

平成29年11月8日

第23回 社会保障ワーキング・グループ

骨太方針2017、改革工程表の事項の 取組状況について (参考資料)



目次

- ⑨かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方…… 1
- ⑳(ii)後期高齢者の窓口負担の在り方…… 7
- ㉑(ii)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ためのその他の課題…… 12
- ㉒金融資産等の医療保険制度における負担への反映方法…… 15
- ㉓(iv)薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点からの検討…… 20
- ㉓(i)軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行…… 27

外来の機能分化・連携の推進

かかりつけ医の普及を図り、かかりつけ医が患者の状態や価値観も踏まえ、医療をサポートする「ゲートオープナー」機能を確立。



必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

- 認知症に対する主治医機能の評価
- 小児に対するかかりつけ医の評価
- 地域包括診療料、地域包括診療加算(※)の施設基準の緩和

(※) 複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

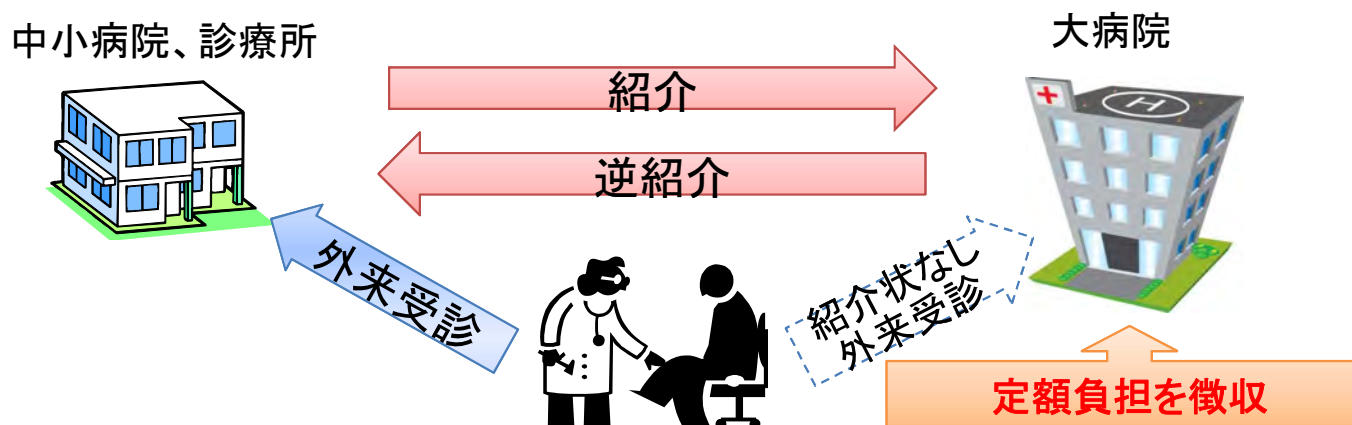
	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新 認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	担当医を決め、 ・療養上の指導 ・他の医療機関での受診状況等の把握 ・服薬管理 ・健康管理 ・介護保険に係る対応 ・在宅医療の提供 ・24時間の対応 等を実施	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○研修の受講 ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新 認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上		内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○研修の受講 ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症		(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。

※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。

※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
 - [緊急その他やむを得ない事情がある場合]
 - 救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
 - a. 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - b. 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - c. 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者 等
 - ④ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月の経過措置を設ける。



外来時の負担等に関する医療保険部会における主なご意見①

議論の整理(抄)

平成28年12月20日
社会保障審議会医療保険部会

(かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担)

- かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め、具体的な検討を進めるとの方向性に異論はなかった。その上で、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について、幅広く検討を進めるべきとの意見があった。

【主なご意見】

①紹介状なし大病院受診時の定額負担に関するご意見

- 選定療養により負担に差をつけることは、医療機関の地域的な分布の問題や受診行動の誘導につながり得るのかということを含め、時間をかけて議論する必要がある。
- 紹介状なしで大病院に受診した場合の定額負担について、医療機関の機能分化・連携を促進する観点から、その取扱いを拡充していくべきではないか。その際、保険財政の負担軽減につながる形を考えるべき。

外来時の負担等に関する医療保険部会における主なご意見②

②かかりつけ医以外の外来時の定額負担に関するご意見

- 外来の機能分化・連携については、可能な限り取り組みを進めていくべき。
- 大病院への患者集中と混雑等を解消し、至急の診療等を必要とする患者の医療へのアクセスを円滑・迅速にすることを教育課程で教科書等を書いて啓発する、社会教育の生涯学習の中で広報するなどした方がいいのではないか。
- 頻回受診の防止や医療保険財政の観点から、広く定額負担を求めることは重要ではないか。今回の提案については、かかりつけ医の定義や実務上の課題を検討した上で実現可能であれば、それも1つの方策になるのではないか。
- 受診抑制を招き、重症化につながることを懸念している。紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担が導入されたばかりなので、まずはその状況を見るべきではないか。
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担は、大病院の勤務医の負担軽減等の観点から実施したものであり、今回のものとは異なる議論である。
- かかりつけ医は、地域医療構想の実現や地域包括ケアの推進のために重要であるが、診療科ごとにかかりつけ医を持つ患者がいることや若者はそもそも受診頻度が低いということがかかりつけ医を持っていない方もおり、何をもち「かかりつけ医以外」とするか不明確なため、慎重な対応が必要。
- まずは、かかりつけ医の定義について関係者間で共通理解を得ること、プライマリ・ケアを担う地域医療の全体像を明確にすることが必要。
- 平成14年健保法改正法附則第2条に反するものであり新たに定額負担を求めることは反対である。
- かかりつけ医普及の観点からの外来時定額負担については反対だが、定額負担には様々なバリエーションがあるので、定額負担の導入、7割給付の考え方等を含めた患者の負担の在り方について幅広い議論を行ってはどうか。

