

社会保障・税一体改革成案における 高額療養費の見直し等のセーフティネット 機能の強化、給付の重点化関係

平成23年9月16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

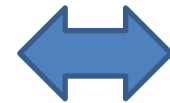
《医療保険を取り巻く状況》

- 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)

医療保険の財政状況

○ 経済情勢の悪化や高齢化による医療費・拠出金の増加等により、各医療保険者の財政状況は非常に厳しい。

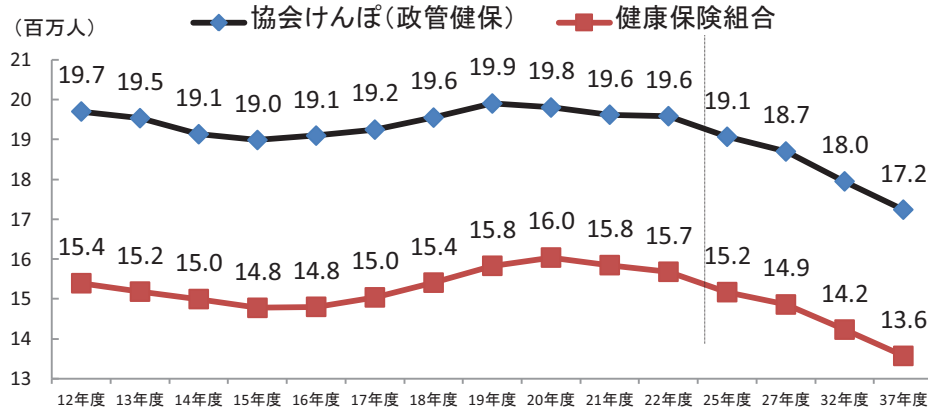
(単位: 億円)

		平成19年度	20年度	21年度	22年度	備考
国民健康保険	収入	127,797	124,589	125,993		<ul style="list-style-type: none"> ・21年度までとなっていた以下の国保財政基盤強化策を25年度まで4年間延長 <ul style="list-style-type: none"> i 高額医療費共同事業(830億円) ii 保険者支援制度(950億円) iii 財政安定化支援事業(1,000億円) (数字は23年度予算ベースの公費負担額) ・一般会計繰入のほか、前年度繰上充用額が約1800億円。(平成21年度) ・市町村国保の平均保険料(税)(介護分含む)年約8.0万円(17年度)→9.1万円(21年度)
	支出	129,087	124,496	125,927		
	収支差	▲1,290	93	66		
	一般会計繰入(赤字補填分)を加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2,628		
協会けんぽ(旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,172	<ul style="list-style-type: none"> ・22年度は23年7月公表の決算見込み。 ・22年度から3年間の財政再建期間において、以下の特例措置を実施 <ul style="list-style-type: none"> i 保険料率の引上げ(8.2%→9.34%:22年度) ii 国庫補助率の引上げ(13%→16.4%) iii 累積赤字の3年間の分割償還 ・23年度の平均保険料率:9.5%
	支出	72,442	73,647	74,628	75,632	
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,540	
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲639	
組合健保	収入	62,003	63,658	61,717	62,854	<ul style="list-style-type: none"> ・21年度は決算見込みベース ・23年度の平均保険料率:7.9%(予算早期集計ベース)
	支出	61,403	66,847	66,952	67,008	
	収支差	600	▲3,189	▲5,235	▲4,154	
後期高齢者医療	収入		98,517	111,691		<ul style="list-style-type: none"> ・平成20年度の収支差(3,007億円)から翌年度に精算される当年度国庫支出金等精算額(1,599億円)を差し引いた収支差は1,408億円。 ・平成21年度の収支差(717億円)に前年度国庫支出金精算額等(1,599億円)と当年度国庫支出金精算額等(1,810億円)の差を加えた収支差は505億円。 ・平成20年度と21年度の収支差を合算した平成20・21年度財政運営期間における合計収支差は1,914億円。このうち1,139億円は、平成22・23年度財政運営期間の保険料改定において、保険料上昇抑制のために活用されている。
	支出		95,510	110,974		
	収支差		3,007	717		

被用者保険の収入や保険料の現状

○ 被用者保険では、経済情勢や人口構造、雇用環境の変化等により、被保険者数や所得が減少。一方、医療費の増加や高齢者医療費の拠出金等の負担増などにより、保険給付費や保険料は上昇しており、厳しい財政状況にある。

