

高額療養費の見直しの検討状況について
(社会保障審議会医療保険部会資料抜粋)

平成23年11月1日
厚生労働省保険局

社会保障・税一体改革成案（抄）（高額療養費関係）

（平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定、7月1日閣議報告）

I 社会保障改革の全体像

1 社会保障改革の基本的考え方 ～「中規模・高機能な社会保障」の実現を目指して

（略）

以上のような改革の基本的考え方にたち、必要な社会保障の機能強化を確実に実施し、同時に社会保障全体の持続可能性の確保を図るため、以下の諸点に留意しつつ、制度全般にわたる改革を行う。

① （略）

② 必要な機能の充実と徹底した給付の重点化・制度運営の効率化を同時に行い、真に必要な給付を確実に確保しつつ負担の最適化を図り、国民の信頼に応え得る高機能で中長期的に持続可能な制度を実現する。

③～⑤ （略）

2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

（2）個別分野における具体的改革

<個別分野における主な改革項目（充実／重点化・効率化）>

II 医療・介護等

○ 保険者機能の強化を通じて、医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化などを図る。

c) 高度・長期医療への対応（セーフティネット機能の強化）と給付の重点化

- ・ 高額療養費の見直しによる負担軽減と、その規模に応じた受診時定額負担等の併せた検討（病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化も検討）。ただし、受診時定額負担については低所得者に配慮。

高額療養費の見直しに関する基本的な考え方

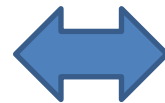
《医療保険を取り巻く状況》

- 経済状況が悪化する中、医療費・拠出金の負担の増加により、医療保険者の財政状況は非常に厳しい。
- 医療の高度化や急速な高齢化、医療提供体制の機能強化等により、医療費は今後もGDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。
これを賄うための公費、保険料、自己負担の規模も増大。

市町村国保の平均保険料(税)(年間、介護分含む)
約8.0万円(H17年度)→約9.1万円(21年度。13%増)
協会けんぽの平均保険料率
8.2%(H21年度)→9.5% (23年度。16%増)

《セーフティネット機能》

- 高額療養費制度により、所得に応じた自己負担の上限を設定しており、実効給付率は継続的に上昇。高額療養費は、国民医療費の伸びを大きく上回って増加。
- 他方、高額療養費については、
 - ・ 高額な治療薬の長期服用により、医療費負担の重い患者が増加
 - ・ 一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、非課税世帯ではない中低所得層の負担が重く、また近年この層の人数が増加
という課題があり、機能強化が必要。



セーフティネット機能の強化の規模に応じて、給付の重点化を併せて実施

《受診時定額負担》

- 今後、保険料・公費・自己負担の規模が増大する中で、セーフティネット機能を強化(高額な医療費にかかる自己負担を軽減)するため、相対的に医療費の負担が小さい場合の負担のあり方を見直すなど、給付を重点化(改正により、患者負担の規模を変えるものではない)。

慢性骨髄性白血病の治療(グリベック錠を服用する場合)
医療費(年間) 約400~600万円

→ 70歳未満の一般所得者の場合、高額療養費により、現行は年間約64万円の自己負担

(参考) 外来(入院外)の受診回数(H22年3月平均)
後期高齢者医療 約3.7回(患者当たり)
国民健康保険 約2.7回(患者当たり)
協会けんぽ、健保組合 約2.1回(患者当たり)

医療保険財政の状況について

協会けんぽ

- リーマンショックによる被保険者の報酬の下落等により、平成21年度に約4900億円の単年度収支赤字が発生（これまでの積立金を取り崩してもなお約3200億円の累積赤字）。
保険料を引き上げるとともに（8.2%→9.34%（22年度）→9.5%（23年度））、22年度から3年間、以下の財政再建の特例措置を実施。
 - ①国庫補助率の引上げ（13%→16.4%）
 - ②後期高齢者支援金（1/3）への総報酬割の導入
 - ③単年度収支均衡原則の緩和（平成21年度末の累積債務を3年間で解消）
- 24年度は、直近の報酬の状況や高齢者への拠出金負担を踏まえると、保険料率が10.2%となる見込み（23年10月4日協会けんぽで24年度の収支見込みを公表）。

