

基礎資料

目次

○医療保険制度の概要	2
○人口と医療費の動向等	9
○関連する閣議決定等	23
○昨年6月以降の議論の経緯	34

医療保険制度の概要

医療保険制度の体系

後期高齢者医療制度

約16兆円

- ・75歳以上
- ・約1,800万人
- ・保険者数:47(広域連合)

前期高齢者財政調整制度(約1,680万人)約7兆円(再掲)※3

国民健康保険
(都道府県・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3,170万人
- ・保険者数:約1,900

約9兆円

協会けんぽ(旧政管健保)

- ・中小企業のサラリーマン
- ・約4,070万人
- ・保険者数:1

約6兆円

健康保険組合

- ・大企業のサラリーマン
- ・約2,830万人
- ・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850万人
- ・保険者数:85

※1 加入者数・保険者数、金額は、令和元年度予算ベースの数値。

※2 上記のほか、法第3条第2項被保険者(対象者約2万人)、船員保険(対象者約10万人)、経過措置として退職者医療(対象者約4万人)がある。

※3 前期高齢者数(約1,680万人)の内訳は、国保約1,250万人、協会けんぽ約320万人、健保組合約90万人、共済組合約10万人。

各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成30年3月末)	1,716	1	1,394	85	47
加入者数 (平成30年3月末)	2,870万人 (1,816万世帯)	3,893万人 (被保険者2,320万人 被扶養者1,573万人)	2,948万人 (被保険者1,649万人 被扶養者1,299万人)	865万人 (被保険者453万人 被扶養者411万人)	1,722万人
加入者平均年齢 (平成29年度)	52.9歳	37.5歳	34.9歳	33.0歳	82.4歳
65～74歳の割合 (平成29年度)	41.9%	7.2%	3.2%	1.5%	1.9%(※1)
加入者一人当たり 医療費(平成29年度)	36.3万円	17.8万円	15.8万円	16.0万円	94.5万円
加入者一人当たり 平均所得(※2) (平成29年度)	86万円 (一世帯当たり 136万円)	151万円 (一世帯当たり(※3) 254万円)	218万円 (一世帯当たり(※3) 388万円)	242万円 (一世帯当たり(※3) 460万円)	84万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成29年度)(※4) ＜事業主負担込＞	8.7万円 (一世帯当たり 13.9万円)	11.4万円＜22.8万円＞ (被保険者一人当たり 19.1万円＜38.3万円＞)	12.7万円＜27.8万円＞ (被保険者一人当たり 22.7万円＜49.7万円＞)	14.2万円＜28.4万円＞ (被保険者一人当たり 27.1万円＜54.1万円＞)	7.0万円
保険料負担率	10.2%	7.5%	5.8%	5.9%	8.4%
公費負担	給付費等の50% ＋保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助	なし	給付費等の約50% ＋保険料軽減等
公費負担額(※5) (令和元年度予算ベース)	4兆4,156億円 (国3兆1,907億円)	1兆2,010億円 (全額国費)	739億円 (全額国費)		8兆2300億円 (国5兆2,736億円)

(※1) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合。

(※2) 市町村国保及び後期高齢者医療制度については、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)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」を加えたものを年度平均加入者数で除したものである。(市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」のそれぞれの前年所得を使用している。)

協会けんぽ、組合健保、共済組合については、「標準報酬総額」から「給与所得控除に相当する額」を除いたものを、年度平均加入者数で除した参考値である。

(※3) 被保険者一人当たりの金額を指す。

(※4) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※5) 介護納付金、特定健診・特定保健指導等に対する負担金・補助金は含まれていない。

各保険者における近年の被保険者数の推移

	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度
協会けんぽ	2,091万人	2,159万人 (+68万人)	2,244万人 (+85万人)	2,322万人 (+77万人)
健康保険組合	1,564万人	1,581万人 (+17万人)	1,628万人 (+47万人)	1,649万人 (+20万人)
船員保険	6万人	6万人 (+0万人)	6万人 (+0万人)	6万人 (+0万人)
共済組合	449万人	450万人 (+1万人)	451万人 (+1万人)	453万人 (+2万人)
国民健康保険	3,594万人	3,469万人 (▲125万人)	3,294万人 (▲175万人)	3,148万人 (▲146万人)
後期高齢者医療制度	1,577万人	1,624万人 (+47万人)	1,678万人 (+54万人)	1,722万人 (+44万人)
合計	9,281万人	9,289万人 (+7万人)	9,301万人 (+13万人)	9,298万人 (▲3万人)

- ※1 各制度の事業年報等を基に作成。
 ※2 協会けんぽには健康保険法第3条第2項被保険者を含む。
 ※3 各年度末現在の数値。

- ※4 括弧内は前年度に対する増減。
 ※5 端数処理のため、合計及び増減が一致しない場合がある。

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。

	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	
6歳 (義務教育就学後)	3割負担	
	2割負担	

後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区 分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限度額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限度額 (世帯ごと)
現役並み所得 (※1)	課税所得145万円以上 年収約383万円以上 (※2)	3割	収入に応じて80,100～252,600円 ＋(医療費－267,000～842,000円)×1% ＜多数回該当:44,400円～140,100円＞	
一般	課税所得145万円未満 (※3) 年収約155～383万円 (※2)	1割	18,000円 〔 年14.4万円 〕	57,600円 ＜多数回該当:44,400円＞
低所得Ⅱ	住民税非課税 年収約80～155万円 (※4)		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	住民税非課税 (所得がない者) 年収約80万円以下 (※4)(※5)			15,000円

※1 現役並み所得区分は「Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」の3区分に細分化されている。

※2 単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※3 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。

※4 年金収入のみの単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

※5 個人の所得のうち、公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。

医療保険制度の患者一部負担の推移

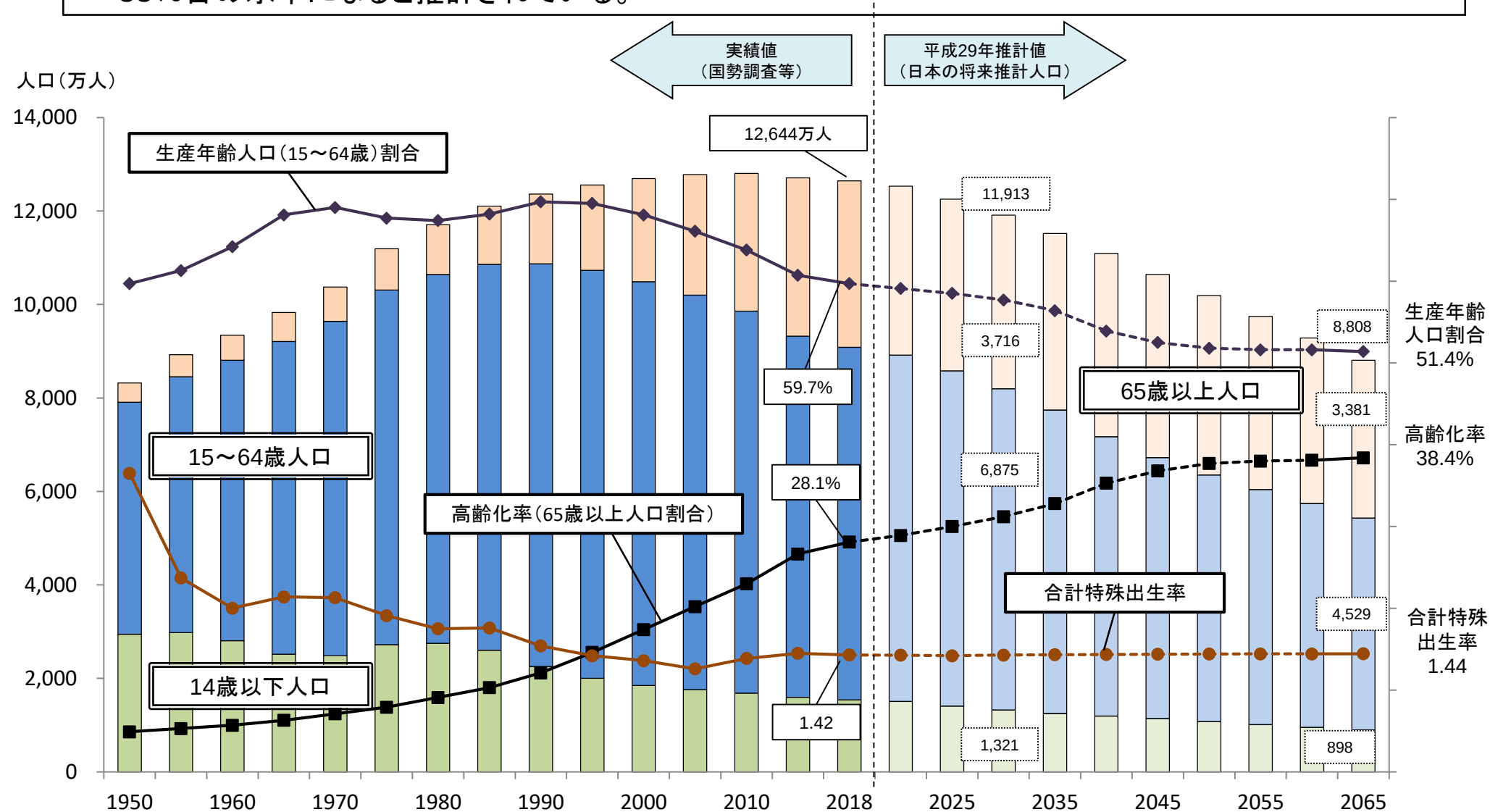
～昭和４７年 １２月		昭和４８年１月～		昭和５８年２月～	平成９年９月～	平成１３年１月～	平成１４年 １０月～	平成１５年 ４月～	平成１８年 １０月～	平成２０年４月～	
老人医療費 支給制度前		高齢者	老人医療費支給制度 （老人福祉法）		老人保健制度					75歳以上	後期高齢者 医療制度
国保	3割		なし	入院300円/日 外来400円/月	→1,000円/日 →500円/日 （月4回まで） ＋薬剤一部負担	定率1割負担 （月額上限付き） ＊診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費創設	定率1割負担 （現役並み所得者2割）	定率1割負担 （現役並み所得者3割）	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
	被用者本人	定額 →1割（S59～） 高額療養費創設			入院2割 外来2割＋薬剤一部負担						
	被用者家族	3割（S48～） 高額療養費創設			→入院2割（S56～） 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

