

社会保障について (医療・介護)

財務省

2019年11月14日

社会保障について② (医療)

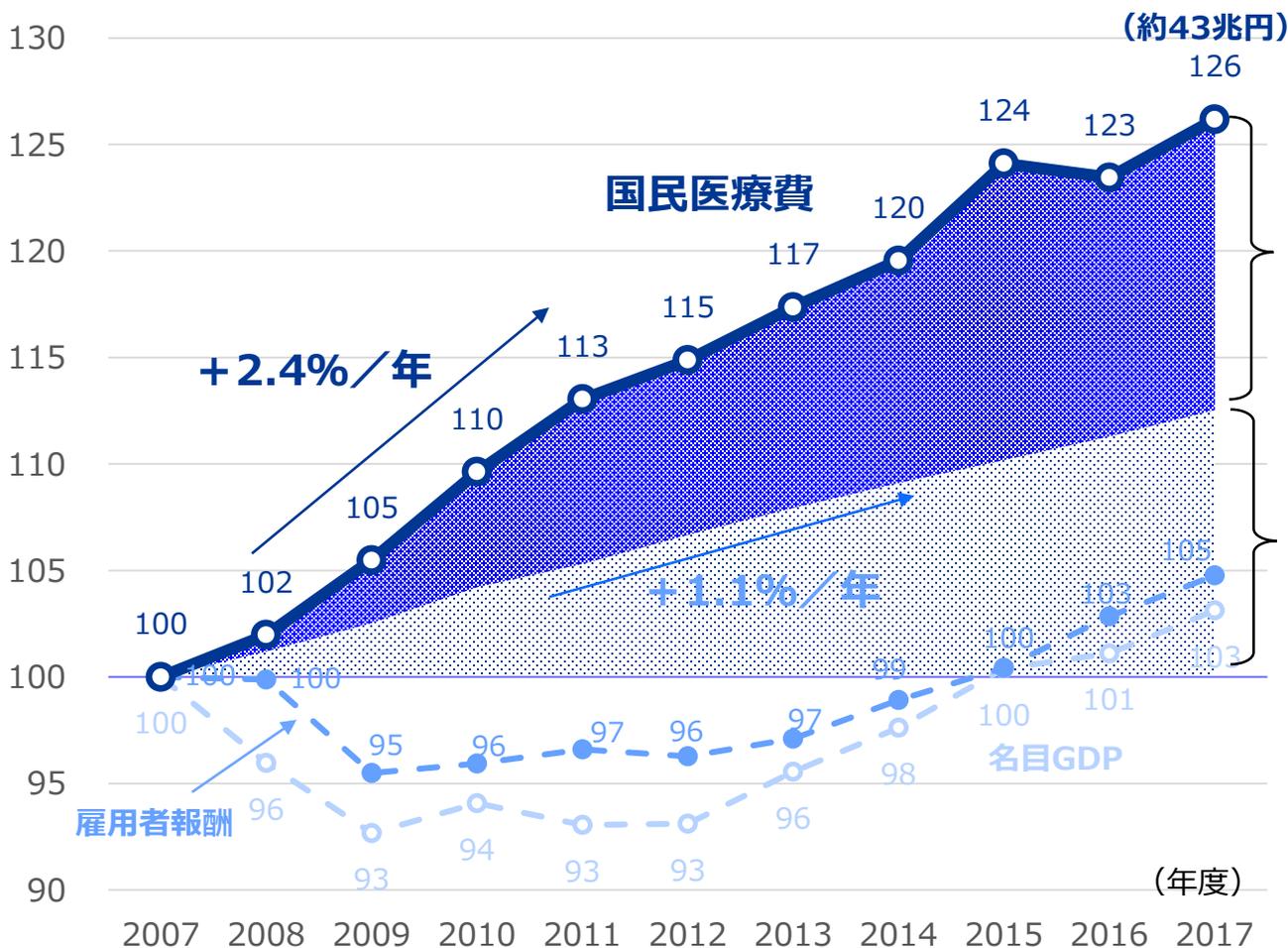
財務省

2019年11月1日

医療制度改革の基本的な考え方

医療費の伸びの現状

- 国民医療費は過去10年間で平均2.4%/年のペースで増加。このうち、高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年であり、残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素によるもの。
- こうした医療費の伸びは、これを賄う雇用者報酬等の伸びを大きく上回り、保険料率引上げ等の要因となっている。医療保険制度の持続可能性の確保の観点から対応を検討すべき。



「その他」の影響

- ・新規医薬品等の保険収載
- ・医師数、医療機関数の増加
- ・診療報酬改定
- ・過去の改定で収載された高額な医療へのシフト

※ 政策的に対応できる余地があると考えられる部分が多い。

人口増減/高齢化の影響とされる部分
⇒ 2022年以降は、団塊の世代が順次75歳に到達し、更に増加率が上昇。

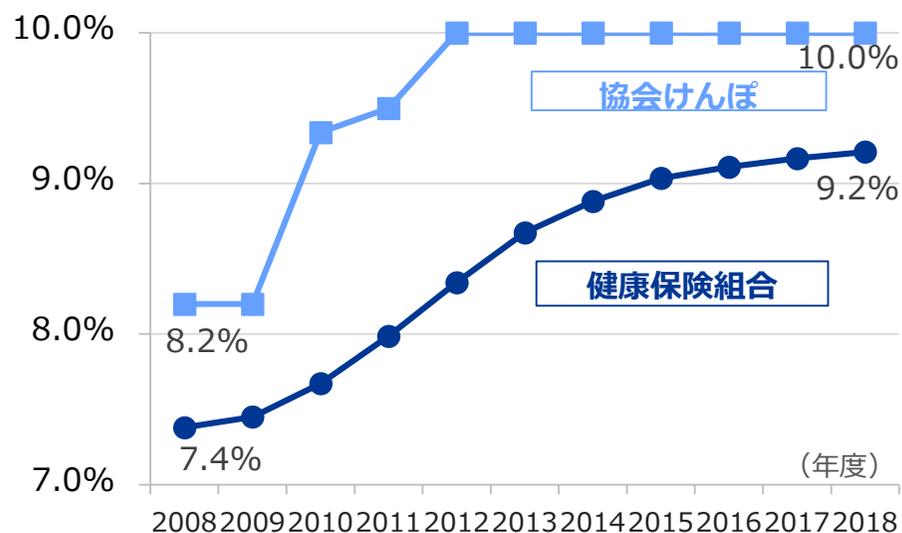
国民医療費の増加は、国民負担の増加を意味する。
⇒ これ以上の負担増を防ぐためには、医療費の増加を抑制することが必要。

(出典) 内閣府「国民経済計算」、厚生労働省「国民医療費」 (注) 2017年度の影響割合は、概算医療費を基礎にした推計値

医療保険制度の持続可能性の確保

- 日本の医療保険制度を支えている財源は、公費と保険料と自己負担であるが、
 - ・ **公費**については、既に国債発行に大きく依存し、**将来世代につけ回し**を行っている（給付と負担のバランスが損なわれている）状態
 - ・ **保険料**は年々上昇し、急速に減少していく**現役世代に大きな負担**（可処分所得を大きく引下げ）
 - ・ **自己負担**については、高額療養費制度の影響もあり、**実効負担率は年々低下傾向**
- こうした中で、世界に冠たる医療保険制度をどのように改革し持続可能なものとしていくかが重要な課題。

◆ 被用者保険の保険料率の推移（平均）



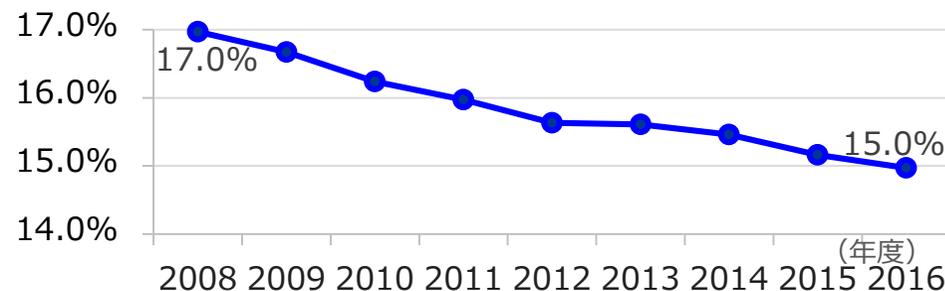
(出典) 健康保険組合連合会「平成30年度 健康保険組合 決算見込のポイント」ほか

◆ 20~64歳人口の今後の見通し



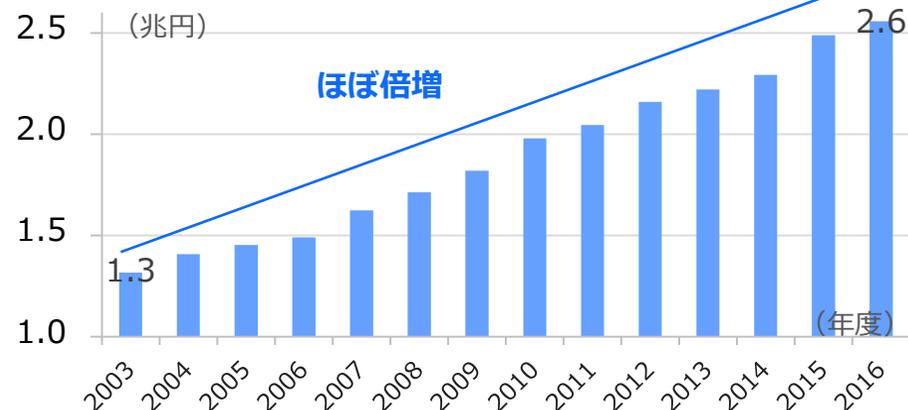
(出典) 総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2017年推計）」

◆ 患者の実効負担率の推移（医療保険全体）



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

◆ 高額療養費の推移



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

視点

保険給付範囲の在り方の見直し

- 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」の原則の徹底
- 高度・高額な医療技術や医薬品への対応

