



# 法定外一般会計繰入の速やかな解消

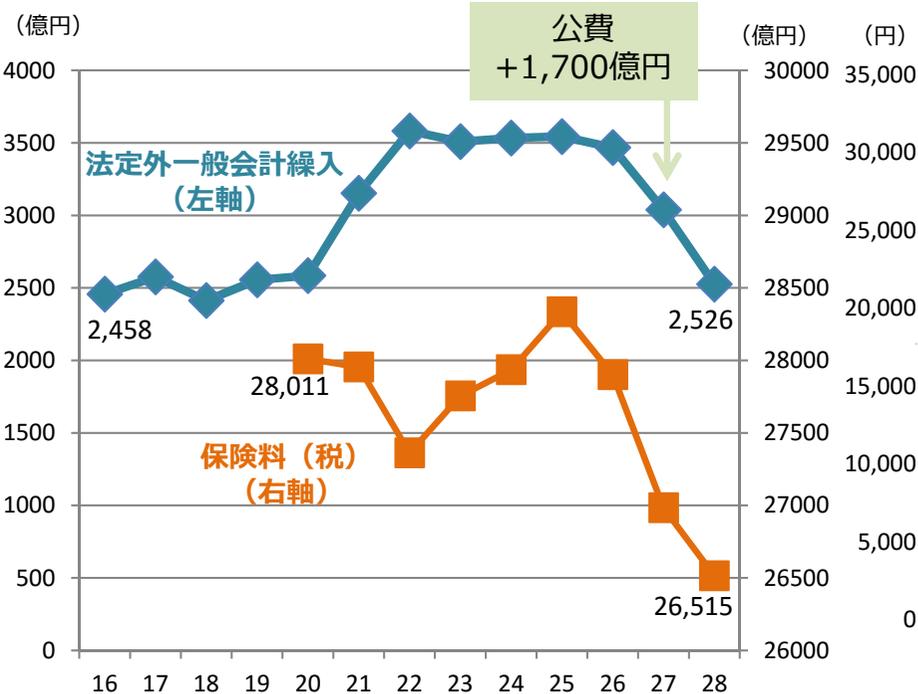
## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める」

### 【論点】

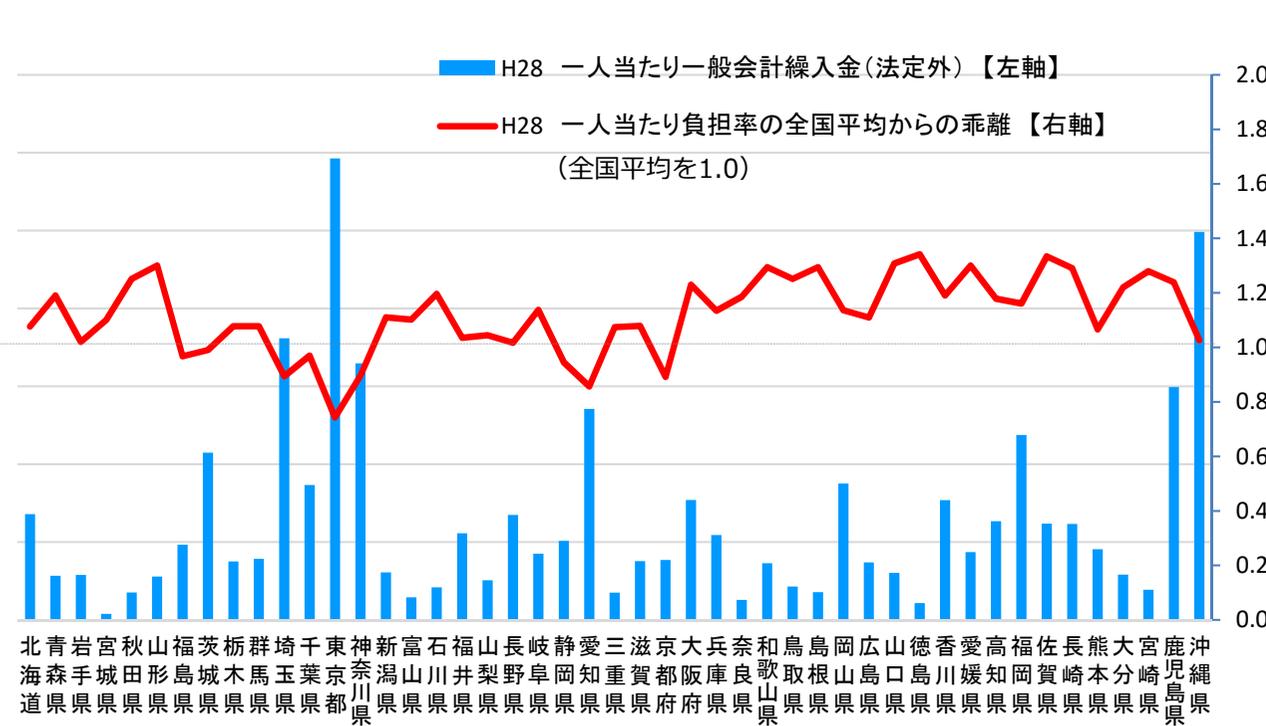
- 国民健康保険は、制度上、前期高齢者調整分を除く5割超を公費で賄い、残りを保険料収入等で賄う仕組みであるが、実際には、制度上の公費に加えて、保険料の負担軽減等の目的で、総額2,500億円超の一般財源を法定外繰入により追加している。
- 各自治体の保険料負担は、こうした法定外一般会計繰入によって左右されており、保険給付に応じた保険料負担を求めることで、規律ある保険財政の運営を行う本来の姿からかけ離れた状況。
- 国保改革に際して、社会保障と税の一体改革の中で、平成30年度から国保財政の健全性確保のため3,400億円の公費を制度上追加することとし、27年度からこのうち1,700億円を措置している。一方、28年度の法定外一般会計繰入の水準は未だに2,500億円を超えている。

### ◆ 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、決算填補等目的のもの。  
 (注2) 保険料(税)は介護分を除く。

### ◆ 都道府県別の法定外一般会計繰入と保険料負担



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険実態調査報告

### 【改革の方向性】 (案)

- 国保財政の運営の都道府県単位化を機に、速やかに法定外一般会計繰入を解消し、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ことで、保険財政運営の健全性を確保すべき。

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について、都道府県の判断に資する具体的な活用策の在り方を検討する」

### 【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、平成18年の法律改正で規定されて以来、これまで実施例はない。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。
- 平成30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	282点				
	急性期一般入院料 1	1,591点				
	調剤基本料 1	41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、今年度から開始する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。

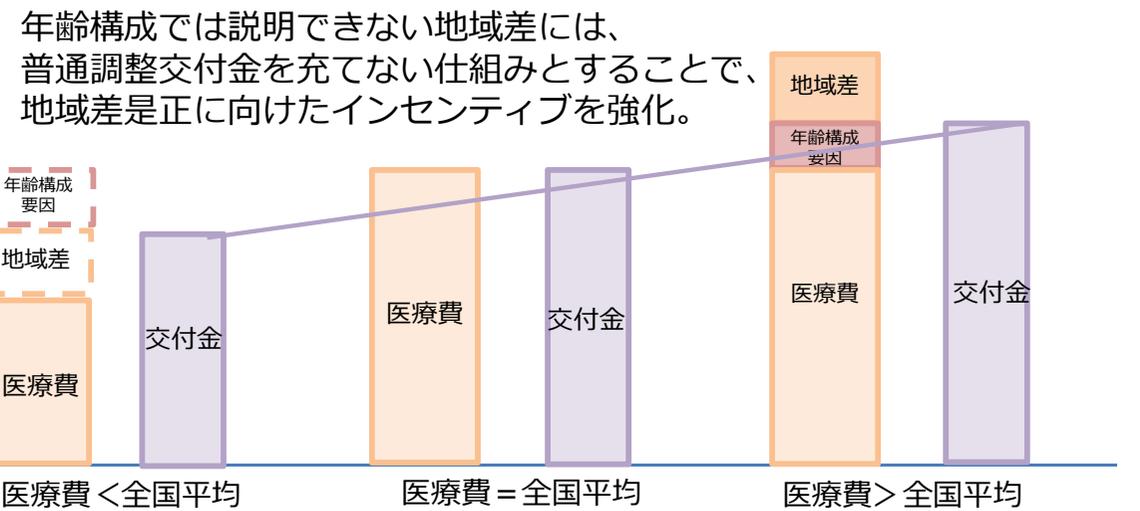
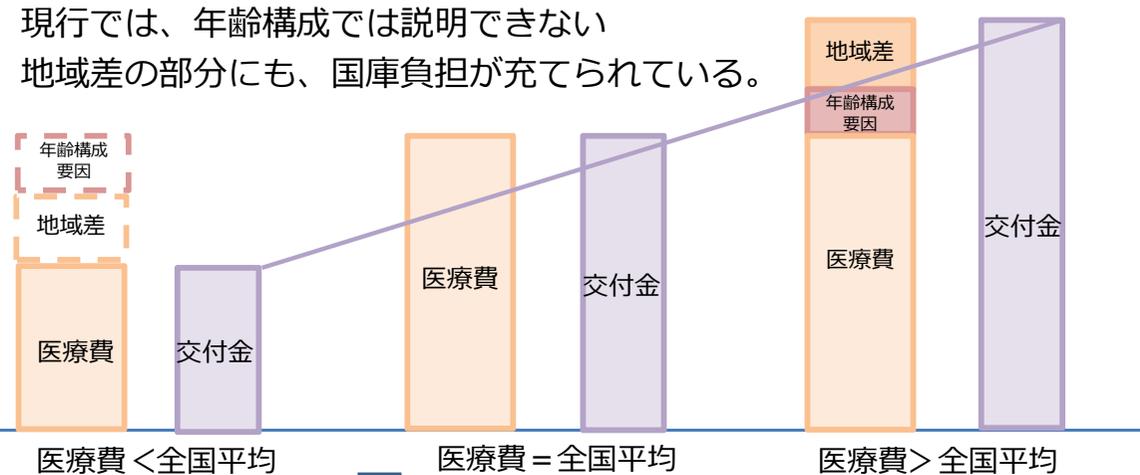
# 普通調整交付金の配分方法の見直し

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「国保の普通調整交付金について、所得調整機能を維持しながら、医療費適正化のインセンティブを効かせる観点から、地域差に関する調整・配分の在り方の検証を進め、都道府県が国民健康保険の財政運営の責任主体となる新制度の円滑な運営に配慮しつつ、速やかに関係者間で見直しを検討する」

### 【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6,100億円は、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（30予算）

<b>保険料</b> (27,000億円)  法定外一般会計繰入 約2,500億円	<b>調整交付金(国)</b> (9%※) 8,200億円
	<b>定率国庫負担</b> (32%※) 23,000億円
	<b>都道府県調整交付金</b> (9%) 6,400億円

普通調整交付金 6,100億円  
 特別調整交付金 1,800億円  
 特例調整交付金 300億円

※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。

### 【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。

# 今後の医療制度改革で取り組むべき改革項目(3)

## 《 視点2:必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する(提供体制と公定価格)② 》

### 【公定価格の適正化・包括化】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
急性期病床の適正化【再掲】	<p>病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。</p>	<p>(7対1入院基本料を含めた急性期に係る入院基本料の評価体系の見直し等に係る)改革の効果を検証しつつ、診療報酬改定において必要な対応を検討</p>	⑥
薬価制度の抜本改革	<p>「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組むとともに、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する。</p> <p>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。</p> <p>2020年度の薬価改定に向けて、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討する。</p>	<p>消費税率の引き上げが予定されている2019年度、2年に1度の薬価改定が行われる2020年度においては、全品目の薬価改定を行うとともに、最初の薬価改定年度(2年に1度の薬価改定の間の年度)となる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</p> <p>長期収載品の薬価引下げ後の、①後発医薬品の置換率の状況、②後発医薬品の上市状況、③安定供給への対応状況等を踏まえ、長期収載品の段階的引下げまでの期間の在り方について検討を行う【次期改定まで】</p> <p>改革の効果や医薬品の開発・製造・流通等への影響を検証しつつ、次期改定に向けて、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し等、所要の措置を検討する【次期改定まで】</p>	⑫
調剤報酬の改革	<p>患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する。</p>	<p>(大型門前薬局等の評価の適正化等に係る)改革の効果を検証しつつ、診療報酬改定において必要な対応を検討</p>	⑬

