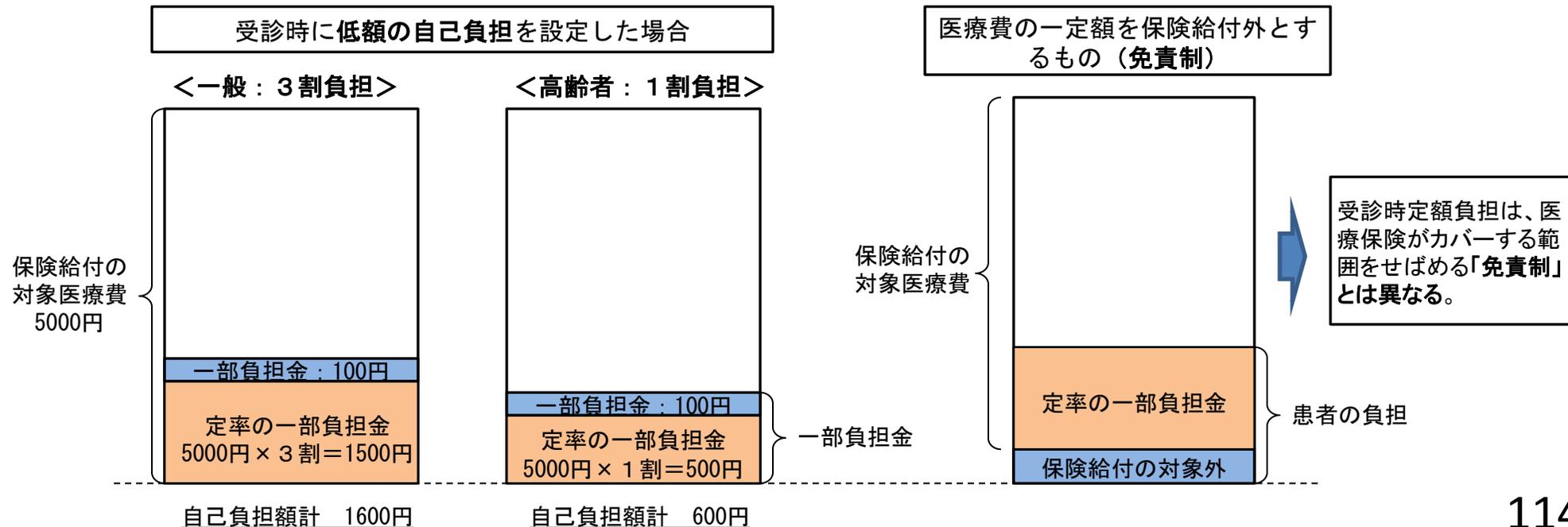
平成29年1月~調査検討委員会で調査結果の検討→検証部会で調査結果を取りまとめた項目から順次、総会に報告

5. 調査分析手法等について (略)

平成23年9月16日 医療保険部会提出資料 (受診時定額負担の仕組みについて(案))

- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を考えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。
(参考)健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)
 附 則
 第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合(医療費5000円の例)



受診時定額負担は、医療保険がカバーする範囲をせばめる「**免責制**」とは異なる。

受診時定額負担の財政影響（粗い試算）

- 一体改革成案に盛り込まれた「例えば、初診・再診時100円の場合」の財政影響を試算。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。
- 「低所得者への配慮」による財政影響は含んでいないので、軽減措置を講じることで財政影響の効果は小さくなる。特に、低所得者が多い市町村国保では、保険料負担と公費負担の財政改善の効果は小さくなる。

《初診・再診で100円を設定した場合》（低所得者の軽減措置分は財政影響に入っていない）

		給付費	保険料＋公費	保険料	公費
総計		▲約4100億円	▲約4100億円	▲約2900億円	▲約1300億円
	協会けんぽ	▲約800億円	▲約1200億円	▲約1000億円	▲約200億円
	健保組合	▲約700億円	▲約1000億円	▲約1000億円	—
	共済組合	▲約200億円	▲約300億円	▲約300億円	—
	市町村国保	▲約1300億円	▲約900億円	▲約400億円	▲約500億円
	後期医療	▲約1000億円	▲約600億円	▲約80億円	▲約500億円

（注1）平成23年度予算ベース。受診回数については、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入している。

（注3）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

医療保険の外来の受診動向

[外来の年間の受診延日数：平成26年4月～平成27年3月]

	医療保険計	協会けんぽ	健保組合	共済	国民健康保険	後期高齢者医療
医科・外来	16.06億日	3.19億日	2.48億日	0.78億日	4.81億日	4.79億日
うち初診	2.77億日	0.85億日	0.74億日	0.24億日	0.68億日	0.27億日
歯科	4.07億日	1.01億日	0.80億日	0.23億日	1.33億日	0.71億日
うち初診	0.82億日	0.21億日	0.17億日	0.05億日	0.28億日	0.11億日
合計	20.13億日	4.19億日	3.28億日	1.01億日	6.13億日	5.50億日
うち初診	3.59億日	1.06億日	0.91億日	0.28億日	0.95億日	0.38億日

(出典) 医療費の動向 (厚生労働省) (注) 初診は、社会医療診療行為別調査を用いた推計値である。

[医科・外来の月間の受診動向]

(※) 平成27年3月の受診データから集計

		協会けんぽ		健保組合		国民健康保険		後期高齢者医療	
加入者数 (a)		3,639.2万人		2,257.1万人		3,593.4万人		1,576.7万人	
受診日数 (月当たり)	～5日	1,402.4万人	96.1%	859.0万人	96.4%	1,663.6万人	93.3%	1,111.5万人	86.8%
	6～10日	44.6万人	3.1%	25.7万人	2.9%	80.3万人	4.5%	109.7万人	8.6%
	11～15日	9.2万人	0.6%	4.5万人	0.5%	26.1万人	1.5%	38.4万人	3.0%
	16～20日	2.3万人	0.2%	1.1万人	0.1%	7.5万人	0.4%	11.8万人	0.9%
	21～25日	1.0万人	0.1%	0.4万人	0.0%	3.8万人	0.2%	6.4万人	0.5%
	26日～	0.2万人	0.0%	0.1万人	0.0%	1.1万人	0.1%	2.6万人	0.2%
	総計 (b)	1,459.7万人	100.0%	890.9万人	100.0%	1,782.4万人	100.0%	1,280.4万人	100.0%
患者割合 (b/a)		40.1%		39.5%		49.6%		81.2%	
患者1人当たり受診日数		2.0日		1.9日		2.3日		3.2日	

[1年間に医科・外来を受診した者の割合]

患者割合 (平成26年度計)	78.5%	79.8%	80.6%	94.5%
----------------	-------	-------	-------	-------

(出典) 平成26年度医療給付実態調査報告 (厚生労働省)

(注1) 患者1人当たり受診日数は (医療費の動向における受診延日数 / 各制度の業務統計における加入者数) / 患者割合 として算出。

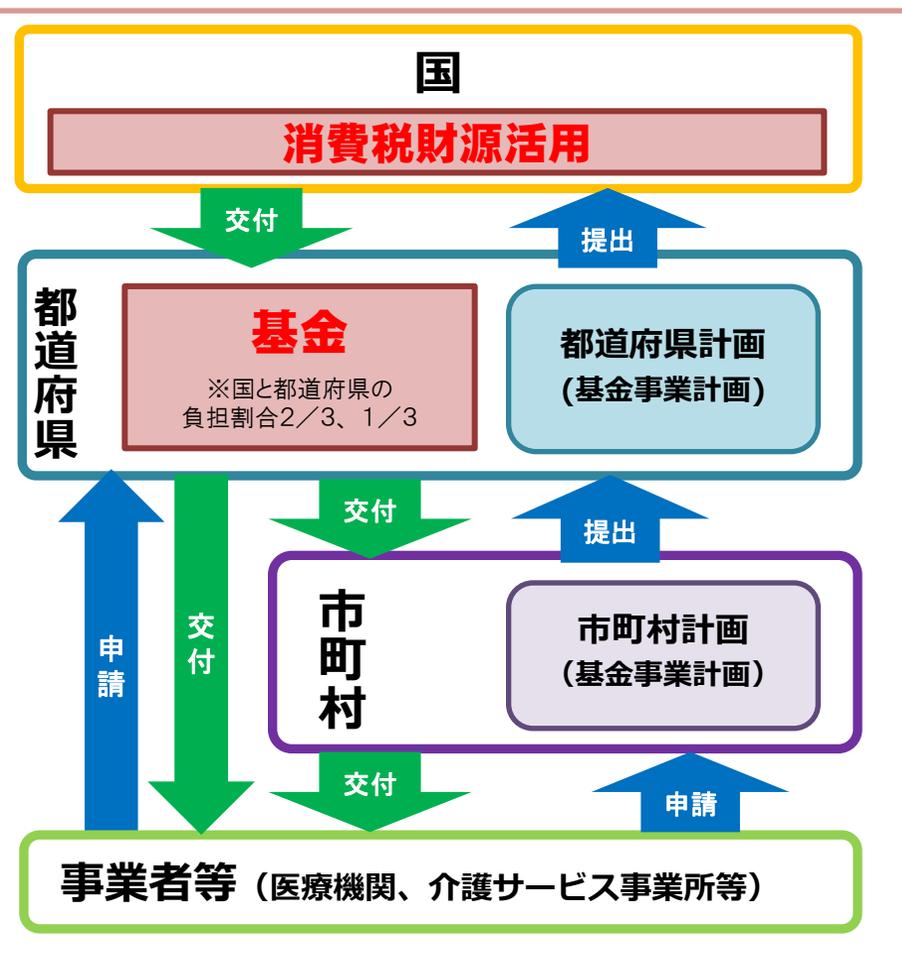
(注2) 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計。

(注3) 同一医療保険制度内の同一の者のレセプトを合計し、個人単位のデータに集計。

(注4) 年度計は、平成26年度の1年間に医科外来のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者の数を、年度内の延べ加入者数で除したものの。

