

第91回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成27年11月20日（金）
16時00分～18時00分
場所：全国都市会館 大ホール

（議 題）

1. 次回の診療報酬改定に向けた検討について
2. 当面の医療保険部会の主要な事項に関する議論（骨太の方針「経済・財政再生計画」の改革工程の具体化）について
3. 医療保険制度改革の施行について

（配布資料）

- | | |
|-----------|---|
| 資 料 1 | 平成28年度診療報酬改定の基本方針（骨子案） |
| 資 料 2 - 1 | 医療・介護を通じた居住費負担の公平化について |
| 資 料 2 - 2 | 患者負担について（高齢者の自己負担、高額療養費、かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担等） |
| 資 料 2 - 3 | 第90回医療保険部会で依頼のあった資料（OTC類似薬、生活習慣病治療薬） |
| 資 料 3 - 1 | 第89回医療保険部会で依頼のあった資料（短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大） |
| 資 料 3 - 2 | 国民健康保険の保険料（税）賦課（課税）限度額について |
| 参 考 資 料 1 | 平成28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 2 | 社会保障審議会 医療保険部会（10月21日）各委員の発言要旨 |
| 参 考 資 料 3 | 社会保障審議会 医療部会（10月22日）各委員の発言要旨 |
| 委員提出資料 1 | 岡崎委員提出資料 |
| 委員提出資料 2 | 小林委員、白川委員提出資料 |
| 委員提出資料 3 | 望月委員提出資料 |

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成27年11月20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
かわじり たかお 川尻 禮郎	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
こばやし たけし 小林 剛	全国健康保険協会 理事長
しばた まさと 柴田 雅人	国民健康保険中央会理事長
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
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 ひろきち 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91回 社会保障審議会医療保険部会

平成27年11月20日(金) 16:00~18:00

全国都市会館 大ホール

○
速記

遠藤秀樹委員 ○
吉田審議官 ○
唐澤局長 ○
遠藤部長 ○
代岩村部会理長 ○
谷内審議官 ○
和田委員 ○
横尾委員 ○

岡崎委員 ○ (参考人)								森委員 ○ (参考人)
川尻委員 ○								松原委員 ○
菊池委員 ○								堀委員 ○
小林委員 ○								藤井委員 ○
柴田委員 ○								福田委員 ○ (参考人)
白川委員 ○								武久委員 ○ (参考人)
新谷委員 ○								菅原委員 ○

○秋田課長	○藤原課長	○榎本課長	○宮本課長	○渡辺課長	○城課長	○宮崎課長	○眞鍋企画官	○安藤室長
-------	-------	-------	-------	-------	------	-------	--------	-------

○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	○連携政策課	○三浦室長	○田口管理官	○中井管理官	○鈴木室長	○赤羽根室長
---------	---------	----------	------	-------	--------	-------	--------	--------	-------	--------

傍聴者席

平成 28 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

（超高齢社会における医療政策の基本方向）

- いわゆる「団塊の世代」が全て 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）に向けて、制度の持続可能性を確保しつつ国民皆保険を堅持しながら、あらゆる世代の国民一人一人が状態に応じた安全・安心で質が高く効率的な医療を受けられるようにすることが重要。
- 同時に、高齢化の進展に伴い疾病構造が変化していく中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が必要。医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、尊厳をもって人生の最期を迎えることができるようにしていくことが重要。
- また、この「超高齢社会」という問題に加えて、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、医療保険制度の持続可能性の確保といった様々な課題に直面。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。こうした多面的な問題に対応するためには、地域の実情も考慮しつつ、平成 26 年度に設置された地域医療介護総合確保基金をはじめ、診療報酬、予防・健康づくり、更には介護保険制度も含め、それぞれの政策ツールの特性・限界等を踏まえた総合的な政策の構築が不可欠。
- 2035 年に向けて保健医療の価値を高めるための目標を掲げた「保健医療 2035」も踏まえ、「患者にとっての価値」を考慮した報酬体系を目指していくことが必要。

（地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築）

- 「医療介護総合確保推進法」等の下で進められている医療機能の分化・強化、連携や医療・介護の一体的な基盤整備、平成 30 年度（2018 年度）に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、2025 年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置づけを踏まえた改定を進めていく。
- 特に、地域包括ケアシステムや効率的で質の高い提供体制の整備には、質の高い人材を継続的に確保していくことが不可欠。人口の減少傾向や現下の人材不足の状況に鑑み、医療従事者の確保・定着に向けて、地域医療介護総合確保基金による対応との役割分担を踏まえつつ、医療従事者の負担軽減など診療報酬上の措置を検討していくことが必要。

(経済成長や財政健全化との調和)

- 医療政策においても、経済・財政との調和を図っていくことが重要。「経済財政運営と改革の基本方針 2015」や「日本再興戦略 2015」等も踏まえつつ、無駄の排除や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にも留意することが必要。

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推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

【重点課題】

(基本的視点)

- 医療を受ける患者にとってみれば、急性期、回復期、慢性期などの状態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につながるなど、切れ目ない提供体制が確保されることが重要。
- このためには、医療機能の分化・強化、連携を進め、在宅医療・訪問看護などの整備を含め、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。

(具体的方向性の例)

ア 医療機能に応じた入院医療の評価

- ・ 効率的で質の高い入院医療の提供のため、医療機能や患者の状態に応じた評価を行い、急性期、回復期、慢性期など、医療機能の分化・強化、連携を促進。

イ チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保

- ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した医療従事者の確保・養成等と併せて、多職種の活用によるチーム医療の評価、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を推進し、医療従事者の負担軽減を図る。

ウ 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

- ・ 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、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。

- ・ 患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元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・薬局の機能を評価。
- ・ 退院支援、医療機関間の連携、医療介護連携、栄養指導等、地域包括ケアシステムの推進のための医師、歯科医師、薬剤師、看護師等による多職種連携の取組等を強化。

エ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ・ 患者の状態や、医療の内容、住まいの状況等を考慮し、効率的で質の高い在宅医療・訪問看護の提供体制を確保。

オ 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

- ・ 本年5月に成立した医療保険制度改革法も踏まえ、大病院と中小病院・診療所の機能分化を進めることについて検討。
- ・ 外来医療の機能分化・連携の推進の観点から、診療所等における複数の慢性疾患を有する患者に療養上の指導、服薬管理、健康管理等の対応を継続的に実施する機能を評価。

(2) 患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質の高い医療を実現する視点

(基本的視点)

- 患者にとって、医療の安心・安全が確保されていることは当然のことであるが、今後の医療技術の進展や疾病構造の変化等を踏まえれば、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することや、病気を治すだけでなく、「生活の質」を高める「治し、支える医療」を実現することが重要。

(具体的方向性の例)

- ア かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
 - ・ 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、個別の疾患だけではなく、患者に応じた診療が行われるよう、かかりつけ医やかかりつけ歯科医の機能を評価。(再掲)
 - ・ 患者の薬物療法の有効性・安全性確保のため、服薬情報の一元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・薬局の機能を評価。(再掲)

イ 情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集の推進

- ・ 情報通信技術（ICT）が一層進歩する中で、ICT を活用した医療連携による医療サービスの向上の評価を進めるとともに、医療に関するデータの収集・活用を推進することで、実態やエビデンスに基づく評価を図る。

ウ 質の高いリハビリテーションの評価等、疾病からの早期回復の推進

- ・ 質の高いリハビリテーションの評価など、アウトカムにも着目した評価を進め、疾病からの早期回復の推進を図る。

（３）重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

（基本的視点）

- 国民の疾病による死亡の最大の原因となっているがんや心疾患、脳卒中に加え、高齢化の進展に伴い今後増加が見込まれる認知症や救急医療など、我が国の医療の中で重点的な対応が求められる分野については、国民の安心・安全を確保する観点から、時々の診療報酬改定においても適切に評価していくことが重要。

（具体的方向性の例）

- 上記の基本的視点から、以下の事項について検討を行う必要。
 - ア 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
 - イ 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
 - ウ 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
 - エ 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
 - オ 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
 - カ 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
 - キ かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
 - ク 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価 等

（４）効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

（基本的視点）

- 今後、医療費が増大していくことが見込まれる中で、国民皆保険を維持するためには、制度の持続可能性を高める不断の取り組みが必要である。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、医療費の効率化・適正化を図ることが必要。

(具体的方向性の例)

- ア 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
 - ・ 後発品の使用促進について、「経済財政運営と改革の基本方針 2015」で掲げられた新たな目標の実現に向けた診療報酬上の取組について見直し。
 - ・ 後発医薬品の価格適正化に向け、価格算定ルールを見直し。
 - ・ 前回改定の影響を踏まえつつ、現行の長期収載品の価格引下げルールの要件の見直し。
- イ 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
 - ・ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で生活を継続できるための取組を推進。
- ウ 残薬や多剤・重複投薬を減らすための取組など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推進し、残薬や多剤・重複投薬の削減を進める。
- エ 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
 - ・ 服薬情報の一元的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・薬局の機能を評価するとともに、かかりつけ機能を発揮できていないいわゆる門前薬局の評価の適正化等を進める。
- オ 重症化予防の取組の推進
 - ・ 重症化予防に向けて、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。
- カ 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。
 - ・ また、医薬品や医療機器等の費用対効果評価の試行的導入について検討。

3. 将来を見据えた課題

- 地域医療構想を踏まえた第7次医療計画が開始される平成30年度に向け、実情に応じて必要な医療機能が地域全体としてバランスよく提供されるよう、今後、診療報酬と地域医療介護総合確保基金の役割を踏まえながら、診療報酬においても必要な対応を検討。

- 平成 30 年度の同時改定を見据え、地域包括ケアシステムの構築に向けて、在宅医療・介護の基盤整備の状況を踏まえつつ、質の高い在宅医療の普及について、引き続き検討を行う必要。
- 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の推進、保険外併用療養の活用等について広く議論が求められる。

医療・介護を通じた居住費負担の公平化について

平成27年11月20日
厚生労働省

経済財政運営と改革の基本方針2015「経済・財政再生計画」 (平成27年6月30日閣議決定)より

番号	検討項目	骨太2015「経済・財政再生計画」における記載	過去の医療保険部会における意見等
4	医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化の検討 (※骨太③)	<p>・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、<u>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。</u></p>	<p>議論の整理（平成23年12月6日） (入院時の食費・居住費)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院時の食事・居住費については、①入院時の食事管理は治療の一環であり、通常の食事とは区別して考えるべき、②居住費の負担が入院前の住居との二重の負担にならないようにすべき、等の理由から、見直しに慎重な意見が大勢を占めた。 ・なお、一部の委員からは、事業仕分けの考え方(注)に基づき見直しを進めるべきとの意見もあった。 <p>(注) 事業仕分け時の主な指摘事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病床に入院する方、療養病床に入院する65歳未満の方にも、調理費や居住費を負担していただくべきではないか。

※骨太●の番号は、経済財政諮問会議の下に設置された経済・財政一体改革推進委員会において示された検討項目の番号

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

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

<現状の仕組み>

入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)	入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	
	医療区分Ⅰ (医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者)	医療区分Ⅱ、Ⅲ (スモン、筋ジス等)
<p>保険給付 380円 自己負担(食料費) 260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>(食費:1食) (居住費:1日)</p>	<p>保険給付 94円 自己負担(食料費、調理費) 460円</p> <p>(食費:1食)</p>	<p>保険給付 294円 自己負担(食料費) 260円(注)</p> <p>(食費:1食)</p>
	<p>保険給付 78円 自己負担(光熱水費) 320円</p> <p>(居住費:1日)</p>	<p>保険給付 398円</p> <p>(居住費:1日)</p>

(参考) 介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担

一般所得者 (介護保険の給付なし)	低所得者 (介護保険の補足給付あり)
<p>全額自己負担 ※金額は施設との契約による</p> <p>(食費:1食) (居住費:1日)</p>	<p>補足給付 730円 自己負担 650円</p> <p>自己負担 370円</p> <p>(食費:1日) (居住費:1日)</p>

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

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

(注) 平成27年国保法等改正により、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円に引上げ。

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

※ 上記補足給付の自己負担額は、市町村民非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり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>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
<p>昭和47年 ～ 平成5年</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
<p>平成6年～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時食事療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食費は、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</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>	<ul style="list-style-type: none"> <u>○ 入院時生活療養費制度の導入</u> <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>

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、医療・介護の連携を進めていく中で、医療療養病床と介護保険施設との負担の公平や年金給付との調整の観点から、医療療養病床に入院する者のうち介護保険の対象となる65歳以上の者を対象に、一日320円の自己負担を求めている。
- ただし、療養病床の医療区分ⅡⅢの者については、医療度の必要性が高いことを踏まえ、居住費負担を求めている。

		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320円/日	食費460円/食 ^(H30.4~) 居住費0円	食費460円/食 ^(H30.4~)
	低所得Ⅱ	食費210円/食 ^(注1) 居住費320円/日	食費210円/食 居住費0円	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0円	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

療養病床における医療区分について

<p>医療区分3</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・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>【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（酸素を必要とする状態かを毎月確認）
<p>医療区分2</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他難病※（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷）・慢性閉塞性肺疾（COPD） ・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）
<p>医療区分1</p>	<p>医療区分2、3に該当しない者</p>

※ その他難病とは、平成26年3月5日付け保医発0305第3号厚生労働省保険局医療課長通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別紙44に掲げる疾患を指す（56疾患）。

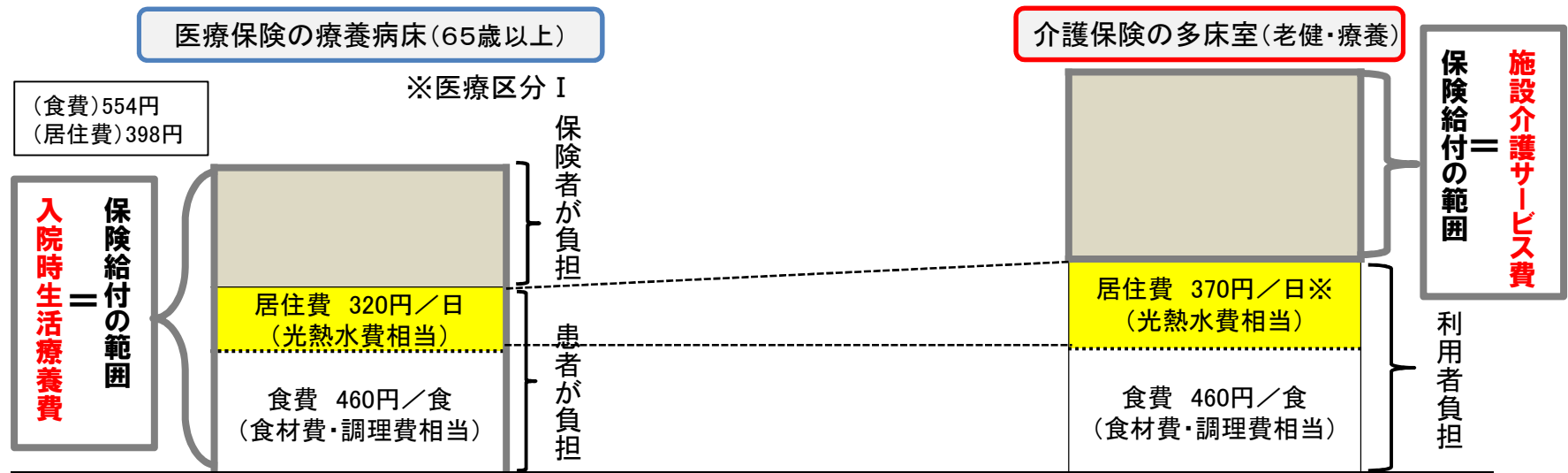
※ 平成27年1月施行の難病法における新規対象者は含まれない。

※ 療養病床の入院患者のうち各区分の割合 I：22.5% II：43.5% III：34.0%

入院時生活療養費における居住費負担について

- 平成17年10月から、介護保険では、介護療養病床を含む介護保険3施設における食費及び居住費が原則として保険給付外となったことを踏まえ、平成18年から、医療療養病床における食費・居住費については、医学的管理の下で提供される観点から、保険給付の対象とする一方で、自己負担を求めることとした。(入院時生活療養費の創設)
- 具体的には、医療・介護の連携を進めていく中で、医療療養病床と介護保険施設における負担の公平や年金給付との調整の観点から、医療療養病床に入院する者のうち介護保険の対象となる65歳以上の方に対して、介護保険施設(多床室)における食費及び居住費の額を勘案して、食費(食材料費、調理費相当)として1食460円、居住費(光熱水費相当)として1日320円の自己負担を求めている。
- ただし、療養病床のうち、入院医療の必要性が高い医療区分Ⅱ・Ⅲの者については、一般病床等と同様に、食費のみの負担とし、居住費負担は求めないこととしている。
- なお、介護保険施設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(11,215円/月)



※ 特養の場合、光熱水費相当に加えて
 室料相当の計840円/日の負担

入院時生活療養費における居住費負担について

医療保険の療養病床(65歳以上)

※医療区分 I

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

介護保険の多床室

対象者	居住費負担 (多床室・一日)	3施設利用者数 (多床室以外も含む)
・利用者負担第4段階以上	全額自己負担 ※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/日で設定されている。	—
・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～) ※光熱水費相当(電気・水道代等)を求めるもの ※家計調査の光熱水費相当を勘案して設定 ※制度創設時(平成15年家計調査) :9,460円/月(320円/日) →平成27年家計調査 :11,215円/月(370円/日)	約49万人 ・第2段階:約36万人 ・第3段階:約13万人
・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4万人

論点

○ 骨太2015に示された「医療・介護を通じた居住費負担の公平化」について、どう考えるか。

<基本的論点>

- ① 入院医療の必要性の高い医療区分Ⅱ・Ⅲの者については、居住費負担を求めないこととしているが、医療区分Ⅱ・Ⅲの居住費負担について、どう考えるか。
 - ② 65歳未満の療養病床の入院患者については、介護保険施設の対象とならないこと、年金給付がないこと等から居住費負担を求めないこととしているが、居住費負担における年齢区分について、どう考えるか。
 - ③ 医療保険の療養病床の65歳以上の入院患者の居住費負担額は、介護保険施設の多床室における光熱水費を踏まえて設定された経緯から、1日320円から370円に引き上げることについて、どう考えるか。
- また、医療・介護を通じた療養病床の在り方等については、現在、「療養病床の在り方等に関する検討会」において議論が行われており、その後、社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において制度改正に向けた議論が行われることとされているが、こうした議論との関係をどう考えるか。

参考資料

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	対象者の例
第1段階	・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者
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80万円以下の方
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段階該当者以外の方
第4段階	・市町村民税本人非課税者 ・市町村民税本人課税者

			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)

基準費用額の見直しについて

論点7 直近の家計調査結果における光熱水費を踏まえると、多床室における基準費用額(居住費負担)の見直しを行ってはどうか。(介護療養病床、老健等についても同様)

