

第67回社会保障審議会医療保険部会 資料

「法制上の措置」骨子（医療保険制度関係）の実施スケジュール

法制上の措置（骨子）に盛り込まれた事項については、社会保障審議会医療保険部会等で議論し、平成26年度から平成29年度までを目途に順次必要な措置を講ずる。法改正が必要な事項については、平成27年通常国会に法律案を提出することを目指す。

「法制上の措置」骨子の文言	実施スケジュール
2. 医療制度 (6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。	
① 医療保険制度の財政基盤の安定化について次に掲げる措置	
イ 国民健康保険（国保）の財政支援の拡充	平成27年法案提出等
ロ 国保の保険者、運営等の在り方に関し、保険料の適正化等の取組を推進するとともに、イに掲げる措置により、国保の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国保の運營業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等に関する市区町村の積極的な役割が果たされるよう都道府県・市区町村で適切に役割分担するために必要な措置	平成27年法案提出
ハ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）附則第2条に規定する所要の措置	平成27年法案提出
② 保険料に係る国民の負担に関する公平の確保について次に掲げる措置	
イ 国保及び後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担を軽減する措置	平成26年度税制改正、政令改正
ロ 被用者保険者に係る後期高齢者支援金の全てを総報酬割とする措置	平成27年法案提出
ハ 所得水準の高い国民健康保険組合に対する国庫補助の見直し	平成27年法案提出
ニ 国保の保険料の賦課限度額及び被用者保険の標準報酬月額の上限額の引上げ	平成26年度税制改正、政令改正、平成27年法案提出
③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置	
イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担の観点からの高額療養費の見直し	平成26年度予算措置、政令改正
ロ 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し	平成27年法案提出

医療保険部会での検討スケジュール（法制上の措置関連）（案）

	医療保険部会					地方団体との協議
	高額療養費の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 国保・後期高齢者医療の低所得者保険料負担軽減措置 国保の保険料賦課限度額引上げ 	診療報酬改定基本方針	<ul style="list-style-type: none"> 被用者保険の標準報酬月額引上げ 所得水準の高い国保組合への国庫補助の見直し 医療提供施設相互間の機能の分担や在宅療養との公平の観点からの外来・入院に関する給付の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者支援金の全面総報酬割 協会けんぽの国庫補助率や高齢者医療の費用負担の在り方 国保の財政支援の拡充 国保の保険者、運営等のあり方 	<ul style="list-style-type: none"> 国保の低所得者保険料負担軽減措置（再掲） 国保の保険料賦課限度額引上げ（再掲） 国保の財政支援の拡充（再掲） 国保の保険者、運営等のあり方（再掲）
25年 9月	議論 ↓ とりまとめ	議論 ↓ とりまとめ	議論 ↓ とりまとめ			議論 ↑ ↓ 議論
12月						
26年 4月				議論 ↓ (中間まとめ) ↓ とりまとめ	議論 ↓ (中間まとめ) ↓ とりまとめ	議論 ↑ ↓ 議論
12月						
対応方針	26年度中を目途に政令改正	26年度税制改正、予算措置、政令改正	26年度改定	27年常会に法案提出	27年常会に法案提出	

次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の 基本的な考え方について

(これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの)

平成 25 年9月6日

1. 基本認識について

(1) 社会保障・税一体改革における医療の機能強化と重点化・効率化

ア 我が国の医療については、国民皆保険の下で、医療関係者の献身的な努力、保健事業に係る保険者の取組、公衆衛生の向上等により、世界トップレベルの長寿、新生児死亡率や妊産婦死亡率の低さ等を実現してきた。また、医療費の対GDP比は、OECD諸国の中で中位にあり、世界一の高齢化水準に鑑みれば、決して高い水準ではなく、世界に高く評価されるコストパフォーマンスを達成してきた。今後の超少子高齢社会においても、必要な医療は保険診療で行われるべきという基本理念の下、国民皆保険を堅持し、国民の健康を守っていく必要がある。

イ しかし、今後の更なる高齢化の進展により、医療ニーズが慢性疾患を中心とするものに変化しながら増大し、医療の内容が変わっていく中で、引き続き国民が安全で質の高い医療を受けられるようにするためには、国民の理解を得て、医療提供体制の再構築に取り組む、限られた医療資源を医療ニーズに合わせて効果的にかつ無駄なく活用できるようにすることが必要である。

ウ このため、社会保障・税一体改革においては、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療サービスの機能強化と、同時に重点化・効率化に取り組むこととされている。具体的には、診療報酬改定、補助金の活用、医療法改正等により、

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、医療機関の機能分化・強化と連携を推進
- ・ 医療機関の連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床における長期入院の適正化を推進
- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の役割を明確化するなど、在宅医療を充実等に取り組むことが示されている。

エ 団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年に向けて、急性期から回復期、長期療養、在宅医療まで、患者が状態に合った適切な医療を受けることができるよう、本年8月6日に取りまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書も踏まえ、患者の負担にも留意しつつ、医療機関の機能分化・強化と連携を進め、病床の役割を明確化した上で機能に応じた充実を行うとともに、急性期を脱した患者の受け皿となる病床、かかりつけ医機能、在宅医療等を充実していかなければならない。

オ 診療報酬改定においては、医療法改正による対応に先駆けて、社会保障・税一体改革で示されている「2025年の医療の姿」を見据えて、平成24年度診療報酬改定を行ったところであり、平成26年度診療報酬改定においても、引き続き、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む必要がある。

消費税引上げ財源を医療の機能強化に充てるに当たっては、国民の理解が得られるよう、医療の機能強化とともに、医療の効率化に取り組むべきである。

(2) 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっての留意点

ア 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、急性期を脱した患者の受け皿となる病床を整備し、退院した患者を支える在宅医療等を充実させるとともに、医療従事者の適切な確保に留意しながら、段階的かつ着実に進める必要がある。