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」に基づき、国民負担の軽減と医療の質の向上に取り組むとともに、医薬品産業を高い創薬力を持つ産業構造に転換する」

## 【論点】

- 国民負担の軽減に引き続き取り組むとともに、イノベーションを適切に評価していくためには、新薬であれば何でも評価するのではなく、患者にとっての個々の医薬品の画期性や有用性を見極めて評価をしていくことが重要。財政措置のみに頼るのではなく、研究開発環境の改善、創薬コスト低減や産業構造転換といった対応も併せて重要。

## 主な改革事項

### 新薬創出等加算の抜本の見直し

- ・ 対象品目：**革新性・有用性**に着目して絞り込み  
(約920品目\*→約540品目)\* 現行制度が継続した場合
- ・ 企業指標：**企業指標**（革新的新薬の開発等）の**達成度に応じた加算**

### 効能追加等による市場拡大への速やかな対応

- ・ 対象：**350億円以上\*** ・ 頻度：**年4回**（新薬収載の機会）  
\* 市場拡大再算定ルールに従い薬価引下げ

### 新薬のイノベーション評価の見直し

- ・ 加算対象範囲（類似薬のない新薬）  
：営業利益への加算 → **薬価全体への加算**  
(製造原価の内訳の開示度に応じた加算率の設定)

### 外国平均価格調整の見直し

- ・ 米国参照価格リスト：メーカー希望小売価格  
→ **公的制度の価格リスト**

## 日本創薬力強化プラン（緊急対応パッケージ）

厚労省計上分529.4億円（30当初・29補正）

- **がんゲノム医療の実現など日本初のシーズが生まれる研究開発環境の改善**
- **薬事規制改革等を通じたコスト削減と効率性向上**
- **日本初医薬品の国際展開の推進**
- **医療分野の研究開発** 等

## 今後の検討事項

**費用対効果評価の導入**：技術的課題を整理し**平成30年度中に結論**

### 毎年薬価調査・薬価改定

- ・ 対象範囲：全品目改定の状況も踏まえ、国主導で流通改善に取り組み、**H32年中に設定**

**新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の取扱いの見直し**  
**長期収載品の段階的な価格引き下げまでの期間の在り方等**

⇒ **次期薬価改定**に向けて検討

## 【改革の方向性】（案）

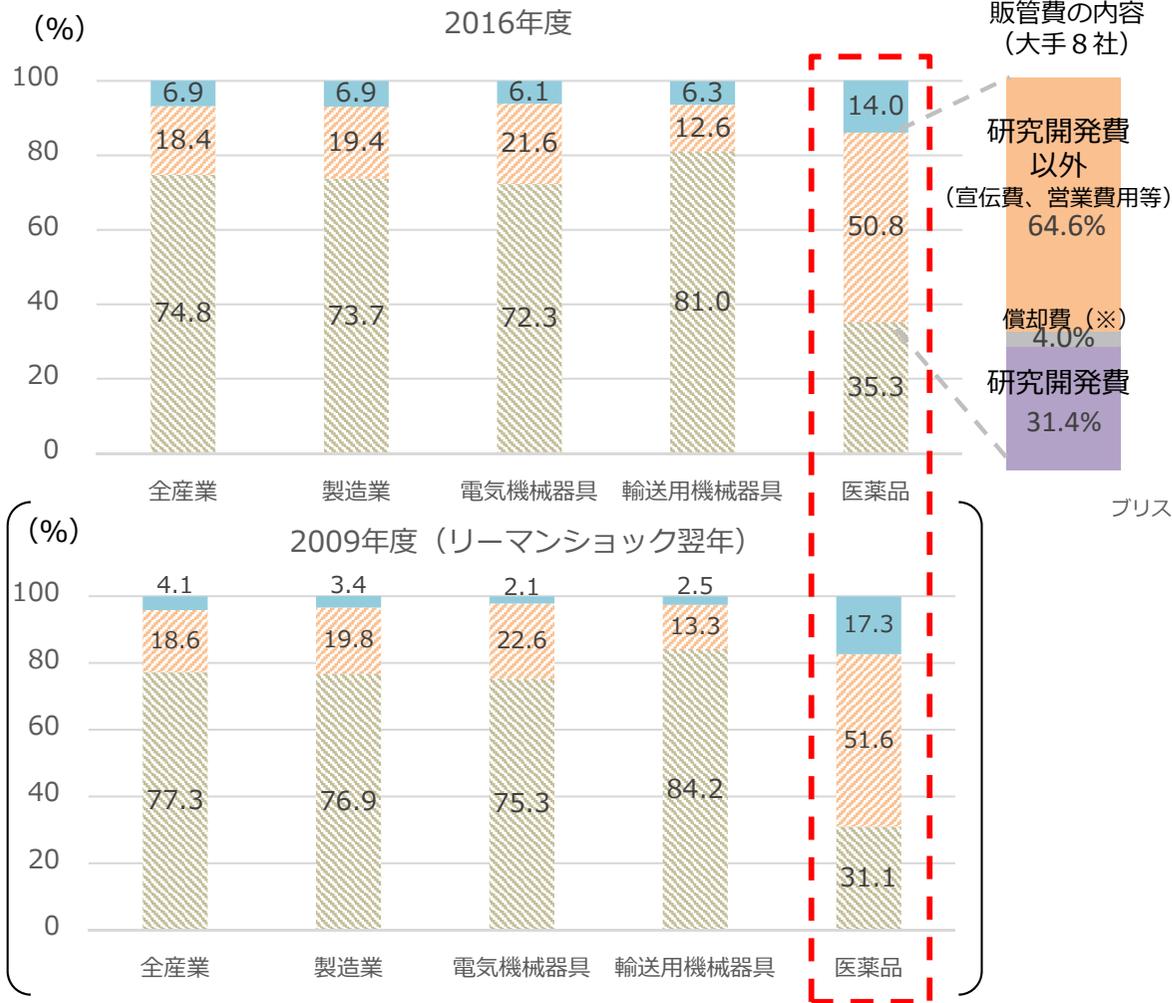
- 薬価制度の抜本改革のうち、残された検討課題については、スケジュールに沿って着実に検討を進めていくべき。
- イノベーションの推進に向けて、様々な施策も活用しつつ、創薬コストの低減、製薬企業の費用構造の見直しや業界再編に取り組むべき。

# (参考)製薬企業の費用構造

- 医薬品産業の営業利益率は他業種と比較して高く、リーマンショックなどによる景気後退の影響も受けにくい。
- 他業種と比較して、研究開発費率は高いが、それ以上に営業費用など研究開発費以外の販管費の比率が高い。国際的に見ても、我が国製薬企業の研究開発費以外の販管費率は高い。

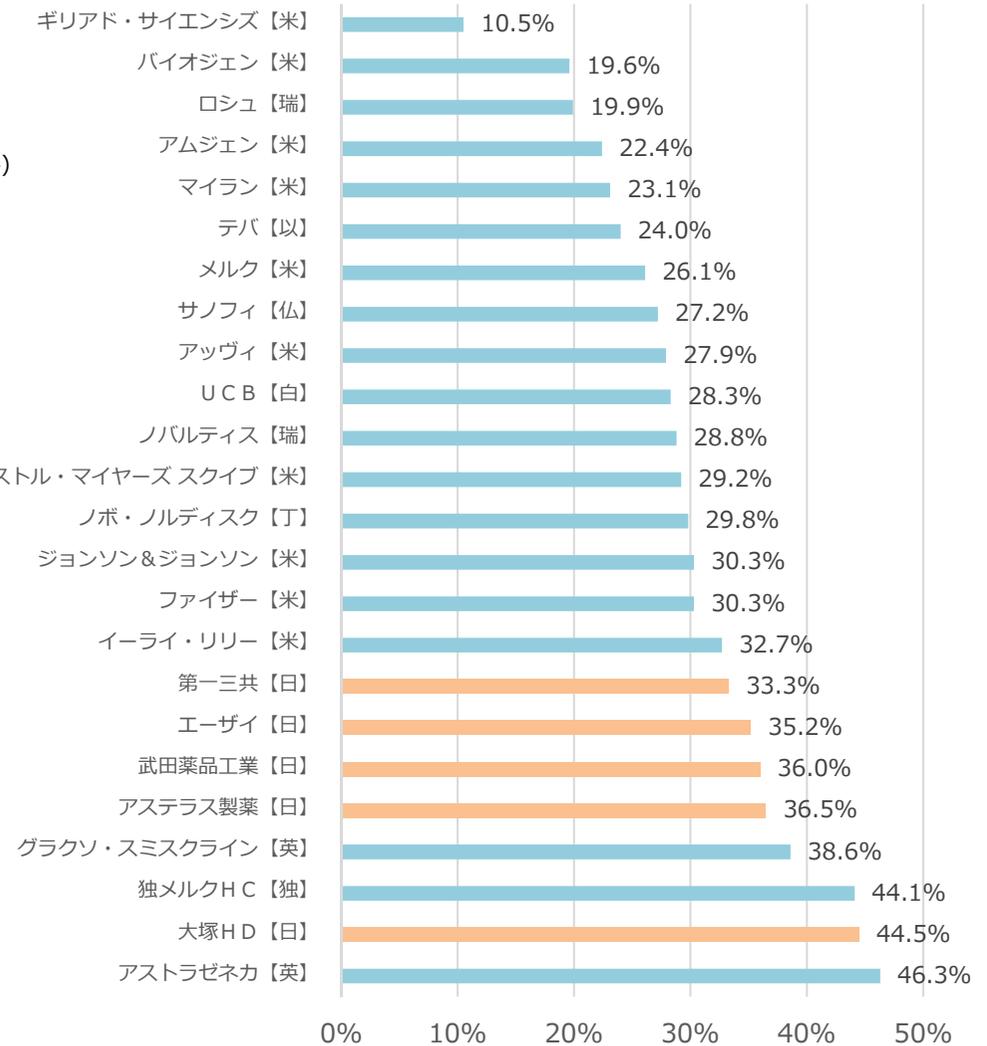
## ◆ 医薬品産業の営業コスト構造（他業種との比較）

原価率 販売費・一般管理費 営業損益



## ◆ 販売費・一般管理費（研究開発費以外）の比率

(2015)



