

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
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 ・高額療養費制度の在り方 (※骨太②④(i))	・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)。	医療保険部会における主な意見(平成26年8月8日) ・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、ということを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。
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 ・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))		

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）							
										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）
被用者家族	5割	被用者本人	定額 →1割（S59～） 高額療養費創設	入院2割 外来2割＋薬剤一部負担													
		被用者家族	3割（S48～） 高額療養費創設	→入院2割（S56～） 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～））												

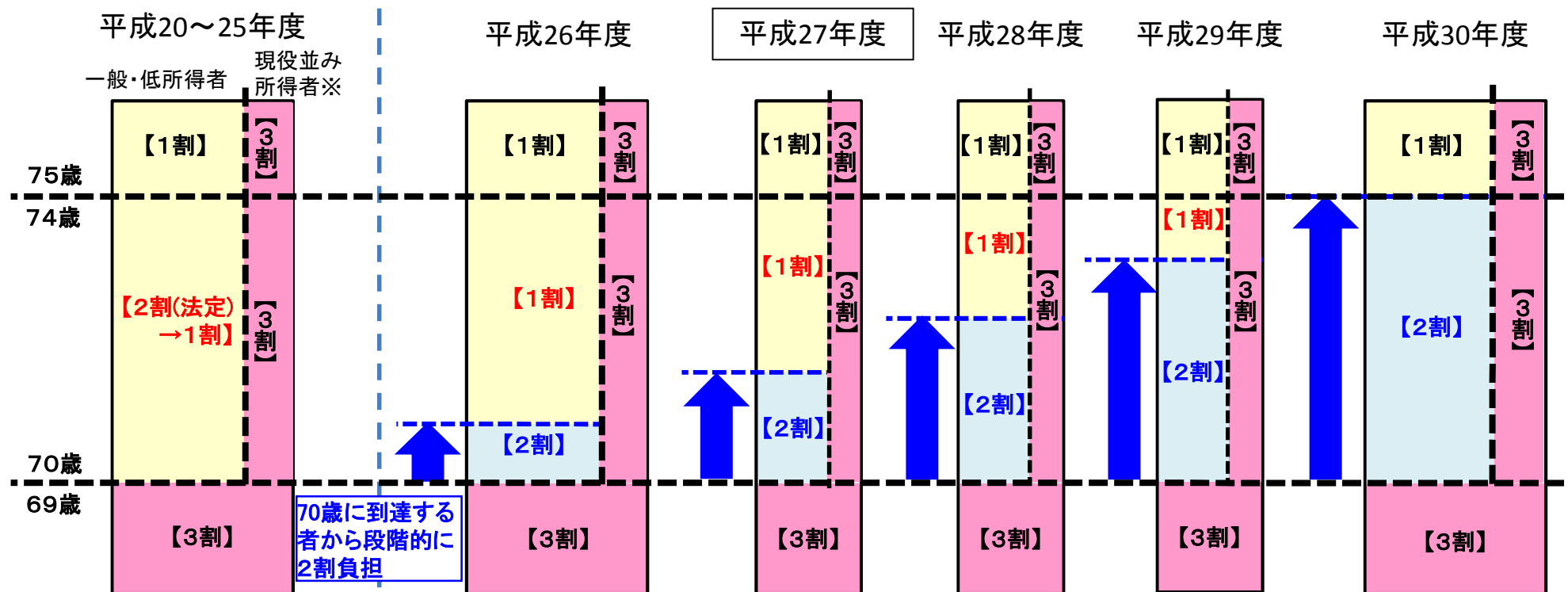
（注）・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。

- ・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)



高額療養費制度の概要

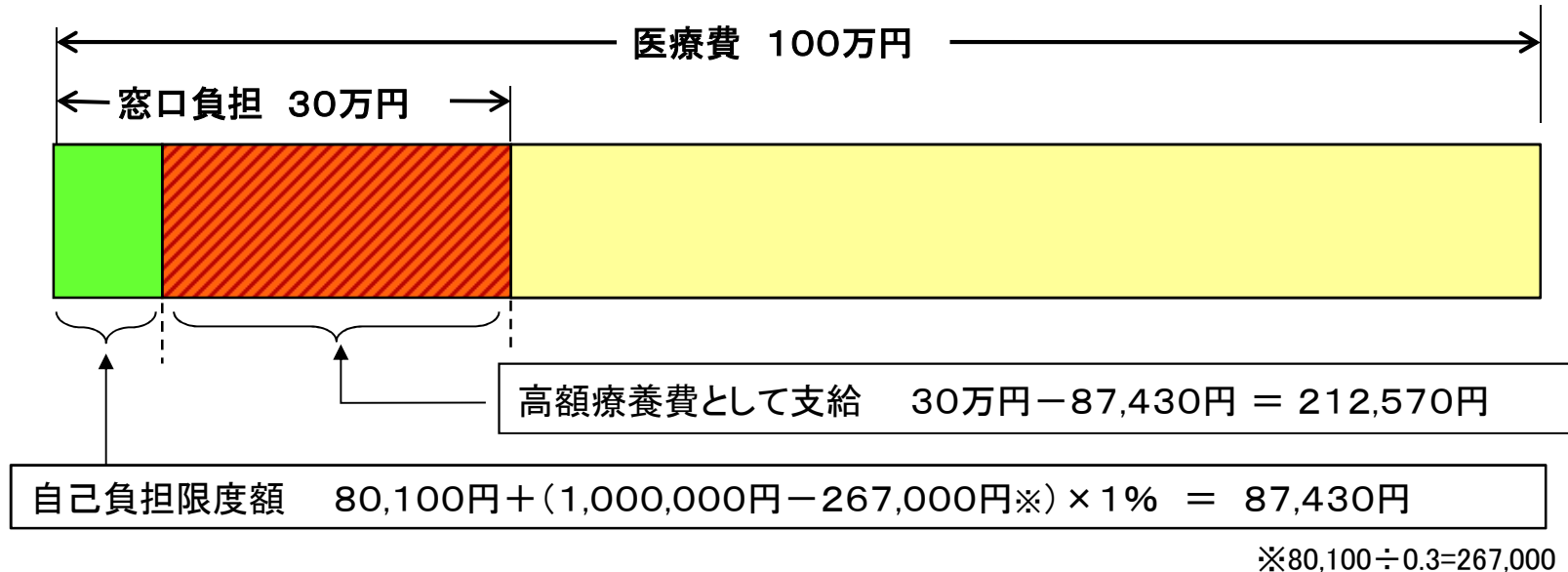
- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※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 住民税非課税 (所得が一定以下)		8,000	24,600 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)
	一定以上所得者 合計所得金額160万以上	1割	37,200 (世帯)
	合計所得金額160万未満 (※5)		
	一般 住民税課税者等 (※6)		
	住民税非課税		24,600 (世帯)
	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