また、現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られるよう、留意しながら検討を進めるべきである。

イ 患者の立場からすれば、どのような状態であっても、患者の理解を得るための適切な説明が行われ、状態に応じた適切な医療を受けることができるということが重要なのであり、そのような視点に立って、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、そして介護に至るまで、患者を支える機能が円滑に連携していなければならない。地域においてこれらの機能が地域の実情に応じたネットワークを構築し、地域全体で地域の医療需要に応じていく「地域完結型」の医療提供について、それを促進するような評価が必要である。また、このとき、医療従事者の確保が必要であり、医療従事者の負担軽減とともに、チーム医療の推進に引き続き取り組むべきである。

ウ 医療機関の機能分化・強化と連携に当たっては、診療報酬と補助金の活用が考えられる。診療報酬は診療行為や入院等への対価の支払いであり、私的医療機関が多い我が国では、診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある。他方、補助金は地域の実情に応じた活用が可能であるが、対象や金額が限定される傾向がある。診療報酬と補助金の特性を考慮しながら、適切に組み合わせて対応することが適当である。

エ また、効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが患者負担や保険料への影響等の観点からも重要であり、引き続き検討していく。

2. 次期診療報酬改定の社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について

(1) 入院医療について

① 高度急性期・一般急性期について

ア 7対1入院基本料の病床が急速に増え、最も多い病床となっているが、急性期病床に長期療養患者も入院するなど、患者の状態に応じた医療提供、療養環境、医療費負担となっていないという指摘がある。患者が状態に応じて適切な医療を受けられるよう、急性期病床における患者像を適切に評価することが重要である。

イ また、急性期の患者の早期退院・転院や、ADL(日常生活動作)低下等の予防のため、早期からのリハビリテーションの実施や退院・転院支援の充実等も重要である。

ウ このため、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価を行う観点から、急性期病床の患者像の検証を基に、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床の担う機能の明確化を行い、高度急性期及び一般急性期を担う病床の機能強化
- ・ 重症度・看護必要度の見直し等による、患者の状態に応じた医療の提供
- ・ 入院早期からのリハビリテーションや退院・転院支援の推進
- ・ 退院・転院に係る連携の強化
- ・ 急性期病床の平均在院日数の短縮 等

② 長期療養について

ア 長期療養患者については、適切な環境で療養を行うことが重要である。

イ ①アのような指摘がある中で、長期療養患者の受け皿を確保し、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化を図る観点から、いわゆる社会的入院が発生しないように留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 急性期病床における長期入院患者の評価の適正化
- ・ 長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実 等

③ 回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)について

ア 超少子高齢社会では、人口構成が変化し、慢性疾患を有する高齢者が増えることから、高度急性期医療よりも地域に密着した回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)の医療ニーズが増加すると見込まれる。また、急性期を脱した患者は、できるだけ早く適切な療養環境の下で、集中的なりハビリテーション等を受けることにより、早期の在宅復帰・社会復帰を目指すことが重要である。急性期病床では、急性期を脱した患者の転院先がなくて見つからずに、次の救急患者を受け入れられない状況もあり、急性期後の病床等の充実が求められる。

イ 医療機能に着目した診療報酬上の評価を行う観点から、回復期リハビリテーション病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、診療報酬上の亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリテーション病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

④ 地域特性について

ア 医療資源の少ない地域では、一つの病院が複数の機能を担うことが必要な場合もあり、平成 24 年度診療報酬改定において、地域に配慮して入院基本料等で一定の要件を緩和した評価が行われたが、そのような地域の実情に配慮した評価のあり方について、患者の負担にも留意しつつ、検討する必要がある。

⑤ 有床診療所における入院医療について

ア 有床診療所については、病院からの早期退院患者の受入れ機能、在宅患者の急変時の受入れ機能、在宅医療の拠点機能、終末期医療を担う機能、専門医療を担う機能等を有しており、それらの機能に応じた評価について検討を行う必要がある。

(2) 外来医療について

ア 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介される体制を整備することが重要である。

イ 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価
- ・ 大病院の専門外来の評価
- ・ 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

(3) 在宅医療について

ア 一人暮らしや高齢者のみの世帯でも住み慣れた地域にできるだけ長く暮らせるように、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築することが重要である。かかりつけ医を中心として、有床診療所や病院、訪問看護ステーション、歯科診療所、薬局等が連携し、地域で急変時の対応や看取りを含めた在宅医療を提供できる体制を構築する必要がある。

イ このため、在宅医療を担う医療機関の量の確保と、患者のニーズに対応した質の高い在宅医療の提供を推進するため、介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討を行う必要がある。

- ・ 看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化
- ・ 在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療
- ・ 24 時間対応、看取り・重度化への対応など、機能に応じた訪問看護ステーションの評価、訪問看護ステーションの大規模化の推進
- ・ 在宅歯科医療の推進
- ・ 在宅薬剤管理指導の推進
- ・ 訪問診療の適正化 等

(4) 医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて

ア 限られた医療資源の下、急性期から在宅医療、介護まで、患者がどのような状態であっても、状態に応じた療養環境で適切な医療を受けることができるよう、地域ごとに地域包括ケアシステムを構築するため、地域の実情に応じた「地域完結型」の医療のネットワークを構築する必要がある。こうしたネットワークにおいては、患者は状態に応じて適切な医療機関や施設、在宅等のサービスを受けられ、状態の変化によりサービスが変わる場合においても、安心して円滑に次のサービスを受けることができるよう、連携先の紹介・確保、連携元と連携先での情報共有、患者の理解を得るための適切な説明等が行われるようにしなければならない。

イ 診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価を行ってきた。医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価について検討を行う必要がある。