地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

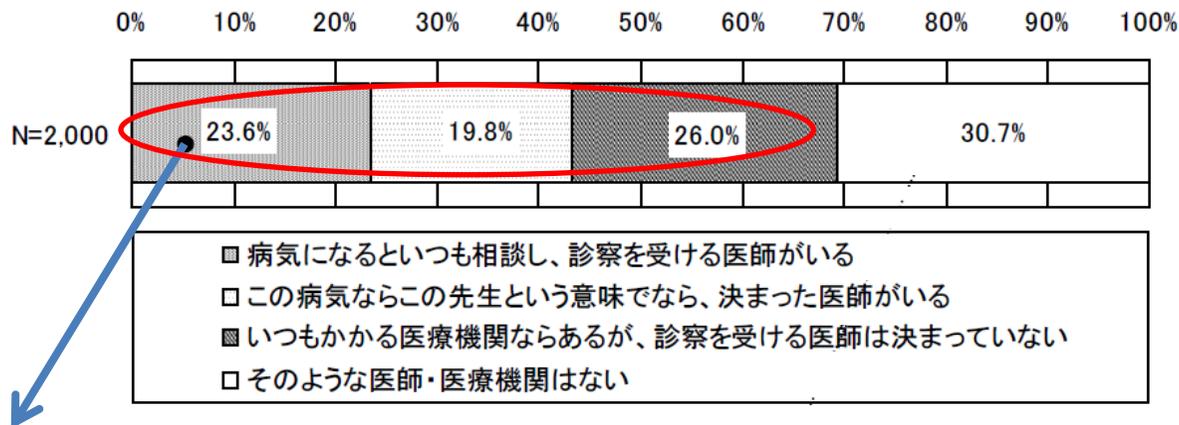
- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

日頃から健康相談や病気のときに決まって受診している医師・医療機関の有無①

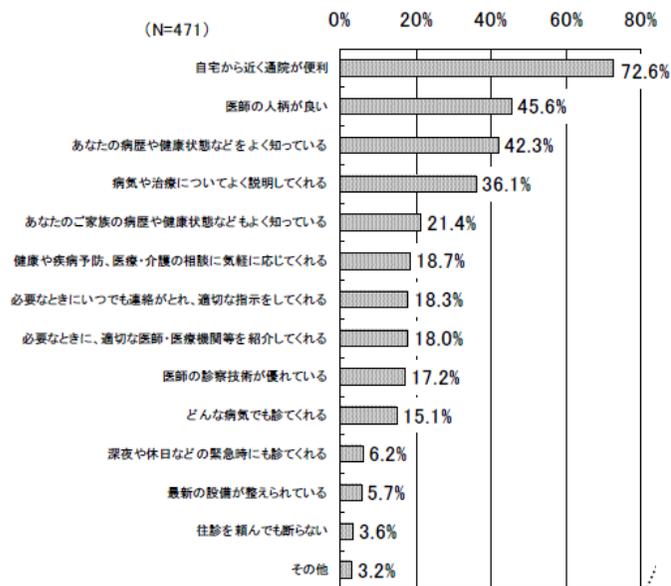
○ 「日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人」は69.4%に達している。

(平成23年11月17日健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査」)

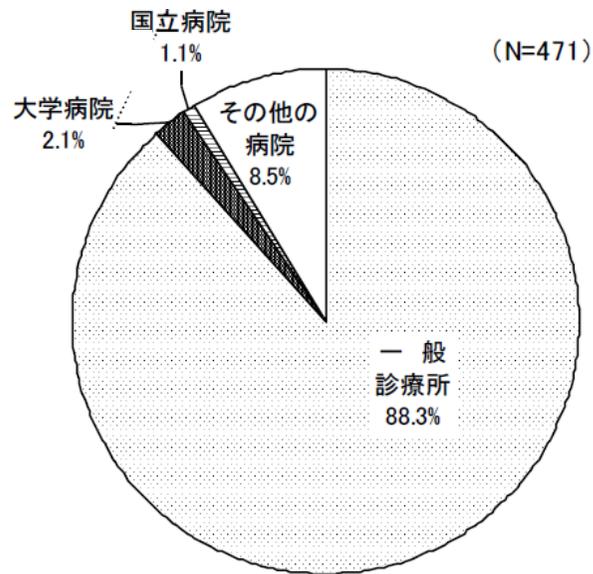
図表 2-2-11 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無



図表 2-2-12 その医師に決めた理由（複数回答）



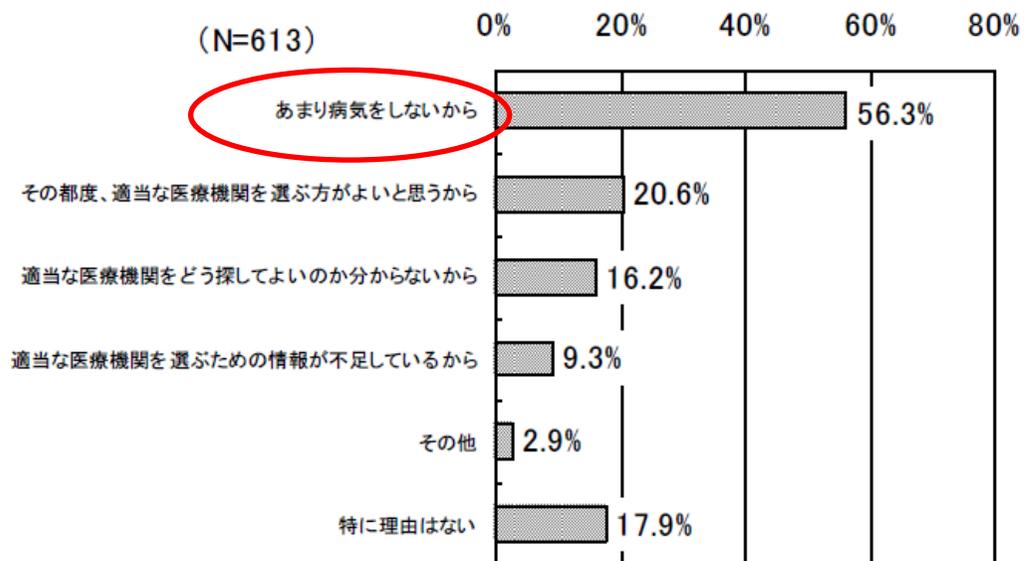
図表 2-2-13 その医師のいる医療機関



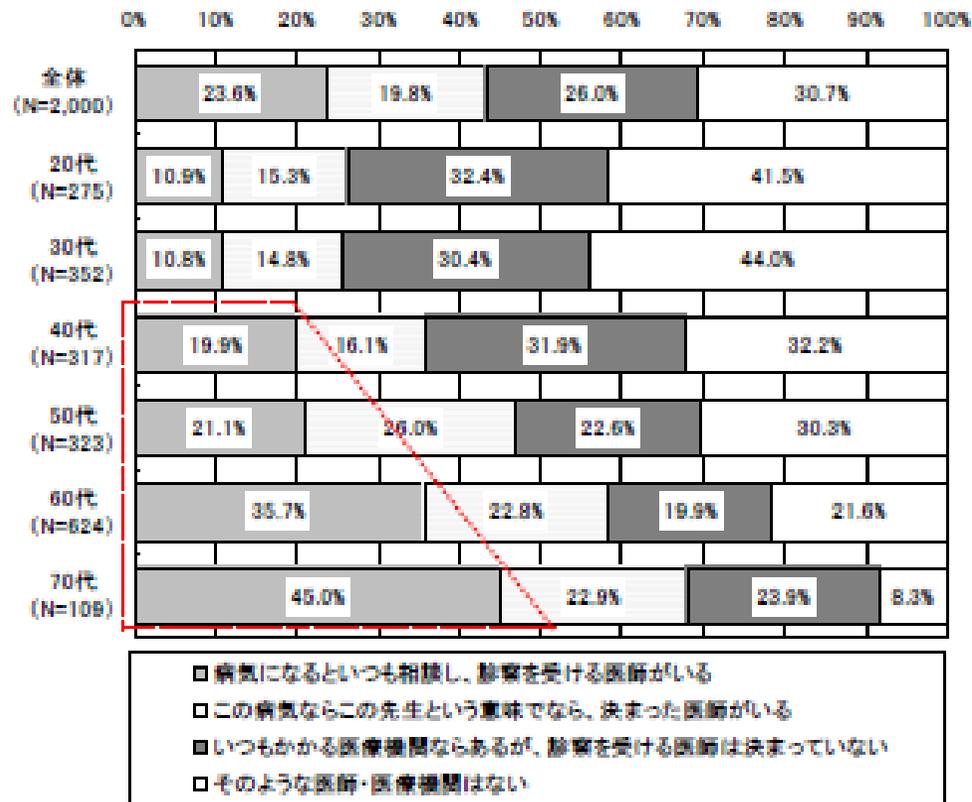
日頃から健康相談や病気のとくに決まって受診している医師・医療機関の有無②

○ 「日頃から決まった医師ないしは医療機関を受診している人」は年齢階層が上がるとともに、その割合は増加する。（平成23年11月17日健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査」）

図表 2-2-14 決まった医師・医療機関をもたない理由（複数回答）



図表 2-2-15 日頃から相談・受診している医師・医療機関の有無；年齢階層別



「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について

- 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会)では、「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について、以下のように説明されている。

