

高額療養費制度、後期高齢者の窓口負担の在り方の検討

- 骨太方針2015を踏まえ、本年10月からの医療保険部会等で関係者の意見を聞きながら検討。
- なお、患者の負担増に国民の理解が得られるか、必要な医療が確保されるか等の課題に留意が必要。

- 70～74歳の窓口負担について、平成26年4月から、以下の見直しを実施中。
 - ・ 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
 - ・ 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。

- 高額療養費制度について、平成27年1月から、負担能力に応じた負担とする観点で、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。

見直し前	見直し後
上位所得者 年収約770万円～	年収約1,160万円～
一般所得者(上位所得者・低所得者以外)	年収約770～約1,160万円
住民税非課税	年収約370～約770万円 ～年収約370万円 住民税非課税

- 医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、医療費に占める自己負担の割合は高齢者の方が低い。
- 他方、収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

年齢(負担割合)	医療費に占める自己負担の割合	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)	8.1%	4.3%
70～74歳※1	法定2割 (現役並み所得3割)	12.6%
	1割凍結 (現役並み所得3割)	7.7%
65～69歳(3割)	21.1%	3.8%
20～64歳(3割)	22.3%	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。

高額療養費制度の概要

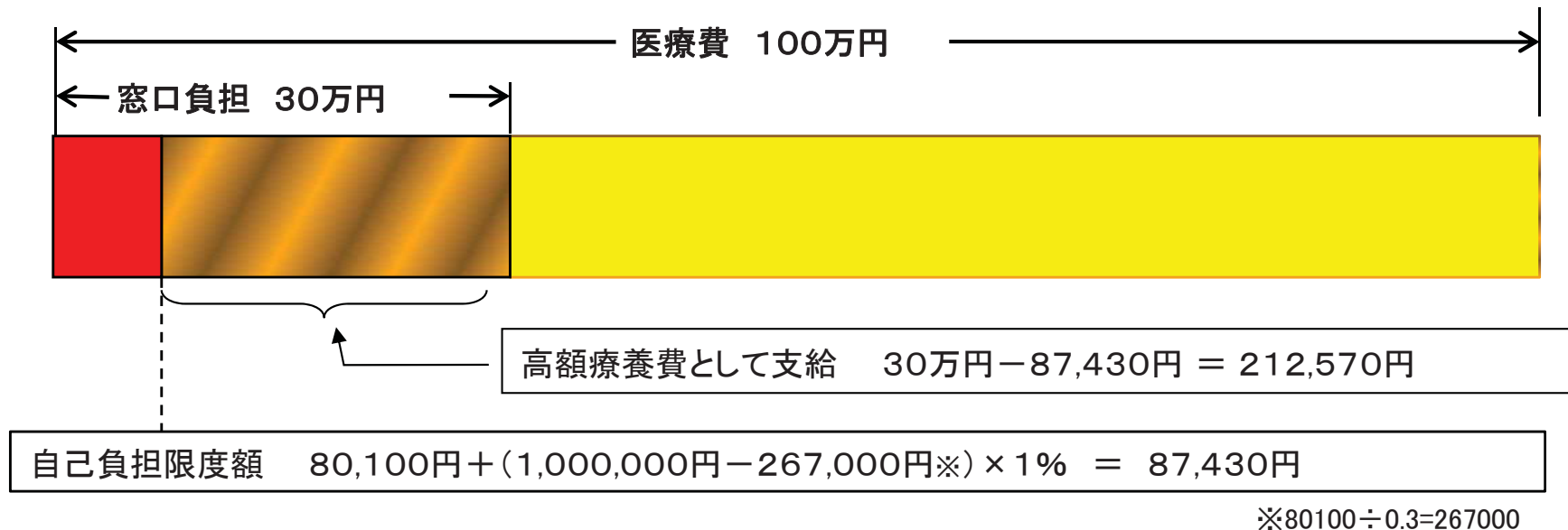
- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。

(※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、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース (3割負担)>



(注) 同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金(70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要)を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費制度の見直し（平成27年1月施行）

1. 見直しの趣旨

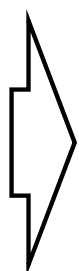
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

2. 見直しの内容

(見直し前)

(見直し後)

年齢区分	窓口負担割合		月単位の上限額 (円)	
	窓内	外来	窓内	外来
70歳未満	上位所得者 (年収約770万円～) 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得600万円超		150,000+	(医療費－500,000) × 1% <多数回該当：83,400>
	一般所得者 (上位所得者・低所得者以外) 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)		80,100+	(医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	住民税非課税		35,400	<多数回該当：24,600>
70歳～74歳	3割	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	80,100+	(総医療費－267,000) × 1% <多数回該当：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)	44,400	44,400
	2割(※3)	住民税非課税	24,600	24,600
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000	15,000
			8,000	



年齢区分	窓口負担割合		月単位の上限額 (円)	
	窓内	外来	窓内	外来
70歳未満	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		252,600+	(医療費－842,000) × 1% <多数回該当：140,100>
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+	(医療費－558,000) × 1% <多数回該当：93,000>
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+	(医療費－267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600	<多数回該当：44,400>
住民税非課税		35,400	<多数回該当：24,600>	
70歳～74歳	3割	現役並み所得者 (年収約370万円～) 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	80,100+	(総医療費－267,000) × 1% <多数回該当：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)	44,400	44,400
	2割(※3)	住民税非課税	24,600	24,600
		住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000	15,000
			8,000	

約1,330万人

約4,060万人

※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。

高年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。

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	

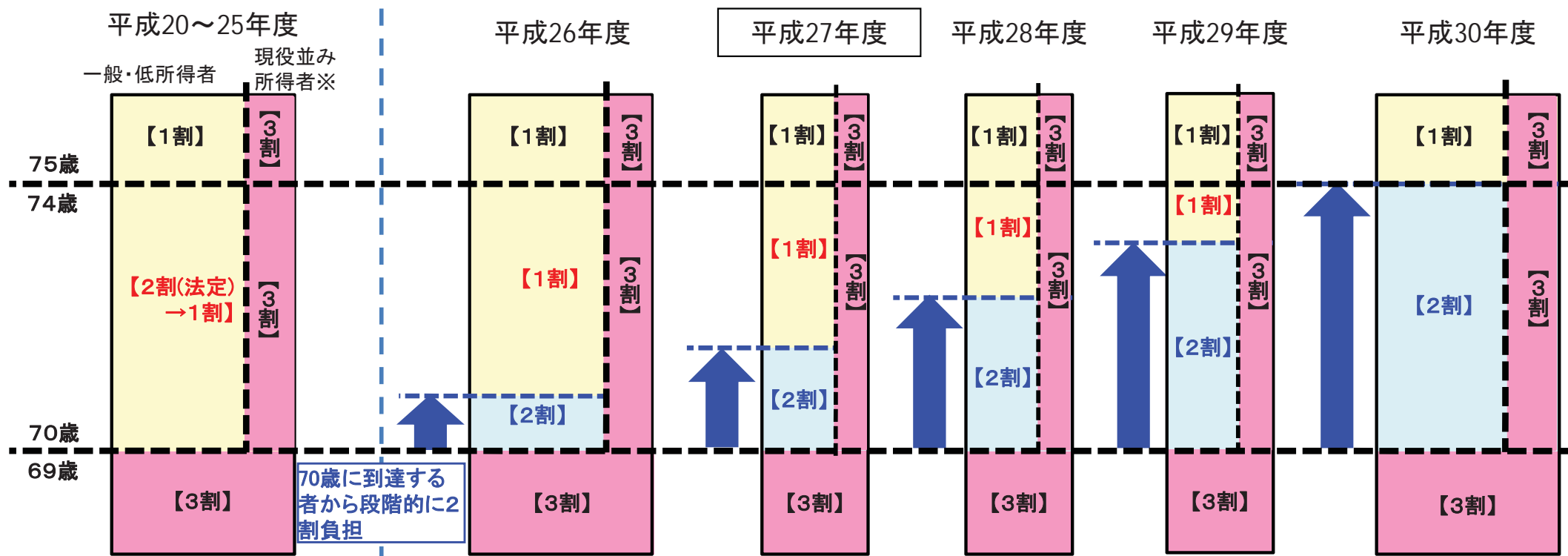
医療保険制度における自己負担の推移

～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		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度												後期高齢者 医療制度	
				高齢者		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)			
被用者本人		定額 負担														70～ 74歳	
				若人		国保		3割 高額療養費創設(S48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		3割 薬剤一部負 担の廃止		3割			
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		被用者家族		3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)		入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))											

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

70～74歳の自己負担の特例措置の見直し

- 社会保障制度改革国民会議報告書等を踏まえ、以下の見直しを実施。
 - ・ 平成26年4月に新たに70歳になる者(69歳まで3割負担だった者)から、段階的に法定負担割合(2割)とする(個人で見ると負担増にならない)。※70歳になる月の翌月の診療から2割負担(4月に70歳になる者は、5月の診療から2割負担)。
 - ・ 平成26年3月末までに既に70歳に達している者は、特例措置(1割)を継続する。
 - ・ 低所得者を含め、高額療養費の自己負担限度額を据え置く。
- 平成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)



※ 現役並み所得者・・・国保世帯：課税所得145万円以上の70歳以上の被保険者がいる世帯、被用者保険：標準報酬月額28万円以上の70歳以上の被保険者及びその被扶養者
 (ただし、世帯の70歳以上の被保険者全員の収入の合計額が520万円未満(70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円未満)の場合及び旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合(平成27年1月以降、新たに70歳となる被保険者の属する国保世帯に限る。))は除く

後期高齢者医療制度の負担区分別被保険者数

※括弧内は被保険者に占める割合

区分	自己負担割合	自己負担限度額		人数(万人)	
		外来			
現役並み所得者	3割負担	44,400円	80,100円+ (総医療費－267,000円)×1% <多数回該当:44,400円>	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	

※厚生労働省保険局「平成25年度後期高齢者医療事業年報」

年齢階級別の自己負担の状況

- 高齢者の医療費は年齢が高くなるにつれて大きくなるが、自己負担額の医療費に占める割合は高齢者のほうが低い。
- 収入に対する自己負担の割合は、75歳以上が一番高い。

1人当たり医療費と自己負担

年齢(負担割合)		1人当たり医療費(年)	自己負担額(年)	医療費に対する自己負担の割合
75歳以上(1割、現役並み所得3割)		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%

