

# 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等を踏まえ、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 <sup>1</sup>	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

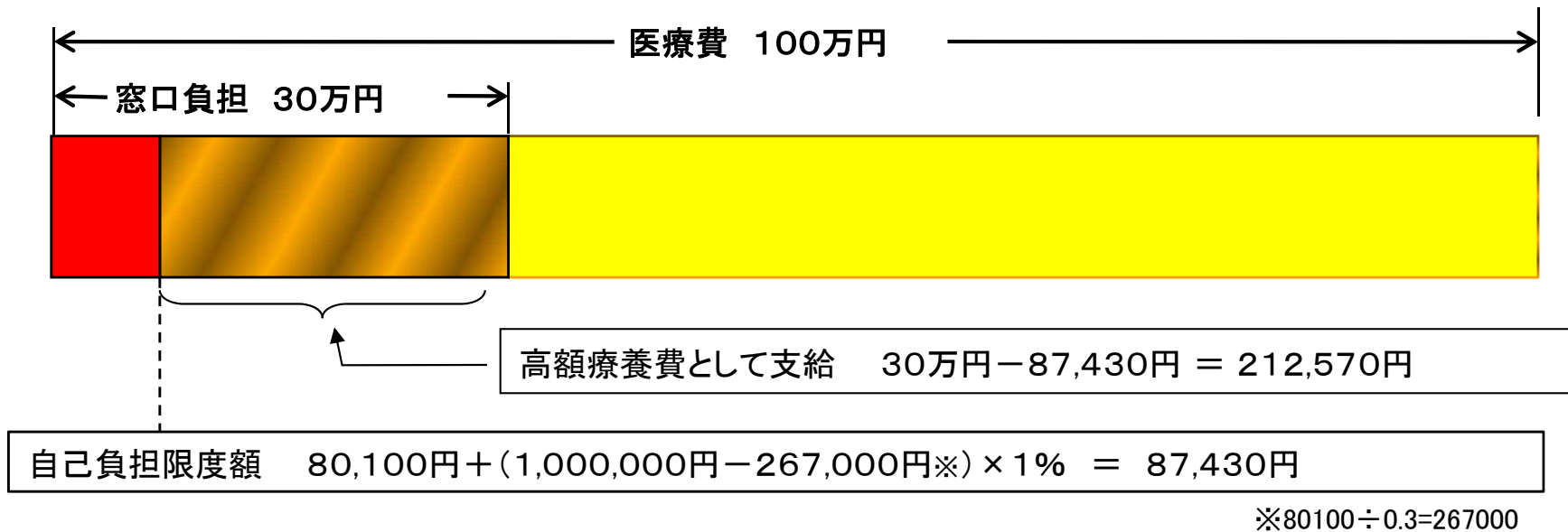
○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い(※)される制度。

(※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)

		月単位の上限額（円）	
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	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	窓口負担割合 3割	外来 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割	44,400
	住民税非課税	(3)	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	15,000
75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	窓口負担割合 3割	外来 80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(1)	1割	44,400
	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

		月単位の上限額（円）	
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	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	窓口負担割合 3割	外来 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)	2割	44,400
	住民税非課税	(3)	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000	15,000
75歳	現役並み所得者 (年収約370万円～) 課税所得145万以上	窓口負担割合 3割	外来 80,100 + (総医療費 - 267,000) × 1% <多数回該当：44,400>
	一般(～年収約370万円) 課税所得145万円未満(1)	1割	44,400
	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。

## 高齢者の高額療養費の自己負担限度額の考え方

[70歳以上]

		自己負担限度額（1月当たり）	
		外来(個人ごと)	
現役並み所得者		44,400円( )	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 多数回該当 44,400円 ( )
一般		12,000円( )	44,400円( )
低所得者	住民税非課税	8,000円( )	24,600円( )
	住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円( )

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

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。

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。

70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合わせて設定。

平成14年10月の1割負担導入時以降、据え置き。

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。

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。

# 高額介護（介護予防）サービス費

②④( )

月々の介護サービス費の1割の負担額が世帯合計（個人）で上限額を超えた場合に、その超えた分が払い戻されます。

所得段階	所得区分	上限額
第1段階	①生活保護の被保護者 ②15,000円への減額により生活保護の被保護者とならない場合 ③市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	①個人15,000円 ②世帯15,000円 ③世帯24,600円 個人15,000円
第2段階	○市町村民税世帯非課税で[公的年金等収入金額＋合計所得金額]が80万円以下である場合	世帯24,600円 個人15,000円
第3段階	○市町村民税世帯非課税 ○24,600円への減額により生活保護の被保護者とならない場合	世帯24,600円
第4段階	○第1～3段階及び第5段階に該当しない者	世帯37,200円
第5段階	○世帯内の第1号被保険者の課税所得が145万円であり、かつ、世帯内の第1号被保険者の収入が合計520万円（第1号被保険者が1人のみ場合は383万円）未満である場合	世帯44,400円

個人の高額介護（介護予防）サービス費の支給

(利用者負担世帯合算額－世帯の上限額)