(出典) 日本政策投資銀行「産業別財務データハンドブック2017」、報道発表資料等

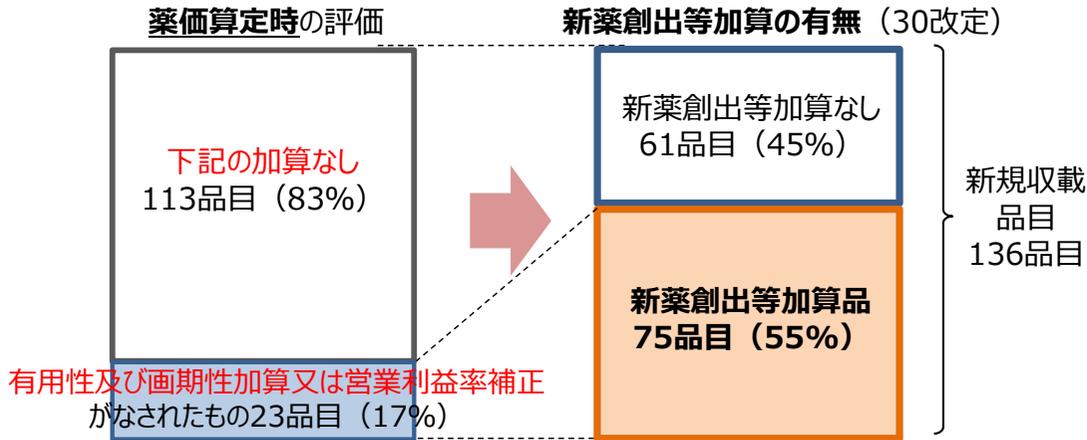
(※) 企業により、仕掛研究開発の償却費が含まれている場合がある。これを加算した場合の研究開発費の割合は、34.4%となる。

(出典) 研ファーマ・ブレーション発行「NEW Pharma Future」(2016年10-11月号)

# (参考)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。

## ◆28～29年度の新規掲載品目と新薬創出等加算の状況



### 新薬創出等加算における企業要件 (30改定)

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。

## ◆日本創薬力強化プラン (緊急政策パッケージ) の策定 (30年度予算)

平成30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) (29年度補正予算300億円)

### I・II 合計で

平成30年度：約530億円

平成29年度補正予算：300億円

を予算措置

## ◆研究開発税制

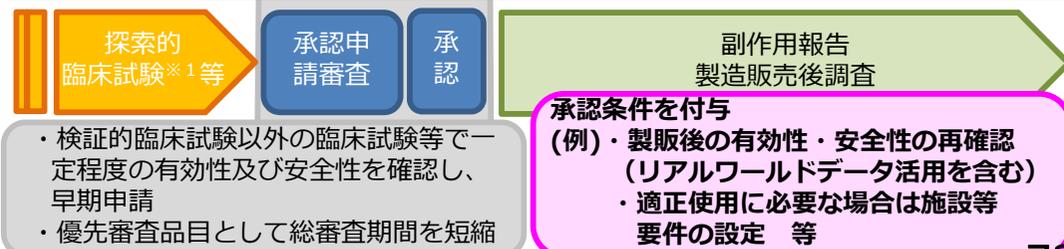
総額型		高水準型	
● 一般試験研究費に係る税額控除		● 平均売上金額の10%超の試験研究費に係る税額控除	
税額控除率	試験研究費の増減に応じ、6%～14% (中小法人：12%～17%)	税額控除率	(試験研究費割合 - 10%) × 20%
控除限度額	法人税額の25% ※中小法人で試験研究費の増加率が5%超の場合：10%上乘せ ※試験研究費が平均売上金額の10%超の場合：0～10%上乘せ	控除限度額	法人税額の10%
● 特別試験研究費に係る税額控除			
税額控除率	特別試験研究費の内容に応じ、20%～30%		
控除限度額	法人税額の5% (一般試験研究費とは別枠)		

(参考1) 総額型の「※」部分については高水準型との選択制。  
(参考2) 製薬企業における研究開発税制による支援額の推計値 (平成27年度) は764億円 (出所：平成29年4月11日社会保障WG提出資料)。

## ◆条件付き早期承認制度



### 条件付き早期承認制度



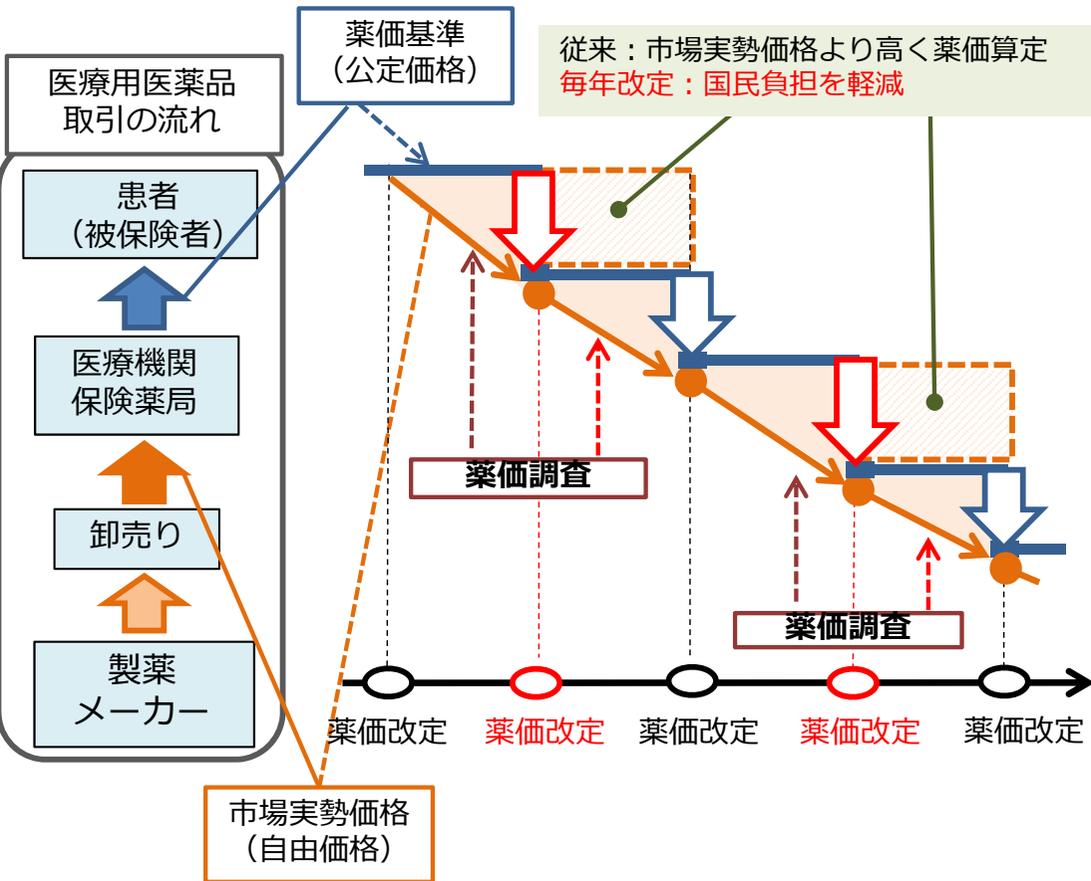
## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「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」

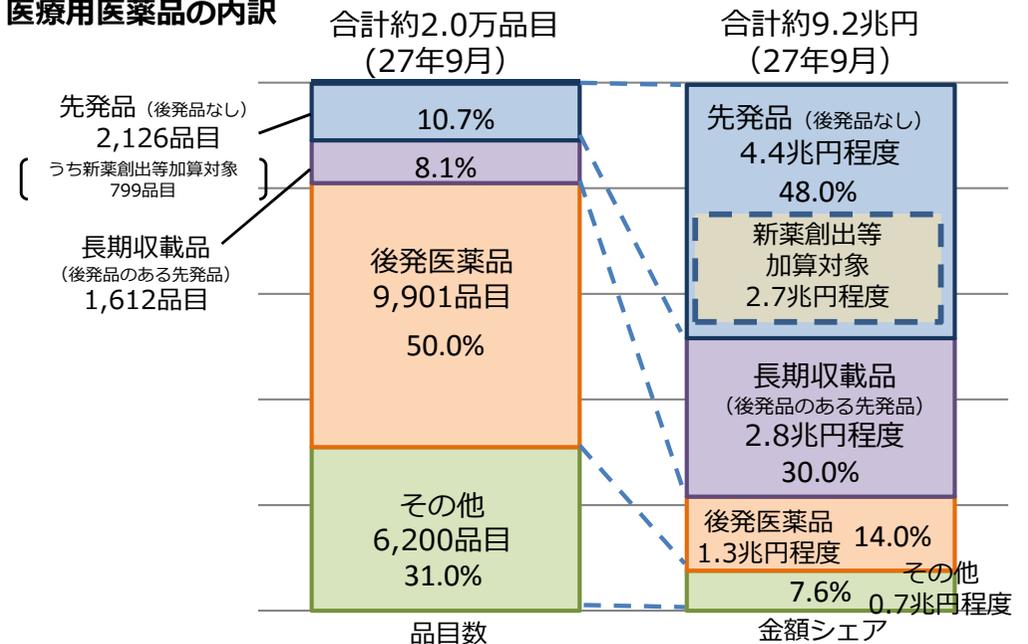
### 【論点】

- 医療用医薬品の内訳について、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」が占めるなど、数量ベースと金額ベースでは内訳が大きく異なる。
- 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。

### ◆ 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) 平成28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) 29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、金額ベースで見て国民負担の軽減に十分につながるようなものとすべき。74

# 薬価制度の抜本改革(次期薬価改定に向けた課題)

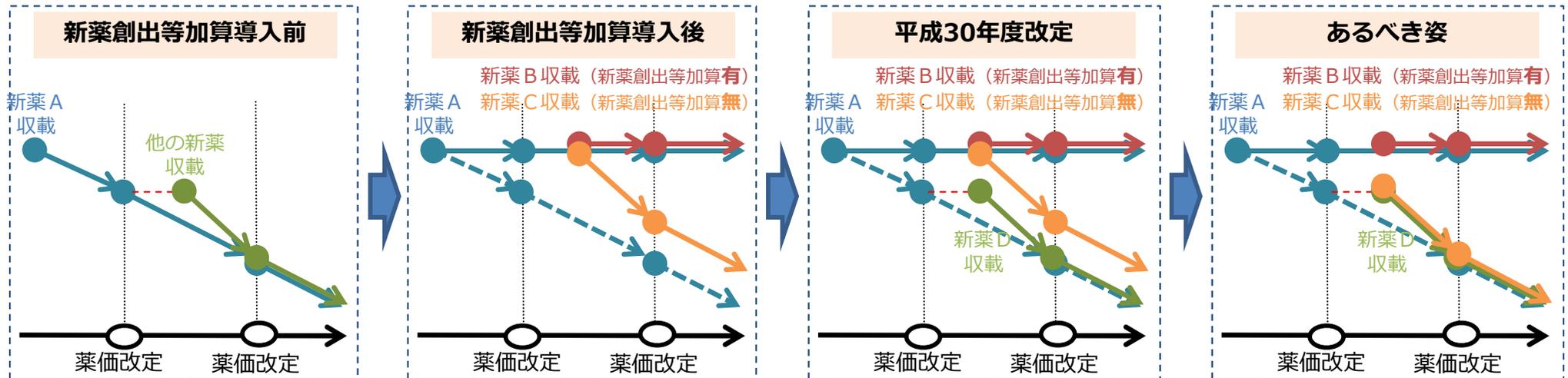
## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「2020年度の薬価改定に向けて、新薬創出等加算対象品目を比較薬とする場合の薬価算定の見直し、効能追加等による革新性・有用性の評価、長期収載品の段階的な価格引下げまでの期間の在り方等について、所要の措置を検討する」

### 【論点】

- 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、平成30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  
 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

