

【参考資料】

平成27年10月29日

財務省主計局

医療提供体制の適正化（病床機能の分化・連携）

①の一部 A

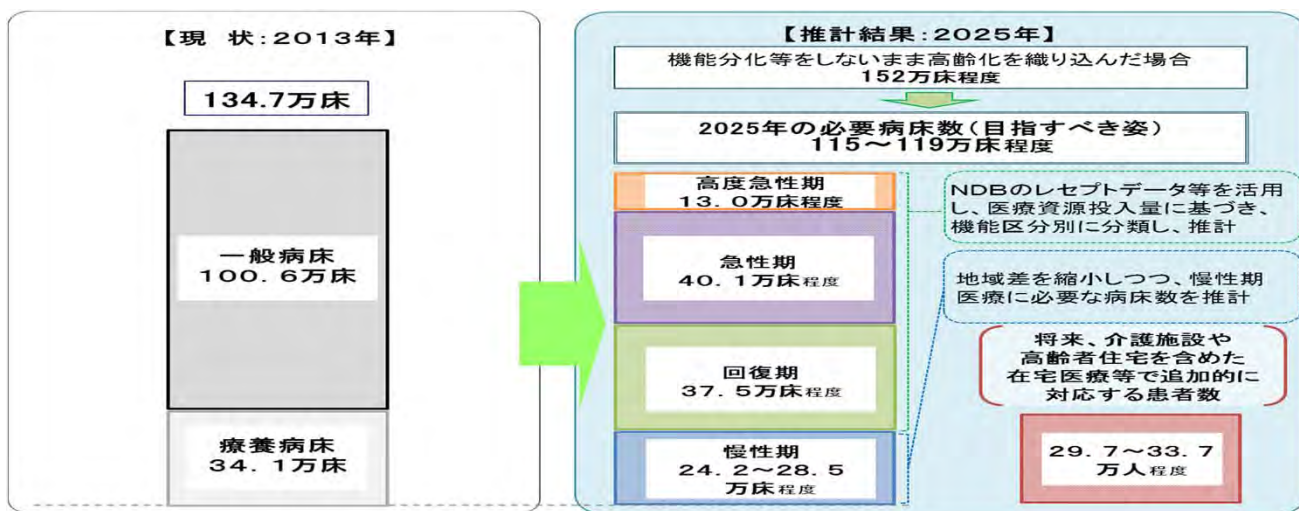
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「都道府県ごとの地域医療構想を策定し、データ分析による都道府県別の医療提供体制の差や将来必要となる医療の「見える化」を行い、それを踏まえた病床の機能分化・連携を進める。」

【論点】

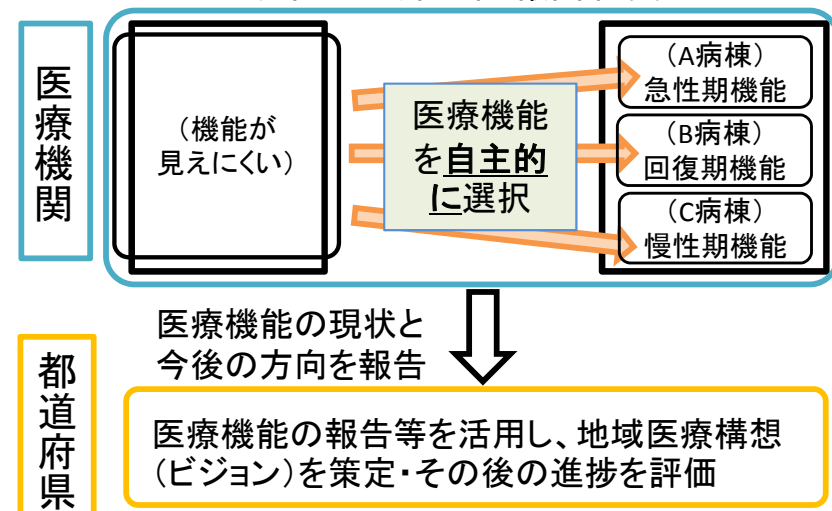
- 都道府県毎の地域医療構想の早期策定とそれに基づく2025年のあるべき機能病床数の達成、それまでの進捗チェックが必要。
- その際、現在の病床機能報告制度では、病床機能を選択する際の判断基準が定性的なものとなっているため、各医療機関による病床機能報告の内容は客観性に乏しく、地域医療構想に基づく病床の機能分化の進捗を質的・量的にチェックできない。

2025年の必要病床数(あるべき病床数)の推計結果について



※「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」(平成27年6月15日)提出資料を基に作成

現行の病床機能報告制度



※ 厚生労働省資料を基に作成

【改革の具体的な方向性】 (案)

- 地域医療構想を早期に策定し、推進すべき。
- 病床機能分化の進捗評価等（P D C Aの実施）に必須となる病床機能報告制度について、地域医療構想策定ガイドラインと統合的な定量的基準を設定する形で見直しが必要。

【検討・実施時期】 (案)

- 2016年度末までに全ての都道府県において地域医療構想を策定する（策定できない都道府県は理由を開示し、策定期限を明確化する）。
- 遅くとも28年10月の次期病床機能報告時までには用いることができるよう、病床機能報告制度の新たな定量的基準を設定する。

【KPIの在り方】 (案)

- 2016年度末までに全ての都道府県において地域医療構想を策定する。
- 地域医療構想に示される2025年段階の医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の病床数の達成、2020年時点の中間目標の設定。

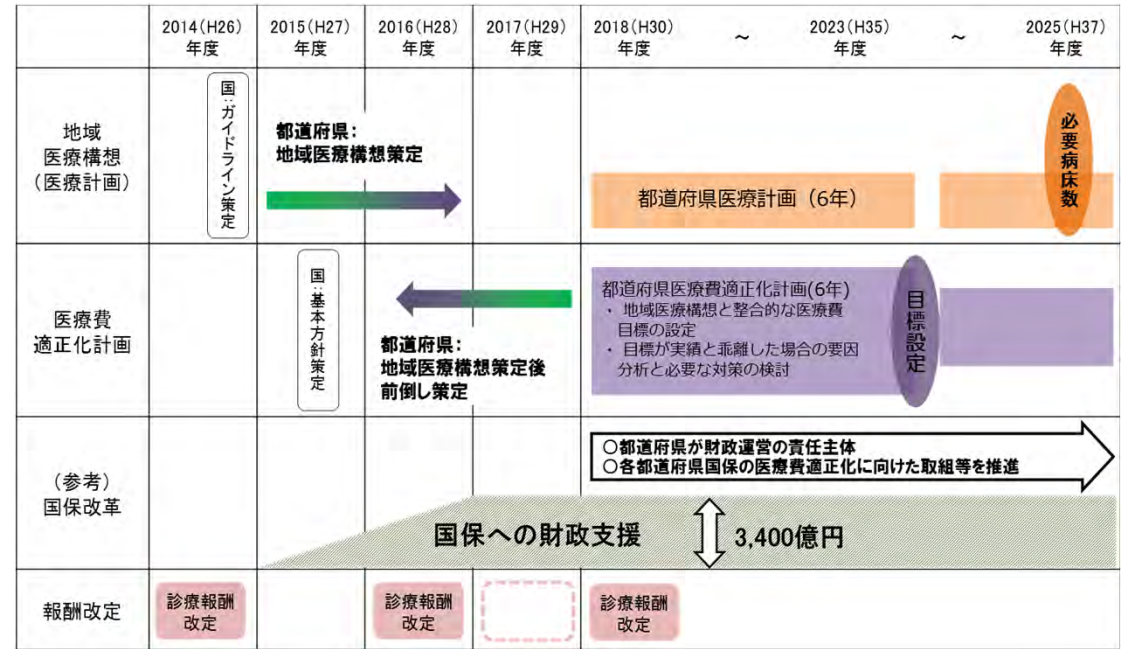
医療提供体制の適正化（医療費適正化計画）

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「地域医療構想と統合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定する。平成27年度中に、国において目標設定のための標準的な算定方式を示す。」

【論点】

- 都道府県において、データに基づいて将来必要となる病床数に係る地域医療構想を策定するとともに、地域医療構想と統合的な医療費目標等を盛り込んだ医療費適正化計画を前倒しで策定することとされている。
- 外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、医療費目標を医療費適正化計画に盛り込むこととされている。（既述）



【改革の方向性】（案）

- 都道府県において、地域医療構想と統合的な医療費適正化計画を早期に策定すべき。
- 次期医療費適正化計画において、標準的な算定方式を踏まえた具体的な目標を設定すべき。

【検討・実施時期】（案）

- 都道府県による第3期医療費適正化計画は平成30年度開始・前倒し可とされているが、なるべく多くの都道府県が前倒し実施となるよう、環境整備を図るべき。

【KPIの在り方】（案）

- 平成28年度末までに全都道府県において医療費適正化計画の策定を目指す。（策定できない都道府県は理由を開示し、策定期間を明確化する。）
 - 病床の4機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）別の医療費や、後発医薬品の使用促進、重複・頻回受診／重複投薬の防止など、医療の提供に関する目標の設定。
- 3 ※ 具体的な項目・数値については、専門調査会WGの分析を踏まえて設定。

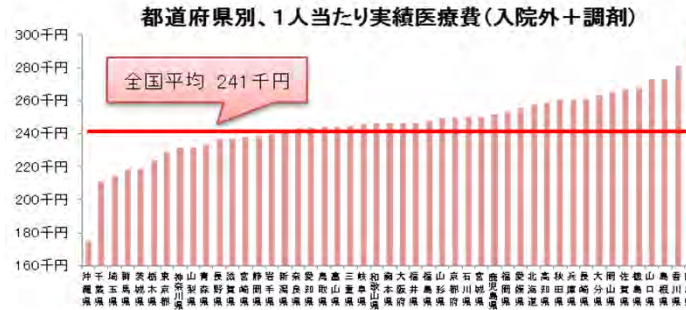
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「外来医療費についても、データに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行いつつ、地域差の是正を行う。」

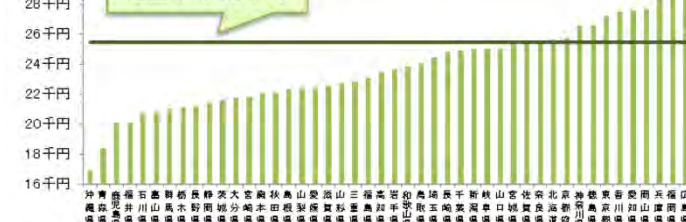
【論点】

- 外来医療費についても、各種既存データから地域差の存在が推察されることから、データに基づきその要因を分析し、合理的でない地域差を解消する必要がある。

1人当たり医療費の地域差
(市町村国民健康保険＋後期高齢者医療)



都道府県別、1人当たり実績医療費(歯科)

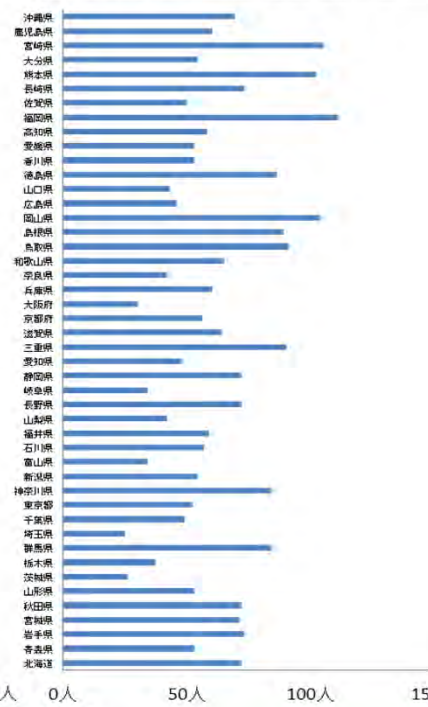


(出典) 厚生労働省保険局調査課「平成24年度医療費の地域差分析」

糖尿病外来の受療率
(人口10万人当たり)の地域差



気分障害外来の受療率
(人口10万人当たり)の地域差



(出典) 平成23年患者調査

【改革の方向性】(案)

- NDB等を活用して、外来医療費の地域差の要因等を分析し、情報を公開するとともに、医療費適正化計画への反映等を通じて不合理な地域差の解消を図るべき。

【検討・実施時期】(案)

- 今年度中に分析を実施するとともに、その結果を踏まえ、合理的でない地域差要因の解消に向けた標準的な算定式等を示し、次期医療費適正化計画に反映させるべき。

【KPIの在り方】(案)

- 例えば、疾病別・年齢別の受療率、1件当たり日数、1日当たり点数等、後発医薬品の使用状況、重複投薬・多剤投与の状況等が考えられる。
※ 具体的な項目・数値については、専門調査会WGの分析を踏まえて設定。

医療提供体制の適正化（療養病床）

①の一部、② A/D

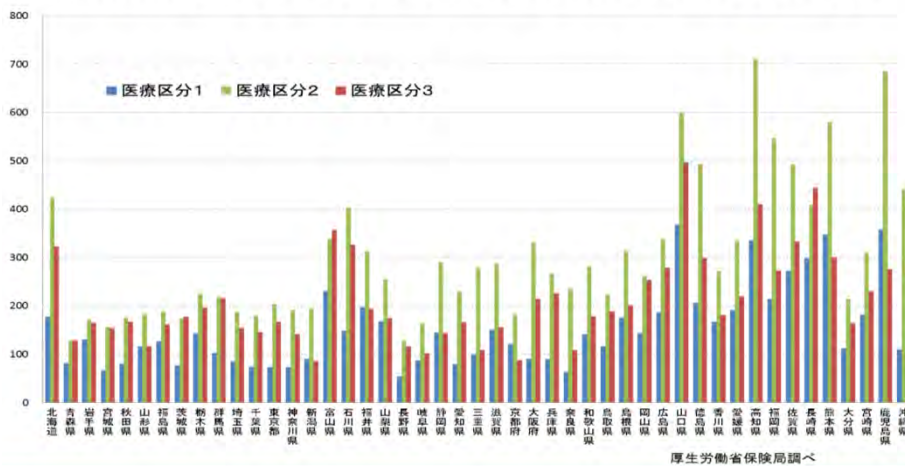
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を確実に行う。このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討する（略）。」

【論点】

- 慢性期病床については地域医療構想・医療費適正化計画に基づき、入院受療率の地域差を縮小し、病床数を減少させていく必要。
- その際、特に高い診療報酬（療養病棟入院基本料）の対象となる医療区分2、3の人口に対する受療率の地域差が大きいことを踏まえ、診療報酬体系についても見直しが必要。医療区分の算定要件のうち、スモン等の特定疾患ではなく、状態・医療処置の要件の適用の違いによって生じていると考えられる。
- また、慢性期病床の減少に伴い、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制を効率的に整備していくことが必要。

医療区分別入院受療率（医療療養病床、65歳以上人口10万人あたり）



	入院基本料1 (20:1)	入院基本料2 (25:1)	
医療区分3	1,468点 ～ 1,810点	1,403点 ～ 1,745点	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（酸素を必要とする状態かを毎月確認）
医療区分2	1,412点 ～ 1,230点	1,165点 ～ 1,347点	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺炎（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討）
医療区分1	814点 ～ 967点	750点 ～ 902点	【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷措置）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者		

【改革の具体的な方向性】（案）

- ① 医療区分2、3の要件の厳格化・客観化を進めるべき。その上で、医療区分1のような、医療必要度の低い患者が多い病床に係る入院基本料については、患者の状態に見合ったケアが可能となるよう、医療従事者の配置基準を緩和するとともに、報酬を引き下げるべき。
- ② 介護療養病床については、法律の規定どおり29年度末に廃止し、（療養型）介護老人保健施設などを含め、現在の介護療養病床よりも人員配置の緩和された効率的な受け皿への転換を推進するべき。

【検討・実施時期】（案）

- ①について：28年度診療報酬改定において実現を図る。
- ②について：29年度までに予定通り介護療養病床を廃止しつつ、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」の結論等も踏まえ、効率的な受け皿への転換を含め、慢性期に対応した効率的なサービス提供体制を構築する。

【KPIの在り方】（案）

- 地域医療構想ガイドラインが想定する入院受療率の地域差解消を2025年までに達成、2020年時点の中間目標の設定。
- ⑤ 医療区分2、3に係る入院受療率の地域差

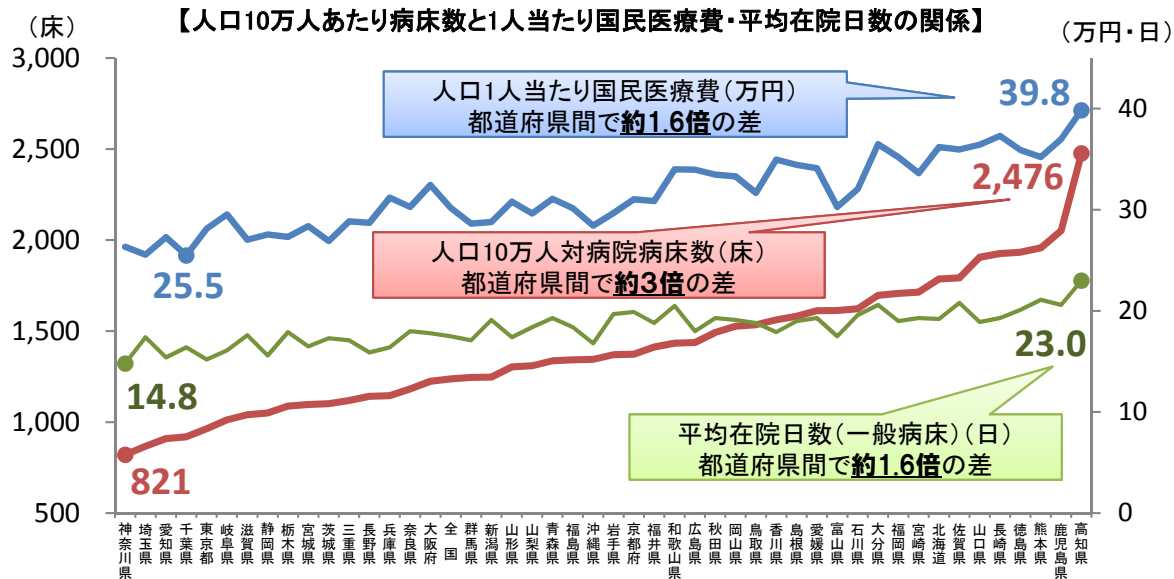
(参考1) 我が国の医療提供体制の問題点

国名	平均在院日数(急性期)	人口千人当たり総病床数	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	32.0 (17.9)	13.4	16.4※1	2.2※1	74.3※1	10.0※1
ドイツ	9.3 (7.9)	8.3	46.5	3.8	137.5	11.4
フランス	12.6 (5.1)	6.4	48.1※2	3.3※2	136.7※2	8.7※2
イギリス	7.3 (6.5)	3.0	95.2	2.8	290.6	8.6
アメリカ	6.1 (5.4)	3.1※1	79.9※1	2.5	366.6※1・2	11.1※1・2

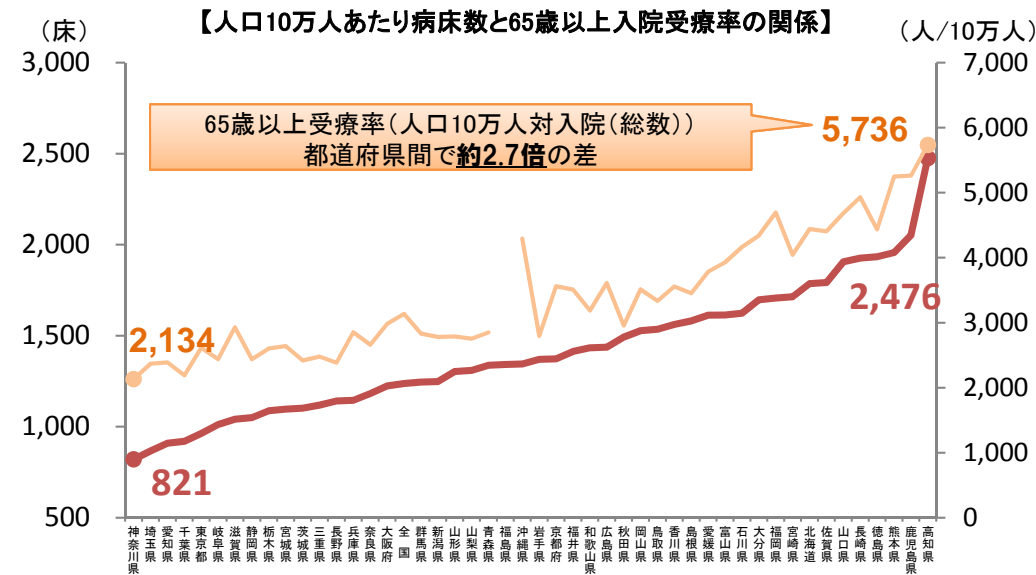
出典:「OECD Health Data 2012」

注1:「※1」は2010年のデータ。

注2:「※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。



出典:平均在院日数、人口10万人対病院病床数:平成25年医療施設(動態)調査・病院報告
人口1人当たり国民医療費:平成23年国民医療費



(出典)人口10万人対病院病床数:平成25年医療施設(動態)調査・病院報告
入院受療率:性・年齢階級別調整後入院受療率(間接法)

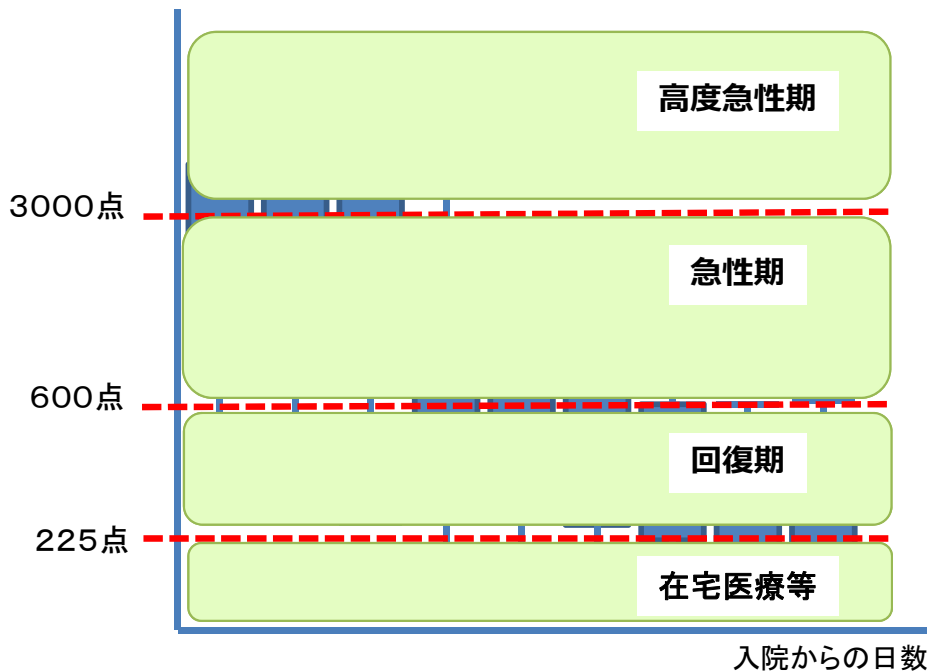
(参考2) 地域医療構想の概要

- 地域医療構想に盛り込まれる病床数については、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の別に、都道府県が二次医療圏等ごとに推計することとされている。
- その推計の考え方・手法について、これまで、政府（内閣官房・厚生労働省）において検討を進めてきたが、先般「地域医療構想ガイドライン」としてとりまとめられたところ（27.3.31）。
- このガイドラインに基づき、現在、都道府県において、将来必要となる病床数の目標に係る地域医療構想を策定中。

高度急性期、急性期、回復期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 実際の診療データに基づき、全患者の1日当たり医療資源投入量を入院経過日数順に並べ、基準に該当する患者数(人・日)を合算。これにより得られる医療需要を病床数に換算。

医療資源投入量

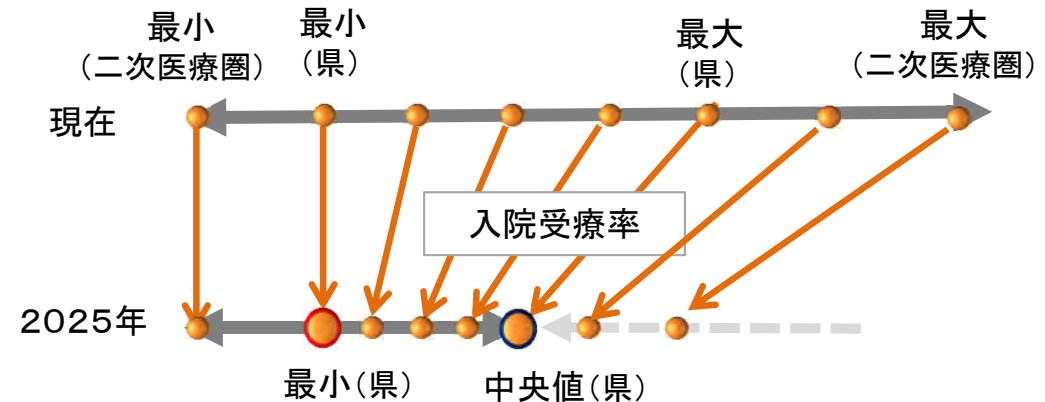


慢性期の病床数の推計 (ガイドラインに基づき都道府県毎に推計)

- 療養病床の入院受療率に現在、地域差があることから、例えば、全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベルにまで低下させる割合を用いて、地域差を解消。

【地域差解消手法の基本例】

全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。



【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分や（略）等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。」

【論点】

- 地域医療介護総合確保基金（27年度予算：公費904億円（医療分））については、法律上、
 - ① 病床の機能分化・連携、
 - ② 在宅医療の提供、
 - ③ 医療従事者の確保、
 に関する事業に充てることとされており、特に急務の課題である病床の機能分化を推進するため、「骨太の方針2015」等において、①に重点的配分を行う方針が定められている。
- 「骨太の方針2015」に則り、引き続き、28年度以降も①への重点的配分を進めることが必要。
 その際、②③において実施に不可欠な事業に適切な配慮を行いつつ、厚生労働省において、①に係る好事例の紹介や基金配分の予見可能性を高め、①への重点化が円滑に進むような環境整備を行うことも必要。

地域医療介護総合確保基金

対象事業	予算
I. 病床の機能分化・連携に向けた施設整備等に関する事業	○26年度予算：904億円（新規） （配分状況） I：174億円、II：206億円、III：524億円 （19.2%） （22.8%） （58.0%）
	○27年度予算：904億円 （配分状況） I：454億円、II：65億円、III：385億円 （50.3%） （7.2%） （42.6%）
II. 在宅医療の提供等に関する事業	
III. 医療従事者の確保に関する事業	

【改革の具体的な方向性】（案）

- 「骨太の方針2015」に則り、28年度以降も地域医療介護総合確保基金について、病床機能の分化・連携に資する事業への重点的配分を進めるべき。

【検討・実施時期】（案）

- 27年度における取組を28年度以降も継続・拡大する。

【KPIの在り方】（案）

- 医療提供体制改革を推進するための地域医療介護総合確保基金の「I. 病床の機能分化・連携」への重点配分のあり方

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの（略）医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用の在り方の検討、（略）都道府県の体制・権限の整備の検討等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。」

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条において、厚生労働大臣は、医療費適正化のために必要な場合、都道府県との協議を経て、他の都道府県と異なる診療報酬を設定できるという特例が定められているが、実施例はない。
- 地域医療構想の実現に当たり、都道府県は、公的医療機関等（公立病院、厚生連、日赤等）に対しては、過剰な医療機能に転換しようとする病院に対する転換中止の命令や、非稼働病床の削減の命令等を実施できるが、民間医療機関に対しては、命令はできない（要請等のみ）。

【改革の具体的な方向性】（案）

- 高齢者医療確保法第14条を必要に応じて活用できるよう、実施に当たっての課題を分析し、国において運用に係るガイドラインを策定すべき。
- 民間医療機関に対する他施設への転換命令等を付与するなど、医療保険上の指定に係る都道府県の権限を一層強化すべき。

【検討・実施時期】（案）

- 高齢者医療確保法第14条の活用に向けて、医療費適正化計画の前倒し実施が事実上開始される平成29年度に間に合うよう、速やかに検討を開始し、平成28年中に特例の運用に係るガイドラインを取りまとめる。
- 医療保険上の指定に係る都道府県の権限強化については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

地域医療構想（ビジョン）を実現するための現行の仕組み

（1）「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現に向け、医療関係者、保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。協議だけでは進まない場合、知事が以下の措置を講ずることが可能。

（2）都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 知事は、開設許可の際、不足している医療機能を担うという条件を付けることができる。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、やむを得ない事情がないと認める時、医療審議会の意見を聞いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができる。

【協議の場が整わず、自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができる。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のために特に必要がある場合において、知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができる。

※ 現行法上、公的医療機関等に対しては、知事が稼働していない病床の削減を命令できる。

⇒【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合】

- 知事は勧告を行う。勧告に従わない場合や、公的医療機関が命令・指示に従わない場合、以下の措置を講ずることができる。
 - イ 医療機関名の公表
 - 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

