

高額療養費制度の見直し

1. 見直しの趣旨

- 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、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。(70~74歳患者負担特例措置の見直しに併せて行うもの。)

2. 見直しの内容

(見直し前)

		月単位の上限額 (円)
70歳未満	上位所得者 (年収約770万円~)	150,000+ (医療費-500,000) × 1% <多数回該当 : 83,400>
	健保 : 標報53万円以上 国保 : 旧ただし書き所得600万円超	
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外)	80,100+ (医療費-267,000) × 1% <多数回該当 : 44,400>
	3人世帯 (給与所得者/夫婦子1人の場合 : 年収約210万~約770万円)	
住民税非課税		35,400 <多数回該当 : 24,600>

(見直し後)

		月単位の上限額 (円)	
70歳未満	年収約1,160万円~	252,600+ (医療費-842,000) × 1% <多数回該当 : 140,100>	約1,330万人
	健保 : 標報83万円以上 国保 : 旧ただし書き所得901万円超		
	年収約770~約1,160万円	167,400+ (医療費-558,000) × 1% <多数回該当 : 93,000>	
	健保 : 標報53万~79万円 国保 : 旧ただし書き所得600万~901万円		
年収約370~約770万円	80,100+ (医療費-267,000) × 1% <多数回該当 : 44,400>	約4,060万人	
健保 : 標報28万~50万円 国保 : 旧ただし書き所得210万~600万円			
~年収約370万円	57,600 <多数回該当 : 44,400>		
健保 : 標報26万円以下 国保 : 旧ただし書き所得210万円以下			
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~)	窓口負担割合	80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回該当 : 44,400>	
			外来	
	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)	2割 (※3)	12,000	44,400
	健保 : 標報26万円以下(※1) 国保 : 課税所得145万円未満(※1)			
	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

70歳~74歳	現役並み所得者 (年収約370万円~)	窓口負担割合	80,100+ (総医療費-267,000) × 1% <多数回該当 : 44,400>	
			外来	
	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)	2割 (※3)	12,000	44,400
	健保 : 標報26万円以下(※1) 国保 : 課税所得145万円未満(※1)(※2)			
	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

※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3月末日までに70歳に達している者は1割。
 (注)75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

