

第109回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成29年11月24日（金）
16時00分～18時00分
場所：厚生労働省2階講堂
（中央合同庁舎5号館低層棟2階）

（ 議 題 ）

1. 次回の診療報酬改定に向けた検討
2. 骨太2017、経済・財政再生計画改革工程表の指摘事項
3. 後期高齢者医療の保険料の賦課限度額

（ 配布資料 ）

- 資料 1 - 1 平成30年度診療報酬改定の基本方針（骨子案の概要）
- 資料 1 - 2 平成30年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）
- 資料 2 - 1 薬剤の自己負担について
- 資料 2 - 2 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
- 資 料 3 後期高齢者医療の保険料賦課限度額について
- 参考資料 1 - 1 平成30年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）に関する参考資料
- 参考資料 1 - 2 社会保障審議会 医療保険部会（平成29年10月4日）各委員の発言要旨
- 参考資料 1 - 3 社会保障審議会 医療部会（平成29年10月5日）各委員の発言要旨
- 参考資料 1 - 4 平成28年度診療報酬改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成29年11月24日

あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
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	国立社会保障・人口問題研究所所長
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 れいこ 菊池 令子	日本看護協会副会長
しらかわ しゅうじ 白川 修二	健康保険組合連合会副会長
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
なんぶ みちよ 南部 美智代	日本労働組合総連合会副事務局長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 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
わたなべ ひろきち 渡邊 廣吉	全国町村会行政委員会副委員長 / 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109回 社会保障審議会医療保険部会

平成29年11月24日(金) 16:00~18:00

厚生労働省2階講堂

速記

安藤委員
渡辺審議官
鈴木局長
遠藤部会長
伊原審議官
渡邊委員
横尾委員

遠藤委員
兼子委員
菊池委員
白川委員
菅原委員
武久委員
南部委員

森委員
望月委員
松原委員
藤井委員
福田委員
(小竹参考人)
樋口委員
原委員

山内課長
泉課長
鳥井課長
安藤課長
依田課長
黒田課長
高木室長
迫井課長
古元企画官
平子室長

仲津留企画官
高齢者医療課
国民健康保険課
保険課
友田室長
総務課
連携政策課
赤羽根室長
矢田貝室長
小椋管理官
中山管理官

傍聴者席

改定に当たっての基本認識

- ▶ 人生100年時代を見据えた社会の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築）
- ▶ 制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進

改定の基本的視点と具体的方向性

1 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- ・地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
- ・かかりつけ医の機能の評価
- ・かかりつけ歯科医の機能の評価
- ・かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・国民の希望に応じた看取りの推進

2 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

【具体的方向性の例】

- ・緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
- ・認知症の者に対する適切な医療の評価
- ・地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
- ・難病患者に対する適切な医療の評価
- ・小児医療、周産期医療、救急医療の充実
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・イノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入、データの収集・利活用の推進
- ・アウトカムに着目した評価の推進

3 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

【具体的方向性の例】

- ・チーム医療等の推進等（業務の共同化、移管等）の勤務環境の改善
- ・業務の効率化・合理化
- ・ICT等の将来の医療を担う新たな技術の導入（再掲）
- ・地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化（再掲）
- ・外来医療の機能分化（再掲）

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・薬価制度の抜本改革の推進
- ・後発医薬品の使用促進
- ・医薬品の適正使用の推進
- ・費用対効果の評価
- ・効率性等に応じた薬局の評価の推進
- ・医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）

平成30年度診療報酬改定の基本方針（骨子案）

1. 改定に当たっての基本認識

（人生100年時代を見据えた社会の実現）

- 我が国は、国民皆保険や優れた保健・医療システムの成果により、世界最高水準の平均寿命を達成し、超高齢社会が到来している。100歳以上人口も6万人を超えており、こうした状況を踏まえて、人生100年時代を見据えた社会の実現が求められている。
- 今後、2025年にはいわゆる団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となり、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる等、人口の高齢化が急速に進展する中で、活力ある社会を実現することが必要である。そのためにも、国民一人一人の予防・健康づくりに関する意識を涵養し、健康寿命の延伸により長寿を実現するとともに、世界に冠たる国民皆保険の持続可能性を確保しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが必要である。
- あわせて、我が国の医療制度は、人口減少の中での地域医療の確保、少子化への対応といった様々な課題に直面しており、さらには、災害時の対応や自殺対策など、個々の政策課題への対応も求められている。こうした多面的な課題にも総合的に対応する必要がある。

（どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現（地域包括ケアシステムの構築））

- 地域の実情に応じて、可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムを構築し、今後の医療ニーズや技術革新を踏まえた、国民一人一人の状態に応じた安心・安全で質が高く効果的・効率的な医療を受けられるようにすることが重要である。
- 特に、平成30年度の改定は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた道筋を示す実質的に最後の同時改定となるため、医療・介護両制度にとって重要な節目となる。今回の改定では、医療機能の分化・強化、連携や、医療と介護の役割分担と切れ目のない連携を着実に進めることが重要である。

（制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進）

- 今後、人口減少・少子高齢化が進む中で、制度の安定性・持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持するためには、消費税率の引上げにより得られた財源も活用しつつ、国民皆保険を支える国民各層の給付・負担の両面にわたる制度の理解を深めることが不可欠である。そのためにも、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」や「未来投資戦略 2017」等を踏まえつつ、保険料などの国民負担、物価・賃金の動向、医療機関の収入や経営状況、保険財政や国の財政に係る状況等に留意するとともに、無駄の排除、医療資源の効率的な配分、医療分野におけるイノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献を図ることが必要である。
- また、今後の医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少、医療技術の進歩等も踏まえ、制度を支える医療現場の人材確保や働き方改革の推進が重要である。
- 我が国の医療制度が直面する様々な課題に対応するためには、診療報酬のみならず、医療法、医療保険各法等の制度的枠組みや、補助金等の予算措置など、総合的な政策の構築が不可欠である。

2. 改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

【重点課題】

(基本的視点)

- 患者の状態等に応じて質の高い医療が適切に受けられるとともに、必要に応じて介護サービスと連携・協働する等、切れ目のない医療・介護提供体制が確保されることが重要である。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、効果的・効率的で質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築していくことが必要である。

(具体的方向性の例)

- 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携（病病連携・病診連携・診診連携）、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導や、介護、障害保健福祉、母子保健、児童福祉等との連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供

- するため、地域の関係者間の多職種連携の取組等を推進。
- ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。
 - ・ 介護施設入所者等に対する適切な医療提供や口腔管理、医療・介護間の切れ目のない継続的なりハビリテーションの提供など、適切な役割分担に基づく医療・介護サービスの提供を推進。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・ 複数の慢性疾患を有する患者に対し、療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施するなど、個別の疾患だけでなく、患者の療養環境や希望に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医の機能の評価。
 - ・ 歯科医療機関を受診する患者像が多様化する中、地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上のため、継続的な口腔管理・指導が行われるよう、かかりつけ歯科医の機能の評価。
 - ・ 患者に対する薬物療法の有効性・安全性を確保するため、服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導が行われるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を推進。その際、薬剤調製などの対物業務に係る評価や、いわゆる門前薬局・同一敷地内薬局の評価を適正化。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、情報通信技術（ICT）の有効活用や、かかりつけ医と専門医療機関等との連携、医療機関と保険者、地方公共団体等との連携等を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 多様化しながら増大する在宅医療ニーズに対応できるよう、地域の状況、患者の状態、医療内容、住まい・住まい方等に応じた、効果的・効率的で

質の高い訪問診療、訪問看護、歯科訪問診療及び訪問薬剤管理等を評価。

- 国民の希望に応じた看取りの推進
 - ・ 住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所において看取りを行うことができるよう、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及を含め、患者本人の意思を尊重したサービスの提供のための取組を推進。

(2) 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実

(基本的視点)

- 国民の安心・安全を確保する観点から、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえ、第三者による評価やアウトカム評価など客観的な評価を進めながら、適切な情報に基づき患者自身が納得して主体的に医療を選択できるようにし、また、新たなニーズにも対応できる医療を実現するとともに、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野を時々の診療報酬改定において適切に評価していくことが重要である。

(具体的方向性の例)

- 重点的な対応が求められる医療分野の充実
 - ・ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - ・ 認知症の者に対する適切な医療の評価
 - ・ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価
 - ・ 難病患者に対する適切な医療の評価
 - ・ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実
 - ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価

- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入、データの収集・利活用の推進
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を進めるとともに、データを収集・利活用し、実態やエビデンスに基づく評価を推進。

- アウトカムに着目した評価の推進
 - ・ 質の高いリハビリテーションの評価をはじめとして、アウトカムに着目した評価を推進。

(3) 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

(基本的視点)

- 医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて、各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要である。

(具体的方向性の例)

- チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善
 - ・ 専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善。
- 業務の効率化・合理化
 - ・ 保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化。
- ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入
 - ・ 最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進。(再掲)
- 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化
 - ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを推進し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進。(再掲)
 - ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化

- ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)

(4) 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

(基本的視点)

- 国民皆保険を維持するためには、制度の安定性・持続可能性を高める不断の取組が求められ、医療関係者が共同して、医療サービスの維持・向上と同時に、医療の効率化・適正化を図ることが必要である。

(具体的方向性の例)

- 薬価制度の抜本改革の推進
 - ・ 「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を踏まえ、「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現できるよう、薬価制度の抜本改革を推進。
- 後発医薬品の使用促進
 - ・ 後発医薬品の使用について、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」で掲げられた新たな目標(平成 32 年 9 月までに後発医薬品の使用割合を 80% とし、できる限り早期に達成)を実現するための取組を推進。
- 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
 - ・ 人口構造や疾病構造の変化に伴い、入院医療ニーズも多様化する中、地域において必要な入院医療が効果的・効率的に提供されるよう、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、医療機能の分化・強化、連携を推進。(再掲)
- 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進
 - ・ 大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進。(再掲)
 - ・ 生活習慣病の増加等に対応できるよう、ICTの有効活用を含め、質の高い医学管理や、効果的・効率的な重症化予防の取組を評価するなど、疾患の進展の阻止や合併症の予防、早期治療の取組を推進。(再掲)
- 費用対効果の評価
 - ・ 試行的導入の対象となっている医薬品・医療機器について、試行的な費

用対効果評価の結果を踏まえた価格を設定するとともに、費用対効果評価の本格導入に向けた取組を推進。

- 医薬品の適正使用の推進
 - ・ 医師・薬剤師の協力による取組を進め、長期投薬等による残薬、不適切な重複投薬や多剤投薬等の削減を推進。
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進
 - ・ 薬局の収益状況、医薬品の備蓄等の効率性も踏まえ、いわゆる駅前薬局・同一敷地内薬局の評価の適正化を推進。
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価
 - ・ 医薬品、医療機器、検査等について、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、相対的に治療効果が低くなった技術については置き換えが進むよう、適正な評価について検討。

3. 将来を見据えた課題

- 団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年、団塊ジュニア世代が65歳以上の高齢者となる2040年と、今後急速に高齢化が進展することに伴う、医療ニーズの変化や生産年齢人口の減少に対し、将来にわたって対応可能な医療提供体制を構築していくことが求められており、診療報酬をはじめとして総合的に取組を実施していくことが不可欠である。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療・訪問看護の普及やICTの活用による医療連携や医薬連携等について、引き続き検討が求められる。
- 患者にとって安心・納得できる医療を提供していくためには、受けた医療や診療報酬制度を分かりやすくしていくための取組を進めることが求められる。また、それと同時に、国民全体の医療制度に対する理解を促していくことも重要であり、普及啓発も含め、国民に対する丁寧な説明が求められる。
- 国民が主体的にサービスを選択し、活動することが可能となるような環境整備を進めるため、予防・健康づくりやセルフケア・セルフメディケーション