高額療養費の見直しについて

平成25年9月9日
厚生労働省保険局

社会保障制度改革国民会議報告書（抄） （高額療養費関係）

〔平成25年8月6日〕

第2部 社会保障4分野の改革

Ⅱ 医療・介護分野の改革

3 医療保険制度改革

（2）医療給付の重点化・効率化（療養の範囲の適正化等）

高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるといふ保険料負担における考え方と同様の制度改革が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要である。上記のとおり、70～74歳の医療費の自己負担に係る特例措置が見直されるのであれば、自己負担の上限についても、それに合わせた見直しが必要になるが、そのタイミングについては検討が必要になる。

社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子について(抄)

〔平成25年8月21日
閣議決定〕

2 医療制度

(6) 持続可能な医療保険制度を構築するため、次に掲げる事項等について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずる。

③ 保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等について次に掲げる措置

イ 低所得者の負担に配慮しつつ行う、70歳から74歳までの者の一部負担金の取扱い及びこれと併せて検討する負担能力に応じた負担との観点からの高額療養費の見直し

(7) 次期医療計画の策定期間が平成30年度であることも踏まえ、(6)に掲げる必要な措置を平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずる。法改正が必要な措置については、必要な法律案を平成27年通常国会に提出することを目指す。

高額療養費制度の概要

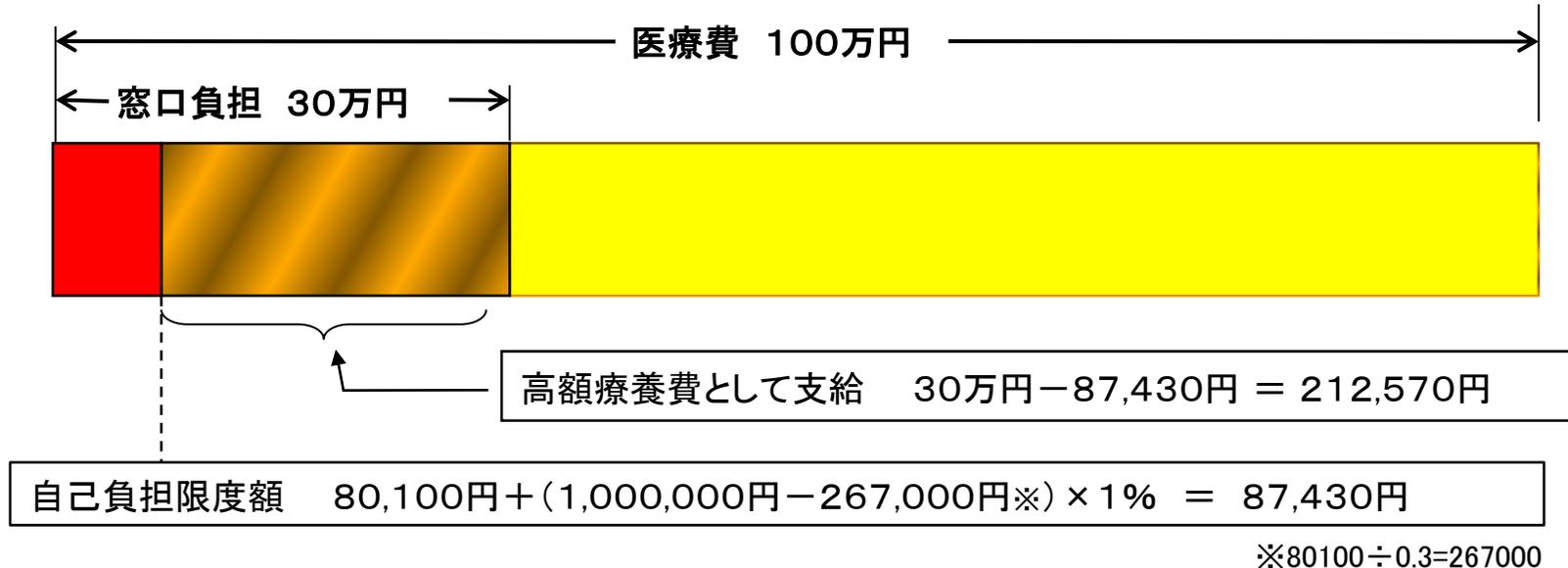
- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入

- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（3割負担）>

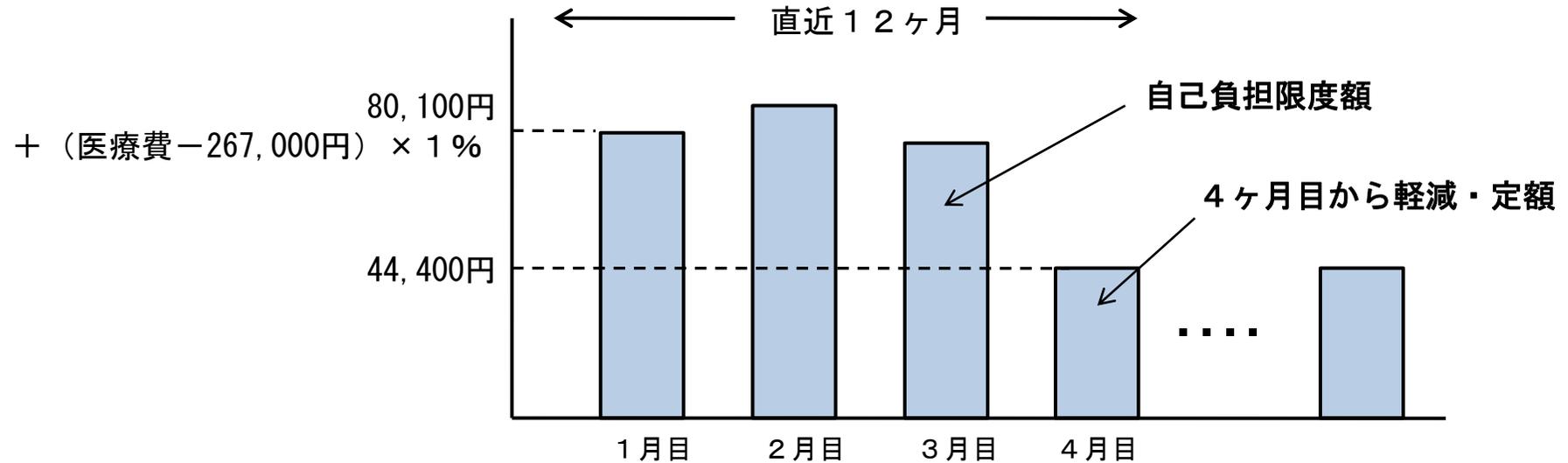


（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費の多数該当の仕組み

○ 現行の高額療養費制度では、同一世帯で直近12ヶ月間に、高額療養費が支給された月が3ヶ月以上になった場合は、4ヶ月目から自己負担限度額が軽減された定額となる。

<所得区分「一般」の場合>



<70歳未満の方の場合>

所得区分	軽減前の自己負担限度額	多数回該当の場合
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%	83,400円
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
低所得者	35,400円	24,600円

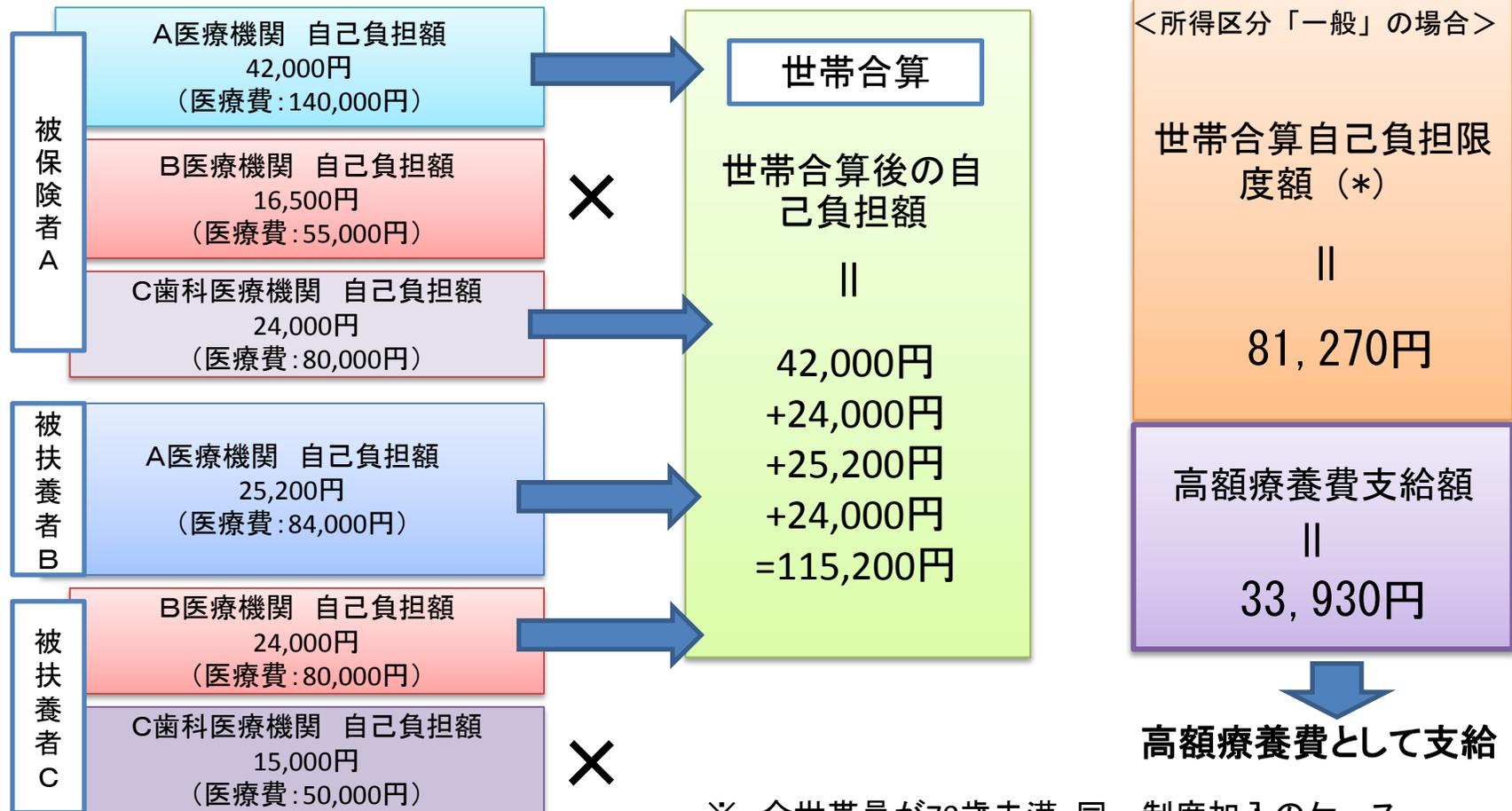
<70歳以上の方の場合>

所得区分	軽減前の自己負担限度額	多数回該当の場合
現役並み所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円

(注) 「一般」や「低所得者」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。

高額療養費制度における世帯単位の合算の仕組み

- 病院の窓口で支払う1か月の自己負担額が合算対象基準額（レセプト1件あたり2万1千円）以上のものについて、同じ医療保険に加入する家族について世帯単位で合算を行い、合算額からその世帯における自己負担限度額を控除した額を高額療養費として支給する。



※ 全世帯員が70歳未満・同一制度加入のケース

- * 自己負担限度額 = 80,100円 + { (140,000円 + 80,000円 + 84,000円 + 80,000円) - 267,000円 } × 1% = 81,270円
- * 70歳以上の場合、高齢者の負担軽減のため、一部負担金の額が21,000円未満であっても合算される。
- * 世帯全体の負担額をリアルタイムで把握することができないため、償還払いで対応。（一部について現物給付対応）

