

療養の範囲の適正化・負担の公平の確保について

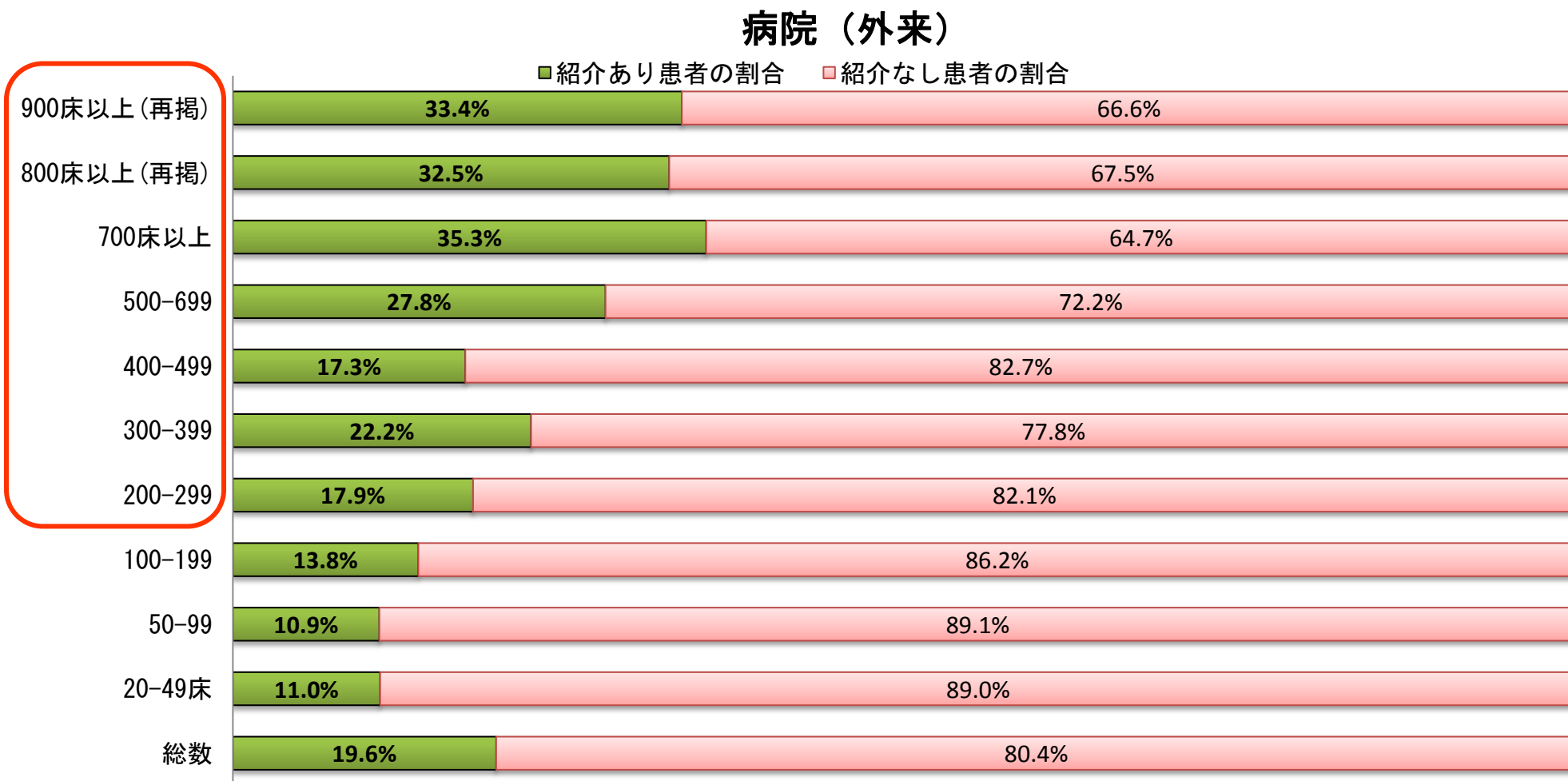
平成26年10月15日
厚生労働省保険局

- ・紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方について ・・・ 2
- ・入院時食事療養費・生活療養費について ・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
- ・後期高齢者の保険料軽減特例について ・・・・・・・・・・・・・・・・ 43
- ・高齢者の自己負担について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 52
- ・標準報酬月額の上限引上げについて ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 80
- ・国民健康保険の保険料(税)の賦課(課税)限度額について ・・・・・・ 86
- ・健康保険・船員保険の保険料率の上下限引上げについて ・・・・・・ 96

紹介状なしで大病院を受診する場合 の患者負担の在り方について

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。



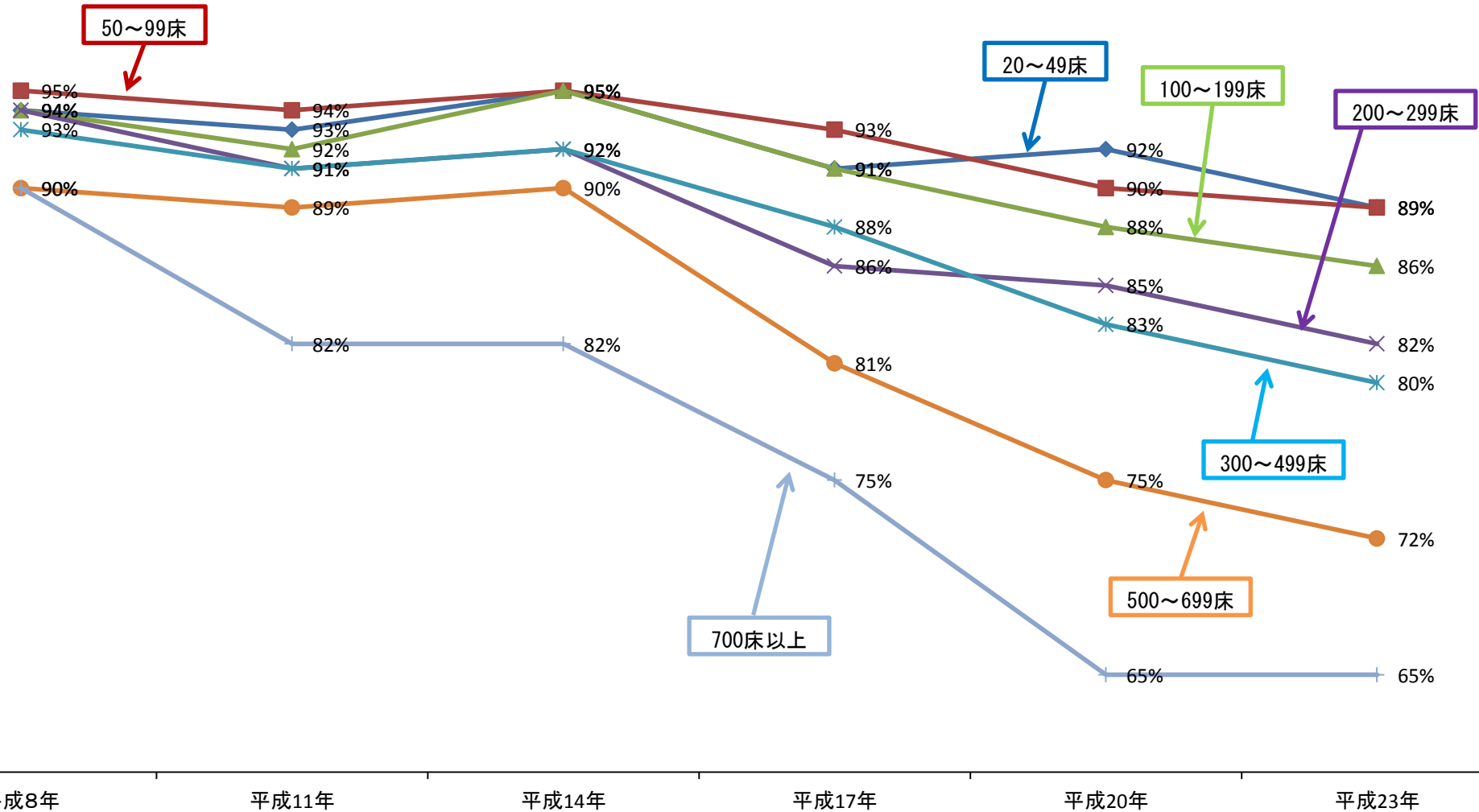
紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合。

（出所）平成23年患者調査、平成25年11月27日中央社会保険医療協議会提出資料2を基に作成。

注：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である。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（病床数別）

○ 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。

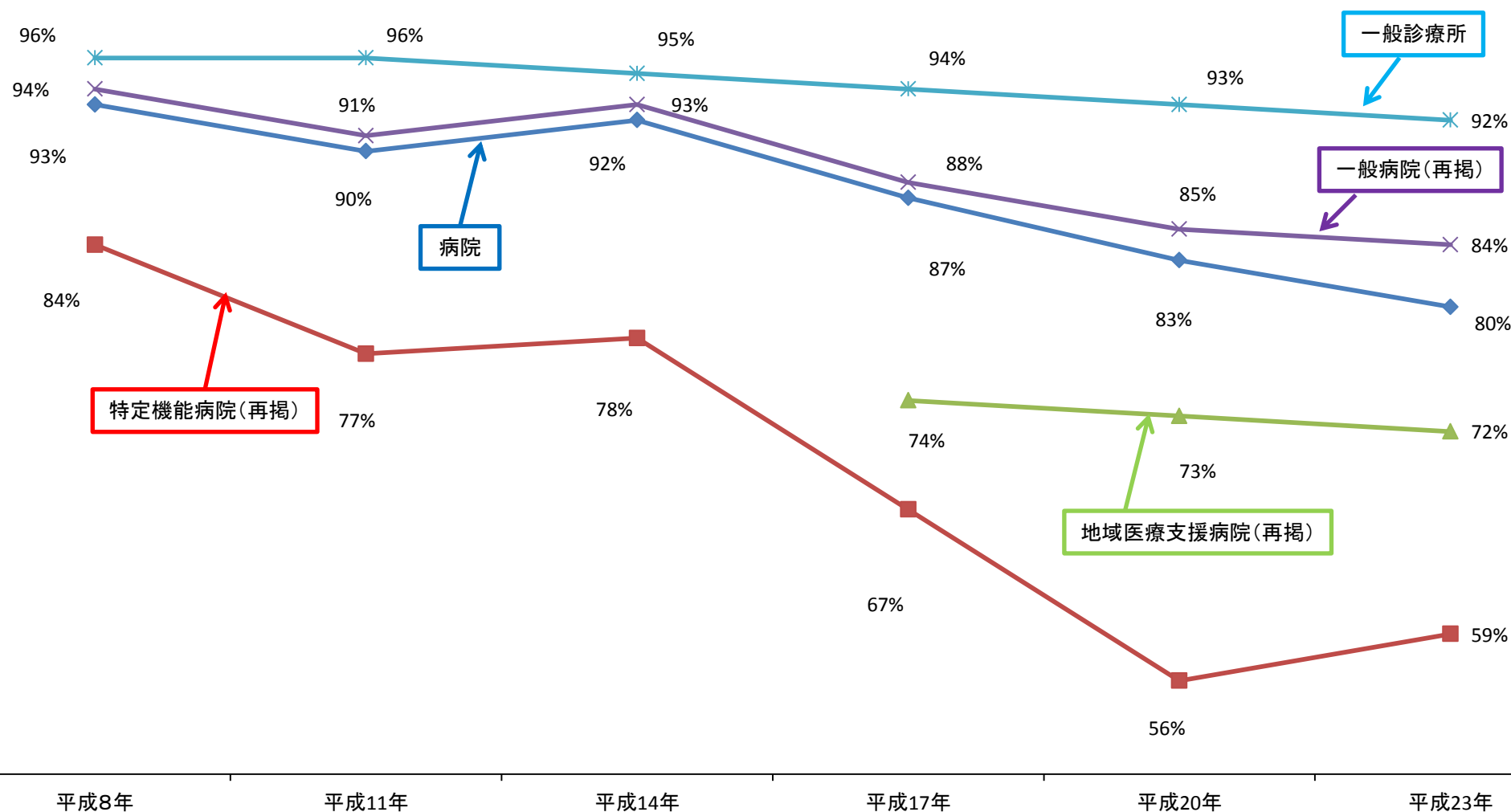


（出所）平成8年～平成23年患者調査を基に作成。

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。

紹介なしで外来受診した患者の割合の推移（施設別）

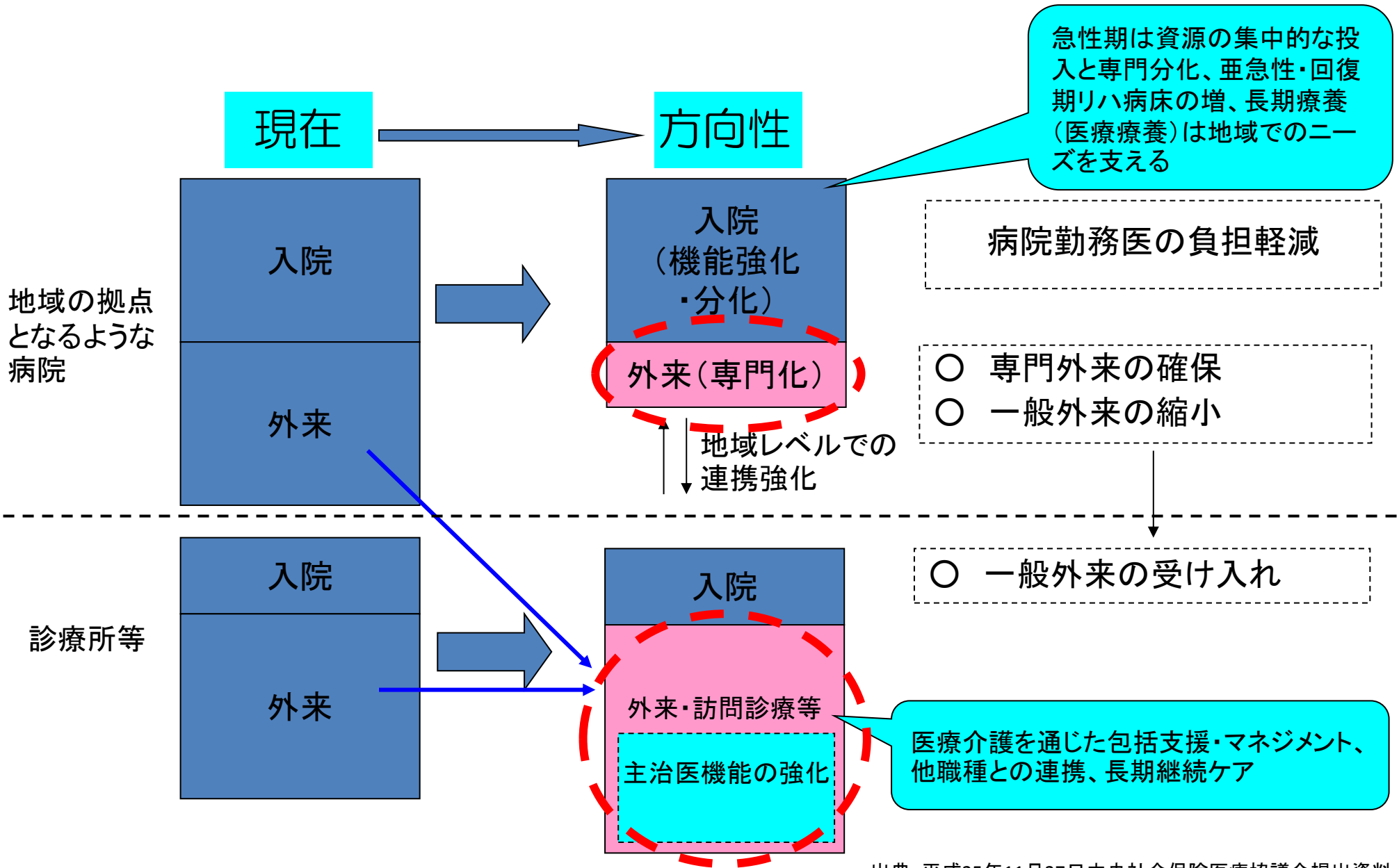
○ 特定機能病院においては、紹介なしで外来受診した患者の割合は減少傾向にあるものの、依然として約6割と高い水準にある。



（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。

外来医療の役割分担のイメージ



外来医療の機能分化・連携の推進について

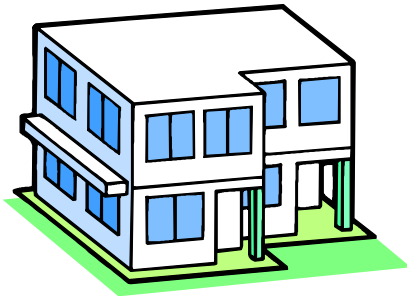
【これまでの取組】

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

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

紹介

逆紹介

外来
受診

このほか、

- ・200床以上の病院を対象とし、紹介なしに受診した患者からの保険外併用療養費(選定療養)の徴収
- ・都道府県による、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療構想(ビジョン)の策定(平成27年度～)
- ・地域医療構想(ビジョン)の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業等を対象とした新たな基金の造成(平成26年度～)

外来機能の分化に関する医療保険制度上の措置

- 医療保険制度においては、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みを活用し、病院及び診療所における外来機能の分化を図っている。
- 一方、診療報酬上の措置は、定率負担の下では、診療報酬が低く評価された方が患者負担が安くなるという問題が伴う。
また、選定療養は、活用の有無や料金水準が病院の選択に委ねられている。

初診料・外来診療料	選定療養
初診料 209点 外来診療料 54点 【対象医療機関】 平成26年度診療報酬改定において、対象を拡大 ① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設（平成24年：紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満） ② 許可病床数が500床以上の全ての病院のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設（平成24年：対象外）	初再診において特別の料金を徴収 【対象医療機関】 病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たもの 【主な要件】 ・ 他の医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る（初診） ・ 病院が他の医療機関（200床未満）に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に限る（再診） ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く ・ 初再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示 【設定状況（H25.7.1現在）】 ≪初診≫ 1,191施設 最高8,400円 最低105円 平均2,130円 ≪再診≫ 110施設 最高5,250円 最低210円 平均 1,006円
初診料 282点 外来診療料 73点 上記以外	

■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

(2)医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない。患者の意識改革も重要となる。

■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。
 - 一～二 (略)
 - 三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項
 - イ (略)
 - ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し
- 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。

平成26年7月7日 社会保障審議会医療保険部会での主な意見

- 外来の機能分化を推進するため、患者に定額負担を求めていく方向性はよいのではないか。初診は救急搬送患者を除き、再診は病状が安定した後の再診について定額負担を求めてはどうか。初再診料相当額のみでは少ないのではないか。高額療養費の対象とはしないのではないか。
- 現在保険給付されている療養を縮小することになる案は慎重に議論すべきではないか。
- 大病院の医療費収入を増やすのではなく、保険給付の範囲内で一部負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める案が1つの方法ではないか。
- 大病院の範囲をどうするかは、病床数、機能、病床数プラス機能が考えられ、導入する際には、試行的に実施した上で進めることが必要ではないか。
- 地域の医師をどのように確保・育成していくかが課題であり、医師の研修や患者への情報提供を行う必要があるのではないか。

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担を導入する趣旨

- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用する観点から、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムを普及させ、医療機関間の適切な役割分担を図ることは重要な課題。
- 現行制度でも、紹介状のない患者が200床以上の病院を受診した場合に、病院は選定療養として、初・再診時に一定の自己負担を求めることができるが、200床以上の病院のうち自己負担を徴収している病院は、初診については45%、再診については4%にとどまっていることから、定額負担を徴収することを制度化し、医療機関の更なる機能分化を促進する。
- さらにこの定額負担の導入は、大病院の勤務医の負担軽減に対して重要な意味がある。
- なお、上記のようなシステムの普及のためには、あわせて、主治医機能の強化も含め、診療報酬上の対応、地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた対応等が講じられることが重要。

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の論点（１）

- 定額負担を求める保険医療機関（大病院）の範囲をどうするか。

＜病院機能による分類(主なもの)＞

- ・特定機能病院 …… 高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの（86病院）
- ・地域医療支援病院 …… 地域医療を担う、かかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有する病院について、都道府県知事が個別に承認するもの（439病院）
- ・DPC病院 I 群:大学病院本院（80病院）
II 群:大学病院本院に準じた機能を有する病院（99病院）
III 群: I・II 群以外の病院（1,406病院）

＜病床数による分類＞

- ・500床以上（450病院） …… 初診料・外来診療料の特例の対象
- ・200床以上（2,656病院） …… 選定療養として特別の料金を徴収できる病院

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の論点（2）

- 初診のみではなく、再診についても対象とするか。
- また、定額負担の額（初診・再診）をどうするか。

例えば、以下のような定額負担の額が考えられるか。

- ・初再診料相当額から一部負担金相当額を控除した額
（3割負担の場合、初診1974円、再診511円が目安）
- ・外来における平均的な費用などを勘案して定める額（例えば、5,000円、10,000円など）

（参考1）病院機能別にみた1日当たり入院外医療費（平成24年度）

一般病床を有する病院	特定機能病院	地域医療支援病院	D P C 対象病院	一般病床のみの病院
12,987円	18,886円	16,616円	15,444円	12,879円

（出所）平成24年度 病院機能別 制度別 医療費等の状況（平成26年8月 厚生労働省保険局調査課）

（参考2）選定療養における特別の料金の設定状況（H25.7.1現在）

初診：1,191施設が実施（最高8,400円 最低105円 平均2,130円）

	～525円	～1050円	～1575円	～2100円	～2625円	～3150円	～3675円	～4200円	～4725円	～5250円	5251円～	合計
病院数	51	241	213	252	124	218	6	33	2	48	3	1,191

再診：110施設が実施（最高5,250円 最低210円 平均1,006円）

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の論点（３）

○ 定額負担を求めない（求める）患者・ケースはどういうものか。

例えば、以下のような取扱いが考えられないか。

<初再診共通>

- ・ 緊急の場合（救急患者等）
- ・ その他やむを得ない場合

定額負担を求めない。

<再診について>

- ・ 他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を医師から受けていない場合の再診
- ・ その他これに類する場合

定額負担を求めない。

（参考）選定療養において初診に係る特別の料金を徴収できないケース

- ・ 緊急の場合
- ・ その他やむを得ない場合

〔(1) 国の公費負担医療の受給対象者
(2) 地方単独の公費負担医療の受給対象者であって、特定の障害・疾病等に着眼しているもの
(3) 社会福祉法上の無料低額診療事業
(4) エイズ拠点病院におけるHIV感染者〕

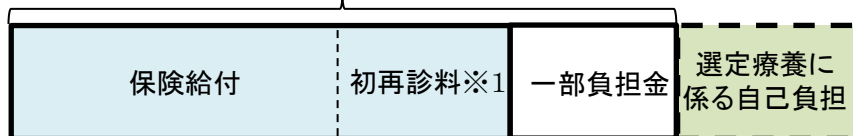
※ 再診の場合は、他の特定の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を文書で行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者について特別の料金を徴収できるとされている。
特別の料金を徴収することができない上記(1)～(4)の取扱いについては、初診の場合と同様。

紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担の在り方の論点（４）

○ 療養の給付に要する費用の額と定額負担との関係をどうするか。

通常の療養

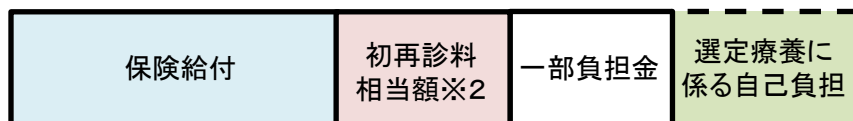
療養の給付に要する費用



※1 一部負担金相当分を除く

パターン1

初再診料相当分を定額負担として求める（この場合、初再診料相当分は給付しない）



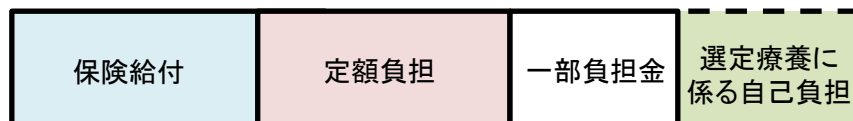
※2 3割負担の場合、初診:1974円、再診:511円が目安

【論点】

・定額負担の額として、患者の受診行動に与える効果が少ないのではないか。

パターン2

保険給付の範囲内で、一部負担金相当額に加え、新たな定額負担を求める

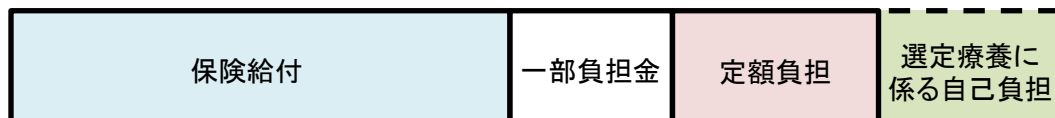


【論点】

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

パターン3

定額負担を、療養の給付に要する費用の額に上乗せして求める



【論点】

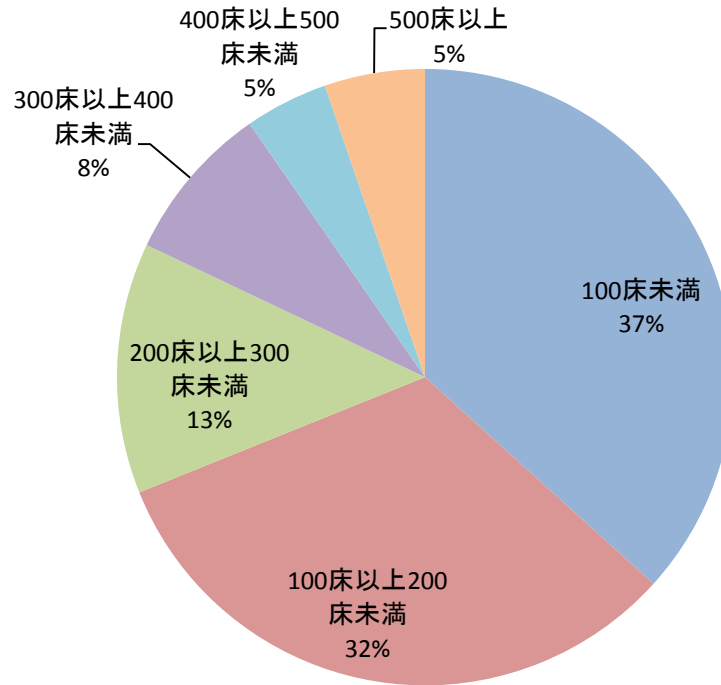
・定額負担の導入が医療費の総額を膨らませることについて、合理的な説明は困難ではないか。

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

参考資料

病床規模別病院数の割合

○ 全病院8,565病院のうち、500床以上の病院は5%程度、200床以上の病院は31%程度を占める。



(内訳の詳細)

病院数	20～29床	30～39床	40～49床	50～99床	100～149床	150～199床	200～299床
8,540	122	321	523	2,168	1,428	1,322	1,123

300～399床	400～499床	500～599床	600～699床	700～799床	800～899床	900床以上
710	373	200	109	52	32	57

都道府県別の500床以上の病院数（平成25年）

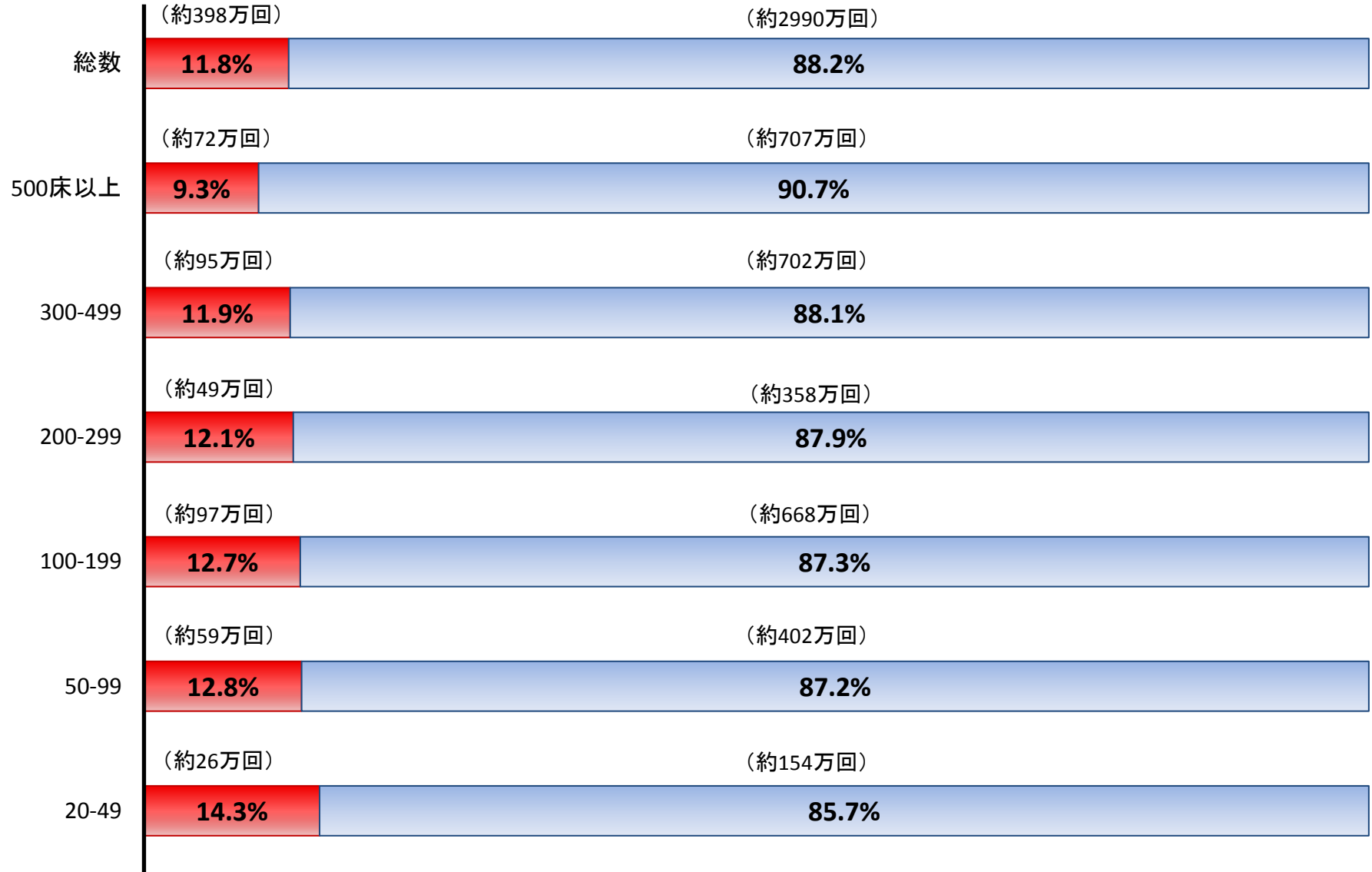
北海道	25	石川県	7	岡山県	13
青森県	4	福井県	3	広島県	9
岩手県	2	山梨県	3	山口県	6
宮城県	5	長野県	5	徳島県	1
秋田県	4	岐阜県	6	香川県	4
山形県	6	静岡県	19	愛媛県	4
福島県	8	愛知県	31	高知県	3
茨城県	10	三重県	6	福岡県	21
栃木県	6	滋賀県	7	佐賀県	3
群馬県	6	京都府	14	長崎県	6
埼玉県	16	大阪府	44	熊本県	6
千葉県	15	兵庫県	11	大分県	3
東京都	52	奈良県	5	宮崎県	2
神奈川県	24	和歌山県	2	鹿児島県	4
新潟県	6	鳥取県	2	沖縄県	3
富山県	5	島根県	3	合計	450

初診と再診の割合（病床機能別）

■ 初診

■ 再診

※ 平成25年 6 月審査分



※ 当該診療行為が実施された延べ算定回数をもとに算出
(出所) 平成25年 社会医療診療行為別調査

特別な機能を有する病院等（１）

	特定機能病院	地域医療支援病院
概要	高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。	地域医療を担うかかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認するもの。
病院数	86 (平成26年4月1日時点)	439 (平成24年10月末時点)
主な要件	○ 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。 ○ <u>紹介率50%以上、逆紹介率40%以上</u>であること。 ○ 病床数は<u>400床以上</u>であること。 ○ 医師は通常の病院の2倍程度を配置するなど、一定の人員配置基準を満たすこと。 ○ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を有していること。 ○ 定められた16の診療科を標榜していること。 ○ 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること。	○ 以下のいずれかを満たすこと。 ① <u>紹介率が80%以上</u> ② <u>紹介率が65%以上、かつ、逆紹介率が40%以上</u> ③ <u>紹介率が50%以上、かつ、逆紹介率が70%以上</u> ○ <u>原則として200床以上の病床</u>、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。 ○ 救急医療を提供する能力を有すること。 ○ 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。 ○ 地域医療従事者に対する研修を年間12回以上主催していること。

特別な機能を有する病院等（2）

	DPC病院	救急指定病院等
概要	診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度（DPC/PDPS）に参加するもの。平成24年診療報酬改定により、病院群別（Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群）の基礎係数を導入し、評価。	救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき、都道府県知事が認定するもの。 また、都道府県が作成する医療計画において、初期、第二次、第三次救急医療の体制を整備。
病院数	Ⅰ群（大学病院本院）：80 Ⅱ群（大学病院本院に準じた機能を有する病院）：99 Ⅲ群（Ⅰ・Ⅱ群以外の病院）：1,406 （平成26年4月1日時点）	＜救急指定病院等＞ 4,147力所（病院：3,830力所、診療所：317力所） ＜医療計画における救急医療体制＞ ○三次救急：救命救急センター 259力所 ○二次救急：病院群輪番制病院 392地区、2,893力所 共同利用型病院 11力所 ○初期救急：在宅当番医制 622地区 休日夜間急患センター 553力所 （平成25年3月31日時点）
主な要件	○ 急性期入院医療を提供する病院として、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。 ○ 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。 ○ 厚生労働大臣が実施する調査に適切に参加すること。 ○ 退院した患者数を、当該病院の一般病棟の病床数で除した1月あたりの値が0.875以上であること。 ○ 適切な診断群分類区分を決定するために必要な体制が整備されていること。	＜救急指定病院等の要件＞ ○ 救急医療について、相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること。 ○ エックス線装置、心電計、輸血及び輸液のための設備・その他救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。 ○ 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること。 ○ 救急医療を要する傷病者のための専用病床又は当該傷病者のために、優先的に使用される病床を有すること。 ＜医療計画における救急医療体制＞ ○三次救急・・・緊急性・専門性の高いもの、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤なもの ○二次救急・・・入院治療を必要とする重症なもの ○初期救急・・・比較的軽症なもの

大病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組み

平成26年 3 月 5 日
平成26年度 診療報酬改定
説明会資料 抜粋

紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

- 特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率を高める取り組みをさらに推進するとともに、特定機能病院等を除く500床以上の全ての病院（一般病床が200床未満の病院を除く。）については、紹介なしに受診した患者等に係る初診料及び外来診療料を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費（選定療養）の枠組みの活用を推進し、病院及び診療所における外来機能の分化及び病院勤務医の負担軽減を図る。

(改) 初診料 209点(紹介のない場合)

(改) 外来診療料 54点

(他医療機関へ紹介したにもかかわらず、当該病院を受診した場合)

※ 保険外併用療養費(選定療養)を利用可能

※対象病院については、一部の薬剤を除き、原則的に30日分以上の投薬に係る評価（処方料、処方せん料、薬剤料）を60/100に適正化する。

※年に1回、紹介率・逆紹介率等を地方厚生（支）局長等に報告する（毎年10月報告）

[対象病院] [経過措置] 平成27年3月31日まで(平成24年度改定の取扱いについては、平成27年3月31日まで継続)

- ① 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設
- ② 許可病床数が500床以上の全ての病院（特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに一般病床が200床未満の病院を除く。）のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設

※②に係る紹介率等の定義については、地域医療支援病院の定義に準ずる

$$\text{紹介率} = \frac{(\text{紹介患者数} + \text{救急患者数})}{\text{初診の患者数}}$$

$$\text{逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診の患者数}}$$

※初診の患者数等の定義については、医療法における業務報告と同様（なお、初診の患者数のうち、夜間又は休日に受診したものの数は除く。）

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

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

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

※1 対象医療機関は、診療所又は許可病床が200床未満の病院

※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる

※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

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

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

[算定要件]

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

・診療所の場合

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

・病院の場合

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

主治医機能の評価(その2)

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 1,503点(月1回)		地域包括診療加算 20点(1回につき)
	病院	診療所	診療所
包括範囲	下記以外は包括 ・(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、在総管、特医総管を除く。)。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。 ※当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行い、その旨を院内に掲示する		出来高
対象疾患	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。)		
対象医療機関	診療所又は許可病床が200床未満の病院		診療所
研修要件	担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。(経過措置1年)		
服薬管理	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等	・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 (患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能。その場合、患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること等を行う。)	
	・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者は受診時にお薬手帳を持参することとし、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付する等を行う 等 ・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		
健康管理	・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等		
介護保険制度	・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること。 ・下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等の提供 ④介護保険の生活期リハの提供 ⑦所定の研修を受講 ②地域ケア会議に年1回以上出席 ⑤介護サービス事業所の併設 ⑧医師がケアマネージャーの資格を有している ③居宅介護支援事業所の指定 ⑥介護認定審査会に参加 ⑨(病院の場合)総合評価加算の届出又は介護支援連携指導料の算定		
在宅医療の提供および24時間の対応	・在宅医療を行う旨の院内掲示、当該患者に対し24時間の対応を行っていること		
	・下記のすべてを満たす ①2次救急指定病院又は救急告示病院 ②地域包括ケア病棟入院料等の届出 ③在宅療養支援病院	・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所	・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1又は2の届出 ②常勤医師が3人以上在籍 ③在宅療養支援診療所

25

■「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（平成18年3月13日保医発第0313003号）（抄）

2 病院の初診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
 - ① 患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合に徴収できるものであり、自ら健康診断を行った患者に診療を開始した場合等には、徴収できない。
 - ② 同時に2以上の傷病について初診を行った場合においても、1回しか徴収できない。
 - ③ 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合においても、第1回の初診時にしか徴収できない。
 - ④ 医科・歯科併設の病院においては、お互いに関連のある傷病の場合を除き、医科又は歯科においてそれぞれ別に徴収できる。
 - ⑤ ①から④までによるほか、初診料の算定の取扱いに準ずるものとする。
- (2) 初診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであり、当該情報提供に資する観点から、「他の保険医療機関等からの紹介によらず、当該病院に直接来院した患者については初診に係る費用として〇〇〇〇円を徴収する。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りでない。」旨を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。
- (3) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (4) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- (5) 国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。
- (6) いわゆる地方単独の公費負担医療（以下「地方単独事業」という。）の受給対象者については、当該地方単独事業の趣旨が、特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものである場合には、（5）と同様の取扱いとすること。
- (7) 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第2条第3項第9号に規定するいわゆる無料低額診療事業の実施医療機関において当該制度の対象者について初診に係る特別の料金の徴収を行うこと、及びエイズ拠点病院においてHIV感染者について初診に係る特別の料金の徴収を行うことは、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして認められないものであること。

8 200床（医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が200床未満のものに限る。）又は診療所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、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病のすべてにつき、以下（2）～（4）の要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
- (2) 外来診療料又は地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。
- (3) 再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示するものとする。
- (4) 他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。
 - ア 他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること。
 - イ 紹介先の医療機関名
 - ウ 次回以降特別の料金として〇〇円を徴収することとなること。
- (5) その他、病院の初診に関する事項の（3）から（7）の取扱いに準ずるものとする。

病院外来受診時の一定定額自己負担制度導入に関する調査研究（概要）

（平成25年度厚生労働科学特別研究事業 - 研究代表者 菅原琢磨（法政大学経済学部教授））

1. 研究方法

<ウェブ調査>

- ①軽症・初診、②軽症・再診、③重症・初診、④重症・再診の4つのケースについて、定額負担として i) 0円、ii) 1,000円、iii) 5,000円、iv) 10,000円、v) 20,000円の5つの金額を想定し、a) 大病院を受診、b) 診療所を受診、c) 受診しない、という3つの受診行動のいずれを選ぶか、ウェブ上でアンケートを実施（n=1,849）。

<ヒアリング調査>

- 13の医療機関に対してヒアリングを実施し、病院外来の現状を把握するとともに、定額負担の導入に当たっての課題を整理。

2. 調査結果

<ウェブ調査>

- 軽症（風邪）・初診であっても大病院を選好するサンプルは約2割。
- 重症（心筋梗塞の前哨）の場合には、初診・再診ともに約7割が大病院を選好。
- 一定規模以上の病院において5,000円以上の定額負担を設定することで、軽症の場合に当該病院の受診を控える可能性。

<ヒアリング調査>

- 外来における紹介状なし初診の割合は1～2割程度。
- 医療機関、診療科ごとに「初診」「再診」の定義・期間が異なっている。院内の他科受診の場合に「再診」扱いとなる場合もある。
- 自己負担を回避するための救急車の不適切利用の増加や安易な紹介状作成ニーズの増大の懸念。
- 5,000円以上の定額負担の導入により、軽症受診者数はかなり抑制されるのではないか。

入院時食事療養費・生活療養費の見直しについて

医療提供体制の各国比較（2010年）

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床 当たり 臨床看護 職員数	人口千人 当たり 臨床看護 職員数
日本	32. 5 (18.2)	13. 6	16. 4	2. 2	74. 3	10. 1
ドイツ	9. 6 (7.3)	8. 3	45. 2	3. 7	136. 7	11. 3
フランス	12. 7 (5.2)	6. 4	#50. 9	#3. 3	#131. 5	#8. 5
イギリス	7. 7 (6.6)	3. 0	91. 8	2. 7	324. 7	9. 6
アメリカ	6. 2 (5.4)	3. 1	79. 4	2. 4	#350. 8	#11. 0

（出典）：「OECD Health Data 2012」

注1 「人口千人当たり病床数」、「病床百床当たり臨床医師数」及び「病床百床当たり臨床看護職員数」について、アメリカは2009年のデータ。

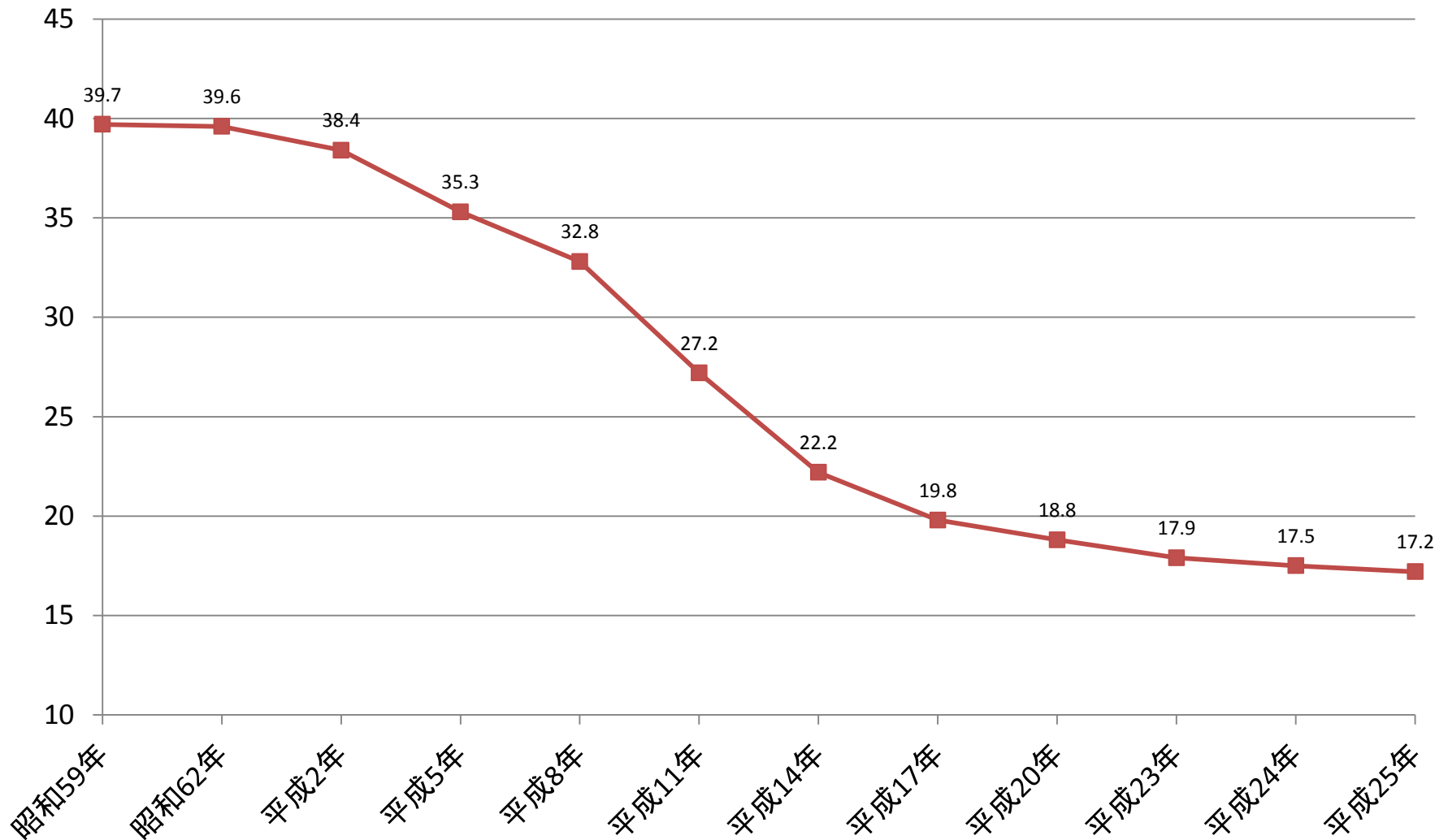
注2 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3 病床百床あたり臨床医師数ならびに臨床看護職員数は、総臨床医師数等を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