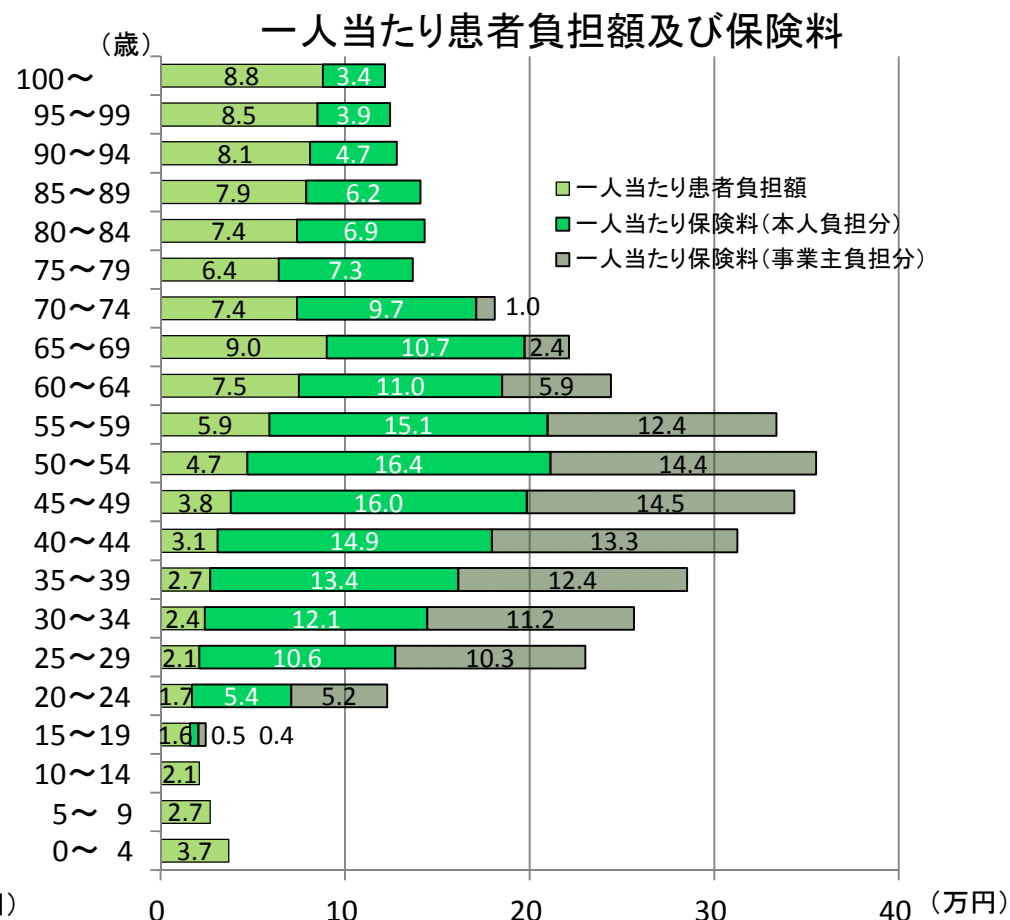
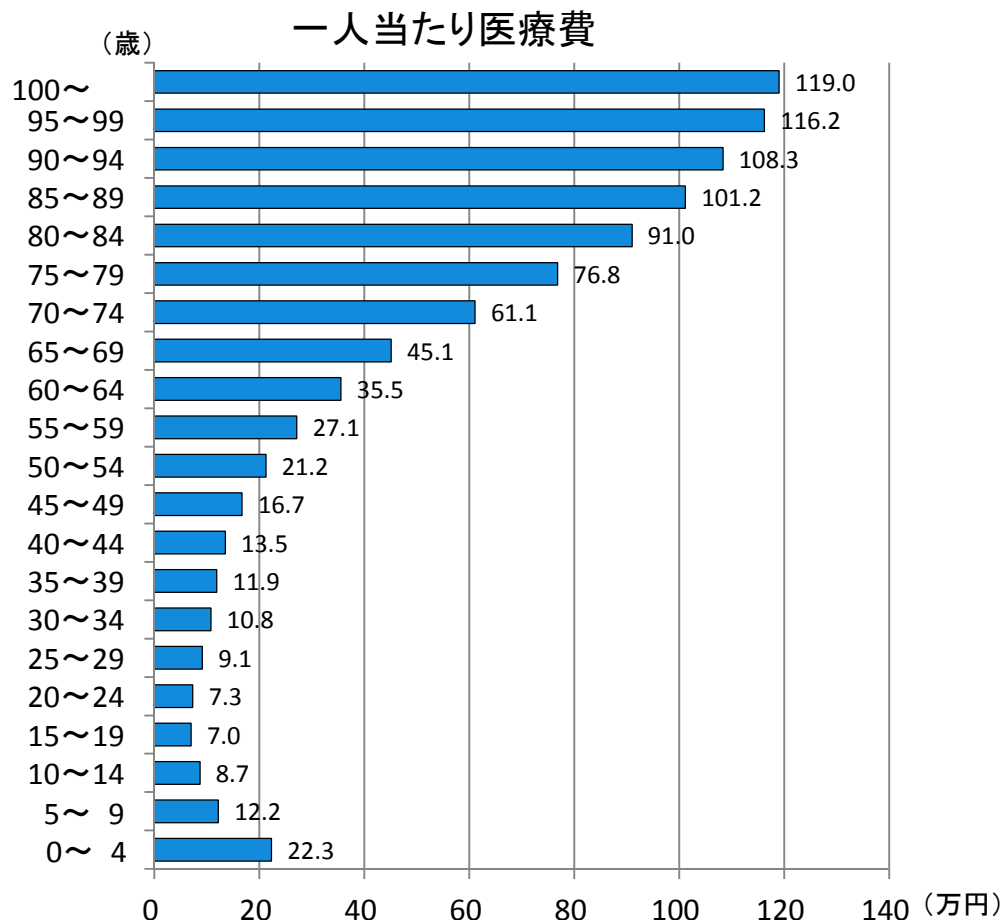
区分		自己負担割合	自己負担限度額		人数(万人)
			外来		
現役並み所得者		3割負担	44,400円	80,100円+ (総医療費－267,000円)×1% ＜多数回該当:44,400円＞	102 (6.7%)
一 般		1割負担	12,000円	44,400円	825 (54.0%)
低所得者	住民税 非課税		8,000円	24,600円	317 (20.8%)
	住民税 非課税 (所得が 一定以下)			15,000円	282 (18.5%)
被保険者計					1,527