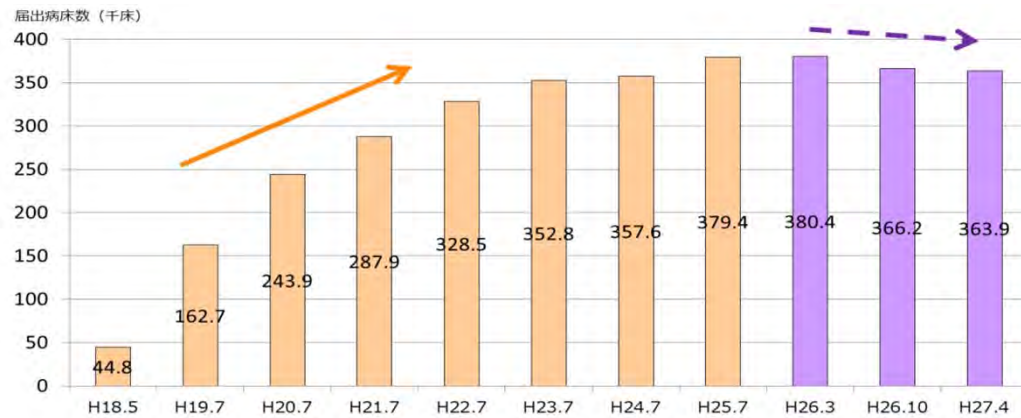
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応（略）等を通じて、都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。」

【論点】

- 26年度改定において、7対1入院基本料の要件の厳格化等の措置を講じたが、依然として病床の機能分化は進展していない。現在進めている病床再編・地域差是正を促進する観点から、28年度診療報酬改定において一層の取組強化が必要。

一般病棟入院基本料7対1病床数の推移



保険局医療課調べ

※それぞれ月初時点の値。平成26年以後は厚生局が有する情報を通報として集計したものであり、集計方法が異なる。(病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等。誤差がありうることに留意が必要)。

7対1入院基本料の経緯(平均在院日数・看護必要度)

平成17年	医療制度改革大綱 「急性期医療の実態に即した看護配置について適切に評価した改定を行う」
平成18年	7対1入院基本料創設
平成19年	中央社会保険医療協議会から厚生労働大臣への建議 「手厚い看護を必要とする患者の判定法等に関する基準の研究に着手し、平成20年度診療報酬改定に対応すること」
平成20年	7対1入院基本料の基準の見直し 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入 「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10%以上」
平成24年	7対1入院基本料の基準の再見直し 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し 「A得点2点以上、B得点3点以上の患者が10→15%以上」 平均在院日数要件の見直し 「平均在院日数が19日→18日以下」
平成26年	7対1入院基本料の基準の再見直し 一般病棟用の重症度・看護必要度基準の見直し 「名称の変更」及び「A項目について、急性期患者の特性を評価する項目へ見直し」 データ提出加算の要件化 在宅復帰率の導入

※ 厚生労働省作成資料

【改革の具体的な方向性】（案）

- 診療報酬において、
 - ① 7対1入院基本料の要件の一層の厳格化、
 - ② 病床の4機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）と整合性のある点数・算定要件の設定、
 - ③ 療養病棟入院基本料における医療区分2, 3の要件の厳格化・客観化（再掲）を図ることなどにより、病床機能の分化・連携を推進すべき。

【検討・実施時期】（案）

- 病床機能の分化・連携に資する26年度診療報酬改定の内容と実績を検証し、その効果の評価した上で、上記①、③については28年度診療報酬改定に、上記②については28年度/30年度診療報酬改定に、効果的な方策を盛り込む。

【KPIの在り方】（案）

- 7対1入院基本料を算定する病床数

(参考) 診療報酬改定による医療提供体制の適正化(一般病棟)

○ 一般病棟7対1入院基本料などの施設基準の在り方については、中医協の「入院医療等の調査・評価分科会」等における議論などを踏まえつつ、例えば次のような取組みを実施していくことにより、地域医療構想と整合性のある診療報酬体系としていくことが必要ではないか。

① 「重症度、医療・看護必要度」の見直し・基準割合の引上げ等

7対1入院基本料の施設基準の1つである現行の「重症度、医療・看護必要度」に該当する患者割合(A項目2点以上・B項目3点以上の比率15%以上)が高い医療機関は、手術などの高度な治療の実施件数が少ない傾向が見られる。

- 急性期病床に期待される機能を適切に評価できる基準となるよう、比率の大幅な引上げを含む見直しが必要ではないか。
- また、「重症度、医療・看護必要度」の基準を10対1入院基本料の施設基準にも追加すべきではないか。

② 手術件数等の要件の追加

7対1入院基本料を算定する病棟は、一定水準以上の専門的な医療機能を提供することが期待されている。

- 提供する医療の内容や実績(例えば、手術件数など)を基準に反映することが必要ではないか。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 創傷処置 ①創傷の処置(褥瘡の処置を除く) ②褥瘡の処置	なし	あり		8 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり		9 起き上がり	できる	できない	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり		10 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 心電図モニターの管理	なし	あり		11 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 シリンジポンプの管理	なし	あり		12 口腔清潔	できる	できない	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり		13 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③麻薬の管理(注射剤のみ) ④麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤放射線治療 ⑥免疫抑制剤の管理 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレナージの管理	なし		あり	14 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

(参考) 総合入院体制加算1の施設基準

総合的・専門的急性期医療を担うことが期待される病棟への加算である「総合入院体制加算1」の施設基準では、以下の手術件数の要件が設けられている。

・全身麻酔による手術件数が年800件以上。かつ、以下の全てを満たすこと。

ア 人工心肺を用いた手術	40件/年以上
イ 悪性腫瘍手術	400件/年以上
ウ 腹腔鏡下手術	100件/年以上
エ 放射線治療(体外照射法)	4,000件/年以上
オ 化学療法	4,000件/年以上
カ 分娩件数	100件/年以上

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】





「医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。」

【論点】

- 入院時の生活療養費について、療養病床のうち65歳以上の医療区分Ⅰに該当する患者（一般所得）については自己負担があるが、それ以外については自己負担がなく、在宅療養等との公平性が確保されていない。

（参考）27年度医療保険制度改革において、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める見直しを実施。

（※）低所得者は引上げを行わない（据え置き）。難病患者、小児慢性特定疾患患者は負担額を据え置く。

65歳以上医療区分Ⅰ （一般所得）の療養病床	その他	介護保険施設 （老健・療養病床（多床室）） 補足給付における 基準費用額	介護保険施設 （特養（多床室）） 補足給付における 基準費用額
1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり
 <p>食費 〔調理費〕 〔食材費〕 1,380円</p> <p>居住費 〔光熱水費〕 320円</p>	 <p>食費 〔調理費〕 〔食材費〕 1,380円</p> <p>居住費 0円</p>	 <p>食費 〔調理費〕 〔食材費〕 1,380円</p> <p>居住費 〔光熱水費〕 370円</p>	 <p>食費 〔調理費〕 〔食材費〕 1,380円</p> <p>居住費 〔光熱水費〕 〔室料〕 840円</p>

【改革の具体的な方向性】（案）

- 入院時生活療養費について、在宅療養等との公平性を確保する観点から、難病患者・小児慢性特定疾患患者等を除く全ての病床について、居住費（光熱水費相当）の負担を求めていくべき。

【検討・実施時期】（案）

- 法改正を待たずに実現可能なもの（医療区分Ⅱ、Ⅲへの拡大）については、速やかに関係審議会等において検討し、平成28年末までのできる限り早い時期に制度改革の具体的な内容について結論を得て、速やかに実施する。
- 法改正が必要なもの（一般病床等への拡大）については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「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。」

【論点】

- かかりつけ医の普及については、26年度診療報酬改定において地域包括診療料を新設するなど、その環境整備に努めているが、ほとんど進展していない。

※ 地域包括診療料の届出施設数：122施設（26年7月時点）

- かかりつけ医の普及に向けて、診療報酬上の対応をさらに進めるとともに、外来の機能分化を進める観点から、外来時の患者負担の在り方についても見直すことが必要。

- 具体的には、限られた医療資源の中で、疾病等に伴う大きなリスクをカバーするという保険の基本機能を十分に発揮しつつ、国民皆保険制度を維持していく観点も踏まえ、かかりつけ医以外を受診した場合の患者負担について、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を導入すべきではないか。

（参考）フランスの外来医療

かかりつけ医を利用した場合の自己負担率は30%であるのに対し、かかりつけ医を利用しない場合の自己負担率は原則70%とされている。

【患者負担のイメージ（受診時定額負担の場合）】

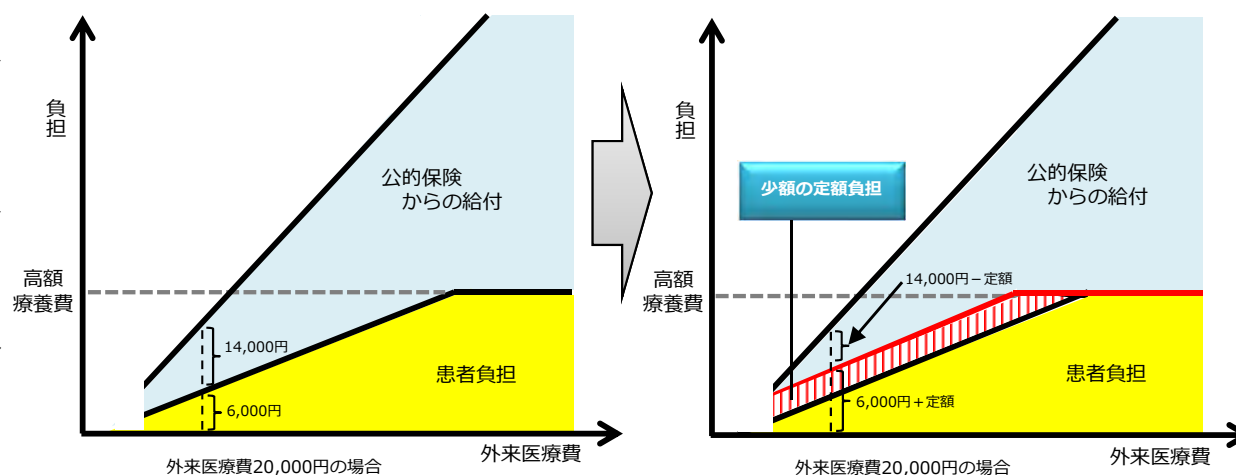
外来医療費 = 初診料 (2,820円) + 検査 + 画像診断 + 処置 + 薬剤 (処方費、医薬品費)

現行制度（定額負担導入前）

・定率負担（70歳未満：3割、70～74歳：原則2割、75歳以上：1割）
 ・ただし、月額一定額（高額療養費）を上限（所得に応じて8,000円～44,000円(70歳以上)、35,400円～252,600円+医療費の1%(70歳未満)）

定額負担導入後

・定率負担に加え、少額の定額負担
 ・ただし、月額一定額上限（高額医療費）の適用は維持



【改革の具体的な方向性】（案）

- かかりつけ医の普及の観点から、地域包括診療料の請求が進まない理由を分析した上で、必要な要件緩和などを進めるべき。
- 外来の機能分化と医療保険制度の持続可能性の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合（地域包括診療料が適用されない場合）に、現行の定率負担（月額上限あり）に加え、個人が日常生活で通常負担できる少額の定額負担を導入すべき。

【検討・実施時期】（案）

- かかりつけ医の普及に資する診療報酬上の対応については、平成28年度改定から見直しを進める。
- 外来時の定額負担については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度（平成30年度）までに保険者努力支援制度のメリハリの利いた運用方法の確立、（略）後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化（略）など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。」

【論点】

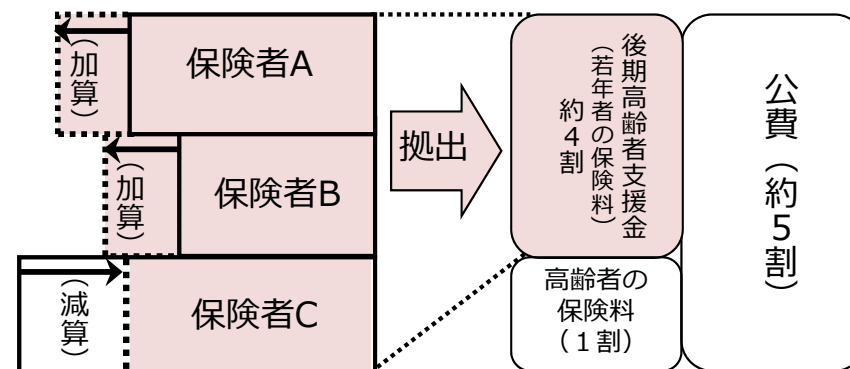
[国民健康保険]

- 平成30年度より、医療費適正化への取組や国保が抱える課題への対応等を通じて保険者機能の役割を發揮してもらう観点から、適正かつ客観的な指標に基づき、保険者としての努力を行う自治体に対し支援金を交付する仕組みが創設された（保険者努力支援制度：700～800億円程度）。今後、配分に当たっての基準を検討する必要がある。

[被用者保険]

- 現状の後期高齢者支援金の加算・減算制度については、加減算の指標が1つのみ（特定健診及び保健指導の実施率）であり、加算率も低く（0.23%、加算総額7,600万円（25年度実績））、実効性のある仕組みになっているとは言い難い。

【参考】現在の後期高齢者支援金に係る加減算制度の枠組み



【改革の方向性】（案）

[国民健康保険]

- 30年度に新設される保険者努力支援制度については、真に医療費適正化に資する指標（例：後発医薬品使用割合、重複・頻回受診、重複投薬）に依るべき。
- また、指標の達成状況に応じて大胆に傾斜をつけた配分を行うべき。
- さらに、指標に基づくインセンティブ措置は、都道府県間のみならず、同一都道府県内の市町村間の配分にも講ずるべき。

[被用者保険]

- 後期高齢者支援金の加減算制度についても加減算の指標を増やし、指標の達成状況に応じて、大胆に傾斜をつけた配分を行うべき。

【検討・実施時期】（案）

- 保険者努力支援制度については、27年度中に指標を決定し、28年度から財政調整交付金による運用を開始、28、29年度の実績に基づき30年度から本格実施。後期高齢者支援金の加算・減算制度については、30年度からの実施に向け、27年度中に指標を決定。

【KPIの在り方】（案）

- 指標の達成状況に応じた、保険者に対する保険者努力支援制度・後期高齢者支援金加減算制度における傾斜配分の状況

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「2018年度（平成30年度）までに（略）国民健康保険料に対する医療費の地域差の一層の反映（略）など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。」

【論点】

- 平成30年度より、
 - ・ 都道府県は医療費水準等に基づき市町村ごとの国保事業費納付金を決定し、市町村は同納付金を都道府県に納付する、
 - ・ 都道府県は標準的な算定方法等により、市町村ごとの標準保険料率を提示し、市町村はこれを参考に保険料率を決定する、
 など、都道府県が国保運営の中心的役割を担うこととなる。
- 現行の国の調整交付金は、自治体間の所得水準だけでなく医療費水準の格差についても一部調整を行っているため、医療費の地域差が保険料に適切に反映されず、保険者・個人の医療費適正化に向けたインセンティブが働かない。

（※）後期高齢者医療制度において、国の調整交付金は、広域連合間の所得水準の格差については調整を行っているが、医療費水準の格差については調整を行っていない。
- このため、遅くとも30年度までに「骨太の方針2015」に則った国保財政の仕組みの見直しが必要。

【現行】市町村が個別に運営



・ 国の財政支援の拡充
 ・ 都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

（構造的な課題）

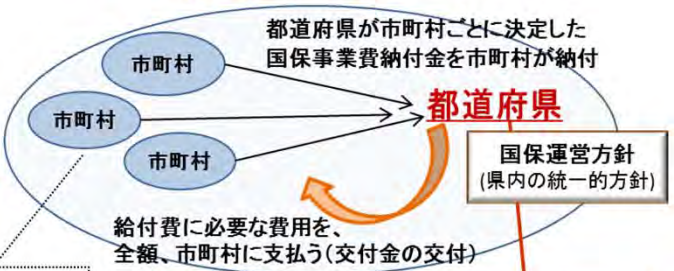
- ・ 年齢が高く医療費水準が高い
- ・ 低所得者が多い
- ・ 小規模保険者が多い

- ・ 資格管理（被保険者証等の発行）
- ・ 保険料率の決定、賦課・徴収
- ・ 保険給付
- ・ 保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの
 ※保険料率は市町村ごとに決定
 ※事務の標準化、効率化、広域化を進める

○ 詳細については、引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が財政運営責任を担うなど中心的役割



- ・ 財政運営責任（提供体制と双方に責任発揮）
- ・ 市町村ごとの納付金を決定
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・ 市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・ 市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・ 市町村が担う事務の標準化、効率化、広域化を促進

なお、国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

※ 厚生労働省作成資料

【改革の方向性】（案）

- 所得水準による差異について補正を行い、なお残る医療費格差については、適切に保険料水準に反映させるよう、調整交付金の配分方法も含め国保財政の仕組みを見直す。

【検討・実施時期】（案）

- 平成30年度からの施行に向け、平成29年度中に余裕をもって各自治体が業務の見直しや条例改正等を実施できるよう、平成1527年度中に基礎的枠組みを決定し、平成28年度中に精緻化を図る。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「個人については、健康づくりの取組等に応じたヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与を行うことにより、国民一人ひとりによる疾病予防、健康づくり、後発医薬品の使用、適切な受療行動を更に促進する。また、個人の健康管理に係る自発的な取組を促す観点から、セルフメディケーションを推進する。」

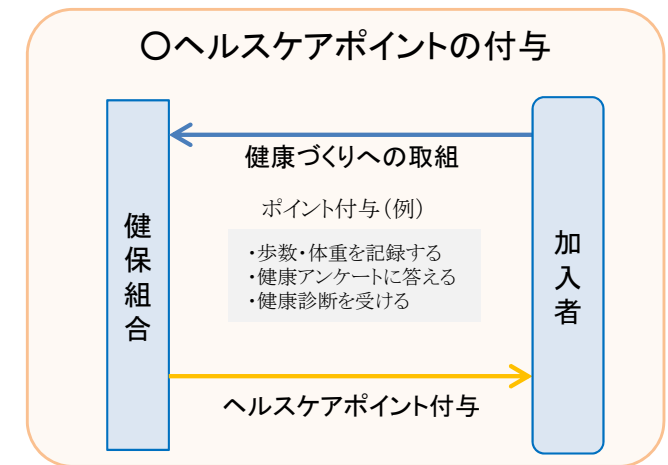
【論点】

- 個人による疾病予防の努力や健康管理に係る取組状況にかかわらず、保険料の負担水準に違いはない（ただし、一部の保険者において、こうした取組に対してヘルスケアポイントの付与が行われている）。
- 27年の医療保険制度改革において、健康管理及び疾病の予防に係る個人の努力義務が規定された（28年4月施行予定）。

（参考）健康保険法の一部改正（下線は追加箇所）

第百五十条 保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であつて、健康教育、健康相談、健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下この条において「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

※ 国民健康保険法等にも同様の規定を追加



※ 厚生労働省作成資料

【改革の方向性】（案）

- 個人による疾病予防や健康管理に係る取組状況を踏まえ、保健事業の一環として、ヘルスケアポイントの付与や現金給付、保険料の傾斜設定を行うべき。

【検討・実施時期】（案）

- 27年度中に厚生労働省においてガイドラインを策定し、各保険者において順次実施する。

介護に関する地域差を解消する仕組みの導入

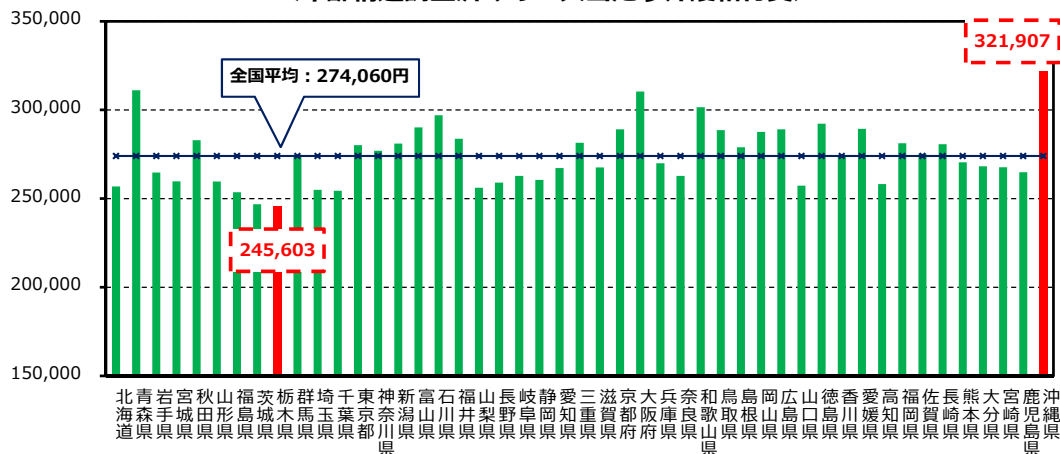
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「要介護認定率や一人当たり介護給付費の地域差について、高齢化の程度、介護予防活動の状況、サービスの利用動向や事業所の状況等を含めて分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点から、制度的な対応も含めた検討を行う。」

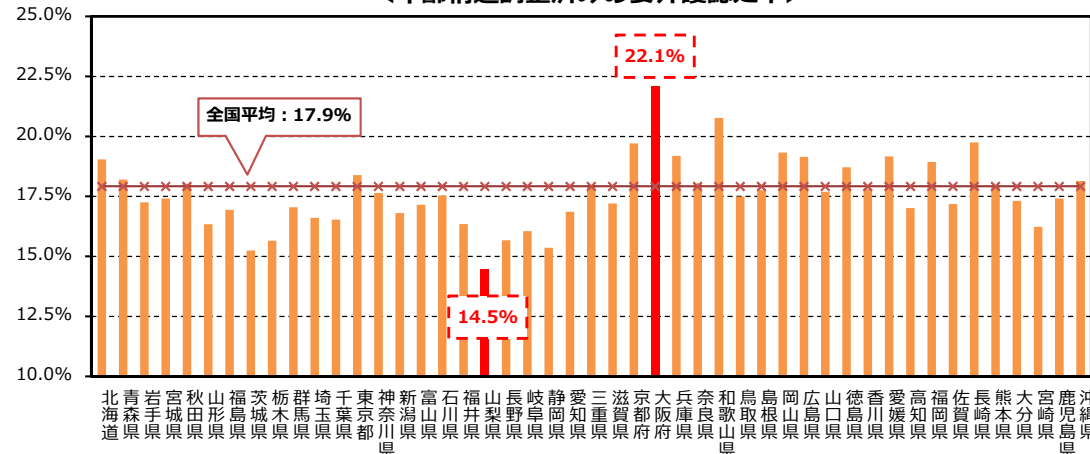
【論点】

- 要介護認定適正化事業や介護給付適正化計画等により、各保険者が問題のある要介護認定や過大な介護給付等の適正化を推進する取組を実施しているが、要介護認定率や一人当たり介護給付費については、依然として地域差が存在する。

＜年齢構造調整済みの一人当たり介護給付費＞



＜年齢構造調整済みの要介護認定率＞



【出典】介護保険総合データベース等を基に厚生労働省において集計・試算

【改革の具体的な方向性】（案）

- ① 要介護認定率や一人当たり介護給付費について、地域差の要因分析を実施・公表すべき。
- ② 不合理な一人当たり介護給付費の地域差を是正するため、都道府県・市町村が独自に給付量を適正化できる仕組みの導入や市町村がケアマネジメントの適正化に取り組む権限の強化等により、各市町村の保険者機能及び各都道府県の保険者支援機能の強化を図るべき。
- ③ 市町村による独自の取組を支援するため、介護給付費適正化に向けたインセンティブを強化する観点から、財政調整交付金として交付する国庫負担金の給付費総額に占める割合を引き上げるとともに、2号保険料や財政調整交付金の傾斜配分の枠組みを検討・導入すべき。

【検討・実施時期】（案）

- ①については、医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ等において、調整手法の検討や地域差の分析を進め、平成27年度末までに分析手法を示す。
- ②、③については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る好事例を強力に全国に展開する」

【論点】

- 医療費の適正化等の観点から、健康増進・予防サービスに関する優良事例の全国展開を図る取組が民間主導で開始されている。

【参考】「日本健康会議」(平成27年7月10日発足)における横展開の戦略

- ①取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
- ②「日本健康会議ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

※平成26年度補正予算において、「予防・健康づくりに向けたインセンティブの取組への支援」のため、3億円を措置

- <情報集約>
- 都道府県及び市町村取組を情報収集
 - 保険者団体による情報収集

- <支援施策の実施>
- WGでの状況確認・検討
 - テーマごとに支援策実施



事務局にてWEBに反映



【改革の方向性】(案)

- 政府の「健康増進・予防サービス・プラットフォーム」(平成27年9月9日設置)等を活用し、日本健康会議等の成果も取り込みながら優良事例の創出・全国展開を図る。これにより、自治体や企業・保険者の競争を促進していくべき。

【検討・実施時期】(案)

- 「健康増進・予防サービス・プラットフォーム」において、優良事例のヒアリング等を通じ、その全国展開に向けた進め方について、平成27年中に一定の方向性を取りまとめる。

【KPIの在り方】(案)

- 「日本健康会議」の「健康な・まち職場づくり宣言2020」(8つの宣言)を参考に設定することが考えられる。

宣言 1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。	宣言 5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
宣言 2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。	宣言 6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。
宣言 3	予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。	宣言 7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
宣言 4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。	宣言 8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

高額療養費制度の在り方

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「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」

【論点】

- 70歳以上の高齢者については、①月単位の上限額が70歳未満に比べて低額に設定されている、②外来について70歳未満には無い更なる特例措置が講じられているなど、若年者よりも負担が低い状況となっている。
- 負担の公平の観点から、年齢のみを理由に負担上限について異なる取扱いがされている高額療養費制度の見直しは最優先の課題。

		現役		高齢者(現状)		
		70歳未満		70歳～74歳	75歳以上	
医療費の自己負担		3割負担 (就学前2割)		2割負担 * 26年4月以降70歳になる者から (現役並み所得者2割)	1割負担 (現役並み所得者3割)	
高額療養費月額上限	入院	年収約1,160万円～	25.4万円 (注1)	現役並み所得(年収約370万円以上) (6.6%※)	8.7万円 (注3)	同じ所得水準の 現役より軽減
		年収約770万円～約1,160万円	17.2万円 (注2)			
		年収約370万円～約770万円	8.7万円 (注3)			
	～年収約370万円	5.8万円 (注3)				
	住民税非課税	3.5万円 (注4)	住民税非課税(注5) (21.4%※)	2.5万円		
外来	年収約370万円以上～	上記(入院の場合)と同じ	年金収入80万円以下等(18.5%※)	1.5万円	入院の場合の 約1/2	
	～年収約370万円		現役並み所得	4.4万円		
	住民税非課税		一般所得	1.2万円		
			住民税非課税	0.8万円		

上記は医療費が100万円と仮定した場合の金額。(※)は後期高齢者に占める割合、
(注1)4か月目以降は14.0万円、(注2)4か月目以降は9.3万円、(注3)4か月目以降は4.4万円、(注4)4か月目以降は2.5万円、(注5)年金収入のみの場合、単身世帯で年金収入155万円以下。

【改革の具体的な方向性】(案)

- 負担能力に応じた適正な負担とするため、①高齢者のみに設けられている外来の特例措置を廃止し、②入院・外来を通じて、高齢者の自己負担の月額上限を所得水準に応じて現役世代と同じ水準へと見直すべき。あわせて、③「現役並み所得」の基準について、妥当性の検証・見直しを行うべき。

【検討・実施時期】(案)

- 速やかに関係審議会等において検討し、平成28年末までのできる限り早い時期に制度改革の具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「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ともに、介護保険における高額介護サービス費制度や利用者負担の在り方等について、制度改革の施行状況も踏まえつつ、検討を行う」

【論点】

- 高額介護サービス費制度により、介護保険給付に係る利用者負担額が限度額を超える場合に超えた金額が高額介護サービス費として支給されているが、その限度額が医療保険制度（高額療養費）よりも部分的に低くなっており見直しが必要。
- 利用者負担割合については、制度の持続性確保の観点から2割負担に移行することが必要。平成27年8月より、住民税課税世帯のうち、一定以上の所得（合計所得金額160万円以上）を有する者については、介護保険給付に係る利用者負担割合が1割から2割に引き上げられたが、今後、段階的に、医療保険との均衡を踏まえて、65～74歳について原則2割負担とし、次に75歳以上についても2割負担とすべき。

<利用者負担限度額（介護、医療）>

<利用者負担限度額>	高額介護サービス費	高額療養費	
		70歳以上	65歳以上70歳未満
現役並み所得（上位所得）	44,400円（世帯）※1	44,400円（多数回該当）	140,100円（多数回該当）※2 93,000円（多数回該当）※3
一般	37,200円（世帯）	44,400円	44,400円（多数回該当）
住民税非課税等	24,600円（世帯）	24,600円	24,600円（多数回該当）
年金収入80万円以下等	15,000円（個人）	15,000円	24,600円（多数回該当）