健康保険組合

- 平成22年度は、約4200億円の経常収支赤字の見込み（21年度の約5200億円に次ぐ大幅な赤字）。全組合（1458組合）の約8割（1115組合）が経常収支赤字。
- 平均保険料率：7.45%（21年度）→7.67%（22年度）→7.93%（23年度予算早期集計）

市町村国保

- 無所得者・失業者・非正規労働者等の低所得者や、高齢者が多く加入するといった構造的な問題を抱え、市町村の一般会計からの多額の法定外繰入れを要するなど、保険財政は恒常的に厳しい状況。（平成21年度決算）
 - ・ 法定外一般会計繰入（決算補填分）3,144億円（決算補填分以外を含む場合3,601億円）
 - ・ 前年度繰上充用 1,833億円

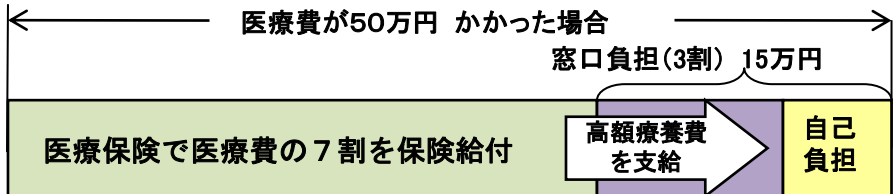
後期高齢者医療

- 2年を一期とする財政運営を行っている。平成20・21年度の財政運営期間における合計収支差（約1,900億円）は、保険料上昇抑制のために、財政安定化基金とあわせその大部分を活用し、平均保険料の伸びを0にまで抑制したが、22・23年度の財政運営期間ではこれほどの剰余は生じない見込み。その結果、24・25年度の保険料は、実質4年分の伸びを反映して一定程度上昇する見込み。

高額療養費によるセーフティネット機能と支給実績

- 医療保険制度では、高額な医療にかかっても家計が破たんしないよう、高額療養費によって所得に応じた自己負担の上限を設定し、定率による患者負担に歯止めを置いている。この結果、**実効給付率は、約83.0%(平成20年度)**となっている。
- **高額療養費の支給実績**は、定率負担の引き上げ等に伴い、**医療費の伸びを大きく上回って増加(10年間で2倍程度)**に。平成20年度実績：**1兆7千億円**。医療の高度化等によって、**今後も医療費の伸びを大きく上回って増加することが見込まれる**。

高額療養費で患者負担に歯止め



低所得者(市町村民税非課税)は自己負担の上限を低く設定

70歳未満: 月35,400円(4月目から24,600円)
70歳以上: 月24,600円(特に所得が低い方は15,000円)、外来8000円

⇔ 一般所得者の自己負担の上限(現行)

70歳未満: 月80,100円+(医療費-26.7万円)×1% (4月目から44,400円)
70歳以上: 月44,400円、外来12,000円

現在でも、高額療養費によって、患者負担は、定率負担よりも低い水準に抑えられています。

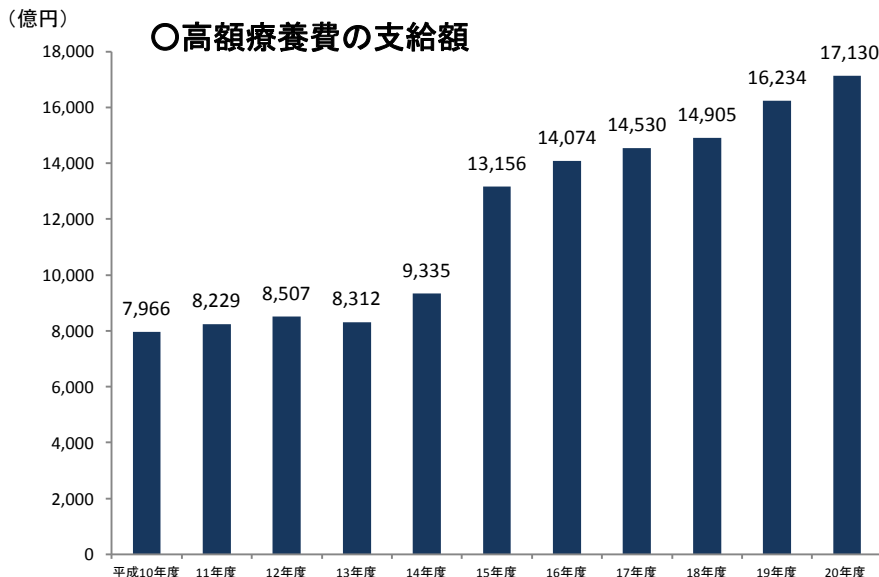
実質的な患者負担率(平成20年度)