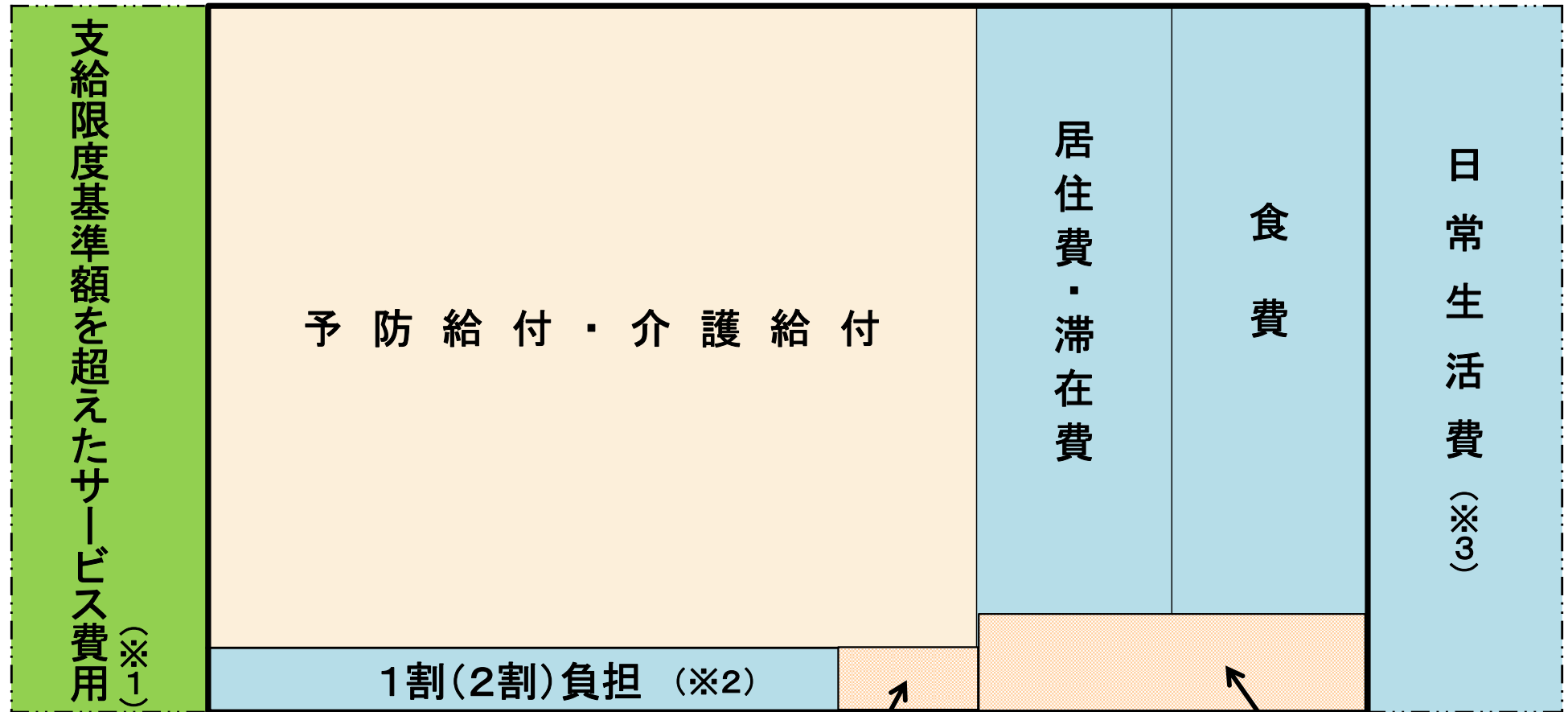
×

個人の利用者負担合算額

利用者負担世帯合算額

高額介護サービス費の支給：保険給付の1割負担分の合計額が上限額を超えた場合、申請により超過分が払い戻される。

# 利用者の自己負担



高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費による1割負担の軽減

特定入所者介護サービス費(補足給付)による居住費・滞在費、食費の軽減

- ※1 在宅サービスについては、要介護度に応じた支給限度基準額(保険対象費用の上限)が設定されている。
- ※2 居宅介護支援は全額が保険給付される。平成27年8月以降、一定以上の所得者については2割負担となる。
- ※3 日常生活費とは、サービスの一環で提供される日常生活上の便宜のうち、日常生活で通常必要となる費用。  
(例:理美容代、教養娯楽費用、預かり金の管理費用など)

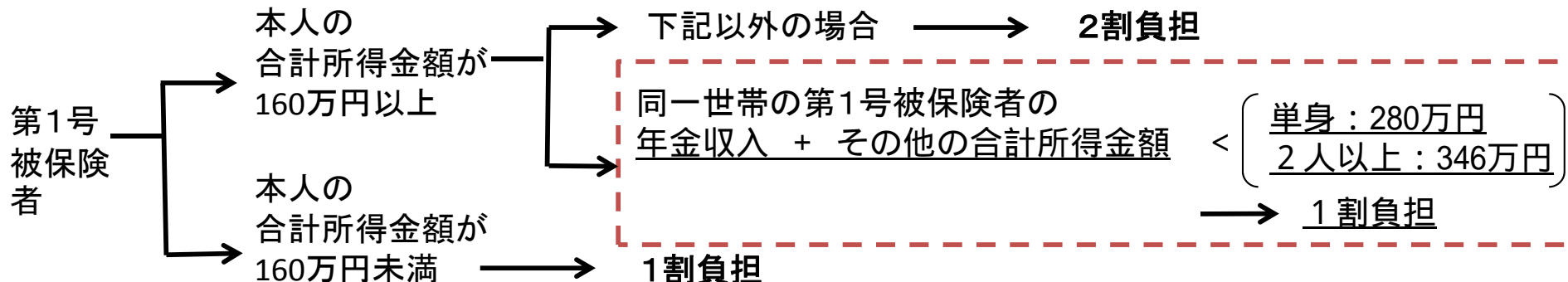
# 一定以上所得者の利用者負担の見直し

②④( )

平成27年8月施行

## 負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- 自己負担2割とする水準は、合計所得金額 (1) 160万円以上 (2) の者(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)。
- ただし、合計所得金額が160万円以上であっても、実質的な所得が280万円に満たないケースや2人以上世帯における負担能力が低いケースを考慮し、「年金収入とその他の合計所得金額」の合計が単身で280万円、2人以上世帯で346万円未満 (3) の場合は、1割負担に戻す。



- 1 合計所得金額とは、収入から公的年金控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額
- 2 被保険者の上位20%に該当する水準。ただし、利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いいため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。
- 3 280万円 + 5.5万円(国民年金の平均額) × 12 = 346万円

## 負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引き上げ

参考: 医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

〈現行〉	
	自己負担限度額(月額)
一般	37,200円(世帯)
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)