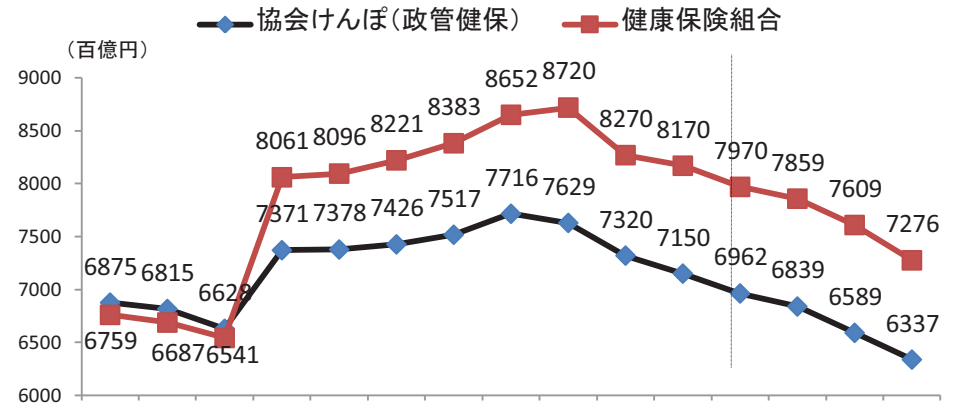
(1) 近年、被保険者数は減少しており、今後も減少する見通し。



※ 21年度は決算見込ベース、22年度は予算ベース。

※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

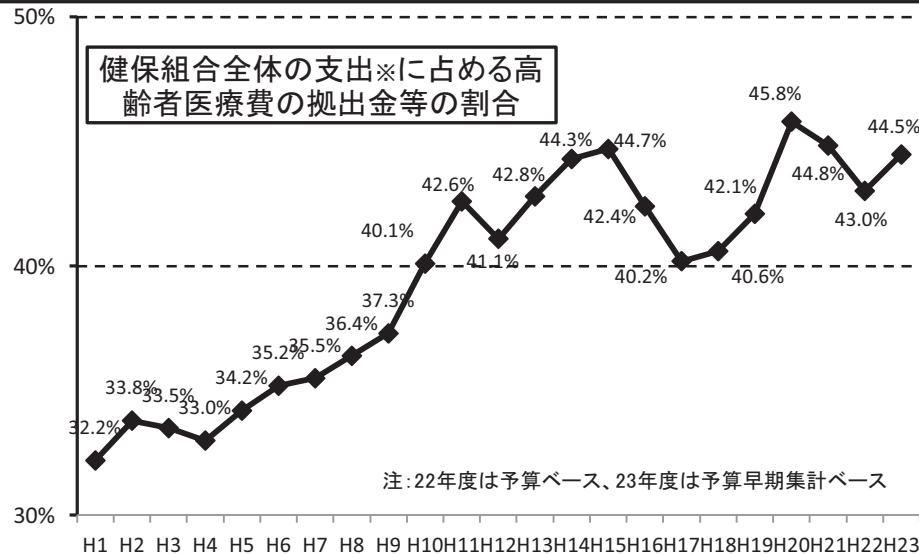
(2) 近年、標準報酬総額は減少しており、今後も減少する見通し。



※ 22年度は予算ベース。

※ 25年度以降の見通しは、第11回高齢者医療制度改革会議(平成22年10月25日)で公表した試算

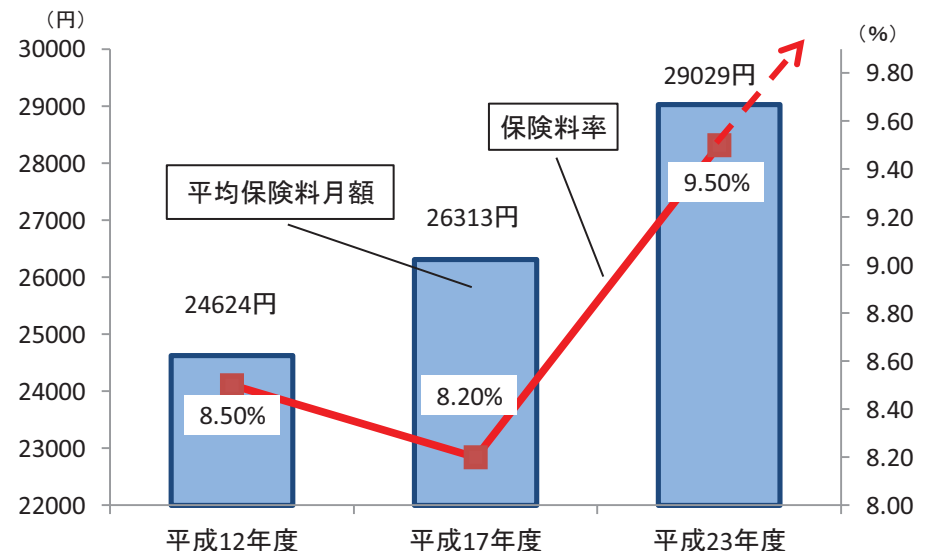
(3) 保険料の引上げ等の財政改善の努力にもかかわらず、高齢者医療費の拠出金等は、健康保険組合の支出全体の50%近くにまで達しており、保険者の財政運営の重い負担となっている。



注: 22年度は予算ベース、23年度は予算早期集計ベース

※ 支出＝法定給付費＋前期高齢者納付金＋後期高齢者支援金(19年度以前は退職者給付拠出金、老人保健拠出金。なお、20年度以降も、これらの経過措置分を含む)

(4) 協会けんぽでは、保険料率・平均保険料月額が急激に上がっている。



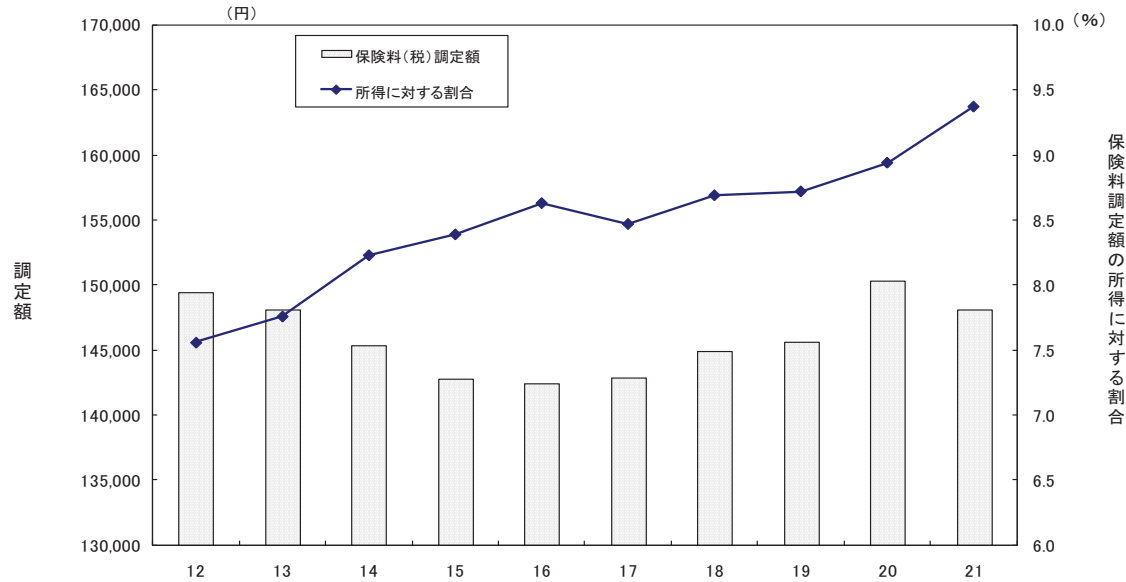
※ 平均保険料月額: 平均標準報酬月額 × (12 + 平均賞与月数) ÷ 12 × 保険料率