③その他

- かかりつけ医については、その普及の観点から、名称についても検討するべきではないか。

- 平成27年国保法等改正によって平成28年4月から定額負担の徴収が義務化された特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査では、平成28年10月は平成27年10月と比べ定額負担徴収の対象となる紹介状なしの患者比率が減少(42.6%→39.7%(▲2.9%))するなど、一定の効果が見られる。



- 改革工程表では、「かかりつけ医の普及に向けて、まずは病院・診療所間の機能分化の観点から、医療保険財政の持続可能性の観点等を踏まえつつ、病院への外来受診時の定額負担に関し、現行の選定療養による定額負担の対象の見直しを含め」具体的に検討していくとなっているが、検証調査の結果も踏まえ、どう考えるか。
- その上で、改革工程表では、「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方」について、さらに検討することとなっているが、これについてどう考えるか。

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。

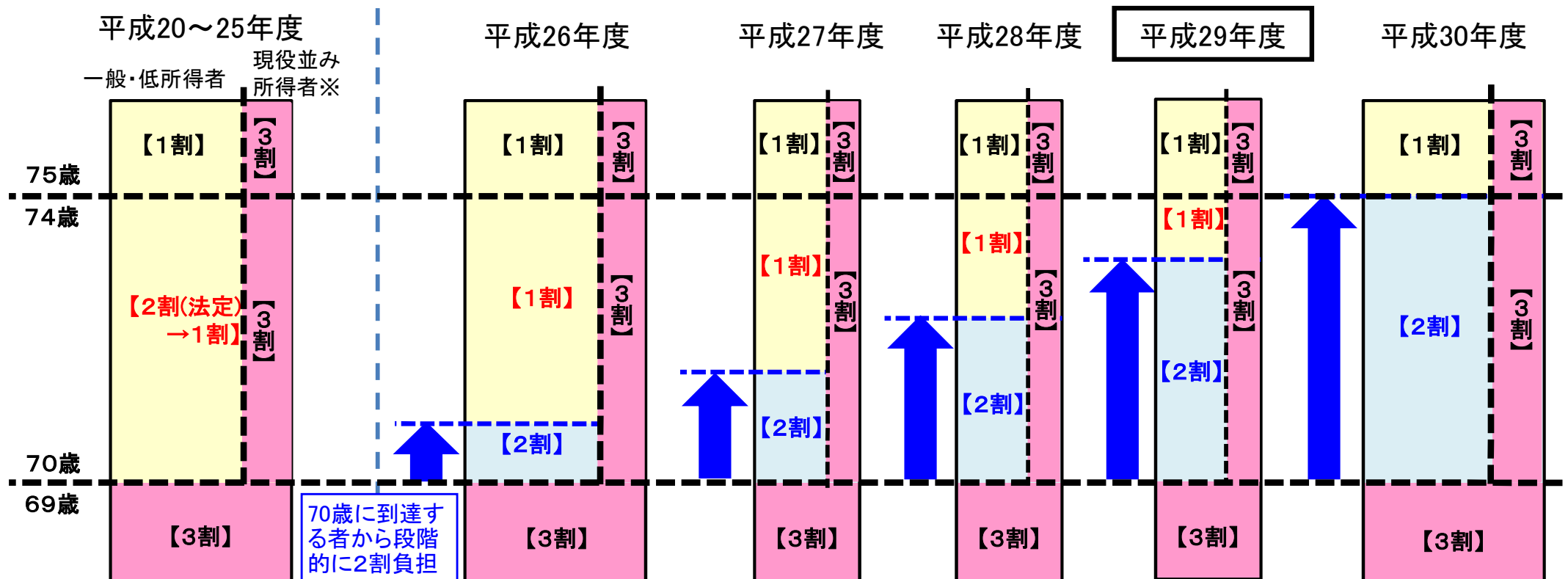
- ・ 75歳以上の者は、1割（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳から74歳までの者は、2割※（現役並み所得者は3割。）。
- ・ 70歳未満の者は3割。6歳（義務教育就学前）未満の者は2割。

※ 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 (義務教育就学後)	3割負担	
	2割負担	

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。
- 平成29年度予算 930億円 (参考)平成28年度予算 1,146億円、平成27年度予算 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

高額療養費制度の見直し

制度概要

- 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。
(※)入院の場合や同一医療機関での外来の場合、医療機関の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みが導入されている。
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

見直し概要

- 第1段階目(29年8月～30年7月)では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額(世帯)については、多数回該当を設定。
- 第2段階目(30年8月～)では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
- 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限を設ける。
※年間上限額は基準日に一般もしくは住民税非課税区分である場合に対象となる。

○～28年7月(70歳以上)