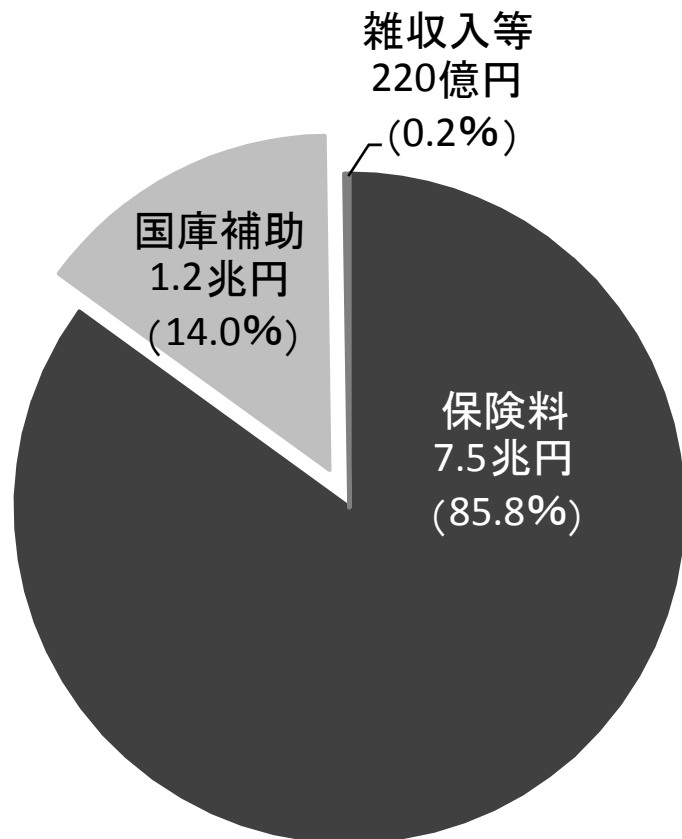
3. 施行日

システム改修等に要する期間を考慮し、平成27年1月を予定。

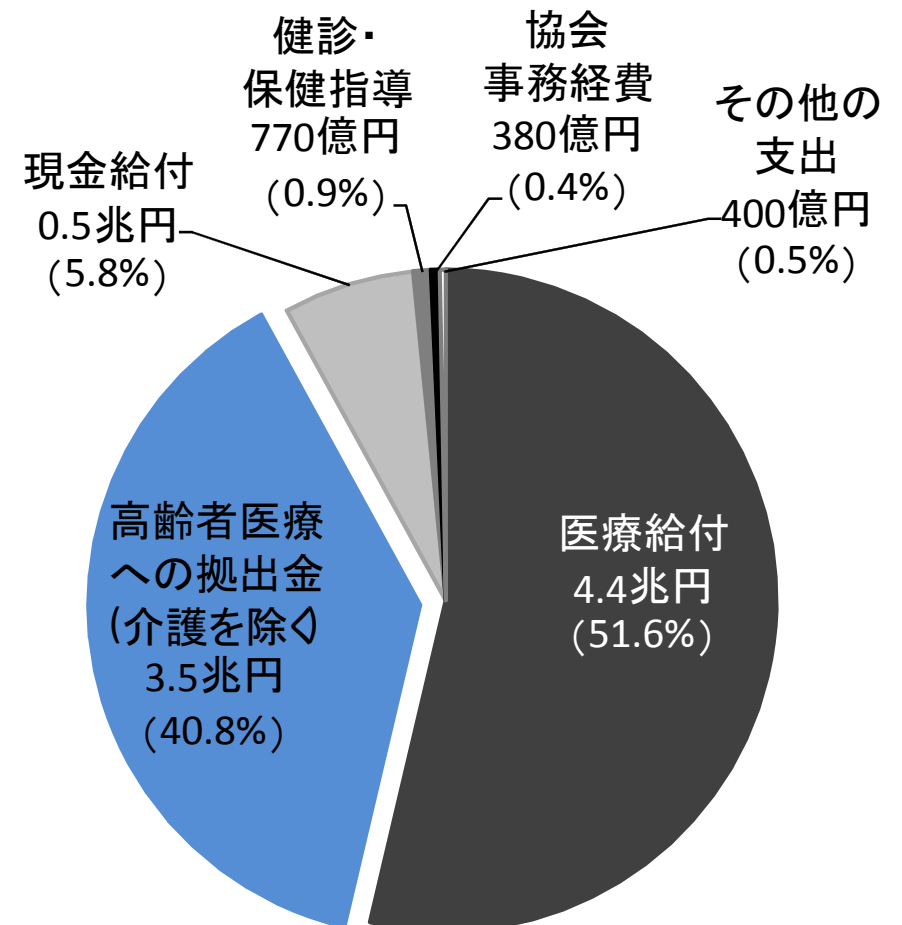
協会けんぽの財政構造（25年度決算）

○ 協会けんぽ全体の収支は約9兆円だが、その約4割超、約3.5兆円が高齢者医療への拠出金に充てられており、平成25年度では前年度よりも2,100億円増加。

収入 8兆7,291億円



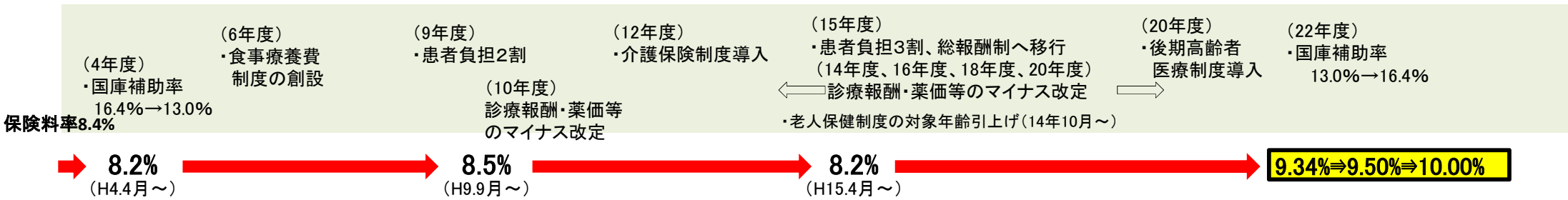
