

參考資料

社会保障について② (参考資料)

財務省

2019年11月1日

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

経済性の面からの評価も踏まえた保険収載等の在り方

【論点】

- 現在、薬事承認が行われた新規医薬品は事実上全て90日以内に保険収載される仕組みとなっており、保険収載に当たって財政影響がどの程度生じるか十分検証されていない。新たな医療技術についても、保険収載に当たり経済性は考慮されていない。こうした保険収載の影響は、医療費の「高度化による増加」の要因と考えられる。
- 単価が極めて高額である医薬品が登場しているほか、単価が相応に高額であって患者数が非常に多い医薬品の登場も考えられる中で、新規収載や効能追加による財政影響を検証する必要。

新経済・財政再生計画 改革工程表2018（2018.12.20 経済財政諮問会議）における記載

医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養費制度を柔軟に活用・拡大することについて、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討。

◆ 今後、保険財政への影響が大きいと考えられる医薬品の類型

類型	事例
単価が極めて高額	<p>●キムリア点滴静注（急性リンパ芽球性白血病） （薬価：34,113,655円）</p> <p>⇒ 予測患者数216名、予測販売金額は72億円。</p> <p>※ 仮に医薬品単体では患者数が少ない場合でも、品目数が増加すれば保険財政への影響は大。</p>
単価が高額であり患者数が非常に多い	<p>●ゾレア皮下注用75mg（気管支喘息用剤として収載済） （薬価：23,556円）</p> <p>⇒ 2018年11月に、既存治療薬では効果が認められない重症または最重症の花粉症患者向けに製造販売承認申請済 （新規収載ではなく、既存の医薬品についての効能追加）</p>

スイス製薬大手のノバルティスは2019年秋にも重症の花粉症患者向けの医薬品を国内で販売する。花粉症向けとしては世界で初めての「抗体医薬」で、高い症状抑制効果が期待できる。気管支ぜんそくの薬として発売済みの薬を花粉症治療薬として改めて承認を得る。（中略）

ゾレアの薬価は75ミリグラム1本で約2万3千円で、使用する本数は体重や症状によって月1～16本と異なる。そのため患者の自己負担額も様々となるが、多くのケースで3万円前後になるもよう。

既存薬で効果が不十分な重症患者は国内に200万～300万人いると推定されている。ビジネスパーソンや女性の治療ニーズが高い。（以下略）

（2019年2月26日 日本経済新聞朝刊より抜粋）

【改革の方向性】（案）

- 国民皆保険制度を維持していく観点から、医薬品・医療技術については、安全性・有効性に加え費用対効果や財政影響などの経済性の面からの評価も踏まえて検証を行い、保険収載の可否も含め公的保険での対応の在り方を決める仕組みとすべき。

(参考) 国内外で登場した高額医薬品

- 国内外において、従来よりも高額な医薬品が登場してきている。

銘柄	収載年月	効能・効果	費用
オプジーボ点滴静注	2014.9	非小細胞肺癌 等	約3,500万円 (1年間の場合)
ハーボニー配合錠	2015.8	C型慢性肝炎 等	約670万円 (12週間)
ステミラック注	2019.2	脊髄損傷に伴う 機能障害等の改善	約1,500万円 (1回投与)
キムリア点滴静注	2019.5	急性リンパ芽球性 白血病 等	約3,350万円 (1回投与)

(出所) 中央社会保険医療協議会資料等に基づき作成。費用は新規収載時または上記効能・効果追加時のもの。体重は60kgを想定。

米国での製品名	米国での承認年月等	米国での費用
イエスカルタ (リンパ腫)	2017.10	約4,000万円 (1回投与)
ラクスターナ (遺伝性網膜疾患)	2017.12	約9,100万円 (両眼1回投与)
ゾルゲンスマ (脊髄性筋萎縮症)	2019.5 (日本:薬事承認申請中)	約2億2,700万円 (1回投与)

(出所) 各社報道発表資料等に基づき作成。1米ドル=107円(令和元年11月中において適用される基準外国為替相場)。

保険給付範囲の在り方の見直し（薬剤自己負担の引上げ）

- 諸外国では、薬剤の種類に応じた保険償還率の設定や、一定額までの全額自己負担など、薬剤の負担について技術料とは異なる仕組みが設けられている。
- OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品は、医療機関での処方によりOTC医薬品より大幅に低い負担で入手可能。セルフメディケーションの推進に逆行し公平性も損ねている。

◆ 薬剤自己負担の国際比較

日本	原則 3 割 + 高額療養費制度（技術料も含む実効負担率：15%） （義務教育就学前：2 割、70～74歳：2 割、75歳以上：1 割）
ドイツ	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）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
フランス	薬剤の種類に応じて自己負担割合を設定 （注）参照価格（償還限度額）が設定されている場合は、限度額を超えた額は自己負担
スウェーデン	1,150クローネまで全額自己負担、より高額の場合一定の自己負担割合 （注）上限は年間2,300クローネ

◆ 医療用医薬品と市販品（OTC医薬品）の比較

種 類	医療用医薬品				OTC医薬品	
	銘柄	薬価	3 割負担 (現役)	1 割負担 (高齢者)	銘柄	価格
湿布	AA	300円	90円	30円	A	2,598円
ビタミン剤	BB	530円	159円	53円	B	4,048円
漢方薬(感冒)	CC	1,010円	303円	101円	C	4,730円
皮ふ保湿剤	DD	1,300円	390円	130円	D	2,493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は留意が必要。

※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。

保険外併用療養費制度の更なる活用

【論点】

- 現在、保険診療と保険外診療を併用して治療を行う場合には、原則として保険診療部分も含めて全額が自己負担。「全ての診療行為を保険適用とする」か「全ての診療行為を保険適用としない」のいずれかしか選択肢がない硬直的な制度。
- そのため、今後、①高額医薬品の経済性の面からの評価や、②OTC医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付範囲からの除外が行われる際には、保険が適用されない部分の薬剤料だけでなく、初診料などの技術料も含めて全額が自己負担となり、患者にとって大きな負担。

◆ 保険外併用療養費制度の概要（現行制度）

- ・ 例外的に、保険外併用療養費制度として認められている治療であれば、保険診療と併用することが可能。例えば、差額ベッド代は全額自己負担であっても、それ以外の入院料などは通常の負担。

保険診療部分	保険外診療部分
保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	

保険外併用療養費制度の分類

評価療養	保険導入のための評価を行うもの (例：先進医療)
患者申出療養	患者からの申出に基づき 保険導入のための評価を行うもの
選定療養	保険導入を前提としないもの (例：差額ベッド、歯科の金合金)

◆ 高額医薬品に活用する場合

- ・ 経済性の面からの評価に見合う価格を超える高額医薬品の処方について、①当該価格までを保険適用とし、②当該価格を超える部分については全額自己負担とすることが可能。

高額医薬品		
初診料や検査料	①効果に見合う価格分	②超過する価格分
保険から給付	保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	3割自己負担	

◆ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医薬品に活用する場合

- ・ OTC医薬品と同一の有効成分を含む医薬品の処方について、当該医薬品は全額自己負担、当該医薬品以外の部分（初診料や検査料など）は従来通りの負担。

初診料や検査料	OTC化済医薬品
保険から給付	全額自己負担
3割自己負担	

【改革の方向性】（案）

- 「新経済・財政再生計画 改革工程表2018」においても「医薬品や医療技術の保険収載の判断等に当たり費用対効果や財政影響などの経済性評価を活用し、保険対象外の医薬品等に係る保険外併用療養費制度を柔軟に活用・拡大することについて、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討」とされたことも踏まえ、国民皆保険制度を維持する観点から、新たな類型の創設も含めて保険外併用療養費制度の更なる活用を行うべき。

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

① 医療提供体制の改革

② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方

③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現

④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革

⑤ 薬価制度抜本改革

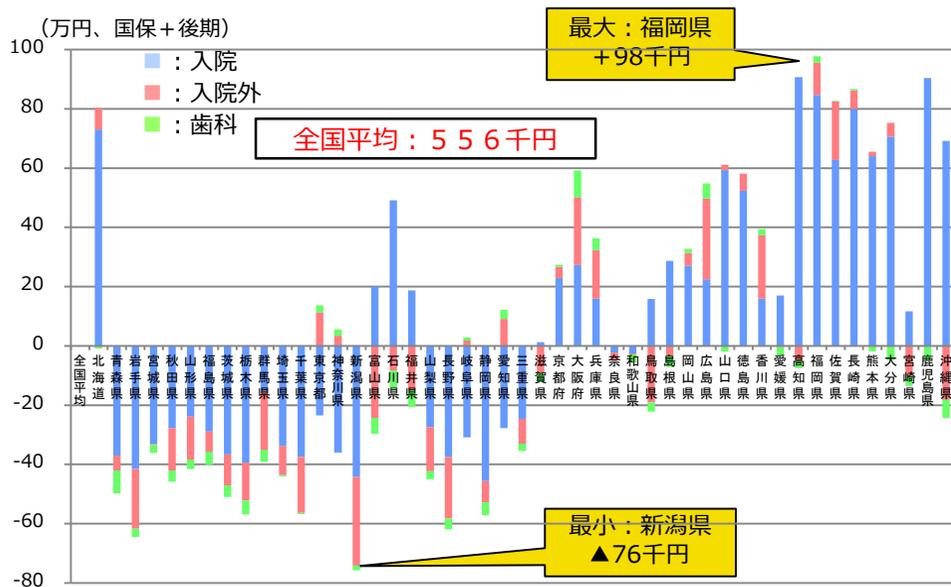
3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

我が国の医療提供体制の問題点

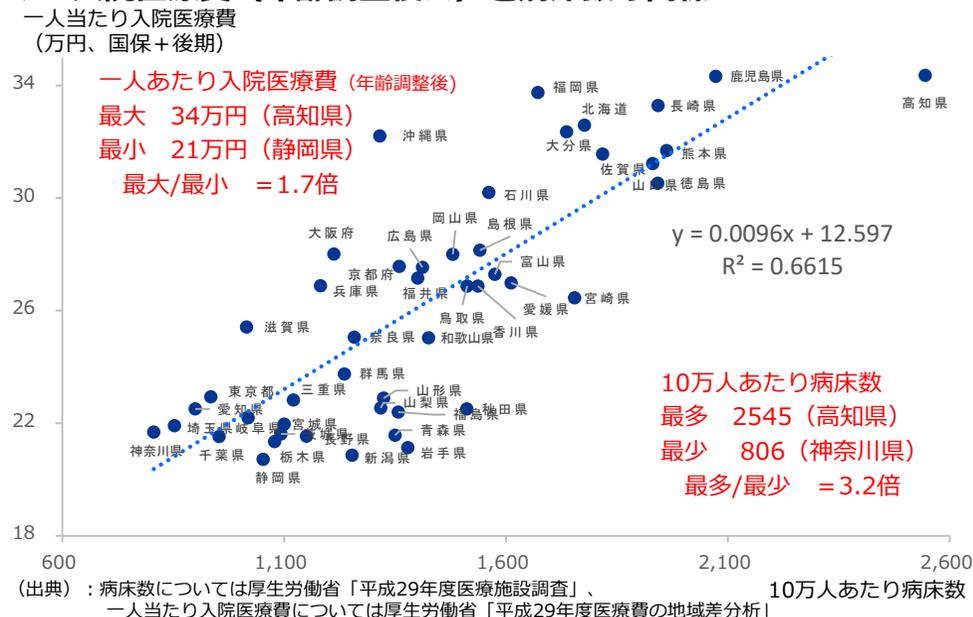
国名	平均在院日数 (急性期)	人口千人 当たり 総病床数	病床百床 当たり 臨床医師数	人口千人 当たり 臨床医師数	病床百床当たり 臨床看護職員数	人口千人当たり 臨床看護職員数	人口百万人あたり MRI台数
日本	28.2 (16.2)	13.1	18.5 ※1	2.4 ※1	86.5 ※1	11.3 ※1	55.2
ドイツ	8.9 (7.5)	8.0	53.1	4.3	161.6	12.9	34.7
フランス	9.9 ※1 (5.6) ※1	6.0	52.8	3.2	175.3 ※3	10.5 ※3	14.2
イギリス	6.9 (5.9)	2.5	110.8	2.8	308.5	7.8	7.2 ※2
アメリカ	6.1 ※1 (5.5) ※1	2.8 ※1	93.5 ※1	2.6	419.9 ※1・3	11.7 ※3	37.6

出典：「OECD HealthData2019」（2017年データ） 注1：「※1」は2016年のデータ。 注2：「※2」は2014年のデータ。
 注3：「※3」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。
 注4：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である。

◆ 一人あたり医療費（年齢調整後※）の地域差



◆ 入院医療費（年齢調整後※）と病床数の関係

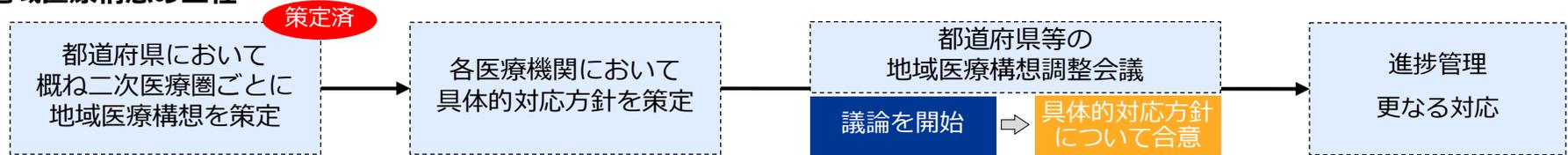


※ 各都道府県の年齢階級別1人あたり医療費をもとに、全国の年齢構成と同じと仮定して算出。高齢化率等の年齢構成の違いでは説明できない地域差である。

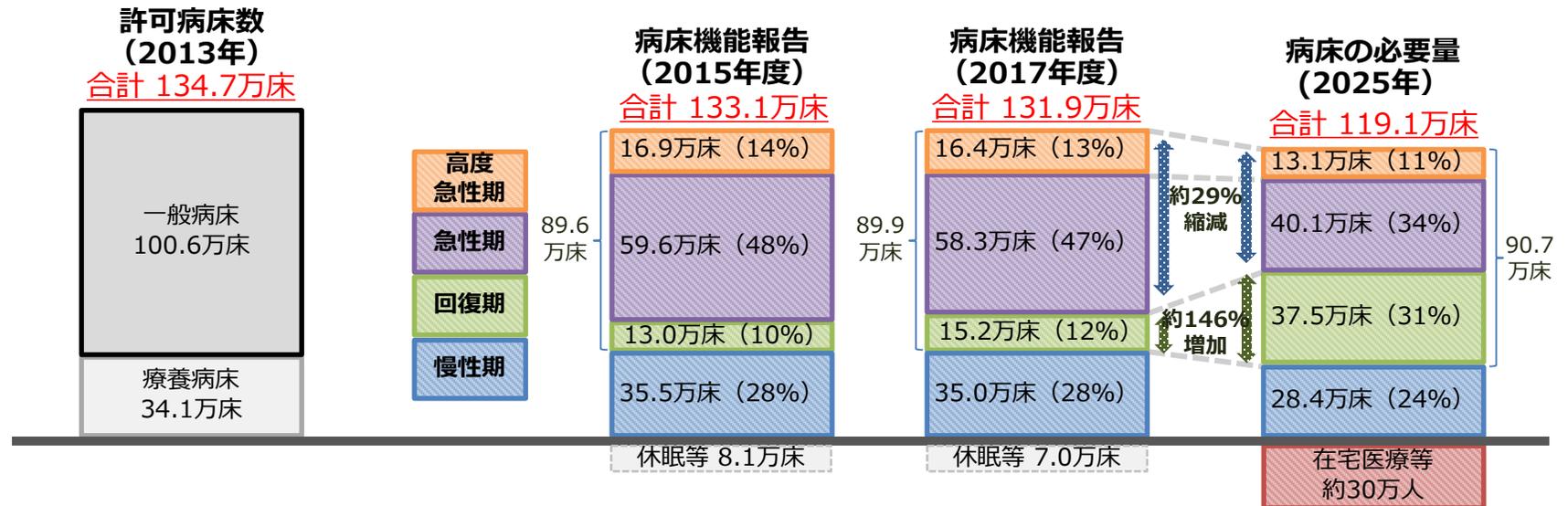
地域医療構想の推進①

- 団塊の世代が後期高齢者になり始める2022年、すべて後期高齢者となる2025年に向けて、地域医療構想に沿って、高度急性期・急性期から回復期や在宅医療等に大幅な医療機能の転換を進めていく必要。