注4 平均在院日数のカッコ書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数である。

一般病床における平均在院日数の推移(昭和59年～平成25年)

(日)

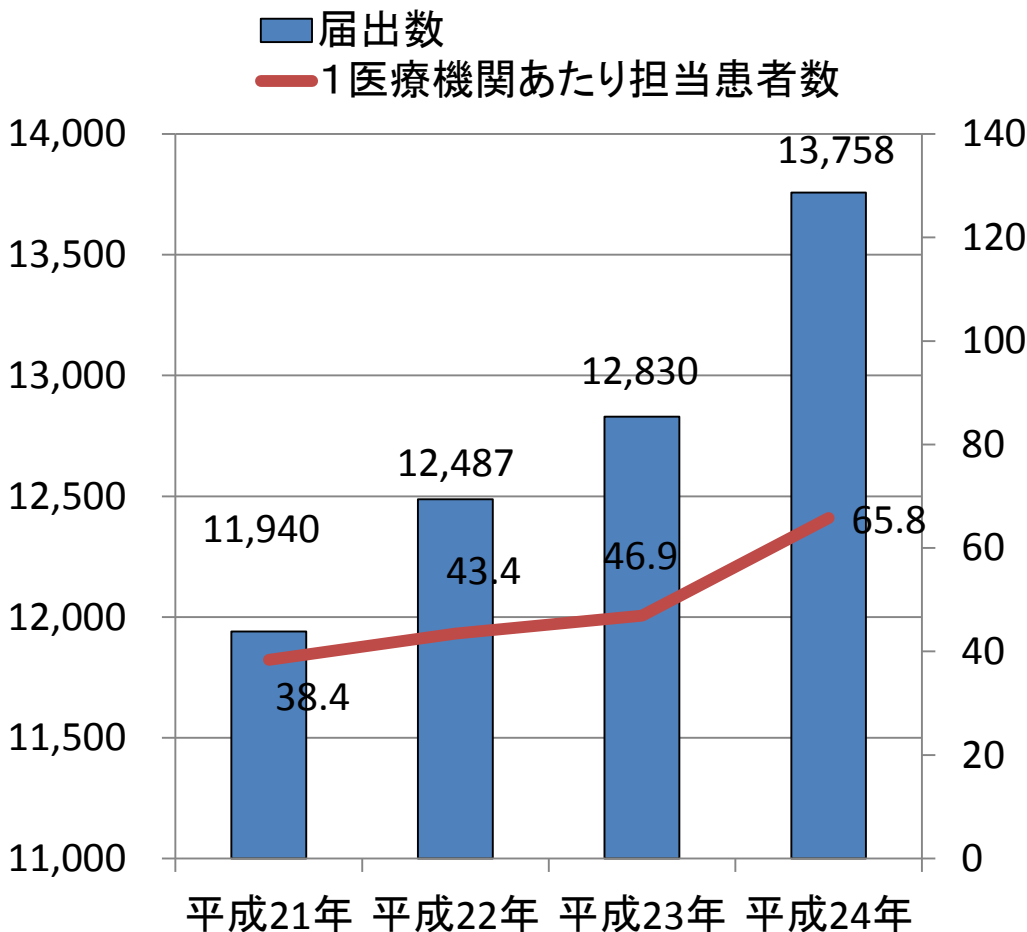


(出典):「医療施設(動態)調査・病院報告」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

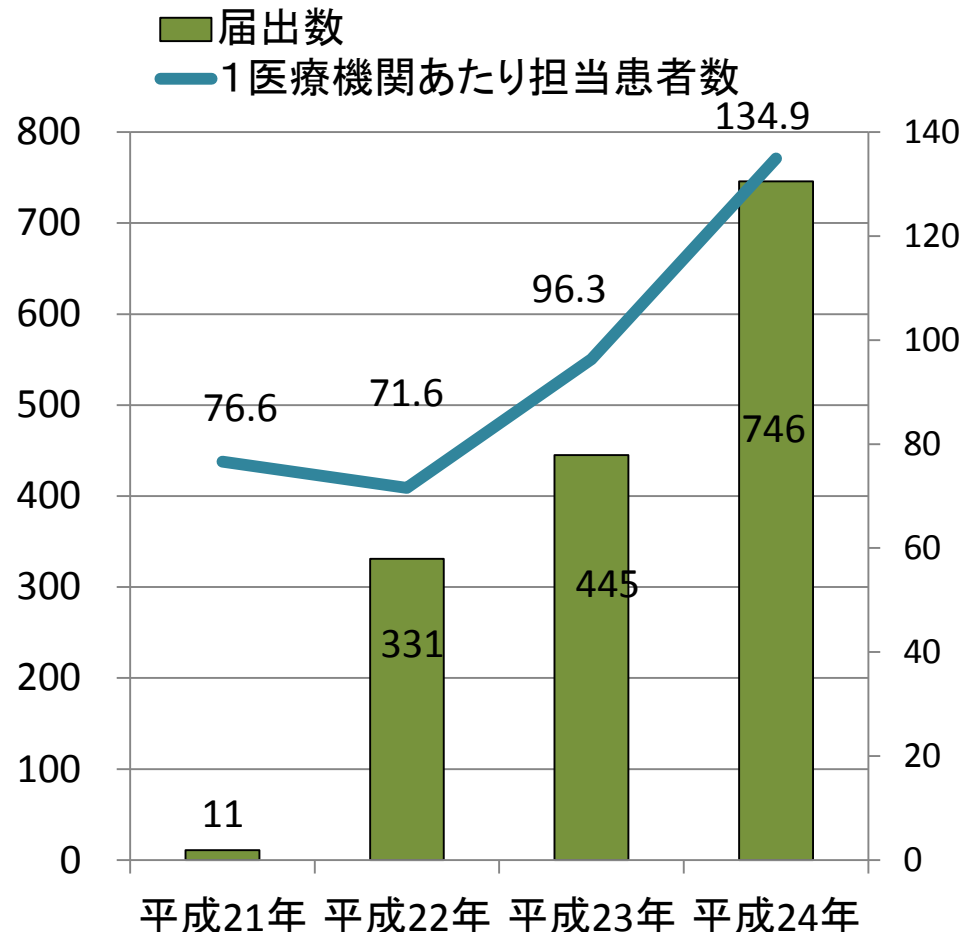
在宅療養支援診療所・病院の担当患者数の推移

1医療機関あたりの担当患者数が年々増加してきており、在宅医療の供給量も上昇してきている。

在宅療養支援診療所



在宅療養支援病院



出典: 保険局医療課調べ(平成24年7月1日時点)

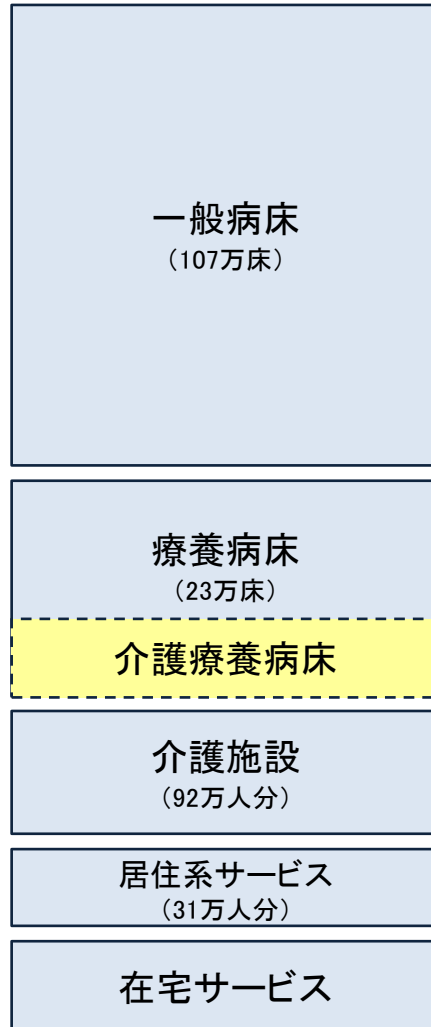
(注) 平成25年6月12日中央社会保険医療協議会提出資料を基に作成。

医療・介護機能の再編（将来像）

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



【取組の方向性】

○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

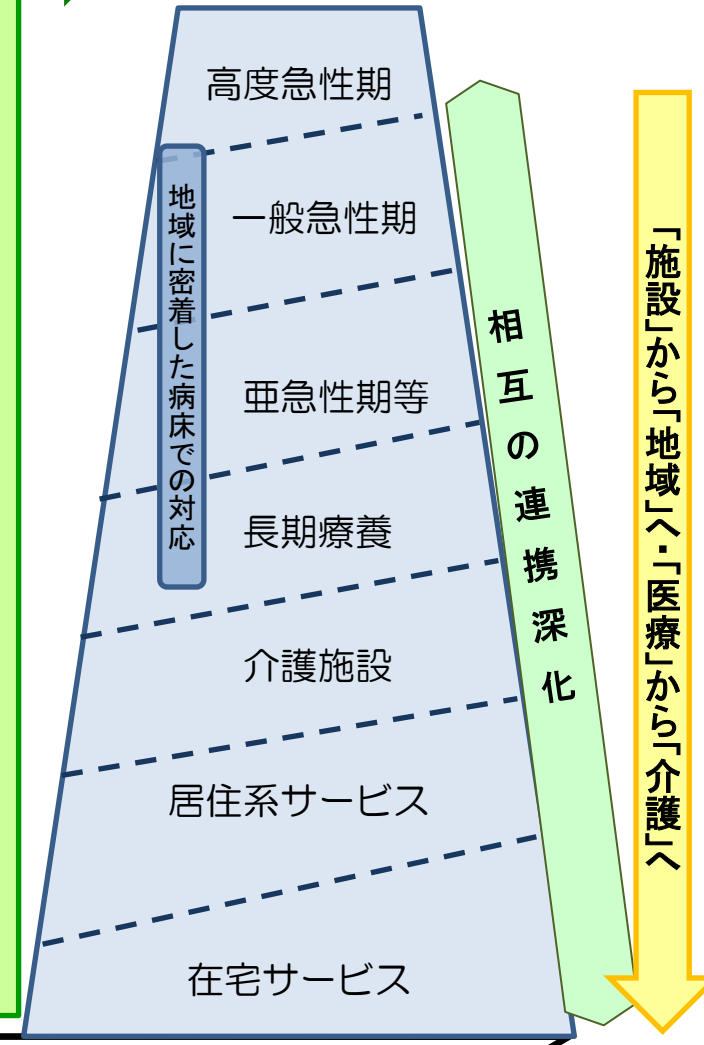
- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

■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)医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

今後、患者のニーズに応える形で入院医療から在宅医療へのシフトが見込まれる中、入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべきである。

■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。

一～二 (略)

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ (略)

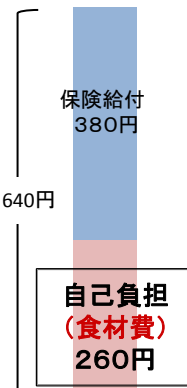
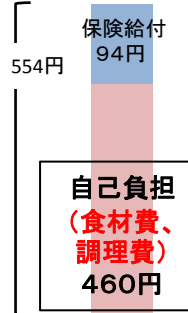
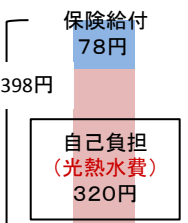
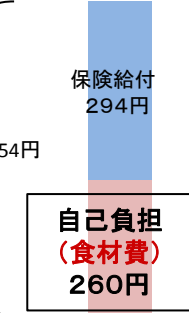
ロ 医療提供施設相互間の機能の分担を推進する観点からの外来に関する給付の見直し及び在宅療養との公平を確保する観点からの入院に関する給付の見直し

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。

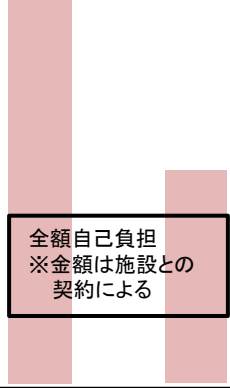
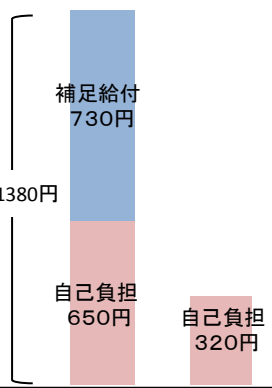
入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

- 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)		
 保険給付 380円 640円 自己負担 (食料費) 260円 別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担) (食費:1食) (居住費:1日)	 保険給付 94円 554円 自己負担 (食料費、調理費) 460円 (食費:1食) (居住費:1日)	 保険給付 78円 398円 自己負担 (光熱水費) 320円 (食費:1食) (居住費:1日)	 保険給付 294円 554円 自己負担 (食料費) 260円 (食費:1食) (居住費:1日)	 保険給付 398円 398円 (食費:1食) (居住費:1日)

(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)
 全額自己負担 ※金額は施設との契約による	 補足給付 730円 1380円 自己負担 650円 自己負担 320円
(食費:1食) (居住費:1日)	(食費:1食) (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。

※ 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320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

		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	入院時食事療養費 (一食260円)	入院時食事療養費 (一食260円)	入院時食事療養費 (一食260円)
	低所得	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
65歳以上	一般所得	入院時生活療養費(Ⅰ) (一食460円、居住費320円) 入院時生活療養費(Ⅱ) (一食420円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食260円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食260円)
	低所得Ⅱ	入院時生活療養費 (一食210円、居住費320円)	入院時生活療養費 (一食210円、居住費0円) ※90日超で、一食160円	入院時食事療養費 (一食210円) ※90日超で、一食160円
	低所得Ⅰ (70歳以上のみ)	入院時生活療養費 (一食130円、居住費320円) ※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	入院時生活療養費 (一食100円、居住費0円)	入院時食事療養費 (一食100円)

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

～昭和46年	○ 療養の給付(診療報酬) ・ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
昭和47年 ～ 平成5年	○ 療養の給付(診療報酬) ・ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
平成6年 ～ 平成17年	○ 入院時食事療養費制度の創設 ・ 入院時の食事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
平成18年～	○ 入院時生活療養費制度の創設 ・ 療養病床が、介護療養病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材費＋調理費相当額)及び居住費(光熱水費相当額)を自己負担化

平成26年7月7日 社会保障審議会医療保険部会での主な意見

- 入院中の食事は治療の一環であり、基本的にはこれ以上の自己負担は増やすべきではないのではないか。今後、議論を進めていく場合には、治療食を必要とされる患者と低所得者への配慮が必要ではないか。
- 長期入院の患者は、自己負担を引き上げる方向で考え、食材費に加え、調理費も自己負担をすべきではないか。また、療養病床は医療区分によって自己負担が異なるが、医療区分2及び3は、医療区分1と同等の自己負担に引き上げるべきではないか。
- 65歳以上の療養病床の入院患者が他の患者よりも自己負担が高くなることは、説明ができないのではないか。

入院時食事療養費・入院時生活療養費の見直しの論点

- 現行の入院時食事療養費は、家計調査から算出した食材費相当額を自己負担としている。一方、在宅療養では、食材費のほか、調理に係る費用等も負担していると考えられる。
- また、現行の入院時生活療養費は、療養病床に入院する65歳以上の者（医療区分Ⅱ・Ⅲの者を除く。）に対して、食材費及び調理費として一食当たり460円の自己負担としているが、一方で、入院時食事療養費は、食材費として一食当たり260円の自己負担としている。
- 以上の点を踏まえ、入院医療と在宅療養との公平、及び若年層と高齢者層との公平を図る観点から、入院時食事療養費・生活療養費を見直すこととしてはどうか。
- 見直すとした場合、低所得者等どのような者に対する配慮が必要か。

参考資料

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21年	約4,770億円	約360億円	約210億円	約70億円	約1,600億円	約2,530億円
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

※出典 医療経済実態調査(厚生労働省)

特別食加算について

入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において(※1)、患者の病状等に対応して医師の発行する食事せんに基づき、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準」(平成6年厚生省告示第238条)の第2号に示された特別食(※2)が提供された場合、1食単位で1日3食を限度として算定されるもの(※3)。

入院時食事療養(Ⅰ)の30.4%、入院時生活療養(Ⅱ)の38.7%について、特別食加算がされている。
(平成25年社会医療診療行為別調査)。

※1 食事の提供が、①当該保険医療機関単位で、②管理栄養士又は栄養士によって、③適時・適温で行われていること等が要件(地方厚生局への届出が必要)。

※2 「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準」第2号に示された特別食
→治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づいて提供される患者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食、無菌食及び特別な場合の検査食をいう(単なる流動食及び軟食を除く)。

①治療食・・・腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脂質異常症食、痛風食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食及び治療乳

②無菌食・・・無菌治療室管理加算を算定している患者が対象

③特別な場合の検査食・・・潜血食(便潜血検査の前に行われるもの)

※3 「特別食加算のある場合の入院時食事療養の基準額(1食)」
＝640円(入院時食事療養(Ⅰ)の基準額)＋76円(特別食加算)＝716円

後期高齢者の保険料軽減特例について

後期高齢者の保険料軽減特例について【現行】

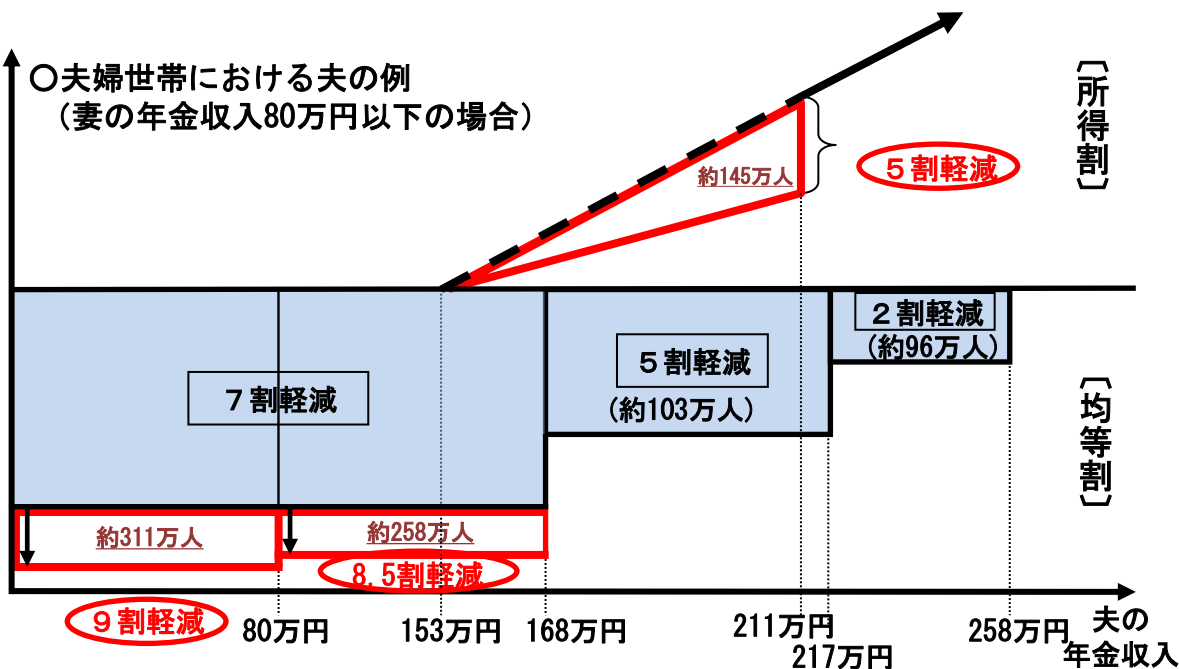
- 後期高齢者医療制度では、世帯の所得に応じた保険料軽減が設けられている。(政令本則)
 - ①低所得者の均等割7、5、2割軽減(国保と同じ)
 - ②被用者保険の被扶養者であった者(元被扶養者)の軽減(均等割5割軽減、所得割賦課せず。2年限り)
- 制度施行に当たり、激変緩和の観点から、平成20年度以降毎年度、予算により次の特例措置を実施している。
 - ①低所得者の更なる保険料軽減(均等割9・8.5割軽減、所得割5割軽減) 【平成26年度予算 合計811億円】
 - ②元被扶養者の更なる保険料軽減(均等割9割軽減、期限なし) (対象者: 低所得者 約714万人*、元被扶養者 約174万人)

*うち約23万人は所得割と均等割の軽減が重複している方

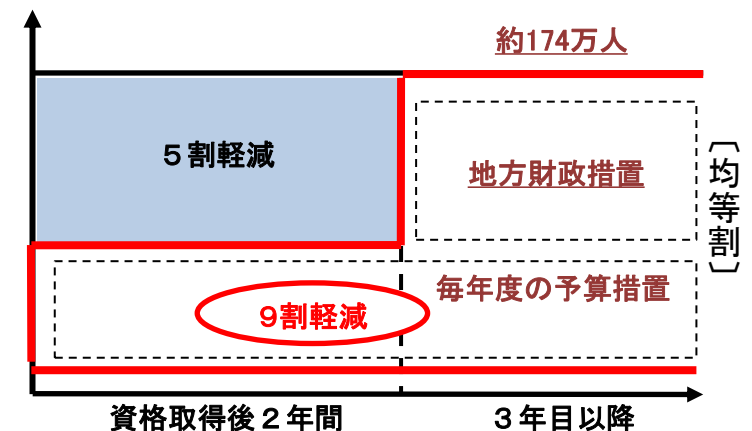
※経済財政運営と改革の基本方針2014(抄)(平成26年6月24日閣議決定)

後期高齢者医療の保険料軽減特例措置について、段階的な見直しを進めること(略)について検討する。

【低所得者の軽減】



【元被扶養者の軽減】



※制度上の軽減は75歳到達から2年間限りとされているが、特例措置により、期限なしで軽減されている(政令附則)。

※数値は、平成26年度予算ベース。

※均等割5割・2割軽減については、平成26年4月から軽減対象を拡大している。

後期高齢者の保険料軽減特例の経緯

平成20年度 後期高齢者医療制度施行

- ・【低所得者】所得割 5 割軽減を実施
- ・【元被扶養者】保険料徴収を平成20年 9 月まで（6 ヶ月間）凍結

平成20年10月

- ・【低所得者】均等割 7 割軽減世帯の保険料徴収をしない措置を実施
（→これにより、7 割軽減世帯は年間を通じて8.5割軽減となる）
- ・【元被扶養者】平成21年 3 月まで（6 ヶ月間）均等割 9 割軽減

