

説明資料

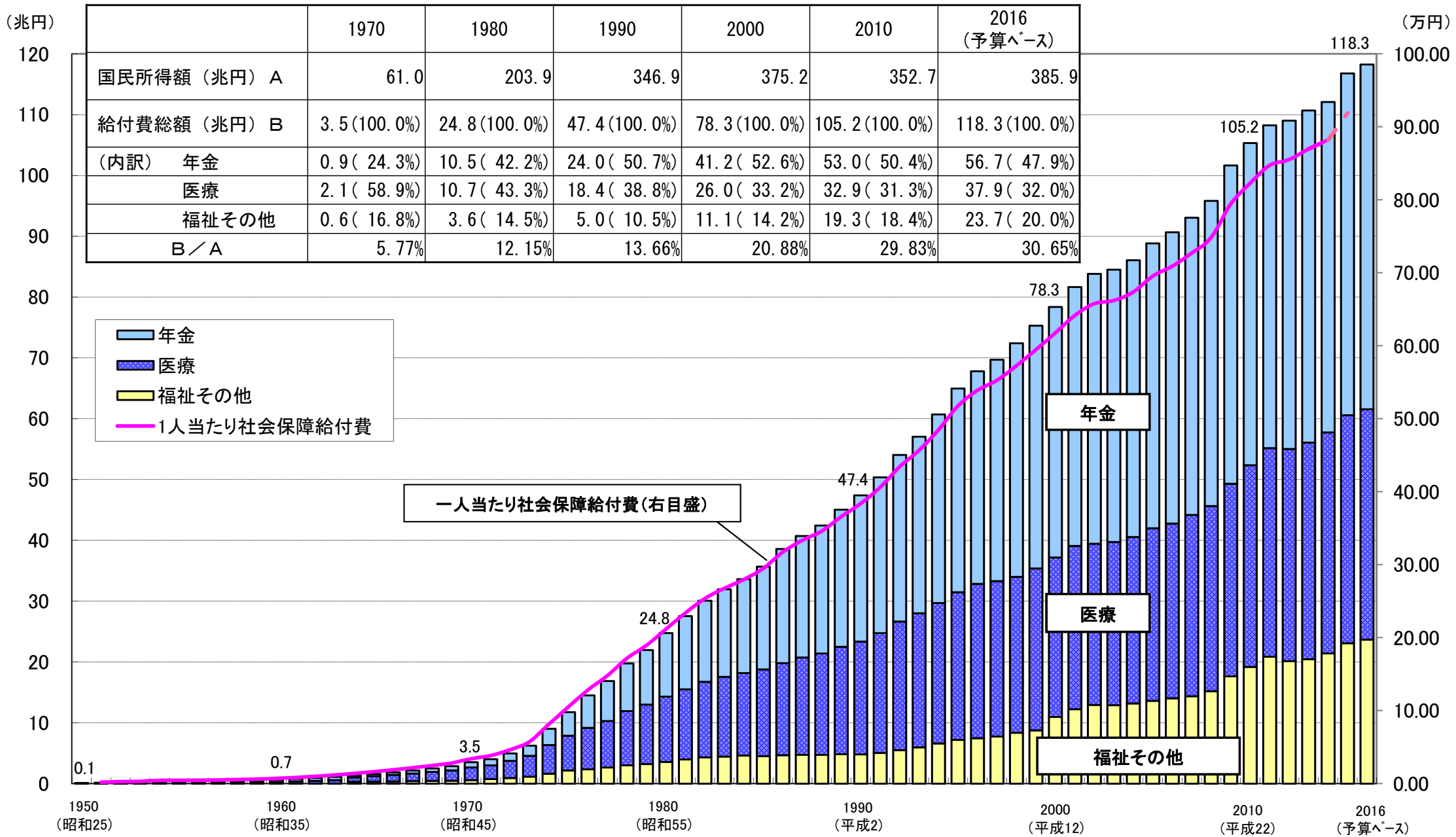
—社会保障の給付と負担等の見直しについて—

平成28年10月13日

財務省主計局

総論

社会保障給付費の推移



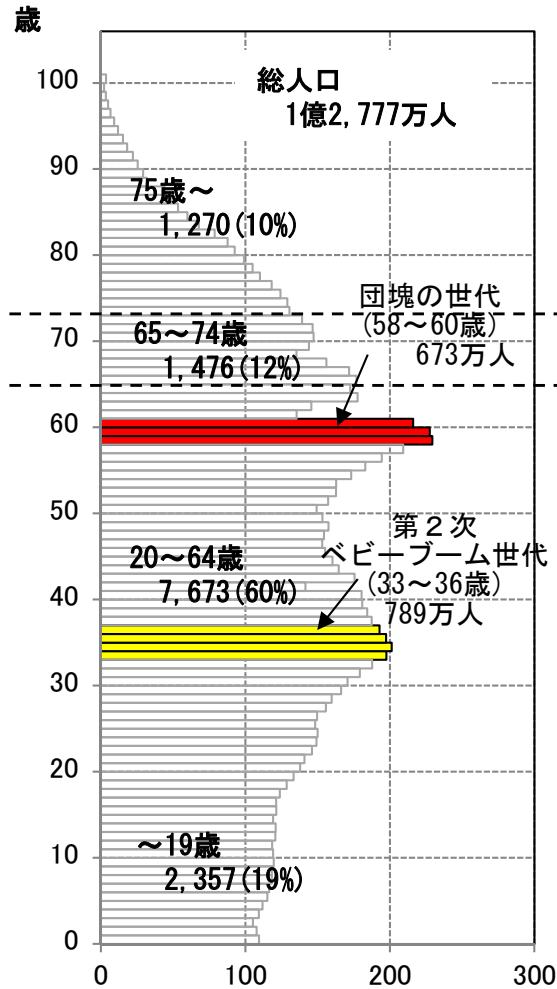
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2016年度の国民所得額は「平成28年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成28年1月22日閣議決定)」

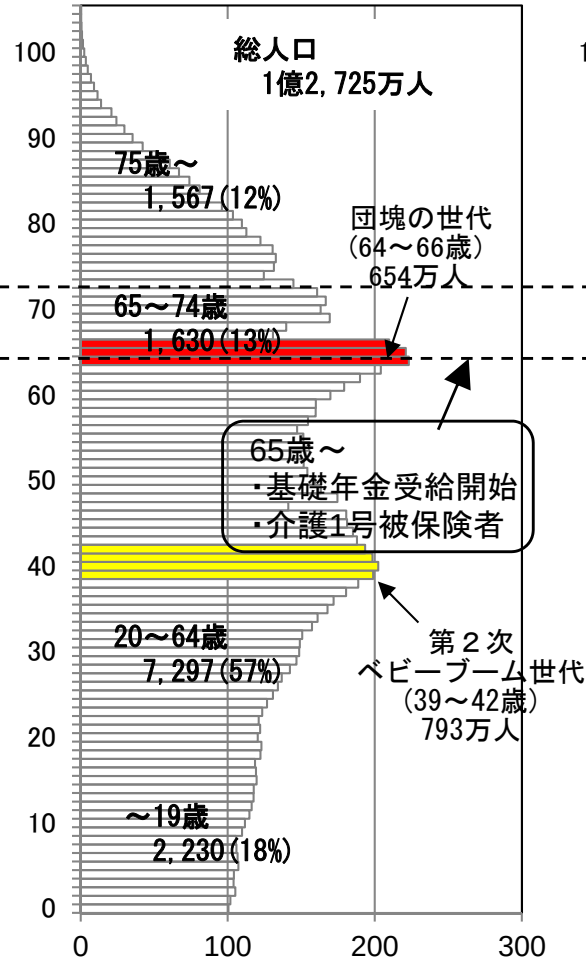
(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2010並びに2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

人口ピラミッドの変化

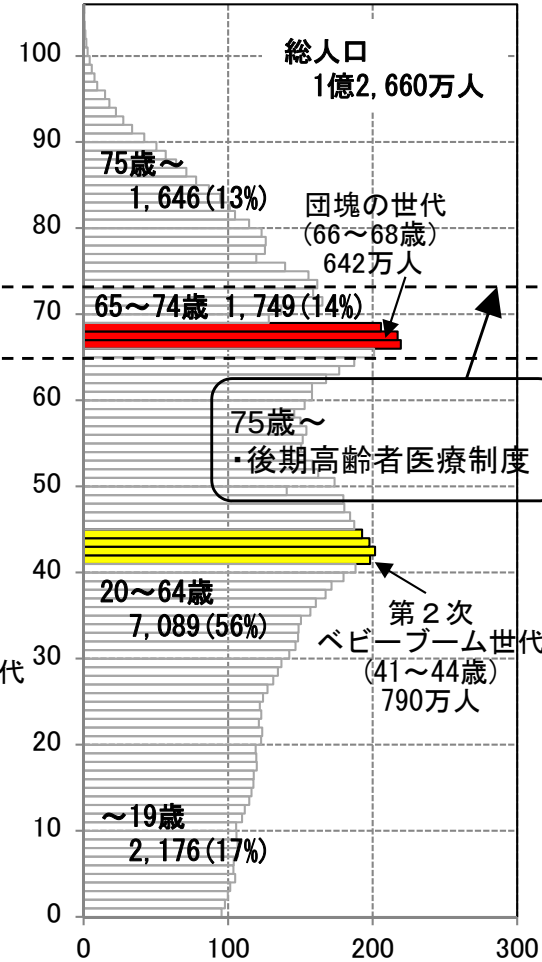
2007年



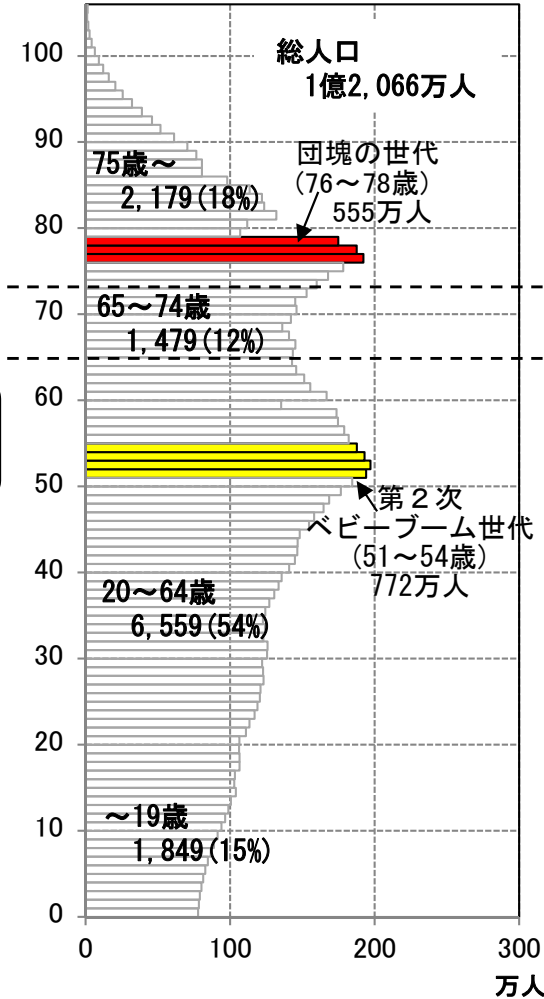
2013年



2015年



2025年



万人

65歳以上人口割合

21.5%

(75歳以上人口割合)

(9.9%)

25.1%

(12.3%)

26.8%

(13.0%)

30.3%

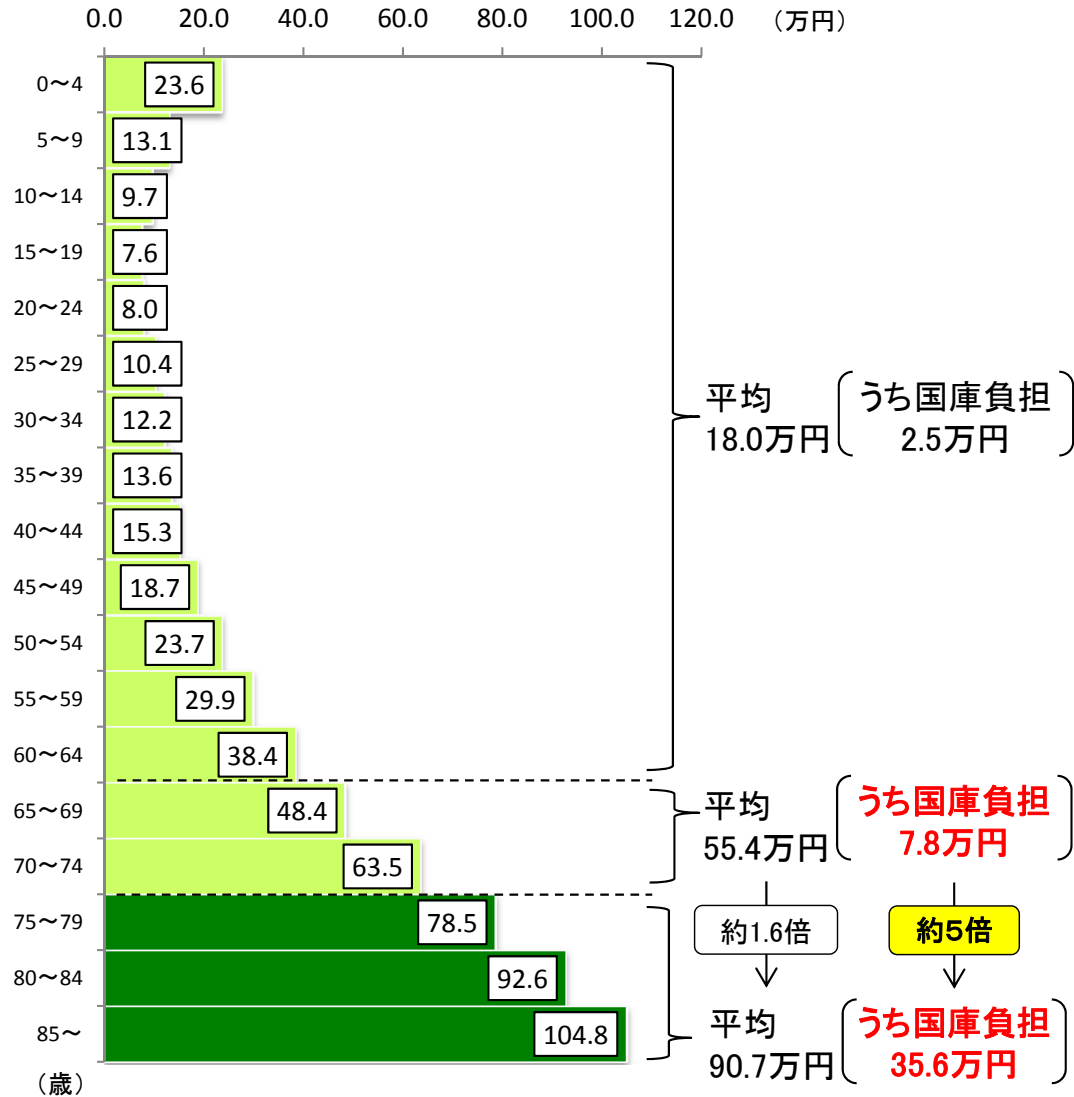
(18.1%)

(注) 団塊の世代は1947～49年、第2次ベビーブーム世代は1971～1974年生まれ。

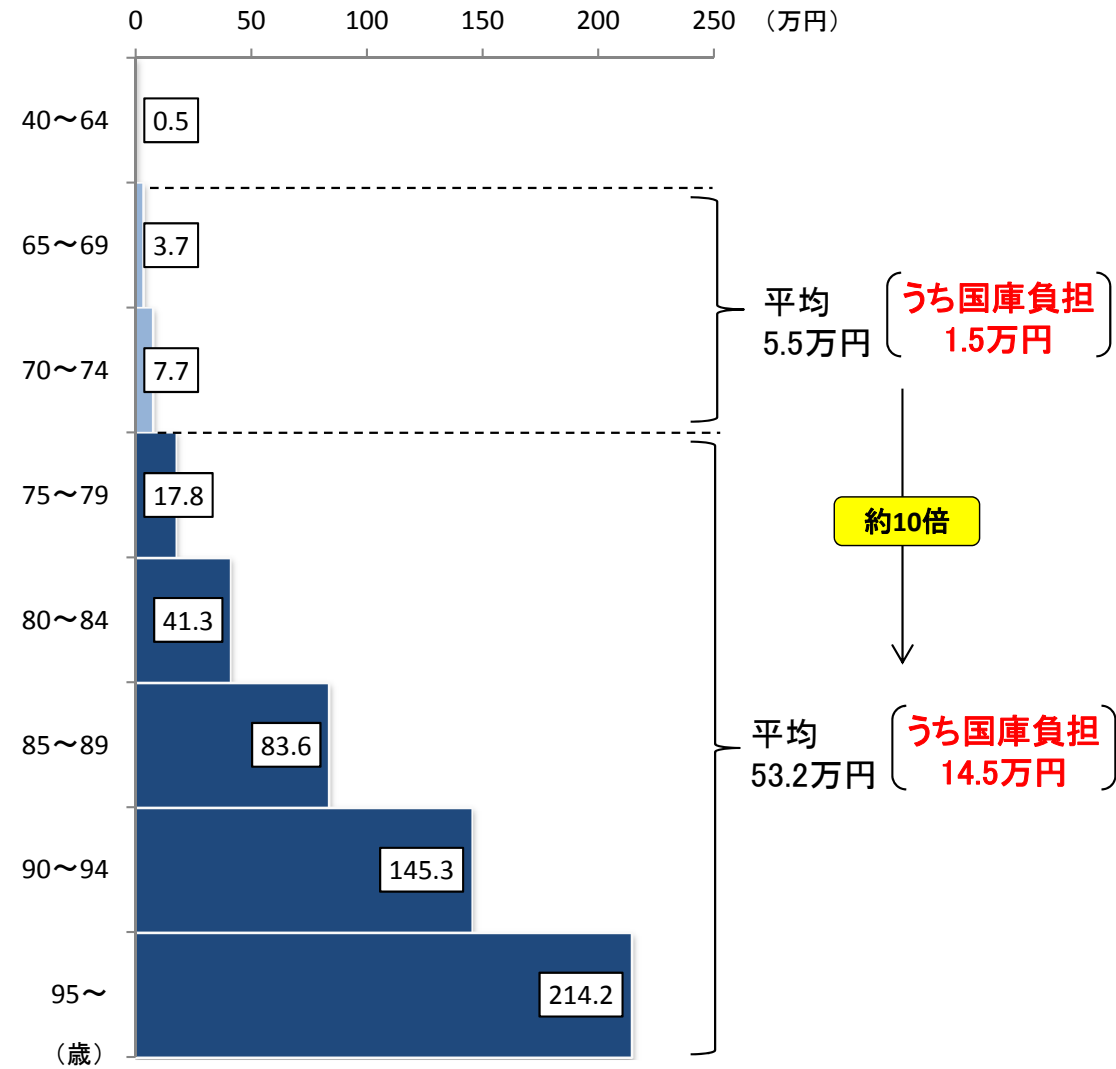
(出典) 2007年は総務省「人口推計」、2013年、2015年及び2025年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口ー平成24年中位推計ー」

年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費
(2014年)



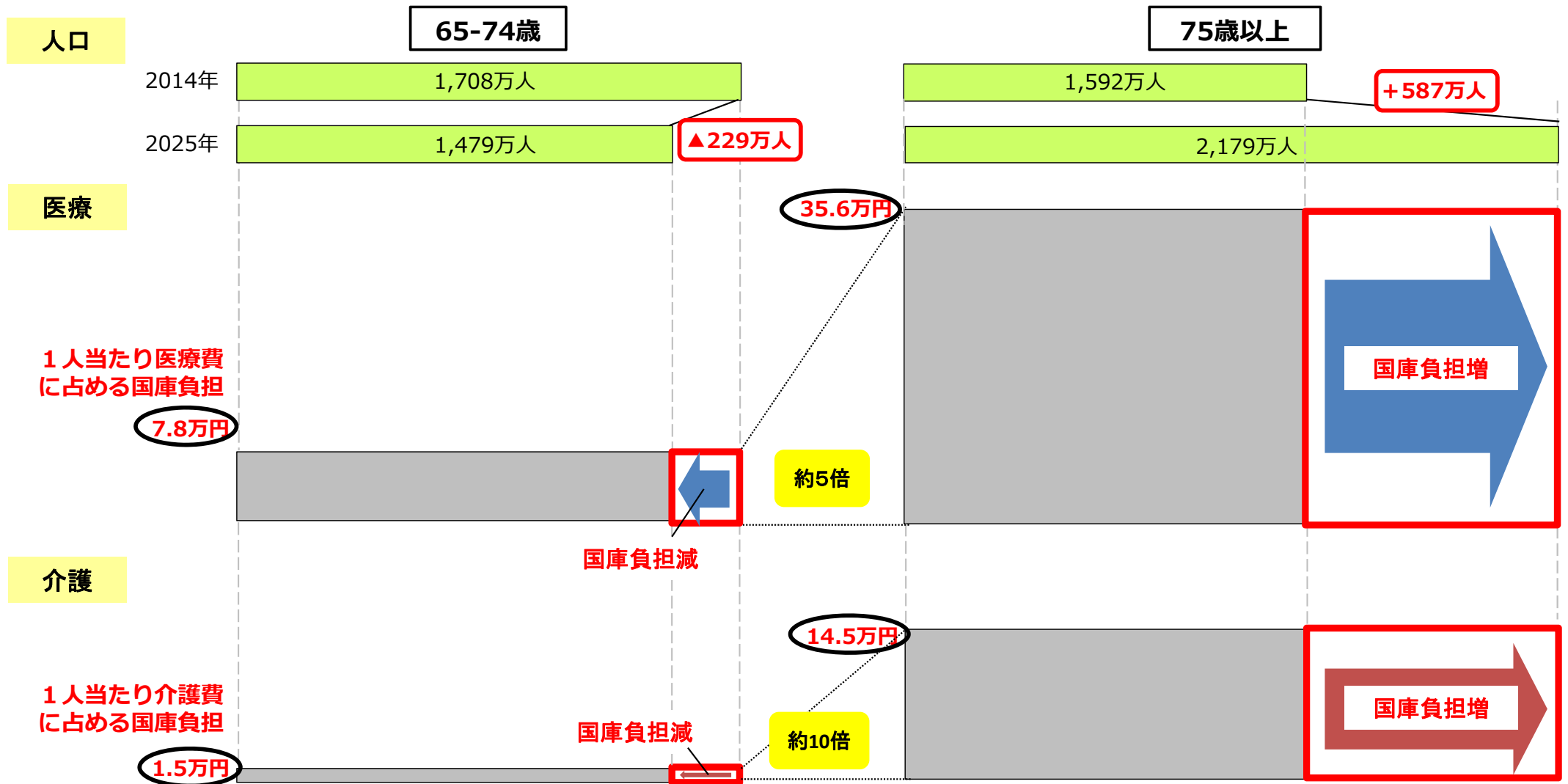
年齢階級別1人当たり介護費
(2014年)



高齢化の進展が財政に与える影響

- 75歳以上になると、医療・介護に係る 1人当たり国庫負担額が急増する。このため、高齢化の進展に伴い、仮に今後、年齢階級別の1人当たり医療・介護費が全く増加しないと仮定※しても、2025年にかけて、医療・介護に係る国庫負担は急増する見込み。