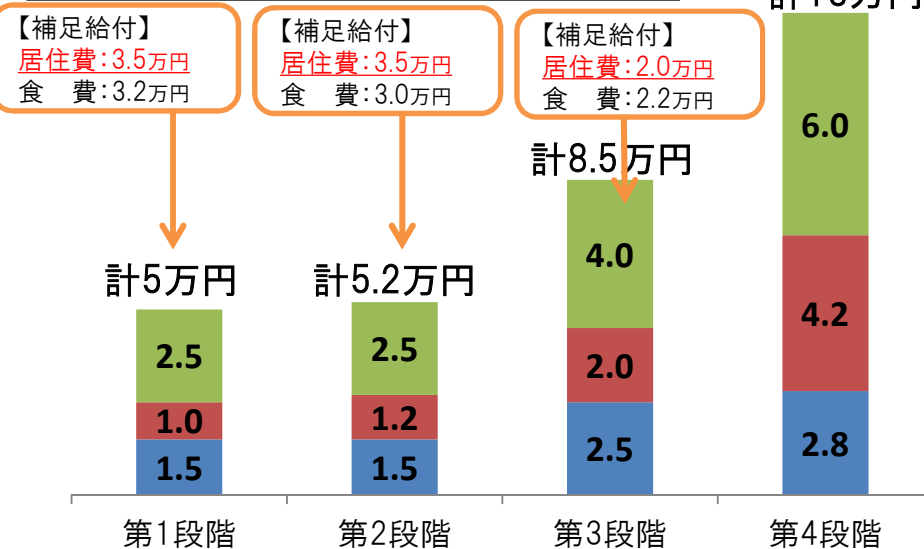
対応案

- 多床室における居住費については、家計調査における光熱水費の額を参考に設定しているが、直近(平成25年)調査の結果が基準費用額(1万円)を上回っているため、多床室における居住費負担についての見直しを行ってはどうか。

(参考)光熱水費家計調査結果:平成15年(設定時)は光熱水費:9,490円 → 平成25年(直近)は:11,215円

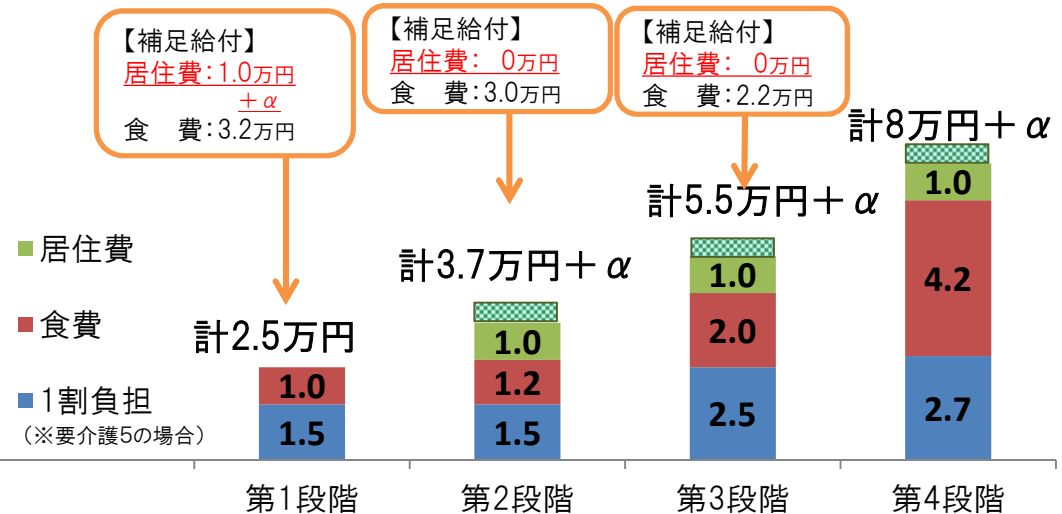
※ ユニット型個室の居住費(光熱水費+室料)は、介護事業経営概況調査(平成16年10月)67,794円を参考に6万円に設定しているが、介護事業経営実態調査結果(平成26年4月)では64,642円となっているため、見直しを行わない。

(参考)＜ユニット型個室の利用者負担＞



＜見直し後の多床室の利用者負担＞

※数値についてはいずれも現在の金額を記載。α:家計調査の実績を踏まえて見直しを行う額。



※多床室の光熱水費(居住費)分については、現在でも第2段階又は第3段階の方は自己負担となっている。

○ 旧国民年金老齢年金(基礎のみ)の受給権者の年金額:平均5.0万円

○ 老齢基礎年金等の受給権者の年金額:平均5.5万円

[出典]「平成23年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」

・第1段階: 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者 等

・第2段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円以下

・第3段階: 市町村民税世帯非課税、本人の年金収入80万円超

・第4段階: 市町村民税世帯課税(例えば、夫婦2人世帯で、本人の年金収入211万円超)

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)

療養病床の在り方等に関する検討会

目的

- 本年3月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
- 地域医療構想の実現のためには、在宅医療等に対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
- 一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
- このため、慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行うため、本検討会を開催する。

検討事項

- (1) 介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
- (2) 慢性期の医療・介護ニーズに対応するための(1)以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

(◎は座長、○は座長代理)

- ・池端 幸彦 (医療法人池慶会理事長・池端病院院長)
- ・井上 由起子 (日本社会事業大学専門職大学院教授)
- ・猪熊 律子 (読売新聞東京本社社会保障部部长)
- ◎遠藤 久夫 (学習院大学経済学部教授)
- ・尾形 裕也 (東京大学政策ビジョン研究センター特任教授)
- ・折茂 賢一郎 (中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長)
- ・嶋森 好子 (慶応義塾大学元教授)
- ・鈴木 邦彦 (日本医師会常任理事)
- ・瀬戸 雅嗣 (社会福祉法人栄和会理事・総合施設長)
- 田中 滋 (慶応義塾大学名誉教授)
- ・土屋 繁之 (医療法人慈繁会理事長)
- ・土居 丈朗 (慶応義塾大学経済学部教授)
- ・東 秀樹 (医療法人静光園理事長・白川病院院長)
- ・松田 晋哉 (産業医科大学医学部教授)
- ・松本 隆利 (社会医療法人財団新和会理事長)
- ・武藤 正樹 (国際医療福祉大学大学院教授)

今後のスケジュール (予定)

- 本年7月10日に第1回を開催。その後、月に1~2回程度開催しており、年内を目途に検討会としての報告をとりまとめ
- 年明け以降、検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の医療部会、介護保険部会等において、制度改正に向けた議論を開始。

参照条文

○健康保険法(大正11年法律第70号)

(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 市町村は、要介護被保険者のうち所得及び資産の状況その他の事情をしん酌して厚生労働省令で定めるものが、次に掲げる指定施設サービス等、指定地域密着型サービス又は指定居宅サービス(以下この条及び次条第一項において「特定介護サービス」という。)を受けたときは、当該要介護被保険者(以下この条及び次条第一項において「特定入所者」という。)に対し、当該特定介護サービスを行う介護保険施設、指定地域密着型サービス事業者又は指定居宅サービス事業者(以下この条において「特定介護保険施設等」という。)における食事の提供に要した費用及び居住又は滞在(以下「居住等」という。)に要した費用について、特定入所者介護サービス費を支給する。ただし、当該特定入所者が、第37条第1項の規定による指定を受けている場合において、当該指定に係る種類以外の特定介護サービスを受けたときは、この限りでない。

一 指定介護福祉施設サービス

二 介護保健施設サービス

三 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

四 短期入所生活介護

五 短期入所療養介護

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

患者負担について

1. 高齢者の自己負担、高額療養費等
2. かかりつけ医の普及の観点からの
外来時の定額負担

平成27年11月20日

厚生労働省保険局

1. 高齢者の自己負担、高額療養費等

- ① 高齢者の自己負担や高額療養費制度について
- ② 現役世代や高齢者の負担状況等について
- ③ 高齢者の負担に関する論点について

【医療に要する費用の負担の在り方】

検討項目	骨太2015「経済・財政再生計画」における記載	過去の医療保険部会における意見等
<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</p> <p>・高額療養費制度の在り方 (※骨太②④(i))</p>	<p>・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)。</p>	<p>医療保険部会における主な意見(平成26年8月8日)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・プログラム法に掲げられた医療費の適正化だけでは不十分であり、高齢者の患者負担割合引上げ、高額療養費の外来特例の見直し等についても、議論すべきではないか。 ・高齢者には、所得が高い者と低い者の両方の立場がある、ということ踏まえた議論が必要。 ・年齢にかかわらず、所得の高い人はそれなりに負担するべきではないか。 ・高齢者医療に係る費用負担については、増加する医療費を見据え、高齢世代、現役世代、事業主、国、地方自治体など関係者でベストミックスを図るべきではないか。
<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</p> <p>・医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方 (※骨太②④(ii))</p>		

医療費の一部負担(自己負担)割合について

○ それぞれの年齢層における一部負担(自己負担)割合は、以下のとおり。

- ・ 75歳以上の者は、1割(現役並み所得者は3割。)
- ・ 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

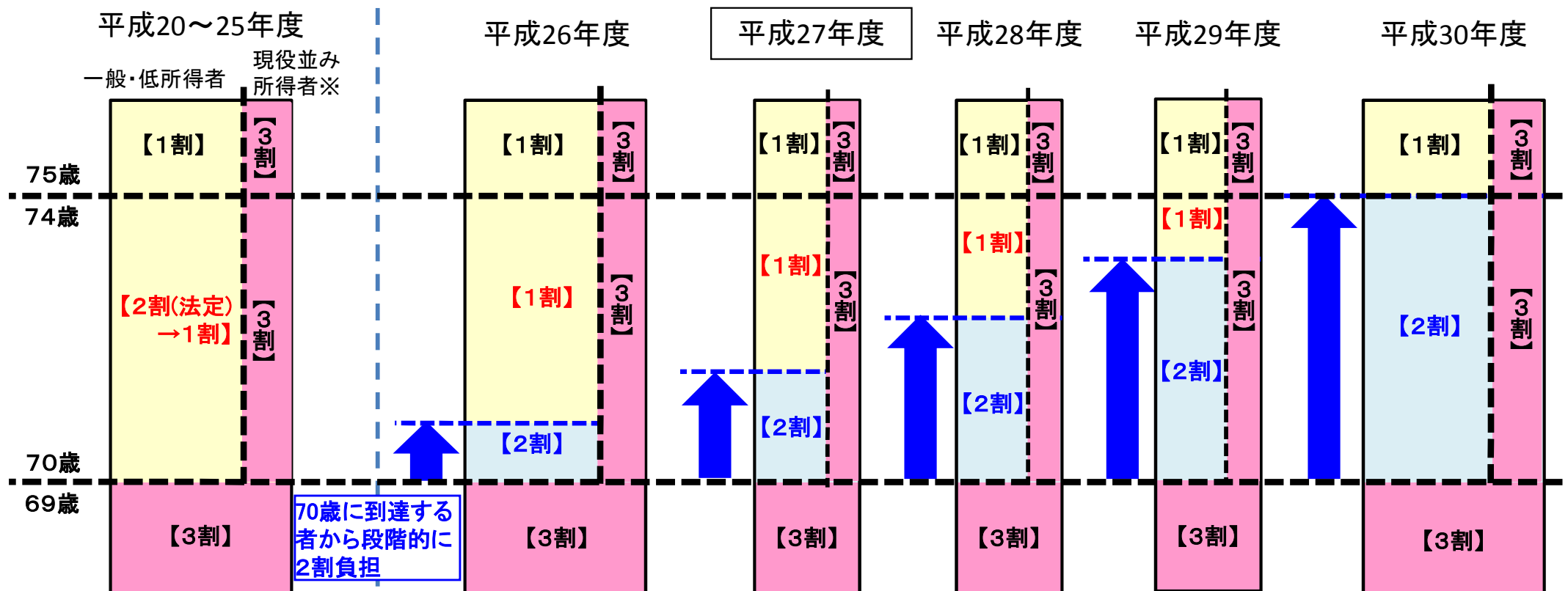
～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～			
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度														後期高齢者 医療制度	
国 保	3割	高齢者	なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (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					3割 (義務教育就学前2割)								
被用者家族	5割	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。

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下の見直しを実施。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。※70歳になる月の翌月の診療から2割負担(4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担)。
 - ・ 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)を継続する。
 - ・ 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年度当初予算 1,433億円 (平成26年度予算1,806億円、平成25年度分予算1,898億円)



※ 現役並み所得者・・・国保世帯:課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険:標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者(ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合(平成27年1月以降、新たに70歳となる被保険者の属する国保世帯に限る。))は除く

高額療養費制度の概要

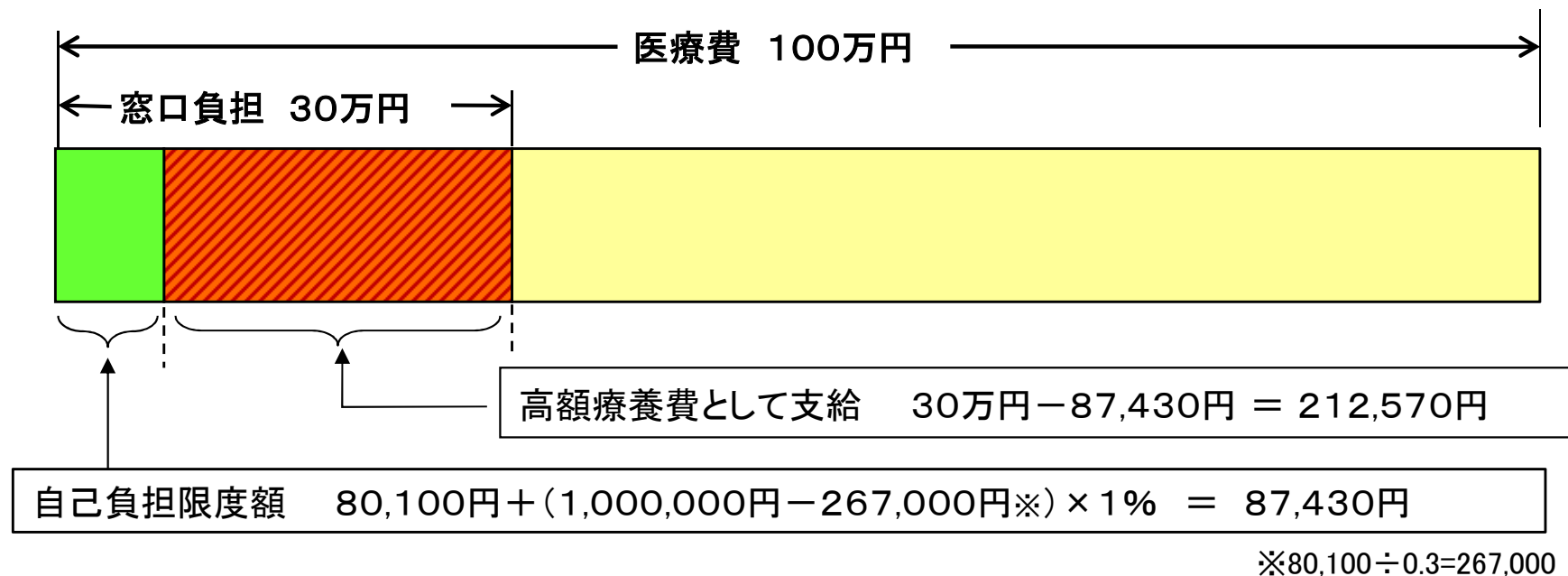
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※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歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3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。

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

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>			

70～74歳	現役並み所得者 (年収約370万円～)		負担割合	外来 (個人ごと)	80,100+ (総医療費－ 267,000) × 1% <多数回：44,400>
	健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	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)	2割 (※3)	12,000 (※4)	44,400 (※4)	
	住民税非課税		8,000	24,600	
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000		

75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～)		負担割合	外来 (個人ごと)	80,100+ (総医療費－ 267,000) × 1% <多数回：44,400>
	課税所得145万以上	3割	44,400		
	一般 (～年収約370万円) 課税所得145万円未満(※1)(※2)	1割	12,000	44,400	
	住民税非課税		8,000	24,600	
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000		

※ 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)

介護

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)	44,400 (世帯)
	一定以上所得者 合計所得金額160万以上			
	合計所得金額160万未満 (※5)	1割	37,200 (世帯)	37,200 (世帯)
	一般 住民税課税者等 (※6)			
	住民税非課税			
住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000 (個人) 等		