ンの推進等について広く議論が求められる。

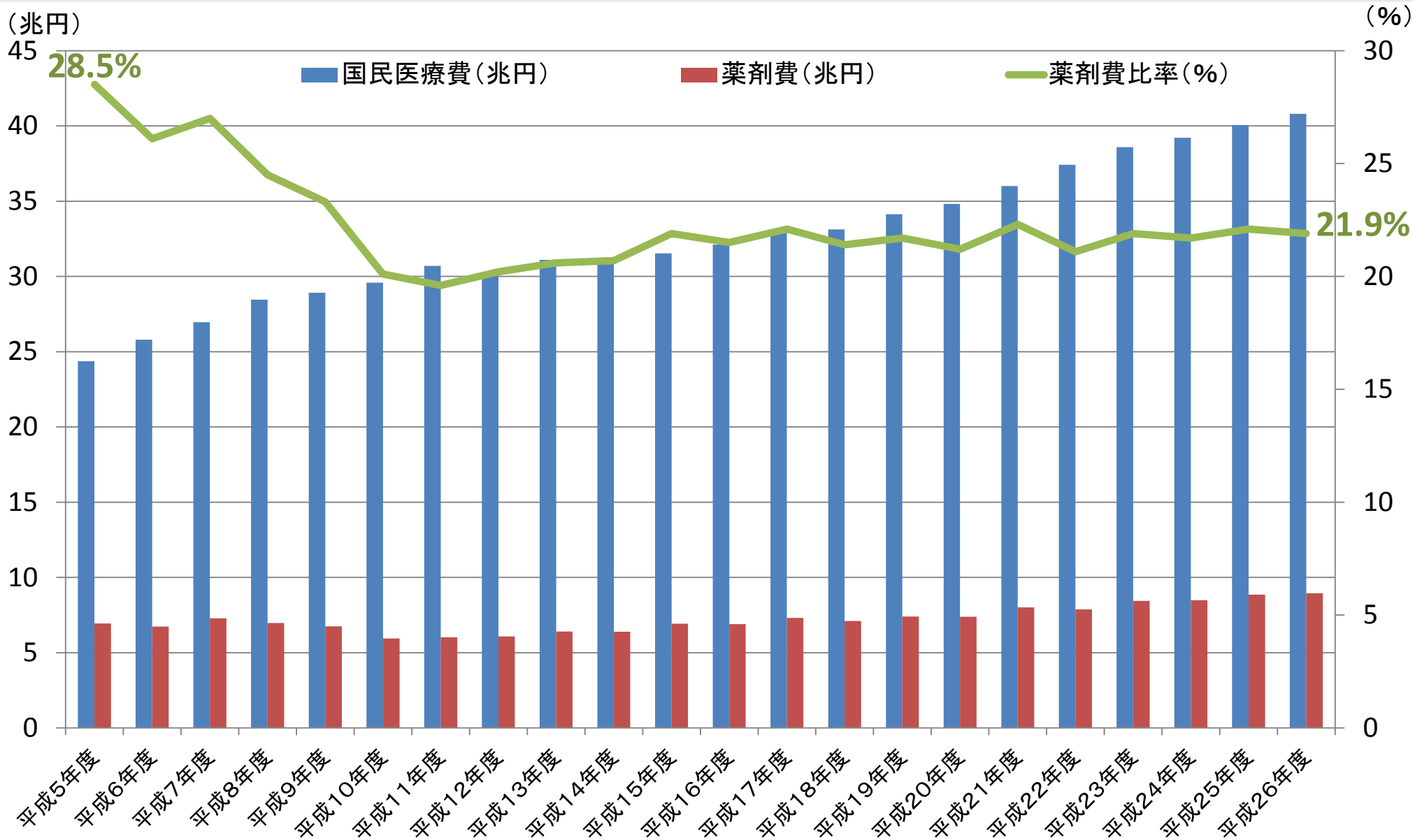
薬剤の自己負担について

平成29年11月24日
厚生労働省保険局

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)	
	～2016年度 《主担当府省庁等》	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	<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><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>							
	<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を実施</p>	<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の方等について、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>							
	<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検討し、湿布薬の取扱いを見直し</p>	<p>診療報酬改定において適切に対応</p>						
<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</p>	<p>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、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</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>								

薬剤費比率の年次推移

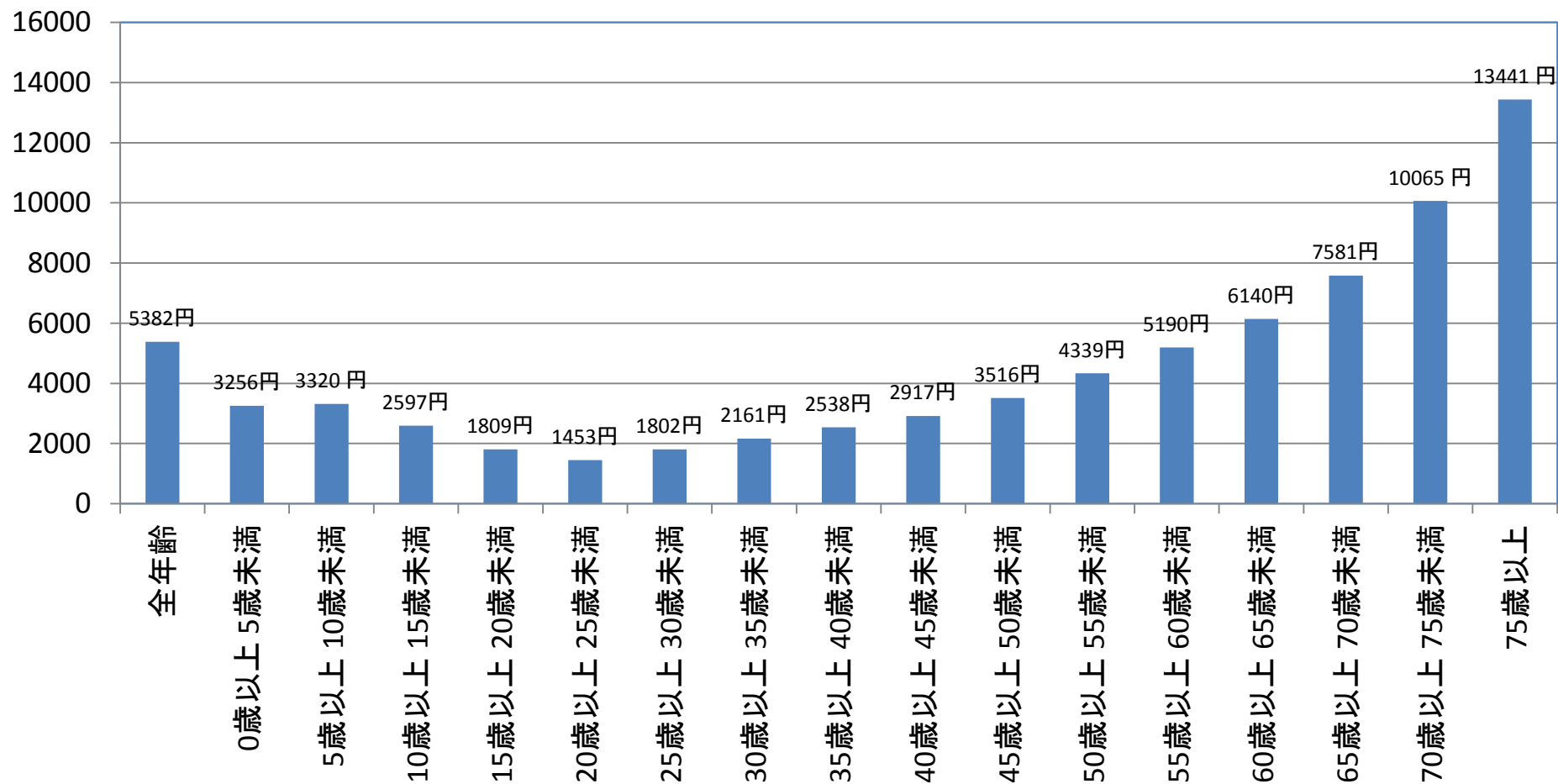


中医協 薬-2 29. 8. 9資料の「薬剤費及び推定乖離率の年次推移」を基に作成
 (DPCを始めとする薬剤費が入院料に包括して算定される場合の薬剤費は含まれていない。) 3

年齢階級別人口1人当たり調剤医療費(平成29年3月)

年齢階級別に調剤医療費を見てみると、高齢になるほど高くなっている。

(円)

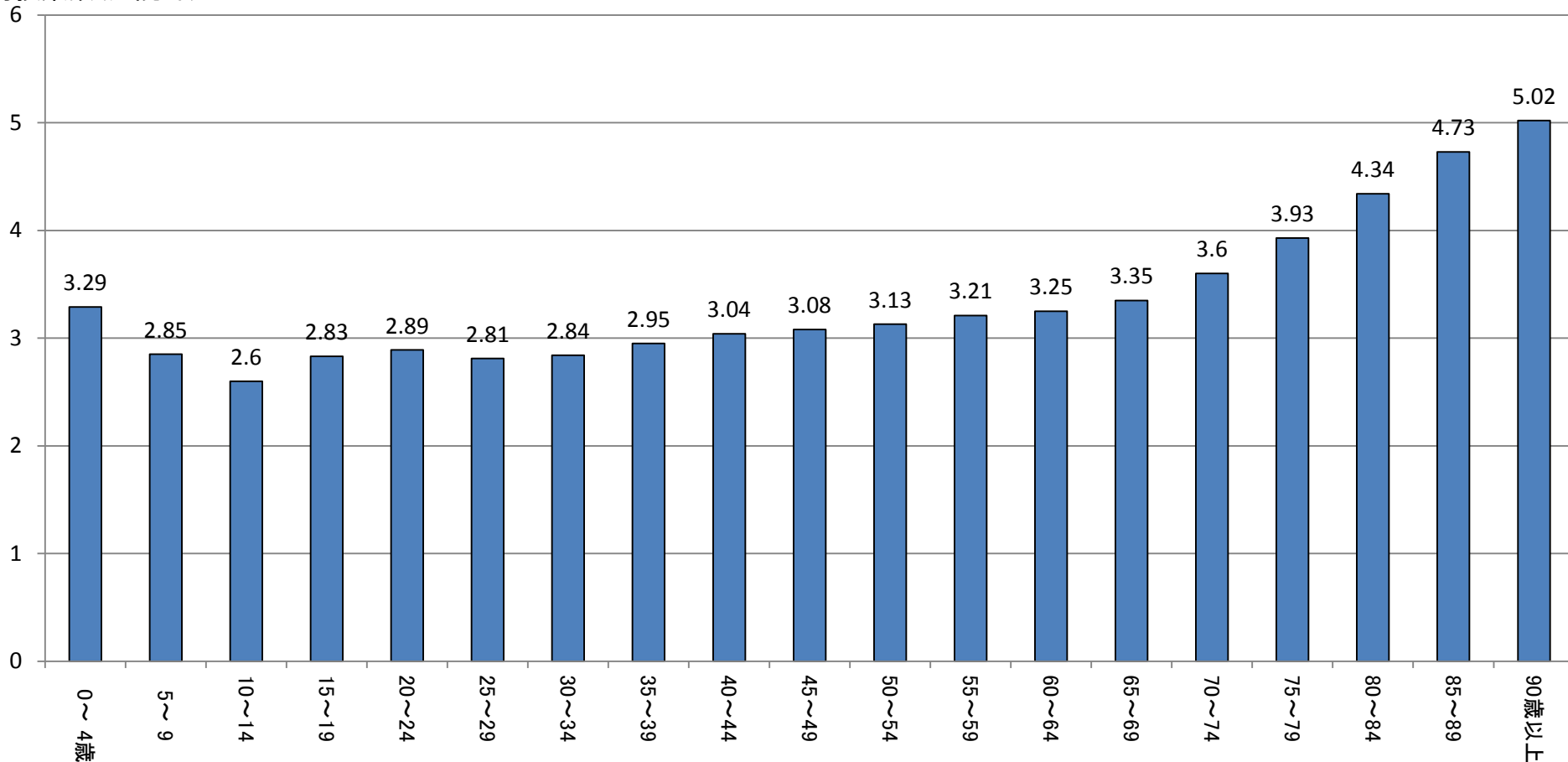


年齢別の投薬数(平成28年6月)

○ 0歳から14歳までは投薬数が減少し、15歳から64歳まではほぼ横ばい。65歳以降は高齢になるほど投薬数が増加し、80歳からは平均投薬数は4を超える。

年齢別平均投薬数(1レセプト当たり)