保険給付の効率的な提供

- 医療・介護提供体制の改革（過剰な病床の削減等）
- 公定価格の適正化

高齢化・人口減少下での負担の公平化

- 年齢ではなく能力に応じた負担
- 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

今後の主な検討事項

- 受診時定額負担の導入
- 薬剤自己負担の引上げ
- 経済性の面からの評価も踏まえた保険収載等の在り方
- 保険外併用療養費制度の更なる活用

- 診療報酬の合理化・適正化
- 地域医療構想の推進
 - ・ 達成状況が不十分であった場合のより実効性が担保される方策
- 国保の保険者機能の強化
 - ・ 法定外繰入等の解消
 - ・ 都道府県内保険料水準の統一
- 薬価制度抜本改革における残された課題への取組

- 75歳以上の窓口負担割合について70～74歳時と同じ2割の維持
- 現役並み所得の判定基準の見直し
- 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

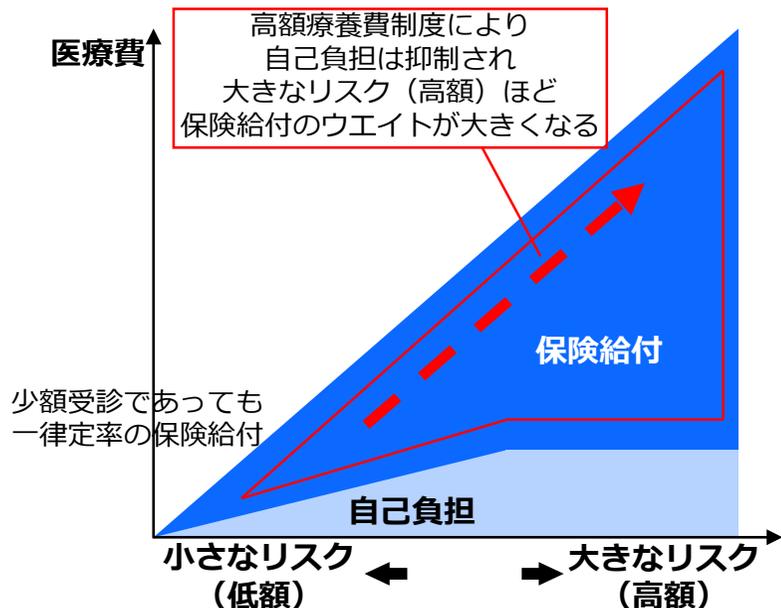
2. 保険給付の効率的な提供

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

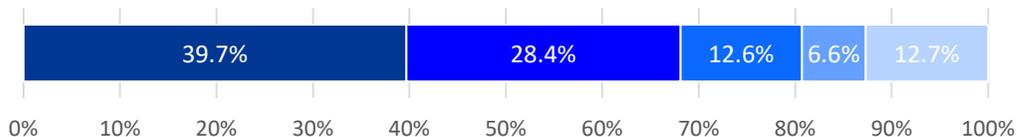
保険給付範囲の在り方の見直し：受診時定額負担の導入

- 日本の年間外来受診回数はOECD平均の約2倍であり、医科・歯科合計で年間約21億回。
- 医療保険制度の基本は大きなリスクへの備え。限られた医療資源の中で医療保険制度の持続可能性を確保し、高額な医療費がかかった場合には医療保険がしっかりと支えるという安心を確保していく必要。このため、外来受診に関し、少額の定額負担を導入し広く負担を分かち合うべきではないか。
- これにより、全体として医療保険給付の伸びを抑制することを通じ、現役世代の保険料負担等を軽減しつつ、重点的に大きなリスク・高額な医療費を支えていくことが可能。

◆ 保険給付のイメージ

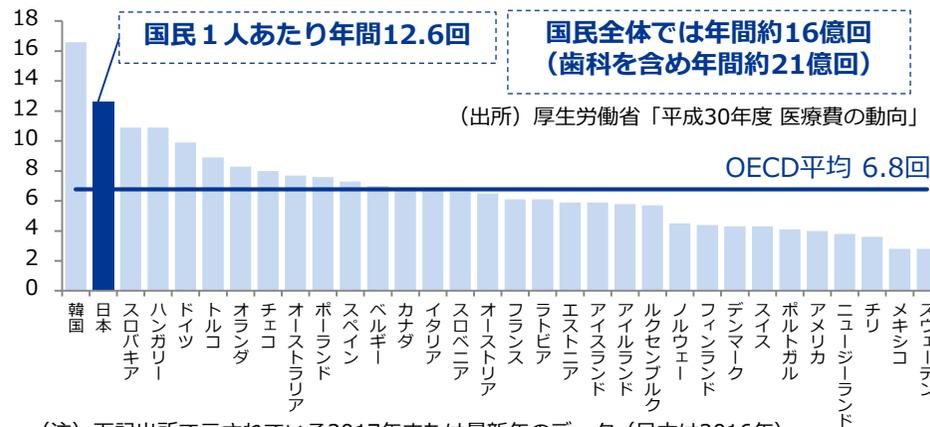


◆ 外来医療費の1件当たり診療報酬点数の分布



(出所) 厚生労働省「医療給付実態調査」(平成29年度) ※1点=10円であり、その一定割合が窓口負担。

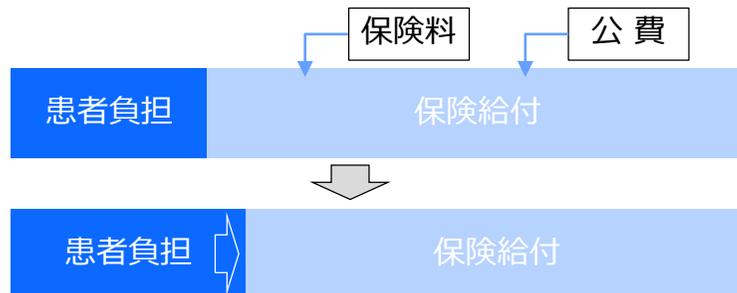
◆ 1人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較



(注) 下記出所で示されている2017年または最新年のデータ(日本は2016年)
(出所) OECD Health Statistics 2019

◆ 受診時定額負担導入による保険財政への効果(イメージ)

⇒ 保険給付の減少を通して現役世代の保険料負担等を軽減



保険給付範囲の在り方の見直し：薬剤自己負担の引上げ

- 高額・有効な医薬品を一定程度公的保険に取り込みつつ、制度の持続可能性を確保していくためには **小さなリスクへの保険給付の在り方**を検討する必要。
- リスクに応じた自己負担や市販品と医療用医薬品とのバランスといった観点等を踏まえ、**① O T C 医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品に対する保険給付の在り方の見直し**、**② 薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定**、**③ 薬剤費の一定額までの全額自己負担**などの手法を検討すべき。

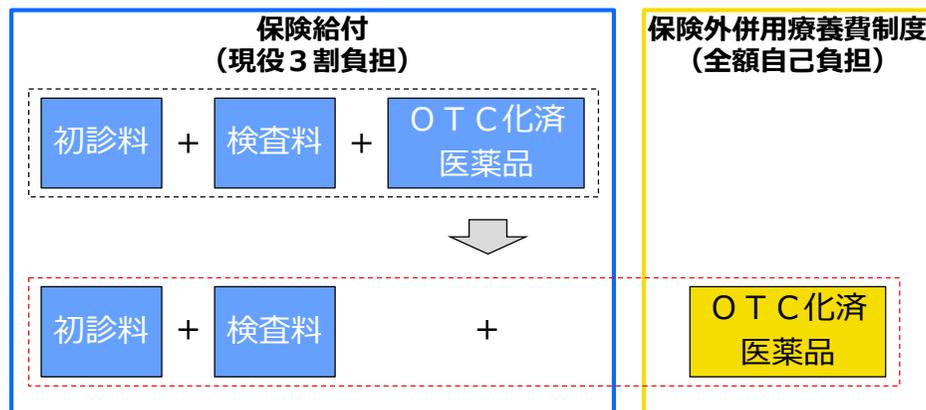
◆ これまでに取り組んできた医薬品の適正給付の例 (以下を保険算定の対象外とする措置)

⇒ 保険給付の抑制の効果は不十分

2012年度	単なる栄養補給目的のビタミン製剤の投与
2014年度	治療目的以外のうがい薬単体の投与
2016年度	必要性のない70枚超の湿布薬の投与

① 保険外併用療養費制度の活用

⇒ 薬局でも買える医薬品を医療機関で処方する場合に、技術料は保険適用のままで医薬品だけ全額自己負担とする枠組みを導入



② 薬剤の種類に応じた自己負担割合の設定 (フランスの例)

抗がん剤等の代替性のない高額医薬品		0%
国民連帯の観点から負担を行うべき医療上の利益を評価して分類(医薬品の有効性等)	重要	35%
	中程度	70%
	軽度	85%
	不十分	100%

③ 薬剤費の一定額までの全額自己負担 (スウェーデンの例)

年間の薬剤費	自己負担額
1,150クローネまで	全額自己負担
1,150クローネから5,645クローネまで	1,150クローネ + 超えた額の一定割合
5,645クローネ超	2,300クローネ

(注) 1クローネ=11円
(令和元年11月中において適用される裁定外国為替相場)

