

# 第134回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和2年11月19日(木)  
13時30分～16時00分  
場所：全国都市会館

( 議 題 )

医療保険制度改革について

( 配布資料 )

資 料 1 後期高齢者の窓口負担の在り方について

資 料 2 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の  
拡大について

参考資料1-1 前回委員から御指摘があった資料

参考資料1-2 参考資料(「後期高齢者の窓口負担割合の在り方等について」11/12 医療  
保険部会提出資料(抜粋))

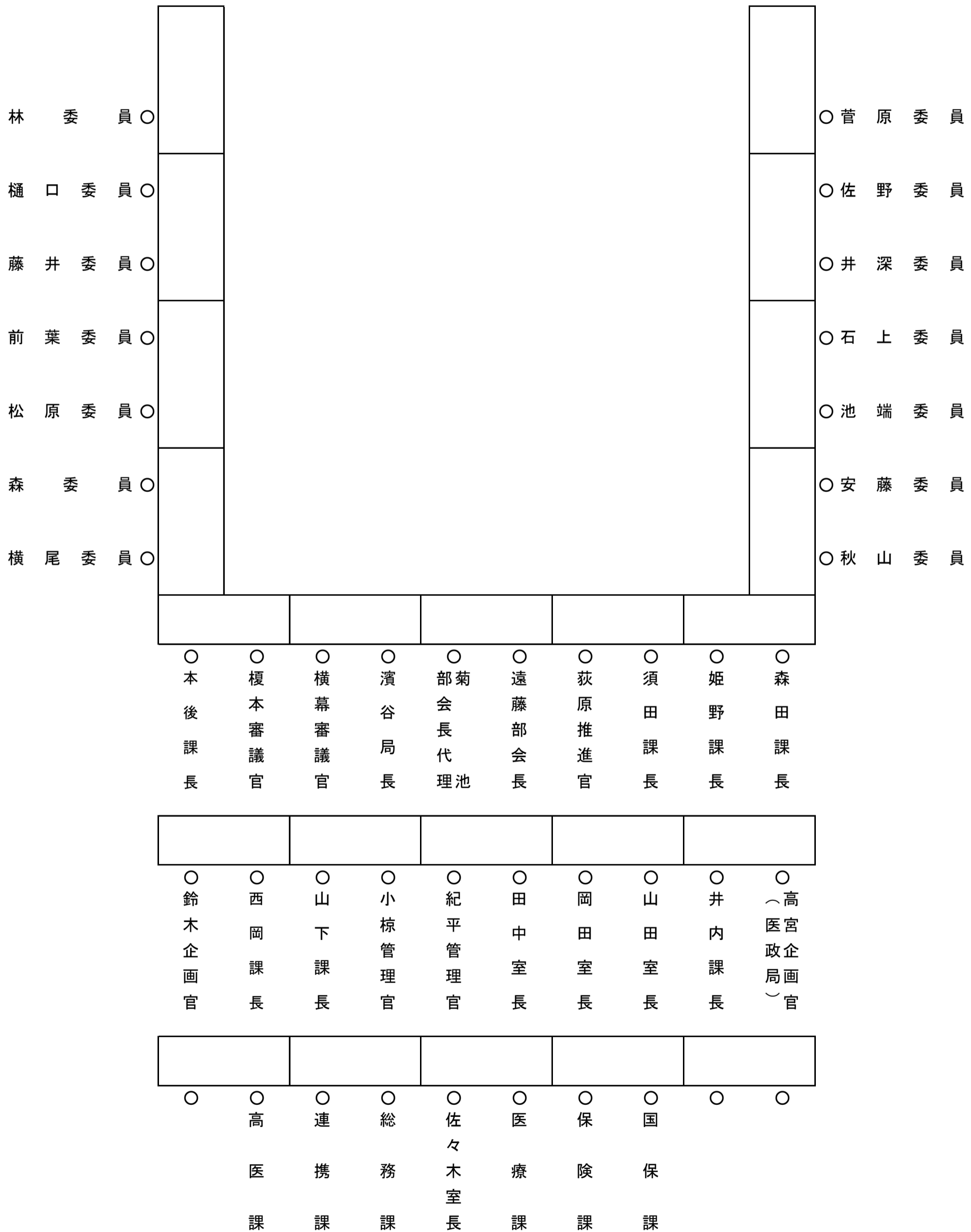
# 第134回 社会保障審議会医療保険部会

令和2年11月19日(木) 13:30~16:00

全国都市会館 大ホール

速記

《オンライン参加委員》  
 一瀬委員(小出参考人)  
 兼子委員  
 原委員(中野参考人)  
 平井委員  
 藤原委員



事務局席

# 社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

令和2年11月19日

あきやま ともや 秋山 智弥	日本看護協会副会長
あんどう のぶき 安藤 伸樹	全国健康保険協会理事長
いけばた ゆきひこ 池端 幸彦	日本慢性期医療協会副会長
いしがみ ちひろ 石上 千博	日本労働組合総連合会副事務局長
いちのせ まさた 一瀬 政太	全国町村会理事／長崎県波佐見町長
いぶか ようこ 井深 陽子	慶應義塾大学経済学部教授
えんどう ひさお ◎ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学法学学術院教授
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会副会長
すがはら たくま 菅原 琢磨	法政大学経済学部教授
はやし まさずみ 林 正純	日本歯科医師会常務理事
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ひぐち けいこ 樋口 恵子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長
ひらい しんじ 平井 伸治	全国知事会社会保障常任委員会委員長／鳥取県知事
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
ふじわら ひろゆき 藤原 弘之	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
まつばら けんじ 松原 謙二	日本医師会副会長
もり まさひら 森 昌平	日本薬剤師会副会長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長

◎印は部会長、○印は部会長代理である。

(五十音順)

# 後期高齢者の窓口負担の在り方について

# 全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 3. 医療

#### (2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

##### ① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

## 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告(令和2年6月25日) (抄)

### 第1章 はじめに

#### 1. これまでの検討経緯

全世代型社会保障検討会議は昨年12月に中間報告を公表し、昨年末の時点における検討成果について中間的な整理を行った。(略)。

本年は2月19日に第6回会議を開催後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、審議を一時中断した。当初の予定では、本検討会議は本年夏に最終報告をとりまとめる予定であったが、こうした状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期することとした。これに伴い、第2回目の中間報告を行うこととした。

本年度の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

### 第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

昨年12月の中間報告以降、本検討会議において検討したテーマについての検討結果は以下のとおり。

#### 4. 医療

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、昨年末の最終報告において取りまとめる。

# 後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
			<b>現役並み所得</b> 約130万人 (約7%)	<b>課税所得145万円以上</b> 年収約383万円以上
<b>一般</b> 約945万人 (約52%)	<b>課税所得145万円未満</b> 住民税が課税されている世帯(※)で年収383万円未満	1割	18,000円 [ 年14.4万円 ]	57,600円 <多数回該当: 44,400円>
<b>低所得Ⅱ</b> 約435万人 (約24%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円超		8,000円	24,600円
<b>低所得Ⅰ</b> 約305万人 (約17%)	世帯全員が住民税非課税 年収約80万円以下			15,000円

※ 一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。

**計: 約1815万人**

注) 年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

人数は後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査における令和2年7月時点のもの。

# 1 所得基準について

# 所得基準として考えられる機械的な選択肢

	考え方	所得・収入目安	後期高齢者に占める割合	対象者数
1	介護保険の2割負担の対象者の割合(上位20%)と同等	本人課税所得64万円以上 本人収入240万円以上	上位20% (現役並み区分を除くと13%)	<u>約200万人</u>
2	現行2割負担である70～74歳の平均収入額(約218万円)を上回る水準	本人課税所得45万円以上 本人収入220万円以上	上位25% (現役並み区分を除くと18%)	<u>約285万人</u>
3	平均的な収入で算定した年金額(単身:187万円)を上回る水準	本人課税所得28万円以上 本人収入200万円以上	上位30% (現役並み区分を除くと23%)	<u>約370万人</u>
4	本人に課税の対象となる所得がある水準 (諸控除を加味したうえで、所得に応じて納税している水準)	本人課税所得あり 本人収入170万円以上	上位38% (現役並み区分を除くと31%)	<u>約520万人</u>
5	本人に住民税の負担能力が認められる水準 (本人所得が住民税非課税水準を超える水準)	本人所得35万円超 本人収入155万円以上	上位44% (現役並み区分を除くと37%)	<u>約605万人</u>

注) ・上位44%は課税所得がある者に加えて、所得等が一定額以上の者を対象とするもの。

・本人収入は、それぞれの課税所得等をもとに年金収入のみの単身世帯を前提に計算。対象者のほとんどが年金収入であるため、年金収入のみで収入を計算している。

・対象者数の積算にあたって、収入基準として介護保険同様に「年金収入とその他の合計所得金額」が年収の下限の額を上回るかで判定することを前提に計算。

注) 後期高齢者夫婦世帯の場合の収入(配偶者:基礎年金想定)は、上位20%で360万円、上位25%で340万円、上位30%で320万円、上位38%で290万円、上位44%で290万円。



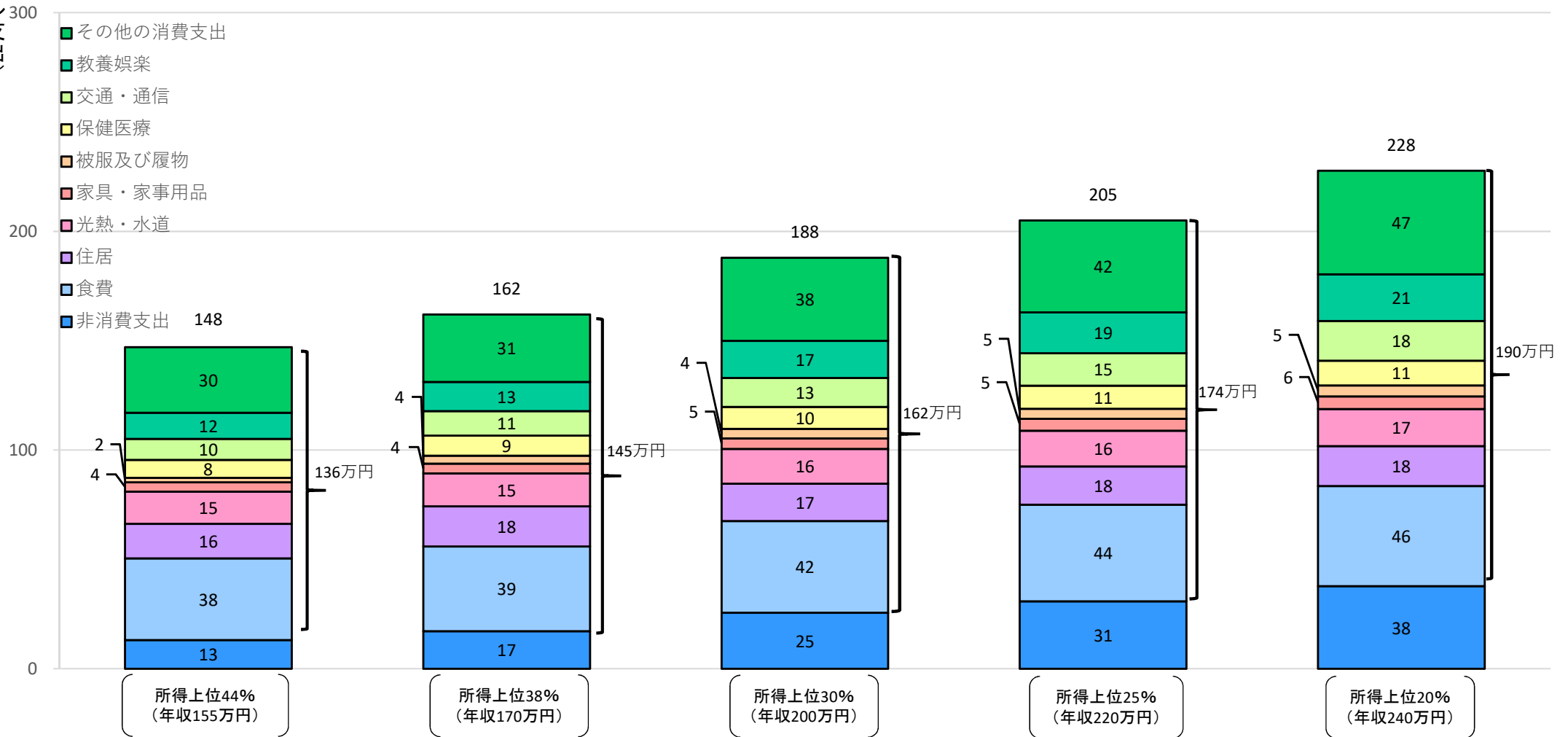
# 75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

単身世帯

○ 75歳以上の単身世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は240±50万円(上位20%)は87世帯、220±50万円(上位25%)は106世帯、200±50万円(上位30%)は123世帯、170±50万円(上位38%)は113世帯、155±50万円(上位44%)は104世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乘せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

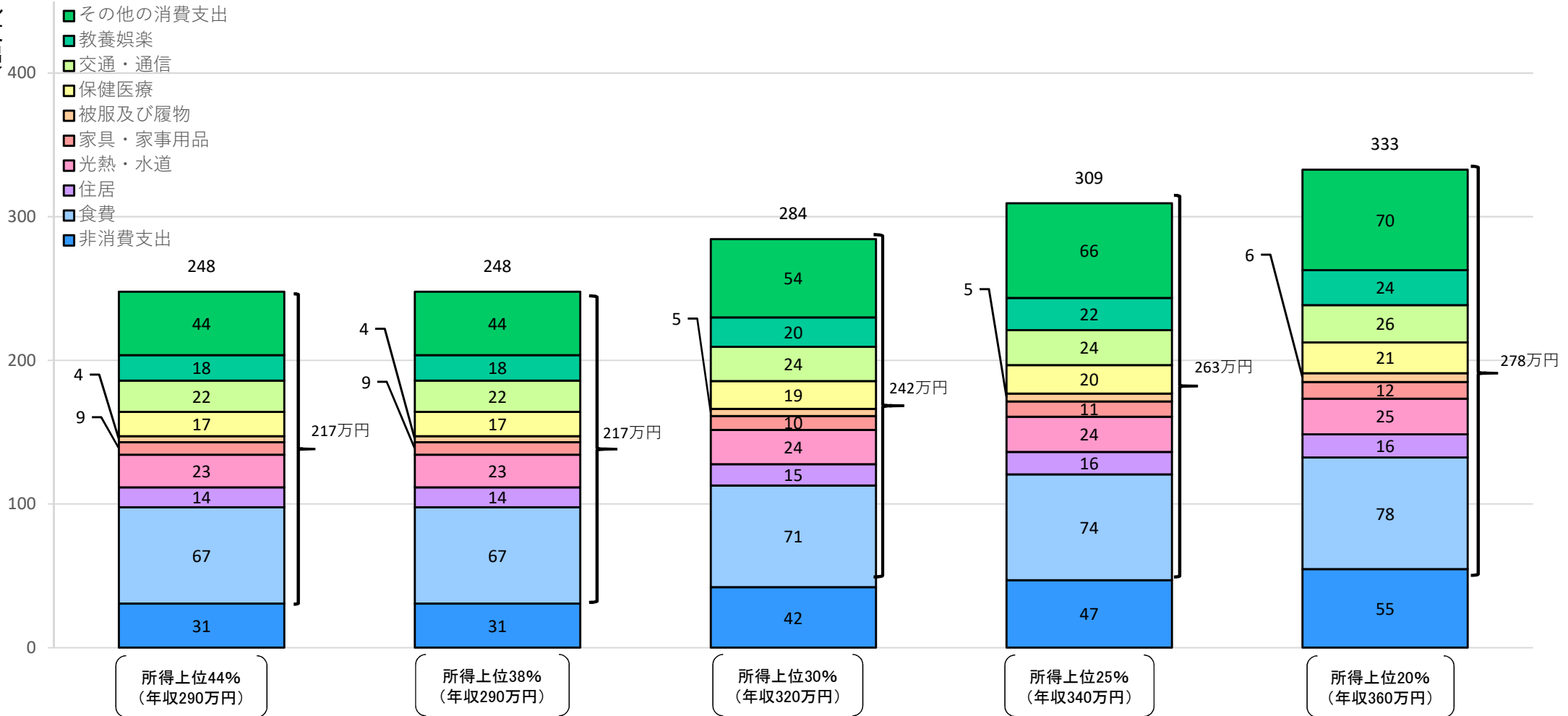
# 75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