医療保険全体	16.97%
被用者保険	23.07%
市町村国保	19.63%
後期高齢者医療	8.85%

(注)負担率の計算では予算措置による70歳~74歳の患者負担補填分は含んでいない。

【平成20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)	約1744万件	約1兆3131億円	75,302円
協会けんぽ	約257万件	2662億円	103,513円
健保組合	約175万件	1730億円	98,777円
共済	約57万件	535億円	94,533円
国保	約1254万件	8190億円	65,336円
後期高齢者医療制度	-	約3999億円	-
計	-	約1兆7130億円	-

(1) 高額療養費の支給額は、10年間で2倍程度に増加(平成20年度実績: 1兆7千億円)

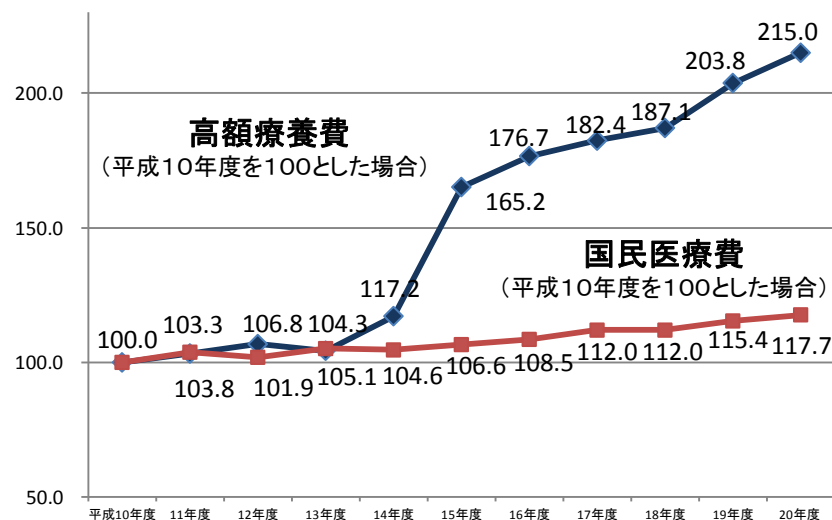


(注1) 13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。

(注2) 15年度の大規模な支給額の増加は、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。

(2) 高額療養費の伸びは、自己負担割合の引上げや医療の高度化等に伴い、国民医療費の伸びを大きく上回っている。

○ 国民医療費、高額療養費の指数変化(平成10年度を100とした場合)



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600万円以上	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）	44,000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）

平成22年の医療保険部会における高額療養費制度の見直しの検討経過

平成22年の医療保険部会の検討経過

平成22年

- 7月14日 ・ 患者団体等から厚生労働省に対して提出された各種要望書を議論の場に提供、改善要望について議論
- 9月 8日 ・ 難治性疾患対策の現状について説明
・ 年収300万円以下の者の自己負担限度額を見直した場合の試算を提示
※2600億円の給付増の財政影響（保険料1700億円増、公費900億円増）
- 10月27日 ・ 上位所得者（年収約800万円以上）の自己負担限度額を見直した場合の試算を提示
※360億円の給付減の財政影響（保険料300億円減、公費60億円減）
- 12月 2日 ・ 外来診療における高額療養費の現物給付化（24年度～）について了承

平成22年の医療保険部会における主な意見

<一般所得のうち所得が低い者の自己負担限度額の見直しについて>

- ・ 現在の保険財政の状況では、給付改善のため、保険料を引き上げるという状況にはない。
- ・ 厳しい財政状況を踏まえ、各保険者ベースで財政中立となる改正とすべき。どうしてもやるのであれば、保険者の負担ではなく、全額国費でやるべき。
- ・ 国保では上位所得者が少ないので、上位所得者の負担を引き上げても、必要な財源を賄うことはできない。