※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。

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。

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

後期高齢者医療制度の負担区分別被保険者数

- 後期高齢者医療の被保険者において、現役並み所得者が約7%である一方で、低所得者は約4割を占める。

※括弧内は被保険者に占める割合

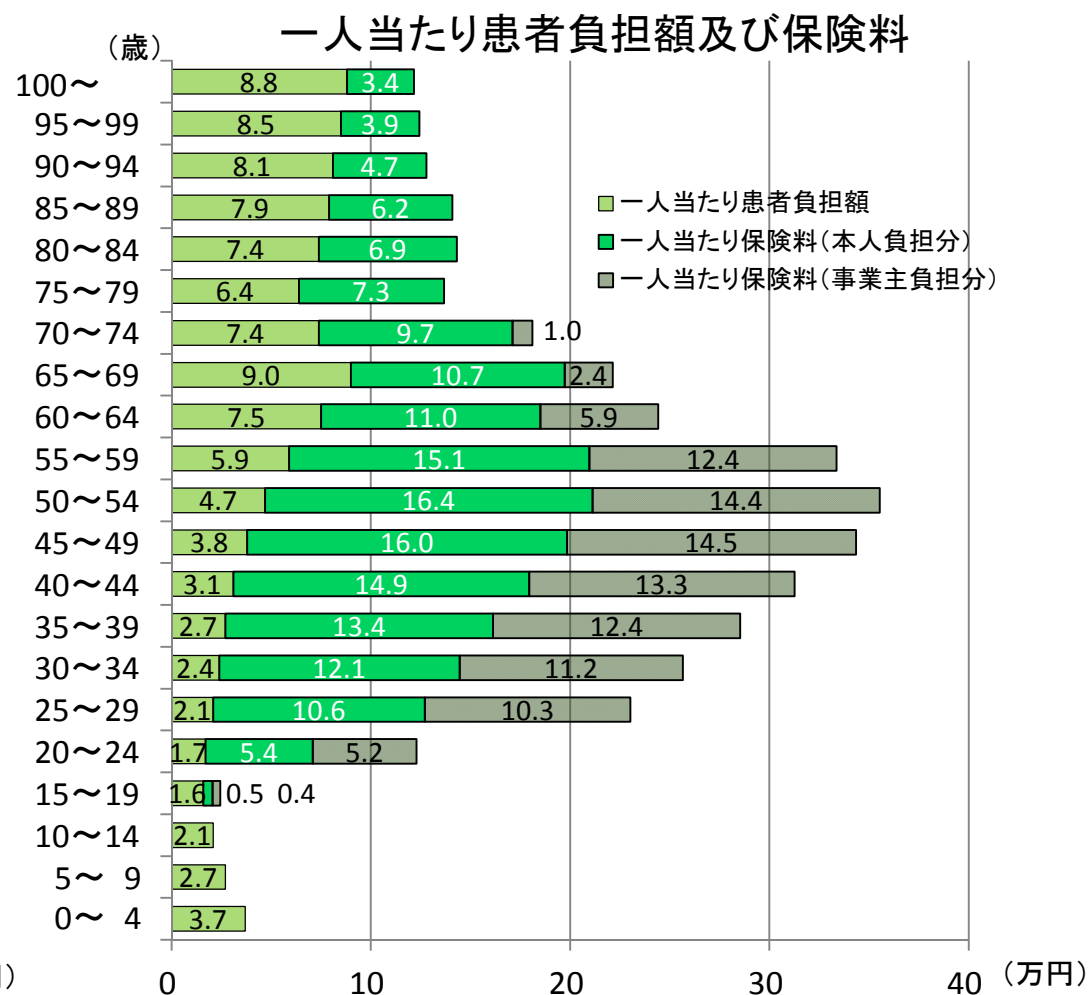
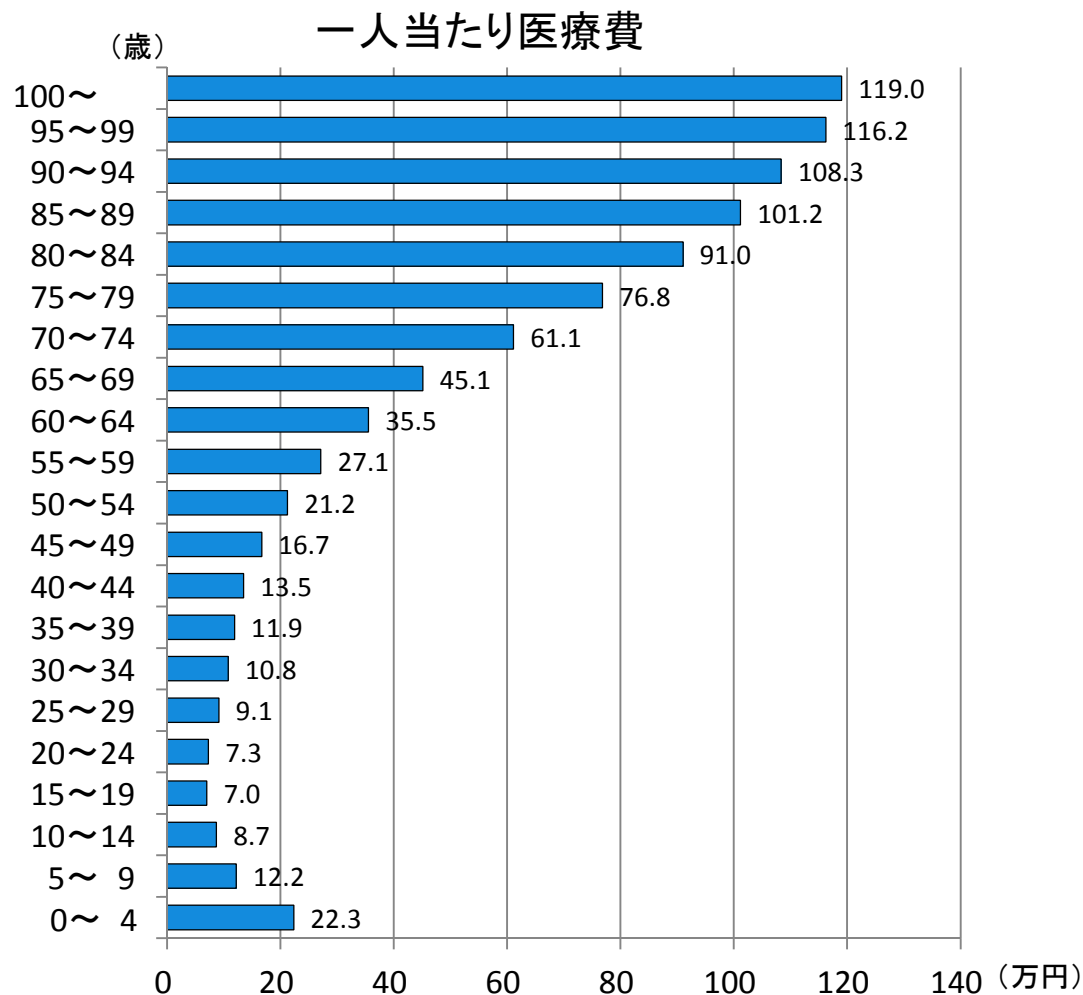
区分		自己負担割合	自己負担限度額		人数(万人)
			外来		
現役並み所得者		3割負担	44,400円	80,100円+ (総医療費－267,000円)×1% <多数回該当:44,400円>	102 (6.7%)
一般		1割負担	12,000円	44,400円	825 (54.0%)
低所得者	住民税 非課税		8,000円	24,600円	282 (18.5%)
	住民税 非課税 (所得が 一定以下)		15,000円	317 (20.8%)	
被保険者計					1,527

1. 高齢者の自己負担、高額療養費等

- ① 高齢者の自己負担や高額療養費制度について
- ② 現役世代や高齢者の負担状況等について
- ③ 高齢者の負担に関する論点について

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24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24年度の数値。

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)		91.8万円	7.4万円	8.1%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	56.2万円	7.1万円	12.6%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	7.7%
65～69歳(3割)		42.2万円	8.9万円	21.1%
20～64歳(3割)		17.5万円	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)		174万円	7.4万円	4.3%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	202万円	7.1万円	3.5%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.3万円	2.1%
65～69歳(3割)		236万円	8.9万円	3.8%
20～64歳(3割)		274万円	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24年度の値。

※3 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24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)		174万円	14.1万円	8.1%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	202万円	17.8万円 (16.8万円)	8.8% (8.3%)
	1割凍結 (現役並み所得3割)		15.0万円 (14.0万円)	7.4% (6.9%)
65～69歳(3割)		236万円	22.0万円 (19.6万円)	9.3% (8.3%)
20～64歳(3割)		274万円	28.0万円 (16.8万円)	10.2% (6.1%)

※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。

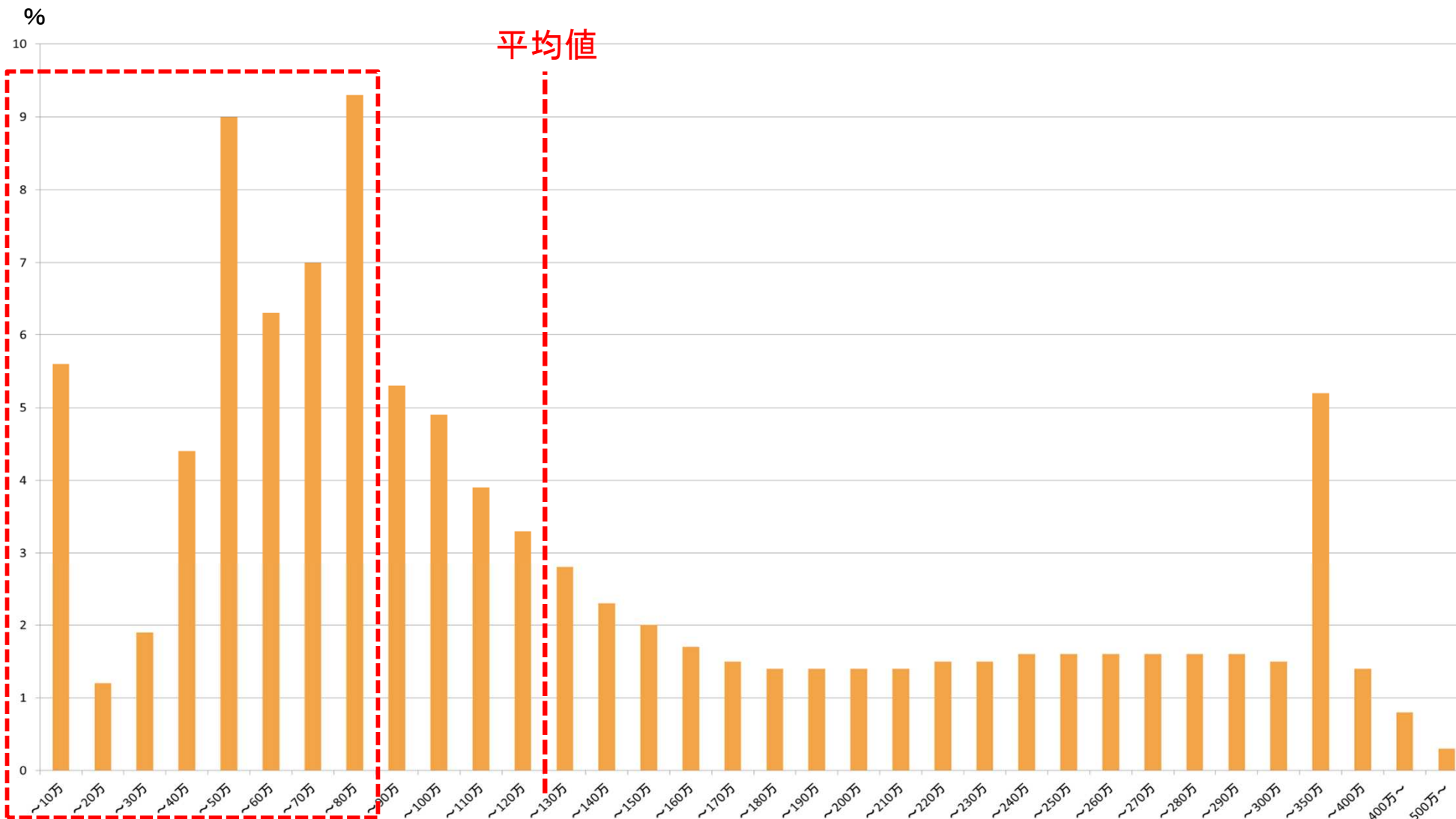
※2 自己負担額及び保険料は、「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)に基づき作成した平成24年度の数値。

※3 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24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。

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127万円)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。



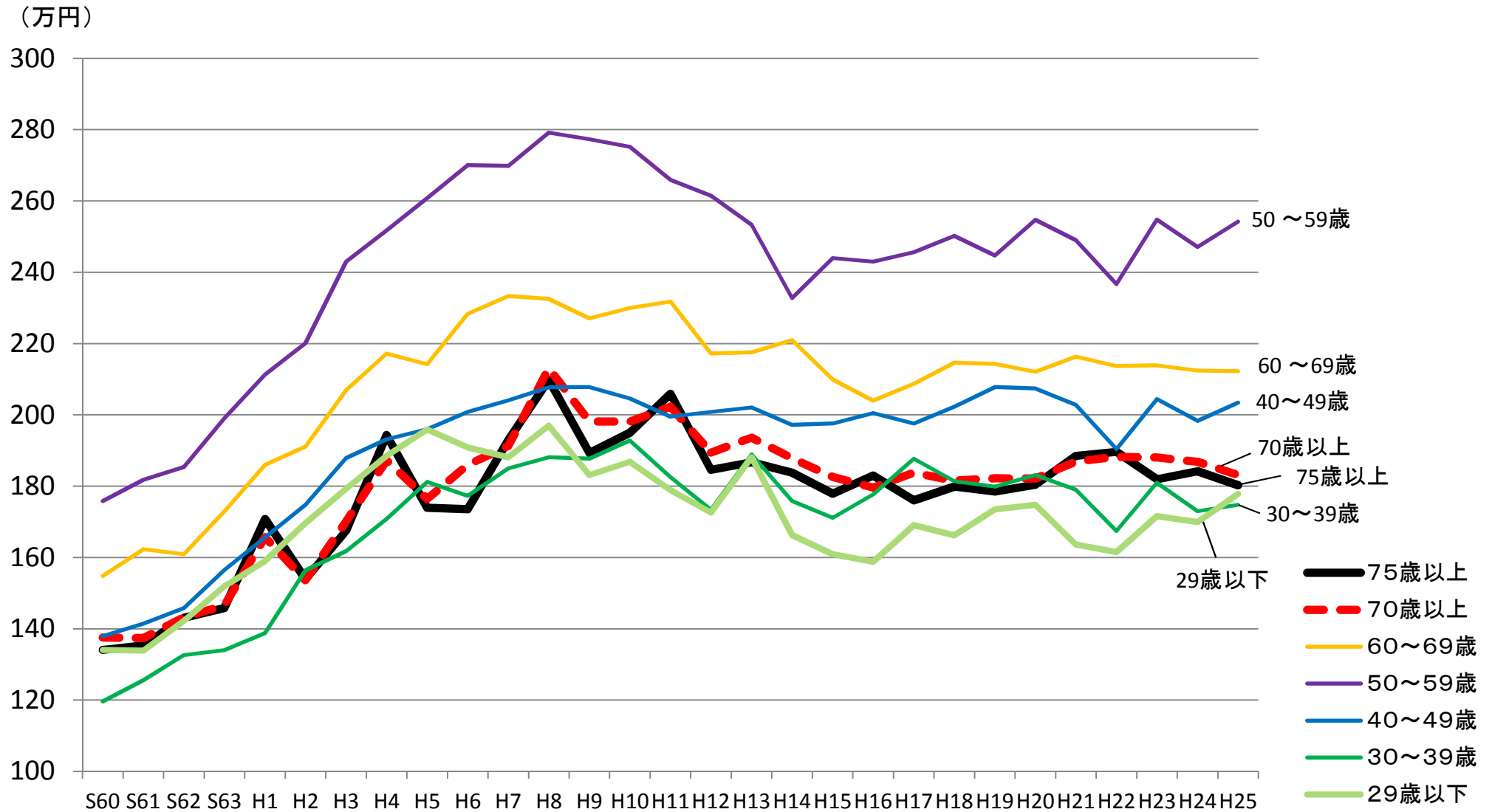
後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告(平成26年度)を基に作成

※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。

年齢階級別の平均収入額の推移

○ 70歳や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。



医療保険制度別の自己負担と保険料の推移

○ 後期高齢者医療制度の創設後の自己負担と保険料の推移をみると、被用者保険者の被保険者の負担が増加している一方で、国保や後期高齢者の負担は横ばいとなっている。

一人当たりの自己負担と保険料

(単位:万円)

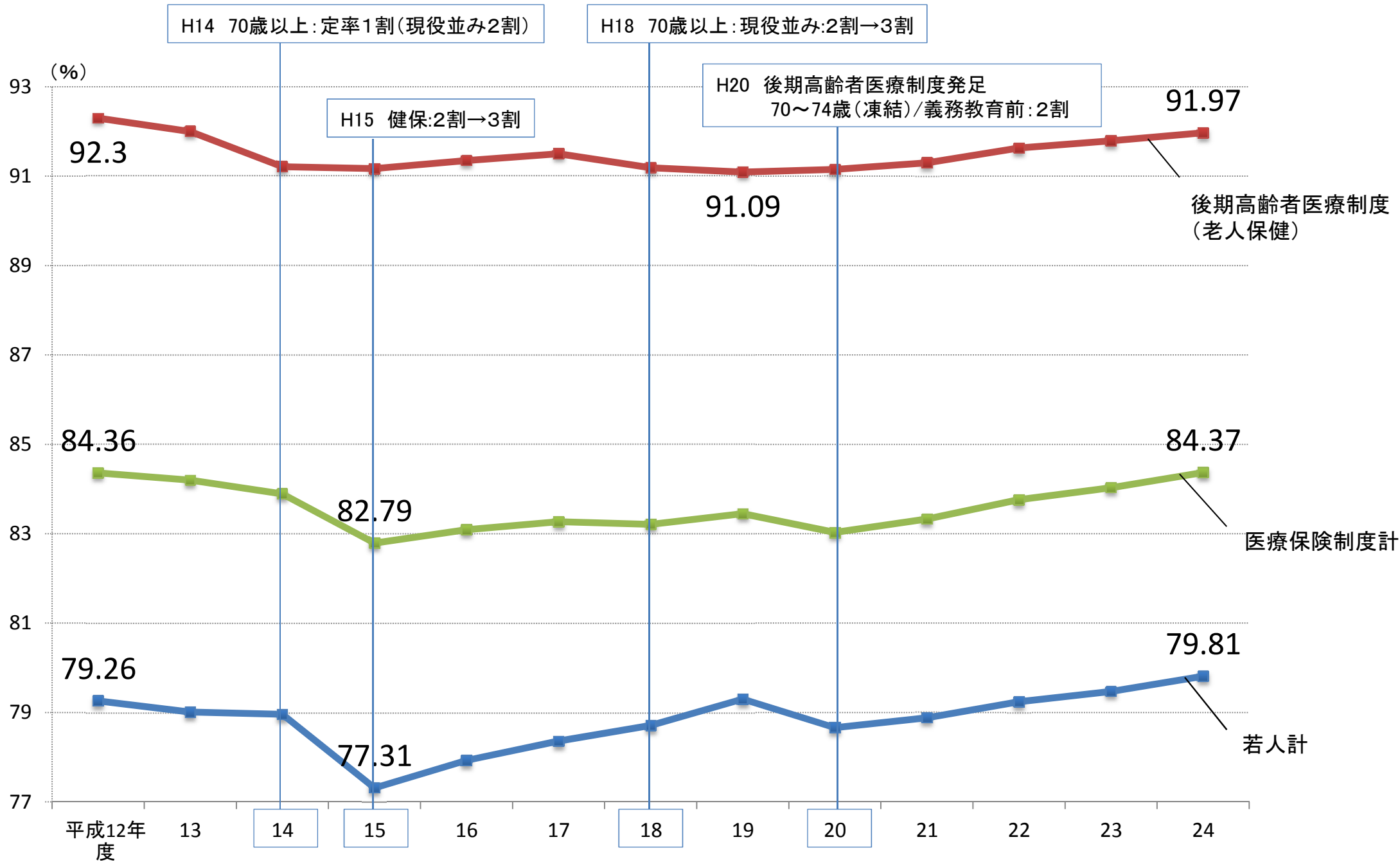
	けんぽ協会		組合健保			市町村国保			後期高齢者			
	自己負担	保険料	自己負担	保険料		自己負担	保険料		自己負担	保険料		
平成20年度	21.2	3.5	17.7	23.2	2.9	20.3	13.8	5.5	8.3	14.2	7.7	6.5
平成21年度	20.6	3.5	17.1	23.0	3.0	20.0	13.9	5.6	8.3	14.0	7.7	6.3
平成22年度	22.9	3.6	19.3	23.8	3.1	20.7	13.8	5.7	8.1	13.9	7.6	6.3
平成23年度	23.3	3.6	19.7	25.3	3.2	22.1	13.9	5.7	8.2	13.8	7.5	6.3
平成24年度	24.5	3.6	20.9	26.6	3.2	23.4	14.0	5.7	8.3	14.1	7.4	6.7

平成20年度を100としたときの推移

	けんぽ協会	組合健保	市町村国保	後期高齢者
平成20年度	100	100	100	100
平成21年度	97	99	101	99
平成22年度	108	102	99	98
平成23年度	110	109	101	98
平成24年度	116	114	101	99

※1 「医療保険に関する基礎資料」(厚生労働省保険局)等に基づき作成
 ※2 上記の数値は、加入者一人当たりの数値である。
 ※3 けんぽ協会及び組合健保の保険料は、事業主負担を含む。