### ◆ 長期収載品の薬価引下げ（平成30年度改定）

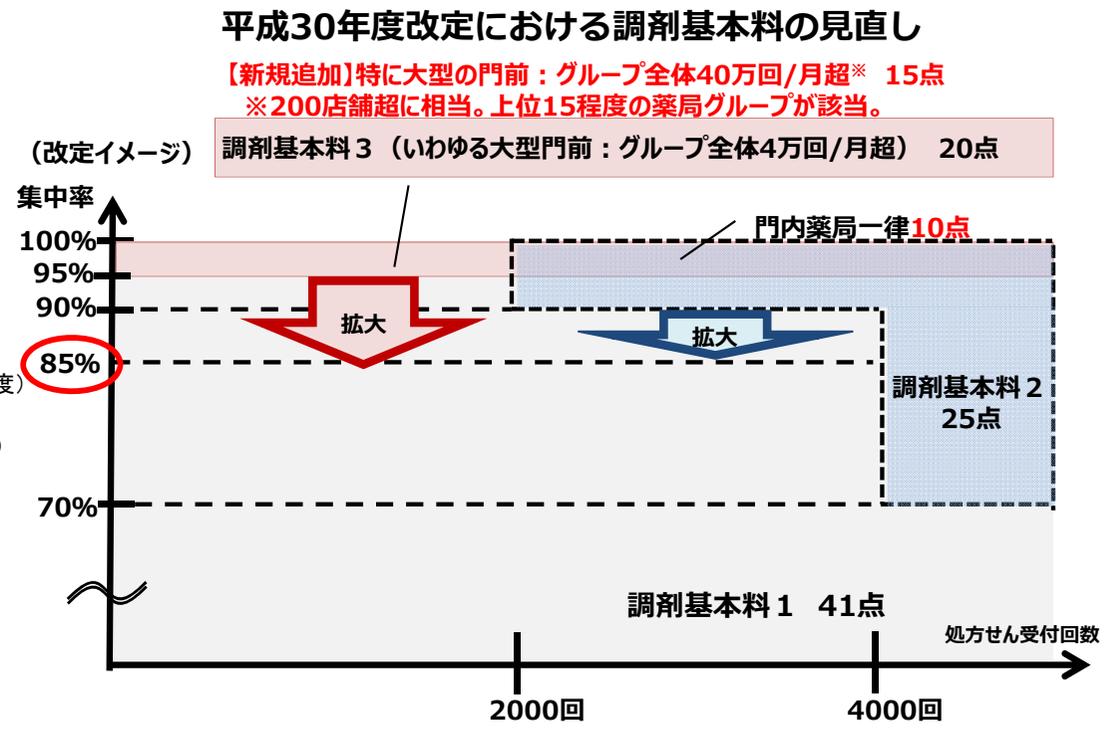
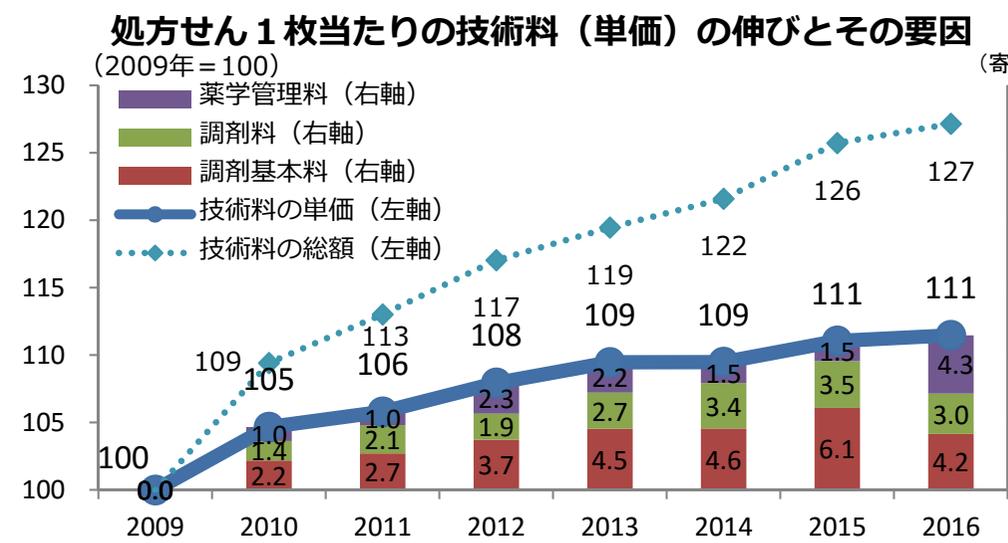
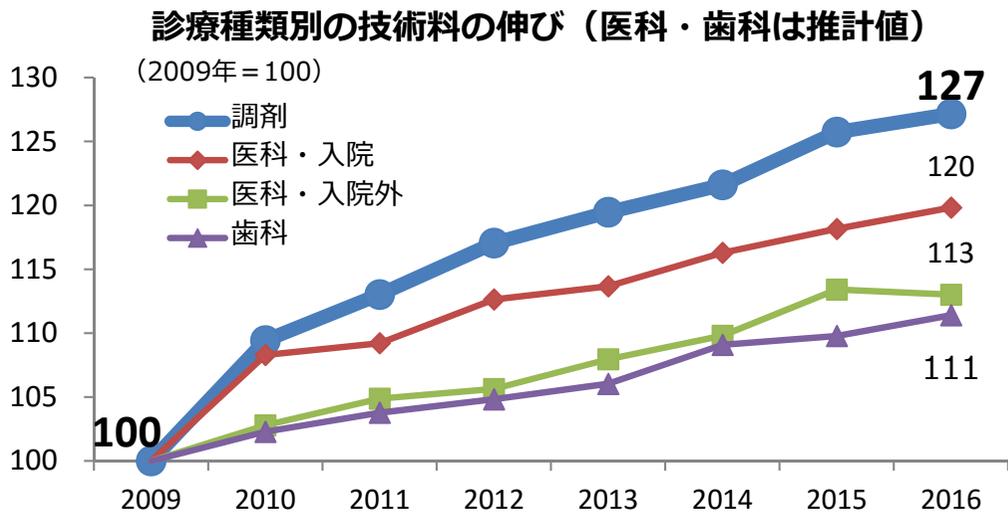


### 【改革の方向性】（案）

- 2020年度の薬価改定において、①新薬創出等加算対象品目を比較薬として薬価算定を行う場合、新薬創出等加算の対象とならない新規収載品目については、比較薬の新薬創出等加算に係る額を控除して薬価算定を行う仕組みとするとともに、②長期収載品については、後発医薬品の置換え率の状況等を確認しつつ、必要に応じ、段階的な価格引下げ開始までの期間の短縮を実施すべき。

**【経済財政運営と改革の基本方針2018】**  
 「患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する」

- 【論点】**
- 医薬分業の進展による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、調剤医療費のうち、薬剤料等を除いた技術料部分の伸びは、入院医療費や外来医療費と比較して大きいものとなっている。
  - 平成30年度診療報酬改定において、大型門前薬局に係る調剤報酬の引き下げを実施。



(出所)厚生労働省「平成28年度 医療費の動向」、「調剤医療費(電算処理分)の動向」等

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「患者本位の医薬分業を実現し、地域において薬局が効果的・効率的にその役割を果たすことができるよう、調剤報酬の在り方について引き続き検討する」

### 【論点】

- 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されている。
- 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。累次の改定においても、こうした観点からの見直しはごく一部にとどまっておき、更なる引下げを行うべき。
- かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて、薬中心の業務から患者中心の業務へシフトさせるとともに、かかりつけ機能が必要となる患者の範囲や、そのために通常の薬剤師以上に求められる能力・備えるべき要件などを整理すべきではないか。

### ◆ 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）〔0.8兆円〕

##### 1剤につき

（赤字は、30改定後←30改定前←28改定前）

##### イ. 14日分以下

（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

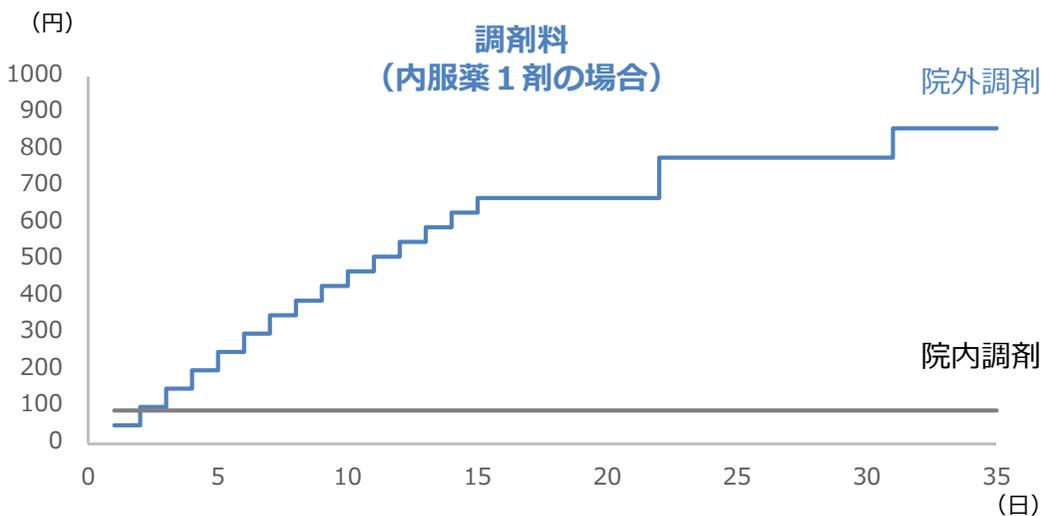
##### ハ. 22日分以上30日分以下

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。



### ◆ かかりつけ薬剤師指導料の算定要件の概要

#### <施設基準>

- ①以下の経験等をすべて満たす保険薬剤師を配置  
3年以上の薬局勤務経験、勤務先の薬局に週32時間以上勤務・1年以上在籍
- ②薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得
- ③医療に係る地域活動の取組に参画

#### <算定要件の主なもの>

- ①患者の手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名・勤務先の薬局の名称及び連絡先を記載
- ②患者ごとの薬剤服用歴に基づき、重複投薬や薬物アレルギー等を確認・情報提供
- ③対話により服薬状況や残薬の状況等の情報を収集し、必要な服薬指導・記録
- ④薬剤情報提供文書による、調剤した薬剤に対する後発医薬品の情報の提供
- ⑤患者が受診している全ての保険医療機関や服用薬等の情報を把握し、記録
- ⑥24時間相談に応じる体制を確保、開局時間外の連絡先・勤務表等を患者に交付
- ⑦調剤後も服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案
- ⑧必要に応じて患者宅を訪問して服用薬の整理等

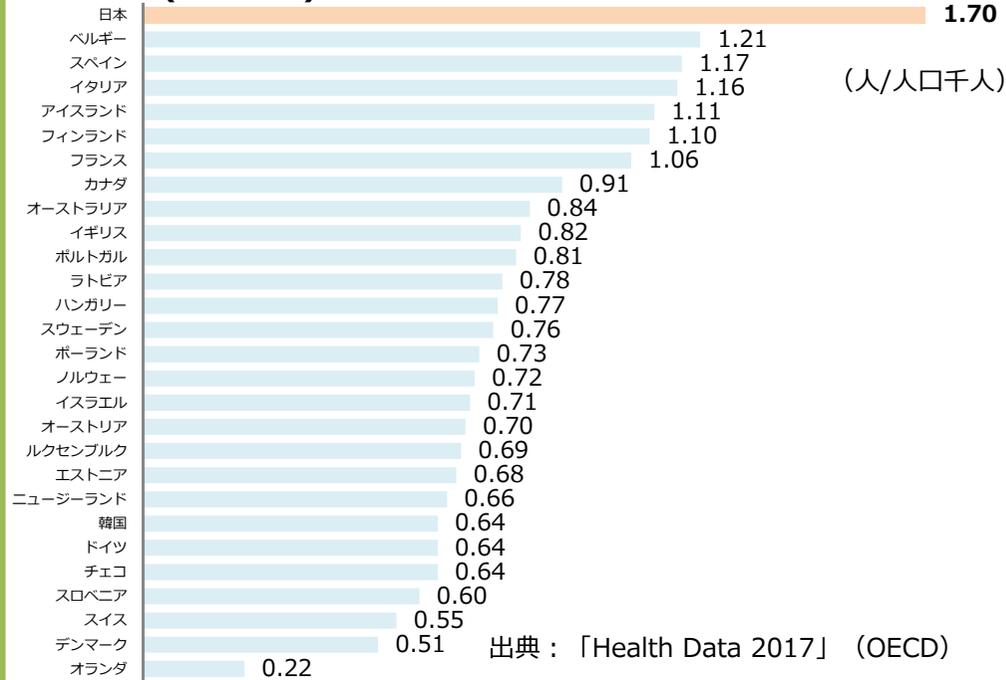
### 【改革の方向性】（案）

- 今後とも、薬局の多様なあり方や経営環境を踏まえつつ、それに即した調剤報酬の評価を行っていく観点から、かかりつけ機能のあり方を改めて検討した上で、地域においてかかりつけ機能を担っている薬局を適切に評価する一方、こうした機能を果たしていない薬局の報酬水準は、適正化していくことが必要。
- 今般の報酬改定の効果も検証しつつ、近年の技術進歩等を踏まえた投与日数や剤数に比例した調剤料設定の妥当性、かかりつけ薬局の評価次第では受けるサービス以上に患者負担が増加するといった点への対応も含め、調剤報酬の在り方については、引き続き検討を行っていくべき。