<疾病ごとに自己負担を軽減（月1万円負担）することについて>

- ・ 慢性骨髄性白血病、消化管間質腫瘍、リウマチなど要望がある6疾病ぐらいは、高額長期疾病への追加を早急に対応すべき。
- ・ 個別疾病の医療費負担をどう軽減するかは、疾病対策として議論すべき。医療保険制度では、個別疾病対策は極力抑制的に考えるべき。
- ・ 個別の要望を全部聞くことができればいいが、そうでないときの線引きが非常に難しい。公平性をどうやって担保するのか。所得に着目した線引きでの方向を検討してはどうか。

高額療養費の見直しについて

- 高額療養費の改善については、例えば、以下のような方法が考えられる。
 - ① 非課税世帯ではない中低所得者の自己負担を軽減する方法として、例えば、現在の一般所得者の区分を細分化して、自己負担限度額をきめ細かく設定してはどうか。
 - ② 自己負担限度額が月単位のため、年間医療費が同じでも高額療養費が支給されない場合や長期にわたって負担が重い場合があるので、自己負担限度額に年間の上限額を設けてはどうか。
- 現行制度は、財政力に応じて制度ごとの公費負担が異なり、75歳未満は職域・地域単位で縦割りとなっている。

高額療養費の改善（給付増）は、特に低所得者が多い市町村国保の保険料負担と公費負担に大きな影響があり、個別制度ベースで財政中立とする必要がある。

高額療養費の見直しのイメージ（案）

一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模（※）の見直しを想定したもの（一般所得者の区分の細分化と年間上限の設定）であり、低所得者の軽減の規模によって内容は変わる。

（※）一体改革成案の工程表では、「受診時定額負担等（高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、公費1300億円）ただし、低所得者に配慮」としている。

〔現行〕

〔見直しのイメージ案〕

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,400円
 + (医療費 - 500,000) × 1%

《上位所得者》

当初3ヶ月：150,000円 4月目～：83,000円 年間上限：996,000円 (※1)

(※1) 83,000円 × 12月

《一般所得者》

当初3ヶ月：80,100円
 + (医療費 - 267,000) × 1%

4月目～：44,400円

《年収600万円以上（一般所得者）》

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円 (※5)

《年収300万円～600万円（一般所得者）》

当初3ヶ月：62,000円 (※4) 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円 (※5)

《年収300万円以下（一般所得者）》

当初3ヶ月：44,000円 (※2) 4月目～：35,000円 (※3) 年間上限：378,000円 (※6)

(※2) 現行の4月目以降とほぼ同じ額 (※3) 低所得者の当初3カ月とほぼ同じ額

(※4) 年収600万円以上と300万円以下の中間の額 (※5) 44,000円 × 12月 × 95% (※6) 35,000円 × 12月 × 90%

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,400円 4月目～：24,600円

《低所得者（住民税非課税）》

当初3ヶ月：35,000円 4月目～：24,000円 年間上限：259,000円 (※7)

(※7) 24,000円 × 12月 × 90%

70歳未満

[現行]

[見直しのイメージ案]

≪現役並み所得者≫

当初3ヶ月：80,100円 4月目～：44,400円
+ (医療費 - 267,000) × 1%

【外来：44,400円】

≪現役並み所得者（年収600万円以上）≫ ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：80,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

≪現役並み所得者（年収600万円以下）≫ ※70歳未満の一般所得者と平仄とった

当初3ヶ月：62,000円 4月目～：44,000円 年間上限：501,000円

【外来：44,000円】

70歳以上

≪一般所得者≫

44,400円 (※8) 【外来12,000円】 (※9)

(※8) 2割負担では62,100円

(※9) 2割負担では24,600円

≪一般所得者≫ ※70歳未満の年収300万円以下と平仄とった

当初3ヶ月：44,000円 4月目～：35,000円 年間上限：378,000円

【外来：12,000円】 (※10)