〈見直し後〉	
現役並み所得相当( )	44,400円
一般	37,200円

	自己負担限度額(現行/世帯単位)
現役並み所得者	80,100 + 医療費1% (多数該当: 44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

課税所得145万円以上(ただし、同一世帯内の第1号被保険者の収入が、1人のみの場合383万円、2人以上の場合520万円に満たない場合には、一般に戻す)

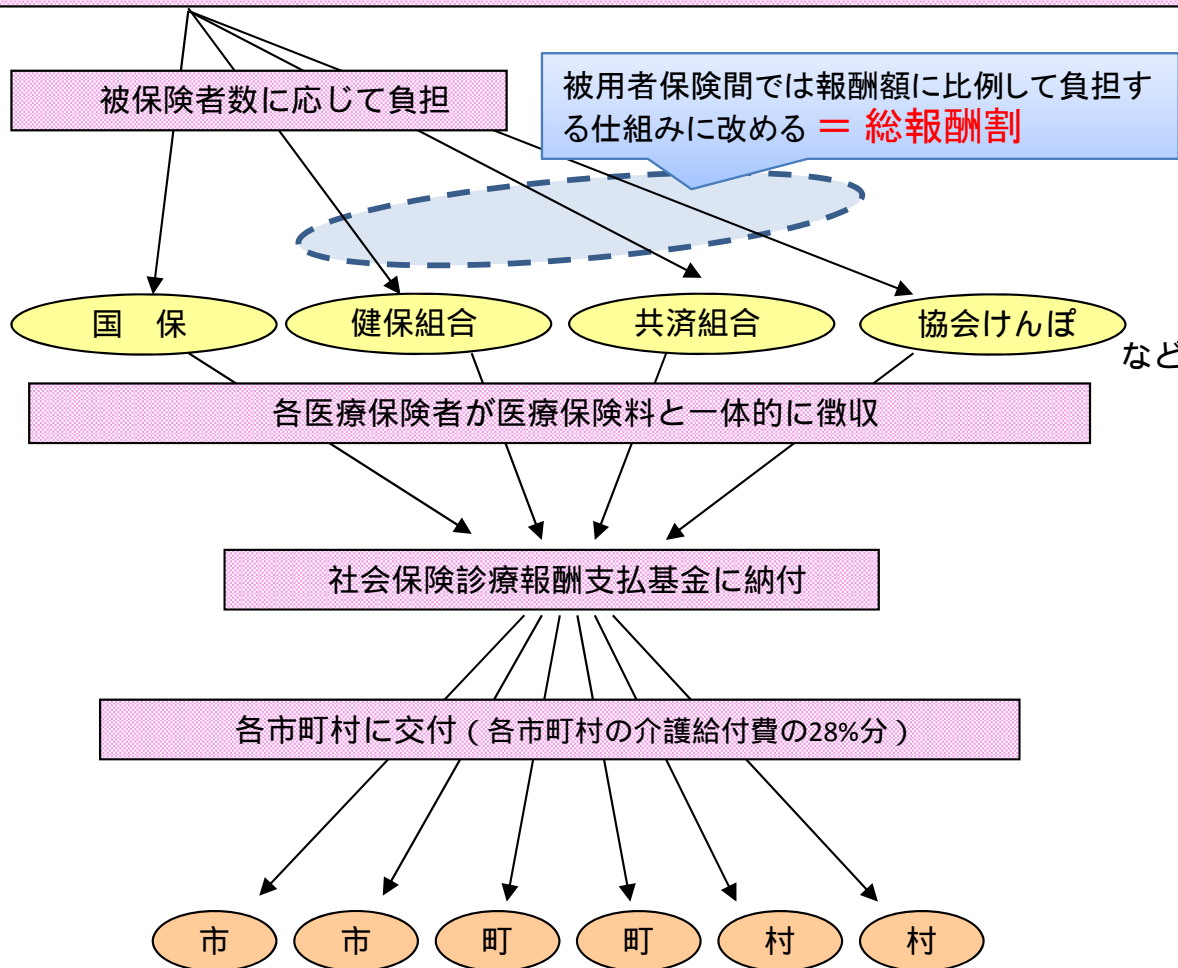
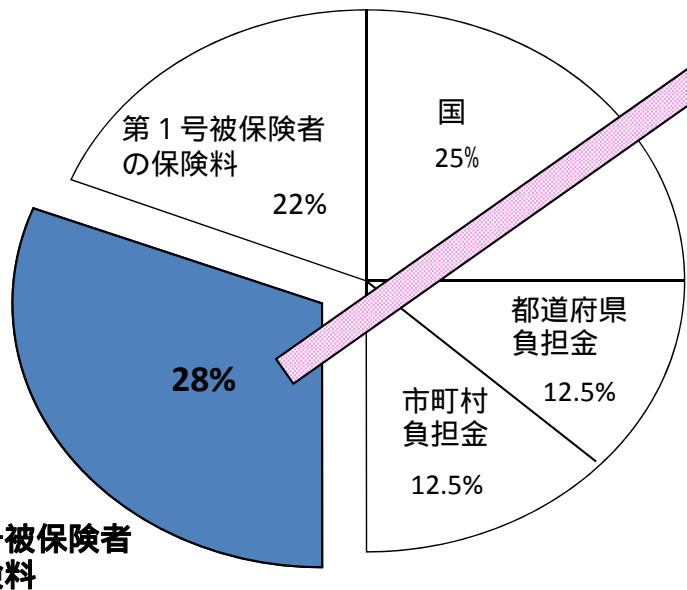
# 介護納付金の総報酬割

- 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]

第2号被保険者(40~64歳)は給付費の28%を負担

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)



(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
<b>1.37%</b>	<b>5,058円</b> 【+595円】
	<b>3,459円</b> 【-272円】
	<b>6,313円</b> 【+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
<b>1.37%</b>	<b>9,567円</b> 【+5,104円】
	<b>2,980円</b> 【-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%)		