人口と医療費の動向等

日本の人口の推移

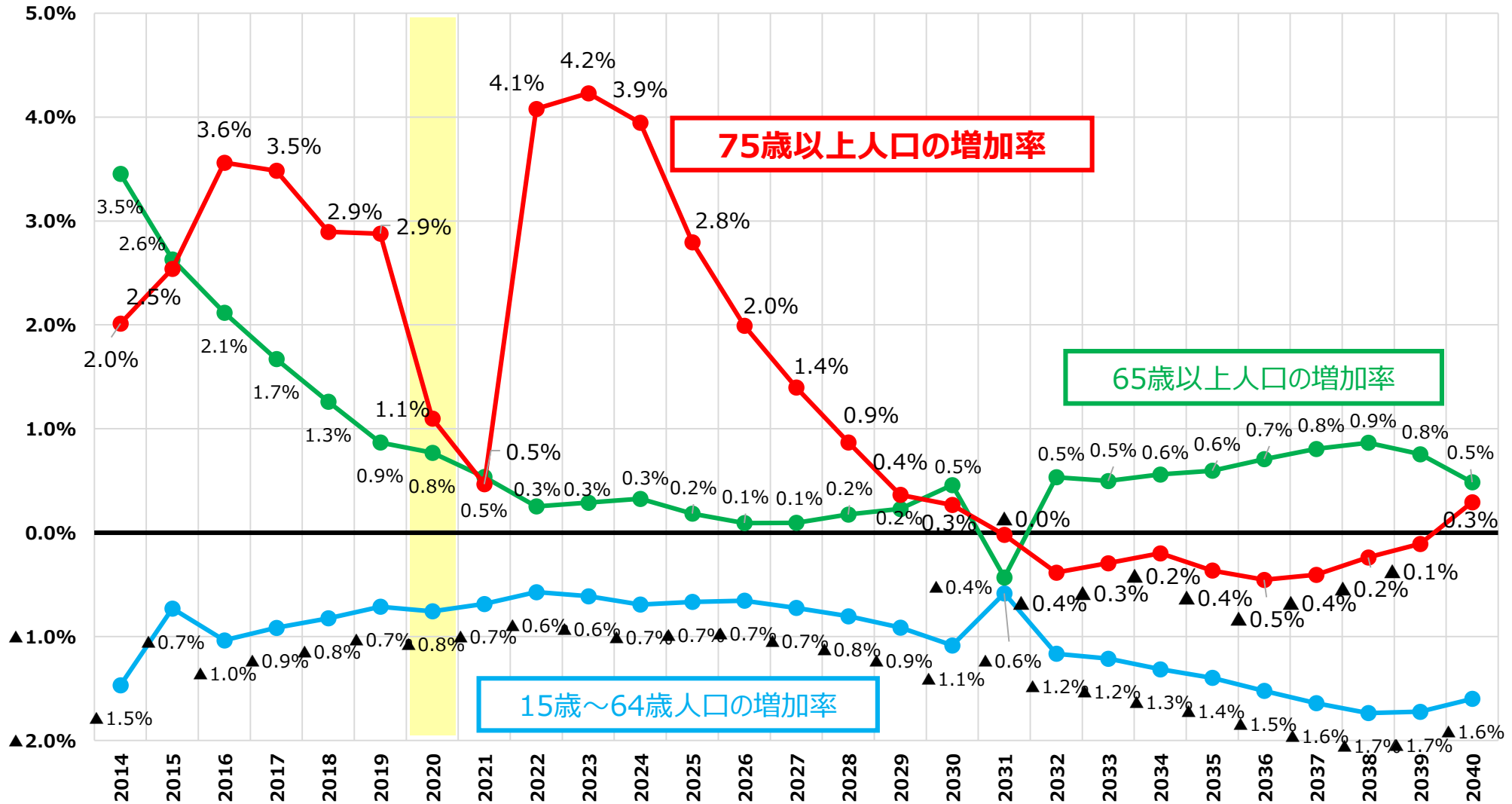
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



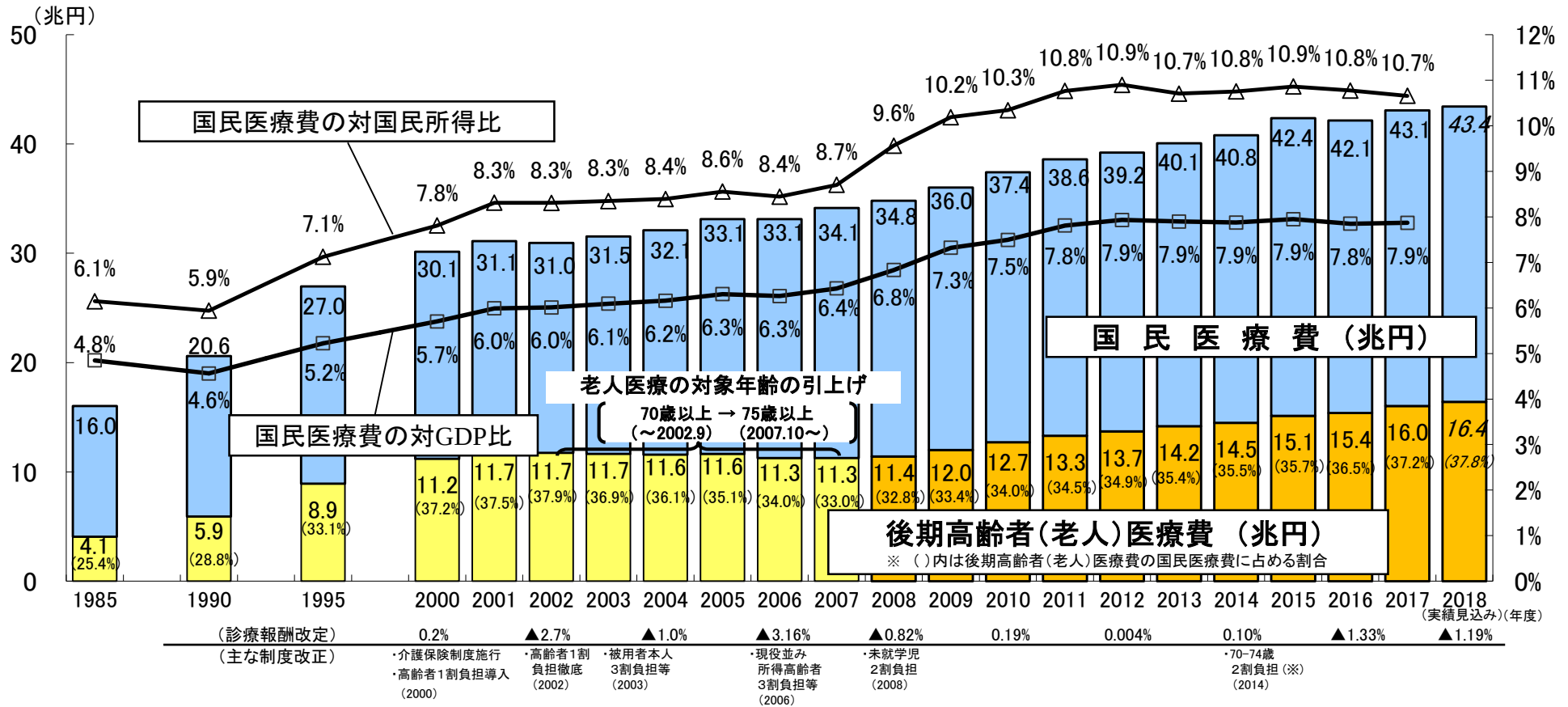
(出所) 2018年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2018年は総務省「人口推計」、それ以外は総務省「国勢調査」
 2018年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、
 2019年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計):出生中位・死亡中位推計」

年齢別の人口増加率の推移

○ 団塊世代が後期高齢者入りする2022年以降の数年間、一時的に75歳以上人口の増加率が高まる。



医療費の動向



<対前年度伸び率>

	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	(S60)	(H2)	(H7)	(H12)	(H13)	(H14)	(H15)	(H16)	(H17)	(H18)	(H19)	(H20)	(H21)	(H22)	(H23)	(H24)	(H25)	(H26)	(H27)	(H28)	(H29)	(H30)
国民医療費	6.1	4.5	4.5	▲1.8	3.2	▲0.5	1.9	1.8	3.2	▲0.0	3.0	2.0	3.4	3.9	3.1	1.6	2.2	1.9	3.8	▲0.5	2.2	0.8
後期高齢者(老人)医療費	12.7	6.6	9.3	▲5.1	4.1	0.6	▲0.7	▲0.7	0.6	▲3.3	0.1	1.2	5.2	5.9	4.5	3.0	3.6	2.1	4.4	1.6	4.2	2.4
国民所得	7.2	8.1	2.7	2.4	▲3.0	▲0.4	1.4	1.3	1.2	1.3	▲0.0	▲7.2	▲2.9	2.4	▲1.0	0.4	4.0	1.4	2.8	0.3	3.3	—
GDP	7.2	8.6	2.7	1.2	▲1.8	▲0.8	0.6	0.7	0.8	0.6	0.4	▲4.0	▲3.4	1.5	▲1.1	0.1	2.6	2.2	2.8	0.7	2.0	—