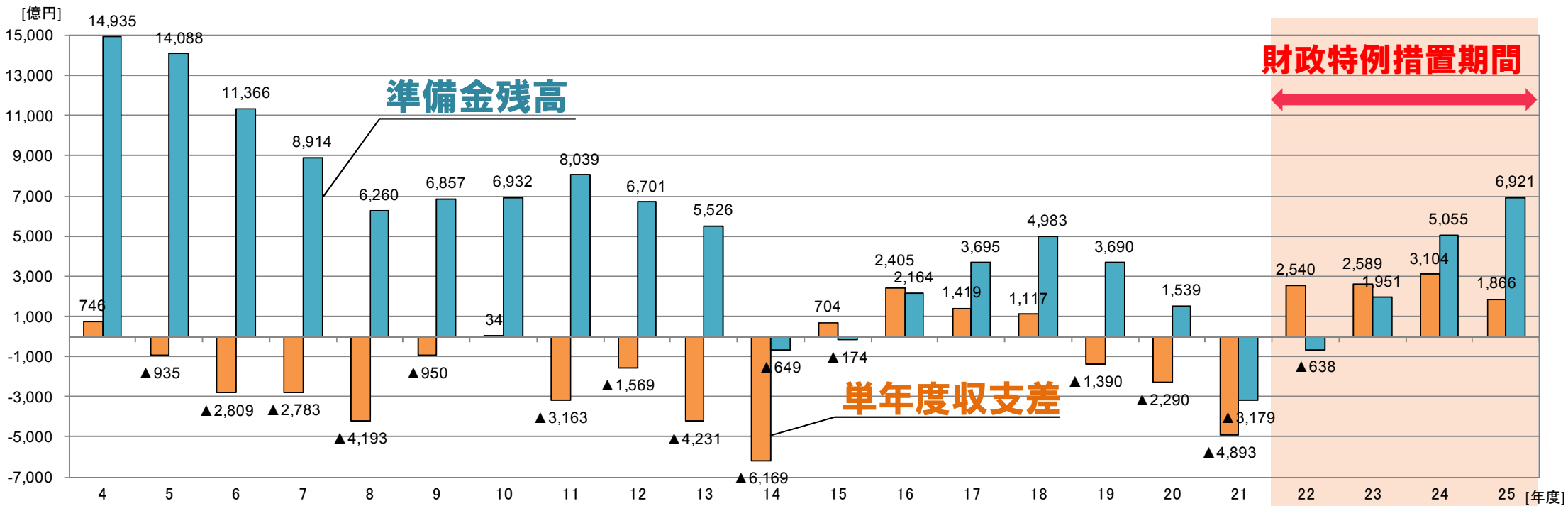
支出 8兆5,425億円



(注)端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

協会けんぽの単年度収支差と準備金残高の推移

- 19年度から単年度赤字に陥り、18年度に5,000億円あった準備金(累積 黒字・赤字)は、21年度末で▲3,200億円に悪化。この▲3,200億円は、財政特例措置と保険料率の引上げにより、2カ年で解消。
- 平成25年度決算では、単年度収支差は1,866億円の黒字、準備金残高は6,921億円