医療保険制度別の実効給付率の推移



(注1) 予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

1. 高齢者の自己負担、高額療養費等

- ① 高齢者の自己負担や高額療養費制度について
- ② 現役世代や高齢者の負担状況等について
- ③ 高齢者の負担に関する論点について

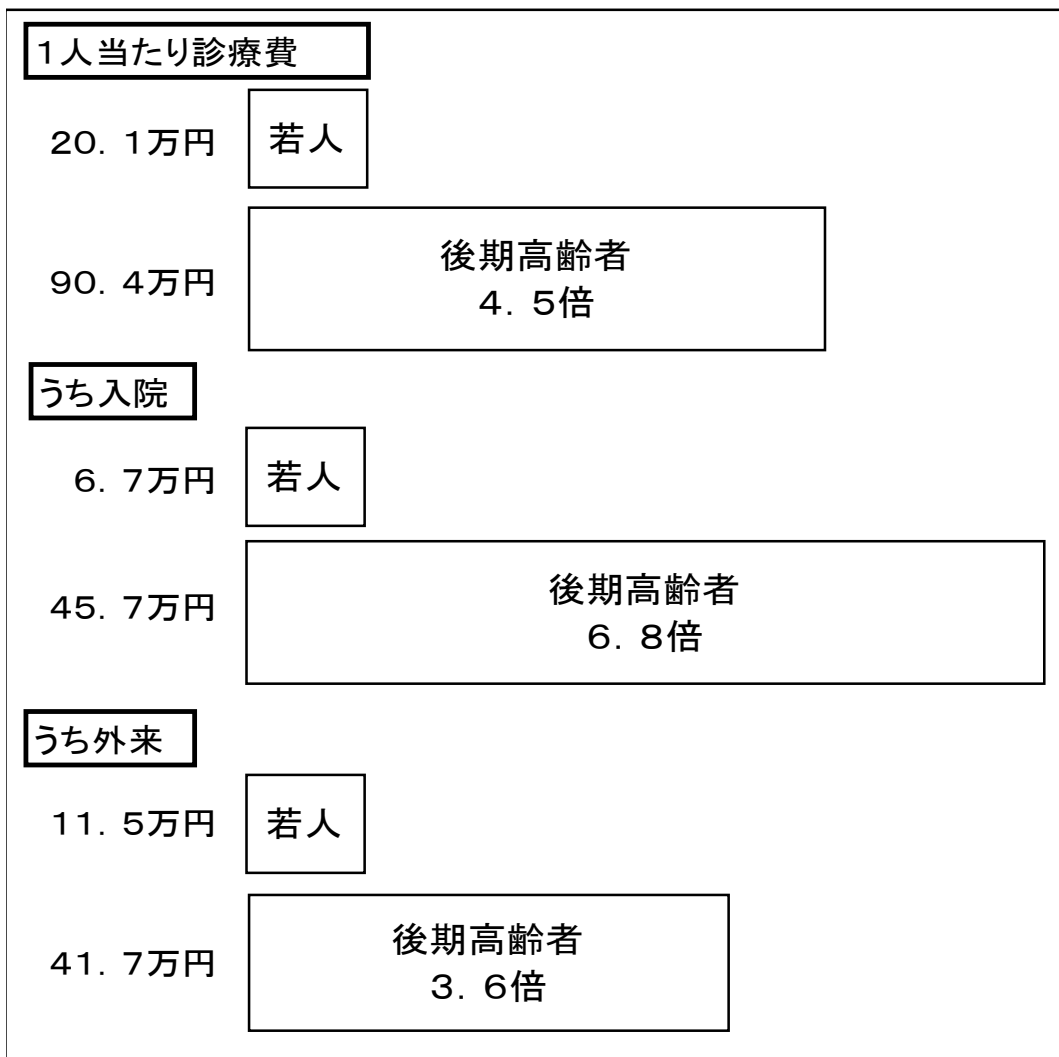
骨太方針2015を踏まえた高齢者の負担の在り方に関する論点

- 高齢者は一般に所得の低い者が多く、医療費は高くなるという特性を十分考慮するとともに、負担の公平性という観点等から、自己負担割合や高額療養費が設定されている。
- 高齢者の医療費を支える財源は、公費、現役世代からの支援金、高齢者自身の保険料・患者負担であるなかで、今後、高齢化の進展等により医療費の増加が見込まれることを踏まえ、高齢者の医療費をどのように賄っていくべきか。国民全体の納得が得られるよう検討する必要。
- 骨太方針2015では、「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」とされているが、どのように検討を進めていくべきか。
検討に当たっては、高齢者の適切な受診の確保を基本としつつ、高齢者の生活への影響などを考慮すべきではないか。また、その他考慮すべき事項として、どのようなものがあるか。
- また、高齢者の負担を考える場合には、自己負担や高額療養費といった患者負担だけではなく保険料も含め総合的に検討する必要があるのではないか。その際は、特例を含めた保険料に関する様々な扱いについても考慮する必要がある。
- 一方で、高齢者の負担の在り方を検討するに当たっては、医療費の適正化の取組や高齢者の特性に応じた保健事業の実施なども含めて、総合的に検討をしていくべきではないか。

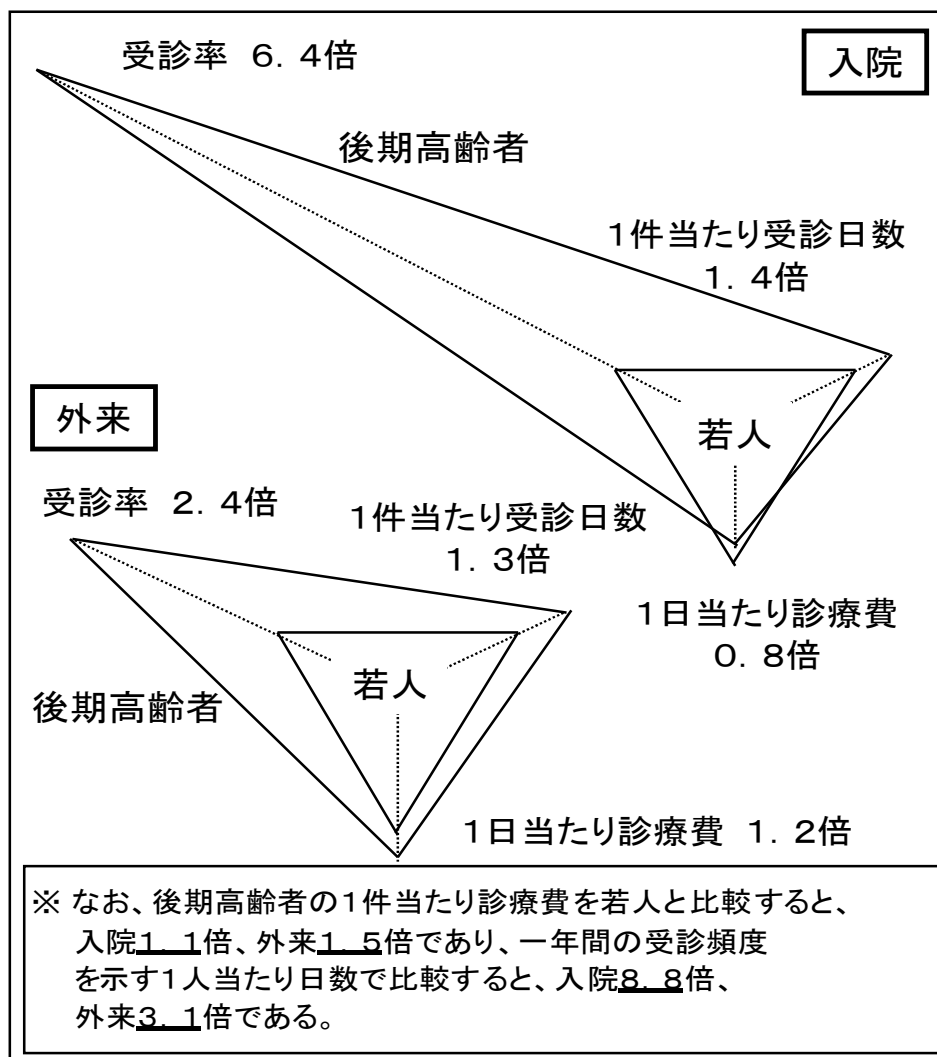
參考資料

後期高齢者医療費の特性

1人当たり診療費の若人との比較(平成24年度)



三要素の比較(平成24年度)



(注) 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(医科)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。
 3. 後期高齢者の1人当たり医療費は91.8万円となっており、若人の1人当たり医療費20.5万円の4.5倍となっている。
 (資料)各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。

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。

負担割合の引き上げ

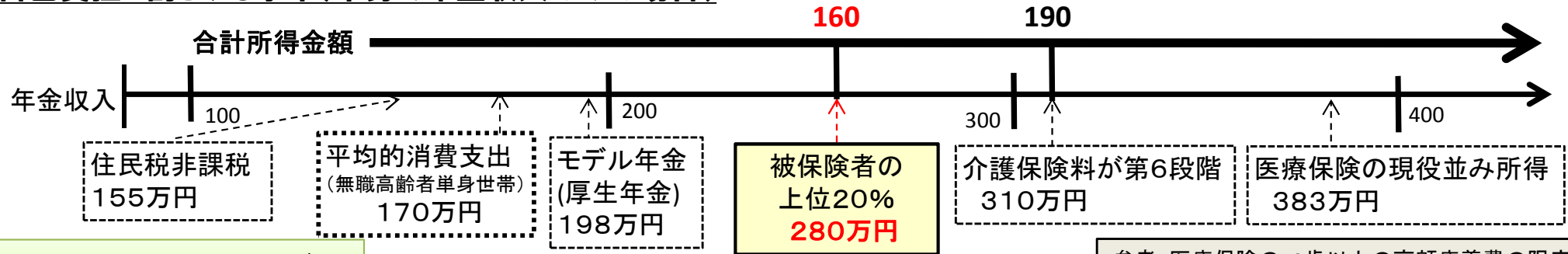
- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある**一定以上の所得の方の自己負担割合を2割**とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、**合計所得金額**(※1) **160万円以上**(※2)の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。
- ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満**(※3)の場合は、**1割負担に戻す**。

※1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額

※2 被保険者の上位20%に該当する水準。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

※3 280万円+5.5万円(国民年金の平均額)×12 ÷ 346万円

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合) ※年金収入の場合: 合計所得金額=年金収入額-公的年金等控除(基本的に120万円)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引き上げ

参考: 医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

〈現行〉	
	自己負担限度額(月額)
一般	37,200円(世帯)
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)

〈見直し後〉	
	自己負担限度額(月額)
現役並み所得相当(※)	44,400円
一般	37,200円

	自己負担限度額(現行/世帯単位)
現役並み所得者	80,100+医療費1% (多数該当: 44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

※ 課税所得145万円以上(ただし、同一世帯内の第1号被保険者の収入が、1人のみの場合383万円、2人以上の場合520万円に満たない場合には、一般に戻す)

後期高齢者の保険料軽減特例（予算措置）の見直し

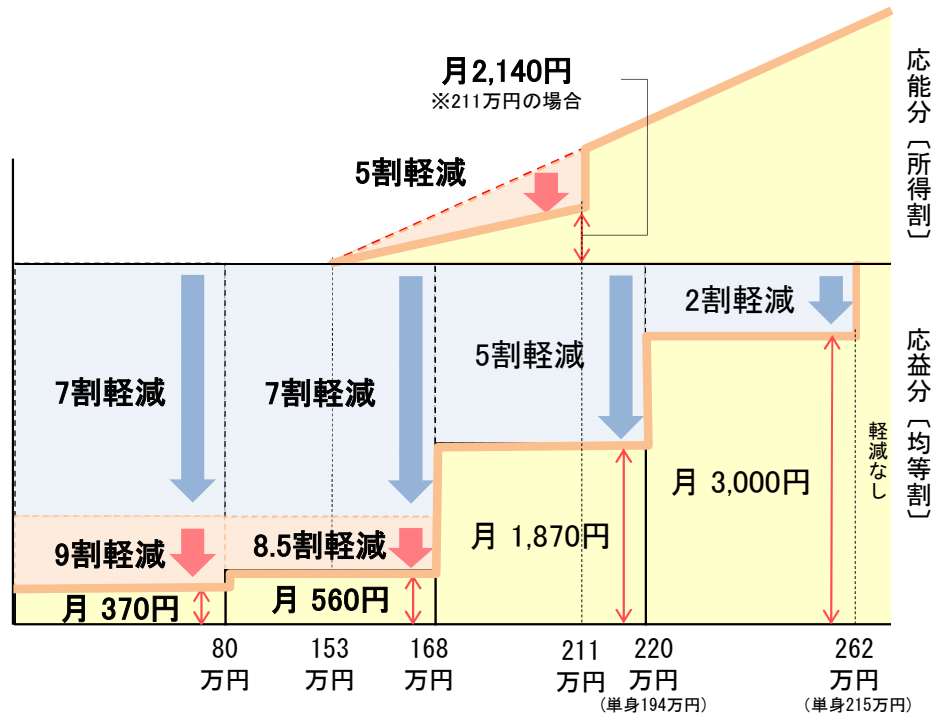
医療保険制度改革骨子（平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定）

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。

※ 被保険者数1,654万人のうち、対象者は915万人。（平成28年度概算要求ベース）

対象者 915万人、国費935億円

低所得者の軽減（746万人）

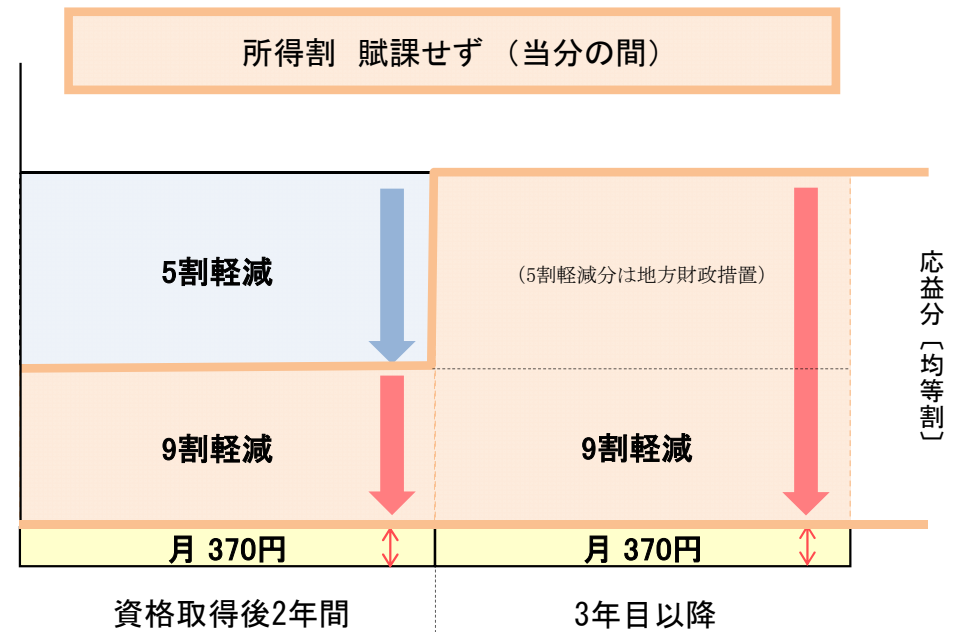


所要額 約704億円(国費)

保険料(平成26・27年度 全国平均・月額)

[均等割] 3,700円 + [所得割(8.88%)] 2,000円 = 5,700円

元被扶養者の軽減（169万人）



約231億円(国費)
約159億円(地財措置)

□ 本則上の軽減 □ 軽減特例 □ 現在の保険料額 ※数値は平成28年度概算要求ベース

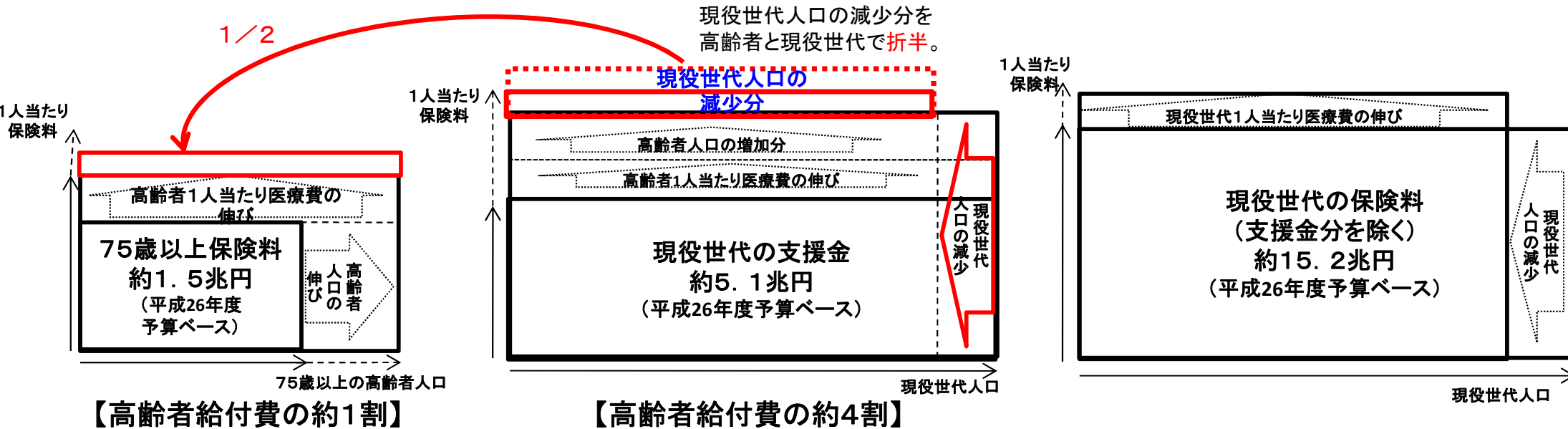
高齢者の保険料負担率の仕組み

現行制度

- 後期高齢者医療制度において、高齢者の医療給付費は公費約5割、現役世代からの支援金約4割、高齢者の保険料約1割で賄うこととされている。(平成20年度当初の保険料の割合は10%)
- その上で、高齢者人口が増える一方で現役世代人口は減っていくことを考慮し、高齢者保険料1割と現役世代支援金約4割のバランスを徐々に変更し、現役世代の負担の上昇を抑える仕組みとしている。
- 具体的には、「現役世代人口の減少」による現役世代1人当たり支援金増加額について、高齢世代と現役世代で折半することとし、2年ごとに、高齢者負担率を現役世代人口減少率の1/2の割合で引き上げ、これに見合う形で現役世代支援金の割合(約4割)を引き下げていく。

$$\text{高齢者負担率} = 10\% + \text{平成20年度の現役世代負担割合}(43\%) \times \text{平成20年度から改定年度までの現役世代人口減少率} \times 1/2$$

$$\left[\begin{array}{l} \text{現役世代} \\ \text{人口減少率} \end{array} = \frac{\text{平成20年度の現役世代の人口} - \text{改定年度の現役世代の人口}}{\text{平成20年度の現役世代人口}} \right]$$