注1 国民所得及びGDPは内閣府発表の国民経済計算による。

注2 2018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。2018年度分は、2017年度の国民医療費に2018年度の概算医療費の伸び率(上表の斜字体)を乗じることによって推計している。

(※) 70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。2014年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

医療費の伸び率の要因分解

○ 医療費の伸び率のうち、人口及び報酬改定の影響を除いた「その他」は近年1～2％程度であり、平成30年度は1.1％。
その要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)	平成28年度 (2016)	平成29年度 (2017)	平成30年度 (2018)
医療費の伸び率 ①	1.9%	1.8%	3.2%	-0.0%	3.0%	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%	-0.5%	2.2%	<i>0.8%</i> (注1)
人口増の影響 ②	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.2%	-0.2%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.5%	1.8%	1.3%	1.5%	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%	1.2%	<i>1.1%</i> (注2)
診療報酬改定等 ④		-1.0%		-3.16%		-0.82%		0.19%		0.004%		0.1% [-1.26% 消費税対応 1.36% (注3)]		-1.33% (注4)		-1.19% (注5)
その他 (①-②-③-④) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し等	0.2%	1.2%	1.3%	1.8%	1.5%	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.9%	-0.1%	1.2%	<i>1.1%</i> (注1)
制度改正	H15.4 被用者本人3割負担等			H18.10 現役並み所得高齢者3割負担等		H20.4 未就学2割負担						H26.4 70-74歳2割負担 (注6)				

注1：医療費の伸び率は、平成29年度までは国民医療費の伸び率、平成30年度は概算医療費（審査支払機関で審査した医療費）の伸び率（上表の斜体字、速報値）であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2：平成30年度の高齢化の影響は、平成29年度の年齢階級別（5歳階級）国民医療費と平成29、30年度の年齢階級別（5歳階級）人口からの推計値である。

注3：平成26年度の「消費税対応」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。平成26年度における診療報酬改定の改定率は、合計0.10％であった。

注4：平成28年度の改定分-1.33％のうち市場拡大再算定の特例分等は-0.29％、実勢価等改定分で計算すると-1.03％。

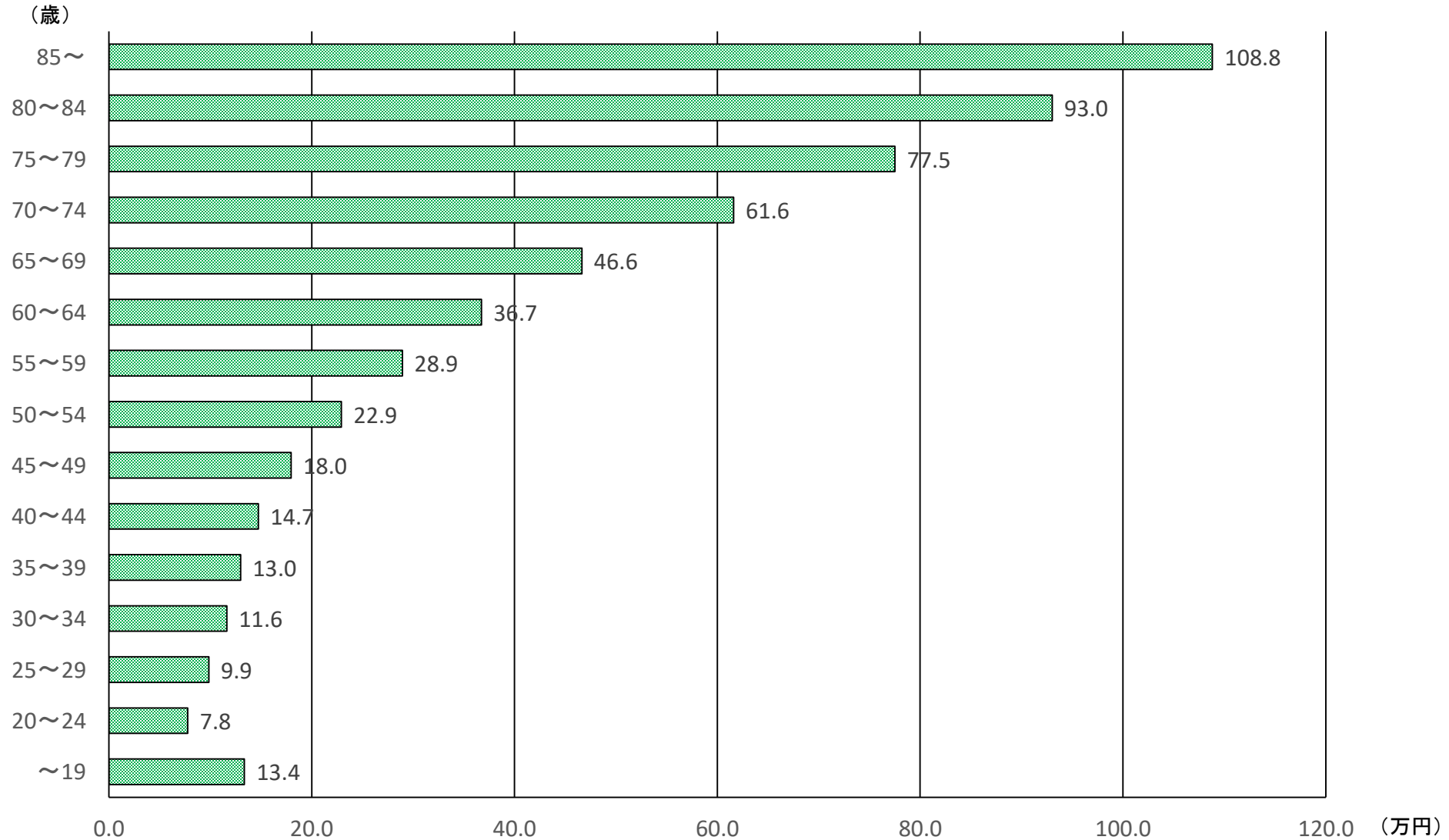
なお、「市場拡大再算定の特例分等」とは年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例の実施等を指す。

注5：平成30年度の改定分-1.19％のうち薬価制度改革分は-0.29％、実勢価等改定分で計算すると-0.9％。

注6：70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除（1割→2割）。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

年齢階級別の1人当たり医療費

○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。

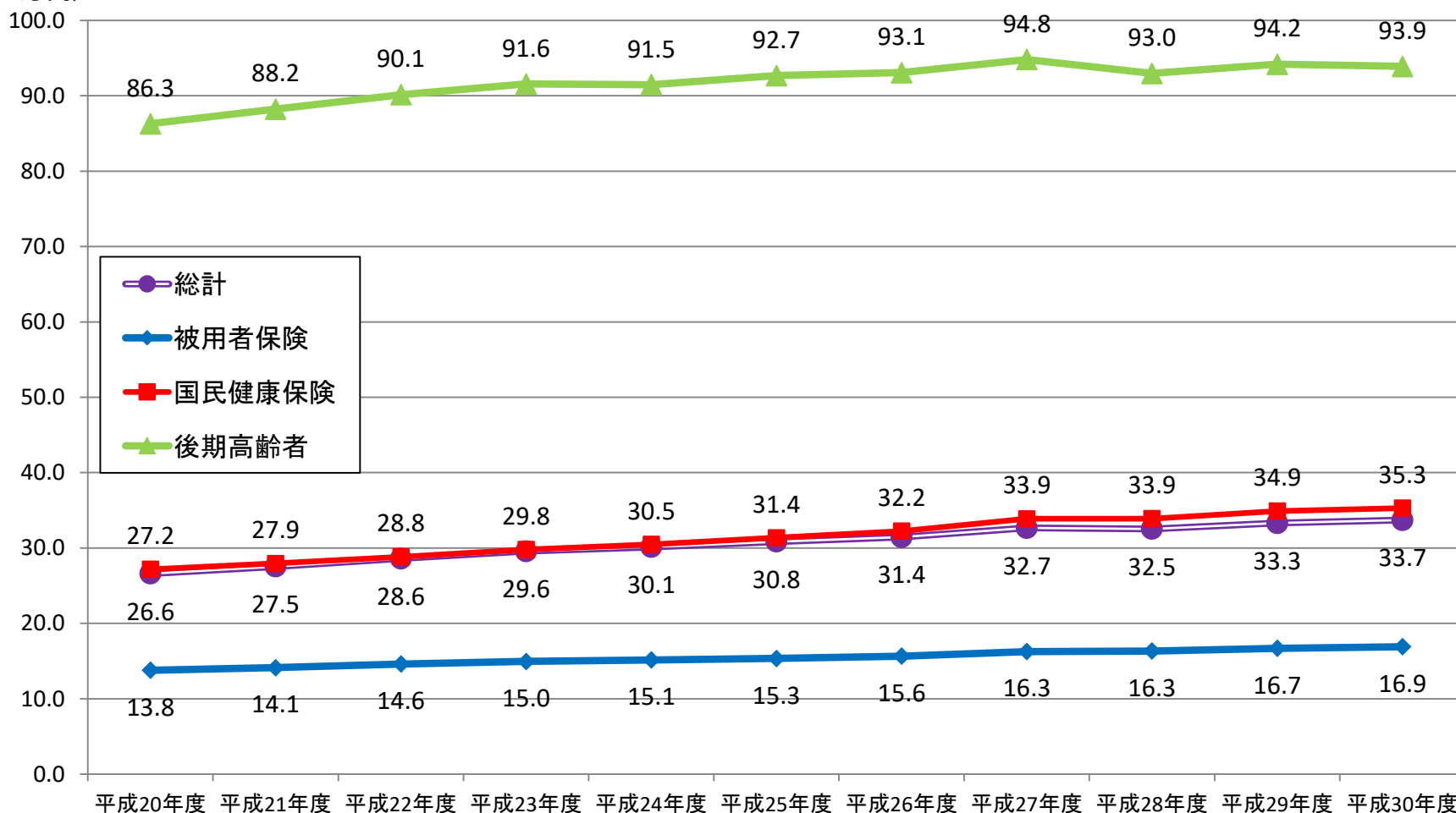


【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

医療保険制度別 1人当たり医療費

○ 後期高齢者の1人当たり医療費は約94万円(平成30年度)であり、医療制度総計・国民健康保険の約3倍、被用者保険の約6倍で推移している。

(単位:万円)