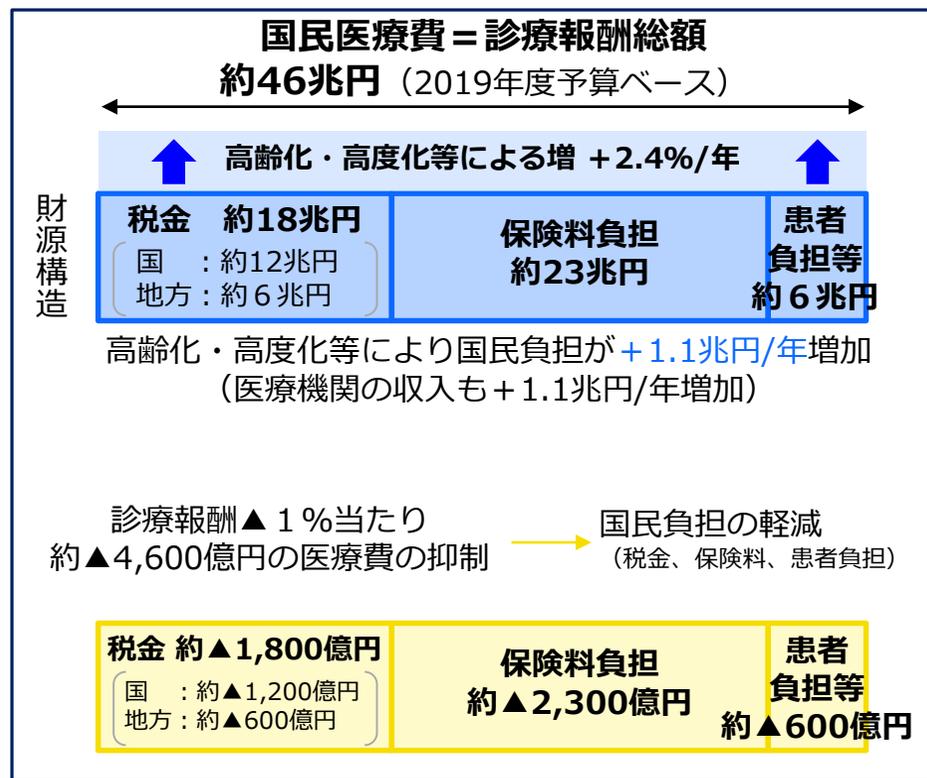
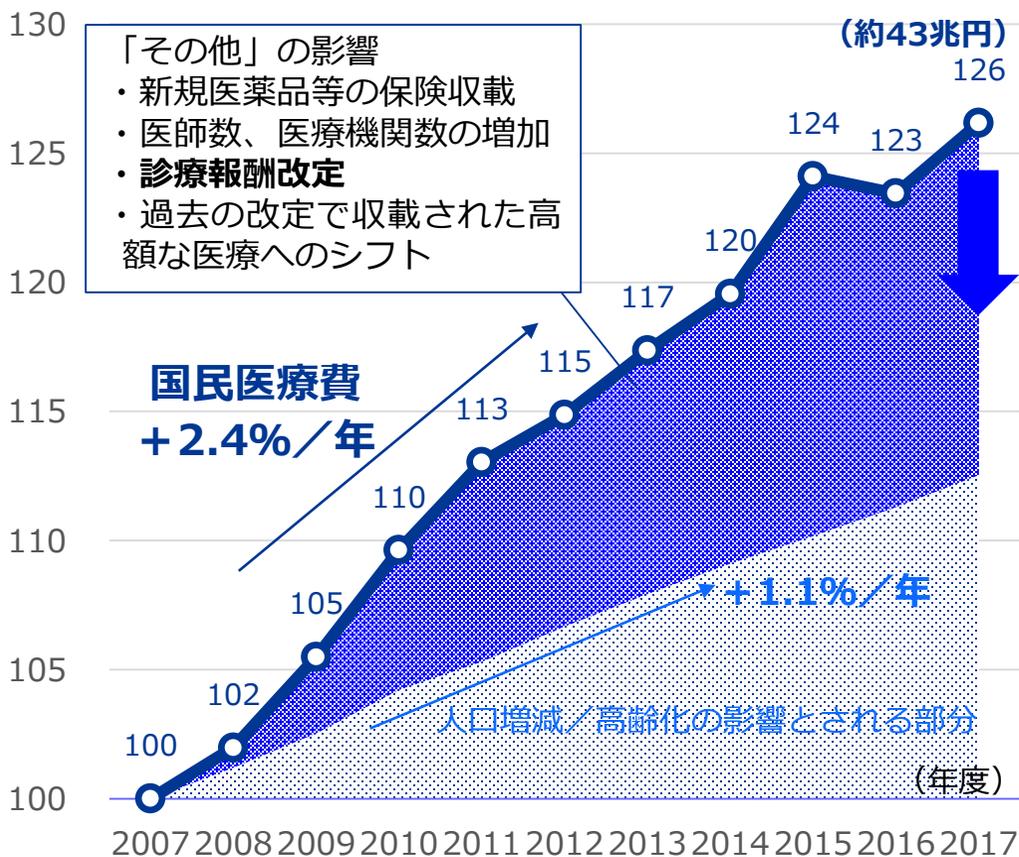
1. 保険給付範囲の在り方の見直し

2. 保険給付の効率的な提供

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

診療報酬改定に係る基本的な考え方：医療費の伸びを意識した水準

- 過去10年間で**国民医療費は平均2.4%/年**のペースで増加。このうち、**高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年**であり、**残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素**によるもの。
 高齢化等の要因による増加の範囲に収めるためには、診療報酬改定において2年間で**▲2%半ば以上**のマイナス改定とする必要。
- こうした観点から、制度改革の実現のほか、2020年度の診療報酬改定においても**一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要**。



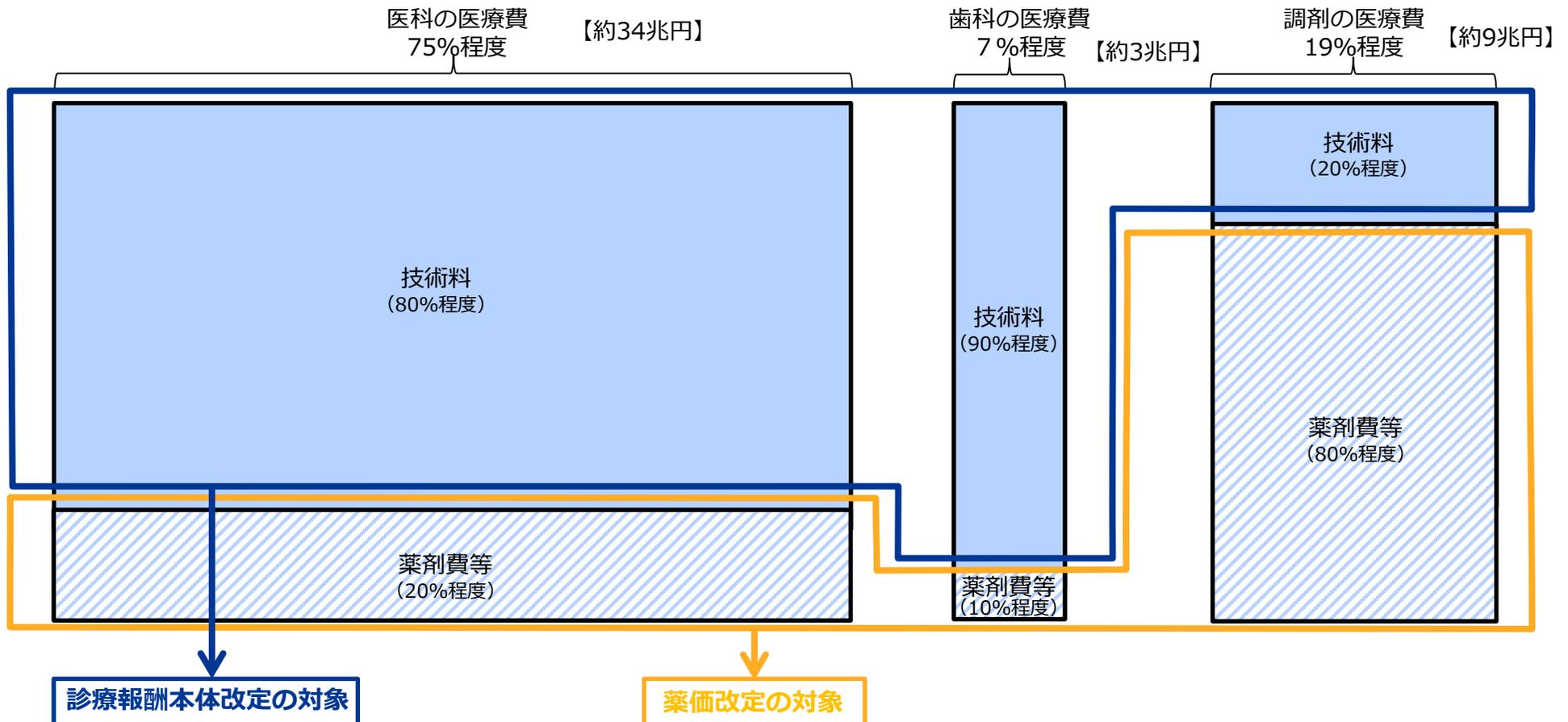
国民医療費の抑制を図るためには、診療報酬のマイナス改定は不可欠。

医療費の構造と診療報酬本体改定・薬価改定の対象範囲

- 診療報酬とは、診療行為等の対価として、病院や薬局が患者・保険者から受け取る報酬（公定価格）。
- 診療報酬は、①医師の人件費等の「技術・サービスの評価」（診療報酬本体）と、②薬の値段等の「物の価格評価」（薬価等）からなっており、個々の技術・サービスを点数化して表示（1点は10円）。

