

我が国の医療制度の概要

- ・75歳以上
1割負担
(現役並み所得者は3割負担)
 - ・70歳から74歳
2割負担※
(現役並み所得者は3割負担)
 - ・義務教育就学後から69歳
3割負担
 - ・義務教育就学前
2割負担
- ※平成20年4月から、1割に据え置く

患者(被保険者)



②受診・窓口負担

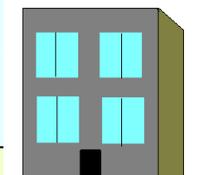
③診療

①保険料

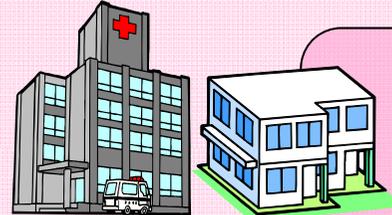
⑤支払

④請求

保険者



【医療提供体制】



病院
診療所

「医療法」



医師

「医師法」

歯科医師

「歯科医師法」

薬剤師

「薬剤師法」

保健師

助産師

看護師

「保健師助産師看護師法」

その他の医療従事者

〔国家資格者については各根拠法あり〕

【医療保険制度】

行政機関



国

都道府県

市町村

公費負担



公費負担



支援金



各保険者

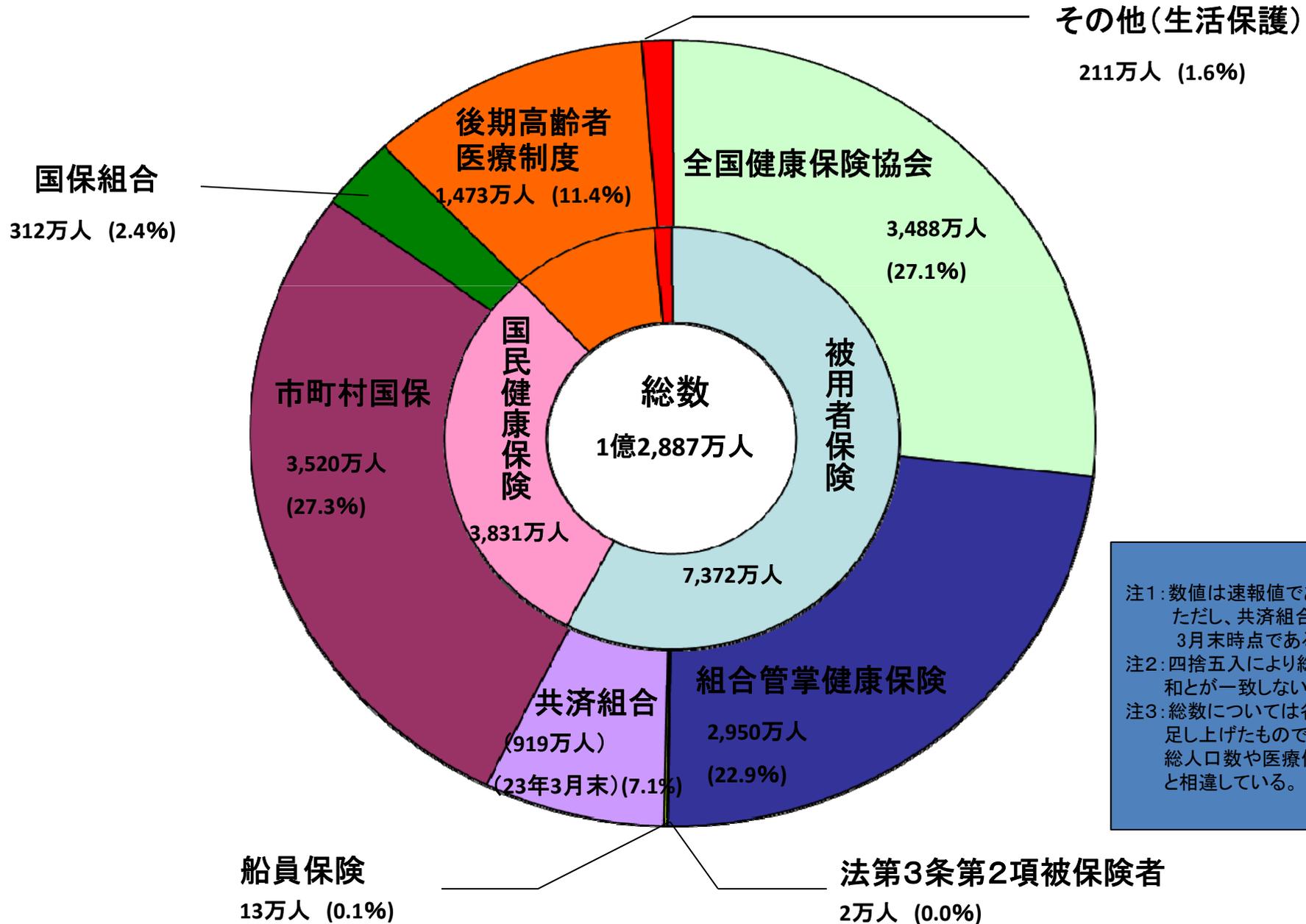
(主な制度名)	(保険者数)	(加入者数)
国民健康保険	1881	約3,800万人
全国健康保険協会 管掌健康保険 (旧政管健保)	1	約3,500万人
組管管掌健康保険	1443	約3,000万人
共済組合	85	約900万人