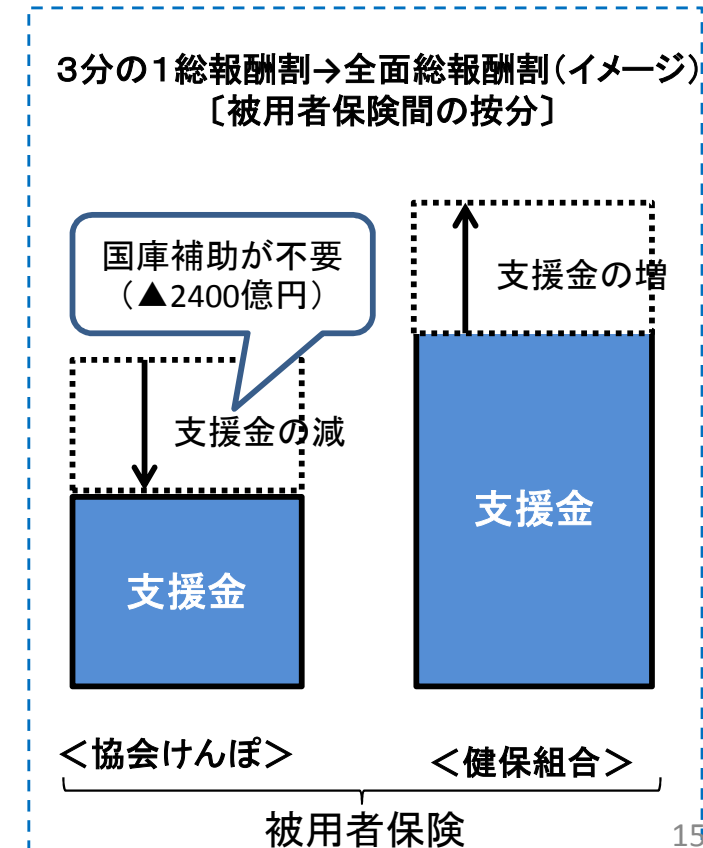
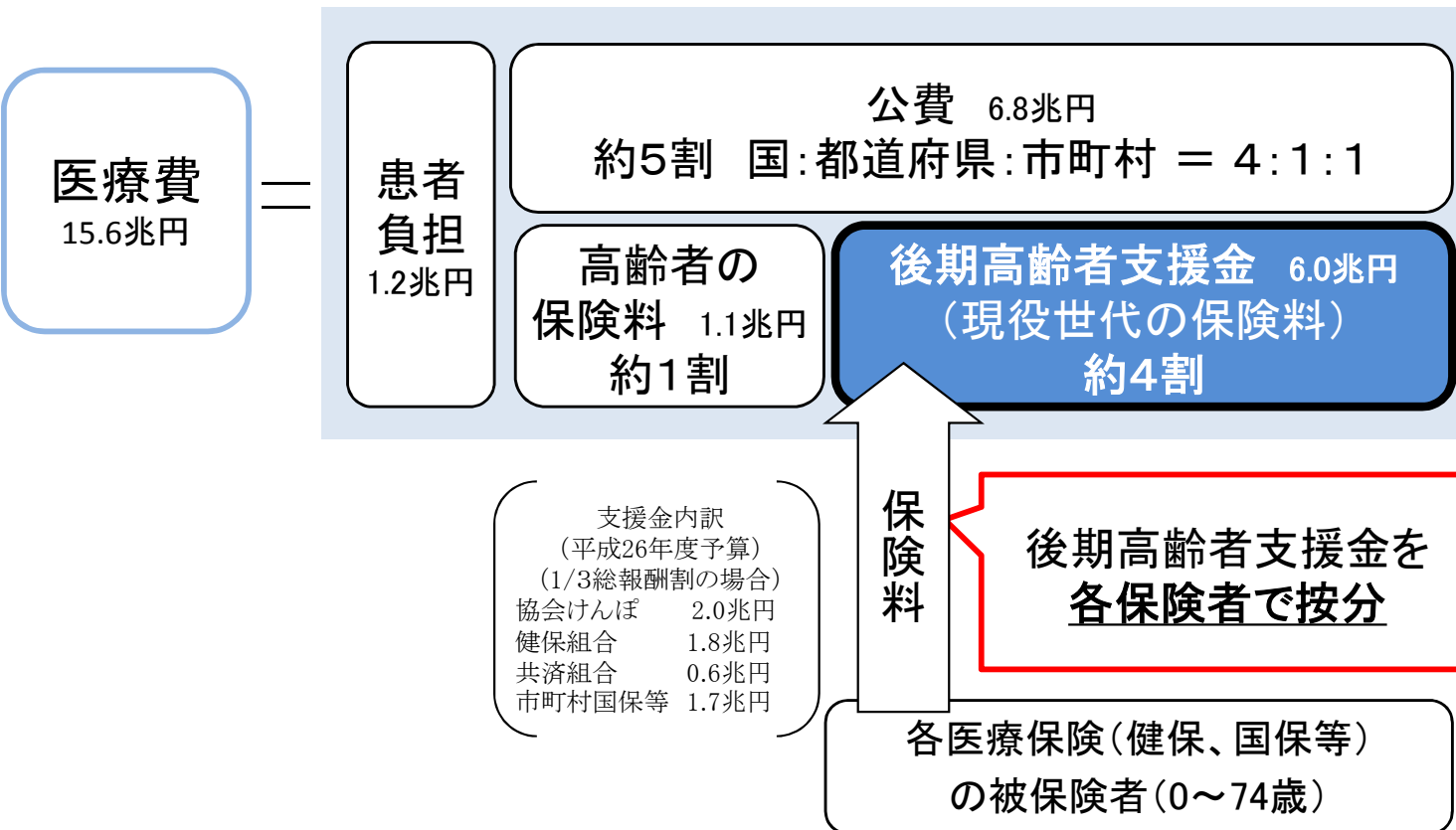