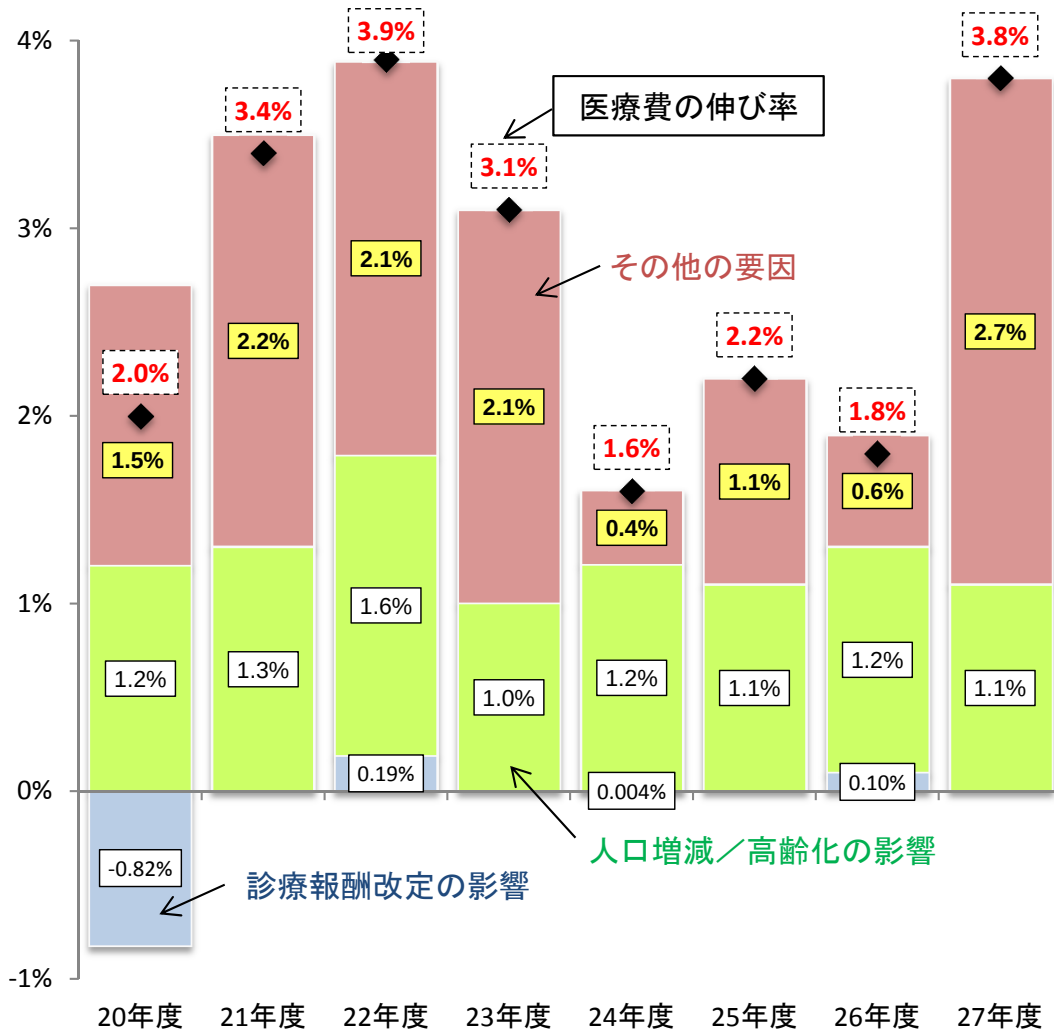
※ 実際の医療・介護費の伸びを要因分解すると、高齢化のほか、高度化等による影響がある。



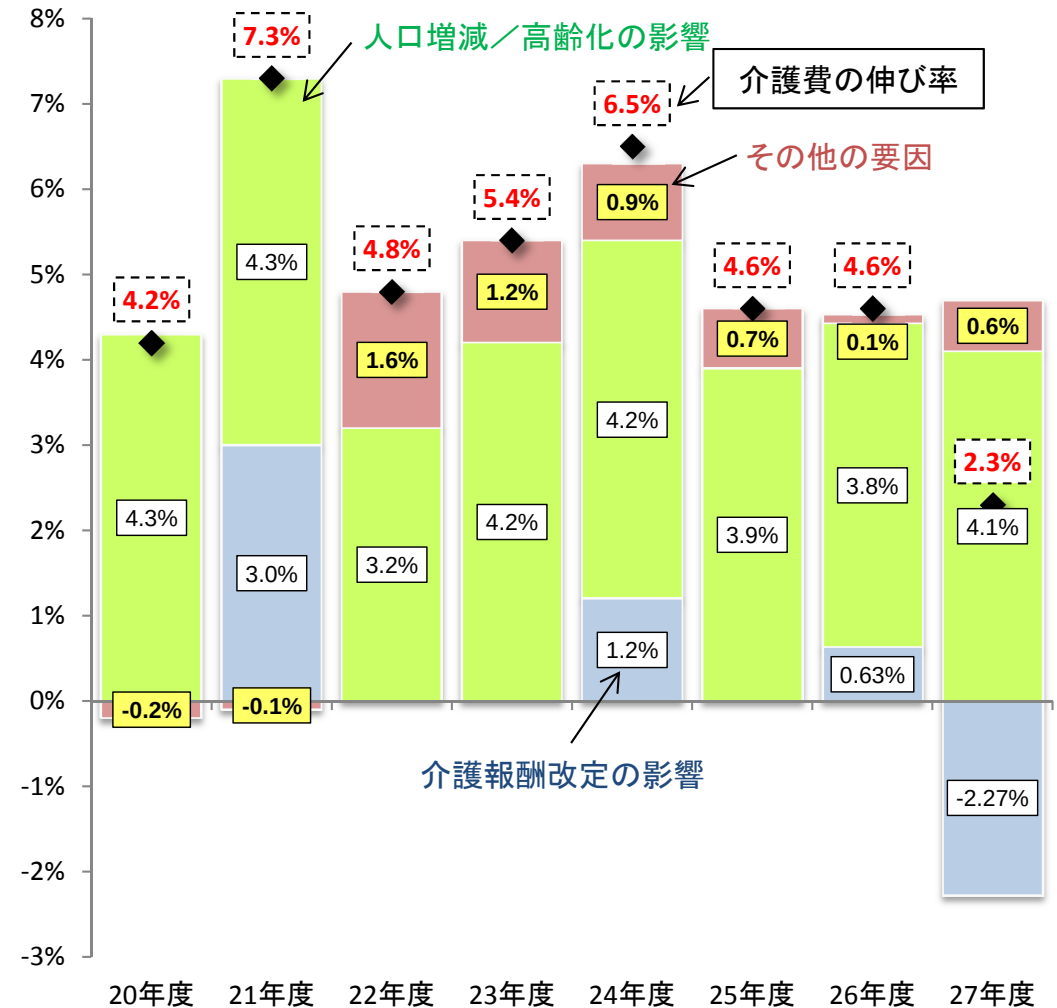
医療費・介護費の伸び率の要因分解

- 医療・介護費の伸びを要因分解すると、高齢化などの人口動態による影響のほか、その他要因（医療の高度化等）による1人当たり医療費・介護費の増加による影響がある。
 → 近年では、医療・介護費の伸びのうちその他要因は、幅はあるものの、医療では2%程度、介護では1%程度となっている。（なお、27年度の医療費の伸びは+4%程度と、高い水準となっている。）

医療費の伸び率の要因分解



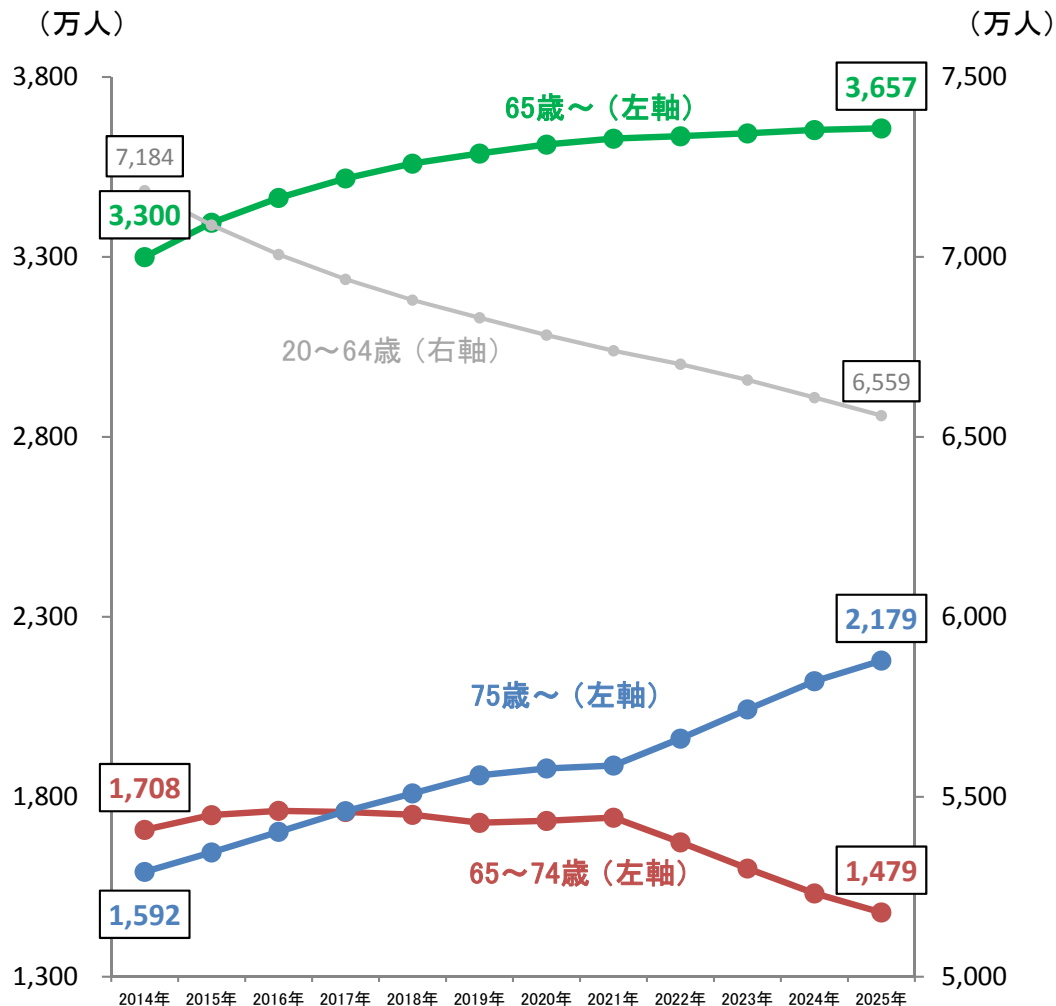
介護費の伸び率の要因分解



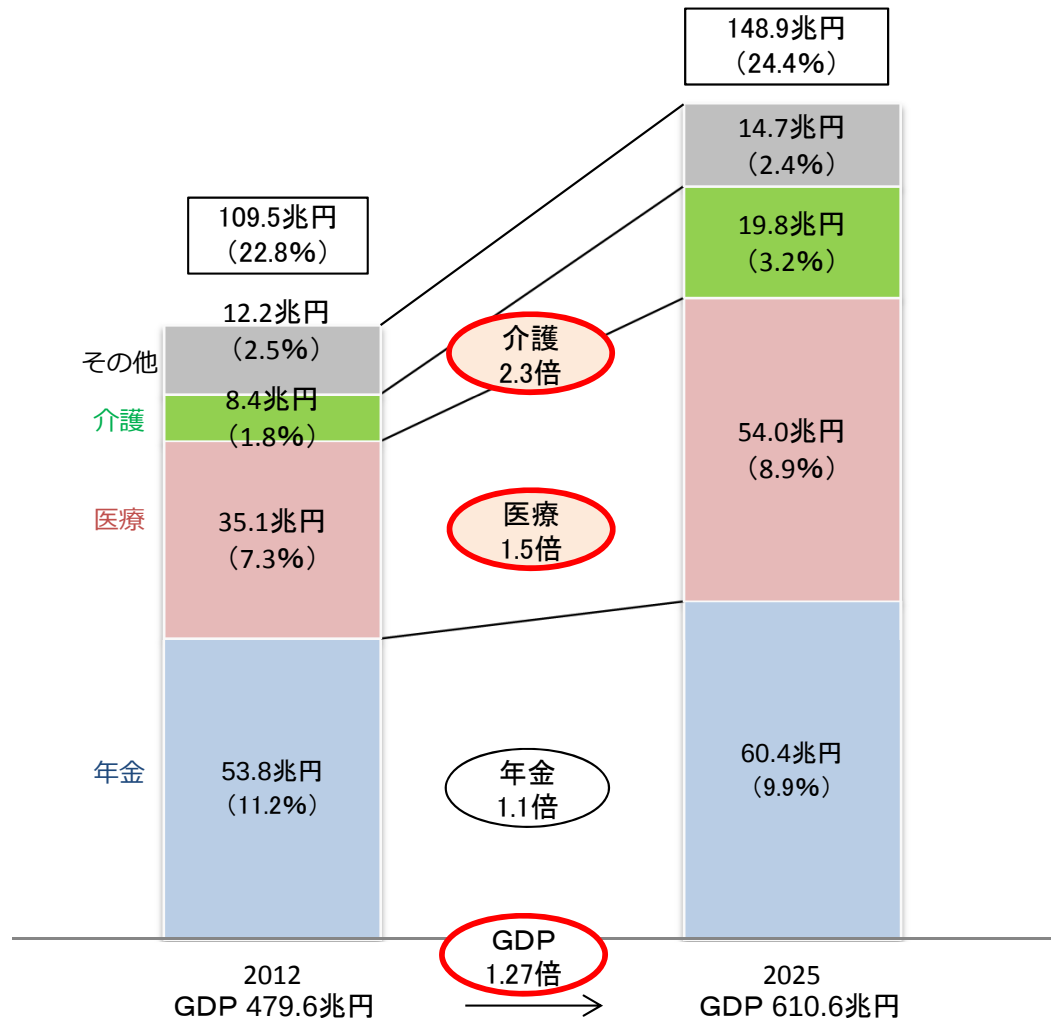
将来人口の見通しと医療・介護費について

- 団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年に向けて、65～74歳人口は微減となる一方、75歳以上の後期高齢者人口は大きく増加する。後期高齢者になると1人当たり医療・介護費は急増するため、2025年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。
- なお、この間、20～64歳の現役世代は一貫して減少する。

人口の見通し



社会保障給付費の見通し

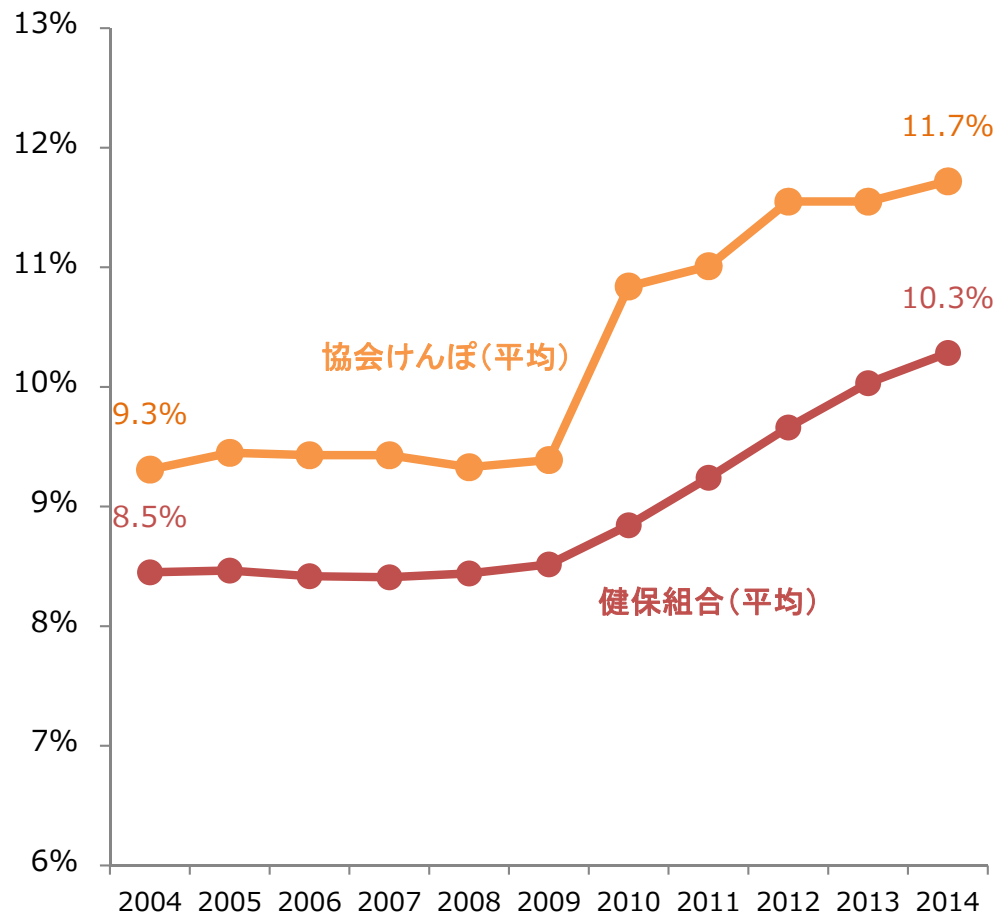


(出所) 内閣府「国民経済計算」、総務省「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」、厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(24年3月)」

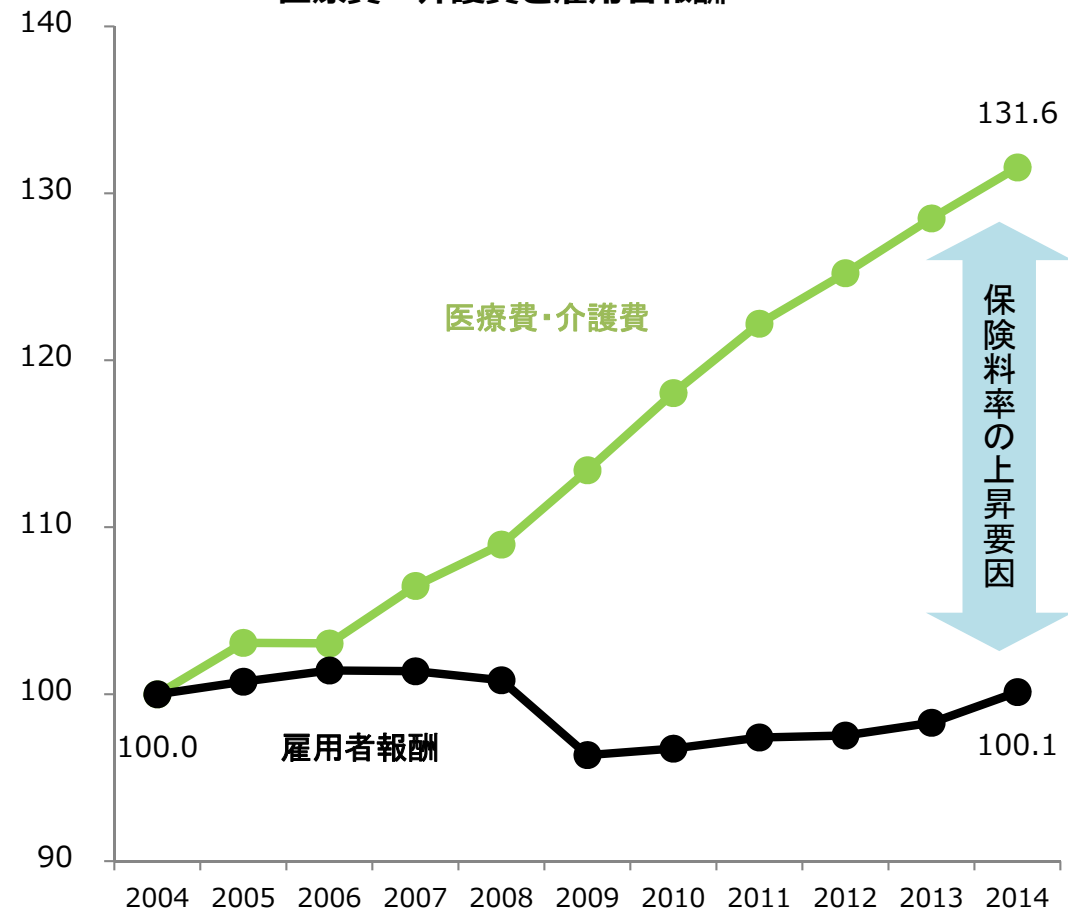
医療・介護に係る保険料負担について

- 今後とも高齢化により医療費・介護費の伸びは増加が見込まれるのに対し、雇用者の総報酬は、生産年齢人口の減少に伴い大幅な増加は見込めない。したがって、仮に医療費・介護費の伸びを放置すれば、今後も保険料負担の増加は免れず、雇用者の実質賃金の伸びは抑制されることになる。

協会けんぽと健保組合の保険料率



医療費・介護費と雇用者報酬



(注1) 医療費は、国民医療費の実績見込み値。

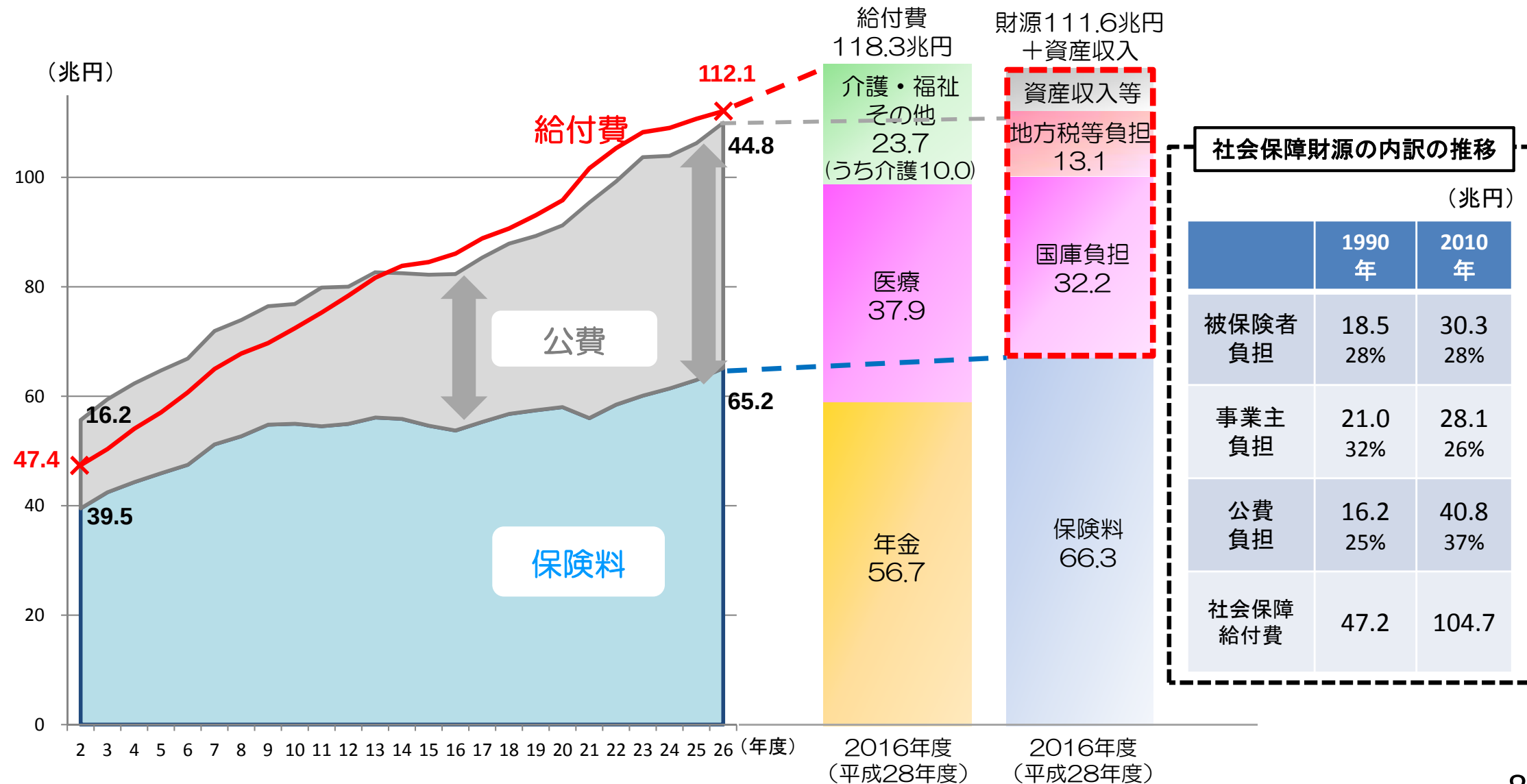
(注2) 介護費は、介護サービス費用、介護予防サービス費用及び特定入所者介護サービス保険給付額それぞれの実績値の合計。