- ※1 対象となる世帯に課税所得145万円以上の第1号被保険者がいる場合
- ※2 対象となる高齢者の年収が約1,160万円以上
- ※3 対象となる高齢者の年収が約770万円以上かつ約1160万円未満

<介護：利用者負担割合>

一定以上の所得 ※4	それ以外
2割負担	1割負担

<医療：利用者負担割合>

	現役並み所得 ※5	それ以外
75歳以上	3割負担	1割負担 ※6
70～74歳	3割負担	2割負担

- ※4 合計所得金額（年金収入＋その他の所得の合計額）が160万円以上
- ※5 収入の合計額が、単身世帯で383万円以上、2人以上の世帯で520万円以上
- ※6 平成26年4月以降に70歳になる者から2割負担を適用（26年3月末までに70歳に達している者は1割負担）

【改革の具体的な方向性】（案）

<高額介護サービス費制度>

- 高額介護サービス費制度について、高額療養費と同水準まで利用者負担限度額を引き上げるべき。

<利用者負担割合（2割負担の対象者の見直し）>

- ① 65歳以上74歳以下の高齢者について、医療制度との均衡を踏まえ、原則2割負担化への見直しを実施すべき。
- ② その上で、医療保険制度における窓口負担に係る議論の状況を踏まえつつ、75歳以上の高齢者についても、原則2割負担の導入を検討すべき。

【検討・実施時期】（案）

高額介護サービス費制度の見直しについては、速やかに関係審議会等において検討を開始し、遅くとも28年末までのできる限り早い時期に、制度改革の具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。

利用者負担の見直しについて、

①については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

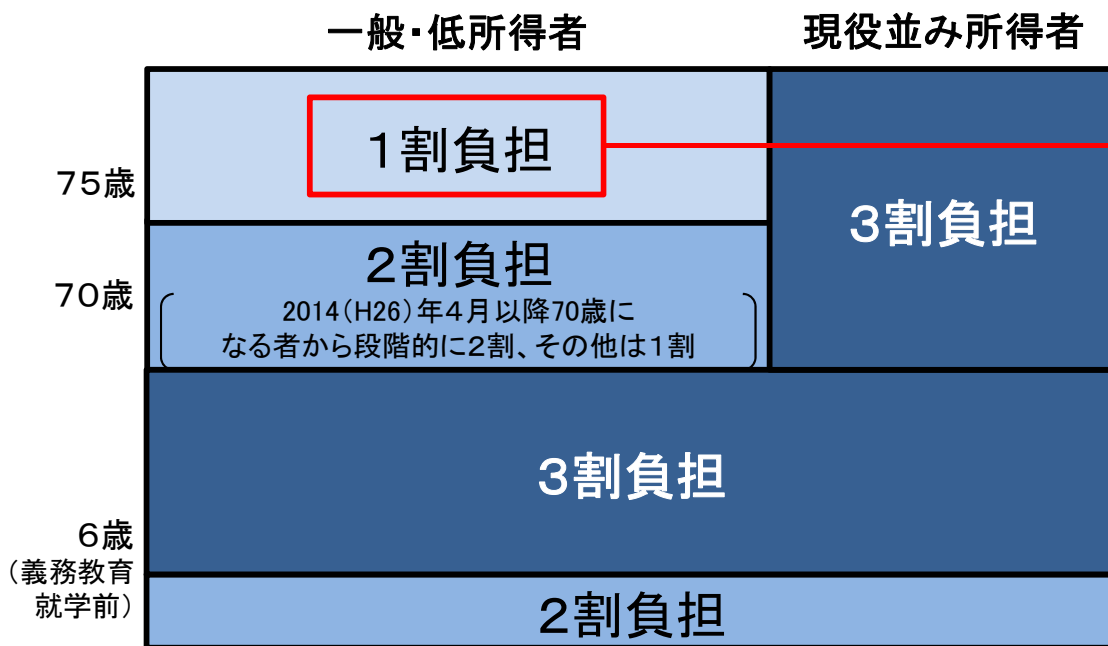
②については、関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめる。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「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」

【論点】

- 高齢者の定率の窓口負担は、原則となる負担率が1割または2割と、現役世代の3割よりも軽減されている。



【見直しの考え方】

- 2019 (H31) 年新たに75歳になる者
 - ・ 現在の取組を連続的に延伸し、2割負担を維持
- 2019 (H31) 年時点で既に75歳の者
 - ・ 2019年以降、1割負担から2割負担へ数年かけて段階的に引き上げ

【改革の具体的な方向性】（案）

- 70歳～74歳の定率窓口負担を段階的に1割から2割に引き上げている現在の取組を連続的に延伸する観点から、2019 (H31) 年度以降に新たに75歳以上となる者について2割負担を維持すべき。また、2019 (H31) 年時点で既に75歳以上となっている者については、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。

【検討・実施時期】（案）

- 関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめる。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

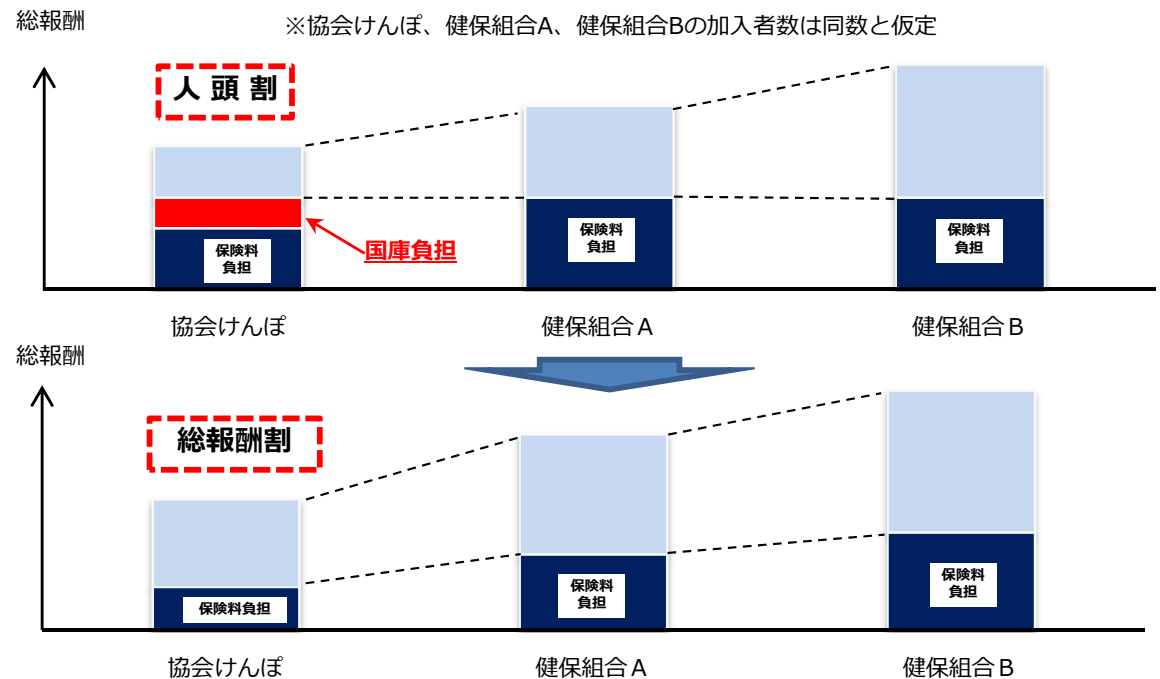
「また、現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う。」

【論点】

- 第2号被保険者（40～64歳）の保険料は、各医療保険者が徴収しているが（介護納付金）、これを医療保険者間で按分する際、加入者数割（人头割）となっており、被保険者の負担能力（総報酬）に応じたものとなっていない。このため、所得水準の低い保険者の保険料負担を軽減するために公費負担が投入されている。

＜人头割から総報酬割への移行のイメージ＞

※協会けんぽ、健保組合A、健保組合Bの加入者数は同数と仮定



人头割

(被保険者に応じ負担)

総報酬割

(被用者保険者間では報酬額に比例して負担)

介護給付費 (9.4兆円)

第1号保険料 (65歳以上)
2.1兆円
【22%】

公費

4.7兆円
【50%】

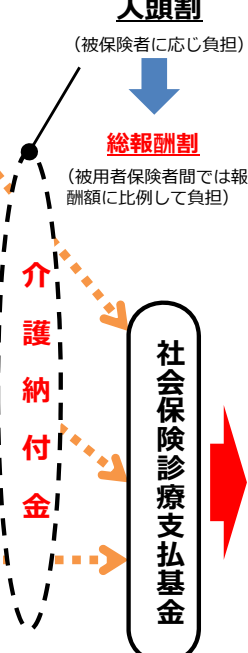
国: 2.2兆円
地方: 2.5兆円

※ 負担割合は原則として、
・国25%、
・都道府県12.5%、
・市町村12.5%。
ただし、施設等給付の場合は、
・国20%、
・都道府県17.5%、
・市町村12.5%

第2号保険料 (40～64歳)
2.6兆円
【28%】

介護納付金

社会保険診療支払基金



国民健康保険 (0.8兆円)

公費 (0.37兆円)
・国 (0.31兆円)
・都道府県 (0.06兆円)

協会けんぽ (0.9兆円)

国費 (0.15兆円)

健保組合等 (0.9兆円)

被用者保険

【改革の具体的な方向性】 (案)

- 後期高齢者支援金と同様、介護納付金についても所得に応じた公平な負担とする観点から、段階的に総報酬割へ移行すべき。
- (注) 後期高齢者支援金については、平成29年度からの全面総報酬割導入に向けて、総報酬割部分が段階的に引き上げられている。

【検討・実施時期】 (案)

- 速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

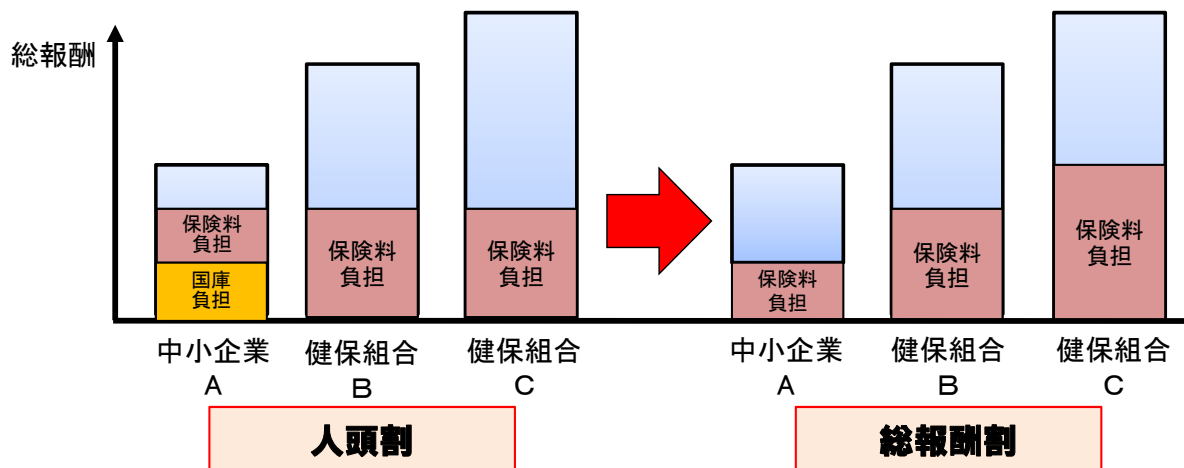
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「現役被用者の報酬水準に応じた保険料負担の公平を図る。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う」

【論点】

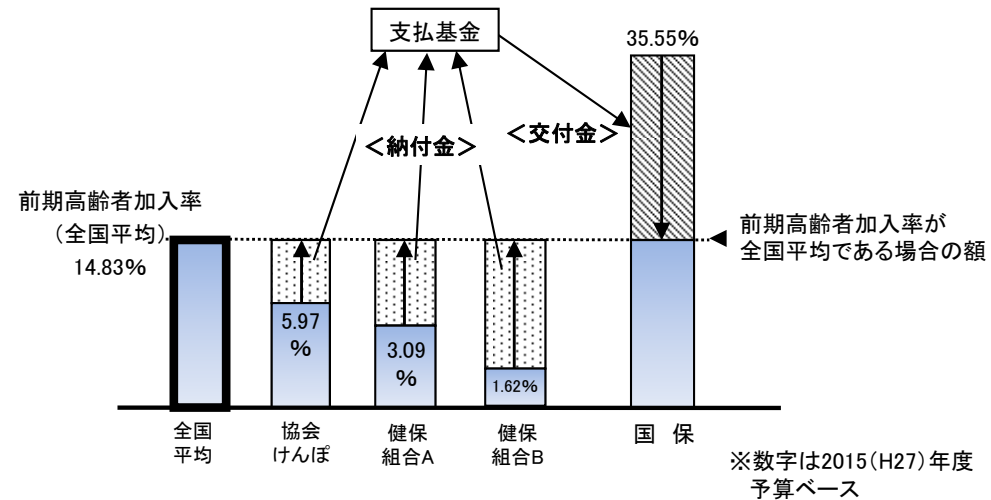
- 前期高齢者（65～74歳）の医療給付費については、保険者間で高齢者が偏在することによる負担の不均衡を是正するため、財政調整が図られているが、その方式は各保険者の前期高齢者の加入者数に応じた人頭割となっており、被保険者の負担能力（総報酬）に応じたものとなっていない。このため、所得水準の低い保険者の保険料負担を軽減するために公費負担が投入されている。

人頭割から総報酬割への移行のイメージ



(注) 各保険者とも前期高齢者加入率が同等と仮定。

【参考】現行の財政調整の方式(イメージ)



【改革の具体的な方向性】 (案)

- 最終的には被用者保険を統合することも視野に、後期高齢者支援金と同様、総報酬割化による被用者間の負担の公平化を図るべき。
- (注) 後期高齢者支援金については、平成29年度からの全面総報酬割導入に向けて、総報酬割部分が段階的に引き上げられている。

【検討・実施時期】 (案)

- 関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめる。

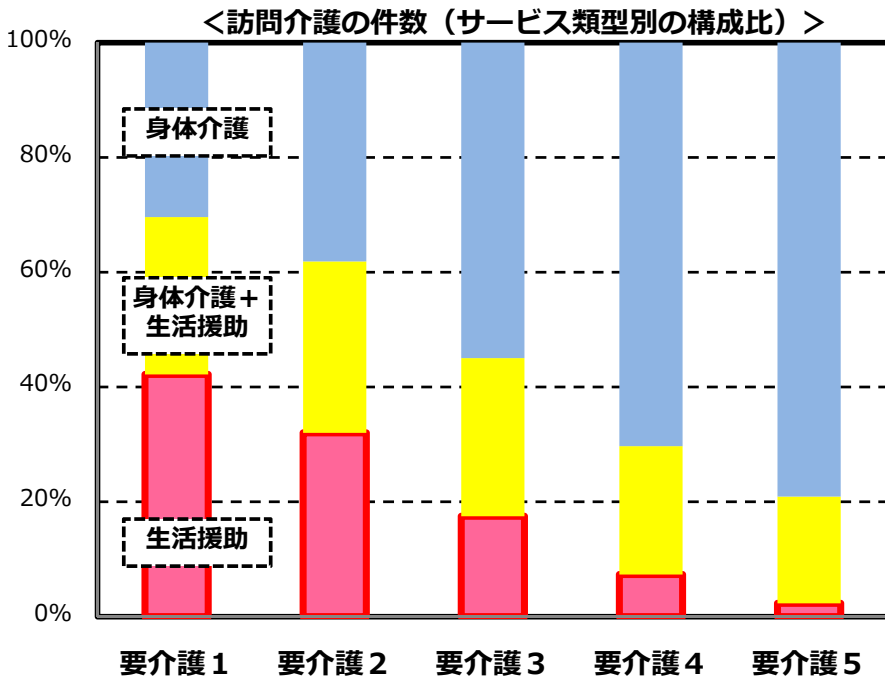
軽度者への生活援助の在り方

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「次期介護保険制度改革に向けて、高齢者の有する能力に応じ自立した生活を目指すという制度の趣旨や制度改革の施行状況を踏まえつつ、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う。」

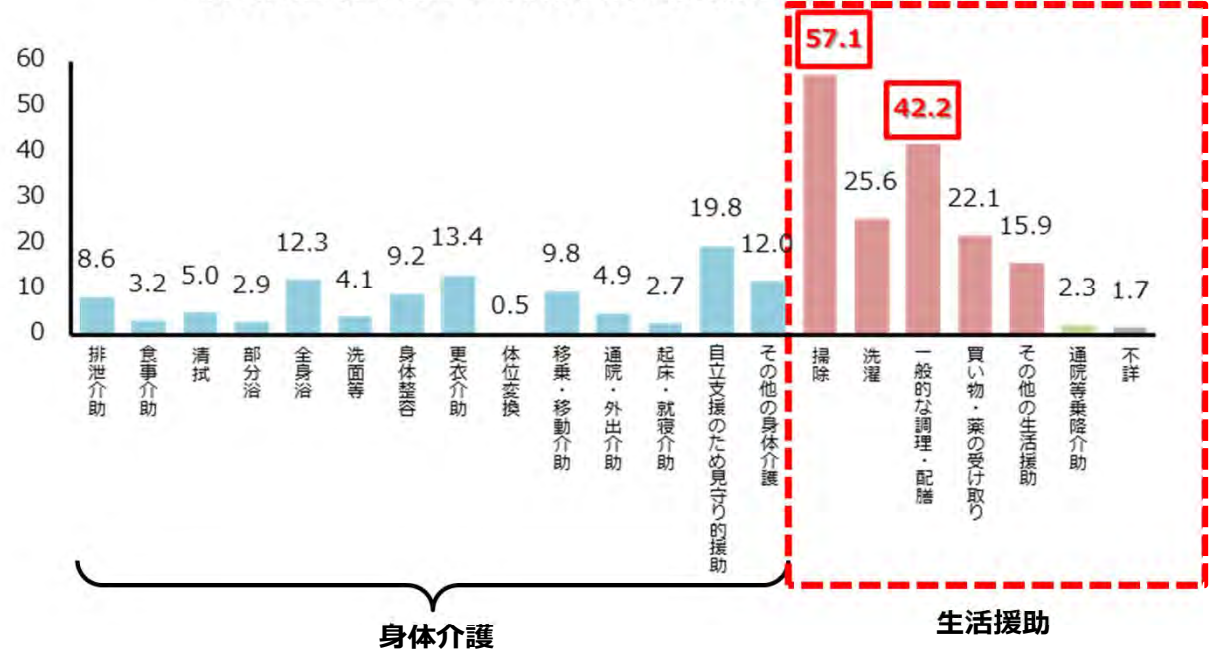
【論点】

- 要介護者に対する訪問介護は「身体介護」と「生活援助」に分けられるが、要介護5では、生活援助のみの利用件数は全件数の5%未満であるのに対し、軽度の要介護者（要介護1・2）では、生活援助のみの利用件数が全件数の概ね4割となっている。
- 生活援助の内容は、掃除の占める割合が最も多く、次に一般的な調理・配膳が多い。
- これらの在宅サービスには多くの民間企業が自由参入しているが、介護報酬に定められた公表価格を下回る価格を設定している事業者はほとんどなく、価格競争は行われていない。



【出典】厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査」

＜訪問介護【要介護1】の提供内容の構成割合（複数回答）＞



【出典】厚生労働省「平成24年度介護サービス施設・事業所調査」

【改革の具体的な方向性】（案）

- 軽度者に対する生活援助は、日常生活で通常負担する費用であり、介護保険給付を中重度者に重点化する観点、民間サービス事業者の価格・サービス競争を促す観点から、原則自己負担（一部補助）の仕組みに切り替えるべき。

【検討・実施時期】（案）

- 速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「次期介護保険制度改革に向けて、高齢者の有する能力に応じ自立した生活を目指すという制度の趣旨や制度改革の施行状況を踏まえつつ、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う。」

【論点】

- 福祉用具貸与は、利用者の希望・状況等を踏まえて、貸与の要否・機種選定をケアプラン策定の中で決定しており、貸与価格は貸与業者が提示する利用料を保険給付の基準（原則9割を保険給付・1割自己負担）としている。
- 福祉用具貸与の実態を調査したところ（次ページ）、一人当たり貸与額に大きな地域差があり（図1）、その要因として、①貸与価格について、同一商品の中で平均貸与価格の10倍超の高価格で取引されている例があるなど、大きなばらつきがあること（図2）、②機種のスペックと要介護度の対応関係についても大きな地域差があり（図3）、また、軽度者にむしろ高機能の商品が貸与されているような用具があること（図4）、などが明らかになった。
- 利用者の状況・ADLの維持向上の必要度等に応じた機種が適正に貸与されるよう、また、貸与事業者のサービス競争の促進と適正な価格設定が担保されるよう、現在の福祉用具貸与の仕組みについて、抜本的な見直しが必要ではないか。
- また、軽度者に対する福祉用具貸与は日常生活で通常負担する費用の延長と考えられること、住宅改修（要介護2以下の軽度者の利用が8割弱）は個人の資産形成でもあることを踏まえると、介護保険給付を中重度者に重点化する観点、貸与事業者間の適正な価格・サービス競争を促す観点から、軽度者を中心に、利用者負担の在り方についても見直しが必要ではないか。

【改革の具体的な方向性】（案）

- ① 貸与価格の見直し：福祉用具貸与について、対象品目の希望小売価格等から減価償却期間等を考慮して算定した標準的な利用料を基準貸与価格として設定する（住宅改修についても、工事実勢価格等をベースに同様の仕組みとする）。真に有効・必要な付帯サービスについては、厳格な要件の下に、貸与価格とは分けて標準的な保守管理サービス等を別途評価する枠組みを検討し、事業者間の適正な競争を促進する。また、行政や利用者にとって取引価格や製品性能等が比較可能となるよう情報開示（見える化）を進める。
- ② 貸与機種のスペックの在り方の見直し：利用者の状況・ADLの維持向上の必要度等に見合った貸与品の選定を推進するため、要介護区分ごとに標準的な貸与対象品目を決定し、その範囲内で貸与品を選定する仕組みを導入する。
- ③ 負担のあり方の見直し：介護保険給付を中重度者に重点化する観点、民間サービス事業者の価格・サービス競争を促す観点から、原則自己負担（一部補助）とし、軽度者の福祉用具貸与に係る保険給付の割合を大幅に引き下げる。

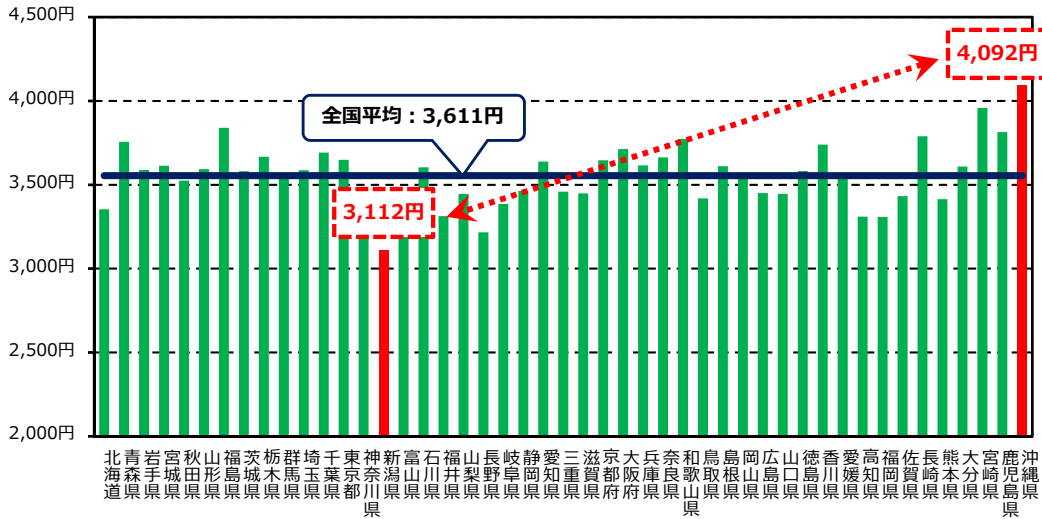
【検討・実施時期】（案）

- ①及び②については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に制度改革の具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。
- ③については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。

〔参考〕福祉用具貸与における地域差等のばらつき（平成27年財務省調査結果）

＜図1＞都道府県別の一人当たり平均実質貸与額

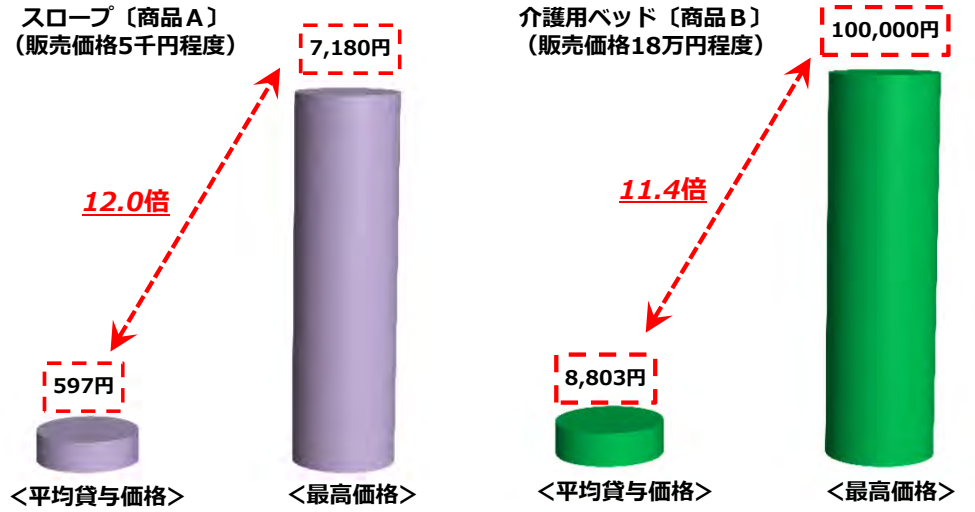
都道府県別の一人当たり平均実質貸与額（平均貸与額を消費者物価指数で実質化）の**最高（沖縄県）**と**最低（新潟県）**には**3割以上の地域差**が存在する。



【出典】厚生労働省「平成26年度介護給付費実態調査報告」、総務省「消費者物価指数」

＜図2＞個別貸与品の取引価格の分布

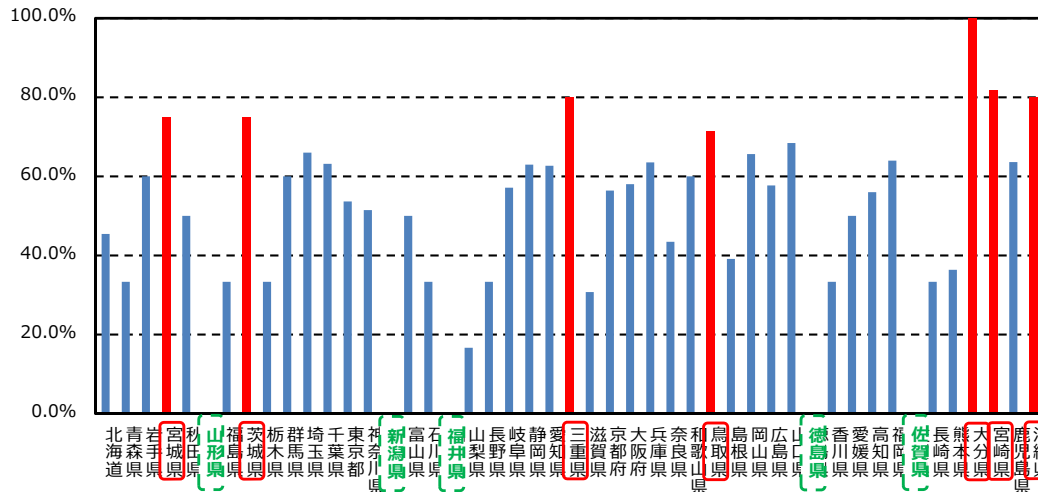
代表的な品目について、個別品目ごとの貸与価格を詳細に調査すると、**平均貸与価格の10倍超の価格**の取引が散見され、中には**1ヶ月の貸与価格が販売価格を上回る**事例も存在する。



【出典】介護保険総合データベースから抽出した平成27年3月審査分の給付データを基に財務省にて試算

＜図3＞高性能・機能を持つ福祉用具の貸与に占める軽度者の割合

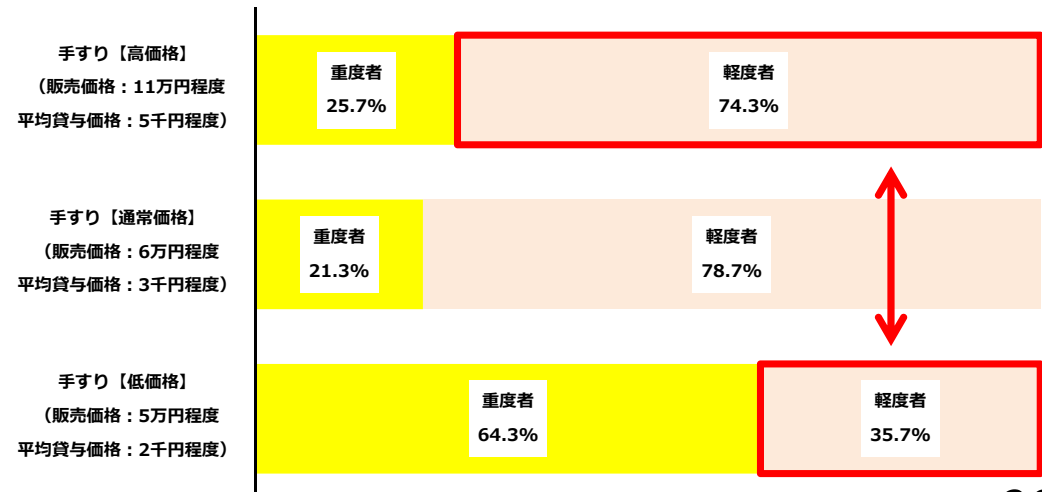
高性能・機能を持つ車いす貸与に関する軽度者の利用割合に大きな地域差が存在。**軽度者の利用が全くない地域**もあれば、全利用者に占める**軽度者の割合が8割超**となっている地域もある。