区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み (年収約370万円以上) <small>健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上</small>	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>
一般 (年収156万～370万円) <small>健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満※2</small>	12,000円	44,400円
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

○現行(29年8月～30年7月)

外来(個人)	限度額(世帯※1)
57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>
14,000円 (年間上限 14.4万円 ※3)	57,600円 <44,400円>
8,000円	24,600円
8,000円	15,000円

○2段目(30年8月～)

区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯※1)
年収約1160万円～ <small>標報83万円以上 課税所得690万円以上</small>	252,600円 + 1% <140,100円>	
年収約770万円～約1160万円 <small>標報53～79万円 課税所得380万円以上</small>	167,400円 + 1% <93,000円>	
年収約370万円～約770万円 <small>標報28～50万円 課税所得145万円以上</small>	80,100円 + 1% <44,400円>	
一般	18,000円 (年間上限 14.4万円 ※3)	57,600円 <44,400円>
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

○現行(69歳以下)

限度額(世帯)
252,600円 + 1% <140,100円>
167,400円 + 1% <93,000円>
80,100円 + 1% <44,400円>
57,600円 <44,400円>
35,400円 <24,600円>

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者
 ※2 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。
 ※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。
 <>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額(多数回該当)。年収は東京都特別区在住の単身者の例。

一部の後期高齢者の保険料を見直します

後期高齢者医療の保険料に関し、これまで一部の方みに適用されていた「特例措置」を見直します。今回の見直しは、一定の所得のある方々に制度本来の保険料をご負担いただくことで、将来にわたって持続可能な医療制度にしていくことを目的として行うものです。

見直しのポイント

- 対象は一定の所得のある方々です (≡ **世帯の所得が低い方は変更なし**)
- 段階的に見直しを行います (≡ **2～3年かけて少しずつ変更**)
- 後期高齢者医療制度に本来設けられている軽減水準に戻します (≡ **軽減措置は全廃されず、上乘せされている一部の「特例措置」のみを見直し**)

▼ 特例措置①②③のうち、②③について見直しを行います

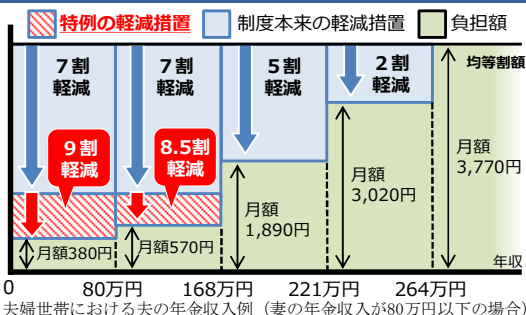
特例措置①「均等割」の軽減 ⇒ 変わりません

右図のように、特例措置①の対象は、例えば75歳以上の夫婦2人世帯でいずれも年収約168万円以下の場合など

世帯の所得が低い方です。

引き続き、特例措置の対象です

今回の見直しの対象とせず、特例措置を据え置きます。



特例措置②「所得割」の軽減

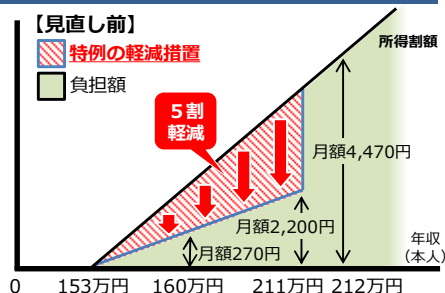
右図のように、特例措置②の対象は、**本人の年収が約153万円～約211万円※の方**です。

※賦課のもととなる所得が58万円以下

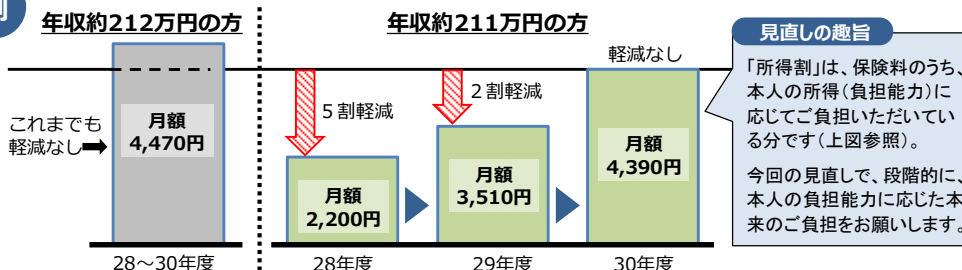
軽減割合が段階的に変わります

見直し前	29年度	30年度
5割軽減	2割軽減	軽減なし※

※「均等割」の軽減割合は変わりません



例



特例措置③「元被扶養者の方」の「均等割」の軽減

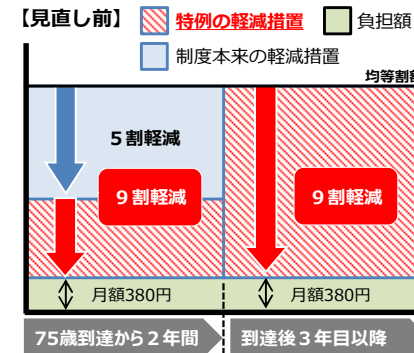
右図の特例措置③の対象は、**後期高齢者医療の対象となる(例:75歳到達) 前日に被用者保険の被扶養者だった方**です。