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。

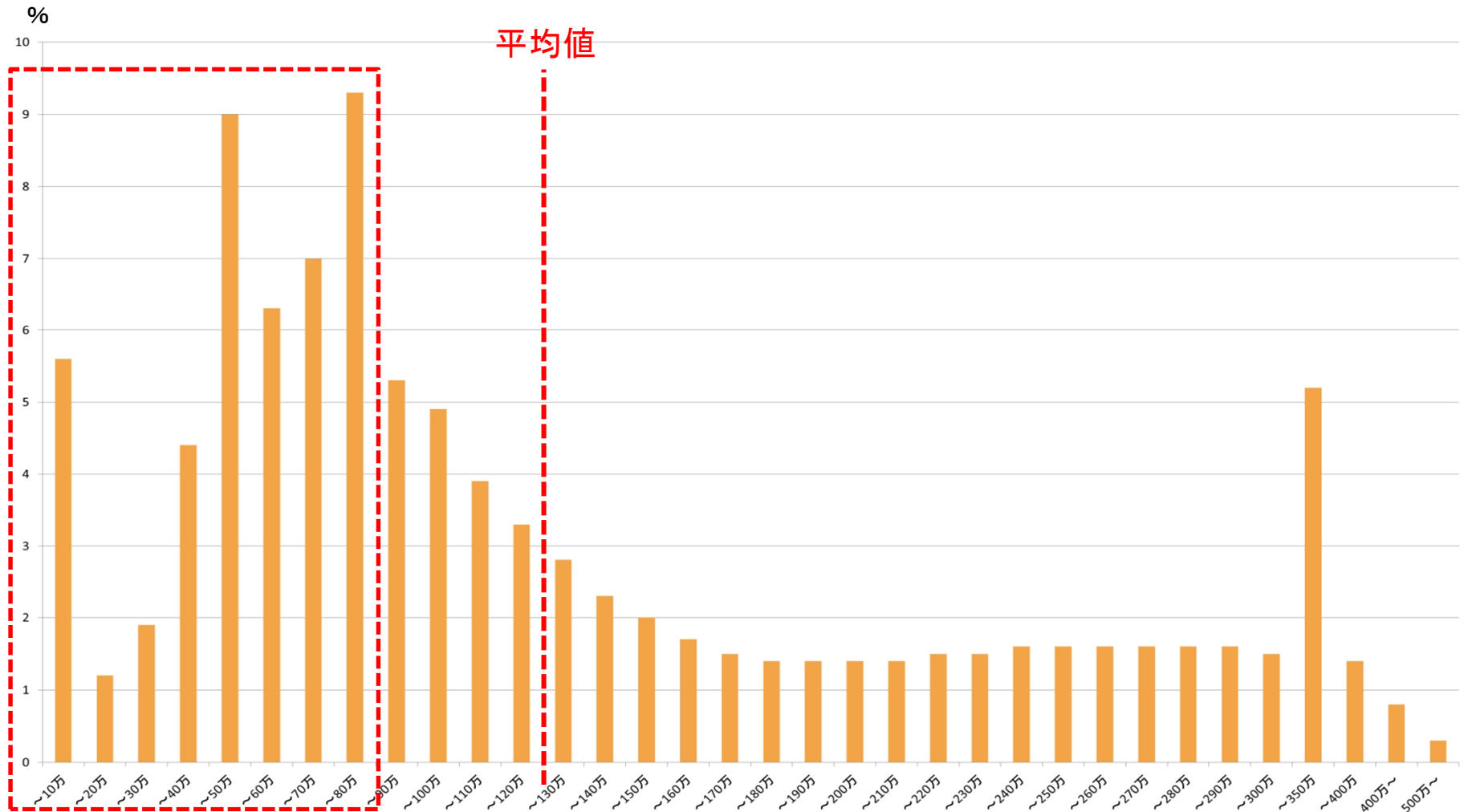
※2 自己負担額及び保険料は、「医療保険に関する基礎資料」（厚生労働省保険局）に基づき作成した平成24年度の数値。