※保険者数及び加入者数は2012年3月末時点(速報値)(ただし、共済組合は2011年3月末時点)

後期高齢者医療制度	47	約1,500万人
-----------	----	----------

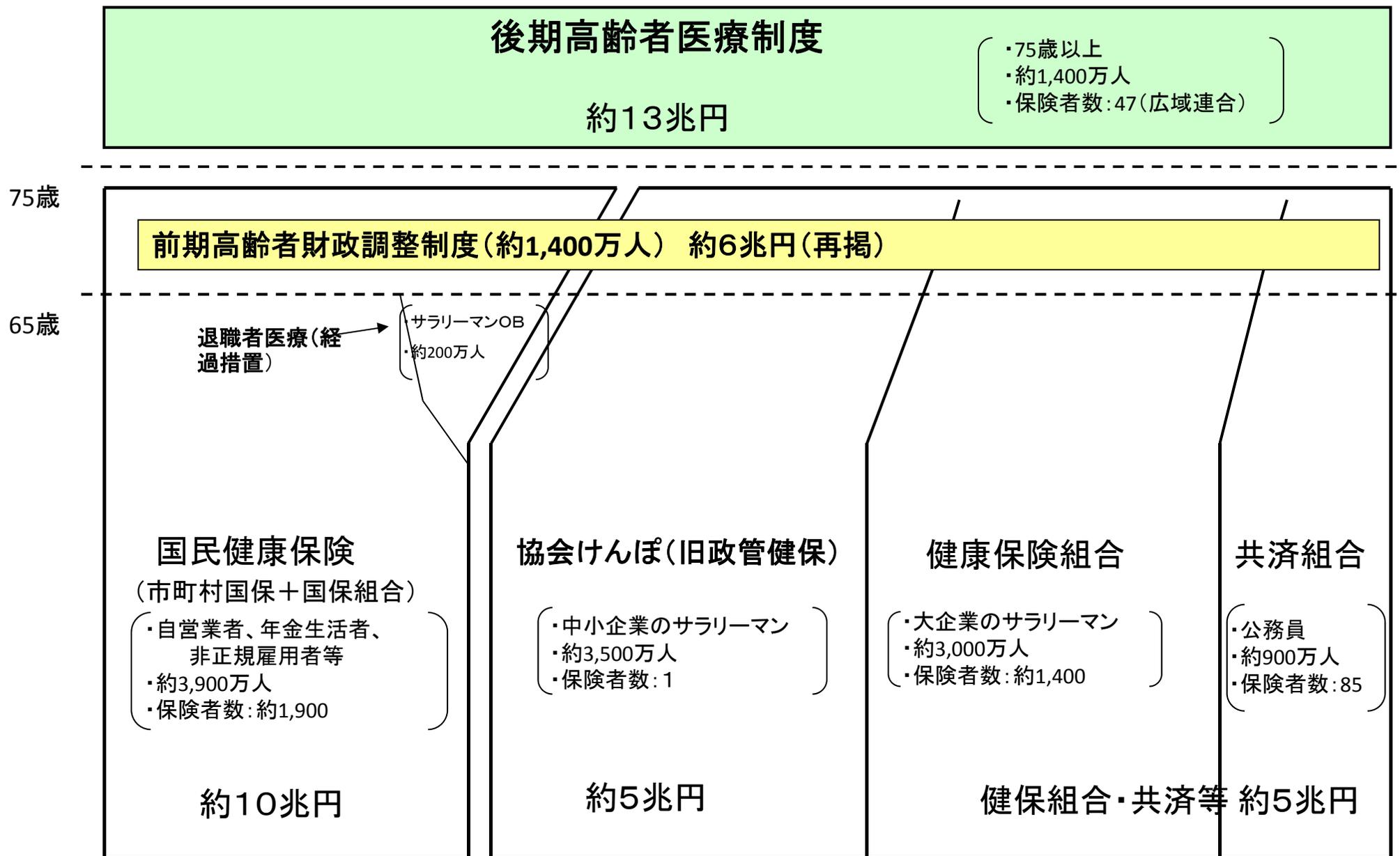
※加入者数は2012年3月末時点(速報値)

医療保険制度の加入者等(平成24年3月末現在)



注1: 数値は速報値である。
ただし、共済組合は平成23年3月末時点である。
注2: 四捨五入により総数と各数の和とが一致しない場合がある。
注3: 総数については各数を単純に足し上げたものであり、実際の総人口数や医療保険適用者数と相違している。

【医療保険制度の体系】



※1 加入者数・保険者数は、平成24年3月末時点(速報値) (ただし、共済組合は2011年3月末時点)