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円超	150,000円＋（医療費－500,000）×1％ 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円＋（医療費－267,000円）×1％ 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,400円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1％ 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除(33万円)をさらに差し引いたもの

※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

高額療養費の現行の自己負担限度額の考え方

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額(1月当たり)	所得区分要件・限度額設定の考え方
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額53万円以上※① [国保] 世帯の被保険者全員の年間所得 (基礎控除後)の合計額が600万円 超※②	150,000円※③＋ (医療費－500,000)×1% 〈多数該当 83,400円〉※④	①平成15年家計調査の勤労者世帯の世帯収入5分位の第1分位の定期 収入526,939円に相当 ②標準報酬月額53万円に対応する旧ただし書き所得 ③標準報酬月額53万円に対応する総報酬月額60万円の25% ④年間最大負担額（当初3カ月＋多数該当9カ月）が総報酬月額60万 円の2カ月分程度となるよう設定
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円※⑤＋ (医療費－267,000円)×1% 〈多数該当 44,400円〉※⑥	⑤平成16年度の政管平均標準報酬月額283,208円に対応する総報酬 月額(約32万円)の25% ⑥年間最大負担額（当初3カ月＋多数該当9カ月）が総報酬月額32万 円の2カ月分程度となるよう設定
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が 市町村民税非課税 等	35,400円※⑦ 〈多数該当 24,600円〉※⑦	⑦昭和59年改正で低所得者の負担限度額が健保15,000円、国保 39,000円であったものを制度間での格差を是正して30,000円（多 数該当21,000円）とした。その後、給与伸び率、可処分所得伸び 率、消費者物価指数伸び率を勘案し、一般の自己負担限度額の引 上げと平仄をとって、平成元年・3年・5年に引き上げたが、5年 以降は据え置き。

[70歳以上]

	要件	自己負担限度額（1月当たり）		所得区分要件・限度額設定の考え方
		外来(個人ごと)		
現役並み 所得者	[後期・国保] 課税所得145万円以上 [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上	44,400円※⑧	80,100円※⑨＋ (医療費－267,000円)×1% 〈多数該当44,400円〉※⑧	⑧70歳未満の一般の多数該当限度額に合わせて 設定 ⑨70歳未満の一般の自己負担限度額に合わせ て設定
一般	現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱ に該当しない者	12,000円※⑩	44,400円※⑧	⑩平成14年10月の1割負担導入時以降、据え 置き ⑪70歳未満の低所得者の多数該当限度額に合 わせて設定
低所得者	Ⅱ	8,000円※⑩	24,600円※⑪	
	Ⅰ		15,000円※⑩	

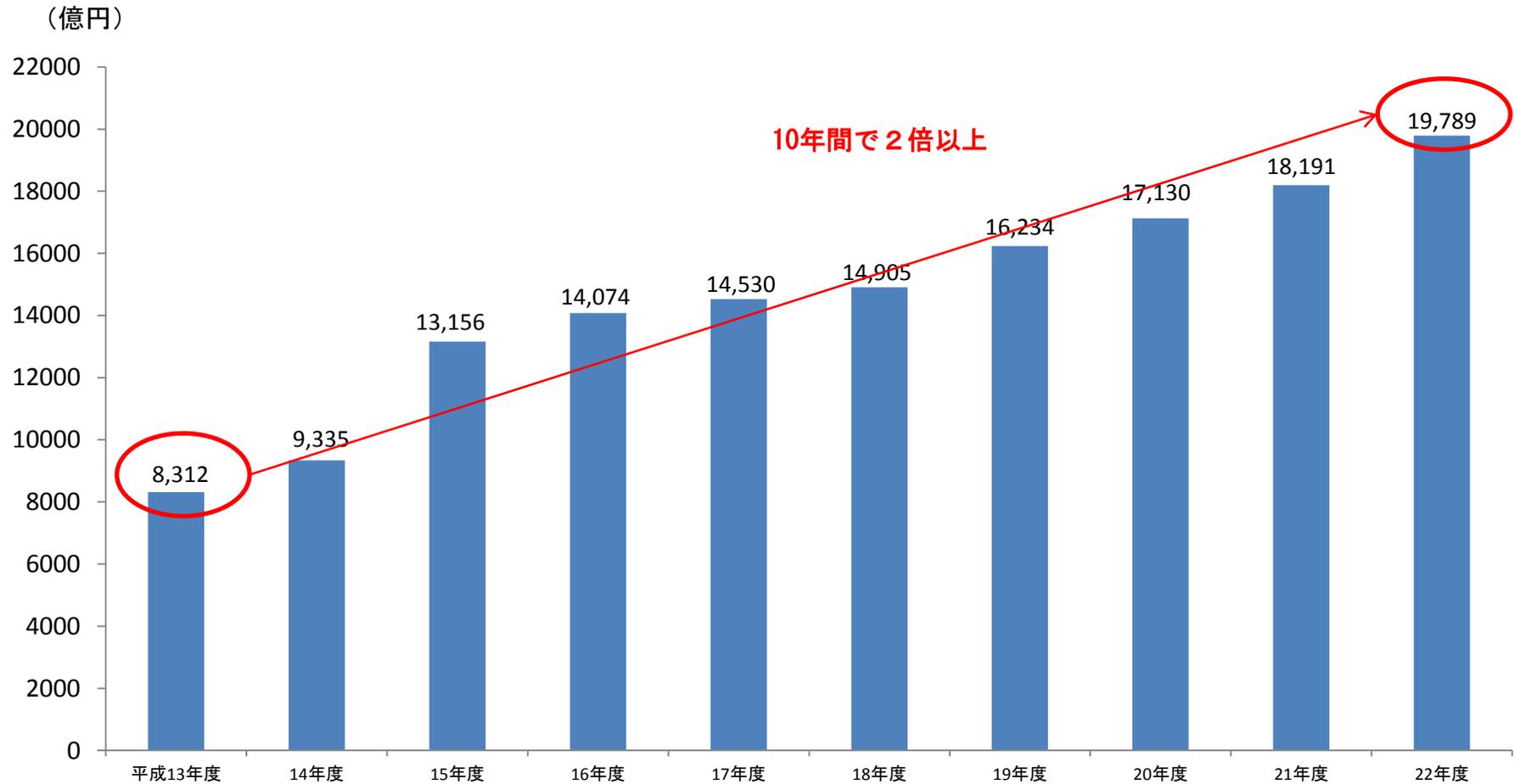
注1 標準報酬月額：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。