平成21年度

- ・【低所得者】均等割8.5割軽減を継続、新たに均等割 9 割軽減を実施
所得割 5 割軽減を継続
- ・【元被扶養者】均等割 9 割軽減を継続

平成22年度～

- ・【低所得者】 【元被扶養者】毎年度、特例措置を継続

平成26年度

- ・【低所得者】均等割 2 割・5 割軽減の対象を拡大（特例措置でなく本則により実施）

後期高齢者医療制度の保険料軽減対象の拡大

平成26年4月から実施

○ 後期高齢者に対する保険料軽減の対象を拡大する。(世帯の所得で判定)※【】内は夫婦世帯、妻の年金収入80万円以下の夫の例

① 2割軽減の拡大… 軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約50万人)

(現行) 基準額 33万円+35万円×被保険者数 【年金収入 238万円以下】

(改正後) 基準額 33万円+45万円×被保険者数 【年金収入 258万円以下】

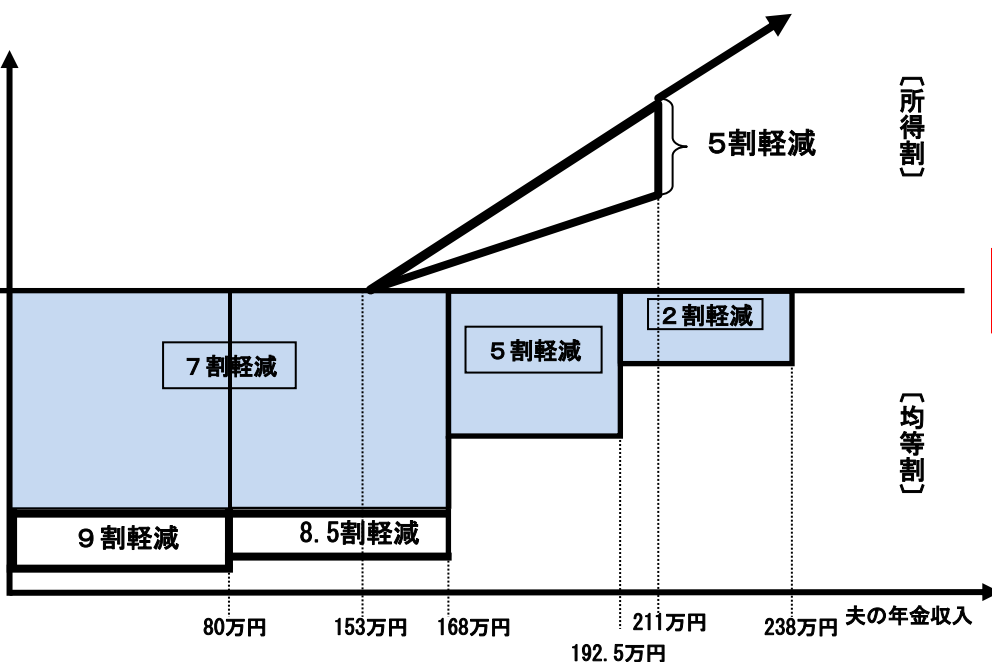
② 5割軽減の拡大… 現在、二人世帯以上が対象であるが、単身世帯についても対象とするとともに、軽減対象となる所得基準額を引き上げる。(対象者約60万人)

(現行) 基準額 33万円+24.5万円×(被保険者数-世帯主) 【年金収入 192.5万円以下】

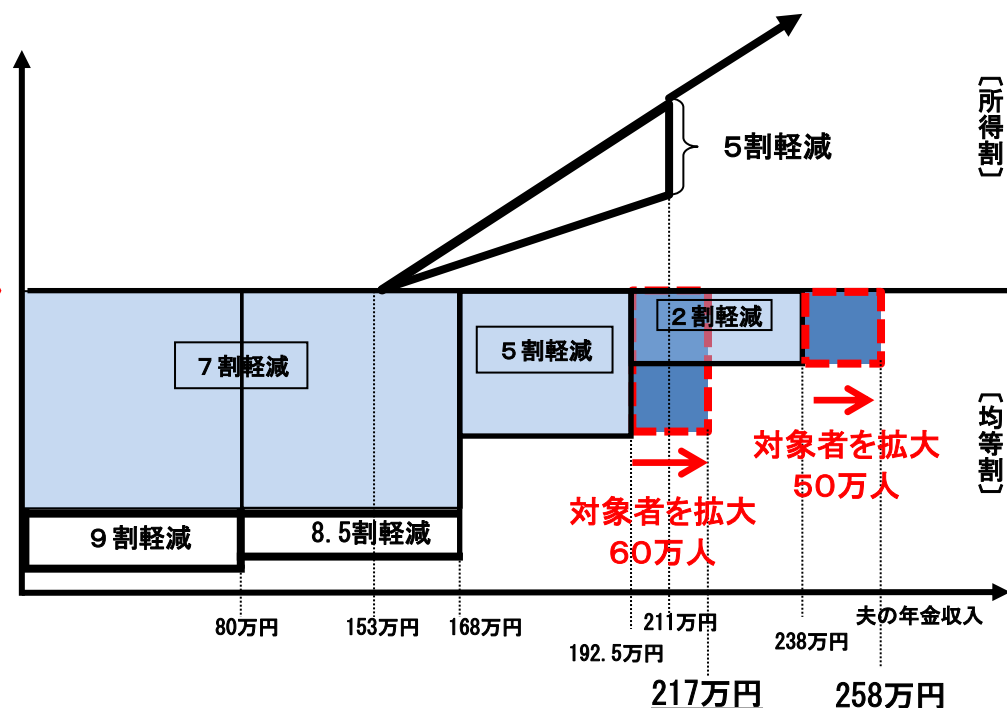
(改正後) 基準額 33万円+24.5万円×被保険者数 【年金収入 217万円以下】

※基準額は、いずれも国保と同じ。

【現行制度】



【改正後】



※夫婦世帯における夫の年金収入の例(妻の年金収入80万円以下の場合)

※対象者数は平成26年度推計。

※太枠は予算措置による保険料軽減特例措置(均等割9割・8.5割軽減、所得割5割軽減)。

後期高齢者医療制度の保険料の状況

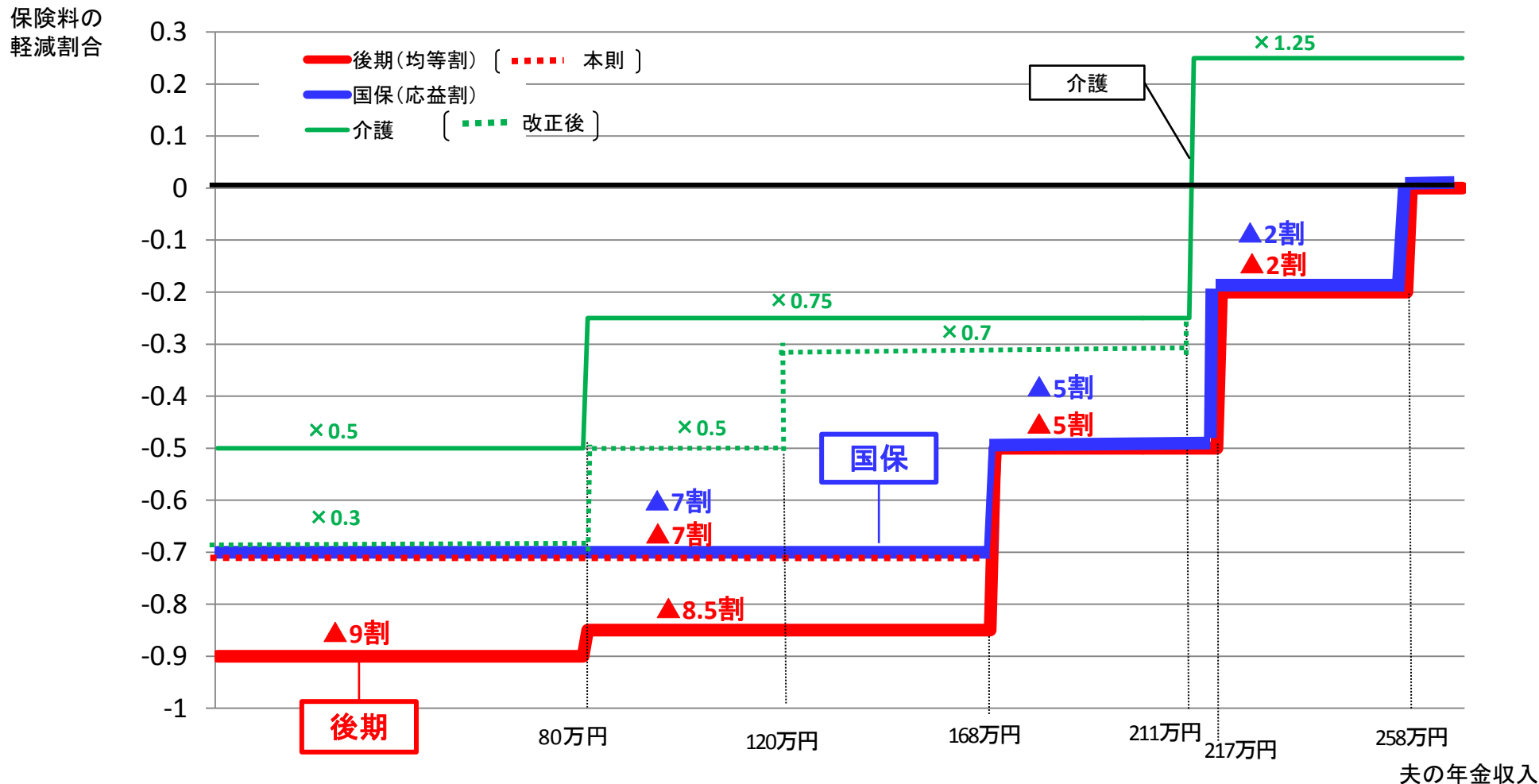
単身世帯					
年金 収入	後期高齢者医療				国保
	一般被保険者		元被扶養者		
	特例	本則	特例	本則(制度加入から2年間)	
80万円	＜均等割9割軽減＞ 370円(0.56%)	＜均等割7割軽減＞ 1,120円(1.69%)	＜均等割9割軽減＞ 370円(0.56%)	＜均等割7割軽減＞ 1,120円(1.69%)	＜応益割7割軽減＞ 2,650円(3.97%)
150万円	＜均等割8.5軽減＞ 560円(0.45%)	＜均等割7割軽減＞ 1,120円(0.90%)	＜均等割9割軽減＞ 370円(0.30%)	＜均等割7割軽減＞ 1,120円(0.90%)	＜応益割7割軽減＞ 2,650円(2.12%)
200万円	＜均等割2割・ 所得割5割軽減＞ 4,740円(2.84%)	＜均等割2割軽減＞ 6,480円(3.89%)	＜均等割9割・所得割10割軽減＞ 370円(0.22%)	＜均等割5割・所得割10割軽減＞ 1,870円(1.12%)	＜応益割2割軽減＞ 8,020円(4.81%)
250万円	＜軽減なし＞ 10,930円(5.24%)		＜均等割9割・所得割10割軽減＞ 370円(0.18%)	＜均等割5割・所得割10割軽減＞ 1,870円(0.90%)	＜軽減なし＞ 12,250円(5.88%)

夫婦世帯(妻の年金収入80万円以下の夫の例)		後期高齢者医療				国保
夫の年金収入	一般被保険者		妻が元被扶養者の場合			
	特例	本則	特例	本則(制度加入から2年間)		
80万円	＜均等割9割軽減(夫妻)＞ 740円 夫370円 妻370円	＜均等割7割軽減(夫妻)＞ 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	＜均等割9割軽減(夫妻)＞ 740円 夫370円 妻370円	＜均等割7割軽減(夫妻)＞ 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	＜応益割7割軽減＞ 3,330円	
150万円	＜均等割8.5割軽減(夫妻)＞ 1,120円 夫560円 妻560円	＜均等割7割軽減(夫妻)＞ 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	＜均等割8.5割(夫)、9割軽減(妻)＞ 930円 夫560円 妻370円	＜均等割7割軽減(夫妻)＞ 2,240円 夫1,120円 妻1,120円	＜応益割7割軽減＞ 3,330円	
200万円	＜均等割5割軽減(夫妻)・ 所得割5割軽減(夫)＞ 5,480円 夫3,610円 妻1,870円	＜均等割5割軽減(夫妻)＞ 7,220円 夫5,350円 妻1,870円	＜均等割5割(夫)、9割(妻)・ 所得割5割軽減(夫)＞ 3,980円 夫3,610円 妻370円	＜均等割5割(夫)、5割軽減(妻)＞ 7,220円 夫5,350円 妻1,870円	＜応益割5割軽減＞ 7,820円	
250万円	＜均等割2割軽減(夫妻)＞ 13,180円 夫10,180円 妻3,000円		＜均等割2割(夫)・9割軽減(妻)＞ 10,550円 夫10,180円 妻370円	＜均等割2割(夫)・5割軽減(妻)＞ 12,050円 夫10,180円 妻1,870円	＜応益割2割軽減＞ 13,180円	

※ () 内は年金収入に占める保険料負担割合、＜＞内は保険料軽減割合。
 ※後期高齢者医療保険料は、平成26・27年度全国平均保険料率(均等割44,980円、所得割率8.88%)により算出。
 ※国民健康保険料は、四方式(旧ただし書き所得ベース)の平成23年全国平均保険料率により算出。国民健康保険料資産割額は、年収にかかわらず全国平均年額15,667円として算出。

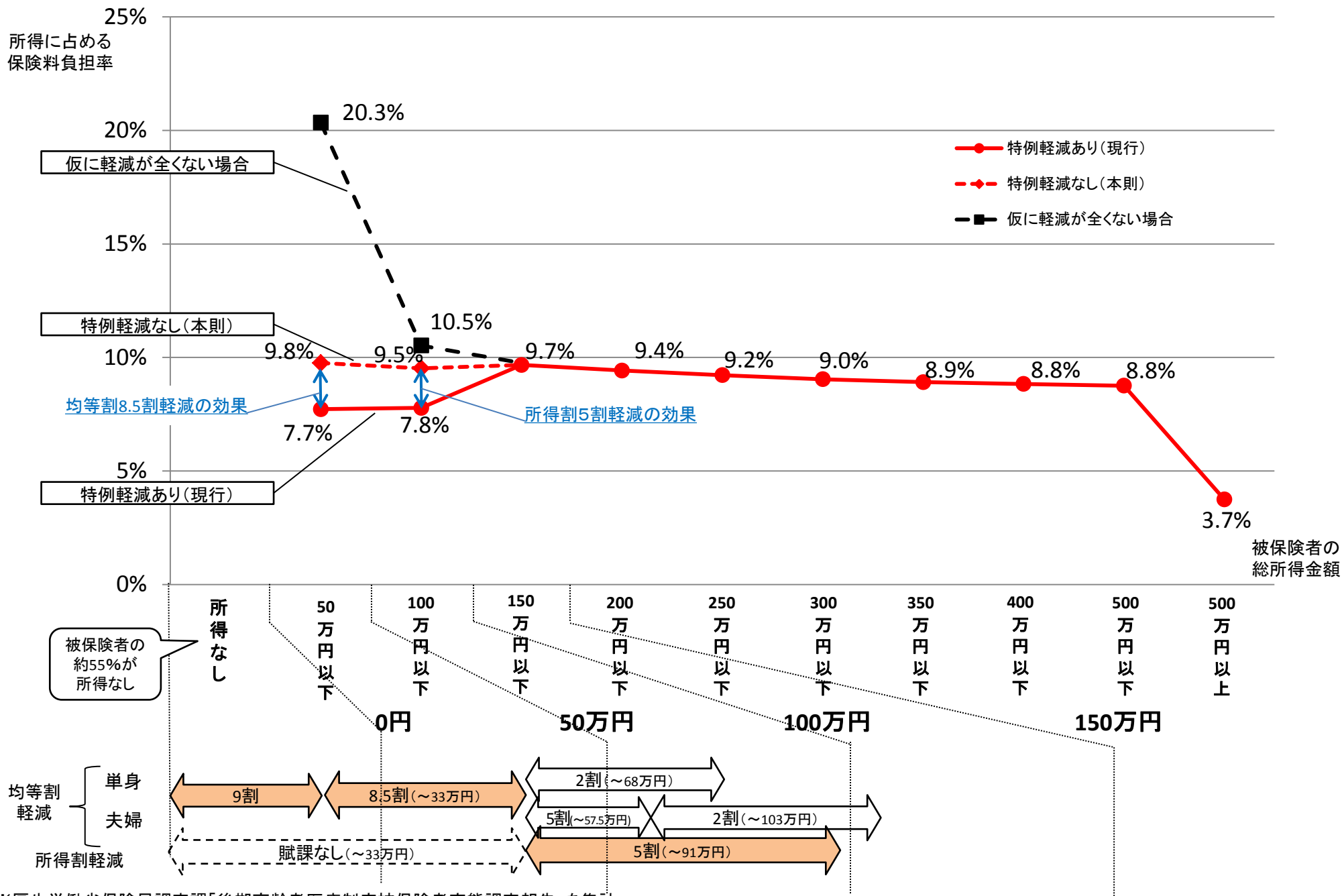
後期・国保・介護保険の保険料軽減割合

○夫婦世帯における夫の例(妻の年金収入80万円以下の場合)



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

所得に対する保険料負担率（平成25年度）

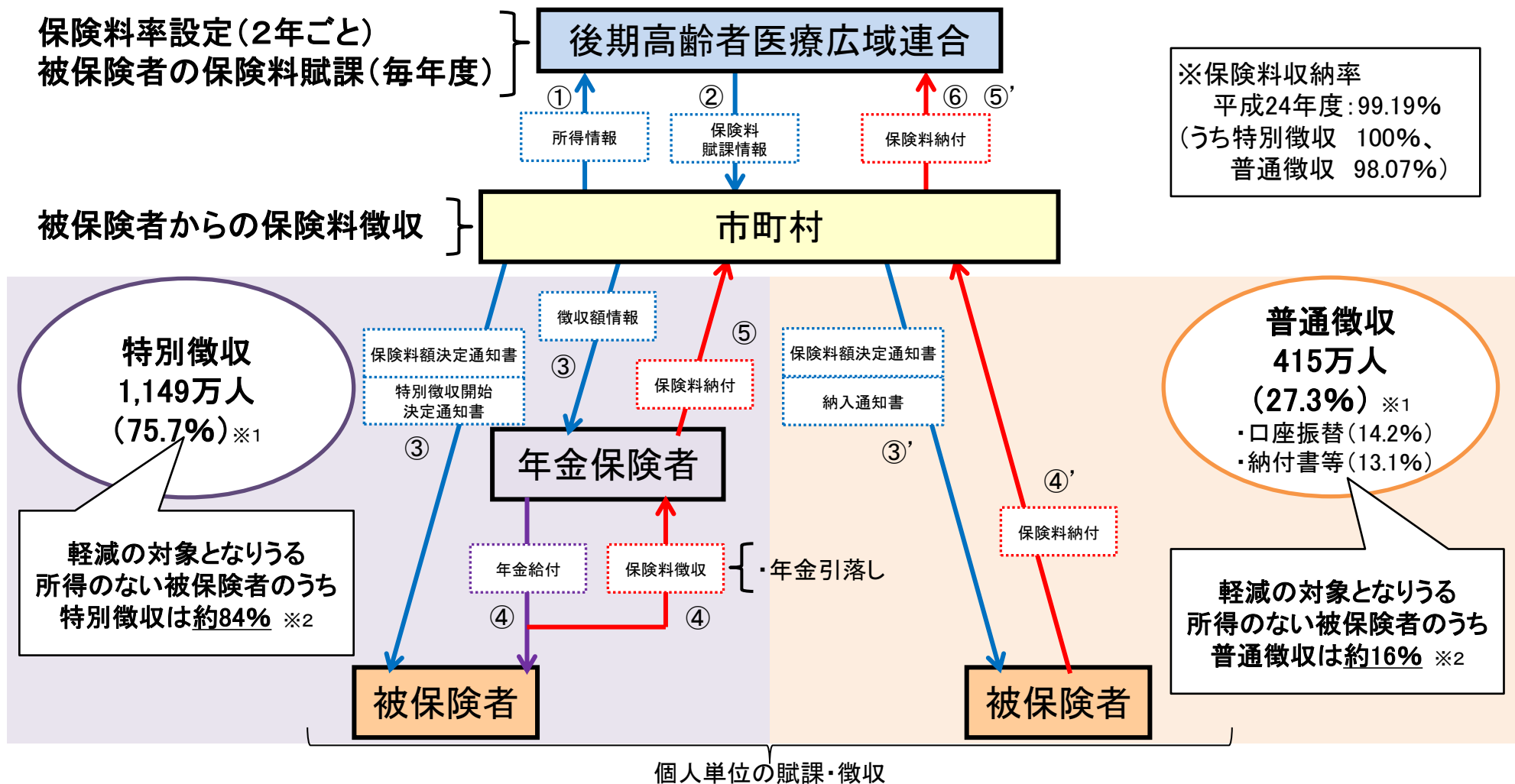


※厚生労働省保険局調査課「後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告」を集計。
 ※所得は、給与所得控除や公的年金等控除後の所得総額(基礎控除前)。

後期高齢者医療保険料の賦課・徴収の流れ

- 後期高齢者医療の保険料の賦課は、毎年度、後期高齢者医療広域連合が行う(被保険者個人単位)。
- 被保険者からの保険料の徴収は市町村が担い、徴収した保険料を広域連合に納付する。

※ 保険料の徴収方法は原則年金から控除(特別徴収)であり、口座振替(普通徴収)を選択することも可能であるが、多くの被保険者(75.7%)が特別徴収により納付をしている。
 ※ 特別徴収額は法令上年度途中(10月以降)での変更ができない。仮に年度途中(10月以降)に保険料が増額となった場合、特別徴収を選択している方は増額分を普通徴収で支払うことになる。



※ (特別徴収の要件) ①公的年金の年額が18万以上であり、かつ、②介護保険料と合算した保険料額が年金額の1/2を超えない方

※1 特別徴収、普通徴収の人数は、平成25年3月末現在。特別徴収と普通徴収の併用者を含む。()は被保険者数に対する割合。

※2 所得のない被保険者の徴収割合は、平成25年度後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告に基づく。所得は、収入から必要経費等を差し引く等して得られた所得(基礎控除前)であり、「所得のない被保険者」は所得額が0の被保険者であって、必ずしも収入額がないということではないことに留意が必要である。

後期高齢者の保険料特例軽減に係る論点

- 制度創設時に特例的に実施された低所得者や元被扶養者の保険料特例軽減について、世代間・世代内の公平性の観点から、見直すべきではないか。
- 見直す場合、対象となる高齢者の方々に不安が生じないための配慮が必要であり、また、後期高齢者医療広域連合や市区町村における被保険者への周知など、現場で混乱が生じないことに留意し、特例軽減をいつからどのように見直すことが適当か。
- また、高齢者の方々への急な負担増とならないよう、段階的に見直すべきではないか。

高齢者の自己負担について

医療保険部会における高齢者の自己負担等に関する意見について

(医療保険制度改革の主な論点(平成26年10月6日)・社会保障審議会医療保険部会での主な意見(平成26年8月8日)抜粋)