(※10) 2割負担では24,000円

≪低所得者Ⅱ（住民税非課税）≫

24,600円 【外来：8,000円】

≪低所得者Ⅱ（住民税非課税）≫

24,000円 【外来：7,500円】 年間上限：259,000円 (※11)

(※11) 24,000円 × 12月 × 90%

≪低所得者Ⅰ（住民税非課税）≫

15,000円 【外来：8,000円】

≪低所得者Ⅰ（住民税非課税）≫

15,000円 【外来：7,500円】 年間上限：162,000円 (※12)

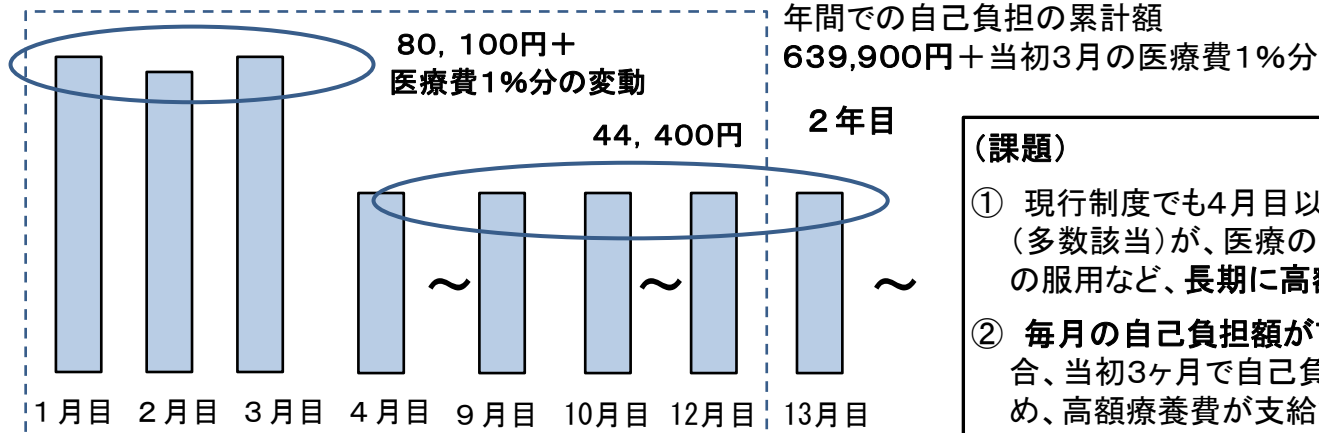
(※12) 15,000円 × 12月 × 90%

年間上限額の設定の考え方（案）

- 高額療養費が月単位で算定されるために支給されない場合がある問題を解消するとともに、長期に高額な医療にかかる患者の負担を軽減するために、多数該当の場合の自己負担限度額を基準として、年間での自己負担の上限額を設ける。
- その場合、年間で実際に負担した額の合計額が上限額を超えた場合に事後に償還する仕組みとする。

【現行の自己負担限度額】

一般所得者の場合（21,000円以上のレセプトのみが対象）



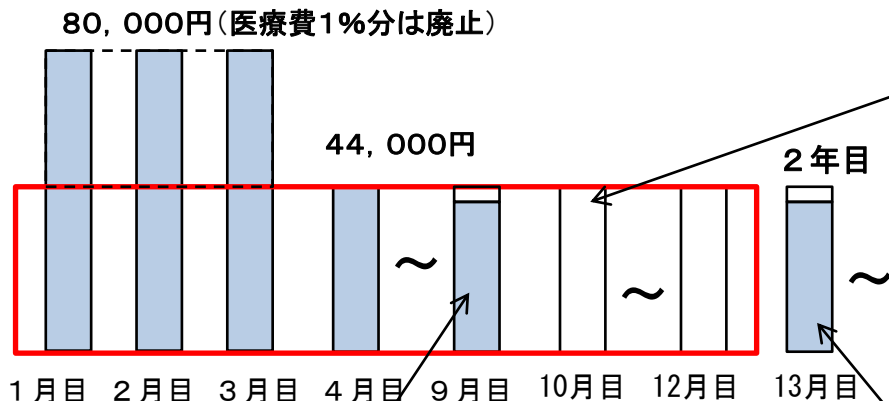
（課題）

- ① 現行制度でも4月目以降に自己負担の上限を軽減している（多数該当）が、医療の高度化等により、高額な薬剤の長期の服用など、長期に高額な負担がかかる患者が生じている。
- ② 毎月の自己負担額が7万円程度（年間で84万円程度）の場合、当初3ヶ月で自己負担限度額（80100円）に満たないため、高額療養費が支給されない。