◆ 地域医療構想の工程



◆ 地域医療構想に基づく病床の必要量



病床機能報告においては、各医療機関の判断により、実際に提供されている医療機能を踏まえて病棟ごとに病床が担う医療機能を選択・報告

高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能（救命救急病棟等を例示）
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

地域医療構想の推進②

- 地域医療構想の実現に向け、公立・公的病院等について2018年度末までに具体的対応方針の策定を概ね終えた状況。
- しかしながら、具体的対応方針の内容が地域医療構想における2025年のあるべき姿と整合的か否かは担保されていない。構想区域内の全ての公立・公的病院等に係る具体的対応方針が合意されていても、単にほぼ現状維持の方針が示されているだけに過ぎないケースも存在。

◆ 全ての公立・公的病院等について対応方針が「合意」されている構想区域の例（病床数の状況）

2025年に向けて病床数がほぼ維持されたままであり
減少すべき急性期病床は逆に増加している区域

	2017年度報告		2025年 必要量	対応方針の 増減数 計
高度急性期	17	公 17 民 0	84	▲2
急性期	708	公 673 民 35	318	+18
回復期	149	公 149 民 0	259	+42
慢性期	144	公 144 民 0	117	+3
休棟中等	63	公 60 民 3	-	▲60
合計	1,081	公 1,043 民 38	778 (要 ▲303)	+1

休棟中の病床を減少させるべき急性期病床に振替え、
大幅に減少させるべき高度急性期病床が逆に増加している区域

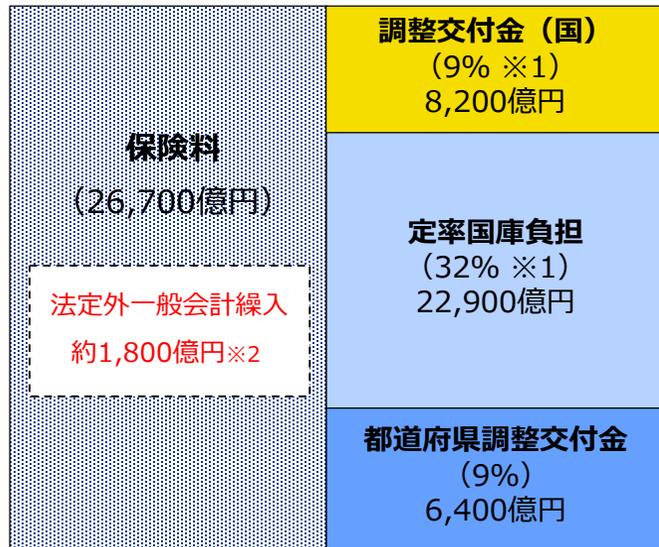
	2017年度報告		2025年 必要量	対応方針の 増減数 計
高度急性期	2,050	公 2,050 民 0	889	+10
急性期	2,414	公 1,651 民 763	2,104	+83
回復期	772	公 285 民 487	1,572	±0
慢性期	2,598	公 515 民 2,083	1,449	±0
休棟中等	183	公 93 民 90	-	▲93
合計	8,017	公 4,594 民 3,423	6,014 (要 ▲2,003)	±0

普通調整交付金の配分方法の見直し

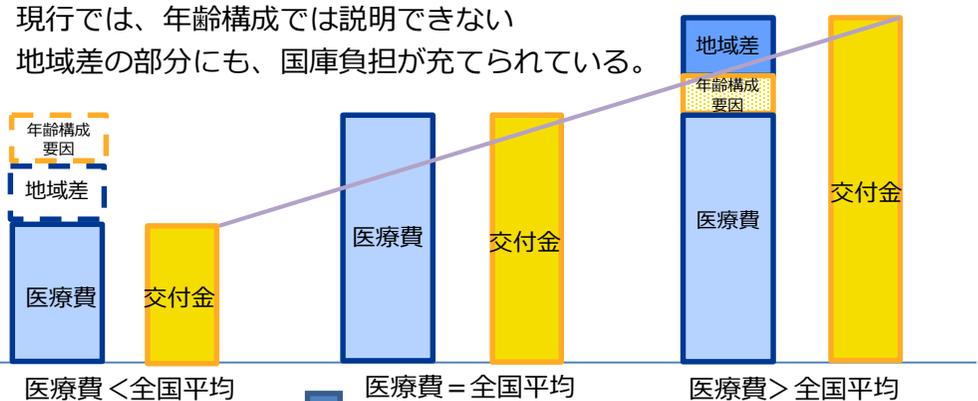
【論点】

- 国民健康保険の給付のうち前期高齢者調整分を除く5割超は公費で賄われており、このうち6,400億円は、自治体間の財政力の格差（医療費、所得等）を調整するため、普通調整交付金として国から自治体に配分されている。
- 地域間の医療費の差は、高齢化など年齢構成により生じるものと、いわゆる「地域差」（年齢構成では説明できないもの）があるが、現行制度では、理由にかかわらず、医療費に応じて普通調整交付金が増減額される仕組み。

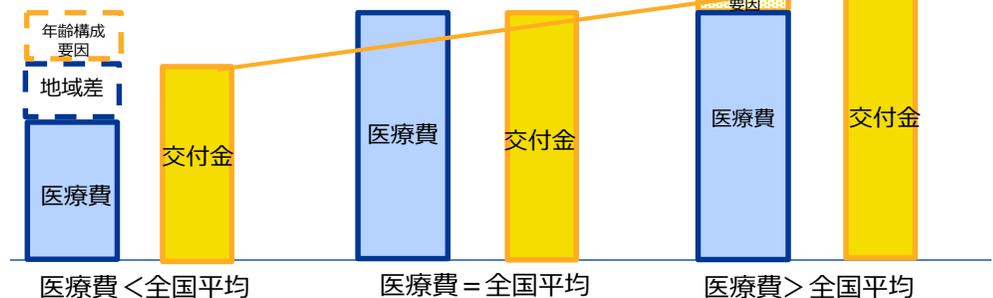
◆国民健康保険の財政（2019予算）



普通調整交付金
6,400億円
特別調整交付金
1,500億円
特例調整交付金
300億円



年齢構成では説明できない地域差には、普通調整交付金を充てない仕組みとすることで、地域差是正に向けたインセンティブを強化。



※1 定率国庫負担のうち一定額について、財政調整機能を強化する観点から国の調整交付金に振りかえる等の法律上の措置がある

※2 2017年度決算(速報値)における決算補填等の目的の一般会計繰入の額

【改革の方向性】（案）

- 国保の普通調整交付金の配分にあたっては、実際の医療費ではなく、各自治体の年齢構成のみを勘案した標準的な医療費水準を前提として交付額を決定する仕組みに改めるべき。（年齢構成では説明できない地域差は、その地域の保険料水準に反映されるべき。）

医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の設定

【論点】

- 高齢者医療確保法第14条においては、医療費適正化の観点から地域ごとの診療報酬の定めを行いうることが規定されているが、2006年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。発動の要件やどのような内容の診療報酬の定めが可能かについて都道府県に具体的に示されてもいない。
- 2018年度からの国保改革により、都道府県が、県内の医療費の水準や見通しを踏まえた保険料設定と住民への説明責任を負うこととなり、県内の医療提供体制の在り方と一体的な検討を行うこととなる。
- 国保の都道府県単位化を機に、地域別診療報酬の活用を検討するなど医療費適正化に向けて積極的に取り組もうという都道府県も現れている。

全国一律 (注)		×	全国一律		=	医療費
診療報酬点数 (厚生労働大臣告示)			1点あたり 単価 10円			
(例)	初診料 288点 急性期一般入院料 1 1,650点 調剤基本料 1 42点					

(注) 入院基本料への地域加算 (都市部に加算) など、例外的に地域ごとに異なる取扱いもある。

(参考)

- ① 介護報酬では地域によって1点単価で最大14%の差異が設けられている。
- ② かつて診療報酬も地域別に単価が設定されていた。

医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の活用 (考えられる例)

- 医療費の伸びが高く住民の保険料負担が過重となる場合における診療報酬1点単価の調整
- 入院医療費の地域差是正等の観点からの、特定の病床が過剰な地域における当該入院基本料単価の引下げ
- 調剤業務の需要に見合わない供給増 (薬剤師や薬局数の増加) が生じた場合の調剤技術料の引下げ

【改革の方向性】 (案)

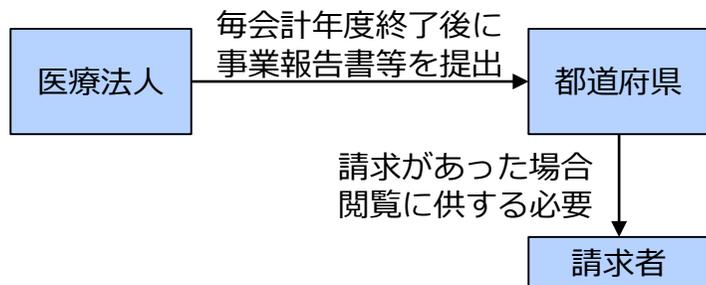
- 都道府県における医療費適正化の取組みに資する実効的な手段を付与し、都道府県のガバナンスを強化する観点も踏まえ、医療費適正化に向けた地域別の診療報酬の具体的に活用可能なメニューを国として示すとともに、第三期医療費適正化計画の達成に向けても柔軟に活用していくための枠組みを整備すべき。

医療分野におけるデータの「見える化」の更なる推進

【論点】

- 2007年に施行された医療法改正により、医療法人が都道府県等に提出する財務諸表等を誰でも閲覧することが可能となった。情報公開の観点から評価されるべきものであるが、基本的に書類は個々の医療法人を所轄する都道府県に保管されるにとどまっている。
- 2018年度に創設された国民健康保険の保険者努力支援制度は、市町村や都道府県における医療費適正化等の取組状況を点数化し、獲得点数に応じて交付額を決定する制度。都道府県ごとの点数は公表されているものの、市町村ごとの点数は公表されておらず、近隣の市町村や同規模の市町村との比較や優良・先進事例の把握が困難であり、インセンティブとして十分に機能しない。

◆ 医療法に基づき、医療法人が都道府県に提出する書類



(注) 「事業報告書等」には、事業報告書、財産目録、貸借対照表、関係事業者との取引の状況に関する報告書などが含まれる。

医療経済実態調査	上記により提出された財務諸表
2年に1回の実施	毎会計年度提出
病院・診療所単位	医療法人単位（医療法人のみ）
毎回調査対象が異なるため 時系列での比較が困難	時系列での比較が可能
一定割合の抽出調査	医療法人には提出義務あり

◆ 国民健康保険の保険者努力支援制度（市町村分・2020年度）

評価指標（概要）	満点（計995点）
特定健診・保健指導の実施率	190点
がん検診等の受診率	70点
重症化予防の取組	120点
個人へのインセンティブ提供・情報提供	110点
適正受診・適正服薬の促進	50点
後発医薬品の使用促進	130点
収納率向上	100点
データヘルス計画の取組	40点
医療費通知の取組	25点
地域包括ケアの推進	25点
第三者求償の取組	40点
適正かつ健全な事業運営の実施状況	95点



【改革の方向性】（案）

- 医療法に基づき都道府県に提出されている医療法人の財務諸表について、データを網羅的に集計し医療法人全体の経営状況の動向を把握するなどといった一層の「見える化」を推進するべき。
- 国民健康保険制度の保険者努力支援制度に関し、保険者における医療費適正化等に向けた取組に対するインセンティブをより働かせる観点から、市町村ごとの点数獲得状況を指標ごとに公表するべき。

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

① 医療提供体制の改革

② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方

③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現

④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革

⑤ 薬価制度抜本改革

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

診療報酬(本体)改定率・薬価等改定率

(年度)

	1989 (H元)	1990 (H2)	1992 (H4)	1994 (H6)	1996 (H8)	1997 (H9)	1998 (H10)	2000 (H12)	2002 (H14)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	(+0.65%)	▲2.7%	▲2.5%	▲2.12%	▲2.6%	▲0.87% (+0.45%)	▲2.8%	▲1.7%	▲1.4%
診療報酬 本体改定率(B) (自然増への上積み)	(+0.11%)	+3.7%	+5.0%	+4.8%	+3.4%	+1.25% (+0.32%)	+1.5%	+1.9%	▲1.3%

(A)+(B)	(+0.76%)	+1.0%	+2.5%	+2.7%	+0.8%	+0.38% (+0.77%)	▲1.3%	+0.2%	▲2.7%
---------	----------	-------	-------	-------	-------	--------------------	-------	-------	-------