- 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。
- 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。
- 被用者保険全体の拠出金の伸び率は、後期高齢者の保険料の伸び率を大きく上回っている。高齢者の保険料負担率の見直しについて、現役世代の負担の引上げは慎重に検討すべきではないか。
- 高齢者には、所得が高い者と低い者の両方の立場がある、ということを踏まえた議論が必要。

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12月13日公布・施行)

第4条 政府は、高齢化の進展、高度な医療の普及等による医療費の増大が見込まれる中で、医療保険各法による医療保険制度及び高齢者医療確保法による後期高齢者医療制度に原則として全ての国民が加入する仕組みを維持することを旨として、医療制度について、この条に定めるところにより、必要な改革を行うものとする。

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・二 (略)

三 医療保険の保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等についての次に掲げる事項

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せた負担能力に応じた負担を求める観点からの高額療養費の見直し

ロ (略)

8 政府は、前項の措置を平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

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

経済財政運営と改革の基本方針2014 (抄)

(平成26年6月24日閣議決定)

(保険者機能の強化と予防・健康管理の取組)

保険料負担については、世代間・世代内での公平を図る必要がある。後期高齢者医療の支援金について、被用者保険者間で負担能力に応じた負担とすることを検討する。加えて、後期高齢者医療の保険料軽減特例措置について段階的に見直しを進めることや、医療保険制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに現役世代との均衡を図る観点から、高齢者の患者負担について更に負担能力に応じた負担とすることについて検討する。

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

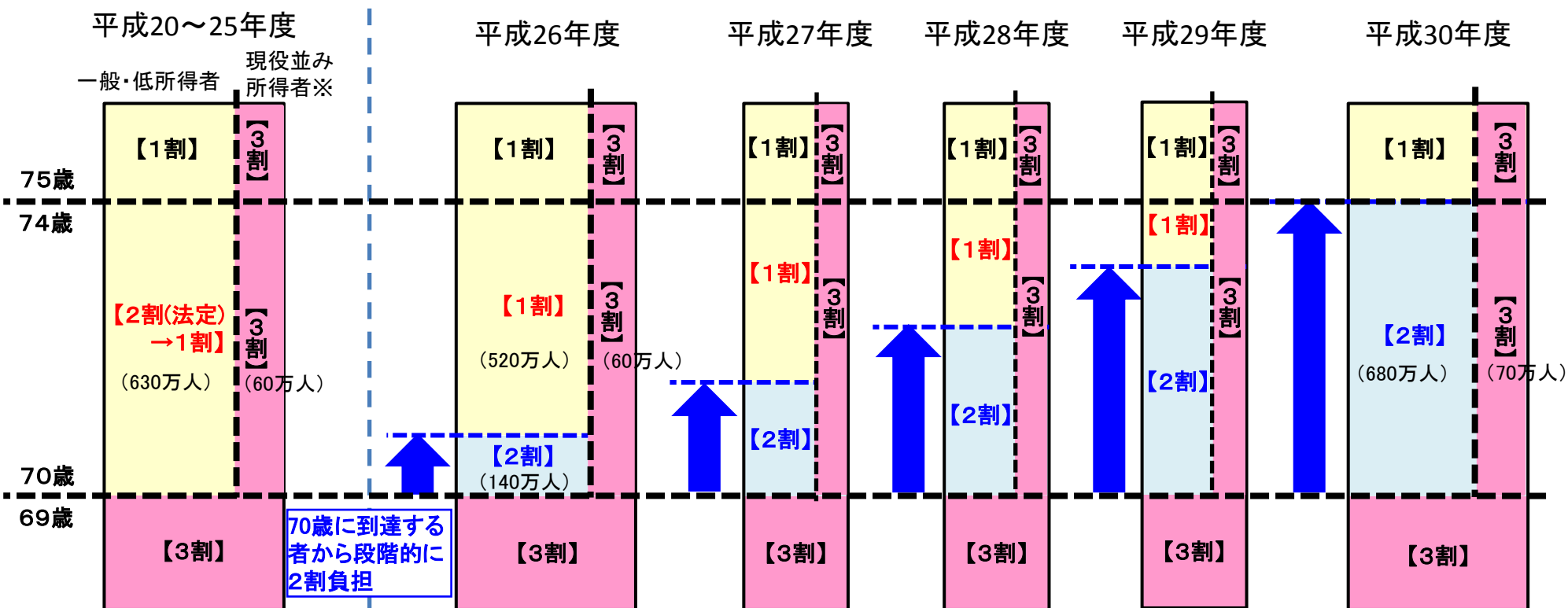
～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～	
老人医療費 支給制度前		高 齢 者	老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度								75歳以上	後期高齢者 医療制度			
国保	3割		なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割負担 (現役並み所得者3割)	1割負担 (現役並み所得者3割)								
被用者本人	定額負担									70～74歳	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに70歳に達している者は1割 (平成26年4月以降70歳になる者から2割)						
被用者家族	5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))				3割 薬剤一部負担の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)				
			被用者本人	定額 →1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担												
			被用者家族	3割(S48～) 入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))												

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

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26年度当初予算 1,806億円 (平成24年度補正予算(平成25年度分)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

※ 人数は各年度末時点の推計

年齢階級別の自己負担の状況

- 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)		92.0万円	7.5万円	8.2%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	56.2万円	7.4万円	13.1%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	8.0%
65～69歳(3割)		42.2万円	9.0万円	21.4%
20～64歳(3割)		17.3万円	3.9万円	22.4%

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)		171万円	7.5万円	4.4%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	210万円	7.4万円	3.5%
	1割凍結 (現役並み所得3割)		4.5万円	2.1%
65～69歳(3割)		228万円	9.0万円	4.0%
20～64歳(3割)		279万円	3.9万円	1.4%

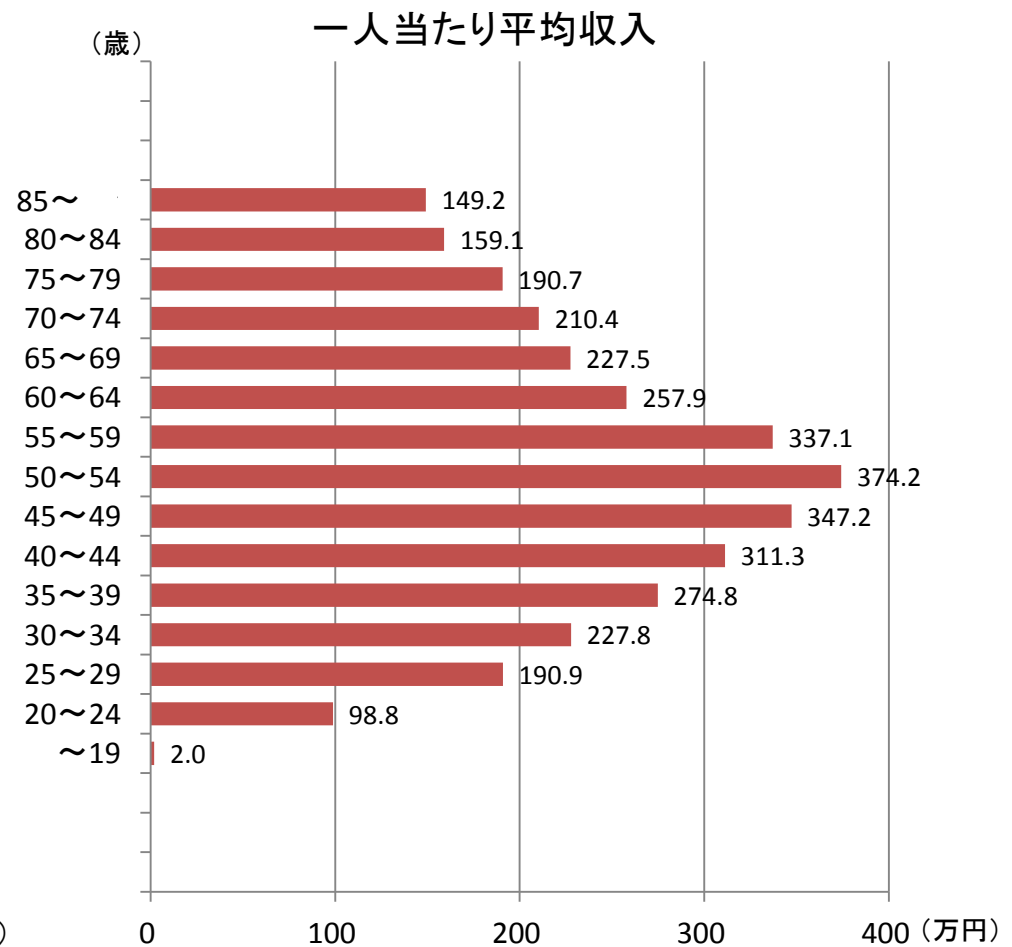
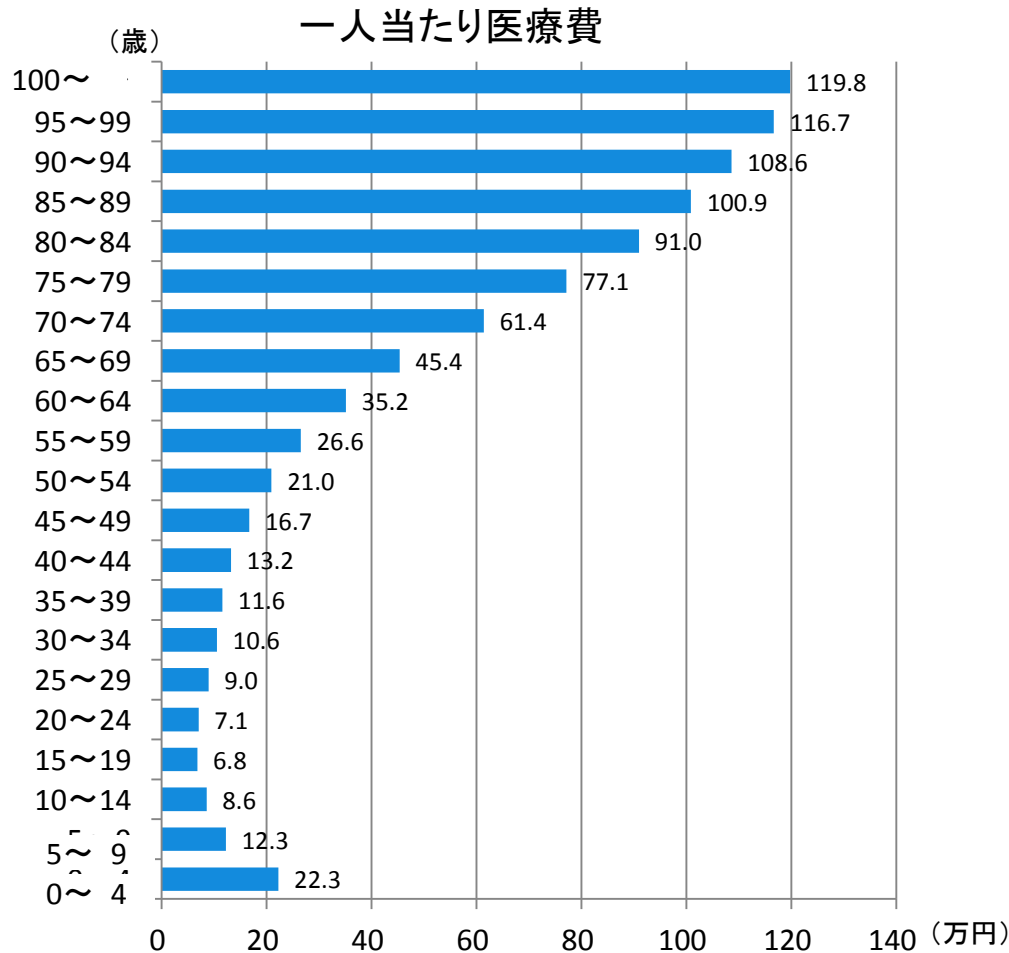
※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※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23年度の値。

※3 平均収入額は、平成24年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成23年の数値。

年齢階級別の1人当たり医療費及び平均収入について

- 一人当たり医療費は高齢になるほど上昇。
- 75歳以上で国民医療費の約34%を占める。
- 一方で、一人当たり平均収入は50～54歳をピークに、高齢になるほど減少。



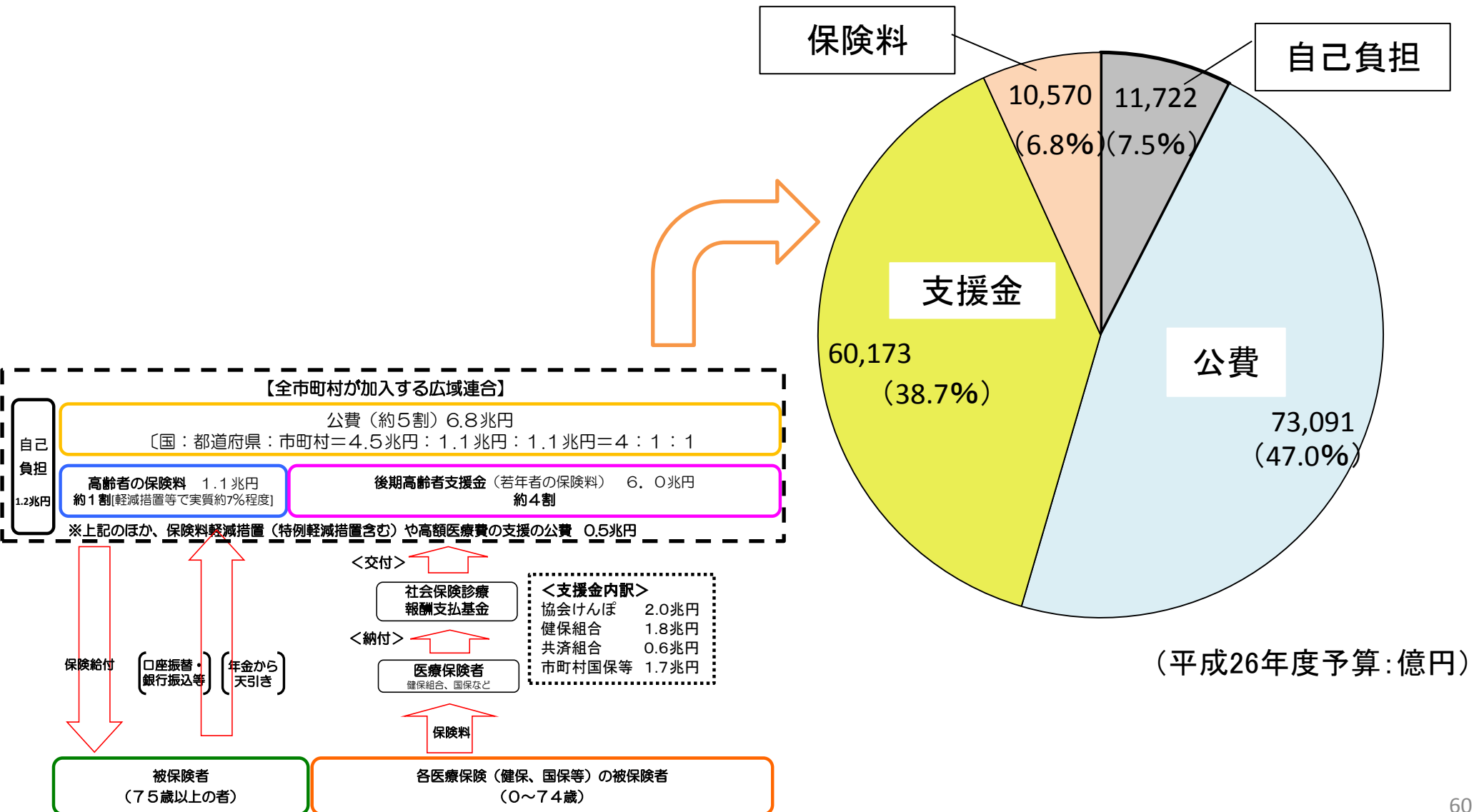
※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成23年度の値。

※ 75歳以上の医療費が占める割合は、平成23年度の数値(医療保険に関する基礎資料)

※ 平均収入額は、平成24年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成23年の数値。

後期高齢者医療の財源構造

○ 後期高齢者の負担(自己負担と保険料)は、医療費(約15.6兆円)のうち、約14%を占める。(約2.2兆円)。



高額療養費制度の概要

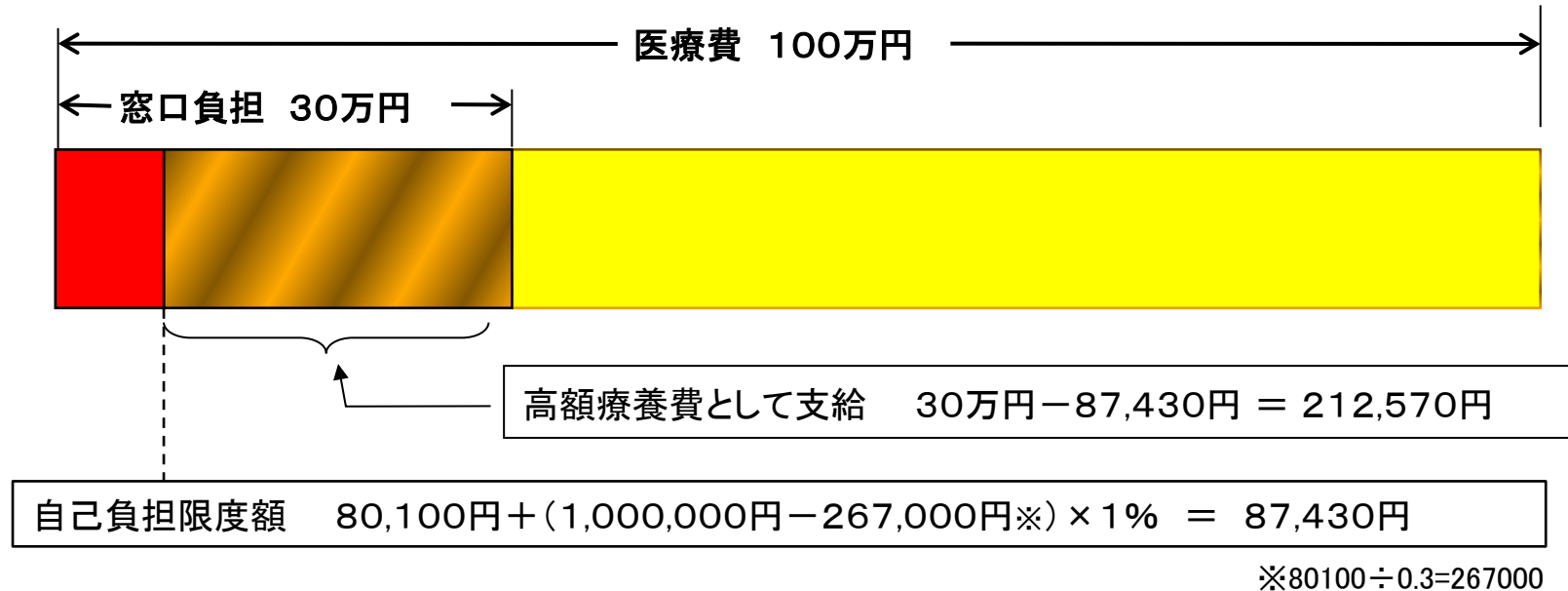
- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものにならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。

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

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

- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（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。

自己負担割合及び高額療養費自己負担限度額(現行)

(平成27年1月～)

70歳未満		負担割合	月単位の上限額(円)	
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	3割	252,600+ (医療費－842,000)×1% ＜多数回該当：140,100＞	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+ (医療費－558,000)×1% ＜多数回該当：93,000＞	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+ (医療費－267,000)×1% ＜多数回該当：44,400＞	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 ＜多数回該当：44,400＞	
	住民税非課税		35,400 ＜多数回該当：24,600＞	
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：課税所得145万以上	負担割合	外来(個人ごと)	80,100+ (総医療費－267,000)×1% ＜多数回：44,400＞
		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			24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)		8,000	15,000
75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	負担割合	外来(個人ごと)	80,100+ (総医療費－267,000)×1% ＜多数回：44,400＞
		3割	44,400	
	一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(※1)	1割	12,000	44,400
	住民税非課税			24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)		8,000	15,000

※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。

※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。

高齢者の高額療養費の自己負担限度額の考え方

[70歳以上]

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

※過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当

所得区分要件・限度額設定の考え方

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

高額療養費の支給状況

- 75歳以上の者に支給される高額療養費の加入者一人当たり支給額やその割合は、75歳未満と比較して 高い傾向にあると考えられる。
- また、75歳未満の者は75歳以上と比較し、一件当たりの支給額が高い。

	加入者数(①) (千人)	支給件数(千件)						支給金額 (④) (億円)	加入者一人当たり支給額 (④／①) (円)	一件当たり支給額 (④／③) (円)	支給割合※1 (②／①) (%)
		月平均(②)※1			年間(③)						
		現物 給付	現金 給付	計	現物 給付	現金 給付	計				
75歳以上	14,905	927	1,567	2,494	11,127	18,805	29,933	5,113	34,304	17,082	16.7
75歳未満	111,775	1,199	548	1,747	14,391	6,577	20,968	16,374	14,649	78,087	1.6

※1 支給件数は、機械的に、平成24年度のものを12で除して月平均としている。現物給付と現金給付の両方とも支給されている者が存在するため、必ずしも件数が支給者数とは一致しない。

※2 各制度の事業年報等をもとに作成した平成24年度の実績。

後期高齢者医療制度の負担区分別被保険者数

※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＞	101 (6.8%)
一 般		1割負担	12,000円	44,400円	810 (54.3%)
低所得者	住民税 非課税		8,000円	24,600円	303 (20.4%)
	住民税 非課税 (所得が 一定以下)			15,000円	276 (18.5%)
被保険者計					1,491

※厚生労働省保険局「平成24年度後期高齢者医療事業年報」

高齢者の自己負担に係る論点

- 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などから、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・自己負担であり、今後、医療費の増加が見込まれるなかで、高齢者の負担をどう考えるか。
 - ・ 高齢者の負担能力に応じた負担
 - ・ 高齢者の生活への影響
 - ・ 適切な受診の確保といった視点を考慮すべきではないか。
- なお、高齢者の負担を考える場合には、自己負担や高額療養費の在り方だけではなく、高齢者の負担の一部である保険料に関する事項（高齢者負担率や財政安定化基金など）についても、併せて検討する必要があるのではないか。

参考資料

【医療保険制度の体系】

後期高齢者医療制度

約14兆円

- ・75歳以上
- ・約1,600万人
- ・保険者数: 47(広域連合)

75歳

前期高齢者財政調整制度(約1600万人)約6兆円(再掲)※3

65歳

国民健康保険

(市町村国保+国保組合)

