

平成28年10月27日

第15回 社会保障ワーキング・グループ

改革工程表において 年末までに検討・結論とされた事項について (参考資料)



目次

1. 医療分野関係	2
2. 介護分野関係	38

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の概要

③

- 入院時食事療養費は、保険医療機関に入院したときに必要となる食費について、その一部を支給するもの。
- 入院時生活療養費は、65歳以上の者が保険医療機関の療養病床に入院したときに必要となる食費と居住費について、その一部を支給するもの。
- 支給額は、食費及び居住費について定めた「基準額」から、被保険者が負担するものとして定めた「標準負担額」を控除した金額。
「入院時食事(生活)療養費」＝「基準額」－「標準負担額」
- 支給方法は、各保険者が被保険者に代わり保険医療機関に直接支払う現物給付方式。

<現状の仕組み>

入院時食事療養費 (一般病床、精神病床に入院する者、療養病床に入院する65歳未満の者)	入院時生活療養費 (療養病床に入院する65歳以上の者)	
	医療区分Ⅰ (医療区分Ⅱ、Ⅲ以外の者)	医療区分Ⅱ、Ⅲ (スモン、筋ジス等)
<p>640円 保険給付 280円 自己負担 (食料費、調理費) 360円(注) 別途負担なし (入院基本料の中で評価:3割負担)</p>	<p>554円 保険給付 94円 自己負担 (食料費、調理費) 460円</p>	<p>554円 保険給付 194円 自己負担 (食料費、調理費) 360円(注)</p>
	<p>398円 保険給付 78円 自己負担 (光熱水費) 320円</p>	<p>398円 保険給付 398円</p>

(参考) 介護保険施設(多床室)における食費・居住費の自己負担

一般所得者 (介護保険の給付なし)	低所得者 (介護保険の補足給付あり)
<p>1380円 全額自己負担 ※金額は施設との契約による</p>	<p>1380円 補足給付 730円 自己負担 650円 自己負担 370円</p>

(食費:1食) (居住費:1日) (食費:1日) (居住費:1日)

※ 介護保険においては、食費及び居住費は保険給付の対象外であり、利用者の負担額は施設との契約に基づく金額となるが、低所得者については、補足給付として、一定の総額(基準額)と自己負担額を定めた上で、その差額を保険給付している。

※ 上記補足給付の自己負担額は、市町村非課税者の場合のもの。生活保護受給者の場合、自己負担額は食費が1日あたり300円、居住費が0円となる。

(食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日) (食費:1食) (居住費:1日)

※ 上記における食費の総額(基準額)は、厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして届出を行った場合のもの。それ以外の場合、例えば、入院時食事療養費で届出を行っていない場合、1食あたり506円が総額となる。また、別途、特別食を提供した場合の加算(1食あたり76円)等がある。

※ 上記における自己負担額は、一般所得の場合のもの。低所得者については、所得に応じて負担軽減がされており、例えば、入院時食事療養費の場合、市町村非課税者は1食あたり210円の自己負担(90日超の入院の場合、160円)、入院時生活療養費の対象者で、市町村非課税者は1食あたり210円の自己負担となる。

(注)平成27年国保法等改正により、平成28年4月から1食360円、平成30年4月から1食460円に引上げ。ただし、難病・小児慢性特定疾病患者等は、1食260円で据え置き。

入院時食事療養費及び入院時生活療養費の創設経緯について

～昭和46年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料の一部(給食加算)として評価
昭和47年 ～ 平成5年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 療養の給付(診療報酬) <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時基本診療料とは別に、給食料を新設し、評価
平成6年～	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院時食事療養費制度の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時の食費は、保険給付の対象としつつ、在宅と入院の費用負担の公平化の観点から、在宅と入院双方にかかる費用として、食材料費相当額を自己負担化 ・ 患者側のコスト負担意識を高めることによる、食事の質向上の効果も期待
平成17年～	<p>(参考)介護保険における食費・居住費の見直し(平成17年10月施行)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 在宅と施設の給付と負担の公平性、介護保険給付と年金給付との調整の観点から、<u>介護保険施設において食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を原則として、保険給付外。</u> ➤ 低所得者に対する負担軽減措置として、<u>補足給付制度を創設</u>
平成18年～	<ul style="list-style-type: none"> <u>○ 入院時生活療養費制度の導入(平成18年10月施行)</u> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者は医療上の必要性から入院しており、病院での食事・居住サービスは、入院している患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、<u>医療保険においては、食費・居住費についても保険給付の対象とする。</u> ・ 一方、療養病床については、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、介護保険における食費・居住費の見直しを踏まえ、<u>介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を自己負担化</u>