	2004 (H16)	2006 (H18)	2008 (H20)	2010 (H22)	2012 (H24)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)	2019 (H31)
薬価等改定率(A) 〔予算単価の 時点修正等〕	▲1.0%	▲1.80%	▲1.2%	▲1.36%	▲1.375%	▲0.63% (+0.73%)	▲1.33% 〔▲1.52%〕 〔▲1.82%〕	▲1.45% 〔▲1.74%〕	▲0.48% (+0.47%)
診療報酬 本体改定率(B) (自然増への上積み)	±0%	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%	+0.73% (+0.63%)	+0.49%	+0.55%	+0.41% (+0.41%)

(A)+(B)	▲1.0%	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+0.004%	+0.1% (+1.36%)	▲0.84%	▲0.90%	▲0.07% (+0.88%)
---------	-------	--------	--------	--------	---------	-------------------	--------	--------	--------------------

※ ()内は、消費税対応分。(注1)2016年度の〔〕書き(中段)には、市場拡大再算定(通常分)を含む。
(注2)2016年度及び2018年度の〔〕書き(下段)には、市場拡大再算定(通常分)及び新たに行われた制度改革の影響を含む。

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

① 医療提供体制の改革

② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方

③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現

④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革

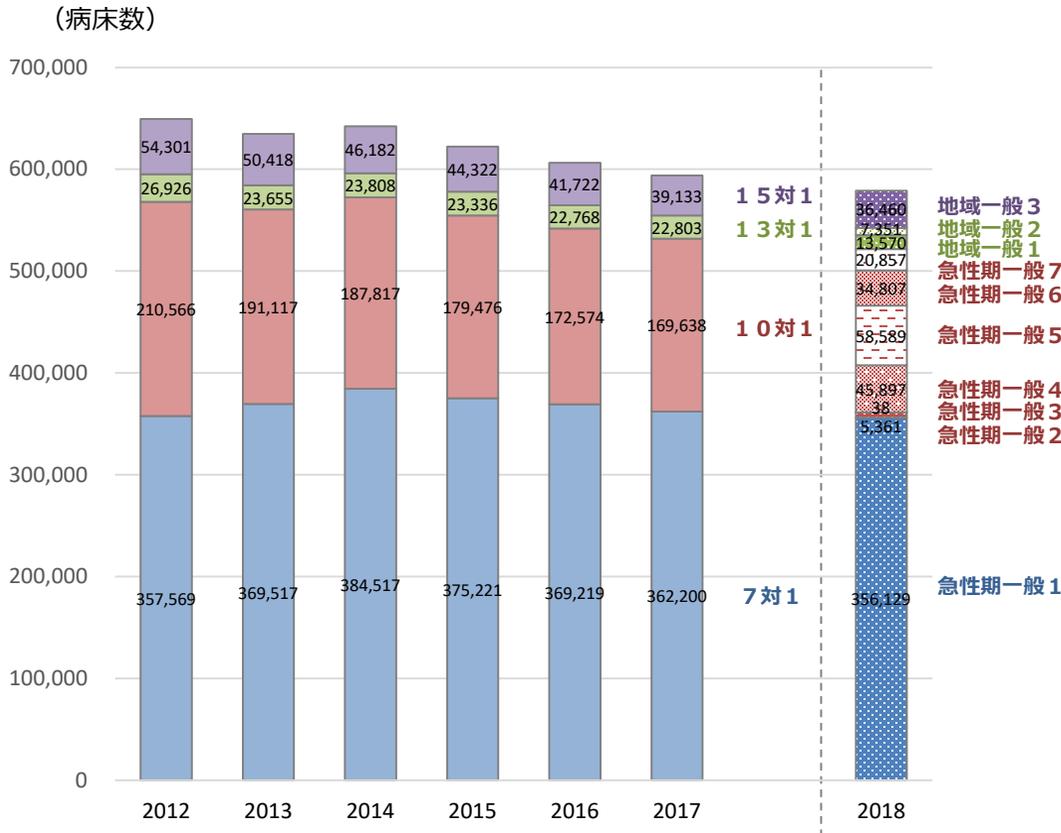
⑤ 薬価制度抜本改革

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

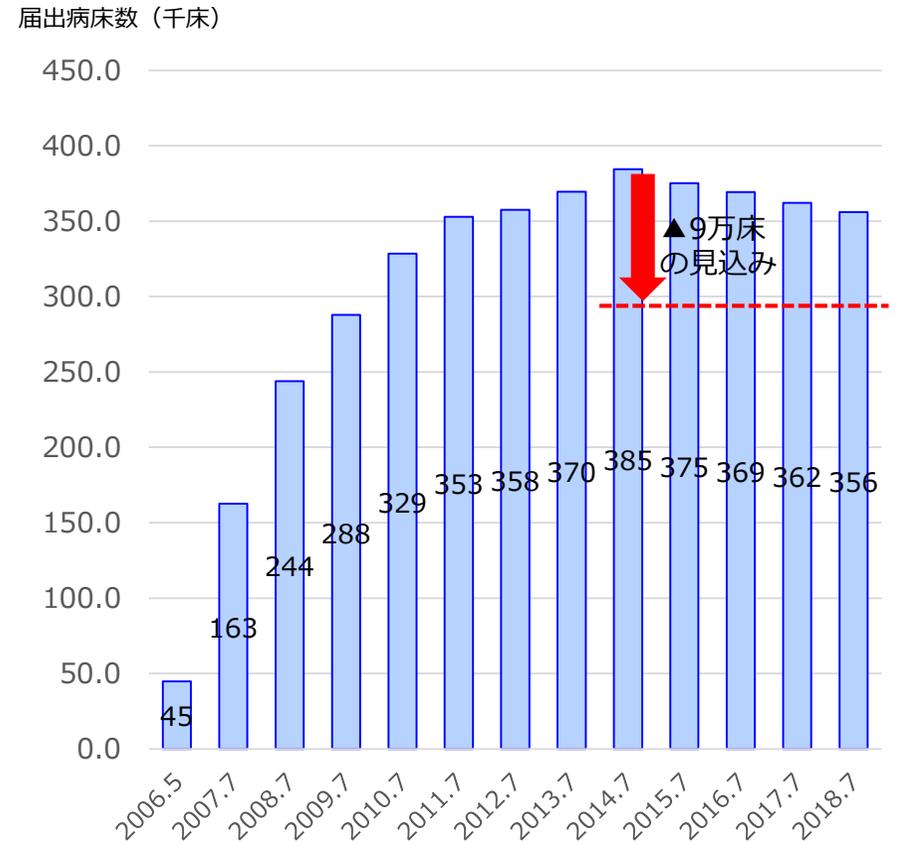
一般病棟入院基本料別病床数の推移

- 病棟ごとに届出が行われている「一般病棟入院基本料」については、急性期を念頭に高い報酬設定がされている「急性期一般入院料1」（旧7対1入院基本料に相当）を算定する病床が最も多く、約6割を占めている。
- 旧7対1入院基本料を算定する病床は2006年の導入後に急増し、累次の見直しにもかかわらず十分に減少していない。
 (注) 2014年度診療報酬改定においては、要件見直しにより9万床の7対1病床を転換するものとされていた。

◆ 一般病棟入院基本料別の届出病床数の推移



◆ 旧7対1入院基本料の届出病床数の推移

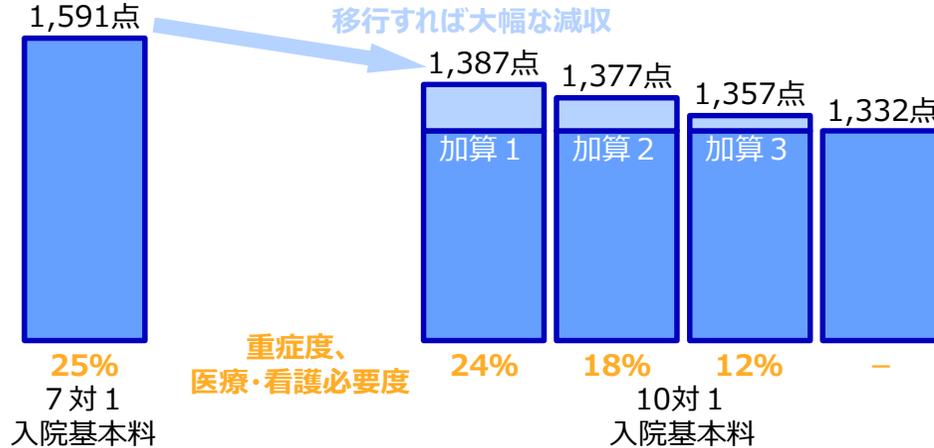


急性期病床の適正化（旧 7 対 1 入院基本料の動向）

○ 2018年度診療報酬改定においても入院基本料の再編を実施する中で旧 7 対 1 入院基本料の要件の見直しなどを実施したが、移行した病棟はこれまでに約 6%にとどまり、今後も 9 割以上は増床または現状維持との意向。

◆ 急性期入院基本料の再編と主な要件

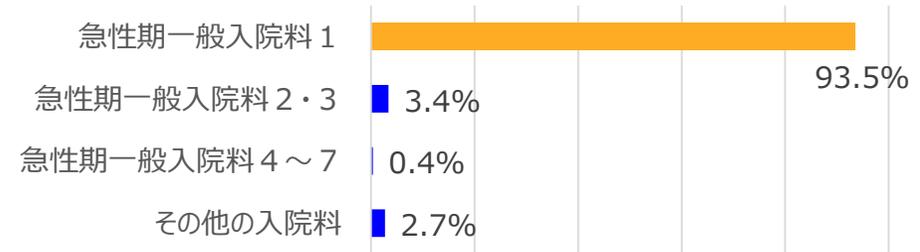
【2018年度改定前：7 対 1・10 対 1 入院基本料】



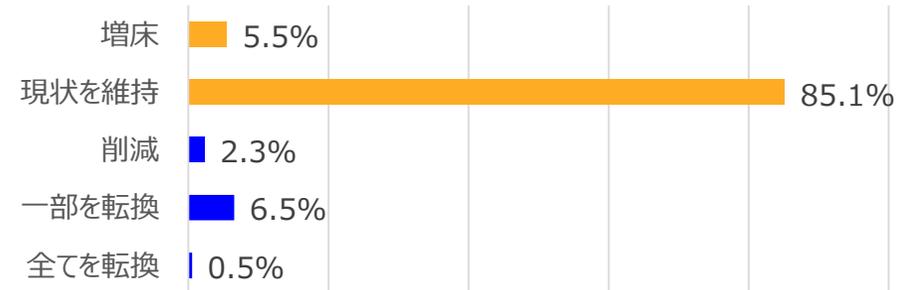
【2018年度改定後：急性期一般入院料】 ※ 2018年 4 月改定直後の点数



◆ 旧 7 対 1 入院基本料を届け出ている病棟の2019年6月1日現在の届出状況



◆ 急性期一般入院料 1 の届出病床に係る今後の病床数増減の意向



◆ 医療機関が急性期一般入院料 1 を届け出ている理由（複数回答・上位3位）

施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため	85.5%
改定前の一般病棟（7 対 1）相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い（医療需要がある）ため	70.1%
急性期一般入院料 1 以外の病棟へ転換すると地域で連携している医療機関からの要請に応えられなくなる懸念があるため	42.8%

急性期病床の適正化（重症度、医療・看護必要度の見直し）

【論点】

- 入院基本料の施設要件は、看護職員配置のほかに患者の重症度、医療・看護必要度なども要件とされているが、病床の果たしている機能に合わせた評価とするためには、患者の状態像を表す指標に切り替えていくことがむしろ自然。
- 2018年度診療報酬改定において急性期一般入院料1に係る重症度、医療・看護必要度は30%に引き上げられたが、これまで重篤と評価されていなかった患者も重篤であると評価する見直しの影響も受け、要件を大幅に上回る実績となった。

◆ 重症度、医療・看護必要度に係る評価（重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合）

A	モニタリング及び処置等（実施していれば各1点）	B	患者の状況等（状況により各0・1・2点）	C	手術等の医学的状況（該当すれば各1点）
1	創傷処置	9	寝返り	16	開頭手術（7日間）
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	10	移乗	17	開胸手術（7日間）
3	点滴ライン同時3本以上の管理	11	口腔清潔	18	開腹手術（4日間）
4	心電図モニターの管理	12	食事摂取	19	骨の手術（5日間）
5	シリンジポンプの管理	13	衣服の着脱	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）
6	輸血や血液製剤の管理	14	診療・療養上の指示が通じる	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）
7	専門的な治療・処置 ※2点 （抗悪性腫瘍剤（注射剤）の使用など11項目）	15	危険行動	22	救命等に係る内科的治療（2日間）
8	救急搬送後の入院（2日間） ※2点				

⇒ 対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3か月の下記に該当する患者の割合を算出

- ・ A得点2点以上 かつ B得点3点以上
- ・ 「B14」または「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上 かつ B得点が3点以上 ※2018年度改定で追加
- ・ A得点3点以上
- ・ C得点1点以上

◆ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布

30.0%～ 32.5%	32.5%～ 35.0%	35.0%～ 37.5%	37.5% ～40.0%	40.0%～
58施設	99施設	82施設	34施設	43施設

（出典）中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会提出資料
（注）上記のほか、27.5～30.0%に該当する6施設が存在。

【改革の方向性】（案）

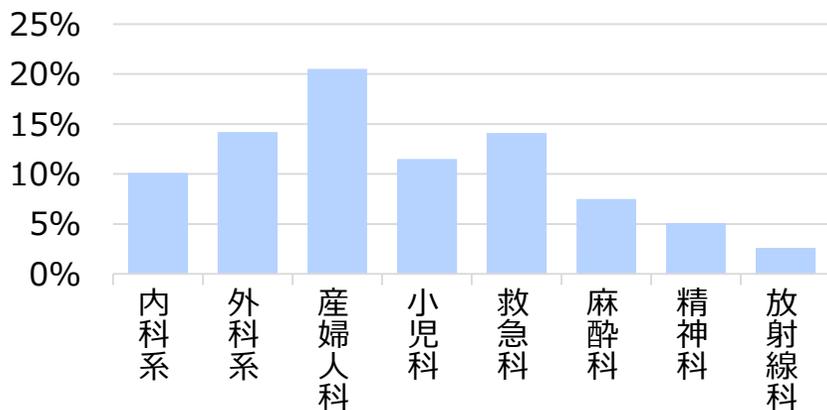
- 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度要件について、現在の30%以上から35%以上に引き上げるとともに、その他の急性期一般入院料についても併せてバランスの取れた引上げを行うべき。
- 将来的には、看護職員配置を要件とするのではなく、重症度、医療・看護必要度や手術実績等を算定要件とすべき。