※2 金額は平成24年度予算ベースの給付費

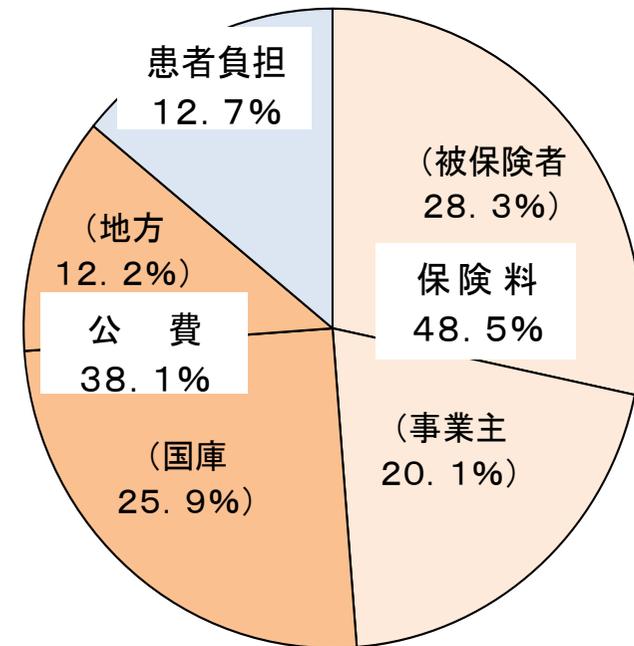
国民皆保険制度の意義

- 我が国は、国民皆保険制度を通じて世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を実現。
- 今後とも現行の社会保険方式による国民皆保険を堅持し、国民の安全・安心な暮らしを保障していくことが必要。
- 患者負担は国民医療費の12.7%と非常に小さくなっている。

【日本の国民皆保険制度の特徴】

- ① 国民全員を公的医療保険で保障。
- ② 医療機関を自由に選べる。(フリーアクセス)
- ③ 安い医療費で高度な医療。
- ④ 社会保険方式を基本としつつ、皆保険を維持するため、公費を投入。

日本の国民医療費の負担構造(財源別)(平成22年度)



各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者医療制度
保険者数 (平成24年3月末)	1, 7 1 7	1	1, 4 4 3	8 5 (平成23年3月末)	4 7
加入者数 (平成24年3月末)	3, 5 2 0万人 (2, 036万世帯)	3, 4 8 8万人 被保険者1, 963万人 被扶養者1, 525万人	2, 9 5 0万人 被保険者1, 555万人 被扶養者1, 395万人	9 1 9万人 被保険者452万人 被扶養者467万人 (平成23年3月末)	1, 4 7 3万人
加入者平均年齢 (平成23年度)	5 0. 0歳	3 6. 3歳	3 4. 1歳	3 3. 4歳 (平成22年度)	8 1. 9歳
65~74歳の割合 (平成23年度)	3 1. 3% (平成22年度)	4. 7%	2. 5%	1. 6% (平成22年度)	2. 8% (※2)
加入者一人当たり医療費 (平成23年度)	2 9. 9万円 (平成22年度)	1 5. 9万円	1 4. 2万円	1 4. 4万円 (平成22年度)	9 1. 8万円
加入者一人当たり 平均所得 (※3) (平成23年度)	8 4万円 一世帯あたり 1 4 5万円 (平成22年度)	1 3 7万円 一世帯あたり (※4) 2 4 2万円	1 9 8万円 一世帯当たり (※4) 3 7 4万円	2 2 9万円 一世帯当たり (※4) 4 6 7万円 (平成22年度)	8 0万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成23年度) (※5) <事業主負担込>	8. 1万円 一世帯あたり 1 4. 2万円 (平成22年度)	9. 9万円 <19. 7万円> 被保険者一人あたり 17. 5万円 <35. 0万円>	1 0. 0万円 <22. 1万円> 被保険者一人あたり 18. 8万円 <41. 7万円>	1 1. 2万円 <22. 4万円> 被保険者一人あたり 22. 7万円 <45. 5万円> (平成22年度)	6. 3万円
保険料負担率 (※6)	9. 7%	7. 2%	5. 0%	4. 9% (平成22年度)	7. 9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の50%	給付費等の16. 4%	財政窮迫組合に対する 定額補助	なし	給付費等の約50%
公費負担額 (※7) (平成25年度予算 (案) ^ハ - _ス)	3兆4, 392億円	1兆2, 186億円	15億円		6兆5, 347億円

(※1) 市町村国保の加入者数、加入者平均年齢、協会けんぽ、組合健保及び後期高齢者医療制度については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」「雑損失の繰越控除額」と「分離譲渡所得金額」を加えたもの。市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」によるもので、それぞれ前年の所得である。

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※4) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※5) 加入者一人当たり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※6) 保険料負担率は、加入者一人当たり平均保険料を加入者一人当たり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