【出典】介護保険総合データベースから抽出した平成27年3月審査分の給付データを基に財務省にて試算

＜図4＞価格帯ごとの貸与取引に占める重度者・軽度者の割合

一部の品目では、**軽度者（要介護2以下）の方が重度者よりも高価格品**を利用している事例が存在する。



【出典】介護保険総合データベースから抽出した平成27年3月審査分の給付データを基に財務省にて試算

軽度者へのその他給付の在り方

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「次期介護保険制度改革に向けて、高齢者の有する能力に応じ自立した生活を目指すという制度の趣旨や制度改革の施行状況を踏まえつつ、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う。」

【論点】

- 軽度者（要介護2以下）に対する通所介護については、外出支援・食事や入浴の介護といった生活支援や種々の機能訓練を目的とした活動が大半を占める内容となっている。

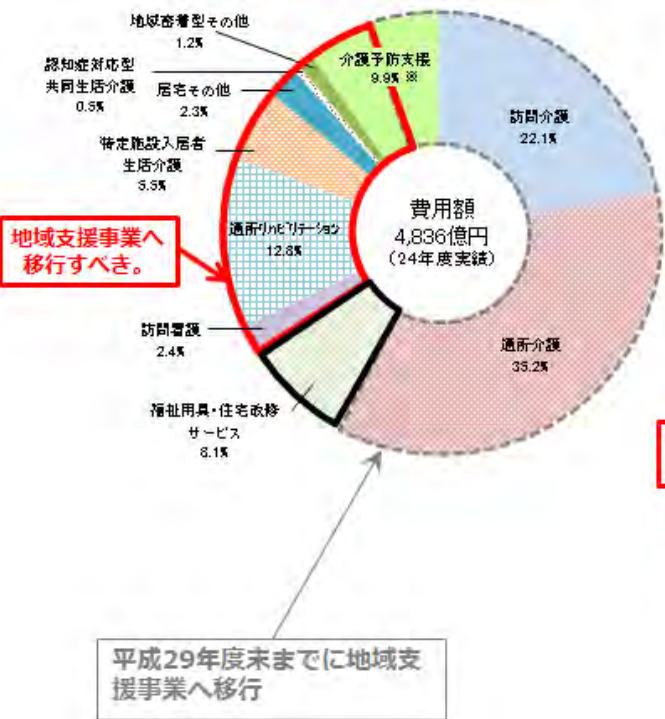
<通所介護の1日のスケジュール例>

1人当たり費用（要介護1）：6,560円/日
 →うち利用者負担656円、税・保険料負担5,904円（食事代等は別途負担）

※ 通常規模型、その他地域で7～9時間のサービスを提供する場合の介護報酬の基本部分。
 この他、入浴介助や機能訓練などのサービス提供や事業所の体制に対して別途加算・減算がある（例えば入浴介助を行う場合、1人当たり費用は500円/日増加）。さらに、介護職員の処遇改善を行っている場合、最大で+4.0%の加算（介護職員処遇改善加算）がある。

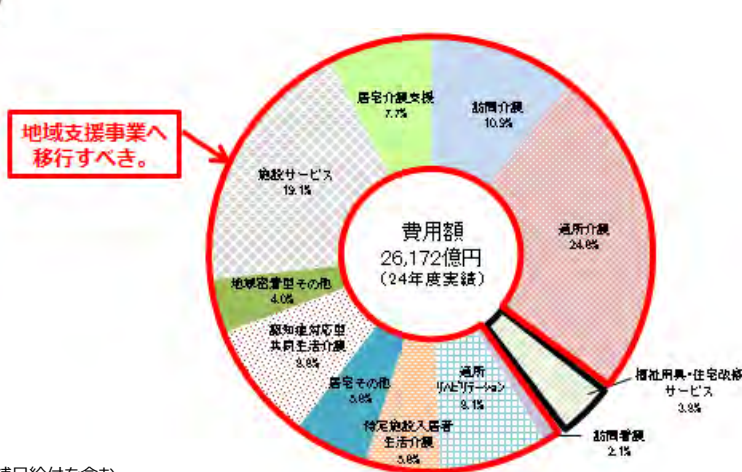
	A社の場合	B社の場合	C社の場合
08:00			
09:00	送迎	送迎	送迎
10:00	健康チェック等	入浴 レクリエーション (塗り絵、クイズ)	健康チェック等
11:00	入浴 機能訓練	ゆっくりする	書道
12:00	嚥下体操	口腔体操	テレビ鑑賞
13:00	昼食	昼食	昼食
14:00	機能訓練	機能訓練	麻雀
15:00	レクリエーション (音楽)	カラオケ	おやつ
16:00	おやつ	おやつ	カジノ
17:00	送迎	送迎	送迎

<要支援1・2に対する給付>



※ 訪問介護、通所介護に係る介護予防支援は地域支援事業へ移行（訪問介護、通所介護以外に係る介護予防支援は、引き続き給付として実施）

<要介護1・2に対する給付>



【出典】厚生労働省「平成25年度介護保険事業状況報告年報」 ※計数には、補足給付を含む。

【改革の具体的な方向性】（案）

- 軽度者へのその他の給付（例：要介護1・2の高齢者に対する通所介護）については、現在の地域支援事業への移行状況も踏まえつつ、介護保険給付を中重度者に重点化する観点、地域の実情に応じたサービスを効率的に提供する観点から、柔軟な人員・設備基準として自治体の裁量を拡大し、自治体の予算の範囲内で実施する枠組み（地域支援事業）へ移行すべき。その際には、メニューの統合等により、簡素で分かりやすい体系とすべき。

【検討・実施時期】（案）

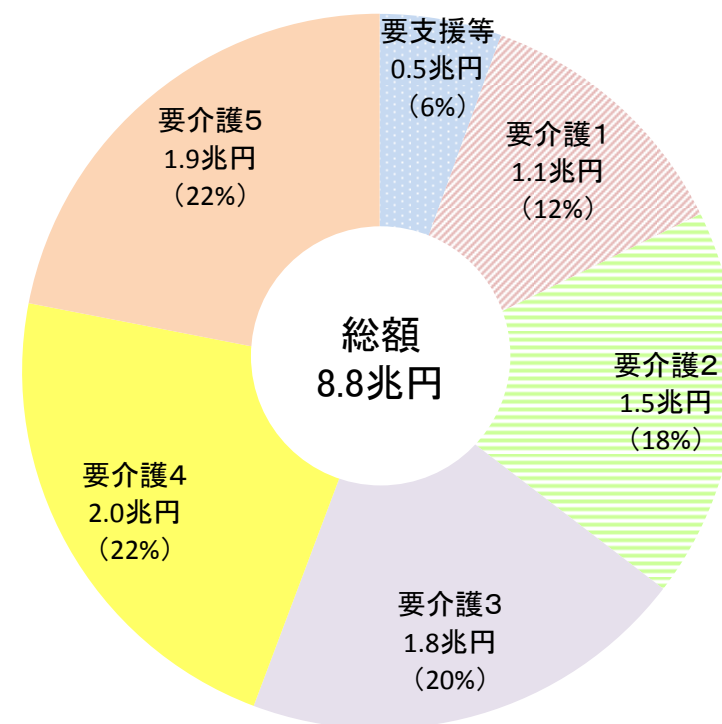
- 速やかに関係審議会等において、平成27年度に施行された介護予防給付の訪問介護・通所介護に係る地域支援事業への移行状況も踏まえつつ、制度27の実現・具体化に向けた検討を開始し、その結果を踏まえ、平成29年度通常国会に所要の法案を提出する。

〔参考〕 諸外国における介護制度との比較

- 介護に社会保険制度を採用している主な国は、日本、ドイツ、韓国。
- 給付については、ドイツ、韓国では中重度者のみが対象とされており、日本の要支援者、要介護1、2に相当する軽度者は対象外とされている。
- 利用者負担については、韓国では、負担割合が在宅給付は15%、施設給付は20%とされている。（ドイツの保険給付は定額制（部分保険）であり、それを超える部分は全額自己負担。）

	日本	ドイツ	韓国
保険者	市町村等(全国で1,579)	介護金庫(全国で124)	国民健康保険公団(全国で1)
要介護区分	7段階(軽度も対象) (要介護1~5、要支援1・2)	3段階(中度以上) ※要介護Ⅲの「特に重度」を加えると4段階。また、2013(H25)年に、認知症の者等を対象とする要介護0が創設。	3段階(中度以上)
給付対象者	○65歳以上の要支援者・要介護者 ○40~64歳の加齢に伴う特定疾病により要支援・要介護状態となった者	すべての年齢層の要介護者	○65歳以上の要介護者 ○65歳未満の老人性疾患により要介護状態となった者
被保険者	○第1号被保険者(65歳以上) ○第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)	公的医療保険の加入者(年齢制限なし)	国民健康保険の加入者(年齢制限なし)
利用者負担	原則1割	保険給付は定額制、それを超える部分は自己負担	在宅給付15% 施設給付20%
総費用に占める利用者負担の比率	7.1%	30.4%	17.8%

介護保険総費用の構成割合
(2012(H24)年度実績)



(出所)厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」に基づき作成。

〔参考〕福祉用具貸与・住宅改修の概要

	福祉用具貸与	住宅改修
対象種目等	<ul style="list-style-type: none"> ① 車いす（付属品含む） ② 特殊寝台（付属品含む） ③ 床ずれ防止用具 ④ 体位変換器 ⑤ 手すり（工事を伴わないもの） ⑥ スロープ（工事を伴わないもの） ⑦ 歩行器 ⑧ 歩行補助つえ ⑨ 認知症老人徘徊感知機器 ⑩ 移動用リフト（つり具の部分を除く） ⑪ 自動排泄処理装置 	<ul style="list-style-type: none"> ① 手すりの取付け ② 段差の解消 ③ 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 ④ 引き戸等への扉の取替え ⑤ 洋式便器等への便器の取替え ⑥ その他①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修
限度額	区分支給限度基準額（要支援、要介護度別）の範囲内において、他のサービスと組み合わせ	同一住宅で20万円 ※要支援、要介護区分に関わらず定額
費用額 (平成25年度介護保険事業 状況報告)	<p style="text-align: center;">2,538億円</p> <p style="text-align: center;"><要介護2以下：1,016億円（40.0%）></p>	<p style="text-align: center;">480億円</p> <p style="text-align: center;"><要介護2以下：372億円（77.5%）></p>

（注）福祉用具貸与については、原則として、①～④及び⑨・⑩は要介護2以上の方が保険給付の対象であり、⑪は要介護4以上の方がのみが

29 対象。⑤～⑧は要介護度に関係なく保険給付が可能。

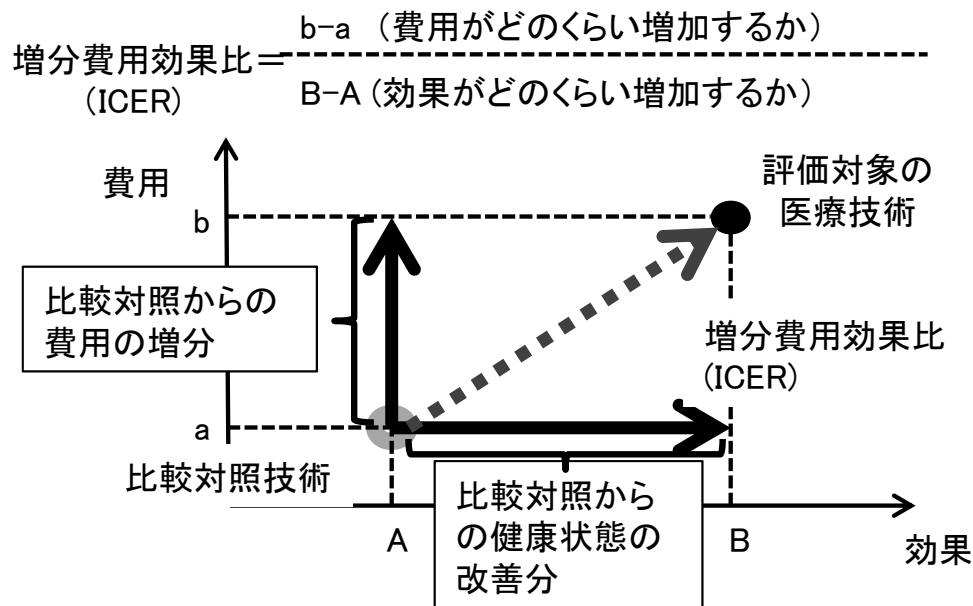
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「医療の高度化への対応として、医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて、平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入をすることを旨とする」

【論点】

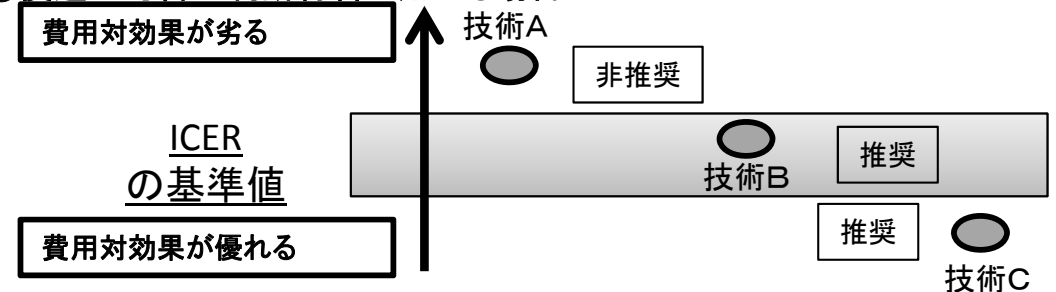
- イギリス、フランス、ドイツ、オーストラリア等では、医薬品、医療技術等について、費用対効果評価を実施し、その結果に基づき、保険償還の対象とすることの可否、保険償還額等を決定する枠組みを設けている。

費用対効果評価のイメージ

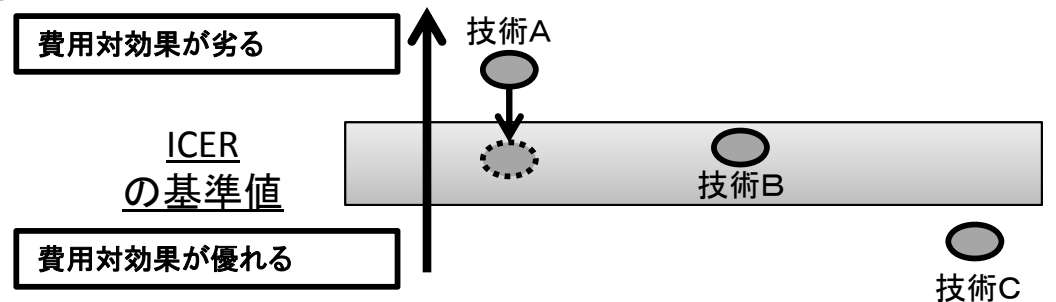


(出典)平成25年2月27日中医協費用対効果評価専門部会(第8回) 福田参考人提出資料

①償還の可否の判断材料に用いる場合



②償還価格への反映に用いる場合



【改革の具体的な方向性】 (案)

- 我が国においても、保険償還の対象とすることの可否の判断、保険償還額の決定等に活用可能な費用対効果評価の枠組みを導入すべき。

【検討・実施時期】 (案)

- 平成28年度診療報酬改定での試行的導入に向けて、年内を目途に議論を進めるとともに、平成30年度診療報酬改定での速やかな本格導入に向けて、試行の状況も踏まえた更なる検討を行う。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の方等について検討する」

【論点】

- 生活習慣病治療薬の処方は、性・年齢、進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個々の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、我が国では高価なARB系が多く処方されている。

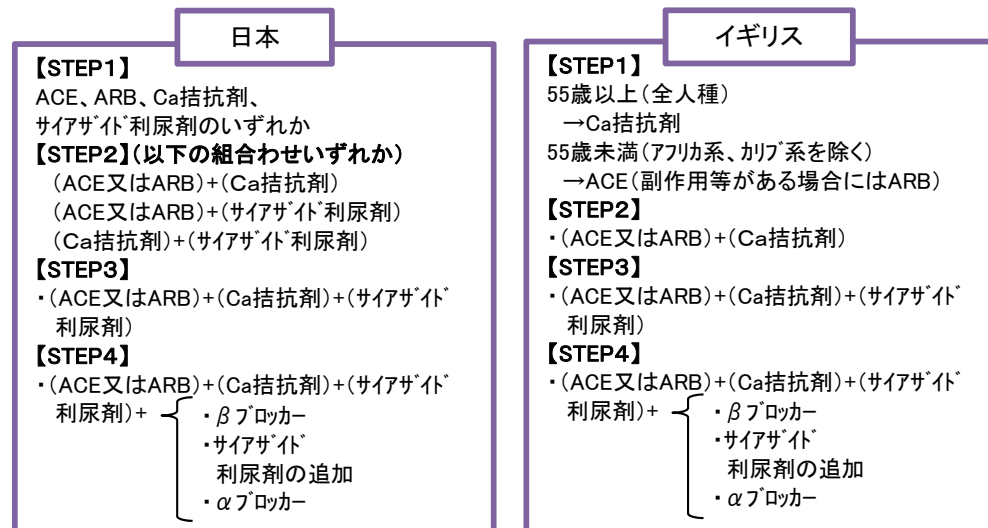
<医薬品国内売上高上位10品目>

<医薬品世界売上高上位10品目>

<高血圧薬の使用に関するガイドライン>

	製品名	薬効
1	プラビックス	抗血小板薬
2	ミカルディスファミリー	ARB(配合剤含む)
3	オルメテックファミリー	ARB(配合剤含む)
4	プロプレスファミリー	ARB(配合剤含む)
5	アバステン	抗悪性腫瘍薬
6	ジャヌビア	糖尿病治療薬(DDP-4阻害薬)
7	リリカ	疼痛治療薬
8	レミケート	抗リウマチ薬
9	ネキシウム	プロトンポンプ阻害薬
10	モーラステープ	鎮痛消炎薬

	製品名	薬効
1	ヒュミラ	関節リウマチ
2	レミケート	抗リウマチ薬
3	リツキシサン	非ホジキンリンパ腫他
4	エンブレル	関節リウマチ
5	アトエア	抗喘息薬(配合剤)
6	ランタス	糖尿/インスリンアナログ
7	アバステン	転移性結腸がん
8	ハーセプチン	乳がん
9	クレストール	高脂血症/スタチン
10	ジャヌビア	2型糖尿病/DPP4



<代表的な治療薬の一日薬価>

ACE系	タナトリル錠(10mg)	123.60円
ARB系	ディオバン錠(80mg)	109.10円
Ca拮抗系	アムロジン錠(5mg)	53.30円

(出典)

- ・医薬品国内売上高上位10品目: Monthly ミス 2015年 増刊号
- ・医薬品世界売上高上位10品目: セジテム・ストラテジックデータ(株)ユート・ブレイン事業部

【改革の具体的な方向性】 (案)

- 生活習慣病治療薬等の処方ルールの明確化を図るべき。

【検討・実施時期】 (案)

- 費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約し、速やかに処方ルールに係るガイドラインの明確化を図る。

市販品類似薬に係る保険給付の見直し

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する」

【論点】

- 市販品と同一の有効成分の薬でも、医療機関で処方されれば、低い自己負担で購入が可能なケースがある。
- 諸外国と比較しても、我が国における市販品使用割合は低位であり、セルフメディケーションが十分進んでいない。

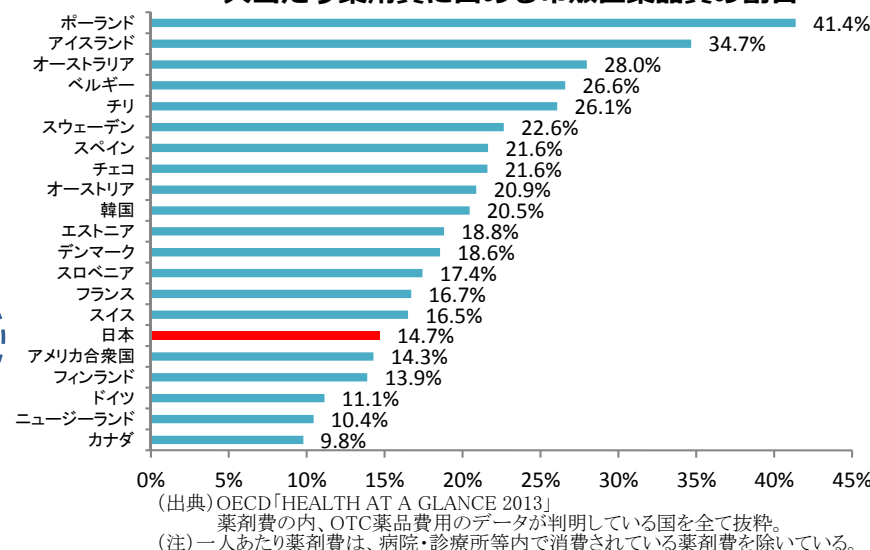
【参考】ビタミン剤については2012（H24）年度から単なる栄養補給目的での使用が、うがい薬については2014（H26）年度からうがい薬のみの処方が、それぞれ保険適用から除外されている。

市販品と医療用医薬品の比較

区分	市販品類似薬		医療用医薬品		
	名称	価格	名称	薬価	自己負担(薬価3割)
① 湿布	A	950円	A A	70円	20円
② 漢方薬	B	1,296円	B B	280円	80円
③ 目薬	C	1,317円	C C	1,440円	430円

- ※1 各区分における市販品と医療用医薬品は、いずれも同一の有効成分を含んでいる。ただし、同一の有効成分を含んでいる市販薬であっても、医療用医薬品の効能・効果や用法・用量が異なる場合があることに留意が必要。
- ※2 市販品の価格は、メーカー希望小売価格。
- ※3 医療用医薬品の価格については市販品と同じ数量について、病院・診療所で処方箋を発行してもらい、薬局で購入した場合の価格であり、別途再診料、処方料、調剤料等がかかる。
- ※4 医療用医薬品については、医療保険の適用となり、7割が保険で賄われるため、患者負担は原則3割となる。

一人当たり薬剤費に占める市販医薬品費の割合



【改革の具体的な方向性】（案）

- 市販品類似薬について、公平性の確保やセルフメディケーションの推進の観点から、
 - ① スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率を引き下げるとともに、
 - ② 長らく市販品として定着したOTC類似医薬品（ビタミン剤、うがい薬、湿布、目薬やいわゆる漢方薬などのうち長らく市販品として定着した銘柄）については、処方の目的や方法にかかわらず保険給付外とすべき。

【検討・実施時期】（案）

- ①については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。
- ②については、平成28年度診療報酬改定に係る議論の一環として、平成28年度から保険収載から除外する具体的な品目について、年末までに結論を得る（平成28年度については、改革の具体的な方向性に則って、湿布（第1世代及び第2世代）を含む鎮痛消炎剤の除外、ビタミン剤及びうがい薬の例外条件の廃止を検討すべき）。

(参考) 医薬品に係る保険給付の在り方に関する国際比較

- フランスでは、医薬品の治療上の貢献度・有用性に応じ、段階的な自己負担割合（保険償還率）が設定されているほか、ドイツと同様、参照価格（償還限度額）制度が採用されている。また、スウェーデン等においては、医薬品の種類にかかわらず、一定額以下は全額自己負担とされているなど、相応の自己負担を求める枠組みが採用されている。
- 我が国においても、公的保険給付の範囲の見直しや薬剤の適正使用の観点等から、諸外国の制度も踏まえ、医薬品に係る保険給付の在り方を見直し、全体として保険償還率を引き下げることが検討すべきではないか。

(※) 日本でも、かつて、外来薬剤費について、定率負担に加えて別途定額負担が設けられていた（平成9年9月～15年3月）。

【薬剤に係る自己負担についての国際比較】

	制度類型	薬剤に係る自己負担	(参考) 国民負担率
日本	社会保険方式 ※ 1	・原則 3 割 (義務教育就学前：2 割、70～74歳：2 割、75歳以上：1 割)	43.4% (2015年度)
ドイツ	社会保険方式 ※ 2	・10%定率負担（各薬剤につき上限10ユーロ、下限5ユーロ） (注) 参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	52.2% (2012年)
フランス	社会保険方式 ※ 1	・以下を加重平均した自己負担率：34% - 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品：0% - 一般薬剤：35% - 胃薬等：70% - 有用度の低いと判断された薬剤：85% - ビタミン剤や強壮剤：100% (注) 参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	65.7% (2012年)
スウェーデン	税方式 ※ 3	・900クローナまでは全額自己負担、より高額の薬剤についても一定の自己負担割合を設定 (注) 上限は年間2,200クローナ	56.1% (2012年)
イギリス	税方式 ※ 3	・処方 1 件：8.05ポンド（高齢者、低所得者、妊婦等については免除あり）	46.7% (2012年)
アメリカ	社会保険方式 ※ 4	・保険の種類や契約内容等に応じ相違 (注) メディケア（任意加入）の場合 - 310ドルまでは全額自己負担、より高額な薬剤についても一定の自己負担割合を設定	31.1% (2012年)

(※ 1) 国民皆保険 (※ 2) 国民の約87%が加入 (※ 3) 全居住者を対象

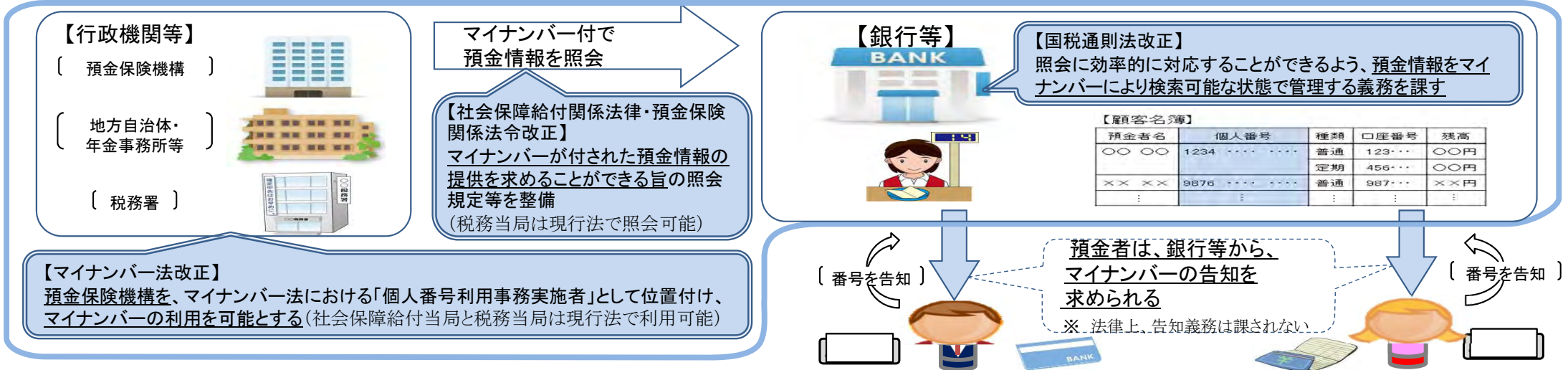
(※ 4) 65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「医療保険、介護保険ともに、マイナンバーを活用すること等により、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担を求める仕組みについて、実施上の課題を整理しつつ、検討する」

【論点】

- （介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が成立（公布日(H27.9.9)から3年以内に施行予定）。



【付番促進のための見直し措置の検討】

付番開始後3年を目途に、預金口座に対する付番状況等を踏まえて、必要と認められるときは、国民の理解を得つつ、所要の措置を講じる旨の見直し規定を附則に規定

【改革の具体的な方向性】（案）

- まずは、現行制度の下での取組として、入院時生活療養費等の負担能力の判定に際しても、補足給付と同様の仕組みを適用すべき。
- さらに、医療保険・介護保険における負担の在り方全般について、マイナンバーを活用して、所得のみならず、金融資産の保有状況も勘案して負担能力を判定するための具体的な制度設計について検討を進めていくべき。

【検討・実施時期】（案）

- 補足給付と同様の仕組みの適用拡大については、速やかに関係審議会等において検討し、平成28年末までのできる限り早い時期に制度改革の具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。
- マイナンバーの活用については、預金口座への付番開始後3年を目途とする見直しの検討に併せて、実施上の課題を整理し、具体化の方策を取りまとめる。