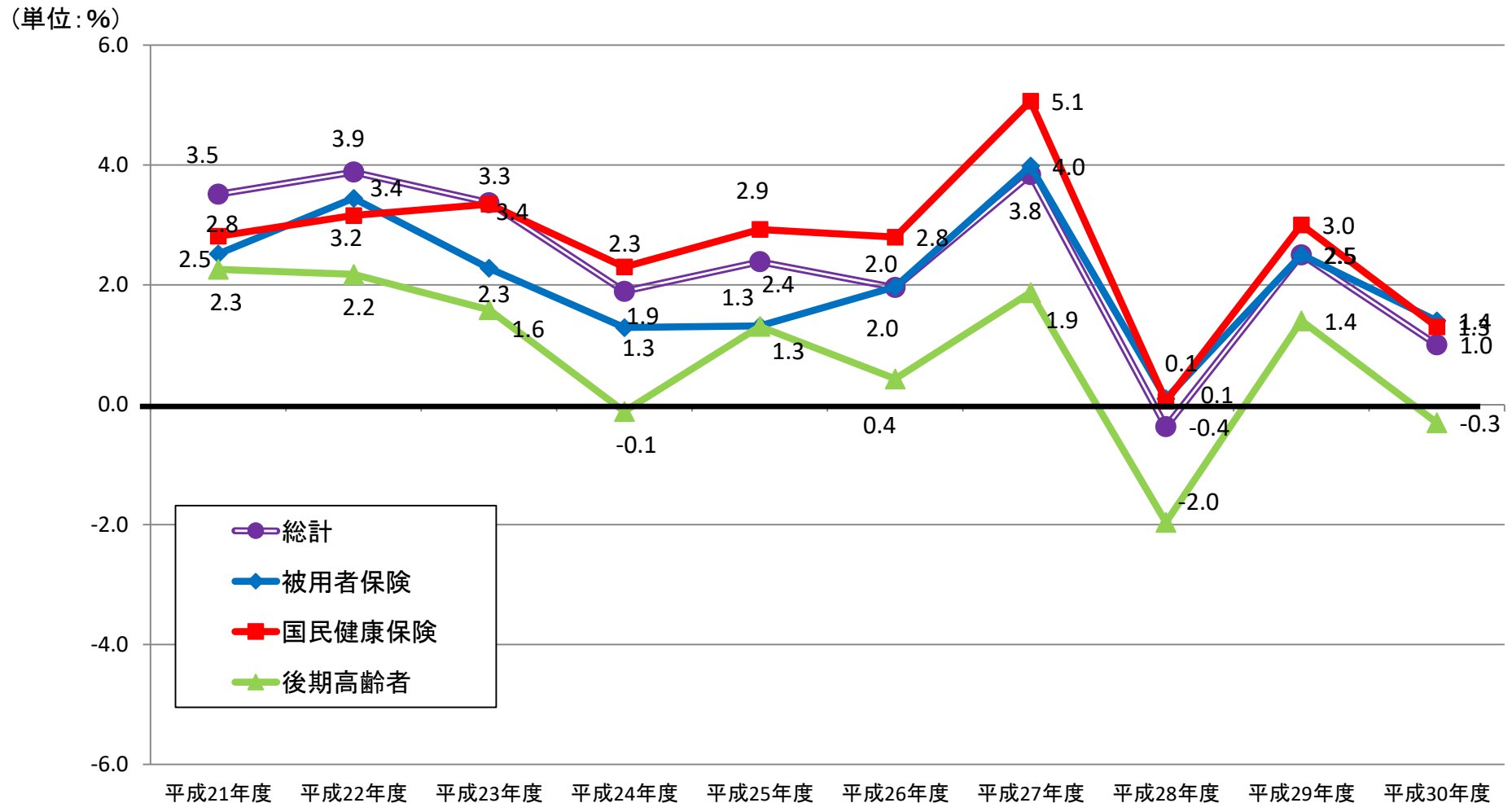


出典:医療費の動向調査(平成30年度)

注: 後期高齢者は75歳以上の数値としている。

医療保険制度別 1人当たり医療費の伸び率(対前年度比)

○ 後期高齢者の1人当たり医療費の伸び率(対前年度比)は、その他の制度の伸び率よりも概ね低くなっており、平成21～27年度までは約0%から約2%で推移し、平成28年度は－2.0%、平成29年度は1.4%、平成30年度は－0.3%となっている。



出典: 医療費の動向調査(平成30年度)

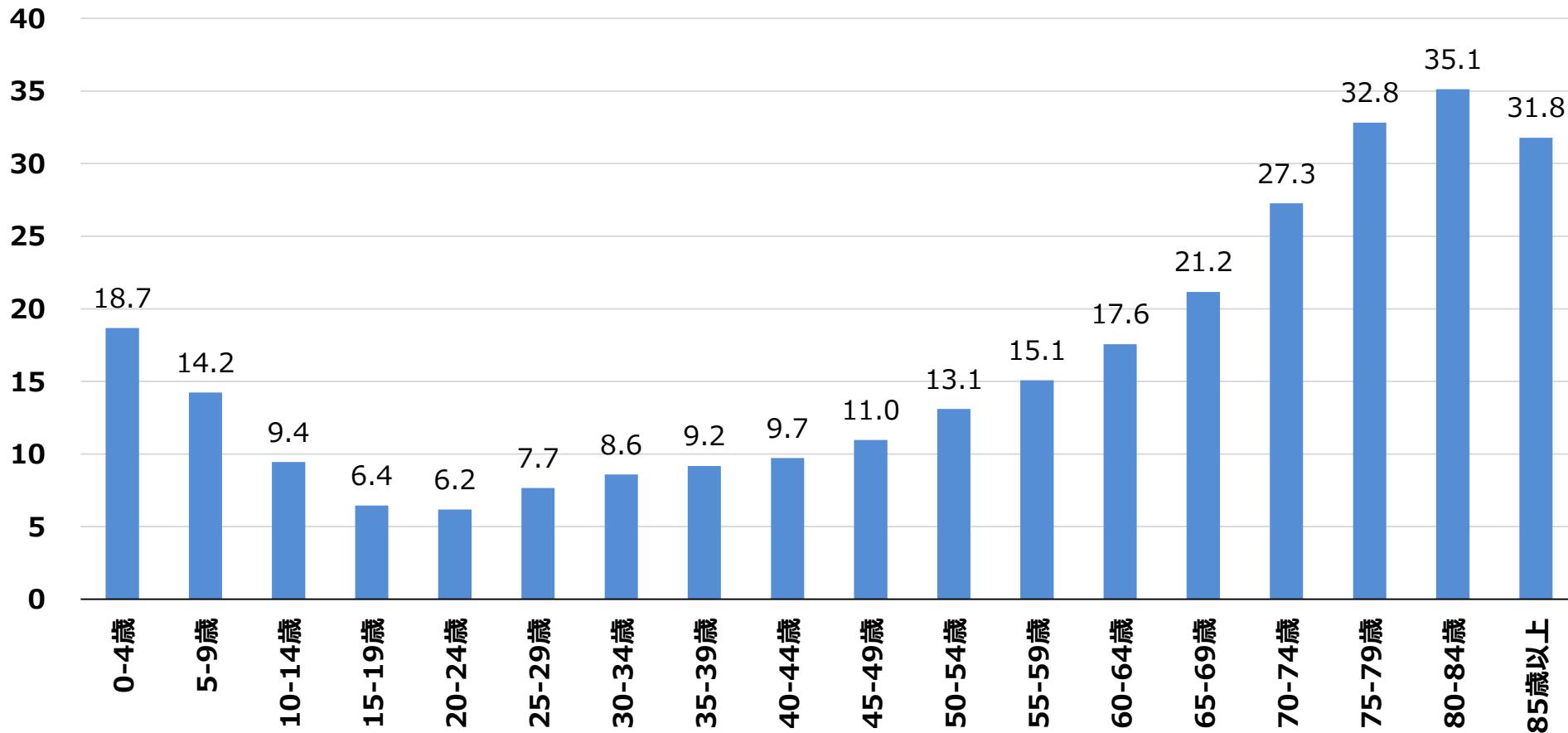
注: 後期高齢者は75歳以上の数値としている。

年齢階級別 1人当たり年間外来受診回数

○ 1人当たり年間外来受診回数は、高齢者ほど増加。

年齢階級別 1人当たり年間外来受診回数 (医科・歯科、2017年度)