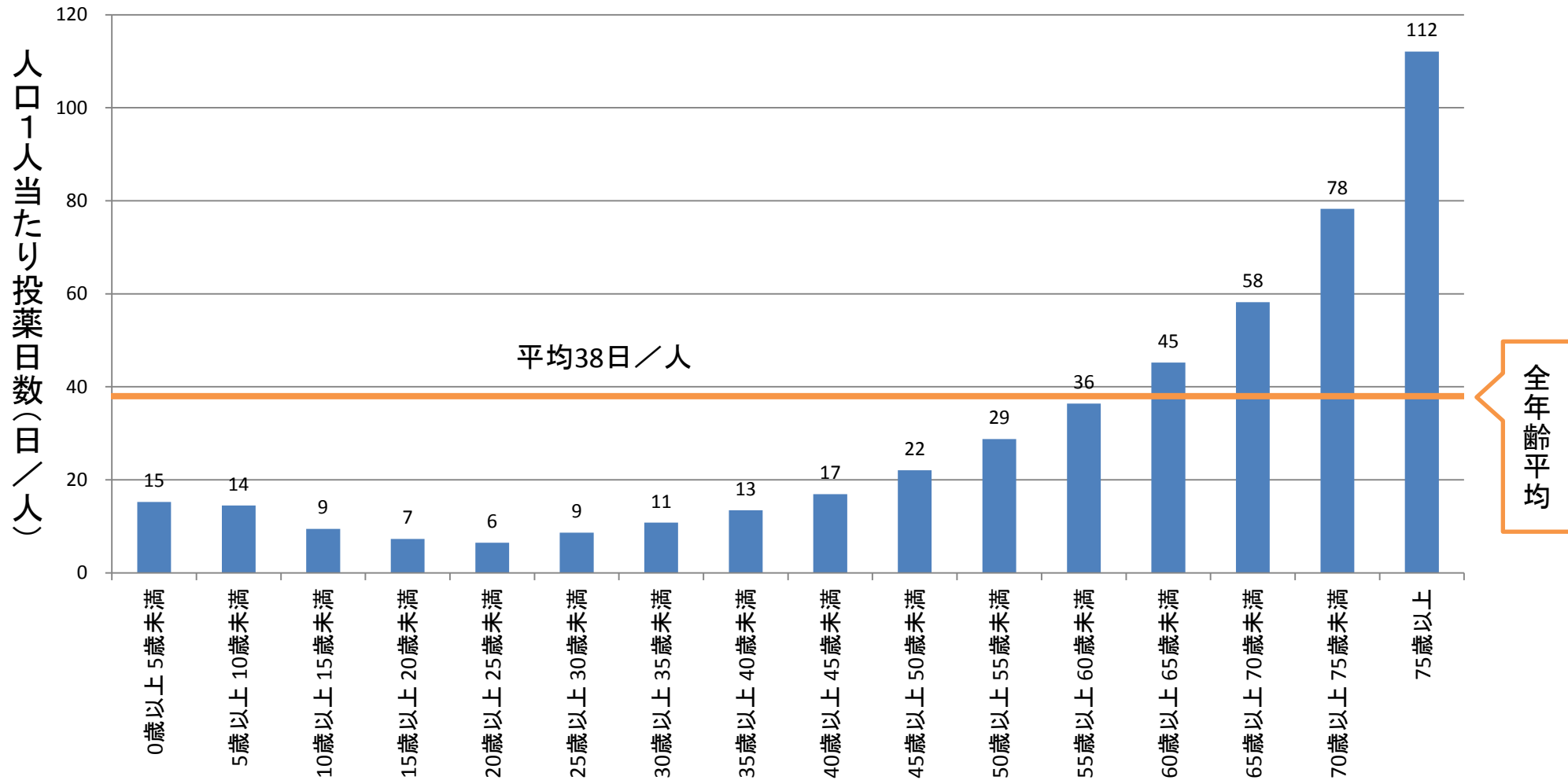
平均投薬数(入院外)



出典: 社会医療行為別統計(平成28年6月審査分)第7表

年齢階級別人口1人当たり内服薬投薬延べ日数(平成28年3月)

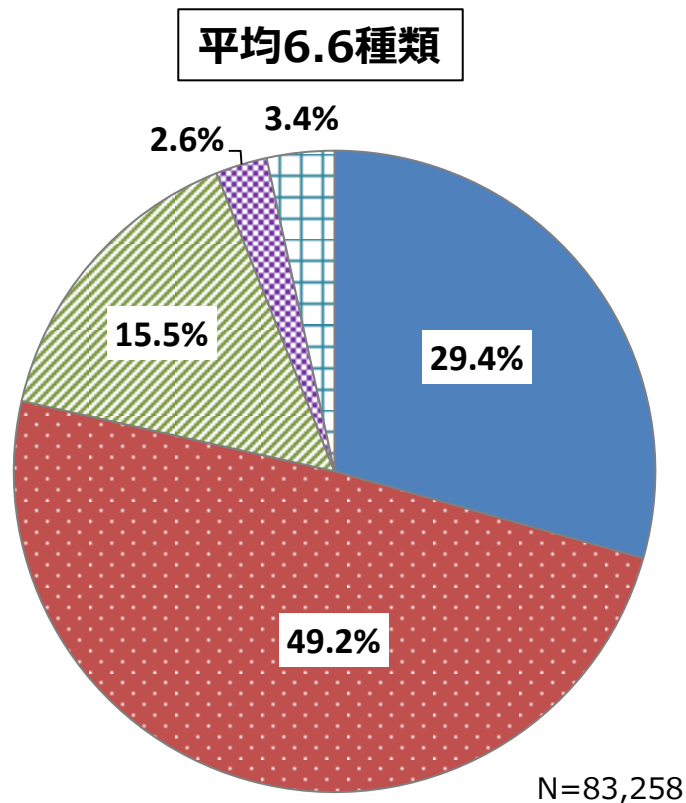
○ 人口1人当たり投薬日数を年齢階級別にみると、75歳以上の投薬日数は、全年齢平均の約3倍になっている。



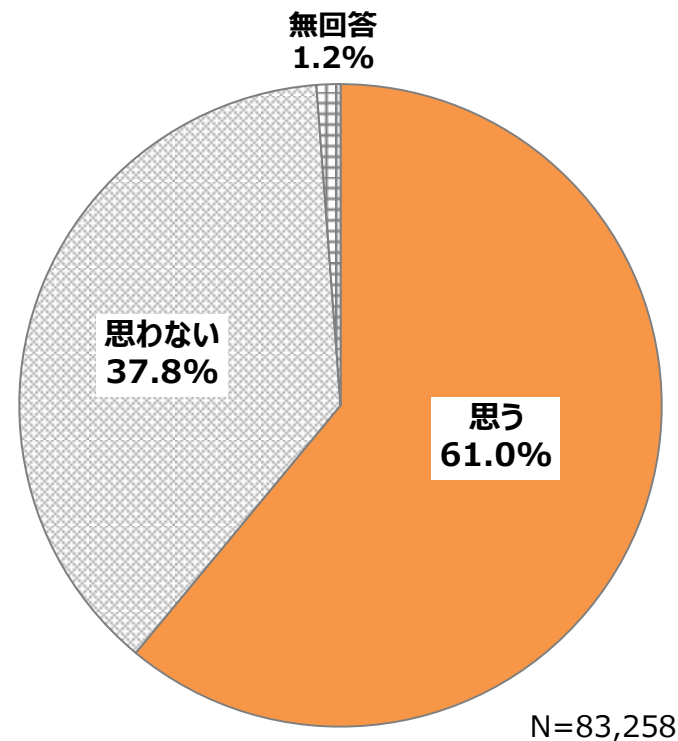
多剤投薬の実態①

○ 定期的に内服する薬剤が10種類以上である患者は一定数存在している。また、現在内服している医療用医薬品の数を6割の患者は今よりも減らしたいと思っている。

➤ 現在服用している医療用医薬品の種類数 (70歳以上)



➤ 現在内服している医療用医薬品の数を減らしたいと思うか (70歳以上)

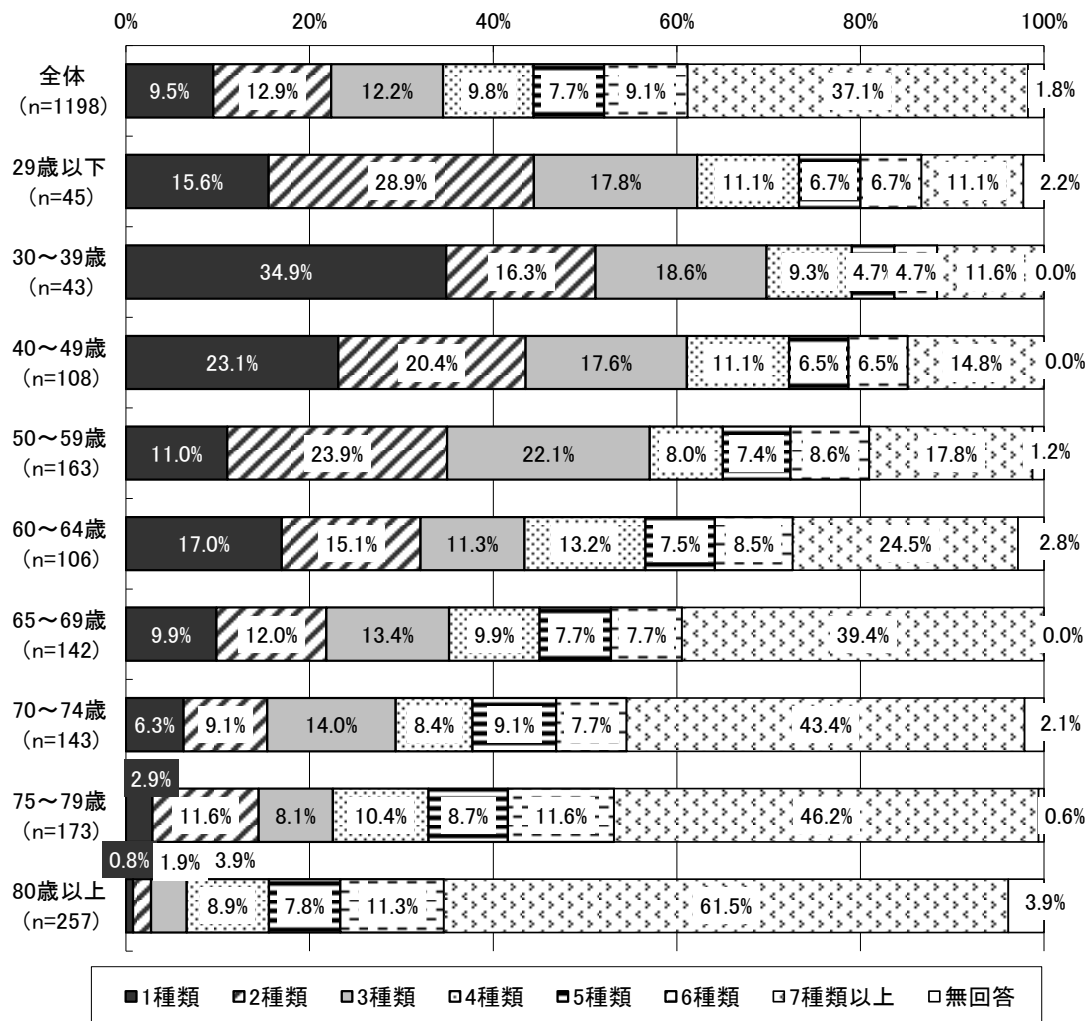


■ 0～4種類 ■ 5～9種類 ▨ 10～14種類
■ 15種類以上 □ 無回答

多剤投薬の実態②

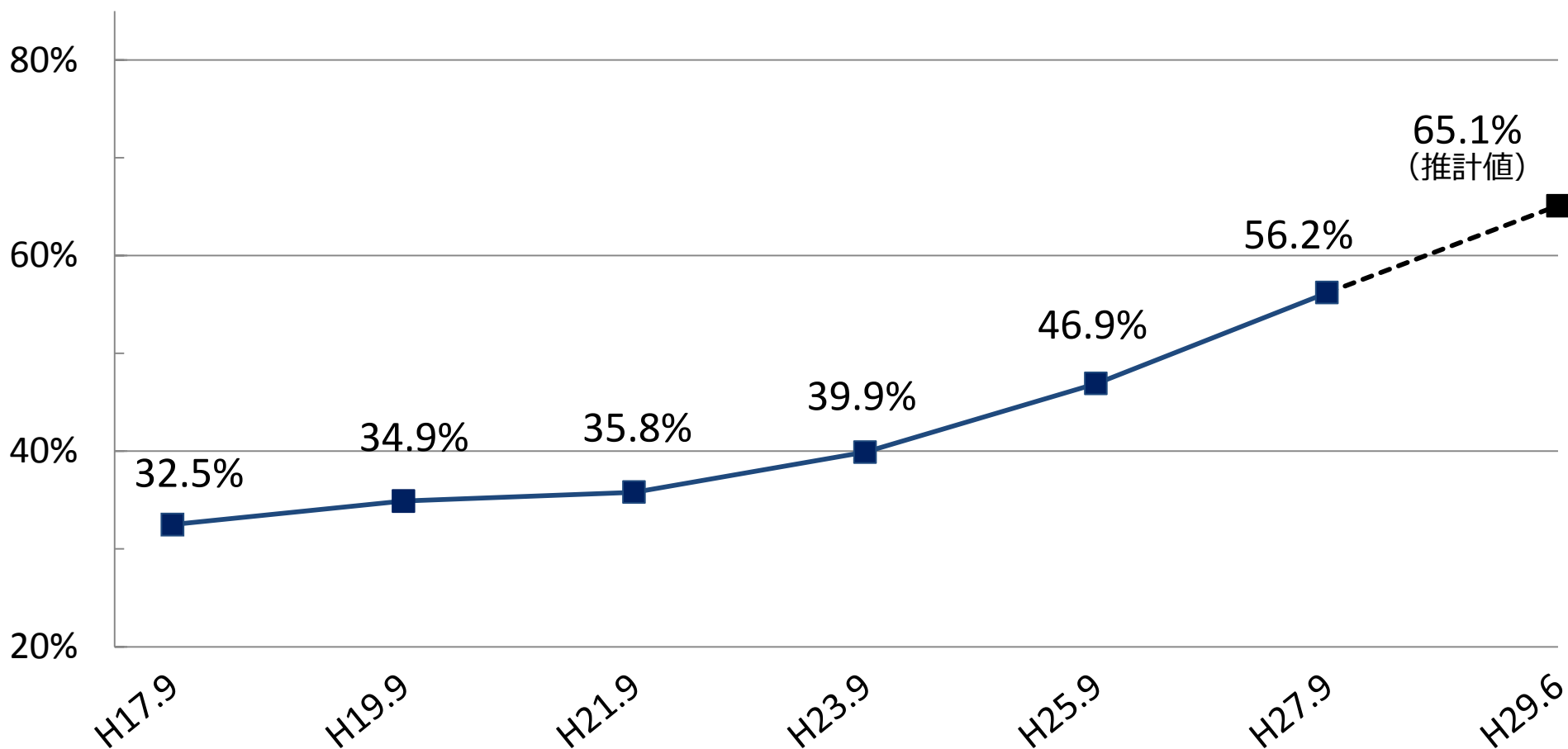
○ 高齢であるほど、定期的に内服する薬の種類が多くなる傾向がみられた。65歳以上では約4割、80歳以上では6割の患者で「7種類以上」内服しているとの結果であった。