(注) 1. 平成5年度、6年度、8年度、9年度、13年度は国の一般会計より過去の国庫補助繰延分の返済があり、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上。
 2. 平成21年度以前は国庫補助の精算金等があった場合には、これを単年度収支に計上せず準備金残高に計上している。

後期高齢者支援金の総報酬割について

- 75歳以上の医療給付費は、高齢者の保険料(約1割)、現役世代の保険料による後期高齢者支援金(約4割)、公費(約5割)により支える仕組み。
- このうち後期高齢者支援金(現役世代の保険料)は、原則、各保険者の加入者数(0~74歳)で按分。
- 加入者数に応じた按分だけでは、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなるため、平成22年度から、被用者保険者間の按分について、3分の1を総報酬(財政力)、3分の2を加入者割とする特例措置を実施(平成26年度末までの措置)

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



紹介状なしで大病院を受診する場合の患者負担について

- 社会保障制度改革国民会議報告書、プログラム法を踏まえ、フリーアクセスの基本は守りつつ、外来の機能分化(※)を図る観点から、紹介状なしで大病院を受診する場合に患者に定額負担を求めることを検討。

※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

- 10月15日の社会保障審議会 医療保険部会において、対象医療機関、定額負担の額、対象外の患者等の論点を提示して議論。

■ 社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日)(抄)

3 医療保険制度改革

(略) 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。

■ 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)

第4条第7項 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。

- 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

■ 論点(平成26年10月15日 第82回社会保障審議会医療保険部会資料より抜粋)

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

先進医療について

先進医療とは

- 未だ保険診療として認められていない先進的な医療技術について、安全性、有効性等を個別に確認したものは、保険診療と保険外診療との併用を認め将来的な保険導入に向けた評価を行う。
- 先進医療部分を除く一般の診療と共通する部分については保険が適用される(先進医療部分は全額自己負担)。
- 個別の医療技術が先進医療として認められるためには、先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要があり、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要。

実施状況

- 平成18年の健康保険法改正により、先進医療制度を創設。
- これにより、先進医療の実施医療機関数が飛躍的に増加、先進医療の保険導入件数も大幅に増加。

(先進医療の実施状況)