※ 平成23年度は当初予算ベースの値。

※ 保険料率8.5%→8.2%は総報酬制の導入により実質は0.7%増。

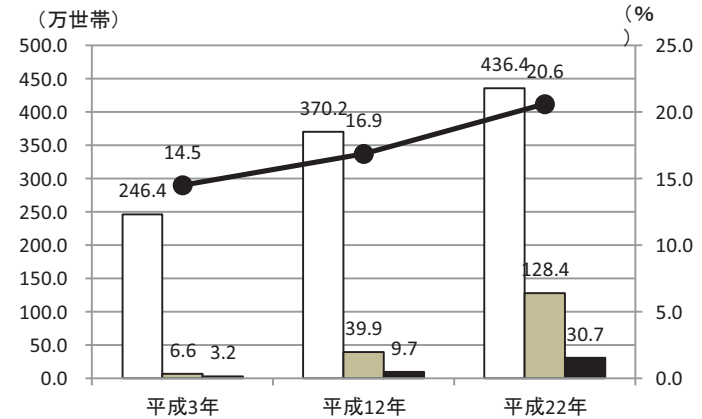
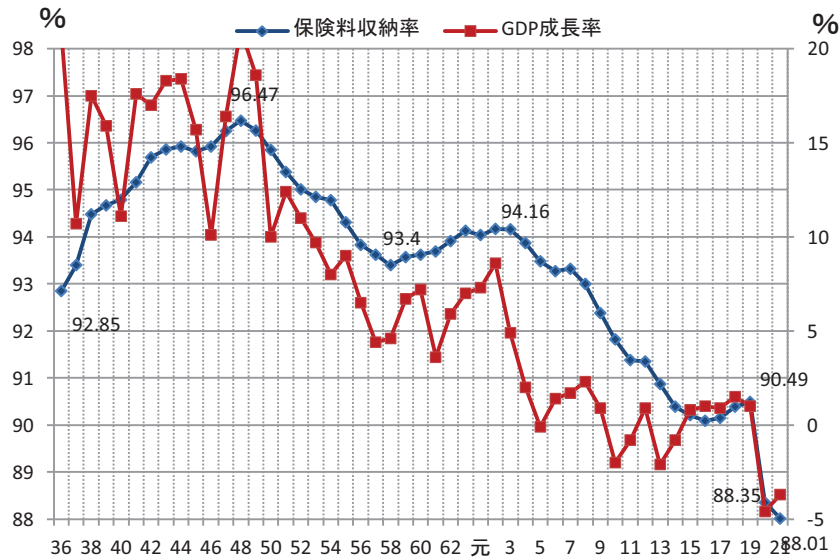
国民健康保険の保険料負担の現状

○ 保険料負担率(保険料調定額／平均所得)は上昇傾向にある。また、低所得世帯の負担率は高い。



	保険料調定額の所得に対する割合(平成21年度)
全世帯	9.4%
2割軽減世帯	13.4%
5割軽減世帯	13.3%
7割軽減世帯	33.3%

○ 厳しい経済状況等を反映し、国保の保険料収納率は低下し、滞納世帯数は増加している。



(出所) 保険局国民健康保険課調べ
 注1) 滞納世帯数は、各年6月1日現在の状況。全世帯数は、平成12年までは年度末の状況、平成22年は6月1日の状況
 注2) 平成22年は速報値。

※平成20年度から後期高齢者医療制度が施行されていることに留意を要する。

医療の費用と財源構成の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。特に、公費の増大は著しい。

	2011年度	2015年度				2025年度					
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ			
		医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②	医療の伸び率ケース①	医療の伸び率ケース②		
医療の費用（兆円）	39.1	44.6	44.1	45.2	44.7	60.4	60.9	61.2	61.6		
	対2011年度比	—	+14%	+13%	+15%	+14%	+55%	+56%	+57%	+58%	
財源	保険料負担（兆円）	19.2	21.6	21.4	21.9	21.6	27.9	28.1	28.2	28.4	
		対2011年度比	—	+12%	+11%	+14%	+13%	+45%	+46%	+47%	+48%
	公費負担（兆円）	14.1	16.7	16.5	16.8	16.7	24.5	24.7	24.8	25.0	
		対2011年度比	—	+18%	+17%	+19%	+18%	+73%	+75%	+76%	+77%
自己負担（兆円）	5.8	6.4	6.3	6.5	6.4	8.1	8.1	8.2	8.2		
	対2011年度比	—	+11%	+10%	+12%	+11%	+40%	+41%	+42%	+43%	
GDP（兆円）	483.8	510.9				607.4					
	対2011年度比	—	+6%				+26%				

1人当たりの所要 保険料額の見通し (2011年度を100として、 制度改正を見込まない場合)	協会けんぽ	100	115	114	116	115	157	158	159	160
	健保組合	100	117	116	118	117	160	161	162	163
	市町村国保	100	112	111	113	112	162	163	164	165
	後期高齢者医療	100	115	113	116	115	163	164	165	166
賃金上昇率（2011年度を100とした場合）	100	107				139				

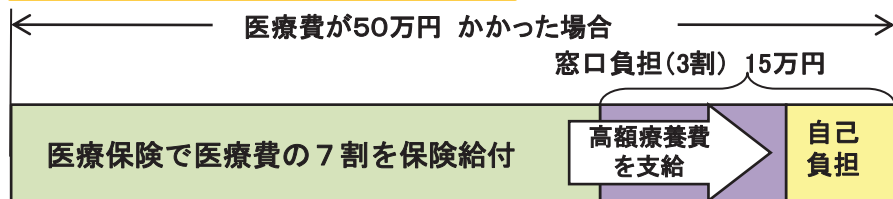
医療の費用に占める財源構成（同年 度ではケースによる 財源構成は同じ）	保険料	49.1%	48.4%				46.1%			
	公費	36.1%	37.3%				40.5%			
	自己負担	14.7%	14.3%				13.3%			