現行の高齢者医療制度

制度の概要

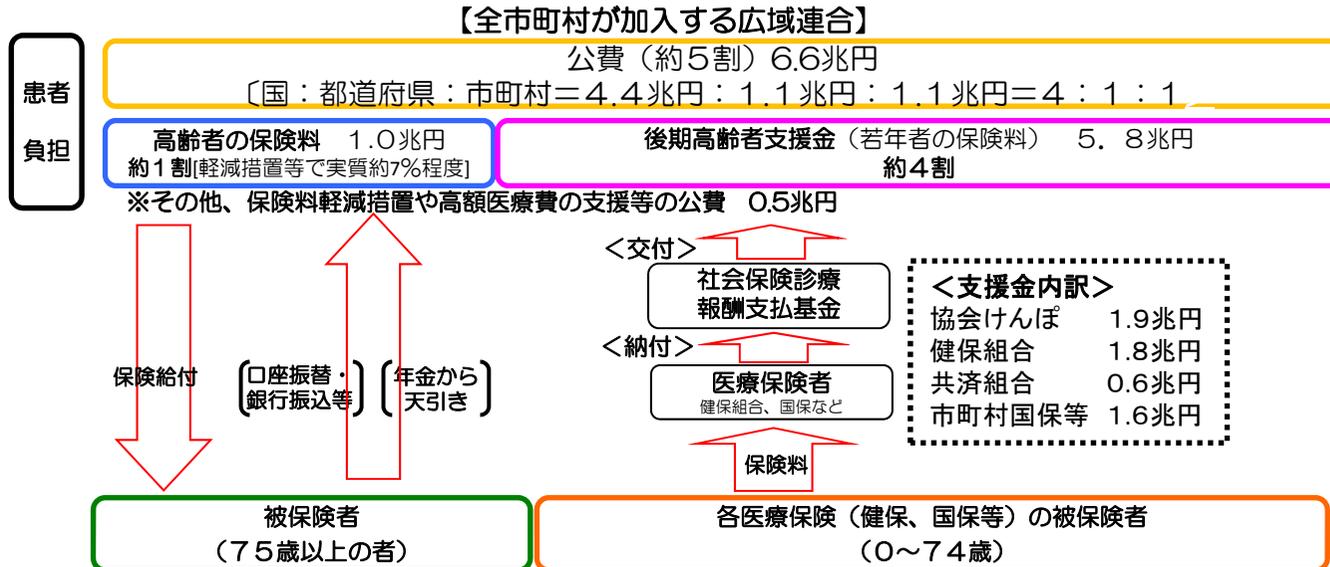
- 高齢化に伴う医療費の増大が見込まれる中で、高齢世代と若年世代の負担の明確化等を図る観点から、75歳以上の高齢者等を対象とした後期高齢者医療制度を平成20年4月から施行。
- 併せて、65歳～74歳の高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を調整するため、保険者間の財政調整の仕組みを導入。

後期高齢者医療制度の仕組み

<対象者数>
75歳以上の高齢者 約1,500万人

<後期高齢者医療費>
15.0兆円（平成25年度予算案ベース）
給付費 13.8兆円
患者負担 1.2兆円

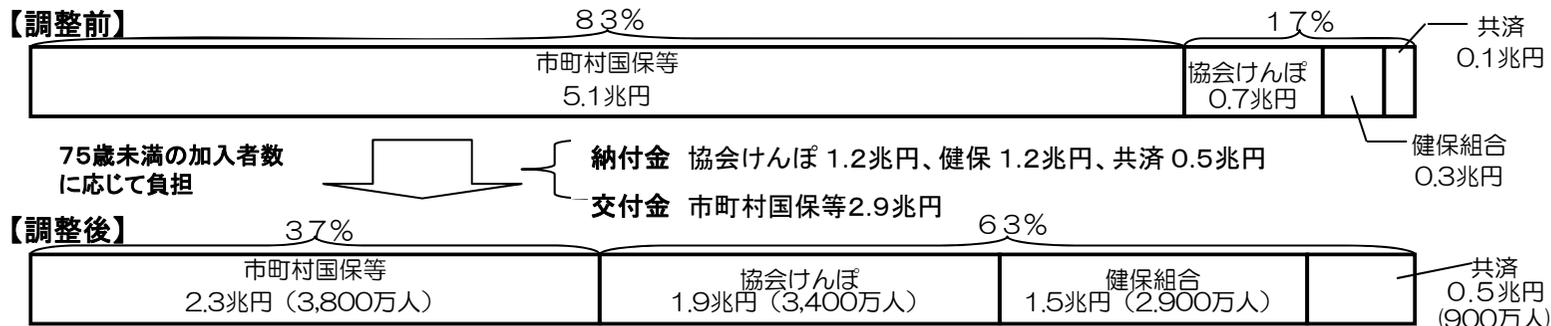
<保険料額（平成24・25年度見込）>
全国平均 約5,560円/月
※ 基礎年金のみを受給されている方は 約360円/月