夫婦世帯

○ 75歳以上の夫婦2人世帯について、モデル年収ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は360±50万円(上位20%)は204世帯、340±50万円(上位25%)は224世帯、320±50万円(上位30%)は232世帯、290±50万円(上位38%、上位44%)は209世帯。

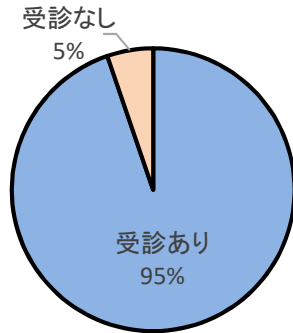
※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

## 2 配慮措置について

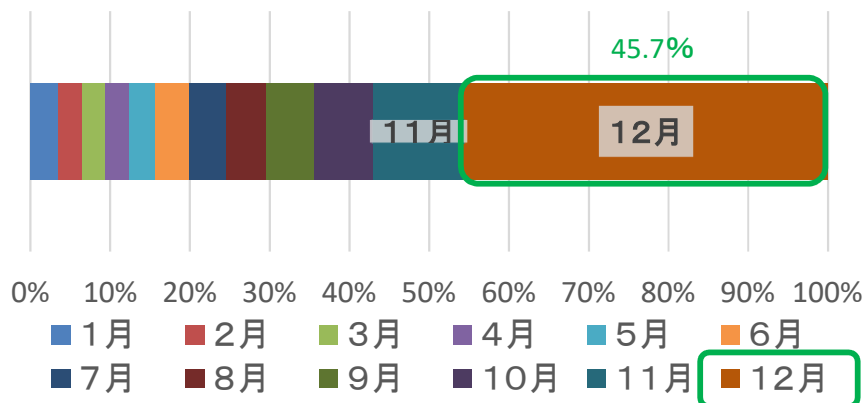
# 配慮措置の考え方（案）①

- 75歳以上の高齢者は、ほぼ全てが外来受診している。そのうち5割弱の者が毎月診療を受診している。
- 窓口負担割合を2割に引き上げることにより影響を受ける者の多くが、外来受診者である。窓口負担を2割負担とした場合、およそ6割の者が高額療養費の限度額に該当せず、負担が2倍となる。
- 1人当たり平均窓口負担額(年間)は、2割負担となると、約3.4万円増えるがほとんどは外来の影響。

年間で外来受診した患者の割合(後期高齢者)



外来受診した患者の受診月数(後期高齢者)



【1人当たり平均窓口負担額(年間)の変化】

	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)

※ ( ) 内は、現行制度からの増加額

出典: 医療給付実態調査(平成30年度)

- (注) 1. 集計対象は、協会(一般)、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。  
 2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計(「名寄せ」)したのから、平成30年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。  
 3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

# 配慮措置の考え方（案）②

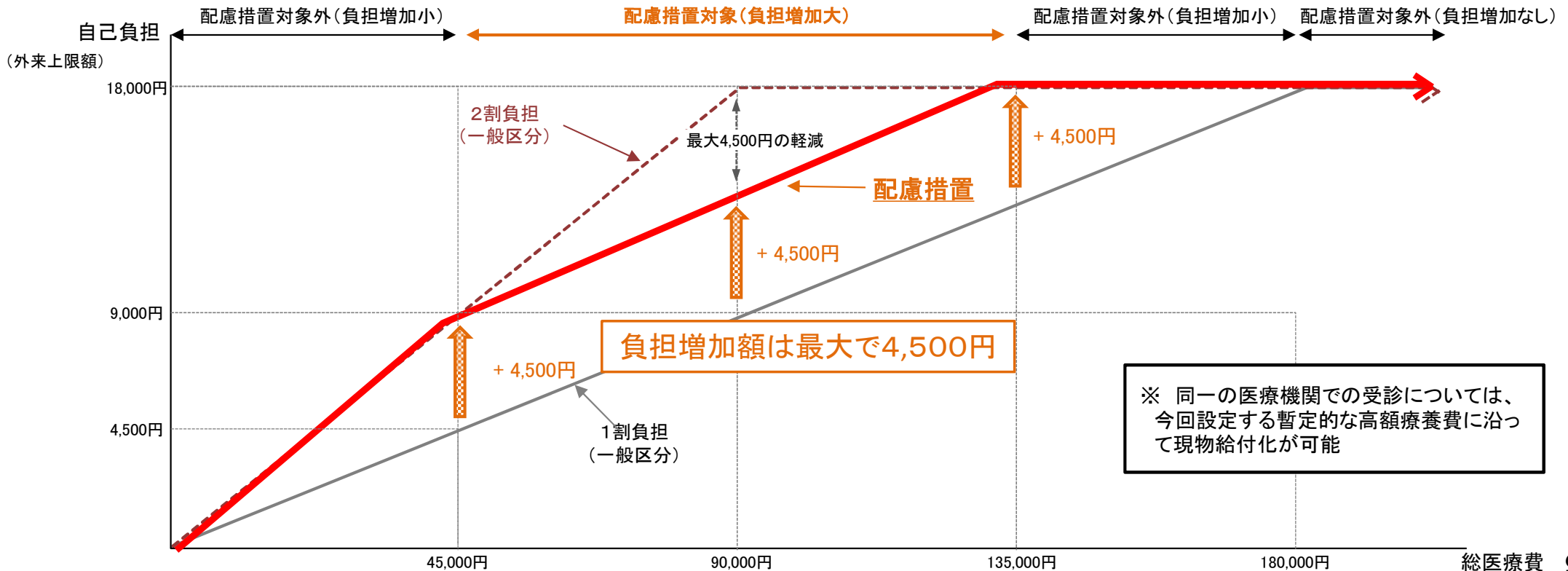
○ 配慮措置については、下記の内容で講じてはどうか。

① 長期にわたる外来受診について、急激な負担増を抑制するため、2割負担になる者の外来受診の負担増加額について、最大の場合（月9,000円）の半分である月4,500円とする。

※ 具体的には、負担額が月9,000円を超えた場合（すなわち医療費が45,000円を超えた場合）には、超えた医療費については1割負担となるよう、高額療養費の上限額を設定する。

② 急激な負担増加を抑制するためのものであり、2年間の経過措置とする。

※ 急激な負担増加を抑制しつつ、団塊の世代全員が後期高齢者入りする2025年までに本則とするため、2年間の経過措置とする。



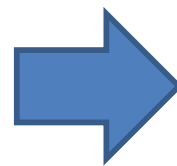
# 配慮措置の効果①（平均窓口負担額の変化）

- 一定所得以上の者が2割負担となった場合、配慮措置を講じることにより、窓口負担額の年間平均が約8.1万円⇒約11.1万円（配慮措置前は約11.5万円）となり、負担を抑制
- 配慮措置の対象となる長期頻回受診者等は、外来患者の約6割に該当する。

## 【1人当たり平均窓口負担額（年間）の変化】

	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)

※ ( ) 内は、現行制度からの増加額



	現行 (1割負担)	2割負担
外来	4.6万円	7.2万円 (+2.7万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)
計	8.1万円	11.1万円 (+3.1万円)

※ ( ) 内は、現行制度からの増加額

▲0.4万円

# 配慮措置の効果②（具体的な疾病例）

○ 長期にわたり頻繁に受診が必要な患者が、大幅な負担増により必要な受診が抑制されないよう配慮。

	現行	見直し後			
		配慮措置なし		配慮措置あり	
		見直し影響額		配慮措置効果額	
<b>1. 窓口負担額が2倍になる例</b>					
(1) 「関節症(膝の痛みなど)」で外来受診している場合 ※関節症患者の外来受診の平均的な診療間隔8日を基に計算(1年間通院)	3.2万円 (2,800円/月)	6.4万円 (5,600円/月)	(3.2万円増) (2,800円増/月)	6.4万円 (5,600円/月)	負担増/月は 4500円以内
(2) 「高血圧性疾患」で外来受診している場合 ※高血圧性疾患の外来受診の平均的な診療間隔17日を基に計算(1年間通院)	2.9万円 (2,600円/月)	5.7万円 (5,200円/月)	(2.9万円増) (2,600円増/月)	5.7万円 (5,200円/月)	負担増/月は 4500円以内
(3) 「脳血管疾患」で外来受診している場合 ※脳血管疾患患者の外来受診の平均的な診療間隔14日を基に計算(1年間通院)	4.1万円 (4,500円/月)	8.1万円 (9,000円/月)	(4.1万円増) (4,500円増/月)	8.1万円 (9,000円/月)	負担増/月は 4500円以内
(4) 「関節症」及び「高血圧性疾患」で外来受診した場合	6.1万円 (5,400円/月)	12.2万円 (10,800円/月)	(6.1万円増) (5,400円増/月)	11.3万円 (9,900円/月)	(0.8万円) (900円/月減)
(5) 「関節症」及び「脳血管疾患」で外来受診した場合	7.3万円 (7,300円/月)	14.4万円 (14,600円/月)※	(7.1万円増) (7,300円増/月)	12.7万円 (11,800円/月)	(1.7万円) (2,800円/月減)
<div style="text-align: center;"> </div>					
<b>2. 窓口負担額が変化しない例</b>					
(1) 「骨折」して入院した場合 ※骨折の入院の平均的な在院日数50日を基に計算	11.5万円 (57,600円/月)	11.5万円 (57,600円/月)	(負担増なし)		たとえば複数疾病により受診した場合などには、配慮措置の対象となり、負担が軽減されることとなる
(2) 「悪性新生物」で入院した場合 ※悪性新生物の入院の平均的な在院日数22日を基に計算	5.8万円 (57,600円/月)	5.8万円 (57,600円/月)	(負担増なし)		
<b>3. 窓口負担額の変化が2倍未満である例</b>					
「悪性新生物」で外来受診している場合 ※悪性新生物の外来受診の平均的な診療間隔12日を基に計算(1年間通院)	13.6万円 (13,800円/月)	14.4万円※ (18,000円/月)	(0.8万円増) (4,200円増/月)	14.4万円 (18,000円/月)	負担増/月は 4500円以内

※年間上限により年14.4万円に負担軽減される

# 配慮措置の対象者となる者の割合等

## 【1人当たり平均窓口負担額(年間)】

	現行 (1割負担)	2割負担	配慮措置
外来	4.6万円	7.6万円 (+3.1万円)	7.2万円 (+2.7万円)
入院	3.5万円	3.9万円 (+0.4万円)	3.9万円 (+0.4万円)
合計	8.1万円	11.5万円 (+3.4万円)	11.1万円 (+3.1万円)

## 【外来・入院別の2割負担となる者の特徴】

※割合 (%) は全て新たに2割負担となる対象者に対する割合

		外来	入院
<b>外来受診又は入院した患者</b> (1年間のうちに1度でも受診・入院した者)		<b>96%</b> (平均9.5ヶ月受診)	<b>25%</b> (平均2.9ヶ月受診)
①	<b>2割負担となっても負担増加がない者</b> (全ての受診月で高額療養費の対象) →現行制度における窓口負担が外来月額18,000円以上、 入院月額57,600円以上	<b>3%</b>	<b>6%</b>
②	<b>全ての受診月で負担額が2倍となる者</b> (全ての受診月で窓口負担が外来月額9,000円以下、 入院月額28,800円以下)	<b>61%</b>	<b>4%</b>
③	<b>②以外で、負担増となる月がある者</b>	<b>32%</b> (平均10.2ヶ月受診)	<b>15%</b> (平均3.1ヶ月受診)

※ 上記は、配慮措置がないとした場合のもの



※割合 (%) は負担増となる者に対する割合

<b>配慮措置の対象となる月がある者</b> (いずれかの受診月の負担増加額が4,500円超)	<b>約60%</b>
--	-------------



### 3 施行期日について

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 3. 医療

#### (2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

##### ① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるように、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長年にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

## 4 財政影響について

# 窓口負担の見直しに係る財政影響

	給付費	後期高齢者支援金 (現役世代の負担軽減)	後期高齢者 保険料 (高齢者の負担軽減)	公費
<b>上位20%の場合</b> 課税所得64万円 収入単身240万円、複数360万円	▲1,240億円	▲470億円	▲120億円	▲650億円
<b>上位25%の場合</b> 課税所得45万円 収入単身220万円、複数340万円	▲1,750億円	▲670億円	▲170億円	▲920億円
<b>上位30%の場合</b> 課税所得28万円 収入単身200万円、複数320万円	▲2,290億円	▲880億円	▲220億円	▲1,200億円
<b>上位38%の場合</b> 課税所得あり 収入単身170万円、複数290万円	▲3,200億円	▲1,220億円	▲310億円	▲1,660億円
<b>上位44%の場合</b> 所得35万円 収入単身155万円、複数290万円	▲3,740億円	▲1,430億円	▲370億円	▲1,960億円

一定所得以上の者の窓口負担割合を2割に引き上げ、一般所得の後期高齢者に対して、外来自己負担増加額を最大4,500円にした場合(2022年度施行、満年度)。

※1 本推計は、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。

※2 2020年度予算ベースを足下にし、2022年度までの人口構成の変化を機械的に織り込んだ推計値。なお、医療の高度化等による伸びは直近の実績値により見込んでいる。

※3 実効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効果(いわゆる長瀬効果)を見込んでいる。

※4 後期高齢者支援金のうち国保からの支援金には公費が含まれており、右列の「公費」に計上している金額以外にも一定の公費に財政影響がある。

# 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 3. 医療

#### (2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

##### ② 大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

2022年にかけて団塊の世代が75歳以上の高齢者となる中で、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢者医療のウエイトがますます高まっていく。医療のアクセスや質を確保しつつ、病院勤務医・看護師等の過酷な勤務環境を改善して持続可能な医療提供体制を確保していくためには、地域医療構想の推進や医師等の働き方改革、医師偏在対策を進めるとともに、地域密着型の中小病院・診療所の在り方も踏まえ、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化を図ることが不可欠である。

医療のあるべき姿は、「病院完結型」の医療から、患者の住み慣れた地域や自宅での看取りを含めた生活のための医療、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及や訪問看護の充実が不可欠となる。大病院は充実した人員配置や施設設備を必要とする入院医療や重装施設を活用した専門外来に集中し、外来診療は紹介患者を基本とする。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担う方向を目指す。このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用や病院勤務医・看護師をはじめとする医師等の働き方改革にもつながる。

このような考え方の下、外来受診時定額負担については、医療のあるべき姿として、病院・診療所における外来機能の明確化と地域におけるかかりつけ医機能の強化等について検討を進め、平成14年の健康保険法改正法附則第2条を堅持しつつ、大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を推進する観点から、まずは、選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介がない患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会及び中央社会保険医療協議会においても検討を開始する。遅くとも2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会等の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 他の医療機関からの文書による紹介がない患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、これらの負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。
- ・ 具体的な負担額や詳細設計を検討する際、患者のアクセスを過度に制限しないよう配慮しつつ、病院・診療所の機能分化・連携が適切に図られるよう、現行の定額負担の徴収状況等を検証し、定額負担を徴収しない場合(緊急その他やむをえない事情がある場合、地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がない場合など)の要件の見直しを行う。

(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条第1項

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

## 【医療資源を重点的に活用する外来（仮称）】

### 議論いただきたい論点①

- 人口減少や高齢化等により地域ごとに「担い手の減少」と「需要の変化」が進み、外来医療の高度化等も進んでいく中で、入院医療とともに、外来医療についても議論を進めていくことが必要である。その際、まず、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩ではないか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）として、基本的に次のようなものが考えられるのではないか。具体的な内容は、今後さらに、専門的に検討を進める場において検討することとしてはどうか。
  - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

## 【外来機能報告（仮称）】

### 議論いただきたい論点②

- 地域において外来機能の明確化・連携を進めていくに当たって、データに基づく議論を進めるため、病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能全体のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）に関する医療機能の報告（外来機能報告（仮称））を行うこととし、これにより、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）が実施されているか明確化を図ることとしてはどうか。
- 制度趣旨や負担等の観点から、外来機能報告（仮称）の対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