医師の働き方改革への対応

【論点】

- 働き方改革については、2024年度から医師にも時間外労働上限規制が適用され、原則として年960時間（週勤務時間60時間相当）、やむを得ない限られた場合であっても年1,860時間（週勤務時間約80時間相当）以内とされることが見込まれている。
- 医師の働き方改革を支援するために、追加的な人件費等に係る診療報酬の増額を求める声もあるが、
 - ・ 病院勤務医の中でも診療科や病院の種別によって時間外労働の状況に大きなバラツキがあり、
 - ・ 例えば、タスク・シフティングであれば、医師の超過勤務が削減される中、必ずしも追加的なコストが生じるわけではない。

◆ 週勤務時間が約80時間相当を超える病院勤務医の割合

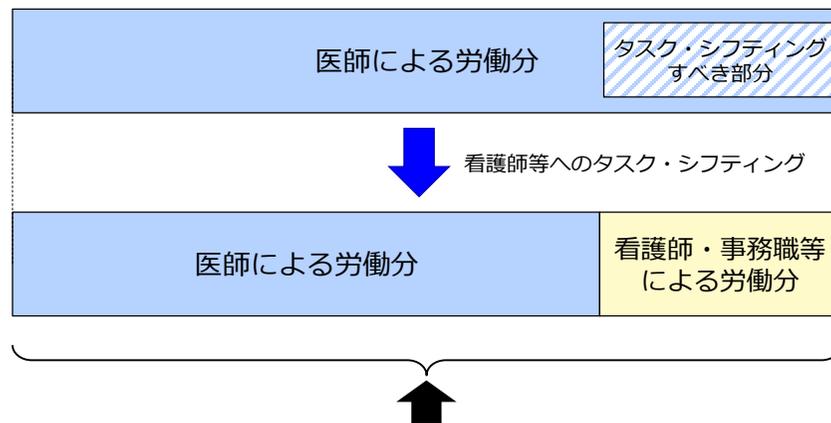


◆ 年間の時間外勤務時間が1,860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

病院全体	大学病院	救命救急機能を有する病院	400床以上の病院
27%	88%	84%	71%

(上記2点の出典) 医師の働き方改革に関する検討会 報告書 (2019.03.28)

◆ タスク・シフティングを行った場合のイメージ



必ずしも追加的なコストが生じるわけではない

◆ 地域医療介護総合確保基金における標準事業例

- ・ 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・ 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・ 休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

【改革の方向性】 (案)

- 医師の働き方改革に当たっては、地域医療構想の推進などによる医療提供体制の効率化を進めることが前提。
- 必要に応じて地域医療介護総合確保基金を有効に活用して支援を行うことが基本。タスク・シフティング等の政策的な支援は必要であるが、全体として労働コストが増加しないようにすべきであり、安易に患者負担・保険者負担を生じさせることは避けるべき。

適切な医療提供体制を実現する観点からの患者負担等の在り方

【論点】

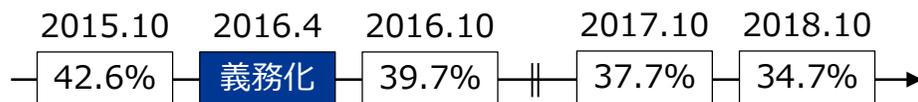
- 2016年度改定において、紹介状なく一定の大病院を受診する際には一定額（例：医科初診 5,000円）以上の徴収が義務付けられ、2018年度改定において対象範囲が拡大されたが、紹介状のない患者数の初診患者数に占める割合への影響は限定的。
- 2018年度改定において、かかりつけ医機能を評価するため、地域包括診療加算等の届出を行っている診療所等については、初診時に一定の点数を加算する機能強化加算が導入された。

◆ 大病院における紹介状なしの患者の割合（対 初診患者数比）

- ・ なお、徴収した額については病院の追加収入となり、保険財政に寄与するものではない。

① 特定機能病院・500床以上の地域医療支援病院

（2016年4月より義務化）



② 400床以上の地域医療支援病院

（①を除く・2018年4月より義務化）



（出典）中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（2019.3.27）等
（注）2015年・2016年に係る調査と2017年・2018年に係る調査は別個に実施されている。

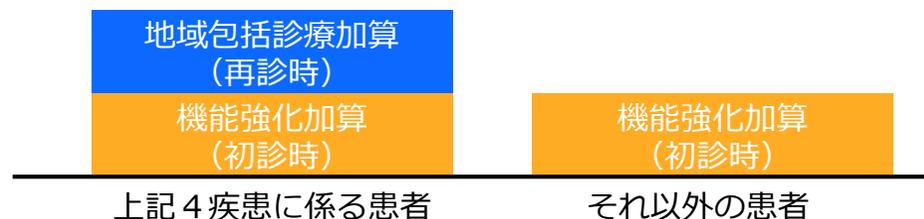
◆ 機能強化加算（2018年度改定で導入）

診療所または許可病床200床未満の病院のみ

- 地域包括診療加算（かかりつけ医機能を評価するため、一定の施設基準を満たし、脂質異常症、高血圧症、糖尿病または認知症のうち2以上の疾病を有する患者に対し療養上の指導等を行っている場合に算定）等の届出を行っている医療機関
- 地域におけるかかりつけ医機能として、健康管理に係る相談や夜間・休日の問い合わせへの対応等を行っていることを掲示



受診内容や受けるサービスにかかわらず
初診患者全員について初診料288点に80点を加算
（3割負担の場合の患者負担：240円の増加）



【改革の方向性】（案）

- 大病院受診時の選定療養による定額負担について、対象範囲・金額を更に拡大しつつ、診療報酬への上乗せ収入とするのではなく、保険財政の負担軽減につながるよう定額負担を求めるなど、仕組みの見直しを行うべき。
- 機能強化加算を算定している診療所等においては、脂質異常症、高血圧症、糖尿病または認知症のいずれでもない患者についても、初診の受診時に定額240円の窓口負担（3割負担の場合）が生じることとなっているが、こうした加算の在り方を検討すべき。

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

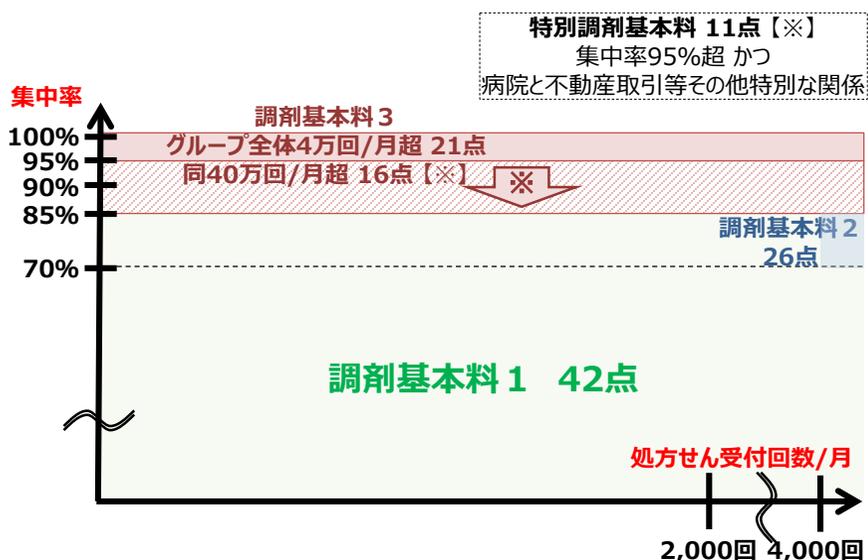
- ① 医療提供体制の改革
- ② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方
- ③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現
- ④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革
- ⑤ 薬価制度抜本改革

3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

調剤基本料の構造

- 調剤基本料は、薬局の運営維持に要するコストを処方せんの集中率と受付回数の側面から評価したもの。
- 2018年度診療報酬改定においては、いわゆる大型駅前薬局に係る調剤報酬の引下げを実施。いわゆる大型駅前薬局が念頭に置かれた調剤基本料3を算定する薬局の割合は増加しているが、調剤基本料2を算定する薬局の割合は減少。

◆ 同一グループ全体で処方せん受付回数が4万回超の薬局



グループ全体40万回/月超：200店舗超に相当。上位15程度の薬局グループが該当。

◆ それ以外の薬局（※は2018年度改定による創設・拡大）



◆ 各調剤基本料の届出薬局数の構成比の推移

	調剤基本料1	調剤基本料2	調剤基本料3
2016年	90.1%	3.4%	6.5%
2017年	91.3%	3.2%	5.5%
2018年	84.4%	3.1%	12.5%

2018年度改定

(出典) 中央社会保険医療協議会総会 (2019.9.11) 提出資料。調剤基本料1には注1ただし書き該当の薬局数も含む。

調剤基本料 1 を算定している薬局の実態 (令和元年度予算執行調査)

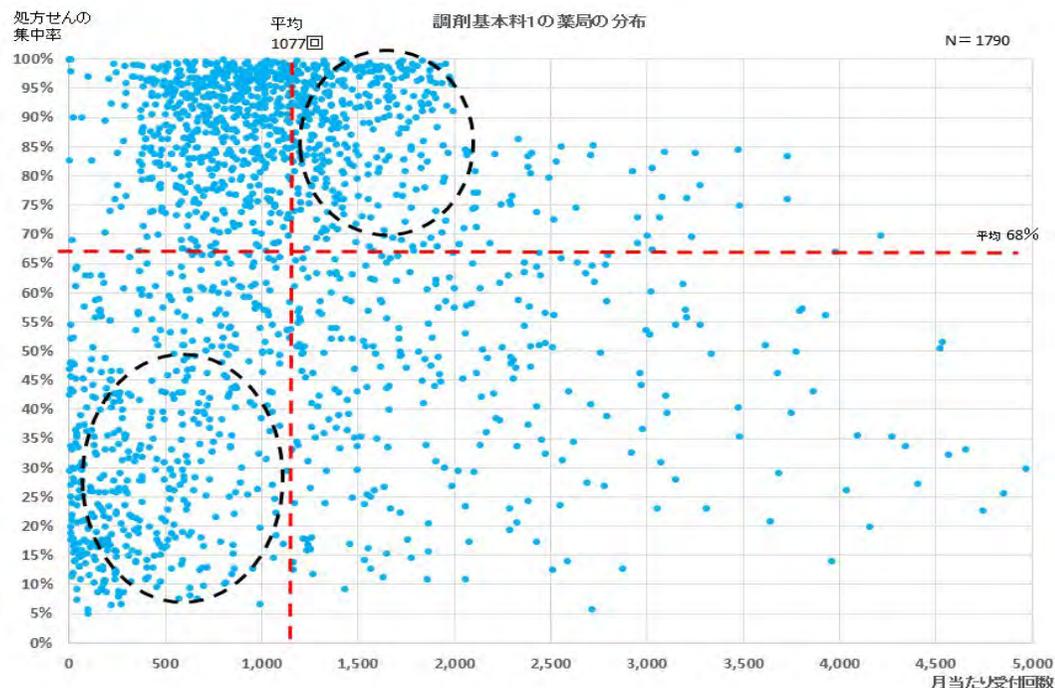
【論点】

- 2018年度診療報酬改定（調剤報酬に係る評価の見直し）の前後で、各調剤基本料を算定する薬局の割合を調査したところ、依然として調剤基本料 1 を算定している薬局が84%と全体の太宗を占めている。大型門前薬局を念頭に置いている調剤基本料 3 の割合は若干増加しているが、調剤基本料 2 にはほぼ変化が見られなかった。
- 調剤基本料 1 を算定している薬局を処方せんの集中率と受付回数で区分すると、様々な医療機関から処方せんを地域で受け付けている（面分業を行っている）比較的小規模な薬局が一定数存在する一方で、処方せんの集中率が高い薬局も存在し、その中には比較的規模の大きな薬局も含まれていた。
- 調剤基本料は、薬局の運営維持に要するコストを処方せんの集中率と受付回数の側面から評価したもの。集中率の低い面分業の薬局の方が備蓄している医薬品目数が多い傾向があり、高コストであると考えられる。

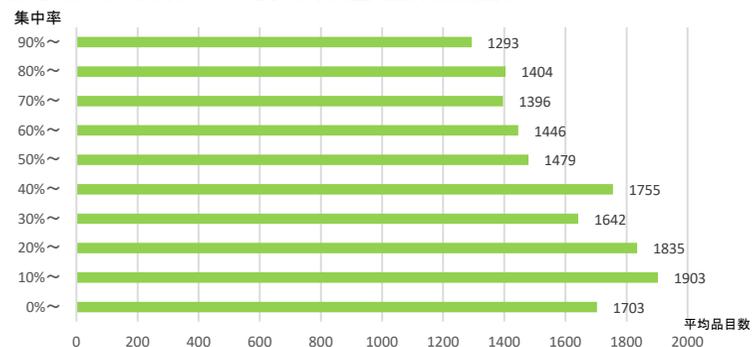
◆ 2018年度診療報酬改定前後の薬局の割合



◆ 調剤基本料1を算定している薬局の集中率・受付回数別の分布



◆ 処方せんの集中率別の備蓄医薬品目数



※ 地域体制加算の届出を行った薬局について集計

※ 令和元年度の調査対象期間において、調剤基本料または地域支援体制加算に係る届出がなかった薬局については、平成29年度調査時の届出のデータをそのまま使用。

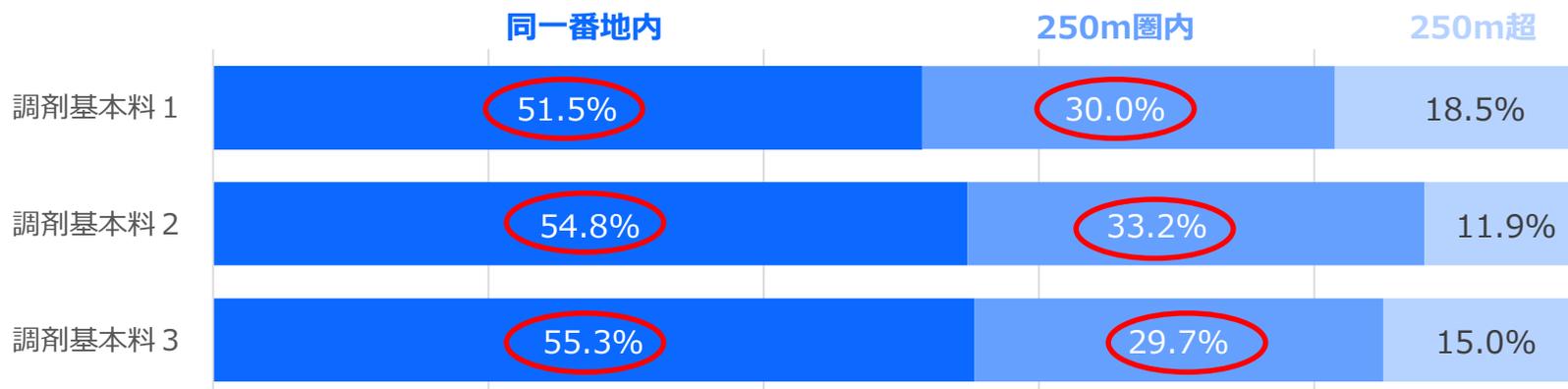
【改革の方向性】 (案)