- (注1) 平成23年6月2日社会保障改革に関する集中検討会議資料で公表している将来推計のバックデータから作成。
(注2) 「現状投影シナリオ」は、サービス提供体制について現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影（将来の人口構成に適用）した場合、「改革シナリオ」は、サービス提供体制について機能強化や効率化等の改革を行った場合。（高齢者負担率の見直し後）
(注3) 「ケース①」は医療の伸び率（人口増減や高齢化除く）について伸びの要素を積み上げて仮定した場合。「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合。
(注4) 「1人当たり所要保険料の見通し」は積立金がなくなることで引き上げる保険料の変化分を含まない。

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。

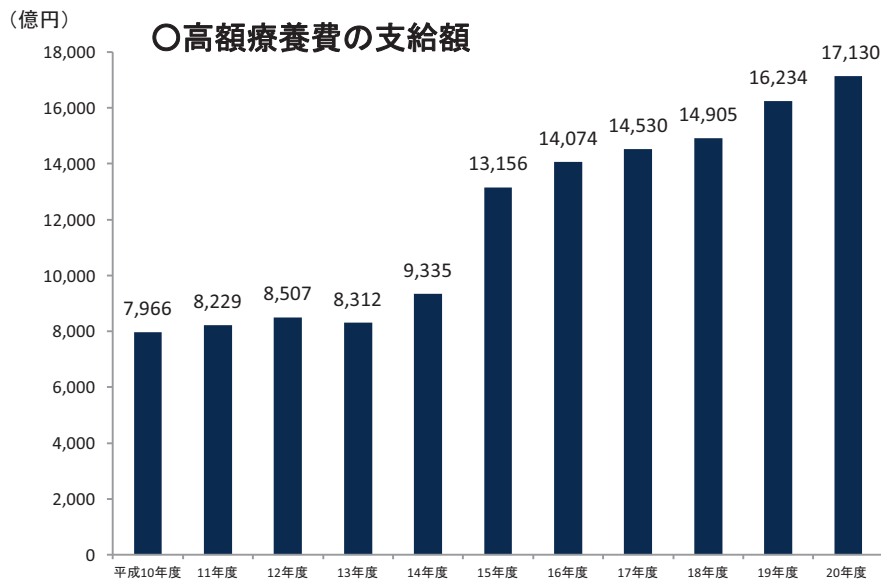
実質的な患者負担率(平成20年度)

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)

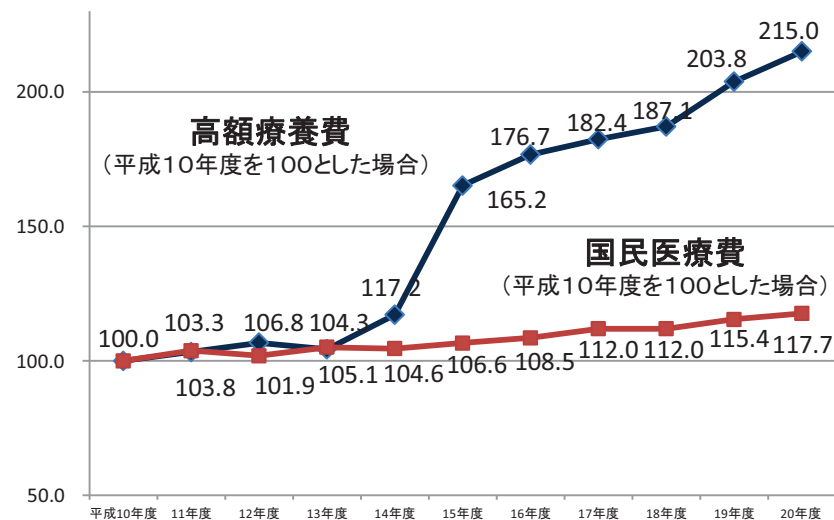


(注1)13年度の支給額の減少の理由は、13年1月から医療保険の自己負担限度額に上位所得者の区分を設けたこと等による。

(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。

(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)



医療保険制度別の実効給付率の推移

○ 平成20年度の医療保険全体での患者の実効負担率は約17.0%。ただし、平成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16.4%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14年度	82.03	81.06	82.75	84.11	78.12	78.09	78.57	79.67	—	—	健保:2割→3割	
	15	75.32	73.99	75.95	78.88	77.51	77.52	77.47	76.69	—	—		
	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	—	—		
	20	75.54	74.74	76.17	76.95	78.31	78.29	78.61	77.36	—	—	義務教育前:3割→2割	
被扶養者(70歳未満)	平成14年度	75.78	75.32	75.84	77.23	—	—	—	75.78	—	—	健保の入院:2割→3割	
	15	75.73	75.11	75.92	77.35	—	—	—	75.73	—	—		
	16	75.88	75.40	76.02	77.20	—	—	—	75.88	—	—		
	17	75.83	75.46	75.91	76.88	—	—	—	75.83	—	—		
	18	75.87	75.49	75.96	77.01	—	—	—	75.87	—	—		
	19	76.20	76.01	76.20	76.91	—	—	—	76.20	—	—		
	20	77.01	76.66	77.19	77.73	—	—	—	77.01	—	—	義務教育前:3割→2割	
70歳以上	平成14年度	89.66	89.34	90.20	91.73	88.94	88.99	87.23	89.07	—	—	現役並み:1割→2割 等	
	15	89.55	89.25	89.96	90.65	89.29	89.36	87.01	89.34	—	—		
	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	—	—		現役並み:2割→3割
	19	88.69	88.40	88.98	89.83	88.32	88.42	84.30	88.38	—	—		
	20	84.08	83.85	84.19	85.23	85.82	85.83	85.52	85.56	—	—	70~74歳:1割→2割	
計	平成14年度	79.26	78.69	79.50	80.79	78.59	78.57	78.82	78.96	91.21	83.89	現役並み:1割→2割 等 健保:2割→3割	
	15	76.00	75.03	76.40	78.49	78.76	78.81	78.04	77.31	91.17	82.79		
	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		現役並み:2割→3割
	19	77.01	76.69	77.17	77.81	81.48	81.74	77.07	79.30	91.09	83.45		
	20	76.93	76.37	77.34	77.93	80.32	80.37	79.37	78.66	91.15	83.03	70~74歳/義務教育前: 2割	
		[77.18]				[81.75]		[79.51]		[83.59]			

