

## 調査と情報—ISSUE BRIEF—

No. 1068 (2019.10.29)

# 医療・介護分野の給付と負担

## —改革工程表における検討事項—

はじめに

- I 近年実施された医療・介護の「給付と負担」に関する制度改革
- II 現在検討対象となっている「給付と負担の見直し」に関する事項
  - 1 患者負担・利用者負担の設定
  - 2 サービスごとの患者負担・利用者負担
  - 3 給付範囲の見直し

おわりに

キーワード：社会保障改革、医療保険、介護保険

- 持続可能な社会保障制度の構築のため、政府は、年齢ではなく負担能力に応じた負担を求める方針の下、給付と負担の見直しを行っている。
- 「経済財政運営と改革の基本方針 2019」は、給付と負担の在り方を含む社会保障において取り組むべき政策を、同 2020 において取りまとめるとしている。
- 「新経済・財政再生計画改革工程表 2018」に沿って、給付と負担の見直しに関し、後期高齢者の窓口負担割合や薬剤自己負担の引上げ、介護保険の生活援助サービスの地域支援事業への移行等、医療・介護分野における自己負担や給付範囲に関する見直しについて検討が行われている。

国立国会図書館 調査及び立法考査局

社会労働課 こんどう みちこ 近藤 倫子

第 1068 号

## はじめに

団塊の世代が全て75歳以上（以下「後期高齢者」）になる2025年、及び65歳以上人口がピークを迎える2040年を見据えた社会保障改革の議論が活発化している。現役世代人口（20～64歳人口）の減少による社会保障制度の「支え手」の減少が確実となる中、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の在り方が重要な政策課題となっている。特に、高齢化の進展に伴って需要の一層の増加が見込まれる医療・介護分野の改革が急務とされている。

「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）（以下「骨太方針2019」）等は、年金・介護については令和元年末までに結論を得、医療等については骨太方針2020において政策を取りまとめるとしている<sup>1</sup>。本稿では、医療・介護分野の給付と負担について、近年実施された主な制度改革と、骨太方針等において政府が検討するとされている事項の概要を示す。

### I 近年実施された医療・介護の「給付と負担」に関する制度改革

社会保障・税一体改革の推進を目的とする「社会保障制度改革推進法」（平成24年法律第64号）に基づき設置された社会保障制度改革国民会議（以下「国民会議」）は平成25年、給付は高齢者世代中心、負担は現役世代中心という構造を見直し、負担の在り方を「年齢別」から「負担能力別」に切り替えることを提言した<sup>2</sup>。

国民会議が示した方向性や「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年法律第112号。通称「プログラム法」）の規定等に沿って、一定以上の所得のある高齢者の医療保険・介護保険の自己負担割合や負担上限額の引上げ、介護保険の補足給付<sup>3</sup>の見直し（金融資産の勘案等）、消費税率引上げ<sup>4</sup>による増収分を活用した低所得者の国民健康保険・介護保険の保険料軽減の拡充などが行われてきた。

参考として、平成26年以降の具体的な制度改革を表1に示す（未施行のものを含む。）。

\* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は令和元年10月9日である。

<sup>1</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針2019—「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦—」（令和元年6月21日閣議決定）、p.56。内閣府HP <[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/2019\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/2019_basicpolicies_ja.pdf)>

<sup>2</sup> 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」2013.8.6、pp.6, 9。首相官邸HP <<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>>

<sup>3</sup> 市町村民税非課税世帯の低所得者には、施設サービスやショートステイの利用時、食費・居住費の一部について、補足給付（特定入所者介護（介護予防）サービス費）が支給される。所得により支給額が異なる。

<sup>4</sup> 平成26年4月に5%から8%に引き上げられた。10%への引上げは2度延期され、令和元年10月に実施。

表1 平成26年以降に実施された医療・介護分野における給付と負担に関する主な制度改革

☆は給付拡大又は負担軽減策

1. 自己負担の設定
<p><b>【医療】</b></p> <p>(1) 70～74歳の患者負担特例軽減の見直し  ・70～74歳の患者窓口負担：1割→2割〔本則〕（平成26～30年度に段階的に施行）</p> <p>(2) 70歳未満の高額療養費の見直し  上位所得者<sup>(注1)</sup>：自己負担限度額の細分化・引上げ  ・限度額（月額）150,000円+1%（多数回該当<sup>(注2)</sup> 83,400円）→167,400円+1%～252,600円+1%（多数回該当93,000円～140,100円）（平成27年1月～）  一般所得者：自己負担限度額の細分化・一部引下げ  ・限度額（月額）80,100円+1%→57,600円～80,100円+1%（平成27年1月～）</p> <p>(3) 70歳以上の高額療養費の見直し  現役並み所得者<sup>(注3)</sup>：外来（個人）限度額の廃止、世帯限度額の細分化・引上げ  ・外来（個人）限度額（月額）44,400円→57,600円（平成29年8月～平成30年7月）→外来（個人）限度額廃止（平成30年8月～）  ・世帯限度額（月額）80,100円+1%（多数回該当44,400円）→80,100円+1%～252,600円+1%（多数回該当44,400円～140,100円）（平成30年8月～）  一般所得者：  ・外来（個人）限度額（月額）12,000円→14,000円（年間上限144,000円を新設）（平成29年8月～平成30年7月）→18,000円（平成30年8月～）  ・世帯限度額（月額）44,400円→57,600円（平成29年8月～）、多数回該当44,400円を設定（平成29年8月～）</p> <p>(4) 70歳以上の高額介護合算療養費の見直し  現役並み所得者の限度額（年額）の細分化・引上げ：67万円→67万円～212万円（平成30年8月～）  ※一般所得者、住民税非課税世帯は据置き</p> <p><b>【介護】</b></p> <p>(1) 一定以上所得者の利用者負担の見直し（2割負担、3割負担の導入）  ・合計所得金額160万円以上の者<sup>(注4)</sup>：1割→2割（平成27年8月～）  ・現役並み所得者：2割→3割（平成30年8月～）</p> <p>(2) 高額介護サービス費の見直し  ・世帯限度額の最高額（月額）37,200円→現役並み所得者（区分新設）<sup>(注5)</sup> 44,000円（平成27年8月～）→一般所得者も含め44,000円（平成29年8月～）  ・1割負担者のみの世帯に年間負担上限446,400円を設定（平成29年8月から3年間の時限措置）</p>
2. サービスごとの自己負担
<p><b>【医療】</b></p> <p>(1) 紹介状なしでの大病院受診時の定額負担の導入  ・定額負担（上乘せ）額：初診5,000円以上、再診2,500円以上  ・対象病院：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（平成28～29年度）→特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院（平成30年度～）</p> <p>(2) 入院時食事療養費<sup>(注6)</sup>の見直し  ・1食当たりの患者負担260円→360円（平成28～29年度）→460円（平成30年度～）  ※住民税非課税世帯、難病・小児慢性特定疾病の患者の負担は据置き</p> <p>(3) 入院時生活療養費<sup>(注7)</sup>の見直し  ・食費：入院時食事療養費と同様に引上げ  ・居住費：【医療区分Ⅱ・Ⅲ（医療必要度・高）】1日当たりの患者負担0円→200円（平成29年10月～平成30年3月）→370円（平成30年4月～）、【医療区分Ⅰ（医療区分Ⅱ・Ⅲ以外）】1日320円→370円（平成29年10月～）  ※住民税非課税世帯、難病・小児慢性特定疾病の患者の負担は据置き</p> <p><b>【介護】</b></p> <p>(1) 補足給付の利用者負担段階判定基準の見直し  ・補足給付の利用者負担段階の判定に用いる収入：合計所得金額と課税年金収入の合計→非課税年金（遺族年金・障害年金）収入も含めて判定（平成28年8月～）</p>
3. 給付範囲等
<p><b>【医療】</b></p> <p>(1) 患者申出療養の創設 ☆  ・患者の申出を起点として、未承認薬等を一定のルールの下、保険外併用療養<sup>(注8)</sup>の対象にできる仕組みの導入（平成28年度～）</p> <p>(2) 薬剤の保険給付の見直し等  医療費適正化の観点から、以下の薬剤等が医療保険の対象外とされた。  ・単なる栄養補給目的でのビタミン剤の投与（平成24年度～）  ・治療目的でない場合のうがい薬だけの処方（平成26年度～）</p>