- 調剤基本料 1 が算定されている薬局の中には、処方せんの集中率が高く、比較的規模の大きな薬局も含まれているが、処方せんの集中率が低く比較的規模の小さな薬局と同様に調剤基本料 1 が算定されることについて見直しを行うべき。

調剤基本料別の処方元医療機関との距離、後発医薬品の調剤動向

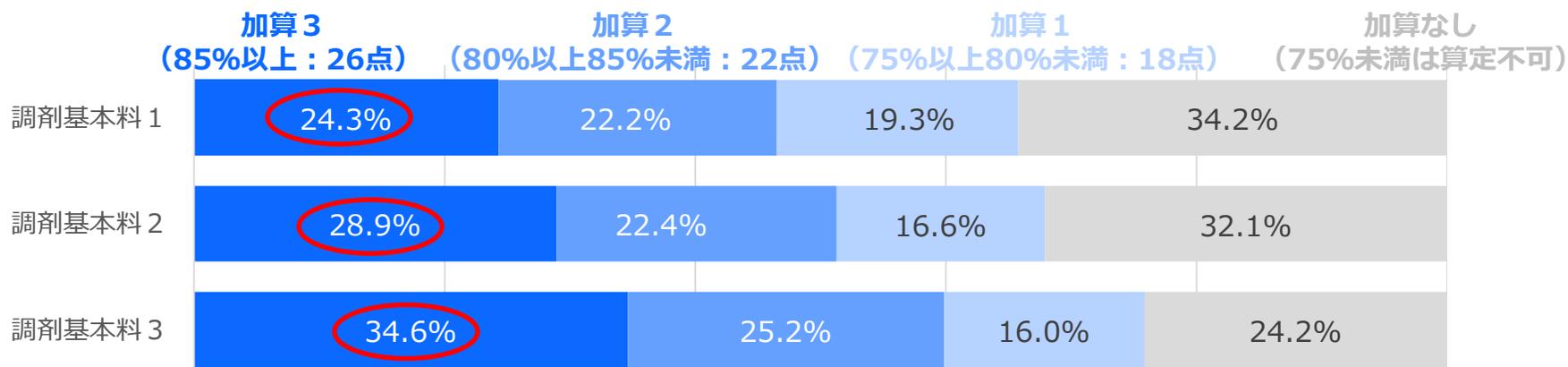
- 薬局と処方元医療機関との距離分布を見ると、調剤基本料1、調剤基本料2、調剤基本料3のいずれを算定していても、処方せんの半数強が同一番地内、概ね8～9割が同一番地または250m圏内となっており、ほぼ同じ傾向。
- 後発医薬品調剤体制加算の算定割合を見ると、全体的に、調剤基本料3を算定する薬局において後発品の調剤数量割合が大きく、調剤基本料1を算定する薬局において小さい傾向。

◆ 各調剤基本料における薬局と処方元医療機関との距離分布



(出典) 健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」(2019年8月)

◆ 各調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算（後発品の調剤数量割合に応じて加算）の算定割合



(出典) 健康保険組合連合会「政策立案に資するレセプト分析に関する調査研究Ⅳ」(2019年8月)をもとに、調剤基本料ごとの届出数から各体制加算の届出数の合計を控除したものを「加算なし」に分類

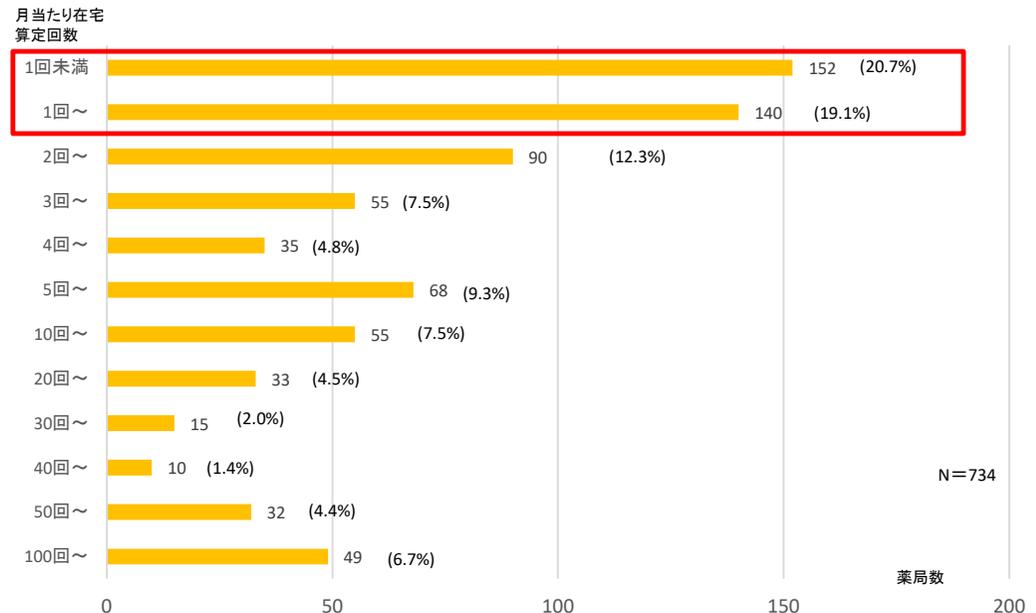
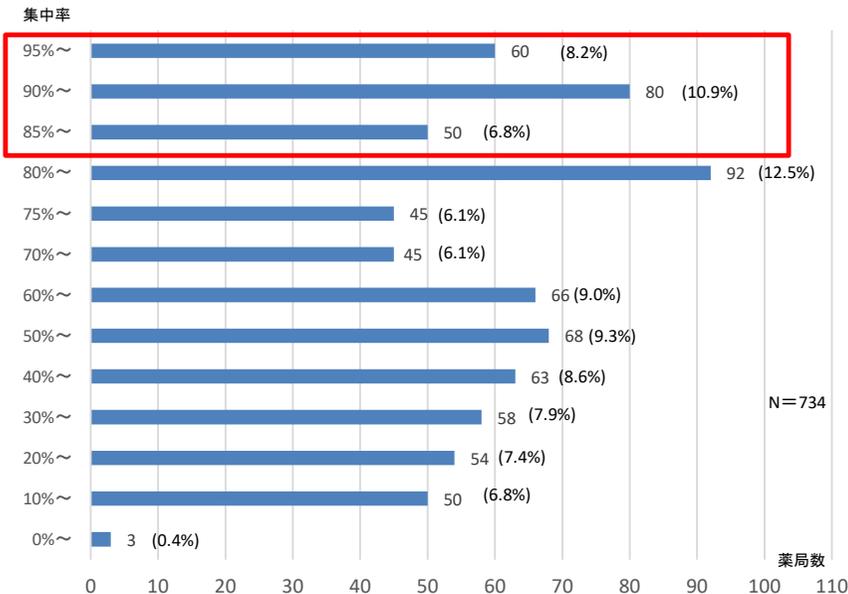
地域支援体制加算を算定している薬局の実態（令和元年度予算執行調査）

【論点】

- 2018年度より新設された地域支援体制加算（35点）を算定するには、地域医療に貢献する体制を有することを示す実績を有している必要があるが、調剤基本料1を算定している薬局においては、これらの定量的な実績要件の代わりに、①麻薬小売業者の免許を受けている、②在宅患者薬剤管理の実績を有している、③かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出を行っている、の3要件を満たしていれば算定することが可能となっており、「地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局の評価」の要件が大幅に緩和されている。
- 地域体制加算を算定している薬局について調査を行うと、処方せんの集中率が85%を超える薬局（調剤基本料3の集中率要件であり、いわゆる門前薬局・マンツーマン薬局と考えられる）が約3割を占めていた。
- また、在宅患者への対応が平均して月1回未満の薬局が約2割、月2回未満の薬局が約4割を占めており、多くの薬局で在宅患者への対応を積極的に行っているとは言い難い状況にあった。

◆ 地域支援体制加算を算定する薬局の処方せんの集中率別の内訳

◆ 在宅患者に対する薬学的管理等の実施回数別の薬局数



【改革の方向性】（案）

- 地域支援体制加算について、調剤基本料1を算定していることによる要件の大幅緩和措置を撤廃するとともに、真に地域包括ケアシステムの中で地域医療に貢献する薬局を評価する観点から、在宅患者への積極的な対応も含めた厳格な実績要件を改めて設定するなどの見直しを行うべき。

調剤料の設定のあり方

- 調剤料（内服薬）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：90円）とされている一方で、院外処方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。累次の改定においてもこうした構造についての見直しはごく一部にとどまっている。
- 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の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すべき。
- 調剤業務のうち、医薬品の必要量を取り揃える行為や一包化した薬剤の数量の確認行為などは、調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、薬剤師以外の者が行うことができる旨が明確化された。こうした状況も併せて適切に診療報酬体系に反映させ、対物業務から対人業務への構造的な転換を推進すべき。

◆ 投与日数や剤数に応じた調剤料の設定のあり方

◎ 調剤料（内服薬）〔調剤料全体で0.9兆円〕

1剤につき

イ. 14日分以下（赤字は、2018改定後←2018改定前←2016改定前）

(1) 7日目以下の部分（1日分につき） 50円

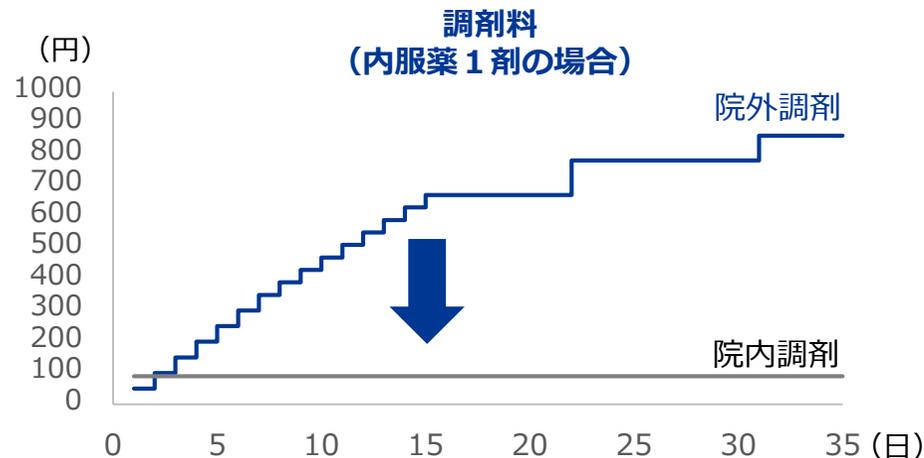
(2) 8日目以上の部分（1日分につき） 40円

ロ. 15日分以上21日分以下 670円←700円←710円

ハ. 22日分以上30日分以下 780円←800円←810円

ニ. 31日分以上 860円←870円←890円

※ 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。



◆ 調剤業務のあり方について

(2019年4月2日付 厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知 抜粋)

1 調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、以下のいずれも満たす業務を**薬剤師以外の者が実施することは、差し支えない**こと。なお、この場合であっても、調剤した薬剤の最終的な確認は、当該薬剤師が自ら行う必要があること。

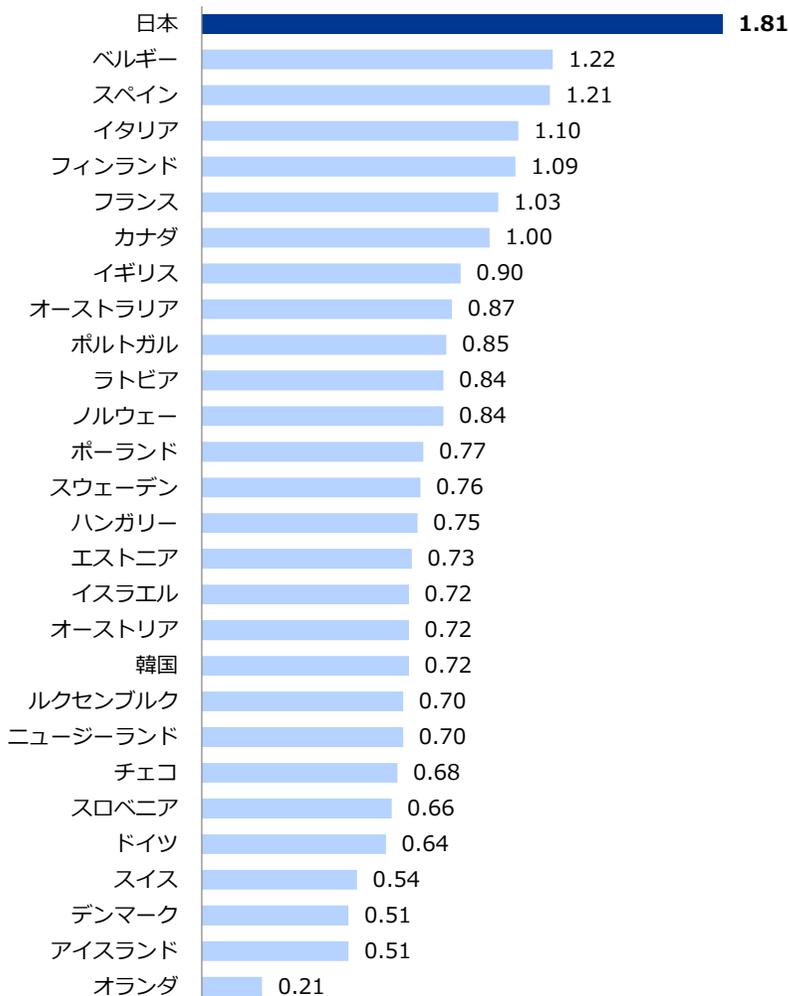
- ・ 当該薬剤師の目が現実に届く限度の場所で実施されること
- ・ 薬剤師の薬学的知見も踏まえ、処方箋に基づいて調剤した薬剤の品質等に影響がなく、結果として調剤した薬剤を服用する患者に危害の及ぶことがないこと
- ・ 当該業務を行う者が、判断を加える余地に乏しい機械的な作業であること