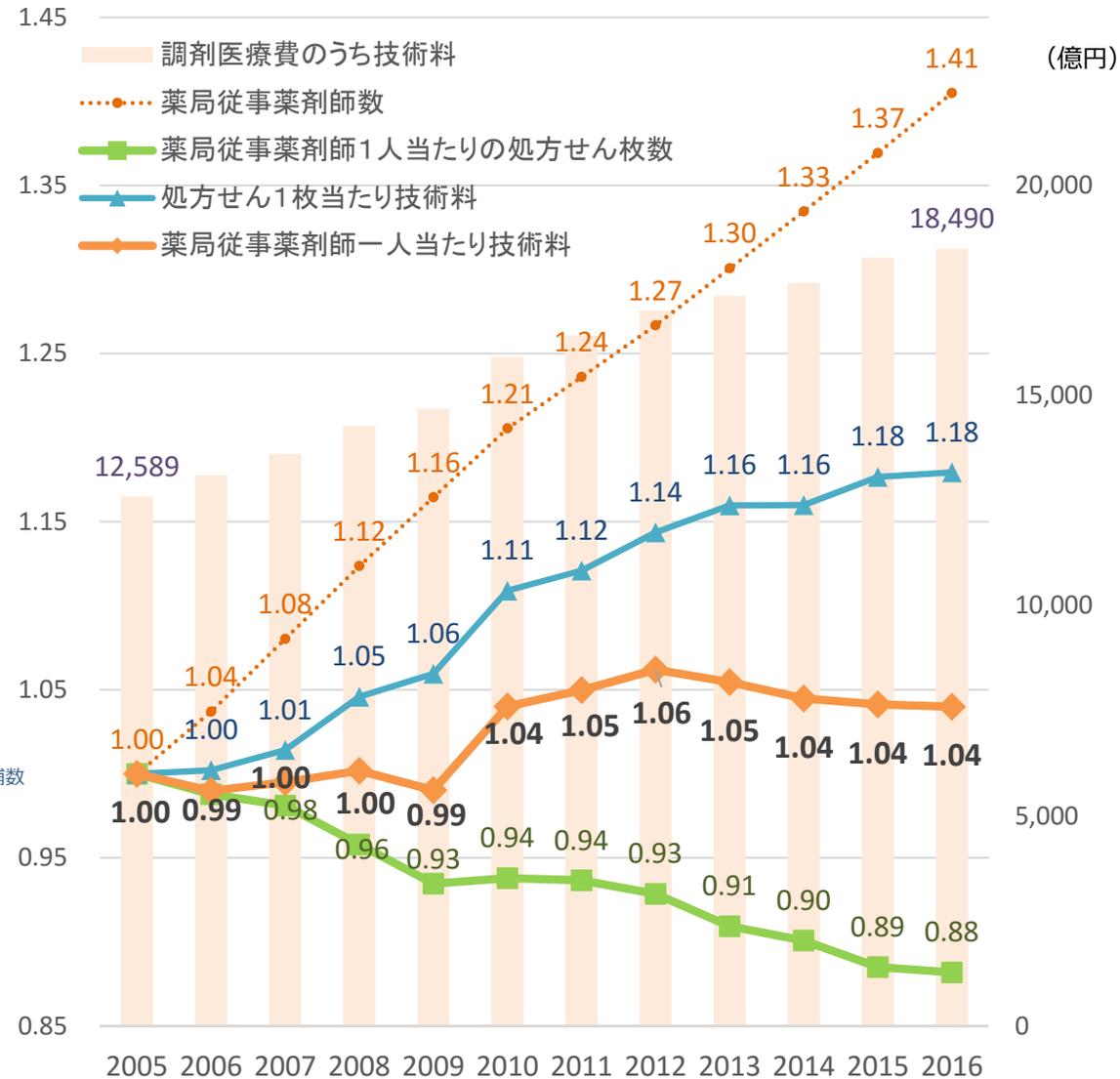
# (参考)薬局・薬剤師数と調剤報酬(技術料)の増加

- 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。
- 通常の市場競争であれば、必要以上の供給増は収益の低下を招き調整が行われる。しかしながら、薬剤師数の増加により薬剤師一人当たりの処方せん枚数は減少している中で、調剤報酬の引き上げにより、薬剤師一人当たりの技術料が維持されている状況。

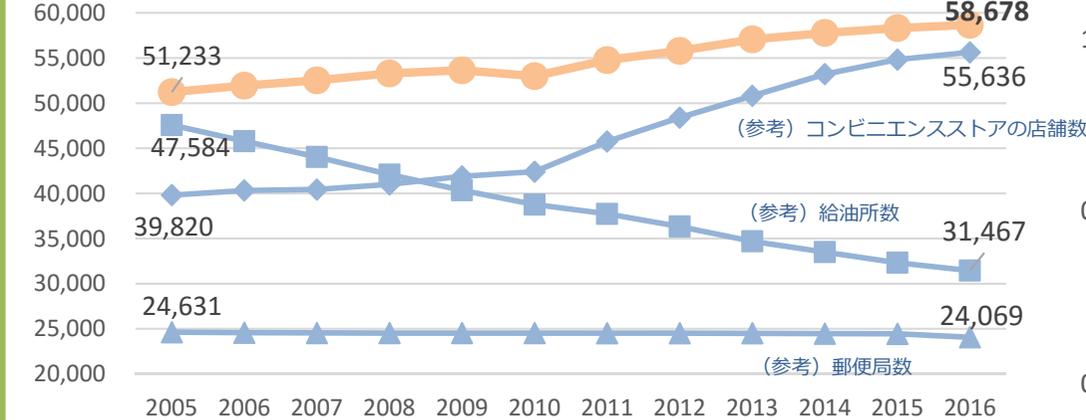
## ◆薬剤師数(対人口比)の国際比較(2014年)



## ◆薬局従事薬剤師一人当たりの技術料等の推移(2005年度=1)



## ◆薬局数の推移



出典: 厚生労働省「衛生行政報告例」、経済産業省「商業動態統計」、日本郵便「郵便局局数表」、資源エネルギー庁HP

出典: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」「平成28年版厚生労働白書」「調剤医療費の動向」

# 今後の医療制度改革で取り組むべき改革項目(4)

## 《 視点3. 高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく(給付と負担のバランス) 》

### 【年齢ではなく能力に応じた負担】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
後期高齢者の窓口負担	団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する。	医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方について、70歳から74歳の窓口負担の段階的な引上げの実施状況等も踏まえつつ、関係審議会等において検討し、結論【平成30年度末結論】	⑭
金融資産等を考慮に入れた負担	高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する。	マイナンバーの導入等の正確な金融資産の把握に向けた取組を踏まえつつ、引き続き、医療保険制度における負担への反映方法について関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる【平成30年度末結論】	⑮
現役並み所得の判定方法	年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する。	—	⑯

### 【支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応	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する。	—	⑰

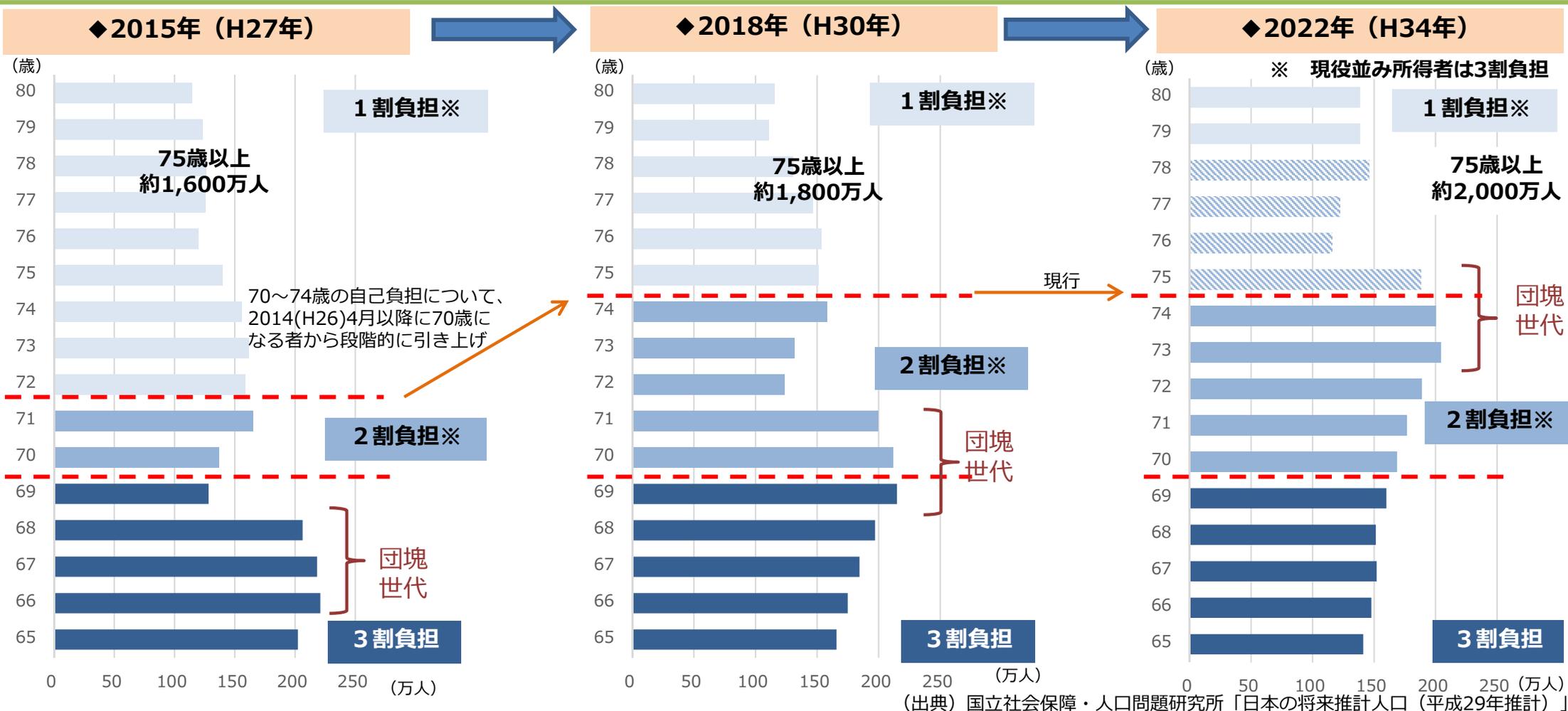
# 医療保険における後期高齢者の窓口負担の在り方

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「団塊世代が後期高齢者入りするまでに、世代間の公平性や制度の持続性確保の観点から、後期高齢者の窓口負担の在り方について検討する」