【年間上限額を設定】

一般所得者（年収600万円以上）の場合（21,000円以上のレセプトのみが対象）

年間上限を $44,000円 \times 12カ月 \times 95\% = 50.1万円$ で設定



年間上限額を超える部分を事後に支給された場合の現実的な負担水準

- ① 1年目に年間で9カ月以上、高額療養費に該当するケースでは、事後に年間上限を超える額が償還される（現実的な負担を軽減）。（1年目に年間で9カ月該当する場合は、自己負担の合計は8万円×3カ月+4.4万円×6カ月=50.4万円であり、年間上限50.1万円に該当）

- ② 毎月の自己負担額が7万円程度（年間で84万円程度）の場合でも、高額療養費が支給される（現実的に4月目以降の軽減した自己負担と同程度の負担となる）。

- ③ 2年目以降も、12カ月間継続して該当する場合には、1月当たりの現実的な負担が44000円よりも軽減される。

高額療養費の見直しによる財政影響（2015年度ベース）

- 一体改革成案に盛り込まれた「2015年度ベースで公費1300億円」の規模の見直しを想定。
- 国保は低所得者が多く財政影響が大きいいため、財政中立とするためには、受診時定額負担に加えて、公費の拡充も必要。税制抜本改革と併せて国保の財政基盤の強化の中で、低所得者の高額療養費の財政支援を検討。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。

《高額療養費の見直し》

	給付費	保険料＋公費	保険料＋公費	
			保険料	公費
総計	約3600億円	約3600億円	約2500億円	約1200億円
協会けんぽ	約800億円	約1100億円	約900億円	約200億円
健保組合	約400億円	約700億円	約700億円	—
共済組合	約100億円	約200億円	約200億円	—
市町村国保	約1500億円	約1200億円	約500億円	約700億円
後期医療	約700億円	約300億円	約50億円	約300億円

（注1）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため、合計の数字が一致しない場合がある。

（注2）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

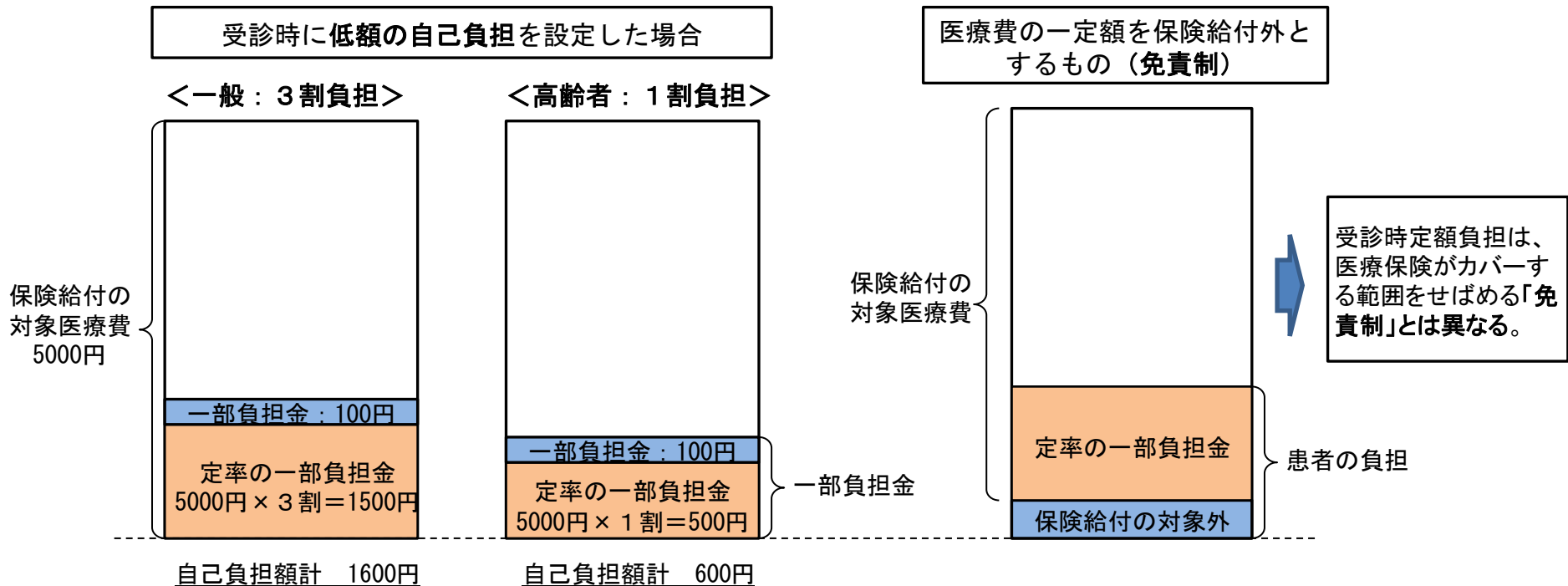
（注3）70歳未満は、世帯合算の要件（自己負担が2万1千円以上のレセプトを合算対象）を変えない場合の試算。