2 具体的には、調剤に最終的な責任を有する薬剤師の指示に基づき、当該薬剤師の目が届く場所で薬剤師以外の者が行う**処方箋に記載された医薬品（PTPシート又はこれに準ずるものにより包装されたままの医薬品）の必要量を取り揃える行為**、及び当該薬剤師以外の者が薬剤師による監査の前に行う**一包化した薬剤の数量の確認行為**については、**上記1に該当するもの**であること。

(参考) 薬局・薬剤師数の増加

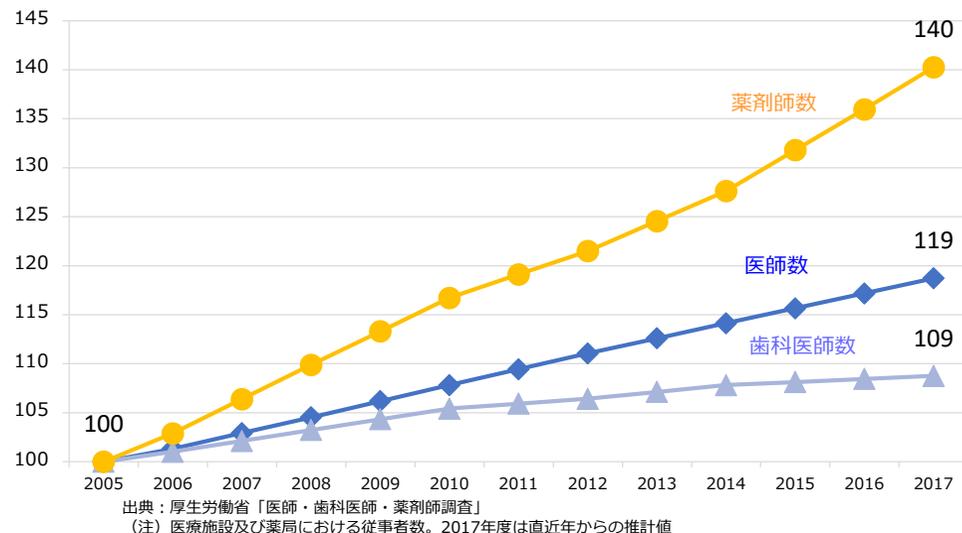
○ 薬剤師数は近年増加しており、国際的に見てもOECD諸国の中で最も多い。また、薬局の開設許可には需給面からの規制がなく、薬局数も増加。コンビニエンスストアの店舗数や郵便局、ガソリンスタンド（給油所数）よりも多い。

◆ 人口1,000人当たり薬剤師数の国際比較（2017年）

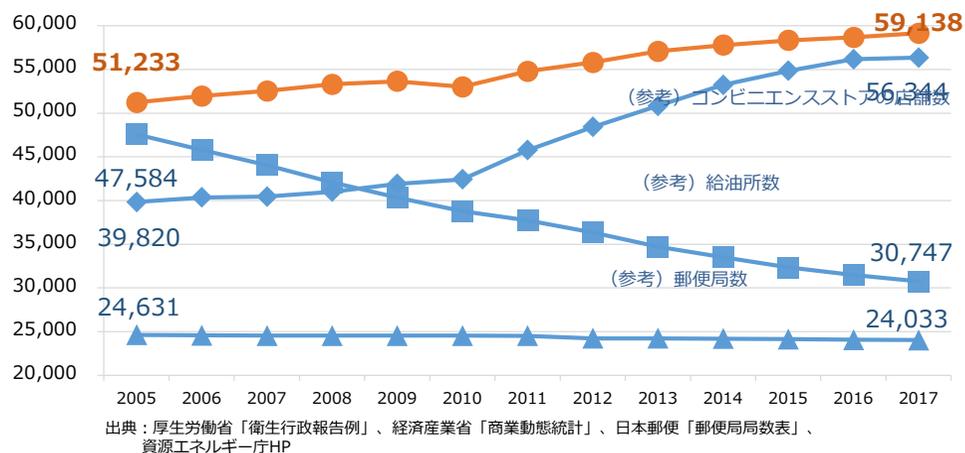


出典：「Health Data 2019」（OECD）

◆ 医師・歯科医師・薬剤師数の推移（2005年度 = 100）



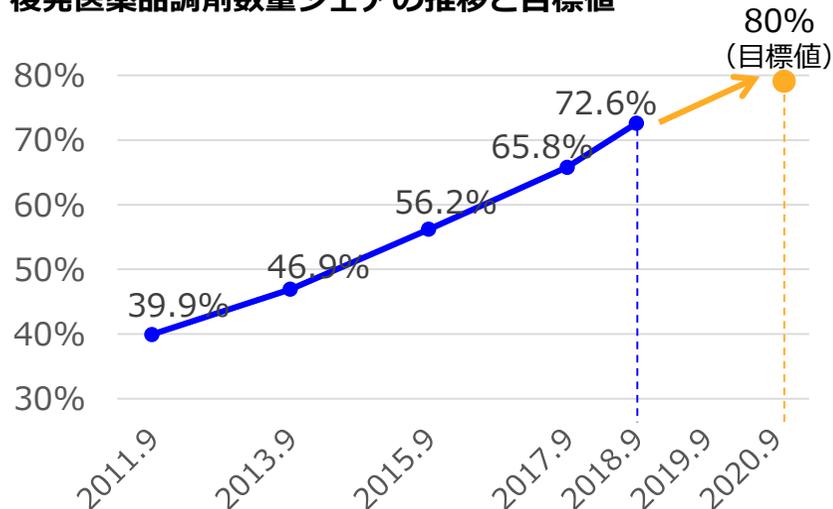
◆ 薬局数の推移



後発医薬品の更なる使用促進

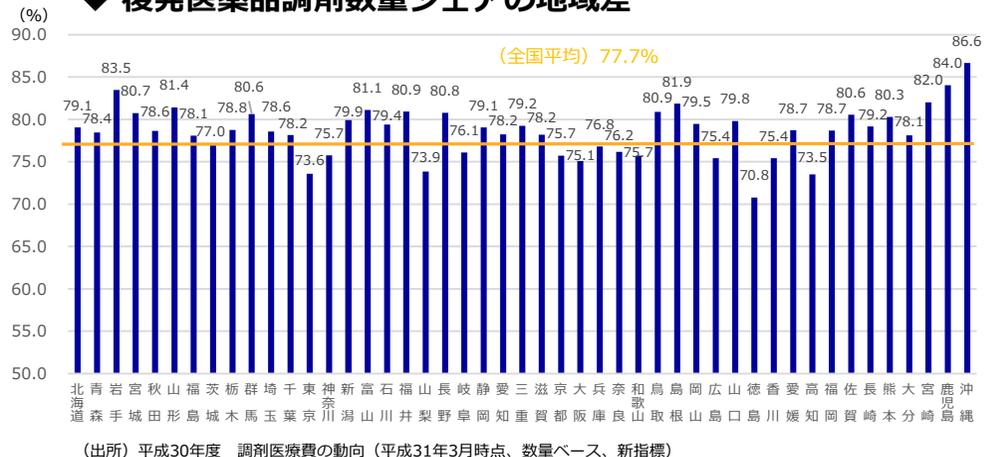
- 後発医薬品調剤体制加算については約6割の薬局が算定しており、また、後発医薬品の80%シェア達成目標が2020年9月に設定されていることを踏まえ、目標到達前の最後となる2020年度診療報酬改定において一段の対応が必要。
- また、後発医薬品の使用割合には地域による差及び保険者による差が大きい。

◆ 後発医薬品調剤数量シェアの推移と目標値

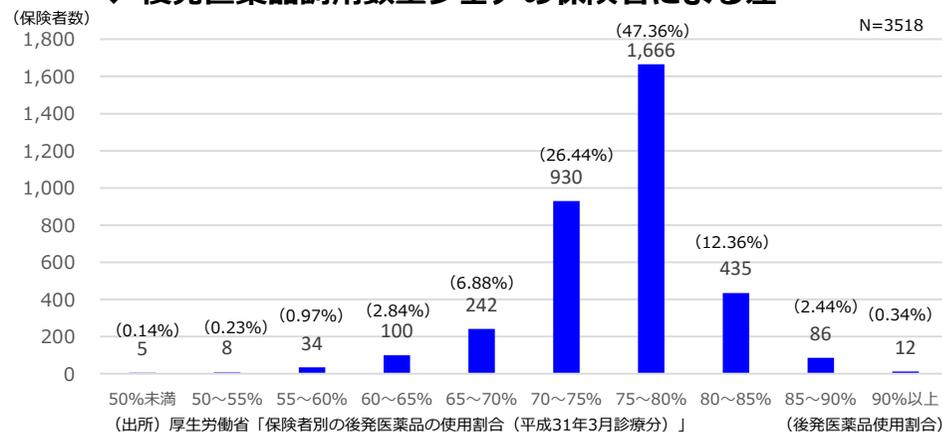


後発医薬品調剤体制加算等 (後発医薬品の調剤数量割合による)	
調剤基本料の減算 (原則20%以下)	▲ 2点
加算1 (75%以上)	18点
加算2 (80%以上)	22点
加算3 (85%以上)	26点

◆ 後発医薬品調剤数量シェアの地域差



◆ 後発医薬品調剤数量シェアの保険者による差



【改革の方向性】 (案)

- 後発医薬品調剤体制加算について、加算を算定できる基準を80%以上に引き上げ、調剤基本料の減算となる対象も大幅に拡大するとともに、将来的には減算を基本とした体系とすべき。
- 保険者インセンティブ制度において、後発医薬品の使用割合に係るインセンティブを一層強化すべき。

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

- ① 医療提供体制の改革
- ② 2020年度診療報酬改定－改定率の考え方
- ③ 2020年度診療報酬改定－適切な医療提供体制の実現
- ④ 2020年度診療報酬改定－調剤報酬の改革
- ⑤ 薬価制度抜本改革

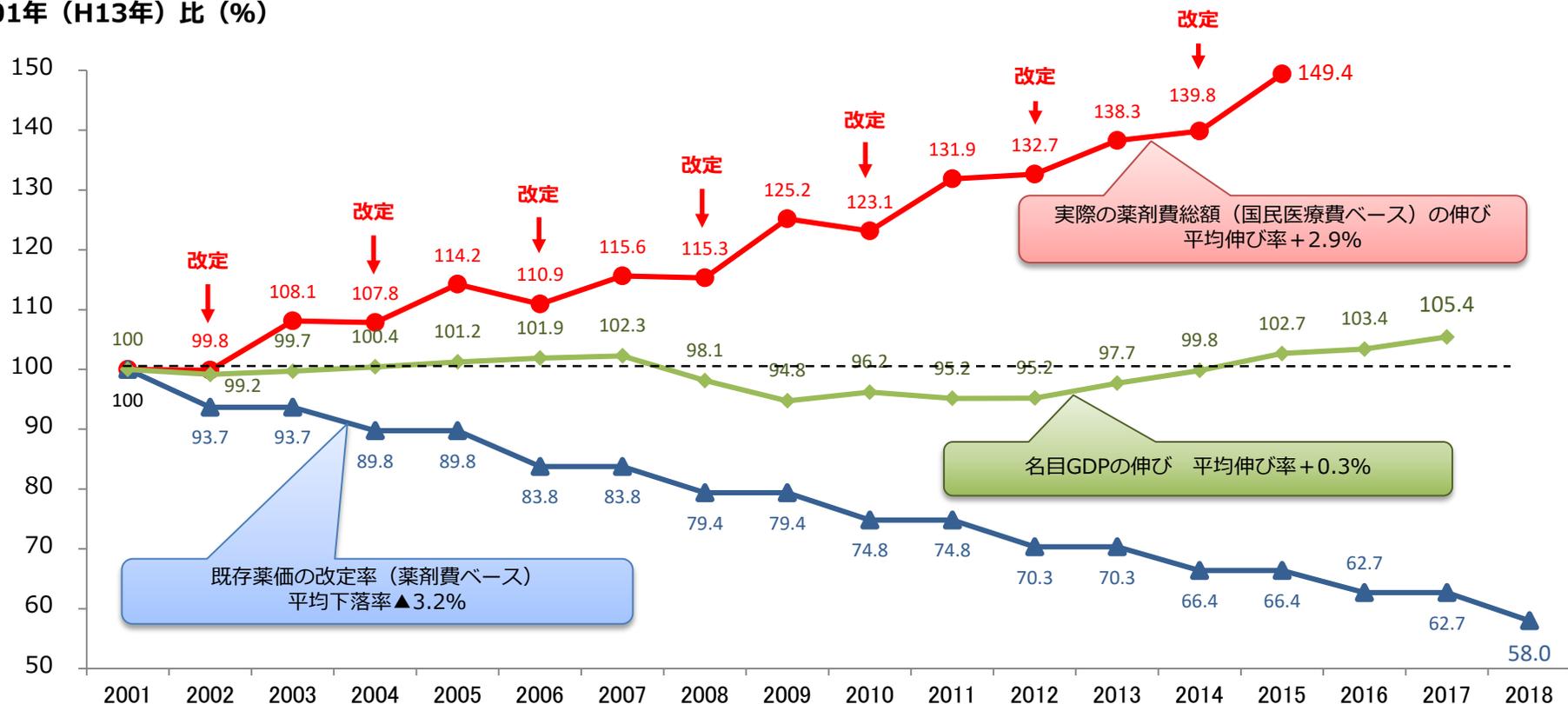
3. 高齢化・人口減少下での負担の公平化

既存薬価の改定率と実際の薬剤費総額の推移

○ 薬価については、これまでは2年に1回、すでに収載されている医薬品等について、実勢価格を反映した価格の引下げを行い、その影響については予算に反映させている。一方で、高齢化による使用量の増や年度中の新規保険収載等が生じるため、薬剤費自体は増加を続けており、その伸びは名目GDP成長率を大きく上回っている。

※ 新規に開発されて薬事承認を得た医薬品は、基本的にすべて3か月以内に中医協において薬価が算定されて保険収載がなされている（年4回・近年の平均は約90品目/年度のペース）。これにより国庫負担も増加しているが、現行制度では、年度中の保険収載に対して財政上の観点から検証がなされることにはなっていない。

2001年（H13年）比（%）



新規収載 (品目ベース)	68	45	39	38	24	78	60	90	55	112	61	88	69	124	70	108	55	96
改定率(%)		▲6.3		▲4.2		▲6.7		▲5.2		▲5.75		▲6.00		▲5.64		▲5.57		▲7.48