※これまで、上記の方であれば、世帯の負担能力にかかわらず、また、期限の定めなく、「均等割」が9割軽減されていました。

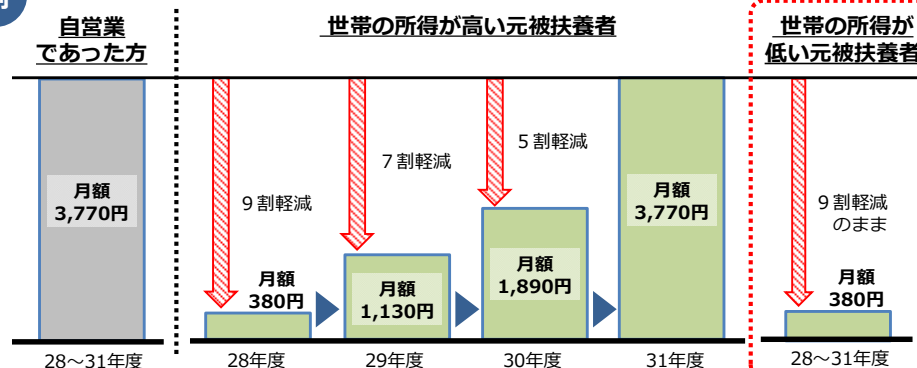
世帯の所得が高い方のみ、段階的に変わります

見直し前	29年度	30年度	31年度
9割軽減	7割軽減	5割軽減	制度本来の軽減※

※後期高齢者医療制度の対象となってから2年間は5割軽減



例



見直しの趣旨

「均等割」は、保険料のうち全ての方に同額をご負担いただいている分です。※ただし、世帯の負担能力に応じて一定の軽減措置を設けています(特例措置①)。今回の見直しで、被扶養者でなかった方(国保加入者・自営業の方など)と同じく、段階的に、世帯の負担能力に応じた本来のご負担をお願いします。

★ 世帯の所得が低い元被扶養者の方には、引き続き「均等割」の軽減措置(9割軽減)が適用されます!