※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。



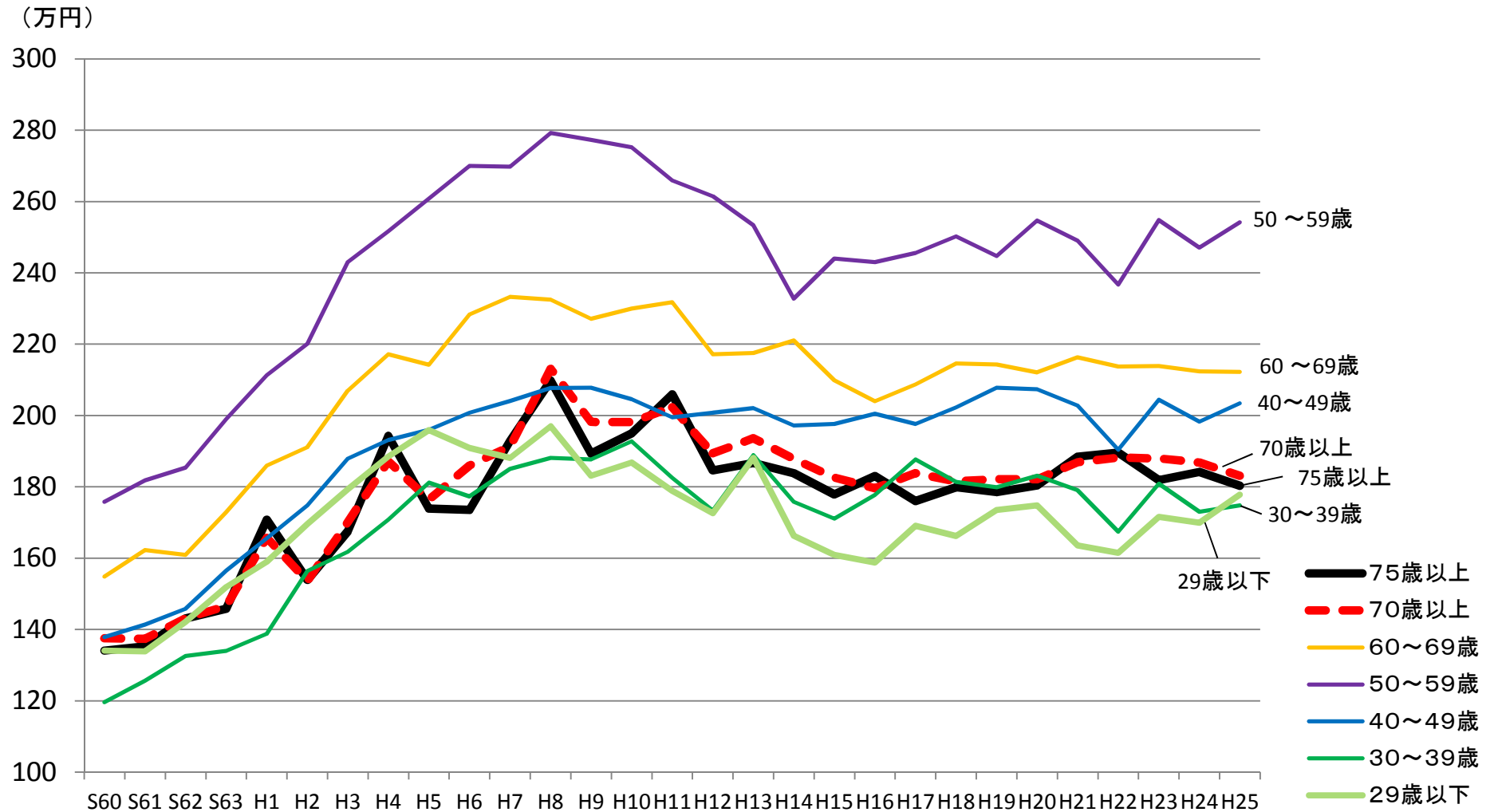
後期高齢者医療制度被保険者実態調査報告(平成26年度)を基に作成

※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

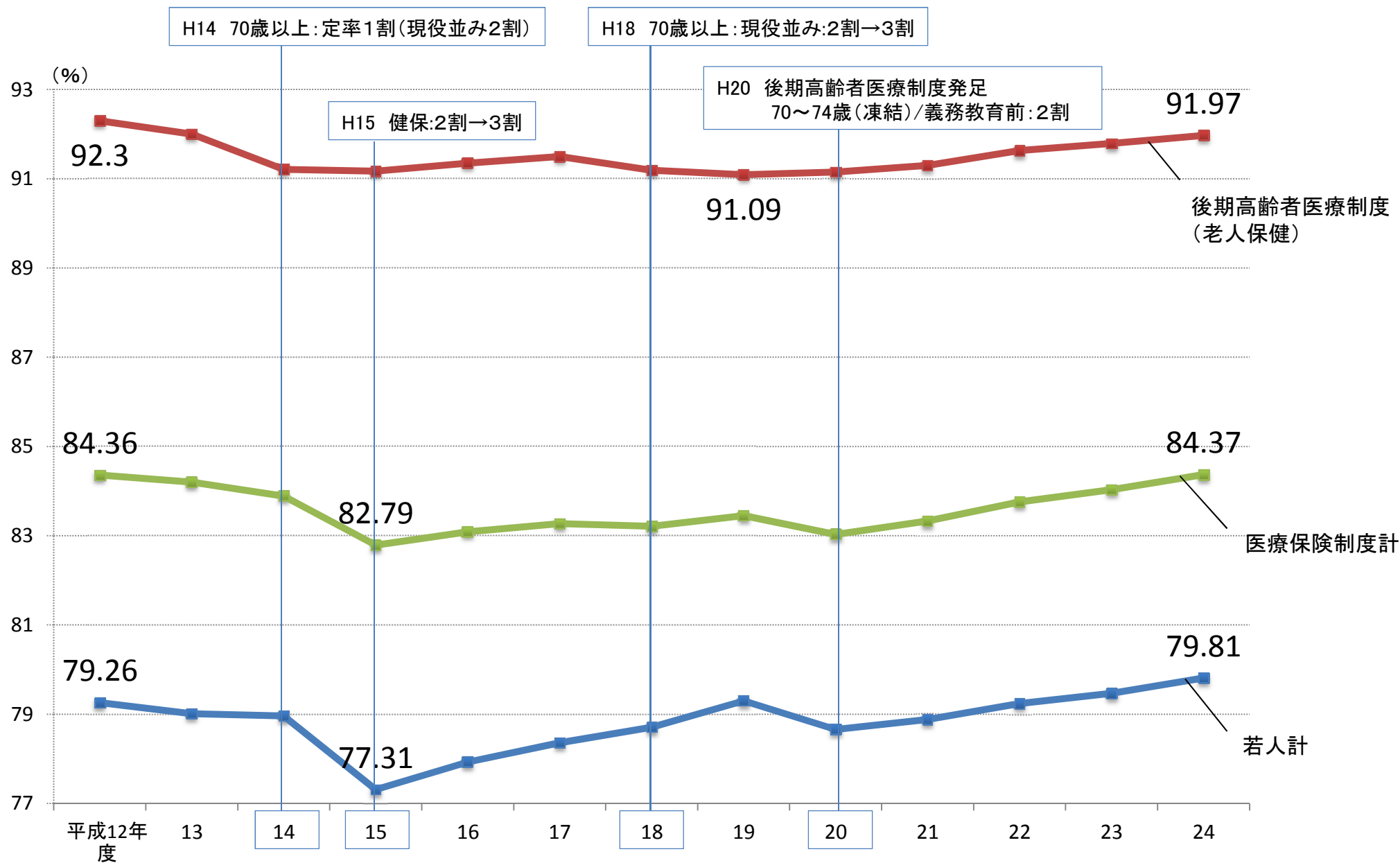
	けんぽ協会	組合健保	市町村国保	後期高齢者
平成20年度	100	100	100	100
平成21年度	97	99	101	99
平成22年度	108	102	99	98
平成23年度	110	109	101	98
平成24年度	116	114	101	99

※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。

参考資料

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)

1人当たり診療費

20.1万円 若人

90.4万円 後期高齢者
4.5倍

うち入院

6.7万円 若人

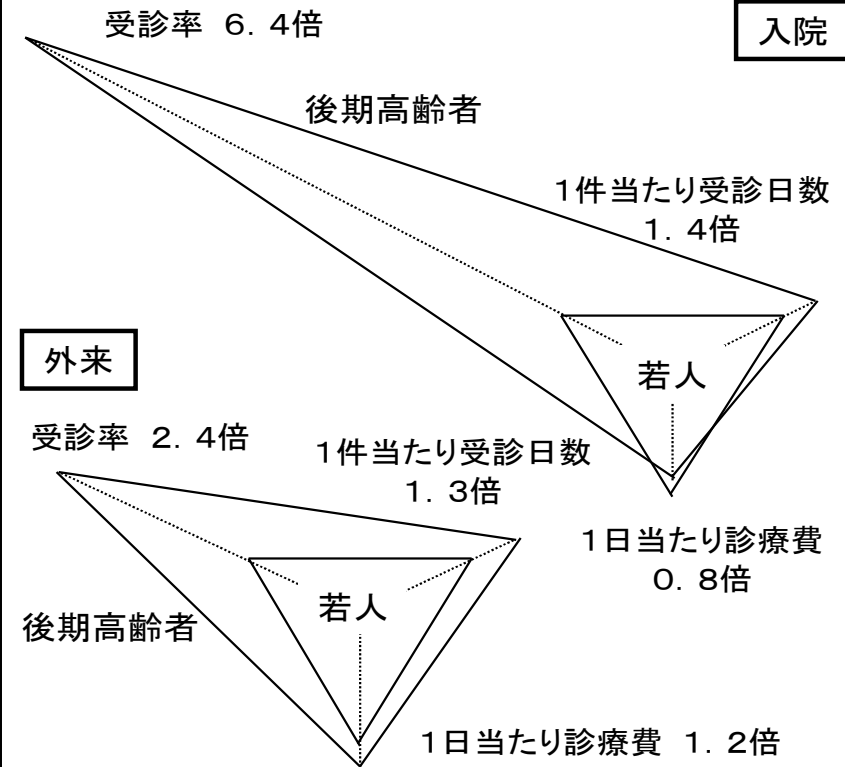
45.7万円 後期高齢者
6.8倍

うち外来

11.5万円 若人

41.7万円 後期高齢者
3.6倍

三要素の比較(平成24年度)



※ なお、後期高齢者の1件当たり診療費を若人と比較すると、入院1.1倍、外来1.5倍であり、一年間の受診頻度を示す1人当たり日数で比較すると、入院8.8倍、外来3.1倍である。

- (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。

【介護保険】一定以上所得者の利用者負担の見直し

平成27年8月施行

負担割合の引き上げ

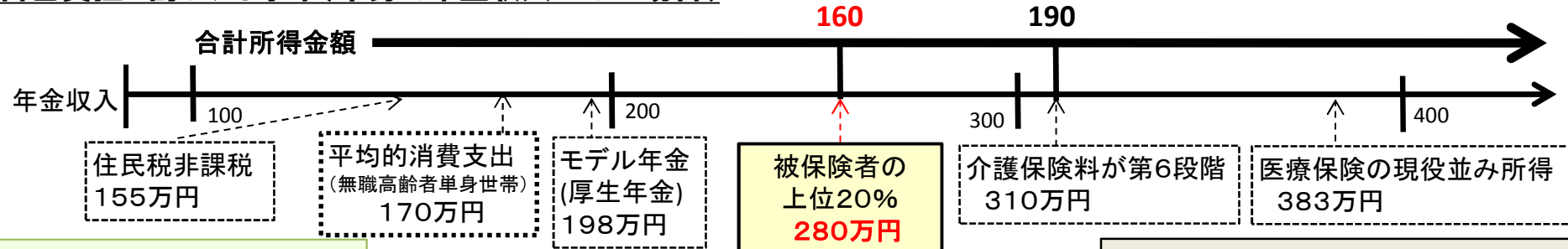
- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、合計所得金額(※1) **160万円以上**(※2)の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。
- ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、**「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、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〉	
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