（注4）低所得者の多い国保に対する財政支援は上記試算に含まれておらず、別途検討する。

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変えるものではない。
- 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）



受診時定額負担の財政影響（粗い試算）

- 一体改革成案に盛り込まれた「例えば、初診・再診時100円の場合」の財政影響を試算。
- 給付率が変化した場合に経験的に得られている医療費の増減の効果（いわゆる長瀬効果）を見込んでいる。この効果を見込まない場合の影響額は、記載している影響額の半分程度となる。
- 「低所得者への配慮」による財政影響は含んでいないので、軽減措置を講じることで財政影響の効果は小さくなる。特に、低所得者が多い市町村国保では、保険料負担と公費負担の財政改善の効果は小さくなる。

≪初診・再診で100円を設定した場合≫（低所得者の軽減措置分は財政影響に入っていない）

		給付費	保険料＋公費	保険料	公費
総計		▲約4100億円	▲約4100億円	▲約2900億円	▲約1300億円
	協会けんぽ	▲約800億円	▲約1200億円	▲約1000億円	▲約200億円
	健保組合	▲約700億円	▲約1000億円	▲約1000億円	—
	共済組合	▲約200億円	▲約300億円	▲約300億円	—
	市町村国保	▲約1300億円	▲約900億円	▲約400億円	▲約500億円
	後期医療	▲約1000億円	▲約600億円	▲約80億円	▲約500億円

（注1）平成23年度予算ベース。受診回数については、将来の変化は無いものと仮定し、平成21年度実績を用いた。

（注2）100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入している。

（注3）前期財政調整及び後期高齢者支援金の影響により、制度別にみると、「給付費への影響」と「保険料及び公費への影響」は異なる。

受診時定額負担の低所得者への配慮について

- 仮に100円程度の負担とした場合、低所得者の軽減措置をどのように考えるか。
- 現行の高額療養費制度では、低所得者の範囲として、全世代で共通の基準として「市町村民税非課税」としている。

今回の制度でも、①国民への分かりやすさ、②高額療養費や食費負担など自己負担の水準の仕組みにおいて、現在の基準以外に別の区分を作る必要がなく、制度体系への影響が小さい、③実務上も現在の食事療養標準負担額の減額認定証を活用できる等を考慮すると、「市町村民税非課税」を低所得者の範囲とすることが考えられるが、どうか。

(参考) 「市町村民税非課税」の対象者数 (H21年度平均値) : 約1,700万人 (加入者全体の約15%)
国保(約1170万人)、後期高齢(約500万人)、協会けんぽ(約12万人)、健保組合(約2万人)の計

≪低所得者への軽減措置の財政影響の機械的な試算≫

仮に、受診時定額負担を一律に100円と設定した場合、低所得者が負担する相当分の受診時定額負担は、給付費ベースで 約800億円 (うち保険料400億円、公費400億円) と見込まれる。

したがって、軽減措置による財政影響は、その措置の内容に応じて、この額の範囲となる。