※この他、世帯の所得によって、「均等割」8.5割軽減の対象となる方もいます。

注1 ここで示した保険料額は全国平均の平成28年度・29年度保険料率に基づき、仮定を置いて算出した月額です。実際の保険料は都道府県により異なります。

注2 ここで示した年収は、すべて年金収入であるとして計算しています。

保険料に関する詳しいお問い合わせは

- 都道府県の後期高齢者医療広域連合 または
- お住まいの市町村の後期高齢者担当窓口 まで

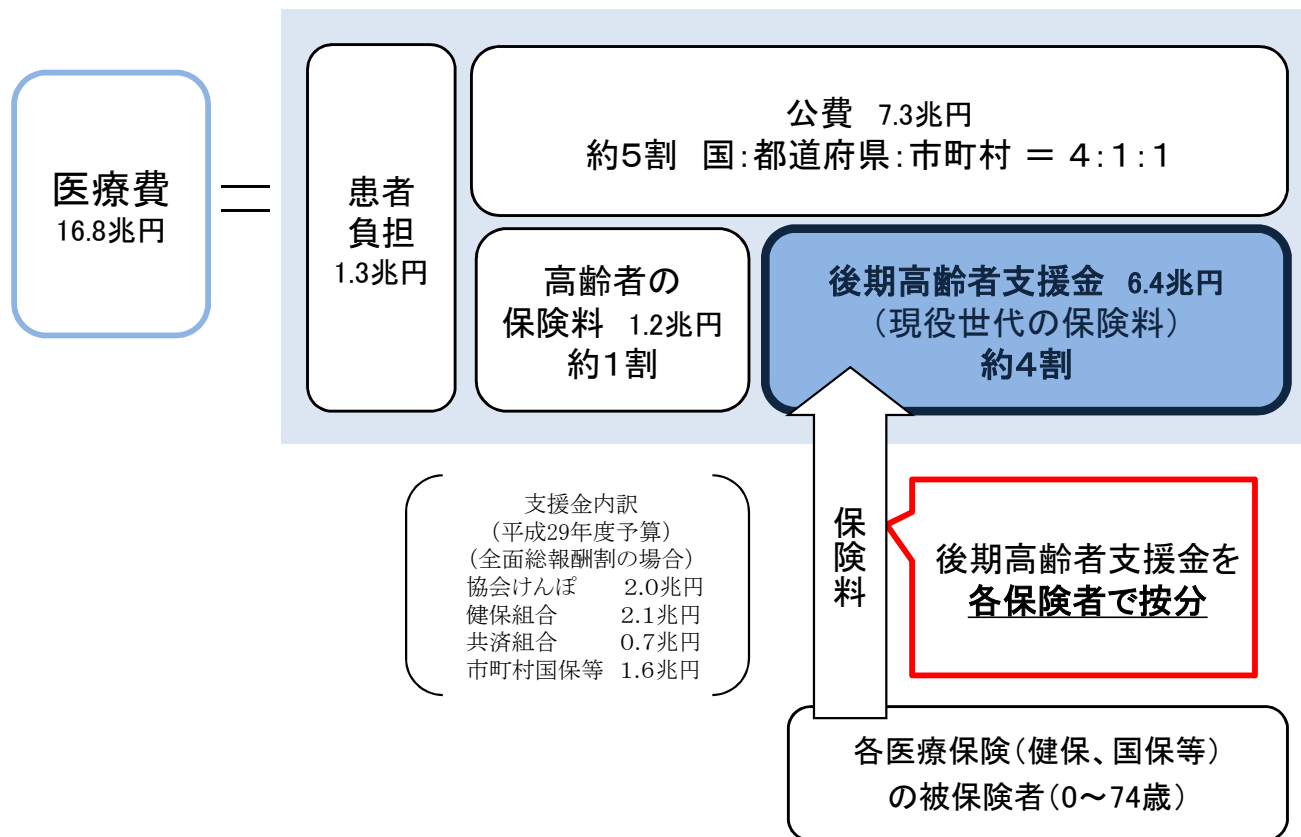


第96回医療保険部会（平成28年7月14日）

- 制度の持続可能性を確保するという観点からは、窓口負担は引き上げが避けられないのではないかと。現役世代の負担水準との均衡も踏まえ、一定の配慮は当然必要であるが、原則2割負担を導入する方向で見直す必要
- 後期高齢者の年金収入はそんなに多くなく、月々あるいは年ごとに入る金額を見ながら生活しており、あまり負担を高くすることには反対
- 制度発足時の大混乱がややあったにもかかわらず、その後、現状は比較的落ち着いた状況になっているのは、特に低所得者の方等への軽減措置が大きく機能しているもの。このことについては、その改善、改正については十分な検討を、ぜひ慎重にお願いしたい
- 負担のあり方についてはそれぞれ施策の縦割りということではなしに、介護や医療や、また自己負担、保険料の問題も含めて制度的には検討していくべき
- 重要な制度改正においては、制度内容も大切だが、システム開発等の事務処理も重要な課題

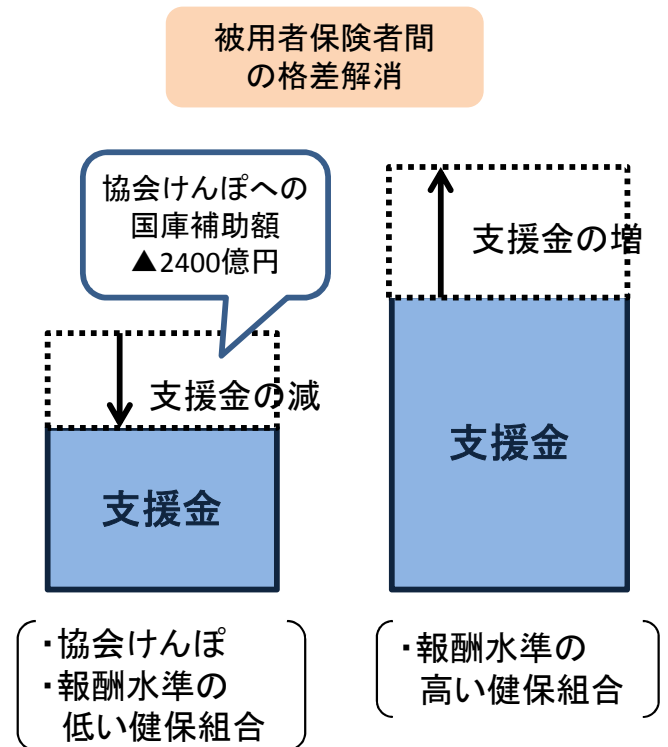
- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、より負担能力に応じた負担とする観点から、総報酬割部分を平成27年度に2分の1、平成28年度に3分の2に引き上げ、平成29年度から全面総報酬割を実施
- あわせて、全面総報酬割の実施時に、前期財政調整における前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、前期高齢者加入率を加味した調整方法に見直す

【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〕



被用者保険の拠出金に対する支援

平成29年度予算 839億円
(平成28年度予算 253(111)億円)

- 被用者保険の負担が増加する中で、拠出金負担の重い被用者保険者への支援を実施する。
- 具体的には、平成27年度から高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充し、前期高齢者納付金の負担軽減を図り、平成29年度から拠出金負担が重い保険者への負担軽減対策の対象を拡大し、拡大分に該当する保険者の負担を保険者相互の拠出と国費の折半により軽減する。

(参考)平成27年度(予算額:109億円)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を拡充。
- 既存分に拡充分109億円を加えた308億円規模の補助金により、被用者保険者の前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等の負担軽減を実施。

①平成28年度(予算額:221億円)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を更に拡充。
- 既存分に、適用拡大に伴う財政支援を含めた拡充分の221億円を加えた381億円規模の補助金により、被用者保険者の負担軽減等を更に拡充。

②平成29年度(予算額:718億円)

- 高齢者医療運営円滑化等補助金を段階的に拡充し、前期納付金負担の負担増の緩和のため、所要保険料率※の高い上位の被用者保険者等の負担軽減を実施。(600億円)

※ 総報酬に占める前期納付金の割合

- 現在、保険者の支え合いで実施している拠出金(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金)負担の特に重い保険者の負担軽減策の対象を拡大し※1、拡大分に該当する保険者の負担軽減の費用は、保険者の支え合い※2と国費で折半する。(100億円)