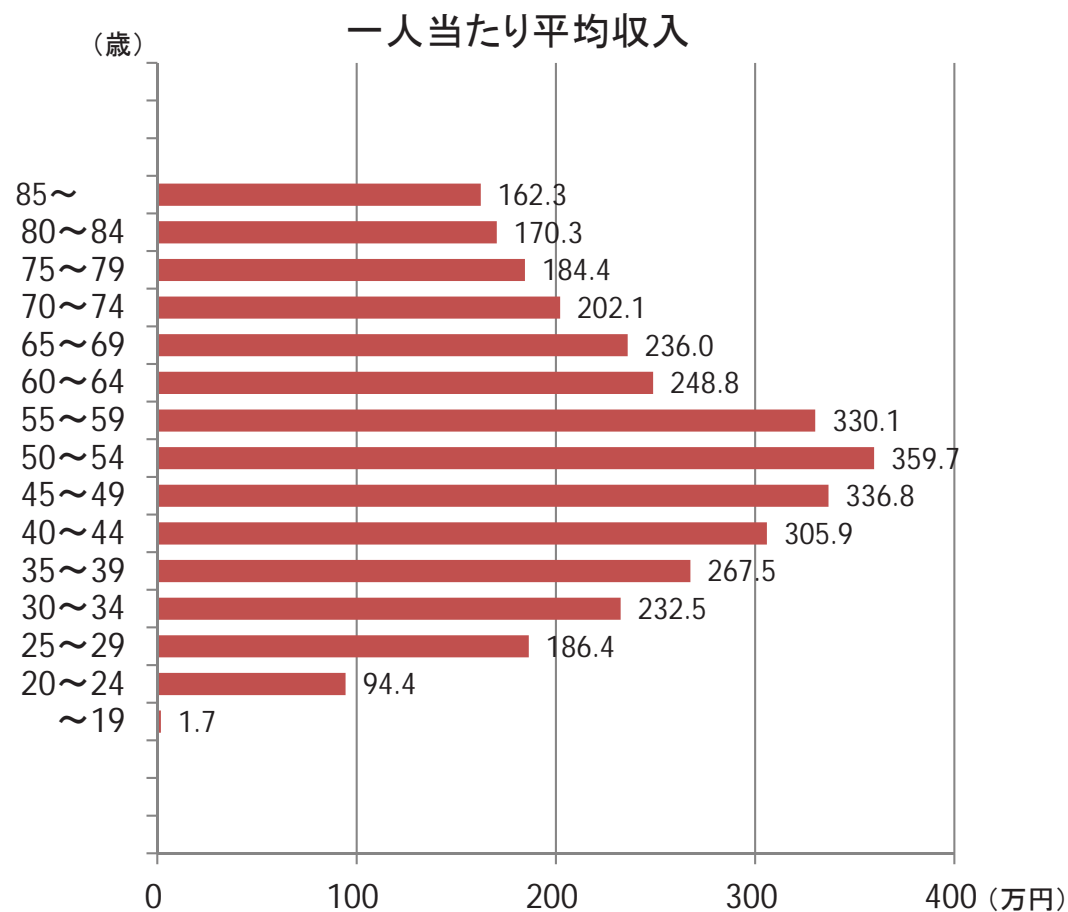
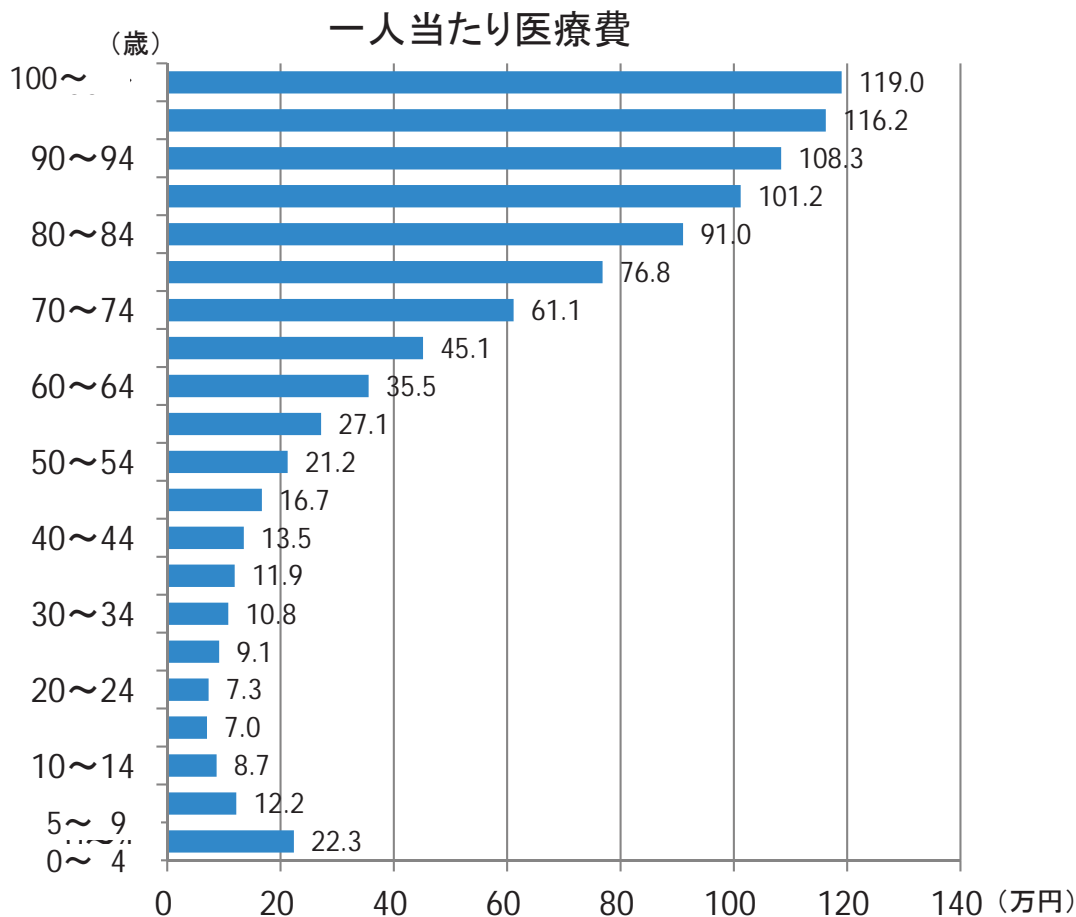
※1 平成26年4月以降70歳に達した者から、自己負担割合は2割。

※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1人当たり医療費及び平均収入について

- 一人当たり医療費は高齢になるほど上昇。
- 75歳以上で国民医療費の約35%を占める。
- 一方で、一人当たり平均収入は50～54歳をピークに、高齢になるほど減少。



※ 一人当たり医療費は、「医療給付実態調査報告」(厚生労働省保険局)等により作成した平成24年度の値。

※ 75歳以上の医療費が占める割合は、平成24年度の数値(医療保険に関する基礎資料)

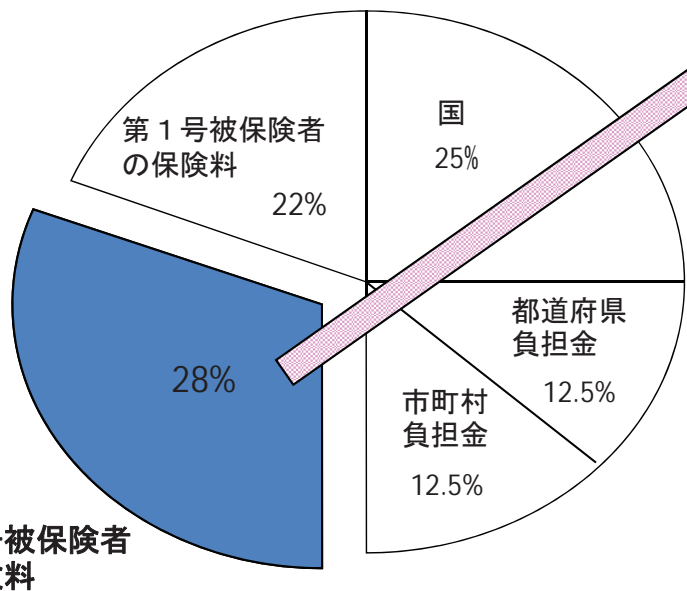
※ 平均収入額は、平成25年国民生活基礎調査(抽出調査)による平成24年の数値。

介護納付金の総報酬割

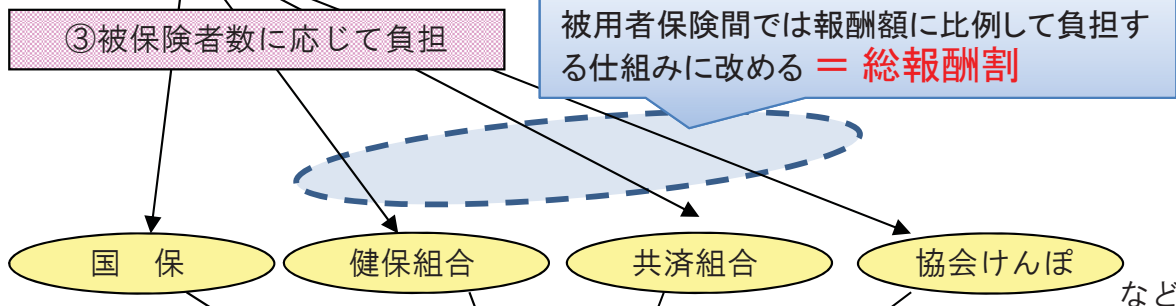
- 40～64歳が負担する保険料については、その加入する医療保険の加入者数である第2号被保険者の人数に応じて負担する介護納付金の額が決められる仕組みとなっている。
- 介護納付金の総報酬割は、これを、被用者保険(協会けんぽ、健保組合、共済組合)間では報酬額に比例した負担にする仕組み。

[介護納付金の仕組み]

①第2号被保険者(40-64歳)は給付費の28%を負担



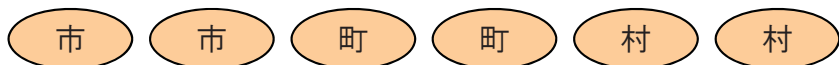
②第2号被保険者一人あたりの保険料額を計算
(介護給付費の28% ÷ 第2号被保険者数 = 第2号被保険者1人あたり保険料額)