療養病床における医療区分について

③

<p>医療区分3</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人口呼吸器使用・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管・感染隔離室におけるケア ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
<p>医療区分2</p>	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他難病※(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・せん妄 ・うつ状態 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開 ・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
<p>医療区分1</p>	<p>医療区分2、3に該当しない者</p>

※ 網掛け部分の疾患は難病法の対象。

※ その他難病とは、平成26年3月5日付け保医発0305第3号厚生労働省保険局医療課長通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別紙44に掲げる疾患を指す(56疾患)が、この中に、難病法の施行(平成27年1月)以後新たに難病と指定された疾患は含まれていない。

※ 療養病床の入院患者のうち各区分の割合 I:19.6% II:43.8% III:36.6%
(平成26年度入院分科会調査(患者票)を基に算出したもの)

現行制度における入院時の居住費負担(光熱水費相当額)の考え方について

③

- 現行では、①療養病床、かつ、②65歳以上、かつ、③医療区分Ⅰの入院患者に居住費負担を求めているが、入院時生活療養費を導入した平成18年改正時の考え方は以下の通り。

①療養病床	・療養病床は、医療機能のほか、「住まい」としての機能を有すること
②65歳以上	・介護保険と同様、年金給付との調整を図る必要があること
③医療区分Ⅰ	・入院医療の必要性が低いこと

		療養病床		一般病床・精神病床等
		医療区分	医療区分Ⅰ	
65歳未満	一般所得	食費460円/食(H30.4～)		入院時 食事療養費 (健康保険法第85条)
	低所得	食費210円/食(注1)		
65歳以上	一般所得	食費460円/食(注2) 居住費320円/日	食費460円/食(H30.4～) 居住費なし	食費460円/食(H30.4～)
	低所得	食費210円/食 居住費320円/日	食費210円/食(注1) 居住費なし	食費210円/食(注1)
	低所得 (70歳以上のみ)	食費130円/食(注3) 居住費320円/日(注3)	食費100円/食 居住費なし	食費100円/食

入院時生活療養費

(健康保険法第85条の2)

・食費・居住費の額は、健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を定める件(平成8年厚生省告示第203号)による。