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

スイッチOTC化された医療用医薬品 に係る保険給付率の在り方

経済・財政再生計画 改革工程表

	集中改革期間				2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)
	2014・2015年度 《主担当府省庁等》	2016年度		2017年度				
負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化	《厚生労働省》	通常国会	概算要求 税制改正要望等	年末	通常国会			
	<p>＜⑦公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討＞</p> <p>＜(ii)医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す＞</p>							
	費用対効果評価について、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等について、平成28年度診療報酬改定での試行的導入に向けて検討、結論	<p>試行的な導入の結果を踏まえ、速やかな本格導入に向けて、費用対効果評価に用いる費用と効果に関するデータの整備方法や、評価結果に基づく償還の可否判断の在り方等について、施行の状況も踏まえた更なる検討、診療報酬改定における適切な対応</p>						
	<p>＜(iii)生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方等の在り方等の検討＞</p>							
	<p>生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した上で検討し、結論</p>							
	<p>＜(iv)市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討＞</p>							
公的保険給付の範囲の見直しや医薬品の適正使用の観点等から、平成28年度診療報酬改定において、長らく市販品として定着したOTC類似薬を保険給付外とすること等について、その具体的内容を検討し、結論	<p>診療報酬改定において適切に対応</p>							
スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論	<p>関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）</p>							
<p>＜(v)不適切な給付の防止の在り方について検討 等＞</p>								
<p>保険医療機関に対する指導監査及び適時調査について、見直しを検討</p>								

薬剤給付の適正化の観点からのこれまでの診療報酬改定での対応

- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」等について、以下の対応を行ってきている。

H24年度診療報酬改定

- 単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与

ビタミン剤については、

- ① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、
 - ② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、
 - ③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき
- を除き、これを算定しない。

H26年度診療報酬改定

- 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

H28年度診療報酬改定

- 外来患者について、1処方につき計70枚を超えて投薬する湿布薬

- ① 外来患者に対して、1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

- これまでも、行政改革推進会議等から、いわゆる市販品類似薬を保険給付外とすることや自己負担化することについて指摘がなされている。
- 厚生労働省として、関係審議会において議論を求めたが、以下のような理由から慎重な意見が多かった。
(社会保障審議会医療保険部会 平成21年11～12月、平成22年12月、平成23年12月)
 - 市販品類似薬を保険給付外とした場合、それらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになり、この点の理解を得る必要があること。
 - 市販品類似薬には、市販品と異なる重篤な疾患の適応を有するものがあること。
 - 市販品類似薬を保険給付外とすることで、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇するなどの問題があること。
 - 市販品類似薬であるという理由で保険給付外とすることで、かえってより高額な薬剤が使用される可能性があること。

いわゆる「スイッチOTC」とは

- ○ 「OTC」とは
 - ➤ 「OTC」とは、英語の「Over The Counter: オーバー・ザ・カウンター」の略
 - ➤ 「OTC医薬品」とは、カウンター越しに薬を販売するかたちに由来しており、要指導医薬品や一般用医薬品に相当するもののことをいう。

- ○ 「スイッチOTC」とは
 - ➤ 医療用医薬品の有効成分が一般用に転用されたもの。
 - ➤ 医療用としての使用実績などを踏まえ、
 - 副作用の発生状況
 - 海外での使用状況など
 - からみて、OTC医薬品として適切であると考えられるもの。
 - ➤ 製薬企業が、「効能・効果」、「用法用量」、「使用上の注意」、「包装」などを改めて見直した上で、開発・申請を行い、薬事・食品衛生審議会における審議を経て、承認される。

最近のスイッチOTC薬等の承認について①

平成27年10月末現在

承認年 (成分数)	主な成分名	薬効群等
平成20年 (5成分)	フラボキサート塩酸塩 イソコナゾール硝酸塩（外用） ニコチン（外用） エメダスチンフマル酸塩 ミコナゾール硝酸塩（外用）	頻尿改善薬 膣カンジダ治療薬（膣錠） 禁煙補助剤 アレルギー用薬 膣カンジダ治療薬（膣坐薬）
平成21年 (4成分)	イソコナゾール硝酸塩（外用） ミコナゾール硝酸塩（外用） ジクロフェナクナトリウム（外用） ビダラビン（外用）	膣カンジダ治療薬（クリーム） 膣カンジダ治療薬（クリーム） 消炎鎮痛薬 口唇ヘルペス薬
平成22年 (5成分)	トロキシピド エピナスチン塩酸塩 ロキソプロフェンナトリウム水和物 オキシコナゾール硝酸塩（外用） ベクロメタゾンプロピオン酸エステル（外用）	胃腸薬 アレルギー用薬 消炎鎮痛薬 膣カンジダ治療薬（膣錠） アレルギー用薬

最近のスイッチOTC薬等の承認について②

平成27年10月末現在

承認年 (成分数)	主な成分名	薬効群等
平成23年 (7成分)	クロトリマゾール（外用） オキシメタゾリン塩酸塩（外用） アシタザノラスト水和物（外用） イブプロフェン・ブチルスコポラミン臭化物 ペミロラストカリウム メキタジン	腔カンジダ治療薬（錠剤） アレルギー用薬 アレルギー用薬 生理痛薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬
平成24年 (6成分)	ネチコナゾール塩酸塩（外用） フェキソフェナジン塩酸塩 セチリジン塩酸塩 ケトチフェンフマル酸塩・ナファゾリン塩酸塩 イコサペント酸エチル イブプロフェン	腔カンジダ治療薬（クリーム） アレルギー用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬 中性脂肪異常改善薬 解熱鎮痛薬
平成25年 (4成分)	トリメブチンマレイン酸塩 ペミロラストカリウム（外用） エバスチン トラニラスト（外用）	消化器官用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬 アレルギー用薬
平成26年 (2成分)	アルミノプロフェン	解熱鎮痛薬
平成27年 (2成分)	フッ化ナトリウム（洗口液） ロキソプロフェンナトリウム水和物（外用）	歯科用剤（う蝕予防） 消炎鎮痛薬

一般用医薬品と医療用医薬品の違い

		医療用医薬品	一般用医薬品
定義※		医師の診断・処方せんに基づき使用※	一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入※
使用における特徴		○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 ○一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。	○一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 ○一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。
例： ファモチジン	効能・効果	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき
	用法・用量	1日40mg	1日20mgまで
	使用に当たっての注意事項	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。血液像、肝機能、腎機能等に注意。	（左のような注意事項はない）
医療保険		給付対象	給付対象外
価格		公定価格	自由価格

※) 一般用医薬品とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているもの(要指導医薬品を除く。)をいう。」(医薬品医療機器法第4条)

※) 医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」(平成26年11月21日付け薬食発1121第2号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2))

医療用医薬品・要指導医薬品・一般用医薬品の違い

	医療用医薬品	要指導医薬品	一般用医薬品		
			第1類	第2類	第3類
定義	医師の診断・処方せんに基づき使用	一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入			
使用における特徴	○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。	○そのリスクが不明な状況にある（一般の者が使用した経験が少ない（スイッチ直後品目等）等安全上特に注意を要する成分を含む）又は、毒性若しくは劇性の強い成分を含むもの。 ○医療用医薬品に準じた取扱い。	副作用によりまれに日常活に支障を生ずる程度（入院相当以上等）の健康被害が生じる可能性がある成分を含むものであって、特に注意が必要なもの。	副作用によりまれに日常生活に支障を生ずる程度（入院相当以上等）の健康被害が生じる可能性がある成分を含むもの。	日常生活に支障を来す程度ではないが、身体の変調・不調が起こるおそれがある成分を含むもの。
販売方法	対面販売	対面販売	ネット販売可		
	薬剤師の対面による情報提供及び薬学的知見に基づく指導が必要・相談応需	○薬剤師による情報提供及び薬学的知見に基づく指導の義務、記録・相談応需 ○代理人への販売不可	薬剤師による情報提供の義務、記録・相談応需	薬剤師又は登録販売者による情報提供の努力義務・相談応需	薬剤師又は登録販売者が販売・相談応需
医療保険	給付対象	給付対象外			
価格	公定価格	自由価格			
医療費控除の対象	大半が対象（ワクチン等の一部除く）	治療又は療養に必要である場合に対象（風邪をひいた場合の風邪薬などは対象。ビタミン剤などの病気の予防や健康増進のために用いられる場合は対象外。漢方薬やビタミン剤も治療又は療養に必要である場合は対象。）			
品目数	17,058品目*1	スイッチ直後等品目：11品目*2 劇薬：5品目*2	94品目*3	8,126品目*3	2,993品目*3

*1)平成27年8月末時点。

*2)平成28年8月末時点。

*3)医薬品情報データベースの検索結果によるもの。平成27年7月末時点。

医療保険制度における自己負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～			
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度														後期高齢者 医療制度	
国 保	3割	高齢者	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)									
	被用者本人									定額負担	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に 達している者は1割 (平成26年4月以降70歳にな る者から2割)								
被用者家族		5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))	3割 薬剤一部負担 の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)									
	被用者本人			定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担														
	被用者家族			3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))														

- (注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大
 (参考) 介護保険はこれまで1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得がある者については自己負担割合を平成27年8月から2割とする改正を行った。