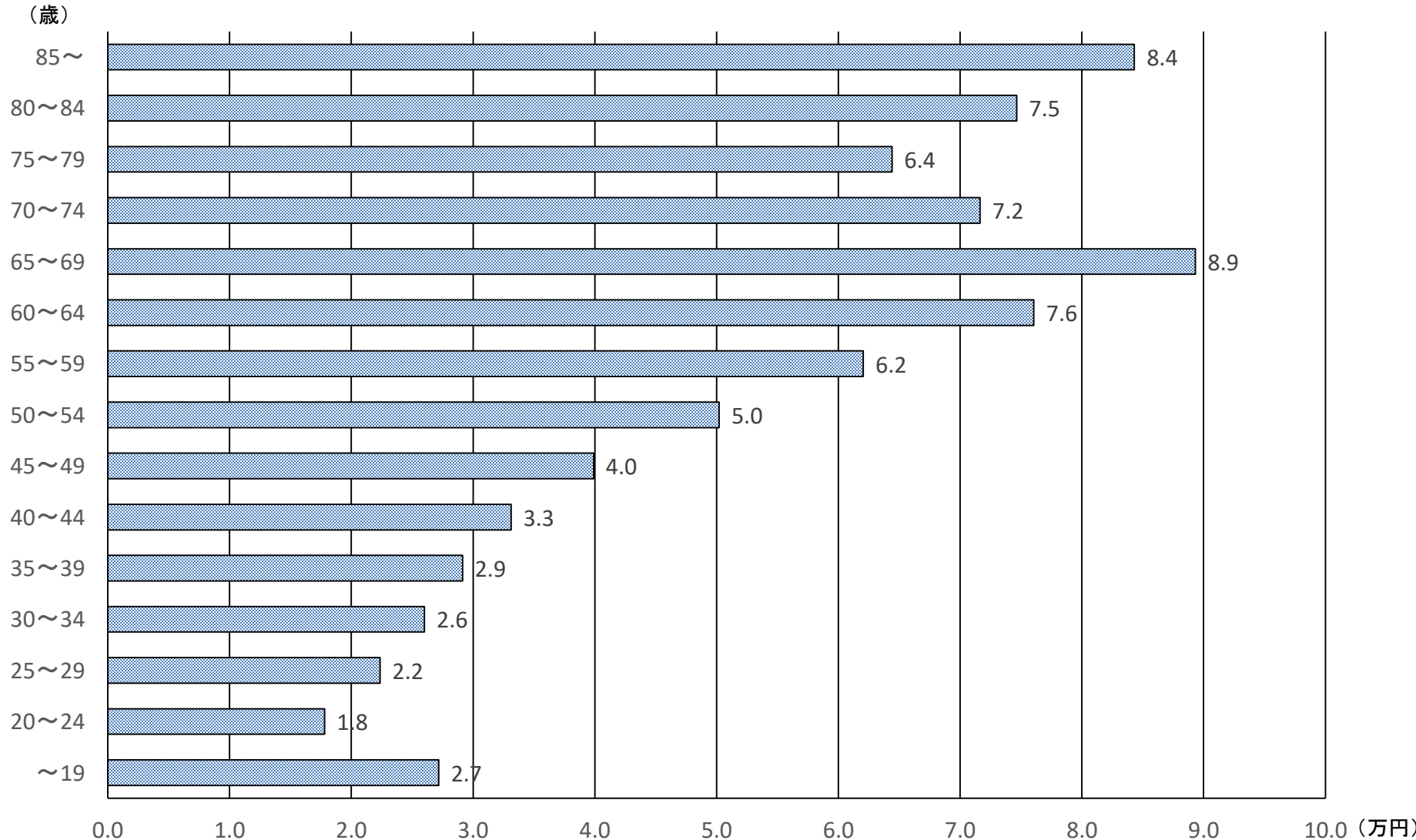
1人当たり年間
外来受診回数(回)