(注1) 入院日数が90日を超える者は、一食160円

(注2) 管理栄養士又は栄養士による適時・適温の食事の提供等の基準を満たさない場合、一食420円

(注3) 老齢福祉年金を受給している場合は、一食100円、居住費0円

※ 低所得Ⅱ、低所得：(健保)被保険者が市町村民税非課税、(国保)世帯の被保険者全員が市町村民税非課税、(後期)世帯員全員が市町村民税非課税

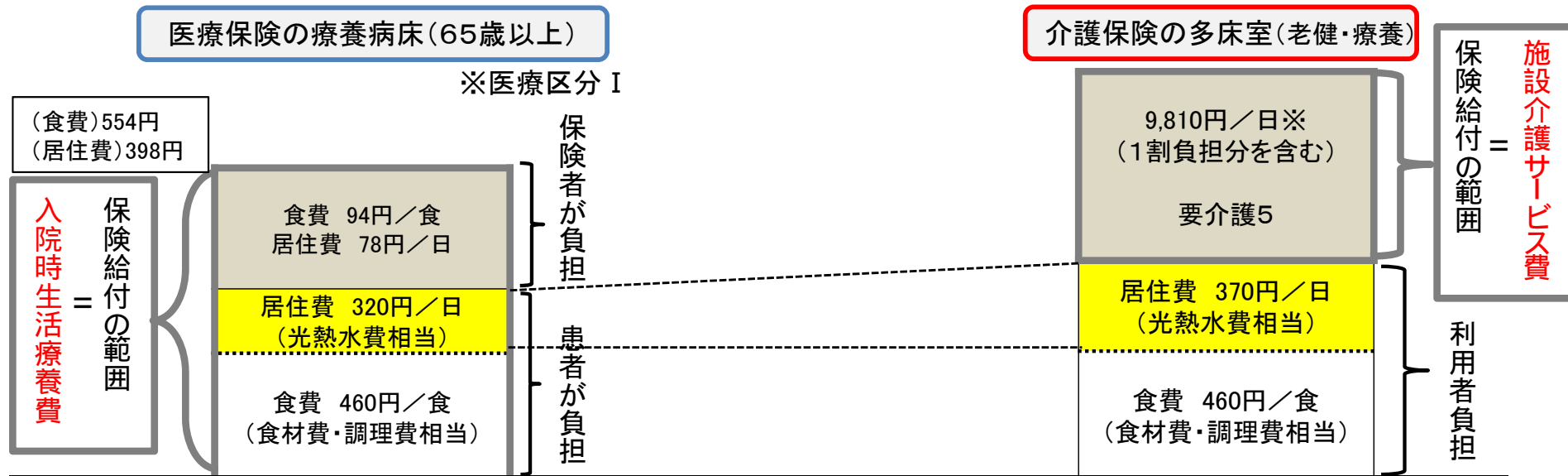
※ 低所得Ⅰ：(健保)被保険者及び被扶養者の所得が一定以下、(国保)世帯の被保険者全員の所得が一定以下、(後期)世帯員全員の所得が一定以下

入院時生活療養費における居住費負担(光熱水費相当額)について

③

○ 介護保険施設(老健・療養)の多床室の居住費負担については、平成27年度介護報酬改定において、直近の家計調査の光熱水費相当額を踏まえた見直しを行っている(平成27年4月から、1日当たり320円→370円)。

※ 平成15年家計調査:約320円/日(9,460円/月)→平成27年家計調査:約370円(11,215円/月)



※老健の従来型多床室の基本施設サービス費
 ※食費は1380円/日を3で除して算出

対象者	居住費負担 (一日)	対象者数 (推計)
・一般所得者	320円	約3万人
・低所得者Ⅱ ・低所得者Ⅰ(70歳以上) (市町村民税世帯非課税者)	320円	約2万人 ・低所得者Ⅱ:約1万人 ・低所得者Ⅰ:約1万人
・老齢福祉年金受給者 ・医療区分Ⅱ・Ⅲの者 ・指定難病患者	0円	約16万人

対象者	居住費負担 (多床室・一日)	3施設認定者数 (多床室以外も含む)
・利用者負担第4段階	全額自己負担※	—
・利用者負担第3段階 ・利用者負担第2段階 (市町村民税世帯非課税者)	370円 (平成27年4月～)	約50万人 ・第2段階:約36万人 ・第3段階:約14万人
・利用者負担第1段階 (老齢福祉年金受給者・生活保護受給者)	0円/日	約3.5万人

※金額は施設との契約によるが、基準費用額(老健・療養)は370円/日で設定。

入院時の居住費(光熱水費相当額)に係る患者負担の見直しに関する 医療保険部会における主な意見

■第91回医療保険部会(平成27年11月20日)

- 入院時の食事も安静も医療の一環であり、入院患者が大きな負担をすることは困難。
- 療養病床の医療区分Ⅱ・Ⅲだけでなく、一般病床でも長期入院のケースがあり、精神病床は入院期間が長期化している現状を踏まえ、幅広く議論をするべき。
- 医療の中で食事や居住費がどういう役割なのかについて議論することが必要であり、慎重な検討が必要。
- 医療・介護を通じた居住費負担の公平化については、介護保険と医療保険(療養病床)だけでなく、一般病床、精神病床も含めて検討するべき。