<後期高齢者負担率の推移>

平成20年度	平成22年度	平成24年度	平成26年度	～	平成36年度(推計)
10.00%	10.26%	10.51%	10.73%	～	12.83%

※高齢者負担率は2年ごとに見直すこととされており、奇数年度はその前年度と同じ率。
 ※平成36年度は「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」を基に作成。

医療保険制度別の実効給付率の推移

		被用者保険計			国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正
		協会(一般)	組合健保	共済組合	市町村国保	国保組合					
被 保 険 者 (7 0 歳 未 満)	平成12年度	82.42	81.34	83.10	85.22	78.83	78.72	80.26	80.30	—	—
	13	82.31	81.23	82.98	85.10	78.53	78.49	79.11	80.06	—	—
	14	82.03	81.06	82.75	84.11	78.12	78.09	78.57	79.67	—	—
	15	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—
	21	75.68	74.93	76.29	76.99	78.41	78.42	78.28	77.34	—	—
	22	75.93	75.20	76.54	77.19	78.84	78.86	78.59	77.70	—	—
	23	76.07	75.38	76.63	77.24	79.14	79.19	78.35	77.94	—	—
	24	76.40	75.73	76.95	77.57	79.53	79.59	78.59	78.28	—	—
7 0 歳 以 上	平成12年度	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	14	89.66	89.34	90.20	91.73	88.94	88.99	87.23	89.07	—	—
	15	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—
	21	84.19	84.06	84.34	84.53	86.56	86.57	85.81	86.26	—	—
	22	84.54	84.40	84.80	84.63	86.99	87.01	86.18	86.69	—	—
	23	84.60	84.52	84.74	84.68	87.20	87.23	85.96	86.89	—	—
	24	85.01	84.93	85.12	85.20	87.65	87.68	86.33	87.33	—	—
計	平成12年度	79.58	78.87	79.75	81.95	78.83	78.72	80.26	79.26	92.30	84.36
	13	79.39	78.72	79.49	81.75	78.53	78.49	79.11	79.01	92.00	84.20
	14	79.26	78.69	79.50	80.79	78.59	78.57	78.82	78.96	91.21	83.89
	15	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03
	21	77.10	76.64	77.42	77.98	80.58	80.67	79.11	78.88	91.30	83.33
	22	77.40	76.97	77.70	78.22	81.02	81.11	79.43	79.24	91.63	83.76
	23	77.52	77.16	77.76	78.26	81.34	81.45	79.23	79.47	91.79	84.03
	24	77.75	77.40	77.99	78.49	81.80	81.91	79.50	79.81	91.97	84.37

健保：2割→3割

義務教育前：3割→2割

70歳以上：定率1割（現役並み2割）

現役並み：2割→3割

70～74歳：1割→2割

70歳以上：定率1割（現役並み2割）
健保：2割→3割

現役並み：2割→3割

70～74歳/義務教育前：2割

(注1) 予算措置による70歳～74歳の患者負担補填分を含んでいない。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

2. 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

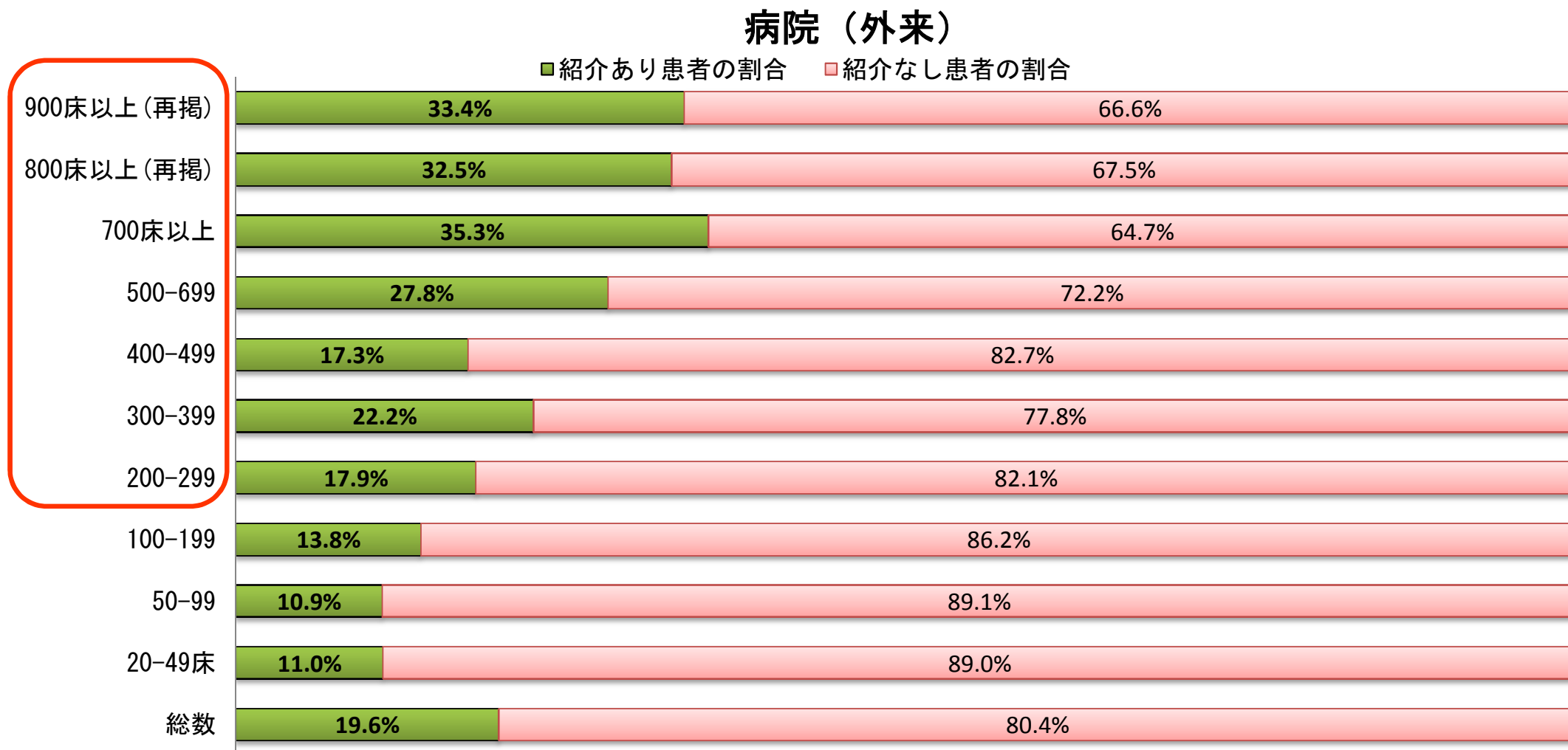
経済財政運営と改革の基本方針2015「経済・財政再生計画」 (平成27年6月30日閣議決定)より

番号	検討項目	骨太2015「経済・財政再生計画」における記載	過去の医療保険部会における意見等
5	<p>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 (※骨太⑨)</p>	<p>・ <u>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。</u></p>	<p>議論の整理（平成23年12月6日） ※高額療養費改善の財源として、外来受診時に100円（低所得者は50円）の受診時定額負担について議論。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受診時定額負担については、①患者だけが負担するのではなく、健康な人を含めて保険料や公費で広く負担すべき、②受診抑制により病状が悪化するおそれがある等の理由から、導入に反対の意見があった。 ・ 一方で、①医療費は保険料・公費・自己負担の組み合わせで確保する必要があるが、保険財政の現状を考えると、高額療養費の改善を保険料の引き上げで賄うのは困難、②財源を保険料に求める場合、負担の大部分が若年者に転嫁される等の理由から、受診時定額負担も一つの選択肢との意見もあった。

※骨太●の番号は、経済財政諮問会議の下に設置された経済・財政一体改革推進委員会において示された検討項目の番号

病床規模別の紹介率の状況

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

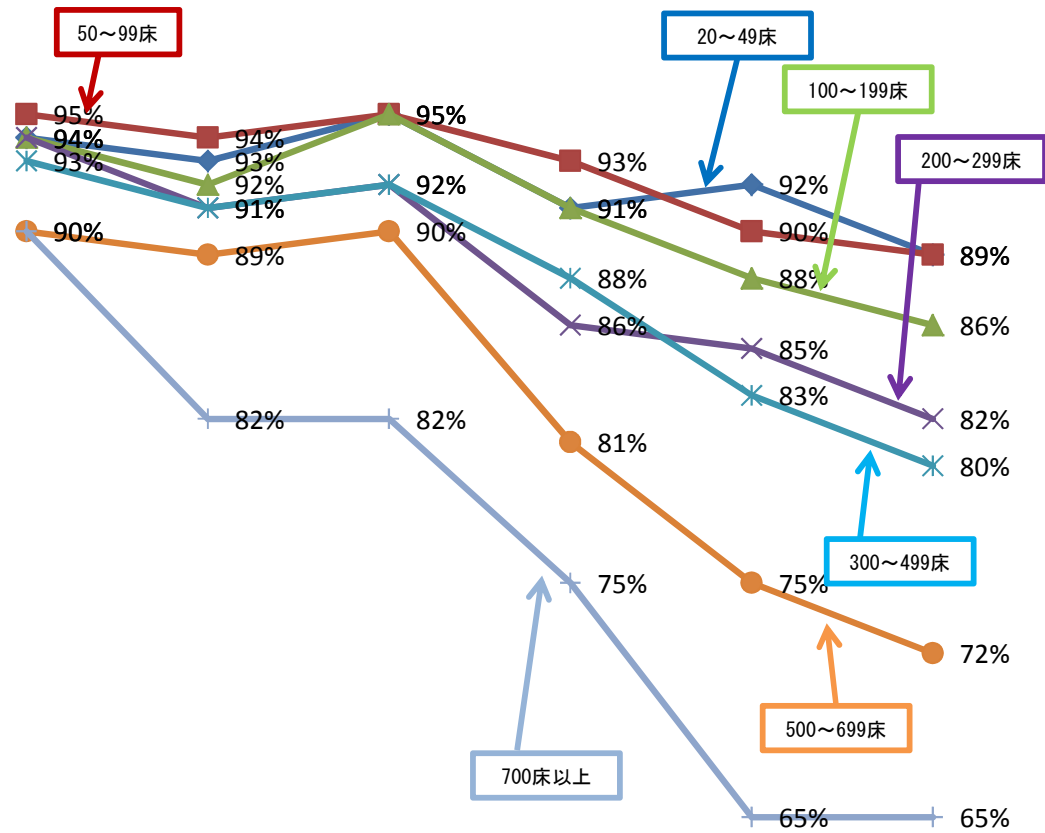


紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

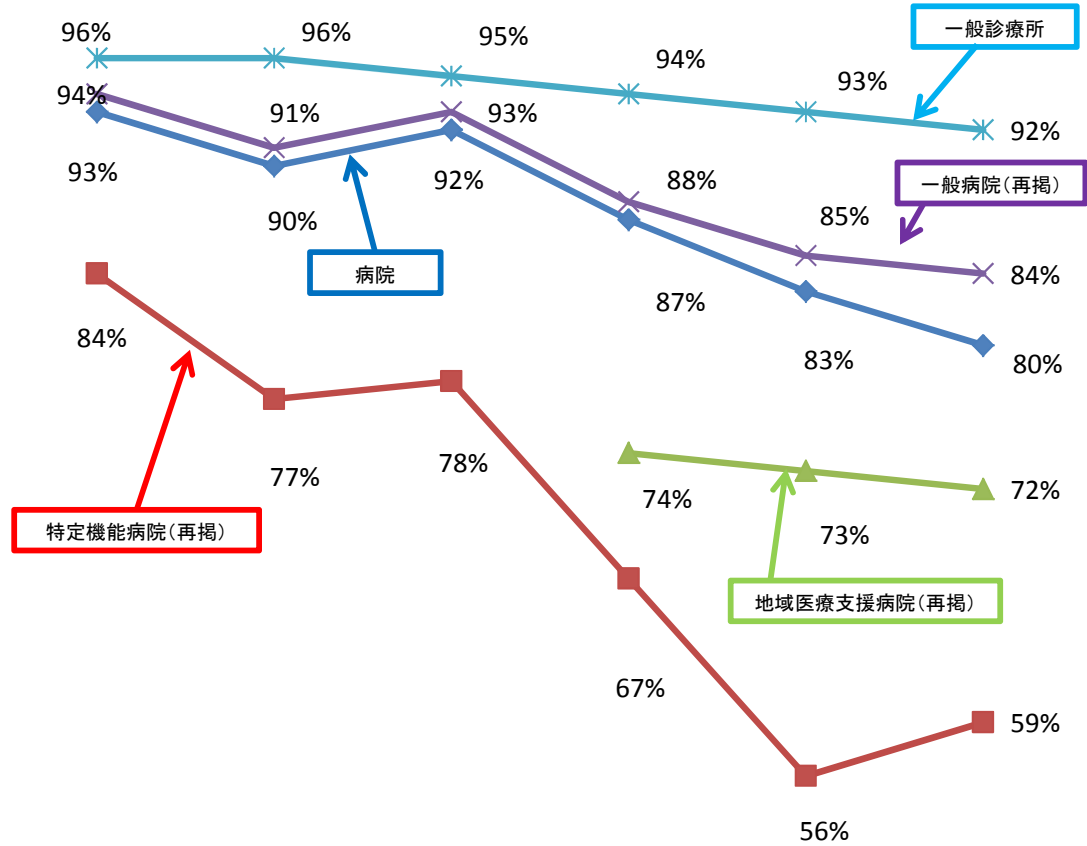
紹介なしで外来受診した患者の割合の推移

- 500床以上の病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約7割と高い水準にある。
- 特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約6割と高い水準にある。

<病床数別>



<施設別>



(出所) 平成8年~平成23年患者調査を基に作成。

注: 平成23年患者調査については、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値。

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25年4月～26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	16.14億日	3.15億日	2.49億日	0.79億日	4.92億日	4.79億日
うち初診	2.81億日	0.85億日	0.75億日	0.24億日	0.71億日	0.27億日
歯科	4.03億日	0.98億日	0.79億日	0.23億日	1.35億日	0.68億日
うち初診	0.78億日	0.20億日	0.16億日	0.05億日	0.27億日	0.11億日
合計	20.18億日	4.13億日	3.28億日	1.02億日	6.27億日	5.47億日
うち初診	3.59億日	1.04億日	0.91億日	0.29億日	0.98億日	0.37億日

(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26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)		3,564.3万人		2,094.1万人		3,692.4万人		1,543.6万人	
受診日数 (月当たり)	5日以下	1,404.0万人	96.1%	820.4万人	96.6%	1,712.6万人	93.4%	1088.5万人	86.8%
	6～10日	43.8万人	3.0%	24.1万人	2.8%	81.1万人	4.4%	106.9万人	8.5%
	11～15日	8.9万人	0.6%	4.1万人	0.5%	26.2万人	1.4%	37.1万人	3.0%
	16～20日	2.2万人	0.2%	1.0万人	0.1%	7.8万人	0.4%	11.9万人	1.0%
	21～25日	0.8万人	0.1%	0.3万人	0.0%	3.4万人	0.2%	6.0万人	0.5%
	26日～	0.2万人	0.0%	0.1万人	0.0%	1.1万人	0.1%	2.5万人	0.2%
	総計 (b)	1,460.0万人	100%	849.9万人	100%	1,832.2万人	100%	1,253.0万人	100%
患者割合 (b/a)		41.0%		40.6%		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 (25年度計)	78.7%	79.2%	80.9%	94.5%
--------------	-------	-------	-------	-------

(出典) 平成25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。

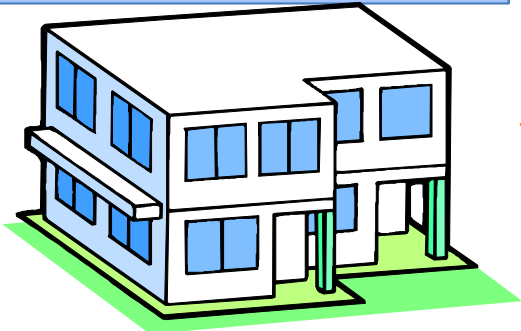
(注4) 年度計は、平成25年度の1年間に医科外来のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者の数を、年度内の延べ加入者数で除したものの。

平成26年改定

主治医機能の評価

地域包括診療料 1,503点
地域包括診療加算 20点

全人的かつ継続的な診療



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

- 複数の慢性疾患を有する患者の対応
- 必要な時にいつでも連絡が取れ、適切な指示を出せる体制の確保
- 専門医や介護保険施設等への適切な紹介
- 継続的な服薬や健康管理 等

平成26年改定

大病院の一般外来の縮小

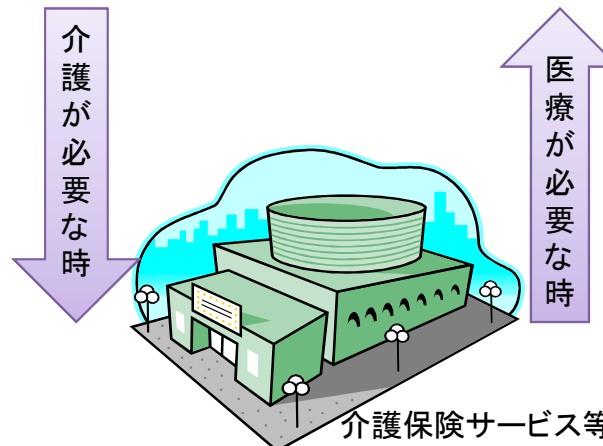
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

専門的な診療



地域の拠点となるような病院

- 外来業務の負担軽減
- 専門外来の確保
- 一般外来の縮小



介護保険サービス等

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(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