(注3) 雇用者報酬は、内閣府「国民経済計算」における雇用者報酬の計数。

(出所) 厚生労働省「国民医療費」「介護給付費実態調査」、内閣府「国民経済計算」ほか

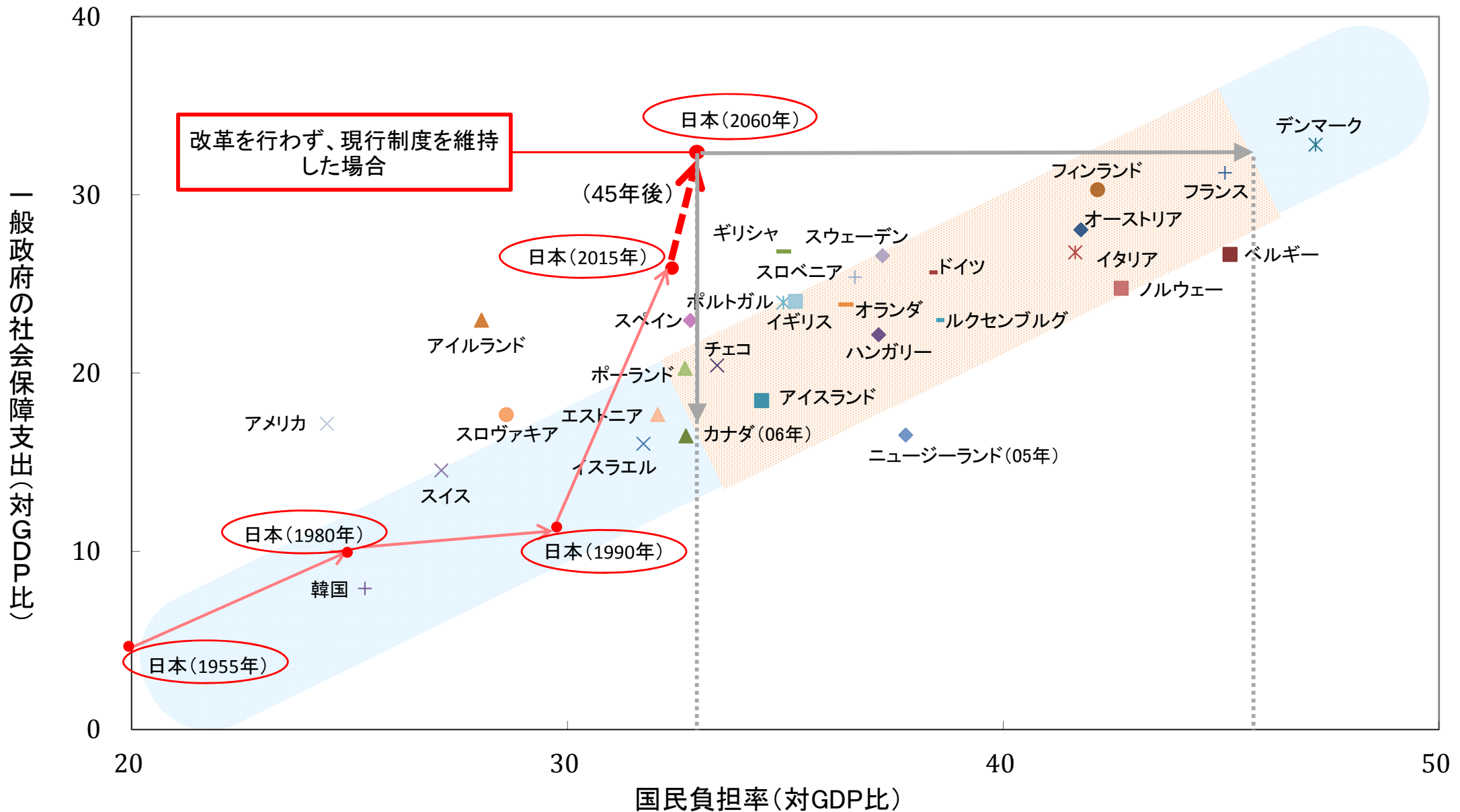
社会保障給付費の増に伴う公費負担の増

- わが国社会保障制度は、社会保険方式を採りながら、高齢者医療・介護給付費の5割を公費で賄うなど、公費負担（税財源で賄われる負担）に相当程度依存している。
- その結果、近年、高齢者医療・介護給付費の増に伴い、負担増は公費に集中している。これを賄う財源を確保出来ないため、給付と負担のバランス（社会保障制度の持続可能性）が損なわれ、将来世代に負担を先送りしている（＝財政悪化の要因）。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」。2016(H28)年度は厚生労働省(当初予算ベース)による。

OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係



(出典) 国民負担率: OECD “National Accounts”、“Revenue Statistics”、内閣府「国民経済計算」等。

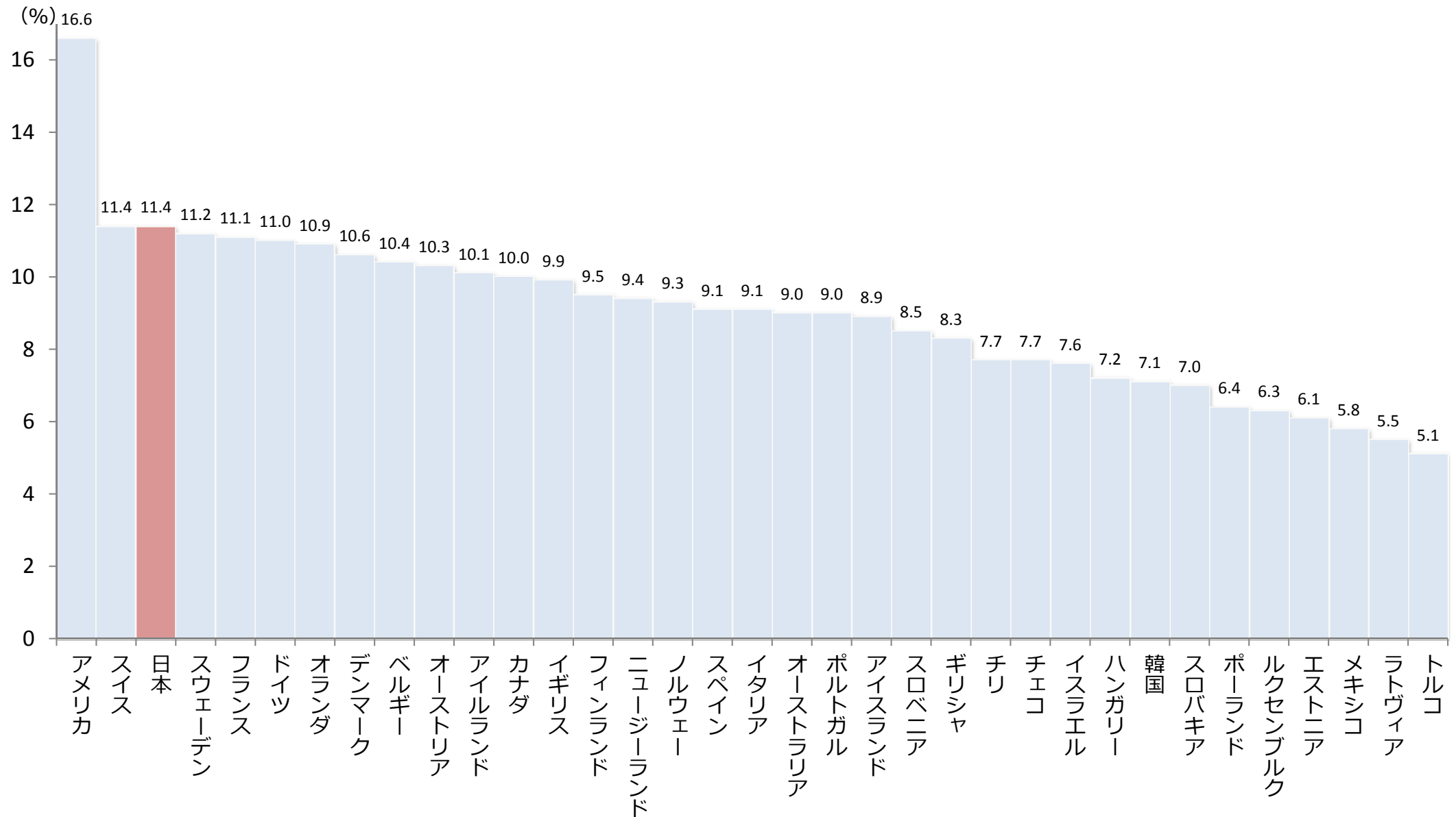
社会保障支出: OECD “National Accounts”、日本の1955年、1980年及び1990年は国立社会保障・人口問題研究所「社会保障統計」。

(注1) 数値は、一般政府(中央政府、地方政府、社会保障基金を合わせたもの)ベース。

(注2) 日本を除く各国は2011年実績、ニュージーランドは2005年、カナダは2006年の実績。

(注3) 日本の2015年及び2060年度は、財政制度等審議会「我が国の財政に関する長期推計(改訂版)」(平成27年10月9日 起草検討委員提出資料)に基づく推計値。

OECD諸国の保健医療支出対GDP比（2014年）



（出典） OECD Health Statistics 2016

（注） 保健医療支出には、医療給付費のほか、予防・公衆衛生サービス、一般用医薬品の購入、一定の介護サービスなどが含まれる。

「経済・財政再生計画」における社会保障改革の基本的な考え方・時間軸

「経済財政運営と改革の基本方針2015(骨太2015)」「平成27年6月30日閣議決定」

基本的な考え方

- 社会保障・税一体改革を確実に進めつつ、経済再生と財政健全化及び制度の持続可能性の確保の実現に取り組み、世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持そして次世代へ引き渡すことを目指した改革を行う。
- インセンティブ改革による多様な主体の行動変化による効率化に取り組むとともに、社会保障関連分野の産業化に向けた取組を進める。
- ①自助を基本に公助・共助を適切に組み合わせた持続可能な国民皆保険、②経済成長と両立する社会保障制度、③人口減少社会に合った公平で効率的な医療等の提供、④健康で生きがいのある社会、⑤公平な負担で支え合う制度、の基本理念に基づいて取り組む。

- 増大していく公的社会保障の給付について、効率化・重点化のための改革を行い、経済再生の取組による社会保障財源の増収と併せ、少なくとも、社会保障における次世代への負担の先送りを拡大させないようにする。

- 安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び(1.5兆円程度)となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度(平成30年度)まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。

- この点も含め、2020年度(平成32年度)に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率引上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す。(※充実等の「等」は公経済負担)

2015年度予算		31.5兆円
	+高齢化に伴う伸び相当	+2兆円強~2.5兆円
	+社会保障の充実等	+1.5兆円程度
2020年度見込み		35兆円~35.5兆円程度

+ 3兆円後半
~ 4兆円程度

||

年平均2%
以上の伸び

時間軸

- 社会保障・税一体改革を確実に進めるとともに、団塊の世代が後期高齢者になり始める2020年代初め以降の姿も見据えつつ、主要な改革については2018年度(平成30年度)までの集中改革期間中に集中的に取組を進める。2020年度(平成32年度)までの検討実施に係る改革工程を速やかに具体化していく中で、予断を持たずに検討する。平成27年度からできる限り速やかに取組を進める。

〔備考〕予算編成の基本方針(平成27年11月27日閣議決定)

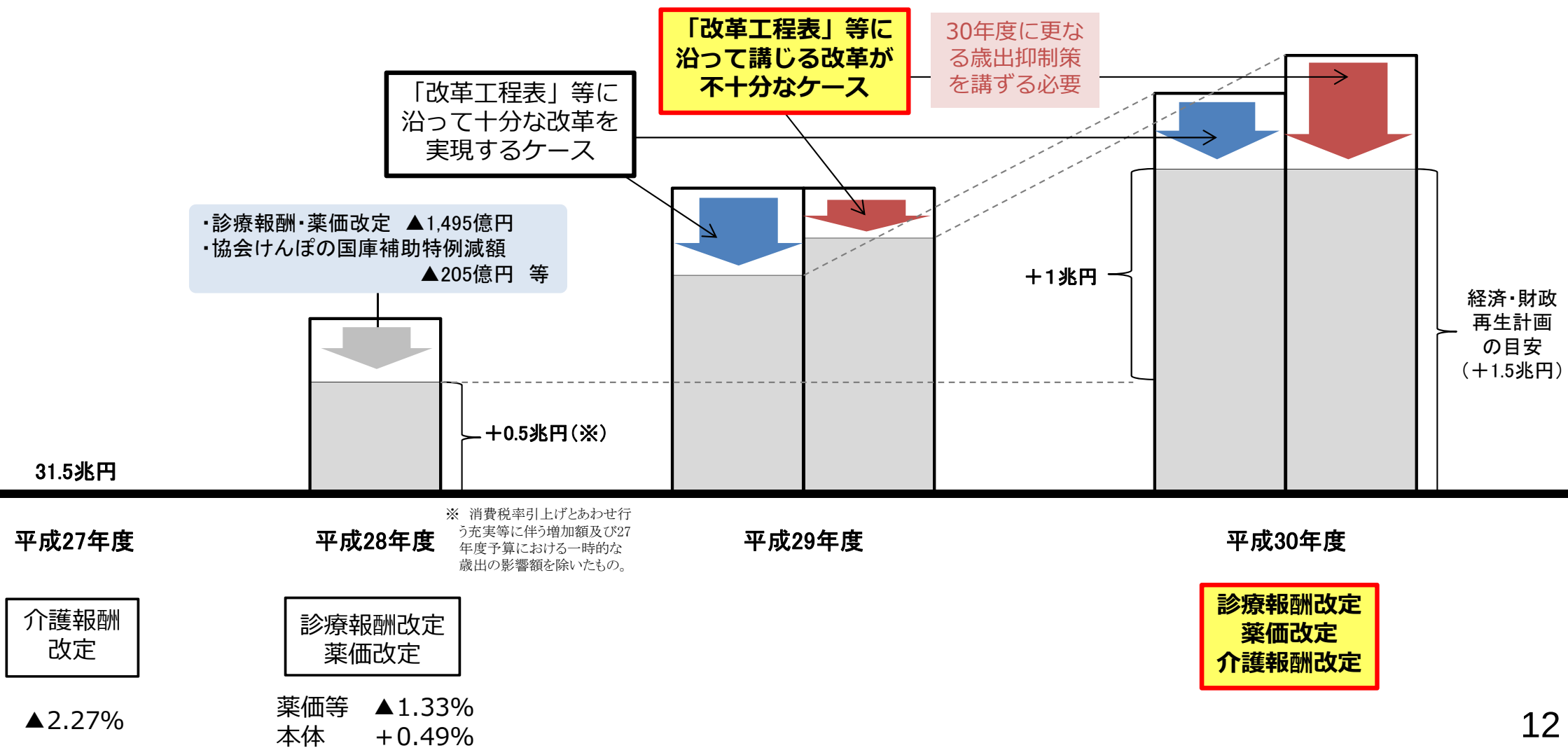
歳出改革については、経済財政諮問会議の下に設置された経済・財政一体改革推進委員会において、主要歳出分野ごとの成果指標(KPI)設定や改革工程表の策定、誰もが活用できる形での情報開示(見える化)の徹底など、計画の具体化を進め、今後、改革工程表に沿って、着実に実行する。また、同委員会において、改革の進捗管理、点検、評価を行う。

経済・財政再生計画に掲げられた目安の達成に向けて

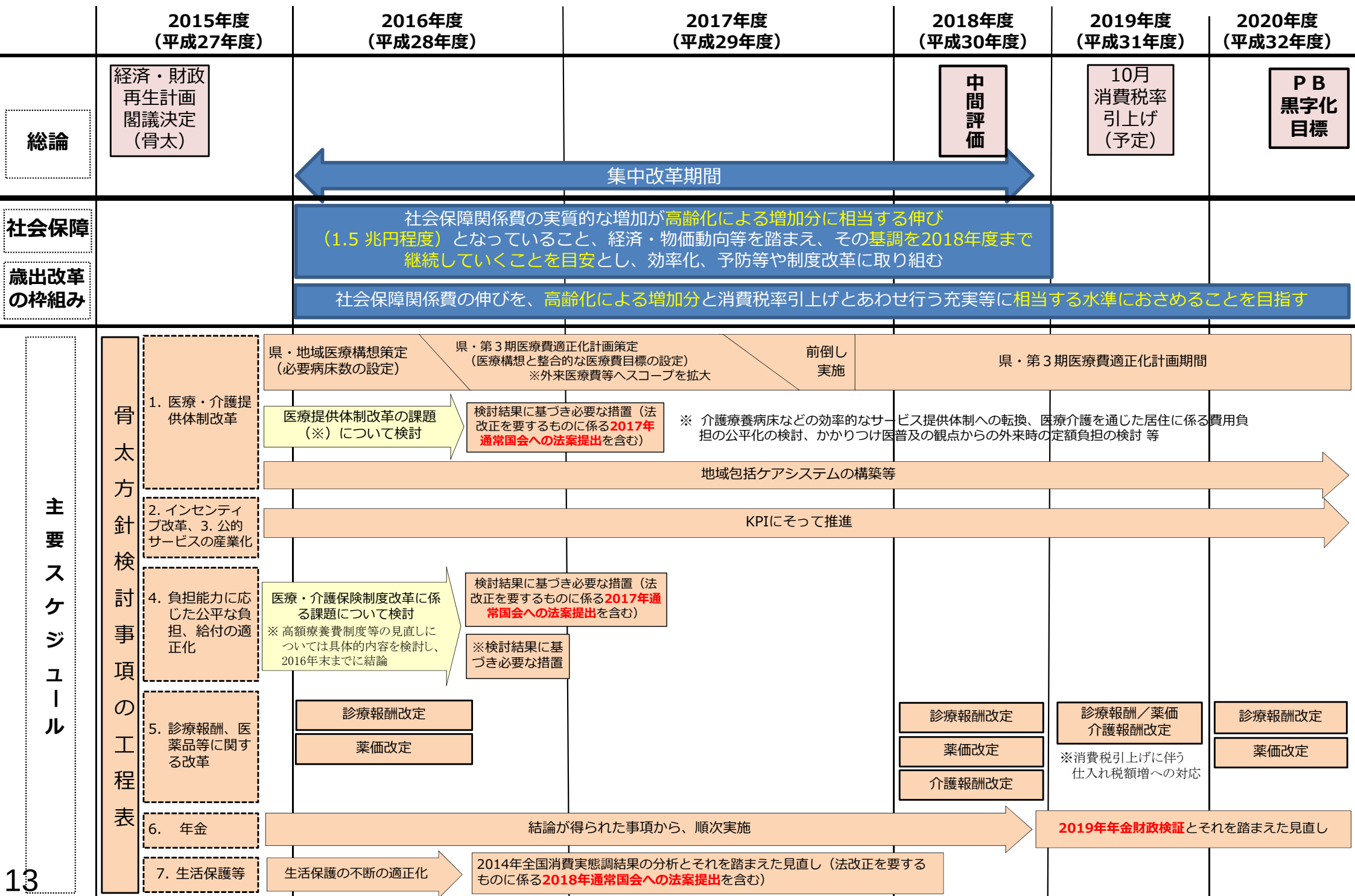
- 29年度予算は「経済・財政再生計画」における集中改革期間の2年目。社会保障関係費の「目安」を確実に達成するため、「改革工程表」等に掲げられる検討項目について、**できる限り前倒しして改革を実現すべき**。（29年度に講じる改革が不十分な場合、「目安」の達成に向け、30年度予算において更なる歳出抑制策を講ずる必要がある。）

（参考）経済・財政再生計画（経済財政運営と改革の基本方針2015）

安倍内閣のこれまでの3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（1.5兆円程度）となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度（平成30年度）まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。



経済財政再生計画と改革工程表のスケジュール（社会保障関係）



我が国の医療・介護制度の特徴と改革の視点

わが国の医療・介護制度の特徴

国民皆保険

フリーアクセス

自由開業制

出来高払い

患者側

- 低い患者負担でコストが明確に認識できないまま、フリーアクセスゆえに医療機関にかかりやすい仕組み。

医療機関側

- できるだけ患者を受け入れて診療行為をすればするほど収入を確保することが可能。
- 患者と医療機関側との情報の非対称性も加わって、過剰なサービス供給が行われやすい。

医療・介護費の増大を招きやすい構造

国民皆保険を維持しつつ、制度を持続可能なものとしていくための医療・介護制度改革の視点

高齢化の進展を踏まえた医療・介護提供体制の確保

- 高齢化による疾病構造の変化等を踏まえた効率的な医療提供体制、地域包括ケアシステムの構築（緩やかなアクセス制限を含む）

大きなリスクは共助 小さなリスクは自助

- 個人で対応できない大きなリスクには共助でカバーする一方、小さなリスクは自助で対応することとし、給付を重点化

年齢ではなく負担能力 に応じた公平な負担

- 年齢により異なる負担とするのではなく、資産の保有状況等も含めた負担能力に応じた負担とし、全世代で支え合う仕組みを構築

公定価格の適正化・包括化等 を通じた効率的な医療・介護

- 診療報酬・介護報酬の適正化や包括的かつ簡素な仕組みへの見直し、薬価制度改革等を通じ、効率的な医療・介護サービスを提供

医療・介護制度改革の視点と具体的な検討項目

視点	高齢化の進展を踏まえた医療・介護提供体制の確保	大きなリスクは共助 小さなリスクは自助	年齢ではなく負担能力に応じた公平な負担	公定価格の適正化・包括化等を通じた効率的な医療・介護
今後の検討事項※	□ かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入 □ 介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換 ◇ 地域医療構想に沿った医療提供体制の実現 ◇ 医療費適正化計画の策定・実現（外来医療費に係る地域差の是正等） ◇ 医療費適正化計画の進捗状況等を踏まえた診療報酬の特例の活用のある方 ◇ 病床再編や地域差是正に向けた都道府県の体制・権限の整備	□ 入院時の光熱水費相当額に係る負担の見直し □ スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率のあり方 □ 介護保険における利用者負担のあり方 □ 介護の軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付のあり方	□ 高額療養費／高額介護サービス費の見直し ◇ 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し □ 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 ◇ 医療保険における後期高齢者の窓口負担のあり方 □ 介護納付金の総報酬割導入 ◇ 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	◇ 高額薬剤の薬価等のあり方（オプジーボ等） ◇ 費用対効果評価の導入 ◇ 生活習慣病治療薬等の処方のある方 ◇ 先発医薬品価格のうち後発医薬品に係る保険給付額を超える部分の負担のあり方 ◇ 薬価改定のあり方（改定実績も踏まえ、その頻度を含め検討）
「工程表」の整理	医療・介護提供体制改革	負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化		診療報酬、医薬品等に係る改革