(注1) 各制度の事業年報等を基に保険局調査課で作成。ただし、19年度以前の健保組合及び共済組合は事業年報等に基づく推計値。
(注2) 20年度の給付率には、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3) 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

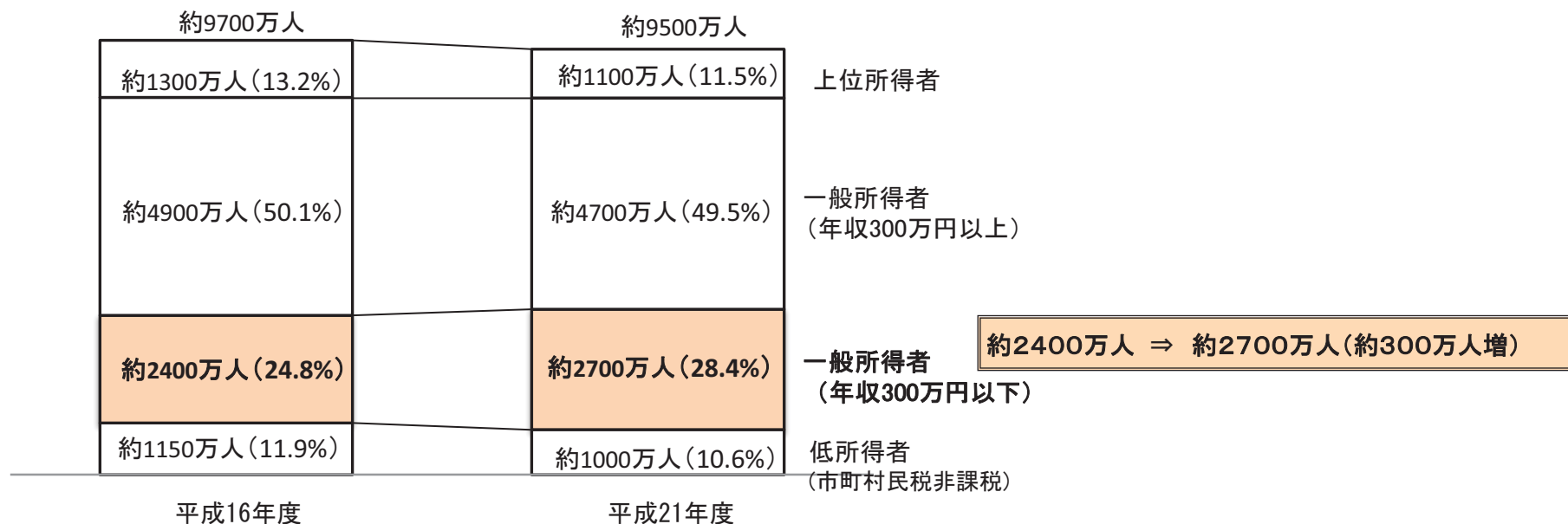
※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※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）

中低所得者数の推移

○ 近年、現役世代で、年収300万円以下の所得層が増加している。

70歳未満（協会けんぽ、健保組合、市町村国保）の所得階層別の対象者数の変化（平成16年度→21年度）



《平成16年度》

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	計
上位所得者	約300万人	約770万人	約210万人	約1300万人
一般所得者	約3080万人	約2160万人	約2020万人	約7300万人
年収300万円以下	約1080万人	約360万人	約960万人	約2400万人
低所得者	-	-	約1150万人	約1150万人

《平成21年度》

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保	計
上位所得者	約270万人	約680万人	約140万人	約1100万人
一般所得者	約3140万人	約2300万人	約1950万人	約7400万人
年収300万円以下	約1190万人	約470万人	約1040万人	約2700万人
低所得者	約20万人	約2万人	約980万人	約1000万人

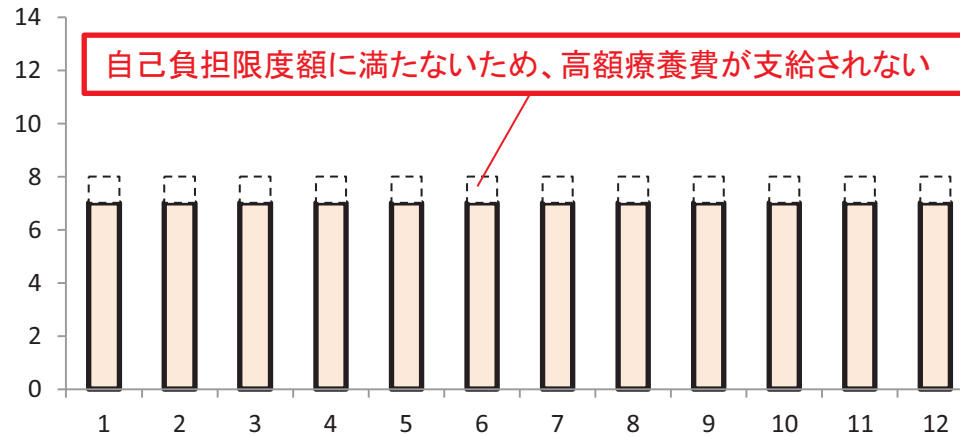
※「年収300万円以下」の人数は、標準報酬22万円以下、旧ただし書き所得160万円以下の人数の推計値