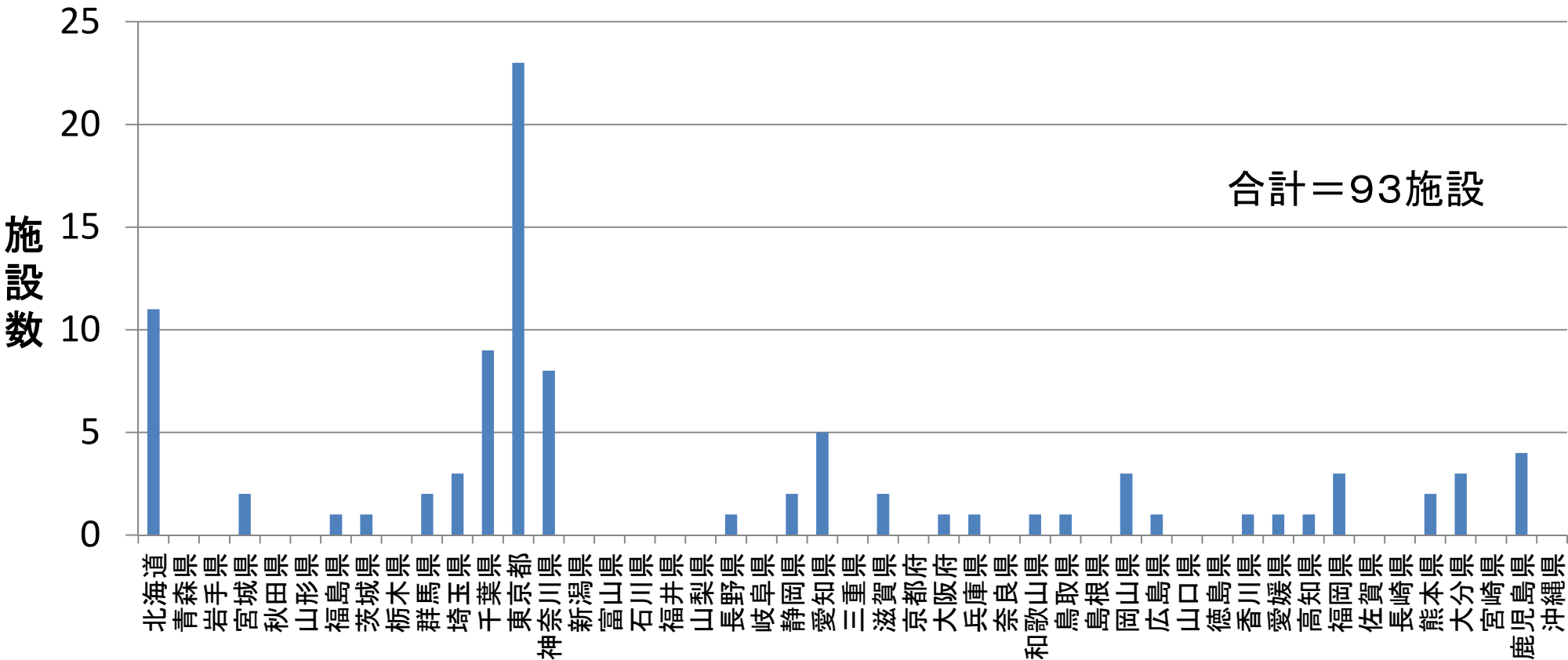
[算定要件]

- 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

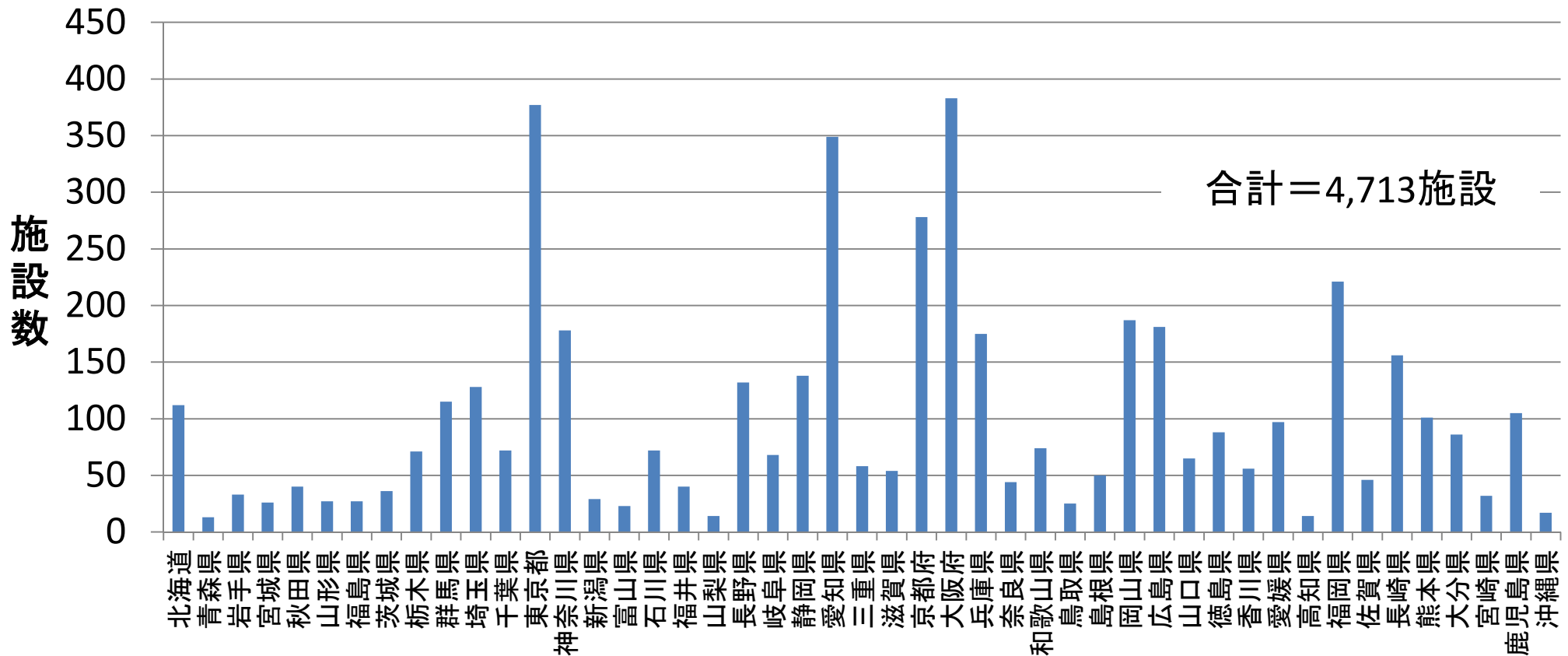
地域包括診療料を届け出た施設数



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



平成27年7月時点 医療課調べ(暫定値)

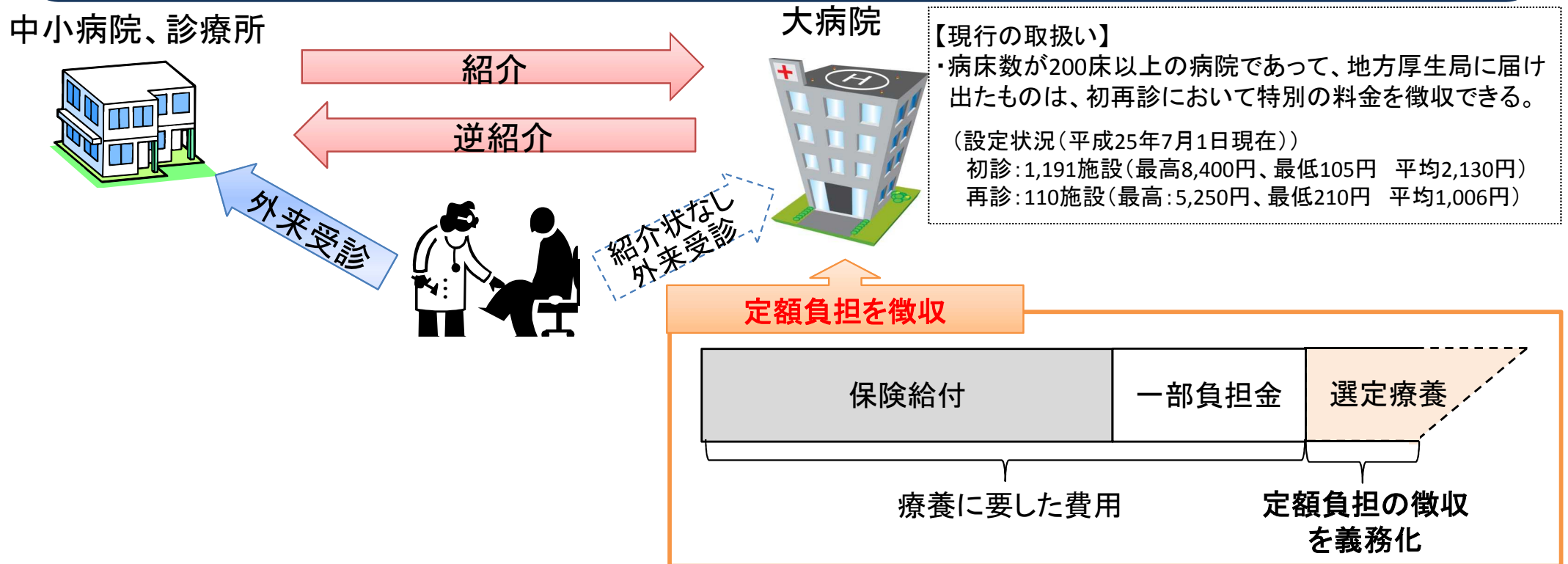
紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

平成27年5月
医療保険制度改革

○外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。【平成28年4月施行】

○定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。

- ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
- ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。



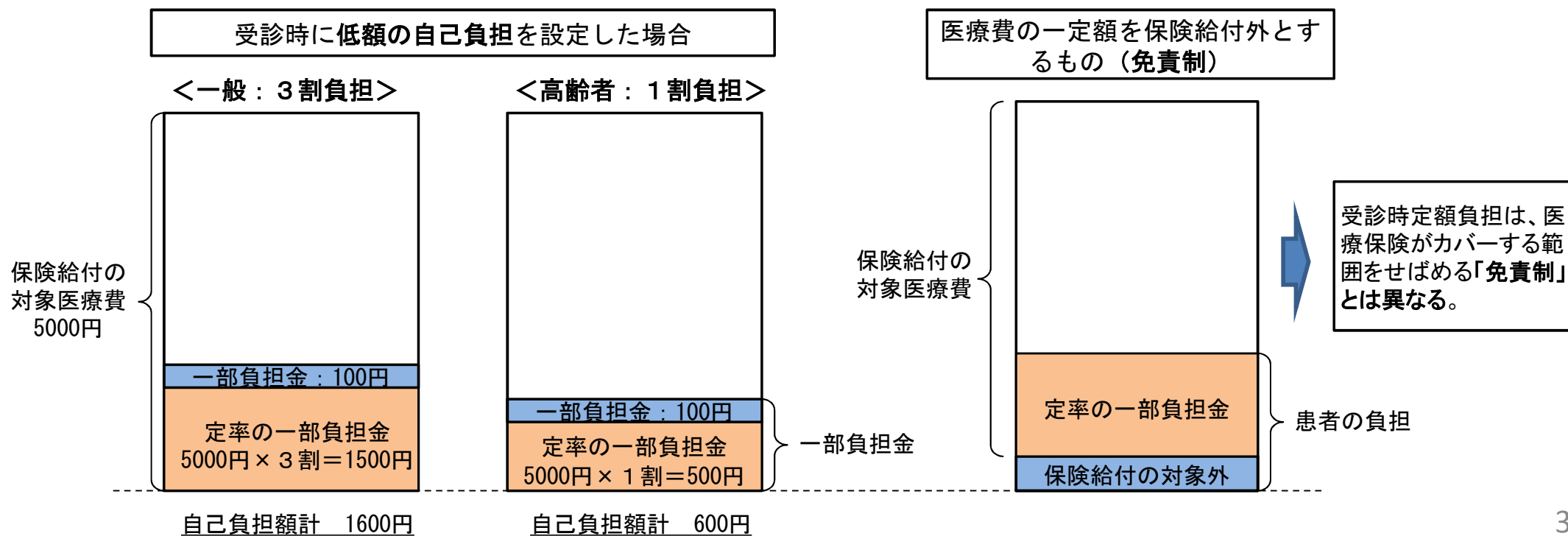
※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

(参考) 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変えるものではない。
- 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)



かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担の現状と論点

<現状の整理>

- 外来機能の分化・連携の推進は、これまでに、
 - ・ 診療報酬改定を通じて、複数の慢性疾患を有する患者に継続的・全人的な医療を行うことを評価する、
 - ・ 地域医療総合確保基金を活用して、かかりつけ医の普及定着に資する事業を実施できることとする、等の取組を進めており、地域の医療機関、医師の確保、育成等の取組と総合的に進めていくことが重要。
- 平成26年度改定で設けられた地域包括診療料の届出は93施設、地域包括診療加算の届出施設数は4,713施設(いずれも平成27年7月時点)にとどまっており、さらなる普及について中医協で議論されている。
- 一方で、外来機能の分化・連携をさらに進めるための1つの方策として、平成28年度から、紹介状なしで大病院を受診する患者に一定額以上の定額負担を求めることとしている(平成27年国保法等改正)。現在、28年度からの施行に向けて具体的な医療機関の範囲や金額等について検討されている。

<論点>

- このような現状を踏まえ、骨太2015においてさらに検討することとされている「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、どう考えるか。

第90回医療保険部会で依頼のあった資料 (OTC類似薬、生活習慣病治療薬)

平成27年11月20日
厚生労働省

いわゆる「スイッチOTC」とは

○ 「スイッチOTC」とは

- 医療用医薬品の有効成分が転用されたもの。
- 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、一般用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。

【参考】「ダイレクトOTC」とは

医療用医薬品も含めて、初めての有効成分を含有するもの。

最近のスイッチOTC薬等の承認について

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） 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	腔カンジダ治療薬（腔錠） 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	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)	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

海外におけるフォーミュラリの現状について

資料提供: 聖マリアンナ医科大学病院 薬剤部 増原 慶壮氏

フォーミュラリとは

フォーミュラリの定義

Continually updated list of medications and related information, representing the clinical judgment of physicians, pharmacists, and other experts in the diagnosis, prophylaxis, or treatment of disease and promotion of health

疾患の診断、予防、治療や健康増進に対して、医師を始めとする薬剤師・他の医療従事者による臨床的な判断を表すために必要な、継続的にアップデートされる薬のリストと関連情報

Am J Health-Syst Pharm. 2008; 65:1272-83



医療機関における
患者に対して最も有効で経済的な
医薬品の使用における方針

海外におけるフォーミュラリの現状(米国)

位置付け

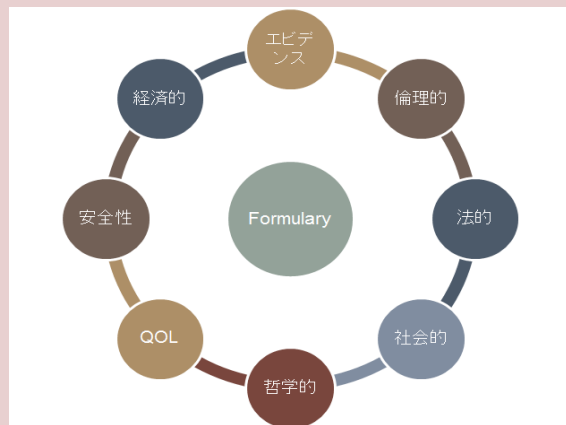
1. 採用薬並びに関連する機器のリスト
2. 薬の使用手順書
3. 重要な医薬品情報
4. 臨床上意思決定をサポートするツール
5. 院内ガイドライン

フォーミュラリーによる医薬品適正使用推進の戦略

- 使用要件の作成
- 使用許可制
- 臨床ガイドラインの使用
- 特定の医師・場所のみ使用可能
- 上司の許可制
- ジェネリック医薬品の使用
 - ・質の高いジェネリック医薬品の使用
 - ・安全性の担保(外観や商品名の類似)
- 同種同効薬の薬剤師による変更
 - ・代替薬への変更プロトコルの作成
 - ・処方医への報告義務の有無

視点

経済性のみにとらわれない



P&T Committee(薬事委員会)による採用薬の管理

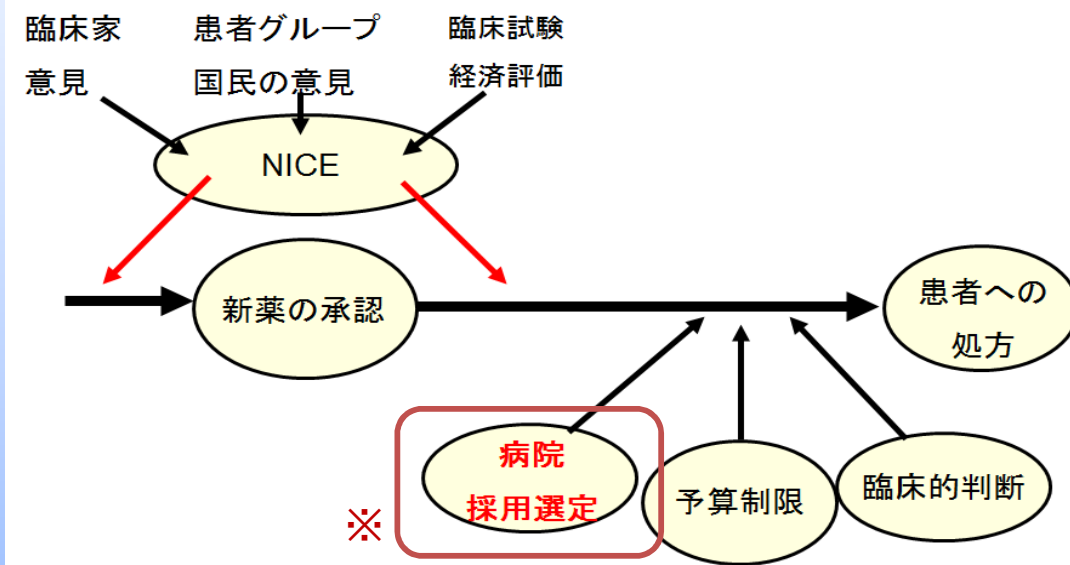
- Formularyシステムの管理
- 薬に関する院内の指針・手順の管理
- MUEの実施 (medication use evaluation)
- 副作用モニタリングの報告
- 薬に関する過誤の対策
- 臨床ガイドラインの策定
- New drug monograph (新薬評価)
- 採用薬の定期的な再評価
- 同種同効薬評価
- 優先薬評価



海外におけるフォーミュラリの現状(英国)

- 治療の標準化を目的に各医療機関での医薬品の使用指針としてフォーミュラリーが重要な役割を果たしている。
- フォーミュラリーは国のガイドラインを反映したものであり、その遵守状況を国が定期的に確認している。
- 専門医から地域の家庭医まで対象とし、地域でも積極的に使用を推進。

➤ 医薬品承認から処方までの流れ



※新薬評価のチェック項目

専門医との協力

- 専門医の診断が必要
- 専門医による治療必要性の評価が必要
- 血液などのモニタリングが必要
- 臨床ガイドラインや処方基準が必要
- 共通の診療プロトコルが必要

治療の位置づけ

- 治療の位置づけが明確

検討事項

- ソーシャルワーカー等の介入が必要

安全性

- 必要とする患者群に試験が行われた
- 重大な相互作用の可能性
- 重篤な副作用の可能性
- 薬物乱用の可能性
- 有益性がリスクを上回る

健康増進または改善への影響

- 必要とする患者の健康増進
- 患者コンコーダンスの影響
- 医療の質の改善

- Secondary careの医薬品予算への影響を考慮した
- Primary careの医薬品予算への影響を考慮した
- 本剤の使用により、他剤の使用中止できる
- 本剤の使用により、医療費の費用対効果の低減ができる
- 適応外または未承認薬使用申請が必要である

特徴

- 英国では、国のガイドラインを発行するNational Institute of Health and Care Excellence(NICE)とよばれる機関があり、新薬や新しい医療技術などの評価、テクノロジーアプレイザルや疾患ごとのガイドラインを発行。
- ※NICE: 公的医療サービスにおける治療の標準化や限りある財源の有効活用を目的。
- 日本と同様、医療機関で採用薬の選定。
- 各地域での医薬品予算制限や臨床的な判断をもって患者への処方。
- 英国の公的医療サービスにおいては、地域フォーミュラリーは同一の医療経済圏や医療サービスを提供する組織における医薬品の採用、使用、採用中止の管理プロセスとされ、病院と家庭医が共通の採用薬となっていることが大きな特徴。