（参考）保健医療2035提言書（抄）

（財源確保に関する記述；平成27年6月「保健医療2035」策定懇談会）

7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ

（3）安定した保健医療財源

i) 公的医療保険の機能や役割

公的医療保険の機能や役割については、必要かつ適切な医療サービスや重大な疾病リスクを保障するという公的医療保険の基本原則を守りつつ、不断の検証を行っていく。こうした検討の結果、公的医療保険の範囲から外れるサービスを患者の主体的な選択により利用する際に、活用できる新たな金融サービス、寄付による基金など公的保険を補完する財政支援の仕組みの検討も重要である。

ii) 財源確保方策

公的医療保険の機能や役割について i) の不断の検証を行った上で、必要となる財源については、患者負担、保険料、公費のいずれかで賄わなければならない。それぞれの財源について、より公平・公正なものとなるよう必要な見直しを行いつつ、負担の引上げに理解を得ていく必要がある。その際、ある程度長期的な視点に立って給付に見合った負担を求めなければ、将来世代が高齢者になったときに大幅に給付が削減されるなど、世代間の不公平が拡大される懸念がある。

まず、患者負担については、現在、後期高齢者の患者負担の軽減など年齢によって軽減される仕組みがあるが、これらについては、基本的に若年世代と負担の均衡や、同じ年齢でも社会的・経済的状況が異なる点を踏まえ、検証する必要がある。この他、必要かつ適切な医療サービスをカバーしつつ重大な疾病のリスクを支え合うという公的医療保険の役割を損なわないことを堅持した上で、不必要に低額負担となっている場合の自己負担の見直しや、風邪などの軽度の疾病には負担割合を高くして重度の疾病には負担割合を低くするなど、疾病に応じて負担割合を変えることも検討に値する。介護保険制度においても、

ケアマネージメント・プラン作成のサービス利用における利用者負担の設定など、給付を受けているが利用者負担のないものについて見直しを検討する。

また、患者負担や保険料については、負担能力に応じた公平な負担という観点から、所得のみならず、資産も勘案したものにすることや、資産に賦課した上でリバースモーゲージの活用も含む死後精算を行う仕組みとすることなどについても議論していくことが望まれる。

一方、高齢者については、年金、介護という形でコストもサービスも配慮されているのに対し、子育てについては、社会保険における負担面での配慮が十分されていないことから、扶養の有無に応じた負担の公平性の観点から検討されるべきである。また、国民健康保険において子どもの数に応じて保険料が増加する仕組みとなっているが、その取扱いについても検討されるべきである。

公費（税財源）の確保については、既存の税に加えて、社会環境における健康の決定因子に着眼し、たばこ、アルコール、砂糖など健康リスクに対する課税、また、環境負荷と社会保障の充実の必要性とを関連づけて環境税を社会保障財源とすることも含め、あらゆる財源確保策を検討していくべきである。ただし、所得などの社会経済的要因と生活習慣は関係性が認められると言われており、低所得者層の生活習慣等の改善の機会を提供することが同時に求められることに十分留意する必要がある。

また、財政調整に関する仕組みが複雑化する中で、給付と負担の関係が不明確となり、高齢者医療制度等に対する拠出について被用者保険の理解を得ていくための措置についても検討していく必要がある。

医療

経済・財政再生計画及び改革工程表における改革項目等(医療保険①)

改革項目	経済・財政再生計画	改革工程表	番号
高額療養費の見直し	社会保障制度の持続可能性を中長期的に高めるとともに、世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	・ 外来上限や高齢者の負担上限額の在り方など、高額療養費制度の見直しについて、世代間・世代内の負担の公平や負担能力に応じた負担等の観点から、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論 → 検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる	①
介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換	療養病床については、病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を確実に行う。このため、慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制について、医療の内容に応じた制度上の見直しを速やかに検討する。	・ 介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 → 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）	次回説明
入院時の光熱水費相当額に係る負担の見直し	医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平化について検討を行う。	・ 入院時の光熱水費相当額に係る患者負担の見直しについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 → 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）	②
かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入	かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。	・ かかりつけ医の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 → 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）	③
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	医療保険、介護保険ともに、マイナンバーを活用すること等により、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について、実施上の課題を整理しつつ、検討する。	・ 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、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 → 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む）	④
スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率のあり方	市販品類似薬に係る保険給付について、公的保険の役割、セルフメディケーション推進、患者や医療現場への影響等を考慮しつつ、見直しを検討する。	・ スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率の在り方について関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 → 検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる（法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む） ・ 公的保険給付の範囲の見直しや医薬品の適正使用の観点等から、平成28年度診療報酬改定において、長らく市販品として定着したOTC類似薬を保険給付外とすること等について、その具体的内容を検討し、結論	⑤

経済・財政再生計画及び改革工程表における改革項目等(医療保険②)

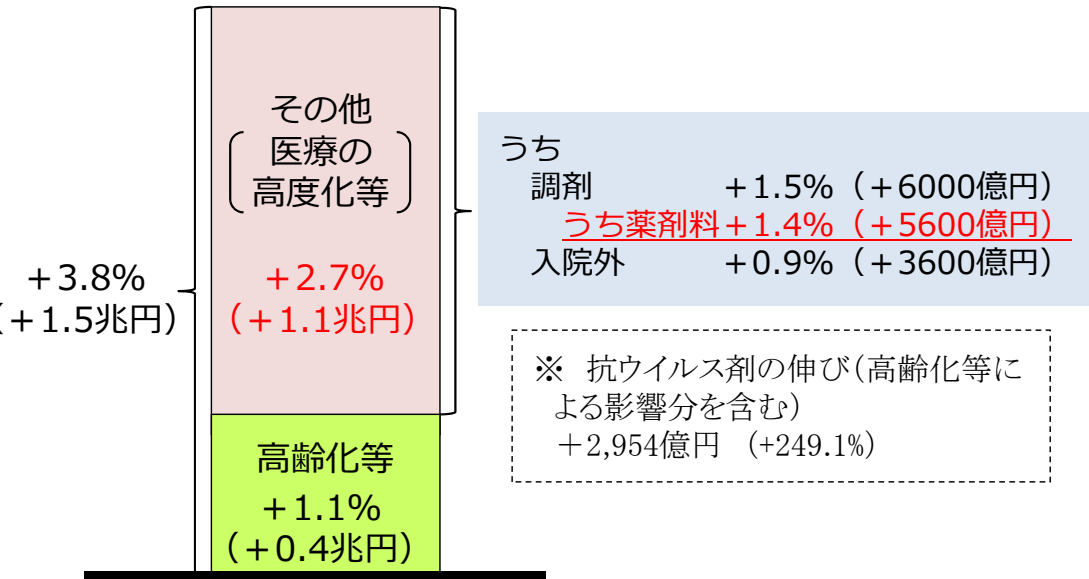
改革項目	検討の視点等	番号
後期高齢者の保険料軽減特例の見直し	後期高齢者の保険料軽減特例(予算措置)については、段階的に縮小する。その実施に当たっては、低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成29年度から原則的に本則に戻すとともに、急激な負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずることとする。激変緩和措置の具体的な内容については、今後検討し結論を得る。 (平成27年1月13日 医療保険制度改革骨子)	⑥
高額薬剤の薬価等のあり方(当面の対応)	2. 論点 ① 薬価に係る特例的な対応 ○ 上述したような論点に係る抜本的な見直しと並行して、平成28年薬価改定における再算定の検討に間に合わなかった薬剤であって、効能・効果等の拡大により大幅に市場が拡大したもの(オブジーボ)に係る特例的な対応について検討する必要がある。 ② 最適使用推進のための取扱い ○ 医薬・生活衛生局において、保険局との連携の下で検討を進めている、新規作用機序医薬品の最適な使用を進めるためのガイドライン(最適使用推進GL)の医療保険制度上の取扱いを検討する必要がある。 (平成28年7月27日 中央社会保険医療協議会資料)	⑦
高額薬剤の薬価等のあり方(費用対効果評価の導入等)	2. 論点 ① 効能追加等による大幅な市場規模拡大への対応 ○ 現状の薬価制度では、このような効能・効果の追加や用法・用量の拡大により大幅に市場規模が拡大するような事態は想定しておらず、そもそも、類似薬効比較方式及び原価計算方式からなる薬価制度について、このような事態に対応し得る制度を構築する必要がある。 ② 市場規模の極めて大きな薬剤への対応 ○ さらに、効能・効果の追加により市場が大幅に拡大した薬剤のみならず、薬価収載当初より市場規模の極めて大きな薬剤も含め、国民皆保険の維持とイノベーションの推進の両立も踏まえ、次のような点についても検討を加える必要がある。 ・ 医薬・生活衛生局と保険局の連携の下、医薬品の最適使用を推進し、薬剤に係る給付の適正化を図る仕組みを構築 ・ 費用対効果評価の試行的導入の検討結果を踏まえた薬価算定の仕組みに加え、単に、市場規模を考慮するだけでなく、医薬品の特性やこれまでの治療に係る費用との比較等を踏まえた対応 (平成28年7月27日 中央社会保険医療協議会資料)	⑧

改革項目	経済・財政再生計画	改革工程表	番号
費用対効果評価の導入	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。	・ 試行的な導入の結果を踏まえ、速やかな本格導入に向けて、費用対効果評価に用いる費用と効果に関するデータの整備方法や、評価結果に基づく償還の可否判断の在り方等について、施行の状況も踏まえた更なる検討、診療報酬改定における適切な対応	⑧
生活習慣病治療薬等の処方あり方	生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方の在り方等について検討する。	・ 生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について、費用対効果評価の導入と並行して、専門家の知見を集約した上で検討し、結論	⑨

医療保険制度を巡る昨今の動き

- 医療技術の進歩により、昨今、一人あたり年間最大数千万円、売上げ全体で数千億円規模と見込まれる非常に高価な新薬が生まれており、今後もこうした新薬が生まれていくことが見込まれる。
- 国民医療費は、近年、高齢化以外の要因（高度化）による伸び率は比較的低かったが、昨年度（27年度）は、高額薬剤の影響もあり、高度化等要因の伸び率は高いものとなった。

平成27年度における医療費の伸び（対前年度比）の要因



- 【改革の方向性】（案）**
- 今後、高額薬剤が次々生まれる状況にあっても、公的医療保険が、重要な疾患リスクを適切にカバーしつつ、制度の持続可能性を維持していかなければならない。改革工程表等に基づく歳出改革の検討にあたっては、こうした観点を十分に踏まえていく必要。
- （検討項目の例）
- ① 薬剤の保険収載、薬価算定・改定のあり方の見直し、適正使用の推進
 - ② 自分で対応できる軽微なリスクに係る保険償還のあり方
 - ③ 薬剤に係る自己負担のあり方
 - ④ 高額療養費の見直し

高額薬剤の例

販売名	オプジーボ 点滴静注	ソバルディ錠	ハーボニー 配合錠
薬効	その他の腫瘍用薬 (注射薬)	抗ウイルス剤 (内用薬)	抗ウイルス剤 (内用薬)
収載	①26年9月 ②27年12月 ③28年8月	27年5月	27年8月
適応	①根治切除不能な悪性黒色腫 ②切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 ③根治切除不能または転移性の腎細胞がん	C型肝炎 (ジェノタイプ2)	C型肝炎 (ジェノタイプ1)
費用	約3,500万円/人 (体重60kg,1年間の場合)	約355万円/人 (12週間)	約460万円/人 (12週間)

※財政制度等審議会(平成28年4月4日)における日本赤十字社医療センター化学療法科部長 國頭英夫氏作成資料に基づき財務省作成

医療費の1月あたり負担額

	自己負担額	定率給付＋高額療養費
現役(40歳)	約6万円	約290万円
高齢者(80歳)	1.2万円	約300万円

※ いずれも夫の収入400万円、妻の収入100万円(給与または年金)として機械的に試算。現役の自己負担額は、3か月目まで約10.6万円、4か月目以降約4.4万円(多数回該当)の平均

【論点】

- 70歳以上の高齢者について、同じ所得区分であっても、①月単位の上限額が70歳未満に比べて低額に設定されている、②外来について更なる特例措置が講じられているなど、現役よりも低い自己負担限度額となっている。
- 高額療養費は医療費負担が過重にならないための制度であり、自己負担限度額は家計の負担能力により判断されるべきもの。同じ所得水準同士でもみて高齢者は平均的に現役より多くの貯蓄を保有していることも踏まれば、公平性の観点から、同程度の所得水準であれば、年齢に関わらず同程度の月額自己負担上限とすべき。また、経過措置的側面のある「外来特例」により、高齢者の外来のみ更に優遇し続けることも適当ではない。
- ※ 「外来特例」は、平成14年に、高齢者について原則定率1割負担とした際に、①高齢者の外来受診頻度が若年者に比べて高い、②高齢者の定率1割負担を導入してから間もない、ことを考慮して導入されたもの。

	高額療養費制度（万円）			貯蓄（万円） 注2	
	70歳以上		現役	70歳以上	現役
	入院	外来	入院 / 外来		
年収 370万円～注1	8.7 注3 (4月目以降4.4)	4.4	25.4/17.2/8.7 注3,4 (4月目以降4.4等)	2,705	675
年収 ～370万円注1	4.4	1.2	5.8 (4月目以降4.4)	1,056	474
住民税非課税	1.5/2.5 注4	0.8	3.5 (4月目以降2.5)	846	296

(注1)被用者保険の所得区分の基準となる標準報酬をベースに平均賞与額を勘案して算出した額。なお、国保・後期は課税所得等が所得区分の基準とされている。
 (注2)各区分に含まれる以下の収入階層の貯蓄現在高(二人以上世帯)の平均。〔収入370万円～〕収入500～600万円、〔収入370万円未満〕収入200～300万円、〔住民税非課税〕収入200万円未満(全国消費実態調査(平成26年 総務省))
 (注3)医療費が100万円と仮定した場合の金額。
 (注4)現役の年収370万円超区分は、さらに年収に応じて3区分に、高齢者の住民税非課税区分は、さらに年金収入等に応じて2区分に分かれており、それぞれ自己負担限度額が設定。

- なお、高齢者には医療機関の受診頻度が高い者の割合が高いが、個々人で見れば受診頻度が高い者も低い者も存在。受診頻度が高い高齢者には、受診頻度が高い現役と同様に多数回該当の仕組み※により、的を絞った対応を行うべきもの。現行制度は、受診頻度が低い者も含めた高齢者全体の自己負担に軽減が及んでいる。
- ※ 多数回該当とは、同一世帯で直近12ヶ月に高額医療費の支給月数が3ヶ月以上ある場合、4ヶ月目から自己負担限度額が軽減されるもの。

【改革の方向性】（案）

- 高齢者の高額療養費について、速やかに、外来特例を廃止するとともに、自己負担上限について、所得区分に応じて、**21現役と同水準とすべき。**

【論点】

- 高齢者の「現役並み所得※¹」の所得区分は、現役の平均的な年収（386万円※²）以上の所得水準に対応するものであり、具体的には、
 - ① 世帯内に、課税所得145万円以上の被保険者がいること、
 - ② 世帯内の被保険者全員の収入の合計が520万円以上※³（世帯の被保険者が1人の場合は383万円以上※³）であること、
 の2つの要件を満たす必要があるとされている。

※¹ 「現役並み所得」に該当すると、

- イ) 自己負担割合は現役並みの3割、
- ロ) 高額療養費の自己負担限度額が現役の「370万円～770万円」の所得区分と同水準、となる。

※² 平成16年度の政管健保平均標準報酬月額を基礎として算出したもの。

※³ 具体的には、現役の平均的な年収（386万円）に基づき課税所得（145万円）を算出し、この課税所得をベースに、一定の高齢者モデル世帯を想定して収入（520万円（単身383万円））を算出している。

- このため、現行の判定方法は、課税所得が145万円以上であっても、収入が520万円を超えなければ「現役並み所得」と判定されない仕組みとなっており、収入の高い高齢者世帯が、それよりも収入の低い現役世帯よりも、実質的には低い所得区分として取り扱われている。

現役世帯と高齢者世帯において 収入と所得区分（負担限度額）が逆転する例

	現役世帯		高齢者世帯
収入金額	夫の給与収入400万円 妻の収入なし	<	夫の給与・年金収入400万円 妻の年金収入100万円
所得区分	年収370～770万円の世帯	>	一般所得 （年収370万円以下の世帯）
負担限度額	8.7万円（注）	>	4.4万円 （外来特例1.2万円）

（注） 医療費が100万円と仮定した場合の金額

社会保障制度改革国民会議報告書（抜粋）
（平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議）

「公的年金等控除や遺族年金等に対する非課税措置の存在により、世帯としての収入の多寡と低所得者対策の適用が逆転してしまうようなケースが生じていることが指摘されており、世代内の再分配機能を強化するとともに、負担と給付の公平を確保する観点から検討が求められる。」

【改革の方向性】（案）

- 「現役並み所得」の判定方法について、現役世代との公平性の観点から、収入の多寡を適切に反映する仕組みとなるよう、速やかに見直すべき。

(参考) 高額療養費制度の概要

①

			現役	高齢者（現状）		
			70歳未満	70歳～74歳	75歳以上	
医療費の自己負担			3割負担 （就学前2割）	2割負担 * 26年4月以降70歳になる者から （現役並み所得者3割）	1割負担 （現役並み所得者3割）	
高額療養費月額上限	入院	年収約1,160万円～ ^{注1}	25.4万円 ^{注2}	現役並み所得（年収370万円～ ^{注1} ） 〔70～74歳〕 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万円以上 〔75歳～〕 課税所得145万円以上 （6.5% ^{注6} ）	8.7万円 ^{注4}	同じ所得水準の 現役より軽減
		年収約770万円～約1,160万円 ^{注1}	17.2万円 ^{注3}			
		年収約370万円～約770万円 ^{注1}	8.7万円 ^{注4}			
		～年収約370万円 ^{注1}	5.8万円 ^{注4}			
		住民税非課税	3.5万円 ^{注5}			
	外来	年収約370万円以上～ ^{注1}	上記（入院の場合）と同じ	一般所得（年収～370万円 ^{注1} ） 〔70～74歳〕 健保：標報28万円未満 国保：課税所得145万円未満 〔75歳～〕 課税所得145万円未満 （54.2% ^{注6} ）	4.4万円	入院の場合の 約1/2
		～年収約370万円 ^{注1}		住民税非課税 ^{注7} （20.9% ^{注6} ）	2.5万円	
		住民税非課税		年金収入80万円以下等 （18.3% ^{注6} ）	1.5万円	
				現役並所得	4.4万円	
				一般所得	1.2万円	
	住民税非課税	0.8万円				

上記は医療費が100万円と仮定した場合の金額。

(注1) 被用者保険の所得区分の基準となる標準報酬をベースに平均賞与額を勘案して算出したもの (注2) 4か月目以降は14.0万円 (注3) 4か月目以降は9.3万円 (注4) 4か月目以降は4.4万円 (注5) 4か月目以降は2.5万円 (注6) 後期高齢者に占める割合 (注7) 年金収入のみの場合、単身世帯で年金収入155万円以下

【論点】

○ 入院時の生活療養費について、療養病床のうち65歳以上の医療区分Ⅰに該当する患者（一般所得）以外については自己負担がない。

○ 「地域完結型」の医療に向け、病状に見合った医療・介護・在宅療養等の切れ目ない提供体制が求められる中、どの施設等であっても公平な光熱水費負担を求めている必要。

※ 生活療養費は一日当たりで定められ、長期療養者も日数に応じて負担している中、公平性の観点から、より短期間の入院者についても、日数に応じた負担を求めるべき。

（参考）27年度医療保険制度改革において、在宅療養でも負担する費用として、食材費相当額に加え、調理費相当額の負担を求める見直しを実施。

在宅療養	65歳以上医療区分Ⅰ の療養病床 （一般所得）	一般病床 医療区分Ⅱ・Ⅲ の療養病床 （一般所得）	介護保険施設 （老健・療養病床（多床室）） 補足給付における 基準費用額	介護保険施設 （特養（多床室）） 補足給付における 基準費用額
1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり	1日当たり
急性期から在宅医療・介護まで切れ目ない提供体制を目指す				
居住費 （光熱水費） 約370円 （注）	居住費 （光熱水費） 320円	居住費 0円	居住費 （光熱水費） 370円	居住費 光熱水費 室料 840円
食費（食材費・調理費）については、在宅療養でも負担する費用として、施設によらずに1,380円/日を負担。				

（注）平成25年家計調査（高齢者のいる世帯）：約370円（11,215円/月）

【改革の方向性】（案）

○ 入院時生活療養費について、在宅療養等との公平性を確保する観点から、難病患者・小児慢性特定疾患患者等を除く全ての病床について、居住費（光熱水費相当）の負担を求めているべき。

【論点】

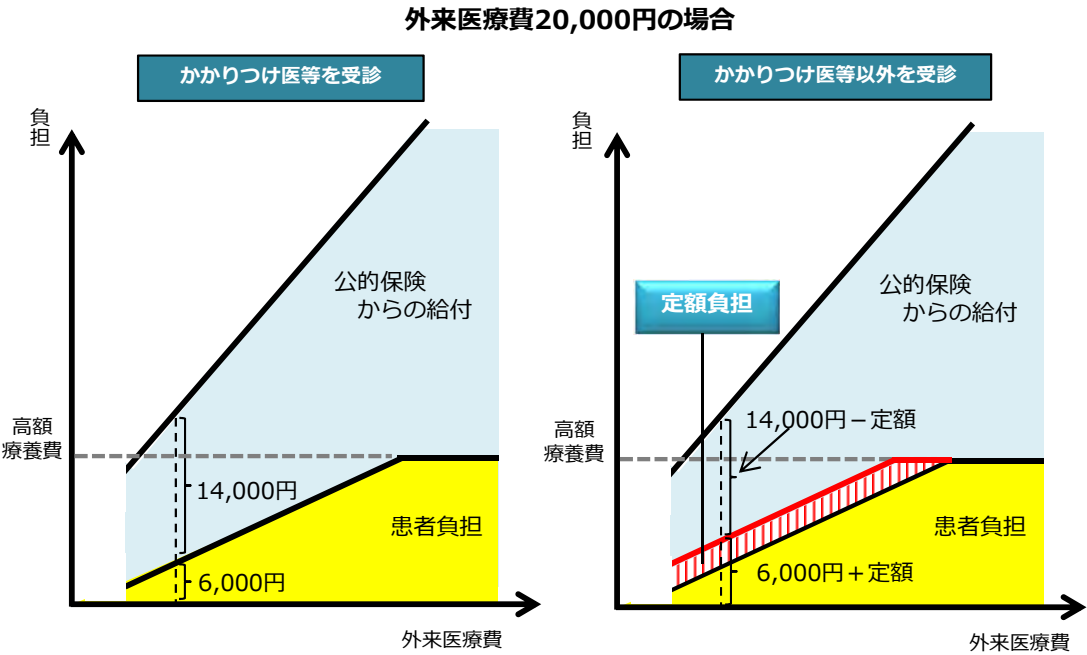
- 26年度診療報酬改定で創設された地域包括診療料の算定は広がらず、「かかりつけ医」の普及や外来の機能分化は十分に進展していない。
- 諸外国と比較して、我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診。限られた医療資源の中で医療保険制度を維持していく観点からも、比較的軽微な受診について一定の追加負担は必要なのではないか。