（例）初診料：288点（2,880円） 急性期一般入院料1：1,650点/日（16,500円/日）

診療報酬本体改定・薬価改定の対象範囲（イメージ）



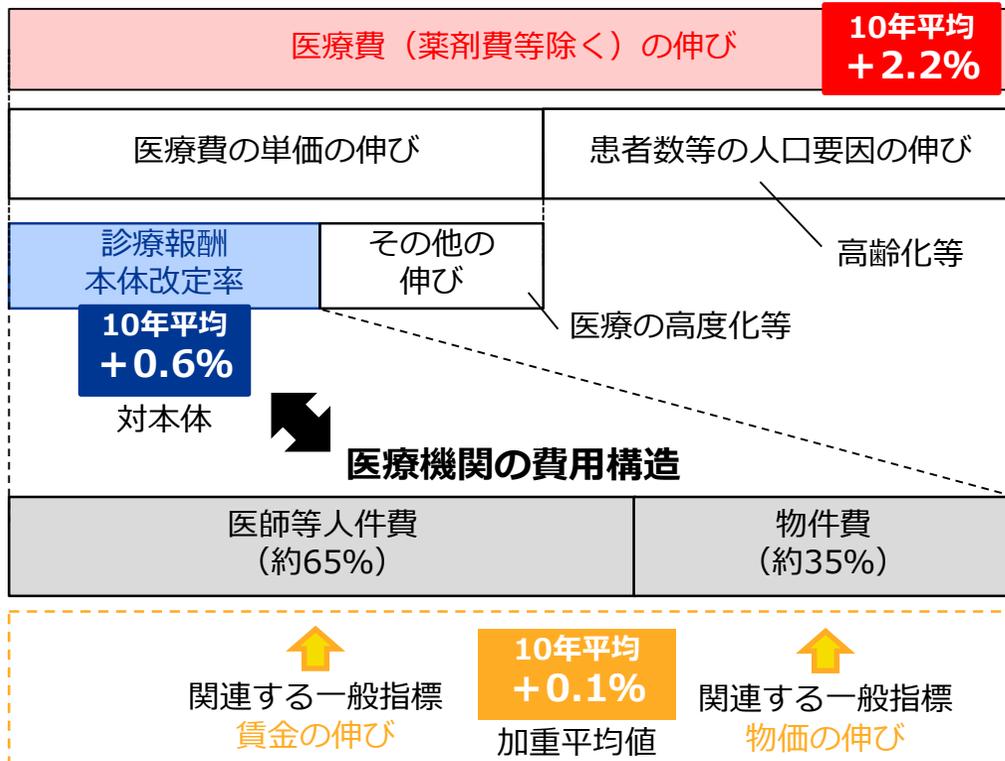
※ 2016年6月の社会医療診療行為別統計を踏まえ、財務省作成。

【 】の数字は、2019年度予算ベースの国民医療費（約46兆円）を上記の構成比で機械的に分割した値。

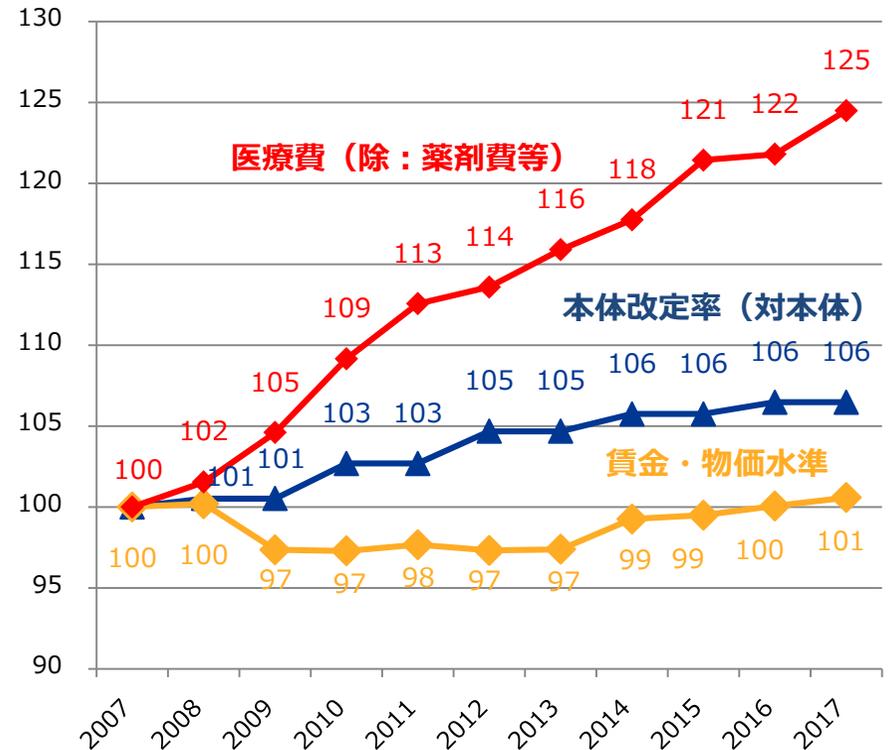
医療費の伸びの構造

- **医療費**（薬剤費等除く）の伸びは、「医療費の単価の伸び」と「患者数等の人口要因の伸び」で構成。**全体として医療機関の収入増**となって人件費や物件費（薬剤費等除く）を賄っている。
- 「医療費の単価の伸び」の一部である「診療報酬本体改定率」は、一般的な人件費や物件費の伸びを示す「賃金・物価の伸び」の加重平均値（医療機関と同じ費用構造にある場合の一般企業のコスト）の近年の増加率よりも大きい。
- 「その他の伸び」と「患者数等の人口要因の伸び」を加えた**医療機関の収入の伸びはさらに大きく上回る水準**となっている。

医療機関の収入の伸び



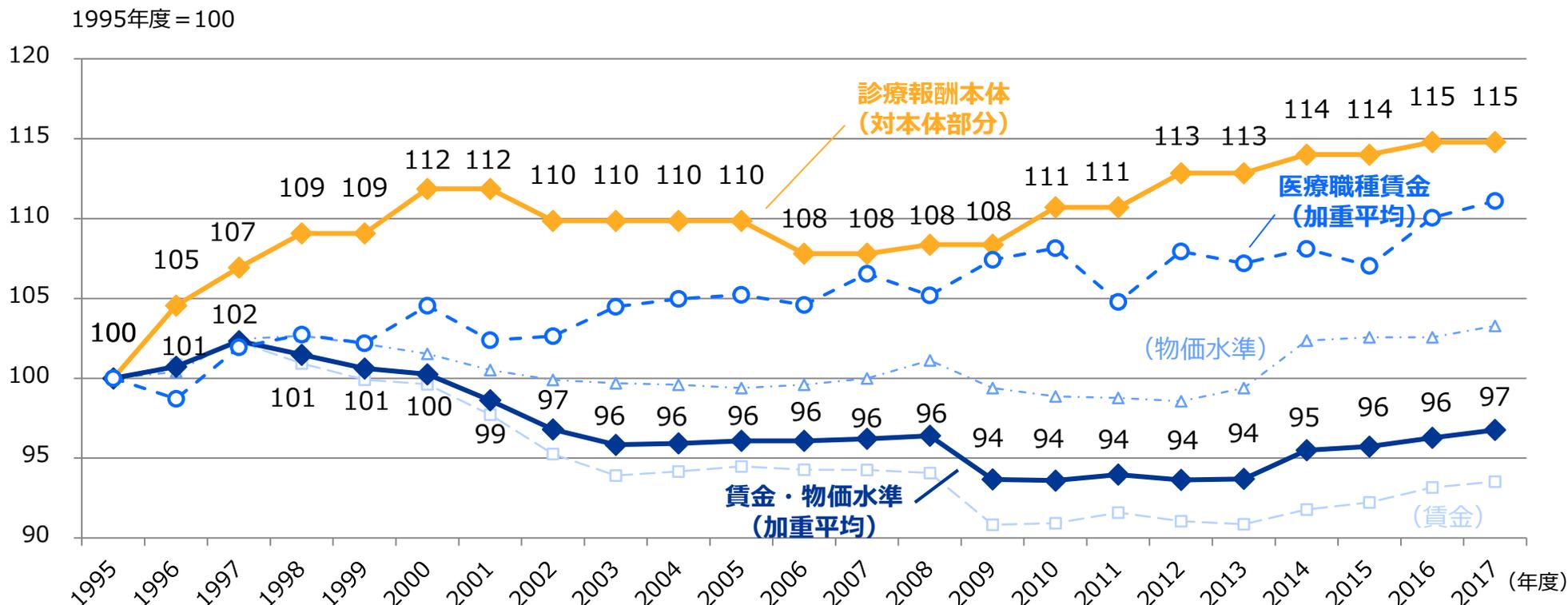
医療費（薬剤費等除く）の推移（2007年度=100）



(出所) 厚生労働省「平成29年度国民医療費の概況」、「医療経済実態調査」、内閣府「国民経済計算（GDP統計）」、総務省統計局「消費者物価指数年報」、「労働力調査」、厚生労働省発表の診療報酬改定率による。

診療報酬本体と賃金・物価の動向

- 我が国がデフレを経験した1990年代後半以降、賃金や物価水準がデフレにより上昇せず、リーマンショック後などは急激に落ち込むこともあったが、**医療機関の人件費や物件費を賄う診療報酬本体の水準については、改定（人為的な価格増）により、概ね上昇を続けてきた。**
- この結果、診療報酬本体の水準は、賃金や物価の水準と比べて高い水準となっており、国民負担の抑制や制度の持続可能性の観点から、**診療報酬本体のマイナス改定によりこれを是正していく必要。**



※ 診療報酬本体（対本体部分）は、薬剤費等を除く医療費（一部公表資料に基づく推計値）に対する改定率に換算したものを指数化することで、各年度の改定による本体部分の単価の伸びを示したものの。

※ 医療職種賃金（加重平均）は、各年の職種別の給与（決まって支給する給与額）について、各年の職種別医療従事者数より加重平均し、指数化したもの。なお、理学療法士・作業療法士の平成7～8年の給与額は直近年からの推計値。

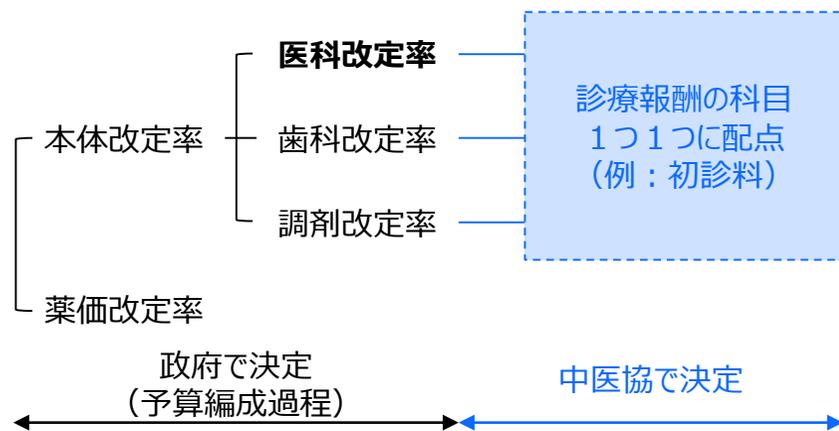
※ 「賃金・物価水準」は、医療機関の費用構造における人件費と物件費の比率により、賃金（雇用者報酬）及び物価指数を加重平均したもの。