- ・外来患者について、1処方につき計70枚を超えて投薬する湿布薬（平成28年度～）
- ・美容目的などの疾病の治療以外を目的とした保湿剤（へパリンナトリウム・へパリン類似物質）（保険給付の対象外である旨を明確化）（平成30年度～）

**【介護】**

**(1) 特別養護老人ホームの重点化**

- ・特別養護老人ホームの新規入居者を原則として要介護度3以上に限定（平成27年度～）

**(2) 補足給付の対象要件の見直し**

- ・所得要件：市町村民税非課税世帯→（要件追加）別世帯の配偶者も市町村民税非課税（平成27年8月～）、非課税年金（遺族年金・障害年金）収入も勘案（平成28年8月～）（2. 介護（1）既述）
- ・資産要件：資産要件なし→預貯金等が単身者1000万円以下、夫婦2000万円以下（平成27年8月～）

**(3) 介護予防給付の地域支援事業移行**

要支援者<sup>(注9)</sup>を対象とする介護予防訪問介護（ホームヘルプ）と介護予防通所介護（デイサービス）を、介護予防給付から地域支援事業に移行（平成29年度末までに全市町村移行）

**(4) 特別養護老人ホームの多床室の室料負担**

特別養護老人ホームの利用者の居住費として、従前から負担していた光熱費相当（基準費用額1日370円）に加え、室料も保険給付の対象外となり、室料相当（基準費用額1日470円）を新たに負担（平成27年8月～）

※住民税非課税世帯の利用者は、補足給付により実質的な利用者負担据置き

**4. 保険料**

**【医療】**

**(1) 国民健康保険・後期高齢者医療制度における賦課限度額（保険料上限額）引上げ**

- ・国民健康保険（医療分）：65万円→67万円（平成26年度）→69万円（平成27年度）→73万円（平成28～29年度）→77万円（平成30年度）→80万円（平成31年度～）
- ・後期高齢者医療制度：55万円→57万円（平成26～29年度）→62万円（平成30年度～）

**(2) 健康保険の保険料算定の基礎となる標準報酬月額等の上限引上げ**

- ・標準報酬月額上限：121万円→139万円（平成28年度～）
- ・標準賞与額年間上限：540万円→573万円（平成28年度～）

**(3) 後期高齢者保険料軽減特例の縮小**

- ・低所得者の所得割<sup>(注10)</sup>：5割軽減→2割軽減（平成29年度）→軽減なし〔本則〕（平成30年度～）
- ・低所得者の均等割：9割軽減対象者→8割軽減（令和元年度）→7割軽減〔本則〕（令和2年度～）  
8.5割軽減対象者→7.75割軽減<sup>(注11)</sup>（令和2年度）→7割軽減〔本則〕（令和3年度～）
- ・元被扶養者の均等割：9割軽減→7割軽減（平成29年度）→5割軽減（平成30年度）→後期高齢者医療制度加入後2年間5割軽減、3年目以降は軽減なし〔本則〕（令和元年度～）

※元被扶養者の所得割の軽減特例（所得割を賦課しない）は据置き

**(4) 低所得者の国民健康保険料（応益割）<sup>(注12)</sup>軽減対象拡大 ☆**

- ・5割軽減対象者の世帯所得基準：33万円+{24.5万円×(被保険者数-世帯主)}→33万円+(24.5万円<sup>(注13)</sup>×被保険者数)（平成26年度～）
- ・2割軽減対象者の世帯所得基準：33万円+(35万円×被保険者数)→33万円+(45万円<sup>(注13)</sup>×被保険者数)（平成26年度～）

**(5) 低所得者の後期高齢者医療制度の保険料（均等割）軽減対象拡大 ☆**

国民健康保険と同様の所得基準額の引上げ（平成26年度～）

**(6) 後期高齢者支援金の総報酬割<sup>(注14)</sup>の導入**

- ・3分の1総報酬割（平成22～26年度）→2分の1総報酬割（平成27年度）→3分の2総報酬割（平成28年度）→全面総報酬割（平成29年度～）

**【介護】**

**(1) 低所得高齢者の第1号保険料<sup>(注15)</sup>軽減強化 ☆**

市町村民税非課税世帯に属する、以下の被保険者の保険料

- ・高齢福祉年金受給者又は本人年金収入等80万円以下：保険料基準額×0.5→保険料基準額×0.45（平成27年度～令和元年9月）→保険料基準額×0.3（令和元年10月～）
- ・本人年金収入等80万円超120万円以下：保険料基準額×0.75→保険料基準額×0.5（令和元年10月～）
- ・本人年金収入等120万円超：保険料基準額×0.75→保険料基準額×0.7（令和元年10月～）