➤ 現在、1日あたり使用している薬（年齢階級別、定期的に医療機関に行つて処方してもらっている薬がある患者）



後発医薬品の数量シェアの推移

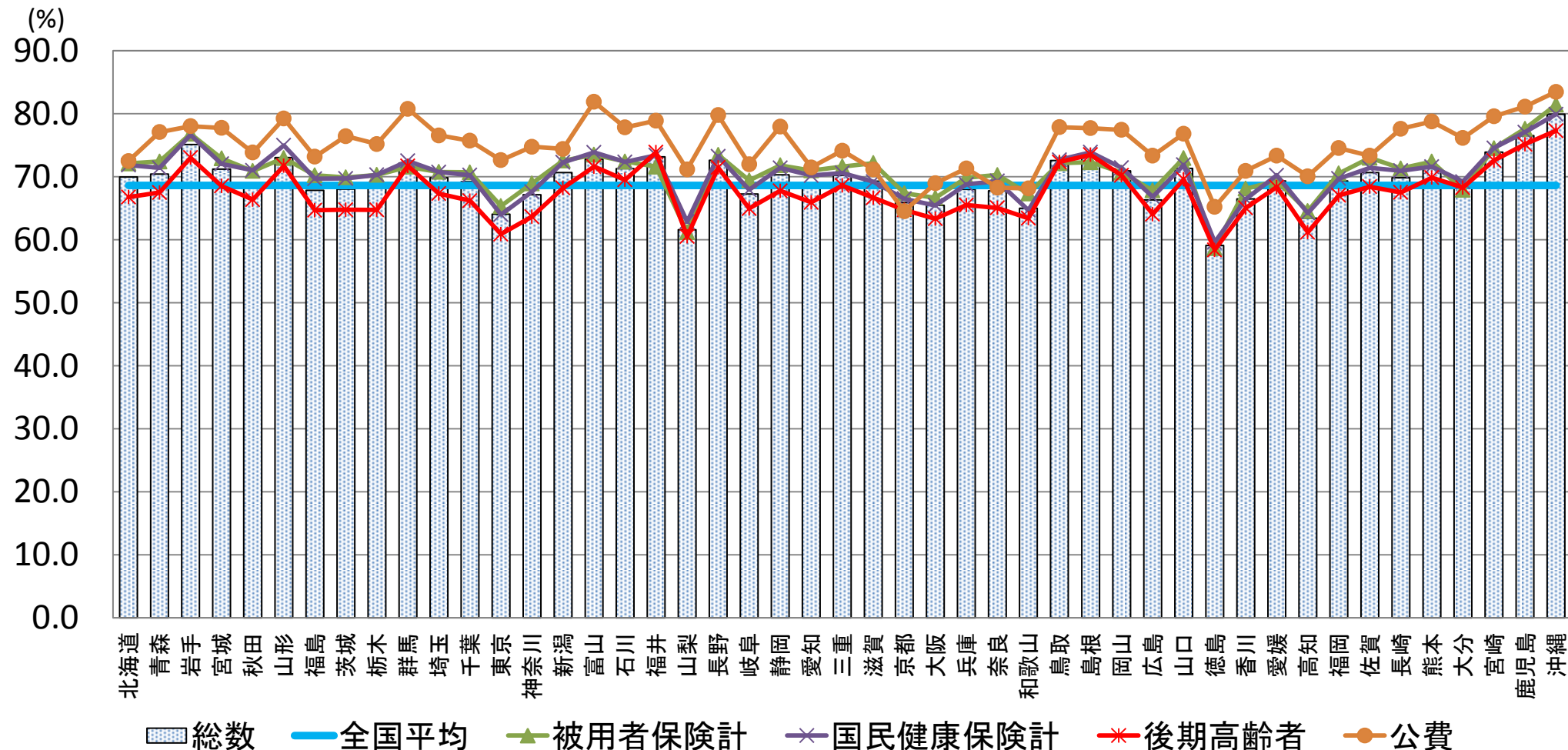
○後発医薬品の数量シェアは経年的に増加している。



注) 数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

都道府県別・制度別後発医薬品割合（数量ベース、平成29年3月）

- 概ね全ての都道府県で、他の保険制度と比較して、後期高齢者の後発医薬品の割合が小さい。
- 平均で見ると、被用者保険が69.9%、国民健康保険が69.3%なのに比べ、後期高齢者は66.4%にとどまっている。



医療費の一部負担(自己負担)割合について

○ それぞれの年齢層における、医療費の一部負担(自己負担)割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、1割(現役並み所得者は3割。)
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割※(現役並み所得者は3割。)
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。

※ 平成26年4月以降70歳となる者が対象。これまで、予算措置により1割に凍結してきたが、世代間の公平を図る観点から止めるべき等との指摘を踏まえ、平成26年度から、高齢者の生活に過大な影響が生じることのないよう配慮を行った上で、段階的に2割とした。

一般・低所得者

現役並み所得者

75歳	1割負担	3割負担
70歳	2割負担 ※平成26年4月以降70歳になる者から	
6歳 (義務教育就学前)	3割負担	
	2割負担	

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

薬剤一部負担に係る経緯

平成8年6月21日	「今後の国民医療と医療保険制度改革のあり方について(第2次報告)」(医療保険審議会)	薬剤に係る患者負担については、医薬品の適正使用と薬剤費の適正化の観点から、(中略)見直しが必要であり、その具体的内容について幅広い検討が必要ではないか。
平成8年7月31日	「今後の医療保険制度について」(医療保険審議会)	[主な施策メニュー]④薬剤に係る患者負担3割又は5割
平成8年11月27日	「今後の医療保険制度のあり方と平成九年改正について(建議書)」(医療保険審議会)	薬剤給付について、給付除外ないし3～5割の患者負担を設定すること。
平成8年12月2日	「今後の老人保健制度改革と平成九年改正について(意見書)」(老人保健福祉審議会)	薬剤給付については、(中略)、医療機関・患者双方のコスト意識を喚起する一環として他の給付とは異なる負担、例えば3割程度の患者負担を設定するなどの見直しを行うことが考えられる。
平成8年12月19日	医療保険制度改革協議会(与党三党(自社さ))	(薬剤) 老人、被用者本人・家族、国保について外来薬剤1種類につき1日15円の負担
平成9年9月	薬剤一部負担導入	
平成11年7月	薬剤臨時特例措置(予算措置)	高齢者の薬剤一部負担を予算措置により免除。
平成11年10月13日	「医療保険制度抜本改革の基本的考え方」(自民党医療基本問題調査会・社会部会とりまとめ)	薬剤別途負担を廃止するとともに、その財源確保にかんがみ、老人医療の自己負担は上限定額を設け、おおむね1割を超えない負担とする。
平成11年12月19日	3党政策責任者会議(制度改革、診療報酬改定)	若人の薬剤一部負担の廃止については、平成12年の実施は延期し、平成14年度の医療保険制度改革時に、所要の財源を確保した上で実施する。
平成12年12月	平成12年改正附則	平成14年度までに、この法律の施行後における薬剤費を含む医療費の動向、医療保険の財政状況、社会経済情勢の変化等を勘案し、 <u>薬剤一部負担金を廃止するために必要な財源措置</u> に関し検討を行い、その結果に基づいて廃止すること。
平成13年1月	高齢者の薬剤一部負担廃止	
平成15年4月	薬剤一部負担廃止	

薬剤一部負担制度の概要（平成9年～平成15年）

- 保険医療機関の外来診療や保険薬局で薬剤の支給を受ける際に、医療保険の定率負担、老人保健の定額負担（当時）のほかに、薬剤の種類数などに応じて一定額の負担を求めた。
- 平成9年9月から導入されたが、平成15年4月に廃止された。

内服薬（1日分につき）		外用薬（湿布、塗り薬等）		頓服薬（必要時に使用する鎮痛薬、解熱剤等）
1種類	0円	1種類	50円	1種類ごとに10円
2～3種類	30円	2種類	100円	
4～5種類	60円	3種類以上	150円	
6種類以上	100円			

- ※ 注射、処置、手術検査等及び入院に伴う薬剤など、一定の場合に支給される薬剤については負担はなかった。
- ※ 薬剤にかかる一部負担については、定率の一部負担と同様、高額療養費の自己負担限度額を計算する際の金額に含まれた。

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。

薬剤の自己負担の在り方について

- 昨年の医療保険部会では、「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」について議論し、以下のようなご意見があったところ。

【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関する主なご意見】

- OTC化されたら保険給付率の変更ではなく、保険適用から外すというのが本来あるべき姿ではないか。
 - 多剤服用や残薬対策という観点から服薬量を減らしつつ、健康寿命を延伸することが望ましい。例えば、基礎疾患は処方箋薬で治療し、軽度な疾病については医療用医薬品からOTC医薬品の配合剤への置き換えを促す仕組みや、セルフメディケーション税制の対象をOTC薬全般に拡大させ、OTC医薬品で治療することを促す取り組みをお願いしたい。
 - スイッチOTC医薬品の保険給付率を下げると、高薬価な医薬品へ処方シフトすることが考えられ、安くて、安全性が確立した医薬品が医療保険の中で使いにくくなるのではないか。その結果スイッチ化が抑制されてしまう可能性もある。
 - 基本的に薬を保険でカバーするか否かは、薬の有効性や必須性などの観点から決められるべきで、既にスイッチOTC医薬品があるか否かで議論すべきでない。給付率を引き下げるとセルフメディケーションを促進する可能性はあるが、財政効果は短期的なものであり、長期的な効果は見込めないのではないか。
 - 平成14年の健保法等改正法の附則における7割給付を維持するという観点から、慎重に検討する必要がある。
 - 保険給付率の引き下げについては、どのような考え方でスイッチOTC化された医薬品だけを対象とするのか。処方量を勘案する必要はないのかなど、もう少し詳細に議論していく必要がある。
 - スイッチOTC化されたものに限らず、市販品類似薬や軽度の薬剤については、保険収載から外すこと、フランスのように保険給付割合変えることなどについても今後議論していく必要がある。
- 今般の改革工程表では、「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」検討することとされているが、この点についてどう考えるか。

參考資料

医療用医薬品と一般用医薬品の違い

- 医師の診断・処方せんに基づき使用する「医療用医薬品」と、一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入する「一般用医薬品」の間では、使用方法や効能・効果、価格(自己負担)等に違いがある。

		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))

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

平成29年6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） 赤ブドウ葉乾燥エキス混合物 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	膾カンジダ治療薬（膾錠） むくみ等改善薬 【ダイレクトOTC】 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	膾カンジダ治療薬（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)	チェストベリー乾燥エキス アルミノプロフェン	月経前症候群治療薬 【ダイレクトOTC】 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
平成29年 (1成分)	ロラタジン（経口）	アレルギー薬

1. 医療機関における減薬等の評価

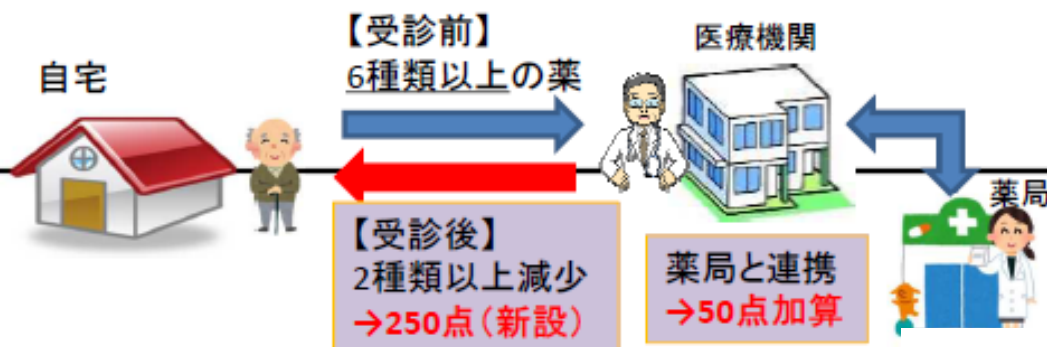
○入院患者に対する減薬の評価

- 入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価



○外来患者に対する減薬の評価

- 多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価



2. 薬局における減薬等の評価

○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

- 薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実 (20点→30点へ充実)