（出典） 厚生労働省発表の診療報酬改定率、内閣府「国民経済計算（GDP統計）」、総務省統計局「消費者物価指数年報」、「労働力調査」による。

診療報酬改定に係る基本的な考え方：財源配分のメリハリ付け

- 予算編成過程においては、基本的に**医科・歯科・調剤**というそれぞれの改定率が決定されるのみ。その中で改定財源がどの分野にどのように配分されているのかは明らかではない。
- これまでの収益の動向なども踏まえれば、特に2020年度改定においては、**病院（救急対応等）と診療所**の間で改定率に差を設けることなど、**予算編成過程において大枠を決めるべき。**

◆ 診療報酬における改定率の構造



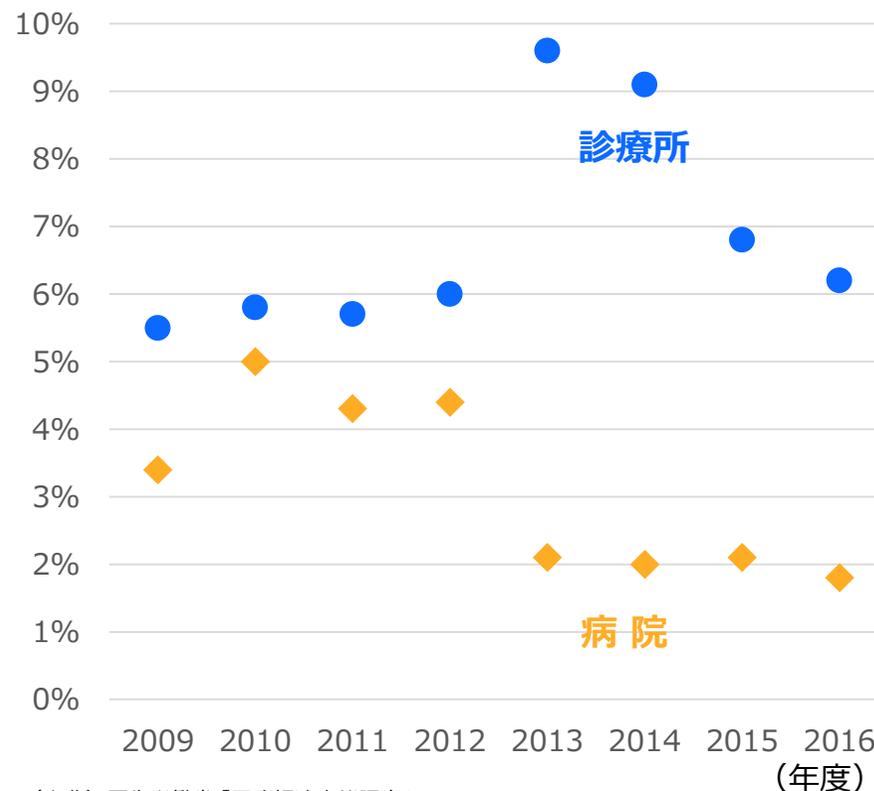
◆ 診療報酬本体改定における医科の改定率

2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度
+1.74% (入院+3.03% 外来+0.31%)	+1.55%	+0.11%	+0.56%	+0.63%

(注) 消費税対応分は除く。

◆ 一般病院と一般診療所の収益率の比較（医療法人）

⇒ 結果として必要な点数配分がなされていないのではないかと



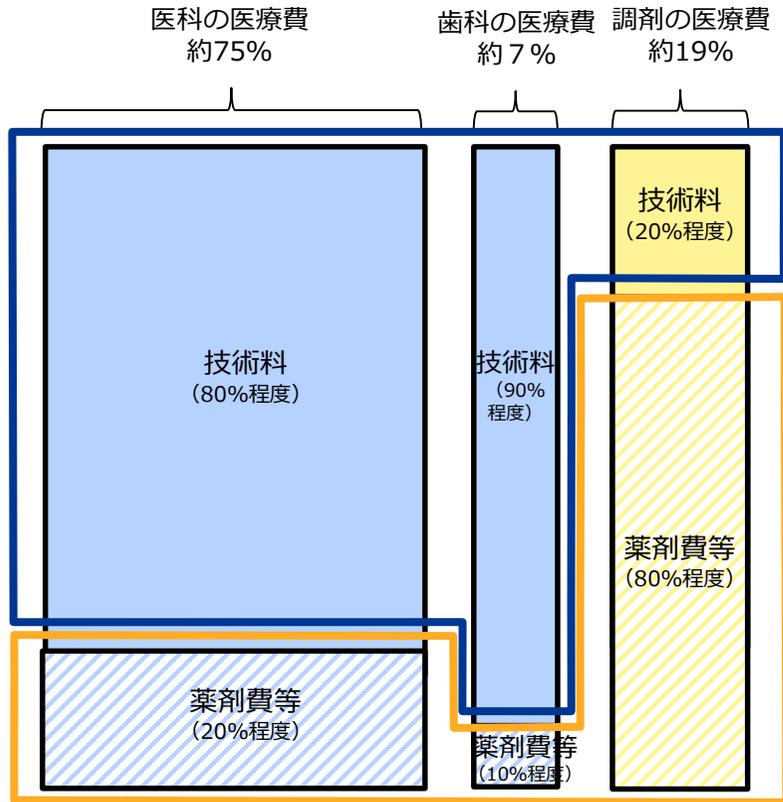
(出典) 厚生労働省「医療経済実態調査」

(注) 上記調査は2年に1回（西暦の奇数年）実施され、その前年度と前々年度の経営状況を調査しているが、調査回ごとに対象の医療機関が異なるため、異なる調査回の間での比較は困難。

医科・歯科・調剤各科の報酬に対する改定率の設定の問題点

○ 近年の診療報酬改定では、**医科・歯科・調剤の各科について、各科を取り巻く状況にかかわらず、それぞれの技術料部分に対して同程度の伸びとなるように横並びで改定率が設定され、単価を上乗せ。**

◆診療報酬の構造



◆診療報酬改定における各科の改定率の設定

30改定	+0.8%程度	+0.8%程度	+0.8%程度
28改定	+0.7%程度	+0.7%程度	+0.7%程度
26改定	+0.1%程度	+0.1%程度	+0.1%程度
24改定	+2%程度	+2%程度	+2%程度
	医科 (技術料)	歯科 (技術料)	調剤 (技術料)

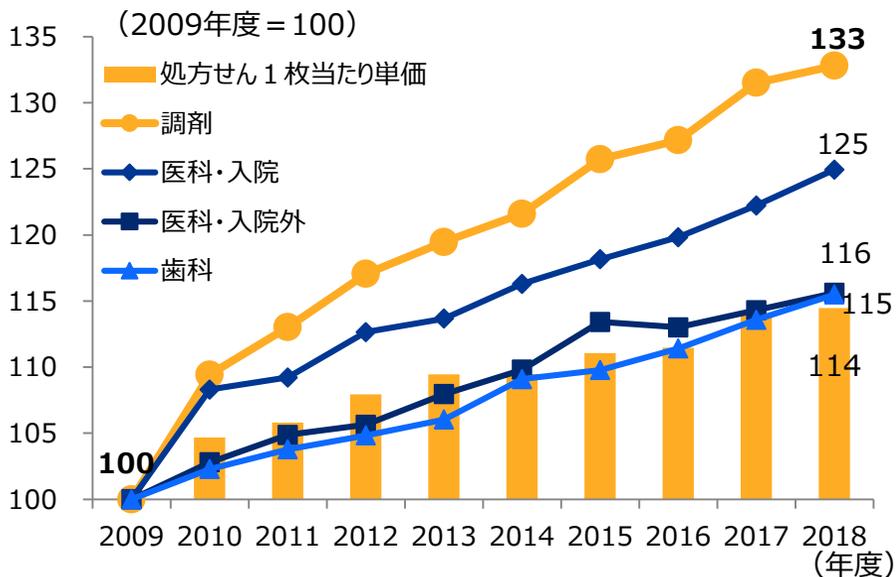
1 : 1.1 : 0.3
 (各科の診療報酬全体に対する配分割合)

1 : 1 : 1
 (各科の技術料部分に対する配分割合)

診療報酬改定に係る基本的な考え方：調剤報酬の適正化

- 薬剤費を除く調剤医療費（技術料部分）は、処方せん枚数の増加のみならず処方せん1枚当たりの単価の増加により、**入院医療費や外来医療費と比較して伸びが大きい。**
- OECD諸国と比較しても人口当たり薬剤師数が最も多く、更に毎年増加している中、本来であれば1人当たり技術料が下がるべきところ、**調剤報酬の増加により薬剤師1人当たりの技術料を確保し続ける構図。**