**(2) 介護納付金の総報酬割<sup>(注16)</sup>導入**

- ・2分の1総報酬割（平成29年8月～平成31年3月）→4分の3総報酬割（平成31年4月～令和2年3月）→全面総報酬割（令和2年度～）

(注1) 被用者保険の場合、標準報酬月額53万円以上。国民健康保険の場合、年間所得（前年の総所得金額及び山林所得金額並びに株式・長期（短期）譲渡所得金額等の合計額から基礎控除（33万円）を控除した額（ただし、雑損失の繰越控除額は控除しない。）。いわゆる「旧ただし書き所得」）600万円超。

(注2) 過去12か月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額

(注3) 世帯の70歳以上の被保険者に課税所得145万円以上の者がおり（被用者保険の場合、標準報酬月額28万円以上）、収入の合計額が520万円以上（70歳以上の被保険者が1人の場合は383万円以上）の場合。

- (注 4) 合計所得金額とは、収入から公的年金等控除や必要経費等を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額をいう。合計所得金額 160 万円以上でも、世帯内の第 1 号被保険者の年金収入とその他の合計所得金額の合計額が 346 万円（第 1 号被保険者が 1 人の場合は 280 万円）未満の場合は 1 割負担。
- (注 5) 介護保険の利用者負担が 3 割になる際の基準とは異なり、課税所得 145 万円以上の第 1 号被保険者がいる世帯で、世帯内の第 1 号被保険者の収入額の合計が 520 万円（第 1 号被保険者が 1 人の場合は 383 万円）以上である場合を指す。
- (注 6) 一般・精神病床の入院者、65 歳未満の医療療養病床の入院者の食費
- (注 7) 医療療養病床に入院する 65 歳以上の食費・居住費
- (注 8) 保険外併用療養費制度の対象となる療養は、保険診療と保険外診療の併用が可能である。通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）については、通常の保険診療と同様の給付を受けることができる（保険外診療に係る部分は患者の全額自己負担）。
- (注 9) 介護保険制度において支援・介護の必要度に応じて認定される区分には、要支援 1・2、要介護 1～5（要介護 5 が最重度）があり、要支援 1・2 が要支援者である。
- (注 10) 後期高齢者医療制度の保険料は、被保険者 1 人当たり一定額の「均等割」額と、②所得に応じて負担する「所得割」額を合算して、被保険者個人単位で算定される。ただし、保険料の軽減判定には世帯の被保険者全員と世帯主の所得が用いられる。
- (注 11) 令和元年 10 月の消費増税と同時に実施される低所得者の介護保険料軽減拡充及び年金生活者支援給付金の支給にあわせて 9 割軽減、8.5 割軽減が廃止され、本則どおりの 7 割軽減となる。ただし 8.5 割軽減の対象者は年金生活者支援給付金の対象とならない低所得者であることに鑑み、1 年間、国庫補助により特例的に補填されるため、令和 2 年度 9 月まで 8.5 割軽減、10 月から 7 割軽減となる（令和 2 年度は通年で 7.75 割軽減に相当）。
- (注 12) 国民健康保険料は応益割（被保険者 1 人当たり一定額の「均等割」、世帯当たり一定額の「平等割」と応能割（所得割、資産割）を合算し、世帯単位で算定される。平等割、資産割の算定の有無は自治体により異なる。
- (注 13) この部分の金額は経済動向等を踏まえて毎年見直しが行われており、令和元年度の 5 割軽減は 33 万円 + (28 万円 × 被保険者数)、2 割軽減基準は 33 万円 + (51 万円 × 被保険者数) となっている。
- (注 14) 後期高齢者の医療給付費の 4 割を賄っている後期高齢者支援金は、各被用者保険（健康保険組合、協会けんぽ、共済組合）及び国民健康保険が加入者数に応じて負担していたが、負担能力に応じた負担とする観点から、被用者保険間の按分方法は、各被用者保険者の総報酬額に応じて負担する総報酬割とされた。
- (注 15) 65 歳以上が負担する介護保険料
- (注 16) 医療保険者が納付する介護納付金（40～64 歳の介護保険料。介護給付費の 28%）について、被用者保険間では平成 29 年 8 月分から段階的に報酬額に比例した負担を導入している。
- (出典) 各種資料を基に筆者作成。

## II 現在検討対象となっている「給付と負担の見直し」に関する事項

骨太方針 2019 は、社会保障の給付と負担の見直しに関し、「経済財政運営と改革の基本方針 2018」（平成 30 年 6 月 15 日閣議決定）（以下「骨太方針 2018」）及び「新経済・財政再生計画改革工程表 2018」<sup>5</sup>（以下「工程表」）の内容に沿って検討を進め、骨太方針 2020 において、総合的かつ重点的に取り組むべき社会保障の政策を取りまとめている<sup>6</sup>。介護分野については、第 8 期介護保険事業計画期間（令和 3～5 年度）に向けて検討し、令和元年末までに結論を得る予定となっている<sup>7</sup>。

工程表は、給付と負担の見直しに関し、医療・介護分野に関する下記の 10 項目の検討事項を挙げている（表 2）<sup>8</sup>。これらの検討事項の概要について、①患者負担・利用者負担、②サービスごとの患者負担・利用者負担、③給付範囲の 3 つの観点に分けて財政制度等審議会の提言と社会保障審議会医療保険部会又は介護保険部会における議論を中心に以下にまとめる。

<sup>5</sup> 経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表 2018」2018.12.20. 内閣府 HP <[https://www5.cao.go.jp/keizai-s\\_himon/kaigi/special/reform/report\\_301220\\_1.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-s_himon/kaigi/special/reform/report_301220_1.pdf)>

<sup>6</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針 2019—「令和」新時代：「Society 5.0」への挑戦—」前掲注(1), p.63.