○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

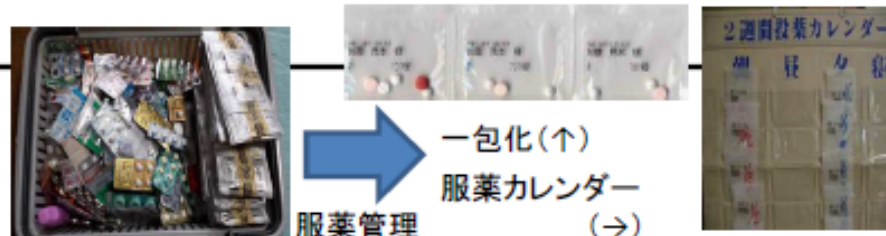
- 在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設 (30点) 【新設】

○残薬等の管理の評価

- 薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価 (185点(月1回)) 【新設】



<残薬を含む持参薬(イメージ)>



高齢者の医薬品適正使用に関する検討課題と今後の進め方について(抄)

平成29年8月23日

高齢者医薬品適正使用検討会

2. 高齢者の多剤服用(ポリファーマシー)対策のためのガイドライン等

高齢者の薬物動態等を踏まえた投与量の調整(止めどき、減らしどき)や薬物相互作用による多剤服用時の副作用の発生による問題を防止するため、医薬関係者(医師、薬剤師、看護師等)がそれぞれの立場で参照できる医薬品の適正使用情報を充実すべきである。

(1)各専門領域の学会等と協働し、関連する領域毎の診療ガイドライン等の各学会の取組みを包含した国レベルでの包括的な高齢者の内服薬の多剤服用に関する適正使用ガイドラインを作成する必要がある。

(2)ガイドラインを作成する際には、次の点に留意するべきである。

①検討が必要な薬剤の薬効群を考慮:経口血糖降下剤、循環器用薬(高血圧治療剤、高脂血症治療剤、経口抗凝固剤・抗血小板剤)、認知症治療剤、睡眠導入剤・抗不安薬等(重複処方に共通する問題)、抗菌剤。

②薬剤数調整の適切な対応の基本的な考え方(画一的にあてはめるガイドライン等の困難さを考慮する)

③患者が置かれたさまざまな医療現場に応じた対応を整理

○急性期、回復期、入院、外来、在宅などの各医療現場の特徴に応じた薬剤数調整/処方変更の考え方

○院内の病棟間における薬剤数調整の考え方(医師→医師、薬剤師→薬剤師)

○複数医療機関間・薬局での薬剤数調整の考え方

④OTC 医薬品や栄養補助食品等(検討対象範囲を要検討)も含めた安全対策

(3)上記1に掲げるエビデンスが収集・分析される毎に、それに基づき、総論的なものから段階的にガイドラインを増補し、改訂する必要がある。

(4)さらに、作成されたガイドラインが医療現場で活用されるよう普及に努める。

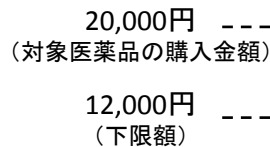
制度の概要

特定健康診査の受診など一定の疾病予防の取組を行う個人が、平成29年1月1日から平成33年12月31日までの間に、年間1万2千円以上のスイッチOTC医薬品（※）を購入した場合、その超えた金額（上限は8万8千円）について、その年分の総所得金額等から控除する制度

(注) 本税制の適用を受ける場合は、医療費控除を受けることはできない。

イメージ図

- 課税所得400万円の者が、対象医薬品を年間20,000円購入した場合（生計を一にする配偶者その他の親族の分も含む）



- 8,000円が課税所得から控除される
(対象医薬品の購入金額: 20,000円 - 下限額: 12,000円 = 8,000円)
- 減税額
 - ・所得税: 1,600円の減税効果 (控除額: 8,000円 × 所得税率: 20% = 1,600円)
 - ・個人住民税: 800円の減税効果 (控除額: 8,000円 × 個人住民税率: 10% = 800円)

■ 対象となる医薬品（医療用から転用された医薬品：スイッチOTC医薬品）について

- スイッチOTC医薬品の成分数：84（平成29年9月27日時点）
対象となる医薬品の薬効の例：かぜ薬、胃腸薬、鼻炎用内服薬、水虫・たむし用薬、肩こり・腰痛・関節痛の貼付薬
(注) 上記薬効の医薬品の全てが対象となるわけではない
対象品目数：1654品目（平成29年10月18日現在）

■ 税制対象品目識別マークについて

- 本税制対象品目については、業界団体の自主的な取り組みにより、パッケージに識別マークを貼付することを推奨。



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)等に加え。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 ※外来処方箋については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、さらに所得月額額の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	

平成29年11月8日
社会保障審議会医療保険部会資料

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

平成29年11月8日
厚生労働省保険局

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)
～2016年度 《主担当府省庁等》		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	<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</p> <p>高額療養費制度の見直しを2017年8月から段階的に実施</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</p> <p>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を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる</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>								

公的医療保険における保険給付と患者の自己負担

- 医療保険制度においては、被保険者の所得等を勘案して自己負担額が決められているが、金融資産については勘案していない。

〈医療保険制度における主な保険給付〉

(平成29年10月現在)

療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前:8割、義務教育就学後から70歳未満:7割、 70歳以上75歳未満:8割(※)(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者):7割) 75歳以上:9割(現役並み所得者:7割)																
入院時食事療養費	食事療養標準負担額:一食につき360円	低所得者: 一食につき210円 (低所得者で90日を超える入院: 一食につき160円) 特に所得の低い低所得者(70歳以上): 一食につき100円															
入院時生活療養費 (65歳~)	生活療養標準負担額:一食につき460円(*)+370円(居住費) (*)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者: 一食につき210円(食費)+370円(居住費) 特に所得の低い低所得者: 一食につき130円(食費)+370円(居住費) 老齢福祉年金受給者: 一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注:難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額															
高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者 (括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) <年収約1,160万円~> $252,600円 + (医療費 - 842,000) \times 1\%$ (140,100円) <年収約770~約1,160万円> $167,400円 + (医療費 - 558,000) \times 1\%$ (93,000円) <年収約370~約770万円> $80,100円 + (医療費 - 267,000) \times 1\%$ (44,400円) <~年収約370万円> 57,600円 (44,400円) <住民税非課税> 35,400円 (24,600円)	70歳以上の者 <table border="0"> <tr> <td></td> <td>入院</td> <td>外来【個人ごと】</td> </tr> <tr> <td><現役並み所得者></td> <td>80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)</td> <td>57,600円</td> </tr> <tr> <td><一般></td> <td>57,600円 (44,400円)</td> <td>14,000円 (年間上限144,000円)</td> </tr> <tr> <td><低所得者></td> <td>24,600円</td> <td>8,000円</td> </tr> <tr> <td><低所得者のうち特に所得の低い者></td> <td>15,000円</td> <td>8,000円</td> </tr> </table>		入院	外来【個人ごと】	<現役並み所得者>	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)	57,600円	<一般>	57,600円 (44,400円)	14,000円 (年間上限144,000円)	<低所得者>	24,600円	8,000円	<低所得者のうち特に所得の低い者>	15,000円	8,000円
	入院	外来【個人ごと】															
<現役並み所得者>	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)	57,600円															
<一般>	57,600円 (44,400円)	14,000円 (年間上限144,000円)															
<低所得者>	24,600円	8,000円															
<低所得者のうち特に所得の低い者>	15,000円	8,000円															

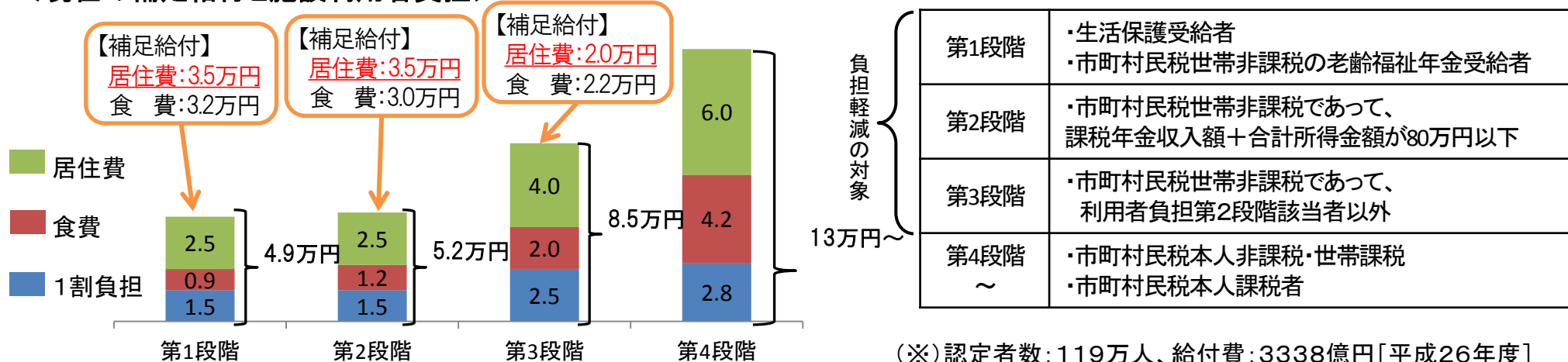
※ 平成20年4月から70歳以上75歳未満の窓口負担は1割に据え置かれていたが、平成26年4月以降新たに70歳になる被保険者等から段階的に2割となる。

介護保険における平成26年改正における補足給付の見直し【平成27年8月施行(一部平成28年8月)】

平成28年8月19日
介護保険部会資料(一部改変)

- 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



<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

医療保険及び介護保険における食事・居住に係る給付の比較

○ 医療保険では、病院等における食事・居住サービスは、入院患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、保険給付の対象として、在宅でもかかる費用として、食費及び居住費（※）を自己負担としている。

（※）居住費（光熱水費相当額）は療養病床のみが対象。

○ 介護保険では、介護保険施設等における食事・居住サービスは、在宅との公平性等の観点から、保険給付の対象外（原則自己負担）として、福祉的な観点から、低所得者に対して補足給付を支給。

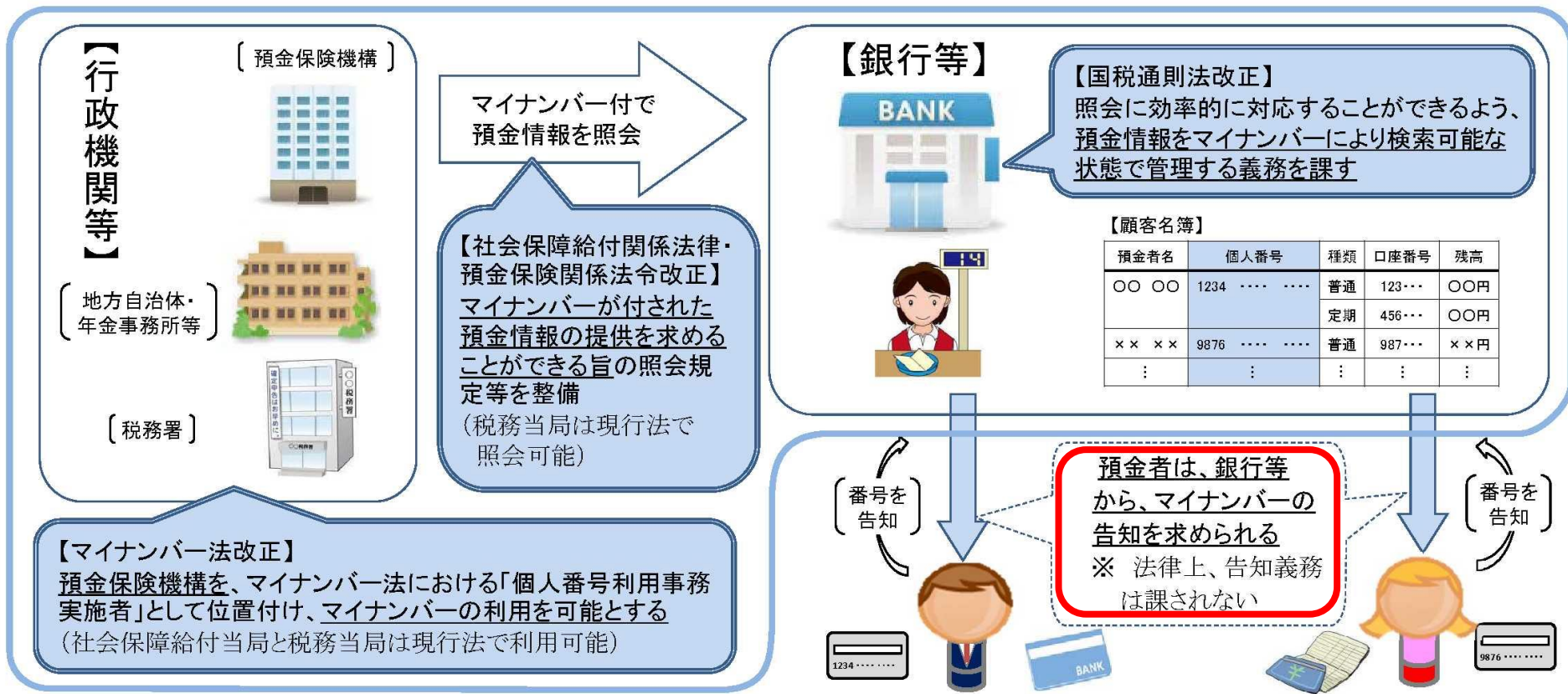
	医療保険 (入院時生活療養費)	介護保険 (介護施設における補足給付)
食事・居住サービス	保険給付の対象	保険給付の対象外（原則自己負担）
給付の性質	食事の提供、温度・照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養（健保法第63条第2項）	福祉的な観点からの低所得者の負担軽減措置
給付主体	健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、市町村、国保組合、広域連合	市町村
負担の減額対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（住民税非課税者、老齢福祉年金受給者） ・病状の程度が重篤な者又は常時の若しくは集中的な医療的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者 ・指定難病の患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（※）（住民税非課税者、老齢福祉年金・生活保護受給者） <p>（※）低所得者の判定に当たっては、預貯金等を勘案</p>