④各医療保険者が医療保険料と一体的に徴収

⑤社会保険診療報酬支払基金に納付

⑥各市町村に交付(各市町村の介護給付費の28%分)



(参考) 協会けんぽと健保組合における介護保険料率の比較

	平成27年度介護保険料率
協会けんぽ	1.58%
健保組合	1.409%

※健保組合については、予算早期集計において報告のあった組合(1384組合)ベースの速報値

(参考)介護納付金に総報酬割を導入した場合の負担の変化

(現行制度における第2号被保険者一人当たりで見た負担額と報酬額の比較)

平成25年10月3日
第50回 社会保障審議会
介護保険部会資料より

○ 健保組合・協会けんぽ・共済組合の比較

	現行		
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12/(B)
健保組合 (全組合(1,443組合)平均)	4,463円	443万円	1.21%
協会けんぽ ()は国庫補助がない場合の負担額	3,731円 (4,463円)	303万円	1.48% (1.77%)
共済組合 (全組合(85組合)平均)	4,463円	553万円	0.97%



総報酬割とした場合	
報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)X(c)/12
1.37%	5,058円 【+595円】
	3,459円 【-272円】
	6,313円 【+1,850円】

○ 健保組合内でも、組合によって負担能力は様々

	現行		
	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (A)	第2号被保険者一人当たり報酬額 (年額) (B)	(A)x12/(B)
上位10組合 平均	4,463円	838万円	0.64%
下位10組合 平均		261万円	2.05%



総報酬割とした場合	
報酬額に対する負担割合 (C)	第2号被保険者一人当たり負担額 (労使含めた月額) (B)X(c)/12
1.37%	9,567円 【+5,104円】
	2,980円 【-1,483円】

※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算している。

○総報酬割を導入した場合の各保険者の負担額変化

		協会けんぽ	(国費充当後)	健保組合	共済
現行 (加入者割)	納付額	7,316億円	6,116億円	5,885億円	1,928億円
	報酬額に対する負担割合	1.77%	1.48%	1.21%	0.97%
総報酬割 (1/3導入)	納付額	6,775億円 (-541億円)	5,975億円 (-141億円)	6,152億円 (+267億円)	2,197億円 (+269億円)
	報酬額に対する負担割合	1.64% (-0.13%)	1.44% (-0.04%)	1.27% (+0.06%)	1.10% (+0.13%)
総報酬割 (全面導入)	納付額	5,694億円		6,685億円 (+800億円)	2,735億円 (+807億円)
		(-1,622億円)	(-422億円)		
	報酬額に対する負担割合	1.37%		1.37% (+0.16%)	1.37% (+0.40%)
		(-0.40%)	(-0.11%)		

○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数

	健保組合	共済
負担増	1012組合	84組合
負担減	431組合	1組合

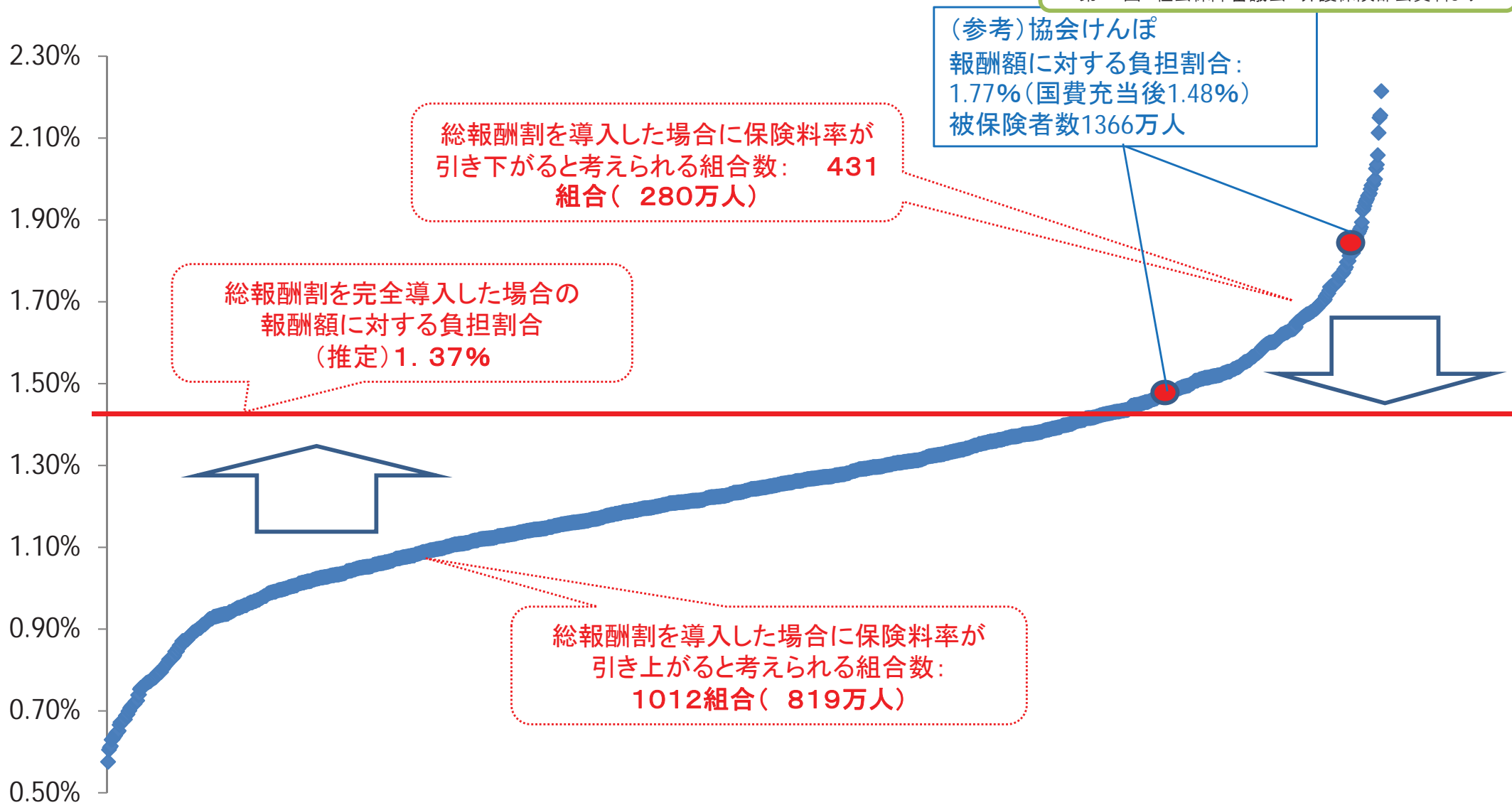
※ 平成23年度決算見込み数値データによる試算。

※ 被扶養者の報酬を「0」とみなして第2号被保険者の一人当たりの報酬額を算定している。

※ 健保組合については、特定被保険者(第2号被保険者に該当しない被保険者であって、第2号被保険者である被扶養者がある者)を除外して試算している。

(参考)健保組合の介護保険料率(介護納付金総額/総報酬額)の分布

平成25年10月3日
第50回 社会保障審議会 介護保険部会資料より



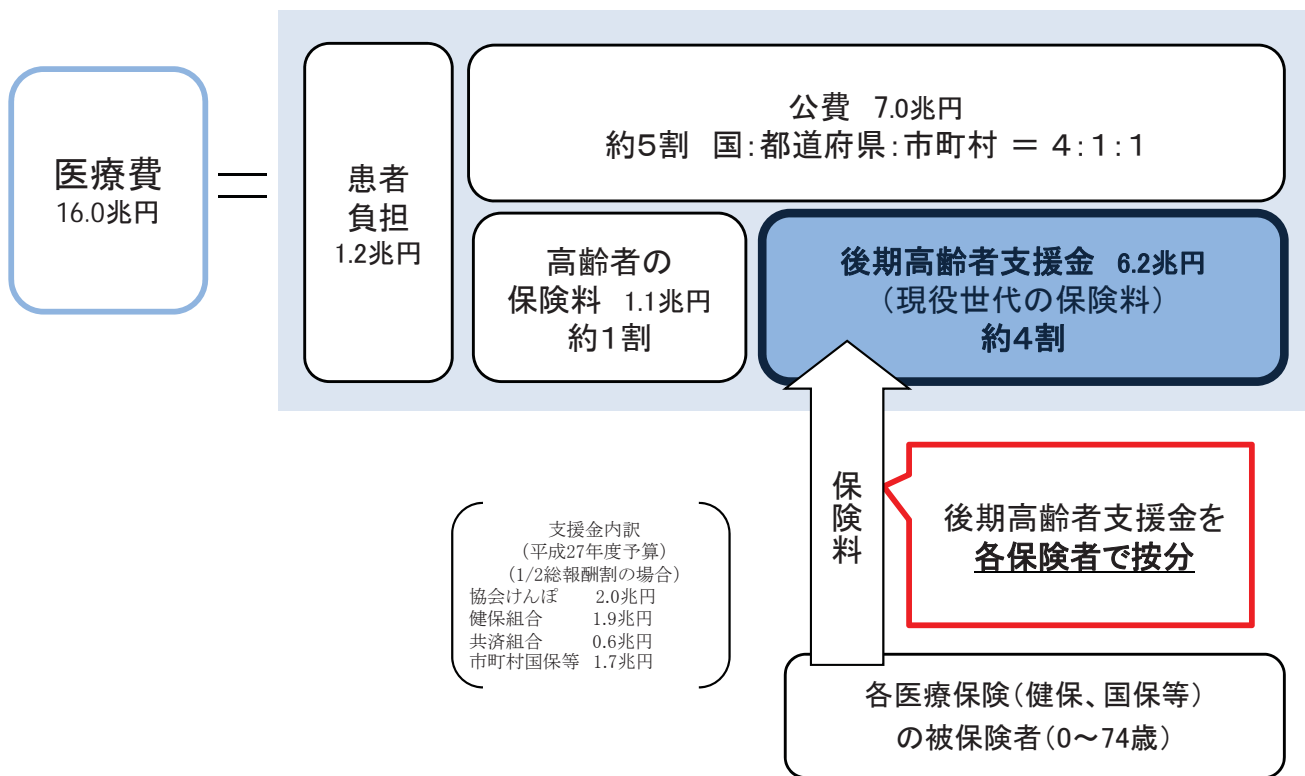
※ 平成23年度決算見込み額の各健康保険組合の納付金総額を総報酬額で除して推計したものであり、実際の保険料率ではない。