入院時の居住費(光熱水費相当額)に係る患者負担の見直しについて(論点)

- 骨太2015では、「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」とこととされているが、これを踏まえ、医療保険における入院時の居住費(光熱水費相当額)の負担の在り方について、どう考えるか。

<考えられる論点>

- ① 医療保険の療養病床の65歳以上の入院患者の居住費負担額は、介護保険施設の多床室における光熱水費を踏まえて設定された経緯から、1日320円から370円に引き上げることについて、どう考えるか。
- ② 入院医療の必要性の高い医療区分Ⅱ・Ⅲの者については、居住費(光熱水費相当額)の負担を求めないこととしているが、医療区分Ⅱ・Ⅲの居住費負担について、どう考えるか。
- ③ 療養病床の65歳未満の入院患者については、年金給付がないこと等から居住費(光熱水費相当額)の負担を求めないこととしているが、居住費負担における年齢区分について、どう考えるか。
- ④ 一般病床・精神病床等については、食費(食材費+調理費相当)の負担を求めている一方、「住まい」としての機能がないことから居住費(光熱水費相当額)の負担を求めているが、入院期間が長期化しているケースや入院医療の必要性の低いケースもあり、これらの点も含め、どう考えるか。

外来の機能分化・連携の推進

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

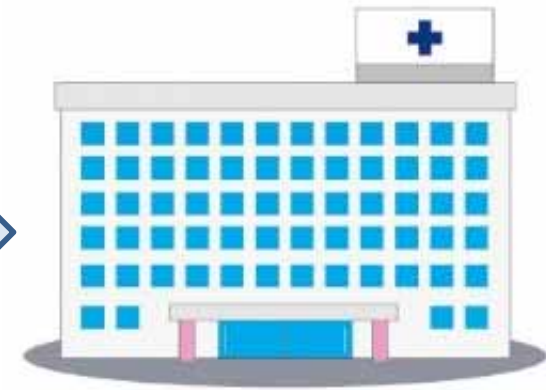
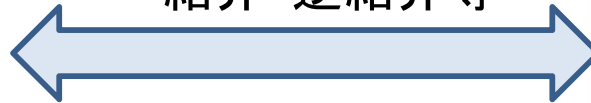


患者がアクセスしやすい中小病院、診療所

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

(※)複数の慢性疾患を持つ患者に対する継続的で全人的な医療を評価

必要に応じて適切に
紹介・逆紹介等



専門的な診療を提供する
地域の拠点となるような病院

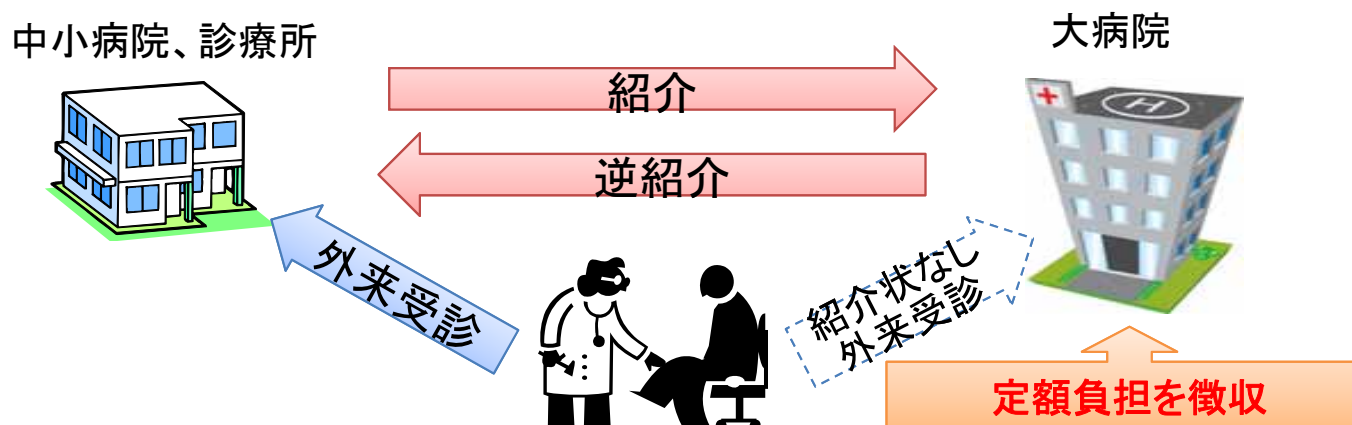
- 紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入