	【参考】先進医療創設以前 (平成18年3月時点)	先進医療 (平成26年10月時点)
対象技術数	95技術	101技術(A:58技術、B:43技術)
実施医療機関数	126医療機関(平成17年4月時点)	1,345医療機関

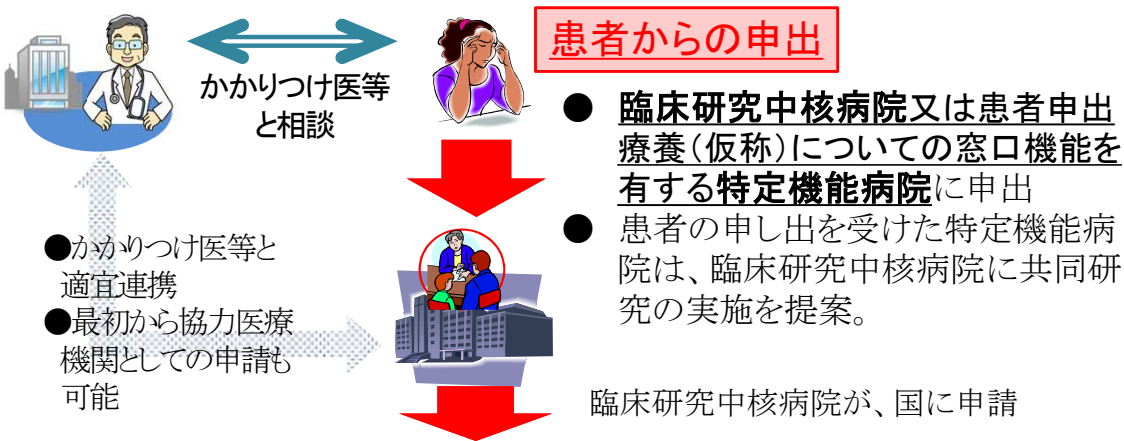
(先進医療の保険導入件数)

	【参考】先進医療創設以前 (平成8年4月～平成18年3月)	先進医療 (平成18年4月～平成26年4月)
保険導入された技術数	32技術(一部保険適用含む。)	80技術(一部保険適用含む。)

(注)平成18年度は8技術、平成20年度は24技術、平成22年度は14技術、平成24年度は24技術、平成25年度は2技術、平成26年度は8技術、保険導入された。¹⁷

患者申出療養（仮称）

〈患者申出療養（仮称）としては初めての医療を実施する場合〉



原則6週間

患者申出療養（仮称）の申請

- 臨床研究中核病院は、特定機能病院やそれ以外の身近な医療機関を、協力医療機関として申請が可能

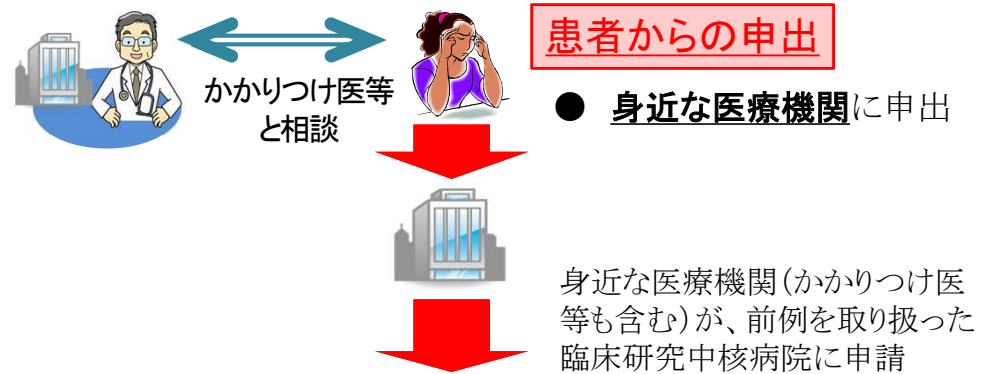
患者申出療養（仮称）に関する会議による審議

- 安全性、有効性、実施計画の内容を審査
- 医学的判断が分かれるなど、6週間で判断できない場合は全体会議を開催して審議

患者申出療養（仮称）の実施

- 申出を受けた臨床研究中核病院又は特定機能病院に加え、患者に身近な医療機関において患者申出療養（仮称）が開始
- 対象となった医療及び当該医療を受けられる医療機関は国がホームページで公開する