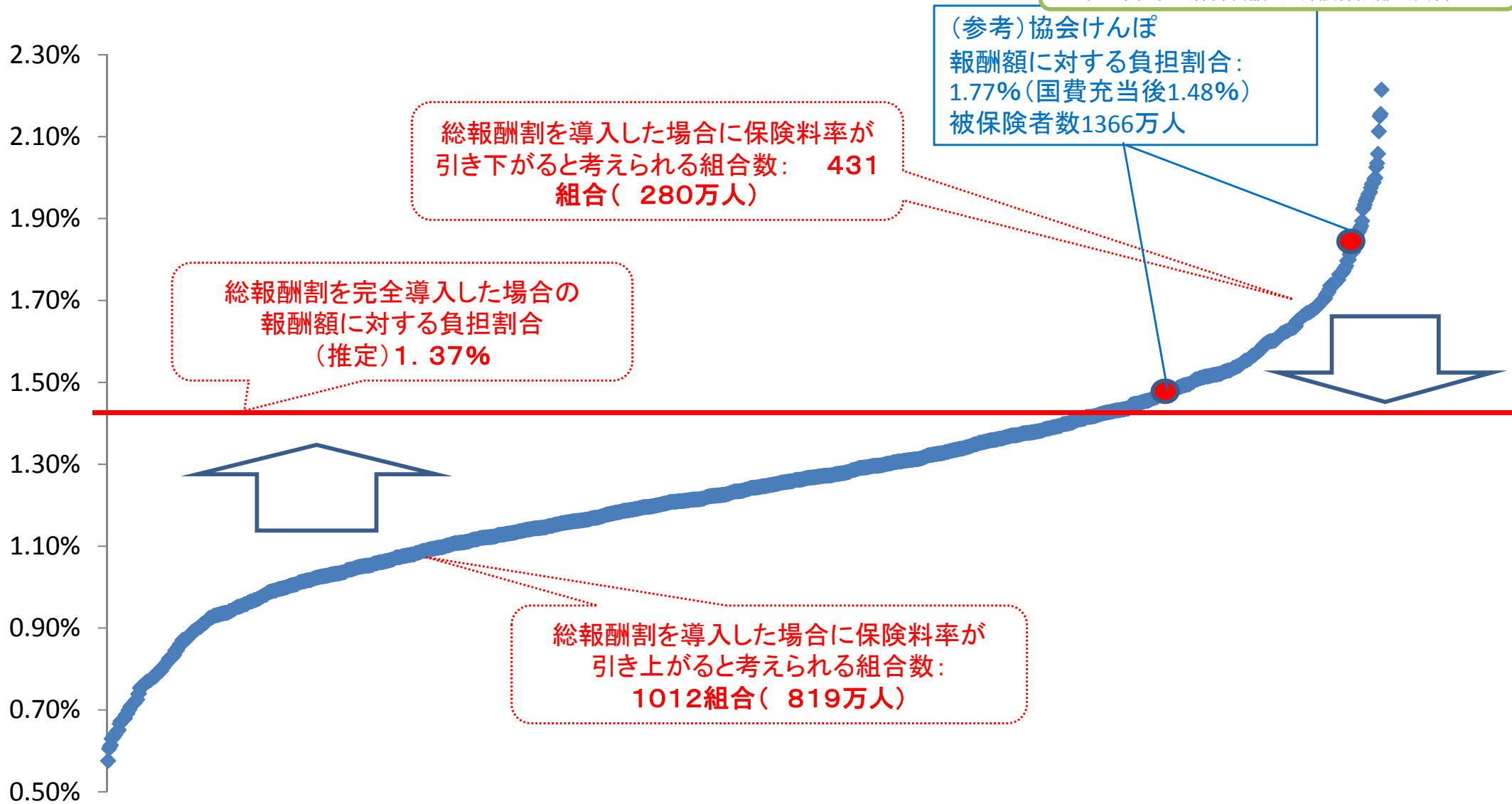
○総報酬割を導入した場合に負担増・減となる保険者数

	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



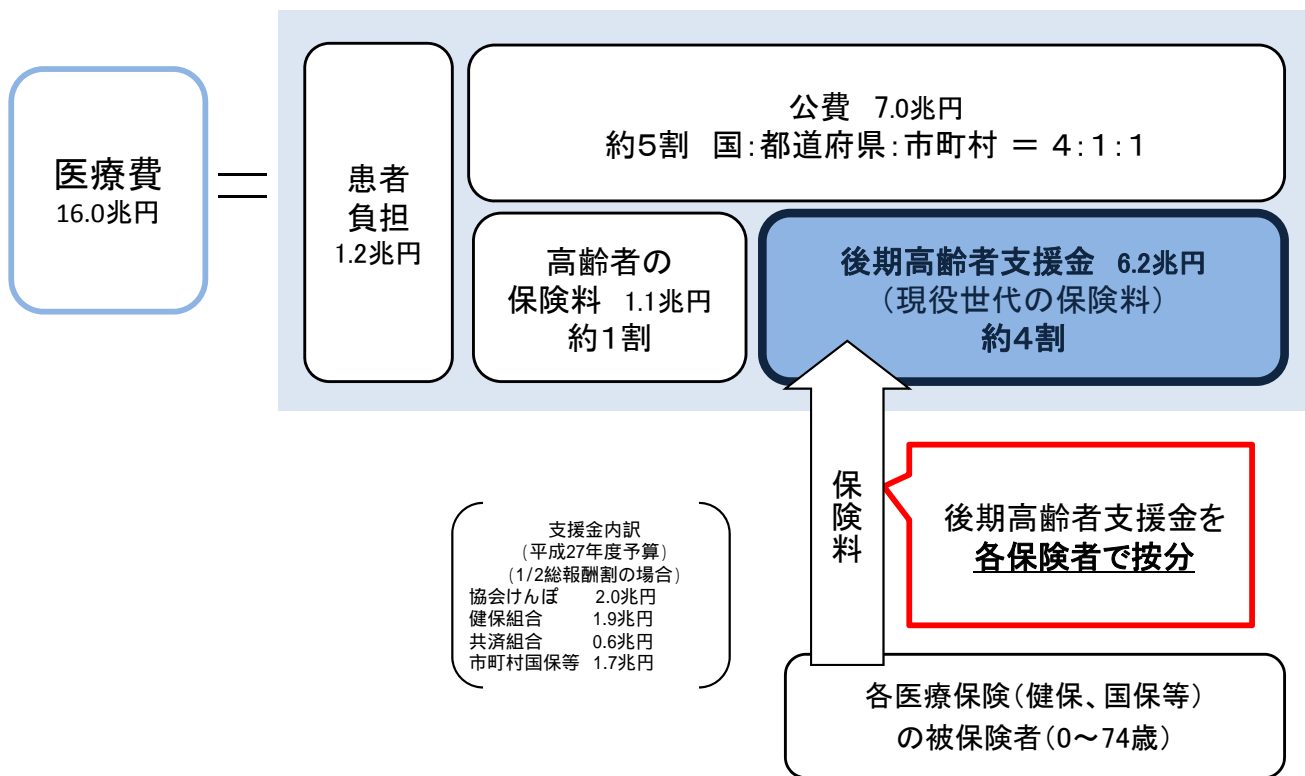
平成23年度決算見込み額の各健康保険組合の納付金総額を総報酬額で除して推計したものであり、実際の保険料率ではない。