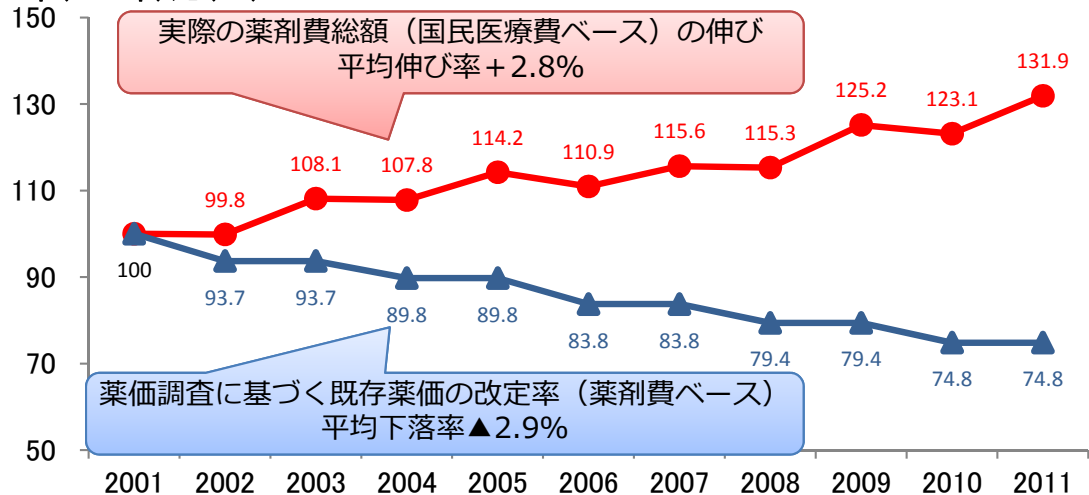
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「薬価について市場実勢価格を踏まえた適正化を行うとともに、薬価改定の在り方について、個々の医薬品の価値に見合った価格が形成される中で、先進的な創薬力を維持・強化しながら、国民負担の抑制につながるよう、診療報酬本体への影響にも留意しつつ、2018年度（平成30年度）までの改定実績も踏まえ、その頻度を含めて検討する」

【論点】

- 薬価（P）については、市場実勢価格を反映して、継続的にマイナス改定がなされているが、薬剤費総額（P×Q）については、高齢化等による使用量の増加や年度途中の新薬の保険収載等により増加している。

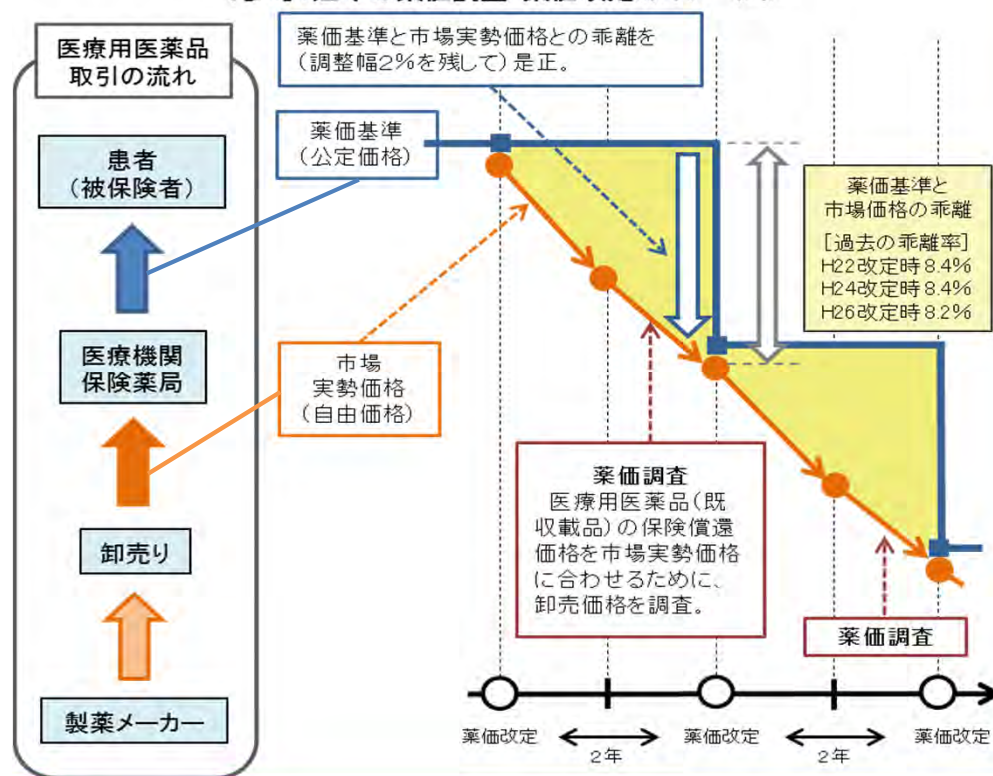
2001年(H13年)比(%)



※1 平成26年9月10日 中央社会保険医療協議会薬価専門部会参考資料を基に作成。

※2 2001年を100とした指数で、当該年度の変動率及び改定率を前年度の指数に乗じたもの。

<参考：近年の薬価調査・薬価改定のイメージ>



【改革の具体的な方向性】(案)

- ① 28年度薬価改定において、既存薬価について、薬価調査に基づく市場価格を踏まえて適正化。結果を適切に医療費の伸びの減に反映(診療報酬本体の財源とはしない)。
- ② 29年4月からの消費税率引上げに向け、28年中に薬価調査を実施。
- ③ 薬価改定の在り方について、30年度までの改定実績(29年中の薬価調査)も踏まえ、頻度を含めて検討。

【検討・実施時期】(案)

- ①について、年末までに結論を得る。
- ②について、遅くとも28年央までに結論を得る。
- ③について、遅くとも30年央を目途に結論を得る。

薬価改定の在り方（消費税率引上げ時の対応）

- 29年4月からの消費税率の10%への引上げ（予定）の際、現行の課税関係（非課税扱い）に変更がない場合には、課税仕入れに係る消費税負担増について、診療報酬・薬価改定により対応することとなる。
 - また、仮に現行の課税関係（非課税扱い）を変更し医療費を課税扱いとする場合には、消費税制度の中で税額控除が行われることとなることから、診療報酬・薬価に含まれる課税仕入れに係る消費税対応分の是正が必要。
- ⇒ いずれにせよ、消費税率の引上げに伴う負担増は最終的には患者等に帰属することとなるため、その際、市場実勢価格に比して高止まりした薬価基準をベースに診療報酬上の対応（又は消費税の課税化）が行われることにより不合理な国民の超過負担が生ずることのないよう、28年中に薬価調査を行い、29年4月より、直近の市場価格（課税仕入れ価格）を反映した新たな薬価基準に改定することが必要（薬価調査の実施は27年中に決定）。

消費税率8%引上げ時の対応 (26年度改定)

医療機関等の実態調査に基づき、消費税対応分として、必要額（診療報酬改定全体+1.36%）を確保。

- ◆ 診療報酬本体 (+0.63%)
 - ・ 多くの医療機関等に手当される等の観点から、初再診料、入院基本料等の基本的な点数に上乗せ
- ◆ 薬価等 (+0.73%)
 - ・ 市場実勢価格に消費税3%分を上乗せ

医療機関等の仕入れの構造

非課税仕入れ (人件費等)	診療報酬で補てん (改定率1.36%相当)	
課税仕入れ (委託費等)	5%	3%
課税仕入れ (医薬品・医療材料)	5%	3%

↑
新たに医療機関等に発生する消費税負担

全ての仕入れ価格が3%引き上げられるわけではない（非課税仕入れが存在）ので、改定率は1.36%相当

27年度税制改正大綱 (26年12月30日 自由民主党・公明党)

第三 検討事項

10 医療に係る消費税等の税制のあり方については、消費税率が10%に引き上げられることが予定される中、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるよう、個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当分を「見える化」することなどにより実態の正確な把握を行う。税制上の措置については、こうした取組みを行之つつ、医療保険制度における手当のあり方等の検討等とあわせて、医療関係者、保険者等の意見も踏まえ、総合的に検討し、結論を得る。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「新たな目標の実現に向け、安定供給、品質等に関する信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など、必要な追加的な措置を講じる」

【論点】

- 後発医薬品の普及促進に向けて考えられる追加的な措置を検討する必要がある。その際、品質等に関する信頼性の向上策等についても、メーカーの取組み・負担を基本としつつ、必要な環境整備等を推進する必要がある。

● 既に講じている施策の強化（新目標の反映その他）

- D P C病院の機能評価係数Ⅱの「後発医薬品係数」について、入院医療で用いられる薬剤に占める後発医薬品の割合に応じた評価の上限を引上げ（現在の上限は60%）
- 非D P C病院における後発医薬品使用体制加算の要件の見直し
※取組が不十分な場合には減算措置を導入
- 保険薬局に係る後発医薬品調剤体制の要件見直し（後述）
※取組が不十分な場合には減算措置を導入
- 特許切れ医薬品に係る後発医薬品への置き換え率に応じた特例的引下げ措置（Z2）について、数量シェア目標の引上げを踏まえた置き換え率の閾値の見直しや引下げ率の全般的な拡大（後述）

● 追加的に講じることが考えられる施策

- 処方箋様式の変更（変更不可欄にチェックをした場合の理由の記載の義務化）

● その他安定供給、品質等に関する信頼性の向上、情報提供の充実等に向けた施策

- 流通の安定化、適切な価格形成を図るため、個々の医薬品の価値を反映した単品単価取引の推進
- 客観性の高い試験検査を通じた品質確保の推進
- 後発医薬品の添付文書に記載する情報の充実（副作用の発現頻度等）
- 後発医薬品メーカーの経営統合を含む業務の効率化の推進

【改革の具体的な方向性】（案）

- 上記を含め、考えられる必要な措置を早期かつ総合的に講じていくべき。

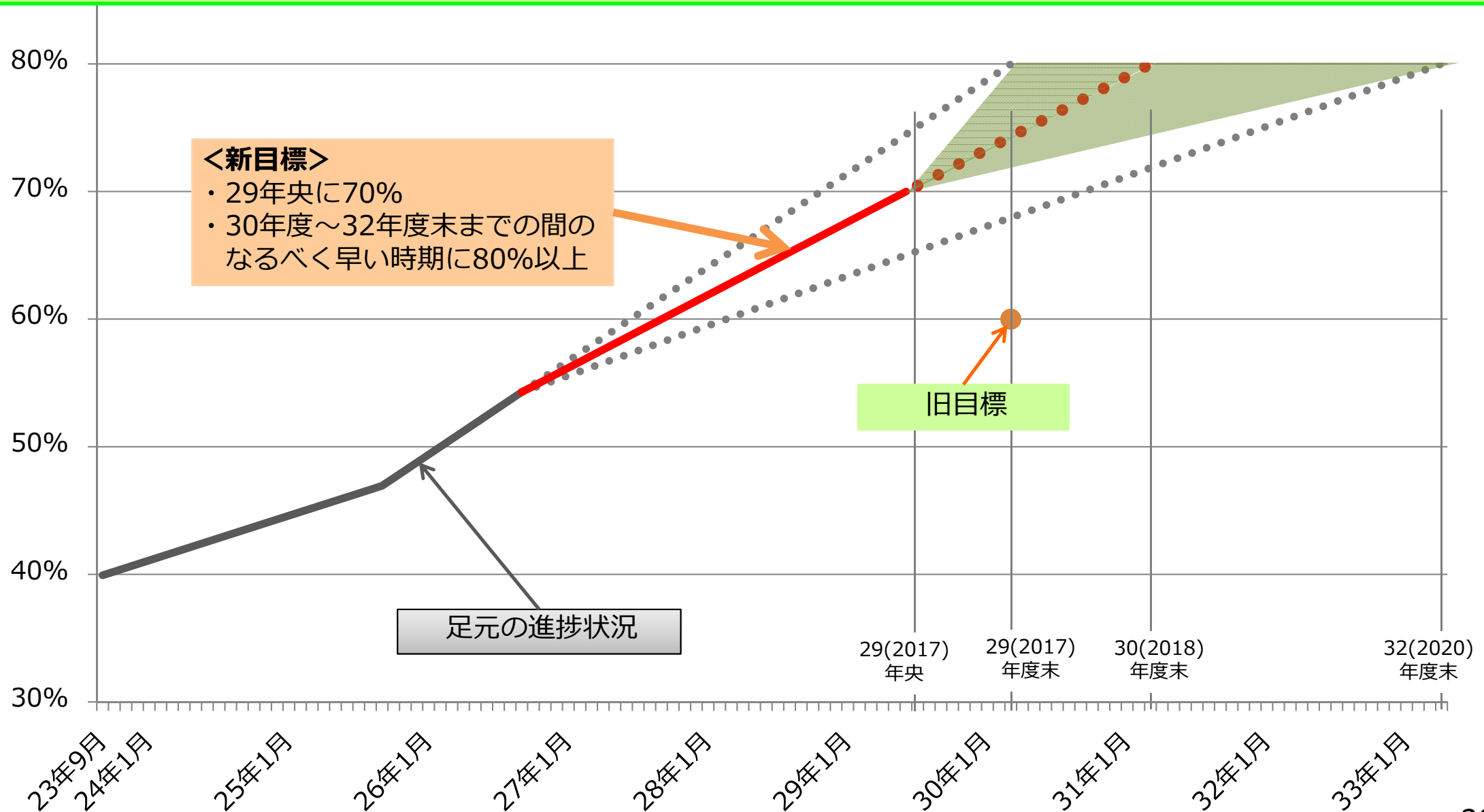
【検討・実施時期】（案）

- 平成28年度診療報酬改定において、既存の診療報酬上の措置に平成29年央の数量シェア目標70%を反映するほか、37追加的な措置を講じる。

(参考)後発医薬品の数量シェア目標

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「後発医薬品に係る数量シェアの目標値については、2017年（平成29年）央に70%以上とするとともに、2018年度（平成30年度）から2020年度（平成32年度）末までの間のなるべく早い時期に80%以上とする。2017年央において、その時点の進捗評価を踏まえて、80%以上の目標の達成時期を具体的に決定する。」



【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「国民負担を軽減する観点から、後発医薬品の価格算定ルールの見直しを検討する」

【論点】

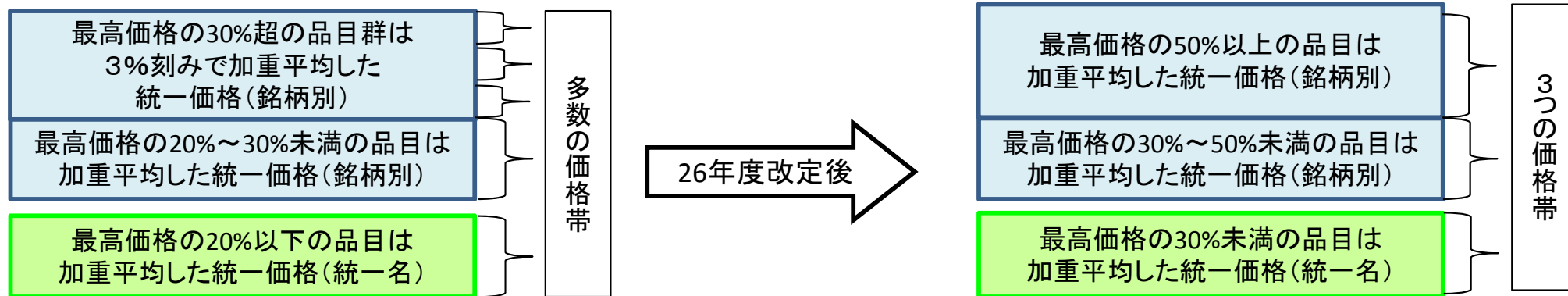
- 患者の負担軽減や後発医薬品の使用促進の観点から、後発医薬品に係る足元の数量シェアの上昇や数量シェア目標の引上げによる市場拡大等を踏まえ、後発医薬品の価格を更に引き下げる必要がある。

【参考】平成26年度診療報酬改定における価格算定ルールの見直し

- 新規収載後発医薬品 ※内用薬で10品目超の場合



- 既収載後発医薬品



【改革の具体的な方向性】（案）

- 新規収載品の価格に関し、希少疾病用医薬品等を除き、先発品に対する掛目（ $\times 0.6$ （0.5））を更に引き下げる。
- 既収載品の価格に関し、①価格帯を3つから2つにする、②加重平均ではなく各価格帯の最低価格を採用するなど、更なる価格の引下げに向けた措置を講じる。

【検討・実施時期】（案）

- 平成28年度診療報酬改定に向けて、年末までに結論を得る。

長期収載品(特許切れ先発医薬品)の保険制度による評価の仕組み・在り方等

【経済財政運営と改革の基本方針2015(経済・財政再生計画)】

「後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等について検討する」

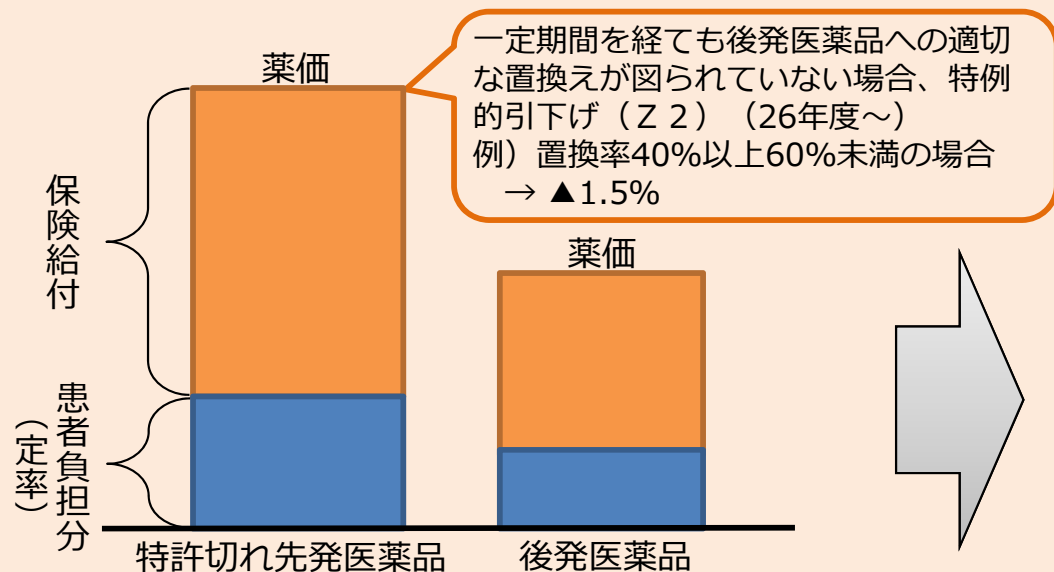
【論点】

- 後発医薬品の使用促進を図ってもなお、現行の医療保険制度の下では、長期収載品(特許切れ先発品)の価格の高止まりの解消は迅速には進まず、患者にとっても後発医薬品を使用する十分なインセンティブがない。

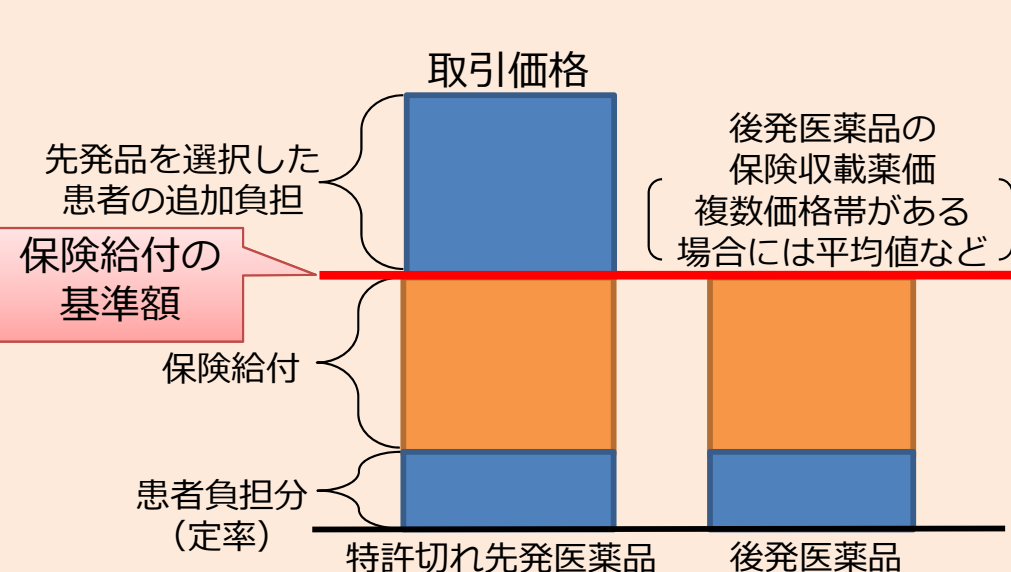
【改革の具体的な方向性】(案)

- ① 長期収載品の価格について、後発医薬品の数量シェア目標の引上げを踏まえ、Z2における後発医薬品への置換率の閾値の見直しや引下げ率の全般的な拡大を行うべき。
- ② 長期収載品に係る保険給付について、後発医薬品に係る保険給付額を超える部分を患者の追加負担とする制度に抜本的に改革すべき。

現行の医療保険制度



後発医薬品の価格に基づいて保険給付する制度



【検討・実施時期】(案)

- ① 長期収載品の価格(Z2の見直し)については、平成28年度診療報酬改定に向けて、年末までに結論を得る。
- ② 長期収載品に係る保険給付の在り方については、関係審議会等において制度の在り方について検討を開始し、平成29年央における後発医薬品の数量シェア目標の進捗評価の時期を目途に、具体化の方策を取りまとめる。

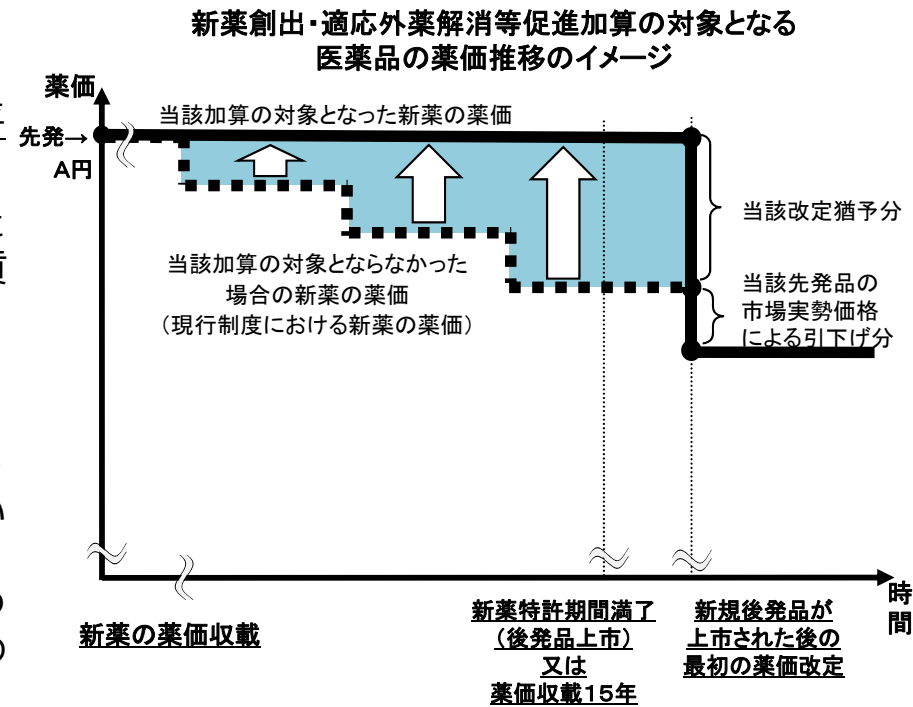
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「臨床上の必要性が高く将来にわたり継続的に製造販売されることが求められる基礎的な医薬品の安定供給、成長戦略に資する創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置を検討する」

【論点】

- 「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」（新薬等加算）は、下記の①～④の全ての要件を満たす品目の薬価を特許期間中維持する仕組みであり、平成22年度以降、試行的に実施されている。
 - ① 薬価収載後15年以内で、かつ後発品が収載されていないこと。
 - ② 市場実勢価格と薬価との乖離が、薬価収載されている全医薬品の平均を超えないこと。
 - ③ 厚生労働省による開発要請品目又は公募品目について開発に向けた取組を行う企業が製造販売するもの、又は「真に医療の質の向上に貢献する医薬品」の研究開発を行う企業が製造販売するもの。
 - ④ 再算定対象品でないこと。
- 新薬等加算については、適用要件②が、単に「価格の下落率」という形式面に着目しており、真に有用な医薬品を評価する枠組みとなっていない。

また、適用要件③については、厚生労働省による開発要請品目等について開発に向けた取組を行う「企業」に着目しており、医薬品そのものに着目する仕組みとされていない。



【改革の具体的な方向性】（案）

- 仮に、新薬等加算の本格導入を検討するのであれば、費用対効果評価の本格実施を前提とした上で、真に有用な医薬品を評価する枠組みとして重点化していくべき。
- また、医薬品産業の国際競争力強化に向けては、薬価制度（価格政策）のみに頼るのではなく、研究開発促進のための諸施策や、業界再編を含む企業努力・環境整備を含めた幅広い措置を講ずることが必要。

【検討・実施時期】（案）

- ④1 本格導入を検討する場合には、費用対効果評価の本格実施に向けた検討と併せて、重点化に向けた方策を検討する。

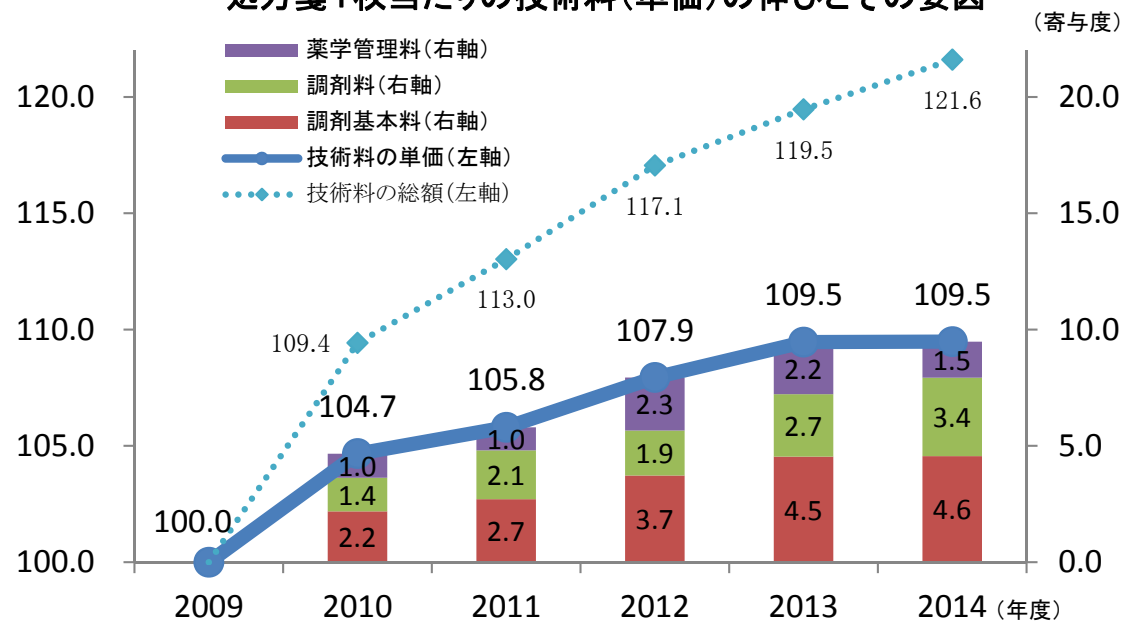
調剤医療費を巡る現状

調剤医療費の推移(内訳は推計値)

(単位:兆円)

	調剤医療費					
	調剤医療費	技術料	調剤技術料		薬学管理料	薬剤料
			調剤基本料	調剤料		
2004年度	4.2	1.2	0.30	0.68	0.24	3.0
2006年度	4.7	1.3	0.35	0.74	0.26	3.4
2008年度	5.4	1.5	0.38	0.83	0.26	4.0
2010年度	6.1	1.6	0.43	0.92	0.30	4.4
2012年度	6.6	1.8	0.48	0.95	0.33	4.9
2014年度	7.2	1.8	0.49	1.00	0.33	5.4