※1 拡大分は、国費を投入することから、財政力(総報酬)が平均以下の保険者に限定

※2 保険者の支え合い部分に各保険者の医療費水準を反映

- 既存分に、適用拡大に伴う財政支援を含めた拡充分の718億円を加えた839億円規模の補助金財源により、被用者保険者の負担軽減を実施予定。

(参考)現行の「高齢者医療運営円滑化等補助金」(平成27年度)

1. 趣旨

- 被用者保険者の高齢者医療に係る拠出金負担が大幅に増加している状況にかんがみ、その緩和を図り、制度の円滑な実施を確保する。

2. 助成対象保険者

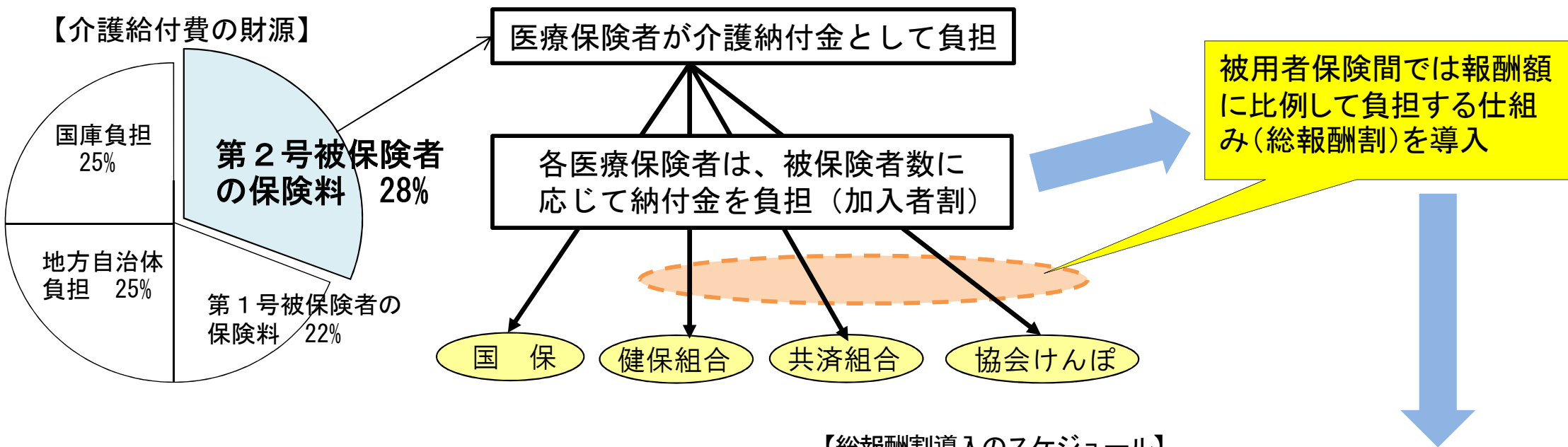
- ① 総報酬(標準報酬総額)に占める拠出金(後期高齢者支援金、前期高齢者納付金、退職者医療拠出金)の割合(所要保険料率)が、健康保険組合平均の1.1倍を超え、被保険者1人当たり総報酬が健保組合平均より低い(平成27年度年560万円未満)保険者
- ② 加入者一人当たり前期高齢者納付金について、団塊世代の前期高齢者への移行前の平成23年度から平成27年度への伸びが大きい保険者

3. 助成方法

- 所要保険料率や前期納付金負担の伸びに応じて助成(負担が重い保険者に高い助成率を適用)する。

見直し内容

- 第2号被保険者(40~64歳)の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。
- 各医療保険者は、介護納付金を、2号被保険者である『加入者数に応じて負担』しているが、これを被用者保険間では『報酬額に比例した負担』とする。(激変緩和の観点から段階的に導入)【平成29年8月分より実施】