## 【地域における協議の仕組み】

### 議論いただきたい論点③

- 地域における外来機能の明確化・連携に向けて、都道府県の外来医療計画において、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に関する医療機能の明確化・連携を位置付けるとともに、地域における協議の場において、外来機能報告(仮称)を踏まえ、各医療機関の自主的な取組等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うこととしてはどうか。
- 地域における外来機能の明確化・連携を進めていく中で、地域での協議を進めやすくする観点や、国民・患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告(仮称)の中で報告することとしてはどうか。また、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能としてはどうか。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとしてはどうか。
- 地域医療構想では、地域医療構想調整会議の協議を踏まえた自主的な取組だけでは進まない場合、都道府県知事の権限が設けられているが、外来機能の明確化・連携に関して、都道府県知事の権限について、どのように考えるか。



## 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

### 趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
- このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院での外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革にも資することが期待される。

### 明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
  - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

## 定額負担の対象病院拡大について（案）

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充する必要がある。
- 現在検討されている外来機能報告（仮称）においては、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関を地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとしてはどうか。

病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
200床以上	86 (1.0%)	580 (6.9%)	688 (8.2%)	1,354 (16.1%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

拡大

「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を地域で基幹的に担う病院

現在の定額負担（義務）対象病院

現在の定額負担（任意）対象病院

出典：特定機能病院一覧等を基に作成（一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計）

※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

# 定額負担対象病院の外来患者数の内訳（1病院当たりの平均値）

- 初診患者については、定額負担(義務)対象病院は、定額負担(任意)対象病院に比して、紹介状なしの患者、定額負担徴収患者の比率がいずれも低くなっている。
- 再診患者については、定額負担(義務)対象病院、定額負担(任意)対象病院のいずれも、定額負担徴収患者比率が非常に低くなっている。

## 定額負担(義務)対象病院

### ■初診(n=559)

①初診の患者数(人)	4034.3
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1798.4
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	423.3
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1375.2
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	44.6%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	10.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	23.5%

### ■再診(n=269)

①再診の患者数(人)	50278.7
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	15413.1
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	38.1
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	15375.0
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	30.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.1%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率	0.2%

## 定額負担(任意)対象病院

### ■初診(n=620)

①初診の患者数(人)	3116.8
②うち、紹介状なしの患者数(人)	1900.2
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	731.5
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	1168.7
⑤紹介状なしの患者比率(②/①)	61.0%
⑥初診患者全体のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	23.5%
⑦紹介状なし患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/②)	38.5%

### ■再診(n=139)

①再診の患者数(人)	31909.9
②うち、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者(人)	17139.5
③うち、特別の料金を徴収した患者数(人)	181.7
④うち、特別の料金を徴収しなかった患者数(人)	16957.8
⑤他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者の比率(②/①)	53.7%
⑥再診患者のうち、定額負担徴収患者の比率(③/①)	0.6%
⑦他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者のうち、定額負担徴収患者の比率	1.1%

(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものの(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。

・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。

## 徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（初診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来初診患者数全体に占める、紹介状なし患者数の割合や、特別の料金を徴収した患者数の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数(件)	①外来初診患者数(人)	②紹介状なし初診患者数(人)	③特別の料金を徴収した初診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった初診患者数(人)	⑤外来初診患者数全体に占める紹介状なし初診患者数の割合(②/①)	⑥外来初診患者数全体に占める特別の料金を徴収した初診患者数の割合(③/①)
～999円	36	2033.1	1553.6	789.6	764.1	76.4%	38.8%
1,000円～	345	3062.8	1992.8	877.1	1115.7	65.1%	28.6%
3,000円～	89	3357.6	2210.9	756.3	1454.6	65.8%	22.5%
5,000円～	658	4002.9	1819.8	434.5	1385.4	45.5%	10.9%
7,000円～	15	4680.8	1847.9	247.5	1600.4	39.5%	5.3%
10,000円～	11	4206.7	1415.5	110.7	1304.8	33.6%	2.6%

(注)

- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

## 徴収額の金額帯ごとの患者の受診動向（再診・1病院当たりの平均値）

○ 特別の料金の徴収額が高いほど、外来再診患者数全体に占める、他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した患者の割合や、特別の料金を徴収した患者の割合が低くなる傾向がみられる。

医科受診時の負担額	施設数 (件)	①外来再診患者数 (人)	②他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数 (人)	③特別の料金を徴収した再診患者数(人)	④特別の料金を徴収しなかった再診患者数(人)	⑤外来再診患者数全体に占める他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず自院を受診した再診患者数の割合 (②/①)	⑥外来再診患者数全体に占める特別の料金を徴収した再診患者数の割合 (③/①)
～1,999円	12	24208.8	8269.7	315.9	7953.8	34.2%	1.3%
2,000円～	313	48682.6	15559.5	35.4	15524.2	32.0%	0.1%
3,000円～	13	47920.4	9914.2	16.5	9897.7	20.7%	0.0%

(注)

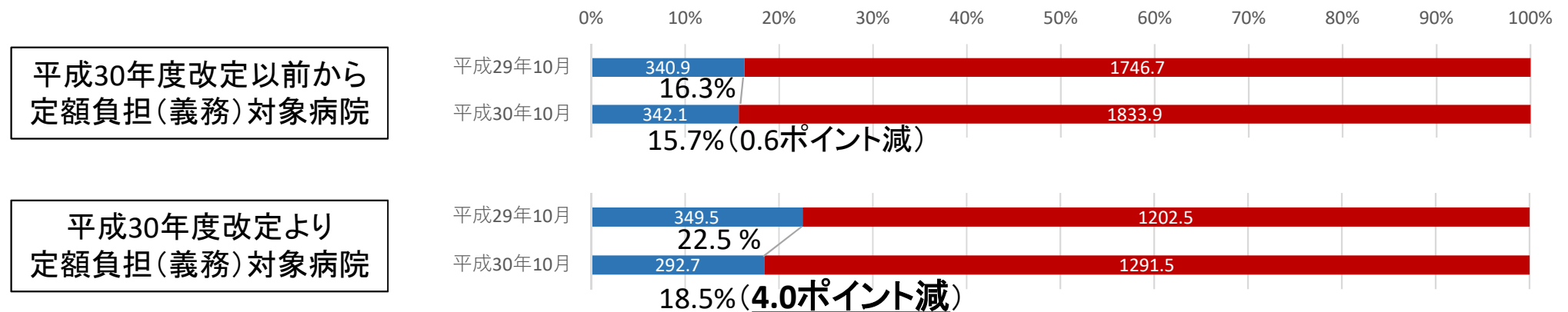
- ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年7月1日時点の状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したもの。
- ・患者数について、それぞれ①～④までのすべての数値について記入のあった施設を集計対象としている。
- ・①～④については、1病院当たりの平均値を機械的に算出したもの。また、⑤、⑥については、各集計項目における①、②、③の数字をもとに計算したもの。
- ・医科歯科併設となっている病院の一部については、歯科の患者数を含む。
- ・時間帯や年齢等により複数の額を設定している病院においては、主たる額について集計している。

# (平成30年度検証調査) 定額負担の義務化による徴収額及び対象患者比率の変化

- 平成30年度改定により新たに定額負担(義務)の対象となった病院については、改定前に比べて、平均徴収額が2,000円程度増加。
- 平成29年10月と平成30年10月のデータを見ると、平成30年度改定以前から定額負担(義務)の対象となった病院、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院のいずれも、定額負担の対象患者の比率は減少しているが、平成30年度改定より定額負担(義務)の対象となった病院の方が、減少幅は大きくなっている。

		施設数(件)	平均値	標準偏差	中央値	最大値	最小値
平成30年度改定以前から定額負担の仕組み対象病院(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29年10月	146	5,451.6	697.7	5,400	10,800	5,000
	平成30年10月	149	5,489.5	816.2	5,400	10,800	5,000
平成30年度改定より定額負担の仕組み対象病院(一般病床500床未満かつ許可病床400床以上の地域医療支援病院)	平成29年10月	92	<b>3,131.6</b>	1,118.9	2,850	5,400	1,080
	平成30年10月	92	<b>5,352.2</b>	129.8	5,400	5,400	5,000

## ■ 初診患者に占める定額負担の対象患者の比率について



# 定額負担の増額と公的医療保険の負担軽減について（案）

## 1 定額負担の増額

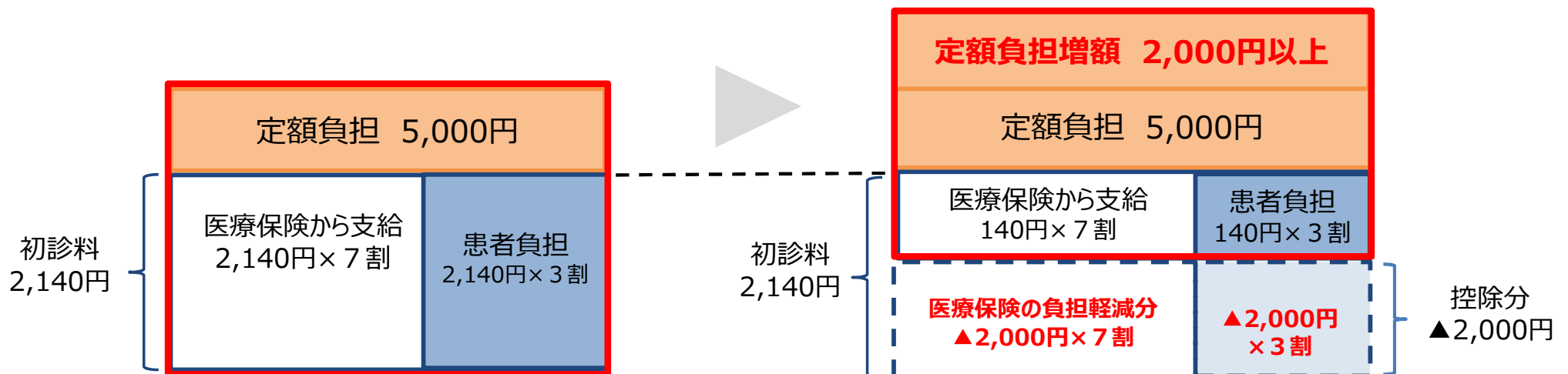
- 大病院の紹介状なし患者をさらに減少させ、より機能分化の実効性が上がるよう、定額負担の額を増額してはどうか。

## 2 公的医療保険の負担軽減

- 外来機能の分化の推進の観点からは、本来、大病院を紹介状なしで受診する必要性は低く、まずはかかりつけ医等を受診することが望ましい。このため、あえて紹介状なしで大病院を受診する患者に係る初・再診については、保険給付（選定療養費の患者への給付）を行う必要性が低いと考えられ、一定額をその範囲から控除してはどうか。
- 控除に当たっては、受診の際に少なくとも生じる初・再診料（※）相当額を目安に控除し、それと同額以上に定額負担を増額してはどうか。具体的には、例えば、初診料について2,000円控除した場合、増額幅は2,000円以上とすることが考えられる。
  - ※ 初診料288点、外来診療料74点。ただし、紹介率が低い場合等にそれぞれ214点、55点に減額されることとなる点に留意。

### 現行制度（初診のみ・3割負担の場合）

### 新たな制度案（2,000円増額等の一定の仮定をおいた場合）



※ 1 初診料は288点だが、紹介率が低い場合等に214点に減額されるケースを想定。  
※ 2 赤枠部分が医療機関の収入総額となり、現行制度と見直し案は同額となる。

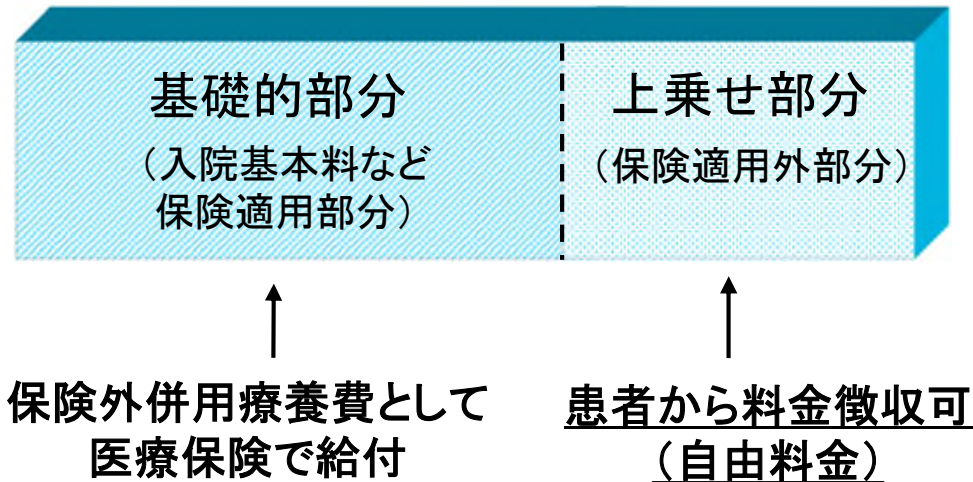
# 保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設  
(特定療養費制度から範囲拡大)

## ○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
  - ② 患者申出療養
  - ③ 選定療養
- ① ② } 保険導入のための評価を行うもの
- ③ → 保険導入を前提としないもの

### 保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

## ○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:21技術、先進B:60技術 令和2年4月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用  
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用  
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

## ○ 患者申出療養

## ○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

療養に係る所定点数から、当該所定点数を構成する通算対象入院料の基本点数に100分の15を乗じた点数を控除した点数



# 徴収を認められない患者及び徴収を求めないことができる患者

## 選定療養(平成8年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することができる。(一般病床200床以上の病院が対象)〕

対象除外

- |   |
|---|
| ① 緊急の患者   |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者                                  |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る) |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者                        |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者                                 |

## 大病院受診時定額負担(平成28年度～)

〔紹介状なしで病院を受診した患者については、初再診料とは別に、特別の料金を徴収することが義務付けられている。(特定機能病院又は一般病床200床以上の地域医療支援病院が対象)〕

対象除外

対象除外にできる

- |   |
|---|
| ① 救急の患者   |
| ② 国の公費負担医療制度の受給対象者  |
| ③ 地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものに限る)             |
| ④ 無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者                                    |
| ⑤ エイズ拠点病院におけるHIV感染者   |
| ⑥ 自施設の他の診療科を受診している患者  |
| ⑦ 医科と歯科との間で院内紹介された患者  |
| ⑧ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者                             |
| ⑨ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者                                     |
| ⑩ 外来受診から継続して入院した患者  |
| ⑪ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者 |
| ⑫ 治験協力者である患者  |
| ⑬ 災害により被害を受けた患者   |
| ⑭ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者  |
| ⑮ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者                         |

# 特別の料金を徴収しなかった患者の内訳について

○ 特別の料金を徴収しなかった患者について、初診時については、「救急の患者」、「救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者」等の割合が高くなっている一方で、再診時については、「その他」の患者の割合が高くなっている。

## 初診

## 再診

初診	再診				
類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合	類型	人数 (合計延べ数)	総数に占める割合
特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	746,206	49.8%	特別の料金の徴収を行うことは認められない患者	1,109,449	17.1%
救急の患者	589,582	39.4%	救急の患者	149,624	2.3%
国の公費負担医療制度の受給対象者	79,018	5.3%	国の公費負担医療制度の受給対象者	398,089	6.1%
地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に注目している者に限る。)	81,953	5.5%	地方単独の公費負担医療の受給対象者(事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に注目している者に限る。)	330,178	5.1%
無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	2,786	0.2%	無料定額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者	37,648	0.6%
エイズ拠点病院におけるHIV感染者	271	0.0%	エイズ拠点病院におけるHIV感染者	7,714	0.1%
特別の料金の支払いを求めないことができる患者	688,751	46.0%	特別の料金の支払いを求めないことができる患者	3,941,001	60.7%
自施設の他の診療科を受診している患者	145,670	9.7%	自施設の他の診療科を受診している患者	1,837,951	28.3%
医科と歯科の間で院内紹介された患者	55,269	3.7%	医科と歯科の間で院内紹介された患者	29,017	0.4%
特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	35,361	2.4%	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者	8,624	0.1%
救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	206,961	13.8%	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者	50,690	0.8%
外来受診から継続して入院した患者	101,186	6.8%	外来受診から継続して入院した患者	62,513	1.0%
地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	9,941	0.7%	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者	19,337	0.3%
治験協力者である患者	119	0.0%	治験協力者である患者	3,098	0.0%
災害により被害を受けた患者	2,197	0.1%	災害により被害を受けた患者	7,761	0.1%
労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	71,128	4.8%	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者	121,621	1.9%
その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	59,797	4.0%	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者	1,547,530	23.8%
その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	55,598	3.7%	その他(患者の同意が取れなかった場合・コロナ関係等)	1,387,919	21.4%
特別の料金を徴収しなかった患者の総数	1,497,085	100.0%	特別の料金を徴収しなかった患者の総数	6,493,023	100.0%