◆ 診療種類別の技術料の伸び



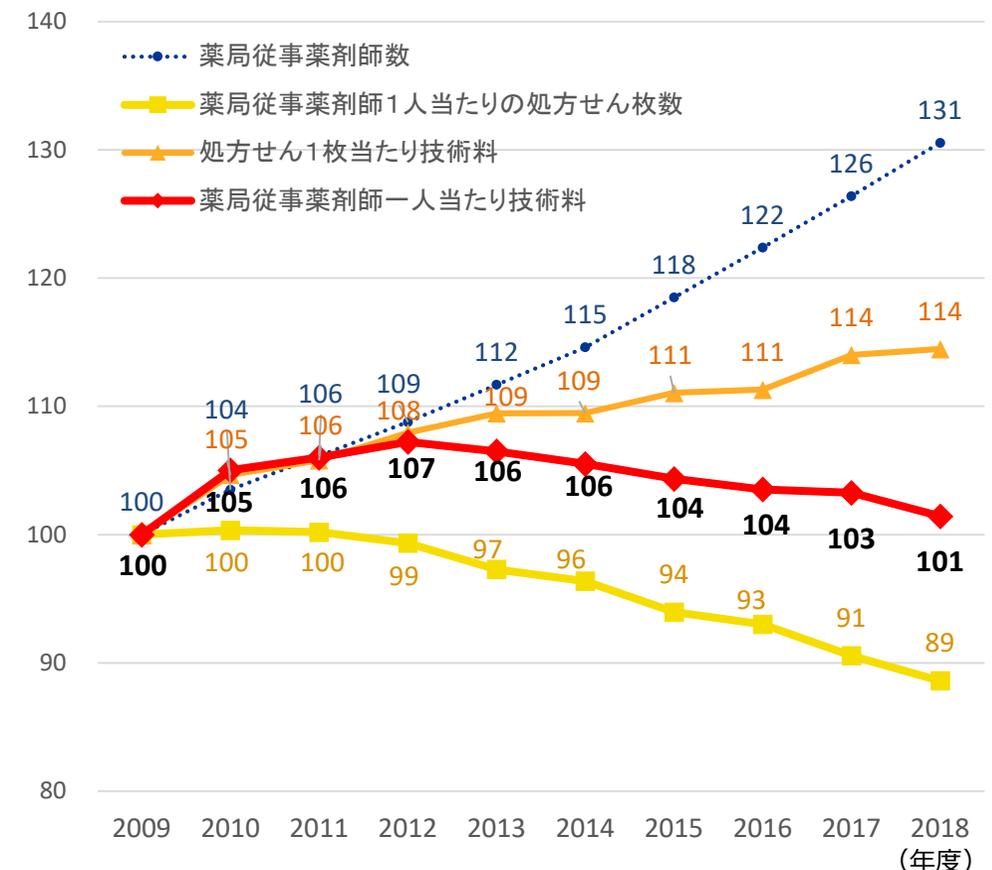
(出所) 厚生労働省「平成30年度 医療費の動向」、「調剤医療費（電算処理分）の動向」等

◆ 人口1,000人当たりの薬剤師数の国際比較

国	順位	人口1,000人当たり薬剤師数
日本	(1位)	1.81人
ベルギー	(2位)	1.22人
スペイン	(3位)	1.21人
イタリア	(4位)	1.10人
フィンランド	(5位)	1.09人
オランダ	(最下位)	0.21人

(出所) OECD「Health Data 2019」

◆ 薬局従事薬剤師一人当たりの技術料等の推移（2009年度 = 100）

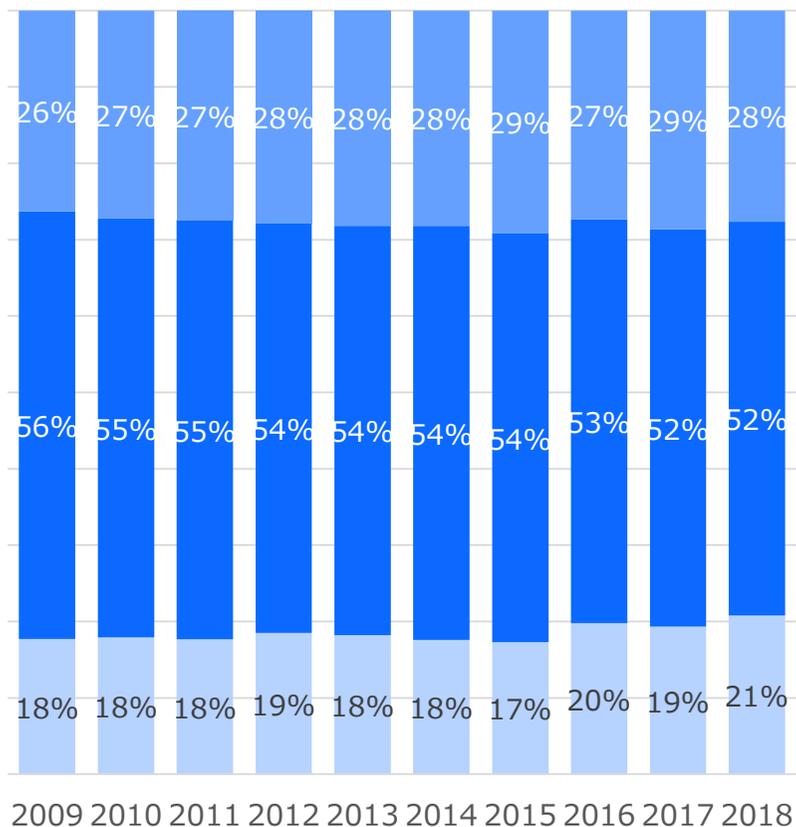


(出所) 厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」、「医師・歯科医師・薬剤師調査」等
 (注) 2017年度及び2018年度の薬局従事薬剤師数は、直近年からの推計値

診療報酬改定に係る基本的な考え方：調剤報酬の構造転換

- 対物業務から対人業務への転換が求められる中で、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料のウエイトはここ10年でほとんど変化がなく、**調剤料に依存した収益構造は依然として継続**。
- 薬剤師の業務を**対物業務から対人業務中心へシフト**させていく中で、**全体として水準を下げつつ**、調剤基本料、調剤料及び薬学管理料といった**調剤報酬全体の在り方について見直し**を行っていくべき。特に、**調剤料**については、**剤数や日数に比例した算定方法を適正化し大胆に縮減**すべき。

◆ 技術料に占める調剤基本料、調剤料及び薬学管理料の比率の推移



◆ 技術料の構成と考えられる改革の例

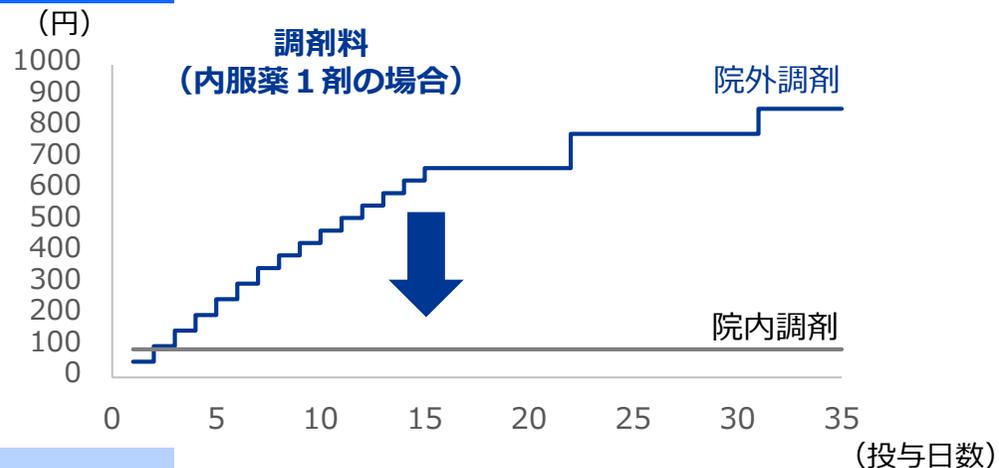
調剤基本料

〔0.5兆円〕薬局の運営維持費を評価

- ・調剤基本料1の要件見直し
- ・地域支援体制加算の要件見直し
- ・後発医薬品調剤体制加算の要件見直し

調剤料

〔1.0兆円〕医薬品調剤を行う際の技術を評価



薬学管理料

〔0.4兆円〕服薬指導、情報提供等を評価

- ・在宅業務や継続的なアフターフォローによる実績を重視する報酬構造への転換

我が国の医療提供体制の問題点

- 日本は、他の先進国と比較して人口当たりの病床数が非常に多く、都道府県別の人口当たり病床数についても**3倍以上の地域差**。人口当たり病床数と年齢調整後の入院医療費には強い相関関係が存在しており、医療費の適正化に当たっては**病床数の適正化が必要**。
- また、病床数の多さは病床当たりの医師数が非常に少ない要因ともなっており、**医師の働き方改革の推進の観点からは医療提供体制の適正化にまず取り組むべき**。

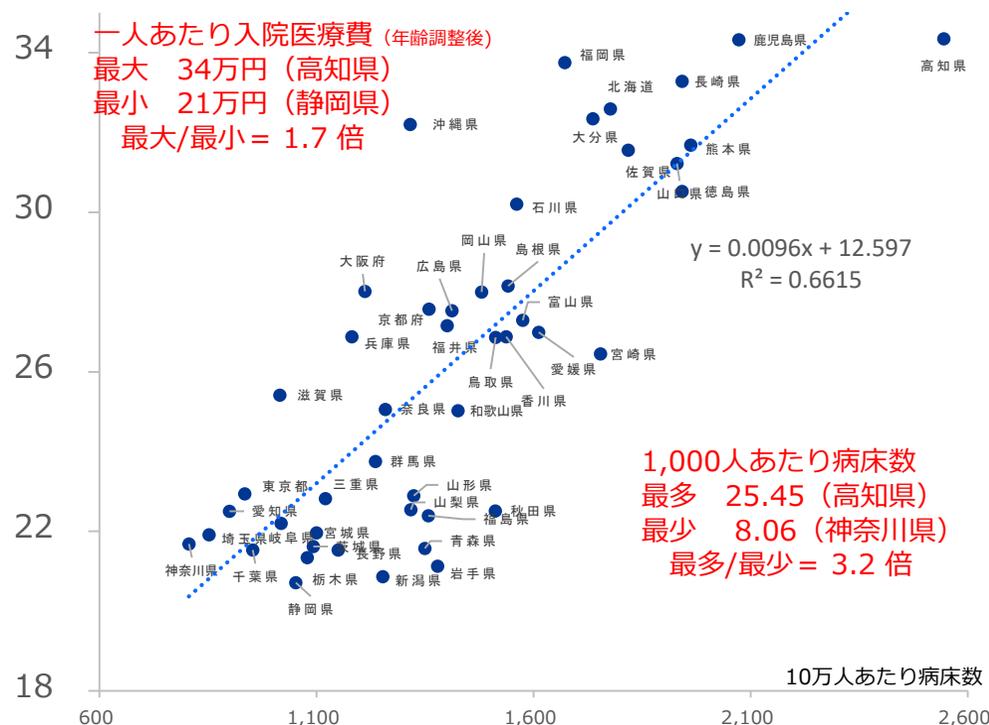
◆ 主要先進国における医療提供体制の比較

国名	平均在院日数(急性期)	人口千人当たり総病床数	人口千人当たり臨床医師数	病床百床当たり臨床医師数
日本	28.2 (16.2)	13.1	2.4 ※	18.5 ※
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	4.3	53.1
フランス	9.9 ※ (5.6) ※	6.0	3.2	52.8
イギリス	6.9 (5.6)	2.5	2.8	110.8
アメリカ	6.1 ※ (5.5) ※	2.8 ※	2.6	93.5 ※