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

年齢階級別の1人当たり窓口負担額

○ 高齢になるにつれて医療費が増加することから、80歳以降、窓口負担額は70～74歳以上に高くなる



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

注) 窓口負担割合は、75歳以上は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。

なお、70歳～74歳までの者の2割は、平成26年4月以降70歳となる者が対象であり、その他の者は1割。

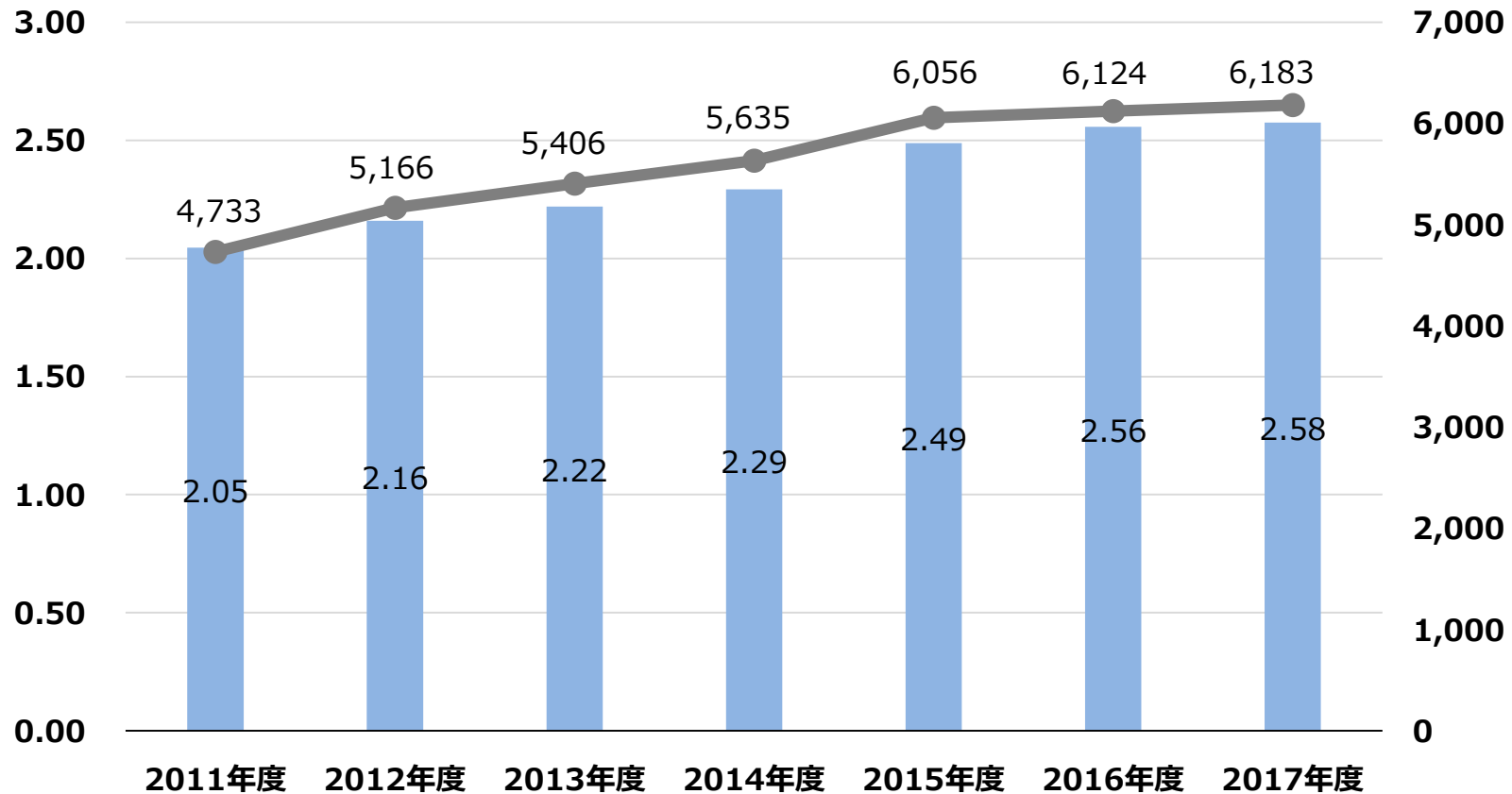
高額療養費の推移

○ 高額療養費（1ヶ月の医療費に窓口負担割合を乗じた額が上限額を超えた場合に、その超えた分を払い戻す制度。）は金額、件数ともに増加。

高額療養費の推移

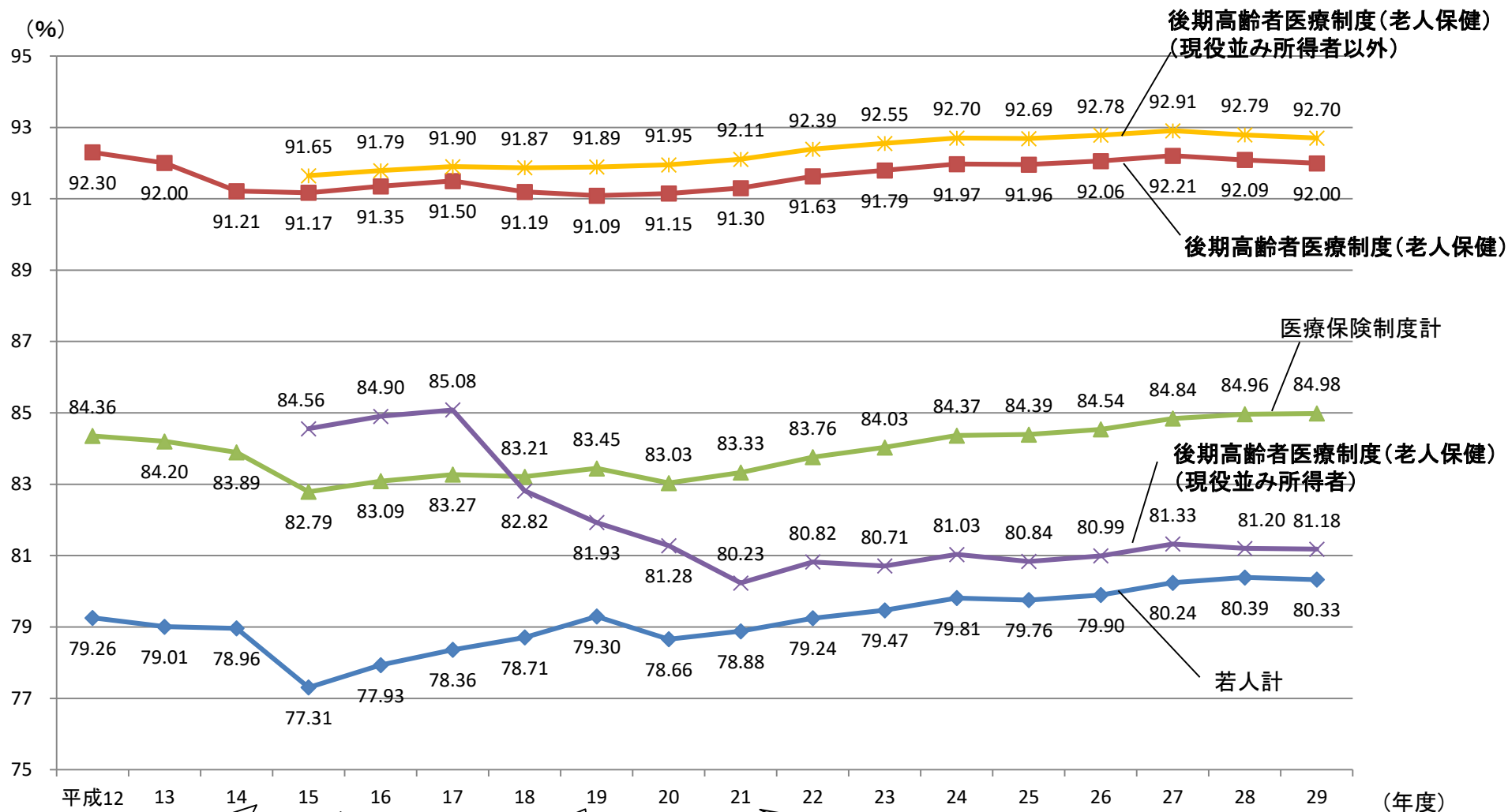
支給総額（兆円）

支給件数（万件）



実効給付率の推移

○ 平成29年度の後期高齢者の実効給付率は92.00%。このうち、現役並み所得者は81.18%、現役並み所得者以外のものは92.70%。



H14.10～70歳以上
:定率1割(現役並み2割)

H15.4～健保
:2割→3割

H18.10～70歳以上
:現役並み:2割→3割

H20.4～後期高齢者医療制度発足
70～74歳(凍結)/義務教育前:2割

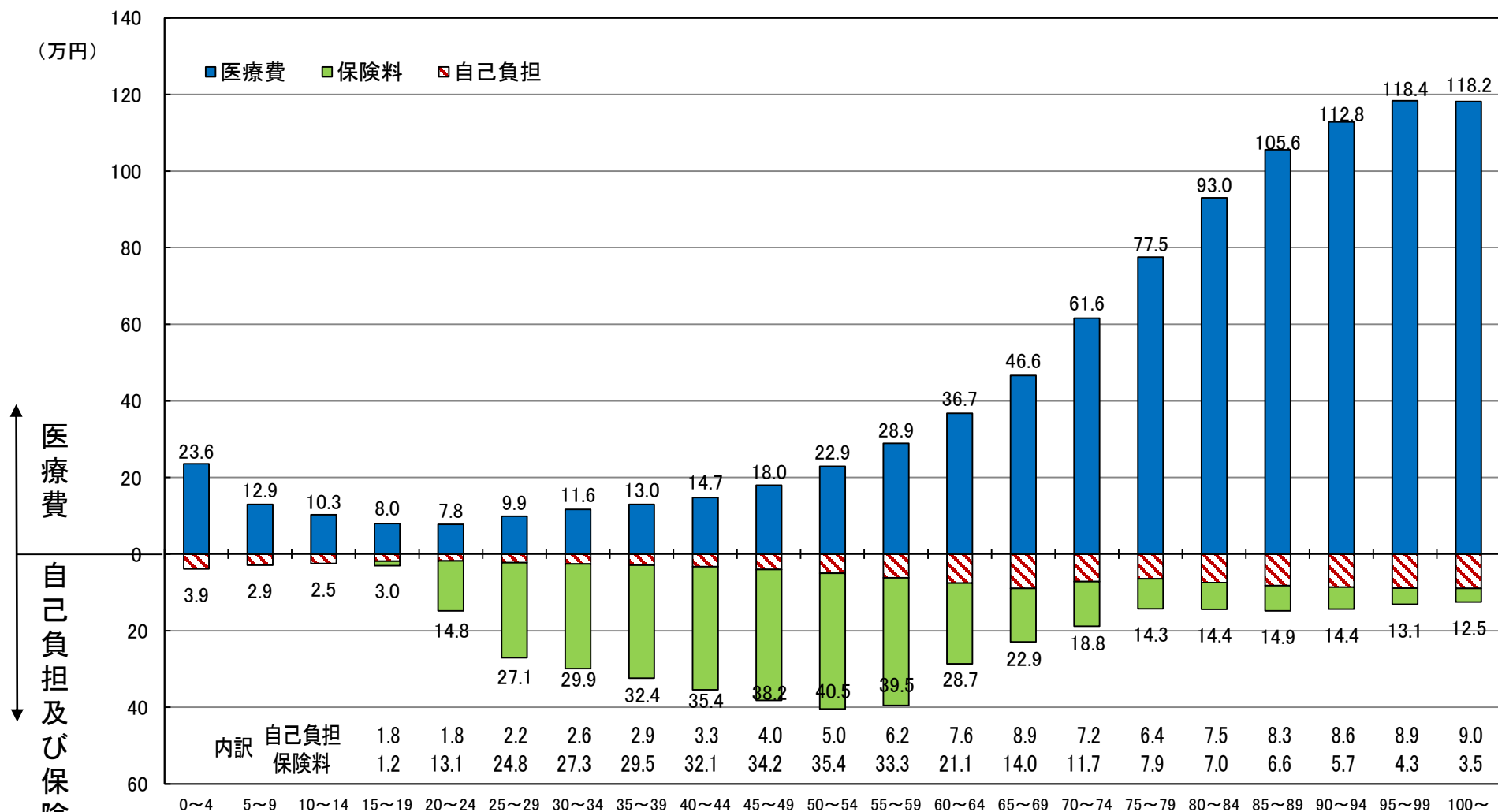
H26.4～70～74歳
:順次凍結解除

(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。

出典:各制度の事業年報等を基に作成

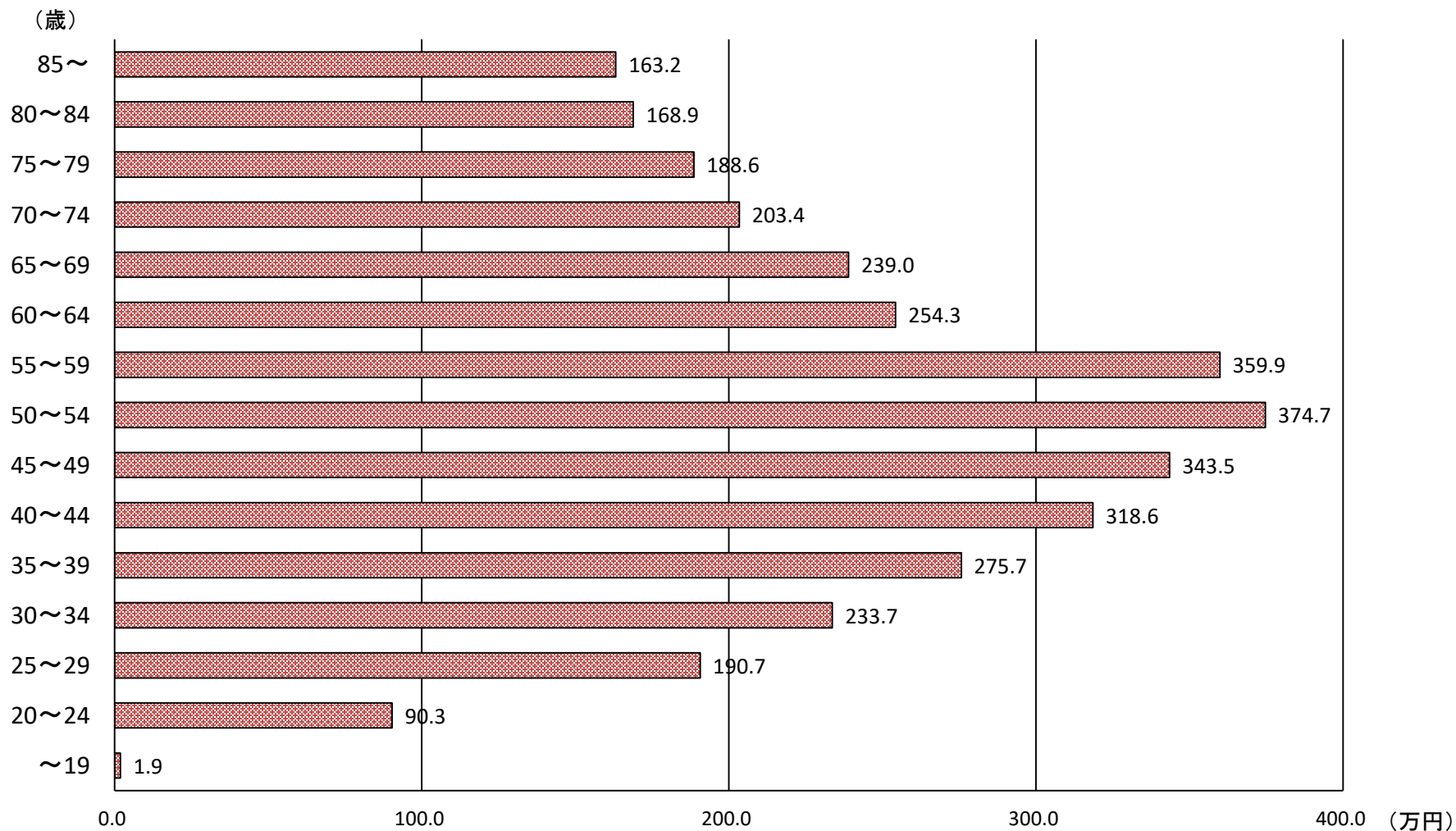
年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額及び保険料の比較(年額) (平成29年度実績に基づく推計値)