＜制度のイメージ＞

- ① 他の医療機関を含めた受診状況等の把握、必要に応じた専門医療機関の紹介・連携、継続的かつ全人的な医療の提供※¹など、一定の要件を満たす診療所等※²について、患者が「かかりつけ医」として指定（保険者に登録）。
- ※¹ 総合診療医の養成・定着が進むまでの経過措置として、耳鼻科や眼科など特定の診療科については、予め「かかりつけ医」と相談のうえ指定する他の医療機関での診療を可能とする（定額負担も免除）。
- ※² 特定疾病の有無・年齢要件は問わず、24時間対応等も求めないなど、診療報酬で評価される地域包括診療料等とは異なり、「かかりつけ医」の要件は緩やかに設定。
- ② この「かかりつけ医」以外の医療機関を、紹介状なしで受診する場合には、定額を負担（高額療養費の対象）。その際、他の診療所を受診した場合には低額とし、病院を受診した場合には、病院の規模に応じて、より高額の負担を求める（外来患者が増えると病院の収入が増える「選定療養の義務化」の仕組みも、あわせて見直し）。

	かかりつけ医	他の診療所	病院
定額負担	なし	日常負担できる低額 （一部経過措置あり）	規模に応じて設定 （大規模病院ほど高額）

外来医療費 = 初診料（2,820円）+ 検査 + 画像診断 + 処置 + 薬剤（処方費、医薬品費）



小児科かかりつけ診療料（抜粋）

「小児かかりつけ診療料は、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合を除き継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。」

「小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行う。（中略）

（イ）他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行う。

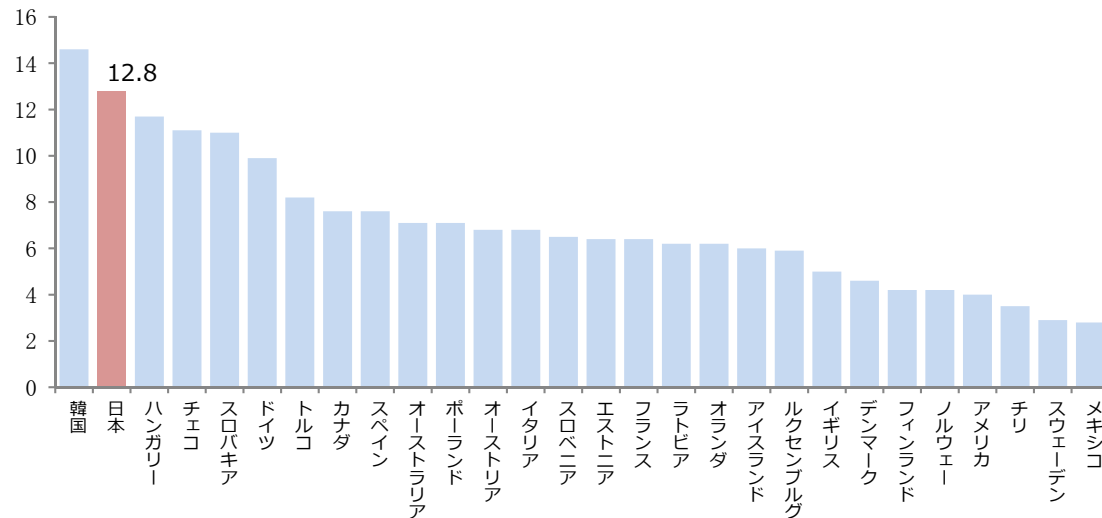
（ウ）患者について、健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じる。」

（出所）診療報酬点数表

【改革の方向性】（案）

- 「かかりつけ医」を普及させつつ、外来の機能分化を進めていくため、一定の要件を満たす「かかりつけ医」以外を受診した場合の受診25時定額負担（診療所は低額とし、病院は規模に応じてより高額を設定）を導入すべき。

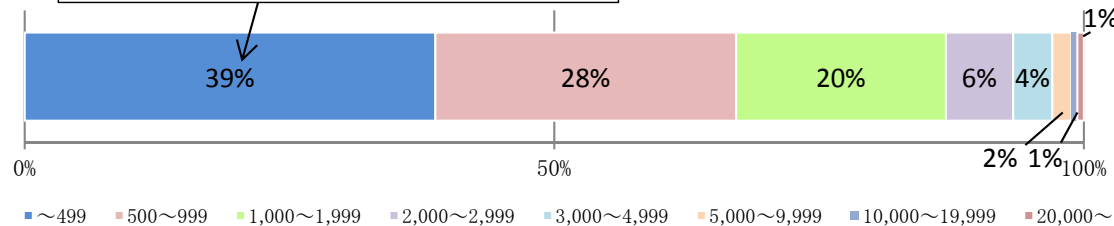
◆ 一人あたり年間外来受診回数(医科)の国際比較(2013年)



(注) イギリスは2009年、アメリカは2010年のデータ (出所) OECD Health Data 2015, OECD Stat Extracts

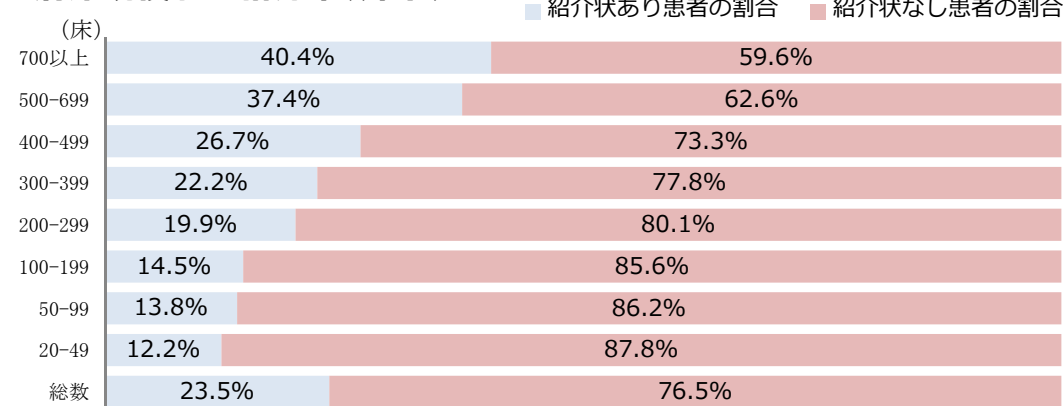
◆ 外来医療費の1件当たり診療報酬点数の分布

1件当たり医療費5千円未満が約4割



(出所) 平成26年医療給付実態調査を基に作成

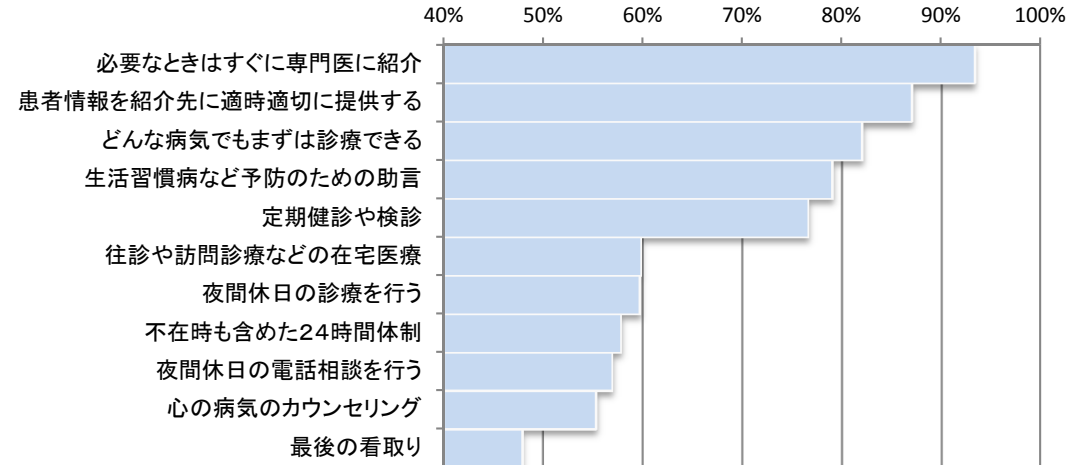
◆ 病床規模別の紹介率(外来)



(出所) 平成26年患者調査を基に作成

◆ かかりつけ医に望む事項

Q あなたは、かかりつけ医にどのような医療や体制を望んでいますか

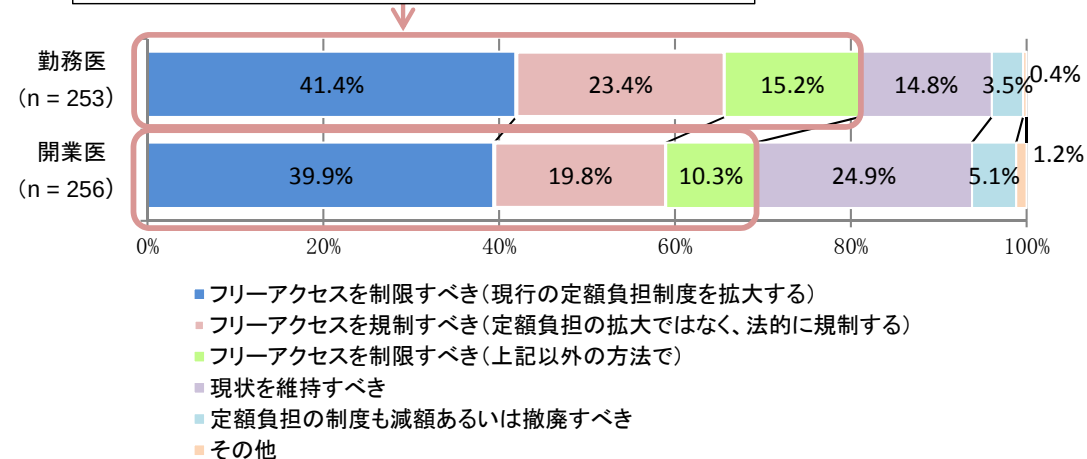


(出所)「第5回 日本の医療に関する意識調査」
(平成27年1月28日 日本医師会総合政策研究機構)

◆ フリーアクセスは制限すべきか？

Q この4月から、特定機能病院と、一般病床500床以上の地域医療支援病院では、紹介状なしの初診の際は5000円以上の定額負担が義務化されました(以下、定額負担制度)。これまで、日本の医療ではフリーアクセスが基本になってきましたが、医療費抑制のためにかかりつけ医制度を促進し、フリーアクセスを制限すべきとの意見も聞かれるようになりました。今後、医療へのアクセスについて、先生はどのように考えますか。

勤務医の8割強、開業医の7割が「何らかのフリーアクセス制限が必要」との考え方を支持



(出所) 2016年8月6日 m3.com「医療維新」より

（参考2）保健医療2035提言書（抄）

（「かかりつけ医」に関する記述；平成27年6月「保健医療2035」策定懇談会）

5. ビジョン実現のためのガバナンス

我が国の医療提供体制は、患者が自由に医療機関を受診できるフリーアクセスと、民間主体の医療提供者が自由に開業し診療科を標榜できる自由開業制・標榜制に特徴づけられてきた。医療に対する患者のアクセスを十分確保しつつ、今後は、地域のかかりつけ医が身近なコーディネーターとして患者や社会を支えていく必要がある。

6. 2035年のビジョンを実現するためのアクション

（1）「リーン・ヘルスケア ～保健医療の価値を高める～」

i) より良い医療をより安く享受できる

- ③ 医療機関や治療法の患者による選択とその実現を支援する体制を強化する
- ・ 自らが受ける医療の選択の際には、地域のかかりつけ医や保険者からの助言を受けられる体制を整備する。

ii) 地域主体の保健医療に再編する

- ③ 地域のかかりつけ医の「ゲートオープナー」機能を確立する
- ・ 高齢化等に伴い個別の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加し、医療技術の複雑化、専門化が進む中、身近な医師が、患者の状態や価値観も踏まえて、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする「ゲートオープナー」機能を確立する。これにより、患者はかかりつけ医から全人的な医療サービスを受けることができ、また適切な医療機関の選択を可能とする。
 - ・ このためには、総合的な診療を行うことができるかかりつけ医のさらなる育成が必須であり、今後10年間程度ですべての地域でこうした総合的な診療を行う医師を配置する体制を構築する。
 - ・ 総合的に医学的管理を行っている地域のかかりつけ医が行う診療については、包括的な評価を行う。特に、高齢者と子どもについては、かかりつけ医が重要であり、かかりつけ医をもつことを普及させる。このため、総合的な診療を行うかかりつけ医を受診した場合の費用負担については、他の医療機関を受診した場合と比較して差を設けることを検討する。これにより、過剰受診や過剰投薬の是正
27等の効果も考えられる。

（2）「ライフ・デザイン ～主体的選択を社会で支える～」

i) 自らが受けるサービスを主体的に選択できる

- ① 自ら最適な医療の選択に参加・協働する
- ・ また、2035年には死者が毎年160万人を上回る時代であることを踏まえると、「死」の在り方（quality of death）について、一人ひとりが考え、選択することも必要となる。特に終末期（人生の最終段階）について、意思能力のあるうちに事前指示（advance directive）として、自らの希望する医療やケア、療養場所に関して選択や意思表示をできるようにするといった、quality of deathの向上のための取組（望まない医療を受けないことや在宅療養の選択等）を進める。また、そのための啓発・教育活動を保険者や自治体、かかりつけ医が行う体制を確立する。

7. 2035年のビジョンを達成するためのインフラ

（4）次世代型の保健医療人材

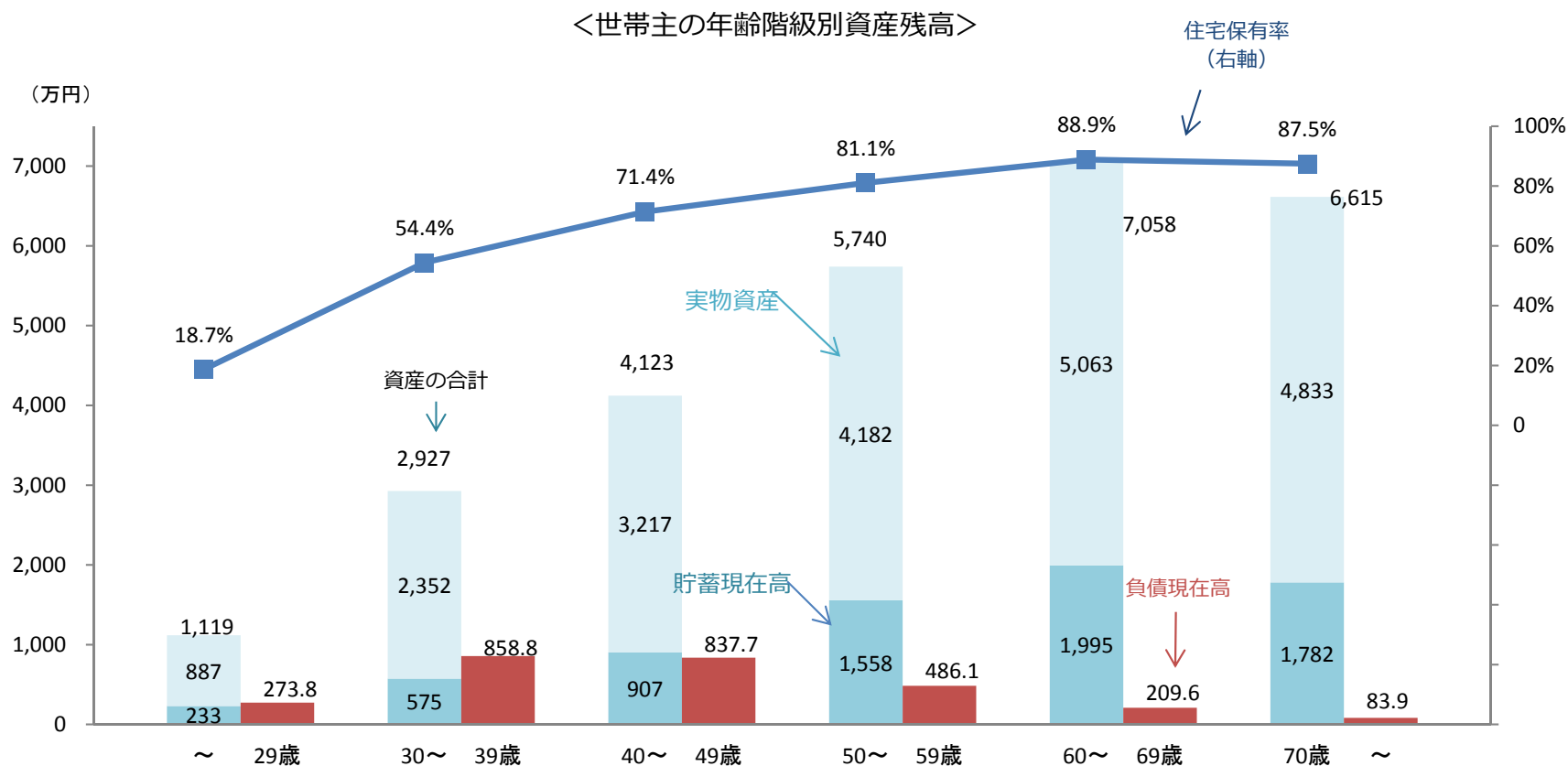
今後、医師の配置、勤務体系の在り方を見直すとともに、技術進歩の活用などにより、医師の業務が生産性の高い業務に集中できるようにすべきである。例えば、複数の疾患を有する患者を総合的に診ること、予防、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントに関する能力を有する医師の養成や、国家試験のあり方、医学部教育の見直し、チーム医療の更なる拡大、病院の専門医から地域のかかりつけ医に転職時の再教育システムなどにより、医師一人当たりの生産性を高めることが考えられる。この際、MOOCなどICTの活用を含め医師をはじめとする医療従事者の教育を効率的・効果的に進め、医療従事者が働きやすい環境づくりや女性医師の活躍モデルの構築などを図る。

地域において病院の機能分化等を行っていく中で、専門医と総合的な診療を行うかかりつけ医の連携強化や有機的なネットワークの構築を図っていくことが必要である。こうした機能分化は、自治体の枠を超えて自治体間での機能分化することも積極的に推進する必要がある。

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 ④

【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。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成立（公布日(H27.9.9)から3年以内に施行予定）。



(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。

【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。

スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率のあり方

5

【論点】

- 高額・有用な医薬品など「医療の高度化」を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観点から、小さなリスク（少額の負担）には自ら対応すること（セルフメディケーション）が重要。

現状では、市販品と同一の有効成分の薬でも、医療機関で処方されれば、より低い自己負担で購入が可能であるため、風邪や腰痛などを市販薬で治す方が、すぐに医療機関を受診するよりも経済的な負担が大きい。

- 今年度からスイッチOTCの購入費用に係る税制措置が創設されたが、こうした医療用医薬品の負担のあり方についてもあわせて見直す必要があるのではないか。

＜セルフメディケーション税制＞※厚生労働省要望により創設

特定健診等を受診する者がスイッチOTC医薬品（※）を購入した場合、年間1.2万円を超える額を所得控除可能（上限あり）。

※ スイッチOTCであるかぜ薬、胃腸薬、肩こり・腰痛・関節痛の貼付薬（湿布）など、合計1,500種類以上の医薬品が指定。

- OTC医薬品のなかでも、例えば、第2類・第3類医薬品となっているものは、副作用等のリスクが大きいこと等から、販売方法への制限も緩やかであり、セルフメディケーションにより対応がより推進されるべきもの。

こうしたOTC医薬品と類似の医療用医薬品の医療保険における取扱いについて、OTC医薬品を購入した場合との負担のバランスも含め見直すべき。

◆ 市販品（OTC医薬品）と医療用医薬品の比較

薬局 OTC医薬品		医療機関 医療用医薬品			
銘柄	価格	銘柄	薬価	3割負担 （現役）	1割負担 （高齢者）
湿布A（第2類）	980円	湿布AA	120円	36円	12円
うがい薬B（第3類）	626円	うがい薬BB	160円	48円	16円
漢方薬C（第2類）	1,296円	漢方薬CC	170円	51円	17円
目薬D（第2類）	1,317円	目薬DD	1,330円	399円	133円
胃薬E（第1類）	1,706円	胃薬EE	300円	90円	30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。C

セルフメディケーションによる使用のための医薬品の薬事審査ガイドライン（仮訳/抜粋）
（WHO 2000）

セルフメディケーションが保健医療システムにおいて重要な位置を占めることが幅広く認識されるようになってきた。

こうした見方の背景には、個人は自分自身の健康を維持する責任があるという考え方や、軽微な疾病に対する専門的治療がしばしば不必要であるとの認識がある。

	医療用医薬品	第1類医薬品	第2・3類医薬品
対応者	薬剤師 医師の処方必要	薬剤師	薬剤師/登録販売者
販売方法	対面	対面／ネット※	対面／ネット※
情報提供	義務	義務	2類は努力義務

※ OTC医薬品のうちスイッチ直後品目は要指導医薬品として対面販売の対象（原則3年で一般用医薬品に移行）

【改革の方向性】（案）

- 例えば第2類・第3類となっているものなど、長らく市販品として定着しているOTC医薬品に類似する医療用医薬品は、①保険給付の対象から外すこととするか、②保険給付として残すのであれば、OTC医薬品を購入した場合との負担のバランスの観点から、一定の追加的な自己負担を求めることとすべき。あわせて、医療用医薬品のうち安全性など一定の要件を満たすものは自動的に市販品として販売可能となるよう、スイッチOTC化のルールを明確化すべき。

〔参考〕医薬品に係る保険償還率のあり方について

⑤

- フランスでは、医薬品の治療上の貢献度・有用性に応じ、段階的な自己負担割合（保険償還率）が設定されているほか、ドイツと同様、参照価格（償還限度額）制度が採用されている。また、スウェーデン等においては、医薬品の種類にかかわらず、一定額以下は全額自己負担とされているなど、相応の自己負担を求める枠組みが採用されている。
- 我が国においても、公的保険給付の範囲の見直しや薬剤の適正使用の観点等から、諸外国の制度も踏まえ、医薬品に係る保険給付の在り方を見直し、全体として保険償還率を引き下げることを検討すべきではないか。

【薬剤に係る自己負担についての国際比較】

	制度類型	薬剤に係る自己負担	(参考) 国民負担率
日本	社会保険方式 ※ 1	・ 原則 3 割 (義務教育就学前：2 割、70～74歳：2 割、75歳以上：1 割)	43.4% (2015年度)
ドイツ	社会保険方式 ※ 2	・ 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）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	52.2% (2012年)
フランス	社会保険方式 ※ 1	・ 以下を加重平均した自己負担率：34% - 抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品：0% - 一般薬剤：35% - 胃薬等：70% - 有用度の低いと判断された薬剤：85% - ビタミン剤や強壮剤：100% (注) 参照価格（償還限度額）が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担	65.7% (2012年)
スウェーデン	税方式 ※ 3	・ 900クローナまでは全額自己負担、より高額の薬剤についても一定の自己負担割合を設定 (注) 上限は年間2,200クローナ	56.1% (2012年)
イギリス	税方式 ※ 3	・ 処方 1 件：8.05ポンド（高齢者、低所得者、妊婦等については免除あり）	46.7% (2012年)
アメリカ	社会保険方式 ※ 4	・ 保険の種類や契約内容等に応じ相違 (注) メディケア（任意加入）の場合 - 310ドルまでは全額自己負担、より高額な薬剤についても一定の自己負担割合を設定	31.1% (2012年)