# 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

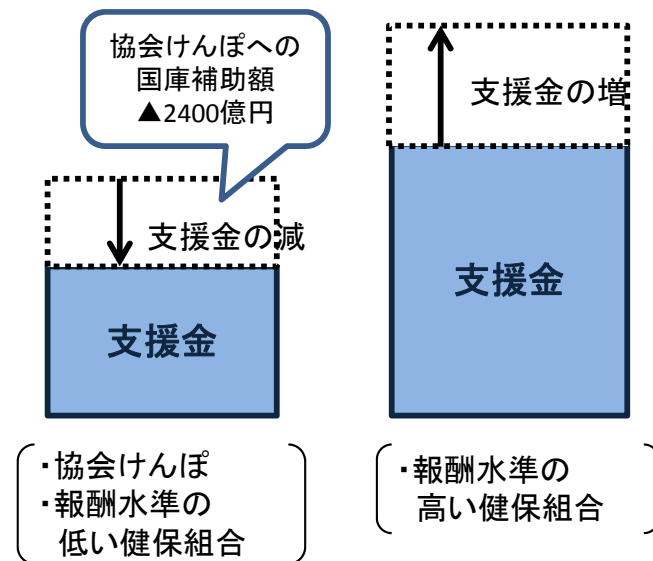
【後期高齢者医療制度の医療費の負担の仕組み】



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〕

被用者保険者間の格差解消



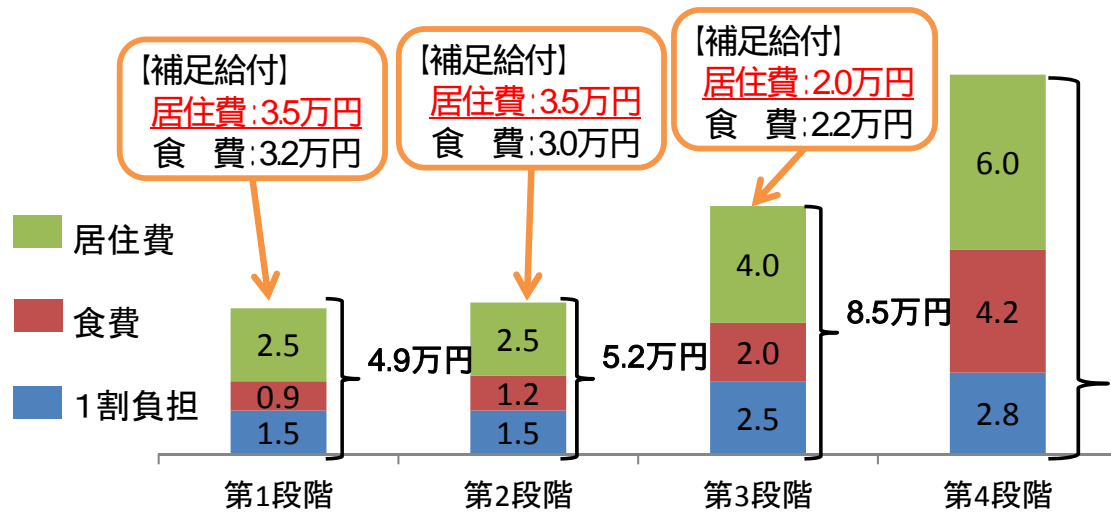
後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入による健保組合の負担増は1500億円(ただし、700億円規模の被用者保険者への支援を実施)

# 介護保険の食費・居住費の軽減(補足給付)の見直し (資産等の勘案)

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

## <現在の補足給付と施設利用者負担>

ユニット型個室の例



負担軽減の対象	対象者
第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額+合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階 ~	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

(※)認定者数:113万人、給付費:3185億円[平成25年度]

## <要件の見直し>

- ① 預貯金等 → 一定額超の預貯金等(単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超)がある場合には、対象外。本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ(加算金)を設ける
- ② 配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外
- ③ 非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金(遺族年金・障害年金)も勘案する

①、②:平成27年8月施行、③:平成28年8月施行

# 新しい地域支援事業の全体像

< 改正前 >

介護保険制度

< 改正後 >

【財源構成】

- 国 25%
- 都道府県 12.5%
- 市町村 12.5%
- 1号保険料 22%
- 2号保険料 28%

【財源構成】

- 国 39%
- 都道府県 19.5%
- 市町村 19.5%
- 1号保険料 22%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)  
 訪問看護、福祉用具等  
 訪問介護、通所介護

介護予防事業  
 又は介護予防・日常生活支援総合事業  
 ○二次予防事業  
 ○一次予防事業  
 (介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。)