### 【論点】

- 後期高齢者の定率の窓口負担は、現役世代よりも低い1割に軽減されている。他方、後期高齢者の人口は毎年増加。
- 2022年から団塊の世代が後期高齢者になり始めるが、現行制度の下では2割負担から1割負担に引き下がることになる。



### 【改革の方向性】(案)

- 後期高齢者数や医療費が毎年増加し、これを支える現役世代の保険料や税の負担が重くなっていく中、世代間の公平性や制度の持続可能性を確保していく観点から、まずは75歳以上の後期高齢者の自己負担について2割負担とすべき。
- その際、現在70歳~74歳について段階的に実施している自己負担割合の2割への引き上げと同様に、75歳到達後も自己負担割合を2割のままとすることに加えて、すでに後期高齢者となっている者についても、数年かけて段階的に2割負担に引き上げるべき。

# 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

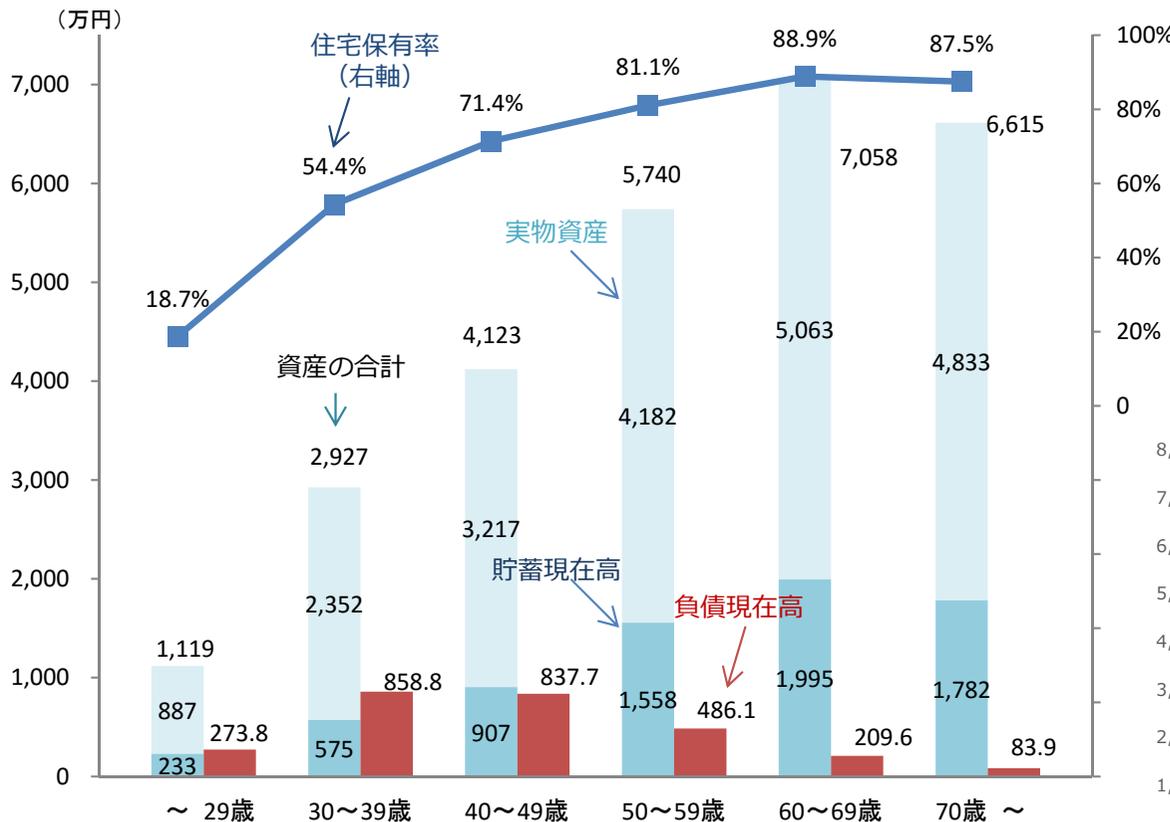
## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担を求めることを検討する」

### 【論点】

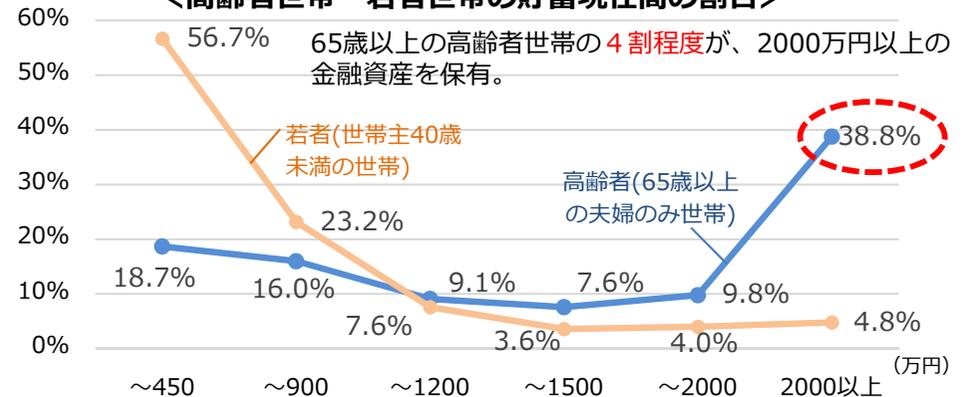
- 高齢者は、現役と比べて平均的に所得水準は低い一方で、貯蓄現在高は高い。また、所得が低い高齢者の中にも相当の金融資産を保有するケースもある。しかし、(介護保険における補足給付を除き)高齢者の負担能力の判断に際し、預貯金等の金融資産は勘案されていない。
- 預金口座への任意付番・預金情報の照会を可能とする改正マイナンバー法が施行。

＜世帯主の年齢階級別資産残高＞

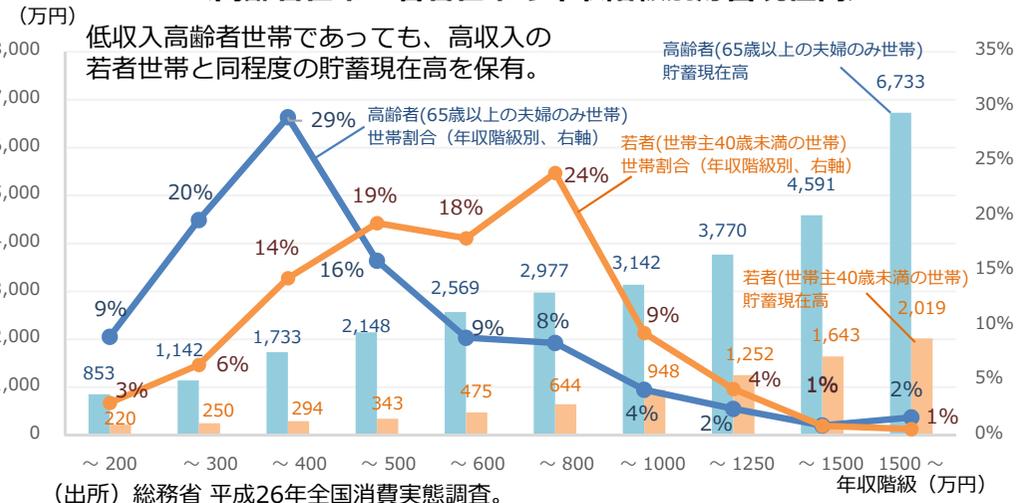


(出所) 総務省 平成26年全国消費実態調査。  
(注) 総世帯。資産の合計は、実物資産と貯蓄現在高の合計。

＜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。

# 現役並み所得の判定方法(後期高齢者医療制度)

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

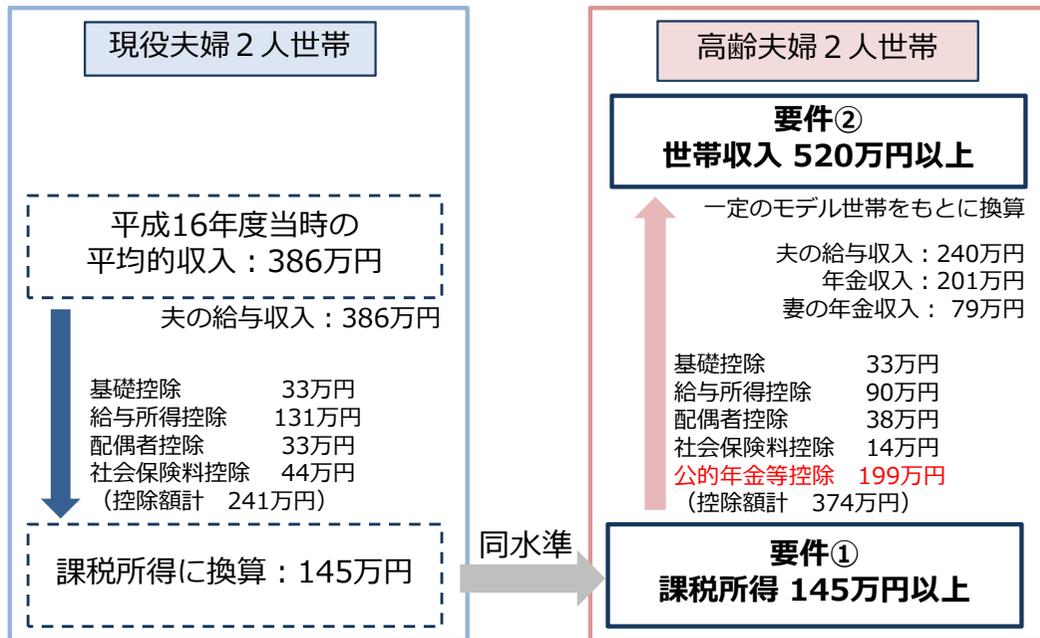
「年金受給者の就労が増加する中、医療・介護における「現役並み所得」の判断基準を現役との均衡の観点から見直しを検討する」

### 【論点】

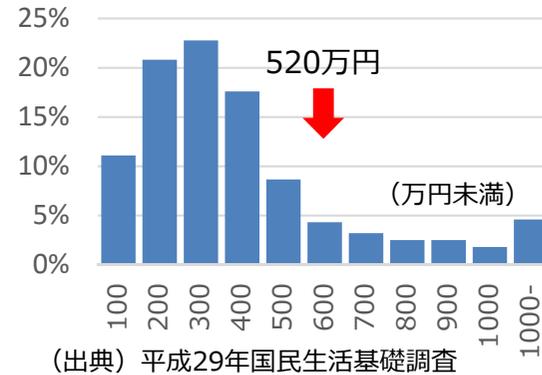
- 後期高齢者の自己負担は、「現役並み」（現役の平均）の所得水準を基準に、それ以上の所得があれば現役と同様3割負担、それ以下であれば1割負担とされ、高額療養費の負担限度額にも差が設けられている。
- しかしながら、実際の判定基準は、「現役並み」以上の所得があっても「現役並み」とは評価されない仕組みとなっており、相当の収入があっても後期高齢者であれば1割負担となる。
- 後期高齢者に占める「現役並み所得者」の割合は減少傾向であり、実効給付率の上昇の一因となっている。