諸外国の医療保障制度概要

		韓国(2015)	ドイツ(2015)	フランス(2015)	スウェーデン(2015)	イギリス(2015)	アメリカ(2015)
制度類型		社会保険方式 ※国民皆保険 ※職場保険及び地域保険	社会保険方式 ※国民の約87%が加入。 ※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。 ※強制適用の対象でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上の国民皆保険。	社会保険方式 ※国民皆保険(国民の99%が加入) ※職域ごとに被用者制度、非被用者制度(自営業者)等に参加。(強制適用の対象とならない者:普遍的医療給付制度の対象となる。)	税方式による公営の保健・医療サービス ※全居住者を対象 ※広域自治体(ランスタングなど)が提供主体(現金給付は国の事業として実施)	税方式による国営の国民保健サービス(NHS) ※全居住者を対象	メディケア・メディケイド ※65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド ※2014年から医療保険の加入が原則義務化。現役世代は民間保険が中心(66.0%)で、無保険者は10.4%(2014年) ※2015年から企業に対し医療保険の提供をすることが原則義務化。
	自己負担	・外来 上級総合病院:60% 総合病院:45~50% 病院:35~40% 医院:30% ・入院 20% + 入院期間中の食事代50% ・薬剤 30% ※重症患者は5%、難病患者は10%	・外来:なし ・入院:1日につき28ユーロ(年28日を限度) ・薬剤:10%定率負担(上限10ユーロ、下限5ユーロ)	・外来:30% ・入院:20% ・薬剤:35% (抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品は0%、胃薬等は35%、有用性の低い薬剤60%、ビタミン剤や強壮剤は100%) ※償還制であり、一旦窓口で全額を支払う必要あり(入院等の場合は現物給付)。 ※自己負担分を補填する補足疾病保険が発達している。(共済組合形式、国民の8割が加入) ※上記の定率負担のほか、外来診療負担金(1回1ユーロ、暦年で50ユーロが上限)、入院定額負担金(1日18ユーロ、精神科は13.50ユーロ)があり、これについては補足疾病保険による償還が禁止されている。	・外来 :ランスタングが独自に設定 プライマリケアの場合の自己負担は、1回100~300クローナ ※法律による患者の自己負担額の上限は物価基礎額の0.025倍(1,100クローナ(2015))。各ランスタングはこれより低い額を定めることもできる ※多くのランスタングでは20歳未満については無料。 ・入院 :日額上限物価基礎額の0.0023倍(100クローナ(2015))の範囲内でランスタングが独自に設定 ※多くのランスタングでは18~20歳までは無料。 ・薬剤 :物価基礎額の0.05倍(2,200クローナ(2015))が上限	原則自己負担なし ※外来処方薬については1処方当たり定額負担(8.20ポンド)、歯科治療については3種類の定額負担あり。 なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い。	・入院(パートA)(強制加入) ~60日: \$ 1,260までは自己負担 61日~90日: \$ 315/日 91日~: \$ 630/日 ※生涯に60日だけ、それを超えた場合は全額自己負担 ・外来(パートB)(任意加入) 年間 \$ 147 + 医療費の20% ・薬剤(パートD)(任意加入) \$ 320 まで:全額自己負担 \$ 320 ~ \$ 2,960: 25%負担 \$ 2,960 ~ \$ 4,700: 45%負担(ブランド薬) / 65%負担(ジェネリック) \$ 4,700 ~ : 5%負担又は \$ 2.65 (ジェネリック) / \$ 6.60 (ブランド薬)
財源	保険料	報酬の6.07%(労使折半) ※報酬を除いた総合所得が年間7,200万ウォン超過者は、さらに所得月額2.995%	報酬の14.6% (本人:7.3% 事業主:7.3%) ※全被保険者共通 ※自営業者:本人全額負担	賃金総額の13.85% (本人:0.75% 事業主:13.1%) ※民間商工業者が加入する被用者保険制度(一般制度)の場合	なし	なし ※ NHS費用の2割強は、退職年金等の現金給付に充てられる国民保険の保険料から充当されている。	入院(パートA) 給与の2.9%(労使折半) ※自営業者は本人全額負担 外来(パートB) \$ 104.9 ~ 335.7 / 月(全額本人負担) 薬剤(パートD)(平均保険料) \$ 0 ~ 70.80 / 月(全額本人負担)
	国庫負担	一般税(5兆3,030億ウォン) タバコ負担金(10,191億ウォン)(2014)	被扶養者に対する給付や保険料率の軽減等に対する充当として105億ユーロ(2014)	一般社会拠出金(CSG):33.9% 目的税(タバコ、酒等):14.9% 国庫からの移転等:1.9%	ランスタングの税收(主に住民所得税)を財源として運営 ※わずかであるが、国からの一般交付税、補助金あり。	主に税を財源として運営(NHS費用の約8割)	任意加入保険の収支差を国が負担

任意継続被保険者制度について

平成28年11月30日
厚生労働省保険局

任意継続被保険者制度の概要と論点

- 任意継続被保険者制度は、健康保険の被保険者が、退職した後も、選択によって、引き続き最大2年間、退職前に加入していた健康保険の被保険者になることができる制度。

(現行制度)

加入要件 (勤務期間)	<ul style="list-style-type: none"> ・資格喪失の日の前日まで継続して<u>2か月以上</u>被保険者であったこと
資格喪失事由	<ul style="list-style-type: none"> ・任意継続被保険者となった日から起算して<u>2年</u>を経過したとき ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき
保険料	<ul style="list-style-type: none"> ・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・<u>①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額</u>に保険料率を乗じた額を負担

(論点)

- ①加入要件を1年以上とすることについて、どう考えるか。
- ②被保険者期間を最大1年とすることについて、どう考えるか。
- ③保険料の算定基礎を従前の標準報酬月額とすることについて、どう考えるか。

任意継続被保険者制度に関する医療保険部会での主な意見

■ 第97回医療保険部会（平成28年9月29日）

- 任継制度については、廃止に向けて検討していくべき。第一歩として、任継加入期間の2年から1年への見直し、加入要件のうち被保険者期間の2カ月から1年への見直し、退職時の標準報酬月額をもとにした保険料の設定を行うべきではないか。
- 前期高齢者医療制度の創設により、退職者医療制度が段階的に縮小している中、高齢者の医療費について任継制度を含めた医療保険全体としてカバーできている部分もあるのではないかと。任継加入期間を1年に短縮すると、結果的に医療費の高い高齢者が国保に加入することになるが、国保は基盤強化が必要な中で新たな負担につながる議論は慎重に行うべき。
- 任継制度は、被用者保険の長い歴史そのものだが、今日的にも、国保移行の際の保険料の激変緩和や、退職者の医療保障という役割はあるのではないかと。
- 国民皆保険を実現した際に、あるべき姿として退職者は市町村国保が対応することとなったはずであり、任継制度をいつまでも残すことに反対。ただし、国保への移行時に、前年度の所得に応じた保険料となると負担が大きいため、段階的な対応が必要。まず、任継加入期間を1年とし、再度、検討してはどうか。
- 任継制度は、国民皆保険が実現し、給付率が統一された現在、従来の意義が薄れているのは確か。一方、任継の加入要件を1年にすると、有期労働者や派遣労働者は、任継を利用できなくなるなど、比較的弱い立場の方にしわ寄せが回る可能性がある。定期的所得がない時の保護の在り方や、任継の適用範囲を絞り、頻繁に被保険者が出入りすることが起きた場合の市町村の事務コストの観点を含めつつ、慎重に考えるべきではないかと。

任意継続被保険者制度の見直しに係る財政影響(粗い試算)

1. 加入要件を2か月→1年にした場合の財政影響

	協会	組合	国保	公費(国費)
支出(給付費、後期支援金等)①	▲300億円	▲200億円	500億円	
収入(保険料、公費)②	▲200億円	▲100億円	400億円	
計(①-②)	▲100億円	▲100億円	100億円	200億円(100億円)

(参考) 加入期間2か月～1年の者の任継被保険者期間を最大2年→1年にした場合の財政影響

	協会	組合	国保	公費(国費)
支出(給付費、後期支援金等)①	▲80億円	▲50億円	130億円	
収入(保険料、公費)②	▲60億円	▲30億円	100億円	
計(①-②)	▲30億円	▲20億円	30億円	50億円(40億円)

2. 任継被保険者期間を最大2年→1年にした場合の財政影響

	協会	組合	国保	公費(国費)
支出(給付費、後期支援金等)①	▲600億円	▲500億円	1100億円	
収入(保険料、公費)②	▲400億円	▲300億円	900億円	
計(①-②)	▲200億円	▲200億円	200億円	500億円(400億円)

(参考) 任継被保険者期間を最大2年→1.5年にした場合の財政影響

	協会	組合	国保	公費(国費)
支出(給付費、後期支援金等)①	▲300億円	▲200億円	500億円	
収入(保険料、公費)②	▲200億円	▲100億円	400億円	
計(①-②)	▲100億円	▲100億円	100億円	200億円(200億円)

3. 退職時の標準報酬月額をもとに保険料を設定した場合の財政影響

	協会	組合
保険料収入	250億円	150億円

※上記1、2、2の(参考)の財政影響は100億円単位で四捨五入、1の(参考)及び3は10億円単位で四捨五入している

任意継続被保険者制度の在り方について(案)

(論点①・②について)

- 任意継続被保険者について、①加入要件を2か月から1年とすること、②被保険者期間を最大2年から最大1年とすることについては、
 - ・国民皆保険の実現、給付率の統一により、任継制度の意義が薄れてきていること等の理由から、制度の廃止に向けた当面の見直し案として賛成する意見があった一方、
 - ・任継制度における国保移行時の保険料負担の激変緩和の意義や、国保財政、事務コスト、有期労働者の保護等の観点から慎重な意見もあった。

- 任意継続被保険者の加入要件や被保険者期間の見直しについては、
 - ・現下の厳しい医療保険財政の状況等に鑑み、当面、現行のまま維持するとともに、
 - ・国保と被用者保険の適用範囲に関わる議論であることから、施行後3年以内に検討する予定である短時間労働者の適用拡大と合わせて、引き続き検討することとしてはどうか。

(論点③について)