- (注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70～74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級別の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

年齢階級別の平均収入

○ 一人当たりの平均収入を年齢階級別に見ると、50～54歳の約375万円をピークに、一貫して低下が続き、75～79歳で約189万円、85歳以上で約163万円となる。



※ 平成28年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成27年の数値。

関連する閣議決定等

経済財政運営と改革の基本方針2019

～「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦～（抄）

（令和元年6月21日 閣議決定）

2. 経済・財政一体改革の推進等

（2）主要分野ごとの改革の取組

① 社会保障

（基本的な考え方）

新経済・財政再生計画に基づき、基盤強化期間内から改革を順次実行に移し、団塊の世代が75歳以上に入り始める2022年までに社会保障制度の基盤強化を進め、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めにつなげる。このため、給付と負担の見直しも含めた改革工程表について、進捗を十分に検証しながら、改革を着実に推進する。

年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」（以下「骨太方針2020」という。）において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

（給付と負担の見直しに向けて）

社会保障の給付と負担の在り方の検討に当たっては、社会保障分野における上記の「基本的な考え方」を踏まえつつ、骨太方針2018及び改革工程表の内容に沿って、総合的な検討を進め、骨太方針2020において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。

第1章 基本的考え方

(1)はじめに

政府は、本年9月に全世代型社会保障検討会議を設置し、少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で、人生100年時代の到来を見据えながら、お年寄りだけではなく、子供たち、子育て世代、さらには現役世代まで広く安心を支えていくため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を検討してきた。

与党においても並行して検討が進められ、自由民主党では、①就労しやすい社会づくり、②個性・多様性を尊重し支えていく環境づくり、③社会保障の持続可能性の重視という3つの原則を念頭に議論が行われ、本年12月17日に政府に対する提言が行われた。また、公明党では、誰もが安心して暮らすことのできる全世代型社会保障の構築に向けて、本年12月18日に政府への中間提言が行われた。

本中間報告は、これら与党からの提言を踏まえ、全世代型社会保障検討会議における現時点での検討成果について、中間的な整理を行ったものである。

来年夏の最終報告に向けて、与党の意見を更にしっかり聞きつつ、検討を深めていく。

(4)今後の改革の視点

(現役世代の負担上昇の抑制)

2022年には団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現行の社会保障制度を前提とすると、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される。人生100年時代の到来をチャンスとして前向きに捉えながら、働き方の変化を中心に据えて、年金、医療、介護、社会保障全般にわたる改革を進めることで、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する必要がある。

(全ての世代が公平に支える社会保障)

世界に冠たる我が国の社会保障制度を将来世代に着実に受け継いでいくためには、制度の持続可能性が重要である。このため、改革全般を通じて、自助・共助・公助の適切な役割分担を見直しつつ、大きなリスクに備えるという社会保険制度の重要な役割も踏まえ、年齢ではなく負担能力に応じた負担という視点を徹底していく必要がある。こうした取組と併せて、必要な財源確保を図ることを通じて、中長期的に受益と負担のバランスを確保する努力を継続していく必要がある。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実には合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

第2章 各分野の具体的方向性

3. 医療

(2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

第2章 各分野の具体的方向性

4. 予防・介護

人生100年時代の安心の基盤は「健康」である。予防・健康づくりには、①個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、②健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、③高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護予防、認知症施策の推進を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される。こうしたことにより、社会保障制度の持続可能性にもつながり得るという側面もある。

今後は、国民一人一人がより長く健康に活躍することを応援するため、病気になってからの対応だけでなく、社会全体で予防・健康づくりへの支援を強化する必要がある。

その際、社会保障教育の充実や保険者による被保険者への教育、戦略的な広報による国民への積極的な情報提供を進めるとともに、質の高い民間サービスを積極的に活用しつつ、個人が疾病や障害に対処して乗り越えていく力を高めていく必要がある。

(1) 保険者努力支援制度の抜本強化

保険者努力支援制度は、保険者(都道府県と市町村)の予防・健康づくり等への取組状況について評価を加え、保険者に交付金を交付する仕組みである。

先進自治体のモデルの横展開を進めるために保険者の予防・健康インセンティブを高めることが必要であり、公的保険制度における疾病予防の位置付けを高めるため、保険者努力支援制度の抜本的な強化を図る。同時に、疾病予防に資する取組を評価し、①生活習慣病の重症化予防や個人へのインセンティブ付与、歯科健診やがん検診等の受診率の向上等については、配点割合を高める、②予防・健康づくりの成果に応じて配点割合を高め、優れた民間サービス等の導入を促進する、といった形で配分基準のメリハリを実効的に強化する。

(3) エビデンスに基づく政策の促進

上記(1)や(2)の改革を進め、疾病・介護予防に資する取組を促進するに当たっては、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

その際、統計学的な正確性を確保するため、国が実証事業の対象分野・実証手法等の基本的な方向性を定めるとともに、その結果を踏まえ、保険者等に対して適切な予防健康事業の実施を促進する。

第3章 来年夏の最終報告に向けた検討の進め方

現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、切れ目無く全ての世代を対象とするとともに、全ての世代が公平に支え合う「全世代型社会保障」への改革を進めることは、政府・与党の一貫した方針である。

改革の推進力は、国民の幅広い理解である。来年夏の最終報告に向けて、政府・与党ともに、今後も国民的な議論を一層深める努力を継続する。

本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」とこととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。

また、世論調査等を通じて、国民の不安の実態把握を進める。

さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。

特に、地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する。国民の高齢期における適切な医療の確保を図るためにも地域の実情に応じた医療提供体制の整備等が必要であり、持続可能かつ効率的な医療提供体制に向けた都道府県の取組を支援することを含め、地方公共団体による保険者機能の適切な発揮・強化等のための取組等を通じて、国と地方が協働して実効性のある社会保障改革を進める基盤を整備する。併せて、地域や保険制度、保険者の差異による保険料水準の合理的でない違いについて、その平準化に努めていく。

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

高齢化や現役世代の急減という人口構造の変化の中でも、国民皆保険を持続可能な制度としていくため、勤労世代の高齢者医療への負担状況にも配慮しつつ、必要な保険給付をできるだけ効率的に提供しながら、自助、共助、公助の範囲についても見直しを図る。

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給付と負担の見直し	57 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討					
	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、医療保険・介護保険制度における負担への金融資産等の保有状況の反映の在り方について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。 介護の補足給付については、2019年度の関係審議会における議論を踏まえ対応。 《厚生労働省》			—	—
	58 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討					
	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	59 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる					
	薬剤自己負担の引上げについて、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス、医薬品の適正使用の促進等の観点を踏まえつつ、対象範囲を含め幅広い観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	薬剤自己負担の引上げについて、諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、骨太2020に向けて引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—

新経済・財政再生計画 改革工程表2019（抄）

（令和元年12月19日 経済財政諮問会議決定）

2-4 給付と負担の見直し

	取組事項	実施年度			K P I	
		2020年度	2021年度	2022年度	第1階層	第2階層
給 付 と 負 担 の 見 直 し	60 外来受診時等の定額負担の導入を検討					
	病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及を進めるとともに、外来受診時等の定額負担導入を検討する。	全世代型社会保障検討会議の中間報告において示された方向性に基づき最終報告に向けて検討を進め、遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、2020年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。 《厚生労働省》			—	—
	61 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討					
	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討する。 《厚生労働省》	支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において総合的な対応を検討。			—	—
	65 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討					
	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。 《厚生労働省》	年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて、現役との均衡の観点から、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。			—	—
	66 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討					
	新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討する。 《厚生労働省》	医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養を柔軟に活用・拡大することについて、骨太の方針2020に向けて関係審議会等において検討。			—	—

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部とりまとめ
(令和元年5月29日)