<sup>7</sup> 同上, p.56; 厚生労働省老健局「今後の検討事項」（第 80 回社会保障審議会介護保険部会 資料 1）2019.8.29, p.2. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000541407.pdf>>

<sup>8</sup> 経済財政諮問会議 前掲注(5), pp.64-66.

表2 「新経済・財政再生計画改革工程表 2018」における「給付と負担の見直し」に関する取組事項

52. 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」に応じた負担の検討
53. 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討
54. 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる
55. 外来受診時等の定額負担の導入を検討
56. 医療費について保険給付率（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
57. 介護のケアプラン作成に関する給付の在り方について検討
58. 介護の多床室室料に関する給付の在り方について検討
59. 介護の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について検討
60. 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討
61. 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討

(注) 「2.社会保障」で挙げられている 61 項目の取組事項のうち、「2-4 給付と負担の見直し」で挙げられている 10 項目（項番 52～61）を抜粋した。

(出典) 経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表 2018」2018.12.20, pp.64-66. 内閣府 HP <[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report\\_301220\\_1.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/report_301220_1.pdf)> を基に筆者作成。

## 1 患者負担・利用者負担の設定

### (1) 後期高齢者の窓口負担（項番 53）

後期高齢者の医療費の窓口負担の在り方について、工程表は、団塊世代（昭和 22（1947）～24（1949）年生まれの第 1 次ベビーブーム世代）が後期高齢者になり始める令和 4（2022）年までに、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において検討するとしている。

財政制度等審議会は、原則 1 割と設定されている後期高齢者の窓口負担を原則 2 割に引き上げるよう求めている<sup>9</sup>。社会保障審議会医療保険部会では、負担割合の引上げへの賛成意見がある一方で、窓口負担引上げは年金収入のみの高齢者の不安をあおる、医療から遠ざかり重症化につながる等の反対意見もある<sup>10</sup>。

### (2) 「現役並み所得」の判断基準の見直し（項番 60）

医療制度において、70 歳以上の高齢者は、原則として窓口負担割合や高額療養費制度における負担額が現役世代より低く設定されている。ただし、70 歳以上の高齢者でも「現役並み所得」がある場合、現役世代と同等の負担を求められる。工程表は、年金受給者の就労が増加する中、税制において行われた諸控除の見直しも踏まえつつ、医療・介護分野における「現役並み所得」の判断基準の見直しについて検討するとしている。

現行制度において「現役並み所得」の判断基準は図のように設定されている。医療制度における住民税課税所得 145 万円以上という基準は「平成 16 年度の政管健保<sup>11</sup>の平均標準報酬月額に基づく平均収入額（夫婦二人世帯モデル：約 386 万円）から諸控除を控除し、課税所得として算出した額」、世帯収入の基準は「高齢者複数世帯又は単身世帯のモデルを設定し、その世

<sup>9</sup> 財政制度等審議会「令和時代の財政の在り方に関する建議」2019.6.19, pp.20, 192. 財務省 HP <[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia20190619/06.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia20190619/06.pdf)>

<sup>10</sup> 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」2017.12.21, p.9. 厚生労働省 HP <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingi-kai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000188963.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingi-kai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000188963.pdf)>; 「第 108 回社会保障審議会医療保険部会議事録」2017.11.8. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000186720.html>>

<sup>11</sup> 政府管掌健康保険の略。平成 20 年 10 月に全国健康保険協会（協会けんぽ）に移行した。

帯の課税所得が 145 万円となる収入額を算出した額」とされる（高齢者複数世帯：520 万円、高齢者単身世帯：383 万円）<sup>12</sup>。財政制度等審議会は、公的年金等控除があるために高齢者は「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」になっており「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」と指摘し、世帯収入の要件の見直しを行うべきとしている<sup>13</sup>。

図 現行制度で 3 割負担となる「現役並み所得者」の所得基準

医療（70 歳以上）		介護	
○世帯内に住民税課税所得 <sup>(注1)</sup> 145 万円以上の被保険者 <sup>(注2)</sup> がいる		○第 1 号被保険者本人の合計所得金額 <sup>(注7)</sup> 220 万円以上	
○収入 <sup>(注3)</sup> 383 万円以上（単身者等）／520 万円以上（高齢者複数世帯） <sup>(注4)</sup>		○同一世帯の第 1 号被保険者の年金収入 <sup>(注8)</sup> とその他の合計所得 <sup>(注9)</sup> の金額の合計が 340 万円以上（単身者等）／463 万円以上（高齢者複数世帯）	
収入	<b>145 万円以上</b>	収入	<b>220 万円以上</b>
	その他控除 医療費控除、社会保険料控除等		その他控除 医療費控除、社会保険料控除等
	人的控除 基礎控除（33 万円）、配偶者控除（最高 38 万円） <sup>(注5)</sup> 等		人的控除 基礎控除（33 万円）、配偶者控除（最高 38 万円） <sup>(注5)</sup> 等
	必要経費 公的年金等控除（年金雑所得者）（120 万円～） 必要経費（事業所得者）、給与所得控除（給与所得者）（65 万円～） <sup>(注6)</sup> 等		必要経費 公的年金等控除（年金雑所得者）（120 万円～） 必要経費（事業所得者）、給与所得控除（給与所得者）（65 万円～） <sup>(注6)</sup> 等
収入 383 万円以上（単身者等） （高齢夫婦等は 520 万円以上）		年金収入とその他の合計所得の合計 340 万円以上（単身者等） （高齢夫婦等は 463 万円以上）	

(注 1) 収入から公的年金等控除、必要経費、基礎控除等の地方税法上の控除金額を差し引いた後の額。

(注 2) 健康保険被保険者の場合、標準報酬月額 28 万円以上。

(注 3) 退職所得及び公租公課の対象とならない収入（遺族年金、障害年金、児童手当、災害弔慰金等）を除いた額。

(注 4) 世帯の 70～74 歳の国民健康保険・被用者保険被保険者、後期高齢者医療制度被保険者全員の収入の合計額。

(注 5) 控除対象配偶者が 70 歳未満の場合、最大 33 万円。

(注 6) 令和 2 年以降、給与所得控除は 55 万円～。

(注 7) 収入から公的年金等控除や必要経費等を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額。

ただし、介護保険の利用者負担割合の判定においては、合計所得金額から長期譲渡所得・短期譲渡所得に係る特別控除を控除した額が用いられている。

(注 8) 遺族年金、障害年金等の非課税年金を含まない額。

(注 9) 合計所得金額から、年金の雑所得を除いた額。

(出典)「参考資料」(第 54 回社会保障審議会介護保険部会 資料 4) 2013.12.20, pp.76-77. 厚生労働省 HP <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000032988.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000032988.pdf)>; 厚生労働省「平成 30 年 8 月から現役並みの所得のある方は、介護サービスを利用した時の負担割合が 3 割になります」<<https://www.mhlw.go.jp/content/000334525.pdf>> 等を基に筆者作成。

<sup>12</sup> 厚生労働省保険局「患者負担について」(第 91 回社会保障審議会医療保険部会 資料 2-2) 2015.11.20, p.8. <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000106245.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000106245.pdf)>

<sup>13</sup> 財政制度等審議会 前掲注(9), p.194.