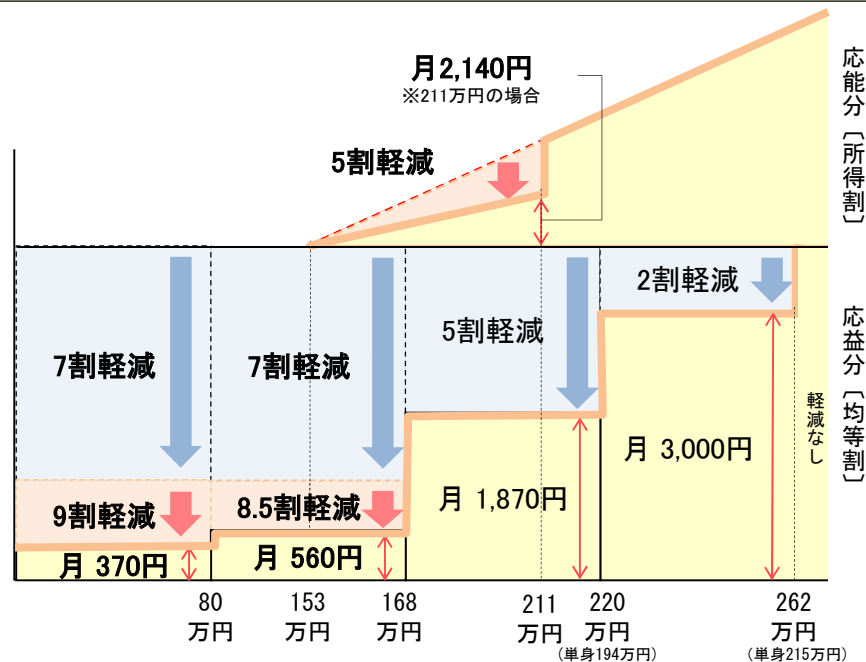
医療保険制度改革骨子（平成27年1月13日社会保障制度改革推進本部決定）

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）

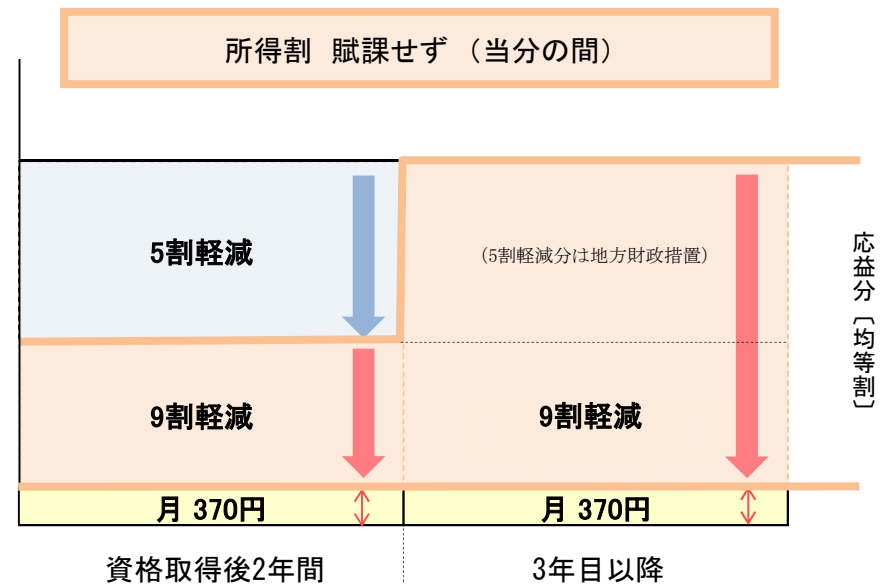


所要額 約704億円(国費)

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

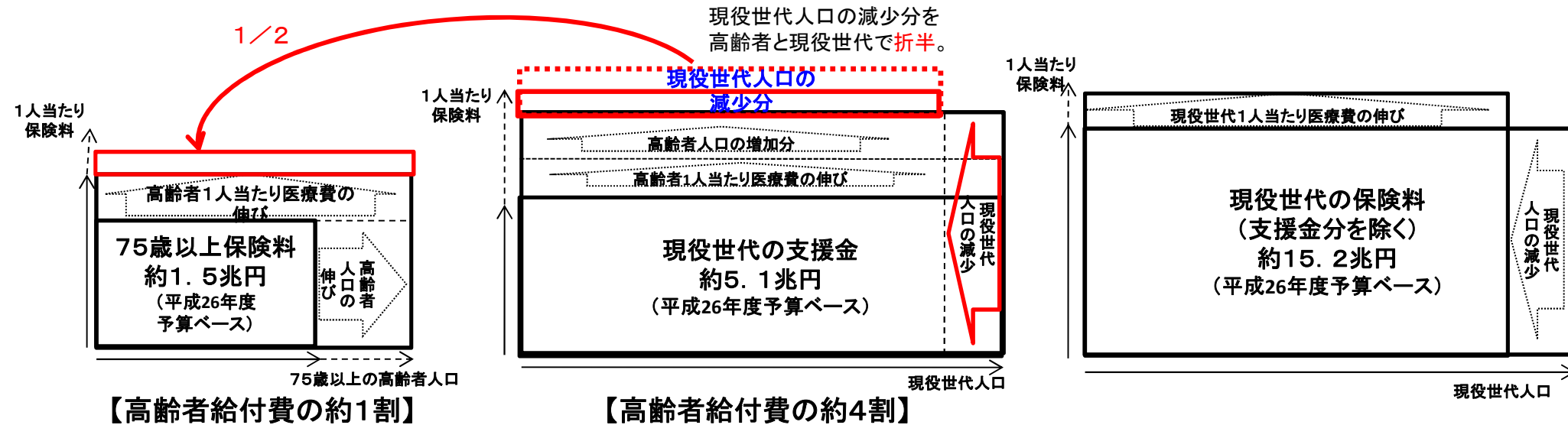
高齢者の保険料負担率の仕組み

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							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	国保計	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	—	—	健保：2割→3割
	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	—	—	義務教育前：3割→2割
	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	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	70歳以上：定率1割（現役並み2割）
	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	—	—	現役並み：2割→3割
	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	—	—	70～74歳：1割→2割
	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	70歳以上：定率1割（現役並み2割） 健保：2割→3割
	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	現役並み：2割→3割
	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	70～74歳/義務教育前：2割
	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	