- 2040年を展望すると、高齢者の人口の伸びは落ち着き、現役世代（担い手）が急減する。
→「総就業者数の増加」とともに、「より少ない人手でも回る医療・福祉の現場を実現」することが必要。
- 今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
①多様な就労・社会参加の環境整備、②健康寿命の延伸、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保
- また、社会保障の枠内で考えるだけでなく、農業、金融、住宅、健康な食事、創薬にもウイングを拡げ、関連する政策領域との連携の中で新たな展開を図っていく。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

「現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題」

多様な就労・社会参加

- 【雇用・年金制度改革等】
- 70歳までの就業機会の確保
 - 就職氷河期世代の方々の活躍の場を更に広げるための支援
(厚生労働省就職氷河期世代活躍支援プラン)
 - 中途採用の拡大、副業・兼業の促進
 - 地域共生・地域の支え合い
 - 人生100年時代に向けた年金制度改革

健康寿命の延伸

- 【健康寿命延伸プラン】
- ⇒2040年までに、健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、**75歳以上**に
- ①健康無関心層へのアプローチの強化、
②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
・疾病予防・重症化予防
・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

- 【医療・福祉サービス改革プラン】
- ⇒2040年時点で、単位時間当たりのサービス提供を**5%（医師は7%）以上改善**
- 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
・組織マネジメント改革
・経営の大規模化・協働化

「引き続き取り組む政策課題」

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

健康寿命延伸プランの概要

- ①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進、②地域・保険者間の格差の解消に向け、「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」など「新たな手法」も活用し、以下3分野を中心に取組を推進。
→2040年までに健康寿命を男女ともに3年以上延伸し（2016年比）、75歳以上とすることを目指す。
2040年の具体的な目標（男性：75.14歳以上 女性：77.79歳以上）

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動
ができる環境

居場所づくりや社会参加

行動変容を促す仕掛け

行動経済学の活用

インセンティブ

I

次世代を含めたすべての人の 健やかな生活習慣形成等

- ◆ 栄養サミット2020 を契機とした食環境づくり(産学官連携プロジェクト本部の設置、食塩摂取量の減少(8g以下))
- ◆ ナッジ等を活用した自然に健康になれる環境づくり(2022年度までに健康づくりに取り組む企業・団体を7,000に)
- ◆ 子育て世代包括支援センター設置促進(2020年度末までに全国展開)
- ◆ 妊娠前・妊産婦の健康づくり（長期的に増加・横ばい傾向の全出生数中の低出生体重児の割合の減少）
- ◆ PHRの活用促進(検討会を設置し、2020年度早期に本人に提供する情報の範囲や形式について方向性を整理)
- ◆ 女性の健康づくり支援の包括的实施(今年度中に健康支援教育プログラムを策定)

等

II

疾病予防・重症化予防

- ◆ ナッジ等を活用した健診・検診受診勧奨(がんの年齢調整死亡率低下、2023年度までに特定健診実施率70%以上等を目指す)
- ◆ リキッドバイオプシー等のがん検査の研究・開発(がんの早期発見による年齢調整死亡率低下を目指す)
- ◆ 慢性腎臓病診療連携体制の全国展開(2028年度までに年間新規透析患者3.5万人以下)
- ◆ 保険者インセンティブの強化(本年夏を目途に保険者努力支援制度の見直し案のとりまとめ)
- ◆ 医学的管理と運動プログラム等の一体的提供(今年度中に運動施設での標準的プログラム策定)
- ◆ 生活保護受給者への健康管理支援事業(2021年1月までに全自治体において実施)
- ◆ 歯周病等の対策の強化(60歳代における咀嚼良好者の割合を2022年度までに80%以上)

等

III

介護予防・フレイル対策、 認知症予防

- ◆ 「通いの場」の更なる拡充(2020年度末までに介護予防に資する通いの場への参加率を6%に)
- ◆ 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施(2024年度までに全市区町村で展開)
- ◆ 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(2020年度中に介護給付費分科会で結論を得る)
- ◆ 健康支援型配食サービスの推進等(2022年度までに25%の市区町村で展開等)
- ◆ 「共生」・「予防」を柱とした認知症施策(本年6月目途に認知症施策の新たな方向性をとりまとめ予定)
- ◆ 認知症対策のための官民連携実証事業(認知機能低下抑制のための技術等の評価指標の確立)

等

昨年6月以降の議論の経緯

昨年6月以降の議論の経緯

令和元年6月	6/21 経済財政運営と改革の基本方針2019(令和元年6月21日閣議決定) <u>「年金及び介護については、必要な法改正も視野に、2019年末までに結論を得る。医療等のその他の分野についても、基盤強化期間内から改革を順次実行に移せるよう、2020年度の「経済財政運営と改革の基本方針」(以下「骨太方針2020」という。)において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめる。」</u>
令和元年9月	9/20 全世代型社会保障検討会議設置(令和元年9月20日) 9/27 第119回医療保険部会 ・「医療保険制度をめぐる状況」について議論
令和元年11月	11/28 第122回医療保険部会 ・全世代型社会保障検討会議での議論の状況を報告
令和元年12月	12/19 全世代型社会保障検討会議中間報告(令和元年12月19日) <u>「本中間報告で「最終報告に向けて検討を進める」こととした兼業・副業に係る労働時間規制等の取扱いや、医療保険制度改革の具体化等については、与党や幅広い関係者の意見も聞きながら、来年夏の最終報告に向けて検討を進める。」</u> <u>「さらに、個別政策ごとに今後の取組の進め方と時間軸を示した改革工程表を策定しており、これに則った社会保障改革の推進と一体的な取組を進める。」</u> 12/19 新経済・財政再生計画改革工程表 2019(令和元年12月19日経済財政諮問会議決定) 12/25 第123回医療保険部会 ・全世代型社会保障検討会議中間報告及び改革工程表2019について報告

全世代型社会保障検討会議において有識者からのヒアリングや現場との意見交換を実施

後期高齢者の自己負担割合の在り方について

- 現在1割の方は2割になったら、医療費の負担が2倍になることから、慎重な議論が必要。
- 一定所得以上の者を2割負担とする旨記載されたことは一歩前進。対象者をどの程度まで絞るかによっては、制度の持続性を高める効果が限定的になることが懸念される。
- 窓口負担を応能負担にしていくという議論をする際、後期高齢者医療制度や市町村国保では保険料負担率が高いといった問題についても検討すべき。
- 75歳以上の一定所得以上の高齢者に限り自己負担を引き上げるとするのは、負担応力に応じた負担をするという考え方に沿う。ただ、所得基準のあり方については、生活への影響など、シミュレーションも行いながら丁寧な検討が必要。
- 所得の状況のばらつきや可処分所得など、生活実態の調査等を丁寧に議論していくことが必要。
- 窓口負担を2割にすることは重要であり、今後の具体的な議論が大事になる。加えて、今後保険者による健康づくりを進めていくことも重要である。
- 負担能力のある人が負担をしながら全体の社会保障制度を支えるというのが基本。そうした理解の中で、そうしなければ日本の医療制度は本当に財政的にもたなくなるということを強く感じており、窓口負担が2割となることを受け入れようという方々もおられる。
- 新たに75歳になる人からではなく、一定以上所得のある全ての75歳以上の人を2割負担の対象とするということであれば、そうした考えも理解はできるが、国民に丁寧に説明する必要がある。社会保険は、保険料の部分が応能負担で、高額療養費制度もあるので、窓口負担も応能負担とするのは複雑になりすぎるように感じる。

第123回医療保険部会（令和元年12月25日開催）での議論の中で出た意見

大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について

- 中間報告記載の「増額分については公的医療保険の負担を軽減するように改める」というのは、選定療養の仕組みで行う以上、違和感がある。しっかり議論する必要がある。
- 初診のときに5,000円を払って、そのまま大病院に残ると、結局は勤務医の負担が増えたままになるので、再診料のところをうまく対応すべき。
- 紹介状なし大病院受診時定額負担の範囲が、病床数がかなり少ないところまで広がったので、救急外来の増加など他のところに負担がかかっていないかについて、制度導入後のきちんとした検証が必要。
- 初診5,000円以上や再診2,500円以上としてあるのは、地域の実情に応じて、各医療機関において金額を考えてもらうという趣旨もある。また、徴収にかなり手間取っているということもあるので、現場に対してインセンティブを与えていくということは、制度趣旨からすると、大変重要。
- 200床以上の一般病院に拡大について、いわゆる地域包括ケアを担うような地域密着型の病床も含まれるのであれば、地方においては、ある程度大きな規模の病院でもそういう機能を担った唯一の病院であったりもするので、丁寧な議論が必要。
- 大病院の方が安心だろうと思い、5000円払ってでもいきたいとなると何もならない。信頼関係のある身近な開業医を受診する大切さを啓発をしないといけない。
- 日本の外来受診回数が多いのは事実。総受診回数のうち、大病院を受診した回数はいくつか、紹介状なしで受診した回数はいくつか等のデータを示した上で議論した方、今後の改善につながるのではないかな。

予防・健康づくり、その他について

- インセンティブ強化の予算が大幅に増額されているが、アウトカム評価を重視しながら執行していただきたい。
- 負担は現役世代中心というこれまでの構造を見直して、全世代が公平に支え合うということが非常に重要。
- 法定外繰入の解消は方向性としてはそのとおりだが、各市町村ごと事情は様々であり、市町村の声も聞きながら議論を進める必要がある。
- 普通調整交付金の見直しは、地方自治体への影響が大きいので、自治体間の所得調整機能のための交付金として、現状を維持すべき。