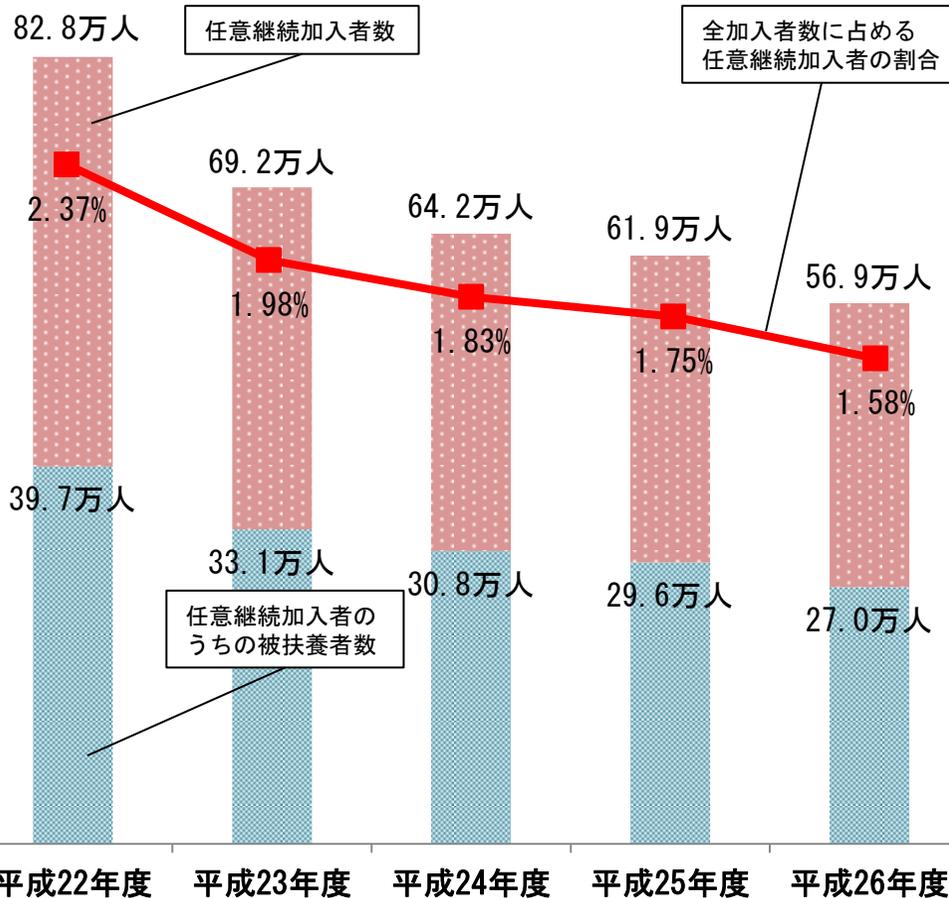
- 一方、任意継続被保険者の③保険料の算定基礎については、現行では、保険料負担軽減の観点から、「A. 従前の標準報酬月額又はB. 当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額」とされているが、組合自治の観点から、健保組合の規約により、一律にAかBかを保険料の算定基礎として設定することも可能とする方向で検討してはどうか。

參考資料

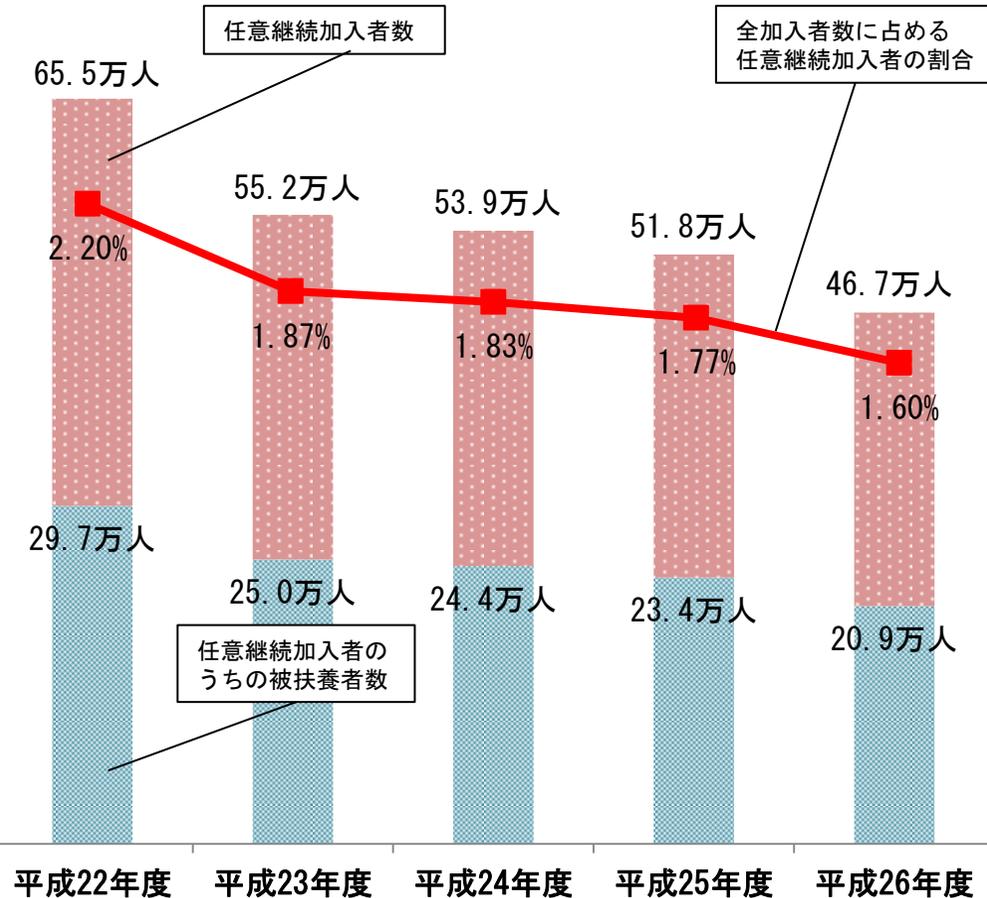
任意継続加入者数の推移

○ 平成22年度から平成26年度までにかけて、協会けんぽ及び健保組合の任意継続加入者（被扶養者を含む。）の数は減少傾向にあり、平成26年度は約104万人（全加入者の1.6%）となっている。

（協会けんぽ）



（健保組合）



※1 協会けんぽについては、健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者及び船員保険の被保険者を除く

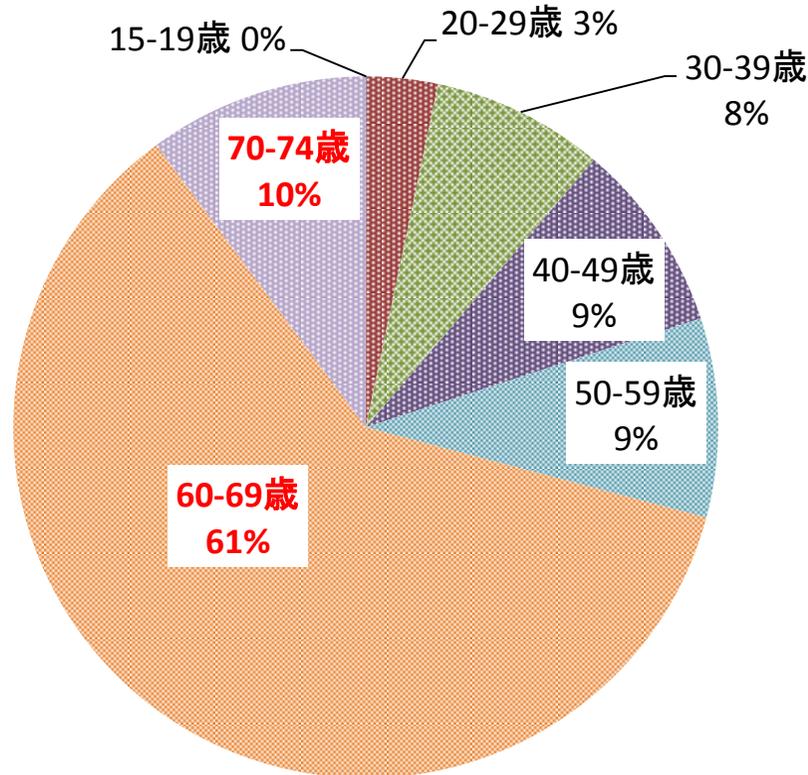
※2 数字は単年度平均

（出所）健康保険・船員保険事業年報（平成22年度～平成26年度）

任意継続被保険者の年齢構成

○ 任意継続被保険者の年齢構成をみると、60歳以上の者が協会けんぽは全体の約7割、健保組合は全体の約5割を占めている。

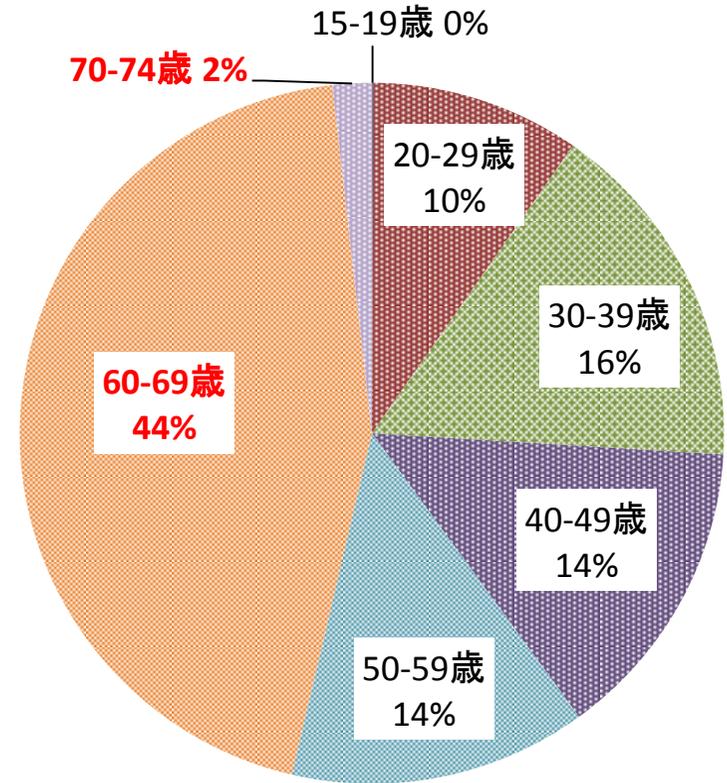
(協会けんぽ)



年齢(歳)	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~74
任意継続被保険者数(人)	91	9,776	23,728	26,301	27,470	182,056	30,356

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成26年3月時点)

(健保組合)