注2 旧ただし書き所得：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除(33万円)をさらに差し引いたもの。

高額療養費の支給実績

【平成22年度】	支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険（後期医療除く）	1 9 3 8 万件	1 兆 5 0 8 1 億円	7 7, 8 2 9 円
協会けんぽ	2 9 2 万件	3 1 1 8 億円	1 0 6, 9 5 4 円
健保組合	1 9 2 万件	1 9 7 3 億円	1 0 2, 7 1 6 円
共済	5 9 万件	6 0 3 億円	1 0 1, 3 3 2 円
国保	1 3 9 3 万件	9 3 7 3 億円	6 7, 2 7 4 円
後期高齢者医療制度	2 5 8 0 万件	4 7 0 8 億円	1 8, 2 4 8 円
計	4 5 1 8 万件	1 兆 9 7 8 9 億円	4 3, 8 0 3 円

高額療養費の支給額の推移



(注) 平成15年度の大幅な支給額の増加は、14年10月から老人保健制度に1割負担(すべての医療機関)を導入したこと、15年4月から健保本人の自己負担割合を2割負担から3割負担に引き上げたこと等による。

高額療養費の見直しの方向性について

- 高額療養費見直しについては、「社会保障制度改革国民会議報告書」に基づき、負担能力に応じた負担とする観点から、所得区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定してはどうか。

<70歳未満>

- 現在の所得区分及び自己負担限度額は、「上位所得者（年収約790万円以上）」、「一般所得者（年収約210万円（※）～約790万円）」及び「低所得者（住民税非課税）」の3つに区分されているが、報告書を踏まえ、「一般所得者」及び「上位所得者」の所得区分を細分化することとしてはどうか。また、それぞれの所得区分の自己負担限度額は、財源の確保にも配慮しつつ、現行と同様、総報酬月額的一定程度とする考え方を基本として設定してはどうか。

（※）3人世帯（給与所得者、夫婦子一人の場合）

<70歳以上>

- 70-74歳の患者負担の見直しを行う場合には、その「一般所得者」及び「現役並み所得者」の所得区分を細分化することとしてはどうか。また、それぞれの所得区分の自己負担限度額は、現行と同様、70歳未満の自己負担限度額との均衡を考慮して設定してはどうか。

※ なお、高額療養費の自己負担限度額を見直す場合、高額介護合算療養費の自己負担限度額についてもそれに伴う見直しが必要となる。

高額療養費の見直しの方向性について

1. 見直しの方向性

- 負担能力に応じた負担とする観点から、所得の区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

2. 見直し案のイメージ

70歳未満	月単位の上限額	
	上位所得者 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円＋医療費×1% ＜4月目～：83,400円＞
	一般所得者 (年収約210万円(※1) ～約790万円)	80,100円＋医療費×1% ＜4月目～：44,400円＞
低所得者 (住民税非課税)	35,400円 ＜4月目～：24,600円＞	

		月単位の上限額	
従来の 上位所得者	細分化	引上げ	
従来の 一般所得者	細分化	引上げ	
		据置き	
従来の低所得者 (住民税非課税)		引下げ	
		据置き	

70歳以上 (原則1割負担)	外来 (個人ごと)		
	現役並み所得者 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万円以上	44,400円	80,100円＋ 医療費×1% (44,400円)
	一般所得者 (年金収入約160～約380万円(※2))	12,000円 70～74歳は 本則上は24,600円	44,400円 70～74歳は 本則上は62,100円
低所得者	II (年金収入80～160万円)	8,000円	24,600円
	I (年金収入80万円以下)		15,000円

		外来 (個人ごと)	
現役並み	細分化	引上げ(※1)	
		据置き	
一般	細分化	引上げ(※1)	
		据置き※特例を維持	
低所得者	II (年金収入80～160万円)	据置き	
	I (年金収入80万円以下)		

		外来 (個人ごと)	
75歳 (原則1割負担)	70歳 (特別措置の間)	現役並み所得者 課税所得145万円以上	
		一般 (年金収入160～380万円)	
		据置き	
低所得者	II (年金収入80～160万円)	据置き	
	I (年金収入80万円以下)		

(※1) 3人世帯(給与所得者/夫婦子1人)の場合 約210万円、単身(給与所得者)の場合 約100万円
(※2) 単身(年金所得者)の場合

※1 個人からみれば69歳前の水準と同じ(現役並みについては、同じ又は引下げ)。

参考資料

医療保険制度別の実効給付率の推移

○ 医療保険制度全体の患者の実効負担率は約16.2% (22年度)である。ただし、20年度以降、70歳から74歳の一般所得者の自己負担割合(法律上2割)を、予算措置で1割負担に据え置いているため、予算措置による軽減分を含めると約15.7%である。