高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

平成27年5月法改正
医療保険制度改革

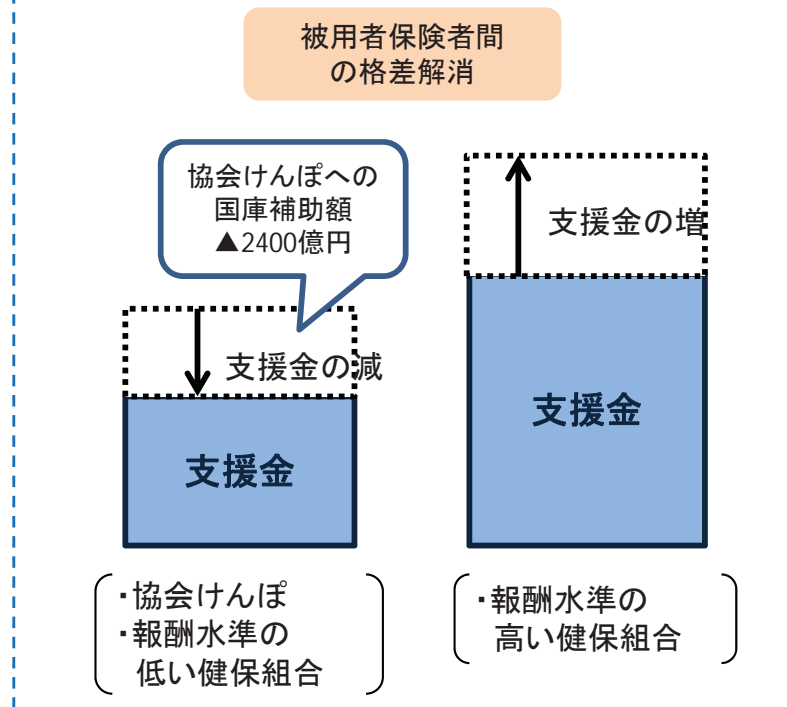
- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、**総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施**
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す

【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



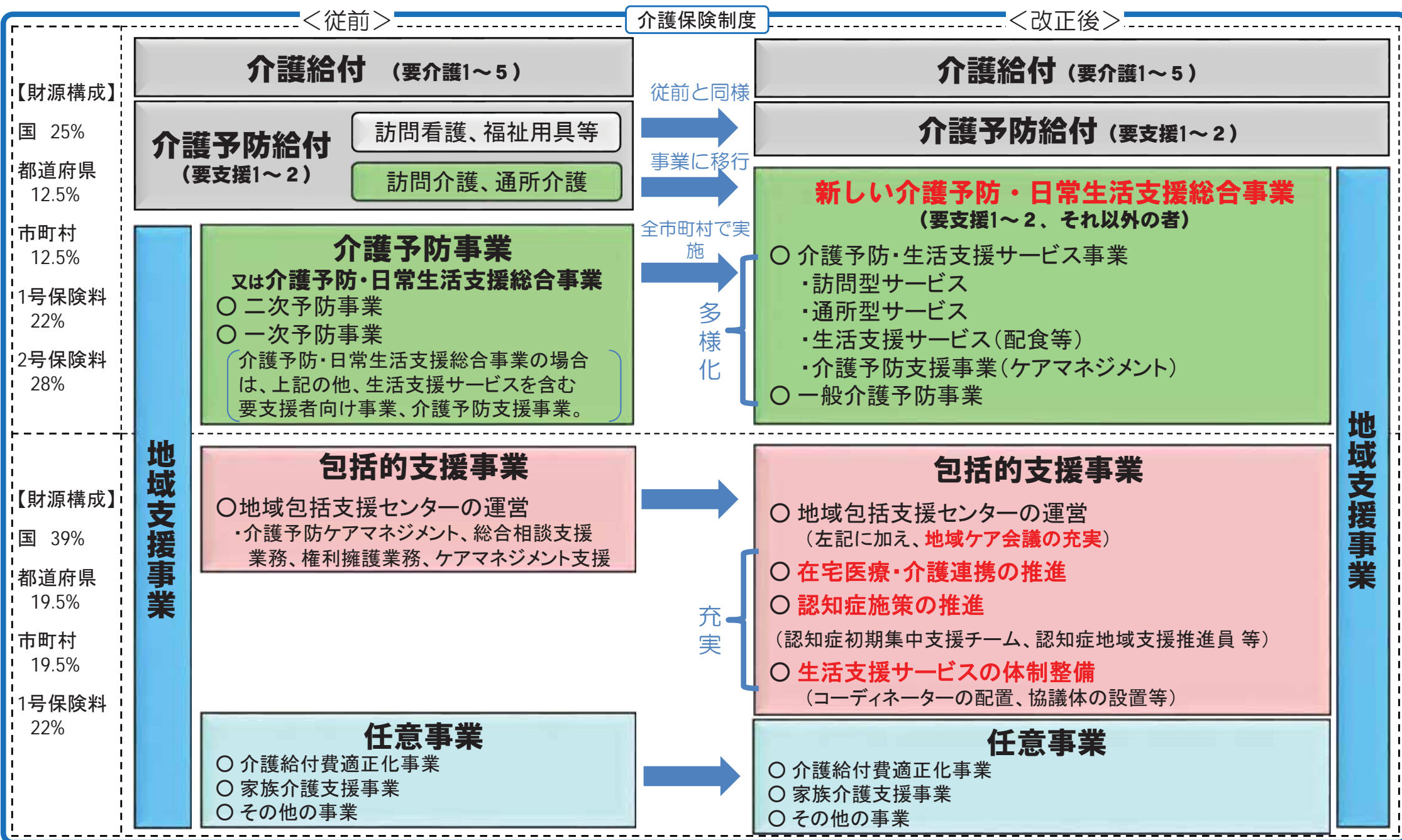
後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施

〔保険者の総報酬額の多寡に応じて支援金を負担〕



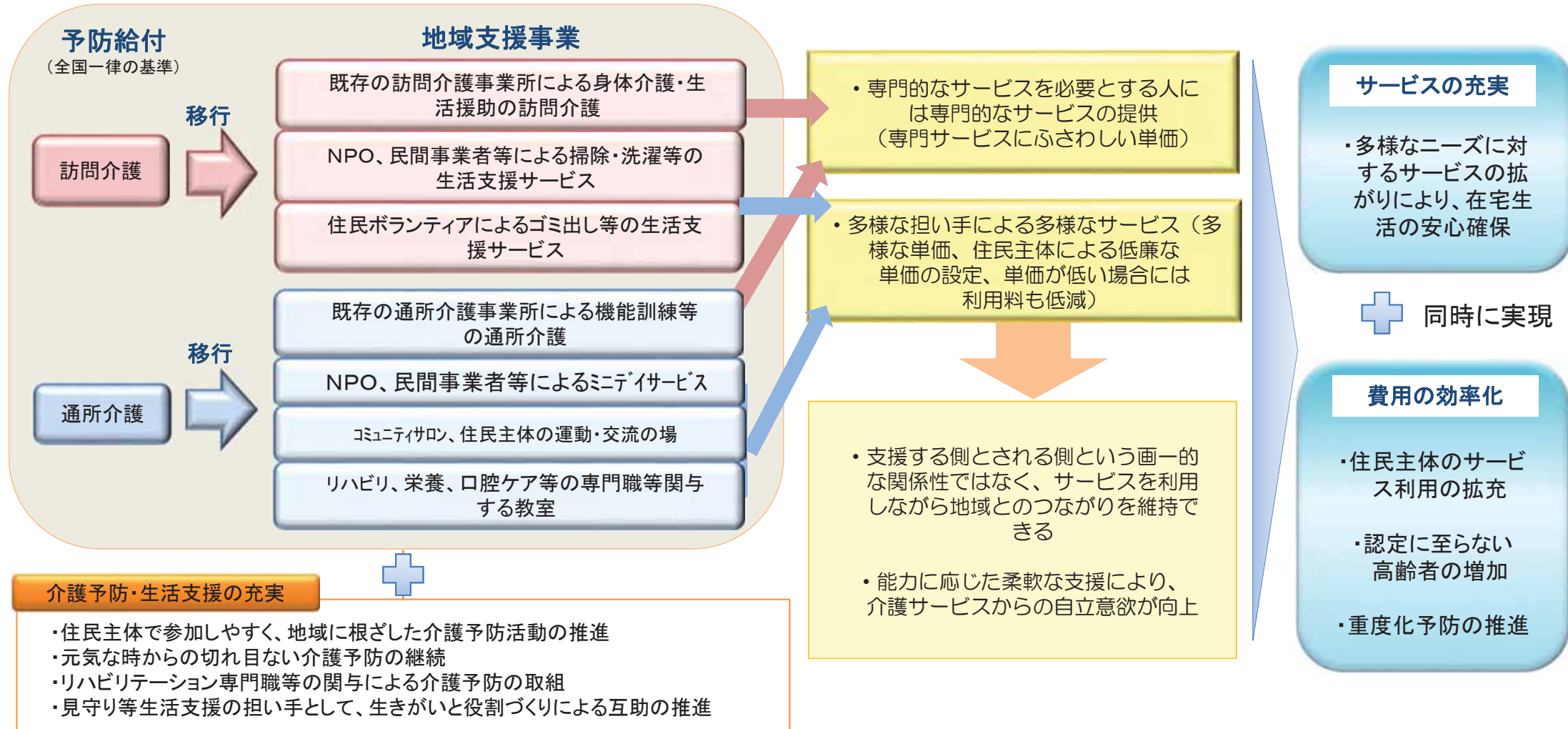
後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入による健保組合の負担増は1500億円(ただし、700億円規模の被用者保険者への支援を実施)

平成26年度介護保険法改正による新しい地域支援事業の全体像



総合事業と生活支援サービスの充実

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行(29年度末まで)。財源構成は給付と同じ(国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料)。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。



訪問介護における身体介護と生活援助

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者等）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