（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

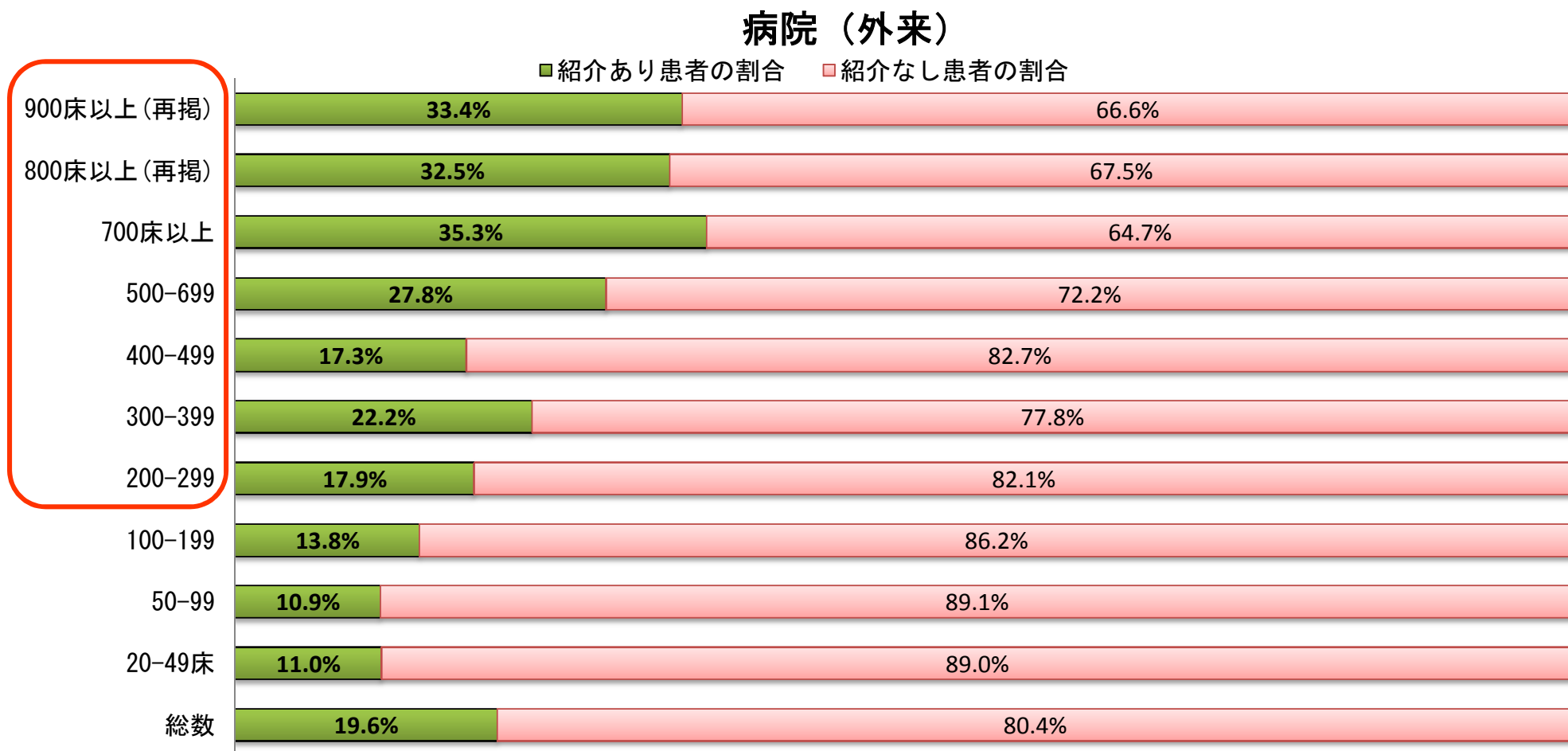
経済財政運営と改革の基本方針2015「経済・財政再生計画」 (平成27年6月30日閣議決定)より

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	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)	・ <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>	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。 ・ 受診時定額負担については、①患者だけが負担するのでなく、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。