		被用者保険計				国保計			若人計	後期高齢者 医療制度 (老人保健)	医療保険計	主な制度改正
		協会(一般)	組合健保	共済組合	国保計	市町村 国保	国保組合					
		%	%	%	%	%	%	%	%	%		
被保険者 (70歳未満)	平成15年度	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—	健保:2割→3割
	16	75.36	74.32	76.08	77.49	77.64	77.72	76.55	76.78	—	—	
	17	75.30	74.35	75.97	77.11	77.56	77.66	76.17	76.70	—	—	
	18	75.25	74.38	75.89	76.93	77.45	77.60	75.40	76.60	—	—	
	19	75.82	75.14	76.33	77.12	77.86	78.05	75.34	77.06	—	—	義務教育前:3割→2割
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—	
	21	75.68	74.93	76.29	76.99	78.41	78.42	78.28	77.34	—	—	
	22	75.93	75.20	76.54	77.19	78.84	78.86	78.59	77.70	—	—	
70歳以上	平成15年度	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—	現役並み:2割→3割
	16	89.56	89.30	89.94	90.38	89.37	89.43	87.22	89.40	—	—	
	17	89.64	89.39	89.98	90.38	89.43	89.49	87.36	89.46	—	—	
	18	89.15	88.84	89.49	90.25	88.71	88.79	85.61	88.78	—	—	
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—	70~74歳:1割→2割
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—	
	21	84.19	84.06	84.34	84.53	86.56	86.57	85.81	86.26	—	—	
	22	84.54	84.40	84.80	84.63	86.99	87.01	86.18	86.69	—	—	
計	平成15年度	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79	健保:2割→3割
	16	76.32	75.62	76.68	77.90	79.64	79.78	77.50	77.93	91.35	83.09	
	17	76.43	75.89	76.70	77.66	80.30	80.49	77.46	78.36	91.50	83.27	
	18	76.58	76.10	76.81	77.75	80.80	81.03	77.00	78.71	91.19	83.21	
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45	現役並み:2割→3割
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03	
		[77.18]				[81.75]			[79.51]		[83.59]	
	21	77.10	76.64	77.42	77.98	80.58	80.67	79.11	78.88	91.30	83.33	
	[77.34]				[82.01]			[79.73]		[83.87]		
22	77.40	76.97	77.70	78.22	81.02	81.11	79.43	79.24	91.63	83.76	70~74歳/義務教育前: 2割	
	[77.63]				[82.41]			[80.07]		[84.28]		

(注1) 予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分を含んでいない。予算補助分を含めた給付率は[]で記載。

(注2) 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業といった公費による医療費の自己負担の軽減は含まれていない。

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	医療保険計
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上、旧た し書き所得600万円以上)	約260万人 (7.5%)	約700万人 (24.0%)	約130万人 (4.3%)	約1,330万人 (12.6%)
一般	約3,150万人 (91.9%)	約2,220万人 (75.9%)	約1,850万人 (61.5%)	約8,200万人 (77.5%)
低所得者 (市町村民税非課税)	約20万人 (0.6%)	約2万人 (0.1%)	約1,030万人 (34.2%)	約1,050万人 (9.9%)
計	約3,430万人 (100.0%)	約2,920万人 (100.0%)	約3,010万人 (100.0%)	約10,590万人 (100.0%)

[70歳以上]

	協会けんぽ (70～74歳)	健保組合 (70～74歳)	市町村国保 (70～74歳)	後期高齢者 (75歳以上)	医療保険計
現役並み所得者	約8万人 (14.4%)	約4万人 (15.4%)	約40万人 (7.3%)	約100万人 (7.0%)	約160万人 (7.5%)
一般	約50万人 (80.2%)	約20万人 (84.5%)	約310万人 (56.7%)	約810万人 (55.6%)	約1,200万人 (57.1%)
低所得者Ⅱ	約1万人 (2.1%)	約0.1万人 (0.2%)	約140万人 (24.8%)	約280万人 (19.0%)	約410万人 (19.7%)
低所得者Ⅰ	約2万人 (3.4%)	約0万人 (0%)	約60万人 (11.2%)	約270万人 (18.4%)	約330万人 (15.7%)
計	約60万人 (100.0%)	約30万人 (100.0%)	約550万人 (100.0%)	約1,450万人 (100.0%)	約2,100万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、標準報酬月額7.8万円以下(総報酬約100万円以下)の加入者を低所得区分(うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得者Ⅰ)と仮定して推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成23年度平均(保険局調べ)。

高額療養費制度の主な改正経緯（健康保険法関係）

○ 高額療養費制度は、昭和48年の制度創設以来、数次の改正の中で、低所得者の所得区分の設定、世帯合算方式や多数該当世帯の負担軽減、入院時の現物給付化などの見直しを行ってきた。

制度改正（施行年月）	高額療養費制度の改正内容	その他の主な制度改正
昭和48年10月	<ul style="list-style-type: none"> 医療の高度化により高額の自己負担を必要とする場合が少なくないことを踏まえ、被扶養者について高額療養費制度を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者の自己負担の引下げ（5割→3割）
昭和56年3月	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の低所得者について高額療養費を創設 被扶養者について低所得者の所得区分を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被扶養者の自己負担の引下げ（入院3割→2割） 本人一部負担金（定額）の引上げ
昭和59年10月	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の低所得者以外にも高額療養費を創設 世帯合算方式の創設 ※合算対象基準額（一般3万円、低所得者2万1千円） 多数該当世帯の負担軽減を創設 高額長期疾病の特例（血友病、慢性腎不全）を創設 	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者本人の定率負担（1割）の導入 退職者医療制度の創設
平成8年6月	<ul style="list-style-type: none"> 高額長期疾病の特例の対象に後天性免疫不全症候群を追加 	
平成13年1月	<ul style="list-style-type: none"> 高所得者の実質的な負担率が低下していたことを踏まえ、上位所得者の区分を創設 一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算 	<ul style="list-style-type: none"> 一般保険料と介護保険料を合算した率に適用されていた保険料率の上限を、一般保険料率のみに適用する改正
平成14年10月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳以上について入院時の高額療養費の現物給付化 平均標準報酬月額に対する自己負担限度額の水準の引上げ（22%→25%） 一般・上位所得者の合算対象基準額の引下げ（3万円→2万1千円） 	<ul style="list-style-type: none"> 保険料の総報酬制（ボーナスに標準報酬月額と同一の保険料率を賦課）を導入（平成15年4月施行） 被保険者本人の3割負担の導入（平成15年4月施行）
平成19年4月	<ul style="list-style-type: none"> 70歳未満について入院時の高額療養費の現物給付化 	<ul style="list-style-type: none"> 現役並み所得のある高齢者の自己負担の引上げ（2割→3割）
平成24年4月	<ul style="list-style-type: none"> 外来時の高額療養費の現物給付化 	