※平成16年度は旧政管健保の健保組合の標準報酬月額の下限が9.8万円であり、市町村民税非課税世帯はいないと仮定して集計。

現行の高額療養費制度の課題

- 自己負担限度額が月単位のため、当初3月の自己負担限度額を超えず、長期にわたって自己負担が重い方の負担が軽減されない場合がある。

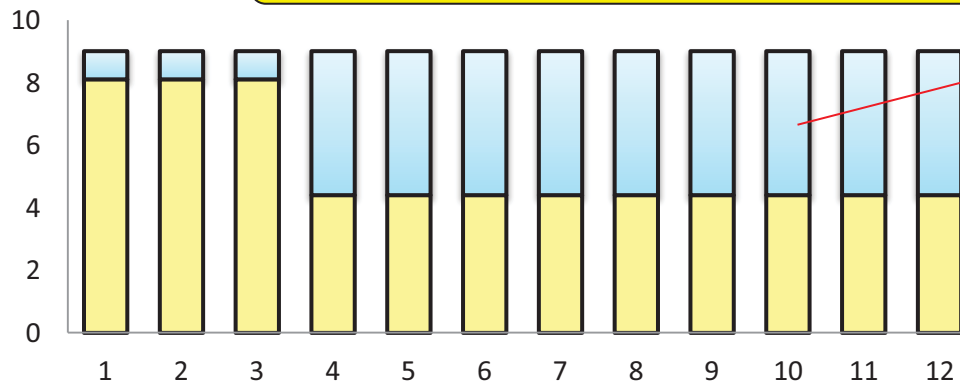
毎月の医療費約23万円・自己負担額7万円の場合



※ 自己負担限度額を80,100円、
多数該当44,400円として試算。

高額療養費が支給されないため、年間トータルの自己負担額は84万円。

毎月の医療費約30万円・自己負担額9万円の場合



高額療養費が支給されるため、年間トータルの自己負担額は64万円。

高額な治療薬の長期服用が必要な疾病の例

疾病名	主な病状等	治療法等	1月当たり主な治療薬剤費(※)	患者数
慢性骨髄性白血病 (CML)	病態の段階として慢性期・移行期・急性転化期の3段階がある。慢性期ではほとんど無症状であるか、軽度の疲労感や満腹感が伴う程度であるが、移行期では白血球数のコントロールが困難となり、貧血傾向、発熱等が現れることがある。その後、急性転化期に至ると、急性白血病と同様の症状となり、治療が困難となる。治療は慢性期から移行期への移行を防ぐための治療を慢性期において行うのが中心であり、その場合に用いられるのがグリベックの投薬を継続する手法である。	グリベック、タシグナ、スプリセルの投与 (慢性期) ※なお、移行期までであれば骨髄移植、急性転化期であれば、急性白血病の治療	(慢性期の場合) グリベック：約33万円 タシグナ：約55万円 スプリセル：約55万円	約1万2千人 (H20年患者調査)
乳がん	乳がんの症状には、乳房のしこりや皮膚の変化、乳房の近傍のリンパ節の腫れ等がある。遠隔転移による症状は転移した臓器により様々である。臨床的に明らかな転移を伴っておらず、外科手術が可能と考えられる場合で、かつ局所疾患の場合は局所療法(外科手術±放射線療法)を行うが、浸潤癌である可能性が考えられる場合には術前または術後に薬物療法を加える。転移・再発乳癌の場合には、治療が困難であるため、延命及び生活の質の改善を目的とした薬物療法が適用となる。	薬物療法には、内分泌療法・化学療法・分子標的療法があり、予後・効果予測因子を考慮し、選択する。	●内分泌治療の例(治療期間は5年又はそれ以上) ノルバデックス等(抗エストロゲン剤):約1万円 アリミデクックス・アロマシン・フェマール(アロマターゼ阻害剤):約2万円 ゾラデックス(LH-RHアナログ):約4.4万円 ●化学療法の例(治療期間は3ヶ月~1年程度) Weeklyパクリタキセル(タキソール):14万円 ●分子標的療法(治療期間は1年) ハーセプチン(トラスツズマブ):約20~25万円 ※ 治療期間は術後薬物療法の場合。なお、転移・再発乳癌の治療では患者の有害事象の訴えとQOLを考慮して継続の可否が判断される。	約17万9千人 (H20年患者調査)
関節リウマチ	破壊性非化膿性関節炎を主病変とし、関節の破壊、変形を来し、自己免疫疾患の一つとされる。進行性、全身性の炎症性疾患であり、全身倦怠感や微熱等、多彩な全身症状を呈する。合併症として間質性肺炎、心膜炎等が起こることがある。関節破壊が進行すれば、痛み・変形のため日常生活動作が不自由になる。	レミケード等の生物学的製剤の投与 等	約18万円(体重60kgの場合。2か月に1回投与)	約33万6千人 (H20年患者調査)