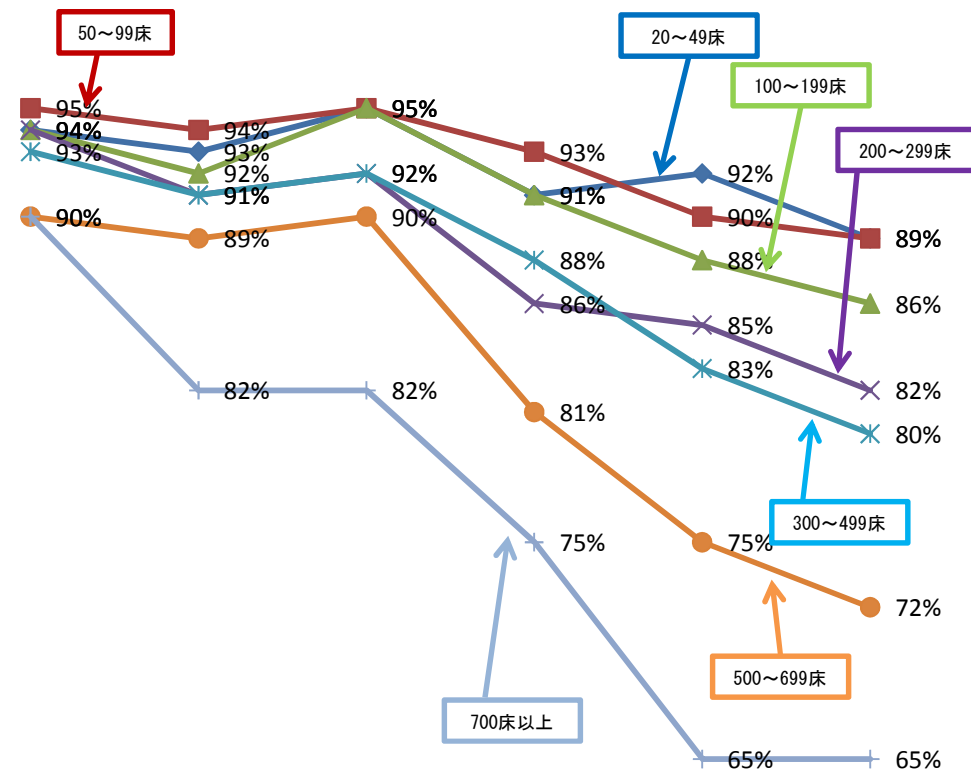


紹介あり患者の割合：外来患者総数のうち、（病院や一般診療所等からの）紹介ありと答えた患者の割合

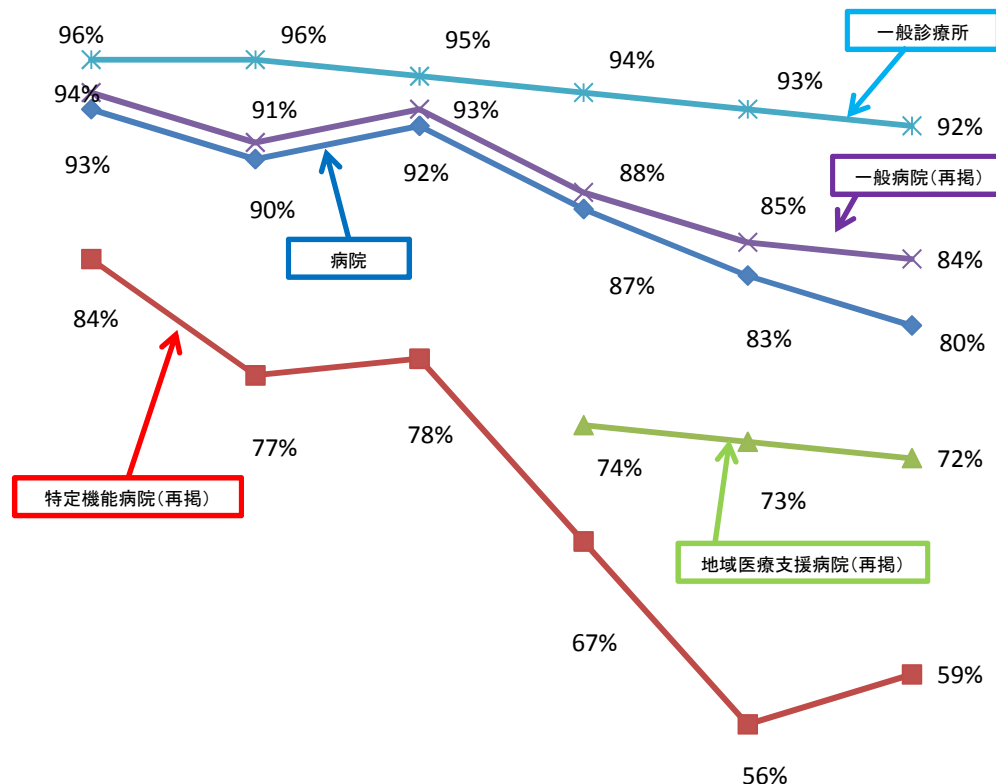
紹介なしで外来受診した患者の割合の推移

- 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 of データに集計。

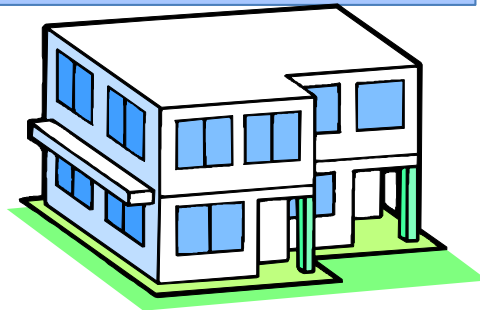
(注4) 年度計は、平成25年度の1年間に医科外来のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者の数を、年度内の延べ加入者数で除したもの。

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

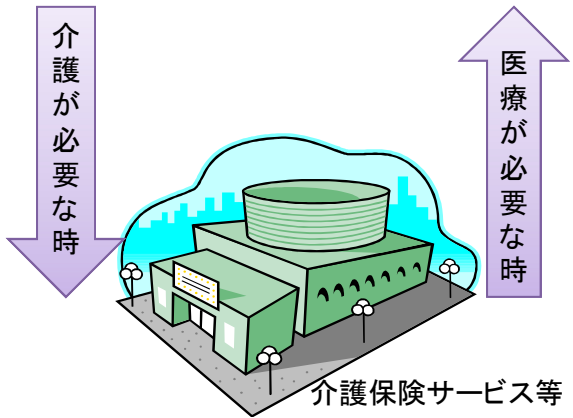
・紹介率・逆紹介率の基準の引き上げ
・長期投薬の是正

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

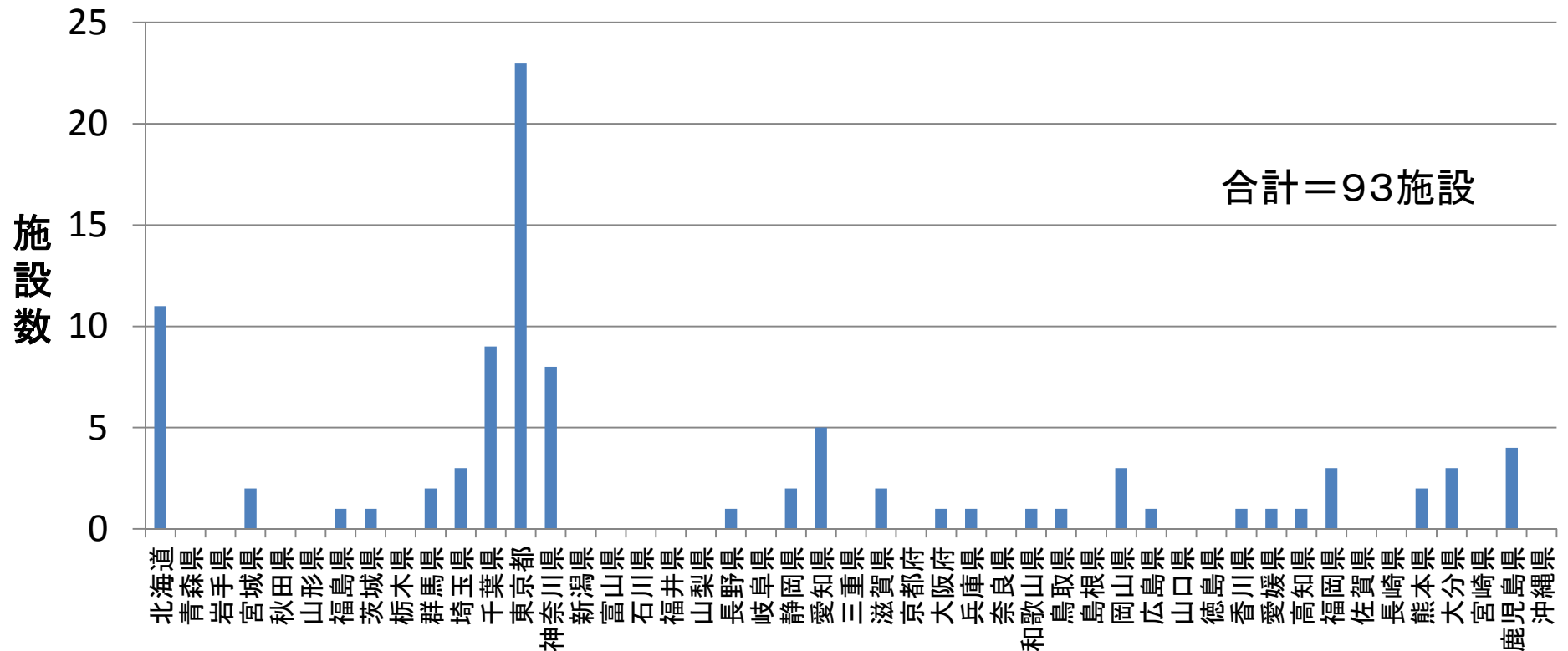
[算定要件]