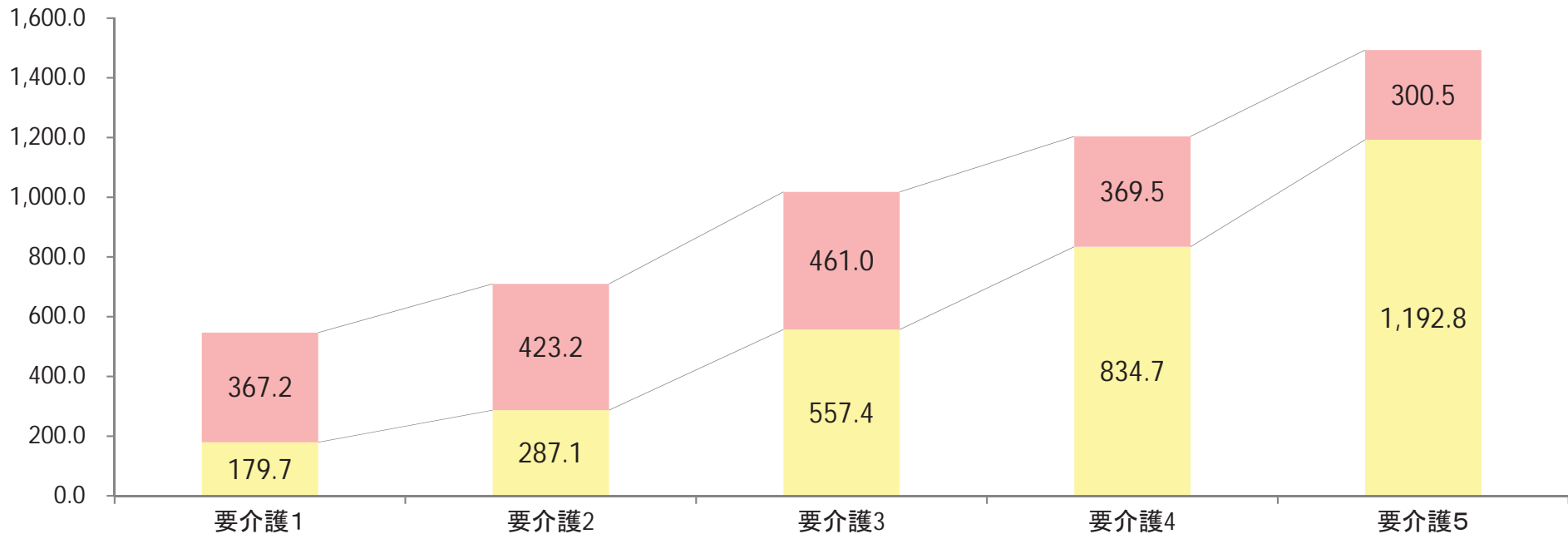
※「訪問介護員等」とは、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう。

「訪問介護」は、その行為の内容に応じ、次の3類型に区分される。

- ① 身体介護 ≫ 利用者の身体に直接接触して行われるサービス等（例：入浴介助、排せつ介助、食事介助 等）
- ② 生活援助 ≫ 家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる者に対して行われるもの（例：調理、洗濯、掃除 等）
- ③ 通院等乗降介助 ≫ 通院等のための乗車又は降車の介助（乗車前・降車後の移動介助等の一連のサービス行為を含む）

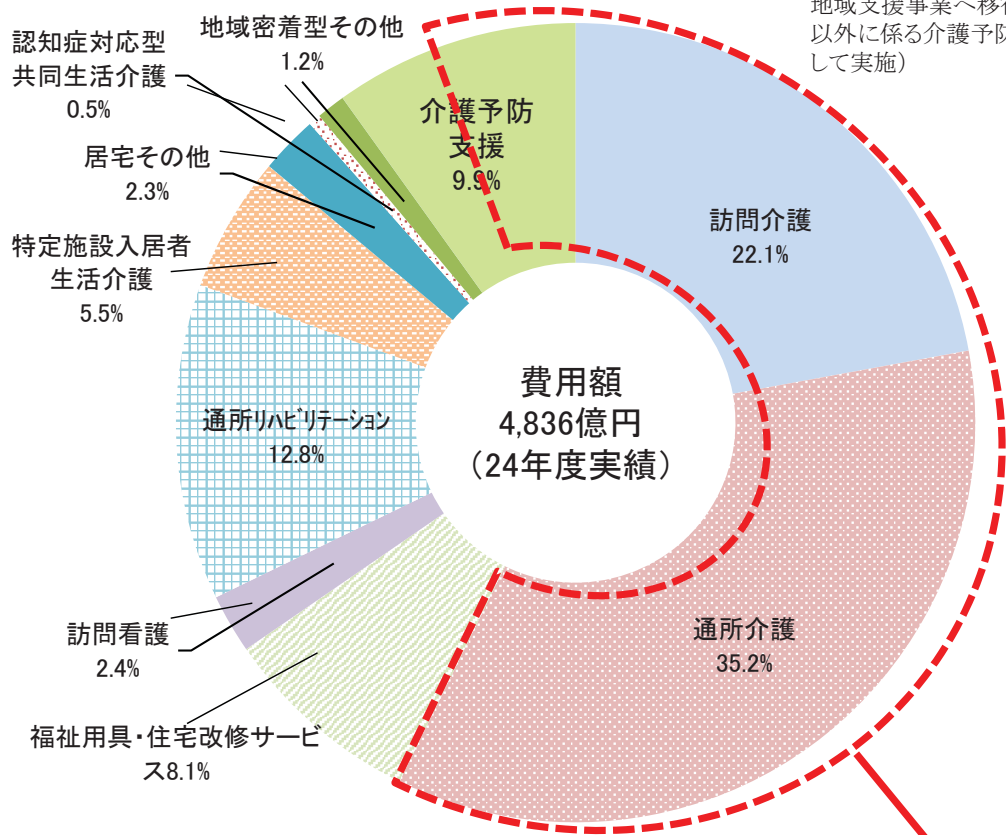
（分/月） 1ヶ月当たりの要介護度別・類型別利用者一人当たり
利用時間（平成27年3月サービス分（4月審査分））

■： 身体介護中心型 ■： 生活援助中心型



軽度者に対する給付の概要

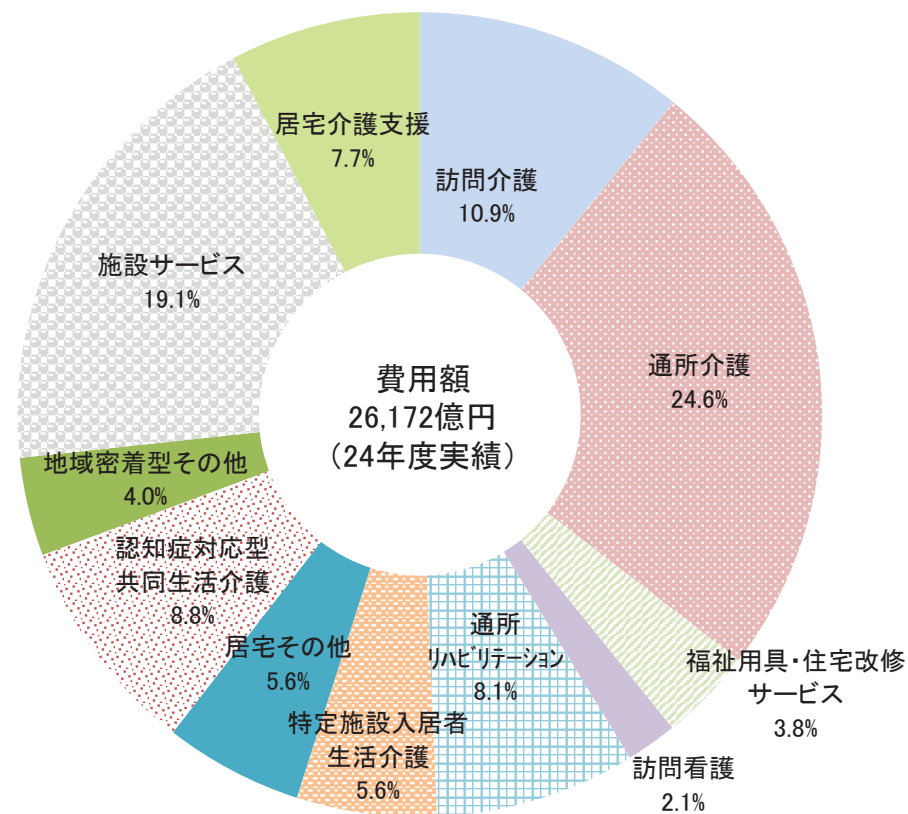
要支援1・2に対する給付



※ 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）

平成29年度末までに地域支援事業へ移行

要介護1・2に対する給付



介護保険における福祉用具・住宅改修の概要

- 介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて、保険給付の対象としている。原則は貸与であるが、貸与になじまない性質のものは、購入費を保険給付の対象としている。
- 要介護者等が、自宅に手すりを取付ける等の住宅改修を行おうとするときは、申請書を提出し、工事完成後、費用発生の実態がわかる書類等を提出することにより、実際の住宅改修費の9割相当額が償還払いで支給される。