包括的支援事業  
 ○地域包括支援センターの運営  
 ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業  
 ○介護給付費適正化事業  
 ○家族介護支援事業  
 ○その他の事業

改正前と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1~2、それ以外の者)  
 ○介護予防・生活支援サービス事業  
 ・訪問型サービス  
 ・通所型サービス  
 ・生活支援サービス(配食等)  
 ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)  
 ○一般介護予防事業

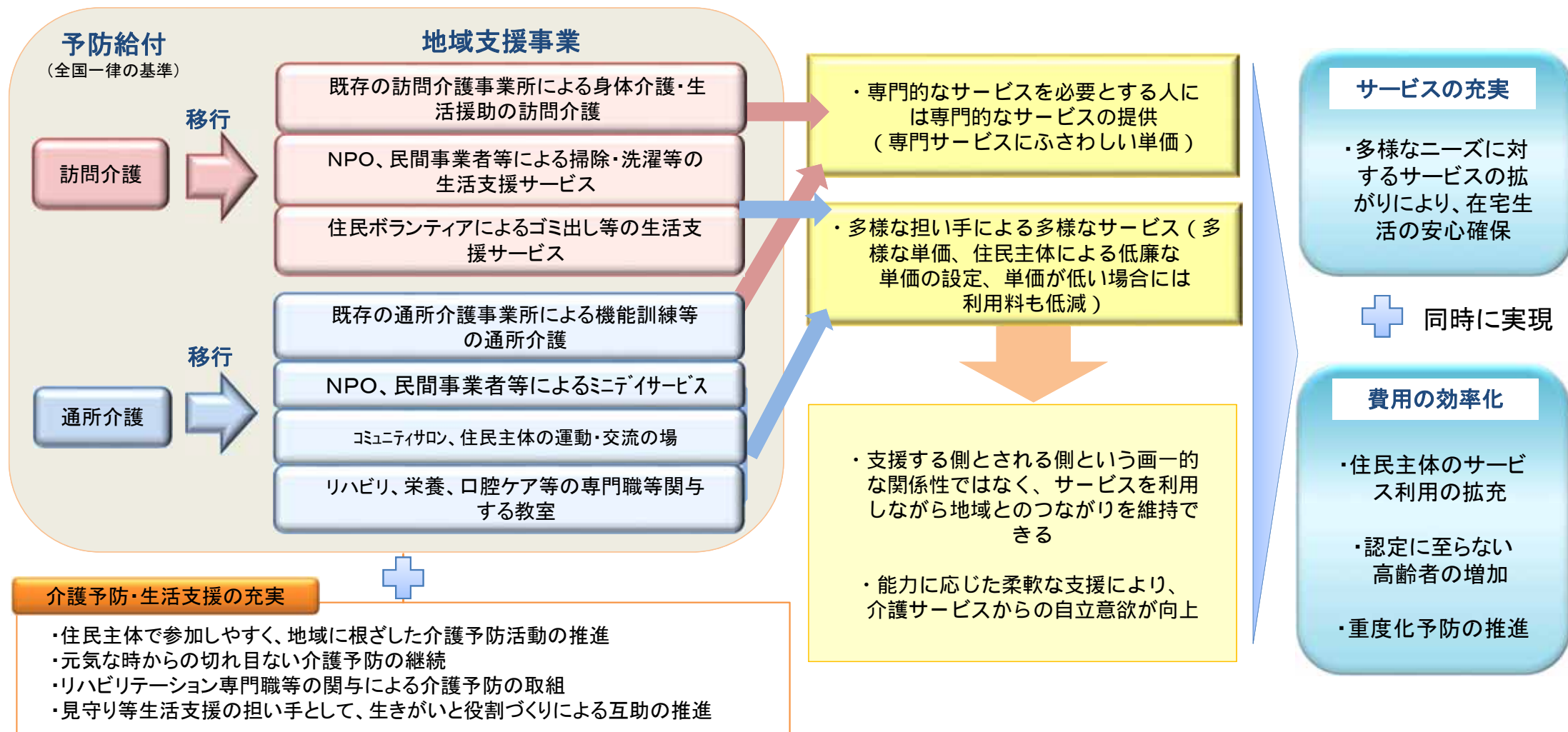
包括的支援事業  
 ○地域包括支援センターの運営 (左記に加え、**地域ケア会議の充実**)  
 ○在宅医療・介護連携推進事業  
 ○認知症総合支援事業 (認知症初期集中支援事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)  
 ○生活支援体制整備事業 (コーディネーターの配置、協議体の設置 等)