外来機能の分化に関する医療保険制度上の措置

- 医療保険制度においては、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等を適正な評価とするとともに、保険外併用療養費(選定療養)の枠組みを活用し、病院及び診療所における外来機能の分化を図っている。
- 一方、診療報酬上の措置は、定率負担の下では、診療報酬が低く評価された方が患者負担が安くなるという問題が伴う。また、選定療養は、活用の有無や料金水準が病院の選択に委ねられているほか、診療報酬への上乗せとなる。

初診料・外来診療料	選定療養
<p>初診料 209点 外来診療料 54点</p> <p>【対象医療機関】</p> <p>① 特定機能病院と許可病床が<u>500床以上</u>の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設</p> <p>② 許可病床数が<u>500床以上</u>の全ての病院のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設</p>	<p>初再診において特別の料金を徴収</p> <p>【対象医療機関】 病床数が<u>200床以上</u>の病院であって、地方厚生局に届け出たもの</p> <p>【主な要件】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る(初診) ・ 病院が他の医療機関(200床未満)に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に限る(再診) ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く ・ 初再診に係る費用の徴収について、患者にとってわかりやすく明示 <p>【設定状況(H26.7.1現在)】</p> <p>≪初診≫ 1,201施設 最高10,800円 最低210円 平均2,365円</p> <p>≪再診≫ 101施設 最高6,480円 最低210円 平均 962円</p>
<p>初診料 282点 外来診療料 73点</p> <p>上記以外</p>	

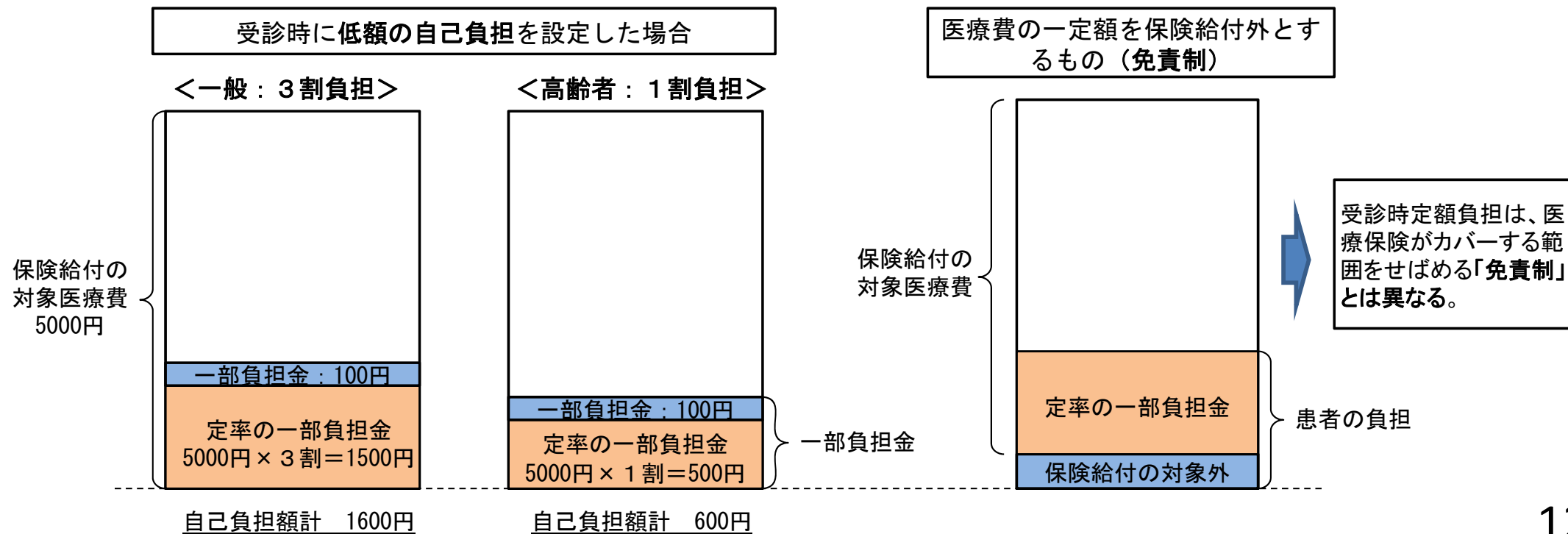
- 保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、平成28年度から一定規模以上の保険医療機関について、定額の徴収を責務とする。
- ① 特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、現行の選定療養の下で、定額の徴収を責務とする。
 - ② 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診については2,500円(歯科は1,500円)とする。
 - ③ 現行制度と同様に、緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。その他、定額負担を求めなくても良い場合を定める。
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