### (3) 資産保有状況の負担への反映（項番 52）

工程表は、「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」<sup>14</sup>としている。

医療制度や介護保険制度では、高額療養費、高額介護サービス費や高齢者の自己負担割合など、被保険者の所得によって患者・利用者の負担が変わるものがあるが、介護保険の補足給付<sup>15</sup>を除き、資産の保有状況は考慮されない。

介護保険では平成 27 年 8 月以降、介護保険施設に入所する低所得者等を対象とした補足給付を受けるには、所得の要件だけでなく、1000 万円（単身者の場合。夫婦世帯では 2000 万円）を超える預貯金等<sup>16</sup>を保有していないという要件も満たさなければならなくなった。これは、補足給付が福祉的な性格を有すること、また、居住費・食費の助成を受けることで保有する居住用資産や預貯金が保全される可能性があることが、在宅生活者などとの公平性を損なっているとの考えに基づく<sup>17</sup>。

財政制度等審議会は、高齢者が現役世代と比べて所得水準は低いものの貯蓄が多いことを挙げ、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担の仕組みの拡大を求めている。まずは、医療療養病床に入院する 65 歳以上の食費・居住費（入院時生活療養費）等の低所得者の負担軽減について、負担能力の判定に補足給付と同様の仕組みを適用することを提言している。さらには、「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」としている<sup>18</sup>。また、既に資産が勘案されている介護保険の補足給付については、金融資産等の基準とされる金額の引下げや、資産要件に宅地等を追加する等の見直しを検討する必要があるとしている<sup>19</sup>。

社会保障審議会医療保険部会では、医療制度において、負担能力を測る目安としての金融資産等を考慮した仕組みの構築を支持する意見、「金融資産の保有状況に応じた負担という考え方は、生活保護や介護などの福祉の考え方であり、医療では違和感がある」との反対意見のほか、「人生を終わられたときに負担頂くような新しい制度」の考案を求める意見、市町村が保険者である介護保険と異なり、健康保険組合が加入者の資産を調べることの実効性を疑問視する意見などが見られた<sup>20</sup>。

資産の勘案について日本医師会は「負担能力に応じた公平な負担という視点に基づき、金融資産を含めた資産の多寡に応じた負担を求めるべき」と、支持する見解を表明している<sup>21</sup>。

<sup>14</sup> 経済財政諮問会議 前掲注(5), p.64.

<sup>15</sup> 前掲注(3)参照。

<sup>16</sup> 介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）第 83 条の 5 第 1 号。預貯金のほか、有価証券、金・銀などの貴金属、投資信託、タンス預金などが含まれ、負債は預貯金等の合計額から控除される（厚生労働省老健局介護保険計画課長「費用負担の見直しに係る事務処理の取扱いについて」（平成 27 年 7 月 13 日老発 0713 第 1 号））。

<sup>17</sup> 社会保障制度改革国民会議 前掲注(2), p.37.

<sup>18</sup> 財政制度等審議会 前掲注(9), p.193.

<sup>19</sup> 同上, pp.208-209.

<sup>20</sup> 社会保障審議会医療保険部会 前掲注(10), p.10; 「第 108 回社会保障審議会医療保険部会議事録」前掲注(10); 「第 109 回社会保障審議会医療保険部会」2017.11.24. <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000188199.html>>

<sup>21</sup> 「財政制度等審議会財政制度分科会における薬剤を巡る状況の議論に対する日医の見解を説明」『日医ニュース』2016.5.5. <<http://www.med.or.jp/nichiionline/article/004339.html>>

#### (4) 支え手の減少に対応する保険給付・患者負担の改革（項番 56）

工程表は、「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、早期に改革が具体化されるよう関係審議会等において総合的な対応を検討」<sup>22</sup>するとしている。

骨太方針 2018 や工程表は、検討する内容を具体的に示していないが、財政制度等審議会は平成 30 年の「新たな財政健全化計画等に関する建議」において、「支え手減少下での医療費増加に対しても制度の持続可能性を確保」するため、医療給付費や経済・人口の動向に応じて、医療保険の給付率<sup>23</sup>を自動的に調整する仕組みの導入に向けた検討を始めることを提言している<sup>24</sup>。このような自動調整の仕組みは、報道等においてマクロ経済スライドの医療版と呼ばれることがある<sup>25</sup>。財政制度等審議会の提案は、医療費が伸びた場合には一定のルールに基づき給付率を下げ、患者負担を上げる仕組みと解されている<sup>26</sup>が、どのように患者負担を増やすのか等は明確にされていない。

給付率の自動調整について厚生労働省は、「医療や生活の実態が考慮されず、患者負担が過大になるおそれがある」こと、インフルエンザの流行や、C 型肝炎治療薬ソバルディやハーボニーの導入時のような、一時的な要因による医療費の増加について、「患者側にしわ寄せするのはなかなか難しい」<sup>27</sup>、「頻繁に患者負担が変わり、将来の医療に対する国民の安心を損ねるおそれがある」<sup>28</sup>などの課題を挙げ、患者負担を自動的に調整する仕組みの導入に慎重な姿勢を見せている。社会保障審議会医療保険部会では、「本来、医療費の適正化や医療供給体制の効率化によって給付費の増大に歯止めをかけていくことが筋」であるものの、それができないのであれば、自動調整の仕組みの導入を検討してほしいとする意見<sup>29</sup>がある一方で、どれだけの給付が得られるのかがその都度変わることで、制度の信頼性、納得性を損ねるおそれがあるとする反対意見<sup>30</sup>もあった。

<sup>22</sup> 経済財政諮問会議 前掲注(5), p.65.