任意事業  
 ○介護給付費適正化事業  
 ○家族介護支援事業  
 ○その他の事業

地域支援事業

# 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。

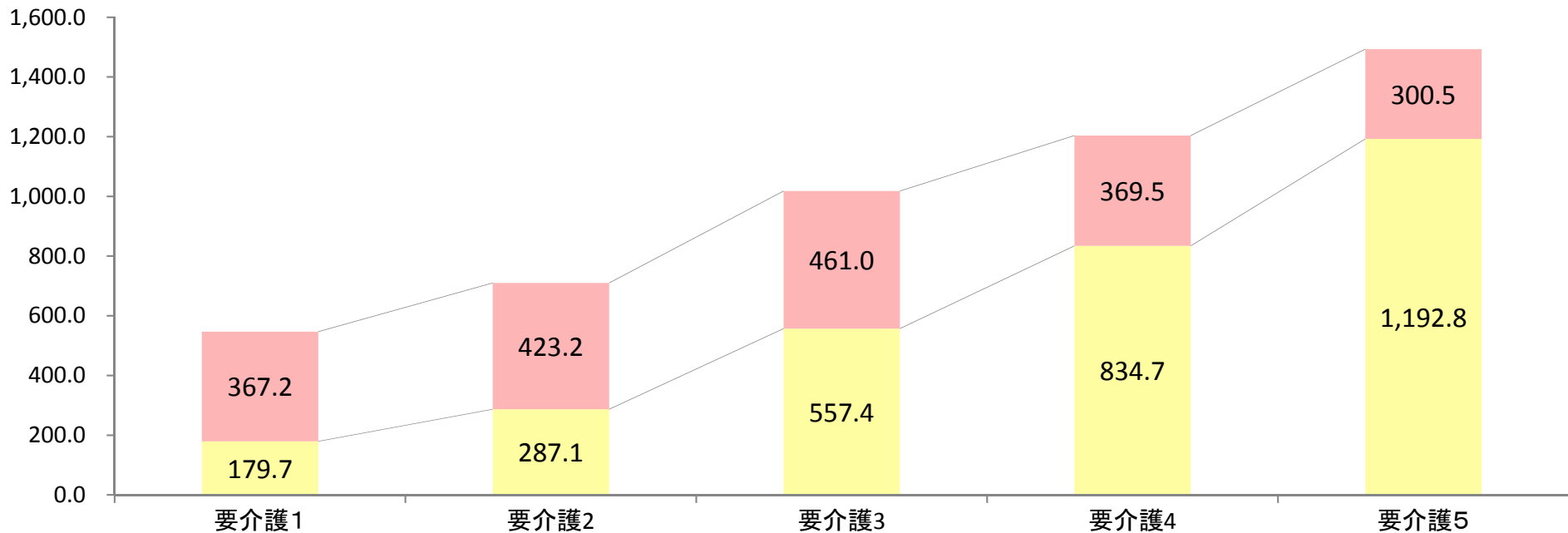
「訪問介護員等」とは、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう。