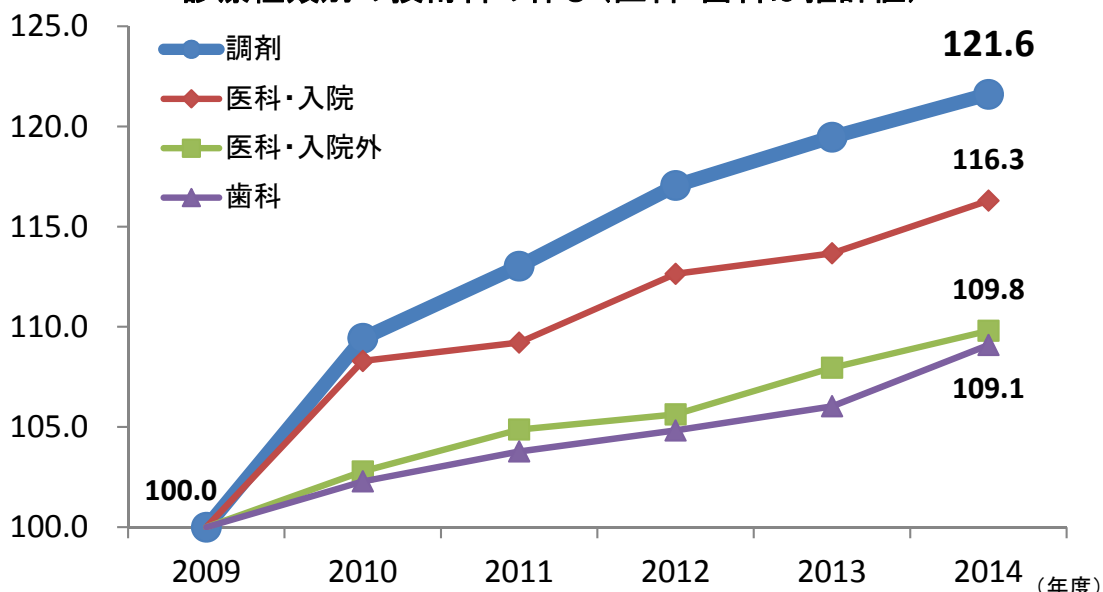
処方箋1枚当たりの技術料(単価)の伸びとその要因



(出所)厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向 ~平成26年度版~」より作成

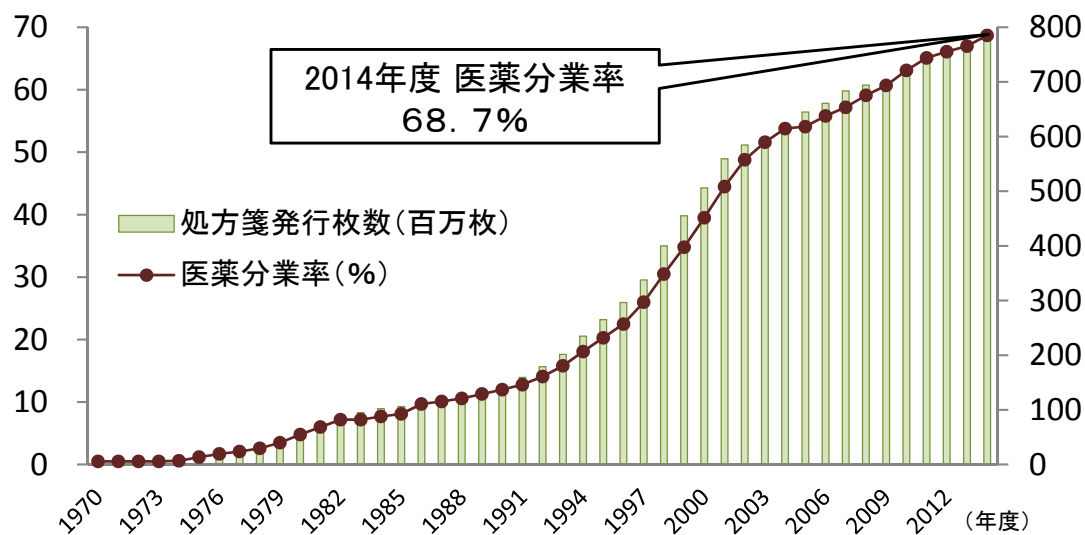
(出所)厚生労働省「概算医療費データベース」、「社会医療診療行為別調査」より作成

診療種類別の技術料の伸び(医科・歯科は推計値)



(出所)厚生労働省「平成26年度 医療費の動向」、「調剤医療費(電算処理分)の動向 ~平成26年度版~」、「社会医療診療行為別調査」より作成

医薬分業率の年次推移



$$\text{医薬分業率}(\%) = \frac{\text{処方箋枚数(薬局での受付回数)}}{\text{医科診療(入院外)日数} \times \text{医科投薬率} + \text{歯科診療日数} \times \text{歯科投薬率}} \times 100$$

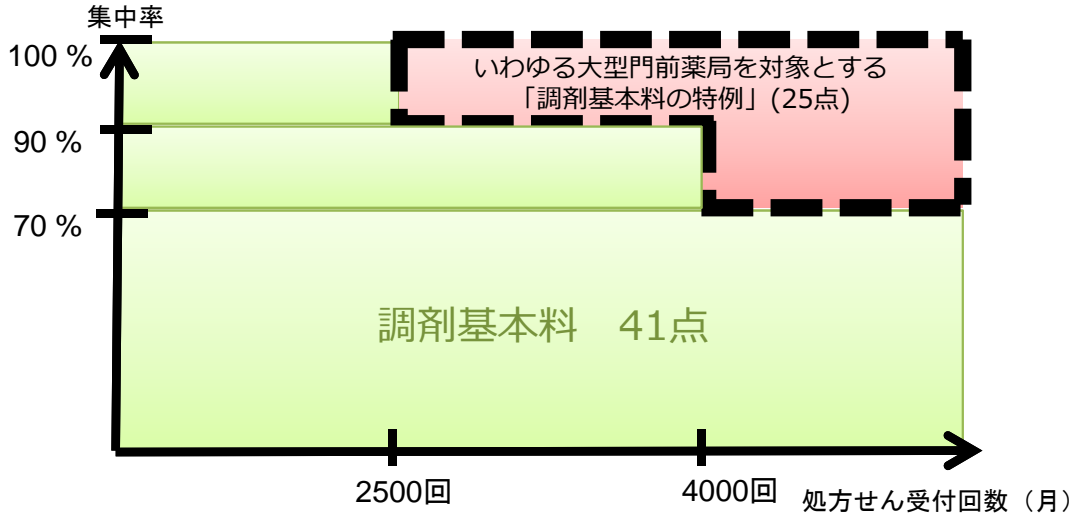
(出所)日本薬剤師会「医薬分業進捗状況(保険調剤の動向)」より作成

(参考1) 現行の調剤報酬体系の概要

調剤報酬（技術料） = 「調剤技術料（調剤基本料・調剤料）」 + 「薬学管理料」

調剤基本料（調剤技術料）〔約4,900億円〕

【主な例】調剤基本料（狭義）〔約3,300億円〕



※この他の調剤基本料として、基準調剤加算（12点、36点）、後発医薬品調剤体制加算（18点、22点）等がある。

薬学管理料〔約3,300億円〕

【主な例】薬剤服用歴管理指導料〔約3,200億円〕

処方せん受付1回につき

- ・イ～ホの全てを行った場合（お薬手帳あり） 41点
- ・ハ以外の全てを行った場合（お薬手帳なし） 34点

- イ) 薬剤情報文書の提供と説明
- ロ) 患者ごとの薬剤服用歴の記録とそれに基づく指導
- ハ) お薬手帳の記載
- ニ) 残薬の状況等の情報について確認
- ホ) 後発医薬品に関する情報の提供

※この他の薬学管理料として、在宅患者訪問薬剤管理指導料、長期投薬情報提供料等がある。

調剤料（調剤技術料）〔約1兆円〕

【主な例】調剤料（内服薬）〔約7,800億円〕

1剤につき

イ. 14日分以下

(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 5点

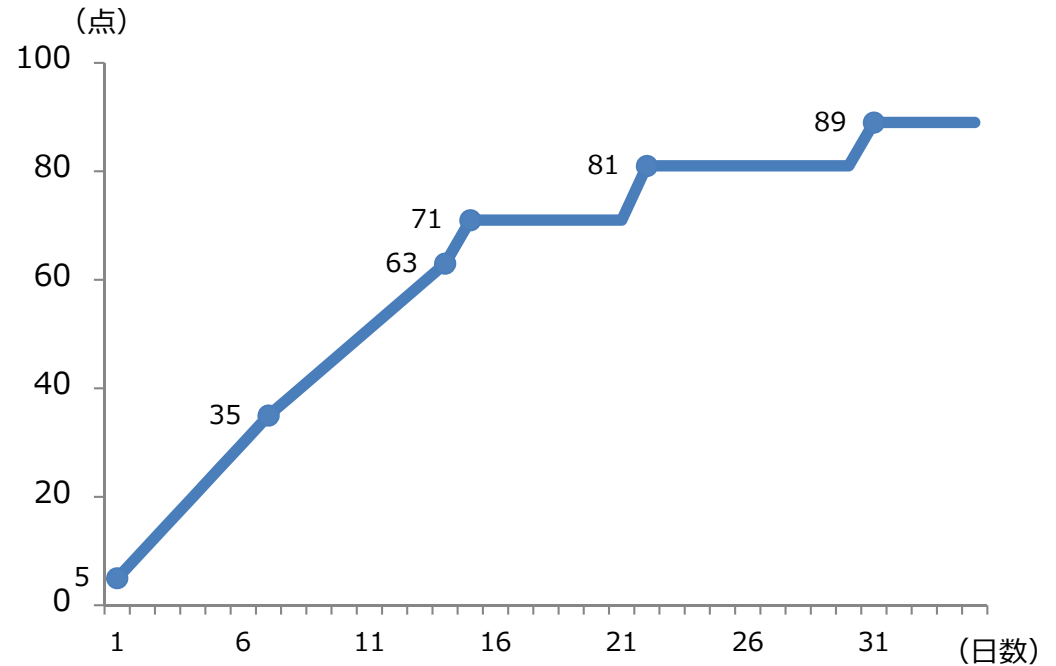
(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 4点

ロ. 15日分以上21日分以下 71点

ハ. 22日分以上30日分以下 81点

ニ. 31日分以上 89点

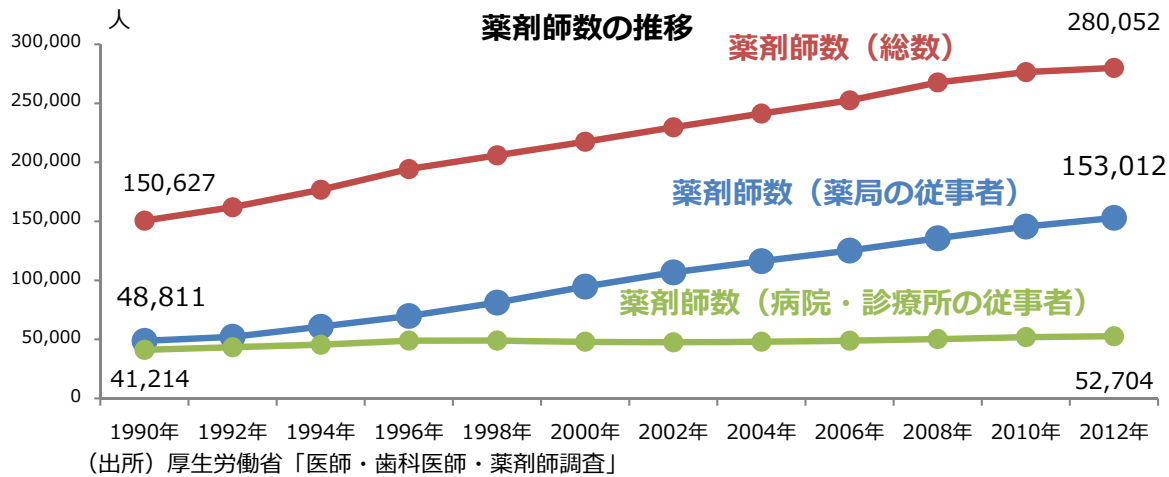
※服用時点が同一であるものについては、投与日数にかかわらず1剤として算定する。なお、4剤分以上の部分については、算定しない。



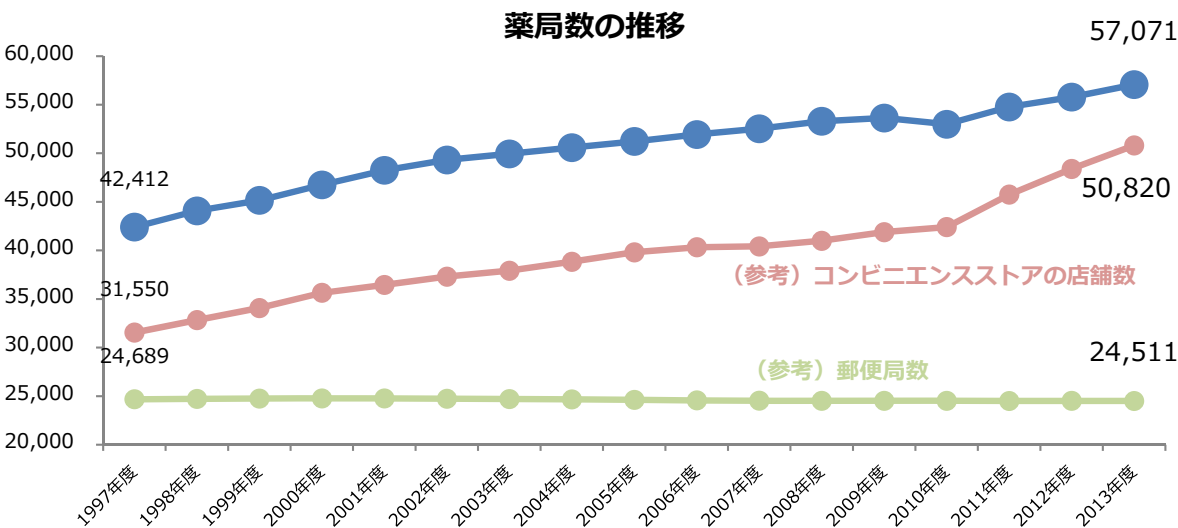
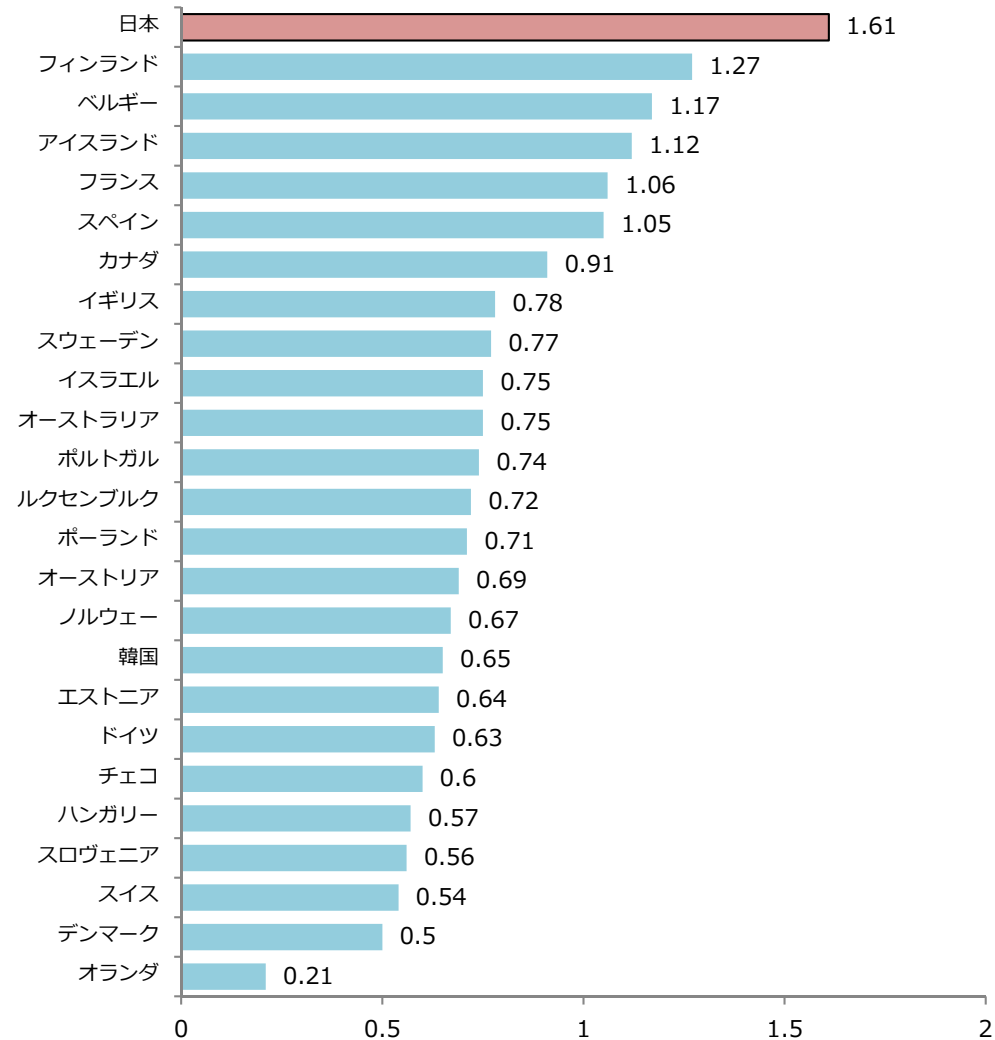
※この他の調剤料として、注射薬や外用薬に係る調剤料、夜間・休日等加算、計量混合調剤加算等がある。

(参考2) 薬剤師・薬局の数について

- 薬局に勤務する薬剤師は、医薬分業の進展等を背景に、直近20年で概ね3倍程度に増加している。また、日本の人口1000人当たり薬剤師数は、OECD諸国の中で最も多い。
- 薬局数も増加傾向にあり、その数は、住民に根差したサービス拠点の例として付記したコンビニエンスストアの店舗数や郵便局数よりも多い。



人口千人当たり就業薬剤師数の国際比較 (2012年)



※ 2010年度の薬局数については、東日本大震災の影響により、宮城県及び福島県の相双保健福祉事務所管内の市町村が含まれていない。

(出所) 厚生労働省「衛生行政報告例」、経済産業省「商業動態統計」、総務省「長期統計系列」、日本郵便「郵便局数表」等

(参考3) 院内処方と院外処方の比較

前提条件	院内処方の診療報酬 (医科のみ)	院外処方の診療報酬 (医科+調剤)	差額	
[ケース1] ・風邪 (内服薬6日分)	<ul style="list-style-type: none"> ・処方料 420円 ・薬剤情報提供料 100円 ・調剤料 90円 ・調剤技術基本料 80円 	(医科技術料) <ul style="list-style-type: none"> ・処方せん料 680円 (技術料) <ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料 410円 ・後発医薬品調剤体制加算 180円 ・調剤料 300円 ・薬学服用歴管理指導料 410円 		
	合計	690円	1,980円	1,290円
	自己負担(3割負担)	210円	590円	380円
[ケース2] ・花粉症 (内服薬14日分) ・外用薬	<ul style="list-style-type: none"> ・処方料 420円 ・薬剤情報提供料 100円 ・手帳記載加算 30円 ・調剤料(内服・外用) 150円 ・調剤技術基本料 80円 	(医科技術料) <ul style="list-style-type: none"> ・処方せん料 680円 (技術料) <ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料 410円 ・基準調剤加算 120円 ・後発医薬品調剤体制加算 180円 ・調剤料(内服・外用) 730円 ・薬剤服用歴管理指導料 410円 		
	合計	780円	2,530円	1,750円
	自己負担(3割負担)	230円	760円	530円
[ケース3] ・高血圧、糖尿病、 不眠、胃炎 (内服薬28日分)	<ul style="list-style-type: none"> ・処方料 420円 ・薬剤情報提供料 100円 ・手帳記載加算 30円 ・調剤料 90円 ・長期投薬加算 650円 ・調剤料(麻向覚毒)加算 10円 ・処方料(麻向覚毒)加算 10円 ・調剤技術基本料 80円 	(医科技術料) <ul style="list-style-type: none"> ・処方せん料 680円 ・一般名処方加算 20円 ・長期投薬加算 650円 (技術料) <ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料 410円 ・後発医薬品調剤体制加算 180円 ・調剤料 2,430円 ・向精神薬加算 80円 ・一包化加算 1,280円 ・薬剤服用歴管理指導料 410円 		
	合計	1,390円	6,140円	4,750円
	自己負担(3割負担)	420円	1,840円	1,420円

(注1) 上記診療報酬は、投薬に関する費用のみで、医療機関で算定する基本診療料や医学管理料は含まない。

(注2) ケース2及びケース3は、平成27年3月12日「規制改革会議公開ディスカッション」にて健康保険組合連合会及び日本医師会が提出した資料を抜粋したものである。

【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28年度診療報酬改定において、調剤報酬について、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証した上で、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化を行い、患者本位の医薬分業の実現に向けた見直しを行う」

【論点】

〔調剤報酬の引下げの必要性〕

- 調剤報酬（技術料）は、近年、他の医療費を大きく超えて伸びており、医薬分業の進展による伸びに加え、単価も大幅に上昇している。また、我が国の人口当たり薬剤師数は、諸外国に比べて著しく多い。

〔保険薬局の果たすべき役割を踏まえた、ゼロベースでの構造的見直しの必要性〕

- いわゆる「医薬分業元年」とされる昭和49年以来進めてきた医薬分業は、薬局における薬学的観点からの処方内容のチェックや服薬指導等を通じて、薬物療法の有効性・安全性の向上等を目指すもの。
- したがって、医薬分業に伴い、本来、服薬指導等を評価する「薬学管理料」へのメリハリある重点化が必要であるが、実際には、「薬学管理料」だけでなく、処方箋の受付と薬のピッキング（処方箋に従い薬を薬品棚から取り出し必要な薬剤を揃える行為）等による「調剤技術料（調剤基本料・調剤料）」の伸びも大きくなっている。
- 10月23日に厚生労働省が公表した「患者のための薬局ビジョン」においては、「立地から機能へ」、「対物業務から対人業務へ」、「バラバラから1つへ」との基本的な考え方が掲げられている。

これに対し、現行の調剤報酬体系については以下のような問題がある。

(1) 調剤技術料（調剤基本料・調剤料）

処方箋の受付回数や投与日数・剤数に応じて増加する仕組みとなっているため、処方箋の受付と薬のピッキング業務等のみで相当程度の収益を稼ぐことも可能となっており、門前薬局の林立や調剤医療費の増加を生んでいるのではないか。

また、今日の業務の実態や技術進歩を踏まえれば、投与日数・剤数に応じて業務コストが比例増することを前提にした調剤料は不合理であり、大幅な見直しが必要ではないか。

(2) 薬学管理料

大半を占める薬剤服用歴管理指導料の要件（例えばお薬手帳への記載）については、十分適切な薬学管理を行っていない薬局も算定可能となっており、さらに薬歴を適切に記録せずに算定した事例が判明するなど、努力している薬局との差別化が図られていないのではないか。

【改革の具体的な方向性】（案）

調剤報酬水準全体の適正化を図りつつ、「立地から機能へ」「対物業務から対人業務へ」「バラバラから1つへ（かかりつけ薬局による服薬情報の一元化）」の実現を進める観点から、現行の調剤報酬については、診療報酬本体とは別に、ゼロベースでの抜本的かつ構造的な見直しが必要。

具体的には、以下のような方向性で見直しを行い、調剤報酬水準全体の引下げを図りつつ、真に「かかりつけ薬局」の機能を果たしている保険薬局に対する薬学管理料（及び調剤基本料の基準調剤加算）について、適切な差別化が図られるよう、要件を厳格化した上で重点評価すべきではないか。

項目	改革の方向性
調剤基本料 (広義)	<ul style="list-style-type: none"> ・調剤基本料（狭義）について、「大型門前薬局」を念頭に低い点数が設定されている「特例」の対象拡充や点数の引下げ。 ・後発医薬品調剤体制加算について、数量シェア目標引上げに対応した閾値の見直し、加算水準の引下げ、取組が不十分な薬局に対する減算措置の導入。 ・基準調剤加算について、真にかかりつけ薬局として求められる機能を発揮している薬局を評価。現行の24時間調剤体制の整備等の形式的な要件ではなく、取扱医療機関数（集中率）、備蓄の状況、夜間・休日対応の実績等を踏まえた要件の設定。
調剤料	<ul style="list-style-type: none"> ・投与日数や剤数に応じて点数が高くなる仕組みの抜本的な見直し。 ・一包化加算について、点数を大幅に引き下げつつ、投与日数に応じて点数が高くなる仕組みの廃止。
薬学管理料	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤服用歴管理指導料について、真にかかりつけ薬局として求められる機能を発揮している薬局を評価。継続的・一元的な管理指導を行う薬局に限り算定できるよう、要件の厳格化。

【検討・実施時期】（案）

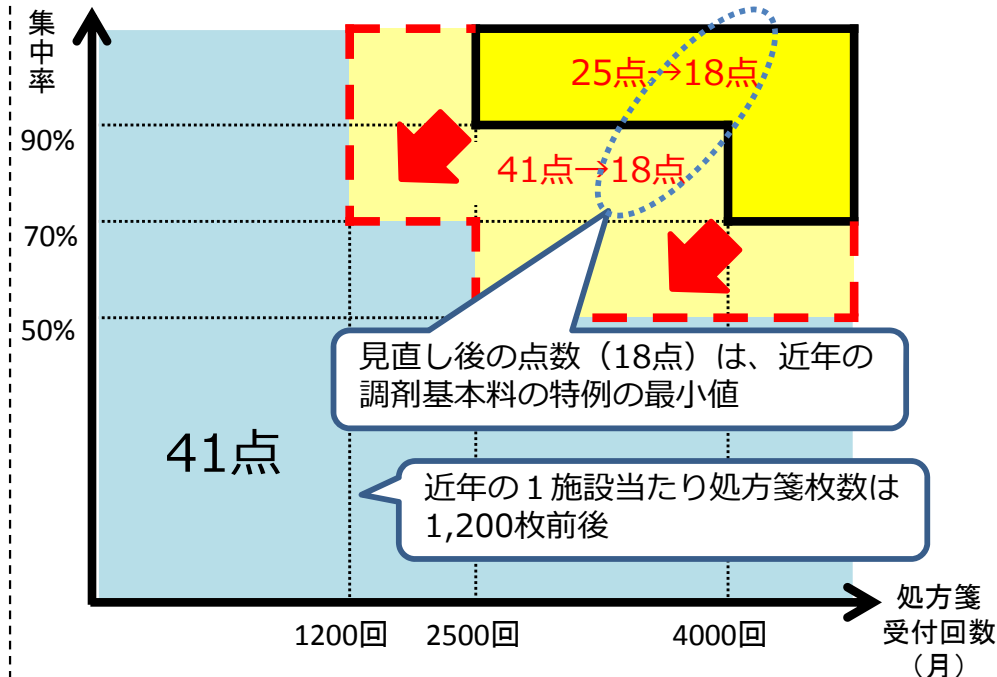
平成28年度診療報酬改定に向けて、年末までに結論を得る。

調剤基本料の見直し ①

○ 調剤基本料（広義）（約4,900億円）は、①調剤基本料（狭義）、②各種加算（後発医薬品調剤体制加算、基準調剤加算等）から構成されるが、このうち調剤基本料（狭義）（約3,300億円）及び後発医薬品調剤体制加算（約700億円）については、次の通り見直しを図るべき。（具体的な見直しの試案は下図参照。）

- ・ 調剤基本料（狭義）については、処方箋の受付やピッキング業務に集中して収益をあげる現状を是正し、面的分業などの質的充実を図る観点から、いわゆる「大型駅前薬局」を念頭に低い点数が設定されている「特例」の対象拡充や点数の引下げを図るべき。
- ・ 後発医薬品調剤体制加算については、足元の数量シェアの上昇を踏まえつつ、後発医薬品の使用を一層強力に推進していく観点から、数量シェア目標の引上げに対応した閾値の見直しに加え、全体として加算水準を引き下げるとともに、取組が不十分な薬局に対しては減算措置を設けるべき。

調剤基本料(狭義)の見直し・財務省試案



注) 必要に応じ、「1日平均取扱処方箋枚数制限（40枚/薬剤師1人）」の緩和・撤廃とあわせて要検討

後発医薬品調剤体制加算の見直し・財務省試案

	数量シェア※	点数
1	55%未満	0点（加算なし）
2	55%以上	18点
3	65%以上	22点

※ 数量シェアとは、当該保険薬局において調剤した「後発医薬品のある先発医薬品+後発医薬品」に占める後発医薬品の割合

2.2点差

見直し案

1	60%未満	▲10点
2	60%以上	8点
3	70%以上	12点

減算幅（▲10点）は、医薬品の調達に係る妥結率が低い薬局に対する調剤基本料の減算措置（通常41点→31点）と同水準

2.2点差

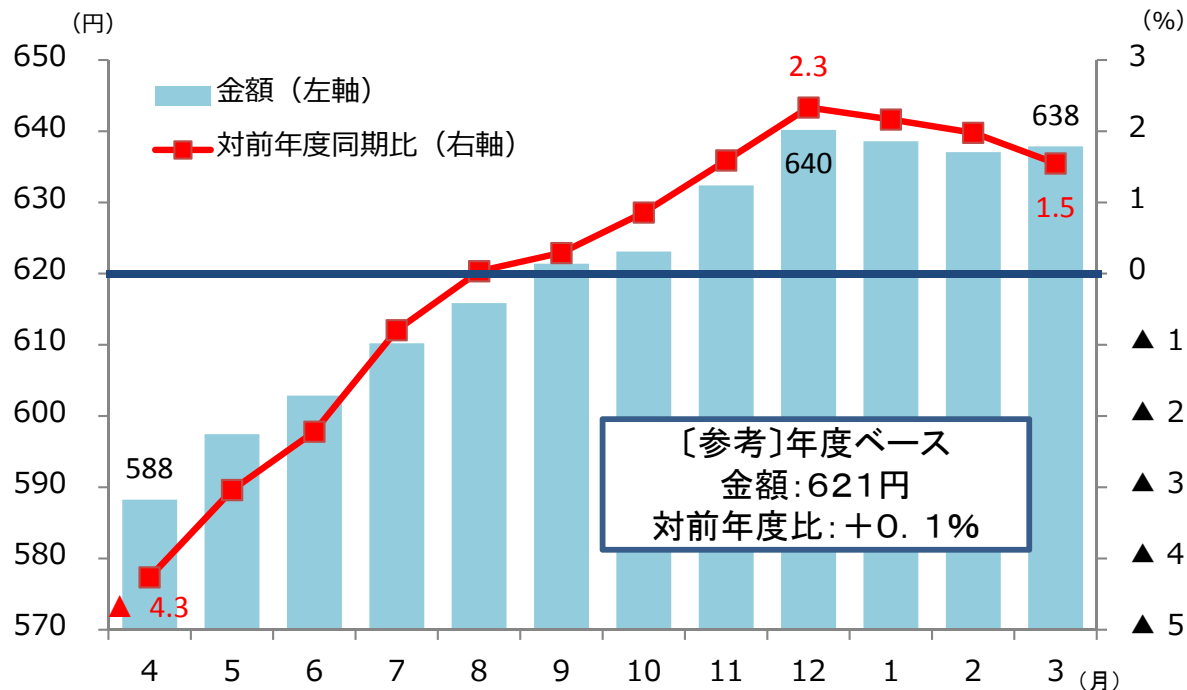
(参考)平成26年度診療報酬改定における調剤基本料の適正化の効果

○ 平成26年度診療報酬改定においても、調剤基本料の適正化・合理化に向けた見直しが行われたが、平成26年度の「処方箋1枚当たりの調剤基本料」の月次推移見ると、4月から7月までは対前年度同期比マイナスで推移したものの、8月以降は一貫して対前年度同期比プラスで推移している。