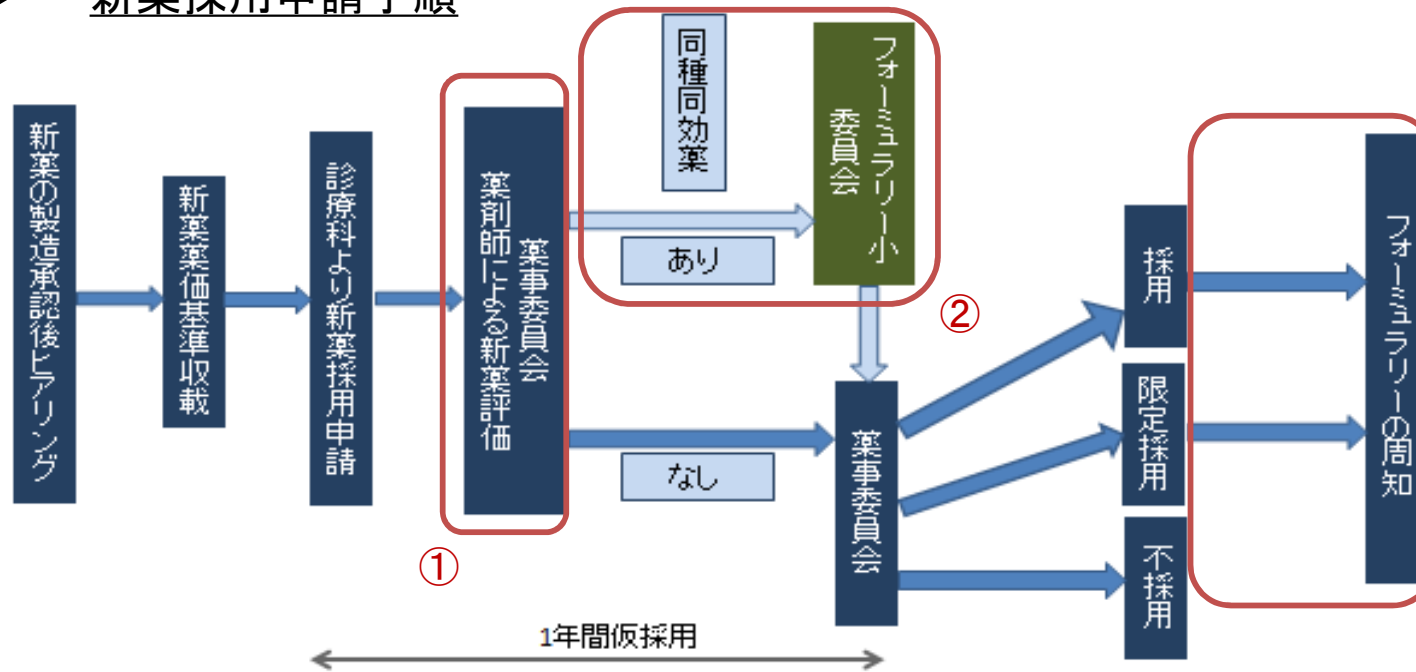
(参考)日本におけるフォーミュラリ①

※聖マリアンナ医科大学病院の事例

《目的》

重症例や難治症例に対しての有用な新薬を使用できる環境を維持するため、既存治療のある薬剤は費用対効果を重視。

新薬採用申請手順



①医薬品新規採用評価書

1. 医薬品概要 (商品名・一般名・会社名等)
2. **フォーミュラリーの必要性**
3. 有効性に関するエビデンスの評価
4. 安全性とモニタリング項目の評価
5. ガイドラインでの推奨
6. 費用・経済性の検討
7. 考察
8. 臨床上の必要性(評価チェックリスト)

②フォーミュラリー小委員会の構成員

- 薬事委員長(副病院長)
- 診療科薬事委員(6名)
- 病棟薬剤師(6名)
- 医薬品情報科薬剤師(1名)

薬事委員会規程

第3条 委員会は、次の事項を審議する。

- 標準薬物治療を推進するためのフォーミュラリーの作成に関する事項

第4条 運営及び採決

- 委員会は、フォーミュラリー小委員会を置くことができる。

《薬事委員会細則規程》第6条

- 既存の同種同効薬の採用がある場合は、原則、後発医薬品等の廉価な薬剤を優先し、有効性や安全性に明らかな差がない場合は採用を認めない。
- 同種同効薬は、原則として2剤までとし、経済性を考慮した「フォーミュラリー」を作成し、院内の使用推奨基準を設ける。

(参考) 日本におけるフォーミュラリ②

▶ フォーミュラリ運用の具体例

※聖マリアンナ医科大学病院の事例

一般名	シンバスタチン	プラバスタチンNa	アトルバスタチンCa		ピタバスタチンCa	ロバスタチンCa	
採用薬 (先発品)	シンバスタチン錠「アム」 (リポバス)	プラバスタチンナリウム錠「KH」 (メバロチン)	アトルバスタチン錠「EE」 (リピトール)		ピタバスタチンカルシウム錠「東和」 (リバロ)	クレステール錠 (先発品)	
規格	5mg	10mg	5mg	10mg	2mg	2.5mg	
薬価 (円/錠)	27.6	43.0	31.6	60.9	62.2	68.1	
適応症	高脂血症	5-10mg/分1	10-20mg/分1-2		—	—	
	高コレステロール血症	—	—		10-20mg/分1	1-4mg/分1	2.5-10mg/分1
	家族性高コレステロール血症	5-20mg/分1	10-20mg/分1-2		10-40mg/分1	1-4mg/分1	2.5-10mg/分1
脂溶性又は水溶性	脂溶性	水溶性	脂溶性		脂溶性	水溶性	
LDL-C低下作用の強さ	Standard	Standard	Strong		Strong	Strong	



フォーミュラリ小委員会において、有効性・費用対効果等を考慮して、薬剤部の提案により、フォーミュラリを作成。

薬効群	第一選択薬	第二選択薬	備考	削減効果
PPI注射薬	オメプラゾール注用(後発品)	タケプロン静注用 (先発品)		▼1,010,576円
H2遮断薬 (内服薬)	ファモチジン (後発品) ラニチジン (後発品)			▼373,451円
αグリコシダーゼ阻害薬	ボグリボース (後発品) セイブル (先発品)		新規導入においてはボグリボースを優先する	▼1,648,380円
グリニド系薬	シェアポスト (先発品) グルファスト (先発品)			
HMG-CoA還元酵素阻害薬	アトルバスタチン錠 (後発品) ピタバスタチン錠 (後発品)	プラバスタチン (後発品) クレステール (先発品)	新規導入には後発品を優先する	▼852,574円
RAS系薬	ACE阻害薬 (後発品) ロサルタン (後発品) カンデサルタン (後発品)	ミカルディス、オルメテック、アジルバ、 (いずれも先発品)	新規導入にはACE阻害薬又は後発品を優先する	▼6,031,539円
ビスフォスホネート剤	アレンドロン酸塩錠35mg (後発品) リセドロン酸Na錠17.5mg (後発品)	ボナロン点滴静注バッグ900µg (先発品)	立位・座位を保てない患者	▼674,945円
PPI経口薬	オメプラゾール (後発品) ランソプラゾール (後発品) ラベプラゾール (後発品)			▼2,459,160円

第89回医療保険部会で依頼のあった資料 (短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大)

平成27年11月20日
厚生労働省

激変緩和措置の効果・影響について(後期高齢者支援金)

【激変緩和措置の仕組み】

○ 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)において、平成28年10月から平成29年3月までの間、後期高齢者支援金の算定に当たって、報酬(標準報酬月額と標準賞与額の合計額を加入月数で割った額)が10.1万円に満たない者及びその被扶養者(「特定加入者」)については、政令で定める割合を乗じて得た数を加入者数として補正することとされている。

※ 公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律(平成24年法律第62号)等により改正。

○ 以下は、被用者保険者のグループごとの特定加入者数に基づき、激変緩和措置を実施した場合の後期高齢者支援金の拠出金単価等を比較したもの。なお、健保組合では、負担減となる保険者と負担増となる保険者が生じることとなる。

※ 特定加入者数は、パート適用拡大に伴い被保険者となる者に、「健康保険・船員保険事業年報(平成25年度)」(厚生労働省保険局)に基づき推計した報酬水準が一定以下の者の加入者を加え、機械的に試算したものである。なお、前期調整に係る後期高齢者支援金は含めていない。

			健保組合	協会けんぽ	共済組合
拠出金単価	補正後	0.1	57,264円		
		0.01	57,347円		
	補正前		56,450円		
加入者数	補正後	0.1	2,880万人	3,424万人	876万人
		0.01	2,878万人	3,416万人	876万人
	補正前		2,904万人	3,504万人	876万人
特定加入者数			約26万人	約89万人	—

※四捨五入により計数が一致しない場合がある。

激変緩和措置による影響

○ 厚生労働省において、チェーンストア系の14健保(※)が行った実態把握を基に、適用拡大による影響を試算したところ、以下のとおり。

<前提> (当該14健保からの報告によるもの)

	現在 (平成27年度)	適用拡大後 (平成28年10月～)	平成29年度
加入者数	46万人	53万人(+7万人)	61万人(+14万人)
1人当たり平均標準報酬年額	354万円	312万円	282万円
実質保険料率(健康保険分)	107.17%	112.72% (給付等分86.35%+支援金分26.37%)	123.22% (給付等分98.41%+支援金分24.81%)
実質保険料率(介護保険分)	20.59%	20.59%	20.65%

<激変緩和措置による影響の試算> (億円)

	平成27年度				平成28年度				平成29年度			
	1,268	健康保険		介護保険 納付金	1,300	健康保険		介護保険 納付金	1,326	健康保険		介護保険 納付金
		医療給付 費等	後期支援金			医療給付 費等	後期支援金			医療給付 費等	後期支援金	
適用拡大がないと仮定した場合	1,268	891	241	135	1,300	912	239	149	1,326	934	232	160
適用拡大後激変緩和措置を講じない場合	/				1,484	1,031	265	188	1,781	1,270	269	242
激変緩和措置を講じた場合(0.01人換算)					1,433	1,031	252	150	1,701	1,270	269	162

※ チェーンストア14健保: イオン健保、セブン&アイ・ホールディングス健保、ダイエー健保、ユニーグループ健保、イズミヤグループ健保、ライフコーポレーション健保、ベイシアグループ健保、東武流通健保、カスミ健保、平和堂健保、いなげや健保、マルエツ健保、コープこうべ健保、イズミグループ健保

※ 後期支援金分については、適用拡大による特定加入者の増加による影響のみであり、特定加入者の増加に伴う総報酬割の影響までは見込んでいない。

適用拡大対象25万人の推計方法の概要

推計人数

国民年金加入区分
(第1号、第3号、非加入)

① 第2号被保険者でない15～69歳の適用事業所に雇用されている
「フルタイムでない会社員・公務員」及び「臨時・不定期」の者
(平成22年公的年金加入状況等調査特別集計結果)

→ **800万人** (320万、270万、200万)

② ①のうち、週の所定労働時間20～30時間の短時間労働者(日雇い
労働者を除く)
(平成22年11月労働力調査の結果及び平成23年パートタイム労働者総合実態調査特別集計
結果から推計)

→ **400万人** (150万、170万、80万)
(男性90万、女性300万)

③ ②のうち、学生(専修学校及び各種学校の学生を含む)を除く
(平成22年公的年金加入状況等調査特別集計結果から推計)

→ **350万人** (120万、160万、60万)

④ ③のうち、雇用期間1年未満の者(男性25%、女性30%)と、
月収8.8万円未満(第1号60%、第3号77%、非加入65%)を除く
(平成23年パートタイム労働者総合実態調査特別集計結果から推計)

→ **80万人** (30万、30万、20万)

⑤ ④のうち、規模501人以上の事業所に勤める者(35%)
(平成22年業態別規模別適用状況調から推計)

→ **25万人** (10万、10万、5万)
(男性5万、女性20万)

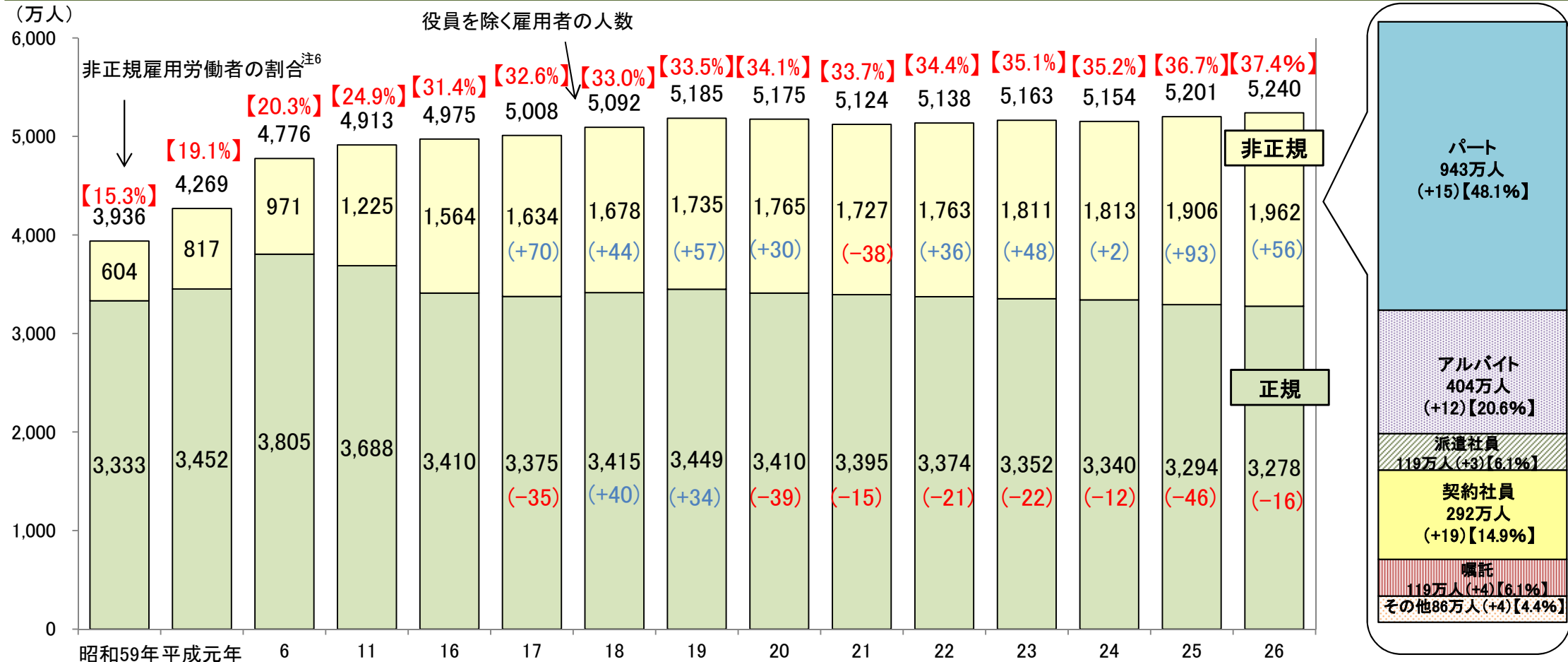
正規雇用と非正規雇用労働者の推移

○ 非正規雇用は、平成6年から平成16年までの間に増加し、以降現在まで緩やかに増加（役員を除く雇用者全体の37.4%・平成26年平均）。

なお、直近(平成27年9月現在)では、1,986万人(37.2%)。[※]

○ 正規雇用は、平成6年から平成16年までの間に減少し、以降その数はわずかに減少。

※総務省「労働力調査(基本集計)」(平成27年9月分)。なお、月単位の公表は平成25年1月から開始。増減を見る場合には、季節的変動があるため、通常、前年同月との比較を行う。



(資料出所) 平成11年までは総務省「労働力調査(特別調査)」(2月調査)長期時系列表9、平成16年以降は総務省「労働力調査(詳細集計)」(年平均)長期時系列表10

- (注) 1) 平成17年から平成23年までの数値は、平成22年国勢調査の確定人口に基づく推計人口(新基準)に切替え集計した値。
- 2) 平成23年の数値、割合及び前年差は、被災3県の補完推計値を用いて計算した値。
- 3) 雇用形態の区分は、勤め先での「呼称」によるもの。
- 4) 正規雇用労働者: 勤め先での呼称が「正規の職員・従業員」である者。
- 5) 非正規雇用労働者: 勤め先での呼称が「パート」「アルバイト」「労働者派遣事業所の派遣社員」「契約社員」「嘱託」「その他」である者。
- 6) 割合は、正規雇用労働者と非正規雇用労働者の合計に占める割合。

正社員転換・待遇改善実現本部

【趣旨】

「日本再興戦略」改訂2015（平成27年6月30日閣議決定）に、正社員転換や雇用管理改善の重要性が指摘され、非正規雇用労働者の正社員転換等を加速させていくことが盛り込まれたこと等を踏まえ、「正社員転換・待遇改善実現プラン（5カ年計画）」を策定するとともに、正社員転換・待遇改善等の雇用対策について、省をあげて取り組む。

1. 大臣を本部長とする「正社員転換・待遇改善実現本部」を設置

本部長 厚生労働大臣

本部長代理 厚生労働副大臣（労働担当）、厚生労働大臣政務官（労働担当）

事務局長 職業安定局長

構成員 労働基準局長、雇用均等・児童家庭局長、職業能力開発局長、政策統括官（労働担当）等

2. 正社員転換等を加速させるための「正社員転換・待遇改善実現プラン（5か年計画）」を策定（平成28年1月）。不本意非正規比率などに目標値を設定。

正社員転換・待遇改善実現チーム

主査 職業安定局長

各都道府県労働局に設置

〈協力要請・連携〉

- ・都道府県
- ・市町村
- ・事業主団体
- ・労働団体 等

都道府県正社員転換・待遇改善実現本部

（本部長 都道府県労働局長）

- 都道府県労働局においても、労働局長が陣頭に立って、地域における正社員転換・待遇改善等を強力に推進

国民健康保険の保険料（税）の 賦課（課税）限度額について

平成27年11月20日
厚生労働省

■社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

(1) 財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保

医療保険制度における保険料の負担についても、負担能力に応じて応分の負担を求めることを通じて保険料負担の格差是正に取り組むべきである。

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

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

(医療制度)

第四条

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

一 (略)

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

イ～ハ (略)

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

三 (略)