前期高齢者に係る財政調整の仕組み

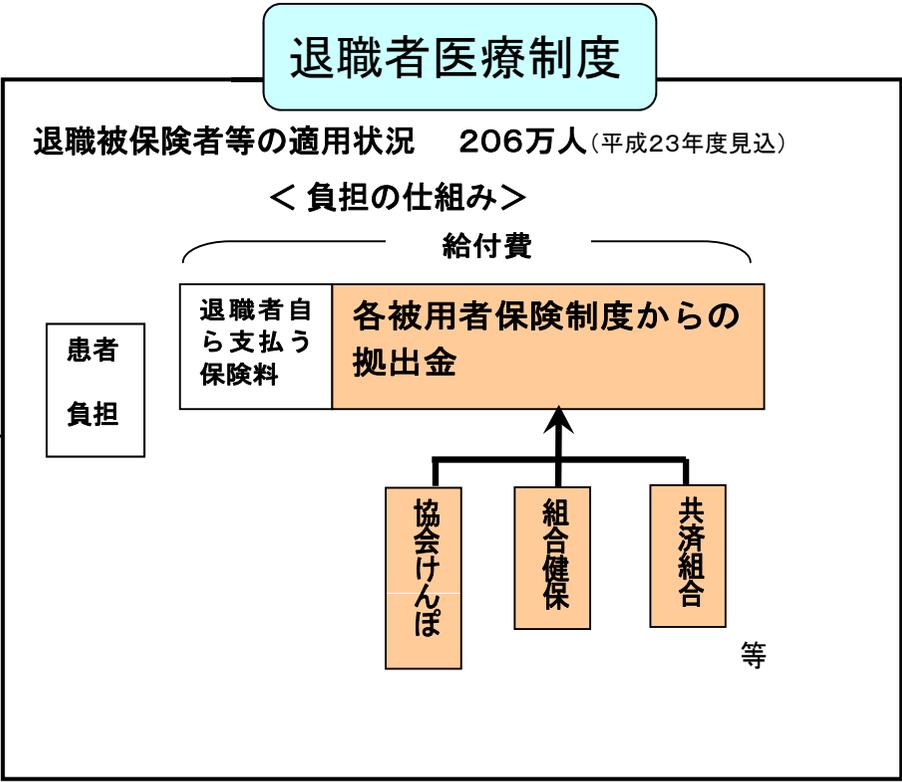
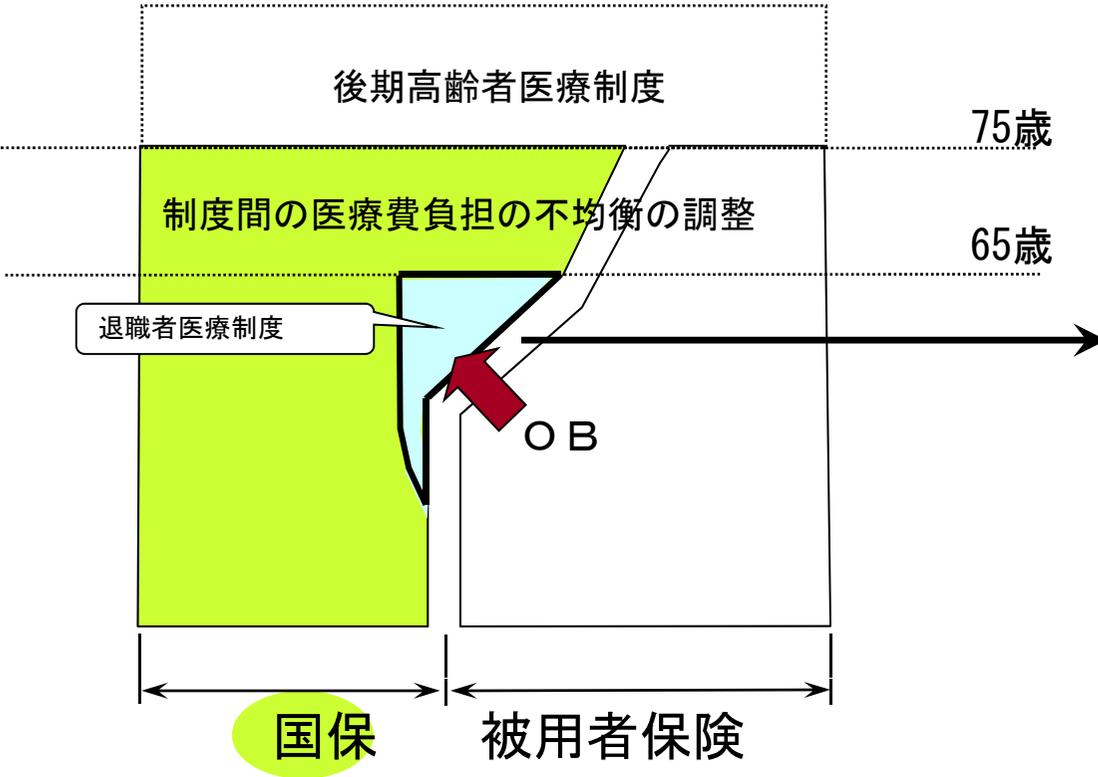
<対象者数>
65～74歳の高齢者 約1,500万人

<前期高齢者給付費>
6.1兆円
（平成25年度予算案ベース）



退職者医療制度の仕組み

- 企業を退職した方は、国保に加入する。
- そのため、65歳未満の国保加入者で被用者年金の加入期間が20年以上の方（退職被保険者）等の医療給付費については、自ら支払う保険料を除いた部分を、各被用者保険が財政力に応じて負担している。（標準報酬総額で按分）
- 平成27年度以降は、それまでの対象者（65歳未満）のみを対象とする。