26年度改定における調剤基本料の適正化・合理化

- ① **調剤基本料の特例の対象範囲の見直し**
処方箋受付回数月2500回以上かつ集中率90%超の薬局を調剤基本料の特例（25点）の適用対象に追加（但し、24時間開局の場合は適用除外）
- ② **基準調剤加算の見直し**
調剤基本料の特例の適用対象である薬局を基準調剤加算1（18点）の算定対象から除外
- ③ **受結率が低い保険薬局の適正化（平成26年度は平成27年1月から適用開始）**
受結率が低いと医薬品価格調査の障害となるため、毎年9月末日までに受結率が50%以下の保険薬局には、以下の基本料又は特例を適用
 - ・ 調剤基本料（通常41点→31点）
 - ・ 調剤基本料の特例（通常25点→19点）

処方箋1枚当たりの調剤基本料（平成26年度月次推移）



(注) 「調剤基本料」には、基準調剤加算、後発医薬品調剤体制加算、夜間・休日等加算、時間外等加算（調剤基本料に係る部分）、及び在宅患者調剤加算を含んでいる。

(出所) 厚生労働省「平成26年度診療報酬改定説明（調剤）」、「調剤医療費（電算処理分）の動向～平成26年度版～」より作成

(参考) 薬局事業を行う上場大手5社の売上高の推移

2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度	2014年度
3,752億円	4,138億円	4,629億円	4,903億円	5,469億円	5,974億円

(注) アインファーマシーズ、日本調剤、クオール、東邦ホールディングス、スズケンの5社における薬局事業（日本調剤、クオールは一般薬等売上を除く）に係る計数（連結ベース）を合算したもの。

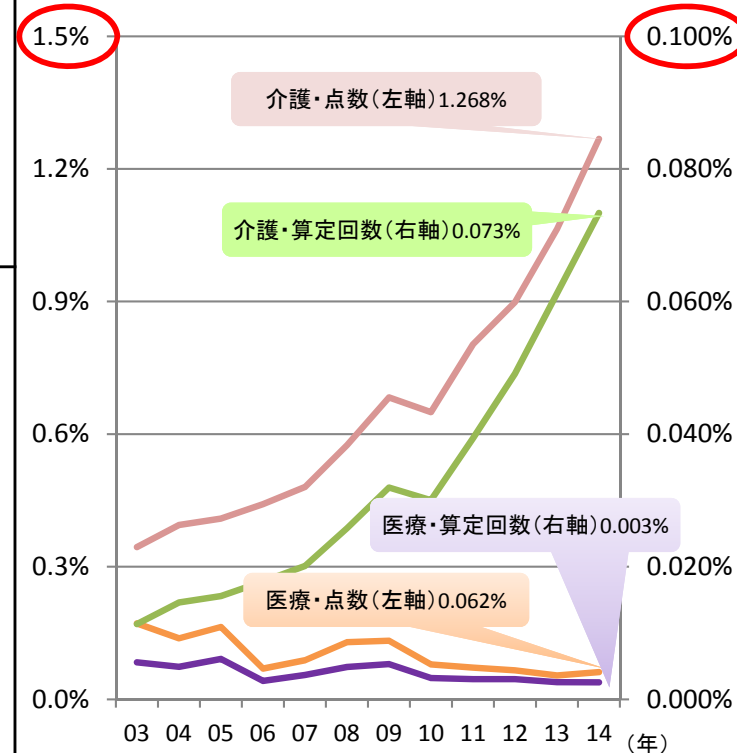
調剤基本料の見直し ②

- 調剤基本料（広義）（約4,900億円）のうち、調剤薬局の体制を評価する基準調剤加算（約700億円）については、患者のニーズを踏まえて、真にかかりつけ薬局として求められる機能を果たしている薬局に対する加算とするべき。
- このため、基準となる①集中率要件の大幅な引下げ、②備蓄数の引上げなどの算定要件の厳格化、③24時間体制について、連絡先電話番号等の交付といった形式的要件ではなく、夜間・休日対応の実績を要件とする等の見直しを行うべき。

現行の基準調剤加算の施設基準等

基準調剤加算 1（12点）	基準調剤加算 2（36点）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者ごとに、適切な薬学的管理、服薬指導を実施 ・ 患者の求めに応じて、投薬に係る薬剤に関する主な情報を提供 ・ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間 ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導の届出等 ・ 麻薬小売業者の免許を取得 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1,000品目以上の医薬品の備蓄 ・ 自薬局のみで24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備 ・ 初回処方箋受付時に、担当者及び担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（連携先の連絡先電話番号等を含む）等について、事前に患者等に対して説明の上、文書により交付 ・ 処方箋受付回数が月600回超の薬局は、集中率70%以下 ・ 直近1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導の実施回数10回以上 等
<ul style="list-style-type: none"> ・ 700品目以上の医薬品の備蓄 ・ 自薬局を含む近隣薬局と連携して、24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備（連携する薬局数は、自薬局を含めて10未満） ・ 初回処方箋受付時に、担当者及び担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（連携先の連絡先電話番号等を含む）等について、事前に患者等に対して説明の上、文書により交付 ・ 処方箋受付回数が月4,000回超の薬局は、集中率70%以下 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1,000品目以上の医薬品の備蓄 ・ 自薬局のみで24時間調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備 ・ 初回処方箋受付時に、担当者及び担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者等に対して説明の上、文書により交付 ・ 処方箋受付回数が月600回超の薬局は、集中率70%以下 ・ 直近1年間の在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導の実施回数10回以上 等
調剤基本料の算定回数に占める加算算定回数の割合 51.7%（26年6月）	調剤基本料の算定回数に占める加算算定回数の割合 8.2%（26年6月）

(参考)
技術料全体に対する
在宅患者訪問薬剤管理指導料等の割合



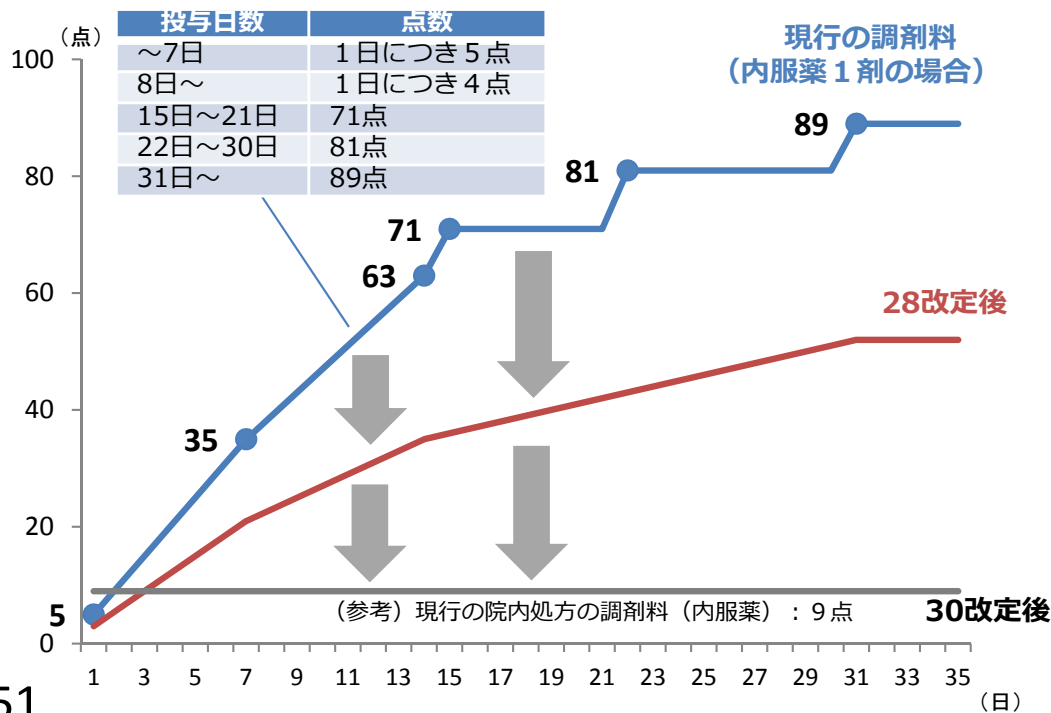
※「介護」については、介護保険における「居宅療養管理指導」と「介護予防居宅療養管理指導」の算定回数・点数を計上。

※「医療」については、医療保険における「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の算定回数・点数を計上

調剤料の見直し

- 調剤料（内服薬）（約7,800億円）については、院内処方では投与日数や剤数にかかわらず1回の処方につき定額（9点）とされている一方で、院外では投与日数や剤数に応じて点数が高くなるように設定されている。
- 今日の業務の実態や技術進歩（PTP包装の一般化、全自動錠剤分包機の普及など調剤業務の機械化等）を踏まえれば、調剤料の水準を全体として引き下げるとともに、投与日数や剤数に応じて業務コストが比例増することを前提にした調剤料の仕組みを見直し、院内処方と同様に投与日数や剤数にかかわらず定額とすべき。
28年度改定においては、激変緩和の観点から、まずは、全体の水準を1/2程度に引き下げつつ、投与日数に応じて点数の伸びが逡減していく配分とし、段階的に定額化を進めるべき。
- 一包化加算（約600億円）については、作業の機械化が進んでいること等を踏まえ、点数を大幅に引き下げつつ、投与日数に連動した点数配分を廃止すべき。
(※) 医師の指示に基づかないものの、患者の希望に基づき一包化のサービスを行う場合、患者からその費用を徴収することができるとされている。

調剤料(内服薬)の見直しの方向性



一包化加算の見直しの方向性

投与日数	点数
～56日	投与日数が7又はその端数を増すごとに32点 例) 1日2回(朝夕食後)服用するA錠と、1日3回(毎食後)服用するB錠を服用時点ごとに一包化して15日分処方する場合 →32点×2(14日分)+32点(端数1日分) = 96点
57日～	290点

注) 院内処方では同様の加算なし

・作業の機械化の進展等を踏まえ、**点数を大幅に引下げ、投与日数に連動した点数配分を廃止**

薬学管理料(薬剤服用歴管理指導料)の見直し

- 薬剤服用歴管理指導料（約3,200億円）については、医薬分業に期待される利点の一つとされる専門的見地からの処方内容の確認や服薬指導等に対する報酬であるにもかかわらず、算定要件（例えばお薬手帳の記載）については、適切な管理を行っていない薬局も事実上算定可能となっている（形骸化している）など、「意義を見出しにくい」との批判がある。
- このため、服薬指導の意義、患者にとっての利点やこれまでの管理指導による具体的な成果等について分析を行った上で、真に効果的に、継続的かつ一元的な管理指導を行っている薬局に限り、高い点数が算定されるよう、適用要件の厳格化を図るべき。

薬剤服用歴管理指導料の見直しの方向性

現行の算定要件	点数
現行の算定要件を全て行った場合 (お薬手帳あり)	41点
八) 以外の算定要件を全て行った場合 (お薬手帳なし)	34点

注) 院内処方の場合
薬剤情報提供料：10点、手帳記載加算：3点

(参考)2015.10.4 新聞報道

・・・また、服用歴を管理する「お薬手帳」を忘れた患者に薬局が何度も手帳を発行して診療報酬の加算を受け、「家にたくさん手帳がある」といったケースも問題視されている。・・・



継続的かつ一元的な管理指導を行っている薬局に限り、高い点数が算定されるよう、適用要件を厳格化

薬剤服用歴管理指導料の算定要件

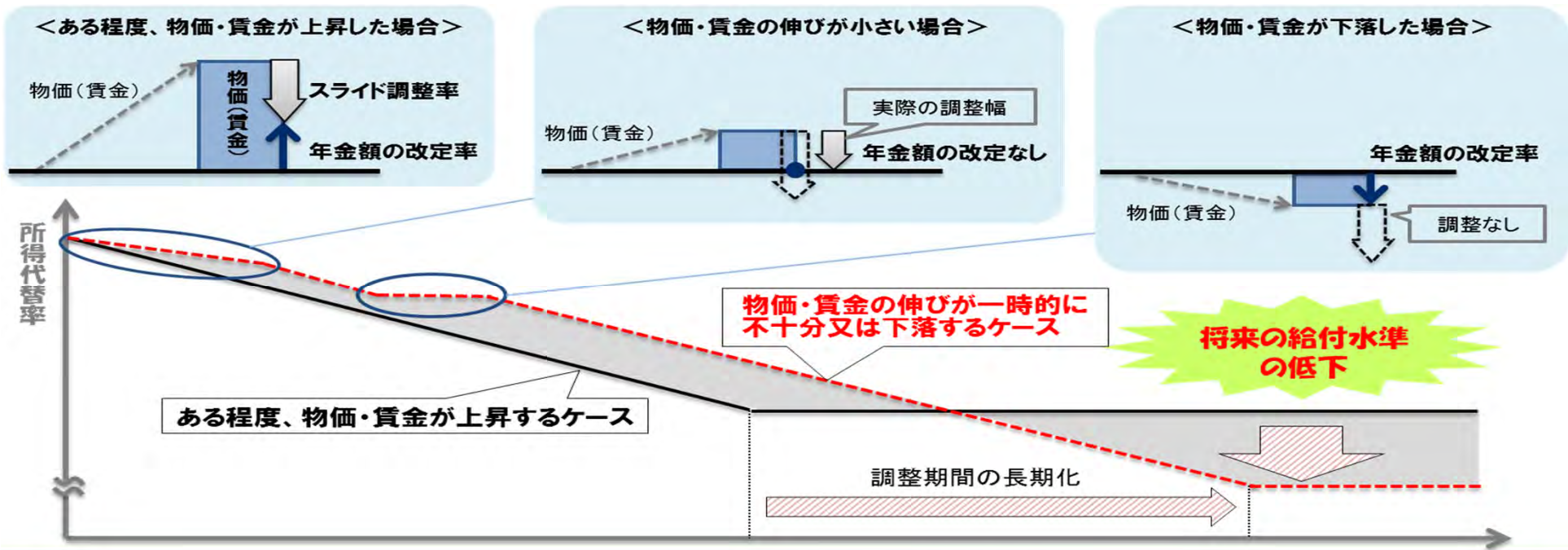
項目	内容
イ) 薬剤情報文書の提供と説明	薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書を提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。
ロ) 患者ごとの薬剤服用歴の記録とそれに基づく指導	患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して必要な指導を行うこと。
ハ) お薬手帳の記載	継続的に薬剤の記録等ができる手帳に記載すること。
ニ) 残薬の状況等の情報について確認	残薬の状況については、患者ごとに作成した薬剤服用歴に記録に基づいて、また、患者又は家族等から確認する。また、残薬が相当程度認められると判断される場合には、処方医に対して連絡、投与日数等の確認を行うよう努める。
ホ) 後発医薬品に関する情報の提供	薬剤情報提供文書により、後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「社会保障改革プログラム法等に基づき、マクロ経済スライドの在り方、・・・の見直し等について、引き続き検討を行う。」

【論点】

- 現行のマクロ経済スライドによる自動調整は、『名目額』を下回らない範囲で行うものとされている（年金受給世代への配慮）。
- このため、例えば景気の変動に伴い賃金・物価の伸びが不十分又は下落した場合、マクロ経済スライドの効果が限定的となる結果、マクロ経済スライド調整期間が長期化し、将来世代の年金給付水準が低下。



【改革の具体的な方向性】（案）

- 将来世代の給付水準を確保する観点から、マクロ経済スライドによる調整が極力先送りされないよう見直しを行うことが必要。

【検討・実施時期】（案）

- 2015年1月に行われた社会保障審議会年金部会における議論の整理等を踏まえ、年金額の改定ルールの見直しについて、可及的速やかに、必要な制度改正を進める。

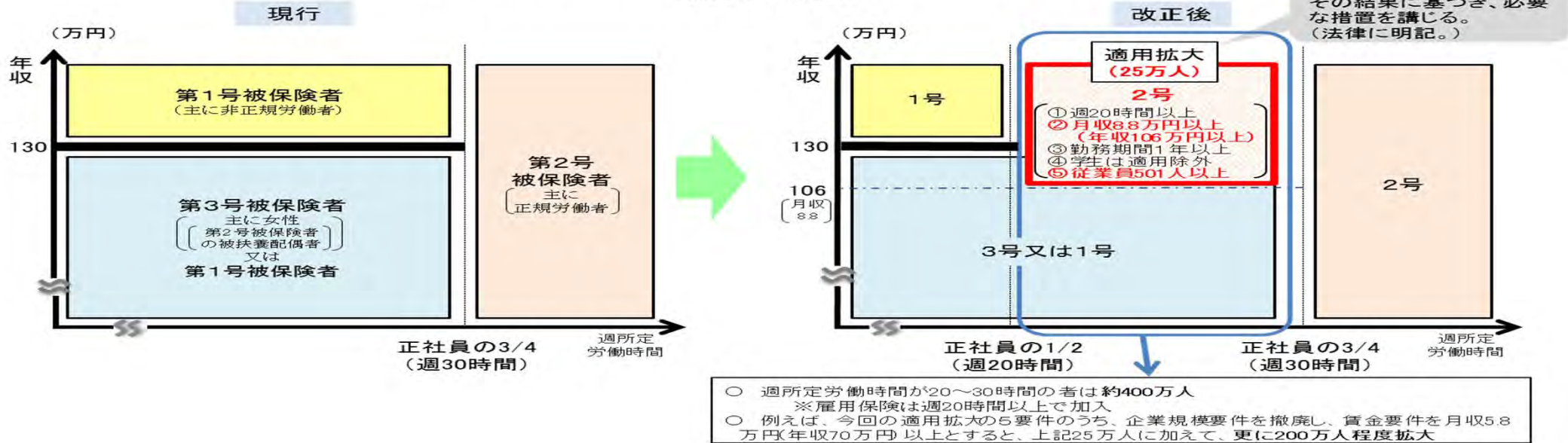
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「社会保障改革プログラム法等に基づき、・・・、短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の拡大、・・・の見直し等について、引き続き検討を行う。」

【論点】

- 非正規労働者の増加など就労形態が多様化していることを踏まえ、短時間労働者の将来の所得保障の充実を図るとともに、働き方の選択に中立的でない現在の仕組みを見直し、多様な働き方の実現、特に女性の活躍促進に資するようにしていく必要がある。

厚生年金の適用拡大（2016（H28）年10月施行）のイメージ（被用者の場合）



【改革の具体的な方向性】（案）

- 企業規模要件や賃金要件の緩和などの見直しによって、短時間労働者に対する被用者保険の適用範囲の更なる拡大を行う。

【検討・実施時期】（案）

- 2015年1月に行われた社会保障審議会年金部会における議論の整理等を踏まえ、中小企業にも適用拡大の途を開くなど、可及的速やかに、必要な制度改正を進めるとともに、2016年10月の適用拡大の施行や影響を勘案して更なる適用拡大に向けた検討を行う。

高齢期における職業生活の多様性に応じ一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

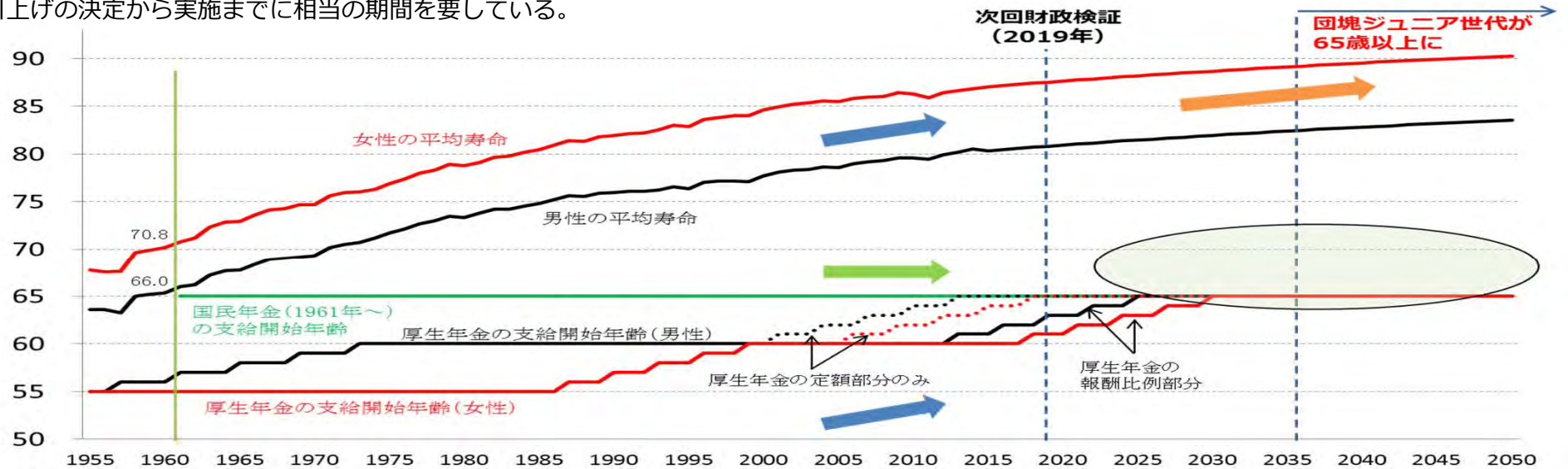
「社会保障改革プログラム法等に基づき、・・・、高齢期における職業生活の多様性に応じ一人ひとりの状況を踏まえた年金受給の在り方、・・・の見直し等について、引き続き検討を行う。」

【論点】

- 平均寿命が伸びる中、厚生年金については支給開始年齢の引上げが順次行われてきているが、国民年金については、1961（S36）年の制度創設以降、支給開始年齢の引上げが行われたことはない。

※ 日本以外の全てのG7諸国では支給開始年齢の67～68歳への引上げが実施されている。

※ 日本は、65歳への引上げの途中であり、また、引上げ後においても、平均寿命が長いことから、他国と比べて平均受給期間が長い。過去の例を見ると、支給開始年齢の引上げの決定から実施までに相当の期間を要している。



（注）2015年以降は推計。
（出所）「H26年簡易生命表の概況」（厚生労働省）、「日本の将来推計人口（H24年1月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）の死亡中位ケース

【改革の具体的な方向性】（案）

- 働ける高齢者の就労を促進するとともに、将来の年金給付水準を確保し、制度の持続可能性を一層強化するため、高齢期の多様な働き方に対応した年金受給の在り方を念頭に、支給開始年齢の更なる引上げ等を行うべき。
なお、2035年度以降に、団塊ジュニア世代が65歳になることなどを踏まえ、それまでに支給開始年齢を引き上げることが必要。

【検討・実施時期】（案）

- 現在の支給開始年齢の引上げが終了する2025年度に引き続いて支給開始年齢の引上げ等の改革を実施するため、関係審議会等において制度改正に向けたオプションについての検討を開始し、できる限り早い時期に、具体化の方策を取りまとめた上で、55次回の財政検証の結果も踏まえ、所要の法案を提出する。

高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方 及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方

39 (iv)
D

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「社会保障改革プログラム法等に基づき、・・・、高所得者の年金給付の在り方を含めた年金制度の所得再分配機能の在り方及び公的年金等控除を含めた年金課税の在り方の見直しについて、引き続き検討を行う。」

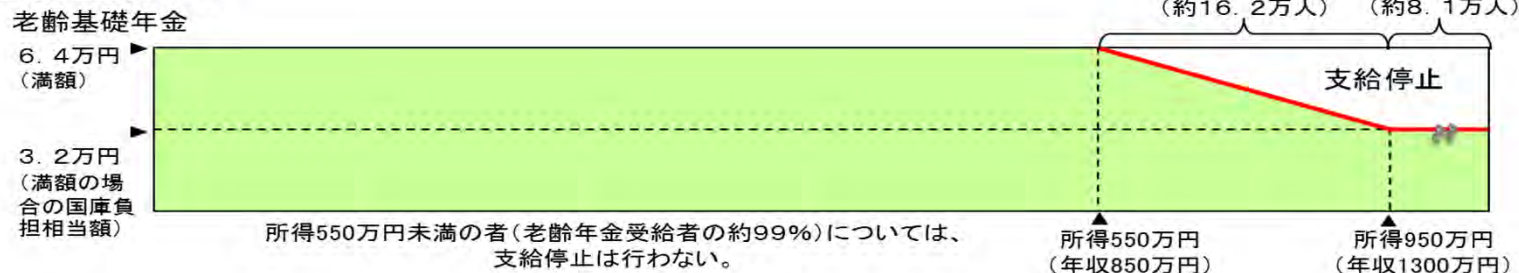
【論点】

- 老齢基礎年金は、老齢期における稼得能力の喪失に対応するためのものであり、その財源の1/2は国庫負担である。
- 高所得者に係る基礎年金給付については、世代間の公平性確保の観点等から見直しを図るべきではないか。

＜社会保障・税一体改革の政府原案に当初盛り込まれた改正案＞ 【3党協議の過程で検討事項とされた】

- 低所得者等への加算の導入と合わせて、世代内及び世代間の公平を図る観点から、高所得の基礎年金受給者の老齢基礎年金額について、国庫負担相当額を対象とした支給停止を行う(税制抜本改革の施行時期にあわせて施行(2015(H27)年10月))。
 - 老齢基礎年金受給者について、所得550万円(年収850万円相当)を超える場合に、老齢基礎年金額の一部の支給停止を開始し、所得950万円(年収1300万円相当)以上の者については、老齢基礎年金額の半額(最大3.2万円)を支給停止する。
- (注) 所得550万円(年収850万円)：標準報酬の上位約10%に当たる収入(老齢年金受給権者のうち、上位約0.9%に当たる年収)
所得950万円(年収1300万円)：標準報酬の上位約2%に当たる収入(老齢年金受給権者のうち、上位約0.3%に当たる年収)

(支給停止のイメージ)



【改革の具体的な方向性】 (案)

- 現役世代と比べて遜色のない所得を得ている一定の高齢者については、国庫負担分相当の年金給付の支給を停止すべき。
- 年金制度における再分配機能の強化に加え、年金税制、福祉制度などを含めた全体の視点から、見直しを議論していくべきであり、年金課税の在り方については、個人所得課税の総合的かつ一体的な見直しの中で議論されるべき。

【検討・実施時期】 (案)

- 高所得者の年金給付の在り方については、速やかに関係審議会等において制度の実現・具体化に向けた検討を開始し、平成28年末までのできる限り早い時期に結論を得て、その結果を踏まえ、遅くとも平成29年通常国会に所要の法案を提出する。
- また、個人所得課税について「総合的かつ一体的に税負担構造の見直しを行う」とされている骨太の方針等を踏まえ、今後、政府税制調査会において、年金課税のあり方を含めて多様な論点を整理し、幅広く丁寧な国民的議論が進められる。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「足下の経済雇用情勢を踏まえ、就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組むとともに、生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化を行う。さらに、平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、その制度全般について予断なく検討し、必要な見直しを行う。」