(注) ・保険医療機関等から地方厚生(支)局に報告を求めている事項について、令和2年4月1日～6月30日までの状況について報告があった内容をもとに、医療課にて集計したものである。(速報値であるため、今後修正の可能性がある。)

・複数回答であり、また、一部の病院については、内訳の数の記載がないため、各項目の合計値は、総数と一致しない。

# 定額負担を徴収しない場合の要件(除外要件)の見直しについて(案)

## 除外要件の見直し

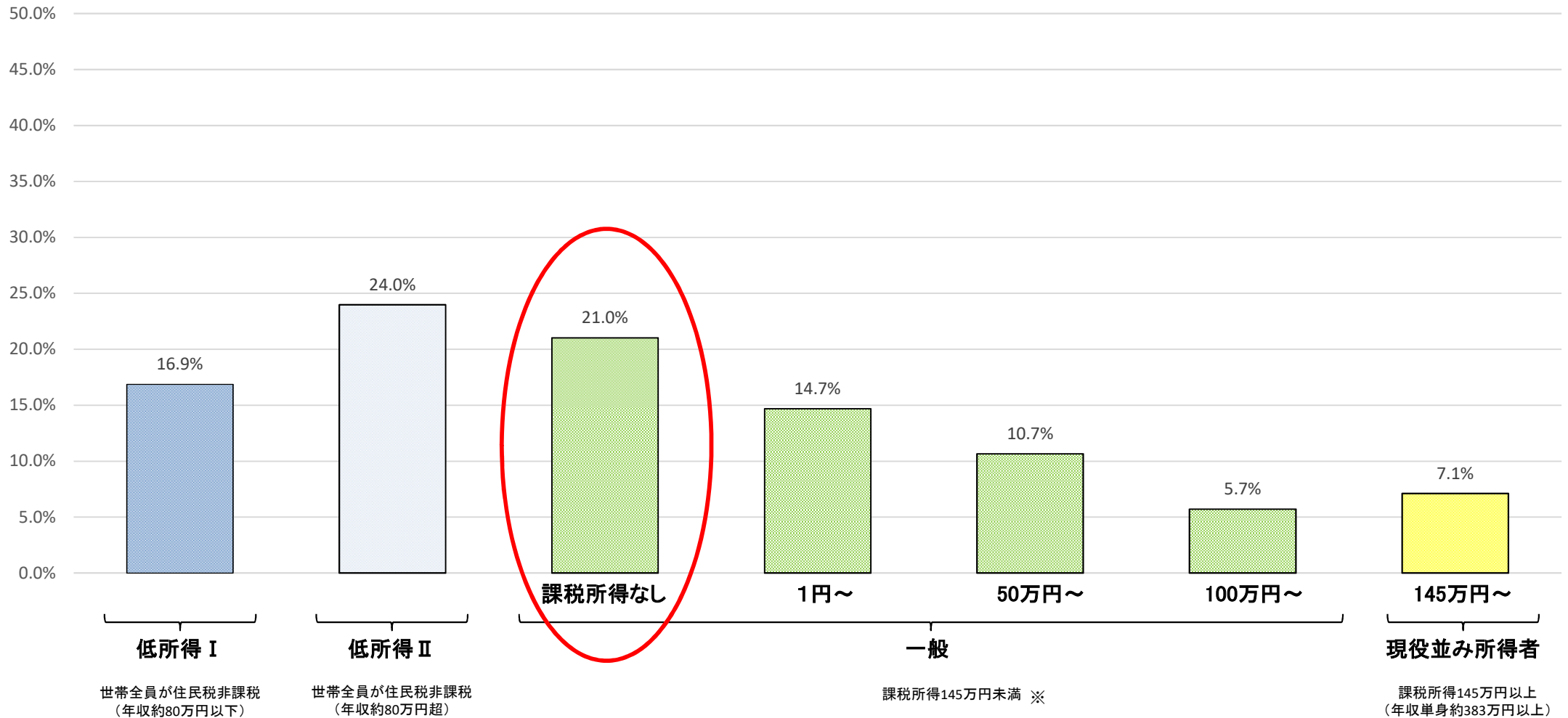
- 当該患者が定額負担の徴収対象となるか否かが保険給付（選定療養費）の額にも影響する仕組みとなるため、現行の定額負担の徴収状況等も踏まえつつ、定額負担を徴収しない場合の要件についてはより厳格な運用を行う必要があるのではないか。
- 具体的には、現行の徴収実態等を踏まえつつ、患者の医療機関へのアクセスを過度に制限しないよう配慮したうえで、直接受診する必要性の高い患者に限定するといった観点から中央社会保険医療協議会において検討を進めることとしてはどうか。
- その際、他の医療機関を逆紹介したにも関わらず、再診を続ける患者への定額負担については、初診時よりも徴収率が低いことから、除外要件の見直しと合わせてより実効性を高めるため必要な対応を検討することとしてはどうか。

※ 現状、①緊急その他やむを得ない事情がある場合にはそもそも選定療養に該当しないことから定額負担を徴収してはならないこととされており、また、②紹介がない患者等に対して定額負担を求めないことについて正当な事由がある場合には徴収義務は生じないこととされている。これらに該当する具体的な場合は、通知において示されている。これらの除外要件は、大病院受診時定額負担が義務化された平成28年度以降は見直しが行われていない。

# 前回委員から御指摘があった資料

# 一般区分の「課税所得なし」の世帯収入について

- 一般区分の「課税所得なし」は、同居する子等に住民税非課税水準を超える所得がある世帯が含まれる。
- 子との2人世帯で子が給与所得者の場合と仮定すると、子の収入は156万円超である。  
※子の収入は、住民税非課税水準の所得(91万円) + 給与収入(給与所得控除65万円)で算定。



# 後期高齢者医療における窓口負担と保険料の判定について

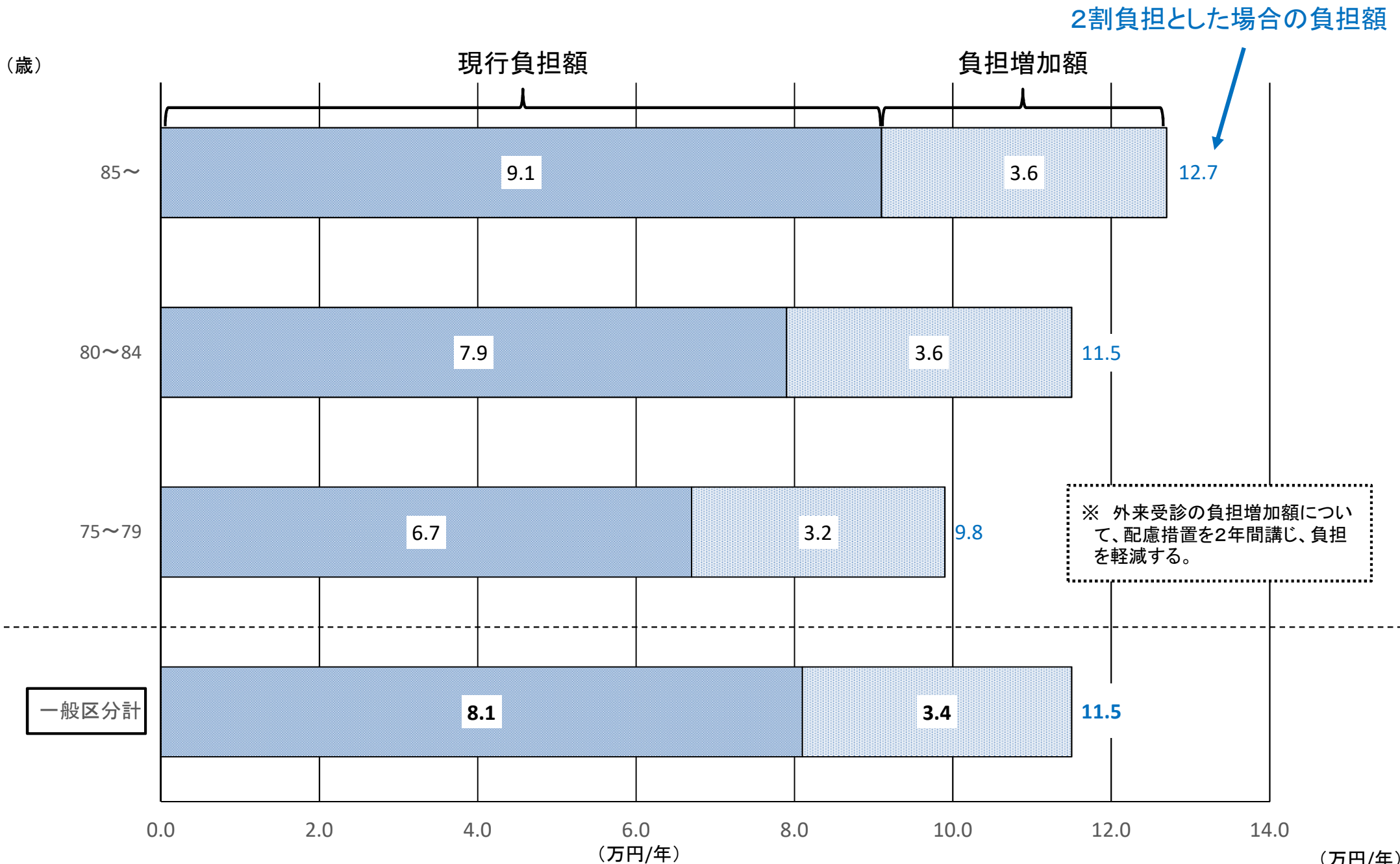
窓口負担	保険料
<ul style="list-style-type: none"><li>○ 現役並み所得者の判定は、世帯内の後期高齢者の最大課税所得者の課税所得により判定。<b>【個人単位】</b></li><li>○ 低所得区分の判定は、同居する子ども等も含めた世帯全員が住民税非課税かどうかで判定。<b>【世帯単位】</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 被保険者本人の所得により判定。<b>【個人単位】</b></li><li>○ 保険料の軽減の判定は、世帯主と世帯内の被保険者の所得の合計により判定。<b>【世帯単位】</b></li></ul>

# 直近の家計の収支状況(令和元年・2年家計調査)

75歳以上の夫婦無職世帯

用途分類	2019年							2020年						
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
集計世帯数	571	556	549	569	568	580	565	537	555	559	564	565	576	575
世帯主の年齢(歳)	81.62	81.69	81.52	81.57	81.69	82	81	81.84	81.93	82.02	82.05	81.91	82	82
受取	355,385	808,715	365,007	831,440	329,423	773,036	339,676	340,294	752,276	331,497	872,849	333,252	788,102	308,367
実収入	17,471	456,223	13,092	459,132	18,996	439,171	13,562	19,320	435,160	29,419	538,195	49,121	468,350	21,295
經常収入	10,333	451,455	9,525	455,788	15,718	431,362	10,551	12,984	432,508	11,462	442,790	16,445	460,192	17,736
特別収入	7,138	4,768	3,567	3,343	3,278	7,809	3,011	6,336	2,652	17,958	95,405	32,675	8,157	3,559
実収入以外の受取(繰入金を除く)	249,456	278,649	254,597	288,203	217,690	251,426	242,977	227,858	243,933	216,723	253,598	206,522	243,635	203,967
繰入金	88,457	73,844	97,318	84,105	92,736	82,438	83,137	93,116	73,183	85,355	81,056	77,609	76,118	83,105
支払	355,385	808,715	365,007	831,440	329,423	773,036	339,676	340,294	752,276	331,497	872,849	333,252	788,102	308,367
実支出	234,408	254,245	250,362	266,332	221,890	251,458	224,153	228,351	221,774	202,579	249,264	203,199	244,049	189,554
消費支出	230,560	209,836	219,499	216,051	207,570	205,430	217,017	218,182	177,200	184,174	198,834	190,482	202,161	181,159
食料	62,337	61,082	64,598	60,769	62,149	63,814	64,398	60,598	59,259	59,811	60,262	57,604	60,948	61,164
住居	13,436	7,347	7,878	14,464	13,746	9,004	12,027	8,733	8,270	11,149	16,166	16,133	16,682	7,763
光熱・水道	24,062	21,391	20,575	16,751	15,011	15,836	16,838	22,292	21,370	18,449	16,332	14,768	15,495	17,201
家具・家事用品	6,648	6,909	6,749	12,081	12,465	9,092	13,435	6,028	7,154	8,130	12,850	10,458	11,819	6,938
被服及び履物	4,245	4,312	5,860	5,845	5,281	4,032	4,957	2,809	1,831	3,500	5,045	3,866	2,995	2,662
保健医療	14,527	13,579	15,464	19,006	16,836	14,581	17,867	16,326	14,120	11,729	15,607	16,655	17,716	14,866
医薬品	2,734	3,452	3,311	2,861	3,260	3,188	3,662	3,260	3,064	2,950	3,337	3,102	3,120	2,913
健康保持用摂取品	1,402	1,599	1,171	1,578	1,654	1,614	1,806	1,612	2,568	1,604	2,051	2,218	2,681	1,859
保健医療用品・器具	1,221	2,202	2,486	5,824	1,697	1,794	2,053	1,348	2,388	2,081	3,124	1,704	2,697	1,928
保健医療サービス	9,171	6,326	8,496	8,743	10,225	7,985	10,346	10,107	6,100	5,094	7,095	9,632	9,219	8,166
交通・通信	20,403	18,661	24,401	19,239	18,279	19,902	21,394	35,804	15,521	27,085	18,149	16,757	20,225	15,987
教育	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
教養娯楽	21,143	27,089	23,828	22,600	18,116	18,318	20,952	16,416	16,652	13,430	14,674	14,970	15,002	15,893
その他の消費支出	63,699	49,466	50,146	45,296	45,687	50,851	45,148	49,176	33,023	30,890	39,749	39,269	41,279	38,687
非消費支出	3,848	44,409	30,863	50,281	14,321	46,027	7,135	10,169	44,574	18,405	50,430	12,717	41,889	8,395
直接税	2,187	12,476	29,992	16,882	8,459	11,935	4,439	5,228	18,164	18,255	20,110	8,842	9,933	4,090
勤労所得税	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	42	0	39	0
個人住民税	29	4,645	10	7,170	1,965	7,073	704	121	3,787	120	8,018	701	5,741	287
他の税	2,157	7,831	29,982	9,712	6,493	4,863	3,735	5,107	14,377	18,089	12,050	8,141	4,153	3,802
社会保険料	1,662	31,676	794	33,383	5,862	33,995	2,696	4,907	26,410	149	30,255	3,873	31,956	4,305

# 年齢階級別の加入者1人当たり自己負担額（一般区分）



出典：医療給付実態調査（平成30年度）を特別集計。

※ 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。



# 参考資料

（「後期高齢者の窓口負担割合の在り方等について」  
11/12医療保険部会提出資料（抜粋））

# 全世代型社会保障検討会議 中間報告(令和元年12月19日) (抄)

## 第2章 各分野の具体的方向性

### 3. 医療

#### (2) 大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

##### ① 後期高齢者の自己負担割合の在り方

人生100年時代を迎える中、高齢者の体力や運動能力は着実に若返っており、高い就業意欲の下、高齢期の就労が大きく拡大している。こうした中で、年齢を基準に「高齢者」と一括りにすることは現実に合わなくなっており、元気で意欲ある高齢者が、その能力を十分に発揮し、年齢にかかわらず活躍できる社会を創る必要がある。

このため、70歳までの就業機会確保や、年金の受給開始時期の選択肢の拡大による高齢期の経済基盤の充実を図る取組等にあわせて、医療においても、現役並み所得の方を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みについて、負担能力に応じたものへと改革していく必要がある。これにより、2022年にかけて、団塊の世代が75歳以上の高齢者となり、現役世代の負担が大きく上昇することが想定される中で、現役世代の負担上昇を抑えながら、全ての世代が安心できる社会保障制度を構築する。

具体的には、以下の方向性に基づき、全世代型社会保障検討会議において最終報告に向けて検討を進める。同時に、社会保障審議会においても検討を開始する。遅くとも団塊の世代が75歳以上の高齢者入りする2022年度初までに改革を実施できるよう、最終報告を取りまとめた上で、同審議会の審議を経て、来年夏までに成案を得て、速やかに必要な法制上の措置を講ずる。