(※ 1) 国民皆保険 (※ 2) 国民の約87%が加入 (※ 3) 全居住者を対象

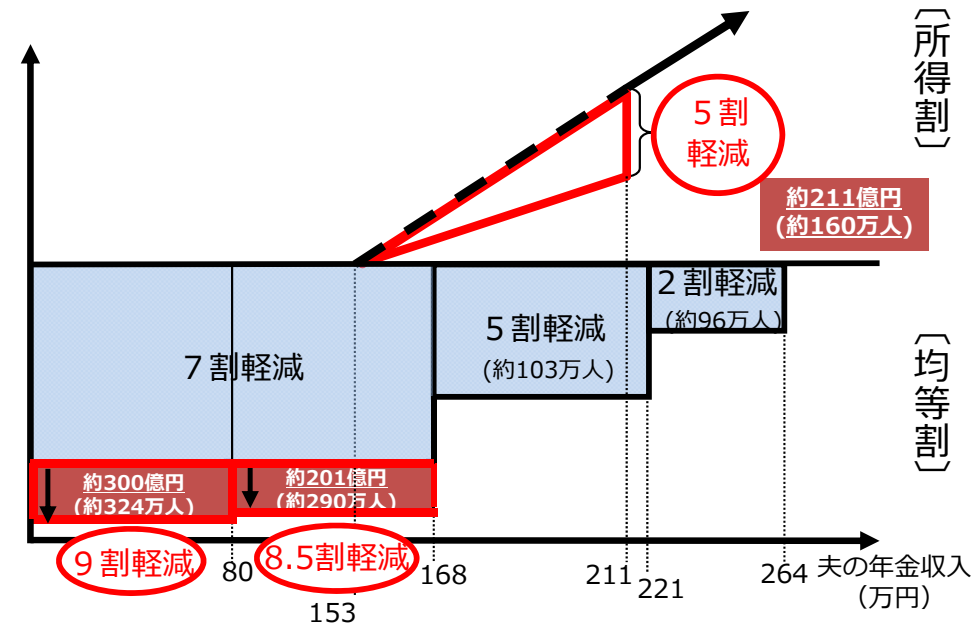
(※ 4) 65歳以上の高齢者及び障害者等を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド

(出所) 厚生労働省「医療保障制度に関する国際関係資料について」「第47回社会保障審議会医療保険部会資料」、医療経済研究機構「薬剤使用状況等に関する調査研究報告書」等より作成

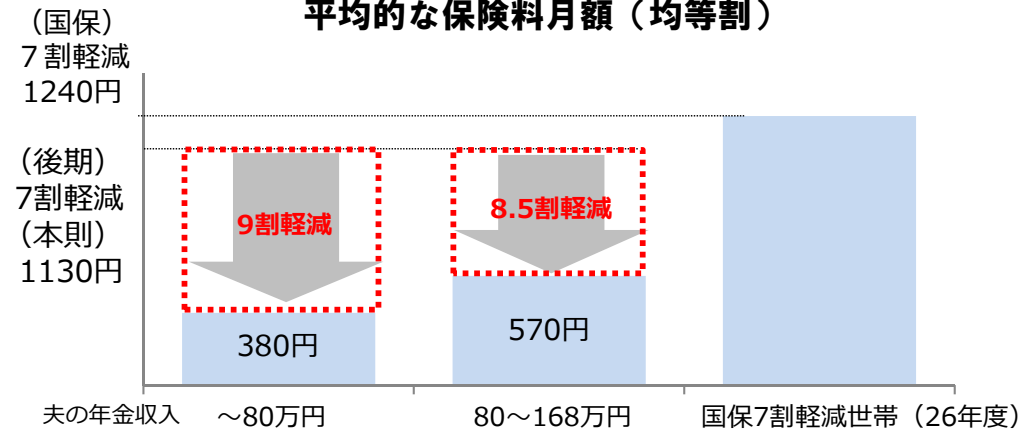
【論点】

- 後期高齢者医療制度においては、国民健康保険料と同様、低所得者に対して均等割を最大で7割軽減する仕組みがあるが、制度導入（平成20年度）時に、激変緩和の観点から、更なる軽減（最大9割）を予算措置（全額国費）で導入。この激変緩和措置は、その後現在まで9年間継続している（元被扶養者分とあわせ、合計約0.7兆円）。
- 後期高齢者医療制度は、急速な高齢者医療費の増加の中で、現役と高齢者の負担関係を明確化し、高齢者にも制度の担い手として、広く薄く保険料負担を求めることとしたもの。こうした制度趣旨をふまえれば、激変緩和措置をいつまでも継続することは適当ではない。
- 後期高齢者の給付費の約9割を公費及び現役からの保険料（後期高齢者拠出金）で賄っており、後期高齢者の保険料水準はもともと現役よりも低額。保険料軽減特例は、さらにその水準から保険料を軽減するものであり、現役との負担の公平性の観点から、速やかに見直す必要。
- 加えて「所得割の軽減」は、後期高齢者のみを対象に、賦課最低限を超える者を対象としており、また、所得が高いほど軽減額が大きくなるものであり、低所得者への負担軽減措置として非効率。さらに、特例の上限所得の前後で、保険料額支払い後の手取りが逆転するといった問題が生じている。

夫婦世帯における夫の例（妻の年金収入80万円以下の場合）



平均的な保険料月額（均等割）



(注) 夫婦世帯(妻の年金収入80万円以下)の場合。国保は、国民健康保険実態調査(平成26年度)における7割軽減世帯の一人当たり平均保険料算定額を基に応益分を推計。なお、均等割額は28/29年度の保険料額(26年度は1120円(本則7割軽減)、560円(8.5割軽減)、370円(9割軽減))

【改革の方向性】（案）

- 制度本来の趣旨を踏まえ、均等割の軽減特例については、速やかに本則の水準に戻すべき。
- 31 また、所得割の軽減特例については、速やかに廃止すべき。

【論点】

- 後期高齢者医療制度においては、被用者保険の被扶養者であった者の激変緩和の観点から、制度上、加入後2年間は、所得水準に関わらず均等割を5割軽減し、所得割も賦課しないこととされている。

これに加え、後期高齢者医療制度導入（平成20年度）の際、さらなる激変緩和の観点から、制度加入後何年目であっても、均等割を9割軽減する特例が導入され、その後9年間、予算措置で継続（低所得者分とあわせ、合計約0.7兆円）。

- 元被扶養者に対する保険料軽減特例は、「75歳到達の前日に被扶養者であったこと」のみを基準として、その後何年たっても9割軽減の対象とするものであり、世帯の負担能力とは無関係の基準で負担が左右されるもの。

このため、

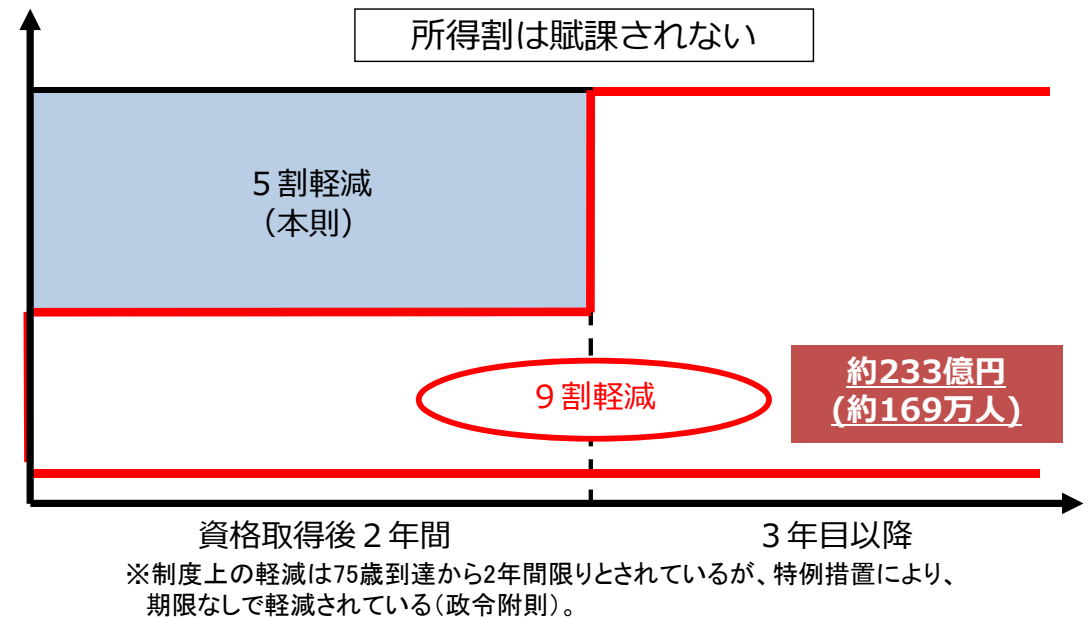
- ① 単身高齢者よりも被扶養高齢者の負担が軽い、
- ② 子の扶養に入った時期によって負担が大きく異なる
- ③ 扶養者と被扶養者のどちらが年上かで負担が大きく異なる

など著しく不合理な面がある。

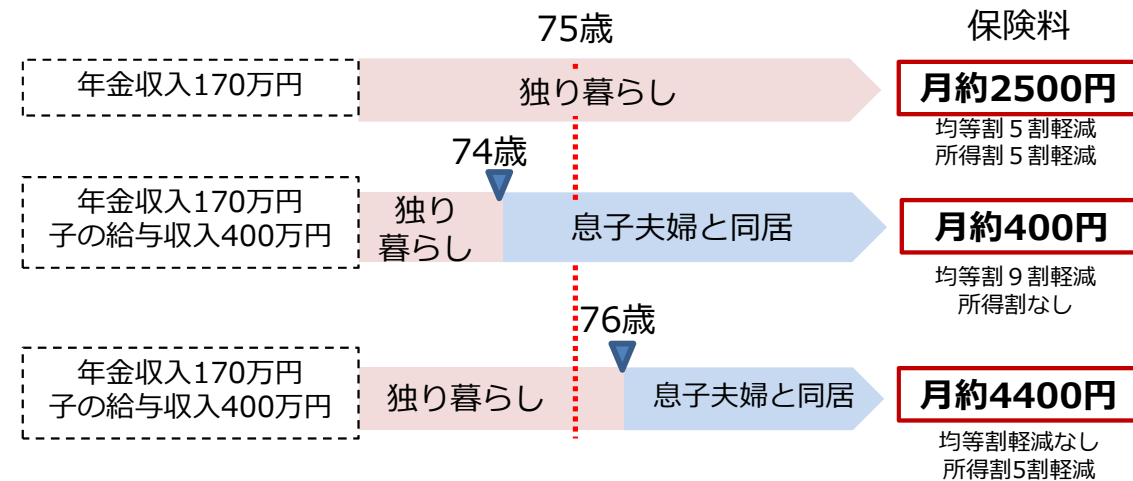
- 単身高齢者^注をはじめ、保険料を支払う被保険者が毎年増加する中、元被扶養者のみこうした特例の対象となり続けることは、制度の公平性の観点から大きな問題。

(注)単身高齢者世帯数(75歳以上)は、2005年度:約209万世帯から2015年度:約351万世帯に増加(国民生活基礎調査)。

元被扶養者に対する軽減措置（均等割）



子供の扶養の有無・時期による保険料の差異



【改革の方向性】（案）

- 後期高齢者の保険料軽減特例（元被扶養者）については、負担の公平性を著しく損ねていることから、速やかに廃止すべき。

【論点】

- 現在、中央社会保険医療協議会において、高額薬剤（オプジーボ）への対応について議論が行われている。
- ① オプジーボの薬価は当初の売上規模を前提としたもの※であるが、その後対象疾患等が大きく拡大したために巨額の売上が見込まれることとなったもの。次回薬価改定までの残り1年半放置することは、医療費や国民負担に与える影響の大きさ等の観点から問題。
 - ※ オプジーボの薬価は、当初の販売見込み（ピーク時年間470人）により、研究開発費、製造原価や営業利益を回収できる水準に設定
- ② また、安全性等の観点も踏まえ、適正な範囲での使用を行うためのガイドラインを早急に策定し、保険適用の要件とすべきである。

これまでの経緯	
H26/7	薬事承認（悪性黒色腫）
/9	薬価収載（1瓶（10ml） 約73万円）① →
	（27/5 ソバルディ 薬価収載） （27/8 ハーボニー 薬価収載）
H27/9	薬価調査（2年に1回）
/12	オプジーボ効能効果追加（非小細胞肺癌）② →
H28/1	中医協 再算定項目決定（ソバルディ、ハーボニー等）
/4	薬価改定
/8	オプジーボ効能効果追加（腎細胞がん）③ →
H30/4	次期薬価改定

	予想対象者数	用法 用量	薬価 (100mg10ml)	売上予想
①	ピーク時 年470人	2mg/kg 1回/3週間	約73万円	31億円
	↓ 32倍	↓ 2.25倍	↓ 変わらず	↓ 41倍
②	29/3期 15,000人	3mg/kg 1回/2週間	約73万円	1,260億円
		↓ 変わらず	↓ 変わらず	
③	(不明)	3mg/kg 1回/2週間	約73万円	(不明)

【改革の方向性】（案）

- 4月の薬価改定に対応が間に合わなかった高額薬剤について速やかに適正水準まで薬価改定を行うとともに、適正な使用に係るガイドラインの遵守を保険償還の条件とすべき。

(参考)市場拡大再算定の特例措置について

平成28年4月4日
財政制度等審議会
財政制度分科会提出資料

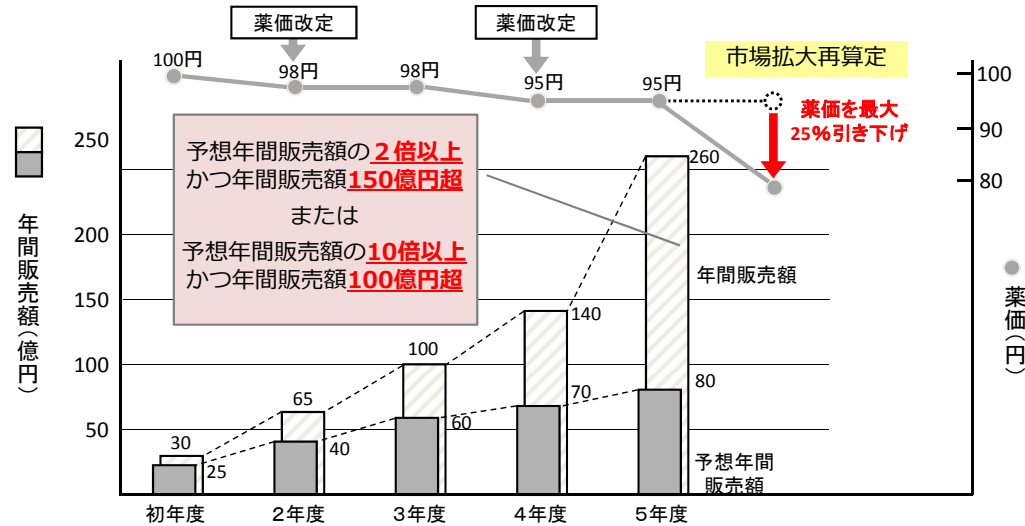
7

○ 平成28年度薬価制度改革において、年間販売額が極めて大きい品目に係る再算定の特例措置が導入された。

【28改定前】

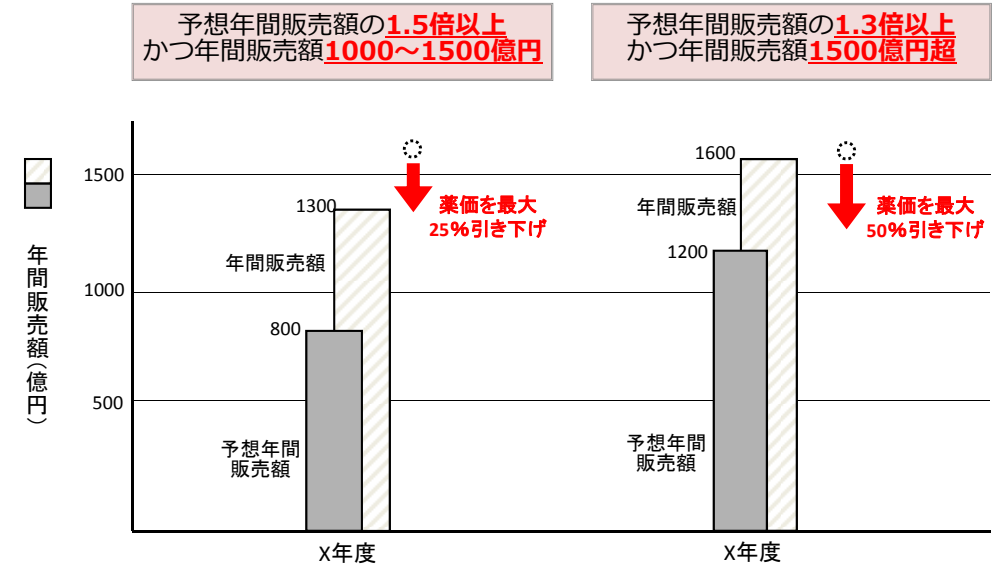
年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えた場合等には、薬価改定時に価格を更に引き下げ。

原価計算方式で算定された新薬の例



【28改定後】

既存ルールに加え、年間販売額が予想販売額の一定倍数を超えて極めて大きくなった品目に係る特例を新設。



特例拡大再算定の対象品目（28年度）

銘柄名	プラビックス錠25mg/75mg	ソバルディ錠400mg	ハーボニー配合錠	アバスチン点滴静注用 100mg/4mL 400mg/16mL
成分名	クロピドグレル硫酸塩	ソホスブビル	レジパズビル アテン付加物・ソホスブビル	ベバシズマブ（遺伝子組換え）
会社名	サノフィ	ギリアド・サイエンシズ		中外製薬
規格単位	25mg 1錠/75mg 1錠	400mg 1錠	1錠	100mg4mL 1瓶/400mg16mL 1瓶
改定前薬価	112.50円/282.70円	61,799.30円	80,171.30円	46,865円/178,468円
改定後薬価	80.30円/201.20円	42,239.60円	54,796.90円	41,738円/158,942円
引下率	▲29%	▲32%	▲32%	▲11%
薬効分類	その他の血液・体液用薬（虚血性脳血管障害後の再発抑制等用薬）	抗ウイルス剤（C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善用薬）		その他の腫瘍用薬（治癒切除不能な進行・再発の直腸・結腸癌等用薬）
薬価収載時点のピーク時予想販売金額（括弧書きは収載時）	534億円 （18年4月）	987億円 （27年5月）	1,190億円 （27年8月）	301億円 （19年6月）

※ 厚生労働省作成資料に基づき財務省作成。

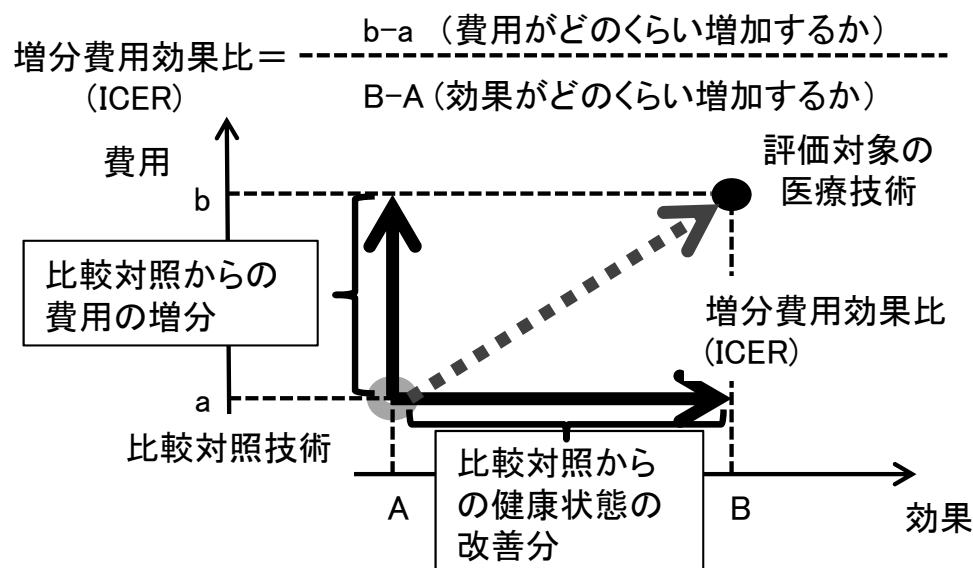
【論点】

- 現在の薬価制度は、高額新薬の登場といった昨今の状況に十分対応できる仕組みとなっていない。
 - ① 薬機法上の新薬承認や適応拡大承認があると、経済性や医療保険制度の持続可能性等の観点からの検証がないままほぼ自動的に保険適用される
 - ② 薬価算定において費用対効果の観点が反映されない
 - ③ 大幅な適応拡大が生じた場合でも、次期薬価改定を待たずに薬価を変更する制度上の手立てがない

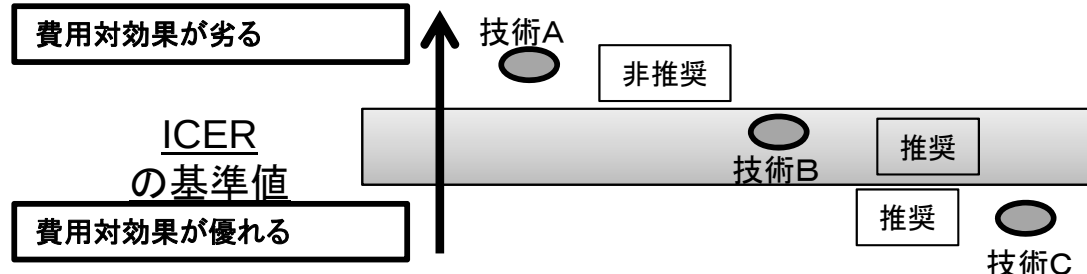
※ イギリス、フランス、ドイツ、オーストラリア等では、医薬品、医療技術等について、費用対効果評価を実施し、その結果に基づき、保険償還の対象とすることの可否、保険償還額等を決定する枠組みを設けている。

我が国においては、本年4月から、医薬品・医療機器の評価を試行的に導入したが、今後、その活用は既収載品の価格の再算定に際して行うことが予定されている。

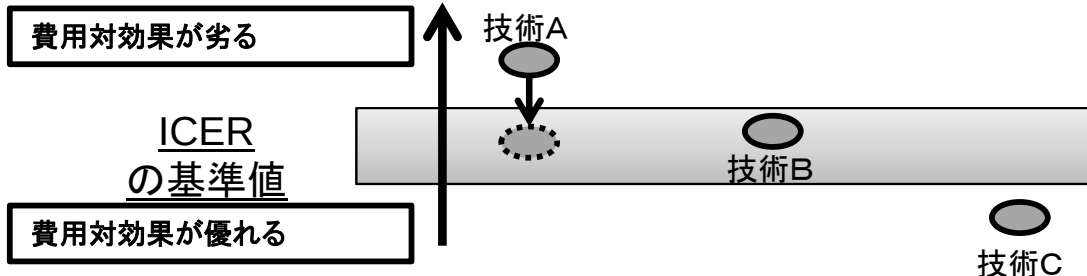
費用対効果評価のイメージ



①償還の可否の判断材料に用いる場合



②償還価格への反映に用いる場合



(出典)平成25年2月27日中医協費用対効果評価専門部会(第8回) 福田参考人提出資料

【改革の方向性】(案)

- 高額薬剤の創出や大幅な適応拡大など昨今の状況に対応するため、
 - ① 保険償還の対象とすることの可否の判断、保険償還額の決定及び薬価改定に際して、費用対効果評価を本格的に導入するとともに、
 - ② 適応拡大等による大幅な医療費増加に適切に対応できるよう、薬価制度の見直しを速やかに検討すべき。

【論点】

- 生活習慣病治療薬の処方は、性・年齢、進行度、副作用のリスク等に応じて、基本的には個々の患者ごとに医師が判断すべきものであるが、例えば、高血圧薬については、我が国では高価なA R B系が多く処方されている。

＜医薬品国内売上高上位10品目＞

	製品名	薬効
1	プラビックス	抗血小板薬
2	ミカルディスファミリー	ARB(配合剤含む)
3	オルメテックファミリー	ARB(配合剤含む)
4	プロプレスファミリー	ARB(配合剤含む)
5	アバステン	抗悪性腫瘍薬
6	ジャヌビア	糖尿病治療薬(DDP-4阻害薬)
7	リリカ	疼痛治療薬
8	レキケート	抗リウマチ薬
9	ネキシウム	プロトンポンプ阻害薬
10	モーラステープ	鎮痛消炎薬