(参考) 平成23年9月16日 医療保険部会提出資料 (受診時定額負担の仕組みについて (案))

- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を考えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「将来にわたって7割の給付を維持する」としている。
(参考) 健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)
 附 則
 第2条 医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。

※ 例えば、100円を自己負担として設定した場合(医療費5000円の例)



かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担に関する医療保険部会における主な意見

■第91回医療保険部会（平成27年11月20日）

- 地域包括ケアの推進の観点から、かかりつけ医の普及は急務。一方、診療科ごとに専門医が開業医として地域医療を担っている現状で、かかりつけ医の定義をどう定め、国民のプライマリケアを担う体制をどうするかなど、実効性のある工程表と目標を設定し、ビジョンを明確にすることが先決。
- 一部負担金を増やせば、その分受診抑制がかかり、重症化することもあることから、一部負担金ではなく、保険料で調整すべき。ただし、紹介状なしの大病院の定額負担は、うまく設定すれば実際には負担金を払わずに自動的に病診連携が可能。
- 外来時の定額負担については、政策効果として何を狙っているのかよく理解できない。
- 外来時の定額負担を検討する場合、低所得者への配慮が必要になるが、その際に所得区分を設けていくことになると、市町村にとって業務の負担増となる点について御理解頂きたい。

■第93回医療保険部会（平成28年1月20日）

- 経済力の差によって医療へのアクセスが阻害されることのないよう、平成14年健康保険法改正法附則のとおり、将来にわたって7割の給付を維持するという考え方を堅持することが前提。
- 定額負担については、ずっと申し上げていることであり、ぜひ前向きに検討していただきたい。

かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について(論点)

⑨

■現状の整理

- 外来機能の分化・連携の推進は、これまでに、
 - ・ 診療報酬において、一定規模以上の病院において、紹介状なしに受診した患者等に係る初診料等を適正な評価とするとともに、選定療養の枠組みを活用する
 - ・ 地域医療総合確保基金を活用して、居宅等における医療の提供に関する事業を実施できることとする、等の取組を進めており、在宅医療を担う医師の確保・育成等の取組と併せて総合的に行っていくことが重要。
- 平成28年度診療報酬改定では、認知症に対する主治医機能の評価、小児に対するかかりつけ医の評価、地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の緩和等が盛り込まれている。
 - ※ 地域包括診療料の届出施設数93施設、地域包括診療加算の届出施設数は4,713施設(いずれも平成27年7月時点)
- また、平成27年国保法等改正において、平成28年4月から、大病院の責務として、紹介状なしで受診する患者から、診療報酬に上乗せさせる形で、一定額以上の定額負担(選定療養)を徴収することとしたところ。

■論点

- 改革工程表に示された「かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担」については、たとえば、「かかりつけ医」以外の者に受診した場合に、定率負担に加えて定額負担を求めることが考えられるが、
 - ・ 定額負担を求めることについて、どう考えるか。
 - ・ 定額負担の求める範囲(かかりつけ医以外)について、どう考えるか。