【全面総報酬割導入の際に影響を受ける被保険者数】

「負担増」となる被保険者	約1,300万人
「負担減」となる被保険者	約1,700万人

※ 平成26年度実績ベース

【総報酬割導入のスケジュール】

	29年度		30年度	31年度	32年度
	~7月	8月~			
総報酬割分	なし	1/2	1/2	3/4	全面

公的医療保険における保険給付と患者の自己負担

- 医療保険制度においては、被保険者の所得等を勘案して自己負担額が決められているが、金融資産については勘案していない。

〈医療保険制度における主な保険給付〉

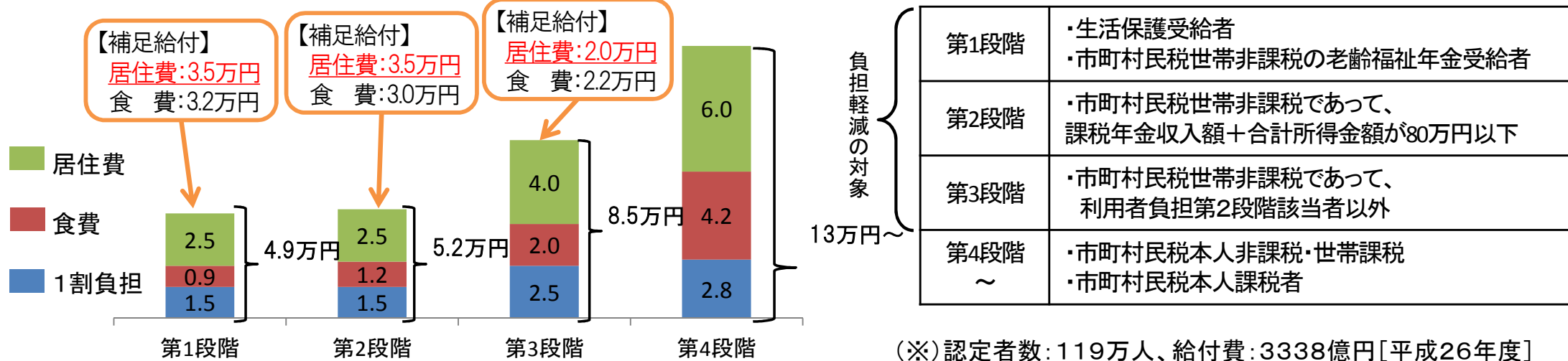
(平成29年10月現在)

療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前:8割、義務教育就学後から70歳未満:7割、 70歳以上75歳未満:8割(※)(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者):7割) 75歳以上:9割(現役並み所得者:7割)																
入院時食事療養費	食事療養標準負担額:一食につき360円	低所得者: 一食につき210円 (低所得者で90日を超える入院: 一食につき160円) 特に所得の低い低所得者(70歳以上): 一食につき100円															
入院時生活療養費 (65歳~)	生活療養標準負担額:一食につき460円(*)+370円(居住費) (*)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者: 一食につき210円(食費)+370円(居住費) 特に所得の低い低所得者: 一食につき130円(食費)+370円(居住費) 老齢福祉年金受給者: 一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注:難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額															
高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者 (括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当) <年収約1,160万円~> $252,600円 + (医療費 - 842,000) \times 1\%$ (140,100円) <年収約770~約1,160万円> $167,400円 + (医療費 - 558,000) \times 1\%$ (93,000円) <年収約370~約770万円> $80,100円 + (医療費 - 267,000) \times 1\%$ (44,400円) <~年収約370万円> 57,600円 (44,400円) <住民税非課税> 35,400円 (24,600円)	70歳以上の者 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>入院</th> <th>外来【個人ごと】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><現役並み所得者></td> <td>80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)</td> <td>57,600円</td> </tr> <tr> <td><一般></td> <td>57,600円 (44,400円)</td> <td>14,000円 (年間上限144,000円)</td> </tr> <tr> <td><低所得者></td> <td>24,600円</td> <td>8,000円</td> </tr> <tr> <td><低所得者のうち特に所得の低い者></td> <td>15,000円</td> <td>8,000円</td> </tr> </tbody> </table>		入院	外来【個人ごと】	<現役並み所得者>	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)	57,600円	<一般>	57,600円 (44,400円)	14,000円 (年間上限144,000円)	<低所得者>	24,600円	8,000円	<低所得者のうち特に所得の低い者>	15,000円	8,000円
	入院	外来【個人ごと】															
<現役並み所得者>	80,100円 + (医療費 - 267,000) × 1% (44,400円)	57,600円															
<一般>	57,600円 (44,400円)	14,000円 (年間上限144,000円)															
<低所得者>	24,600円	8,000円															
<低所得者のうち特に所得の低い者>	15,000円	8,000円															

※ 平成20年4月から70歳以上75歳未満の窓口負担は1割に据え置かれていたが、平成26年4月以降新たに70歳になる被保険者等から段階的に2割となる。

- 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



<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

医療保険及び介護保険における食事・居住に係る給付の比較

- 医療保険では、病院等における食事・居住サービスは、入院患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、保険給付の対象としつつ、在宅でもかかる費用として、食費及び居住費（※）を自己負担としている。
 - 介護保険では、介護施設における食事・居住サービスは、在宅との公平性や年金給付との調整の観点から、保険給付の対象外（原則自己負担）としつつ、福祉的な観点から、低所得者に対して補足給付を支給。
- （※）居住費（光熱水費相当額）は療養病床のみが対象。