### ◆ 3割負担等の対象(現役並み所得以上)の判定方法

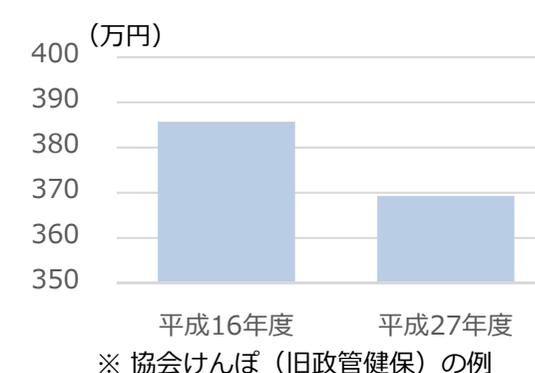
- 要件① 世帯内に課税所得の額が145万円以上の被保険者がいる  
かつ  
要件② 世帯の被保険者全員の収入の合計額が520万円以上である。  
(世帯の被保険者が一人の場合は、383万円以上である。)



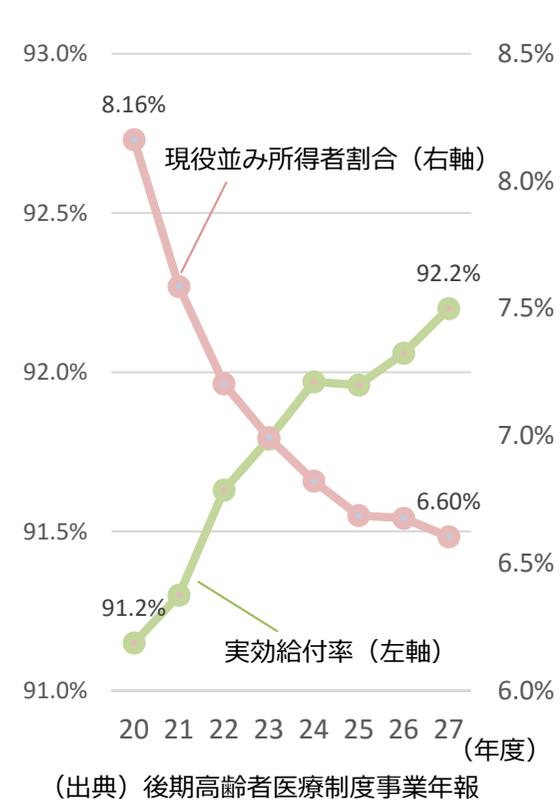
### ◆ 所得金額階級別の世帯数割合 (世帯主：75歳以上)



### ◆ 年間総報酬額の変化



### ◆ 「現役並み所得者」割合と実効給付率 (後期高齢者医療制度)



### 【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。

# 支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

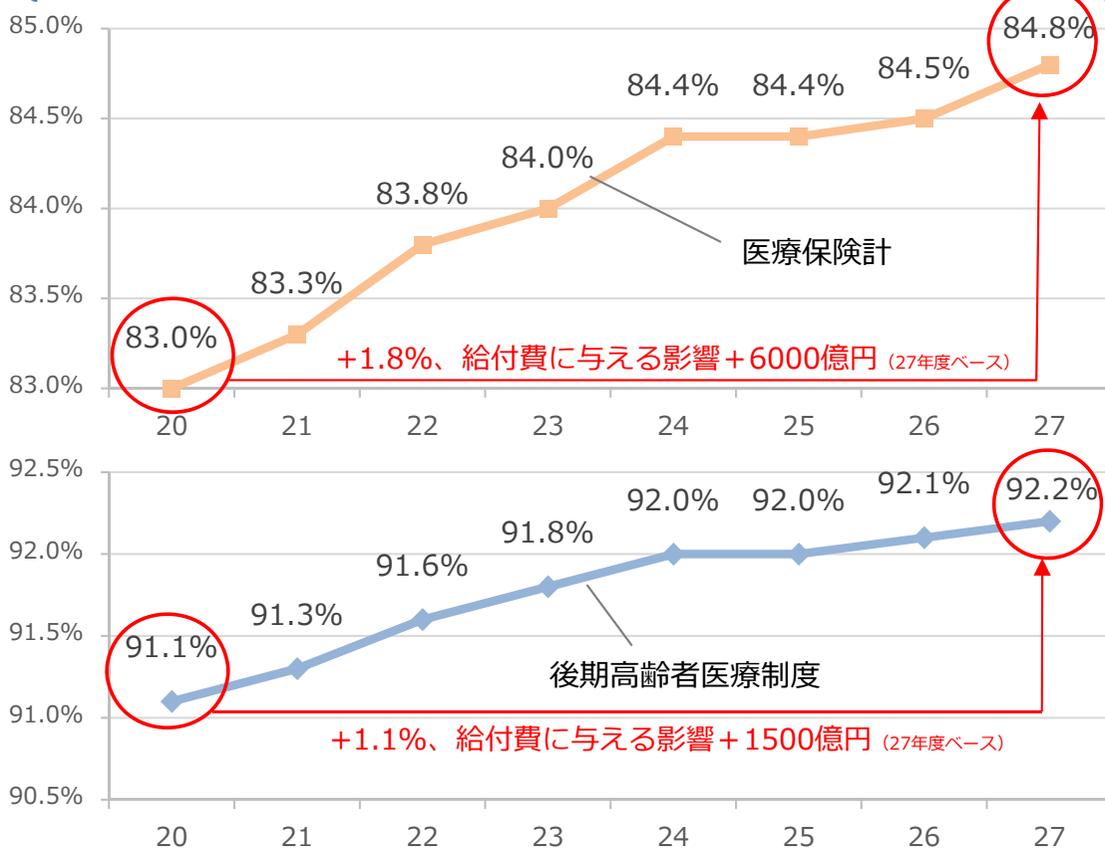
「支え手の中核を担う勤労世代が減少しその負担能力が低下する中で、改革に関する国民的理解を形成する観点から保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討する」

### 【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。

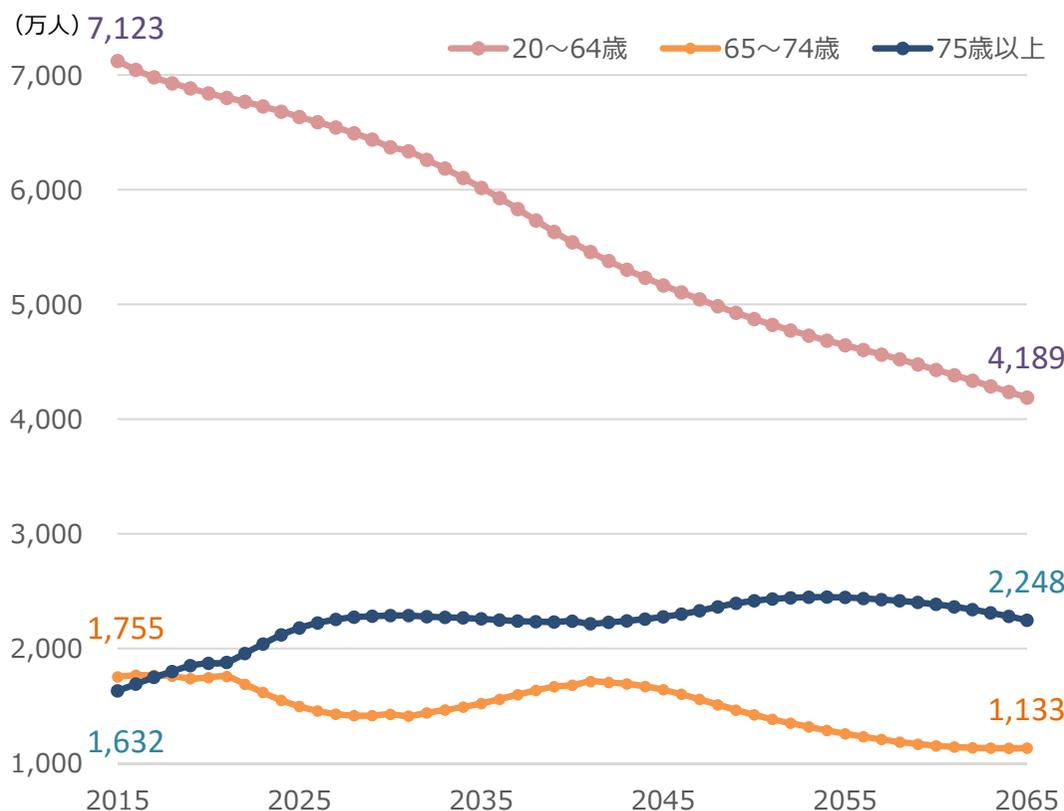
### ◆ 実効給付率（医療費に占める給付費の割合）の推移

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）



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」

### ◆ 2065年までの人口の推移



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」

### 【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。

# Ⅲ. 介 護

# 医療・介護制度改革の視点

「高齢化」「支え手の減少」「高度化」の中で、財政と医療・介護保険制度の持続可能性を確保していくため、下記の視点で、制度の改革に取り組んでいく必要があり、早急に議論を前に進めるべき。

## 視点1 制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か）

### ① 「高度・高額な医療技術や医薬品への対応」

新たな医薬品・医療技術について、安全性・有効性に加え、費用対効果や財政影響等などの経済性も踏まえて、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していくべき。

### ② 「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」

「小さなリスク」については、従前のように手厚い保険給付の対象とするのではなく、より自助で対応することとすべき。

〔主な改革項目（案）〕 OTC類似薬や有用性の低い医薬品の処方に係る自己負担率の引上げ、少額の外来受診に係る定額負担の導入  
介護の軽度者向け生活援助サービスに係る給付の在り方の見直し 等

## 視点2 必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する（提供体制と公定価格）

### ① 「医療・介護提供体制の改革」

これまで以上に限られた財源とマンパワーの中で必要なサービスを過不足なく効率的に提供していくため、医療・介護提供体制の在り方の見直しを図るべき。

〔主な改革項目（案）〕

- ・ 地域医療構想の実現（急性期病床の削減等）に向けた、都道府県によるコントロール機能の強化やインセンティブ策の強化
- ・ かかりつけ医等への適切な誘導に向けた、外来受診時等における定額負担の活用
- ・ 介護の地域差縮減に向けた、インセンティブ交付金等の活用による保険者機能の一層の強化 等

### ② 「公定価格の適正化・包括化」

診療報酬本体、薬価など、保険償還の対象となるサービスの価格については、国民負担を軽減する観点から、できる限り効率的に提供するよう、診療報酬・薬価の適正化等を進めるべき。