<sup>23</sup> ここでの「給付率」は、保険料と公費から成る「給付費」が国民医療費（又は医療保険制度ごとの医療費総額）に占める割合（実効給付率）を指す（財政制度等審議会「新たな財政健全化計画等に関する建議」2018.5.23, pp.30-31, 72. 財務省 HP <[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia300523/06.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia300523/06.pdf)>）。

<sup>24</sup> 同上

<sup>25</sup> 「患者負担の人口連動 議論」『日本経済新聞』2018.4.20; 「袋小路に陥った「医療版マクロ経済スライド」」『集中』2018.6, pp.51-52 ほか

<sup>26</sup> 一方、小黒一正法政大学教授は「医療版マクロ経済スライド」として、現役世代の人口減や平均余命の伸び等を勘案した調整率により、患者負担ではなく、後期高齢者の診療報酬の点数を改定する仕組みを提案している（小黒一正「医療保険制度の持続可能性高める「医療版」マクロ経済スライド」『エコノミスト』97 巻 10 号, 2019.3.12, pp.68-69.）。

<sup>27</sup> 「第 26 回社会保障ワーキング・グループ議事要旨」2018.4.19, p.13. 内閣府 HP <[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/summary\\_26th.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/summary_26th.pdf)>

<sup>28</sup> 厚生労働省保険局「医療保険制度に関する主な論点」（第 111 回社会保障審議会医療保険部会 資料 1-4）2018.4.19, p.16. <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000204023.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000204023.pdf)>

<sup>29</sup> 「第 111 回社会保障審議会医療保険部会議事録」2018.4.19. 厚生労働省 HP <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/000208539.html>>

<sup>30</sup> 「第 114 回社会保障審議会医療保険部会議事録」2018.10.10. 同上 <[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212864\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212864_00002.html)>

## 2 サービスごとの患者負担・利用者負担

### (1) 薬剤自己負担の引上げ（項番 54）

薬剤自己負担の引上げについて、工程表は、「諸外国の薬剤自己負担の仕組み（薬剤の種類に応じた保険償還率や一定額までの全額自己負担など）も参考としつつ、市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス等の観点から、引き続き関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる」<sup>31</sup>としている。

#### (i) 「市販品と医療用医薬品との間の価格のバランス」

財政制度等審議会は「OTC 医薬品<sup>32</sup>と同一の有効成分を含む医療用医薬品は、医療機関で処方されることにより自ら OTC 医薬品を求めるよりも大幅に低い負担で入手が可能である点で、セルフメディケーションの推進<sup>33</sup>に逆行し、公平性も損ねている」<sup>34</sup>とし、「OTC 医薬品と同一の有効成分を含む医療用医薬品の保険給付の在り方について見直すこと」<sup>35</sup>を提言している。

社会保障審議会医療保険部会では、限られた財源の中で給付を重点化する観点、あるいはセルフメディケーション推進の観点から、OTC 医薬品や湿布、うがい薬などの市販品類似薬の保険給付率を下げる（自己負担率を上げる）又は保険給付の対象から外すべきとする意見があった。一方で、OTC の有無によって保険適用を決めるのは、治療の必要性によって保険適用を決めるという原則<sup>36</sup>に反する、医療保険の給付の割合は、将来にわたり 7 割を維持するものとするを規定する「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 条の趣旨に合わないとして反対する意見もある<sup>37</sup>。

#### (ii) 「薬剤の種類に応じた保険償還率」

工程表では、参考とする諸外国の薬剤自己負担の仕組みの一つとして、「薬剤の種類に応じた保険償還率」が挙げられている。財政制度等審議会は、医薬品の有用性などの評価に応じて自己負担割合が設定されているフランスの制度を紹介している<sup>38</sup>。

<sup>31</sup> 経済財政諮問会議 前掲注(5), p.64.

<sup>32</sup> 「OTC」とは、英語の「Over The Counter. オーバー・ザ・カウンター」の略。カウンター越しに薬を販売するかたちに由来しており、要指導医薬品や一般用医薬品に相当するものをいう。（厚生労働省保険局「スイッチ OTC 化された医療用医薬品に係る保険給付率の在り方について」（第 99 回社会保障審議会医療保険部会 資料 1-2）2016.10.26, p.4. <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutan\\_tou/0000141013.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutan_tou/0000141013.pdf)>）

<sup>33</sup> 健康の維持増進及び疾病の予防への取組として、インフルエンザの予防接種、がん検診、特定健診の受診などを行った個人が、本人又は生計を一にする家族等のために支払ったスイッチ OTC 医薬品（医療用から OTC 医薬品に移行した成分を含む医薬品）の購入代金の合計額が 1 万 2 千円を超えたときに、その超える部分の金額（上限 8 万 8 千円）をその年分の総所得金額等から控除できる「セルフメディケーション税制」が導入された（平成 29 年 1 月 1 日から令和 3 年 12 月 31 日まで）。

<sup>34</sup> 財政制度等審議会 前掲注(9), p.169.

<sup>35</sup> 同上, p.14.

<sup>36</sup> 厚生労働省は、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」ことを「国民皆保険制度の理念」としている（『厚生労働白書 平成 17 年版』p.306. 厚生労働省 HP <<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/05/dl/2-6.pdf>> ほか）。

<sup>37</sup> 一方で、症状の軽い人への薬剤を給付対象外にすべきとの立場から、この附則第 2 条の改正も含めて議論すべきとの意見もある（社会保障審議会医療保険部会 前掲注(10), pp.9-10.）。

<sup>38</sup> 財政制度等審議会 前掲注(9), p.169.