※1 2018年10月31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。

薬価制度の抜本改革（毎年薬価調査・毎年薬価改定）

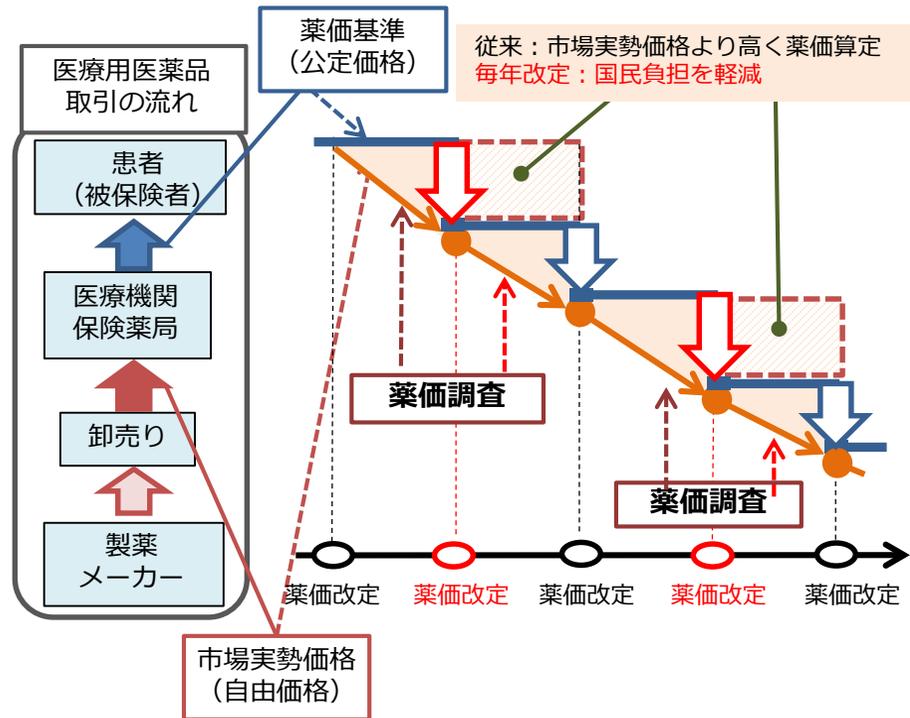
【論点】

- 医療用医薬品は、数量ベースと金額ベースでは内訳が大きく異なる。品目数や数量ベースでは後発医薬品が最大であるが、金額ベースでは半分程度を「後発品のない先発品」が占める。
- また、先発品は薬価水準が高いため、薬価と市場価格の乖離額が大きくても、乖離率は相対的に小さくなる。

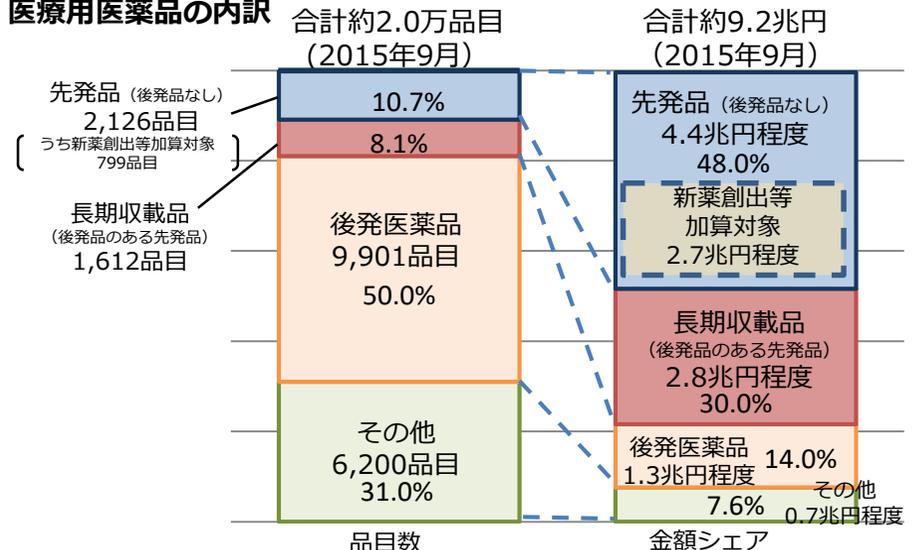
「経済財政運営と改革の基本方針2018」における記載

毎年薬価調査・毎年薬価改定に関しては、2019年度、2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、2021年度における薬価改定の対象範囲について、この間の市場実勢価格の推移、薬価差の状況、医薬品卸・医療機関・薬局等の経営への影響等を把握した上で、2020年中にこれらを総合的に勘案して、決定する。

◆ 毎年改定のイメージ（赤字：今般新たに追加）



◆ 医療用医薬品の内訳



(出所) 2016年12月7日経済財政諮問会議 厚生労働省提出資料を基に作成

◆ 新薬と後発品薬価の価格変化と乖離率

	価格例	▲1円	▲5円	▲10円	▲15円
新薬	885円	▲0.11%	▲0.56%	▲1.13%	▲1.69%
後発品	100円	▲1%	▲5%	▲10%	▲15%

(出所) 2017年9月薬価調査結果における薬価基準収載品目の分類別の品目数及び市場シェアを基に作成

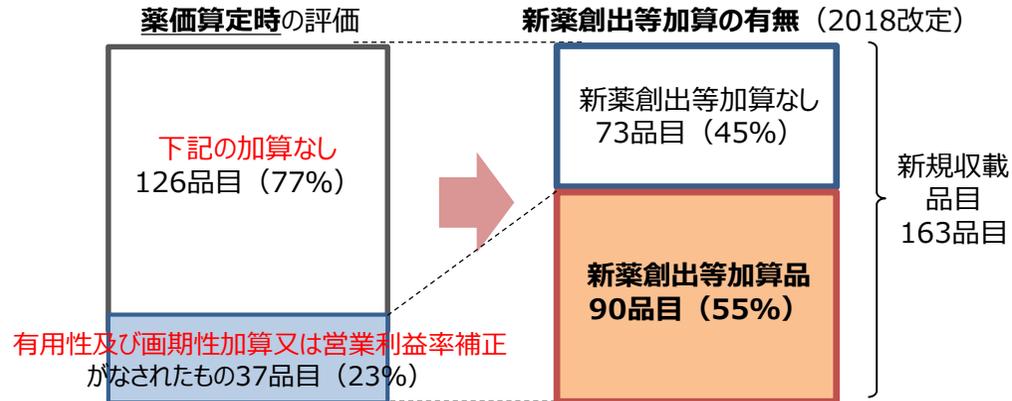
【改革の方向性】（案）

- 2021年度における薬価改定の対象範囲については、金額ベースで見ても国民負担の軽減に十分につながるようなものとすべき。

製薬企業のイノベーションを支える施策

○ 製薬企業のイノベーションを支える施策として、薬価制度における新薬創出等加算等だけでなく、研究開発税制など様々なものが存在。薬価制度だけに着目するのではなく、施策全体として在り方を考えていく必要。

◆ 2016～2017年度の新規収載品目と新薬創出等加算の状況



◆ 研究開発税制 (2019年度改正後)

● 一般試験研究費に係る税額控除		● 特別試験研究費に係る税額控除	
税額控除率	試験研究費の増減に応じ、 6%～14% (中小法人：12%～17%)	税額控除率	下記を除く特別試験研究費 →20% 研究開発型ベンチャーとの共同 研究・委託研究 →25%
控除税額上限	法人税額の25% (研究開発を行う一定の ベンチャー企業：40%) ※中小法人は試験研究費の増加率に 応じて最大10%上乗せ ※試験研究費が平均売上金額の 10%超の場合：0～10%上乗せ	控除税額上限	法人税額の10% (一般試験研究費とは別枠)

新薬創出等加算における企業要件 (2018年度改正)

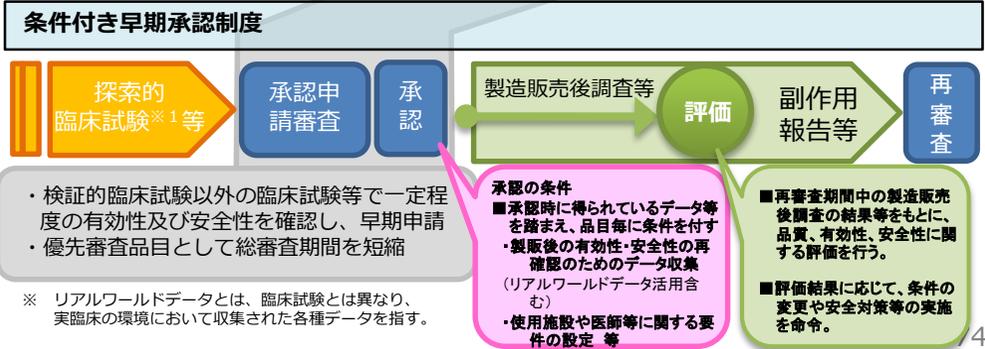
①革新的新薬創出の実現、②ドラッグ・ラグ対策、③世界に先駆けた新薬開発に取り組む企業ほど高く評価。

(参考) 製薬企業における研究開発税制による支援額の推計値 (2015年度) は764億円 (出所：2017年4月11日社会保障WG提出資料)。

◆ 条件付き早期承認制度 (審議中の薬機法改正案において制度化)



※1 少数の患者に医薬品を投与し、医薬品の有効性、安全性を検討し、用法・用量等を設定するための試験
※2 多数の患者に医薬品を投与し、設定した用法・用量等での医薬品の有効性・安全性を検証する試験



※ リアルワールドデータとは、臨床試験とは異なり、実臨床の環境において収集された各種データを指す。

◆ 日本創薬力強化プラン (緊急政策パッケージ) の策定 (2019年度予算)

2019年度予算において、より高い創薬力を持つ産業構造への転換を図るため、我が国の創薬力強化にかかる創薬環境強化経費及び医療分野の研究開発関連経費 (AMED経費) を予算措置。

I 「医薬品産業強化総合戦略」の見直しに伴う創薬環境強化経費

1. 日本発のシーズが生まれる研究開発環境の改善
2. 薬事規制改革等を通じたコスト低減と効率性向上
3. 医薬品の生産性向上 (バイオシミラーを含む) と製造インフラの整備
4. 適正な評価の環境・基盤整備
5. 日本発医薬品の国際展開の推進
6. 創薬業界の新陳代謝を促すグローバルなベンチャーの創出

II 医療分野の研究開発関連経費 (AMEDを通じて交付される経費)

1. 横断型統合プロジェクト
2. 疾患領域対応型統合プロジェクト
3. 医療研究開発革新基盤創成事業 (CiCLE) (2018年度補正予算250億円)

I・II 合計で

2019年度：約570億円

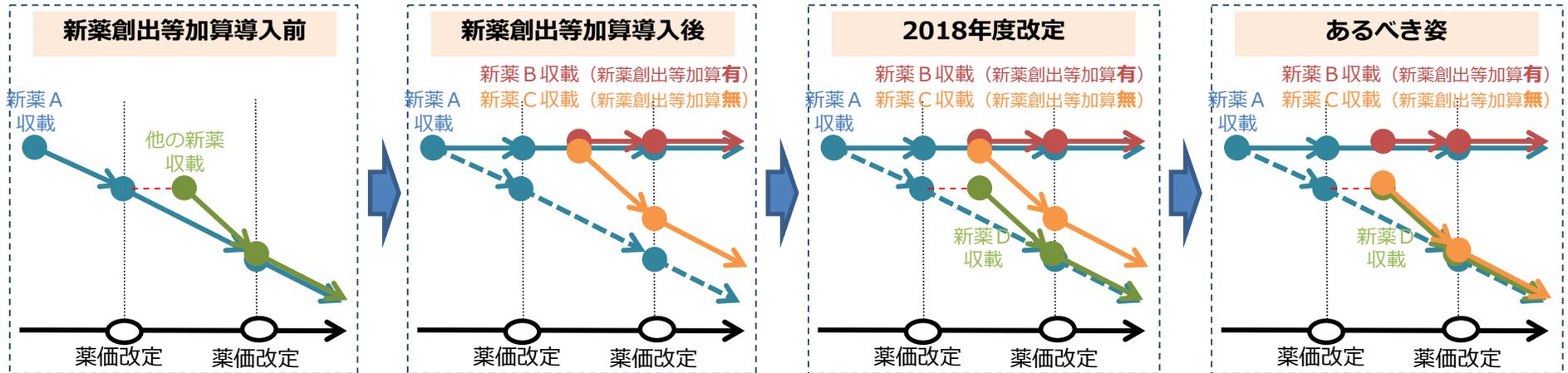
2018年度補正予算：250億円

を予算措置

薬価制度の抜本改革（次期薬価改定に向けて残された課題）

- 新薬創出等加算対象品目（図のA）を比較薬として薬価算定する場合、類似薬効比較方式 I（新規性に乏しいもの以外のもの：約 8 割）で算定されていれば、**新薬創出等加算の対象外の新規収載品目**（図のC）であっても、比較薬（図のA）に新薬創出等加算の額が上乗せされたまま薬価算定される。
- 長期収載品については、2018年度改定において後発品の上市後10年間は後発品の置換え期間とし、その後、段階的に価格を引き下げることとされたが、長期収載品依存の構造からどの程度転換が進むかについては、依然不透明。

◆ 新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価推移（イメージ）



※ 新薬Dは類似薬効比較方式II（新規性に乏しいもの：約2割）を適用したものの
 新薬B・新薬Cは類似薬効比較方式I（それ以外のもの：約8割）を適用したものの

◆ 長期収載品の薬価引下げ（2018年度改定）



【改革の方向性】（案）

- 新薬創出等加算の対象外である医薬品については、類似薬効比較方式 I 等で算定されたものも含め、比較薬の新薬創出等加算の累積加算額を控除して薬価算定を行うべき。
- 長期収載品の後発品への置換え期間については、置換え率の状況等も確認しつつ、長期収載品依存の構造から早期に転換する観点から短縮を進めるべき。