〈既に患者申出療養（仮称）として前例がある医療を他の医療機関が実施する場合（共同研究の申請）〉



原則2週間

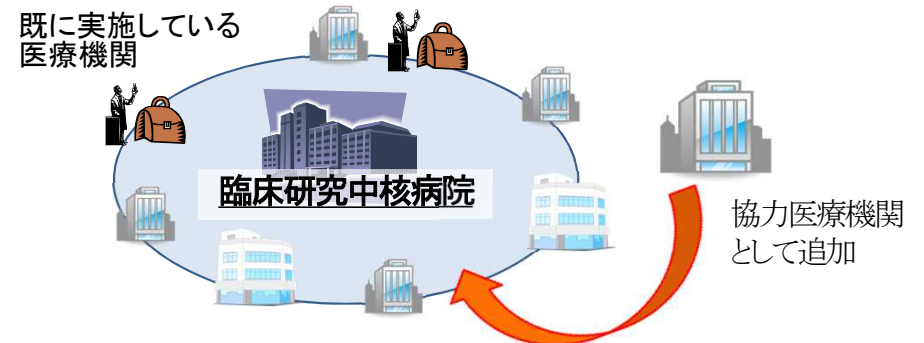
患者申出療養（仮称）の申請



前例を取り扱った臨床研究中核病院

- 臨床研究中核病院は国が示した考え方を参考に、患者に身近な医療機関の実施体制を個別に審査
- 臨床研究中核病院の判断後、速やかに地方厚生局に届出

身近な医療機関で患者申出療養（仮称）の実施



経済財政運営と改革の基本方針2014（平成26年6月24日閣議決定）抄

（医療・介護提供体制の適正化）

平成27年の医療保険制度改革に向け、都道府県による地域医療構想と統合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標が設定され、その実現のための取組が加速されるよう、医療費適正化計画の見直しを検討する。

国において、都道府県が目標設定するための標準的な算定式を示す。

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

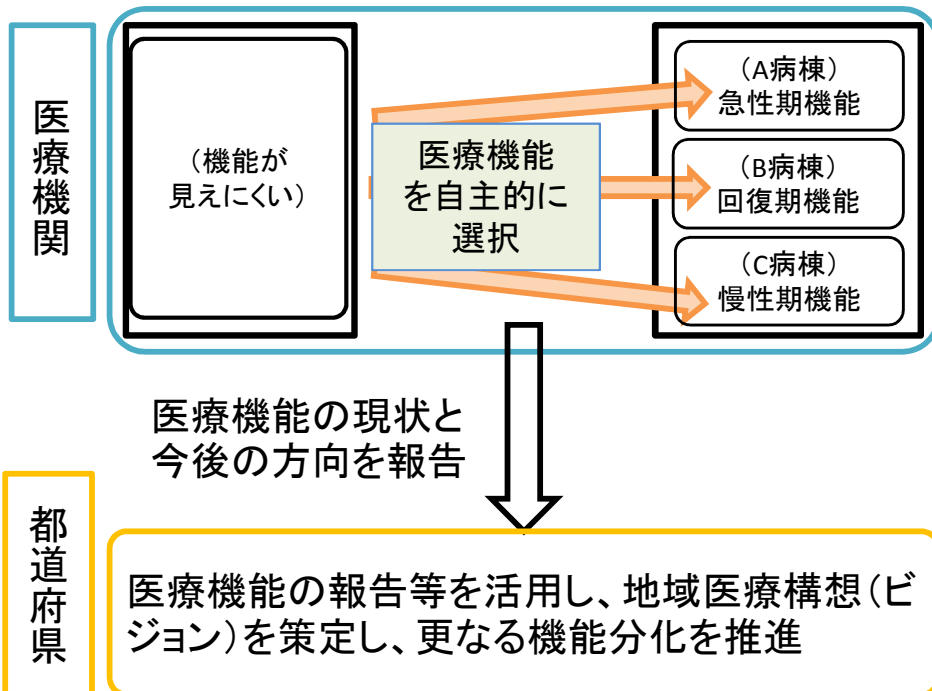
○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、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のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