国保と健保の給付内容

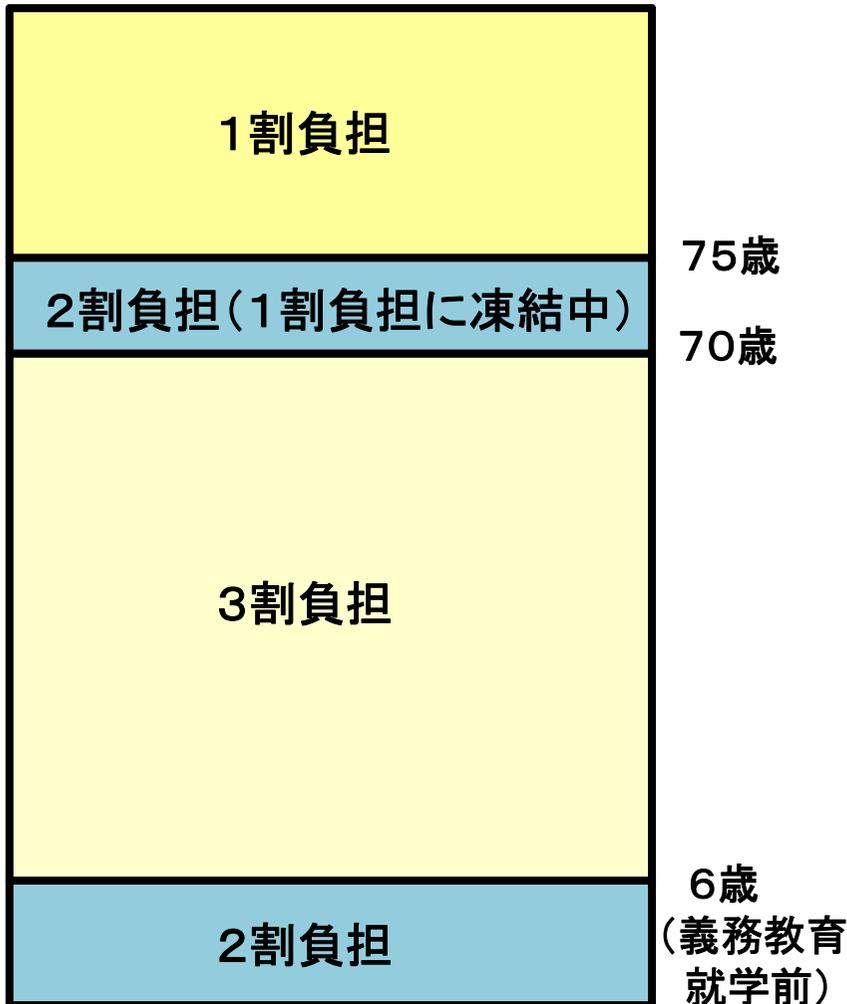
(平成24年4月現在)

給付		国民健康保険(市町村)	健康保険
医療給付	療養の給付 訪問看護療養費	義務教育就学前:8割、義務教育就学後から70歳未満:7割、 70歳以上75歳未満:8割(※)(現役並み所得者(現役世代の平均的な課税所得(年145万円)以上の課税所得を有する者):7割)	
	入院時食事療養費	食事療養標準負担額:一食につき260円 低所得者で90日を超える入院:一食につき160円	低所得者:一食につき210円 特に所得の低い低所得者(70歳以上):一食につき100円
	入院時生活療養費 (65歳~)	生活療養標準負担額:一食につき460円(*)+320円(居住費) 特に所得の低い低所得者:一食につき130円(食費)+320円(居住費) (*)入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関では420円	低所得者:一食につき210円(食費)+320円(居住費) 老齢福祉年金受給者:一食につき100円(食費)+0円(居住費) 注:難病等の患者の負担は食事療養標準負担額と同額
	高額療養費 (自己負担限度額)	70歳未満の者 (上位所得者) 150,000円+(医療費-500,000)×1% (83,400円) (一般) 80,100円+(医療費-267,000)×1% (44,400円) (低所得者) 35,400円 (括弧内の額は、4ヶ月目以降の多数該当)	70歳以上75歳未満の者 入院 (現役並み所得者) 80,100円 + (医療費-267,000)×1% (44,400円) 外来(個人ごと) 44,400円 (一般(※)) 44,400円 12,000円 (低所得者) 24,600円 8,000円 (低所得者のうち特に所得の低い者) 15,000円 8,000円
現金給付	出産育児一時金	給付内容は条例で定めるところによる。 (ほとんどの保険者が原則42万円(産科医療補償制度の加算対象出産ではない場合は、39万円。))	出産育児一時金 被保険者又はその被扶養者が出産した場合、原則42万円を支給。 (産科医療補償制度の加算対象出産ではない場合は、39万円。)
		家族出産育児一時金	
	葬祭費 埋葬料	給付内容は条例で定めるところによる。 (1~5万円程度としている市町村が多い。) ほとんどの市町村が実施	埋葬料 被保険者が死亡した場合、遺族等に対し、定額5万円を支給
			家族埋葬料 被扶養者が死亡した場合、被保険者に対し、定額5万円を支給
傷病手当金	任意給付 (実施している市町村はない。)	被保険者が業務外の事由による療養のため労務不能となった場合、その期間中、最長で1年6ヶ月、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給	
出産手当金		被保険者本人の産休中(出産日以前42日から出産日後56日まで)の間、1日に付き標準報酬日額の3分の2相当額を支給	