- ・ 後期高齢者(75歳以上。現役並み所得者は除く)であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- ・ その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め適切な配慮について、検討を行う。

## 全世代型社会保障検討会議 第2次中間報告(令和2年6月25日) (抄)

### 第1章 はじめに

#### 1. これまでの検討経緯

全世代型社会保障検討会議は昨年12月に中間報告を公表し、昨年末の時点における検討成果について中間的な整理を行った。(略)。

本年は2月19日に第6回会議を開催後、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、審議を一時中断した。当初の予定では、本検討会議は本年夏に最終報告をとりまとめる予定であったが、こうした状況を踏まえ、最終報告を本年末に延期することとした。これに伴い、第2回目の中間報告を行うこととした。

本年度の最終報告に向けて、与党の意見も踏まえ、検討を深めていく。

### 第2章 昨年の中間報告以降の検討結果

昨年12月の中間報告以降、本検討会議において検討したテーマについての検討結果は以下のとおり。

#### 4. 医療

昨年12月の中間報告で示された方向性や進め方に沿って、更に検討を進め、昨年末の最終報告において取りまとめる。

# 後期高齢者の窓口負担割合及び高額療養費自己負担限度額

区分	判定基準	負担割合	外来のみの 月単位の上限額 (個人ごと)	外来及び入院を合わせた 月単位の上限額 (世帯ごと)
			<b>現役並み所得</b> 約130万人 (約7%)	<b>課税所得145万円以上</b> 年収約383万円以上
<b>一般</b> 約945万人 (約52%)	<b>課税所得145万円未満</b> 住民税が課税されている世帯(※)で年収383万円未満	1割	18,000円 [ 年14.4万円 ]	57,600円 <多数回該当: 44,400円>
<b>低所得Ⅱ</b> 約435万人 (約24%)	<b>世帯全員が住民税非課税</b> 年収約80万円超		8,000円	24,600円
<b>低所得Ⅰ</b> 約305万人 (約17%)	<b>世帯全員が住民税非課税</b> 年収約80万円以下			15,000円

※ 一般の年収は、課税所得のある子ども等と同居していない場合は「155万円超」、同居している場合は「155万円以下」も含む。

**計: 約1815万人**

注) 年収は、単身世帯を前提としてモデル的に計算したもの。

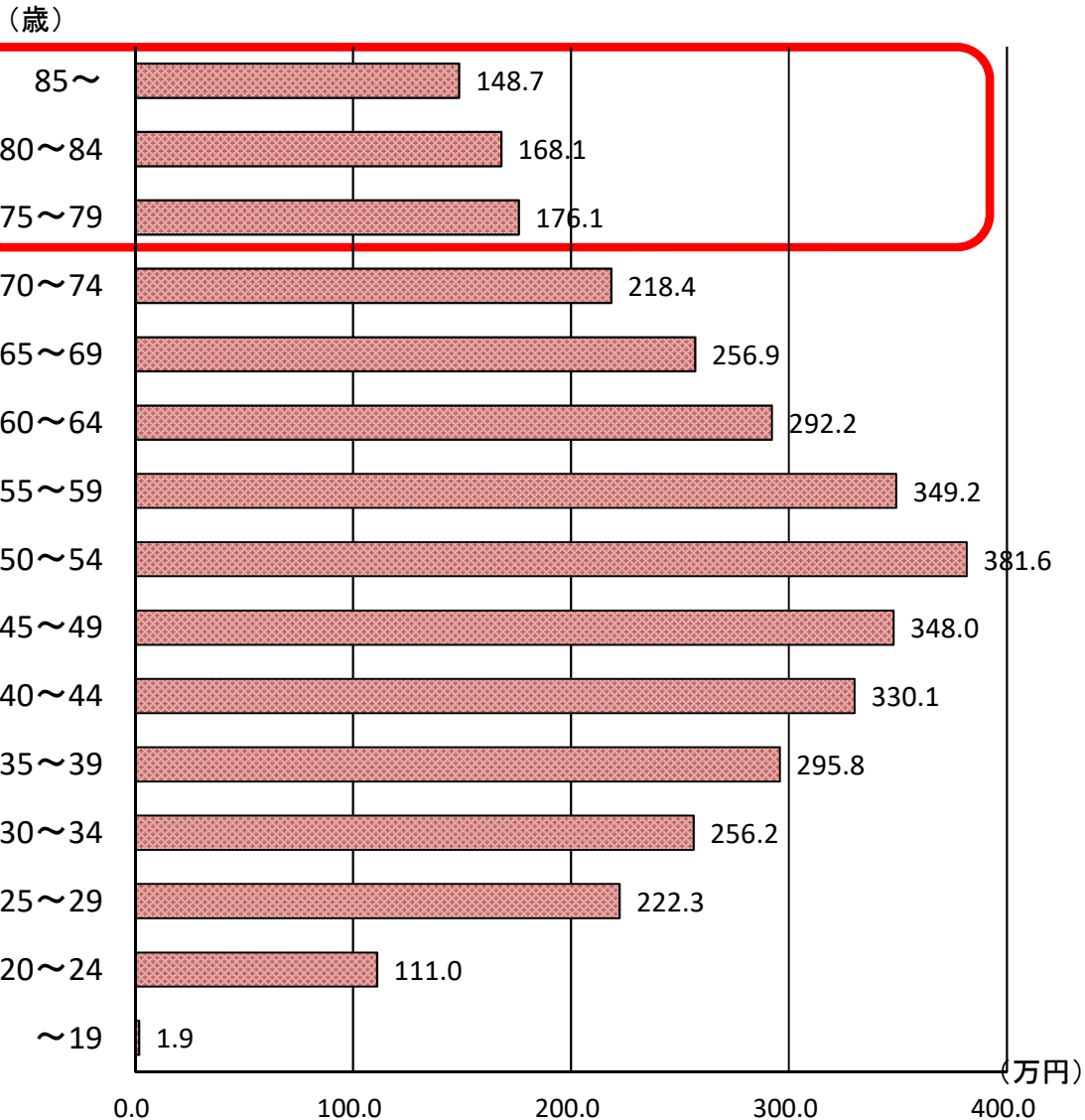
人数は後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査における令和2年7月時点のもの。

## 1-1 後期高齢者の所得の状況等について

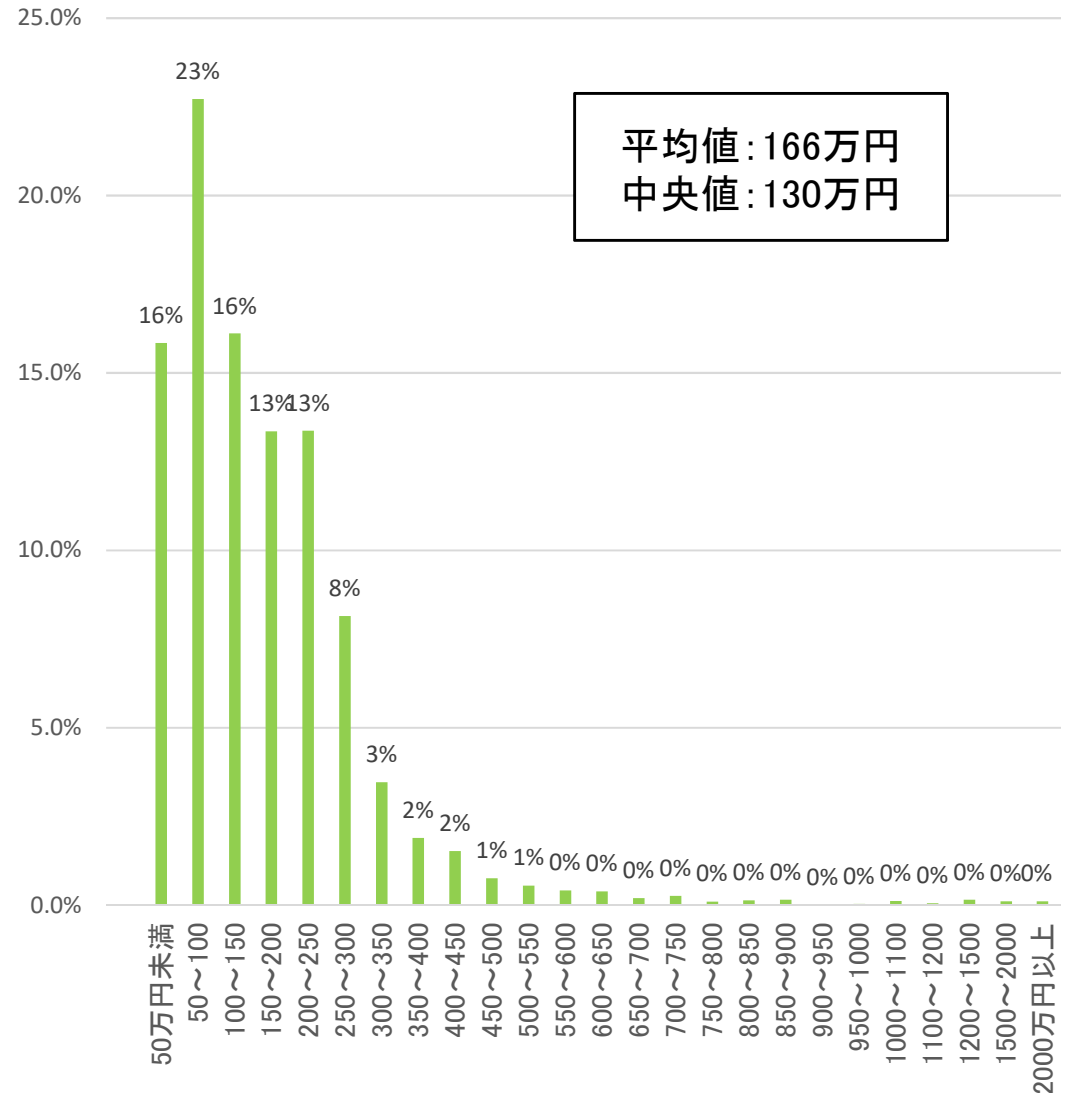
# 高齢者の収入の状況

- 平均収入は、50～54歳を頂点に、年齢を重ねるにつれて低下。
- 75歳以上個人の収入は、50%以上が150万円未満の階層に分布している。

<年齢階層別の平均収入>



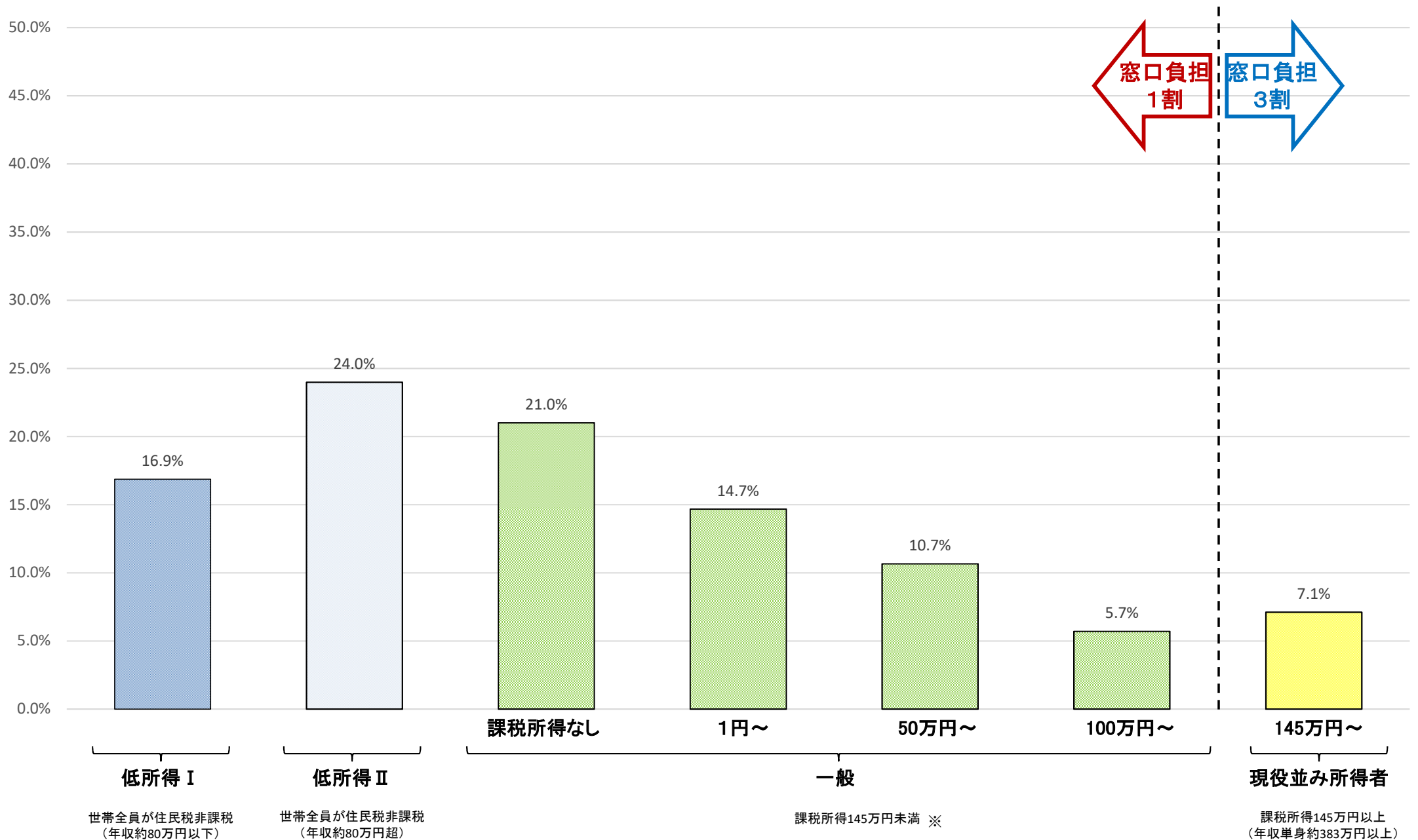
<75歳以上個人の収入額の分布>



【出典】2019年(令和元年)国民生活基礎調査(抽出調査)

※ 「収入」は、給与収入、年金等については給与所得控除、公的年金等控除を適用する前の金額。(事業収入等に係る仕入原価や必要経費は差し引いている)

# 後期高齢者医療制度加入者の課税所得分布



出典：令和2年7月時点の後期高齢者被保険者の所得状況等実態調査による令和元年の課税所得

後期高齢者制度の被保険者について、世帯内の被保険者の最大課税所得の階級別に集計。(例：夫100万円と妻0円の世帯の場合には、100万円2名とカウント)

※ 課税所得のある子ども等と同居していない場合は年収「155万円超」、同居している場合は年収「155万円以下」も含む。

## (参考) 後期高齢者医療における所得等の範囲の比較

収入	事業収入、給与収入、年金収入 等			
所得		雑損失の 繰越控除	純損失の 繰越控除 ※	必要経費、給与所得控除、 公的年金等控除、特別控除 等
			※青色申告者のみ	
課税所得	所得控除 (基礎控除、配偶者控除、 社会保険料控除等)	雑損失の 繰越控除	純損失の 繰越控除 ※	必要経費、給与所得控除、 公的年金等控除、特別控除 等
			※青色申告者のみ	