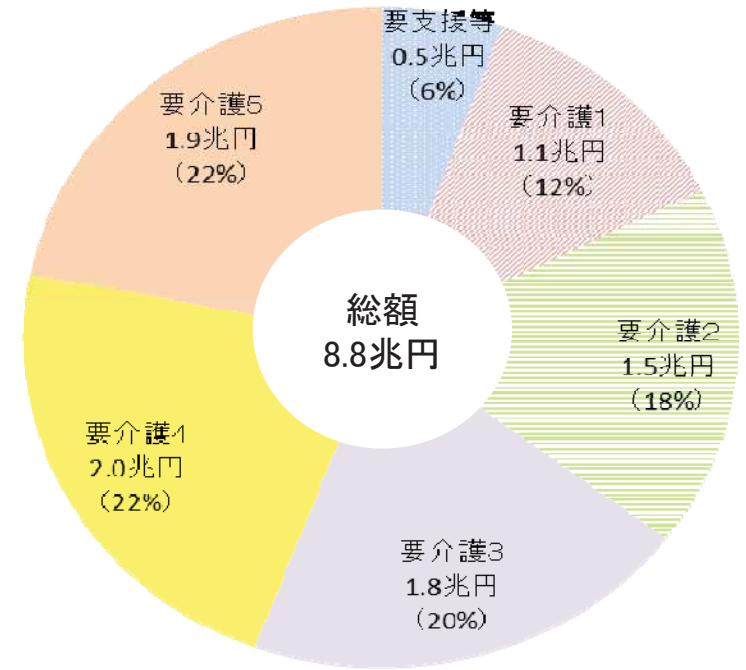
	福祉用具貸与	特定福祉用具販売	住宅改修
対象種目等	<ul style="list-style-type: none"> ① 車いす(付属品含む) ② 特殊寝台(付属品含む) ③ 床ずれ防止用具 ④ 体位変換器 ⑤ 手すり(工事を伴わないもの) ⑥ スロープ(工事を伴わないもの) ⑦ 歩行器 ⑧ 歩行補助つえ ⑨ 認知症老人徘徊感知機器 ⑩ 移動用リフト(つり具の部分を除く) ⑪ 自動排泄処理装置 	<ul style="list-style-type: none"> ① 腰掛便座 ② 自動排泄処理装置の交換可能部品 ③ 入浴補助用具(入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、入浴用介助ベルト) ④ 簡易浴槽 ⑤ 移動用リフトのつり具の部分 	<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	同一年度で10万円 ・要支援、要介護区分にかかわらず定額	同一住宅で20万円 ・要支援、要介護区分にかかわらず定額

〔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。

(出所) 増田雅暢「世界の介護保障」2014、OECD Health System Accounts Database, 2010 等に基づき作成

医療保険における費用対効果評価について

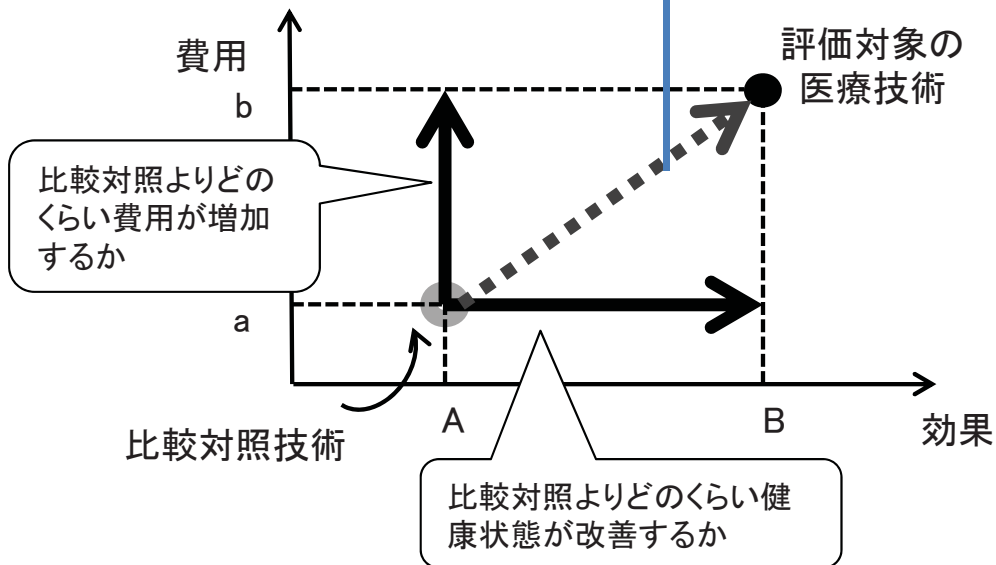
- 費用対効果評価について、中医協において、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等の検討を行い、平成28年度に試行的導入を実施。
- 本格的な導入に向けて、中医協における議論を継続。
- なお、費用対効果の本格的な導入に当たっては、十分な体制の整備(予算、組織・定員等)が必要。

○平成27年8月の中医協の中間報告において、以下の事項が確認された。

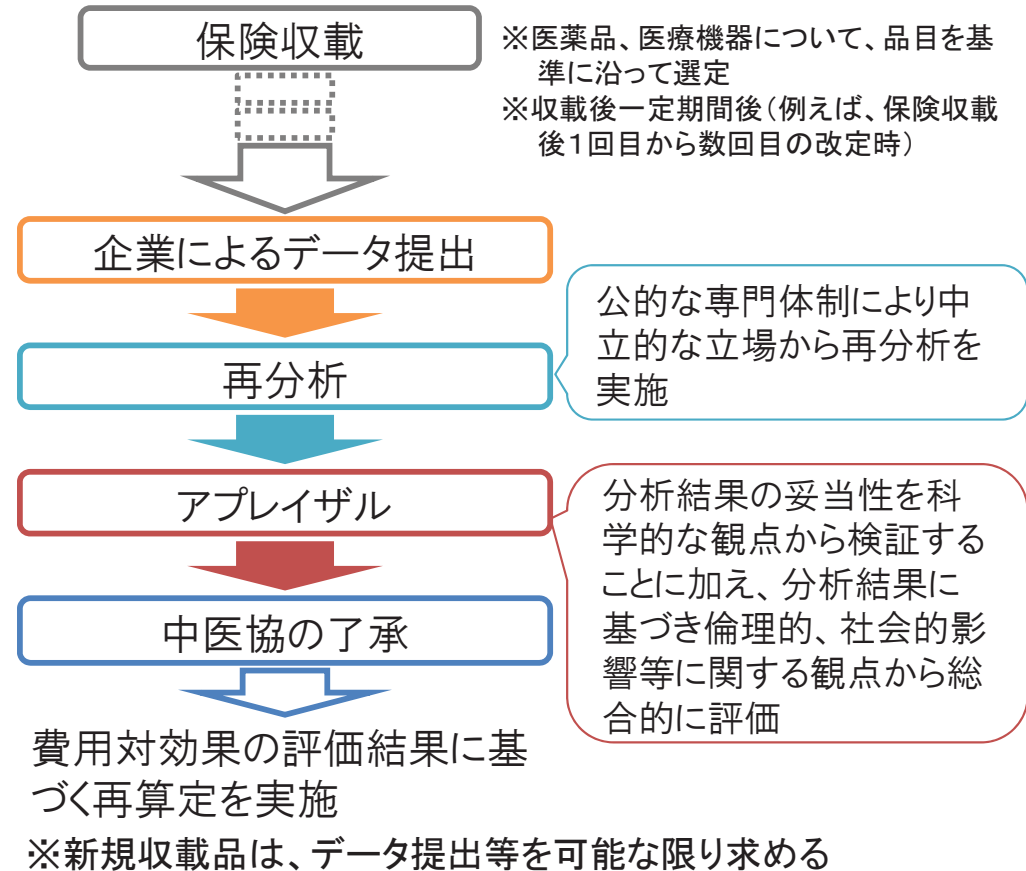
費用効果分析の手順

- 評価対象の医療技術と比較対照の医療技術との増分費用効果比(ICER)の評価を行う。

$$\text{増分費用効果比 (ICER)} = \frac{B-A \text{ (効果がどのくらい増加するか)}}{b-a \text{ (費用がどのくらい増加するか)}}$$



評価の一連の流れ(イメージ)



費用対効果評価に係る検討の経緯と今後のスケジュール

○ これまでの経緯 ○

- H24.2 平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H24.5 費用対効果評価専門部会の創設
- ・対象技術
 - ・評価手法(効果指標の取り扱い等)
 - ・評価結果の活用方法
- 等について、海外の事例も参考にしながら、月に一回程度のペースで議論
- H25.11 「議論の中間的な整理」
- H26.2 平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見
- H26.4 具体例を用いた検討の公開方法等について議論
～12
- H27.1 具体例の分析結果等について非公開で議論
～4
- H27.5 具体例の検討に係る議論を通じた課題等を報告し、
～7 個別の論点にそって議論
- H27.8 中間報告とりまとめ

○ 今後のスケジュール ○

- H27年内 試行的導入に向けて今後検討すべき事項について議論
- H27年度内(目途) 試行的導入に係る品目の選定や具体的な運用のあり方について結論
- H28年度 試行的導入の実施

平成24年度診療報酬改定に係る附帯意見

革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

平成26年度診療報酬改定に係る附帯意見

医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。

「日本再興戦略」改訂2014(平成26年6月24日閣議決定)

・革新的な医療技術等の保険適用の評価時の費用対効果分析の導入等

医療分野のイノベーションの恩恵を受けたいという患者ニーズと医療保険の持続可能性という双方の要請に応えるよう、革新的な医療技術等の保険適用の評価に際し、費用対効果の観点を2016年度を目途に試行的に導入する。また、費用対効果が低いとされた医療技術について継続的に保険外併用療養費制度が利用可能となる仕組み等を検討する。あわせて、評価療養において有効性等は認められたものの開発コストの回収が難しく治験が進まない等により保険適用が見込めない医療技術の取扱いについても、保険外併用療養費制度上の在り方を検討する。

経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決定)

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目指す

市販薬と医療用医薬品の違い

		市販薬	医療用医薬品
定義※		一般の者が自己判断に基づき薬局・薬店で購入※	医師の診断・処方せんに基づき使用※
使用における特徴		<ul style="list-style-type: none"> ○一般の者の自己判断の下で使用しても問題がない疾病に用いる。 ○一般に、用量が少なく、副作用のための検査等が求められない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医学的判断・医学的管理が必要な疾病に用いる。 ○一般に、用量が多く、副作用の発現等の注意が必要。
例： ファモチジン	効能・効果	胃痛、胸やけ、もたれ、むかつき	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血（消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による）、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群
	用法・用量	1日20mgまで	1日40mg
	使用に当たっての注意事項	(右のような注意事項はない)	治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じて治療上必要最小限の使用にとどめる。血液像、肝機能、腎機能等に注意。など
医療保険		給付対象外	給付対象
価格		自由価格	公定価格

※) 市販薬(一般用医薬品)とは、「医薬品のうち、その効能及び効果において人体に対する作用が著しくないものであって、薬剤師その他の医薬関係者から提供された情報に基づく需要者の選択により使用されることが目的とされているもの(要指導医薬品を除く。)をいう。」(医薬品医療機器法第4条)

※) 医療用医薬品とは、「医師若しくは歯科医師によって使用され又はこれらの者の処方せん若しくは指示によって使用されることを目的として供給される医薬品をいう。」(平成26年11月21日付け薬食発1121第2号医薬食品局長通知「医薬品の承認申請について」第1の2の(2))