※平成20年4月から窓口負担は1割に据え置かれ、高額療養費の自己負担限度額についても本表の額のまま据え置かれる。

医療費の患者負担について

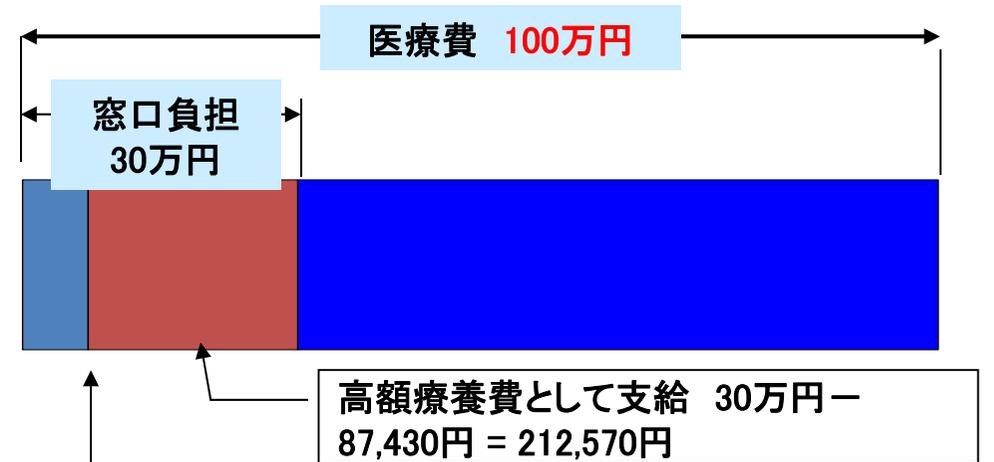
【医療費の患者負担割合】



○高額療養費制度

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、月ごとの自己負担限度額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度。

<一般的な例 被用者本人(3割負担)のケース>



$$\begin{aligned} & \text{自己限度額 } 80,100\text{円} + (1,000,000\text{円} - 267,000\text{円}) \times 1\% \\ & = \mathbf{87,430\text{円}} \end{aligned}$$

(注) 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。

高額医療・高額介護合算療養費制度について

1年間（毎年8月1日～翌年7月31日（※））の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が高額な場合に、さらに負担を軽減する仕組みを設けている（平成20年4月施行）。

（※）国民健康保険と後期高齢者医療制度での所得区分の認定が、前年所得をもとに毎年8月に所得区分を決めることを踏まえたもの。

合算算定基準額（所得区分に応じた世帯の負担上限額）

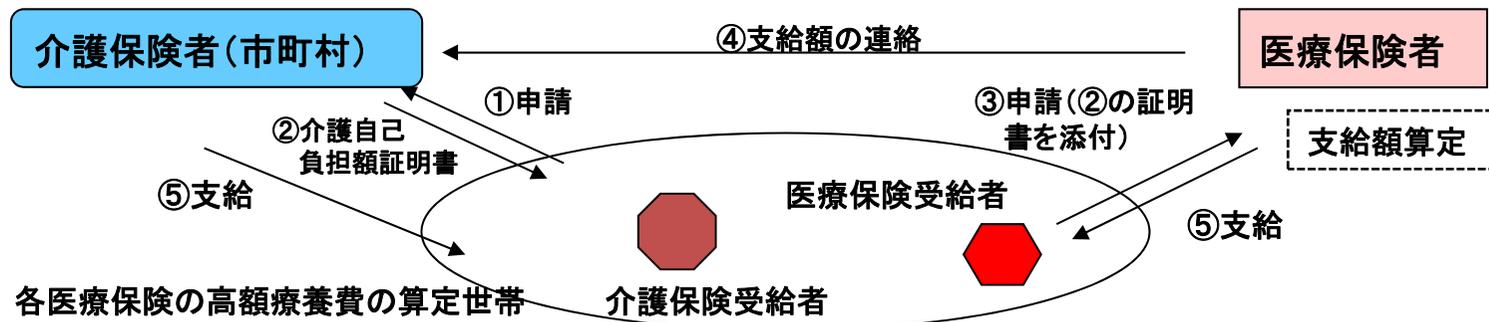
	75歳以上	70～74歳（注1）	70歳未満（注1）
	介護保険＋後期高齢者医療	介護保険＋被用者保険または国民健康保険	
70歳以上現役並み所得者 70歳未満上位所得者	67万円	67万円	126万円
一般	56万円	62万円（注2）	67万円
市町村民税世帯非課税等	31万円	31万円	34万円
市町村民税世帯非課税 年金収入80万円以下等	19万円（注3）	19万円（注3）	