(※) 「1月当たり主な治療薬剤費」は、医療用医薬品添付文書の用法・用量において患者の体重を60kgと仮定して推計。

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。

受診時定額負担の仕組みについて（案）

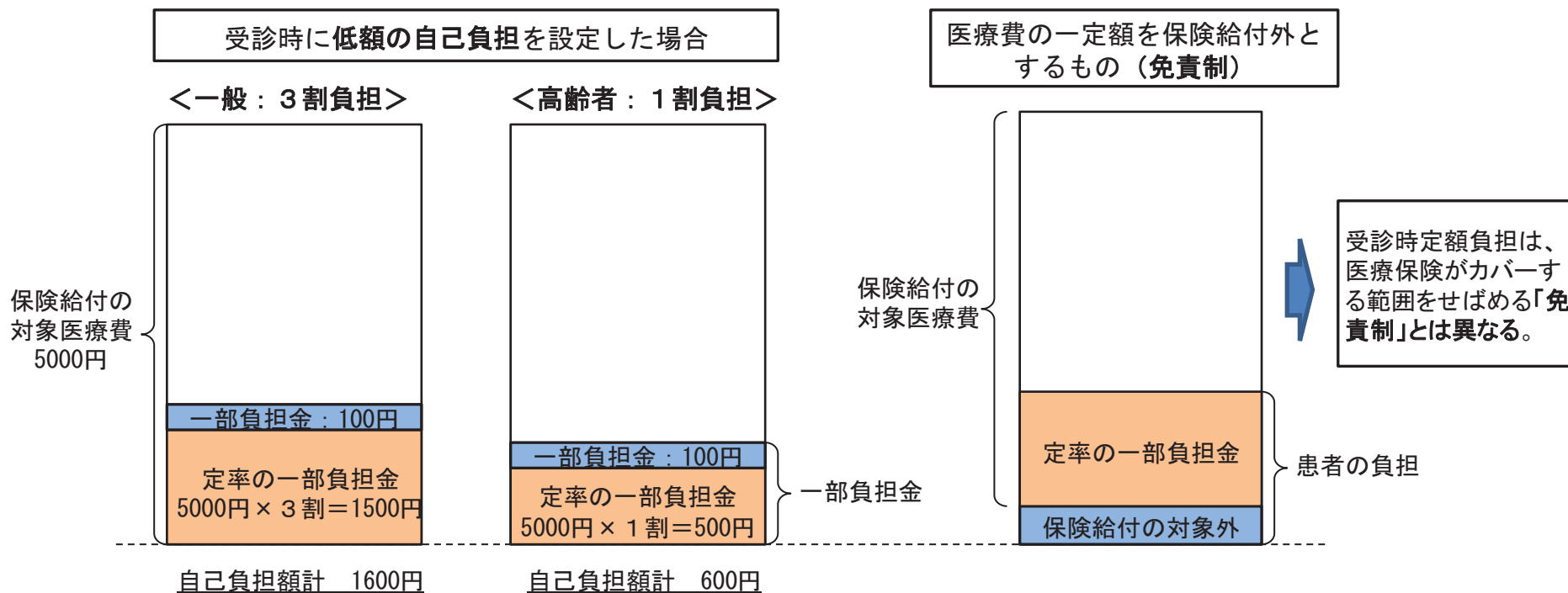
- 受診時定額負担は、定率負担に定額負担を加えた額を自己負担とする仕組みが考えられる（医療費が高額になる場合、定額負担は高額療養費の対象となる）。
- 医療保険がカバーする範囲をせばめる「保険免責制」とは異なる。医療保険がカバーする病気の範囲は変わらない。
- 現行制度は、高額療養費で定率負担に一定の歯止めをかけており、いわば「定率負担と併せて、患者の家計を考慮して自己負担の水準が変わる仕組み」としている。このため、定率負担と併せて、患者の家計を考慮して、家計の負担にならない程度の低額の負担であれば、これまでの自己負担の設定の考え方を変えるものではない。
- なお、平成14年健保法改正法附則は「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）



医療保険の外来の受診動向

[外来の年間の受診延日数：平成21年4月～22年3月]

	医療保険計	協会けんぽ	健保組合	共済	国民健康保険	後期高齢者医療
内科・外来	16.61億日	3.19億日	2.58億日	0.81億日	5.34億日	4.67億日
うち初診	2.76億日	0.81億日	0.73億日	0.23億日	0.76億日	0.23億日
歯科	3.99億日	0.98億日	0.83億日	0.24億日	1.39億日	0.55億日
うち初診	0.74億日	0.19億日	0.16億日	0.05億日	0.27億日	0.08億日
合計	20.60億日	4.17億日	3.40億日	1.04億日	6.73億日	5.22億日
うち初診	3.50億日	1.00億日	0.89億日	0.27億日	1.02億日	0.31億日

(出典) 医療費の動向 (厚生労働省) (注) 初診は、社会医療診療行為別調査を用いた推計値である。

[医科・外来の月間の受診動向]

(※) 平成22年3月の受診データから集計

		協会けんぽ		健保組合		国民健康保険		後期高齢者医療	
加入者数 (a)		3,482.8万人		2,410.3万人		3,681.0万人		1,389.4万人	
受診日数 (月当たり)	5日以下	1,275.0万人	94.9%	870.1万人	95.4%	1,562.6万人	91.6%	939.6万人	83.6%
	6～10日	52.1万人	3.9%	33.3万人	3.6%	95.0万人	5.6%	115.5万人	10.3%
	11～15日	11.3万人	0.8%	6.3万人	0.7%	30.1万人	1.8%	40.9万人	3.6%
	16～20日	3.3万人	0.2%	1.7万人	0.2%	10.5万人	0.6%	15.4万人	1.4%
	21～25日	1.3万人	0.1%	0.6万人	0.1%	5.1万人	0.3%	8.0万人	0.7%
	26日～	0.6万人	0.0%	0.2万人	0.0%	2.4万人	0.1%	4.9万人	0.4%
	総計 (b)	1,343.6万人	100%	912.2万人	100%	1,705.8万人	100%	1,124.4万人	100%
患者割合 (b/a)		38.6%		37.8%		46.3%		80.9%	
患者1人当たり受診日数		2.1回		2.1回		2.6回		3.7回	

(出典) 医療給付実態調査報告 (厚生労働省)

(注1) 患者1人当たり受診日数は (医療費の動向における受診延日数 / 各制度の業務統計における加入者数) / 患者割合 として算出。

(注2) 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。

(注3) 同一医療保険制度内の同一の者のレセプトを合計し、個人単位のデータに集計。

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1700万人 (被保険者全体の約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

受診時定額負担と病院・診療所の役割分担を踏まえた外来診療の適正化について

- 一体改革成案では、高額療養費の見直しによる負担軽減と受診時定額負担の検討とあわせて、「病院・診療所の役割分担を踏まえた外来受診の適正化」が盛り込まれている。
- 受診時定額負担に代えて、病院と診療所の役割分担などを考慮して、例えば、大病院での外来の受診時のみ定額負担を求めることについて、どう考えるか。
- 現在、大病院（200床以上）で紹介状なしに受診する場合に、患者負担を上乗せして徴収できる（選定療養）が、これは、医療機関の収入となる。（保険財政に影響を及ぼすものではない。）高額療養費の財源は、保険財政に資する仕組みとする必要がある。

（参考）選定療養の初診の患者負担の設定状況（平成21年7月現在）

1,176病院（200床以上） 平均 約1900円（最高 8400円、最低 105円）

- また、仮に、受診時定額負担100円と同規模の財源を確保するため、大病院での初診時に負担いただくとした場合、初診1回につき7千円～1万円程度の追加負担をお願いすることになる。