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。

金融資産に関するマイナンバーの付番状況について

- 平成28年1月以降、改正所得税法等の施行により、金融資産に関して、利用者にマイナンバーの告知を義務づけているケースは以下の通り。

マイナンバーの提供を求められる主なケース

法律に基づき、社会保障や税の行政事務に利用するため、勤務先や金融機関等からマイナンバーの提供を求められることがあります。

※マイナンバーを提供する際は、個人番号カード等の本人確認書類をご用意ください。なお、下記の提供を求める者から電話をかけてマイナンバーの提供を求めることはありません。

※民間事業者がマイナンバーを目的外で利用したり、行政機関と民間事業者のデータベースがネットワークでつながることもありません。

※マイナンバー制度の導入後も、行政機関が把握できる個人情報の種類は今までどおり法令に基づくものに限られており、行政機関が何でも把握できるようになるものではありません。

提供を求める者 (※代理人又は委託を受けた者も含む)	提供する必要のある者
勤務先	<ul style="list-style-type: none">・給与、退職金などを受け取る方・厚生年金、健康保険及び雇用保険の資格を取得される方・国民年金の第三号被保険者(従業員の配偶者) など
契約先 (契約先企業、講演等の主催企業 など)	<ul style="list-style-type: none">・報酬、料金、契約金を受け取る方 など (例: 士業、外交員、集金人、保険代理人、馬主、プロスポーツ選手、ホステス等への報酬、社会保険診療報酬支払基金が支払う診療報酬、原稿料、講演料、画料 など)
不動産業者等 (不動産仲介料、不動産使用料(家賃)を支払う法人)	<ul style="list-style-type: none">・不動産業者又は法人から年間100万円超の不動産譲渡の対価、又は年間15万円超の不動産仲介料もしくは不動産使用料(家賃)を受け取られる方
金融機関等 (銀行、証券会社、生命保険会社、損害保険会社、先物取引業者、金地金販売会社 など)	<ul style="list-style-type: none">・金融機関で株、投資信託、公社債などの証券取引をされている方 (※平成30年1月から、預貯金口座への付番を開始予定。ただし、番号の提供は任意。) (※既存口座で行う証券取引については、平成28年以降3年間の猶予あり。)・非課税適用の預貯金・財形貯蓄をされている方・国外送金又は国外からの送金の受領をされる方・生命保険契約・損害保険契約(支払額100万円超の死亡保険、年間支払額20万超の年金保険、支払額100万円超の一時払い特約・満期返戻金特約等)、又は共済契約をされている方・先物取引(FX取引等)をされている方・信託会社に信託されている方・1回200万円超の金の地金を売却される方・非上場株の配当を受け取る株主 など
税務署、日本年金機構、ハローワーク、労働基準監督署、都道府県、市町村、全国健康保険協会、健康保険組合	<ul style="list-style-type: none">・社会保障、税、災害対策に係る行政手続を行う方 (例: 生活保護、雇用保険の申請、健康保険給付の申請、平成28年分以降の税の確定申告等)

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

- 昨年の医療保険部会では、「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」について議論し、実務的な課題、制度的な課題及び財政効果に関する課題について以下のようなご意見があったところ。

【主なご意見】

（実務的な課題について）

- 負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的にはマイナンバーを活用した金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- 市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把握するのは現実的ではないのではないか。
- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないか。

（制度的な課題について）

- 介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的な性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないか。

（財政効果に関する課題について）

- 事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないか。

- 改革工程表では、「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を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法」について検討することとなっているが、昨年の議論も踏まえつつ、この点についてどう考えるか。

參考資料

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額

(平成29年8月～平成30年7月)

加入者数(※5)

()は年齢区分ごとに占める割合

年齢区分	負担割合	外来(個人ごと)	80,100+ (医療費－267,000) × 1% <多数回: 44,400>	加入者数 (人)	割合 (%)
75歳	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	57,600	110万人	6.6%
	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)	1割	14,000 年間上限 14.4万円(※4)	850万人	53.1%
	住民税非課税		8,000	350万人	21.9%
	住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000	290万人	18.4%
70歳～74歳	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	57,600	60万人	9.1%
	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)	2割(※3)	14,000 年間上限 14.4万円(※4)	420万人	59.5%
	住民税非課税		8,000	150万人	21.6%
	住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000	70万人	9.9%
70歳未満	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>	340万人	3.3%
	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>	1,050万人	10.1%
	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>	4,110万人	39.8%
	～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>	3,860万人	37.4%
	住民税非課税		35,400 <多数回該当: 24,600>	960万人	9.3%

※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 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

※5 加入者数は一定の仮定を置いた粗い推計(平成27年度加入者ベース)。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

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

<現状の仕組み>

入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)	入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	
	医療区分Ⅰ (医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者)	医療区分Ⅱ、Ⅲ (スモン、筋ジス等)
<p>保険給付 280円 自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p> <p>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</p> <p>保険給付 28円 自己負担 (光熱水費) 370円</p>	<p>保険給付 194円 自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p> <p>保険給付 198円 自己負担 (光熱水費) 200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</p>	<p>補足給付 730円 自己負担 650円 自己負担 370円</p> <p>※平成27年度介護報酬改定により、1日320円→370円に改定。</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における標準負担額

- 入院時の食事代については、一般病床・精神病床等、65歳未満の療養病床、65歳以上の療養病床のうち医療区分Ⅱ・Ⅲの入院患者（一般所得）について、1食260円の自己負担であったが、平成27年国保法等改正により、低所得者及び難病・小児慢性特定疾病患者を除き、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引き上げられる。
- 入院時の居住費については、平成29年10月から、65歳以上の医療療養病床に入院する方の光熱水費相当額に係る患者負担について、医療区分Ⅰの患者については1日320円から370円に引き上げ、医療区分Ⅱ・Ⅲの患者については1日0円から200円、平成30年4月から、1日200円から1日370円に引き上げられる（ただし、指定難病患者は負担を据え置き）。

		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～)		
	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370円/日	食費460円/食 (H30.4～) (注2) 居住費370円 (H30.4～)	食費460円/食 (H30.4～)
	低所得Ⅱ	食費210円/食 居住費370円/日	食費210円/食 (注1) 居住費370円 (H30.4～)	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370円/日 (注3)	食費100円/食 居住費370円 (H30.4～)	食費100円/食

(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等の場合は、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

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）

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

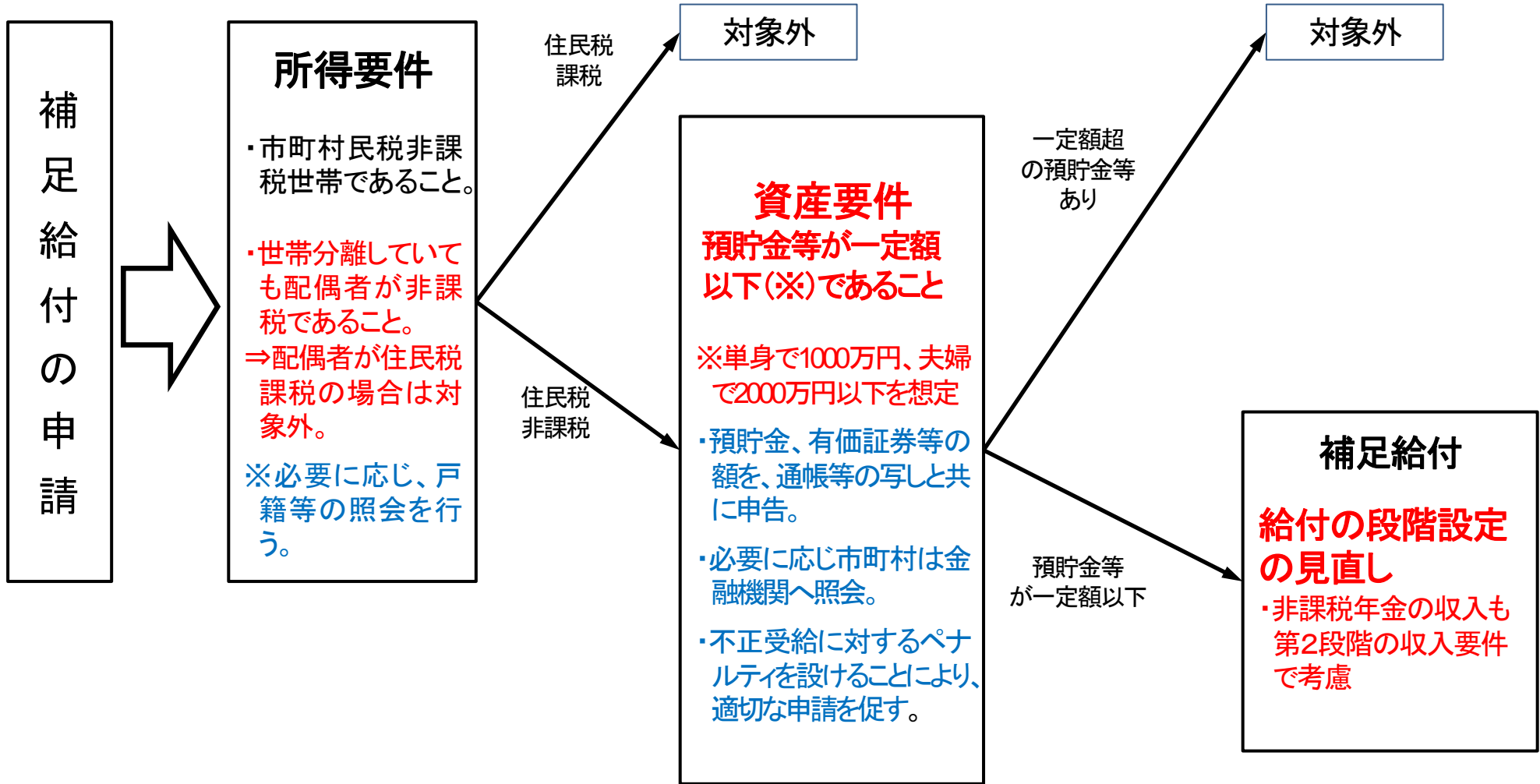
(勘案する年金の範囲)