出典：「OECD HealthData2019」（2017年データ。※は2016年のデータ）
注：平均在院日数の（）書きは、急性期病床（日本は一般病床）における平均在院日数。

◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

一人当たり入院医療費
(万円、国保+後期)



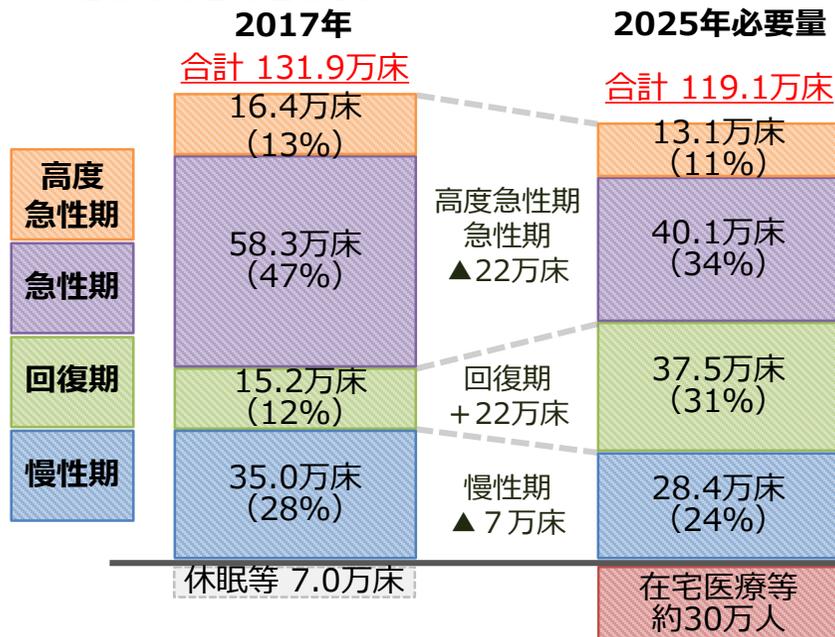
(出典)：病床数：厚生労働省「平成29年度医療施設調査」
一人当たり入院医療費：厚生労働省「平成29年度医療費の地域差分析」
※ 各都道府県の年齢階級別1人当たり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

地域医療構想の推進

- 厚生労働省は公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表。**遅くとも2020年9月までの再検証を要請。**
- 2025年に実現すべき姿に向け、**KPIを設けて中間的な達成状況を評価するとともに、その達成状況が不十分な場合には、都道府県知事の権限の在り方を含むより実効性が担保される方策を検討すべき。**また、都道府県に対する地域医療介護総合確保基金の配分については、一定の基準を設けた上で、**積極的に取り組む地方団体に対して支援できるよう大胆にメリハリ付け**をすべき。

◆ 地域医療構想における病床の機能分化等

- 地域医療構想は、都道府県が概ね二次医療圏単位で策定したもの。将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示すガイドライン等に基づき推計。
- これまで、個々の医療機関が、2025年に持つべき医療機能ごとの病床数などを盛り込んだ計画の策定を進めてきたところ。



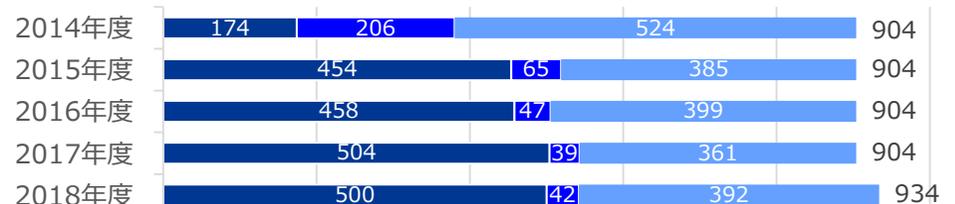
◆ 具体的対応方針の再検証が求められた医療機関

- 公立・公的病院等については、2018年度末までに具体的対応方針の策定を概ね終えたものの、その内容は2025年に実現すべき姿に沿ったものとなっておらず、再検証を要請。

A 診療実績が特に少ない	B 機能が類似し地理的に近接
全国の構想区域を人口規模別のグループに分け、9領域の全てにおいて各グループ内で診療実績が下位33.3%	6領域の全てにおいて、区域内での診療実績が相対的に少なく、自動車でも20分以内に一定の診療実績を有する病院が存在
277病院	147病院 (Aに該当する先を除く)

(注) Bタイプの6領域は「がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期」であり、Aの9領域はこれらに「災害・へき地・医師派遣機能」を加えたもの。

◆ 地域医療介護総合確保基金（医療分・公費ベース）の交付状況 (億円)

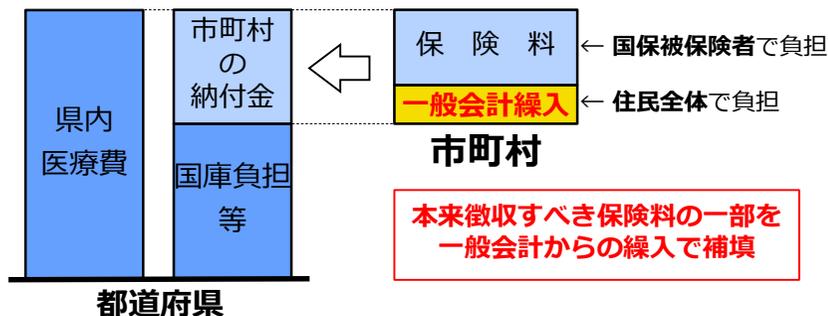


- 事業区分Ⅰ：地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 事業区分Ⅱ：居宅等における医療の提供に関する事業
- 事業区分Ⅲ：医療従事者の確保に関する事業

国民健康保険の保険者機能の強化①：法定外一般会計繰入等の速やかな解消

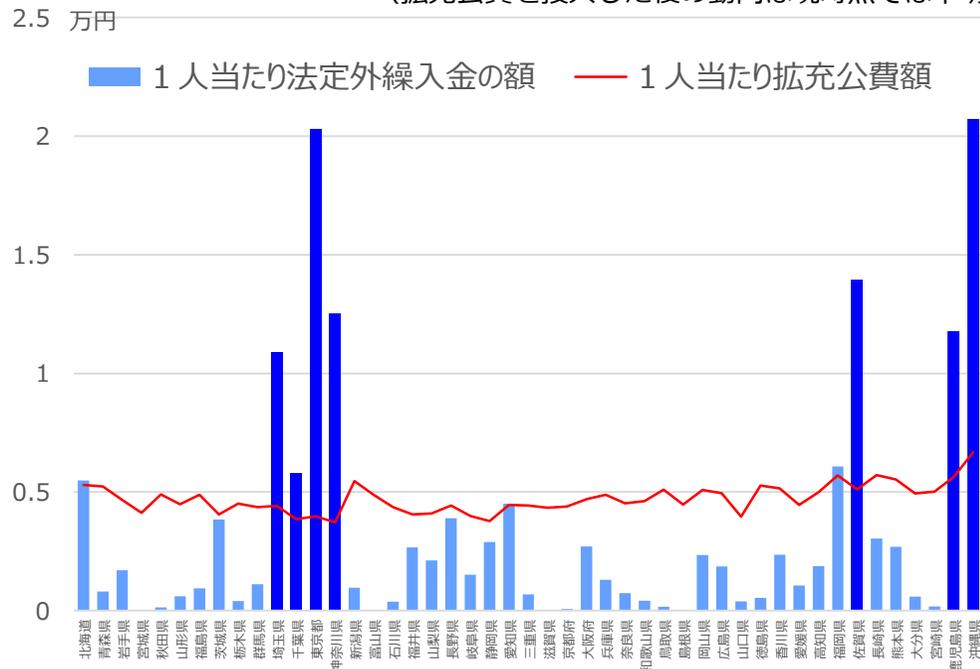
- 国民健康保険は、制度上の公費に加えて、**保険料の負担軽減等の目的で一般会計から総額約1,800億円の法定外繰入等**を実施。各市町村の保険料負担はこうした繰入の有無や額によって左右。
- 財政運営を都道府県単位化する国保改革と併せ、2015年度から1,700億円、**2018年度からは更に1,700億円の公費を制度上追加**。保険給付に応じた保険料負担を求める本来の仕組みとする観点から、こうした**公費の適切な活用等により速やかに法定外一般会計繰入等を解消**し、保険者（特に財政力の強い地方団体）として規律ある保険財政の運営を行うべき。

◆ 法定外一般会計繰入の構造（イメージ）



◆ 都道府県別の1人当たり法定外繰入金額（2017年度）と2018年度に投入された1人当たり拡充公費の額の比較

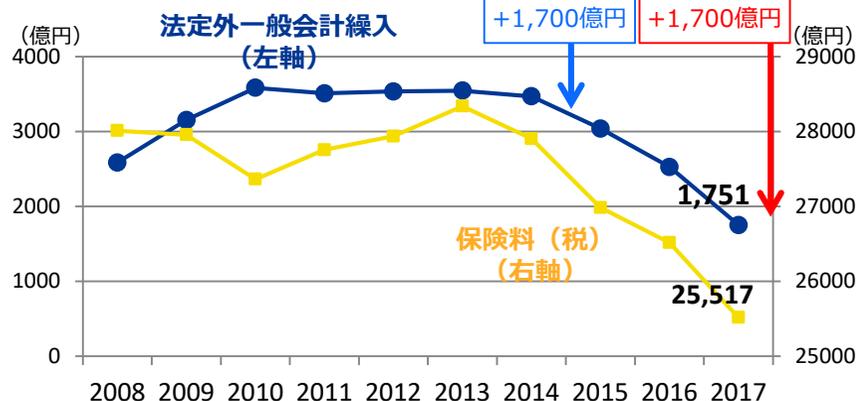
（拡充公費を投入した後の動向は現時点では不明）



（出所）国民健康保険事業年報等

（注）法定外繰入金の額は、決算補填目的等のもの。2018年度拡充公費の額は、2018年度拡充公費約1,700億円のうち、保険者努力支援制度（市町村分）と特別調整交付金（精神・非自発的失業）に係る額を機械的に控除したもの（約1,310億円）。法定外繰入金の額が2018年度拡充公費の額を一定以上上回る都県のみグラフの色を濃くしたもの（佐賀県は、累積赤字解消のための繰入が太宗）。

◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



（出典）国民健康保険事業年報

（注1）法定外一般会計繰入は、決算補填目的のもの。（注2）保険料（税）は介護分を除く。

国民健康保険の保険者機能の強化②：都道府県内保険料水準の統一

- 国は、納付金等算定ガイドラインにおいて、**将来的に保険料水準の平準化**（同一都道府県内において、同じ所得水準・同じ世帯構成であれば、同じ保険料水準）を目指すこととしている。
- 他方、同じガイドラインにおいて「都道府県内市町村間で医療費水準に差異がある都道府県においては、**年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させることが原則**となる（ $a = 1$ ）」とも記載されており、**将来的な目標と逆行**。
- 保険料水準の統一（ $a = 0$ ）により、法定外繰入等の廃止が不可欠となり、医療費の地域差に影響を与える医療提供体制の均霑化を併せて図るインセンティブの効果。都道府県の先進・優良事例について全国展開を図るとともに、**ガイドラインを変更し、都道府県内の保険料水準の統一化を原則**とすべき。

※ 年齢調整後の医療費水準をどの程度反映するか、各都道府県知事が医療費指数反映係数 a （ $0 \leq a \leq 1$ ）を決定。 $a = 1$ のとき医療費水準は納付金の配分に全て反映され、 $a = 0$ のとき納付金の配分に全く反映されない（都道府県内統一の保険料水準）。

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）における記載

国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組む都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る。

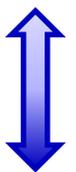
国保運営方針等における 具体的な統一時期や検討時期等に係る記載

記載内容	該当都道府県
2024年度より統一	大阪府 奈良県 （激変緩和措置あり）
2024年度までを 目標に検討	北海道※1 広島県※2 沖縄県 ※1：納付金ベースでの統一 ※2：収納率の差異によるバラツキを容認
2027年度までを 目標に検討	和歌山県 佐賀県

年齢調整後の医療費水準を市町村の納付金に どの程度反映するかを調整する係数（ a ）

係数 a	該当都道府県
$a = 0$	滋賀県 大阪府 奈良県 広島県
$a = 0.5$	北海道 宮城県
$a = 0.7$	三重県
$a = 0.9$	群馬県
$a = 1$	その他の39都府県

医療費水準を
反映しない
($a = 0$)



医療費水準を
反映する
($a = 1$)

1. 保険給付範囲の在り方の見直し

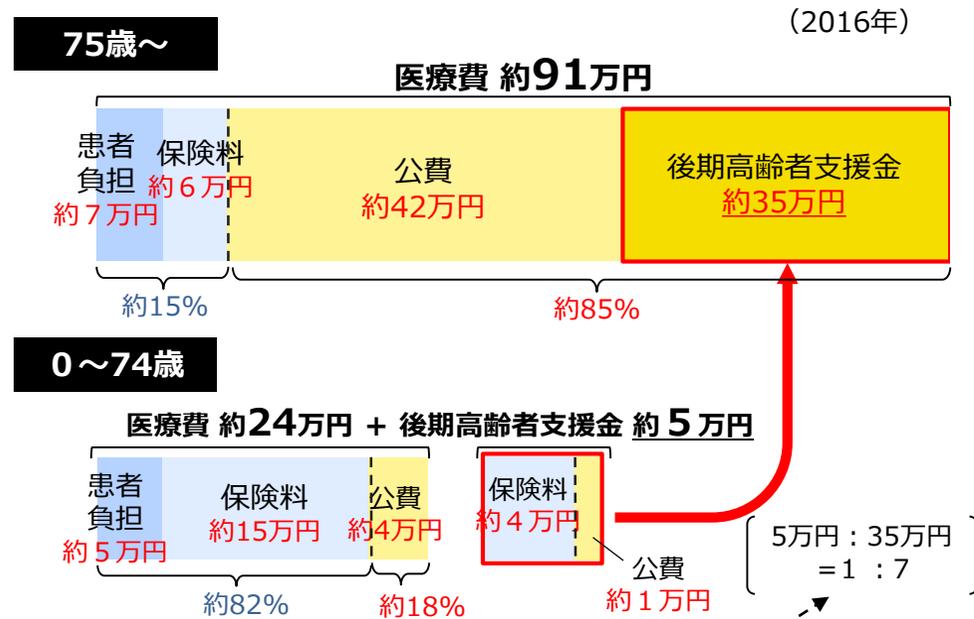
2. 保険給付の効率的な提供

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

高齢化・人口減少下での負担の公平化：世代間の負担の不公平

- 75歳以上の者の1人当たり医療費は現役世代の約4倍であり、その財源の8割強は公費と現役世代の支援金。現役世代は、自らの医療費のほか後期高齢者支援金も負担。近年の高齢者の医療費の増加により、支え手である現役世代の保険料負担は重くなっている状況。
- 75歳以上の者の約4割は、窓口負担を「負担に感じない」または「あまり負担に感じない」と回答。

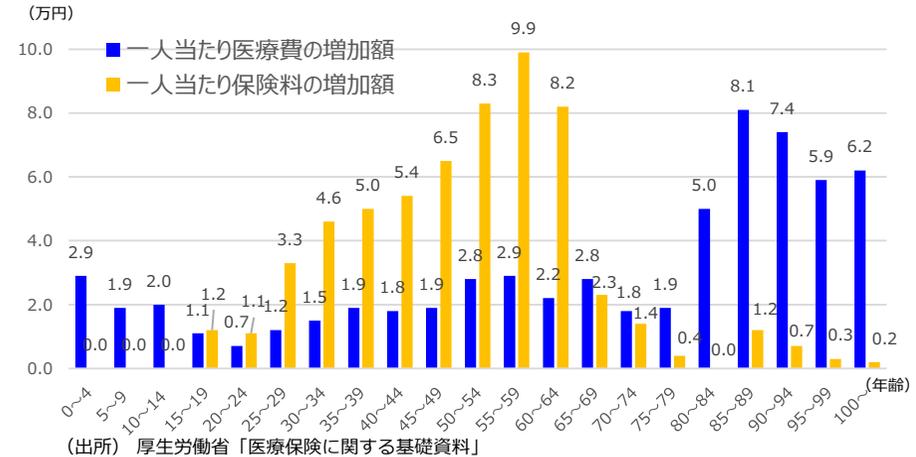
◆ 1人当たり医療費・後期高齢者支援金とその財源の内訳



◆ 年齢別人口の推移

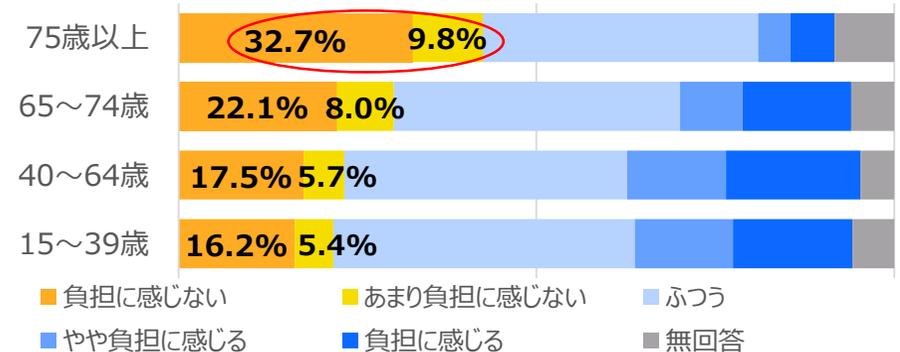
	75歳以上	0～74歳
2015年	1,632万人 1 : 7	11,077万人
2025年	2,180万人 1 : 5	10,074万人
2054年	2,449万人 1 : 3	7,385万人

◆ 1人当たり医療費と保険料の増加 (2009年→2016年)



◆ 世代別の窓口負担額に係る負担感

「今日、病院で請求された金額は負担に感じますか」への回答



高齢化・人口減少下での負担の公平化に向けた課題

- 2022年に迫っている**団塊の世代の75歳への到達**、今後加速していく**支え手の減少**を踏まえつつ、**世代間・世代内の公平性を確保するための見直し**を行っていく必要。
- 具体的には、人生100年時代を踏まえ、年齢に応じた負担から負担能力に応じた負担に転換していく観点から、高齢者の窓口負担割合について、
 - ・ **新たに75歳になる者から70～74歳時と同じ2割の維持（現在1割負担となっている者の負担の引上げではない）**
 - ・ **「現役並み所得」の判定基準の見直し**
 などを検討していくべきではないか。

世代間の公平性を確保しつつ
個人から見て大きな負担増とにならない方が必要
⇒ **新たに75歳になる者から2割負担の維持**
(1割負担となっている者の負担の引上げではない)

【現役並み所得者以外の場合】



(参考) 70～74歳の者の窓口負担割合を2割とした際も、2014年度から上記と同様の方法で段階的に実施。

負担能力のある方には
負担能力に応じた負担を求める
⇒ **「現役並み所得」の判定基準の見直し**

現役並み所得者：3割負担
後期高齢者の約7%



【現役並み所得者の要件：2人世帯の場合】

個人課税所得 145万円以上 + 世帯収入 520万円以上

⇒ 高齢夫婦2人世帯で
 ・ 夫が年金収入月36万円（年間432万円）*
 ・ 妻が基礎年金満額（年間約78万円）
 の場合でも、世帯収入要件があるため、夫は現役並み所得者にはならない。

* 1年を通じて勤続した給与所得者の年収は400万円以下の者が5割強