（地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

医療費適正化計画の概要について

国民の高齢期における適切な医療の確保を図る観点から、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、国・都道府県は、医療費適正化計画を定めている。

根拠法	: 高齢者の医療の確保に関する法律	
作成主体	: 国、都道府県	
計画期間	: 5年（第1期：平成20～24年度、第2期：平成25～29年度）	
主な記載事項	: ・医療費の見通し（必須記載事項） ・健康の保持の推進に関する目標・具体的な取組 ・医療の効率的な提供の推進に関する目標・具体的な取組	}（任意記載事項）

＜都道府県医療費適正化計画において定める目標＞

・住民の健康の保持の推進に関する目標

- (1) 特定健康診査の実施率に関する目標(数値)
- (2) 特定保健指導の実施率に関する目標(数値)
- (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する目標(数値)
- (4) たばこ対策に関する目標

・医療の効率的な提供の推進に関する目標

- (1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標
- (2) 後発医薬品の使用促進に関する目標

第1期 医療費適正化計画（平成20～24年度）の進捗状況について

健康の保持の推進に関する目標

- 特定健診・保健指導の実施率については、着実に上昇してきているものの、目標とは開きがある状況である。
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率については、着実に上昇してきており、目標を達成している。

	第1期目標（24年度）	平成24年度実績	平成23年度	平成22年度	平成21年度	平成20年度
特定健診実施率	70%	46.2%	44.7%	43.2%	41.3%	38.9%
特定保健指導実施率	45%	16.4%	15.0%	13.1%	12.3%	7.7%
メタボ該当者・予備群減少率	10%以上減 (平成20年度比)	12.0%	9.7%	7.9%	4.7%	-

平均在院日数の短縮に関する目標

- 平成18年時点における全国平均(32.2日)と最短の長野県(25.0日)との差を9分の3短縮し、平成24年の全国平均を29.8日にすると定めたところ。
- 平成24年の全国の平均在院日数の実績は29.7日、最短は東京都の22.8日となっており、全国平均は2.5日、最短県は2.2日短縮しており、全国平均の目標日数(29.8日)を下回る結果となっている。

	第1期目標(24年度)	24年	23年	22年	21年	20年
平均在院日数	29.8日	29.7日	30.4日	30.7日	31.3日	31.6日

医療費の見通し

- 平均在院日数の短縮の目標を達成した場合の医療費の見通しについて各都道府県において推計を実施。
- 47都道府県の見通しを積み上げると、計画策定時は平成24年度に約0.9兆円の適正化効果額を見込んでいたところ。
- 47都道府県ベースの第1期計画で見込んでいた医療費の総額と、医療費の総額の実績を比較すると、計画期間当初の平成20年度で、第1期計画での見込よりも0.4兆円下回る結果となっており、この結果も考慮する必要があるが、平成24年度の実績は、第1期計画における様々な取組を考慮した場合と比較しても、約0.2兆円下回る結果になっている

	第1期計画医療費見通し (47都道府県)①	医療費(実績)②	第1期計画医療費見通し(47都道府県)と 医療費(実績)との比較(①-②)
平成20年度	34.5兆円	34.1兆円	▲0.4兆円
平成24年度 (適正化前)	39.5兆円	38.4兆円	▲0.2兆円
平成24年度 (適正化後)	38.6兆円		

適正化効果額 約 0.9兆円