- ・自営業者、年金生活者、
非正規雇用者等
- ・約3,800万人
- ・保険者数: 約1,900

約10兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約3,500万人
- ・保険者数: 1

約5兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約3,000万人
- ・保険者数: 約1,400

健保組合・共済等 約5兆円

共済組合

- ・公務員
- ・約900万人
- ・保険者数: 85

※1 加入者数・保険者数、金額は、平成26年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、経過措置として退職者医療(対象者約200万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1600万人)の内訳は、国保約1290万人、協会けんぽ約190万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

高齢者医療制度

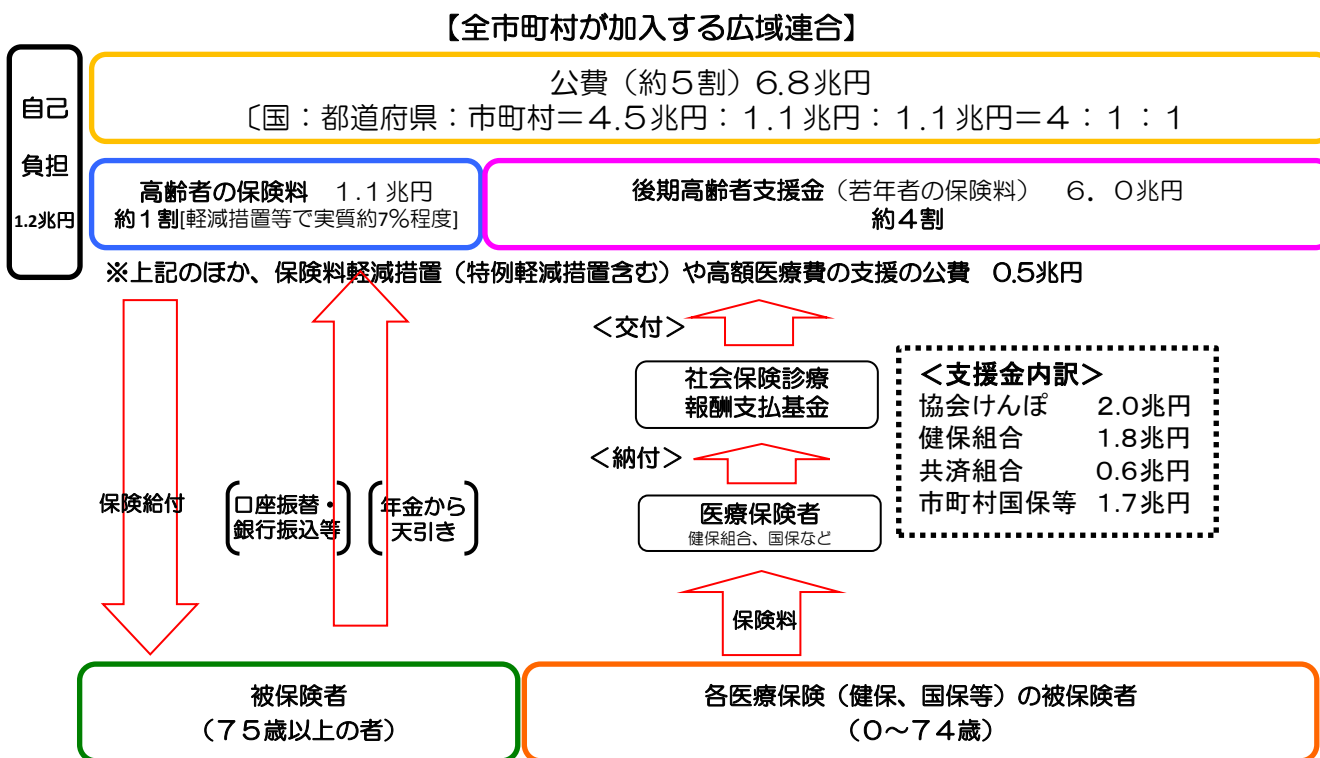
- 国保と被用者保険の二本立てで国民皆保険を実現しているが、所得が高く医療費の低い現役世代は被用者保険に多く加入する一方、退職して所得が下がり医療費が高い高齢期になると国保に加入するといった構造的な課題がある。このため、高齢者医療を社会全体で支える観点に立って、75歳以上について現役世代からの支援金と公費で約9割を賄うとともに、65歳～74歳について保険者間の財政調整を行う仕組みを設けている。
- 旧老人保健制度において「若人と高齢者の費用負担関係が不明確」といった批判があったことを踏まえ、75歳以上を対象とする制度を設け、世代間の負担の明確化等を図っている。

後期高齢者医療制度

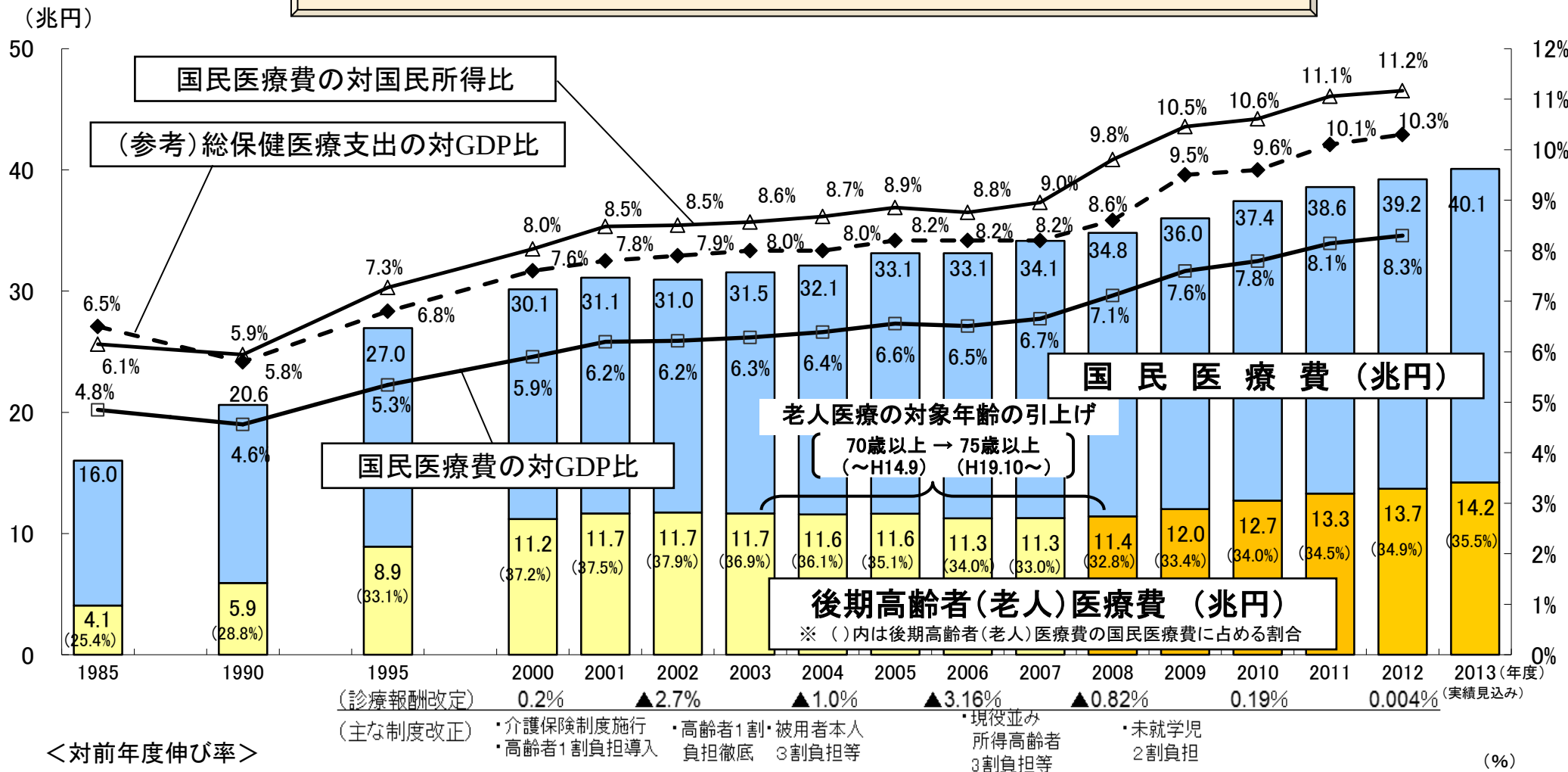
＜対象者数＞
75歳以上の高齢者 約1,600万人

＜後期高齢者医療費＞
15.6兆円（平成26年度予算ベース）
給付費 14.4兆円
自己負担 1.2兆円

＜保険料額（平成26・27年度見込）＞
全国平均 約5,670円／月
※ 基礎年金のみを受給されている方は
約370円／月



医療費の動向



	1985 (S60)	1990 (H2)	1995 (H7)	2000 (H12)	2001 (H13)	2002 (H14)	2003 (H15)	2004 (H16)	2005 (H17)	2006 (H18)	2007 (H19)	2008 (H20)	2009 (H21)	2010 (H22)	2011 (H23)	2012 (H24)	2013 (H25)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.7
国民所得	7.2	8.1	1.1	1.7	▲2.2	▲0.8	1.2	0.5	1.1	1.1	0.8	▲6.9	▲3.0	2.4	▲1.0	0.6	—
GDP	7.2	8.6	1.8	0.8	▲1.8	▲0.7	0.8	0.2	0.5	0.7	0.8	▲4.6	▲3.2	1.3	▲1.4	▲0.2	1.9

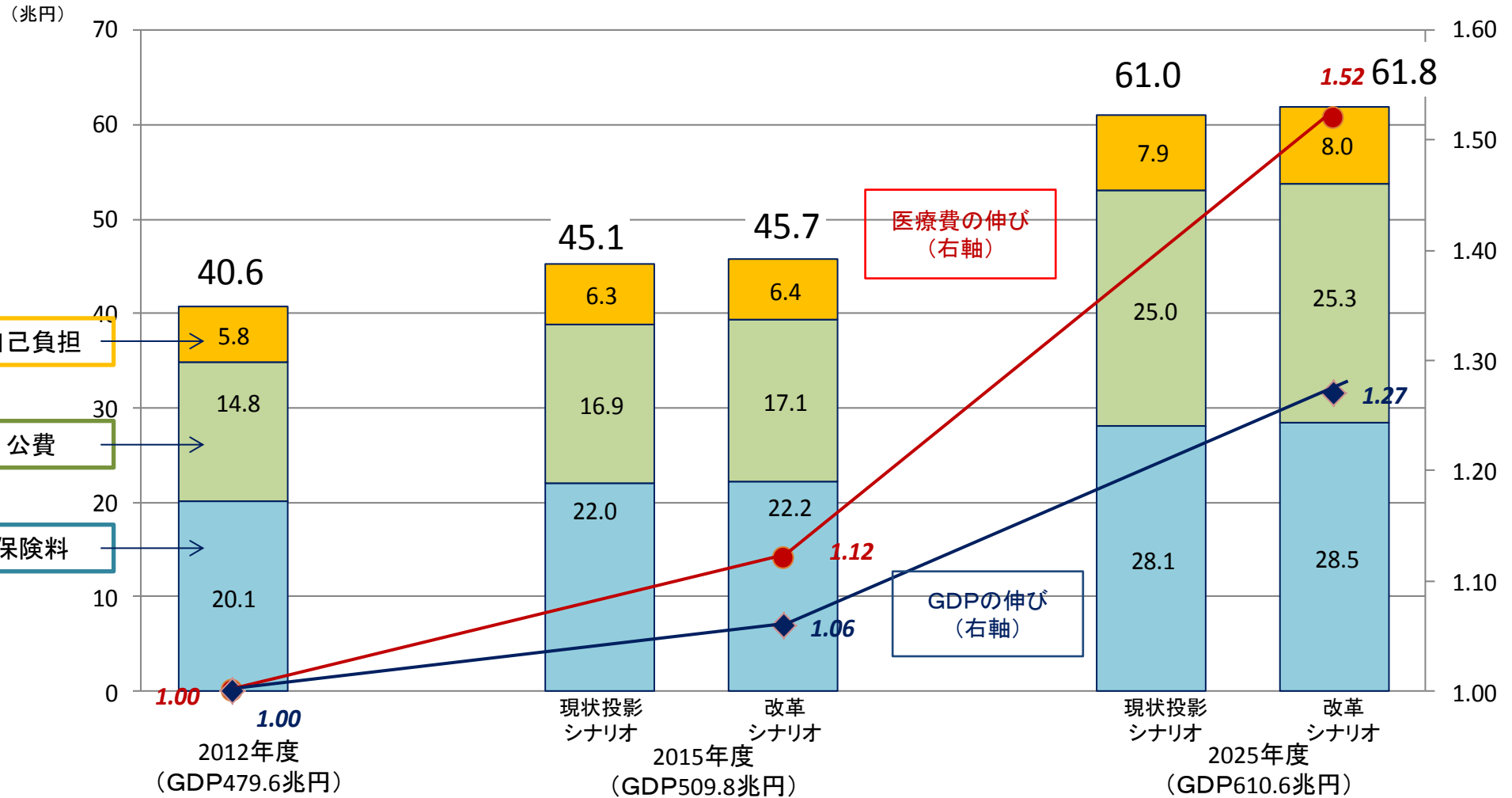
注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。総保健医療支出はOECD諸国の医療費を比較する際に使用される医療費で、予防サービスなども含んでおり、

国民医療費より範囲が広い。2012年のOECD加盟国の医療費の対GDP比の平均は9.3%

注2 2013年度の国民医療費(及び後期高齢者医療費。以下同じ。)は実績見込みである。2013年度分は、2012年度の国民医療費に2013年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

医療費の将来推計

- 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを上回って増大。
これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを上回って増大する見込み。特に公費の増大が著しい。
※医療費の額は、GDPの設定如何によって左右されるので、GDPの伸び（青線）に対する医療費の伸び（赤線）を重視するのが適当。



※1 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。

※2 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、
「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）

※3 「現状投影シナリオ」「改革シナリオ」いずれも、ケース①（医療の伸び率（人口増減や高齢化を除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合）

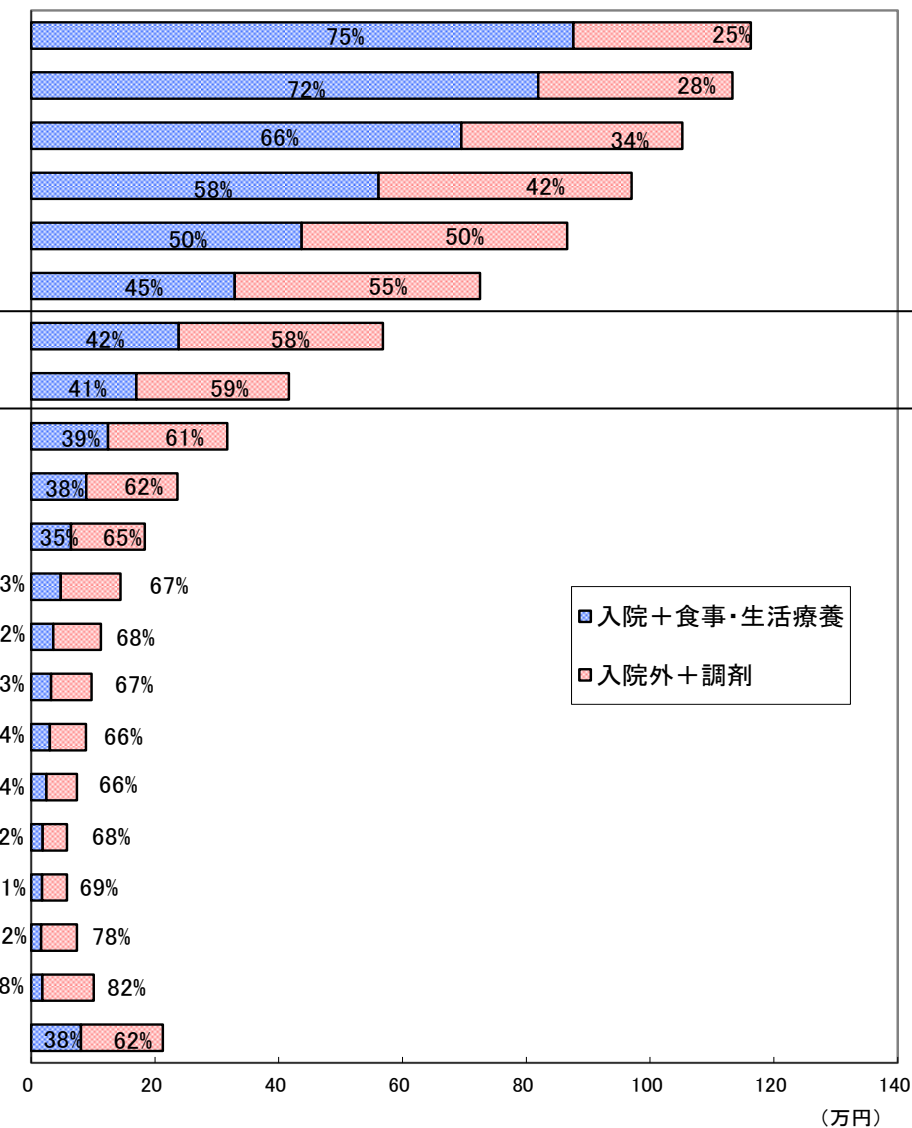
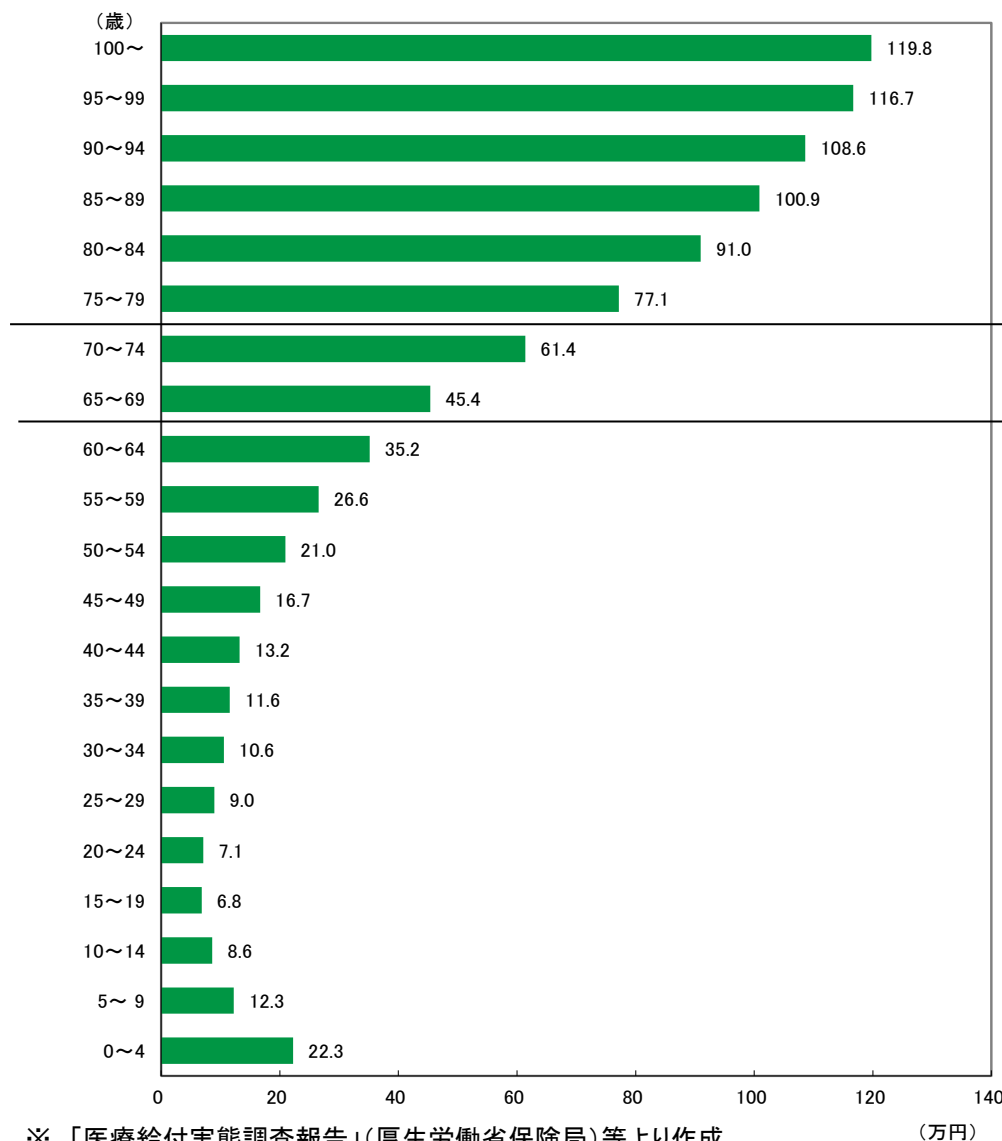
※4 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

年齢階級別1人当たり医療費(平成23年度)(医療保険制度分)

1人当たり医療費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、70歳代までは外来（入院外＋調剤）の割合が高いが、80歳代になると入院（入院＋食事療養）の割合が高くなる。

(医療費計)

(医科診療費)



医療保険制度別1人当たり医療費の推移

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
被用者保険	139,394円	142,788円	147,537円	151,018円
前年度比	+2.1%	+2.4%	+3.3%	+2.4%
国民健康保険	272,404円	280,413円	289,168円	298,905円
前年度比	+3.4%	+2.9%	+3.1%	+3.4%
後期高齢者医療	864,919円	885,340円	904,818円	919,544円
前年度比	▲0.7%	+2.4%	+2.2%	+1.6%
医療保険合計	256,054円	265,137円	275,157円	284,066円
前年度比	+1.9%	+3.5%	+3.8%	+3.2%