今後の介護報酬改定に向け、加算の効果等に係るエビデンスの整理・検証を通じた報酬改定のPDCAサイクルを確立していくべき。

## 視点3 高齢化や支え手減少の中で公平な負担としていく（給付と負担のバランス）

### ① 「年齢ではなく能力に応じた負担」

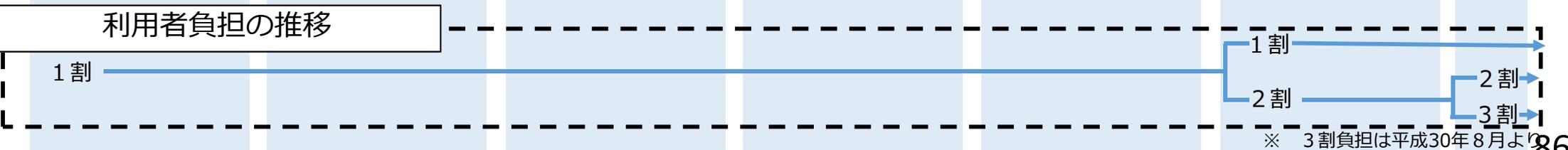
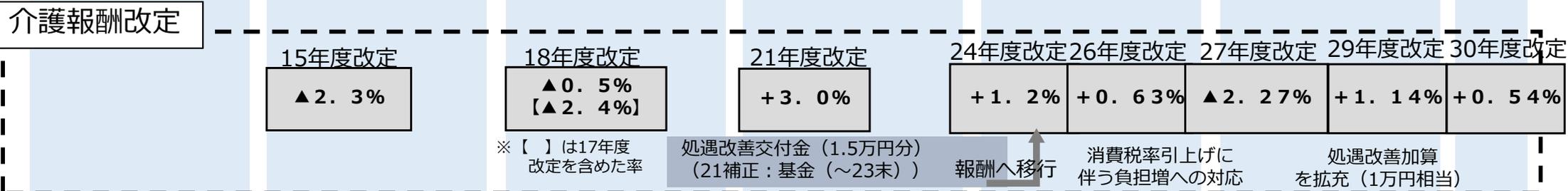
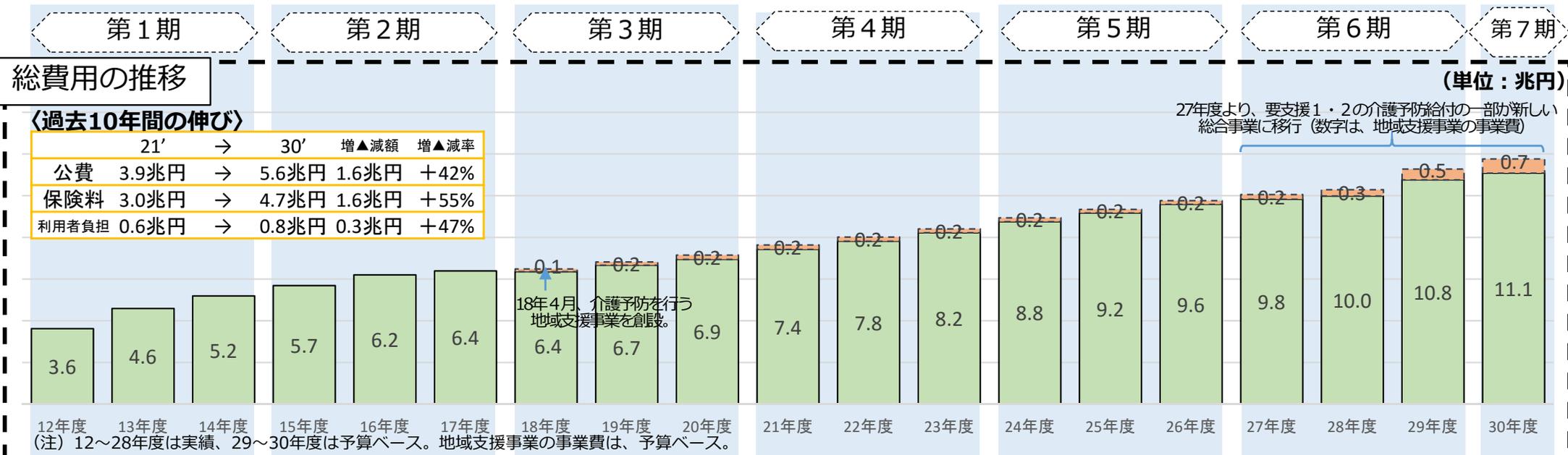
団塊の世代が後期高齢者となり始める2022年度までに、世代間の公平の観点も踏まえ、後期高齢者の窓口負担の引上げや介護の利用者負担などの改革を実施すべき。

### ② 「支え手減少下での医療費増加に対する総合的な対応」

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。

# 介護保険費用・介護報酬改定・保険料・利用者負担の推移

○ 介護保険制度については、これまで保険給付の範囲の見直し、介護給付の適正化・効率化、利用者負担の引上げ等といった改革に取り組んできたものの、高齢化の進展等により総費用は3倍余りに、保険料負担も2倍程度に増加するなど必ずしも歯止めがかかっておらず、今後の高齢者の増加、現役世代（支え手）の減少を見据えて、制度の持続可能性の観点から、更なる検証・改革が必要。

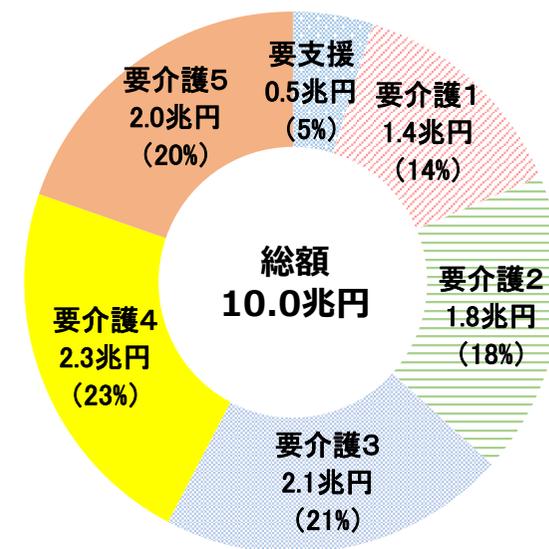


# 〔参考〕 諸外国における介護制度との比較

- 介護に社会保険制度を採用している主な国には、ドイツ、韓国があり、日本と比較すると、
  - ・ 給付対象（要介護区分）については、ドイツ、韓国ともに近年軽度にも拡大しているものの、引き続き簡素な仕組みを採用し、
  - ・ 利用者負担については、韓国では在宅給付は15%、施設給付は20%、ドイツでは保険給付は定額制（部分保険）で超過部分は全額自己負担であり、利用者負担が高くなっている。

	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)	国民健康保険会社 (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 (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。	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	<b>原則1割</b>	<b>保険給付は定額制 (超過部分は自己負担)</b>	<b>在宅給付15% 施設給付20%</b>
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  
(2016(H28)年度実績)



出所：厚生労働省「平成28年度介護保険事業状況報告」

出所：増田雅暢編著「世界の介護保障〔第2版〕」2014、渡辺富久子「ドイツにおける介護保険法の改正－認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更－」2016、OECD “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care” 2011等に基づき作成

# 介護保険制度の基盤強化に向けて

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「2025年度P B黒字化に向けては、団塊世代が75歳に入り始める2022年度の前までの2019年度から2021年度を、社会保障改革を軸とする「基盤強化期間」と位置付け、経済成長と財政を持続可能にするための基盤固めを行うこととする。」

## 【論点】

- 介護保険制度は、2000年に創設されており、2020年度に実施される見込みである次期介護保険制度の見直しは制度創設から20年という節目の年に行われる。制度創設当初の想定に比して、どのような状況変化があり、何が残された課題なのかを認識し、その解決への道筋を示し、制度の持続可能性を高めていく必要がある。

## 【介護保険制度の基本理念・目標等】

高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして創設

**自立支援**… 単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することが理念

**利用者本位**… 利用者の選択により、多様な主体から保険医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度

- 「高齢者介護保険制度の創設について」（抜粋）  
（1996年4月22日老人保健審議会最終報告）

### 第1部 介護保険制度の基本目標

- ① 高齢者介護に対する社会的支援
- ② 高齢者自身による選択
- ③ 在宅介護の重視
- ④ 予防・リハビリテーションの充実
- ⑤ 総合的、一体的、効率的なサービスの提供
- ⑥ 市民の幅広い参加と民間活力の活用
- ⑦ 社会連帯による支え合い
- ⑧ 安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮

## 【残された課題への対応】

- 給付と負担のバランス
  - ・ 世代間の公平性の確保、「能力」に応じた負担等
- 地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供
  - ・ 地域支援事業への移行等
- 地域差の解消、保険者機能の強化
  - ・ 保険者のインセンティブ強化等
- 介護離職の削減
  - ・ 介護の「受け皿」整備（介護人材の処遇改善）等
- 介護・認知症予防の推進
  - ・ 介護予防事業の効果的・効率的な実施等
- サービスの質的向上等
  - ・ 質の高いケアマネジメントの確保等

# 今後の介護制度改革で取り組むべき改革項目（1）

## 《 視点1：制度の持続可能性を踏まえた保険給付範囲としていく（共助の対象は何か） 》

【大きなリスクは共助、小さなリスクは自助】

改革項目	骨太2018における記述	改革工程表2017改定版における記述	番号
介護保険給付の範囲の在り方 （軽度者へのサービスの地域支援事業への移行）	介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。	軽度者に対する生活援助サービスやその他の給付の地域支援事業への移行について、介護予防訪問介護等の移行状況等を踏まえつつ、引き続き関係審議会等において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。	①

# 介護保険給付の範囲の在り方(軽度者へのサービスの地域支援事業への移行①)

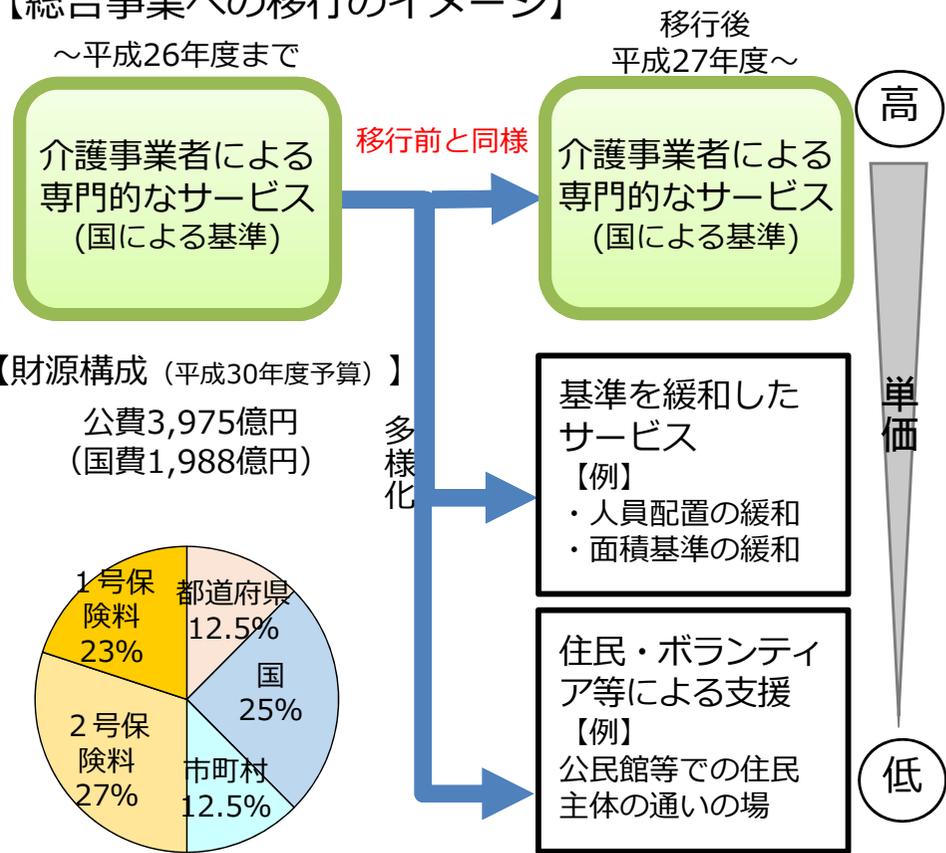
## 【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。」

### 【論点】

- 軽度者（要支援、要介護1・2）は生活援助サービスの利用割合が大きいですが、こうした生活支援に関わるサービス等は、国による一律の基準によるサービス提供よりも、地域の実情に応じた多様な主体によるサービス提供が望ましい。
- 平成27年度から要支援者に対する訪問・通所介護は、介護予防・日常生活支援総合事業に移行を開始し、平成30年3月末までに全市町村が移行を完了。利用者の状態像や地域の実情に応じ、国による基準に基づく専門的なサービスだけでなく、基準を緩和したサービスや住民主体のサービスを実施することとなったが、まだ多くが移行前と同様の国による基準に基づくサービスの実施を中心としている。

### 【総合事業への移行のイメージ】



(注)総合事業の財源については、事業移行前年度実績に市町村の75歳以上高齢者の伸びを乗じた額を措置。

### 【総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化 (イメージ)】

(厚生労働省作成資料)