ビタミン剤・うがい薬に関する 診療報酬改定での対応

- 医療費適正化の観点から、「ビタミン剤の単なる栄養補給目的の投与」及び「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」について、対応を行ってきている。

H24年度診療報酬改定

- すべてのビタミン剤について単なる栄養補給目的での投与は医療保険の対象外とした

ビタミン剤については、

- ① 当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、
 - ② 必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、
 - ③ 医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したとき
- を除き、これを算定しない。

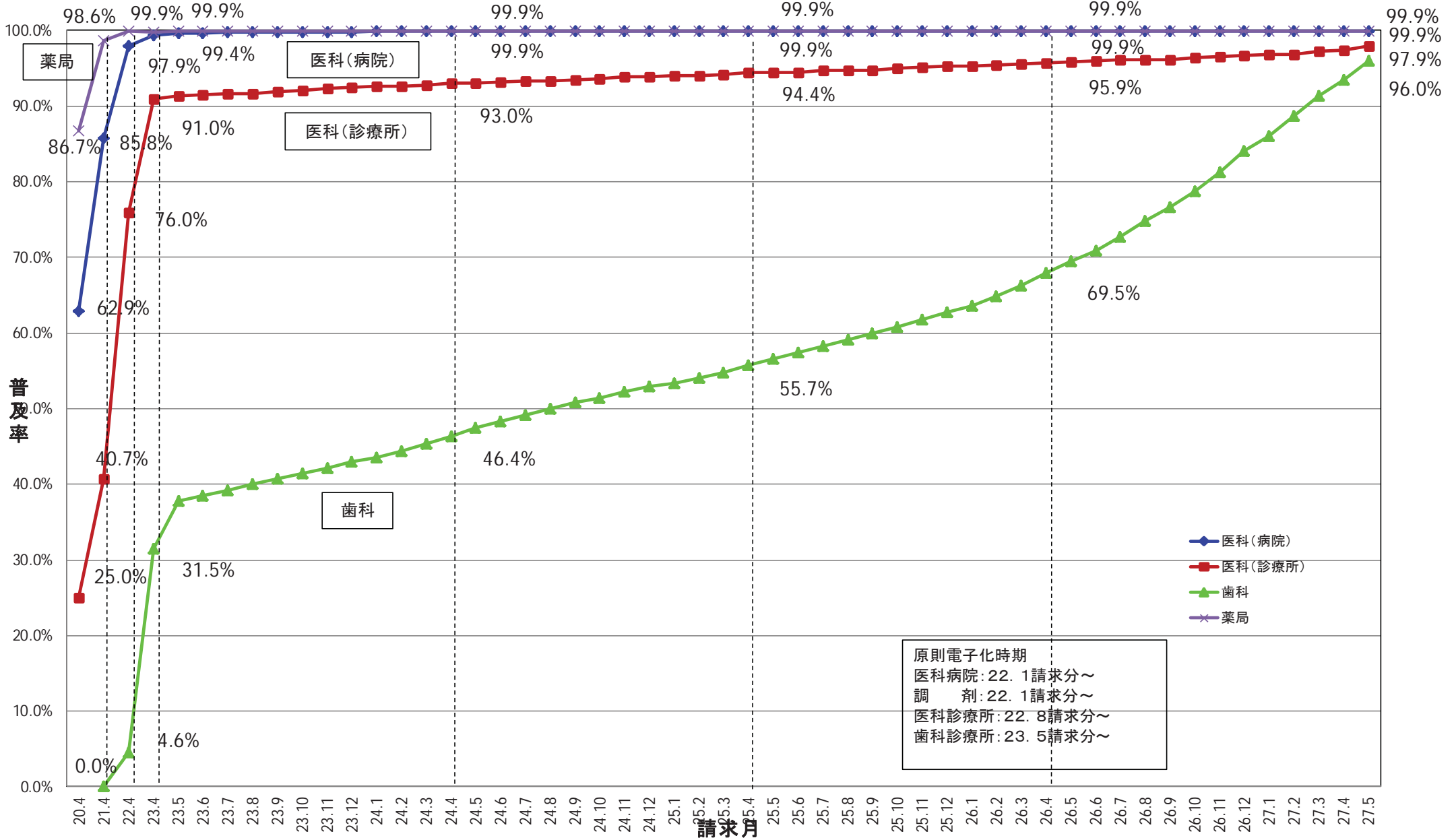
H26年度診療報酬改定

- 治療目的でない場合のうがい薬だけの処方については、医療保険の対象外とした

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

- これまでも、行政改革推進会議等から、いわゆる市販品類似薬を保険給付外とすることや自己負担化することについて指摘がなされている。
- 厚生労働省として、関係審議会において議論を求めたが、以下のような理由から慎重な意見が多かった。
(社会保障審議会医療保険部会 平成21年11～12月、平成22年12月、平成23年12月)
 - 市販品類似薬を保険給付外とした場合、それらの医薬品を使用している患者の負担が増えることになり、この点の理解を得る必要があること。
 - 市販品類似薬には、市販品と異なる重篤な疾患の適応を有するものがあること。
 - 市販品類似薬を保険給付外とすることで、製薬企業が新規成分の市販品の発売を躊躇するなどの問題があること。
 - 市販品類似薬であるという理由で保険給付外とすることで、かえってより高額な薬剤が使用される可能性があること。

医療機関のレセプト電子化の推移 (レセプト件数ベース)



レセプトの電子化による効率化効果について

1. 業務の効率化

- レセプトの電子化等により審査業務の効率化が可能になり、職員の削減及び審査支払手数料引き下げを継続して実施

①職員数

支払基金 平成20年度 5,184人→平成25年度 4,559人(▲625人)

国保連 平成20年度 5,579人→平成25年度 5,157人(▲422人)

②審査支払手数料

支払基金 平成20年度 96.65円→平成26年度 80.60円(▲16.05円)

国保連 平成20年度 68.05円→平成26年度 53.16円(▲14.89円)

5年間で約1,000人の効率化を実現

支払基金においては5年間で約82.7億円の削減効果

2. レセプト審査の質の向上

- レセプト審査においてコンピューターチェックが可能となったことにより、効果的効率的な査定が可能になっている。

①査定におけるコンピューターチェックの貢献（支払基金）

②レセプトを時系列や科目横断的につなぎ合わせての審査が可能に。

ひと月約20億円の査定額のうち、約12億円分でコンピューターチェックが寄与。

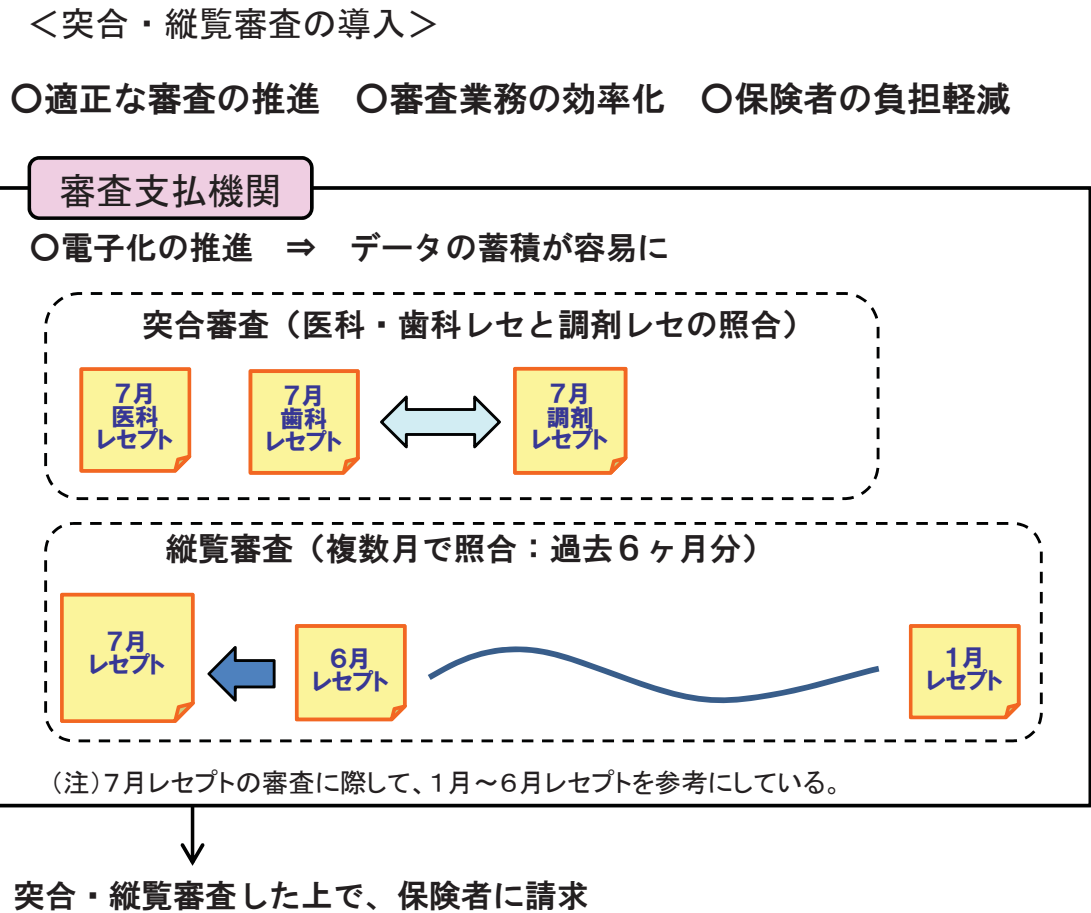
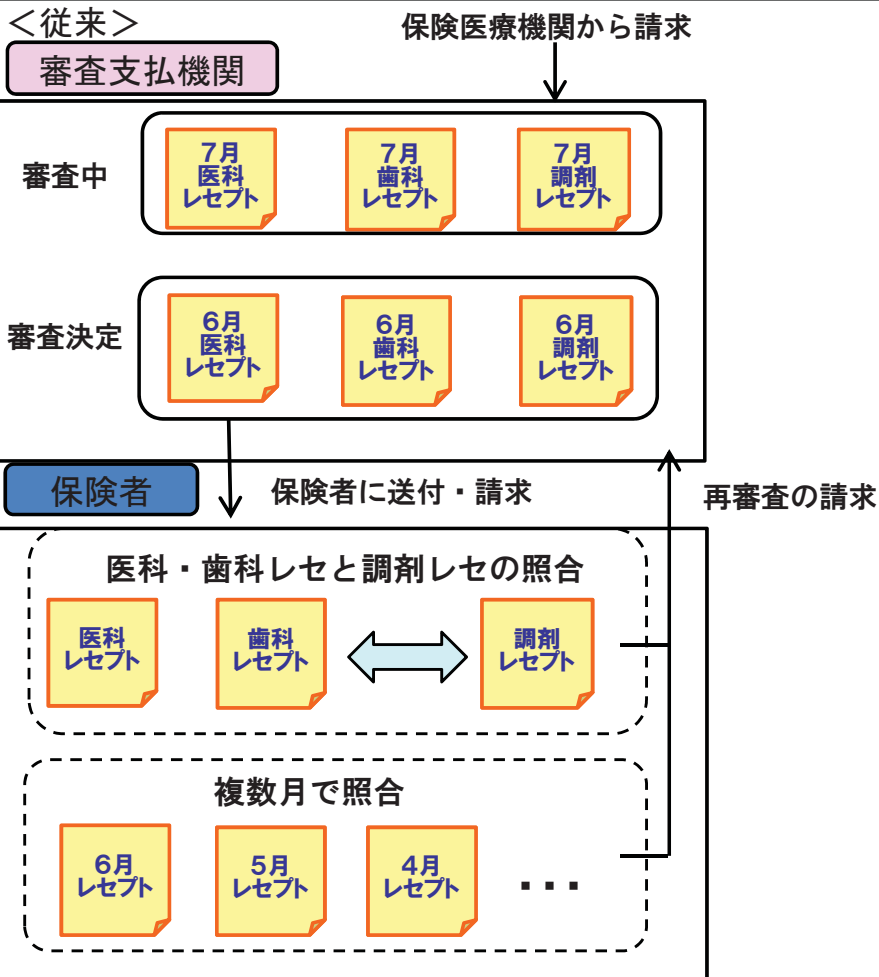
医科・歯科と調剤レセを突合して病名と薬剤を照合したチェックが可能に。