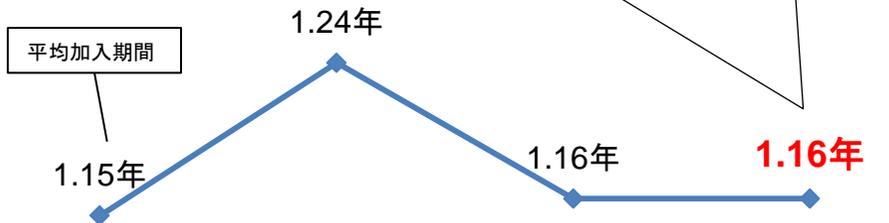
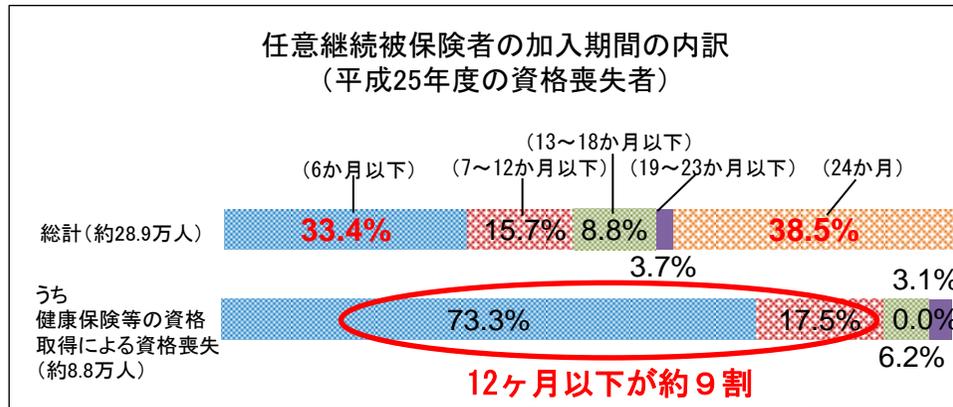
年齢(歳)	15~19	20~29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~74
任意継続被保険者数(人)	32	6,152	10,403	8,964	8,729	28,461	1,146

(出所)健康保険組合連合会の調査より抜粋(94組合にて集計)(平成25年度)

任意継続被保険者期間の推移

- 任意継続被保険者期間は近年ほぼ横ばいであり、協会けんぽで平均約1.2年、健保組合で平均約1.1年。内訳は、協会けんぽ、健保組合ともに2年の者が最も多く約3～4割、6ヶ月以下の者が次いで多く約3割。
- 健康保険等の資格取得による資格喪失者の任意継続被保険者期間は、協会けんぽ、健保組合ともに1年以下である者が約9割となっている。

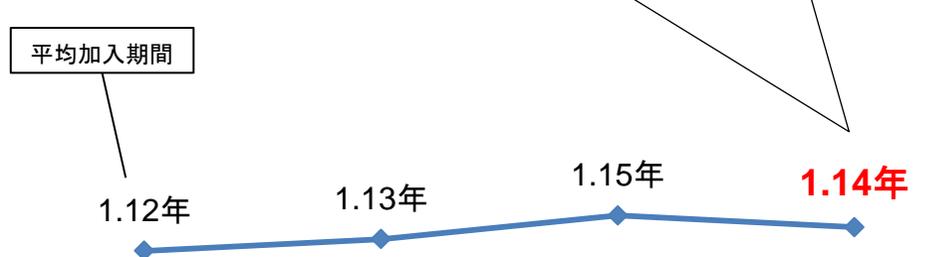
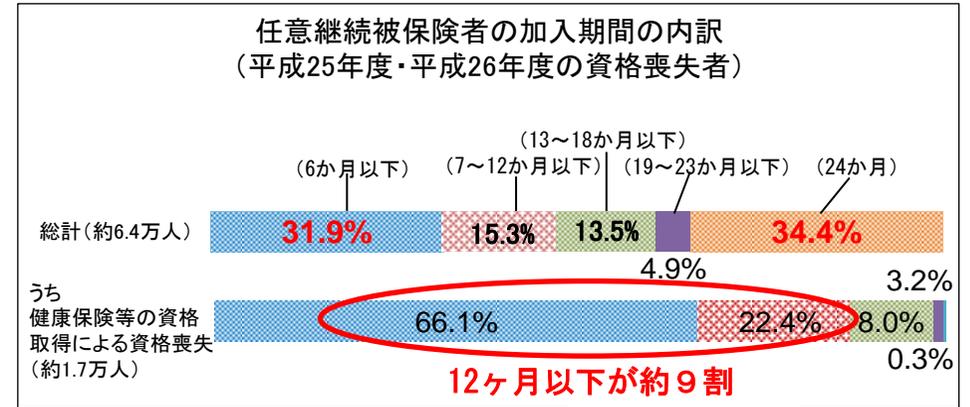
(協会けんぽ)



平成22年度 平成23年度 平成24年度 平成25年度

(出所)協会けんぽの調査に基づき作成

(健保組合)



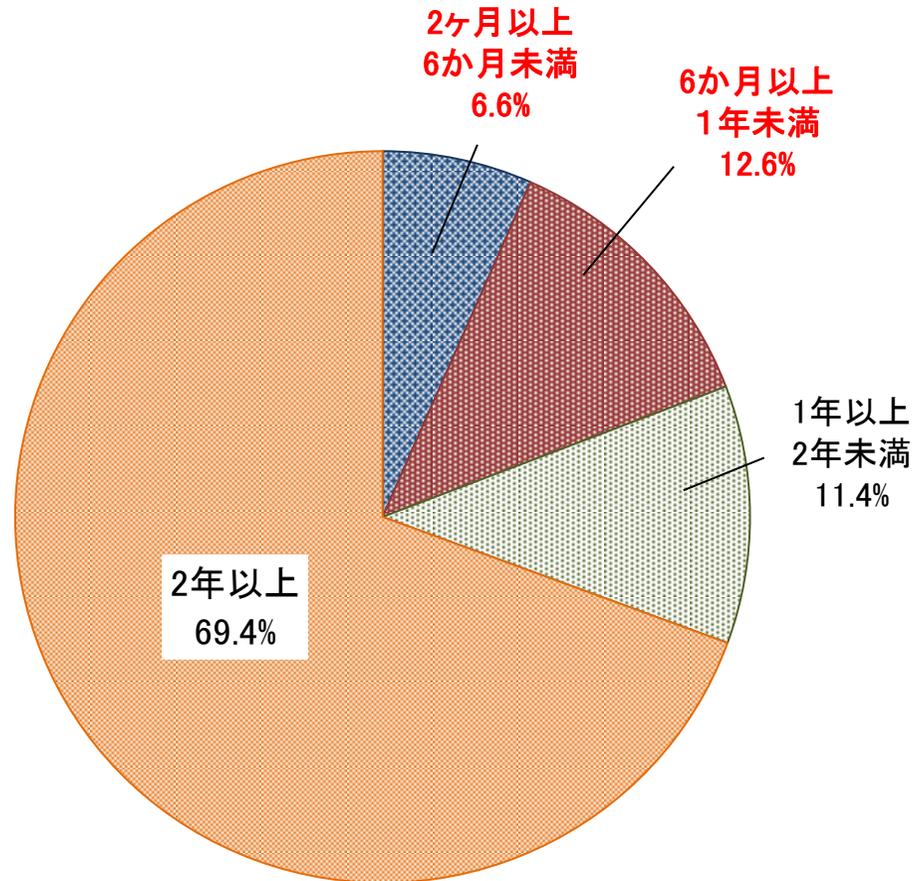
平成22年度 平成23年度 平成24年度 平成25年度

(出所)健康保険組合連合会の調査より抜粋(93組合にて集計)

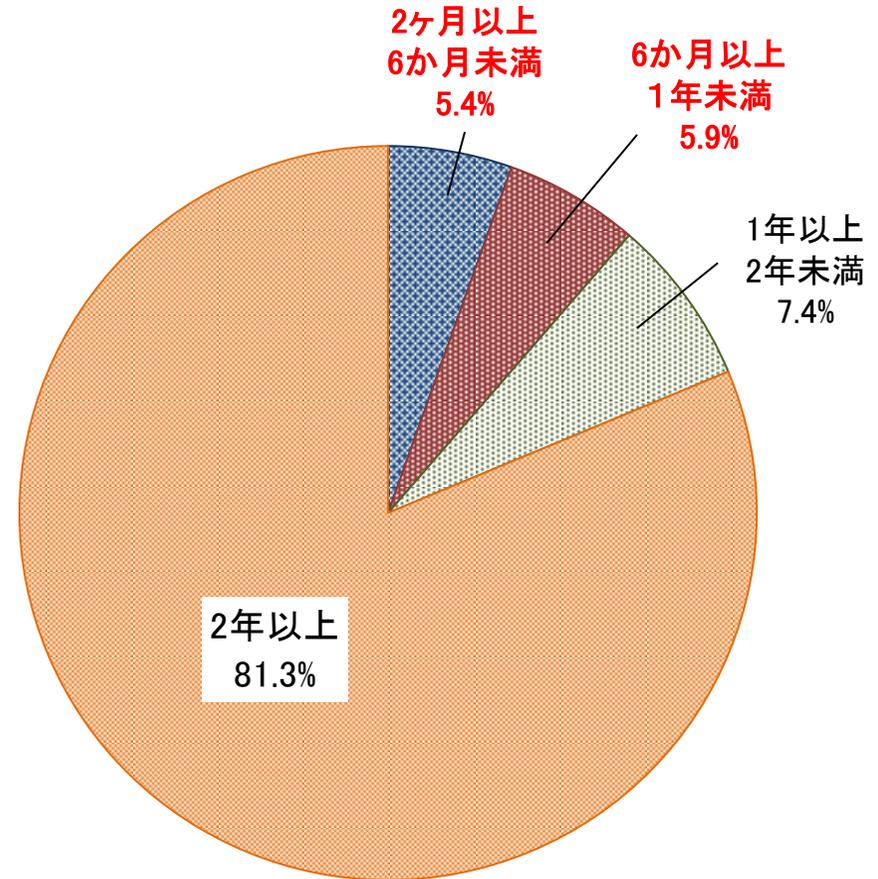
任意継続被保険者の勤務期間

○ 任意継続被保険者の勤務期間は、協会けんぽは2割、健保組合は1割の者が2ヶ月以上1年未満となっている。

(協会けんぽ)



(健保組合)



(出所)協会けんぽの調査に基づき作成(平成25年度)

(出所)健康保険組合連合会の調査より抜粋(94組合にて集計)
(平成25年度)