### (iii) 「一定額までの全額自己負担」

工程表は、参考とする諸外国の薬剤自己負担の仕組みとして「一定額までの全額自己負担」を挙げている。財政制度等審議会は薬剤費が一定額まで全額自己負担となる国として、スウェーデンを挙げている。スウェーデンでは1年間の薬剤費 1,150 クローナ（約 12,650 円）までは全額自己負担、その後は負担額が増えるに従い自己負担割合が 50%、25%、10%と減少し、年間上限の 2,300 クローナ（約 25,300 円）に達すると、それ以上の自己負担は求められない<sup>39</sup>。

## (2) 外来受診時の定額負担（項番 55）

財政制度等審議会は、「我が国の外来受診頻度は高く、多くは少額受診」であるとして、「制度の持続可能性の観点から、少額の受診等に一定程度の追加負担を求めていくべき」とするとともに、「かかりつけ医やかかりつけ薬局への患者の誘導策として定額負担に差を設定すること」<sup>40</sup>も検討すべきとしている<sup>41</sup>。

社会保障審議会医療保険部会での議論では、定額負担が受診抑制を招き、重症化につながることへの懸念や、「かかりつけ医」の定義がなされていない<sup>42</sup>中で、かかりつけ医以外を受診した場合に定額負担を導入することは国民の納得を得られないなど、受診時定額負担への慎重な意見がみられる<sup>43</sup>。

## (3) 介護のケアプラン作成への利用者負担の導入（項番 57）

介護保険制度の創設により、我が国に初めて本格的なケアマネジメントの仕組みが制度的に位置付けられ、ケアマネジャーが利用者ごとに適切なケアプランを作成することとなった<sup>44</sup>。この新たなサービスを要介護者等が積極的に利用できるよう、居宅サービスのケアマネジメントは 10 割給付のサービスとされたため<sup>45</sup>、利用者負担がない。財政制度等審議会は、一定の利用者負担を求めることで、利用者自身がケアプランに関心を持つことになりサービスの質の向上につながる上、現役世代の保険料負担が増大する中、世代間の公平にも資するとして、利用者負担を設けることを求めている。利用者負担を導入した場合、受給者 1 人当たりの自己負担

<sup>39</sup> 2019 年における金額。日本銀行国際局「基準外国為替相場及び裁定外国為替相場（令和元年 10 月中において適用）」2019.9.20. <[https://www.boj.or.jp/about/services/tame/tame\\_rate/kijun/kiju1910.htm/](https://www.boj.or.jp/about/services/tame/tame_rate/kijun/kiju1910.htm/)> に基づき、1 クローナ=11 円として換算。（Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, “Så fungerar högkostnadsskyddet,” 2019.3.7. <<https://www.tlv.se/lakemedel/hogkostnadsskyddet/sa-fungerar-hogkostnadsskyddet.html>>）

<sup>40</sup> 財政制度等審議会は、かかりつけ医を受診するよりかかりつけ医以外を受診した場合の患者負担を大きくすることで、かかりつけ医へ誘導することを提案している。かかりつけ医以外を受診で患者負担が増えても、医療機関の収入は増やさない仕組みが想定されている。（財政制度等審議会 前掲注(9), pp.170, 182.）

<sup>41</sup> 同上, p.170.

<sup>42</sup> 社会保障審議会医療保険部会では、家庭医や総合診療医などの定義の違いが整理されていない、（登録した診療所をまず受診する）英国の一般医のようなものを想定しているのか、一人の患者が疾患や診療科ごとに複数のかかりつけ医を持つことを認めるのか、かかりつけ医の概念が人によって異なる等、何をもって「かかりつけ医」、「かかりつけ医以外」とするのかが明らかでない中で定額負担の議論をすることへの疑問が集中した（「第 99 回社会保障審議会医療保険部会議事録」2016.10.26. 厚生労働省 HP <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000142987.html>>）。

<sup>43</sup> 社会保障審議会医療保険部会 前掲注(10), p.6; 社会保障審議会医療保険部会「議論の整理」2016.12.20, p.12. 同上 <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000146434.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000146434.pdf)>

<sup>44</sup> 厚生事務次官「介護保険法の施行について」（平成 9 年 12 月 26 日厚生省発老第 103 号）

<sup>45</sup> 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2016.12.9, p.16. 厚生労働省 HP <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000145516.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000145516.pdf)>

額は月 1,400 円程度とされている<sup>46</sup>。

社会保障審議会介護保険部会の議論では、サービスの利用抑制への懸念や、「利用者の意向を反映すべきとの圧力が高まり、給付費の増加につながる」等の観点から反対する意見と、ケアマネジャーの専門性の向上、利用者のケアプランへの関心やコスト意識を高める等の観点から賛成する意見があり<sup>47</sup>、結論は出していない。

### 3 給付範囲の見直し

#### (1) 新規医薬品・医療技術（項番 61）

高額な医薬品・医療技術の登場による医療費の増加に対応するため、財政制度等審議会は、「医薬品・医療技術については、安全性・有効性に加え費用対効果や財政への影響など経済性の面からの評価も踏まえて、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」としている。評価の結果、保険の適用が認められなかった医薬品等は、安全性・有効性があれば保険外併用療養費制度で対応し、併せて民間保険の積極的な活用を促進することを検討すべきとしている。その際、経済性の面からの評価に見合う価格を超える医薬品等については、当該評価に見合う価格までを保険適用と同等の負担とし、当該価格を超える部分については自己負担とする新たな類型を保険外併用療養費制度に設けることを提言している<sup>48</sup>。

平成 28 年度から試行を開始し、平成 31 年度から本格的に制度化されている医薬品等の費用対効果の評価<sup>49</sup>は、保険適用の可否の判断ではなく、保険が適用された医薬品等の価格調整に用いられる<sup>50</sup>。保険適用の可否に費用対効果評価を活用することなどについて、社会保障審議会医療保険部会では、「医療上必要なものを、経済性であったり、予算の制約を理由に保険収載を見送るべきではない」<sup>51</sup>、「有効性の高い高額薬剤は貧富の差によって使用の可否が決まらないよう、公的保険の趣旨から保険適用をしていくべき」<sup>52</sup>などの意見が出ている。

#### (2) 介護の軽度者への生活援助サービス（項番 59）

工程表（項番 59）は、「介護の軽度者」の「生活援助サービスやその他の給付について、地域支援事業への移行を含めた方策」について検討するとしている。

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号）により、介護保険の要支援者<sup>53</sup>について、介護予防訪問介護（身体介護・生活援助<sup>54</sup>いずれも）及び介護予防通所介護を、地域支援事業の「介護予防・日常生活

<sup>46</sup> 財政制度等審議会 前掲注(9), p.207.