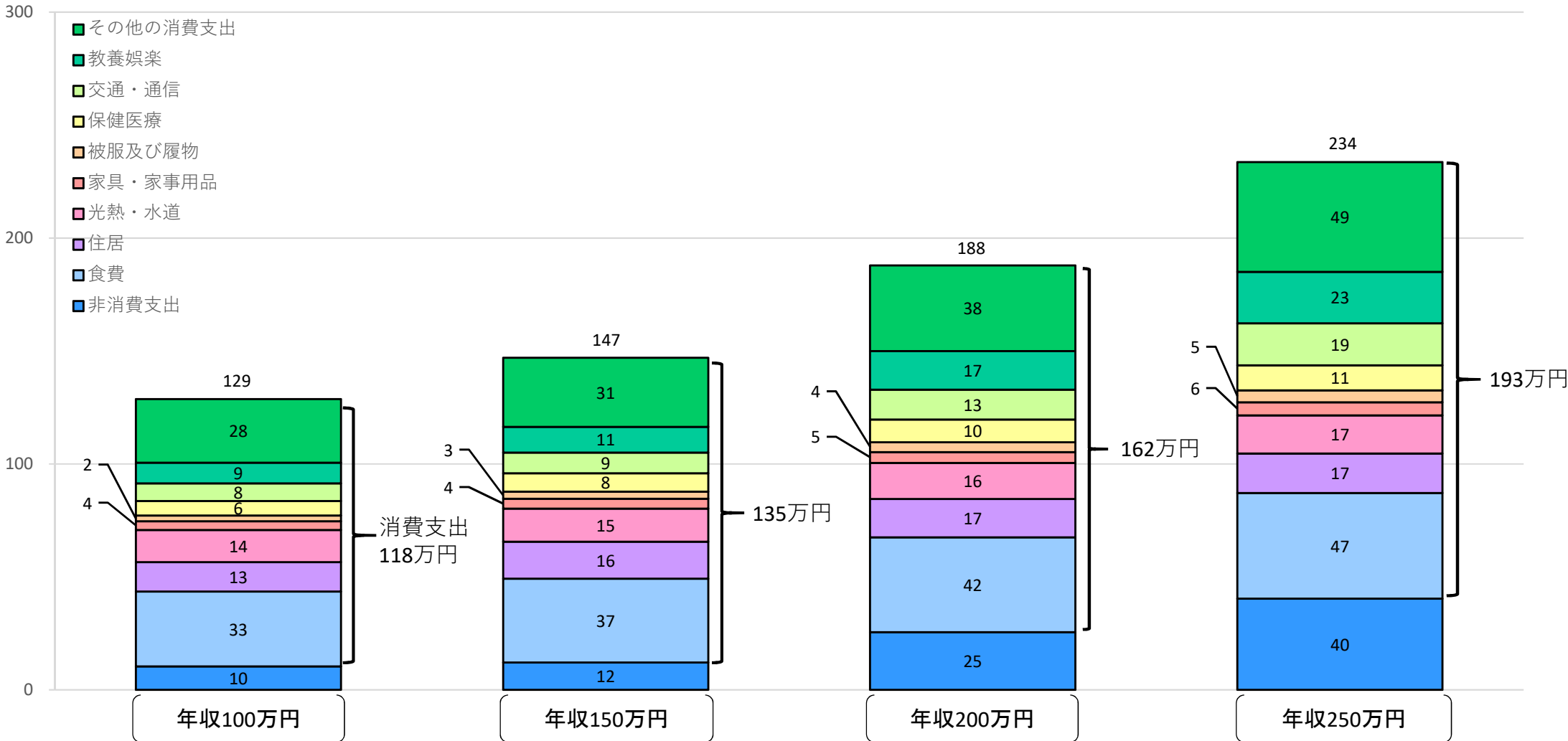
※上図の所得は、「総所得金額等」。なお、「合計所得金額」は総所得金額等に純損失・雑損失の繰越控除を足したものの。

# 75歳以上の単身世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

単身世帯

○ 75歳以上の単身世帯について、年収50万円階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)



※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上単身・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。

それぞれのサンプル数は250万円±50万円は78世帯、200±50万円は123世帯、150±50万円は100世帯、100±50万円は58世帯。

※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乗せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。



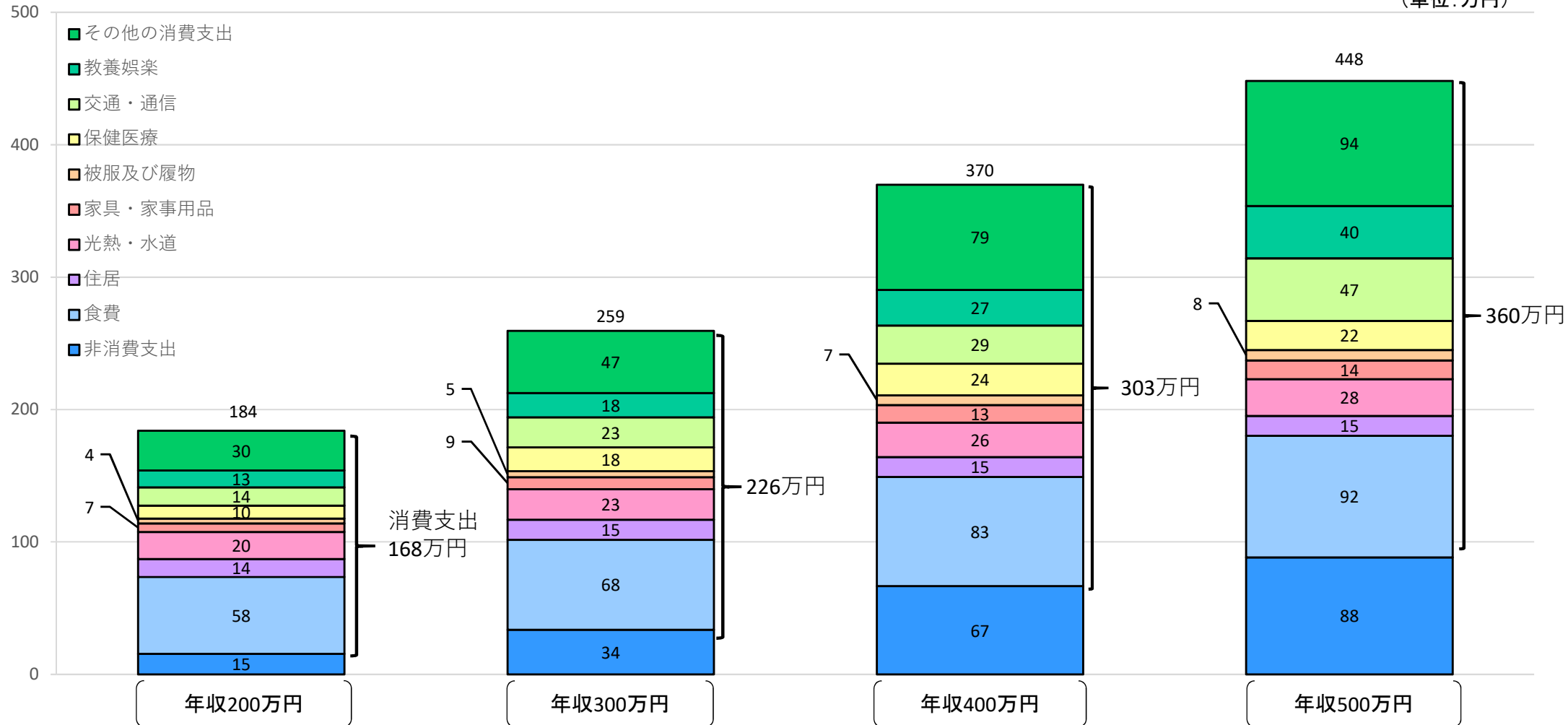
# 75歳以上の夫婦2人世帯の収入と支出の状況(年収別モデル)

夫婦世帯

○ 75歳以上の夫婦2人世帯について、年収100万円階級ごとに、現行制度を基に非消費支出（税・社会保険料）を推計するとともに、一定の仮定に基づき、平均的な消費支出を推計し、収入と支出の状況をごく粗くみたもの。

(単位:万円)

(モデル支出)



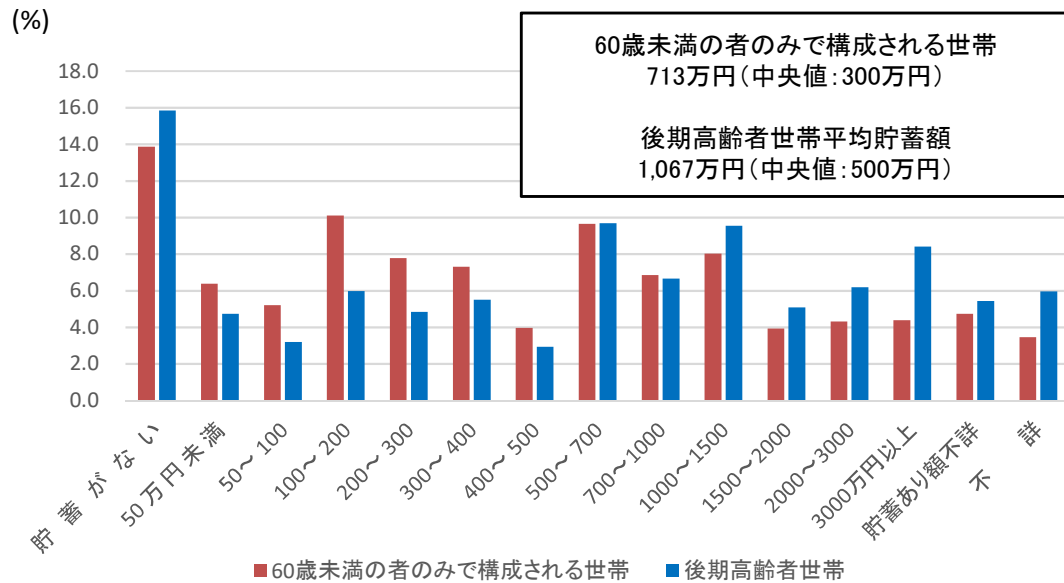
※1 「非消費支出」は、各年収を基に現行の税率や社会保険料率を用いて計算した住民税・所得税及び社会保険料額と家計調査上の「他の税」×12ヶ月分の合計額。なお、「他の税」は固定資産税などを含む支出項目であるが、最小項目であるためその内訳を細分化することができない。

※2 消費支出は、家計調査(平成30年)の75歳以上夫婦・無職世帯により厚生労働省保険局で作成。それぞれの年収水準から±50万円以内にあるサンプルの平均値を取っている。それぞれのサンプル数は500±50万円は58世帯、400±50万円は144世帯、300±50万円は220世帯、200±50万円は86世帯。

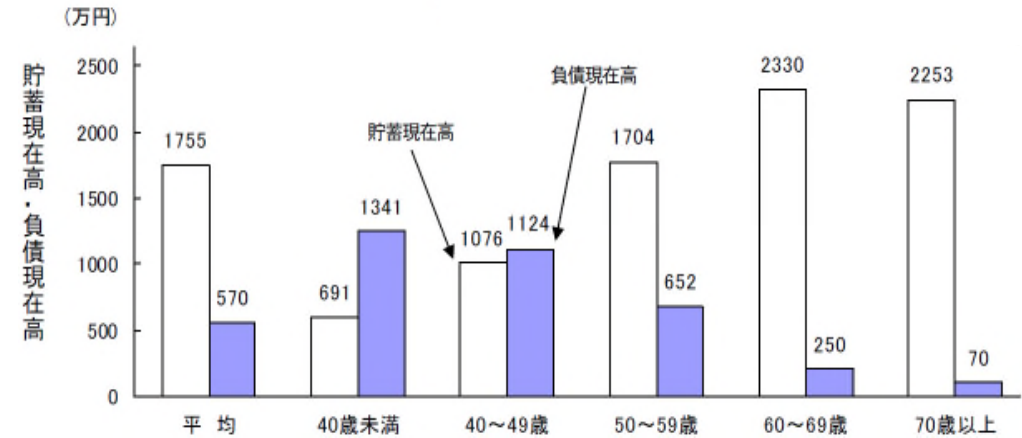
※3 平成30年の家計調査の利用に当たっては、消費税率の8%から10%への見直しによる支出増分を推計し、消費支出に上乘せしている。具体的には、「酒類・外食以外の食料」、「家賃地代」、「教育」、「非消費支出」以外の支出について、消費税率の引上げ(2%分)分を算出し、消費支出に加えている。

# 後期高齢者世帯の貯蓄の状況等

＜後期高齢者世帯の貯蓄額の分布＞



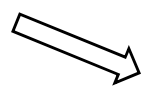
＜世帯主の年齢階級別貯蓄・負債現在高(2人以上の世帯)＞



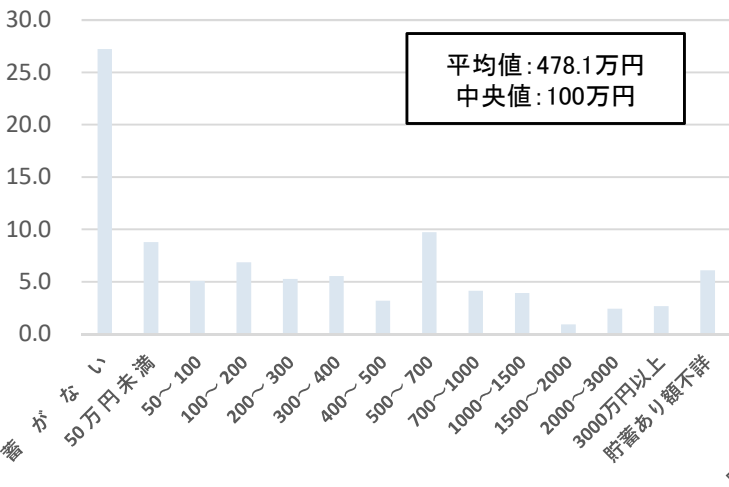
※ 後期高齢者世帯とは、75歳以上の者のみで構成するか、又はこれに18歳未満の未婚の者が加わった世帯をいう。

[出典]総務省「家計調査年報(貯蓄・負債編)」令和元年(2019年)

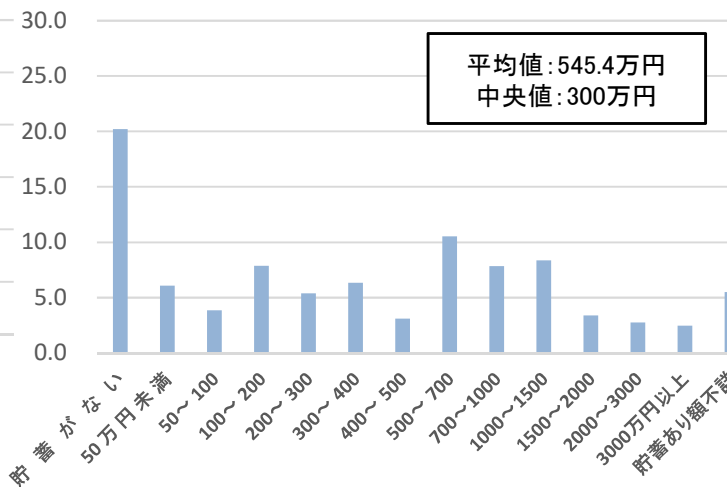
※ 2019年(令和元年)国民生活基礎調査(保険局高齢者医療課による特別集計)による2018年(平成30年)の数値。