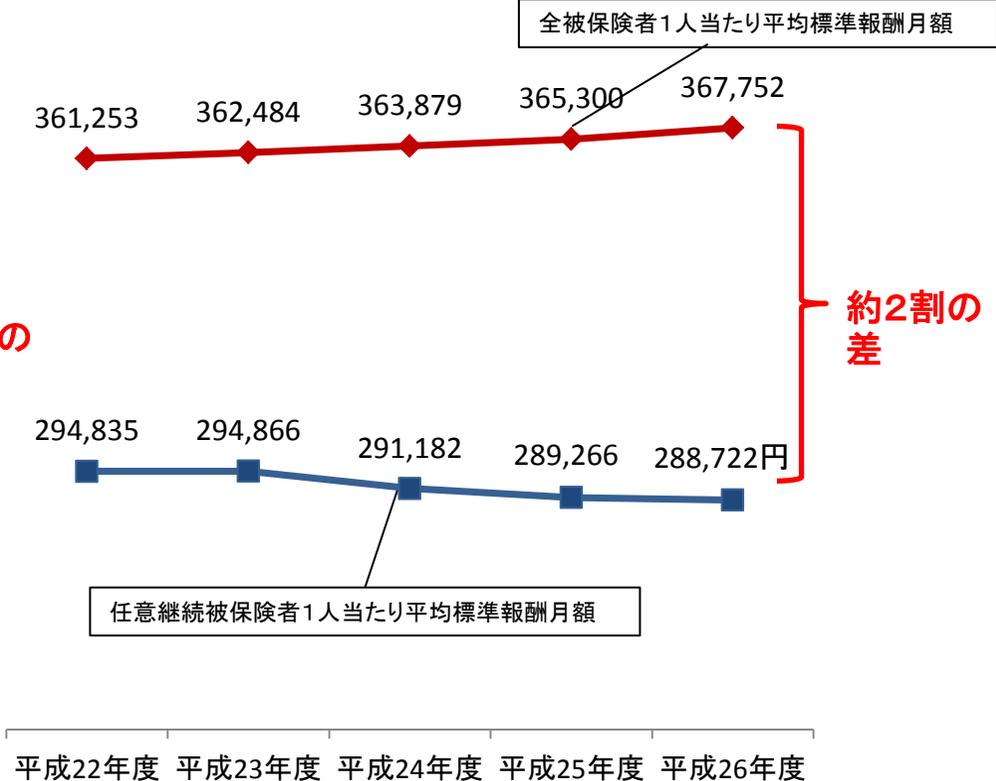
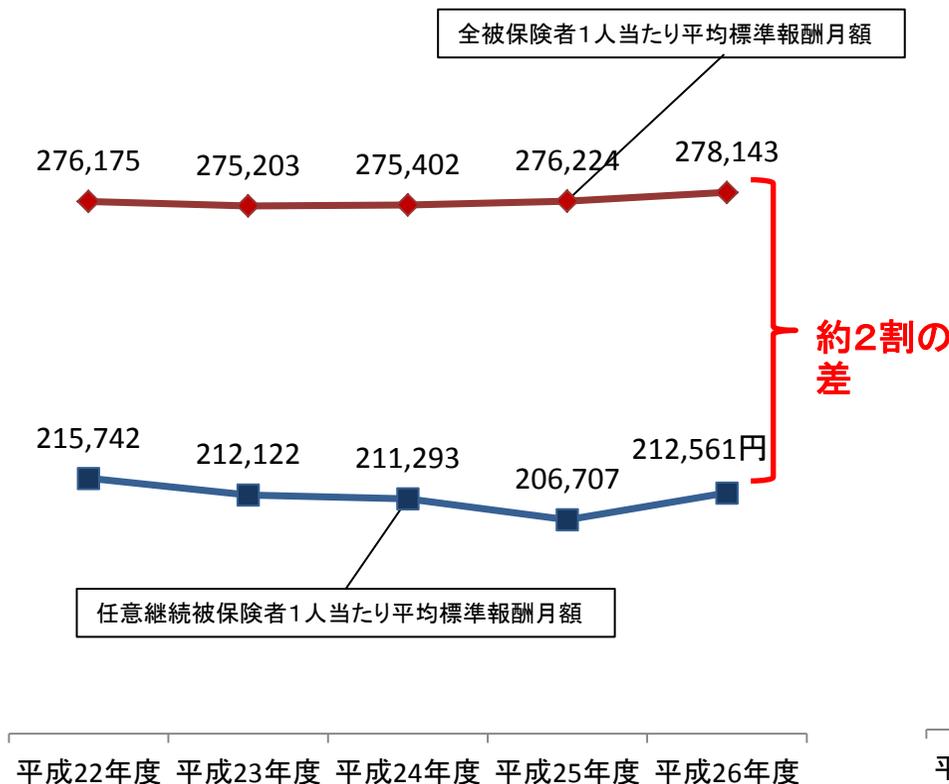
任意継続被保険者と一般被保険者の平均標準報酬月額と比較

○ 任意継続被保険者1人当たり平均標準報酬月額は、全被保険者(※)の約8割の水準となっている。

(※) 任意継続被保険者を含む。協会けんぽについては、日雇特例被保険者を除く。

(協会けんぽ)

(健保組合)

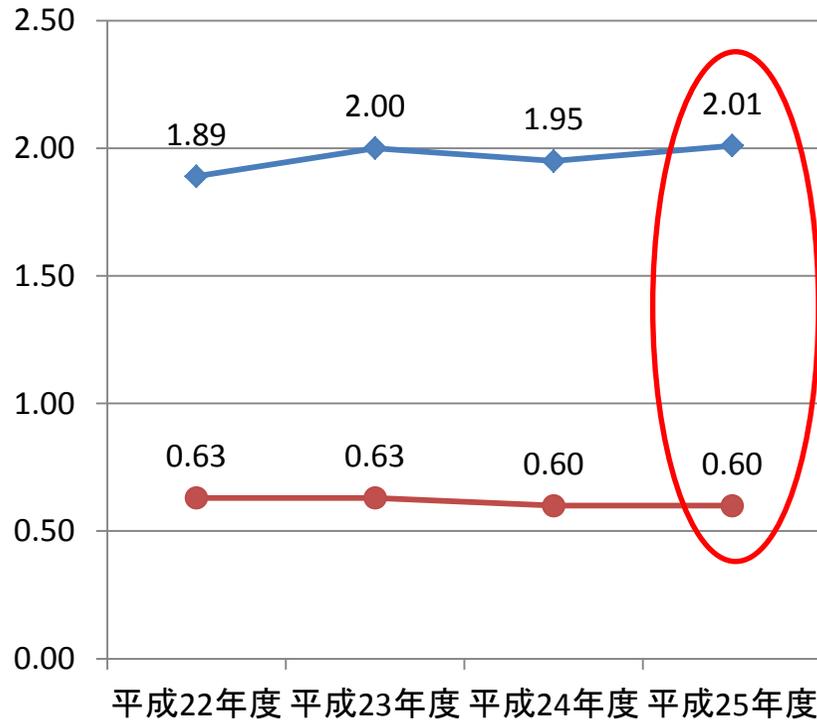


(出所) 健康保険・船員保険事業年報 (平成22年度～平成26年度)

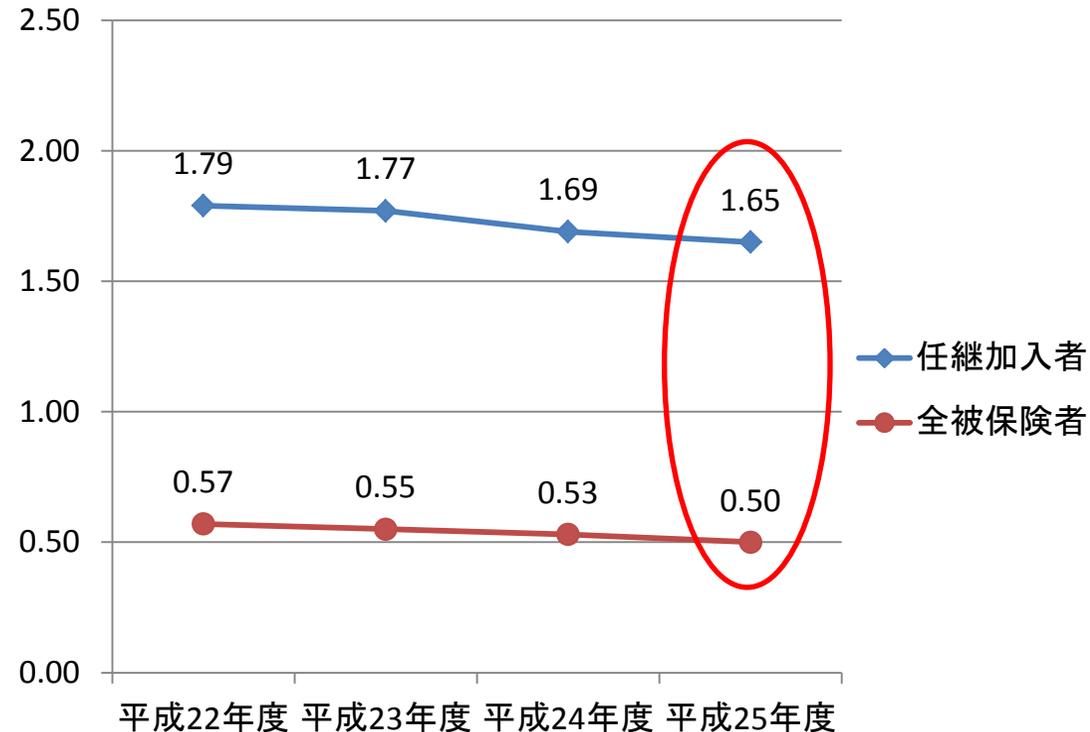
任意継続加入者に係る保険料収入に占める法定給付費の割合

○ 平成25年度の保険料収入に占める法定給付費の割合は、任意継続加入者では、協会けんぽで約2.0倍、健保組合で約1.7倍、全加入者では、協会けんぽで約0.6倍、健保組合で0.5倍となっている。