＜医薬品世界売上高上位10品目＞

	製品名	薬効
1	ヒュミラ	関節リウマチ
2	レキケート	抗リウマチ薬
3	リツキサン	非ホジキンリンパ腫他
4	エンブレル	関節リウマチ
5	アドエア	抗喘息薬(配合剤)
6	ランタス	糖尿/インスリンアナログ
7	アバステン	転移性結腸がん
8	ハーセプチン	乳がん
9	クレストール	高脂血症/スタチン
10	ジャヌビア	2型糖尿病/DPP4

＜高血圧薬の使用に関するガイドライン＞

日本	イギリス
【STEP1】 ACE、ARB、Ca拮抗剤、サイアザイド利尿剤のいずれか 【STEP2】(以下の組み合わせいずれか) (ACE又はARB)+(Ca拮抗剤) (ACE又はARB)+(サイアザイド利尿剤) (Ca拮抗剤)+(サイアザイド利尿剤) 【STEP3】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤)+(サイアザイド利尿剤) 【STEP4】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤)+(サイアザイド利尿剤)+ { ・βブロッカー ・サイアザイド利尿剤の追加 ・αブロッカー }	【STEP1】 55歳以上(全人種) →Ca拮抗剤 55歳未満(アフリカ系、カリブ系を除く) →ACE(副作用等がある場合にはARB) 【STEP2】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤) 【STEP3】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤)+(サイアザイド利尿剤) 【STEP4】 ・(ACE又はARB)+(Ca拮抗剤)+(サイアザイド利尿剤)+ { ・βブロッカー ・サイアザイド利尿剤の追加 ・αブロッカー }

＜代表的な治療薬の一日薬価＞

ACE系	タナトリル錠(10mg)	123.60円
ARB系	ディオバン錠(80mg)	109.10円
Ca拮抗系	アムロジン錠(5mg)	53.30円
サイアザイド系利尿薬系	ヒドロクロロチアジド錠(100mg)	22.40円

(出典)

- ・医薬品国内売上高上位10品目: Monthly ミクス 2015年 増刊号
- ・医薬品世界売上高上位10品目: セジデム・ストラテジックデータ(株)ユート・ブレイン事業部

【改革の方向性】(案)

- 薬剤の適正使用の推進の観点から、生活習慣病治療薬等について処方ルールを設定すべき。

介護

経済・財政再生計画及び改革工程表における改革項目(介護保険)

改革項目	経済・財政再生計画	改革工程表	番号
高額介護サービス費制度の見直し	世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、医療保険における高額療養費制度や後期高齢者の窓口負担の在り方について検討するとともに、介護保険における高額介護サービス費制度や利用者負担の在り方等について、制度改革の施行状況も踏まえつつ、検討を行う。	・高額介護サービス費制度の見直しについて、制度改革の施行状況や高額療養費との均衡の観点も踏まえつつ、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論 →検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる	①
介護保険における利用者負担の在り方		・介護保険における利用者負担の在り方について、制度改革の施行状況や医療保険制度との均衡の観点も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 →関係審議会等における検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)	②
軽度者に対する生活援助サービスの在り方	次期介護保険制度改革に向けて、高齢者の有する能力に応じ自立した生活を目指すという制度の趣旨や制度改革の施行状況を踏まえつつ、軽度者に対する生活援助サービス・福祉用具貸与等やその他の給付について、給付の見直しや地域支援事業への移行を含め検討を行う。	・軽度者に係る福祉用具貸与及び住宅改修に係る給付の適正化について、地域差の是正の観点も踏まえつつ、関係審議会等において具体的内容を検討し、2016年末までに結論 →検討の結果に基づいて速やかに必要な措置を講ずる	③
軽度者に対する福祉用具貸与等の在り方		・軽度者に係る生活援助、福祉用具貸与及び住宅改修に係る負担の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論	④
軽度者に対するその他給付の在り方		・軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の在り方について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 →検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)	⑤
介護納付金の総報酬割	また、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。このため、社会保障改革プログラム法に基づく検討事項である介護納付金の総報酬割やその他の課題について検討を行う。	・社会保障改革プログラム法における検討事項である介護納付金の総報酬割導入について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 →検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)	⑥
介護費の地域差の分析と給付の適正化	要介護認定率や一人当たり介護給付費の地域差について、高齢化の程度、介護予防活動の状況、サービスの利用動向や事業所の状況等を含めて分析し、保険者である市町村による給付費の適正化に向けた取組を一層促す観点から、制度的な対応も含めた検討を行う。	・地域差の分析結果を活用した介護保険事業計画のPDCAサイクルの強化、保険者機能の強化や市町村による給付の適正化に向けた取組へのインセンティブ付けなどに係る制度的枠組み等について、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論 →検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2017年通常国会への法案提出を含む)	⑦

高額介護サービス費制度の見直し

①

【論点】

- 介護保険においては、負担能力に応じて利用者負担の月額上限が定められており、それを超える部分について高額介護サービス費が支給されているが、医療保険における高額療養費制度と比較して、上限が部分的に低くなっている。
- 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、平成27年8月から一定以上所得者の利用者負担割合が2割に引き上げられたが、その前後の高額介護サービス費の支給状況を比較すると、高額療養費制度と比較して上限が低くなっている「一般」の区分で、支給額が急増している。
- こうした結果、一部2割負担の導入後、総費用に占める利用者負担の比率は上昇したものの、平成18～19年度と同水準（7.7%程度）にとどまっており、制度全体では、約10年間、実質的な利用者負担割合は上昇していない。

	高額介護サービス費 (月額上限)	高額療養費（月額上限）		一定以上所得※1 2割負担 施行前後の比較	
		70歳以上	70歳未満	27年8月 支給決定	28年3月 支給決定
現役並み所得※2 (上位所得)	44,400円（世帯）	44,400円 (多数回該当)	140,100円（多数回該当）※3 93,000円（多数回該当）※4	—	7.4億円
一般	37,200円（世帯）	44,400円	44,400円（多数回該当）	6.7億円	26.7億円
住民税非課税等	24,600円（世帯）	24,600円	24,600円（多数回該当）	128.7億円	147.9億円
年金収入80万円以下等	15,000円（個人）	15,000円	24,600円（多数回該当）		

一定以上所得者の負担
割合引上げに合わせ、
平成27年8月から新設

※1 年金収入とその他の所得の合計額が、単身世帯で280万円以上、2人以上世帯で346万円以上

※2 年収の合計額が、単身世帯で383万円以上、2人以上世帯で520万円以上

※3 年収の合計額が、約1,160万円以上の場合

※4 年収の合計額が、約770万円以上約1,160万円未満の場合

出所：厚生労働省「平成28年8月19日社会保障審議会介護保険部会提出資料」

【改革の方向性】（案）

- 平成27年8月の制度改革による一部2割負担導入の趣旨の徹底や医療保険との均衡の観点から、速やかに、高額療養費制度と同水準まで利用者負担の月額上限を引き上げるべき。また、高額療養費制度について70歳以上の月額上限が見直される場合には、見直し後の水準まで引き上げるべき。

介護保険における利用者負担の在り方

②

【論点】

- 介護保険の利用者負担割合は、介護の必要度にかかわらず、原則 1 割とされている。
- 平成12年4月の介護保険制度の施行時は、医療保険における70歳以上の自己負担は定額制（入院：1,200円/日、外来：530円/日）であったが、現在、70～74歳は段階的に2割負担に移行しており、70歳以上の現役並み所得者は3割負担となっている。
- 軽度者（要介護2以下）は、中重度者（要介護3以上）と比較して、サービス受給者1人当たりの利用者負担額は小さいが、近年の費用額の伸び率は高くなっている。
- こうした中で、介護保険サービスを利用していない被保険者も負担する保険料は、制度創設以来、上昇が続いている。

介護保険：利用者負担割合

原則	一定以上所得※1
1 割	2 割

医療保険：自己負担割合

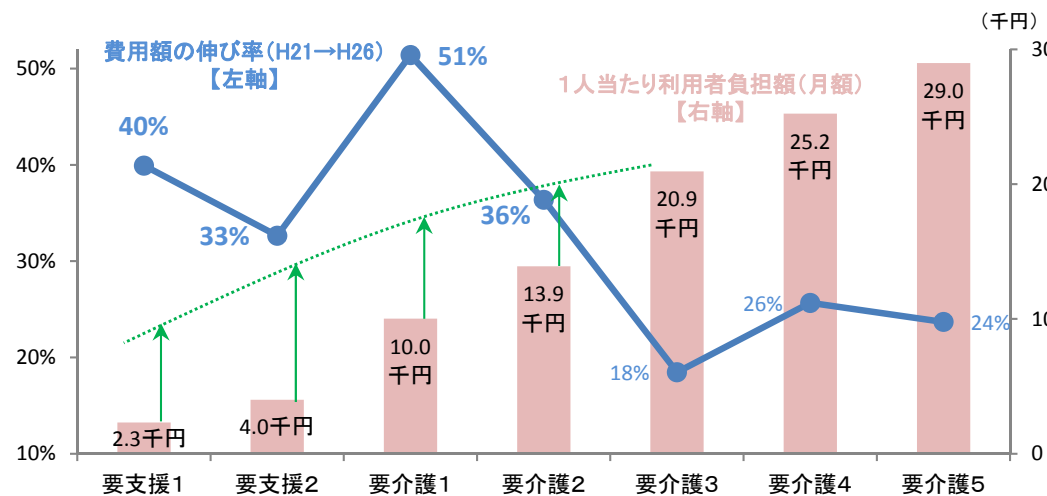
	原則	現役並み所得※2
75歳以上	1 割	3 割
70～74歳	2 割※3	3 割
70歳未満	3 割（義務教育就学前は2割）	

※1 年金収入とその他の所得の合計額が、単身世帯で280万円以上、2人以上世帯で346万円以上

※2 年収の合計額が、単身世帯で383万円以上、2人以上世帯で520万円以上

※3 平成26年4月以降に70歳となる者から段階的に2割、その他の者は1割

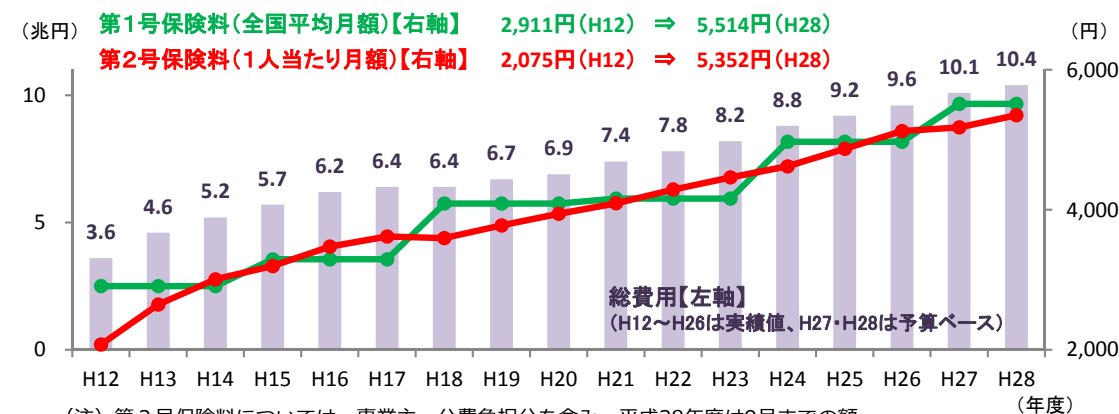
費用額の伸び率とサービス受給者1人当たり利用者負担額（月額）



(注) 費用額に補足給付は含まない。サービス受給者1人当たり利用者負担額（月額）は平成28年4月審査分。

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「平成27年度介護給付費等実態調査」

介護保険の総費用と保険料の推移



(注) 第2号保険料については、事業主・公費負担分を含み、平成28年度は9月までの額。

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」、「平成28年8月19日社会保障審議会介護保険部会提出資料」

【改革の方向性】（案）

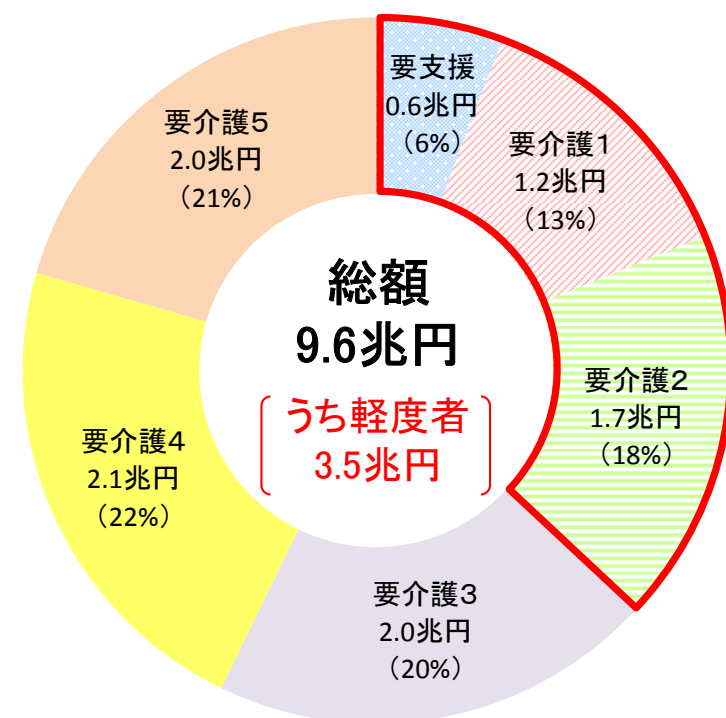
- 介護保険制度を取り巻く以下のような状況を踏まえ、軽度者が支払う利用者負担額が、中重度者が支払う利用者負担額と均衡する程度まで、要介護区分ごとに、軽度者の利用者負担割合を引き上げるべき。
 - ・ 1人当たり利用者負担額が高く、「共助」の必要性がより高い中重度者への給付を安定的に続けていく必要があること。
 - ・ 近年、軽度者に対する費用額の伸び率が高くなっている中で、更なる保険料上昇を可能な限り抑制していく必要があること。
 - ・ 制度創設時と異なり、現在は、医療保険においても、70歳以上の高齢者に一部2～3割負担を求めていること。
 - ・ 負担能力を超えた過大な負担とならないようするための高額介護サービス費制度が存在すること。

〔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。
- 給付対象（要介護区分）については、ドイツ、韓国ともに導入当初は3段階（中度以上）であったが、韓国は2014年に、ドイツは2017年（予定）に、それぞれ5段階へ変更し、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%（ドイツでは、保険給付は定額制（部分保険）であり、超過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 (要支援1・2、要介護1～5)	5段階(予定) (要介護1～5) ※1995年の制度導入時は3段階。2017年から軽度も対象として5段階へ拡充予定。	5段階 (要介護1～4、認知症特別等級) ※2008年の制度導入時は3段階。2014年から最も軽度の要介護3を3と4に分け、認知症特別等級を新設。
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 (超過部分は自己負担)	在宅給付15% 施設給付20%
利用者負担／総費用※	7. 1%	30. 4%	17. 8%

介護保険総費用の構成割合
(2014 (H26) 年度実績)



出所：厚生労働省「平成26年度介護保険事業状況報告」

※ OECDの統計における Total expenditure に占める Private households out-of-pocket exp. の比率

軽度者に対する生活援助サービスの在り方

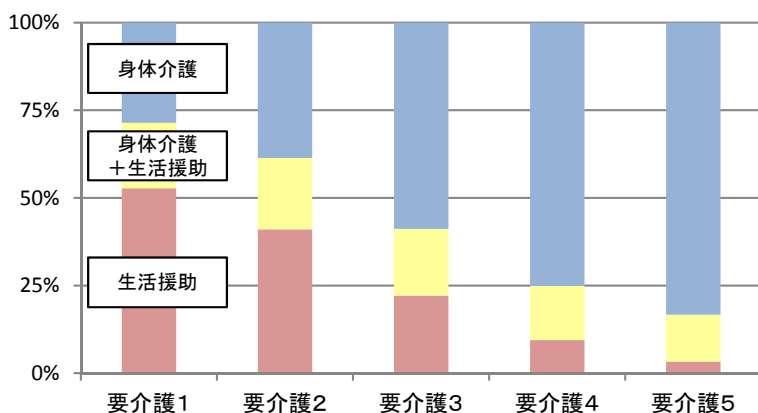
【論点】

- 訪問介護は「身体介護」と「生活援助」に分類されるところ、生活援助のみの利用回数の比率は、要介護5は3%程度であるが、軽度者（要介護1・2）は40%超～50%超となっており、基本報酬の実績でも、軽度者が全体の70%超を占めている。

（注）「身体介護」：食事、排泄、入浴等。「生活援助」：掃除、洗濯、買い物、調理等

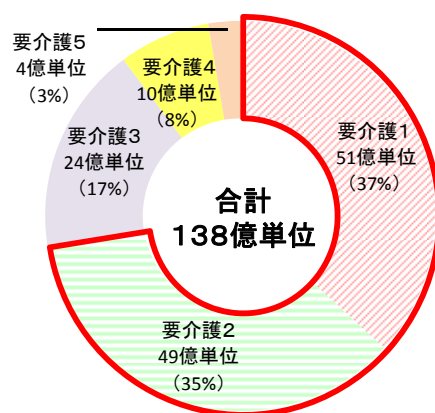
- 生活援助のみの1回当たり利用者負担額は、20分以上45分未満で1割負担の場合、平均187円程度（各種加算込み）であり、民間家事代行サービスを利用する場合、安くても1時間925円（交通費別）であることに比べ、著しく割安となっている。

訪問介護のサービス種類別構成比
（平成27年度回数ベース）



出所：厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」

生活援助のみの基本報酬
（平成27年度実績）



出所：厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」

民間家事代行サービス価格との比較

生活援助（25分以上45分未満）	平均1,874円（各種加算込み） ⇒ 1割負担で約187円 ※1単位 = 10円換算
民間家事代行サービス（1時間）	平均2,496円（交通費別）
最高値（個人事業主）	3,996円（交通費別）
最安値（生活協同組合）	925円（交通費別）

（注）民間家事代行サービスの価格は、全国の112事業者の価格（平日・日中）を地方財務局において調査。1回のみの利用よりも割安となる定期プラン等がある場合には、当該定期プラン等における価格を採用。

出所：厚生労働省「介護保険総合データベース（平成27年10月審査分）」

- 介護保険制度創設時の議論では、生活援助を保険給付の対象とすることについて、以下のような慎重論もあった中で、老人保健福祉審議会介護給付分科会報告（平成7月12月13日）において「基本的には、要介護状態の積極的な予防や自立した生活への支援につながるような形で介護給付の対象とすることが考えられる」とされた。
 - ・「コックとメイドは多い方がいい」という諺のように、家事援助も無制限に求められるようでは困ったことになる。
 - ・介護が必要な人は家事援助も不可欠であり介護保険で見るべきであるが、介護を伴わない家事援助は介護保険の範囲に入れる必要はないのではないか。
- その後も、生活援助に関しては、関係審議会等において、以下のような指摘がなされている。
 - ・高齢者になったので車に乗れなくなったので買い物を代わりに代行してあげる。公的なサービスとして行われているんですが、まさにそれは自立支援を阻害するということではないか。
 - ・軽度者支援について、各施策が自立支援や重症化予防にどの程度役に立っているのか、データとしてきちんと把握することが重要（中略）要介護度が低い方が生活援助を利用するケースが多いというデータが出ているのですけれども、これが本当に重症化予防につながっているのかという部分。

出所：介護保険制度史研究会編著「介護保険制度史—基本構想から法施行まで—」2016、厚生労働省社会保障審議会（介護保険部会・介護給付費分科会）議事録

【改革の方向性】（案）

- 軽度者に対する生活援助については、介護保険の適用事業者に限らず、多様な主体が、利用者のニーズに柔軟に対応してサービスを提供していくことも可能と考えられることから、地域支援事業に移行すべき。
- また、移行の前提として、以下の見直しを行い、制度趣旨に沿った適正利用を徹底すべき。
 - ・ 民間家事代行サービスの利用者との公平性や中重度者への給付の重点化の観点から、保険給付の割合を大幅に引き下げる。
 - ・ 生活援助により、どのように重度化の防止や自立支援につながるのかをケアプランに明記することを義務付ける。

軽度者に対する福祉用具貸与等の在り方

【論点】

- 福祉用具貸与については、貸与事業者が設定した価格を基準として、その9割（又は8割）が保険給付の対象となる。したがって、介護報酬改定の影響を受けることはなく、貸与価格の適正化は、市場競争に委ねられている（特定福祉用具販売、住宅改修も同様）。他方、実際の貸与価格は、一般に、貸与事業者が、貸与品の本体価格のほか、搬出入や保守点検等に係る費用も勘案した上で包括的に設定している。
- 福祉用具貸与の実態を調査すると、1か月（30日）当たり貸与額について、要支援1・2を中心に大きな地域差がある。また、全く同一製品でも、平均価格を大きく超える高価格で取引されている例がある。

同一製品の貸与価格（月額）の分布

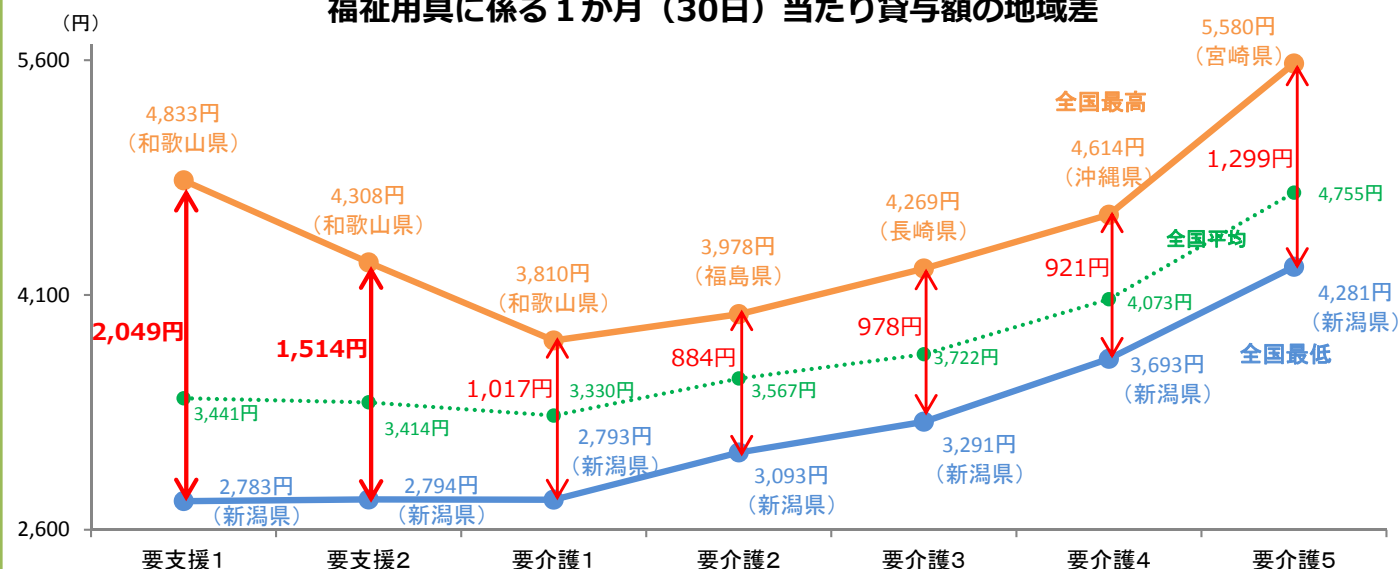
最高価格／平均価格	品目数
2倍未満	3品目
2倍以上6倍未満	28品目
6倍以上10倍未満	4品目
10倍以上	3品目