- 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

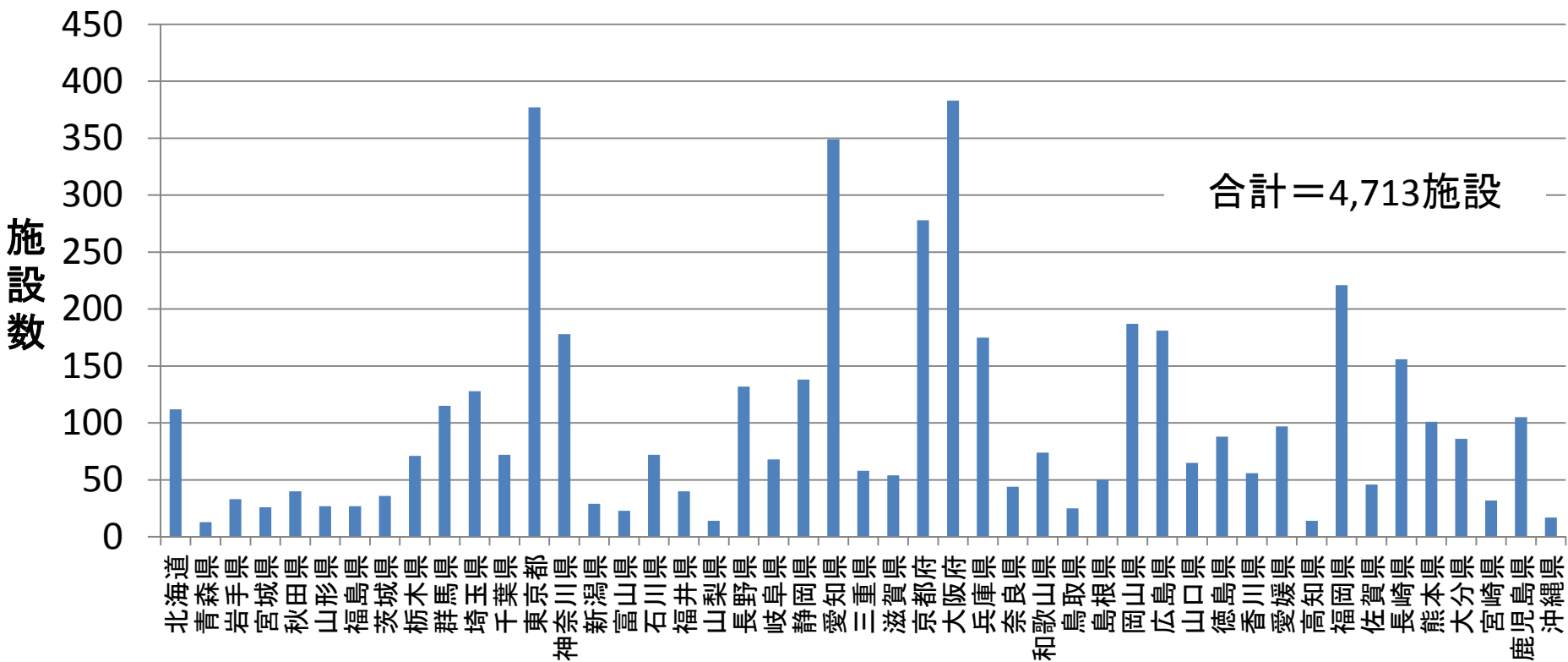
地域包括診療料を届け出た施設数



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

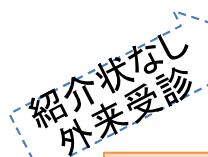
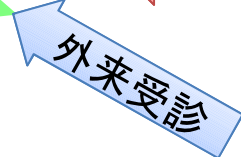
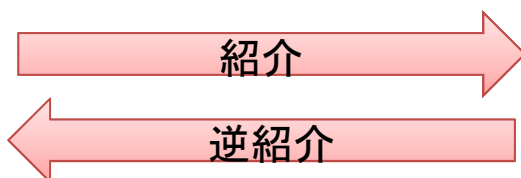
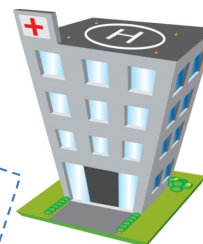
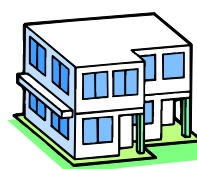
○外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする（選定療養の義務化）。【平成28年4月施行】

○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。

中小病院、診療所

大病院



【現行の取扱い】

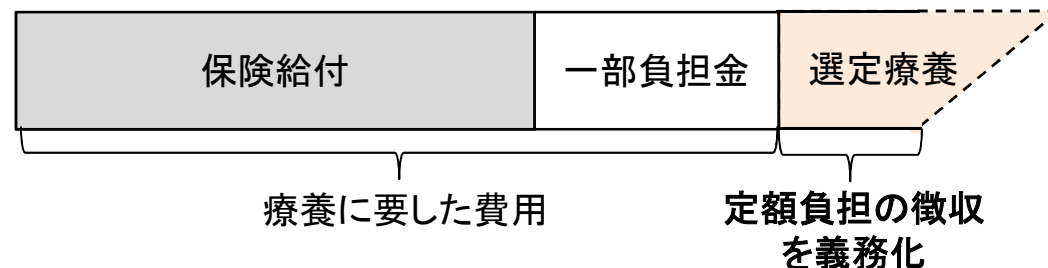
・病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初再診において特別の料金を徴収できる。

（設定状況（平成25年7月1日現在））

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）

定額負担を徴収



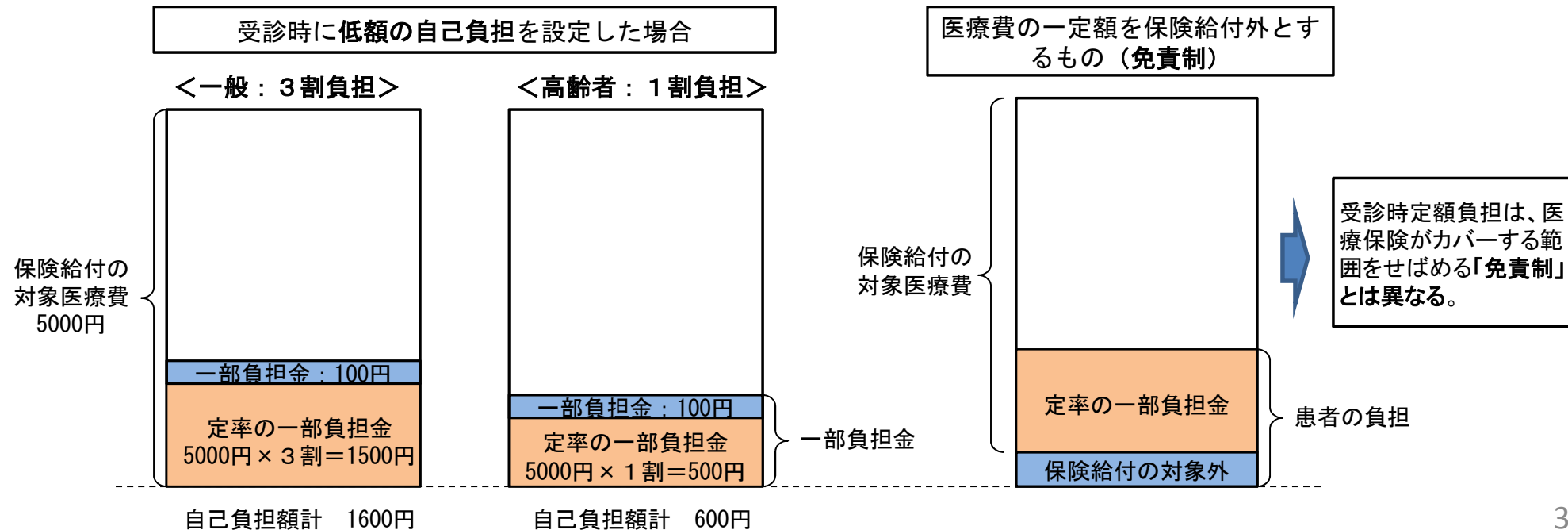
※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 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考えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。
(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)
附 則
第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合(医療費5000円の例)



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行っていくことが重要。
- 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。