<sup>47</sup> 社会保障審議会介護保険部会 前掲注(45)

<sup>48</sup> 財政制度等審議会 前掲注(9), pp.15, 168.

<sup>49</sup> 市場規模が大きい、又は著しく単価が高い医薬品・医療機器が評価の対象。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患（指定難病等）や小児のみに用いられる品目は対象外。（厚生労働省保険局「高額医薬品の保険収載等に係る最近の動向」（第 118 回社会保障審議会医療保険部会 参考資料 3）2019.6.12, p.7. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000517337.pdf>>）

<sup>50</sup> 費用対効果評価については岡林楠博「我が国における医療技術評価—現状と制度化に向けた課題—」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』1050 号, 2019.3.28. <[http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo\\_11254544\\_po\\_1050.pdf?contentNo=1](http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11254544_po_1050.pdf?contentNo=1)> を参照。

<sup>51</sup> 「第 114 回社会保障審議会医療保険部会議事録」前掲注(30)

<sup>52</sup> 社会保障審議会医療保険部会 前掲注(10), pp.9-10.

<sup>53</sup> 表 1（注 9）参照。

<sup>54</sup> 「生活援助サービス」は訪問介護のうち、日常生活に支障が生じないように行われる調理・洗濯・掃除等をいう。

支援総合事業」（以下「総合事業」）に移行することが定められた。平成 30 年 3 月までに全ての市町村で移行が行われ、従来、介護予防給付として全国一律の基準で実施されていた要支援者の訪問・通所介護が、総合事業として、市町村がサービスの実施方法や基準、単価、利用者負担を定め、市町村ごとに算定される上限額<sup>55</sup>の範囲内で実施されることとなった。総合事業に移行することで、地域の実情に応じた多様な主体によるサービスが行われること、給付の重点化・効率化を進められることが期待されている。

財政制度等審議会は、要支援 1・2 及び要介護 1・2 を「軽度者」とし<sup>56</sup>、要介護 1・2 の生活援助サービス等について、総合事業への移行や、生活援助サービスを対象とした支給限度額の設定や利用者負担割合の引上げなどを具体的に検討していく必要があるとしている<sup>57</sup>。

平成 28 年に行われた社会保障審議会介護保険部会の議論では、生活援助の総合事業への移行について賛否両論があり、反対の立場からは、要介護度だけで生活援助の必要性は判断できない、軽度者の生活援助は自立支援を目指すサービスで、単なる家事援助ではない等の意見、賛成の立場からは、制度の持続性・公平性の観点から原則自己負担に近づけていくのはやむをえない、単純な家事援助は給付から外していい等の意見が出された<sup>58</sup>。しかし、まずは要支援者の介護予防訪問介護等について総合事業への移行を着実に進め、事業の把握や検証を行った上で検討すべきとされた<sup>59</sup>。

### (3) 介護施設の多床室の室料負担について（項番 58）

介護施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養病床<sup>60</sup>、介護医療院）の入所者の居住費（室料及び光熱水費）及び食費について、居宅と施設の利用者負担の公平性の観点から、介護保険給付の対象外とし、利用者の負担とする制度改正が行われてきた<sup>61</sup>。しかし、介護老人保健施設、介護療養病床、介護医療院の多床室の室料は、現在も保険給付の対象となっていることについて、財政制度等審議会は「見直しをする必要がある」と提言している<sup>62</sup>。

<sup>55</sup> 原則として、事業開始前年度の予防給付と介護予防事業の合計額に 75 歳以上高齢者数の伸び率を乗じ、介護予防支援費を控除した額（「地域支援事業交付金交付要綱」（平成 20 年 5 月 23 日厚生労働省発老第 0523003 号別紙））。

<sup>56</sup> 介護保険制度上は、軽度者について要支援・要介護度の区分による定義は設けられていない（「軽度者への支援のあり方」（第 60 回社会保障審議会介護保険部会 資料 1）2016.7.20, p.1. 厚生労働省 HP <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000130768.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000130768.pdf)>）。

<sup>57</sup> 財政制度等審議会 前掲注(9), pp.22, 198.

<sup>58</sup> 厚生労働省老健局総務課「第 60 回社会保障審議会介護保険部会議事録」2016.7.20. <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000136005.html>>; 同「第 66 回社会保障審議会介護保険部会議事録」2016.10.12. <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000147178.html>>

<sup>59</sup> 社会保障審議会介護保険部会 前掲注(45), pp.32-33.

<sup>60</sup> 介護療養病床は令和 5（2023）年度末に廃止される。平成 24 年以降、医療療養病床からの転換を含め、介護療養病床の新設は認められていない。（「介護療養型医療施設及び介護医療院（参考資料）」（第 144 回社会保障審議会介護給付費分科会 参考資料 3）2017.8.4, pp.21, 35. 厚生労働省 HP <[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000174013.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000174013.pdf)>）

<sup>61</sup> 平成 17 年介護保険法改正により介護保険施設の食費、個室の居住費（室料＋光熱水費）及び多床室の光熱水費、平成 27 年度介護報酬改定により特別養護老人ホームの多床室の室料が、介護保険給付の対象外とされた。低所得者には負担が増えないよう補足給付が行われる。平成 17 年改正の際、多床室は居宅での環境と大きく異なり、室料相当分について徴収することは難しいとの判断から、光熱水費のみの負担とされた。しかし、平成 27 年介護報酬改定では、特別養護老人ホームの多床室は他の介護保険施設より圧倒的に在所日数が長く、死亡退所も多く、事実上の生活の場として選択されているとの判断から、在宅との均衡を図るため、一定程度の所得を有する入所者には、室料の負担を求めることになった。（「第 24 回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」2005.6.30. 同上 <<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/txt/s0630-3.txt>>; 「第 112 回社会保障審議会介護給付費分科会議事録」2014.10.29. 同 <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000069734.html>> ほか）

<sup>62</sup> 財政制度等審議会 前掲注(9), p.24.

## おわりに

医療・介護における給付と負担の見直しを含む制度改革について、関連審議会等において検討の後、介護は令和2年、医療は令和3年に関連法案が提出されることが想定されている。現役世代人口が急速に減少していく中、社会保障の持続可能性を確保するための制度改革は急務とされる。人口の高齢化に伴い増加する医療・介護のニーズに応えながら、負担と給付の公平化・効率化を実現する取組が求められており、今後の動向が注目される。