3品目

種目	平均価格	最高価格	販売価格
スロープ	597円	7,180円	5千円程度
手すり	1,741円	20,000円	5万円程度
特殊寝台	8,803円	100,000円	18万円程度

出所：「介護保険総合データベース（平成27年3月審査分）」から抽出した38の製品に係る給付データを基に財務省作成

福祉用具に係る1か月（30日）当たり貸与額の地域差



出所：厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」

【改革の方向性】（案）

- 適正な価格・サービス競争の促進、不合理な地域差の是正、中重度者への給付の重点化の観点から、以下の取組により、福祉用具貸与の仕組みを抜本的に見直すべき（特定福祉用具販売、住宅改修についても、同様の考え方にに基づき見直すべき）。
 - ・ 貸与品の希望小売価格や耐用年数等を考慮して算定される合理的な貸与価格と、搬出入や保守点検等の附帯サービス価格を明確に区分することを義務付け、価格形成についての利用者・保険者への情報開示を進める。
 - ・ 保険給付の対象を、貸与種目ごとに定める標準的な貸与価格と真に有効・必要な附帯サービス価格に限定する。
 - ・ 要介護区分ごとに標準的な貸与対象品目を定め、その範囲内で貸与品を決定する仕組みを導入する。
- 軽度者（要介護2以下）に対する保険給付の割合を大幅に引き下げる。

〔参考〕福祉用具貸与、特定福祉用具販売、住宅改修の概要

	福祉用具貸与	特定福祉用具販売	住宅改修
対象種目等	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	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	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、要介護区分別)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
費用額 【平成26年度実績】	2,710億円	156億円	474億円
うち軽度者(要介護2以下)に係る費用額 (費用額に占める比率)	1,131億円 (41.7%)	101億円 (65.1%)	371億円 (78.3%)

軽度者に対するその他給付の在り方

【論点】

- 近年の費用額の伸びについて、サービス種類別の寄与度を見ると、政策的に推進してきた地域密着型サービス（小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護等）を超えて、通所介護の費用額の増加が顕著。また、通所介護については、費用額の約6割が軽度者（要介護1・2）に対するものとなっており、事業所数では、特に小規模型通所介護※1が増加。

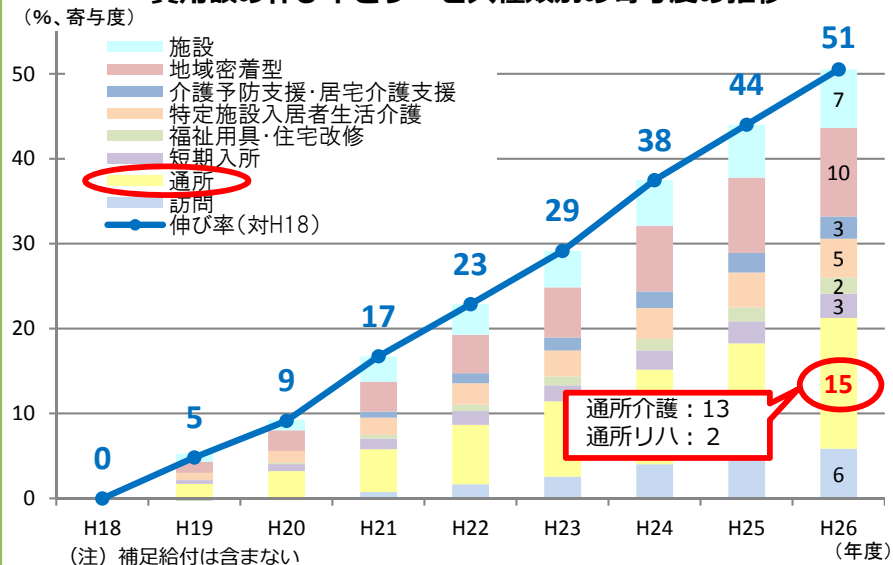
※1 平成28年4月以降は、地域密着型（利用定員18人以下）や大規模型・通常規模型のサテライト型等へ移行（約85%が介護報酬が踏襲される地域密着型へ移行）。

- 小規模型は、サービス提供1回当たりの管理的経費が高いことが考慮され、他の類型より基本報酬が高く設定されている。このため、小規模型は、個別機能訓練加算※2を取得している事業所の比率は他の類型より低いものの、サービス提供1回当たりの単位数は最も高くなっている。

※2 個別機能訓練加算（Ⅰ）46単位/日：生活意欲が増進されるよう、利用者による訓練項目の選択を援助。身体機能への働きかけを中心に行うもの。

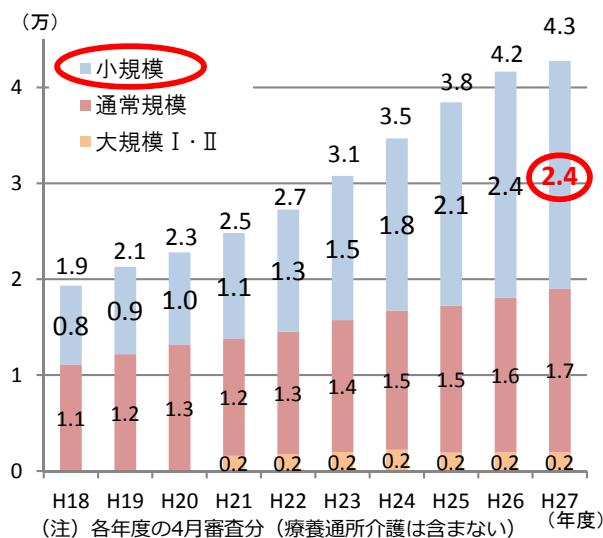
個別機能訓練加算（Ⅱ）56単位/日：生活機能の維持・向上に関する目標（1人で入浴できるようになりたい等）を設定。生活機能にバランスよく働きかけるもの。

費用額の伸び率とサービス種類別の寄与度の推移



出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

通所介護の介護報酬請求事業所数



出所：厚生労働省「介護給付費（等）実態調査」

通所介護の事業所規模別比較

	1回当たり 単位数 (平成27年度)	個別機能訓練加算 取得事業所率※3	
		加算Ⅰ	加算Ⅱ
小規模	783単位	12.7%	26.7%
通常規模	754単位	22.2%	32.7%
大規模Ⅰ	763単位	40.3%	41.3%
大規模Ⅱ	735単位	55.8%	42.5%

※3 「介護保険総合データベース（平成27年10月審査分）」から抽出した給付データを基に、同月中に1回でも加算を取得している事業所は、「加算取得事業所」と計上。

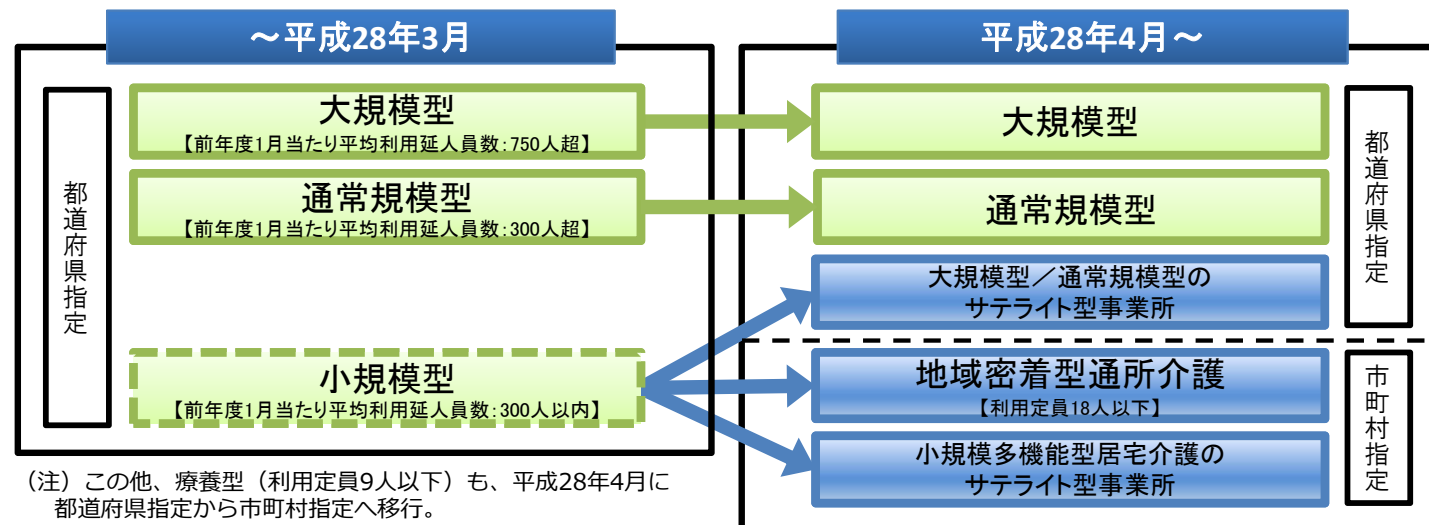
出所：厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」、
「介護保険総合データベース（平成27年10月審査分）」

【改革の方向性】（案）

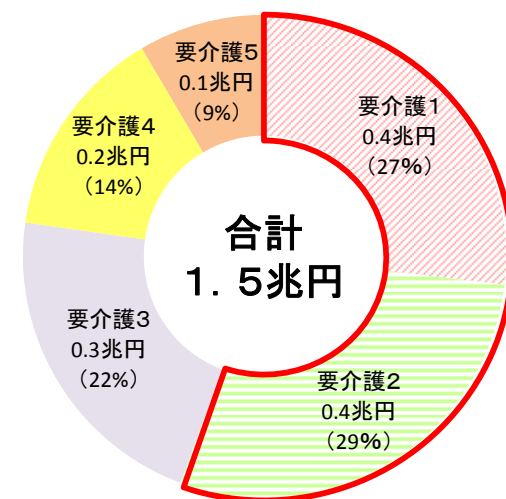
- 軽度者に対する通所介護など、介護保険の適用事業者に限らず、多様な主体が、利用者のニーズに柔軟に対応して必要な支援を行っていくことも可能と考えられるサービスについては、中重度者への給付の重点化や地域の実情に応じた効率的なサービス提供の観点から、地域支援事業に移行すべき。
- また、移行の前提として、機能訓練がほとんど行われていないなど、サービスの実態が、重度化の防止や自立支援ではなく、利用者の居場所づくりにとどまっていると認められる場合には、減算措置も含めた介護報酬の適正化を図るべき。

〔参考〕 通所介護の概要

＜事業所規模別の類型＞



＜費用額（平成27年度）＞



出所：厚生労働省「平成27年度介護給付費等実態調査」

＜基本報酬の例（5時間以上7時間未満）＞

地域密着型(旧小規模型)	通常規模型																				
<table><tr><td>641 単位</td><td>757 単位</td><td>874 単位</td><td>990 単位</td><td>1,107 単位</td></tr><tr><td>要介護1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	641 単位	757 単位	874 単位	990 単位	1,107 単位	要介護1	2	3	4	5	<table><tr><td>572 単位</td><td>676 単位</td><td>780 単位</td><td>884 単位</td><td>988 単位</td></tr><tr><td>要介護1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	572 単位	676 単位	780 単位	884 単位	988 単位	要介護1	2	3	4	5
641 単位	757 単位	874 単位	990 単位	1,107 単位																	
要介護1	2	3	4	5																	
572 単位	676 単位	780 単位	884 単位	988 単位																	
要介護1	2	3	4	5																	
大規模型Ⅰ	大規模型Ⅱ																				
<table><tr><td>562 単位</td><td>665 単位</td><td>767 単位</td><td>869 単位</td><td>971 単位</td></tr><tr><td>要介護1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	562 単位	665 単位	767 単位	869 単位	971 単位	要介護1	2	3	4	5	<table><tr><td>547 単位</td><td>647 単位</td><td>746 単位</td><td>846 単位</td><td>946 単位</td></tr><tr><td>要介護1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	547 単位	647 単位	746 単位	846 単位	946 単位	要介護1	2	3	4	5
562 単位	665 単位	767 単位	869 単位	971 単位																	
要介護1	2	3	4	5																	
547 単位	647 単位	746 単位	846 単位	946 単位																	
要介護1	2	3	4	5																	

＜1日のスケジュール例＞

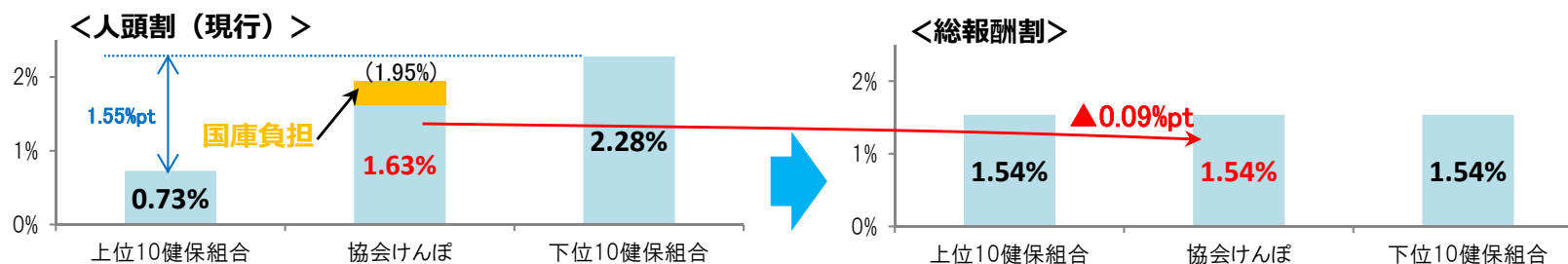
	A社の場合	B社の場合	C社の場合
08:00			
09:00	送迎	送迎	送迎
10:00	健康チェック等	入浴 レクリエーション (塗り絵、クイズ)	健康チェック等
11:00	入浴 機能訓練	ゆっくりする	書道
12:00	嚥下体操	口腔体操	テレビ鑑賞
13:00	昼食	昼食	昼食
14:00	機能訓練	機能訓練	麻雀
15:00	レクリエーション (音楽)	カラオケ	
16:00	おやつ	おやつ	おやつ
17:00	送迎	送迎	送迎

介護納付金の総報酬割

【論点】

- 現行制度では、医療保険者が徴収する第2号被保険者（40～64歳）の保険料（介護納付金）により介護給付費の28%分を賄うこととされているところ、各医療保険者の負担を決定する際、加入者数による人頭割が採用されており、負担能力（総報酬）に応じたものとなっていない。
- このため、同じ被用者保険者間でも、報酬額に占める第2号保険料の比率に大きな差が生じている。また、相対的に所得水準が低い被保険者が多い協会けんぽに対しては、介護納付金についても医療保険と同率（16.4%）の国庫補助が行われている。
- 仮に総報酬割が導入された場合、協会けんぽの被保険者の保険料負担は、国庫補助が行われている現行よりも減少し、負担が減少する被保険者数は、負担が増加する被保険者数を上回る見込み。

総報酬割導入による被用者1人当たり保険料負担率（第2号保険料/報酬額）の変化



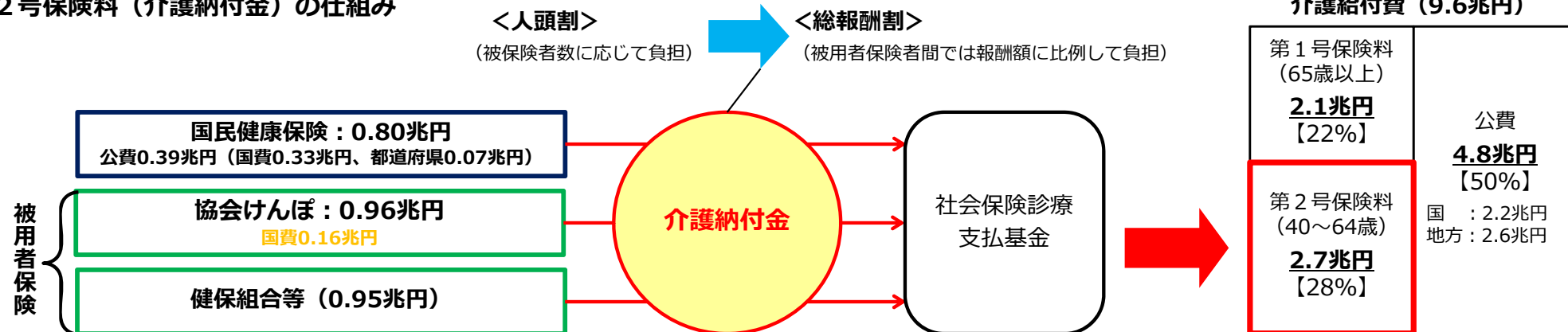
総報酬割導入による負担の増減（被保険者数）

負担増	1, 272万人
負担減	1, 653万人 〔うち協会けんぽ 1,437万人〕

（注）平成26年度決算見込みデータに基づく試算

出所：厚生労働省「平成28年8月19日社会保障審議会介護保険部会提出資料」

第2号保険料（介護納付金）の仕組み



（注）金額は平成28年度予算ベース

【改革の方向性】（案）

- 47 介護納付金については、所得に応じた公平な負担とするため、速やかに総報酬割へ移行すべき。

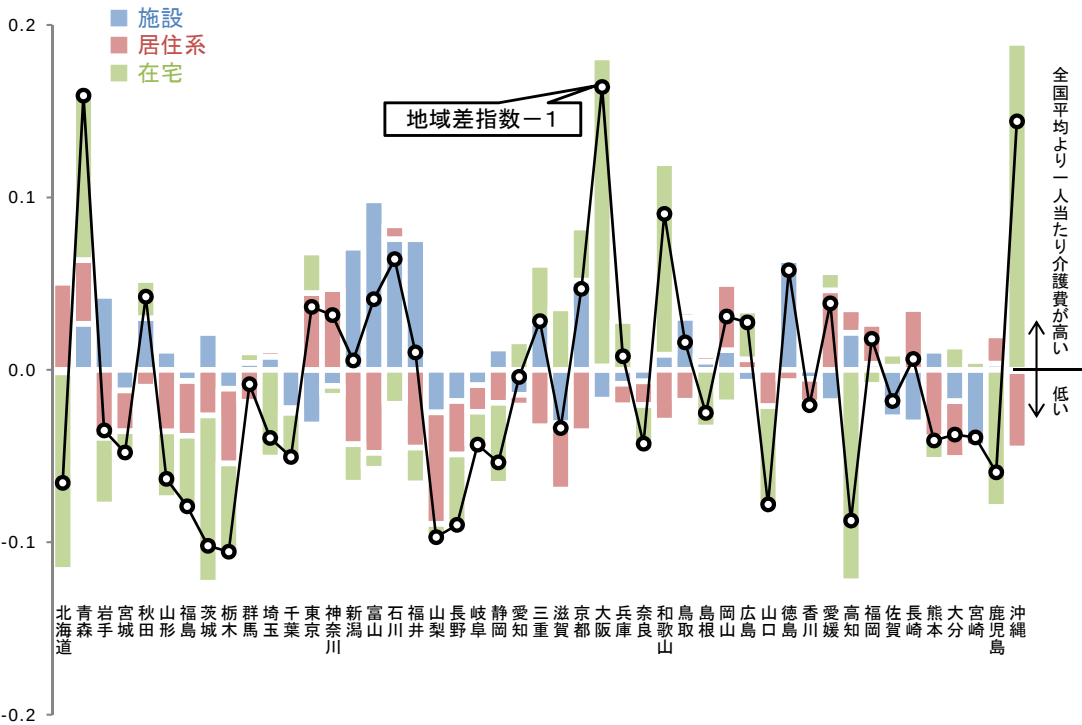
介護費の地域差の分析と給付の適正化

7

【論点】

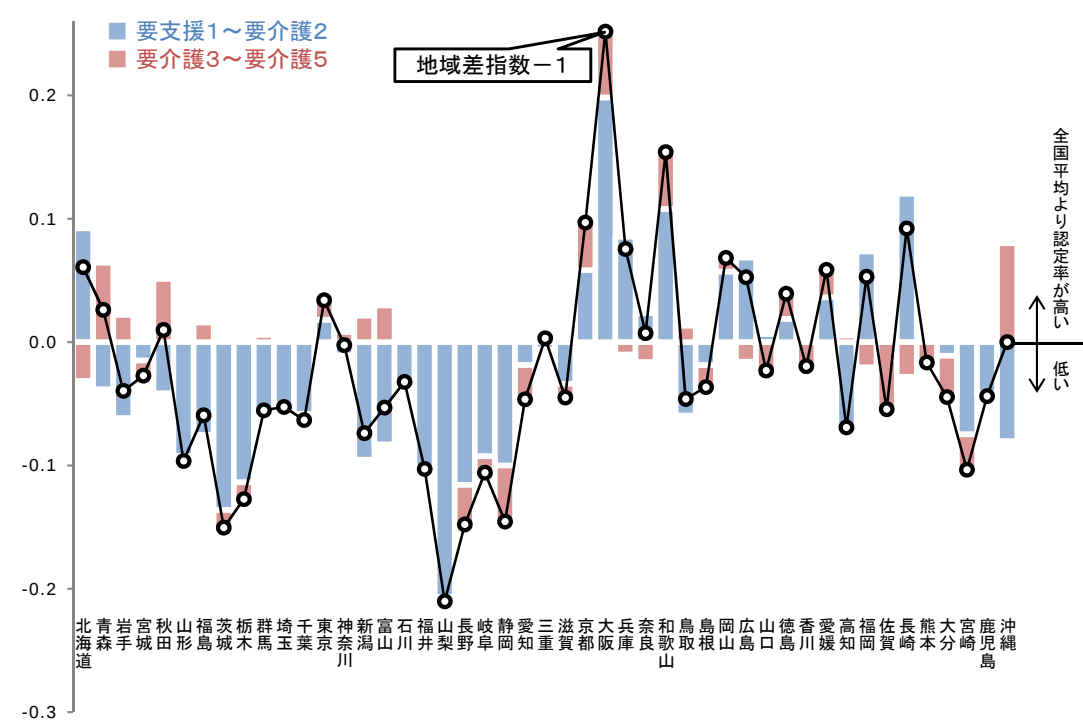
- 平成20年度以降、市町村（保険者）において、任意事業として、要介護認定の適正化やケアプランの点検等の適正化事業を実施しているが、年齢調整後の被保険者1人当たり介護費や認定率には、依然として地域差が存在する（地域差を生じさせているサービス類型や要介護区分は都道府県ごとに区々）。

被保険者1人当たり介護費の地域差指数と
サービス類型別の寄与度（平成26年度）



（注）グラフは、地域差指数の全国平均からの乖離（地域差指数 - 1）を寄与度に分解したもの（地域差指数は、年齢調整後の値を全国値で割って指数化したもの（全国値 = 1））

認定率の地域差指数と
要介護区分別の寄与度（平成26年度）



出所：厚生労働省「平成28年3月23日医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会提出資料」

【改革の方向性】（案）

- 都道府県・市町村の保険者（支援）機能を強化するため、地域差の要因分析とその結果を踏まえた介護保険事業（支援）計画の策定を義務付けるとともに、地域の実情を踏まえた介護サービス供給量の調整やケアマネジメントの適正化を行うための権限を強化すべき。
- 市町村（保険者）による給付の適正化に向けたインセンティブを強化するため、国庫負担金の中で調整交付金の割合（現行は介護給付費の5%）を引き上げ、具体的かつ客観的な成果指標（例：年齢調整後1人当たり介護費の水準や低下率等）に応じて調整交付金を傾斜配分する枠組みを導入すべき。