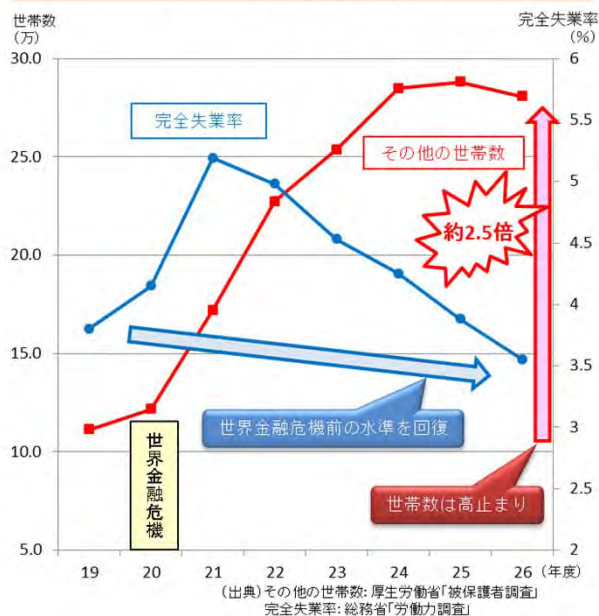
【論点】

- 雇用情勢は世界金融危機前の水準を回復する一方、就労可能な受給者が多い「その他の世帯」の世帯数は高止まりしている。
- 近年、就労自立給付金の創設などの就労支援策を拡充してきたが、就労による保護脱却は4割にとどまっている。

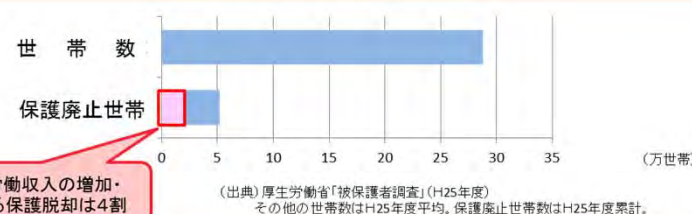
生活保護法(抜粋)

第4条第1項 保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

その他の世帯数と完全失業率



その他の世帯



その他の世帯の就労率



【改革の方向性】(案)

- 生活保護制度は、能力を活用してもなお足りない部分を保障するものであり、能力に応じた就労又は就労準備訓練を受けることを原則とするとともに、正当な理由なく拒否した場合には、保護の停止・廃止のほか、保護費の減額など柔軟な対応を可能とする制度とすべき。
- また、各種加算・扶助についても、就労意欲の向上の観点も踏まえつつ、経済社会情勢の変化やこれまでの社会保障・社会福祉分野における制度の拡充を考慮して、その必要性や在り方を検討すべき。

【検討・実施時期】(案)

- 現行制度で可能なことは、できる限り早い時期に具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。
- 平成29年度の生活扶助基準の検証に合わせ、生活保護制度の在り方について検討を行い、その結果を踏まえて、平成30年通常国会への法案の提出等の所要の措置を講ずる。

【KPIの在り方】(案)

- 保護脱却に向けた一歩として、各都道府県等のその他の世帯等の世帯類型における就労率等をKPIとして設定(例えば、その他の世帯57について、横浜市・広島市と同程度の就労率(50%)等を目標として設定することが考えられる)。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「足下の経済雇用情勢を踏まえ、就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組むとともに、生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化を行う。さらに、平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、その制度全般について予断なく検討し、必要な見直しを行う。」

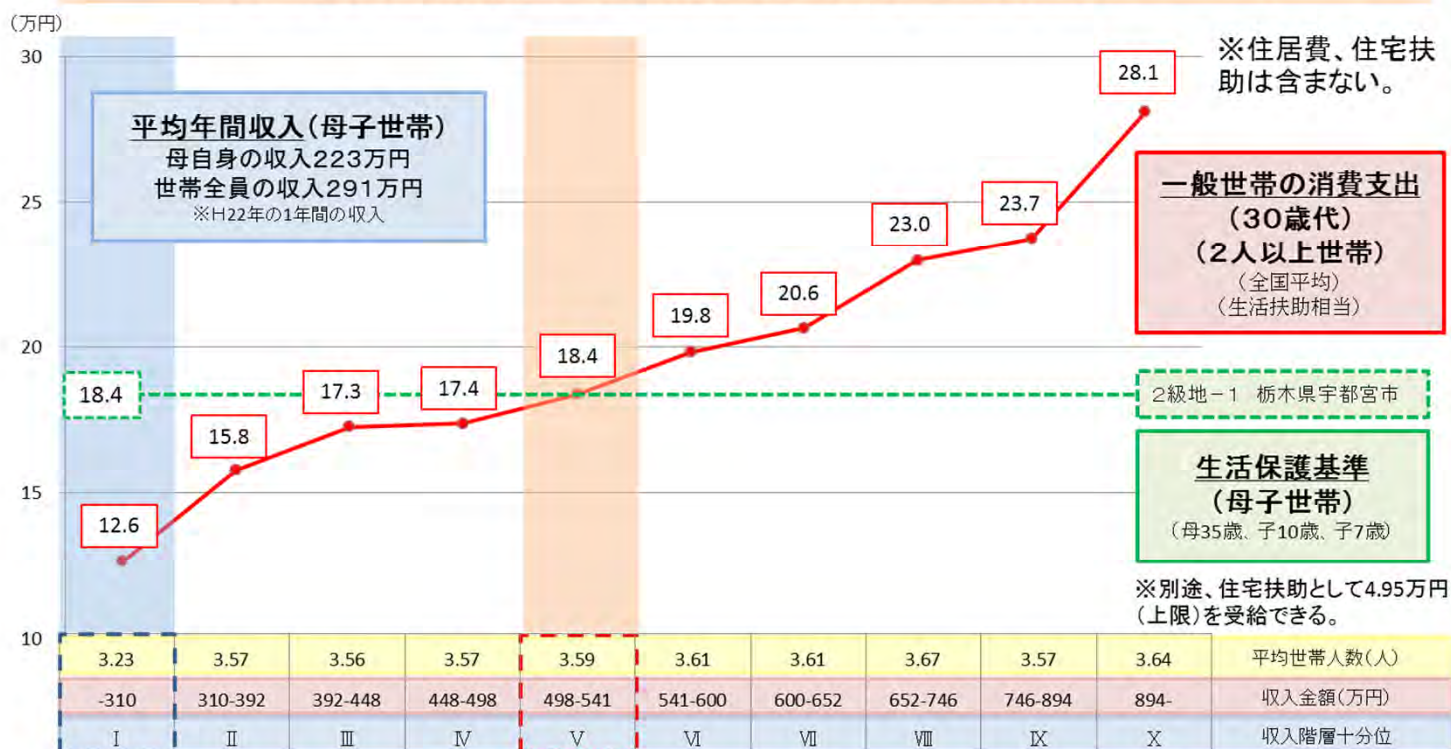
【論点】

- 各種加算については、就労・不就労にかかわらず、一律となっている。
- 例えば、母子世帯の場合、生活保護受給母子世帯の就労率は、一般母子世帯に比べて低い。
- 他方、母子加算を含めた生活保護費の水準は、就労努力にかかわらず、世帯構成が類似する一般世帯の中位の階層と同等の基礎的な消費生活を可能とする水準となっている。

母子世帯の就労率



1月当たりの生活保護基準と消費支出（母子世帯(子2人)のケース）



(出典) 総務省「全国消費実態調査」(H21年) (注) 一般世帯の消費支出(生活扶助相当)については、消費支出全体から、住居(住宅扶助相当)、保健医療(医療扶助相当)、教育(教育扶助相当)、厚生労働省「全国母子世帯等調査」(H23年度) 自動車等関係費(生活保護受給世帯の自動車保有は原則不可)、NHK受信料(生活保護受給世帯は支払免除)等を控除して算出。

【改革の具体的な方向性】(案)

- きめ細かい就労支援を行うとともに、一部の加算については就労努力に応じたものとするなど、就労インセンティブを高めるかたちに見直すべき。

【検討・実施時期】(案)

- 一部の加算については、他の政策支援を考慮に入れつつ、速やかに検討を開始し、できる限り早い時期に結論を得る。

医療扶助の適正化①～頻回受診の抑制等

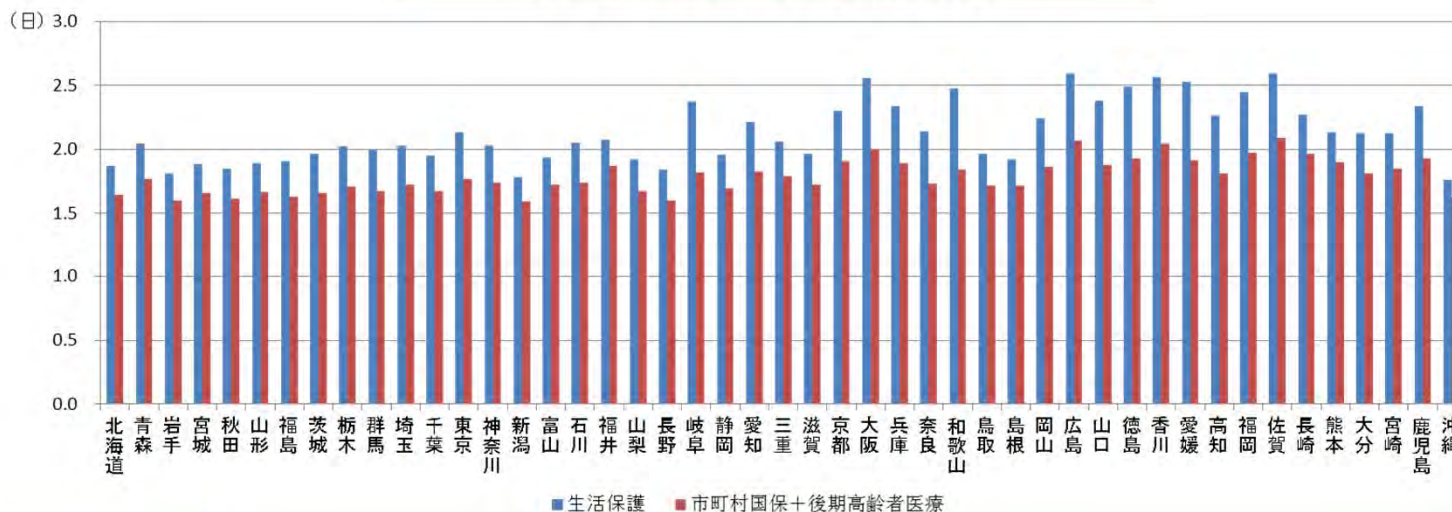
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「足下の経済雇用情勢を踏まえ、就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組むとともに、生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化を行う。さらに、平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、その制度全般について予断なく検討し、必要な見直しを行う。」

【論点】

- 入院外医療扶助費は4,000億円を上回る（平成25年度）が、入院外のレセプト1件あたりの日数を生活保護と国保等を比較すると、全ての都道府県において生活保護が国保等を上回っており（平均：1.23倍、最大：和歌山県1.34倍）、頻回受診等の可能性がある。

レセプト1件あたり日数(入院外)



医療扶助レセプト決定点数
都道府県別割合(入院外)

※上位10都道府県で約7割を占める

大阪府	17%
東京都	13%
北海道	8%
福岡県	7%
神奈川県	6%
兵庫県	6%
愛知県	4%
埼玉県	4%
京都府	3%
千葉県	3%

(出典)厚生労働省「医療扶助実態調査」(H25年6月審査分)
「医療給付実態調査」(H25年度)
都道府県には、政令指定都市及び中核市を含む。

【改革の方向性】(案)

- ① 生活保護受給者の頻回受診や健康管理に係る指導、不当な医療扶助等を行う指定医療機関に対する指定の取消しなどの措置を徹底すべき。
- ② 国民健康保険制度等における外来受診時定額負担の導入に向けた検討の結果を踏まえ、医療費の一部自己負担の導入を検討すべき。

【検討・実施時期】(案)

- ① 現行制度で可能なことは、できる限り早い時期に具体的内容について結論を得て、速やかに実施する。
- ② 国民健康保険制度等における外来受診時定額負担の導入に向けた検討の結果を踏まえ、所要の措置を講ずる。

【KPIの在り方】(案)

- 平成28年度中に、各都道府県等における頻回受診抑制、健康管理等に関する取組計画を策定。レセプト1件あたり日数(入院外)の改善(例えば、国民健康保険等における日数を目標として設定することが考えられる)。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「足下の経済雇用情勢を踏まえ、就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組むとともに、生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化を行う。さらに、平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、その制度全般について予断なく検討し、必要な見直しを行う。」

【論点】

- 医療扶助においては、後発医薬品の使用は進んでいるものの、全体平均で処方全体の約4分の3を占める院外処方では61%、院内処方では52%の使用にとどまっている。また、都道府県等別にみると、地域差が見られる。

生活保護法(抜粋)

(医療扶助の方法)

第34条 第3項 (略)医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品...を使用することができると認められたものについては、被保護者に対し、可能な限り後発医薬品の使用を促すことによりその給付を行うよう努めるものとする。

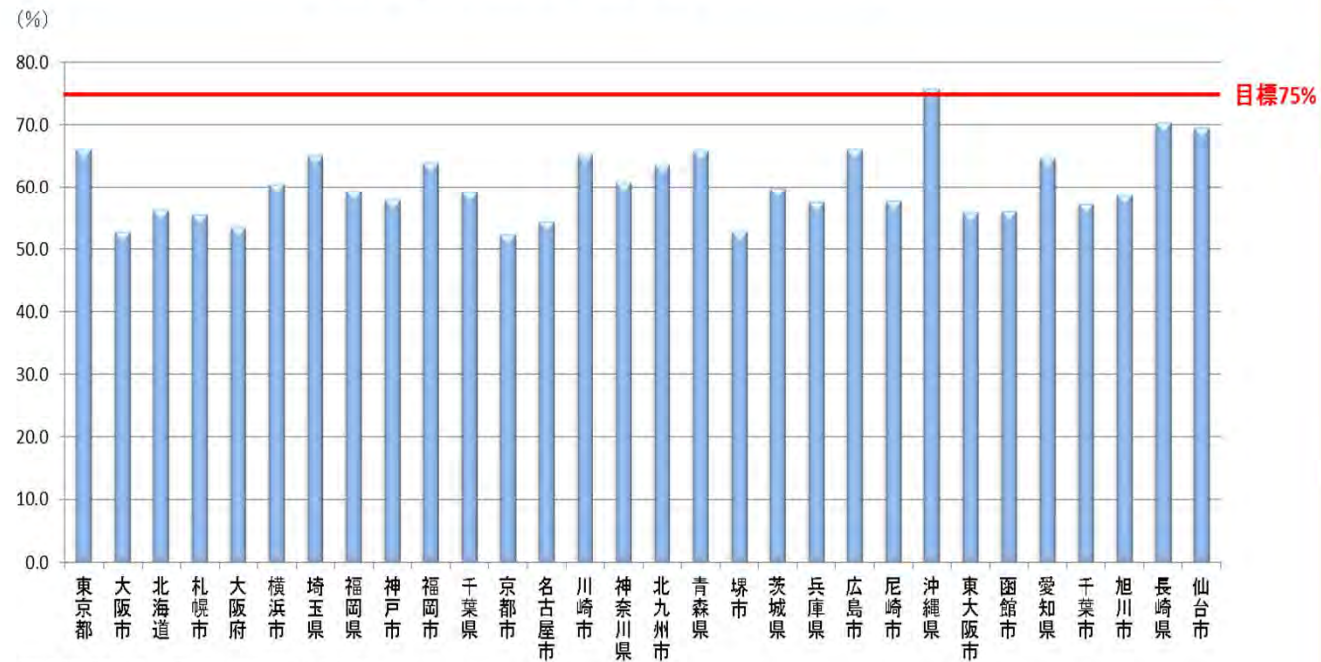
後発医薬品の使用割合(数量シェア)

	院外処方	院内処方
H25年	47.8%	49.2%
H26年	61.0%	51.6%

※生活保護全体では58.7%(H26年)

(出典)「医療扶助実態調査(各年6月審査分)」

後発医薬品の使用割合(院外処方における数量シェア)



(注)左側から調剤総数の多い順(上位30位:全体の約割)

(出典)厚生労働省「医療扶助実態調査」(H26年6月審査分)
都道府県には、政令指定都市及び中核市は含まない。

【改革の具体的な方向性】(案)

- ① 後発医薬品の使用割合の目標(現行75%)の達成に向けて、取組を加速するため、達成期限を設定すべき。
- ② 国民健康保険制度等における特許切れ医薬品について保険給付額を後発医薬品の価格に基づいて設定する制度の検討を踏まえ、後発医薬品に基づく医療扶助基準の設定を検討すべき。

【検討・実施時期】(案)

- ① 後発医薬品全般の使用割合の目標を踏まえ、平成29年央までに、医療扶助の後発医薬品の使用割合の目標(現行75%)を達成する。
- ② 国民健康保険制度等における特許切れ医薬品について保険給付額を後発医薬品の価格に基づいて設定する制度の検討の結果を踏まえ、所要の措置を講ずる。

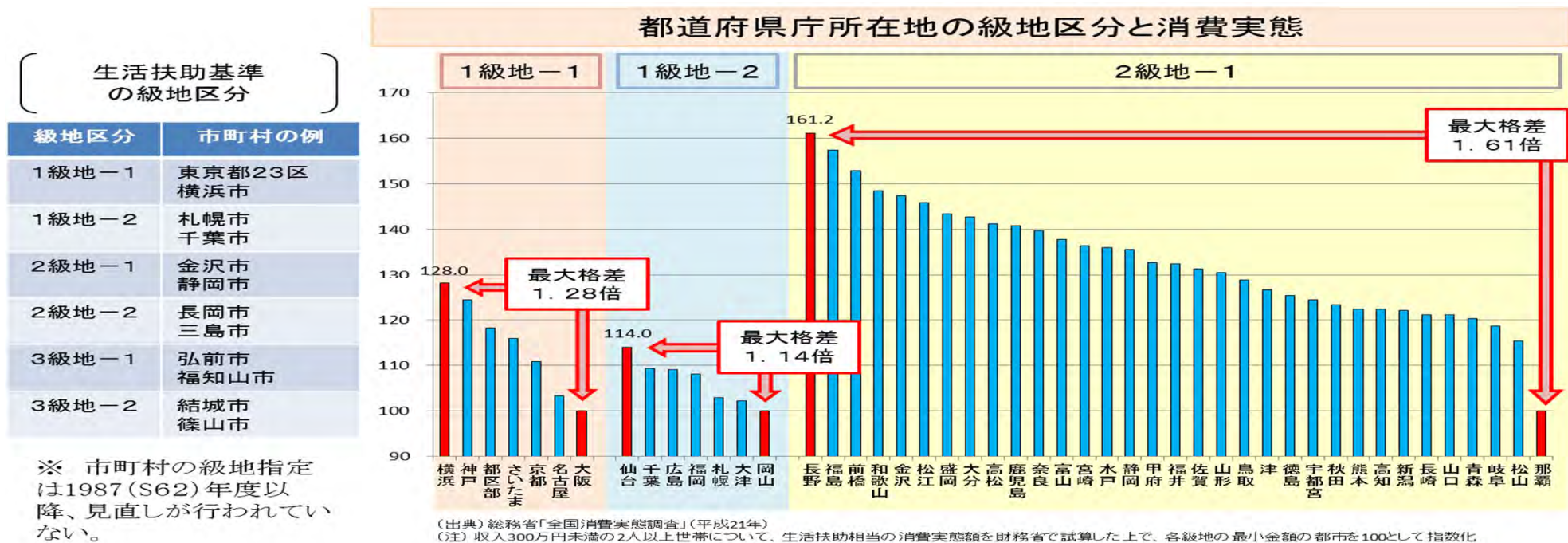
地域実態に合わせた生活扶助の見直し

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「足下の経済雇用情勢を踏まえ、就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組むとともに、生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化を行う。さらに、平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、その制度全般について予断なく検討し、必要な見直しを行う。」

【論点】

- 生活扶助基準においては、地域ごとの生活水準を反映するため、全国を6つの級地区分に分類。級地区分が同じであれば、生活扶助額は同一。しかしながら、同じ級地区分に属する地域間において、それぞれの地域の一般低所得者の消費実態を比べると、1.1倍～1.6倍の格差がみられる。



【改革の具体的な方向性】 (案)

- よりきめ細やかな地域実態に合わせた生活扶助基準を設定すべき。

【検討・実施時期】 (案)

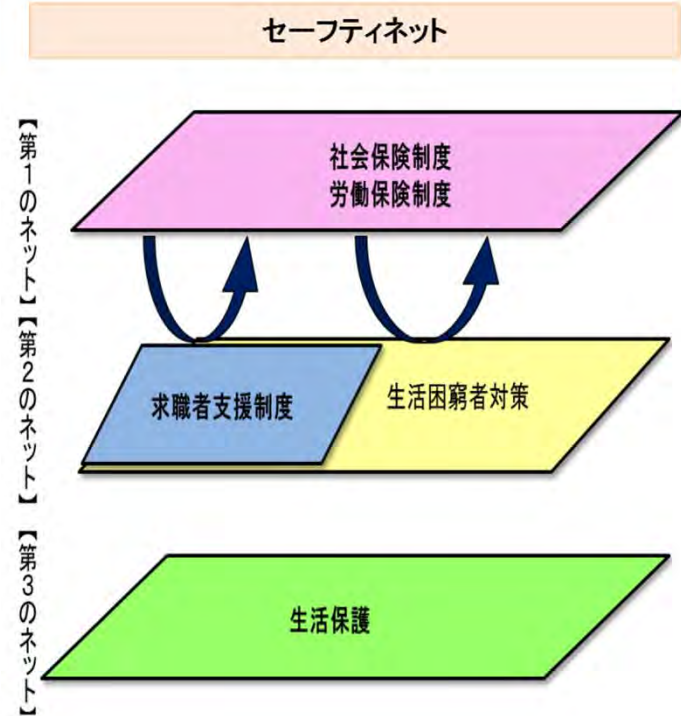
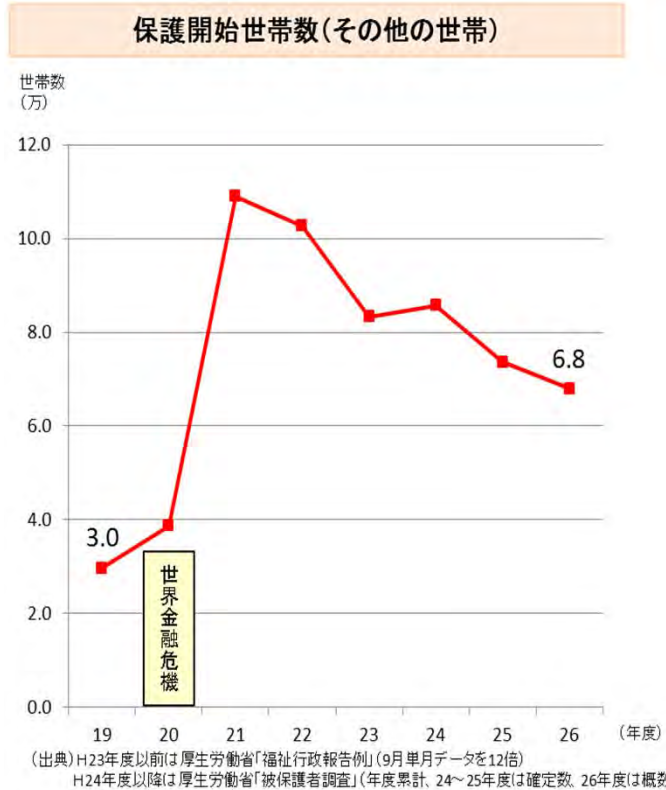
- 平成29年度の生活扶助基準の検証に合わせ、生活保護制度の在り方について検討を行い、その結果を踏まえて、所要の措置を講ずる。

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「生活困窮者自立支援制度について、質の高い支援が適切に提供されるよう、その着実な推進を図る。」

【論点】

- 就労可能と考えられる生活保護の「その他の世帯」の保護開始世帯は、経済雇用情勢の好転にもかかわらず、世界金融危機前の水準の2倍を超えている。
- 第2のセーフティネットとして、平成23年度から導入された求職者支援制度について、期待されている機能を十分果たしているとは言い難い。
- 平成27年度から始まった生活困窮者自立支援制度については、これを着実に推進し、第2のセーフティネットの機能を果たしていくことが期待されるが、今後よく検証していく必要がある。



【改革の具体的な方向性】（案）

- 生活困窮者自立支援制度や求職者支援制度を効率的・効果的に運営するとともに、生活保護の前に求職者支援制度等の利用を積極的に促すなど、各種制度の連携機能を強化すべき。

【検討・実施時期】（案）

- ① 生活困窮者自立支援制度や求職者支援制度の運用の改善等、現行制度で可能なことは、速やかに検討を行い、できる限り早い時期に具体的内容について結論を得る。
- ② 平成29年度の生活保護制度の在り方の検討に合わせ、第2のセーフティネットとしての生活困窮者自立支援制度の在り方について検討を行い、その結果を踏まえて、平成30年通常国会への法案の提出等の所要の措置を講ずる。

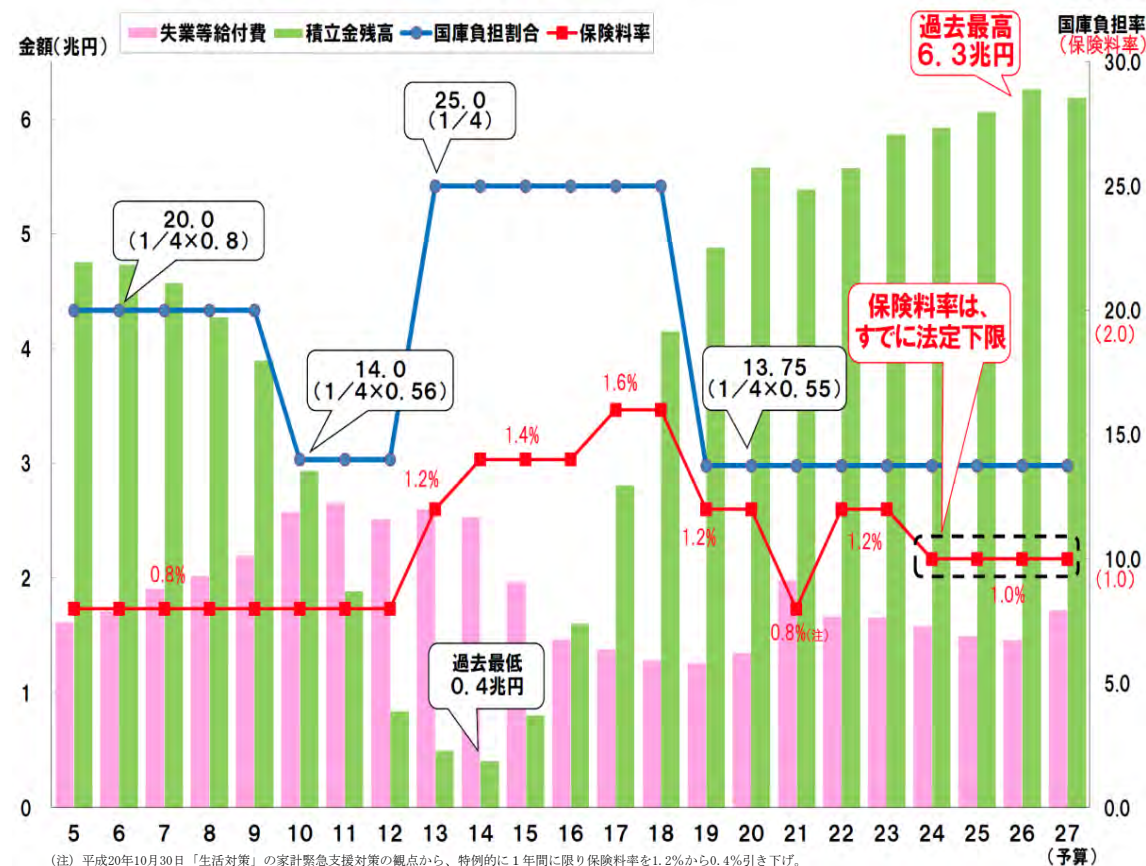
【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「雇用保険の国庫負担の当面の在り方について、国庫負担について規定した平成23年改正による雇用保険法附則第15条の規定、経済雇用情勢の好転、雇用保険財政の状況、これまでの経緯、公労使での議論も踏まえ、検討する。」

※「雇用保険の国庫負担については、引き続き検討を行い、できるだけ速やかに、安定した財源を確保した上で附則第13条に規定する国庫負担に関する暫定措置を廃止するものとする。」（雇用保険法（昭和49年法律第116号）附則第15条）

【論点】

- 失業保険制度については、労使の共同連帯による保険制度であり、主要国の失業保険制度は、労使の保険料による運営が基本となっている。
- 一方、我が国においては、経済雇用情勢に関わらず、失業等給付の一定割合を負担する制度となっており、経済雇用情勢が好転した場合には、厳しい財政状況にもかかわらず、積立金の増加に貢献する結果となっている。
- 現在、雇用保険料率が法定の下限の1.0%（労使折半）となっている上、積立金の規模は、失業等給付の4年分を上回るものとなっており、当面、国庫負担の停止は可能である。
- なお、失業等給付は、所得によって給付割合に差を設けているものの、従前の所得に応じて給付額を算定する（高所得者は高い給付を受ける）ため、国庫負担分についても、高所得者に手厚く配分されることとなる。



【改革の具体的な方向性】（案）

- 積立金や雇用保険料の水準、経済雇用情勢の動向、国庫が果たすべき役割等を勘案して、当面の措置として、一定規模で国庫負担を停止すべき。

【検討・実施時期】（案）

- 63 当面の国庫負担の在り方については、速やかに検討を開始し、できる限り早い時期に結論を得る。