○ 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。



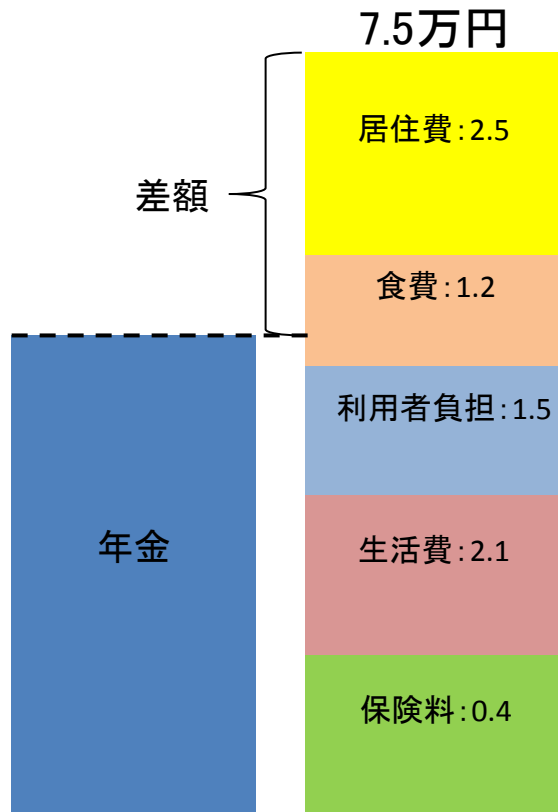
施設での生活にかかる費用等の目安（案）

平成25年9月25日
介護保険部会資料

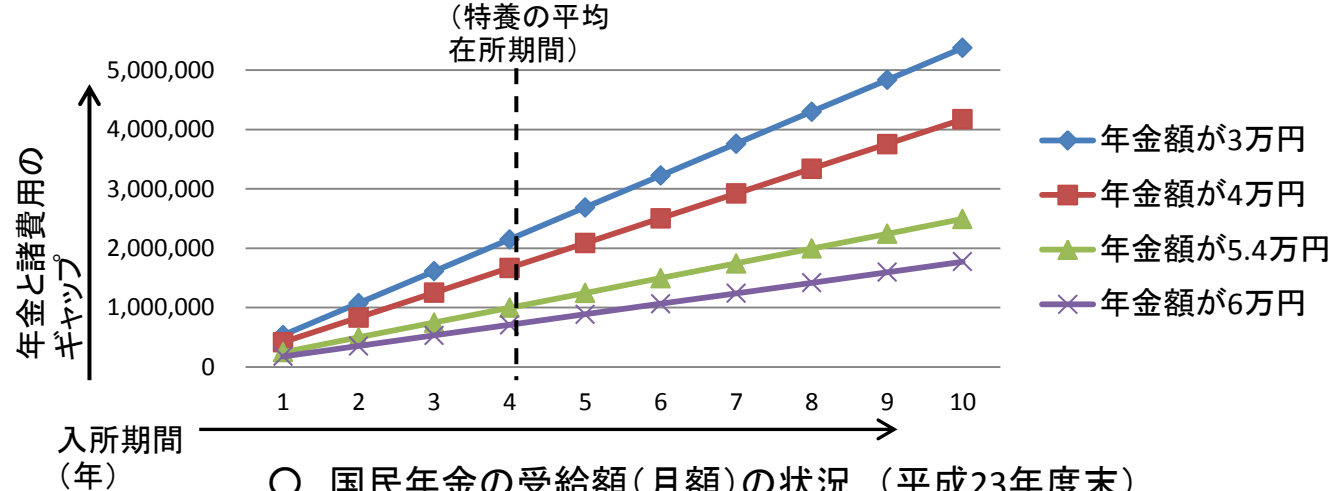
ユニット型の施設に入所した場合

- 基準額を下回る場合には補足給付の対象となることから、年金収入が少なくても、ユニット型個室に入居して補足給付による負担軽減を受けつつ食費・居住費、利用者負担、その他の生活費、各種保険料を負担することができることを想定。
- 特養の場合には9割以上の入所者が10年以内に退所している。
- また、国民年金受給月額は平均5.5万円。9割の者が月額3万円以上となっている。
- ユニット型の施設に入所した場合でも、預貯金500万円程度があれば年金額が低い者でも補足給付を受けながら10年居住することができる。

- 国民年金受給者がユニット型個室に入居した場合の一月当たりの費用



- 「差額」を入所期間に応じて積み上げ。



- 国民年金の受給額(月額)の状況 (平成23年度末)

月額(万円)	人数	割合	累積割合
～ 1	116,884	0.4%	0.4%
1 ～ 2	351,978	1.3%	1.8%
2 ～ 3	1,111,636	4.2%	6.0%
3 ～ 4	3,515,140	13.3%	19.2%
4 ～ 5	3,715,496	14.0%	33.2%
5 ～ 6	5,085,167	19.2%	52.4%
6 ～ 7	11,174,592	42.2%	94.6%
7 ～	1,433,330	5.4%	100.0%

平均: 54,612円

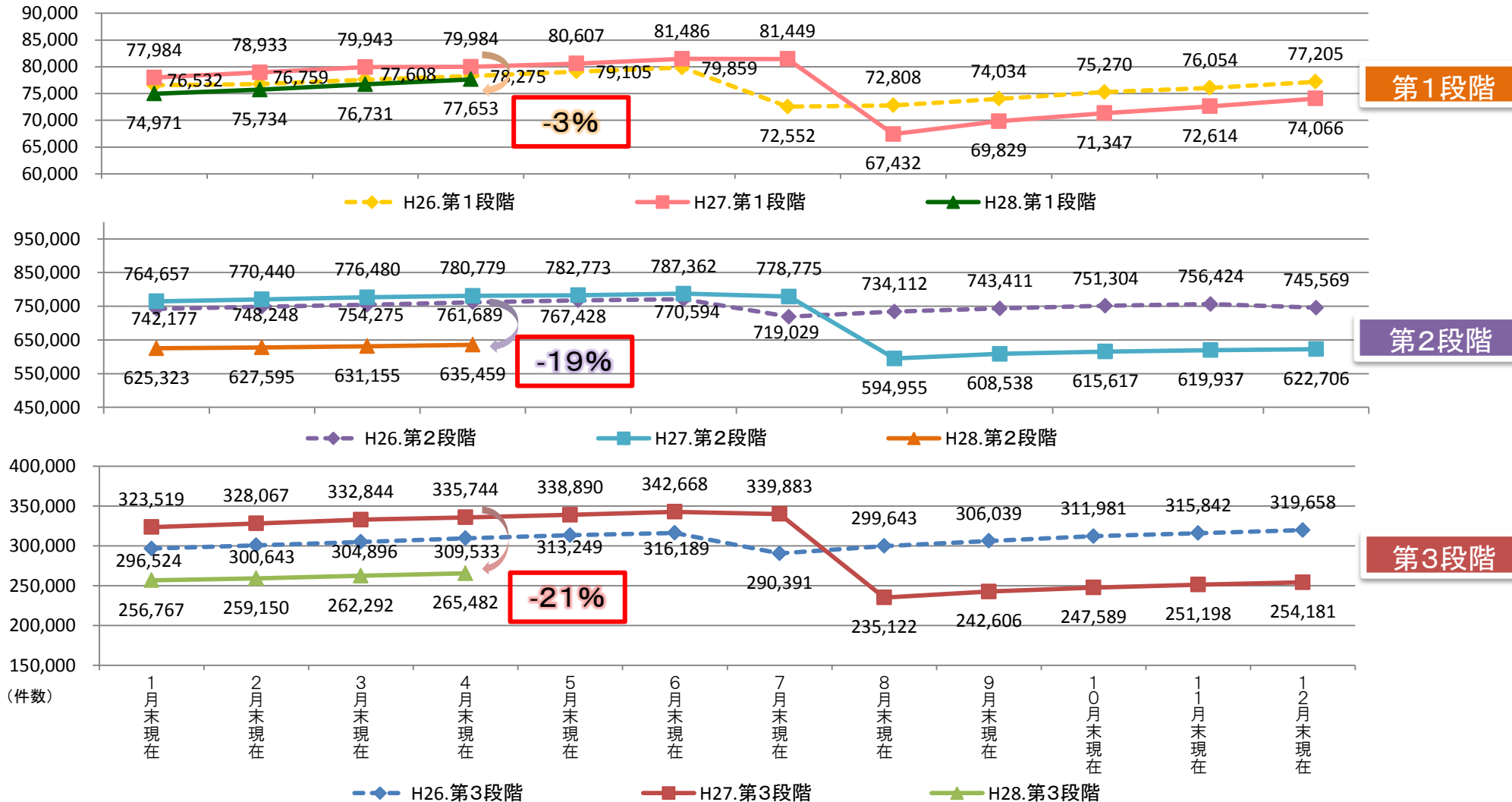
出典: 平成23年度厚生年金
保険・国民年金事業報告

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。

資産等の照会に係る参考条文

- 介護保険の補足給付の支給に当たり、介護保険法第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、必要に応じて実施している。
- 一方、医療保険では、被用者保険者については、現行法上、銀行等への預貯金の照会を行うことはできない。

健康保険法	国民健康保険法	高齢者の医療の確保に関する法律
<p>(資料の提供)</p> <p>第199条 厚生労働大臣は、被保険者の資格、標準報酬又は保険料に関し必要があると認めるときは、官公署に対し、法人の事業所の名称、所在地その他必要な資料の提供を求めることができる。</p> <p>2 厚生労働大臣は、第63条第3項第1号又は第88条第1項の指定に関し必要があると認めるときは、当該指定に係る開設者若しくは管理者又は申請者の社会保険料の納付状況につき、当該社会保険料を徴収する者に対し、必要な書類の閲覧又は資料の提供を求めることができる。</p>	<p>(資料の提供等)</p> <p>第113条の2 市町村は、被保険者の資格、保険給付及び保険料に関し必要があると認めるときは、被保険者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主の資産若しくは収入の状況又は国民年金の被保険者の種別の変更若しくは国民年金法の規定による保険料の納付状況につき、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係者に報告を求めることができる。</p> <p>2 (略)</p>	<p>(資料の提供等)</p> <p>第138条 後期高齢者医療広域連合は、被保険者の資格、後期高齢者医療給付及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する第107条第2項に規定する老齢等年金給付の支給状況につき、市町村その他の官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 市町村は、保険料の徴収に関して必要があると認めるときは、被保険者、被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する第107条第2項に規定する老齢等年金給付の支給状況につき、官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。</p>

(参考) 介護保険法 (平成9年法律第123号) (抄)

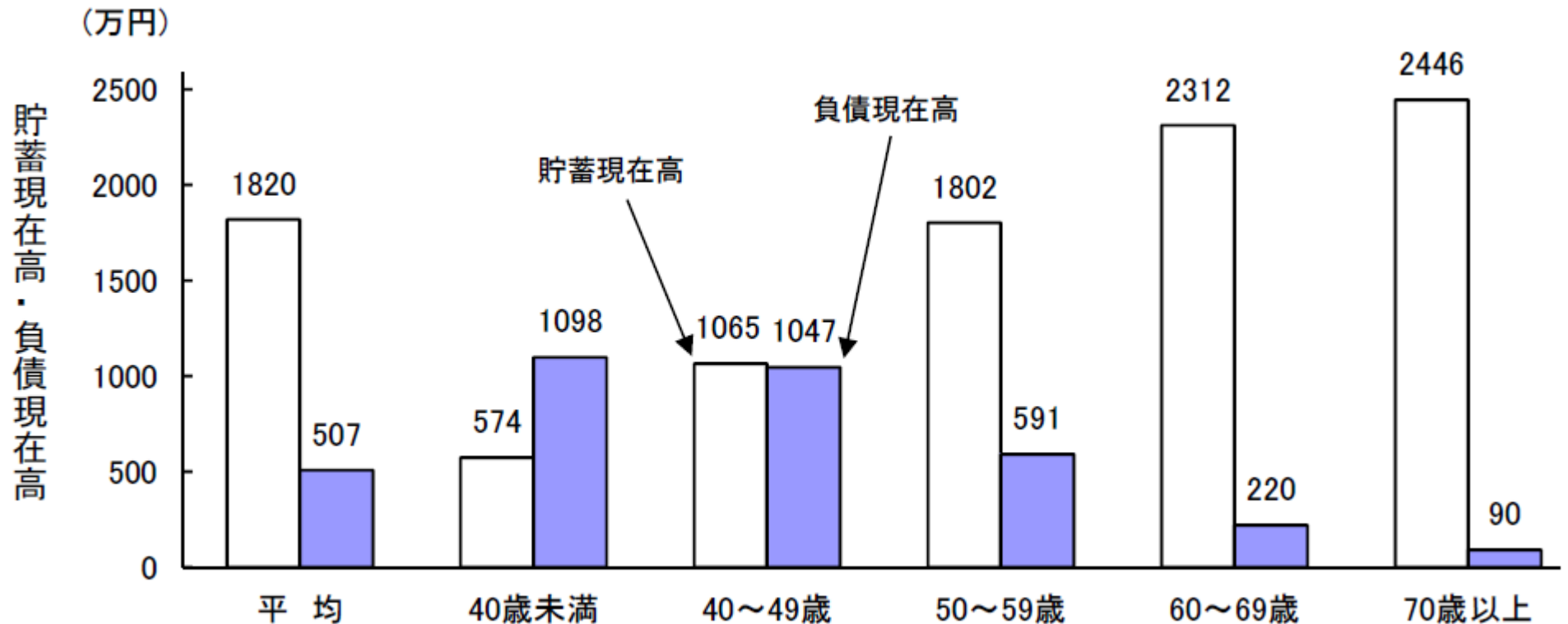
(資料の提供等)