時系列の突合により、複数月に1回のみ算定が認められている検査が毎月実施されているケースなどを見つけることが可能に。

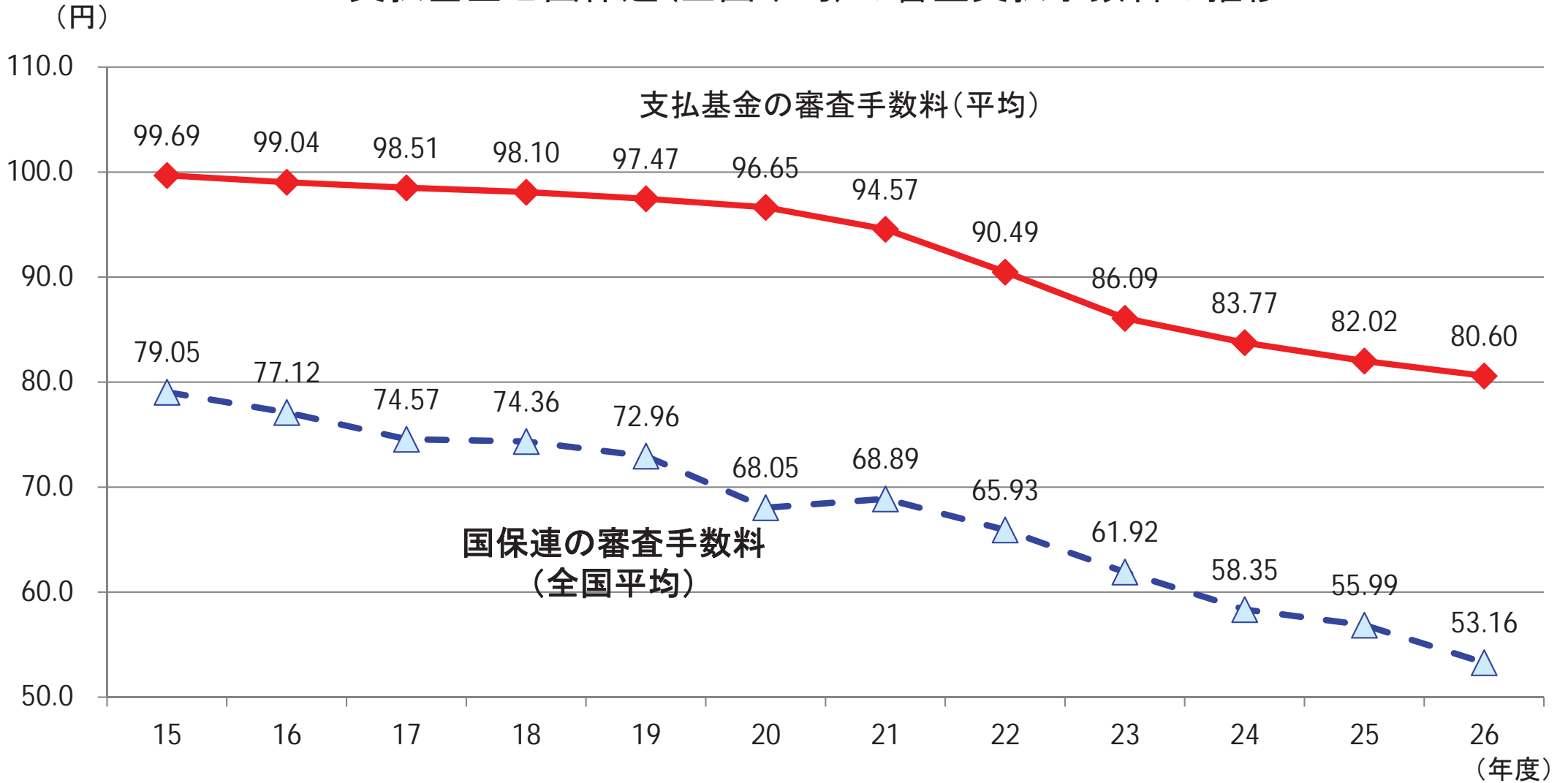
レセプトの電子化に対応した縦覧・突合審査の導入

(参考)

- これまでは紙レセプトが大半であったため、審査支払機関（支払基金及び国保連）ではレセプトごとに単月審査を行い、①レセプトを受け取った保険者において、患者ごとに複数月のレセプトを名寄せ・照合した点検（縦覧点検）や、医科・歯科レセプトと調剤レセプトとを患者単位で照合した点検（突合点検）を行い、②この点検結果による保険者の申出を受け、審査支払機関で再審査を行っていた。
- レセプトの電子化が進み、データの抽出や蓄積が容易となったため、レセプトの適正な審査を推進する観点から、審査支払機関では、最初の審査の段階から、縦覧・突合審査を導入（国保連：23年10月～、支払基金：24年3月～）。



支払基金と国保連(全国平均)の審査支払手数料の推移



(注1) 支払基金は、専門の審査支払機関であり、手数料以外の財源を有しないため、審査支払業務に必要な経費をすべて手数料の算定基礎に計上。これに対し、47国保連は、審査支払業務だけでなく保険者業務等を実施する機関であり、手数料以外の収入(負担金等)を有する。

(注2) 24年度以前は決算(確定)、25年度は決算(速報)国保連は決算(速報)

(注3) 26年度の手数料は、支払基金・国保連とも予算値である。

(注4) 国保連の審査手数料は、15年~19年度は「国保+老人保健制度」の手数料単価、20年度以降は「国保+後期高齢者医療制度」の手数料単価。

保険医療機関等に対する指導監査及び適時調査について

○保険局内に「指導監査プロジェクトチーム」を設置し、保険医療機関等に対する指導監査及び適時調査の見直しを検討。

- ・設置：平成27年7月1日
- ・目的：指導監査及び適時調査についての見直しを集中的に検討
- ・組織：保険局内に、保険局長が指名する職員をもって構成

◆指導監査

- 現状における課題解消に向けた検討
- 実施可能なものから順次実施

(検討事項)

- ・指導監査全般の在り方の見直し
- ・関係団体等からの要望を踏まえた見直し
- ・事後的な指導から予防・教育的な観点による指導の強化 等

◆適時調査

- 効率的かつ効果的な調査に向けた検討
- 今年度に検討し、平成28年度から実施

(検討事項)

- ・調査サイクルの短縮方策
- ・新たな調査方法の検討及び実施マニュアルの整備 等

【取組の現状】

◆指導監査

- ・健康保険法等に基づき、保険医療機関等に対し、地方厚生(支)局等が指導(集団指導、個別指導など)や監査を実施。

◆適時調査

- ・保険局医療課長通知に基づき、施設基準を届け出ている保険医療機関等に対し、地方厚生(支)局が直接赴いて施設基準の充足状況を調査。

【見直しの必要性】

◆指導監査

- ・指導監査の取扱いに係る指導大綱や監査要綱を平成7年に制定したが、既に20年を経過し、制度の硬直化が指摘されている。(医療機関等の増加に伴い指導の実施が十分にはできていないこと、指導対象となる医療機関等が固定化傾向にあること 等)

◆適時調査

- ・施設基準項目の増加・複雑化に伴い、通知で定めた年1回の頻度で調査することが困難となっている(現状は平均約4年に1回)。
- ・それに加え、効率的・効果的な統一の調査マニュアルが必要となっている。

平成25年度における指導監査等の実施状況

◆ 指導

(実施件数の推移)

	23年度	24年度	25年度
個別指導	3,955	4,302	4,400
新規個別指導	5,634	6,103	6,170
集团的個別指導	13,554	13,622	13,745

[25‘返還金額] 約34億円(対前年度比約6億円減)

◆ 適時調査

(実施件数の推移)

23年度	24年度	25年度
2,274	2,409	2,508

[25‘返還金額] 約62億円(対前年度比約10億円減)

◆ 監査

(実施件数の推移)

23年度	24年度	25年度
161	97	94

[25‘返還金額] 約50億円(対前年度比約33億円増)

[25‘取消等の状況]

- ・保険医療機関等 59件(対前年度比13件減)
 - (内訳) 指定取消 20件
 - 指定取消相当 39件
- ・保険医等 26人(対前年度比16人減)
 - (内訳) 登録取消 26人
 - 登録取消相当 0人