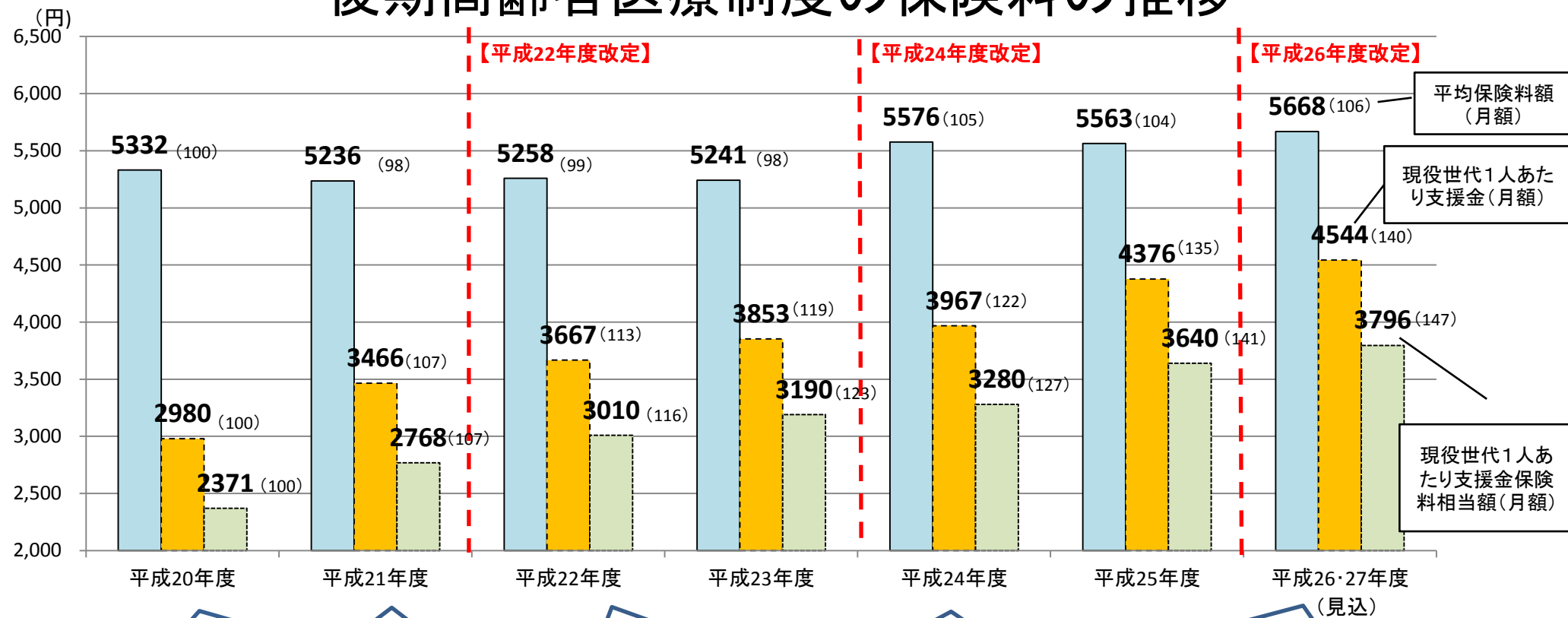
(出典) 保険局「医療保険に関する基礎資料」

※ 各制度の事業年報等を基に作成。

※ 数値は被保険者(70歳未満)、被扶養者(70歳未満)、70歳以上加入者の医療費総額を加入者総数で除したもの。

※ 医療費は、医療給付費に患者負担分及び公費負担医療制度併用時の公費負担分を含めたもの。

後期高齢者医療制度の保険料の推移



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

・低所得者に対する均等割9割軽減

・財政安定化基金から保険料上昇抑制のための交付特例 (法改正)

・賦課限度額 年50万円→55万円

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

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
1人当たり医療給付費	71.5万円 (100)	80.5万円 (103)	82.9万円 (106)	84.3万円 (108)	84.6万円 (108)	89.1万円 (114)	91.1万円 (117)
高齢者負担率	10.00%(100)		10.26%(103)		10.51%(105)		10.73%(107)

※ 平均保険料額は平成20～25年度は後期高齢者医療制度被保険者実態調査に基づく実績額、平成26・27年度は保険料改定時見込み。

※ 支援金は、平成20～24年度は確定賦課ベース、平成25年度は概算賦課ベース、平成26・27年度は平成26年度の概算賦課ベース。

※ 支援金保険料相当分は、支援金から国保及び協会けんぽへの定率の公費を控除したもの。平成20～24年度は確定賦課ベース、平成25・26年度は予算ベース。
(国保の低所得者に対する軽減分及び保険者支援制度分は考慮していない。)

※ 支援金、支援金保険料相当分及び1人当たり医療給付費の伸びについては、満年度化の影響排除のため、平成20年度の金額に12/11を乗じたものを基準に計算している。

※ 1人当たり医療給付費は平成20～24年度までは実績額、平成25・26年度は予算ベース。

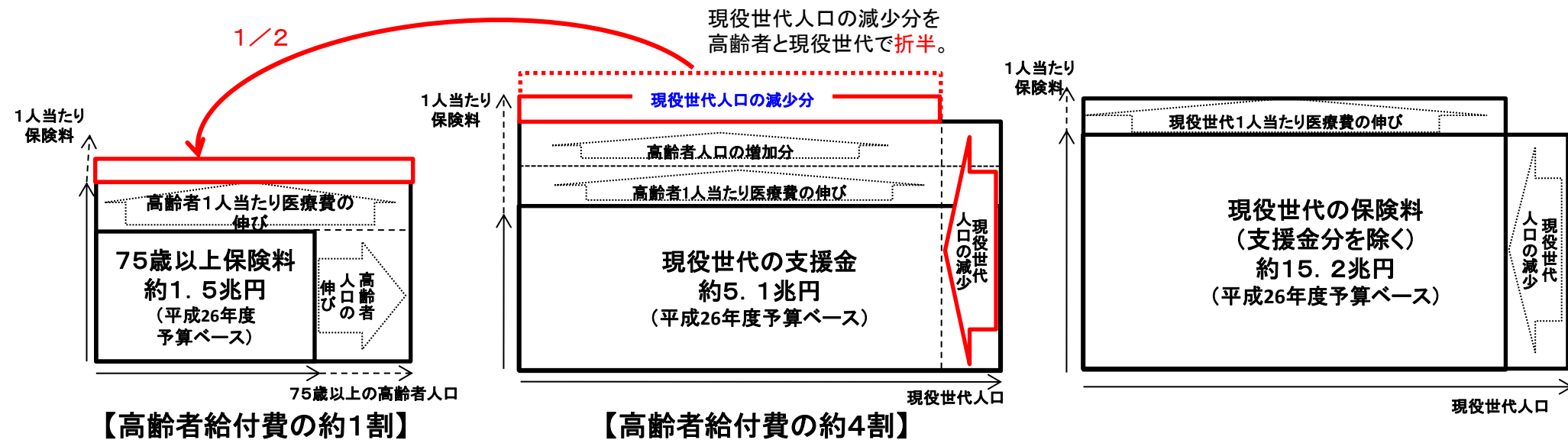
後期高齢者負担率の仕組み

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%	～	12.79%

※ 平成20年度から26年度は実績値、平成28年度以降は平成26年度予算に基づく推計。

※ 高齢者負担率は2年ごとに見直すため、奇数年度はその前年度と同じ率。

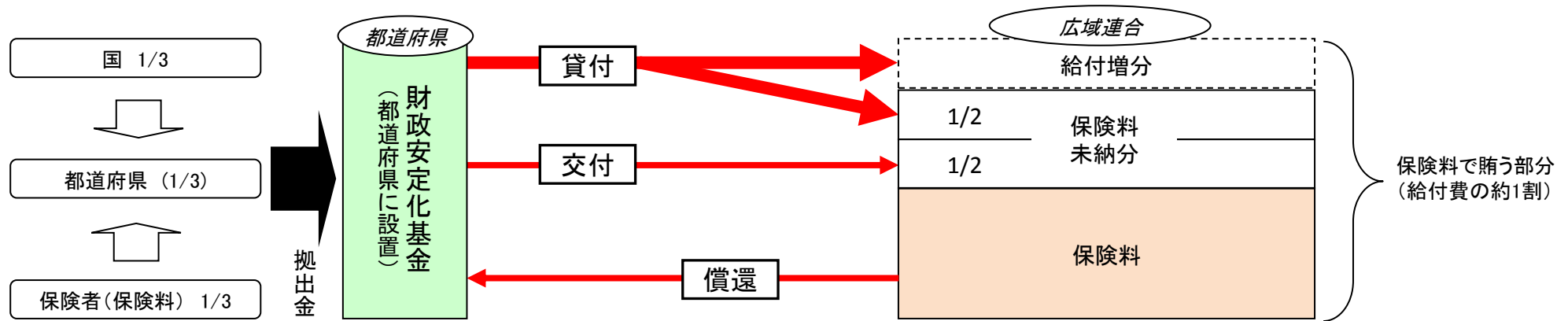
後期高齢者医療の財政安定化基金

○ 財政安定化のため、保険料で賄う部分（給付費の約1割）について、給付増や保険料収納不足により財源不足となる場合に、一般財源から財政補填等を行う必要がないよう、都道府県に財政安定化基金を設置し、広域連合に対し貸付・交付を行うことができることとしている。

（介護保険と同様の仕組み）

財源不足への対応（本則）	貸付	・各年度、財源不足額（給付増、保険料未納）を貸付 ・原則2年間で償還（最大6年間、無利子）
	交付	・財政運営期間（2年間）の最終年度、財源不足額のうち「保険料収納不足額×1／2」を交付（一定の保険料収納率を下回る部分は対象外）
保険料増加抑制（特例）	交付	・保険料増加抑制のために必要な金額を交付（平成22年度から当分の間）

■ 法令本則の形



※ 保険料増加抑制のための交付は、平成22年度から「当分の間」の特例として認められている。

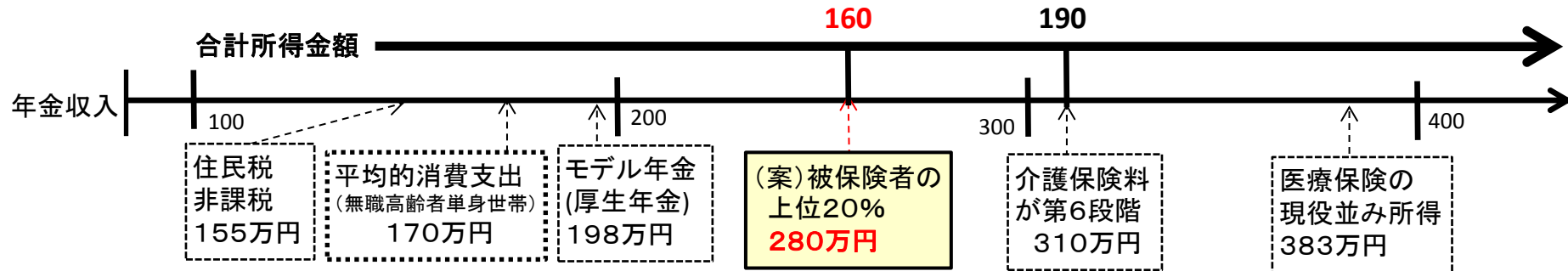
一定以上所得者の利用者負担の見直し(介護保険:平成27年8月施行)

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、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、被保険者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)を予定(政令事項)
- 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。

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

〈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)

〈見直し案〉

現役並み所得相当	44,400円
一般	37,200円

参考: 医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

	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

医療の費用と財源構成の将来推計

(「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)(改革シナリオ))

○ 保険料水準の見通し

	平成24年度(2012年度)	平成27年度(2015年度)	平成32年度(2020年度)	平成37年度(2025年度)
医療				
国民健康保険(平成24年度賃金換算)	月額7,600円	月額8,100円程度	月額8,800円程度	月額9,300円程度
協会けんぽ	保険料率10.0%	保険料率10.8%程度	保険料率10.9%程度	保険料率11.1%程度
組合健保	保険料率8.5%	保険料率9.2%程度	保険料率9.2%程度	保険料率9.4%程度
後期高齢者医療(平成24年度賃金換算)	月額5,400円	月額5,800円程度	月額6,200円程度	月額6,500円程度

前提:人口「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」出生中位・死亡中位 経済「経済財政の中長期試算(平成24年1月)」慎重シナリオ

(出典) 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)

- ・サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合(高齢者負担率見直し後)。
- ・①これが実際の将来の個人の保険料(率)水準を表したものではないこと(各保険者によっても将来の保険料(率)は異なる、②前提等により値が変わること などに留意し、一定程度の幅をもつて見る必要がある。また、協会けんぽ及び組合健保の保険料率は、本人分と事業主負担分との合計である。
- ・社会保障・税一体改革での2,200億円の追加公費投入による低所得者対策実施前
- ・後期高齢者支援金は3分の1総報酬割
- ・協会けんぽの定率公費は16.4%
- ・70歳～74歳の患者負担補填は1割継続

○ 医療費用と財源構成

		平成24年度(2012年度)		平成27年度(2015年度)		平成32年度(2020年度)		平成37年度(2025年度)	
		額	GDP比	額	GDP比	額	GDP比	額	GDP比
医療費(兆円)		40.6兆円	8.5%	45.7兆円	9.0%	53.8兆円	9.6%	61.8兆円	10.1%
財源	保険料負担(兆円)	20.1兆円	4.2%	22.2兆円	4.4%	25.4兆円	4.6%	28.5兆円	4.7%
	公費負担(兆円)	14.8兆円	3.1%	17.1兆円	3.3%	21.2兆円	3.8%	25.3兆円	4.1%
	自己負担(兆円)	5.8兆円	1.2%	6.4兆円	1.2%	7.2兆円	1.3%	8.0兆円	1.3%
(参考)GDP(兆円)		479.6兆円		509.8兆円		558.0兆円		610.6兆円	

		平成24年度(2012年度)	平成27年度(2015年度)	平成32年度(2020年度)	平成37年度(2025年度)
医療の費用に占める 財源構成	保険料	49.4%	48.7%	47.2%	46.1%
	公費	36.4%	37.4%	39.5%	40.9%
	自己負担	14.2%	13.9%	13.3%	13.0%

(出典) 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。

- ・サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合(高齢者負担率見直し後)。
- ・公費負担には補正予算対応分が含まれている。
- ・社会保障・税一体改革での2,200億円の追加公費投入による低所得者対策実施前
- ・後期高齢者支援金は3分の1総報酬割
- ・協会けんぽの定率公費は16.4%
- ・70歳～74歳の患者負担補填は1割継続

標準報酬月額の上限引上げについて

健康保険制度における標準報酬月額の上限について

- 現行の健康保険制度において、標準報酬月額の等級は全47等級あり、下限は5.8万円、上限は121万円となっている。
(健康保険法(大正11年法律第70号)第40条第1項)
- 現行法上、標準報酬月額の最高等級該当者の全体に占める割合が1.5%を超え、その状態が継続すると認められる場合に、改定後の最高等級該当者の全体に占める割合が1%を下回らない範囲において、政令で等級を追加できる。
(健康保険法第40条第2項)

(参考1) 標準報酬月額の等級 (健康保険法第40条第1項)

標準報酬 月額等級	標準報酬月額	報酬月額	標準報酬 月額等級	標準報酬 月額	報酬月額
第1級	58,000円	63,000円未満	第25級	360,000円	350,000円以上 370,000円未満
第2級	68,000円	63,000円以上 73,000円未満	第26級	380,000円	370,000円以上 395,000円未満
...	...	...	...	...	...
第23級	320,000円	310,000円以上 330,000円未満	第47級	1,210,000円	1,175,000円以上
第24級	340,000円	330,000円以上 350,000円未満			

- (※) 標準報酬月額とは、健康保険の保険料と保険給付額を算出する基礎として、事務処理の正確化と簡略化を図るために、実際の報酬月額を当てはめる切りの良い額のこと。
具体的には、健康保険は58,000円～1,210,000円の47等級に分かれており、該当する標準報酬月額に保険料率を掛け合わせることで支払うべき保険料額を算定するとともに、標準報酬月額の記録をもとに傷病手当金額、出産手当金額を算定する。

(参考2) 健康保険法第40条第2項

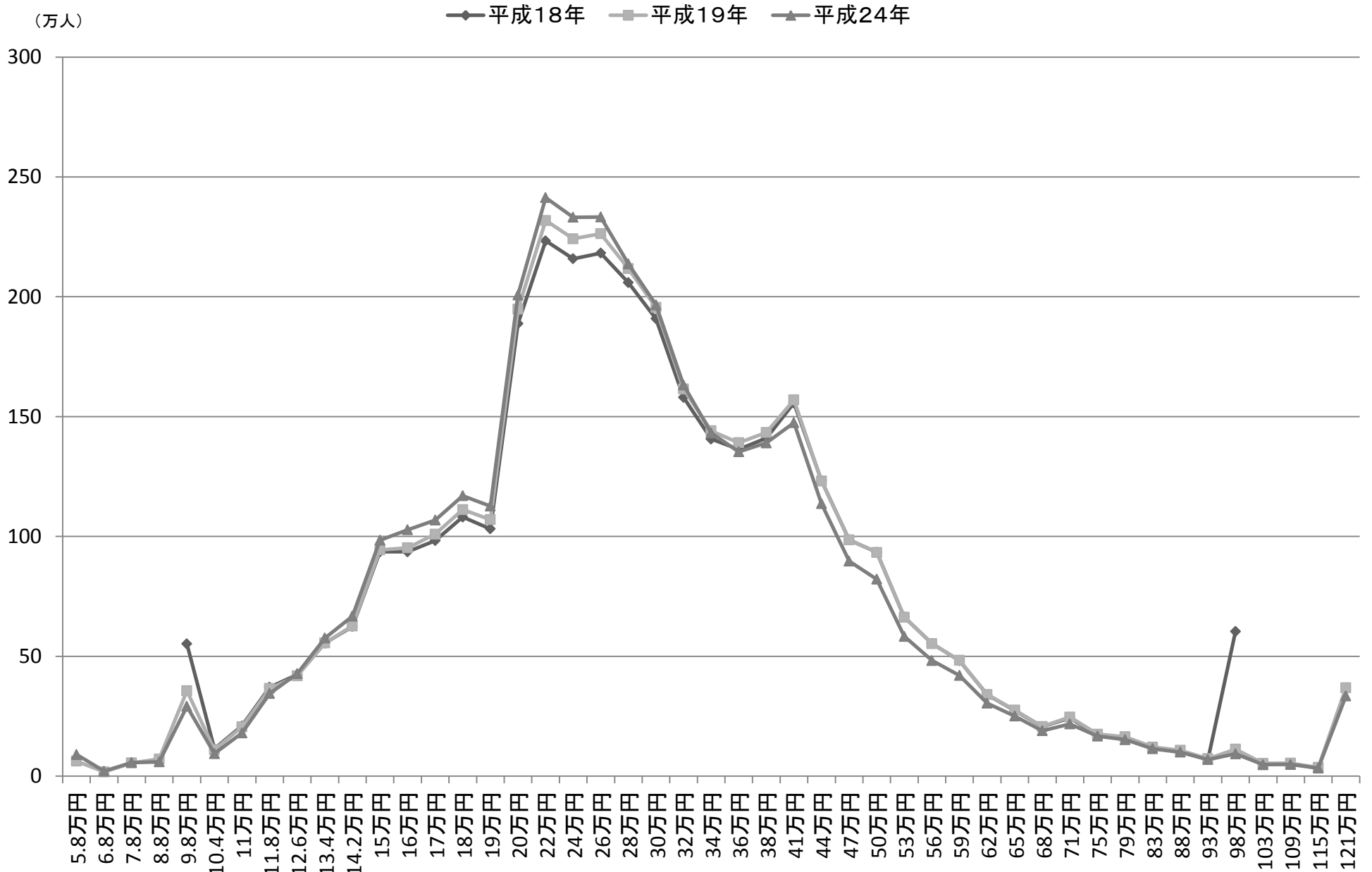
毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

健康保険制度の標準報酬月額の上限に該当する被保険者の割合

- 平成18年の健康保険法改正において、
 - ・ 標準報酬月額の等級の分布に大きなばらつきがあり、最高等級及び最低等級について、その上下の等級と比べて多くの被保険者が該当していたことを踏まえ、上限を98万円から121万円に引き上げるとともに、下限を9.8万円から5.8万円に引き下げた。
 - ・ 政令による上限の改定ルールについて、改定を行うことができるのは、最高等級に該当する被保険者の全被保険者に占める割合が、「3%」を超えた場合とされていたが、「1.5%」に見直した。【平成19年4月施行】
- 現行の規定のもと、平成19年度以降、標準報酬月額の上限改定は行われておらず、平成24年度末の標準報酬月額の最高等級該当者の全体に占める割合は、「0.95%」となっている。

	標準報酬月額 上限	標準報酬月額 の平均額	全被保険者に対する 上限該当者の割合	備 考
昭和51年度末	320,000円	143,016円	3.93%	
昭和53年度末	380,000円	166,828円	3.72%	【昭和52年改正】＜3等級追加＞
昭和56年度末	470,000円	200,321円	3.52%	【昭和55年改正】＜3等級追加＞ 標準報酬月額の上限該当者が全体の3%を超え、かつその状態が継続すると認められる場合に、所用の手続きを経た上で、政令で等級を追加できることとした。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
昭和59年度末	710,000円	229,249円	1.59%	【昭和59年改正】＜8等級追加＞
平成4年度末	980,000円	305,202円	1.57%	【政令対応】＜6等級追加＞
平成17年度末	980,000円	321,565円	1.71%	
平成18年度末	980,000円	321,070円	1.74%	
平成19年度末	1,210,000円	323,181円	1.15%	【平成18年改正】＜4等級追加＞ 政令による等級の追加時の基準を3%から1.5%に変更。但し、改訂後の上限該当者が全体の1%を下回ってはならない。
平成20年度末	1,210,000円	323,988円	1.02%	
平成21年度末	1,210,000円	313,677円	0.92%	
平成22年度末	1,210,000円	314,896円	0.91%	
平成23年度末	1,210,000円	314,050円	0.93%	
平成24年度末	1,210,000円	315,666円	0.95%	

標準報酬月額等級別分布(平成18年、19年及び24年)



標準報酬月額の上限引上げ（案）

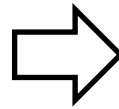
○ 平成18年改正と同様に4等級の追加とし、最高等級を「121万円」から「145万円」としてはどうか。

※ この場合、標準報酬月額上限該当者は0.5％程度となる見込み。

※ 標準報酬月額上限を見直す場合は、併せて標準賞与額の上限も見直す必要がある。

<上限引上げのイメージ>

標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額	割合（％）	被保険者数
第41～43級	880,000円～980,000円	855,000円以上 1,005,000円未満	各0.25	約26.1万人
第44～46級	1,030,000円～1,150,000円	1,005,000円以上 1,175,000円未満	各0.12	約13万人
第47級	1,210,000円	1,175,000円以上	0.93	約32.6万人



標準報酬月額等級	標準報酬月額	報酬月額	割合（％）	被保険者数
第41～43級	880,000円～980,000円	855,000円以上 1,005,000円未満	各0.25	約26.1万人
第44～46級	1,030,000円～1,150,000円	1,005,000円以上 1,175,000円未満	各0.12	約13万人
第47～50級	1,210,000円～1,390,000円	1,175,000円以上 1,415,000円未満	各0.1	約13万人
第51級	1,450,000円	1,415,000円以上	0.53	約19万人

※平成18年改正時は、標準報酬月額の上限引上げと同時に、標準賞与額の年間上限を見直している。

【現行（平成18年改正後）】

121万円（標準報酬月額の最高等級） × 4.46か月（平成17年度人事院勧告における民間の年間平均賞与月数） ＝ 540万円

【仮に標準賞与額を同時に見直した場合】

145万円（標準報酬月額の最高等級） × 4.12か月（平成26年度人事院勧告における民間の年間平均賞与月数） ＝ 597万円

（参考）健康保険法第45条第1項

保険者等は、被保険者等が賞与を受けた月において、その月に当該被保険者等が受けた賞与額に基づき、これに千円未満の端数を生じたときは、これを切り捨て、その月における標準賞与額を決定する。ただし、その月に当該被保険者等が受けた賞与によりその年度（毎年四月一日から翌年三月三十一日までをいう。以下同じ。）における標準賞与額の累計額が五百四十万円（第四十条第二項の規定による標準報酬月額の等級区分の改定が行われたときは、政令で定める額。以下この項において同じ。）を超えることとなる場合には、当該累計額が五百四十万円となるようその月の標準賞与額を決定し、その年度においてその月の翌月以降に受ける賞与の標準賞与額は零とする。