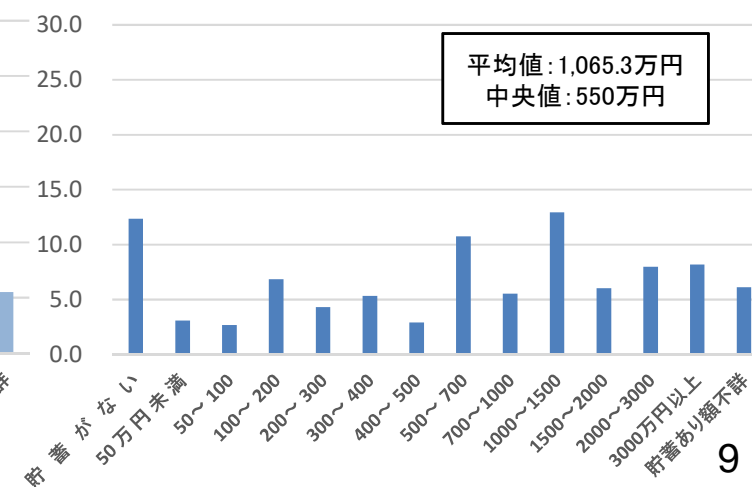
＜100万未満の年収世帯の分布＞



＜100万～200万の年収世帯の分布＞



＜200万～300万の年収世帯の分布＞



# 直近の家計の収支状況(令和元年・2年家計調査)

65歳以上の  
夫婦無職世帯

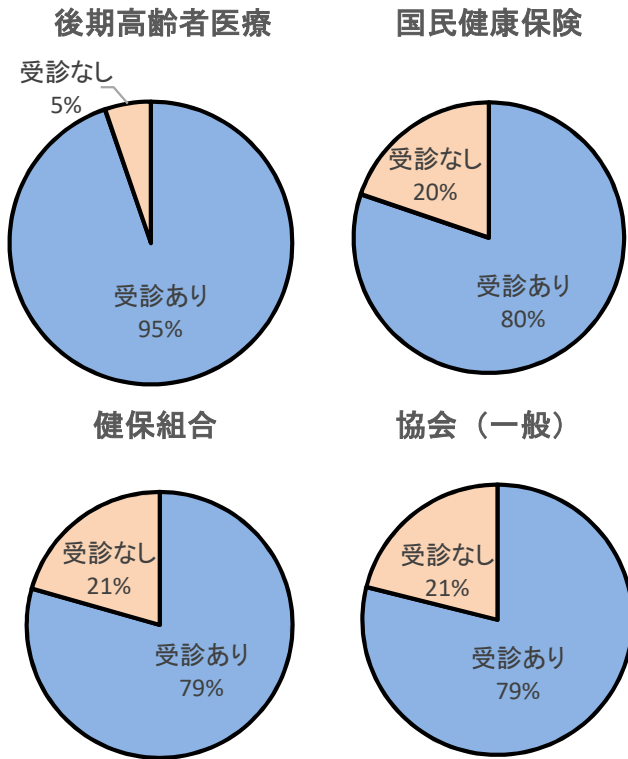
用途分類	2019年						2020年					
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
集計世帯数	1,448	1,418	1,405	1,405	1,404	2,990	1,349	1,398	1,408	1,433	1,416	1,422
世帯主の年齢(歳)	76.4	76.4	76.1	76.4	76.5	76.4	76.2	76.2	76.4	76.6	76.7	76.7
受取	381,388	842,630	417,345	843,025	377,289	836,029	395,707	821,768	386,208	981,658	404,637	854,930
<b>実収入</b>	<b>25,343</b>	<b>451,401</b>	<b>19,904</b>	<b>455,763</b>	<b>23,877</b>	<b>449,945</b>	<b>27,303</b>	<b>455,796</b>	<b>44,387</b>	<b>572,703</b>	<b>57,751</b>	<b>475,803</b>
經常収入	16,405	444,484	16,003	451,399	20,213	440,185	19,531	450,972	19,081	467,933	23,174	467,382
特別収入	8,937	6,918	3,901	4,364	3,664	9,761	7,772	<b>4,824</b>	<b>25,306</b>	<b>104,770</b>	<b>34,577</b>	<b>8,421</b>
実収入以外の受取(繰入金を除く)	279,801	323,138	313,041	310,841	272,310	309,945	288,798	292,334	258,622	333,045	265,666	301,671
繰入金	76,244	68,091	84,401	76,421	81,101	76,139	79,605	73,638	83,200	75,910	81,220	77,455
支払	381,388	842,630	417,345	843,025	377,289	836,029	395,707	821,768	386,208	981,658	404,637	854,930
<b>実支出</b>	<b>255,770</b>	<b>277,472</b>	<b>275,210</b>	<b>276,060</b>	<b>249,723</b>	<b>277,567</b>	<b>254,777</b>	<b>250,064</b>	<b>227,935</b>	<b>287,529</b>	<b>237,094</b>	<b>264,157</b>
消費支出	249,676	234,389	237,266	227,869	227,844	235,547	239,400	201,242	198,744	229,480	217,181	218,847
食料	64,839	64,945	66,690	63,529	63,964	67,892	66,463	63,434	65,143	65,224	62,967	66,741
住居	12,628	10,331	8,937	17,342	15,999	10,156	10,278	9,947	8,276	17,376	17,256	15,859
光熱・水道	23,851	21,074	20,911	16,846	15,698	16,364	24,305	22,231	19,140	17,552	15,832	16,239
家具・家事用品	8,065	6,873	8,884	11,416	12,725	12,497	7,178	7,496	9,449	13,356	12,490	12,764
被服及び履物	5,017	5,794	7,046	6,185	5,946	5,008	3,579	2,533	4,602	6,044	5,033	3,800
保健医療	15,305	15,073	14,413	15,778	15,709	14,113	16,349	16,482	13,138	16,394	17,296	16,644
医薬品	3,129	3,427	3,131	3,009	3,474	2,936	3,321	3,145	2,914	3,384	3,134	3,475
健康保持用摂取品	1,650	1,389	1,228	1,302	1,430	1,404	1,343	1,804	1,474	1,761	1,890	2,020
保健医療用品・器具	1,233	1,693	1,785	3,249	1,702	1,568	1,812	2,057	2,184	2,921	1,943	2,438
保健医療サービス	9,292	8,565	8,269	8,219	9,103	8,205	9,873	9,477	6,566	8,327	10,329	8,712
交通・通信	30,221	31,066	29,700	24,858	27,407	28,450	37,812	23,897	26,529	26,310	22,662	23,037
教育	39	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0
教養娯楽	24,601	28,830	28,092	24,524	22,088	21,924	18,541	17,849	15,788	17,892	18,564	18,174
その他の消費支出	65,110	50,403	52,593	47,390	48,307	59,143	54,842	37,373	36,679	49,333	45,081	45,589
非消費支出	6,094	43,084	37,944	48,191	21,879	42,019	15,377	48,821	29,190	58,049	19,912	45,310
直接税	2,524	13,811	36,510	16,307	11,130	10,688	6,277	22,416	28,349	27,014	10,333	10,702
社会保険料	3,550	29,101	1,400	31,874	10,748	31,282	9,033	26,406	836	30,970	9,564	34,608

## 1-2 後期高齢者の自己負担や 受診動向等について

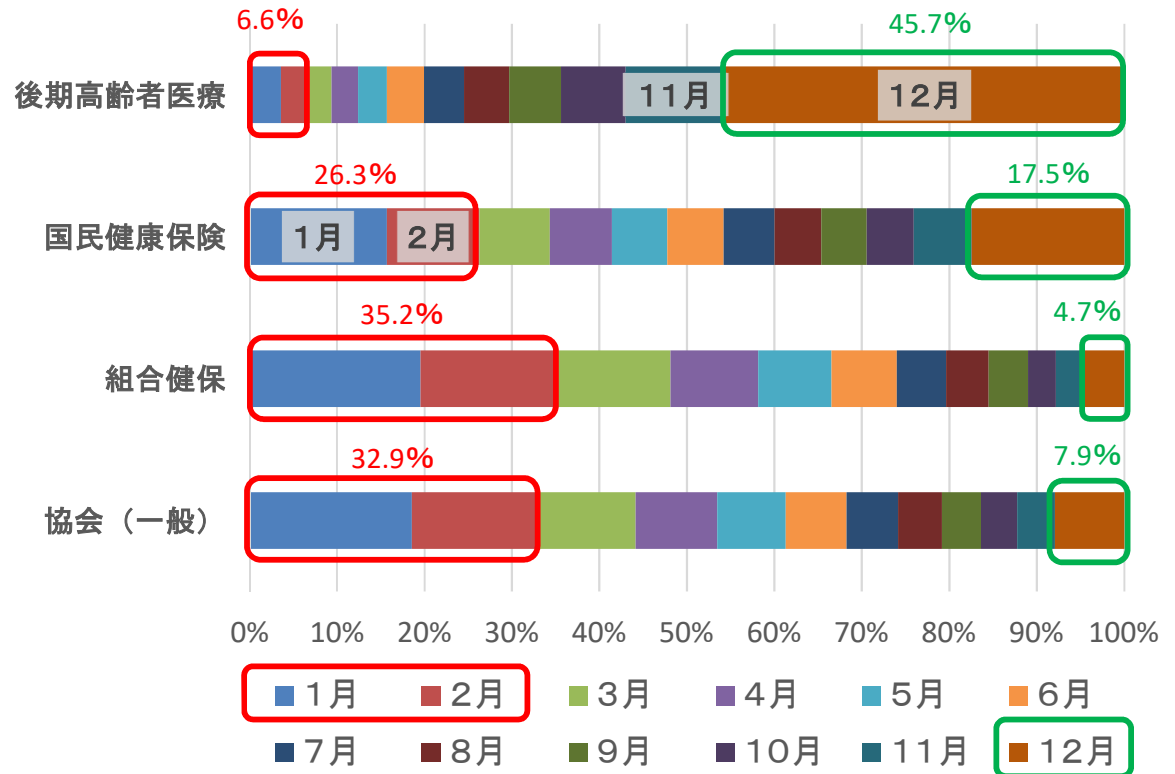
# 外来の受診動向の比較

- 外来診療を受けた者のうち受診月数が2ヶ月以下の割合は、被用者保険及び国民健康保険では約3割であるのに対し、後期高齢者医療では1割弱。
- また、後期高齢者医療では、外来受診者のうち5割弱の者が毎月診療を受けている。

年間で外来受診した患者の割合



受診ありの者の受診月数



出典：医療給付実態調査（平成30年度）

（注）1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入者である。

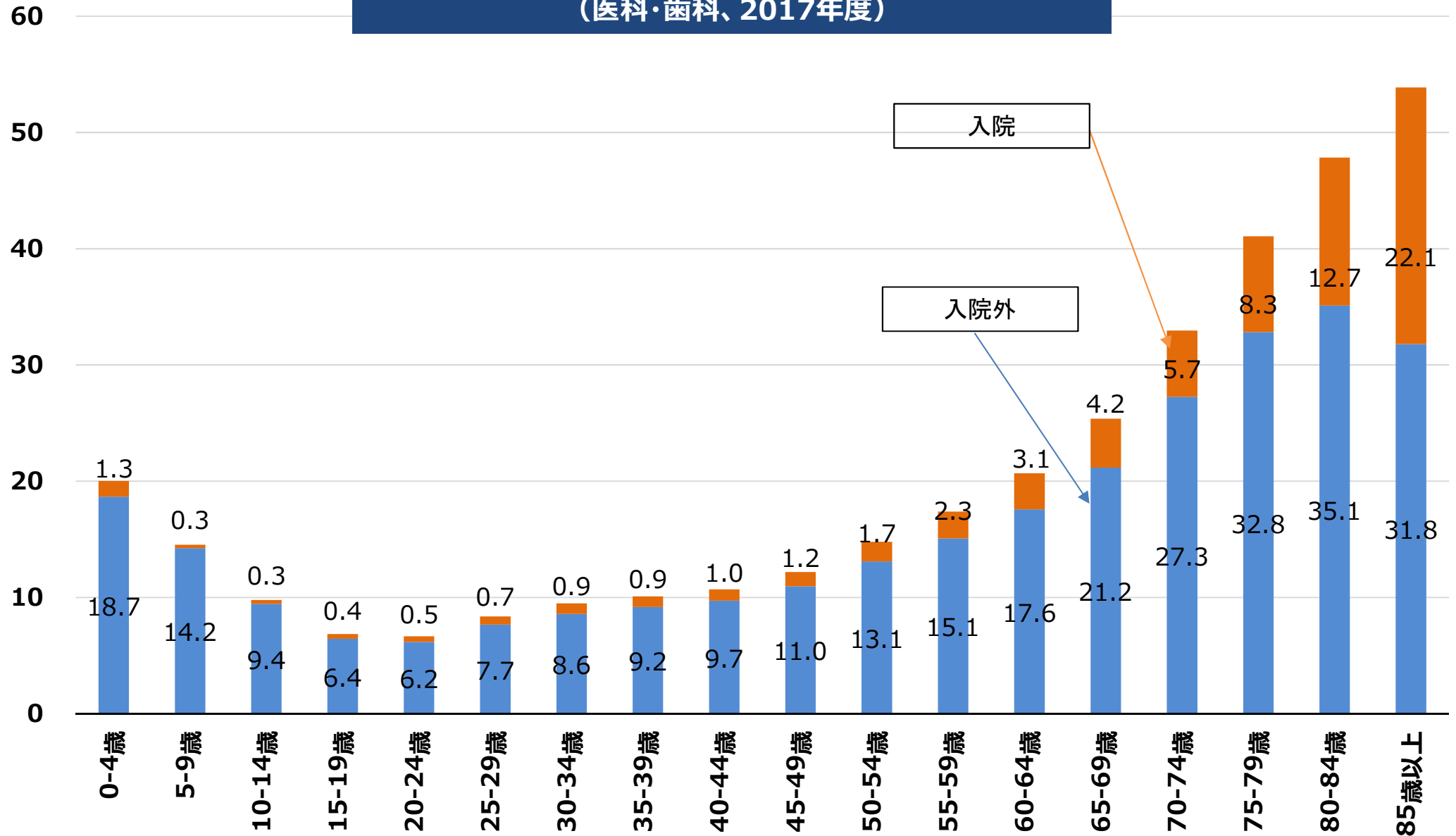
2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計（「名寄せ」）したもののから、平成30年度において1年間のうち外来を受診したことのある月の数を集計したもの。

3. 加入者数は、データの提出のあった保険者の加入者数の合計である。

# 年齢階級別 1人当たり診療実日数

1人当たり日数（日）

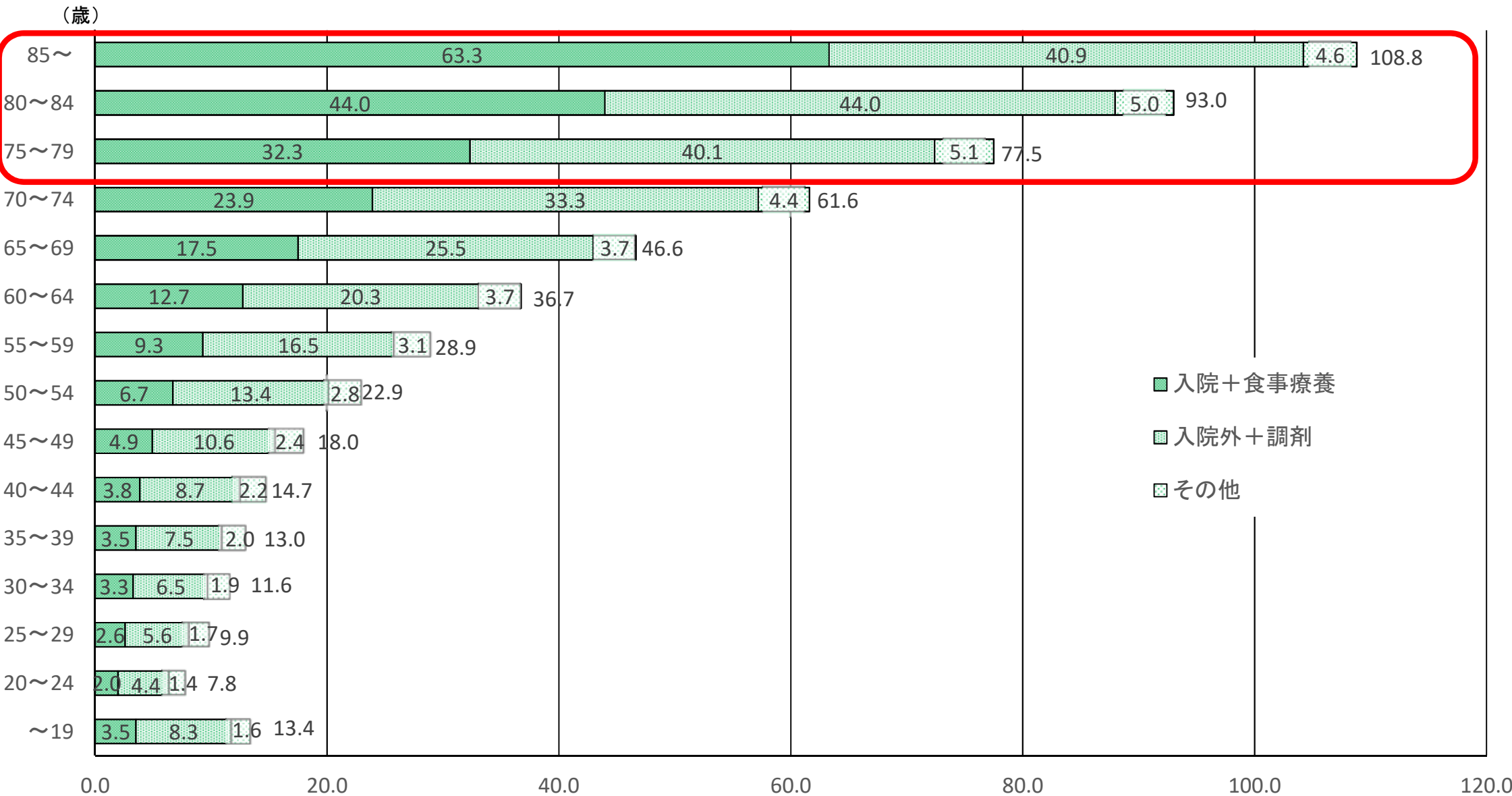
年齢階級別 1人当たり診療実日数  
(医科・歯科、2017年度)