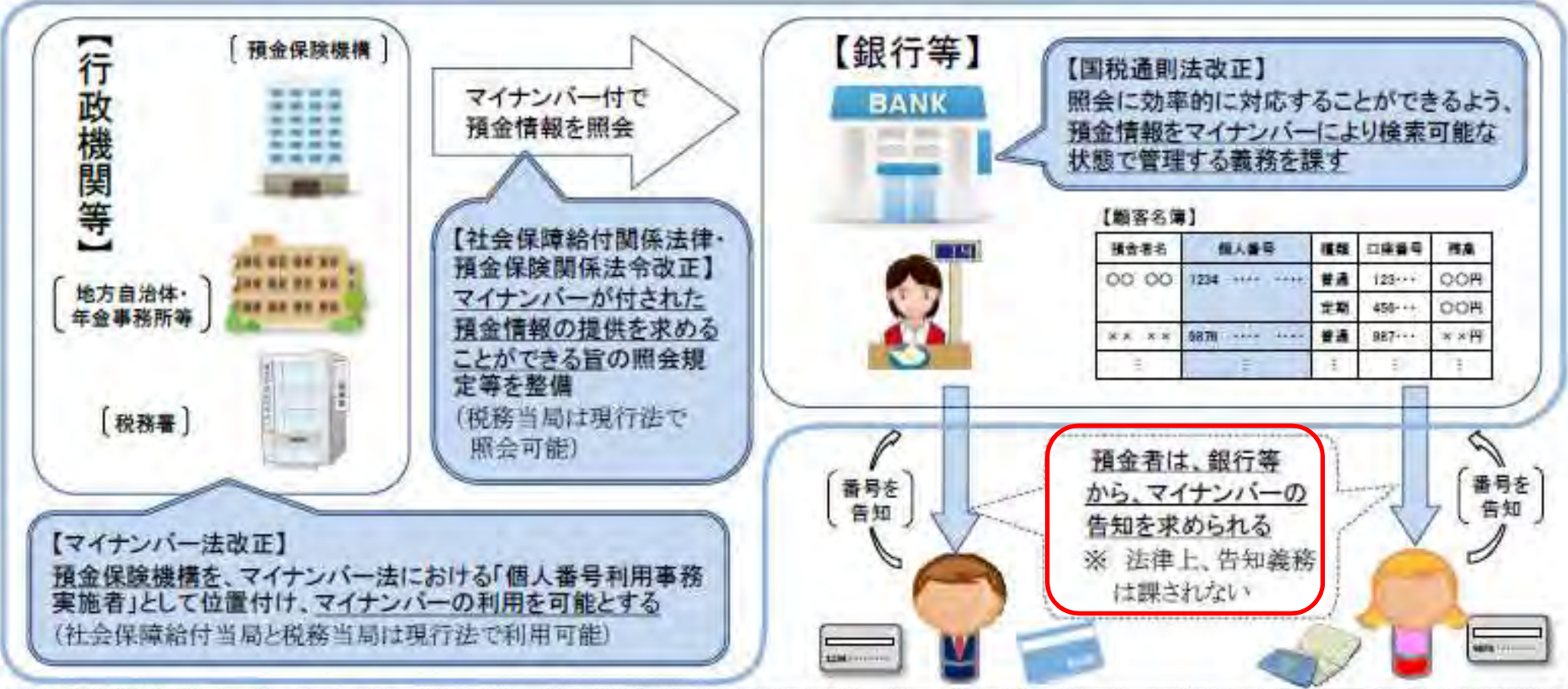
	医療保険 (入院時生活療養費)	介護保険 (介護施設における補足給付)
食事・居住サービス	保険給付の対象	保険給付の対象外（原則自己負担）
給付の性質	食事の提供、温度・照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養（健保法第63条第2項）	福祉的な観点からの低所得者の負担軽減措置
給付主体	健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、市町村、国保組合、広域連合	市町村
負担の減額対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（住民税非課税者、老齢福祉年金受給者） ・病状の程度が重篤な者又は常時の若しくは集中的な医療的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者 ・指定難病の患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・低所得者（※）（住民税非課税者、老齢福祉年金・生活保護受給者） <p>（※）低所得者の判定に当たっては、預貯金等を勘案</p>

預金口座へのマイナンバーの付番の概要

マイナンバーが付された預金情報の効率的な利用について

マイナンバー法等の改正により、新たに預金保険でマイナンバーを利用できるようにするとともに、その改正法案の中で、国民年金法、国税通則法等を改正し、銀行等に対する社会保障制度の資力調査や国税・地方税の税務調査でマイナンバーが付された預金情報を効率的に利用できるよう所要の措置を講ずる（平成30年1月から施行予定。なお、マイナンバーは平成28年1月から利用開始）。

（注）内閣官房において、マイナンバー法などの関係法律の改正を一括法案として提出し、平成27年9月に成立。



【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、預金口座への付番促進のための所要の措置を講じる旨の見直し規定を法案の附則に規定。

金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の在り方について

- 昨年医療保険部会では、「医療保険において、介護保険における補足給付と同様の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の適用拡大を行うこと」について議論し、実務的な課題、制度的な課題及び財政効果に関する課題について以下のようなご意見があったところ。

【主なご意見】

（実務的な課題について）

- 負担能力に応じた負担を求める観点から、将来的にはマイナンバーを活用した金融資産等を勘案する仕組みを考えるべきではないか。
- 市町村が運営している介護保険とは異なり、被用者保険者が金融資産を把握するのは現実的ではないのではないかと。
- 現状では金融資産を正確に把握する仕組みはなく、自己申告ベースであることを考えると、時期尚早ではないか。

（制度的な課題について）

- 介護保険では、低所得者への補足給付が福祉的・経過的性格を有することに鑑みて資産勘案を行っているが、医療保険において保険給付としている入院時の食費・居住費とはそもそも性格が異なるのではないかと。

（財政効果に関する課題について）

- 事務負担の増加に比して、財政効果はあまり見込めないのではないかと。

- 改革工程表では、「マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法」について検討することとなっているが、昨年の議論も踏まえつつ、この点についてどう考えるか。

- 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」等について、以下の対応を行ってきている。

H24年度診療報酬改定

- 単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与

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

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

- 外来患者について、1処方につき計70枚を超えて投薬する湿布薬

- ① 外来患者に対して、1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料を算定しない。ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計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。
- ② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量その他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。