第203条 市町村は、保険給付、地域支援事業及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する老齢等年金給付の支給状況につき、官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。

2 (略)

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574万円であるのに対し、60歳～69歳の世帯は2312万円、70歳以上の世帯は2446万円となっている。
- また、負債額は40歳未満が最も多く、それ以降は年齢階級が高くなるに従って少なくなる。

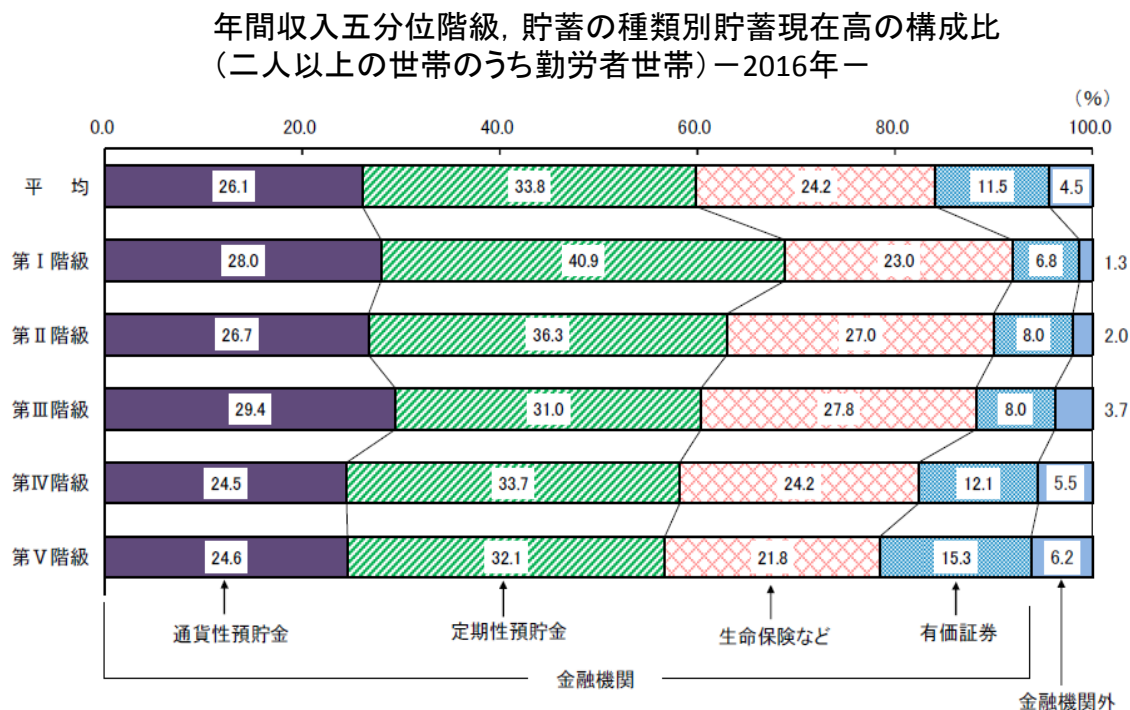
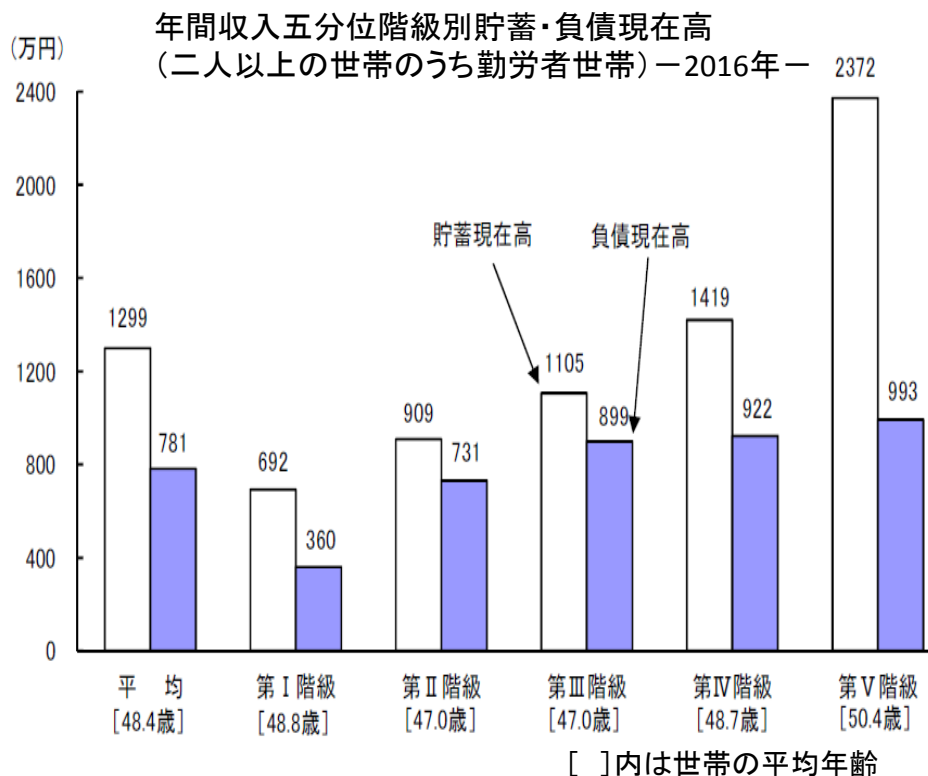


勤労者世帯における年間収入階級別貯蓄負債残高及び貯蓄の種類別構成比

- 二人以上の世帯のうち勤労者世帯について年間収入階級別(※)に1世帯当たりの貯蓄現在高をみると、年間収入が最も低い第Ⅰ階級が692万円、年間収入が最も高い第Ⅴ階級が2,372万円となっており、年間収入が高くなるに従って貯蓄現在高が多くなっている。
- 貯蓄の種類別貯蓄現在高の構成比をみると、通貨性預貯金は第Ⅲ階級が29.4%と最も高く、第Ⅳ階級が24.5%と最も低くなっている。定期性預貯金は第Ⅰ階級が40.9%と最も高く、第Ⅲ階級が31.0%と最も低くなっている。有価証券は第Ⅴ階級が15.3%と最も高く、第Ⅰ階級が6.8%と最も低くなっている。

※階級は年間収入に応じて5階級に分けている。

第Ⅰ階級(～449万円)、第Ⅱ階級(449～588万円)、第Ⅲ階級(588～733万円)、第Ⅳ階級(733～923万円)、第Ⅴ階級(923万円～)



後期高齢者医療の保険料賦課限度額について

平成29年11月24日
厚生労働省保険局

後期高齢者医療の保険料賦課限度額について

【考え方】

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

【経緯】

○制度施行時(平成20年度)

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

○保険料率改定時(2年毎)

- ・国保の賦課限度額引上げの状況、保険料率上昇見込み等を踏まえ、平成24年度に55万円(+5万円)、平成26年度に57万円(+2万円)に設定。なお、平成28年度は、賦課限度額の超過被保険者の割合等を踏まえ、見直しを行わなかった。

【平成30年度の賦課限度額について】

○賦課限度額の超過被保険者の割合や、国保の賦課限度額引上げの状況等を考慮し、保険料の賦課限度額のあり方について、どのように考えるか。

		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年度	平成29年度
後期 高齢者	賦課限度額 (20年度基準) [対前年変化幅]	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	55万円 (110) [5万円、10.0%]	55万円 (110)	57万円 (114) [2万円、3.7%]	57万円 (114)	57万円 (114)	57万円 (114)
	賦課限度額に 達する年金収入 (年金所得)	830万円 (633万円)	830万円 (633万円)	811万円 (615万円)	811万円 (615万円)	822万円 (626万円)	822万円 (626万円)	821万円 (625万円)	821万円 (625万円)	807万円 (611万円)	807万円 (611万円)
	賦課限度額超過 被保険者割合	1.65%	1.52%	1.44%	1.42%	1.36%	1.36%	1.45%	1.42%	1.50%	1.45% (速報値)
国保	賦課限度額 (医療分) (20年度基準) [対前年変化幅]	59万円 (100)	59万円 (100)	63万円 (107) [4万円、6.8%]	65万円 (110) [2万円、3.2%]	65万円 (110)	65万円 (110)	67万円 (114) [2万円、3.1%]	69万円 (117) [2万円、3.0%]	73万円 (124) [4万円、5.8%]	73万円 (124)

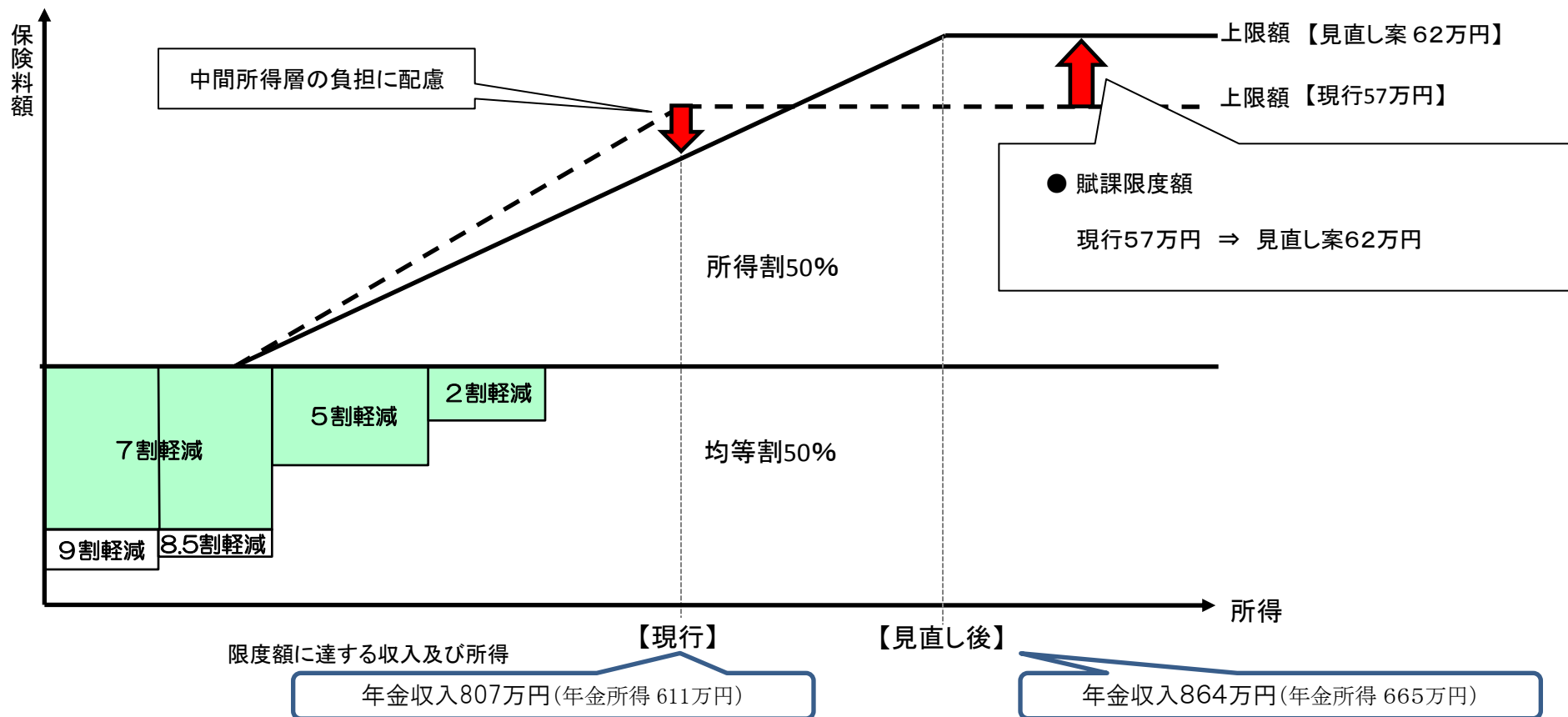
※ 賦課限度額に達する年金収入：各年度の全国平均保険料率を基に算定。

※ 年金所得＝年金収入－公的年金等控除

※ 賦課限度額超過被保険者割合：後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告による。平成29年度は高齢者医療課が調査した速報値。

平成30年度の後期高齢者医療保険料賦課限度額の見直し(案)

- 医療給付費の伸び等により保険料負担の増加が見込まれる中、受益と負担の関連、被保険者の納付意識への影響、中間所得層の負担とのバランス等を考慮し、保険料賦課限度額を設定することが必要。
 - 平成26年度以降の国保の賦課限度額引き上げ幅(67万円→73万円)も踏まえ、中間所得層の保険料負担の抑制、上位所得者にも応分の負担を求める観点から限度額を見直してはどうか。
- 保険料賦課限度額を5万円引き上げ、57万円を62万円としてはどうか。



*平成28・29年度の全国平均料率に基づき算定(均等割額45,289円、所得割率9.09%)