※ 上記の改正のほか、平均的な給与の伸び、可処分所得の伸びを勘案して、自己負担限度額の引上げを行ってきた。

平均的な月収に対する自己負担限度額の水準について

- 高額療養費の自己負担限度額は、昭和48年の制度創設時は、平均的な月給（旧政管健保の平均標準報酬月額）の50%程度となるよう3万円で設定された。
- その後、所得水準が上昇する中で、それに見合っただけ限度額が引き上げられてこなかったことから、平成13年には平均的な月給の22%程度まで低下したため、平成14年の改正では25%程度まで引き上げた。

改定年度	自己負担限度額 (A)	改定検討時の標準報酬月額の 平均値 (B) ※	割合 (A/B)	備考
昭和48年	30,000円	59,241円	51%	平均標準報酬月額の約50%
昭和51年	39,000円	105,832円	37%	昭和48年の考え方に沿った場合、急激な負担増となるため37%相当に設定
昭和59年	51,000円	189,548円	27%	給与伸び率、可処分所得の伸び率に照らして限度額をスライド
昭和61年	54,000円	207,362円	26%	
平成元年	57,000円	224,360円	25%	
平成3年	60,000円	244,616円	24%	
平成5年	63,000円	270,214円	23%	
平成8年	63,600円	289,694円	22%	
平成12年	63,600円+1%	290,701円	22%	医療を受けた者と受けていない者の負担の公平を図る等の観点から医療費の1%の自己負担を導入
平成14年	72,300円+1%	289,700円	25%	標準報酬月額の25%に引上げ
平成18年	80,100円+1%	総報酬約32万円※	25%	総報酬月額の25%に設定

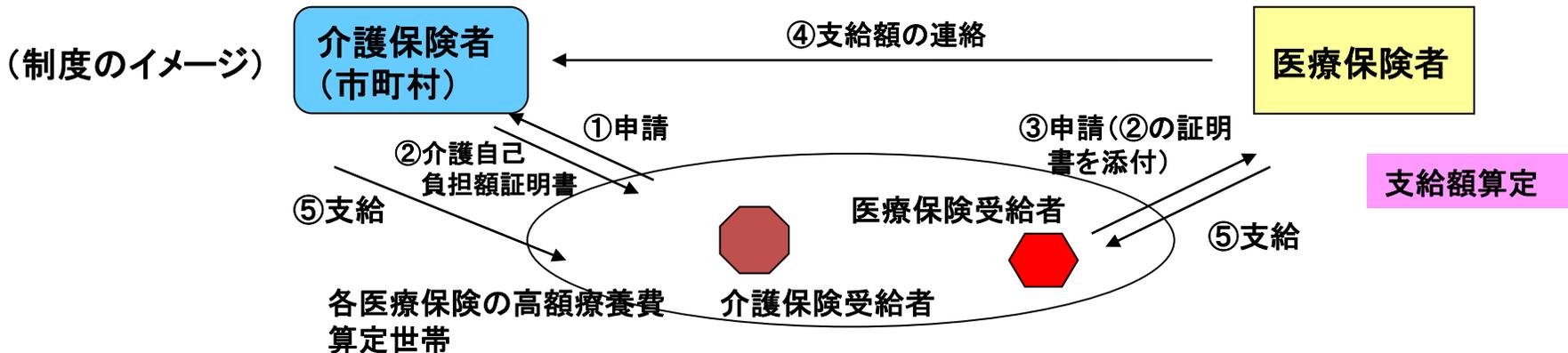
※平成18年の改定からボーナスを含めた総報酬に対する割合で設定。

高額医療・高額介護合算制度について

- 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日(※1))の医療保険と介護保険における自己負担(※2)の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み(平成20年4月施行)。

(制度の基本的枠組み)

- ①対象世帯 医療保険各制度(被用者保険、国保、後期高齢者医療制度等)の世帯に介護保険の受給者が存在する場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、新たに設定する自己負担限度額を超えた場合(※3)に支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、医療保険各制度や被保険者の所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて負担し合う。



- (※1) 国保及び後期高齢者医療制度における所得区分の変更が、8月1日から適用されることを踏まえたもの
- (※2) 食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)
- (※3) 高額医療・高額介護制度の目的は「医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する」ことであるとともに、関係する保険者が複数(2以上)にわたり、それぞれ事務負担及び費用が生じることを踏まえ、(自己負担の合算額－自己負担限度額)が500円以上となる場合に限り、支給することとし25る。

高額医療・高額介護合算療養費制度の算定基準額(限度額)

○ 年額56万円(老人医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、医療保険各制度や所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。

＜限度額＞

		後期高齢者医療制度 ＋介護保険	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※1))	被用者保険又は国保 ＋介護保険 (70歳未満がいる世帯(※2))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円	67万円	126万円
一 般		56万円	<u>62万円</u> (※3)	67万円
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
	Ⅰ	19万円	19万円	

(※1・2) 対象となる世帯に、70歳～74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳～74歳の者に係る自己負担の合算額に、(※1)の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る負担額と、70歳未満の者に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※2)の区分の自己負担限度額が適用される。

(※3) 平成26年7月までは56万円。