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

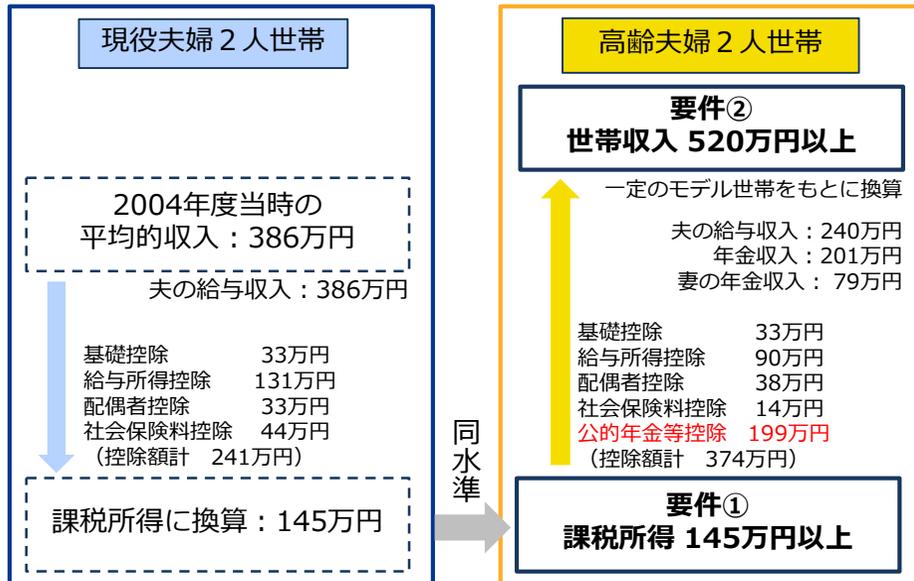
現役並み所得の判定基準の見直し

【論点】

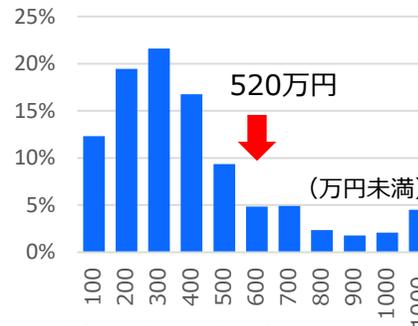
- 後期高齢者の自己負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担、それ以下であれば1割負担とされ、高額療養費の負担限度額にも差が設けられている。
- しかしながら、実際の判定基準は、「現役並み」以上の所得があっても「現役並み」とは評価されない仕組みとなっており、相当の収入があっても後期高齢者であれば1割負担となる。
- 後期高齢者に占める「現役並み所得者」の割合は減少傾向であり、実効給付率の上昇の一因となっている。

◆ 3割負担等の対象（現役並み所得以上）の判定方法

- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる
かつ
要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)



◆ 所得金額階級別の世帯数割合 (世帯主：75歳以上)



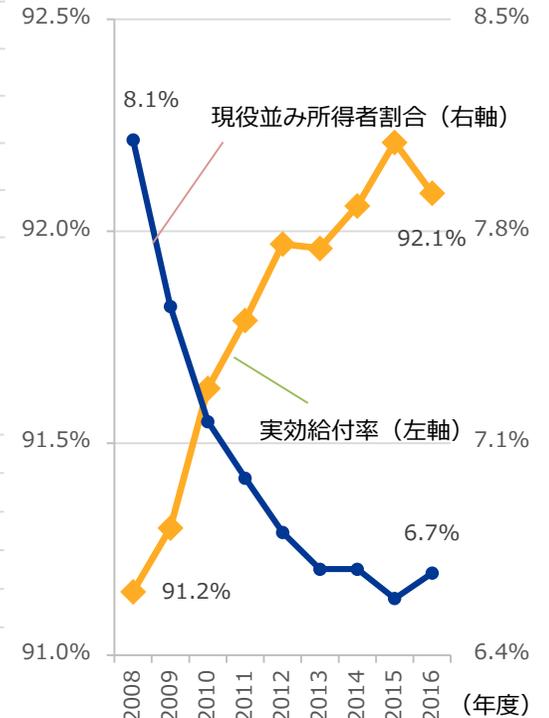
(出典) 平成30年国民生活基礎調査

◆ 年間総報酬額の変化



※ 協会けんぽ (旧政管健保) の例

◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率 (後期高齢者医療制度)



(出典) 医療保険に関する基礎資料

【改革の方向性】 (案)

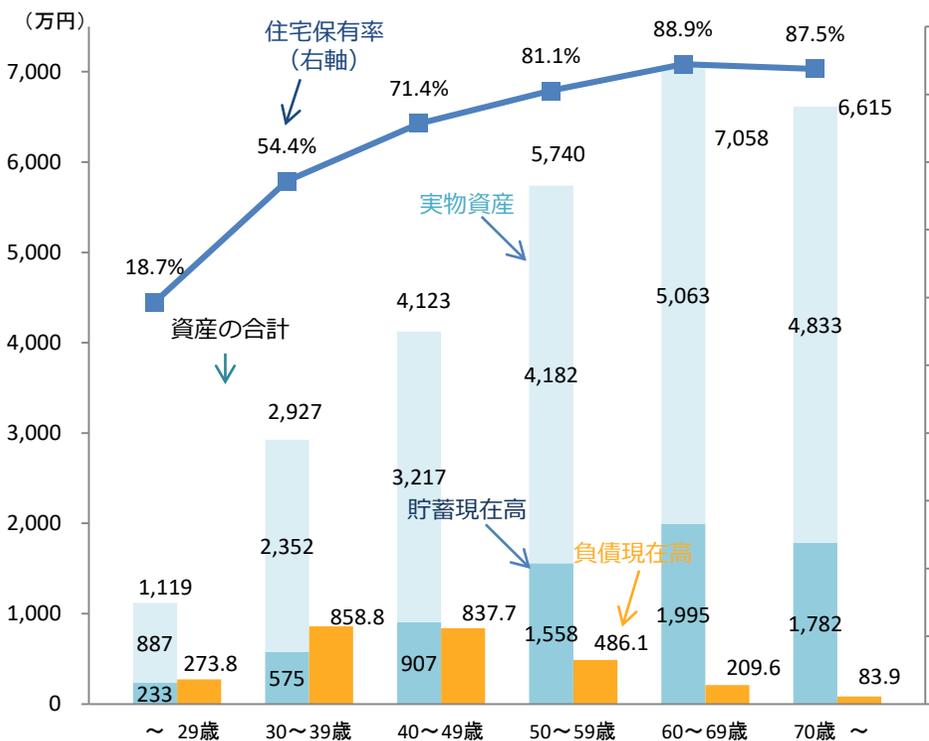
- 「現役並み所得」の判定基準について、能力に応じた負担としつつ現役世代との公平性を図る観点から、世帯収入要件について見直しを行うとともに、現役世代の所得水準の変化も反映すべき。

金融資産等を考慮に入れた負担を求める仕組みの医療保険への適用拡大

【論点】

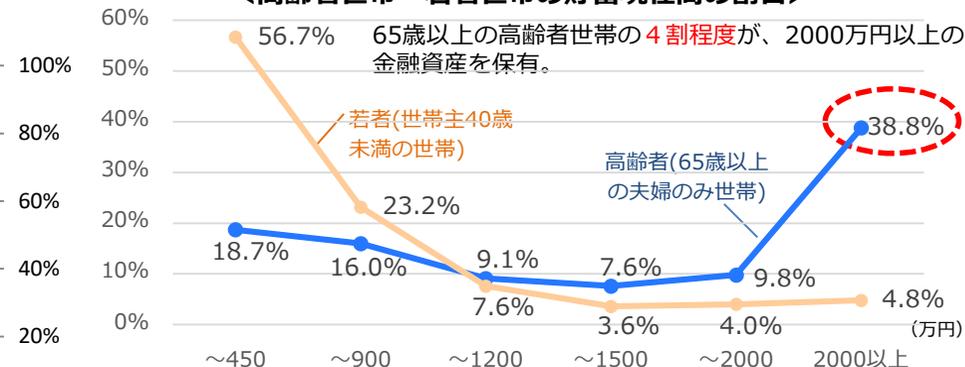
- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、（介護保険における補足給付を除き）高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が施行。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞

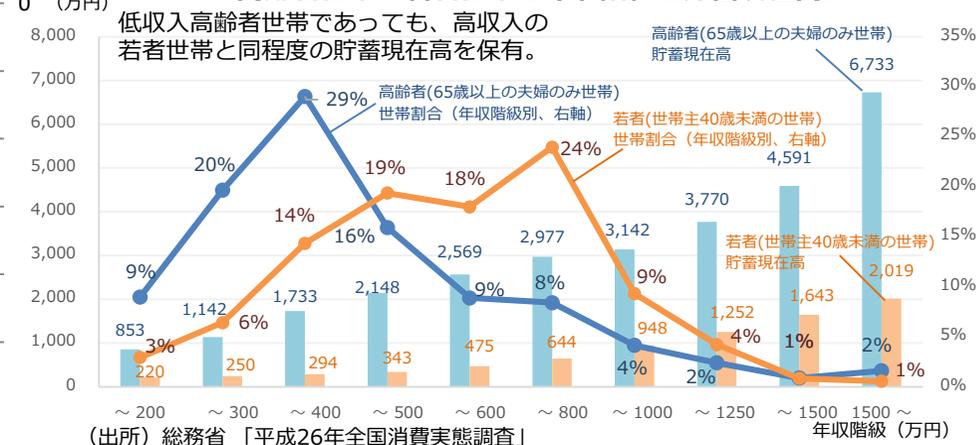


(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」
(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

＜高齢者世帯・若者世帯の貯蓄現在高の割合＞



＜高齢者世帯・若者世帯の年収階級別貯蓄現在高＞



(出所) 総務省「平成26年全国消費実態調査」

【改革の方向性】 (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。

支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

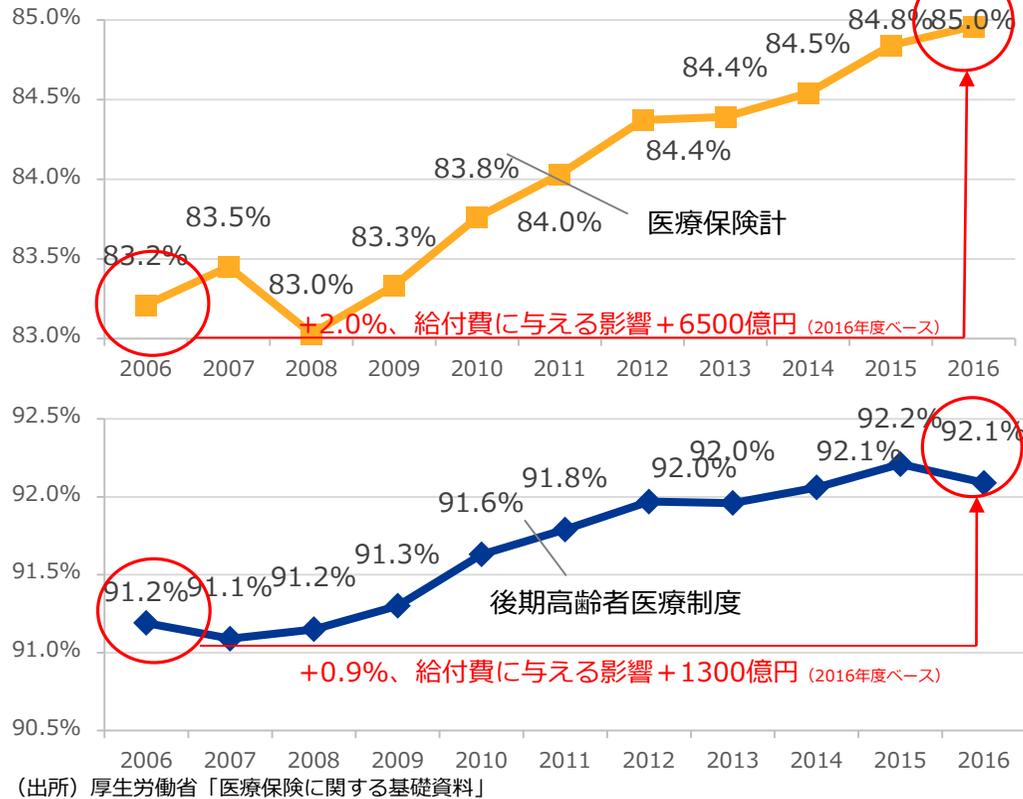
【論点】

○ 今後、現役世代の人口が急速に減少する一方で、医療費は増加し、実効給付率も上昇。医療費が支え手の負担能力を超えて増加し、制度の持続可能性が確保できなくなることを防ぐため、保険料・公費負担と患者負担の在り方を考えていく必要。

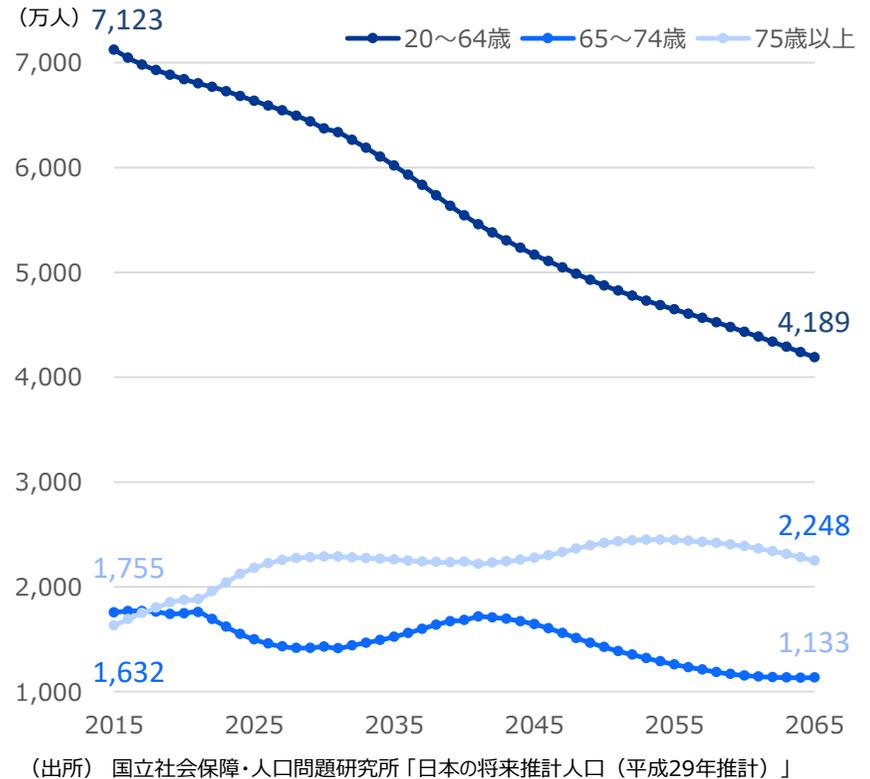
※ 後期高齢者医療制度において、人口減少による現役世代の負担増の一部を後期高齢者の保険料引上げで自動的に調整する仕組みがあるが、後期高齢者の保険料負担も近年増加してきており、若年・後期高齢者を含めた負担全体の水準についても検討する視点が不可欠。

◆ 実効給付率（医療費に占める給付費の割合）の推移

〔患者負担は定率であるが、高額療養費制度により負担限度額が定められているため、医療の高度化等によって医療費が増加するにつれて、実効負担率は下がっていく。（実効給付率は上がっていく）〕



◆ 2065年までの人口の推移



【改革の方向性】（案）

○ 支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討していくべき。