（注1）対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合、まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する。

（注2）平成25年7月までは56万円。（注3）介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

（支給の手続き）

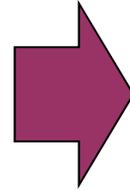
- ① 医療保険制度の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、被保険者からの申請に基づき、高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、合算算定の自己負担限度額を超えた場合に支給する。
- ② 給付費は、医療保険者、介護保険者の双方が、自己負担額の比率に応じて按分して負担する。



高額医療・高額介護合算療養費制度の参考事例

- 夫婦とも75歳以上(住民税非課税)で、夫が医療サービス、妻が介護サービスを受けている世帯の場合
 - (医療サービス) 病院に入院(※)
 - (介護サービス) 特別養護老人ホームに入所(※)
 - (年金収入) 夫婦で年間211万円以下(住民税非課税)

自己負担:年間約60万円



自己負担:年間31万円
(約29万円の軽減)

今まで(20年3月まで)



自己負担約 30万円

医療費の1割負担。
ただし、毎月の負担の
上限あり。
(このケースでは、2万
4600円まで)

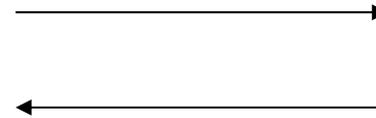
自己負担約 30万円

介護費の1割負担。
ただし、毎月の負担の
上限あり。
(このケースでは、2万
4600円まで)

これから(20年4月から)



医療費と介護費の自己負担(合
計約60万円)を支払った後、各
保険者に請求



自己負担限度額(31万円)を一
定程度超えた場合に、当該超え
た額(約29万円)を支給

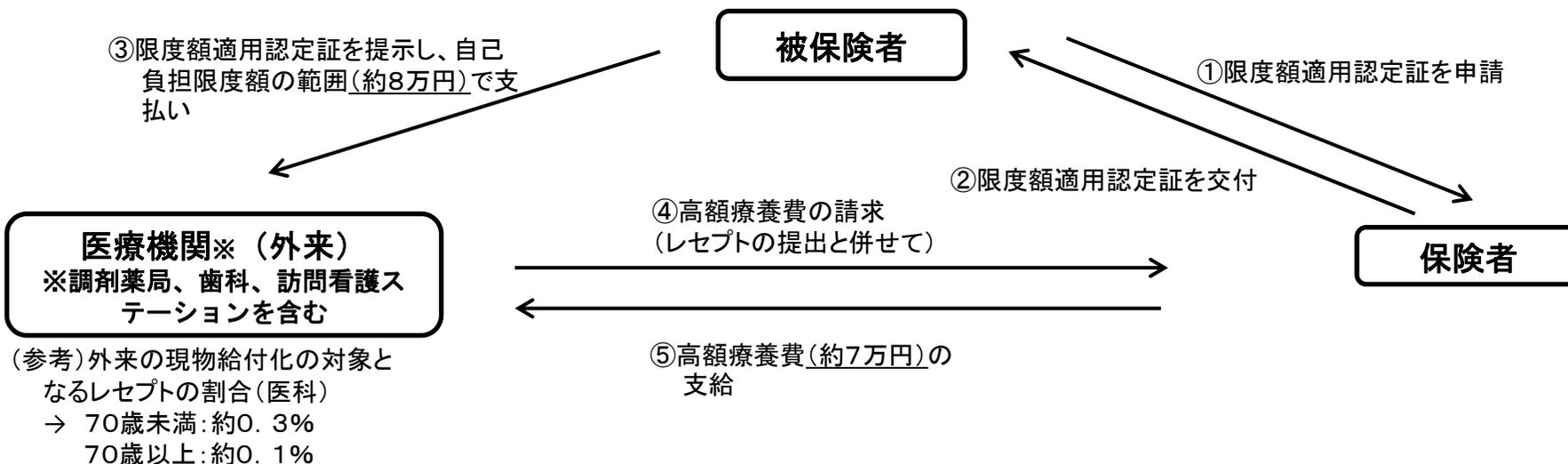
保険者

(※) 療養病床に入院した場合又は特別養護老人ホームに入所した場合にかかる食費・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。)

外来診療の現物給付化への対応について

○ 高額な薬剤費等がかかる患者の負担を軽減するため、従来の入院診療に加え、外来診療についても、同一医療機関での同月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い(現物給付化)を導入(平成24年4月施行)。

医療費50万円(3割負担)、一般所得者(70歳未満)の場合



現物給付化の基本的な仕組み

- ① 被保険者等ら保険者に対して、限度額適用認定証の交付を申請。(入院の場合と同様の取扱い)
- ② 保険者から被保険者に対して、世帯の所得区分に応じた限度額適用認定証を交付。(個人単位)
- ③ 被保険者は医療機関の窓口で限度額適用認定証を提示。医療機関はその被保険者等の自己負担額を個人単位で集計し、限度額を超える一部負担金等の徴収は行わない。
※ 1%加算分については、自己負担が限度額を超えた後も毎回自己負担が発生する。
- ④ 医療機関はレセプト請求時に併せて高額療養費分を保険者に請求。