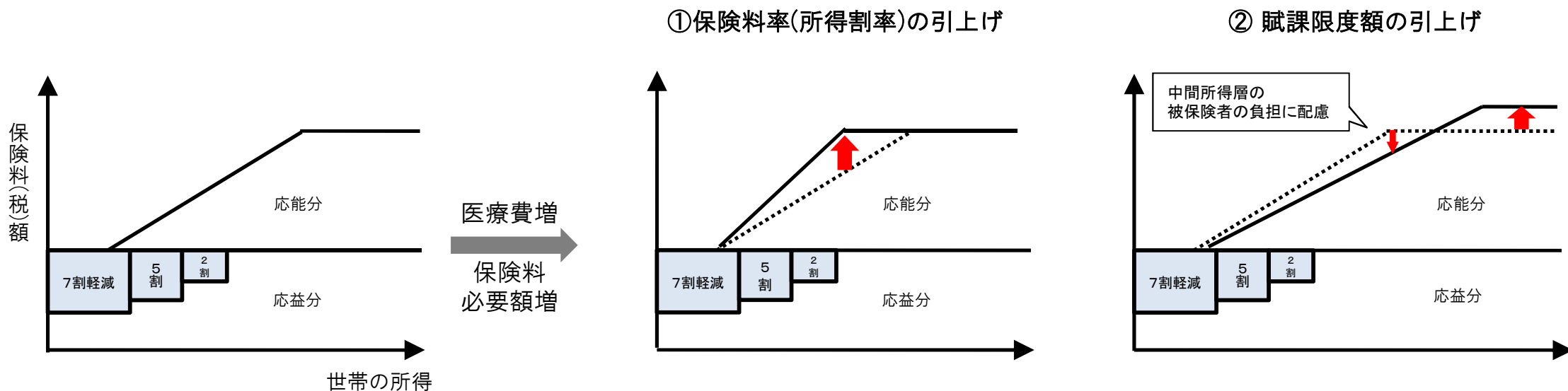
8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

医療保険制度における保険料上限額(賦課限度額)について

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

【国民健康保険制度の場合(イメージ図)】

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



国民健康保険料(税)賦課(課税)限度額の推移

○ これまでの国民健康保険料(税)の賦課(課税)限度額の推移を見ると、介護保険制度が創設された平成12年度を除けば、限度額(合計額)の引上げ幅の最大は「4万円」となっており、27年度も同額の引上げを実施。

	医療分(計)		基礎賦課(課税)額		後期高齢者支援金等賦課(課税)額【平成20年度～】		介護納付金賦課(課税)額【平成12年度～】		合計	
		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額		引上げ額
平成5年度	/		50万円	+4万円	/				50万円	+4万円
7年度			52万円	+2万円					52万円	+2万円
9年度			53万円	+1万円					53万円	+1万円
12年度			53万円	-			7万円	+7万円	60万円	+7万円
15年度			53万円	-			8万円	+1万円	61万円	+1万円
18年度			53万円	-			9万円	+1万円	62万円	+1万円
19年度			56万円	+3万円			9万円	-	65万円	+3万円
20年度		59万円	+3万円	47万円		▲9万円	12万円	+12万円	9万円	-
21年度	59万円	-	47万円	-	12万円	-	10万円	+1万円	69万円	+1万円
22年度	63万円	+4万円	50万円	+3万円	13万円	+1万円	10万円	-	73万円	+4万円
23年度	65万円	+2万円	51万円	+1万円	14万円	+1万円	12万円	+2万円	77万円	+4万円
24年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
25年度	65万円	-	51万円	-	14万円	-	12万円	-	77万円	-
26年度	67万円	+2万円	51万円	-	16万円	+2万円	14万円	+2万円	81万円	+4万円
27年度	69万円	+2万円	52万円	+1万円	17万円	+1万円	16万円	+2万円	85万円	+4万円

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

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

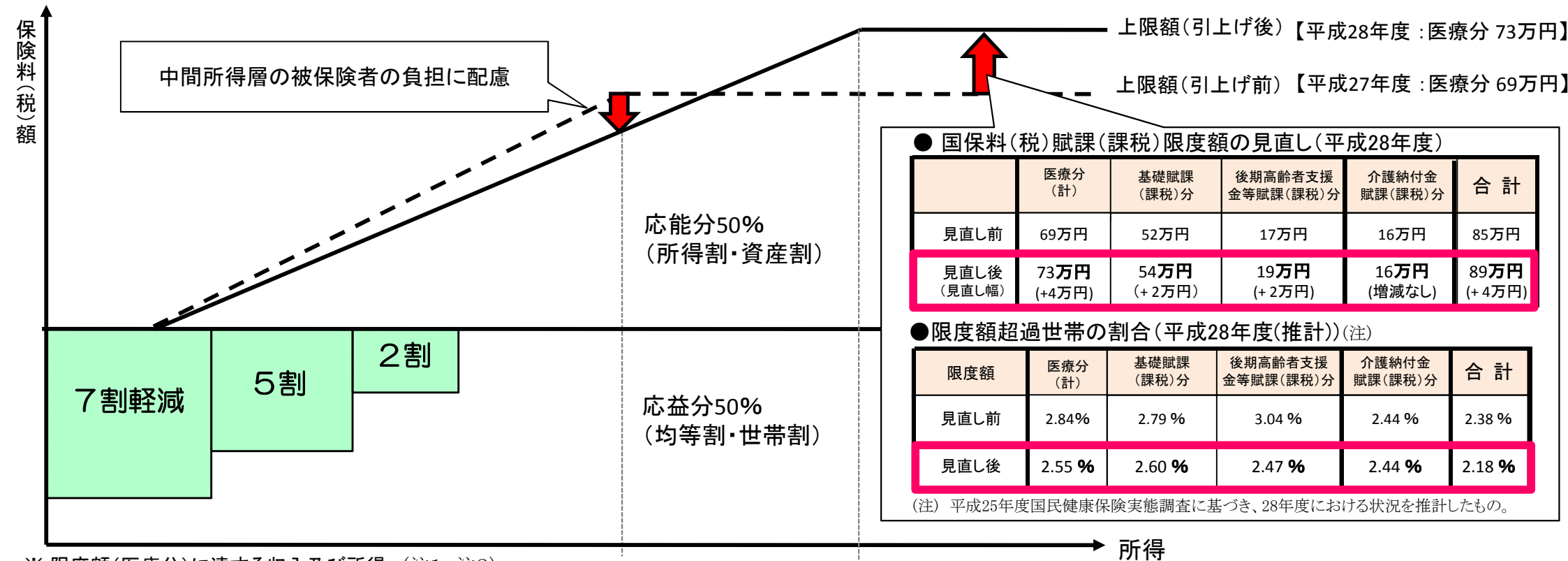
平成28年度の国保保険料(税) 賦課(課税) 限度額の見直し(案)

○ 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、被用者保険におけるルール(※)とのバランスを考慮し、当面は超過世帯割合が1.5%に近づくように段階的に賦課限度額を引き上げていく。

※最高等級の標準報酬月額に該当する被保険者の割合が1.0%~1.5%(平成28年度より0.5%~1.5%)の間となるように法定されている。

○ ただし、低中所得層の多い市町村においては、相対的に所得の低い世帯の保険料額が賦課限度額に該当することもあることから、引上げにあたっては、各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断する。

○ 平成28年度においては、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯割合のバランスを考慮し、基礎賦課分を2万円、後期高齢者支援金等分を2万円の計4万円を引き上げることとしてはどうか。(介護納付金分は据え置く)



● 国保料(税) 賦課(課税) 限度額の見直し(平成28年度)

	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
見直し前	69万円	52万円	17万円	16万円	85万円
見直し後(見直し幅)	73万円(+4万円)	54万円(+2万円)	19万円(+2万円)	16万円(増減なし)	89万円(+4万円)

● 限度額超過世帯の割合(平成28年度(推計))(注)

限度額	医療分(計)	基礎賦課(課税)分	後期高齢者支援金等賦課(課税)分	介護納付金賦課(課税)分	合計
見直し前	2.84%	2.79%	3.04%	2.44%	2.38%
見直し後	2.55%	2.60%	2.47%	2.44%	2.18%

(注) 平成25年度国民健康保険実態調査に基づき、28年度における状況を推計したものの。

※ 限度額(医療分)に達する収入及び所得(注1、注2)
(基礎賦課(課税)分+後期高齢者支援金等分)

【平成27年度】

【平成28年度】

給与収入 約1,000万円 / 年金収入 約980万円
(給与所得 約780万円 / 年金所得 約780万円)

給与収入 約1,040万円 / 年金収入 約1,030万円
(給与所得 約820万円 / 年金所得 約820万円)

(注1) 給与収入又は年金収入を有する単身世帯で試算。

(注2) 保険料率等は、旧ただし書・4方式を採用する平成25年度全国平均値で試算。平成25年度 所得割率 8.35%、資産割額 14,674円、均等割額 28,644円、世帯割額 27,297円。同様の考え方で平成28年度の限度額に達する収入を試算すると、3方式の場合には給与収入約930万円/年金収入約920万円、2方式の場合には給与収入約1,130万円/年金収入約1,110万円となる。

平成28年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し(案)

【限度額超過世帯の割合】

○ 平成28年度において、基礎賦課分を2万円、後期高齢者支援金等分を2万円引き上げると、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分の限度額超過世帯の割合がいずれも2.6%以下となる。

(1) 基礎賦課分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成27年度	平成28年度
49.0万円	3.06%	3.14%
50.0万円	2.93%	3.03%
51.0万円	2.81%	2.90%
52.0万円	2.73%	2.79%
53.0万円	2.62%	2.71%
54.0万円	2.52%	2.60%
55.0万円	2.42%	2.51%
56.0万円	2.35%	2.42%

+
2万円

(2) 後期高齢者支援金等分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成27年度	平成28年度
14.0万円	3.83%	4.51%
15.0万円	3.32%	3.91%
16.0万円	2.94%	3.45%
17.0万円	2.63%	3.04%
18.0万円	2.34%	2.76%
19.0万円	2.11%	2.47%
20.0万円	1.92%	2.25%
21.0万円	1.75%	2.04%

+
2万円

(3) 介護納付金分

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成27年度	平成28年度
13.00万円	3.65%	3.64%
14.00万円	3.16%	3.15%
15.00万円	2.77%	2.76%
16.00万円	2.44%	2.44%
17.00万円	2.13%	2.13%
18.00万円	1.88%	1.88%
19.00万円	1.72%	1.71%
20.00万円	1.55%	1.55%

増減なし

■医療分 (1)+(2)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成27年度	平成28年度
68.0万円	2.74%	2.94%
69.0万円	2.67%	2.84%
70.0万円	2.60%	2.76%
71.0万円	2.53%	2.68%
72.0万円	2.47%	2.61%
73.0万円	2.40%	2.55%
74.0万円	2.33%	2.48%

+
4万円

■合計 (1)+(2)+(3)

限度額	限度額を超える世帯の割合	
	平成27年度	平成28年度
84.0万円	2.32%	2.44%
85.0万円	2.26%	2.38%
86.0万円	2.21%	2.34%
87.0万円	2.16%	2.29%
88.0万円	2.10%	2.24%
89.0万円	2.06%	2.18%
90.0万円	2.02%	2.13%

+
4万円

(注1) は平成27年度の賦課(課税)限度額

(注2) 平成25年度国民健康保険実態調査に基づき、27・28年度における状況を推計したもの。

後期高齢者医療の保険料賦課限度額について（案）

【考え方】

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

【経緯】

○制度施行時（平成20年度）

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

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

○保険料改定時（平成24、26年度）等

- ・国保の賦課限度額引上げの状況等を踏まえ、平成24年度に55万円（5万円引上げ）に、平成26年度に57万円（2万円引上げ）に、それぞれ設定。なお、平成27年度は、賦課限度額の超過被保険者の割合を踏まえ、見直しを行わなかった。

【対応方針】

○現状において、後期高齢者医療の賦課限度額超過被保険者割合が1.5%に満たないことなどを踏まえ、後期高齢者医療の賦課限度額については引き上げないこととする。

		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
後期 高齢者	賦課限度額 (平成20年度基準) [対前年変化幅]	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	50万円 (100)	55万円 (110) [+5万円、+10.0%]	55万円 (110)	57万円 (114) [2万円、+3.7%]	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)
	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%	1.40% (速報値)
国保	賦課限度額 (医療分) (平成20年度基準) [対前年変化幅]	59万円 (100)	59万円 (100)	63万円 (107) [+4万円、+6.8%]	65万円 (110) [+2万円、+3.2%]	65万円 (110)	65万円 (110)	67万円 (114) [+2万円、+3.1%]	69万円 (117) [+2万円、+3.0%]

※ 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27年度は高齢者医療課が調査した速報値。

參考資料

被用者保険や国保における保険料負担の公平化

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 説明資料

1. 被用者保険の標準報酬月額上限の引上げ

○ 健康保険及び船員保険の標準報酬月額

全47等級(上限121万円、下限5.8万円)



平成28年度から上限3等級引上げ

全50等級(上限139万円、下限5.8万円)

※ 標準賞与額もあわせて見直し、年間上限を540万円から573万円に引き上げる。

追加

第47級	1,210,000円	1,175千円以上 1,235千円未満
第48級	1,270,000円	1,235千円以上 1,295千円未満
第49級	1,330,000円	1,295千円以上 1,355千円未満
第50級	1,390,000円	1,355千円以上

2. 被用者保険の一般保険料率上限の引上げ

○ 1000分の120(健康保険) → 平成28年度から「1000分の130」に引上げ

※ 船員保険も同様に見直し、疾病保険料率の上限を「1000分の130」とする。

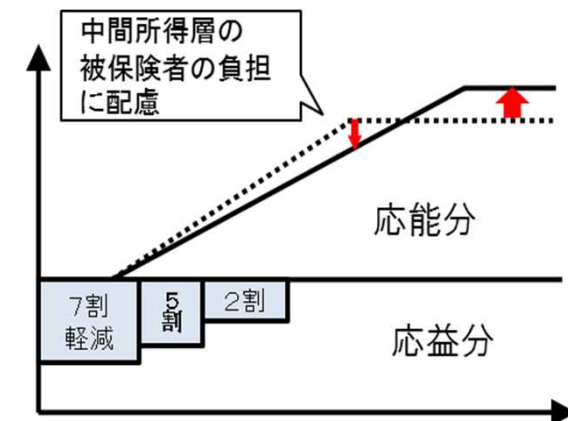
3. 国保の保険料(税)の賦課限度額の引上げ

○ 被保険者の納付意欲に与える影響や、制度及び事業の円滑な運営を確保する観点から、被保険者の保険(税)料負担に一定の限度を設けている(現在、年間85万円)

○ **より負担能力に応じた負担とする観点**から、被用者保険の仕組みとの**バランスを考慮しつつ、段階的に引き上げ**

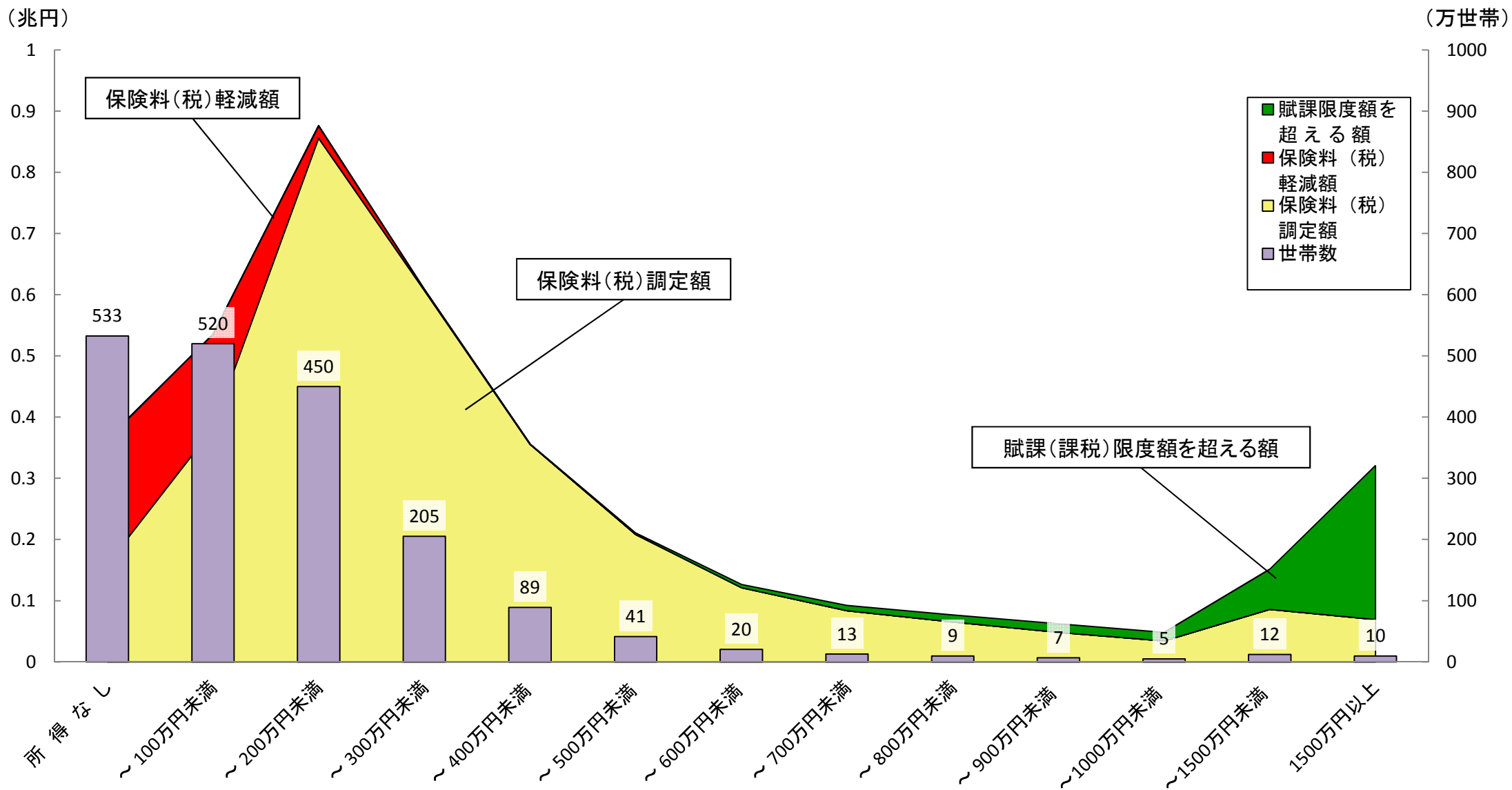
○ 各市町村の意見や対応状況等を踏まえ、引上げ幅や時期を判断することとし、平成27年度は4万円引上げ

賦課限度額の引上げの仕組み



市町村国保の所得階級別保険料（税）調定額等について【平成25年度】

- 世帯の所得階級別に世帯数の分布を見ると、所得が200万円未満の世帯が1,500万世帯と全体の約8割を占めている。
- 所得階級にかかわらず、賦課（課税）限度額を超える額が見られるが、特に700万円以上の階級において、賦課（課税）限度額を超える額が多くなっている。



(出所) 厚生労働省保険局「平成25年度 国民健康保険実態調査」

(注) ここでいう「所得」とは、総所得金額及び山林所得金額に雑損失の繰越控除額と分離譲渡所得金額を加えた所得総額(基礎控除前)である。