「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

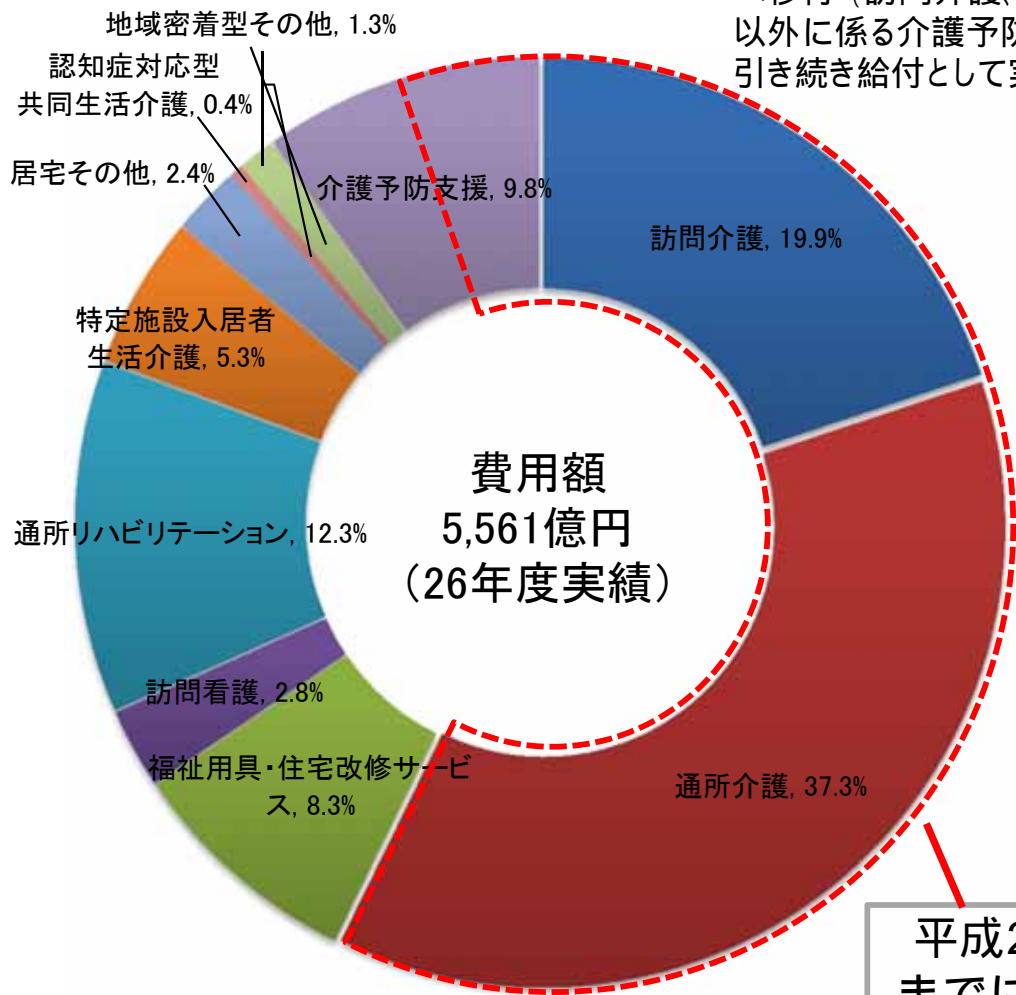




# 軽度者に対する給付の概要

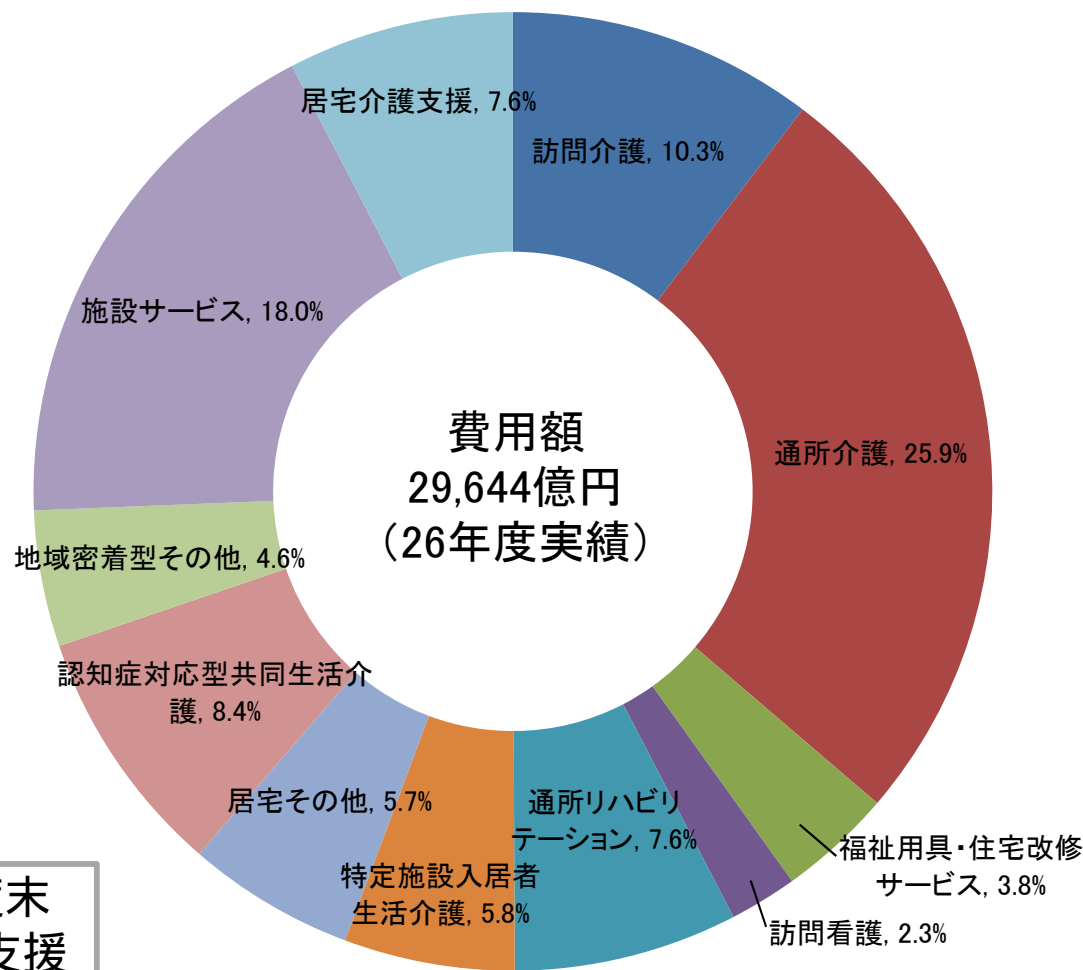
## 要支援1・2に対する給付

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"> <li>① 車いす(付属品含む)</li> <li>② 特殊寝台(付属品含む)</li> <li>③ 床ずれ防止用具</li> <li>④ 体位変換器</li> <li>⑤ 手すり(工事を伴わないもの)</li> <li>⑥ スロープ(工事を伴わないもの)</li> <li>⑦ 歩行器</li> <li>⑧ 歩行補助つえ</li> <li>⑨ 認知症老人徘徊感知機器</li> <li>⑩ 移動用リフト(つり具の部分を除く)</li> <li>⑪ 自動排泄処理装置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 腰掛便座</li> <li>② 自動排泄処理装置の交換可能部品</li> <li>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)</li> <li>④ 簡易浴槽</li> <li>⑤ 移動用リフトのつり具の部分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 手すりの取付け</li> <li>② 段差の解消</li> <li>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</li> <li>④ 引き戸等への扉の取替え</li> <li>⑤ 洋式便器等への便器の取替え</li> <li>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</li> </ul>
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

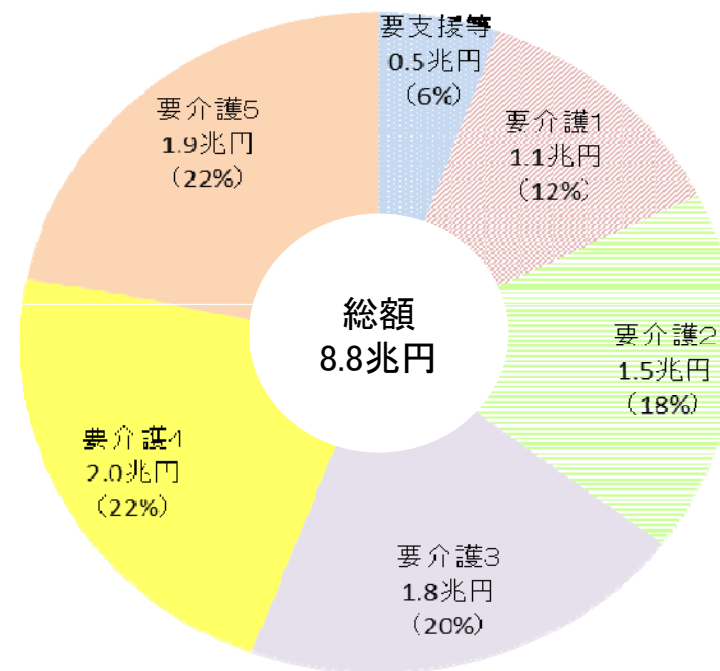
# 〔参考〕 諸外国における介護制度との比較

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、韓国は導入当初は3段階(中度以上)だが、韓国は2014年、ドイツは2017年(予定)に5段階に変更し、対象を軽度にも拡大。

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。)

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。

	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280)	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。) ドイツの要介護区分は、2017年1月から軽度も対象として5段階へ変更予定(要介護1~5)。	5段階 (要介護1~4及び認知症特別等級) ※制度導入時は3段階。2014年の改正により要介護3級を3級と4級に分け、認知症特別等級を新設し現在の5段階に至る。
給付対象者	○65歳以上は原因を問わず要支援・要介護状態となった者 ○40~64歳(医療保険加入者)は加齢に伴う疾病(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(一定以上所得がある場合は2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%

# 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		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。	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・湿布薬に関する 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」、「治療目的でない場合のうがい薬だけの処方」及び「湿布薬の適正給付」について、対応を行っている。

## 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、

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、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、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。

## H28年度診療報酬改定

**湿布薬**について**1処方につき原則70枚の処方制限を行う**こととした

入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

- 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。