(協会けんぽ)



(健保組合)



(出所)協会けんぽ事業年報及び協会けんぽの調査に基づき作成、健康保険組合連合会の調査より抜粋(81組合にて集計)

任意継続被保険者制度の変遷

○ 任意継続被保険者制度は、大正15年の健康保険法の施行時から存在する仕組み。これまで加入期間の延長、保険料の軽減を図る改正を行ってきており、現行の要件となっている。

	加入要件	加入期間	保険料設定方法(標準報酬月額)
大正15年	①資格喪失の前1年以内に180日以上、又は②資格喪失の際に引き続き60日以上被保険者であった者	加入期間は最大6か月	従前の標準報酬月額
昭和4年改正	資格喪失の際に引き続き60日以上被保険者であった者に改正		
昭和17年改正	資格喪失の前2か月以上被保険者であった者に改正		
昭和32年改正	資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であった者に改正		
昭和38年改正		加入期間を最大1年間に延長	
昭和51年改正		加入期間を最大2年間に延長	①従前の標準報酬月額又は②当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額のうち、いずれか低い額に改正
昭和59年改正		55歳以降60歳前に任意継続被保険者になった者については、加入期間を60歳に達するまでに延長	
平成14年改正		55歳以上で任意継続被保険者になった者の特例を廃止。加入期間を2年間に統一	

任意継続被保険者制度の改正の趣旨(昭和38年改正、昭和51年改正)

- 任意継続被保険者制度の改正(昭和38年、昭和51年)の際の国会審議では、改正の趣旨として、国民健康保険の財政強化や退職者医療制度創設までの当面の措置である旨が説明されている。

■昭和38年改正(昭和38年3月6日 社会労働委員会) ※任意継続被保険者期間最大6ヶ月→1年の改正

- 渡海政府委員 …国民健康保険の強化については今後とも努力いたして参りますが、これと現在の被用者保険との統合という問題は、御意見でございますが、なかなか困難であろうと思います。さしあたりはでき得限りの財政力豊かな被用者保険の給付内容の拡大によりまして、間接的に国民健康保険の財政の強化というものはかって参りたい、かような考え方で、本年度におきましても、被用者保険における給付期間の延長とか、あるいは任意継続の期間の延長等を行ないまして、間接的ではございますが、国民健康保険の財政強化の一端にいたしたい、こう考えておるような次第でございますが、今後とも早急に さらに根本的な検討を加えまして、御要望のございますような線に持っていきたい、かように考えております。

■昭和51年改正(昭和51年5月17日 社会労働委員会) ※任意継続被保険者期間最大1年→2年、保険料設定方法の改正

- 大橋(敏)委員 非常に時間に制限がありますので、次に移りますが、これも厚生大臣の功績の一つかもしれませんが、任意継続保険制度ですね。この問題なんです、今度は一年を二年に延ばそうということで、このことについては別に反対ではないわけですが、要するに、任意継続になった場合は保険料を事業主分までその被保険者が当然払わねばならぬことになるわけですので、この点はやはり問題として指摘をされているところでございます。審議会等の御意見を伺いますと、これはやはり退職者医療制度を新設すべきじゃないかということがありますが、この点についての大臣の御見解を承っておきたいと思っております。

- 八木政府委員 今回の任意継続被保険者制度の改正につきましては、制度の根幹に触れるということではなしに、当面、その任意継続被保険者制度につきまして少しでも入りやすくしたいというようなことから、加入期間について一年を二年に延ばしたり、あるいは保険料につきまして、ただいま御指摘がございましたけれども、従来でございますと退職時の最終の標準報酬を基礎にするという保険料であったわけでございますが、その者の属します保険集団の平均の標準報酬を基礎にしました保険料と比較してどちらか安い方をとるというようなことで、若干の保険料の軽減は考えておるような次第でございます。

医療保険制度における自己負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～			
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度														後期高齢者 医療制度	
国 保	3割	高齢者	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)									
	被用者本人									定額負担	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に 達している者は1割 (平成26年4月以降70歳にな る者から2割)								
被用者家族		5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))	3割 薬剤一部負担 の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)									
	被用者本人			定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担														
	被用者家族			3割(S48～) 高額療養費創設	→入院2割(S56～) 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))													

- (注) ・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
 ・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設
 ・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大

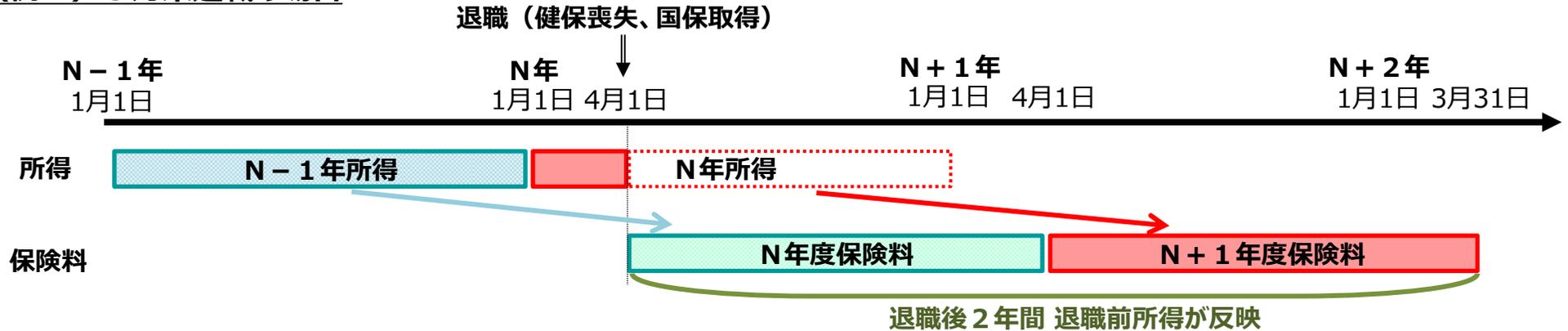
任意継続被保険者制度の意義

- 任意継続被保険者制度は、①国民皆保険実現(昭和36年)までは、解雇・退職に伴う無保険の回避、②給付率7割統一(平成15年)までは、国保への移行による給付率の低下の防止が主たる目的であったが、③現状では、国保への移行に伴う保険料負担の激変緩和が、その実質的な意義となっている。

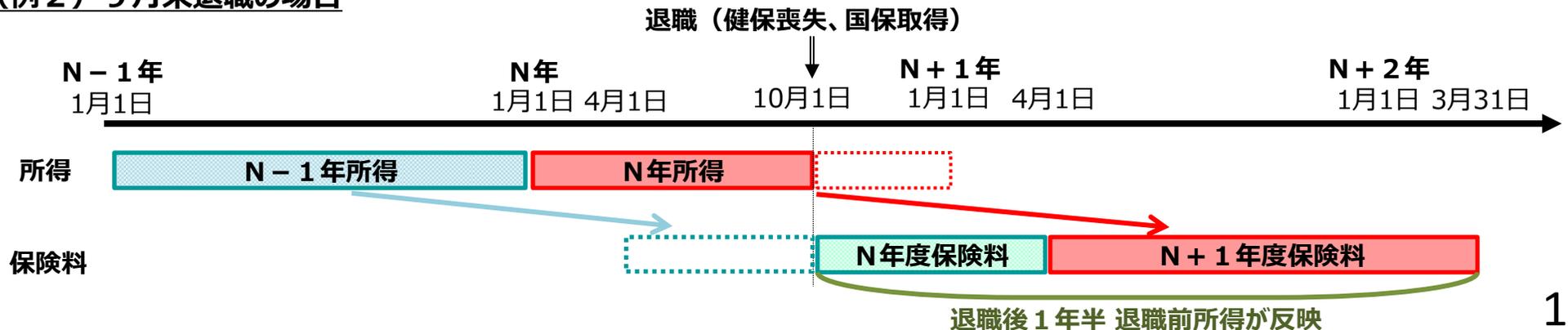
※ 国民健康保険は、前年所得を基準に保険料(所得割部分)が算定されることから、退職後に所得がないにも関わらず、退職時の高い所得に基づく高い保険料額が算定される場合がある。

<国民健康保険料(所得割分)の算定方法>

(例1) 3月末退職の場合



(例2) 9月末退職の場合



任意継続被保険者と特例退職被保険者の比較

	任意継続被保険者制度	特例退職被保険者制度
趣旨	<ul style="list-style-type: none"> ・解雇等によりその資格を喪失した被保険者が、さらに他の事業主に雇用されること等により、強制被保険者になるまでの期間、暫定的に健康保険の被保険者となる途を開き、その生活を保護するもの 	<ul style="list-style-type: none"> ・退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付及び保健事業を行うことによって、現役時代に組合の財政運営に寄与した者に対して報いるもの
加入要件 (勤務期間)	<ul style="list-style-type: none"> ・資格喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であったこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・一定の要件を満たした特定健康保険組合の被保険者であって、当該組合において退職日まで20年以上、または40歳以降10年以上被保険者であったこと ・老齢年金を受けることができる者
資格喪失事由	<ul style="list-style-type: none"> ・任意継続被保険者となった日から起算して2年を経過したとき ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき 	<ul style="list-style-type: none"> ・退職被保険者である者に該当しなくなったとき(※) ・死亡したとき ・保険料を納付期日までに納付しなかったとき ・被用者保険、船員保険又は後期高齢者医療の被保険者等となったとき <p>(※)65歳以上になったときなど</p>
保険料	<ul style="list-style-type: none"> ・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・従前の標準報酬月額又は当該保険者の全被保険者の平均の標準報酬月額(※)のうち、いずれか低い額に保険料率を乗じた額を負担 <p>※ 健保組合が当該平均した額の範囲内において規約で定めた額がある時は、その額</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全額被保険者負担(事業主負担なし) ・当該保険者の全被保険者(特例退職被保険者を除く)の平均の標準報酬月額の範囲内において、規約で定めた標準報酬月額