■ 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。<u>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。</u>

■ 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 <u>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</u> 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。
--

国民健康保険の保険料（税）の 賦課（課税）限度額について

■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)

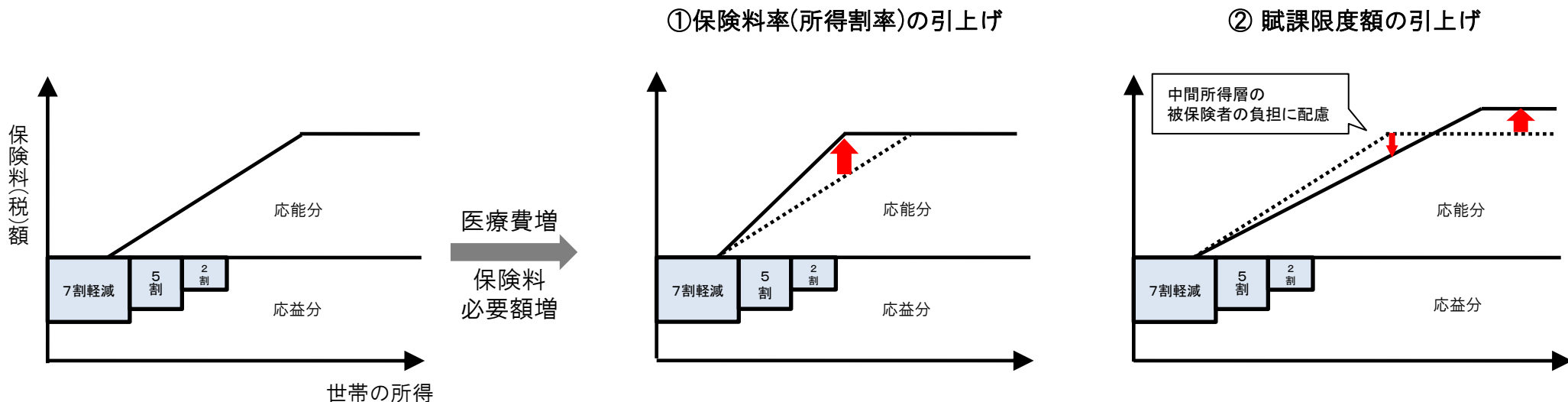
8 政府は、前項の措置を平成二十六年度から平成二十九年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十七年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

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」となっている。
- 国保料(税)賦課(課税)限度額は、基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分それぞれの限度額超過世帯割合の状況(超過世帯割合の前年度比較・バランス等)を考慮し、合計で「4万円」を引上げ幅の上限として見直しを行っている。

	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
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		
20年度	59万円	+3万円	47万円	▲9万円	12万円	+12万円	9万円	－	68万円	+3万円
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

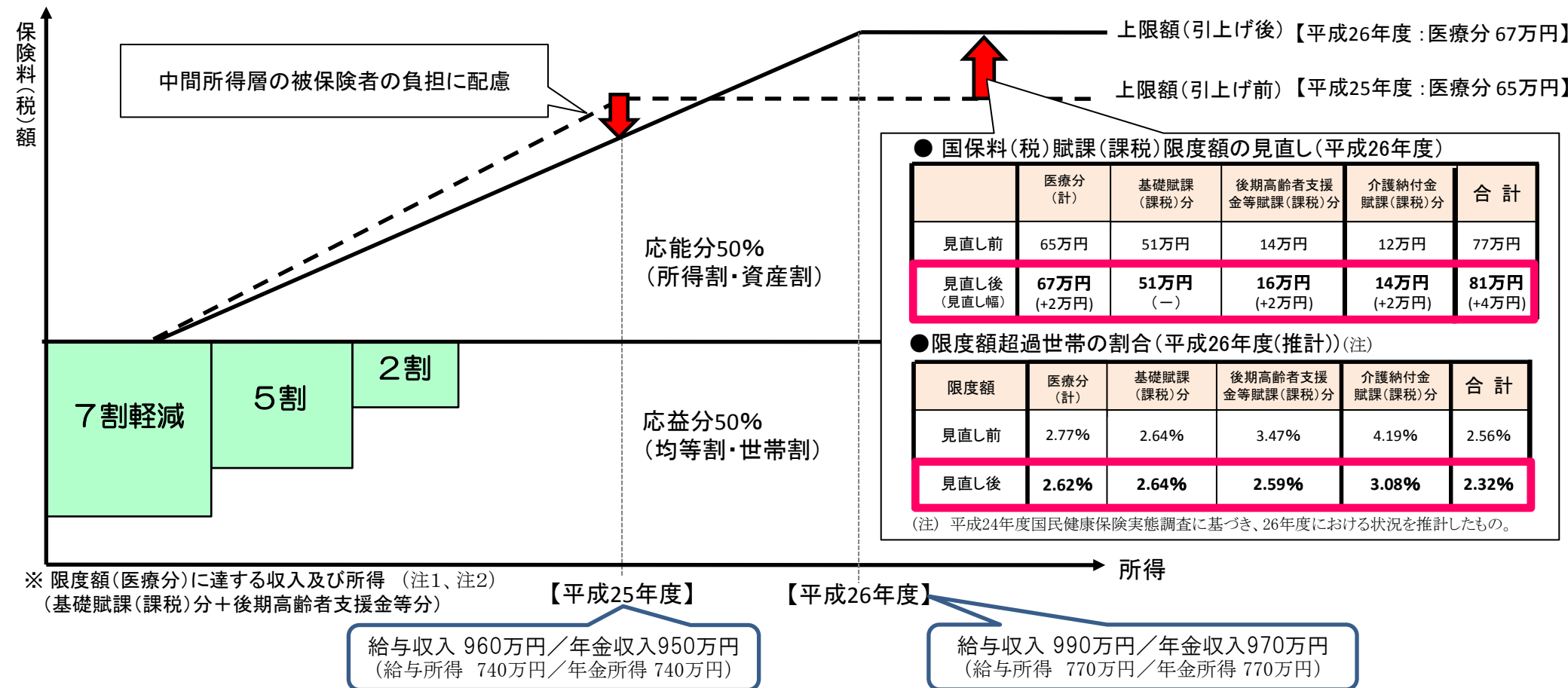
(注1) 平成19年度までは、老健拠出金分が基礎賦課額に含まれていたが、平成20年度以降、老人保健制度が廃止され、後期高齢者支援金等賦課額が新設されている。

(注2) 昭和33年以降平成3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26年度の国保保険料(税)賦課(課税)限度額の見直し

平成25年11月8日
第70回社会保障審議会医療保険部会
提出資料を一部加工

- 国保料(税)の賦課(課税)限度額については、平成26年度の国保料(税)の限度額超過世帯の割合(推計)を見ると、
 - ・ 平成25年度と比べて限度額超過世帯の割合が増加する見込みであること
 - ・ 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にばらつきが見られることから、これまでの最大引上げ幅と同額の「4万円」を上限として、平成26年度において見直した。
- 具体的には、後期高齢者支援金等分・介護納付金分をそれぞれ2万円ずつ引き上げることとした。



(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24年度全国平均値で試算。平成24年度 所得割率 8.18%、資産割額 14,687円、均等割額 28,040円、世帯割額 26,693円。

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。

※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）

- ・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。

〔例（夫婦世帯）〕 夫：年金収入953万円（年金所得・事業所得750万円）、妻：年金収入153万円以下〔所得割なし〕 のケース

国保 67万円 → 後期 61.3万円
(限度額) (限度額) 〔 夫 57万円、妻 4.3万円 〕
(限度額) (限度額)

※国保保険料は平成23年度の4方式の全国平均保険料率を基に、後期高齢者医療の保険料は平成24・25年度の全国平均保険料率を基に、それぞれ算定。

		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
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%〕
	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)
	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%	1.43% (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%〕

※ 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26年度は高齢者医療課が調査した速報値。

国保保険料（税）の賦課（課税）限度額の見直しの検討

- 国民健康保険においては、これまで、国民健康保険の被保険者における基礎賦課分・後期高齢者支援金等分・介護納付金分それぞれの限度額超過世帯割合（超過世帯割合の前年度比較・バランス等）の状況を考慮して、都度、賦課限度額の引上げを行ってきた。
- 今般、「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」を踏まえて賦課限度額の引上げを検討する必要があるが、中長期的な賦課限度額の引上げのあり方を検討するに当たり、被用者保険の標準報酬月額の上限額の改定ルールを参考とすることが考えられるのではないか。
- 具体的には、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%の間となるように法定されている被用者保険におけるルール（⇒0.5%～1.5%に改定を検討）とのバランスを考慮しつつ、現在、国保の賦課限度額超過世帯割合が2.31%であることに鑑み、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こととしてはどうか。
- ただし、国保の場合、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していくこととしてはどうか。
- また、国保の賦課限度額を引き上げる場合には、現状においても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をどう考えるか。

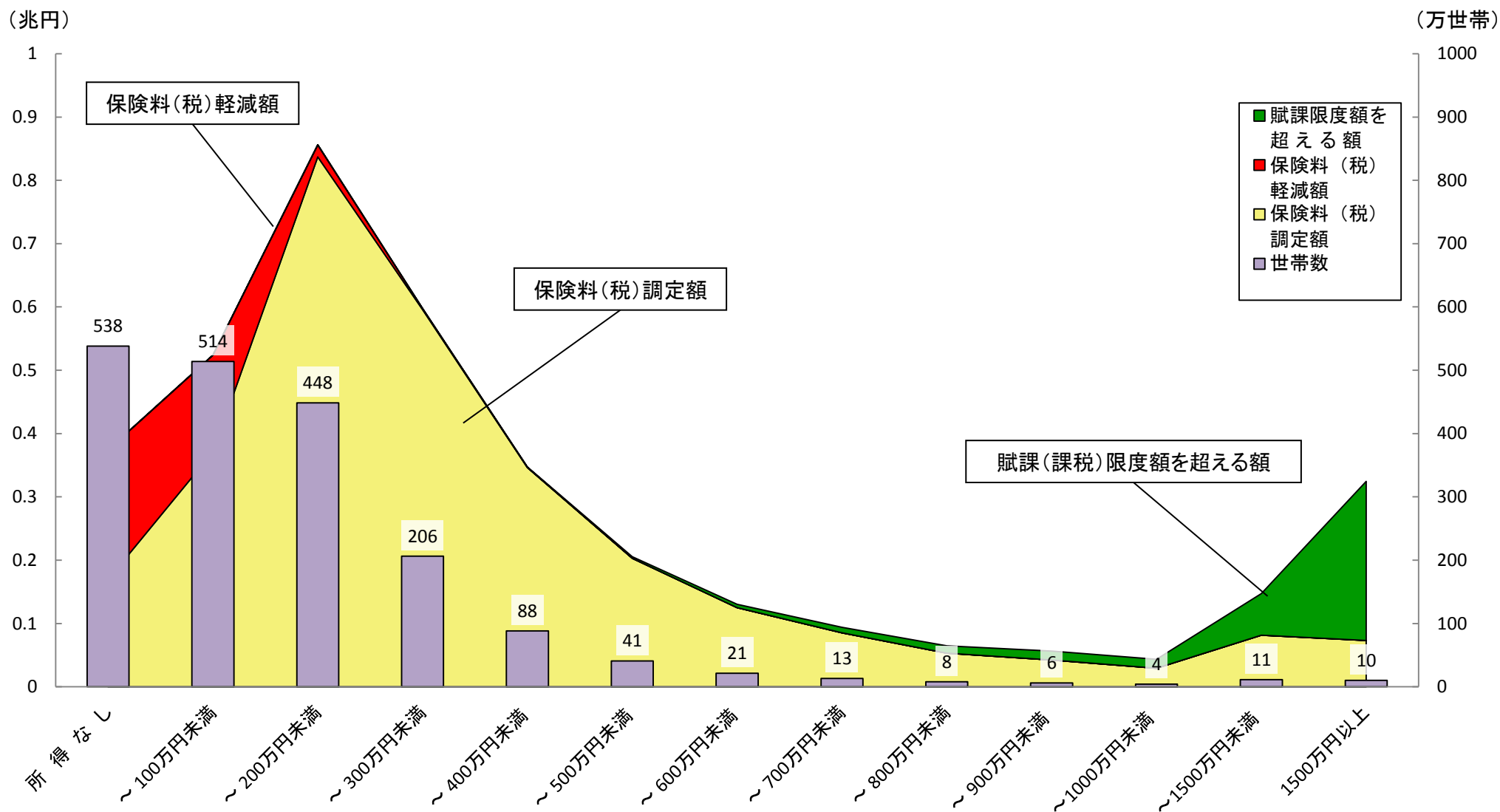
（参考）健康保険法第40条第2項

毎年3月31日における標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の被保険者総数に占める割合が100分の1.5を超える場合において、その状態が継続すると認められるときは、その年の9月1日から、政令で、当該最高等級の上に更に等級を加える標準報酬月額の等級区分の改定を行うことができる。ただし、その年の3月31日において、改定後の標準報酬月額等級の最高等級に該当する被保険者数の同日における被保険者総数に占める割合が100分の1を下回ってはならない。

参考資料

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24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24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。

賦課（課税）限度額引上げに対する関係者の意見

■第70回社会保障審議会医療保険部会（平成25年11月8日）での主な発言

- 所得水準の低い市町村においては約700万円の収入でも77万円の上限に当たっており、高額所得というよりは中間所得層に負担がかかっているという実態があるが、今回の引き上げそのものはやむを得ない。
- 負担の公平というのはプログラム法案のほうにも、あるいは国民会議の報告書でも提唱されておりますし、それはそのとおりだろうと思いますが、被用者保険と国保の負担のバランスということも、来年度になるかと思っておりますけれども、ぜひ考慮した制度設計というのをお願いしたい。（中略）被用者保険のほうは一定のルール、1.5%を超えとか、1%を下回らない範囲でというルールがございますけれども、どうも国保のほうはそういうルールがないようでございますので、ルール化するというのが納得性を高めるということでも必要かと考えております。これも来年度以降になるかと思っておりますが、ぜひ御検討いただければと申し上げます。
- 超高齢社会はこれから本番でございますので、そういったものに対応するための負担というものも必要だと思います。保険料率を上げるか、賦課限度額を上げるかということでございますが、中間所得層の負担を考えますと、賦課限度額の引き上げのほうがよろしいかと思っておりますので、御理解いただければと思います。

■第78回社会保障審議会医療保険部会（平成26年7月7日）での主な発言

- 単純に保険料の賦課限度額を引き上げても、本来負担能力のある方から適切に保険料をいただくことができないといった現状がございます。
実態としましては保険料水準が非常に高い保険者もおりますので、そういったところでは現実的に500万ぐらいの所得なり収入で賦課限度額に達するという問題があります。そういう点では、例えば1,000万円の方が限度額、介護も含めて81万円の負担をしているところが、片方で500万円の所得で81万円の負担をしている。倍以上の負担をしているというのが今の賦課限度額の問題点としてありますので、そういう点では賦課限度額の見直しに当たっては、基本的には保険料の平準化を図る中で賦課限度額が見直しをされない、本来負担能力のある方から適切に負担をいただくという形にならないというのが実態でございます。
国保世帯の中でも例えば、1,500万円を超えるような所得の方も全国的には20万世帯以上いるという実態もございますので、そういった方々は、賦課限度額81万円で済んでいるという状況にもなりますので、そういった一定の高所得者の皆さんからご負担をいただくという制度のあり方について、どのように考えていくのか、現状の一律の賦課限度額だけではそういったところからは適切な徴収ができないということもございますので、所得に応じた限度額の区分であったりということも含めて検討すべきではないかと思っておりますので、そういった点も含めて、事務局のほうでさらなる検討をお願いしたいと思っております。

健康保険・船員保険の保険料率の 上下限引上げについて

現行制度

- 健康保険の一般保険料率は、1000分の30～1000分の120の範囲内において、保険者が決定することが法律に規定されている。（健康保険法第160条）
- 一方、船員保険の疾病保険料率は、現行、1000分の40～1000分の110の範囲内において、協会が決定することが法律に規定されている。（船員保険法第121条）
- 平成22年の健康保険法改正において、健康保険の保険料率を1000分の100から1000分の120へ引き上げている。なお、船員保険については、平成22年改正、25年改正ともに、引上げが見送られている。

＜参考＞平成22年改正当時の改正理由

- 協会、健保組合ともに、保険料率が10%を超える見通し。
- 今後の賃金の落ち込み等を踏まえると、一定程度の幅を持たせるのが妥当という理由から12%と設定

- また、健康保険組合の保険料率の下限については、昭和23年以来、1000分の30から改正していない。

保険料率の上下限の改正経緯について

	協会けんぽ（政管健保）		健康保険組合
	法規定等	保険料率	
昭和48年10月	法定料率72% ただし66%～80%の範囲内で厚生大臣が変更可 ※船員保険は58%の±7%	72%（S48.10～） 76%（S49.11～） 78%（S51.10～） 80%（S53.2～）	30%～90%の範囲内で設定
昭和56年3月	法定料率72% ただし66%～91%の範囲内で厚生大臣が変更可 ※船員保険は62%の±29%	84%（S56.3～）※ 85%（S56.11～）※ 84%（S59.3～） 83%（S61.3～） 84%（H2.3～）	30%～95%の範囲内で設定
平成4年4月	法定料率82% ただし66%～91%の範囲内で厚生大臣が変更可	82%（H4.4～）	
平成9年9月	法定料率85% ただし66%～91%の範囲内で厚生大臣が変更可	85%（H9.9～）	
平成15年4月	法定料率82% ただし66%～91%の範囲内で厚生労働大臣が変更可	82%（H15.4～）	
平成20年4月	※船員保険は91%の±4%		
平成20年10月 （協会けんぽ設立）	30%～100%の範囲内で、都道府県支部被保険者を単位として設定		30%～100%の範囲内で設定
平成22年5月 （船員保険は平成22年1月）	30%～120%の範囲内で、都道府県支部被保険者を単位として設定 ※船員保険は40%～110%	93%（H22.4～） 95%（H23.4～） 100%（H24.4～）	30%～120%の範囲内で設定

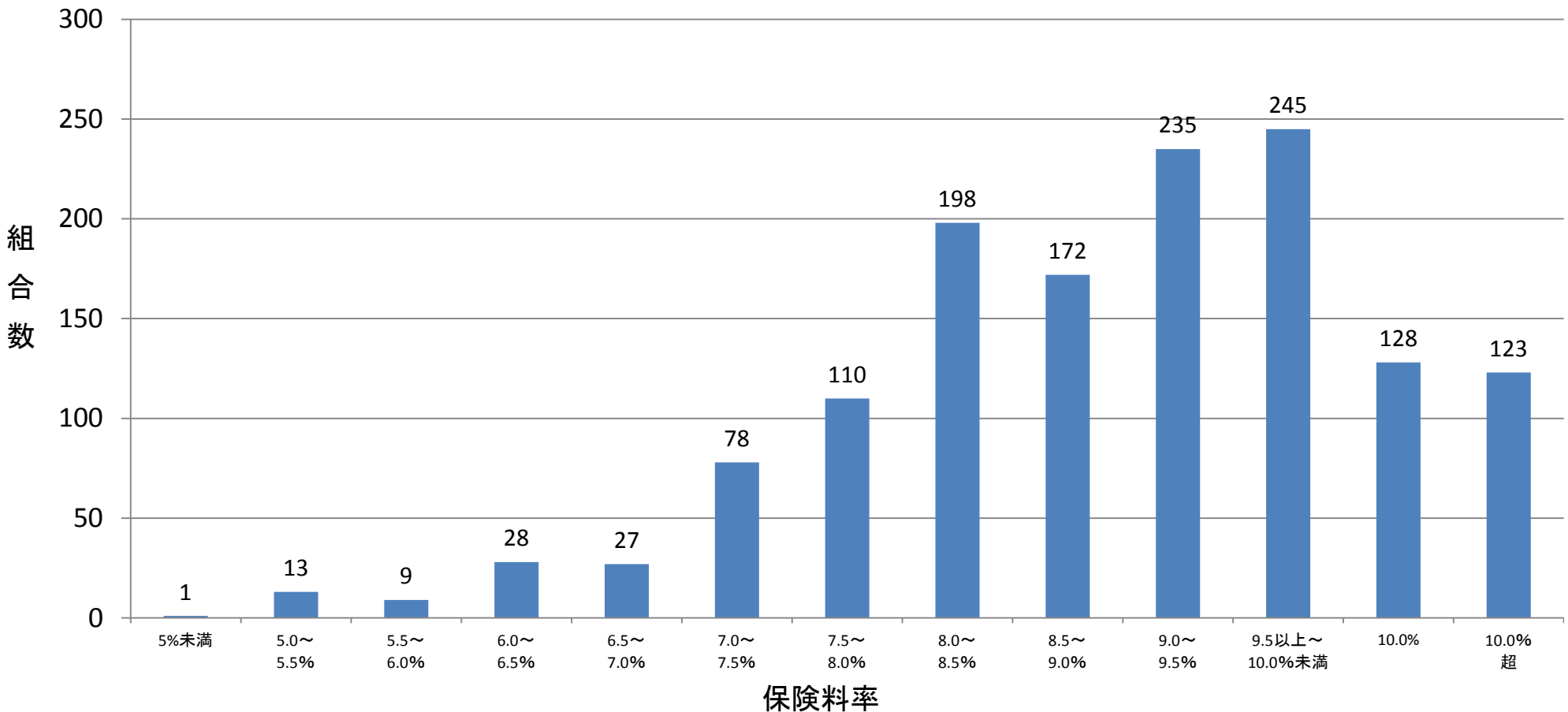
※昭和54年度末累積債務償還分の保険料率を含む。

健康保険組合の保険料負担について

健康保険組合の保険料率は、保険者間において差があり、平成26年度の健康保険組合の保険料率については、最低4.8%、最高12.1%となっている。

※ 調整保険料率(0.13%)を除くと、最低4.63%、最高12.0%

全組合の平均 8.86%
(26年度予算早期集計: 1,367/1410組合)



(注1) 保険料率には調整保険料率を含む。

(注2) 被保険者の負担割合(単純平均)は45.3%。

健康保険・船員保険の保険料率の上下限引上げについて

- 健保組合の中では、保険料率が既に11%を超えているところもある。
- 平成22年改正と同様の考え方をとると、想定される最高水準から一定程度の幅を持たせる場合、12%を超える水準を確保しておく必要があることから、少なくとも、保険料率の上限を1000分の130としてはどうか。
- 保険料率の下限については、昭和23年以来、1000分の30から改正していないが、この点をどう考えるか。
- 船員保険においても、健康保険の見直しに併せて、保険料率の上限を見直してはどうか。