（算出の根拠）

初診・再診の外来の受診延べ日数（年間） 約20.6億日（初診約3.5億日、再診約17.1億日）

うち200床以上の大病院の初診の受診日数（年間） 約0.3億日（なお、再診は約2.4億日）

$100円 \times 20.6億日 \div 0.3億日 = 約7千円$

※ 紹介状なしの患者（地域医療支援病院の外来では約7割、特定機能病院の外来では約5～6割。平成20年患者調査の結果）からのみ徴収する場合、1万円程度になる。

- なお、患者の受診行動が大きく変化した場合、確保できる財源の規模は低減することになる。

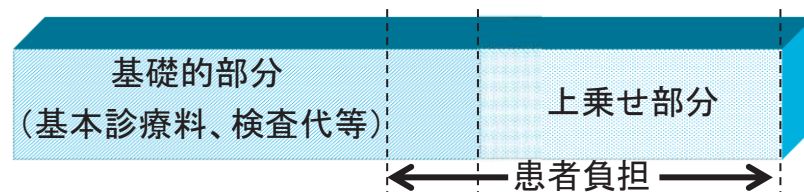
病床数が200床以上の病院において受けた初診の別途負担（選定療養）の仕組み

- 200床以上の病院に紹介無しで受診する場合の初診については、選定療養として、医療機関において患者負担を
上乗せして徴収することができる仕組みとなっている。

1. 概要

病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院において、他の医療機関等からの紹介無しに初診を受けた患者について、選定療養(※)として、初診に相当する療養部分の費用を患者から徴収することができ、その他の基礎的な部分は保険外併用療養費として保険給付の対象とする仕組み。

※選定療養・・・療養環境・診療時間・診療回数など保険給付の範囲を超えた患者の選択にもとづく療養。患者が保険医療機関から療養を受けた場合、基礎的な保険部分は保険外併用療養費が支給され、保険医療機関は、選定療養に要した費用を患者から実費徴収できる。いわゆる差額ベッド代等がこれに当たる。



2. 対象となる保険医療機関

病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に、他の医療機関からの紹介の無い患者の初診について、選定療養として患者から料金を徴収すること、その料金を届け出たもの。

3. 主な要件等

- 他の保険医療機関からの紹介なしに病院を受診した患者に限る
- 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、特別の料金の徴収はみとめられない
- 初診に係る費用の徴収について、病院の見やすい場所に患者にとってわかりやすく明示する
- 特別の料金の額は、社会的に見て妥当適切なものである

4. 届出医療機関数等(平成21年7月1日現在)

届出医療機関数	1,176施設		
料金の最低額	105円	最高額	8,400円

社会保障・税一体改革成案における その他の患者負担に関する事項

医薬品の患者負担の見直し

- 医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す。

(参考1)

昨年 of 医療保険部会で議論された論点

- ・市販品類似薬を保険外とすることについて

(参考2)

海外の制度や日本の過去の制度

- ・フランスでは、薬剤の治療上の貢献度・有用度に応じ、段階的な償還率を設定している
- ・我が国でも、かつて、外来薬剤費について、処方される薬剤の種類の数により、一部負担を設けていた
(平成9年の健保法等の一部改正により導入され、平成14年改正まで存続)

70~74歳の自己負担割合の見直し

- 高齢者医療制度改革会議のとりまとめ等を踏まえ、自己負担割合を見直す。

諸外国の薬剤自己負担

項目	イギリス	フランス	ドイツ	アメリカ
医療保険制度	税方式による国営の国民保健サービス(NHS) ※全国民を対象	社会保険方式 (公的疾病保険と民間保険の混合) ※国民皆保険	社会保険方式 (法定疾病保険と民間保険)	民間保険が主(一部、公的医療保障) ※皆保険ではない
公的保険の保険者(制度名)	・国民保健サービス(NHS)	疾病金庫 ・一般制度 ・特別制度 ・自営業者社会制度 ・農業社会制度	疾病金庫 独立した法人 ・企業疾病金庫 ・同業者疾病金庫 ・地区疾病金庫 ・代替金庫連盟など	・メディケア(連邦政府が運用) 高齢者、障害者の医療保険 ・メディケイド(連邦政府・州の共同運用) 低所得者への医療扶助 ・SCHIP(各州が運用) 貧困家庭の子ども
薬剤の自己負担	薬剤費には自己負担(7.20£)があるが、16歳未満、16～18歳のフルタイムの学生、60歳以上、出産前後の女性、疾患、所得などによる社会的弱者については、自己負担免除となっている。	薬剤毎に公的保険からの償還率が、100・65・30・15・0%の5段階に設定。 ※補完医療保険によって公的疾病保険の自己負担がカバーされるが、償還率15%以下の医薬品は対象外。 ※ただし、参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担。	医薬品の患者負担は、給付額の10%だが、負担額は5～10ユーロの範囲に限定。 ※ただし、参照価格(償還限度額)が設定された医薬品の場合は、限度額を超えた額は自己負担。	自己負担額は保険の種類や契約内容等で異なる。 メディケアパートD(任意加入)の場合; \$310まで:全額自己負担 \$310～\$2840: (処方箋薬額-\$310) ×25%負担 \$2840～6448:全額自己負担(但し、ブランド薬の場合は企業が50%割引き) \$6448～:5%負担

(出典)平成22年度厚生労働省保険局医療課による委託事業「薬剤使用状況等に関する調査研究」
平成21年～22年「医療関連データ集」医療経済研究機構

70～74歳の自己負担割合の見直し

○ 70～74歳の方の患者負担は、現在、2割負担と法定されている中で、毎年度、約2千億円の予算措置により1割負担に凍結している。

高齢者医療制度改革会議 最終とりまとめ(平成22年12月20日) -抄-

「70歳に到達する方から段階的に本来の2割負担とする」

「なお、患者負担に関しては、早期に法定の負担割合とすべきとの意見がある一方、受診抑制につながるおそれがあり、そもそも現役世代の負担割合を含め引き下げべきとの意見があった。」

※仮に、70～74歳の自己負担割合を1割負担で恒久化することとした場合の財政影響

+2,000億円(協会けんぽ500億円、健保組合500億円、共済組合200億円、市町村国保300億円、公費500億円)