(出所) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」(2017年度)を基に作成。  
※訪問診療、往診は基本的に「入院外」に計上されているが、往診の一部は「入院」に計上されている。

# 年齢階級別の1人当たり医療費

○ 1人当たり医療費は、高齢になるにつれて増加する。

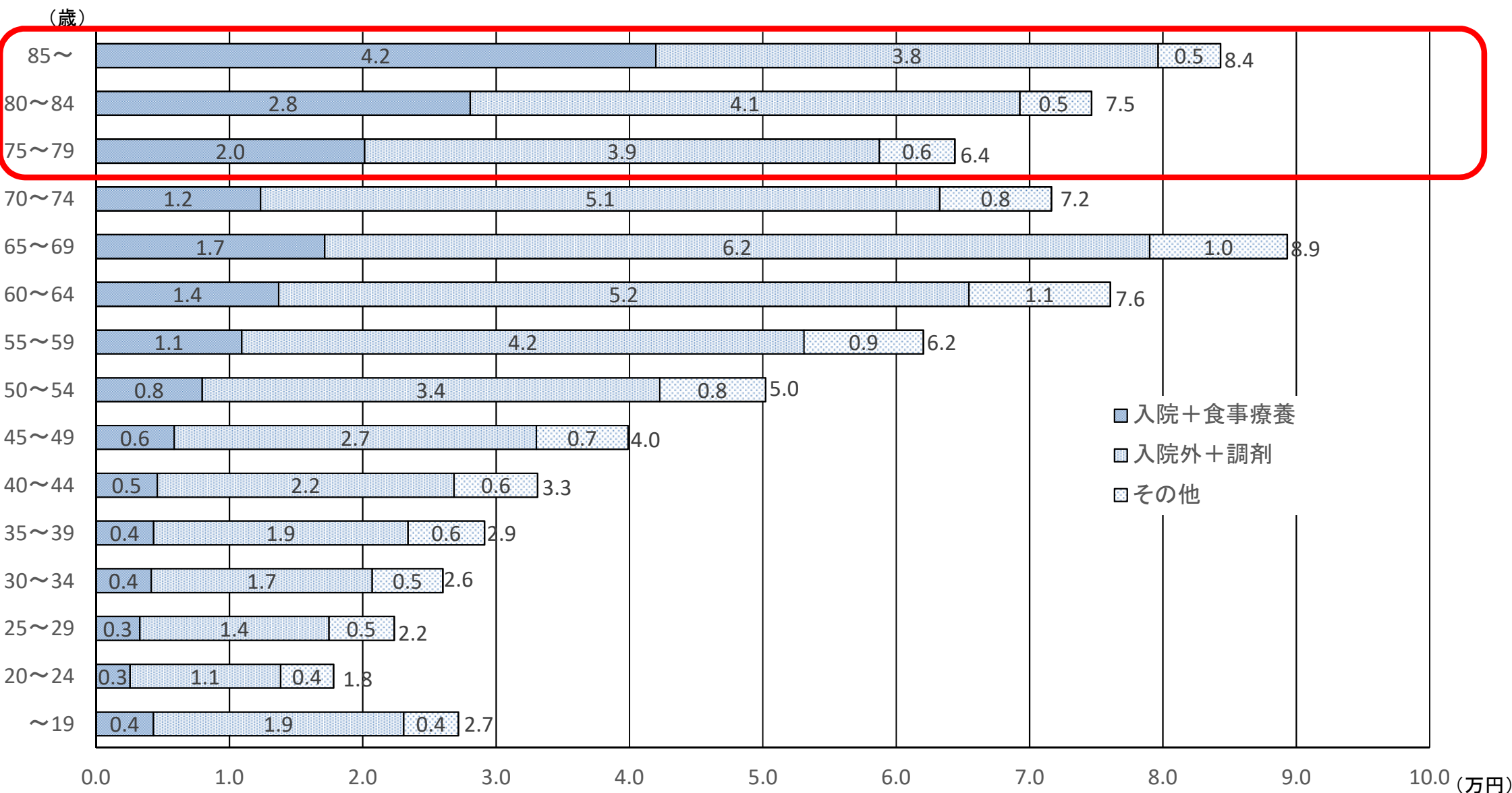


【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～  
「その他」は歯科、療養費など

(万円)

# 年齢階級別の1人当たり窓口負担額

○ 高齢になるにつれて医療費が増加することから、80歳以降、窓口負担額は70～74歳以上に高くなる



【出典】医療保険に関する基礎資料～平成29年度の医療費等の状況～

「その他」は歯科、療養費など

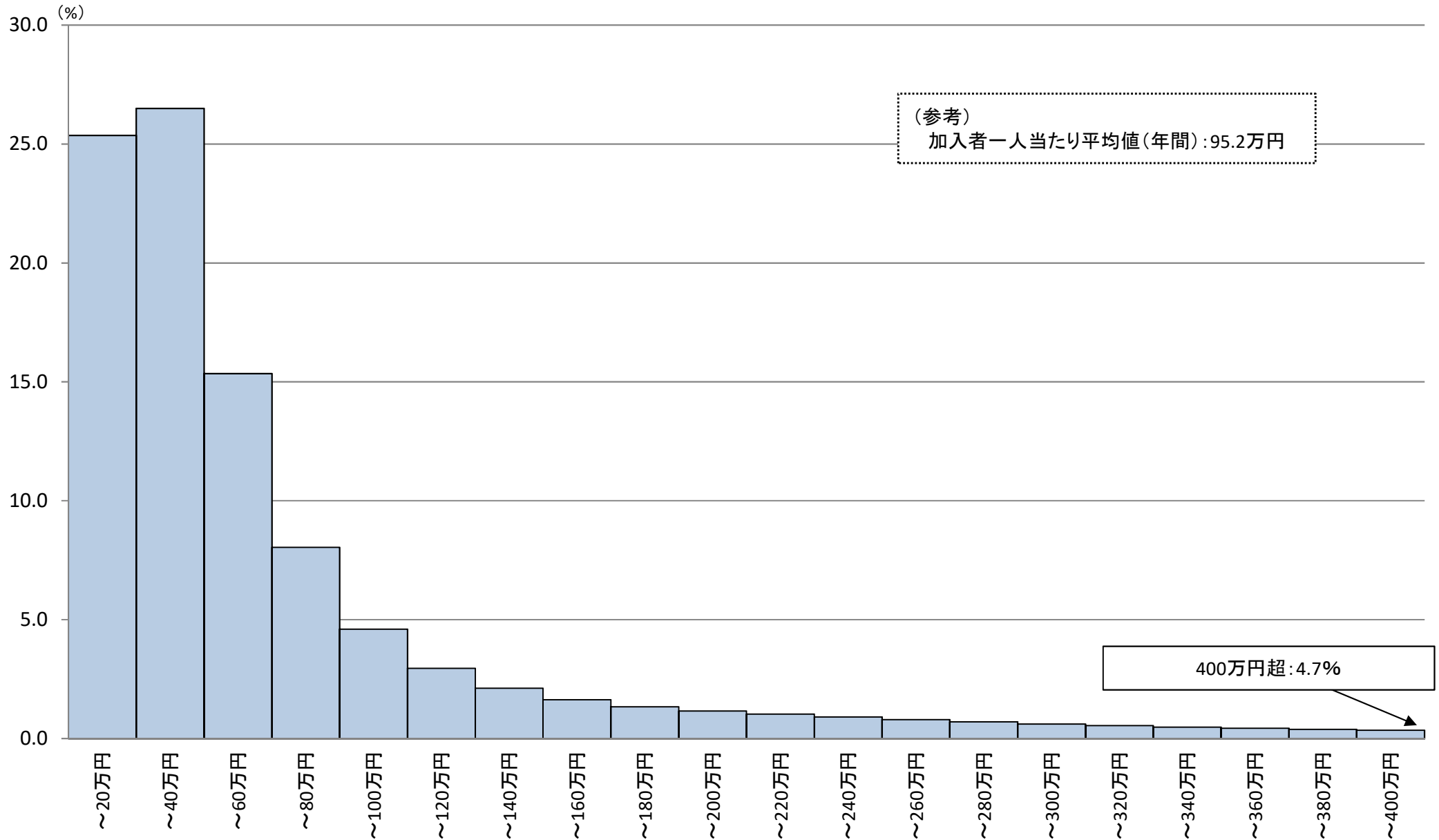
注) 窓口負担割合は、75歳以上は1割(現役並み所得者は3割)、70歳から74歳までの者は2割(現役並み所得者は3割)、70歳未満の者は3割。6歳(義務教育就学前)未満の者は2割。

なお、70歳～74歳までの者の2割は、平成26年4月以降70歳となる者が対象であり、その他の者は1割。



# 後期高齢者の医療費の分布状況(現役並み所得区分以外)

## 年間の医療費の分布:現役並み以外



出典:医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

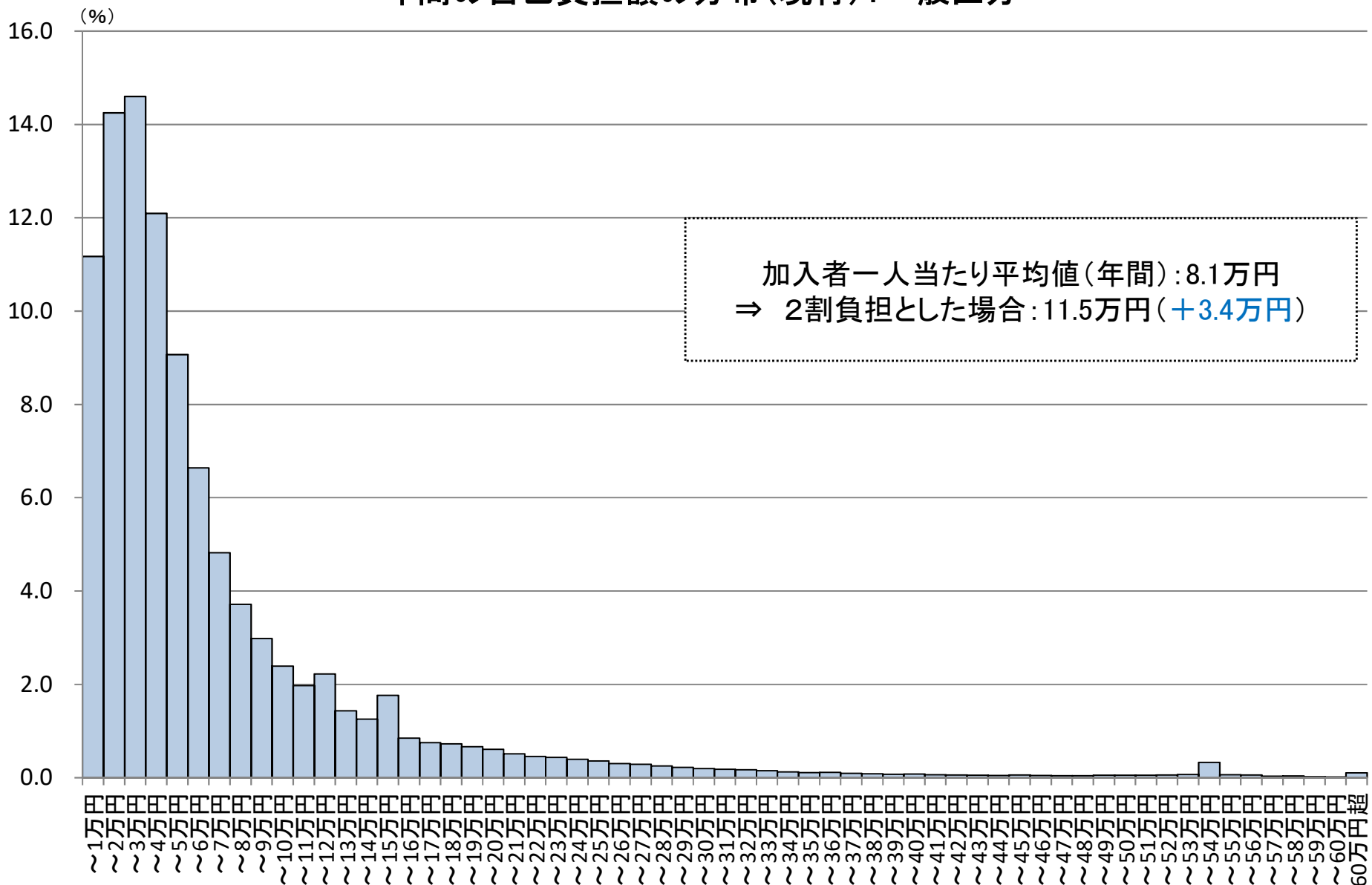
(注)1. 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして推計したものである。

2. 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

3. 加入者一人当たり平均値(年間)は、平成29年度医療保険に関する基礎資料の数値。

# 後期高齢者の自己負担の推計分布状況(一般区分)

## 年間の自己負担額の分布(現行):一般区分



出典: 医療給付実態調査(平成30年度)を特別集計。

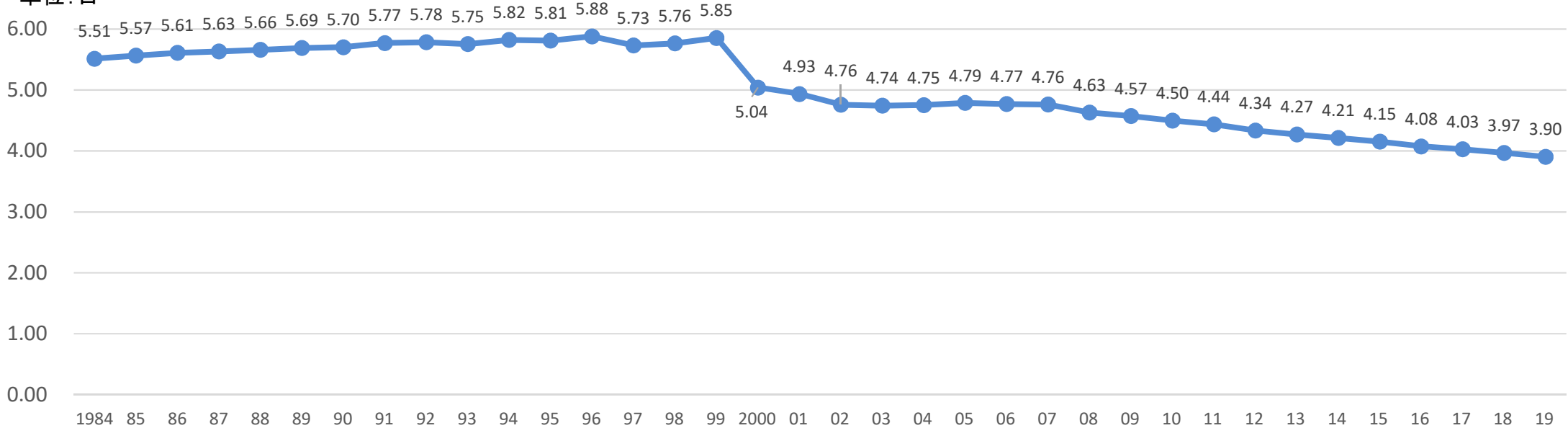
※1 同一保険者内の同一の者に係るレセプトを合計し、現役並み所得者以外の医療費を個人単位で計算した上で、一般区分の高額療養費の負担限度額などを機械的に当てはめるなど、一定の仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもつてみる必要がある。

※2 1年間医療機関を受診していない者を除く分布である。

# 高齢者医療における1人あたり受診日数(1月あたり)の推移

○ 高齢者医療における1人当たりの受診日数は、平成12年度の介護保険導入に合わせて大きく引き下がり、それ以降もほとんど一貫して減少傾向。

単位:日



	S59	S60	S61	S62	S63	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1
主な制度改正	(老人保健制度(S58)の定額負担)							介護に着目した公費負担割合の引上げ(3割→5割)				介護に着目した公費負担割合5割の対象拡大					(介護)着目した公費負担の廃止		現役並み所得者2割負担・現役並み所得者公費対象外・高齢者1割負担徹底				現役並み所得者3割負担・高額療養費の見直し		後期高齢者医療制度施行・高額介護合算導入									高額療養費の見直し	高額療養費の見直し	

【出典】医療費の動向調査の診療実日数を加入者数で除したもの。  
 ※平成20年3月以前は老人保健法によるものであり、平成20年4月からは高齢者の医療の確保に関する法律によるもの  
 ※平成14年から平成19年にかけて老人医療の対象年齢を70歳から75歳に段階的に引き上げている。